

التقدير الذاتى للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة لدى عينة من المسنين المقيمين فى المجتمع

د / عزة عبد الكريم مبروك

أستاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد

قسم علم النفس - جامعة القاهرة

ملخص

هدفت الدراسة الحالية التعرف على التقييم الذاتى للخلل فى الذاكرة لدى المسنين ، ومعرفة ما إذا كان يتأثر ببعض المتغيرات كالشعور بالأمن النفسى ، والتقدير الذاتى للحالة الصحية ، والعمر ، والنوع ، والمستوى التعليمي، وذلك بهدف الوصول إلى نتائج تطبيقية مثمرة في مجال علم النفس الإكلينيكي للمسنين . تكونت عينة الدراسة من (١١٠ مسناً) (٦٧ من المسنين ، و ٤٣ من المسنات) المقيمين فى المجتمع بدون أى إصابة عضوية فى الدماغ ، بمتوسط عمرى قدره ٦٦,٩٢ سنة ، وانحراف معيارى قدره ٤,٩٩ سنة . واستخدمت بطارية من الاستخبارات تضم مقياساً للتقدير الذاتى للحالة الصحية العامة ، واستخبارا للتقييم الذاتى لمظاهر الخلل فى الذاكرة والشكاوى منها ، ومقياساً لتقدير مستوى الأمن النفسى . وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود شكاوى من الذاكرة لدى ٨٦,٤ % من المسنين ، ولم توجد فروق بين المسنين والمسنات فى ذلك ، كما وجدت علاقة سلبية دالة بين تلك الشكاوى والشعور بالأمن النفسى ، و لم تسفر النتائج عن وجود علاقة بين الشكاوى من الذاكرة وكل من النوع الاجتماعى و التعليم و العمر و الحالة الصحية . و كان المتغير الوحيد الذى تنبأ بالشكاوى من الذاكرة بشكل عام لدى المسنين هو الشعور بالأمن النفسى فقط ، وتوعدت العوامل المنبئة بالنسبة للشكاوى النوعية من الذاكرة لدى كل من الذكور والإناث .

الكلمات المفتاحية : الحالة الصحية - الأمن النفسى - التقييم الذاتى للذاكرة - المسنون

مقدمة

يتعرض المسن فى حياته اليومية لعدد من المواقف الصعبة والأحداث والمشكلات التى تواجهه ، وتؤثر على صحته الجسمية والنفسية ، وينعكس ذلك سلباً على تقديره لذاته وقدراته العقلية ككل وقدرته على التذكر بشكل خاص . ونظراً لأن كبار السن يعتبرون النسيان forgetfulness مظهراً طبيعياً يرتبط بتقدمهم فى العمر ، فهم لا يكشفون عن ذلك للطبيب الخاص بهم ، لذا يعد قياس وتقدير تلك الشكاوى لدى كبار السن ، أمراً ضرورياً ومهماً للاختصاصيين النفسيين العاملين فى المجال الإكلينيكي لكبار السن ؛ نظراً لأن الأسئلة التى تتضمنها مقياس التقييم الذاتى لمظاهر الخلل فى الذاكرة ، هى ذاتها، مجموعة الأسئلة الشائعة التى يستخدمها طبيب الأعصاب ليكتشف حالات العته لدى كبار السن .

وإذا نظرنا إلى موضوع الذاكرة نظرة متأنية وجدنا أنها من أهم القدرات العقلية العليا في حياة الإنسان ، ويقوم عليها عدد من الوظائف العقلية الأخرى مثل التعلم والتفكير وحل المشكلات والتحدث. وبصفة عامة فكل ما نفعله يعتمد على الذاكرة ، ففي حياة الإنسان عامة، والمسئ بوجه خاص ، تبرز أهمية الذاكرة، حيث يقوم يومياً بعدد من المهام المتعلقة به أو بأسرته . و تعد جوهر حياته مثل تذكره لهويته، وتذكره لأسماء الأشياء والأشخاص ، وعنوانين وتواريخ مهمة، هذا بالإضافة إلى ضرورة تذكره لأمر آخرى يجب عليه القيام بها فى المستقبل مثل تناوله للدواء ، أو دفع فواتير مهمة وهي أمور تعد نقطة الانطلاق بالنسبة لكافة أنشطة حياة المسن ؛ فإذا كانت وظيفة التذكر لديه قوية ، أدى ذلك إلى تحسن نوعية حياته، والانطلاق إلى مزيد من التقدم والنجاح ، في حين يؤدي فشله فى تذكره لتلك الأمور إلى شعوره بالإحباط والاكتئاب ، وتراجع نوعية حياته على جميع المستويات (Vale, Balieiro-Jr & Silva-Filho, 2012) .

وتعد الشكاوى الذاتية من الذاكرة Subjective Memory Complaints لدى كبار السن مشكلة شائعة لدى ٢٥% - ٥٠% منهم ، وقد تكون لتلك الشكاوى دلالة إكلينيكية مهمة فى التنبؤ بالتدهور العقلى أوألعته dementia or cognitive decline ، والسكتة الدماغية Stroke لدى الأشخاص مرتفعى التعليم بوجه خاص (Lee ,2014 ; Fritsch, McClendon, Wallendal, Hyde & Larsen, 2014 ; Schmand, Jonker, Hooijer & Lindeboom, 1996) .

لذا أصبح هناك اهتمام متنامى لدى الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين العاملين فى مجال المسنين بتقييم تلك المشكلات التى تتعلق بالذاكرة ، و التى يعبر عنها المسنون أنفسهم فى شكل تقارير ذاتية حول مختلف جوانب عملية التذكر . وتندرج تلك الطريقة من التقدير ضمن المنحى الإكلينيكى الذى يهدف إلى الحصول على معلومات كيفية qualitative information عن أكثر مظاهر الذاكرة التى يوجد بها خلل لدى الفرد ، ومؤشرات حول مدى خطورة هذا الخلل، حيث تعد المقاييس التى تعتمد على التقرير الذاتى بوجود مشكلات فى الذاكرة مقاييس لها دلالات إكلينيكية مهمه نظرا لأن المعتقدات الذاتية Subjective Beliefs التى يعتقها الأفراد حول أنفسهم ، والمواقف التى يجدون أنفسهم فيها ربما تكون معبرة عن الواقع الفعلى إلى حد ما (Bazargan & Barbre, 1994) . ونظرا لأن الإحساس بالفشل فى التذكر يرتبط بمشاعر الكرب النفسى والأسى لدى كبار السن، بالإضافة إلى أنه قد لا يعبر عن وجود حقيقى أو موضوعى لمشكلات فى الذاكرة ، فما هو السبب الكامن وراء تلك الشكاوى ؟ . اقترح " نيدرهيى" (١٩٩٨) Niederehe نموذجاً نظرياً يرى أن الشكاوى من الذاكرة ترجع إلى مجموعة من العوامل كوجود بعض الاضطرابات الفسيولوجية ، أو متغيرات السمة ، أو متغيرات الحالة ، أو متغيرات السياق contextual Variable أو وجود اضطرابات حقيقية فى الذاكرة . ويرى أن متغيرات من مثل الاكتئاب والقلق والصحة الجسمية ، والعصابية والفعالية الذاتية ترتبط بالشكاوى من الذاكرة (Poitrenaud, Malbezin & Guez,

للذاكرة memory self-evaluation يتأثر بعوامل السياق الشخصي أو الاجتماعي والديموجرافي للفرد .

ويرى نموذج " جولد وأربوكلي " (1990) " Gold & Arbuckle " عن العلاقة بين الشخصية والقدرات المعرفية لدى كبار السن ، أن السمات الشخصية ، وخصوصا العوامل الخمسة الكبرى ، تؤثر على القدرات المعرفية لدى المسنين وافترضوا أنه في مرحلة التقدم في العمر تحدث تغيرات في الجهاز العصبي نتيجة لانخفاض المطالب المعرفية للبيئة مما يترتب عليه زيادة في تأثير عوامل الشخصية على الجوانب المعرفية . وهذا التأثير لا ينظر إليه باعتباره تأثيراً مباشراً ولكنه تأثير ميسر أو محدد للقدرات المعرفية ، وبشكل خاص وجد أن العصائية كان لها تأثير سلبي على القدرات المعرفية . واستخلصاً من عرضهما للانتاج البحثي في مجال التقييم الذاتي للذاكرة عدة أمور مهمة تتمثل على النحو التالي :

- أن هناك عدم اتساق في النتائج حول وجود ارتباط بين التقييم الذاتي للذاكرة والتقدم في العمر .
- كان هناك ارتباط قوى بين التقييم الذاتي للذاكرة ومتغيرات الشخصية ، بينما لم يتحقق ذلك مع التقدير الموضوعي للذاكرة .

- ظهور بعض الفروق المرتبطة بالنوع في التقييم الذاتي للذاكرة .

- كان هناك ارتباط بين مستوى التعليم والتقييم الذاتي للذاكرة (Perrig-Chiello, Perrig, & Sta'eheli, 2000) .

ولقد اهتم بعض البحوث بفحص تأثير متغير واحد أو مجموعة من المتغيرات السابق ذكرها في علاقتها بالتقييم الذاتي للخلل في الذاكرة . وانطلاقاً من هذا النموذج نركز بشكل خاص على تقييم مدى مساهمة مجموعة من المتغيرات التي تتعلق بالسياق النفسي والديموجرافي للمسن، كدرجة شعوره بالأمن النفسي وتقديره الذاتي لحالته الصحية ومستوى تعليميه ونوعه وعمره ، في تقييمه الذاتي للخلل في ذاكرته ومقدار الشكاوى منها ، والخطط التي يستخدمها للتغلب على تلك الشكاوى ؛ حيث تعد الحاجة إلى الأمن النفسي من أبرز الحاجات التي تقف وراء استمرارية المسن ونجاحه في إدارته لحياته وقدراته ، فإذا نجم عن المواقف اليومية نوع من القلق والاكتئاب، فإن ذلك سوف يؤثر سلباً وبشكل مباشر على قدرات المسن. كما يعد الشعور بالأمن النفسي Psychological Security ، من أهم الدعائم التي ترتكز عليها الصحة النفسية للفرد ، ومن أهم السمات المميزة للسلوك السوي . و حالة الأمن النفسي لا تكون ثابتة مطلقاً ، وإنما تميل إلى الثبات النسبي حسب الظروف المحيطة بالفرد، وربما يكون انعدام الشعور بالأمن سبباً في حدوث الاضطرابات النفسية ، أو قيام الفرد بسلوك عدواني تجاه مصادر إحباط حاجته إلى الأمن وقيامه باتخاذ أنماط سلوكية غير سوية من أجل الحصول على الأمن الذي يفتقر إليه.

ونظراً لأن التقدم في العمر ageing مرحلة عمرية حتمية لا مفر منها ترتبط بمتغيرات كثيرة ومتعددة على مختلف المستويات الاقتصادية ، والاجتماعية ، و الجسمية ، و النفسية كالضغوط ، وضعف الصحة ، والعزلة ، وفقدان الأهل والأصدقاء ، والقدرة على العمل ، مما قد يترتب عليها فقدان للشعور بالأمن النفسي، وتدهور القدرات المعرفية للفرد ؛ لذا فنحن نرى أن الإحساس بالأمن له آثار إيجابية على أداء المهام العقلية للمسن ، فكلما زادت درجة إحساسه بالأمن ، زادت كفاءة أدائه للمهام العقلية وفعاليتها، وبالتالي تحققت الصحة النفسية له ، والعكس صحيح تماماً.

مشكلة الدراسة

إن الشعور بالأمن النفسي يتشكل بفعل عوامل السياق الشخصي والاجتماعي والخبرات، وطرق التواصل مع الآخرين ، والمواقف والظروف البيئية التي تحيط بالمسن . فالإنسان العادي الذي يعيش في بيئة آمنة يتطور لديه أمان نفسي بتسلسل منطقي، فعلى سبيل المثال يتشوق المسن للاستيقاظ كل يوم صباحاً في ساعة محددة ، ليرى أهل بيته وأصدقائه ، ويؤدي عبادته، ويمارس نشاطاته المعتادة ، لكن المسنين يتعرضون في حياتهم إلى مجموعة من الضغوط النفسية والمؤثرات التي من شأنها التأثير سلباً على أدائهم وإنجازهم في الحياة، الأمر الذي يجعلهم يعانون من تدني الشعور بالأمن النفسي الذي له تأثير واضح على الأداء والأدوار التي يقومون بها ، وهو ما يعد عنصراً مهماً ومؤشراً حقيقياً على نجاح أو فشل المسن . فإذا كان المسنون يعانون من تدني الشعور بالأمن النفسي والعيش في بيئة غير مريحة نفسياً، فإن هذا سوف يؤثر حتماً على تقديرهم لذواتهم وقدراتهم العقلية ، وجودة حياتهم بشكل عام وتقييمهم لها.

ونظراً لأن التقدير الذاتي للتغيرات التي تحدث في الوظائف العقلية يتأثر بكثير من المتغيرات سلباً و إيجاباً ، ويتدخل مع حاجات الإنسان الأساسية ، فإن درجة تقييم الفرد لقدرته على التذكر ترتبط بشعوره بالأمن النفسي ، وتمتعه بحالة صحية جيدة ، وعلاقاته الاجتماعية ، وأمنه الاقتصادي ، حيث يترتب على عدم الشعور بالأمن النفسي ، عديد من المشكلات مثل سوء التوافق ، وزيادة معدلات القلق والاكتئاب ، وعدم القدرة على التذكر الجيد في حين أن الأفراد المطمئنين نفسياً يملكون مشاعر إيجابية عن أنفسهم وعلاقاتهم ، وقدراتهم ، بالإضافة إلى تمتعهم بمهارات عقلية و إجتماعية متوازنة يحققون بواسطتها إرتقاءً طبيعياً خلال مختلف مراحل نموهم ، وفي مرحلة التقدم في العمر بشكل خاص.

هذا عن العلاقة بين التقييم الذاتي للذاكرة والأمن النفسي ، أما عن المتغيرات الديموجرافية كالنوع والعمر والتعليم في علاقتها بالتقييم الذاتي للخلل في الذاكرة ، ويرى بعض الدراسات زيادة في نسب انتشار الشكاوى من الذاكرة بتقدم عمر الفرد ، حيث تصل إلى ٤٦,٣% لدى الأفراد من عمر ٥٠-٥٩ سنة ، وتزداد لتصل إلى ٦٣,٤% للأفراد الأكبر عمراً من ٨٠-١٠٠ سنة (Vale et al. , 2012) . أما بالنسبة للفروق بين الجنسين ، تشير الدراسات إلى وجود تعارض في النتائج التي تتعلق بهذا الشأن ، حيث تجد بعض الدراسات أن السيدات المسنات لديهن شكاوى

أكثر حول قدرتهن على التذكر مقارنة بالرجال ، بينما لم تجد دراسات أخرى أى فروق بين الجنسين (Bazaragan & Barbre, 1994) .

وفى دراسات أخرى وجد أن السيدات المتقدمات فى العمر ومنخفضات المستوى التعليمى تعانين من شكاوى أكثر فى الذاكرة من صغار السن والرجال ومرتفعى التعليم ، وربما يرجع ذلك لأن كبار السن يعانون أكثر من التدهور المعرفى ، و أن السيدات يشكون من مشكلات صحية أكثر من الرجال ، وأن مرتفعى التعليم أكثر دقة فى تقييمهم لذاكرتهم (Fritsch et al., 2014) .
وعلى ضوء ما تقدم يمكن بلورة مشكلة الدراسة الراهنة فى السؤال الرئيس التالي:

هل توجد علاقة بين الشكاوى الذاتية من الذاكرة والأمن النفسى لدى المسنين المقيمين فى المجتمع ؟
وينبثق عن هذا السؤال الرئيس مجموعة من التساؤلات الفرعية نعرض لها على هذا النحو :

تساؤلات الدراسة

- ١- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الأمن النفسى و التقدير الذاتى للحالة الصحية والشكاوى الذاتية من الذاكرة ، وبين بعضها بعضا لدى المسنين ؟.
- ٢- هل التقدير الذاتى للحالة الصحية أم الأمن النفسى هو الأكثر قدرة على التنبؤ بالشكاوى الذاتية من الذاكرة لدى المسنين المقيمين فى المجتمع ؟.
- ٣- ما مقدار الشكاوى الذاتية من الذاكرة لدى المسنين المقيمين فى المجتمع ، و هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى الشكاوى الذاتية من الذاكرة لدى المسنين المقيمين فى المجتمع تعزى لمتغير النوع الاجتماعى ؟.
- ٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى مستوى الأمن النفسى لدى المسنين المقيمين فى المجتمع تعزى للنوع والتعليم ؟.

أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة الحالية من خلال تناولها لأحد الموضوعات البحثية المهمة فى مجال علم النفس الوقائى للمسنين ، وهو علاقة الأمن النفسى بالتقييم الذاتى للتغيرات التى تحدث فى الذاكرة لدى المسنين ، وبالتالي برزت الحاجة إلى تحصيل كثير من المعلومات والبيانات عن ظروف وأبعاد هذه المشكلات والصعوبات ، ومن هنا جاءت فكرة إجراء هذه الدراسة التى نأمل أن تكشف نتائجها عن طبيعة علاقة الشعور بالأمن النفسى بالتقييم الذاتى للخلل فى الذاكرة ، ومدى ارتباطهما بمتغيرات النوع والحالة الصحية ، والحالة التعليمية ، كما أنه من المأمول أن تخرج هذه الدراسة فى ضوء نتائجها بتوصيات أو مقترحات قد تساعد الاختصاصيين النفسيين فى مجال علم النفس الإكلينيكي للمسنين فى تطوير برامج وخدمات تساعد فى كيفية الوقاية والكشف المبكر عن مظاهر وأعراض هذه المشكلات المعرفية ، والاضطرابات النفسية وأبعادها وأسلوب التعامل معها قبل تفاقمها واستفحالها . لذا حين نسعى للوقوف على المظاهر التى تجسد الاهتمام الذى حظى به ذلك الموضوع ، نعتقد أنها تتمثل فى النقاط التالية :

التقدير الذاتي للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

١- يشهد المجتمع المصري تزايداً مضطرباً فى عدد المسنين ، فبناء على تقديرات منظمة الصحة العالمية ، فإن نسبة كبار السن فى العالم ستتضاعف من حوالي ١٠% إلى ٢١% بحلول عام ٢٠٥٠ (الأمم المتحدة ، ٢٠٠٢ ، ١) . وفى مصر من المتوقع أن تصل نسبة كبار السن (٦٠ سنة فأكثر) إلى حوالي ١٢% بحلول عام ٢٠٣٠ (مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار ، ٢٠٠٨ ، ١) ، ثم إلى ٢٠,٨% عام ٢٠٥٠ (عبد الحميد هاشم ، ٢٠٠٧ ، ٢) وهذا يعني أن كبار السن يواجهون تحديات اجتماعية ، و صحية - بدنية ونفسية - ينبغى الاعتراف بها والتعرف عليها ، وتقديم الخدمات الضرورية التى تساعدهم على التعامل معها .

٢- حظى موضوع الذاكرة لدى المسنين باهتمام كبير ، حيث تشير الدراسات إلى أن التغيير فى الذاكرة يعد أكثر مظاهر التغيرات المعرفية الطبيعية وضوحاً مع التقدم فى العمر ، وغالباً ما كان يتم قياس الذاكرة من خلال أداء بعض المهام الموضوعية كاللذكر الحر لقائمة من الكلمات أو التعرف على الصور فى مقابل الندرة فى تقييمها من خلال التقديرات الذاتية Self-rating للمسنين أنفسهم حول وجود تغيرات أو شكاوى فى ذاكرتهم . وتعد مقاييس التقدير الذاتى للذكر مقاييس مباشرة للكشف عن وجود اضطرابات فى الذاكرة ، ويحقق استخدامها جنباً إلى جنب مع الاختبارات الموضوعية للذكر مزيداً من الصدق لاكتشاف مشكلات الذاكرة فى المجال الإكلينيكي .

٣- إفتقار الإنتاج النفسى المحلى والإقليمي لوجود دراسات تناولت الشعور بالأمن النفسى لدى كبار السن ، فى مقابل كثرة فى الأبحاث التى تناولت متغيرات مثل التوافق النفسى والصحة النفسية للمسنين ، ولأسيما أن تأثير انعدام الأمن النفسى على الصحة النفسية والعقلية قد يختلف من شخص إلى آخر ، ومن مرحلة عمرية إلى أخرى ومن مجتمع إلى آخر .

٤- من المهم بالنسبة للعاملين فى المجال الإكلينيكي للمسنين أن يكون لديهم مؤشرات حول معدل انتشار الشكاوى من الذاكرة لدى كبار السن ، و مقدار الدافعية المتوفرة لديهم للبحث عن طرق وأساليب لتحسينها ، بالإضافة إلى حاجتهم لتحديد ما إذا كان تقدير المسنين لهذا التدهور فى الذاكرة يرجع لعوامل مزاجية أم للتوقعات السلبية لديهم حول قدراتهم على التذكر أم إلى وجود تغيير حقيقى فى قدرتهم على التذكر .

٥- تقديم أداة مختصرة وسريعة لتقدير الشكاوى من الذاكرة يمكن استخدامها فى الحصول على مؤشرات تشخيصية حول مظاهر التدهور فى الذاكرة لدى المسنين فى سياق الممارسات اليومية everyday practice .

٦- حاجة البرامج الخاصة بتدريب الذاكرة memory training programs إلى تضمين خطط تدخل تعتمد على العامل النفسى ، بالإضافة إلى مهارات التدريب على التذكر mnemonic training ، فقد يرجع عدم الاستفادة الكاملة لبعض المسنين من برامج تنمية الذاكرة ، لكون تلك البرامج لا تلائم احتياجاتهم النمائية والتدريبية النوعية أو حتى ظروفهم الشخصية ، فهى برامج جاهزة وليست مفصلة لفرد بعينه ، ومن ثم قد لا تزوده بما يحتاجه ويرغبه .

٧- تدعيم الدور الإيجابي للمسن في عملية التشخيص والعلاج لما يعانيه من مشكلات في التذكر ؛ ففي ظل كثير من الدراسات التجريبية السابقة في المجال البحثي ، كان دور الفرد في عملية التدريب لمهام التذكر يتسم - نسبيا- بالسلبية حيث أنه قليلاً ما كان يسهم في عملية تشخيص المشكلة أو صياغة سبل حلها على الرغم من أنها تتعلق بأمور تخص نموه الشخصي وتأهيله وتحسين أدائه وتنمية مهاراته .

٨- وأخيراً ، ركز الباحثون على بحث دور المحددات الاجتماعية للصحة الجسمية في مرحلة التقدم في العمر ، بيد أنهم لم يتطرقوا بصورة منظمة لدور متغير الصحة في تفسيره للعلاقة بين العمر والوظيفة المعرفية ، وبناء على ذلك فإننا سنعنى في الدراسة الحالية الوقوف على علاقة إدراك كبار السن لصحتهم الجسمية ووعيهم بأوجه الضعف في ذاكرتهم النوعية .

وقبيل البدء في عرض الانتاج العلمى السابق المتراكم حول موضوع التقييم الذاتى للخلل فى الذاكرة للاستفادة منه فى صياغة فروض الدراسة الحالية ، سنحاول أولاً تقديم تعريفات لأبرز المفاهيم المستخدمة فى هذه الدراسة ، و تتحدد تلك المفاهيم فيما يلى :

التقييم الذاتى^١ للخلل فى الذاكرة .

يستخدم هذا المصطلح عادة ، ليقدم لنا تقريراً ذاتياً حول المشكلات التى توجد فى الذاكرة ، والتي لا يتم إدراكها من قبل الآخرين (Vale et al.,2012) . كميلاً استخدم أيضاً ليشير إلى الفقد Loss أو الخلل فى الذاكرة Memory impairment (Kim, Lee, Jhoo, Lee, Park , et) (Youn al., 2009) . بالإضافة إلى ذلك ، فهى تعد أحد المكونات الجوهرية للمحكات التشخيصية للاضطراب المعرفى البسيط Mild Cognitive Impairment ، وتتعلق تلك الشكاوى بكل من وعى الأفراد وتقديراتهم الذاتية self-appraisal ، ومعنقاتهم حول كفاءة ذاكرتهم اليومية (Genziani, Stewart, Bejot, Amieva, Artero, & Ritchie,2013) . وترجع الاختلافات بين الباحثين فى تعريفهم للتقييم الذاتى لدرجة الخلل فى الذاكرة إلى نمط الأسئلة المستخدمة لتحديد درجة المعاناة من تلك الاضطرابات ، وأنماطها ، حيث استخدمت طرق عدة لتحديد أو تعريف التقدير الذاتى لاضطرابات الذاكرة مما أدى إلى قدر كبير من الغموض حول تعريف المفهوم ، حيث تنوعت الأسئلة المستخدمة لتحديد درجة الاضطراب ، ما بين سؤال واحد أو مجموعة من الأسئلة (Feng , 2012 , 10) .

ويرى " بيريج شيلو وزملاؤه" (Perrig-Chiello et al., 2000) " أن هناك نوعين من التقييمات الذاتية للذاكرة ؛ تقييم عام وتقييم نوعى؛ التقييم العام generalized evaluations ، و

١ - يستخدم مصطلح التقدير الذاتى self-report ليصف المعلومات الذاتية أو الشخصية التى يتم جمعها مباشرة من الفرد ، وتعد المقابلات وتطبيق الاستخبارات مصادر لذلك التقييم الذاتى (Feleming, 2010) .

التقدير الذاتى للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

يضم نوعين من التقييمات ، النوع الأول ، ويشير للمقارنات المؤقتة التى يقوم بها الفرد لنفسه عبر الزمن intrapersonal ، أما النوع الثانى من التقييمات ، فيشير إلى المقارنات الاجتماعية التى يعقدها الفرد بينه و بين الأفراد الآخرين المماثلين له فى العمر interpersonal . أما التقييم النوعى specifec evaluations ، فيتعلق بمواقف تقييم كبار السن لكفاءتهم فى التذكر بعد الأداء على الاختبارات الموضوعية للذاكرة ، وهذا ما يؤيد الفرض القائل بأن التقييم الذاتى للذاكرة memory self-evaluation يتأثر بعوامل السياقي الشخصى والاجتماعى .

وفى سياق آخر ينظر للشكاوى الذاتية من الذاكرة ، باعتبارها أحد مكونات الوعى بنشاط أو أداء الذاكرة metamemory ، والذى يشير إلى قدرة الفرد على تقييم ذاكرته ، وهى عملية مستمرة خلال مرحلة الشيخوخة الطبيعية (Mattos, Lino, Rizo, Alfano, Araújo & Raggio, 2003). كما تشير إلى معلومات الفرد ومعتقداته التى تتعلق بعملية التذكر . ويتضمن ثلاثة مكونات هى :
١- التقييم غير المباشر أو الضمنى off- line evaluation ، ويشير إلى كيف يقوم الأفراد بتقييم قدرتهم على التذكر فى حياتهم اليومية .

٢- التقييم المباشر أو الصريح On -Line evaluation ، و يشير إلى كيف يكون الأفراد قادرين على التنبؤ بأدائهم على مهام معينة يتم تذكرها .

٣- أما المكون الثالث والأخير فهو يتعلق بمراقبة الأفراد لأدائهم فى مهام التذكر ، وتحديد قدرتهم على التعرف على أكثر الخطط فعالية فى مساعدتهم على التذكر (Floyd & Scogin, 1997) .
و يرى " فينج " (Feng , 2012 , 9) أن الوعى بأداء الذاكرة ونشاطها يشير إلى معارف الأفراد ومعتقداتهم حول ذاكرتهم وعملية التذكر بشكل عام ، وهى ظاهرة متعددة ، وتتضمن على الأقل أربعة أبعاد ، هى :

- المعلومات الفعلية لدى الفرد Factual Knowledge عن وظيفة الذاكرة والخطط التى يستخدمها الفرد فى التذكر .

- الفعالية الذاتية للقدرة على التذكر memory self-efficacy ، وتشير إلى معتقدات الأفراد حول قدرتهم على التذكر ، وكذلك إدراكهم لقدرتهم على التحكم فى عملية التذكر ، وإدراكهم للتغيرات التى تحدث فى الذاكرة ، والقلق حول القدرة على التذكر . وذكر " فينج ، " أن الفروق العمرية التى توجد فى عملية التذكر لا تتصل بالفعالية الذاتية فقط بل تتصل كذلك بعمليات مراقبة الذاكرة ، والمشاعر أو الوجدان المرتبط بعملية التذكر memory relvant affect .

وجدير بالذكر أن هناك بعض المفاهيم الأخرى المستخدمة فى الإنتاج النفسى بصورة تكاد تكون متداخلة مع التقييم الذاتى ، من قبيل الوعى الذاتى Self-awareness ، وهو تلك العملية التى تتضمن تكامل كل من المعلومات الموجودة بالخارج و تلك الناتجة عن الخبرة الداخلية ، فهى تتضمن التفاعل بين الأفكار والمشاعر مما يترتب عليه تفسير المواقف بطريقة ذاتية (Strong & Ashiton, 1996) ، ونحن نرى أنها تتعلق بمعرفة الفرد بقدرته على التذكر ،

ومعرفته بكيف تعمل الذاكرة بشكل عام . أما بالنسبة لمفهوم مراقبة الذات Self-monitoring فهو يتعلق بمراقبة الفرد لأدائه بهدف تحديد الجوانب النوعية لأوجه الخلل في الذاكرة بصورة مفصلة ، والتي قد تتمثل في صعوبة تذكره للمهام المستقبلية كدفع فواتير التليفون أو تناول الأدوية في مواعيد محددة . ويتمثل الهدف الرئيس من عملية المراقبة الذاتية في التشخيص الذاتي Self- Diagnosis ، فعقب مراقبة الفرد لأدائه وحصوله على معلومات كافية حول هذا الأداء ، يميل الفرد للدخول في عملية التشخيص، أى محاولة فهم الأسباب المسؤولة عن أوجه قصوره بصورة دقيقة نسبية ، والتشخيص الذاتي ضرورى لكى نبدأ برامج التنمية .

وقد أوضح بعض الدراسات بعض التغيرات الحيوية أو الفسيولوجية فى الدماغ لدى الأفراد الذين يظهرون شكاوى ذاتية من الذاكرة ، مثل صغر حجم حسان البحر ، وكثافة المادة البيضاء مقارنة بالأفراد الذين لا توجد لديهم مثل تلك الشكاوى (Youn et al. , 2009) . وهذا ما يؤيد الفرض القائل بأن الشكاوى الذاتية من الذاكرة ربما تعكس تدهور معرفياً نتيجة لحدوث بعض التغيرات فى تركيب الدماغ .

وتعرف الباحثة مفهوم التقييم الذاتى للخلل فى الذاكرة بأنه " وعى الفرد بأوجه الضعف والاضطرابات النوعية فى ذاكرته ، و تحديده لدرجة خطورتها ، واعاقتها لقيامه بالمهام اليومية ، واستخدامه لبعض الخطط الذاتية للتغلب عليها بغية رفع كفاءته المعرفية الحالية والمستقبلية".

مفهوم الأمن النفسي

يعد مفهوم الأمن النفسي من المفاهيم المركبة فى علم النفس، و تتداخل مؤشرات مع مفاهيم أخرى مثل الطمأنينة الانفعالية ، والأمن الذاتى ، والتوافق الذاتى ، والرضا عن الذات، والمفهوم الإيجابي عن الذات ، والتوازن الانفعالي.. الخ، كما يستخدم فى أحيان كثيرة كبديل للصحة النفسية ؛ فالإنسان الأمن نفسياً ، هو الشخص الذى يكون فى حالة توازن أو توافق واستقرار و يكون قادراً على مواجهة الإحباطات التي يتعرض لها بما يحقق له حالة التوافق .

ويعتبر الأمن النفسي من الحاجات المهمة لبناء الشخصية الإنسانية حيث إن جذوره تمتد إلى الطفولة، وتستمر حتى الشيخوخة عبر مختلف مراحل العمر ، و يصبح أمن المرء مهدداً إذا ما تعرض إلى ضغوطات نفسية واجتماعية لا طاقة له بها فى أي مرحلة من تلك المراحل، مما يؤدي إلى الاضطراب، لذا فالأمن النفسي يعد من الحاجات ذات المرتبة العليا للإنسان لا يتحقق إلا بعد تحقق الحاجات الدنيا للإنسان (جبر محمد جبر ، ١٩٩٦) .

ويعد مفهوم الأمن والأمان فى اللغة مصدران بمعنى الطمأنينة وعدم الخوف ، ويعدان من المفاهيم اللغوية ذات الثراء فى المعنى؛ فقد جاءت كلمة أمن فى كل من لسان العرب والمعجم الوسيط ومختار الصحاح بعدة معانٍ، ففى لسان العرب يأتى الأمان والأمانة بمعنى وقد أمنتُ فأنا أمنٌ،

التقدير الذاتي للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسي كمنبئات بمظاهر الخلل في الذاكرة

وأمنتُ غيري من الأمن والأمان والأمن ضدَّ الخوف ، والأمانةُ ضدَّ الخيانة (ابن منظور ، بدون تاريخ ، ١٤٠) .

أما اصطلاحاً، فقد تباين المعنى تبعاً للمدارس الفكرية التي ينتمي إليها المفكرون الذين بحثوا في هذا المفهوم. ويعرف "جبر محمد جبر" (١٩٩٦) الأمن النفسي بأنه "حالة من التوافق الذاتي والتكيف الاجتماعي، تتأثر بحالة الفرد العضوية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية المحيطة به"، حيث يرى أن الشعور بالأمن النفسي مرتبط بالحالة البدنية والعلاقات الاجتماعية للفرد، وكذلك مدى إشباع الدوافع الأولية والثانوية. وقد صنف الأمن النفسي في مكونين ، أحدهما داخلي يتمثل في عملية التوافق النفسي مع الذات والآخر خارجي يظهر في عملية التكيف الاجتماعي مع الآخرين والتفاعل معهم بعيداً عن العزلة والوحدة، التي تخل بالتوازن النفسي للشباب والمراهقين وتؤثر على مستوى توافقهم الاجتماعي.

ويعرفه "صالح الصنيع" (١٩٩٥) بأنه "سكون النفس وطمأنينتها عند تعرضها لأزمة تحمل في ثناياها خطراً من الأخطار وكذلك شعور الفرد بالحماية من التعرض للأخطار الاجتماعية والعسكرية المحيطة به .

ونلخص أهم خصائص الأمن النفسي، كما أظهرتها نتائج بعض البحوث و الدراسات فيما يلي:
- يتحدد الأمن النفسي بعملية التنشئة الاجتماعية وحسن أساليبها من تسامح وحوار وتقبل وحب ، ويتناقص في ظل وجود العنف الأسرى (عبدالناصر السويطي ، ٢٠١٢).

٥- يرتبط الأمن بالتفاعل الاجتماعي الناجح والخبرات والمواقف الاجتماعية والبيئية المتوافقة والمدعمة للفرد (عبد الرحمن العطاس ، ١٤٣٤ هـ) .

٦- يؤثر الأمن النفسي تأثيراً إيجابياً على التحصيل ، و القدرات العقلية ، وفي الإنجاز بصفة عامة و الابتكار ، والابداع ، والقدرة على اتخاذ القرارات في العمل (هاني الخالدي ، ٢٠١٤ ، Green, Michailidis & Asimenos, 2002 ; Rastogo & Nathawat, 1981 ; 1981) .

٧- يزداد مستوى الأمن النفسي بارتفاع المستوى التعليمي للفرد (حمد الخليل ، ١٩٩١ ؛ رغداء نعيسة ، ٢٠١٢) .

٨- الذكور أكثر أمناً من الإناث (سامية الحلفاوي ، ١٩٩٣ ، منار بني مصطفى و أحمد الشريفين ، ٢٠١٣) .

٩- الشخص المستقر في عمله وحياته العائلية يشعر بالأمن أكثر من غيره (خالد الصرايرة ، ٢٠٠٩) .

١٠- يرتبط شعور الوالدين بالأمن النفسي في شيخوختهم بالقيم الخاصة بهم ، وبوجود الأبناء لديهم (Kogitcibasi, 1982) .

١١- يرتبط نقص الأمن النفسي بالتوتر، والاكتئاب وبالتالي بالتعرض لأمراض جسمية عديدة كأمراض القلب، والسكري والسرطان (إياد أقرع ، ٢٠٠٥) .

- يرتبط نقص الأمن النفسي بوجود الإعاقات سواء الجسمية أو الحسية (Sarkar & Ganguli, 1982).

وبعد أن استعرضت الباحثة التعريفات المتعددة للأمن النفسي وخصائصه ، ترى أن أغلب هذه التعريفات قد ركزت على عدة جوانب كالتالي :

- ١- أن الأمن حالة عقلية لها بطانة مزاجية ، وبعد الإحساس أو الشعور انعكاساً لتلك الحالة.
- ٢- تتبدى أهم مظاهر الأمن النفسي من خلال شعور الفرد بالرضا عما حققه من إنجازات، وتقبله لنفسه، ومشاركته الحقيقية في أنشطة تحقق لديه هذا الإحساس وتدعمه.
- ٣- لكي يتحقق الأمن للفرد ، يجب تحقيق معظم مطالبه وإشباع معظم حاجاته الأساسية أو الاجتماعية أو النفسية.
- ٤- تتأثر حالة الأمن النفسي للفرد بإدراكاته و أفكاره حول البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، ولطبيعة التفاعلات والعلاقات التي يمر بها خلال هذه البيئة، فإن أدرك الفرد بيئته الاجتماعية على أنها مهددة ومخيفة يقل لديه مستوى الشعور بالأمن، وفي المقابل إن أدرك البيئة بطريقة إيجابية وأمنة زاد إحساسه بالأمن النفسي.
- ٥- أن حرمان الفرد من الأمن يجعله فريسة للقلق والخوف ، وضعف الثقة بالنفس ، والتقدير السلبي لقدراته ، وقد يصل الأمر به إلى الانطواء والعزلة عن الآخرين ، أو أن يسلك سلوكاً عدوانياً مما يؤدي في النهاية إلى دخول الفرد في دائرة الاضطرابات الجسمية والنفسية والاجتماعية والمعرفية .

وفي ضوء ما سبق ، فإن الباحثة تضع التعريف التالي للأمن النفسي " هو حالة داخلية يشعر فيها الفرد بالاطمئنان و الراحة النفسية والاستقرار والتفائل ، والتقبل لذاته وقدراته ومكاناته، والشعور بالقناعة والرضا عما حققه من إنجازات ، وتقبل الآخرين " .

ولأن الأمن النفسي يعد من المتغيرات النفسية المهمة التي نالت اهتمام علماء النفس ، فقد تباينت آراء العلماء والمنظرين حول موضوع الأمن النفسي ومسبباته تبعاً لاختلاف مدارس علم النفس التي ينتمي إليها كل واحد منهم. وفيما يلي عرض لأهم تلك المدارس والنظريات المفسرة له . النظرية الإنسانية وتفسيرها لمفهوم الأمن النفسي ، يؤكد أصحاب الاتجاه الإنساني أهمية الحاجات ودورها في السلوك . وبعد أبراهام ماسلو Maslow خير ممثلي هذا الاتجاه ، إذ يؤكد ماسلو وروجرز أن انعدام الأمن النفسي عند الفرد يأتي من عدم إشباع الحاجات ، وأن هذا الإشباع يكون في البيئة ، فالبيئة التي تسمح بإشباع حاجات الفرد الأساسية تعد مصدر دعم ومساندة للفرد فتشعره بالأمن النفسي، بعكس البيئة التي لا تشبع حاجات الفرد فتكون مصدر تهديد لأمنه ، ويربط ماسلو بين إحباط الحاجة إلى الأمن النفسي واضطراب الصحة النفسية (Ryckman, 1978, 330) . ويقول "ماسلو " أن الإنسان يولد وهو محفز لتحقيق احتياجات أساسية في شكل هرمي تبدأ بالحاجات الفسيولوجية الجوع والعطش، مروراً باحتياجات الأمن والسلامة ثم احتياجات الانتماء والتقبل من المجموعة، وصولاً

التقدير الذاتي للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

إلى احتياجات اعتبار واحترام الذات فى قمة الهرم. وبعد تحقيق كل هذه الحاجات يجاهد الإنسان لتحقيق ذاته ليصل إلى أسمى مراحل الاكتفاء الذاتى والسلام مع نفسه (جهاد الخضرى ، ٢٠٠٣ ، ٣٣).

و يرى ماسلو أن هناك ثلاثة أبعاد أساسيةً أوليةً للأمن النفسى ، يتّمثل جانبها الإيجابى فى: شعور الفرد بأن الآخرين يتقبّلونه و يحبّونه ويعاملونه بدفء ومودة ، وشعوره بالانتماء وإحساسه بأن له مكانة فى الجماعة ، و أخيراً شعوره بالسلامة وندرة الشعور بالخطر والتهديد والقلق. ويقوم تصنيف ماسلو هذا على اعتبار أن الشخص غير الآمن ، هو من يعاني من مشاعر العزلة والوحدة والنزب الاجتماعى وبالتالي إدراك العالم كمصدر تهديد وخطر، وهذه الأعراض عندما تستقل نسبياً عن مصادرها الأصلية تصبح سمة ثابتة إلى حد كبير ويصبح الفرد فى المراحل العمرية اللاحقة غير مطمئن حتى لو توفرت له سبل الحياة والأمان مادام لم يخبر فى طفولته الطمأنينة النفسية الملائمة (رعداء نعيسة ، ٢٠١٢). ويرى ماسلو أن تحقيق الأمن النفسى يتم بوسائل كثيرة، حسب طبيعة الفرد ومرحلة نموه، و لكن أهم تلك الوسائل تتم عن طريق تجنب الفرد مصادر التهديد و الألم و القلق والبحث عن الطمأنينة (صالح الصنيع، ١٩٩٥، ٧٥).

أما عن دور نظرية المعرفة الاجتماعية وتفسيرها للعلاقة بين الأمن النفسى والتقييم الذاتى للخلل فى الذاكرة ، فترى أن نظرية التعلم الاجتماعى لبندورا من النظريات المعرفية التى تناولت موضوع السلوك الإنسانى بشكل عام من خلال إطار يعتمد على التفاعل القائم بين الفرد و السياق البيئى ، فليبيئة تؤثر فى السلوك لكن سلوك الفرد بدوره يحدد جزئياً بيئته فالناس لا يستجيبون ببساطة للمثيرات كما هي عليه فى الواقع ، ولكنهم يستجيبون لها كما يدركونها. وفى هذا الصدد، فإن نظرية التعلم الاجتماعى تؤكد الدور الذى تؤديه السياقات المتبادلة (الفرد و البيئية). واذ يكتسب الناس خلال النمو مخزوناً واسعاً من المعلومات والمفاهيم والسلوكيات التى يستخدمونها فى التعامل مع المشكلات النفسية والحياتية ، فإن هذه المعرفة يستخدمها الفرد أثناء ملاحظته للفروض وتطويرها واختبارها وأثناء إصداره للأحكام . و يرى بيك (Beck) أن المشكلات النفسية تحدث كنتيجة للاستنتاجات غير الصحيحة على أساس من المعلومات غير الكافية أو غير الصائبة أو نتيجة لعدم التمييز الكافى بين الخيال والواقع، وفضلاً عن ذلك فإن التفكير يمكن أن يكون غير واقعى بسبب أنه مشتق من مقدمات خاطئة، كما أن السلوك يمكن أن يكون قاصواً ومؤدياً للفشل بسبب كونه مبنياً على اتجاهات غير معقولة (معتر سيد عبد الله، ١٩٩٧).

ويرى رايمى أن المفاهيم الخاطئة عن الذات قد تقيد سلوك الفرد بطريقة تعسفية غير واقعية وتدفعه بقسوة إلى الانغماس فى سلوك غير مقبول يؤدي إلى العجز والاضطراب . ويرجع " ووترز " وجود الأفكار اللاعقلانية لدى الأفراد لأحد أمرين : الأول هو الشعور بالحاجات أو المطالب النفسية التى تخلق مشاعر الألم النفسى، والثانى هو مشاعر الغضب والإثارة الانفعالية المولدة للقلق والإزعاج، على الرغم من أن هذه الحاجات والمشاعر قد تكون فقط غير مناسبة (عبد الله ، ١٩٩٧).

مفهوم التقييم الذاتي للحالة الصحية :

لمتغير الصحة الجسمية في حياة كبار السن قيمة اجتماعية كبيرة بالنسبة لهم، فكلما كانت حالتهم الصحية جيدة ، ساعدهم ذلك على تعدد النشاطات التي يقومون بها ، واستمرار علاقاتهم الاجتماعية وتعدد دوائرها سواء مع الأبناء، أم الأهل ، أم الأصدقاء والجيران . ويمتد هذا التأثير ليشمل شعور المسن بالتوافق بشكل عام ، وتمتعه بالصحة النفسية بوجه خاص . أما تدهور الصحة فيترتب عليه مزيداً من الأعباء بالنسبة للمسن والمجتمع على حد سواء ، حيث تستهلك الجزء الأكبر من دخل الفرد والدولة .

ويفسر " بيتو وكيرسى " الصحة الجيدة أو الصحة المعتلة على أساس قدرة الأفراد على القيام بوظائفهم وأدوارهم في بيئتهم (Buetow & Kerse, 2001) .

ويشير مفهوم الحالة الصحية Health Status كما يستخدم من قبل العاملين في مجال الرعاية الصحية لكبار السن إلى جانبين :

الجانب الأول : ويتعلق بغياب أو وجود الأمراض ؛ فالأمراض لها نتائج اجتماعية غير محببة، فهي مؤلمة للفرد وتعوقه عن استخدام قدراته (عقلية كانت أم بدنية) لأداء الأدوار الاجتماعية المتوقعة منه ، بالإضافة إلى أن الأمراض تتنوع درجاتها من حيث الحدة والازمان .

الجانب الثانى : ويتعلق بدرجة الصعوبة الوظيفية Functional Disability ؛ فالنشاطات التي تتعلق بمهام الحياة اليومية (مثل الأكل ، وارتداء الملابس ، وعمليات الشراء ، والقدرة على الحركة) التي يقوم بها الفرد ، أو التي يعتقد أنه يستطيع القيام بها تعد مؤشراً مهماً في تحديد ما سوف تصبح عليه حالته الصحية في المستقبل ، وما هي نوعية الخدمات التي سوف يحتاج إليها ليحقق التوافق مع بيئته (جمعة يوسف ، وعزة مبروك ، ٢٠٠٥ ، ٥٨ - ٥٩) .

وتتضمن مقاييس التقدير الذاتي للصحة اسئلة حول تقييم الأعراض والعلامات المرضية ولكن بطريقة وصفية . و تعد مقاييس التقدير الذاتي للصحة وسيلة سريعة للفحص أفضل من الفحص الطبى (Salthouse, Kausler & Sauls, 1990 ; Borim, Neri, Francisco & Barros,) (2014) .

وعقب تعريف أبرز المفاهيم المستخدمة في الدراسة والأطر النظرية المفسرة لها ، تنتقل إلى استقراء الجهود التي بذلها الباحثون السابقون لدراسة تلك الظاهرة ، وسيكون ذلك على النحو التالي :

هناك عديد من الدراسات الموجودة في المجال البحثي التي تناولت التقييم الذاتي للخلل في الذاكرة والعوامل المرتبطة به لدى كبار السن ، ولكن الشيء الملفت للنظر ، أننا لم نجد دراسة واحدة تناولت العلاقة بين الأمن النفسي والتقدير الذاتي للشكاوى من الذاكرة عند المسنين على حد علم الباحثة، هذا وقد حصرت الباحثة عدداً من الدراسات السابقة التي صنفت طبقاً لمحورين كما يلي:

أ - دراسات تناولت التقييم الذاتي للذاكرة لدى المسنين والعوامل المرتبطة به .

ب- دراسات تناولت الأمن النفسي لدى كبار السن .

الفئة الأولى من الدراسات ، وتتعلق بالتقييم الذاتى لأوجه الضعف والاضطراب فى الذاكرة لدى كبار السن:

قام " كى وزملاؤه " (Ki et al., 1991) بدراسة هدفها التعرف على العلاقة بين شكاوى الذاكرة ، والأداء الموضوعى للذاكرة والمزاج والعمر والذكاء اللفظى ، وكذلك دراسة الفروق بين الجنسين لدى ١٩٩ من الأصحاء المقيمين فى المجتمع ، الذين تراوحت أعمارهم بين ٣٩- ٨٩ سنة . وقد أوضحت النتائج وجود علاقة قوية بين شكاوى الذاكرة والاكنتاب أكثر من الأداء الموضوعى ، كما وجد تأثير لمتغيرات العمر والنوع والذكاء اللفظى فى الشكاوى من الذاكرة ، فالأشخاص ذوى الذكاء اللفظى المرتفع كانوا أقل من حيث الشكاوى من الذاكرة و كان النسيان لديهم أقل ، كما كان الأفراد الأكبر عمرا أكثر عرضة للنسيان والشكاوى من ضعف الذاكرة ، وأكثر استخداماً لخطط التذكر وأساليبه .

وفى الدراسة التى قام بها بيريج - شيلو وزملاؤه " (Perrig-Chiello et al., 2000) بهدف التعرف على العلاقة بين التقييم الذاتى للذاكرة والسمات الشخصية (العصابية والانبساطية) والاختبارات الموضوعية للذاكرة . أجريت الدراسة على (٣٠١) من المسنين الأصحاء المقيمين فى المجتمع بمدى عمرى يتراوح بين ٦٥ و ٩٤ سنة ، بمتوسط عمرى ٧٥ سنة (٢٠٧ من الرجال و ٩٤ من السيدات) من المتقاعدين . تم تقدير الذاكرة الموضوعية من خلال الحاسب الآلى ، حيث تم تقدير المظاهر التالية : الذاكرة العاملة والتعرف والتذكر الحر ، أما التقييم الذاتى للذاكرة تم من خلال ثلاثة أسئلة كالتالى : أ- (ذاكرتى مقارنة بالماضى هى سيئة للغاية ، سيئة ، لم يحدث عليها تغير ، جيدة) ب- ذاكرتى مقارنة بالأفراد المماثلين لى فى العمر ، هى سيئة للغاية ، سيئة ، مماثلة لهم ، أفضل منهم . ج- أما السؤال الثالث فيتعلق بتقييم الذاكرة الموقفية وذلك من خلال تقديم السؤال التالى للمسنين : " بعد قيامك بالأداء على اختبارات التذكر كيف كان تقييم أدائك عليها : سىء للغاية ، سىء ، ليس بالسىء وليس بالجميل ، جيد ، جيد جدا " . أظهرت النتائج أن ٦٤% من المسنين قرروا أن ذاكرتهم أسوأ من قبل ، بينما يرى ٣٠% من المسنين أنه لم يحدث لذاكرتهم أى تغير ؛ وكان المسنون المتقدمين فى العمر يرون أن هناك تدهوراً شديداً فى ذاكرتهم مقارنة بالمسنين الأصغر عمراً . و فيما يتعلق بالمقارنة الاجتماعية قرر ٩% فقط أن ذاكرتهم كانت أسوأ من الأفراد المماثلين لهم فى العمر بينما يرى ٥٧% أنها مماثلة لذاكرة الأفراد فى مثل عمرهم مقابل ٣٤% يرون أن ذاكرتهم أفضل . و بخصوص الفروق بين الجنسين فى التقييم الذاتى للذاكرة لم تشر الدراسة إلى وجود فروق بين الذكور والإناث . وبالنسبة للقدرة التنبؤية للمتغيرات ، أوضح تحليل الانحدار أن التذكر الحر كان هو المتغير الوحيد المنبئ بالتقدير الذاتى للذاكرة لدى السيدات فى المجموعة العمرية الأكبر والأصغر عمراً ، و لدى الرجال فى المجموعة العمرية الأكبر فقط ، بينما كانت العصابية فقط هى المتغير المنبئ بشكل جوهري بالتقييم الذاتى للذاكرة لدى الرجال فى المجموعة العمرية الأصغر . وفى كل المجموعات لم يكن لمتغير الانبساطية أى دور تنبئ بالتقدير الذاتى للذاكرة.

وفى دراسة برازيلية قام بها "كاراميلى ، و بيتو" (**Caramelli & Beato , 2008**) بهدف مقارنة الأداء المعرفى بين مجموعتين من المسنين الأصحاء (مجموعة لديها شكاوى من الذاكرة ، فى مقابل مجموعة لا توجد لديها تلك الشكاوى) حيث أجريت الدراسة على ٦٠ مسناً منهم ٣٩ سيدة ، و ٢١ رجلاً ، بمتوسط عمرى قدره ٦٩,٩ سنة وانحراف معيارى يساوى ٦,٣ سنة ، وكان متوسط سنوات تعليمهم (٨,٥) سنة بإنحراف معيارى قدره ٥,٥ سنة . تم تطبيق مقياس للتقدير الذاتى لمظاهر الاضطراب فى الذاكرة عليهم ، وبناء عليه تم تقسيمهم إلى مجموعتين ، مجموعة لاتعانى من أية شكاوى ذاتية من الذاكرة وتتكون من (٢٧) مسناً فى مقابل (٣٣) مسناً ممن حصلوا على درجات مرتفعة للشكاوى من الذاكرة ، بعد ذلك تم التطبيق مجموعة من الاختبارات تقيس الوظائف المعرفية والاكتئاب (مقياس الحالة العقلية المختصر ، ومقياس كورنل للاكتئاب ، واختبار إعادة الأرقام بشقيه ، وبطارية لقياس الوظائف التنفيذية ، وذاكرة المعانى وذاكرة الأحداث الشخصية) . أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين ترجع إلى العمر أو النوع أو التعليم أو الشكاوى الذاتية من الذاكرة.

وفى دراسة أسبانية قام بها " مونتيجو وزملاؤه " (**Montejo, Montenegro, Fernandez & Maestu, 2011**) لتحديد معدلات انتشار الشكاوى من الذاكرة لدى كبار السن ، والدور الذى تقوم به المتغيرات الديموجرافية كالتعليم ، والعمر ، والنوع، والشخصية فى علاقتها بتلك الشكاوى. أجريت الدراسة على ١٦٣٧ من الأفراد من عمر ٦٤ سنة فما فوق من المقيمين فى مدينة مدريد . وقد أظهرت النتائج أن ٣٢,٤% من أفراد العينة كان لديهم مشكلات فى الذاكرة ، وكان ٢٤% من تلك الشكاوى فى المدى العمرى بين ٦٥ و٦٩ سنة ، ويرتفع إلى ٥٧% عند عمر ٩٠ سنة ، وكانت النسبة ٥٢,٨% لدى الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب أو القلق فى حين لم تتخط ٢٨,٧% لدى الأسوياء . كما أوضحت النتائج أن ٩٠% ممن لديهم مشكلات فى التوجه كانت لديهم شكاوى من الذاكرة .

كما قام " فينج " (**Feng , 2012**) فى فلندا بدراسة هدفت إلى استكشاف العلاقة بين اختبارات التقييم الذاتى لاضطرابات الذاكرة والاختبارات الموضوعية ، وهل يختلف التقدير الذاتى للذاكرة مع العمر ؟ تم العمل على عينة مكونة من ٥٥٨ مسناً من عمر ٧٢ - ٩٢ سنة (٣٧٢ مسناً من عمر ٧٢ - ٨٢ سنة ، و ١٨٦ مسناً من عمر ٨٣ - ٩٢ سنة) ، وكانت نسبة الذكور فى العينة أقل من نسبة السيدات . أوضحت النتائج عدم وجود علاقة بين التقييم الذاتى للذاكرة والاختبارات الموضوعية للذاكرة . كما لم توجد فروق عمرية فى التقييم الذاتى للذاكرة .

وفيما يتعلق بالدراسات التى أجريت بهدف إعداد مقاييس للتقييم الذاتى لاضطرابات الذاكرة، نجد الدراسة التى قام بها "يونج ، وزملاؤه" (**Youn et al. , 2009**) ، فى كوريا على المسنين من عمر ٦٥ سنة فما فوق بهدف تصميم اختبار لتقييم الشكاوى الذاتية من الذاكرة Subjective Memory Complaints Questionnaire ، يتمتع بالصدق والثبات ، وتكون له قدرة تشخيصية لاكتشاف العته . تكونت العينة من ٦٩٢ مسناً تم اختيارهم بطريقة عشوائية فى مقابل ٩٥٩ مسناً

التقدير الذاتى للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

متطوعاً ، وكان ٥٧,٣% منهم سيدات ، وكان متوسط العمر لأفراد العينة ٧٤,٣ سنة بإنحراف معيارى ٨,٢ سنة ، وكان متوسط عدد السنوات التعليمية لهم ٦,٣ بإنحراف معيارى ٥,٤ سنة . تم التحقق من ثبات الاستخبار من خلال الاتساق الداخلى وإعادة الاختبار ، كما تم استخدام تحليل المكونات للتحقق من صدق التكوين . كان ثبات الاستخبار ٠,٨٦ ، كما ارتبط الاستخبار بشكل دال بمحك خارجى متمثلاً فى عدة استخبارات عصبية نفسية . وأوضح التحليل العاملى للاستخبار أن هناك مكوناً عاماً للذاكرة ، ومكون يتعلق بالذاكرة اليومية ، كما كان للاستخبار قدرة تمييزية قوية بين من يظهرون علامات العته وهؤلاء الأسوياء ، مما يوحي أن له قدرة تشخيصية مرتفعة كاستخبار ثابت وصادق ومختصر لتقييم الشكاوى الذاتية من الذاكرة .

وفى هذا الإطار أيضا ، قام " فالى وزملاؤه " (Vale et al., 2012) ، فى البرازيل بتصميم قائمة لتقييم الاضطرابات الذاتية فى الذاكرة ليكون بمثابة أداة تشخيصية لتمييز العته عن باقى التغيرات المعرفية الطبيعية التى تصاحب التقدم فى العمر ، أجريت الدراسة على ١٦١ مريضاً من المترددين على عيادة الأعصاب الخارجية بمستشفى جامعة سان باولو São Paulo بالبرازيل ، كان ٥٩% منهم سيدات ، وكان متوسط عمر أفراد العينة ٧٢ سنة بإنحراف معيارى ٧,٦٧ سنة ، وكان متوسط عدد السنوات التعليمية لهم ٤,٦ سنة بإنحراف معيارى ٣,٢ سنة . وقد أوضحت النتائج أن المسنين الأسوياء بدون علامات على العته يشكون من قدرتهم على الذاكرة ، كما وجدت علاقة ارتباطية ضعيفة بين كل من الوظائف التنفيذية و القياس الموضوعى للذاكرة والشكاوى الذاتية من الذاكرة فى حين ارتبطت إيجابيا بكل من القلق والاكتئاب ومثيرات المشقة الاجتماعية .

وعن القيمة التشخيصية prognostic value التى تحققها شكاوى الذاكرة بالنسبة للتنبؤ بحدوث

العته وخاصة العته من نمط الألزهايمر، قام" بيكلى وزملاؤه (Buckley, Saling Ames,)

بدراسة للتعرف على العلاقة بين (Rowe, Lautenschlager, Macaulay et al., 2013) شدة الشكاوى من الذاكرة ، والمزاج ، والألزهايمر، والذاكرة . تكونت العينة من ٧٤٠ فردا (٦٦ ممن لديهم تدهور عقلى بسيط ، و٦٧٤ من الأسوياء) و كان متوسط عمر مجموعة الأسوياء ٧٢,٧٣ سنة، بينما كان متوسط عمر مجموعة التدهور العقلى البسيط ٧٧,٠٨ سنة . وأوضحت النتائج أن الشكاوى من الذاكرة كانت شديدة لدى الأفراد الذين لديهم تدهور معرفى بسيط مقارنة بالذين لا يعانون من أى مشكلات عقلية . كما وجد أن الشكاوى من الذاكرة ارتبطت بالتغيرات المزاجية وخاصة الاكتئاب والقلق لدى عينات الأصحاء عقليا .

كما قام " هولمان وزملاؤه " (Holmen, Langballe, Midthjell, Holmen,)

بدراسة لاستكشاف الشكاوى الذاتية من الذاكرة لدى الجمهور العام من الراشدين ، وارتباطها بكل من التقدير الذاتى للصحة ، ومستوى التعليم ، والقلق والاكتئاب ، والرضا عن الحياة . وأجريت الدراسة على ١٣٠ ألف شخص من عمر ٣٠ سنة فما فوق، وتم تقسيمهم إلى ست مجموعات عمرية (من ٣٠-٣٩ سنة ، و ٤٠-٤٩ سنة ، و ٥٠-٥٩ ، و من

٦٠-٦٩ سنة، و ٧٠-٧٩، و ٨٠+). وتم فحصهم إكلينيكيًا و أخذ منهم عينات من الدم والبول ، وطبق عليهم قائمة لتقييم الشكاوى الذاتية من الذاكرة مكونة من تسعة بنود . أوضحت النتائج أن نصف العينة تقريباً (٤٤,٦ % من السيدات ، و ٤٦,٢ % من الرجال) كانت لديهم شكاوى بسيطة من الذاكرة ، بينما قرر ١,٢٩ % من السيدات بوجود مشكلات شديدة في مقابل ١,٦٩ % من الرجال ، وقد كانت تلك الشكاوى تتعلق بتذكر الأسماء والمواعيد ، كما وجد أن تلك الشكاوى كانت تتزايد مع تقدم العمر . كما قرر الرجال أكثر من السيدات وجود مشكلات على ٨ بنود من البنود التسعة التي تقيس الذاكرة . كما أوضحت النتائج ارتباط الشكاوى من الذاكرة بانخفاض كل من التقدير الذاتي للحالة الصحية العامة ، والمستوى التعليمي وارتفاع القلق والاكتئاب بالنسبة لكل من الرجال والسيدات على حد سواء ولكل المجموعات العمرية المتضمنة في الدراسة .

كما قام " فريتش وزملاؤه " (Fritsch et al., 2014) بدراسة لتقييم المشاكل الموجودة في الذاكرة لدى عينة من كبار السن الأصحاء من عمر ٦٥ فما فوق مما يعيشون في ولاية أوهايو . كان يتم تقدير المشاكل في الذاكرة من خلال إدراك المسن لذاكرته و تقييم أفراد العائلة لها ، وفي نفس الوقت تم تقييم الوظائف المعرفية بطريقة موضوعية من خلال ذاكرة الأحداث الشخصية، والطلاقة اللفظية ، وسرعة المعالجة ، والقدرة المعرفية الكلية . وجمعت التقييمات الذاتية من خلال الهاتف من ٥٠٠ مسن من الذين كانوا في المشروع البحثي الذي أجرى سنة ٢٠٠٢ عن القدرات المعرفية للمسنين والعتة ، وكان متوسط عمرهم ٧٥,٧ سنة بإنحراف معياري قدره ٦,٤ سنة ، و كانت نسبة السيدات في العينة ٦٢,٢ % ، وبمتوسط سنوات تعليمية ١٣,٢ سنة بإنحراف معياري ٣ سنوات تعليمية . و كان يتم سؤال أفراد العينة سؤالين ، الأول " بناء على إدراكك الذاتي لذاكرتك ، هل توجد لديك مشكلات خطيرة في الذاكرة ؟ " أما السؤال الثاني فهو " هل يرى الأفراد الآخرون أنك دائماً ماتتسى أم أحياناً ما تتسى أم أنك لا تتسى إطلاقاً ؟ . قرر ٢٦,٥ % من المسنين أن لديهم مشكلة إلى حد ما في الذاكرة ، بينما قرر ٠,٦ % من المسنين أن لديهم مشكلات خطيرة في الذاكرة ، وكان الأفراد من عمر ٧٥ فما فوق ومن ذوى تعليم ١٢ سنة كانوا أكثر تقريراً لوجود مشاكل في الذاكرة (٣٥,٥ %) بينما المسنين من عمر ٦٥ - ٧٤ سنة وذوى تعليم ١٣ سنة فما فوق كانوا أقل تقريراً لوجود مشكلات في الذاكرة (٢٠,٢ %) .

حين نلقى نظرة فاحصة على الدراسات السابقة حول ظاهرة التقييم الذاتي للذاكرة ، نجد من الضروري تسجيل النقاط التالية :

- ركزت غالبية الدراسات على العلاقة بين المهام الموضوعية والتقييم الذاتي للقدرات العقلية، إلا أن النتائج أوضحت وجود ارتباط ضعيف بين مقاييس التقييم الذاتي والاختبارات الموضوعية للذاكرة ، على الرغم من ارتباطها باختبارات الشخصية والأعراض الاكتئابية.
- كل الدراسات التي عرضنا لها حول التقييم الذاتي لأنماط الخلل في الذاكرة أجريت في الثقافة الغربية على مسنين أصحاء وممن يعانون من حالات عته بسيط ، وبما أن للخصوصية الثقافية دوراً لا يمكن

تجاهله في تشكيل كل الظواهر النفسية بما فيها برامج تنمية الذاكرة ، فلنا أن نتوقع وجود بعض الاختلافات في ملامح تلك الظاهرة في ثقافتنا من قبيل ظهور بعض أساليب يشيع استخدامها من قبل المسنين في الغرب قد لا تكون موجودة لدينا في ثقافتنا، من مثل الاحتفاظ بمفكرة لتسجيل المواعيد أو كتابة بعض الملاحظات نظراً لارتفاع معدلات الأمية لدينا . يضاف إلى ذلك أن إجراء تلك الدراسة سيمكننا من عقد مقارنات حول خصائص عملية التقييم في الثقافات النوعية للكشف عما تمارسه الثقافة العامة من آثار في تلك العملية ، لذا فإنه جرى بنا إجراء دراسة على مسنين مصريين من مستويات تعليمية متنوعة للوقوف على أثر التعليم في التقييم الذاتي للذاكرة .

- هناك بعض المتغيرات المتوقع أن تكون مسئولة جزئياً عن تحديد طبيعة إدراك المسنين لأوجه الضعف لديهم في الذاكرة وتحديد الأساليب المستخدمة في التغلب عليها ، من قبيل مدة حدوث المشكلة، والحالة الصحية للمسن ، ونوعه ، وعمره ، وسمات شخصيه ، وحيث أن كثيراً من الدراسات السابقة التي أمكن التوصل إليها لم تتطرق إليها بصورة محددة، فإننا سنعمل على وضع بعضها في الاعتبار في الدراسة الحالية إما بدراستها مباشرة أو على الأقل ضبطها حتى نقلل من تأثيرها على تلك الظاهرة .

- من الملاحظ أنه على الرغم من حجم الدراسات التي تعكس اهتماماً واسعاً بظاهرة الشكاوى الخاصة بالذاكرة ، و التي تمت على المستوى الأجنبي، إلا أن هناك ندرة على المستوى المحلي تستدعي البحث في هذا الموضوع ، وهو ماتسعى الدراسة الحالية إلى تحقيقه.

وفي إطار الدراسات التي تناولت موضوع الأمن النفسي ؛ نجد ندرة في الدراسات والبحوث التي تناولت الأمن النفسي لدى المسنين من ناحية ، وفي المقابل نجد تبايناً في الدراسات التي اهتمت بالأمن النفسي وتنوع من حيث الأهداف والنتائج ، حيث اهتمت معظم الدراسات بمحددات الأمن النفسي ، وفي إطار ذلك ، هدفت دراسة " بسام العمري، و فؤاد سلمان (١٩٩٦) إلى قياس وتحليل درجة تحقق حاجة الشعور بالأمن النفسي لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعات الأردنية الرسمية ، وعلاقتها ببعض المتغيرات (كالجنس، وسنوات الخبرة ، والدرجة الأكاديمية ، و التخصص، واختلاف الجامعة) . أجريت الدراسة على عينة قوامها ٢٧٣ عضواً من أعضاء هيئة التدريس الأردنيين من حملة الدكتوراه برتبة أستاذ مساعد، وأستاذ مشارك ، وأستاذ في الجامعات الأردنية الرسمية الأربع (الجامعة الأردنية، جامعة اليرموك ، جامعة مؤتة، جامعة العلوم والتكنولوجيا) ، وقد استخدم الباحثان اختبار ماسلو للشعور بالأمن وعدم الأمن ، والذي قام بتعريبه وملاءمته للبيئة الأردنية كل من " دواني ، وديراني" . أظهرت نتائجها تمتع أعضاء هيئة التدريس في الجامعات الأردنية بدرجة متوسطة من الشعور بالأمن النفسي ، كما كشفت عن وجود فروق دالة جوهرياً في درجة الشعور بالأمن لدى أعضاء هيئة التدريس تعزى لاختلاف التخصص والرتبة الأكاديمية وسنوات الخبرة والنوع . كما قام " جبر " (١٩٩٦) بدراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الشعور بالأمن النفسي و بعض المتغيرات الديموجرافية (كالنوع ، والمرحلة العمرية ، والحالة الزوجية، والمستويات

التعليمية) بجمهورية مصر العربية . وأجريت الدراسة على عينة قوامها (٣٤٢) فردا (٢٢٤ من الذكور، و ١١٨ من الإناث) تراوحت أعمارهم بين (١٧ و ٥٩ سنة) بمتوسط عمري قدره ٣٨,١٤ سنة . (٢٥٢) من المتزوجين ، و (٩٠) من غير المتزوجين من مستويات تعليمية واجتماعية واقتصادية مختلفة تم اختيارهم عشوائيا من محافظات المنوفية ، و الشرقية والقاهرة ، والبحيرة ، وطنطا . واستخدم الباحث اختبار الأمن النفسي الذي أعده للعربية عبد الرحمن العيسوي نقلا عن اختبار ماسلو للأمن وعدم الأمن. وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق في الأمن النفسي بين الذكور والإناث ، وأظهرت النتائج أن مستوى الأمن النفسي يرتفع بتقدم العمر ، و ارتفاع المستوى التعليمي للأفراد ، كما كان المتزوجون أعلى في درجة الأمن النفسي مقارنة بغير المتزوجين .

وعلى الرغم من تلك الدراسات التي تناولت مفهوم الأمن النفسي في ظل مراحل عمرية مختلفة ، لم نجد سوى دراسة واحدة فقط ، تناولته لدى كبار السن ، وهي الدراسة التي قام بها " فاجيرستون وزملاؤه " في السويد وفلندا (Fagerström, Gustafson , Jakobsson , Johansson , & Vartiainen 2011) بهدف استكشاف مصادر الشعور بالأمن الداخلي والخارجي لدى كبار السن من عمر ٦٥ سنة ، وعمر ٧٥ سنة . بلغ عدد المسنين ٣٣٦٣ مسناً (٥٣,٤ %) من عمر ٦٥ سنة ، و ٤٦,٦ % من عمر ٧٥ سنة ، وبلغت نسبة السيدات في العينة ككل ٥٥,٢ % . وباستخدام تحليل الانحدار المتدرج ، أظهرت النتائج أن الأفراد الذين يوجد لديهم شعور قوى بالأمن هم من تكون للحياة معنى لديهم وأكثر قدرة على التعامل مع مختلف الأزمات ، و يوجد لديهم درجة كبيرة من الأمن الاقتصادي ، بينما كانت العلاقات الضعيفة مع العائلة والأصدقاء وضعف القدرة الوظيفية مؤشرات على عدم الشعور بالأمن الذاتي .

وباستقراء سريع للدراسات السابقة ، نجد ندرة في البحوث التي تناولت متغير الشعور بالأمن النفسي لدى المسنين على المستوى العالمي أو المحلي . و نكتشف من مراجعة ذلك الإنتاج النفسي ، وجود علاقات ارتباطية لمتغيرات كالنوع والتعليم ، والعمر مع الشعور بالأمن ، حيث يرتفع مستوى الشعور بالأمن بتقدم العمر، ويتأثر بالحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين (جبر محمد جبر ، ١٩٩٦) ، ويتأثر بارتفاع المستوى التعليمي .

أما عن الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين متغير التقييم الذاتي للصحة والأداء المعرفي لكبار السن ، قام " إميري وزملاؤه " (Emery , Huppert & Schein, 1995) بدراسة هدفت إلى تقييم تأثير العمر و تقييم الصحة ، ونشاط المشي على الأداء المعرفي . تمت الدراسة على ٦,٩٧٩ فرداً من المقيمين في إنجلترا ، وويلز ، واسكتلندا ، تراوح المدى العمري لهم من عمر ١٨ سنة إلى عمر ٩٤ سنة بمتوسط عمري ٤٤,٣ سنة ، وانحراف معياري قدره ١٦,٦ سنة ، وبلغت نسبة السيدات في العينة ٥٥ % . تم قياس أربع وظائف معرفية تضمنت كل من زمن الرجوع البسيط ، و زمن الرجوع الاختياري ، و الذاكرة والتعلم . وأوضحت النتائج وجود أسهام ضئيل لمتغير العمر في

التقدير الذاتي للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

التنبؤ بالذاكرة ، وكذلك متغير التقدير الذاتى للصحة ، بينما لم توجد أى تأثيرات تفاعلية بين المتغيرات فى التنبؤ بالأداء على اختبارات الذاكرة .

كما وجد كل من " بليستين ورتليدجى " (**Bluestein & Rutledge, 2006**) أن الأفراد الذين يقيمون صحتهم بشكل سلبى قرروا وجود تدهور فى ذاكرتهم بنسبة (٤٩,٦ %) بينما وجد أن كبار السن الذين يقيمون صحتهم بشكل إيجابى كانت نسبة تقديرهم لوجود تدهور فى الذاكرة أقل حيث بلغت (٢٣,١ %) ، وذلك من خلال دراستهما التى هدفت إلى تحديد العلاقة بين التقييم الذاتى للصحة وعوامل الاستهداف لدى كبار السن للتدهور المعرفى . تمت الدراسة على ٣٢٧ مسناً من عمر ٦٥ فما فوق من غير المصابين بالعتة . تم تقدير الذاكرة من خلال سؤال واحد فقط .

وفى دراسة تحليلية *meta-analysis Study* للدراسات التى اهتمت بفحص العلاقة بين مقاييس التقييم الذاتى و المقاييس الموضوعية لكل من الوظيفة المعرفية والصحة الجسمية ، وجد " ويبير وسكيربيكا " (**Webera & Skirbekka, 2013**) أن العلاقة بين المقاييس الذاتية والموضوعية كانت بشكل عام تتراوح ما بين علاقة منخفضة وعلاقة متوسطة ، وذلك بالنسبة لكل من الذكور والإناث فى بلدان مختلفة تضم كل من الصين ، وغانا، والهند ، وجنوب أفريقيا ، والمكسيك ، وروسيا ، وأمريكا ، واليابان ، وأوروبا الشرقية .

فروض الدراسة

- وبناء على الدروس التى تم استخلاصها من استقراء جهود الباحثين السابقين فإنه يمكن للباحثة صياغة فروض الدراسة على النحو التالى :
- توجد علاقة عكسية دالة بين الأمن النفسى والشكاوى الذاتية من الذاكرة لدى المسنين المقيمين فى المجتمع.
 - يمكن لكل من الشعور بالأمن النفسى ، وتقدير الحالة الصحية العامة التنبؤ بالشكاوى الذاتية من الذاكرة لدى المسنين المقيمين فى المجتمع .
 - توجد فروق جوهرية فى الشكاوى الذاتية من الذاكرة لدى المسنين المقيمين فى المجتمع تعزى للمتغير النوع الاجتماعى .
 - توجد فروق جوهرية فى مستوى الأمن لدى المسنين المقيمين فى المجتمع تعزى للنوع والمستوى التعليمى .

المنهج والإجراءات

قامت الدراسة الراهنة على المنهج الارتباطى الوصفى المقارن ، وذلك للكشف عن قدرة كل من تقدير الحالة الصحية العامة ، والشعور بالأمن النفسى ، على التنبؤ بالتقييم الذاتى لدرجة ونوع الخلل فى الذاكرة لدى المسنين المقيمين فى المجتمع . وفيما يتصل بمكونات هذا المنهج المقترح نعرض لها على النحو الآتى :

العينة :

تكونت عينة الدراسة من (١١٠) مسناً من المقيمين بين ذويهم من محافظة القاهرة الكبرى ، ومحافظة المنوفية ، تراوح المدى العمري لهم بين ٦٠ و ٨٣ سنة بمتوسط مقداره ٦٦,٩٢ سنة ، وانحراف معياري مقداره ٤,٩٩ سنة ، كما تراوح المدى العمري للشكوى من خلل الذاكرة بين سنة و ٣٠ سنة بمتوسط مقداره ٥,١٩ سنة وانحراف معياري قدره ٤,٢٨ سنة . تم وضع شروط لاختيار مفردات العينة قوامها ، أن يحصل المسن على ٢٤ درجة فما فوق على مقياس فحص الحالة العقلية المختصر^٢ ، حتى نضمن أن لا يكون مصاباً بالعتة سواء لكان مسناً أم مسنة ، وأن يكون الحد الأدنى للمستوى التعليمي هو حصولهم على شهادة الابتدائية. ويوضح جدول (١) الخصال الديموجرافية للعينة على النحو الآتي :

جدول (١)

الخصال الديموجرافية لعينة الدراسة (ن = ١١٠)

النسبة الحرجة	عينة المسنين (ن = ٤٣)		عينة المسنين (ن = ٦٧)		المتغيرات
	%	ك	%	ك	
		٢٣,٩٦ ± ٧٦,٠٥		٥,٥٨ ± ٦٦,٨٤	
	المستوى التعليمي:				
٠,٢٥	٢٣,٣	١٠	٢٥,٤	١٧	ابتدائي
*٢,٦-	٧	٣	٤,٥	٣	إعدادي
٠,٥٤	١٤	٦	١٧,٩	١٢	متوسط
٠,٠٥-	١١,٦	٥	١٣,٤	٩	فوق المتوسط
٠,٤٩-	٢٣,٣	١٠	١٩,٤	١٣	جامعي
٠,١٩-	٢٠,٩	٩	١٩,٤	١٣	فوق جامعي
	الحالة الاجتماعية:				
٥,٩٢	٤١,٩	١٨	٨٥,١	٥٧	متزوج
٤,٥٦-	٥٣,٥	٢٣	١٣,٤	٩	أرمل
١,٠٧	٢,٣	١	١,٥	١	مطلق
**٣,٩٦-	٢,٣	١	-	-	أعزب

^٢ وهو من تصميم العالم " فولستين و زملاؤه " Folstein et als. , 1975 ، وأعدده للعربية " محمد نجيب الصبوة ، ومحمد العكل سنة ٢٠٠٢ " ، وهو مقياس كمي مختصر يقيس الحالة العقلية لدى الراشدين . (Elok,) 2002 .

^٣ قيمة " ت " = ٠,٢١ وهي غير دالة

التقدير الذاتي للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

تابع جدول (١)

٤,٢	٤١,٩	١٨	٧,٥	٥	ترتيبات الإقامة
٣,٧-	٤,٧	٢	١,٥	١	يعيش بمفرده
٥,٣	٥٣,٥	٢٣	٩١	٦١	يعيش مع أحد أفراد الأسرة
					يعيش مع الزوجة والأبناء
	٤١,٩ ± ٣,٣٩		٢,٢ ± ٤,٠١		متوسط عدد الأبناء :
٩,٣	-	-	٩	٦	درجة التدين :
٠,٧٠	٣٩,٥	١٧	٤٦,٣	٣١	ضعيفة
١,٦٣-	٦٠,٥	٢٦	٤٤,٧	٣٠	متوسطة
					كبيرة
٥,١١-	٩,٣	٤	٤,٥	٣	الوضع الاقتصادى :
٠,٧٩	٦٢,٨	٢٧	٥٥,٢	٣٧	الدخل أكثر من الاحتياج
١,٣٣	٢٧,٩	١٢	٤٠,٣	٢٧	الدخل مناسب
					الدخل أقل
٣,٢٦-	٧٤,٤	٣٢	٤٣,٣	٢٩	مكان الإقامة :
٣,٢١	٢٥,٦	١١	٥٦,٧	٣٨	القاهرة
					المنوفية

* دالة عند ٠,٠١ ، ** دالة عند ٠,٠٠١ .

يتبين لنا من الجدول السابق عدم وجود فروق عمرية بين الذكور والإناث، وكذلك لم توجد فروق بينهما فى المستويات التعليمية بدرجة كبيرة ، بينما كانت نسبة السيدات غير المتزوجات مقارنة بالرجال (نتيجة الترمل أو الانفصال) . والمهم بالنسبة لنا هنا هو عدم وجود فروق بينهما فى المتغيرات التى سوف تتم المقارنة بينهما على أساسهما ، وهو متغير التعليم .

أدوات الدراسة

قامت الباحثة بإعداد بطارية لتقييم كل من درجة الشعور بالأمن النفسى ، ودرجة التقييم

الذاتى^٥ للذاكرة ، والتقييم الذاتى للحالة الصحية العامة ، تمثلت على النحو التالى :

^٤ قيمة "ت" = ١,٥٢ وهى غير دالة

^٥ تعد مقاييس التقدير الذاتى Self Rating Scales أداة أو وسيلة نضع على أساسها قيمة رقمية أو معدلا كميا لخاصية أو سلوك معين أو سمة محددة لتعبر عن الصحة النفسية أو سوء التوافق (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٦ : ١٣٩) . ويمكن أن تمدنا مقاييس التقدير بمحكات لتقدير جوانب سلوكية معينة أو أعراض محددة تعبر عن مدى تقدم الفرد أو تدهوره . وتندرج تلك الطريقة من التقدير ضمن المنحى الإكلينيكي الذى يهدف إلى الحصول على معلومات كيفية qualitative information عن أكثر مظاهر الذاكرة التى يوجد بها خلل لدى المريض ، ومؤشرات حول مدى خطورة هذا الخلل .

- ١- **المقابلة المبدئية** : والتي جمعت الباحثة من خلالها بيانات المسن المتعلقة بالعمر والنوع ، والحالة الاجتماعية والاقتصادية ، ومستوى التعليم ، وغيرها من المعلومات المهمة.
- ٢- **استخبار الشعور بالأمن النفسي** : هذا الاستخبار مشتق عن قائمة الأمن النفسي من إعداد إبراهيم ماسلو والتي أعدها للعربية " عبد الرحمن عيسوى " ، ويهدف إلى تقدير درجة الشعور بالأمن النفسي لدى الأفراد . ويتكون المقياس فى صورته الأصلية من خمس وسبعين عبارة . وفى الدراسة الحالية ، ومن خلال حساب معاملات الاتساق الداخلى تم حذف تسع عبارات من عبارات المقياس الأصلية وهى البنود (٧٥ - ٧٤ - ٦٨ - ٦١ - ٤٩ - ٤٧ - ٤٢ - ٣١ - ٢٤) لأن معاملات ارتباطها لم تكن دالة إحصائياً ، وبذلك يصبح الاستخبار فى صورته النهائية التى تم تطبيقها مكوناً من ٦٦ عبارة فقط ، تتم الإجابة عنها بإختيار إحدى بدائل الشدة الأربع التالية (دائماً = ٤ ، غالباً = ٣ ، أحياناً = ٢ ، أبداً = ١) . وتنقسم تلك العبارات إلى ٣٥ عبارة ذات مضمون إيجابي ، و ٣١ عبارة ذات مضمون سلبى ، يتم تصحيحها فى الاتجاه العكسى ، وبذلك فالحصول على الدرجات المرتفعة على الاستخبار تدل على ارتفاع الشعور بالأمن النفسي لدى المسنين .

الكفاءة القياسية للاستخبار :

الصدق ، اعتمدنا فى تقديرنا للصدق على الصدق التمييزى عن طريق استخدام أسلوب المجموعات الطرفية (المرتفعين والمنخفضين) ، حيث قامت الباحثة بترتيب درجات كل من المسنين والمسنين على الدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسى ترتيباً تنازلياً . ثم قارنت بين ٢٥% من الحاصلين على أعلى الدرجات (الرابع الأعلى) ، و ٢٥% من الحاصلين على أقل الدرجات (الرابع الأدنى) باستخدام اختبار " مان ويتنى " . ونعرض له فيما يلى :

جدول (٢)

صدق التكوين بمؤشر التمييز بين المجموعات الطرفية باستخدام اختبار " مان ويتنى " لعينة المسنين

المتغيرات	مرتفعو الأمن النفسى (ن = ١٨)		منخفضو الأمن النفسى (ن = ٢٢)		ز	الدلالة
	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
الدرجة الكلية	٢٥٣	١١,٥٠	٥٦٧	٣١,٥٠	٥,٣٨٧	٠,٠٠٠١

جدول (٣)

صدق التكوين بمؤشر التمييز بين المجموعات الطرفية باستخدام اختبار " مان ويتني " لعينة المسنين لعينة المسنات

المتغيرات	مرتفعو الأمن النفسي (ن = ١٠)		منخفضو الأمن النفسي (ن = ٨)		ز	الدلالة
	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
الدرجة الكلية	٥٥	٥,٥٠	٥٠	١٢,٥	٢,٨٣-	٠,٠٠٥

أسفرت المعالجة الإحصائية لحساب دلالة الفروق بين الربيع الأعلى والربيع الأدنى على متغير الأمن النفسي عن وجود فروق دالة بالنسبة لعينة المسنين والمسنات ، وهذا يؤكد أن للاختبار قدرة تمييزية مرتفعة بين المجموعتين الطرفيتين، مما يدعم صدق التكوين الخاص بهذا الاستخبار .
أما بالنسبة للثبات : تكونت عينة الثبات من ٥٠ مسناً (٣٠ من الرجال و ٢٠ من

السيدات) ، تم استخدام ثلاث طرق لحساب الثبات ، هي :

- طريقة إعادة الاختبار ، حيث تم تطبيق المقياس وإعادة تطبيقه على العينة نفسها بعد أسبوعين ، وقد أظهرت النتائج وجود ارتباط بين التطبيقين بلغ ٠,٨٥ لدى الرجال ، و ٠,٨٢ لدى السيدات .
- معامل الفا ، حيث بلغت معاملات ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ ٠,٩٣ لدى عينة المسنين ، و ٠,٩٣ لعينة المسنات .
- وأخيرا تم حساب معامل الثبات بطريقة القسمة النصفية ، وقد بلغ معامل الارتباط بين نصفي المقياس لدى عينة المسنين ٠,٩٠ ، و ٠,٨٦ لدى عينة المسنات

الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات الاختبار والدرجة الكلية . وقد تراوحت معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاختبار ودرجات البنود ما بين ٠,٧٩ و ٠,٩٥ (ما عدا تسع بنود) وهي جميعاً دالة مما يعطي مؤشراً جيداً على الاتساق الداخلي للاختبار . ومما سبق يتضح أن الاختبار يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات والاتساق الداخلي مما يدل على صلاحيته للاستخدام في الدراسة الحالية .

٢- مقياس التقييم الذاتي للشكاوى من الذاكرة Subjective Memory Complaints

Scale (SMC) ، وهو من (إعداد الباحثة) ، حيث قامت الباحثة بمراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة الخاصة بالتقييم الذاتي للمشاكل في الذاكرة ، واطلعت على بعض مقاييس التقييم الذاتي ، ومنها اختبار وظائف الذاكرة (Fritsch et al., 2014) ، وقائمة الشكاوى من الذاكرة (Ki et al., 1991) . وقد أسفر ذلك عن قيام الباحثة بإعداد مقياس للتقييم الذاتي

لمظاهر الخلل في الذاكرة ليناسب المسنين، ويناسب البيئة المصرية، وتكون المقياس في صورته الأولى من المظاهر الخمس التالية :

- هل توجد مشكلات في الذاكرة أم لا ؟ و ما إذا كانت تلك المشكلات بسيطة أم كبيرة ؟
- الجوانب التي توجد بها مشكلات ، وتتضمن ١٨ جانباً بدء من تذكر أسماء الأشخاص والأشياء ، وتذكر الوجوه إلى نسيان الأفكار أثناء المحادثة مع الآخرين . و تقدير هل تحدث تلك المشكلات بشكل دائم أم أحيانا ؟ .
- تقدير درجة خطورة النسيان لتلك الأمور ، وتتراوح بين (خطيرة جداً ، وخطيرة إلى حد ما، وليست خطيرة) وتشير الدرجة المرتفعة إلى مزيد من الخطورة .
- ما الفترة الزمنية التي يعاني منها الفرد من تلك المشكلات التي تتعلق بالذاكرة ؟ .
- ما الخطط أو الأساليب التي يستخدمها الفرد لتساعده على التذكر ؟ وتتضمن تسعة أساليب كإحتفاظ بمفكرة لتسجيل المواعيد والملاحظات ، إلى طلب المساعدة من الآخرين، ومدى استخدامه لتلك الأساليب ، هل بشكل دائم ، أم أحيانا ، أم نادراً ما يستخدمها .
- وللتحقق من **الصلاحية القياسية** للمقياس لجأنا إلى إيجاد صدق وثبات الأداة على النحو

التالى :

الصدق : أمكن الحصول على بعض مؤشرات صدق التكوين من خلال الارتباط بين جوانب الضعف ودرجة الخطورة ، والذي بلغ ٠,٤٥ وهو دال عند مستوى ٠,٠٠٠١ ، مما يشير إلى تمتع الاختبار بقدر من صدق التكوين ، كما تراوحت دلالة معاملات الارتباط بين البنود النوعية وبعضها بعضاً ما بين ٠,٠١ و ٠,٠٠٠١ بالنسبة لعينة المسنين ، وبين ٠,٠٢ و ٠,٠٠٠١ لدى عينة المسنات . بالإضافة إلى ذلك قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقة صدق التعلق بمحك خارجي ، من خلال حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية على مقياس فحص الحالة العقلية المختصر و مقياس التقييم الذاتي للشكاوى من الذاكرة ، و الدرجة الفرعية لاختبار التذكر الموجود بمقياس فحص الحالة العقلية المختصر ، وقد بلغت معاملات الارتباط ٠,٨٥ ، ٠,٩٦ على التوالي .

أما بالنسبة للثبات: تم حساب ثبات الأداة في دراستنا بطريقة معامل ألفا كرونباخ ، وإعادة الاختبار، لكل من عينة المسنين وعينة المسنات . ونعرض لمعاملات الثبات في الجدول (٤)

جدول (٤)

معاملات الثبات لمقياس التقييم الذاتي للشكاوى من الذاكرة

المسنات (ن = ٢٠)		المسنين (ن = ٣٠)		طرق الثبات
				جوانب المقياس
ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار	ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار	
٠,٨٧٧	٠,٧٥٢	٠,٨٨٨	٠,٧٩٦	جوانب الضعف
٠,٨٩٥	٠,٨١١	٠,٩٢٣	٠,٨٠١	درجة الخطورة
٠,٨٤٦	٠,٨٥٥	٠,٨٨٢	٠,٨٧١	الخطط

التقدير الذاتي للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

يوضح الجدول السابق أن معاملات الثبات الخاصة بالمقياس مقبولة فى عينة غير إكلينيكية ، ومن ثم يمكننا أن نتق فى قيمة النتائج المترتبة على استخدامه فى الدراسة الراهنة .

٣- مقياس التقييم الذاتى للصحة العامة (من إعداد الباحثة) : ويتعلق بتقدير المسن لحالته الصحية العامة خلال الشهر السابق على المقابلة ، بحيث يساعدنا هذا التقدير على تبين إدراك المسن لمدى نوعية صحته . وكان يتم هذا التقدير على أساس الإجابة على مقياس شدة تدريجى يتكون من أربعة بدائل للإستجابة (٤ = ممتاز إل ١ = ضعيف) . ويتكون المقياس من ١٣ بنداً ، تتعلق بكيف يرى المسن صحته فى الوقت الحالى ، و درجة اهتمامه بصحته ، و درجة اعتقاده بالإصابة بالمرض ، ومقارنة حالته الصحية بحالة الآخرين المماثلين له فى العمر ، ودرجة الإعاقة التى يسببها المرض له ، و أخيراً درجة معاناته من بعض الأعراض كالدوخة ، والصداع ، والألم ، والمغص .. الخ . وتشير الدرجة المرتفعة على الاختبار إلى إدراك ذاتى أعلى للصحة العامة ، وقد تم التحقق من الكفاءة القياسية للمقياس حيث تم حساب الصدق له من خلال ارتباطه بعدد الأمراض لدى المسنين ، باعتباره محك خارجى ، ٠,٨٦ ؛ كما بلغ معاملات ثباته بالنسبة لعينة المسنين باستخدام معامل الفا كرونباخ وإعادة الاختبار على التوالى ٠,٧٥ ، ٠,٨٨ ، وذلك ، أما بالنسبة لعينة المسنات ، فقد بلغ ارتباطه بعدد الأمراض ٠,٨٨ ، أما بالنسبة لمعامل الثبات فقد بلغ ، ٠,٨٦ ، و ٠,٨٩ باستخدام معامل الفا كرونباخ ، وإعادة الاختبار على التوالى .

أساليب التحليل الإحصائي

استخدمت الباحثة عدداً من الأساليب الإحصائية التى تتناسب وطبيعة فروض الدراسة

وبياناتها ، وهى:

- ١- المتوسطات والانحرافات المعيارية ، والتكرارات والنسب المئوية .
- ٢- معاملات الارتباط المستقيم .
- ٣- أسلوب تحليل الانحدار اللوجستى المتعدد المتغيرات، باعتبار الشكاوى الذاتية من الذاكرة متغير تابع ، و الأمن النفسى ، و العمر ، و التعليم ، و النوع متغيرات منبئة .
- ٤- اختبار النسبة الحرجة لدلالة الفروق بين نسبتيين غير مرتبطتين .
- ٥- معادلة دلالة الفروق بين المتوسطات " ت " .
- ٦- تحليل التباين فى اتجاه واحد لدلالة الفروق بين المتوسطات.

نتائج الدراسة

يتناول هذا الجزء من الدراسة بالوصف التحليلي نتائج المعالجات الإحصائية التى أجريت للإجابة عن أسئلة الدراسة الهادفة إلى الكشف عن الشكاوى الذاتية من الذاكرة ، و الشعور بالأمن النفسى، والعلاقة بينهما لدى عينة من المسنين المقيمين فى المجتمع . وسوف يتم عرض هذه النتائج وفق أربعة محاور رئيسة ، هى :

أولاً : مدى إدراك المسنين لأوجه الضعف في قدرتهم على التذكر ، ودرجة خطورة ذلك ، و طبيعة الأساليب التي يستخدمها المسنون للتغلب على أوجه الضعف أو الاضطراب التي يدركونها في قدرتهم على التذكر .

ثانياً : طبيعة العلاقة الارتباطية بين أوجه الضعف في الذاكرة والمتغيرات النفسية والاجتماعية .

ثالثاً : دور بعض المتغيرات النفسية والديموجرافية في تحديد أوجه الضعف المدركة في الذاكرة .

رابعاً : طبيعة متغير الشعور بالأمن النفسى لدى المسنين ، و دور بعض المتغيرات المحددة له.

وفيما يلي نتناول كل محور بشيء من التفصيل على النحو التالى :

أولاً : مدى إدراك المسنين لأوجه الضعف في قدرتهم على التذكر ، ودرجة خطورة ذلك وذلك للإجابة عن التساؤل الخاص بمدى انتشار الشكاوى من الذاكرة والفروق بين المسنين والمسنات فى ذلك :

حتى نتمكن من تقييم درجة المسنين لأوجه الضعف فى الذاكرة ودرجة خطورة ذلك ، والخطط التي يستخدموها للتغلب على هذا الضعف قمنا بعقد مقارنات بين المسنين والمسنات باستخدام معادلة دلالة الفروق بين النسب ، وفيما يلي نعرض بشيء من التفصيل لملامح ذلك وهذا ما توضحه لنا الجداول (٥ ، ٦ ، ٧) على التوالى :

أ- إدراك أوجه الضعف فى الذاكرة : قرر ٧١,٨ % من المسنين بأنه توجد لديهم مشكلات بسيطة فى قدراتهم على التذكر ، بينما أشار ١٤,٥ % من أفراد العينة بوجود مشكلات كثيرة لديهم فى التذكر . نستنتج من ذلك أن (٨٦,٤ %) من أفراد العينة يقرون بوجود مشاكل فى الذاكرة لديهم فى مقابل ١٣,٦ % ذكروا أنهم لا يعانون من أى مشكلات فى قدرتهم على التذكر . هذا بالنسبة للعينة الكلية ، أما بالنسبة للفروق بين الذكور والإناث ، فقد أوضحت معادلة دلالة الفروق بين النسب عدم وجود فروق بينهما فى تقديرهم العام لوجود مشاكل فى الذاكرة . كما تم حساب معادلة دلالة الفروق بين النسب الخاصة بالمسنين والمسنات بالنسبة للشكاوى النوعية من الذاكرة على النحو التالى :

جدول (٥)

المقارنة بين المسنين والمسنات فى أوجه الضعف فى الذاكرة باستخدام معادلة دلالة الفروق بين النسب

أحد صعوبة بدرجة	لا توجد صعوبة			مشكلات بسيطة			مشكلات كبيرة			أحد صعوبة فى
	%	%	النسبة الحرجة	%	%	النسبة الحرجة	%	%	النسبة الحرجة	
- تذكر أسماء الأشخاص والشوارع .	٢٢,٤	١٤	١,٠٤	٥٢,٤	٥٣,٢	٠,١٣	٢٥,٤	٣٠,٢	٠,٥٥	غ.د
- تذكر الوجوه .	٢٥,٤	٢٥,٦	٠,٠٢	٥٣,٧	٤٨,٨	٠,٥١	١٩,٤	٢٥,٦	٠,٧٥	غ.د

التقدير الذاتي للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

تابع جدول (٥)

غ.د	٠,٣٩	٢٥,٦	٢٢,٤	غ.د	٠,٤٨	٤٦,٥	٤١,٨	غ.د	٠,٠٥٤	٢٧,٩	٣٢,٨	- تذكر المواعيد.
غ.د	١,٨٧	٣٠,٢	١٦,٤	غ.د	١,١٣	٥٣,٥	٦٤,٢	غ.د	٠,٠٤١	١٦,٣	١٩,٤	- أماكن الأشياء (مثل سلسلة المفاتيح) .
غ.د	١,١٧	٣٠,٢	٢٠,٩	غ.د	٠,٩٧	٣٤,٩	٢٨,٤	٠,٠٥	٢,٠٣	٣٢,٦	٤٧,٨	- الاتجاهات فى الأماكن (يمين وشمال).
غ.د	١,٠٥	٢٧,٩	١٩,٤	غ.د	٠,١٧	٤١,٩	٤٠,٣	غ.د	١,٠٢	٢٧,٩	٣٧,٣	- أرقام الهواتف التي ضربها توأ .
غ.د	١,٨٥	٢٥,٦	١١,٩	غ.د	١,٢٤	٣٤,٩	٣٧,٣	غ.د	٠,٠٧٠	٣٩,٥	٤٦,٣	- أرقام الهاتف التي يستخدمها بشكل متكرر.
غ.د	٠,٨٨	٢٣,٣	١٦,٤	غ.د	٠,٢٢	٤٤,٢	٤٦,٣	غ.د	٠,٠٤٥	٣٠,٢	٣٤,٣	- الأشياء التي يخبره بها الآخريين .
غ.د	٠,٥٤	٢٠,٩	٢٥,٤	غ.د	١,٧٧	٣٩,٥	٥٦,٧	٠,٠٥	٢,٢٧	٣٧,٢	١٧,٩	-التواريخ الشخصية (مثل تواريخ أعياد الميلاد).
غ.د	٠,٠٩	١٨,٦	١٧,٩	غ.د	٠,٦٥	٥٣,٥	٥٩,٧	غ.د	٠,٤٩	٢٣,٣	١٩,٤	-بعض الكلمات
غ.د	٠,٠٣	١٤	١٣,٤	غ.د	٠,٦٤	٤١,٩	٣٥,٨	غ.د	٠,٦١	٤١,٩	٤٧,٨	-الذهاب إلى المحلات ونسيان ما يريد شراءه .
غ.د	٠,٧٩	١٨,٦	١١,٩	غ.د	٠,٥٧	٥١,٢	٥٦,٧	غ.د	٠,٠٣	٣٠,٢	٢٩,٩	-البدء فى عمل شيء ونسيان ما تم القيام به من قبل .
غ.د	١,٣	٢٣,٣	١٠, ٤	غ.د	٠,٨٢	٤٤,٢	٥٢,٢	غ.د	٠,٠٩١	٢٧,٩	٣٧,٣	-ما تم قوله بالفعل لشخص ما
٠,٠٠١	٤,٤٢	٣٢,٦	٧,٥	غ.د	٠,٤٥	٤١,٩	٤٦,٣	٠,٠٥	٢,٤٥	٢٣,٣	٤٦,٣	- تناول الدواء فى ميعاده , سواء له أم يعطائه للغير.

تابع جدول (٥)

د.غ	١,٢٦	١٨,٦	١٠,٤	د.غ	٠,٨٠	٣٧,٢	٢٩,٩	د.غ	١,٨٤	٤١,٩	٥٩,٧	- دفع بعض الفواتير المهمة (كالتلفونات أو بوليصة التأمين).
د.غ	٠,٩١	١٦,٣	١٠,٤	د.غ	١,٥٣	٤٨,٨	٣٤,٣	د.غ	١,٦٣	٣٤,٩	٥٠,٧	- الطعام على النار .
د.غ	١,٤٧	٢٧,٩	١٦,٤	د.غ	٠,٣٧	٢٠,٩	١٧,٩	د.غ	١,٣٥	٥١,٢	٦٤,٢	- الصلاة في مواعيدها.
٠,٠٠١	٦,٥٤	١١,٦	٧,٥	د.غ	٠,٠٦٤	٦٢,٨	٥٦,٧	د.غ	١,٣٩	٢٣,٣	٣٥,٨	- نسيان الأفكار أثناء المحادثة مع الآخرين.

يتبين من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق بين المسنين والمسنات على غالبية جوانب التذكر النوعية ، ولكن كانت السيدات لديهن مشكلات كبيرة في تناول الدواء في ميعاده ، ونسيان الأفكار أثناء المحادثة كما كان الرجال أقل منهن في مواجهة صعوبات تتعلق بالتوجه في المكان وتذكر التواريخ المهمة .

ب- إدراك درجة الخطورة في الجوانب التي بها ضعف :

بعد تحديد الجوانب التي بها ضعف في التذكر ، طلبنا من المسنين والمسنات تقدير درجة الخطورة التي تحدث في حالة وجود تلك المشكلات وهذا ما يوضحه لنا جدول (٦) على النحو التالي:

جدول (٦)

الفروق بين المسنين والمسنات في إدراك درجة الخطورة المدركة من خلال معادلة دلالة الفروق بين النسب

خطيرة بدأ				خطيرة إلى حد ما				ليست خطيرة				مظاهر النسيان
الدلالة	النسبة الدرجة	% مسنات	% مسنين	الدلالة	النسبة الدرجة	% مسنات	% مسنين	الدلالة	النسبة الدرجة	% مسنات	% مسنين	
د.غ	٠,٢٢	١٦,٣	١٧,٩	د.غ	٠,٤٥	٣٠,٢	٣٤,٣	د.غ	٠,٧٤	٥٣,٥	٤٦,٣	١- تذكر أسماء الأشخاص ، والشوارع
د.غ	٠,٢٩	١٨,٦	١٦,٤	د.غ	٠,٩٧	٢٥,٦	٣٤,٣	د.غ	٠,٦٧	٥٥,٨	٤٩,٣	٢- تذكر الوجوه .
د.غ	١,١٢	٢٣,٣	١٤,٩	د.غ	٠,٠٩	٤٤,٢	٤٣,٣	د.غ	٠,٩٧	٣٢,٦	٤١,٨	٣- تذكر المواعيد .
٠,٠٥	١,٩٨	٣٢,٦	١٦,٤	د.غ	٠,٩٤	٣٧,٢	٤٦,٣	د.غ	٠,٧٧	٣٠,٢	٣٧,٣	٤- أماكن الأشياء (مثل سلسلة المفاتيح)
٠,٠٥	٢,٢٠	٣٢,٦	١٤,٩	د.غ	١,١٢	٢٥,٦	٣٥,٨	د.غ	١,٠١	٣٩,٥	٤٩,٣	٥- الاتجاهات في الأماكن (يمين وشمال)

التقدير الذاتي للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

تابع جدول (٦)

٥٥,٢	٤٦,٥	٠,٨٩	غ.د	٣١,٣	٢٧,٩	٠,٣٨	غ.د	١١,٩	٢٠,٩	١,٢٨	غ.د	٦- أرقام الهواتف التى ضربها توأ
٥٦,٧	٤١,٩	١,٥٢	غ.د	٣٥,٨	٣٤,٩	٠,١٠	غ.د	٦	١٨,٥	٦,٨٤	٠,٠٠١	٧- أرقام الهاتف التى يستخدمها بشكل متكرر.
٤٣,٣	٣٤,٩	٠,٨٨	غ.د	٣٥,٨	٤٤,٢	٠,٨٨	غ.د	٢٠,٩	١٨,٦	٠,٣٠	غ.د	٨- الأشياء التى يخبره بها الآخرين .
٥٦,٧	٤١,٩	١,٥٢	غ.د	٣٥,٨	٣٤,٩	٠,١٠	غ.د	٦	٢٣,٣	٥,٦٤	٠,٠٠١	٩- التواريخ الشخصية (مثل تواريخ أعياد الميلاد).
٤٤,٨	٤٦,٥	٠,١٨	غ.د	٣٧,٣	٢٣,٣٠	١,٥٤	غ.د	١٧,٩	٣٠,٢	١,٥٠	غ.د	١٠- بعض الكلمات
٥٣,٧	٤٨,٨	٠,٥٠	غ.د	٢٨,٤	٣٠,٢	٠,٢٠	غ.د	١٧,٩	٢٠,٩	٠,٣٩	غ.د	١١- الذهاب إلى المحلات ونسيان ما يريد شراؤه .
٤٠,٣	٤٤,٢	٠,٤١	غ.د	٤٤,٨	٣٩,٥	٠,٥٥	غ.د	١١,٩	١٤	٠,٣٢	غ.د	١٢- البدء فى عمل شىء ونسيان ما تم القيام به من قبل .
٣٤,٣	٤٤,٢	١,٠٥	غ.د	٤١,٨	٣٢,٦	٠,٩٧	غ.د	٢٢,٤	٢٣,٣	٠,١١	غ.د	١٣- نسيان الأفكار أثناء المحادثة مع الآخرين .
٣٧,٣	٤٤,٢	٠,٧٢	غ.د	٣٤,٣	٣٤,٩	٠,٧٠	غ.د	٢٨,٤	٢٠,٩	٠,٨٨	غ.د	١٤- ما تم قوله بالفعل لشخص ما .
٣٨,٣	٣٢,٦	٠,٦٦	غ.د	٢٨,٤	٣٤,٩	٠,٧٣	غ.د	٣٢,٨	٣٢,٦	٠,٠٢	غ.د	١٥- تناول الدواء فى ميعاده ، سواء له أم بإعطائه للغير .
٣٨,٨	٣٧,٢	١,٢	غ.د	٣١,٣	٣٤,٩	٠,٧٣	غ.د	٢٨,٤	٢٧,٩	٠,٠٥	غ.د	١٦- دفع بعض الفواتير المهمة (كالتلفونات أو بوليصة التأمين) .
٣٨,٨	٢٧,٩	٠,١٧	غ.د	١٧,٩	٢٠,٩	٠,٣٩	غ.د	٣٢,٨	٥١,٢	١,٩٣	غ.د	١٧- الطعام على النار.
٣٨,٨	٣٧,٢	٠,١٧	غ.د	٢٨,٤	٢٣,٣	٠,٥٩	غ.د	٣٢,٨	٣٩,٥	٠,٧٢	غ.د	١٨- الصلاة فى مواعيدها .

يتبين من الجدول السابق أن أبرز جوانب النسيان التى يعتقد كبار السن أن ثمة درجة للخطورة التى تترتب عليها ، سجد أن نسيان الأرقام والتواريخ يأتى فى المقدمة ثم يأتى نسيان أماكن الأشياء ، والاتجاهات فى المكان ، لدى السيدات ، وقد اشتركت المجموعتان فى إدراكهم لدرجة الخطورة فى باقى الجوانب النوعية للتذكر .

ج- الأساليب التي يستخدمها المسنون للتغلب على أوجه الضعف التي يدركونها في قدرتهم على التذكر :

حين سألنا المسنون الذين يدركون بعض أوجه الضعف في قدرتهم على التذكر حول طبيعة الأساليب التي يمارسونها للتغلب على تلك الأوجه من القصور ، ذكروا أساليب متنوعة ، ويوضح الجدول التالي (٧) على نحو مفصل تلك الأساليب ونسبة ورودها في إجاباتهم .

جدول (٧)

الأساليب التي يستخدمها المسنين والمسنات للتغلب على أوجه الضعف في التذكر

دائما				أحيانا				أبدا				الأساليب المستخدمة
الدلالة	النسبة الدرجة	% مسنات	% مسنين	الدلالة	النسبة الدرجة	% مسنات	% مسنين	الدلالة	النسبة الدرجة	% مسنات	% مسنين	
غ.د	٠,٧٨	٤٤,٢	٣٦,٨	غ.د	٠,٣٨	٢٧,٩	٢٢,٤	غ.د	١,٤٣	٢٥,٦	٣٨,٨	١- التدوين في مفكرة خاصة.
غ.د	٠,٨٠	٤٦,٥	٣٨,٨	غ.د	٠,٠٩٧	٣٤,٩	٣٥,٨	غ.د	٠,٨٣	١٨,٦	٢٥,٤	٢- تدوين بعض الملاحظات بخط اليد.
غ.د	١,٣٧	٤٤,٢	٣١,٣	غ.د	٠,١٨	٣٢,٦	٣٤,٣	غ.د	١,٢٤	٢٣,٣	٣٤,٣	٣- عمل قائمة بالأشياء التي أريد القيام بها .
غ.د	١,٣٥	٤٨,٨	٣٥,٨	غ.د	٠,٤٠	٣٤,٩	٣١,٣	غ.د	٠,٠٥	٢,٢١	١٤	٤- عمل قائمة بالأشياء التي أريد شراءها .
غ.د	١,٠٥	٢٠,٩	٢٩,٩	غ.د	١,٤٨	٤١,٩	٢٨,٤	غ.د	٠,٧٣	٣٤,٩	٤١,٨	٥- عمل خطة يومية لي
غ.د	٠,٣٥	٢٠,٩	٢٣,٩	غ.د	٠,٥٧	٣٩,٥	٣٤,٣	غ.د	٠,٤٨	٣٧,٢	٤١,٨	٦- التسميع الذاتي (التكرار العقلي) .
غ.د	٠,٠٦	٢٧,٩	٢٨,٤	غ.د	١,٣٤	٣٤,٩	٤٧,٨	غ.د	٠,٧٣	٣٠,٢	٢٣,٩	٧- الربط بين تلك الأشياء و أشياء أخرى.
غ.د	١,١٢	٥١,٢	٤٠,٣	غ.د	٠,٠٧	٣٩,٥	٣٨,٨	غ.د	٠,٠٠١	٩,٦	٩,٣	٨- وضع الأشياء في مكان ظاهر يمكن ملاحظته
غ.د	١,٧٧	٣٢,٦	١٧,٩	غ.د	١,٢٩	٤٤,٢	٥٦,٧	غ.د	٠,٥٤	٢٠,٩	٢٥,٤	٩- أسال الآخرين المحيطين بي لتذكيري بتلك الأشياء .

قبل إلقاء نظرة تحليلية على نتائج الجدول السابق جدير بالذكر أن المسن الواحد قد يستخدم أكثر من أسلوب ، ويتبين لنا من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المسنين والمسنات في غالبية الأساليب المستخدمة ولكن كانت نسبة المسنين الذين لم يستخدموا استراتيجية وضع الأشياء في مكان

التقدير الذاتي للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

بارز ، وعمل قائمة بالأشياء المطلوبة شراءها أعلى من نسبة المسنات غير المستخدمات لهذه الطرق ، نلاحظ مما سبق أن استخدام المسن الفعلى للخطط التى تساعد على التذكر ، كما هى موضحة فى الدراسة الحالية ، محدود للغاية مما يعنى ضرورة الاهتمام بها والتركيز على إكساب المسنين المهارات المطلوبة لممارستها وصلها ، ولفت نظرهم إلى ضرورة الاعتماد عليها بصورة كبيرة عند تصميم برامج تنمية التذكر .

ثانيا : طبيعة العلاقة بين متغير التقييم الذاتى للذاكرة ، والمتغيرات النفسية والاجتماعية :

بهدف التحقق من فرض الدراسة الخاص بالعلاقة الارتباطية بين أوجه الضعف النوعية للتذكر والمتغيرات النفسية والاجتماعية ، تم حساب معامل الارتباط المستقيم بين درجات البنود النوعية للشكاوى من الذاكرة ، وكل من اختبار الشعور بالأمن النفسى ، والعمر ، والتعليم ، والتقدير الذاتى للصحة العامة ، لدى كل من الذكور والإناث على حدة . ويوضح جدول (٨) نتائج تلك الارتباطات .

جدول (٨)

معاملات الارتباط المستقيم بين البنود النوعية للشكاوى من الذاكرة ، وكل من المتغيرات النفسية والاجتماعية

عينة المسينات				عينة المسنين				المتغيرات البنود
الحالة الصحية	الشعور بالأمن	التعليم	العمر	الحالة الصحية	الشعور بالأمن	التعليم	العمر	
٠,٠٢	٠,٠٥	٠,١٨	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,١٥	٠,٠٧	-	١- تذكر أسماء الأشخاص والشوارع .
٠,٠٣	٠,١٤	٠,١١	٠,٠٧	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٢١	٠,٠٣-	٢- تذكر الوجوه .
٠,٢٣	٠,٢٧	٠,١٣	٠,١٥	٠,٠٧	٠,٣٣***	٠,٠٨	٠,٠٥-	٣- تذكر المواعيد .
٠,٠٤	٠,١٥	٠,٠٤	٠,٠٩	٠,١٠	٠,٢٦**	٠,٠٢	٠,٠٦-	٤- أماكن الأشياء (مثل سلسلة المفاتيح) .
٠,٢١	٠,٠٣	٠,١٨	٠,١١	٠,٠٤	٠,٢٢	٠,٠١	٠,٢٠	٥- الاتجاهات فى الأماكن (يمين وشمال) .
٠,١٤	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٨	٠,١١	٠,١٥	٠,٠٢	٦- أرقام الهواتف التى ضربها توأ
٠,٢٣	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,١٤	٠,١٢	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٥	٧- أرقام الهاتف التى يستخدمها بشكل متكرر .
٠,١٠	٠,٠٠٣	٠,١٢	٠,١٦	٠,١٥	٠,٠٨	٠,٠١	٠,١١	٨- الأشياء التى يخبره بها الآخرين .

تابع جدول (٨)

٠,١٣	٠,١٠	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,١٤	٠,١١	٠,١٠	٠,١٧	٩-التواريخ الشخصية (مثل تواريخ أعياد الميلاد).
٠,٠٤	٠,١١	٠,٠٣	٠,١٩	٠,١١	٠,١٥	٠,١٧	٠,١٠	١٠- بعض الكلمات
٠,٠١	٠,١٠	٠,٠٩	٠,١١	٠,١٥	٠,٠٣	٠,٠٥	٠,١٩	١١- الذهاب إلى المحلات ونسيان ما يريد شراءه .
٠,١٨	٠,١١	٠,١٦	٠,١٤	٠,١٨	٠,٢٤-*	٠,١٥	٠,١٨	١٢- البدء في عمل شيء ونسيان ما تم القيام به من قبل .
٠,٠٥	٠,١١	٠,١٤	٠,٢٧	٠,٠٠	٠,٤٠-***	٠,١٣	٠,٠١	١٣- ما تم قوله بالفعل لشخص ما
٠,١١	٠,١١	٠,٠٨	٠,١٥	٠,١٣	٠,٣١-*	٠,١١	٠,٠٤	١٤- تناول الدواء في ميعاده ، سواء له أم يعطائه للغير.
٠,٢٧	٠,١٢	٠,٠٨	٠,١٣	٠,٠١	٠,٤٥-**	٠,١٠	٠,١٩	١٥- دفع بعض الفواتير المهمة (كالتلفونات أو بوليصة التأمين)
٠,٠٤	٠,٢٦	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٣٤-**	٠,٠٧	٠,٠٢	١٦- الطعام على النار .
٠,١٧	٠,٢٢	٠,١٧	٠,١١	٠,١٥	٠,٣٢-**	٠,٢٣	٠,١٣	١٧- الصلاة في مواعيدها.
	٠,١٣	٠,٢٣	٠,٢٣	٠,٢٨*	٠,٢٣	٠,١٧	٠,٢٢	١٨- نسيان الأفكار أثناء المحادثة مع الآخرين.

*** دالة عند ٠,٠٠٠١

** دالة عند ٠,٠١

* دالة عند ٠,٠٥

بالنسبة لعينة الذكور لم نجد ارتباط بين متغيرات العمر والتعليم بالجوانب النوعية لأوجه الضعف في الذاكرة ، أما بالنسبة لمتغير الشعور بالأمن فقد ارتبط سلبيا بوجود شكاوى في غالبية الجوانب (دفع بعض الفواتير المهمة - الطعام على النار - الصلاة في مواعيدها- ونسيان الأفكار أثناء المحادثة مع الآخرين ، و البدء في عمل شيء ، وتناول الدواء في ميعاده وما تم قوله بالفعل لشخص ما ، نسيان أماكن الأشياء ، وتذكر المواعيد ، وأخيراً نسيان ما تم القيام به من قبل وكانت كل الارتباطات دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ ، و ٠,٠٠٠١ . وبالنسبة لمتغير التقييم الذاتي للصحة العامة فلم يرتبط إيجابياً سوى بمتغير واحد فقط وهو نسيان الأفكار أثناء المحادثة مع الآخرين عند مستوى معنوية ٠,٠٢ .

أما بالنسبة للمسنات فلم نجد أى ارتباط بين المتغيرات النفسية والاجتماعية والتقييم الذاتي للشكاوى من الذاكرة فيما عدا الارتباط الإيجابي بين متغير نسيان الطعام على النار والتقييم الذاتي للصحة العامة عند مستوى معنوية ٠,٠٠٧ ، مما يدل على تأثير الصحة على الجوانب التي تمثل مهام يومية للحياة لديهم ومدى مسئوليتهم عن تلك المهمة وكيف إرجاع السيدات الضعف في ذلك الجانب نتيجة لضعف صحتهن .

التقدير الذاتي للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

ثالثا : دور بعض المتغيرات النفسية والديموجرافية فى التنبؤ بأوجه الضعف المدرك فى الذاكرة:

حتى نتمكن من تقييم دور بعض المتغيرات النفسية والديموجرافية فى التنبؤ بأوجه الضعف المدركة فى الذاكرة قمنا بإجراء تحليل "الانحدار اللوجستي المتعدد المتغيرات Multinomial Logistic Regression" ، حيث يمتاز هذا النموذج الإحصائي بقدرته على إدخال أكبر قدر من المتغيرات المستقلة، وقياس صافي تأثيرها مجتمعة مع المتغير التابع الذي يعد من النوع المنفصل ، أي يأخذ هيئة خيارات متقطعة ويأخذ ثلاث قيم هي (واحد وأثنين وثلاثة). وقد تم فحص الدلالة الإحصائية لكل متغير مستقل مع المتغير التابع مع مراعاة ضبط تأثير هذه المتغيرات فى نموذج التحليل المستخدم ، وعند مستوى دلالة إحصائية ٠,٠٥ فأقل، وقد تم ذلك لدى كل من عينة المسنين والمسنان كل على حدة . و يعرض جدول (٩) وجدول (١٠) معاملات الانحدار اللوجستي المتعدد بين متغيرات الدراسة ، لدى المسنين والمسنان على التوالي، حيث يعد الشعور بالأمن النفسى ، والتقدير الذاتى للصحة العامة ، والعمر ، ونوع التعليم متغيرات مستقلة أو منبئة ، بينما تكون الشكاوى الذاتية من الذاكرة بمكوناتها الفرعية متغير تابع . وفى هذا التحليل يمكن قياس معنوية معامل الانحدار باستخدام الاختبار الإحصائي Wald الذى يتبع توزيع كاي^٢ (عبد الحميد العباسى ، ٢٠١١ ، ٦) .

جدول (٩)

نتائج نموذج الانحدار اللوجستي المتعدد المتغيرات لأثر الشعور بالأمن والعمر والتعليم والصحة على التقييم الذاتى للذاكرة لدى المسنين

الارجحية	مستوى الدلالة	درجات الحرية	اختبار wald	الخطأ المعيارى	معامل قيمة الانحدار اللوجستي	المتغير التابع	المتغيرات المستقلة
١,٠٣	٠,٦٣	١	٠,٠٧	٠,١١	٣,١	الشكاوى من الذاكرة	التقدير الذاتى للصحة
١,٠٤	٠,٠٥	١	*٣,٨	٠,٠٢	٤,١٤		الشعور بالأمن النفسى*
٠,٩٨	٠,٦٣	١	٠,٠٤	٠,١١١	٢,٢٥		العمر
١,٣٨	٠,٢٥	١	١,٢٨	٠,٢٩	٠,٣٣		التعليم
١,٠٤	٠,٥١	١	٠,٤١	٠,٠٦	٤,١	تذكر الوجوه	التقدير الذاتى للصحة
٠,٩٩	٠,٨٣	١	٠,٠٤	٠,٠١	٢,٥		الشعور بالأمن النفسى
٠,٩٩	٠,٩٠	١	٠,٠١	٠,٠٦	٧,٣-		العمر
١,٦	٠,٠٢	١	*٥,٢	٠,٢١	٠,٤٧		التعليم

تابع جدول (٩)

٠,٩٩	٠,٠٨	١	٢,٩	٠,٠٦	٠,١١-	تذكر المواعيد	التقدير الذاتي للصحة
١,٠٣	٠,٧٧	١	٠,٠٨	٠,٠١	٣,٧		الشعور بالأمن النفسي
١,٠١	٠,٧٩	١	٠,٠٧	٠,٠٦	١,٦		العمر
١,٧	٠,٠١	١	*٥,٨	٠,٢١	٠,٥٢		التعليم
١,٠٦	٠,٥١	١	٠,٤٣	٠,٠٩	٥,٦٢	تذكر أماكن الأشياء	التقدير الذاتي للصحة
١,٠٣	٠,٠٤	١	*٣,٩	٠,٢	٣,٣٣		الشعور بالأمن النفسي
١,١	٠,٤٣	١	٠,٦٣	٠,٠٨	٦,٤		العمر
٠,٨٢	٠,٤٥	١	٠,٥٨	٠,٢٥	٠,١٩		التعليم
٠,٨٨	٠,٥٦	١	٠,٣٢	٠,٢١	٠,١٢	تذكر الاتجاهات في المكان	التقدير الذاتي للصحة
٠,٩٩	٠,٨٣	١	٠,٠٥	٠,٠٥	١,٠٣		الشعور بالأمن النفسي
٠,٢١	٠,٧٠	١	٠,١٤	٠,٢٤	٩,١		العمر
٢٠,٢	٠,٠٠٠	١	*٣٨,٢	٠,١٩	١٢,٢		التعليم
٠,٩٢	٠,٢٩	١	١,١	٠,٠٨	٨,٧-	تذكر أرقام الهاتف التي يستخدمها بشكل متكرر	التقدير الذاتي للصحة
١,٠٠٤	٠,٧٧	١	٠,٠٨	٠,٠٢	٤,٤		الشعور بالأمن النفسي
١,١	٠,٣٥	١	٠,٨٦	٠,٩	٨,١		العمر
١,٦	٠,٠٥	١	*٣,٧	٠,٢٤	٠,٤٨		التعليم
٠,٨٢	٠,٠٢	١	*٥,٢	٠,٠٩	٠,٢٠	تذكر الأشياء التي يخبره بها الآخرون	التقدير الذاتي للصحة
٠,٩٩	٠,٢٩	١	١,١	٠,٠٢	١,٥-		الشعور بالأمن النفسي
١,٢	٠,٠٤	١	*٣,٩٦	٠,١١	٠,٢٢		العمر
١,٣	٠,٢٧	١	١,٢	٠,٢٢	٠,٢٤		التعليم
٠,٩٧	٠,٥٦	١	٠,١١	٠,٠٦	٣,٤-	تذكر التواريخ الشخصية	التقدير الذاتي للصحة
١,٠٢	٠,٠٤	١	*٤,٠٣	٠,٠١	٢,٤		الشعور بالأمن النفسي
١,١	٠,٠٥	١	*٣,٦	٠,٠٧	٠,١٣		العمر
٠,٩٤	٠,٧٤	١	٠,١١	٠,١٧	٥,٨		التعليم

التقدير الذاتي للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

تابع جدول (٩)

٠,٨٣	٠,٠٤	١	*٣,٩	٠,٠٩	٠,١٨-	تذكر ما تم قوله بالفعل لشخص ما	التقدير الذاتى للصحة
١,٠٤	٠,٠٧	١	٣,٣	٠,٠٢	٤,١		الشعور بالأمن النفسى
٠,٩٧	٠,٦٧	١	٠,١٨	٠,٠٨	٣,٥-		العمر
٠,٧٥	٠,٣٢	١	١,٠١	٠,٢٩	٢٣,-		التعليم
٠,٨٢	٠,٠٨	١	٣,٠٢	٠,١٢	٠,٢١-	تذكر تناول الدواء فى ميعاده	التقدير الذاتى للصحة
١,٠٢	٠,٠٥	١	*٣,٨	٠,٠٢	٤,٦		الشعور بالأمن النفسى
٠,٩٧	٠,٧٤	١	١,٣	٠,١٠	٣,٣		العمر
٠,٦١	٠,١٧	١	١,٣	٠,٣٤	٠,٩٠		التعليم
١,٢	٠,٠٣	١	*٤,٦	٠,٠٨	٠,١٨	تذكر الصلاة فى مواعيدها.	التقدير الذاتى للصحة
١,١	٠,٠٠٦	١	*٧,٥	٠,٠٢	٥,٠١		الشعور بالأمن النفسى
٠,٨٥	٠,٠٤	١	*٤,١	٠,٠٨	٠,١٦-		العمر
٠,٦٣	٠,٠٩	١	٢,٧	٠,٢٨	٤٦,-		التعليم
١,٢	٠,٢٣	١	١,٤	٠,١٢	٠,٥١	تذكر نسيان الأفكار أثناء المحادثة مع الآخرين.	التقدير الذاتى للصحة
١,٠١	٠,٤٩	١	٠,٤٨	٠,٠٢	١,٥		الشعور بالأمن النفسى
٠,٨٢	٠,٠٣	١	*٤,٤	٠,٠٩	٠,١٩-		العمر
١,١	٠,٨٥	١	٠,٠٣	٠,٣٦	٦,٥		التعليم

تؤكد بيانات الجدول السابق، أن هناك علاقة إحصائية مهمة بين مستوى شعور المسن بالأمن النفسى والتقييم الذاتى للشكاوى من الذاكرة ككل، هذا فضلا عن دوره القوى فى التنبؤ بكثير من الجوانب النوعية للذاكرة ، حيث جاء فى المرتبة الأولى للتنبؤ بتذكر أماكن الأشياء ، وتناول الدواء ، و مواعيد الصلاة ، ثم جاء فى المرتبة الثانية فى التنبؤ بتذكر بعض التواريخ المهمة فى حياة الفرد . أما بالنسبة لمتغير المستوى التعليمى ، فقد تنبأ بكل من الجوانب النوعية التالية : تذكر الوجوه ، والمواعيد ، والاتجاهات فى المكان ، و أرقام التليفون التى يطلبها بشكل متكرر . أما بالنسبة لمتغير الصحة، فقد تنبأ بكل من ، تذكر ما تم قوله بالفعل ، و تذكر الصلاة فى مواعيدها، بينما تنبأ متغير العمر بكل من، تذكر الأشياء التى يخبره بها الآخرين ، و التواريخ الشخصية ، و تذكر الصلاة فى مواعيدها.

جدول (١٠)

نتائج نموذج الانحدار اللوجستي المتعدد المتغيرات لأثر الشعور بالأمن والعمر والتعليم والصحة على التقييم الذاتي للذاكرة لدى المسنات

الارجحية	مستوى الدلالة	درجات الحرية	اختبار wald	الخطأ المعياري	معامل قيمة الانحدار اللوجستي	المتغير التابع	المتغيرات المستقلة
١,٠٢	٠,٨٠	١	٠,٠٦	٠,١٠	٢,٥	تذكر	التقدير الذاتي للصحة
١,٠٤	٠,٠٦	١	*٣,٣	٠,٠٢	٣,٩٩	الأشياء	الشعور بالأمن النفسي
٠,٩٥	٠,٧١	١	٠,١٤	٠,١٣	٤,٦	المطلوب	العمر
٠,٨٦	٠,٥٩	١	٠,٢٩	٠,٢٩	٠,١٦-	شراءها	التعليم
١,٣	٠,٠٤	١	*٤,١	٠,١٤	٠,٢٨	تذكر دفع	التقدير الذاتي للصحة
١,٠٠٤	٠,٨٥	١	٠,٠٤	٠,٠٢	٣,٨	الفواتير	الشعور بالأمن النفسي
١,٠٢	٠,٨٤	١	٠,٠٤	٠,١٤	٢,١		العمر
٠,٩٨	٠,٩٥	١	٠,٠٠٤	٠,٢٦	١,٦		التعليم
٠,٧٣	٠,٠١	١	*٥,٧	٠,١٣	٠,٣٢-	تذكر	التقدير الذاتي للصحة
١,٠٤	٠,٠٨	١	٣,٠١	٠,٠٢	٣,٥	الطعام	الشعور بالأمن النفسي
١,٠٣	٠,٨١	١	٠,٠٦	٠,١٤	٣,٣	على النار	العمر
١,١	٠,٧٢	١	٠,١٣	٠,٣١	٠,١٤		التعليم

يتضح من النظر في الجدول السابق أنه لم توجد أى متغيرات يمكنها التنبؤ بالشكاوى الذاتية من الذاكرة لدى المسنات . أما بالنسبة للجوانب النوعية للتذكر ، كان متغير الشعور بالأمن النفسى هو المتغير المنبئ بشكل دال بتذكر شراء الأشياء المطلوب شراءها لديهم ، وكذلك كان متغير الصحة منبئاً بكل من تذكر دفع الفواتير ، وتذكر الطعام على النار ولم تسهم باقى المتغيرات إسهاماً دالاً فى هذا الصدد . وبشكل عام ، تكشف النتائج ضعف وهامشية أثر باقي متغيرات الدراسة الديموغرافية (كالعمر والتعليم) فى تقييم الذاكرة لديهم . ومن تأمل تلك النتيجة نجد أن الشكاوى من الذاكرة لدى المسنات فى الدراسة الراهنة ترتبط بمهام الحياة اليومية everyday tasks .

بشكل عام يتضح لنا من نتائج تحليل الإنحدار لعينة المسنين ، أن متغير الشعور بالأمن النفسى كان هو المتغير الوحيد المنبئ بشكل دال بالشكاوى الذاتية من الذاكرة ككل ، هذا فضلاً عن دوره الجوهرى فى التنبؤ بعدد من الجوانب النوعية للتذكر . فيما يتصل بالمسنات لم توجد أى متغيرات يمكنها التنبؤ بالشكاوى الذاتية من الذاكرة لديهم . ولكن كان لمتغير الشعور

التقدير الذاتي للحالة الصحية والشعور بالأمن النفسى كمنبئات بمظاهر الخلل فى الذاكرة

بالأمن النفسى والتقدير الذاتى للصحة دور فى التنبؤ ببعض الجوانب النوعية للتذكر لديهم .
وتعد هذه النتيجة منسجمة مع توقعات الدراسة، ويمكن تفسيرها استناداً إلى أن ارتفاع الشعور
بالأمن النفسى.

رابعاً : طبيعة متغير الشعور بالأمن النفسى لدى المسنين ، و دور بعض المتغيرات المحددة له.

لتحديد ما إذا كانت هناك فروق جوهرية فى مستوى الأمن النفسى لدى المسنين المقيمين فى المجتمع تعزى للنوع ، والتعليم كل على حدة ، تم حساب معادلة " ت " لدلالة الفروق بين المسنين والمسنيات فى الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالأمن النفسى ، و يوضح الجدول (١١) اتجاه ودلالة تلك الفروق . كما تم حساب تحليل التباين فى اتجاه واحد لحساب تأثير التعليم فى درجة الشعور بالأمن النفسى ، حيث تم تقسيم العينة بغض النظر عن النوع إلى ثلاث مجموعات تعليمية ، شملت المجموعة الأولى المسنين منخفضى التعليم ، وتضم الحاصلين على التعليم الأساسى (الابتدائية والإعدادية) . وشملت المجموعة الثانية متوسطى التعليم من ذوى الشهادة المتوسطة وما فوقها ، أما المجموعة الثالثة والأخيرة ، فهى مجموعة مرتفعى التعليم وتضم الحاصلين على الشهادة الجامعية وما فوقها ، ويوضح جدول رقم (١٢) نتائج تحليل التباين فى اتجاه واحد .

جدول (١١)

نتائج اختبار " ت " لدلالة الفروق بين المسنين والمسنيات فى الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالأمن النفسى

مقاييس	المسنين (ن = ٦٧)		المسنات (ن = ٤٣)		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الدرجة الكلية	٢٠٠,٥٧	٢٨,٤٣	١٩٠,٤٠	٣٠,٧٧	١,٧٧	غ.د

يتبين من الجدول السابق عدم وجود فروق حسب النوع فى الشعور بالأمن النفسى . وبشكل عام بلغ المتوسط الحسابي للمقياس ككل (١٩٦,٥٩) بإنحراف معيارى (٢٩,٦٥) .

جدول (١٢)

نتائج دلالة قيمة " ف " لتحليل التباين فى اتجاه واحد لبيان تأثير متغير مستوى التعليم فى درجة الشعور بالأمن النفسى لدى العينة الكلية

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة " ف "	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٤٤٥١,٧١	٢	٢٢٢٥,٨	٢,٦١	٠,٠٧

تابع جدول (١٢)

		٨٥٣,٩٩	١٠٧	٩١٣٧٦,٨	داخل المجموعات
			١٠٩	٩٥٨٢٨,٦	الكلى

يتضح من الجدول السابق وجود تأثير للمستوى التعليمي في درجة الشعور بالأمن النفسي ، وبناء على ذلك سوف يتم عمل مقارنات ثنائية لمعرفة اتجاه الفروق ، وذلك باستخدام اختبار " شيفيه " وهو ما يوضحه جدول (١٣) على النحو التالي .

جدول (١٣)

الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الفرعية لمتغير مستوى التعليم في درجة الشعور بالأمن النفسي باستخدام اختبار " شيفيه "

مجموعات المقارنة	المستوى التعليمي	ن	المتوسط	فرق المتوسط	الدلالة
المجموعة الأولى	٢	٣٢	١٩٣,٧٥	٤,٤-	غ.د.
	٣	٤٥	٢٠٣,٩٥	١٤,٧-	٠,٠٩٦
المجموعة الثانية	١	٣٣	١٨٩,٣	٤,٤	غ.د.
	٣	٤٥	٢٠٣,٩٥	١٠,٢١-	غ.د.
المجموعة الثالثة	١	٣٣	١٨٩,٣	١٤,٦٥	٠,٠٩
	٢	٣٢	١٩٣,٧٥	١٠,٢١	غ.د.

بالنظر في الجدول السابق يتضح عدم وجود فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الفرعية الثلاث للمستوى التعليمي وبعضها البعض في متغير الشعور بالأمن النفسي.

حرى بنا عقب بيان أهم نتائج الدراسة ، والتي تتمثل في أن انخفاض الشعور بالأمن النفسي هو العامل الرئيس المسئول عن وجود شكاوى في الذاكرة ، مناقشة ما تتطوى عليه تلك النتائج من دلالات، ونظمها في إطار يتأتى من خلاله إدراك مترتباتها وامتداداتها التطبيقية .

مناقشة النتائج

قدمت لنا نتائج البحث مدلولات متعددة من شأنها أن تسهم في فهم بعض جوانب عملية التنمية للذاكرة لدى كبار السن على نحو قد يثرى - بدرجة ما- تعاملنا اللاحق معها على درب التشخيص والتحكم ، ويتمثل أبرزها في النقاط التالية :

أولاً : أن عملية الوعي الذاتي بأوجه الضعف تعد مدخلاً ضرورياً لبرامج التنمية ؛ فمن المفترض أن الخطوة الأولى في عملية التشخيص للتدهور في الذاكرة والتنمية لها تبدأ بالوعي الذاتي self-awareness بوجود ضعف أو اضطراب ، ومظاهر ذلك الضعف ، وتتمثل أهمية إدراك أوجه الضعف في أنها المحرك الرئيس لعملية التنمية والوقاية لأنه في اللحظة التي

يشعر فيها المسن بأن لديه ضعفا فى الذاكرة ستكون هى اللحظة التى تمكننا من اكتشاف هل هذا الضعف يندرج ضمن التغيرات المعرفية الطبيعية المصاحبة للتقدم فى العمر أم لا ؟ . و الشىء المهم لنا فى هذا الصدد هو معرفة الأساس المعرفى cognitive bases للذاكرة الذاتية ، فعلى الرغم من أن الاضطراب فى الذاكرة الموضوعية يعد أحد الأسس للشكاوى الذاتية من الذاكرة ، إلا أن الاضطرابات فى باقى الوظائف المعرفية كما فى الانتباه ، و كفاءة معالجة المعلومات ، والمهارات اللفظية تؤدي دورا فى تشكيل الذكريات ، لذا فإن أى اضطراب نوعى فى أى منهما يؤدي إلى وجود شكاوى ذاتية من كفاءة التذكر ، كما أن التدهور فى القدرة العقلية العامة global cognitive functioning يمثل عامل استهداف لوجود شكاوى ذاتية من الذاكرة (Fritsch et al., 2014) . لذا فمن الضرورى أن يتم تقدير الأسباب التى تؤدي لهذا الضعف من وجهة نظر المسن ، وهذا المكون لم يتم تضمينه فى دراستنا الراهنة . و من المتعارف عليه أن هناك مكونات لعملية التنمية (المكون المعرفى ، والمكون السلوكى) ، واهتمت الدراسة الحالية بالمكون المعرفى ، والذى تضمن الوعى بأوجه الضعف الشخصى وتقييم درجة خطورتها فقط ، والمكون السلوكى والذى يشمل الطرق التى يعتمد عليها الفرد للتغلب على تلك الأوجه من الضعف ، ولكننا لم نهتم بتشخيص أسباب هذا الضعف والتخطيط لسبل مواجهتها من قبل المسن ذاته داخل المكون المعرفى ، بالإضافة إلى أننا لم نتطرق إلى الكيفية التى تتفاعل بها المكونات المعرفية والسلوكية وما بها من مكونات فرعية حتى يتسنى لنا التعامل معها بصورة أعمق وأكثر اقتراباً من واقع عملية التنمية ، وبطبيعة الحال فإن الطابع الاستكشافى لهذه الدراسة لم يمكننا من ذلك ، لذا فإنه يحسن تخصيص دراسة لاحقة للتعامل مع تلك الظاهرة من المنظور الدينامى مستقبلاً .

ثانياً : ضرورة أن تضمن برامج تنمية الذاكرة ، لكى تثبت فعاليتها أو كفاءتها وتأثيرها efficacy and effectiveness ، خططاً لتقوية الأمن النفسى psychological security enhancement بدلا من الاعتماد على تدريب مهارات الذاكرة فقط Teaching memory Skills ، وهذا يدعم الافتراض الذى قامت عليه الدراسة الراهنة ، وهو ضرورة وجود تدخلات علاجية ذات طبيعة نفسية بالإضافة إلى التدخلات المعرفية عند تصميم برامج تنمية الذاكرة .

ثالثاً : من المعروف أن الشيخوخة عملية مصحوبة بانحدار وتدهور فى القدرات العقلية بصفة عامة تؤدي إلى حدوث تغيرات فى معدل السرعة والدقة فى الذاكرة وفى عمليات التعلم والتفكير والتذكر والاسترجاع ، كما تتضاءل عند كبار السن القدرة على الإدراك والتعرف و الذكاء العام . و ترجع تلك التغيرات فى القدرات العقلية إلى ما يعترى الجهاز العصبي من شيخوخة و

تدهور فسيولوجي يؤدي إلى ضمور في خلايا الدماغ . وبشكل عام تكون تلك التغيرات المسئول الأول عن وجود بعض المعتقدات السلبية لدى كبار السن حول حتمية حدوث تلك التغيرات ، وربما يتأثر تقدير كبار السن لذاكرتهم بتلك المعتقدات السلبية ، فيؤدي ذلك بهم إما إلى التضخيم (Fritschet al. , 2014) أو إلى التقليل من الحجم الحقيقي لتلك المشكلات أو إنكار وجودها من الأساس ، وفي هذا الإطار نجد أن هناك ١٤% من أفراد العينة الراهنة قرروا بعدم وجود أى مشاكل فى الذاكرة ، وهى نتيجة لافتة للنظر يجب تدبرها بعناية ، فعلى الرغم من صغر هذه النسبة ، إلا أنها قد تنطوى على تقليل نقاط الضعف لديهم ، أى أنهم يقيمون أنفسهم على أنهم أحسن مما هم عليه بالفعل ، وهى تحيزات تقلل من دقة تفسيرهم للموقف ، وتعتبر شركاً يقع فيه المسنون سيترتب عليه أنهم سيشعرون بعدم حاجتهم للتنمية ، ومن ثم سيحبون عن أنفسهم فرصة طلب المساعدة و تشخيص أوجه الضعف لديهم وتطوير قدراتهم، لذلك فحن مطالبون بتدريب المسنين على الوعى بأوجه التحيز فى تقييمهم لأنفسهم على نحو يتحاشون فيه إلى الحد الأدنى أخطاء العزو فى تفسير أوجه ضعفهم وفشلهم .

رابعاً : إنطلاقاً من نظرية الذكاء المتغير ، نرى أن الذاكرة لا تعبر عن سمة ثابتة يمتلكها الأفراد ، ولكنها شىء يمكن توجيهه ، وتنميته من خلال التدريب ، أما بناء على نظرية الذكاء الثابت ، فإن الذاكرة تكون عبارة عن كم أو مقدار داخلي يتم تغذيته من خلال إنجازات الفرد ويتناقص نتيجة للفشل ، والزمن .

خامساً : أن من أهم الأسباب التي تؤدي إلى ظهور المشكلات المعرفية بأنواعها لدى كبار السن؛ تدهور الصحة العامة ، و انخفاض مستوى التعليم ، وعدم كفاية الدخل ، وعدم الشعور بالأمن النفسى، وعدم توفر الفرص المناسبة للتدريب على المهام و الخبرات الجديدة، وضعف كل من التفاعل الاجتماعي وشبكة العلاقات الاجتماعية ، ومن خلال دراستنا الراهنة ثبت الدور القوي للشعور بالأمن النفسى على الذاكرة ، حيث يساعد الأمن النفسى على تعزيز أنماط السلوك الإيجابي كالأداء المتميز ، والقدرة على اتخاذ القرارات ، والأداء الجيد الفعال ، كما أنه يقلل من معدل التدهور العقلى والجسمى للفرد وذلك نتيجة لشعور الفرد بالتقبل والحب والمودة من المحيطين به .

سادساً : ان الأمن النفسى ومستوياته هو نتاج اجتماعي ثقافي تتحكم فيه متغيرات بيئية محددة حتى لو بدا عليه أنه عملية فردية تتحكم فيها طاقات نفسية حيوية شخصية ؛ لذا يجب أن ينظر عند دراسته إلى آثار تلك المتغيرات البيئية ومقارنتها تبعاً لإطارها الثقافي ، فعلى سبيل المثال فى الدراسة الراهنة وجدنا فروقاً فى درجة الشعور بالأمن النفسى تعزى لمتغير التعليم ، وربما

يعزى ذلك إلى وجود قدر كبير من المساندة الأسرية لدى كل منهما ، كما تتمثل من خلال ارتفاع نسبة من يقيمون مع أسرهم . فالمساندة الأسرية كما تتمثل في ترتيبات الإقامة تقي المسنين من المرض النفسي، كما تعد المساندة الاجتماعية مصدراً مهماً من مصادر الدعم الاجتماعي الفاعل الذي يحتاجه المسنون ، كما أنها تؤدي دوراً مهماً في إشباع الحاجة للأمن النفسي، وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة التي يتعرضون لها ، ويتفق هذا مع الدراسة الوحيدة التي قام بها " فاجيرستون وزملاؤه " عن الأمن النفسي عند كبار السن (Fagerström et al.,2011) .

سابعاً : أشارت النتائج إلى أن هناك دور مهم للصحة في تفسير العلاقة بين العمر والقدرة على التذكر، وهي نتيجة يجب تدبرها بعناية ، ذلك لأن الصحة ترتبط بعدم إحساس المسن بالعجز والقدرة على الحركة ، وقيامه بنشاطات الحياة اليومية ، ويلاحظ أن الجوانب النوعية التي تتبأت بها في الدراسة الراهنة هي نشاطات حياتية يومية daily activities تتسم بالتكرار والدوام ، وأهميتها بالنسبة لبقاء الفرد ، كطهي الطعام ، وتناول الدواء ، والتفاعل مع الآخرين ، والصلاة، وبالتالي فقد يصبح المسنون أكثر حساسية لحدوث لأي تغير بسيط في قدرتهم على تذكر تلك الأمور ، وهذا ما أشارت إليه دراسة (Bluestein & Rutledge, 2006) من أن الأفراد الذين يقيمون صحتهم بشكل سيء يشيرون لوجود قدر كبير من فقدان الذاكرة مقارنة بمن يقدرون صحتهم بشكل جيد .

قائمة المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية

- ابن منظور (بدون تاريخ) . لسان العرب (ط ٣) ، القاهرة : دار المعارف .
- اقرع ، إياد (٢٠٠٥) . " الشعور بالأمن النفسي وتأثره ببعض المتغيرات لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية . " رسالة ماجستير ، (منشورة إلكترونياً) كلية الدراسات العليا ، جامعة النجاح الوطنية بنابلس .
- بني مصطفى ، منار و الشريفين ، أحمد (٢٠١٣) . " الشعور بالوحدة النفسية والأمن النفسي والعلاقة بينهما لدى عينة من الطلبة الوافدين في جامعة اليرموك " ، المجلة الأردنية في العلوم التربوية ، ٩ (٢) : ١٤١-١٦٢ .
- جبر، محمد جبر (١٩٩٦) . " بعض المتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالأمن النفسي ، مجلة علم النفس ، ١٠ (٣٩) : ٨٠ - ٩٣ .

- جمعة ، يوسف ، و مبروك ، عزة (٢٠٠٥) . " الصحة الجسمية والنفسية للمسنين " ، القاهرة : دار غريب .
- الحلفاوي، سامية (١٩٩٣) . " الطمأنينة الانفعالية لدى طلبة الجامعات " ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الدراسات الإنسانية ، جامعة الأزهر بجمهورية مصر العربية .
- الخالدي ، هاني (٢٠١٤) . " علاقة الأمن النفسي باتخاذ القرار " ، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب ، الرياض ، ٣٠ (٦٠) : ٢٠٣ - ٢٤٦ .
- الخضري ، جهاد (٢٠٠٣) . " الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف بمحافظة غزة ، وعلاقته ببعض السمات الشخصية ومتغيرات أخرى " ، رسالة ماجستير ، (منشورة إلكترونياً) ، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية- غزة .
- الخليل ، حمد (١٩٩١) . " الشعور بالأمن النفسي عند الطلبة المراهقين في الأسر متعددة الزوجات " ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية التربية ، الجامعة الأردنية بعمان .
- السويطي ، عبد الناصر (٢٠١٢) . " العنف الأسري الموجه نحو الأبناء وعلاقته بالشعور بالأمن لدى عينة من طلبة الصف التاسع في مدينة الخليل " ، مجلة جامعة الأزهر بغزة ، سلسلة العلوم الإنسانية ، ١٤ (١) : ٢٨١-٣١٠ .
- الصرايرة ، خالد (٢٠٠٩) . " الإحساس بالأمن لدى أعضاء الهيئات التدريسية فى الجامعات الأردنية الرسمية وعلاقته بأدائهم الوظيفي من وجهة نظر رؤساء الأقسام " ، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي ، ٢ (٣) : ١-٣٦ .
- الصنيع ، صالح (١٩٩٥) . " دراسات في التأصيل الإسلامي لعلم النفس " ، الرياض : دار عالم الكتب .
- العباسي ، عبد الحميد (٢٠١١) . " الانحدار اللوجستي : تطبيقات فى العلوم الاجتماعية باستخدام SPSS " ، جامعة القاهرة : معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، قسم الإحصاء الحيوى والسكاني .
- عبد الله ، معتز سيد (١٩٩٧) . " التعصب دراسة نفسية اجتماعية " (ط ٢) ، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- عبد الخالق ، أحمد (١٩٩٦) . " قياس الشخصية " ، الكويت : جامعة الكويت .
- العطاس ، عبد الرحمن (١٤٣٤ هـ) . " الشعور بالطمأنينة والوحدة النفسية لدى الأيتام المقيمين فى دور الرعاية والمقيمين لدى ذويهم (دراسة مقارنة) " ، رسالة ماجستير منشورة إلكترونياً ، كلية التربية ، جامعة أم القرى .

- العمري ، بسام ، و فؤاد، السلطان (١٩٩٦) . " درجة الإحساس بالأمن النفسى ، مجلة دراسات العلوم التربوية ، ٢٣ (١) : ٢٧ - ١ .
- مجلس الوزراء المصرى ، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار . (٢٠٠٨) . " ملامح المسنين فى مصر " ، تقارير معلوماتية ، السنة الثانية ، (٢) ١٤-١ .
- الأمم المتحدة ، (٢٠٠٢) ، تقرير الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة ، مدريد ٨-١٢ نيسان/ أبريل ، A/CONF.197/9 .
- نعيمة ، رغداء (٢٠١٢) . " الاغتراب النفسى وعلاقته بالأمن النفسى : دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة دمشق القاطنين بالمدينة الجامعية" ، مجلة جامعة دمشق ، ٢٨ (٣) : ١١٣ - ١٥٨ .
- هاشم ، عبد الحميد (٢٠٠٧) . رعاية المسنين قوميا فى مصر : الإستراتيجية وخطة العمل حتى عام ٢٠١٥ ، القاهرة : المكتب الإقليمى لمنظمة الصحة العالمية بالشرق الأوسط .

References

ثانيا : مراجع باللغة الإنجليزية

- Bazargan, M., & Barbre,A., (1994) .The Effects of Depression , Health Status, and Stressful Life – Events on Self-Reported Memory Problems among Aged Blacks ", **International Journal of Aging and Human Development** , 38 (4) , 351-362.
- Borim, F., Neri,A., Francisco, P., & Barros,M., (2014)," Dimmensions of Self- rated health in older adults " , **Rev Saude Publica**, 48 (5) , 714-722.
- Bluestein, D., & Rutledge,C., (2006) , " Perceived Health and Geriatric Risk Stratifi Cation", **Canadian Family Physician** , 52: 626–627.
- Buckley, R., Saling,M., Ames,D., Rowe,C., Lautenschlager,N., Macaulay, S., & et al.,(2013) , " Factors Affecting Subjective Memory Complaints in the AIBL Aging Study: Biomarkers, Memory, Affect, and Age", **International Psychogeriatric**, 10, 1 - 9 .
- Buetow, S. & Kerse, N. (2001) Does reported health promotion activity neglect people with ill- health? **Health promotion International**, 16 (1) ,73-78.
- Caramelli , P., & Beato,R., (2008), " Subjective memory complaints and cognitive performance in a sample of healthy elderly", **Dementia & Neuropsychologia** , 2 (1) , 42-45.

- Elokl, M. ,(2002), " Prevalence of Alzheimer's Disease and other types of Dementia in the Egyptian elderly" ,(**MD degree in Geriatrics**) Ain Shams University , Faculty of Medicine, Department of Geriatrics.
- Emery ,c., Huppert, F., & Schein,R., (1995) ," Relationships among Age, Exercies, Health, and cognitive Function in a British Sample", **Gerontologist**, 35(3), 378-385.
- Fagerström,L., Gustafson, Y., Jakobsson G., Johansson S.,& Vartiainen P., (2011), " Sense of security among people aged 65 and 75: external and inner sources of security', **Journal of Advanced Nursing** , 67(6),1305–1316.
- -Feleming, J., (2010), " Self report , in : Ston, J., & Blouia, M., (eds.), **International Encyclopedia of Rehabilition** , <http://buffalo.edu/encyclopedia/en/article> .
- Feng ,Z., (2012), " Subjective Memory Decline and Objectively Assesd Memory Ability among Older People: A Cross – Sectional Study", **Master's Thesis**, Department of Health Sciences , University of Jyväskylä.
- Floyd , M., & Scogin,F., (1997), " Effects of Memory Training on the Subjective Memory Functioning and Mental Health of Older Adults : A Meta – Analysis" , **Psychology and Aging** , 12 (1), 150-161.
- Fritsch, T., McClendon, M ., Wallendal ,M., Hyde, T., & Larsen,J., (2014) ," Prevalence and Cognitive Bases of Subjective Memory Complaints in Older Adults: Evidence from a Community Sample" , **Journal of Neurodegenerative Diseases**, Article ID 176843, 9 pages.
- Genziani, M., Stewart,R.,Bejot,Y., Amieva,N., Artero,S., & Ritchie,K., (2013) " Subjective memory impairment, objective cognitive functioning and social activity in French older people: ndings from the Three Cities study" **Geriatric Gerontology International**, 13 (1) , 139- 145 <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00914850> .
- Green, L., (1981), " Safety needs resolution and cognitive ability as interwoven antecedents to moral development" , **Social Behavior and personality**, 9, 139-145.
- Holmen,J., Langballe,E., Midthjell,K., Holmen,T., Fikseaunet ,A., & et al.,(2013) , " Gender differences in subjective memory impairment in a general population: the HUNT study, Norway" , **BMC Psychology**, 1-19 <http://www.biomedcentral.com/>

- KI, B., KN, L., Bonaccorsy, C., Bleecker, M., (1991) , Memory complaints in older adults. Fact or fiction?" **Arch Neurol** , 48(1) , 61-64 (abstract)
- Kogiteibasi, S., (1982) , " Age security value of children: Cross-national socioeconomic evidence " , **Journal of Cultural psychology**, 13, 29-42.
- Lee,P., (2014) ," The relationship between memory complaints, activity and perceived health status", **Scandinavian Journal of Psychology**, 55 (2) ,136–141. (abstract) .
- Mattos,M., Lino,V., Rizo,L., Alfano,A., AraújoC., & Raggio,R., (2003), " Memory Complaints and Test Performance in Healthy Elderly Persons", **Arq Neuropsiquiatr**; 61(4) , 920-924 .
- Michailidis, M., & Asimenos, A., (2002)" Occupational Stress as in relates to higher education, individuals and organizations " , **Work**, 19 (2) , 137-147.
- Montejo,P. , Montenegro,M., Fernandez,M., & Maestu,F.,(2011)," Subjective memory complaints in the elderly: Prevalence and influence of temporal orientation, depression and quality of life in a population-based study in the city of Madrid" **Aging & Mental Health**,15(1) ,85-96. (abstract)
- Pearman,A., Storandt,M., (2004) , " Predictors of Subjective Memory in Older Adults", **Journal of Gerontology : Psychological Sciences**, 59B (1) , P4–P6.
- Perrig-Chiello,P., Perrig, W., & Staeheli,H., (2000) , " Differential aspects of memory self-evaluation in old and very old people, **Aging and Mental Health**, 4(2) , 130-135.
- Poitrenaud,J., Malbezin, M., & Guez,D., (1989) , " Self – rating and psychometric assessment of age – related changes in memory among young-elderly managers", **Developmental Neuropsychology** , 5 (4) , 285- 294.(Abstract) www.tandfonline.com/
- Rastog o , M., & Nathawat, S., (1982)," SEffect of creativity on mental health", **Psychological Studies**, 27, 74-76.
- Ryckman, R., (1978), " **Theories of personality**", N. Y.: D. van, Nostrand com.
- Sarkar, S., & Ganguli. S., (1982), " Relationship between neurosis and security / insecurity among handicapped", . **Psychological Studies**, 27,20-22.

- Salthouse, T., Kausler, D., & Saults, S., (1990), " Age, Self-Assessed Health Statuse, and Cognition", **Journal of Gerontology : Psychological Sciences** , 45(4) ,156-160
- Schmand ,B., Jonker,C., Hooijer,C., & Lindeboom, J., (1996) , " Subjective memory complaints may announce dementia ", **Neurology**, 46 ,121-125.
- Strong, F., & Ashiton, R., (1996), " Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: how best to measure?", **Brain Injur** , 10 (1) , 1- 15.
- Vale,F., Balieiro–Jr, A., & Silva–Filho,J., (2012), " Memory complaint scale (MCS) : Proposed tool for active systematic search", **Dementia Neuropsychology** , 6 (4) ,212-218.
- Webera , D., & Skirbekka,V., (2013) ," **Do subjective health measures predict cognitive and physical health among older adults globally?**" Austria: International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA), 2361 Laxenburg .
- Youn ,J., Kim,k., Lee,D., Jhoo,J., Lee,S., Park, J., & et al.,(2009), " Development of the Subjective Memory Complaints Questionnaire" , **Dement. Geriatr. Cogn. Disord.** ; 27, 310–317.

Self-Rated Health and Psychological Security as a Predictors of Subjective Memory Complaints in a Sample of Community-Dwelling Older

Azza A. Mabrouk

Dept. Psychology- Cairo University

Abstract

The present study aimed to discover the role of some psychological and demographic determinants (psychological security, age, gender, level of education and self-rated health) in predicting the subjective memory complaints for healthy, community dwelling older people without risk factors for cognitive deficits. The data was gathered from 110 participants (43 women, 67 men), with mean age 66.92 years (SD = 4.99). The battery of questionnaires included; The Self-rated Health Scale, The Psychological Security Scale and The Subjective Memory Complaints Scale (SMC). 86.4% of the sample reported subjective memory complaints and it was significantly associated with lower scores on psychological security. There were no significant differences found between the females and males on the SMC. The results also showed that

psychological security was an effective predicator of subjective memory complaints among elderly.

KEYWORDS: Subjective Memory Complaints, Psychological Security, Self-Rated Health, Elderly