عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر وعلاقتها بالصلابة النفسية في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر

د/ نشوة عبدالمنعم عبدالله البصير

مدرس علم النفس التعليمي- كلية البنات

جامعة عين شمس

الملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى دراسة العلاقة بين عوامل الخطورة للإصابة بمرض الزهايمر وعلاقتها بمستوى الصلابة النفسية لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر فى ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفى الارتباطى المقارن، وتكونت عينة الدراسة من (١٨٠) معلماً ومعلمة، تم تطبيق مقياس عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر، ومقياس الصلابة النفسية، واستمارة المستوى الثقافى الإجتماعى. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المكون المعرفى هو المكون الأكثر قدرة على التنبؤ بالإصابة بمرض الزهايمر، وجود علاقة ارتباطية عكسية بين عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر والصلابة النفسية، كما توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً فى عوامل الخطورة بين المعلمين فى مرحلة منتصف العمر تعزى إلى عامل النوع لصالح الإناث، وإلى المستوى الثقافى الإجتماعى لصالح المستوى الثقافى الإجتماعى المرتفع. بينما لم توجد أى فروق دالة بينهم تعزى إلى التاريخ الوراثى للإصابة بالزهايمر، أو نوع التعليم (حكومى – خاص)، بينما لا توجد فروق ذات دلالة احصائية فى الصلابة النفسية بين الأفراد عينة الدراسة تعزى لعامل النوع(ذكور – إناث)، أو عامل التاريخ الوراثى للإصابة بالمرض، ونوع التعليم (حكومى – خاص).

عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر وعلاقتها بالصلابة النفسية في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر

د/ نشوة عبدالمنعم عبدالله البصير

مدرس علم النفس التعليمي- كلية البنات

جامعة عين شمس

مقدمة

يمرالنمو الإنساني بمراحل عديدة . وإذا كان النمو يتسم في بعض الأنشطة العقلية والمهارية والحركية فإنه يعكس في مراحل أخرى النقصان وبعض هذه المراحل قد تسبب تغيرات وتحولات تؤثر فيما تبقى من الحياة ، فدورة الحياة لا تسير على وتيرة واحدة، والأرجح أن احتمال ظهور بعض عوامل الخطورة على الجوانب المعرفية والنفسية والفسيولوجية قد يزيد مع التقدم بالعمر؛ إذا تضافرت التغيرات الجسمية مع بعض المتغيرات البيئية والإجتماعية والنفسية . وهناك العديد من التغيرات التي تصاحب التقدم في العمر على المستوى الصحى والنفسى والإنفعالى والإقتصادى، بالإضافة الى التغير فى الإهتمامات.

ويعد مرض الزهايمر من الأمراض المستعصية، التى تتطور فلا يمكن القضاء عليه، فهو مرض تقدمي، تزداد فيه بعض الأعراض، حيث يصيب الدماغ ، ويظهر واضحاً في خلل يصيب الذاكرة في الأساس ثم يسير تدريجياً ليشمل جميع جوانب الوظائف الفكرية وما تتضمنه من فقدان للقدرات الذهنية من ذاكرة وحكم علي الأمور وخلل التفكير المجرد، بالإضافة إلي اضطراب الوظائف العقلية العليا لقشرة المخ. وهذا يؤدي الي تغير في الشخصية والسلوك، مما ينعكس بدوره علي الأداء الوظيفي والإجتماعي للفرد. وتتسم هذه الإضطرابات بخطورتها وصعوبة قابليتها للشفاء وتستمر مع المريض حتى الموت(عبد المقصود،٢٠١٢: ٤٨٧٢).

ويعد الزهايمر من الأمراض التي تعمل علي تدهور حالة المريض العقلية ، فالمريض تتدهور حالته العقلية بسرعة، ويفقد قدرته حتي في التعرف علي أقرب المحيطين به من أهله، ذلك لأن المشكلة الرئيسية في مرض الزهايمر تظهر في القصور الواضح في الوظائف العقلية والتي تظهر تدريجياً في صورة النسيان وضعف الذاكرة خاصة بالنسبة للأحداث القريبة (الذاكرة قصيرة المدي) دون تأثر الأحداث البعيدة(الذاكرة طويلة المدي) مع إمكانية تذكر تفاصيل من الماضي البعيد في فترات الطفولة والصبا، ويتطور المرض إلي تدهور في

الوظائف العقلية علي مستوي التفكير والذاكرة ، وهي عملية متطورة وديناميكية متغيرة ويعد الزمن ركن من أركانها الرئيسة ،حيث ينسي المريض أسماء الأقارب والأهل حتي الزوجة والأبناء الذين يعيشون معه ، وقد لا يستطيع الإهتمام بنفسه أو إرتداء ملابسه وينسي أنه تناول الطعام فيطلبه مرة أخري ، ولا يعرف الأوقات ، فيطلب الخروج منتصف الليل، ولا **يذكر أيام الأسبوع وشهور وفصول السنة ، ويحاول في البداية التغلب علي ضعف الذاكرة** بوضع الأشياء بترتيب محدد ، فإذا انتقل أي شيء من مكانه أحس بإرتباك وتوتر شديد. (Chooyon Cho, Hangsuk Cho, Kyunghee Cho, Kyounggyu Choi et al , 2001:80)(الشربيني،٢٠٠٦: ٤٨).

ولأن الذاكرة الإنسانية تعد من أكثر الوظائف المعرفية التي يصيبها الإضطراب، فقد حظيت بالدراسة منذ زمن طويل، فمنذ بدأ علم النفس في اوروبا منذ أكثر من مائة عام والذاكرة كانت ولا زالت أحد اهم موضوعاته رغم اختلاف الأطر النظرية السائدة من فترة الي اخري ، أما البحث في الإضطراب النفسي الذي يصيب الذاكرة فقد فقد اشتعل نشاطاً بعد ظهور علم النفس المعرفي وعلم النفس العصبي ومن قبلها علم النفس الفسيولوجي وتركز معظم الدراسات علي كبار السن الذين يعانون من الزهايمر والعته وخرف الشيخوخة وإصابات الدماغ وزملة كورساكوف، وهى خلل دماغى نتيجة نقص مادة الثيامين، وأهم أعراضه فقدان الذاكرة والسلبية وفقدان الكلام للمعنى(الصبوة، ١٩٩٩: ٩٢).

ولأن الزهايمر تكمن مشكلته الرئيسية في القصور الواضح في الذاكرة، نجد المريض يظهر انحداراً، وضعفاً واضحاً في عمليات الإدراك علي مستوي الحواس المختلفة، فعمليات الإدراك والوعي تتطلب المقارنة بين الماضي والحاضر. وتتوقف القدرة علي التعلم نظراً لما تتطلبه هذه القدرة من الإحتفاظ بالعادات والمهارات والمعلومات الجديدة اضافة الي اضطراب قدرته علي الكلام وانخفاض كفاءته، فأي عمل يتطلب القدرة علي التذكر مهما كان بسيطاً، وحل أي مشكلة من المشكلات يعتمد علي استدعاء الخبرات السابقة، وما تم تعلمه في الماضي، مما يحد من مقدار الكفاءة في الحياة الإجتماعية والعملية ومقدار التوافق بشكل عام(رعود، ٢٠١٢: ٧٧)

ويظهر ذلك في الخوف والقلق ومن ثم التوتر والشعور بالألم النفسي، وتتفاقم المشكلة علي الجانب الخاص بالخصائص الإجتماعية ، حيث تتقلص العلاقات الإجتماعية إلي حد كبير وتقتصر علي الأصدقاء القدامي وتصبح هناك حاجة ماسة الي الرعاية الصحية والنفسية التي لها اهميتها في توفير المناخ النفسي المريح ، ويضاف الي ذلك ظهور بعض الأمراض التي

تتغير وفقاً للسن والنوع والمكانة الإجتماعية والسكن والعادات مثل ضغط الدم والسكر وتصلب الشرايين والسكر(القطان و عبدالخالق و مظلوم و الدماصى،٢٠١٠: ٢٧٨).

ويرتبط استيعاب الإنسان للخبرة الإجتماعية المعاشة وللواقع الثقافي كما يخبره بنشاط الذاكرة كوظيفة عقلية عليا، وكعملية معرفية يتفرد بها الإنسان، وهي أكثر الوظائف المعرفية تضرراً واضطراباً لدي الأطفال والكبار(الصبوة، ١٩٩٩: ٩٠).

وعلي المستوي النفسي نجد أن الأعراض المبكرة للمرض تتضمن الإكتئاب والقلق إلا أنها تتطور بشكل تدريجي لتزداد ، ويتناوب معها المزاج والمرح أحياناً وقد تظهر هذيانات من الإضطهاد، ومريض الزهايمر في احدي مراحل المرض يفقد التذكر وينتاب المريض حالة من الخوف من الأخرين وعدم الثقة بهم ويفقد التوجه المكاني. ومن الناحية اللغوية يكون التشوه في مقاطع الحروف والكلام والألفاظ أحد الأعراض الواضحة ، وفي التطور الأخير للمرض يعجز المريض عن تنسيق الحركات، فيعجزعن ارتداء ثيابه أو إطعام نفسه .. ويتطور المرض خلال فترة تمتد ٤ سنوات لدى المريض الذي يتعرض للإهمال وتمتد الي ١٠ سنوات في حالة المريض الذي يحظي ببعض الرعاية وقد يمتد في بعض الحالات الي ٢٠ عاماً(عبد الخالق،٢٠٠٥: ١٠٤٨)

ولعل ذلك جعل أحد الأسئلة الشائعة الذي غالباً ما يتم طرحه في عقول أولئك الذين لهم أقرباء بداء الزهايمر هو إمكانية تمرير أو نقل الحالة المرضية إلي أجيالهم القادمة ، فابن أو ابنة المصاب غالباً ما يسألون عما إذا كان من المحتمل إصابة أطفاله بالداء ذاته ، وما يظهر من القلق والخوف والسؤال الحائر داخل النفس عن مخاطر الإصابة في المراحل اللاحقة (جعفر،٢٠٠٥: ٣١).

وعلى الجانب الآخر نجد أن من أهم عوامل التحصين ومصادر القوة عند الإنسان، ما يسمى بالصلابة النفسية Psychological Hardiness، والتي درست على نحو واسع في أعمال كوبازا Kobasa بهدف معرفة المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تكمن وراء احتفاظ الأفراد بصحتهم النفسية والجسمية رغم تعرضهم للضغوط، وتوصلت إلى أن الصلابة النفسية هي مجموعة من الخصائص النفسية ترتكز على ثلاثة مكونات أساسية : الالتزام ووضوح الهدف، والتحكم، والتحدى(بن سعد،٢٠١٢:٣٢).

وقد أوضحت كوبازا (Kobasa ، 1982) أن الصلابة النفسية بهذه المكونات (الالتزام، والتحكم، والتحدى) تحدد درجة تأثير الأحداث التى يمر بها الفرد على إصابته بالمرض، ووجدت أن الأفراد ذوى الضغط المرتفع كانوا يمتلكون قدراً أقل من الصلابة النفسية مقارنة

بالأفراد الذين يكون ضغطهم فى المعدلات الطبيعية. وهذا المفهوم تم دعمه بعامل أو حالة المناعة الوظيفية للإنسان Proliferative response فى الأفراد الأصحاء تحت الظروف الضاغطة والعاملين فى مجالات مختلفة كالعمال والموظفين بالشركات والمجندين بالقوات المسلحة، وقد أوضح بارتون (Parton,1999) أن الصلابة النفسية تتعامل مع الأزمات والصراعات الحياتية المختلفة لتخلف وراءها تنبؤ بالأمراض السيكاترية ، والأعراض المرضية على مستوى الصحة العقلية والبدنية(In:Marcus,Ricard,John,Matthew,2013: 2).

إذا الصلابة النفسية تعمل وظيفياً كمصدر للمقاومة وتحمل التأثيرات الناتجة عن الضغوط الحياتية وتقليل واختزال العواقب المرضية لدى الأفراد على المدى الطويل، وبذلك فهى لا تخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الفرد فقط، ولكنها تمثل مصدراً للمقاومة والصمود والوقاية.

وتسعى الدراسة الحالية إلى دراسة عوامل الخطورة للإصابة بمرض الزهايمر وعلاقتها بمستوى الصلابة النفسية لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر، والتعرف على أكثر عوامل الخطورة قدرة على التنبؤ بالمرض لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر، التعرف على عوامل الخطورة ومستوى الصلابة النفسية لديهم، فى ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية (النوع – التاريخ الوراثى للإصابة بالمرض – نوع التعليم – المستوى الثقافى الإجتماعى) لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر.

مشكلة البحث:

تكمن المشكله الرئيسية في مرض الزهايمر فى القصور الواضح في الذاكرة، وما يظهر من تغيرات علي مستوي الجوانب الإدراكية والحسية والحركية التي يمكن أن تحدث قبل أعوام من تشخيص المرض إكلينيكياً، من خلال أعراضه الصريحة والمحددة والتي يمكن الإعتماد عليها واستخدامها كأدلة لإحتمالية التنبؤ بالإصابة بالمرض، ولعل التراث النظري الأجنبي زاخر بالكثير من النتائج لأهم عوامل الخطورة التي يمكن اعتبارها مؤشرات للتنبؤ بحدوث المرض، فنجد النتائج الى تشير الي وجود عدد من العوامل المهيئة أو المنبئة بالإصابة بالمرض، فنجد **بعض المؤشرات الديموجرافية مثل المستوي التعليمي الخاص بالمريض ودوره في التمهيد للإصابة** (Spalletta, Bladinetti,Bucciore,Fadda et al,2004: 688). والعوامل المرتبطة بالنوع، حيث تؤكد الإحصائيات علي دور النوع في الإصابة، وجاء ذلك في الكثير من الأطر

النظرية حول تضاعف الإصابة بالمرض لدي النساء مقارنة بالرجال (Heun& Kockler ,2002:130; Heun, Kolesch& Jessen,2006:28 ; ogunniyi,Hall,Gureje & Bagyewn et al,2006:238)

كما نجد أيضاً مجموعة من العوامل النفسية التي يمكن اعتبارها من العوامل المنبئة بالمرض مثل الإكتئاب والقلق والإنسحاب الإجتماعي وضعف القدرة علي تكوين صداقات والتقلبات المزاجية والإنفعالية (Fahim,Van Dujjn, Baker,Launer et al,1998:233; Gottfries ,2001:58).

كذلك هناك بعض العوامل البيولوجية المنبئة بحدوث المرض مثل بعض الأمراض ،خاصة الإصابة بمرض السكر وتأثيره في إحداث الإصابة ، وكلها عوامل ترجحها نتائج الدراسات كمؤشرات مهيئة للإصابة بالمرض وجميعها نتائج دراسات أجنبية لا يمكن القطع بها في مجتمعنا وثقافتنا العربية ، وحتي الآن لا توجد طرق علاج مؤكدة للشفاء من المرض بصورة قطعية ، وهناك الكثير من الجهود المتسارعة والموسعة لمعرفة المزيد عن المرض ومتابعة الأبحاث لإيجاد أحسن طرق العلاج وتأخير ظهوره ومنع تطوره، وهناك عدد من الدراسات الطولية والمعلومات التجريبية التى تشير إلي أن هناك الكثير من الأسباب التي يجب دراستها والتي تعد هامة في رصد القضايا الخاصة بالأسباب الكامنة وراء هذا المرض؛ لذا كان لابد من دراسة العوامل ذات الأولوية في التهيئة للإصابة بالمرض للتأكد من مدي ارتباطها بالإصابة من عدمه، وبذلك يمكن المساعدة من خلال صور التدخل المبكر المختلفة. يضاف إلى ذلك كيف يمكن لمستوى الصلابة النفسية كمتغير أن يملك الإمكانية لوضع الإنسان فى درء خطر الإصابة بأمراض معينة، فنجد الأبحاث التى توضح العلاقة بين الشخصية والصحة تكشف عن أن الأفراد مرتفعى الإحساس بالحالة السلبية للعداء والخصومة يكونون أكثر ضعفاً وأكثر قابلية للمرض ، والعكس صحيح نجد أن الحالة الإنفعالية الإيجابية تتحرك بالشخصية بعيداً عن المرض الجسدى وتركز على مصادر المقاومة التى يمكنها أن تتوازن مع التأثيرات الخاصة بالوهن والضعف كإستجابة للأحداث الحياتية الضاغطة، فنجد رجال الأعمال الذين يواجهون الكثير من الضغوط الحياتية اليومية ويتمتعون بالصحة ويكونون أقل عرضة للمرض ، لأنهم يمتلكون القدرة على التحكم والإلتزام والتحدى مقارنة بنظرائهم الذين يواجهون نفس المستويات من الضغوط ولكنهم يصابون بالكثير من الأعراض المرضية(Gary,2002:31).

وفى ضوء ما تقدم يمكن بلورة مشكلة البحث فى الأسئلة التالية:

١- ماهى أكثر العوامل خطورة فى الإصابة بالزهايمر لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر؟

٢- إلى أى مدى توجد علاقة إرتباطية بين عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر والصلابة النفسية لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر؟

٣- إلى أى مدى توجد فروق بين متوسط درجات المعلمين فى مرحلة منتصف العمر مرتفعى ومنخفضى عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر فى الصلابة النفسية ؟

٤- إلى أى مدى توجد فروق بين المعلمين فى مرحلة منتصف العمر فى عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر تعزى إلى بعض المتغيرات الديموجرافية (النوع – التاريخ الوراثى للإصابة بالمرض – التعليم(حكومى- خاص) – المستوى الثقافى الإجتماعى) ؟

٥- إلى أى مدى توجد فروق بين المعلمين فى مرحلة منتصف العمر فى مستوى الصلابة النفسية تعزى إلى بعض المتغيرات الديموجرافية (النوع – التاريخ الوراثى للإصابة بالمرض – التعليم(حكومى- خاص) – المستوى الثقافى الإجتماعى)؟

أهداف البحث

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- الكشف عن أكثر العوامل خطورة فى القدرة على التنبؤ بالإصابة بالزهايمر لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر.
- دراسة العلاقة بين عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر ومستوى الصلابة النفسية لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر من الجنسين.
- التعرف على مستوى الصلابة النفسية لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر مرتفعى ومنخفضى عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر.
- التعرف على عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر فى ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية.
- التعرف على مستوى الصلابة النفسية لدي المعلمين فى مرحلة منتصف العمر فى ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية.

أهمية البحث:

ترجع أهمية البحث إلي ما يقدمه من إسهام علي المستويين النظري والتطبيقي

أولاً:الأهمية النظرية:

- تتعرض الدراسة لموضوع يعد أحد الموضوعات التي تحتل اهتماماً واسعاً ومتشابكاً مع العديد من التخصصات كعلم النفس الفسيولوجي وعلم النفس العصبي وعلم النفس الإجتماعي والصحة النفسية وعلم التغذية وعلم النفس البيئي، حيث تتناول أهم العوامل التى يمكن أن

تعمل كعوامل خطورة للإصابة بمرض الزهايمر، علاوة علي دراسة مدى العلاقة بين عوامل الخطورة المتوقعة و مستوى الصلابة النفسية لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر.

- ما يزيد من أهمية الدراسة أنها تتناول عينة لها دور محوري فى العملية التربوية، علاوة على تناولها لمرحلة عمرية هامة وهى مرحلة منتصف العمر، والتى يحدث فيها عدد من التغيرات والتحولات على المستوى النفسى والجسمى والبيولوجى مما قد ينعكس سلباً على الأداء النفسى والمهنى والجسمى والصحى ، فهى جماع تفاعل تلك العوامل.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

يعد التعرف علي أهم المقدمات التي تمهد للإصابة بمرض الزهايمر فرصة لنشر الوعي بها ومحاولة تلافيها وإتاحة الفرصة للتدخل العلاجي في الوقت المناسب، وقد تسهم نتائج البحث الراهن فى تعديل أسلوب الحياة بالصورة التى تقلل من فرص الخطورة بالإصابة بالمرض من خلال البرامج الإرشادية للفئات العمرية المعرضة لخطر الإصابة. ويمثل ذلك أحد الإضافات الحيوية للدراسة علي المستوي التطبيقي .

مصطلحات البحث

مرض الزهايمر

يعرف علي أنه فقد او نقص القدرات الذكائية بحيث تؤثر علي أداء الشخص الوظيفي والإجتماعي، ويظهر في صورة خلل الذاكرة والحكم علي الأمور ونقص التفكير التجريدي وخلل الوظائف العليا لقشرة المخ او تغير الشخصية (حمودة،٢٠٠٤: ١٣٨).

كما يعرف علي انه اضطراب وظيفي يعمل بشكل تدريجي علي تدمير خلايا الدماغ وضمور حجم المخ وتتركز الأجزاء المصابة في المخ فى مراكز التفكير والذاكرة واللغة ، ومختلف القدرات العقلية كما ينتج عنها الحبسة الحسية والحركية وخلل فى الوظائف التنفيذية للدماغ (Karam&Itani,2013:78).

ويعرف علي أنه إصابة تنكسية عصبية للخلايا الدماغية حيث تؤدي العملية المرضية للداء الي تكوين بروتينات شاذة تؤدي بدورها الي الموت التدريجي للخلايا الدماغية ، ويبدأ المرض بشكل خفي ويتطور نحو تدهور تدريجي ومتواصل لوظائف الدماغ العليا مشكلاً السبب الأول للعته في الأعمار المتقدمة، ويبدأ التدهور في الذاكرة فيؤدي إلي فقدان الذاكرة قصيرة المدي ثم

الذاكرة طويلة المدي مع تراجع في الوظائف الفكرية كإتخاذ الأحكام ، مما ينعكس سلباً علي الحياة الأسرية والمهنية والإجتماعية مع تغيرات في السلوك والمزاج (ابو حامد،٢٠٠٩: ١١).

ويُعرف فى البحث الحالى على أنه ذلك الخلل الوظيفى الذى ينتج عن تلف خلايا الدماغ والذى يظهر فى الخلل فى أداء الفرد النفسى والمعرفى بالصورة التى ينتج عنها خلل فى الوظائف التكيفية المختلفة الأسرية والمهنية والإجتماعية.

المتغيرات الديموجرافية

تعنى كلمة "ديموجرافى" الدراسة الإحصائية لمجتمع معين. ويقصد بها فى الدراسة الحالية مجموعة المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في تهيؤ المعلمين فى مرحلة منتصف العمر للإصابة بمرض الزهايمر، ومستوى صلابتهم النفسية مثل المستوي الثقافى الإجتماعى والنوع والتاريخ الوراثي في الإصابة بالأمراض، ونوع التعليم(حكومى – خاص).

عوامل الخطورة (المعرفية والنفسية والفسيولوجية)

هي مجموعة العوامل المرتبطة بثلاثة جوانب هى: الجانب المعرفي وما يتصل به من قدرة الإنسان المعرفية علي استحضار الخبرات والمعلومات التي سبق تعلمها وتخزينها. الجانب النفسي للفرد، وما يشمله من بعض الأعراض النفسية مثل (القلق- الغضب – سرعة الإنفعال- الإنسحاب الإجتماعي- عدم القدرة علي تكوين صداقات ..). الجانب الفسيولوجى وما يتصل به من خلل فى بعض الوظائف الفسيولوجية كالأرق و ضعف الحركة ومشكلات الإخراج والأكل وخلل إفراز الغدد.

وتُعرف إجرائياً فى الدراسة الحالية على أنه جملة التغيرات المعرفية والنفسية والفسيولوجية التى تظهر لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر والتى يمكن أن تشكل عوامل خطورة للإصابة بمرض الزهايمر، وتتحدد بحصول الفرد علي درجة مرتفعة علي مقياس عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر.

الصلابة النفسية

يُشار إلى مفهوم الصلابة النفسية على أنه اعتقاد عام لدى الفرد فى فعاليته، وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كى يدرك ويفسر ويواجه بفعالية الأحداث الحياتية المختلفة، ولذا فإن الصلابة النفسية تعنى الإلتزام تجاه الذات والأخرين، التحكم والضبط فى إتخاذ القرارات، التحدى ومواجهة الضغوط بفاعلية (المشعان،٢٠١١، ٥٠).

كما تعرف على أنها مفهوم افتراضى يعكس القدرة على مقاومة التأثيرات السلبية المسببة

للأمراض والناتجة عن الأحداث الحياتية اليومية بالصورة التى تعكس قدرة الفرد على التحكم والسيطرة فى هذه الأحداث، وقدرته على تحديها بصورة تعكس إعتقاده فى أن تلك الأحداث أمراً طبيعياً، وجزء لا يتجزأ من الحياة اليومية، ويمكن أن تكون حافزاً للنمو أكثر من كونها مصدراً للتهديد، وإلتزامه بتحقيق أهداف تعطى معنى وقيمة لحياته(المشعان،٢٠١١، ٥٠). وتتحدد إجرائياً فى البحث الراهن بأنها الخصائص النفسية الإيجابية المتمثلة فى الإلتزام والتحكم والتحدى والتى تعطى الفرد القدرة على مقاومة عوامل الخطورة للإصابة بالمرض، وتتحدد بدرجة الفرد على مقياس الصلابة النفسية.

مرحلة منتصف العمر

قامت عزيزة السيد(٢٠٠١:٧٥٧) بدراسة عن أزمة منتصف العمر عند المرأة واستدلت على أن هذه المرحلة العمرية تكون فى الفترة من (٤٥-٥٥عاماً) ، وهى فترة تتسم بعدد من التغيرات على المستوى الوظيفى سواء فى نوع العمل أو مكانه ، وما يستتبع ذلك من ضغوط والشعور بعدم النفع وإحساس الفرد بعدم القدرة على إحداث إضافات فيما حوله، وظهور بعض المفاهيم الحياتية كالمرض والموت وهى من المصادر التى تحد من قدرات الفرد.

فى حين أوضح المفدى (١٩٩٥) أن منتصف العمر حالة يمر بها الأفراد فى ظروف معينة وغالباً ما تكون فى الفترة من (٣٥-٤٥ عاماً)، ويشير ميدلى(١٩٨٠) أن الفترة من (٣٥-٤٤عاماً) تمثل وقت الذروة فى الضغوط النفسية مقارنة بالفترات الأخرى السابقة واللاحقة(المفدى،١٩٩٥ :٥٣٠).

وتحددها مايسة النيال(١٩٩٨) أنها مرحلة من سوء التوافق الذى يتلازم مع عدد من التغيرات البيولوجية والشخصية والنفسية مما يؤدى إلى تراكم المشكلات والمتاعب والإخفاقات، وحددتها فى الفترة من (٤٠: ٥٠ عاماً)(النيال، ١٩٩٨: ١٩٦). بينما يراها الحربى والحريقى(٢٠١٣) أنها الفترة من ٣٥- ٦٠عاماً والتى يرافقها غالباً تغيرات قوية على المستوى الفسيولوجى والنفسى والإجتماعى(الحربى والحريقى، ٢٠١٣ :٨٧).

وتعرفها الباحثة إجرائياً على أنها تلك الفترة العمرية الممتدة من (٤٠: ٥٥ عاماً) والتى تتسم بعدد من التغيرات على المستوى الجسمى والعقلى والصحى والمعرفى بالصورة التى تؤثر سلباً على كفاءة المعلمين وأداءهم للدور المكلفين به.

الإطار النظري للدراسة

أول من وصف مرض الزهايمر هو العالم الألماني الطبيب النفسي والعصبي لويس الزهايمر الذي اكتشف عند تشريحه لدماغ مريضته المتوفاة (١٩٠٦م) أن هناك تقلصاً واضحاً

في الدماغ خاصة القشرة الخارجية التي تضم المنطقة المسئولة عن التفكير والإدراك والحكم والكلام والذاكرة ، إضافة إلى ما أظهره التشريح الميكروسكوبي من انتشار واسع للترسبات الدهنية في الأوعية الدموية الصغيرة والخلايا العصبية الميتة والترسبات غير الطبيعية داخل وخارج الخلايا الدماغية؛ تلا ذلك ما قدمه كريبلين حول اضطرابات الدماغ واقتراح تسمية المرض باسم مكتشفه وهو لويس الزهايمر (Gilliand& C.C,2007: 5).

وكان يستخدم مصطلح الخرف الشيخوخي لمرض الزهايمر لمدة من الوقت لوصف الحالات التي يتعدي عمرها ٦٥ عاماً مع استخدام الإسم الكلاسيكي "الزهايمر" في الأعمار الأصغر وفي نهاية المطاف اصطلح علي استخدام مرض الزهايمر في التسمية الطبية لوصف الأشخاص في كل الأعمار التي لديها نمط عام من أعراض ودورة المرض(حمودة،٢٠٠٤: ١٤١).

ويلاحظ انه حتي الستينات من القرن الماضي كان الإعتقاد السائد هو أن داء الزهايمر مرض نادر الحدوث ولكن مع ارتفاع معدل توقعات الحياة من جهة وتطور الوسائل الإستقصائية من جهة أخري ، جعل الأطباء يعيدون تقييمهم لمدي انتشار المرض. وحالياً يعتبر الزهايمر السبب الأول للعته بعد سن الخامسة والستين ،فإذا كان العته يصيب ما نسبته ١الي ١.٥ % من تعداد السكان فإن داء الزهايمر يمثل ٧٠% من هذه النسبة وتزداد نسبة الإنتشار بتقدم العمر لترتفع من ٥% عند سن الخامسة والستين الي ١٠-١٥% عند سن الخامسة والسبعين حتي تصل الي ما نسبته ٢٠-٤٠% عند سن الخامسة والثمانين، بينما تشكل نسبة إصابة النساء بالداء ضعف ما عليه لدي الرجال (ابو حامد، ٢٠٠٩: ١٢). وتدلل الإحصاءات التي تظهر بشكل متتابع عن انتشارالمرض ،وما يتكبده المريض من معاناة علي كافة المستويات ، وما يزيد من خطورته هو ارتفاع معدل متوسط الأعمار في العديد من الدول المتقدمة في ظل التطورات الحديثة مما ساعد علي انتشار المرض ، وينتشر الزهايمر بنسبة (٢% : ٤%) من جموع الناس الذين يتجاوزون الخامسة والستين من العمر، ويكثر إنتشاره بين الإناث كما يكثر بين أقارب الدرجة الأولي عنه بين الناس بصفة عامة (حمودة،٢٠٠٤: ١٤٩).

وقد أثبتت الدراسات المطولة أن معدلات ضعف الذاكرة تنتشر بنسبة ١٥:١ لكل الف شخص عبرسنوات الدراسة، ونسبة من ١٠:٥ من هؤلاء الأفراد يحدث لهم هذا الضعف بسبب مرض الزهايمر، مما يفيد أن نصف حالات ضعف الذاكرة الجديدة كل سنة تكون بسبب الزهايمر(ابوحامد ،٢٠٠٩: ١٣). و هناك ما يزيد علي ٤ مليون في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من الخرف (Garre-Olmo,Lopez-Poya,Vilaita-Franch,Turon-

.Estrada,2004 :33)

وعلي مستوي العالم تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلي وجود ١٥ مليون مريض بالزهايمر ممن تزيد أعمارهم عن خمّسين عاماً(عبد الخالق،٢٠٠٥: ١٠٥٠).

وهناك تزايد مستمر في أعداد المصابين بالزهايمر؛ ويتوقع أن يتضاعف عددهم ٤ مرات في منتصف القرن القادم ما لم يتم التوصل إلي تدخلات طبية تؤجل أو تضعف من هجوم هذا المرض. (Corrada,Kawas,Hallfrisch,Muller et al, 2005:11; Brookmyer,Gray& Kawas , 1998,1337)(A.P.A,2002) أما في بلداننا العربية فإن الإرتفاع النسبي لمتوسط عمر الفرد في العقود الأخيرة ووجود عوامل خطورة هامة تجعلنا نتوقع ان يتواجد المرض بنسب كبيرة وربما في سن منخفضة دون الستين من العمر؛ لكن يحتاج ذلك التوقع الي المزيد من الدراسات لإثبات صحته. وقد أثبتت التقارير الديموجرافية التى أجريت على بلدان متعددة فى المنطقة العربية أن ٦% من الأفراد أعمارهم تتجاوز ٦٠ عاماً، وستتزايد هذه النسبة إلى ١٧% عام ٢٠٥٠ ، مما يبرز أهمية كبيرة لضرورة عدم تجاهل هذه الفئة لأنه سيكون له عواقب وخيمة فيما يتصل بالإصابة بالمرض (Karam&Itani,2013:81).

ويتضح لنا كيف أنه مع تلك المجهودات الحثيثة والتكاليفة المبذولة لمحاولة كشف خفايا هذا المرض ومحاولة إيقافه ، إلا أنه حتي الأن لا يوجد شفاء حقيقي وان ما يحدث مع تمكن المرض لا محالة، هو بقاء الشخص المصاب لفترة لا تزيد عن ٥ سنوات ثم ينتهي به الأمر إلي الموت(حمودة، ٢٠٠٤، ١٥٠).

ولا زال السبب في مرض الزهايمر مجهولاً حتي الآن، ولكن هناك بعض الإفتراضات التي يرجحها العلماء كأسباب للإصابة منها: العامل الوراثي وذلك لزيادة إنتشاره بين الأقارب، كما لوحظ حدوثه بين الأفراد المصابين بمتلازمة داون الذين يظلون علي قيد الحياة إلي العقد الثالث من العمرورجح ذلك وجود تشابه في الشذوذ الجيني في الكروموسوم٢١ لدي مرضي الزهايمروهو نفس الجين في المصابين بمتلازمة داون(حمودة،٢٠٠٤: ١٥٠). كما يلاحظ ان أن حوالي ٣٠% من المصابين بالمرض يكشفون عن تاريخ عائلي من العته، مما يشير إلي ضرورة وجود عوامل جينية مسببة لذلك (حجازي، ٢٠٠٦: ٣١).

حيث تأكد أن العوامل الجينية (الجينات) تلعب دوراً في تطور مرض الخرف ، فحوالي الثلث من الحالات المصابة بمرض الخرف يبدو أنها موروثة من خلال جين مسيطر. ويتفق الباحثون

في أن من ١٠ إلي ١٥ في المائة من الناس لديهم استعداد وراثي لمرض الخرف. كما يرجح أن تكون هناك ثلاث طفرات جينية تلعب دوراً كبيراً فى إحداث الإصابة بالزهايمرفى الفترة العمرية من (٣٠-٦٤ عاماً) . وقد تمكن العلماء من عزل أحد الجينات التي لها علاقة بمرض الخرف علي الكروموسوم ٢١، كما يرجح وجود جينات مسببة للمرض على الكروموسومين ١، و١٤، كما تم عزل جين آخر تم الإشتباه فى إحداثه للإصابة علي الكروموسوم ١٩، ولقد تم تركيز الإهتمام علي جين خاص بإفراز وإنتاج البروتين المخ (بيتا أميلود) . والخلل في هذا الجين يمكن أن يؤدي إلي زيادة إفراز وإنتاج بروتين المخ (بيتا أميلود) مما يؤدي الي الضرر بخلايا المخ التي تتحكم بالذاكرة والعمليات المنطقية (Gilliand et al,2007: 8).

ويؤكد ذلك نتائج الدراسات التى أُجريت على(٢٠٠) من أشقاء المصابين بمرض الخرف، والتى تشير إلي أن التوائم المتماثلة من المتوقع أن يصابوا بالمرض. أما التوائم غير المتماثلة لديها احتمالات لا تتجاوز ٥٠ % فقط في أن يصابوا بالمرض، وبالرغم من ذلك فإن العوامل الجينية توجد فقط استعداداً وراثياً للإصابة بالمرض ولا تسببه بالضرورة (الدامغ، ١٩٩٩: ٤٣٧). بينما تؤكد إحدى المراجعات النظرية التى أجريت على العالم **العربى فى بلدان مختلفة أن العامل الوراثى والجينى يشكل عامل خطورة فى إحداث الإصابة بالمرض** (Karam&Itani,2013:81).

كما أشارت دراسة سيجال(Segal ،2013) أن الأرق واضطرابات النوم أحد العوامل المسببة للإصابة بالمرض، حيث أثبتت الدراسات ارتباط الفقر في الوظائف المعرفية مع صعوبات النوم او فرط النوم ، كما ان كمية النوم ترتبط بعلاقة منحنية تأخذ شكل حرف U مع الأداء المعرفي للفرد، فالأفراد الذين يحصلون علي٧ ساعات نوم أداءهم يكون أكثر مثالية مقارنة بالذين يحصلون علي٥ او ٩ ساعات نوم (Segal,2013: 587).

ويعد التسمم بالألومنيوم أحد الأسباب المؤدية للإصابة، حيث لوحظ وجود هذا العنصر بمعدلات مرتفعة في أنسجة الدماغ للمرضي المتوفين بالمرض ، كما لوحظ نقص في كمية الإنزيم اللازم لتخليق الأسيتيل كولين Choline acetyltrans-ferase وافترض أن السبب هو عدوي فيروسية أو مرض في المناعة الذاتيةAuto-immune disease (حمودة، ٢٠٠٤: ١٥٠). بينما اتضح أن الإصابة بالسموم المستمدة من المعادن المختلفة وإن كانت تشكل عوامل خطورة وعلى رأسها التسمم بالألومنيوم إلا أنه لا توجد أدلة قاطعة تؤكد هذا (Gilliand et

(al,2007: 8. ومن المشاهدات التي دعمت ذلك، أن مضادات الكولين مثل الأتروبين وسكوبولامين تزيد من الخلل المعرفي لدى مرضى الزهايمر بينما تؤدي مماثلات الكولين agonists مثل Physostiginin– arecoline إلي تحسن القدرات المعرفية لديهم، ولوحظ أيضاً أن نقص النورابنفرين في مساراته العصبية في منطقة Locus ceruleus في الفحص الباثولوجي لأدمغة ضحايا الزهايمر، بالإضافة الي وجود ناقلين عصبيين متورطان أيضاً في حدوث مرض الزهايمر وهما السوماتوستاتين والأورتيكوتروفين orticotrophine & Somatostatin وهما من الببتيدات النشطةعصبياً (حمودة، ، ٢٠٠٤: ١٥١). بينما نجد تدهور مسارات كل من الدوبامين والجلوتامين في تدهور الحركة الجسدية وعدم توازنها وفقدان القدرة علي استدعاء المعلومات والبيانات من وحدات الذاكرة طويلة المدى، أما السيروتونين النورابنفرين فإن انسداد مساراتهما تغلق الإستجابة العاطفية والوجدانية فلا يظهر انفعال الفرح ولا الحزن ولا الغضب ولا التعاطف مع الآخر، بالإضافة إلي التبدلات المتطرفة مزاجياً (عبد الخالق،٢٠٠٥: ١٠٥٣).

وهناك أدلة علي تلف الخلايا العصبية في منطقة قرن أمون والتي تعد لوحة التحكم في الذاكرة لهذا ترتبط المراحل الأولي من الإصابة بالمرض بخلل الذاكرة وخلل في الإدراك المكاني(Reger et al ,2004:87).

ويمتد التلف الي منطقة الفصوص الجبهية والجدارية والصدغية في القشرة الدماغية مما يترتب عليه ضرر في الوظائف الإدراكية الأخري مثل مهارات اللغة والقدرة علي إصدارالأحكام وإنجاز الأمور البسيطة ، ويتسع تمدد التلف إلي انحاء متعددة في الدماغ مما يؤدي إلي تقلص الكتلة الدماغية وبالتالي يبدأ الإنهيار الذي يتضح في فقدان الوظائف التي يقوم بها الشخص مثل الإتصال بالآخرين والتعرف علي الوجوه المألوفة والتحكم في السلوك والحاجات الجسمية الأساسية وفي مرحلة ما يصبح المريض أسير الفراش ويكون إعتماده كلياً علي الآخرين(حجازي ،٢٠٠٦: ٢٢-٢٣). ولما كان البحث الحالى يتصدى للتعرف على عوامل الخطورة للإصابة بمرض الزهايمر، فيتم عرضه كما يلى:

عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر:

يمكن تناول عوامل الخطورة المفترضة حول الإصابة بمرض الزهايمر من جانبين: الأول هو العوامل الديموجرافية، والثاني العوامل النفسية والإجتماعية.

إن عوامل الخطورة الديموجرافية المفترضة حول الإصابة بمرض الزهايمر التي تم

ملاحظتها ، واتفقت أغلب الدراسات عليها هي مجموعة من العوامل تمثلت فى: تقدم العمر والنوع (Fahim, et al,1998:233) كما يعد مستوي التعليم أيضاً أحدعوامل الخطورة ،حيث لوحظ أن المستوي المتدني من التعليم من العوامل التي تؤدي الي خلل كبير علي الجوانب المعرفي (Spalletta, et al,2004: 688 ; Gilliand et al,2007: 8)كما أن عمليات التعلم المختلفة التى يتلقاها الفرد لها تأثيرها على تشكيل عدد من الوصلات العصبية الإضافية بالمخ ، كما أن الأفراد ذوو المستوى التعليمى المرتفع تتأجل لديهم العلامات الإكلينيكية الخاصة بالإصابة بالزهايمر، مقارنة بهؤلاء ذوى المستوى التعليمى المنخفض(Lavian, R. 2016,4).

وجاء في نتائج الكثير من الدراسات عن تأثير النوع كعامل خطورة في الإصابة بالزهايمر، وأدلة كثيرة علي ان هناك تأثيراً لإختلاف النوع علي الوظائف المعرفية للمصابين بمرضي الزهايمر ، وهناك إحتمالات أن تكون هناك اختلافات في أشكال الخلل المعرفي بين النوعين، فقد وجد أن هناك إختلافات بين الذكور والإناث في الإصابة بالزهايمر، وذلك علي مستوي العمر ودرجة الخلل المعرفي ومستوي التعليم وطول المدة الزمنية للإصابة بالإكتئاب وذلك فى اتجاه الإناث، يضاف إلي ذلك أن أداء الإناث علي مقاييس الذكاء كان أكثر سوءاً من الرجال ، كما وجد أن النساء يعانين ضعفاً قوياً او رئيسياً في الإدراك المكاني والإستدلال البصري. (Heun& Kockler ,2002:130; Karam&Itani,2013:81).

وتشير نتائج الأبحاث أيضاً إلي وجود تأثير للنوع علي الوظائف التنفيذية لأمخاخ المصابين بمرض الزهايمر. فقد دلت نتائج المرضي علي الإختبارات السيكومترية علي أن أداء الذكور يكون أفضل علي النواحي الخاصة بالإهتداء المكاني والمهام الخاصة بالمهارات الحسابية والرياضية مقارنة بالإناث. كما كشفت الإناث عن مستوي مرتفع من اللامبالاة والإهمال وضعف المهارات اللفظية وضعف القدرة علي التخيل مقارنة بالذكور. ولقد اجتهد بعض الباحثين في تقديم التفسيرات البيولوجية لتوضيح هذه الإختلافات بين الذكور والإناث. وينعكس وجود ذلك الإختلاف في البناء التشريحى للمخ والإختلافات الخلوية في منطقة قرن آمون hippocampus وبعض أجزاء أخري من المخ، بالإضافة الي تأثيرات الأستروجين والهرمونات الجنسية علي الدماغ. ويمكن ملاحظة ذلك في الإختلافات في تأثير الإستروجين علي بعض النواحي المعرفية لدي النساء في فترة انقطاع الحيض، وأكد علي ذلك "سالات ١٩٩٦" و"ميرفي وآخرون ١٩٩٦" في احتمال أن تكون الإختـــلافات التشريحية العصبية بين الذكور والإناث عاملاً رئيساً في تفسير الإنتشار بالإصابة بالإضطرابات العقلية المختلفة ومن

أهمها الزهايمر لدى النساء مقارنة بالرجـــــال، كما نجد نتائج الدراســـــات التى تناولت الجانبين النفسي والإجتماعي، والتي تظهر الإختلاف الواضح على هذين الجانبين بين الذكور والإناث (Heun& Kockler ,2002:130).

وتشير بعض الإحصاءات إلي تضاعف خطر الإصابة لدي النساء مقارنة بالرجال. كما أشارت الدراسات إلي أن العمر يعد أحد أهم عوامل الخطورة في الإصابة بالزهايمر، فهناك تناسب طردي بين نسبة انتشار المرض والتقدم في العمر. كما أوضحت الكثير من نتائج الدراسات عن تأثير المستوي التحصيلي المدرسي المتدني علي الإصابة بمرض الزهايمر، حيث توضح ارتفاع نسبة الإصابة بداء الزهايمر عند الأشخاص ذوي التحصيل المدرسي المتدني، حيث يعتبر الأشخاص ذوو التحصيل المدرسي المتدني أكثر استعداداً للإصابة بالداء. كما ان هناك من الأمراض والإصابة بها ما يعد مؤشراً للإصابة بالزهايمر مثل مرض السكر، حيث أوضحت التأثير للإصابة بمرض السكري من النمط الثاني (ابوحامد،٢٠٠٩ :٣٢).

وهو السكري الذي لا يعتمد علي الأنسولين، ويعرف بأنه مجموعة أعراض ناشئة عن تمثيل غذائي طبيعي نتيجة التقدم بالعمر وزيادة الوزن وسوء التغذية وقلة النشاط البدني الذي يؤدي إلي ارتفاع نسبة السكر في الدم، بالإضافة إلي تأثير سن اليأس وهوسن انقطاع الحيض وما يصاحبه من انخفـــاض نسبة الأستروجين بالدم(الأنصاري،٢٠٠٠: ٣)(الجمعيةالأمريكية لمرض السكر،٢٠٠٤: ٧).

كما أن الأدلة تشير بوضوح إلى أن الإختيارات فى نمط الحياة ومخاطر وأمراض الأوعية الدموية والمستوى التعليمى، بالإضافة إلى الإصابة بمرض السكر جميعها تشكل عوامل خطورة تلعب دوراً أساسياً فى كيفية ظهور المرض وتطوره(Gilliand et al,2007:8 ; ghalib,2012:27)

وتؤثر بعض العوامل الأخري مثل التوتر المفرط Hypertention واضطراب الخلل الوعائي Cardio vascular والإصـــابة بـــمـــرض الســـكـــر والإكتئـــاب والـــقلـــق، كـــعـــوامل خـــطورة فى الإصـــابة بالـــزهـــايمر (Garre-Olmo, et al,2004 :33). كما أشارت الدراسات بشكل واضح إلي الإكتئاب كأحد أهم المتغيرات النفسية التي تشكل عامل خطورة في الإصابة بالزهايمر وكذلك الإضطرابات التحللية العصبية الأخريOther neuro degerative disease Myocardial disease ومـــرض العضلة القـــــــلبيةMyocardial disease

و أمراض الغدد الصماء Endocrine diseases ومرضي الأورام Neoplasmوالعلاج بالعقاقير Drug therapy. واضطرابات التغذيةDeficiency of essential nutrients يضاف إلي الإضطرابات المزاجية التي تعود الي خلل كبير في الأيض المخي والناقلات الكيميائية العصبية Cerebral metabolism of neurotransmitters مثل السيروتونين والنورادرينالين، حيث يلعبان دوراً كبيراً في الإضطرابات الإنفعالية خاصة اضطرابات المزاج ، وقد أظهرت دراسات المخ أن العديد من الناقلات الكيميائية العصبية يختزل نشاطها أو ينحصر لدي المسنين ، فقد وجد أن تركيز السيروتونين يقل مع تقدم العمر وكذلك تركيز النوادرينالين والتي سجلت بدرجة كبيرة في أدمغة الأفراد المصابين بالزهايمر والذين يعانون من الخرف الوعائي. كما تشير الدراسات الي ان الخلل في التغذية يعد احد عوامل الخطورة في الإصابة بالإضطرابات المعرفية والإكتئاب كما تشير الدراسات الي فيتامين ب١٢ كعامل غذائى هام مع دور الإنزيمات المعاونة في عمليات الأيض الغذائي (Gottfries ,2001:58-59).

كما أن هناك بعض المقدمات الخاصة بالإضطرابات المعرفية مثل العجز الخفيف في الذاكرة مقارنة بالعجز الحادث في الشيخوخة الطبيعية، فقد لوحظ ان ٨٥% من المصابين بداء الزهايمر يعانون من عجز في وظائف الذاكرة قبل ٥-١٠ سنوات من ظهور المرض(ابوحامد، ٢٠٠٩: ٣٢).

وتشير نتائج الدراسات إلي أن الإكتئاب يتصل بإضطرابات سيكاترية أخري في حوالي ٣٨.٧% من حالات الزهايمر. و أكدت معظم الدراسات علي أن الأعراض الإكتئابية يمكن أن تكون من المنبئات الدالة علي الإصابة بالزهايمر(Garre-Olmo, et al,2004 :33). وأن المستويات العالية من القلق والإكتئاب تتواجد بشكل واضح لدى مصابي الزهايمر بالإضافة لبعض الأعراض الأخري مثل القلق والعدوانية، وكذلك الأعراض الخاصة بالتهيج الإنفعالي مثل الهذيان والهلاوس والضلالات والتي وجدت بشكل أقل حدة Gottfries) ;Spalletta, et al,2004: 688). ,2001:59-60)

وهناك شكلان للإصابة بالزهايمر هما الشكل العائلي ويمثل ٥-١٠% فقط من الحالات ويدعي بالزهايمر المبكر ويظهر قبل الستين من العمر وله أنماط تختلف تبعاً للطفرة الوراثية الحادثة في واحد من الصبغيات ٢١و١٤ وينتقل اذا كان احد الوالدين مصاباً بالداء ولديه طفرة

علي واحد من هذه الصبغيات؛ فيكون احتمال انتقال المرض الي كل ابن من الأبناء نسبة ٥٠%؛ وهناك الشكل الثاني المتقطع او غير العائلي وهو متأخر الحدوث ولكنه الشكل الأكثر شيوعاً وتمثل نسبته ٩٠-٩٥ % من الحالات بعد سن الخامسة والستين ، وقد يوجد تجمع عائلي في هذا الشكل بوجود أكثر من فرد مصاب بنفس العائلة لكن دون أساس وراثي واضح لطريقة انتقال المرض مع العلم انه اذا اصيب احد الوالدين بالداء فإن فإن احتمال الإصابة للأبناء تتضاعف وترتفع النسبة كلما ازداد عدد الأفراد المصابين في العائلة نفسها وهو ما يدعي بالتأهب العائلي للمرض ، والعوامل الوراثية والجينية التي تشكل العامل الأكثر خطورة في الإصابة، وكذلك العامل الخاص بالتاريخ الوراثي او السوابق العائلية لوجود المرض، حيث يتضاعف خطر الإصابة ثلاث مرات اذا كان احد الوالدين مصاباً بالمرض وسبع مرات اذا وجد أكثرمن اصابة في العائلة(ابوحامد،٢٠٠٩: ٣٠)(Fahim et al,1998 ,234).

ويمكن إجمال أهم الأعراض الخاصة بظهور المرض قبل التشخيص الإكلينيكى والذى اتفقت عليه نتائج الكثير من الدراسات فى: ضعف الذاكرة خاصة مع الأحداث القريبة – ضعف القدرة على الإهتداء والتوجه المكانى فى الأماكن المألوفة للمريض – خلل فى القيام بالأنشطة الحياتية اليومية – صعوبة فى مهارات التعامل بالنقود – ضعف (الحكمة) القدرة على اتخاذ القرارات – تغيرات واضحة على مستوى الشخصية وعلى النواحى المزاجية – زيادة درجة القلق. (Gilliand et al,2007: 9).

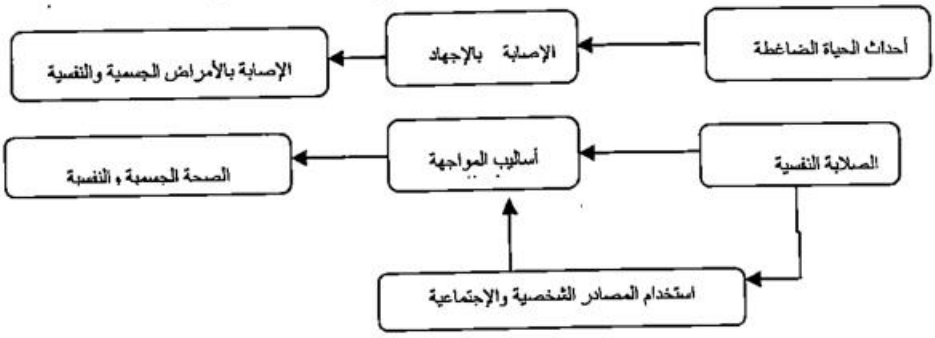
الصلابة النفسية:

يشير مفهوم الصلابة النفسية إلى اعتقاد عام لدى الفرد فى فعاليته، وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كى يدرك ويفسر ويواجه بفعالية الأحداث الحياتية المختلفة، ولذا فإن الصلابة النفسية تعنى الإلتزام والتحكم والتحدى ، وهى خصائص يمكن أن تشكل مقياساً منطقياً للصحة النفسية والعقلية. وهى تعنى قدرة الفرد على استخدام استراتيجيات المواجهة فى المواقف الحياتية الضاغطة بالقدر الذى تكون فيه تلك الضغوط أقل تهديداً. وتعد الصلابة النفسية تصرفاً شخصياً تجاه التأثيرات السلبية للضغوط الحياتية(مخيمر،٢٠١٢، ١٦).

وهناك الكثير من الأبحاث التى أشارت إلى إرتباط تعرض الإنسان للأحداث الضاغطة وحدوث الأمراض الجسدية، وأن الصلابة كمتغير وسيط يشير إلى الأشخاص الأكثر أو الأقل ضعفاً فى استجاباتهم للتأثيرات السلبية للأحداث الحياتيةالضاغطة، فنجد الأفراد مرتفعى الشعور بالحالة السلبية الناتجة عن الخصومة والعداء والغضب هم أكثر ضعفاً وقابلية للمرض، وبالعكس

أكدت نتائج عدد من الدراسات على دور الحالة الإنفعالية الإيجابية فى حماية صحة الفرد (Gary,2002:31). ومن هذا المنطلق افترضت (Kobasa,1982) أن الصلابة النفسية ومكوناتها تعمل كمتغير نفسي يخفف من تأثير الأحداث الضاغطة على الصحة النفسية والجسمية للأفراد؛ وان وظيفة الصلابة النفسية ليس تخفيف الأحداث الحياتية الضاغطة فقط ولكنها تمثل مصدراً للمقاومة والصمود والوقاية من الأثر الذي تحدثه الأحداث الضاغطة على الصحة النفسية والجسمية .وتشير كوبازا إلى أن الصلابة النفسية تتشابه مع مفاهيم أخرى مثل فعالية الذات لباندورا؛ ومفهوم التماسك Coherence عند نتونوفسكي، وربطت كوبازا بين الصلابة النفسية والتفاؤل حيث وجدت أن الأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة فى الصلابة النفسية يقيموا الأحداث من وجهة نظر تفاؤلية وعدم تأثرهم بالأحداث الضاغطة ؛ بمعنى آخر أن الأفراد مرتفعي الصلابة النفسية ذو نمط نفسي متفائل.(مرزوق،٢٠١١: ٨٨٩)

ويشير نموذج كوبازا فى الصلابة النفسية إلى وجود علاقة مباشرة بين إدراك الضغوط والتعرض لها وبين نواتجها على الصحة الجسمية والنفسية والمرض النفسى والجسمى، وأنها تعد بمثابة متغير مقاومة وقائى يقى من الإصابة بالإجهاد الناتج عن التعرض للضغوط وتزيد من استخدام الفرد لأساليب المواجهة الفعالة واستخدام المصادر الشخصية والإجتماعية المناسبة تحت الظروف الضاغطة (مخيمر،٢٠١٢، ١٦). وتوضح فى الشكل التالى:



شكل (١) أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصلابة النفسية

وتؤكد نتائج الأبحاث على دور الحالة الإنفعالية الإيجابية فى حماية صحة الفرد ، وأن الذين يتمتعون بالصلابة النفسية يكونون أقل عرضة للإصابة بالأمراض مقارنة بغيرهم ممن لايتمتعون بها، حيث تعمل المستويات المرتفعة من الصلابة النفسية على تعزيز الصحة الجسمية والبدنية ، بالإضافة إلى أن أسلوب تقييم الضغوط ومستوى الصلابة النفسية يلعب دوراً كبيراً فى خفض الإثارة الإنفعالية، مما يلعب دوراً فى إختزال العواقب الصحية المرضية على المدى

الطويل. إن الصلابة النفسية تعمل على تفتيت الإستجابة الفسيولوجية بالشكل الذى يعمل على تقليل احتمالية وقوع الضرر المؤدى إلى الأعراض المرضية(Kobasa,1979:414).

ويشير كل من الرد وسميث (Allred&smith,1989) إلى تلك العلاقة بين الصلابة النفسية والإستجابة الفسيولوجية ، حيث توصلا إلى أن الذكور ذوى الصلابة النفسية المرتفعة يظهرون مستويات منخفضة فى ضغط الدم الإنقباضى مقارنة بهؤلاء الذين يملكون قدراً أقل من الصلابة النفسية. وبذلك يمكن للصلابة النفسية أن تكون مقياساً منطقياً للصحة العقلية والجسدية ، خاصة مع وجود أدلة تشير إلى وجود علاقة عكسية بين مستوى الصلابة النفسية و بين القلق والإكتئاب (in:Gary,2002:35).

كما تشير الأدلة الإكلينيكية إلى أن المصائب التى تمر بالأفراد فى حياتهم من الممكن أن تؤدى إلى ضغوط شديدة، وبالرغم من عدم وجود أدلة علمية مؤكدة للتحقق من تلك الفرضية، إلا أن الإحتمالات قائمة فى أن تعرض الإنسان لأحداث ضاغطة قد يكون لها دور فاعل فى بداية الإصابة بالزهايمر ، لذا فإن عدم قدرة الإنسان على تجاوز الأزمات خاصة الشديدة منها، كوفاة شخص عزيزفى خلال فترة زمنية معقولة، وعدم تمتعه بمستوى مناسب من الصلابة النفسية دليل على استمرار حالة الضغط التى يمر بها الفرد، وبالتالى يكون أكثر عرضة من غيرهم للأزمات المرضية (الدامغ،١٩٩٩: ٤٣٦).

دراسات سابقة

سوف تستعرض الباحثة عدداً من الدراسات السابقة المرتبطة بالدراسة الراهنة تحت المحاور الثلاثة الأتية:

- أولاً: دراسات ركزت علي عوامل الخطورة الديموجرافية المرتبطة أو المنبئة بحدوث الإصابة بمرض الزهايمر.
- ثانياً: دراسات ركزت علي العوامل النفسية والإنفعالية التي لها علاقة بحدوث الإصابة بمرض الزهايمر.
- ثالثاً: دراسات ركزت على الصلابة النفسية وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية وشكاوى البدن

أولاً: دراسات ركزت علي عوامل الخطورة الديموجرافية المنبئة بحدوث الإصابة بالزهايمر

مثل العمر وعدد سنوات التعليم ، والنوع(ذكور– اناث) ومكان الإقامة (ريف–حضر) :

دراسة (Fowler,2000) استهدفت توضيح الزهايمر العائلى، وقامت على دراسة لحالة عمرها

٢٥ عاماً معروف تاريخها الأسرى بالإصابة بالزهايمر، وتم تطبيق عدد من بطاريات الإختبارات النيوروسيكولوجية والنفسية والتربوية والوظائف التنفيذية والأدائية للتأكد مما إذا كانت تعانى من أى خصائص مبكرة للإصابة بالزهايمر، وتوصلت الدراسة إلى أن الحالة أداؤها كان فى حدود المستوى الطبيعى ولم يظهر فيه أى دلالة على وجود انحرافات سلوكية أو اضطرابات نيوروسيكولوجية.

وأجرت شادية عبد الخالق(٢٠٠٥) دراسة" المؤشرات المبكرة لمرض الزهايمر في ضوء بعض المنبئات النفسية والبيئية"(دراسة لعينة من المستهدفين للمرض والمشتغلين بمهنة التدريس). وهدفت إلى التعرف علي المؤشرات المبكرة للإستهداف بالإصابة بمرض الزهايمر، وقد اشتملت العينة علي عدد من المشتغلين بمهنة التدريس في المدارس الإبتدائية والإعدادية تصل لحوالي ١٠٠ معلم من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم بين ٤٠ و ٦٠ عاماً وتم تطبيق بطارية مقياس المنبئات النفسية والبيئية وتوصلت الدراسة الي وجود فروق دالة احصائياً بين المستهدفين وغير المستهدفين علي بطارية المقاييس المستخدمة في اتجاه المستهدفين للإصابة بالمرض، ووجود علاقة ارتباطية دالة بين مقياس المؤشرات المبكرة لمرض الزهايمر وبين بطارية المقاييس النفسية والبيئية المنبئة للمرض .

كما هدفت دراسة(Heun et al,2006) بعنوان عوامل الخطورة والعلامات المبكرة للإصابة بالزهايمر في دراسة لعينة من الأسر المعرضة لعوامل الخطورة إلي تحديد المنبئات الموضوعية المسببة للإصابة بمرض الزهايمر. وتوصلت النتائج إلي أن المنبئات الأكثر أهمية في إحداث الإصابة بالزهايمر اللاحق يتزايد مع تزايد العمر والشكاوي المبدئية الخاصة بالخلل المعرفي للذاكرة الخفيف لصالح المرأة، و ان الإصابة بالإكتئاب من العومل المهيئة للإصابة.

كما هدفت دراسة (Ogunniyi et al ,2006) لتحديد العوامل المرتبطة بزيادة الخطورة للإصابة بالزهايمر في كل من مجتمع الأوربيين والأفارقة الأمريكيين، وجاءت النتائج لتشير الي ان مرض الزهايمر تلازم وجوده مع العمر والنوع بالنسبة (للإناث) بينما في الأمريكيين الأفارقة تلازم وجوده مع العمر والحياة القروية Rural Level حيث كانت هذه العوامل ذات دلالة كبيرة في مستوي الخطورة بينما لم يكن المتغير الخاص بالكحولات ذي دلالة .

وفحص(Page,2013) التغيرات الخاصة بالخوف من الزهايمر فى مرحلتى الرشد ومنتصف العمر من خلال ٢٢٧ مشارك من خلال برنامج استمر لمدة عامين، وتوصلت الدراسة إلى أن الخوف من الزهايمر يتركز فى الخوف أن يكون الشخص عبئاً على من حوله،

وأن سمات الشخصية والكفاءة الذاتية للذاكرة تعد عوامل وسيطة ومعدلة فى الخوف من الزهايمر،كما أن القلق والخوف المتصل بعوامل السن والخبرة يعد منبئات خطورة للإصابة بالمرض.

وأجرى(Chen,2015) دراسة عن تأثير عوامل الخطورة على أداء الذاكرة لدى مجموعات متفاوتة فى المراحل العمرية البالغة ومتوسطة العمر والمتقدمة بالعمر(١٨-٣٩) - (٤٠-٥٩) - (٦٠-٩٩))عاماً، وتم تجميع البيانات الديموجرافية (مستوى التعليم - التدخين - الإصابة بالسكر - ممارسة الرياضة) وأسلوب الحياة والتفاعلات الإجتماعية والإكتئاب والوساوس، وأثرها على خلل الذاكرة وكفاءة عملها، وتوصلت الدراسة إلى أن الإكتئاب وضعف ممارسة الرياضة وضعف مستوى التعليم ومستوى التوتر يعد عوامل خطورة للإصابة بالزهايمر فى المراحل العمرية الثلاث وتزداد تأثيرات هذه العوامل كلما تقدم الإنسان بالعمر.

كما استهدفت دراسة (Lavian, R. 2016) فحص تأثير الخلل المعرفى بالتلازم مع العوامل الوراثية والجينية كعوامل خطورة فى الإصابة بالزهايمر، وتوصلت الدراسة إلى أن العوامل المعرفية كما تحددت من خلال الأداء على مقاييس الذاكرة والقدرات البصرية المكانية ومقاييس الوظائف المعرفية تعد أحد عوامل الخطورة التى تستلزم تحديد برامج للتدخل، حيث يمكنها التنبؤ بالإصابة بالزهايمر.

ثانياً: دراسات ركزت علي العوامل النفسية والإنفعالية التي لها علاقة بحدوث الإصابة بمرض الزهايمر:

تناولت دراسة (Fahim et al , 1998) العوامل الأسرية وعلاقتها بالإكتئاب والخرف ومرض باركنسون". وهدفت هذه الدراسة إلي دراسة موضوع الإكتئاب وعلاقته بالزهايمر ومرض باركنسون. وتوصلت الدراسة إلي وجود تلازم دال بين التاريخ الأسري للإصابة بالأمراض النفسية والعصبية والإكتئاب احادي القطب والإكتئاب ثنائي القطب ، كما توصلت الدراسة إلي وجود تلازم دال إحصائياً بين الإكتئاب احادي القطب ووجود اثنين من الأفراد المصابين بالزهايمر لدي أقارب الدرجة الأولي (الوالدان) .

كما قام (Chooyon Cho et al , 2001) بدراسة عن " العوامل المرتبطة بالإعتماد الوظيفي لدي مرضي الزهايمر". وهدفت الدراسة إلي تحديد مدي تأثير الظروف الأسرية وعوامل الشيخوخة لدي المصابين بالزهايمر، وتوصلت الدراسة الي وجود علاقة بين ظروف الشيخوخة الشائعة والإعتماد الوظيفي في:الأنشطة الحياتية اليومية(استخدام التليفون- القدرة علي السفر- التسوق- الطبخ- التنظيف - الغسيل) لدي الأفراد المصابين بمرض الزهايمر.

وهدفت دراسة جيبونز وتيرى ولوجدن وآخرون (Gibbons, Teri, Logsdon, McCurry et al,2002) بعنوان أعراض القلق كمنبئات للرعاية أو التمريض المنزلي لدي المصابين بالزهايمر. وهدفت إلي تقييم أعراض القلق كمنبئ للإصابة بمرض الزهايمر، وتوصلت الدراسة ان المرضي الذين أظهروا أعراض القلق في القياس الأساسي كانوا أقرب بشكل دال للدخول في الرعاية أو التمريض المنزلي كما ان هذه الدراسة تساند الفرضية القائلة أن أعراض القلق تزيد من خطورة وضع الرعاية المنزلية وأن هناك حاجة لفهم أكبر لمسببات القلق لدي مرضي الزهايمر.

وأجرى (Garre-Olmo et al,2004) دراسة عن "الشكل النفسي العصبي لمرض الزهايمر لدى المرأة: الإنحراف المعرفي المعتدل والحاد". وكان الهدف من الدراسة تحديد المتغيرات الإكلينيكية والإجتماعية والديموجرافية المرتبطة بالوظائف المعرفية، وطبيعة هذا الخلل لدي المراة المصابة بالزهايمر.وتوصلت النتائج إلي أن متغيرات الدراسة ممثلة في عدد سنوات الدراسة ودرجة الإكتئاب علي مقياس الإضطرابات العقلية كان من أهم المتغيرات وثيقة الصلة بخلل الوظائف المعرفية ، وان هناك تأثيراً إيجابياً للمتغير الخاص بعدد سنوات الدراسة مع أعراض الإكتئاب علي الوظائف المعرفية لمرضي الزهايمر.

ثالثاً: دراسات ركزت على الصلابة النفسية وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية وشكاوى البدن:

هدفت دراسة (البهاص، ٢٠٠٢) بعنوان النهك النفسى وعلاقته بالصلابة النفسية لدى معلمى ومعلمات التربية الخاصة. وهدفت هذه الدراسة إلى بحث العلاقة بين النهك النفسى والصلابة النفسية لدى معلمى ومعلمات التربية الخاصة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة عكسية دالة بين النهك النفسى والصلابة النفسية داخل العينة الكلية ، كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين الجنسين فى الصلابة النفسية لصالح الذكور، وأن عدد سنوات الخبرة لم يكن له تأثير على مستوى الصلابة النفسية.

كما تصدت دراسة(غانم، ٢٠٠٧) إلى الكشف عن العلاقة بين الإضطراب السيكوسوماتى وكل من ضغوط الحياة وتقدير الشخصية والصلابة النفسية . وتكونت عينة من مجموعة من الأصحاء (٢٠٠) من الذكور والإناث وأخرى من المصابين بمرضى السكر وعددهم (٢٠٠) . وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق بين عينة المصابين وغير المصابين فى مستوى الصلابة النفسية لصالح غير المصابين.

وهدفت دراسة (المشعان،٢٠١١) إلى فحص علاقة الصلابة النفسية بالشكاوى البدنية والألم

والإنبساط لدى الموظفين والموظفات فى القطاع الحكومى. وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (٢٩٠) فرد (١٣٦ ذكور) و(١٥٤ إناث)، وكشفت النتائج عن عدم وجود علاقة بين الصلابة النفسية والشكاوى البدنية ووجود علاقة دالة احصائياً بين الصلابة النفسية والأمل.

كما استهدفت دراسة (ابوحسين،٢٠١٢) إلى التعرف على مستوى الصلابة النفسية والأمل وعلاقتهما بالأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المدمرة منازلهن فى محافظة شمال غزة، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين الصلابة النفسية بأبعادها ودرجتها الكلية والأعراض السيكوسوماتية بأبعادها ودرجتها الكلية، كما توجد فروق دالة إحصائياً فى بعدى الإلتزام والتحدى والدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية تعزى لمتغير العمر لأفراد العينة لصالح صغار السن، بينما لا يوجد تأثير لعوامل مستوى التعليم أو المستوى الإقتصادى والمهنة (تعمل – لاتعمل) وعدد الأبناء على الصلابة النفسية.

وحاولت دراسة (العطوى،٢٠١٤) التعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية ، والتفاؤل والأمل ، والشكاوى البدنية لدى عينة من المعلمات في المجتمع السعودي. وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين الصلابة النفسية والتفاؤل، و وعدم وجود علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية والأمل، إضافة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الصلابة النفسية، والشكاوى البدنية لدى المعلمات في المملكة العربية السعودية.

تعقيب عام علي الدراسات السابقة:

من خلال استقراء وتحليل الدراسات السابقة نخلص إلي ما يلي :

- أشارت بعض الدراسات الي مجموعة من عوامل الخطورة المرتبطة بحدوث الإصابة، فنجد دراسات ركزت علي عوامل الخطورة الديموجرافية المنبئة بحدوث الإصابة بالزهايمرمثل: العمر، والنوع(ذكور – اناث)، ومكان الإقامة (ريف– حضر)، و عدد سنوات الدراسة التي يقضيها الشخص في التعليم، ووجد أن هذه العوامل ذات تأثير كبير علي الوظائف المعرفية لمرضي الزهايمر وتوصلت هذه الدراسات الي مجموعة من النتائج أهمها ، أن المنبئات الأكثر أهمية في حدوث الإصابة بالزهايمر اللاحق يتزايد مع تزايد العمر والشكاوي المبدئية التى تتصل بالخلل المعرفي الخفيف للذاكرة، كذلك متغير النوع (ذكور–إناث) إلي جانب المرأة. كما اهتمت المجموعة الأخري من الدراسات بالعوامل النفسية والإنفعالية والتي يقع علي رأسها الإكتئاب وكيف يلعب دوراً كبيراً في التنبؤ بالإصابة ، والقلق وإرتباطه بدرجة كبيرة بمرض الزهايمر.
- تناولت الدراسات التى تناولت موضوع الصلابة النفسية وعلاقته بشكاوى البدن

والإضطرابات السيكوسوماتية لدى عينات مختلفة مابين معلمين، و موظفين، ومرضى، واتفقت نتائج هذه الدراسات على وجود علاقة إرتباطية بين الصلابة النفسية وكل من شكاوى البدن والإضطرابات السيكوسوماتية، فيما عدا دراسة عويد المشعان التى خرجت بنتيجة مختلفة، تفيد أنه لا علاقة بين الصلابة النفسية وشكاوى البدن.

ومن نتائج الدراسات السابقة نجد أن هناك عوامل اتفقت عليها هذه الدراسات كعوامل منبئة للإصابة بالمرض فنجد النوع والمستوي التعليمي ونمط الحياة والإصابة بالأمراض و مشكلات الذاكرة، كما اتفقت على أن هناك علاقة بين مستوى الصلابة النفسية للشخص وقدرته على مواجهة الأمراض المختلفة.

وتشير الباحثة إلى أن هذه النتائج التى خرجت بها الدراسات السابقة ترتبط مع الملاحظات التي تم رصدها من خلال مقابلة تم إجراؤها مع عدد من الأقارب القائمين علي رعاية المرضي المصابين بالزهايمرعددهم (١٧) حالة للإطلاع علي بعض التغيرات التي ارتبطت بحياتهم اليومية قبيل التشخيص الإكلينيكي الفعلى للمرض فجاءت هذه الملاحظات لتؤكد ما خرجت به نتائج الدراسات السابقة، حيث لوحظ أن معظمهم لم يكونوا من المتعلمين أو ممن قضوا عدد قليل من السنوات ولعل هذا يرجح النتيجة السابقة وهي ان الإنسان كلما بذل جهداً عقلياً أكبر وتوسع في الحصول علي المزيد من الخبرات المعرفية كانت فرصة التعرض للمرض أقل. ونخلص مما سبق عرضه إلي أن هناك دوراً تلعبه بعض المتغيرات الديموجرافية في تأثيرها علي بعض الأداءات المعرفية والإدراكية والسلوكية والإنفعالية كمنبئات قوية في الإصابة بالزهايمر، إلا أنه نلاحظ أن الدراسات السابقة لم تتعرض لفئات عمرية فى منتصف العمر لدراسة أهم عوامل الخطورة المرتبطة بحدوث الإصابة والمرجحة لها، وإمكانية التنبؤ بها، كما لم يتم التوصل إلى دراسات سابقة تناولت العلاقة بين ما يتمتع به الفرد من مستوى الصلابة النفسية وأثر ذلك فى ظهور عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر، فضلاً عن كون الدراسة الحالية تتناول عينة من المعلمين والمعلمات وهي فئة لها دور محوري في العملية التربوية. وقد يلقى موضوع الدراسة الضوء على هذه الفئة وما يمكن أن تتعرض له من ظروف يكون لها تأثيرها على الأداء المهنى والتفاعل والتواصل الإيجابى مع التلاميذ. وهذا ما تحاول أن تبرزه الدراسة الراهنة التي تهدف الي التعرف علي أهم عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر مستقبلاً وعلاقة ذلك بالصلابة النفسية لدي عينة من المعلمين والمعلمات فى منتصف العمر.

فروض الدراسة

فى ضوء العرض السابق تحاول الدراسة الحالية التحقق من صحة الفروض التالية:

١- العامل المعرفي هو أكثر العوامل خطورة فى القدرة على التنبؤ بمرض الزهايمر لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر.

٢- توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر والصلابة النفسية لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر .

٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات المعلمين فى مرحلة منتصف العمر مرتفعى ومنخفضى عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر فى الصلابة النفسية.

٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات المعلمين فى مرحلة منتصف العمر فى عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر تعزى إلى بعض المتغيرات الديموجرافية (النوع – التاريخ الوراثى للإصابة بالمرض – نوع التعليم(حكومى- خاص) – المستوى الثقافى الإجتماعى).

٥- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات المعلمين فى مرحلة منتصف العمر فى مستوى الصلابة النفسية تعزى إلى بعض المتغيرات الديموجرافية (النوع – التاريخ الوراثى للإصابة بالمرض – نوع التعليم(حكومى- خاص) – المستوى الثقافى الإجتماعى).

منهج وإجراءات البحث

أولاً: منهج البحث

تندرج هذه الدراسة تحت المنهج الوصفي الإرتباطى المقارن الذي يعنـي بوصـف الظـاهرة والمتغيرات المحيطة بها والمرتبطة بها، والمقارنة بين أفراد العينة على عدد مـن المتغيـرات الديموجرافية فى كل من عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر والصلابة النفسية.

ثانياً: عينة البحث

عينة البحث: اعتمدت الباحثة فى بحثها الراهن على مجموعتين هما:

مجموعة البحث الإستطلاعية للتحقق من الكفاءة السيكومترية للمقاييس المستخدمة: وتكونـت من (١٠٠) معلم ومعلمة ممن تتراوح أعمارهم بين (٤٠-٥٥) عاماً وذلك للتحقق من الكفـاءة السيكومترية للمقاييس المستخدمة بالدراسة.

مجموعة البحث الوصفية: وتكونت من (١٨٠) معلماً ومعلمة ممن تتراوح أعمارهم بين (٤٠-٥٥)، من إدارتى مصرالجديدة التعليمية والوايلى التعليمية بمحافظة القاهرة (إعدادى- ثـانوى- تربية فكرية)، بمتوسط عمرى (٤٥,٣٤ عاماً). وفيما يلي وصف إحصائي لعينة البحث:

جدول (١): يوضح توزيع عينة الدراسة

وفقاً لـ (النوع – الحالة الإجتماعية- المستوى الثقافى الإجتماعى – نوع المعلمين – نوع التعليم)

الوصف / المتغير	النوع	العدد	النسبة
النوع	ذكور	٧٤	%٤١.١١
	إناث	١٠٦	%٥٨,٨٨
الحالة الإجتماعية	متزوج	١٤٨	%٨٢,٢
	أعزب	١٧	%٩,٤
	أرمل	٤	%٠,٤٩
	مطلق	١١	%٦,١١
المستوى الثقافى الإجتماعى	مرتفع	٢٨	%١٥,٥٥
	متوسط	١١٨	%٦٥,٥٥
	منخفض	٣٤	%١٨,٨٨
نوع المعلمين	معلمين للعاديين	١٢٨	%٧١,١٠
	معلمين لذوى الإحتياجات الخاصة	٥٢	%٢٨,٨٨
نوع التعليم	حكومى	١١٢	%٦٢,٢٢
	خاص	٦٨	%٣٧,٧٧

ثالثًا : أدوات البحث

تضمنت أدوات الدراسة مايلى :

أولًا : مقياس عوامل الخطورة للإصابة بمرض الزهايمر (إعداد الباحثة) ملحق(٢)

تمّ إعداده بهدف توفير مقياس يلائم عينة الدراسة من المعلمين والمعلمات ، وقد استغرق إعداده الخطوات الآتية:

- استقراء التراث النظرى المعنىّ بمرض الزهايمر، وما تضمنه ذلك من مُراجعة للأُطر النظرية العربية والأجنبية التى تناولت عوامل الخطورة.
- تحديد مكونات المقياس: حيث جاءت فى ثلاثة مكونات هى: (المكون المعرفى، والمكون النفسى، والمكون العضوى). ويقصد بعوامل الخطورة: هي تلك العوامل التي يمكن أن تؤثر في سلوك الفرد ونشاطاته اليومية، وفيما يلى عرض لهذه المكونات:

المكون المعرفي ، ويقصد به ضعف قدرة الإنسان علي استحضار الخبرات والمعلومات التي سبق تعلمها وتخزينها مثل(صعوبة الإستيعاب – صعوبة تذكر الأحداث والنشاطات اليومية- صعوبة التعرف على الأماكن..). والمكون النفسي ، ويقصد به ظهور بعض الأعراض النفسية

مثل (القلق- الغضب -سرعة الإنفعال- الإنسحاب الإجتماعي- عدم القدرة علي تكوين صداقات ..) و المكون العضوي، ويقصد به وجود بعض الأعراض المرتبطة بالنواحى الصحية مثل، (مشكلات الحركة والإخراج والأكل، واضطرابات الغدد).

- إعداد بنود المقياس وعباراته فى ضوء مراجعة الأطر النظرية ، وتمت صياغة بنود كل جانب من الجوانب الثلاثة مع مراعاة شروط الصياغة ، بحيث جاءت فى لغة عربية سهلة واضحة، بعيدة عن النفى والإيحاء ، وتضمن المقياس فى صورته المبدئية (٣٩ بنداً): المكون المعرفى(١٣بنداً) والمكون النفسى(١٣ بنداً) والمكون العضوى(١٣ بنداً).
- تحديد بدائل الإستجابة:حيث تم اختيار بدائل الإستجابة الثُلاثية (ينطبق ، ينطبق أحياناً، لاينطبق)، ويتم تقديرها بشكل متدرج (٣-٢-١) على الترتيب.
- صدق المحكمين : تم عرض المقياس على مجموعة من السادة أساتذة علم النفس، عددهم (٥) (ملحق ١) لإبداء رأيهم بشأن عباراته ومدى مناسبتها لقياس المكون الذى تنتمى إليه العبارات، علاوة على وضوحها ومدى فهمها من قبل عينة الدراسة، فضلاًعن مدى وضوح التعليمات، وكان من نتائج التحكيم الإبقاء على العبارات التى تم الإتفاق عليها من قبل السادة الأساتذة المحكمين، بالإضافة إلى تعديل صياغة بعض العبارات . المكون المعرفى(١٥بنداً) حيث تم تعديل الفقرات(٤، ٥، ٦، ٧) وتقسيم الفقرة(٨) إلى فقرتين هما (١٢,٩) وحذف الفقرة(١٠) وإضافة الفقرة (١٥). والمكون النفسى(١٢ بنداً) حيث تم تعديل صياغة الفقرات(٥-٧-٩-١٠-١١) وحذف الفقرة (١٣)، والمكون العضوى(١٣ بنداً) حيث تم تعديل الفقرات(٤-٦ -٩-١١) وتم حذف الفقرات (١-٧-٨) وتم إضافة فقرات مقترحة بديلة.
- تم تجريب المقياس من خلال تطبيقه على مجموعة من المعلمين والمعلمات قوامها (٢٥) معلماً ومعلمة)) ، للتأكد من مدى مناسبته ووضوح عباراته وتعليماته.
- **التحقق من كفاءة المقياس السيكومترية وتشمل:**
- **صدق المقياس:** تم التحقق من الصدق باستخدام:
- **صدق البناء:** تم الإطلاع على الدراسات السابقة ذات الإهتمام بقياس عوامل الخطورة للإصابة بمرض الزهايمر، مما ساعد فى تحديد أهم الإستجابات المعبرة عن الموضوع وتم صياغتها فى صورة العبارات المتضمنة فى المقياس.

الصدق التمييزى : (حساسية المقياس)

تم تطبيق مقياس عوامل الخطورة للإصابة بمرض الزهايمر المكون من (٤٠) عبارة على

عينة الدراسة الإستطلاعية التى بلغ قوامها(١٠٠) معلماً ومعلمة وتم حساب الفروق بين الإرباعى الأعلى والإرباعى الأدنى للعينة الكلية وذلك فى إطار حساب الصدق التمييزى للمقياس أى قدرته على التمييز بين ذوى مؤشرات الخطورة المرتفعة وذوى مؤشرات الخطورة المنخفضة، وكانت النتائج كما بالجدول التالى :

جدول (٢) قيم المتوسطات والإنحرافات المعيارية وقيم اختبار(ت) ودلالتها بين ذوى الدرجات المرتفعة وذوى الدرجات المنخفضة على مقياس عوامل الخطورة

المكون	المجموعات	العدد	المتوسط	الإنحراف المعيارى	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
المكون المعرفى	مرتفعين	٢٧	١٩,٢٩٦	١,٤٣٦	٢٠,٦٨٤-	٠,٠٠١**
	منخفضين	٢٧	٣٠,٨١٤	٢,٥١٢		
المكون النفسى	مرتفعين	٢٧	١٦,٧٠٤	٢,٧٦	٥,٥٨-	٠,٠٠١**
	منخفضين	٢٧	٢١,٧٠٣	٤,٠٨		
المكون العضوى	مرتفعين	٢٧	١٨,٢٥٩	٣,٦٥	٦,٠٩-	٠,٠٠١**
	منخفضين	٢٧	٢٤,٦٢٩	٤,٠٢		
الدرجة الكلية	مرتفعين	٢٧	٥٣,٩٦٣	٦,٠٤	١١,٩٠-	٠,٠٠١**
	منخفضين	٢٧	١٩,٢٩٦	١,٤٣٦		

ومن الجدول السابق يتضح أن قيم (ت) دالة عند مستوى ٠,٠١ على الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية، ومن ثم تمتعه بمعدلات صدق مرتفعة تسمح لنا باستخدامه فى الدراسة الراهنة.

ثبات المقياس: وتم التحقق من ثبات المقياس باستخدام

- **طريقة معامل ألفا:** قامت الباحثة باستخدام طريقة معامل الفا لكرونباخ للتحقق من ثبات المقياس باستخدام معادلة معامل الفا لكرونباخ.
- **طريقة التجزئة النصفية:** تم حساب معامل الإرتباط بين درجات النصف الأول من بنود المقياس ودرجات النصف الثانى من بنوده وبلغ معامل الإرتباط بين نصفى المقياس ٠,٨٦ باستخدام معادلة سبيرمان- براون. والجدول التالى يوضح قيم معاملات الثبات باستخدام الفا كرونباخ – التجزئة النصفية على مكونات المقياس.

جدول (٣) قيم معاملات الثبات باستخدام الفا كرونباخ – التجزئة النصفية على مكونات المقياس (ن=١٠٠)

م	المكونات	قيمة معامل الثبات(معامل الفا)	قيمة معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية
١	المعرفي	٠,٧٦٦	٠.٧٨
٢	النفسي	٠,٧٨٠	٠.٧٤
٣	العضوى	٠,٧٤١	٠.٧١
٤	الدرجة الكلية	٠,٨٧٦	٠.٨٦

وبذلك أمكن التأكد من ثبات مقياس عوامل الخطورة للإصابة بمرض الزهايمر وثبات

مكوناته بطرق مختلفة دلت على تمتع المقياس بمعاملات ثبات مرتفعة تمكننا من استخدامه فى البحث الراهن.

- **حساب الإتساق الداخلى للمقياس:** تم التحقق من الإتساق الداخلى للمقياس عن طريق إيجاد معامل الإرتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس. ويوضح الجدول التالى النتائج التى أسفرت عنها المعالجة الإحصائية:

جدول (٤) قيم معامل الإرتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه لمقياس عوامل الخطورة للإصابة بمرض الزهايمر(ن=١٠٠)

المعرفى		النفسى		العضوى	
رقم المفردة	معامل الإرتباط	رقم المفردة	معامل الإرتباط	رقم المفردة	معامل الإرتباط
١	٠,٤٩٢**	١٦	٠,٦٥٢**	٢٨	٠,٣٣٢**
٢	٠,٦٤٤**	١٧	٠,٥٨٧**	٢٩	٠,٥٤٨**
٣	٠,٦٤٦**	١٨	٠,٦٥٢**	٣٠	٠,٣٨٢**
٤	٠,٤٧٦**	١٩	٠,٥٢٠**	٣١	٠,٥٤٦**
٥	٠,٣٣٣**	٢٠	٠,٢٨٣*	٣٢	٠,٤٤٩**
٦	٠,٥١٠**	٢١	٠,٧٣٤**	٣٣	٠,٦٣٩**
٧	٠,٥٦٩**	٢٢	٠,٥٩٩**	٣٤	٠,٣١٦**
٨	٠,٣٠٥**	٢٣	٠,٤٠٣**	٣٥	٠,٢٨٩**
٩	٠,٤٠٩**	٢٤	٠,٤٠٠**	٣٦	٠,٤٣٧**
١٠	٠,٤٤٩**	٢٥	٠,٤٧٥**	٣٧	٠,٦١٣**
١١	٠,٥٥٤**	٢٦	٠,٢٥٦*	٣٨	٠,٥١٤**
١٢	٠,٥٠٦**	٢٧	٠,٥٠٠**	٣٩	٠,٦٧٤**
١٣	٠,٥٦٩**			٤٠	٠,٥٢٤**
١٤	٠,٥٥٣*				
١٥	٠,٢٤٧*				

ويتضح من القيم المبينة بالجدول السابق أن معاملات الإرتباط دالة إحصائياًعند مستوى ٠,٠٥(*) و ٠,٠١(**) ، مما يدل على أن مكونات المقياس تتسم بالإتساق الداخلى.

جدول (٥) قيم معامل الإرتباط بين مكونات المقياس والدرجة الكلية

م	المكون	معامل الإرتباط
١	المعرفي	٠,٨٤٣**
٢	النفسي	٠,٨٠٩**
٣	العضوي	٠,٨٥٦**

من الجدول السابق يتضح لنا أن هناك ارتباطاً دالاً إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ لجميع عبارات

المقياس.

- وبذلك أصبحت الصورة النهائية للمقياس مكونة من (٤٠) بنداً موزعة على مكوناته الفرعية على النحو التالى:المكون المعرفي وضم ١٥ بنداً – المكون النفسي وضم ١٢ بنداً – المكون العضوى وضم ١٣ بنداً ، وبذلك فإن أعلى درجة يمكن الحصول عليها هى (١٢٠) وتعبر عن توفر عوامل الخطورة للإصابة بمرض الزهايمر، بينما أدنى درجة يمكن الحصول عليها هى (٤٠) وتعبر عن عدم توفر عوامل الخطورة للإصابة بمرض الزهايمر.

مما سبق يتبين أن مقياس عوامل الخطورة للإصابة بمرض الزهايمرقد توافرت له شروط الصحة من الصدق والثبات؛ والإتساق الداخلى مما يؤكد صلاحية استخدامه للتطبيق.

ثانياً: مقياس الصلابة النفسية إعداد/ عماد مخيمر(٢٠١٢) (ملحق(٣))

- يتكون المقياس من ٤٧ عبارة، تركز على أبعاد الصلابة النفسية لدى الفرد، وتقع الإجابة على المقياس فى ثلاثة مستويات (تنطبق دائماً، تنطبق أحياناً ، لا تنطبق أبداً) وتتراوح الدرجة لكل عبارة بشكل متدرج (٣-٢-١) على الترتيب ، وبذلك يتراوح المجموع الكلى للمقياس من ٤٧ إلى ١٤١ درجة، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع درجة إدراك المستجيب لصلابته النفسية ، ويتكون المقياس من ثلاثة أبعاد هى الإلتزام وهو ما يشعر به الشخص تجاه عمله وعائلته وأهدافه وقيمه الشخصية، ويتكون من (١٦بنداً) ، و التحكم وهو وهو إعتقاد الشخص بأنه مؤثر وفعال ويملك القدرة على التحكم والسيطرة فى مجريات الأمورالضاغطة من حوله، ويتكون من (١٥ بنداً) ، و التحدى وهو رؤية جميع الأوضاع من حوله بشكل إيجابى مما يعطيه قوة فى إدراك مصادر التهديد من حوله ، ويتكون من (١٦ بنداً) ، وتم حساب الثبات عن طريق معامل ثبات الفا وبلغت قيمته٠,٧٥ للدرجة الكلية، كما بلغ معامل الثبات للأبعاد الفرعية الإلتزام ٠,٩٦ والتحكم ٠,٧٦ والتحدى ٠,٧٢ ، وتم حساب الإتساق الداخلى للمقياس، حيث تراوحت معاملات الإرتباط بين ٠,٢٢ و٠,٠,٧٤، واستخدم الباحث فى حساب الصدق ؛ الصدق الظاهرى و عرضه على مجموعة من المحكمين من السادة أساتذة علم النفس كما استخدم الصدق التلازمى وبلغت قيمة معامل الإرتباط ٠.٧٥ وهى قيمة دالة عند مستوى ٠,٠١

- التحقق من كفاءة المقياس السيكومترية فى البحث الراهن:

<u>الثبات</u>: وتم التحقق من ثبات المقياس باستخدام

– طريقة معامل ألفا لكرونباخAlpha-Cronbachs .

- طريقة التجزئة النصفية: تم حساب معامل الإرتباط بين درجات النصف الأول من بنود المقياس ودرجات النصف الثانى من بنوده وبلغ معامل الإرتباط بين نصفى المقياس ٠,٨١ باستخدام معادلة سبيرمان- براون، وقد أظهرت قيم الثبات معاملات ملائمة كما هى موضحة بالجدول التالى:

جدول (٦) قيم الفا كرونباخ – التجزئة النصفيةعلى مكونات المقياس

م	البعد	قيمة معامل الثبات(معامل الفا)	قيمة معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية
١	الإلتزام	٠,٧٠	٠,٧٨
٢	الضبط	٠,٧٢	٠,٧٣
٣	التحدى	٠,٧١	٠,٧١
٤	الدرجة الكلية	٠,٨٤	٠,٨١

- **حساب الإتساق الداخلى للمقياس:** تم التحقق من الإتساق الداخلى للمقياس عن طريق إيجاد معامل الإرتباط بين درجة المكون والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدول التالى ذلك.

جدول (٧) قيم معامل الإرتباط بين أبعاد مقياس الصلابة النفسية والدرجة الكلية

م	البعد	معامل الإرتباط
١	الإلتزام	٠,٧٤٩**
٢	التحكم	٠,٨٦٨**
٣	التحدى	٠,٧٣٤**

مما سبق يتبين التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس مما يؤكد على صلاحية استخدامه للتطبيق.

- **استمارة جمع البيانات الأولية:** لأفراد عينة الدراسة وقد تضمنت (العمر- النوع- التاريخ الوراثى للإصابة بالمرض - نوع التعليم (حكومى- خاص) - المستوى الثقافى الإجتماعى)
- **استمارة المستوى الثقافى الإجتماعى/** إعداد(سامية القطان، ١٩٨٢) تعديل (منال محمود عبدالظاهر، ٢٠١١)، ملحق (٤)

تم حساب معاملات ثبات وصدق إستمارة المستوى الثقافى الإجتماعى على عينة من المعلمين والمعلمات بلغ عددهم ٥٠ معلماً ومعلمة باستخدام الطرق التالية:

إعادة التطبيق: حيث تم إعادة تطبيق الإستمارة بفارق زمنى قدره ٢١ يوماً ، وقد تم حساب معامل الإرتباط بين درجات أفراد العينة فى التطبيقين الأول والثانى وبلغت

قيمة معامل الإرتباط ٠,٧١%

الأساليب الإحصائية المستخدمة فى الدراسة:

تمت المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج SPSS وبناء علي طبيعة الدراسة تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية

اختبار تحليل التباين الأحادي One- way anova لمعرفة الفروق بين وجهات النظر بين المعلمين فى مرحلة منتصف العمر تبعاً للمتغيرات - اختبار توكى Tuky للتعرف علي مصدر الفروق ان وجدت - إختبار T.Test لإختبار دلالة الفروق بين المتوسطات - تحليل الإنحدار الخطى - معامل ارتباط بيرسون.

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

الفرض الأول: العامل المعرفى أكثر العوامل خطورة فى الإصابة بالزهايمر لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر. وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام أسلوب تحليل الإنحدار الخطى، ويوضح الجدول التالى النتائج التى أسفرت عنها المعالجة الإحصائية:

جدول(٨) قيم تحليل الإنحدار الخطى لمكونات مقياس عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر

المكون	B	Beta	الدلالة
المعرفى	٠,٨٤٣-	٠,٣٣٦-	٠,٠٠٠**
النفسى	٠,٠١٩-	٠,٠٠٧-	٠,٩٤٠
العضوى	٠,١٩٨-	٠,٠٦٦-	٠,٤٣٤

ويظهر من النتائج المبينة أعلاه بجدول (٨) أن المكون الأول (المعرفى) هو المكون الأكثر قدرة على التنبؤ بالإصابة بالزهايمر، وذلك وفقاً لنتائج تحليل الإنحدار الخطى.

كما تشير النتائج إلى أن أكثر العوامل خطورة فى القدرة على التنبؤ بالإصابة بالزهايمرهو العامل المعرفى، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Heun et al,2006) التى أوضحت خطورة العامل المعرفى وما يرتبط به من مهام مختلفة فى الإصابة بالزهايمر، كما تشير دراسة (Lavian,2016,Page, 2013) إلى أن العامل المعرفى هو أكثر العوامل خطورة وتعقيداً، حيث أن هناك حوالى ما يقرب من ٢٩-٧٦% من الأفراد يعانون من خلل فى المجالات المعرفية المختلفة والتى تظهر مع مضى الوقت بوضوح، بالإضافة إلى الخلل فى اضطرابات الذاكرة والتى يمكن ملاحظتها فى المهام البصرية المكانية ، وسرعة معالجة المعلومات، واللغة والترميز والوظائف التنفيذة المختلفة وما تتضمنه من عمليات الإنتباه والتخطيط وحل المشكلات والمرونة المعرفية والقدرات اللغوية المختلفة؛جميعها مؤشرات ذات خطورة فى الإصابة بمرض الزهايمر؛ وفى هذا الصدد يشير كل من(ابوحامد، ٢٠٠٩؛Gilliand et al,2007) أن ما يقدر

بحوالى ٨٥% من المصابين بداء الزهايمر يعانون من عجز في وظائف الذاكرة قبل ٥-١٠ سنوات من ظهور المرض، وأن ضعف الذاكرة خاصة مع الأحداث القريبة ، ضعف القدرة على الإهتداء والتوجه المكانى فى الأماكن المألوفة من أهم عوامل الخطورة التى ترجح احتمالية الإصابة بالمرض، وكذلك دراسة (Clark, et al, 2016) التى أفادت بأن الخلل فى الوظائف المعرفية وعلى رأسها كفاءة عمل الذاكرة كعامل خطورة فى الإصابة بالمرض.

وتخلص الباحثة مما تقدم إلي أنه في ظل التغيرات المتلاحقة والسرعة التي تتسم بها الحياة، وحالة الإنفجار المعرفى، تولدت أنماط حياتية ساهمت بصورة كبيرة في إحداث حالة من الخمول العقلي ، الأمر الذي ينبيء بحدوث مشكلات مستقبلية علي الأداءات المعرفية المختلفة.

الفرض الثانى: توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر والصلابة النفسية لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر .. وللتحقق من صحة الفرض تم

جدول (٩) قيم معامل الإرتباط بين مقياس عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر و مقياس الصلابة النفسية الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية(ن=١٨٠)

أبعادمقياس عوامل الخطورة / أبعاد مقياس الصلابة	المكون المعرفى	المكون النفسى	المكون العضوى	الدرجة الكلية
الإلتزام	-٠,٢٧٥**	-٠,٤٢٠**	-٠,٢٩٥**	-٠,٣٧٠**
التحكم	-٠,١٦٩*	-٠,٢٤١**	-٠,١٥١*	-٠,٢٠٦**
التحدى	-٠,١٦٦*	-٠,٢١٣**	-٠,١٧٨*	-٠,٢١٠**
الدرجة الكلية	-٠,٢٥٤**	-٠,٣٦٨**	-٠,٢٦٢**	-٠,٣٣٠**

ويتضح من النتائج المبينة أعلاه بجدول (٩) وجود علاقة ارتباطية عكسية عند مستوى (٠,٠٥*) و(٠,٠١**) بين عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر والصلابة النفسية؛ أن أنه كلما زاد مستوى الصلابة النفسية كلما انخفضت عوامل الخطورة المهيئة للإصابة بالزهايمر، والعكس صحيح .

الفرض الثالث: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات المعلمين فى مرحلة منتصف العمر مرتفعى ومنخفضى عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر فى الصلابة النفسية.. وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار(ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

جدول (١٠) قيم ت لدلالة الفروق بين المرتفعين والمنخفضين فى عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر على مقياس الصلابة النفسية(ن=١٨٠)

العوامل	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الصلابة النفسية	منخفضي عوامل الخطورة (الإرباعى الأدنى)	٤٨	٩٣,٥٤	٧,٢٨	٢,٥٧	٠,٠١٢*
	مرتفعي عوامل الخطورة (الإرباعى الأعلى)	٤٥	٨٧,٨٠	١٣,٥٠		

يتضح من النتائج المبينة أعلاه بجدول (١٠) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥على مقياس الصلابة النفسية بين المعلمين فى مرحلة منتصف العمر المرتفعين والمنخفضين فى عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر لصالح الأفراد منخفضى عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر(أى أنه كلما زاد مستوى الصلابة النفسية لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر كلما كانت عوامل الخطورة المهيئة للإصابة أقل، والعكس صحيح).

مناقشة نتائج الفرضين الثانى والثالث:

يتضح من النتائج المبينة أعلاه بجدول(٩) أنه كلما ارتفعت عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر كلما كان هناك مستوى منخفض من الصلابة النفسية، والعكس صحيح، كما يتضح أيضاً من النتائج المبينة بجدول(١٠) وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الصلابة النفسية بين الأفراد عينة الدراسة المرتفعين والمنخفضين فى عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر لصالح الأفراد منخفضى عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر. و تتفق هذه النتيجة بشكل غير مباشر مع الدراسات التى تناولت موضوع الصلابة النفسية وعلاقتها بالإضطرابات الجسمية والسيكوسوماتية والشكاوى البدنية عموماً ، فنجد أن المستويات المنخفضة من الصلابة النفسية **ارتبطت مع وجود بعض الأمراض مثل مرض السكر(غانم ، ٢٠٠٧) والإضطرابات النفسية الجسمية كما فى دراسة (** ابوحسين،٢٠١٢) ودراسة(العطوى،٢٠١٤). كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة(عبدالخالق، ٢٠٠٥) والتى أشارت إلى أن كثرة التعرض للضغوط والإرهاق اليومى والغضب وكثرة الأشياء المطلوبة من الفرد ترتبط بشكل دال مع المؤشرات المبكرة للإصابة بالزهايمر. وبذلك فإن ارتفاع مستوى الصلابة النفسية لدى الفرد يتبعه انخفاض فى العوامل النفسية الخاصة بالقلق والتوتر وبالتالى يترتب عليها زيادة القدرة على التركيز وتحسن عملية التذكر، فالذاكرة تتأثر بالعامل النفسى وهى تمثل إحدى الوظائف النفسية الأساسية البسيطة التى تتأثر بالحالة النفسية للفرد التى ترتبط عادة بالظروف البيئية المحيطة. كما تتفق هذه النتيجة مع ما عرضته

كوبازا(Kobassa,1979) عن كون الصلابة النفسية تعد متغير من متغيرات الوقاية للأثار السلبية للضغوط والأزمات وكافة الإحباطات، والضغوط المختلفة؛ فالأشخاص الأكثر صلابة يتعرضون للضغوط ولا يمرضون، لأن الصلابة لديهم تعمل كحائط صد أو كمنطقة عازلة تخفف من تلك الضغوط، وبذلك فإن تمتع الفرد بعدد من السمات الشخصية يقيه من الأثر النفسى والجسمى الناتج عن التعرض للضغوط، كما أوضح Florian1995 المشار إليه فى Marcus, et al,2013) أن الصلابة النفسية تؤثر على الصحة العقلية وأنها تتفاعل مع الضغوط التى يواجهها الإنسان لتخلف وراءها تنبؤ بالأمراض السيكاترية. كما أشارت كلارك Clark, C. (2016), أن التعرض للضغوط بصورة مستمرة يؤدى إلى ضعف الأداء على مهام الذاكرة كما يؤدى إلى تدمير وموت وضمورالخلايا العصبية فى منطقة قرن آمون Hippo campal atrophy . وبذلك تعد الصلابة النفسية أحد العوامل الأساسية والمهمة فى تحسين الأداء النفسى والبدنى للإنسان (بن سعد، ٢٠١٢). ويؤكد ذلك على أن تمتع الإنسان بمستوي مناسب من الصحة النفسية والجسمية يرتبط بأداء جيد علي الوظائف المعرفية المختلفة. كما أن قدرة الإنسان على إدارة الضغوط التى يواجهها الإنسان وقدرته على التحمل مع التفاعلات الإجتماعية و الأنشطة المعرفية والبدنية المختلفة؛ من أهم العوامل التى تؤجل الإصابة بالزهايمر حيث أنها تتلازم مع الأداء الجيد للوظائف المعرفية المختلفة وبالتالى تعمل على تأجيل التغيرات المحتمل حدوثها بالدماغ والتى يمكن أن تؤدى إلى الإصابة، كما أنها تشير فى الوقت ذاته إلى مستويات مرتفعة من الصلابة النفسية مقارنة بأولئك الذين يفتقرون إلى مثل هذه القدرات، حيث أن الضغوط النفسية تتلازم مع العديد من الأمراض مثل القلق والإكتئاب والتوتر، وقد أثبتت الدراسات وجود علاقة كامنة بين التعرض للضغوط والإصابة بالزهايمر ؛ حيث أن التعرض للضغوط على المستوى البيولوجى يحفز إنتاج البروتين من نوع A beta و Tau واللذان يعتبران أحد العلامات المعروفة للإصابة بالزهايمر(Østergaard SD et al ,6-7, 2015; ,14-16 ,Clark, C. et al, 2016).

الفرض الرابع: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات المعلمين فى مرحلة منتصف العمر فى عوامل الخطورة للإصابة بالزهايمر تعزى إلى بعض المتغيرات الديموجرافية (النوع – التاريخ الوراثى للإصابة بالمرض – نوع التعليم – المستوى الثقافى الإجتماعى).وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار(ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات. ويوضح الجدول التالى النتائج التى أسفرت عنها المعالجة الإحصائية:

جدول(١١) قيم ت لدلالة الفروق بين المعلمين فى مرحلة منتصف العمروفق(النوع-التاريخ الوراثى للمرض-نوع التعليم) علي المقياس

المتغيرات الديموجرافية	الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
النوع	ذكور	٧٤	٦٢,٢٦	٨,٣٨	١,٩٩٠-	٠,٠٤ دالة
	اناث	١٠٦	٦٤,٧٦	٨,٢٠		
التاريخ الوراثى للمرض	نعم	١٠	٦١,٠٠	٥,٩٧	٠,٨٥٩	٠,٣٩١ غير دالة
	لا	١٧٠	٦٣,٧٧	٨,٤٣		
نوع التعليم	حكومى	١١٣	٦٣,٦١	٨,٤٣	٠,٢٦٣ -	٠,٧٩٣ غير دالة
	خاص	٦٧	٦٣,٩٥	٨,٢٣		

جدول (١٢): تحليل التباين في اتجاه واحد لدلالة الفروق فى المستوى الثقافى الإجتماعى على المقياس (ن=١٨٠)

العوامل	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
الدرجة الكلية	بين المجموعات	٦٠٤,٢٧٤	٢	٣٠٢,١٣٧	٤,٥١٢	٠,٠١٢ دالة
	داخل المجموعات	١١٧٨٥,٩٠٥	١٧٦	٦٦,٩٦٥		
	الكلى	١٢٣٩٠,١٧	١٧٨			

جدول(١٣): فحص دلالة متوسط الفروق واتجاهاتها باستخدام إختبار توكى

البعد	الحالة الإجتماعية	العدد (ن)	دلالة متوسط الفروق بين كل مجموعتين		
			٢/١	٣/١	٣/٢
الدرجة الكلية	١-منخفض	٣٤	٠,١٨٢	٠,٠٠٩	٠,١١
	٢-متوسط	١١٨			
	٣-مرتفع	٢٧			

يتضح من النتائج ؛ وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس عوامل الخطورة بين المعلمين فى مرحلة منتصف العمر تعزى إلى عامل النوع لصالح الإناث، كما توجد وجود فروق دالة إحصائياً تعزى إلى المستوى الثقافى الإجتماعى للمعلمين فى مرحلة منتصف العمر لصالح المستوى الثقافى الإجتماعى المرتفع. بينما لم توجد أى فروق دالة تعزى إلى التاريخ الوراثى للإصابة بالزهايمر، أو نوع التعليم (حكومى - خاص) .

تشير النتائج إلى أن عوامل الخطورة للإصابة بمرض الزهايمر تتضح بصورة أكبر لدي الإناث مقارنة بالذكور، مما يؤكد ظهور مؤشرات المرض بقوة لدي الإناث مقارنة بالذكور، و

تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه نتائج الدراسات السابقة عن انتشار المرض بين الإناث أكثر من الذكور،خاصة علي النواحي المعرفية كما جاء في دراسة Reinhard et al,2006; (Ogunniyi ,A. et Heun et al ,2006) التي أكدت علي أن النوع يعد أحد المنبئات الأكثر أهمية في إحداث الإصابة بالزهايمر اللاحق لصالح الإناث مقارنة بالذكور، وكيف يكون الأداء ضعيفاً علي اختبارات الذكاء لدي الإناث مقارنة بالذكور. كما ان النساء يعانين ضعفاً قوياً او رئيسياً في الإدراك المكاني والإستدلال البصري مقارنة بالذكور. وكيف ان احتمالات الإصابة بالمرض تزداد بين النساء أكثر من الرجال(موسي، ٢٠٠٦) ، ويؤكد ذلك ما جاء في دراسة هين وكوكلير (R. Heun and M. Kockler ,2002)عن وجود اختلافات في أشكال الخلل المعرفي بين الذكور والإناث، حيث وجد أن هناك اختلاف في درجة الخلل المعرفي لصالح الإناث ، وهذه النتيجة تتفق مع ما جاء في إحدي الإحصائيات عن وجود تأثير للنوع علي الوظائف التنفيذية لأمخاخ المصابين بمرض الزهايمر، و أن أداء الذكور يكون أفضل علي النواحي الخاصة بالإهتداء المكاني والمهام الخاصة بالمهارات الحسابية والرياضية مقارنة بالإناث. كما كشفت الإناث عن مستوي مرتفع من اللامبالاة والإهمال وضعف المهارات اللفظية وضعف القدرة علي التخيل مقارنة بالذكور. وربما يرجع ذلك الي الإختلاف في البناء التشريحي للمخ والإختلافات الخلوية في منطقة قرن آمونhippocampus وبعض أجزاء أخري من المخ، بالإضافة الي تأثيرات الأستروجين والهرمونات الجنسية علي الدماغ. ويمكن ملاحظة ذلك في الإختلافات في تأثير الإستروجين علي بعض النواحي المعرفية لدي النساء في فترة انقطاع الحيض ، وأكد علي ذلك سالات(١٩٩٦) وميرفي وآخرون (١٩٩٦) في احتمال ان تكون الإختلافات التشريحية العصبية بين الذكور والإناث عاملاً رئيساً في تفسير الإنتشار بالإصابة بالإضطرابات العقلية المختلفة ومن أهمها الخرف من نوع الزهايمر. كما تتفق هذه النتيجة مع ما جاء في إحدي الإحصائيات عن وجود أربعة ملايين ونصف(٤.٥ مليون) مريض بالألزهايمر في الولايات المتحدة الأمريكية والذين تتراوح أعمارهم بين ٥٠ ، ٧٥ عام. والنساء أكثر عدداً من الرجال ،وأن هذا العدد سوف يتضاعف في السنوات القادمة ليصل إلي عشرة ملايين بحلول عام ٢٠٥٠ ففي كل عام يتم الإبلاغ عن ٣٩٠ الف حالة مصابة بالمرض في الولايات المتحدة الأمريكية (شادية عبد الخالق، ١٠٥٠) . وتري الباحثة في هذا الصدد، أنه لا يجب أن نغفل الدور الإجتماعي للمرأة، الذي يجعلها مثقلة بالكثير من الواجبات والمطالب الإجتماعية مقارنة بالرجل، فضلاً عن التغيرات البيولوجية التى تحدث للمرأة بصورة مستمرة تزداد مع دخولها فى فترة منتصف العمر والتى تمثل تربة خصبة للتقلبات المزاجية بصورة

مستمرة، لاسيما أن كثيرمن الأسر تعتمد على المرأة كعائل أساسى لها، كل هذا يجعل المرأة أكثر حساسية للضغوط الإجتماعية وأكثر انزعاجاً خاصة في ظل الظروف الإقتصادية الصعبة التي يعيشها مجتمعنا حالياً.

<u>الفرض الخامس:</u> توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات المعلمين فى مرحلة منتصف العمر فى مستوى الصلابة النفسية تعزى إلى المتغيرات الديموجرافية (النوع – التاريخ الوراثى للإصابة بالمرض – نوع التعليم(حكومى – خاص) – المستوى الثقافى الإجتماعى). وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار (ت)

جدول (١٤) قيم ت لدلالة الفروق بين الذكور والإناث علي مقياس الصلابة النفسية

العوامل	الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
النوع	ذكور	٧٤	٩٢,٩٠	٩,٠٨	١,٣٥	٠,١٧٨
	اناث	١٠٦	٩٠,٩٣	٩,٨٤		غيردالة
التاريخ الوراثى للإصابة بالمرض	نعم	١٠	٩٠,٧١	٥,٤٩	٠,٣٤٤	٠,٧٣١
	لا	١٧٠	٩١,٩٧	٩,٥٨		غير دالة
نوع التعليم	حكومى	١١٣	٩١,٧٠٢	١٠,٧٤٨		٠,٩٦١
	خاص	٦٧	٩١,٧٧٦	٧,٢٦٧	- ٠,٠٤٩	غير دالة

ويتضح من النتائج المبينة أعلاه بجدول (١٤) عدم وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الصلابة النفسية بين المعلمين فى مرحلة منتصف العمر تعزى لعامل النوع(ذكور – إناث)، و عامل التاريخ الوراثى للإصابة بالمرض، ونوع التعليم (حكومى – خاص).

جدول (١٥): تحليل التباين في اتجاه واحد لدلالة الفروق فى المستوى الثقافى الإجتماعى على الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية

العوامل	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
الدرجة الكلية	بين المجموعات	١٨٥٢,٩٣	٢	٩٢٦,٤٦٥	١١,٣٠	٠,٠٠٠ دالة
	داخل المجموعات	١٤٣٤٢,١٢	١٧٥	٨١,٩٥٥		
	الكلى	١٦١٩٥,٠٥	١٧٧			

جدول(١٦): فحص دلالة متوسط الفروق واتجاهاتها باستخدام إختبار توكى

البعد	الحالة الإجتماعية	العدد (ن)	دلالة متوسط الفروق بين كل مجموعتين		
			٢/١	٣/١	٣/٢
الدرجة الكلية	١- منخفض	٣٣	٠,٠٠٠	٠,٠٠٢	٠,٩٩١
	٢- متوسط	١١٧			
	٣- مرتفع	٢٨			

يظهر من النتائج المبينة أعلاه بجدولى (١٥) و(١٦) وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس الصلابة النفسية بين المعلمين فى مرحلة منتصف العمر تعزى إلى المستوى الثقافى الإقتصادى (منخفض – متوسط – مرتفع) لصالح المستوى الثقافى الإجتماعى المرتفع.

ويتضح من النتائج أن هناك فروق ذات دلالة فى المستوى الثقافى الإجتماعى على كل من عوامل الخطورة والصلابة النفسية لصالح المعلمين من المستوى الثقافى الإجتماعى المرتفع، والذى يعد أحد العوامل التي تلعب دوراً هاماً في إحساس الفرد بالأمان وما يترتب عليه من توفير بيئة غنية بالموارد المادية المختلفة من ملبس ومأكل ومشرب وسكن ملائم مما يعطي الكثير من الإستجابات التي تتفاوت ما بين الإحباط وسوء التوافق أوالعكس (القطان وآخرون،٢٠١٠). يضاف إلى ذلك أن فئة المعلمين بشكل عام تتعرض للعديد من الضغوط النفسية الناتجة عن تدنى الدخل الإقتصادى للكثير منهم ، وما يترتب عليه من صعوبة توفير المتطلبات الأساسية على مختلف الجوانب المعيشية، بالإضافة إلى ضغوط العمل اليومية.

التوصيات:

- إعداد برامج تدريبية لتحسين مستوى الصلابة النفسية لدى المعلمين الأكثر عرضة للإصابة بمرض الزهايمر
- تصميم بطارية اختبارات تشمل العوامل المعرفية المهيئة للإصابة بمرض الزهايمر لدى المعلمين فى مرحلة منتصف العمر
- إعداد دراسة مقارنة تتناول نفس المتغيرات على عينات من المعلمين فى المناطق الريفية والحضرية.
- ضرورة الإهتمام بإدراج المزيد من البرامج التدريبية الخاصة بتنمية المهارات المعرفية لدي المعلمين فى مرحلة منتصف العمر

المراجع:

- أبو حسين، سناء محمد ابراهيم.(٢٠١٢). الصلابة النفسية والأمل وعلاقتهما بالأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المدمرة منازلهن فى محافظة شمال غزة، ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.
- ابوحامد، سمير .(٢٠٠٩). مرض الزهايمر – النسيان من نعمة الى نقمة، دمشق: دار خطوات للنشر والتوزيع.
- الأنصاري، سمير.(٢٠٠٠). الجديد في مرض السكر، طبع بواسطة المؤلف.
- بن سعد، أحمد.(٢٠١٢). الصلابة النفسية، المفهوم والمتعلقات. ***مجلة دراسات جامعة الأغواط*** ، الجزائر،(٢١)، ٣١-٤١.
- البهاص، سيد أحمد أحمد. (٢٠٠٢). النهك النفسى وعلاقته بالصلابة النفسية لدى معلمى ومعلمات التربية الخاصة. ***مجلة كلية التربية***، طنطا،٣١(١) ،٣٨٣-٤١٤.
- الجمعية الأمريكية لمرض السكري(٢٠٠٤). الدليل الوافي لمرض السكر، ترجمة مكتبة جرير، الرياض: مكتبة جرير.
- جعفر،غسان.(٢٠٠٥). خرف الشيخوخة(الزهايمر) مرض فقدان الذاكرة، لبنان،بيروت: دار الحكايات للطباعة والنشر والتوزيع.
- حجازي، أحمد.(٢٠٠٦).كيف تحفظ دماغك شاباً، لبنان، بيروت: دار زهران للطباعة والنشروالتوزيع.
- حجازي، جولتان وأبوغالى،عاطف.(٢٠١٠).مشكلات المسنين(الشيخوخة) وعلاقتها بالصلابةالنفسية: دراسة ميدانيةعلى عينة من المسنين الفلسطينيين في محافظات غزة، ***مجلة جامعةالنجاح للأبحاث(العلوم الانسانية)***،فلسطين٢٤(١)،١٥٦-١٠٩.
- الحربى، نايف محمد و الحربقى، نهال ابراهيم. (٢٠١٣).أزمة منتصف العمر وعلاقتها بالسعادة الزوجية لدى المعلمين والمعلمات، ***مجلة دراسات عربية فى التربية وعلم النفس***، ٤٥(١)، ٨١-١٣٠.
- حمودة، محمود عبدالرحمن. (٢٠٠٤).أمراض النفس، طبع بواسطة المؤلف.
- الدامغ، سامى عبدالعزيز.(١٩٩٩). الخصائص الإجتماعية والإقتصادية للمصابين بمرض

الخرف(دراسة استطلاعية في المملكة العربية السعودية)، *مجلة دراسات في الخدمة الإجتماعية والعلوم الإنسانية*، مصر، (٨)، ٤٢٧-٤٥٦.

- رعود، عبيد.(٢٠١٢). واقع الحياة بين التذكر والنسيان. دراسة نظرية نفسية عن طبيعة الذاكرة البشرية، *مجلة كلية التربية* بجامعةعدن ، (١٣).
- السيد، عزيزة محمد.(٢٠٠١). منتصف العمر لدى المرأة والعلاقات الأسرية ، المؤتمر السنوى الثامن لمركز الإرشاد النفسى للأسرة فى القرن الواحد والعشرين، جامعة عين شمس، القاهرة، مجلد (٢)، ٧٥٥-٧٦٩.
- الشربيني، لطفي .(١٩٩٥). أسرار الشيخوخة، لبنان، بيروت: دار النهضة للطباعة والنشر والتوزيع.
- الشربيني، لطفي .(٢٠٠٦). مرض الزهايمر وهموم المسنين، الأسكندرية : منشأة المعارف للطباعة والنشر والتوزيع.
- الصبوة، محمد نجيب .(١٩٩٩). اضطرابات الذاكرة لدي الأطفال. مراجعة نقدية، مجلة دراسات نفسية، ٩ (١)، ٨٩-١٤٦.
- عبد الخالق، شادية.(٢٠٠٥).المؤشرات المبكرة لمرض الزهايمر في ضوء بعض المنبئات النفسية والبيئية(دراسة لعينة من المستهدفين للمرض والمشتغلين بمهنة التدريس)، المؤتمر السنوي العاشر ٣-٤ ديسمبر"إدارة الأزمات والكوارث البيئية في ظل المتغيرات والمستجدات العالمية المعاصرة"،دار الضيافة، جامعة عين شمس.
- عبد المقصود، أماني.(٢٠١٢). العلاقة بين ممارسةالعلاج السلوكي المعرفي في خدمة الفرد وزيادة وعي اسرمرضي الزهايمر بالمرض، المؤتمر الدولي الخامس والعشرون لكلية الخدمة الإجتماعية بجامعة حلوان (مستقبل الخدمة الإجتماعية في ظل الدولة المدنية الحديثة) - مصر , ج ١١- ٤٨٧١: ٤٩٠٥
- عبدالظاهر،منال محمود(٢٠١١). تنمية بعض مهارات الذكاء الوجدانى لخفض درجة العنف لدى معلمى المرحلة الإبتدائية، ماجستير، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- العطوى، حنان.(٢٠١٤). علاقة الصلابة النفسية بالتفاؤل والأمل والشكاوى البدنية لدى عينة من المعلمات في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير ،الجامعة الأردنية.
- غانم، محمد حسن.(٢٠٠٧). الإضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالضغوط والصلابة النفسية وبعض مؤشرات الشخصية لدى مرضى السكر من النوع الثانى.

مجلة دراسات عربية فى علم النفس،٦(٢)، ٣٧-١١٣.

- القطان، سامية و عبد الخالق ،منال و مظلوم، مصطفي و الدماصي ، هاجر.(٢٠١٠). جودة الحياة لدي عينة من المسنين في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، *مجلة كلية التربية ببنها*،٨٢، أبريل،٢٧٧-٣١٣.
- موسي، كمال ابراهيم(٢٠٠٦). كبار السن ورعايتهم في الإسلام ، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.
- مخيمر، عماد محمد أحمد(٢٠١٢). استبيان الصلابةالنفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مرزوق، رندا.(٢٠١١). مقياس للصلابة النفسية-لطالبات الدراسات العليا، *مجلة كلية التربية* بجامعةعين شمس – القاهرة، ٣٥ (٤) ، ٨٨٥-٩٠٣ .
- المشعان، عويد سلطان.(٢٠١١). علاقة الصلابة النفسية والشكاوى البدنية والأمل والإنبساط لدى الموظفين من الجنسين فى القطاع الحكومى، *مجلة العلوم الإجتماعية* بالكويت، ٣٩ (٣) ،٤٩-٨١.
- المفدى، عمر عبدالرحمن.(١٩٩٥). أزمة منتصف العمر:مقارنة عمرية على عينة من المجتمع السعودى، *حولية كلية التربية بقطر*، ١٢(١٢)،٥١٧-٥٤٨.
- نجاتي، محمد عثمان .(١٩٩٣). علم النفس والحياة. ط١٥، الكويت: دار القلم.
- النيال، مايسة أحمد.(١٩٩٨). أزمة منتصف العمر، *مجلة دراسات نفسية*،٧ (٢)، ١٩٣-٢٤٤.

- Alzheimers.disease from Wikipedia, the free Encyclopedia,2012,en.wikipedia.org.
- American Psychological Association.in a first, Medicare Coverage is Authorized for Alzhemier, 2002 .
- Brookmeyer,R.,Gray, S., & Kawas, C. (1998). Projections of alzheimer's disease in the united states and the public health impact of delaying disease onset.American Journal of Public Health, 88(9), 133742.Retrivedfromhttps://search.proquest.com.ezp.uod.edu.sa/docview/215094896?accountid=136546

- Chen ST, Siddarth P, Ercoli LM, Merrill DA, Torres-Gil F, et al. (2014). Modifiable Risk Factors for Alzheimer Disease and Subjective Memory Impairment across Age Groups. PLoS ONE 9(6): e98630. doi:10.1371/journal.pone.0098630
- Cho,C., Cho,H., Cho,K., Choi,K., Oh,H., &Bae,C.(2001). Factors Associated with Functional Dependence in Alzheimer's Disease. Journal of Clinical Geropsychology, 7(1) ,79-89. Doi:10.1023/A:1026421003477
- Clark, C. (2016). *Perceived alzheimer's disease threat as a predictor of behavior change to lower disease risk:* The gray matters study (Order No. 10075037). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1777627020). Retrievedfromhttps://search.proquest.com/docview/1777627020?accountid=178282
- Corrada,M.M. Kawas,H.c., Hallfrisch,j., Muller,D., Brookmeyer,R .(2005). Reduced risk of Alzheimer disease with high folate intake: The Baltimore Longitudinal Study of Aging. Alzehimer's & Dementia: The Journal of the Alzehimer's Association,1(1), 11-18.
- Fahim,S., Cornelia M. van Duijn, Baker,F.M., Launer,L., Monique M.B Breteler, Schudel,W.J., & Hofman, A.(1998). A study of familial aggregation of depression, dementia and Parkinson's disease , *European Journal of Epidemology, 14(3), 233- 238.doi: 10.1023/A:*
- Fowler, L . T.(2000) . Early indicators of familial Alzheimer's disease: A case study, Doctoral Thesis , Carlos Albizu University,

Florida.

- Garre-Olmo,J.,Lo´pez-Pousa,S.,Vilalta-Franch, J., Turon-Estrada, A., Lozano-Gallego, M., Herna´ndez-Ferra`ndiz,M.,... Peralta-Rodrı´guez,J. (2004). Neuropsychological profile of Alzheimer's disease in women:moderate and moderately severe cognitive decline. Archives of Women's Mental Health, 7(1),27-36.
- Gary,M.sussman(2002):Hardiness, coping and distress among caregivers of institutionalized Alzehimers patients,31,pp28- ??)
- Georges Karam & Lynn Itani(2013):Dementia: Areview from the arab region , The Arab Journal of Psychiatry , Vol. 24, No. 1, pp 77 -84.
- Gianfranco Spalletta,,G., Baldinetti,F., Buccione, I., Fadda, L., Perri,R., Scalmana, s., Carlo,S., Caltagirone,C.(2004). Cognition and behaviour are independent and heterogeneous dimensions in Alzheimer's disease. Journal of Neurology, 251(6),688.doi:10.1007/ s00415-004-0403-6
- Gilliand,M.(2007). Dementia, the Journal of Practical Nursing,57.4,pp.5-15.
- Gottfries,C. (2001).Late life depression.European Archives and clinical Neurosciences,251(s2),II57-II61.doi:10.1007/BF03035129
- Heun,R., Kolsch,H., & Jessen, F.(2006) Risk factors and early signs of Alzheimer's disease in a family.study sample: Risk of AD. European Archives of Psychiatry and Clinical

Neroscience, 256(1), 28-36 .doi:10.1007/s00406-005-0596-4 ,Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2006) 256 : 28-36.

- Kobasa,S.(1979). Personality and Resistance to Illness, American Journal of Community Psychology,N.(4),pp.413-423.
- Lavian, R. (2016). *Genetic, hereditary, and vascular risk factors of cognition*, Doctoral Thesis, California School of Professional Psychology Alliant International University.
- Marcus,k.taylor; Ricardopietrobon;Johntaverniers;Matthew,R.leon& Benedict,J.fern(2013): Relationships to physical and mental health status in military men: a test of mediated effects,J.Behav Med,36,pp1-9.
- Ogunniyi,A.,Hall,K.s., Gureje,O., Baiyewu O., Gao, S., Unverzagt F. W., Smith-Gamble, V., Evans, R. E., Dickens, J., Musick, B. S., Hendrie,H. C.(2006). Risk factors for incident Alzheimer's disease in African Americans and Yoruba . Metab Brain Dis (2006) 21:235-240.
- Page, K. S. (2013). *Fear of alzheimer's disease in middle to late adulthood: A two year investigation of change versus stability*, Doctoral Thesis, University of North Texas .
- Østergaard SD, Mukherjee S, Sharp SJ, Proitsi P, Lotta LA, Day F, et al. (2015) Associations between Potentially Modifiable Risk Factors and Alzheimer Disease: A Mendelian Randomization Study. PLoS Med 12(6): e1001841. doi:10.1371/ journal.pmed.1001841 Academic Editor: Sam
- R. Heun and M. Kockler: *Original contribution* Gender differences in the cognitive impairment in Alzheimer's disease,Arch

Womens Ment Health (2002): 4: 129–137.

- Saad,F.Ghalib(2012): Dementiain the developing world, no place for complacency, The Arab Journal of Psychiatry, Vol.23,No. , pp23–27
- Segal,A.Z(2013). Poor sleep quality may predict futureAlzheimer's disease (2013). AHC Media,LLc.

Risk Factors of Alzheimer's disease (AD) and its relation to Psychological Hardiness due to some Demographinc variables in teachers in Midlife stage

by

Nashwa abdel monem abdallah (Ph.D.)

Educational Psychology - Girls' college - Ain shams University

Study aims at the relation between Risk Factors of Alzheimer's disease and its relation to Psychological hardiness due to some Demographic variables In teachers in Midlife Stage. Study Sample consists of (180 teachers). Researcher used Risk Factors of AD scale, Psychological hardiness scale, Social-Cultural level questionnaire. Study results: The Cognitive component is the most predictive AD, There was a negative correlation between Risk factors of AD and Psychological hardiness, There were statistical differences in Risk factors of AD in side of females, also in Social-Cultural level in side of high level, . There were no statistical differences in Risk factors of AD due to Heredity history of AD or kind of Education(Private-Government), There were no statistical differences in Psychological hardiness due to Gender, Heredity history of AD and kind of Education(Private-Government),There were statistical differences in psychological hardiness due to Social-Cultural level in side of high level.

Key words: Risk Factors – Alzehimer's Disease – Psychological Hardiness