

Cognitive Health for older adults who live with their families and peers at nursing homes

Asst. Prof. Adel Khudhair Abies Al-Abadi (Ph.D.)

Open Educational College, Al-Qadisiyah

Specialization: Personality and Mental Health, khudhairadel@gmail.com

Copyright (c) 2025 Asst. Prof. Adel Khudhair Abies Al-Abadi (PhD)

DOI: <https://doi.org/10.31973/cqzr5d30>



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Abstract:

The current research aims to built scale to measure cognitive health older adults, measure cognitive he who live with their families and peers at nursing homes, and Defining differences in cognitive health according to gender (males – females). To achieve these objectives, the researcher built Scale to measure cognitive health older adults, The final form of this measurement after the completion of the conditions such as validity, constancy, and the ability for discrimination has consisted of(27) items , were prepared for a sample of (200) older adults, and data is dealt. Statistically by means of (SPSS) The study reached the following results: Achieve built scale to measure cognitive health older adults, The older adults who live with their families have cognitive health and the older adults not have a cognitive health, There are differences by gender in favor of males in the older adults with their families in the cognitive health while - There are no differences by sex (male - female) in the older adults role of shelter and the older adults with their families in the cognitive health In light of the current research results, the researcher made several recommendations and suggestions. such as study the cognitive health with social support , quality of life , active personality, psychological well-being and social marginalization.

Keywords: cognitive health, Homes for the older adults ,older adult

***The authors has signed the consent form and ethical approval**

الصحة المعرفية لدى المسنين الذين يعيشون مع أسرهم واقارنهم في دور الرعاية

أ.م.د. عادل خضير عبيس العابدي

الكلية التربوية المفتوحة/ القادسية

ت. الشخصية والصحة النفسية

(مُلَخَّصُ البَحْث)

استهدف البحث الحالي: بناء مقياس الصحة المعرفية للمسنين - قياس الصحة المعرفية لدى المسنين الذين يعيشون مع عوائلهم واقارنهم في دور الرعاية، فضلاً عن تعرف الفروق في الصحة المعرفية لدى المسنين تبعاً للجنس (ذكور - إناث)، ولتحقيق أهداف البحث قام الباحث ببناء مقياس الصحة المعرفية وقد تألف في صيغته النهائية بعد استكمال شروط الصدق والثبات والقدرة على التمييز من (٢٧ فقرة)، وطبق البحث على عينة بلغت (٢٠٠) مسن ومسنه، وعولجت البيانات احصائياً باستعمال الحقيبة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وبعد التحليل الاحصائي للبيانات توصل البحث إلى النتائج الآتية: (تم بناء مقياس الصحة المعرفية، يتمتع المسنين الذين يعيشون مع أسرهم بالصحة المعرفية، في حين يفتقد المسنين الذين يعيشون في دور الرعاية إلى الصحة المعرفية، فضلاً عن ذلك توجد فروق في الصحة المعرفية لدى المسنين الذين يعيشون مع عوائلهم ولصالح الذكور، عدم وجود فروق لدى المسنين الذين يعيشون في دور الرعاية، وبناءً على نتائج البحث، وضع الباحث مجموعة من التوصيات والمقترحات المناسبة ومنها دراسة متغير الصحة المعرفية مع متغيرات أخرى من قبيل الاسناد الاجتماعي، جودة الحياة، الشخصية النشطة، الرفاه النفسي والتمهيش الاجتماعي.

الكلمات المفتاحية (الصحة المعرفية، المسنين، دور الرعاية)

* وقع المؤلفون على نموذج الموافقة والموافقة الأخلاقية الخاصة بالمساهمة البشرية في البحث

المقدمة:

يمر الإنسان خلال حياته بمراحل متسلسلة تبدأ من الطفولة، المراهقة، الشباب، الكهولة والشيخوخة، ولا شك بأن لكل من هذه المراحل ومتطلباتها ومشكلاتها التي تزداد بتقدم العمر، ومن أهم مشكلات مرحلة الشيخوخة التغيرات الانفعالية والصحية والاجتماعية والمعرفية (فهمي، ١٩٩٩، ص ١٠٥)، إذ يلاحظ تدهور الصحة لدى المسنين بشكل عام والصحة المعرفية بشكل خاص من قبيل تدهور الوظائف والقدرات المعرفية كالذاكرة، الانتباه، النسيان، الإدراك، اتخاذ القرار وحل المشكلات، فضلاً عن ذلك ما يعانيه المسنين من الإهمال والتقصير في تلبية احتياجاتهم من قبل الآخرين، لذلك فإن إيداع كبار السن في مؤسسات الرعاية يكون صدمة شديدة لصورتهم الذهنية عن أنفسهم وخضوعهم الى الروتين اليومي ومما يزيد في هذا الشعور الالتزام بالقوانين والتوقيتات الذي يكون متوفر في الدور، والاختلاط بمن هم من أقرانهم المسنين مما يشعرهم باليأس والاكتئاب ومن ثم يبدأ المسنين بالانسحاب من الحياة ويفضلون العزلة نتيجة ما يمر بهم من ظروف صحية (تدهور القدرات المعرفية والاجتماعية) عدم توفر متطلبات العيش الكريم. (Rock,2001,p.17)

مشكلة البحث : Research Problem

مع تقدمنا في العمر، تواجهنا الكثير من التحديات الفسيولوجية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية المعقدة. ومنها ما يخص الجانب الصحي، إذ يستلزم تدهور الأداء الصحي والمعرفي أو البدني والانتقال إلى بيئات الرعاية الداعمة التي تستنزف الموارد المالية. فقدان الأصدقاء أو الأحبة، والتعامل مع معنى الحياة، والمحافظة على جودة الحياة في مواجهة الإعاقة المتزايدة والتكيف مع التقاعد والتفكير في الموت ليست سوى أمثلة قليلة من التحديات التي يواجهها كبار السن.

لذلك انتشرت في الآونة الأخيرة الكثير من الظواهر الاجتماعية السلبية في المجتمع العراقي، ومنها ما يخص المسنين، وكيفية التعامل معهم من قبل ذويهم من قبيل الإهمال وعدم العناية بهم ورميهم في دور رعاية المسنين ، لذلك نرى الكثير من المسنين في أغلب المجتمعات يعانون من المشكلات والضغوط النفسية في وقتنا الحالي وفي مجتمعنا العراقي، نظراً للتغيرات الحضارية والصعوبات المادية والاجتماعية التي أدت إلى الوصول بالأمر في بعض الأسر الى إهمال واجباتهم وعدم تلبية حقوقهم واحتياجاتهم من رعاية صحية ونفسية وتركهم في المنزل بمفردهم يعانون الوحدة والإهمال العاطفي مما أفقدهم التقدير والاحترام لذواتهم، وظهر في الآونة الأخيرة وجود نماذج لأبناء انكروا اهتمام آبائهم وامهاتهم وما بذلوه من جهد وتعب لإسعادهم وبناء مستقبل زاهر لهم، كما أن هناك من المسنين من لم

يكن له ابناء او اهل يأوونه لكونهم لا يمتلكون علاقات اجتماعية رصينة وعميقة، فينعكس ذلك في شخصياتهم و كبت مشاعرهم وأفكارهم وأفعالهم التي اعتقدوا أنها تتعارض مع رغبات وازاء وأفكار الآخرين ومارسوا الصمت والاستسلام خوفاً من الصراعات ولضمان سلامتهم الجسدية والنفسية وتجنب التهديد والتخويف في فقدان العلاقات مع الآخرين كونهم لا يمتلكون الإعانة المالية والصحية (بيسكوف، ١٩٨٤، ص ٢٩٥). أن الكثير من المسنين لديهم شعور بأنهم ليسوا ذو فائدة بالمجتمع الذي يعيشون فيه وأنهم غير مرغوبين من الآخرين كونهم كبار سن، وان الاكتئاب والقلق والتوتر والتشتت والنسيان وضعف الذاكرة يسيطر عليهم كما يبدأون في التفكير والتأمل الذاتي بدرجة متزايدة في التفكير بالوقت المتبقي من حياتهم أكثر من تفكيرهم في الوقت السابق مما أثر سلباً في مستوى الصحة بشكل عام والصحة المعرفية بشكل خاص (دافيدوف، ١٩٨٦، ص ٦٤٥). لذلك تتجلى مشكلة البحث عن طريق تقديم الباحث للتساؤلات الآتية:

- ١ - ما مستوى الصحة المعرفية لدى المسنين المقيمين مع عوائلهم ؟
- ٢ - ما مستوى الصحة المعرفية لدى المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين ؟

أهمية البحث Research Importance

من بين التغيرات البنائية والوظيفية التي تحدث في أثناء الشيخوخة ، ربما تكون التغيرات المعرفية والتي هي الأكثر صعوبة على الفهم والمعالجة. إذ يشير الإدراك إلى مجموعة واسعة من عمليات الدماغ بما فيها العمليات الحركية النفسية والانتباه وعمليات الذاكرة والوظائف التنفيذية ويتم تقسيم هذه المجالات العامة بشكل أوسع، على سبيل المثال يمكن تقسيم الذاكرة إلى "ذاكرة قصيرة المدى" (حيث يتم الاحتفاظ بالمعلومات - خلال ثوانٍ - والتلاعب بها ، مثل أثناء التمرين أو تكرار المعلومات) والذاكرة طويلة المدى (تخزين المعلومات - على مدار دقائق وأيام وسنوات - بحيث يمكن استرجاعها في وقت لاحق) (Scholey et al, 2008). وتشمل الوظائف التنفيذية، من بين أمور أخرى، التخطيط، والسيطرة الانتباهية وتثبيط الاستجابة فضلاً عن بعض جوانب الإدراك التي تتأثر بالشيخوخة، على سبيل المثال تتراجع الذاكرة طويلة المدى لأحداث معينة (الذاكرة العرضية) مع تقدم العمر، في حين يتم الحفاظ بالذاكرة الإجرائية (أي كيفية قيادة السيارة) بشكل جيد (Riddle et a, 2007) في (Kure, 2009).

وفي السياق العالمي لمجتمع كبار السن، اختارت بعض البلدان أن تمنح قضية الصحة المعرفية أولوية في نظام الصحة العامة. وهذا الموضوع يهم الكثير من المجتمعات، ولكن نحتاج المزيد لفهم العوامل التي تعزز أو تضرر بالصحة المعرفية. والصحة المعرفية هي

مجال واسع وشامل و تحاول البحوث الحالية الإجابة عن التساؤلات المستمرة بهذا الخصوص. وهو موضع إهتمام لأن عواقب الإعاقات المعرفية كبيرة، ولاسيما لدى كبار السن. والتوليف المعرفي موجه للجهات الفاعلة في شبكة الخدمات الصحية والاجتماعية، بما في ذلك العاملين في مجال الصحة العامة، وكذلك للأفراد والجماعات المهتمين بهذا الموضوع. فهو بمنزلة وسيلة مساعدة للتفكير في الأهداف والوسائل التي تصل بنا للمحافظة على الصحة المعرفية أو تطويرها أو حمايتها. والغرض هو إعلام الجهات الفاعلة في مجال الصحة العامة وجعلها في حالة جهوزية لمواجهة مسألة الصحة المعرفية لدى المسنين (Aubé, 3,2007). ومن جانب آخر يستند الإهتمام بالصحة المعرفية بشكل أساسي على أربعة مصادر هي:

١- تقرير الزهايمر العالمي عام ٢٠١٤ The World Alzheimer Report : تقليل مخاطر الخرف تحليل عوامل التعديل والوقاية Dementia and Risk Reduction: An Analysis of Protective and Modifiable Factors .

٢- تقرير معهد الطب ٢٠١٥ في الولايات المتحدة Institute of Medicine in the United States الشيخوخة المعرفية: التقدم في الفهم وفرص الإجراءات Cognitive Aging: Progress in Understanding and Opportunities for Action.

٣- تقرير العلوم والأكاديميات الوطني ٢٠١٧ : الهندسة والطب في الولايات المتحدة : منع التدهور المعرفي والخرف : Preventing Cognitive Decline and Dementia.

٤- تقرير لجنة لانسييت في المملكة المتحدة ٢٠١٧: منع الخرف والتدخل والعناية Dementia Prevention, Intervention, and Care .

تم اختيار هذه المصادر الأربعة، لأنهن معاً، تمكن من تحديد المفاهيم الرئيسية المتعلقة بالصحة المعرفية وتوثيق الأنواع الرئيسية للتدهور المعرفي، إلى جانب عوامل الحماية والمخاطر. وتتجلى أهمية الصحة المعرفية من خلال ممارسة العمليات العقلية اللازمة للعمل بشكل تلقائي ومستقل. وتشمل الوظائف العقلية الرئيسية الذاكرة ، وتكوين وإصدار الأحكام، والانتباه واللغة والوظائف التنفيذية والقدرة على التعلم وحل المشكلات. إن الزيادة في الإعاقة المعرفية التي يمكن ملاحظتها في تقدم السن يمكن تفسيرها جزئياً بالشيخوخة ومن خلال التأثير التراكمي للظروف التي مر بها الفرد طوال العمر: خلفية وراثية مواتية، مستويات متفاوتة من التحفيز المعرفي، عادات حياة صحية، التعرض بشكل أكبر أو أقل لعوامل خطورة مختلفة، وعواقب الحالات الصحية الحادة أو المزمنة وعلى المدى المتوسط والبعيد. ومن ثم، فهناك على طول مسار الحياة مختلف المواقف المحتملة لتعزيز أو حماية الصحة المعرفية.

من خلال ما تقدم تتمثل أهمية البحث النظرية والتطبيقية بالآتي:

- ١- ندرة الدراسات في موضوع الصحة المعرفية ، إذ يعد هذا البحث من البحوث النادرة من حيث طبيعة المتغير، إذ لم يعثر الباحث على أي دراسة عراقية أو عربية عن هذا الموضوع في المواقع العلمية والرسمية على حد اطلاعه .
- ٢- يَعدّ البحث الحالي إضافة علمية جديدة في مجال الصحة بشكل عام و الصحة النفسية والمعرفية بشكل خاص. لكونه تناول شريحة مهمة داخل المجتمع وهي شريحة المسنين .
- ٣- تقدم الدراسة الحالية مقياس للصحة المعرفية ، يمكن الإفادة منه في الدراسات اللاحقة والتي تتناول مثل هكذا متغيرات.

أهداف البحث: Research Aims: يهدف البحث الحالي الى :

١. بناء مقياس الصحة المعرفية للمسنين.
٢. قياس الصحة المعرفية لدى المسنين الذين يعيشون مع عوائلهم وأقرانهم في دور الرعاية .
٣. معرفة دلالة الفرق في الصحة المعرفية لدى المسنين الذين يعيشون مع أسرهم وأقرانهم في دور الرعاية بحسب النوع (ذكور - إناث).

حدود البحث Research Limits : يتحدد البحث الحالي بالمسنين الماكثين في دار رعاية المسنين في محافظة القادسية، فضلا عن المسنين الخارجين الذين يعيشون مع عوائلهم ممن تتراوح اعمارهم (٦٠-٨٠) سنة .

تحديد المصطلحات Terms Limitation

اولا : الصحة المعرفية Cognitive health:

١- تم تكييف مفهوم الصحة المعرفية لكبار السن من التعريف الذي حصل على المصادقة على ثلاثة معاهد صحية وطنية أمريكية ؛ وهي المعهد الوطني للشيخوخة National Institute on Aging ، والمعهد الوطني للصحة العقلية National Institute of Mental Health ، والمعهد الوطني للاضطرابات العصبية والسكتة الدماغية National Institute of Neurological Disorders and Stroke (National Institute on Aging, 2005). يشير المفهوم إلى المحافظة على الوظائف المعرفية المطلوبة لديمومة الروابط الاجتماعية ، والشعور بوجود هدف في الحياة واستخدام المهارات التي تمكن الفرد من العمل بشكل مستقل. هذه المهارات مفيدة عند حدوث مرض أو حوادث: فهي تعزز التعافي الوظيفي والتكيف مع الضعف الوظيفي اللاحق. يتم تحديد مفهوم الصحة المعرفية لكبار السن بشكل أكثر تركيزاً على قدرات الفرد. (World Health Organization. 2015).

٢- تُعرّف الصحة المعرفية بأنها: أحد أبعاد الصحة العامة، وتتمثل في أن يمتلك الفرد دماغاً سليماً قادراً على القيام بالقدرات الأساسية مثل الانتباه والتوجيه والقيام بالحركات الجسمية المعقدة وفهم اللغة واستخدامها ومعالجة المثيرات البصرية المكانية وتعلم أشياء جديدة وتذكر أشياء من الماضي البعيد وإدراك العالم الاجتماعي وتكوين الأحكام وتنظيم الانفعالات (Bart et al، ٢٠١٨).

ثانياً: المسن **Aged** : (عرفه شعلان ١٩٩١) الفرد البالغ من العمر ٦٠ سنة فما فوق وهي مرحلة بداية التدهور في حياته والذي يحتاج فيها المسن الى الرعاية الخاصة (شعلان، ١٩٩١، ص ٢٢).

ثالثاً: دور المسنين: **Homes for the older adults** هي الدور التي استحدثت لسكن المسنين ممن فقدوا أسرهم وذويهم بسبب الوفاة أو ممن يواجهون ظروف اجتماعية صعبة حالت دون وجودهم مع أسرهم (دور المسنين ، ٢٠٠٣، ص ١٥).

الإطار النظري/ أهم تحديات الصحة المعرفية :

لا يزال التاريخ الطبيعي للاضطرابات المعرفية الحادة غير مفهوم جيداً ، ولكن تزايد للشكوك في أن هناك مدة صمت تتراوح من ١٥ إلى ٢٠ عامًا تسبق التشخيص السريري للاضطرابات العصبية المعرفية من نوع الزهايمر. هذا الواقع يؤكد أهمية الوصول إلى فهم آليات العمل المختلفة للعوامل المدروسة وتحديد الوقت الأمثل للتدخل على نحو فعال. وبالتالي، تعدّ التدخلات التي تستهدف عوامل مؤثرة معينة ذات صلة طوال الحياة، في حين تعدّ العوامل الأخرى أكثر ملاءمة لكبار السن في منتصف العمر والمسنين. فضلاً عن ذلك، لا تزال هناك حاجة إلى العمل لتوضيح فعالية التدخلات التي تهدف إلى تعزيز أو حماية الصحة المعرفية. قد يفسر تعقيد الموضوع سبب تباين مواقف الباحثين إلى حد ما من توليفة إلى آخر.

الأنواع الرئيسية للضعف المعرفي هي التدهور المعرفي المرتبط بالعمر و التدهور المعرفي البسيط mild cognitiv impairment والخرف المعرفي العصبي من نوع الزهايمر major neurocognitive Alzheimer's-type dementia. يعكس التدهور المعرفي المرتبط بالعمر تدهور الأداء المعرفي الناتج عن الشيخوخة الطبيعية. كما هو الحال بالنسبة لأعضاء جسم الإنسان الأخرى ، يتغير الدماغ مع تقدم العمر ، من الناحية البنائية ومن حيث قدرتها على القيام بوظائفه المتنوعة. وهذا بشكل عام يحدث كعملية تدريجية مستمرة تبدأ في سن البلوغ وتؤثر في جميع الوظائف المعرفية ، وإن كان ذلك بشكل غير متساو. وتختلف هذه العملية بشكل كبير من فرد لآخر.

وهناك العديد من الخرافات والأحكام المسبقة مستمدة من فهم مثير للقلق لتأثيرات الشيخوخة في الإدراك (<http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/797707/vieillesse-mythes-realites-experts>). لذا، يظل كبار السن قادرين على التعلم ؛ ومن الشائع فقدان الذاكرة في بعض الأحيان، ولكن غير واضح بما يكفي للإشارة إلى وجود ضعف معرفي ؛ ولم تكشف الدراسات وجود مشكلات إنتاجية لدى كبار السن في مكان العمل. يتأثر إنجاز المهام التي تم تعلمها المسن جيدًا في السابق بشكل قليل بشكل عام ويحدث تراجع المعرفة في وقت لاحق، بعد سن التسعين (Institute of Medicine of the National Academies. 2015).

ويتجلى الضعف المعرفي البسيط من خلال التدهور الملحوظ للوظائف العقلية، من دون اضطراب كبير في الأداء الطبيعي، وهذا يحدث لدى حوالي ٢٠ إلى ٤٠٪ من كبار السن. ٤٠٪ من الأشخاص الذين يعانون من تدهور معرفي بسيط سيطورون في النهاية اضطراباً معرفياً عصبياً رئيسياً ، مع ذلك من غير الممكن حالياً تحديد من بين ذوي التدهور المعرفي البسيط ، سوف يتبع هذا المسار ، إذ يتم معرفة التدهور المعرفي البسيط من قبل الأشخاص المتضررين أنفسهم وأفراد الأسرة والأطباء في أثناء إجراء الفحوصات. مستوى تدهور الوظائف المعرفية ملحوظ ومميز ، لكنه لا تتداخل بشكل كبير مع القدرة على القيام بأنشطة الحياة اليومية (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017; Pittam, 2014).

يعد التدهور المعرفي البسيط شائعاً نسبياً لدى كبار السن، ووفقاً لبعض الدراسات ، فإنه يؤثر على حوالي ٢٢٪ من الناس ومع ذلك، يتباين هذا العدد بشكل كبير (من ٠.١٪ إلى ٤٢٪) اعتماداً على مؤشرات القياس. ما يهم بشكل خاص هو عدم اليقين بشأن تطوره. وتشير إحدى المراجعات المنهجية إلى أن أقل من ربع عدد الأشخاص الذين يعانون من التدهور المعرفي البسيط سوف يطورون اضطراب معرفي عصبي كبير على مدى السنوات الثلاث إلى العشر اللاحقة، يمكن أن يتراجع التدهور المعرفي البسيط لدى بعض الأشخاص، ويمكن أن يتكرر أيضاً (Pittam, 2014, P22). من جانب آخر يشير تقرير لجنة لانسييت 2017 The Lancet Commission إلى أن حوالي ٣٩٪ من الأشخاص الذين تم تشخيصهم بتدهور معرفي بسيط بعد الاختبار في مواقف تخصصية سيطور اضطرابات عصبية معرفية رئيسية (The Lancet Commission. 2017). لذا ، فإن الأشخاص ذوي التدهور المعرفي البسيط أكثر عرضة للإصابة باضطرابات عصبية معرفية كبيرة ، لكن هذا غير ممكن لحد الآن تحديد أولئك الذين سيتطور تدهورهم المعرفي البسيط إلى اضطراب معرفي عصبي شديد. لأنه لا يزال هناك الكثير من الأشياء المجهولة التي

تحيط بالتدهور المعرفي . وضعت "اللجنة الوطنية للمسح" في المملكة المتحدة نفسها لمواجهة فحص هذه الحالة في عام ٢٠١٤، بعد تحليل دقيق بناءً على معايير اللجنة القياسية (Pittam, 2014). لتكون قادرًا من التيقن من الوجود المؤكد سريريًا للتدهور المعرفي البسيط يدل على وجود المراحل المبكرة لاضطراب معرفي رئيسي، سيكون من الضروري تحديد المؤشرات السريرية أو البيولوجية تكوين هذا الارتباط.

ينتج الخرف المعرفي العصبي الرئيسي من نوع الزهايمر تلف تدريجي في الدماغ لا رجعة فيه يزداد تدريجيًا، مما يؤدي إلى المزيد من الإعاقات الشديدة. لا يوجد حتى الآن علاج لهذه الحالات. بحسب معهد الصحة للمقاييس والتقييم، في عام ٢٠١٥ في كندا، يعد مرض الزهايمر والخرف المرتبط به السبب الرئيسي الثاني للوفيات، ومسؤول عن نسبة ١٢٪ من الوفيات، وهو ثالث سبب رئيسي للوفيات المبكرة ورابع أهم عبء صحي. بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١٥، وقد ارتفعت أهميته بشكل كبير. (Aube, 2017, p5)

أن السببين الرئيسين للاضطرابات المعرفية العصبية الرئيسية هما مرض الزهايمر وخرف الأوعية الدموية ، تشير المزيد من الدراسات وجود أمراض الأوعية الدموية في حالات الاضطرابات المعرفية العصبية الرئيسية من أنواع مختلفة ، ولاسيما مرض الزهايمر. لذلك فإن هذه الاضطرابات العصبية المعرفية الرئيسية ذات أسباب مختلفة (Institute of Medicine of ، Alzheimer's Disease International. 2014) National Academies of Sciences, ،the National Academies. 2015 ،The Lancet Commission. 2017 ،Engineering, and Medicine. 2017. 2016 Hakim). تؤخذ العوامل المدروسة في الاعتبار بشكل أساسي فيما يتعلق بالاضطرابات العصبية المعرفية الرئيسية التي يتم إجراؤها سريريًا على غرار مرض الزهايمر. وتتجلى هذه الاضطرابات العصبية المعرفية الرئيسية من خلال إعاقات معرفية شديدة بما يكفي تتداخل مع استقلالية الشخص المصاب. تنجم الاضطرابات المعرفية العصبية من النمط الرئيسي لمرض الزهايمر عن تلف لا رجعة فيه في أنسجة المخ، وتتميز بشكل أساسي بتدمير خلايا المخ ، التي تسمى الخلايا العصبية. يرتبط هذا الضرر أيضًا بترام بروتينات اميلويد- بيتا beta-amyloid proteins وبروتينات تاو tau proteins التي تكون سامة (Hakim, 2016). ينتج عن تقدم المرض عدد متزايد من الإعاقات المعرفية، والتي تزداد سوءًا بمرور الوقت وقد تكون مصحوبة باضطرابات المزاج والسلوك وتؤدي الأعراض إلى اعتماد تدريجي على الآخرين للمساعدة في الحياة اليومية والأنشطة المنزلية ، وتزداد الحاجة إلى المساعدة كلما يتطور المرض (World Health Organization. 2012). وهنا، يجب أن نتذكر أهمية الأوعية الدموية

في الدماغ. على الرغم من وزنه المنخفض حوالي ١.٤ كغم ، الدماغ هو أحد أعضاء الجسم التي تستهلك أكثر كميات من الطاقة ، يستهلك ما يقرب من ٢٠٪ من إجمالي طاقة الجسم. ومن ثم ، تم توثيق تأثيرات تلف الأوعية الدموية على عمل ووظائف الدماغ (Hakim , 2016,p.4). مع ذلك ، فإن الأمراض المزمنة التي تؤثر على سلامة الأوعية الدموية لا تزال قائمة شائعة وتمثل أسبابًا مهمة للوفيات في كندا. حسب بيانات معهد مقاييس وتقييم الصحة . Institute for Health Metrics and Evaluation

نظريات الصحة المعرفية : Cognitive health theory

النظرية العضوية organism theory: تقتض هذه النظرية أن العديد من الأمراض والاضطرابات التي تصيب الفرد هي ناشئة بسبب تعرض المخ الى التلف واصابات الرأس أو تلف الخلايا والعمليات الجراحية ، فضلا عن تناول العقاقير الكيميائية والتسمم الكبدي أو بؤرات ميكروبية سامة ، كل هذه المسببات أدت الى تصنيف الاضطرابات النفسية ومدى تأثيرها في شخصية الفرد، لذلك توالى الدراسات التي اهتمت بدراسة ذهان الشيخوخة والاضطرابات الأخرى لدى المسنين، (الزبيدي ، ٢٠٠٩، ص ٢٦)

نظرية الفردانية: تقترح نظرية يونغ Jung (١٩٦٠) للفردانية ، أن شخصيتنا تتطور على مدى العمر وتتكون من الأنا أو الهوية الذاتية التي لها بعدين لاشعور شخصي و لاشعور جمعي . اللاوعي الشخصي هو المشاعر والتصورات الخاصة التي تحيط بالأشخاص المهمين أو الأحداث الحياتية. اللاشعور الجمعي مشترك بين جميع الأشخاص. يحتوي على ذكريات كامنة عن أصل الإنسان. اللاشعور الجمعي هو أساس الشخصية التي يبنى عليها اللاشعور الشخصي والأنا. تقول نظرية يونغ أن الناس يميلون إلى رؤية الحياة إما من خلال "منظوراتهم" (الانطوائيين) أو من خلال منظورات الآخرين (المنفتحين).

مع تقدم الأفراد في العمر ، يبدأون في التأمل في معتقداتهم وإنجازاتهم في الحياة. وفقا ليونغ، يتقدم الفرد بالعمر بنجاح عندما يتقبل الماضي، ويتكيف مع التدهور الجسمي، ويتأقلم مع فقد الأحبة. وأيد نيوجارتن (Neugarten (1968 نظرية يونغ من خلال التأكيد على أن التأمل يعزز النمو الداخلي الإيجابي و يصف المنظرون اللاحقون أيضًا إن الاستبطان جزء من الشيخوخة الصحية. (Erikson, 1963; Havighurst et al., 1968)

نظرية مراحل تطور الشخصية: تركز نظرية إريكسون على مراحل تطور الشخصية على نمو و تطور الشخصية. ووفقًا لإريكسون Erikson (١٩٦٣) ، تتطور الشخصية في ثمان مراحل متتالية. كل مرحلة لها مهمة حياتية قد ننجح أو نفشل فيها. خلال المرحلة الأخيرة ، "تكامل الذات مقابل اليأس" يبحث الأفراد عن معنى حياتهم وتقييم إنجازاتهم. يؤدي الرضا

إلى التكامل ، بينما يخلق عدم الرضا الشعور باليأس. في السنوات اللاحقة ، اقترح إريكسون وزملاؤه أن كبار السن يواجهون تحديات إضافية أو مهام حياتية بما في ذلك التدهور الجسمي والعقلي ، وقبول رعاية الآخرين والانفصال عن الحياة (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1986). قام بيك Peck (١٩٦٨) بتوسيع تعريف إريكسون لـ " التكامل مقابل اليأس " ليشمل ثلاثة تحديات أخرى: خلق حياة ذات معنى بعد التقاعد، والتعامل مع "العش الفارغ" عندما يغادر الأولاد بعيدا، والتفكير في حتمية الموت.

تستخدم نظرية إريكسون على نطاق واسع في العلوم السلوكية. في التمريض، ويتم استخدام نموذج إريكسون كإطار عمل لإختبار التحديات التي تواجهها الفئات العمرية المختلفة. في دراسة حول كبار السن من الرجال والنساء الضعفاء، استخدمت نيومان (Neuman, 2000) إطار إريكسون النظري عندما طلب من المشاركين مناقشة تصوراتهم عن معنى حياتهم. وجدت أن كبار السن الذين عبروا عن مستويات أعلى من المعنى والطاقة وصفوا إحساسًا بالإرتباط وتقدير الذات والحب والاحترام الذي كان غائبًا لدى المشاركين الذين شعروا أنهم لم يدركوا معنى حياتهم. تتوافق هذه النتائج مع العواقب الإيجابية أو السلبية التي قد تنجم عن مرحلة نمو إريكسون ، "التكامل مقابل اليأس". وفي دراسة أخرى ، إختبر هولم Holm وزملاؤه قيمة سرد القصص بين مرضى الخرف. روى الباحثون قصصًا مرتبطة بمراحل تطور إريكسون لتحفيز المفحوصين على المشاركة. ذكر الباحثون أن هذه المراحل كانت واضحة في التجارب المتعلقة بـ المفحوصين (Holm, Lepp, & Ringsberg, 2005, p.21).

- **نظرية دورة الحياة:** تشمل نظريات مسار الحياة جوانب من النظريات النفسية مثل المهام خلال المراحل المختلفة لتطور الشخصية مع المبادئ الاجتماعية فيما يتعلق بالترابط بين الأفراد والمجتمع. الفكرة الرئيسية لدورة الحياة هي أن الحياة تحدث في مراحل يتم تنظيمها وفقًا لأدوار الفرد وعلاقاته والقيم والأهداف الداخلية. يرتبط تحقيق الهدف بالرضا عن الحياة ولكن أهداف الأشخاص محدودة بعوامل خارجية. يتكيف الأفراد مع الأدوار والعلاقات المتغيرة التي تحدث طوال الحياة، مثل الزواج، وإكمال الدراسة، وإكمال الخدمة العسكرية، والحصول على وظيفة، والتقاعد (Cunningha & Brookbank, 1988). قد يتطلب التكيف الناجح مع التغييرات الحياتية مراجعة معتقدات الفرد لتتماشى مع توقعات المجتمع. يظل منظور مسار الحياة موضوعًا مهيمنًا في أدبيات علم النفس اليوم. والتحسين الانتقائي مع التعويض، هو أحد الأمثلة على النظرية التي ظهرت من منظور مسار الحياة.

-نظرية التحسين الانتقائي بالتعويض : انبثقت نظرية بالتيس (1987) Baltes للشيخوخة الناجحة من دراسته للعمليات النفسية على مدى العمر. وأكد أن الأفراد يتعلمون كيفية التعامل مع ضعف الوظيفية في الشيخوخة من خلال عمليات الانتقاء، والتحسين والتعويض. يقوم الأفراد المسنون بتعديل الأنشطة والأدوار حينما تفرض القيود نفسها؛ وفي نفس الوقت، يختارون الأنشطة والأدوار الأكثر إرضاءً (التحسين). قد يؤدي التعامل مع المرض والتدهور الوظيفي إلى زيادة أو تقليل خطر الوفاة. من الناحية المثالية، التحسين الانتقائي باستخدام التعويض هو عملية تأقلم إيجابية تسهل الشيخوخة الناجحة (Baltes & Baltes, 1990). تركز الكثير من الأبحاث التي تختبر النظريات النفسية الاجتماعية على أنموذج مسار الحياة الأحدث (Baltes, 1987; Caspi, 1987; Caspi & Elder, 1986; Quick & Moen, 1998; Schroots, 2003). وفي دراسة طويلة مستمرة تسمى "ديناميكيات دورة الحياة"، قام شاروتس Schroots باختبار السلوك في دراسة طويلة حول السلوك عبر دورة الحياة. لاحظ أن بنية الحياة تميل إلى أن تكون متسقة بمرور الوقت ولكنها متأثرة بأحداث الحياة والخبرة. واقترح أن الشيخوخة والتطور عمليات مستمرة ومتشابكة مدى الحياة (Schroots, 2012, p. 73). ولمزيد من تفسير تفاعل البنية والخبرات، يستخدم منظرون آخرون لنظرية دورة الحياة لتفسير كيف إن الأحداث التاريخية وظروف التقاعد تؤثر في السلوك كلما تقدمنا في السن. فقد ناقشوا إن تأثير التغير الاجتماعي في مسار الحياة متشابه مع العوامل الفردية (Caspi, 1987; Quick & Moen, 1988).

عوامل تعزز الصحة المعرفية:

تم تحديد ستة عوامل في الأدبيات التي تم فحصها باعتبارها مفيدة للصحة المعرفية: التعليم والتحفيز الفكري، والنشاط البدني، والتدريب المعرفي، وعوامل تخضع لمزيد من الدراسات وهي: النظام الغذائي والتفاعل الاجتماعي وجودة النوم.

١ -التعليم والتحفيز الفكري: على الصعيد العالمي، يعد الحصول على تعليم ابتدائي فقط أو أقل هو العامل الوحيد الأكثر ارتباطاً مع حدوث اضطرابات عصبية معرفية كبيرة في وقت لاحق من الحياة (Alzheimer's Disease International. 2014). The Lancet، Medicine of the National Academies. 2015 Commission. 2017). يكون تأثير هذا العامل أقل أهمية بكثير في البلدان النامية. يشير تقرير الزهايمر Alzheimer 2014 أيضاً إلى الأهمية المحتملة للبيئة المحفزة خلال السنوات الأولى من الحياة. فضلاً عن كون مستوى التعليم هو مؤشر يكون نطاقه واتساقه من بين أقوى المؤشرات المرتبطة بمستويات القدرة المعرفية طوال الحياة

Institute of Medicine of 'Alzheimer's Disease International. 2014)
the National Academies. 2015).

٢- التدريب المعرفي: تستند بيانات الفعالية المرتبطة بالتدريب المعرفي بين كبار السن إلى حد كبير إلى دراسة واحدة. تم استهداف ثلاث وظائف معرفية: حل المشكلات والذاكرة وسرعة معالجة المعلومات. يتكون التدخل من تدريب فردي محدد وتدريب في مجموعات صغيرة، لفترة من خمسة إلى ستة أسابيع، دورتان من التدريب المعزز وردود الفعل على نتائج الأداء؛ تم تطبيق الاستراتيجيات المستخدمة على أنشطة الحياة اليومية (على سبيل المثال، تذكر قائمة البقالة، فهم جرعة الدواء). أظهرت النتائج تحسناً معتدلاً بعد عامين وتحسن متواضع بعد خمس وعشر سنوات لكل من الوظائف المستهدفة. تم الإبلاغ عن القدرة على أداء أنشطة مفيدة للحياة اليومية بشكل مستقل لتكون أعلى بعد خمس سنوات في مجموعات مدربة على حل المشكلات وبعد عشر سنوات في تلك التي تدربت على الذاكرة وسرعة معالجة المعلومات (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017.).

٣- النشاط البدني: يرتبط النشاط البدني باستمرار بفوائد الصحة المعرفية، وهذا ثابت مع التوقعات البيولوجية العصبية. ويمكن أن يشمل ذلك أنشطة فردية محددة تساعد في الحفاظ على ودعم الصحة المعرفية، في جميع الأعمار، ولا يتطلب بالضرورة الالتزام برنامج منظم للنشاط البدني. ينص تقرير لجنة لانسيت لعام 2017 Lancet Commission على أن البيانات من دراسات تستخدم الملاحظة تشير إلى وجود علاقة عكسية بين التمارين وخطر تطوير اضطراب معرفي عصبي حاد. إن وجود نتائج متناقضة بين دراسات التدخل يستدعي أحكام أكثر دقة (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017.). تعد نتائج دراسات التدخل مشجعة ولكنها غير حاسمة في هذا الوقت، ويكون التركيز بشكل خاص على التدهور المعرفي المرتبط بالعمر. يبدو أن الأنشطة الهوائية المرتبطة ببناء العضلات يمثل مزيجاً فائراً (Institute of Medicine of the National Academies. 2015). وفقاً لجميع الوثائق التي تم الرجوع إليها، سيكون من الضروري إجراء تجارب سريرية عشوائية لتحديد أي من الأنشطة البدنية يفيد الوظيفة المعرفية بشكل فعال.

يؤدي تحليل الفوائد والمخاطر والتكاليف إلى الملاحظات التالية: النشاط البدني هو عامل مهم للشيخوخة الصحية مع فوائد جيده تشمل تحسينات في جودة الحياة، من ناحية، والحفاظ على القدرة على التنقل والاستقلال، ومن ناحية أخرى، لتقليل مخاطر العديد من الحالات المزمنة (الاكتئاب، والتهاب المفاصل، وهشاشة العظام، ومتلازمة التمثيل الغذائي

والسكري والسكتة الدماغية وأمراض شرايين القلب التاجية والإصابات الناتجة عن السقوط). لا تبدو إصابات الجهاز العضلي الهيكلي والاستشفاء المتعلق بالنشاط البدني أكثر أهمية لكبار السن منها بالنسبة للفئات العمرية الأخرى ، ويؤثر الميزان بقوة لصالح فوائد هذا النشاط البدني. تتباين التكاليف وفقًا لنوع النشاط وعادة ما تكون قليلة (مثل المشي) (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017). كما يرتبط النشاط البدني بتطور الاحتياطي المعرفي والاحتياطي الدماغي (Stern, 2003). قاد هذا التحليل تقرير الأكاديميات الوطنية ٢٠١٧ لتضمين النشاط البدني ضمن توصياته لتأخير أو تقليل التدهور المعرفي المرتبط بالعمر. في عام ٢٠١٠ أصدرت منظمة الصحة العالمية أيضا توصيات للمعايير الواجب تلبيتها في هذا الصدد خلال مراحل الحياة المختلفة (WHO. 2010).

عوامل الخطورة الرئيسية على الصحة المعرفية:

تم تصنيف عوامل الخطر الرئيسية للصحة المعرفية وفقًا فيما إذا كانت مرتبطة أم لا مع عوامل الخطر الرئيسية لأمراض القلب والأوعية الدموية أو الأوعية الدموية الدماغية ، ومع أسلوب الحياة ، ومع بعض الحالات الطبية أو مع البيئة المادية .

ارتفاع ضغط الدم الشرياني (AHT) Arterial hypertension

ترتبط البيانات الوبائية ارتفاع ضغط الدم الشرياني بأمراض الأوعية الدموية والاضطرابات المعرفية العصبية الرئيسية. فضلا عن السكتات الدماغية الواضحة جدًا من الناحية السريرية ، هناك المزيد من الأشكال المستقلة لأمراض الأوعية الدموية الدماغية التي تظهر نتيجة احتشاء دماغي صامت وتلف الأوعية الدموية الدقيقة (Institute of Medicine of the National Academies. 2015 Agency for Healthcare Research and Quality. 2017). وهذه عوامل خطورة كبيرة لاضطرابات معرفية عصبية رئيسية. فضلا عن انخفاض تدفق الدم الدماغي قد يؤدي إلى زيادة الإنتاج أو تقليل إفراغ البروتينات السامة في الدماغ. خافضات ضغط الدم هي أدوات قوية تعمل على كلا المستويين والمساهمة في الحد من المخاطر. لها تأثيرات وقائية إذا حدث العلاج في وقت مبكر بما يكفي في حياة البالغين ليصبح ساري المفعول قبل ظهور مرض المعرفي العصبي. يمكن لوجود ضغط الدم الشرياني في الأعمار المتقدمة أن يؤدي دورًا وقائيًا فيما يتعلق بالتدهور المعرفي عن طريق الحفاظ على نضج الدم عندما تنخفض نفاذية الأوعية الدموية بسبب تصلب الشرايين خاصة عند وجود تصلب الشرايين. قال هذا، لا تزال السيطرة على ضغط الدم الشرياني بين كبار السن يمثل مشكلة لأنه مصدر موثق لأمراض القلب والأوعية الدموية ومعدل الوفيات في هذه الفئة العمرية، وعلى الرغم من هذا الواقع، فإن سيطرتها

تتخفص بانتظام مع تقدم العمر (Alzheimer Disease International. 2014). على الرغم من القيود الحالية لدراسات فاعلة ، يرى تقرير الأكاديميات الوطنية لعام ٢٠١٧ من المبرر علاج ضغط الدم الشرياني عند البالغين في منتصف العمر لمنع أو تأخير الخرف من نوع الزهايمر على أساس من العوامل التالية: محددات منهجية لدراسات التدخل ، مؤشرات المواتية للعديد من دراسات الأتراب المحتملين والمعقولة القوية للعلاقة السببية. علاوة على ذلك، تعد المخاطر المرتبطة بعلاجات ضغط الدم الشرياني صغيرة نسبياً ، والعلاجات غير مكلفة. يشير تقرير الزهايمر ٢٠١٤ أيضاً إلى أنه خلال عام ٢٠١١ "أشارت منظمة الصحة العالمية والمنتدى الاقتصادي العالمي" إن إلى التدخلات التي تهدف إلى الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية ، بما في ذلك العلاج الخافض للضغط ، بوصفه أحد "أفضل ما يمكن شراؤه" للحد من الأمراض غير المعدية. لمنع أو تأخير التدهور المعرفي ، من المهم التدخل في أقرب وقت ممكن في مرحلة البلوغ. يحدد تقرير لجنة لانسييت لعام ٢٠١٧ أيضاً إن ضغط الدم الشرياني كعامل قابل للتعديل يستحق التدخل الذي يستهدف البالغين في منتصف العمر (Alzheimer's Disease International. 2014 ، National 'Institute of Medicine of the National Academies. 2015 ، The 'Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017. Lancet Commission. 2017).

٢-داء السكري Diabetes

التركيز هنا على مرض السكري من النوع الثاني. أظهر دراسات الملاحظة المستعرضة والطولية باستمرار وجود ارتباطات بين مرض السكري وزيادة على المدى الطويل خطر الإصابة بالتدهور المعرفي البسيط والاضطرابات العصبية الإدراكية الرئيسية. تعزز مستويات الأنسولين العالية تراكم الأميلويد ، وهي حقيقة تثبت المعقولة البيولوجية لهذا الارتباط. قدر التحليل البعدي الذي تم إجراؤه في عام ٢٠١٢ أن خطر الإصابة بمرض الزهايمر يزداد بمقدار ما يقرب من ٥٠٪ لمن تم تشخيص إصابتهم بمرض السكري. وبالتالي ، فإن التشخيص المبكر والعلاج الدقيق سيكون لهما القدرة على تحسين الصحة المعرفية ، ولا سيما من خلال العمل على الحد من أمراض القلب والأوعية الدموية والأوعية الدموية الدماغية. هنا مرة أخرى ، تواجه دراسات التدخل بشكل كبير محددات منهجية وإن العلاقة بين تدخلات مرض السكري والتدهور المعرفي لم يتم تأسيسها. تؤكد دراسة معهد الطب لعام ٢٠١٥ على الحاجة إلى اليقظة لتجنب الآثار السلبية لعلاج مرض السكري على الأداء الإدراكي ، والتي ترتبط بمخاطر نقص السكر في الدم، ويظل مرض السكري من (النوع ٢) عاملاً يثير اهتماماً ملحوظاً ، على الرغم من استمرار التساؤلات حول العلاج المثالي

وتأثيراته المعدلة في وجود عوامل أخرى. يزداد وجود مرض السكري من النوع ٢ مع تقدم العمر، وقد أصبحت هذه الزيادة أكثر وضوحاً بين كبار السن في السنوات الأخيرة. يعزو تقرير الزهايمر في عام ٢٠١٤ هذا الاتجاه إلى زيادة وجود السمنة الناتجة عن أسلوب الحياة الأكثر خمولاً؛ يحدد مرض السكري من النوع ٢ كعامل قابل للتعديل يجب أخذه في نظر الاعتبار طوال الحياة، مع وجود بيانات رصينة عن كبار السن بشكل خاص؛ يحدد تقرير لجنة لانسيت لعام ٢٠١٧ مرض السكري كعامل قابل للتعديل يستحق التدخل على وجه التحديد بين كبار السن، للأغراض المعرفية.

٣- فرط كوليسترول الدم Hypercholesterolemia

يرتبط الكوليسترول بتكوين وترسب لويحات أميلويد- بيتا. تربط دراسات علاج فرط كوليسترول الدم مع تحسين صحة الأوعية الدموية وتقليل خطر الإصابة بالسكتة الدماغية وبالتالي، الوقاية من التدهور المعرفي واضطرابات الإدراك العصبي الرئيسية. تركز الدراسات كثيراً على تأثيرات العقاقير المخفضة للكوليسترول. لا يمكن أن يوصي تقرير الزهايمر في عام ٢٠١٤ علاج ارتفاع الكوليسترول في الدم للأغراض المعرفية، لكنه دعا إلى مزيد من الدراسة لتحسين فهمنا لدوره. وفقاً لتقرير الأكاديميات الوطنية في عام 2017، هذا أمر مشجع لمتابعة وتعزيز التدخل بين البالغين في منتصف العمر. لم تتمكن دراسات التدخل حتى الآن من تقديم دليل قاطع على الفوائد المعرفية لعلاج فرط كوليسترول الدم.

٤- البدانة Obesity

تنشأ بعض المضاعفات من البدانة نفسها. على سبيل المثال، يرتبط إفراز البروتينات الالتهابية المتولدة من الأنسجة الدهنية الزائدة بالتدهور المعرفي والضعف الإدراكي؛ وزيادة مقاومة الأنسولين وزيادة الأنسولين والآثار السلبية على صحة الدماغ. لكن السمنة لا يتم تحليلها بشكل منفصل في هذا التوليف، لأن العديد من العوامل الاهتمام الأولوية المرتبطة بالسمنة تمت معالجتها بالفعل (على سبيل المثال، مرض السكري، فرط كوليسترول الدم). تقرير الزهايمر ٢٠١٤ وتقرير معهد الطب ٢٠١٥ وتقرير لجنة لانسيت لعام ٢٠١٧ يحددون جميعهم إن البدانة كعامل قابل للتعديل يستحق التدخل بين البالغين في منتصف العمر.

٥- التدخين Smoking

غالباً ما تمت دراسة الروابط المباشرة بين التدخين والتدهور المعرفي، والعلاقة بين التدخين وارتفاع معدل الإصابة باضطرابات الإدراك العصبي الرئيسية موثقة بشكل جيد. لكن هذه العلاقات معقدة ويصعب تفسيرها: بين المدخنين، هناك العلاقة بين خطر الإصابة

بالضعف الإدراكي ومستوى التدخين المنخفض فيه، باستثناء مفرطي المدخنين. والمخاطر بالنسبة للمدخنين السابقين هي نفسها بالنسبة للأشخاص الذين لم يدخنوا قط (Alzheimer's Disease International, 2014). ومن ثمّ ، فإن التوصيات المؤيدة للإقلاع عن التدخين تستند بشكل أساسي إلى علاقات راسخة بين التدخين وأمراض القلب والأوعية الدموية والدماعية ، وحول الروابط بين هذه الأمراض والضعف الإدراكي ، وخاصة الخرف من نوع مرض الزهايمر. تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن الإقلاع عن التدخين على المستوى العالمي يمكن أن يؤدي إلى ١٣,٩٪. الحد من الخرف من نوع الزهايمر. وبالتالي ، فإن منظمة الصحة العالمية تعدّ التدخين أحد عوامل الخطورة الرئيسية القابلة للتعديل للاضطرابات العصبية الإدراكية الرئيسية (WH, 2012, 0).

إجراءات البحث: Procedures of Research

مجتمع البحث وعينته: Society and Sample of the Research

تحدد مجتمع البحث الحالي بالمسنين البالغة أعمارهم (٦٠-٨٠) سنة، ومن كلا الجنسين، من المقيمين في دار رعاية المسنين في الديوانية والبالغ عددهم (٨٨ مسن بواقع ٤٦ من الذكور و ٤٢ من الإناث)، فضلاً عن المسنين المقيمين مع عوائلهم، والتي لم يستطيع الباحث الحصول على بيانات رسمية من الجهات المختصة لتحديد أعدادهم . ولغرض تحقيق أهداف البحث فقد تم اختيار عينة قصدية من المسنين المقيمين في دار الرعاية بلغ عددها (٨٠) مسن ومسنة وبواقع (٤٠) مسن ومسنة من كلا النوعين، وفي نفس السياق فقد تم اختيار عينة عشوائية من المسنين المقيمين مع عوائلهم بلغ عددها (١٢٠) مسن ومسنة وبواقع (٧٠) من الذكور و (٥٠) من الإناث .

أداة البحث Tool of Research: من أجل قياس متغير الصحة المعرفية كان من الضروري بناء مقياس لقياس هذا المتغير، وبعد اطلاع الباحث على بعض الأدبيات والدراسات الأجنبية (Hakim.A.2016) (Addenbrook.Cognitive Examination,2012,2020) (WHO,2012,2020) والإطار النظري فقد تمكن الباحث من بناء مقياس الصحة المعرفية إذ لا مقياس في العراق والوطن العربي على حد علم الباحث يقيس هذا المتغير، وقد تمكن الباحث من صياغة (٣٠ فقرة) لقياس الصحة المعرفية لدى المسنين.

B - جرى عرض المقياس (صلاحية الفقرات) على مجموعة من المتخصصين في مجال علم النفس والتربية للحكم على مدى صلاحيته في الصحة المعرفية ومعرفة مدى ملائمة لأفراد عينة البحث، على أن تحصل الفقرة على نسبة ٨٠% فأكثر من موافقة السادة الخبراء لغرض قبول الفقرة، وقد تم قبول جميع فقرات المقياس بعد اجراء بعض التعديلات الطفيفة .

C - التطبيق الأولي لأداة البحث : قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية من المسنين والبالغ عددها (٢٥) مسن ومسنه بواقع (١٥) ذكور و (١٠) إناث جرى اختيارهم عشوائياً لمعرفة مدى الاستجابة لفقرات المقياس من حيث وضوحها ومدى ملائمة صياغتها فضلاً عن معرفة فعالية بدائله وقد قام الباحث بمناقشة أفراد العينة من حيث وضوح التعليمات والفقرات ، إذ تم الإجابة عن بعض الاستفسارات البسيطة من قبل العينة، و تم حساب الوقت المناسب للإجابة على المقياس و الذي بلغ (١٨) دقيقة .

D - تصحيح مقياس الصحة المعرفية : تضمن المقياس (٣٠) فقرة) وأمام كل فقرة أربعة بدائل هي (تنطبق دائماً، تنطبق غالباً ، تنطبق أحياناً ، لا تنطبق ابداً) وجرى إعطاء قيمة لكل بديل هي (١,٢,٣,٤)

E - التطبيق الاستطلاعي الثاني (عينة تحليل الفقرات)/ تم استخراج القوة التمييزية لأداة البحث من خلال تطبيقها على عينة عشوائية مكونة من (٢٠٠) فرد وتم استخراج التحليل الاحصائي للفقرات بطريقتين هما :

أولاً-طريقة المجموعتين المتطرفتين: ExtremeGroupsMethod من خلال ترتيب الدرجات الكلية لاستمارات أدوات البحث تنازلياً واخذ نسبة ٢٧% من الاستمارات التي سجلت اعلى الدرجات (المجموعة العليا ٥٤ استمارة) وادنى الدرجات (المجموعة الدنيا ٥٤ استمارة) وبواقع (١٠٨) استمارة لكلا المجموعتين التي تم تطبيقها على عينة بلغ قوامها (٢٠٠) مسن ، بعد ذلك تم استعمال الاختبار التائي (T-test) لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفرق بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لدرجات كل فقرة من فقرات المقياس عند مستوى دلالة ٠.٠٥ ودرجة حرية (١٠٦)، وقد وجد أن جميع فقرات المقياس كانت دالة إحصائياً باستثناء الفقرات (٧,١٥,٢٥) لم تكن دالة والجدول (١) يوضح ذلك :

الجدول (١) القوة التمييزية لفقرات مقياس الصحة المعرفية بأسلوب المجموعتين المتطرفتين

الدالة	القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		تسلسل الفقرة
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دالة	4.41	1.18	3.38	1.09	3.92	1
دالة	8.50	1,24	3,07	1,85	3.41	2
دالة	7.11	0.98	2.62	0.84	3.42	3
دالة	9.04	0.800	1.61	1.14	2.70	4
دالة	8.80	1.06	2.61	0.73	3.55	5
دالة	7.47	1.05	2.18	1.14	3.18	6
غير دالة	1.06	1.28	2.62	1.26	2.81	7
دالة	10.75	0.84	1.57	1.17	2.91	8
دالة	3.80	1.50	2.48	1.45	3.37	9
دالة	6.76	1.41	4.14	1.14	5.29	10
دالة	3.94	1.35	4.92	1.02	5.55	11
دالة	6.33	1.63	3.95	1.35	5.21	12
دالة	4.37	1.49	4.05	1.34	4.88	13
دالة	5.60	1.51	4.33	0.97	5.25	14
غير دالة	-0.71	1.37	2.93	1.43	3.07	15
دالة	7.90	1.55	2.40	1.78	4.14	16
دالة	3.96	1.54	2.77	1.51	3.58	17
دالة	8.94	1.21	1.86	1.70	3.60	18
دالة	5.90	1.37	2.64	1.10	3.80	19
دالة	5.39	1.25	2.01	1.29	3.10	20
دالة	7.69	1.37	3.27	0.69	4.59	21
دالة	5.29	1.17	3.85	0.66	4.67	22
دالة	7.36	1.17	3.11	0.95	4.38	23
دالة	7.20	1.20	3.22	0.86	4.45	24
غير دالة	-1.15	1.10	3.19	1.38	2.94	25

دالة	5.75	1.23	2.90	1.14	4.01	26
دالة	4.75	1.57	2.54	1.80	3.60	27
دالة	8.28	1.54	3.46	1.30	5.01	28
دالة	5.88	1.10	1.73	1.36	2.92	29
دالة	5.91	1.50	3.16	1.76	4.42	30

*القيمة التائية الجدولية (1.96) عند درجة الحرية (106)، ومستوى الدلالة (0.05)

ثانياً-علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس: لغرض معرفة الاتساق الداخلي ، استعمل الباحث معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس ، وظهرت النتائج ان جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠٥ باستثناء الفقرات (٧,١٥,٢٥) لم تكن دالة وهي ذات الفقرات في المجموعتين المتطرفتين وتم حذفها من المقياس ليصبح عدد فقراته (٢٧ فقرة) والجدول (٢) يوضح ذلك.

الجدول (٢) علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس الصحة المعرفية

معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة
0.452	21	0.587	11	0.384	1
0.363	22	0.483	12	0.466	2
0.431	23	0.533	13	0.474	3
0.563	24	0.344	14	0.341	4
0.053	25	0.052	15	0.367	5
0.398	26	0.443	16	0.543	6
0.422	27	0.339	17	0.045	7
0.468	28	0.342	18	0.447	8
0.364	29	0.542	19	0.356	9
0.424	30	0.562	20	0.476	10

• مؤشرات صدق المقياس /A/ الصدق الظاهري : Face Validity تم عرض المقياس على مجموعة من الخبراء في صلاحية المقياس كما تم ذكره في صلاحية الفقرات .

B/ صدق البناء: Construct Validty تحقق ذلك من خلال استعمال اسلوب المجموعتين المتطرفتين، وعلاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، فضلاً عن التحليل العاملي: Factor Analysis حيث جرى اعتماد التحليل العاملي لفقرات المقياس بواسطة الحقيبة الاحصائية ، (SPSS)، إذ أخضعت فقرات مقياس الصحة المعرفية للتحليل العاملي

الذي يسعى إلى تنقية فقرات المقياس وعزل الفقرات البعيدة عنه. وتبين أن جميع الفقرات كانت مشبعة بعامل عام واحد. إذ تداخلت الجوانب والقدرات المعرفية مع بعضها البعض لتقرر لنا عامل عام، وهذا يعني عدم امكانية اجراء عملية تدوير المحاور لأن عدد العوامل المستخلصة بلغ عاملاً واحداً فقط تشبعت عليه اغلب فقرات المقياس، فالمحكات التي وضعها **Thurstone** لتدوير المحاور تشترط للحصول على التركيب البسيط هو وجوب توافر عدد من المتغيرات بتشبعات ذات دلالة لزوجين من العوامل في الاقل (اثنايوس والبياتي، ١٩٧٧، ص ٢٨٧) . والجدول (٣) يوضح ذلك :

الجدول (٣) درجة تشبع فقرات مقياس الصحة المعرفية

الفقرات	نسبة تشبع الفقرة	الفقرات	نسبة تشبع الفقرة	الفقرات	نسبة تشبع الفقرة
1	0,806	10	0.744	19	0.644
2	0.702	11	0.576	20	0.574
3	0.613	12	0.621	21	0.682
4	0.642	13	0.768	22	0.668
5	0.665	14	0.532	23	0.464
6	0.657	15	0.389	24	0.788
7	0.627	16	0.764	25	0.586
8	0.711	17	0.688	26	0.486
9	0.548	18	0.712	27	0.842

يعد تشبع الفقرة دالاً إذا كان لا يقل عن ٠.٣٠ (وفقاً لمحك Guilford 1954 (Guilford, 1954, p.

● مؤشرات الثبات - **Reliability: A** إعادة الاختبار: **Test-Retes** بعد تطبيق المقياس على مرتين وبفاصل زمني بلغ (١٤) يوماً على عينة بلغت (٣٠) فرداً، تم استعمال معامل ارتباط بيرسون، وبلغت درجة معامل الارتباط (٠.٧٢).

B - معامل الفا كرونباخ: **Cronbach-Alpha** تم استخدام معامل ألفا كرونباخ لقياس الاتساق الداخلي للمقياس بعد تطبيقه على عينة التحليل المؤلفة من (٢٠٠) فرداً، وقد بلغت قيمته (٠.٧٨).

التطبيق النهائي: بعد ان استوفى المقياس شروطه من صدق وثبات، بلغ عدد فقراته بصورته النهائية ٢٧ فقرة، فقد تم تطبيقه على عينة بلغت (٢٠٠) مسن ومسنه.

الوسائل الإحصائية: استعمل الباحث الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS في تحليل نتائج البحث مستخدماً الوسائل الإحصائية الآتية:

الاختبار التائي لعينة واحدة : الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لاستخراج القوة التمييزية للفقرات/معامل ارتباط بيرسون لاستخراج علاقة الفقرة بالدرجة الكلية ، استعمال التحليل العاملي (FactorAnalysis) لمعرفة تشعبات فقرات المقياس/معامل ألفا كرونباخ لاستخراج الثبات (الاتساق الداخلي)

نتائج البحث: Result of Research:

الهدف الاول: بناء مقياس الصحة المعرفية للمسنين. تم تحقيق هذا الهدف من خلال بناء مقياس الصحة المعرفية للمسنين، بعد اتمام الإجراءات البحثية اللازمة في إجراءات البحث المشار إليها سابقا.

الهدف الثاني: قياس الصحة المعرفية لدى المسنين الذين يعيشون مع عوائلهم وقرانهم في دور الرعاية.

بعد تطبيق مقياس الصحة المعرفية على عينة قوامها (٢٠٠) مسن ومسنه اذ اظهرت نتائج البحث ان الوسط الحسابي لعينة (المسنين مع عوائلهم البالغ عددهم ١٢٠) (٦٩.٧٦٤) درجة بانحراف معياري (٩.٥٦٢) درجة ، وبلغ الوسط الحسابي لعينة (نزلاء دور رعاية المسنين البالغ عددهم ٨٠) (٦٧.٤٢٦) درجة وبانحراف معياري (٨.٦١٢) درجة ، في حين كان الوسط الفرضي للمقياس (٦٧.٥) وبعد أستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة بلغت القيمة التائية المحسوبة لعينة (المسنين مع عوائلهم) (2.593) درجة وهي دالة احصائيا وهذا يعني ان المسنين مع أسرهم يتمتعون بالصحة المعرفية، وبلغت القيمة التائية المحسوبة لعينة (مسنين دور رعاية المسنين) (0.076) درجة وهي أصغر من القيمة الجدولية (١.٩٦) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ، وهذا يعني ان المسنين في دور رعاية المسنين لا يتمتعون بالصحة المعرفية وكما مبين ادناه في الجدول (٤) .

الجدول (٤) الاختبار التائي لقياس الصحة المعرفية لدى المسنين مع عوائلهم-دور الرعاية

العينة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	الدلالة عند ٠.٠٥
المسنين مع عوائلهم	120	69.764	9.562	67.5	2.593	1.96	دالة
المسنين في دور الرعاية	80	67.426	8.612	67.5	0.076		غير دالة

يتبين من الجدول اعلاه ان عينة البحث (المسنين مع عوائلهم) يتمتعون بالصحة المعرفية وهذا يتفق مع ما أشارت إليه الأدبيات النفسية التي تناولت هذا المتغير، اذ ان وجود المسنين في بيئة امنة توفر لهم الدعم النفسي والاجتماعي وتعد مصدر مهم من مصادر الشعور بالأمن والتمتع بالصحة النفسية والمعرفية، اذ انه كلما شعر المسن انه مازال يتلقى الدعم والمساندة في البيئة التي يعيش فيها يكون اكثر قدرة وايجابية على التفاعل والعطاء بصورة اكثر ايجابية ومقبولية، فضلاً عن ذلك أن. التفاعل الاجتماعي هو عامل مهم للشيخوخة الصحية مع فوائد تشمل تحسينات في جودة الحياة، من ناحية، والحفاظ على القدرة على التنقل والاستقلال، ومن ناحية أخرى، لتقليل مخاطر العديد من الحالات المزمنة (الاكتئاب، والتهاب المفاصل، وهشاشة العظام، ومتلازمة التمثيل الغذائي والسكري والسكتة الدماغية وأمراض شرايين القلب التاجية والإصابات الناتجة عن السقوط). (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017). (Stern ٢٠٠٣). قاد (WHO. 2010) من جانب اخر اظهرت النتائج أن المسنين الذين يعيشون في دار رعاية المسنين لا يتمتعون بالصحة المعرفية، ويمكن تفسير ذلك إلى أن مواجهة المسنين لإحداث مؤلمة شاقة مستمرة تؤدي بهم الى اللامبالاه والانسحاب ومن ثم الإحساس باليأس والعجز والنسيان وعدم القدرة على اتخاذ القرارات وقلة التفاعل الاجتماعي والذي يرافقه بعد ذلك التشاؤم والاكتئاب، فضلاً عن ذلك الخوف من فقدان العلاقات الاجتماعية مع الآخرين والرعاية المقدمة لهم من قبل القائمين على دور رعاية المسنين.

الهدف الثالث: تعرف دلالة الفرق في الصحة المعرفية لدى المسنين الذين يعيشون مع عوائلهم وأقرانهم في دور الرعاية بحسب النوع (ذكور - إناث)

تم تطبيق مقياس الصحة المعرفية على عينة بلغت (١٢٠) مسن ومسنة ممن يعيشون مع عوائلهم وبواقع (٧٠) مسن و(٥٠) مسنة، وقد تم استعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين وبلغ الوسط الحسابي للذكور (٦٨.٤٣٣) درجة وبانحراف معياري (٨.٥٣٢) درجة، وبلغ الوسط الحسابي للإناث (٦٤.٦٤٢) درجة وبانحراف معياري (٦.٨٨٦) درجة وكانت القيمة التائية المحسوبة (٢.٦٩٦) وهي أكبر من القيمة الجدولية البالغة (١,٩٦)، وهذا يعني بأنها دالة إحصائياً و لصالح الذكور عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، وبذات السياق تم تطبيق المقياس على عينة المسنين في دور رعاية المسنين البالغ عددهم (٨٠) مسن ومسنة بواقع (٤٠) مسن و(٤٠) مسنة وبلغ المتوسط الحسابي للذكور (٦٤.٢٢٤) درجة بانحراف معياري (٦.٦٤٢) درجة، وبلغ الوسط الحسابي للإناث (٦٣.١٠٣) درجة بانحراف معياري (٧.٨٦٨) درجة وكانت القيمة التائية المحسوبة (١.٨٦٢) وعند مقارنتها بالقيمة

الجدولية (١,٩٦)، وجد بأنها غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، والجدول (٥) يوضح ذلك.

جدول (٥) الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق بين (الذكور - الإناث) لقياس الصحة المعرفية

العينة	النوع	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	الدلالة
المسنين مع عوائلهم	ذكور	70	68.433	8.532	2.696	1.96	دالة
	أناث	50	64.642	6.886			
المسنين في دور الرعاية	ذكور	40	64.224	6.642	1.862	1.96	غير دالة
	أناث	40	63.103	7.868			

تشير نتائج الجدول (٥) أن المسنين الذكور الذين يعيشون مع عوائلهم يتمتعون بصحة معرفية أكبر من المسنات الإناث ، ويعود ذلك إلى طبيعة الذكور التي تتميز بالديناميكية، فضلا عن التفاعل الاجتماعي في المناسبات الاجتماعية والقدرة على اتخاذ القرارات وممارسة النشاطات الرياضية والفكرية التي من شأنها ان تنمي القدرات الصحية بشكل عام والصحة المعرفية بشكل خاص، كما ان لدى الذكور استعداد افضل من الإناث للتقبل والتعايش مع جميع الظروف، فضلا عن القابلية للانخراط في الحياة ومواجهة مشكلاتها مقارنة مع الإناث، اما في الجانب الآخر فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين المسنين في دور الرعاية في الصحة المعرفية بين الذكور والإناث ، ويمكن تفسير ذلك ان كلاهما يعيشان في نفس البيئة (دور الرعاية) يتعرضان إلى الظروف نفسها والخبرات الحياتية المتشابهة، فضلا عن ذلك أن عملية التفاعل الاجتماعي تكون في مساحة ضيقة لا تسمح لهم بالاختلاط بالمجتمع الخارجي والتعرض للمؤثرات الخارجية التي تتيح لهم تنمية القدرات المعرفية واتخاذ القرارات

- **التوصيات : Recommendations:** في ضوء نتائج البحث يوصي الباحث الجهات المعنية بالآتي:

١. توجيه وزارة العمل والشؤون الاجتماعية على الاهتمام بدور رعاية المسنين وتوفير كل ما يحتاجه المسن مما يحفظ لهم حياة كريمة يشعر بها المسنون بالراحة والأمن.

٢ . العمل على سن القوانين التي من شأنها أن تحفظ حقوق المسنين ومتطلبات العيش الكريم.

٣ . ضرورة توفير الأماكن الثقافية والترفيهية التي من شأنها أن تنمي القدرات المعرفية والاجتماعية والجسمية لدى المسنين .

المقترحات : Suggestions

١ . إجراء دراسات حول متغير الصحة المعرفية على عينات أخرى تتمثل (المدمنين على الهوائق النقال، المحكومين، المراهقين، المهمشين)

٢ . إجراء دراسات حول متغير الصحة المعرفية مع متغيرات أخرى من قبيل (الإسناد الاجتماعي، جودة الحياة، الشخصية النشطة، الرفاه النفسي والتهميش الاجتماعي)

المصادر العربية والاجنبية:

أثناسيوس ، زكريا وعبد الجبار توفيق البياتي (١٩٧٧): المدخل إلى التحليل العاملي . بغداد : الجامعة المستنصرية .

بيسكوف، ليفورد ج. (١٩٨٤): علم نفس الكبار . ترجمة: دحام الكيالي وعائف حبيب، بغداد: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم.

شعلان، محمد (١٩٩١): المسن كلمة تحتاج الى تعريف .

الزبيدي ، كامل علوان (٢٠٠٩): الصحة النفسية ، الطبعة الاولى ، دار علاء الدين للنشر والترجمة ، سوريا .

فهيمى، محمد وفهيمى ، نورهان (١٩٩٩) : الرعاية الاجتماعية للمسنين ، الاسكندرية ، مصر .

Aube, Denise (2017) Cognitive Health, a New Target for Healthy Aging.

Bart, R., Ishak, W. W., Ganjian, S., Jaffer, K. Y., Abdelmesseh, M., Hanna, S., Danovitch, I. (2018). The assessment and measurement of wellness in the clinical medical setting: A systematic review. Innovations in Clinical Neuroscience, 15(9-10), 14–23.

Baltes, P.B.; Baltes, M.M. Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences; Baltes, P.B., Baltes, M.M., Eds.; Cambridge University Press: Cambridge, UK, 1993. Available online: <https://www.cambridge.org/es/academic/subjects/medicine/mental-health-psychiatry-and-clinical-psychology/successful-aging-perspectives-behavioral-sciences?format=PB> (accessed on 3 November 2020).

Erickson, E. (1963) Children and society; New York , NY: W.W.N

Hakim A. 2016. Préservez votre vitalité mentale: 7 règles pour prévenir la démence, Éditions de l'Homme, Montréal, Québec, 240 p.

- Havighurst, R. J. Neugarten, B. L. & Tobin, S. S. (1968) Disengagement and pattern of aging ..In B. L. Neugarten (Ed) ,Middle age and aging (pp.67-71) Chicago,IL:Univ ersity of Chicago Press.
- Holm,A.K.;Lepp,M.& Ringsberg,K.C.(2005) Dementia:Involving patints in storytelling- A caring intervention.A pilot study. Journal of Clinical Nursing ,14(2),256-263.
- Institute of Medicine of the National Academies. 2015. Cognitive Aging: Progress in Understanding and Opportunities for Action, Washington, DC: The National Academies,p: 331.
- Kure ,Christina (2009) Cognitive health, Journal of Complementary Medicine, <https://www.researchgate.net/publication/263426544>
- The Lancet Commission. 2017. Dementia Prevention, Intervention, and Care, 62 p. Published online July 20: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6).
- National Institute on Aging, National Institute of Mental Health, National Institute of Neurological Disorders and Stroke. 2005. Report of the Critical Evaluation Study Committee of the Cognitive and Emotional Health Project.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017. Preventing Cognitive Decline and Dementia: A Way Forward. Washington, DC: The National Academies. 132 p.
- Neumann,C.V.(200) Sources of meaning and energy in the chronically ill frail elder.Unpubilshed paper prepared for the Ronald E.Mcnair elder. Research program,University of Wisconsin Milwaukee.
- Peck,R.(1968) Psychological development in the second half of life.In B.L. Neugarten (Ed.),Middle age and aging:A reader in social Psychology (pp.88-92) Chicago,IL:University of Chicago Press.
- Rook,K.S, chambart L,famile habitation,pairis. C.n,r,s.tome 1.
- Putnam ,M.(2002) Linking aging and disability models: Increasing the potential to explore aging with physical impairment.Gerontologist,42,799-806.
- Riddle DR, et al. Rev Clin Gerontol 2007;17(4):225–39.
- Scholey A, et al. Drugs Future 2008;33(10):869–74.
- WHO. World Report on Ageing and Health 2015; WHO: Geneva, Switzerland, 2017. Available online: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/> (accessed on 16 July 2019).
- World Health Organization. 2012. Dementia: A Public Health Priority. WHO Library, 112 p.

WHO. 2010. Global Recommendations on Physical Activity for Health, WHO library, 60 p.

WHO. Active Ageing: A Policy Framework; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2002.

– مقياس الصحة المعرفية

ت	الفقرات	تنطبق دائماً	تنطبق غالباً	تنطبق أحياناً	لا تنطبق أبداً
1	اجد صعوبة في تذكر اسم الشخص الذي قابلته قبل قليل				
2	انسى اين وضعت الاشياء (نظاراتي . الكتاب)				
3	لدي صعوبة في قراءة ايماءات او تعابير وجوه الآخرين				
4	اجد نفسي قادرا على اتخاذ القرارات.				
5	اجد نفسي شارد الذهن واستغرق في احلام اليقظة.				
6	اتذكر احداث عديدة عن طفولتي.				
7	عندما اتحدث انسى ماكنت سأقوله.				
8	لدي الوعي في ادارة علاقاتي مع الآخرين.				
9	اجد نفسي قادر على حل المشكلات واتخاذ القرارات.				
10	اجد صعوبة في التعبير عن افكاري لفظياً.				
11	اشعر بالقلق بشأن ذاكرتي.				
12	انسى ماقلت به من اعمال يوم امس.				
13	استطيع توقع افعال ونوايا الآخرين.				
14	احتاج الى وقت طويل لاتخاذ القرارات.				
15	اعاني من الضبابية الذهنية وصعوبة في التفكير.				
16	اجد صعوبة في تذكر الاحداث في مراحل حياتي السابقة				
17	انسى اسماء الاشخاص الذين قابلتهم في مناسبة ما.				
18	اعرف مايشعر به الآخرون من خلال تعبيرات وجوههم				

				اعاني من البطء في اتخاذ القرارات.	19
				اعاني من التعب العقلي.	20
				ذاكرتي خزين من المعلومات الايجابية.	21
				النسيان يحرمني امام الآخرين.	22
				لدي القدرة على اقناع الآخرين.	23
				اواجه صعوبة في انجاز المهام.	24
				اعاني من النسيان في استخدام المهارات (الكتابة، القراءة، قيادة السيارة).	25
				اميل الى البطء في اداء المهام العقلية والاجتماعية.	26
				اواجه صعوبة في مسايرة العادات الاجتماعية.	27