

جامعة الجزائر -2- أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث ل.م.د في علم النفس الصحة

إشراف الأستاذة الدكتورة:

شهرزاد بوشدوب

إعداد الطالبة :

إيمان طالبي

السنة الجامعية

2021 - 2020

جامعة الجزائر -2- أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث ل.م.د في علم النفس الصحة

إشراف الأستاذة الدكتورة:

شهرزاد بوشدوب

إعداد الطالبة :

إيمان طالبي

السنة الجامعية

2021 - 2020

شكر وتقدير

أشكر الله عز وجل كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه على ما وهبني من صبر وتفويق لإنجاز هذه الأطروحة والصلاة والسلام على نبينا محمد وآله وصحبه وسلم تسليماً كثيراً.

يسرني أن أتقدم بجزيل الشكر للأستاذة المشرفة الدكتورة شهرزاد بوشدوب على كل ما قدمته لي من توجيهات ونصائح قيمة، فقد كانت نعم الأستاذة، جزاها الله خيراً كثيراً وأدام الله عليها الصحة والعافية.

كما يسعدني أن أتقدم بجزيل الشكر للأستاذة الدكتورة دليلة زناد على جهودها الجبارة في سبيل الإرتقاء بتخصص علم النفس الصحة وتكوين طلبة علم النفس الصحة، جزاها الله خيراً كثيراً وأدام الله عليها الصحة والعافية.

كما يسعدني أن أتقدم بجزيل الشكر لجميع أساتذة قسم علم النفس بجامعة أبو القاسم سعد الله

الإهداء

إلى الوالدين العزيزين، اللذان سانداني كثيرا، وتمراني بحبهم وعطفهم، أطال الله عمرهما
وجزاها الله أجرا كبيرا، وأدام الله عليهما الصحة والعافية.

إلى أختي التوأم مونية، التي ساندتني كثيرا وكانت نعم الأخت، جزاها الله أجرا كبيرا، وأدام الله
عليها الصحة والعافية.

ملخص :

يهدف البحث الحالي إبراز الدور المعدل للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع، ولتجسيد هذا الهدف والإجابة على تساؤلاته والتحقق من فرضياته، تم اختيار عينة ملائمة أو المتاحة، مكونة من (104) مريضاً بالصرع (52) ذكور و(52) إناث، الذين أجروا الفحص في مصلحة طب الأعصاب بالمركز الاستشفائي الجامعي "مصطفى باشا".

وقد تمّ تطبيق على هذه العينة ثلاث مقاييس وهي: مقياس المساندة الاجتماعية، مقياس فعالية الذات الخاص بمرض الصرع، ومقياس نوعية الحياة وذلك بعد أن تمّ التأكد من خصائصها السيكومترية. وفور جمع البيانات قمنا بتبويبها ثمّ تحليلها عبر البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد خلص البحث الحالي إلى مجموعة من النتائج، تم تفسيرها في ضوء التراث النظري والدراسات السابقة المتاحة وهي كما يلي:

- ✓ توجد علاقة ارتباطية موجبة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع.
- ✓ يتمتع مرضى الصرع بمستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية.
- ✓ توجد علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى الصرع.
- ✓ توجد علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع.
- ✓ توجد علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية (مرتفع، متوسط).
- ✓ لا توجد فروق بين الجنسين من مرضى الصرع في درجة المساندة الاجتماعية.
- ✓ توجد فروق في درجة المساندة الاجتماعية تبعاً لسن مريض الصرع (أقل من (35) سنة، وبين (35) و(45) سنة، وأكثر من (46) سنة).
- الكلمات المفتاحية : المساندة الاجتماعية، فعالية الذات، نوعية الحياة، مرضى الصرع.

Résumé :

la présente recherche a pour objectif, de démontrer le rôle modérateur du soutien social sur la relation entre l'auto-efficacité et la qualité de vie chez les patients épileptiques, afin de réaliser cet objectif, répondre à ses questions et vérifier ses hypothèses, un échantillon de convenance a été choisi, composé de (104) patients épileptiques (52) homme et (52) femmes qui ont consulté au service neurologie au centre hospitalier universitaire «Mustapha pacha ».

Trois échelles ont été appliquées : échelle de soutien social, échelle de auto-efficacité de l' épilepsie, échelle de qualité de vie, après la validation des propriétés psychométriques des échelles . Une fois les données collectées, nous les avons classées puis analysées par le logiciel statistique pour les sciences sociales (SPSS). Cette recherche s'est conclue par un ensemble de résultats qui ont été interprétés à la lumière du patrimoine théorique et des études précédentes disponibles, Ils sont les suivants :

-Il existe une corrélation positive entre l'auto-efficacité et la qualité de vie chez le patients épileptiques .

- les patients épileptiques ont un niveau élevé de soutien social .

- Il existe une corrélation positive entre le soutien social et l'auto-efficacité chez les patients épileptiques.

-Il existe une corrélation positive entre le soutien social et la qualité de vie chez les patients épileptiques.

-Il existe une corrélation positive entre l'auto-efficacité et la qualité de vie chez les patients épileptiques selon le niveau de soutien social (élevé, moyen)

- Il n'y a pas des différences de genre dans le degré de soutien social chez les patients épileptiques.

- Il y a des différences dans le degré de soutien social selon l'âge du patient (moins de (35) ans, entre (35) et (45) ans, plus de (46) ans)

Mots clés : soutien social, l'auto-efficacité, qualité de vie, patients épileptiques.

Abstract:

The present research aims to demonstrate the moderating role of social support on the relationship between self-efficacy and quality of life in epileptic patients, in order to achieve this objective, answer its questions and verify its hypotheses, a convenience sample was chosen, composed of (104) epileptic patients (52) men and (52) women who consulted the neurology department at the “Mustapha Pacha” university hospital center.

Three scales were applied: social support scale, epilepsy self-efficacy scale, quality of life scale, after validation of the psychometric properties of the scales. Once the data was collected, we classified it and then analyzed by statistical software for the social sciences (SPSS). This research concluded with a set of results, which were interpreted in the light of the theoretical heritage and previous studies available as follows :

- There is positive correlation between self-efficacy and quality of life in epileptic patients.
- Epileptic patients have a high level of social support.
- There is positive correlation between social support and self-efficacy in epileptic patients.
- There is positive correlation between social support and quality of life in epileptic patients.
- There is positive correlation between self-efficacy and quality of life in epileptic patient according to the level of social support (high, medium).
- There is no gender differences in the degree of social support in epileptic patients.

- There is differences in the degree of social support according to the age of epileptic patients (under (35) years, between (35) and (45) years and over (46) years).

Keywords: social support, self-efficacy, quality of life, epileptic patients.

فهرس المحتويات

- أ- ملخص باللغة العربية.....01
- ب- ملخص باللغة الفرنسية.....01
- د- ملخص باللغة الانجليزية.....01
- ك- قائمة الجداول.....01
- ل- قائمة الأشكال والمخططات.....01
- مقدمة.....01

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

- تمهيد.....05
- 1- إشكالية البحث.....05
- 2- فرضيات البحث.....12
- 3- أهداف البحث.....13
- 4- أهمية البحث.....13
- 5- التحديد المفاهيم الأساسية للبحث.....14

الفصل الثاني : مرض الصرع

- تمهيد.....19
- 1- تعريف مرض الصرع.....19
- 2- آلية حدوث نوبة الصرع.....20
- 3- أنواع النوبات الصرعية.....23
- 4- أشكال المتلازمات الصرعية.....28
- 5- أسباب الصرع.....30
- 6- تشخيص مرض الصرع.....34
- 7- علاج الصرع.....39
- خلاصة.....54

الفصل الثالث : المساندة الاجتماعية

- تمهيد..... 56
- 1- مفهوم المساندة الاجتماعية..... 56
- 2- مكونات المساندة الاجتماعية..... 59
- 3- أنواع المساندة الاجتماعية..... 61
- 4- النماذج النظرية المفسرة لدور المساندة الاجتماعية..... 63
- 5- مصادر المساندة الاجتماعية..... 64
- 6- شروط المساندة الاجتماعية..... 66
- 7- مقاييس المساندة الاجتماعية..... 67
- 8- علاقة المساندة الاجتماعية بفعالية الذات لدى المرضى..... 69
- 9- علاقة المساندة الاجتماعية بنوعية الحياة لدى المرضى..... 70
- خلاصة..... 74

الفصل الرابع : فعالية الذات

- تمهيد..... 76
- 1- مفهوم فعالية الذات..... 76
- 2- أبعاد فعالية الذات..... 77
- 3- مصادر فعالية الذات..... 80
- 4- أنواع فعالية الذات..... 87
- 5- نظرية فعالية الذات ل "باندورا" (1986)..... 88
- 6- خصائص فعالية الذات..... 90
- 7- خصائص الأفراد ذوي فعالية الذات المرتفعة وذوي فعالية الذات المنخفضة..... 91
- 8- علاقة فعالية الذات بنوعية الحياة لدى المرضى..... 92
- خلاصة..... 96

الفصل الخامس: نوعية الحياة

تمهيد.....	98
1- الإطار التاريخي لنوعية الحياة.....	98
2- مفهوم نوعية الحياة.....	99
3- أبعاد نوعية الحياة	101
4- التوجهات النظرية لتفسير نوعية الحياة.....	106
5- مؤشرات نوعية الحياة.....	112
6- مقاييس نوعية الحياة.....	113
خلاصة.....	117

الجانب التطبيقي

الفصل السادس : منهجية البحث

تمهيد.....	120
1- منهج البحث.....	120
2- مجال البحث.....	120
3- عينة البحث وخصائصها.....	120
4- أدوات البحث.....	122
1-4 مقياس المساندة الاجتماعية ل	122
Spender.....	122
2-4 مقياس فعالية الذات خاص بصرع ل "ديلوريو" وآخرون Dilorio et al.....	126
3-4 مقياس نوعية الحياة SF-36.....	130
5- إجراءات البحث.....	135
6- الأساليب الإحصائية المعتمدة في البحث.....	136

الفصل السابع : عرض ومناقشة وتفسير نتائج البحث

139.....	تمهيد.....
139.....	1- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى.....
139.....	1-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.....
141.....	1-2 تفسير نتائج الفرضية الأولى.....
148.....	2- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية.....
148.....	1-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.....
149.....	1-2 تفسير نتائج الفرضية الثانية.....
153.....	3- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.....
153.....	1-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....
153.....	1-2 تفسير نتائج الفرضية الثالثة.....
155.....	4- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.....
155.....	1-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....
157.....	1-2 تفسير نتائج الفرضية الرابعة.....
164.....	5- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة.....
164.....	1-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....
165.....	1-2 تفسير نتائج الفرضية الخامسة.....
166.....	6- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة.....
166.....	1-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.....
167.....	1-2 تفسير نتائج الفرضية السادسة.....
169.....	7- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة.....
169.....	1-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.....
170.....	1-2 تفسير نتائج الفرضية السابعة.....

8-الاستنتاج العام.....172.....

9- توصيات والاقتراحات.....174.....

- خاتمة.....175.....

- قائمة المراجع :

المراجع باللغة العربية.....177.....

المراجع باللغة الأجنبية.....181.....

قائمة الملاحق :

- الملحق رقم (1): رخصة الدخول إلى مصلحة طب الأعصاب في المركز الاستشفائي الجامعي "مصطفى باشا"

- الملحق رقم (2): قائمة أسماء الأساتذة المحكمين على مقياس فعالية الذات

- الملحق رقم (3): أدوات البحث

أ- أدوات البحث في صورتها الأولية

ب- أدوات البحث في صورتها النهائية

الملحق رقم (4): المعالجة الإحصائية المعتمدة في البحث

أ- الخصائص السيكومترية لأدوات البحث

ب- المعالجة الإحصائية لفرضيات البحث

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
121	توزيع أفراد عينة البحث حسب الجنس	1
122	توزيع أفراد عينة البحث حسب فئات السن	2
126	يبين دلالة الفروق بين متوسطي درجات أعلى توزيع (27%) وأدنى توزيع (27%) لمقياس المساندة الاجتماعية (ن: 30)	3
128	يبين العبارات قبل وبعد التعديل لمقياس فعالية الذات الخاص بالصرع	4
129	يبين دلالة الفروق بين متوسطي درجات أعلى توزيع (27%)	5
130	محاور وبنود مقياس نوعية الحياة SF-36	6
131	كيفية تنقيط مقياس نوعية الحياة SF-36	7
132	كيفية حساب الدرجات الفرعية والدرجة الكلية	8
134	يبين دلالة الفروق بين متوسطي درجات أعلى توزيع (27%)	9
139	نتائج معامل الارتباط "سبيرمان" لدلالة العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع	10
148	يبين مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى الصرع	11
153	نتائج معامل الارتباط "سبيرمان" لدلالة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى الصرع	12
155	نتائج معامل الارتباط "سبيرمان" لدلالة العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع	13
164	العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية	14
167	نتائج اختبار "مان-ويتني" لدلالة الفروق في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية لدى مرضى الصرع تبعاً للجنس	15
169	نتائج اختبار "كروسكال - واليس" لدلالة الفروق في المساندة الاجتماعية تبعاً لسن مريض الصرع	16
170	نتائج اختبار "مان-ويتني" لدلالة الفروق بين المجموعات في المساندة الاجتماعية تبعاً للسن	17

قائمة الأشكال والمخططات

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
22	رسم تخطيطي يوضح آلية حدوث النوبة الصرعية	1
27	رسم تخطيطي يوضح النوبات العامة والنوبات الجزئية	2
80	رسم تخطيطي يوضح أبعاد فعالية الذات	3
148	التمثيل البياني لمستويات المساندة الإجتماعية	4

مقدمة :

يُعد مرض الصرع من الأمراض العصبية الأكثر انتشارا بعد الصداع النصفي، فحسب تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة (2018) بلغ عدد المصابين به حوالي (50) مليون شخص في العالم، ولمرض الصرع انعكاسات نفسية واجتماعية عديدة فغالبا ما يكون مريض الصرع ضحية الأحكام المسبقة ونظرة السلبية والوصم الاجتماعي والتمييز، فمع الأسف إلى يومنا هذا ما زالت تحوم حول هذا المرض معتقدات خاطئة والخرافات فمازال الفكر سائد في العديد من المجتمعات أن مريض الصرع مصاب بالمس الشيطاني، وعليه يعتبر عدم فهم الآخرين لهذا المرض عبء كبير أكثر من المرض بحد ذاته، لذلك يشعر مريض الصرع بالدونية وانخفاض تقدير الذات وعدم الثقة بالنفس والإحباط والغضب ويعتبر القلق والاكتئاب من اضطرابات النفسية الأكثر شيوعا لديه مما يؤدي به إلى الانعزال والإنطواء وغيرها من المشاعر السلبية، لذلك تجده بأشد الحاجة إلى مختلف أشكال المساندة الاجتماعية بغية تحسين نوعية الحياة لديه، لهذا ارتأينا من خلال هذا البحث إبراز دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مريض الصرع وعليه قمنا بتقسيم البحث إلى جانبين: الجانب الأول نظري والثاني تطبيقي حيث يحوي الجانب النظري على خمسة فصول وهي:

الفصل الأول: يشمل هذا الفصل عرض للخلفية نظرية التي انطلق منها البحث محددين إشكالية البحث وفرضياته كذلك الأهداف والأهمية وتقديم التعريفات الاجرائية للمفاهيم الأساسية الواردة في البحث.

الفصل الثاني: تضمّن هذا الفصل التعريف بمفهوم مرض الصرع، وآلية حدوث النوبة الصرعية، أنواع النوبات الصرعية، أشكال المتلازمات الصرعية، أسباب مرض الصرع، وتشخيصه وكيفية علاجه.

الفصل الثالث: تضمّن هذا الفصل التعريف بالمساندة الاجتماعية ومكوناتها وأنواعها ونماذج النظرية المفسّرة لدورها ومصادرها وشروطها ومقاييسها كما تطرقنا في الأخير إلى تبيان العلاقة بين المساندة وفاعلية الذات لدى المرضى والعلاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى المرضى.

الفصل الرابع: تضمّن هذا الفصل التعريف بمفهوم فعالية الذات، وأبعادها ومصادرها وأنواعها، ونظرية فعالية الذات لـ "باندورا" كما كشفنا عن خصائص الأفراد ذوي فعالية الذات المرتفعة وذوي فعالية الذات المنخفضة، كما تطرقنا في الأخير إلى تبيان العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى المرضى.

الفصل الخامس: تضمّن هذا الفصل الإطار التاريخي لمفهوم نوعية الحياة، وتعريفها، وأبعادها، والتوجهات النظرية المفسّرة لها، ومؤشراتها، وفي الأخير التعرّف على بعض المقاييس التي وضعت لها.

أمّا الجانب التطبيقي فينقسم بدوره إلى فصلين هما:

الفصل السادس: يتعلّق هذا الفصل بالجانب المنهجي الذي يشمل الخطوات المنهجية التي تم اعتمادها لاختبار الفرضيات انطلاقاً من عرض المنهج المتبع والتعريف بعينة البحث وخصائصها وتحديد المجالين المكاني وزماني للبحث، ثم الأدوات المعتمدة في البحث والخصائص السيكمترية لكل منها، بالإضافة إلى إجراءات البحث وأخيراً الأساليب الإحصائية المتّبعة في البحث.

الفصل السابع: تم تخصيص هذا الفصل لعرض نتائج البحث في ضوء فرضياته، وكذلك مناقشتها وتفسيرها وربطها بأهم النتائج النظرية وتطبيقية المتوصّل إليها من دراسات السابقة المتاحة، وفي الأخير سيتم عرض الاستنتاج العام والخاتمة بالإضافة إلى اقتراحات وتوصيات التي تعزز من قيمة بحثنا وتفتح آفاق في ميادين بحثية أخرى.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

تمهيد:

يُعدّ مرض الصرع من الأمراض العصبية الأكثر شيوعاً في العالم بعد الصداع النصفي إلاّ أنّه إلى يومنا هذا لا يزال غير معروف كفاية، كما أنّ هناك قلة في الدراسات الأكاديمية النفسية التي عالجت مرض الصرع.

ويأتي البحث الحالي كواحد من البحوث التي تدعّم الاهتمام بالجانب النفسي لهذا المرض، من خلال تناول الباحثة إشكالية تبحث عن دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع.

1- إشكالية البحث:

تُعدّ الأمراض بمختلف أنواعها من أهم المشكلات التي تواجهها المجتمعات الإنسانية، فتعشّي مثلاً للأمراض المزمنة وانتشارها بشكل واسع ووبائي عمل على جذب انتباه الباحثين إلى العوامل السلوكية والنفسية والاجتماعية التي تلعب دوراً هاماً في هذه الأمراض وكذا في كيفية مواجهتها (عزوز، 2009، ص.2).

ويرجع الفضل طبعاً إلى النموذج البيونفسي الاجتماعي الذي استطاع أن يُعطي تفسيراً علمياً لهذه الأمراض، فهو يرى أنّ الصحة والمرض أمران ينجمان عن تفاعل عوامل حيوية ونفسية واجتماعية، بمعنى أنّ العمليات التي تتم على المستوى الاجتماعي الواسع (مثل وجود المساندة الاجتماعية أو وجود الكآبة) والعمليات التي تتم على المستوى الشخصي الضيق (مثل اضطرابات الخلية أو انعدام التوازن الكيميائي) تتفاعل جميعها لكي تُؤدي إلى حالة من الصحة والمرض (تايلور، 2008، ص. 56-57)، ومن بين هذه الأمراض المزمنة التي شكّلت محل اهتمامنا في هذا البحث لدينا مرض الصرع الذي يُعرف على أنّه مرض عصبي مزمن ينتج عن إشارات كهربائية غير طبيعية في الدماغ (L'Organisation Mondiale de la Sante, 2018).

ولهذا المرض عواقب نفسية إجتماعية وخيمة، فمريض الصرع يُعاني من نظرة الآخرين السلبية له ومن الأحكام المسبقة، ويُعاني أيضا من القلق والخوف الدائم من تعرضه لنوبة صرعية، وأكبر مخاوفه هو الموت جراء إمكانية تعرضه لنوبة صرعية في أماكن خطيرة كالجسر، وصعوبة الحصول على وظيفة والزواج مما يؤدي إلى إصابته بالإكتئاب والإنعزال وغيرها من المشاكل النفسية والاجتماعية وجب على المريض مواجهتها والتكيف معها، ومن بين العوامل المساعدة على ذلك حسب (خلاف وعدوان، 2017، ص.328) نجد إحساس المريض بفعاليته الذاتية هذه الأخيرة لها أهمية خاصة في التكيف مع الأمراض المزمنة حيث أنها تُؤثر إيجابياً في السلوكيات الصحية للمرضى، وتؤدي للتكيف بشكل أفضل مع المرض ومع آثاره الجانبية، وكذلك تعطي الشعور بالسيطرة على الوضع الصحي، وكذا التحكم في الأعراض ونوعية الحياة.

ويُعرّف "باندورا" Bandura (1977) فعالية الذات بأنها: "توقعات الفرد عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض وتنعكس هذه التوقعات على إختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء وكمية الجهود المبذولة ومواجهة الصعاب وإنجاز السلوك (الجاسر، 2007، ص. 28)، ليس هذا فقط فقد أشار "باندورا" إلى أنّ ذوي فعالية الذات العالية يعتقدون بأنهم قادرون على ممارسة السيطرة على البيئة المحيطة، بينما الذين يفتقرون إلى فعالية عالية للذات فيتصفون بالعجز والتشاؤم وعدم الثقة، أي عجز فعالية الذات فيما يخص قدرتهم على ممارسة السيطرة والتحكم في بيئتهم. وفقا لهذا المنظور فإنّ الأفراد الذين لهم عادات سلوكية صحية وسليمة مثل ممارسة الرياضة والإلتزام بقواعد التغذية الصحية وتجنّب التدخين والمسكّرات وإجراء الفحوص الطبية الدورية ومراجعة المراكز الصحية يتميزون بفعالية عالية للذات ولهم ممارسات فعّالة في أنماط حياتهم (عبد العزيز، 2010، ص. 161-162).

وفي هذا الصدد أوضحت مجموعة من الدراسات التي قام بها " باندورا " أنّ الصحة لن تتحقّق بصفة كاملة إلاّ من خلال تنمية فعالية الذات والممارسة الفعلية للسلوكيات الصحية الإيجابية أي عندما تصبح فعالية الذات مُتغيراً أساسياً في النشاط الفسيولوجي الصحيّ للفرد، فإدراك الأفراد لفعاليتهم الذاتية يُؤثر على الخطط التي يعدّونها مسبقاً، فالذين لديهم إحساس مرتفع بفعاليتهم الذاتية يرسمون خطط ناجحة توضح الخطوط الإيجابية المؤدية لتحسين نوعية الحياة، بينما يميل الآخرون الذين يحكمون على أنفسهم بعدم الفعالية إلى رسم خطط فاشلة ممّا يجعل مستوى نوعية الحياة لديهم متدنّي (عدودة، 2015، ص. 9).

هذا ما تُؤكده أيضاً دراسات أخرى نذكر منها دراسة "كننغام" Cunningham، "لوك وود" Lockwood، و"كننغام" Cunningham (1991) التي أقيمت على عيّنة قوامها (273) من مرضى السرطان أظهرت نتائجها أنّ هناك علاقة موجبة قوية بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى (Cunningham et al, 1991, p. 71-78).

نفس الشيء أسفرت عنه دراسة "وو" Wu، "تشاو" Chau، "توين" Twinn (2007) التي أجريت على مرضى الستوما البالغ عددهم (96) حيث كشفت هي الأخرى عن وجود علاقة موجبة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى المرضى (Wu et al, 2007, p. 186-193).

وفي نفس السّياق أظهرت دراسة "أوبوسي" Obosi و"فاتونبي" Fatunbi (2018)، التي أقيمت على عينة قوامها (85) من مرضى السكري النوع الأول والثاني أنّ هناك علاقة موجبة بين فعالية الذات ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى هؤلاء المرضى (Obosi et Fatunbi, 2018, p. 1-9).

كما نجد دراسات أخرى عديدة أجريت في مختلف بلدان العالم ومع شرائح مختلفة من المرضى أكّدت نتائجها حقيقة العلاقة بين كل من فعالية الذات ونوعية الحياة منها:

دراسة (Adegbola, 2011, p. 5)، (Brink et al, 2012, p.346-355)، بالإضافة إلى أعمال (Sommaruga et al, 2012, p.1462) و (Testa et al, 2015) وكذلك دراسة كل من (Kurnia et al, 2017, p.32-37)، (Suresh et al, 2018, p.326-334) و (Peters et al, 2019, p.37)

تأسيساً على ما تقدّم ولأهمية فعالية الذات بالنسبة للمرضى وكيف أنّها تلعب دوراً لا يُستهان به في تحسين نوعية الحياة لديهم، رأينا أنّ من الأهمية بمكان معرفة أو بالأحرى الكشف عن العوامل المساعدة على تنميتها، وفي هذا الصدد يرى "ديلوريو" وآخرون (Dilorio et al, 2004) أنّ للمساندة الاجتماعية دور لا يُستهان به في تحسين الفعالية الذاتية لدى المرضى (Dilorio et al, 2004, p. 926-936)

فعلاً هذا ما أظهرته دراسة "كارا كاشكشي" Kara Kaşıkçı و"ألبارتو" Alberto (2007) التي توصلت إلى وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين المساندة الأسرية وفعالية الذات لدى مرضى الإنسداد الرئوي (Kara Kaşıkçı et Alberto, 2007, p. 1468-1478).

نفس الشيء أسفرت عنه دراسة "سمولهير" Smallheer، "ديتريش" Dietrich، (2019)، التي كشفت هي الأخرى عن وجود علاقة دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى احتشاء عضلة القلب الحاد (Smallheer et Dietrich, 2019, p. 246-255).

وفي نفس السياق توصلت دراسة "رشيد" Rashid، "زهرة" Zurha، "تان" Tan (2018)، التي أجريت على عيّنة قوامها (329) من مرضى السكري من النوع الثاني، أنّه توجد علاقة دالة بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات لدى هؤلاء المرضى (Rashid et al, 2018, p. 197-201)

وتعرف المساندة الإجتماعية حسب "خليل" (1996) : " بأنها ذلك الدعم المادي أو المعنوي يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض وتخفيف آلامه العضوية والنفسية الناجمة عن المرض" (خليل، 1996، ص. 100).

فهي تعمل حسب "أحمد" (2004) على نقل الإحساس والشعور للأفراد بأنهم ليسوا بمفردهم في مواجهة الضغوط أو التهديد، كما تترك لديهم انطباعاتاً بأنهم محل الرعاية والتقدير والإحترام (أحمد، 2004، ص. 90).

وفي هذا الصدد نجد العديد من الدراسات أوضحت أهمية المساندة الإجتماعية بالنسبة للمرضى نذكر منها دراسة "والستون" وآخرون Wallston et al (1983)، التي كشفت أنّ المساندة الإجتماعية تُعزّز من احتمالات الشفاء لدى الأشخاص الذين يُعانون من المرض(تايلور، 2008، ص. 450)

كما أنّ هناك دراسات أخرى أوضحت أهمية المساندة الإجتماعية بالنسبة لسلوك المريض تجاه مرضه نذكر منها دراسة " كريستنسن" وآخرون Chirstensen et al (1992)، التي بيّنت هي أخرى أنّ الأفراد الذين يحصلون على مستويات مرتفعة من المساندة الإجتماعية يكونون على الأغلب أكثر تقيداً والإلتزاماً بالنظام العلاجي الخاص بهم (المرجع السابق، ص. 450)

وقد أشارت دراسة "شيريتين" وآخرون Charyton et al (2009)، إلى أنّ مرضى الصرع بحاجة إلى التشجيع الحثيث والحفاظ على العلاقات الشخصية الداعمة التي تساعد في تحسين نوعية حياة لديهم. (Charyton et al, 2009, p. 640-645)

وفي نفس السياق أظهرت دراسة لـ"إليوت" وآخرون Elliott et al (2011) أنّ المساندة الإجتماعية للأزواج تحميان من الآثار السلبية لمرض الصرع (Elliott et al, 2011, p. 533-538).

كما يجدر الذكر أنّ هناك دراسات توصلت إلى وجود فروق بين الجنسين في ما يخص المساندة الاجتماعية لدى المرضى الاكثتاب، منها دراسة "سومان Soman، "بهات" Bhat، "لاثا" Latha، "براهاراج" Praharaj (2016)، التي أظهرت أنّ الذكور لديهم مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية مقارنة بالإناث (Soman et al, 2016, p. 22-29).

وفي المقابل كشفت دراسة "روزياك" Rosiak، "زاجوزدون" Zagozdzon (2017)، التي أقيمت على عينة قوامها (110) من مرضى التصلب المتعدّد، أنّ الذكور حصلوا على مساندة اجتماعية أربع مرات أقل من الإناث (Rosiak et Zagozdzon, 2017, p.923-935).

كما أشارت دراسات أخرى إلى وجود اختلافات في المساندة الاجتماعية بين المرضى تبعاً للسن نذكر منها دراسة "بينيت" وآخرون Bennett et al (2001) التي أجريت على مرضى قصور القلب المزمن قُسمت العينة إلى فئتين عمريتين، الفئة الأولى ضمّت مرضى قصور القلب المزمن البالغين أقل من (65) سنة والفئة الثانية ضمّت المرضى البالغين (65) سنة أو أكثر، أظهرت نتائج الدراسة أنّ هناك فروق في المساندة تبعاً لسن المريض، حيث أنّ مرضى قصور القلب البالغين أقل من (65) سنة أدركوا مساندة أقل مقارنة بالمرضى البالغين (65) سنة أو أكثر (Bennett et al, 2001, p. 671-688).

نفس الشيء أسفرت عنه دراسة "جراسي" وآخرون Grassi et al (1993)، التي كشفت أنّ مرضى السرطان كبار السن تحصّلوا على مساندة ضعيفة مقارنة بمرضى السرطان صغار السن. (Grassi et al, 1993, p.11-20).

أما فيما يتعلق بدور المساندة الاجتماعية مع بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية قد أشارت دراسة "كوستا" Costa، "سا" Sa و"كاليغوس" Calheiros (2017) أنّ المساندة

الإجتماعية تلعب دوراً هاماً في تحسين نوعية حياة مرضى التصلب المتعدد (Costa et al, 2017, p.267-271)

هذا ما أكدته أيضا "مقصودي" Maghsoodi و"صالح نجاد" Salehinejad (2018) عند تناولهما لدور المساندة الإجتماعية بالنسبة لنوعية الحياة لدى مرضى السرطان (Maghsoodi et Salehinejad, 2018, p.15-22)

كذلك توصلت دراسة "محمود" Mahmoud، "برما" Berma، "جبل" Gabal (2017) إلى وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالأمراض العقلية . (Mahmoud et al, 2017, p. 57-75)

نفس الشيء كشفت عنه دراسة "توركماندي" وآخرون Torkmandi et al (2019) التي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة دالة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة بأبعدها، كما استنتجت الدراسة أيضا أنّ المساندة الاجتماعية التي تقدمها العائلة والأصدقاء تؤثر كثيرا على نوعية الحياة لدى مرضى السرطان مما يجعلهم أكثر تكيّفاً مع المرض. (Torkamandi et al, 2019, p. 9-15)

استناداً على المعطيات النظرية والميدانية السالفة الذكر يظهر أن هناك علاقة بين متغيرات هذا البحث سواء بين متغير فعالية الذات ونوعية الحياة أو بين المساندة الإجتماعية وفعالية الذات أو بين المساندة الإجتماعية ونوعية الحياة، لكن ما يهمننا في هذا البحث هو الإجابة عن هذا التساؤل: هل للمساندة الإجتماعية دور في تعديل العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع؟ ويتفرّع هذا التساؤل العام إلى الأسئلة الفرعية التالية:

1-1 هل توجد علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع؟

2-1 ما مستويات المساندة الإجتماعية لدى مرضى الصرع؟

- 3-1 هل توجد علاقة بين المساندة الإجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى الصرع ؟
- 4-1 هل توجد علاقة بين المساندة الإجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع ؟
- 5-1 هل توجد علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع تبعا لمستوى المساندة الإجتماعية (مرتفع، متوسط) ؟
- 6-1 هل توجد فروق بين الجنسين من مرضى الصرع في درجة المساندة الإجتماعية ؟
- 7-1 هل توجد فروق في درجة المساندة الإجتماعية تبعا لسن مريض الصرع ؟

2- فرضيات البحث:

للإجابة على تساؤلات البحث السالفة الذكر صيغت هذه الفرضيات:

- 1-2 توجد علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع.
- 2-2 يتمتع مرضى الصرع بمستوى مرتفع من المساندة الإجتماعية.
- 3-2 توجد علاقة بين المساندة الإجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى الصرع.
- 4-2 توجد علاقة بين المساندة الإجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع.
- 5-2 توجد علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة تبعا لمستوى المساندة الإجتماعية (مرتفع، متوسط).
- 6-2 توجد فروق بين الجنسين من مرضى الصرع في درجة المساندة الإجتماعية.
- 7-2 توجد فروق في درجة المساندة الإجتماعية تبعا لسن مريض الصرع.

3- أهداف البحث:

يتضمن البحث الحالي مجموعة من الأهداف وهي:

- الكشف عن علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع.
- معرفة مستوى المساندة الإجتماعية وأبعادها لدى مرضى الصرع.
- الكشف عن علاقة بين المساندة الإجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى الصرع.
- الكشف عن علاقة بين المساندة الإجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع.
- الكشف عن علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة تبعا لمستوى المساندة الإجتماعية (مرتفع، متوسط).
- معرفة ما إذا كانت هناك فروق بين الجنسين من مرضى الصرع في درجة المساندة الاجتماعية.
- معرفة ما إذا كانت هناك فروق في درجة المساندة الاجتماعية تبعا لسن مريض الصرع.

4- أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في أهمية متغيراته المتمثلة في: المساندة الإجتماعية، فعالية الذات ونوعية الحياة وكلها من المفاهيم الأساسية لعلم النفس الصحة، كما تكمن أهمية البحث في إلقاء الضوء على فئة من المرضى تُعاني في صمت ويتعلق الأمر بمرضى الصرع الذين يعيشون مشاكل نفسية وإجتماعية عديدة منها نظرة الآخرين السلبية لهم والأحكام المسبقة والخجل والخوف دائم من تعرض لنوبة في أي وقت وصعوبة الحصول على وظيفة والزواج مما يؤدي بهم إلى الشعور بالقلق الدائم والإكتئاب والعزلة وغيرها من المشاعر السلبية، هذا ما يجعل مريض الصرع بحاجة ماسة إلى المساندة الإجتماعية لأن من خلالها تزيد فعاليته الذاتية باتباع سلوكيات صحيّة أكثر والتقيّد بمتطلبات العلاج، مما يساعد على تحسين نوعية الحياة لديه.

5- التحديد المفاهيم الأساسية للبحث:

يمكن تحديد المفاهيم الأساسية للبحث كالتالي :

1-5 المساندة الإجتماعية :

أ. لغة :

مُساندة مصدر الفعل : ساند، فلان سانده في عمله :عاونه فيه وساعده، عاضده وكاتفه (عمر, 2008, ص.1117) ومنه فالمساندة الإجتماعية هي المُساعدة أو المُعاونة التي يتحصل عليها الفرد من شبكته الإجتماعية.

ب. اصطلاحا :

ويُعرف كل من "ليفى" Leavy (1983) وكذلك "جانيلين" و"بلاني" Ganellen & Balany (1984) المساندة الإجتماعية على أنها إمكانية وجود أشخاص مقربين كأسرة، الأصدقاء، الزوجة والجيران يحبون الفرد ويهتمون به ويقفون بجانبه عند الحاجة. (الدسوقي، 1996، ص.45)

ج. إجرائيا:

تُعرف المساندة الإجتماعية في بحثنا الحالي، في تلك المساعدات المادية والمعنوية أو المعلوماتية التي يتلقاها مريض الصرع من الأسرة، والأصدقاء أو زملاء العمل. والتي تُحدّد إجرائياً بمجموع الدرجات التي يتحصل عليها مريض الصرع على مقياس المساندة الإجتماعية لـ "دانيال" (2008) والذي تتراوح درجته في البحث الحالي بين (31 و124)، فالدرجة المرتفعة تعني مساندة إجتماعية مرتفعة، كذلك فإنّ الدرجة المنخفضة تعني مساندة إجتماعية منخفضة، من الجدير بالذكر أننا قمنا بتحديد ثلاث مستويات للمساندة الإجتماعية (ضعيف، متوسط، مرتفع) بحيث يشكل كل مستوى ما يقارب نسبة (33,33%) من درجات المقياس، فبالنسبة للمستوى الضعيف تنحصر درجته بين (31 و61) درجة بينما المستوى المتوسط للمساندة الإجتماعية فهي تنحصر بين (62 و

و(93) درجة أمّا المستوى المرتفع للمساندة الإجتماعية فهو ينحصر بين (94) و(124) درجة.

5-2 فعالية الذات :

أ.لغة :

فعالية مصدر صناعي فعّال, معنى فعالية: قوة تأثير (عمر, 2008, ص. 1726) ومنه ففعالية الذات هي قوة تأثير الذات.

ب. اصطلاحا :

ويُعرف "باندورا" Bandura (1977) فعالية الذات بأنها " توقعات الفرد عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض، وتنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء، وكمية الجهود المبذولة ومواجهة الصعاب وإنجاز السلوك (الجاسر، 2007، ص. 28).

ج. إجرائيا:

تُعرف فعالية الذات في بحثنا الحالي، أنّها ثقة عامة لمريض الصرع في قدرته على إدارة مرضه والتي تُحدّد إجرائيا بمجموعة الدرجات التي يتحصل عليها مريض الصرع على مقياس فعالية الذات خاص بمرض الصرع ل "ديلوريو" وآخرون (2004) Dilorio et al .

5-3 نوعية الحياة :

أ.لغة :

مصدر صناعي من نوع : صفات النوع وخاصيته التي تُعين طبيعة جودته (عمر، 2008، ص. 2307)، ومنه نوعية الحياة هي جودة الحياة.

ب. اصطلاحاً:

قد عرفت منظمة الصحة العالمية بأنها "إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة، والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته، فمفهوم نوعية الحياة مفهوم واسع نطاق يتأثر بحالة الفرد النفسية والبدنية وعلاقته الاجتماعية" (إبراهيم، 2016، ص. 12).

ج. إجرائياً:

تُعرف نوعية الحياة في بحثنا الحالي على أنها شعور مريض الصرع بالرفاهية وحُسن الحال الذي يتضمن مؤشرات موضوعية وتقييماً ذاتياً للوضع الجسدي والمادي والاجتماعي والإنفعالي والتي تُحدّد إجرائياً بمجموع الدرجات التي يتحصل عليها مريض الصرع بالإجابة على مقياس نوعية الحياة SF-36.

5-4 مرضى الصرع:

أ. لغة :

الصرع من مصدر (مصدر صَرَع) أُصِيبَ بِالصَّرَعِ: عَلَّةٌ عَصَبِيَّةٌ تُفْقِدُ وَعْيَ المَرءِ وَيُطْرَحُ أَرْضاً مُرْتَعِشاً مُتَشَنِّجاً (عمر، 2008، ص. 2998).

ب. اصطلاحاً:

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصرع بأنه اضطراب مزمن يصيب الدماغ، ويتميز بنوبات متكررة، هي عبارة عن نوبات وجيزة من الحركة اللاإرادية التي قد تخص جزءاً من الجسم (جزئية) أو الجسم كله (عامة)، يُصاحبها أحياناً فقدان الوعي والتحكم في وظائف الأمعاء ومثانة.

وتتجم هذه النوبات عن فرط الشحنات الكهربائية التي تُطلقها مجموعة من خلايا الدماغ. وقد تنطلق هذه الشحنات من أجزاء مختلفة من الدماغ، وقد تتراوح النوبات بين

غفلات الانتباه ونفضات العضلات الخاطفة وبين الاختلاجات الممتدة، كما أنّ النوبات قد تختلف من حيث مدى تواترها، من أقل من مرة واحدة في السنة إلى عدّة مرات في اليوم. (L'Organisation mondiale de la santé, 2018)

ج. إجرائيا :

وضعت الرابطة الدولية لمكافحة مرض الصرع (ILAE) تعريفاً إجرائياً لمرض الصرع، يُعتبر شخص مصاباً بالصرع عند تحقق حدوث نوبتي الصرع أو أكثر، ويكون حدوثها دون سبب محدد، ويجب أن تكون الفترة الزمنية الفاصلة بين نوبتين أكثر من (24) ساعة. (Fisher et al, 2014, p.477) ويعرف مريض الصرع في هذا البحث وفقاً لملفه الطبي بمصلحة طب الأعصاب المتواجدة في المركز الاستشفائي الجامعي "مصطفى باشا" وذلك خلال الفترة الممتدة بين شهر فيفري إلى غاية شهر ديسمبر من سنة (2018).

الفصل الثاني

مرض الصرع

تمهيد :

يُعد مرض الصرع من الأمراض المُخيفة ودراماتيكية في نفس الوقت كونه يرتبط بالسقوط أرضاً وإرغاء الفم، وارتهاك الأطراف عند ذكر كلمة "الصرع" لطالما ملأ هذا الحدث الدراماتيكي خيال الناس فقد ذُكرت نوبات الصرع في القصص البابلية والعبرية القديمة، وفي اليونان القديمة في عصر الآلهة والأرواح، كان "أبقرط" أول من حاول تبديد الأفكار التصوفية عن نوبات الصرع، إذ كان يُؤمن أن داء الصرع مصدره الدماغ، ووصل إلى حد إدانة المشعوذين الذين اقترحوا أن المس الشيطاني يسبب داء الصرع، مع ذلك، وفي خلال ألفي سنة، استمرت نظرية المس الشيطاني وغيرها من المعتقدات الخيالية والبدائية التي أدت إلى فرض العزلة على مرضى الصرع وإقصائهم وتعرضهم لمحن مؤلمة ومُذلة في كثير من الأحيان باسم العلاج. ولمعرفة أكثر عن هذا المرض سنتناول في هذا الفصل تعريف مرض الصرع متبوعاً بشرح مفصل لنوبات الصرعية وكذلك أسبابه وفي الأخير كيفية علاج هذا المرض.

1-تعريف مرض الصرع:

اشتقت كلمة (epilepsie) من اللّغة الإغريقية (epilêpsis) أو (epilêpsia) والتي تعني "الأخذُ فجأةً". (Dravet, 2005)

داء الصرع هو مرض عصبي يظهر في شكل نوبات مُتكررة تسمى " النوبات الصرعية"، هذه الأخيرة تحدث بسبب شحنات كهربائية مفاجئة في الدماغ، يولدها عدد مرتفع غير عادي من العصبونات (الخلايا العصبية)، مما يؤدي إلى تعديل في حالة وسلوك الشخص المصاب، الذي يتجلى في سلوكيات غير مضبوطة وأحاسيس غير اعتيادية وحالة من الإرتباك (Blady-Moulinier, 1997, p. 1)

2- آلية حدوث النوبة الصرعية :

تحدث النوبة الصرعية على مستوى الدماغ بإنتاج شحنات غير طبيعية، والتي يمكن تمثيلها بسلك الكهرباء الذي يمر به شحنات كهربائية، هذا لبيان أن كلما ازدادت نسبة الشحنات الكهربائية على مستوى الدماغ إلاّ وأدت إلى تشنجات على مستوى الأطراف في جسم الإنسان و بالتالي أعراض الصرع. (برودي، 2016، ص. 41)

أمّا ما يقع بالتفصيل على مستوى الدماغ في إنتاج هذه الشحنات غير الطبيعية، فيمكن إيجازها فيما يلي :

2-1 اختلال على مستوى التبادلات الأيونية (les échanges ioniques) داخل الخلية العصبية :

يحدث اختلال على مستوى التبادلات الأيونية لقنوات الصوديوم أو البوتاسيوم أو قنوات الكالسيوم، مما ينشأ عنه حدوث شحنات كهربائية غير اعتيادية .

أمّا في الحالة العادية لهذه القنوات فتعمل على الشكل التالي :

- قنوات الصوديوم (Na) يدخل الصوديوم من الخارج إلى داخل الخلية مما يحدث إزالة الإستقطاب (dépolarisation)
- قنوات البوتاسيوم (k) يخرج البوتاسيوم من داخل إلى خارج الخلية ممّا يحدث إعادة الإستقطاب
- قنوات الكالسيوم (Ca) : تساهم في إفراز الناقل العصبي. (المرجع السابق، ص. 41) .

2-2 اختلال في التشابكات العصبية :

- على مستوى التشابك العصبي : عند النوبة الصرعية يحدث فرط في إزالة الإستقطاب مما ينتج عنه إثارة كبيرة وممتدة في الجهد (le potentiel) عن طريق آليتين:
- خلل في الناقل العصبي المثبط الذي يسمى GABA الذي يُساهم في الحدّ من النوبة .
- فرط في الإثارة : الناقل العصبي المنبه الذي يسمى Glutamate الذي يؤدي إلى ازدياد في مستوى إعادة الإستقطاب وبالتالي ازدياد حدّة النوبة الصرعية (برودي، 2016، ص. 41).

2-3 كيفية انتشار الشحنات الصرعية :

أ- بداية الشحنة الصرعية :

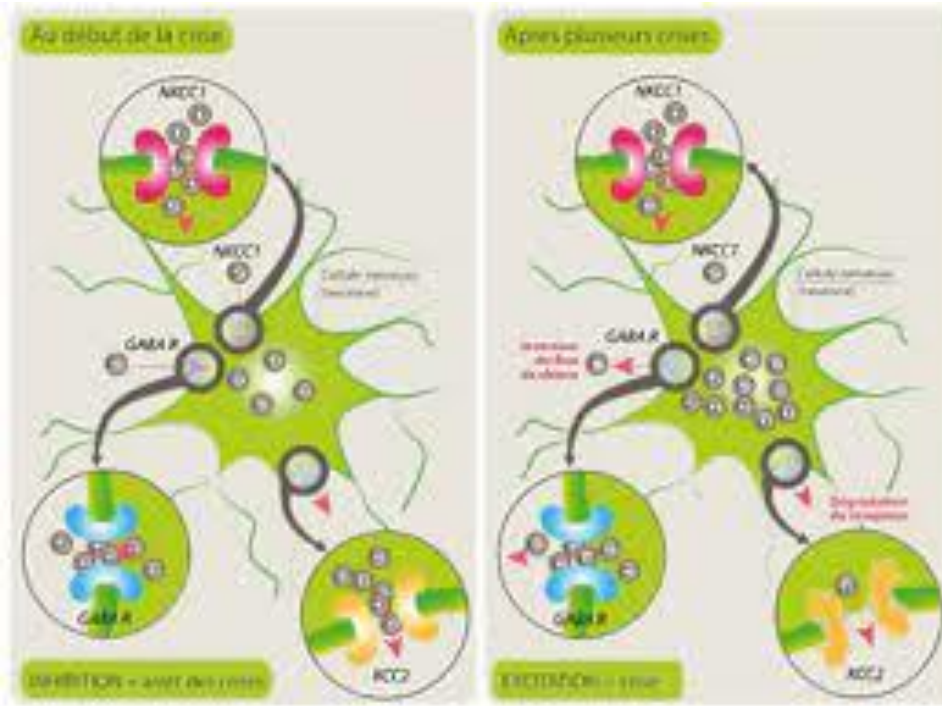
تبدأ داخل المخ الشحنة الصرعية من منطقة مصابة جدّ مهيّجة على مستوى ورم جوفي مثلا تسمى هذه المنطقة بالبؤرة الصرعية (foyer épileptique)، حيث تنطلق الشحنة الصرعية منها وتكون العصبونات أو الخلايا العصبية في هذه المنطقة في قمة إثارتها .

ب- انتشار الشحنة الصرعية :

يتم في هذه المرحلة انتشار الشحنة الصرعية عبر العصبونات المحيطة بالبؤرة مما يساعد في تزامن (la synchronisation) الشحنة وانتشارها عن طريق وجود عدّة روابط محلية بين الخلايا، وتكون الأعراض المصاحبة حسب المنطقة المصابة من القشرة المخية، مثلا إصابة القشرة المخية الحركية تتمظهر بتشنجات في الأطراف . (المرجع السابق، ص. 42)

ج- نهاية الشحنة الصرعية :

هناك عدّة آليات لتوقف الشحنة الصرعية، من ضمن هذه الآليات يأتي الناقل العصبي المثبط (neurotransmetteur inhibiteur)، الخلايا النجمية (astrocytes) التي تساعد على استرداد البوتاسيوم، والنواقل المستهلكة، كل هذه الآليات وغيرها تُساعد على إنهاء الشحنة الصرعية.(برودي، 2016 ، ص. 42)



الشكل (1) : رسم تخطيطي يوضح آلية حدوث النوبة الصرعية. (Dupuy Maury,

2015, p. 21-33)

3-أنواع النوبات الصرعية :

يتخذ مرض الصرع عدّة أنواع من النوبات الصرعية:

3-1 النوبة الجزئية : Crise partielle ou Crise Focale

تتغير الأعراض النوبة الصرعية حسب المنطقة المصابة، لهذا يمكن وصف النوبة الصرعية والنوبة الجبهية والنوبة الجدارية والنوبة القفوية وتنقسم النوبة الجزئية إلى قسمين النوبة الجزئية البسيطة والمعقدة.

3-1-1 النوبات الجزئية البسيطة : Les crises partielles simples

ترتبط النوبات الجزئية البسيطة بالنوبات الصرعية التي تقتصر على جزء صغير من الدماغ ولا يتم خلالها فقدان الوعي، وغالباً ما تنقسم بين الفص الصدغيّ والفص الجبهيّ والفص الجداريّ والفص القفوي وفقاً للموقع الذي تبدأ فيه. (Dravet, 2005, p. 18)

➤ أعراض النوبات الجزئية البسيطة :

تجدر الإشارة إلى أنّ النوبات الجزئية البسيطة تختلف كثيراً وقد تتخذ أشكالاً مختلفة من شخص إلى آخر :

- ففي النوبات الصرعية التي تُصيب الفص الصدغيّ، يُمكن أن يشعر المريض بإحساس الخوف الشديد واستعادة ذكريات الماضي الحيّة و ظواهر تم رؤيتها من قبل وزيادة الأحاسيس والروائح أو المذاقات القويّة والكريهة والأصوات أو الرؤى غير العاديّة والتغيّرات الحسيّة والشعور بالإنفصال أو الخياليّة وغيرها من تأثيرات العاطفية المختلفة. (Dravet, 2005, p. 18)

- وفي النوبات الصرعية التي تُصيب الفصّ الجبهيّ، يمكن أن يُصاب المريض فيها بإنعكاسات مباغته وتشنّجات لا يُمكن التحكم فيها في الذراع أو القدم أو الدماغ ويمكن أن تنقلب العينان إلى جهة واحدة .
- في النوبات الصرعية التي تُصيب الفصّ الجداريّ، يمكن أن يشعر المريض بوخز على طول جهة واحدة من الجسم أو بمجموعة من التغيّرات الحسيّة .
- وفي النوبات الصرعية التي تُصيب الفصّ القفويّ، يمكن أن يشعر المريض بأضواء وامضة في نصف الرؤية وتستمر النوبة عادة لثوان فقط. (Dravet, 2005, p. 18)

3-1-2 النوبات الجزئية المعقدة : Les crises partielles complexes

تُعتبر هذه النوبات المرحلة التي تلي النوبات الصرعية الجزئية البسيطة ويكون الأمر واضحاً من خلال مصطلح " معقّدة"، في هذا النوع، تكون النوبات الصرعية مُرتبطة بجزء أكبر من الدماغ وتنتشر فيه إلى حد يفقد المريض وعيه بالبيئة التي تحيط به (أي يصبح فاقدًا للوعي)(Perkin, 2002, p. 48)

➤ أعراض النوبات الجزئية المعقدة :

- قد يكون الإنتشار سريعاً لهذه النوبة لدرجة لا يمرّ فيها المريض بمرحلة النوبات الصرعية الجزئية البسيطة أو بطيئاً بما يكفي لأن يختبر شعور عاشه من قبل أو مذاق كريبه وغريب أو الوعي بالأضواء الوامضة الملونة التي تستمر لثوان أو دقائق قبل أن يفقد الوعي بما يحيط به .
- كما يقوم المريض عادةً بأفعال مُعقدة وغريبة وغير مناسبة (تسمى السلوكيات التلقائية)، على سبيل المثال، كأن يقوم مثلاً بتحسس ثيابه بإرتباك أو يقوم بحركات المضغ . (المرجع السابق، ص. 48)

- وفي بعض الأوقات، قد تكون الأفعال متناسقة وقد تشمل العدو والرقص وخلع الملابس أو التحدث بطريقة مرتبكة .
تستمرّ هذه النوبات الصرعية لبضع دقائق وتطول في بعض الأحيان، وفي المرة التي تلي، لا يكون المريض مدركاً أبداً بما قام به . (Perkin, 2002, p. 48)

2-3-2 Crise généralisée : النوبة العامة :

إنّها النوبات الصرعية التي تبدأ في نصفي الدماغ في آنٍ ولا تقدم أيّ إنذار ويفقد في خلالها المريض الوعي على الفور .
تنقسم هذه النوبة إلى النوبة التوترية والنوبة الإهتزازية والنوبة التوترية الإهتزازية والنوبة الرمعية ونوبات الغياب والنوبة الوانية.

1-2-3 Les crises toniques: النوبات التوترية :

تتميز النوبات التوترية بتقلص عضلي قد يأتي عنيفاً أو تدريجياً، التشنج يبدأ عامة من عضلة الرقبة ويمتد إلى وجه ثم العضلات التنفسية ويصل أخيراً إلى عضلات البطن، كما يمس التشنج أيضاً العضلات القريبة من الأطراف، وتؤدي هذا النوع من النوبات الصرعية في الغالب إلى السقوط الذي ينتج عنه أضرار معتبرة (Dravet, 2005, p. 13)

2-2-3 Les crises cloniques : النوبات الإهتزازية :

تتميز النوبات الإهتزازية بنفضات إهتزازية تواترية، التي تكون أقل إنتظاماً وعموماً، مع عجز حركي يتناقص بعد ساعات قليلة من حدوث نوبة (المرجع السابق، ص. 13)

3-2-3 النوبات التوترية الإهتزازية : Les crises tonique-cloniques

تنقسم النوبات التوترية الاهتزازية إلى ثلاث مراحل، ففي البداية نجد المرحلة التوترية التي يفقد خلالها المريض الوعي فجأة، يتصلب ويسقط، بالإضافة أنه بسبب تقلص العضلات التنفسية يحدث توقف مؤقت للتنفس، ومما قد يؤدي إلى الإزرقاق (إذ يتحول لون شفاه إلى اللون الأزرق بسبب نقص الأكسجين)، بعد بضع ثوان تأتي المرحلة الإهتزازية التي تتميز بهزات إيقاعية للأطراف الأربعة، تدوم هذه المرحلة عادة بضع دقائق، خلالها يمكن للمريض أن يعض لسانه، أو يتبول أو يتبرز (نتيجة التقلصات التي تصيب المثانة)، ثم تأتي المرحلة النهائية التي يكون فيها المريض مرتبكاً ويصدر تنفساً ثقیلاً، بعدها ينام المريض .

كانت تعرف هذه النوبة في السابق بمصطلح " النوبة الصرعية الكبرى " Grand Mal أما حالياً فهي تسمى بالنوبة الصرعية التوترية الإهتزازية . (Perkin, 2002, p.49)

3-2-4 نوبات الغياب : Les absences

عرفت نوبات الغياب في السابق تحت إسم " الصرع الخفيفة" وهي نوبات فارغة قصيرة تظهر عادة عند الأطفال أو الشباب، وخلال النوبة الصرعية الخفيفة يجمد المريض ويحدّق وأحيانا يطرف عينيه، وتستمر النوبة لبضع ثوان، ويمكن أن تترافق مع وعي ضعيف ومع عدم القدرة على التركيز .

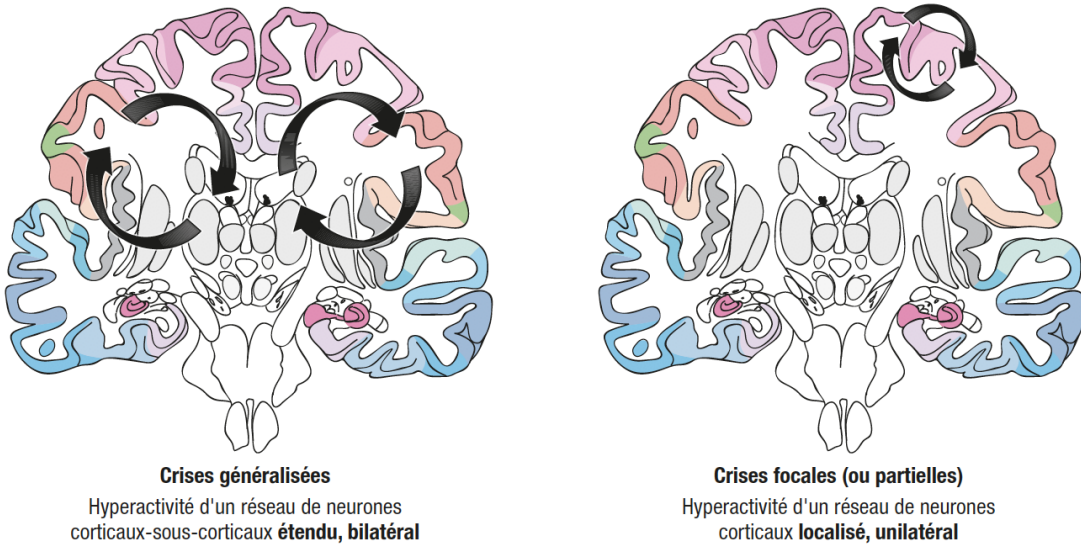
يمكن أن يصاب الأطفال الذين يعانون من النوبات الصرعية الخفيفة بمئات النوبات في اليوم الواحد، وفي أغلب الأحيان، لا يعي الطفل أو الشخص الذي يراقبه حدوث معظمها لأنها تكون سريعة جدا وتترافق هذه النوبات أيضا بأنماط مختلفة من الموجات الدماغية . (Dravet, 2005, p. 17)

les crises myocloniques : 5-2-3

النوبات الرمعية هي عبارة عن هزات غير مضبوطة من التقلصات العضلية تؤدي أحياناً إلى السقوط، هذا النوع من النوبات لا تؤدي إلى فقدان الوعي وتدوم بضع ثوان، كما يمكن أن نجد نوع آخر لهذا النوع من النوبات المتمثلة في النوبات الرمعية أثناء النوم وهذه أخيرة تأتي على شكل هزات (Perkin, 2002, p. 49)

Les crises atoniques : 6-2-3

تتميز النوبات الوانية بفشل عضلي مفاجئ الذي يؤدي إلى السقوط، فشخص المصاب بهذا النوع من النوبات الصرعية يفقد القوة العضلية ويسقط أرضاً(المرجع السابق، ص. 49).



الشكل (2): رسم تخطيطي يوضح النوبات العامة والنوبات الجزئية (Collège des Enseignants de Neurologie, 2019)

4- أشكال المتلازمات الصرعية :

4-1 المتلازمة الصرعية "le syndrome epileptique" :

تعرف المتلازمة الصرعية بمجموعة من الأعراض تميز نوبة معينة وتتميز برسم كهربائي معين في التخطيط الكهربائي للدماغ وسنعرض لبعض الأمثلة للمتلازمات الصرعية المنتشرة في أوساط مرضى الصرع.

أ- عند الرضع

4-2 متلازمة "ويست" "syndrome de West"

تظهر متلازمة "ويست" عند الرضيع أقل من سنة، وتتميز بتشنجات عامة، وتأخر في النمو العقلي واضطراب نفسي حركي وتظهر موجات كهربائية مميزة (hypsarythmie) في التخطيط الكهربائي . (برودي، 2016، ص. 55)

4-3 متلازمة "درافيت" "syndrome de Dravet"

تظهر متلازمة "درافيت" عند الرضيع من (4) إلى (8) أشهر، وتتميز بحالة نوبة الصرع الجزئية المعقدة أي بفقدان الوعي عند النوبة، ويعد السبب الوراثي هو الدافع لظهور هذا المرض، كما يكون التخطيط الكهربائي عاديا في البداية وقد تظهر فيه بعض الاعتلالات في ما بعد (المرجع السابق، ص. 55)

أ- عند الأطفال

4-4 الصرع ذو القمم المركزية الصدغية :

يظهر هذا النوع من الصرع عند الطفل من (4) إلى (8) سنوات عند ارتفاع حرارة جسمه، تتميز بنوبة جزئية في نصف الوجه وقد تنتشر في نصف الأطراف السفلية في الليل . وبالنسبة للتخطيط الكهربائي لا يظهر عليه أي علة .

4-5 الاختلاجات الحموية :

تظهر الاختلاجات الحموية عند الطفل من (6) أشهر إلى (5) سنوات عند ارتفاع حرارة جسمه، تتميز بنوبات صرعية توترية اهتزازية ولا تعتبر صرعا، بالنسبة للتخطيط الكهربائي لا يظهر عليه أي علة.

4-6 الصرع الغياب لدى الطفل

يظهر هذا النوع من الصرع عند الطفل أربع الى عشرة سنوات ويتميز بغياب والتوقف عن نشاط، في حين ويبقى بصره محققاً وقد تتابها أحيانا رمشات منتظمة بالنسبة للتخطيط الكهربائي قد لا يظهر عليه أي علة. ويجب تصوير فيديو لتأكيد نوبة الغياب (برودي، 2016، ص. 55)

ج- عند المراهقين و الشباب

4-7 الصرع العام التوتري - الإهتزازي

يتميز هذا النوع من الصرع بفقدان الوعي، تصلب العضلي، الاهتزاز عضلي العام والمنتظم، مع كثرة الإفرازات اللعابية، غيبوبة، استرخاء عضلي، وقد يحدث معه فقدان التحكم في المخارج (تبول أو براز). (المرجع السابق، ص. 55)

كما يظهر التخطيط الكهربائي انتشار موجات متعددة القمم (poly pointes-ondes)

4- 8 الصرع الرمعي الشبابي l'épilepsie myoclonique juvénile

يتميز الصرع الرمعي الشبابي بإهتزازات عضلية متكررة وغير منتظمة في الأطراف العلوية وخاصة في الكتفين ولا يصاحبه فقدان للوعي ويعتبر السبب الوراثي المتدخل في نشوء هذا النوع من الصرع، كما يظهر التخطيط الكهربائي انتشار موجات متعددة القمم. (برودي، 2016، ص. 56)

5- أسباب الصرع :

إنّ بعض النوبات الصرعية هي نتاج لتداخل عوامل وراثية ومكتسبة، وقد تكون بعض العوامل مهيمنة على الأخرى. مما يفسر أن الصرع الوراثي يظهر أو يحفز بعوامل خارجية كإشارات ضوئية متوالية، تناول الكحول، الأرق وارتفاع درجة الحرارة .

5-1 الأسباب الوراثية :

يعد السبب الوراثي من أهم الأسباب التي تصيب الشخص بمرض الصرع، وهي مرتبطة ببعض التغيرات في الجينات الخلايا، والتي تسبب النوبات الصرعية المتكررة، ويمكن معرفتها بوجود الصرع لدى أشخاص من نفس العائلة ويمكن لبعض العوامل البسيطة أن تكشف عليه قلة النوم، شرب الكحول، الضوء المفرط، الإرهاق. ومن أمثلة الصرع الوراثي : الصرع الرمعي الشبابي وصرع الغياب .(المرجع السابق، ص. 58)

2-5 الأسباب المكتسبة :

1-2-5 الإصابات الشديدة للرأس (رضوح قحفية): Traumatismes crâniens

غالبا ما تسبب حادثة سير عنيفة في إصابة المخ بنزيف داخلي أو كسور على مستوى الجمجمة أو جروح غائرة، وعادة ما تصاحب بفقدان الوعي وتقيؤ وقد تسبب تلك الحوادث في نوبة صرعية أولية في الأيام الأولى للحادثة وقد تحدث بعد أشهر أو سنوات منها وفي هذه الحالة ينشأ مرض الصرع لدى المصاب .

2-2-5 التعففات الدماغية: les infections cérébrales

قد تسبب التعففات في الجهاز العصبي المركزي نوبات الصرعية، فالميكروبات داخل الدماغ تعمل على إصابة الخلايا الدماغية وبالتالي نشوء شحنات كهربائية غير عادية تسبب مرض الصرع ومن هذه التعففات الدماغية : التهاب المخ والسحايا méningoencéphalite الخراج المخي، السل المخي.

يظهر على المصاب بالتهاب السحايا، ارتفاعاً في درجة الحرارة وألم في الرأس بالإضافة إلى تقيؤ، وعند فحص المريض يجد الطبيب صلابة في العنق raideur méningé ثم يقوم بعد ذلك ببزل قطني ponction lombaire (هو استخراج السائل الدماغى السيسائي بين الفقرتين القطنيتين الرابعة والخامسة باستخدام إبرة معقمة تستعمل بهذا الخصوص) يظهر وجود مكروبات عند تحليلها في المختبر وهو ما يؤكد الإصابة بالتهاب السحايا (برودي، 2016، ص. 58-59)

3-2-5 الأورام الدماغية : les tumeurs cérébrales

قد تؤدي الأورام الدماغية سواء كانت حميدة أو خبيثة إلى نوبات صرعية جزئية أو عامة، وتعد فئة المسنين الأكثر إصابة بأورام خبيثة tumors malignes وبالمقابل تقل عند الأطفال والشباب، ويُبين التصوير بالأشعة المقطعية أو بالرنين المغناطيسي على وجودها عند الإحساس بصداع مزمن أو اضطرابات في النظر أو تكرار في النوبات الصرعية (برودي، 2016، ص. 59).

4-2-5 الجلطة الدماغية : Accident Vasculaire Cérébrale Ischémique (AVCI)

تمثل الجلطة الدماغية سبباً مباشراً في الإصابة بالنوبات الصرعية، ويكون سبب الجلطة انسداد على مستوى أحد الشرايين الدماغية، الذي يغذي الخلايا المخية بالأوكسجين والمواد التي تحتاجها هذه الخلايا، مما يؤدي إلى حدوث اضطرابات كهربائية على مستواها.

5-2-5 النزيف الدماغي التلقائي : hémorragie cérébrale spontanée

يحدث النزيف الدماغي التلقائي بسبب انفجار وعاء دموي ينتج عن ذلك تسرب الدم إلى داخل الدماغ، مما يؤدي بدوره إلى تلف النسيج المحيط وأضرار في الأنسجة دماغية أخرى. ويعد ارتفاع الضغط الدموي من أهم أسبابه إلى جانب بعض تشوهات الأوعية الدموية والأورام وانسداد الأوردة، ويمكن الكشف عنها بالتصوير المقطعي الذي يبين مكان النزيف وأسبابه (المرجع السابق، ص. 60-61)

6-2-5 Troubles (استقلابية) : المواد المغذية للخلايا : (استقلابية) Troubles Mètaboliques

عند حدوث اختلال في مستوى الأيونات أو بعض المواد المغذية للخلايا المخية فهذا ينتج عنه نوبات صرعية، عادةً ما يعود الشخص لحالته المستقرة بعد عودتها إلى نسبتها الطبيعية .

ومن هذه المواد : ارتفاع أو نقصان السكر في الدم، ارتفاع أو نقص في البوتاسيوم، الصوديوم، الكالسيوم أو المنغنيزيوم

7-2-5 les causes médicamenteuses : الأسباب الدوائية :

هناك العديد من الأدوية التي قد تسبب النوبات الصرعية إما بزيادة الجرعات المتناولة أو عند التوقف بشكل مفاجئ عن أخذ الأدوية المضادة للصرع مما يُسبب عودة النوبات الصرعية أو تفاقمها .

وهناك بعض الأدوية التي تسبب اضطراباً في المواد المغذية للمخ مما ينتج عنه اضطراب في الخلايا المخية . (برودي، 2016، ص. 61)

8-2-5 intoxication cellulaire : التسمم الخلوي :

قد يسبب تناول المفرط للكحول أو بعض المخدرات مثل " الهرويين"، "الكوكايين" نوبات صرعية، كما يضاف إليها مواد المضادة للحشرات والأسمدة التي يستعملها الفلاحون إن كان استعمالها مفرطاً ودون استعمال كمادات للوقاية منها. (المرجع السابق، ص. 61-62).

5-2-9 التشوهات المخية : les malformations cérébrales

إنّ التشوهات الخلقية للمخ أثر في الوقوع ضحية بعض النوبات الصرعية، فهي تظهر على الطفل مبكراً على شكل تأخر في النمو وتأخر عقلي حركي، يمكن الكشف عنها عن طريق التصوير بالرنين المغناطيسي الذي يحدد نوعية التشوهات المخية المسببة للصرع، وتعد الجراحة أهم علاج لهذه التشوهات.

وتعد اختلالات تشكل قشرة المخ من أهم أسباب الصرع المقاوم للعقاقير مثل خلل التنسج القشري (dysplasie corticale)، والتوضع المغاير للمادة الرمادية (hétérotopie).

5-2-10 تصلب الحصين : sclérose hippocampique

يظهر تصلب الحصين في التصوير بالرنين المغناطيسي على شكل ضمور مخي atrophie cérébrale على مستوى الحصين، وهو المُسبب الرئيسي للصرع الجزئي الصدغي، كما أنّ الأدوية المضادة للصرع ضعيفة التحكم في النوبات، وتعتبر الجراحة الحل الوحيد بإزالة المنطقة المصابة للحد من تكرار النوبات الصرعية (برودي، 2016، ص. 62-63).

6- تشخيص مرض الصرع :

6-1 التاريخ الطبي :

يمثل التاريخ الطبي آلية التشخيص الأكثر أهميّة، إنّها جلسة طرح الأسئلة والإجابة عنها، عادة ما تحدث بين المريض والطبيب في غرفة المراجعة أو الجراحة (Dravet, 2005, p. 25)

يحاول الطبيب تحديد ما إذا كانت الحالات نوبات الصرعية، فيسأل المريض أن يصف بالتفصيل ما كان يحدث معه، ولأنّ الوعي قد يكون مشوّشاً، يجب أن يتواجد

شخص كان حاضراً مع المريض في أثناء تعرضه لإحدى النوبات لمساعدته في وصف الحالة، ويكون من الأفضل أيضاً توفر فيديو مصوّر عن الحادثة، خصوصاً أن إمكانية التصوير تتزايد اليوم نظراً إلى توفر الهواتف النقالة التي تحتوي على كاميرات أو فيديو.

يكون الطبيب مهتماً في معرفة السبب الكامن وراء النوبات الصرعية، لذلك يقوم بطرح الأسئلة عن الإصابات في الرأس أو المشاكل في الولادة أو تناول المشروبات الممنوعة وما إذا كان ثمة أشخاص في العائلة يعانون من داء الصرع، وقد يهتمّ الطبيب أيضاً بمعرفة تأثير داء الصرع في حياة المريض، لذلك يسأله عن حياته العملية والمنزلية. (Dravet, 2005, p. 26)

6-2 الفحص الطبي :

يقوم الطبيب بفحص المريض للبحث عن أدلة تفيد في حال توفر شذوذ كامن في الدماغ، وقد يقوم بفحص القلب أيضاً، خصوصاً ما إذا اشتبه بإمكانية الإغماء، ويشمل فحص الجهاز العصبي المفصل معاينة العينين والوجه وقوة التنسيق والإحساس بالأطراف وردود فعل الذراعين والرجلين .

إلى جانب فحص الدم وغيرها من الفحوصات الروتينية، ثمة ثلاث فحوصات خاصة، وهي التخطيط الكهربائي للدماغ والتصوير المقطعي والتصوير بالرنين المغناطيسي (المرجع السابق، ص. 28)

6-2-1 التخطيط الكهربائي للدماغ : L' électroencéphalogramme EEG

يمثل التخطيط الكهربائي للدماغ تسجيل الكهرباء من الدماغ، فيتم وصل الأسلاك إلى الأجزاء المختلفة من الرأس التي يتم توصيلها أيضاً بمكبر الذي يقوم بتضخيم الإشارة الكهربائية الصغيرة التي تصدر من الرأس ويُسجّلها في جهاز الكمبيوتر. (Blady-Moulinier, 1997, p. 91)

بكل بساطة، يمثّل التخطيط الكهربائي للدماغ تسجيل الأنماط الكهربائية الداخلية للدماغ، لا يحدث أيّ مرور للكهرباء في الدماغ أو خارجه، وبالتالي إنّ هذا التخطيط غير مضرّ أو مؤلم ويمثّل آلية مفيدة جدّاً للتشخيص .

ويتم التخطيط الكهربائي للدماغ من خلال وصل إلكترودات صغيرة إلى فروة رأس المريض واستخدام آلة تسجيل لرصد النشاط الدماغيّ (الموجات الدماغية) وقياسه. فتظهر موجات المريض الدماغية على الشاشة، أو يتم تسجيلها على ورقة.

في العادة، يظهر الرسم التصويري نمطاً يشبه الموجات " الموجات الدماغية " حيث تظهر كلّ موجة عشر مرات في كلّ ثانية تقريباً، ثمّ تصبح الموجات بطيئة في خلال النوم وتتسارع عندما يزداد التنبيه لدى المريض. وإذا كان المريض عرضةً لداء الصرع، يمكن أن يختلف النمط الكهربائيّ، من المرجّح أن ينقطع النمط الطبيعيّ نتيجة الشذوذ التي تظهر في بعض الأحيان وتسمّى الذرى أو أنماط الذرى أو الموجات .

يمكن رصد الذرى عبر إجراء التخطيط الكهربائي للدماغ بين النوبات الصرعية عند نصف عدد المرضى تقريباً المصابين بداء الصرع، ولكن في حال توفر الذرى، يمكن التأكيد بنسبة (99 %) أنّ الشخص مصاب بداء الصرع أو قابل ليتطوّر لديه، يتمّ إجراء التخطيط الكهربائي للدماغ في بعض الأحيان في خلال فترة النوم لأنّه يتمّ رصد الذرى بشكل أفضل في هذه الفترة .

يتمّ إجراء معظم التخطيطات الكهربائية للدماغ في الوقت الذي لا يصاب في خلاله المريض بالنوبات الصرعية. وتسمّى التخطيط الكهربائي للدماغ بين النوبات (Blady-Moulinier, 1997, p. 91)

تساعد الشذوذ ما بين النوبات في تحديد ما إذا كان داء الصرع جزئياً أو عاماً، أو ما إذا كان يؤدّي إلى النوبات في جزء من الدماغ .

في متلازمة داء الصرع العام مجهول السبب، يظهر نمطٌ معيّن من التخطيط الكهربائي للدماغ يُسمى الذرى والموجات الثلاث في الثانية ويُعد مفيداً جداً للتشخيص .

يُسمى التخطيط الكهربائي للدماغ الذي يتمّ في أثناء النوبات " التخطيط الكهربائي للدماغ بين النوبات"، إنّه مفيدٌ في حالة بعض المرضى حيث يكون التشخيص غير مُؤكّد، كما يساعد في تحديد موقع بدء النوبة الصرعية (ويكون ضرورياً مثلاً في معاينة المرضى الذين سيخضعون لعملية جراحية ويعانون من داء الصرع).

أحياناً، يتم إجراء تخطيط كهربائي مطوّل للدماغ مع تسجيل مصوّر في الوقت نفسه يُسمى هذا النوع من الفحص "القياس البعديّ المصوّر" ويقوم على إدخال المريض المستشفى لأيام متعدّدة، حيث يتمّ في خلال هذه الفترة إجراء تخطيط كهربائي للدماغ وتسجيل مصوّر له بشكل مستمرّ وأحياناً، يكون من الضروريّ أيضاً تخفيض نسبة الأدوية المضادّة للصرع التي يتناولها أو الإمتناع عنها بهدف تحفيز النوبة الصرعية، بينما يكون المريض تحت المراقبة (Blady-Moulinier, 1997, p. 91)

6-2-2 التصوير المقطعيّ المحوسب : Scanographie tomodensitométrie

يقوم التصوير المقطعيّ المحوسب على استخدام جهاز كمبيوتر لإظهار صور عن "شريحات" من الدماغ، ويتمّ استخدام الأشعة السينية في هذه التقنية التشخيصية

مع ذلك، وعلى عكس الفحص التقليديّ للجمجمة بالأشعة السينية، حيث يتمّ إطلاق هذه الأشعة في جزء واحد من الرأس بواسطة لوحة فوتوغرافية تكون موضوعة على الجزء الآخر، يتمّ إطلاق الأشعة السينية في التصوير المقطعيّ المحوسب على زوايات مختلفة وتتلقاها " المستقبلات" الموضوعة في كافة أنحاء الرأس، ثمّ يبدأ الربط بين المعلومات

التي تم الحصول عليها وتحليلها بواسطة الكمبيوتر الذي يعرض إشارة الأشعة السينية بشكل سلسلات من الصور للجمجمة والدماغ، على شكل شرائح من رغيف الخبز.

في خلال التصوير المقطعي، يتعين على المريض أن يستلقي ويضع رأسه في آلة المسح الضوئي في حين تطلق الآلة الأشعة السينية في الدماغ وفي زوايا مختلفة، ثم تقوم المستقبلات بتلقي الأشعة السينية ويتم تحليل المعلومات بواسطة جهاز الكمبيوتر لإنشاء صورة للدماغ .

من خلال هذه التقنية، يصبح من الممكن إظهار شذوذ الدماغ الذي يكون بشكل أورام أو نوبات أو نزيف في الدماغ .

أحياناً، يتم حقن صبغة في وريد الذراع فتنتقل في الدماغ وتضيء المناطق التي تتميز بتدفق كثيف للدم أو المناطق حيث يصدر تسرب في الأوعية الدموية، وتزود هذه العملية معلومات مفيدة عن بعض الحالات. (Walter and Hendelman, 2013, p. 16)

3-2-6 التصوير بالرنين المغناطيسي لدماغ : Imagerie par Résonance Magnétique cérébrale (IRM cérébrale)

يُمثل التصوير بالرنين المغناطيسي لدماغ شكلاً من مسح للدماغ الذي لا يقوم على استخدام الأشعة السينية على الإطلاق، بشكل مفصل، يتم وضع مغناطيس قوي على رأس المريض، فتصطف الذرات في الدماغ على طول الحقل المغناطيسي، بعد ذلك يتم إطلاق مجموعة من موجات الراديو باتجاه المريض فتتذبذب ذرات الهيدروجين في الدماغ، ومع عودة هذه الأخيرة إلى الثبات تدريجياً، تصدر موجات راديو تلتقطها المستقبلات ويحللها جهاز الكمبيوتر، ما يُقدّم صورة مفصلة للدماغ (المرجع السابق، ص. 16)

إنّ هذه التقنيّة آمنة للغاية وغير مؤلمة أبداً، مع ذلك يتعيّن على المريض الإستلقاء في حين يكون رأسه مُحاطاً بقطعة مغناطيس كبيرة في آلة المسح الضوئيّ، ويكون المكان ضيقاً ومُغلقاً، وعادةً ما يستغرق التصوير من (10) إلى (20) دقيقة، ولذلك يجد بعض الأشخاص أنّ هذه العمليّة خانقة، وبما أنّها تتطلّب استخدام مغناطيسات قويّة أيضاً، لا يمكن للأشخاص الذين خضعوا لزراعة بعض الأعضاء الفلزيّة (على سبيل مثال المقاطع أو الأسلاك المعينة من عمليّات الدماغ أو غيرها من العمليّات والأجهزة المعدة لضبط نبضات القلب) أن يخضعوا لهذا التصوير

يمكن لهذه التقنيّة أن ترصد الكثير من الإختلالات الدقيقة والصغيرة التي لا تكون مرئيّة في التصوير المقطعي المحوسب، ومع تحسّن تقنيّات التصوير بالرنين المغناطيسيّ، يتمّ الكشف عن السبب الكامن وراء داء الصرع عند المزيد من المرضى، وتكون هذه التقنيّة مفيدة للغاية في تقييم إمكانيّة خضوع المرضى الذين لم يتجاوبوا مع الأدوية للعمليّة الجراحيّة .

فضلاً عن ذلك، من خلال استخدام التحاليل بواسطة الكمبيوتر، يمكن قياس الحجم النسبيّ لمختلف بُنيات الدماغ، ويُعتبر هذا الأمر مُهمّاً، مثلاً في تحليل بعض الأجزاء في الدماغ (وخصوصاً في المنطقة المعروفة بإسم الحصين) التي يمكن أن تؤدّي إلى نوبات الصرعية في حال تضرّرها (Walter and Hendelman, 2013, p. 16)

7-علاج الصرع

7-1 العلاج بالأدوية :

يجد مُعظم الأشخاص الذين يُعانون من النوبات الصرعية أنّه يمكن السيطرة على الأعراض من خلال اتّباع علاج بالأدوية المضادّة لداء الصرع، وتتوفر بعض الأدوية منذ

زمن طويل، ولكن البعض الآخر حديث . سوف نذكر بعض الأدوية المتوفرة في علاج داء الصرع .

1-1-7 الأدوية الكلاسيكية :

1-1-1-7 أسيتازولמיד : Acétazolamide

إنّ هذا الدواء مدرّ للبول (يجعل الشخص ينتج كمية إضافية من البول) ويُستخدم في الأساس لمعالجة الزرق (وهو مرض يصيب العين) وأحياناً يُستخدم أيضاً لمعالجة الأشخاص المُصابين بداء الصرع يمكنه أن يكون فعّالاً للغاية، وأمّا المشكلة الأساسية فتقوم على أنّه يفقد هذه الفعاليّة بعد مرور بضعة أشهر، ويمكنه أن يُسبّب طفح جلديّ تحسّسي حادّ، وتشمل الآثار الجانبية الأخرى العطش المفرط والوخز في اليدين والرجلين والتعب وفقدان الشهية . (Ibrahim, 2019, p. 2)

2-1-1-7 كاربمزين : Carbamazépine

يتوفر هذا الدواء منذ الخمسينيات، تبين أنّه آمن وفعّال في حالات داء الصرع الجزئي والنوبات الصرعية التوتيرية الإهتزازية، مع ذلك، يُمكن أن يزيد من سوء حالة التشنجات الخفيفة والعضلية، يُعتبر بشكل عام الخيار الأول لمعالجة التشنجات الجزئية والثانوية العامّة .

في بعض الأحيان، يُمكن أن يظهر طفح أو اختلالات في كريات الدم، ما يعني أنّه يتعين على المريض التوقّف عن تناول الدواء، في الواقع، يمكن أن تؤدي الجرعة المرتفعة جدا (تسمّم الكاربمزين) إلى الرؤية المزدوجة والدوار والغثيان والصداع والنعاس .

وتشمل الآثار الجانبية الأخرى النادرة أو المعتدلة اضطراب الجهاز الهضمي وفقدان الشهية وانخفاض في كريات الدم البيضاء وانخفاض في مستويات الصوديوم في الدم،

اضطراب كبديّ، واكتئاب، تغييرات نفسيّة، وفقدان الرغبة الجنسيّة، وتأثيرات قلبيّة وعصبية.

ويُعتبر الكاربمزبين دواءً بطيء النشاط أيضا (عند ابتلاعه، يستغرق وقتاً ليصدر من الحبة) لذلك تقلّ آثاره الجانبيّة وعادةً ما يكون المُفضّل من الأدوية . (Broglin, 2004, p. 14)

7-1-1-3 كلوبازام : Clobazam

ينتمي هذا الدواء إلى مجموعة من الأدوية تسمى "بنزوديازيبين" المعروفة لاستخدامها في حالة الإرتياب وبشكل حبوب مُنومة ويمكن أن تكون فعّالة جداً في مُعظم أنواع داء الصرع بصفقتها أدوية إضافية، ولكنّ بعض الأشخاص يُطوّرون نوعاً من المقاومة ضده بعد مرور بضع أسابيع أو أشهر (Ibrahim, 2019, p. 4)

أحياناً، يتم وصف هذا الدواء بشكل مُتقطّع (أي يتم تناوله من فترة إلى أخرى أو على مدى ثلاثة أو أربعة أيّام على التوالي) للأشخاص الذين يُعانون من نوبات صرعية تحدث بشكل مجموعات خفيفة أو في أوقات محدّدة (فترة الطمث مثلاً)

تتقاسم أدوية "بنزوديازيبين" كلّها الآثار الجانبيّة المتشابهة، ويمكن أن تُؤدّي إلى نعاس وضعف في العضلات، والكسل وشعور بالتفكك، واضطرابات نفسيّة وعصبية، واضطراب في الجهاز الهضمي، وزيادة في الوزن، وأحياناً بعض ردّات الفعل التحسّسية في الدم . (المرجع السابق، ص. 5)

7-1-1-4 كلونازيبام : Clonazepam

إنّه نوع آخر من "البنزوديازيبين" الفعّال في حالة النوبات الصرعية الخفيفة وأشكال أخرى من داء الصرع، مع ذلك، يتوقّف هذا الدواء عن إعطاء أيّ مفعول عند بعض

الأشخاص، وذلك بعد مرور فترة من الوقت (تختلف كثيرا، وقد تكون بعد أيام أو أشهر أو سنوات عند أشخاص آخرين). وتسمى هذه الحالة مقاومة الأدوية .

على سبيل مثال كافة أنواع "البنزوديازيبين"، تشمل الآثار الجانبية الرئيسية لهذا الدواء النعاس والتغيرات السلوكية (خصوصا العنف عند الأولاد) وتتضمن الآثار الجانبية الأخرى كل تلك المذكورة في دواء الكلوبازام . (Broglin, 2004, p. 16)

5-1-1-7 ديازيبام : Diazepam

ينتمي هذا الدواء أيضاً إلى مجموعة أدوية "البنزوديازيبين"، ويستخدم عادةً كدواء اعتيادي، ولكن بشكل مُتقطع للحدّ من النوبات الصرعية الطويلة، لهذا السبب يُمكن تناوله عبر الفم أو بشكل تحميلة بمساعدة مقدّمي الرعاية أو الأهل .

مؤخراً، تمّ استخدام "الميدازولام" (نوع آخر من البنزوديازيبين) الذي يتم تناوله عبر الأنف أو الفم في خلال النوبة الصرعية بصفته بديلا عن "الديازيبام"، يمكن تزويده في المستشفى عبر تسريبه في الوريد (أي حقنه في الوريد مباشرة) للحدّ من النوبات الصرعية الطويلة وتندرج الآثار الجانبية للديازيبام والميدازولام في تلك المذكورة في دواء الكلوبازام . (Ibrahim, 2019, p. 6)

6-1-1-7 إيثوسكسيميد : Ethosuximide

لا يكون هذا الدواء مُفيداً إلاّ في حالة النوبات الصرعية الخفيفة، ويمكن أن يعاني بعض الأشخاص من الطفح، ثمّة احتمال كبير في ظهور الآثار الجانبية التي تتضمن آلام المعدة، والإضطراب في الجهاز الهضمي والتعب والصداع والاضطرابات النفسية والتغيرات البصرية والاضطرابات في النوم والآلام في المفاصل والعضلات، والتغيرات في كريات الدم. (المرجع السابق، ص. 17)

7-1-1-7 فينوباربيتال : Phénobarbital

إنّهُ الدواء الأكثر قدماً بين الأدوية المضادّة لداء الصرع، يتم استخدامه منذ عام (1912) إنّ ثمنه رخيص وفعال في معظم أنواع داء الصرع، ولكنه لم يعد المفضّل منذ سنوات قليلة نتيجة آثاره الجانبية، وقد كان معروفاً باسم "فينوباربيتون".

في الأساس، كان هذا الدواء يُستخدم بشكل حبوب منومة، ولذلك ليس من الغريب أن يُسبب النعاس لبعض الأشخاص مع أنّه يكون خفيفاً ويتحسن مع الوقت، ومن المفارقات أنه يُؤثر بطريقة معاكسة في الأولاد، فيجعلهم نشطين للغاية وعنيفين، ويمكن لهذا الدواء أن يؤدي إلى اضطرابات نفسية بما فيها الإكتئاب (Broglin, 2004, p. 17)

يمكن أن يُسبب "الفينوباربيتال" لبعض الأشخاص طفحاً خطيراً وظهوراً للتقرّحات، وفي حال تطوّر الطفح، يتعيّن على المريض معاینته عند الطبيب على الفور، ويُمكن أحياناً أن يؤدي إلى ردّات فعل تحسّسية في الدم، كما تسبّب الجرعات العالية منه النعاس والتعب والعجز الجنسيّ والمعرفة المتلبّدة والذاكرة الضعيفة، وباستخدامه على المدى الطويل، يمكن لهذا الدواء أن يجعل الوجه خشناً، ويحدّ من تخزين بعض الفيتامينات في الجسم (مثل حمض الفوليك والفيتامين "دي") وتشمل الآثار الجانبية الأخرى التي تكون نادرة ومعتدلة عادة الاختلالات الكبدية والتنفسية. (Ibrahim, 2019, p. 8)

8-1-1-7 فينيتوين : Phénytoïne

كان يُستخدم هذا الدواء منذ عام (1938) وفي بادئ الأمر، تمّ اعتباره على أنّه تقدّم مفاجئ بفضل فعاليّته تماماً مثل "الفينوباربيتال" مع التسبّب بنسبة أقلّ من النعاس.

ويُعتبر هذا الدواء فعّالاً في حالة النوبات الصرعية الجزئية والتوتيرية الإهتزازية وفي حال ظهور طفح لدى بعض الأشخاص نتيجة لدواء، يجب التوقّف عنه على الفور ونادراً ما تحدث تفاعلات خطيرة في الدم، وفي حال تمّ تناول جرعات عالية من "الفينيتوين"،

يمكن أن يصاب المريض بالنعاس والنوبات الصرعية المتزايدة والدوار وعدم الإتران والرؤية المزدوجة .

باستخدامه على المدى الطويل، يمكن لهذا الدواء أن يؤدي إلى إنتفاخ اللثة وخشونة الوجه وظهور البثرات والشعر على الوجه وانخفاض في تخزين بعض الفيتامينات في الجسم (مثل حمض الفوليك والفيتامين "دي") وثمة الكثير من الآثار الجانبية الأخرى التي تؤثر في أجهزة الجسم المتعددة، ولكن معظمها يظهر بشكل نادر ويكون معتدلاً (Broglin, 2004, p. 18)

9-1-1-7 بريميديون : Primidone

يخضع هذا الدواء إلى التفتت في الجسم ليتحوّل إلى "الفينوباربيتال"، وبالتالي يؤدي إلى الآثار الجانبية نفسها، ويُستخدم في الحالات نفسها أيضاً كما يمكن أن يُسبب الدوار والغثيان الحادّ عند البدء بالعلاج، لذلك يصفه الطبيب في البداية بجرعات خفيفة جداً (Ibrahim, 2019, p. 9)

10-1-1-7 فالبروات : Valproate

في عام (1960) في فرنسا، تمّ اعتبار هذا الدواء أنّه مفيد لمعالجة داء الصرع وذلك بفعل الصدفة فحسب، أمّا اليوم، فهو إحدى خيارات الأدوية لمعالجة داء الصرع من النوع الحساس للضوء والنوبات الصرعية العضلية والخفيفة، مع ذلك، يُعتبر هذا الدواء فعّالاً في كافة أنواع داء الصرع .

عند استخدامه مع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات، يجب توخي الحذر بسبب خطر تضرر الكبد، فقد تصل قطرة من الدواء عند بعض الأشخاص إلى عدد من الصفائح في الدم (الضرورية لتخثر الدم) وقد ساد القلق حديثاً أن هذا الدواء هو الأقل سلامة لمعالجة داء الصرع في حالة الحمل. (المرجع السابق، ص. 19)

وتشمل آثاره الجانبية الأكثر شيوعاً اضطراباً في المعدة، تساقط الشعر، اختلالات في الطمث، والرجفة، وانتفاخ الكاحلين، زيادة الوزن، النعاس (خصوصاً في حال تناوله مع "الفينوباربيتال") وغيرها من التأثيرات العصبية والنفسية، وتتضمن التأثيرات النادرة الإختلافات في مستويات الدم والتغيرات التجميلية والجلدية والكبدية، ويُعتبر "الفالبورات" دواءً بطيء الإصدار . (Broglin, 2004, p.19)

7-1-2 الأدوية الجديدة :

في خلال السنوات العشرين الماضية منذ عام (1989)، تمّ تقديم مجموعة جديدة من الأدوية بمثابة بدائل مفيدة عن الأدوية القائمة، ولكنها غير فعّالة أكثر وفقاً للإحصائيات، مع ذلك، ثمة مرضى لا يستجيبون لدواء ما، بل لدواء آخر . (Ibrahim, 2019, p. 10)

عندما تمّ تطوير الأدوية الجديدة المضادة لداء الصرع، تمّ اختبارها على المرضى الذين لا يستطيعون السيطرة على داء الصرع (عادة ما تكون حالة داء الصرع الجزئي) بمثابة علاج إضافي للعلاجات القائمة، وكان يتمّ ترخيصها إذا لاقت نجاحاً .

تُعتبر بعض الأدوية الجديدة المضادة لداء الصرع فعّالة في حالة بعض أنواع داء الصرع التي تقع خارج نطاق التحديد، ويُسمح للطبيب بوصفها في مثل هذه الحالات بعد التشاور مع المريض طبعاً ويقدم البعض من هذه الأدوية فوائد بالمقارنة مع أدوية أخرى لأنها قد تُظهر آثار جانبية فضلى (المرجع السابق، ص. 10)

1-2-1-7 جابابنتين : Gabapentine

لقد تمّ ترخيص دواء "جابابنتين" للاستخدام في داء الصرع الجزئيّ مع استخدام أدوية أخرى مضادّة للصرع، عادةً، تقل آثاره الجانبيّة، ولكنّ الجرعات العالية منه قد تؤدّي إلى دوار ورجفة ونعاس، كما يمكن لتواتر النوبات الصرعية أن تزيد عند بعض المرضى وغالباً ما يؤدّي هذا الدواء إلى زيادة في الوزن وتشمل الآثار الجانبيّة الأخرى التي تمّ تحديدها اضطرابات في الجهاز الهضمي، وتغييرات نفسيّة وضبابيّة في الرؤية، واضطرابات في الكبد والبنكرياس، وكسل، وتساقط الشعر، وأعراض عصبيّة، وآلام في المفاصل والعضلات. (Broglin, 2004, p.21)

2-2-1-7 لاکوزاميد : Lacosamide

يُعتبر هذا الدواء الأحدث على الإطلاق وقد تمّ ترخيصه بمثابة علاج إضافيّ في داء الصرع الجزئيّ، وتشمل آثاره الجانبيّة الأساسيّة الدوار والرؤية المزدوجة والنعاس (المرجع السابق، ص.21)

3-2-1-7 لاموتريجين : Lamotrigine

لقد تمّ ترخيص هذا الدواء بشكل مقيدّ تماماً مثل دواء "جابابنتين"، أمّا اليوم فيمكن استخدامه كعلاج أحاديّ وهو مفيدّ في معالجة معظم أنواع داء الصرع، يمكن أن يؤدّي هذا الدواء إلى طفح عند بعض المرضى وذلك على الأرجح نتيجة بدء تناوله بجرعات عالية، وتشمل آثاره الجانبيّة الأخرى النعاس والرؤية المزدوجة والدوار. (المرجع السابق، ص. 23)

7-1-2-4 ليفيتيراسيتام : Lévétiracétam

تم ترخيص هذا الدواء ليستخدم بمثابة علاج إضافي لداء الصرع الجزئي، ويمكنه أن يفيد في أنواع داء الصرع الأخرى أيضاً، وتتضمن آثاره الجانبية الأساسية التغيير السلوكي، خصوصاً العنف والتحفيز المفرط، ويمكن أن تصبح هذه التغييرات السلوكية خطيرة أيضاً كما يمكن أن يسبب اضطرابات نفسية بما فيها القلق والإكتئاب والذهان، أما الآثار الجانبية الأخرى فتشمل الكسل والنعاس والدوار والأرق وعدم الإتران والغثيان واضطراب الجهاز الهضمي والرجفة والاضطراب البصري والحكة والطفح وتغير الوزن. (Ibrahim, 2019, p.14)

7-1-2-5 أوكسكربازيبين : Oxcarbazépine

إنّ هذا الدواء مُشابه للكربمزين، ويُعتبر هذا الدواء مفيداً في حالة داء الصرع الجزئي والنوبات الصرعية التوتيرية الإهتزازية وسيئاً في حالة النوبات الصرعية الخفيفة والعضلية، أحياناً، يُمكن أن يُعاني الشخص الذي يتناول هذا الدواء من الطفح، ويمكن للجرعات العالية منه أن تؤدي إلى الرؤية المزدوجة والنعاس والغثيان.

إنّ الآثار الجانبية التي يظهرها هذا الدواء مُشابهة لتلك التي يظهرها الكربمزين، ولكنّ الأشخاص يستطيعون تحمّله أكثر ويكون بديلاً مقبولاً في حال لم يتمكّنوا من تناول الكربمزين ويُمكنه أن يؤدي أيضاً إلى انخفاض في مستويات الصوديوم أكثر من الكربمزين، ولا يتفاعل كثيراً مع الأدوية الأخرى. (Broglin, 2004, p.24)

1-7-1-2-6 بيراسيتام : Piracétam

يُشبه هذا الدواء "الليفيتيراسيتام" من حيث تركيبته ويستخدم في بعض الأحيان للسيطرة على الرمع العضليّ، ولا يُستخدم لمعالجة أيّ نوع آخر من داء الصرع .
(Ibrahim, 2019, p.16)

1-7-1-2-7 بريجابالين : Prégabaline

تمّ ترخيص هذا الدواء لاستخدامه كعلاج إضافيّ عند البالغين الذين يُعانون من داء الصرع الجزئيّ، وتتضمّن آثاره الجانبية الأساسية الوسن والتعب والدوار وزيادة في الوزن وعدم الإتران، وتشمل الآثار الأخرى جفاف الفم والتأثير على الجهاز الهضميّ، خصوصاً النفخة، الغثيان، التأثيرات النفسية، والرؤية غير الواضحة والإحمرار، والأعراض القلبية التنفسية، وتشنج العضلات وآلام المفاصل واضطرابات في الدم والغُدّد الصمّاء
(Broglin, 2004, p. 24)

1-7-1-2-8 روفيناميد : Rufinamide

تمّ ترخيص هذا الدواء لإستخدامه كعلاج مساعد لعارض "لينوكس-غاستو" ويمكن أن يظهر فعالية وآثار جانبية مُعتدلة تتضمن الغثيان، والتقيؤ واضطراب الجهاز الهضمي والدوار، خسارة الوزن، والصداع.

1-7-1-2-9 تياجابين : Tiagabine

نادراً ما يُستخدم هذا الدواء المضادّ لداء الصرع كعلاج إضافيّ في حالة الصرع الجزئيّ، وتتضمّن آثاره الأساسية الدوار، والرجفة، والتعب، والإكتئاب والإسهال ويُقال أنّ الأشخاص لا يستطيعون تحمّله كثيراً، وأنّ آثاره الجانبية بارزة وخصوصاً إذا لم يتمّ تناوله مع الطعام . (المرجع السابق، ص. 27)

7-1-2-10 : توبرامات : Topiramate

يمكن استخدام هذا الدواء كعلاج إضافي أو كعلاج أحادي لمختلف أنواع داء الصرع وتبدأ آثاره الجانبية عادة عند البدء بالعلاج، تتضمن التأثير في المعرفة الشخصية، والتعب، وألم المعدة، وعدم الإلتزان، والتعرق المنخفض (عند الأطفال) والحصاة الكلوية، ولكن بشكل نادر. (Broglin, 2004, p.28)

في بعض الأحيان، يُؤثر هذا الدواء بشكل ملحوظ في المعرفة الشخصية، ويؤدي إلى ضعف الذاكرة والتركيز، وصعوبة في العثور على الكلمات، والكسل والسكون واضطرابات نفسية في بعض الأحيان مثل الإكتئاب والقلق، وقد يحتاج المريض إلى حقنه بالإبر عند البدء بالعلاج، وتُعتبر خسارة الوزن أمراً شائعاً نتيجة فقدان الشهية. (Ibrahim, 2019, p.19)

7-1-2-11 : فيجابترين : Vigabatrine

لقد تمّ ترخيص هذا الدواء لاستخدامه في حالة داء الصرع الجزئي، فضلاً عن تناوله مع أدوية أخرى مضادة للصرع، أو في حالة متلازمة "ويست" عند الأطفال، وقد تمّ تقييد استخدامه بشكل جدي بعد اكتشافه، ولكن بعد مرور (8) سنوات، حصل هذا الدواء على الترخيص، علماً أنّه يحدّ من الرؤية عند حوالي (40%) من المرضى الذين يتناولونه، ويمكنه أيضاً أن يؤدي إلى رؤية محدودة، ولكن غير ملحوظة وغالباً ما تشمل آثاره الجانبية الاكتئاب والإرتباك والأعراض النفسية، وفي بعض الأحيان يُسبب النعاس والدوار ويمكن أن يزيد وزن بعض المرضى عند تناول هذا الدواء (المرجع السابق، ص.

(29)

7-1-2-12 زونيساميد : Zonisamide

لقد تمّ ترخيص هذا الدواء لاستخدامه في حالة داء الصرع الجزئيّ عند البالغين وتُعتبر الحصة الكلويّة وعدم تحمّل القلب، والنقص في التعرّق من آثاره الجانبية المُهمّة، ولكن غير الإعتياديّة، أمّا الآثار الجانبية الأخرى الأكثر شيوعاً فهي اضطراب المعدة وخسارة الوزن وتشمل الآثار الجانبية الأخرى الاضطراب في الجهاز الهضمي، والإختلال في المعرفة الشخصية بما فيها المشاكل في العثور على الكلمات، وفي الذاكرة والتركيز والتأثيرات العصبية والسلوكيّة والأرق والإختلالات الكبدية والركودية والإضطراب الكلويّ والسكتات الدماغية، والإضطرابات التحسّسية في الدم والطفح. (Ibrahim, 2019, p. 22)

7-2 جراحة مرض الصرع :

تقوم جراحة الصرع على إزالة (استئصال) الجزء من الدماغ حيث تبدأ النوبة الصرعية، ويُعتبر هذا الأمر خطيراً للغاية لذلك، تقتصر هذه الجراحة على المرضى الذين تكون نوباتهم مقاومة للعلاج بالأدوية (المعروفين بإسم المرضى " المقاومين للدواء " و"المقاومين للعلاج " " المقاومين للأدوية ") والذين لا يتمتّعون بفرصة ضئيلة في تحسن حالة النوبات الصرعية .

قبل اختبار المرضى الذين يستطيعون الخضوع لجراحة الصرع، ويجب تلبية معايير كثيرة أخرى :

- يجب تحديد أنّ النوبات الصرعية هي إحدى الأسباب الأساسية لعجز المريض (لأنّ النوبات الصرعية الجزئية الصغيرة غير المتحكّم بها لا تشكل مشكلة خطيرة للشخص).
- بشكل مُماثل، يجب التأكّد من الطبيب والمريض أنّه لا بدّ من تغيير نوعيّة حياة المريض عند توقّف النوبات الصرعية، في الواقع لا يُستحسن إجراء جراحة في

الدماغ للأشخاص الذين لديهم ميول إنتحارية أو المكتئبين بشدّة لأسباب غير داء الصرع أو للأشخاص الذين لا يُكون داء الصرع لديهم ذا نتائج وخيمة .

- يجب أن يكون المريض قادراً على استيعاب المخاطر المحتملة وفوائد جراحة الصرع، ومن الضروريّ موافقته بعد التأكّد من كافّة المعلومات . (Améri, 1998, p. 101)

7-2-1 فحوصات ما قبل الجراحة :

كثيرة هي الفحوصات التي يجب القيام بها :

- تصوير الدماغ بواسطة التصوير بالرنين المغناطيسيّ بهدف تحديد الإختلالات الدماغية التي قد تكون السبب في داء الصرع، في حال لم يتمّ رصد هذا النوع من الإختلالات، لا يتمّ استبعاد جراحة الصرع، بل يجعل نجاحها أقلّ احتمالاً، ونادراً ما تكون مفيدة .
- يتمّ إجراء الفحوصات النفسية مع معلومات مفصّلة، ويشمل هذا الأمر عدداً من اختبارات الكلمات والذاكرة والرسم والإنشاء التي توضح كيفية عمل الأجزاء المختلفة لدماغ الشخص. (المرجع السابق، ص. 101)
- يتمّ إجراء هذا النوع من الإختبارات بهدف تحديد ما إذا كان الشخص يُعاني من أيّ مشكلة أو حالة نفسية متعلّقة بالجزء الدماغيّ الذي يُسبّب النوبات الصرعية وأهميته بالنسبة إلى ذاكرة المريض وقدرته على التكلّم وغيرها من الوظائف، وما إذا كان سبباً أساسياً بالمقارنة مع الحالة النفسية بعد إجراء الجراحة .
- يؤدي قياس التخطيط الكهربائي للدماغ الذي يتم تسجيله في خلال النوبة الصرعية، دوراً أساسياً أيضاً، ويشمل هذا الأمر عادة آلة الفيديو للتصوير عن بُعد حيث يكون تحديد مواقع الإختلالات بواسطة التخطيط الكهربائي للدماغ في النوبة مرتبطاً بتغييرات مرئية يتم تسجيلها بالفيديو بهدف تحديد موقع بداية النوبة

الصرعية، من المهم أيضاً التحقق من أنّ الإختلال الذي ظهر في التصوير بالرنين المغناطيسي يرتبط بالجزء الدماغيّ الذي يُنتج النوبات الصرعية .

- أحياناً، يتمّ أيضاً إجراء فحص يُسمى إختبار "أميتال الصوديوم" الذي يشمل حقن المادّة المخدّرة " أميتال الصوديوم " في كلّ جهة من الدماغ بواسطة أنبوب يتمّ إدخاله في الوعاء الدمويّ الأساسيّ في الفخذ، ثمّ يتمّ إيصاله إلى الأوعية الدمويّة التي تتصل بالدماغ .

- إنّها عمليّة غير مؤلمة وآمنة نسبياً، نتيجة لهذا الحقن، يصبح كلّ نصف من الدماغ مُخدّراً لبضع دقائق، في خلال هذه الفترة، يتمّ إختبار ذاكرة المريض، وقدرته على تسمية الأجسام، ويهدف الفحص إلى تحديد الجهة من الدماغ التي تتحكّم باللّغة والذاكرة .

- عند مُعظم الأشخاص، تقع وظيفة اللّغة في النصف الأيسر من الدماغ وتقع وظيفة الذاكرة في النصفين، بينما لا تكون هذه الميزة متوفرة عند بعض الأشخاص ومن المهمّ، تحديد هذه المسألة لأنّ تأثير جراحة الدماغ على النطق والفهم والذاكرة عوامل أساسيّة في تقرير ما إذا كانت الجراحة خياراً مناسباً ونوع العمليّة المُمكن إجراؤها .

- أخيراً، يُعتبر إجراء فحص نفسيّ أمراً شائعاً بهدف التأكّد من عدم وجود أيّ مرض نفسيّ يمنع المريض من الخضوع للجراحة (على سبيل مثال الاكتئاب الحادّ) ويتعيّن مُعالجته قبل إجرائها .

- عند توفر كافّة هذه المعلومات، يتناقش أطباء الأمراض العصبية وجراحي الدماغ حول مخاطر جراحة الدماغ وفوائدها في كلّ حالة فرديّة، عند تقرير هذا الأمر، يتمّ تفسير المخاطر والفوائد للمريض الذي يتعيّن عليه اتّخاذ قرار المُتابعة بالجراحة . (Améri, 1998, p.101 -102)

7-2-2 فعالية الجراحة :

تعتمد نتيجة جراحة الصرع بشكل كبير على نوع العملية والجزء الذي تتم فيه في الدماغ والسبب الكامن للصرع .

تتوقف النوبات الصرعية بعد الجراحة عند حوالي (60%) من المرضى الذين يتم تحديد اختلال لديهم في الفص الصدغي من الدماغ (الحالة الأكثر شيوعاً) وتحسن حالة حوالي (30%) منهم، ولكن، يبقى مريض واحد من بين عشر مرضى من دون أن تتحسن حالته أو يمكن أن تسوء أيضاً، مع ذلك ومع تطوّر تقنيات التصوير والجراحة، لا بدّ أن تستمرّ نتيجة جراحة الصرع بالتحسن (Améri, 1998, p. 102)

7-3 العلاج بالتحفيز العصب المبهم : Stimulation du Nerf Vague

يمكن لبعض المرضى الذين يعانون من داء الصرع المقاوم للأدوية، ولكنّ الجراحة لا ثلاثتهم، اتّباع علاج تحفيز العصب المبهم الذي يقوم على التحفيز الكهربائي المتكرّر للعصب في الرقبة (العصب المبهم) .

يخضع المريض لعملية صغيرة حيث يتمّ وضع مُحفّز (صندوق صغير يشبه منبه القلب) تحت الجلد في الجزء العلوي من الصدر ويتمّ إدخال سلك من المحفّز إلى الرقبة حيث يكون ملفوفاً على العصب المبهم، بعد العملية، يتمّ تشغيل المحفّز الذي ينتج تحفيزات كهربائية قصيرة ومتكرّرة .

يمكن ضبط كثافة هذه التحفيزات ومدّتها وتواترها من قبل اختصاصي يقوم باستخدام جهاز كمبيوتر يكون موصولاً بالمحفّز، فضلاً عن ذلك، يُمكن للأشخاص الذين يحصلون على تنبيهات قبل حدوث النوبات الصرعية، تنشيط المحفّز باستخدام قطعة مغناطيسية وتحتاج بطارية المحفّز إلى الاستبدال بين كلّ خمس إلى عشر سنوات، وذلك عبر الخضوع لعملية أخرى خفيفة . (المرجع السابق، ص. 103)

نادراً ما يؤدي تحفيز العصب المبهم إلى توقّف النوبات الصرعية بالكامل لكنّه يُقدّم فرصةً تصل إلى (30%) تقريباً بتحسّن النوبات الصرعية كثيراً وتشمل الآثار الجانبية أماً في الحلق وصوتاً أجشاً يمكن التحكم بهما عبر ضبط كثافة التحفيز.

لا يكون هذا العلاج فعالاً أكثر من اختبار دواء جديد مضادّ للصرع، ولكنّه مفيد للأشخاص الذين اختبروا كافّة العلاجات الأخرى، أو الذين يُعانون من ضعف في تحمّل الأدوية. (Améri, 1998, p. 103)

خلاصة:

استناداً على ما تقدم يظهر أنّ مرض الصرع هو مرض عصبي مزمن له عواقب نفسية وإجتماعية وخيمة، فمريض الصرع يُعاني من نظرة الآخرين السلبية له، ومن الأحكام المسبقة، ويعاني أيضاً من القلق والخوف الدائم من تعرضه لنوبة صرعية، وأكبر مخاوفه هو الموت المفاجئ جراء إمكانية تعرضه لنوبة الصرعية في أماكن خطيرة كالجسر، وصعوبة الحصول على وظيفة والزواج مما يؤدي به إلى إصابته بالاكتئاب، مع الأسف مازال مرض الصرع غير معروف كفاية في مجتمعنا، فمازال بعض الأفراد ينظرون إلى المريض كشخص تسكنه الأرواح الشريرة، ولهذا قمنا بدراسة هذا المرض لإلقاء الضوء على هذه الفئة من المرضى التي تُعاني في صمت في مجتمعنا، فمرضى الصرع بحاجة ماسة إلى كفالة نفسية.

الفصل الثالث

المساندة الاجتماعية

تمهيد:

تُعد المساندة الاجتماعية مصدراً مُهماً من مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان في عالمه الذي يعيش فيه، فعندما يشعر أنه هناك ما يهدده، وأنه لم يعد في بوسعه أن يواجه الخطر، أو يتحمل ما يقع عليه من إجهاد، فهو يحتاج إلى عون ومدد من الآخرين، وأشار "دين" و"لين" (Dean & lin (1977) إلى أنّ مفهوم المساندة الاجتماعية هو من أهم المفاهيم التي يجب دراستها في المستقبل، لما لها من دور مؤثر ومُعدّل للمشقة الواقعة على الفرد (شويخ، 2007، ص. 83). وهذا ما سنتناوله بشيء من التفصيل في العناصر المالية:

1- مفهوم المساندة الاجتماعية:

عرّف "كوب" (Cobb (1976) المساندة الاجتماعية بأنها: "إدراك الانتماء لشبكة اتصالات اجتماعية وواجبات متبادلة عن طريق المجموعة الموجودة داخل الشبكة الاجتماعية، فنتم عملية الاعتماد المتبادل وتشابه القيم المُتعارف عليها التي يحملها أعضاء الشبكة، وتنشأ من خلالها في النهاية علاقة ود وحب واعتناء متبادلة (عبد العزيز، 2010، ص. 82).

وفي نظر "كابلان" (Caplan (1981) فهي تعبر عن النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين والتي تتسم بأنها طويلة المدى، ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها عندما يشعر الفرد بأنه في حاجة إليها لتمده بالسند العاطفي" (أبو أسعد، 2015، ص. 172).

وقد عرفها "ساراسون" وآخرون (Sarason et al (1983) بأنها وجود أو توفر الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق بهم، وهم أولئك الذين يتركون لديه انطباعاً بأن في وسعهم أن يعتنوا به، وأنهم يقدرونه ويحبونه(المرجع السابق، ص. 171).

بينما يرى "ليبور" (1994) Lepore أن المساندة الاجتماعية هي : "تلك
الإمكانات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد الذي يمكن
استخدامها للمساعدة خاصة الاجتماعية في أوقات الضيق ويزود الفرد بالمساندة
الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم
اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية - في
الغالب- الأسرة والأصدقاء والزملاء العمل وليست كل الشبكات الاجتماعية مساندة، بل
مساندة منها تميل إلى دعم صحة ورفاهية متلقي المساندة" (فايد، 2000، ص. 338).

ويضيف كل من "جونتري و"كودوين" (1995) Gentry & Goodwin بأنّ المساندة
الاجتماعية تعبر عن "شبكة من العلاقات التي تقدّم مساندة مستمرة للفرد بصرف النظر
عن الضغوط النفسية الموجودة في حياته، وهي إما أن تكون موجودة أثناء حدوث
الضغوط النفسية أو أن يكون لدى الفرد إدراك بأنّها ستتنشط في حالة وجود الضغوط" (أبو
أسعد، 2015، ص. 172).

في حين يرى "تفاحة" (2005) بأنها تمثّل ذلك الدعم والعون الذي يشعر من
خلالها الفرد بأنه محبوبٌ ومقبولٌ وموضع رعاية الآخرين وتقديرهم، مما يساعده على حل
مشكلة والتغلب على الصعوبات التي يواجهها وتلبية حاجته المادية والنفسية الذي يعكس
آثاره على إحساسه بالأمن والاستقرار والطمأنينة، وأنه جزء من شبكة علاقات اجتماعية
ودودة وآمنة وتنال القبول لديه. (تفاحة، 2005، ص. 130).

وحسب (شويخ، 2007، ص. 91) تشير المساندة الاجتماعية إلى إدراك الفرد
لوجود أشخاص مقربين له، يثق فيهم، ويهتمون به في أوقات الأزمات ويمدونه بأنماط
المساندة المتعددة سواء في صورة حب وعطف، أم في صورة تقدير واحترام، أم في صورة
مساعدة مادية، أم في صورة علاقات حميمة مع الآخرين أم كلهم معاً.

بناء على تعدد وتباين تعريفات المساندة الاجتماعية، نلاحظ أنها تدور في معظمها حول النقاط الجوهرية التالية مثلما حدّتها (شويخ، 2007، ص. 90-91).

- أن المساندة الاجتماعية علاقة تبادلية بين فردين على الأقل.
- أنها تمد الفرد بأشكال مختلفة ومتباينة من الإمدادات الوجدانية، والأدائية والمعلوماتية والمادية.
- أنها تقدر من خلال السياق الرسمي (كالمؤسسات الاجتماعية) أو السياق غير الرسمي (متضمن أفراد العائلة والأصدقاء والجيران).
- تسهم في عزل وتخفيف الآثار السلبية لأحداث الحياة المثيرة للمشقة.
- أن إدراك الفرد لمدى تمتعه بها له علاقة بتعزيز التوافق وتقوية أساليب المواجهة لديه.
- من مكوناتها الأساسية حجم الشبكة الاجتماعية للفرد والوظائف التي تقوم بها.
- تتباين ملاءمة المساندة الاجتماعية وظيفياً بتباين مثيرات المشقة .
- تتسم العلاقة بين المساندة والمشقة بأنها تبادلية، حيث تتضمن كثيراً من أحداث الحياة الشاقة وحدوث تغييرات مفاجئة في المساندة الاجتماعية.
- تعتمد فاعلية المساندة على المصدر الذي تأتي منه فالمساندة من زملاء العمل تكون فعالة في مواجهة المشكلات التي تتعلق بالعمل، أو المشقة المهنية، بينما المساندة من شريك الحياة والأصدقاء خارج العمل لا تحقق نفس الفعالية.

2- مكونات المساندة الاجتماعية :

قام "وايز" (1973) Weiss بتحديد ستة عناصر أو مكونات للمساندة وهي :

1- **التعلق** : وهو نوع من الروابط الوجدانية التي تزود الفرد بالراحة والأمان, وتقدم عادة بواسطة شريك الحياة, ومن خلال العلاقات المتبادلة مع الجنس الآخر.

2- **التكامل الاجتماعي** : ويشير إلى الاهتمامات التي يشارك فيها الفرد الآخرين, وتقدم من خلال شبكة الأصدقاء والزلاء الذين يقدمون الرفقة والفرصة للمشاركة في الاهتمامات والقيم .

3- **الطمأنة لقدراته ومهاراته وتقييمها** : وتقدم بواسطة الأصدقاء والزلاء الذين يشهدون على كفاءة الفرد في القيام بالدور المنوطة به .

4 - **العلاقات الثابتة** : والتي تقدم تحت أي ظرف عند الحاجة إليها.

5- **الإرشاد والتوجيه** : ويتمثل في الثقة بالآخرين الذين يقدمون النصيحة سواء أكانوا من أفراد العائلة أم من الأصدقاء .

6- **فرص الرعاية** : ويقصد بها مشاعر المسؤولية عند الفرد, وغالباً ما يتم تضمين الأبناء الذين يقدمون للفرد الإحساس بالاحتياج له.

وأضاف الباحثون أن المساندة تتباين في الحجم, وتمثل عدد الأفراد ذي علاقة منظمة مع الفرد, وفي التكرار, ويقصد به عدد مرات رؤية هؤلاء الأفراد, وفي البناء وهو ما إذا كان هؤلاء الأفراد من الأسرة أو من الأقارب أو من الأصدقاء, وفي المودة والألفة, وهي تعكس العلاقة الحميمة والثقة المتبادلة مع الآخرين(شويخ, 2007, ص. 86-87)

وأضاف "بيرس" (1996) أنّ المساندة الاجتماعية لها تركيبة معقدة, فهي تتكون من ثلاث مكونات, متصلة مع بعضها بعضا, وهذه المكونات هي :

1- مخطط المساندة : وهي تشمل إدراك الفرد ومعلوماته وتوقعاته عن إمكانية البيئة الاجتماعية في تقديم المساندة, التي يحتاج لها الفرد لمواجهة المشقة, وهذا المكون يعكس التوجه المعرفي للمساندة الاجتماعية, فالفرد ذو التوقع الايجابي في المساندة الاجتماعية يسعى دائما لتكوين ولتنمية علاقات متعددة مع المحيطين به في البيئة الاجتماعية, لتوفير كم مناسب من المساندة المتاحة من قبل الآخرين.

2- علاقات المساندة : يعتمد هذا المكون على التوقعات السابقة لدى الفرد عن أهمية المساندة, وبالتالي يسعى من خلال هذه العلاقات الاجتماعية إلى الحصول على المساندة المطلوبة في هذا الموقف.

وأكد "بيرس" ضرورة التمييز بين متلقي المساندة وهو الشخص ذو التوقع والإدراك المسبق عن المساندة, وبين مقدم المساندة وهو الذي يسعى من خلال هذه العلاقات الاجتماعية إلى توفير المساندة المطلوبة من قبل الآخرين.

3- صفقات المساندة : وهي أشبه بسلوك المقايضة أو الصفقة بين فردين على الأقل, حيث يسعى مقدم المساندة إلى تقديم أنماط متعددة من سلوك المساندة لشخص آخر, بينما يحاول الآخر بذل مجهود لاستقبال هذه السلوكيات المتاحة, وأكد "بيرس" مدى التداخل بين هذه المكونات الثلاثة, بحيث لا يمكن عزل أحدهما عن الآخر وذلك لأنهم في حالة تفاعل مستمر. (شويخ, 2007, ص. 87-88)

وتهتم البحوث في السنوات الأخيرة بعنصرين للمساندة, هما :

1- تلقي المساندة : وتشير إلى أنماط محددة من السلوك مثل تقديم النصيحة, أو الطمأنة التي تقدم بواسطة أعضاء الشبكة الاجتماعية (المرجع السابق, ص. 88)

2- إدراك المساندة : ويشير إلى الاعتقاد في أن هذه سلوكيات المساعدة سوف يتم تقديمها عند الحاجة إليها(شويخ, 2007، ص. 88)

3- أنواع المساندة الاجتماعية :

اتفق الباحثين "تويتس" (1982) Thoits, "شوب تاو" و"ليشمان" (1986) Shoptaw & Lichtman, "بلوم" و"كاسلر" (1994) Bloom & Kessler, "تايلر" (1995) Taylor, "هيكسون" و"كوهين" (1996) Helgeson & Cohen, "سارافينو" (1998) Sarafino على أن هناك على أقل خمسة أنواع للمساندة الاجتماعية وهي :

3-1 المساندة الانفعالية : Emotional Support

ويقصد بها مشاعر المودة، والصداقة، والرعاية، والاهتمام والحب، والثقة في الآخرين، والإحساس بالراحة والانتماء، فالفرد يعاني في أوقات المشقة من انفعالات معينة، أو يمر بخبرة اكتئاب، أو حزن، أو قلق، أو فقدان تقدير الذات، ومن خلال هذه المساندة الانفعالية المقدمة له من قبل الآخرين يعمل على إعادة تقدير الذات، أو التقليل من مشاعر عدم الكفاءة الشخصية عن طريق إحاطة الفرد بأن له قيمة وأنه محبوب.

3-2 المساندة الأدائية : Instrumental Support

وتشمل المساعدة المادية أو المالية، مثل القيام بإقراض الفرد مبلغاً من المال، أو دفع الفواتير، أو المساعدة في الأعباء المنزلية، أو مساعدته للقيام ببعض الأعمال البسيطة. (المرجع السابق، ص. 88-89)

3-3 المساندة المعلوماتية : Informational Support

وهذا النوع من المساندة يظهر في إمداد متلقي المساندة الإجتماعية بالمعلومات التي تفيده في حل مشكلة صعبة يواجهها في حياته اليومية، أو من خلال إسداء النصح له، أو توجيهه وإرشاده، ويطلق عليه هذا النوع أيضا بعض المفاهيم الأخرى مثل : مساندة التوجيه المعرفي Cognitive Guidance Support، أو المساندة بالنصح والإرشاد. (علي، 2005، ص. 39)

3-4 المساندة التقديرية : Esteem Support

ويتمثل هذا النوع من المساندة في تقديم أشكال مختلفة من المعلومات لمساعدة الفرد على تعميق إحساسه بأنه مقبول Accepted من الآخرين، ولديه مقومات التقدير الذاتي من المحيطين به، وهذا يعطيه الإحساس بالقيمة الشخصية، وإحترام الذات. وهذا النوع من المساندة الاجتماعية يطلق عليه العديد من المسميات الأخرى، مثل المساندة النفسية، والمساندة التعبيرية Expressive، ومساندة إحترام الذات Self-esteem support، ومساندة التنفيس Ventilation support، والمساندة الوثيقة Close support. (المرجع السابق، ص. 38)

3-5 الصحبة الإجتماعية Social Companionship

يرى "أكسفورد" Oxford (1994) أن مصطلح الصحبة الإجتماعية أدخل تحت مفهوم المساندة الاجتماعية بفضل كل من "كوهين" Cohen، و"ويلز" Willis (1985)، ويعني " قضاء وقت الفراغ مع الآخرين المحيطين بالفرد في ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية والترفيهية، والمشاركة الاجتماعية في المناسبات الاجتماعية لإشباع الحاجة إلى الإنتماء، والتواصل مع الآخرين، ومساعدة الفرد على تخلص من قلقه وهمومه، والتخفيف عنه في مواجهته لأحداث الحياة الضاغطة". (المرجع السابق، ص. 39)

ولقد أشار بعض الباحثين إلى مصطلح الصحة الإجتماعية بأنه "يمثل الوظيفة الوقائية للمساندة الإجتماعية " (علي، 2005، ص. 39).

4- النماذج النظرية المفسرة لدور المساندة الاجتماعية :

لقد قدم "كوهين" و"وليز" نموذجين لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة في مواجهة المشقة الصحية، وهما : نموذج تخفيف الأثر، نموذج التأثير الرئيسي.

4-1 نموذج تخفيف الأثر :

يفترض هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية تؤثر على الصحة فقط بالنسبة للأفراد الذين يقعون تحت ضغط المشقة، حيث تعمل المساندة على تخفيف أو حماية الأفراد من التأثيرات السلبية للمشقة، وهناك آليات عديدة تعمل من خلالها المساندة في ظل هذا النموذج، وقد وضع "كوهين" و"وليز" (1985) آليتين على الأقل لتفسير كيفية قيام المساندة الاجتماعية بالتخفيف من آثار المشقة والضغوط الواقع تحتها الأفراد كالتالي :

● **الآلية الأولى :** تؤثر المساندة على العمليات المعرفية الإدراكية للفرد الواقع تحت المشقة، فالفرد الذي يقابل مصدرا للمشقة المرتفعة مثل الأزمة المادية في ظل توفير مساندة له من قبل المحيطين به سواء أكان عن طريق مساعدته ماليا من أفراد عائلته أم عن طريق تزويده بعمل يمكنه من كسب مزيد من المال، يدرك الموقف بأنه لم يعد شاقاً.

● **الآلية الثانية :** تتدخل المساندة لتعمل على تعديل آثار أحداث الحياة المُسببة للمشقة والنواتج المترتبة عليها، فيعمل أعضاء بيئته الاجتماعية على تهدئة الفرد أو إقناعه بأن المشكلة ليست مهمة أو مؤثرة، أو يحاولون تقليل مخاوفه، أو تشجيعه على التركيز على الجانب الإيجابي في حياته، وبالتالي يصحح الفرد صورته عن ذاته وعن الموقف (شويخ، 2007، ص. 92-93).

4-2 نموذج التأثير الرئيسي :

يقترح هذا النموذج أن المساعدة لها تأثير مفيد على حياة الفرد, وصحته الجسمية بصرف النظر عما إذا كان هذا الفرد يقع تحت مشقة أم لا, ومع هذا فهي لا تعد أهم المتغيرات المؤثرة على صحة الفرد, أمّا مناحي التأثير الإيجابي للمساعدة الاجتماعية, فهي تتمثل في :

1- تعمل المساعدة على تعديل صورة الفرد عن ذاته, وإحساسه بالانتماء سواء أكان يمر بحدث مشق أم لا.

2- تعمل المساعدة على دعم السلوكيات الصحية لدى الفرد حيث أشار "بلاك" وآخرون (1990) إلى أن نقص وزن الأفراد المشاركون في برامج إنقاص الوزن يرجع إلى دعم الأهل للنظام الغذائي المتبع لهذا البرنامج.

3- يؤدي شعور الشخص باهتمام الآخرين به في المراحل المبكرة من المرض إلى تشجيعه على الاهتمام بصحته قبل أن يتفقم المرض لديه, وكذلك تشجيعه على اتخاذ أسلوب حياة صحي.

يؤثر شعور الفرد بالمساعدة الاجتماعية, على المداومة في ممارسة التمرينات, وتناول الأدوية بشكل منتظم وإتباع نصائح الطبيب, بالمقارنة بغيره ممن لا يتلقى المساعدة (شويخ، 2007، ص. 93-94).

5- مصادر المساعدة الاجتماعية:

تأتي المساعدة الاجتماعية من عدّة مصادر بعضها رسمي والبعض الآخر غير رسمي, ويبرز بين المصادر الرسمية أفراد الأسرة, والأصدقاء والأقارب والجيران كمصادر أولية للمساعدة أمّا المصادر الغير رسمية للمساعدة الاجتماعية نجدها مرتبطة ببيئة العمل ويمثلها رؤساء العمل وزملاء العمل

وفي هذا الصدد يلخص "نوربيك" (1984) Norbeck ثمانية مصادر وهي: الزوج والزوجة، الأسرة والأقارب، الأصدقاء، الجيران، زملاء العمل أو الدراسة، موفرو الرعاية الصحية، المرشد أو المعالج، ورجال الدين. (بوشدوب، 2009، ص.39)

والجدير بالذكر تعدّ المساندة الاجتماعية أحد المصادر المهمة للذين يعانون من المرض المزمن، والمرضى الذين يتمتعون بعلاقات اجتماعية جيدة، من الأرجح أن يكون تكيفهم مع المرض إيجابياً أيضاً، وقد وُجدت مثل هذه العلاقة لدى العديد من المرضى من بينهم مرضى السرطان، ومرضى التهاب المفاصل، مرضى الكلى، مرضى إصابات العمود الفقري حيث تعتبر المساندة الأسرية للمريض المزمن أمراً في غاية الأهمية، ليس لأنها تعزز الأداء الجسدي والعاطفي للمريض فحسب، وإنما لأنها تعزز التزامه بالعلاج أيضاً، فأفراد الأسرة لا يقومون بتذكير المريض بنشاطات هو بحاجة إلى ممارستها، ولكنهم يربطون العلاج بنشاطات موجودة مُسبقاً، وبالتالي تزداد احتمالات الالتزام بالعلاج، كما هو الحال بالنسبة للأسرة التي تمارس الركض صباحاً ومساءً كل يوم مثلاً.

وتمثل جماعات المساندة الاجتماعية (Support groups) مصدراً آخرًا بالنسبة للمريض المزمن، بعض هذه الجماعات يشكلها ويقودها المعالج، وبعضها الآخر يقودها المريض نفسه، وتبحث هذه الجماعات في قضايا ذات اهتمام مشترك، وكثيراً ما تزود المريض بمعلومات ذات قيمة حول نجاحات الآخرين في تعامل مع المشكلات التي تنجم عن المرض، وتزوده بفرص مشاركة الآخرين عواطفهم وخبراتهم، ومع أن هذا كان يتم تقليدياً وجهاً لوجه ففتبادل الجماعة المعلومات بصورة مباشرة، إلا أن تطوراً جديداً بدأ يظهر في هذا المجال وهو تقديم المساندة الاجتماعية، وتلقيها عبر الأنترنت، كما يمكن لجماعات المساندة الاجتماعية أن تلبى تلك الاحتياجات التي لم يتم إشباعها من قبل الأسرة والأصدقاء، كما أنها تمكّن المرضى من مشاركة خبراتهم الشخصية مع الآخرين (تايلور، 2008، ص.546-547).

6- شروط المساندة الاجتماعية :

هناك بعض شروط يجب أن تتوافر في عملية المساندة النفسية والاجتماعية عند

تقديمها كما حددها كل من "واد" و"تافريس" (1987) Wade et Tavris ومن أهمها :

- **كمية المساندة** : لابد أن يكون معدل المساندة الاجتماعية معتدلا عند تقديمها للمتلقي حتى لا يجعله أكثر اعتمادية وينخفض بالتالي تقديره لذاته.

- **اختيار التوقيت المناسب لتقديم المساندة**: وهذا الشرط يحتاج الكثير من المهارة لدى مانحي المساندة حتى تؤدي إلى نتائج جيدة لدى المتلقي.

- **مصدر المساندة**: فلا بد أن تتوافر بعض الخصائص لدى مانحي المساندة، والتي تتمثل في المرونة والنضج والفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي حتى يساهم بقدر فعال في تقديم المساندة.

- **كثافة المساندة** : إن تعدد مصادر المساندة الاجتماعية لدى المتلقي تؤدي سريعا إلى حلّ المشكلات التي يمر بها المتلقي وتساعد على تخطي الأزمات التي يمر بها في حياته.

- **نوع المساندة**: ويتمثل هذا الشرط في القدرة والمهارة والفهم لدى مانحي المساندة في اختياره المحكم لنوع المساندة التي تتناسب مع ما يدركه ويرغبه المتلقي

كما يوجد شرط آخر تضيفه "ثويتس" (1986) Thoits للشروط السابقة وهو :

- **التشابه والفهم المتعاطف** : ويتمثل هذا الشرط في أن المساندة الاجتماعية يمكن تقبلها في حالة التشابه النفسي والاجتماعي للمانح والمتلقي، وتكون فعالة لدى المتلقي إذا كانت الظروف التي يمر بها المانح والمتلقي متشابهة. (بوشدوب، 2009، ص.

(41-40).

7- مقاييس المساندة الاجتماعية :

7-1 مقياس مساندة الاجتماعية لـ"سيندر" Sender (2001) :

قام بإعداد هذا المقياس "سيندر" (2001) Sender وقامت "عفاف عبد الفادي دانيال" (2008) بترجمته وإعداده للبيئة العربية ويتكون المقياس من (42) بندا مقسمة على بُعدين بُعد المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة وبُعد المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة ويقوم المبحوث باختيار الإجابة من أربع إجابات (موافق تماما، موافق بصفة عامة، موافق إلى حدّ ما، غير موافق)، ويتم الحصول على درجة كلية للمقياس تتراوح بين (42 - 162 درجة).

أما فيما يخص ثباته استخدمت معدّة المقياس التجزئة النصفية وثبات ألفا كرومباخ حيث توصلت إلى معامل ثبات مقداره (0,86) بالنسبة للتجزئة النصفية و(0,84) بالنسبة لألفا كرونباخ، يتضح من النتائج أنّ معاملات ثبات عالية ومرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الثبات.

أما الصدق فقد تمّ حسابه بطريقتين الصدق العاملي والصدق الاتساق الداخلي، فالنسبة للصدق العاملي فقد أظهرت النتائج تشبع بُعدي المقياس بالخاصية التي وضعها لقياسها، نفس الشيء بالنسبة لنتائج معاملات صدق الاتساق الداخلي بين الدرجة على البعد الفرعي وبين الدرجة الكلية حيث تراوحت بين (0,89 - 0,91) وهي معاملات ارتباط مرتفعة تشير مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الصدق (دانيال، 2008)

7-2 مقياس المساندة الاجتماعية لـ"فوكس" Vaux (1982) :

وضع هذا المقياس "فوكس" وأعدده للبيئة العربية "عزت عبد الحميد حسن" (1996) ويحتوي على (43) عبارة تقيس (5) أبعاد فرعية هي : المساندة العاطفية، الصحة الاجتماعية، المساعدة العملية، المساندة المالية، النصيحة والإرشاد وهذا المقياس

يقيس المساندة الاجتماعية من الأسرة والأقرباء والأصدقاء, وزملاء العمل ورؤساء العمل (أحمد، 2004، ص. 100).

3-7 مقياس المساندة الاجتماعية لـ "ساراسون" وآخرون (Sarason & al (1983)

تتضمن المساندة الاجتماعية حسب "ساراسون" وآخرون على عنصرين أساسيين :

أ - إدراك الشخص بوجود عددا كافيا ممن يقدمون إليه المساندة الاجتماعية وقت الحاجة إليها.

ب- درجة من الرضا لدى الفرد عن هذه المساندة المتاحة.

وقد أعد هذا المقياس بناء على هذا التصور عن المساندة, أي كمية المساندة المتاحة (عدد الأشخاص) ومدى الرضا عن المساندة, ويشتمل المقياس على (27) موقفا يتعرض لها الناس ويقي كل موقف سؤال عن الأشخاص الذين يشاركون هذا الموقف, ويقي ذلك السؤال حول مدى الرضا عن هذه العلاقات المحددة بـ (6) مستويات. (الشناوي وعبد الرحمان، 1994، ص. 43)

وبفضل هذا المقياس استطاع بعض الباحثين اكتشاف أن الرضا عن المساندة الاجتماعية لا يرتبط بالضرورة باتساع الشبكة الاجتماعية للفرد, حيث سجل عند بعضهم درجة عالية من الرضا عن المساندة رغم قلة عدد الأصدقاء. (بوشدوب, 2009، ص. 45)

4-7 مقياس المساندة الاجتماعية لـ "ديون" وآخرون (Dunn & al(1987) :

قام بإعداد هذا المقياس "ديون" وآخرون (1987) وقام بترجمته وإعداده للبيئة العربية "السريسي وعبد المقصود", ويتكون المقياس من (25) عبارة, بهدف تقدير المساندة الاجتماعية كما يدركها المراهقين, وباستخدام التحليل العاملي للمكونات الأساسية

لـ "هولتيلنج" وإدارة العوامل تدويرا متعامدا بطريقة "الفاريمكس" أسفر عن ظهور أربع عوامل فرعية هي : المساعدة من قبل الأصدقاء, المساعدة من قبل الجيران, والمساعدة من قبل الأسرة, والرضا الذاتي عن المساعدة, ولكن مُعدوا المقياس قاموا بإعادة دمج عبارة المساعدة من قبل الجيران مع عبارات المساعدة من قبل الأصدقاء, ومن تم أصبح عدد العوامل للمقياس ثلاثة هم : المساعدة من قبل النظراء (الأصدقاء والجيران), والمساعدة من قبل الأسرة, والرضا الذاتي عن المساعدة (السوسي وعبد المقصود, 2008, ص. 4)

8- علاقة المساعدة الإجتماعية بفعالية الذات لدى المرضى :

يوجد عدّة الدراسات أثبتت أنه توجد علاقة بين المساعدة الإجتماعية وفعالية الذات لدى المرضى نذكر منها دراسة "كلوخ" Klug, "توبرت" Toobert و"فوغرتي" Fogerty (2008), عن وجود علاقة موجبة بين المساعدة الاجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى السكري من النوع الثاني البالغ عددهم (243) مريض (Klug et al, 2008, p.1053-1061)

نفس الشيء كشفت عنه دراسة لوريغ Lorig, "ريتير" Ritter, "فيلا" Villa و"أرماس" Armas (2009), التي أقيمت على عينة قوامها (345) من مرضى السكري، بأنه توجد علاقة موجبة بين المساعدة الاجتماعية وفعالية الذات لدى هؤلاء المرضى. (Loring et al, 2009, p.641-651)

في نفس المضمار بيّنت دراسة "هانت" Hunt, "جرانت" Grant, "بريتشارد" Pritchard (2012) عن وجود علاقة موجبة بين المساعدة الاجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى السكري من النوع الثاني . (Hunt et al, 2012, p.255-262)

كذلك أظهرت دراسة "شوتز" Schiotz, "بوغيلوند" Bogelund, "المدال" Almdal, "جنسن" Jensen, "ويلينج" Willaing (2012) أنّ الإتصال المتكرر مع الأصدقاء

والعائلة ارتبطت مع درجات عالية من فعالية ذات مريض السكري النوع الثاني, كما ارتبط ضعف الشبكة الاجتماعية مع فعالية الذات منخفضة لدى مرضى السكري من النوع الثاني والبالغ عددهم (2572) . (Schiotz et al, 2012, p.654-661)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "إسماعيل" Esmaeil، "أحمدي" Ahmadi، "جناتي" Jannati، "خليلي" Khalilian، "إسبودي" Espabodi، (2013) التي أقيمت على عينة قوامها (203) من مرضى القصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى, أنه يوجد علاقة دالة بين المساندة الاجتماعية المدركة وفعالية الذات لدى المرضى (Esmaeil et al, 2013, p.659-675).

كما كشفت أيضا دراسة "راشد" Rashid، "زهرة" Zuhra و"تان" Tan (2018) أقيمت على عينة قوامها (329) من مرضى السكري من النوع الثاني، أنه توجد علاقة موجبة بين كل من المساندة الاجتماعية وفعالية الذاتية - (Rashid et al, 2018, p. 197- 201)

9- علاقة المساندة الاجتماعية بنوعية الحياة لدى المرضى :

يوجد عدّة دراسات أثبتت أنه توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى المرضى حيث كشفت دراسة "بينيت" وآخرون Bennett et al (2001)، أن المساندة الاجتماعية مُنبئ لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى قصور القلب المزمن والبالغ عددهم بـ (227). (Bennett et al, 2001, p. 671-688).

وفي نفس المضمار توصلت دراسة "ريمور" Remor، على عينة قوامها (100) مرضى مصابين بفيروس نقص المناعة (2002)، استعمل استبيان المساندة الاجتماعية (Social support questionnaire Duke-UNC-11)، استبيان نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (MOS-SF30) أن أفراد العينة الذين لديهم نوعية حياة مرتبطة بالصحة سيئة كان لديهم مستوى منخفض من المساندة الاجتماعية, ومنه استنتجت أن مستوى المساندة

الاجتماعية مُنبئ بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى هؤلاء المرضى, كما استنتجت أيضا أنّ المساندة الاجتماعية مُتغير مُهم في فهم الرفاهية ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بفيروس نقص المناعة (Remor, 2002, p. 143-148)

كما أظهرت دراسة "قوز" وآخرون (Goz et al, 2007) أنّ المساندة الاجتماعية تزيد من مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني. (Goz et al, 2007, p. 1353-1360)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "تانغ" وآخرون (Tang et al, 2008) أقيمت على عينة قوامها (89) من مرضى السكري من النوع الثاني، أنّ للمساندة الاجتماعية دوراً هاماً في تحسين نوعية الحياة وسلوكيات الإدارة الذاتية لديهم . (Tang et al, 2008, p. 266-276)

وفي نفس السّياق أظهرت دراسة "نيفيس" وآخرون (Neves et al, 2010) أنه توجد علاقة موجبة بين المساندة الإجماعية ونوعية الحياة لدى مرضى السل وكذلك مرضى فقدان المناعة المكتسبة (Neves et al, 2018, p. 21-29)

كما أسفرت دراسة "جانوفسكي" وآخرون (Janowski et al, 2012) التي أجريت على عينة قوامها (104) من مرضى المصابين بصدفية، إلى وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة، بمعنى آخر كلما ارتفعت درجات المساندة الاجتماعية ارتفع معها مستوى نوعية الحياة وفي المقابل انخفاض في مستوى الاكتئاب. (Janowski et al, 2012, p.421-432)

وفي نفس السّياق أظهرت دراسة لـ "نازك" Nazik، "أوزدمير" Ozdemir و"صويدان" Soydan (2014) التي أجريت على عينة من مريضات بسرطان المبيض ومريضات بسرطان عنق الرحم والبالغ عددهنّ (108) واستعمل فيها مقياس متعدد الأبعاد للمساندة الاجتماعية المدركة (MSPSS) ومقياس نوعية الحياة الخاص بمرضى السرطان الناجين

(The Quality of Life –Cancer Survivors Instrument) (QOL-CS) إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية المدركة ونوعية الحياة لدى المريضات (Nazik et al, 2014, p.3081-3086)

وفي نفس المضمار توصلت دراسة "نغ" وآخرون Ng et al, التي أُقيمت على عينة قوامها (221) من مريضات سرطان الثدي, إلى وجود علاقة موجبة بين درجات الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ومقياس نوعية الحياة حيث تراوحت معاملات الارتباط Spearman's rho بين (0,31، -0,36) ومنه خلصت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن المساندة الاجتماعية المدركة هي عاملٌ مهمٌ لنوعية حياة أفضل لدى مرضى بشكل عام ومريضات السرطان بشكل خاص. (Ng et al, 2015, p.205)

وفي نفس السياق هدفت دراسة "بوين" وآخرون Bowen et al (2015) التي أجريت على عينة من مرضى السكري والبالغ عددهم (187), بهدف البحث عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات وكذلك نوعية الحياة حيث كشفت هذه الدراسة أنه كلما ارتفع مستوى المساندة الاجتماعية لدى المرضى كلما كانت نوعية الحياة لديهم أفضل. (Bowen et al, 2015, p. 21-29)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "محمود" Mahmoud، "برما" Berma، "جبل" Gabal (2017)، وذلك على عينة قوامها (115) من مرضى المصابين بالأمراض العقلية، تراوحت أعمارهم بين (20) و(65) سنة، استخدمت فيها النسخة المختصرة لمقياس نوعية الحياة كما جاءت به المنظمة الصحة العالمية ومقياس متعدد الأبعاد للمساندة الاجتماعية المدركة (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (MSPSS) لـ "زيمت وآخرون" Zimet et al, حيث توصلوا إلى أنه يوجد علاقة موجبة بين الدرجات الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ومقياس نوعية الحياة حيث فُدر معامل الارتباط بـ (r=0,743). (Mahmoud et al, 2017, p.57-75)

وفي نفس السّياق هدفت دراسة "مقصودي" Maghsoodi و"صالح نجاد" Salehinejad (2018), إلى تحقّق من العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة, أقيمت دراسة على عينة قوامها (300) من مرضى السرطان من مدينة "كرمان" ولتحقيق أغراض الدراسة استعمل مقياس المساندة الاجتماعية (combination of MOS and SAEDEH Garoosi social support questionnaires), ومقياس نوعية الحياة SF-36 وبعد إجراء المعالجة الإحصائية للبيانات, أظهرت النتائج أنّه يوجد علاقة دالة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى المرضى, كما أظهرت تحليل الانحدار أن البعد الانفعالي المتمثل في اللّطف والتعاطف يُعتبر مُنبأً مباشراً لنوعية الحياة, ومنه خلصت الدراسة إلى نتيجة مفادها أنّه يمكن استخدام المساندة الاجتماعية لتحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان. (Maghsoodi et Salehinejad, 2018, p.15-22)

نفس الشيء أسفرت إليه دراسة "فان دايك" Van Dyke, "كيم" Kim, "ثورن" Thorn (2018) حيث توصلوا إلى أنّ المستوى المرتفع للمساندة الاجتماعية يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة لدى المرضى الذين يُعانون من الألم المزمن. (Van Dyke et al, 2018)

وفي نفس السّياق أظهرت دراسة "توركمندي" وآخرون Torkmandi et al (2019) التي هدفت إلى التّحقّق من العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان حيث استعمل فيها مقياس نوعية الحياة (FACT_G) ومقياس متعدد الأبعاد للمساندة الاجتماعية المدركة (MSPSS), وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أنّه يوجد ارتباط بين المساندة الإجماعية والبعد البدني والنفسي والإجماعي والوظيفي لنوعية الحياة, كما استنتجت أنّ المساندة الاجتماعية التي تقدمها العائلة والأصدقاء تُعد عاملاً هاماً في التأثير على نوعية حياة مرضى السرطان وهذا ما يجعل المريض أكثر تكيّفاً مع مرضه. (Torkmandi et al, 2019, p. 9-15)

خلاصة :

نستنتج ممّا سبق أنّ الفرد بحاجة ماسّة إلى المساندة الاجتماعية بأنواعها خاصة المريض فهي تعمل على تعديل صورة الفرد عن ذاته, وإحساسه بالانتماء, كما أنّها تعمل على دعم السلوكيات الصحية لدى الفرد, فشعور المريض باهتمام الآخرين به في المراحل المبكرة من المرض يؤدي إلى تشجيعه على الاهتمام بصحته قبل أن يتفاقم المرض لديه, وكذلك تشجيعه على اتّخاذ أسلوب حياة صحي حيث أثبتت العديد من الدراسات أنّ المساندة الاجتماعية تساعد على رفع مستوى فعالية الذات لدى المرضى كما أثبتت أيضا أنّ لها دور في تحسين نوعية الحياة لدى المرضى.

الفصل الرابع

فعالية الذات

تمهيد :

تعد فعالية الذات من أهم ميكانيزمات القوى الشخصية لدى الأفراد, حيث تمثل مركزاً هاماً لدافعية الأفراد للقيام بأي عمل أو نشاط, فهي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط التي تعترضه في مراحل حياته مختلفة (المشيخي, 2009, ص. 60)

1- مفهوم فعالية الذات :

تعتبر أفكار "روتر" (1966) هي الأساس في إظهار فكرة فعالية الذات, وذلك عندما تحدث عن مركز الضبط لدى الأفراد مشيراً إلى فعالية الأفراد في قدرتهم على التحكم بمصادر التعزيز لما يقومون به وفيما إذا كانت هذه المصادر تقع داخل أنفسهم (داخلية) أو تقع في البيئة (خارجية).

إلا أنّ "باندورا" تعامل مع فعالية الذات بطريقة أخرى مختلفة حين أشار إلى أن فعالية الذات عبارة عن عملية معرفية يقوم الأفراد من خلالها ببناء معتقدات وتوقعات تؤثر على الجهد المبذول في المهمة المعطاة والوقت الذي يقضونه في العمل بها ومقدار مقاومتهم للفشل والضغط النفسي والاكتئاب الذي يمكن أن يتعاملوا معه في مواجهة متطلبات هذه المهام، وقد أكد "باندورا" على دور ملاحظة سلوك الآخرين وتقليدهم, ومن خلال المحتوى الاجتماعي في تطوير فعالية الذات كما ميز بين نوعين من التوقعات هي توقع المخرجات والتي عبارة عن التنبؤات التي يقوم بها الفرد حول مخرجات السلوك وتوقع الفعالية هي عبارة عن تنبؤات الفرد بقدراته الشخصية في أداء عمل معين وإنجازه, وقد افترض أنّ الأشخاص ذوي فعالية الذات العالية ولديهم اعتقاد قوي بكفاءتهم الشخصية غالباً ما يقبلون التحدي في المواقف الأكاديمية والاجتماعية (عامر, 2018, ص. 174-175)

وتؤثر فعالية الذات على سلوك الأفراد في المواقف المختلفة بعدة طرق حيث يرى "باندورا" (1980) أنّ الأفراد يختارون المهام والأنشطة التي يتوقعون أن بمقدورهم القيام بها أي أنّ فعاليّتهم في أداءها ستكون عالية ويتجنبون المهمات التي يتوقعون أنّها تتجاوز قدراتهم, أي أنّ فعاليّتهم في أدائها ستكون منخفضة كما تؤثر فعالية الذات أيضا على دافعية الأفراد فقد أشار كل من "باندورا و"سيرفوني" (1986) أن فعالية الذات العالية تجعل الأفراد يقضون وقتا وجهدا أكبر ويحاولون على المهمات التي هم بصدد انجازها على عكس الأفراد ذوي الدافعية المنخفضة .

ويؤكد "باجرز" (2002) فهو يرى أن الأفراد ذوي فعالية الذات العالية يضعون لأنفسهم أهدافاً تتحدى قدراتهم, وعادةً ما يبذلون جهدا كبيرا في مواجهة الفشل, كما يرى أنّ فعالية الذات العالية تؤثر على أنماط التفكير وردود الأفعال العاطفية لأنّ فعالية الذات العالية تخلق نوعاً من الصفاء الذهني والهدوء في مواجهة المهمات الصعبة على عكس فعالية الذات المنخفضة التي تجعل الفرد يعتقد أنّ المهمات صعبة جداً ولا يمكن تجاوزها مما يخلق نوعاً من القلق والضغط والاكتئاب(عامر, 2018, ص. 175)

2-أبعاد فعالية الذات :

يرى "شيرر" (1982) Chere أنّ فعالية الذات هي مجموعة من التوقعات العامة التي يمتلكها الشخص والتي تقوم على الخبرة الماضية, والتي تؤثر على توقعات النجاح في المواقف الجديدة, بمعنى آخر إن فعالية الذات العامة هي فعالية الذات لمهمة محددة والتي تعمم إلى مواقف أخرى.

وقد حدد "باندورا" (1977) Bandura ثلاث أبعاد تتغير فعالية الذات تبعاً لها, وهذه الأبعاد هي :

1-2 قدر الفاعلية Magnitude :

يقصد به مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات والمواقف المختلفة, ويختلف هذا المستوى تبعاً لطبيعة أو صعوبة الموقف ويبدو قدر الفاعلية بصورة أوضح عندما تكون المهام مرتبة وفقاً لمستوى الصعوبة والاختلاف بين الأفراد في توقعات الفاعلية, ويمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة, ومتوسطة الصعوبة, ولكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها, ومع ارتفاع مستوى فعالية الذات لدى بعض الأفراد فإنهم لا يقبلون على مواقف التحدي, وقد يرجع السبب في ذلك إلى تدني مستوى الخبرة, والمعلومات السابقة.

إن قدر الفاعلية لدى الأفراد يتباين بتباين عوامل عديدة أهمها : مستوى الإبداع والمهارة, ومدى تحمل الإجهاد, ومستوى الدقة, والإنتاجية, ومدى تحمل الضغوط, والضغط الذاتي المطلوب, ومن المهم هنا أن تعكس اعتقادات الفرد تقديره لذاته بأن لديه قدر من الفاعلية يمكنه من أداء ما يُوكل إليه أو يُكلف به دائماً وليس أحياناً .

2-2 العمومية Generality :

يشير هذا البعد إلى انتقال فعالية الذات من موقف ما إلى مواقف مشابهة, فالفرد يمكنه النجاح في أداء مهام مقارنة بنجاحه في أداء أعمال ومهام مشابهة للمواقف التي يتعرض لها.

إن درجة العمومية تتباين ما بين اللامحدودية والتي تعبر عن أعلى درجات العمومية والمحدودية الأحادية التي تقتصر على مجال أو نشاط أو مهام محددة، وتختلف درجة العمومية باختلاف المحددات التالية :

- درجة تماثل الأنشطة. (الخفاف, 2013, ص. 156-157)

- وسائل التعبير عن الإمكانية " سلوكية- معرفية- انفعالية".

- الخصائص الكيفية للمواقف ومنها خصائص الشخص أو الموقف محور السلوك.

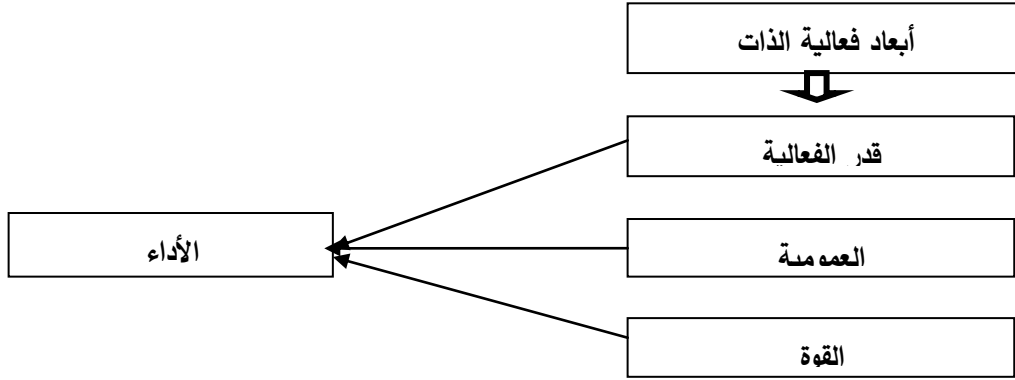
- التفسيرات الوصفية للمواقف .

2-3 القوة أو الشدة Strength :

إن قوة الشعور بالفعالية الشخصية تعبر عن المثابرة في العمل وبذل جهد أكثر في مواجهة الخبرات الشاقة، فإن المعتقدات الضعيفة عن الفعالية تجعل الفرد أكثر قابلية للتأثر بما يُلاحظه (مثل ملاحظة فرد يفشل في أداء مهمة ما، أو يكون أداءه ضعيفا فيها)، أما المعتقدات المرتفعة عن الفعالية الذاتية فإنها تمكنه من المثابرة في العمل وبذل جهد أكبر في مواجهة الخبرات الشاقة، ولكن الأفراد مع قوة الاعتقاد بفعالية ذواتهم يثابرون في مواجهة الأداء الضعيف، ولهذا فقد يحصل طالبان على درجة ضعيفة في مادة ما، أحدهما أكثر قدرة على مواجهة الموقف "فعالية الذات لديه مرتفعة" والآخر أقل قدرة "فعالية الذات لديه منخفضة".

وتتحدد قوة فعالية الذات لدى الفرد في ضوء خبراته السابقة، ومدى ملاءمتها للموقف، ويشير هذا البعد أيضا إلى عمق الإحساس بالفعالية الذاتية، بمعنى قدرة أو شدة أو عمق اعتقاد أو إدراك الفرد أن بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة موضوع القياس، ويتدرج

بُعد القوة أو الشدة على خط متصل ما بين قوي جداً إلى ضعيف جداً. (الخفاف, 2013، ص. 157- 158)



الشكل (3): رسم تخطيطي يوضح أبعاد فعالية الذات (المرجع السابق، ص. 158)

3- مصادر فعالية الذات :

إن إحساس الفرد بالفعالية وإدراكها أو معرفتها لا يأتي من فراغ بل يعتمد على تفاعل الفرد السليم مع البيئة المحيطة به والخبرات الاجتماعية التي يكتسبها في هذا المجال, ويرى "باندورا" (1986) أنه توجد أربع مصادر أساسية للمعلومات حول الفعالية : الإنجازات الأدائية، الخبرات البديلة، الإقناع الاجتماعي، الحالة النفسية والفيزيولوجية. (عبد العزيز، 2010، ص. 162)

3-1 الإنجازات الأدائية :

تعتبر الإنجازات الأدائية أكثر المصادر أهمية وتأثيراً للمعلومات عن الفعالية لأنها تعتمد على الإتيان الحقيقي للخبرات, فالنجاح يبني الاعتقاد بفعالية الذات بينما يقلل الفشل المتكرر منه, خاصة إذا واجه الفرد هذا الفشل قبل وجود إحساس بالفعالية في بداية الأمر ولم يكن بسبب نقص الجهود أو بسبب الظروف الخارجية, وإذا كانت النجاحات

سهلة الحدوث دائماً، فإنّ الأفراد يتوقعون نتائج سريعة، كما يتأثرون بالفشل بسهولة، وبعد تنمية إحساس قوي بالفعالية الذاتية وتوقع ذلك من خلال النجاح المتكرر فإنّ الأثر السلبي للفشل الذي قد يحدث بشكل طارئ أو عرضي لا يُؤثر كثيراً على حكم الفرد على قدراته، وبالتالي يتم القضاء على هذا الشعور من خلال الجهود التي تقوي الدافعية الذاتية، والقدرة على التحمل، والتي يجدها الفرد من خلال خبراته، واعتقاده بأنّ الصعوبات والعقبات يمكن التغلب عليها من خلال الجهود المبذولة.

كما ينظر الأشخاص الواثقون من قدراتهم إلى العوامل الموقفية والجهود غير الكافية والاستراتيجيات الضعيفة على أنّها سبب الفشل، وعندما يدركون أن السبب في الأداء الضعيف وليس في عدم وجود القدرة، يؤدي هذا إلى رفع وزيادة شعورهم بالثقة فإنّ استخدام استراتيجيات أفضل سوف يؤدي إلى النجاح في المستقبل.

ويشير "بانديورا" (1997) في هذا الصدد إلى أنّ الفشل والعقبات التي تواجه الفرد قد يكون لها فائدة أيضاً، حيث يتعلم الفرد أن النجاح يحتاج إلى مزيد من الجهد كما يعطي الفرصة للفرد لكي يتعلم كيفية تحويل الفشل إلى نجاح من خلال قدرته على التحكم في الأحداث وبعد أن يصبح الفرد متأكداً من قدرته على النجاح فإنه يواجه أي عقبات، ومع مرور الوقت يُصبح أكثر قوة وقدرة وعند تعزيز الشعور بالفعالية الذاتية فإنّ ذلك يؤدي إلى تعميم الشعور بالفعالية على المواقف الأخرى حتى المواقف الصعبة التي يمكن أن تضعف الذات من خلال الإحساس بعدم الفعالية الشخصية، وبالتالي فإنّ تحسن السلوكيات لا ينتقل إلى مواقف متشابهة ولكن أثر التعميم بشكل متوقع في المواقف المختلفة، فعلى سبيل المثال : تؤدي زيادة الفعالية الذاتية للتغلب على الخوف من الحيوانات إلى زيادة الجهود المبذولة من أجل التكيف في المواقف الاجتماعية (محمود، 2017، ص. 77-78).

هذا، ولا يُعتبر أنواع الأداء المعقد الذي يقوم به الفرد لتغلب على العقبات، ناتج عن تصرف إرادي ببساطة أو نتيجة لوجود مكافآت أو نظام عقاب خارجي، بل إنها تكوينات يتم تنظيمها وتحكم فيها من خلال المهارات المعرفية والذاتية، وبناء إحساس بالفعالية الذاتية، ولا يحتاج الأفراد إلى قواعد أو استراتيجيات فعالة فقط، ولكنهم يحتاجون أيضاً إلى الاقتناع بأن لديهم القدرة على التحكم بشكل أفضل من خلال تطبيقها بشكل ثابت ومستمر ذلك وأن امتلاك المعرفة والمهارات لا ينتج عنه إنجازات عالية إذا كان الفرد تتقصه الثقة والتأكيد الذاتي أنه يستطع القيام بهذا (محمود، 2017، ص. 78).

3-2 الخبرات البديلة :

يُشير هذا المصدر إلى الخبرات غير المباشرة التي يُمكن أن يحصل عليها الفرد، فرؤية أداء الآخرين للأنشطة والمهام الصعبة يمكن أن تنتج توقعات مرتفعة مع الملاحظة الجيدة أو مركزة والرغبة في التحسن والمثابرة مع المجهود ويطلق على هذا المصدر "التعلم بالنموذج وملاحظة الآخرين" وتعني النمذجة أو الاقتداء بالنموذج أو التعلم بالملاحظة، إذ أن مشاهدة الآخرين وهم يتعاملون مع تهديدات وفي النهاية، ينجحون في التعامل معها وفي التغلب عليها من شأنه أن يخلق التوقعات لدى المُلاحظين من أنهم سيكونون قادرين على تحقيق بعض التحسن في الأداء شريطة أن يكتفوا من جهودهم وأن يتواصلوا في بذلها، كما أن ملاحظة الآخرين وهم يبذلون جهوداً كبيرةً في مهمة معينة، ومن تم يفشلون في أدائها، تعمل على التقليل من أحكام المُلاحظين حول فعاليتهم وتقوض من جهودهم .

فالأفراد الذين يُلاحظون نماذج ناجحة يُمكنهم استخدام هذه الملاحظات لتقدير فعاليتهم الخاصة ويؤثر أثر النمذجة في فعالية الذات المدركة بشكل كبير بالتشابه المدرك لدى الفرد بالنماذج التي يُلاحظها، فكلاً ما ازداد التشابه المدرك بين الفرد والنموذج ازدادت قناعة الفرد بنجاحه أو فشله حسب وجود النموذج من حوله، أمّا إذا كان النموذج مختلفاً

جداً عن الفرد الملاحظ فإنه لن يتأثر كثيراً بالنتائج التي يُحققها (الخفاف, 2013, ص. 154-155).

3-3 الإقناع الاجتماعي :

يُشير الإقناع الاجتماعي إلى إقناع الأفراد لفظياً بأن لديهم القدرات اللازمة لإتقان مهام معينة, ويُعتبر الإقناع الاجتماعي وسيلة شائعة الاستخدام لجعل الأفراد يعتقدون في امتلاكهم القدرات التي تجعلهم قادرين على إنجاز ما يسعون إلى تحقيقه, ورغم من أنّ استخدام الإقناع الاجتماعي فقط قد يكون محدوداً في تعزيز, وزيادة الإحساس بالفعالية الذاتية, إلا أنه يمكن أن يُسهم في الأداء الناجح إذا كان في نطاق واقعي حقيقي, فالأفراد الذين يتم إقناعهم بأن لديهم القدرات اللازمة لإتقان مهام معينة من المحتمل أن يبذلوا أقصى ما في وسعهم عند مواجهة الصعوبات إلى درجة أن إقناع هؤلاء الأفراد بقدراتهم يزيد الإحساس بالفعالية الذاتية, ويؤدي إلى محاولات جادة من أجل النجاح.

وللإقناع الاجتماعي تأثيراً كبيراً خاصة على الأفراد الذين لديهم بعض الأسباب للاعتقاد بأن لديهم القدرة أو الفعالية الذاتية على التأثير في الأحداث من خلال تصرفاتهم, وعلى رغم من ذلك فإنّ زيادة المعتقدات غير الصحيحة أو غير الحقيقية عن الفعالية الذاتية تؤدي إلى الفشل وتقليل احترام الذات وخفض الفعالية الذاتية (محمود, 2017, ص. 80).

وتوقعات الفعالية التي يتم الحصول عليها من خلال هذا الأسلوب قد تكون أضعف من إنجازات الفرد ذاته, لأنها لا تُمثل قاعدة تجريبية موثوقاً فيها فعند مواجهة المخاطر التي تسبب الشعور بالكآبة والفشل المتكرر لفترات طويلة من أجل التكيف معها, فإنّ الخبرات التي كان يتم استنتاجها من الإقناع الاجتماعي يمكن محوها والقضاء عليها, وعلى رغم من وجود بعض الحدود والعيوب عند استخدام الإقناع الاجتماعي بمفرده

كطريقة للإحساس الفرد بفعاليته الذاتية، فإنه يمكن أن يُستخدم للمساهمة في تحقيق النجاح من خلال تصحيح الأداء ذلك أن استخدام توقعات الإقناع دون تنظيم وتوفير الظروف التي تيسر الأداء الفعال سوف يؤدي إلى الفشل، بل ويُقلل من شعور الفرد بفعاليته الذاتية (محمود، 2017، ص. 81).

إن الإقناع الاجتماعي في ظل الظروف السليمة يتمكن من رفع فعالية الذات، ولكي يتحقق ذلك ينبغي أن يؤمن الفرد بالشخص القائم بالإقناع والنصائح أو تحذيرات التي تصدر عن شخص موثوق به لما لها من تأثير أكبر في فعالية الذات عن تلك التي تصدر عن شخص غير موثوق به وأن يكون النشاط الذي ينصح الفرد به في حصيلته هذا الفرد السلوكية على نحو واقعي وذلك أنه لا يوجد إقناع اجتماعي يستطيع أن يغير حكم الشخص على فعاليته وقدرته على القيام بعمل يستحيل أدائه في ظل مقتضيات الموقف الفعلي (الخفاف، 2013، ص. 155).

3-4 الحالة النفسية والفيزيولوجية :

عند الحكم على الفعالية، يعتمد الأشخاص بشكل جزئي على المعلومات البدنية التي يصلون إليها من خلال الحالة الفسيولوجية والانفعالية، وترتبط المؤشرات البدنية عن القدرات الشخصية بشكل خاص بالمجالات التي تتضمن تحقيق إنجازات مادية أو بدنية، ومجالات الصحة، وعمليات التكيف مع الضغوط، فقد يعتقد الأفراد أن أي إصابة أو الأمراض الجسدية عند مواجهة ظروف أو مواقف صعبة، هي إشارة للعجز وعدم القدرة على القيام بالوظائف، ولأن هذه الاستثارة العالية المستوى تؤدي إلى إضعاف الأداء، فإن الأفراد يتوقعون النجاح عندما لا تكون لديهم إصابات جسدية، وطرق العلاج التي تعتمد على إزالة هذا الشعور بالتهديد، تؤدي إلى زيادة الإحساس بالفعالية الذات مع تحسن الأداء، ولا ترتبط المؤشرات الفسيولوجية فقط بالإصابة البدنية، بل إنّ في الأنشطة التي تتطلب القوة والقدرة على الاحتمال فإنّ الأفراد الذين لديهم شعور بالإجهاد أو التعب أو

الألم يرون كل هذا على أنه مؤشر لعدم قدرتهم وعدم فعاليتهم البدنية مما يؤدي إلى خلق مزيد من الضغوط (محمود, 2017, ص. 81-82),

هذا ويختلف الأشخاص في طريقة حياتهم في ظل حالتهم الجسدية, وردود أفعالهم فالبعض يركز على الخبرات الحسية, والبعض الآخر يُركز على الجوانب أو العوامل الخارجية, وبعيداً عن التحيز يشير "بانديورا" إلى أنّ هناك بعض الظروف التي تزيد من المؤشرات الجسدية, والتي تشير إلى الفعالية, ومن أحد هذه الظروف :

■ القدرة على التركيز والانتباه عند القيام بالأنشطة, فالانتباه له قدرة محدودة, وهذا يعني أن هناك عدداً محدوداً جداً من الأشياء التي تجذب الانتباه في أي وقت, وعندما تتطلب الأمور أو المواقف الانتباه لا يستطيع الفرد أن يركز داخلياً وخارجياً في نفس الوقت وبالتالي فكلاً قل تركيز الفرد على الأنشطة كلما زاد تركيزه على نفسه, وعلى حالته الجسدية ووردود فعله في المواقف الصعبة.

■ يزيد التعرض للضغوط من مستوى وضوح ردود الأفعال الفسيولوجية, فمن الصعب تجاهل ما يعانيه الفرد من عرق أو توتر أو رعشة, أو أزمة قلبية أو مرض في المعدة وتركيزه الانتباه على الذات يزيد من القلق الداخلي.

■ أيضاً الشعور بالتعب والصراع والألم والتي لا يمكن تجاهله عند تقييم الذات, حيث يركز بعض الأفراد على نقاط الضعف والصعوبات التي لديهم في معرفة قدراتهم البدنية. (المرجع السابق, ص. 82-83).

بالإضافة إلى ذلك, تُعتبر الحالة المزاجية مصدراً إضافياً للمعلومات المؤثرة في الحكم على فعالية الذات, فقد تؤدي الحالة المزاجية إلى التحيز في الانتباه وتؤثر على كيفية فهم وتفسير الأحداث, وعملية ترتيبها معرفياً, وعلى عملية استرجاعها من الذاكرة, كما يُمكن أن تُيسر التعلم إذا كانت الأشياء التي يتم تعلمها تتناسب مع الحالة المزاجية هذا

وقد لاحظ المعالجون النفسيون منذ زمن بعيد أن خفض القلق على سبيل المثال وزيادة الاسترخاء الجسمي يمكن أن يُيسر الأداء ومن تم يؤدي إلى رفع توقعات فعالية الذات وترتبط المعلومات بالاستثارة الانفعالية بعدة متغيرات :

• أولها : مستوى الاستثارة, حيث ترتبط الاستثارة الانفعالية في بعض المواقف بزيادة الأداء.

▪ ثانيا :الدافعية المدركة للاستثارة, فإذا عرف الفرد أن الخوف أمر واقعي فمن الطبيعي أن يعرف الفرد الذي يقود سيارة في طرق جبلية مكسوة بالجليد أن هذا العمل يثير خوفا عاديا ومثل هذا الخوف قد يرفع فعالية الشخص (محمود, 2017, ص. 83).

• ثالثا : كذلك طبيعة العمل, ذلك أن الاستثارة الانفعالية قد تيسر إتمام الأعمال البسيطة بشكل ناجح, في حين أنها تعطل أداء الأنشطة المعقدة.

ولبيان تأثير الحالة الانفعالية في تعلم المعلومات وتذكرها وضع "باور" Bower عامي (1981-1983) نظريته عن كيفية تأثير الحالة الانفعالية على عمليات التفكير, وفقا لهذه النظرية فإن العواطف تصبح مصاحبة للمعلومات في الذاكرة باختلاف الأحداث, وبالتالي تخلق العديد من الروابط داخل شبكة المفاهيم المترابطة في الذاكرة, ويؤدي تنشيط حالة انفعالية معينة في الذاكرة إلى تسهيل إعادة تجميع الأحداث المرتبطة بها, وإعادة تجميع المعلومات بالاعتماد على التغيير في الحالة المزاجية يؤثر بشكل مشابه على أحكام الأفراد عن فعاليتهم الذاتية, وهناك عمليتان لهذا التغيير, وهما المؤثرات العاطفية والمؤثرات المعرفية وطبقا لهذه النظرية فإنه يتم تخزين النجاح والفشل في الماضي في الذاكرة مع تخزين آثارهما وهذه الذكريات تكون بمثابة قاعدة بيانات يتم الاعتماد عليها في إصدار الأحكام, حيث تُنشط الحالة المزاجية الذكريات المرتبطة بها من خلال شبكة عمل مزاجية مترابطة, وبالتالي فإن المزاج السلبي أو السيئ ينشط أفكاراً مرتبطة بالفشل السابق,

بينما تنشط الحالة المزاجية الايجابية أفكاراً عن الانجازات السابقة, ويتم استحسان أو تقييم
الفعالية من خلال استدعاء الذكريات عن النجاحات السابقة.

هذا وقد أوضحت الدراسات التي تناولت أثر المصادر المختلفة لفعالية الذات
على الأداء, أن القدرة على النجاح في الأنشطة والبراعة في تحقيقها يؤدي إلى تقوية
وزيادة الفعالية والقدرة على تكيف أفضل من الجانب العاطفي والخبرات البديلة, وبشكل
عام فإن المعلومات التي يتم الحصول عليها عند الحكم على فعالية الفرد الذاتية سواء
كانت من خلال الأنشطة الناجحة أو من خلال الخبرات البديلة أو الإقناع الاجتماعي أو
المعلومات الفسيولوجية والانفعالية ليست فقط توضيحية للفرد ولكنها تصبح طريقة تعليمية
من خلال عملية التقييم المعرفي, وهذه المعالجة المعرفية للمعلومات عن الفعالية تهتم
بأنواع المؤشرات أو الأدلة التي يستخدمها الأفراد كمؤشرات على قدرتهم الشخصية من
أجل ربط هذه المعلومات عن الفعالية التي يتم الحصول عليها من مصادر مختلفة, حيث
تعتمد نظرية التعلم الاجتماعي على آلية شائعة ومشاركة عن التغيير في السلوك والتي
تتضمن استخدام نماذج مختلفة من المؤثرات تؤدي إلى خلق وزيادة مفاهيم وإدراك الفرد
لفاعليته وقدراته الذاتية (محمود، 2017, ص. 84-85).

4- أنواع فعالية الذات :

يمكن تصنيف فعالية الذات إلى عدة أنواع منها :

4-1 فعالية الذات العامة :

يُقصد بفعالية الذات العامة قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج إيجابية
ومرغوبة في موقف معين, والتحكم في الضغوط الحياتية التي تؤثر على سلوك الأفراد,
وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أداءه للمهام والأنشطة التي يقوم بها وتنبؤ بالجهد
والنشاط والمثابرة اللازمة لتحقيق العمل المراد القيام به (المشيخي, 2009, ص. 85).

4-2 فعالية الذات الخاصة :

تتضمن فعالية الذات الخاصة أحكام الأفراد الخاصة والمرتبطة بمقدرته على أداء مهمة معينة في نشاط محدد, مثل معرفة العمليات الحسابية في الرياضيات(الخفاف, 2013, ص. 159-160).

4-3 فعالية الذات الأكاديمية :

تشير فعالية الذات الأكاديمية إلى إدراك الفرد لقدرته على أداء المهام التعليمية بمستويات مرغوب فيها, أي أنها تعني قدرة الشخص الفعلية في موضوعات الدراسة المتنوعة داخل الفصل الدراسي وهي تتأثر بعدد من المتغيرات نذكر منها : حجم الفصل الدراسي, عمر الدارسين, ومستوى الاستعداد الأكاديمي للتحصيل الدراسي(المشيخي, 2009, ص. 85).

5- نظرية فعالية الذات لـ"باندورا" (1986) :

يشير "باندورا" (1986) في كتابه عن أسس التفكير والأداء بأن نظرية الفعالية الذاتية اشتقت من النظرية المعرفية الاجتماعية التي وضع أسسها والتي أكد فيها بأن الأداء الإنساني يمكن أن يفسر من خلال المقابلة بين السلوك ومختلف العوامل المعرفية والشخصية والبيئية, وتعد الإمكانيات المعرفية للفرد مبدأ هام وجوهري في هذا التفسير وهو يتضمن قدرة الفرد على استخدام الرموز والتعلم من خلال الملاحظة وتدبر وتنظيم الذات. (عامر، 2018، ص. 176)

فمن خلال استخدام الرموز يمكن للأفراد أن ينقلوا خبراتهم من خلال النماذج المعرفية, وأن يتحكموا في أفعالهم أو أدائهم المستقبلية, ويمكن لأنواع المختلفة من التعلم أن تحدث من خلال ملاحظة الفرد للسلوك المتنوع الذي يصدر عن الأفراد الآخرين وما يتوصلون إليه من نتائج ويقدر ما يكون لدى الفرد قدر كافي من الوعي والتدبر بقدر ما

يوجهه ذلك مباشرة إلى سرعة تحقيق النتائج، أمّا في ما يتعلق بوظائف تنظيم الذات فإنّ السلوك الإنساني يمكن أن يدفع وينظم من خلال ما لدى الفرد من معايير داخلية، ومن خلال التفاعلات التقييمية لذات والقدرة الانعكاسية للذات تمكن الأفراد من تحليل خبراتهم والذي يؤدي بدوره إلى تفكير كل منهم في عملية التفكير الخاصة. (عامر، 2018، ص. 176)

يضيف "الفرماوي" (1990) أنّ "باندورا" يفرق في نظريته بين توقعات الفعالية الذاتية، وتوقعات الخاصة بالنتائج بمعنى أن توقعات الفعالية الذاتية تسبق توقعات الفرد عن الناتج أو مخرجات السلوك وهما ميكانيكيتان أساسيان في عملية التقييم الذاتي فهما يحددان معاً انجاز السلوك على نحو ما (غماري، 2014، ص. 139)

ويمكن التعريف بكل من توقعات الفعالية المتوقعة وتوقعات الخاصة بنتائج كما يلي:

5-1 الفعالية المتوقعة :

هي الحكم على قدرة الشخص في تنفيذ عمل ما فهي تقدر احتمالية أن يقوم الفرد بتصرف أو نشاط معين في ظل ظروف معينة. فالفعالية المتوقعة حسب "باندورا" (1989) و"ونمبرغ" و"جولد" و"جاسون" (1979) تتعلق بكيفية ومدى ثقة الفرد وقدرته على تنفيذ نشاط ما أو عدة نشاطات، بشكل عام كلما توقع الأفراد أنهم سينفذون سلوكاً ما بملاءمة كلما زاد عزمهم على بذل الجهد ومثابرتهم على مواجهة الصعاب عندما يتطلب السلوك مثل هذه الجهود والمثابرة. وعلى العكس، إذا توقع الفرد أنه لن يتمكن من التصرف بكفاءة فإنه حسب "باندورا" (1989) غير مستعد لتورط في تنفيذ هذا السلوك ويفقد عزمه ويقبل بنتائج متوسطة ويستسلم أمام العوائق والصعوبات في تنفيذ المهمة. (غماري، 2014، ص. 140)

5-2 توقعات النتيجة :

إن توقعات النتيجة لها علاقة بالتقرير والحكم على السلوك وقدرته على تحقيق النتيجة المتوقعة. فإذا تساوت جميع الأمور الأخرى (الفعالية، الحاجة، الحوافز) فإن المجهود العالي والمثابرة القوية يؤثران بقوة في النتيجة التي يستطيع الأفراد الحصول عليها، كما أن فعاليتهم المتوقعة إيجابية وعالية التفاضل. وتتمثل المحددات الأربع لتوقعات النتيجة في : التاريخ الشخصي في الإنجاز، صعوبة المهمة، ومعلومات حول المقارنة الاجتماعية والشخصية (غماري، 2014، ص. 140).

6- خصائص فعالية الذات :

- حسب "سينتيا" و"بوبكو" (1994) هناك خصائص عامة لفعالية الذات وهي :
- مجموعة الأحكام والمعتقدات والمعلومات عن مستويات الفرد وإمكاناته ومشاعره .
 - ثقة الفرد في النجاح في أداء عمل ما .
 - وجود قدر من الاستطاعة سواء كانت فيزيولوجية أم عقلية أم نفسية بالإضافة إلى توافر الدافعية في المواقف .
 - توقعات الفرد للأداء في المستقبل .
 - لا تركز فقط على المهارات التي يمتلكها الفرد ولكن أيضا على حكم الفرد على ما يستطيع أدائه مع ما يتوفر لديه من مهارات، ففعالية الذات هي الاعتقاد بأن الفرد يستطيع تنفيذ أحداث مطلوبة .
 - هي ليست سمة ثابتة أو مستقرة في السلوك الشخصي فهي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما ينجزه الشخص فقط ولكن أيضا بالحكم على ما يستطيع انجازه وأنها نتاج للقدرة الشخصية (المشيخي، 2009، ص. 86)
 - إن فعالية الذات تنمو من خلال تفاعل الفرد مع البيئة ومع الآخرين، كما تنمو بالتدريب واكتساب الخبرات المختلفة .

- أن فعالية الذات ترتبط بالتوقع والتنبؤ ولكن ليس بالضرورة أن تعكس هذه التوقعات قدرة الفرد وإمكاناته الحقيقية, فمن الممكن أن يكون الفرد لديه توقع بفعالية ذات مرتفعة وتكون إمكاناته قليلة.
- تحدد فعالية الذات بالعديد من العوامل مثل : صعوبة الموقف, كمية الجهد المبذول, مدى مثابرة الفرد .
- أن فعالية الذات ليست مجرد إدراك أو توقع فقط, ولكنها يجب أن تترجم إلى بذل جهد وتحقيق نتائج مرغوب فيها(المشيخي, 2009, ص. 86)

7- خصائص الأفراد ذوي فعالية الذات المرتفعة وذوي فعالية الذات المنخفضة :

- يذكر "باندورا" (1997) أن هناك خصائص عامة يتميز بها ذوي فعالية الذات المرتفعة والذين لديهم إيمان قوي في قدراتهم وهي :
- يتميزون بمستوى عال من الثقة بالنفس .
 - لديهم قدر عال من تحمل المسؤولية .
 - لديهم مهارات اجتماعية عالية وقدرة فائقة على التواصل مع الآخرين .
 - يتمتعون بمثابرة عالية في مواجهة العقبات التي تقابلهم .
 - لديهم طاقة عالية .
 - لديهم مستوى طموح مرتفع, فهم يضعون أهداف صعبة ويلتزمون بالوصول إليها .
 - يعززون الفشل للجهد غير الكافي .
 - يتصفون بالتفاؤل .
 - لديهم القوة على التخطيط للمستقبل .

- لديهم القدرة على تحمل الضغوط .

بينما سمات ذوي فعالية الذات المنخفضة (الذي يشكون في قدراتهم):

- يخلون من المهام الصعبة .

- يستسلمون بسرعة .

- لديهم طموحات منخفضة .

- ينشغلون بنقائصهم ويهولون المهام المطلوبة .

- يركزون على النتائج الفاشلة .

- ليس من السهل أن ينهضون من النكسات .

- يقعون بسهولة ضحايا للإجهاد والاكنتاب (المشيخي, 2009, ص. 88 - 89)

8- علاقة فعالية الذات بنوعية الحياة لدى المرضى:

يوجد عدّة دراسات أثبتت أنه توجد علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى المرضى نذكر منها دراسة "كننغام" Cunningham, "لوك وود" Lockwood، و"كننغام" Cunningham (1991) التي أقيمت على عينة قوامها (273) من مرضى السرطان, أظهرت نتائجها أن هناك علاقة موجبة وقوية بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى المرضى. (Cunningham et al, 1991, p. 71-78).

وفي نفس السياق نجد دراسة "وو" Wu، "تشاو" chau و"توين" Twinn (2007) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة واستخدام لهذا الغرض المنهج الوصفي الارتباطي واستخدمت أيضا طريقة أخذ العينات الملائمة واستخدم مقياس فعالية الذات الخاص بمرضى ستوما النسخة الصينية (Chinese Stoma

(Chinese SF-36 ومقياس نوعية الحياة النسخة الصينية Self-efficacy scale) Short-From Health Survey 36 scale, تكونت عينة الدراسة من (96) من مرضى الستوما من مدينة "هونج كونغ", متوسط عمر أفراد العينة (64) سنة, توصلت نتائجها إلى وجود علاقة دالة بين درجات مقياس فعالية الذات ودرجات مقياس نوعية الحياة, كما توصلت إلى وجود علاقة موجبة ودالة بين أبعاد مقياس فعالية الذات مع الأبعاد الثمانية لمقياس نوعية الحياة SF-36. (Wu et al, 2007, p. 186-193).

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "برينك" Brink, "أليس" Alsén, هيلتز Hertiz, كجلجرين Kjellgren, "كليفورديسون" Cliffordson (2012), التي أقيمت على عينة قوامها (145) مريضا ممن يعانون من إحتشاء عضلة القلب حيث توصلوا إلى أنّ هناك علاقة موجبة بين فعالية الذات ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة عند هؤلاء المرضى. (Brink et al, 2012, p. 346-355).

كذلك كشفت دراسة "رافعي" Rafii, "ناصر" Naseh, "ياديجاري" Yadegary, (2012), إلى وجود علاقة موجبة ودالة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الستوما. (Rafii et al, 2012, p. 64-76).

نفس الشيء أسفرت عنه دراسة "تيسا" Testa, "مولينغو" Molinengo, "أوقرو" Oggero, "برتلوتو" Bertolotto, "روزاتو" Rosato (2015), أنّ هناك علاقة قوية بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى التصلب المتعدد وذلك على عينة قوامها (155) مريض. (Testa et al, 2015).

نفس الشيء توصلت إليه دراسة كياي Kiaei, "فردوسي" Ferdosi, "مرادي" Moradi, "شيلونغار" Chelongar, "أحمد زاده" Ahmadzadeh و"بهنزياري" Bahmanziari, (2015), على عينة قوامها (100) من مريضات سرطان الثدي اللواتي

خضعنّ للعلاج الكيميائي، تمت هذه الدراسة في مستشفى "سيد الشهداء" بمدينة "أصفهان" بإيران، استعمل في هذه الدراسة مقياس "شيرير" المعياري للفعالية الذات (the Sherer self-efficacy scale) ، ومقياس نوعية الحياة الذي وضعته منظمة الصحة العالمية (WHOQOL-BREF)، تم تحليل البيانات باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" Pearson، كشفت النتائج أنه توجد علاقة موجبة ودالة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي (Kiaei et al, 2016, p. 58-65).

وفي نفس المضمار هدفت دراسة "كورنيا" وآخرون Kurnia et al (2017)، إلى تحديد العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني، أقيمت على عينة من (189) مريض يترددون على العيادات الطبية في مستشفى العام ومستشفى "توجوريجو" المتواجدان في مدينة "سيمارانج"، ولقياس فعالية الذات، استعمل مقياس فعالية الذات لإدارة مرض السكري (Diabetes Management Self-Efficacy Scale)(DMSES) وبالنسبة لنوعية الحياة استعمل استبيان فحص نوعية الحياة لمرضى السكري (questionnaire of Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life) (ADDQOL)، تم تحليل البيانات بالاستخدام كاي مربع (كا²) حيث أظهرت النتائج وجود ارتباط بين فعالية الذات ونوعية الحياة. (Kurnia et al, 2017, p. 32-37)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة مرادي "Moradi"، "رودي" Roudi، "كياني" Kiani، "ريجي" Rigi، "محمدي" Mohammadi، "كشفاري" Keshvavi، "حسيني" Hosseini (2017)، التي أقيمت على عينة قوامها (130) من مريضات سرطان الثدي اللواتي خضعنّ للعلاج الكيميائي، بمستشفى "سيد الشهداء" المتواجد في مدينة "أصفهان"، استعملت في هذه الدراسة الأدوات التالية: استبيان "شيرير" المعياري للفعالية الذات (Sherer's standard questionnaire of self-efficacy)، ومقياس نوعية الحياة الذي وضعته منظمة الصحة العالمية (WHOQOL-BREF)، أنه توجد علاقة موجبة ودالة بين

فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي خضعن للعلاج الكيميائي
(Moradi et al, 2017, p. 6-11) .

كما توصلت دراسة "سوريش" Suresh, "وينغ" Wang, "كوه" Koh, "شوري" Shorey, "لوبيز" Lopez, (2018)، هي الأخرى إلى وجود علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى قصور القلب وذلك على عينة قوامها (91) مريض من مدينة "سنغافورة" . (Suresh et al, 2018, p. 326-334)

وفي نفس السياق هدفت دراسة "بيترز" Peters، "بوتر" Potter، "كلي" Kelly، فيتزباتريك Fitzpatrick (2019)، إلى فحص العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الرعاية الأولية المصابين بأمراض متعددة، أقيمت على من (848) مريض، ولقياس نوعية الحياة تم استخدام المقياسين التاليين : EQ-5D-5L، استبيان حول الوضعية الصحية طويلة المدى (LTCQ) (Long-Term Condition Questionnaire)، كما استعمل مقياس تأثير عبء المرض (the Disease Burden Impact Scale) (DBIS)، ولقياس فعالية الذات استعمل مقياس فعالية الذات لإدارة المرض المزمن (Self-efficacy for Managing Chronic Disease Scale) وبالاستعانة بالإحصاء الوصفي وتحليل التباين وتحليل الانحدار الخطي بهدف فحص العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة، توصلت هذه دراسة إلى أنّ المرضى المصابين بالأمراض المتعددة ذوي فعالية الذات المنخفضة ومستوى مرتفع من عبء المرض لديهم نوعية حياة منخفضة. (Peters et al, 2019, p. 37)

في نفس السياق هدفت دراسة "سيلزير" Selzler، "حبش" Habash، "روبسون" Robson، "لينتون" Lenton، "غولدشتاين" Goldstien، "بروك" Brooks (2019)، إلى تحديد العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين بالانسداد الرئوي المزمن، أظهرت نتائجها أنّه يوجد علاقة موجبة بين فعالية الذات ونوعية

الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الإنسداد الرئوي المزمن. (Selzler et al, 2020, p. 682-692)

خلاصة :

نستنتج مما سبق أنّ فعالية الذات مُتغير هام أثار اهتمام العديد من الباحثين من مجالات مختلفة، وخاصة المجال الصحي، حيث أثبتت العديد من الدراسات الدور الهام والجوهري لفعالية الذات في إدارة المرض وتبني السلوكيات الصحية ولهذا اعتبره الباحثون عاملاً مهماً في التدخلات العلاجية لدى المرضى فوضعوا برامج علاجية لتنمية وتطوير فعالية الذات لدى المرضى ليتمكنوا من القيام بالسلوكيات الصحية مثل الامتثال للعلاج والقيام بالحمية والنشاطات الرياضية وإتباع نصائح الطبيب وغيرها.

الفصل الخامس

نوعية الحياة

تمهيد:

يُعتبر مفهوم نوعية الحياة واحد من المؤشرات الدالة على الاهتمام برفاهية الفرد في المجالات كافة والذي تسعى إليه المجتمعات باعتباره وسيلة لتحسين ظروف الحياة وتحقيق الرفاه، يتضمن جوانب من السعادة والرضا عن الحياة بشكل عام (إبراهيم، 2016، ص. 11) وللتعرّف أكثر عن مضامين هذا المفهوم لابد الإطلاع على ما هو آتي :

1- الإطار التاريخي لنوعية الحياة :

يعد مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم الحديثة نسبياً من حيث السياق الاستخدام، ولكنه من المفاهيم ذات الأصول والجذور الضاربة في أعماق التاريخ من حيث جوهر المعنى، ومن ثم تكون صعوبة التأريخ للجذور الأولى له، ويبدو ذلك من خلال تحدث المصريين القدماء عن الحياة الجديدة، واهتمامهم بها، وسعي وراء تعويض ما تعذّر عليهم تحقيقه منها، وقد عبّر عن المفهوم في الفلسفة الإغريقية لدى أرسطو حين ناقش موضوع السعادة وحياة الترف، وأشار إلى أنّ هناك عاملين رئيسيين في الإستمتاع بالحياة أحدهما : هو قدرة الفرد على الشعور بالمتعة، والآخر : هو استخدام العقل، وأنّ فقدان الشعور بالرضا عن الحياة ليس في حد ذاته اضطراباً ومن ثم فإنّ الإهتمام بنوعية الحياة قد بدأ منذ فترة تاريخية طويلة، فمن ثابت تاريخياً أنّ المدن الصغيرة - في العصور الوسطى - كانت تتبادل الآراء والإنطباعات، ووجهات النظر المتعلقة برفاهية مواطنيها وطبيعة الحياة الملائمة لهم. (الشريف، 2015 ، ص.46)

أصبحت نوعية الحياة من الأولويات المهمة لدى المجتمعات الغربية بعد الحرب العالمية الثانية، وأدخل المفهوم إلى معجم المفردات واستخدم لتعبير عن الحياة الهانئة (المرفهة) والتي تتكون في عدّة مكونات منها العمل، والمسكن والبيئة والصحة، وفي منتصف الستينيات ظهر المفهوم في المناقشات السياسية والإقتصادية في المجتمعات

الغربية عامة والصناعية لبقاء النظام والمحافظة على استمراره، ومع بداية فترة السبعينيات اتخذ المفهوم منحى آخرًا مختلفاً تماماً ليعبر عن عدم الرضا عن الوضع القائم ذلك الذي أقره مجتمع الإستهلاك .

ومع بداية الثمانينات وما تلاها في التسعينيات وظهر السريع لثورة الجودة وتأكيداها على جودة المنتجات وجودة المخرجات، ودخول معايير الجودة وتطبيقها في العديد من المجالات : الصناعة، الزراعة، الإقتصاد، الطب، والسياسة، والإجتماع، الدراسات النفسية، كان أحد نواتج تلك ثورة زيادة الاهتمام البحثي بدراسة نوعية الحياة في المجالات السابقة، ومما تجدر الإشارة إليه أنّ مفهوم نوعية الحياة طُبق وأُستخدم أولاً في مجال علم الإجتماع، ومنه انتقل وطبق واستخدم في مجالات أخرى. (الشريف، 2015، ص. 46-47)

2- مفهوم نوعية الحياة :

اقترح "شان و"جنسون" (1978) بأنّ نوعية الحياة مكونة من امتلاك المصادر اللازمة لتلبية احتياجات الفرد، الطلبات والرغبات، اشتراك في النشاطات التي تسمح للفرد بالتطور والرضا عند مقارنة النفس بالآخرين (بولينج، 2020، ص. 38).

وحسب "لاوتون" (Lawton 1991) يبدو أن نوعية الحياة هي مزيج معقد من تفاعل الأبعاد الموضوعية والشخصية معا، ويركز معظم الباحثين على أبعادها المتعددة (المرجع السابق، ص. 38)

وحسب "إليوت" (Eliot 1994) يشير مصطلح نوعية الحياة إلى التقييم الذاتي الذي يقدمه الأفراد حيث يقومون بتقييم الجوانب المختلفة لحياتهم : الصحية، النفسية، العقلية، المادية، العائلية، العلائقية، المحيطية، وحتى الهويات والعطل (زناد، 2008، ص. 31).

كما عرفتھا "الجوهري" على أنها ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجيات الأساسية المختلفة للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة ومؤشرات ذاتية تقيس قدرة الإشباع(شريفى, 2015, ص. 305).

وحاول أن يُبرهن كل من "بيكي" و"هايدوك" (1997) Beckie et Hayduk على أن التعريف المتعدد الأبعاد لنوعية الحياة يعمق أبعاد المفهوم مع تعدد مصادر الأسباب لهذا المفهوم كما يجادلان في أن نوعية الحياة يمكن اعتبارها مفهوماً أحادي الأبعاد له العديد من المسببات (بولينج، 2020، ص.38-39).

كما عرفها "بيرقتسون توب" و"هاندسن" (1999) أنها بناء يتركب من بعدين هما : مؤشرات ذاتية وتشمل الرضا عن جميع أبعاد الحياة سواء على الوضع الشخصي أو العام، أو السعادة، أو القدرات الوظيفية، والرضا عن دور الاجتماعي للفرد داخل أسرته ومع أصدقائه، ومؤشرات موضوعية تشمل الخصائص السكانية، جودة المسكن، وظروف المعيشة، والحالة الصحية، والوضع المادي (أبو أسعد، 2015، ص. 185).

وتعرّف منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة بأنها "إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته، فمفهوم نوعية الحياة مفهوم واسع النطاق يتأثر بحالة الفرد النفسية والبدنية وعلاقاته الاجتماعية"(إبراهيم، 2016، ص. 12).

3- أبعاد نوعية الحياة :

حسب "ويدار" والآخرون (Widar et al 2003) هناك أربعة أبعاد رئيسية لنوعية

الحياة وهي :

- البعد الجسمي : وهو خاص بالأمراض متصلة بالأعراض.

- **البعد الوظيفي** : وهو خاص بالرعاية الطبية, ومستوى النشاط الجسمي
- **البعد الاجتماعي** : وهو خاص بالاتصال وتفاعل الاجتماعي مع المحيطين.
- **البعد النفسي**: وهو خاص بوظائف المعرفية, والحالة انفعالية, وإدراك العام لصحة, والصحة النفسية, ورضا عن الحياة والسعادة (الهنداوي, 2008, ص.40).

يشير "شالوك" (1996) إلى أنه ليس هناك حاجة إلى تصنيف متغيرات نوعية الحياة إلى بعدين (موضوعي أو ذاتي) بل اعتبره تصنيفاً ينقصه المرونة, حيث توجد متغيرات أخرى تخرج عن هذا التصنيف الثنائي, وبذلك يضيف "شالوك" بأن هناك ثمانية أبعاد متنوعة لمفهوم نوعية الحياة والتي يمكن أن تختلف في درجة أهميتها, وفقاً لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم ومنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة, وأبعاد الثمانية كالتالي :

- **نوعية المعيشة الانفعالية** : وتشمل الشعور بالأمان, والجوانب الروحية, والسعادة, وتعرض للمشقة, ومفهوم الذات, ورضا أو القناعة.
- **العلاقات بين الأشخاص** : تشمل الصداقة الحميمة, والجوانب الوجدانية, والعلاقات الأسرية, وتفاعل, ومساندة الاجتماعية.
- **نوعية المعيشة المادية** : وتشمل الوضع المادي, وعوامل الأمان الاجتماعي, وظروف العمل, الممتلكات, ومكانة الاجتماعية والاقتصادية.
- **الارتقاء الشخصي** : ويشمل مستوى التعليم, والمهارات الشخصية, ومستوى الانجاز
- **نوعية المعيشة** : وتشمل الحالة الصحية, والتغذية والاستجمام, ونشاط الحركي, ومستوى الرعاية الصحية, والتأمين الصحي, ووقت الفراغ, ونشاطات الحياة اليومية.
- **محددات الذات**: وتشمل الاستقلالية والقدرة على اختيار الشخصي, وتوجيه الذات, وأهداف والقيم.

- **التضمين الاجتماعي** : ويشمل القبول الاجتماعي, خصائص بيئة العمل, والتكامل والمشاركة الاجتماعية, الدور الاجتماعي, والنشاط التطوعي.
- **الحقوق** : وتشمل الخصوصية, وحق في الانتخاب والتصويت, وأداء الواجبات, والحق في الملكية (الهنداوي, 2008, ص.40).

لقد أقرت المنظمة العالمية للصحة أن نوعية الحياة تشير إلى التكامل الذي يمكن أن يحققه الإنسان أو المؤسسات في الأبعاد الآتية :

➤ **البعد الجسمي** : ويوضح هذا البعد كيفية التعامل مع الألم وعدم الراحة، النوم والتخلص من التعب.

➤ **البعد النفسي**: ويتكون من المشاعر والسلوكيات الإيجابية، وتركيز الانتباه والرغبة في التعلم والتفكير والتذكر، تقدير الذات، اهتمام الانسان بمظهره وصورة الجسم ومواجهة المشاعر السلبية.

➤ **البعد الاجتماعي** : ويتضمن هذا البعد العلاقات الشخصية والاجتماعية، الدعم الاجتماعي والزواج الناجح مع تأكيد التوافق الزوجي.

➤ **بعد الاستقلالية** : تزداد نوعية الحياة كلما ارتفعت مقدرة الفرد على الاستقلالية، بمعنى أنّ سعادته ومصيره يجب أن يكونا تحت سيطرته ولا يتحكّم فيهما الآخرون، ويتضمّن ذلك البُعد كل من حرية الحركة التي يتمتع بها الفرد في حياته، أنشطة الحياة اليومية التي اعتاد القيام بها ودرجة الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً (الكحوليات، المخدرات، أنواع التبغ)

➤ **البعد الروحي**: التدين، المعتقدات الشخصية، مدى الإلتزام الأخلاقي، معرفة الدين الصحيح، تحقيق السعادة الروحية من خلال العبادات.(بوخروف، 2019، ص. 116-117)

قسمت "الشريف" أبعاد نوعية الحياة إلى قسمين رئيسيين يتضمن كل منهما أبعاد

فرعية كالتالي :

- **نوعية الحياة الذاتية** : تعني بذلك الجودة النفسية (الصحة النفسية) للفرد ومدى الرضا عن نفسه من خلال أدواره, ومهامه, وكل ما يتعلق بشخصه, والشعور بالرفاهية والسعادة, والجودة الاجتماعية وهي مجموعة العلاقات الاجتماعية التي يرتبط بها الفرد, والجودة المعرفية تعني بذلك الجانب العلمي والعملية للفرد.
- **نوعية الحياة البيئية** : أهم الجوانب البيئية للفرد هي البيئة الأسرة ومدى توافق الفرد وأفكاره مع بيئته التي يعيش فيها, والدور الفعال الذي تقوم به في تحسين نوعية الحياة له, وجميع المؤسسات الاجتماعية التي يرتبط بها (الشريف, 2017, ص.51-52).
- في حين قسم "عبد المعطي" (2005) أبعاد نوعية إلى ثلاثة، وهي :
- **نوعية الحياة الموضوعية** : وتعني ما يوفره المجتمع من إمكانيات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.
- **نوعية الحياة الذاتية** : تعني كيف يشعر كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة والسعادة بها.
- **نوعية الحياة الوجدانية**: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة ويصل إلى الحد المثالي في إشباع حاجته البيولوجية, والنفسية كما يعيش بتوافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية في المجتمع (أبو راسين، 2012, ص. 12).

وهناك من يحدد نوعية الحياة في بعدين (مدخلين) أساسيين هما :

➤ **البعد البيئي لنوعية الحياة** : كانت الدراسات الأولى التي أجريت على نوعية الحياة تهتم بمواضيع قريبة من البرامج السياسية مثل : التلوث ومختلف الأضرار التي

يمكن أن تنجم عن البيئة، الجريمة، الجنوح، الدخل، مدى توفر شروط الرفاهية المادية، المؤشرات الاجتماعية...

حيث كانت هذه الدراسات تركز أساساً على المعايير الموضوعية، وهكذا، فقد كان من الممكن المقارنة بين أفضل المدن التي توفر شروط معيشية تحقق مستويات جيدة من نوعية الحياة، أو تصنيف البلدان والمجتمعات فيما بينها بهذا الشأن.

فيما بعد تم اطلاق دراسة كبيرة في عام (1969) من قبل الهيئة الأمريكية لصحة والتعليم والتي أسفرت على نتيجتين مهمتين أدتا إلى إعطاء بعد جديد لنوعية الحياة غير جذريا النظرة التي كانت سائدة حول هذا المفهوم. من جهة، لم يتم ايجاد علاقة بين الظروف المعيشية الموضوعية التي تمت دراستها والتجربة الحياتية المدركة للأفراد، فمن هذه النتيجة، ظهرت مقاربة جديدة لنوعية الحياة التي أطلق عليها تسمية نوعية الحياة المدركة أو الذاتية.

أما النتيجة الثانية، فلقد أشارت إلى أنه لم تكن هناك علاقة تربط بين تقييم المراقب الخارجي وتقدير الأفراد المعنيين أنفسهم لنوعية حياتهم، أي أنه إذا أراد الباحث أن يدرس نوعية الحياة الذاتية أو المدركة، فليس هناك سوى فرد واحد يمكنه أن يحدّد إن كانت حياته ذات نوعية أم لا، وهو: الفرد نفسه، وهذه الحقيقة تعكسها إحدى المقالات التي نشرها كل من "إيرون" و"كمان" Irwin & Kamman والتي كان عنوانها "إذا كنت تريد أن تعرف مدى سعادتي، فما عليك إلا أن تسألني". (بوخروف، 2019، ص. 117)

➤ البعد الصحي لنوعية الحياة : عندما أعلنت منظمة الصحة العالمية أنّ الصحة ليست مجرد غياب للمرض، فإنّ الباحثين في مجال الطب سعوا لاستكشاف مكونات أخرى للصحة ولم يقتصرُوا في دراستهم فقط على الأعراض، معدل حدوث وانتشار الأمراض أو نسبة الوفيات. وهكذا، ظهر مفهوم "الوضعية

الصحة" Health Status والذي سيؤدي بدوره لاحقاً إلى بروز مفهوم "نوعية الحياة المتعلقة بالصحة" Health Related Quality of Life.

وهكذا ظهر اهتمام جديد بالآثار المترتبة عن الاضطرابات الوظيفية على الصحة. في البداية، تم التركيز على القدرات الوظيفية للجسم (مدى القدرة على الحركة والتنقل، مدى القدرة على أداء مختلف أنشطة الحياة اليومية...)، فيما بعد اهتمت العديد من الدراسات بالجانب الاجتماعي للقدرات الوظيفية من خلال التركيز على "الأدوار الاجتماعية" مثل العمل والتفاعلات الاجتماعية. أخيراً، في نهاية الثمانينات، دخل البعد النفسي والعقلي في مفهوم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، وهذا من خلال الاهتمام بالقدرات الذهنية التي تمثلت في البداية في آثار الشيخوخة والتأخر العقلي ثم تأثير الأمراض النفسية والعقلية على حياة الفرد.

إضافة إلى ذلك، ظهر مفهوم آخر حظي باهتمام الباحثين وتم اعتباره كمياري أساسي في دراسة نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، والذي يتمثل في الاستقلالية أي قدرة الفرد على أداء أدواره المنوطة إليه والاعتناء بنفسه والقيام بمختلف نشاطاته اليومية، دون حاجته إلى مساعدة الغير أو تبعيته لهم. (بوخروف، 2019، ص. 118)

لقد أدت هذه المقاربة إلى قيام المنظمة العالمية للصحة بإعداد تصنيف حول أهم الاضطرابات الوظيفية التي من شأنها التقليل من استقلالية الأفراد، وبالتالي التأثير السلبي لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة لديهم والتي تتمثل في:

➤ النقص: يتمثل في الخلل أو النقص لإفراز أي مادة حيوية في الجسم أو حدوث ضرر لبنية أو وظيفة جسمية.

➤ العجز: وهو يشير إلى انخفاض في قدرات الفرد على الأداء الطبيعي لأي نشاط، أو القيام به لكن بصعوبة.

الإعاقة: أي عندما يفقد الفرد القدرة على أداء دور أو القيام بنشاطات طبيعية وذلك بصفة كلية، مثل عدم القدرة على المشي أو الكلام... (بوخروف، 2019، ص. 118-119)

4- التوجهات النظرية لتفسير نوعية الحياة :

1-4 الاتجاه الاجتماعي لنوعية الحياة :

ظهر مفهوم نوعية الحياة في ظل التوجهات الاقتصادية التي شهدتها المجتمعات الغربية عامة والصناعية خاصة بوصفه نوعاً من تدعيم الخطاب السياسي للقائمين على أمر هذه المجتمعات، حيث اهتم الساسة بكل ما من شأنه الحفاظ على نوعية معينة لحياة الأفراد سواء من حيث المستوى الاقتصادي والوفرة السلعية أو توفير الخدمات الاجتماعية والصحية بهدف تدعيم النظام والحفاظ عليه، وقد طرح مصطلح نوعية الحياة في منتصف الستينات ليعني نزوعاً نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، هذا النمط الذي لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، غير أن هذا المفهوم قد اتخذ في بداية السبعينات منحى آخر ليعبر عن عدم الرضا عن الوضع القائم وطرح على أنه هدف لتحقيق طريقة للحياة، ثم طرحت فكرة نوعية أو كيفية أو جودة الحياة، ويرتبط مفهوم نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي بعدد من المؤشرات الاجتماعية الموضوعية التي تعكسها البيانات والإحصاءات الرسمية مثل نظافة البيئة، سهولة المواصلات، ونوع العمل، توفر السلع، زيادة الدخل، توفر فرص التعليم والعمل، توفر الخدمات الصحية المناسبة، حرية التعبير والاعتقاد، توفر أماكن الترفيه والاستجمام، توفر العدالة الاجتماعية، ومن الواضح أن هذه المؤشرات تختلف من مجتمع لآخر.

إن قياس المؤشرات الموضوعية، أو تلك المؤشرات الدالة على نوعية الحياة بوصفها تمثل الأرضية الأساسية والمدخلات الرئيسة التي تبني عليها الحياة تعتمد على البيانات

الإحصائية الرسمية عن الدولة المعنية بقياس نوعية حياة مواطنيها(بكر, 2013, ص. 48).

بيد أن العلماء المهتمين بمثل هذه القياسات, بينوا أن البيانات التي تتمخض عنها هذه القياسات لا تعبر عن نوعية الحياة بقدر ما هي تعبير عن كم الحياة, أي كم ما يقدم من خدمات لحياة أفراد المجتمع, أما نوعية الحياة فهي شيء آخر تعبر في الغالب عن إدراك الفرد لهذا الكم واتجاهاته نحوها واستجابته لها بشكل قد يحقق أو لا يحقق له الرضا عن حياته أو عن مجال معين أو أكثر من مجالات الحياة المتعددة والمختلفة, ويكاد يجمع المشتغلون بالبحث في العلوم الإنسانية عامة وعلم الاجتماع بنحو خاص على حقيقة مفادها أن المؤشرات الموضوعية بكل مظاهرها المادية القابلة للرصد والإحصاء والقياس لم تعد كافية للتعبير عن نوعية الحياة بمعناها الدقيق, حيث بين كل من "كلينكهام" و"ريس" (1985) Gellingham & Reece أن البحوث التي تركز على الجوانب الموضوعية لا تقدم إلا القليل في ما يتعلق بنوعية الحياة المركبة بالنسبة للفرد.

وتتفق "صالح" (1990) مع هذا المعنى حيث ترى أنه أصبح من المؤكد أن تحقيق الأهداف الاجتماعية للسياسات لا يعني بالضرورة تحسناً لنوعية الحياة في المجتمع, فزيادة الدخل القومي أو زيادة نصيب الفرد منه أو ارتفاع مستوى المعيشة, أو زيادة التقدم العلمي أو التكنولوجي لا يدل على أن المجتمع قد انتقل إلى حالة أفضل أو أن الأفراد قد أصبحوا أكثر سعادة ورضا عن حياتهم, ذلك لتعذر تحقيق العدالة الاجتماعية في تقسيم الثروات وبخاصة في المجتمعات النامية, حيث تعجز عمليات التخطيط والتنمية التي تعول عليها هذه المجتمعات عن تحقيق أهدافها وخصوصاً في مجالات التنمية الاجتماعية, لأسباب اجتماعية وثقافية بنحو عام وأسباب سياسية بنحو خاص, فضلاً عن ذلك فإن المؤشرات الموضوعية التي تعتمد في قياساتها على البيانات والإحصاءات الرسمية قلما توجد دولة نامية تتمكن من إجرائها بصورة منتظمة, حيث غالباً

ما تكون المسافة بين مسح وآخر عشرة أعوام, كذلك فإن المتغيرات التي تدخل في هذه المسوح غالباً ما تكون محدودة لا تتناول جميع المتطلبات التي تترجم واقع حياة الأسر والأفراد في مرحلة زمنية محددة, عليه فإن الاعتماد على نتائج هذه المسوح وتقدير نوعية حياة الأسر أو الأفراد على وفقها تكون متعذرة في أغلب الدول النامية بل تكون عقيمة نسبياً (بكر, 2013, ص. 50-51).

4-2 الاتجاه النفسي لنوعية الحياة :

يعتمد مفهوم نوعية الحياة في علم النفس على عدة مفاهيم أساسية, منها القيم والإدراك الذاتي والحاجات والاتجاهات والطموح والتوقع والرضا والتوافق والصحة النفسية, فإن مفهوم القيم يتشكل من خلال مركز الدائرة التي تتمحور حولها مؤشرات نوعية الحياة وذلك للأسباب الآتية :

- لأهمية القيم في تفسير الطموحات والتوقعات الخاصة بالأفراد
- لإسهام القيم في تحديد مستويات الأهمية النسبية لمجالات الحياة المتعددة
- لأهمية القيم في تقدير الفرد لقيمة الحياة في جوانبها المختلفة. (المرجع السابق, ص. 51).

وفيما يتعلق بمفهوم الإدراك الذاتي فإن نوعية الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي لها أي إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه عنها, وأن تقويم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالتعليم والمسكن والعمل والدخل يمثل في أحد مستوياته انعكاساً مباشراً لإدراك الفرد لنوعية الحياة في وجود هذه المتغيرات بهذا المستوى الذي يتوقف بدرجة على مدى أهمية كل متغير من هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد, إذ أن العوامل النفسية تتدخل في التقييمات الاجتماعية والاقتصادية, أما إشباع الحاجات فهو مكون أساسي لنوعية الحياة, حيث أن تلبية الحاجات بمستوياتها المختلفة واعتماداً على تصنيف

"ماسلو" للحاجات الإنسانية يمكن أن يمثل إشباعها بالسبل الملائمة جوهر نوعية الحياة وترتبط نوعية الحياة بالعديد من المؤشرات الذاتية للأفراد في المجتمع ومنها:

- ✓ العلاقات الاجتماعية
- ✓ التعليم
- ✓ السعادة والرضا
- ✓ الانتماء الأسري
- ✓ التوافق الاجتماعي
- ✓ ملئ أوقات الفراغ وإدارتها
- ✓ المشاركة في الأعمال التعاونية
- ✓ المسؤولية الاجتماعية والشخصية
- ✓ ضبط الانفعالات
- ✓ الصحة العامة
- ✓ الصحة النفسية
- ✓ درجة المرونة الفكرية وتقبل الآخر

ولقياس المؤشرات الذاتية لنوعية الحياة يمكن استخدام الأدوات النوعية كالملاحظة وملاحظة بالمشاركة والمقابلة المباشرة فضلا عن الاستبيانات والمقاييس والاختبارات شريطة أن تتمتع بالشروط السيكومترية المطلوبة (بكر, 2013, ص. 51-52).

3-4 الاتجاه الطبي لنوعية الحياة :

إن قياس نوعية الحياة وفقاً لهذا الاتجاه يعد قديماً نسبياً، فالأطباء كانوا يلجؤون إليه لتقييم حالة المريض والخدمات المقدمة له، وغالباً ما كانوا يلجؤون إلى الإجابة على الفقرات التي كانت تخص حالة المريض ضمن مقاييس كانت معدة لهذا الغرض، لكن هذا

الاتجاه لقي الكثير من الانتقادات تحت تساؤل (حياة من هي؟) إذ أنّ الأطباء كانوا يغفلون ويحتيزون في إجاباتهم على بعض فقرات المقياس ولم يستطيعوا نقل مشاعر المريض اتجاه الخدمات المقدمة له بنحو صادق, لذا برز الاهتمام بالمريض نفسه ليحدد مشاعره تجاه ما يُقدم إليه في جوانب حياته المختلفة لأنهم أكثر الناس إحساساً بقيمة حياتهم, ومن أهم المقاييس التي شاع استخدامها في أوروبا في المجال الطبي التي تعتمد على رأي المريض وليس الطبيب مقياس بروفيل "لانكشير" لنوعية الحياة (Lancashire Quality of life profile) وهو من بناء "أوليفر" وزملاؤه Oliver et al وقد وجهت انتقادات كثيرة إلى هذا المقياس, إلى أن ظهر مقياس "مانشستر" المختصر (Manchester Short assessment of quality of life) والذي يمكن اعتماده وهو صورة مختصرة لبروفيل "لانكشير" ويتكون من (24) فقرة, (16) فقرة منها تقيس الجوانب الموضوعية (لقاء الأصدقاء, التعرض لعدوان) و(12) فقرة منها تقيس الجوانب الذاتية عن حياة المريض عموماً, كالرضا عن العمل, وعن التدريب والوضع المالي وعدد الأصدقاء وجودتهم والسكن والإقامة والحياة الجنسية والعلاقات الأسرية والصحة الجسمية والنفسية, وأن مفهوم نوعية الحياة الذي بُني على أساس عام وشامل لا يقتصر على المريض فقط, وقد اهتمت الدراسات الطبية في مجالات نوعية الحياة بنوعية حياة الأشخاص الذين يعانون من الأمراض مثل مرضى السكري, السمنة المفرطة, والأمراض النفسية, ذوي الاحتياجات الخاصة, الشيخوخة, ومرضى القلب, ومرضى السرطان بأنواعه, ومتعاشي الايدز, والإدمان على المخدرات. (بكر, 2013, ص. 54-55)

4-4 النظرية التكاملية لنوعية الحياة :

إن مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم متعددة الأبعاد تتضمن مؤشرات موضوعية وأخرى ذاتية ترتبط بنوعية الحياة, ويرى "كرينلي" (1997) Creenly أن الجهود التي بُذلت لقياس نوعية الحياة تتضمن النظر إلى المفهوم على أنه يتضمن إدراك الفرد للرضا

عن الحياة كما تقاس من وجهة نظر الفرد (نوعية الحياة الذاتية) وخصائص الموقف الذي يعيش فيه (نوعية الحياة الموضوعية)، ويشير "لاوتون" وآخرون (Lawton et al (1999) إلى صعوبة الفصل بين المؤشرين (نوعية الحياة الذاتية والموضوعية)، خاصة وأن مصدر المعلومات في كلتا الحالتين هو الفرد نفسه، وتعد تصورات "فينتيجودت" وآخرون (Ventegodt et al (2003) من أهم التصورات التي طرحت لتحديد أبعاد نوعية الحياة في إطار التوفيق بين البعدين الموضوعي والذاتي، إذ صاغوا متصل نوعية الحياة وطرحوا وفقه ما يعرف بالنظرية التكاملية لنوعية الحياة (The Integrative Quality of Life theory) التي تتضمن بعدين أساسيين هما :

1- البعد الذاتي : الذي يتضمن الرفاهية الشخصية، السعادة، الرضا عن الحياة، الحياة ذات المعنى.

2- البعد الموضوعي : ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في المعايير الثقافية، وإشباع الحاجات، وتحقيق الإمكانات، والسلامة البدنية.

ويقترح "أبو سريع" وآخرون (2006) نموذجاً لتفسير نوعية الحياة وتقديرها يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في تشكيل نوعية الحياة موزعة على بعدين متعامدين، يشمل البعد الأفقي القطبي توزيع محددات نوعية الحياة حسب تكوينها داخل الشخص أو خارجه، وتسمى بعد المحددات الشخصية الداخلية في مقابل بعد المحددات الخارجية، ويمثل البعد الرئيسي لتوزيع تلك المحددات وفق أسس قيامها وتقدير مدى تحققها، والتي تتوزع ما بين أسس موضوعية، تشمل الاختبارات والمقاييس، ومقارنة الشخص بغيره أو متوسط جماعته المعيارية أو اعتماداً على معايير كمية وكيفية أخرى مثل الملاحظة ومقاييس التقدير ويسمى (بعد الذاتية) في مقابل (بعد الموضوعية) (بكر، 2013، ص.

(57-55)

5- مؤشرات نوعية الحياة:

بالرغم من أن التعريف الذي صاغته المنظمة العالمية للصحة يفتح المجال لتقييم نوعية الحياة على مدى أوسع وفي مختلف المجالات, إلا أن هذا التعريف الواسع, في نظرة بعض الباحثين, يبقى غامض وغير محدد بدقة, وهذا ما يُصعب إمكانية التوصل إلى اتفاق شامل حول هذا المفهوم.

ومع ذلك, فلقد ظهرت العديد من المحاولات, مثل النموذج الذي اقترحه "شارلوك" Schalock (1993), الذي سعى إلى تناول مفهوم نوعية الحياة من منظور شامل, والأخذ بعين الاعتبار الجانب متعدد المؤشرات لهذا المفهوم, حيث قام ببنائه على أربعة مؤشرات رئيسية التي تتمثل في :

5-1 الرضا:

ينجم الرضا عن تلبية الحاجات والرغبات وتحقيقها, والشعور بالرفاهية الذاتية في الوسط الذي يعيش فيه الفرد, وهذا على المستوى الاجتماعي, الصحي, المهني, الثقافي... الخ (بوخروف, 2019, ص. 119)

على وجه التحديد, يرتبط الرضا مع السعادة والمتعة, الخبرات الشخصية والمشاعر الايجابية المرتبطة بالمواقف الاجتماعية والحياة بشكل عام.

5-2 الكفاءة والإنتاجية :

تشير الكفاءة والإنتاجية إلى العمل مقابل أجر أو العمل الذي يساهم به الفرد لمصلحة المجتمع

5-3 الإستقلالية وعدم التبعية للآخرين:

تمثل الإستقلالية وعدم التبعية للآخرين إلى مدى قدرة الفرد على تلبية حاجاته الشخصية، أداء مختلف النشاطات اليومية والأدوار المنوطة به، وكذا التحكم في عوامل البيئة والمحيط التي يعيش في وسطها، وإمكانية اتخاذ القرارات المتعلقة بخياراته بنفسه.

4-5 الشعور بالانتماء والقدرة على الإدماج الاجتماعي:

يشير الشعور بالانتماء والقدرة على الإدماج الاجتماعي إلى مدى قدرة الفرد على العيش بانسجام وسط مجتمعه، والمشاركة في الأنشطة التي تهتم المجتمع وتعود بالفائدة عليه، واستخدام الموارد الاجتماعية المتوفرة والاستفادة منها، كما يشير أيضاً إلى إمكانيات الفرد لربط علاقات ايجابية مع الآخرين وامتلاك شبكة اجتماعية توفر له الدعم عند الحاجة (بوخروف، 2019، ص.119-120).

6- مقاييس نوعية الحياة :

1-6 مقياس نوعية الحياة (WHOQOL-100) :

بدأ إعداد هذا المقياس في عام (1991) عندما بدأ قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية في إعداد مشروع بحثي في (15) دولة لبناء مقياس عالمي لقياس نوعية الحياة يغطي الجوانب المختلفة لنوعية الحياة التي تناولتها أو لم تتناولها الأدوات التقليدية لتقدير نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، وكان الهدف الأساسي للمشروع هو تصميم أداة لتقييم نوعية الحياة يمكن تطبيقها بشكل واسع عبر أنواع مختلفة من الأمراض المتباينة في الشدة وكذلك عبر مجموعات ثقافية مختلفة اقتصادياً واجتماعياً وعمرياً، ويُستعمل المقياس لتقييم برامج التدخلات لتحسين نوعية الحياة ولمقارنة نوعية الحياة عبر أقطار متباينة وثقافات فرعية مختلفة داخل القطر الواحد وأدت جهود المنظمة إلى تطوير المقياس المؤي لنوعية الحياة والذي تم إعداده من خلال (15) مركزاً ميدانياً تابعاً للمنظمة عبر (12) لغة.

وحددت هذه المراكز جوانب الحياة التي تعد مهمة في قياس نوعية الحياة ووضعت بنوداً لقياسها وشملت الصيغة الاستطلاعية الأصلية (235) بنوداً وطبقت هذه الصيغة في (15) مركزاً ميدانياً بلغات مختلفة عبر العالم وتم اختيار أفضل (100) بند وسميت هذه الصيغة المقياس المئوي لنوعية الحياة (WHOQOL-100) ويتكون المقياس من ستة مجالات أساسية هي : الجسمية, النفسية, الروحية, البيئية, مستوى الاستقلال, العلاقات الاجتماعية, وهذه المجالات تحتوي على (24) عاملاً أو مقياساً فرعياً, كل مقياس تتدرج تحته أربعة عبارات, وبذلك يصبح عدد العبارات (96) عبارة, إضافة إلى ذلك يوجد بعد إضافي تتدرج تحته أربع بنود لقياس نوعية الحياة بشكل عام والصحة العامة, وهذا البعد لا يدخل في مجالات نوعية الحياة, ولكن يتم تحليله كجزء من مقياس نوعية الحياة, وتتم الإجابة على بنود هذا المقياس باستخدام طريقة "ليكرت", وذلك على تدرج من (5) نقاط لتقدير الشدة والتكرار ولتقييم الصفات المختارة لنوعية الحياة, وفيما يتعلق بطرق تقدير الدرجات فقد قدمت المنظمة دليلاً شاملاً, لطريقة تقدير وحساب المجالات الأساسية, والعوامل الفرعية, وأرقام البنود العكسية, وطرق تقديرها ويمكن الرجوع إلى هذا الدليل على موقع المنظمة على شبكة الأنترنت.

وقد تم تقدير الخصائص القياسية لهذا المقياس, على عينات غير متجانسة من المرضى والأسوياء, $n = (4802)$, عبر (15) مركزاً تابعاً للمنظمة في أقطار مختلفة وأظهرت نتائج الدراسات, أن المقياس يتميز بخصائص سيكومترية عالية جداً (محمد, 2011, ص. 94-95).

6-2 مقياس نوعية الحياة الخاص بمرضى الكلى :

قام بإعداد هذا المقياس "وار" Ware بعد طلب من مؤسسة Medical outcomes study (1993) , في جامعة أريزونا بأمريكا وذلك من أجل تقييم سياسة الصحة العمومية, في البداية كان المقياس في شكل الصورة المطولة وتحت تسمية (Kidney disease and

quality of life (80) long Form) وكان يضم (80) بندا، تتوزع من خلال (12) مقياسا فرعيا ونظرا لطول المقياس تمت مراجعته وتعديله وأصبح في شكله النهائي وهو الصورة المصغرة (Kindey disease and qualite of life 36 short form) أي أن مقياس يضم (36) بندا تتوزع من خلال (8) مقاييس فرعية وهي كالاتي : 1- التوظيف العضوي 2- حدود في دور الجسم 3 - آلام العضوية (الجسم) 4- إدراك العام للصحة 5 - الحيوية 6 - التوظيف الاجتماعي 7- حدود في دور الانفعال 8 - الصحة العقلية، وتتجمع هذه المقاييس الفرعية في محورين هما:

▪ محور خاص بالجانب العضوي

▪ محور خاص بالجانب العقلي

والهدف من هذا المقياس هو قياس نوعية الحياة لدى المرضى الخاضعين لتصفية الدم وهو عبارة عن تقرير ذاتي، يطبقه الفاحص من خلال إجراء مقابلة مع المفحوص يستغرق تطبيقه حوالي (15) دقيقة ودرجة (100) هي أعلى نقطة وتشير إلى نوعية حياة جيدة أي توظيف عقلي وجسمي مرتفع، ويتم حساب الدرجة من خلال جمع النقاط التي حصل عليها المفحوص عند إجاباته عن كل بند، أقل من (50) درجة يشير إلى نوعية حياة رديئة، يتميز المقياس بخصائص سيكومترية جيدة إذ أظهر من خلال تطبيقاته على مرضى تصفية الدم درجات عالية في الصدق والثبات فكانت درجة الثبات من خلال معامل الارتباط ألفا كرومباخ لمختلف المقاييس الفرعية كالاتي : (0,93) التوظيف العضوي، (0,82) حدود في دور الجسم، (0,95) آلام عضوية، (0,82) الإدراك العام للصحة، (0,80) الحيوية، (0,90) التوظيف الاجتماعي، (0,83) حدود في دور الانفعال، (0,80) الصحة العقلية.

كما أن المقياس صادق إذ وجد الباحثون أنه توجد علاقة ارتباط بين المقاييس الفرعية لمقياس المرض الكلوي ونوعية الحياة، كما توجد علاقة بين هذا المقياس ومقاييس أخرى تقدر نوعية الحياة (صدق المحك)، وبالتالي فإن المقياس يقيس فعلا نوعية الحياة لدى مرضى تصفية الدم.

وقد قامت "زناد" بترجمة هذا المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية وقد قامت باختبار صدق المقياس عن طريق استطلاع رأي المحكمين, وقد تحصلت على إجماع المحكمين على صدقه ثم قامت باختبار ثبات المقياس واعتمدت على طريقة إعادة تطبيق وذلك لتعرف على مستوى ثبات مقياس المرض الكلوي ونوعية الحياة الصورة المصغرة فقد قامت بإعادة التطبيق للمقياس بعد أسبوع من التطبيق الأول على عينة من (10) مرضى يخضعون لتصفية الدم كما قامت بحساب معامل ارتباط "بيرسون" والذي تحددت قيمته ب(0,96) و(0,97) لكلا المقياسين المكونين للمقياس الكلي للمرض الكلوي ونوعية الحياة عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha=0,001$) مما يدل على ارتباط قوي وموجب ودال إحصائياً ومنه يتمتع المقياس بصدق وثبات (زناد, 2008, ص. 257-260).

6-3 مقياس نوعية الحياة SF-36 :

لقد طُور هذا المقياس من طرف "وار" في الولايات المتحدة الأمريكية, في إطار دراسته تحت عنوان Medical outcomes study هو مقياس من بين مقاييس التقييم الذاتي, أسسه بعض الباحثين في مجال الصحة العامة واعتمده منظمة الصحة العالمية كمقياس عالمي لحساب درجات نوعية الحياة المتعلقة بصحة الأفراد, وهو سُلم يتكون من (8) أبعاد, وما يُميز هذا المقياس أنّ كل محور له بدائل خاصة به, ولكن في مجمله يقيس متغيراً ألا وهو نوعية الحياة المتعلقة بالصحة عند الفرد, وتراوحت الموثوقية الاتساق الداخلي internal consistency reliability من (0,83) إلى (0,93) بالنسبة للمقاييس الثمانية, أما التنقيط فيتم على طريقة ليكرت.

كما تم تكييف المقياس على البيئة الجزائرية من طرف "شريف" بحساب صدق المحكمين والصدق الذاتي, تم اعتماد على طريقة الصدق الذاتي والذي يمثل العلاقة بين الصدق والثبات وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات, حيث وجد معامل الصدق الذاتي (0,93) وهي درجة عالية وبالتالي فالمقياس يتميز بالصدق, أما فيما يتعلق بالثبات فطبقت "شريف" المقياس على عينة من الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة عددهم (30) فرداً,

وبعد التطبيق, تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرومباخ حيث وجد أن قيمته تساوي (0,93) وهذا يدل على أن معامل الثبات لدى المقياس مرتفع ودال إحصائياً, كما تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وباستخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0,96), وبهذا فإن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عال (شريقي, 2015, ص. 313-314).

خلاصة :

نستنتج مما سبق أنّ نوعية حياة مفهوم متعدد الأبعاد, ويدخل في مجالات عديدة مثل الاقتصاد والطب وعلم الاجتماع وعلم النفس, وقد جاءت اتجاهات عديدة لتفسيره ونظراً لأهميته صمم الباحثون مقاييس عديدة لقياسه, وفي السنوات الأخيرة أولى الباحثون في علم النفس وبالتحديد علم النفس الصحة اهتماماً بمفهوم نوعية الحياة وذلك لإرتباطه بمفاهيم نفسية أخرى كالسعادة, الرفاهية الذاتية, ورضا عن الحياة فقد قاموا بدراسات عديدة تعنى بعلاقة نوعية الحياة بمتغيرات نفسية أخرى.

الجانب التطبيقي

الفصل السادس

منهجية البحث

تمهيد:

يتناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية المتبعة في البحث للوصول إلى حقائق علمية يمكن الوثوق فيها، وفيما يلي عرض مفصل لهذه الإجراءات.

1- منهج البحث:

تماشياً مع موضوع بحثنا الذي يهدف إلى الكشف عن دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع، كان لابد على الباحثة الاعتماد على المنهج الوصفي الذي يُعرف بأنه: " الطريقة التي يعتمد عليها الباحث في الحصول على معلومات دقيقة تُصوّر الواقع وتُساهم في تحليل الوظائف" (بوحوش، ذنبيات، 1995، ص. 75).

2- مجال البحث (المكاني ، الزماني) :

1-2 المجال الزماني:

استغرق الجانب التطبيقي للبحث قرابة سنة أي مع بداية العام (2018) إلى غاية شهر ديسمبر من سنة (2018)، وذلك بغية جمع أكبر عدد ممكن من أفراد عينة البحث.

2-2 المجال المكاني:

تم إجراء هذا البحث في مصلحة طب الأعصاب المتواجدة في المركز الاستشفائي الجامعي "مصطفى باشا".

3- عينة البحث وخصائصها:

اعتمدت الباحثة عند اختيار عينة البحث على أسلوب العينة المناسبة والتي يختار فيها الباحث المشاركين في بحثه (العينة) لأنهم يرغبون بالمشاركة ولأنهم أيضا متاحين،

وفي هذه الحالة لا يتمكن الباحث من أن يقول أنّ هذه العينة تمثل المجتمع الأصلي، وعلى كل حال فإنّ هذه العينة يمكن أن تزود الباحث بمعلومات مهمة ومفيدة من خلال استجابتها للأسئلة المتعلقة بجمع المعلومات أو من خلال إخضاعها لإختبارات معينة أو ملاحظات منتظمة، ويطلق على هذا النوع من العينات العينة المتيسرة أو العينة المتاحة على إعتبار الباحث يعتمد على ما هو موجود من أفراد العينة (الحريري وآخرون، 2017، ص. 204).

3-1- خصائص عينة البحث :

تتكون عينة البحث الحالي من (104) مريض ومريضة بالصرع تم انتقاؤهم من خلال الرجوع إلى ملفات الصحية التي تؤكد تشخيص الطبيب المعالج في مصلحة طب الأعصاب المتواجدة في المركز الاستشفائي الجامعي "مصطفى باشا" ومتمثلة في (تشخيص المرض، السن، الجنس).

والجداول الموالية تبيّن خصائص عينة البحث وفق بعض المتغيرات المعتمدة في هذا البحث وهي كالتالي:

أ- الجنس :

جدول رقم (1): توزيع أفراد عينة البحث حسب الجنس

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
50%	52	الذكور
50%	52	الإناث
100%	104	المجموع

يبين الجدول أعلاه توزيع عينة البحث حسب الجنس، يتضح أن عينة البحث كانت مناصفة بين الجنسين (50%) لكل منهما.

ب-السن :

جدول رقم (2): توزيع أفراد عينة البحث حسب فئات السن

النسبة المئوية	التكرار	السن
41,34%	43	أقل من 35 سنة
25%	26	يتراوح بين سن 35 و45 سنة
33,65%	35	46 سنة فما فوق
100%	104	المجموع

يتبين من خلال جدول رقم (2) أنّ أعلى نسبة والمقدّرة بـ (41,34%) هي من نصيب أفراد عينة البحث الذين أعمارهم أقل من (35) سنة، تليها نسبة (33,65%) وهي تمثّل الفئة التي تبلغ من العمر (46) سنة فما فوق، وفي الأخير نجد نسبة (25%) وهي تمثّل فئة المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين سن (35) و(45) سنة.

4-أدوات البحث:

لكل بحث علمي أدوات يعتمد عليها، وفي هذا البحث بالذات تم الاستعانة بعدد من المقاييس وتمثلة في: مقياس المساندة الاجتماعية، مقياس فعالية الذات ومقياس نوعية الحياة.

4-1 مقياس المساندة الاجتماعية لـ Spender:

4-1-1 وصف المقياس:

قام بإعداد هذا المقياس Spender (2001) وقامت الباحثة "دانيال" (2008) بترجمته وإعداده للبيئة العربية ويتكون المقياس من (42) بنداً مقسمة على بعدين بعدد المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة وبعد المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة

➤ تنقيط المقياس وتفسير الدرجات:

ويقوم المفحوص باختيار إجابة من بين أربعة إجابات:

(موافق تماما - موافق بصفة عامة - موافق إلى الحد ما - غير موافق).

لكل بند من بنود المقياس ولكل إجابة من هذه الإجابات درجة على النحو التالي:

- موافق تماما: 4 درجات

- موافق بصفة عامة: 3 درجات

- موافق إلى حد ما: درجتان

- غير موافق: درجة واحدة فقط.

ويتم الحصول على درجة كلية للمقياس تتراوح بين 42 إلى 168 درجة (دانيال، 2008، ص.3).

4-1-2 - الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية:

بلغت عينة التقنين الخاصة بمقياس المساندة الاجتماعية (120) فردا تم توزيعهم على المجموعتين، المجموعة الأولى بلغت (60) من الأرامل ممن فقدوا شريك الحياة (30 ذكور -30 إناث) بمتوسط عمري 49,4 وانحراف معياري بلغ 1,57، أما المجموعة الثانية بلغت (60) من غير الأرامل (30 ذكور -30 إناث) بمتوسط عمري 59,7 وانحراف معياري بلغ 2,7، من المقيمين بمحافظة القاهرة وأعمارهم لا تقل عن (40) سنة (المرجع السابق، ص. 5)

وقامت "دانيال " بدراسة الخصائص السيكومترية من بين الطرق المستعملة ما يلي:

➤ صدق المقياس :

تم حساب صدق المقياس بعدة طرق من بينها:

أ- الصدق العاملي:

تم حساب الصدق بالاستخدام طريقة الصدق العاملي على العينة الكلية (120) فردا، حيث أظهرت النتائج تشبع بعدي المقياس على ثلاث عوامل بما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة صدق مرتفعة

ب- صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب الصدق باستخدام طريقة أخرى وهي طريقة الصدق الإتساق الداخلي للبنود في علاقتها بالدرجة الكلية وكذلك في علاقتها بدرجة البعد الفرعي . وكانت النتائج أن معاملات الصدق الاتساق الداخلي تراوحت ما بين (0,25) و(0,91) وهي معاملات ارتباط مرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الصدق.

تم حساب معاملات صدق الاتساق الداخلي بالنسبة للأبعاد الفرعية وبين الدرجة الكلية للمقياس وكانت النتائج أن معاملات صدق الإتساق الداخلي بين الدرجة على البعد الفرعي وبين الدرجة الكلية تراوحت بين (0,89) و(0,91) وهي معاملات ارتباط مرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الصدق (دانيال، 2008، ص.9-11).

➤ ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس على أفراد العينة الكلية (120) فردا بطريقتين هما:

أ. الثبات عن طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، مستخدما معادلتى "سبيرمان- براون" (Spearman-Brown) و"جتمان" للتصحيح، كانت النتائج أن معاملات ثبات التجزئة النصفية تراوحت بين (0,74) و(0,91) وهي معاملات ثبات عالية ومرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الثبات (دانيال، 2008، ص.7-8).

ب. الثبات عن طريق معادلة ألفا كرونباخ :

تم استخدام طريقة أخرى لحساب الثبات من خلال حساب معادلة ألفا كرونباخ، وكانت نتائج أن معاملات ثبات معادلة ألفا كرونباخ تراوحت بين (0,80) و(0,98) وهي معاملات ثبات عالية ومرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الثبات (المرجع السابق، ص.8-9).

4-1-3- الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية في البيئة المحلية:

من أجل استخدام مقياس المساندة الاجتماعية على مرضى الصرع، قمنا بدراسة استطلاعية وذلك للتحقق من صدق وثبات المقياس، ولاحظنا خلال دراستنا استطلاعية أن عدد مرضى الصرع الغير متزوجين يفوق بكثير عدد مرضى الصرع المتزوجين هذا يؤكد ما ذكرناه سابقا أن مرض الصرع يقف عائقا أمام مريض لإقامة علاقات إجتماعية منها الزواج وهذا طبعا بسبب المعتقدات الخاطئة التي يحملها أفراد المجتمع حول مرض الصرع، ولهذا ارتأينا إلى حذف (11) عبارة من مقياس المساندة الاجتماعية المتعلقة بالمساندة الزوجية ومساندة الأبناء، ثم قمنا بتطبيق مقياس المساندة الاجتماعية على عينة

استطلاعية شملت (30) من مرضى الصرع الغير متزوجين لكي تكون مطابقة مع عينة البحث التي قررنا اعتمادها.

➤ الصدق:

تم حساب الصدق بطريقة:

➤ الصدق التمييزي:

جاءت نتائج الصدق التمييزي كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (3): يبين دلالة الفروق بين متوسطي درجات أعلى توزيع (27%) وأدنى توزيع (27%) لمقياس المساندة الاجتماعية (ن: 30)

مستويات التوزيع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المجدولة	دلالة الفروق
أعلى توزيع	116,1250	3,35676	9,811	دال إحصائيا عند مستوى (0,01:α)
أدنى توزيع	93,1250	5,71808		

يتضح من الجدول أعلاه أن مقياس المساندة الاجتماعية قادر على التمييز بين أعلى توزيع وأدنى التوزيع لنتائج المحصل عليها، إذ أثبت التحليل الإحصائي أن الفروق دالة إحصائيا ومنه المقياس يتمتع بصدق التمييز.

➤ الثبات:

تم حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية في هذا البحث بمعادلة ألفا كرومباخ وذلك على عينة مكونة من (30) مرضى الصرع، وقد بلغ معامل الثبات هذا المقياس (0,707) وهو مؤشر عالي للثبات ومنه يمكن الاعتماد عليه بكل ثقة في هذا البحث.

4-2-4- مقياس فعالية الذات خاص بصرع لـ "ديلوريو" وآخرون Dilorio et al

4-2-1- وصف المقياس :

أعدّ هذا المقياس "ديلوريو" وآخرون (2000) Dilorio et al ويتكوّن مقياس فعالية الذات في صورته النهائية من (33) بنءاء، وتم بناء عباراته استنادا على مفهوم فعالية

الذات كما حدّده "باندورا" Bandura (1986) ليس هذا فقط فقد تم تطبيقه على عينة من مرضى الصرع. وعليه فهو يقيس مختلف جوانب فعالية الذات في تسيير مرض الصرع (1, 2010, p. Dilorio).

➤ تنقيط المقياس وتفسير الدرجات:

تقيّم بنود مقياس فعالية الذات الخاص بالصرع على سلم "ليكرت" من صفر إلى (10) درجات حيث تشير درجة الصفر إلى أنّ مريض الصرع لا يستطيع أن يفعل ذلك مطلقاً، أمّا الدرجة (10) فهي معاكسة تماماً للعبارة الأولى إذ تعبّر على أنّ مريض الصرع يستطيع أن يفعل ذلك بالتأكيد.

وتتراوح الدرجة الكلية لمقياس فعالية الذات الخاص بالصرع بين صفر و(330) درجة، فكّما اقتربت الدرجة الكلية من (330) درجة فهذا يدلّ على أنّ فعالية الذات مرتفعة وكّما ابتعدت الدرجة الكلية عن (330) درجة فهذا يدلّ على أنّ فعالية الذات منخفضة

4-2-2- الخصاص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية:

تمّ التحقق من الصدق الظاهري للمقياس وذلك بعرضه أولاً على عينة من مرضى الصرع وقد بلغت نسبة الاتفاق (100%)، ولتحقّق من صدق المضمون قام الباحثين بعرضه على خبراء في فعالية الذات من بينهم "باندورا" وقد جاءت نسبة الإتفاق أيضاً (100%)، أمّا من حيث ثبات المقياس فقد تم حسابه عن طريق ألفا كرومباخ حيث بلغ معامل الثبات بـ (0,90) وهو معامل ثبات عالي ومرتفع يشير أنّ المقياس يتمتع بقدر مرتفع من الثبات (المرجع السابق، ص. 1).

4-2-3- خصائص سيكومترية للمقياس في البيئة المحلية:

➤ صدق المقياس :

اعتمدت الباحثة لدراسة صدق أداة مقياس فعالية الذات الخاص بمرضى الصرع على طريقتين هما:

➤ الصدق الظاهري:

تمّ التأكد من الصدق الظاهري للمقياس بعرضه على سبعة أساتذة محكمين مختصين في علم النفس انظر ملحق رقم (2) وهذا بعد ترجمته من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية حيث طلب منهم إبداء وجهة نظرهم إزاء وضوح كل عبارة من العبارات من حيث: الصياغة، والتركيبة اللغوية واللفظية، البساطة والدقة ومدى ملاءمتها للبيئة الجزائرية، وقد أبدى المحكمون ملاحظات هامة وعلى ضوءها قامت الباحثة بإجراء تعديلات على العبارات التي لم تصل نسبة الاتفاق عليها (80%)، والجدول الموالي يبين العبارات التي تم تعديلها.

جدول رقم (4): يبين العبارات قبل وبعد التعديل لمقياس فعالية الذات الخاص بالصرع

رقم العبارة	قبل التعديل	بعد التعديل
11	- أستطيع دائما مراقبة التغيرات اليومية لمرضي.	- أستطيع دائما اهتمام أو رعاية التغيرات اليومية لمرضي.
13	- أستطيع دائما أن أخبر الغير عندما يكون لدي آثار جانبية من دوائي الخاص بالنوبة.	- أستطيع دائما أن أخبر الغير عندما تظهر لدي الآثار الجانبية للدواء الذي أتناوله.
21	- أستطيع دائما القيام بما يجب القيام به في حالة نسييت أخذ دوائي.	- أستطيع دائما القيام بما يجب القيام به في حالة نسييت أخذ جرعة الدواء

	الخاص بالنوبة.	
29	- أستطيع دائما الحصول على مساعدة طبية في ما يخص نوباتي. - أستطيع دائما الحصول على مساعدة طبية لنوباتي عند الحاجة.	

➤الصدق التمييزي:

جاءت نتائج الصدق التمييزي كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (5): يبين دلالة الفروق بين متوسطي درجات أعلى توزيع (27%)

وأدنى توزيع (27%) لمقياس فعالية الذات الخاص بالصرع (ن: 30)

مستويات التوزيع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المجدولة	دلالة الفروق
أعلى توزيع	323,63	4,749	14,031	دال إحصائيا عند مستوى (α:0,01)
أدنى توزيع	261,50	11,588		

يتضح من الجدول أعلاه أنّ مقياس فعالية الذات الخاص بالصرع قادر على التمييز بين أعلى التوزيع وأدنى التوزيع لنتائج المحصل عليها، إذ أثبت التحليل الإحصائي أن الفروق دالة إحصائيا ومنه المقياس يتمتع بصدق التمييز.

➤الثبات:

تم حساب ثبات مقياس فعالية الذات الخاص بالصرع بطريقة:

➤ ثبات ألفا كرومباخ :

حسب معامل الثبات مقياس فعالية الذات الخاص بالصرع على عينة مكونة من (30) مريض ومريضة الصرع، وقد بلغ معامل الثبات (0.703) وهو مؤشر عالي للثبات.

4-3-مقياس نوعية الحياة SF-36 :

4-3-1-وصف المقياس: مقياس نوعية الحياة SF-36 هو مقياس عالمي مصادق عليه من طرف منظمة الصحة العالمية استخدم على نطاق واسع في عدة دول وبلغات مختلفة مثل: الانجليزية، الألمانية، الفرنسية، الإسبانية، الفنلندية، دنماركية، البرتغالية، بولندية، الروسية، وعليه تسمح نتائج هذه الأداة بالمقارنات الدولية.

يعتبر نوعية الحياة SF-36 مناسب لمختلف الجداول الإكلينيكية للمرض، ولمختلف الفئات العمرية، ويستخدم في مختلف المناهج، ومن المزايا الرئيسية لهذا المقياس أنه يعطي نتائج تغطي مختلف الجوانب البدنية والنفسية للمريض ويفرق بينها (عدودة، 2015).

يتم ملئ المقياس من طرف المريض نفسه يحتوي على (36) سؤال يكشف عن ثمانية مجالات هي:

جدول رقم (6): محاور وبنود مقياس نوعية الحياة SF-36

المحور	البنود
التوظيف العضوي	أ3 - ب3 - ج3 - د3 - هـ3 - و3 - ز3 - ح3 - ط3 - ي3
حدود في دور الجسم	أ4-ب4-ج4-د4
الألم العضوي	7-8
الصحة العامة	1-2-11-أ - 11-ب-11-ج-11-د
الحيوية	أ9-ب9-ج9-د9-هـ9-و9-ز9-ط9
التوظيف الاجتماعي	6-10
حدود في دور الانفعال	أ5-ب5-ج5
الصحة العقلية	أ9-ب9-ج9-د9-و9-ح9

(Liekens, 2011)

➤ تنقيط المقياس:

جدول رقم (7): كيفية تنقيط مقياس نوعية الحياة SF-36

الدرجات	الأجوبة	رقم البند
100 درجة	1	1-2-6-8-11-ب-11-د-11-د
75 درجة	2	
50 درجة	3	
25 درجة	4	
0 درجة	5	
0 درجة	1	3-أ-3-ب-3-ج-3-د-3-هـ-3-و-3-ز-3-ح-3-ط-3-ي
50 درجة	2	
100 درجة	3	
0 درجة	1	4-أ-4-ب-4-ج-4-د-4-هـ-5-ب-5-ج
100 درجة	2	
100	1	7-9-أ-9-د-9-هـ-9-ح
80	2	
60	3	
40	4	
20	5	
0	6	
0	1	
20	2	
40	3	
60	4	
80	5	

100	6	
0	1	10-11-أ11-ج
25	2	
50	3	
75	4	
100	5	

(Liekens, 2011)

جدول رقم (8): كيفية حساب الدرجات الفرعية والدرجة الكلية

المحور	كيفية حساب درجة البعد
التوظيف العضوي	مجموع الدرجات المتحصل عليها في البنود أ3 - ب3 - ج3 - د3 - هـ3 - و3 - ز3 - ح3 - ط3 - ي3 تقسم على 10
حدود في دور الجسم	مجموع الدرجات المتحصل عليها في البنود أ4-ب4-ج4-د4 تقسم على 4
الأمم العضوي	مجموع الدرجات المتحصل عليها في البنود 7-8 تقسم على 2
الصحة العامة	مجموع الدرجات المتحصل عليها 1-2-11 - 11ب-11ج-11د تقسم على 5
الحيوية	مجموع الدرجات المتحصل عليها 9أ-9هـ-9ز-9ط يقسم على 4
التوظيف الاجتماعي	مجموع الدرجات المتحصل عليها 6-10 يقسم على 2
حدود في دور الانفعال	مجموع الدرجات المتحصل عليها 5أ-5ب-5ج يقسم على 3
الصحة العقلية	مجموع الدرجات المتحصل عليها 9ب-9ج-9د-9و-9ح يقسم على 5
الدرجة الكلية	مجموع الدرجات المتحصل عليها في 8 محاور تقسم على 8

تفسير الدرجات:

إن الدرجة الكلية على المقياس تتراوح بين (0-100) درجة، الدرجة المرتفعة تشير إلى نوعية حياة جيدة، والعكس الصحيح أي أن الدرجة المتدنية تشير إلى نوعية حياة سيئة (المرجع السابق)

4-3-2- الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية:

➤ الصدق: استعملت "عدودة" ثلاث الطرق لتأكد من المقياس من بينها الصدق الظاهري وحضي المقياس بنسبة اتفاق قدره (90%)، أما صدق الاتساق الداخلي فقد تم حساب معاملات الارتباط للمحاور الثمانية التي يقيسها المقياس، فتوصلت "عدودة" إلى ارتفاع معاملات الارتباط وجميعها دالة وموجبة حيث تراوحت ما بين (0.51) و(0.90) (عدودة، 2015، ص. 188-191).

➤ الصدق التمييزي:

توصلت "عدودة" فيما يتعلّق بالصدق التمييزي إلى النتائج التالية: أن محور التوظيف العضوي يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت": (25.42) عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.01$) مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول نفس الشيء بالنسبة لمحور حدود في دور الجسم حيث يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت": (16.00) عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.01$) مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول، أن محور الألم العضوي يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت": (18.52) عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.01$) مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول كذلك محور التوظيف الاجتماعي يتمتع بقدرة تمييزية جيدة بلغت قيمة "ت": (19.00) عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.01$) مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول، كذلك محور الصحة العقلية يتمتع بقدرة تمييزية جيدة بلغت قيمة "ت": (16.14) عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.01$) مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول، وكذلك محور حدود في دور الانفعال يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت": (23.62) عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.01$) مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول كذلك محور الحيوية يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت": (17.77) عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.01$) مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول وكذلك محور الصحة العامة يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت":

(20.26) عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.01$) مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول، ومنه فالمقياس صادق لقياس ما وضع لقياسه (عدودة، 2015، ص. 191-194).

➤ الثبات:

قامت "عدودة" بحساب الثبات بطريقة :

➤ الثبات بطريقة ألفا كرومباخ: وكانت نتائج أن معاملات ثبات معادلة ألفا كرونباخ تراوحت بين (0.65) و(0.86) وهي معاملات ثبات عالية ومرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الثبات (عدودة، 2015، ص. 187).

4-3-3- الخصائص السيكومترية لمقياس نوعية الحياة SF-36 في البيئة المحلية:

➤ الصدق:

تم حساب الصدق بطريقة :

➤ الصدق التمييزي:

جاءت نتائج الصدق التمييزي كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (9) : يبين دلالة الفروق بين متوسطي درجات أعلى توزيع (27%)

وأدنى توزيع (27%) لمقياس نوعية الحياة SF-36 (ن: 30)

دلالة الفروق	قيمة "ت" المجدولة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	مستويات التوزيع
دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha:0,01$)	6,858	6,69617	86,3413	أعلى توزيع
		15,16480	46,1450	أدنى توزيع

يتضح من الجدول رقم (9) أنّ مقياس نوعية الحياة SF-36 قادر على التمييز

بين أعلى توزيع وأدنى التوزيع لنتائج المحصل عليها إذ اثبت التحليل الإحصائي أن الفروق دالة إحصائية ومنه المقياس يتمتع بصدق التمييز.

➤ الثبات:

تم حساب ثبات مقياس نوعية الحياة بطريقة:

➤ ثبات ألفا كرومباخ:

حسب معامل الثبات مقياس نوعية الحياة بطريقة ألفا كرومباخ وذلك على عينة قوامها (30) من مرضى الصرع، وقد بلغ معامل الثبات (0,798) وهو مؤشر عالي للثبات.

5- إجراءات البحث:

المرحلة الأولى: قبل التطبيق النهائي لمقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس فعالية الذات الخاص بالصرع، ومقياس نوعية الحياة قامت الباحثة بتجريبها على عينة قوامها (30) مريض ومريضة بالصرع وذلك قصد دراسة الخصائص السيكومترية من جهة ومن جهة أخرى للتعرف على:

- تحديد مدى وضوح وسلامة الصياغة اللغوية للعبارات بالنسبة للمرضى.
- تحديد مدى إمكانية فهم العبارات من حيث استيعاب معناها، خاصة بالنسبة للمستويات التعليمية المنخفضة.
- البحث عن أفضل السبل لتطبيقها.
- محاولة الوقوف على الفترة الزمنية التي تستغرقها الإجابة على المقاييس بدون تعب وملل، فكانت مدة التطبيق تتراوح عموماً ما بين (30 إلى 45) دقيقة.

المرحلة الثانية: بعد تأكد من الخصائص السيكومترية لمقاييس البحث قامت الباحثة باختيار عينة غير عشوائية (المتاحة) قوامها (104) مريض ومريضة بالصرع، وقد راعت توفير الظروف ملائمة لتطبيق المقاييس من بينها:

- اقتصار وجود الباحثة مع المريض دون وجود فرد آخر لأن وجود أفراد آخرين قد يجعل المريض يحجم عن الإدلاء بالبيانات الصحيحة أو الحقيقية.
- توضيح لعينة البحث أهمية الصدق أثناء الإجابة كونها تدخل في إطار البحث العلمي.
- التأكيد للمرضى بسرية الإجابات وعدم وجود أي إجابة صحيحة أو خاطئة.
- الإجابة على التساؤلات المطروحة من قبل المرضى في حالة عدم فهمهم لأية عبارة من العبارات.

وفي الأخير بعد استلام إجابة كل مريض حرصت الباحثة على توجيه شكرها للمرضى على مشاركتهم وتقديرهم بالتعليمات.

6- الأساليب الإحصائية المعتمدة في البحث:

اعتمدت الباحثة على الحاسب الآلي باستخدام رزمة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS23)، لتحليل البيانات وذلك من خلال تحويل البيانات إلى بيانات كمية بعد مراجعتها وإجراء عملية الترميز حتى يسهل تفريغ البيانات وتصنيفها في جداول إحصائية. ثم استعملت عدة طرق وأساليب إحصائية على مراحل وهذا بحسب متطلبات كل مرحلة وما يتوافق مع طبيعة البيانات، ومن بين الأساليب المستخدمة لدينا:

- النسب المئوية Percentages
- اختبار "ت" لعينتين مستقلتين ومتجانستين Student's T test on two homogeneous and independent samples

- معادلة ألفا كرومباخ Alpha- Cronbach.
- اختبار مان- ويتني (Mann-whitney U Test)
- معامل الارتباط "سبيرمان" Spearman
- اختبار "كروسكال - واليس" Kruskal –Wallis Test

الفصل السابع

عرض ومناقشة وتفسير النتائج البحث

تمهيد:

يتناول هذا الفصل عرض ومناقشة وتفسير نتائج فرضيات البحث باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) (23), متبوعة باستنتاج العام ومجموعة من الاقتراحات والتوصيات وفي الأخير, خاتمة البحث.

1- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

1-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على ما يلي : توجد علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع، ولتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بمعالجتها إحصائياً عن طريق معامل الارتباط "سبيرمان" Spearman وتمثلت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (10): نتائج معامل الارتباط "سبيرمان" لدلالة العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع.

المتغير	معامل الارتباط "سبيرمان"	الدلالة الإحصائية
فعالية الذات / نوعية الحياة ككل	0,376	دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)
فعالية الذات/التوظيف العضوي	0,078	غير دال
فعالية الذات / حدود في دور الجسم	0,196	دال عند مستوى ($\alpha:0,05$)
فعالية الذات / الألم العضوي	0,006	غير دال
فعالية الذات / الصحة العامة	0,387	دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)

دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)	0,357	فعالية الذات / الحيوية
دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)	0,305	فعالية الذات / التوظيف الإجتماعي
غير دال	0,183	فعالية الذات / حدود في دور الانفعال
دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)	0,409	فعالية الذات / الصحة العقلية

يتبين من خلال الجدول (10) أن معامل الارتباط "سبيرمان" بين الدرجة الكلية لفعالية الذات والدرجة الكلية لنوعية الحياة بلغ (0,376)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha:0,01$)، كما يظهر أن علاقة الارتباط بين هذين المتغيرين هي علاقة موجبة، وهذا يعني أنه كلما تحسّل أفراد عينة البحث الحالي على درجات مرتفعة في مقياس فعالية الذات كلما كانت نوعية الحياة لديهم مرتفعة .

كما نلاحظ أيضاً من خلال نفس الجدول أن أبعاد نوعية الحياة المتمثلة في : حدود في دور الجسم، الصحة العامة، الحيوية، التوظيف الإجتماعي، الصحة العقلية لها علاقة ارتباطية مع فعالية الذات، حيث جاءت قيم معاملات الارتباط التي تعكس هذه العلاقات بالترتيب كالتالي : (0,196) قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha:0,05$)، (0,387)، (0,357)، (0,305)، (0,409) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha:0,01$)، أمّا الأبعاد الأخرى لنوعية الحياة والمتمثلة في : التوظيف العضوي، الألم العضوي، حدود في دور الانفعال ليست لها علاقة ارتباطية مع فعالية الذات، حيث جاءت قيم معاملات الارتباط والمتمثلة في : (0,078)، (0,006)، (0,183) كلّها غير دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha:0,05$).

بما أنّ معظم أبعاد نوعية الحياة ترتبط مع فعالية الذات، أي أنّه كلّما تحصل أفراد عينة البحث الحالي على درجات عالية في مقياس فعالية الذات، كلّما ازدادت أبعاد نوعية الحياة لديهم، وبالتالي الفرضية الأولى تحققت.

1-2 تفسير نتائج الفرضية الأولى :

تحققت الفرضية الأولى التي تنص على ما يلي : "يوجد علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع "

توافقت هذه النتيجة مع عدة دراسات نذكر منها دراسة كينغام " Cunningham, Lockwood وود" و"كينغام" Cunningham (1991) التي أقيمت على عينة قوامها (273) من مرضى السرطان، أظهرت نتائجها أن هناك علاقة موجبة وقوية بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى المرضى. (Cunningham et al, 1991, p. 71-78)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "كريتلر" Kreitler، "بيليج" Peleg و"ارينفيلد" Ehrenfeld (2007)، التي أقيمت على عينة قوامها (60) من مرضى السرطان، أنّ فعالية الذات تحسن من نوعية الحياة وتُخفف الضغط المدرك لدى هؤلاء المرضى (Kreitler et al, 2007, p. 329-341).

وفي نفس السياق نجد دراسة "وو" Wu، "تشاو" Chau، "توين" Twinn (2007) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة واستخدام لهذا الغرض المنهج الوصفي الارتباطي واستخدمت أيضا طريقة أخذ العينات الملائمة واستخدم مقياس فعالية الذات الخاص بمرضى ستوما النسخة الصينية (Chinese Stoma Self- efficacy scale) ومقياس نوعية الحياة النسخة الصينية (Chinese Short-From Health Survey 36 scale) (SF-36) تكونت عينة الدراسة من (96) من مرضى الستوما من مدينة "هونج كونغ"، متوسط عمر أفراد العينة (64) سنة، توصلت نتائجها إلى وجود

علاقة دالة بين درجات مقياس فعالية الذات ودرجات مقياس نوعية الحياة، كما توصلت إلى وجود علاقة موجبة ودالة بين أبعاد مقياس فعالية الذات مع الأبعاد الثمانية لمقياس نوعية الحياة SF-36 (Wu et al, 2007, p. 186-193).

هذا ما أكدته أيضا دراسة "أديقبولا" Adegbola (2011)، التي هدفت إلى الكشف عن علاقة الروحانية (Spirituality) وفعالية الذات بنوعية الحياة لدى مرضى فقر الدم المنجلي، مستخدمة في ذلك المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك على عينة من مرضى فقر الدم المنجلي، تراوحت أعمارهم (18) سنة فما فوق، حيث أظهرت النتائج أنّ المرضى ذوي مستوى المرتفع من الروحانية (Spirituality) وفعالية الذات هم أيضا من كان لديهم مستوى مرتفع من نوعية الحياة. (Adegbola, 2011, p. 1-16)

وفي نفس مضمار أظهرت دراسة "كوربيرشوك" Korpershoek، "بيجل" Bijil، "هافشتاينسدوتر" Hafsteinsdottir (2011) التي أجريت على عينة من مرضى السكتة الدماغية، أنّ فعالية الذات ترتبط إيجاباً بنوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى. (Korpershok et al, 2011, p. 1876-1894)

في السياق نفسه قام كل من "سوماغوقا" Sommaruga، "غريمي" Gremigni، "زقا" Zaga، "قوتي" Goti، "باسي" Bassi، "سنتوس" Santus (2012) بدراسة استهدفت إلى تقييم دور فعالية الذات والمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية في التنبؤ بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الإنسداد الرئوي المزمن، التي أقيمت على عينة قوامها (103) من المرضى (60%) ذكور و(40%) إناث، استخدم مقياس الكفاءة الصحية المدركة (Perceived Health competence scale) لقياس فعالية الذات واستبيان خاصة بمرض الانسداد الرئوي المزمن (Airways Questionnaire20)، وللتعرف على تأثير فعالية الذات والعوامل الديموغرافية على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة تم استخدام تحليل الانحدار، حيث أظهرت النتائج أنّ السن وفعالية الذات يرتبطان فعلاً بنوعية الحياة

($R^2=0,37$) كما تشير النتائج أيضا إلى أن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ترتبط سلبا بالسن ($b=-0,30$) وترتبط إيجابا بفعالية الذات. (Sommaruga et al, ($b=0,36$) 2012, p. 1462).

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "برينك" Brink, "أليس" Alsén, "هيلتز" Hertiltz, "كجلقرين" Kjellgren, "كليفورديسون" Cliffordson (2012)، التي أقيمت على عينة قوامها (145) مريضا ممن يعانون من إحتشاء عضلة القلب حيث توصلوا إلى أنّ هناك علاقة موجبة بين فعالية الذات ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة عند هؤلاء المرضى. (Brink et al, 2012, p. 346-355).

كذلك كشفت دراسة "رافعي" Rafii, "ناصر" Naseh, "ياديغاري" Yadegary, (2012)، إلى وجود علاقة موجبة ودالة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الستوما. (Rafii et al, 2012, p. 64-76).

نفس الشيء أسفرت عنه دراسة "تيمستا" Testa, "مولينغو" Molinengo, "أوقرو" Oggero, "برتلتو" Bertolotto, "روزاتو" Rosato (2015)، أنّ هناك علاقة قوية بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى التصلب المتعدد وذلك على عينة قوامها (155) مريض. (Testa et al, 2015).

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "كياي" Kiaei, "فردوسي" Ferdosi, "مرادي" Moradi, "شيلونغار" Chelongar, "أحمد زاده" Ahmadzadeh, "بهنزياري" Bahmanziari, (2015)، على عينة قوامها (100) من مريضات سرطان الثدي اللواتي خضعن للعلاج الكيميائي، تمت هذه الدراسة في مستشفى "سيد الشهداء" بمدينة "أصفهان" بإيران، استعمل في هذه الدراسة مقياس "شيرير" المعياري للفعالية الذات (the Sherer self-efficacy scale) ومقياس نوعية الحياة الذي وضعته منظمة الصحة العالمية (WHOQOL-BREF)، تم تحليل البيانات باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" Pearson,

كشفت النتائج أنه توجد علاقة موجبة ودالة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي. (Kiaei et al, 2016, p58-65)

وفي نفس السياق هدفت دراسة "بوين" Bowen, "كلاي" Clay, "لي" Lee "فيس" Vice, "أوفال" Ovalle, "كرو" Crowe (2015) التي أقيمت على عينة قوامها (187) من مرضى السكري، إلى أنّ المستوى المرتفع للمساندة الاجتماعية يرتبط بشكل أفضل مع نوعية الحياة، نفس الشيء بالنسبة لفعالية الذات ترتبط بشكل أفضل مع نوعية الحياة (Bowen et al, 2015, p.21-29)

وفي نفس المضمار هدفت دراسة "كورنيا" Kurnia et al (2017)، إلى تحديد العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني، أقيمت على عينة من (189) مريض يترددون على العيادات الطبية في مستشفى العام ومستشفى "توجوريجو" المتواجدان في مدينة "سيمارانج"، ولقياس فعالية الذات، استعمل مقياس فعالية الذات لإدارة مرض السكري (Diabetes Management Self-Efficacy Scale)(DMSES) وبالنسبة لنوعية الحياة استعمل استبيان فحص نوعية الحياة لمرضى السكري (questionnaire of Audit of Diabetes-Dependent Quality of life) (ADDQOL) تم تحليل البيانات بالاستخدام كاي مربع (كا²) حيث أظهرت النتائج وجود ارتباط بين فعالية الذات ونوعية الحياة. (Kurnia et al, 2017, p.32-37)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة مرادي "Moradi"، "رودي" Roudi، "كياني" Kiani، "ريجي" Rigi، "محمدي" Mohammadi، "كشغاري" Keshvavi، "حسيني" Hosseini (2017)، التي أقيمت على عينة قوامها (130) من مريضات سرطان الثدي اللواتي خضعن للعلاج الكيميائي، بمستشفى "سيد الشهداء" المتواجد في مدينة "أصفهان"، استعملت في هذه الدراسة الأدوات التالية: استبيان "شيرير" المعياري للفعالية الذات (Sherer's standard questionnaire of self-efficacy)، ومقياس نوعية الحياة الذي

وضعت منظمة الصحة العالمية (WHOQOL-BREF)، أنه توجد علاقة موجبة ودالة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي خضعن للعلاج الكيميائي . (Moradi et al, 2017, p.6-11)

وفي نفس المضمار كشفت دراسة "وانغ" Wang, "تشن" Chen, "يانغ" Yang, "خوان" Juan (2017)، التي أقيمت على عينة من مرضى السكري من النوع الثاني، بمستشفى التعليمي الإقليمي في وسط "تايوان" والبالغ عددهم (177) أنه يوجد علاقة قوية بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى. (Wang et al, 2017, p.1-11)

كما توصلت دراسة "سوريش" Suresh, "وينغ" Wang, "كوه" Koh, "شوري" Shorey, "لوبيز" Lopez, (2018)، هي الأخرى إلى وجود علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى قصور القلب وذلك على عينة قوامها (91) مريض من مدينة "سنغافورة". (Suresh et al, 2018, p.326-334)

كذلك أظهرت دراسة "أكين" Akin, "غونز" Guner (2018)، التي أجريت على عينة من (236) مريض خاضع للعلاج الكيميائي بسبب السرطان، أنه يوجد علاقة موجبة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى. (Akin et Guner, 2018)

كذلك كشفت دراسة "بانيك" Banik, "شوارذر" Schwarzer, "كنول" Knoll, "جاكيردا" Czekerda, "لوزشزكا" Luszczynska (2018)، عن وجود ارتباط بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى القلب والأوعية الدموية-295 (Banik et al, 2018, p. 295-312)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "أميليا" Amelia, "أريجا" Ariga, "روسدينا" Rusdiana, "ساري" Sari, "سافيرا" Savira (2018)، التي أقيمت على عينة قوامها (83) من مرضى السكري من النوع الثاني، تم انتقاءهم من مركز "تونتونقان" للرعاية

الصحية الأولية المتواجد في مدينة "ميدان" بإندونيسيا، استعمل في هذه الدراسة، مقياس فعالية الذات الخاص بمرضى السكري (Diabetes Management Self-Efficacy Scale)(DMSES) ومقياس نوعية الحياة (Medical Outcome Study Short Form SF-36 Health Survey) أظهرت نتائجها أنه يوجد علاقة دالة وموجبة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى المرضى. (Amelia et al, 2018)

وفي نفس السّياق هدفت دراسة "بيترز" Peters، "بوتر" Potter، "كيلي" Kelly، "فيتزباتريك" Fitzpatrick (2019)، إلى فحص العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الرعاية الأولية المصابين بأمراض متعددة، أقيمت عينة من (848) مريض، ولقياس نوعية الحياة تم استخدام المقياسين التاليين : EQ-5D-5L، استبيان حول الوضعية الصحية طويلة المدى (Long-Term Condition Questionnaire) (LTCQ)، كما استعمل مقياس تأثير عبء المرض (the Disease Burden Impact Scale) (DBIS)، ولقياس فعالية الذات استعمل مقياس فعالية الذات لإدارة المرض المزمن (Self-efficacy for Managing Chronic Disease Scale) وبالاستعانة بالإحصاء الوصفي وتحليل التباين وتحليلات الانحدار الخطي بهدف فحص العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة، توصلت هذه دراسة إلى أنّ المرضى المصابين بالأمراض المتعددة ذوي فعالية الذات المنخفضة ومستوى مرتفع من عبء المرض لديهم نوعية حياة منخفضة. (Peters et al, 2019, p. 1-11)

وفي نفس السّياق أظهرت دراسة "وينهايو" Winahyu، "أنغيتا" Anggita، "ويداكادو" Widakdo (2019)، التي أقيمت على عيّنة قوامها (105) من مرضى السكري من النوع الثاني، تم انتقاؤهم من مركز "سوكاساري" لصحة العامة المتواجد في "تانجيرانج"، استخدم في هذه الدراسة مقياس فعالية الذات لإدارة مرض السكري (Diabetes Management Self-Efficacy Scale) (DMSES) ومقياس نوعية الحياة

لمرضى السكري (Asian Diabetes Quality of Life) (Asian DQOL)، وبعد تحليل البيانات باستخدام معامل الارتباط "سبيرمان" Spearman، كشفت النتائج أنّ فعالية الذات ارتبطت إيجاباً بنوعية الحياة ($r=0.30$) (Winahyu et al, 2019)

في نفس السّياق هدفت دراسة "سيلزير" Selzler، "حبش" Habash، "روبسون" Robson، "لينتون" Lenton، "غولدشتاين" Goldstien، "بروك" Brooks (2019)، إلى تحديد العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين بالانسداد الرئوي المزمن، أظهرت نتائجها أنّه يوجد علاقة موجبة بين فعالية الذات ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الإنسداد الرئوي المزمن. (Selzler et al, 2020, p.682-692)

نستنتج ممّا سبق أنّه هناك علاقة موجبة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع، وهذا ما أكدته نتيجة بحثنا ونتائج الدراسات السابقة، أي أنّه كلّما زادت درجة شعور مريض الصرع بفعالية ذاته كلّما كانت درجة نوعية حياته مرتفعة، فمرضى الصرع الذين يتمتعون بفعالية الذات مرتفعة وهذا ما يُعزز لديهم القيام بالسلوكيات الصحية مثل الإمتثال للعلاج أخذ الدواء مضاد للصرع جرعة مناسبة وبصفة منتظمة، إتباع نصائح الطبيب، وتجنب المواقف التي يمكن أن تتسبب في حدوث نوبات صرعية، وهذا ما يؤدي لتحسن نوعية حياتهم، فمريض الصرع ذو مستوى منخفض من فعالية الذات، يشعر بأنّه لا يستطيع إدارة مرضه وتحكمه فيه، ولا يقوم بالسلوكيات الصحية، مما يؤدي إلى تدهور حالته الصحية كما أنّه يقع ضحية الإكتئاب والقلق وبالتالي تتدهور نوعية حياته، وعليه فعالية الذات مُتغير هام له دور في تحسين نوعية حياة مرضى الصرع، والمرضى المزمنين بصفة عامة.

2- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية :

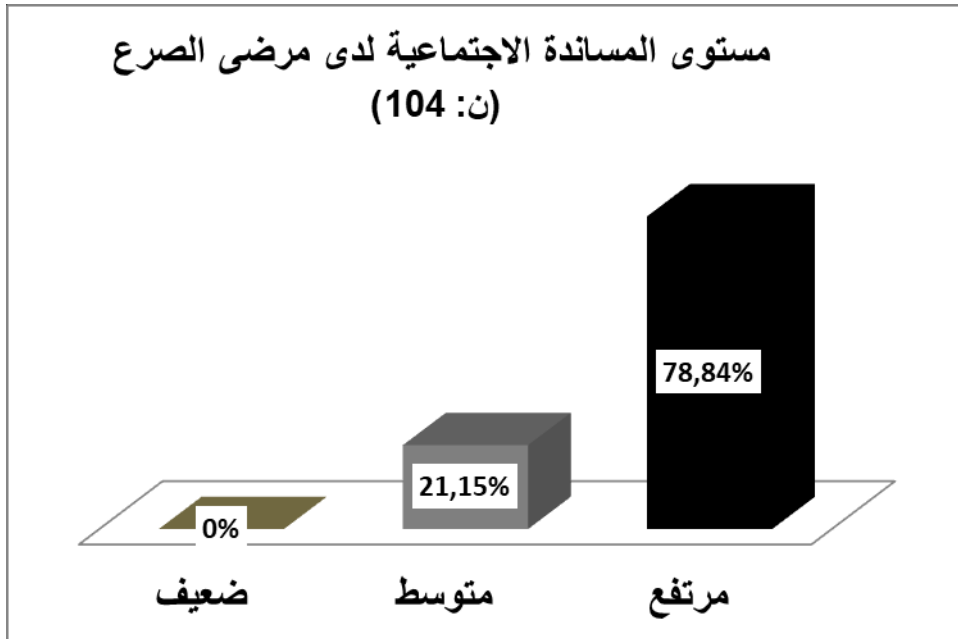
1-2 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية :

تنصّ الفرضية الثانية على ما يلي: يتمتع مرضى الصرع بمستوى مرتفع للمساندة الاجتماعية، ولتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بمعالجتها إحصائياً عن طريق التكرارات أو النسب المئوية وتمثّلت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (11): مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى الصرع

المتغير	مستويات	التكرار الملاحظ	%
المساندة الاجتماعية	مرتفع	82	78,84
	متوسط	22	21,15
	ضعيف	00	00
المجموع		104	100

ويمكن تمثيل هذه النسب بالمخطط التالي:



يتضح من الجدول رقم(11) والمخطط البياني أنّ أكثر من نصف أفراد عينة البحث الحالي يتمتعون بمستوى مرتفع للمساندة الاجتماعية، حيث قدرت نسبتها (78,84%)، كما وجدنا نسبة (21,15%) يتمتعون بمستوى متوسط للمساندة الاجتماعية، كما سجلنا غياب للمستوى المنخفض للمساندة الاجتماعية بما أنّ أغلبية أفراد عينة البحث الحالي يتمتعون بمستوى مرتفع للمساندة الاجتماعية، هذا يعني أن الفرضية الثانية تحققت.

2-2 تفسير نتائج الفرضية الثانية:

تحققت الفرضية الثانية التي تنص على: "تمتع مرضى الصرع بمستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية".

هذا ما أكدته العديد من الدراسات التي أقيمت في هذا الاتجاه، مثل دراسة التي قام بها "تان" Tan, "كارا بولوتلو" Karabolutlu (2005) التي أكدت هي الأخرى تمتع مرضى السرطان بالمساندة الاجتماعية خاصة من قبل الأسرة (Tan et al, 2005, p. 236-240) نفس الشيء أظهرته دراسة "مولى أغلو" Mollaoglu (2006) التي أجريت على عينة قوامها (140) من مرضى القصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى، أين استعملت فيها مقاييس التالية مقياس تمرين الرعاية الصحية (the Exercise of Self-Care Agency Scale) (ESCA) مقياس هاميلتون لتقييم القلق (Hamilton Anxiety Rating Scale) (HAM-A)، ومقياس متعدد الأبعاد للمساندة الاجتماعية المدركة (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (MSPSS) أظهرت النتائج أنّ مرضى القصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى الذين تحصلوا على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية كان لديهم انخفاض مستويات القلق وارتفاع في مستوى الرعاية الذاتية (Mollaoglu, 2006, p.144-155)

كذلك دراسة "بندر" Bener، "السليمان" Alsulaiman، "دودسون" Doodson، "أغاثانجيلو" Agathanegelou (2009) التي بينت أيضا أنّ مريضات سرطان الثدي والبالغ عددهن (678) تحصلن على درجات مرتفعة لمختلف أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية (Bener et al, 2017, p. 1889-1896).

هذا ما أكدته أيضا دراسة "ستروم" Strom، "إيجيد" Egede (2012)، التي بينت نتائجها بأنه غالباً ما يرتبط مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية بتحكم أفضل في نسبة السكر في الدم وزيادة معرفة حول المرض وتحسين الامتثال للعلاج وتحسين نوعية حياة لدى مرضى السكري (Strom et Egede, 2012, p769-781).

كما أظهرت دراسة "أوزنتش" Öztunç، "يشيل" Yeşil، "بيداش" Paydaş، "أردوغان" Erdoğan (2013) أنّ مريضات سرطان الثدي والبالغ عددهن (85) يتمتعن بمستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية (Öztunç et al, 2013, p.571-578).

وفي نفس السياق أسفرت دراسة "ليمونز" Lemons (2013) التي أقيمت على عينة قوامها (151) من مرضى مصابين بأمراض مزمنة، لقياس المساندة الاجتماعية المدركة (MSPSS) (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) والتصورات الانفعالية حول المرض (the Revised Illness Representations Questionnaire) (IPQ-R) حيث توصلت نتائجها إلى أنّ المرضى الذي يتمتعون بمستوى مرتفع للمساندة الاجتماعية جاءت تصوراتهم الانفعالية حول المرض منخفضة (Lemons, 2013, p.1-39).

نفس الشيء أكدته دراسة "فغاني" Faghani، "رحماني" Rahmani، "باريزاد" Barizad، "أغدام" Aghdam، "يحسانخاني" Hassankhani و"بورسل" poorasl (2014)، أنّ مرضى سرطان وعددهم (187) يتلقون مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية خاصة من أفراد الأسرة . (Faghani et al, 2014, p.9767-9771).

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "نصري" Naseri، "تالغاني" Taleghani (2015) والتي أقيمت على عينة قوامها (200) من مرضى السرطان منهم (127) إناث (73) ذكور، تمت الدراسة في مستشفى سيد الشهداء بمدينة "أصفهان" إيران في الفترة الزمنية الممتدة من ماي (2014) إلى غاية ماي (2015) استعمل فيها مقياس متعدد الأبعاد للمساعدة الاجتماعية المدركة (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (MSPSS)، والتي أظهرت نتائجها أنّ معظم أفراد العينة أي (94,5%) يتلقون مستوى مرتفع من المساعدة الاجتماعية من قبل العائلة والأصدقاء والأقارب. (Naseri et Taleghani, 2018, p.143-147)

وفي نفس السياق أظهرت دراسة "مونتالفين" Monalaverne، "برودنت" Prudente، "سبينوزا" Spinosa، "ناكامورا" Nakamura، "نوغيرا" Nogueira، "مورانو" Morano (2015) أنّ مرضى الانسداد الرئوي المزمن والبالغ عددهم (65) لديهم مستوى مرتفع من المساعدة الاجتماعية. (Montalverne et al, 2017)

هذا ما أكدته أيضا دراسة "رامكيسون" Ramkisson، "بيلاي" Pillay، "سيباندا" Sibanda (2017) التي أقيمت على عينة من مرضى السكري من النوع الثاني والبالغ عددهم (401)، حيث كشفت أنّ المرضى يتمتعون بمستوى مرتفع من المساعدة الاجتماعية (Ramkisson et al, 2017, p. 1-8)

وفي نفس السياق أظهرت دراسة "حسيني" Hossieni، "دهغاني" Dehghani، "طهماسيبي" Tahmasebi، "أكرمي" Akrami، "شكرپور" Shokrpour، "رافانجاردي" Ravangrad (2018) أنّ مريضات سرطان الثدي يتمتعن بمستوى مرتفع من المساعدة الاجتماعية (Hossieni et al, 2020, p.30-35)

نفس الشيء بالنسبة لدراسة "ونديمجاقنهو" Wondimagegnehu، "أبيبي" Abebe، "أبرهة" Abraha، "تفيرا" Teferra (2018) أنّ المريضة مصابات بسرطان الثدي والبالغ

عددهن (428) يتمتعن بمستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية. (Wondimagegnehu et al, 2019, p.836)

في نفس المضمار أظهرت دراسة "حيرات" hayrat، "الجمل" Al-Gamal، "راما" Rama (2018) والتي أقيمت على عينة قوامها (140) من مرضى التصلب المتعدد تراوحت أعمارهم ما بين (18-59) سنة، استعمل مقياس متعدد الأبعاد للمساندة الاجتماعية المدركة (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (MSPSS)، توصلت نتائجها إلى أنّ مرضى التصلب المتعدد الذين تلقوا مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية أظهروا مستوى منخفض من الاكتئاب. (Hyarat et al, 2018, p.428-435)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "يو" وآخرون Yoo et al (2019) التي أقيمت على عينة قوامها (1818) من مرضى سرطان وعينة أخرى من الأصحاء وعددها (2000)، أين استعمل فيها استبيان المساندة الاجتماعية لـ "دوك" (Functional Social Support Questionnaire)(FSSQ)، حيث أسفرت نتائجها إلى أنّ مرضى السرطان لديهم مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية المدركة مقارنة بالأفراد الأصحاء. (Yoo et al, 2019, p.728-734).

مما سبق ترجع الباحثة هذه نتيجة والتي هي مرضى الصرع يتمتعون بمستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية، ذلك إلى القيم والتعاليم الدينية المتشعب بها المجتمع الجزائري، التي تدعو إلى الاهتمام بالمريض وزيارته وتقديم أشكال المساندة الاجتماعية، كما يرجع هذا أيضا إلى وعي المجتمع بأهمية المساندة الاجتماعية بالنسبة للمريض، فللمساندة الاجتماعية دورا هاما في تكيف المريض مع مرضه وتقبله وفي مساعدته على تبني استراتيجيات المواجهة الفعالة لمواجهة الضغوط النفسية ناتجة عن المرض.

3- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة :

3-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على ما يلي : توجد علاقة بين المساندة الإجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى الصرع، ولتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بمعالجتها إحصائياً عن طريق معامل الارتباط "سبيرمان" Spearman، وتمثلت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي :

جدول رقم (12) : نتائج معامل الارتباط "سبيرمان" لدلالة العلاقة بين المساندة

الإجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى الصرع

المتغير	معامل ارتباط "سبيرمان"	الدلالة الإحصائية
المساندة الإجتماعية/ فعالية الذات	0,335	دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)

يتبين من خلال الجدول رقم(12) أن معامل الارتباط "سبيرمان" بين المساندة الإجتماعية وفعالية الذات بلغ (0,335)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha:0,01$)، كما يظهر أن علاقة الارتباط بين هذين المتغيرين هي علاقة موجبة، وهذا يعني أنه كلما تحصل أفراد عينة البحث الحالي على درجات مرتفعة على مقياس المساندة الإجتماعية كلما تحسنت فعالية الذات لديهم.

3-2 تفسير نتائج الفرضية الثالثة :

تحققت الفرضية الثالثة التي تنص على ما يلي : "توجد علاقة بين المساندة الإجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى الصرع"

توافقت هذه النتيجة مع عدّة دراسات التي تؤيد العلاقة بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات نذكر منها دراسة "كلوخ" Klug، "توبرت" Toobert، "فوغرتي" Fogerty

(2008), عن وجود علاقة موجبة بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى السكري من النوع الثاني البالغ عددهم (243) مريض (Klug et al, 2008, p.1053-1061)

نفس الشيء كشفت عنه دراسة "لوريغ" Lorig، "ريتر" Ritter، "فيلا" Villa، "أرماس" Armas (2009)، التي أقيمت على عينة قوامها (345) من مرضى السكري، بأنه توجد علاقة موجبة بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات لدى هؤلاء المرضى. (Loring et al, 2009, p.641-651)

في نفس المضمار بيّنت دراسة "هانت" Hunt، "جرانت" Grant، "بريتشارد" Pritchard (2012)، عن وجود علاقة موجبة بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى السكري من النوع الثاني. (Hunt et al, 2012, p.255-262)

كذلك أظهرت دراسة "شوتز" Schiotz، "بوغيلوند" Bogelund، "المدال" Almdal، "جنسن" Jensen، "ويلينج" Willaing (2012)، أنّ الإتصال المتكرر مع الأصدقاء والعائلة ارتبطت مع درجات عالية من فعالية مريض السكري النوع الثاني، كما ارتبط ضعف الشبكة الاجتماعية مع فعالية الذات منخفضة لدى مرضى السكري من النوع الثاني والبالغ عددهم (2572). (Schiotz et al, 2012, p.654-661)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "إسماعيل" Esmail، "أحمدي" Ahmadi، "جناتي" Jannati، "خليلي" Khalilian، "إسبودي" Espabodi (2013)، التي أقيمت على عينة قوامها (203) من مرضى القصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى، أنّه يوجد علاقة دالة بين المساندة الاجتماعية المدركة وفعالية الذات لدى المرضى (Esmail et al, 2013, p.659-675).

كما كشفت أيضا دراسة "راشد" Rashid، "زهرة" Zuhra، "تان" Tan (2018) أقيمت على عينة قوامها (329) من مرضى السكري من النوع الثاني، أنّه توجد علاقة

موجبة بين كل من المساندة الإجتماعية وفعالية الذاتية . (Rashid et al, 2018, p. 197- 201)

نستنتج ممّا سبق أنّ هناك علاقة موجبة بين المساندة الإجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى الصرع، وهذا ما أكدته نتيجة بحثنا ونتائج الدراسات السابقة، فكّما ارتفع مستوى المساندة الاجتماعية كلّما ارتفع مستوى فعالية الذات لدى المريض، فمريض الصرع الذين يتمتع بمستوى مرتفع من المساندة الإجتماعية تزيد ثقته في ذاته وفي قدرته على إدارة مرضه أي زيادة مستوى فعالية الذات لديه، أمّا مريض الصرع الذي لديه مستوى منخفض من المساندة الإجتماعية يكون لديه تدني في فعاليته الذاتية، فالمساندة الاجتماعية دور لا يُستهان به في تعزيز فعالية الذات لدى مريض الصرع بصفة خاصة والمرضى المزمنين بصفة عامة.

4- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة :

4-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة :

تنص الفرضية الرابعة على ما يلي : توجد علاقة بين المساندة الإجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع، ولتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بمعالجتها إحصائياً عن طريق إختبار معامل الارتباط "سبيرمان" Spearman وتمثّلت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي :

جدول رقم (13) : نتائج معامل الارتباط "سبيرمان" لدلالة العلاقة بين المساندة

الإجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع

المتغير	معامل إرتباط "سبيرمان"	الدلالة الإحصائية
المساندة الإجتماعية/ نوعية الحياة ككل	0,409	دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)

غير دال	0,095	المساندة الإجتماعية / التوظيف العضوي
دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)	0,305	المساندة الإجتماعية / حدود في دور الجسم
غير دال	0,127	المساندة الإجتماعية / الألم العضوي
دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)	0,277	المساندة الإجتماعية / الصحة العامة
دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)	0,366	المساندة الإجتماعية / الحيوية
دال عند مستوى ($\alpha:0,05$)	0,222	المساندة الإجتماعية / التوظيف الإجتماعي
دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)	0,270	المساندة الإجتماعية / حدود في دور الانفعال
دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)	0,464	المساندة الإجتماعية / الصحة العقلية

يتبين من خلال الجدول رقم (13) أن معامل الارتباط "سبيرمان" بين الدرجة الكلية للمساندة الإجتماعية والدرجة الكلية لنوعية الحياة بلغ (0,409)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha:0,01$) كما يظهر أن علاقة الارتباط بين هذين المتغيرين هي علاقة موجبة، وهذا يعني أنه كلما تحسّل أفراد عينة البحث الحالي على درجات مرتفعة في مقياس المساندة الإجتماعية كلّما كانت نوعية الحياة لديهم مرتفعة.

كما نلاحظ أيضاً من خلال نفس الجدول أن أبعاد نوعية الحياة المتمثلة في : حدود في دور الجسم، الصحة العامة، الحيوية، التوظيف الإجتماعي، حدود في دور الانفعال، الصحة العقلية لها علاقة ارتباطية مع المساندة الإجتماعية، حيث جاءت قيم معاملات

الارتباط التي تعكس هذه العلاقات بالترتيب كالتالي: (0,305)، (0,277)، (0,366) هي قيم دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0,01$)، (0,222) هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0,05$)، (0,270)، (0,464) هي قيم دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0,01$)، أما الأبعاد الأخرى لنوعية الحياة والمتمثلة في : التوظيف العضوي، الألم العضوي ليست لها علاقة ارتباطية مع المساندة الإجتماعية، حيث جاءت قيم معاملات الارتباط والمتمثلة في : (0,095)، (0,127) كلاًها قيم غير دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha:0,05$).

بما أن معظم أبعاد نوعية الحياة ترتبط مع المساندة الإجتماعية، أي أنه كلما تحصل أفراد عينة البحث الحالي على درجات عالية في مقياس المساندة الإجتماعية، كلما ازدادت أبعاد نوعية الحياة لديهم، وبالتالي الفرضية الرابعة تحققت.

4-2 تفسير نتائج الفرضية الرابعة :

تحققت الفرضية الرابعة التي تنص على ما يلي: "توجد علاقة بين المساندة الإجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع."

هذه النتيجة تتوافق مع دراسات عديدة نذكر منها دراسة "بينيت" وآخرون Bennett et al (2001)، أقيمت على عينة قوامها (227) من مرضى قصور القلب المزمن سن العينة قُسم إلى فئتين فئة مرضى قصور القلب المزمن أقل من (65) سنة والفئة الثانية الذي يبلغون (65) سنة أو أكثر، استعملت استبيان المساندة الاجتماعية (Social Support Survey، استبيان مرضى قصور القلب المزمن the Chronic Heart Failure Questionnaire)، أن المساندة الاجتماعية منبئ لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى قصور القلب المزمن. (Bennett et al, 2001, p. 671-688).

وفي نفس المضمار توصلت دراسة "ريمور" Remor, أقيمت على عينة قوامها (100) مرضى مصابين بفيروس نقص المناعة (2002) استعمل استبيان المساندة الاجتماعية (Social support questionnaire Duke-UNC-11) استبيان نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (MOS-SF30), أنّ أفراد العينة الذين لديهم نوعية حياة مرتبطة بالصحة سيئة كان لديهم مستوى منخفضة من المساندة الاجتماعية, ومنه استنتجت أنّ مستوى المساندة الاجتماعية منبئ بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى هؤلاء المرضى, كما استنتجت أيضاً أنّ المساندة الاجتماعية وهو مُتغير مُهم في فهم الرفاهية ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بفيروس نقص المناعة. (Remor, 2002, p.143-148)

وفي نفس السياق أظهرت دراسة "قوز" وآخرون Goz et al (2007) والتي أقيمت على عينة قوامها (66) من مرضى السكري من النوع الثاني الذين يترددون على عيادة متعددة خاصة بمرضى السكري في مستشفى "كوجالي" في منطقة "مرمرة" بتركيا, تم استعمال مقياس نوعية الحياة (SF-36), مقياس المساندة الاجتماعية المدركة (perceptual social support scale) واستبيان المساندة الاجتماعية المدركة (perceptual social support questionnaire) والتي تم إعدادهما من طرف الباحثين, أنّ المساندة الاجتماعية تزيد من مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني . (Goz et al, 2007, p. 1353-1360)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "تانغ" وآخرون Tang et al (2008) التي أقيمت على عينة قوامها (89) من مرضى السكري من النوع الثاني الذين بلغت أعمارهم (40) سنة فما فوق, أنّ للمساندة الاجتماعية دوراً هاماً في تحسين نوعية الحياة وسلوكيات الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري. (Tang et al, 2008, p. 266-276)

هذا ما توصلت إليه أيضاً دراسة "جاراتس" وآخرون Jaracz et al (2010), التي أجريت على عينة قوامها (210) من مرضى التصلب المتعدد تراوحت أعمارهم بين (21)

سنة و(59) سنة، حيث كشفت أنّ أفراد عينة البحث يتمتعون بمستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية، وأنّ المساندة الاجتماعية ارتبطت ارتباطاً دالاً مع معظم أبعاد مقياس نوعية الحياة. (Jaracz et al, 2010, p.358-365)

وفي نفس السّياق أظهرت دراسة "نيفيس" وآخرون (Neves et al (2010) بأنّه توجد علاقة موجبة بين المساندة الاجتماعيّة ونوعية الحياة لدى مرضى السّل وكذلك مرضى فقدان المناعة المكتسبة (Neves et al, 2018, p. 21-29)

كذلك كشفت دراسة "جانوفسكي" وآخرون (2012) Janowski et al التي أجريت على عينة قوامها (104) من مرضى المصابين بصدفية، أنّ مرضى ذوي المستوى المرتفع من المساندة الاجتماعية لديهم مستوى مرتفع من نوعية الحياة وانخفاض في مستوى الاكتئاب. (Janowski et al, 2012, p.421-432)

وفي نفس السّياق أظهرت دراسة لـ "نازك" Nazik، "أوزدمير" Ozdemir و"صويدان" Soydan (2014) والتي أجريت على عينة من مريضات بسرطان المبيض ومريضات بسرطان عنق الرحم والبالغ عددهن (108) أين استعمل فيها مقياس متعدد الأبعاد للمساندة الاجتماعية المدركة (MSPSS) مقياس نوعية الحياة الخاص بمرضى السرطان الناجيين (QOL- Cancer Survivors Instrument) (The Quality of Life- CS) أنّه يوجد علاقة دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية المدركة ونوعية الحياة لدى المريضات (Nazik et al, 2014, p.3081-3086)

كذلك توصلت دراسة "نغ" وآخرون (Ng et al, التي أقيمت على عينة قوامها (221) من مريضات المصابات بسرطان الثدي، والتي استعمل فيها ومقياس نوعية الحياة (QLQ-C30) ومقياس متعدد الأبعاد للمساندة الاجتماعية المدركة (MSPSS) أنّ هناك علاقة موجبة بين درجات الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ومقياس نوعية الحياة حيث

تراوحت معاملات الارتباط (Spearman's rho =0,31-0,36) ومنه خلصت الدراسة إلى نتيجة مفادها أنّ المساندة الاجتماعية المدركة هي عامل مهم لنوعية حياة أفضل لدى مريضات المصابات بسرطان الثدي. (Ng et al, 2015, p.205)

وفي نفس السياق هدفت دراسة "بوين" وآخرون Bowen et al (2015) التي أجريت على عينة من مرضى السكري والبالغ عددهم (187), بهدف البحث عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات وكذلك نوعية الحياة حيث كشفت هذه الدراسة أنّه كلما ارتفع مستوى المساندة الاجتماعية لدى المرضى كلما كانت نوعية الحياة لديهم أفضل. (Bowen et al, 2015, p. 21-29)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "محمود" Mahmoud, "برما" Berma, "جبل" Gabal (2017), وذلك على عينة قوامها (115) من مرضى المصابين بالأمراض العقلية، تراوحت أعمارهم بين (20) و(65) سنة، استخدمت فيها النسخة المختصرة لمقياس نوعية الحياة كما جاءت به المنظمة الصحة العالمية ومقياس متعدد الأبعاد للمساندة الاجتماعية المدركة (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (MSPSS) لـ "زيمت وآخرون" Zimet et al, حيث توصلوا إلى أنّه يوجد علاقة موجبة بين الدرجات الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ومقياس نوعية الحياة حيث قدر معامل الارتباط ب(0,743). (Mahmoud et al, 2017, p.57-75)

نفس الشيء هدفت إليه دراسة "مقصودي" Maghsoodi, "صالح إنجاد" Salehinejad (2018) هو التحقق من العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة, وذلك على عينة قوامها (300) من مرضى السرطان من مدينة "كرمان" ولتحقيق أغراض الدراسة استعمل مقياس المساندة الاجتماعية (combination of MOS and social support questionnaires) SAEEDAH Garoosi, ومقياس نوعية الحياة SF-36

وبعد إجراء المعالجة الإحصائية للبيانات أظهرت النتائج أنه يوجد علاقة دالة بين المساعدة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى المرضى، كما أظهرت تحليل الانحدار أن البعد الانفعالي المتمثل في اللطف والتعاطف يعتبر مُنبأً مباشراً للنوعية الحياة، ومنه خلصت دراسة إلى نتيجة مفادها أنه يُمكن استخدام المساعدة الاجتماعية لتحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان. (Maghsoodi et Salehinejad, 2018, p.15-22)

كما أظهرت دراسة طولية لـ " فان دايك" Van Dyke، "كيم" Kim، " ثورن" Thorn (2018)، على مرضى يُعانون من الألم المزمن والمقدّر عددهم بـ (290) أنّ مستوى مرتفع من المساعدة الاجتماعية يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة لديهم. (Van Dyke et al, 2018)

وفي نفس السّياق أظهرت دراسة "توركمندي" وآخرون Torkmandi et al (2019) التي هدفت إلى التحقق من العلاقة بين المساعدة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان حيث استعمل فيها مقياس نوعية الحياة (FACT_G) ومقياس متعدد الأبعاد للمساعدة الاجتماعية المدركة (MSPSS)، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أنه يوجد ارتباط بين المساعدة الاجتماعية والبعد البدني والنفسي والاجتماعي والوظيفي لنوعية الحياة، كما استنتجت أنّ المساعدة الاجتماعية التي تقدمها العائلة والأصدقاء تعد عاملاً هاماً في التأثير على نوعية حياة مرضى السرطان وهذا ما يجعل المريض أكثر تكيفاً مع مرضه. (Torkmandi et al, 2019, p. 9-15)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "واني" Wani، "سنكار" Sankar (2017)، والتي أقيمت على عينة قوامها (60) من المرضى المصابين بمرض فقدان المناعة المكتسبة، تم تحليل البيانات بتطبيق معامل الارتباط "بيرسون" Pearson وذلك باستخدام (SPSS16) أنه يوجد علاقة موجبة ودالة بين المساعدة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى. (Wani et Sankar, 2017, p. 1-5)

وفي نفس السياق أظهرت دراسة لـ "زدون ريزوكا" وآخرون Zdun- Ryzewska et al (2018) والتي أجريت على عينة قوامها (104) من مرضى الذين يُعانون من الاضطرابات العاطفية, حيث استعمل فيها مقياس نوعية الحياة خاص بالاكْتئاب (Quality of Life in Depression Scale) ولقياس المساندة الاجتماعية استعمل جزء من مقاييس "برلين" لمساندة الاجتماعية ومقياس المساندة الاجتماعية (parts of Berlin Social Support Scale, Social Support Scale), استعمل مقياس "بيك" للاكتئاب (Beck Depression Inventory), مقياس "هاميلتون" للاكتئاب (Hamilton Depression Rating Scale), أنه يوجد علاقة موجبة ودالة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى (Zdun -Ryzewska et al, 2018, p.132-138)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "أرسيتيد" Arestedt, "سفيمان" Saveman, "جوهانسون" Johansson, "بلومكفيست" Blomqvist (2013) التي أقيمت على عينة قوامها (349) من مرضى قصور القلب المزمن البالغين (65) سنة فما فوق لقياس نوعية الحياة مرتبطة بالصحة, استعمل استبيان "مينيسوتا" لمرض قصور القلب مزمن (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire), استبيان المسح الصحي النسخة المختصرة (12) البند (Health Survey Short Form (12-Questionnaire) وتم قياس المساندة الاجتماعية من خلال جدول مقابلة للتفاعل الاجتماعي (The Interview Schedule for Social Interaction), أن المساندة الاجتماعية ارتبطت بشكل عام بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة ولاسيما مع الأبعاد العاطفية. (Arestedt et al, 2013, p.69-77)

وفي نفس المضمار بيّنت دراسة "ما" وآخرون Ma et al (2015) التي أقيمت على عينة قوامها (112) من المرضى المسنين المصابين بهشاشة العظام الأولية, استعملت في هذه الدراسة مقياس نوعية الحياة SF-36, ومقياس تقييم المساندة الاجتماعية

(SSRS) (the Social Support Rating Scale), أنه هناك علاقة موجبة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى ($r=627$). (Ma et al, 2015, p. 1- 10)

نستنتج مما سبق أن هناك علاقة موجبة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع وهذا ما أكدته نتيجة بحثنا والدراسات السابقة، وهذا يعني أنه كلما كانت درجة مرتفعة للمساندة الاجتماعية لدى مريض الصرع كلما كانت درجة نوعية الحياة مرتفعة، فمرضى الصرع الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية يكونون أكثر تكيفاً مع مرضهم، وينخفض لديهم مستوى الاكتئاب والقلق الناتجان عن المرض، ويستعملون استراتيجيات مواجهة فعالة لمواجهة الضغوط النفسية الناتجة عن المرض، فالمريض الصرع يعاني من صعوبات عديدة منها صعوبة الحصول على الوظيفة وإقامة علاقات اجتماعية مثل الزواج، والخوف والقلق الدائم من تعرضه لنوبة صرعية كل هذا يولد لديه شعور بالإكتئاب والخجل ونقص تقدير الذات والدونية، ولهذا فمريض الصرع بحاجة ماسة للمساندة الاجتماعية حتى يتمكن من تكيف مع مرضه وتقبله ومواجهات الصعوبات الناتجة عن المرض، وبالتالي فالمساندة الاجتماعية تلعب دوراً جوهرياً في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى الصرع بصفة خاصة والمرضى المزمنين بصفة عامة.

5- عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الخامسة :

5-1 عرض ومناقشة الفرضية الخامسة:

تنصّ الفرضية الخامسة على ما يلي : توجد علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع تبعاً لمستوى المساندة الإجتماعية (مرتفع، متوسط)، ولتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بمعالجتها إحصائياً عن طريق معامل الارتباط "سبيرمان" Spearman وتمثلت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي :

جدول (14): العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع تبعاً لمستوى المساندة الإجتماعية

المتغير	العدد	معامل الارتباط "سبيرمان"	الدلالة الإحصائية
عند مرتفعي المساندة الإجتماعية	82	0,338	دال عند مستوى ($\alpha:0,01$)
عند متوسطي المساندة الإجتماعية	22	0,238	غير دال

يتبين من خلال الجدول رقم (14) أن معامل الارتباط "سبيرمان" بين فعالية الذات ونوعية الحياة عند مرتفعي المساندة الإجتماعية بلغ (0,338)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha:0,01$)، كما يظهر أنّ علاقة الارتباط بين هذين المتغيرين هي علاقة موجبة، وهذا يعني أنّه كلّما تحصل أفراد عينة البحث الحالي على درجات مرتفعة على مقياس المساندة الإجتماعية كلّما كانت فعاليتهم الذاتية أحسن ونوعية الحياة لديهم جيدة.

كما يتبين من خلال نفس الجدول أن معامل الارتباط "سبيرمان" بين فعالية الذات ونوعية الحياة عند متوسطي المساندة الإجتماعية بلغ (0,238)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha:0,01$).

العلاقة بين هذين المتغيرين ظهرت فقط عند مرتفعي المساندة الإجتماعية في حين لم تظهر هذه العلاقة عند متوسطي المساندة الإجتماعية وبهذا تحققت الفرضية الخامسة.

5-2 تفسير نتائج الفرضية الخامسة:

تحققت الفرضية الخامسة التي تنص على أنه توجد علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية (مرتفع، متوسط) فقد جاءت نتائج لتبين أن مرضى الصرع الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية كانت علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لديهم قوية ودالة إحصائياً، أما مرضى الصرع ذوي المستوى متوسط من المساندة الاجتماعية كانت العلاقة فعالية الذات ونوعية الحياة لديهم غير دالة وعليه فالمساندة الاجتماعية تعد عاملاً معدلاً للعلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة حيث أن العامل المعدل يُؤثر في قوة أو اتجاه العلاقة بين متغير مستقل ومتغير تابع، فعندما يكون مستوى المساندة الاجتماعية مرتفع تكون العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة قوية وعندما يكون مستوى المساندة الاجتماعية متوسط تكون العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة غير دالة، ولكي يعتبر متغير أنه متغير معدل يجب أن يكون هناك علاقة دالة إحصائياً بين المتغير مستقل والمتغير المعدل (King, 2013) وفي بحثنا تحقق ذلك فقد وجدنا أنه هناك علاقة قوية ودالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى الصرع فحسب اطلاعات الباحثة أنه لا يوجد دراسة حول المساندة الاجتماعية كمتغير معدل للعلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة، ففي أدبيات الدراسة كان هناك دراسات تناولت المساندة الاجتماعية كعامل معدل للعلاقة بين الضغط والصحة النفسية وأيضاً للعلاقة بين الضغط والحالة

الصحية السلبية وعليه فبحثنا الذي تناول المساندة الاجتماعية كمتغير معدل للعلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع تعتبر الأولى من نوعها حسب علم الباحثة .

فقد تأكدنا من أنّ المساندة الاجتماعية يعد متغيراً معدلاً للعلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع فهو استوفى شروط المتغير المعدل حيث أي متغير يعتبر متغيراً معدلاً إذا أثر على قوة أو اتجاه العلاقة بين متغير مستقل ومتغير تابع وأن يكون هناك علاقة دالة إحصائية بين المتغير المستقل والمتغير المعدل, وقد تحقق ذلك في بحثنا فحسب نتائج الفرضية الخامسة المساندة الاجتماعية تُؤثر على العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع، فقد وجدنا أنّ مرضى الصرع الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية تكون علاقة فعالية الذات ونوعية الحياة لديهم قوية ودالة إحصائية، أمّا مرضى الصرع ذوي مساندة الاجتماعية متوسطة فكانت علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لديهم غير دالة إحصائية، كما وجدنا أن هناك علاقة دالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية (عامل معدل) وفعالية الذات (متغير مستقل) ومنه فالمساندة الاجتماعية متغير معدل. أنظر إلى الجدول (14).

6- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة :

6-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة :

تنص الفرضية السادسة على ما يلي : توجد فروق بين الجنسين من مرضى الصرع في المساندة الاجتماعية، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار "مان- ويتني" (Mann-Whitney U Test) لعينتين مستقلتين وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي :

جدول رقم (15): نتائج اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney U Test) لدلالة الفروق في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية لدى مرضى الصرع تبعا للجنس

المتغير	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	قيمة U	القيمة الاحتمالية Sig	الدلالة الإحصائية
المساندة الاجتماعية	الذكور	52	52,92	1330,000	0,886	غير دال
	الإناث	52	52,08			

يتضح من الجدول رقم (15) أنه لا توجد فروق بين الجنسين في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية حيث بلغت القيمة الاحتمالية لـ (Sig:0,886) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha=0,05$) هذا يعني أن الفروق في متوسط الرتب للذكور والإناث غير دال وبهذا لم تحقق الفرضية السادسة.

6-2 تفسير نتائج الفرضية السادسة:

لم تتحقق الفرضية السادسة التي تنص على ما يلي: "توجد فروق بين الجنسين من مرضى الصرع في درجة شعور المساندة الاجتماعية".

رغم أن الباحثة وجدت العديد من الدراسات تؤكد عكس ذلك دراسة "سومان" Soman, "بهات" Bhat, "لاثا" Latha, "براهراج" Praharaj (2016) التي أقيمت على عينة قوامها (118) من مرضى الاكتئاب تراوحت أعمارهم ما بين (18-60) سنة، استعملت فيها مقياس متعدد الأبعاد للمساندة الاجتماعية المدركة (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (MSPSS) حيث أظهرت النتائج أن الذكور لديهم مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية المدركة مقارنة بالإناث . (Soman et al, 2016, p. 22-29)

هذا ما أشارت إليه دراسة أيضا "كلارك" Clarke, "بوث" Booth، "فيليكوفا" Velikova، "هويسون" Hewison (2006) أنّ الإناث أكثر طلباً للمساندة الاجتماعية مقارنة بالذكور. (Clarke et al, 2006, p. 66-72)

نفس الشيء توصلت إليه دراسة روزياك "Rosiak"، "زاجاودون" Zagozdzon، (2017)، التي أجريت على عينة قوامها (110) مريضا بالتصلب المتعدد، منهم (67) إناث و(43) ذكور، أين توصلنا إلى نتيجة مفادها أنّ الإناث أكثر حظاً من الذكور فيما يتعلق بالمساندة الاجتماعية. (Rosiak et Zagozdzon, 2017, p.923-935)

كذلك توصلت دراسة "كريستوفرزون" Kristofferzon، "لوفمارك" Löfmark، "كارلسون" Carlsson (2003) التي أقيمت على عينة من مرضى احتشاء عضلة القلب، أنّ الإناث صرحن أنّهن تحصلن على مساندة اجتماعية أقل مقارنة بالذكور، الذين صرحوا بأنهم تلقوا مساندة كبيرة من زوجاتهم مقارنة بالإناث. (Kristofferzon et al, 2003, p.360-374)

وفي نفس الشيء كشفت عنه دراسة لـ "واني" Wani، "سكار" Sankar (2017) التي أقيمت على عينة قوامها (60) من المرضى فقدان المناعة المكتسبة منهم (30) ذكور، (30) إناث، أين توصلنا إلى أنّ الذكور يتلقون مساندة اجتماعية أكثر من الإناث. (Sankar et Wani, 2017, p. 1-5) هذه النتيجة تتفق أيضا مع دراسة (Berard et al, 2012, p.1-10) وكذلك دراسة (Ungar et al, 2016, p. 1-11) ودراسة (Han et al, 2011, p.1-6) بالإضافة إلى دراسة (Wang et al, 2020, p.1-17)

تفسر الباحثة نتيجة أنّه لا يوجد فروق بين الجنسين في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية لدى مرضى الصرع، رغم أنّه يوجد دراسات تؤيد أنه هناك فروق بين الجنسين في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية، تفسر الباحثة هذا الاختلاف إلى خصوصية عينات هذه الدراسات.

7- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة:

7-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

تنصّ الفرضية السابعة على ما يلي : توجد فروق في المساندة الاجتماعية تبعاً لسن مريض الصرع، للتحقق من صدق الفرضية، استخدم اختبار " كروسكال - واليس" **Kruskal -Wallis Test** لمعرفة دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى الصرع تبعاً لسن وقد جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (16) : نتائج اختبار "كروسكال - واليس" لدلالة الفروق في المساندة الاجتماعية تبعاً لسن مريض الصرع.

المتغير	الفئة العمرية	العدد	متوسط الرتب	قيمة Chi-Square	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية Sig	الدلالة إحصائية
المساندة الاجتماعية	أقل من 35 سنة	43	61,15	8,379	2	0,015	دال عند مستوى ($\alpha:0,05$)
	يتراوح بين 35 و 45 سنة	26	53,25				
	46 سنة فما فوق	35	41,31				

يتضح من الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha : 0,05$) في مساندة الاجتماعية تبعاً لسن المريض ولمعرفة وتحديد أزواج المتوسطات الرتبوية التي يوجد بينها اختلاف دال، وأزواج المتوسطات الرتبوية التي ليس بينها اختلاف دال، كان لابد من الرجوع إلى اختبار مان- ويتي (Mann-Whitney U Test) وقد ظهرت نتائج على نحو الآتي :

جدول رقم (17) : نتائج اختبار "مان - ويتني" لدلالة الفروق بين المجموعات في

المساندة الإجتماعية تبعا للسن

المتغير	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	قيمة U	القيمة الاحتمالية Sig	الدلالة الإحصائية
	أقل من 35 سنة	43	36,69	486,500	0,369	غير دال
	يتراوح بين 35 و45 سنة	26	32,21			
المساندة الاجتماعية	أقل من 35 سنة	43	46,47	453,000	0,003	دال عند مستوى ($\alpha:0,05$)
	46 سنة فما فوق	35	30,94			
	يتراوح بين 35 إلى 45 سنة	26	34,54	363,000	0,179	غير دال
	46 سنة فما فوق	35	28,37			

يتضح من الجدول أعلاه وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha : 0,05$) في المساندة الاجتماعية تبعا لسن المريض, وقد جاءت المساندة الاجتماعية مرتفعة لصالح مرضى الصرع البالغين أقل من (35) سنة مقارنة بمرضى الصرع البالغين (46) سنة فما فوق وبهذا تحققت الفرضية السابعة.

2-7 تفسير الفرضية السابعة:

تحققت الفرضية السابعة التي تنص على ما يلي: "توجد فروق في المساندة الاجتماعية تبعا لسن مريض الصرع"

استطاعت نتائج هذه الفرضية التي تنص على وجود فروق في المساندة الإجتماعية تبعاً للسِّن أن تتفق مع العديد من الدراسات نذكر منها : دراسة "جراسي" وآخرون Grassi et al (1993), التي كشفت أنّ مرضى السرطان كبار السن كانوا أقل حظاً في استقبال المساندة الإجتماعية مقارنة مع صغار السن (Grassi et al, 1993, p. 11-20) نفس الشيء توصلت إليه دراسة "روز" Rose (1993) التي أجريت على مرضى السرطان كذلك حيث توصلت إلى أنّ مرضى كبار السن تلقوا مساندة انفعالية أقل من قبل مقدمي الرعاية الصحية مقارنة بمرضى متوسطي العمر, أمّا المرضى الشباب كانوا أكثر ميلاً إلى الشعور أنّ المساندة الانفعالية التي تلقوها لم تكن متوافقة مع المساندة التي كانوا يرغبون فيها مقارنة بالفئتين السابقتين . (Rose, 1993, p. 43-67)

كذلك أسفرت دراسة "إملت" Emlet التي أقيمت على عيّنة قوامها (88) من مرضى المصابين بمرض نقص المناعة المكتسب (2006), إلى أنّ المجموعة الأولى متكوّنة من كبار السن وعددهم (44)، تراوحت أعمارهم ما بين (50-71) سنة، متوسط العمر (55,54) سنة، أمّا المجموعة الثانية فتكونت من الشباب البالغ عددهم (44) تراوحت أعمارهم ما بين (21-39) سنة، متوسط العمر (34,66) سنة، استعمل في هذه الدراسة مقياس "لوبين" لشبكة الاجتماعية المتكونة من (18) البند, (18-item Lubben Social Network Scale) (LSNS-18), توصلت إلى أنّ مرضى كبار السن المصابين بمرض نقص المناعة المكتسب تحصلوا على درجات منخفضة على مقياس "لوبين" لشبكة الإجتماعية مقارنة بالمرضى الشباب. (Emlet, 2006, p. 299-308)

في نفس المضمار توصلت دراسة "جيانغ" Jiang, "دروليت" Dorlet, "كيم" Kim (2018) التي أقيمت على عيّنة قوامها (158) من أفراد أوروبيين وأمريكيين, منهم (85) شباب من الجنسين، تراوحت أعمارهم بين (18-25) سنة، أمّا كبار السن فقد بلغ عددهم (73)، تراوحت أعمارهم بين (60) و(77) سنة، أسفرت النتائج إلى أنّ كبار السن أقل

بحثاً على المساندة الاجتماعية الصريحة مقارنة بالشباب رغم استفادتهم بالمساندة العاطفية أكثر من الشباب (Jiang et al, 2018, p. 1104-1116).

وفي المقابل نجد دراسة أخرى جاءت معاكسة للدراسات السابقة التي أشرنا إليها حيث جاءت نتائجها لصالح كبار السن وهذه الدراسة لـ "بينيت" وآخرون Bennett et al (2001), التي أُجريت على عينة قوامها (227) من مرضى قصور القلب المزمن, حيث قُسمت العينة إلى فئتين عمريتين, الفئة الأولى ضمّت المرضى البالغين أقل من (65) سنة والفئة الثانية ضمّت المرضى البالغين (65) سنة أو أكثر, أظهرت النتائج أنّ هناك فروق في المساندة تبعاً لسن المرضى, حيث أنّ مرضى قصور القلب البالغين أقل من (65) سنة أدركوا مساندة أقل مقارنة بالمرضى البالغين (65) سنة فأكثر. (Bennett et al, 2001, p. 671-688)

لقد وجدنا في بحثنا أنّ المرضى صغار السن يتلقون مساندة إجتماعية أكثر من المرضى كبار السن, تفسر الباحثة هذه نتيجة بخصوصية عينة البحث, يوجد دراسات تتوافق مع نتيجتنا كما يوجد دراسات جاءت عكس نتيجة بحثنا أي وجدوا أنّ مرضى كبار السن يتلقون مساندة أكثر من مرضى صغار السن, نرجع الاختلاف في النتائج إلى خصوصية العينات.

8- الاستنتاج العام :

احتل النموذج النفسي الاجتماعي الذي يرى أنّ الصحة والمرض ينشآن من تفاعل مركب بين العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية مكان النموذج الحيوي الطبي, فالنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي يركز على أهمية العمليات والتأثيرات الاجتماعية الواسعة (Macrolevel), والعمليات التي تتم على المستوى الشخصي الضيق (Microlevel) في تفسير حالات الصحة والمرض, ويؤكد عدم إمكانية التمييز بين العقل والجسم لدى البحث

في قضايا الصحة والمرض، واستناداً إلى هذا النموذج، يمكننا عدّ الصحة إنجازاً يتولد عن النشاط الفعال (تايلور، 2008، ص. 63).

لقد توجه حديثاً العديد من الباحثين إلى اهتمام بالدور المعدل لمختلف المتغيرات وهذا بعد تجاوز العلاقات الخطية البسيطة الذي تبين بأنها لا تعكس الحقائق بوضوح ولا تفسرها بدقة، فالعلاقة (سبب- نتيجة) التي تربط بين متغيرين أحدهما مستقل وآخر تابع يمكن أن تُخفي العديد من المتغيرات الأخرى التي تلعب دوراً مهماً في هذه العلاقة سواء من حيث قوتها واتجاهها(بوخروف، 2019، ص. 389).

ولهذا عمدنا في بحثنا الحالي إلى دراسة المساندة الاجتماعية كمتغير معدل للعلاقة التي تربط بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع، وقد خلص البحث الحالي إلى مجموعة من نتائج، تم تفسيرها في ضوء التراث النظري والدراسات السابقة المتاحة وهي كما يلي :

- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع.
- يتمتع مرضى الصرع بمستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات لدى مرضى الصرع.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع.
- توجد علاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية (مرتفع، متوسط).

- لا توجد فروق بين الجنسين من مرضى الصرع في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية.

- توجد فروق في المساندة الاجتماعية تبعاً لسن مريض الصرع (أقل من (35) سنة، وبين (35) و(45) سنة، وأكثر من (46) سنة).

9- اقتراحات وتوصيات:

استكمالاً للفائدة من هذا البحث نوصي ونقترح ما يلي:

- ✓ نقترح قيام ببرامج التربية العلاجية لمرضى الصرع في المستشفيات والعيادات.
- ✓ نقترح برامج تنمية فعالية الذات لدى مرضى الصرع وهذا ما يساعدهم بالقيام بالسلوكيات الصحية مثل الامتثال للعلاج وبالتالي تحسين نوعية حياتهم.
- ✓ نقترح القيام ببحوث ودراسات نفسية حول مرضى الصرع وذلك بتناول متغيرات نفسية أخرى مثل الصلابة النفسية والتفاؤل وتقدير الذات فحسب علم الباحثة هناك فقر في البحوث والدراسات النفسية في الجزائر حول مرضى الصرع.
- ✓ نوصي الأخصائيين النفسيين بالتكفل النفسي بمرضى الصرع لأنهم بحاجة ماسة لذلك فمرض الصرع لديه عواقب نفسية وخيمة على مصاب به.
- ✓ نوصي وزارة التضامن الاجتماعي بالتكفل المادي بمرضى الصرع فمعظم مرضى الصرع باطلين وذلك بسبب أعراض المرض التي قد تقف عقبة أمام ممارسة مهنة.
- ✓ نوصي وزارة العمل بخلق مناصب شغل تراعي ظروف مريض الصرع وخصوصية مرضه مثلاً العمل عن البعد عن طريق شبكة الأنترنت.
- ✓ نوصي وزارة الإعلام بإعداد برامج تلفزيونية وإذاعية حول مرضى الصرع وتحسيس وتوعية الأفراد حول هذا المرض وتصحيح المفاهيم الخاطئة وتعليم الأفراد السلوكيات

الصحيحة لإسعاف المريض الصرع عند حدوث نوبة الصرعية وتجنب السلوكيات
الإسعافية الخاطئة التي قد تضر به.

✓ نوصي بتنظيم مؤتمرات حول التكفل النفسي بمرضى الصرع.

- خاتمة :

يُعاني مريض الصرع من آثار نفسية واجتماعية عديدة ناجمة عن المرض منها
الوصم الاجتماعي، التمييز، الأفكار الخاطئة التي يحملها بعض الأشخاص عن طبيعة
المرض مثلاً: أنه شخص تسكنه أرواح شريرة بالإضافة إلى صعوبة الحصول على عمل
والزواج وهذا ما يترتب عنه شعور المريض بالدونية وانخفاض تقدير الذات والإحباط
والشعور بالخجل، والتشاؤم وشعور بالوحدة النفسية والإنعزال، ومن الاضطرابات النفسية
التي تصيب مرضى الصرع القلق والاكتئاب، فمريض الصرع يُعتبر عدم فهم الآخرين
لمرضه هو عبئ كبير أكثر من المرض بحد ذاته، فهو بحاجة ماسة إلى العطف
والتعاطف والمساندة وفهم الآخرين لمرضه ومعاملته معاملة إنسانية، عوضاً عن نبذه
وتهميشه والنفور منه فمرض الصرع هو مرض مزمن مثله مثل الأمراض المزمنة
الأخرى، فمن خلال بحثنا هذا أردنا أن نُعرف بمرض الصرع لتصحيح المعتقدات الخاطئة
التي يحملها الأفراد حول هذا المرض، كما ندعو السلطات المعنية بالشؤون الصحية بدعم
هذه الفئة مادياً، فكثير من المصابين بالصرع بطالين فبسبب المرض يجيدون صعوبة
للحصول على وظيفة، لذلك ندعو الأخصائيين النفسيين للتكفل النفسي بهذه الفئة لأنهم
فعالاً بحاجة ماسة لذلك، حتى يستطيعون تقبل مرضهم وتكيف معه والاندماج في
المجتمع ويخرجون من عزلتهم، وفي الأخير نرجو أن يكون بحثنا المتواضع بصيص أمل
لكل مُصاب بالصرع.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أ.قائمة المراجع باللغة العربية :

- 1- إبراهيم، صفاء صلاح سند. (2016). جودة الحياة والصحة النفسية: طريقك إلى السعادة. القاهرة: مؤسسة يسطرون للطباعة والنشر والتوزيع.
- 2- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2015). الصحة النفسية : منظور جديد. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.
- 3- أبو راسين، محمد حسن. (2012). فعالية برنامج تدريبي مقترح لتحسين جودة الحياة لدى طلبة الدبلوم التربوي بجامعة الملك خالد بأبها . مجلة الإرشاد النفسي، (30)، 187-234.
- 4- أحمد، بشرى إسماعيل. (2004). ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية. القاهرة : المكتبة الأنجلو المصرية.
- 5- برودي، عبد الكريم. (2016). مختصر مرض الصرع مسببات المرض، أنواعه، طرق علاجه. رسالة دكتوراه في الطب، جامعة سيدي محمد بن عبد الله كلية الطب والصيدلة، فاس.
- 6- بكر، جوان إسماعيل. (2013). جودة الحياة وعلاقتها بالإنتماء والقبول الاجتماعيين. عمان: دار ومكتبة الحامد.
- 7- بوحوش، عمار وذنبيات، محمد. (1995). مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث. الجزائر: الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية.
- 8- بوخروف، سمير. (2019). دور استراتيجيات المواجهة والصلابة النفسية في تعديل العلاقة بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين

العاملين في مصالح الأمراض المعدية. رسالة دكتوراه في علم النفس الصحة غير منشورة، جامعة الجزائر2، الجزائر.

9- بوشدوب، شهرزاد. (2009). *المساندة الإجتماعية وأثرها على بعض العوامل الشخصية واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي*. رسالة دكتوراه في علم النفس الإجتماعي غير منشورة، جامعة الجزائر2، الجزائر.

10- بولينج، آ. (2020). *قياس الصحة: عرض لمقاييس جودة الحياة*. (حسين حشمت، مترجم). القاهرة: مجموعة النيل العربية.

تايلور، ش. (2008). *علم النفس الصحي*. (وسام درويش بريك وفوزي شاكرا طعيمة داود، مترجم). عمان : دار الحامد.

11- تفاحة، جمال السيد. (2005). *الشعور بالوحدة النفسية والمساندة الإجتماعية من الآباء والأقران لدى الأطفال العميان*. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، 2(58)، 125-154.

12- الجاسر، البندري عبد الرحمان. (2007). *الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من فعالية الذات وإدراك القبول- الرفض الوالدي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

13- الحريري، رافدة والوادي، حسن وعبد الحميد، فاتن. (2017). *أساسيات ومهارات البحث التربوي والاجرائي*. عمان : دار أمجد للنشر والتوزيع.

14- الخفاف، إيمان عباس. (2013). *الذكاء الانفعالي : تعلم كيف تفكر انفعاليا؟*. عمان: دار المناهج.

15- خلاف، أسماء وعدوان، يوسف. (2017). التوافق النفسي وعلاقته بفعالية الذات لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي. *مجلة العلوم الاجتماعية*، جامعة السطيف 2، (25)، 323-336.

16- خليل، محمد محمد بيومي. (1996). المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم (لدى المرضى بمرض مفض للموت). *مجلة علم النفس*، الهيئة المصرية للكتاب، 10(97)، 92-119.

17- دانيال، عفاف عبد الفادي. (2008). *مقياس المساندة الإجتماعية*. القاهرة : المكتبة الأنجلو المصرية.

18- الدسوقي، روية محمود. (1996). النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط أحداث الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات. *مجلة علم النفس*، الهيئة المصرية العامة للكتاب، (9).

19- زناد، دليلة. (2013). *علم النفس الصحي : تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة*. الجزائر: دار الخلدونية.

20- السرسى، أسماء وعبد المقصود، أماني. (2008). *مقياس المساندة الاجتماعية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

21- الشريف، عبير بنت عبد الله بن هاشم. (2017). *جودة الحياة لدى مرضى السكري*. الجيزة : أطلس للنشر والانتاج الاعلامي.

22- شريقي، هناء. (2015). تحديد العوامل الديمغرافية المرتبطة بنوعية الحياة لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة. *دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 15(1)، 307-323.

23- الشناوي، محمد محروس وعبد الرحمان، محمد السيّد. (1994). *المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

24- شويخ، هناء أحمد. (2007). *أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية (مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية)*. مصر الجديدة: ايتراك.

25- عامر، طارق عبد الرؤوف محمد. (2018). *مفهوم الذات وتقدير الذات*. القاهرة: دار العلوم.

26- عبد العزيز، مفتاح. (2010). *مقدمة في علم نفس الصحة : مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات*. عمان: دار وائل.

27- عدودة، صليحة. (2015). *الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالإنتمام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي*. رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر، باتنة.

28- عزوز، إسمهان. (2009). *مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن*. رسالة ماجستير في علم النفس الصحة، جامعة الحاج الخضر، باتنة.

29- علي، عبد السلام علي. (2005). *المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

30- عمر، أحمد مختار. (2008). *معجم اللغة العربية المعاصرة*. القاهرة: عالم الكتب.

31- غماري، فوزية. (2015). *أهمية برنامج إرشادي لتدريب المهارات الاجتماعية في تحسين فاعلية الذات لدى تلاميذ متعرضين لمضايقة أقرانهم في المحيط المدرسي*. رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر2، الجزائر.

32- فايد، حسين علي. (2000). *الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الإكتئابية، دراسات في الصحة النفسية، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 330-384.*

33- محمد، أحمد حسانين أحمد. (2011). *الخصائص القياسية للمقياس المؤي لنوعية الحياة (WHOQOL-100) الصادر عن منظمة الصحة العالمية على عينات من المجتمع الليبي. دراسات نفسية. 4(2)، 89-131.*

34- محمود، نهاد عبد الوهاب. (2017). *الفعالية الذاتية وضغوط الحياة*. دسوق: دار العلم والإيمان.

35- المشيخي، غالب بن محمد علي. (2009). *قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف*. رسالة دكتوراه منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

36- الهنداوي، محمد حامد إبراهيم. (2011). *الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا*. رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الأزهر، غزة.

ب. المراجع باللغة الأجنبية:

37-Adegbola, M. (2011). Spirituality, Self-efficacy, and quality of life among adults with Sickle Cell disease. **Southern Nursing Research Society**. 11(1), 1-16

38-Akin S. & Guner CK. (2019). Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. **European Journal of Cancer Care**. 28(1).

39-Amelia, R. & Ariga, RA. & Rusdiana & Sari, MI. & Savira, M. (2018). Self-efficacy in type 2 diabetes mellitus patients relationship with quality of life in Medan city. **Journal of Physics : Conference Serie**. 1116(5). 1-6.

40-Améri, A. (1998). **Neurologie Clinique : Guide Pratique**. France : Hour de France.

41-Arestedt, K. & Saveman, BI. & Johansson, P. & Blomqvist, K. (2013). Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* : **Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology**. 12(1), 69-77.

42-Banik, A. & Schwarzer, R. & Knoll, N. & Czekierda, K. & Luszczyńska, A. (2018). Self-efficacy and quality of life among people with cardiovascular diseases : A meta-analysis. **Rehabilitation psychology**. 63(2), 295-312.

43-Bener, A. & Alsulaiman, R. & Doodson, L. & Agathangelou, T. (2017). Depression, Hopelessness and Social support among Breast Cancer Patients : in Highly Endogamous population. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. 18(7), 1889-1896.

44-Bennett, SJ. & Perkins, SM. & Lane, KA. & Deer, M. & Brater, DC. & Murray, MD. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. **Quality of Life Research : an international journal of quality of life aspects treatment care and rehabilitation**. 10(8), 671-682.

45-Berard, DM. & Vandenberg, EG. & Harrison, M. & Tranmer, JE. (2012). Gender differences in the influence of social support on one-year changes in functional status in older patients with heart failure. **Cardiology Research and Practice**. 2012, 1-10.

46-Blady-Moulinier, M. (1997). **Épilepsie en questions**. Paris : John Libbey Eurotexte.

47-Bowen, PG. & Clay, OJ. & Lee, LT. & Vice, J. & Ovalle, F. & Crowe, M. (2015). Associations of social support and self-efficacy with quality of life in a sample of older Adults with Diabetes. **Journal of Gerontological Nursing**. 41(12), 21-29.

48-Brink, E. & Alsén, P. & Herlitz, J. & Kjellgren, K. & Cliffordson, C. (2012). General self-efficacy and health-related quality of life after Myocardial infraction. **Psychology, health & medicine**. 17(3), 346-355.

49-Broglin, D. (2004). **Vademecum des médicaments antiépileptiques**. France : John Libbey Eurotexte.

50-Buchholz, EM. et al. (2014). Effect of Low Perceived Social Support On Health Outcomes In Young Patients With Acute Myocardial Infraction : Results From The VIRGO (variation in Recovery : Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients) Study. **Journal of the American Heart Association**. 3(5). 1-11.

51-Charyton, C. & Elliott, J O. & Lu, B. & Morre, J L. (2009). The impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy. **Epilepsy & Behavior**. 16(4), 640-645.

52-Clarke, S. A. & Booth, L. & Velikova, G. & Hewison, J. (2006). Social support Gender Differences in Cancer Patients in the United Kingdom. **Cancer Nursing**. 29(1), 66-72.

53-Collège des Enseignant de Neurologie. (2019). **Épilepsie de l'enfant et de l'adulte**. En ligne Consulté le 6 Décembre 2020

<https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/epilepsies-lenfant-ladulte>

54-Costa, DC. & Sa, MJ. & Calheiros, JM. (2017). Social support network and quality of life in multiples sclerosis patients. **Arquivos Neuro-Psiquiatria**. 75(5), 267-271.

55-Cunningham, AJ. & Loodwood, GA. & Cunnigham, JA. (1991) . A relationship between self- efficacy and quality of life in cancer patients. **Patient education and counseling**, 17(1), 71-78.

56-De Souza Neves, LP. & De Castro Castrighini, C. & Reis, RK. & Da Silva Canini, SRM. & Gir, E. (2018). Social support and quality of life of people with Tuberculosis/HIV. **Enfermeria Global**. (50), 21-29.

57-Dilorio, C. & Shafer, PO. & Letz, R. & Henry, TR. & Schomer, DL. & Yeager, K. (2004). Project EASE : a study to test a psychosocial model of epilepsy medication managment. **Epilepsy & Behavior**. 5(6), 926-936.

58-Dilorio, C. (2010). Epilepsy Self-Efficacy Scale-33 Items. <https://static1.squarespace.com/static/5b4cd1975417fcf45807b53c/t/5bc63e6bec212d225b533056/1539718763356/Epilepsy+Self-Efficacy+Scale+and+Description.pdf>

59-Dravet, C. (2005). **Comprendre l'épilepsie: Notions élémentaires sur l' épilepsie et les epilepsies**. France: John Libbey Eurotexte.

60-Dupuy Muray, F. (2015). Épilepsie Vers la sortie de crises ?. **Science & Santé**. (27), 21-33.

61-Elliott, JO. & Charyton, C. & Sprangers, P. & Lu, B. & Morre, JL. (2011). The impact of marriage and social support on persons with active epilepsy. **Epilepsy & Behavior**. 20(3), 533-538.

62-Emler, C. A. (2006). An examination of social networks and social support isolation in older and younger adults living with HIV/AIDS. **Health & Social Work**. 31(4), 299-308.

63-Esmaeil, R. & Ahmadi, H. & Jannati, Y. & Khalilian, A. & Espabodi, F. (2013). The relationship between perceived social support and self-efficacy with diet adherence among hemodialysis patient. **Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care**. 21(3), 59-67.

64-Faghani, S. & Rahmani, A. & Parizad, N. & Mohajjel-Aghdam, AR. & Hassankhani, H. & Mohammadpoorasl, A. (2014). Social support and its predictors among Iranian Cancer Survivors. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. 15(22), 9767-9771.

65-Fischer, et al. (2014). A practical clinical definition of epilepsy. **Epilepsia**. 55(4), 475-482.

66-Geue, K. et al. (2019). Perceived social support and associations with health related quality of life in young versus older adult patients with haematological malignancies. **Health and Quality of Life Outcomes**. 17(1), 1-10.

67-Göz, F. & Karaoz, S. & Goz, M. & Ekiz, S. & Cetin, I. (2007). Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality of life. **Journal of Clinical Nursing**. 16(7), 1353-1360.

68-Grassi, L. & Rosti, G. & Lasalvia, A. & Marangolo, M. (1993). Psychosocial variables associated with Mental adjustment to cancer. **Psycho-Oncology**. 2(1), 11-20.

69-Han, et al. (2014). The influence of the social support on symptoms of anxiety and depression among patients with silicosis. **The Scientific World Journal**. 2014, 1-6.

70-Hosseini et al (2020). Social support and Breast Cancer Recurrence : Is there any Association?. **The Open Public Health Journal**. 13, 30-35.

71-Hunt, CW. & Grant, JS. & Pritchard, DA. (2012). An empirical study of self-efficacy and social support in diabetes self-management : implications for home health care Nurses. **Home Healthcare Nurse**. 30(4), 255-262.

72-Hyarat, S. & Al-Gamal, E. & Rama, E. D. (2018). Depression and perceived social support among Saudi patients with Multiples Sclerosis. **Perspectives in Psychiatric Care**. 54(3), 428-435.

73-Ibrahim, Y. I. (2019). **L'épilepsie et son traitement par les médicament antiépileptique : Cas d'étude 204 patients**. Munich : Grin Verlag.

74-Janowski, K. et al. (2012). Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. **archives of dermatological Research**. 304(6), 421-432.

75-Jaracz, K. & Pawlak, M. & Gorna, K. & Kolcz, B. & Woloszyn, D. & Kozubski, W. (2010). Quality of life and social support in patients with multiples sclerosis. **Neurologia i Neurochirurgia Polska**. 44(4), 358-365.

76-Jiang, L. & Drolet, A. & Kim, S. K. (2018). Age and Social support Seeking Understanding The Role of Perceived Social Costs to others. **Personality & Social Psychology Bulletin**. 44(7), 1104-1116.

77-Kara Kaşıkçı, M. & Alberto, J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Journal of Clinical Nursing**. 16(8), 1468-1478.

78-Kiaei, MZ. & Ferdosi, M. & Moradi, R. & Chelongar, Q. & Ahmadzadeh, MS. & Bahmanziari, N. (2016). Association between self-efficacy and quality of life in women with Breast Cancer undergoing chemotherapy. **The Journal of Qazvin University of Medical Sciences**. 20(2), 58-65.

79-King P.S. (2013) **Moderators/Moderating Factors**. In: Gellman M.D., Turner J.R. (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_971

80-Klug, C. & Toobert, DJ. & Fogerty, M. (2008). Healthy changes for living with diabetes : an evidence-based community diabetes self-management program. **The Diabetes Educator**. 34(6), 1053-1061.

81-Korpershoek, C. & Van Der Bijl, J. & Hafsteinsdottir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke : a systematic review. **Journal of Advanced Nursing**. 67(9), 1876-1894.

82-Kreitler, S. & Peleg, D. & Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. **Psycho-oncology**. 16(4), 329-341.

83-Kristofferzon, ML. & Löfmark, R. & Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction : Gender differences in Coping and Social support. **Journal of Advanced Nursing**. 44(4), 360-374.

84-Kristofferzon, ML. & Löfmark, R. & Carlsson, M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. **Journal of Advanced Nursing**. 52(2), 113-124.

85-Kristofferzon, ML. & Löfmark, R. & Carlsson, M. (2005). Perceived coping, social support and quality of life 1 month after

myocardial infarction : a comparison between Swedish women and men. **Heart & Lung : the journal of critical care**. 34(1), 39-50.

86-Kurnia, et al. (2017). Relation between self-efficacy and quality of life domain in patients with type 2 diabetes mellitus (A case study of public hospitals type B in Semarang). **Journal of Nursing and Health Science**. 6(6), 32-37.

87-L'Organisation Mondiale de la santé. (2018). **Épilepsie**. En Ligne, Consulté Le 15 janvier 2018, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

88-Lemons, C. A. (2013). **The role of social support and emotional representations in health outcomes for individuals with chronic illness**. Master these in general psychology unpublished work, University of North Florida, Florida.

89-Lieken, A. (2011) Echelles de qualité de vie sf36 et sf12. <https://fr.scribd.com/doc/59168437/EchellesDeQualiteDeVieSF12etSF36>

90-Loring, K. & Ritter, PL. & Villa, FJ. & Armas, J. (2009). Community-based peer-led diabetes self-management : A randomized trial. **The Diabetes Educator**. 35(4), 641-651.

91-Ma, L. et al. (2015). Quality of Life Is Related to Social support in Elderly Osteoporosis Patients in Chinese Population. **PLOS ONE**. 10(6). 1-10.

92-Maghsoodi, S. & Salehinejad, Z. (2018). The Relationship Between Social support and Quality of life Among Cancer patients in Kerman. **Quarterly Journal of Social Work**. 7(2), 15-22.

93-Mahmoud, A. S. & Berma, A. E. & Gabal, S. A. (2017), Relationship Between Social support and the quality of life among psychiatric patients. **Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders**. 1(2), 57-75.

- 94-Mollaoglu, M. (2006). Perceived social support, anxiety, and self-care among patients receiving hemodialysis. **Dialysis & Transplantation**. 35(3), 144-155.
- 95-Montalverne, D. G. B. et al (2017). The influence of the social support on the treatment of chronic Obstructive pulmonary disease https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm-conference.2017.195.1_MeetingAbstracts.A1742
- 96-Moradi, R. et al. (2017). Investigating the relationship between self-efficacy and quality of life in breast cancer patients receiving chemical therapy. **Bali Medical Journal**. 6(1), 6-11.
- 97-Naseri, N. & Taleghani, F. (2012). Social support in cancer patients referring to Sayed Al-Shohada Hospital. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**. 17(4), 279-283.
- 98-Naseri, N. & Taleghani, F. (2018). Social support and Depression in Iranian Cancer Patients : the Role of Demographic Variables. **Journal of Caring Sciences**. 7(3), 143-147.
- 99-Nazik, E. & Ozdemir, F. & Soydan, S. (2014). Social support and quality of life in Turkish patients with gynecologic cancer. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. 15(7), 3081-3086.
- 100-Neves et al. (2018). Social support and quality of life of people with tuberculosis/ HIV. **Enfermeria Global**. (50), 21-29.
- 102-Ng, et al. (2015). Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients : a 1 year prospective study. **Health and Quality of Life Outcomes**. 13, 1-9.
- 103-Novotny, PJ. et al. (2010). A pilot study assessing social support among cancer patients enrolled on clinical trials : a comparison of younger versus older adults. **Cancer Management and Research**. 2, 133-142.

- 104-Obosi, AC. & Fatunbi, AM. (2018). Psychosocial predictors of health-related quality of life among diabetes patient 1 and 2. **Journal of Diabetes & Clinical Practice.** 1(2), 1-9.
- 105-Öztunç, G. & Yeşil, P. & Paydaş, S. & Erdoğan, S. (2013). Social support and Hopelessness in patients with Breast Cancer. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.** 14(1), 571-578.
- 106-Perkin, J. D. (2002). **Neurologie: Manuel et atlas** (L. Verdure, Trad.). Paris: De Boeck Université.
- 107-Peters, M. & Potter, CM. & Kelly, L. & Fitzpatrick, R. (2019). Self-efficacy and health-related quality of life : a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. **Health and quality of life outcomes.** 17(37), 1-11.
- 108-Raffi, F. & Naseh, L. & Yadegary, MA. (2012). Relationship between self-efficacy and quality of life in Ostomates. **Iran Journal of Nursing.** 25(76), 64-76.
- 109-Ramkisson, S. & Pillay, B J. & Sibanda, W. (2017). Social support and coping in adults with type 2 Diabetes. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine.** 9(1), 1-8.
- 110-Rashid, A. A. & Zuhra, H. & Tan, C. E. (2018). Social support, self-efficacy and their correlation among patients with Type 2 Diabetes Mellitus : A primary care perspective. **The Medical Journal Malaysia.** 73(4), 197-201.
- 111-Remor, E. (2002). Social support and quality of life in patients with HIV infection. **Atencion Primaria.** 30(3), 143-148.
- 112-Rose, JH. (1993). Interactions between patients and providers : An exploratory study of age differences in emotional support. **Journal of psychosocial Oncology.** 11(2), 43-67.

113-Rosiak, K. & Zagozdzon, P. (2017). Quality of life and social support in patients with multiple sclerosis. **Psychiatria Polska**. 51(5), 923-935.

114-Schiotz, ML. & Bogelund, M. & Almdal, T. & Jensen, BB. & Willaing, I. (2012). Social support and self-management behavior among patients with type 2 diabetes. **Diabetic Medicine : journal of the British Diabetic Association**. 29(5), 654-661.

115-Selzler, AM. & Habash, R. & Robson, L. & Lenton, E. & Goldstein, R. & Brooks, D. (2020). Self-efficacy and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease : A meta-analysis. **Patient Education and Counseling**. 103(4), 682-692.

116-Smallheer, BA. & Dietrich, MS. (2019). Social support, Self-efficacy and Helplessness Following Myocardial Infarctions. **Critical Care Nursing Quarterly**. 42(3), 246-255.

117-Soman, S. & Bhat, S. M. & Latha, K. S. & Praharaj, S. K. (2016). Gender difference in perceived social support and stressful life events in depressed patients. **East Asian Archives of Psychiatry**. 26(1), 22-29.

118-Sommaruga, M. & Gremigni, P. & Zagà, V. & Goti, C. & Bassi, L. & Santus, P. (2012). Self- efficacy and quality of life in Chronic obstructive pulmonary disease. **European Respiratory journal**. 40, 1420.

119-Strom, JL. & Egede, LE. (2012). The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes : a systematic review. **Current Diabetes Reports**. 12(6), 769-781.

120-Suresh, R. & Wang, W. & Koh, KWL. & Shorey, S. & Lopez, V. (2018). Self-efficacy and health-related quality of life among heart failure patients in Singapore : A Descriptive Correlational

study. **Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society.** 29(4), 326-334.

121-Tan, M. & Karabulutlu, E. (2005). Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. **Cancer Nursing.** 28(3), 236-240.

122-Tang, TS. & Brown, MB. & Funnel, MM. & Anderson, RM. (2008). Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 Diabetes. **The Diabetes Educator.** 34(2), 266-276.

123-Testa, S. & Molinengo, G. & Oggero, A. & Bertolotto, A. & Rosato, R. (2015). The relationship between self-efficacy and health-related quality of life in multiple sclerosis patients. **European Journal for Person Centered Healthcare.** 3(3).

124-Thompson, T. & Rodebaugh, T. L. & Pérez, M. & Schootman, M. & Jeffe, D. B. (2013). Perceived social support changes in patients with early stage breast cancer and controls. **Health Psychology.** 32(8), 886-895.

125-Torkmandi, H. & al. (2019). The relationship between social support and quality of life in Iranian clients with Cancer. **Iranian Journal of Cancer Care.** 1(2), 9-15.

126-Ungar, N. & Wiskemann, J. & Weißmann, M. & Knoll, A. & Steindorf, K. & Sieverding, M. (2016). Social support and Social Control in the context of cancer patients' exercise : A pilot study. **Health Psychology Open.** 3(2), 1-11.

127-Van Dyke, B. & Kim, M. & Thorn, B. (2018). Longitudinal relationships perceived social support and quality of life among patients with chronic pain. **The Journal Pain.** 19(3), 39 [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(17\)30925-2/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(17)30925-2/fulltext)

128-Walter, J. & Hendelman, MD. (2013). **Atlas de neuroanatomie Fonctionnelle**. (B. Thouin et MC. Thouin, Trad.). Canada : Les Presses de l' Université d' Ottawa.

129-Wang, et al. (2020). Gender differences in the association of coping styles and social support with psychological distress among patients with end-stage renal disease. **PeerJ**. 8, 1-17.

130-Wang, HF. & Chen, YC. & Yang, FH. & Juan, CW. (2017). Relationship between type 2 diabetes self-efficacy and quality of life : Analysis Under Varying Glycated Hemoglobin Conditions. **Family Medicine & Medical Science Research**. 6(2), 1-11.

131-Wani, MA. & Sankar, R. (2017). Impact of Social support on Quality of Life among AIDS Patients in Kashmir Province of Jammu and Kashmir, India. **Journal of AIDS & Clinical Research**. 8(9), 1-5.

132-Winahyu, KM. & Anggita, R. & Widakdo, G. (2019). Characteristics of patients, Self-efficacy and quality of life among patients with Type 2 Diabetes Mellitus. **Jurnal Keperawatan Padjadjaran**. 7(3), 274-279.

133-Wondimagegnehu, A. & Abebe, W. & Abraha, A. & Teferra S. (2018). Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. **BioMed Central Cancer**.

134-Wu, HK. & Chau, JP. & Twinn, S. (2007). Self- efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. **Cancer nursing**, 30(3), 186-193.

135-Yoo, H. et al. (2017). Perceived social support and its impact on depression and health-related quality of life : a comparison between cancer patients and general population. **Japanese Journal of Clinical Oncology**. 47(8), 728-734.

136-Zdun-Ryzewska, A. & Basinski, K. & Majkowicz, M. & Podolska, M. & Landowski, J. & Walden-Galuszko, K. (2018). Association between social support and quality of life in patients with affective disorders. **The European Journal of Psychiatry**. 32(3), 132-138.

قائمة الملاحق

ملحق رقم (1) : رخصة الدخول إلى مصلحة طب الأعصاب في المركز الاستشفائي الجامعي
"مصطفى باشا"

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر*2* أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

مصلحة الدراسات العليا

إلى السيد: الأستاذة عاي باشا لصيا، رئيسة مصلحة أمراض الأعصاب
بمستشفى مصطفى باشا.
بحرث ميداني حول:

الموضوع: *دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين فعالية الذات
ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع*

يشرفني سيدي، أن أطلب من سيادتكم السماح
للطالب (ة) : " طالبتي إيمن " بالقيام ببحرث ميداني
في مؤسساتكم ونحيطكم علما، أن الطالب (ة) المذكور(ة)
تحضر حاليا بحثا على مستوى قسمنا لنيل
شهادة دكتوراه الطور الثالث ل.م.د تخصص " علم النفس الصحة "

تقبلوا منا بغير حياء فائق الاحترام والتقدير.
الجزائر في: 19/ 11/ 2017

المركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا
C. H. U. Mustapha
مصلحة أمراض الأعصاب
02

Pr. L. ALI PACHA
Spécialiste en Neurologie

الملحق رقم (2) : قائمة أسماء الأساتذة المحكمين على مقياس فعالية الذات

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة	مكان العمل
1	حكيمية آيت حمودة	أستاذ	جامعة الجزائر (2)
2	هناء شريفي	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجزائر (2)
3	كريمة سي بشير	أستاذ	جامعة الجزائر (2)
4	محمد أجرد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجزائر (2)
5	سمير بوطين	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجزائر (2)
6	صليحة بلاش	أستاذ	جامعة الجزائر (2)
7	محمد يزيد لارينونة	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجزائر (2)

الملحق رقم (3) : أدوات البحث

أ- أدوات البحث في صورتها الأولية

مقياس المساندة الاجتماعية في صورته الأولية

البيانات العامة :

- الجنس: ذكر أنثى

- السن :

التعليمة :

أمامك عدد من العبارات التي نأمل منك قرأتها بعناية, ثم وضع علامة (X) تحت الإجابة التي تتناسبك, ونأمل أن لا تترك عبارة واحدة من دون أن تجيب عليها, مع ملاحظة أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

نعلمك أن إجابتك تستغل في البحث العلمي ولن يطلع عليها غير الباحثة وشكرا مسبقا على الجهود المبذولة.

العبارة	موافق تماما	موافق بصفة عامة	موافق إلى حد ما	غير موافق
1. يزورني أقاربي في مواعيد محددة.				
2. أتلقى مساعدة أشقائي.				
3. أحظى بالدعم ممن حولي عندما أقوم بعمل جيد.				
4. أجد العون أثناء قيامي بمهمة ما.				
5. أتلقى النصائح والإرشادات من الأكبر سنا.				
6. ألقى العون من شقيقاتي في اختيار ملابسي.				
7. يزورني أبناء أعمامي وأبناء خالاتي في مواعيد محددة.				
8. أعتقد أنني موضع رعاية واهتمام من الآخرين.				

				9. يزورني أشقائي للاطمئنان علي.
				10. يدعوني أصدقائي للخروج معهم في مواعيد منتظمة.
				11. أتلقى مساعدة من أبنائي في أعمال المنزل.
				12. أحظى بعلاقات اجتماعية طيبة.
				13. علاقتي مع جيرانني جيدة جيدا.
				14. يزورني جيرانني في المنزل للاطمئنان علي.
				15. أجد من يقيم أدائي.
				16. أحظى بحب أبنائي.
				17. أتلقى النصيحة من المحيطين بي كلما احتجت لذلك.
				18. عندما أكون في ضائقة مادية أتلقى من المحيطين المساعدات الكافية.
				19. أحظى بتشجيع الدائم.
				20. عندما أكون سعيدا أجد السعادة في وجوه من يحيطون بي.
				21. في أوقاتي العصبية أجد من يهتم بي.
				22. أحظى بقدر كافي من حب الأصدقاء.
				23. أعتبر نفسي محبوبا من والدي.
				24. مازلت أحظى بحب ورعاية والدي.
				25. هناك من يحفظ أسرارني.
				26. أحظى بصداقتي مع أبنائي.
				27. أحظى بحب زملائي في العمل.
				28. عندما أقوم بسلوك خاطئ أجد من يقومني.
				29. لا اشعر بالغيرة وسط أقاربي.
				30. ألقى العون من أسرة زوجي (تي).
				31. أتلقى الجوائز التقديرية على الأعمال التي أقوم بها.
				32. أجد من يساعدني من إخوتي عندما أواجه مشكلة مع أبنائي.
				33. يساعدني أفراد أسرتي في تربية الأبناء.

				34. لا يترك لي أفراد أسرتي الفرصة لكي اجلس وحيدا.
				35. يشجعني أبنائي على تحمل أعباء الحياة.
				36. أحظى بعدد من الأصدقاء المخلصين.
				37. أشعر بأن أبنائي يقدمون لي النصح دون أن أطلب منهم ذلك
				38. ألقى التشجيع من أبنائي عند القيام بشي ما.
				39. يقدم لي أبنائي الهدايا في المناسبات.
				40. زملائي في العمل يققون بجواري عند الحاجة.
				41. أشقائي ووالدي يقدمون الهدايا لأبنائي دون انتظار للمناسبات.
				42. أتلقي اتصالا من أحد أفراد أسرتي للاطمئنان على صحتي.

مقياس فعالية الذات في صورته الأولى

تعليمية :

إليك العبارات لهذا المقياس التي تعبر عن مدى قدرتك للقيام بسلوك أو فعل ما، ويقابلها سلم من (0) إلى (10) حيث تشير درجة (0) إلى لا أستطيع أن أفعل ذلك أبدا وتشير درجة (10) إلى أستطيع أن أفعل ذلك بالتأكيد .

المرجو منك :

- أن تقرأ كل عبارة من هذه العبارات بدقة ثم تبدي رأيك بوضع دائرة على درجة التي تنطبق عليك .
 - أن تكون إجابتك عن كل عبارة من واقع خبرتك الشخصية .
 - لا تضع أكثر من علامة أمام عبارة واحدة .
 - لا تنسى أن تجيب على كل العبارات .
- لاحظ أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، إجابة تعد صحيحة طالما تعبر عن حقيقة شعورك اتجاه المعنى الذي تحمله العبارة .

رأي الأساتذة المحكمين			عبارات المقياس
موافق	غير موافق	الاقتراحات:	
			1. أستطيع دائما أخذ دوائي عندما أكون بعيدا عن المنزل .
			2. أستطيع أخذ دوائي معظم الوقت .
			3. أستطيع دائما القيام بتمارين الاسترخاء لمساعدتي على تسيير الضغط.
			4. أستطيع دائما تسمية دوائي .
			5. أستطيع دائما أن أخطط مسبقا كي لا ينقصني دوائي .
			6. أستطيع دائما القيام بالقدر الكافي من التمارين .
			7. أستطيع دائما أخذ دوائي في العطل الأسبوعية، أعياد الميلاد، العطل وفي المناسبات الخاصة الأخرى .
			8. أستطيع أن أتسلى مع الأشخاص الآخرين وأسير مرضي .
			9. أستطيع دائما أخذ دوائي مع الأشخاص الذين لا يعرفون أنه لدي نوبات .
			10. أستطيع دائما استعمال تقنيات لتسيير الضغط من أجل تقليل النوبات .

			11. أستطيع دائما مراقبة التغيرات اليومية لمرضي.
			12. أستطيع دائما تسيير مرضي في المواقف الجديدة .
			13. أستطيع دائما أن أخبر الغير عندما يكون لدي آثار جانبية من دوائي الخاص بالنوبة.
			14. أستطيع دائما أن أتناول وجبات صحية .
			15. أستطيع دائما التعامل مع أي آثار جانبية لدوائي .
			16. أستطيع دائما تسيير مرضي .
			17. أستطيع التعرف على المواقف أو النشاطات التي قد تجعل نوباتي أسوأ .
			18. أستطيع دائما أن أجد طرق للحصول على نوم كافي .
			19. أستطيع دائما التحكم في المواقف التي تثير غضبي .
			20. أستطيع دائما ألأتم رزنامة دوائي حسب نشاطاتي اليومية .
			21. أستطيع دائما القيام بما يجب القيام به في حالة نسيت أخذ دوائي.
			22. أستطيع دائما إيجاد الطرق للقيام بأشياء أحبها لمساعدتي على تسيير الضغط .
			23. أستطيع دائما متابعة رزنامة دوائي .
			24. أستطيع دائما الاتصال بالطبيب أو بالمرض عندما أحتاج لطرح سؤال أو الإبلاغ عن نوبة .
			25. أستطيع دائما السيطرة على مرضي .
			26. أستطيع دائما تخصيص وقت خارج نشاطاتي اليومية للذهاب عند الطبيب من أجل الفحص .
			27. أستطيع دائما تجنب المواقف أو النشاطات التي تجعل نوباتي أسوأ .
			28. أستطيع دائما السياقة أو الحصول على إقالة لذهاب إلى عيادة الطبيب عندما أحتاج إليه .
			29 . أستطيع دائما الحصول على مساعدة طبية في ما يخص نوباتي.
			30. أستطيع دائما إيجاد طرق لتذكر أخذ دوائي .
			31. أحمل دائما معي بطاقة الهوية الشخصية في حالة تعرضي لنوبة.
			32. أستطيع دائما إيجاد طريقة للحصول على الدواء إذا ذهب خارج

			المدينة ونسيت دوائي .
			33. أستطيع دائما تعبئة دوائي عند الحاجة لذلك .

مقياس فعالية الذات في صورته الأولى

Epilepsy Self-Efficacy Scale

	I cannot do at all				Moderately sure I can do				Sure I can do			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. I can always take my seizure medication when I am away from home.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. I can stay on my seizure medication most of the time.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
*3. I can always practice relaxation exercises to help me manage stress.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. I can always name my seizure medication.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. I can always plan ahead so that I do not run out of my seizure medication.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
*6. I can always get enough exercise.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. I can always take my seizure medication on holidays, birthdays, vacations, and other special occasions.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. I can have fun with other people and still manage my epilepsy.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. I can always take my seizure medication around people who do not know that I have seizures.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
*10. I can always use stress management techniques to stop seizures.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. I can always take care of day-to-day changes in my epilepsy.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12. I can always manage my epilepsy in new situations.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13. I can always tell when I am having side effects from my seizure medication.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
*14. I can always eat healthy meals.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15. I can always deal with any side effects from my seizure medication.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16. I can always manage my epilepsy.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
*17. I can always recognize situations or activities that may make my seizures worse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

18. I can always find ways to get enough sleep.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. I can always handle situations that upset me.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. I can always fit my seizure medication schedule around my daily activities.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. I can always do what needs to be done if I miss a dose of my seizure medication.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
*22. I can always find ways to do things that I enjoy to help me manage stress.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. I can always follow my seizure medication schedule.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. I can always call my doctor or nurse when I need to ask a question or report a seizure.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. I can always keep my epilepsy under control.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. I can always take time out from my daily activities to go to the doctor for an epilepsy check-up.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
*27. I can always avoid situations or activities that make my seizures worse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. I can always drive or get a ride to the doctor's office when I need to see him or her.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. I can always get medical help when needed for my seizures.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. I can always find ways to remember to take my seizure medication.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
*31. I always carry personal identification in case I have a seizure.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. I can always find a way to get seizure medication if I go out of town and forget mine.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. I can always get my seizure medication refilled when I need to.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(*Items added for ESES 2000)

ب- أدوات البحث في صورتها النهائية

مقياس المساندة الاجتماعية بعد حذف (11) بند مرتبط بمساندة الأبناء والأزواج :

غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق بصفة عامة	موافق تماما	العبرة
				1. يزورني أقاربي في مواعيد محددة.
				2. أتلقي مساعدة أشقائي.
				3. أحظى بالدعم ممن حولي عندما أقوم بعمل جيد.
				4. أجد العون أثناء قيامي بمهمة ما.
				5. أتلقي النصائح والإرشادات من الأكبر سنا.
				6. ألقى العون من شقيقاتي في اختيار ملابس.
				7. يزورني أبناء أعمامي وأبناء خالاتي في مواعيد محددة.
				8. أعتقد أنني موضع رعاية واهتمام من الآخرين.
				9. يزورني أشقائي للاطمئنان علي.
				10. يدعوني أصدقائي للخروج معهم في مواعيد منتظمة.
				11. أحظى بعلاقات اجتماعية طيبة.
				12. علاقاتي مع جيراني جيدة جيدا.
				13. يزورني جيراني في المنزل للاطمئنان علي.
				14. أجد من يقم أدائي.
				15. أتلقي النصيحة من المحيطين بي كلما احتجت لذلك.
				16. عندما أكون في ضائقة مادية أتلقي من المحيطين المساعدات الكافية.
				17. أحظى بتشجيع الدائم.
				18. عندما أكون سعيدا أجد السعادة في وجوه من يحيطون بي.
				19. في أوقاتي العصبية أجد من يهتم بي.
				20. أحظى بقدر كافي من حب الأصدقاء.
				21. أعتبر نفسي محبوبا من والدي.

				22. مازلت أحظى بحب ورعاية والدي.
				23. هناك من يحفظ أسراري.
				24. أحظى بحب زملائي في العمل.
				25. عندما أقوم بسلوك خاطئ أجد من يقومني.
				26. لا اشعر بالغيرة وسط أقاربي.
				27. أتلقى الجوائز التقديرية على الأعمال التي أقوم بها.
				28. لا يترك لي أفراد أسرتي الفرصة لكي اجلس وحيدا.
				29. أحظى بعدد من الأصدقاء المخلصين.
				30. زملائي في العمل يقفون بجواري عند الحاجة.
				31. أتلقى اتصالا من أحد أفراد أسرتي للاطمئنان على صحتي.

3-2 مقياس فعالية الذات بعد التحكيم

تعليمية :

إليك العبارات لهذا المقياس التي تعبر عن مدى قدرتك للقيام بسلوك أو فعل ما، ويقابلها سلم من (0) إلى (10) حيث تشير درجة (0) إلى لا أستطيع أن أفعل ذلك أبدا وتشير درجة (10) إلى أستطيع أن أفعل ذلك بالتأكيد .

المرجو منك :

- أن تقرأ كل عبارة من هذه العبارات بدقة ثم تبدي رأيك بوضع دائرة على درجة التي تنطبق عليك .
 - أن تكون إجابتك عن كل عبارة من واقع خبرتك الشخصية .
 - لا تضع أكثر من علامة أمام عبارة واحدة .
 - لا تنسى أن تجيب على كل العبارات .
- لاحظ أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، إجابة تعد صحيحة طالما تعبر عن حقيقة شعورك اتجاه المعنى الذي تحمله العبارة .

أستطيع أن أفعل ذلك بالتأكيد	أستطيع أن أفعل ذلك إلى حد ما										لا أستطيع أن أفعل ذلك	العبارات
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0		
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1. أستطيع دائما أخذ دوائي عندما أكون بعيدا عن المنزل .	
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	2. أستطيع أخذ دوائي معظم الوقت .	
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	3. أستطيع دائما القيام بتمارين الاسترخاء لمساعدتي على تسير الضغط.	
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	4. أستطيع دائما تسمية دوائي .	
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	5. أستطيع دائما أن أخطط مسبقا كي لا ينقصني دوائي .	
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	6. أستطيع دائما القيام بالقدر الكافي من التمارين .	
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	7. أستطيع دائما أخذ دوائي في العطل الأسبوعية، أعياد الميلاد، العطل وفي المناسبات الخاصة الأخرى .	

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	8. أستطيع أن أتسلى مع الأشخاص الآخرين وأسير مرضي .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9. أستطيع دائما أخذ دوائي مع الأشخاص الذين لا يعرفون أنه لدي نوبات .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	10. أستطيع دائما استعمال تقنيات لتسيير الضغط من أجل تقليل النوبات .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	11. أستطيع دائما اهتمام أو رعاية التغيرات اليومية لمرضي .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	12. أستطيع دائما تسيير مرضي في المواقف الجديدة .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	13. أستطيع دائما أن أخبر الغير عندما تظهر لدي الآثار الجانبية لدواء الذي أتناوله .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	14. أستطيع دائما أن أتناول وجبات صحية .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	15. أستطيع دائما التعامل مع أي آثار جانبية لدوائي .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	16. أستطيع دائما تسيير مرضي .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	17. أستطيع التعرف على المواقف أو النشاطات التي قد تجعل نوباتي أسوأ .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	18. أستطيع دائما أن أجد طرق للحصول على نوم كافي .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	19. أستطيع دائما التحكم في المواقف التي تثير غضبي .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	20. أستطيع دائما الأتم رزنامة دوائي حسب نشاطاتي اليومية .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	21. أستطيع دائما القيام بما يجب القيام به في حالة نسيت أخذ جرعة الدواء الخاص بالنوبة .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	22. أستطيع دائما إيجاد الطرق للقيام بأشياء أحبها لمساعدتي على تسيير الضغط .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	23. أستطيع دائما متابعة رزنامة دوائي .

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	24. أستطيع دائما الاتصال بالطبيب أو بالمرض عندما أحتاج لطرح سؤال أو الإبلاغ عن نوبة .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	25. أستطيع دائما السيطرة على مرضي .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	26. أستطيع دائما تخصيص وقت خارج نشاطاتي اليومية للذهاب عند الطبيب من أجل الفحص .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	27. أستطيع دائما تجنب المواقف أو النشاطات التي تجعل نوباتي أسوأ .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	28. أستطيع دائما السياقة أو الحصول على إقالة لذهاب إلى عيادة الطبيب عندما أحتاج إليه .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	29. أستطيع دائما الحصول على مساعدة طبية لنوباتي عند الحاجة .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	30. أستطيع دائما إيجاد طرق لتذكر أخذ دوائي .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	31. أحمل دائما معي بطاقة الهوية الشخصية في حالة تعرضي لنوبة .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	32. أستطيع دائما إيجاد طريقة للحصول على الدواء إذا ذهبت خارج المدينة ونسيت دوائي .
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	33. أستطيع دائما تعبئة دوائي عند الحاجة لذلك .

مقياس نوعية الحياة

التعليمة :

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف شعورك اتجاه صحتك ومدى قدرتك على أداء نشاطاتك المعتادة.

الرجاء الإجابة على كل عبارة بوضع إشارة في مكان الذي يناسب إجابتك مع العلم أنه ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة.

1. بشكل عام، هل تعتبر أن صحتك ؟

ممتازة	جيدة جدا	جيدة	لا بأس بها	ضعيفة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. مقارنة مع العام الماضي، كيف تقيّم صحتك الآن بشكل عام ؟

أفضل بكثير الآن من العام الماضي	أفضل إلى حد ما الآن من العام الماضي	تقريبا مثل العام الماضي	أسوأ إلى حد ما الآن من العام الماضي	أسوأ بكثير الآن من العام الماضي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الأسئلة التالية تدور حول النشاطات التي قد تقوم بها أثناء يوم عادي . هل صحتك الآن تحدّ من قدرتك على قيام بالنشاطات

التالية؟ إن كانت كذلك، فإلى أي حد ؟

لا	نعم	نعم
تحدها	تحدها	تحدها
أبدا	قليلا	كثيرا

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	النشاطات العنيفة مثل الركض ورفع الأشياء الثقيلة، المشاركة في رياضات شاقة .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	النشاطات المعتدلة مثل تحريك طاولة أو رفع دفع مكنسة كهربائية، أو لعب البولينغ أو البلياردو .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	رفع أو حمل كيس مشتريات البقالة .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	صعود الأدراج لعدة طوابق .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	صعود الدرج لطابق واحد .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	الانحناء أو الركوع أو جلوس القرفصاء .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	المشي لمسافة تزيد عن كيلومتر واحد .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	المشي لبضعة مئات من الأمتار .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	المشي لمسافة مئة متر .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

12 الاستحمام أو الارتداء الملابس بنفسك .

خلال الأسابيع الأربعة الماضية, هل حصلت معك أي من المشاكل التالية خلال تأدية عملك أو نشاطاتك اليومية العادية الأخرى كنتيجة لصحتك الجسدية ؟

لا نعم

- 13 خففت من مقدار الوقت الذي تقضيه في العمل أو النشاطات الأخرى .
- 14 أنجزت أقل مما كنت تريد .
- 15 كنت محدودا في نوع العمل أو النشاطات الأخرى .
- 16 وجدت صعوبة في القيام بعملك أو أداء نشاطات الأخرى (على سبيل المثال, أخذت منك مجهودا إضافيا) .

خلال الأسابيع الأربعة الماضية, هل حصلت معك أي من المشاكل التالية خلال تأدية عملك أو نشاطاتك اليومية المعتادة الأخرى

لا نعم

كنتيجة لمشاكل عاطفية (مثل شعورك بالكآبة أو القلق)

- 17 خففت من مقدار الوقت الذي تقضيه في العمل أو النشاطات الأخرى .
- 18 أنجزت أقل مما كنت تريد .
- 19 أدت العمل أو النشاطات الأخرى باهتمام أقل من المعتاد .

20 خلال الأسابيع الأربعة الماضية, إلى أي مدى تعارضت صحتك الجسدية أو مشاكلك العاطفية مع نشاطاتك الاجتماعية العادية مع الأسرة, أو الأصدقاء, أو الجيران أو مجموعات أخرى من الناس؟

لم تتعارض أبدا تعارضت بشكل قليل تعارضت بشكل متوسط تعارضت بشكل كبير تعارضت بشكل كبير جدا

21 ما مدى شدة الأوجاع الجسدية التي شعرت بها خلال الأسابيع الأربعة الماضية ؟

لا أوجاع خفيفة جدا خفيفة متوسطة حادة حادة جدا

22 خلال الأسابيع الأربعة الماضية، إلى مدى تعارض الألم مع عمالك العادي (بما في ذلك عمالك خارج المنزل والعمل المنزلي) ؟ (

لم يتعارض أبداً تعارض بشكل قليل تعارضت بشكل متوسط تعارض بشكل كبير تعارض بشكل كبير جداً

هذه الأسئلة تدور حول ما تشعر به وكيف سارت الأمور معك خلال الأسابيع الأربعة الماضية، الرجاء إعطاء إجابة واحدة عن كل سؤال بحيث تكون الأقرب لما كنت تشعر به. كم من الوقت خلال الأسابيع الأربعة الماضية ؟

كل الوقت معظم الوقت وقت لا بأس به قليل من الوقت أبداً

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23 هل شعرت بأنك مفعم بالحيوية ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24 هل كنت متوتراً جداً ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25 هل أحسست أنك مُحبط لدرجة أن لا شيء ممكن أن يُبهجك ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26 هل أحسست بالهدوء والطمأنينة ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27 هل كانت لديك طاقة كبيرة ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28 هل أحسست بالحزن والاكتئاب ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29 هل شعرت بأنك مرهق جداً ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30 هل كنت سعيداً ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31 هل شعرت بأنك مُتعب ؟ |

32 خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم من الوقت تعارضت صحتك الجسدية أو مشاكلك العاطفية مع نشاطاتك الاجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء والأقارب، الخ ...) ؟

كل الوقت معظم الوقت بعض الوقت قليل من الوقت أبداً

ما مدى صحة وخطأ كل عبارة من العبارات التالية بالنسبة لك ؟

صحيح بالتأكيد صحيح غالباً لا أعرف خطأ غالباً خطأ بالتأكيد

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33 يبدو أنني أمرض بسهولة أكثر بقليل من الآخرين . |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34 أنا على النفس القدر من الصحة كالآخرين الذين أعرفهم . |

35 أتوقع أن تسوء صحتي .
36 صحتي ممتازة .

ملحق رقم (4) : المعالجة الإحصائية المعتمدة في البحث

أ- الخصائص السيكومترية لأدوات البحث

RELIABILITY

```
/VARIABLES=1 بند1 2 بند2 3 بند3 4 بند4 5 بند5 6 بند6 7 بند7 8 بند8 9 بند9 10 بند10 11 بند11 12 بند12 13 بند13 14 بند14 15 بند15 16 بند16 17 بند17 18 بند18 19 بند19 20 بند20 21 بند21 22 بند22 23 بند23 24 بند24 25 بند25 26 بند26 27 بند27 28 بند28 29 بند29 30 بند30 31 بند31 32 بند32 33 بند33 34 بند34 35 بند35 36 بند36  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,707	31

T-Test

```
T-TEST GROUPS=المجموعات (1 2)  
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=المساندة الاجتماعية  
/CRITERIA=CI (.95).
```

T-Test

Group Statistics

المجموعات	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
أعلى توزيع المساندة الاجتماعية	8	116,1250	3,35676	1,18679
أدنى توزيع	8	93,1250	5,71808	2,02165

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
المستقلات المتغيرة	Equal variances assumed	3,177	,096	9,811	14	,000	23,00000	2,34426	17,97207	28,02793
	Equal variances not assumed			9,811	11,313	,000	23,00000	2,34426	17,85767	28,14233

RELIABILITY

```
/VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007  
VAR00008 VAR00009  
VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017  
VAR00018 VAR00019 VAR00020  
VAR00021 VAR00022 VAR00023 VAR00024 VAR00025 VAR00026 VAR00027 VAR00028  
VAR00029 VAR00030 VAR00031  
VAR00032 VAR00033  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Warnings

معامل ثبات مقاييس فعالية الذات

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,703	33

صدق المقارنة الطرفية أو الصدق التمييزي

T-Test

T-TEST GROUPS=المجموعات

(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=فعالية الذات

/CRITERIA=CI (.95).

T-Test

Group Statistics

المجموعات	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
فعالية الذات الثلاث العلوي	8	323,63	4,749	1,679
الثلاث السفلي	8	261,50	11,588	4,097

Independent Samples Test

فعالية الذات	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	2,284	,153	14,031	14	,000	62,125	4,428	52,628	71,622
Equal variances not assumed			14,031	9,287	,000	62,125	4,428	52,156	72,094

RELIABILITY

مقياس نوعية الحياة

/VARIABLES=1 بعد 2 بعد 3 بعد 4 بعد 5 بعد 6 بعد 7 بعد 8 بعد
/SCALE ('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	30	100,0
Excluded ^a	0	,0
Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,798	8

T-TEST GROUPS=المجموعات

(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=نوعية الحياة

/CRITERIA=CI (.95).

صدق المقارنة الطرفية لمقياس نوعية الحياة (التمييز)

T-Test

Group Statistics

المجموعات	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
نوعية الحياة أعلى توزيع	8	86,3413	6,69617	2,36745
أدنى توزيع	8	46,1450	15,16480	5,36157

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
توزيع التكرار Equal variances assumed	6,301	,025	6,858	14	,000	40,19625	5,96099	27,62567	52,76663
Equal variances not assumed			6,858	9,630	,000	40,19625	5,96099	27,06875	53,32375

ب- المعالجة الإحصائية لفرضيات البحث

NONPAR CORR

/VARIABLES=نوعية الحياة فعالية الذات
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

		فعالية الذات	نوعية الحياة
Spearman's rho	فعالية الذات	1,000	,376**
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	104	104
نوعية الحياة	نوعية الحياة	,376**	1,000
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	104	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NONPAR CORR

/VARIABLES=بعد النوعية الحياة فعالية الذات
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

		فعالية الذات	بعد النوعية الحياة
Spearman's rho	فعالية الذات	1,000	,078
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		,434
	N	104	104
بعد النوعية الحياة	بعد النوعية الحياة	,078	1,000
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	,434	
	N	104	104

NONPAR CORR

/VARIABLES=بعد2لنوعية الحياة فعالية الذات
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

			فعالية الذات	بعد 2 لنوعية الحياة
Spearman's rho	فعالية الذات	Correlation Coefficient	1,000	,196*
		Sig. (2-tailed)	.	,047
		N	104	104
	بعد 2 لنوعية الحياة	Correlation Coefficient	,196*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,047	.
		N	104	104

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

NONPAR CORR

/VARIABLES=بعد 3 لنوعية الحياة فعالية الذات
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

			فعالية الذات	بعد 3 لنوعية الحياة
Spearman's rho	فعالية الذات	Correlation Coefficient	1,000	,006
		Sig. (2-tailed)	.	,951
		N	104	104
	بعد 3 لنوعية الحياة	Correlation Coefficient	,006	1,000
		Sig. (2-tailed)	,951	.
		N	104	104

NONPAR CORR

/VARIABLES=بعد 4 لنوعية الحياة فعالية الذات
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

			فعالية الذات	بعد 4 لنوعية الحياة
Spearman's rho	فعالية الذات	Correlation Coefficient	1,000	,387**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	104	104
	بعد 4 لنوعية الحياة	Correlation Coefficient	,387**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	104	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NONPAR CORR

/VARIABLES=بعد 5 لنوعية الحياة فعالية الذات

/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

			فعالناذات	بعد6لنو عيالحياء
Spearman's rho	فعالناذات	Correlation Coefficient	1,000	,357**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	104	104
	بعد6لنو عيالحياء	Correlation Coefficient	,357**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	104	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NONPAR CORR

/VARIABLES=بعد6لنو عيالحياء فعاليةالذات
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

			فعالناذات	بعد6لنو عيالحياء
Spearman's rho	فعالناذات	Correlation Coefficient	1,000	,305**
		Sig. (2-tailed)	.	,002
		N	104	104
	بعد6لنو عيالحياء	Correlation Coefficient	,305**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,002	.
		N	104	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NONPAR CORR

/VARIABLES=بعد7لنو عيالحياء فعاليةالذات
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

			فعاليةالذات	بعد7لنووعالحياة
Spearman's rho	فعاليةالذات	Correlation Coefficient	1,000	,183
		Sig. (2-tailed)	.	,064
		N	104	104
	بعد7لنووعالحياة	Correlation Coefficient	,183	1,000
		Sig. (2-tailed)	,064	.
		N	104	104

NONPAR CORR

/VARIABLES=بعد8لنووعالحياة فعاليةالذات

/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

			فعاليةالذات	بعد8لنووعالحياة
Spearman's rho	فعاليةالذات	Correlation Coefficient	1,000	,409**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	104	104
	بعد8لنووعالحياة	Correlation Coefficient	,409**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	104	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NONPAR

CORR

/

VARIABLES

=المساندة وفعالية الذات

PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG/

. /MISSING=PAIRWISE

Nonparametric Correlations

Correlations

		المساعدة الاجتماعية	فعالية الذات
Spearman's rho	المساعدتك	Correlation Coefficient	,335**
		Sig. (2-tailed)	,001
		N	104
	فعالية الذات	Correlation Coefficient	,335**
		Sig. (2-tailed)	,001
		N	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NONPAR CORR
 /VARIABLES= والمسانة
 نوعية الحياة الاجتماعية
 /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

			المسانة الاجتماعية	نوعية الحياة
Spearman's rho	المسانة	Correlation Coefficient	1,000	,409**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	104	104
	نوعية الحياة	Correlation Coefficient	,409**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	104	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NONPAR

CORR

/
 VARIABLES
 =

المسانة
 بعد النوعية الحياة
 /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

			المسانة الاجتماعية	بعد نوعية الحياة
Spearman's rho	المسانة	Correlation Coefficient	1,000	,095
		Sig. (2-tailed)	.	,335
		N	104	104
	بعد نوعية الحياة	Correlation Coefficient	,095	1,000
		Sig. (2-tailed)	,335	.
		N	104	104

NONPAR

CORR

/
VARIABLES
=

بعد
المساندة 2لنوعية الحياة
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

		بعد2لنوعية الحياة	المساندة الاجتماعية
Spearman's rho	بعد2لنوعية الحياة	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,305**
		N	,002
المساندة لكل		Correlation Coefficient	104
		Sig. (2-tailed)	,305**
		N	,002
			104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NONPAR

CORR

/
VARIABLES
=

بعد
المساندة 3لنوعية الحياة
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

			بعد لنوعية الحياة	المساندة الاجتماعية
Spearman's rho	بعد لنوعية الحياة	Correlation Coefficient	1,000	,127
		Sig. (2-tailed)	.	,199
		N	104	104
	المساندة الاجتماعية	Correlation Coefficient	,127	1,000
		Sig. (2-tailed)	,199	.
		N	104	104

NONPAR

CORR

/
VARIABLES
=

بعد
4
لنوعية الحياة
المساندة الاجتماعية
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

			بعد لنوعية الحياة	المساندة الاجتماعية
Spearman's rho	بعد لنوعية الحياة	Correlation Coefficient	1,000	,277**
		Sig. (2-tailed)	.	,004
		N	104	104
	المساندة الاجتماعية	Correlation Coefficient	,277**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,004	.
		N	104	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NONPAR

CORR

/
VARIABLES
=

بعد
المساندة 5لنوعية الحياة
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

		بعد5لنوعية الحياة	المساندة الاجتماعية
Spearman's rho	بعد5لنوعية الحياة	Correlation Coefficient 1,000	,366**
		Sig. (2-tailed) .	,000
		N 104	104
	المساندة	Correlation Coefficient ,366**	1,000
		Sig. (2-tailed) ,000	.
		N 104	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NONPAR

CORR

/
VARIABLES
=

بعد
المساندة 6لنوعية الحياة
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

			بعد6لنوعيةالحياة	المساندة الاجتماعية
Spearman's rho	بعد6لنوعيةالحياة	Correlation Coefficient	1,000	,222*
		Sig. (2-tailed)	.	,024
		N	104	104
	المساندةككل	Correlation Coefficient	,222*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,024	.
		N	104	104

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

NONPAR

CORR

/
VARIABLES
=

بعد
المساندة 7لنوعية الحياة
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

			بعد7لنوعيةالحياة	المساندة الاجتماعية
Spearman's rho	بعد7لنوعيةالحياة	Correlation Coefficient	1,000	,270**
		Sig. (2-tailed)	.	,006
		N	104	104
	المساندةككل	Correlation Coefficient	,270**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,006	.
		N	104	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NONPAR

CORR

/

VARIABLES

=

بعد

المساعدة 8لنوعية الحياة

/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

		بعد8لنوعية الحياة	المساعدة الاجتماعية
Spearman's rho	بعد8لنوعية الحياة	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,464**
		N	104
المساعدتكامل		Correlation Coefficient	,464**
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	104

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NONPAR CORR

/VARIABLES=فعالية الذات عند مرتفي نوعية الحياة مرتفي المساندة
المساندة
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

		نوعية الحياة عند مرتفي المساندة	فعالية الذات عند مرتفي المساندة
Spearman's rho	نوعية الحياة مرتفي المساندة	Correlation Coefficient	,338**
		Sig. (2-tailed)	,002
		N	82
فعالية الذات عند مرتفي المساندة		Correlation Coefficient	,338**
		Sig. (2-tailed)	,002
		N	82

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

variables نوعية الحياة عند متوسطي المساندة فعالية الذات عند متوسطي
المساندة

/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Correlations

		فعالية الذات عند متوسطي المساندة	نوعية الحياة عند متوسطي المساندة
Spearman's rho	فعالية الذات عند متوسطي المساندة	Correlation Coefficient	,238
		Sig. (2-tailed)	,286
		N	22
نوعية الحياة عند متوسطي المساندة		Correlation Coefficient	,238
		Sig. (2-tailed)	,286
		N	22

DESCRIPTIVES VARIABLES=نوعية الحياة مرتفي فعالية الذات عند مرتفي المساندة
المساندة

نوعية الحياة عند متوسطي فعالية الذات عند متوسطي المساندة
المساندة
/STATISTICS=MEAN STDDEV.

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
فعالية الذات عند مرتقي المساعدة	82	286,20	37,274
نوعية الحياة عند مرتقي المساعدة	82	72,2922	17,53886
فعالية الذات عند متوسطي المساعدة	22	265,7727	33,60688
نوعية الحياة عند متوسطي المساعدة	22	52,4214	22,22566
Valid N (listwise)	0		

NPar Tests

Mann-Whitney Test

NPAR TESTS

/M-W= الجنس BY المساندة (1 2)

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
المساندة الاجتماعية ذكر	52	52,92	2752,00
المساندة الاجتماعية أنثى	52	52,08	2708,00
Total	104		

Test Statistics^a

	المساندة الاجتماعية
Mann-Whitney U	1330,000
Wilcoxon W	2708,000
Z	-,143
Asymp. Sig. (2-tailed)	,886

a. Grouping Variable: الجنس

NPAR TESTS

/K-W=الفئات العمرية BY المساعدة الاجتماعية

(1 3)

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
المساعدة الاجتماعية	104	101,75	13,534	46	123
الفئة العمرية	104	1,92	,867	1	3

Kruskal-Wallis Test

Ranks

الفئة العمرية	N	Mean Rank
المساعدة الاجتماعية أقل من 35 سنة	43	61,15
بتراوح بين سن 35 و 45 سنة	26	53,25
46 سنة فما فوق	35	41,31
Total	104	

Test Statistics^{a,b}

	المساعدة الاجتماعية
Chi-Square	8,379
df	2
Asymp. Sig.	,015

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: الفئة العمرية

NPAR TESTS

/M-W=الفئات العمرية BY المساعدة الاجتماعية (1 2)

/STATISTICS=DESCRIPTIVES

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
المساعدة الاجتماعية	104	101,75	13,534	46	123
الفئة العمرية	104	1,92	,867	1	3

Mann-Whitney Test

Ranks

الفئة العمرية	N	Mean Rank	Sum of Ranks
المساعدة الاجتماعية أقل من 35 سنة	43	36,69	1577,50
يتراوح بين سن 35 و45 سنة	26	32,21	837,50
Total	69		

Test Statistics^a

	المساعدة الاجتماعية
Mann-Whitney U	486,500
Wilcoxon W	837,500
Z	-,899
Asymp. Sig. (2-tailed)	,369

a. Grouping Variable: الفئة العمرية

NPar TESTS

/M-W= الفئات العمرية BY المساعدة الاجتماعية (1 3)
/STATISTICS=DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
المساعدة الاجتماعية	104	101,75	13,534	46	123
الفئة العمرية	104	1,92	,867	1	3

Mann-Whitney Test

Ranks

الفئة العمرية	N	Mean Rank	Sum of Ranks
المساعدة الاجتماعية أقل من 35 سنة	43	46,47	1998,00
46 سنة فما فوق	35	30,94	1083,00
Total	78		

Test Statistics^a

	المساعدة الاجتماعية
Mann-Whitney U	453,000
Wilcoxon W	1083,000
Z	-3,012
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003

a. Grouping Variable: الفئالعمرية

NPAR TESTS

/M-W= الفئات العمرية BY المساعدة الاجتماعية

/STATISTICS=DESCRIPTIVES

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
المساعدة الاجتماعية	104	101,75	13,534	46	123
الفئالعمرية	104	1,92	,867	1	3

Mann-Whitney Test**Ranks**

الفئالعمرية	N	Mean Rank	Sum of Ranks
المساعدة الاجتماعية	26	34,54	898,00
بتراوح بين سن 35 و 45 سنة	35	28,37	993,00
46 سنة فما فوق			
Total	61		

Test Statistics^a

	المساعدة الاجتماعية
Mann-Whitney U	363,000
Wilcoxon W	993,000
Z	-1,343
Asymp. Sig. (2-tailed)	,179

a. Grouping Variable: الفئالعمرية