المساندة الاجتماعية وعلاقتها بكل من القلق والاكتئاب لدى مرضى الصرع

إعداد

د. خلود عويس محمود

مدرس علم النفس- كلية الآداب- جامعة الفيوم

DOI: 10.21608/PSYB.2024.293806.1014

مجلة المنهج العلمي والسلوك م ٤، ع (٧) يونيو ٢٠٢٤

رابط المجلة على بنك المعرفة المصري هو: https://psyb.journals.ekb.eg

الترقيم الدولي الموحد للطباعة (ISSN): 2682-4205

الترقيم الدولي الموحد الإلكتروني (ESSN): 2786-0248

المجلة حاصلة على ٧ درجات في تقييم المجلس الأعلى للجامعات تقييم يوليو ٢٠٢٢

مجلة المنهج العلمي والسلوك
مجلة علمية نصف سنوية مُحكمة

يونيو ٢٠٢٤

المساندة الاجتماعية وعلاقتها بكل من القلق والاكتئاب لدى مرضى الصرع

د. خلود عويس محمود

مدرس علم النفس- كلية الآداب- جامعة الفيوم

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية والقلق والاكتئاب لدى مرضي الصرع، والكشف عن الفروق في القلق تبعا لمتغير (موضع البؤرة الصرعية، معدل تكرار النوبات الصرعية) لدي مرضي الصرع، وكذلك الكشف عن الفروق في الاكتئاب تبعا لمتغير (موضع البؤرة الصرعية، معدل تكرار النوبات الصرعية) لدى مرضي الصرع، وتكونت عينة الدراسة من(٥٠) مشاركًا) (٢٣ذكرًا، و٢٧ أنثى) من مرضى الصرع تراوحت أعمارهم ما بين ١٢ إلى ١٧ عام بمتوسط عمري (١٤,٦٦٠)، وانحراف معياري (±١,٣٨٠)، وتمثلت أدوات الدراسة في استمارة البيانات الأولية إعداد الباحثة، ومقياس المساندة الاجتماعية إعداد أسماء السرسي ، و أماني عبد المقصود، ٢٠٠١، مقياس القلق إعداد سبيلرجر ترجمة محمد عد الدين، ١٩٨٥، مقياس الاكتئاب إعداد بيرلسون ترجمة عبد العزيز موسى ، ١٩٨٧، و**أشارت أبرز النتائج إلى:**

١- وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية و القلق لدى مرضى الصرع.

٢- وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية و الاكتئاب لدى مرضى الصرع.

٣- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القلق تبعاً لمتغير البؤرة الصرعية لصالح الفص الصدغي الأيمن.

٤- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب تبعاً لمتغير البؤرة الصرعية لصالح الفص الصدغي الأيمن.

٥- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القلق تبعاً لمتغير تكرار النوبة الصرعية لصالح معدل تكرار النوبة يومياً.

٦- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب تبعاً لمتغير تكرار النوبة الصرعية لصالح معدل تكرار النوبة يومياً.

الكلمات المفتاحية: المساندة الاجتماعية- القلق- الاكتئاب- الصرع.

Social support and its relationship to both anxiety and depression in epileptic patients

Preparation

Dr. Kholoud Owais Mahmoud

Psychology teacher – Faculty of Arts – Fayoum University

Abstract:

The current study aimed to reveal the relationship between social support and anxiety and depression in patients with epilepsy, and to detect differences in anxiety according to the variable (location of the epileptic focus, the frequency of epileptic seizures) in patients with epilepsy, as well as to reveal differences in depression according to the variable (location of the focus). Epilepsy, the frequency of epileptic seizures in epilepsy patients. The study sample consisted of (50) participants (23 males, 27 females) of epilepsy patients whose ages ranged from 12 to 17 years with an average age of (14,660) and a standard deviation of (±1,380). The study tools were the primary data form prepared by the researcher, the social support scale prepared by Asma Al-Sarsi and Amani Abdel Maqsoud, 2001, the anxiety scale prepared by Spielerger, translated by Muhammad Ad-Din, 1985, the depression scale prepared by Berelson, translated by Abdel Aziz Musa, 1987. The most prominent results indicated:

1- There is a statistically significant negative correlation between social support and anxiety among epilepsy patients.

2- There is a statistically significant negative correlation between social support and depression among epilepsy patients.

3- There are statistically significant differences in anxiety according to the epileptic focus variable in favor of the right temporal lobe.

4- There are statistically significant differences in depression according to the epileptic focus variable in favor of the right temporal lobe.
5- There are statistically significant differences in anxiety depending on the variable of epileptic seizure frequency, in favor of the daily seizure frequency.
6- There are statistically significant differences in depression depending on the variable of epileptic seizure frequency, in favor of the daily seizure frequency.

Keywords: social support - anxiety - depression - epilepsy.

مقدمة :

يعد الصرع أحد الاضطرابات العصبية الأكثر انتشاراً في مرحلة الطفولة، وثاني أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى البالغين، ويصيب الصرع كل من الجنسين في مختلف الأعمار والمجتمعات، ويتسم بحدوث نوبات متكررة، ويعاني منه حوالى٧٠ مليون شخص في جميع أنحاء العالم، يعيش ٩٠% منهم في البلاد النامية.

(Kumar, sarangi, Tripathi, Ramanujam & Gupta, 2019, Beghi, 2020)

وتعد اضطرابات القلق والاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً والأعلى في معدل الإصابة بين مرضى الصرع، حيث تبلغ معدلات انتشار القلق والاكتئاب بين عامة السكان من ٧% إلى ٢٠% ، بينما تصل من ٢٠% إلى ٥٠% بين مرضى الصرع، وهناك أدلة تشير إلى وجود علاقة ارتباطية بين الإصابة بالصرع والإصابة بالاضطرابات النفسية، فمرضى الصرع أكثر عرضه للاصابة بالأمراض النفسية المصاحبة. (Liu, Yin, Fan, Wu, Shen, Wu& Kuang, 2020)

وتعتبر دراسة القلق والاكتئاب لدى مرضى الصرع من الموضوعات الأكثر أهمية في مجال علم النفس، حيث أظهرت دراسة مسحية أن أكثر من نصف المصابين بالصرع قد تعرضوا للخوف والاكتئاب والحزن كرد فعل عند بداية تشخيصهم بالإصابة بالصرع.

(Kanner, 2016, Blixen , ogede, Briggs, Aebi, Terashima & Sajatovic,2020)

لذا تعتبر المساندة الاجتماعية مصدراً هاماً من مصادر الدعم الاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الإنسان، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في

كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهتها وتعامله مع هذه الضغوط، كما تلعب دوراً هاماً في إشباع الأمن النفسي، وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الصادمة، وذات أثر في تخفيف حدة الأعراض المرضية التي منها على سبيل المثال: القلق، والاكتئاب. (عبد السلام علي، ٢٠٠٠، ١٤).

وأشار محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن (١٩٩٤) إلى أن المساندة الاجتماعية لها أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم السلبية مثل القلق والاكتئاب لتلك الأحداث تبعا لتوفر مثل هذه العلاقات الودودة والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية. (حسين على فايد، ٢٠٠٥، ٢٢١).

وأضاف أيضا "نوريس" و"موريل" (١٩٨٤) أن المساندة الاجتماعية تؤدي إلى خفض الأعراض الاكتئابية كما تقلل درجة الشعور بالمشقة وذلك أثر قيامهما بدراسة تبعية على عينة قوامها (١٤٠٢) فرداً من عمر (٥٥) سنة. (شعبان جاب الله رضوان، عادل محمد هريدي، ٢٠٠١، ٢٣٦)

وعلي ذلك فنذكر أن غياب أو انخفاض مستوي المساندة الاجتماعية قد يؤدي إلي كثير من المشكلات ومنها ظهور الاستجابات السلبية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، فيصبح الفرد أكثر عرضه للإصابة بالإضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات والخجل الشديد، وبالعكس فإن الفرد الذي يتمتع بمساندة اجتماعية تتميز بالمودة والقبول من الآخرين منذ أوائل حياته، فإنه سيصبح شخصاً واثقاً من نفسه وأقل عرضه للضغوط النفسية، وأكثر مقاومة للإحباط، وقادراً علي حل مشكلاته بشكل إيجابي. (نسرين عبد الرحمن جمبي، ٢٠٠٨، ٤٢).

مشكلة الدراسة:

يعد الصرع أحد الأمراض العضوية العصبية التي تصيب مخ الإنسان، وقد نال هذا المرض ومريضه المصاب به أهمية كبيرة وواضحة بين الأمراض العصبية لما له من تأثير واضح في حياة المريض وذويه بل وعلى كل المحيطين بالمريض، فالصرع هو حالة عصبية تحدث من وقت لآخر نتيجة لإختلال وقتي في النشاط الكهربائي الطبيعي للمخ، و ينشأ النشاط الكهربائي الطبيعي للمخ من مرور ملايين الشحنات الكهربائية البسيطة من بين الخلايا العصبية في المخ وانتشارها إلى جميع أجزاء الجسم، وهذا النمط الطبيعي من النشاط الكهربائي من الممكن أن يختل بسبب انطلاق شحنات كهربائية شاذة متقطعة لها تأثير كهربائي أقوى من تأثير الشحنات العادية، ويكون لهذه الشحنات تأثير على وعي الإنسان وحركة جسمه وأحاسيسه لمدة قصيرة من الزمن، هذه التغيرات الفيزيائية تسمى تشنجات صرعية(عبد الله بن محمد الصبي، ٢٠٠٦) (L organization mondiale dela sante, 2018, 28).

وأشار كلاً من الملط، أبو همار، راشد وراغب (Al- Malt, Ao Hammar, Rashed & Raga 2020) إلي أن نسبة الإصابة بالصرع في مصر هي ١٢,٦٧شخص لكل ١٠٠٠، و في السياق ذاته أشار فرغلي، عبد الحميد، حسن، سليمان، يحيي، و حمدي (Farghaly, Ad El hamed, Hassa, solima, Yhia& Hamdy (2018) في دراسة مسحية أجريت في صعيد مصر، أن معدل الانتشار في الصعيد هو٩,٧ حالة لكل ١٠٠٠ شخص، مع انتشار أعلي لدي الأطفال مقارنة بالمراهقين، لتصل النسبة إلي ١٠,٨ حالة لكل ١٠٠٠ شخص، كما كشفت نتائج الدراسة المسحية أن نحو٥٩ % من المرضي لديهم صرع ذاتي العلة.

و ترى (أحلام باشن، مريم مسعودان، ٢٠٢٢، ١٦) أن النوبات الصرعية تحدث

لدى نصف بالمائة من سكان أي مجتمع تقريبا ويؤثر الصرع على كل الفئات العمرية ، وتأثيره على الذكور يفوق بنسبة قليلة تأثيره على الإناث، واستناداً على بعض التقديرات فإن١٤بالمائة من مرضى الصرع هم تحت السن الخامسة عشر سنة، و٦٢ بالمائة مابين ستة عشر وستون عاماً و٢٤ بالمائة أعمارهم أكثر من الستون عاماً.

واعتبر(عبد الله بن محمد الصبي، ٢٠٠٦ ، ٧) أن الأشخاص الذين يصابون بنوبتين أو أكثر مرضى بالصرع، والصرع مرض يصيب حوالي ١% من سكان العالم أي ما يعادل٥٠ مليون شخص، ويصيب مرض الصرع النساء والرجال من كل الأعمار إلا أنه عادة ما يظهر في المراحل العمرية الصغيرة أو المتقدمة.

كما قال (سامي عبد القوي،١٩٩٤، ٢) أن نصف المصابين بالصرع أو أكثر يبدأ عندهم المرض في سن الطفولة، أين يكون النضج في دماغ الطفل غير مكتمل عند الولادة، ويتواصل النضج إلى غاية المراهقة، وهذا يفسر سهولة ظهور النوبات لهشاشة المخ، أما بين٢٠ إلى٦٠ سنة يقل تواتر الإصابة بالمرض، وبعد٦٠ سنة أي تبدأ الشيخوخة بالظهور وهو ما يعرض الفرد إلى عوامل خطر وراثية خاصة بالسن ومنه فتواتر الإصابة بالمرض يرتفع مجدداً، لذا تعتبر المشاكل الصحية كالأمراض والحوادث من العوامل التي تؤثر على الحالة النفسية للفرد، فالإنسان أحاسيس ومشاعر ووجدان يتأثر بما يحيط به، كما يتأثر بما يعاني منه(مريم سليم،٢٠٠٢، ٤٩٣).

وقد مر مصطلح الصرع بمراحل نظرية عديدة، فقد سمي بمصطلح النوبة المحقوفة ثم مصطلح الصرع النفسي الحركي، وبعدها أطلق عليه صرع الفص الصدغي، وأخيراً سمي باسم الصرع الجزئي المعقد على أحد أنواع الصرع(سامي عبد القوي،١٩٩٤،٦).

وتُعتبر النوبات البؤرية واحدة من أنواع الصرع الأكثر شيوعاً بين الأطفال

والبالغين على السواء (Jambaque, 2001: 97) ، وهي النوبات التى تبدأ فى منطقة محددة بأحد شِقَّى المخ، وقد تُحدث تغيراً فى الوعي يمكن أن يتراوح بين عجز المريض عن الاستجابة لأوامر بسيطة ، وصولاً إلى العجز عن الاستجابة على الإطلاق(Mccandless, 2012,167) ، و عادة تنشأ فى الفص الصدغي أو المناطق الجبهية الصدغية(Orsini, Van Gorp, & Bonne, 1988, 104) ، وتشمل كل النوبات المرتبطة بالتموضع الشاذ فى بنية المخ(Lang, 2009, 595).

كما أوضح " Lachemia " أن الصدمات التي يتعرض لها الإنسان طوال حياته وخاصة في مرحلة الطفولة ممكن أن تكون هي السبب في إصابته بالاكتئاب فتكون إذن الأسباب الخارجية هي المسؤلة عن تسيب المرض عنده. إلا أن هناك أسباب أخرى تكون السبب في إصابته بهذا الداء ومن هذه الأسباب نجد الإصابات الجسدية كبعض أمراض الجهاز العصبي، الإختلالات الدماغية أو العقلية، وتصلب الشرايين، إصابات أخرى من بينها بعض أنواع الصرع. (Lachemia,1999 p54)

كما أوضح دومار ١٩٩٠ أن الأمراض العصبية كمرض الصرع هي أمراض تتميز في غالب الأحيان بآفات دماغية، ومن الممكن أن تكون هذه الآفات هي السبب في الإضطرابات النفسية. (Domar,1990,p387)، لذا فالمرض له عواقب نفسية واجتماعية وخيمة، فمريض الصرع يعاني من نظرة الآخرين السلبية له، كما يعاني من القلق والخوف الدائم من تعرضه لنوبة صرعية، وكذلك يعانى من الخوف من الموت نتيجة تعرضه لنوبة صرعية في أماكن خطرة بالدماغ، وصعوبة الحصول على وظيفة والزواج مما يؤدي إلى إصابته بالإكتئاب والإنعزال وغيرها من المشاكل النفسية والاجتماعية. (أسماء خلاف، يوسف عدوان، ٢٠١٧، ٣٢٨).

وتعد أعراض الاكتئاب أكثر تكراراً فى الصرع في حالة التموضع في الفص

الصدغي مقارنة بالتموضع خارج الفص الصدغي أو الصرع العام، ومع ذلك عديد من الدراسات الأُخرى لم تكن قادرة على توثيق أي من هذه الفروق، وقد أُقترحت عدة تفسيرات لهذا وهي آليات ملازمة أو مُضافة قد تلعب دوراً فى تطور أعراض الاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من صرع الفص الصدغي، فقد تم ملاحظة أن عديد من المرضى الذين يعانون من صرع الفص الصدغي لديهم أكثر من نوع نوبة واحدة، وأن عدد النوبات بدلاً من موقع التموضع قد يكون أكثر اتصالاً، كذلك تكرار النوبات كان هام في التنبوء بأعراض الاكتئاب من موقع التموضع، كما تم تحديد عوامل خطر أخرى مثل سن البداية، وتجنيب البؤر في الفص الصدغي قد يضع المرضى في خطر أعلى أو أقل بموقع البؤر الواحدة، وبالمثل الاختلال الوظيفي للفص الجبهي بالإضافة إلى الفص الصدغي قد يكون عامل خطر هام في نمو وتطور الاكتئاب لدى مرضي الصرع الفص الصدغي.

(Garcia, 2012: 1; Swinkels, Boas, 2006 , Van .Dyck, 2018)

وقد ذكرت العديد من الدراسات ارتفاع معدلات الاكتئاب، والحالات الانتحارية لدى البالغين (الشباب) الذين يعانون من الصرع، ويتزايد إدراك أن الاكتئاب لدى الشباب المصابين بالصرع شائع، ولكن في كثير من الأحيان اضطراب غير معترف به، لذلك فإن التحديد المبكر والعلاج في كلتا الحالتين أمر حاسم للحد من مخاطر الانتحار، والتأثير السلبى على نوعية الحياة؛ ففضلاً عن عواقبه من حيث معدل الوفيات، والحالات المرضية؛ فهو مازال مصدر قلق كبير لأولئك المسئولين عن المرضى، كما أن الآليات الكامنة وراء هذا الارتباط بين الصرع والاكتئاب لم يتم بحثها كما ينبغي، ولايزال عديد من الأطباء والمرضي يعتقدون أن الصرع والاكتئاب يمثلان علاقة سبب ونتيجة .

(Reilly, .Agnew, & Neville, 2011, 589; Valente & Busattofiho, 2013: 184)

وفي هذا الصدد يرى ديلوريو وآخرون (Dilorio et al, 2004 , 926-936) أن للمساندة الاجتماعية دور لا يستهان به في تحسين الفعالية الذاتية لدى المرضي، وعرفت المساندة الاجتماعية بأنها الدعم المادى أو المعنوى الذي يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مواجهة المرض والتخفيف من الآم العضوية و النفسية الناتجة عن المرض (محمد بيومى خليل، ١٩٩٦، ١٠٠).

كما أن المساندة الاجتماعية تعمل على نقل الإحساس و الشعور للمرضى بأنهم ليسوا بمفردهم في مواجهة ضغوط المرض و التهديد وأنهم أصبحوا محل رعاية و تقدير و احترام من قبل المحيطين بهم (بشرى إسماعيل أحمد، ٢٠٠٤، ٩٠).

وفي هذا الصدد نجد العديد من الدراسات التي أوضحت مدى أهمية المساندة الاجتماعية بالنسبة للمرضى، نذكر منها دراسة والستون وآخرون (Wallston et al, 1983) التي كشفت عن دور المساندة الاجتماعية في تعزيز احتمالات الشفاء لدى الأشخاص الذين يعانون من المرض (شيلي تايلور، ٢٠٠٨، ٤٥٠)، وهناك دراسات أخرى أشارت إلي أهمية المساندة الاجتماعية بالنسبة لسلوك المريض تجاه مرضه ونذكر منها دراسة كريستنسن وآخرون Chirstensen et al, 1992 التي أوضحت أن الأفراد الذين حصلوا على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية يكونوا في الغالب أكثر إلتزاماً بالنظام العلاجي الخاص بهم (شيلي تايلور، مرجع سابق، ٤٥٠).

ويتفق (1990,Rutter) و(Russell.1990) بأن العلاقة التي يسودها الحب والدفء فهي تمثل مصدراً للوقاية من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة فإنها ترفع بين تقدير الفرد لذاته وفاعليته وهما عاملان يساعدان الفرد على

مواجهة الأحداث الضاغطة بشكل ايجابي، ويخففان من الآثار المترتبة على التعرض لها، والتأثير الايجابي على الصحة النفسية للأفراد، وتجعلهم أكثر صلابة وفاعلية وقدرة على المواجهة وأقل اكتئاباً، أما إدراك الفرد لعدم وجود مساندة اجتماعية فإنه يشعر بعدم القيمة وعدم القدرة على المواجهة، وتكون هنا بداية ظهور الأعراض الاكتئابية، حيث يفقد السند عند المحنة.(حسين علي فايد، ٢٠٠٥، ٣٤٢-٣٤٣)، ويصاب بالإكتئاب الذكور والإناث على حد سواء، الصغار والكبار والمسنين لا يفرق بين مستوى التعليم والثقافة ولا المستوى المادي، الجميع عرضة للإصابة به .(حمزة الجبالي، ٢٠١٦، ٤١).

ويعتقد كيترونا (١٩٩٦) بوجود علاقة ارتباطية بين نقص المساندة الاجتماعية (الحجم، الرضا) ونشأة واستمرار الأعراض الاكتئابية والشعور باليأس لدى فئات عمرية مختلفة، فالأشخاص منخفضي المساندة الاجتماعية من المكتئبين يتسمون بالتقييم السلبي للذات، والنظرة السلبية للعالم والمستقبل، وتوقع الفشل في كل محاولة، وتعميم هذا الفشل، والتشويه المعرفي، وفقدان الأمل، والقابلية للاستثارة. (مروان عبد الله دياب، ٢٠٠٦، ٦٧) وفي هذا الصدد تؤكد نتائج دراسة "برجمان وآخرون" (٢٠٠٨) أن المساندة الاجتماعية ترتبط سلباً بأعراض الاكتئاب، كما أكدت أن المساندة الاجتماعية تزيد من شعور الفرد بالرضا عن ذاته وعن حياته (إسماعيل الهلول وعون محسن، ٢٠١٣، ٢٢١)، ونتائج دراسة "عبد الله" (١٩٩٥) أكدت وجود علاقة سلبية بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب وذلك سواء فيما يتعلق بحجم المساندة أو درجة الرضا عنها أو الدرجة الكلية للمساندة (أمل عبد الرزاق المنصوري، هناء صادق البدران، ٢٠١٠، ١٠٣)

وأكدت دراسة "جولي بيث" (١٩٩٩) على وجود علاقة ارتباطية دالة بين انخفاض مستويات المساندة الاجتماعية وظهور اضطرابات في الشخصية ووجود مستويات عالية من الأعراض الاكتئابية. (عبد السلام علي ، ٢٠٠٥، ٦١).

كما أكدت نتائج دراسة كل من "سارنوف وزمبرادو" (١٩٩٠) أن المساندة الاجتماعية تخفف من الاستجابات النفسية السالبة الناتجة عن أحداث الحياة الضاغطة والتي تتمثل في مشاعر القلق، والتوتر والإحباط، ويرى "أرجايل" ودك" أن "اقتران افتقاد القدر المناسب والملائم من المساندة الاجتماعية من الأصدقاء يؤدي بالعديد من مظاهر اختلال الصحة الجسمية والنفسية، وفيما يتصل بالصحة النفسية يتبين أن الأشخاص الذين يفتقدون المساندة من الأصدقاء يكونون أكثر استهدافا للإصابة باضطرابات نفسية منها: الاكتئاب، والقلق، ومشاعر الملل، والسأم، وانخفاض تقدير الذات، كما يعانون من التوتر والخجل الشديد، والعجز عن التصرف الكفء عندما تضطرهم الظروف إلى التفاعل مع الآخرين". (عبد السلام علي، مرجع سابق، ١٥).

لذا حظيت المساندة الاجتماعية اهتمام كبير من جانب الباحثين اعتمادا علي مسلمة مفادها أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الجماعات المختلفة التي ينتمي إليها (زملاء العمل أو الدراسة، الجيران، الأصدقاء ، الأسرة تقوم بدور كبير في خفض الأثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد، كما أنها مصدر مهم يقدم تأثير إيجابي ومباشر للسعادة النفسية للأفراد. (محمد السيد، ٢٠١٠، ٢٨٩)

أي أن المساندة الاجتماعية التي تقدم للفرد من الأخرين، تمنحه القدرة علي مقاومة الأضطرابات النفسية وحل مشكلاته، وتوصل كل من , Holaha et Moos 1991 إلي أن سمات الشخصية و المساندة الاسرية هي بمثابة عوامل وقائية ، تخفف من واقع الضغوط المرتفعة علي الأفراد (حسين علي فايد، ٢٠٠٠، ٣٤٦)، كما توصل حسين علي فايد من خلال دراسة أجراها علي الراشدين ، إلي وجود فروق بين منخفضي ومرتفعي المساندة الاجتماعية في الأعراض الإكتئابية في جانب

منخفضي المساندة الاجتماعية.

كما أسفرت نتائج دراسة كلا BnaäNorris et mureel.1984 إلي أن زيادة الأعراض الاكتئابية بمرور الوقت ترجع إلي انخفاض المساندة الاجتماعية و ارتفاع عدد أحداث الحياة السيئة التي يخبرها الفرد. (شعبان جاب الله رضوان وعادل محمد هريدي، ٢٠٠١، ٧٨-٧٩).

ومن هذا المنطلق جاءت فكرة الدراسة الحالية، وذلك بعد الرجوع والإطلاع علي الدراسات السابقة والبحوث التي سببت لنا هذه الدراسة التي ربطت بين المتغيرات السابقة (الصرع، القلق، الاكتئاب، المساندة الاجتماعية) **وبهذا حاولنا طرح التساؤلات الآتية:**

١- هل توجد علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية والقلق لدى مرضى الصرع؟

٢- هل توجد علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى مرضى الصرع؟

٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق تبعاً لمتغير موضع البؤرة الصرعية (الفص الأمامي، الفص الصدغي الأيمن، الفص الصدغي الأيسر) لدى مرضى الصرع؟

٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب تبعاً لمتغير موضع البؤرة الصرعية (الفص الأمامي، الفص الصدغي الأيمن، الفص الصدغي الأيسر) لدى مرضى الصرع؟

٥- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق تبعاً لمتغير تكرار النوبة الصرعية (يومياً، أسبوعياً، شهرياً، سنوياً) لدى مرضى الصرع؟

٦- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب تبعاً لمتغير تكرار النوبة الصرعية (يومياً، أسبوعياً، شهرياً، سنوياً) لدى مرضى الصرع؟

أهداف الدراسة:

تتحدد أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

- التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية و القلق و الاكتئاب لدى مرضى الصرع.
- التعرف على الفروق في القلق تبعا لمتغيرات(موضع البؤرة الصرعية، تكرار النوبة الصرعية) لدى مرضى الصرع.
- التعرف على الفروق في الاكتئاب تبعاً لمتغيرات(موضع البؤرة الصرعية، تكرار النوبة الصرعية) لدى مرضى الصرع.

أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة في جانبين هما:

أولاً: الأهمية النظرية:

١-تتضح أهمية الدراسة في المتغيرات التي تتناولها و منها:

- **متغير المساندة الاجتماعية** الممثل فى إقامة علاقات اجتماعية مشبعة مع الآخرين ويدركون أن هذه العلاقات يوثق بها وأفضل لصحتهم النفسية عن غيرهم ممن يفتقدونها ، كما أن الأشخاص الذين يمرون بضغوط مؤلمة و أمراض تتفاوت استجابتهم للأمراض والضغوط تبعًا لتوفر مثل هذه العلاقات الودودة والمساندة ،حيث يزداد احتمال التعرض للاضطرابات النفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية، وقد وجدت الباحثة ندرة في الدراسات التى تناولت المساندة الاجتماعية لدى مرضى الصرع، لذا أرادت الباحثة أن توضح دور المساندة الاجتماعية من أجل استغلالها في تقليل الاضطرابات النفسية لدى مرضي الصرع.
- **متغير القلق والاكتئاب** على اعتبار أنهم من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً

وارتفاعاً لدى مرضي الصرع .

٢- تتضح أهمية الدراسة في أهمية العينة التي تتناولها، وهى عينة مرضي الصرع المراهقين حيث يعانوا من التهميش وقد تحتاج تلك الفئة إلى رعاية واهتمام نظراً لطبيعة تلك المرحلة النمائية والحالة المرضية.

٣- محاولة الإسهام في تقديم تفسيرات نظرية أوسع حول متغيرات الدراسة من أجل محاولة إثراء الجانب النظري لمتغيرات الدراسة وهي(المساندة الاجتماعية، القلق، الاكتئاب، مرض الصرع).

الأهمية التطبيقية:

١- تسهم نتائج الدراسة في إعداد برامج إرشادية وقائية لدى مرضي الصرع.

٢- لفت انتباه الباحثين والمختصيين في المجال لهذه الفئة من أجل الاهتمام بهم، وإلقاء الضوء على الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً والتي يعاني منها هؤلاء المرضي من أجل مساعدتهم فى التقليل من أعراض تلك الاضطرابات.

٣- تفيد هذه الدراسة في وضع برامج توعوية و إرشادية لأسر المرضى المصابين بالصرع لتزودهم بمعلومات عن أهمية دور المساندة الاجتماعية لمرضاهم و مدى تأثيرها على الجانب النفسي لمريض الصرع.

مفاهيم الدراسة:

المساندة الاجتماعية:

تعرف إجرائياً على أنها الدعم الانفعالي والمادي والأدائي الذي يتلقاه الفرد من قبل الآخرين المحيطين به، والأسرة ، والأصدقاء، والجيران، وزملاء الفصل ، ومدى قدرة الفرد على تقبل و إدراك هذا الدعم ، والذي يمكن التعبير عنه وتقديره من خلال الدرجة

التي يحصل عليها المفحوص في مقياس المساندة الاجتماعية إعداد أسماء السرسي، أماني عبد المقصود، ٢٠٠٠.

القلق:

عرفه Speillberger بأنه انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الاحساس بالتوتر وخوف لا مبرر له واستجابة مفرطه لمواقف لا تشكل خطراً ، ويستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها.

سمة القلق:

هو عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً حتى تنبهه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية فتثير حالة القلق، و يتوقف مستوى إثارة حالة القلق عند الانسان على مستوى استعداده للقلق.و يمكن التعبير عنه وتقديره من خلال الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس سمة القلق إعداد سبيلرجر ترجمة محمد سعد الدين، ١٩٨٥.

الاكتئاب:

يعرف إجرائياً على أنه حالة من الحزن الشديد يشعر فيها المريض بعدم الرضا، البكاء، الوحدة ، والتعاسة، وفقدان القدرة علي النشاط وصعوبة في التركيز مع اضطراب في الشهية للطعام و أحلام مزعجة، ويخيم الإتجاه السلبي إتجاه الأشياء التي كان ينظر إليها نظرة إيجابية، ويمكن التعبير عنه وتقديره من خلال الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس الاكتئاب لبيرلسون، ترجمة عبد العزيز موسي محمد ثابت. ١٩٨٧.

الصرع : هو خلل في الجهاز العصبي يتجلى في نوبات أو دوار أو أعراض تصيب المرء على فترات غير منتظمة، فيقع أرضاً ويصاب بالتشنج العضلي، كما قد يفقده وعيه وهناك درجات من الصرع الكبير والجزئي. (محمد عواد، ٢٠٠٦ ، ٣٣٣ – ٣٣٤)

الإطار النظري:

المساندة الاجتماعية:SOSIAL SUPPORT

تعريف المساندة الاجتماعية:

يرى (عبد السلام على ،٢٠٠٥، ١٣) أن المساندة الاجتماعية هي الدعم المادي والعاطفي والمعرفي الذي يستمده الفرد من جماعة الأسرة أو زملاء العمل أو الأصدقاء في المواقف الصعبة التي يواجهها في حياته، وتساعده على خفض الآثار النفسية السلبية الناشئة من تلك المواقف، وتساهم في الحفاظ على صحته النفسية والعقلية.

وعرفها ويمس (Weems) بأنها علاقات اجتماعية تتميز بالمودة والصداقة الحميمة، والتكافل الاجتماعي، واحترام الفرد، وتقديم المساعدة المادية والعاطفية له، بحيث تكون صلة الفرد بالآخرين مبنية علي الثقة والمساندة المتبادلة (جمال السيد تفاحة، ٢٠٠٥، ١٣٠).

وعرفها (محمد بيومي خليل، ١٩٩٦) بأنها كل دعم مادي أو معنوي يقدم للمريض مما يرفع من روحه المعنوية ويساعده على مواجهة المرض، وتخفيف آلامه العضوية والنفسية الناتجة عن المرض".

ويضيف كل من جونتري و كودوين Gentry & Goodwin , 1995 بأن المساندة الاجتماعية تعبر عن شبكة العلاقات التي تقدم مساندة للفرد بصرف النظر عن الضغوط النفسية الموجودة داخل حياته، وهي تكون موجودة أما أثناء حدوث الضغوط النفسية أو أن يكون لدى الفرد إدراك بأنها ستنشط في حالة وجود الضغوط. (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، ٢٠١٥، ١٧٢).

لذا يمكن القول بأن المساندة الاجتماعية تمثل كل ما يقدم للفرد من علاقات اجتماعية داعمة في المواقف الصعبة والضاغطة التي يواجهها في حياته وتساعده علي

مواجهة تلك المواقف وخفض آثارها السلبية وبالتالي يستطيع الحفاظ علي صحته النفسية.

مصادر المساندة الاجتماعية:

تختلف مصادر المساندة الاجتماعية باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، إذ أنه في مرحلة الطفولة تكون المساندة مكونة من (الأم والأب والأخوات)، وفي مرحلة المراهقة تتمثل في جماعات الأصدقاء والأسرة، أما في مرحلة الرشد تتمثل في الزوج أو الزوجة وعلاقات العمل والأبناء. (Leavy, 1983,5)

ويذكر (محمد رفيق الكحلوت، ٢٠١٦، ١٨) أن هناك نوعين من مصادر المساندة الاجتماعية:

- المصدر الأول: المساندة الرسمية:

وهي المساندة الممثلة في تقديم المساعدات الطبية والعاطفية والمعلوماتية والتشجيعية وغيرها من أنواع المساعدات (Hall, 2008, 18).

فقد حرص المجتمع بمختلف مؤسساته علي تقديم المساندة للأفراد وخاصة في وقت الأزمات والمشكلات للمساعدة الأفراد في تخفيف الألام والمعاناة وتتمثل هذه المساندة في أنها مادية وعينية أكثر منها نفسية (محمد رفيق الكحلوت، ٢٠١٦، ١٨).

المصدر الثاني: المساندة الغير الرسمية:

ويقصد بها المساعدات التي يتلقاها الأفراد من العائلة والأصدقاء والجيران والزملاء وهي خارج كل الأطر المؤسساتية ، فالأسرة هي من أهم مصادر المساندة الاجتماعية بالنسبة للفرد وأكثر تأثيراً في حياته وهي مشتركة في كافة مراحل عمر الفرد، وهي التي تساعد في اكتساب الفرد في مختلف الخبرات، وتساعد في تكوين شخصيته وتقديره لذاته. (محمد رفيق الكحلوت، مرجع سابق، ١٩).

لذا تعد المساندة الاجتماعية أحد المصادر الهامة لمرضى الأمراض المزمنة، فالمرضي الذين يتمتعون بعلاقات اجتماعية جيدة من الأرجح أن يكون تكيفهم مع المرض إيجابياً، ولقد وجدت تلك العلاقة لدى مرضي السرطان والتهاب المفاصل والكلي وغيرهم من المرضي، حيث كانت المساندة الأسرية للمريض الذي يعاني من مرض مزمن أمراً في غاية الأهمية، ليس لأنها تعزز الأداء الجسمي والعاطفي للمريض فقط، وإنما لأنها تعزز التزامه بالعلاج أيضاً. (شيلي تايلور، ٢٠٠٨، ٥٤٦)

أهمية المساندة الاجتماعية:

١- المساندة الاجتماعية تؤثر بطريقة مباشرة علي سعادة الفرد.

٢- المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد علي المقاومة والتغلب علي الإحباطات، وحل المشكلات بطريقة جيدة ومقاومة الأحداث الصادمة.

٣- المساندة الاجتماعية تخفض من أعراض القلق والإكتئاب.

٤- المساندة الاجتماعية تساعد الفرد علي تحمل المسؤلية، وتبرز الصفات القيادية له.

٥- المساندة الاجتماعية تزيد من شعور الفرد بالرضا عن ذاته، و عن حياته مما يتسني له تقدير ذاته لاحقا. (محمد عودة، ٢٠١٠، ٥٢).

النظريات والنماذج التي فسرت المساندة الاجتماعية:

نظرية التعلق الوجداني:

أوضح بولبي أن الأطفال يولدون وهم بحاجة إلى التفاعل الاجتماعي الذي يمكن اكتسابه عن طريق التعلق والتفاعلات مع الكبار وخاصة مع الأم، فالأم تزود أطفالها بمشاعر الحنان، وتشعرهم بالمودة من خلال استجاباتها للرضيع بضمه إلى صدرها بحنان، وهذا من شأنه أن يشعر الرضيع بالراحة والأمان، ولا يقتصر سلوك التعلق على الدور الذي يلعبه نمو الروابط الوجدانية بين الوالدين والطفل فحسب، بل يعتمد

ويمتد ليشمل علاقة الراشد بغيره، فسلوك التعلق ليس له نهاية محددة. وقد افترض بولبي أن الأفراد الذين يقومون بروابط تعلق طبيعية مع الآخرين يكونوا أكثر أمنًا واعتمادًا على أنفسهم من الآخرين الذين يفتقدون هذه الروابط، وفي حالة عدم إشباع تلك العلاقة أو توافرها يصبح الفرد عرضة للعديد من المخاطر والأضرار البيئية التي تؤدي إلى عزلته وابتعاده عن الآخرين، لذا تركز النظرية على استخدام المساندة الاجتماعية المتاحة لتجنب الاضطرابات النفسية التي قد يتعرض لها الفرد والتخفيف منها (درداح الشاعر ، ٢٠٠٥، ٨٩).

٢. نظرية المحنة الوجدانية :

تنص علي أن الفرد يصبح عرضه للآلم من خلال الخوف أو الغضب أو الاحتياجات الجسمية، والذي قد يخلق أجواء غير مريحة له ولذلك يسعى الفرد إلى الالتصاق بالآخرين من إشباع انفعالاته وتوفير الاحتياجات من أجل الحصول على الراحة، وهذه المقاومة هي صفة أساسية للتعلق وهنا يجب التفريق بين السعي للبقاء بقرب أشخاص بعينهم والتعلق بهم، وبين الاعتماديات وجذب الاهتمام في الشكل العام، وتكون رابطة التعلق تنطوي على السعي للبقاء بالقرب من ممثل التعلق (مايكل راتر، ١٩٩٢، ١٤).

كما قدم كوهين ووليز نموذجين لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية في مواجهة المشقة الصحية وهما ممثلين في الآتي:

- **نموذج تخفيف الأثر:**

وضع كوهين ووليز ١٩٨٥ آليتين لتفسير كيفية قيام المساندة الاجتماعية بالتخفيف من آثار المشقة والضغوط الواقع تحتها الأفراد، **وهى كالتالي:**

١- الآلية الأولي:

تؤثر المساندة علي العمليات المعرفية الإدراكية للفرد الذي يقع تحت المشقة،

بمعنى أن الفرد الذى يواجه مشقة مرتفعة كأزمة مالية مثلاً في حالة توفير مساندة له من قبل الأشخاص المحيطين به سواء كانت عن طريق مساعدته مالياً أو تزويده بعمل يساعده على كسب المال، فيدرك الموقف بأنه لم يعد شاقاً.

٢- الآلية الثانية:

تدخل المساندة الاجتماعية من أجل تعديل آثار أحداث الحياة المسببة للمشقة والنواتج المترتبة عليها، بمعنى أن الأشخاص المحيطين بالفرد يعملوا على تهدئته وإقناعه بأن المشكلة ليست مهمة أو يحاولوا التقليل من مخاوفه وتشجيعه على التركيز على الجوانب الإيجابية الموجودة في حياته، وبالتالى يغير الفرد صورته عن ذاته وعن الموقف (هناء أحمد شويخ، ٢٠٠٧، ٩٢-٩٣).

- **نموذج التأثير الرئيسي:**

يقترح النموذج أن للمساندة تأثير مفيد على حياة الفرد وصحته الجسمية بصرف النظر عما إذا كان هذا الفرد يقع تحت مشقة أم لا، ومن تأثيراتها الإيجابية الممثلة في تعديل صورة الفرد عن ذاته وإحساسه بالانتماء سواء أكان يمر بحدث شاق أم لا ، كما أن شعور الشخص باهتمام الآخرين به في المراحل المبكرة للمرض يؤدي إلى تشجيعه على الاهتمام بصحته قبل أن يتفاقم المرض لديه، وكذلك تشجيعه على اتخاذ أسلوب حياة صحي، كما أن شعور الفرد بالمساندة الاجتماعية يؤثر على مدى مداومته لممارسة التمارينات، وتناوله للعقاقير والأدوية بانتظام، وإتباع نصائح الطيب مقارنة بغيره ممن لا يتلقى المساندة الاجتماعية (هناء أحمد شويخ، ٢٠٠٧، ٩٣-٩٤).

ثانياً: القلق: Anxiety

تعريف القلق:

رأي ريشتر Ää richter القلق شعور غامض غير سار بتوقع الخطر والخوف

والتوتر ، ويأتي في نوبات تتكرر في نفس الشخص ويكون مصحوباً بظهور إحساسات جسمية مثل الشعور بالضيق في التنفس أو إزدياد شدة نبضات القلب أو الصداع. (Richter,1995,p58)

وأما سبيلبرجر spillberger" فعرف القلق بأنه إنفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والإستقرار مع الإحساس بالتوتر والخوف اللامبرر له، وإستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطراً يستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها(جاسم محمد عبد الله المرزوقي،٢٠٠٨ ،٣٧).

وذكرت (سعاد جبر سعيد، ٢٠٠٨، ٢٣) أن القلق هو التوتر وانشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم، ويكون مصحوبا بأعراض جسمية كآلام العضلات، والشعور بعدم الطمأنينة، وعدم الاستقرار.

وعرف كذلك بأنه حالة من الشعور بالاضطراب والضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح تجاه ألم أو مشكلة متوقعة (عبد العزيز المعاصي ومحمد عبدا لله الجيمان، ٢٠٠٩، ١٣)

ووفقاً للدليل الدولي للأمراض المراجعة العاشرة فإن تشخيص القلق يتطلب ظهور عرض واحد علي الأقل من تلك الأعراض الممثلة في خفقان القلب، صعوبة التنفس، الغثيان، الدوار، فقدان الإحساس(Ridley,Rao,Schilbacha, Patel, 2020)

مما سبق يمكن القول بأن القلق يمثل حالة انفعالية تنتاب الفرد يصاحبها الشعور بالتوتر المستمر، والضيق، والخوف بلامبرر، وانشغال الفكر والبال، وعدم الارتياح تجاه ألم أو مشكلة متوقعة، ويكون مصحوباً في الغالب بأعراض جسمية.

ويقسم سبيلبرجر القلق إلى نوعين:

أ – **القلق كحالة:** يمثل حالة انفعالية متغيرة تعتري كيان الإنسان، وتتميز بمشاعر

ذاتية من التوتر والتوجس، يدركها الفرد بوعي ويصاحبها نشاط في الجهاز العصبي المستقل، وقد تتغير حالة القلق في شدتها وتتذبذب عبر الزمن.

ب – **القلق كسمة** : تشير إلى فروق في القابلية للقلق، تشير إلى الاختلافات بين الناس في ميلهم على الإستجابة اتجاه المواقف التي يدركونها كمواقف مهددة، وذلك بارتفاع في شدة القلق.(سبيلبرجر جو رستن، 1985،4)

أسباب القلق:

الأسباب الوراثية:

تري أن القلق راجع إلي وجود اضطراب بيولوجي أو كيميائي، وقد أجريت دراسات إحصائية عن مدى انتشار الاضطرابات بين أقارب المصابين من الناس، ووجد أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض أكبر من احتمال إصابة من لا تربطهم صلة قرابة بواحد من المرضى(مصطفى نوري القمش،٢٠٠٧،٢٦٦)، وقد وجد سيلتر (١٩٦٢-١٩٦٩) أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى٥٠% وأن حوالي ٦٥% يعانون من بعض سمات القلق، وقد اختلفت النسبة في التوائم غير المتشابهة فوصلت إلى٤% فقط، أما سمات القلق فظهرت في١٣% من الحالات، لذا فالفرد يولد بالاستعداد الوراثي في جهازه العصبي للقلق النفسي، وتظهر أعراض المرض عند تعرض الفرد لانفعالات شديدة أو حالات الإحباط أو فقدان الأمن النفسي(أديب محمد الخالدي،٢٠٠٦،٢٠١)

العمر:

فالمرحلة العمرية قد تؤثر في نشأة القلق، لذا يزداد القلق مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ضموره لدي المسنين، لذا فأعراض القلق لدى الأطفال تختلف عن أعراضه لدى المراهقين وكذلك الراشدين. (عبد اللطيف حسين فرج،

٢٠٠٩، ١٥١)

الأسباب النفسية:

وهي الأسباب الناتجة عن الأفكار المكبوتة والنزعات والغرائز مما يؤدي إلى القلق، فالأفراد يختلفون في إستجابتهم لمشاعر القلق في المواقف التي يتعرضون لها، وممثلة في الإحباطات والصراعات بين الدوافع والاتجاهات(جاسم محمد عبد الله المرزوقي،٢٠٠٨،٤١)، وكذلك المخاوف التي يمكن أن تأتي إستجابة لأوضاع متنوعة، فالناس يخافون من الفشل والمستقبل وتحقيق النجاح، المرض، الموت، والوحدة وعذاب الآخرة وأشياء أخرى حقيقية أو وهمية، والتهديدات التي تأتي من خطر مدرك، تهدد قيمة الفرد كالقلق من رفض الآخرين أو القلق من إحتمال الرسوب في مادة دراسية. (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، مرجع سابق،٥١).

الأسباب الجسمية:

يقصد بها مدي تعرض الفرد لبعض الأمراض المزمنة والخطرة كالسرطان والسكر والربو و أمراض القلب، و الخلل في الوظائف العصبية والعوامل الكيميائية داخل الجسم (جاسم محمد عبد الله المرزوقي،مرجع سابق،٥١).

الأسباب الاجتماعية والبيئية:

وهي ممثلة في مواقف الحياة الضاغطة وإضطراب الجو الأسري وتفكيك الأسرة والوالدان العصبيان أو المنفصلان، وكذلك الطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال، مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان، وعدم الشعور بالأمن وتدني مفهوم الذات لديهم، وقد يرتبط هذا الشعور بأسلوب العقاب والتهديد، أو عدم الاتساق في التعامل مع الأفراد ولاسيما من قبل الوالدين أو فقدان أحد الوالدين بسبب الوفاة أو السفر (تيسير

حسون، ٢٠٠٧ ، ١١٦- ١١٧).

أعراض القلق:

أعراض القلق حسب DSM-IV :

أ- قلق زائد وانشغال قلقي (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة٦ أشهر على الأقل، حول عدد من الحوادث أو الأنشطة (مثل الانجاز في العمل أو المدرسة)

ب - يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال القلقي

ج- يصاحب القلق والانشغال القلقي ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر الأخيرة)

ملاحظة: يكفي بند واحد عند الأطفال.

١) تململ أو إحساس بالتوتر أو ضيق الحلق

٢) سهولة التعب

٣) صعوبة التركيز أو فراغ العقل (ثغرات في الذاكرة))

٤) إستثارة

٥) توتر عضلي

٦) إضطراب النوم (صعوبة النوم، نوم متقطع، نوم متململ وغير مشبع)

د - بؤرة القلق والانشغال القلقي ليست محصورة في مظاهر أحد اضطرابات المحور مثال، لا يكون القلق أو الانشغال القلقي حول حصول هجمة هلع (كما في اضطراب الهلع)، أو الحرج أمام الملأ (كما في الرهاب الاجتماعي)، أو وجود شكاوي جسدية عديدة (كما في اضطراب الجسدنة)، أو وجود مرض خطير (كما في توهم المرض)، ولا يحدث القلق أو الانشغال القلقي حصرا أثناء إضطراب الكرب ما بعد الصدمة. ي

هـ – يسبب القلق أو الانشغال القلقي أو الأعراض الجسدية ضائقة مهمة سريريا أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء الوظيفي.

و– لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء، أو عن حالة طبية عامة (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية)، ولا يحدث حصرا أثناء اضطراب المزاج أو إضطراب ذهاني أو إضطراب نمائي شامل (تيسير حسون، مرجع سابق ، ١١٦– ١١٧).

مستويات القلق: يوجد ثلاث مستويات للقلق وهي:

– المستويات المنخفضة للقلق:

إن هذا النوع من القلق يسمي بالقلق المفيد الذي يزيد استعداد الفرد لمجابهة الظروف الداخلية دون الحد من قدرته علي السيطرة التامة علي سلوكه (محمد حسين علوي، ١٩٩٤، ٢٢٧).

– المستويات المتوسطة للقلق:

إن هذا النوع من القلق يكون فيه الفرد أقل قدرة علي السيطرة علي استجاباته، ويتصف تصرفاته بالجمود وعدم التلقائية وتنخفض القدرة علي الابتكار، ويزداد الجهد المبذول للمحافظة علي االسلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة (عبد اللطيف حسين فرج،٢٠٠٩ ، ١٤٥).

– المستويات العليا من القلق:

عندما يصل القلق إلى المستوى العالي تصبح الآثار السلبية الناتجة عن القلق واضحة ومؤثرة علي سلوك الفرد وأدائه فيفقد قدراته علي التركيزوتكثر أخطاؤه ويكون عصبي بدرجة شديدة (نزار الطالب وكمال لويس، ٢٠٠٢، ٢١٢).

النظريات المفسرة للقلق:

النظرية العصبية البيولوجية:

تركز هذه النظرية علي الجانب العصبي التشريحي والكيميائي، حيث أوضحت أن اختلال توازن السيروتونين كأحد النواقل العصبية يرتبط بكل من اضطراب الصرع والقلق، كما أن وجود خلل في الناقل العصبي المثبط جابا الذي يوجد في الجهاز العصبي المركزي قد يكون سبباً في انتشار اضطرابات القلق لدى مرضي الصرع، أما الجانب العصبي التشريحي للنظرية فيركز علي دور كل من النواة المركزية و قرن آمون في انتشار اضطراب القلق لدي مرضي الصرع.

كما تبين أن التحفيز الكهربائي المباشر للجزء الأيمن من اللوزة المخية يثير مشاعر سلبية لدى الفرد كالقلق والخوف والحزن، بينما تحفيز الجزء الأيسر من اللوزة قد يؤدي إلى إثارة المشاعر السارة أو غير السارة لدى الفرد(Kwon & Park, 2014 Avedisova & et al, 2020)

النظرية النفسية الدينامية:

تركز علي دور العوامل النفسية في إحداث النوبات الصرعية ، ويعتبر كل من القلق والإجهاد أهم هذه العوامل المثيرة للنوبات الصرعية، وترى النظرية أن الصراعات اللاشعورية التي لا يمكن تجاوزها نفسياً تؤدي إلي الشعور بالقلق والتوتر اللذان قد يؤديا إلى مزيد من النوبات الصرعية. (Kimiskidis & et al, 2012)

ثالثاً : تعريف الاكتئاب: Depression

عرف (مجدي أحمد محمد ،٢٠٠٠، ١٨٥) الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد يشعر فيها المريض بعدم الرضا، ويأسه في مواجهة المستقبل وفقدان القدرة علي النشاط وصعوبة في التركيز مع اضطراب في النوم وشهية الطعام وأحلام مزعجة.

وفي ميادين علم فيزيولوجية الأعصاب، الإكتئاب هو إنخفاض النشاط الكهرو فيزيولوجي، فالإكتئاب هو المحطة الأخيرة لمرض القلق، ففي هذه المحطة يتبع الشعور بالذنب وضياع الرجاء كما يخيم الإتجاه السلبي إتجاه الأشياء التي كان ينظر إليها نظرة إيجابية، وهذه المشاعر ليست دائمة بل مؤقتة . (عمر بوجه، إسماعيل بن درف, ٢٠٠٨ , ٢٥)

وعرفه بيك بأنه خبرة معرفية وجدانية تصاحبها أعراض حزن وتشاؤم وأفكار انتحارية، وفقدان الاهتمام، والتردد، وانعدام القيمة وفقدان الطاقة وتغيرات في نمط النوم، وقابلية للغضب، وتغيرات في الشهية، وصعوبة التركيز، والإرهاق، والاجهاد، وفقدان الاهتمام بالجنس (أحمد عبد الخالق، ٢٠١١، ١٧٠) .

ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية فيعرف بأنه مجموعة من الأعراض الممثلة في حدوث تغيرات في الوظيفة النفسية وقلة الشهية وفقدان الوزن وزيادة النوم أو الأرق، والتعب، وصعوبة في التركيز، والشعور المفرط بالذنب، والتفكير في الانتحار (Ridley & et al, 2020).

اجتمعت التعريفات السابقة على أن الاكتئاب يمثل حالة انفعالية تنتاب الفرد يصاحبها الشعور بالحزن الشديد وفقدان النشاط وصعوبة في التركيز والإرهاق والتعب والشعور بإنعدام القيمة وأفكار انتحارية.

أنواع الاكتئاب:

الاكتئاب الخفيف:

في حالة الإصابة بالاكتئاب الخفيف، يشعر الفرد بتعكر المزاج من وقت إلى أخر، وعادة ما يظهر علي الفرد بعد التعرض لحدث مرهق فيسيطر القلق علي المريض ويصبح محبطاً في الحقيقة، غالباً ما تكون تغيرات أسلوب الحياة كافية

للإصابة بهذا النوع من الاكتئاب.

- الاكتئاب المتوسط:

في حالة إصابة الفرد بالاكتئاب المتوسط، يتعكر المزاج بشكل دائم، وتظهر عليه بعض أعراض المرض الجسدي، كما إن هذه الأعراض تختلف من شخص إلى أخر، وهذا النوع من الاكتئاب لا تسببه التغيرات التي تطرأ علي أسلوب الحياة لوحدها، وهنا يحتاج الفرد عند إصابته بالاكتئاب المتوسط إلى مساعدة طبية (كوام مكنزي ،٢٠١٣ ، ٣٦).

- الإكتئاب الشديد:

يعتبر الاكتئاب الشديد مرضاً يهدد حياة الإنسان ويترك علي الجسم أعراضاً شديدة لذلك يشعر المكتئب في هذه الحالة بأعراض جسدية وتراوده التوهم والهلوسة ويحتاج الكتئب إلى الاتصال بالطبيب في أسرع وقت تجنباً لخطر الأقدام على الانتحار (كوام مكنزي، مرجع سابق، ٣٧).

أسباب الاكتئاب:

أسباب وراثية:

تلعب الوراثة دور هام و ذو تأثير في الإصابة بالاكتئاب، حيث تشير الدراسات والبحوث أن الجينات الوراثية لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب، وقد وجد أن ٥٠% من حالات الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب يكون أحد الوالدين مصاب بالمرض نفسه، فإذا كانت الأم أو الأب مصاباً بهذا المرض فإن طفلهما يكون عرضه للإصابة بنسبة ٢٥% إلي ٣٠% ، وأما إذا كان الوالدين مصابين بالمرض نفسه فإن نسبة إصابة طفلهما ترتفع إلي٧٠%(عبد المنعم الميلادي، ٢٠٠٦، ٦٣) ، وجد أن نسبة حدوث مرض الإكتئاب تزداد عند التوائم المتطابقة بحيث تصل هذه النسبة إلى

حوالي٠ ٧% ، وكذلك تبلغ نسبة الإصابة بين الأقارب من الدرجة الأولى حوالي٢٠ % (ثائر عاشور ، ٢٠١٧ ، ٢٥).

أسباب نفسية:

- تلعب العوامل النفسية دور كبير في الإصابة بالإكتئاب ومن هذه العوامل ما يلي: الشعور بالوحدة والعزلة وفقدان المساندة الإجتماعية، التفكير الخاطئ غير الواقعي كالشعور بالفشل والخسارة والحرمان، وتعرض الفرد إلى الخبرات الصادمة، الفشل في الحصول على الحب والتقدير والإحباط المتكرر، وخيبة الأمل والكبت، فقدان المعنى في الحياة والشعور بالفزع والشعور بالاغتراب مما يؤدي إلى الشعور بالضجر والملل، سوء التوافق ويكون الإكتئاب شكلا من أشكال الإنسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت(غسان بشير حمدي العظمي،٢٠١٣، ٥٩).

أسباب اجتماعية:

- العوامل الاجتماعية المسببة للاكتئاب تتمثل في سوء التوافق الإجتماعي والعزلة والتفكك الأسري، والتفرقة في المعاملة بين الأبناء والتربية الخاطئة والإهمال والتسلط، والتعرض للظروف المحزنة ، فقدان مكانة إجتماعية، الإصابة بمرض جسدي حاد.(غسان بشير حمدي العظمي، مرجع سابق ، ٦١)

- أسباب عضوية: تتسبب بعض الأمراض العضوية في حدوث الإكتئاب، وذلك في حالات:

- عندما يؤثر المرض على مراكز المزاج في الدماغ بشكل مباشر مثل: في جلطات وأورام المخ.

- إذا تسبب المرض في تغيير هرموني يغير في مزاج الشخص مثل خمول الغدة الدرقية.

- عندما يعطل المرض حياة الإنسان لفترة طويلة فيجعله يرقد كثيراً في البيت والمستشفى مثل الكسور.
- إذا كان المرض يسبب في حدوث تشوه شكلى للمريض.
- إذا كان المرض لا يستجيب للعلاج. (كوام مكنزي ، ٢٠١٣ ، ٢٥)
- **الجنس:**

تصاب النساء مرتين أكثر من الرجال بالاكتئاب، إلا أن ذلك لا يعني أن النساء يملن أكثر من الرجال إلى التعرض للاكتئاب، ويفسر الاختصاصيون هذا الواقع باعتراف النساء أكثر من الرجال بإحالات الاكتئاب التي تصيبهن، أو بقدرة المعالجين علي تشخيص هذه الحالات لدى النساء أكثر مما هي لدى الرجال (كوام مكنزي، مرجع سابق ، ٢٥)

أعراض الاكتئاب:

وهناك مجموعة من الأعراض تتمثل في الآتي:

الأعراض الجسمية:

الأعراض الجسمية للاكتئاب تتمثل في شعور المريض بالضيق والتعب لأقل مجهود، وانقباض في الصدر، والآم في الجسم خاصة الظهر، وفقدان الشهية ورفض الطعام لشعور المريض بعدم استحقاقه له، أو الرغبة في الموت، نقصان الوزن والإمساك والصداع، ضعف النشاط العام، وتوهم المرض، والانشغال على الصحة، واضطراب النوم والدورة الشهرية والكآبة.

الأعراض النفسية:

الأعراض النفسية للاكتئاب ممثلة في الشعور بالحزن واليأس والبؤس، وهبوط الروح المعنوية، وعدم القدرة علي ضبط النفس، وضعف الثقة والشعور بعدم القيمة،

والقلق والتوتر والأرق والانطواء، والانسحاب والوحدة والانعزال، والسكون والصمت والشرود حتى الذهول والتشاؤم وخيبة الأمل، والنظرة السوداء للحياة والأفكار السوداء، والإعتقاد بأنه لا أمل في الشفاء، والانخراط في البكاء أحياناً، التبرم بأوضاع الحياة واللامبالات، والنقص في الميول والإهتمامات والدافعية، إهمال النظافة والمظهر الشخصي، البطء في التفكير والإستجابة ، وصعوبة التركيز والتردد وبطء وقلة الكلام، وإنخفاض الصوت والشعور بالذنب وإتهام الذات، وتصييد أخطائها وتضخيمها، الأفكار الانتحارية أحياناً والهلاوس وضلالات العدمية. (فاتن عبد الفتاح السيد، ١٩٩٣، ١٣)

الأعراض الاجتماعية:

الأعراض الاجتماعية للاكتئاب ممثلة في أن يكون المريض أقل تفاعلاً ولا يستطيع التعبير عن نفسه، أو الدفاع عما ينسب إليه من أخطاء أو تصرفات، عدم الرضا عن علاقته الاجتماعية كالعلاقة بالزوج والزملاء، أو العلاقات المألوفة بالناس المألوفين له، ويشعر البعض بالوحدة و فقدان الحب من طرف الأخرين ودعمهم، ومع ذلك تجده يميل إلي الانسحاب وعدم بذل الجهد الإيجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية المهمة. (جودت بني جابر وأخرون، ٢٠٠٢، ٣٧٤).

ويصنف Beck 1998 أعراض الإكتئاب في المظاهر التالية:

- المظاهر الإنفعالية مثل: فقدان القدرة على الإستمتاع والإبتهاج.
- المظاهر المعرفية مثل: التقليل من قيمة الذات، والشعور باليأس وبالعجز، وتضخيم المشكلات.
- المظاهر الدافعية مثل: نقص الإرادة، والإتكالية، الرغبة في الهروب والموت وفقدان الدافعي .
- المظاهر الجسمية مثل سرعة التعب والأرق إورتخاء العضلات، فقدان

الليبدو.(رشاد عبد العزيز موسى، ١٩٩٣، ٤٠).

النظريات المفسرة للاكتئاب:

النظرية العصبية :

تفترض تلك النظرية وجود علاقة ارتباطية بين الإصابة بالصرع والاكتئاب، حيث توجد عوامل مشتركة بين هذين المصطلحين فوجود أحدهما لدى الشخص قد يكون عامل مهم في إصابته بالاضطراب الآخر، ومن تلك العوامل المشتركة ما يلي: وجود تغيرات في بعض النواقل العصبية مثل الدوبامين، النورادرينالين، جابا، ووجود اختلال في وظائف الفص الجبهي لدى كل من مرضي الصرع والاكتئاب، كما أن الإصابة بصرع الفص الصدغي الأيسر تؤدي إلى انخفاض النشاط في الفصوص الأمامية مما يؤدي إلى الإصابة بالإكتئاب، كما أن مرض الصرع البؤري و صرع الصدغي الأوسط يكونوا أكثر احتمال للإصابة بالإكتئاب. ووجد علاقة بين اختلال وظائف الفص الجبهي والاكتئاب وتم اكتشاف هذا بواسطة تصوير الدماغ وباستخدام بعض الاختبارات النفسية العصبية

Tombini, Assenza, quintiliani,Ricci, 2020, Mula & Schmitz, 2009)

النظرية المعرفية:

تنص على مدى مساهمة الشبكة المعرفية في ظهور الأعراض الاكتئابية لدى مرضى الصرع، و تبين مدى احتمالية أن يكون بعض الحالات التي لديها خلل في الإدراك و أعراض اكتئابية قد تنشأ لديها النوبات الصرعية بشكل مستقل.

و يرى كل من بيرغ ويلسون أن السمات السلوكية المرتبطة بصرع البؤري قد تكون مظاهر أولية للمرضى في بعض الحالات و ليست بسبب الآثار المباشرة لكل من النوبات أو الأدوية المضادة للصرع أو غيرها من الأسباب ، كما أن النظرية تشير إلى

دور الاختلالات النفسية و المعرفية في خفض النوبات ، ودور النوبات المتكررة في زيادة حدة التدهور في التكامل المعرفي لدى مرضى الصرع (Rayner, 2017).

رابعاً: الصرع:Epilepsy

تعريف الصرع:

الصرع من مصدر صرع أي أصيب بالصرع: علة عصبية تفقد وعي المرء و يطرح أرضاً مرتعشاً ومتشنجاً (عمر بوجه، إسماعيل بن شرف، ٢٠٠٨، ٢٩٩)

وعرف الصرع بأنه ناتج عن خلل في النشاط الكهربائي المفاجيء للدماغ ويظهر على شكل أعراض متعددة (عبد الكريم بارودي، ٢٠١٦، ٨٦).

كما أنه يمثل اضطراب مصحوب بالتشنج وفقدان القدرة على الإحساس أو الشعور يؤدي إلى حدوث نوبات يختل فيها نشاط المخ مع حدوث اضطراب في الجانب الحسي والحركي والنفسي(محمد فيصل الزرار، ١٩٩٩، ٢٥) .

والصرع هو سلسلة من الإضطرابات التي تصيب الجهاز العصبي المركزي في المخ.(أحمد عكاشة، ٢٠٠٠، ٢٤).

كما عرفه جمال الخطيب على أنه تغير في النشاط الكهربى لخلايا الدماغ حيث يكون نشاطها غير منتظم وعنيف ويؤثر علي وعي الإنسان وقد يبدأ هذا النشاط و ينتهي تلقائياً (جمال الخطيب، ٢٠٠٦ ، ٧٧ – ٧٨).

الصرع هو مرض عصبي يتمثل في حدوث نوبات وأزمات صرعية ناتجة عن تفريغ تلقائي للخلايا العصبية التي تكون في حالة تهيج مفرطة وينتج عن هذه النوبة حركات وحالة خارجة عن إرادة المصاب (سمير بقيون، ٢٠٠٧، ٩)

وعرف الصرع بأنه تأثر عصبي يظهر على شكل نوبات مفاجئة ومتكررة).

Gaelle B,2010,32)

إذن فالصرع مرض يعبر عن نفسه في شكل نوبات، تنشأ النوبات عن طريق إضطراب مفاجئ ومؤقت للتوازن الكهربائي في الدماغ، تختلف النوبات من شخص لآخر.

أسباب الصرع:

أسباب وراثية:

فالصرع قد يرجع إلي عوامل وراثية مسببة في حدوثه، وهي مرتبطة بحدوث تغيرات في جينات الخلايا مما يتسبب في حدوث نوبات صرعية متكررة، ويمكن معرفتها بوجود الصرع لدى أشخاص من نفس العائلة. ومن أمثلة الصرع الوراثى: الصرع الرمعي الشبابي، صرع الغياب (عبد الكريم بارودي، ٢٠١٦، ٥٨).

أسباب مكتسبة: وهي ممثلة في :

- **الإصابات الشديدة للرأس:**

وقد ترجع إلى حادثة عنيفة تسبب في حدوث نزيف داخلي أو كسور في الجمجمة أو جروح شديدة، وعادة يصاحبها فقدان الوعي والتقيوء، وقد ينتج عن ذلك حدوث نوبة صرعية أولية في الأيام الأولى من الحادثة، وقد تحدث بعد سنوات أو أشهر وفي هذه الحالة يصاب الشخص بالصرع.

- **التعفنات الدماغية:**

وقد تسبب تعفنات الجهاز العصبي المركزي في حدوث نوبات صرعية، فالميكروبات داخل الدماغ تعمل على إصابة الخلايا الدماغية وبالتالى ينشأ شحنات كهربائية غير منتظمة قد تسبب مرض الصرع، ومن أمثلة التعفنات الدماغية: التهاب الدماغ والسحايا والسل المخي.

- **الأورام الدماغية:**

وقد تؤدي الأورام الدماغية سواء كانت حميدة أو خبيثة إلى حدوث نوبات صرعية جزئية أو عامة، وقد تظهر في الأشعة المقطعية أو بالرنين المغناطيسي، وقد يشعر المصاب بصداع مزمن أو اضطراب في النظر.

- **الجلطة الدماغية:**

الجلطة تمثل إنسداد في أحد الشرايين الدماغية التي تغذي الخلايا المخية بالأكسجين مما يؤدي إلى حدوث اضطرابات كهربائية تتسبب في الإصابة بالنوبات الصرعية.

- **النزيف الدماغي التلقائي:**

النزيف الدماغي التلقائي يمثل انفجار وعاء دموي يتسبب في تسرب الدم إلى داخل الدماغ، مما يؤدي إلى تلف النسيج المحيط بالمنطقة المصابة، ويتم الكشف عن ذلك بالتصوير المقطعي الذي يوضح مكان النزيف وأسبابه(عبد الكريم بارودي، ٢٠١٦، ٥٩-٦١).

- **أسباب دوائية:**

قد تتسبب الأدوية في حدوث نوبات صرعية إما بزيادة الجرعات المعطاه من الأدوية أو عند التوقف بشكل مفاجيء عن أخذ الأدوية المضادة للصرع دون استشارة الطبيب مما يتسبب في عودة النوبات الصرعية وتزداد شدتها، وهناك بعض الأدوية التي تسبب حدوث اضطراب في المواد المغذية للمخ مما ينتج عنه اضطراب في الخلايا المخية .

- الاستخدام المفرط للكحوليات والمخدرات يتسبب في حدوث نوبات صرعية.
- التشوهات المخية قد تتسبب في حدوث بعض النوبات الصرعية، فهي تظهر

على الطفل مبكراً على شكل تأخر فى النمو وتأخر عقلي حركي، ويتم اكتشافها بالرنين المغناطيسي (عبد الكريم بارودي، مرجع سابق، ٦١-٦٣)

- **الأسباب النفسية:**

يري معظم الباحثين أن النوبة الصرعية هي نتيجة التراكم اللاشعوري للانفعالات الحادة والمتكررة ، والتي يصاحبها ألم وهزات وجدانية وجسدية، والتي تؤدي في أخر الأمر إلي انفجار والتعبير عن نفسها بصورة صرع.

وفي دراسة لتحليل النفسي القائلة بأن النوبات الصرعية تمثل فاعلية الرغبات الجنسية ، وتعريف الانفعالات المكتوبة بقوة في العدوانية والتحطم، فإن للعوامل الانفعالية دور فعال في حدوث النوبة الصرعية، إذ نتيجة لتراكم اللاشعوري لإنفعالات الحادة العنيفة كالغضب والحقد والكراهية والرغبة في الانتقام تؤدي إلي التفريغ المفاجيء المتفجر علي شكل النوبة الصرعية ، وهكذا نجد العوامل النفسية تمثل عوامل معجلة للنوبات الصرعية (محمد فيصل خير الرزار، ١٩٩٧، ٧٣-٧٤).

تتميز شخصية المصاب بالصرع:

- بالبعد عن العادي والمألوف والميل لشذوذ والخروج عن القواعد المعتادة.
- فقد الانفعالات، شدة الحساسية، الجمود وعدم المرونة وعجز المريض عن تفسير اتجاهاته(خليل أبو قرحة، ٢٠٠٢، ٩٣).

أنواع الصرع وأعراضه:

يأخذ مرض الصرع عدة أنواع من النوبات الصرعية:

١- النوبة الجزئية: Crise partielle ou crise focale

قد تتغير وتختلف الأعراض الخاصة بالنوبة الصرعية حسب المنطقة المصابة، (فهناك النوبة الصدغية، النوبة الجبهية، النوبة الجدارية، النوبة القفوية) وتنقسم النوبة

الجزئية إلى قسمين النوبة الجزئية البسيطة والمعقدة.

أ_ النوبة الجزئية البسيطة: Les crises partielles simples

وهي النوبات التي تقتصر علي جزء صغير من الدماغ، ولا يتم خلالها فقدان الوعي، وغالباً ما تنقسم بين الفص الصدغي، الفص الجبهي والفص الجداري والفص القفوي وفقاً للموقع الذي تبدأ فيه. (Dravet, 2005, 18)

وأعراضها:

قد تختلف أعراض النوبة الجزئية البسيطة من شخص لآخر، ففي النوبات الصرعية التي تصيب الفص الصدغي، قد يشعر المريض بالخوف الشديد، واستعادته لذكريات ماضية تم رؤيتها من قبل، زيادة الاحساسات، الروائح، الأصوات، الرؤى غير العادية، تغيرات حسية .(Dravet, 2005, 18)

وفي النوبات الصرعية التي تصيب الفص الجبهي قد يشعر المريض بتشنجات لا يمكن التحكم فيها في الذراع أو القدم أو الدماغ، وقد تتقلب العينين إلى جهة واحدة، وفي النوبات الصرعية التي تصيب الفص القفوي، قد يشعر المريض بأضواء وامضة في نصف الرؤية لديه وقد تستمر النوبة لثوان فقط، وفي النوبات الصرعية التي تصيب الفص الجداري فقد يشعر المريض بوخز على جهة واحدة من الجسم و تغيرات حسية. (Dravet, 2005, 18).

ب- النوبات الجزئية المعقدة: Les crises partielles complexes

هي النوبات التي تلي النوبات الجزئية البسيطة، تكون النوبات مرتبطة بجزء أكبر من الدماغ، و يفقد المريض وعيه بالبيئة المحيطة به. (perkin , 2002, 48)

وأعراضها:

وفي هذه المرحلة قد يقوم المريض بأفعال غريبة وغير مناسبة كأنه يقوم بحركات

المضغ مثلاً، وفي بعض الأوقات، قد تكون الأفعال متناسقة وتشمل الرقص وخلع الملابس أو التحدث بطريقة مرتبكة، انتشار هذه النوبة سريعاً لدرجة أن المريض قد لا يمر بالنوبات الصرعية الجزئية البسيطة، تستمر هذه النوبات الصرعية لبضع دقائق و تطول في بعض الأحيان وفي المرة التالية لا يكون فيها المريض مدرك ما قام به. (Perkin, 2002, 48).

٢- النوبة العامة: Crise generalisee

وهي النوبات التي تبدأ في نصفي الدماغ ويفقد فيها المريض الوعي علي الفور ولا تقدم أى إنذار، تنقسم هذه النوبة إلى النوبة التوترية، الاهتزازية، التوترية الاهتزازية، الرمعية، الغياب، الوائية.

أ_ النوبات التوترية: Les crises toniques

وهي النوبات التي يحدث بها تقلص عضلي، فالتقلص والتشنج يبدأ من عضلة الرقبة، ثم ينتقل إلى الوجه ، ثم العضلات التنفسية، ويصل أخيراً إلى عضلات البطن، ويحدث أيضاً تشنج في العضلات القريبة من الأطراف وتؤدى غالباً إلى السقوط. (Dravet, 2005, 13).

ب- النوبات الاهتزازية: Les crises cloniques

وهي نوبات أقل انتظاماً وتتميز بحدوث اهتزازات تواترية وحدوث عجز حركي يقل بعد ساعات قليلة من حدوث النوبة.

ج- النوبات التوترية الاهتزازية: Les crises tonique – cloniques

وهي تنقسم إلي ثلاث مراحل (المرحلة التوترية، الاهتزازية، الأخيرة) ففي المرحلة التوترية يفقد المريض الوعى فجأة ويسقط على الأرض، بسبب تقلص العضلات التنفسية فيؤدي إلى وقف التنفس، ويميل لونه إلى الأزرق، وبعد ثوان تأتي الاهتزازية،

ويحدث بها اهتزازات للأطراف الأربعة، ويعض المريض على لسانه، وقد تدوم لبضع دقائق، ثم المرحلة النهائية ويكون فيها المريض مرتبك ويصدر تنفس ثقيل وينام بعدها ، وهذه النوبة كانت تعرف سابقاً بمصطلح النوبة الصرعية الكبرى، أما حالياً تسمى بالنوبة الصرعية التوترية الاهتزازية. (Perkin, 2002, 49)

د_ نوبات الغياب: Les absences

كانت تعرف سابقاً باسم الصرع الخفيف، وهي نوبات تظهر عادة عند الأطفال والشباب، وفيها يحدق المريض بطرف عينه وتستمر لبضع ثوان ويصاحبها عدم القدرة على التركيز، ويمكن أن يصاب الأطفال الذين يعانون من النوبات الصرعية الخفيفة بمئات النوبات في اليوم الواحد. (Dravet, 2005, 17)

هـ- النوبات الرمعية:Les crises myocloniques

هذا النوع من النوبات لا يؤدي إلى فقدان الوعي وتدوم لبضع ثوان، وتحدث للمريض هزات غير مضبوطة من التقلصات العضلية أحياناً تؤدى إلى السقوط. (Perkin, 2002, 49).

و- النوبات الوائية:Les crises atoniques

الشخص المصاب بهذا النوع من النوبات يفقد القوة العضلية فجأة ويسقط أرضاً(المرجع السابق، ٤٩).

التصنيف وفق رسام المخ وفي هذا التصنيف يتم تقسيم الصرع حسب التغيرات التي يظهرهارسام المخ الكهربائي، والتي عادة ما تحدد موضع الإضطراب في المخ و يشمل هذا التصنيف ما يلي:

١- **صرع موضعي بالقشرة المخية:** و فيه يكون الإضطراب محددا في مكان بعينه من قشرة المخ، تنتج عنه الأعراض المختلفة للنوبة التي تتوقف على طبيعة نشاط هذه المنطقة و الوظائف المسؤولة عنها.

٢- **صرع ما تحت القشرة المخية** :و فيه تكون البؤرة النشطة المتسببة في حدوث الصرع تحت قشرة المخ في مكان عميق و ليس سطحيا، و عادة ما تكون في نصفي المخ و يسمى صرعا مركزيا.

٣- **صرع منتشر في المخ** :فيه تنتشر البؤرة الصرعية في أكثر من مكان، أي يكون الإضطراب خليطا من إضطراب القشرة المخية و ما تحتها(Nepp.v,1981,p 69) .

- نظرية التهيج:

التي تقول أن النوبات الصرعية يسببها تهيج القشرة المخية.

- نظرية الدورة القصيرة:

تعتبر أن القشرة المخية قادرة علي قطع ما يكفي من ألياف الترابط لوقف الانتشار السوي لإثارات العصبية ويجعلها تسلك طريقاً غير سوياً وهو الطريق القصير مما يؤدي إلي التفريغ الإنفجاري.

- نظرية الانفجار:

هي تري أن النوبة الصرعية تصدر عن تغيير شامل ومنتشر لنسيج المخ و لا تعتمد علي انتشار الاثارات العصبية علي التغيرات الأيضية المفاجئة، إضافة إلي هذه الأسباب هناك أسباب أخري مسؤلة عن الصرع كإصابات الرأس الجلطة الدموية المنتقلة داخل المخ، التهاب الأغشية المخية إلخ. (عبد الله بن محمد الصبي، ٢٠٠٦ ، ١٠)

الدراسات السابقة:

ستتناول الباحثة الدراسات السابقة من خلال أربع محاور، **المحور الأول** الدراسات التي تناولت المساندة الاجتماعية، **المحور الثاني** الدراسات التي تناولت القلق، **والمحور الثالث** الدراسات التي تناولت الاكتئاب، **والمحور الرابع** الدراسات التى تناولت المساندة الاجتماعية في علاقتها بالقلق و الاكتئاب، **فيما يلي عرض للأربع محاور:**

أولاً: الدراسات التي تناولت المساندة الاجتماعية:

أجري **فوزي شحاتة، ٢٠١٥** دراسة لتحديد مستوي المساندة الاجتماعية التي تقدم لمرضي الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض، وقد طبقت الدراسة علي عينة قوامها ١٧٦ من المرضي المصابين بأمراض مزمنة، منهم١٢٥ من مرضي السرطان، و٨٠ من مرضي القلب، ٤٨ ممن لديهم فشل كلوي،٤٢ من مرضي السكر، وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود مستوي مرتفع من الأزمة لدي المرضي، أثر إصابتهم بالمرض المزمن، كما بينت أن مستوي المساندة الاجتماعية لدي مرضي الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض قد جاء بدرجة منخفضة، وأن هناك علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين مستوي المساندة الاجتماعية المقدمة وبين مستوي أزمة الإصابة بالمرض. وفي نفس السياق هدفت دراسة **بوين و آخرون ,Bowen et al 2015** التى أجريت على عينة من مرضي السكري، البالغ عددهم ١٨٧، وهدفت البحث عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات وكذلك نوعية الحياة، حيث كشفت نتائج الدراسة إلى أنه كلما ارتفع مستوي المساندة الاجتماعية لدى المرضي كلما كانت نوعية الحياة لديهم أفضل.

وأجرت دراسة **(Haji , A& Mahmoud Fakhe,H, 2015)** للتحقق من

العلاقة بين الدعم الاجتماعى وإدارة الذات مع نوعية الحياة لدى مرضي الصرع و تكونت العينة من ٦٠ مريض مصاب بالصرع تم إدخالهم إلى وحدة الأعصاب في مستشفي علوى التابع لجامعة أردبيل للعلوم الطبية، وتم تطبيق مقياس الدعم الاجتماعى، ومقياس الإدارة الذاتية للصرع، ومقياس جودة الحياة، وأظهرت النتائج أن الدعم الاجتماعى له تأثير كبير على نوعية الحياة لدى مرضى الصرع.

وأظهرت دراسة **توركمندى و آخرون Torkmandiet al, 2019** التى هدفت للتحقق من العلاقة بين المساندة الاجتماعية و نوعية الحياة لدى مرضي السرطان، حيث استعملت مقياس متعدد الأبعاد للمساندة الاجتماعية المدركة، ومقياس نوعية الحياة، وتوصلت إلى أنه يوجد ارتباط بين المساندة الاجتماعية و البعد البدني والنفسي والاجتماعي والوظيفي لنوعية الحياة، كما أوضحت أن المساندة الاجتماعية التي يقدمها أفراد العائلة والأصدقاء تعد عامل هام في التاثير على نوعية حياة مرضي السرطتن، وهذا ما يجعل المريض أكثر تكيفاً مع مرضه.

وقامت **إيمان طالبي، ٢٠٢١** بدراسة للتعرف على الدور المعدل للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى مرضي الصرع، و كانت العينة مكونة من ١٠٤ مريضاً بالصرع (٥٢ ذكور، ٥٢ أناث) الذين أجروا الفحص في مصلحة طب الأعصاب بالمركز الاستشفائي الجامعي مصطفي باشا، وتم تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية , 2001 , pender وقامت دانيال ٢٠٠٨ بترجمته، وفعالية الذات ديلوريو وآخرون ، ٢٠٠٠، ومقياس نوعية الحياة، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة، وأن يتمتع مرضي الصرع بمستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية، لا توجد فروق بين الجنسين من مرضي الصرع في المساندة الاجتماعية، ووجد فروق في درجة المساندة

الاجتماعية تبعاً لسن مريض الصرع فى عمر أقل من ٣٥، وما بين ٣٥- ٤٥ ، وأكثر من ٤٦ سنة.

ثانياً:الدراسات التي تناولت القلق:

أجرى **هشام أحمد محمود غراب، ٢٠٠٠** دراسة بهدف التعرف على الفروق في القلق تبعًا لمتغيرات الدراسة (الجنس، والتخصص الأكاديمي، والمنطقة التعليمية) لدى طلبة الثانوية العامة بمدارس محافظات غزة، كما هدفت إلى الكشف عن العوامل التي تقف وراء القلق، وتكونت عينة الدراسة من - ٧٤٣) طالبًا وطالبة) من طلبة المدارس الثانوية للعام الدراسي -٢٠٠٠-١٩٩٩)،وقد طبق الباحث اختبار القلق حالة وسمة، واختبار عوامل القلق، وقد بينت الدراسة العديد من النتائج منها: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في حالة القلق تبعًا لمتغير الجنس، كما بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق تبعًا لمتغير الجنس، وأن الطالبات أكثر اتسامًا بالقلق من الذكور.

وفي دراسة **كولمان وكلوديا Coleman & Claudia,2004** هدفت هذه الدراسة التعرف إلى العلاقة بين القلق وبين البيئة التي يعيش فيها طلبة العينة، وقد تكونت عينة الدراسة من (٤١) طالبًا من كلية جامعية في الاتشيا، وقد استخدم البحث أدوات مثل مقياس قلق الاختبار، واختبار (تاي)، وقد أسفرت الدراسة عن عدة نتائج منها أن الذين انفصلوا عن آبائهم كانوا أكثر قلقًا من الذين لم ينفصلوا عن آبائهم، كما بينت النتائج أن لا تأثير لمكان السكن مثل (أكبر أو أصغر حجم المدينة)، (العمر، والجنس)على القلق، كما بينت النتائج أن انفصال العينة عن آبائهم أو أصحابهم له تأثير سلبي على القلق.

وأجرى **هذر وماش Heather A. K & Eric. J. Mash, 2004** دراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين القلق والاكتئاب لدى طلبة المدارس الابتدائية والثانوية عند البنين والبنات،وقد بلغت عينة الدراسة (491) طالبًا وطالبة،وقد استخدمت الدراسة الأدوات والمقاييس وهي اختبار النموذج الثلاثي المقترح أي دراسة أعراض القلق والاكتئاب من منظور الكبار، كما استخدمت الدراسة مقاييس مثل مقياس القلق والتشتت (NA) ومقياس اختبار المراهقة الفعالة الموجبة والسالبة NAS Positive and Negative Affect Schedute P وقد أظهرت النتائج إلى وجود علاقة قوية جدًا بين أعراض القلق والتشتت عند الأطفال بارتباط بين (٥٠- ٧٠) درجة، كما بينت النتائج أن القلق والاكتئاب موجودان لدى ثلثي الأطفال من العينة، كما أسفرت إلى أن الأعراض الفسيولوجية ترتبط بشكل ما في القلق.

وأعد كل من **أحمد محمد عبد الخالق، نجوي يحيي اليجفوري، ٢٠٠٤**، دراسة هدفت إلى بيان معدلات انتشار القلق لدى عينات من الطلاب اللبنانيين، كما هدفت إلى تحديد الفروق بين طلاب المدارس في المرحلة الثانوية والجامعة في متغيرات الدراسة وخاصة في القلق ، وقد تكونت عينة الدراسة من(٥٩٩) طالب من طلاب المدارس الثانوية، في بيروت الغربية في لبنان، و(٩٠٤) من طلاب الجامعة من الذكور والإناث، وهم من طلبة الجامعة اللبنانية والجامعة الأمريكية في بيروت في لبنان، ممن يحملون الجنسية اللبنانية، وقد استخدم الباحثان مقياس جامعة الكويت للقلق، كما استخدما العديد من المتغيرات الاجتماعية، والتقدير الذاتي للصحة النفسية والجسمية والتدين، وعادات النوم، والتعاطي والتدخين، والعلاج من الأمراض النفسية والجسمية، وقد دلت النتائج إلى حصول الإناث في المرحلتين على متوسط أعلى جوهريًا من الذكور في القلق، كما دلت النتائج على ارتباط القلق سلبًا بكل من (تقدير

الصحة النفسية، وتقدير الصحة الجسدية، ومدى كفاية النوم)، وارتبط القلق إيجابيًا بمتغير العلاج من الأمراض الجسمية.

و قام **عايد محمد عثمان الحموز، ٢٠٠٦** بدراسة هدفت التعرف إلى درجة انتشار الأفكار اللاعقلانية والقلق حالة وسمة لدى طلبة جامعات الخليل، وبيت لحم، وبير زيت، كما هدفت إلى بحث العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وبين القلق وحالة وسمة لدى العينة، كما هدفت إلى تحديد الفروق بين القلق حالة وسمة حسب متغيرات الدراسة وهي (الجنس، ومكان السكن، والجامعة، والتخصص العلمي)، وقد تكونت عينة الدراسة من(604) طلاب من طلبة جامعات الخليل، وبيرزيت، وبيت لحم والمسجلين للعام الدراسي(2005- 2006)، وقد استخدم الباحث أدوات الدراسة وهي مقياس الأفكار اللاعقلانية الذي طوره الريحاني (1985)عن نظرية أليس وقائمة القلق الحالة والسمة من إعداد. سبيلبيرجر تعريب البحيري (1984)، وقد بينت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في الجنس في القلق سمة لصالح الذكور، ولم يرتبط الجنس بالقلق حالة .

وفي دراسة **كاترين و باجويل2006 ,Catherine & Bagwell** هدفت التعرف على العلاقة ما بين نقص الانتباه في الطفولة، اضطراب النشاط (ADHD) الزائد والقلق ومزاج الفوضويين في مرحلة المراهقة، وتكونت عينة الدراسة من (١٤٢) مراهقًا، بلغت أعمارهم من (١٣-١٨) سنة ، ممن لديهم إعاقة (ADHD)، وبين عينة من (١٠٠) فرد من المراهقين ممن ليس لديهم أية إعاقة أو اضطراب، (ADHD) وقد أسفرت الدراسة إلى عدة نتائج منها:لم تختلف المجموعتين في معدلات القلق ، كما بينت نتائج الدراسة أن هناك ارتباطًا قليلاً جدًا ما بين أعراض القلق ومزاج الفوضويين في مرحلة المراهقة والطفولة على حد سواء.

وهدفت دراسة **Vasilios, K, Kimiskidis et al 2007** للتعرف على مستوى القلق والاكتئاب في علاقتهما بالمتغيرات الديموجرافية ولنوبات لدى مرضى الصرع المشخص حديثاً والمزمن، وتكونت العينة من ٢٠١ مريض مصاب بالصرع، متوسط العمر من (١٠- ٣٣.٢ عاماً)، وتم تطبيق مقياس القلق كحالة وكسمة، ومقياس بيك للاكتئاب، وأظهرت النتائج أن القلق والاكتئاب شائع لدى مرضى الصرع، ووجود ارتباط بين ازدياد عدد النوبات وبين الإصابة بالقلق والاكتئاب لدى مرضى الصرع، والأناث أكثر قلقاً من الرجال، وعدم وجود فروق بين الجنسين في الاكتئاب.

هدفت دراسة **سعدي عبد السلام ،٢٠١٣** إلي معرفة إذا كان الصرع عامل في ظهور القلق لدي الراشدين، وتم اختيار عينة مكونة من ٤ حالات، وطبق عليهم المنهج العيادي القائم علي دراسة الحالة، واشتملت أدوات الدراسة علي مقياس سبيلبرجر للقلق ومقابلة البحث العيادية، وتوصلت نتائج الدراسة إلي أن الراشد المصاب بالصرع يعاني من القلق. حيث وجود حالة قلق شديد لدي أفراد عينة البحث وهذا راجع إلي تفاقم المرض أو حدوث انتكاسات وما يخلفه ذلك علي جسم ونفسية المريض من أثار ولذا المرض قد أثر علي نفسية الحالات مما أدي بهم إلي الإحساس بعدم الاستقرار كما أن درجة القلق لديهم توحي بذلك.

وأجري **Ghaith 2013** دراسة هدفت لتحديد مستوي القلق ومستوي الوصمة لدي مرضي الصرع والتحقق من العلاقة بين القلق والوصمة بين مرضي الصرع، وتكونت عينة الدراسة من ١٥٠ مريض صرع من مراكز الصحة النفسية المجتمعية الحكومية في قطاع غزة، وبلغ عدد الذين شاركوا في الدراسة ١٤٢ مريضاً، ٦٧ منعم من الذكور، و٧٥ من الإناث، وتم استبعاد المرضي الذين يعانون من الأمراض النفسية أو الجسدية من الدراسة، وتم تطبيق استمارة بيانات الخصائص الاجتماعية والديموغرافية

والمتغيرات ذات الصلة بالصرع وتم استخدام نسخة معربة من مقياس تايلور للقلق، ومقياس الوصمة وتم جمع البيانات وتحليلها باستخدام برنامج spss ، وكشفت نتائج الدراسة عن أن القلق يقع عند مستوي ٦٨,١% وأن جميع أفراد العينة يعانون من مستويات مختلفة من القلق.

وفي نطاق تلك الدراسات **قام فام وساور وباتين وويب وفيست وبولك و جيتي Pham, Sauro, Pattem, Wiebe, Fiest, Bulloch, Jette, 2017** بدراسة هدفت معرفة مدى انتشار اضطراب القلق لدى مرضى الصرع وإظهار العوامل المرتبطة بالقلق، وتكونت العينة من ٢٥٠ مريض بالصرع، وتم تطبيق مقياس القلق والاكتئاب في المستشفي، استبانة صحة المريض، المقياس الكلي لتقييم شدة الصرع، المقياس الكلى لتقييم الإعاقة، ومقياس جودة الحياة النسخة المختصرة، وأشارت نتائج الدراسة إلى انتشار اضطرابات القلق لدى ٤٠% من المرضى المشاركين للدراسة، وانتشار اضطراب الاكتئاب لدى ٢٤% من المرضى، ووجد القلق والاكتئاب معاً لدى ٤٣,٥٩% من أفراد العينة، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين الإصابة بالقلق وكل من شدة الصرع ودرجة الإعاقة المرتبطة بالنوبات الصرعية، ووجدت علاقة ارتباطية بين زيادة الإصابة بالقلق وكل من الإصابة بالاكتئاب والاثار الجانبية للأدوية المضادة للصرع ، وعدم وجود علاقة بين الاصابة بالقلق وكل من الجنس والحالة الوظيفية ونوع النوبات الصرعية.

وفي نفس السياق قام كلاً من أحمد عاطف محمد مصطفي، نرمين عبد الوهاب أحمد، منى حسين توفيق صابر ، ٢٠٢٢ بدراسة هدفت التعرف علي العلاقة بين أعراض القلق و الاكتئاب لدى عينة من مرضي الصرع، و التعرف علي الفروق بين مرضي الصرع في أعراض القلق والاكتئاب باختلاف الحالة الاجتماعية، و معدل

تكرار النوبات الصرعية لديهم، و تكونت العينة من ١٢٢ مصاب بالصرع، و لا يعانون من اضطرابات عقلية، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية متوسطة بين الإصابة بالقلق والإصابة بالاكتئاب لدى مرضي الصرع، ووجد فروق جوهرية بين مرضى الصرع في اعراض القلق تبعاً للحالة الاجتماعية لصالح المرضى غير المتزوجين، ووجد فروق بين مرضى الصرع فى أعراض الاكتئاب تبعا لمعدل تكرار النوبات الصرعية لصالح المرضى الذين يحدث لديهم النوبات بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة يومياً، والمرضى الذين تحدث لديهم النوبات الصرعية بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة أسبوعياً.

ثالثاً:الدراسات التي تناولت الإكتئاب:

أجرت **ربيعة بشير باشا ، ٢٠٠٩** دراسة هدفت إلي التعرف علي الإكتئاب ونوعية الحياة عند المرأة المصابة بالصرع، وهي دراسة مقارنة وتنبؤية على عينة متكونة من (٥٠) إمرأة مصابة بالصرع، وأوضحت نتائج الدراسة أن الصرع يؤدي إلى ظهور الإكتئاب وخاصة عند المرأة بحيث تصبح تعاني من عقدة نقص كونه مرض مزمن حيث يتعرض صاحبه لنوبات تهدد حياته بالخطر لأنه من الممكن أن تصيبه النوبة في أي مكان وفي أي وقت،وبالتالي يصبح عرضة للإكتئاب وعدم الإستقرار النفسي.

كما أجرى (**Thapar et-al , 2009**) دراسة للتحقق في العلاقة بين العوامل النفسية (الإجهاد، والقلق، و الإكتئاب) ، والنوبات الصرعية ،و تكونت عينة الدراسة من ٥٥٨ مريض صرع، تم جمع البيانات حول القلق والإكتئاب والإجهاد تكرار حدوث النوبات من خلال إستبيانات تم التحقق من صحتها كما وتم إختبار تأثير العوامل النفسية على حدوث النوبات وتكرارها، كما وتم إستخدام المعادلة الهيكلية

للتغيير، وتوصلت نتائج الدراسة إلي أن الإكتئاب يتوسط العلاقة بين التوتر والقلق والتغيير في تكرار معدل النوبات، كما تسلط النتائج الضوء على أهمية إدارة الإكتئاب بالإضافة إلى إدارة النوبات في تقييم وعلاج الصرع في المرضى البالغين .

ودراسة (**Ab Sheer, 2012**) هدفت إلي فهم ظاهرة الإكتئاب بين مرضي الصرع من حيث مدي انتشارها وعلاقتها بالمتغيرات الأخري، و تكونت عينة الدراسة من١٥٠ مريض من مرضي الصرع الذين يترددون علي مراكز الصحة النفسية المجتمعية الحكومية في قطاع غزة، وبلغ عدد المرضي الذين شاركوا في الدراسة ١٣٨ مريضاً، كان عدد الذكور بينهم ٨١، وعدد الأناث ٥٧، وتم استثناء المرضي الذين يعانون من أمراض جسمانية أو إضطرابات نفسية، و تم استخدام الطريقة العشوائية المنتظمة في اختيار العينة، وتم تعبئة الاستبيانات للمرضي بشكل سري والتي تضمنت معلومات شخصية وديمغرافية وأيضاً أسئلة متعلقة بالمرض وتم استخدام مقياس بيك للأكتئاب بين المرضي، وتوصلت نتائج الدراسة إلي أن معدل انتشار الأكتئاب بين مرضي الصرع حوالي ٦٣% مقسمة علي النحو التالي: ٣٨,٤% يعانون من أعراض إكتئاب بسيطة، و٢٤,٦% يعانون من أعراض إكتئاب متوسطة، لا توجد أعراض إكتئاب شديدة، كما أوضحت الدراسة أن كل من (الإناث، والمرضي الذين يعانون من عدم السيطرة علي المرض، والعاطلين عن العمل، والمرضي الذين لديهم مستوي التعليم المتدني، والمرضي الذين لديهم مستوي الدخل المتدني) هم أكثر عرضه للإصابة بالإكتئاب.

وأجرى (**Jing li, Xuefeng Wang , et al. 2016**) دراسة لمعرفة إذا كان العلاج الأسرى يعمل على تحسين مستوى الاكتئاب والقلق لدى مرضى الصرع ، وتكونت العينة من ١٠٤ من المراهقين المصابين بالصرع، وتتراوح أعمارهم ما بين

١٣- ٢٠ عاماً، وكان المرضى يعانون من الاكتئاب باستخدام مقياس هاملتون للاكتئاب، ويعانون من القلق باستخدام مقياس هاملتون للقلق، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة عددهم ٥٢ عولجت بالأدوية المضادة للصرع، ومجموعة تجريبية عددهم٥٢ خضعت للعلاج الأسرى بالإضافة إلى استخدام الأدوية المضادة للصرع، وأظهرت النتائج انخفاض مستوى الاكتئاب والقلق لدى المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة، بمعنى تحسن مستوى الاكتئاب والقلق كلما تحسنت ديناميكات الأسرة ووظائف الأسرة والدعم الاجتماعي، وكذلك انخفاض معدل تكرار نوبات الصرع لدى المجموعة التجريبية.

كما قام **جبور، و بوكوروف، نيكولاسفيتش، هاجدر، إغناتوفيتش ,Gebauer Bukurov,** **Nikolasevic, Hajder,Zivanovic & Ignjatovic, 2019** بدراسة لمقارنة مستويات القلق والاكتئاب لدى المراهقين من مرضي الصرع، وتكونت العينة من ١٥٠ مراهق مصاب بالصرع، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين : أحداهما تجريبية مكونة من ٩٠ مصاب بالصرع، وأخرى ضابطة مكونة من ٦٠ مراهق من الأصحاء، وتم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس القلق كحالة وكسمة، وأشارت النتائج إلى انتشار الاكتئاب الخفيف إلى المتوسط لدى ٢٣.٣% من مجموعة مرضى الصرع، ولدى ٨.٣ % من الأصحاء، وارتفاع درجات الاكتئاب والقلق كحالة وكسمة لدى مرضى الصرع مقارنة بالأصحاء،ووجدت علاقة موجبة بين القلق والاكتئاب في مجموعة المرضي، ووجدت علاقة ارتباطية بين ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب وكل من زيادة معدل تكرار النوبات، ومسببات الإصابة بالصرع، والعلاج المتعدد (تناول أكثر من نوع من مضادات الصرع).

و في نفس الاتجاه قام كلاً من **دابلـه، جونيجـا، وسينغ و بـالا 2020 , ,** **Dabla juneja, Songh Bala,** بدراسة لمعرفة معدل انتشار الاكتئاب والقلق والسلوك الانتحاري لدى مرضى الصرع، وتكونت العينة من ١٠٠ مصاب بالصرع، وتم تطبيق مقياس القلق والاكتئاب في المستشفى، ومقياس كولومبيا لتصنيف درجة خطورة الانتحار، وأشارت النتائج إلىأن معدلات انتشار الاكتئاب لدى مرضى الصرع كانت بنسبة ٦٠% ، ومعدلات انتشار القلق كانت بنسبة٧٠% ، والأفكار الانتحارية كانت بنسبة ٤٢%، والسلوك الانتحاري بنسبة ٣% بين مرضى الصرع، ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين الاصابة بالأمراض النفسية وكل من الجنس في اتجاه الأناث والمدة الأطول للإصابة بالصرع، وزيادة معدل تكرار النوبات الصرعية، والإصابة بصرع الفص الصدغي، وتناول أكثر من نوع من الأدوية المضادة للصرع، كما وجد ارتفاع معدلات القلق والاكتئاب لدى مرضى صرع الفص الصدغي مقارنة بغيرهم من غير مرضى صرع الفص الصدغي.

وفي نفس السياق أشارت دراسة , Kabtamu Nigussie, Alemu, et al 2021 التى هدفت إلى تقييم مستوى الاكتئاب والقلق لدى المصابين بالصرع، وتم إجراء الدراسة على ٥٨٩ مريضاً بالصرع، وتم تطبيق مقياس الاكتئاب والقلق في المستشفي شمال غرب أثيوبيا، وأظهرت النتائج أن مستوى الاكتئاب والقلق كان مرتفعاً لدى الأشخاص المصابين بالصرع، ووجد علاقة ارتباطية بين استخدام أثنين أو أكثر من الأدوية المضادة للصرع و بين الإصابة بالاكتئاب والقلق.

وهدفت دراسة **خالد إبراهيم الفخراني، فؤاد أبو المكارم، غادة معوض(٢٠٢٢)** إلي التحقق من صحة الفرض القائل بأنه لا توجد فروق بين مرضي الصرع والأصحاء في كل من الأرق والإكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من٣٢ من مرضي الصرع البؤري،

و٣٢ من الأصحاء من الجنسين، وتم استخدام دراسة الحالة، ومقياس الأرق ومقياس بيك للاكتئاب، وكشفت نتائج الدراسة عن ارتفاع متوسطات أعراض الأكتئاب لدي مرضي الصرع مقارنة بالأصحاء بفارق جوهري

وهدفت دراسة **أمينة دوادي ،٢٠٢٢** إلي الكشف عن الإكتئاب عند الراشد المصاب بالصرع، ومحاولة معرفة التأثير الذي يحدثه مرض الصرع في سيكولوجية المصاب وبالتحديد عند فئة الراشدين وتحديد إذا كان يعاني الراشد المصاب بالصرع من الإكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من٣ حالات مرضي الصرع في سن الراشد، وتم تطبيق أدوات البحث المقابلة العيادية ومقياس بيك للإكتئاب، واتضح أن الحالات يشتركون في مجموعة من الأعراض تتمثل في الحزن والكابة واليأس وعدم تقدير الذات والشعور بالأثم وبالإضافة إلي الإنسحاب والإنطواء والعزلة والحساسية الزائدة والتعب والإرهاق وعدم الاستمتاع بالحياة، ضعف العلاقات مع اخرين، الأرق، وإضطرابات النوم والشهية، فقدان الأمل من تحسن الوضع.

رابعاً:الدراسات التى تناولت المساندة الاجتماعية في علاقتها بالقلق والاكتئاب:

دراسة Thompson & Heller, 1990 هدفت للتعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية من قبل الأسرة والأصدقاء والشعور بالعزلة والاكتئاب لدى المسنات، وتكونت العينة من ٦٠٧ مسنة تراوحت أعمارهن ما بين ٦٥- ٩٣ عاماً، وطبق عليهن مقياس الاتجاهات نحو الشيخوخة، ومقياس رادولف للاكتئاب، ومقياس الشعور بالوحدة النفسية، ومقياس المساندة الاجتماعية، وأظهرت نتائج الدراسة أن المساندة الاجتماعية بشكل عام ترتبط بانخفاض أعراض الاكتئاب و انخفاض الشعور بالوحدة النفسية، والمساندة من قبل الأسرة أكثر تأثيراً من المساندة من قبل الأصدقاء على السيدات المسنات، كما أن عمق المساندة الاجتماعية يرتبط بشعورهن بالسعادة

النفسية، وغياب المساندة الاجتماعية يرتبط بزيادة أعراض الاكتئاب.

وفي نفس السياق أجرى **Russell & Cutrona, 1991** دراسة لبحث العلاقة بين الضغوط النفسية والأعراض الاكتئابية لدى المسنين ودور المساندة الاجتماعية كعامل وسيط، وتكونت العينة ٣٠١ من المسنين والمسنات ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٦٥-٨٥ عاماً، وتم تطبيق مقياس ايزينج للاكتئاب، مقياس المساندة الاجتماعية، مقياس تقدير التوافق الاجتماعى لقياس الضغوط، مقياس المنغصات اليومية، وأظهرت النتائج أن للمساندة الاجتماعية دور فى تخفيف تأثير الضغوط والتقليل من أعراض الاكتئاب.

وهدفت كذلك دراسة **Keeler t al, 1993** إلى توضيح دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من الوحدة النفسية والاكتئاب، لدى عينة مكونة من ٣٠ من مرضى الاضطراب الرئوي المزمن ، وتم استخدام مقياس الوحدة النفسية، واستبيان المساندة الاجتماعية، ومقياس الأعراض الاكتئابية، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة سالبة بين المساندة الاجتماعية (الحجم، الرضا) ومستوى الاكتئاب والوحدة النفسية لدى المرضى.

وأجرى **حسين على محمد فايد، ١٩٩٨** دراسة بهدف فحص التأثير السلبي للضغوط على الصحة النفسية ومعرفة التأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية في خفض كل من الضغوط والأعراض الاكتئابية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغوط، وأجرى الدراسة على ٣٢٤ فرداً من الذكور من خريجي الجامعات، تراوحت أعمارهم ما بين ٢٤-٣٥ سنة، وأظهرت النتائج وجود فروق بين منخفضي ومرتفعي المساندة الاجتماعية في الأعراض الاكتئابية لصالح منخفضي المساندة الاجتماعية.

وقامت كلاً من **أسماء السرسي، أمانى عبد المقصود عبد الوهاب، ٢٠٠٠**

بدراسة للتعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية و عدد من المتغيرات النفسية التي تتمثل في (القلق، الاكتئاب، الشعور بالوحدة النفسية، تقدير الذات، الدافع للانجاز) ، وتكونت العينة من ١٠٠ مراهق ومراهقة وتتراوح أعمارهم ما بين ١٤- ١٩ عاماً، واستخدموا مقياس المساندة الاجتماعية إعداد الباحثتان، ومقياس القلق الظاهر، ومقياس الشعور بالوحدة النفسية إعداد أمانى عبد المقصود، ومقياس الاكتئاب تقنين غريب عبد الفتاح، ومقياس تقدير الذات تقنين فاروق عبد الفتاح ومحمد دسوقي، واختبار الدافع للانجاز، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة بين المساندة الاجتماعية (الأبعاد و الدرجة الكلية) وبين القلق والاكتئاب لدى الذكور والأناث، عدم وجود فروق بين درجات الذكور والأناث في مقياس القلق، والاكتئاب.

وفي دراسة أجراها **Anais Lafaye, 2009** بعنوان أثر عوامل السند الاجتماعى وستراتيجيات المواجهة على نوعية الحياة واضطرابات القلق والاكتئاب عند المصابين بصرع جزئي، وهدفت لتحديد مدى تطور متغير السند الاجتماعى واستراتيجيات المقاومة والسلامة العاطفية والجسدية، وتكونت العينة من ١٣٢ مصاب بالصرع الجزئي ، وأظهرت النتائج أن المرضى كان لديهم أعراض اكتئابية , وأن هناك عوامل مؤثرة بشكل إيجابي كالسند الاجتماعي على استراتيجيات المواجهة لدى المرضى.

أسفرت دراسة جانوفسكى و آخرون Janowskiet al, 2012 التى أجريت على عينة قوامها ١٠٤ من مرضي المصابين بالصدفية، إلى وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة بمعنى كلما ارتفعت درجات المساندة الاجتماعية كلما ارتفع مستوى نوعية الحياة وفي المقابل انخفض مستوى الاكتئاب.

دراسة سها بدرة، رغداء نعيسة ، ٢٠١٤ هدفت للكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية الأسرية والأكتئاب في ضوء بعض المتغيرات لدي مجموعة من المسنين

بدور الرعاية بمحافظة اللاذقية ، وتكونت عينة الدراسة من٥٠ فرداً مقسمين إلي ٣٠ ذكور و٢٠ أناث، وتم استخدام مقياس المساندة الاجتماعية الأسرية المدركة وقائمة بيك للاكتئاب، وتوصلت نتائج الدراسة إلي وجود علاقة سلبية دالة احصائيا بين مستوى المساندة الاجتماعية الأسرية ومستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة، وجود فروق دالة بين الإناث والذكور في مستوى المساندة الاجتماعية الأسرية لصالح الذكور، كذلك تم التوصل إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في مستوى الاكتئاب لصالح الذكور.

وهدفت دراسة **سعيد المالكي، ٢٠١٩**إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة و الاكتئاب لدى عينة من المرضي، وتكونت العينة من ٨٠ مريضاً (٤٠ ذكور، ٤٠ أناث) أعمارهم ما بين ٢٤-٦٠ ، تم تطبيق مقياس المساندة الاتماعية من إعداد الباحث، و استبيان أحداث الحياة الضاغطة تعريب عبد المعطي، ١٩٩٤، ومقياس بيك للاكتئاب، أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب.

وفي نفس السياق هدفت دراسة **أريج خالد عبد الخالق السلمي، ٢٠٢٠** إلى دراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من مريضات سرطان الثدي بمحافظة جدة، والتعرف على الفروق في مجموع متوسطات درجات الاكتئاب تبعاً للعمر، والحالة الزواجية، والتعرف على الفروق بين أفراد العينة في المساندة الاجتماعية تبعاً للعمر والحالة الزواجية، وتكونت عينة الدراسة من ٦٠ مريضة بسرطان الثدي بمحافظة جدة، وتراوح أعمارهن ما بين ٢٢- ٥٩ سنة، في العيادات التخصصية الشاملة للحرس الوطني، و تم تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية إعداد السمادوني، ١٩٩٧، ومقياس الاكتئاب إعداد فهد الدليم وآخرون، ١٩٩٣، وأظهرت

النتائج عن وجود علاقة عكسية بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي، وعدم وجود فروق في مجموع متوسطات درجات الاكتئاب بين أفراد العينة تبعاً للعمر والحالة الزواجية، وعدم وجود فروق في المساندة الاجتماعية تبعاً للعمر.

وأكدت دراسة **شريد صارة ، ٢٠٢٠** التى كشفت عن طبيعة العلاقة الموجودة بين المساندة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب لدي مرضي السرطان، ودراسة الفروق في ذلك تبعا لمتغير الجنس، وتكونت عينة الدراسة من ٣٠ مريض ومريضة بالسرطان المتواجدون بمستشفي الزهراوي ولاية المسيلة، وطبق عليهم مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس المساندة الاجتماعية المتكون من ثلاث أبعاد (بعد المساندة الأسرية، بعد المساندة من قبل الأصدقاء و الزملاء، بعد الشعور بالرضا عن المساندة) ، و توصلت نتائج الدراسة إلي عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية و أعراض الاكتئاب لدي مرضي السرطان، عدم وجود فروق بين الجنسين في درجة المساندة الاجتماعية لدي مرضي السرطان، عدم وجود فروق بين الجنسين في درجة الاكتئاب لدي مرضي السرطان.

تعليق عام على الدراسات السابقة:

من حيث الهدف:

سعت بعض الدراسات للكشف عن مستوى المساندة الاجتماعية التي تقدم للمرضى مثل دراسة (فوزي شحاتة، ٢٠١٥)، كما هدفت بعض الدراسات إلى البحث عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية و بعض المتغيرات النفسية مثل (دراسة بوين وآخرون، ٢٠١٥، وكذلك دراسة (Haji , A& Mahmoud Fakhe,H, 2015) و(دراسة توركمندى وآخرون Torkmandiet al, 2019) ، أما بالنسبة للكشف عن

الفروق في القلق تبعاً للمتغيرات الديموجرافية فقد اهتمت به دراسة (هشام أحمد محمود غراب، ٢٠٠٠) ،ودراسة كولمان (Coleman & Claudia,2004)، و دراسة(أحمد محمد عبد الخالق، نجوى يحيي اليجفورى، ٢٠٠٤)، ودراسة (عايد محمد عثمان الحموز، ٢٠٠٦)، ودراسة (Vasilios, K, Kimiskidis et al , 2007)، دراسة (فام وساور وباتين وويب وفيست وبولك وجيتي Pham, Sauro, Pattem, Wiebe, Fiest, Bulloch, Jette, 2017، دراسة (أحمد عاطف محمد مصطفي، نرمين عبد الوهاب أحمد، منى حسين توفيق صابر، ٢٠٢٢)، كما هدفت دراسة (Ghaith, 2013) للكشف عن مستويات القلق لدى مرضى الصرع.

وهدفت بعض الدراسات للكشف عن مستوى الاكتئاب والأعراض الاكتئابية لدى مرضى الصرع مثل دراسة (Thapar et–al , 2009)، دراسة (Au Sheer, 2012)، ودراسة (Jing K li, Xuefeng Wang , et al. 2016) ودراسة (خالد الفخراني، وفؤاد أبو المكارم، ٢٠١٧)، (جبور، وبوكوروف، نيكولاسفيتش، هاجدر، إغناتوفيتش Nikolasevic, Hajder,Zivanovic & Gebauer, Bukurov, Ignjatovic, 2019، و دراسة Kabtamu Nigussie, Alemu, et al , 2021، ودراسة (دوادي أمنية، ٢٠٢٢).

وهدفت دراسات أخرى إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية والقلق والاكتئاب لدى عينات مختلفة مثل دراسة (أسماء السرسي، أمانى عبد المقصود، ٢٠٠٠)، دراسة Anais Lafaye, 2009)، و هناك دراسات كشفت عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية و الاكتئاب فقط مثل دراسة (Thompson& Heller, 1990)، دراسة (Russell & Cutrona, 1991)، دراسة(Keeler et al, 1993)، دراسة (حسين على محمد فايد، ١٩٩٨)، دراسة (سها بدرة، و رغداء نعيسة، ٢٠١٤)، دراسة

(سعيد المالكي، ٢٠١٩)، دراسة(أريج خالد عبد الخالق السلمي، ٢٠٢٠، دراسة شريد صارة، ٢٠٢٠).

من حيث النتائج:

أسفرت نتائج بعض الدراسات عن أن المساندة الاجتماعية لها تأثير كبير على حياة المريض ومدى تكيفه مع مرضه ومستوى شعوره بالإصابة مثل دراسة (فوزي شحاتة، ٢٠١٥)، دراسة(توين وآخرون، ٢٠١٥)، دراسة (Haji et al , 2015) ، دراسة (توركمندى و آخرون Torkmandiet et al, 2019).

أظهرت بعض الدراسات وجود فروق في القلق تبعاً للجنس مثل دراسة (هشام أحمد محمود غراب، ٢٠٠٠)، دراسة (أحمد محمد عبد الخالق، نجوى يحيي اليجفورى، ٢٠٠٤)، دراسة (عايد محمد عثمان الحموز، ٢٠٠٦)، و دراسة Vasilios , (Kimiskidis et al, 2007)(Pham , Sauro, Pattem, Wiebe, Fiest, Bulloch, Jette, 2017 ، بينما أظهرت دراسة (كولمان و كلوديا Coleman & Claudia, 2004)عدم وجود فروق في القلق تبعاً للجنس و العمر، و أظهرت دراسة (إيمان طالبي ، ٢٠٢١)عدم وجود فروق في المساندة الاجتماعية تبعاً للجنس ولكن وجدت فروق تبعاً للعمر.

كما أوضحت دراسة (Pham , Sauro, Pattem, Wiebe, Fiest, Bulloch, Jette, 2017)عدم وجود علاقة بين القلق و نوع النوبات الصرعية، و أشارت دراسة (Ghaith, 2013) إلى وجود مستويات مختلفة من القلق لدى أفراد العينة المصابين بالصرع، بينما أشارت دراسة (سعدى عبد السلام، ٢٠١٣) إلى وجود قلق شديد لدى المصابين بالصرع و يرجع إلى تفاقم المرض و حدوث انتكاسات و ما يخلف ذلك على جسم و نفسية المريض من آثار.

و كشفت بعض الدراسات عن أن الصرع يؤدى إلى ظهور أعراض اكتئابية ، و ارتفاع درجات و مستويات الأكتئاب لديهم مثل دراسة (ربيعة بشير باشا، ٢٠٠٩)، دراسة (Thapa et al, 2009)، دراسة (خالد إبراهيم الفخراني، فؤاد أبو المكارم، ٢٠١٧)، دراسة (جبور و بوكوروف ، ٢٠١٩)، دراسة (دابله، جونيجا و سينغ و بالا Dabla, Junejam Songh, Bala, 2020) ، و دراسة (دوادي أمنية، ٢٠٢٢)، بينما أشارت دراسة (جبور و بوكوروف ، ٢٠١٩)، و دراسة (KabtamuNigussie, 2021) عن وجود علاقة بين الأدوية المضادة للصرع و الاكتئاب، و بينت دراسة (Ausheer, 2012) وجود مستويات مختلفة للاكتئاب لدى مرضى الصرع.

كما أظهرت بعض الدراسات عن وجود علاقة سالبة بين المساندة الاجتماعية و القلق و الاكتئاب مثل دراسة (Thompson & Heller, 1990) دراسة(Russell & Cutrona, 1991)، دراسة (Keeler et al, 1993)، دراسة (أسماء السرسي ، أمانى عبد المقصود، ٢٠٠٠)، دراسة (جانوفسكي و آخرون، ٢٠١٢)، دراسة (سعيد المالكي، ٢٠١٩)، دراسة (أريج خالد عبد الخالق، ٢٠٢٠)، بينما أوضحت دراسة (شريد صارة، ٢٠٢٠) عدم وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية و أعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

من خلال عرض الدراسات السابقة نجد أن الدراسات الأجنبية و العربية التي تناولت المساندة الاجتماعية بشكل عام و القلق لدى مرضى الصرع قليلة، كما أظهرت الدراسات السابقة مدى الاهتمام بدراسة المساندة الاجتماعية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية على عينات مختلفة سواء أسوياء أو مرضى وكذلك تناولت القلق والاكتئاب

ومدى ارتباطهم بمتغيرات نفسية مختلفة سواء على عينات سوية أو مرضية.

تتفق الدراسة الحالية مع هذه الدراسات في بعض الأهداف الممثلة في الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية والقلق والاكتئاب والكشف عن الفروق في القلق والاكتئاب في ضوء متغير موضع البؤرة الصرعية، معدل تكرار النوبات الصرعية.

تتفق الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في اعتمادها على المنهج الوصفي.

استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في تحديد منهج الدراسة الحالية وصياغة الفروض واختيار الأساليب الإحصائية المناسبة وتفسير النتائج كما تم الاستفادة من المراجع التى استفاد بها الباجثون في دراساتهم.

فروض الدراسة:

١- توجد علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية و القلق لدى مرضى الصرع.

٢- توجد علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية و الاكتئاب لدى مرضى الصرع.

٣-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق تبعاً لمتغير موضع البؤرة الصرعية (الفص الأمامي، الفص الصدغي الأيمن، الفص الصدغي الأيسر) لدى مرضى الصرع.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب تبعاً لمتغير موضع البؤرة الصرعية (الفص الأمامي، الفص الصدغي الأيمن، الفص الصدغي الأيسر) لدى مرضى الصرع.

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق تبعاً لمتغير تكرار النوبة الصرعية (يومياً، أسبوعياً، شهرياً، سنوياً) لدى مرضى الصرع.

٦- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب تبعاً لمتغير تكرار النوبة الصرعية (يومياً، أسبوعياً، شهرياً، سنوياً) لدى مرضى الصرع.

منهج الدراسة:

في ضوء أهداف الدراسة و فروضها استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، حيث تهتم بدراسة الارتباط بين المساندة الاجتماعية و القلق و الاكتئاب لدي مرضي الصرع، بالإضافة إلي التعرف علي الفروق في القلق وكذلك الاكتئاب تبعاً للمتغيرات الآتية (موضع البؤرة الصرعية، تكرار النوبة الصرعية) لدي مرضى الصرع.

وصف عينة الدراسة:

أولًا: عينة استطلاعية: تكونت من (٨٢) مشاركًا تراوحت أعمارهم ما بين ١٢ إلى ١٧ عام بمتوسط عمري (14,682)، وانحراف معياري(±1,391) **وتكونت من مجموعتين:**

مرضى الصرع: وكان عددهم (٥٠) مشاركًا.

الأسوياء: وكان عددهم (٣٢) مشاركاً، وتم الإستعانة بهم للتحقق من الصدق التمييزي لمقياس الاكتئاب.

ثانيًا: عينة أساسية: وكان عددهم (٥٠) مشاركًا(٢٣ذكرًا، و٢٧ أنثى) من مرضى الصرع، تراوحت أعمارهم ما بين ١٢ إلى ١٧ عام بمتوسط عمري (14,660)، وانحراف معياري(±1,380). و تم اختيارهم بالتعاون مع هئية التمريض وأطباء المخ والأعصاب، وذلك من خلال الإطلاع علي التذاكر الخاصة بالمرضي والتقارير الطبية والأشعاعات وذلك بالعيادات الخارجية

بالمستشفى العام، ومستشفي مكة التخصصي ، والعيادات الطبية الخاصة بمحافظة الفيوم. ويوضح جدول(١) بيانات المشاركين في العينة الأساسية.

جدول(١)

بيانات المشاركين في الدراسة

المتغير		التكرار	النسبة
النوع	ذكور	٢٣	%٤٦
	إناث	٢٧	%٥٤
بداية ظهور المرض	٢ – ٤ أعوام	٢٠	%٤٠
	٥-٨ أعوام	١٤	%٢٨
	٩-١٢ عام	١٦	%٣٢
موضع الإصابة	الفص الأمامي	٩	%١٨
	الفص الأيمن	٢٠	%٤٠
	الفص الأيسر	٢١	%٤٢
التاريخ العائلي للمرض	يوجد	١١	%٢٢
	لا يوجد	٣٩	%٧٨
الإجمالي		٥٠	%١٠٠

أدوات الدراسة:

استمارة البيانات الأولية : إعداد الباحثة

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة استمارة بحثية تتضمن البيانات الأساسية للمشاركين في الدراسة مثل العمر، الجنس، بداية ظهور المرض، موضع البؤرة الصرعية ، معدل تكرار النوبة الصرعية، التاريخ العائلى للمرض.

مقياس المساندة الاجتماعية: إعداد أسماء السرسي وأماني عبد المقصود (٢٠٠١) يتكون من ٢٥ بند و **مقسمين على ثلاث أبعاد موزعه على النحو التالي :**

البعد الأول : المساندة من قبل النظراء (١ ، ٤ ، ٧ ، ٩ ، ١٠ ، ١٣ ، ١٦ ، ١٩ ، ٢٢)

البعد الثاني : المساندة من قبل الأسرة (٢، ٥ ، ٨ ، ١١، ١٧ ، ٢٠)

البعد الثالث : الرضا الذاتي عن المساندة (٣، ٦، ١٢، ١٤، ١٥، ١٨ ، ٢١، ٢٣، ٢٤ ، ٢٥).

طريقة التصحيح:نادرا ١، أحيانا ٢، دائما ٣

الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية في الدراسة الحالية:

الاتساق الداخلي للمقياس

حُسب الاتساق الداخلي لمقياس المساندة الاجتماعية باستخدام علاقة كل بعد من أبعاد المقياس (المساندة من قبل النظراء – المساندة من قبل الأسرة – الرضا الذاتي عن المساندة) بالدرجة الكلية للمقياس. ويتم اعتماد البعد على أساس محك العلاقة التي تُقدَّر بـ ٠.٣ فأكثر. ويوضح الجدول (٢) و (٣) نتائج تطبيق هذا الإجراء.

جدول (٢) علاقة البعد بالدرجة الكلية للمقياس.

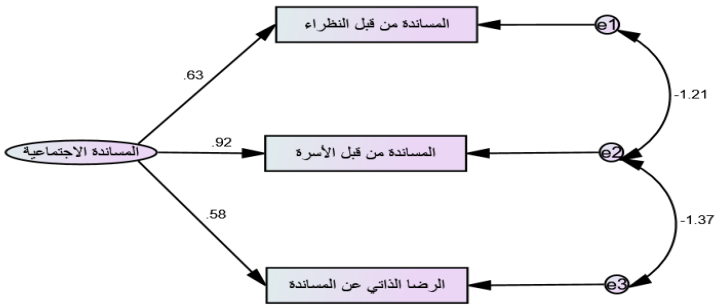
البعد	علاقة البعد بالدرجة الكلية للمقياس
المساندة من قبل النظراء	,775
المساندة من قبل الاسرة	,507
الرضا الذاتي عن المساندة	,779

وتكشف التحليلات التي يحتوي عليها الجدول السابق عن وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي بين درجة أبعاد المقياس والدرجة الكلية. وتبدو أهمية هذه

النتيجة في أنها تكشف ببساطة عن بنية متجانسة للمقياس، ومن ثم تؤكد التصور النظري الذي انبثق عنه، كمقياس مستقل لقياس المساندة الاجتماعية.

صدق المقياس

قامت الباحثة بالتأكد من بنية مقياس المساندة الاجتماعية بحساب التحليل العاملي التوكيدي، ولتنفيذ إجراءات التحليل العاملي التوكيدي استخدمت الباحثة حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم أموس AMOS اصدار ٢٤، للتأكد من جودة مطابقة أبعاد المقياس الثلاثة المكونة للمساندة الاجتماعية (المساندة من قبل النظراء – المساندة من قبل الأسرة – الرضا الذاتي عن المساندة). ويعرض جدول (٣) قيم معاملات الانحدار المعيارية لأبعاد المقياس في الشكل رقم (١) للنموذج المقترح، والدلالة المعنوية .



شكل رقم (١) النموذج التوكيدي المقترح لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية

جدول رقم (٣)، معاملات الانحدار المعيارية ودلالتها لتشبع أبعاد المقياس .

البعد	معامل الانحدار المعياري	الدلالة المعنوية
المساندة من قبل النظراء	,627	,01
المساندة من قبل الأسرة	,922	,001

,05	,583	الرضا الذاتي عن المساندة

ويلاحظ من الجدول السابق أن جميع معاملات الانحدار المعيارية عالية الدلالة لجميع الأبعاد المكونة ، فقد كانت مستويات الدلالة المعنوية هي ٠٥, ٠١, ،٠٠١,

ومما يزيد هذه النتائج تأييداً، ما يتبين من خلال الجدول (٤) من أن جميع مؤشرات جودة المطابقة تتجاوز حاجز الـ ٠.٩٠، وأن الخطأ المحتمل في مواجهة هذه المؤشرات لم يتجاوز الـ ٠.٠٠٢.

جدول (٤). مؤشرات جودة المطابقة لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية

المكون	نسبة مربع كاى X2/df	توكر لويس TLI	مؤشر المطابقة المتزايدة IFI	جودة المقارنة CFI	خطأ التقريب الى متوسط المربعات RMSEA
قيمة المؤشر	,956	1.000	1.000	1.000	صفر
المدى المثالي للمؤشر	أن تكون أقل من ٥	يقترب من ١ صحيح	يقترب من ١ صحيح	يقترب من ١ صحيح	تقترب من صفر

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المفترض يطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد على مطابقة النموذج العديد من المؤشرات التي في ضوئها يتم قبول النموذج أو رفضه وهى نسبة مربع كايX2/df؛ ومؤشر توكر لويس TLI، ومؤشر المطابقة المتزايدة IFI، ومؤشر جودة المقارنة CFI وجميعها تقع

في المدى المثالي ، مما يدل على مطابقة النموذج المفترض مع بيانات العينة الحالية، بالإضافة إلى مؤشر خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA والذي بلغت قيمته صفر وهو يقع أيضًا في المدى المثالي.

وهذه المؤشرات تؤيد جودة أو تجانس الأبعاد الثلاثة في التعبير عن مكون المساندة الاجتماعية. ومن ثم، يمكننا اعتبار البنود المقترحة للمقياس تقيس المساندة الاجتماعية. وتعد هذه المؤشرات كافية لتأكيد أن الاختبار يتمتع بصدق تكوين جيد.

ثبات المقياس

تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين هما (التجزئة النصفية ، ومعامل ثبات ألفا) ، **ويوضح الجدول التالي قيم معاملات الثبات :**

جدول (٥). معاملات ثبات مقياس المساندة الاجتماعية

المتغير	الجزئة النصفية	
	سبيرمان – براون	كرونباخ ألفا
المساندة الاجتماعية	,517	,501

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الثبات مقبولة بطريقتي التجزئة النصفية وألفا كرونباخ، وهذا يعني أن قياسنا للمساندة الاجتماعية يعد متحرراً من الخطأ؛ وبناءً على هذا، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا الاختبار تعد قابلة للتعميم، لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة.

مقياس سمة القلق: إعداد سبيلرجر ترجمة محمد سعد الدين ١٩٨٥ .

مقياس سمة القلق يتألف من ٢٠ عبارة و يطلب من المفحوص الاستجابة

عما يشعرون به بشكل عام و دون تفكير طويل، ويجاب عنها بالاختيار من أربعة بدائل (مطلقاً، قليلاً، أحياناً، كثيراً)، العبارات الموجبة هي كالآتي (١ ، ٦، ٧، ١٠، ١٣، ١٦، ١٩)، أما العبارات السالبة فهي كالآتي (٢، ٣، ٤ ، ٥، ٨، ٩،١١، ١٢، ١٤، ١٥، ١٧، ١٨، ٢٠) .

تطبيق المقياس:

صمم المقياس ليطبق بطريقة فردية أو جماعية، كما يمكن للفرد أن يطبقه على نفسه بنفسه، وبالنسبة للوقت فإن تطبيق المقياس يتطلب من ٦ إلى ٨ دقائق للانتهاء من التطبيق.

طريقة التصحيح:

تصحيح صورة سمة القلق

العبارات السالبة هي (٢، ٣، ٤، ٥، ٨، ٩، ١١، ١٢، ١٤، ١٥، ١٧، ١٨، ٢٠) وتصحيحها مطلقاً تأخذ١، قليلاً ٢، أحياناً ٣، كثيراً ٤)

أما العبارات الموجبة فهي (١، ٦ ، ٧، ١٠ ، ١٣، ١٦، ١٩) وتصحيحها مطلقاً٤، قليلاً ٣، أحياناً ٢، كثيراً ١).

وبالتالي الذي يحصل على٠ إلي ٢٠ فلا يعاني من القلق، والذي يحصل علي ٢١ – ٤٠ فيكون قلقه طبيعي، والذي يحصل علي ٤١– ٦٠ فيكون قلقه فوق المتوسط، والذي حصل علي ٦١–٨٠ فيكون قلقه شدي

الخصائص السيكومترية لمقياس سمة القلق في الدراسة الحالية:

الاتساق الداخلي

حُسب الاتساق الداخلي لمقياس سمة القلق باستخدام علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس. ويتم اعتماد البعد على أساس محك العلاقة التي تُقدَّر بـ ٠.٣

فأكثر. ويوضح الجدول (٦) نتائج تطبيق هذا الإجراء.

جدول (٦). علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس.

رقم البند	علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس	رقم البند	علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس
1	,472	12	,435
2	,025	13	,216
3	,727	14	-,042
4	,659	15	,511
5	,012	16	,036
6	,647	17	,236
7	,625	18	,456
8	-,015	19	,495
9	,013	20	,416
10	,301		
11	,333		

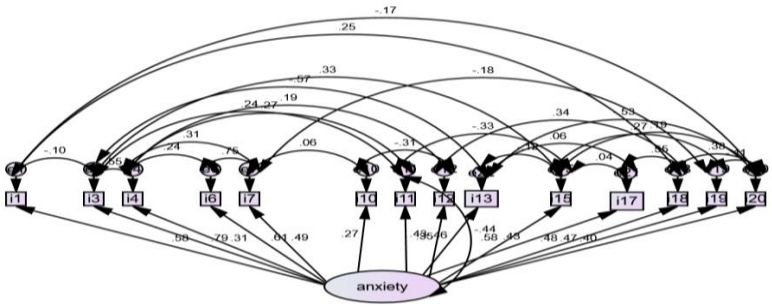
وتكشف التحليلات التي يحتوي عليها الجدول السابق عن وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس لكل البنود ما عدا البنود رقم ٢،٥،٨،٩،١٤،١٦ فلم تصل لمستوى المحك. لذلك تم حذفها. وتبدو أهمية هذه النتيجة في أنها تكشف ببساطة عن بنية متجانسة للمقياس، ومن ثم تؤكد التصور النظري الذي انبثق عنه، كمقياس مستقل لقياس سمة القلق.

صدق المقياس

قامت الباحثة بالتأكد من بنية مقياس سمة القلق بحساب التحليل العاملي التوكيدي، ولتنفيذ إجراءات التحليل العاملي التوكيدي استخدمت الباحثة حزمة

البرامج الإحصائية المعروفة باسم أموس AMOS اصدار ٢٤، للتأكد من جودة مطابقة بنود المقياس. ويعرض جدول (٧) قيم معاملات الانحدار المعيارية لبنود المقياس في الشكل رقم (٢) للنموذج المقترح، والدلالة المعنوية .

شكل رقم (٢) النموذج التوكيدي المقترح لبنود مقياس سمة القلق.



جدول رقم (٧)، معاملات الانحدار المعيارية ودلالتها لتشبع بنود المقياس .

رقم البند	معامل الانحدار المعياري	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الانحدار المعياري	مستوى الدلالة
١	,576	,001	١٨	,481	,01
٣	,787	,001	١٩	,474	,01
٤	,314	,01	٢٠	,403	,01
٦	,609	,001			
٧	,491	,01			
١٠	,266	,05			
١١	,427	,01			
١٢	,350	,01			
١٣	,463	,01			
١٥	,577	,001			
١٧	,427	,001			

ويلاحظ من الجدول السابق أن جميع معاملات الانحدار المعيارية عالية الدلالة لجميع البنود المكونة للمقياس، فقد كانت مستوى الدلالة المعنوية هي

٠,٠٥، ٠.٠١، ٠.٠٠١و بالتالي أصبح المقياس يتكون في صورته النهائية من ١٤ بنداً. ٠ ومما يزيد هذه النتائج تأييداً، ما يتبين من خلال الجدول (٨)، من أن جميع مؤشرات جودة المطابقة تتجاوز حاجز الـ ٠.٩٠، وأن الخطأ المحتمل في مواجهة هذه المؤشرات لم يتجاوز الـ ٠.٠٢.

جدول (٨). مؤشرات جودة المطابقة لبنود مقياس سمة القلق.

المكون	نسبة مربع كاى X2/df	مؤشر جودة المطابقة GFI	مؤشر المطابقة المتزايدة IFI	جودة المقارنة CFI	خطأ التقريب الى متوسط المربعات RMSEA
قيمة المؤشر	1.470	,805	1,000	1.000	صفر
المدى المثالي للمؤشر	أن تكون أقل من ٥	يقترب من ١ صحيح	يقترب من ١ صحيح	يقترب من ١ صحيح	تقترب من صفر

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المفترض يطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد على مطابقة النموذج العديد من المؤشرات التي في ضوئها يتم قبول النموذج أو رفضه وهى نسبة مربع كايX2/df؛ ومؤشر جودة المطابقة GFI ومؤشر المطابقة المتزايدة IFI ومؤشر جودة المقارنة CFI وجميعها تقع في المدى المثالي ، مما يدل على مطابقة النموذج المفترض مع بيانات العينة الحالية، بالإضافة إلى مؤشر خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA والذي بلغت قيمته صفر وهو يقع أيضًا في المدى المثالي.

وهذه المؤشرات تؤيد جودة أو تجانس بنود المقياس في التعبير عن مكون سمة القلق. ومن ثم، يمكننا اعتبار البنود المقترحة للمقياس تقيس سمة القلق.

وتعد هذه المؤشرات كافية لتأكيد أن الاختبار يتمتع بصدق تكوين جيد.

ثبات المقياس

تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين هما (التجزئة النصفية ، ومعامل ثبات ألفا) ، ويوضح الجدول التالي(٩)

جدول (٩) قيم معاملات الثبات

المتغير	الجزئة النصفية	كرونباخ ألفا
	سبيرمان – براون	
سمة القلق	,657	,751

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الثبات مرتفعة بطريقتي التجزئة النصفية وألفا كرونباخ، وهذا يعني أن قياسنا لسمة القلق يعد متحرراً من الخطأ؛ وبناءً على هذا، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا الاختبار تعد قابلة للتعميم، لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة

مقياس الاكتئاب: إعداد بيرلسون، ترجمة عبد العزيز موسى محمد ثابت،١٩٨٧

يتكون هذا المقياس من ١٨ بند، ويستخدم لتقييم درجة الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين، ويطلب من المفحوص بوضع إجابته على كل بند في الخانة التي تنطبق على حالته، وهذه الخانات هي (لا، أحياناً، دائماً) **طريقة التصحيح**

لا تأخذ صفر، أحياناً تأخذ ١، دائماً تأخذ ٢ ، و ذلك بالنسبة للعبارات الآتية (٣، ٥، ٦، ١٠، ١٤ ، ١٥، ١٧، ١٨)، أما باقى العبارات تصحح كالآتى لا تأخذ ٢ ، و أحياناً ١، دائماً صفر.

الخصائص السيكومترية لمقياس الاكتئاب في الدراسة الحالية:

الاتساق الداخلي

حُسب الاتساق الداخلي لمقياس الاكتئاب باستخدام علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس. ويتم اعتماد البعد على أساس محك العلاقة التي تُقدَّر بـ ٠.٣ فأكثر. ويوضح الجدول (١٠) نتائج تطبيق هذا الإجراء.

جدول (١٠) علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس.

رقم البند	علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس	رقم البند	علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس
1	,178	12	,333
2	,514	13	,213
3	,386	14	,063
4	,022	15	,102
5	,301	16	,356
6	,300	17	,361
7	,249	18	,348
8	,477		
9	,246		
10	,302		
11	,073		

وتكشف التحليلات التي يحتوي عليها الجدول السابق عن وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس لكل البنود ما عدا البنود رقم ١،٤،١١،١٥ فلم تصل لمستوى المحك. لذلك تم حذفها. وتبدو أهمية هذه النتيجة في أنها تكشف ببساطة عن بنية متجانسة للمقياس، ومن ثم تؤكد التصور النظري الذي انبثق عنه، كمقياس مستقل لقياس الاكتئاب

صدق المقياس

قامت الباحثة بالتحقق من صدق مقياس الاكتئاب باستخدام صدق المجموعات المحكية، وذلك بتقدير الفروق بين مرضى الصرع والأسوياء على مقياس الاكتئاب، فإذا تمكن الاختبار من إبراز هذه الفروق فإنه يدل على صدق التكوين.

جدول (١١) الفروق بين متوسطي درجات مرضى الصرع والأسوياء في الاكتئاب

البُعد	العينة	ن	م	ع	قيمة ت	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق
الاكتئاب	أسوياء	٣٢	١٤,٤٧	٥,٥٠	٢,٧٨٠-	دالة 0,01	مرضى الصرع
	مرضى الصرع	٣٢	١٧,٥٣	٢,٥٠			

اتضح من جدول (١١) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي مرضى الصرع والأسوياء في متغير الاكتئاب عند مستوى 0,01 وكانت الفروق لصالح مجموعة المرضى؛ بمعنى أن مرضى الصرع مرتفعين في الاكتئاب عن الأسوياء، والمقياس الذي يتكون بهذه الطريقة، يتمتع بصدق ظاهري واضح.

ثبات المقياس

تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين هما (التجزئة النصفية ، ومعامل ثبات ألفا) ، ويوضح الجدول التالي قيم معاملات الثبات :

جدول (١٢) قيم معاملات الثبات

المتغير	التجزئة النصفية	كرونباخ ألفا
	سبيرمان – براون	
الاكتئاب	,344	,402

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الثبات مقبولة بطريقتي التجزئة النصفية وألفا كرونباخ، وهذا يعني أن قياسنا الاكتئاب يعد متحرراً من الخطأ؛ وبناءً على هذا، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا الاختبار تعد قابلة للتعميم، لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة.

الخطوات الإجرائية للدراسة:

تمت إجراءات الدراسة علي النحو التالي:

-قامت الباحثة بإعداد الإطار النظري للدراسة وتحديد المتغيرات وهي: المساندة الاجتماعية، القلق، الاكتئاب، الصرع.

-قامت الباحثة بالإطلاع علي الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت كل متغير علي حده والدراسات التي تناولت علاقة تلك المتغيرات ببعضها البعض لدى عينات مرضية مختلفة وفي البيئات العربية والأجنبية.

- بعد الإطلاع علي عدد من المقاييس ذات الصلة بموضوع الدراسة، وقع الاختيار علي المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية بعد أن تم التأكد من صلاحيتها للاستخدام بالتطبيق علي عينة الدراسة والتأكد من صدق و ثبات المقاييس بطرق مختلفة.

- تحديد أفراد عينة الدراسة الأساسية بالتعاون مع هئية التمريض واطباء المخ والأعصاب وذلك من خلال الإطلاع علي التذاكر الخاصة بالمرضي والتقارير الطبية والأشعاعات وذلك بالعيادات الخارجية بالمستشفى العام، مستشفي مكة التخصصي ، والعيادات الطبية الخاصة بمحافظة الفيوم.

– تم تحديد الفئة العمرية و المستوى التعليمي للمرضى الذين سيخضعون للتطبيق و ذلك بمساعدة هيئة التمريض و الأطباء المتخصصين، و تم الاجراء من خلال الإطلاع على تذاكر الحالات الموجودة بالمستشفى و أيضاً من خلال الملفات الموجودة بالعيادات الطبية الخاصة ، و بناء عليه تم استبعاد حالات المرضى الأميون، أو في مراحل عمرية غير مناسبة للمرحلة العمرية التى يطبق عليها الدراسة الحالية.

– تم تطبيق أدوات الدراسة علي أفراد العينة ممن وقع عليهم الاختيار والتشخيص من قبل الأطباء المتخصصين وتبين إمكانية التطبيق عليهم .

– تم استبعاد الحالات غير الراغبة في الخضوع للدراسة ، وغير الجاديين فيها.

– في كل جلسة تطبيق تقوم الباحثة بشرح الغرض من الدراسة ، وأهميتها و طمأنة المفحوصين بأن هذه البيانات فقط لأغراض البحث العلمي ولا يمكن لأي شخص الإطلاع عليها، ولمزيد من التشجيع فإنه غير مطلوب تدوين أسمائهم علي أوراق الإجابة الخاصة بالمقاييس.

– تم مراجعة الإجابة و تصحيحها .

– قامت الباحثة بتفريغ نتائج التطبيق و استخراج درجات كل فرد من أفراد العينة ، و تم معالجة البيانات بالأساليب الإحصائية المناسبة، ثم عرض النتائج و مناقشتها.

الأساليب الإحصائية:

المتوسطات والانحرافات المعيارية.
معامل ارتباط بيرسون.
اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين.
اختبار مان ويتني لمجموعتين مستقلتين.

اختبار كروسكال – واليس للمجموعات المستقلة.

التحليل العاملي التوكيدي.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول ومناقشتها: نص الفرض على أنه " توجد علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية والقلق لدى مرضي الصرع".

للتحقق من هذا الفرض حُسبت العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية بأبعادها الفرعية (المساندة من قبل النظراء – المساندة من قبل الأسرة – الرضا الذاتي عن المساندة) والقلق لدى مرضى الصرع باستخدام معامل ارتباط بيرسون باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، ويوضح جدول (١٣) نتيجة الفرض.

جدول رقم (١٣) العلاقة بين المساندة الاجتماعية والقلق لدى عينة الدراسة (ن=٥٠).

الدلالة	معامل الارتباط	العلاقة
,01	-,734**	المساندة من قبل النظراء – القلق
,01	-,368**	المساندة من الأسرة– القلق
,01	-,542**	الرضا الذاتي عن المساندة – القلق
,01	-,794**	الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية– القلق

** دال عند ,01

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة سالبة ودالة إحصائيًا بين المساندة الاجتماعية بأبعادها الفرعية (المساندة من قبل النظراء – المساندة من قبل الأسرة – الرضا الذاتي عن المساندة) والقلق لدى مرضى الصرع، وهى علاقات دالة إحصائيًا عند مستوى ٠.٠١ معنوية.

أظهرت نتائج الدراسة تحقق هذا الفرض، فنظرياً أجمع العديد من الباحثين على وجود علاقة عكسية بين تلك المتغيرين، بمعنى كلما انخفض معدل المساندة الاجتماعية بأبعادها الثلاثة كلما زاد مستوى القلق لدى مرضى الصرع، و كلما زاد معدل المساندة الاجتماعية كلما قل مستوى القلق لديهم، و عليه جاءت نتيجة الدراسة الحالية لتفسر العلاقة بين هذين المتغيرين، فمريض الصرع لديه قلق راجع إلى خوفه من تفاقم المرض أو حدوث انتكاسات و ما يخلفه ذلك المرض على جسمه و نفسيته من آثار ، لذا فالمساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض سواء من قبل الأسرة أو الأصدقاء تلعب دور هام في التخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن المرض و تساعده على مواجهة مرضه و التكيف معه، لذا أكد (محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن"١٩٩٤) أن للمساندة الاجتماعية دوران أساسيان في حياة الفرد.

الدور الإنمائي: يكون الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ويدركون أن هذه العلاقات يوثق بها، أفضل من ناحية الصحة النفسية من غيرهم ممن يفتقدون هذه العلاقات.

-**الدور الوقائي:** فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم المؤلمة (مثل: القلق، الاكتئاب) لتلك الأحداث تبعاً لتوفر مثل هذه العلاقات الودودة والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية كماً ونوعاً، وقد أوضح ذلك التأثير النموذج المعروف بالأثر الملطف للمساندة الاجتماعية أو فرض التخفيف ربما يرجع هذا الأثر المخفف إلى ما يحدث من تحسن في أساليب المواجهة والتعامل مع الضغوط ومصادرها، وبذلك فإنه يفترض حدوث التفاعل بين الضغوط من ناحية

والمساندة الاجتماعية من ناحية أخرى في التأثير على النتائج التي يتوقع حدوثها نتيجة للضغوط.

ودراسة والستون وآخرون (Wallston et al, 1983) التي كشفت عن دور المساندة الاجتماعية في تعزيز احتمالات الشفاء لدى الأشخاص الذين يعانون من المرض (شيلي تايلور، ٢٠٠٨، ٤٥٠)، وهناك دراسات أخرى أشارت إلي أهمية المساندة الاجتماعية بالنسبة لسلوك المريض تجاه مرضه ونذكر منها دراسة كريستنسن وآخرون Chirstensen et al, 1992 التي أوضحت أن الأفراد الذين حصلوا على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية يكونوا في الغالب أكثر إلتزاماً بالنظام العلاجي الخاص بهم (شيلي تايلور، مرجع سابق، ٤٥٠).

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات التى توصلت في مجملها إلى أن المساندة الاجتماعية تؤثر في مستوى القلق لدى الفرد.

وفي هذا الاتجاة أكدت دراسة أسماء السرسي، ٢٠٠٠، أن غياب أو انخفاض المساندة الاجتماعية يؤدى إلي كثير من المشكلات و منها ظهور الاستجابات السلبية فى مواجهة احداث الحياة الضاغطة ، فيصبح الفرد أكثر عرضه للإصابة بالاضطرابات النفسية كالقلق ، فالفرد الذي يتمتع بمساندة اجتماعية تتميز بالمودة و القبول من الاخرين منذ أوائل حياته ، فإنه سيصبح شخصاً واثقاً من نفسه و اقل عرضه للضغوط النفسية و اكثر مقاومة للاحباط و قادراص على حل مشكلاته بشكل إيجابي . (نسرين بن عبد الرحمن جمبي، ٢٠٠٨، ٤٢).

فالمساندة الاجتماعية تعمل على نقل الاحساس و الشعور للمرضى بأنهم

ليسوا بمفردهم في مواجهة الضغوط الخاصة بالمرض و انهم أصبحوا محل رعاية وتقدير احترام من قبل المحيطين بهم . (بشرى إسماعيل احمد، ٢٠٠٤، ٩٠)

نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية و الاكتئاب لدى مرضي الصرع".

للتحقق من هذا الفرض حُسبت العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية بأبعادها الفرعية (المساندة من قبل النظراء – المساندة من قبل الأسرة – الرضا الذاتي عن المساندة) والاكتئاب لدى مرضى الصرع باستخدام معامل ارتباط بيرسون باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، ويوضح جدول (١٤) نتيجة الفرض.

جدول رقم (١٤) العلاقة بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة الدراسة (ن=٥٠).

العلاقة	معامل الارتباط	الدلالة
المساندة من قبل النظراء – الاكتئاب	-,452**	,01
المساندة من الأسرة– الاكتئاب	-,411**	,01
الرضا الذاتي عن المساندة – الاكتئاب	-,664**	,01
الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية– الاكتئاب	-,731**	,01

** دال عند ,01

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة سالبة ودالة إحصائيًا بين المساندة الاجتماعية بأبعادها الفرعية (المساندة من قبل النظراء – المساندة من قبل الأسرة – الرضا الذاتي عن المساندة) والاكتئاب لدى مرضى الصرع، وهى علاقات دالة إحصائيًا عند مستوى ٠.٠١ معنوية..

أظهرت نتائج الدراسة تحقق هذا الفرض ، فنظرياً أجمع العديد من الباحثين على وجود علاقة عكسية بين تلك المتغيرين، بمعنى كلما انخفض معدل المساندة الاجتماعية بأبعادها الثلاثة (المساندة من قبل النظراء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة) كلما زاد مستوى الاكتئاب، وكلما زاد معدل المساندة الاجتماعية كلما قل مستوى الاكتئاب، وعليه جاءت نتيجة الدراسة الحالية لتفسر العلاقة بين هذين المتغيرين باعتبار أن كلاً منهما يتأثر بالأخر، بمعنى أن افتقاد الفرد للقدر المناسب والملائم من المساندة الاجتماعية يؤدي إلى العديد من مظاهر اختلال الصحة الجسمية والنفسية، فالأشخاص الذين يفتقدون المساندة من قبل الأصدقاء يكونون أكثر استهدافاً للإصابة باضطرابات نفسية منها الاكتئاب والقلق وانخفاض تقدير الذات. (عبد السلام على، ٢٠٠٥، ١٥) . يؤكد على أن غياب الدعم الاجتماعى يجر معه الاكتئاب. (Ferreri et al , 1987)

ونتيجة الدراسة الحالية متسقة مع التراث تماماً، فالمساندة الاجتماعية لها أهمية في تسيير الضغط الواقع على المريض نتيجة شعوره بالمرض و معاناته من الألم و بالتالى تخرجه من وحدته و عزلته و تمكنه من تقبل مرضه و التعايش معه، و عليه فيمكن أب يكون هذا العامل هو الأساس وراء تحقيق الصحة النفسية لما توفره للمريض من آمن و أمان و طمانينة كونه محاط بأقاربه و أفراد أسرته وأصدقائه وإحساسه باهتمامهم الدائم بيه ومساعدتهم المستمر له في ممارسة حياته و تلقى العلاج و حثة على الانتظام في العلاج ، فكل ذلك يرفع من معنوياته و يجعله قادر على مواجهة أزمات المرض.

بمعنى أن المرضى الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الاكتئاب بمجرد أن يتوفر لديهم العلاقات الاجتماعية الحميمة أى توفير المساندة الاجتماعية

تـنخفض لـديهم أعـراض الاكتئـاب، و قـد أوضـح دومـار ١٩٩٠ أن الامـراض العصبية كمرض الصرع من الممكن أن تكون السبب في حدوث الاضطرابات النفسية(Domar, 1990)

وأضاف أيضا "نوريس" و"موريل" (١٩٨٤) أن المساندة الاجتماعية تؤدي إلى خفض الأعراض الاكتئابية كما تقلل درجة الشعور بالمشقة وذلك أثر قيامهما بدراسة تتبعية على علي عينة قوامها (١٤٠٢) فردا من عمر (٥٥) سنة. (شعبان جاب الله، ٢٠٠١، ٢٣٦)

و في هذا الصدد يرى ديلوريو و آخرون (Dilorio et al, , 926-936 2004) أن للمساندة الاجتماعية دور لا يستهان به في تحسين الفعالية الذاتية لدى المرضي، و عرفت المساندة الاجتماعية بأنها الدعم المادى أو المعنوى الذي يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية و مساعدته على مواجهة المرض و التخفيف من الآم العضوية و النفسية الناتجة عن المرض (محمد بيومى خليل، ١٩٩٦، ١٠٠).

كما أن المساندة الاجتماعية تعمل على نقل الإحساس و الشعور للمرضى بأنهم ليسوا بمفردهم في مواجهة ضغوط المرض و التهديد وأنهم أصبحوا محل رعاية و تقدير و احترام من قبل المحيطين بهم (بشرى إسماعيل أحمد، ٢٠٠٤، ٩٠).

ويتفق (Rutter.1990) (Russell& Cutrona 1991) بأن العلاقة التي يسودها الحب والدفء فهي تمثل مصدرا للوقاية من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة فإنها ترفع بين تقدير الفرد لذاته وفاعليته وهما عاملان يساعدان الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة بشكل ايجابي،

ويخففان من الآثار المترتبة على التعرض لها، والتأثير الايجابي على الصحة النفسية للأفراد، وتجعلهم أكثر صلابة وفاعلية وقدرة على المواجهة واقل اكتئابا، أما إدراك الفرد لعدم وجود مساندة اجتماعية فإنه يشعر بعدم القيمة وعدم القدرة على المواجهة، وتكون هنا بداية ظهور الأعراض الاكتئابية حيث يفقد السند عند المحنة.(حسين علي محمد فايد، ٢٠٠٥،٣٤٢-٣٤٣).

ويعتقد كيترونا (١٩٩٦) بوجود علاقة ارتباطية بين نقص المساندة الاجتماعية (الحجم، الرضا) ونشأة واستمرار الأعراض الاكتئابية والشعور باليأس لدى فئات عمرية مختلفة، فالأشخاص منخفضي المساندة الاجتماعية من المكتئبين يتسمون بالتقييم السلبي للذات، والنظرة السلبية للعالم والمستقبل، وتوقع الفشل في كل محاولة، وتعميم هذا الفشل، والتشويه المعرفي، وفقدان الأمل، والقابلية للاستثارة. (مروان عبد الله دياب، ٢٠٠٦، ٦٧)، وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات التى توصلت في مجملها إلى أن المساندة الاجتماعية تؤثر في مستوى الاكتئاب لدى الفرد.

و في هذا الاتجاه أكدت دراسة كلاً من دراسة Thompson & Heller, 1990 على أن المساندة الاجتماعية بشكل عام ترتبط بانخفاض أعراض الاكتئاب و انخفاض الشعور بالوحدة النفسية، والمساندة من قبل الأسرة أكثر تأثيراً من المساندة من قبل الأصدقاء على السيدات المسنات، كما أن عمق المساندة الاجتماعية يرتبط بشعورهن بالسعادة النفسية، وغياب المساندة الاجتماعية يرتبط بزيادة أعراض الاكتئاب.

و دراسة Russell & Cutrona, 1991 أظهرت النتائج أن للمساندة الاجتماعية دور فى تخفيف تأثير الضغوط والتقليل من أعراض الاكتئاب.

و كذلك دراسة Keeler t al, 1993 توضح دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من الوحدة النفسية والاكتئاب، لدى عينة مكونة من ٣٠ من مرضى الاضطراب الرئوي المزمن ، و أظهرت وجود علاقة سالبة بين المساندة الاجتماعية (الحجم، الرضا) ومستوى الاكتئاب لدى المرضى.

وفي دراسة أجراها Anais Lafaye, 2009 بعنوان أثر عوامل السند الاجتماعى وستراتيجيات المواجهة على نوعية الحياة واضطرابات القلق والاكتئاب عند المصابين بصرع جزئي، وهدفت لتحديد مدى تطور متغير السند الاجتماعى واستراتيجيات المقاومة والسلامة العاطفية والجسدية، وتكونت العينة من ١٣٢ مصاب بالصرع الجزئي ، وأظهرت النتائج أن المرضى كان لديهم أعراض اكتئابية , وأن هناك عوامل مؤثرة بشكل إيجابي كالسند الاجتماعي على استراتيجيات المواجهة لدى المرضى.

وعلى العموم يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة فى اعتبار ان الاكتئاب عامل مهدد للتوافق النفسي ويؤدى بمرور الوقت إلى التدهور الصحي ، وأن المساندة الاجتماعية عامل واقي من الوقوع في الاكتئاب نظراً لما تقدمه من خدمات.

نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق تبعًا لمتغير موضع البؤرة الصرعية (الفص الأمامي – الفص الأيمن – الفص الأيسر) لدى مرضى الصرع".

للتحقق من هذا الفرض حُسبت الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعات الثلاث في القلق باستخدام اختبار كروسكال– واليس، ويوضح جدول

رقم (١٥) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي.

جدول (١٥) دلالة الفروق بين متوسطات رتب مجموعات الدراسة الثلاث في القلق(ن=٥٠).

المتغير	موضع البؤرة	العدد	متوسط الرتب	اختبار كروسكال-واليس	الدلالة	مستوى الدلالة
القلق	الفص الأمامي	٩	17,06	10,325	دالة	,01
	الفص الأيمن	٢٠	33,30			
	الفص الأيسر	٢١	21,69			

اتضح من جدول (١٥) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الثلاث حسب متغير موضع البؤرة في متغير القلق لدى مرضى الصرع ، فقد كانت قيمة اختبار كروسكال –واليس هى 10,325 وهى دالة معنويًا عند مستوى دلالة 01, ، وكانت مجموعة موضع البؤرة في الفص الأيمن أكثر قلقًا يليهم مجموعة الفص الأيسر وأخيرًا مجموعة مرضى الصرع من وضع الفص الأمامي.

وتُعتبر النوبات البؤرية واحدة من أنواع الصرع الأكثر شيوعاً بين الأطفال والبالغين على السواء (Jambaque, 2001: 97) ، وهي النوبات التى تبدأ فى منطقة محددة بأحد شِقَّى المخ، وقد تُحدث تغيراً فى الوعي يمكن أن يتراوح بين عجز المريض عن الاستجابة لأوامر بسيطة ، وصولاً إلى العجز عن الاستجابة على الإطلاق(Mccandless, 2012,167) ، و عادة تنشأ فى الفص الصدغي أو المناطق الجبهية الصدغية (Orsini, Van Gorp, & Bonne, 1988, 104).

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن النواة اللوزية والنواة المركزية ، وقرن آمون لهم دور في انتشار اضطراب القلق لدى مرضي الصرع، وهناك كثير من الأدلة التجريبية والاكلينكية التى تؤكد على أهمية كل من اللوزة والنويات المركزية في حدوث القلق لدى مرضى الصرع، حيث يعمل التحفيز و التنبية المتكرر لهذه المنطقة خلال مسار نوبات صرع الفص الصدغي على زيادة استثارة هذه المنطقة والتي تتجلى في أعراض القلق، والتحفيز الكهربائي المباشر للجزء الأيمن من اللوزة المخية يثير المشاعر السلبية لدى الفرد مثل القلق، بينما تحفيز الجزء الايسر من اللوزة قد يؤدى غلى إثارة المشاعر السارة أو غير السارة لدى الفرد. (Kimiskidis & Valeta, 2012, Lebedeva, Pashnin, Avedisova,2020)

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كلاً من دابله، جونيجا، وسينغ و بالا ,juneja , Dabla Songh, Bala 2020 التى أوضحت وجود ارتفاع في معدلات القلق والاكتئاب لدى مرضى صرع الفص الصدغي مقارنة بغيرهم من غير مرضى صرع الفص الصدغي.

في حين أوضحت دراسة فام وساور وباتين وويب وفيست وبولك و جيتي Pham, Sauro, Pattem, Wiebe, Fiest, Bulloch, Jette, 2017 عدم وجود علاقة بين الاصابة بالقلق ونوع النوبات الصرعية و تختلف هذه النتيجة مع الدراسة الحالية.

نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب تبعًا لمتغير موضع البؤرة الصرعية(الفص الأمامي– الفص الصدغى الأيمن– الفص

الصدغي الأيسر) لدى مرضى الصرع".

للتحقق من هذا الفرض حُسبت الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعات الثلاث في الاكتئاب باستخدام اختبار كروسكال- واليس، ويوضح جدول رقم (١٦) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي.

جدول (١٦) دلالة الفروق بين متوسطات رتب مجموعات الدراسة الثلاث في الاكتئاب(ن= ٥٠).

المتغير	موضع البؤرة	العدد	متوسط الرتب	اختبار كروسكال- واليس	الدلالة	مستوى الدلالة
الاكتئاب	الفص الأمامي	٩	7,72	28,221	دالة	,001
	الفص الصدغي الأيمن	٢٠	37,33			
	الفص الصدغي الأيسر	٢١	21,86			

اتضح من جدول (١٦) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الثلاث حسب متغير موضع البؤرة في متغير الاكتئاب لدى مرضى الصرع ، فقد كانت قيمة اختبار كروسكال -واليس هى 28,221 وهى دالة معنويًا عند مستوى دلالة 001, ، وكانت مجموعة موضع البؤرة في الفص الصدغي الأيمن أكثر اكتئابًا يليهم مجموعة الفص الصدغي الأيسر وأخيرًا مجموعة مرضى الصرع من وضع الفص الأمامي.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن أعراض الاكتئاب تكون أكثر تكراراً في الصرع في حالة التموضع في الفص الصدغي مقارنة بالتموضع خارج الفص الصدغي، ووجد أن هناك آليات ملازمة قد تلعب دوراً في تطور أعراض الاكتئاب لدى

المرضي الذين يعانون من صرع الفص الصدغي، ووجد أن عديد من المرضى الذين يعانون من صرع الفص الصدغي لديهم أكثر من نوع نوبة واحدة ، ووجد اختلال وظيفي في الفص الجبهي بالاضافة إلى الفص الصدغي قد يكون عامل خطر في نمو و تطور الاكتئاب لدى مرضى صرع الفص الصدغي. (Garcia, 2012, 1, Swinkels, Boas, 2006)

وافترض فلوهنرى أن الاضطرابات الانفعالية كانت أكثر شيوعاً في المرضي الذين يعانون من صرع الفص الصدغي في الجانب الأيمن و أيضاً أشارت الدراسات إلى وجود فروق في الاكتئاب في الشق الأيسر من صرع الفص الصدغي مقارنة بصرع الفص الصدغي في الشق الأيمن، حيث اقترح فيكتورف ١٩٩٤ إلى أن الأفراد الذين يعانون من الصرع في الشق الأيسر لديهم قابلية تصاعدية للاصابة بالاكتئاب. (Kohier, et al, 1999, 336, Seethalakshmi& Krihnamoorthy, 2007,4)

في حين دراسات أخرى لاحظت وجود علاقة بين تموضع شق المخ الأيسر والاختلالات الانفعالية. (Sperli et al, 2009, 353) وافترض بعض الباحثين أن شق المخ المسيطر يمكن أن يكون المسؤل عن الحالات الانفعالية السلبية و يمكن أن ينتج شق المخ غير المسيطر التأثير المعاكس ، في حين تفترض نظرية أخرى أن نشاط النوبة في شق المخ غير المسيطر يمكن أن يؤدى إلى إهمال المشاعر السلبية . (Bragatti et al, 2011, 6) وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كلاً من دابله، جونيجا، وسينغ و بالا Dabla, juneja, Bala, 2020 Songh التى أوضحت وجود ارتفاع في معدلات الاكتئاب لدى مرضى صرع الفص الصدغي مقارنة بغيرهم من غير مرضى صرع الفص الصدغي.

نتائج الفرض الخامس ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق تبعًا لمتغير تكرار نوبة الصرع (يوميًا – أسبوعيًا – شهريًا – سنويًا) لدى مرضى الصرع".

للتحقق من هذا الفرض حُسبت الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعات الأربعة في القلق باستخدام اختبار كروسكال– واليس، ويوضح جدول رقم (١٧) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي.

جدول (١٧) دلالة الفروق بين متوسطات رتب مجموعات الدراسة الأربعة في القلق (ن=٥٠).

المتغير	تكرار النوبة	العدد	متوسط الرتب	اختبار كروسكال– واليس	الدلالة	مستوى الدلالة
القلق	يوميًا	١	44,5	20,721	دالة	0,000
	اسبوعيًا	١٨	36,69			
	شهريًا	١٦	20,56			
	سنويًا	١٥	16,07			

اتضح من جدول (١٧) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الأربعة حسب متغير تكرار النوبة في متغير القلق لدى مرضى الصرع ، فقد كانت قيمة اختبار كروسكال – واليس 20,271 وهى دالة عند مستوى 0,000.

وكانت مجموعة تكرار النوبة يوميًا أكثر قلقًا يليهم مجموعة تكرار النوبة أسبوعيًا يليهم مجموعة تكرار النوبة شهريًا وأخيرًا مجموعة تكرار النوبة سنويًا في متغير القلق.

ذلك يعنى كلما زاد معدل النوبات الصرعية كلما أصبح الفرد أكثر شعوراً بالقلق، و أكد على ذلك دراسة (Vasilios, K, Kimiskidis et al, 2007) التي أظهرت وجود ارتباط بين ازدياد عدد النوبات وبين الإصابة بالقلق لدى مرضى الصرع.

و طبقاً للنظرية النفسية الدينامية المفسرة للقلق تركز علي دور العوامل النفسية في إحداث النوبات الصرعية ، وتعتبر كل من القلق والإجهاد أهم هذه العوامل المثيرة للنوبات الصرعية، وترى النظرية أن الصراعات اللاشعورية التي لا يمكن تجاوزها نفسياً تؤدي إلي الشعور بالقلق والتوتر اللذان قد يؤديا إلى مزيد من النوبات الصرعية. (Kimiskidis & et al, 2012)وفي دراسة فام وساور وباتين وويب وفيست وبولك و جيتي Pham, Sauro, Pattem, Wiebe, Fiest, Bulloch, Jette, 2017 أشارت إلى وجود علاقة بين الإصابة بالقلق و شدة الصرع ودرجة الإعاقة المرتبطة بالنوبات الصرعية.

نتائج الفرض السادس ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب تبعًا لمتغير تكرار نوبة الصرع (يوميًا – أسبوعيًا – شهريًا – سنويًا) لدى مرضى الصرع".

للتحقق من هذا الفرض حُسبت الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعات الأربعة في الاكتئاب باستخدام اختبار كروسكال– واليس، ويوضح جدول رقم (١٨) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي.

جدول (١٨) دلالة الفروق بين متوسطات رتب مجموعات الدراسة الأربعة في الاكتئاب (ن=٥٠).

المتغير	تكرار النوبة	العدد	متوسط الرتب	اختبار كروسكال- واليس	الدلالة	مستوى الدلالة
الاكتئاب	يوميًا	١	49,00	19,370	دالة	0,000
	اسبوعيًا	١٨	35,81			
	شهريًا	١٦	21,16			
	سنويًا	١٥	16,20			

اتضح من جدول (١٨) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الأربعة حسب متغير تكرار النوبة في متغير الاكتئاب لدى مرضى الصرع ، فقد كانت قيمة اختبار كروسكال – واليس 19,370 وهى دالة عند مستوى 0,000.

وكانت مجموعة تكرار النوبة يوميًا أكثر اكتئابًا يليهم مجموعة تكرار النوبة أسبوعيًا يليهم مجموعة تكرار النوبة شهريًا وأخيرًا مجموعة تكرار النوبة سنويًا في متغير الاكتئاب.

و ذلك يعنى كلما زاد معدل تكرار النوبات الصرعية كلما زاد مستوى الشعور بالاكتئاب لدى مريض الصرع .

و تشير النظرية المعرفية المفسرة للاكتئاب إلى دور الاختلالات النفسية و المعرفية في خفض النوبات ، ودور النوبات المتكررة في زيادة حدة التدهور في التكامل المعرفي لدى مرضى الصرع (Rayner, 2017).

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة كلاً من أحمد عاطف محمد مصطفي، نرمين عبد الوهاب أحمد، منى حسين توفيق صابر ، ٢٠٢٢ و التى أوضحت وجود

فروق بين مرضى الصرع فى أعراض الاكتئاب تبعا لمعدل تكرار النوبات الصرعية لصالح المرضى الذين يحدث لديهم النوبات بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة يومياً، والمرضى الذين تحدث لديهم النوبات الصرعية بمعدل نوبة واحدة أو أكثر من نوبة أسبوعياً.

وتتفق أيضا مع **دراسة جبور، و بوكوروف، نيكولاسفيتش، هاجدر، إغناتوفيتش Gebauer, Bukurov, Nikolasevic, Hajder,Zivanovic & Ignjatovic, 2019** و التى وجدت علاقة ارتباطية بين ارتفاع مستويات الاكتئاب وزيادة معدل تكرار النوبات لدى مرضى الصرع.

و كذلك دراسة دابله، جونيجا، وسينغ و بالا 2020 , juneja, Songh , Dabla Bala, و التى وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين الاصابة بالأمراض النفسية وكل من الجنس في اتجاه الأناث والمدة الأطول للإصابة بالصرع، وزيادة معدل تكرار النوبات الصرعية، والإصابة بصرع الفص الصدغي.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة و مناقشتها توصي الباحثة بما يلي:

- بضرورة تبني المساندة الاجتماعية كأسلوب علاجي للرفع من المعنويات و خلق إرادة لدى المريض لمواجهة مرضه.
- تصميم برامج إرشادية و علاجية لخفض درجة القلق لدى مرضى الصرع ، بحيث يتمكن المريض من خلالها التعامل مع الأعراض الجسدية و النفسية الناتجة عن الإصابة والتقبل و التكيف بقدر الإمكان، و من أجل التقليل من تكرار حدوث النوبات الصرعية.

- أوصي بعمل برامج إرشادية لأفراد أسرة المريض تساعدهم على التعامل بشكل مناسب وصحيح مع الشخص المصاب.
- ضرورة الاهتمام بتلك الفئة المرضية لما تتركه الإصابة من آثار نفسية وجسدية تحتاج إلى اهتمام و رعاية .
- العمل على دمج هذه الفئات في المجتمع، حتي يستطيعوا مواصلة حياتهم و عدم تحسسهم بأنهم عاجزين.
- ضرورة تقديم الخدمات النفسية لمرضي الصرع وجعلها جانب مكمل للعلاج الطبي وذلك لتخفيف من حدة التوتر الانفعالي و القلق و الاكتئاب الذي يصاحب المرض وقد يكون مؤثراً على مسار العلاج.
- تصحيح الفكرة الخاطئة بأنه مرض غير قابل للشفاء أو من الخرافات حول أن المرض هو مس أو جنون حتي يتمكن المصاب من مواجهة مرضه.
- إقامة جلسات لتوعية المصاب بالصرع حول حالته و مرضه.

المراجع العربية:

أحمد محمد عبد الخالق، نجوي يحيي اليجفوفي (٢٠٠٤). معدلات انتشار القلق لدى عينات من الطلاب اللبنانين، **المجلة التربوية**، ١ (٨)، ١١-٥٠.

أحمد عبد الخالق و أخرون . (٢٠١١). العوامل المنبئة بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية. **مجلة دمشق. ٢٧. العدد ٣، ٤.**

أحمد عاطف محمد مصطفى، نرمين عبد الوهاب أحمد، منى حسين توفيق صابر. (٢٠٢٢). أعراض القلق و الاكتئاب لدى عينة من مرضى الصرع في ضوء

بعض المتغيرات الديموجرافية و الاكلينكية. **مجلة الدراسات النفسية المعاصرة. ٤(١-٣٧).**

أحمد عكاشة (2000) .**علم النفس الفسيولوجي**، دار المعارف،القاهرة، ط 6

أحمد عبد اللطيف أبو أسعد . (٢٠١٥). **الصحة النفسية : منظور جديد** .عمان : دار الميسرة للنشر والتوزيع.

أحلام باشن، مريم مسعودان. (٢٠٢٢) . **تأثير الصرع على الانتباه الانتقائي لدى الأطفال المصابين بالصرع المتمدرسين (من ٨ إلى ١٢ سنة)**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية ، جامعة الدكتور يحيي فارس بالمدية.

أديب محمد الخالدي .(٢٠٠٦). **علم النفس الإكلينكي**، دار وائل للنشر و التوزيع، العراق.

أريج خالد عبد الخالق السلمي. (٢٠٢٠). المساندة الاجتماعية و علاقتها بالاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي في جدة. **المجلة العربية للنشر العلمي. ٣٥ . ٤٠٤.**

أسماء خلاف ، يوسف عدوان . (٢٠١٧). التوافق النفسي وعالقته بفعالية الذات لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي. **مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة السطيف ٢، (٢٥) .٣٣٦-٣٢٣ .**

أسماء السرسي ، أماني عبد المقصود عبد الوهاب (٢٠٠٠). المساندة الاجتماعية كما يدركها المراهقين و علاقتها ببعض المتغيرات النفسية و الاجتماعية. **مجلة كلية التربية. جامعة بنها. ١٠ (٤٤). ١٩٦-٢٤٤.**

إسماعيل الهلول، و عون محسن (٢٠١٣):"المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والصلابة النفسية لدى المرأة الفلسطينية فاقدة الزوج"، **مجلة جامعة النجاح للأبحاث العلوم الإنسانية)، المجلد ٢٧ (١١) جامعة الأقصى _ غزة.**

أمل عبد الرزاق المنصوري، هناء صادق البدران (٢٠١٠). مستوى التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى طلبة قسم الإرشاد النفسي"، **مجلة أبحاث البصرة (العلوم الإنسانية)، المجلد ٣٥ ، العدد ٢، ١٠٠-١٣٢،جامعة البصرة.**

أمينة دوادي (٢٠٢٢). **الإكتئاب عند الراشد المصاب بالصرع.** رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية، جامعة أكلي محند أولحاج ، البويرة. الجزائر.

إيمان طالبي. (٢٠٢١). **دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين فعالية الذات و نوعية الحياة لدى مرضى الصرع.** رسالة دكتوراه. كلية العلوم الاجتماعية. جامعة الجزائر.

بشرى إسماعيل أحمد. (٢٠٠٤). **ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية.** القاهرة .المكتبة الأنجلو المصرية.

تيسير حسون (2007). **المرجع السريع إلي الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية.** دار الهدى، دمشق.

ثائر عاشور (٢٠١٧).**الإكتئاب (أسبابه، أعراضه)، أنواعه، وطرق علاجه)** . بدار الخليج، عمان.

جاسم محمد عبد الله المرزوقي. (٢٠٠٨) .**الامراض النفسية و علاقتها بمرض العصر (السكر)** . العلم و الإيمان للنشر و التوزيع، ط١.

جمال السيد تفاحة (٢٠٠٥). الشعور بالوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية من الآباء الأقران لدى الأطفال العميان". **مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد الثامن والخمسون، . الجزء الثاني، ١٢٥-١٥١.**

جمال الخطيب (٢٠٠٦). **مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية.** دار الشروق للنشر والتوزيع،عمان الأردن.

جودت بني جابر و أخرون (٢٠٠٢). **المدخل إلي علم النفس.** ط١. مكتبة دار الثقافة نشر و توزيع. عمان.

حسين علي محمد فايد. (١٩٩٨). الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض إكتئابية .**مجلة دراسات نفسية** ،الثامن، العدد الثاني، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ١٩٢ -١٥٥

حسين علي فايد. (٢٠٠٠). **دراسات في الصحة النفسية ، الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة و الأعراض الاكتئابية** . الإسكندرية . المكتب الجامعي الحديث.

حسين علي محمد فايد (٢٠٠٥). **المشكلات النفسية والاجتماعية**"، الطبعة الأولى، طيبة للنشر والتوزيع، مصر.

حمزة الجبالي (٢٠١٦) **مبادئ علم النفس.** دار الأسرة .

خالد إبراهيم الفخراني، فؤاد أبو المكارم، غادة معوض (٢٠٢٢). الفروق بين مرضي الصرع و الأصحاء في كل من الأكتئاب والأرق. **المجلة العلمية بكلية الأداب، العدد ٤٦.**

خليل أبو قرحة (٢٠٠٢). **الموسوعة النفسية.** دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان.

درداح الشاعر (٢٠٠٥).**اتجاهات طلبة الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة نحو المخاطرة وعلاقتها بكل من المساندة الاجتماعية وقيمة الحياة لديهم" .** رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عين شمس بمصر بالتعاون مع جامعة الأقصى بغزة

ربيعة بشير باشا (٢٠٠٩). **الإكتئاب ونوعية الحياة عند المرأة المصابة بالصرع.** أطروحة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الإكلينكي. جامعة الجزائر.

رشاد عبد العزيز موسى (١٩٩٣). **علم النفس المرضي.** مؤسسة المختار. القاهرة.

سامي عبد القوي .(١٩٩٤). **مقياس الصرع النفسي الحركي.** مكتبة النهضة المصرية. القاهرة.

سبيلبرجر جورستن (1985). **ترجمة الدكتور محمد سعد الدين الدرس قائمة حالة و سمة القلق.** دار القلم للنشر والتوزيع.الكويت.

سعاد جبر سعيد. (٢٠٠٨). **سيكولوجية التفكير و الوعي بالذات.** ط١.عالم الكتاب الحديث للنشر و التوزيع.

سها بدرة، رغداء نعيسة (٢٠١٤). المساندة الاجتماعية الأسرية و علاقتها بمستوي الاكتئاب لدي المسنين في دور لرعاية بمحافظة اللاذقية. **مجلة جامعة تشرين للبحوث و الدراسات العلمية.** ٣٦ (٢).

١٣٥ – ١٥٣.

سعدي عبد السلام (٢٠١٣). **القلق لدي الراشدين المصابين بالصرع.** رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية، جامعة البويرة.

سعيد المالكي. (٢٠١٩). المساندة الاجتماعية وعالقتها بأحداث الحياة الضاغطة والاكتئاب لدى عينة من المرضى . **مجلة القراءة و المعرفة.٢٠٩. ١٦٣-١٨٩.**

سمير بقيون.(٢٠٠٧). **الأمراض العصبية** . الأردن . دار البارودي العلمية.

شريد صارة. (٢٠٢٠). **دور المساندة الاجتماعية في تخفيف أعراض الاكتئاب لدي مرضي السرطان.** رسالة ماجستير. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية. جامعة محمد بوضياف. المسيلة.الجزائر.

شعبان جاب الله رضوان وعادل محمد هريدي (٢٠٠١). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة. **مجلة علم النفس. مجلة فصلية تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب. السنة الخامسة عشر. العدد ٥٧ ، ص ٧٢-١٠٩.**

شيلي تايلور. (٢٠٠٨). **علم النفس الصحي.** (وسام درويش بريك وفوزي شاكر طعيمة داود، مترجم). عمان : دار الحامد.

عايد محمد عثمان الحموز (٢٠٠٦). **الأفكار العقلانية و علاقتها بالقلق لدي طلبة جامعات الضفة الغربية في فلسطين جامعة القدس.** فلسطين. (رسالة ماجستير غير منشورة).

عبد الكريم بارودي (٢٠١٦). **مختصر مرض الصداع (مسببات المرض – أعراضه – طرق علاجه)** . أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الطب : جامعة سيدي محمد بن عبد الله .المغرب.

عبد السلام على على . (٢٠٠٠). المساندة الاجتماعية و أحداث الحياة الضاغطة و علاقتهما بالتوافق مع الحياة الجامعية لدي طلاب الجامعة المقيمين

مع أسرهم و المقيمين في المدن الجامعية. **مجلة علم النفس. العدد ٥٣. الهيئة المصرية العامة للكتاب.**

عبد السلام علي علي (٢٠٠١).المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجا ت. **مجلة دراسات نفسية**، المجلد السابع، العدد الثالث، ٢٠٣-٢٣٢.

عبد السلام علي على (٢٠٠٥).**المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية في حياتها اليومية**. ط ١. مكتبة زهراء الشرق. القاهرة.

عبد اللطيف حسين فرج (٢٠٠٩). **الاضطرابات النفسية (الخوف ،القلق- التوتر ،الانفصال الأمراض النفسية للأطفال)** . ط ١. دار حامد للنشر والتوزيع.

عبد المنعم الميلادى. (٢٠٠٦). **الأعراض و الاضطرابات** . مؤسسة شباب الجامعة بدون طبعة. الإسكندرية.

عبد العزيز المعاصي ومحمد عبدا لله الجيمان (٢٠٠٩). **مشكلات تربوية معاصرة** . ط ١. دار الثقافة للنشر والتوزيع .عمان. الأردن.

عبد الله بن محمد الصبي (٢٠٠٦). **الصرع (التشنج)**. مكتبة الملك فهد الوطنية. السعودية. ط ١.

عمر بوجة ، إسماعيل بن شرف (٢٠٠٨). **المعاش النفسي لمرضى الصرع**. مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي. بمستغانم .

غسان بشير حمدي الأعظمي(٢٠١٣). **الكآبة بين كبار السن من العراقيين داخل الوطن والمهجر**. دار دجلة. عمان. ط ١.

فاتن عبد الفتاح السيد (١٩٩٣). **مظاهر الإكتئاب لدى الفتاة الجامعية** دراسة العلاقة مظاهر الإكتئاب ببعض متغيرات التنشئة الأسرية .

فوزي شحاتة (٢٠١٥) . **المساندة الاجتماعية في حالة أزمة الإصابة بالمرض المزمن**.رسالة ماجستير غير منشورة . كلية الخدمة الاجتماعية . جامعة الفيوم.

كوام مكنزي وزينب منعم (٢٠١٣).**الاكتئاب** . ط ١. مكتبة الملك فهد الوطنية – للنشر ، الرياض.

مايكل راتر (١٩٩١): "**الحرمان من الأم: إعادة تقييم**". (ترجمة: ممدوحة سلامة). مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة.

محمد محمد بيومي خليل . (١٩٩٦). المساندة النفسية الاجتماعية وارادة الحياة ومستوى الألم (لدى المرضى بمرض مفض للموت). **مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية ١٠ (٩٧)، ٩٢-١١٩.**

مجدي أحمد محمد عبد الله. (٢٠٠٠). **علم النفس المرضي دراسة شخصية بين السواء و الاضطراب**. دار المعرفة الجامعية.

محمد حسين علوي (١٩٩٤).**علم النفس الرياضي** . ط 4. دار المعارف.

محمد السيد. (٢٠١١). النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية و العوامل الخمسة الكبري للشخصية و تقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدي طلاب الجامعة.**مجلة كلية التربية. جامعة بنها. مجلد ٢٠. العدد ٨١. ٢٦٩-٣٥٠.**

محمد الشناوي، و محمد عبد الرحمن (١٩٩٤): **المساندة الاجتماعية والصحة النفسية**.مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة .

محمد رفيق الكحلوت . (٢٠١٦). **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالعزو السببي لدي محاولي الانتحار في قطاع غزة** . رسالة ماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية، كلية التربية بالجامعة الاسلامية. غزة. فلسطين.

محمد عواد (٢٠٠٦). **معجم الطب النفسي والعقلي.** دار أسامة للنشر والتوزيع. ط ١ .

محمد عودة. (٢٠١٠) . **الخبرة الصادمة و علاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط و المساندة الاجتماعية و الصلابة النفسية لدي أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة.** رسالة ماجستير في علم النفس. الجامعة الإسلامية. غزة، فلسطين.

مروان عبد الله دياب (٢٠٠٦). **دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطنيين.** رسالة ماجستير في علم النفس. الجامعة الإسلامية. غزة.

مريم سليم (2002).**علم النفس النمو.** دار النهضة العربية. مصر. ط **2.**

محمد فيصل الزراد (١٩٩٩). **الصرع في الطب و علم النفس.** الرياض: دار المريخ للنشر.

مصطفى نوري القمش (2007). **الاضطرابات السلوكية الانفعالية.** دار المسيرة للنشر و التوزيع. بيروت. ط١.

نزال الطالب وكامل لويس (٢٠٠٠).**علم النفس الرياضي** . ط ٢ . وزارة التعليم العالي والبحث العلمي .بغداد.

نسرين بنت صلاح بن عبد الرحمان جمبي .(٢٠٠٨).**تقدير الذات و المساندة الاجتماعية لدي عينة من مجهولي الهوية ومعروفي الهوية من الذكور و الإناث.** رسالة ماجستير . قسم علم النفس. كلية التربية الجامعة الاسلامية. غزة. فلسطين.

هشام أحمد محمود غراب (٢٠٠٠). **القلق و علاقته ببعض المتغيرات لدي طلبة الثانوية العامة بمدارس محافظات غزة.** الجامعة الأسلامية، عزة، فلسطين.

هناء أحمد شويخ. (٢٠٠٧).**أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية (مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية)** . مصر الجديدة : ايتراك.

المراجع الأجنبية:

Al-Malt, A., Abo Hammar, S., Rashed, K. & Ragab, O. (2020). The effect of nocturnal epileptic seizures on cognitive functions in children with idiopathic epilepsy. The Egyptian Journal of Neurology, **Psychiatry and Neurosurgery. 56(49) 1-6**

Anais L (2009), **Effets acteurs-partenaire du soutien social et des stratégies de coping sur la qualité de vie et des trouble anxio dépressifs de patients atteints d'un épilepsie partial complexe**, université bordeau 2, école doctorale

Abu Sheer, A. (2012): **Depression among Epileptic patients in governmental Community mental health center in Gaza strip (Unpublished Master hesis)**.University of Islamic, Gaza .

Avedisova & A. S , Lebedeva, A. V, Pashnin, E. V, Kustov, G. V, Akzhigitov, R. G & Guekht, A.B. (2020). Anxiety Disorders in Epilepsy . **Neuroscience and Behavioral physiology, 50 (1), 1-7.**

Beghi, E. (2020). The Epidemiology of Epilepsy**, Neuro epidemiology**, 54 (2). 185- 191.

Blixen, C, Ogeda, D, Briggs, F, Aebi, M. E, Burant, C, Wilson, B, Terashima, J.P & Sajatovic. M. (2020). Correlates of stigma in people with Epilepsy, **Journal of clinical Neurology. 16. (3). 423-432.**

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

Catherine, I, Bagwell. (2006). Anxiety and Mood Disorders in Adolescents With Childhood Attention, Deficitl/ yperactivity Disorder".**Journal of Enotion and Behavioral Disorders. (14) 3**, p p178.

Coleman, And Claudia (2004). **Associations of test nxiety and Selected Varibes on the Performance of adult and Techical Eduction andPsychology students**. (S.N) marshall- University pp. 51.

Dabla, S, Juneja, H, Singh, P & Bala, K. (2020). Depression , Anxiety and suicidal ideation, behavior among persons with epilepsy; common but undr stimated comorbidities in Haryana, North Injia, **Neurology Asia, 25 (1), 7-12.**

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

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

Dsm5 (2013). **Manuel of mental disorder, fifth edition, arlington, va, American**, Psychiatric Association.

Farghaly, W., Abd Elhamed, M., Hassan, E., Soliman, W., Yhia, M. & Hamdy, N.(2018). Prevalence of childhood and adolescence epilepsy in Upper Egypt (desert areas). The Egyptian Journal of Neurology, **Psychiatry and Neurosurgery. 54(34), 1-7.**

Gaelle B (2010), **connectivity in epileptogenic networks and worksandontralateral compensatory mechanisms hum brainMapp**.

Garcia, C. S. (2012). Depression in temporal lobe epilepsy: A review of prevalence, clinical features, and management considerations.**Epilepsy Research and Treatment, 2012, 1-12.**

Gebauer , Bukurov, K, Nikolasevic, z, Hajder, D, Zivanovic, z, Ignjatovic, V.B. (2019). Evaluation of symptoms of depression and anxiety in adolescents with epilepsy in atertiary level medical center in serbia, Annals of Indian **Academy of Neurology, 22 (4), 419-425.**

Ghaith, M . (2013) **. Anxiety and stigma among epileptic patients in Gaza strip(Unpublished Master Thesis)**. University of Islamic, Gaza.

Hall.H.R. (2008). **the relations hips among adaptive behaviors of children with Autism spectrum disorder ,their family support networks, parental stress and parental coping**.pdf sisserition, the university of tenness.

Haji, A, Mahmoud Fakhe, H. (2015).Relation ship of social support and self management with Quality of life in patients with epilepsy, **Journal of Health and care, Vol 17, N 3, P240- 247.**

Heather, A. K. Eric, j,Mash, and otehrs. (2004). A test of the Tripartite Model of Anxiety and Depression in Elemantary and Hight School Boys and Girls. **Journal of Abonrmal Child Pshychology. (32),1,** pp13.

Jambaque, I. (2001). Neuropsychology of temporal lobe epilepsy in children. In:.ambaque, M. Lassonde, & O. Dulac (Eds.).**Neuropsychology of childhood epilepsy (pp.97-102). NewYork: Springer.**

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.**

Jing , Li,Xuefeng Wang, Huaqing Meng, Kebinzeng, Fengying Quan, and Fang Liu. (2016). **Systemic Family Therapy of comorbidity of Anxietty and Depression with Epilepsy in adolescents**. Department of psychiatry , the first Affilated hospital of Chongqing Medical university , China, 13. 305.

Kanner, A & Ribot, R. (2016). Depression. In: Mula M(Ed.).**Neuropsychiatric of epilepsy,neuropsycgiatric symptoms of neurological disease** (25- 41). Springer Verlag.

Keele, C.; Foxall, M., & Barron, C. (1993). Loneliness, depression, and social support of patients with COPD and their spouses. **Public Health ursing**,**Vol. 10, (4), 245-251.**

Kanner, A. M. (2016). Management of psychiatric and neurological comorbidities in epilepsy. **Nature Reviews Neurology, 12 (2). 106-116**.

Kabtamu Nigussie, Alemu lemma, Addisn sertsu, Henock asfaw, Habtamu kerebih,Tilahun Abdeta . (2021). **Depression , Anxiety and associated factors amonge people with epilepsy and attending out patient reatment at primary public hospitals in north west Ethiopia; Amulticenter cross – sectional study**, Department of psychiatry.Haramaya university, Hara, Ethiopia.

Kimiski Jis & V. K, Valeta, T. (2012). Epilepsy and Anxiety ; epidemiology , classification , Aetiology, and treatment, **Epileptic Disorders, 14 (3), 248-256.**

Kohler, C. Norstand, J. Baltuch, G. o conner, M, Gur, R. French, J & Sperling, M. (1999). Depression intemporal lobe epilepsy before epilepsy surgery , **Epilepsia, , 40 (3). 333-340.**

Kumar, S, Sarangi, S. c, Tripathi, M. Ramanujam, Bagupta, Y.K. (2019). **Seizure recurrence risk in persons with epilepsy under going an tiepileptic drugtapering acta neurologica scandinavica**. 141, 65-78.

Kwon , O. Y& Park, S.P. (2014). Depression and anxiety in people with epilepsy. **J. Clin Neurol, 10 (3), 175-188**. Doi.1503988l Jcn. 2014, 15030175.

Lang, F. (2009). **Epilepsy, benign childhood with centrotemporal spikes and otherIdiopathic partial epilepsies of childhood**. In: F. Lang (Eds.). molecular mechanisms of disease (pp.595-597). Springer.

Leavy, R (1983): " social support and psychological disorder", **areview journal of community psychologie, val (3) , USA.**

L'Organisation Mondiale de la santé. (2018). **Épilepsie**. En Ligne, Consulté Le 15Janvier 2018, https://www.who.int/fr/news room/fact-sheets/detail/epilepsy.

Liu, Z, Yin, R, Fan, Z, Fan, H, Wu, H, Shen, B, Wu, S & Kuang, F. (2020). Gender Differences in Associated and predictive factors of Anxiety and epression in people with Epilepsy. **Frontiers in psychiatry. 11(670). 1-9**

Mccandless, D. (2012). **Complex partial epilepsy in human**. In: McCandless, D. (Eds.). Epilepsy, Animal And human Correlations (167-181). Springer Verlag.

Mula, M& Schmitz,B, (2009). **Depression in epilepsy; mechanisms and therapeutic approach.** The rapeutic advances in neurological disorders, 2 (5). 337-344.

Neppe V (1981), **symptomatology of temporal lobe epilepsy**,south Africa Richard **(**2000),**psychological impact of illness,** Arisona, USA.

Orsini, D., Van Gorp, W, & Bonne, K. (1988**). Epilepsy**. In: D. Orsini., W.Van Gorp, & K. Bonne. (Eds.). The neuropsychology casebook(pp.104- 136).Springer.

Perkin, J. D. (2002). **Neurologie: Manuel et atlas** (L. Verdure, Trad.). Paris: De Boeck Université.

Pham, T, Sauro, K. M, Patten, S.B, Wiebe, S, Fiest, K. M, Bulloch, A. G& Jette, N. (2017). The prevalence of Anxiety and associated factors in persons with epilepsy , **Epilepsia , 58 (8), 107-110.**

Rayner, G. (2017). The contribution of cognitive net works to depression in epilepsy. **Epilepsy currents , 17 (2), 78-83.**

Reilly, C., Agnew, R., & Neville, H. (2011). Depression and anxiety in childhood epilepsy: **A review. *Seizure, 20,* 589-597.**

Ridley, M.W, Rao, G, Schilbach, F & Patel, V. H. (2020). **Poverty , Depression, and Anxiety ; Causal Evidence and Mechanism** (working paper 27-57). Cambridge, National Bureau of Economic Research.

Richter (1995), **clinical psychology**, Sydney, australia.

Rutter, M (1990) : " **Psychological resilience and protectivemechanisms in J rolf**". A Masten.Russell, D. W. & Cutronna, C. E. (1991) social support, stress, and depression among The elderly: a test of the process model. **Psychology and Aging**, **Vol. 6, No.2, pp.190-201.**

Seethalak shim, R, & Krishnamoorthy, S. (2007). Depression in epilepsy: phenomenology, Diagnosis and management, **Epileptic Disorders, 9 (1). 1-10.**

Sperli, F, Rentsch, D, Despland, P, Foletti, G, Jallon, P, Picard, F, Landis, T & Seeck, M. (2009). Psychiatric comorbidity in patients evaluated for chronic epilepsy; adifferential role of the right hemisphere? **Evropean Neurology, 61 (6). 350-357.**

Swinkels, w, Vavemde Boas, W. Kuyk, J. Van dyck, R & Spinhoven, p. (2006).Interictal depression , Anxiety , personality, traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra – TlE , **Epilepsia, 47 (1). 2, 2092-2103.**

Thapar, A., Kerr, M., & Harold, G. (2009). Stress, anxiety, depression, and epilepsy:investigating the relationship between psychological factors and seizures. **Epilepsy & Behavior, 14(1), 134-140.**

Thompson, M.G. & Heller, K. (1990) Facts of social related well-being: quantitative social isolation and perceived family support in a sample of elderly women. **Psychology and Aging**, Vol.5, No.4, pp.535-544.

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**

Tombini, M, Assenza, G, Quintiliani,l, Ricci, L, ulivi, M, Dilazzaro, V. (2020). Depressive Symptoms and difficulties in emotion regulation indult patients with epilepsy; Association with ouality of life and stigma. **Epilepsy & Behavior, 107, 10707, 3-10.**

Valente, K., & Busattofiho, G. (2013). Depression and Temporal Lobe Epilepsy Represent: An Epiphenomenon sharing similar neural networks: clinical and Brain structural evdences. Arg. **Arguivos DeNeuro- psiguiatria, 71(3), 183-190**

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

Vasilios , K, Kimiskidis, Nikolaos I Triantafyllou, Eleni Kararizou, Stergios Stylianos, Konstantinos N, Fountoulakis, et al. (2007). Depression and Anxiety in epilepsy; The association with demographic and seizure – related variables, **Annals of General psychiatry , 6; 28.**