

جودة الحياة لدى المراهق المريض بالفصام

(دراسة حالة)

رحاب محمد عبد الله سليمان

باحثة ماجستير بقسم الصحة النفسية

أ.د/ناجي فوزي محمد سليم

أ.د/حسن مصطفى عبدالمعطي

استاذ الطب النفسي

أستاذ الصحة النفسية المتفرغ

كلية الطب جامعة

كلية التربية جامعة الزقازيق

الزقازيق

مستخلص البحث:

مرض الفصام مرض عقلي خطير ومزمن يبدأ في الظهور من سن المراهقة، يؤثر على جميع جوانب حياة المريض كما يؤثر على جودة حياته. يهدف البحث الحالي إلى تقييم جودة الحياة لدى مراهق مريض بالفصام، لحالة أنثى تبلغ من العمر (١٩) عاماً، تم استخدام منهج دراسة الحالة من خلال استمارة دراسة الحالة والمقابلات الحرة الطليقة ومقياس جودة الحياة واختبار (TAT) بالإضافة إلى فحص تقرير الطبيب النفسي وأحد الاختبارات التشخيصية للتأكد من تشخيص الحالة بالفصام، وقد توصل الباحث إلى أن جودة الحياة لدى الحالة المدروسة منخفضة وذلك وفقاً لاستجاباتها على مقياس جودة الحياة لدى مرضى الفصام ودراسة الحالة والمقابلات الحرة، كما كشف اختبار (TAT) عن ان الحالة لديها ضعفاً في استيعاب ورصد التفاصيل وادراك الواقع مما يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي والعزلة وضعف الأداء الوظيفي، كما كشف عن وجود خلل كبير في الإدراك والتذكر ظهر من خلال استجابات الحالة على البطاقات، كما أن لدى الحالة محل الدراسة دوافع جنسية وعدوانية مكبوتة وهذا ما يؤدي إلى تدهور في جودة الحياة لديها. الكلمات الافتتاحية: الفصام، مرحلة المراهقة، جودة الحياة، اختبار تفهم الموضوع.

Abstract

Schizophrenia is a serious and chronic mental illness that begins to appear from adolescence, affecting all aspects of the patient's life as well as affecting the quality of his life. The current research aims to estimate the quality of life of a 19-year-old patient with schizophrenia. The case study approach was used through the case study form, free-to-air interviews, quality of life scale and TAT test, in addition to examining the psychiatrist's report to confirm the diagnosis of schizophrenia. The research found that the quality of life for a patient with adolescent schizophrenia is low, according to the patient's response on the quality of life scale for patients with schizophrenia, case studies and free interviews, and the TAT test revealed that schizophrenia patients have weakness in comprehending and monitoring details and realizing reality as it is, which leads To social withdrawal, isolation and poor functional performance, the test also revealed a significant defect in cognition and memory that appeared through the case responses on the cards, and the schizophrenic patient has repressed sexual and aggressive motives, and this leads to a deterioration in the quality of life of schizophrenic patients.

Keywords: Schizophrenia, Adolescence, quality of life., TAT.

مقدمة :-

الفصام مرض عقلي خطير يبدأ عادة قبل سن ٢٥، ويستمر في الأغلب طوال الحياة ويصيب الأشخاص من جميع الفئات، وتشمل أعراضه: اضطراب الإدراك، والعاطفة، ومختلف جوانب السلوك، وتشمل الاضطرابات الذهانية، الاضطراب الفصامي العاطفي، والاضطراب الوهمي، والاضطراب الذهاني الوجيز، والاضطراب الذهاني المشترك، والاضطراب الذهاني غير المحدد Fawzy, El Shabrawy, and (Youssef, 2015).

وعادة ما يتم تشخيص مرض الفصام في آواخر سنوات المراهقة حتى أوائل الثلاثينيات، ويميل إلى الظهور في وقت مبكر عند الذكور(أواخر المراهقة- أوائل العشرينات) مقارنة بالإناث (أوائل العشرينات- أوائل الثلاثينات). وغالباً ما تبدأ التغييرات التدريجية في التفكير والأداء الاجتماعي قبل النوبة الأولى من الذهان، ويمكن أن يحدث الفصام عند الأطفال الأصغر سناً، ولكن من النادر حدوثه.

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia>

وأظهر تقرير المسح القومي للصحة النفسية بجمهورية مصر العربية ومعدل انتشار الاضطرابات النفسية خلال عام ٢٠١٧ أن معدل انتشار الفصام في مصر ١٪ كما أظهر المسح أن نسبة انتشار الامراض النفسية في المناطق الريفية أكثر من المناطق الحضرية.(Abd-el-maksoud, Sabry, Noby, Shaker,&Ali(2017)).

وتنقسم أعراض مرض الفصام إلى أعراض إيجابية وسلبية، ويسبب كل نوع من الأعراض مشاكل خاصة في السلوك الاجتماعي وكذلك يؤثر على جودة الحياة بشكل كبير، وتظهر بنسب متفاوتة في معظم المرضى في مراحل المرض Walther and Strik, (2012). وقد بدأ الاهتمام بجودة الحياة لدى مرضى الفصام في الفترة ما بين (١٩٦٠ - ١٩٧٠) في عديد من البلدان الغربية نتيجة للتغيرات التي حدثت في مجال الصحة النفسية، وأصبح واضحاً بالنسبة للأخصائيين والباحثين والمهتمين بالصحة أن تحديد نتائج العلاج من خلال الأعراض فقط كافٍ ولكن أيضاً لابد من توفر معلومات عن الأداء الاجتماعي وجودة الحياة لتقييم النتائج طويلة المدى للعلاج. ولكن لسوء الحظ فإن العوامل التي تؤثر على جودة الحياة لدى مرضى الفصام غير معروفة. وقد حددت الأبحاث التي أهتمت بدراسة جودة الحياة لدى مرضى الفصام والأمراض النفسية المتعدد عدد من العوامل المهمة المؤثرة مثل المساندة الاجتماعية، وعدم إشباع الحاجات والآثار الجانبية للدواء(Kurtz and Tolman,2011). وفي هذا البحث تحاول الباحثة من خلال منهج دراسة الحالة تقييم جودة الحياة لدى مراهق

مريض بالفصام للوقوف بشكل اكبر على العوامل المؤثرة على جودة الحياة لديه وطبيعتها.

مشكلة الدراسة:

خلال عمل الباحثة (الأولى) كأخصائية نفسية في إحدى العيادات الخاصة وتردد عدد من مرضى الفصام المراهقين على العيادة لاحظت الانخفاض في جودة الحياة لديهم بشكل ملحوظ، وتمثل ذلك الانخفاض في عدة أمور منها: العزلة والانسحاب الاجتماعي، الرعاية الذاتية، العجز العاطفي، ضعف الدافعية والأداء الوظيفي، وتأثير الأدوية التي يتناولها المرضى، ومن خلال الحديث مع الطبيب النفسي أشار إلى أن هذا التدهور في حياة مرضى الفصام يرجع إلى طبيعة المرض والظروف البيئية والاجتماعية، وعدم وجود وعي في الأسر بطبيعة المرض، وعدم وجود دعم نفسي وأهتمام بهؤلاء المرضى.

ومن هنا ظهرت مشكلة البحث الحالي والتي تنصب حول معرفة طبيعة الحياة لدى المراهق مريض الفصام ومدى جودتها من خلال استخدام دراسة الحالة.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- 1- معرفة طبيعة جودة حياة مريض الفصام المراهق.
- 2- الكشف عن الخصائص الشخصية الأساسية لدى مريض الفصام المراهق.
- 3- معرفة دوافع وحاجات ومخاوف مريض الفصام المراهق.
- 4- معرفة الدوافع اللاشعورية والصراعات الداخلية والكبت لدى مريض الفصام المراهق.
- 5- الكشف عن رؤية وإدراك مريض الفصام للواقع وتأثير ذلك على جودة حياته.

أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من اعتبارين أساسيين: الشريحة العمرية التي تتناولها (وهي مرحلة المراهقة)، والموضوع الي تتصدى له (وهو جودة الحياة لمريض بالفصام باستخدام منهج دراسة الحالة).

وتتبلور الأهمية النظرية فيما يلي:

١. أنها تتناول مرضاً خطيراً يمثل أكبر مشكله في الصحة النفسية.
٢. تتناول فترة حرجة في عمر الإنسان وهي مرحلة المراهقة وتكوين الشخصية، وحدوث المرض في هذه الفترة يؤثر بشكل بالغ على حياة المريض فيما بعد.
٣. تكشف عن جانب من جوانب طبيعة حياة الحالة محل الدراسة وجودتها وأدراكها للحياة من حولها مما يساهم في تقييم أفضل لمدى تأثير المرض وأعراضه على حياتها.

أما عن الأهمية التطبيقية:

- ١- يمكن من خلال نتائج الدراسة الحالية أن يستفيد منها الكثير من المرضى والأسر في تقييم جودة حياتهم مما يترتب عليه تقديم يد العون لهم، كما تفيد الأخصائيين النفسيين والعاملين في مجال الرعاية والصحة النفسية لمرضى الفصام للوقوف على خصائص الشخصية لدى مريض الفصام ودوافعه واحتياجاته، وتأثير ذلك على جودة الحياة لديه.
- ٢- قد تساهم هذه الدراسة في اضافة خطط علاجية جديدة من خلال تسليط الضوء على جانب مهممل من خطة علاج مرضى الفصام وهو جودة الحياة لديهم.
- ٣- توضح هذه الدراسة مدى تأثير الحالة محل الدراسة بأعراض الفصام وضعف الأداء والدافعية والانسحاب الاجتماعي وانخفاض جودة الحياة لديها حتى مع الالتزام بالدواء.

- ٤- يمكن من خلال هذه الدراسة التعرف أكثر على الاحتياجات الغير ملباه للحالة محل الدراسة مريضة الفصام وتوجيه انظار الباحثين الى اهمية دراسة الحالة في التعرف أكثر على المشاكل التي يعاني منها مرضى الفصام.
- ٥- يمكن من خلال هذه الدراسة الكشف عن الغموض الذي يحيط بمرضى الفصام والوصول بشكل اكبر إلى طبيعة الحياة التي يعيشها والتي تحوم حولها الكثير من الخرافات والمبالغات.
- ٦- يمكن من خلال هذه الدراسة تقديم بعض التوصيات لكيفية التعامل مع مرضى الفصام المراهقين في المدارس والأماكن الترفيهية.
- ٧- لفت نظر المجتمع لأهمية تقديم الدعم المادي والتوعية بالأمراض النفسية ومحو وصمة المرض النفسي.

مصطلحات البحث:

الفصام:

هو اضطراب نفسي شديد يؤثر على أكثر من ٢١ مليون شخص في أنحاء العالم أجمع.

يتسم الفُصام بوجود اضطرابات فكرية وإدراكية وانفعالية ولغوية وسلوكية واضطراب في الشعور بالذات. ومن أعراضه الشائعة الهلوسة، وهي سماع أصوات أو رؤية أشياء غير موجودة، والأوهام أي ترسخ معتقدات خاطئة في النفس والتشبث بها.

يُخلفُ الفُصام حالات إعاقة كبيرة في أرجاء العالم كافة، ويمكن أن يؤثر على أداء الفرد من الناحيتين التعليمية والمهنية

أعراض الفصام:

الأعراض الإيجابية:

- الهلوسة: سماع أشياء غير موجودة أصلاً، أو رؤيتها أو استشعارها.
- الأوهام: وهو اضطراب يتسم بترسخ معتقدات أو شكوك خاطئة في نفس المريض لا يشاركه فيها سواه من الأشخاص المنتمين إلى نفس ثقافته، ويظل متشبثاً بها ولو وُجدت أدلة تنفيها.
- الشذوذ السلوكي: وهو اختلال السلوك كأن يهيم المريض على وجهه، أو يُتمتم أو يضحك بينه وبين نفسه، أو يتصف بغرابة مظهره، أو بمظهر مهمل ومهمل.
- الخلل الكلامي: وهو التحدث على نحو غير متسق أو غير مترابط.
- الاضطراب الانفعالي: وهو فتور الشعور بشكل ملحوظ أو الانفصام بين الشعور المُعرب عنه والشكل الملحوظ كتعابير الوجه أو لغة الجسد (٢٠٢٠، Cited in www.who.com).

الأعراض السلبية:

- تسطح المشاعر **Flat Affect**: يمثل نمطاً شديداً من التبدل الوجداني، حيث ترابط اللغة والحديث مع الحالة الانفعالية (افتراق كامل) فتغيب التعبيرات الوجهية وتبدلات نغمة الصوت تماماً (يصبح اللحن الصوتي على وتيرة واحدة).
- الخرس أو قلة الكلام **Algoia**:- وتعني العزوف عن الكلام والإجابة المقتضبة جداً على الأسئلة.
- اضطراب الإرادة **Avolition**: حيث يفقد مرضى الفصام الدافعية للقيام بنشاط هادف، ويبقون لساعات طويلة غير راغبين في الانخراط في أي نشاط حتى عندما يحثهم أعضاء أسرهم على ذلك.
- فقد المتعة أو اللذة **Anhedonia** :، ولها صورتان هي: فقد المتعة الجسمية من الأكل والشرب والنشاط الجنسي، أو فقد المتعة الاجتماعية أي فقد السعادة للتلاحم والتواصل الاجتماعي.
- العزلة الاجتماعية: حيث يلاحظ لدى مريض الفصام ضحالة علاقاته الاجتماعية ويفقدون الرغبة في الحديث مع الزائرين أو حتى الأقارب (محمد السيد عبد الرحمن، ٢٠٠٩).

جودة الحياة لدى مرضى الفصام:-

تتبنى الباحثة التعريف الاجرائي الذي "ويلكنسون وآخرون" (Wilkinson et al,2000) لجودة الحياة لدى مرضى الفصام والذي وضع له مقياساً يشتمل على ثلاثة مقاييس فرعية وهما طبيعة الأداء النفسي الاجتماعي، الدافعية والطاقة والتأثير الجانبي للدواء ويتحدد مستوى جودة الحياة لدى مريض الفصام من خلال الدرجة التي يحصل عليها في المقياس المستخدم في الدراسة.

حدود البحث:

الحدود المكانية: طُبقت المقابلات والمقاييس واختبار (TAT) في إحدى العيادات الخاصة بمدينة الزقازيق (مركز بسيوني الخيري للطب النفسي وعلاج الإدمان).
الحدود الزمانية: طُبقت المقابلات مع المريضة ووالديها في بداية سنة ٢٠٢٢، واستغرق الحصول على الحالة والمقابلات وتطبيق المقاييس قرابة الشهر.

الإطار النظري

الفصام عند المراهقين:

يعني مصطلح المراهقة كما يستخدم في علم النفس مرحلة الانتقال من الطفولة (مرحلة الأعداد لمرحلة المراهقة) إلى مرحلة الرشد والنضج فالمراهقة تأهب لمرحلة الرشد، وتمتد في العقد الثاني من حياة الفرد من الثالثة عشرة إلى التاسعة عشر تقريبا (حامد زهران، ٢٠٠٥).

وفي الحديث عن صحة المراهقين النفسية ذكرت منظمة الصحة العالمية "WHO " 18 سبتمبر على موقعها الرسمي "تشير التقديرات إلى أن ١٠ إلى ٢٠٪ من المراهقين على الصعيد العالمي يعانون من اعتلالات الصحة النفسية، بيد أن مستوى تشخيص وعلاج هذه الاعتلالات لا يزال متدنٍ. ويمكن التغاضي عن علامات تردي الصحة النفسية لعدة أسباب، منها نقص المعرفة أو الوعي بخصوص الصحة النفسية لدى العاملين في قطاع الصحة، أو الشعور بالوصم الذي يمنعهم من طلب المساعدة".
(www.Who.com, 18sep(2018), Revised in Jun2019).

ويُعرف الفصام في الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن ١٣ عاماً بأنه الفصام المبكر جداً ، ويقدر انتشاره بواحد من كل ١٠٠٠٠ ، بينما يحدث الفصام المبكر بين ١٣ و ١٧ عاماً ، ويبلغ انتشاره حوالي ٠,٥٪. تظهر أقلية فقط من الشباب تعافياً تاماً ، ويعاني غالبية المرضى من ضعف متوسط إلى شديد في البداية. يحتاج علاج الفصام دائماً إلى تدخلات دوائية وغير دوائية. تشمل التدخلات غير الدوائية تقديم المشورة للمرضى والأسرة ، والدعم النفسي ، والعلاجات السلوكية ، وإعادة التأهيل الاجتماعي والمعرفي

، والمساعدة في الأنشطة الاجتماعية والمدرسية ، وتعزيز المهارات الاجتماعية ودعم الأسرة. (Masi and Liboni, 2011).

وقد ذكر غروسمان و سيميناتور (Groisman, Seminatore & Cheng 2003) أنه يتم تشخيص الفصام المبكر (قبل سن ١٨ عاماً) والفصام المبكر جداً (قبل سن ١٣ عاماً) باستخدام نفس المعايير المطبقة في البالغين ، الشباب الذين يعانون من مرض انفصام الشخصية هم في الغالب من الذكور"

وعلى الرغم من ندرته الشديدة قبل سن العاشرة ، إلا أن الإصابة بالفصام ترتفع بشكل مطرد خلال فترة المراهقة لتصل ذروتها في بداية حياة البلوغ، ولقد استخدم مصطلح مرض الفصام لدى المراهقين كمختصر للإشارة إلى حالات الأطفال والمراهقين التي تبدأ حتى سن ١٧ عاماً، ولم يفرق التصنيف الدولي للأمراض النفسية بين فصام المراهقين والكبار و تم تطبيق نفس معايير التشخيص لمرض الفصام عبر هذه الفئة العمرية. (Hollis,2015).

معدل الانتشار بين المراهقين:

كان جيلبرج وآخرون (Gillberg,et al.,1986) من أوائل من قام بحساب معدلات الانتشار المحددة حسب العمر لجميع الذهان (بما في ذلك الفصام واضطراب الفصام النفسي والذهان العاطفي والذهان غير الشائع وذهان المخدرات) باستخدام بيانات تسجيل الحالة بين ١٣ و ١٨ عاماً المصابين بأمراض ذهانية. في ٤١ ٪ من الحالات كان تشخيص الفصام. في عمر ١٣ عاماً ، كان معدل انتشار جميع الذهان في عموم السكان ٠.٩ لكل ١٠٠٠٠ ، مما يدل على زيادة مطردة خلال فترة المراهقة ، حيث بلغ معدل انتشاره ١٧.٦ لكل ١٠٠٠٠ في عمر ١٨ عاماً.وقد ذكر ماسي وليبوني (Masi&Liboni,2011) "يحدث مرض الفصام الذي يحدث في وقت مبكر ما بين ١٣ و ١٧ عاماً ، وينتشر بنسبة ٠.٥ ٪ من إجمالي مرضى الفصام وتصل أقلية فقط من الحالات إلى الشفاء التام، وغالبية المرضى يعانون من ضعف متوسط إلى شديد

في البداية. يحتاج علاج الفصام دائماً إلى كل من التدخلات الدوائية وغير الدوائية. تشمل التدخلات غير الدوائية تقديم المشورة للمرضى والأسرة ، والدعم النفسي ، والعلاجات السلوكية ، وإعادة التأهيل الاجتماعي والمعرفي ، والمساعدة في الأنشطة الاجتماعية والمدرسية ، وتعزيز المهارات الاجتماعية ودعم الأسرة".

أعراض الفصام لدى المراهقين :

لم تُشر الأبحاث لأختلاف أعراض مرض الفصام عند حدوثه في سن المراهقة عن حدوثه في مرحلة الرشد وإنما الأختلاف يكمن في صعوبة التشخيص في مرحلة المراهقة لتداخله مع اضطرابات نفسية أخرى وتختلف بداية حدوث المرض فقد أوضح هوليس (Hollis,2008) " يعد التدهور الخبيث قبل ظهور الذهان شائعاً في مرض الفصام لدى المراهقين ويبدأ بتغيرات سلوكية ، مثل الانسحاب الاجتماعي ، وانخفاض الأداء المدرسي ، والسلوكيات الفردية وغير المعتادة." ومآله حيث يكون المآل سيء في حال حدوثه في سن المراهقة عن حدوثه في مراحل متأخرة من العمر لما له من تأثير سيء على الشخصية ومكوناتها .

وقد ذكر "موسلي" "Maudsley" فإن من الأعراض المنبئة بحدوث مرض الفصام عند المراهقة مثل عيوب النمو الشائعة تكون تظهر في اغلب الحالات في مراحل مبكرة من العمر فقد وجد ان ٢٠ ٪ كان لديهم مشاكل في اللغة و٣٠ ٪ لديهم قصور في القراءة و٣٦ ٪ كانت لديهم اضطرابات التحكم في البول وما يزيد قليلاً عن ٢٠ ٪ كانت لديهم تأخر في النمو الحركي كما أن ثلث الحالات كانت لديهم قصور في العلاقات الاجتماعية. وبشكل عام فإن ثلثي حالات فصام المراهقة كانت لديهم مظاهر نمو غير طبيعية وأن الثلث فقط كان ينمو بشكل طبيعي. Vyas,Hadjulis, (Vourdas., Byrne & Frangou,2007).

وتشمل علامات الإنذار المبكر لمرض الفصام لدى المراهقين ما يلي :

- الإدراك المشوه للواقع (صعوبة التمييز بين الأحلام والواقع).
- التفكير المرتبك (أي الخلط بين التليفزيون والواقع).

جودة الحياة لدى المراهق المريض بالفصام (دراسة حالة)
د/حسان محمد عبد الله سليمان / د/ حسنة مصطفى عبدالمعطي / د/نانجي فوزي محمد سليم

- أفكار مفصلة وغريبة.
 - الشك و / أو جنون العظمة (الخوف من أن شخصاً ما ، أو شيء ما ، سوف يؤذيهم).
 - الهلوسة (رؤية أو سماع أو الشعور بأشياء غير حقيقية مثل سماع أصوات تأمرهم بفعل شيء ما)
 - الأوهام (الأفكار التي تبدو حقيقية ولكنها ليست قائمة على الواقع).
 - الحالة المزاجية الشديدة (القلق الشديد و / أو الخوف، انفعالات مسطحة (نقص في التعبير العاطفي عند التحدث).
 - صعوبة في أداء الواجب المدرسي.
 - الانسحاب الاجتماعي (مشاكل خطيرة في تكوين الأصدقاء والاحتفاظ بهم).
 - سلوك غير منظم أو جامد (يصبح فجأة مضطرباً ومشوشاً ، أو جالساً ويحدق ، كما لو كان جامداً).
 - سلوكيات غريبة (على سبيل المثال ، قد يتراجع المراهق بشكل ملحوظ ويبدأ في التصرف مثل طفل أصغر سنًا).
- <https://www.thewholechild.org/parent-resources/age-13-18/schizophrenia-ages-13-18/>

جودة الحياة لدى مرضى الفصام:

تُعرف جودة الحياة على أنها نطاق واسع من إحساس الشخص بالرفاهية والرضا عن ظروف حياته، والحالة الصحية للشخص وأمكانية الفرد الوصول للأهداف (Lim & Lee, 2018)، وقد نما الإهتمام بجودة الحياة في الطب النفسي مؤخراً واصبح تقييم محنة المرضى

ضرورياً (Lim& Lee, 2018)، وتتعدد العوامل المؤثرة في جودة الحياة لدى مرضى الفصام مثل العوامل الاجتماعية والبيئية والظروف الاقتصادية، كما ان لطبيعة المرض، وحالة المريض وتأثير الأدوية التي يتناولها المرضى أثر واضح على جودة الحياة.

ولقد أوضح (Katschnig,2000) أن هناك ثلاثة عوامل تتحكم في جودة حياة مرض الفصام وهي:

احتياجات إضافية وموارد شخصية وبيئية أقل: حيث تعتبر تلبية الاحتياجات الأساسية أمراً صعباً بشكل خاص بالنسبة لمرضى الفصام لأن لديهم احتياجات إضافية متعلقة بالمرض ، والتي لا يمتلكها الأشخاص العاديون ، وبسبب نقص الموارد الشخصية والبيئية لديهم يجدون صعوبة في توفير احتياجاتهم، كما أن افتقارهم للمهارات الحياتية والاجتماعية تؤدي إلى عدم استقرارهم في وظيفة مناسبة وعدم الاستقلالية والفقير.

١. وصمة العار:

أوضحت الدراسات أن المرضى الذين خرجوا من المستشفيات العقلية والذين يعانون من مرض عقلي مزمن يجب أن يقاوموا الإقصاء الاجتماعي، في هذا الصدد ، يتعين على المرضى النفسيين الاختيار بين حالتين لا يحققان ربحاً: إما قبول وصمة العار في تعريف أنفسهم بدور المريض النفسي وإعلان أنفسهم مرضى نفسيين ؛ بموجب هذا يحق لهم الحصول على دعم مهني من أجل تلبية الاحتياجات الطبية والمادية الأساسية (من خلال تلقي العلاج والرعاية والمزايا الاجتماعية وما إلى ذلك) ؛ أو يرفضون قبول دور المريض النفسي من أجل عدم استبعادهم من الاتصالات الاجتماعية العادية والحفاظ على استقلاليتهم ، لكنهم يتخلون عن حقهم في الحصول على دعم منظم ، مما قد يساعدهم على تحسين جودة حياتهم. المأساة هي أن العديد من هؤلاء المرضى غير قادرين على

الحفاظ على أدوار اجتماعية طبيعية ، ويتم التمييز ضدهم في النهاية ووصمهم بنفس الطريقة التي تم وصفها في المجموعة الأولى. أياً كانت الاستراتيجية التي يختارها المريض ، فمن الواضح أن قبول وصمة العار وتجنبها هما عمليتان مزعجتان وتستهلكان الطاقة، مما يقلل من فرصة تحقيق جودة حياة مناسبة.

٢. عدم القدرة على إدراك الاحتياجات والتعبير عنها بشكل مناسب:

أن المرضى النفسيين غير قادرين على إصدار أحكام معقولة بشأن جودة حياتهم في معظم الأوقات ، لذلك هناك مشكلة أخرى يعاني منها مرضى الفصام في التعبير عن احتياجاتهم وإدراكها، كما أن المرض مرتبط بمجموعة معرفية سلبية تتمثل في رؤية الذات والعالم والمستقبل، لذلك فمن الواضح انه سيقوم حياته بشكل سلبي دائماً، بالإضافة إلى انخفاض مستوى الطموحات مع استمرار الاضطراب

وغالبا ما يبلغ مرضى الفصام عن انخفاض جودة الحياة ، وتحسين جودة الحياة بإعتباره هدف علاجي مهم في رحلة علاج مريض الفصام. (Van Rooijen, et al, 2019).

إن فهم العلاقة بين جودة الحياة والأعراض في مرض الفصام مهم في تعزيز تعافي المريض، ففي دراسة (Savill,et al.,2016)، تم تقييم ٢٧٥ مريضاً يعانون من أعراض سلبية باستخدام المقابلة الأكلينيكية لتقييم الأعراض السلبية (CAINS)، ومقياس زُملة الأعراض الإيجابية والسلبية (PANSS)، وقائمة مانسستر القصيرة لتقييم جودة الحياة (MANSA). أظهرت النتائج أن الارتباط بين الأعراض السلبية وجودة الحياة يرتبط في المقام الأول بالعجز التجريبي الذي يؤثر على النتائج الاجتماعية مما يؤكد على الحاجة إلى تطوير علاجات جديدة لهذه الأعراض.

كما يشير "ويلكنسون وآخرون" (Wilkinson, et al.,2000) إلى أن جودة الحياة لدى مرضى الفصام تتكون من ثلاثة أبعاد هي:

١- الأداء النفسي الاجتماعي: ويتضمن الشعور بالغضب، الشعور بالوحدة، الشعور بالقلق على المستقبل، الشعور باليأس، الشعور بالعصبية والنفرة، فهم كلام الآخرين بطريقة خطأ، صعوبة في التركيز، صعوبة في الأختلاط بالناس، شعور بالكآبة، شعور الأرتباك وعدم الثقة في النفس، مشاعر متقلبة، الانشغال بعدم التحسن، القلق على الأشياء، الرغبة في تجنب الآخرين، الحزن عند التفكير في الماضي.

٢- الدافعية والطاقة : وتتضمن نقص الهمة والطاقة لأداء الأشياء، عدم الانزعاج من عدم إتمام الأشياء، المقدرة على أداء الأنشطة اليومية العادية، المشاركة في الأنشطة الممتعة، التخطيط للمستقبل، الميل للبقاء في المنزل، والشعور بالتأقلم.

٣- التأثير الجانبي للدواء: ويتضمن الشعور بالضيق بسبب الرعشة، والشعور بعدم الثبات أثناء المشي، الشعور بالضيق، جفاف الريق، الشعور بأن العضلات متخشبة، زغللة النظر، النوم المضطرب، حدوث شد في العضلات، حدوث نوبات دوخة.

أن مرض الفصام يضعف إلى حد كبير من الأداء الاجتماعي والرعاية الذاتية والعجز العاطفي مما يؤدي إلى انخفاض عام في الأداء وتدهور في جودة حياة المرضى ، إن التدخلات النفسية والاجتماعية ضرورية لتعليم المرضى العودة إلى حياتهم (Dziwota, Stepulak, Wloszczak-Szubzda, & Olajossy, 2018)

وقد أشارت الدراسة التحليلية التي قام بها كل من إيك و نيوهيل (Eack&Newhel,2007) التي أجريت لتقييم العلاقة بين المرض النفسي وطبيعة الحياة لدى الأفراد المصابين بالفصام. حيث تم مراجعة ٥٦ دراسة نُشرت بين عامي ١٩٦٦ و ٢٠٠٥ في علم النفس المرضي ، وفقاً لما تحدده مجموع درجات مقياس التقييم النفسي الموجز ، وأظهرت النتائج أن الرضا العام عن الحياة يرتبط سلباً

بجودة الحياة الشخصية لدى مرضى الفصام، عبر جميع عينات الدراسة، في حين توصلت نتائج بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين الأعراض النفسية وجودة الحياة، (Parella,Boada,Fraguas,Fornieles&Moreno,2011)، أما في الدراسة التي أجراها "نورمان وآخرون،(Norman,et al., 2000) على ١٢٨ مريضاً فحص العلاقة بين كل من الأعراض ومستوى الأداء الوظيفي لدى الفصامين وجودة الحياة، توصلت نتائجها إلى أن الأعراض السلبية ومستوى الأداء الوظيفي والمعرفي كالإدراك والانتباه والذاكرة ترتبط جميعاً بأنخفاض جودة الحياة، في حين أن "نارفيز وآخرون"(Narvaez,et al.,2008) فقد أجروا دراسة بهدف فحص المنبئات الاكلينيكية والوظيفية والمعرفية لكل من جودة الحياة الذاتية والموضوعية كل على حدة لدى مرضى الفصام. وذلك على عينة من (٨٨) من مرضى الفصام المترددين على العيادات الخارجية. واستخدم الباحثون مقياس الأعراض الإيجابية والسلبية. ومقياس هاملتون لتقدير الاكتئاب، ومقياس القدرة الوظيفية، ومقابلة جودة الحياة لليهمان، وتم تقييم جودة الحياة الموضوعية من خلال بنود الرضا عن الحياة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الارتباط بين جودة الحياة الذاتية وجودة الحياة الموضوعية ضعيف، وقد أظهرت دراسة أخرى أجريت في خمسة مراكز أوروبية لتقييم جودة الحياة وخصائص المرض لدى مجموعة من ١٤٣ من مرضى الفصام الخارجين، وجدوا أنه يمكن التنبؤ بجودة الحياة من خلال القلق والأكتئاب الوظيفي الكلي. (Carrol,Fattah,Clyde,coffey, Owens,1999)، أما "جات، وآخرون"(Gaite et al.,2002) فقد قاموا بدراسة هدفها مقارنة مؤشرات جودة الحياة الذاتية والموضوعية لدى مرضى الفصام في خمس دول اوروبية(امستردام، كوبنهاجن، لندن، سانتاندر، وفيرونا) وذلك على عينة ممثلة من (٤٠٤) مريضاً فصامياً تم اختيارهم عشوائياً وتقييمهم من خلال بروفيل "لانكشير" لجودة الحياة. وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتباط الرضا بالدين، والعلاقات الأسرية والاجتماعية بأسلوب الحياة المحلي والثقافة، بينما كانت متغيرات العمل والحالة

المادية والأمان أكثر استقلالاً عن الاختلافات المحلية، بالإضافة إلى أن شدة الأعراض وتكرار التواصل مع الأسرة والصداقة والعمر عند ظهور المرض كانت منبئات بجودة الحياة، أما دراسة (Van Rooijen, et al, 2019) التي كان الغرض منها التحقق من تأثير الإصابة بالفصام على جودة الحياة وتم تطبيق الدراسة على عينة قوامها ٢١٧ في متابعة استمرت ٣ سنوات، أظهرت النتائج انخفاض كبير في الأداء الاجتماعي، ولقد أجرى "عائش" (Aish,2013) دراسة هدفت إلى تقييم جودة الحياة لدى مرضى الفصام في محافظات غزة، والتي طبقت على عينة عشوائية مكونه من ١٦٠ مريضاً (ذكور وإناث) تتراوح اعمارهم ما بين (٢٠- ٤٥ عاماً) تنطبق عليهم الشروط تم اختيارهم من عيادات الصحة النفسية في محافظات القطاع وكان قد تم تشخيصهم من قبل طبيب العيادة على أنهم مرضى فصام، واستخدم الباحث مقياس جودة الحياة لدى مرضى الفصام، وأظهرت النتائج وجود فروق بين جودة الحياة ومضاعفات المرض لصالح المرضى الذين لا يعانون من مضاعفات المرض، كما أظهرت الدراسة فروقاً بين جودة الحياة والأعراض الجانبية للأدوية لصالح المرضى الذين لا يعانون من أعراض جانبية للأدوية لصالح المرضى الذين لا يعانون من أعراض جانبية، وكذلك لم توجد فروق ذات دلالة احصائية في المتغيرات التالية (العمر، الحالة الاجتماعية، عدد أفراد الأسرة المهنة، الدخل الشهري، التاريخ المرضي، عدد أيام دخول المستشفى).

ولقد أجريت دراسات اكلينيكية على مرضى الفصام للكشف عن الديناميات المميزة لشخصية مريض الفصام نذكر منها دراسة -Lelé, Flores (Mendoza, & Cury,2014) التي هدفت إلى التحقق من العمليات الأولية للأفكار وكيف يتم التعبير عنها في الاستجابة على اختبار تفهم الموضوع (TAT) حيث تم تطبيقه الاختبار على مجموعتين من ٣٢ فرداً ذكور وإناث تتراوح اعمارهم بين ٢٠ إلى ٦٠ عاماً، ١٦ فرداً تم تشخيصهم طبيياً على أنهم من مرضى الفصام ١٦ فرداً لم يتم تشخيصهم بأي مرض، أظهرت النتائج ان مجموعة الأفراد المشخصين بالفصام

تتميز بشكل كبير عن مجموعة الأفراد غير المصابين بهذا المرض، وأن أفراد المجموعة المصابة بالفصام كانت استجابتها تتسم بغياب الترابط والعلاقات المنطقية وعدم الوعي بالعلاقات الزمنية ومبدأ الواقع. في حين هدفت دراسة مليوح خليفة، ٢٠١٤ لمعرفة أهمية فعالية تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية والموضوعية مثل اختبار الرورشاخ وتفهم الموضوع واختبار منيسوتا متعدد الأوجه، وتوصلت الدراسة أن اختبار الرورشاخ يشخص الفصام بطريقة موضوعية، كما أن اختبار تفهم الموضوع يظهر الصراع النفسي العلائقي الذي يحمل طابع العدوانية كما يوضح نزعة دفاعية اتكالية لدى مرضى الفصام.

تعقيب الباحثة:

أظهر الإطار النظري والدراسات السابقة أن مرض الفصام من الممكن أن يدمر حياة الأشخاص الذين يعانون منه بسبب تأثير أعراضه على المرضى التي تؤدي إلى العجز وضعف الطاقة مما يؤدي إلى انخفاض جودة الحياة، وتعددت الابحاث التي تناولت تدهور جودة الحياة لدى مرضى الفصام والكشف عن العمليات العقلية التي صاحبت المرض التي تؤدي إلى تدهور جودة الحياة لديهم لمحاولة إيجاد الحلول وتقديم خدمات علاجية أفضل.

الطريقة والإجراءات

فروض الدراسة:

في ضوء الإطار النظري ما توصلت له الدراسات السابقة يمكن صياغة الفروض الآتية:

- ١- تنخفض جودة الحياة لدى الحالة المدروسة المريض بالفصام.
- ٢- تكشف ديناميات شخصية مريض الفصام عن تفكك الشخصية والتفكير وعدم نضج وظيفي ونقص في الإدراك والعمليات المعرفية مما يؤدي إلى انخفاض في جودة الحياة لدى المريض.

منهج الدراسة:

المنهج الإكلينيكي، باستخدام دراسة الحالة لمراهق مريض بالفصام.

حالة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من إحدى المرضى المترددين على مركز بسيوني الخيري للطب النفسي وعلاج الإدمان بالزقازيق، (حيث تعمل الباحثة كأخصائية نفسية في المركز) وقد أجريت المقابلات في قسم العلاج النفسي في المركز، وهي حالة واحدة من الإناث - طالبة بالسنة الثانية في كلية التربية النوعية- قسم التربية الفنية، العمر ١٩ عاماً، وبعد الاطلاع على تقرير الطبيب النفسي وجدنا أن المريضة مُشخص بمرض الفصام وفقاً للأعراض التي ذكرها والديها وهي هياج وعصبيه، ضلالات شك واضطهاد، عزلة اجتماعية تامة، اهمال تام في العناية الشخصية.

أدوات الدراسة:

١- مقياس زُملة الأعراض الإيجابية والسالبة (ترجمة وتقنين: محمد أبو العطا، مروة سعيد (٢٠١٦)).

يهدف استخدام هذا المقياس في البحث الحالي إلى تأكيد تشخيص الحالة المحولة من الطبيب النفسي بالفصام والوقوف على أعراضه لديها.

تعريف المقياس:

يتكون مقياس زُملة الأعراض الايجابية والسلبية للفصام (Positive and Negative PANSS syndrome scale) (بانز) من اختبارين فرعيين، هما اختبار الأعراض الإيجابية واختبار الأعراض السلبية واختبار الأعراض العامة (*). حيث يتكون اختبار الأعراض الإيجابية من ٧ بنود لقياس الأعراض الإيجابية الآتية: الضلالات، تشوش التفكير، الهلاوس، التهيج والاستثارة الشديدة، الشعور بالعظمة، والشعور بالارتياح والشك/الاضطهاد، والعدائية أو العمل العدائي، ويتكون اختبار الأعراض السلبية من ٧ بنود تمثل في الأعراض السلبية الآتية: تلبد المشاعر، والانسحاب الوجداني، وضعف الشعور بالألفة، والانسحاب الاجتماعي السلبي/المتبذ، وصعوبة التفكير التجريدي، وفقدان التلقائية في الحوار، والتفكير النمطي. وأمام كل بند من تلك البنود بدائل متدرجة الشدة يختار منها الباحث بناءً على التقرير الذاتي

جودة الحياة لدى المراهق المريض بالفصام (دراسة حالة)
د. /حسام محمد عبد الله سليمان د. /حسام مصطفى عبدالعظيم أ.د./ناجي فوزي محمد سليم

للمريض وملاحظات الأهل من الدرجة ١، والتي تعني عدم وجود العرض إلى الدرجة ٧، والتي تعني وجود العرض بمستوى شديد جداً كالآتي:
جدول (١) يوضح حدة الاعراض من (١ - ٧)

لا توجد	الحد الأدنى	بسيط	متوسط	فوق المتوسط	شديد	شديد جداً
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧

تقدير الدرجات:

تتراوح درجات المقياس الذي يتكون من ١٤ بنداً ما بين ١٤ - ٩٨ درجة حيث تعبر الدرجات اقل من (٥١) إلى الخلو من الأعراض، والدرجات ما بين (٥١ - ٦٠) تعبر عن درجة بسيطة ، والدرجات ما بين (٦١ - ٧٠) في الفئة المتوسطة، والدرجات من (٧١) فأكثر تعبر عن درجة مرتفعة. (محمود سعد ،٢٠١٧).

أهمية المقياس:

نُشر مقياس زُملة الأعراض الموجبة والسالبة عام ١٩٧٨، (Peralta&Cuesta, 1994)، لتقدير شدة الأعراض الإيجابية والسلبية لدى مرضى الفصام ويعد هذا المقياس من أكثر المقاييس انتشاراً ويستخدم بشكل روتيني لقياس أعراض الفصام الإيجابية والسلبية في الدراسات العلمية والكشف الأكلينيكي (Linden, Tabea scheel , 2007, &Retting) ، وتمت ترجمته إلى العديد من اللغات وفي العديد من البلدان حول العالم ومن اللغات التي ترجم إليها السويدية

(Von Knorring, & Lindström. (1992). ، والألمانية (Obermeier, 2012) ، واليابانية (IGARASHI, HAYASHI, YAMASHINA, OTSUKA, KUROKI, 1998) ، والفرنسية (ANZAI, & KAZAMATSURI, 1998) ، والاسبانية (Gil, Lancon, Aghababian, Llorca, & Auquier, 1998) ، وBengochea, Arrieta, Fernández, Álvarez, Sánchez & Arce. 2009)

والتايلاندية Aggarwal, Tao, Xu, Stefanovics., Zhening, & Rosenheck, R. (2011). ولقد أعدت قائمة من المقياس لتقييم الأطفال بالأعتماد على قائمة بانز المستخدمة مع البالغين (Halpin & carr, 2000)، وقام بترجمتها وتقنينها على البيئه المصرية (محمد أبوالعطا، مروة سعيد (٢٠١٦)).

الخصائص السيكومترية للمقياس: تم تطبيق المقياس على عينه قوامها ٣٩٠ فرداً مقسمة إلى ١٩٥ مريضاً بالفصام و١٩٥ فرداً سويماً، وكان حساب الثبات والصدق كالتالي:

أولاً: صدق المقياس:

للتحقق من صدق المقياس استخدم الباحثان عدة طرق لحساب صدق المقياس كما يلي:

الصدق البنائي:

تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي لفحص البنية العاملية للمقياس، وأظهرت النتائج عن وجود ثلاث عوامل، يتكون العامل الأول من ٢٣ بنداً، ويتكون العامل الثاني من ٤ بنود، كما يتكون العامل الثالث من ٤ بنود موضحة في الجدول الآتي:

جدول (٢) التحليل العاملي لفحص بنية المقياس

بنود المقياس	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث
١- الضلالات	٠٦٢٣		
٢- تفكير غير منظم			٠٦٤٧
٣- الهلوس	٠٨١٣		
٤- الإثارة	٠٦٨١		
٥- العظمة		٠٨١٦	

جودة الحياة لدى المراهق المريض بالفصام (دراسة حالة)
 د. /حسام محمد عبد الله سليمان د. /حسام مصطفى عبدالعظيم أ.د./ناجي فوزي محمد سليم

بنود المقياس	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث
٦- الإضطهاد/الشك	٠٦٨٨		
٧- العدائية	٠٧١٨		
٨- استجابة انفعالية سطحية	٠٨٧٤		
٩- انسحاب إنفعالي	٠٨٧٣		
١٠- فقر التعاطف	٠٧٧١		
١١- انسحاب وعدم اهتمام اجتماعي سلبي	٠٨٢٤		
١٢- صعوبة التفكير المجرد	٠٦١٣		٠٦١٣
١٣- غياب العفوية والتدفق في الحديث	٠٦٤٢		
١٤- التفكير النمطي المتكرر	٠٦٦٦		

الصدق التقاربي:

تم حساب معامل الارتباط بين مقياس (panns) والمقياس الطبي النفسي المختصر من اعداد (أفرو، وجورهام ١٩٦٢)، وكانت نتيجة درجة الارتباط بين المقياسين باستخدام معامل ارتباط بيرسون ($r=٩٩٤$) عند مستوى الدلالة ٠,٠٠١.

ثالثاً: الثبات:

الأتساق الداخلي للمقياس: لحساب الأتساق الداخلي تم استخدام معامل ألفا فكان معامل ألفا = 0,992، وأشارت النتائج إلى أن درجة معامل ألفا للمقياس الكلي = ٠,٩٩٢ وللعامل الأول = ٠,٩٩٥ وللعامل الثاني = ٠,٩٦٨، وللعامل الثالث = ٠,٨٨٧، وتشير نتائج ألفا لوجود اتساق داخلي مرتفع للمقياس الكلي وأيضاً للعوامل الفرعية.

تم حساب الثبات باستخدام معامل كبا كوهين Kappa-Kohen لفحص مدى الاتفاق بين اثنين من المحكمين. أظهرت نتيجة كبا كوهين وجود تطابق بين تقييم المحكمين حيث كانت النتيجة = ١.

رابعاً: دقة التشخيص:

تم حساب منحنى (ROC) (Receiver operating characteristic)، وهو منحنى لحساب النوعية والحساسية لحساب دقة التشخيص لمقياس بانز وذلك بفحص قدرة المقياس على التمييز بين المرضى والأسوياء. أشارت النتيجة إلى حساسية وتحديد مرتفعين للمقياس، وكانت المنطقة تحت المنحنى = ١ (عند احتمالية > ٠,١٠) مع تحديد نقطة فصل $\leq ٥٣,٥٠$ ، نوضحها بشكل مفصل في الجدول التالي.

جدول (٣) نقاط الفصل لمقياس الأعراض الموجبة والسالبة للفصام

التحديد	الحساسية	الدرجة الكلية للمقياس
٠.٩٥٩	١.٠٠٠	٥٠.٥٠
٠.٩٧٩	١.٠٠٠	٥١.٥٠
٠.٩٩٠	١.٠٠٠	٥٢.٥٠
١.٠٠٠	١.٠٠٠	٥٣.٥٠
١.٠٠٠	١.٠٠٠	٨٨.٥٠
١.٠٠٠	٠.٩٩٠	١٢٣.٥٠
١.٠٠٠	٠.٩٨٥	١٢٥.٠٠

١- استمارة دراسة الحالة :

أعد هذه الاستمارة حسن مصطفى (٢٠٠٣)، لجمع معطيات تاريخ الحالة كأسلوب للمقابلة الشخصية المقننة، وذلك لما تختص به هذه الطريقة المنهجية من وضوح وتشتمل هذه الاستمارة على بيانات تاريخ الحالة: النمو الجسمي، السلوكيات الإجتماعية، عادات النوم، مشكلات النمو، أرجاع الطفولة، أرجاع الطفولة المتأخرة والمراهقة، التوافق الأسري والعلاقات الأسرية، طريقة المعاملة الوالدية، التوافق المدرسي.

٢- المقابلات الحرة الطليقة :

وهي مقابلات حرة طليقة اضافية مع الحالة للاستفسار عن بعض الجوانب التي لم يكشف عنها تاريخ الحالة، والتي أمكن من خلالها رسم الصورة الأكلينيكية النهائية المعبرة عن ديناميات شخصية الحالة المدروسة.

٣- مقياس جودة الحياة لدى مرضى الفصام :

وهو من مقاييس التقرير يجيب عنه المريض بنفسه، و أعد هذا المقياس (ويلكنسون وزملاءه ٢٠٠٠) في صورته الأولية ويعد من أهم وأشهر المقاييس التي أعدت لقياس جودة حياة مرضى الفصام وتم ترجمته وتطبيقه في العديد من البلدان حول العالم، مقدونيا (Isjanovski, V, et al, 2016)، اسبانيا (Arraras, J, et al, 2019)، الصين- تايوان (Chou, C. Y, et al. 2011)، ماليزيا (Taha, N. A, et al. 2012) وقام بترجمته للغة العربية ((Tariq&Tewfik K. (2003)

أبعاد المقياس :

- الأداء الاجتماعي، يتكون من ١٥ سؤالاً (٤،٧،٨،٩،١١،١٤،١٦،١٨،١٩،٢٢،٢٤،٢٦،٢٧،٢٨،٢٩).
- الدافعية والطاقة، يتكون من ٧ أسئلة (١٥،١٣،١٢،٦،١٧،٢٠).
- التأثير الجانبي للدواء، يتكون من ٨ أسئلة (٢،٣،٥،١٠،٢١،٢٣،٢٥،٣٠).

- حيث يتكون من خمس استجابات (أطلاقاً صفر، نادراً ١، بعض الأوقات ٢، معظم الأوقات ٣، دائماً ٤).
- ويوجد به عبارات عكسية (عبارات ١٢، ١٣، ١٥، ٢٠) ويكون فيها الاستجابات (إطلاقاً ٤، نادراً ٣، بعض الأوقات ١، دائماً صفر).
- وتشير الدرجة الكلية للمقياس من ٠ - ٣٠ إلى جودة حياة مرتفعة. ومن ٣٠ - ٦٠ إلى جودة حياة متوسطة. من ٦٠ - ٩٠ إلى جودة حياة منخفضة. من ٩٠ - ١٢٠ إلى جودة حياة منخفض منخفضة جداً.

الخصائص السيكومترية للنسخة العربية لمقياس جودة الحياة لمرضى الفصام:

قام كل من (Tariq & Tewfik K. (2003) بترجمة المقياس باللغة العربية، وللتأكد من صحة ثباته وصدقه تم تطبيق المقياس على عينه قوامها ٩٩ مريضاً بالفصام، ولحساب الاتساق الداخلي تم استخدام معامل ألفا. وأشارت النتائج أن درجة معامل ألفا = ٠,٩٣، بدلالة إحصائية عند (٠,٠١) مما يوضح وجود إتساق داخلي مرتفع للمقياس الكلي وللأبعاد الفرعية، ولحساب الصدق التقاربي تم حساب الارتباط بين مقياس جودة الحياة (SQLS) ومقياس التقرير النفسي الذاتي (SRQ) وكانت نتيجة الارتباط بين المقياسين (٠,٧٧=ر)، وكان معامل الارتباط بين النسخة الأصلية والمُعربة (٠,٨٢=ر) ولحساب الثبات تم إعادة تطبيق الاختبار النسخة المُعربة بعد عدة اشهر وكان معامل الثبات ٠,٩٤، كما تم إعادة حساب ثبات الأداة في دراسة قامت بها (Manea A, et al., 2020) على عينة قوامها ١٢٠ فرداً من مرضى الفصام المترددين على مستشفى العباسية، ووضحت الدراسة مقدار صدق وثبات عاليين لهذه الاداة وان هذه الاداة تصلح للاستخدام بشكلها الحالي .

الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

وللتحقق من ثبات المقياس تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ على عينة كلية قوامها (٦٠) فرداً مقسمين إلى مجموعتين (٣٠) مريضاً من المرضى المترددين على

جودة الحياة لدى المراهق المريض بالفصام (دراسة حالة)
 د. /حسام محمد عبد الله سليمان د. /حسام مصطفى عبدالعظيم أ.د./ناجي فوزي محمد سليم

مركز بسيوني الخيري للطب النفسي وعلاج الإدمان (حيث تعمل الباحثة)، و(٣٠) من الاصحاء، ويوضح الجدول التالي مؤشرات ثبات مقياس جودة الحياة لدى مرضى الفصام.

جدول (٤) مؤشرات ثبات المقياس في الدراسة الحالية

م	اسم البعد	معامل ألفا كرونباخ
١	الأداء الاجتماعي	٠,٩٦٨
٢	الدافعية والطاقة	٠,٩٤٥
٣	التأثير الجانبي للدواء	٠,٨١٠
٤	الدرجة الكلية	٠,٩٧٧

أوضحت نتائج حساب الثبات تمتع أبعاد المقياس والدرجة الكلية له بدرجة جيدة من الثبات، إذ تراوحت بين (٠,٨١٠ - ٠,٩٦٨)، وبلغت (٠,٩٧٧) للدرجة الكلية وهو ما يجعلنا نثق في نتائجه.

الصدق التمييزي:

ولحساب الصدق التمييزي بين عينتي التطبيق تم استخدام اختبار (ت) وكانت النتائج كالآتي:

جدول (٥) الصدق التمييزي باستخدام اختبار (ت)

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	مجموعة الأصحاء ن=٣٠ المتوسط الانحراف المعياري		مجموعة المرضى ن=٣٠ المتوسط الانحراف المعياري		الابعد
		١.٦٠	١٠.٧٠	٣.٠٢	٣٩.٠٠	
٠,٠١	٤٥.٣٨					الأداء الاجتماعي

٠,٠١	٤٤,٢٨	,٨٦٠	٤,٤٧	١,٧٤	٢٠,١٣	الدافعية والطاقة
٠,٠١	١٦,٢٦	,٠٠٠	,٠٠	١,٨٩	٥,٦٠	التأثير الجانبى للدواء
٠,٠١	٥٥,٩٠	١,٩٦٧	١٥,١٧	٤,٤٤	٦٤,٧٣	الدرجة الكلية للمقياس

تشير النتائج الإحصائية إلى تمتع المقياس بمستوى صدق وثبات مرتفعين مما يجعله أداة صالحة للاستخدام في هذا البحث.

٤- اختبار تفهم الموضوع.

أعد هذا الاختبار موراى ومورجان Murray&morgan (١٩٣٥) ليشكل أداة مفيدة في الدراسة الشاملة للشخصية وتفسير اضطراب السلوك والكشف عن الديناميات العميقة في شخصية المفحوص.. وهو يتألف من ثلاثين بطاقة تستهدف الكشف عن الرغبات السائدة لدى الفرد، والانفعالات والعقد والصراعات الشخصية والنزعات المكبوتة، حيث ندعو المفحوص لتكوين قصة تصف ما يدور بالصورة، مما يجعله يسقط مشاعره وانفعالاته وأحاسيسه ووجداناته وحاجاته سواء بطريقة شعورية أو لا شعورية.. (محمود أحمد، ٢٠١٧).

ولقد تم انتقاء عشر بطاقات من هذا الاختبار تم تطبيقها على الحالة المدروسة وهي: بطاقة (١)، بطاقة (٢)، بطاقة (3GF)، بطاقة (٤)، بطاقة (٥)، بطاقة (6GF)، بطاقة (7GF)، بطاقة

(8 GF)، بطاقة (١٠)، بطاقة (١١)، (تم اختيار البطاقات المستخدمة مع الإناث لاستثارة خيال واستجابات الحالة للكشف عن المكونات اللاشعورية لديها).

الإجراءات:

مرات إجراءات الدراسة بعدة مراحل:

- ١- في البداية تم تكوين علاقة يسودها الود والثقة بينها وبين الحالة لتوفير قدر من الراحة والثقة.
- ٢- اخذ تاريخ الحالة من خلال استمارة المقابلة (دراسة الحالة).
- ٣- إجراء المقابلات الحرة للاستفسار عن بعض الجوانب الغامضة التي أرادت الباحثة الاستفسار عنها.
- ٤- تطبيق مقياس جودة الحياة لدى مرضى الفصام ورصد الدرجات.
- ٥- تم تطبيق البطاقات المختارة من اختبار تفهم الموضوع، وتسجيل القصص كما وردت على لسان الحالة المدروسة. (تم تطبيق جميع إجراءات البحث في مركز بسيوني الخيري للطب النفسي وعلاج الإدمان).
- ٥- تفسير استجابات الحالة في اختبار تفهم الموضوع بالرجوع إلى تاريخ الحالة ومعطيات المقابلات الأكلينيكية، استناداً إلى مفاهيم المنهج الأكلينيكي ومدرسة التحليل النفسي كإطار نظري.

نتائج الدراسة

تتضمن النتائج عرض الحالة على النحو التالي:

١. بيانات أولية.
٢. عرض نتائج الحالة على مقياس الأعراض السلبية والإيجابية.
٣. عرض تاريخ الحالة والمقابلة الحرة وتحليلها.
٤. نتائج الحالة على اختبار جودة الحياة.
٥. عرض استجابات الحالة على بطاقات تفهم الموضوع وتحليلها.

أولاً: البيانات الأولية:

الاسم: (ن.ع.أ).	الجنس: أنثى.
العمر: ١٩ عاماً.	الترتيب الميلادي: الثانية
محل الإقامة: ميت عمر.	عدد الأخوة: ٣.
الديانة: مسلمة.	الحالة الاجتماعية: غير متزوجة.
حجم الأسرة: ٦.	العلاقة بين الوالدين: الأب والأم معاً.
المستوى التعليمي: الفرقة الثانية- كلية تربية نوعية بميت عمر (جامعة المنصورة) - قسم تربية فنية.	

ثانياً: نتائج الحالة على مقياس زُملة الأعراض الايجابية والسلبية:

كانت استجابات الحالة تُشير إلى وجود أعراض إيجابية وسلبية من شديدة إلى شديدة جداً حيث كانت استجاباتها على بنود الأعراض الايجابية مثل: الضلالات، ونشوش التفكير، والتهيج والاستثارة الشديدة، والشعور بالشك والأرتياب، والعدائية: من شديدة إلى شديدة جداً، في حين كانت استجاباتها على بنود الهلاوس والشعور بالعظمة: لاتوجد، أما استجاباتها على بنود الأعراض السلبية: الانسحاب الوجداني وضعف الشعور بالألفة، والانسحاب الاجتماعي، وصعوبة التفكير التجريدي وفقدان التلقائية في الحديث، وفقدان التلقائية والتدفق في الحوار، والتكفير النمطي المتقوالب: من شديدة إلى شديدة جداً، وقد سجلت (٧٤) درجة على المقياس والتي تُعد في الفئة الشديدة من الاضطراب. (❖)

ثالثاً: تاريخ الحالة :

وصف الحالة: الشكل والمظهر: متوسطة الطول والوزن، الملابس نظيفة إلى حد ما، ترتدي الحجاب، نظرات زائغة، ارتباك وتردد، بكاء اثناء المقابلة.

(❖) توضح بالملاحق استجابات المريضة على بنود المقياس بشكل مفصل.

الإطار الفكري

بطيئة في الاجابات ومترددة وتنتظر دائماً تأكيداً من الباحثة لصحة استجاباتها،
تجد صعوبة في فهم المقصود بالاسئلة المطروحة.

التاريخ الصحي

الشكوى الأساسية: تعاني المريضة من مرض الفصام الذهاني الذي يظهر على شكل:
ضلالات اضطهاد، واضطراب في التفكير، وعزلة اجتماعية، وتدهور عام في الأداء،
وكانت الأعراض الظاهرة على المريضة والممتدة لأكثر من ٦ أشهر:

- ج- عصبية وانفعالات مبالغ فيها.
- ح- نوبات طويلة من البكاء.
- خ- شك في الآخرين وترديد كلمات مثل (بتكروني، بتكلموا عليا،
بتشتموا عليا من ورايا).
- د- عزلة تامة.
- ذ- أهمال في العناية الشخصية.
- ر- عدم ممارسة اي أنشطة وانقطاع عن الدراسة.

ووفقاً للأعراض الظاهرة على المريضة وتاريخ الحالة الذي أخذه الطبيب النفسي من
والديها من حيث الأعراض ومدتها وحدتها كما تم تطبيق مقياس زُملة الأعراض
الإيجابية والسلبية (PANSS) الذي توافقت استجابتها على بنوده مع اصابتها
بالفصام، وأظهرت وجود أعراض ايجابية واضحة كالضلالات واضطراب محتوى
التفكير والأعراض السلبية كالحبسة الكلامية والتسطح العاطفي والانسحاب
الاجتماعي ووفقاً لما سبق تم تشخيصها من قبل الطبيب النفسي بالفصام الذهاني
وفقاً لمعايير تشخيص الفصام لـ DSM-5 الذي نصت على تشخيص الفصام وفقاً
للأعراض التالية:

تواجد اثنين أو أكثر مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الزمن
(شهر واحد) وأحدها على الأقل يجب أن يكون (١)،(٢)،(٣):

(١)أوهام.

(٢)هلاوس

(٣)كلام غير منتظم

(٤)سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكل صارخ.

(٥)أعراض سلبية.(DSM-5,2013,p88).

وكانت تنطبق على المريضة (١)،(٣)،(٥) فتم تشخيصها بالفصام ووصف لها الأدوية التالية:اريبيركس ٣٠مجم- مرة يومياً، ديبيريان مرتان يومياً، أوميجا ٣ مرتان يومياً،

أحداث النمو:

واثناء المقابلة مع الوالدين ذكرت الأم أن حملها في المريضة كان طبيعياً ولم تصب بأي أمراض خطيرة، وكذلك لم تكن هناك صعوبات في الولادة ، وبعد الولادة كان تطور المريضة طبيعياً فلم يكن هناك تأخر في التسنين أو المشي أو الكلام ولكن استمرت في تبديل الفراش حتى عمر ١٠ سنوات.

بدايات المرض وسيره:

بدأت الأم تلاحظ على ابنتها مع بداية مرحلة المراهقة العزلة الاجتماعية، والحساسية الشديدة اتجاه النقد، والخوف الدائم المبالغ فيه من والدها واخوتها، وكانت تشك كثيراً في انطباعات الناس عنها وتساءل دوماً عن رأيهم فيها وفي سلوكياتها، تذكر الأم ان المريضة كانت تعاني من فقدان الثقة بالنفس بدرجة كبيرة طوال حياتها، تضاغت هذه الأعراض مع بداية دخولها الجامعة، بدأت عليها اعراض اللامبالاه وزيادة العزلة، وكانت تشتكي دوماً من تعامل الآخرين معها وتدخل في نوبات من البكاء، وتقف أمام المرأة وتضرب نفسها مع قولها (أنا بكرهك مخاطبة نفسها)، كما أنها كان لديها اضطرابات في النوم وأرق دائم، وتفاقت الأمور حتى اصبح لديها ضلالات اضطهاد واضحة، (منذ سنة ونصف) على شكل

اتهام الآخرين بالتآمر ضدها وأعتقد ان جميع من حولها يريدون ايذاءها وذكر مواقف وأمور لم تحدث، كما انها تستدل على صحة كلامها بدلائل غير منطقية ولا وجود لها، مع زيادة العصبية والانفعال، واصبحت تمارس ضدهم العنف اللفظي والجسدي مع زيادة العزلة حتى اصبحت في عزلة تامة، وقررت الانقطاع عن الجامعة ورفضت دخول الأمتحانات وأجلت السنة الدراسية، ثم اصبحت تتهم أفراد اسرتها أيضاً بسوء معاملتها واضطهادها ، حتى وصل بها الأمر انها تظن ان والدها يسبها على تطبيق (facebook) وأن امها تتحدث عنها بطريقة سيئة أمام خالتها وأن اخوتها يريدون إيذاءها، ذهبت المريضة للطبيب النفسي تحت ضغط من أهلها، الذي اعتمد في تشخيصها على الملاحظة والمقابلة والتي شملت المظهر العام المتمثل في لباسها غير المهندم وإيماءاتها الجامدة ، وفقر في الأفكار والتفكير، والسلوك المفكك الذي تجسد في قولبة الفكر بتكرار الموضوع ونظرات زائغة وبكاء في اثناء المقابلة، ووجود ضلالات اضطهاد واضحة في كلامها بدون اي دليل، وبعد إجراء الفحوصات اللازمة وأخذ التاريخ المرضي بدقة تم تشخيصها حسب الدليل الإحصائي التصنيفي الخامس بالفصام الذهاني، وهو عبارة على مرض مزمن، يصاحبه ضلالات يمتثل للشفاء مدام المريض يتناول الدواء ، و إذا توقف عن تناول مضادات الذهان ترجع الأعراض من جديد، وعلى الرغم من تناول المضادات إلا ان المريضة لا تزال تتجنب الأختلاط بالآخرين وتفضل العزلة الدائمة ولا تمارس أي أنشطة ممتعة ولا تعني بنفسها من حيث النظافة الشخصية والعناية الذاتية بالشكل الطبيعي، لا توجد قرابة بين الأب والأم كما أنه لا يوجد أي فرد آخر في الأسرة مصاب بالفصام.

التاريخ الأسري

الأب: على قيد الحياة عمره ٥٨ سنة، مهندس ويعمل في القطاع الحكومي يتميز بأنه حنوناً وعطوفاً، ويعاني من القلق الدائم ويحمي ابنائه بشكل مبالغ فيه خصوصاً المريضة لانها البنت الوحيدة في الأسرة.

الأم : في أواخر الأربعينات ، حاصلة على الثانوية العامة ولا تعمل، وهي شخصية حادة الطباع وصارمة وعصبية بشكل دائم ولا تتقبل الأخطاء من الآخرين خصوصاً فيما يتعلق بأبنائها .

الأخوة

الحالة هي ثاني ابناء اسرتها حيث يسبقها أخ ذكر ويليهما اخوين ذكور، أخوها الأكبر يعمل ضابط شرطة عمرة ٢٣ عاماً، وإخيه الأصغر مباشرة عمرة ١٧ عاماً في كلية الطب واصغر اخوتها عمره ١٥ عاماً في الصف الثالث الاعدادي، وعلاقتها جيدة بأخوتها خصوصاً الأخ الأكبر وتحدث بعض المشاحنات الطفيفة بينها وبين أخيها الذي يليها في الترتيب، ولا يوجد حسبما ذكر أفراد العائلة اي تاريخ للأصابة بالفصام في العائلة، الأسرة تتمتع بمستوى مادي واجتماعي جيد حيث ان الأب كان يعمل مهندساً في المملكة العربية السعودية.

طريقة التربية

نشأت في جو عائلي جيد ولكن في بيئة مغلقة حيث حيث أنها ولدت في المملكة العربية السعودية، اخوتها وابوها يقومان بكل المهام ويخافون عليها من المجتمع في الخارج لأنها الأبنه الوحيدة لهم ولأنهم كانوا يعيشون خارج مصر فكانت تربيتها تتسم بالعزلة عن المجتمع المصري، وأستمر اسلوب حمايتها والأغلاق عليها حتى عندما عادوا إلى مصر حيث انها كانت تريد الالتحاق بكلية في الزقازيق ورفض والدها واصر على التحاقها بكلية تربية نوعية في مدينة ميت غمر، تقول الحالة: "كان أبي يخاف علي بشكل مبالغ فيه وكان يمنعني من الانخراط في علاقات اجتماعية، وتقول الأم: "أنها طوال حياتها ساذجه ولا يستطيعون الثقة في تصرفاتها".

المشاكل الأسرية

تقول أفراد اسرة الحالة أنه لا توجد مشاكل أسرية كبيرة وأن الوالدين على قدر كبير من التفاهم والمشاجرات التي تحدث داخل الأسرة تحدث بين الأخوة الذكور.

الحياة المدرسية

كانت تكره الذهاب للمدرسة ويكت عند دخولها للمدرسة وكان مستواها الدراسي طوال حياتها متوسطاً وكانت تميل للأنطواء، وليس لديها أصدقاء مقربين، كانت تخشى من اجواء المدرسة والمنافسة وتبكي عندما لا تستطيع الإجابة عن أسئلة المدرسين وظلت حتى الصف الخامس تبكي عند ذهابها إلى المدرسة .

تحصيلها الدراسي الحالي

مقبول.

أهم المشاكل الدراسية التي قابلتها في دراستها

كانت تنجح بصعوبة وكانت مهددة بعدم الألتحاق بالثانوية العامة بسبب ضعف مستواها الدراسي في الصف الثالث الأعدادي: وفي الثانوية العامة لم تحقق سوى الدرجات التي تلحقها بكلية التربية النوعية.

العلاقات الاجتماعية

الأصدقاء

ليس لديها العديد من الأصدقاء، تذكر المريضة أن اصدقاءها لا يرغبون في مصداقتها، وتذكر انها في المرحلة الثانوية العامة قاطعتها صديقتها المقربة بدون فهم السبب

وتقول: انها غير محبوبة وغير مرغوبة في وسط اصدقائها.

الأقارب

لم يكن لديها أقارب من عمرها، وكانت علاقتها بجميع اقاربها سطحية وتقتصر فقط على الزيارات العائلية، وتذكر ان جدتها أم أبيها لا تحبها وتكرهها وكانت تعاملها معاملة سيئة ، وتحب بنت أبنيتها (أي ابنة عممة المريضة) وتعاملها بشكل أفضل، وذكرت المريضة مواقف توضح تفرقة جدتها بينها وبين ابنة عممتها اثناء تناول الطعام واثناء المناسبات فتلاحظ فارق المعاملة وكانت تشعر بأنها غير مرغوبة وغير محبوبة لدى الجميع.

كيفية شغل أوقات الفراغ

تقضي المريضة أغلب أوقاتها في غرفتها وتغلق الباب والأضواء ولا تختلط بالآخرين حتى من أفراد اسرتها، ولا توجد لديها هوايات واضحة ولا تهتم بالانشطة السارة أو الممتعة.

الحالة الانفعالية

تعاني المريضة من القلق والحزن والتوتر مع مشاعر اكتئابية وبكاء مستمر وخوف من الآخرين مع اضطراب في النوم ولديها أحساس دائم بالخطر من الآخرين .
- تدخل في نوبات من الغضب والانفعال الشديد والصراخ والسباب وضرب نفسها إذا طلب أحد من أهلها منها طلباً أو نصحها بالخروج من حالتها .
- عند التفكير في مرضها وحالتها تدخل في نوبة من البكاء المستمر لفترات طويلة وتردد انا أتجننت (وبقيت مجنونة) (أنا مش طبيعية) .

الحياة الجنسية

تخلو تماماً من اي خبرات جنسية، ولم تتحدث عن مشاعر جنسية تنتابها، وليست لها علاقات عاطفية سابقة أو حالية سوى بعض الأحاديث مع ذكور سابقاً عبر شبكة الانترنت، ولا تستطيع التعامل مع الجنس الآخر وترى أنها لا تصلح لدخول في أي علاقة عاطفية.

فكرتها عن نفسها

تقول انها ساذجة وطبية وليس لديها خبرة في التعامل مع البشر، وأنها غير محبوبة وغير مرغوبة من جميع من يتعامل معها، وترى ان الآخرين يرونها ضعيفة ومكروهة.

الرؤية المستقبلية

ليس لديها رؤية واضحة لمستقبلها ولا طموح ولا هدف، وتفكر في الموت، وترى أن حالتها لا أمل فيها ولا تستطيع عمل أي شيء ولا تحسن التصرف وليس لها مستقبل مهني.

الأحلام

تغلب على المريضة أحلام اليقظة، والتخيل والعيش في عالم مخالف للواقع، وكانت احلام اليقظة لديها تحتوي على مشاهد انتصارات وتحقيق نجاحات مختلفة، وأنها تعيش علاقة عاطفية تتلقى فيها الحب والأهتمام (أنها شخصية قوية ومحبوبة وقائدة لمجموعة الأصدقاء)، وهو ما يخالف تماماً للواقع، أما الأحلام أثناء النوم فلم تتذكر منها المريضة شيئاً ولكنها تذكر ان نومها مضطرب وغير مريح وتحلم بكوابيس لم تذكر تفاصيلها.

تحليل تاريخ الحالة:

يكشف تاريخ الحالة عن: حالة مرضية يمثل الأحساس بالكراهية والاضطهاد حجر الزاوية في بنائها النفسي ونظرة دونية للذات، وأحساس دائم بأنها مكروهة ومضطهدة وأنها لا تستطيع مواجهة والتعامل مع العالم الخارجي، وهذا الشعور له أساس من نمط التربية الذي يتسم بالقلق والخوف الشديد على الابناء مما يرسل رسالة للابناء بأن المجتمع الخارجي خطر وغير آمن، كما أن اسرتها تشعرها بدونيتها ولا تتيح لها الفرصة للأستقلال والثقة في ذاتها، هذه الرسائل المبطنة التي استقبلتها المريضة من نمط التربية الخاطيء أدت إلى شعورها الدائم بالخوف وعدم الثقة في المجتمع الخارجي مما أدى إلى أنعدام المهارات الاجتماعية والحياتية لدى المريضة، كما أنها كونت لديها أحساساً بضعف الثقة في النفس والدونية والتردد الدائم لأنها لم تعتمد على نفسها في أي أمر من أمور حياتها، وكان لديها الكثير من الاحتياجات والرغبات التي لم تستطيع الإفصاح عنها.

ومع تراكم خبرات الكبت والحرمان في الطفولة: أصبحت حياتها تكاد تخلو من السعادة بسبب الحرمان والكبت الاسري واحساسها الدائم أن رغباتها لن تتحقق، ومع شدة الانعزال عن العالم الخارجي لم يكن لديها القدرة على التفكير في الأمور الجنسية أو الحديث عن الذكور خوفاً من النقد واللوم، فتزايد الشعور بالذنب والمشاعر العداونية المكبوتة، كل ذلك أدى إلى توتر وقلق حاد لا تستطيع السيطرة عليها وانفصال عن الواقع والعيش في أحلام اليقظة دائماً بدلاً عن الواقع.

وعن فكرتها عن نفسها: فهي ترى انها مثالية وطيبة ومحبة للخير لا يقدرها الآخرون وهي حيلة دفاعية تُخفي الأحساس بالذنب وانخفاض تقدير الذات . وبدلاً من استخدام دفاعاتها في الواقع لتحسين جودة حياتها انسحبت المريضة لعالم أحلام اليقظة: فترى نفسها محبوبة ومرغوبة من الجميع، كما أنها ترى نفسها تمتلك العديد من المهارات والثقة بالنفس، وفي المقابل تصطدم بالواقع المخالف تماماً لأحلامها فيزداد انسحابها وعزلتها.

استجابات الحالة على مقياس جودة الحياة لدى مرض الفصام

تم تطبيق مقياس جودة الحياة على المريضة وكانت الدرجة الكلية ٨١ درجة خام من اصل ١٢٠ درجة مما تشير الى جودة حياة منخفضة، ويتضح الآتي:

١- كانت الدرجات على بُعد الأداء الاجتماعي ٤٧ درجة من أصل ٦٠ درجة وهي اعلى درجة من بين الأبعاد مما يؤشر إلى تدهور كبير في الأداء الاجتماعي لدى المريضة.

٢- أما بُعد الدافعية والطاقة فقد حققت المريضة ٢٧ درجة وهي درجة أيضاً مرتفعة وتُفسر طبيعة مرض الفصام الذي يؤدي إلى انخفاض الطاقة والدافعية.

٣- ، أما بُعد التأثير الجانبي للدواء فقد رصدت درجات المريضة ٧ درجات من ٢٣ درجة وتُعد درجة منخفضة بسبب تطور الأدوية وعدم وجود آثار جانبية سيئة كثيرة كما أن الآثار الجانبية للدواء الحالي تغيرت عن ما يوجد في بنود المقياس.(❖)

استجابات الحالة على اختبار تفهم الموضوع.

قامت الباحثة(الأولى) بتطبيق اختبار تفهم الموضوع على الحالة موضوع الدراسة، ثم تم تفسير استجابات الحالة على بطاقات الاختبار على النحو التالي:

بطاقة (١):

الباحثة: بصي على الصورة دي واعتبريها صورة لرواية او صورة لفيلم وقولي ايه حكاية الفيلم او الرواية دي.

المريضة: صمت، ابتسامات متكررة وضحكات تنم عن حالة ارتباك وتوتر ، دا ولد بيذاكر وييفكر في اللي بيذاكره.

الباحثة: لا ممكن تشرحي ليا أكثر معنى الكلام دا وتحكي قصة بتفاصيل أكثر وتحاولي توصفي المشاعر اللي انتي شوفتيها من الصورة دي.

المريضة: دا ولد صغير عايز يذاكر ومركز في موضوع المذاكرة وفي الآخر عرف يذاكر ونجح.

الباحثة: في حاجة تانية ممكن تقوليها عن الصورة دي؟

المريضة: لأ هو بس كدا وتركت الصورة

التفسير: كانت القصة قصيرة ومتناثرة ، ضعف الخطاب ، عدم إدراك المريضة الموضوع الظاهري ، مع وجود مدركات خاطئة، ميل المريضة إلى الوصف بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية، وظهرت الأشكالية في فشل الحالة إدراك موضوع (الكمان). مما يوضح عدم النضج الوظيفي لدى الحالة، كما أن المريضة فسرت الصورة بأن الطفل يجد صعوبة في

(*) يوضح بالملاحق استجابات الحالة بشكل مفصل على بنود مقياس جودة الحياة.

الاستدكار، وهذا ما يعاني منه مريض الفصام حيث يجد صعوبة في الإدراك والتركيز كما أن اضطراب التفكير لديه يسبب له عدم استيعاب كامل لما يذاكره وتؤكد هذه الصورة على انخفاض جودة حياة المريضة التي ترتبط بالصعوبة في التركيز كما يرتبط تفسير المريضة للصورة بواقعها الذي يتسم بانخفاض مستواها الدراسي وخوفها من اجواء المذاكرة والمدرسة كما ظهر في تاريخ الحالة.

(البطاقة ٢)

الباحثة:أعملي زي ما عملتي في الصورة الأولى وأوصفيلي شايضة ايه .
المريضة: ابتسامات، وفترات صمت طويلة، دي بنت ماسكة كتب ووراها صحراء ودا
راجل معاه حصان وفي ست واقفه هناك تقريبا أمها .
الباحثة:تقدري تحكي قصة عن الصورة دي بشكل واضح؟
المريضة: فترة صمت طويلة ، مش عارفة وتترك الصورة امام الباحثة .
التفسير: كانت القصة ضعيفة ومتناثرة، مع ميل الحالة إلى إدراك الواقع الخارجي
السطحي كوسيلة دفاعية مع تداخل الأدوار والهويات كوسيلة دفاعية للتوازن،
وظهرت اشكالية الحالة في استجابات ليس لها علاقة بالإحياءات الرمزية وفشل
الحالة في احياء العلاقة الثلاثية للصراع الأوديبى بعدم ذكر دور الرجل الذي يمثل
الأب، كما يوجد تداخل في الهويات والأدوار، كما كان تفسير الصورة يوضح
انخفاض جودة الحياة لدى المريضة من حيث البعد الاجتماعي حيث لم تذكر
العلاقة بين أفراد الصورة وذكرت كل شخصية بشكل منفرد مما يفسر احساسها
بالوحدة والانفصال عن محيطها وهذا ماله تأثير كبير على جودة حياتها كما أنها
تأثرت بالبيئة الصحراوية حيث كانت تعيش وهي صغيرة في السعودية، كما اوضح
تفسير الصورة احساسها بالعزلة حيث فسرت الصورة بوجود صحراء التي تتميز بعدم
وجود البشر.
بطاقة (3GF)
المريضة: دي بنت عمرها في العشرينات تقريبا حد ضربها ويتقفل الباب ويتعيط.
الباحثة: عندك تصور مين ممكن يكون ضربها؟
المريضة: جوزها .
الباحثة: ممكن تتخيلي قصة عن حياة الست دي؟
المريضة: ممكن تكون واحدة حياتها متلخبطة ومش سعيدة ، مش عارفة ، وتترك
الصورة.

التفسير: اتسمت القصة بالسطحية، مع وصف وعدم التبرير، ادخال اشخاص غير موجودين في اللوحة كوسيلة دفاعية للكف عن الصراع النفسي. ميل الحالة إلى التمسك بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية عن رفضها للواقع الحقيقي، تبدو اشكالية الحالة إلى الوضعية الإكتئابية حيث الوجدان الإكتئابي لدى المريضة، كما يوضح تفسير الصورة أحساس الكراهية والاضطهاد الذي تعاني منه المريضة واحساسها الدائم بالغضب والحزن وكره الآخرين لها، كما اوضح تفسير المريضة للصورة كبت للجانب العدواني بتجاهل صورة المسدس الملقى بجانب الصبي، كما أن استجابة الحالة للصبي على أنه أنثى بمثابة تحريف للواقع، كما أنها اسقطت خلو حياتها من الخبرات الجنسية في تفسير أن من ضرب الفتاة هو زوجها وهذا يوضح كبت الشعور الجنسي لدى المريضة.
بطاقة(٤):

المريضة: الراجل والست دول بيتكلموا في حاجه تخصهم.
الباحثة: عندك فكره ايه هي الحاجات اللي بيتكلموا فيها دي؟
المريضة: مش عارفة بالضبط.

الباحثة: طيب ايه نهاية القصة دي او الموقف دا؟
المريضة: تضحك لا مش عارفة، وتسلم الباحثة البطاقة.

التفسير: ركزت الحالة على العلاقات الشخصية، وجاءت استجابات المريضة بالوصف عن طريق التمسك بالواقع السطحي كوسيلة دفاعية، ثم اللجوء إلى العلاقات الشخصية كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي، أما في الإشكالية فهي فشل الحالة في رصد الجانب العدواني لدى الزوج حيث اكتفت بالتركيز على العلاقات الشخصية بين (الزوجين)، ان هذه الاستجابة كشفت عن كبت الأحساس بالوحدة والعزلة الذي تعاني منه المريضة وهذا يوضح مدى التحريف الإدراكي للبطاقة. حيث ان المريضة معزولة اجتماعياً ليس لديها شريك ولا صديق مقرب وهذا ما أدى لتدهور في جودة الحياة التي تعيشها ولكنها تنكر هذه المشاعر وتتجاوزها، كما

يوضح التفسير وجود كبت للجانب الجنسي في عدم إدراك المرأة شبه العارية في خلفية الصورة، ولم تفسر نظرات الرجل أو تصور الحوار الدائر بين الرجل والمرأة. بطاقة رقم (٥):

المريضة: دي أم بتطمئن على ابنها.

الباحثة: ممكن تقولي تفاصيل أكثر يعني ايه سبب انها عايزة تطمن عليه وهو ولد ولا بنت وعنده كام سنه؟

المريضة: هو ولد عنده تقريباً ١٥ سنة ، ونايم وأمه داخله تطمن عليه، الحاجات مترتبة في الأوضه مافيش حاجه متنعكشة ولا على الأرض، مش عارفه عايزه تطمن عليه من ايه واضح انه مافيش مشكله ممكن يكون تعبان.

الباحثة: ممكن تحكي قصة عن الصورة دي؟

المريضة: همهمه وابتسامات متقطعة، دي يمكن قصة أم حنونه وبتراعي اولادها كويس.

التفسير: رصدت المريضة الإيحاءات الرمزية التي تعود إلى أم تدخل وتراقب، كانت الاشكالية في إدراك اشخاص غير موجودين في اللوحة كوسيلة دفاعية للكف عن الصراع النفسي، كما وضحت الاستجابة احساس المريضة الدائم بتحكم أهلها في حياتها ومراقبتهم لها بشكل متواصل والخوف الدائم من تقييمهم لها مما أدى لضعف ثقتها بنفسها وعدم كفاءتها في القيام بالمهام المنوطة بها، وهذا ما أدى لأنخفاض الدافعية والطاقة لديها وبالتالي أثر على جودة حياتها كما أن ضلالات المريضة التي تتسم بالشك والاضطهاد ومراقبة الآخرين ليها.

بطاقة رقم (6GF)

المريضة: دي ست في الثلاثينات من عمرها هربانة وفي حد بيطاردها وفجأة لقيته قدامها، وشكله أنه صاحب منصب.

الباحثة: عندك تصور هي هربانة من أيه

المريضة: ممكن تكون عملت مشكلة او كدا بس مش عارفه ايه هي.

الباحثة: وفي النهاية ايه اللي حصل بالنسبة للقصة اللي حكيتها؟
المريضة: عرفوا يوصلوا ليها وما قدرتش تهرب طول الوقت.

التفسير: لجوء الحالة الى التمسك بالواقع السطحي كوسيلة دفاعية صلبة ، ثم التركيز على العلاقات الخارجية (ست، وراجل غريب عنها)، ظهرت الاشكالية في فشل الحالة (المريضة) في تفسير العلاقة بين الرجل والسيدة مع إدراك المشاعر بداخل الصورة وهي الخوف والترقب، وأظهرت استجابة المريضة بشكل واضح احساسها بالخوف من الناس والهروب من مواجهتهم وتفسير حالة العزلة الاجتماعية والبقاء في المنزل التي تعيشها المريضة.
بطاقة رقم (7GF).

المريضة: دي بنت طفلة ومعها عروسة لعبتها ومامتها جنبها بتكلمها ويمكن متضايقة منها بس البنت مش مركزه معاها
الباحثة: ممكن تشرحي اكثر عن الصورة دي؟
المريضة: هممة وضحكات تعبر عن توتر وارتباك مش عارفة اكيد بتكلمها تقولها حاجه مهمه، وتترك البطاقة.

التفسير: لجوء المريضة للتمسك بالواقع السطحي كوسيلة دفاعية صلبة، ثم التركيز على العلاقات الشخصية (طفلة، امها) وتعبير عن المشاعر كوسيلة دفاعية لتجنب الصراع النفسي، ويبدو أن الحالة فشلت في رصد تقارب السيدة والطفلة في محتوى مضطرب، مع إدراكها الفرق بين الجيلين، وفي مجمل الاستجابة هو اسقاط حالة، ففي المقابلة نقدت الطريقة التي تربت بها حيث كان هناك تحكم من طرف الأم وعدم تقبل للأخطاء وصرامة دائمة في التعامل معها ومع اخوتها، كما أظهرت عدوانية كامنة موجهة نحو الصور الوالدية وهذا التفسير يتفق مع نمط التربية الذي عاشته المريضة حيث ان الام كانت شديدة القلق والتحكم في المريضة.
بطاقة رقم (8 GF).

المريضة: دي واحدة قاعدة بتفكر، كدا شكلها عندها مشاكل أو هموم.

الباحثة: تفتكري أيه نوع المشاكل أو الهموم دي ؟

المريضة: مش عارفة ممكن تكون متخانقة مع حد أو كدا .

التفسير: قصة قصيرة ومتناثرة، مع اشكالية وجود اشخاص غير موجودين في الصورة مع التمسك بالواقع الخارجي السطحي كوسيلة دفاعية صلبه ، وفشل الحالة في إدراك نظرات الحيرة في اللوحة واكتفت بوصف المشهد فقط، ذكرت أيضاً المريضة في تفسيرها وجود خلاف أو نزاع بين شخصيات البطاقة حتى وأن لم يكن موجودين في الصورة، وهذا يوضح بشكل جلي ضلالات الاضطهاد التي لدى المريضة حيث أنها تشعر بالكرهية بدون دليل وتقفز إلى الأستنتاجات سريعاً بدون دليل، كما أن البطل الرئيسي للقصة تمثل حالة المريضة التي تعاني من احساس دائم بالكآبة والحزن كما انها عرضت لضغوط البيئة التي تتعرض لها المريضة حينما ذكرت بأن الفتاة في الصورة لديها مشاكل وهموم.

بطاقة رقم (١٠)

المريضة: تبتسم ابتسامة مريحة وتقول دي صورة فيها تفاؤل ومعبرة عن الحنان والاهتمام.

الباحثة: ممكن تشرحي أكثر .

المريضة: يعني دي صورة تقريبا أب بيبوس راس ابنه عشان هو زعلان او متضايق او يمكن بيصالحه.

الباحثة: ممكن تشرحي اكثر عن المشاعر اللي ممكن تكون تخص الشخصين دول؟

المريضة: دا راجل كبير أب تقريبا ودا ابنه متضايق وبيحاول يصالحه او يراضيه، وتترك البطاقة.

التفسير: ارتباطات قصيرة كوسيلة دفاعية لتحقيق التوازن مع الواقع الموضوعي الذي فيه نوع من الالتباس ، أما الإشكالية عدم تلاؤم بين الموضوع والمنبه وعدم رصد الإيحاءات التحتية للوحة والتي تدور حول التعبير اللبدي عند الزوجين ، كما يوضح تفسير الصورة كبت للنواحي الجنسية واعتبار الصورة (لأب وابن)، وتسقط

المريضة حالتها على الاستجابة، فهي تتوحد مع بطل القصة الذي يتوافق مع والده وأن والده يعتذر له ويراضيه وفي هذا إشارة إلى فقدان الحب والتفاهم في المنزل الذي ربما يلقاه اخوتها الذكور- وهي البنت الوحيدة التي لا تجد هذا الجو من التواصل بينها وبين أفراد أسرتها.

بطاقة رقم (١١):

المريضة: دا جبل وفيه تلج وشجر وما فيش ناس ولا بشر.

التفسير: الوصف مع التمسك بالتفاصيل مع عدم التبرير كوسيلة دفاعية صلبة، أما الإشكالية ظهرت في فشل المريضة إدراك المشاعر التي تعبر عنها اللوحة، والتي تدور حول القلق، حيث اكتفت بالوصف فقط دون الإحساس بهذا القلق، كما أن استجابها تمثل احساسها بالوحدة والعزله وعدم وجود اشخاص حولها .

مناقشة نتائج البحث :

نص الفرض الأول: يوجد انخفاض في جودة حياة لدى الحالة المدروسة المريضة بالفصام.

وللتأكد من صحة الفرض الأول طبقت الباحثة مقياس جودة الحياة لدى مرضى الفصام على المريضة وأوضحت الدرجات مايلي:

- توضح الدرجات المرتفعة على مقياس جودة الحياة لدى مرضى الفصام انخفاضاً في جودة الحياة ومن ثم كانت الدرجة الكلية لدى المريضة ٧٩ درجة من اصل ١٢٠ درجة مما تشير الى جودة حياة منخفضة، وبحسب ابعاد المقياس فإن درجات المريضة كانت اكثرها ارتفاعاً على بُعد الأداء الاجتماعي حيث حققت المريضة ٤٥ درجة من أصل ٦٠ درجة على هذا البعد أما بُعد الدافعية والطاقة كان ثاني الأبعاد ارتفاعاً حيث حققت المريضة ٢٧ من ٢٨ درجة، أما بُعد التأثير الجانبي للدواء فقد رصدت درجات المريضة ٧ من اصل ٣٢ درجة، وبذلك تتحقق صحة الفرض الأول بأن جودة الحياة لدى الحالة محل الدراسة منخفضة.

تفسير نتائج الفرض الأول:

تتفق نتائج البحث الحالي مع الأطار النظري والدراسات السابقة وتفسر الباحثة ارتفاع درجة المريضة على بُعد الأداء الاجتماعي ، بسبب الاعراض الذهانية التي مرت بها المريضة التي كانت عبارة عن ضلالات اضطهاد وحتى بعد زوال الأعراض الذهانية إلا أن المريضة فقدت الثقة في نفسها وتفضل العزلة والانطواء، وهذا ما يتفق مع دراسة (Van Rooijen,et al.,2019) التي أظهرت ارتباطاً قوياً بين أعراض الفصام والأداء الاجتماعي، كما أكد البحث الذي نشره (Dziwota, Stepulak, Wloszczak-Szubzda, & Olajossy, 2018)، الذي اشار إلى أن مرض الفصام يضعف إلى حد كبير من الأداء الاجتماعي والرعاية الذاتية والعجز العاطفي مما يؤدي إلى انخفاض عام في الأداء وتدهور في جودة حياة المرضى.

ويمكن تفسير انخفاض الدرجات على بُعد الطاقة والأداء بسبب الأعراض السلبية التي ظهرت على المريضة بعد انخفاض الاعراض الإيجابية التي تمثلت في تبدل الوجدان وفقدان الإرادة واللامبالاة الشديدة وصعوبات الانتباه والانسحاب الاجتماعي وعدم رغبتها في القيام بأي أنشطة ، وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة (Savill,et al.,2016)، التي أكدت نتائجها أن الارتباط بين الأعراض السلبية وجودة الحياة يرتبط في المقام الأول بالعجز التجريبي الذي يؤثر على النتائج الاجتماعية. وتوصلت نتيجة البحث الحالي إلى نفس النتيجة التي توصلت لها الدراسة التحليلية التي قام بها كل من إيك و نيوهيل (Eack&Newhel,2007) التي أُجريت لتقييم العلاقة بين المرض النفسي وطبيعة الحياة لدى الأفراد المصابين بالفصام، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة سلبية ثابتة مع الفصام وجودة الحياة عبر جميع عينات الدراسة.

وتتفق نتيجة المقياس مع دراسة الحالة لدى المريضة: فمن دراسة الحالة اظهرت ان المريضة ليس لديها اي أنشطة تقوم بها في اوقات الفراغ، كما أنها في عزلة تامة ولا

تختلط حتى باقرب الناس إليها وتشكو من الوحدة، كما أن حالتها الانفعالية تميل للغضب والعصبية والتوتر والكآبه، كما انه ليس للمريضة اي نظرة مستقبلية، ومستقبلها غامض ومشوش بالنسبة لها وهو ما يتفق مع بنود مقياس جودة الحياة. **الفرض الثاني: تكشف ديناميات شخصية مريض الفصام عن تفكك الشخصية والتفكير وعدم نضج وظيفي ونقص في الإدراك والعمليات المعرفية مما يؤدي إلى انخفاض في جودة الحياة لدى المريضة.**

كشفت أيضاً تاريخ الحالة والمقابلة الإكلينيكية واختبار تفهم الموضوع عن تفكك في الشخصية وعدم ترابط بين الأفكار والمشاعر والسلوك تمثلت في تفسير اختبار تفهم الموضوع، حيث طغت

السياقات الأولية من خلال قوى الأسقاط، وسيطرة الحياة الداخلية وسياقات الرقابة، حيث أن الحالة استطاعت التعبير عن حياتها الداخلية خوفاً من الواقع الذي يشكل لها تهديد وظهور سياقات تجنب الصراع النفسي من خلال الافراط في الواقع الخارجي الموضوعي السطحي، وكف الصراع أدى إلى مسح التصورات الأنفعالية وعدم تمايزها، وهذا مما جعل الحالة تفشل في إدراك اشكاليات اللوحة وهذا مانجده في مرضى الذهان الذين لديهم نوع من الالتباس مع الواقع الخارجي كما انها فشلت في سرد قصة متماسكة وعجزت عن ايجاد نهاية او حل للقصة ومن الممكن أن نحدد نتيجة الاختبار فيما يلي:

- ١- أن المريضة ليس لديها القدرة على تخيل قصة مترابطة ومتماسكة لها بداية ونهاية ويمثلها أبطال وأشخاص.
- ٢- كانت نظرة المريضة سطحية حيث أنها كانت تفسر الصورة بشكل سطحي بدون تعمق.
- ٣- كانت المريضة تغفل الكثير من تفاصيل الصورة حيث ان بعض اجزاء الصور كانت لا تتضمن بشكل نهائي قصتها.

٤- لم يكن لدى المريضة القدرة على رصد مشاعر شخصيات الصورة بشكل واضح .

٥- كانت المريضة مترددة ومرتبكة وتبتسم وتضحك بشكل متكرر يتسم بالخجل.

٦- اسقطت المريضة حياتها على الكثير من تفسير الصور.

وتتفق هذه النتائج مع ماتوصلت إليه دراسة (Lelé,et al.,2014) أن استجابات مرضى الفصام على اختبار (TAT) تُظهر غياب الترابط وعدم الوعي بالعلاقات الزمنية وغياب مبدأ الواقع.

وهذا ما يتفق مع نتائج مقياس جودة الحياة حيث ان جودة الحياة لدى الاشخاص ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمدى إدراكهم للواقع وتفاعلهم معه بشكل صحيح ، وحيث أن إدراك الواقع لدى مرضى الفصام يكون بصورة سطحية وغير مترابطة وليس لديهم القدرة على رصد المشاعر والتفاعل معها، كما أن لديهم ضعفاً في استيعاب طبيعة الروابط في العلاقات الشخصية، كما أظهرت نتائج اختبار TAT أن الحالة محل الدراسة لديها ضعفاً في استيعاب ورصد التفاصيل وهذا يؤدي بطبيعة الحال إلى انسحاب اجتماعي وضعفاً في الأداء وعدم إدراك كامل للمسؤولية الملقاه على عاتقها، كما أنه يكون عائقاً لديها في اقامة علاقات شخصية سوية مما يؤدي في النهاية إلى تدهور في جودة الحياة التي تعيشها.

ولقد اوضحت استجابات المريضة على بطاقات تفهم الموضوع خللاً كبيراً في جودة الحياة فكانت استجابتها على البطاقة (١) توضح خللاً في الإدراك والتذكر، وهذا ما تعاني منه المريضة بسبب تأثر العمليات المعرفية لدى مرضى الفصام، مما يؤدي لأنخفاض الدافعية والطاقة لديها، مما يؤثر بشكل مباشر على جودة حياتها. وهذا ما أكده "نورمان وآخرون(Norman,et al.,2000) في دراستهم التي طبقت لفحص العلاقة بين كل من الأعراض السلبية لمرض الفصام ومستوى الأداء الوظيفي لدى الفصامين ونوعية الحياة، وتوصلت نتائجها إلى أن أعراض المرض ومستوى الأداء

الوظيفي و المعرفي كالإدراك والانتباه والذاكرة ترتبط جميعاً بمقياس جودة الحياة.

كما كانت استجابات المريضة على البطاقات رقم (٢)،(٤)،(٥)،(6GF)،(7GF) توضح تأثر البُعد الاجتماعي في حياة المريضة حيث كانت استجاباتها تعبر عن عدم تأقلم وتوافق بينها وبين من حولها وعدم وجود علاقات ثنائية في حياتها، كما كانت توضح احساسها بالوحدة والتركيز على مشاعر الكراهية والاضطهاد التي تشعر بها المريضة، كما أظهرت الاستجابات نزعة عدوانية اتجاه الأهل وهو ما يتفق مع دراسة الحالة ومع بنود مقياس جودة الحياة. وهذا التفسير يتفق مع دراسة "جات، وآخرون" (Gaite et al., 2002) التي أشارت إلى أن شدة الأعراض وطبيعة التواصل مع الأسرة والصداقة والعمر عند ظهور المرض كانت منبئات بجودة الحياة.

في حين كانت استجابها على بطاقات رقم (8 GF)، (١٠)، (١١) تُظهر سيطرة مشاعر الحزن والكآبه و القلق على المريضة، وهذا ما يتفق مع دراسة (Carrol, et al., 1999) حيث وجدوا أنه يمكن التنبؤ بنوعية الحياة من خلال القلق والأكتئاب الوظيفي الكلي.

خلاصة وتوصيات

تناولت الدراسة الخصائص المميزة لشخصية مريض الفصام باستخدام المنهج الأكلينيكي...ولقد تبين أن هناك اضطراباً عاماً يميز الشخصية نتيجة للأصابة بالمرض تتمثل في تدهور العمليات الفكرية الى جانب الاضطراب الانفعالي كما وجدت صراعات لا شعورية تدور في جوهها حول الاسقاط المعكوس بسبب تشوه الإدراك مما يعكس عمليات النضج غير السوية التي مرت بها الحالة، كما أظهرت عمليات تبرير للاخفاق وهي عمليات الحالة غير الواعية بها، وهذه الحالة الفكرية و الانفعالية تؤدي بطبيعة الحال إلى تدهور في

جودة حياة المريضة، وهذا ماظهر في مقياس جودة الحياة الذي أظهر تدني واضح في جودة حياة المريضة من الناحية الاجتماعية ومن ناحية الأداء والطاقة.

توصيات الدراسة:

في ضوء خصائص شخصية مريض الفصام وما يترتب عليه من تدني في جودة حياته فأننا نعرض عدداً من التوصيات التي يمكن من خلالها رعاية المريض وتحسين جودة حياته، بالإضافة إلى توضيح طبيعة المرض ومآله بالنسبة للأسرة والمجتمع منها التوصيات التالية:

أ- الوقاية والرعاية الصحية:

١- الاهتمام بجودة حياة مرضى الفصام بما يناسب طبيعة المرض واعراضه.

٢- أن تتفهم الأسر طبيعة احتياجات ابنائها بدون افراط ولا تفريط.

٣- حل المشكلات النفسية للأطفال منذ صغرهم حتى لا تتدهور حالتهم النفسية وتتفاقم وتؤدي إلى ظهور الأمراض النفسية.

٤- توفير اماكن للعلاج الطبي والنفسي لمرضى الفصام تكون في متناول جميع الفئات.

أ- الرعاية الأسرية:

- أن تتقبل الأسرة مريض الفصام وأن تمنحه الرعاية والتعاطف، وتتقدم به الى المعالج الطبي بمجرد ظهور الأعراض، وتوفير العلاج اللازم والتأكد من أخذ الجرعات العلاجية بانتظام في مواعيدها المحدد.

- أن تتعرف الاسره على اساليب رعاية مريض الفصام وطبيعة المرض والانتكاسات والضلالات والهلاوس وكيفية التعامل معها وكيفية التعامل مع النوبات.

- أن تتعرف الاسرة على أسباب الانتكاسات ومعدل تكرارها ومعرفة علاماتها الانذارية.

- أن تتيح الأسرة للمراهق مريض الفصام حق مزاولته نشاطه الاجتماعي تحت إشرافها مع عدم التقييد عليه أو تدليله
- مساعدة المراهق مريض الفصام على متابعة مهامه كالعامل أو الدراسة لرفع معنوياته وإشعاره بالأمل والتفاؤل بشكل دائم.
 - مساعدة للمراهق مريض الفصام على حل مشكلاته ومساعدة الجميع على فهم احتياجاته وتوفير وسائل الترفيه والصحة النفسية.
- ج- التوعية الاجتماعية:
- ينبغي على أجهزة توجيه الرأي العام في المجتمع بيان خطورة زواج الأقارب الذين تشيع بينهم أعراض مرض الفصام.
 - يجب توجيه الرأي العام في المجتمع وتعريفه بطبيعة مرض الفصام، وأن سببه ليس السحر أو الجن ويأثقه ليس من الأمراض المعدية.
 - تعريف الناس بأعراض مرض الفصام وكيفية التعامل معها في حالة ظهور النوبات في أماكن الدراسة أو العمل .
- د- توجيهات لمريض الفصام:
- أن مرض الفصام ليس مرضاً ميؤوساً منه ولكن مع الانتظام في العلاج يمكن السيطرة عليه.
 - التثقيف النفسي ومعرفة طبيعة وأعراض المرض بدقة للتحكم فيها.
 - أن الخوف من الفشل أو الخوف من المجهول أو الخوف من عدم التقبل الاجتماعي مخاوف ليس لها أساس من الصحة وأن مريض الفصام يمكن أن يعيش حياة جيدة وأن بقوة الإرادة من الممكن التغلب على صعاب الحياة.

المراجع

- حامد عبد السلام زهران.(٢٠٠٥).*الصحة النفسية والعلاج النفسي*. ط٤. القاهرة:عالم الكتب.
- حسن مصطفى عبد المعطي(٢٠٠٣).*منهج البحث الاكلينيكي*. القاهرة. مكتبة زهراء الشرق.
- رمزي شحدة سعيد السويركي (٢٠١٣).*الأمن النفسي وعلاقته بالاستقلال / الاعتمادية وجودة الحياة لدى المعاقين بصرياً بمحافظة غزة .الجامعة الإسلامية – غزة.*
- محمد أحمد حسنين أبو العطا & مروة إسماعيل سعيد محمود. (٢٠١٦). *فحص الصدق والثبات و دقة التشخيص لمقياس الأعراض الموجبة و السالبة للفصام على عينة مصرية (الصورة الكاملة للمقياس)*. (مجلة كلية الآداب جامعة الفيوم 80.05-780، 8(13) ,
- محمود أحمد محمود خطاب(٢٠١٧).*اختبار تفهم الموضوع للراشدين (التات)*. ط٢. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فهيم الغباشى، س، محمد سعد، م & محمود سعد. (٢٠١٧). فاعلية برنامج تدريب الوعى بالمعرفة فى خفض شدة بعض الأعراض الإيجابية لدى مرضى الفصام .*دراسات عربية في علم النفس*(16، العدد الرابع)، ٧٢٣ - ٧٦١.
- مليوح خليفة (٢٠١٤). *مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري* (دراسة مقارنة) (دراسة عيادية ل ١٠ حالات في مدينة بسكرة، الجزائر. محمد خضر بسكرة - كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية: قسم علم النفس.
- Abd-el-maksoud,M., Sabry, N., Noby, S., Shaker,N., Ali.,M. (2017) "National Survey for Mental Health in Egypt".Research Unit Ministry of Health& Population.cairo.
- Aish, M. Z. (2013). Quality of Life Among Schizophrenic Patients in Gaza Governorates.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub
- Arraras, J. I., Basterra, I., Pereda, N., Ibañez, B., Iribarren, S., & Cabases, J. M. (2019). The Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) questionnaire. A validation study with Spanish schizophrenia spectrum outpatients. *Actas espanolas de psiquiatria*, 47(3), 97-109.

- Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., Owens, D. G., & Johnstone, E. C. (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 35(3), 247-253.
- Chou, C. Y., Ma, M. C., Yang, T. T., & Chen-Sea, M. J. (2011). Psychometric validation of the S-QoL Chinese (Taiwan) version for patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 20(5), 763-767.
- Dziwota, E., Stepulak, M. Z., Wloszczak-Szubzda, A., & Olajossy, M. (2018). Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(1).
- Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 33(5), 1225-1237.
- Fawzy, N., El Shabrawy, A., & Youssef, A. (2015). Prevalence and risk factors of metabolic syndrome among drug-naive psychotic patients. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 36(2), 101.
- Gaite, L., Vázquez-Barquero, J. L., Borra, C., Ballesteros, J., Schene, A., Welcher, B., ... & EPSILON Study Group. (2002). Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), 283-292.
- Groisman, A. E., Seminatore, M. L., & Cheng, T. L. (2003). Children and adolescents who have schizophrenia. *Pediatrics In Review*, 24(10), 356-357.
- Gillberg, C., Wahlström, J., Forsman, A., Hellgren, L., & Gillberg, I. C. (1986). Teenage psychoses—epidemiology, classification and reduced optimality in the pre-, peri- and neonatal periods. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(1), 87-98.
- Hollis, C. (2015). Schizophrenia in children and adolescents. *BJPsych Advances*, 21(5), 333-341.
- Hollis, C. (2015). Schizophrenia in children and adolescents. *BJPsych Advances*, 21(5), 333-341.
- Isjanovski, V., Naumovska, A., Bonevski, D., & Novotni, A. (2016). Validation of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) among patients with schizophrenia. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 4(1), 65.

- Kurtz, M. M., & Tolman, A. (2011). Neurocognition, insight into illness and subjective quality-of-life in schizophrenia: what is their relationship?. *Schizophrenia Research, 127*(1-3), 157-162.
- Kurtz, M. M., and Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J. Consult. Clin. Psychol. 76*, 491–504. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.491.
- Lelé, A. J., Flores-Mendoza, C. E., & Cury, L. S. D. L. P. (2014). Emergence of primary processes in the TAT of the Parisian School in adults with schizophrenia. *Rorschachiana..*
- Lim, M. W., & Lee, J. (2018). Determinants of health-related quality of life in schizophrenia: beyond the medical model. *Frontiers in psychiatry, 9*, 712.
- Manea, A., Zaki, R. A. E. H., & Morsi, A. (2020). The Relationship between Insight and Quality of Life among Schizophrenic Patients. *Egyptian Journal of Health Care, 11*(4), 212-223.
- Masi, G., & Liboni, F. (2011). Management of schizophrenia in children and adolescents. *Drugs, 71*(2), 179-208.
- Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. K., & Patterson, T. L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia research, 98*(1-3), 201-208.
- Norman, R. M., Malla, A. K., McLean, T., Voruganti, L. P. N., Cortese, L., McIntosh, E., ... & Rickwood, A. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*(4), 303-309.
- Parrellada, M., Boada, L., Fraguas, D., Reig, S., Castro-Fornieles, J., Moreno, D., ... & Arango, C. (2011). Trait and state attributes of insight in first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: a 2-year longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin, 37*(1), 38-51.
- Savill, M., Orfanos, S., Reininghaus, U., Wykes, T., Bentall, R., & Priebe, S. (2016). The relationship between experiential deficits of negative symptoms and subjective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia research, 176*(2-3), 387-391.
- Taha, N. A., Ibrahim, M. I., Shafie, A. A., & Rahman, A. H. (2012). Validation of the schizophrenia quality of life scale revision 4

- among chronic schizophrenia patients in Malaysia. *Value in health regional issues*, 1(1), 82-86.
- Taha, N. A., Ibrahim, M. I., Shafie, A. A., & Rahman, A. H. (2012). Validation of the schizophrenia quality of life scale revision 4 among chronic schizophrenia patients in Malaysia. *Value in health regional issues*, 1(1), 82-86.
- Tariq, A. H., & Tewfik K, D. (2003). (The quality of life of patients with schizophrenia 1 [Jordan-Saudi project]: the reliability and validity of the modified version of schizophrenia quality of life scale [SQLS].
- van Rooijen, G., van Rooijen, M., Maat, A., Vermeulen, J. M., Meijer, C. J., Ruhé, H. G., ... & van Winkel, R. (2019). Longitudinal evidence for a relation between depressive symptoms and quality of life in schizophrenia using structural equation modeling. *Schizophrenia research*, 208, 82-89.
- Vyas, N. S., Hadjulis, M., Vourdas, A., Byrne, P., & Frangou, S. (2007). The Maudsley early onset schizophrenia study. *European child & adolescent psychiatry*, 16(7), 465-470.
- Walther, S., & Strik, W. (2012). Motor symptoms and schizophrenia. *Neuropsychobiology*, 66(2), 77-92.
- Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R. O. N., Farina, C., Sharma, V., ... & Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 42-46.
- Schizophrenia Ages 13-18,,<https://www.thewholechild.org/parent-resources/age-13-18/schizophrenia-ages-13-18/>(Revised in) 12may2020
- Schizophrenia, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/>(Revised in) Jan2021

الملاحق

مقياس الأعراض الايجابية والسلبية

استجابات الحالة على المقياس

الدرجة	البنود	م
٧	الضلالات	١
٦	تفكك التفكير	٢
١	الهلاوس	٣
٥	الهيياج والاستثارة	٤
١	الشعور بالعظمة	٥
٧	الشك والاضطهاد	٦
٦	العدائية	٧
٥	انفعالات سطحية	٨
٦	الانسحاب الانفعالي	٩
٦	فقر التواصل الانفعالي	١٠
٧	انسحاب اجتماعي	١١
٥	عدم القدرة على التفكير المجرد	١٢
٦	فقر التلقائية في الحديث	١٣
٦	نمطية التفكير	١٤
٧٤	المجموع	١٥

جودة الحياة لدى المراهق المريض بالفصام (دراسة حالة)
 د. حسنة مصطفى عبدالعظيم أ.د/ناجي فوزي محمد سليم د.حاج محمد عبد الله سليمان

**مقياس جودة الحياة لدى مرضى الفصام
 استجابات الحالة على مقياس جودة الحياة لدى مرضى الفصام**

الدرجة	العبرة	م
٤	تنقصني الطاقة لأداء الأشياء.	١-
١	أتضايق بسبب الرعشة.	٢-
١	أشعر بعدم الثبات في مشيقي.	٣-
٣	أشعر بالغضب.	٤-
١	أنا متضايق بشأن ريقني ناشفاً.	٥-
٤	لا أنزعج لعدم أدائي الأشياء.	٦-
٢	أنا قلق على مستقبلي.	٧-
٤	أنا أشعر بالوحدة.	٨-
٤	أنا أشعر باليأس.	٩-
١	أنا عضلاتي متخشبة.	١٠-
٣	أشعر أنني عصبي جداً ومتنرفز.	١١-
٣	أستطيع أداء أنشطتي اليومية.	١٢-
٤	أشارك في الأنشطة الممتعة.	١٣-
٤	أفهم كلام الناس بطريقة غلط.	١٤-
٤	أحب أن أخطط للمستقبل.	١٥-
٣	أجد صعوبة في التركيز.	١٦-
٤	أميل للبقاء في المنزل.	١٧-
٤	أجد صعوبة في الاختلاط بالناس.	١٨-
٤	أشعر بالكآبة.	١٩-
٤	أشعر أنني أستطيع أن أتأقلم.	٢٠-
٠	نظري مزغلل.	٢١-
٢	أشعر أنني متلهبط وغير واثق في نفسي.	٢٢-
٢	نومي مضطرب.	٢٣-
٣	مشاعري متقلبة.	٢٤-
٠	بيحصل لي شد عضلي.	٢٥-
٢	أنا مشغول أنني لن أتحسن.	٢٦-
٣	بقلق على الأشياء.	٢٧-
٤	أشعر أن الناس تتجنبني.	٢٨-
٣	لما بذكر في الماضي بزعل.	٢٩-
٠	بيحصل لي نوبات دوخة	٣٠-
٨١	المجموع	