جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بمرض الفصام في ضوء بعض المتغيرات

د. نزيهة زواني
جامعة مولود معمري، تيزي وزو

ملخص:

استهدفت الدراسة معرفة مستوى جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام في ضوء متغيري الجنس ومدة الرعاية. لتحقيق ذلك تم اتباع المنهج الوصفي وتطبيق استبيان جودة الحياة الخاص بمرافقي الأفراد المصابين بالفصام المعد من طرف Richieri وآخرون(2011) على 50 مرافق الذين تم اختيارهم عن طريق المعاينة العرضية. بعد المعالجة الإحصائية، أسفرت النتائج على وجود مستوى مرتفع من جودة الحياة في أبعادها (العلاقات مع الأسرة، العلاقات مع فريق الطب النفسي، الرفاه النفسي والجسدي والعلاقات مع الأصدقاء)، في حين جاء المستوى متوسط في الأبعاد(العبء النفسي و الحياة اليومية، عبء المواد والعلاقات مع الزوج). كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود اختلاف دال إحصائيا في جودة الحياة بأبعادها لدى أفراد العينة باختلاف الجنس ومدة الرعاية.

الكلمات المفتاحية: فصام، مرافقين، مقدمي الرعاية، جودة الحياة.

1- مقدمة

لسنوات طويلة اعتبرت الأسرة مصدرا لإصابة أحد أفرادها بالمرض العقلي، إلا أن مع تزايد حركة توفر الرعاية خارج المؤسسات أو نزع الطابع المؤسساتي de-institutionalization والاتجاه نحو الرعاية المجتمعية، اقر صانعوا القرارات والسياسيون حسب ما أشار إليه (Carpentier، 2001) نقلا عن (Ben harrats، 2017، ص 155) أن الأسرة مصدرا هاما للدعم العاطفي والاجتماعي الذي يستند عليه المهنيين، لتنتقل الأسرة بذلك من الدور المسبب للمرض إلى دور المنتج للصحة، وأصبحت حل للمحافظة على الفرد في بيئته.

يلعب مقدمو الرعاية دورًا مهمًا في دعم أفراد الأسرة الذين يعانون من مرض عقلي، ولقد زادت مسؤوليتهم في توفير الرعاية للأفراد المصابين بالاضطرابات النفسية في العقود الثلاثة الماضية والتي ترجع أساسا إلى زيادة انتشار الأعراض النفسية (Magliano وآخرون، 2007) نقلا عن (Raj، Shiri وJangam، 2016، ص 42) .

إلا أن العاملين في مجال الصحة النفسية تفطنوا أن هذه المسؤولية التي تعد تجربة ضاغطة من المرجح أن تؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات النفسية كون رعاية أحد أفراد الأسرة مع مشكلة الصحة العقلية ليست سيرورة ثابتة بسبب طبيعة الأعراض، ازمانية المرض وبسبب الظروف المتغيرة واحتياجات المرضى.

2- إشكالية الدراسة

في عام 2001، ذكرت منظمة الصحة العالمية أن 450 مليون فرد يعيش مع اضطرابات الصحة العقلية في جميع أنحاء العالم. في عام 2013، اعتمدت جمعية الصحة العالمية خطة العمل الشاملة للصحة العقلية للفترة 2013–2020 لتوسيع خدمات الرعاية الصحية العقلية المجتمعية وتغيير المواقف تجاه الصحة العقلية في مختلف بلدان العالم. بعيدا عن النماذج الطبية، تناولت الخطة فرص التعليم والخدمات الاجتماعية، وغيرها من المحددات الاجتماعية للصحة العقلية مركزة على دور أفراد الأسرة مقدمي الرعاية للمصابين بمرض عقلي شديد.

بالنسبة للأشخاص المصابين بأمراض عقلية، يلعب مقدمي الرعاية الأسرية دورا بارزا في تقديم الرعاية وهم أقارب يقدمون دعمًا يوميًا غير مدفوع الأجر للشخص الذي يحتاج المساعدة في مهام الحياة اليومية (Lenga، Xub، Nicholasc، Nicholasf وWang، 2019).

و يعتبر الفصام من أكثر الاضطرابات العقلية انتشارا الذي يصيب الفرد من بداية المراهقة، وقد بينت إحصائيات وزارة الصحة (2019) أن أكثر من 420 ألف شخص، أي 1% من السكان الجزائريين يعانون من مرض الفصام وهو يضم مجموعة من الاضطرابات النفسية يسودها انفصام وتفكك في الشخصية كلها وفقدان للترابط والاتساق بين الأفكار، إضافة إلى اختلال الإحساس بالذات وعلاقتها بالمحيط الخارجي، ظهور هلاوس وهذيانات متنوعة.

و حسب (Caqueo-Urizar وآخرون، 2009 ؛ Ochoa وآخرون، 2008 ؛ Reine وآخرون، 2003 ب) نقلا عن (Richieri وآخرون، 2011) لا يقتصر تأثير الفصام على المريض فحسب، بل يؤثر أيضا على أداء أفراد أسرته المهتمين برعايته بحكم توليهم القيام بالعديد من المهام ؛ إذ عادة ما يساعدونهم في القيام بأنشطة للحياة اليومية مثل الاستحمام والأكل والطهي وارتداء الملابس وتناول الأدوية(Rafiyah، Suttharangsee وSangchan، 2011).

من هنا، اعتبرت الحالة النفسية لمرافقي المرضى مصدر قلق مهم كون إشراك أفراد الأسرة أمر ضروري لتحقيق الحد الأمثل لعلاج المرضى لضمان الامتثال للعلاج، استمرارية الرعاية والدعم الاجتماعي. في هذا الصدد، أظهرت العديد من الدراسات (Ahn وآخرون، 2008؛ Cooper وآخرون، 2007؛ Valenstein وآخرون، 2004) نقلا عن (Richieri وآخرون، 2011) ارتباط نقص مشاركة الأسرة في تخطيط العلاج بمشكلات الالتزام بالعلاج.

علاوة على ذلك،أكدت الدراسات معاناة أفراد الأسرة مقدمي الرعاية من العديد من المشكلات النفسية كالشعور بالعبء (Levene وآخرون، 1996؛ Provencher وMueser ، 1997؛ Schene وآخرون، 1994) نقلا عن (Richieri وآخرون، 2011) الضغط النفسي المرتفع (محمود، 2008) الصحة النفسية المنخفضة (أحمد، اعتدال عبده فقير سيد، 2010) مستوى عال من المشاعر المعرب عنها المرتبطة بالشعور بالخجل تجاه القريب والادمان على الحشيش(BOUT، 2015) اضطرابات الاكتئاب المرتبط بعبء العناية ووصمة العار المدركة (El-Tantawy، Raya وMohamed Kamal Zaki، 2010).

بناءا على ما سبق، اعتبر الباحثون تقييم والحفاظ على جودة الحياة لمرافقي المرضى مسألة جديرة بالملاحظة لكلا من أفراد الأسرة مقدمي الرعاية أنفسهم وبشكل غير مباشر لصحة المرضى.

تبين من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة أن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي لفتت انتباه الباحثين المهتمين بالمعاش النفسي لمرافقي الأشخاص المصابين بالفصام. في هذا السياق، بينت دراسات عديدة كأبحاث (Caqueo Urizar وآخرون، 2009؛ Martens وAddington، 2001) نقلا عن (Richieri وآخرون، 2011) أن للرعاية التي يقوم بها مرافقي المرضى بالفصام ذات تأثير هام على جودة حياتهم. وقد أكدت نتائج دراسات عديدة (Awad وVoruganti، 2008 ؛ Glozman، 2004 ؛ Li وآخرون، 2007؛ Schulz وBeach، 1999) نقلا عن (Richieri وآخرون، 2011) ودراسات (Aukst، Margetić، Jakovljević ، Furjan ، Margetić وBoričević Maršanić، 2013؛ Awadalla، Ohaeri، Salih وTawfiq، 2005؛ Guethmundsson وTómasson، 2002؛ Margetić BA، Jakovljević، Ivanec وMargetić B ، 2011 ؛ Ohaeri، 2003؛ Ribé وآخرون، 2018؛ Rössler، Salize، van Os وRiecher-Rössler، 2005) على انخفاض جودة الحياة لدى مقدمي الرعاية للأفراد الذين يعانون من مرض الفصام خاصة عند معايشة عبء كبير بسبب الرعاية، تقليص الأدوار والأنشطة، زيادة الأعراض السيكوسوماتية، القلق أو الإكتئاب، الأمر الذي من شأنه أن يؤثر على قدرتهم على القيام بمسؤوليتهم اتجاه الأشخاص المصابين.

بالمقابل، توصلت دراسة حديثة لـ(Lenga ، Xub، Nicholasc. J، Nicholasf وWang، 2019) إلى أن مقدمي الرعاية الذين يتلقون دعمًا جيدًا من زملائهم وأصدقائهم وجيرانهم وأقاربهم يتمتعون بجودة حياة أفضل.

و بالرغم من تعرض أفراد أسر المرضى بالفصام للعديد من الضغوط، إلا أنه لم يتم التوصل من خلال عملية استعراض الأدبيات عن جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام في البيئة الجزائرية –في حدود علم الباحثة – الى أي دراسة تطرقت لدراسة هذين المتغيرين بالرغم من أهميتها، حيث اهتمت الأبحاث السابقة التي تم الإطلاع عليها بدراسة بعض المتغيرات لدى الأفراد المصابين بالمرض بالفصام من خلال التعرف على التوظيف النفسي للفصامي محاول الانتحار (زهاني، 2016) الذكاء كدليل لتدهور القدرات المعرفية (تواتي وحدادي، 2016) أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية (لكحل، 2011)، في حين هدفت دراسات أخرى التعرف على تمثلات ومعاش مرض الفصام (بغالية، 2019،) وعلى مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري (مليوح، 2014).

أما دراسة (Ben harrats، 2017) فتعد الدراسة الوحيدة التي تم التوصل إليها– في حدود البحث_ التي تناولت الأسر الجزائرية وأقاربهم المرضى من خلال دراسة تصورات المرض العقلي وطرائق التعامل معه.

بناءا على ما سبق، برزت الحاجة إلى إجراء هذه الدراسة للتعرف على مستوى جودة الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام والتعرف على بعض المتغيرات المرتبطة بالتقييم الذاتي لجودة الحياة والمتمثلة في الجنس ومدة الرعاية. على هذا الأساس، يمكن تحديد مشكلة الدراسة في عدد من التساؤلات على النحو التالي:

– ما هو مستوى جودة الحياة بأبعادها لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام ؟

– هل هناك فروق في جودة الحياة بأبعادها لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام تعزى للجنس ؟

– هل هناك فروق في جودة الحياة بأبعادها لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام تعزى لمدة الرعاية؟

و استنادا للأسئلة المطروحة تمت صياغة الفرضيات التالية :

3– فرضيات الدراسة

– هناك فروق في جودة الحياة بأبعادها لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام تعزى للجنس.

– هناك فروق في جودة الحياة بأبعادها لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام تعزى لمدة الرعاية.

4– أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في أصالتها لا سيما على المستوى المحلي حيث لم يتم التوصل – في حدود علم الباحثة – الى دراسات تناولت هذا المتغير لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام.

من الناحية التطبيقية، تكمن أهمية هذه الدراسة في محاولة الاستفادة من نتائجها في مساعدة هؤلاء الأفراد من خلال استثمار كل قدراتهم لمواجهة الضغوط التي يتعرضون لها لتحسين جودة حياتهم. كما قد تفيد الأخصائيين النفسانيين في استثمارها لبناء برامج وقائية وعلاجية لتحسين مستوى جودة الحياة كون هؤلاء المرافقين عنصر من عناصر العلاج المقدم للأشخاص المصابين بالفصام.

5– مفاهيم الدراسة

– **مرافقي المرضى بالفصام:** هم الأشخاص الذين يهتموا برعاية الأشخاص المصابين بالفصام وينتمون إلى نفس الأسرة سواء كانت نووية أو ممتدة(الوالدين، الأبناء، الإخوة...).

– **جودة الحياة:** تعرف إجرائيا في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام في مقياس جودة الحياة الخاص بمرافقي الأشخاص المصابين بالفصام المعد من طرف Richieri وآخرون(2011) والذي تم ترجمته وحساب خصائصه السيكومترية ليتماشى مع البيئة الجزائرية.

6– الإطار النظري

– **الفصام**

استعمل المصطلح لأول مرة من قبلMorel سنة 1860 وسماه بالخبل المبكر، ثم قام Hecker باستبدال تسمية الخبل المبكر بالهبيرفرنيا سنة 1871، لكن بمجيء الطبيب السويسري Eugene Bleuler سنة 1911 قام بابتكار كلمة الفصام وجعل المعيار الأساسي له هو التفكك ويمس ثلاثة أجزاء من الشخصية، التفكك، العاطفة، السلوك.

وفي سنة 1980 قام Craw بوصف شكل إيجابي للفصام والذي يتميز بوجود أعراض إيجابية مثل الأفكار الهذيانية والهلاوس ووصف أيضا شكلا سلبيا بوجود أعراض سلبية كالبلادة العاطفية وفقر في الحديث وتلف معرفي. وفي سنة 1987 قام Liddel بإضافة التناذر التفككي إلى التناذر الإيجابي والسلبي بالرجوع إلى التفكك العقلي المقترح من طرفBleuler (لكحل، 2011، ص6–7)

لغويا، تنقسم الكلمة اليونانية Schizophrénie الفصام إلى شقين: Schizo ومعناها الانقسام أو الانشقاق و Phrénie تعني العقل أو الفكر أي انقسام العقل، وهو ذهان خطير يصيب الشاب، عادة مزمن يتميز إكلينيكيا بتفكك الذهن، عدم التوافق الوجداني وعمليات هذيانية غير متماسكة تؤدي عادة إلى انقطاع الاتصال مع العالم الخارجي وانعزال توحدي ((لكحل، 2011،ص 22)

وقد عرف Bleuler الفصام على انه مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحيانا مصيرا مزمنا وأحيانا أخرى نوبات متكررة، ويحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض في أي مرحلة، ولكن لا يعود الفرد للتكامل السابق، كما أن هذا المرض يتميز بأعراض خاصة في التفكير، والشعور، وعلاقة الفرد بالعالم الخارجي والتي لا تظهر بهذه الطريقة في أي مرض آخر.

أما الجمعية النفسية الأمريكية، فقد عرفته على أنه اضطراب ذهاني تظهر فيه الأعراض الذهانية بصورة حادة وتستمر فترة ستة أشهر على الأقل مع وجود خلل مهني وانسحاب اجتماعي. وفي التصنيف الدولي للأمراض النفسية ICD.10 لمنظمة الصحة العالمية (1991) تتميز الاضطرابات الفصامية بشكل عام باضطراب أساسي في الشخصية، وتحريفات مميزة في التفكير والإدراك وكذلك في المشاعر التي تكون غير سوية ومتبلدة وعادة ما يبقى الوعي والقدرة الذهنية سليمين وان كان يظهر بعض مظاهر القصور المعرفي مع مرور الوقت .

و قد ذكر حامد زهران (2005) نقلا عن (حمود، 2008، ص 8) أن الفصام يبرز من خلال مجموعة من الأعراض كالبعد عن الواقع والاستغراق في الذات، الهلاوس، الهذاء مثل هذاء الاضطهاد وهذاء العظمة، اضطراب الانفعال مثل التذبذب والتناقض الانفعالي، والتبلد الانفعالي وعدم التجاوب الانفعالي وعدم القدرة على الاتصال الانفعالي بالآخرين وسطحية الانفعال.

كما يظهر لدى الفرد المصاب بالفصام التدهور العقلي المعرفي وصعوبة التفاهم معه ونقص تعاونه، اضطراب التفكير :اضطراب في محتوى التفكير، واضطراب مجرى التفكير واضطراب ترابط التفكير، واضطراب التحكم في التفكير، الضعف الجسمي ونقص الوزن، اللازمات الحركية وخاصة حركات الوجه واليدين والرجلين، والأوضاع الجسمية الغريبة الشاذة التي قد تستمر لفترات طويلة، والمحاكة (أي تقليد الآخرين) والتأخر الحركي والنمطية والجمود أحيانا، فقدان الاهتمام بالمظهر الشخصي وإهمال النفس، نقص البصيرة وعدم إدراك المرض العقلي، اضطراب الإرادة وضعفها والتردد والتناقض وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والسلبية في السلوك.

لم يتم حتى الآن التوصل إلى الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى نشأة هذا المرض، فهي لا تزال مجهولة لحد الآن ولهذا فإن كل باحث يرجع مرض الفصام إلى سبب أو جانب من آثار اهتمامه، فمنهم من يرى أن له أسباب وراثية، وآخرين يرجعونه إلى سبب بيولوجي، ومنهم من يؤكد على العامل النفسي.

ويذكر المختصون انه لمن العسير التنبؤ الصحيح بما سيحدث لمريض الفصام إلا إذا تم أخذ عدة عوامل في الاعتبار كالسن؛ إذ كلما ظهر قي سن مبكرة وفي سن المراهقة قلت نسبة الشفاء وذلك لعدم تكامل الشخصية في هذا السن، بعكس الذين يظهر عليهم بعد سن الثلاثين. كما يساعد الذكاء على سرعة الشفاء؛ فكلما زاد ذكاء المريض، زادت فرصته في الشفاء، أما المتخلفون عقليا الذين أصيبوا بالفصام تقل

نسبة شفائهم بشكل واضح. وتزيد فرصة الشفاء في المرضى الذين يميلون للبدانة وتقل النسبة في الجسم الواهن النحيف.

ونظرا لخصوصية المرض، يحتاج الأفراد المرضى إلى مرافق الذي يكون في أغلب الحالات أحد أفراد أسرته؛ كون مريض الفصام يتميز بخصائص وصفات لايتحملها إلا من يهمه أمره.

و يقوم مرافق مريض الفصام بالعديد من المهام كملازمة المريض، تنظيم عملية العلاج الدوائي، التأكد من التزام المريض بالعلاج، ملاحظة التحسن والتدهور لوضع المريض، تبليغ الطبيب عند حدوث أي تغيير، الاهتمام بنظافة المريض (نظافة الداخلية والخارجية)، المشاركة في عملية العلاج النفسي لمريض الفصام التي ترتكز عليه، ضبط بيئة العلاج للمريض عند خروجه للحياة المجتمعية والمشاركة في توعية بقية الأسرة بأهمية العلاج وانتظامه بالإضافة إلى معاملة المريض بالصورة التي تمنع حدوث الانتكاسة والعودة للمستشفى مرة أخرى.

و لقد اتفق الباحثون الذين اهتموا بأسر المرضى أن المرافقين يعانون من مشاكل واضطرابات وجدانية ومعاناة اقتصادية ومادية بسبب عدم قدرة أبنائهم الاعتماد على الذات وتحمل أعباء حياتهم لفترة طويلة أو مدى الحياة . كما توصلت نتائج الدراسات أن كثير من الأسر تعمل على عزل نفسها ومريضها من المجتمع خوفًا من إثارة المشاكل التي يسببها لهم سلوك المريض مع أفراد المجتمع أو أن يؤذي نفسه، وكذلك خوفًا من نظرة الناس إليهم (محمود، 2008، ص1).

- **مفهوم جودة الحياة Quality of life**

حظي مفهوم جودة الحياة باهتمام كبير في مجالات الطب وعلم الإجتماع والإقتصاد وحديثا في مجال علم النفس، وتعددت استخدامات هذا المفهوم بصورة واسعة في جميع المجالات؛ وأصبحت الجودة بذلك هدفا للدراسة والبحث باعتبارها الناتج أو الهدف الأسمى لأي برنامج من برامج الخدمات المقدمة للفرد (الهنداوي، 2011) .

و لقد ظهرت جودة الحياة كمفهوم مكمل لمفهوم الكم Quantity الذي كان تسعى إليه جميع المجتمعات باعتباره وسيلة لتحسين ظروف الحياة. وأقر الأشول (2005) نقلا عن الحلو (2016) أنه نادرا ما حظي مفهوم ما بالتبني الواسع على مستوى الإستخدام العلمي والعملي في حياة الفرد اليومية وبهذه السرعة مثلما حدث لهذا المفهوم.

إن المتتبع للدراسات النفسية الحديثة يلاحظ اهتماما واضحا بالجودة بشكل عام، وجودة الحياة بشكل خاص؛ وما يؤكد أهمية هذا المصطلح هو تنامي الدراسات التي قدمت عنه، فقد بين الهنداوي(2010) نقلا عن الحلو (2016) أن الأبحاث المنشورة في الفترة الممتدة من 1990–1995 كان 158 بحثا علميا منشورا، أما الفترة الممتدة من 2000–2005 فقد بلغ عدد الأبحاث العلمية المنشورة 627 بحثا مما يدل على الاهتمام الواسع بهذا المصطلح .

لغويا، يعود أصل الجودة للفعل الثلاثي "جود"، والجيد طبقاً لابن منظور، نقيض الرديء، وجاد بالشيء جودة، وجودة أي صار جيداً؛ وبهذا يرتبط مفهوم الجودة بالتميز(الحلو، 2016).

بالرغم من اختلاف وجهات النظر بين الباحثين في تعريف جودة الحياة، ظهرت تعريفات عديدة لهذا المفهوم كتعريف Emerson(1985) الذي عرفها على أنها رضا الفرد عن قيمه وأهدافه واحتياجاته من خلال تحقيقه لقدراته وإمكاناته أو أسلوب حياته، بينما عرفها Schalock (2000) على أنها مفهوم يعكس الظروف التي يتمناها الفرد أو يرغبها في حياته والتي ترتبط بثمانية أبعاد لحياته هي : السعادة الانفعالية، العلاقات الشخصية، السعادة المادية، النمو الشخصي، السعادة الجسمية، توجه الذات، الضمان الإجتماعي والحقوق الإجتماعية (العجوري، 2013). أما Reine وآخرون (2003) فقد عرفوا جودة الحياة على أنها إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة وتغير حدة الوجدان والشعور وأن الإرتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر باستبصار الفرد (الهنداوي، 2011) .

وعلى الرغم من عدم اتفاق الباحثين على تعريف واحد، إلا أنه عادة ما يشار في أدبيات المجال الى تعريف منظمة الصحة العالمية بوصفه أقرب التعريفات الى توضيح المضامين العامة لهذا المفهوم إذ ينظر الى جودة الحياة بوصفها إدراك الأفراد لمواقعهم في الحياة في سياق نظام الثقافة والقيم التي يعيشونها و مدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه وتوقعاته وقيمه وإهتماماته المتعلقة بصحته البدنية وحالته النفسية ومستوى استقلاليته وعلاقاته الإجتماعية واعتقاداته الشخصية وعلاقاته بالبيئة بصفة عامة، وبالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعنى تشير الى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته (الدليمي، حسن، عز الدين وعباس، 2012)

يتضح بعد استعراض العديد من التعريفات لبعض الباحثين أن جودة الحياة مرتبط بإشباع الحاجات سواء كانت مادية، نفسية، اجتماعية في ضوء القدرات والإمكانات المتاحة للفرد وفي ضوء نسق قيمي وإجتماعي وثقافي.

أكد الكثير من الباحثين الذين حاولوا إجراء قراءة شاملة حول هذا المفهوم على أنه مفهوم متغير ومتعدد الأبعاد ويرجع السبب في ذلك الى تعدد المجالات التي تستخدمه، ولقد اختلفت الأبعاد باختلاف الباحثين حيث أشار مصطفى (2005) الى ثلاثة أبعاد لجودة الحياة متمثلة في جودة الحياة الموضوعية، جودة الحياة الذاتية وجودة الحياة الوجودية، أما Widar وآخرون (2003) فقد ذكر أن هناك إجماع على وجود أربعة أنواع رئيسية لجودة الحياة هي : البعد الجسمي، البعد الوظيفي، البعد الإجتماعي والنفسي .

و يرى Hagerty وآخرون (2001) نقلا عن (عليان، 2014) أنه حتى وإن تم تقسيم جودة الحياة الى أبعاد فإنه ينبغي أن تعكس هذه الأبعاد المركب أو الصورة الكلية لجودة الحياة .

7- الإجراءات الميدانية للدراسة

يتناول هذا الجزء من الدراسة الإجراءات المنهجية التي تم إتباعها لتحديد العينة وخصائصها، الأدوات المطبقة والأساليب الإحصائية المستعملة لمعالجة المعطيات .

1.7- منهج الدراسة

اقتضت طبيعة الدراسة الحالية إستخدام المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة في الواقع كما هي موجودة، ويهتم بوصفها بدقة والتعبير عنها كميا وكيفيا .

2.7- عينة الدراسة:

- **العينة الإستطلاعية** : تم اللجوء إليها لمعرفة الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة المتمثلة في إستبيان جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام، وقدر حجمها 30 مرافقا لمرضى الفصام متوسط العمري 40.3 سنة.
- **عينة الدراسة الأساسية** : تم إختيار عينة الدراسة عن طريق المعاينة غير الإحتمالية وبالضبط المعاينة العرضية التي تعرف على أنها الطريقة التي تسمح للباحث بسحب عينة من مجتمع البحث حسب ما يليق به وإحتمال إختيار عنصر ما بأن يكون ضمن العينة غير معروف وغير محدد مسبقا (أنجرس، 2004). و قد تم وضع شرطين أساسيين لإختيار العينة متمثلتين في أن يكون أفراد العينة: مرافقين للأشخاص المصابين بالفصام و من الجنسين.

حجم العينة: تتكون العينة من 50 مرافق (21 مرافق، 29 مرافقة) تتراوح أعمارهم ما بين 20 إلى 75 سنة بمتوسط عمري قدره (36,74) بانحراف معياري قدره (12,80)، وقيمة الانحراف المعياري تدل على وجود تفاوت بين أعمار أفراد العينة.

- **خصائص العينة**

يتميز أفراد العينة بمجموعة من الخصائص كما هي موضحة في الجداول التالية:

الجدول رقم(1): توزيع أفراد العينة حسب المعطيات الشخصية الإجتماعية وظروف الرعاية

الخاصية	الفئات		%	الخاصية	الفئات	التكرارات	%
		التكرارات					
المستوى التعليمي	بدون مستوى	03	06	الحالة المدنية	أعزب/ عزباء	26	**52**
	ابتدائي	10	20		متزوج	22	**44**
	متوسط	11	22		أرمل	01	**02**
	ثانوي	14	28		مطلق	01	**02**
	جامعي	12	24				
المهنة	دوام كامل	20	40	مدة الرعاية	اقل أو يساوي 5 سنوات	26	**52**
	دوام جزئي	13	26		اكثر من 5 سنوات	24	**48**
	ماكثة بالبيت	11	22	الإقامة مع المريض	الإقامة	40	**80**
	عاطل عن	04	08		عدم	10	**20**

	العمل			الإقامة		
	متقاعد/ة	02	04	نوع الرعاية	20	**40**
				رعاية كاملة		
				وجود مساعدة	30	**60**

و يجدر الإشارة أن 46% من المرافقين هم إخوة وأخوات المرضى، تليها نسبة 16% تمثل المرافقين الأبناء و14% آباء وأمهات المرضى، كما توجد نسب قليلة تتراوح ما بين (2– 6)% تتوزع على الزوج/ أو الزوجة، زوج/ أو زوجة الابن/ الابنة، ابن الأخ، العم وابن العم.

3.7– أدوات الدراسة

تمثلت الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فيما يلي:

- **استبيان المعطيات الشخصية والإجتماعية:** تم بناء استبيان أساس توقعاته تنبثق من المعارف النظرية، يغطي بعض الخصائص الديمغرافية المتعلقة بالمبحوثين .يتكون هذا الإستبيان من 07 أسئلة، الهدف منها التعرف على البيانات الشخصية والعائلية، كما تهدف للتعرف على بعض ظروف الرعاية .
- **إستبيان جودة الحياة** : صمم الاستبيان من طرف Richieri وآخرون(2011) لقياس جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بمرض الفصام. يتكون الاستبيان من 25 بند مقسم على 7 أبعاد موزعة كالتالي:

الجدول (2): أبعاد وبنود استبيان جودة الحياة

رقم البعد	الأبعاد	البنود	عدد البنود
1	بعد الرفاه النفسي والجسدي	1،2،3،4،5	**5**
2	بعد العبء النفسي والحياة اليومية	6،7،8،9،10،11،12	**6**
3	بعد العلاقات مع فريق الطب النفسي	13،14،15	**3**
4	بعد العلاقات مع الاسرة	16،17	**2**
5	بعد العلاقات مع الأصدقاء	18،19	**2**
6	بعد عبء المواد	20،21،22	**3**
7	بعد العلاقات مع الزوج	23،24،25	**3**

يتم تصحيح إجابات الأفراد وفقا لطريقة ليكرت في تحديد بدائل الإجابة وذلك بوضع سلم خماسي أمام كل بند بدأ بـ (أبدا الى كثيرا)، تضمنت هذه البدائل إعطاء قيمة تتراوح من (1 – 5) .

- **الخصائص السيكومترية لاستبيان جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام**
- **صدق الاستبيان :** تم الاعتماد على الإجراءات الآتية لإيجاد صدق الاستبيان:

•طريقة الصدق الظاهري:

بعد ترجمة الاستبيان من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، تم عرض صورته الأولية على مجموعة من أساتذة علم النفس ذوي الخبرة في مجال البحث العلمي بجامعة مولود معمري تيزي وزو وقدر عددهم (10) حيث طلب منهم إبداء الرأي حول بنود الإستبيان من حيث سلامة اللغة ومدى ملائمة كل بند بالنسبة لأفراد العينة . تم حساب نسبة اتفاق المحكمين(80%) لكل عبارة، ولم يتم استبعاد أي عبارة مع تعديل صياغة بعض العبارات بناء على آراء السادة المحكمين، وبذلك يكون الاستبيان قد خضع لصدق الظاهري.

•طريقة صدق الاتساق الداخلي

بعد التأكد من الصدق الظاهري للاستبيان، تم تطبيقه على 30 مرافق وذلك لحساب صدقه الداخلي من خلال حساب معاملات ارتباط البنود بالدرجة الأبعاد التي تنتمي إليها معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للاستبيان ككل، كما هي مبينة في الجدولين التاليين.

جدول رقم(3): معاملات الارتباط بين بنود استبيان جودة الحياة والأبعاد التي تنتمي إليها

البعد	البنود	معامل الارتباط	البعد	البنود	معامل الارتباط
الرفاه النفسي	1	0,70**	العلاقات مع	13	**0,93**
والجسدي	2	0,69**	فريق الطب	14	**0,94**
	3	0,67**	النفسي	15	**0,79**
	4	0,65**	العلاقات مع	16	**0,97**
	5	0,81**	الاسرة	17	**0,97**
العبء النفسي	6	0,85**	العلاقات مع	18	**0,93**
والحياة اليومية	7	0,81**	الأصدقاء	19	**0,91**
	8	0,57**		20	**0,65**
	9	0,82**	عبء المواد	21	**0,84**
	10	0,69**		22	**0,88**
	11	0,62**		23	**0,90**
	12	0,78**	العلاقات مع	24	**0,95**
			الزوج	25	**0,33**

يتضح من خلال الجدول أن جميع الدرجات الخاصة بمعاملات الارتباط بين درجة كل بند والبعد الخاص به دالة إحصائيا عند مستوى (0.01).

جدول (4): معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لاستبيان جودة الحياة

الأبعاد	الدرجة الكلية للاستبيان
الرفاه النفسي والجسدي	0,67**
العبء النفسي والحياة اليومية	0,55**
العلاقات مع فريق الطب النفسي	0,49**
العلاقات مع الأسرة	0,76**
العلاقات مع الأصدقاء	0,40**
عبء المواد	0,62**
العلاقات مع الزوج	0,97**

** الارتباط دال عند 0,01

يتضح من الجدول رقم (4) أن معاملات الارتباط بين الأبعاد بالدرجة الكلية للاستبيان مرتفعة ودالة إحصائيا عند (0,01)، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0,40) في بُعد العلاقات مع الأصدقاء و(0,97) في بُعد العلاقات مع الزوج. فقد دلت هذه النتائج على اتساق درجات الأبعاد بالدرجة الكلية للاستبيان. جودة الحياة. وعليه، أظهرت نتائج الصدق الداخلي للأداة معاملات ارتباطية دالة وعالية بالتالي تعطي الثقة في الاستبيان وصلاحيته للتطبيق.

•ثبات الاستبيان:

لحساب ثبات الاستبيان تم تطبيقه على نفس العينة التي يبلغ حجمها (30) مرافق، وقد تم الاعتماد على معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس والمقياس ككل.

الجدول (5) : حساب الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ .

الأبعاد	عدد البنود	معامل ألفا
الرفاه النفسي والجسدي	05	**0,58**
العبء النفسي والحياة اليومية	07	**0,86**
العلاقات مع فريق الطب النفسي	03	**0,87**
العلاقات مع الاسرة	02	**0,93**
العلاقات مع الأصدقاء	02	**0,82**
عبء المواد	03	**0,71**
العلاقات مع الزوج	03	**0,65**
المقياس الكلي	25	**0,89**

يتضح من الجدول رقم(5) أن معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة مرتفع قدر (0,89)، وتراوحت معاملات ألفا بين (0,58) في بعد الرفاه النفسي والجسدي و(0,93) في بعد العلاقات مع الاسرة وهي كلها مقبولة، وقد بينت هذه النتائج اتساق بنود المقياس وأبعاده مما يؤكد تمتع مقياس جودة الحياة وأبعاده بالثبات.

4.7- الأساليب الإحصائية المستعملة:

بعد جمع المعطيات، فرزها وتفريغها في جداول قصد معالجتها إحصائيا باستعمال برنامج الرزنامة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS 20، تم تحليل بيانات الدراسة بالأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص العينة، معامل إرتباط بيرسون لحساب الصدق الداخلي لبنود الأداة، معامل ثبات ألفا كرونباخ لحساب ثبات الأداة، المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري. كما تم إستخدام الإختبار التائي t-test لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق .

5.7- عرض نتائج الدراسة

نتائج التساؤل الأول : نص التساؤل على ما يلي: ما مستوى جودة الحياة بأبعادها لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام ؟ للإجابة على هذا التساؤل، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول (6): مستوى جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام

الأبعاد	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
الرفاه النفسي والجسدي	50	3,384	0,974	**مرتفع**
العبء النفسي والحياة اليومية	50	2,948	0,959	**متوسط**
العلاقات مع فريق الطب النفسي	50	3,946	0,912	**مرتفع**
العلاقات مع الاسرة	50	4,20	1,088	**مرتفع**
العلاقات مع الأصدقاء	50	3,32	0,975	**مرتفع**
عبء المواد	50	3,013	0,898	**متوسط**
العلاقات مع الزوج	24	3,208	0,967	**متوسط**
جودة الحياة	50	3,489	0,616	**مرتفع**

يتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لجودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام (3,489) مرتفع يفوق الدرجة الوسطى (3,00)، وكذلك فان المتوسطات الحسابية لأبعاد العلاقات مع الاسرة (4,20)، والعلاقات مع فريق الطب النفسي (3,946)، والرفاه النفسي والجسدي (3,384)،

والعلاقات مع الأصدقاء (3,32)مرتفعة. في حين جاءت المتوسطات الحسابية لأبعاد العبء النفسي والحياة اليومية (2,948)، عبء المواد (3,013) والعلاقات مع الزوج (3,208) متوسطة . وبالتالي فان مستوى جودة الحياة وأبعادها (العلاقات مع الاسرة، العلاقات مع فريق الطب النفسي، الرفاه النفسي والجسدي والعلاقات مع الأصدقاء) مرتفعة، في حين جاءت في الأبعاد (العبء النفسي والحياة اليومية، عبء المواد والعلاقات مع الزوج) متوسطة.

- **عرض نتائج الفرضية الأولى**

نصت الفرضية على أن " هناك اختلاف في جودة الحياة بأبعادها باختلاف جنس المرافق". لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار "ت" وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

الجدول رقم(7): دلالة اختلاف جودة الحياة بأبعادها باختلاف جنس المرافق

نوعية الحياة وأبعادها	الجنس	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة
الرفاه النفسي والجسدي	ذكر	21	3,59	1,79	0,83	48	**0,70**
	أنثى	29	3,44	0,94			
العبء النفسي والحياة اليومية	ذكر	21	2,80	0,89	0,91	48	**0,36**
	أنثى	29	3,05	1,01			
العلاقات مع فريق الطب النفسي	ذكر	21	4,17	0,88	1,52	48	**0,13**
	أنثى	29	3,78	0,91			
العلاقات مع الاسرة	ذكر	21	0,92	0,92	1,41	48	**0,16**
	أنثى	29	1,18	1,18			
العلاقات مع الأصدقاء	ذكر	21	0,76	0,76	0,38	48	**0,71**
	أنثى	29	1,09	1,09			
عبء المواد	ذكر	21	0,78	0,78	1,19	48	**0,24**
	أنثى	29	0,96	0,96			
العلاقات مع الزوج	ذكر	13	1,13	1,13	0,31	48	**0,75**
	أنثى	14	0,87	0,83			
جودة الحياة	ذكر	21	0,57	0,57	1,05	48	**0,29**
	أنثى	29	0,61	0,61			

يتضح من خلال الجدول أن كل قيم "ت"عند درجات الحرية (48) غير دالة إحصائيا عند مستوى 0,05، حيث أن كل قيم الدلالة جاءت اكبر من 0,05، حيث يتضح قيم المتوسطات الحسابية لدرجات جودة الحياة لدى الذكور جاءت متقاربة مع المتوسطات الحسابية للإناث، حيث درجات حرية (48) غير دالة إحصائيا(P(0,29)> 0,05)، فلا يوجد اختلاف دال إحصائيا في جودة الحياة باختلاف جنس المرافق.

وكذلك بالنسبة لأبعاد جودة الحياة؛ إذ تتراوح كل قيم "ت" بين (0,31) و(1,52) عند درجات حرية (48) غير دالة إحصائيا لان قيم الدلالة التي تتراوح بين (0,75) و(0,13) جاءت كلها اكبر من مستوى 0,05. فلا توجد اختلافات دالة إحصائيا في أبعاد جودة الحياة السبعة باختلاف جنس المرافق. وبالتالي لا يوجد اختلاف دال إحصائيا في جودة الحياة وبأبعادها لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام باختلاف الجنس.

- **عرض نتائج الفرضية الثانية**

نصت الفرضية على أن "هناك فروق في جودة الحياة بأبعادها لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام تعزى لمدة الرعاية." ولاختبار الفرضية تم الاعتماد على اختبار "ت" وكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (8): دلالة اختلاف جودة الحياة بأبعادها باختلاف مدة الرعاية

جودة الحياة	الجنس	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة
الرفاه النفسي والجسدي	اقل أو يساوي 5 سنوات	26	3,50	1,02	0,02	48	**0,98**
	اكبر من 5 سنوات	24	3,51	1,66			
العبء النفسي والحياة اليومية	اقل أو يساوي 5 سنوات	26	2,83	0,927	0,91	48	**0,37**
	اكبر من 5 سنوات	24	3,08	0,99			
العلاقات مع فريق الطب النفسي	اقل أو يساوي 5 سنوات	26	3,82	1,05	1,02	48	**0,31**
	اكبر من 5 سنوات	24	4,08	0,79			
العلاقات مع الاسرة	اقل أو يساوي 5 سنوات	26	4,04	0,99	1,09	48	**0,28**
	اكبر من 5 سنوات	24	4,37	1,18			
العلاقات مع الأصدقاء	اقل أو يساوي 5 سنوات	26	3,40	0,89	0,64	48	**0,52**
	اكبر من 5	24	3,23	1,03			

	سنوات						
عبء المواد	اقل أو يساوي 5 سنوات	26	2,96	0,90	0,42	48	**0,67**
	اكبر من 5 سنوات	24	3,07	0,91			
العلاقات مع الزوج	اقل أو يساوي 5 سنوات	12	2,94	1,00	1,36	48	**0,18**
	اكبر من 5 سنوات	15	3,47	0,89			
جودة الحياة	اقل أو يساوي 5 سنوات	26	3,40	0,61	0,86	48	**0,39**
	اكبر من 5 سنوات	24	3,55	0,58			

يتضح من خلال الجدول أن قيمة "ت" عند درجات حرية (48) غير دالة إحصائيا عند مستوى 0,05؛ حيث أن كل قيم الدلالة جاءت اكبر من 0,05 حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابية لدرجات جودة الحياة لذوي رعاية اقل أو يساوي 5 سنوات جاءت متقاربة مع قيمة المتوسط الحسابي لذوي رعاية اكبر من 5 سنوات (3,55)،حيث أن قيمة "ت" (0,86) عند درجات حرية (48) غير دالة إحصائيا (P(0,39)>0,05) فلا يوجد اختلاف دال إحصائيا في جودة الحياة باختلاف مدة الرعاية (اقل أو يساوي 5 سنوات –اكبر من 5 سنوات).

كذلك بالنسبة لأبعاد جودة الحياة؛ إذ تتراوح كل قيم "ت" بين (0,02) و(1,36) عند درجات حرية (48)غير دالة إحصائيا لان قيم الدلالة التي كانت تتراوح بين (0,98) و(0,18) جاءت كلها اكبر من مستوى 0,05 فلا توجد اختلافات دالة إحصائيا في أبعاد جودة الحياة السبعة باختلاف مدة الرعاية (اقل أو يساوي 5 سنوات –اكبر من 5 سنوات) وبالتالي لا يوجد اختلاف دال إحصائيا في جودة الحياة وبأبعادها لدى الأشخاص المصابين بالفصام باختلاف مدة الرعاية.

6.7- مناقشة النتائج

توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى مستوى مرتفع لجودة الحياة وأبعادها (العلاقات مع الاسرة، العلاقات مع فريق الطب النفسي، الرفاه النفسي والجسدي والعلاقات مع الأصدقاء)، في حين جاءت متوسطة في الأبعاد (العبء النفسي والحياة اليومية، عبء المواد والعلاقات مع الزوج). جاءت هذه النتائج متنافية مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات كدراسات (Aukst Margetić وآخرون، 2013؛ Awadalla وآخرون، 2005؛ Margetić BA وآخرون، 2011؛ Ribé وآخرون، 2018) التي أكدت على انخفاض جودة الحياة لدى مقدمي الرعاية للأفراد الذين يعانون من مرض الفصام.

وقد تعود هذه النتيجة أساسا إلى الدعم والمساعدة التي يتلقاها أفراد العينة والتي تعمل على تخفيف العب ء عليهم حيث صرح 60% من أفراد العينة وجود مساعدة في رعاية الشخص المصاب، وهذا ما يتماشى مع دراسة (Lenga وآخرون، 2019) التي توصلت إلى أن مقدمي الرعاية الذين يتلقون دعمًا جيدًا من زملائهم وأصدقائهم وجيرانهم وأقاربهم يتمتعون بجودة حياة أفضل. وهو ما يظهر كذلك في ارتفاع مستوى أبعاد (العلاقات مع الاسرة، العلاقات مع فريق الطب النفسي والعلاقات مع الأصدقاء) فمن المحتمل أن هذا الدعم سمح بتغيير الضيق النفسي والعبء لدى أفراد العينة، والذي برز في المستوى المرتفع لبعد الرفاه النفسي والجسدي، وهو ما يتسق مع نتائج دراسة (Palmer وGlass، 2003؛ Houde، 1998) نقلا عن (Raj، Shiri وJangam، 2016، ص 43) التي أثبتت أن الدعم الاجتماعي بمثابة حاجز ضد الآثار السلبية للرعاية المقدمة من طرف الأسرة .

و قد تعود هذه النتيجة إلى القيم الإجتماعية والثقافية السائدة في المنطقة القائمة على الالتزام الاجتماعي والولاء بين أفراد المحيط والمتعارف عليه بتقديم المساعدات اللازمة من طرف أبناء القرية الواحدة للعائلات المتواجدة في وضعية حاجة وسلوكات التطوع التي تظهر بين الأشخاص .

كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود اختلاف دال إحصائيا في جودة الحياة وبأبعادها لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام سواء باختلاف الجنس أو مدة الرعاية، والتي قد تعود إلى خصائص العينة كالتعليم إذ أن أغلب أفراد العينة لديهم مستوى تعليمي يسمح لهم بفهم المرض والتعامل معه وبالتالي إحتمال تقبله. كما أن أغلب المرافقين ما تقدر نسبتهم 40% يعملون مما قد يسمح لهم بتلبية احتياجات المرضى، وهو ما يتماشى مع نتائج دراسة (Ribé وآخرون، 2018) التي أظهرت ارتباطًا إيجابيًا كبيرًا بين جودة الحياة وكون مقدمي الرعاية يتمتعون بمستوى تعليمي عالٍ ومهنة ومساعدة من أفراد الأسرة الآخرين، كما قد يعود عدم وجود الاختلاف للأسباب السابقة الذكر.

خاتمة

سمحت النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية إلى إبراز العوامل الإجتماعية والثقافية التي من المرجح أنها لعبت دورا في اختلاف النتائج مع نتائج الدراسات السابقة والتي تحفز لإجراء المزيد من الدراسات مع مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام بشكل خاص والمصابين بالأمراض العقلية بشكل عام في ضوء العديد من المتغيرات خاصة في غياب مثل هذه الدراسات في البيئة الجزائرية، يبقى أن هذه النتيجة محدودة بعينة البحث ولا يمكن تعميمها مما يستدعي ضرورة تكثيف الأبحاث على عينات أكبر حجما.

و ما يمكن قوله هو انه بالرغم من التقييم الايجابي لجودة الحياة، إلا أن هذا لا يعني إغفال عن الصحة النفسية لمرافقي المصابين بالفصام لمساعدتهم على التعامل وتجاوز العبء المرتبط بالرعاية وقاية من ظهور مشكلات نفسية لديهم خاصة وأن نسبة كبيرة من عملية التكفل بالمرضى من مسؤوليتهم.

المراجع

- أحمد، اعتدال عبده فقير سيد. (2010). **الصحة النفسية لدى مرافقي مرضي الفصام بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم في ضوء بعض المتغيرات**. بحث تكميلي مقدم لنيل درجة ماجستير الآداب في علم النفس العلاجي. قسم علم النفس. كلية الآداب. جامعة الخرطوم.
- أنجرس، موريس ترجمة صحراوي بوزيد، بوشرف كمال وسبعون سعيد. (2004). **منهجية البحث في العلوم الإنسانية. تدريبات عملية**. الجزائر: دار القصبة للنشر.
- بغالية، هاجر. (2019).**تمثلات ومعاش مرض الصرع والفصام بمنطقتي " تيسمسيلت" و "مستغانم"**. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الأنثروبولوجيا. قسم التاريخ. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة أبي بكر بلقايد – تلمسان.
- تواتي، مريم وحدادي، دليلة. (2016). الذكاء لدى الفصامي بين مؤشر للتخلّف العقلي ودليل لتدهور القدرات المعرفية. **الأكاديمية للدراسات الإجتماعية والإنسانية** ج /قسم العلوم الإجتماعية، العدد 15، ص 41-47.
- الحلو، علي حسين.(2016). قياس جودة الحياة لدى طلبة جامعة بغداد. **مجلة البحوث التربوية والنفسية**، العدد 48، ص 315-345.
- الدليمي، ناهد عبد زيد .حسن،إيمان مخيل .عز الدين، إيمان عامر وعباس، آية كاظم. (2012) .تقدير الذات وعلاقته بجودة الحياة لطالبات جامعة بابل .**مجلة جامعة بابل العلوم الإنسانية**، المجلد 20، العدد 4، ص 1126-1142.
- زهاني، رجاء. (2016). التوظيف النفسي للفصامي محاول الانتحار-دراسة حالة-. **مجلة العلوم الإنسانية**، العدد 05، ص 179-189.
- العجوري، أحمد حسين إبراهيم .(2013) . **الذكاء الإجتماعي وعلاقته بجودة الحياة لدى المعلمين والمعلمات بمحافظة شمال غزة**. رسالة ماجستير في علم النفس. كلية التربية. جامعة الأزهر. غزة.
- عليان، وفاء مصطفى محمد .(2014) . **الجمود الفكري وقوة الأنا وعلاقتهما بجودة الحياة لدى طلبة الجامعات في محافظات غزة**. كلية التربية .جامعة الأزهر – غزة.
- لكحل، مصطفى.(2011). **الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام**. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس النمو. قسم العلوم الإجتماعية. كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية. جامعة أبو بكر بلقايد- تلمسان-.
- محمود، إبراهيم عبد الرحيم إبراهيم. (2008).**الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام (دراسة ميدانية بمستشفيات العلاج النفسي بولاية الخرطوم)**. بحث مقدم لنيل درجة ماجستير الآداب في علم النفس. قسم علم النفس -كلية الآداب. جامعة الخرطوم.

- مليوح، خليدة. (2014).**مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري) دراسة(مقارنة) (دراسة عيادية لــ 10 حالات في مدينة بسكرة).** أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل.م.د في علم النفس العيادي. قسم علم النفس. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة محمد خيضر – بسكرة.
- الهنداوي، محمد حامد إبراهيم .(2011). **الدعم الإجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة.** رسالة ماجستير في علم النفس .قسم علم النفس .كلية التربية .جامعة الأزهر –غزة .

- Aukst Margetić, B, Jakovljević M, Furjan, Z, Margetić, B, & Boričević Maršanić, V. (2013).Quality of life of key caregivers of schizophrenia patients and association with kinship. ***Central European Journal of public health***, 21 (4): 220–223 .
- Awadalla AW, Ohaeri JU, Salih AA, Tawfiq AM.(2005). Subjective quality of life of family caregivers of community living Sudanese psychiatric patients. **Social *Psychiatry* and *Psychiatric Epidemiology*.** 40(9), 755-63.
- Ben harrats, S.S. (2017). La famille face aux troubles mentaux de son membre malade**.** ***Nafssaniat***. N°54-55. 154-158.
- BOUT, A. (2015). Emotion Exprimée et facteurs associés chez des familles de patients avec schizophrénie : Etude transversale. Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme médical de spécialité Option : Psychiatrie. Faculté de médecine et de Pharmacie de Fes. Université Sidi Mohamed Ben Abdallah. Royaume Maroc.
- El-Tantawy, A M A, Raya, Y M & Mohamed Kamal Zaki, A-S. (2010). Depressive Disorders among Caregivers of Schizophrenic Patients in Relation To Burden of Care and Perceived Stigma. ***Current Psychiatry***, Vol. 17, No. 3, 15-25.
- Guethmundsson OO, Tómasson K.(2002). Quality of life and mental health of parents of children with mental health problems. ***Nordic Journal of Psychiatry***. 56(6):413-7.
- Heru AM, Ryan CE, Vlastos K. (2004). Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders. ***Psychiatric Rehabilitation Journal***. 28(1):67-71.
- Kurs R, Farkas H, Ritsner M.(2005). Quality of life and temperament factors in schizophrenia: comparative study of patients, their siblings and controls**. *Quality of Life Research.*** 14(2):433-40.
- Lenga, A, Xub, C , Nicholasc,S , Nicholasf , J & Wang, J. (2019). Quality of life in caregivers of a family member with serious mental illness: Evidence from China. Archives of Psychiatric Nursing. 33. 23-29.
- Margetić BA, Jakovljević M, Ivanec D, Margetić B. (2011). Temperament, character, and quality of life in patients with schizophrenia and their first-degree relatives. ***Comprehensive Psychiatry*.** 52(4), 425-30.
- Ohaeri JU. (2003). The burden of Caregiving in families with a mental illness: a review of 2002. ***Current opinion* in *Psychiatry*.** 16(4):457-65.
- Rafiyah, I, Suttharangsee, W, Sangchan, H. (2011).Social Support and Coping of Indonesian Family Caregivers Caring for Persons with Schizophrenia. ***Nurse Media Journal of Nursing,*** 1, 2, 159 – 169.

- Raj, EA, Shiri, S & Jangam KV. (2016). Subjective burden, psychological distress, and perceived social support among caregivers of persons with schizophrenia. Indian Journal of Social Psychiatry. Vol 32, Issue 1, 42-49.
- Ribé, J M, Salamero, M, Pérez-Testor, C, Mercadal, J,Concepción, Aguilera, C & Cleris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. ***International Journal of Psychiatry in Clinical Practice***. Vol 22, - Issue 1. 25-33.
- Richieri, R, Boyer, L, Reine G, Loundou, A, Auquier, P, Lançon, C, & Simeon M.C. (2011). The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL): Development and validation of an instrument to measure quality of life of caregivers of individuals with schizophrenia. ***Schizophrenia Research,*** 126, 192–201.
- Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A.(2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. ***European Neuropsychopharmacology journal.*** 15(4):399-409.