

الفروق بين مريضات صرع الفص الصدغي الراشديات في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في ضوء طبيعة الوعي بالنوبات وحالة القلق والاكتئاب لديهن.

شيماء محمد عبد المجيد جادالله^١

استاذ علم النفس المساعد - كلية الآداب جامعة الوادي الجديد

خلود محمد نجيب التلاوي

مدرس علم النفس- كلية الآداب جامعة المنيا

ملخص:

تهدف الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين مريضات صرع الفص الصدغي الراشديات في ضوء بعض المتغيرات العصبية والتي تتمثل في طبيعة الوعي بالنوبات (نوبة واعية بؤرية، نوبة ضعف وعي بؤرية، نوبة معممة)، وحالة القلق والاكتئاب. وتكونت عينة الدراسة الحالية من ٧٨ مريضة من مريضات صرع الفص الصدغي (٢٦ لكل فئة مرضية وفق طبيعة بدء النوبة) تتراوح أعمارهن الزمنية ما بين ١٨ - ٤٤ سنة، جميعهن غير متعلقات. وتم استخدام مقابلة غير مقننة لمريضات الصرع (اعداد الباحثة الثانية)، ومقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لمريضات الصرع من (اعداد الباحثة الأولى)، ومقياس هاملتون للقلق اعداد احمد عبد الخالق، ومقياس بيك للاكتئاب الإصدار الثاني (اعداد عبد الفتاح غريب). وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة بين المريضات في أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في اتجاه المريضات ذوات النوبة البؤرية الواعية، وكان بعد الألم الجسمي أكثر الأبعاد تمييزاً بين مجموعات المريضات الثلاث. كما كشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. وكانت الفروق على حالة القلق والاكتئاب أيضاً في اتجاه مجموعة النوبة الواعية البؤرية.

الكلمات الدالة: نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، القلق، الاكتئاب، مريضات صرع الفص الصدغي، الأميات

Differences between adult female patients with temporal lobe epilepsy in health-related quality of life in light of the nature of awareness of seizures and their state of anxiety and depression.

Shimaa Mohammed Abd-Elmgeed Gadallah

Assistant Professor of Psychology

Faculty of Arts, New Valley University

Khlood Mohamed Naguib El-Talawy

Lecturer of Psychology

Faculty of Arts, Minia University

Abstract:

The purpose of the present study is to investigate the adult female patients with temporal lobe epilepsy in light of some neurological variables, which are the nature of seizure awareness (focal conscious seizure, focal hypoconscious seizure, generalized seizure), and the state of anxiety and depression. The sample of the current study consisted of 78 female patients with temporal lobe epilepsy (26 for each disease category according to the nature of awareness of seizures), their chronological ages ranging from 18 to 44 years, all of whom were uneducated. A semi-structured interview for epilepsy patients prepared by the researcher, a health-related quality of life scale for epilepsy patients prepared by the researcher, and the Hamilton Anxiety was prepared by Ahmed Abdel Khaleq, and Beck Depression Scale second edition, prepared by Abdel Fattah Gharib were used.

The study's results revealed significant differences between patients in the dimensions of health-related quality of life in the direction of patients with focal conscious seizures, and the dimension of physical pain was the most discriminating dimension among the three groups of patients. The results also revealed no significant differences in health-related quality of life. The differences in anxiety and depression were also in the direction of the focal conscious attack group.

Keywords: health-related quality of life, anxiety, depression, temporal lobe epilepsy, females, illiterate.

مقدمة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة المميزة لمريضات صرع الفص الصدغي الراشدين، والتعرف على أي من هذه الأبعاد أكثر تمييزاً وفقاً لطبيعة بدء النوبات. و الكشف عن الفروق حالة القلق والاكتئاب بين مجموعات المريضات وفق طبيعة بدء النوبات لديهن.

يشير مفهوم الصرع (Epilepsy) إلى مجموعة من الزملات العصبية المتباينة من حيث أسبابها وأعراضها الإكلينيكية، وتشارك في أنها تنتج عن تفريغ كهربائي تلقائي انقباضي شحيح ومتكرر في المخ^١ خصوصاً في المادة الرمادية وهو ما يسمى النوبات^٢ (السيد ابو شعيشع، ٢٠٠٥، ٢٨١) ويؤثر على حوالي ١٪ من السكان، وتعان منه مليون امرأة في سن الخصوبة والإنجاب تقريباً، ويعد استعادة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة^٣ لديهن أمراً ضرورياً (Luoni et al., 2011)، حيث تعتمد على مدى إدراكهن لحياتهن في سياق الثقافة وأنظمة القيم التي يعشن فيها، والتي تتفق مع أهدافهن وتوقعاتهن (Skevington et al., 2004). ويعيق ذلك عدة عوامل منها الأمراض المصاحبة والقيود الاجتماعية (Taylor et al., 2011) مما يجعل الفهم الشامل لتلك العوامل أمراً ضرورياً للإدارة الرشيدة لعلاج هذا المرض (Luoni, et al., 2011) خاصة مريضات الصرع اللاتي تواجهن تحديات إضافية ثانوية مقارنة بالمرضي الرجال نظراً للتأثيرات الهرمونية ووظيفة الغدد الصماء على نشاط النوبات، ووجد أن ارتفاع هرمون الاستروجين أو انخفاض مستويات هرمون البروجسترون يمكن أن يؤدي إلى تفاقم النوبات. بجانب استخدام الأدوية المضادة للصرع التي تؤثر سلباً على المريضات - فترة الخصوبة- على حدوث الحمل والرضاعة الطبيعية وصحة العظام، واجبارهن على استخدام وسائل منع الحمل لعدم التعرض لتشوه الأجنة (O'Connor, Zupanc, 2009) مما يمثل تحديات فريدة من نوعها تؤثر على نوعية الحياة لديهن.

وقد يصاحب الصرع متلازمة مرضية (غير معرفية) عبارة وجود حالة القلق والاكتئاب والتبلد (اللامبالاة)^٤، وتؤدي لانخفاض الرفاه النفسية وتؤثر سلباً على نوعية الحياة (Lucas-Carrasco et al., 2012)، وتظهر مريضات الصرع ارتفاع مستوى الخوف والتوتر والقلق مقارنة بالرجال (Gopinath et al., 2011; Laskar et al., 2023)، وقد يصاحب ذلك ضعف الإدراك الاجتماعي والاندفاع (Giorgi et al., 2016; Smith et al., 2020).

^١ spontaneous recurrent paroxysmal cerebral discharges

^٢ Seizures

^٣ Health-related quality of life, HRQoL

^٤ apathy

ركزت الأدبيات على نوعية الحياة بمرضى الصرع، ومدى انتشار حالة القلق والاكتئاب بينهم الذي افترض أنه يصل لنسبة ٢٠,٢٪ و ٢٢,٩٪ على الترتيب، مقابل ٨,٢٪ و ٩,٤٪ في الأصحاء (Scott et al., 2017)، والآثار الضارة للأدوية مقارنة بتكرار النوبات (على سبيل المثال، Yadegary et al., 2015; Scott et al., 2017; Thijs et al., 2019; Seid et al., 2019). وأكد كوفاك وزملائه (Bujan Kovač et al., 2021) في دراسته ارتباط دال بين انخفاض نوعية الحياة ووجود حالة الاكتئاب الخفيف، ولكن لم يجد فروقاً دالة وفق الجنس أو نوع الصرع أو العمر في نوعية الحياة. أما معدل الإصابة بالاكتئاب؛ أوضحت دراسة أجريت بعيادات الرعاية الأولية في المملكة المتحدة، ووجد أن معدل تكرار الاكتئاب ٣٣٪ في المرضى الذين يعانون من نوبات متكررة و ٦٪ في الذين يعانون من هدأة (O'Donoghue et al., 1999). وأكدت دراسة وون وزميله بارك من خلال المسح الكوري الذي أجريه نفس النتيجة (Kwon, & Park, 2013)، في حين أوضحت الدراسة المنهجية الطولية لهيسدروفر وزملائه - اعتمد على قاعدة بيانات أبحاث الممارسة العامة في متابعة مرضي الصرع بالمملكة المتحدة- أن الاكتئاب تسبق تشخيص الصرع وتظل بعده (Hesdorffer et al., 2012)، مما يشير إلى وجود آليات فيزيولوجية مرضية تربط الصرع بحالة القلق والاكتئاب. وأوضح يني وزملائه (Yeni et al., 2018) في دراستهم التي تناولت العلاقة بين القلق والاكتئاب ونوعية الحياة في مرض الصرع، والتي أجريت في الفترة ما بين مايو ٢٠١٥ ومايو ٢٠١٦ بعيادة الصرع الخارجية بكلية الطب بجامعة إسطنبول على عينة تكونت من ٢٠٥ مريض (٥٣,٧٪ نساء، متوسط عمر ٣٢,٥)، وجد ارتباط بين الصحة النفسية للمرضي ونوعية الحياة لديهم. وقيم علاء اسكندراني وزملائه (Eskandrani et al., 2023) نوعية الحياة لمرضى الصرع بالمملكة العربية السعودية بتحليل البيانات بين سبتمبر ٢٠٢٠ وسبتمبر ٢٠٢١ على عينة تكونت ١٠٢ مريض بالغ من المترددين على العيادات الخارجية لبرنامج الصرع في مدينة الملك فهد الطبية ومقارنتهم ١٠٨ من البالغين الأصحاء. وأوضحت النتائج انخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى، وكان الجنس الأنثوي مرتبطاً بابعاد التعب وتأثير الدواء والوظيفة الاجتماعية. واتفقت معه نتائج دراسة موتلاي وزملائه في أن مريضات الصرع يعانين من ضعف صحتهم النفسية مقارنة بالمرضى الرجال الذين يستجيبون جيداً للعلاج وعلى دراية بتحسين صحتهم (Mutluay et al., 2016)، وأن مريضات الصرع المقاوم للأدوية يعانين الاكتئاب (Kwon, Park, 2014). وتعد الاستجابة الإيجابية للعلاج أيضاً عاملاً مهماً مؤثراً على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وذلك لارتفاع مستويات الفقر المدقع، ومحدودية الوصول إلى الرعاية الصحية والأدوية، ونقص العاملين المتخصصين في مجال الرعاية الصحية؛ ووضوح الوصم الاجتماعي (Espinosa-Jovel et al., 2018; Minwuyet et al., 2022).

ومن خلال استقراء الدراسات السابقة والإطار النظري تبين أن "تميز بعض أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة مريضات صرع الفص الصدغي تبعاً لطبيعة بدء النوبة، ويصاحب حالة القلق والاكتئاب"، فقد وضعت التساؤلات التالية:

١. هل تتباين الاستجابة على أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة تبعاً لاختلاف طبيعة بدء النوبات الصرعية بمريضات صرع الفص الصدغي (نوبة واعية بؤرية، نوبة ضعف الوعي البؤري، نوبة معممة)؟
٢. هل يمكن لأبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة التمييز بين مريضات صرع الفص الصدغي (نوبة بؤرية واعية، نوبة ضعف الوعي البؤري، نوبة معممة)؟
٣. هل تختلف القدرة التمييزية لأبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في التمييز بين مريضات صرع الفص الصدغي (نوبة واعية بؤرية، نوبة ضعف الوعي البؤري، نوبة معممة)؟
٤. هل توجد فروق بين مريضات الصرع (نوبة واعية بؤرية، نوبة ضعف الوعي البؤري، نوبة معممة) على حالة القلق والاكتئاب؟

٣ مفاهيم الدراسة وأطرها النظرية المفسرة

١. مرض الصرع

يعرف الصرع بأنه اضطراب عصبي مزمن، يتضمن نوبات تشنجية صرعية متكررة وغير متوقعة الحدوث تؤدي إلى عواقب حيوية – عصبية وذهنية ونفسية واجتماعية (Fisher et al., 2005) ويعد التنشج حدثاً انتيابياً متزامناً يسببه النشاط الكهربائي المفرط لخلايا العصبى المركزي (سعيد سعد علي الزهراني، ١٤٣٦هـ)، ويتم تشخيصه عادة عند حدوث نوبتين أو أكثر من النوبات غير المستقرة أو المستحثة^١ والتي يقصد بها النوبات التي تحدث فى عدم وجود الأمراض العصبية التي قد تسببها مثل السكتات الدماغية أو إصابات الرأس المغلقة أو التهاب السحايا أو انخفاض السكر أو الصوديوم فى الدم (Lowenstein, 2009). وتميز النوبات الصرعية المتكررة أو المعاودة^٢ وفقاً لهيولنجز جاكسون Jackson- كل أنواع الصرع، إلا أن الحالة الإكلينيكية للصرع أعقد من ذلك، فالزملة الصرعية تتصف بأنها حزمة من العلامات والحالة التي تحدث عادة مع بعضها. وهذا يشمل متغيرات مثل نوع النوبة وسببها والعوامل المطلقة لها، والعمر عند بداية المرض، والشدة، والإزمان^٣، والتكرار أو المعاودة فى أثناء النهار (السيد ابو شعيشع، ٢٠٠٥، ٢٨١)، لذا يتطلب عناية طبية فورية وعلاجاً طويل الأمد (Pimpalkhute et al., 2015).

^١ unprovoked
^٢ Recurrent
^٣ Chronicity

وتصنف الاضطرابات الصرعية سابقا فى نوعين هما: النوع الأول هو الصرع مجهول السبب^١ الذى يتسم بالاستعداد الوراثى وغياب أتلانف دماغية جوهريّة. ويندرج تحته العديد من الأنواع منها؛ الصرع مجهول السبب المعمم (Pavone et al., 2001)، وصرع الطفولة الحميد^٢ (Hommet et al., 2006)، والصرع الرمعي العضلي اليفعي^٣. بينما يرتبط النوع الثانى (محل الدراسة الحالية) وهو الصرع البؤري الأعراضى^٤ بمكونات دماغية محددة، وعادة ما تكون النوبات البؤرية تشنجات جزئية^٥ تتضمن ثلاث أصناف فرعية: النوبات البسيطة، والمركبة، والمتعممة الثانوية (سعيد سعد علي الزهراني، ١٤٣٦). وتعزى النوبات الجزئية إلى عوامل غير طبيعية ذات علاقة بمناطق بنوية محددة فى الدماغ، لاسيما فى الفص الصدغي، وكذلك فى الفصوص الأخرى ولكن بنسب أقل. وفى المقابل تتضمن النوبات المتعممة أيضا بالعديد من الأصناف الفرعية منها: تشنجات التغيب^٦، والرمعية العضلية^٧. وتعزى النوبات المتعممة إلى عوامل خلوية أو كيميائية-حيوية أو بنوية غير طبيعية وهى غير مقتصرة على منطقة دماغية محددة، بل منتشرة على نطاق واسع فى الدماغ (Bazil, Pedley, 1998). وتنشأ النوبات الجزئية من مركز محدد تنتشر منه بعدئذ إلى مكونات لائية وأخرى تحت لائية. ومركز النوبات فى هذا الشكل هو الفص الصدغي ويمكن أن يكون المركز فى مكونات أخرى كالفص الأمامى أو الفص الجدارى، ولكن غالبا ما يكون مركز النوبات الجزئية فى الفص الصدغي وفى الشق الأنسى منه تحديداً فى حين لا يوجد مركز للنوبات المعممة، بمجرد أن تبدأ تنتشر مباشرة عبر الدماغ بشكل متناظر من خلال الاتصال الهيبوثلاموس واللحاء. وتتميز نوبات الفقدان المؤقت للوعي (Zilmer et al., 2008).

النوبات البؤرية، والمعروفة أيضا باسم النوبات الجزئية، هى اضطراب فى النشاط العصبى غير طبيعى فى منطقة معينة من النصفين المخيين مع بداية بؤرية ثابتة أو موضعية. تنقسم النوبات البؤرية إلى نوعين فرعيين: بداية حركية وبداية غير حركية (Fisher et al., 2017) وتتراوح الأعراض من الاضطرابات الحسية الدقيقة إلى الحركات الحركية الأكثر وضوحا وتغير الوعي (Ighodaro, Maini, Arya, et al., 2024). ويمكن تصنيف كل من النوبات البؤرية الحركية والنوبات البؤرية غير الحركية على أساس مستوى الإدراك الواعى awareness: واعى (aware)، وضعيف الوعي (impaired)، ومستوى الوعي غير محدد (Ighodaro et al., 2024) (unknown awareness).

أعادت الرابطة الدولية لمكافحة الصرع (ILAE) فى عام ٢٠١٧ تصنيف النوبات إلى ثلاثة أنواع: النوبات المعممة (المعروفة سابقا باسم النوبات الكبرى)، والنوبات البؤرية (المعروفة سابقا باسم النوبات الجزئية البسيطة أو النوبات الجزئية المعقدة)، والنوبات غير المعروفة. وأوضحت الرابطة أنه بالنسبة للنوبات البؤرية، يمكن تضمين مستوى الوعي اختياريا

^١ idiopathic

^٢ Bening childhood

^٣ juvenile myoclonus

^٤ Focal symptomatic

^٥ Partial seizures

^٦ Absence

^٧ Myoclonic

في نوع النوبة، الوعي هو سمة محتملة مهمة للنوبة، لكن الوعي له أهمية عملية كافية لتبرير استخدامه كمصنف للنوبات. ويعني الاحتفاظ بالوعي أن الشخص يكون واعياً بذاته وبيئته أثناء النوبة، حتى لو كان غير قادر على الحركة. وتتوافق النوبة البؤرية الواعية مع المصطلح السابق "النوبة الجزئية البسيطة". وتتوافق نوبة ضعف الوعي البؤري مع المصطلح السابق "النوبة الجزئية المعقدة". وضعف الوعي خلال أي جزء من النوبة يجعلها نوبة ضعف وعي بؤري (Fisher et al., 2017). وقد تتميز النوبات الواعية أو اختلال الوعي البؤري اختياريًا بواحدة من أعراض البداية الحركية أو أعراض البداية غير الحركية المدرجة، مما يعكس أول علامة أو أعراض بارزة في النوبة، على سبيل المثال، نوبة تلقائية لضعف الوعي البؤري. وأي ضعف كبير في الوعي أثناء سير النوبة يسبب نوبة بؤرية يمكن تصنيفها على أنها تعاني من ضعف الوعي. التصنيف حسب البداية له أساس تشريحي، في حين أن التصنيف حسب مستوى الوعي له أساس سلوكي، تبرره الأهمية العملية لضعف الوعي (Fisher, 2017; Fisher et al., 2017).

ويجب أن تشمل استراتيجيات علاج النوبات البؤرية مجموعة من الخيارات، بما في ذلك الأدوية المضادة للصرع، والتدخلات الجراحية، وتعديلات أسلوب الحياة، بهدف تحقيق السيطرة على النوبات مع تقليل الآثار الضارة وتحسين نوعية حياة المريض (Ighodaro, Maini, Arya, et al., 2024).

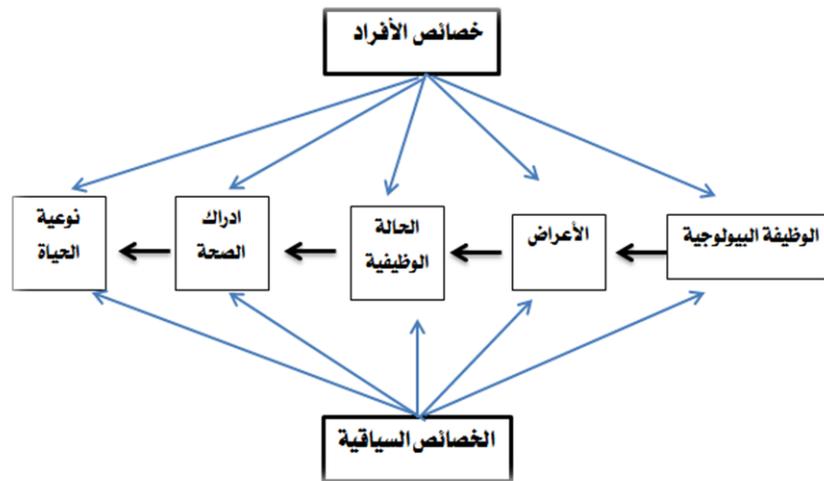
٢. نوعية الحياة المرتبطة بالصحة health-related quality of life, HRQOL

تم تقديم مفهوم "نوعية الحياة المرتبطة بالصحة" تضييق نطاق التركيز على آثار الصحة والمرض والعلاج على نوعية الحياة، ويستثني جوانب نوعية الحياة التي لا تتعلق بالصحة مثل السمات الثقافية أو السياسية أو المجتمعية (Ferrans et al., 2005)، وهو مفهوم متعدد الأبعاد، ويشمل الصحة البدنية والحالة النفسية المرتبطة بها ودور العلاقات الاجتماعية الداعمة في رفعها (Schipper et al., 1996) مما أوجب أن تشمل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الرفاهية المادية والوظيفية والوجدانية للمريض (Honari et al., 2021). ونظرًا لأن مرض الصرع يلزمه العديد من العواقب سواء الجسمية أو النفسية والاجتماعية؛ يمكن أن يكون تأثيره على نوعية حياة المريض أكبر من تأثير الحالات المزمنة الأخرى (Minwuyelet et al., 2022) وتسبب النوبات التشنجية مضاعفات صحية خطيرة وطويلة المدى، وتختلف هذه المضاعفات وفقًا لنوع النوبة والخصائص الإكلينيكية الأخرى مما يؤثر على نظرة الأفراد لأدوارهم في الحياة (آيات أحمد حمزة، ٢٠١٥).

ومن أكثر الأطر النظرية المفسرة لهذا المفهوم نظرية المنظومة (Systems theory) التي تبنى على تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. ويرجع مفهوم المنظومة إلى لودفيج فون برتالانفي (Von Bertalanffy, 1968)، واستخدمه جورج إنجل (Engle, 1980) لفهم الصحة والمرض من منظور النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي. ويشير مفهوم

المنظومة إلى كيان دينامي يتألف من عدة مكونات فيما بينها على علاقات متبادلة على نحو مستمر، ويفترض فيها أن الترابط بين كل مستويات (مكونات) التنظيم ترابطاً هرمياً، فعندما يحدث التغير في أى مستوى من هذه المستويات سوف يستتبعه تغير في كل المستويات الأخرى، ومن ثم فإن الصحة والمرض والرعاية الصحية كلها عمليات ذات علاقات تبادلية، وتتطوي على تغيرات متفاعلة داخل الفرد على المستويات المختلفة. ويقدم نموذج كل من ويلسون Wilson وكليري Cleary تصنيفاً مفيداً للمتغيرات التي تم استخدامها عادةً لقياس نوعية الحياة الصحية وهي: إدراك الصحة، ومستوى الحالة، والمستوى الوظيفي، والمتغيرات البيولوجية والفسولوجية. وبذلك يكون نموذج ويلسون وكليري قد نقل الاهتمام من المتغيرات البيولوجية والفسولوجية إلى متغير الحالة التي تتطلب تحول التركيز من المستوى الخلوي إلى المستوى الشخصي. وعرفا الحالة بأنها: إدراك المريض لحالته الجسمية أو الوجدانية أو المعرفية غير الطبيعية، وتصنيفها على أنها إما جسمية أو نفسية أو نفسية جسمية (Wilson & Cleary, 1995, 61).

يوضح شكل (١) نموذج ويلسون وكليري المنقح لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة (Wilson & Cleary, 1995)



ويوضح ويلسون وكليري في نموذجهما خاصيتين محددتين للتصورات المرتبطة بالصحة العامة: (أ) أنها تدمج جميع المكونات التي تأتي سابقاً في النموذج، و(ب) أنها ذاتية بطبيعتها، وهذا المكون عبارة عن تجميع لجميع الجوانب الصحية المختلفة في تقييم شامل. ويعد من أقوى المنبئات وأكثرها اتساقاً في تصور الصحة العامة هي العمليات الفسيولوجية والحالة والقدرة الوظيفية (Bjorner et al., 1996; Ferrans et al., 2005) والتي قاموا بتعريفها بأنها: القدرة على أداء المهام في مجالات متعددة مثل الوظيفة الجسمية، والوظيفة الاجتماعية، ووظيفة الدور، والوظيفة النفسية (Wilson & Cleary, 1995) وركزا على منظور الإعاقة أو العجز، مع التركيز على فقدان الوظيفة وتأثيراتها على الحياة اليومية (Wechsler et al.,)

(2005). ونوعية الحياة الشاملة هي العنصر الأخير في نموذج ويلسون وكلييري والتي وصفها بأنها رفاهية ذاتية تتعلق بمدى سعادة أو رضا شخص ما عن الحياة ككل (Wilson, Cleary, 1995).

ويعتبر النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي محاولة لفهم كيفية تأثر المعاناة والمرض بمستويات متعددة من التنظيم، من المستوى المجتمعي إلى الجزيئي. ويعد طريقة لفهم التجربة الشخصية للمريض كمساهم أساسي في التشخيص الدقيق والنتائج الصحية والرعاية الإنسانية (Borrell-Carrió et al., 2004). وافترض جورج إنجل (George Engel) أن فهم معاناة المرضى والاستجابة لها بشكل مناسب - ومنحهم شعوراً بأنهم مفهومون - يجب على الأطباء أن ينتبهوا إلى الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية للمرض (Engel, 1980). ويعد النموذج النفسي الاجتماعي باعتباره "نموذجاً طبياً جديداً" رؤية كلية تشمل تجربة المريض الشخصية إلى جانب البيانات الطبية الحيوية الشخصية (Borrell-Carrió et al., 2004).

وتستحق مريضات الصرع اهتماماً خاصاً في دراسة نوعية حياتهم المرتبطة بالصحة وذلك بسبب تعدد العوامل المرضية الأخرى حيث أنهن تعانين، في كثير من الأحيان، من تشوهات إنجابية^١، وخاصة دورات الإباضة^٢ (O'Connor, Zupanc, 2009)، وعدم انتظام الدورة الشهرية^٣، واختلال وظائف الغدد الصماء، والمشاكل الجنسية، وقضايا التخطيط الإنجابي وعلاقتها بالنوبات واستخدام الأدوية المضادة للصرع؛ ذات التفاعلات الضارة (Bangar et al., 2016)، وتفاقم في معدل ضربات القلب وانخفاض جودة الحركة (Ana Maria Cruz Santos et al., 2018) بجانب ضعف الوظيفة المعرفية، وخاصة الذاكرة (Vingerhoets, 2006; Helmstaedter, Elger, 2009) مما يؤثر سلباً على أداء الأنشطة اليومية لها (Jacoby, Baker, 2008)، لتكون نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مريضات الصرع أسوأ مقارنة بالرجال (Guevara et al., 2005; Shetty et al., 2011).

ويتم تعريف نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مريضات الصرع بأنها مجموعة من المنبئات الفسيولوجية والإكلينيكية التي يسببها تطور المرض، وترتبط بشدة حالته، وتكرار النوبات، والإدراك الذاتي للصحة (الصحة الانجابية).

٣. القلق والاكتئاب بمريضات الصرع

يعرف **القلق** بأنه "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة، مثل: الشعور بالفراغ في فم المعدة أو السحبة في الصدر أو كثرة الحركة" (أحمد

^١ reproductive abnormalities
^٢ anovulatory cycles
^٣ menstrual irregularities
^٤ antiepileptic drugs, AEDs

عكاشة وطارق عكاشة، ٢٠١٥، ١٣٨)، ويستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر ويجد الفرد صعوبة في السيطرة على القلق. وتتعدد حالة القلق الجسمية والنفسية؛ منها الشعور بالضيق، والتعب بسهولة، وصعوبة التركيز، وتوتر العضلات، واضطراب النوم (صعوبة النوم أو البقاء نائماً أو نوم مضطرب غير مرضي) (نسمة محيي نوار ومحمد نجيب الصبوة، ٢٠٢١) ويسبب اختلالاً في مجالات الأداء الاجتماعي والوظيفي أو أى مجال آخر (Barlow et al., 2018, 135). ووجد أن معدل انتشار حالة القلق مدى الحياة كان أعلى بمقدار ٢,٤ مرة بمرضى الصرع مقارنة بغيرهم (Kobau et al., 2006; Tellez-Zenteno et al., 2007). وكان معدل القلق مرتفع بمرضى الصرع المقاوم للأدوية (Brandt et al., 2010) وبصرع الفص الصدغي مقارنة بغيرهم من المرضى مثل الصرع المعمم الأولي^١ أو مرضى الأمراض المزمنة الأخرى (Gaitatzis et al., 2004).

ويعرف **الاكتئاب** في دليل التصنيف الدولي الحادي عشر للاضطرابات النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية بأنه: "تغير في المزاج، ووضعت له ثلاث درجات مختلفة الشدة (البسيطة والمتوسطة والشديدة)، ويعاني الشخص معه زيادة في المزاج الحزين أو الكئيب الذي يكون مصحوباً بخلل في المظاهر المعرفية والسلوكية والعصبية، والتي بدورها تؤثر جوهرياً على قدرة الفرد على التوظيف النفسي، وتشمل هذه المظاهر: بطء نفسحركي، وفقد الاستمتاع والاهتمام بالأشياء، ويصاحب بفقد الشهية، وفقد الوزن، والأرق أو النعاس المفرط، وصعوبة التركيز، والشعور بانعدام القيمة، والشعور المفرط بالذنب، واليأس، والأفكار الانتحارية، وانخفاض الطاقة الذي يؤدي إلى سرعة التعب وانخفاض في النشاط" (WHO, 2020). ويصاب مرضى الصرع بحالة القلق والاكتئاب (Kanner, 2009; Pimpalkhute et al., 2022; Minwuyelet et al., 2016; Kanner, 2015)، ويرتبطا بتدني نوعية الحياة لديهم (Brandt et al., 2010; Gandy et al., 2012; WHO, 2019) يؤدي الاكتئاب غير المعالج إلى استجابة أسوأ لعلاج الصرع (Kwon, Park, 2014)، ويرتبط بزيادة تكرار النوبات الصرعية (Kanner, 2012). ومن المرجح أن تكون نوعية الحياة أسوأ في مرضى الصرع مع وجود حالة الاكتئاب والقلق مقارنة بالمرضى غير المصابين بهما، مما يجعل الكشف المبكر والإدارة المناسبة للاكتئاب والقلق في مرضى الصرع أمراً لا غنى عنه (Kwon, Park, 2014). ويعد نموذج المتغير الكامن^٢ النموذج الأكثر انتشاراً في تفسير حدوث الاضطرابات المزاجية، وأن الحالة تنتج عن متغيرات كامنة غير ملحوظة. ويعتبر الاضطراب المشترك بين القلق والاكتئاب تفاعلاً بين المتغيرات الكامنة (Wei et al., 2021). ولتحديد العوامل التي تربط الحالة المزاجية بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة بمرضى الصرع قامت سيارافا وزملائه بدراستها في شمال غرب اليونان، والتي أكدت الارتباط بينهما (Siarava et al., 2019). ويرتفع مستوى الاكتئاب بالمرضى في إثيوبيا بانخفاض مستوى التعليم، ونوع الأدوية، النوبات الصرعية غير المنضبطة لمدة لا تقل عن عامين، والاضطرابات المزاجية المصاحبة (Tefera et al., 2020). وبينت دراسة غونزاليس-مارتينيز وبلانشويلو-

^١ primary generalized epilepsy
^٢ latent variable model

غوميز وزملائهم أن مريضات الصرع التي كانت نوعية حياتهن تتدني لديهن مستوى مرتفع من القلق والاكتئاب خاصة في مريضات الصرع المقاوم للأدوية (Gonzalez-Martinez et al., 2020). وتنتشر حالة الاكتئاب بالصرع البؤري، ويسبب ارتفاع مستوى القلق وانخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ويؤثر على الأبعاد الجسدية والنفسية (Rauschenbach et al., 2022).

٤ دراسات سابقة

تناول عدد محدود من الأدبيات - في حدود اطلاع الباحثان - على الإناث فقط، وكانت البداية دراسة سوريشبابو ساشين وزملائه (Sachin et al., 2008) التي هدفت إلى تقييم التوابع النفسية والاجتماعية للاصابة بالصرع على مدى عامين لدى مريضات الصرع تتراوح أعمارهن ١٥ - ٤٠ عامًا (ن=١٠٠)، ومريضات الصداع النصفي (ن=٥٠)، والنساء الحوامل الأصحاء (ن=١٠٠). ووجد أن نوعية الحياة منخفضة بمريضات الصرع. وارتبطت النوبات الأقل تواتراً والتعليم بتحسن بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة. وحاولت أنا ماريا كروز سانتوس وزملائها الثلاث (Santos et al., 2018) التعرف على نوعية الحياة بين مريضات الصرع (٢٨,٢ ± ٦,٥١ سنة) خلال سنوات الإنجاب، وقورنت بأخري لا تعاني من الصرع (ن=٤٠) واستخدم مقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة المختصر (WHOQOL-bref). تميل في سن الإنجاب إلى نوعية حياة أقل من أولئك اللاتي لا يعانين من الصرع - باستثناء مريضات الصرع غير العاملات- وكانت التحكم بالنوبات والأدوية المضادة للصرع، وتأثيراً سلبياً على ضربات القلب لدى الإناث في سن الإنجاب. وحاولت سريكانث وزملائه (Srikanth et al., 2021) في دراستها التعرف على أثر الوصم بنوعية الحياة بين مريضات الصرع خلال سنوات الإنجاب (ن=٤٩؛ ٦٧,٦٧ ± ٣,٧٢ سنة) بالهند. وجد ارتباط الدرجة الكلية لنوعية الحياة والقلق من النوبات بشكل سلبي. وكون المريضة غير متعلمة، متزوجة، لا تعمل، لديها أطفال، وتعاني من نوبات توتيرية رمعية معممة، مدة المرض (< ١٠ سنوات)، وتستهلك لدواء يفيتيراسينام من المنبئات بتدني نوعية الحياة لديهن.

ويتضح من خلال الدراسات السابقة أنها ركزت على الإناث بسن الإنجاب، عدا دراسة واحدة تناولت مريضات الصرع الحوامل (Sachin et al., 2008)، والتي أكدت جميعها على انخفاض نوعية الحياة لديهن، وتأثر النواحي الجسمية لديهن سلبياً على ضربات القلب. وخلصت أيضاً إلى أن هناك عدة عوامل مؤثرة على نوعية الحياة لديهن؛ أهمها النوبات والأدوية المضادة للصرع (Santos et al., 2018)، وكون المريضة غير متعلمة، ومتزوجة، ولا تعمل، ولديها أطفال، وتعاني من نوبات توتيرية رمعية معممة، مدة المرض < ١٠ سنوات، وتستهلك الأدوية المضادة للصرع (Santos et al., 2018; Srikanth et al., 2021)، انخفاض المستوي التعليمي (Sachin et al., 2008). وقد تم تجاهل العوامل الهرمونية والمزاجية المميزة للجنس الأنثوي في الأدبيات التي تناولت نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بمريضات الصرع، كما هو موضح في جدول رقم (١).

جدول (١) يوضح الدراسات السابقة لمرضى الصرع الفص الصدغي

النتائج	العينة والأدوات	الباحثين
<ul style="list-style-type: none"> - الضعف العاطفي يمثل مشكلة كبيرة في مرض صرع الفص الصدغي، لأن ٤٥٪ من المرضى سجلوا درجات في نطاق الاكتئاب. - درجة الاكتئاب مؤشرا قويا لنوعية الحياة بعد ضبط المتغيرات المرتبطة بالنوبات والمتغيرات الديموجرافية والأداء المعرفي. - لم يتم العثور على أي علاقة بين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة واضطراب المزاج الاكتئابي. - واضطراب المزاج الاكتئابي مستقل إلى حد كبير عن العلامات البيولوجية مثل منطقة بداية النوبات وغياب/ وجود ضمور الحصين لديهم. 	<p>ن = ٥٦ مريض قبل الجراحة</p> <p>بونر سكالين للصرع Bonner Skalen für Epilepsie (BPSE)، وقائمة الاكتئاب لفون زرسن Zerssen inventory D-S of von Zerssen</p>	Lehrner et al., 1999
<ul style="list-style-type: none"> - ارتبط الاكتئاب والقلق مع انخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. - واتضح أن الاعتلال المشترك للأمراض النفسية المزيد من التباين في انخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. - العديد من عوامل الصرع كانت مرتبطة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، بما في ذلك تكرار النوبات وشدتها ومزمنتها. 	<p>ن = ٨٧ مريض</p> <p>قائمة مراجعة الحالة - ٩٠ (SCL-90-R)، قائمة بيك للاكتئاب (BDI)، نوعية الحياة المرتبطة بالصحة-٨٩ (QOLIE-89)، ليفربول لشدة النوبة.</p>	Johnson et al., 2004
<ul style="list-style-type: none"> - ما يقرب من ٣٦٪ من التباين الإجمالي لنوعية الحياة تم تفسيره من خلال تاريخ الإصابة الأولية، والتاريخ العائلي للصرع، ومدة المرض، وعمر ظهور الصرع، وتكرار النوبات. 	<p>ن = ٨١ مقاوم للأدوية.</p> <p>قائمة نوعية الحياة الصرع ٣١ (QOLIE-31).</p>	Pauli et al., 2012
<ul style="list-style-type: none"> - القلق، والاكتئاب، والدعم الاجتماعي، والحالة الحسية العصبية، والذاكرة اللفظية طويلة المدى مرتبط بشكل كبير بنوعية الحياة. 	<p>ن = ٧٠ مريض.</p> <p>مقياس نوعية الحياة (QOLIE-31)، ومقياس الوجدان السلبي، والدعم الاجتماعي، والحالة الجسمية، والذاكرة.</p>	Cano-López et al., 2018
<ul style="list-style-type: none"> - كون المرضى ذكور، والحالة التعليمية، والعمر عند بداية الصرع يرتفع نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. - التاريخ العائلي للصرع، النوبات غير المنضبطة، 	<p>ن = ٣٩٥ مريضاً (٣٩، ٣٢ ± سنة ١٠، ٧١).</p> <p>مقياس نوعية الحياة لمرضى</p>	Kassie et al., 2021

<p>أكثر من ٥ عدد من النوبات قبل العلاج، ضعف الالتزام بالأدوية، مع وجود معتدل لحالة القلق والاكتئاب ارتبطت بشكل سلبي مع نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بين مرضى الصرع.</p>	<p>الصرع (QOLIE-31).</p>	
<p>- يعان مرضى الصرع من تدني نوعية الحياة، وترتبط إذا كان المريض عازبًا، انخفاض دعم اجتماعي ضعيف، تعاني من نوبات غير منضبطة، وارتفاع وتيرة النوبات، والخوف من الآثار الجانبية للأدوية، والقلق بشأن مرضهم.</p>	<p>ن = ٤٢٣ مريضًا بالغًا مصابًا بالصرع</p>	<p>Alemu et al., 2023</p>
<p>- الالتزام، جنس المريض ذكر، الحالة الوظيفية (الموظف)، مستوى التعليم (التعليم العالي)، مدة الصرع (< ١٠ سنوات)، والعمر (< ٤٦ سنة)، وعلاج الصرع (تعدد الأدوية) كمتنبئين مستقلين لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة في المرضى الصرع.</p>	<p>ن = ٢١٩ مريضًا (٣٤,١٨ ±) استخدم الإصدار الأردني من مقياس نوعية الحياة للصرع (QOLIE-31)، ومقياس تقييم الالتزام بالأدوية (MARS).</p>	<p>Tanveer et al., 2023 باكستان</p>
<p>- وجد ثلاث مجموعات: ضعيفة (الحالة الانفعالية سلبية مرتفعة وقصيرة المدة)؛ مرونة (الحالة الانفعالية سلبية معتدلة وطويلة الأمد)؛ والمجموعة ذات التأثير المنخفض (الحالة الانفعالية سلبية منخفضة وقصيرة المدة). - المجموعة الضعيفة كان نوعية حياتهم أضعف من المجموعات الأخرى (باستثناء القلق من النوبات). - حصل المرضى الذين يتمتعون بالمرونة على درجات أقل في بعض الأبعاد الفرعية لنوعية الحياة (أي النوعية الشاملة للحياة والرفاه العاطفية والطاقة).</p>	<p>ن = ١٧٠ مريضًا (٨٢ رجلاً و ٨٨ امرأة) قائمة القلق حالة -سمة، قائمة بيك للاكتئاب- الصورة الثانية، اختبار تتبع المسار، اختبار فرز بطاقة ويسكونسن، اختبار التعلم اللفظي الشامل باللغة الإسبانية، اختبار الشكل المعقد لراي أوستريبيث، اختبار تسمية بوسطن، اختبار تسمية الحيوان، مقياس نوعية الحياة لمرضى الصرع (QOLIE-31)</p>	<p>Catalán-Aguilar et al., 2023</p>
<p>- العمر، والقلق، والاكتئاب، تدني احترام الذات، الوصمة، تناول الدواء مرتين أو أكثر يوميًا، وكون المريض أمي، والإصابة بأكثر من نوبتين تؤثر سلبًا على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. - بينما ارتفاع الدخل، والدعم الاجتماعي، والتحرر من النوبات لمدة عام كان لها تأثير إيجابي على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.</p>	<p>ن = ٣٤٦ مريضًا مصابًا بالصرع والذين زاروا عيادة الطب النفسي للمتابعة لمدة ٣ أشهر على الأقل.</p>	<p>Yesuf et al., 2024</p>
<p>ثانياً: القلق والاكتئاب لدى مرضى الصرع الفص الصدغي</p>		

<ul style="list-style-type: none"> - القلق المعتدل إلى الشديد لدى مرضي دون الاكتئاب المرضي المصاحب. - القلق يقلل بشكل كبير من نوعية الحياة. 	<p>ن = ٢٦١ مريض.</p> <p>استخدام قائمة الاضطرابات العصبية والاكتئاب للصرع (NDDI-E) ومقياس الانفعالية (Emotional Thermometers, ET)، وكلاهما للكشف عن الاكتئاب. تم استخدام مقياس القلق والاكتئاب في المستشفى (HADS-A) مع قطع للقلق المعتدل والشديد كمعيار مرجعي. قياس نوعية الجودة باستخدام EQ5-D.</p>	<p>Gur-Ozmen et al., 2017</p>
<ul style="list-style-type: none"> - وكان القلق الشديد ١٤,٣٪، والاكتئاب في ٢٠,٢٪، والنعاس في ١٤,٣٪ من المرضى. - ارتبط الاكتئاب والقلق والصرع البؤري. - إن العلاقة بين تدني نوعية الحياة والدرجات المرتفعة من الاكتئاب والقلق، خاصة في الصرع المقاوم للأدوية والجنس الأنثوي. - ارتباطات سلبية دالة بين مشاكل النوم والدرجة الكلية لنوعية الحياة، والمزاج. 	<p>تم تضمين ٨٤ مريضًا (٤٤,٣ ± ٤٤,٣) مدة ١٧,٤ سنة، ٤٨,٢٪ انثى، مدة الصرع (٢١,٥ ± ١٥,٩ سنة).</p> <p>مقياس اضطراب القلق (GAD-7)، والاكتئاب (NDDI-E)، والنعاس (مقياس النعاس إيوورث)، ونوعية الحياة (QOLIE-31-P)</p>	<p>Gonzalez-Martinez et al., 2022</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ارتبط تشخيص الصرع بشكل كبير بضعف نوعية الحياة وزيادة مستوى القلق. - ارتبط القلق والاكتئاب بنوعية الحياة. - يؤثر مرض الصرع سلبا على نوعية الحياة والمزاج، بغض النظر عن التحكم في النوبات بسبب الأدوية المضادة للصرع. 	<p>ن = ٣٧ مريضًا. (٤٥,٨ ± ٤٥,٨) ١٤,٤ سنة، و ٥٤,١٪ من الإناث.</p> <p>مسح صحي قصير الشكل ٣٦؛ درجة القلق والاكتئاب في المستشفى؛ درجة مقياس التناظرية البصرية لتقييم العبء الوظيفي والنفسي الاجتماعي للمرض.</p>	<p>Rauschenbach et al., 2022</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تعد الظروف المعيشية ومشاكل الصحة العقلية عناصر أساسية لتحقيق نوعية حياة أفضل في حالة الصرع. 	<p>ن = ١٧٤ شخصًا بمتوسط ٣٩,٥٥ عامًا، ٥٠٪ ذكر.</p> <p>استخدام قائمة نوعية الحياة الصرع - ١٠، والالتزام بالعلاج</p>	<p>Moreno-Mayorga et al., 2023</p>

	(اختبار موريسكي)، وسلوكيات الرعاية الذاتية، وإدراك الإعاقة وتوفير الخدمات الصحية.	
--	---	--

يتضح من هذا الجدول أن:

١. من حيث العينة: تناول الجنسين في مرحلة الرشد في سن ≤ 18 .
 ٢. من حيث الأدوات: اعتمدت جميع الدراسات على قائمة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الصادرة من منظمة الصحة العالمية سواء النسخ المختصرة له (١٠ بنود أو ٣١ بند) أو النسخة الكاملة (٨٩ بند)، مقياس الصرع (EQ5-D)، مقياس بونر سكالين للصرع تنوعت مقاييس حالة المزاج المكتئب (القلق والاكتئاب في المستشفى HADS-A)، ومقياس اضطراب القلق (GAD-7)، والاكتئاب للصرع (NDDI-E)، مقياس بيك للاكتئاب- الصورة الثانية، وقائمة القلق حالة - سمة، وقائمة الاكتئاب (فون زرسن).
 ٣. من حيث النتائج؛ توضح جميع الدراسات السابقة تدني نوعية الحياة لدى مرضى الصرع لعدة عوامل منها تدني تقدير الذات، والوصم الاجتماعي، وتناول الأدوية المضادة للصرع، الأمية، الإصابة بالنوبات الصرعية، وانخفاض الدخل الشهري.
- اختلفت نتائج الدراسات حول حدوث حالة القلق والاكتئاب؛ حيث أكدت الدراسات على إصابة مرضى الصرع بالقلق دون الاكتئاب (Gur-Ozmen et al., 2017; Gonzalez-Martinez et al., 2022; Rauschenbach et al., 2022) إلا أنه تم التأكيد على ارتباط الاكتئاب بالصرع (البؤري)، وتكون حالة القلق جلية في الصرع الصدغي، ونوه أيضا مريضات الصرع تعانين من القلق مقارنة بالمرضى الذكور (Gonzalez-Martinez et al., 2022).

٥ المنهج وإجراءات الدراسة الحالية: تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن.

عينة الدراسة ومحكات الاختيار:

أولاً: التعرف على مريضات صرع الفص الصدغي الأوسط وتحديد اسمائهم ومناطق تواجدهم بمحافظة الوادي الجديد، تمت في الفترة بين يناير ٢٠١٨ حتى فبراير ٢٠٢٣م، وكانت:

(١) نشر اعلان بين طلاب جامعة الوادي الجديد وأهالي قري مراكز الخارجة وباريس والداخلة بمحافظة الوادي الجديد. وحدد للاشتراك أن تكن مريضة الصرع مشخصة من أطباء الأعصاب (الاطلاع على التقارير والروشتات الطبية للتعرف على العلاج الخاص بالمرضى، وجود تقارير حديثة لهن بحيث لا يكون قد مر عليها أكثر من شهرين)، ومتابعات للعلاج بالعيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية (مستشفى اسوط، ومستشفى الخارجة العام)، ومنهن من يتابع في عيادات خاصة بمدينة القاهرة. (٢) التواصل هاتفيا مع مريضات صرع الفص الصدغي الأوسط (البؤري الحالة) حيث تنشأ النوبات أو سادت في الفص الصدغي، ولكن تم اتخاذ قرار بمواصلة العلاج الطبي من قبل الطبيب حتى تاريخ تطبيق الأدوات

ومعرفة هدف الدراسة واخذ الموافقة على المشاركة بها. (٣) وتم اجراء المقابلات للمشاركات فى بيوتهن بمحافظة الوادي الجديد بقري مراكز الخارجة والداخلة وباريس بمحافظة الوادي الجديد.

ثانياً: معايير تضمين واستبعاد للمشاركات بالدراسة الحالية

(١) مريضات شخصن صرع الفص الصدغي الأوسط المقاوم للأدوية، وبالتالي التأكد من أن المرض كان مزمنًا، (٢) العمر الزمني ≤ 18 سنة، (٣) نوبات غير منضبطة من الفص الصدغي لمدة ٣ سنوات على الأقل على الرغم من استخدام ثلاثة أو أكثر من الأدوية المضادة للصرع، و(٤) أعطوا موافقتهم المستنيرة للمشاركة بالدراسة. وكانت الاستبعاد وفق: (١) تكون المشاركة أكبر من ٥٠ عامًا لتجنب سن انقطاع دورة الحيض، واحتمال وجود العجز الحسي وعدم القدرة على التواصل بسبب ضعف أو فقدان السمع أو الحالات الطبية الخطيرة (Tayeb et al., 2022) بجانب تأثير التعب. و(٢) أن لا تكون النوبات متكررة على فترات قصيرة من تشخيص الصرع (نوبتين غير مستثنائتين على الأقل بفاصل ٢٤ ساعة) (Edefonti et al., 2011) لكي ترجع لمضاعفات الصرع (سامي عبد القوي، ٢٠٠٠، ١٥٦) أو أن يفقد الوعي فجأة بسبب نوبة صرع في وقت جمع البيانات. و(٣) ترفض الأدوية المضادة للصرع فقط (Edefonti et al., 2011). و(٤) ألا تكون المشاركة ممن قرر لهم الطبيب المعالج إجراء عملية جراحية أثناء اجراء الدراسة. (٥) يعانين من الضعف المعرفي الشديد (تطبيق مقياس الحالة العقلية المختصر MMSE). (٦) تعاني المشاركة من الاضطرابات النفسية وتخضع للعلاج الدوائي والنفسي.

ثالثاً: العينة الرئيسة الدراسة الحالية

تكونت عينة الدراسة (٧٨) مريضة صرع الفص الصدغي الأوسط المقاوم للأدوية تتحدث العربية، أميات (لا تقرأ ولا تكتب)، ومتزوجات (فى سن الخصوبة ١٩-٣٥ سنة). وتم تقسيمهن إلى ثلاث مجموعات؛ قوام كل منها ٢٦ مريضة. وتم اختيارهن قصدياً بعد تطبيق محكات التضمين والاستبعاد للعينة.

جدول (٢) خصائص العينة مريضات الصرع الفص الصدغي

المتغير	الجنس	ن العينة الكلية	العمر الزمني	التعليم	معدل الذكاء (مقياس المفردات) < 69	سن اكتشاف المرض	فترة المرض
مريضات صرع الفص الصدغي	الاناث	٧٨	٢٥,٢ (١,٨)	لا تقرأ ولا تكتب	٩٢,٤ (١٥,٩)	١١,٣ (٤,٢)	٨,١٣ (٤,٣٥)

وتم جمع البيانات من قبل الباحثة الأولى لأنهن ممن لا يقرأن أو يكتبن، قامت الباحثة باجراء المقابلة وإلقاء بنود المقاييس عليهن شفهيًا؛ وقرأت الباحثة الأولى بنود المقاييس

للمريضات وكتابة الإجابات المختارة دون تقديم أي مداخلات. والحرص على أن تكون جميع المريضاات موجودات، ولم تصب المريضاات نوبات خلال فترة جمع البيانات وتطبيق الأدوات للدراسة.

جدول (٣) يوضح تكافؤ عينات الدراسة في المتغيرات السكانية الاجتماعية

الخصائص	تكافؤ العينة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	كأ	مستوي الدلالة
العمر	مريضات (نوبة واعية بؤرية)	٢٦	٢٥,٨٩	١,١٨	٢١,٣٦	٠,٧١٢	غير دالة
	مريضات (نوبة ضعف الوعي البؤري)	٢٦	٢٦,٢٨	١,٩٧	٩,٧١		
	مريضات (نوبة معممة)	٢٦	٢٥,٢٦	١,١٥	١٠,٩٣		
الذكاء غير اللفظي	مريضات (نوبة واعية بؤرية)	٢٦	٩٩,٧١	٢,٠٦	١١,٧٩	٠,٥٩٣	غير دالة
	مريضات (نوبة ضعف الوعي البؤري)	٢٦	١٠٠,٢٩	٣,٠٥	١٢,١٦		
	مريضات (نوبة معممة)	٢٦	٩٩,١٤	٣,٧٦	٩,٠٥		
المستوى الاقتصادي	مريضات (نوبة واعية بؤرية)	٢٦	٢١٦,٥٧	٢٣,٢	١٢,٣٦	٠,٧٧٣	غير دالة
	مريضات (نوبة ضعف الوعي البؤري)	٢٦	٢١١,٧١	٢٧,٥٨	١٢,٣٦		
	مريضات (نوبة معممة)	٢٦	٢١١,٧١	٢٢,٩١	١٠,٥٠		

وتم جمع البيانات للخصائص الاجتماعية- السكانية والعوامل الإكلينيكية للصرع باستخدام استبيانات منظمة، وهي:

١. مقابلة شخصية غير مقتنة عن مريضات الصرع: إعداد الباحثة الثانية، تحديد البيانات الشخصية الاجتماعية والإكلينيكية لمريضات الصرع. وتتألف الأداة من بنود توضح البيانات الشخصية، والحيوية الهرمونية، وأيضا الخصائص الإكلينيكية لمريضات الصرع.
٢. مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لمريضات الصرع: إعداد الباحثة الأولى.

٣. مقياس سبيلبرج للقلق كحالة (الصورة ٥) إعداد كل من سبيلبرج واخرين (١٩٨٣)،
تعريب أحمد عبد الخالق (١٩٨٤).

٤. مقياس بيك للاكتئاب (الإصدار الثاني): تعديل وتقنين غريب عبد الفتاح غريب
(٢٠٠٠).

- مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لمريضات الصرع (إعداد الباحثة الأولى).

مر بناء المقياس بعدة خطوات يتم توضيحها فيما يلي: -

(١) الاطلاع على التعريفات النظرية للمفهوم والمقاييس السيكومترية له بالأدب السابق؛ حيث اطلعت الباحثة على عدد من مقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الصرع [موضحة بجدول رقم (٣)]. قد اطلعت الباحثة على عدد من المقاييس السابقة المستخدمة في الدراسات العربية والأجنبية والتي استخدمت مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في حدود اطلاع الباحثة- والتي كانت معظمها معدة للتطبيق على مرضى الأمراض المزمنة، ومنها حول مرضى الصرع - ولم يتم تسليط الضوء على مريضات الصرع. لذلك سعت الباحثة من خلال هذا المقياس إلى تزويد الأدب السيكومتري بمقياس لنوعية الحياة لمريضات الصرع الراشدين.

جدول (٤) يوضح المقاييس التي اطلعت عليها الباحثة الأولى

المقياس	خصائصه	وصف المقياس
استبيان نوعية الحياة لمرضى الصرع - ١٣١	QOLIE-10	١٠ بنود - النتيجة الإجمالية ٣ عوامل: تأثيرات الصرع، والصحة العقلية، وأداء الأدوار
١٣١ - الصرع	QOLIE-89	٨٩ بنداً- النتيجة الإجمالية و١٧ مقياساً فرعياً مع ٤ أبعاد أساسية: البعد المستهدف للصرع، والعامل المعرفي، والصحة العقلية، والصحة البدنية.
نوعية الحياة لمرضى الصرع (Epi-QoL)		٤٦ بنداً- النتيجة الإجمالية و٦ مجالات: الأداء البدني، والأداء المعرفي، والرفاه الوجدانية، والأداء الاجتماعي، والقلق من النوبات، وتأثيرات الدواء
مقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة (WHOQoL)	WHOQoL-100	١٠٠ بند - النتيجة الإجمالية و٦ مجالات؛ الجسدية، النفسية، مستوى الاستقلال، العلاقات الاجتماعية، البيئة، الروحانية
	WHOQoL-BREF	٤٦ بنداً - النتيجة الإجمالية و٤ مجالات: الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية
استبيان الحالة الوظيفية ^٢		٣٤ بنداً - مقاييس موجزة: أنشطة الحياة اليومية، الصحة العقلية،

(٢) تجربة استطلاعية من خلال سؤال عينة من مريضات الأمراض المزمنة، وتحليل مضمون الإجابات والتوصل إلى بنود من خلال استجابات المشاركات والاطلاع السابق على المقاييس المستخدمة. قد تم عقد لقاءات مفتوحة مع مرضي الأمراض المزمنة المترددات على مستشفى الخارجة العام (١١١ مريضة؛ ٩ منهن مريضات الصرع) ومناقشتهم ومعرفة آرائهم حول نوعية حياتهم المرتبطة بالصحة وما الذي يثير اهتمامهم لكل بعد منه، وما يثير اهتمامهم في هذه الفترة العمرية (فترة الخصوبة والإنجاب). وبعد صياغة التعريف المفهومي النظري للمفهوم، قمت بإعداد قوائم بالعبارات من النصوص المكتوبة من المريضات، مما أدى إلى ٩٣ عبارة، وتم استبعاد العبارات التي بها مشاكل في قابليتها للتفسير أو الصلاحية الظاهرية أو التكرار، مما أدى إلى ترك ٦٦ عبارة، والتي تعكس معاً محتوى المقياس والغرض منه. وحلت محتوى إجابة المقياس حسب التكرارات والنسبة المئوية لأبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لمريضات الصرع، صمم المقياس في صورته المبدئية - (٦٦) عبارة - وقد اشتمل على ثمانية أبعاد بناء على تعريف نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لديهن.

(٣) ثم بعد الانتهاء من صياغة بنود المقياس، واختبار الكفاءة السيكومترية للمقياس تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية عددها (١٠٠) مريضة (٧٠ مريضة تعان من الداء السكري-النوع ١، و ٣٠ مريضة مصابة بالصداع النصفي) ولإستخلاص أبعاد المقياس تم حساب الصدق العملي للمقياس، وتم تعديل واستبعاد العبارات التي ليس لها علاقة بالبعد، وتم حساب كل من التقدير الكمي والكيفي. وقد تم تقدير الكمي من خلال حساب الخطأ المعياري لعبارات المقياس، ثم تم حساب الدلالة عند مستوي $0,05 = E \times 1,96$ ثم قارن الدلالة عند مستوي $0,05$ مع (ب) نسبة الموافقة، فإذا كانت $b <$ حد الدلالة عند مستوي $0,05$ تحذف العبارة، وإذا كانت $b > 0,05$ تبقى العبارة. بينما التقدير الكيفي؛ قامت الباحثة بإجراء التعديلات وإعادة صياغة بعض المفردات بناء على الصدق العملي، وقد أسفرت هذه العملية استبعاد (٨) عبارة، وتم تعديل صياغة ٨ عبارات. يتكون المقياس بصورته النهائية من ٥٢ عبارة مقسمة على ٨ أبعاد.

الخصائص السيكومترية للمقياس: قامت الباحثة بتقنين مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لمريضات الصرع على عينة استطلاعية بلغت ٦٠ مريضة بالأمراض العصبية بمتوسط عمر ٣١,٦ سنة وانحراف معياري قدره ١,٧٥ سنة. وتم حساب الاتساق الداخلي من خلال معاملات الارتباط بين كل عبارة ومجموع درجة البعد الذي ينتمي إليه، وارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس، وارتباط كل بعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية. ويتضح أن جميع العبارات دالة عند مستوي $0,01$ و $0,05$ ومعاملات الارتباط تتراوح ما بين $0,40$ إلى $0,90$ ، وهذا يعطى دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي.

أما ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار بفاصل ١٠ أيام على عينة من مريضات الأمراض العصبية المزمنة، ثم قمت بإعادة إجراء نفس المقياس على نفس المجموعة بعد مضي ١٠ أيام،

وقمت بتسجيل درجات أفراد العينة فى التطبيق الأول ودرجاتهم فى التطبيق الثانى، ثم قام بحساب معامل الارتباط لجميع أبعاد المقياس والدرجة الكلية بطريقة الارتباط التتابعى لبيرسون بطريقة الانحرافات، ووجد معامل الارتباط قدره ٠,٨٨ وهو معامل ارتباط مرتفع ودال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يدل على الارتباط الدال بين درجات التطبيق الأول والثانى بنفس العينة. وباستخدام معامل ألفا كرونباخ لجميع أبعاد المقياس والدرجة الكلية، تبين أن قيمة معامل الثبات كانت مرتفعة ٠,٩٤ وكانت دالة عند مستوى ٠,٠١ مما يعنى أن مستوى الثبات للمقياس مرتفع.

جدول (٥) معامل الثبات مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لمريضات الصرع

البعد	معامل ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار
١ الألم الجسدى	**٠,٦٧	*٠,٨٩
٢ هم تكرار النوبات	**٠,٥٨	*٠,٩٤
٣ الدور العاطفى	**٠,٧٦	*٠,٩١
٤ الألفة والوثام	*٠,٦٠	*٠,٨٦
٥ تأثيرات الدواء	*٠,٧١	*٠,٩٢
٦ الرضا عن صورة الجسم	*٠,٦٩	*٠,٨٢
٧ الدور الاجتماعى	*٠,٧١	*٠,٨٥
٨ الصحة العامة	*٠,٦٦	*٠,٨٧
الدرجة الكلية	*٠,٩٢	*٠,٨٨

(٤) وضع الصورة النهائية للمقياس، وتحديد التعريف الاجرائى لمفهوم نوعية الحياة المرتبطة بصحة مريضات الصرع أنه: "المعيار الذى تستخدمه مريضة الصرع لتحديد نوعية حياتها الصحية؛ وتعبر عن رضاها عن مستوي أدائها لأنشطة حياتها اليومية التى تتطلع إلى بلوغها، هذا الهدف الذى تتطلع إليه وتسعى لتحقيقه فى أحد جوانب الحياة وفى أى مجال ترغبه؛ شريطة أن يتوافق ويتوازي مع مدى الألم الجسدى، وهم تكرار النوبات، والدور العاطفى، والألفة والوثام، وتأثيرات الدواء، والرضا عن صورة الجسم، والدور الاجتماعى، والصحة العامة، وذلك وفق سياقهن الثقافى والأنظمة القيمية التى يعشن فيها".

إعداد تعليمات المقياس: يعتمد صدق الاستجابات وثباتها على الطريقة التى تعطي بها التعليمات، ولذلك تم مراعاة الدقة فى وضع تعليمات المقياس حتى لا يختلف النتائج باختلاف التعليمات. وقامت الباحثة بإعداد التعليمات وإفائها بطريقة شفوية فى صورتها النهائية للمريضات.

وصف المقياس: يتكون المقياس من جزئيين؛ الجزء الأول (أ) تحديد مدى ادراك المريضة لنوعية حياتها (٥٢ بنداً) من خلال ٨ أبعاد مرتبطة بالصحة وهي: الألم الجسمي (٨ بند)، وهم تكرار النوبات (٦ بند)، والدور العاطفي (٨ بند)، والألفة والوثام (٧ بند)، وتأثيرات الدواء (٤ بند)، والرضا عن صورة الجسم (٧ بند)، والدور الاجتماعي (٦ بند)، والصحة العامة (٦ بند). وتقاس كل عبارة على مقياس ثلاثي للإجابة (دائماً، احياناً، ابدًا). والجزء الثاني (ب) يكون من مجموعة من عبارات بلغت ٤ بنود لأعطاء الرأي أو التعليق لمريضة الصرع حول نوعية حياتها، والبنود هي: مدى تقييمها لنوعية حياتها، وتقييمها لنوعية حياتها أثناء الأربعة أسابيع الماضية، ومدى اعتقادها بتحسّن أو سوء حالتها الصحية [تتراوح من أفضل حالة صحية (١٠٠) حتى أسوأ حالة صحية يمكن تصورها (صفر)]، وكتابة أى ملاحظات أو تعليق يحب اضافتها لتعبير عن حالتها الصحية وأثرها على أنشطتها اليومية.

١. مقياس سبيلبرج للقلق كحالة (الصورة ٥):

وهو مقياس تقرير ذاتي عن حالة القلق من اعداد كل من سبيلبرج وجورستش ولوشن وفاج وجاكوبز (١٩٨٣)، عربه أحمد عبد الخالق (١٩٨٤) لتناسب المشاركين من البيئة العربية. ويشتمل المقياس على ٢٠ عبارة تقيس الفروق الفردية الثابتة نسبياً في الاستهداف للقلق بوصفه سمة في الشخصية، حيث تهدف إلى تقدير ما يشعر به المشارك فعلاً في هذه اللحظة. ويكشف هذا المقياس عن مجموعه من الصفات تشخص حالة القلق سواء اللحظة الراهنة أو في الماضي القريب مثل مشاعر الخشية (أي الخوف من شيء مرتقب)، والتوتر والعصبية والانزعاج. ويجب عنه المشارك على مقياس متدرج الشدة من ٤ درجات للشدة تتراوح بين (١) والتي تعنى أن العبارة لا تنطبق على المشاركة مطلقاً، إلى الدرجة (٤) والتي تشير إلى أن العبارة تنطبق بدرجة كبيرة عليها. وهناك ١٠ بنود من المقياس تعطى أوزاناً معكوسة، وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس من ٢٠ إلى ٨٠ درجة.

أما بالنسبة للخصائص السيكومترية للمقياس، تشير الدراسات السابقة التي استخدمت هذا المقياس إلى ما يتمتع به من مؤشرات صدق وثبات مقبولة. حيث بلغت معاملات الاتساق الداخلي للمقياس ٠,٩١، ٠,٩٤، لدى مجموعتين من طلاب الجامعة. كما تكشف الدرجة على المقياس عن معاملات ثبات بإعادة الاختبار منخفضة، وهو أمر متوقع يدعم الصدق التكويني للمقياس. فالمقياس الصادق لحالة القلق - كما يذكر سبيلبرج وزملاءه- يجب أن يعكس تأثير العوامل الموقفية الفريدة التي توجد أثناء موقف التطبيق (عبد الخالق، ١٩٨٤). فقد قام أحمد عبد الخالق بحساب ثبات المقياس على عينة من طلاب الجامعة باستخدام طريقة إعادة التطبيق حيث تراوحت معاملات الثبات بعد فاصل زمني ٣٠ يوم بين ٠,٧١ للذكور، و٠,٧٥ للإناث. كما تراوحت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ٠,٩٠ للذكور، و٠,٩١ للإناث، وهي معاملات ثبات مرتفعة بوجه عامة. أما عن الصدق فقد أسفر حساب الصدق المرتبط بالمحك للمقياس عن تراوح معاملات الصدق بين ٠,٥٦-٠,٧٨ (ارتباط سمة القلق لسبيلبرج مع سمة القلق لتايور).

قامت الباحثان بحساب ثبات اعادة التطبيق على ٦١ مريضة أمراض مزمنة (مرضي السكر النوع الأول المصاحب بالضغط المرتفع)، وبلغ معامل الارتباط ٠,٧٩،

٢. مقياس بيك الثاني للاكتئاب (د-٢)، تعريب وتقنين غريب عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠):

يعتبر مقياس بيك للاكتئاب (الإصدار الثاني) هي صورة مطورة لمقياس بيك للاكتئاب مستخدماً أسلوب التقرير الذاتي لقياس شدة الاكتئاب لدى المراهقين والبالغين بدءاً بسن ١٣ عاماً، ويتكون من ٢١ مجموعه من العبارات تتعلق كل منها يعرض من حالة الاكتئاب. وبالنسبة للخصائص السيكومترية للمقياس، قام غريب عبد الفتاح غريب بالتحقق من ثبات المقياس عن بطريقتين أولاًهما، طريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني أسبوعين على (٥٥) من طلاب الجامعة، وبلغت معاملات الثبات ٠,٧٥ لدى الطلاب، و٠,٧٤ لدى الطالبات، و٠,٧٤ لدى العينة الكلية. أما الطريقة الثانية لحساب ثبات المقياس كانت طريقة ألفا كورنباخ حيث بلغ لدى الطلاب (ن=٧٠) ٠,٧٩، ولدى الطالبات (ن=٤٤) ٠,٨٨، ولدى العينة الكلية (ن=١١٤) ٠,٨٣ (غريب عبد الفتاح، ٢٠٠٠، ٢٣-٢٥).

وبحساب ثبات اعادة التطبيق على ٦١ مريضة أمراض مزمنة (مرضي السكر النوع الأول المصاحب بالضغط المرتفع)، وبلغ معامل الارتباط ٠,٨١،

إجراءات الدراسة: بعد التحقق من تقنين أدوات الدراسة، وتم أخذ موافقة المريضات الخاضعين للدراسة بعد شرح الهدف من إجراء الدراسة، وبعد إجراء الدراسة الإسترشادية ثم بدأ جمع البيانات من المريضات مقابلة شخصية منظمة عن نوعية الحياة لدى مريضات الصرع. وكان الوقت المستغرق للمقابلة تراوح بين ٢٠-٣٠ دقيقة تقريباً. واستخدمت مقاييس الذكاء غير اللفظي (لأنهن أميات)، والمستوي الاجتماعي والاقتصادي. وأخيراً استخدم مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لمريضات الصرع ومقياسي القلق والاكتئاب.

الأساليب الإحصائية المستخدمة: استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية ببرنامج حزمة البيانات الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) حسب العينة ونوع البيانات وهي: المتوسطات والانحرافات المعيارية، وتحليل التباين الأحادي والمتعدد للفروق بين المجموعات على أبعاد المقياس، وتحليل التباين بين المجموعات بطريقة بونفيروني، تحليل الانحدار الخطي.

عرض نتائج الدراسة الإحصائية:

نص الفرض الأول على "يتباين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة تبعاً لاختلاف النوبة الصرعية بمريضات الصرع" وللتحقق من هذا الفرض قُسمت العينة إلى ثلاث مجموعات (نوبة واع بؤري × نوبة ضعف الوعي البؤرية × نوبة معمم) بحيث تمثل كل مجموعة ثلث العينة الكلية تقريباً. حسب تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للمقارنة بين المجموعات على مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة حيث الدرجة على ابعاد المقياس.

جدول (٦) تحليل التباين الأحادي لمقارنة العينات الثلاث على أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (ن=٢٦)

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	تقدير التباين	نسبة ف	مستوي الدلالة
الألم الجسدي	بين المجموعات	٣٩,٠٠	٢	٤٦,٥١	٨,٩٦٢	٠,٠٠٠١
	داخل المجموعات	٣٨٩,١٥٤	٧٥	٥,١٨٩		٠,٠٠٠٦
	المجموع	٤٨٢,١٥٤	٧٧	-		-
هم تكرار النوبات	بين المجموعات	٣٦٥,٦١٥	٢	١٨٢,٨	٥,٥٠٣	٠,٠٠٠٦
	داخل المجموعات	٢٤٩١,٢٦	٧٥	٣٣,٢٦		-
	المجموع	٢٨٥٦,٨٨	٧٧	٠,٠٠٠١		-
الدور العاطفي	بين المجموعات	٦٧,١٠٣	٢	٣٣,٥٥	١,٩٢٥	-
	داخل المجموعات	١٣٠٧,١١	٧٥	١٧,٤٣		-
	المجموع	١٣٧٤,٢٠	٧٧	-		-
الألفة والوثام	بين المجموعات	١٧٠,٧٩٥	٢	٨٥,٣٩	٧,٦٧٠	٠,٠٠٠١
	داخل المجموعات	٨٣٥,١٥٤	٧٥	١١,١٣		-
	المجموع	١٠٠٥,٩٤	٧٧	-		-
تأثيرات الدواء	بين المجموعات	٢٨٢,٦٤١	٢	١٤١,٣٢١	٥,٥١٠	٠,٠٠٠٦
	داخل المجموعات	١٦٢٣,٧٣٠	٧٥	٢٥,٦٥١		-
	المجموع	٢٢٠٦,٣٧١	٧٧	-		-
الرضا عن صورة الجسم	بين المجموعات	٢٥٧,٧١٨	٢	١٢٨,٨٥٩	٦,٠٨٨	٠,٠٠٠٤
	داخل المجموعات	١٥٨٧,٤٦٢	٧٥	٢١,١٦٦		-
	المجموع	١٨٤٥,١٧٩	٧٧	-		-
الدور الاجتماعي	بين المجموعات	١٢٤,٨٤٦	٢	٦٢,٤٢٣	٢,٣٤٧	-
	داخل المجموعات	١٩٩٥,١١٥	٧٥	٢٦,٦٠٢		-
	المجموع	٢١١٩,٩٦٢	٧٧	-		-

٠,٠٠٢	٦,٧٥٩	١٠٦,٢٤٤	٢	٢١٢,٤٨٩	بين المجموعات	الصحة العامة
		١٥,٧١٩	٧٥	١١٧٨,٩٦٢	داخل المجموعات	
			٧٧	١٣٩١,٤٥١	المجموع	

يتضح مما سبق وجود فروق بين المجموعات الثلاث في جميع ابعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ما عدا الدور العاطفي والدور الاجتماعي، لذا قامت الباحثة بتحليل المقارنات الثنائية بين المجموعات وفق طريقة بونفيروني (Bonferroni) للتمييز بين المجموعات الثلاث على الأبعاد التي ظهر فيها دلالة نسبة "ف". وللتحقق من "هل يمكن لأبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة التمييز بين المجموعات الثلاث من مريضات الصرع (نوبة واعية بؤرية، نوبة ضعف الوعي البؤري، نوبة معممة)؟" تم استخدام اختبار بونفيروني في حالة دلالة نسبة ف - للكشف عن اتجاه الفروق بين المتوسطات لعدة مجموعات- لمعرفة هل يمكن لأبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة التمييز بين عينات الدراسة الثلاث من مريضات الصرع.

جدول (٧) يوضح دلالة الفروق واتجاهها بين كل زوج من المجموعات الثلاث على أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة

الاختبار	مصدر التباين	الفروق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	الدلالة الإحصائية
الألم الجسمي	نوبة واع بؤري × نوبة ضعف بؤري واع	*٢,٦٥٣	٠,٦٣٤٧	٠,٠٠١
	نوبة واع بؤري × نوبة معمم	*١,٦١٥		٠,٠٣٨
	نوبة ضعف بؤري × نوبة معمم	١,٠٣٨-		
هم تكرار التوبات	نوبة واع بؤري × نوبة ضعف بؤري واع	*٤,٨٨٤	١,٥٩٨	٠,٠٠٩
	نوبة واع بؤري × نوبة معمم	*٤,٢٣٠٧		٠,٠٣٠
	نوبة ضعف بؤري × نوبة معمم	٠,٦٥٤-		
الألفة والونام	نوبة واع بؤري × نوبة ضعف بؤري واع	*٣,٢٣٠	٠,٩٢٥٥	٠,٠٠٢
	نوبة واع بؤري × نوبة معمم	*٣,٠٣٨		٠,٠٠٥
	نوبة ضعف بؤري × نوبة معمم	١,٩٢٣-		
تأثيرات الدواء	نوبة واع بؤري × نوبة ضعف بؤري واع	*٤,٥٠٠	١,٤٠٥	٠,٠٠٦
	نوبة واع بؤري × نوبة معمم	٣,٣٠٧		

* ويعد اختبار بونفيروني أحد الاختبارات الإحصائية التي تستخدم في المقارنات البعدية المتعددة بين المتوسطات لأكثر من مجموعتين، وهو يعطى نتائج مقارنة إلا أنه أكثر ملاءمة في حالة قلة عدد المقارنات الثنائية.

		١,١٩٢-	نوبة ضعف بؤري × نوبة معمم	
٠,٠٠٩	١,٢٧٦	*٤,٤٢٣	نوبة واع بؤري × نوبة ضعف بؤري واع	الرضا عن صورة الجسم
		٢,٦٥٣	نوبة واع بؤري × نوبة معمم	
		١,٧٦٩-	نوبة ضعف بؤري × نوبة معمم	
٠,٠٠٢	١,٠٩٩٦	*٣,٩٢٣	نوبة واع بؤري × نوبة ضعف بؤري واع	الصحة العامة
٠,٣٨		*٢,٨٠٧	نوبة واع بؤري × نوبة معمم	
		١,١١٥-	نوبة ضعف بؤري × نوبة معمم	

* دال عند ٠,٠٥

نستنتج من الجدول أن الفروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات "نوبة واع بؤري ونوبة ضعف واع بؤري" و "نوبة واع بؤري ونوبة المعجمة" على جميع ابعاد المقياس. وأن الفروق ذات دلالة الاحصائية بين مريضات نوبة واع بؤري ونوبة ضعف واع بؤري على ابعاد تأثيرات الدواء، والرضا عن صورة الجسم، والصحة العامة. وللتعرف على مدى تباين القدرة التمييزية لأبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في التمييز بين العينات الثلاث من مريضات الصرع، حسب معاملات الدالة التمييزية حيث قمت بوضع ابعاد نوعية الحياة بوصفها متغيرات منبأة، والعينات الثلاث للمريضات بوصفها متغيرات تابعة للتمييز بين العينات الثلاث.

جدول (٨) الإحصاء الوصفي لاستجابة العينات الثلاث على ابعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة

نوبة معمم		نوبة ضعف بؤري واع		نوبة واع بؤري		الأبعاد
ع	م	ع	م	ع	م	
٢,٦	٧,٩	٢,٣	٩	١,٩	١٠,٦	الألم الجسمي
٥,٨	١٥,١	٥,٩	١٥,٨	٥,٧	٢٠	هم تكرار النوبات
٤,٧	١١,٣	٣,٧	١٠,٣	٤,١	١٢,٥	الدور العاطفي
٥,٩	١٦,٢	٤,٦	١٧,٤	٤,٥	٢٠,٧	تأثيرات الدواء
٥,٢	٧,٥	٤,٧	٩,٣	٣,٩	١٢	الرضا عن صورة الجسم
٥,٣	٨,٨	٤,٦	٩,٢	٥,٥	١١,٧	الدور الاجتماعي

توضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لأبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى العينات الثلاث، ويلاحظ أن متوسط عينة نوبة واعية بؤرية أعلى من متوسط نوبة ضعف واعية بؤرية ونوبة معمم في جميع المهام؛ أي أن أداء مجموعة نوبة واعية بؤرية كان أفضل من أداء نوبة الضعف الواعي البؤري والنوبة المعمة على أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة؛ ولا توجد فروق بين متوسطات عينتي نوبة ضعف واعية بؤرية ونوبة معمة.

جدول (٩) اختبار ويلكس لامبا (Wilks lambda) لتكافؤ متوسطات المجموعات

الأبعاد	ويلكس لامبا	ف	درجة الحرية ١	درجة الحرية ٢	الدلالة
الألم الجسمي	٠,٨٠٧	٨,٩٦٢	٢	٧٥	٠,٠٠٠١
هم تكرار التوبات	٠,٨٧٢	٥,٥٠٣	٢	٧٥	٠,٠٠٦
الدور العاطفي	٠,٩٥١	١,٩٢٣	٢	٧٥	٠,٠٠٦
تأثيرات الدواء	٠,٨٧٢	٥,٥١٠	٢	٧٥	٠,٠٠٦
الرضا عن صورة الجسم	٠,٨٦٠	٦,٠٨٨	٢	٧٥	٠,٠٠٤

وتشير النتائج الواردة في الجدول إلى تكافؤ متوسطات المجموعات بما يسمح بتلاشي التباينات داخل المجموعات، حيث أشارت قيم ويلكس إلى قيم دالة وغالبيتها أقل من مستوي ٠,٠١

جدول (١٠) القيم المميزة المستخدمة في تحليل ويلكس لامبا

الوظيفة Function	القيم الذاتية Eigenvalue	% من التباين	التراكمي % Cumulative	الارتباط المعياري Canonical vorrelation
١	٠,٣٧٣	٨٩,١	٨٩,١	٠,٥٢١
٢	٠,٠٤٦	١٠,٩	١٠٠,٠	٠,٢٠٩

يوضح الجدول أن القيم التمييزية مرتفعة وتشير إلى ارتفاع نسب التباين، الذي يفسره الأداء على أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، فالقيم التمييزية في الدالة الأولى تشير إلى قدرة أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة على تفسير ٨٩,١ من التباينات داخل العينات الثلاث، ولكن الدالة الثانية لا تشير إلى قدرة تمييزية للأبعاد.

جدول (١١) قيم ودلالات اختبار ويلكس لامبا

اختبار الدوال	ويلكس لامبا	كا	درجات الحرية	الدلالة
---------------	-------------	----	--------------	---------

٠,٠١٠	١٢	٢٦,٢٣٩	٠,٦٩٥	١ عبر ٢ 1 through 2
	٥	٣,٢٣٩	٠,٩٥٤	٢

وتشير نتائج ويلكس لامبا إلى ارتفاع قدرة الدالة الأولى في التمييز بين الثلاث مجموعات.

جدول (١٢) مصفوفة الدوال للأبعاد

الدالة		الأبعاد
٢	١	
٠,٦٢	*٠,٨٠٠	الألم الجسمي
٠,٠٣٣	*٠,٦٥٩	الرضا عن صورة الجسم
٠,٢٢٩	*٠,٦١٩	تأثيرات الدواء
٠,٥٣٤	٠,٥٩٩	هم تكرار النوبات
٠,٣١٩	*٠,٣٩٤	الدور الاجتماعي
*٠,٨٣١	٠,٢٣٠	الدور العاطفي

رتبت أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بشكل تنازلي حسب قدرتها على التمييز بين العينات، وبناء عليه فإن الألم الجسمي هي أقوى الأبعاد في التمييز بين المجموعات الثلاث، في حين كان أقلها الدور الاجتماعي، ولم يكن الدور العاطفي له أي قدرة على التمييز بين العينات.

جدول (١٣) التصنيف وفق قيمة مؤشر التنبؤ

الكلية	التنبؤ بالمجموعة			المجموعة	
	نوبة معمم	نوبة ضعف بؤري واع	نوبة واع بؤري	حساب %	الرئيس
٢٦	٢	٨	١٦		نوبة واع بؤري
	٥	١٥	٦		نوبة ضعف واع بؤري
	١٢	٨	٦		نوبة معمم

١٠٠,٠	٧,٦	٣٠,٨	٦١,٥	نوبة واع بؤري	
	٤٦,١	٣,٠٨	٢٣,١	نوبة ضعف واع بؤري	
			٢٣,١	نوبة معم	

* صنفت ٥٥,١% من حالات المجموعات الرئيسية

وتشير هذه النتائج إلى أن أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة يمكنها تصنيف ٦١,٥% من مريضات الصرع ذو النوبة الواعية البؤرية بشكل صحيح، وتصنيف ٥٨% من نوبة ضعف الواعية البؤرية بشكل صحيح، وتصنيف ٤٦% من النوبة المعممة بشكل صحيح.

ينص **الفرض الثاني** على أنه: "يوجد فرق دال إحصائياً بين مجموعات المريضا على مقياس بيك للاكتئاب" وتم استخدام تحليل التباين الأحادي، وقد أسفرت النتائج إلى: -

جدول (١٤) نتائج تحليل التباين الأحادي حسب المجموعات الثلاث

الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
٠,٠١	٢٢,٧٠٢	٢٣٥٠,٠٤٣	٢	٤٧٠١,١٧٩	بين المجموعات
		١١٣,٥٦٥	٨٧	٩٠١١,٢٠١	داخل المجموعات
			٨٩	١٣٧١٢,٣٨	المجموع

يتضح من الجدول أن قيمة ف لتأثير مجموعات المريضا على مقياس بيك للاكتئاب ذا دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠١، ولمعرفة الفروق بين المجموعات الثلاث في الاكتئاب استخدمت الباحثة المقارنات المتعددة من خلال معادلة شيفية.

يوضح جدول (١٥) نتائج الفروق في متوسط درجات مقياس بيك للاكتئاب حسب المجموعات الثلاث

الدلالة	الخطأ المعياري	فرق المتوسطات	المجموعة
٠,٠٥	٢,٦٢٨	*٦,٨٦٦	نوبة واع بؤري (م=٣٨,٥٦)
٠,٠١	٢,٦٢٨	*١٧,٥٦٦	نوبة ضعف واع بؤري (م=٢٧,٨٧)
٠,٠١	٢,٦٢٨	*١٠,٧٠٠	نوبة ضعف واع بؤري (م=٢٧,٨٧)

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوي ٠,٠٥ بين متوسط درجات الاكتئاب لدى المريضا (نوبة واع بؤري، ونوبة ضعف بؤري واع) وكانت

المتوسطات في اتجاه مجموعة بدء واع بؤري. و (٢) وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسط درجات بيك للاكتئاب لدى المريضات (نوبة واع بؤري، ونوبة معمم) وكانت المتوسطات في اتجاه مجموعة بدء واع بؤري. و (٣) وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسط درجات الاكتئاب لدى المريضات (نوبة ضعف بؤري واع، ونوبة معمم) وكانت المتوسطات في اتجاه مجموعة نوبة ضعف بؤري واع. وللتعرف على " الفروق بين مجموعات المريضات في الأداء على مقياس هاملتون للقلق" استخدام تحليل التباين الأحادي، وقد أسفرت النتائج إلى:

جدول رقم (١٦) نتائج تحليل التباين لدرجات القلق

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
بين المجموعات	٢٨٥٢,٤٦٦	٢	١٤٢٦,٢٢١	٢٢,٦	٠,٠١
داخل المجموعات	٥٤٨١,٤٣٢	٨٧	٦٣,١١٨		
المجموع	٨٣٣٣,٨٩٨	٨٩			

يتضح من الجدول أن قيمة ف لتأثير مجموعات المريضات (نوبة واعية بؤرية، نوبة ضعف الوعي البؤري، نوبة معمم) على مقياس القلق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠١. ولمعرفة الفروق بين المجموعات الثلاث في القلق استخدمت المقارنات المتعددة من خلال معادلة شيفية.

جدول (١٧) يوضح نتائج الفروق في متوسط درجات مقياس هاملتون للقلق بحسب المجموعات الثلاث

المجموعة	فرق المتوسطات	الخطأ المعياري	الدلالة
نوبة واع بؤري	نوبة واع (م=٣٨,٥٦)	٢,٠٥١	غير دالة
(م=٥٠,١٣)	نوبة ضعف واع بؤري (م=٣٦,٨٦)	٢,٠٥٠	٠,٠١
نوبة معمم	نوبة معمم (م=٣٦,٨٦)	٢,٠٥٠	٠,٠١

نص الفرض الثالث على أنه "يسهم كل من القلق والاكتئاب في التنبؤ بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مريضات الصرع". وقد استخدمت الباحثان تحليل الانحدار الخطي، والذي أسفر عن:

النموذج	مجموع	درجات	متوسط	قيمة ف
Regression	٢٦٧٥,٠٤٦	٢	١٣٣٧,٥٢٢	١٠,٥٤٢
Residual	١١,٣٦,٤٤١	٨٧	١٢٦,٨٦٦	
المجموع	١٣٧١١,٤٨٨	٨٩		

المتغير المستقل	قيمة ب	الخطأ المعياري	معامل التحديد	قيم ت	الدلالة
الثابت	١٢,٩٧٧	٦,٨١١	٠,١٩٦	١,٩١٨	٠,٠٥
القلق	٠,٥٧٢	٠,١٢٥		٠,٠١	٤,٥٥٤
الاكتئاب	٠,٤١١-	٠,٠٥٢		٠,٠٥	٣,٢٤٢

ومما سبق اتضح أن قيمة معامل التحديد لنموذج تحليل الانحدار لدرجات الاكتئاب والقلق تساوي ٠,١٩٦ وهى دالة عند مستوى ٠,٠١ وهذا يعنى أن العوامل مجتمعة تفسر ٠,١٩٦ من التغيرات الحادثة فى نوعية الحياة المرتبطة بالصحة تساوى ١٠,٥٤٢ وهى دالة عند مستوى ٠,٠١. ويمكن كتابة معادلة التنبؤ بدرجات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة من خلال درجات الاكتئاب والقلق على النحو التالي: درجة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة = ١٢,٩٧٨ + ٠,٥٧١ * الاكتئاب - ٠,٤١٢ * القلق.

مناقشة النتائج وتفسيرها:

أولاً: الخصائص الاجتماعية والسكانية والإكلينيكية لمريضات الصرع

بعد جمع البيانات الاجتماعية والسكانية والإكلينيكية لمريضات الصرع؛ وجد أنهم يعانون من نوبات جزئية (نوبة واعية؛ نوبة ضعف الواعى البؤري) أو نوبة معممة، وكانت مدة النوبة الصرعية تتراوح بين ١-١٢٠ دقيقة بمتوسط ٢٢,٦٧ (± ٢٠,٩٩). وكانت من أكثر من نصف الحالات كانت تحت العلاج المتعدد (٦٣,٩٪). وقد وجد ٤٤٪ فقط من المريضات لديهم تاريخ عائلي لمرض الصرع. ومن خلال تحليل ملاحظاتهم أن الألم الجسمي والتعب من أكثر العوامل التى تحفز حدوث النوبات التشنجية ٥٧٪ لديهم، ويليه عدم الانتظام بجرعات الأدوية المضادة للصرع ١٦٪، ويبقى ٢١٪ من المريضات لا يوجد لديهم عامل محدد يحفز حدوث النوبات التشنجية. و ٢٠٪ ذكروا أيضاً أنه لم تحدث لهم نوبات خلال الأربعة أسابيع الماضية (على الرغم من نفي الأهل ذلك)، و ٧٠٪ منهم تراوح عدد النوبات لديهم من ١-٤ نوبات فى تلك الفترة الزمنية، فقط ١٠٪ ذكروا أنهم تعرضوا لحدوث أكثر من ٥ نوبات خلال الأربعة أسابيع الماضية. وأن ٨٤٪ منهم يمثلون للعلاج المقرر لهم، على الرغم من أنهم يفكرون كثيراً فى عدم

الاستمرار في أخذه. وكان أغلبهم ١٣٪ يواظبن على المتابعة الدورية للعيادة الخارجية للصرع. واتفق جميعهن على محدودية الرعاية الذاتية، وشعورهن بالألم ودوام الانزعاج، وعدم الرغبة في الحركة وثقلها عليهن (تقييد الحركة)، وأوضحوا معاناتهم في مهامهم اليومية.

ثانياً: نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مريضات الصرع

تتجاوز مشكلات مريضات الصرع علاماته وأعراضه، مع احتمال وجود قيود على الأنشطة اليومية لديهن (Cramer, 1993). وقد أظهرت الأدبيات السابقة تدني نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى النساء المصابات بالصرع مقارنة بالرجال (Shetty et al., 2011)، تستحق النساء اللاتي تم تشخيص إصابتهن بالصرع اهتماماً خاصاً بسبب الاختلافات الهرمونية، والمشاكل الجنسية والتخطيط للإنجاب (Bangar et al., 2016) التي تؤثر سلباً على نوعية الحياة لديهن. اتضح من نتائج الفرض الأول أن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لمريضات الصرع تصف وتميز حوالي ٦١,٥٪ من مريضات الصرع (البدء الواع)، و٥٨٪ من البدء ضعف الواع البؤري، ٤٦٪ من البدء المعمم وهو ما يعنى أن يمكن تمييز مجموعتي النوبات البؤرية سواء البدء الواع أو البدء ضعيف الوعي من خلال قياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة من بين مريضات الصرع. وقد جاء بعد الألم الجسدي (أقوي الأبعاد تمييزاً) وهو ما اتفق جزئياً مع نتائج دراسة علاء اسكندراني وزملائه (Eskandrani et al., 2023) التي أكد فيها على أبعاد التعب، وتأثير الدواء، والوظيفة الاجتماعية كأبعاد مميزة لنوعية الحياة لمريضات الصرع مقارنة بالمرضى الذكور ودراسات (Liou et al., 2005; Huang et al., 2011; Santos et al., 2018) التي تناولت أبعاد نوعية الحياة لدى مرضي الصرع. مما يؤكد على أهمية بعد المجال الجسدي لنوعية الحياة بين مرضي الصرع مقارنة بغير المصابين به. ويفسر ذلك نموذج ويلسون وكلييري (Wilson & Clearly, 1995) في أن التصورات المرتبطة بالصحة العامة ذاتية بطبيعتها يجمع الجوانب الصحية المختلفة. وتعد الوظيفة الجسمية، والوظيفة الاجتماعية، والوظيفة النفسية (Wilson & Cleary, 1995; Bjorner et al., 1996; Ferrans et al., 2005) من أقوى المنبئات بنوعية الحياة وأكثرها اتساقاً في تصور الصحة العامة.

وتعد نوع النوبة أهم المحددات الإكلينيكية التي تؤثر على نوعية الحياة بمرضي الصرع (Srikanth, 2021). وتشكل النوبات البؤرية (المعروفة سابقاً باسم النوبات الجزئية) أكثر أنواع النوبات شيوعاً، حيث تمثل ما يصل إلى ٦١٪ من مرضي الصرع (Gupta et al., 2017) مما يزيد عبء المرض^٢ (Kwan et al., 2010) ويخفض نوعية الحياة (Strzelczyk et al., 2017). وتوجد نتائج مختلطة حول انخفاض نوعية الحياة مفادها أن المرضى بداية معمة أكثر المرضى انخفاض بنوية الحياة (Herodes et al., 2001; Kim, 2007)، وتؤثر على علاقاتهم الاجتماعية مع الأصدقاء وأفراد الأسرة (Kim, 2007). على النقيض توضح نتائج دراسة Guekht et al., 2007 أن مرضي النوبات البؤرية أكثر المرضى انخفاضاً

^١ restricted mobility
^٢ disease burden

لدرجات نوعية الحياة. وتوضح نتائج الفرض الأول بالدراسة الحالية أيضا انخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مريضات الصرع ذوي النوبات (بدء ضعف الوعي وبدء المعمم) مقارنة بالمريضات بالنوبة البؤرية (بدء واع) ليؤكد على خصائص النوبات التشنجية الصرعية (البدء، التكرار، والمدة، وحدوث النوبات، والعمر المبكر لبداية النوبة) من أهم العوامل التي تؤثر على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مريضات الصرع وهو ما يتفق مع توجه دراسات Jacoby & Baker, 2008; Ioannou et al., 2022. ويشير هذا إلى أنه من أجل تحسين نوعية الحياة بشكل كبير، يجب تحقيق ضبط النوبات والحفاظ عليها وهو ما يطلق عليه الاستجابة للعلاج (Elizebath et al., 2021)، وبالدراسة الحالية؛ أوضحت غالبية المريضات أنهن يخضعن للعلاج المتعدد (أكثر من نوع علاج مضاد للصرع) ولكن يملون من الإلتزام به نظرا من معاناتهم من النوبات لأكثر من عام واحد، وأوضحن أنهن دائماً في وضع غير مريح لأنهن لا يستطيعن التنبؤ بموعد حدوث النوبة التالية على الرغم من الخضوع للعلاج الدوائي. وقد يرجع ذلك إلى أنهن من الأميَّات المقيمات بقري الريف مما يمثل أعباء إضافية من صعوبة التنقل، وصعوبة الحصول على الدواء، وكونهن لا يعملن ويعتمدن على دخل الزوج مما أحدث تمايزاً في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لديهن.

وتؤدي الأمية إلى فهم أسوأ لإدارة النوبات والالتزام بالأدوية، وزيادة الوصم الذاتي (Nabukenya et al., 2014; Paul et al., 2015; Saadi et al., 2016; Nagarathnam et al., 2017; Ridsdale et al., 2017)؛ وأكدت دراسة سريكنس (Srikanth, 2021) أن الوضع التعليمي كان له تأثير كبير على مستوى نوعية الحياة؛ كان لدى الأميين درجات أقل في نوعية الحياة مقارنة بالمتعلمين متفقاً مع دراسة شاكرا والأسدي (Shakir, Al-Asadi, 2012) بالعراق ودراسة جيري وهايلاي (Gebre, Haylay, 2018) في أن مستوى التعليم بمثابة منبأ جدير بالملاحظة لنوعية الحياة بين مرضي الصرع وهو عكس نتيجة المراجعة المنهجية التي أجراها تايلور وآخرون (Taylor et al., 2011) في أن العلاقة بين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة والحالة التعليمية غير واضحة التأثير. بالإضافة إلى العيش في المناطق الريفية التي يواجه فيها المرضي مصاعباً إضافية (Silva et al., 2019) مما يخفض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة للمريضات بشكل عام، ويؤكد على الدور المحوري للمحددات الاجتماعية والسكانية والمحدد لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لديهن.

تشير نتائج الفرض الثاني من الدراسة الحالية إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعات الدراسة الحالية على القلق والاكتئاب وكانت دالة في اتجاه مريضات النوبة البؤرية ذات البدء الواع. مما يشير إلى - ويتفق نتيجة الفرض جزئياً مع الأدبيات السابقة - إصابة مريضات الصرع بحالة القلق والاكتئاب (على سبيل المثال Sachin et al., 2008; Mutluay et al., 2020; Gonzalez-Martinez et al., 2016; et al., 2020)، وانتشار حالة الاكتئاب بالصرع البؤري (Rauschenbach et al., 2022). ويصاحب تشخيص الصرع وتظل مع العلاج منه (Hesdorffer et al., 2012) مما يؤدي لزيادة تكرار النوبات الصرعية (Petrovski et al., 2012).

¹ Illiteracy حسب تعريف الأمم المتحدة هي عدم القدرة على قراءة وكتابة جُمل بسيطة في أي لغة. ولأساسيات القراءة والكتابة وليست للمستويات المتطورة منها

(2010; Kanner et al., 2012) ويسبب ارتفاع مستوى القلق، مما يؤثر على الأبعاد الجسمية (Rauschenbach et al., 2022). وقد يرجع السبب إلى ظهور النوبة في المريضات لتعرضهن لفترة طويلة للتعرض المبكر للوصم المجتمعي (Ogunjimi et al., 2024) بجانب أن عدم التعليم والفئة العمرية الأصغر لهما أهمية للعرضة بالاكتئاب لدى مرضى الصرع، وكان هذا مشابهًا لما لوحظ في هذه الدراسة (Onwuekwe et al., 2012; Ojagbemi et al., 2022).

النساء أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب مرتين مثل الرجال، ويمكن اعتبار الجنس الأنثوي الأكثر عرضه لتطور القلق والاكتئاب (Ogunjimi et al., 2024) يظهرن أمراضًا نفسية مصاحبة بشكل متكرر أكثر من الذكور (Kimiskidis et al., 2007; Alkoblan et al., 2023). ويشترك كل من الصرع والقلق والاكتئاب في آليات فيزيولوجية مرضية ووراثية وبيئية مشتركة (Kanner et al., 2012; Ogundare et al., 2020). ويؤثر البروجسترون على الناحية المعرفية (Shiono et al., 2019) ويسهم التعليم والفئة العمرية مع الاكتئاب لدى مرضى الصرع (Onwuekwe et al., 2012; Ojagbemi et al., 2022; Ogunjimi et al., 2024)، ويشيع الاكتئاب في الأعمار الأصغر من الفئة العمرية ٢١-٣٠ عامًا (Onwuekwe et al., 2012)، وكان هذا مشابهًا لما لوحظ في هذه الدراسة. ويوضح أن مريضات الصرع تواجه تحديات فريدة طوال حياتهن بسبب تأثيرات النوبات والأدوية المضادة للنوبات (Harden, Pennell, 2013; Harden et al., 2019). ويؤثر الاكتئاب تأثيرًا كبيرًا على نوعية الحياة بين مريضات الصرع في سنوات الإنجاب، وهو ما جاء بالفرض الثالث على اسهام كل من القلق والاكتئاب في التنبؤ بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مريضات الصرع. مما يؤكد على ارتباط الحالة المزاجية بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة بمرضى الصرع (Brandt et al., 2010; Gandy et al., 2012; WHO, 2019; Siarava et al., 2019)، مما يؤثر على النواحي الجسمية لديهن سلبياً على ضربات القلب (Santos et al., 2018)، ويرتبط نوعية الحياة وهم النوبات ارتباطاً سلبياً (Srikanth et al., 2021). ومن المرجح أن تكون نوعية الحياة أسوأ في مرضى الصرع مع وجود حالة الاكتئاب والقلق مقارنة بالمرضى غير المصابين بهما، مما يجعل الكشف المبكر والإدارة المناسبة للاكتئاب والقلق في مرضى الصرع أمرًا لا غنى عنه (Kwon, Park, 2014).

ويمكن تفسير نوعية الحياة لدى مريضات الصرع بالاعتماد على النهج البيولوجي النفسي الاجتماعي والتي يجب أن تتمحور حول مريض الصرع وأسرتهم - وليس نظام الرعاية الصحية - مع بذل الجهود لتحديد احتياجات المريض لتحسين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (Borrell-Carrio et al., 2004)، من خلال التفاعل بين العديد من الأبعاد في الحياة المبكرة (مثل الوراثة، البيئة (في الدراسة الحالية البيئة الصحراوية)، الأمية)، والعوامل الفسيولوجية (مثل: الهرمونات الانثوية، طبيعة النوبات وبدءها، والعلاج المتعدد، تقييد الحركة)، والعوامل النفسية الاجتماعية (مثل: الدعم الاجتماعي، والحالة المزاجية- القلق والاكتئاب) التي يمكن أن يكون لها

تأثير على ظهور الحالة لديهن والسلوك والنتائج الصحية (على سبيل المثال، السيطرة على النوبات، والإدارة الذاتية للمرض) والذي يؤكد على العلاقات الديناميكية والتأزيرية التي تحدث في مريضات الصرع. ويستلزم النموذج تنظيم بين أنظمة المجتمع والرعاية الصحية لتوفير الوصول إلى التعليم والخدمات وتقديمها، والتي تدعم الإدارة الذاتية من قبل المريضات المصابة بالصرع وعائلتهن.

المراجع العربية والأجنبية:

أحمد عبد الخالق (١٩٨٤). دليل تعليمات قائمة القلق (الحالة والسمة). سبيلبيرجر وزملاؤه. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، الطبعة الثانية.

أحمد عكاشة وطارق عكاشة (٢٠١٥). الطب النفسي المعاصر (ط٥). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

آيات أحمد علي عامر حمزة (٢٠١٥). جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالصرع. جامعة الإسكندرية. كلية التمريض، قسم التمريض الباطني والجراحي، رسالة ماجستير (غير منشورة)، ص. ٩٧.

سامي عبد القوي (٢٠٠٠). علم النفس العصبي الاسس وطرق التقييم. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية

سعيد سعد علي الزهراني (١٤٣٦هـ). علم النفس العصبي العيادي - مفاهيم واسس علم النفس العصبي. السعودية، الرياض: مكتبة الرشد.

السيد ابو شعيشع (٢٠٠٥). الأسس البيوكيميائية للأمراض النفسية والعصبية. القاهرة: دار النهضة العربية

عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠). مقياس الاكتئاب (د-٢) BDI-II. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

نسمة محيي السعيد نوار ومحمد نجيب الصبوة (٢٠٢١). الفروق بين الجنسين في الصمود النفسي والقلق والاكتئاب لدى المراهقين. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٩(٤)، ٧١٩-٧٥٥.

Alemu A, Dendir G, Gonfa A, Sisay Y, Tadesse T, Abebe A. Health-related quality of life and associated factors among adult patients with epilepsy in public hospitals of Wolaita zone, southern Ethiopia. An embedded mixed method study. *Epilepsy Behav.* 2023; 145: 109316.

Alkoblan FI, Alsoadan MM, Alhajri AA, Almousa MM, Alsalamah FS, Kazi A, Bashiri FA, Aljafen B. Social Anxiety, Social Support, and Quality of Life in Patients With Epilepsy at a Tertiary Care Hospital

- in Saudi Arabia. *Cureus*. 2023 Sep 18; 15(9): e45447.
- Ana Maria Cruz Santos, Humberto Castro-Lima, Marcos Antonio Almeida Matos, Milena Bastos Brito. Quality of life among women with epilepsy during their reproductive years. *Epilepsy & Behavior* 2018; 85, 10-13.
- Bangar S, Shastri A, El-Sayeh H, Cavanna AE. Women with epilepsy: clinically relevant issues. *Funct Neurol* 2016; 31(3) [0-0]
- Barlow D, Durand V, Hofman S. (2018). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach* (8th ed.). Canada: Cengage Learning.
- Bazil C.W., Pedley T.A. Advances in the medical treatment of epilepsy. *Annu. Rev. Med.* 1998; 49: 135–162.
- Bjorner JB, Kristensen TS, Orth-Gomer K, Tibblin G, Sullivan M, & Westerholm P. (1996). *Self-rated health - a useful concept in research, prevention and clinical medicine*. Forskningsrådsnämnden.
- Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004 Nov-Dec;2(6):576-82.
- Brandt C, Schoendienst M, Trentowska M, May TW, Pohlmann-Eden B, Tuschen-Caffier B, et al. Prevalence of anxiety disorders in patients with refractory focal epilepsy--a prospective clinic based survey. *Epilepsy Behav*. 2010; 17: 259–263.
- Bujan Kovač A, Petelin Gadže Ž, Tudor KI, Nanković S, Šulentić V, Poljaković Z, Mrak G, Mudrovčić M, Brezak I, Mijatović D, Đerke F, Desnica A, Nemir J, Čajić I, Nimac Kozina P, Đapić Ivančić B, Radić B, Hajnšek S. QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH EPILEPSY - SINGLE CENTRE EXPERIENCE. *Acta Clin Croat*. 2021 Dec; 60(Suppl 3):16-24.
- Cano-López I, Hampel KG, Garcés M, Villanueva V, González-Bono E. Quality of life in drug-resistant epilepsy: relationships with negative affectivity, memory, somatic symptoms and social support. *J Psychosom Res*. 2018; 114: 31-37.

-
- Catalán-Aguilar J, González-Bono E, Lozano-García A, Tormos-Pons P, Hampel KG, Villanueva V, Cano-López I. Stress phenotypes in epilepsy: impact on cognitive functioning and quality of life. *Front Psychol.* 2023; 14: 1100101.
- Cramer JA. A clinometric approach to assessing quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34(Suppl. 4): S8–S13.
- Edefonti V, Bravi F, Turner K, Beghi E, Canevini MP, Ferraroni M, Piazzini A. Health-related quality of life in adults with epilepsy: the effect of age, age at onset and duration of epilepsy in a multicentre Italian study. *BMC Neurol.* 2011; 11: 33.
- Elizebath R, Zhang E, Coe P, Gutierrez EG, Yang J, Krauss GL. Cenobamate treatment of focal-onset seizures: Quality of life and outcome during up to eight years of treatment. *Epilepsy Behav.* 2021 Mar;116:107796.
- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980; 137(5): 535-44.
- Eskandrani A, Almusallam E, Alenizi A, Asiri S, Bamogaddam F, Alhameed M, Aldosari MM. Health related quality of life in a Saudi population of patients with epilepsy. *Neurosciences (Riyadh).* 2023 Oct; 28(4): 234-242.
- Espinosa-Jovel C, Toledano R, Aledo-Serrano Á, García-Morales I, Gil-Nagel A. Epidemiological profile of epilepsy in low income populations. *Seizure.* 2018; 56: 67-72.
- Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh.* 2005; 37(4): 336-42.
- Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, Lagae L, Moshé SL, Peltola J, Roulet Perez E, Scheffer IE, Zuberi SM. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia.* 2017; 58(4):522-530.
- Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, Engel J Jr. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International

- Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005; 46(4):470-2.
- Fisher RS. The New Classification of Seizures by the International League Against Epilepsy 2017. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2017; 17(6):48.
- Gaitatzis A, Carroll K, Majeed A, W Sander J. The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. *Epilepsia*. 2004; 45: 1613–1622.
- Gandy M, Sharpe L, Perry KN. Psychosocial predictors of depression and anxiety in patients with epilepsy: a systematic review. *J Affect Disord*. 2012; 140(3): 222-32.
- Gebre AK, Haylay A. Sociodemographic, Clinical Variables, and Quality of Life in Patients with Epilepsy in Mekelle City, Northern Ethiopia. *Behav Neurol*. 2018; 2018: 7593573.
- Giorgi FS, Guida M, Caciagli L, Pagni C, Pizzanelli C, Bonanni E, Tognoni G, Bonuccelli U. Social cognition in Juvenile Myoclonic Epilepsy. *Epilepsy Res*. 2016; 128: 61-67.
- Gonzalez-Martinez A, Planchuelo-Gómez Á, Vieira Campos A, Martínez-Dubarbie F, Vivancos J, De Toledo-Heras M. Perceived quality of life (QOLIE-31-P), depression (NDDI-E), anxiety (GAD-7), and insomnia in patients with epilepsy attended at a refractory epilepsy unit in real-life clinical practice. *Neurol Sci*. 2022; 43(3): 1955-1964.
- Gopinath M, Sarma PS, Thomas SV. Gender-specific psychosocial outcome for women with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2011; 20(1): 44-7.
- Guevara A, Peña E, Corona T, Ayala TL, Meza EL, Gómez ML. Sleep disturbances, socioeconomic status, and seizure control as main predictors of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005; 7.
- Gupta S, Ryvlin P, Faught E, Tsong W, Kwan P. Understanding the burden of focal epilepsy as a function of seizure frequency in the United States, Europe, and Brazil. *Epilepsia Open*. 2017 Mar 27;2(2):199-213. doi: 10.1002/epi4.12050. PMID: 29588949;

PMCID: PMC5719850.

- Gur-Ozmen S, Leibetseder A, Cock HR, Agrawal N, von Oertzen TJ. Screening of anxiety and quality of life in people with epilepsy. *Seizure*. 2017; 45:107-113.
- Harden CL, Pennell PB. Neuroendocrine considerations in the treatment of men and women with epilepsy. *Lancet Neurol*. 2013 Jan;12(1):72-83. doi: 10.1016/S1474-4422(12)70239-9. Erratum in: *Lancet Neurol*. 2013 Feb;12(2):128.
- Helmstaedter C, Elger CE. Chronic temporal lobe epilepsy: a neurodevelopmental or progressively dementing disease? *Brain*. 2009 Oct; 132(Pt 10): 2822-30.
- Herodes M, Oun A, Haldre S, Kaasik AE. Epilepsy in Estonia: a quality-of-life study. *Epilepsia*. 2001; 42(8): 1061-73.
- Hesdorffer DC, Ishihara L, Mynepalli L, Webb DJ, Weil J, Hauser WA. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Ann Neurol*. 2012; 72(2):184-91.
- Hommet C, Sauerwein HC, De Toffol B, Lassonde M. Idiopathic epileptic syndromes and cognition. *Neurosci Biobehav Rev*. 2006; 30(1): 85-96.
- Honari B, Homam SM, Nabipour M, Mostafavian Z, Farajpour A, Sahbaie N. Epilepsy and quality of life in Iranian epileptic patients. *J Patient Rep Outcomes*. 2021; 5(1): 16.
- Huang HP, Che CH, Liu CY, Jiang F, Mao XH. Factors associated with generic and disease-specific quality of life in epilepsy. *Biomed Environ Sci* 2011; 24(3): 228–33.
- Ighodaro ET, Maini K, Arya K, et al. *Focal Onset Seizure*. [Updated 2023 Sep 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500005/>
- Ioannou P, Foster DL, Sander JW, Dupont S, Gil-Nagel A, Drogon O'Flaherty E, Alvarez-Baron E, Medjedovic J. The burden of epilepsy and unmet need in people with focal seizures. *Brain Behav*. 2022;

12(9): e2589.

Jacoby A, Baker GA. Quality-of-life trajectories in epilepsy: a review of the literature. *Epilepsy Behav.* 2008; 12: 557–71.

Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, Hermann BP. The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia.* 2004; 45(5): 544-50.

Kanner AM, Campos MG: Epilepsia del lóbulo temporal, in Kanner AM, Campos MG (eds): *Epilepsias: Diagnóstico y Tratamiento. Santiago, Chile, Editorial Mediterráneo, 2004, pp 252-268*

Kanner AM. Can neurobiological pathogenic mechanisms of depression facilitate the development of seizure disorders? *Lancet Neurol.* 2012 Dec;11(12):1093-102.

Kassie AM, Abate BB, Kassaw MW, Getie A, Wondmieneh A, Tegegne KM, Ahmed M. Quality of life and its associated factors among epileptic patients attending public hospitals in North Wollo Zone, Northeast Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2021; 16(2): e0247336.

Kim MK. Marital prospects of people with epilepsy among Asians. *Neurol Asia.* 2007;12:13–14.

Kimiskidis VK, Triantafyllou NI, Kararizou E, Gatzonis SS, Fountoulakis KN, Siatouni A, Loucaidis P, Pseftogianni D, Vlaikidis N, Kaprinis GS. Depression and anxiety in epilepsy: the association with demographic and seizure-related variables. *Ann Gen Psychiatry.* 2007 Oct 30; 6: 28.

Kobau R, Gilliam F, Thurman DJ. Prevalence of self-reported epilepsy or seizure disorder and its associations with self-reported depression and anxiety: results from the 2004 HealthStyles Survey. *Epilepsia.* 2006; 47: 1915–1921.

Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Allen Hauser W, Mathern G, et al. Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on

-
- Therapeutic Strategies. *Epilepsia*. 2010; 51(6): 1069–77.
- Kwon OY, Park SP. Depression and anxiety in people with epilepsy. *J Clin Neurol*. 2014; 10(3):175-88.
- Kwon OY, Park SP. Frequency of affective symptoms and their psychosocial impact in Korean people with epilepsy: a survey at two tertiary care hospitals. *Epilepsy Behav*. 2013; 26(1): 51-6.
- Laskar S, Chaudhry N, Choudhury C, Garg D. Gender differences in quality of life and psychiatric comorbidities among persons with juvenile myoclonic epilepsy: A single-center cross-sectional study. *J Neurosci Rural Pract*. 2023; 14(3):482-487.
- Lehrner J, Kalchmayr R, Serles W, Olbrich A, Patariaia E, Aull S, Bacher J, Leutmezer F, Gröppel G, Deecke L, Baumgartner C. Health-related quality of life (HRQOL), activity of daily living (ADL) and depressive mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. *Seizure*. 1999; 8(2): 88-92.
- Liou HH, Chen RC, Chen CC, Chiu MJ, Chang YY, Wang JD. Health related quality of life in adult patients with epilepsy compared with a general reference population in Taiwan. *Epilepsy Res*. 2005; 64(3): 151-9.
- Lowenstein DH. Epilepsy after head injury: an overview. *Epilepsia*. 2009; 50 Suppl 2:4-9.
- Lucas-Carrasco R, Allerup P, Bech P. The Validity of the WHO-5 as an Early Screening for Apathy in an Elderly Population. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2012; 2012: 171857.
- Luoni C, Bisulli F, Canevini MP, De Sarro G, Fattore C, Galimberti CA, Gatti G, La Neve A, Muscas G, Specchio LM, Striano S, Perucca E; SOPHIE Study Group. Determinants of health-related quality of life in pharmacoresistant epilepsy: results from a large multicenter study of consecutively enrolled patients using validated quantitative assessments. *Epilepsia*. 2011 Dec; 52(12): 2181-91.
- Minwuyelet F, Mulugeta H, Tsegaye D, lake B, Getie A, Tsegaye B, et al. (2022). Quality of life and associated factors among patients with epilepsy at specialized hospitals, Northwest Ethiopia; 2019. *PLoS*

ONE 17(1): e0262814.

Moreno-Mayorga B, Vélez-Botero H, Fandiño-Franky J, Pérez-Almanza N, Agudelo-Hernández F, González-González NY. Calidad de vida en personas con epilepsia. Más allá de las crisis [Quality of life in people with epilepsy: beyond seizures]. **Rev Neurol**. 2023; 76(8): 257-264. Spanish.

Mutluay FK, Gunduz A, Tekeoglu A, Oguz S, Yeni SN. Health related quality of life in patients with epilepsy in Turkey. *J Phys Ther Sci*. 2016; 28(1): 240-5.

Nabukenya AM, Matovu JK, Wabwire-Mangen F, Wanyenze RK, Makumbi F. Health-related quality of life in epilepsy patients receiving anti-epileptic drugs at National Referral Hospitals in Uganda: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2014; 12: 49.

Nagarathnam M, Vengamma B, Shalini B, Latheef S. Stigma and Polytherapy: Predictors of Quality of Life in Patients with Epilepsy from South India. *Ann Indian Acad Neurol*. 2017; 20(3):233-241.

O'Connor SE, Zupanc ML. Women and epilepsy. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2009; 14(4): 212-20.

O'Donoghue MF, Goodridge DM, Redhead K, Sander JW, Duncan JS. Assessing the psychosocial consequences of epilepsy: a community-based study. *Br J Gen Pract*. 1999; 49(440):211-4.

Ogundare T, Adebawale TO, Borba CPC, Henderson DC. Correlates of depression and quality of life among patients with epilepsy in Nigeria. *Epilepsy Res*. 2020 Aug; 164: 106344.

Ogunjimi L, Alabi A, Oyenuga I, Ogunkunle J, Kasumu E, Ogunsanya O, Oluseyije O, Ogunbayo P, Idume O, Kasali A, Adesi S, Oyebowale M, Ogungbemi D, Aderinola A, Irokosu E, Murtala A and Osalusi B (2024). Relationship between depression and sex steroid hormone among women with epilepsy. *Front. Neurosci*. 18:1370533.

Ogunjimi L, Alabi A, Oyenuga I, Ogunkunle J, Kasumu E, Ogunsanya O,

-
- Oluseyije O, Ogunbayo P, Idume O, Kasali A, Adesi S, Oyebowale M, Ogungbemi D, Aderinola A, Irokosu E, Murtala A and Osalusi B (2024) Relationship between depression and sex steroid hormone among women with epilepsy. *Front. Neurosci.* 18:1370533.
- Ojagbemi A, Akinyemi J, Wahab K, Owolabi L, Arulogun O, Akpalu J, Akpalu A, Ogbole G, Akinsanya C, Wasiu A, Tito-Ilori M, Adekunle F, Lyrea R, Akpa O, Akinyemi R, Sarfo F, Owolabi M, Ovbiagele B. Pre-Stroke Depression in Ghana and Nigeria: Prevalence, Predictors and Association With Poststroke Depression. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2022 Jan; 35(1): 121-127.
- Ojagbemi, A., Akinyemi, J., Wahab, K., Owolabi, L., Arulogun, O., Akpalu, J., et al. (2022). Pre-stroke depression in ghana and nigeria: prevalence, predictors and association with poststroke depression. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 35, 121–127.
- Onwuekwe I, Ekenze O, Bzeala-Adikaibe, Ejekwu J. Depression in patients with epilepsy: a study from enugu, South East Nigeria. *Ann Med Health Sci Res.* 2012 Jan; 2(1): 10-3.
- Paul R, Joyce S, Kusanthan T. The psychosocial impact of epilepsy; A study on adult people with epilepsy attending clinics in Lusaka. *J Epilepsy* 2015; 01:1–6.
- Pauli C, Thais ME, Claudino LS, Bicalho MA, Bastos AC, Guarnieri R, Nunes JC, Lin K, Linhares MN, Walz R. Predictors of quality of life in patients with refractory mesial temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2012; 25(2): 208-13.
- Pavone P, Bianchini R, Trifiletti RR, Incorpora G, Pavone A, Parano E. Neuropsychological assessment in children with absence epilepsy. *Neurology.* 2001 Apr 24;56(8):1047-51.
- Petrovski S, Szoeki CE, Jones NC, Salzberg MR, Sheffield LJ, Huggins RM, O'Brien TJ. Neuropsychiatric symptomatology predicts seizure recurrence in newly treated patients. *Neurology.* 2010 Sep 14; 75 (11): 1015-21.
- Pimpalkhute SA, Bajait CS, Dakhale GN, Sontakke SD, Jaiswal KM, Kinge P. Assessment of quality of life in epilepsy patients receiving

- anti-epileptic drugs in a tertiary care teaching hospital. *Indian J Pharmacol.* 2015; 47(5): 551-4.
- Rauschenbach L, Bartsch P, Santos AN, Lenkeit A, Darkwah Oppong M, Wrede KH, Jabbarli R, Chmielewski WX, Schmidt B, Quesada CM, Forsting M, Sure U, Dammann P. Quality of life and mood assessment in conservatively treated cavernous malformation-related epilepsy. *Brain Behav.* 2022; 12(6): e2595.
- Ridsdale L, Wojewodka G, Robinson E, Landau S, Noble A, Taylor S, Richardson M, Baker G, Goldstein LH; SMILE Team. Characteristics associated with quality of life among people with drug-resistant epilepsy. *J Neurol.* 2017; 264(6): 1174-1184.
- Saadi A, Patenaude B, Nirola DK, Deki S, Tshering L, Clark S, Shaull L, Sorets T, Fink G, Mateen F. Quality of life in epilepsy in Bhutan. *Seizure.* 2016; 39: 44-48.
- Sachin S, Padma MV, Bhatia R, Prasad K, Gureshkumar C, Tripathi M. Psychosocial impact of epilepsy in women of childbearing age in India. *Epileptic Disord.* 2008; 10(4): 282-9.
- Santos AMC, Castro-Lima H, Matos MAA, Brito MB. Quality of life among women with epilepsy during their reproductive years. *Epilepsy Behav.* 2018; 85:10-13.
- Schipper, H., Clinch, J.J., and Olweny, Ch.L.M., 1996, Quality of life studies. Definition and conceptual issues.. In: *Quality of life and pharmaeconomics in clinical trials* (B. Spilker, ed.), Lippincott-Raven, Philadelphia, pp. 11 -24.
- Scott AJ, Sharpe L, Hunt C, Gandy M. Anxiety and depressive disorders in people with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsia.* 2017; 58(6): 973-982.
- Seid J, Mebrahtu K, Andualem F. Prevalence and associated factors of anxiety disorder symptoms among people with epilepsy in Mekelle, Ethiopia, 2019: Institutional-based cross-sectional study. *Nurs Open.* 2022; 9(3): 1731-1743.

-
- Shakir M, Al-Asadi JN. Quality of life and its determinants in people with epilepsy in basrah, iraq. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2012; 12(4): 449-57.
- Shetty PH, Naik RK, Saroja A, Punith K. Quality of life in patients with epilepsy in India. *J Neurosci Rural Pract* 2011; 2(1): 33–8.
- Shiono S, Williamson J, Kapur J, Joshi S. Progesterone receptor activation regulates seizure susceptibility. *Ann Clin Transl Neurol*. 2019 Jul; 6(7): 1302-1310.
- Siarava E, Hyphantis T, Katsanos AH, Pelidou SH, Kyritsis AP, Markoula S. Depression and quality of life in patients with epilepsy in Northwest Greece. *Seizure*. 2019; 66: 93-98.
- Silva B, Canas-Simião H, Cordeiro S, Velosa A, Oliveira-Maia AJ, Barahona-Corrêa JB. Determinants of quality of life in patients with drug-resistant focal epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2019; 100 (Pt A): 106525.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004; 13(2): 299-310.
- Smith A, Syvertsen M, Pal DK. Meta-analysis of response inhibition in juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2020; 106: 107038.
- Srikanth P, Vranda MN, Thomas PT, Raghvendra K. Quality of Life and Stigma among Women with Epilepsy during Their Reproductive Years. *J Epilepsy Res*. 2021; 11(1): 63-71.
- Stephen LJ, Harden C, Tomson T, Brodie MJ. Management of epilepsy in women. *Lancet Neurol*. 2019; 18(5): 481-491.
- Strzelczyk A, Griebel C, Lux W, Rosenow F, Reese JP. The Burden of Severely Drug-Refractory Epilepsy: A Comparative Longitudinal Evaluation of Mortality, Morbidity, Resource Use, and Cost Using German Health Insurance Data. *Front Neurol*. 2017 Dec 22; 8: 712.
- Tanveer M, Tahir AH, Iqbal M, Aslam F, Ahmed A. Health-related quality of life and medication adherence of people living with

- epilepsy in Pakistan: A cross-sectional study. *Brain Behav.* 2023; 13(9): e3127.
- Tayeb HO, Alsawwaf Y, Khoja AA, Batarfi B, Baduwailan A, Yousef M, Aldaheri R, Alaklouk SE, AlOthman SA, Alqurashi Y. Determinants of Health-Related Quality of Life of Epilepsy Patients in Jeddah, Saudi Arabia. *Cureus.* 2022; 14(4): e24118.
- Taylor RS, Sander JW, Taylor RJ, Baker GA. Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: a systematic review. *Epilepsia.* 2011; 52(12): 2168-80.
- Tefera GM, Megersa WA, Gadisa DA. Health-related quality of life and its determinants among ambulatory patients with epilepsy at Ambo General Hospital, Ethiopia: Using WHOQOL-BREF. *PLoS One.* 2020; 15(1): e0227858.
- Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia.* 2007; 48: 2336–2344.
- Thijs RD, Surges R, O'Brien TJ, Sander JW. Epilepsy in adults. *Lancet.* 2019; 393(10172): 689-701.
- Vingerhoets G. Cognitive effects of seizures. *Seizure.* 2006; 15(4): 221-6.
- von Bertalanffy L. *General Systems Theory and a New View of the Nature of Man*; Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association. 1968.
- Wechsler B, Kim H, Gallagher PR, DiScala C, Stineman MG. Functional status after childhood traumatic brain injury. *J Trauma.* 2005 May; 58 (5): 940-9.
- Wei Z, Ren L, Wang X, Liu C, Cao M, Hu M, Jiang Z, Hui B, Xia F, Yang Q, Liu Y, Deng Y. Network of depression and anxiety symptoms in patients with epilepsy. *Epilepsy Res.* 2021; 175: 106696.
- Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA.* 1995 Jan 4; 273(1): 59-65. PMID: 7996652.

-
- World Health Organization (2020). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- World health organization (WHO). *Global report on Epilepsy*; 2019.
- Yadegary MA, Maemodan FG, Nayeri ND, Ghanjekhanlo A. The effect of self-management training on health-related quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2015; 50: 108-12.
- Yeni K, Tulek Z, Simsek OF, Bebek N. Relationships between knowledge, attitudes, stigma, anxiety and depression, and quality of life in epilepsy: A structural equation modeling. *Epilepsy Behav.* 2018; 85: 212-217.
- Yesuf W, Hiko D, Alemayehu E, Kusheta S, Shita A, Beyene M. Health-related quality of life in epilepsy and its associated factors among adult patients with epilepsy attending Mizan Tepi University Teaching Hospital, Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2024; 14(1): e079165.
- Zilmer, (2008). *Principles of Neuropsychology* (2nd^{ed.}) Publishe Wadsworth, cengage Learning.