

العلاقة بين أعراض القلق والسلوك الصحي لدى عينة من مرضى الصرع

د. أحمد عاطف محمد مصطفى

أ.د. نيرمين عبد الوهاب أحمد

دكتوراة في علم النفس الإكلينيكي - جامعة بني سويف أستاذ علم النفس الإكلينيكي - جامعة بني سويف

أ.د. م. منى حسين توفيق صابر

أستاذ الأمراض العصبية المساعد - كلية الطب - جامعة بني سويف

المُلخَص: -

تهدف الدراسة الراهنة إلى تحديد طبيعة العلاقة بين أعراض القلق، والسلوك الصحي لدى عينة من مرضى الصرع، والتعرّف على الفروق بين مرضى الصرع في أعراض القلق، والسلوك الصحي باختلاف الحالة الإجتماعية؛ حيث قام الباحثين باختبار فروض هذه الدراسة في ظل جائحة كورونا ٢٠١٩ من خلال تطبيق استبيانات إلكترونية عبر وسائل التواصل الإجتماعي (فيس بوك، تويتر) على عينة مقصودة من مرضى الصرع، مكونة من ١٢٢ مصاباً بالصرع، ولا يعانون من أي اضطرابات عقلية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية ضعيفة بين الإصابة بالقلق؛ والإلتزام بالسلوكيات الصحية بين مرضى الصرع، ووجود فروق جوهريّة بين مرضى الصرع في أعراض القلق باختلاف الحالة الإجتماعية لصالح المرضى غير المتزوجين، وعدم وجود فروق جوهريّة بين مرضى الصرع في السلوك الصحي باختلاف الحالة الإجتماعية.

الكلمات المفتاحية: القلق، السلوك الصحي - مرض الصرع.

مقدمة: -

تهدف الدراسة الحالية إلى استكشاف طبيعة العلاقة بين أعراض القلق، والسلوك الصحي لدى عينة من مرضى الصرع، والتعرف على الفروق بين مرضى الصرع في أعراض القلق، والسلوك الصحي باختلاف الحالة الاجتماعية؛ حيث يعد الصرع أحد أكثر الاضطرابات العصبية انتشاراً في مرحلة الطفولة، وتأتي أكثر الاضطرابات العصبية شيوعاً لدى البالغين بعد الأمراض الدماغية الوعائية، ويتميز الصرع بالتوبات المتكررة التي تصيب كل من الجنسين في جميع الأعمار، والأعراق، والمجتمعات، ويعاني منه حوالي ٧٠ مليون شخص في جميع أنحاء العالم، يعيش ٩٠% منهم في البلدان النامية (Sabea & Mohamoud,2018; Kumar, Sarangi, Tripathi, Ramanujam& Gupta,2019; Tan & Kavurmaci,2020; Beghi,2020; Jung,2020).

كما يعاني مرضى الصرع من زيادة مخاطر الإصابة بالأمراض النفسية المصاحبة مقارنة بعمامة السكان، والحالات الطبية غير العصبية، وما يترتب عليها من عواقب جسدية، ونفسية، واجتماعية تؤثر على جودة حياتهم الصحية، وتعد اضطرابات القلق من أكثر الأمراض النفسية المصاحبة شيوعاً، والأعلى في معدلات الإصابة بين مرضى الصرع مقارنة بعمامة السكان؛ حيث تبلغ معدلات انتشار القلق، والاكتئاب بين عمامة السكان من ٧% إلى ٢٠%. بينما تصل تلك النسبة من ٢٠% إلى ٥٠% بين مرضى الصرع، وهناك ما يشير من الأدلة إلى وجود علاقة ارتباطية ثنائية الاتجاه بين الإصابة بالصرع، والإصابة بالاضطرابات النفسية؛ فمرضى الصرع أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية المصاحبة. بينما المرضى المصابون بأمراض نفسية أولية مؤكدة أكثر احتمالاً للإصابة بالصرع (Michaelis, Tang, Wagner, Modi, Lafrance Jr, Goldstein, Lundgren, Reuber,2018; Liu, Yin, Fan, Fan, Wu, Shen, Wu & Kuang,2020).

وتعتبر دراسة القلق لدى مرضى الصرع من الموضوعات ذات الأهمية في مجال علم النفس الإكلينيكي؛ فقد أشارت بعض الدراسات إلى ارتفاع نسبة التعرض إلى خطر الانتحار بين مرضى الصرع المصابين بالأمراض النفسية المصاحبة للإصابة بالصرع، وارتفاع معدلات الأفكار الانتحارية بين مرضى الصرع من ٢ إلى ٣ مرات مقارنة بغير المصابين بالصرع، وزيادة نسبة الانتحار بينهم لتصل إلى ١٢% مقارنة بعمامة السكان الذين تمثل نسبة الانتحار بينهم ١%؛ وذلك بسبب ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية بين مرضى الصرع (Lin& Pakpour,2017; Liu, Chen & Xiao,2020; Kuteesa, Abbo& Muhwezi,2020).

وتُعد دِرَاسَة السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ أَحَدَ الأُمُورِ المُهِمَّةِ عِنْدَ تَنَاوُلِنَا لِمَرَضِ الصَّرَعِ، والأُمُرَاضِ النَّفْسِيَّةِ المُصَاحِبَةِ لَهُ، فَالمَعْلُومَاتُ الَّتِي تُعْطَى لِلْمَرَضَى مِنْ خِلالِ التَّنْقِيْفِ، وَالِاسْتِشَارَةِ تُعَدُّ احتِياجاً أَساسِيّاً لَهُم، وَلِها تَأثيرٌ إِجْبابِيٌّ عَلى تَقْبَلِهِم لِمَرَضِهِم، وَيُمكنُ لِمُقَدِّمِي الرِّعَايَةِ الصِّحِّيَّةِ أَنْ يَلْعَبُوا الدَّورَ الرَّئيسِ فِي تَعزِيزِ الحَالَةِ الصِّحِّيَّةِ الجَيِّدَةِ لِلْمَرَضَى مِنْ خِلالِ تَوْضِيحِ السُّلُوكِيَّاتِ الصِّحِّيَّةِ المُناسِبَةِ لَهُم، وَمُساعدَتِهِمْ عَلى تَعديلِ سُلُوكِيَّاتِهِمْ، وَأَسْلُوبِ حَيَاتِهِمْ، وَزِيادَةِ المَفاهِيمِ الصِّحِّيَّةِ لَدِيهِمْ، وَتَوْضِيحِ المَفاهِيمِ الخاطِئَةِ عَن مَرَضِهِمْ، وَتَقْدِيمِ الدَّعْمِ لَهُمْ بِطَرِيقَةٍ تُساعدُهُمْ عَلى تَنمِيَةِ شُعُورِهِمْ بِدَوَاتِهِمْ، وَإِدارَةِ أَمراضِهِمْ بِأَنفُسِهِمْ، وَتَكْوينِ نَظَرَةٍ نَاقِبَةٍ عِنها، بِالإِضافةِ إِلى اسْتِخدامِ بَرامِجِ التَّدخُلِ المُناسِبَةِ لِتَغيِيرِ الصُّورِ السَّلبِيَّةِ لَدَى المَرَضَى عَن أَمراضِهِمْ إِلى صُورٍ إِجْبابِيَّةٍ، وَإِراجِ مُتطلِّباتِ مُعافَاتِهِمْ فِي بَرامِجِهِم اليُومِيَّةِ لَوَقايَتِهِمْ، وَمُعافَاتِهِمْ مِنْ مُشْكَلاتِهِم الصِّحِّيَّةِ المُتعلِّقةِ بِأَمراضِهِم المُزْمِنَةِ، وَتَحْسينِ رِفاهِيتِهِمْ، وَجُودَةِ حَيَاتِهِمْ، وَمِنْ هَذِهِ السُّلُوكِيَّاتِ الصِّحِّيَّةِ المُفِيدَةِ لِمَرَضَى الصَّرَعِ: الامْتِناعُ عَنِ التَّدخينِ، وَتَعاطِي الكُحُولِيَّاتِ، وَالتَغذِيَّةِ الصِّحِّيَّةِ، وَمُمارَسَةِ النِّشاطِ البَدَنيِّ، وَالمُحافظةُ عَلى جُودَةِ النُّومِ، وَالإلتِزامُ بِالأَدويةِ، وَزِياراتِ الأَطْباءِ، وَالفَحْصِ الدَّورِيِّ؛ وَلِذلكِ يَجِبُ أَنْ تَهْدَفَ تَدابِيرُ إِدارَةِ مَرَضِ الصَّرَعِ إِلى تَحْسينِ جُودَةِ التَّنْقِيْفِ الصِّحِّيِّ، وَالتَّواصُلِ بَيْنَ المَرَضَى، وَالأَطْباءِ؛ حَيْثُ إِِنْ إِدارَةُ مَرَضِ الصَّرَعِ تَكُونُ مَدْفُوعَةً فِي المَقامِ الأَوَّلِ بِتَوجِيهاتِ الطَّبيبِ المُعالِجِ؛ وَبالتَّالِيِ فَإِنَّ تَحْسينَ جُودَةِ رِعايَةِ مَرَضَى الصَّرَعِ لا يُمكنُ تَحقيقُها إِلا عِنْدَما يَقتَرِنُ التَّشْخيصُ الصِّحِّيِّ، وَالعِلاجُ المُناسِبُ بِإِرضاءِ تَوَقُّعاتِ المَرَضَى، وَاحتِياجَاتِهِمْ، وَمُعالِجَةِ الصُّعُوباتِ الَّتِي تُواجِهُ المَرَضَى أَثناءَ مُحاولَتِهِم لِلإلتِزامِ بِأنْماطِ الحَيَاةِ الصِّحِّيَّةِ (Conner&

Norman.,2017; Singh.,2020; Stanton,To, Khalesi, Williams, Alley, Thwaite, Fenning& Vandelanotte.,2020; Giussani, Enia, Bianchi, Mecarelli, Beghi, Pulitano, Cagnetti, Baldinelli, Lattanzi, La Neve, Tappatà, Francavilla, De Maria, Sofia, Giuliano, Mainieri, Fatuzzo, Belcastro, Elia, D'Orsi, Lalla, Salmaggi, Brigo, Magaouda, Pisani, Galletta, Pisani, Raffaele, Cosenza, Villani, Quintas, Cervellione, Borroni, Meletti, Ferrarese, Barbella, Di Francesco, Bogliun, Beretta, Galimberti, Cantisani, Cecconi, Celani, Papetti, Giorgi, Aguglia, Gasparini, Ferlazzo, Manganotti, Crichiutti& Bravar.,2020; Clark-Sienkiewicz, Caño, Zeman, Lumley& Gothe.,2021).

تَساؤُلاتِ الدِّرَاسَةِ: -

يُمكنُ صِياغَةُ تَساؤُلاتِ الدِّرَاسَةِ الحَالِيَّةِ فِي الآتي: -

(١) هل تُوجَدُ عَلاقَةٌ ارْتِباطِيَّةٌ بَيْنَ أَعْراضِ القَلَقِ، وَالسُّلُوكِ الصِّحِّيِّ لَدَى مَرَضَى الصَّرَعِ؟

(٢) هل تُوجد فروق جَوْهَرِيَّة بين مَرَضَى الصَّرَع في أعراض القَلْق باختلاف الحالة الإِجْتِمَاعِيَّة؟

(٣) هل تُوجد فروق جَوْهَرِيَّة بين مَرَضَى الصَّرَع في السُّلُوك الصِّحِّي باختلاف الحالة الإِجْتِمَاعِيَّة؟

أهداف الدِّراسة: -

يُمكن إجمال أهداف الدِّراسة الحَالِيَّة في الآتي: -

(١) التَّعَرُّف عَلَى طَبِيعَةِ العَلَاقَةِ بين أعراض القَلْق، والسُّلُوك الصِّحِّي لَدَى مَرَضَى الصَّرَع.

(٢) التَّعَرُّف عَلَى الفِرُوق بين مَرَضَى الصَّرَع في أعراض القَلْق باختلاف الحالة الإِجْتِمَاعِيَّة.

(٣) التَّعَرُّف عَلَى الفِرُوق بين مَرَضَى الصَّرَع في السُّلُوك الصِّحِّي باختلاف الحالة الإِجْتِمَاعِيَّة.

أهمِّيَّة الدِّراسة: -

تتمثل الأهمِّيَّة النَّظَرِيَّة، والتَّطْبِيقِيَّة للدِّراسة الحَالِيَّة فيما يلي: -

(١) الاستفادة من نتائج الدِّراسة في إعداد البرامج الإرشادية الوقائيَّة الموجهة لأسر مَرَضَى الصَّرَع، ولمَرَضَى الصَّرَع أنفسهم عَلَى وَجِه الخُصُوص.

(٢) إثراء المَكْتَبَةِ العَرَبِيَّة بمَقاييس لقياس مَفْهُوم القَلْق، والسُّلُوك الصِّحِّي لَدَى مَرَضَى الصَّرَع عَلَى وَجِه التَّحْدِيد.

(٣) مُحَاوَلَة عِلْمِيَّة لِسَدِّ النَّقْص في الاهتمام بمُتَعَيِّرات الدِّراسة الحَالِيَّة، والوقوف عَلَى شَبْكَة العَلَاقات بينها في البِيئَةِ العَرَبِيَّة.

مفاهيم الدِّراسة والأطر النَّظَرِيَّة المُفسَّرة لها: -

أولاً: تَعَرِّيف القَلْق: -

يُعرَّف القَلْق بأنه اضطراب نَفْسِي مُنْهَك يَتَميَّز بِمَجْمُوعَة واسعة من الأعراض المَعْرِفِيَّة، والجَسَدِيَّة، ويُعاني المصابون به من مشكلات طَبِيعَة مُتنوعة مَدَى حياتهم بِنِسْبَة

كَبِيرَة. (Meuret, Tunnell & Roque, 2020)

ويُعرَّف القَلْق العَام وَفَقاً لِلدَّلِيل التَّشْخِصِي، والإِحصَائِي الخَامس لِلاضْطِرَابات النَّفْسِيَّة بأنه شُعُور دَائِم بالخَوْف المُفْرَط، والتَّوَثُّر الزَّائِد لِمُدَّة سِتَّة أَشْهُر عَلَى الأقلِّ مع وَجُود ثَلَاثَة، أو أَكْثَر من الأعراض التَّالِيَة: الأَرَق، والتَّعَب، ومشكلات التَّرْكِيز، والقَابِلِيَّة لِلإِسْتِثَارَة، وتَوَثُّر العضلات، ومشكلات النَّوْم.

ووفقاً للتصنيف الدولي للأمراض "المراجعة العاشرة"، يتطلب تشخيص القلق وجود عرض جسدي واحد على الأقل، مثل: خفقان القلب، وصعوبة التنفس، والغثيان، أو التلذذ المعوي، والدوار، وفقدان الإحساس (Ridley, Rao, Schilbach & Patel, 2020).

ويُعرف القلق طبياً لتعريف جمعية علم النفس الأمريكية بأنه إنفعال يتميّز بمشاعر التوتر، والأفكار المُقلقة، والتغيّرات الجسدية مثل ارتفاع ضغط الدم، وعادة ما يكون لدى المُصابين به أفكار دخيلة مُتكرّرة، أو مخاوف، وقد يتجنبون مواقف مُعيّنة بدافع من القلق، وقد يكون لديهم - أيضاً - أعراض جسدية مثل التعرّق، والارتجاف، والدوار، أو سرعة ضربات القلب

(<https://www.apa.org/topics/anxiety>).

النظريات المُفسرة للقلق لدى مرضى الصرع: -

النظريّة العصبية البيولوجية¹

تقوم هذه النظريّة على أساس التّكامل بين كل من الجانب العصبيّ الكيميائيّ، والجانب العصبيّ التشريحي؛ لتفسير أسباب إنتشار اضطرابات القلق لدى مرضى الصرع، ويُرکز الجانب العصبيّ الكيميائيّ للنظريّة على الاختلالات في أنظمة الناقلات العصبية (السيروتونين، والنور أدرينالين، والدوبامين، وجابا)، وبصفة خاصة في الجهاز الحوفي، وخصوصاً الجسم اللوزي؛ حيث إن اختلال توازن السيروتونين - غالباً - ما يرتبط بكل من: اضطرابات الصرع، والقلق، كما يلعب النظام الدوباميني دوراً في بادئة نشاط الاضطراب في مراكز المخ، وتكوين الاضطرابات الانفعالية بما فيها اضطرابات القلق، كما أن وجود أي خلل في الناقل العصبيّ المثبط جابا، هذا الناقل العصبيّ الرئيسيّ في الجهاز العصبيّ المركزي؛ ربما يكون مسؤولاً عن إنتشار اضطرابات القلق لدى مرضى الصرع، بينما يُركز الجانب العصبيّ التشريحي للنظريّة على دور النواة اللوزية، والنواة المركزية، وقرن آمون؛ في إنتشار اضطراب الخوف، والقلق لدى مرضى الصرع، وهناك الكثير من الأدلة التجريبية، والإكلينيكية التي تُؤكد على أهميّة كل من اللوزة المخية، والنويات المركزية على وجه التّحديد؛ في حدوث الخوف، والقلق لدى مرضى الصرع؛ حيث يعمل التّحفيز المُتكرّر لهذه المنطقة خلال مسار نوبات صرع الفص الصدغي على زيادة إستثارة هذه المنطقة التي تتجلى في أعراض اضطرابات القلق، ومن الناحية الإكلينيكية، فإن التّحفيز الكهربائيّ المُباشر للجزء الأيمن من اللوزة المخية يُثير المشاعر السلبية لدى الفرد مثل الخوف، والقلق، والحزن، بينما تحفيز الجزء الأيسر من اللوزة؛ قد يؤدي إلى إثارة المشاعر السارة، أو غير السارة لدى الفرد، كما تفترض هذه النظريّة أن اختلاف حجم اللوزة المخية بشقيها الأيمن،

¹ The Neurobiological Theory

² Kindling

والأيسر؛ يعكس النمط السائد لمعالجة المعلومات الإنفعالية لدى الفرد فعلى سبيل المثال يرتبط القلق الرهابي بزيادة حجم اللوزة، بينما يرتبط القلق الذهاني، وسرعة الإنفعال، والعدوانية؛ بانخفاض حجم اللوزة (Kimiskidis & Valeta, 2012; Kwon & Park, 2014; Avedisova, Lebedeva, Pashnin, Kustov, Akzhigitov & Guekht, 2020).
النظرية النفسية الدينامية^١:-

تستند النظرية النفسية الدينامية على آراء علماء النفس حول دور العوامل النفسية في إحداث التوبات الصرعية، ويُعتبر كل من: القلق، والإجهاد أحد أهم هذه العوامل المثيرة للتوبات الصرعية، وترى نظرية فرويد للتخليل النفسي أن القلق ما هو إلا رد فعل لمثير واقعي في البيئة الخارجية يُدركها الأنا على نحو مُهدد وخطير، وتكون وظيفة القلق هنا بمثابة إعداد الفرد لتجنب هذا الخطر، وحماية الأنا من هذا التهديد سواء بالقضاء عليه، أو بتجنبه، أو باتباع أساليب دفاعية إزاءه، وترى النظرية النفسية الدينامية أن الصراعات اللاشعورية التي لا يمكن تجاوزها نفسياً؛ تؤدي إلى مزيد من القلق، والتوتر اللذان قد يؤدي إلى مزيد من التوبات الصرعية. ومن المهم في المجال الإكلينيكي التفريق بين توبات الصرع العضوي^٢، وتوبات الصرع نفسية المنشأ^٣، والتوبات غير الصرعية^٤ (Kimiskidis & et al, 2012).

ثانياً: تعريف السلوك الصحي:-

يُعرف جشمن Gochman, السلوك الصحي بأنه تلك الأنماط السلوكية المُعلنة، والإجراءات، والعادات المُرتبطة بالمحافظة على الصحة، واستعادتها، وتحسينها . (Conner & Norman, 2017)

كما يُعرف السلوك الصحي بأنه تلك الإجراءات، أو العادات التي أثبتت الأبحاث أن لها تأثيراً إيجابياً على الصحة، أو تُبقي الأشخاص بصحة جيدة (Lawrence, Mollborn & Hummer, 2017).

وتُعرف منظمة الصحة العالمية السلوك الصحي بأنه أي محاولة يقوم بها الأفراد بهدف تعزيز صحتهم، وحمايتهم، أو المحافظة عليها التي تشمل على سبيل المثال أسلوب التغذية الصحية، والانخراط في الأنشطة البدنية، أو البحث عن الخدمات الصحية التي تُعد ضرورية للوقاية من الأمراض (Bastos, 2019).

1 The Psychodynamic Theory

2 Pure Organic Epileptic Seizures

3 Psychologically Produced Epileptic Seizures

4 Nonepileptic Seizures

النظريات المُفسرة للسلوك الصحي لدى مَرَضَى الصَّرَع: -

نموذج المُعتقدات الصحيّة: -

يَعْتَمِدُ هَذَا النَّمُودَجُ فِي تَفْسِيرِهِ لَأَسْبَابِ قِيَامِ الْأَفْرَادِ بِمُمارَسَةِ السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ؛ عَلَى مَحَوْرَيْنِ أَساسِيَيْنِ: المَحَوْرَ الْأَوَّلَ يَتِمُّثَلُ فِي مِقْدَارِ مَا يُدْرِكُهُ الْفَرْدُ مِنْ تَهْدِيدِ صِحِّيِّ، يُمَكِّنُ أَنْ يَتَعَرَّضَ لَهُ، وَيَتِمُّثَلُ المَحَوْرَ الثَّانِي فِي إِدْرَاكِ الْفَرْدِ بِأَنْ مُمارَسَةِ سُلُوكِيَّاتٍ مُعَيَّنَةٍ، سَوْفَ تَكُونُ فَعَالَةً فِي التَّقْلِيلِ مِنْ آثَارِ هَذَا التَّهْدِيدِ الصِّحِّيِّ، وَمُواجَهَتِهِ، وَيُعتَقَدُ أَنَّ هَذَيْنِ المُتَغْيِرَيْنِ يُحَدِّدَانِ مَعاً مَدَى اِحْتِمَالِيَّةِ إِتِّبَاعِ الْفَرْدِ لِّلْسُلُوكِ المُتَعَلِّقِ بِالصِّحَّةِ عَلَى الرَّغْمِ مِنْ أَنَّ تَأْثِيرَهُمَا يَتَغَيَّرُ بِالِاخْتِلَافَاتِ الْفَرْدِيَّةِ فِي المُتَغْيِرَاتِ الدِّيْمُوغْرَافِيَّةِ، وَالشَّخْصِيَّةِ، وَالضَّغْطِ الإِجْتِمَاعِيِّ، وَيُفْتَرَضُ هَذَا النَّمُودَجُ أَنَّ السُّلُوكَ المُحَدَّدَ المُتَخَذَ يَتِمُّ تَحْدِيدُهُ بِوِاسِطَةِ تَقْيِيمِ البِدَائِلِ المُتَاحَةِ، وَالتَّرْكِيزِ عَلَى الْفَوَائِدِ، أَوْ فَاعِلِيَّةِ السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ، وَالتَّكَالِيفِ المُدْرَكَةِ، أَوْ مُعَوَّقاتِ أَدَاءِ السُّلُوكِ، وَاعْتِقَادِ الْأَفْرَادِ بِوُجُودِ قَابِلِيَّةِ لَدَيْهِمْ لِلِإِصَابَةِ بِالمَرَضِ، وَأَنَّ هَذَا المَرَضَ سَيُؤَثِّرُ سَلْباً عَلَى حَيَاتِهِمْ، وَاعْتِقَادِهِمْ أَنَّ الْفَوَائِدَ مِنَ السُّلُوكِيَّاتِ المُتَخَذَةِ لِمُواجَهَةِ التَّهْدِيدِ الصِّحِّيِّ تُفُوقُ التَّكَالِيفَ، وَإِدْرَاكِهِمْ لِلْمُعَوَّقاتِ الَّتِي تَحُولُ دُونِ قِيَامِهِمْ بِالسُّلُوكِيَّاتِ الصِّحِّيَّةِ، وَالْفَوَائِدِ المُتَوَقَّعةِ مِنْ قِيَامِهِمْ بِمُمارَسَةِ هَذِهِ السُّلُوكِيَّاتِ تُعْتَبَرُ هِيَ أَكْثَرَ العَوَامِلِ تَنْبُؤاً بِقِيَامِ هَؤُلَاءِ الْأَفْرَادِ بِمُمارَسَةِ سُلُوكِيَّاتٍ صِحِّيَّةٍ مُعَيَّنَةٍ، وَتَجَنُّبِ مَخَاطِرِ الْأَمْرَاضِ، وَعَادَةً مَا يَتِمُّ تَضْمِينُ مُتَغْيِرَيْنِ آخَرَيْنِ بِهَذَا النَّمُودَجِ وَهُم: الإِشَارَاتُ إِلَى التَّصَرُّفِ¹، وَالدَّافِعِ الصِّحِّيِّ، وَيُفْتَرَضُ أَنَّ الإِشَارَاتِ إِلَى التَّصَرُّفِ تَنْتَضِمُ مَجْمُوعَةً مُتَنَوِّعةً مِنَ المُحْفَظَاتِ لِلشَّخْصِ، الَّذِي يَتَّخِذُ إِجْرَاءً قَدْ يَكُونُ دَاخِلِيّاً عَلَى سَبِيلِ المِثَالِ: (الأَعْرَاضُ الجَسَدِيَّةِ)، أَوْ خَارِجِيّاً مِثْلَ: (حَمَلَةٌ إِعْلَامِيَّةٌ، نَصِيحَةٌ مِنَ الْآخَرِينَ) لِلْفَرْدِ، وَعِلاوَةً عَلَى ذَلِكَ، فَإِنَّ بِيكْرَ قَدْ نَاقَشَ أَنَّ بَعْضَ الْأَفْرَادِ قَدْ يَمِيلُونَ إِلَى الاسْتِجَابَةِ لِهَذِهِ الإِشَارَاتِ؛ بِسَبَبِ القِيَمَةِ الَّتِي يُولِيها هَؤُلَاءِ لَصِحَّتِهِمْ "الدَّافِعِ الصِّحِّيِّ" (Abraham& Sheeran,2015; Costa,2020).

نظريّة السلوك المُخطّط: -

تُوكَدُ هَذِهِ النُّظْرِيَّةُ عَلَى العَلَاقَةِ بَيْنِ الاتِّجَاهَاتِ الصِّحِّيَّةِ لَدَى الْأَفْرَادِ، وَسُلُوكِيَّاتِهِمْ، وَعَلَيْهِ فَإِنَّهَا تَنْظُرُ إِلَى السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ عَلَى أَنَّهُ نَتِيجَةٌ حَتْمِيَّةٌ لِلنَّوَايَا السُّلُوكِيَّةِ الَّتِي تَتَأَثَّرُ بِثَلَاثَةِ عَوَامِلٍ وَهِيَ: اتِّجَاهَاتِ الْفَرْدِ تَجَاهَ أَعْمَالٍ مُحَدَّدَةٍ، وَالمَعايِيرِ الدَّائِيَّةِ تَجَاهَ الفِعْلِ، وَالضَّبْطِ السُّلُوكِيِّ المُدْرَكِ، فَالاتِّجَاهَاتِ الَّتِي يَحْمِلُهَا الْفَرْدُ تَجَاهَ الفِعْلِ، تَتِمُّثَلُ فِي مُعْتَقَدَاتِ الْفَرْدِ حَوْلَ النُّتَاجِ المُحْتَمَلَةِ لِّلْسُلُوكِ المُتَبَنَّى، وَتَقْيِيمِهِ المَعْرِفِيِّ لِهَذِهِ النُّتَاجِ السُّلُوكِيَّةِ، سِوَاكَانِ تَقْيِيماً إِيْجابِيّاً، أَوْ سَلْبِيّاً، أَمَّا المَعايِيرِ الدَّائِيَّةِ تَجَاهَ الفِعْلِ، فَتَتِمُّثَلُ فِي مُعْتَقَدَاتِ الْفَرْدِ حَوْلَ السُّلُوكِ الَّذِي

¹ The Health Belief Model

² Cues to Action

³ Theory of Planned Behavior Model

يَعْتَقِدُ فِيهِ الْأَشْخَاصُ الْأَخْرَيْنَ الْمُهِمِينَ بِالنِّسْبَةِ لِلْفَرْدِ، بِأَنَّهُ وَجِبَ عَلَيْهِ الْقِيَامُ بِهِ، أَوْ تَتَوَقَّعُ مِنْهُ فِعْلَهُ، أَوْ أَدَاءَهُ بِطَرِيقَةٍ مُعَيَّنَةٍ، وَيُمَثِّلُ هَذَا الْمَعْيَارَ ضَغْطاً اجْتِمَاعِيّاً مُدْرِكاً لِلْفَرْدِ مِنْ قَبْلِ الْأَخْرَيْنَ، وَلَهُ تَأْتِيرٌ إِجْبَابِيٌّ عَلَى النَّوَايَا السُّلُوكِيَّةِ، فَإِذَا أُعْتَقِدَ الْفَرْدُ بِأَنَّهُ وَجِبَ عَلَيْهِ أَنْ يَقُومَ بِسُلُوكٍ مُعَيَّنٍ؛ فَسَتَكُونُ لَدَيْهِ نِيَّةٌ أَكْثَرُ لِأَدَاءِ هَذَا السُّلُوكِ؛ بِسَبَبِ ارْتِفَاعِ دَرَجَةِ الضَّغْطِ الْاجْتِمَاعِيِّ، وَيَخْتَلِفُ الْمَعْيَارُ الذَّاتِيُّ عَنِ الْمَعْيَارِ الْأَخْلَاقِيِّ الشَّخْصِيِّ الَّذِي يُعْتَبَرُ مُكَوَّنًا قَوِيًّا فِي نَمُودِجِ السُّلُوكِ الْمُخْطَطِ، وَفِيهِ يَشْعُرُ الْفَرْدُ بِالمَسْئُولِيَّةِ؛ لِأَدَائِهِ سُلُوكاً أَخْلَاقِيّاً مُعَيَّنًا يَتَّفِقُ مَعَ مَبَادئِهِ، وَمَسْئُولِيَّاتِهِ، فَالْمَعْيَارُ الذَّاتِيُّ يَعْكِسُ الضُّغُوطَ الْاجْتِمَاعِيَّةَ الْخَارِجِيَّةَ فِي حِينِ أَنْ الْمَعْيَارَ الْأَخْلَاقِيَّ الشَّخْصِيَّ يُمَكِّنُ تَمَيُّزَهُ بِالمَبَادِيءِ، أَوْ الْقِيَمِ الدَّاخِلِيَّةِ، كَمَا أَنَّ السِّمَةَ الرَّئِيسِيَّةَ لِلْمَعْيَارِ الْأَخْلَاقِيِّ الشَّخْصِيِّ هِيَ الْإِسْتِبْطَانُ¹، أَمَا بِالنِّسْبَةِ لِلضَّبْطِ السُّلُوكِيِّ الْمُدْرِكِ فَيُمَثِّلُ فِي التَّقْيِيمِ الْفَرْدِيِّ لِلْسُّلُوكِيَّاتِ الَّتِي تَحْدُثُ، وَدَرَجَةِ السُّهُولَةِ، أَوْ الصُّعُوبَةِ الَّتِي يُدْرِكُهَا الْفَرْدُ، فِيمَا يَتَعَلَّقُ بِأَدَائِهِ لِلْسُّلُوكِ الْمَطْلُوبِ مِنْهُ؛ لِتَحْقِيقِ النَتِيجَةِ الْمَرْجُوءَةِ، وَكُلَّمَا زَادَتْ قُدْرَةُ الْأَفْرَادِ عَلَى التَّحْكُمِ فِي هَذِهِ الْعَوَامِلِ الثَّلَاثَةِ كَلَّمَا زَادَتْ اِحْتِمَالِيَّةُ تَطَوُّرِ النَّيَّةِ السُّلُوكِيَّةِ لِأَحْدَاثِ التَّغْيِيرِ فِي السُّلُوكِ (Wang, Fan, Zhao, Yang & Fu, 2016; Lin, Oveisi, Burri & Pakpour, 2017; Lei, Lin, Deng, Dong & Luo, 2020).

ثَالِثًا: مَرَضُ الصَّرَعِ: -

تُعْرَفُ مُنْظَمَةُ الصِّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ الصَّرْعَ بِأَنَّهُ اضْطِرَابٌ مُزْمَنٌ يُصِيبُ الدِّمَاغَ، وَيَتَأَثَّرُ بِهِ الْأَشْخَاصُ فِي جَمِيعِ أَنْحَاءِ الْعَالَمِ، وَيَتَمَيَّزُ بِنَوْبَاتٍ مُتَكَرِّرَةٍ، عِبَارَةٌ عَنِ نَوْبَاتٍ وَجِيزَةٍ مِنَ الْحَرَكَةِ اللَّارِادِيَّةِ الَّتِي قَدْ تَخُصُّ جُزْءًا مِنَ الْجِسْمِ (جُزْئِيَّةً)، أَوْ الْجِسْمِ كُلَّهُ (عَامَةً)، وَيُصَاحِبُهَا - أحياناً - فُتْدَانٌ لِلْوَعْيِ، وَالتَّحْكُمِ فِي وِظَائِفِ الْأَمْعَاءِ، أَوْ الْمَنَائِنَةِ (<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>)

وَيُعْرَفُ الصَّرْعُ طَبَقاً لِلرَّابِطَةِ الدَّوَلِيَّةِ لِمُكَافَحَةِ الصَّرْعِ بِأَنَّهُ اضْطِرَابٌ عَصَبِيٌّ مِنْ اضْطِرَابَاتِ الدِّمَاغِ الَّتِي تَتَمَيَّزُ بِالاستمرارية، والقابلية لإنتاج نوبات صرعية (Tombini, Assenza, Quintiliani, Ricci, Lanzone, Ulivi & Di Lazzaro, 2020).

أَسْبَابُ الصَّرَعِ: -

يَتَمَيَّزُ مَرَضُ الصَّرْعِ بِالنَّوْبَاتِ الْمُتَكَرِّرَةِ، وَيُعَانِي أَكْثَرَ مِنْ ١٠% مِنَ السُّكَّانِ مِنْ نَوْبَةٍ صَّرْعِيَّةٍ وَاحِدَةٍ عَلَى الْأَقَلِّ فِي حَيَاتِهِمْ، وَلَكِنْ حَوَالِي ٢% مِنْهُمْ فَقَطْ هُمْ مَنْ يُصَابُونَ بِالصَّرْعِ، وَتُوجَدُ عَدِيدٌ مِنَ الْأَسْبَابِ لِلإِصَابَةِ بِالنَّوْبَاتِ الصَّرْعِيَّةِ الَّتِي تَنْضَمُنُ أَسْبَاباً هَيْكَلِيَّةً، وَجِيبِيَّةً، وَمُعْدِيَّةً^٢، وَأَيْضِيَّةً، وَمَنَاعِيَّةً، أَوْ مُسَبِّبَاتٍ غَيْرِ مَعْرُوفَةٍ، وَمِنْ بَيْنِ هَذِهِ الْمُسَبِّبَاتِ،

¹ Internalization

² Infectious

التصلب الصدغي الإنسي^١، والخلل القشري البؤري^٢، والورم الكهفي^٣، والأورام المرْتبِطَة بالصَّرْع مثل: الورم العصبيّ الدبقيّ العُقدي^٤، أو الإضطرابات مثل: التصلب الدرنيّ^٥. كما تشمل أسباب الإصابة بالصَّرْع على التَّعرض للإيذاء أثناء الوِلادَة، وإصابات الدِّماغ الرَضِيَّة، وعدوى الدِّماغ مثل (التَّهاب السحايا، أو التَّهاب الدِّماغ)، والسكتة الدِّماغِيَّة. وتُشير التَّقديرات إلى أن ٢٥% من أسباب الإصابة بالصَّرْع يُمكننا الوقاية منها إذا تم تقديم تدخّلات فعّالة للوقاية من الصَّرْع كجزء من الاستجابات الصِّحِّيَّة العامَّة الأوسع نطاقاً في مجالات الرِّعاية الصِّحِّيَّة للأمهات، وحديثي الوِلادَة، ومكافحة الأمراض السارية، والوقاية من الإصابات، وصِحَّة الأوعية الدِّمويَّة (Secco,2020; Martínez, Isla, Márquez, Ventura, Naranjo, Sanchez, Portillo Conesa & BAJAÑA,2020; Patel& Moshé,2020).
الدِّراسَات، والبُحُوث السَّابِقَة: -

يَعرض البَاحِثين في هَذَا الجُزء أهم البُحُوث، والدِّراسَات الَّتِي تَنَاولت القَلَق، والسُّلُوك الصِّحِّي لَدَى مَرَضَى الصَّرْع على النَحْو التَّالِي: -

أولاً: الدِّراسَات، والبُحُوث الَّتِي اِهْتَمَّت بِدِرَاسَة القَلَق لَدَى مَرَضَى الصَّرْع: -

في نطاق تلك الدِّراسَات أَجرى، كلاري وسنفلِي وهمبرجر (Clary,Snively&Hamberger,2018) دِرَاسَة بِهَدَف تَحديد طَبِيعَة العَلاقَة بين أَعْرَاض القَلَق، ومَوَضع النَّوبَة الصَّرْعِيَّة لَدَى عَيِّنَة من مَرَضَى الصَّرْع الرَّاشِدِين في ضَوْء بَعْض العَوامل الدِّيمُوغَرَفِيَّة، والإكلينيكيَّة، وتكونت عَيِّنَة هَذِهِ الدِّرَاسَة من ٥٤٠ مَرِيضاً بالصَّرْع مُقسَمِين إلى ٢٤٢ من الذُّكُور، و٢٩٧ من الإِنَاث، وتكونت أدَوَات هَذِهِ الدِّرَاسَة من قَائِمَة الأَعْرَاض المَرَضِيَّة^٦، ومِقْيَاس وكسلر لذكاء الرَّاشِدِين، ومِقْيَاس جَوَدَة الحَيَاة لَمَرَضَى الصَّرْع^٧، وقد أَشارَت نَتائِج هَذِهِ الدِّرَاسَة إلى ارتفاع مُعدلات القَلَق لَدَى ٢٥٠ مَرِيضاً بِنِسبَة ٤٦,١% من عَيِّنَة هَذِهِ الدِّرَاسَة، مِنْهُم ٤٦ مَرِيضاً بِنِسبَة ١٨,٤% من المَرَضَى ذَوِي القَلَق المُرتفع لَم يَكُن لَدِيهِم اِكْتِنَاب، وأن ٢٦% فقط من مَرَضَى القَلَق المُرتفع كانوا يَتَنَاولون الأَدوية المُزِيلَة للقَلَق^٨، كما أَوْضَحَت النَتائِج - باستخدام تَحليل الأِنجِدَار اللُّوجِسْتِي البَسِيط - وَجُود عَلاقَة ارْتِبَاطِيَّة بين ارتفاع مُعدلات القَلَق لَدَى مَرَضَى الصَّرْع؛ وكُل من الإِصابَة بِالإِكْتِنَاب، والإِصابَة بالصَّرْع مَجْهُول السَّبَب، أو الصَّرْع البُورِي، وبصِفَة خَاصَة صَّرْع

¹ Mesial Temporal Sclerosis

² Focal Cortical Dysplasia

³ Cavernoma

⁴ Ganglioglioma

⁵ Tuberos Sclerosis

⁶ The Symptom Checklist-90R

⁷ The Quality of Life in Epilepsy-89 (QOLIE-89)

⁸ Potentially Anxiolytic Medication

الفص الصدغي الإنسي، ووجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع معدلات القلق؛ وانخفاض المستوى التعليمي، وكذلك ارتفاع معدلات القلق لدى من كان لهم تاريخ سابق لإصابات في الرأس، ومن كانوا يتناولون أكثر من نوع من الأدوية المضادة للصرع^١، ولدى المصابين بالصرع البؤري في الجانب الأيسر، أو الجانبين معاً.

كما أجرى، فام وساورو وباتين وويب وفيست وبولك وجيتي (Pham, Sauro, Patten, Wiebe, Fiest, Bulloch & Jetté, 2017) دراسة بهدف معرفة، وتقدير مدى انتشار اضطراب القلق لدى مرضى الصرع، وتحديد العوامل المرتبطة به، وتكونت عينة هذه الدراسة من ٢٥٠ مريضاً بالصرع، ٥٣,٢% منهم كانوا من الإناث، وتكونت أدوات هذه الدراسة من مقياس القلق، والإكتئاب في المستشفى^٢، واستبانة صحة المريض ذات البؤود التسعة، والمقياس الكلي لتقييم شدة الصرع^٣، والمقياس الكلي لتقييم الإعاقة^٤، ومقياس جودة الحياة "النسخة المختصرة"^٥، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى شيوع، وانتشار اضطرابات القلق لدى ٤٠% من المشاركين في هذه الدراسة، والإكتئاب لدى ٢٤,١%، والقلق، والإكتئاب معاً لدى ٤٣,٥٩% من عينة الدراسة، كما أوضحت النتائج أن أكثر أعراض القلق شيوعاً لدى مرضى الصرع كانت: الأفكار المقلقة، والشعور بالخوف، والتوتر، وأن أقلها انتشاراً كان: الشعور بالمغص^٦، كما أوضحت النتائج أن أكثر من نصف المشاركين في هذه الدراسة بنسبة ٥١,٨% ممن يعانون من اضطراب القلق، لم يكن لديهم اكتئاب، كما أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع المستوى التعليمي لدى مرضى الصرع؛ وانخفاض نسبة القلق لديهم، ووجود علاقة ارتباطية بين الإصابة بالقلق؛ وكل من شدة الصرع، ودرجة الإعاقة المرتبطة بالنوبات الصرعية، والآثار الجانبية للأدوية المضادة للصرع، وانخفاض جودة الحياة لديهم، ووجود علاقة ارتباطية بين زيادة احتمالات الإصابة بالقلق؛ وكل من الإصابة بالإكتئاب، والآثار الجانبية للأدوية المضادة للصرع، والتدخين، وتعاطي العقاقير المحظورة^٧، كما أوضحت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية بين الإصابة بالقلق، وكل من النوع، والحالة الوظيفية، وتعاطي الكحول، ونوع النوبات الصرعية، ووجود فروق جوهريّة بين مرضى الصرع المصابين، وغير المصابين بالقلق في شدة النوبات الصرعية لديهم، وفي درجة الإعاقة المرتبطة بالنوبات.

1 Anti-Seizure Drug Polytherapy

2 Hospital Anxiety and Depression Scale

3 The Global Assessment of Epilepsy Severity Scale (GASE)

4 The Global Assessment of Disability Scale (GADS)

5 Quality of Life Assessment Using the Short Form-12 (SF-12)

6 Feelings of Butterflies

7 Illicit Drug

كما قام كل من دابله وجونيجا وسينغ وبالا (Dabla, Juneja, Singh & Bala, 2020) بإجراء دراسة بهدف معرفة، وتحديد معدل إنتشار كل من القلق، والاكتئاب، والتفكير الإلتحاري، والسلوك الإلتحاري لدى مرضى الصرع، وتكونت عينة هذه الدراسة من 100 مُصاب بالصرع مُقسمين إلى 70 من الذكور، و30 من الإناث، وكانت أعمارهم تزيد عن 18 عاماً بمتوسط عُمر 26,87، وانحراف معياري 8,27 سنوات، وتكونت أدوات هذه الدراسة من مقياس القلق، والاكتئاب في المُستشفى، ومقياس كولومبيا لتصنيف درجة خطورة الإلتحار¹، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن معدلات إنتشار الاكتئاب بين مرضى الصرع كانت بنسبة 60%، بينما كانت معدلات إنتشار القلق بنسبة 70%، والأفكار الإلتحارية بنسبة 42%، والسلوك الإلتحاري بنسبة 3% بين مرضى الصرع، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الإصابة بهذه الأمراض النفسية المُصاحبة؛ وكل من: النوع في اتجاه الإناث، والمدة الأطول للإصابة بالصرع، وزيادة معدل تكرار النوبات، والإصابة بصرع الفص الصدغي، والصرع غير المُضبط، والصرع المُقاوم للأدوية²، وتناول أكثر من نوع من الأدوية المُضادة للصرع³، كما أشارت النتائج إلى ارتفاع معدلات القلق، والاكتئاب لدى مرضى صرع الفص الصدغي مقارنة بغيرهم من غير مرضى صرع الفص الصدغي.

تَعْقِيبٌ عَلَى الدِّرَاسَاتِ، وَالبُحُوثِ الَّتِي اِهْتَمَّت بِدِرَاسَةِ القَلْقِ لَدَى مَرَضَى الصَّرَعِ: -

- (1) اعتمدت البحوث، والدِّرَاسَاتِ السَّابِقَةَ الَّتِي اِطَّلَع عَلَيْهَا البَاحِثِينَ عَلَى استخدام مَقاييس لقياس القلق بشكل عام، ولا تُوجد من بينها دِرَاسَاتِ، أو بُحُوثِ قَامَتِ بِإعداد، أو استخدام مَقاييس تُقيّم بنودها القلق المرتبط بالإصابة بالصرع على وجه التَّحديد.
- (2) اتفقت معظم الدِّرَاسَاتِ، والَبُحُوثِ السَّابِقَةَ على ارتفاع مُستويات القلق لدى مَرَضَى الصَّرَعِ، وبصفة خاصة مَرَضَى الصَّرَعِ البُورِي، ومن يَتناولون أكثر من نوع من الأدوية المُضادة للصرع، ولدى ذوي المُستوى التَّعليمي المُنخفض.

ثَانِيًا: الدِّرَاسَاتِ الَّتِي اِهْتَمَّت بِدِرَاسَةِ السُّلُوكِ الصِّحِّي، لَدَى مَرَضَى الصَّرَعِ: -

في نطاق تلك الدِّرَاسَاتِ أُجِرَى كوندَا وعبلة وكوندا وليو (Konda, Ablah, Konda & Liow, 2009) دراسة بهدف تقيّم السلوكيات الصِّحِّيَّة، والظُّروف الصِّحِّيَّة، والعوامل الدِّيموغرافيَّة، وجوْدة الحَيَاة لَدَى عِيْنَةٍ من مَرَضَى الصَّرَعِ، ومُقارنتهم بغير المُصابين بالصرع، وتكونت عينة هذه الدراسة من 65,283 مُشاركاً مُقسمين إلى 31,813 من الذُّكور، و33,470 من الإناث منهم 932 مريضاً بالصرع مدى حياتهم (419 ذُّكور، 513 إناث)، ومن بينهم 524 مُصاباً بالصرع النَشِيط (259 ذُّكور، 265 إناث)، بنسبة 56% من

¹ Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) Questionnaire

² Drug Resistant Epilepsy

³ Polytherapy

مرضى الصرع. وكانت أعمارهم تزيد عن ١٨ عاماً. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى ارتفاع معدلات التدخين، والبطالة، والسمنة، والشعور بعدم الرضا عن الحياة بين مرضى الصرع، مقارنةً بغير المصابين بالصرع، وانخفاض معدلات انتشار الإصابة بالصرع مدى الحياة، أو الصرع النشط بين الإسبان المشاركين في هذه الدراسة، وانخفاض المستوى التعليمي المتقدم بين مرضى الصرع، مقارنةً بغير المصابين بالصرع، وانخفاض نسبة استهلاك المشروبات الكحولية في الشهر السابق لإجراء هذه الدراسة بين مرضى الصرع، مقارنةً بغير المصابين بالصرع، وزيادة معدلات المشكلات البدنية، والعقلية، والإنفعالية لدى مرضى الصرع التي تحُد من أنشطتهم مقارنةً بغير المصابين بالصرع.

كما أجرى، شونج وكدرمتي ولوبيز ولابندر (Chong, Kudrimoti, Lopez & Labiner, 2010) دراسة بهدف تقييم عوامل الخطر السلوكية لدى عينة من مرضى الصرع، وتكونت عينة هذه الدراسة من ٩٥٢٤ مشاركاً مقسمين إلى مجموعتين: إحداهما مكونة من ٩٣٩٩ شخصاً من غير المصابين بالصرع (٣٥٢٣ ذكور، ٥٨٧٦ إناث)، والأخرى مجموعة مكونة من ١٢٥ مريضاً بالصرع مدى حياتهم مصنفة إلى ٦٦ مصاباً بالصرع النشط (٣١ ذكور، ٣٥ إناث)، و٥٩ مصاباً بالصرع غير النشط (١٩ ذكور، ٤٠ إناث)، وكانت أعمارهم جميعاً تزيد عن ١٨ عام، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى انخفاض جودة الحياة لدى مرضى الصرع النشط، وزيادة عدد الأمراض المصاحبة لديهم، بالإضافة إلى سوء صحتهم النفسية، والبدنية، وذلك مقارنةً بمرضى الصرع غير النشط، وبغير المصابين بالصرع بالإضافة إلى أنهم كانوا أكثر احتياجاً لبعض التجهيزات الخاصة مثل: (العصا^١ - كرسي المقعدين - سرير خاص - هاتف خاص)، وأوضحت النتائج أن أقل من نصف المشاركين في هذه الدراسة كانوا ملتزمين بمعدلات الأنشطة البدنية الموصى بها، كما أشارت النتائج إلى انتشار السمنة لدى نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة، وانخفاض نسبة مستهلكي الخضروات، والفاكهة بمعدل خمسة حصص، أو أكثر يومياً من بين أفراد المجموعات الثلاثة (غير المصابين بالصرع - مرضى الصرع النشط - مرضى الصرع غير النشط)، كما أوضحت النتائج أن أغلبية المشاركين في هذه الدراسة، لم تكن تتناول الكحوليات الثقيلة، وأشارت إلى وجود علاقة ارتباطية بين مستوى النشاط البدني لدى مرضى الصرع النشط؛ وانخفاض عدد أيام ممارسة الأنشطة، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين الإصابة بالأمراض المصاحبة لدى مرضى الصرع غير النشط؛ وانخفاض عدد أيام ممارسة الأنشطة، وعدم وجود فروق جوهريّة بين أفراد المجموعات الثلاثة في حالة التدخين.

¹ A cane

كما أجرى سوي وزاك وكوبا وهيلميرس (Cui, Zack, Kobau & Helmers, 2015) دراسة بهدف تقييم، ومقارنة معدل إنتشار السلوكيات الصحيّة بين المُصابين، وغير المُصابين بالصَّرع، وتكونت عيّنة هذه الدِّراسة من ٢٧,١٣٩ مشاركاً مُقسّمين إلى ٢٦,٦٥٩ شخصاً من غير المُصابين بالصَّرع (١١,٧٧٦ ذُكور، ١٤,٨٨٣ إناث)، و ٤٨٠ شخصاً لديهم تاريخ للإصابة بالصَّرع (٢٠١ ذُكور، ٢٧٩ إناث) مُصنّفين إلى ٢٧٧ مُصاباً بالصَّرع النّشط، و ١٩٨ مُصاباً بالصَّرع غير النّشط، وكانت أعمارهم جميعاً تزيد عن ١٨ عاماً، وقد أوضحت نتائج هذه الدِّراسة أن نسبة كل من مَرَضَى الصَّرع النّشط، ومن لديهم تاريخ للإصابة بالصَّرع كانت أقل بكثير من نسبة غير المُصابين بالصَّرع في تناول الكحوليات، وكانت أكبر بكثير من نسبة غير المُصابين بالصَّرع في الامتناع عن تناول الكحوليات مدى حياتهم، كما أوضحت النتائج عدم وجود فروق جوهريّة بين المُصابين، وغير المُصابين بالصَّرع في مُعدل التدخين، وأن حوالي ٢١,٨% من مَرَضَى الصَّرع، و ١٩,٣% من غير المُصابين بالصَّرع كانوا مُدخنين أثناء إجراء الدِّراسة، كما أشارت النتائج إلى أن مَرَضَى الصَّرع - وبصفة خاصّة مَرَضَى الصَّرع النّشط - كانوا أقل بكثير من غير المُصابين بالصَّرع في إتباع قواعد النّشاط البدنيّ المُوصي به للأمريكان، وكانوا أقل في إتباع السلوك الصحيّ الخاص بالمشي لمدة عشرة دقائق في الأسبوع السّابق على إجراء الدِّراسة مقارنة بغير المُصابين بالصَّرع، كما أوضحت النتائج أن نسبة مَرَضَى الصَّرع النّشط الذين كانوا ينامون ٧ أو ٨ ساعات في اليوم كانت أقل بكثير من نسبة نظرائهم من غير المُصابين بالصَّرع، وأن نسبة مَرَضَى الصَّرع النّشط الذين كانوا ينامون ٩ ساعات أو أكثر في اليوم كانت أكبر بكثير من نسبة غير المُصابين بالصَّرع، وأن نسبة من لديهم تاريخ للإصابة بالصَّرع، وكانوا ينامون ٦ ساعات أو أقل في الليلة الواحدة كانت أكبر بكثير من نسبة نظرائهم من غير المُصابين بالصَّرع.

تَعْقِيبٌ عَلَى الدِّرَاسَاتِ، وَالبُحُوثِ الَّتِي اِهْتَمَّت بِدِرَاسَةِ السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ لَدَى مَرَضَى الصَّرَعِ: -

١. لا تُوجد دِّرَاسَاتٌ مَحَلِّيَّةٌ، أو عَرَبِيَّةٌ اِهْتَمَّت بِدِرَاسَةِ السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ لَدَى مَرَضَى الصَّرَعِ فِي حُدُودِ البُحُوثِ، وَالدِّرَاسَاتِ الَّتِي اِطَّلَعَ عَلَيْهَا البَاحِثِينَ.
٢. اعتمدت البُحُوثُ، وَالدِّرَاسَاتُ السَّابِقَةُ الَّتِي اِطَّلَعَ عَلَيْهَا البَاحِثِينَ عَلَى اسْتِخْدَامِ مَقاييس لقياس السلوك الصّحيّ بشكل عام، ولا تُوجد من بينها دِّرَاسَاتٌ، أو بُحُوثٌ قامت بإعداد، أو استخدام مقاييس تُقيم بُنودها السلوك الصّحيّ المُرتبط بالإصابة بالصَّرع على وجه التّحديد.
٣. اِهْتَمَّت بَعْضُ الدِّرَاسَاتِ، وَالبُحُوثِ السَّابِقَةُ بِاسْتِخْدَامِ مَجْمُوعَاتِ ضابطة سواء من الأصحاء، أو من المَرَضَى الآخرين لإجراء مُقارنات بينهم، وبين مَرَضَى الصَّرَعِ فِي

مستويات السلوك الصحي بدلاً من التركيز على السلوكيات الصحية بين مرضى الصرع أنفسهم.

٤. اتفقت معظم الدراسات، والبحوث السابقة على انخفاض مستويات كل من: السلوكيات الصحية، والنشاط البدني، وتناول المشروبات الكحولية، واستهلاك الخضروات، والفاكهة، والنوم الصحي، والشعور بالرضا عن الحياة بين مرضى الصرع، وزيادة معدلات الإصابة بالأمراض المصاحبة، والسمنة، والبطالة، والتدخين، وسوء الحالة الصحية، والنفسيّة، والإنفعاليّة لديهم، وبصفة خاصة لدى مرضى الصرع النشط، وغير المنضبط، مقارنة بالأصحاء، أو المرضى الآخرين مما يؤكد على أهميّة، ودور التنقيف الصحي من قبل الأطباء، والمتخصّصين، والعاملين في مجال رعاية مرضى الصرع في نشر الوعي الصحي بين هؤلاء المرضى، ومساعدتهم على اختيار أنماط الحياة الصحية، وتعزيز مستويات الصحّة النفسيّة، والبدنيّة لديهم، وبصفة خاصة عن طريق الرياضة، والنظام الغذائي، والإفلاع عن التدخين (Elliott, Lu, Moore, McAuley & Long, 2008; Roberts, Patten, Wiebe, Hemmelgarn, Pringsheim & Jette, 2015).

فروض الدراسة: -

- ١) تُوجد علاقة ارتباطية بين أعراض القلق، والسلوك الصحي لدى مرضى الصرع.
- ٢) تُوجد فروق جوهريّة بين مرضى الصرع في أعراض القلق باختلاف الحالة الاجتماعيّة.
- ٣) تُوجد فروق جوهريّة بين مرضى الصرع في السلوك الصحي باختلاف الحالة الاجتماعيّة.

المنهج والإجراءات: -

اعتمدت الدراسة الحاليّة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن؛ حيث تمت دراسة العلاقة بين أعراض القلق، والسلوك الصحي لدى مرضى الصرع، والتعرّف على الفروق بين مرضى الصرع في أعراض القلق، والسلوك الصحي باختلاف الحالة الاجتماعيّة.

عينة الدراسة: -

تكونت عينة الدراسة الحاليّة من ١٢٢ من المصابين بالصرع مقسمين إلى (٥١) من الذكور، و(٧١) من الإناث بمتوسط عُمر ٣١,٥١ سنة، وانحراف معياري ٨,٩١ سنوات، ومتوسط عُمر عند إصابتهم بالتوبات ١٧,٠ سنة، وانحراف معياري ٩,١٩ سنوات تم الحصول عليهم جميعاً من خلال مُنتديات دعم، ومُساندة مرضى الصرع عبر شبكة الإنترنت.

جدول (١) توصيف لعينة الدراسة ن=١٢٢

م	المتغيرات		ذكور		إناث	
			النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار
١	النوع					
٢	الحالة الاجتماعية		٤١,٨%	٥١	٥٨,٢%	٧١
	متزوجين		٥٦,٩%	٢٩	٤٥,١%	٣٢
	غير متزوجين		٤١,٢%	٢١	٥٣,٥%	٣٨
٣	المستوى التعليمي		٢,٠%	١	١,٤%	١
	أقل من المتوسط (ابتدائي- أعدادي)		٣٥,٣%	١٨	٣٦,٦%	٢٦
	متوسط (ثانوي)		٢٥,٥%	١٣	١٥,٥%	١١
	فوق متوسط (معاهد)		٣١,٤%	١٦	٣٢,٤%	٢٣
	بإجازات عليا (دبلوم - ماجستير - دكتوراة)		٥,٩%	٣	١٤,١%	١٠
٤	نوع التوثيق		٥٢,٩%	٢٧	٣١,٠%	٢٢
	عامة		١٧,٦%	٩	٣٣,٨%	٢٤
	جزئية		٢٩,٤%	١٥	٣٥,٢%	٢٥
٥	تكرار التوثيق		٢,٠%	١	١٤,١%	١٠
	أكثر من أو يساوي ثوبه يوميا		١٥,٧%	٨	١٥,٥%	١١
	أكثر من أو يساوي ثوبه أسبوعياً		٢٥,٥%	١٣	٣٢,٤%	٢٣
	أكثر من أو يساوي ثوبه شهرياً		٥٦,٩%	٢٩	٣٨,٠%	٢٧
٦	عدد الأنوية المضادة للصرع		٣,٩%	٢	٢,٨%	٢
	بُنون		٤٧,١%	٢٤	٤٦,٥%	٣٣
	نوع واحد ^١		٤٩%	٢٥	٥٠,٧%	٣٦
	نوعين أو أكثر ^٢		٩٤,١%	٤٨	٩٠,١%	٦٤
٧	عدد الأمراض المزمنة الأخرى		٥,٩%	٣	٥,٦%	٤
	مرض واحد		-	-	٤,٢%	٣
	أكثر من مرض					
٨	التاريخ العائلي للإصابة بالصرع		١٥,٧%	٨	١٩,٧%	١٤
	يوجد		٨٤,٣%	٤٣	٨٠,٣%	٥٧
	لا يوجد					
٩	الأبناء المصابين بالصرع		٣,٩%	٢	١,٤%	١
	يوجد		٩٦,١%	٤٩	٩٨,٦%	٧٠
		لا يوجد				

¹ Monotherapy

² polytherapy

ثالثاً أدوات الدراسة: -

قام الباحثين باستخدام الأدوات التالية لتحديد العلاقة بين أعراض القلق، والسلوك الصحي لدى مرضى الصرع: -

١. مقياس القلق لدى مرضى الصرع (من إعداد الباحثين).

٢. مقياس السلوك الصحي لدى مرضى الصرع (من إعداد الباحثين).

أ. مقياس القلق لدى مرضى الصرع: -

*تكوين المقياس: -

اتَّبَعَ الباحثين الخطوات الآتية لإعداد، وتصميم هذا المقياس: -

١. قام الباحثين بإعداد الصورة المبدئية للمقياس الذي تكون من ٢٦ بنداً، وتقع الإجابة على تلك البنود في خمس مستويات وهي (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً، تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، تنطبق عليّ بدرجة قليلة، لا تنطبق عليّ).

٢. تم عرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من المحكمين بلغت ٦ محكمين^١ من أعضاء هيئة التدريس بأقسام علم النفس بكلّيات الآداب، والتربية ببعض الجامعات المصرية، وقد احتوت على الهدف من المقياس، والتعريف الإجرائي لأعراض القلق لدى مرضى الصرع.

٣. قام الباحثين بإجراء التعديلات على الصورة المبدئية للمقياس، بالإبقاء على ٢٦ بنداً من المقياس، وإضافة ٤ بنود أخرى مقسمين إلى (بندين للذكور، وبندين للإناث)، وذلك بعد إشارة بعض المحكمين بضرورة وجود مقياس خاص بالذكور، ومقياس خاص بالإناث تناسب بنودهما طبيعة العينة من الذكور، والإناث كل على حدة؛ ليصبح المقياس مكوناً من ٢٨ بنداً

١ قائمة بأسماء السادة المحكمين: -

١. بديرية كمال أحمد - أستاذ علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنصورة.

٢. سناء حامد عبد السلام أستاذة الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة دمياط.

٣. علي علي مفتاح - أستاذ علم النفس - كلية الآداب - جامعة بنها.

٤. نرمين عبد الوهاب أحمد - أستاذ علم النفس - كلية الآداب - جامعة بني سويف.

٥. هشام عبد الحميد ثمامي - أستاذ علم النفس - كلية الآداب - جامعة بني سويف.

٦. ولأء بدوي محمد - أستاذ علم النفس المساعد - كلية الآداب - جامعة المنوفية.

للدُّكُور، و ٢٨ بنداً للإناث بعد أن كان مقياساً واحداً مُكوّناً من ٢٦ بنداً، وذلك بعد إجراء التعديلات في الصياغة اللغوية.

٤. قام الباحثين بإعداد الصورة النهائية للمقياس بعد الانتهاء من إجراءات الكفاءة السيكومترية للمقياس كالتالي: -

*الكفاءة السيكومترية للمقياس: -

* صدق المقياس: -

الصدق الظاهري: -

تم التأكد من الصدق التمييزي لمقياس أعراض القلق من خلال المقارنة الطرفية بين درجات الربع الأعلى، ودرجات الربع الأدنى في أعراض القلق، وذلك باستخدام الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب عن طريق اختبار مان وتني، وقد بلغ حجم عينتي درجات المقارنة الطرفية ٢٤ مريضاً مقسمين إلى (١٢ مشاركاً للربع الأدنى، و ١٢ مشاركاً للربع الأعلى) بالنسبة للدُّكُور، بينما بلغ حجم عينتي درجات المقارنة الطرفية ٣٢ مريضاً مقسمين إلى (١٥ مشاركاً للربع الأدنى، و ١٧ مشاركاً للربع الأعلى) بالنسبة للإناث، وأوضحت نتائج المعالجة الإحصائية فُدرة المقياس على التمييز بين المرتفعين، والمنخفضين في أعراض القلق بصورة دالة كما يتضح من الجداول أرقام (٢)، (٣).

جدول (٢) صدق المقارنة الطرفية لبُنود مقياس أعراض القلق لدى الدُّكُور

مُسْتَوَى الدَّلَالَةِ	قيمة Z	قيمة مان وتني	مُرْتَفَعُ القَلْق			مُنْخَفِضُ القَلْق			البُنُود
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	
,٠٠٨	٢,٦٦٥-	٣١,٠٠٠	١٩١,٠٠	١٥,٩٢	١٢	١٠٩,٠٠	٠٨,٩	١٢	١
,٠٠١	٣,٣٧٩-	١٧,٥٠٠	٢٠٤,٥٠	١٧,٠٤	١٢	٩٥,٥٠	٧,٩٦	١٢	٢
,٠٠١	٣,١٧٩-	١٨,٥٠٠	٢٠٣,٥٠	١٦,٩٦	١٢	٩٦,٥٠	٨,٠٤	١٢	٣
,٠٠٠	٣,١٣٤-	١٢,٥٠٠	٢٠٩,٥٠	١٧,٤٦	١٢	٩٠,٥٠	٧,٥٤	١٢	٤
,٠٠٠	٣,٥١٨-	١٤,٥٠٠	٢٠٧,٥٠	١٧,٢٩	١٢	٩٢,٥٠	٧,٧١	١٢	٥
,٠٠٠	٣,٦٠٣-	١٢,٥٠٠	٢٠٩,٥٠	١٧,٤٦	١٢	٥٠,٩٠	٧,٥٤	١٢	٦
,٠٠٠	٤,٣٢٠-	١,٠٠٠	٢٢١,٠٠	١٨,٤٢	١٢	٧٩,٠٠	٦,٥٨	١٢	٧
,٠١٩	٢,٣٤١-	٣٩,٥٠٠	١٨٢,٥٠	١٥,٢١	١٢	١١٧,٥٠	٩,٧٩	١٢	٨
,٠٠٢	٣,١٣٩-	١٩,٥٠٠	٢٠٢,٥٠	١٦,٨٨	١٢	٩٧,٥٠	٨,١٣	١٢	٩
,٠٠١	٣,٣١٦-	٢٤,٠٠٠	١٩٨,٠٠	١٦,٥٠	١٢	١٠٢,٠٠	٨,٥٠	١٢	١٠

العلاقة بين أعراض القلق والسلوك الصحي لدى عينة من مرضى الصرع

مُسْتَوَى الدَّلَالَةِ	قِيَمَةُ Z	قِيَمَةُ مَان وتني	مُرْتَفَعُ القَلْق			مُنْخَفِضُ القَلْق			البُنُود
			مجموع الرُّتَب	مُتَوَسِّطُ الرُّتَب	ن	مجموع الرُّتَب	مُتَوَسِّطُ الرُّتَب	ن	
,000	-٣,٦٠٤	١٥,٠٠٠	٢٠٧,٠٠	١٧,٢٥	١٢	٩٣,٠٠	٧,٧٥	١٢	١١
,00٢	-٣,٠٢٥	٣٠,٠٠٠	١٩٢,٠٠	١٦,٠٠	١٢	١٠٨,٠٠	٩,٠٠	١٢	١٢
,00٠	-٤,١٨٦	٦,٠٠٠	٢١٦,٠٠	١٨,٠٠	١٢	٨٤,٠٠	٧,٠٠	١٢	١٣
,00٠	-٣,٨٠٤	١٠,٠٠٠	٢١٢,٠٠	١٧,٦٧	١٢	٨٨,٠٠	٧,٣٣	١٢	١٤
,00٠	-٤,٢٨١	٢,٥٠٠	٢١٩,٥٠	١٨,٢٩	١٢	٨٠,٥٠	٦,٧١	١٢	١٥
,00١	-٣,٣٠٦	١٨,٠٠٠	٢٠٤,٠٠	١٧,٠٠	١٢	٩٦,٠٠	٨,٠٠	١٢	١٦
,00٢	-٣,٠٣٠	٣٠,٠٠٠	١٩٢,٠٠	١٦,٠٠	١٢	١٠٨,٠٠	٩,٠٠	١٢	١٧
,00٠	-٣,٧٥١	١٣,٠٠٠	٢٠٩,٠٠	١٧,٤٢	١٢	٩١,٠٠	٧,٥٨	١٢	١٨
,00١	-٣,٣١٣	٢٤,٠٠٠	١٩٨,٠٠	١٦,٥٠	١٢	١٠٢,٠٠	٨,٥٠	١٢	١٩
,00٧	-٢,٧٠٥	٢٦,٥٠٠	١٩٥,٥٠	١٦,٢٩	١٢	١٠٤,٥٠	٨,٧١	١٢	٢٠
,00٠	-٣,٨٥٢	٧,٠٠٠	٢١٥,٠٠	١٧,٩٢	١٢	٨٥,٠٠	٧,٠٨	١٢	٢١
,00٠	-٣,٩٤٦	٦,٠٠٠	٢١٦,٠٠	١٨,٠٠	١٢	٨٤,٠٠	٧,٠٠	١٢	٢٢
,١٥٠	-١,٤٣٩	٤٨,٠٠٠	١٧٤,٠٠	١٤,٥٠	١٢	١٢٦,٠٠	١٠,٥٠	١٢	٢٣
,00١	-٣,٤٢٠	١٥,٠٠٠	٢٠٧,٠٠	١٧,٢٥	١٢	٩٣,٠٠	٧,٧٥	١٢	٢٤
,00٠	-٣,٥٩٥	١٢,٥٠٠	٢٠٩,٥٠	١٧,٤٦	١٢	٩٠,٥٠	٧,٥٤	١٢	٢٥
,00١	-٣,٣٧٥	٢٠,٠٠٠	٢٠٢,٠٠	١٦,٨٣	١٢	٩٨,٠٠	٨,١٧	١٢	٢٦
,00٧	-٢,٧٠٠	٢٨,٥٠٠	١٩٣,٥٠	١٦,١٣	١٢	١٠٦,٥٠	٨,٨٨	١٢	٢٧
,00٠	-٣,٧٨٦	١١,٠٠٠	٢١١,٠٠	١٧,٥٨	١٢	٨٩,٠٠	٧,٤٢	١٢	٢٨
,00٠	-٤,١٦٤	٠٠٠,	٢٢٢,٠٠	١٨,٥٠	١٢	٨٧,٠٠	٦,٥٠	١٢	الدرْجَةُ الكَلْبِيَّة

** دال عند ٠,٠٠٠,

جَدول (٣) صِدْقِ المَقَارَنَةِ الطَّرْفِيَّةِ لِبُنُودِ مِقْيَاسِ أَعْرَاضِ القَلْقِ لَدَى الإِنَاثِ

مُسْتَوَى الدَّلَالَةِ	قِيَمَةُ Z	قِيَمَةُ مَان وتني	مُرْتَفَعُ القَلْق			مُنْخَفِضُ القَلْق			البُنُود
			مجموع الرُّتَب	مُتَوَسِّطُ الرُّتَب	ن	مجموع الرُّتَب	مُتَوَسِّطُ الرُّتَب	ن	
,00٠	٣,٧٩٨-	٣٠,٥٠٠	٣٧٧,٥٠	٢٢,٢١	١٧	١٥٠,٥٠	٠,٣١٠	١٥	١

,٠٠٠	٤,٧٦٠-	٩,٠٠٠	٣٩٩,٠٠	٢٣,٤٧	١٧	١٢٩,٠٠	٨,٦٠	١٥	٢
,٠٠٠	-٤,٣٩٩	١٥,٥٠٠	٣٩٢,٥٠	٢٣,٠٩	١٧	١٣٥,٥٠	٩,٠٣	١٥	٣
,٠٠٠	-٤,٤١٧	١٥,٥٠٠	٣٩٢,٥٠	٢٣,٠٩	١٧	١٣٥,٥٠	٩,٠٣	١٥	٤
,٠٠٠	-٤,٩٢٤	٣,٥٠٠	٤٠٤,٥٠	٢٣,٧٩	١٧	١٢٣,٥٠	٨,٢٣	١٥	٥
,٠٠٠	-٥,٠٠٣	١,٥٠٠	٤٠٦,٥٠	٢٣,٩١	١٧	٥٠,١٢١	٨,١٠	١٥	٦
,٠٠٠	-٤,٧٨٤	٦,٠٠٠	٤٠٢,٠٠	٢٣,٦٥	١٧	١٢٦,٠٠	٨,٤٠	١٥	٧
,٠٠٠	-٣,٩١٤	٣١,٥٠٠	٣٧٦,٥٠	٢٢,١٥	١٧	١٥١,٥٠	١٠,١٠	١٥	٨
,٠٠٠	-٤,١٩١	٢٤,٠٠٠	٣٨٤,٠٠	٢٢,٥٩	١٧	١٤٤,٠٠	٩,٦٠	١٥	٩
,٠٠٠	-٤,٧٣١	١٠,٠٠٠	٣٩٨,٠٠	٢٣,٤١	١٧	١٣٠,٠٠	٨,٦٧	١٥	١٠
,٠٠٠	-٤,٩٦٦	٣,٥٠٠	٤٠٤,٥٠	٢٣,٧٩	١٧	١٢٣,٥٠	٨,٢٣	١٥	١١
,٠٠٢	-٤,٦٦٧	١١,٠٠٠	٣٩٧,٠٠	٢٣,٣٥	١٧	١٣١,٠٠	٨,٧٣	١٥	١٢
,٠٠٠	-٥,١٥٤	٠٠٠,	٤٠٨,٠٠	٢٤,٠٠	١٧	١٢٠,٠٠	٨,٠٠	١٥	١٣
,٠٠٠	-٥,٠٦١	١,٥٠٠	٤٠٦,٥٠	٢٣,٩١	١٧	١٢١,٥٠	٨,١٠	١٥	١٤
,٠٠٠	-٥,٢٦٣	٥٠٠,	٤٠٧,٥٠	٢٣,٩٧	١٧	١٢٠,٥٠	٨,٠٣	١٥	١٥
,٠٠١	-٤,٤٠٤	١٦,٥٠٠	٣٩١,٥٠	٢٣,٠٣	١٧	١٣٦,٥٠	٩,١٠	١٥	١٦
,٠٠٢	-٤,٩٨٦	٢,٠٠٠	٤٠٦,٠٠	٢٣,٨٨	١٧	١٢٢,٠٠	٨,١٣	١٥	١٧
,٠٠٠	-٤,٣٢٦	٢١,٥٠٠	٣٨٦,٥٠	٢٢,٧٤	١٧	١٤١,٥٠	٩,٤٣	١٥	١٨
,٠٠٠	-٤,١٩٩	٢٥,٥٠٠	٣٨٢,٥٠	٢٢,٥٠	١٧	١٤٥,٥٠	٩,٧٠	١٥	١٩
,٠٠٠	-٤,٤٠٧	١٤,٥٠٠	٣٩٣,٥٠	٢٣,١٥	١٧	١٣٤,٥٠	٨,٩٧	١٥	٢٠
,٠٠٠	-٤,٥٣٥	١٤,٥٠٠	٣٩٣,٥٠	٢٣,١٥	١٧	١٣٤,٥٠	٨,٩٧	١٥	٢١
,٠٠٠	-٣,٩٩٠	٢٤,٥٠٠	٨٣٨,٥٠	٢٢,٥٦	١٧	١٤٤,٥٠	٩,٦٣	١٥	٢٢
,٠٨٢	-١,٨٣٤	٨١,٥٠٠	٣٢٦,٥٠	١٩,٢١	١٧	٢٠١,٥٠	١٣,٤٣	١٥	٢٣
,٠٠٣	-٢,٩٦١	٥١,٥٠٠	٣٥٦,٥٠	٢٠,٩٧	١٧	١٧١,٥٠	١١,٤٣	١٥	٢٤
,٠٠٠	-٣,٨٢٧	٣١,٠٠٠	٣٧٧,٠٠	٢٢,١٨	١٧	١٥١,٠٠	١٠,٠٧	١٥	٢٥
,٠٠١	-٣,٦٨٥	٤١,٠٠٠	٣٦٧,٠٠	٢١,٥٩	١٧	١٦١,٠٠	١٠,٧٣	١٥	٢٦
,٠٠٠	-٤,٢٧٩	٢٤,٥٠٠	٣٨٣,٥٠	٢٢,٥٦	١٧	١٤٤,٥٠	٩,٦٣	١٥	٢٧
,٠٠٤	-٢,٨٧٨	٦٥,٠٠٠	٣٤٣,٠٠	٢٠,١٨	١٧	١٨٥,٠٠	١٢,٣٣	١٥	٢٨
,٠٠٠	-٤,٨١٧	,٠٠٠	٤٠٨,٠٠	٢٤,٠٠	١٧	١٢٠,٠٠	٨,٠٠	١٥	الدَّرَجَة الكُلِّيَة

** دال عند ,٠٠٠

٥. بعد حساب صدق المقارنة الطرفية لمقياس أعراض القلق لدى مرضى الصرع، وحذف البند غير الدال في المقياسين - وهو البند رقم ٢٣ - أصبح مقياس القلق في صورته النهائية يتكون من ٢٧ بنداً للذكور، و ٢٧ بنداً للإناث.

* ثبات المقياس: -

قام الباحثين باستخدام طريقتين لحساب ثبات بُنود مقياس أعراض القلق، وهي طريقة معامل ألفا كرو نباخ، وطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة جثمان، ومعادلة سبيرمان براون، وقد أشارت النتائج إلى أن معاملات الثبات الكلي لمقياس أعراض القلق كانت مرتفعة بالطريقتين، والجداول رقم (٤) يوضح معاملات ثبات مقياس أعراض القلق بطريقة ألفا كرو نباخ، وطريقة التجزئة النصفية.

جدول (٤) معاملات ثبات مقياس أعراض القلق بطريقة ألفا كرو نباخ وطريقة التجزئة النصفية

معامل الثبات			عدد البنود	مقياس أعراض القلق لدى الذكور
سبيرمان براون	جثمان	معامل ألفا	٢٧	
,٩١٦	,٩١٥	,٩٢٢		
,٩٥٩	,٩٥٤	,٩٤١	٢٧	مقياس أعراض القلق لدى الإناث

* طريقة تصحيح المقياس: -

تكون مقياس أعراض القلق في صورته النهائية من ٢٧ بنداً، قام أفراد عينة الدراسة باختيار إجابة واحدة من بين خمس اختيارات، وهي (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً، وتأخذ خمس درجات، تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، وتأخذ أربع درجات، تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، وتأخذ ثلاث درجات، تنطبق عليّ بدرجة قليلة، وتأخذ درجتان، لا تنطبق عليّ، وتأخذ درجة واحدة).

وذلك في حالة العبارات السلبية، في حين تكون الدرجة على العبارات الإيجابية كالتالي (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً، تأخذ درجة واحدة، تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، تأخذ درجتان تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، تأخذ ثلاث درجات، تنطبق عليّ بدرجة قليلة، تأخذ أربع درجات، لا تنطبق عليّ، تأخذ خمس درجات).

ب. مقياس السلوك الصحي لدى مرضى الصرع: -

*تكوين المقياس: -

إتبع الباحثين الخطوات الآتية لإعداد، وتصميم هذا المقياس: -

١. قام الباحثين بإعداد الصورة المبدئية للمقياس الذي تكون من ٢٥ بنداً، وتقع الإجابة على تلك البنود في خمس مستويات وهي (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً، تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، تنطبق عليّ بدرجة قليلة، لا تنطبق عليّ).

٢. تم عرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من المحكمين بلغت ٦ محكمين^١ من أعضاء هيئة التدريس بأقسام علم النفس بكلّيات الآداب، والتربية ببعض الجامعات المصرية، وقد احتوت على الهدف من المقياس، والتعريف الإجرائي للسلوك الصحي لدى مرضى الصرع.

٣. قام الباحثين بإعداد الصورة النهائية للمقياس، بعد الانتهاء من إجراءات الكفاءة السيكومترية للمقياس كالتالي: -

*الكفاءة السيكومترية للمقياس: -

* صدق المقياس: -

الصدق التمييزي: -

تم التأكد من الصدق التمييزي لمقياس السلوك الصحي من خلال المقارنة الطرفية بين درجات الرباعي الأعلى، ودرجات الرباعي الأدنى في السلوك الصحي، وذلك باستخدام الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب عن طريق اختبار مان وتني، وقد بلغ حجم عينتي درجات المقارنة الطرفية ٥٧ مريضاً مقسمين إلى (٢٨ مشاركاً للربع الأدنى، و٢٩ مشاركاً للربع الأعلى)، وأوضحت نتائج المعالجة الإحصائية قدرة المقياس على التمييز بين المرتفعين، والمنخفضين في السلوك الصحي بصورة دالة كما يتضح من الجدول رقم (٥).

^١ تم ذكر أسماء السادة المحكمين في المقياس السابق.

العلاقة بين أعراض القلق والسلوك الصحي لدى عينة من مرضى الصرع

جدول (٥) صدق المقارنة الطرفية لبُؤود مقياس السلوك الصحي

مُسْتَوَى الدَّلَالَةِ	قيمة Z	قيمة مان وتني	مُرْتَفَعُ السُّلُوكِ الصِّحِّي			مُنْخَفُضُ السُّلُوكِ الصِّحِّي			البُؤود
			مجموع الرُّتَب	مُتَوَسِّطُ الرُّتَب	ن	مجموع الرُّتَب	مُتَوَسِّطُ الرُّتَب	ن	
,٠٠٢	٣,١٦٩-	٢١٣,٠٠٠	١٠٣٤,٠٠	٣٥,٦٦	٢٩	٦١٩,٠٠	٢٢,١١	٢٨	١
,٠٠٠	٥,٣٣٦-	٨٧,٠٠٠	١١٦٠,٠٠	٤٠,٠٠٠	٢٩	٤٩٣,٠٠	١٧,٦١	٢٨	٢
,٠٠٠	٤,٩٥٠-	١٠٤,٠٠٠	١١٤٣,٠٠	٣٩,٤١	٢٩	٥١٠,٠٠	١٨,٢١	٢٨	٣
,٠٠٦	٢,٧٤٣-	٢٣٨,٥٠٠	١٠٠٨,٥٠	٣٤,٧٨	٢٩	٦٤٤,٥٠	٢٣,٠٢	٢٨	٤
,٠٠١	٣,٤٨٠-	١٩٩,٠٠٠	١٠٤٨,٠٠	٣٦,١٤	٢٩	٦٠٥,٠٠	٢١,٦١	٢٨	٥
,٠٠٠	٤,٢٦٩-	١٧٥,٥٠٠	١٠٧١,٥٠	٣٦,٩٥	٢٩	٥٨١,٥٠	٢٠,٧٧	٢٨	٦
,٠٠٠	٥,٢٤٠-	٩٨,٠٠٠	١١٤٩,٠٠	٣٩,٦٢	٢٩	٥٠٤,٠٠	١٨,٠٠	٢٨	٧
,٠٠٠	٥,١٧٣-	١٠٠,٠٠٠	١١٤٧,٠٠	٣٩,٥٥	٢٩	٥٠٦,٠٠	١٨,٠٧	٢٨	٨
,٠٠٠	٤,٠٥٩-	١٦٤,٥٠٠	١٠٨٢,٥٠	٣٧,٣٣	٢٩	٥٧٠,٥٠	٢٠,٣٨	٢٨	٩
,٠٠٠	٤,١٥١-	١٥٣,٠٠٠	١٠٩٤,٠٠	٣٧,٧٢	٢٩	٥٥٩,٠٠	١٩,٩٦	٢٨	١٠
,٠٠٥	٢,٧٩٦-	٢٤٠,٥٠٠	١٠٠٦,٥٠	٣٤,٧١	٢٩	٦٤٦,٥٠	٢٣,٠٩	٢٨	١١
,٠٠٠	٤,٦٥١-	١٣١,٠٠٠	١١١٦,٠٠	٣٨,٤٨	٢٩	٥٣٧,٠٠	١٩,١٨	٢٨	١٢
,٤٩٩	٣,٦٧٧-	٣٦٨,٥٠٠	٨٧٨,٥٠	٣٠,٢٩	٢٩	٧٧٤,٥٠	٢٧,٦٦	٢٨	١٣
,٠٠٠	٤,١٤٤-	١٦٠,٥٠٠	١٠٨٦,٥٠	٣٧,٤٧	٢٩	٥٦٦,٥٠	٢٠,٢٣	٢٨	١٤
,٠٠٠	٤,١٨٠-	١٦٣,٠٠٠	١٠٨٤,٠٠	٣٧,٣٨	٢٩	٥٦٩,٠٠	٢٠,٣٢	٢٨	١٥
,٨٤٠	٣,٢٠٢-	٣٩٧,٠٠٠	٨٥٠,٠٠	٢٩,٣١	٢٩	٨٠٣,٠٠	٢٨,٦٨	٢٨	١٦
,٠٠٠	٣,٨٧٧-	١٧٣,٥٠٠	١٠٧٣,٥٠	٣٧,٠٢	٢٩	٥٧٩,٥٠	٢٠,٧٠	٢٨	١٧

مُسْتَوَى الدَّلَالَةِ	Z قِيَمَة	قِيَمَة مَان وَتَنِي	مُرْتَفَعُو السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ			مُنْخَفُضُو السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ			النُّبُود
			مَجْمُوع الرُّتَب	مُتَوَسِّط الرُّتَب	ن	مَجْمُوع الرُّتَب	مُتَوَسِّط الرُّتَب	ن	
,٠٠٠	-٤,٥٢٤	١٣٠,٥٠٠	١١١٦,٥٠	٣٨,٥٠	٢٩	٥٣٦,٥٠	١٩,١٦	٢٨	١٨
,٠٠٠	-٥,١٨٤	٨٨,٥٠٠	١١٥٨,٥٠	٣٩,٩٥	٢٩	٤٩٤,٥٠	١٧,٦٦	٢٨	١٩
,٠٠٠	-٥,٧٩٤	٥٢,٠٠٠	١١٩٥,٠٠	٤١,٢١	٢٩	٤٥٨,٠٠	١٦,٣٦	٢٨	٢٠
,٠٠٠	-٣,٧٣٠	١٨٢,٥٠٠	١٠٦٤,٥٠	٣٦,٧١	٢٩	٥٨٨,٥٠	٢١,٠٢	٢٨	٢١
,٠٠٠	-٤,٩٨٩	١٠٢,٥٠٠	١١٤٤,٥٠	٣٩,٤٧	٢٩	٥٠٨,٥٠	١٨,١٦	٢٨	٢٢
,٠٠٠	-٤,٩٢٤	١١٣,٠٠٠	١١٣٤,٠٠	٣٩,١٠	٢٩	٥١٩,٠٠	١٨,٥٤	٢٨	٢٣
,١٣٢	-١,٥٠٦	٣٢٢,٥٠٠	٩٢٤,٥٠	٣١,٨٨	٢٩	٧٢٨,٥٠	٢٦,٠٢	٢٨	٢٤
,٠٠٠	-٤,٥٧٥	١٣٧,٠٠٠	١١١٠,٠٠	٣٨,٢٨	٢٩	٥٤٣,٠٠	١٩,٣٩	٢٨	٢٥
,٠٠٠	-٦,٤٨٦	٠٠٠,	١٢٤٧,٠٠	٤٣,٠٠	٢٩	٤٠٦,٠٠	١٤,٥٠	٢٨	الدَّرَجَة الكُلِّيَة

**** دال عند ٠,٠٠٠ ***

٤. بَعْد حِسَاب صِدْق المُقَارَنَة الطَّرْفِيَة لِمُقْيَاس السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ لَدَى مَرَضَى الصَّرْعِ، وَحَذْف النُّبُود غَيْر الدَّالَّة فِي المِقْيَاس - وَهِيَ النُّبُود أَرْقَام ١٣، ١٦، ٢٤ - أَصْبَح مِقْيَاس السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ فِي صُورَتِهِ النِّهَائِيَّة يَتَكُون مِن ٢٢ بِنْدَاءً.

*** ثَبَات المِقْيَاس: -**

قَام البَّاحِثِين بِاسْتِخْدَام طَرِيقَتَيْن لِحِسَاب ثَبَات بُنُود مِقْيَاس السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ، وَهِيَ طَرِيقَة مُعَامَل أَلْفَا كَرُو نَبَاخ، وَطَرِيقَة التَّجْزِئَة التَّصْفِيَّة بِاسْتِخْدَام مُعَادَلَة جِثْمَان، وَمُعَادَلَة سَبِيرْمَان بَرَاوِن، وَقَدْ أَشَارَت النُّتَاج إِلَى أَنَّ مُعَامَلَات الثَّبَات الكُلِّي لِمُقْيَاس السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ كَانَت مُرْتَفَعَة بِالطَّرِيقَتَيْن، وَالجَدُول رَقْم (٦) يُوضِح مُعَامَلَات ثَبَات مِقْيَاس السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ بِطَرِيقَة أَلْفَا كَرُو نَبَاخ، وَطَرِيقَة التَّجْزِئَة التَّصْفِيَّة.

جدول (٦) معاملات ثبات مقياس السلوك الصحي بطريقة ألفا كرو نباخ وطريقة التجزئة النصفية

معامل الثبات			عدد النُود	مقياس السلوك الصحي
سبيرمان براون	جتمان	معامل ألفا	٢٢	
٨٧١,	,٨٧٠	,٨٢٩		

* طريقة تصحيح المقياس: -

تكون مقياس السلوك الصحي في صورته النهائية من ٢٢ بنداً، قام أفراد عينة الدراسة باختيار إجابة واحدة من بين خمس اختيارات، وهي (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً، وتأخذ خمس درجات، تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، وتأخذ أربع درجات، تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، وتأخذ ثلاث درجات، تنطبق عليّ بدرجة قليلة، وتأخذ درجتان، لا تنطبق عليّ، وتأخذ درجة واحدة).

وذلك في حالة العبارات الإيجابية، في حين تكون الدرجة على العبارات السلبية كالتالي (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً، تأخذ درجة واحدة، تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، تأخذ درجتان تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، تأخذ ثلاث درجات، تنطبق عليّ بدرجة قليلة، تأخذ أربع درجات، لا تنطبق عليّ، تأخذ خمس درجات).

نتائج الدراسة: -

قام الباحثين بحساب معامل الارتواء، والتفطح لمتغيرات الدراسة كما يتضح من الجدول رقم (٧).

جدول (٧) حساب معامل الارتواء، والتفطح لمتغيرات القلق، والسلوك الصحي

معامل التفطح	معامل الارتواء	عدد العينة	المتغيرات
-٥١٨	,٥٥٩	١٢٢	القلق
-١٩٣	-٠,٥٥	١٢٢	السلوك الصحي

عرض نتائج الفرض الأول: -

حيث ينص هذا الفرض على " توجد علاقة ارتباطية دالة بين القلق، والسلوك الصحي لدى مرضى الصرع "

جدول (٨) مُعامل الارتباط بين درجات القلق، والسلوك الصّحيّ ن=١٢٢

المقياس	مُعامل الارتباط
القلق	**,٢٩٠
السلوك الصّحيّ	

**دال عند ٠,٠٠١,

وللتحقّق من صِحّة هذا الفرض قام البّاحثين بحساب مُعامل الارتباط بيرسون بين درجات القلق، والسلوك الصّحيّ لدى مرّضى الصّرّع، وقد أشارت نتائج المُعالجة الإحصائية إلى وجود علاقة ارتباطية ضعيفة بين الدرجة الكلية لمقياس القلق؛ والدرجة الكلية لمقياس السلوك الصّحيّ $r = (٢٩٠, **)$.
عرض نتائج الفرض الثاني: -

حيثُ يَنصُ هذا الفرض على " تُوجد فروق جَوْهرية بين مرّضى الصّرّع في أعراض القلق باختلاف الحالة الإجتِماعية "

جدول (٩) الفروق بين مرّضى الصّرّع في أعراض القلق باختلاف الحالة الإجتِماعية

المُتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرّتب	قيمة كا ^٢	درجة الحرية	مُسئوى الدّلالة
أعراض القلق	غير المُتزوجين	٥٩	٧١,٩٠	٩,٩٨٣	٢	,٠٠٧
	المُتزوجين	٦١	٥١,٥١			
	المُطلقين	٢	٥٩,٥٠			

** دال عند مُستوى ٠,٠٠١

* دال عند مُستوى ٠,٠٠٥

جدول (١٠) الفروق بين مجموعات المرّضى المُتزوجين وغير المُتزوجين في أعراض القلق

المُتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرّتب	مجموع الرّتب	مان وني	قيمة z	مُسئوى الدّلالة
أعراض القلق	المُتزوجين	٦١	٥٠,٧٤	٣٠٩٥,٠٠	١٢٠٤,٠٠٠	-٣,١٢٧	,٠٠٢
	غير المُتزوجين	٥٩	٧٠,٥٩	٤١٦٥,٠٠			

** دال عند مستوى

دال عند مستوى ٠,٠٥ ,

,٠٠١

جدول (١١) الفروق بين مجموعات المَرْضَى المُتزوجين والمُطلقين في أعراض القَلَق

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني	قيمة z	مستوى الدلالة
أعراض القلق	المتزوجين	٦١	٣١,٧٧	١٩٣٨,٠٠	١٩٣٨,٠٠٠	-,٥٤٩	,٥٨٣
	المطلقين	٢	٣٩,٠٠	٧٨,٠٠			

جدول (١٢) الفروق بين مجموعات المَرْضَى غير المُتزوجين والمُطلقين في أعراض القَلَق

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني	قيمة z	مستوى الدلالة
أعراض القلق	غير المتزوجين	٥٩	٣١,٣١	١٨٤٧,٠٠	٤١,٠٠٠	-,٧٢٩	,٤٦٦
	المطلقين	٢	٢٢,٠٠	٤٤,٠٠			

وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار كروسكال والاس لبيان دلالة الفروق بين المجموعات الثلاثة في أعراض القلق، وقد أشارت نتائج المعالجة الإحصائية التي أجريت للتحقق من صحة هذا الفرض إلى وجود فروق ذات دلالة بين المَرْضَى في أعراض القلق باختلاف حالتهم الإجتماعية. ولكي يتحقق الباحثين من تلك النتيجة، فقد قاموا بإجراء مجموعة من التحليلات باستخدام اختبار مان وتني للمقارنة بين كل مجموعتين فرعيتين كالتالي: -

مجموعة المتزوجين في مقابل مجموعة غير المتزوجين (أنظر جدول ١٠).

مجموعة المتزوجين في مقابل مجموعة المطلقين (أنظر جدول ١١).

مجموعة غير المتزوجين في مقابل مجموعة المطلقين (أنظر جدول ١٢).

وقد أشارت نتائج المعالجة الإحصائية التي أجريت إلى وجود فروق بين المَرْضَى المتزوجين وغير المتزوجين في أعراض القلق في اتجاه المَرْضَى غير المتزوجين، كما أشارت إلى عدم وجود فروق بين المَرْضَى المتزوجين، والمطلقين في أعراض القلق، وعدم وجود فروق بين المَرْضَى غير المتزوجين، والمطلقين في أعراض القلق.

عَرَضُ نَتَائِجِ الْفَرَضِ الثَّلَاثِ: -

حيثُ يَنْصُ هذا الْفَرَضِ على " تُوجَدُ فِرُوقٌ جَوْهَرِيَّةٌ بَيْنَ مَرَضَى الصَّرَعِ فِي السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ بِاخْتِلَافِ الْحَالَةِ الْاجْتِمَاعِيَّةِ "

جدول (١٣) الفِرُوقِ بَيْنَ مَرَضَى الصَّرَعِ فِي السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ بِاخْتِلَافِ الْحَالَةِ الْاجْتِمَاعِيَّةِ

مُسْتَوَى الدَّلَالَةِ	دَرَجَةُ العَرِيَّةِ	قِيَمَةُ كَأَيَّةِ	مُتَوَسِّطُ الرُّتَبِ	ن	المَجْمُوعَاتُ	المُنْفَعِرَاتُ
٥٤٧,	٢	١,٢٠٨	٦٢,٦٧	٥٩	غَيْرُ المُنزَوِّجِينَ	السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ
			٥٩,٥٧	٦١	المُنزَوِّجِينَ	
			٨٦,٠٠	٢	المُطْلَقِينَ	

وَاللَّتَحَقُّقُ مِنْ صِحَّةِ هَذَا الْفَرَضِ فَقَدْ تَمَّ اسْتِخْدَامُ اخْتِبَارِ كَرُوسْكَالِ وَالْإِسْ لِبَيَانِ دَلَالَةِ الْفِرُوقِ بَيْنَ المَجْمُوعَاتِ الثَّلَاثَةِ فِي السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ، وَقَدْ أَشَارَتْ نَتَائِجُ المُعَالَجَةِ الْإِحْصَائِيَّةِ الَّتِي أُجْرِيَتْ لِلتَّحَقُّقِ مِنْ صِحَّةِ هَذَا الْفَرَضِ إِلَى عَدَمِ وُجُودِ فِرُوقِ ذَاتِ دَلَالَةِ إِحْصَائِيَّةِ بَيْنَ المَرَضَى فِي السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ بِاخْتِلَافِ حَالَتِهِمُ الْاجْتِمَاعِيَّةِ.

مناقشة النتائج: -

مُناقِشَةُ نَتَائِجِ الْفَرَضِ الْأَوَّلِ: -

أَشَارَتْ النَتَائِجُ إِلَى وُجُودِ عَلاَاقَةٍ ارْتِبَاطِيَّةِ ضَعِيفَةٍ بَيْنَ الدَّرَجَةِ الكُلِّيَّةِ لِمُقْيَاسِ الْقَلْبِ، وَالدَّرَجَةِ الكُلِّيَّةِ لِمُقْيَاسِ السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ، وَقَدْ اتَّفَقَتْ هَذِهِ النَتِيجَةُ مَعَ الْفَرَضِ المَطْرُوحِ فِي الدِّرَاسَةِ الْحَالِيَّةِ فِي حِينِ أَنَّهَا قَدْ اتَّفَقَتْ تَارَةً، وَاخْتَلَفَتْ أُخْرَى مَعَ نَتَائِجِ بَعْضِ الدِّرَاسَاتِ السَّابِقَةِ فِي طَبِيعَةِ اتِّجَاهِ، وَقُوَّةِ العَلاَاقَةِ بَيْنَهُمَا، وَمِنْهَا دِرَاسَةُ بِنْيَامِينِي وَرُوزِينِرِ وَدِرُورِي وَجِيرِيرِ (Benyamini, Roziner, Goldbourt, Drory & Gerber, 2013) الَّتِي أَكَّدَتْ عَلَى وُجُودِ عَلاَاقَةٍ ارْتِبَاطِيَّةِ مُوجِبَةٍ بَيْنَ الْقَلْبِ؛ وَالسُّلُوكِيَّاتِ الصِّحِّيَّةِ لَدَى مَرَضَى إِحْتِشَاءِ عَضَلَةِ الْقَلْبِ.

وإِدراسة رافائيل وكوفاكس وبالوغ (Rafael, Kovács&Balog,2015) التي أظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية سالبة بين القلق؛ وكل من إتباع نظام غذائي صحي، وممارسة التمارين لدى مرضى القلب.

وإِدراسة مكاي وتريمليت وفيسك وباتن وفيست وبريجان وماري (McKay, Tremlett, Fisk, Patten, Fiest, Berrigan& Marrie,2016) التي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية بين القلق؛ والسلوكيات الخاصة بالاعتماد على الكحول، والتدخين لدى مرضى التصلب المتعدد.

مناقشة نتائج الفرض الثاني: -

أشارت النتائج إلى وجود فروق جوهرية بين مرضى الصرع في أعراض القلق باختلاف حالتهم الاجتماعية في اتجاه المرضى غير المتزوجين، مما يعني أن مرضى الصرع غير المتزوجين كانوا هم المرضى الأعلى في أعراض القلق مقارنة بالمرضى المطلقين، والمرضى المتزوجين، وقد اتفقت هذه النتيجة مع الفرض المطروح في الدراسة الحالية، ومع نتائج بعض الدراسات السابقة، ومنها دراسة ستافرينيديس وكونستانتينيدو واناستاسيو وماليكيدس وباباكوستاس (Stavrindes, Constantinidou, Anastassiou, Malikides & Papacostas,2012). التي أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الصرع في أعراض القلق باختلاف حالتهم الاجتماعية في اتجاه المرضى المطلقين مقارنة بمرضى الصرع المتزوجين، وغير المتزوجين.

وإِدراسة وانج وجيو وهايا ووانج وتشين ودينج (Wang, Gu, Hao,Wang, Chen, & Ding,2017) التي أشارت نتائجها إلى ارتفاع معدلات القلق لدى مرضى الصرع غير المتزوجين مقارنة بمرضى الصرع المتزوجين.

وإِدراسة سينغ وخادكا وتشيتري (Singh, Khadka& Chhetri,2019) التي أوضحت نتائجها ارتفاع معدلات القلق لدى مرضى الصرع المتزوجين مقارنة بمرضى الصرع غير المتزوجين.

مناقشة نتائج الفرض الثالث: -

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق جوهرية بين مرضى الصرع في السلوك الصحي باختلاف الحالة الاجتماعية، وقد اختلفت هذه النتيجة مع الفرض المطروح في الدراسة الحالية، ومع نتائج بعض الدراسات السابقة، ومنها دراسة ستنسزوسكا وسمو لنسكا وريليجون (Staniszewska, Smolenska & Religioni, 2017) التي أشارت نتائجها إلى وجود فروق جوهرية بين مرضى الصرع في السلوك الصحي المرتبط بالامتثال لتناول الأدوية في اتجاه المرضى المتزوجين.

وإجراء دراسة هيلز واغنر (Hilz & Wagner, 2018) التي أشارت نتائجها إلى وجود فروق جوهرية في السلوكيات الصحية الخاصة بالتدخين، وممارسة النشاط البدني، والوزن، وإجراء الفحوصات الصحية لدى عينة من الألمان باختلاف حالتهم الاجتماعية. ودراسة كيم ولي وبارك (Kim, Lee, & Park, 2018) التي أشارت نتائجها إلى وجود فروق جوهرية في السلوكيات الصحية الخاصة بالتدخين، وتعاطي الكحوليات بشراهة، والنوم غير الكافي لدى عينة من الكوريين في اتجاه المرضى غير المتزوجين. توصيات الدراسة، والبحوث المستقبلية المقترحة: -

١- إجراء دراسات أو بحوث مستقبلية تتناول التأثير النفسي للأدوية المضادة للنوبات الصرعية على القلق لدى مرضى الصرع.

٢- إجراء دراسات أو بحوث مستقبلية تتناول القلق الصحي لدى مرضى الصرع.

٣- إجراء دراسات أو بحوث مستقبلية تتناول العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية، والامتثال الطبي لتناول الأدوية المضادة للصرع.

٤- إجراء دراسات أو بحوث مستقبلية تتناول الوظائف التنفيذية لدى مرضى الصرع، ومقارنتهم بفئات عصبية أخرى.

أولاً: قائمة المراجع الأجنبية: -

- Abraham, C., & Sheeran, P. (2015). The Health Belief Model. In Mark Conner, Paul Norman (Ed.), **Predicting and Changing Health Behavior** (28-80). Edition: 3, Publisher: McGraw-Hill.
- Avedisova, A. S., Lebedeva, A. V., Pashnin, E. V., Kustov, G. V., Akzhigitov, R. G., & Guekht, A. B. (2020). Anxiety Disorders in Epilepsy. **Neuroscience and Behavioral Physiology**, 50(1), 1-7. doi.org/10.1007/s11055-019-00859-0

- Bastos, A. D. F. V. (2019). **Promotion of healthy behaviours: insights from social marketing research and practice to promote health behavior change** .(Doctoral dissertation, Sao Paulo School of Business Administration).
- Beghi, E. (2020). The Epidemiology of Epilepsy. **Neuroepidemiology**, 54(2),185-191. [doi: 10.1159/000503831](https://doi.org/10.1159/000503831)
- Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y., & Gerber, Y. (2013). Depression and Anxiety Following Myocardial Infarction and Their Inverse Associations With Future Health Behaviors and Quality of Life. **Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine**, 46(3), 310-321. doi.org/10.1007/s12160-013-9509-3
- Chong, J., Kudrimoti, H. S., Lopez, D. C., & Labiner, D. M. (2010). Behavioral risk factors among Arizonans with epilepsy: behavioral risk factor surveillance system 2005/2006. **Epilepsy & Behavior**, 17, 511-519.
- Clark-Sienkiewicz, S. M., Caño, A., Zeman, L. L., Lumley, M. A., & Gothe, N. (2021). Development of a Multicomponent Intervention to Initiate Health Behavior Change in Primary Care: The Kickstart Health Program.**Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**,1-12. doi.org/10.1007/s10880-020-09755-z
- Clary, H. M. M., Snively, B. M., & Hamberger, M. J. (2018). Anxiety is common and independently associated with clinical features of epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, 85, 64-71.
- Conner, M., & Norman, P. (2017). Health behaviour: Current issues and challenges. **Psychology & Health**, 32(8), 895-906.doi.org/10.1080/08870446.2017.1336240
- Costa, M. F. (2020). Health belief model for coronavirus infection risk determinants. **Revista de Saúde Pública**, 54, 47,1-11.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002494
- Cui, W., Zack, M. M., Kobau, R., & Helmers, S. L. (2015). Health behaviors among people with epilepsy—results from the 2010 National Health Interview Survey. **Epilepsy & behavior**, 44, 121-126.
- Dabla, S., Juneja, H., Singh, P., & Bala, K. (2020). Depression, anxiety and suicidal ideation/behaviour among persons with epilepsy: Common but underestimated comorbidities in Haryana, **North India. Neurology Asia**, 25(1), 7-12.

- Elliott, J. O., Lu, B., Moore, J. L., McAuley, J. W., & Long, L. (2008). Exercise, diet, health behaviors, and risk factors among persons with epilepsy based on the California Health Interview Survey, 2005. **Epilepsy & Behavior**, 13, 307-315.
- Giussani, G., Enia, G., Bianchi, E., Mecarelli, O., Beghi, E., Pulitano, P., Cagnetti, C., Baldinelli, S., Lattanzi, S., La Neve, A., Tappatà, M., Francavilla, T., De Maria, G., Sofia, V., Giuliano, L., Mainieri, G., Fatuzzo, D., Belcastro, V., Elia, M., D'Orsi, G., Lalla, A., Salmaggi, A., Brigo, F., Magaudda, A., Pisani, F., Galletta, S., Pisani, L.R., Raffaele, M., Cosenza, D., Villani, F.S., Quintas, R.M.M., Cervellione, R., Borroni, S., Meletti, S., Ferrarese, C., Barbella, G., Di Francesco, J., Bogliun, G., Beretta, S., Galimberti, C.A., Cantisani, T.A., Cecconi, M., Celani, M.G., Papetti, R., Giorgi, F.S., Aguglia, U., Gasparini, S., Ferlazzo, E., Manganotti, P., Crichiutti, G., Bravar, G. (2020). The management of epilepsy in clinical practice: Do the needs manifested by the patients correspond to the priorities of the caring physicians? Findings from the EPINEEDS Study. **Epilepsy & Behavior**, 102,1-5.
doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106641
- Hilz, R., & Wagner, M. (2018). Marital status, partnership and health behaviour: findings from the German ageing survey (DEAS). **Comparative Population Studies-Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft**, 43, 65-97.
doi.org/10.12765/CPoS-2018-08
- Jung, K. Y. (2020). Epidemiology of Epilepsy in Korea. **Epilia: Epilepsy Community**, 2(1), 17-20. doi.org/10.35615/epilia.2020.00108
- Kim, A., Lee, J. A., & Park, H. S. (2018). Health behaviors and illness according to marital status in middle-aged Koreans. **Journal of Public Health**, 40(2), 99-106. doi.org/10.1093/pubmed/fdx071
- Kimiskidis, V. K., & Valeta, T. (2012). Epilepsy and anxiety: epidemiology, classification, aetiology, and treatment. **Epileptic Disorders**, 14(3), 248-256.doi.org/10.1684/epd.2012.0524
- Konda, K., Ablah, E., Konda, K. S., & Liow, K. (2009). Health behaviors and conditions of persons with epilepsy: a bivariate analysis of 2006 BRFSS data. **Epilepsy & Behavior**, 16, 120-127.
- Kumar, S., Sarangi, S.C., Tripathi, M., Ramanujam, B., & Gupta, Y.K. (2019). Seizure recurrence risk in persons with epilepsy undergoing antiepileptic

drugtapering. *Acta neurologica Scandinavica*, 141, 65-76. [.doi: 10.1111/ane.13183](https://doi.org/10.1111/ane.13183)

- Kuteesa, H., Abbo, C., & Muhwezi, W.W. (2020). Prevalence and factors associated with suicidal behavior among adolescents with epilepsy at Mulago and Butabika national referral hospitals in Uganda. *Research Square*, 1-31. [.doi:10.21203/rs.2.22768/v1](https://doi.org/10.21203/rs.2.22768/v1)
- Kwon, O. Y., & Park, S. P. (2014). Depression and anxiety in people with epilepsy. *J Clin Neurol*, 10(3), 175-188. [.doi .10.3988/jcn.2014.10.3.175](https://doi.org/10.3988/jcn.2014.10.3.175)
- Lawrence, E. M., Mollborn, S., & Hummer, R. A. (2017). Health lifestyles across the transition to adulthood: Implications for health. *Social Science & Medicine*, 193, 23-32. [.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.041](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.041)
- Lei, L., Lin, L., Deng, J., Dong, H., & Luo, Y. (2020). Developing an Organ Donation Curriculum for Medical Undergraduates in China Based on Theory of Planned Behavior: A Delphi Method Study. *Annals of Transplantation*, 25, e922809, 1-10. [.doi.10.12659/AOT.922809](https://doi.org/10.12659/AOT.922809)
- Lin, C. Y., Oveisi, S., Burri, A., & Pakpour, A. H. (2017). Theory of Planned Behavior including self-stigma and perceived barriers explain help-seeking behavior for sexual problems in Iranian women suffering from epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 68, 123-128. [.doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.01.010](https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.01.010)
- Lin, C.Y., & Pakpour, A.H. (2017). Using Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) on patients with epilepsy: Confirmatory factor analysis and Rasch models. *Seizure*, 45, 42-46. [.doi.org/10.1016/j.seizure.2016.11.019](https://doi.org/10.1016/j.seizure.2016.11.019)
- Liu, X., Chen, H., & Xiao, Z. (2020). Effects of seizure frequency, depression and generalized anxiety on suicidal tendency in people with epilepsy. *Epilepsy Research*, 160, 106265, 1-6. [.doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2020.106265](https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2020.106265)
- Liu, Z., Yin, R., Fan, Z., Fan, H., Wu, H., Shen, B., Wu, S., & Kuang, F. (2020). Gender Differences in Associated and Predictive Factors of Anxiety and Depression in People With Epilepsy. *Frontiers in Psychiatry*, 11(670), 1-9. [.doi: 10.3389/fpsy.2020.00670](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00670)
- Martínez, C. M., Isla, L. G., Márquez, I. G., Ventura, J. A. M., Naranjo, P. P., Sanchez, E. M., Portillo, A.M., Conesa, M.F., & BAJAÑA, F. S. B. (2020, January). What a radiologist should know about epilepsy: common causes and MRI findings. *European Society of Radiology*. [.doi.org/10.26044/ecr2020/C-14749](https://doi.org/10.26044/ecr2020/C-14749)

- McKay, K. A., Tremlett, H., Fisk, J. D., Patten, S. B., Fiest, K., Berrigan, L., & Marrie, R., A. CIHR Team in the Epidemiology and Impact of Comorbidity on Multiple Sclerosis (ECoMS). (2016). Adverse health behaviours are associated with depression and anxiety in multiple sclerosis: a prospective multisite study. **Multiple Sclerosis Journal**, 22(5), 685-693. doi.org/10.1177/1352458515599073
- Meuret, A. E., Tunnell, N., & Roque, A. (2020). in Wim E. Crusio, John D. Lambris, & Nima Rezaei (ED.), *Anxiety Disorders and Medical Comorbidity: Treatment Implications*. **Advances in Experimental Medicine and Biology** (1191, 237-261). Singapore, Springer Nature. doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_15
- Michaelis, R., Tang, V., Wagner, J. L., Modi, A. C., LaFrance Jr, W. C., Goldstein, L. H., Lundgren, T., & Reuber, M. (2018). Cochrane systematic review and meta-analysis of the impact of psychological treatments for people with epilepsy on health-related quality of life. **Epilepsia**, 59(2), 315-332. [doi: 10.1111/epi.13989](https://doi.org/10.1111/epi.13989)
- Patel, P., & Moshé, S. L. (2020). The evolution of the concepts of seizures and epilepsy: What's in a name? **Epilepsia Open**, 5(1), 22-35. [doi: 10.1002/epi4.12375](https://doi.org/10.1002/epi4.12375)
- Pham, T., Sauro, K. M., Patten, S. B., Wiebe, S., Fiest, K. M., Bulloch, A. G., & Jetté, N. (2017). The prevalence of anxiety and associated factors in persons with epilepsy. *Epilepsia*, 58(8), e107-e110.
- Rafael, B., Kovács, P., & Balog, P. (2015). Anxiety, depression, health-related control beliefs, and their association with health behavior in patients with ischemic heart disease. **Orvosi hetilap**, 156(20), 813-822. [doi: 10.1556/650.2015.30158](https://doi.org/10.1556/650.2015.30158)
- Ridley, M. W., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. H. (2020). **Poverty, Depression, and Anxiety: Causal Evidence and Mechanisms** (Working Paper 27157). Cambridge, National Bureau of Economic Research. [doi:10.3386/w27157](https://doi.org/10.3386/w27157)
- Roberts, J. I., Patten, S. B., Wiebe, S., Hemmelgarn, B. R., Pringsheim, T., & Jetté, N. (2015). Health-related behaviors and comorbidities in people with epilepsy: Changes in the past decade. **Epilepsia**, 56(12), 1973-1981.
- Sabea, M.T.M., & Mohamoud, E.H. (2018). Educational Program for School Health Nurses and Teachers Regarding Primary School Children with Epilepsy.

American Journal of Nursing Research,6(5),253-262.[doi:10.12691/ajnr-6-5-6](https://doi.org/10.12691/ajnr-6-5-6)

- Secco, M. (2020). Epilepsy: A public health priority. **Epilepsy & Behavior**, 103, 106829,1-3.doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106829
- Singh, P. (2020). Health Behavior and Health Status of Chronically Ill Female Patients. **Journal of Public Policy & Environmental Management**, 3(2),8-13. Available online at <http://www.nrjp.co.in>
- Singh, P. M., Khadka, S., & Chhetri, A. (2019). A Study of Anxiety in Epileptic People Attending Out-Patient Department of Psychiatry, Nepal Medical College Teaching Hospital. **Journal of BP Koirala Institute of Health Sciences**, 2(2), 28-33. <https://doi.org/10.3126/jbпкиhs.v2i2.27854>
- Staniszewska, A., Smoleńska, E., & Religioni, U. (2017). Health behaviors related to the use of drugs among patients with epilepsy. **American journal of health behavior**, 41(4), 511-517. doi.org/10.5993/AJHB.41.4.15
- Stanton, R., To, Q.G., Khalesi, S., Williams, S.L., Alley, S.J., Thwaite, T.L., Fenning, A.S., & Vandelanotte, C. (2020). Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 17(11), 1-13.[doi:10.3390/ijerph17114065](https://doi.org/10.3390/ijerph17114065)
- Stavriniades, P., Constantinidou, F., Anastassiou, I., Malikides, A., & Papacostas, S. (2012). Psychosocial adjustment of epilepsy patients in Cyprus. **Epilepsy & Behavior**, 25(1), 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.05.022>
- Tan, M., & Kavurmaci, M. (2020). Complementary And Alternative Medicine Use In Turkish Patients With Epilepsy. **Alternative therapies in health and Medicine**.
- Tombini, M., Assenza, G., Quintiliani, L., Ricci, L., Lanzone, J., Ulivi, M., & Di Lazzaro, V. (2020). Depressive symptoms and difficulties in emotion regulation in adult patients with epilepsy: Association with quality of life and stigma. **Epilepsy&Behavior**, 107,107073,1.doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107073
- Wang, F. L., Gu, X. M., Hao, B. Y., Wang, S., Chen, Z. J., & Ding, C. Y. (2017). Influence of marital status on the quality of life of Chinese adult patients with epilepsy. **Chinese medical journal**, 130(1), 83-87. [doi: 10.4103/0366-6999.196572](https://doi.org/10.4103/0366-6999.196572)

Wang, S., Fan, J., Zhao, D., Yang, S., & Fu, Y. (2016). Predicting consumers' intention to adopt hybrid electric vehicles: using an extended version of the theory of planned behavior model. **Transportation**, 43, 123-143. [doi 10.1007/s11116-014-9567-9](https://doi.org/10.1007/s11116-014-9567-9)

ثانياً: قائمة المراجع الإلكترونية: -

الجمعية الأمريكية لعلم النفس. القلق. تم استرجاعها بتاريخ ١ يوليو، ٢٠٢٠ من

<https://www.apa.org/topics/anxiety>

منظمة الصحة العالمية. الصرع. تم استرجاعها بتاريخ ٧ يوليو، ٢٠٢٠ من

<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

Abstract

This present study aims to investigate of the relationship between symptoms of anxiety, Health Behavior in a sample of patients with epilepsy, and the differences in symptoms of anxiety, health behavior in epileptic patients in terms of marital status. The researchers tested the hypotheses of this study during the Corona 2019 pandemic. by applying electronic questionnaires via social media (Facebook, Twitter). on an intended sample of 122 patients with epilepsy, they do not suffer from any mental disorders. The results of the study showed a little association between developing anxiety and adherence to healthy behaviors among epilepsy patients. There are differences in symptoms of anxiety depending on marital status among patients with epilepsy for single patients. There are not differences in health behavior depending on marital status among patients with epilepsy.

key words: Anxiety, Health Behavior - Epilepsy.

