



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطفونيا



مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي

تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالصرع

تحت إشراف الأستاذ:

- أ.د. طباس نسيم

إعداد الطالب:

- زلة شريف يزيد

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
أ.د. موسي محمد	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد	رئيسا
أ.د. طباس نسيم	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد	مشرفا، مقرر
أ.د. زعملاش ربيع	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد	عضوا مناقشا

السنة الجامعية : 2024 - 2025

الشكر

تقدّم بخالص عبارات الشكر والامتنان إلى كل من قدّم لي يد العون والدعم خلال مختلف مراحل إعداد هذه المذكرة، سواء من قريب أو بعيد.

محمد بلسكة، التي فتحت لي أبوابها بكل ترحاب، كما لا يفوتني أن أعرب EPH أتوجّه أولاً بجزيل الشكر لإدارة مستشفى عن عميق امتناني لقسم الموارد البشرية على التسهيلات الإدارية التي مكّنتني من إجراء التربص في ظروف ملائمة. كما أخصّ بالشكر والتقدير كلّ من الدكتور المقيم دويدي محمد، والأخصائية سارة بوعالية، لما قدّماه لي من توجيهات علمية ومرافقة ميدانية قيّمة.

كما أتقدّم بجزيل الشكر لإدارة جامعة وهران 2 محمد بن أحمد، وعلى رأسها عميد الجامعة ورئيس قسم علم النفس، ولكل أعضاء لجنة المناقشة الموقّرين، لا سيما الأستاذ زمعلاش والأستاذ موسى، على ما تفضّلوا به من وقت وجهد في تقييم هذا العمل، وملاحظاتهم العلمية التي أعتز بها.

ولا يسعني في هذا المقام إلا أن أعبر عن بالغ امتناني وتقديري لمشرفتي الفاضلة، التي لم تبخل عليّ بتوجيهاتها السديدة ومتابعتها المتواصلة، فكانت السند العلمي الحقيقي لي في كل مراحل الإنجاز.

ولا يمكن أن يكتمل هذا الشكر دون أن أتوجّه بخالص الحب والعرفان إلى عائلتي الكريمة، التي كانت دوماً مصدر دعم وسند، وإلى أصدقائي الذين لم يترددوا في تشجيعي ومساندتي خلال هذه الرحلة العلمية بما حملته من صعوبات وتحديات.

وختاماً، أحمد الله العليّ القدير على توفيقه وفضله، وأسأله أن يجعل هذا العمل نافعاً، وأن يوفّق كل من ساهم فيه ويجازيهم خيراً الجزاء.

قائمة المحتويات

أ.....	الشكر
ب.....	قائمة المحتويات
خ.....	قائمة الجداول
د.....	قائمة الاشكال
ط.....	الملخص باللغة العربية
ر.....	الملخص باللغة الفرنسية
ز.....	الملخص باللغة الانجليزية
1.....	المقدمة

الجانب النظري

1-الفصل الاول: الإطار العام للدراسة

2.....	1.1- الإشكالية
4.....	2.1- الفرضية العامة
4.....	3.1- الفرضيات الفرعية
4.....	4.1- اهداف الدراسة
4.....	5.1- أهمية الدراسة
4.....	6.1- تعريف المصطلحات الخاصة بالدراسة

2-الفصل الثاني:الصرع

5.....	2. تمهيد
5.....	2-1 تعريف الصرع
6.....	2-2الصرع من المنظور النفسي والاجتماعي والاسلامي
9.....	2-3أنواع الصرع
10.....	2-4 تصنيف نوبات الصرع
13.....	2-5خصائص

14	6-2 اعراض الصرع
15	7-2 تصنيف المتلازمات الصرعية.....
17	8-2 العوامل مؤدية للصرع.....
18	9-2 تشخيص الصرع.....
19	10-2 طبيعة مرض الصرع.....
19	11-2 سيكولوجية لدى شخص مصاب بالصرع
20	12-2 خصائص مرض الصرع
20	13-2 الوظائف التشخيصية ل eeg في حالات الصرع.....
20	14-2 الوظائف الرئيسية ل eeg في حالات الصرع.....
21	15-2 تقييم نفسي عصبي العصبي.....
21	16-2 الاثار النفسية والاجتماعية.....
22	17-2 الدعم والرعاية الشاملة لمرضى الصرع،اهمية التكامل الطبي والنفسي والاجتماعي.....
23	18-2 الدعم النفسي ودوره في تعزيز تقدير الذات لدى الراشد مصاب بالصرع.....
24	19-2 عوامل مخاطرة بالاصابة بالصرع.....
26	20-2 الصرع عند الراشدين
26	21-2 الصرع وتقدير الذات.....
27	22-2 علاج الصرع.....
31	خلاصة الفصل.....

3-الفصل الثالث: تقدير الذات

32	3 تمهيد
32	1-3 مفهوم تقدير الذات
35	2-3 نظريات تقدير الذات
38	3-3 مستويات تقدير الذات.....
39	4-3 مكونات تقدير الذات.....
40	5-3 العوامل المؤثرة في تقدير الذات
41	6-3 ابعاد تقدير الذات.....
43	7-3 عوامل تقدير الذات وتأثيرها على الفرد.....

44	8-3 المقومات الاساسية تقدير الذات
46	9-3 مجالات توظيف تقدير الذات
46	10-3 طبيعة ومصدر تقدير الذات
46	11-3 الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات
47	12-3 مصادر تقدير الذات
48	13-3 نموذج تعزيز تقدير الذات
49	14-3 اقسام تقدير الذات
50	15-3 تقدير الذات في سياق الامراض المزمنة
51	16-3 ادوات قياس تقدير الذات
51	17-3 استراتيجيات تحسين تقدير الذات
52	خلاصة الفصل

4-الفصل الرابع

مرحلة الرشد

53	تمهيد
54	1-4 مفهوم مرحلة الرشد
54	2-4 تعاريف لغة واصطلاحا
55	3-4 نظريات النفسية لتقدير الذات
58	4-4 مراحل مرحلة الرشد
58	5-4 معايير مرحلة الرشد
60	6-4 خصائص مرحلة الرشد
60	7-4 مكونات الشخصية لدى الراشد
61	8-4 مراحل عمرية لمرحلة الرشد
63	9-4 الرشد وتقدير الذات
63	10-4 مرحلة الرشد والامراض النفسية
63	11-4 الرشد ومرض الصرع
65	12-4 الرشد وامراض السيکوسوماتية

الجانب التطبيقي

5- الفصل الخامس: الإجراءات الميدانية للدراسة

64.....	تمهيد
64.....	1-5 الدراسة الاستطلاعية
64.....	1-1-5 اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية
64.....	2-1-5 نتائج الدراسة الاستطلاعية
65.....	3-1-5 حدود الدراسة الاستطلاعية
65.....	2-5 الدراسة الأساسية
65.....	1-2-5 حدود المكانية
65.....	2-2-5 حدود الزمانية
65.....	3-5 مجتمع الدراسة
65.....	4-5 خصائص العينة
65.....	5-5 طريقة اختيار
66.....	6-5 منهج الدراسة
70.....	خلاصة الفصل

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

71.....	1-6 تحليل جدول توزيع العينة
71.....	1-1-6 توزيع حسب الجنس
71.....	2-1-6 توزيع حسب الفئة العمرية
72.....	2-6 تحليل جدول مستويات تقدير الذات
73.....	1-2-6 فئة 0-9 تقدير الذات منخفض
73.....	2-2-6 فئة 10-16 تقدير الذات متوسط
73.....	3-2-6 الفئة 17-25 تقدير الذات مرتفع
74.....	4-2-6 ملخص النتائج
74.....	3-6 تعليق بيانات جدول عينتين مستقلتين T

74.....	1-3-6 تحليل بيانات جدول عينتين مستقلتين
75.....	4-6 تعليق لجدول فروق مستويات تقدير الذات حسب الفئات العمرية باختبار ANOUVA
75.....	1-4-6 تحليل احصائي فروق مستويات تقدير الذات حسب الفئات العمرية باختبار ANOUVA
75.....	5-6 تعليق لجدول احصائي لفئات العمرية
76.....	1-5-6 تحليل جدول احصائي الفئات العمرية
76.....	2-5-6 ملخص النتائج
77.....	1-6-6 تحليل بيانات جدول احصاء لمتغيري الجنس والفئة العمرية مع الدرجة الكلية
78	7-6 قراءة منحنى GAUSS
80	8-6 نتائج فروق دلالة احصائية باختبار MANN WHITNY
81	9-6 مناقشة الفرضية الاولى
82	9-6 مناقشة الفرضية الثانية
84	استنتاج عام للدراسة
85	خاتمة الدراسة
86	قائمة المراجع

قائمة الجداول

7.....	الجدول الأول :اسباب الصرع
12.....	الجدول الثاني :تصنيف انواع نوبات الصرع وتأثيرها على الوعي والحركة
13.....	الجدول الثالث : مقارنة تتعلق بالجوانب حسية والحركية
15.....	الجدول الرابع : انواع النوبات الصرعية وخصائص اكلينيكية المميزة لكل نوع
28.....	الجدول الخامس : ادوية مضادة للصرع
29.....	الجدول السادس : تصنيف AEDS بحسب تأثيرها على انزيمات سيتوكروم الكبدية
65.....	الجدول السابع : توزيع العينة حسب الجنس
66.....	الجدول الثامن : توزيع عينة حسب فئة العمرية
67.....	الجدول التاسع : عبارات الموجبة والسالبة لمقياس كوبر سميث
68.....	الجدول العاشر : مستويات تقدير الذات
68.....	الجدول الحادي عشر : مقاييس فرعية لمقياس
69.....	الجدول الثاني عشر : معامل الثبات ألفا كرونبارخ
72.....	الجدول الثالث عشر : مستويات تقدير الذات لدى الراشدين مصابين بالصرع
74.....	الجدول الرابع عشر : متوسط تقدير الذات حسب الجنس
74.....	الجدول الخامس عشر : تبائي احادي ANOUVA درجات تقدير الذات
75.....	الجدول السادس عشر : بيانات احصائية للفئة العمرية
77.....	الجدول السابع عشر : بيانات الاحصائية لمتغيرات
80.....	الجدول الثامن عشر : فروق دلالة احصائية باختبار MANN WHITNY

قائمة الاشكال

- الشكل الأول: تشخيص الصرع.....19
- الشكل الثاني: العوامل التي تزيد من التعرض لمخاطر الإصابة الصرعية.....24
- الشكل الثالث : مخطط ابراهام ماسلو.....34
- الشكل الرابع : مخطط نظرية زيلر.....36
- الشكل الخامس : نظرية كارل روجرز37
- الشكل السادس: تأثير التجارب المبكرة السلبية على تدني تقدير الذات.....43
- الشكل السابع: نموذج تعزيز الذات.....48
- الشكل الثامن: منحنى gauss.....78

ملخص بالعربية:

تهدف هاته الدراسة الى كشف عن مستوى تقدير الذات لدى راشدين مصابين بالصرع وتحقق من صحة فرضية ان كانت توجد دلالة احصائية مرتبطة بالجنس. تم استخدام كوبر سميث لتقدير الذات وتطبيقه على عينة صغيرة ومحدودة مثلة بالراشدين مصابين بالصرع، وتحليل نتائج احصائية باستخدام mannwhitney، اسفرت هاته النتائج ان تقدير الذات لدى هاته الفئة يتفاوت مستواهم بين متوسط ومنخفض ومرتفع، كما لم تسجل اي فروق دالة احصائية، بين جنسين ذكر وانثى، تدعم هاته النتائج الفرضية الصفرية، وتبرز اهمية كبيرة في العوامل النفسية والاجتماعية في تشكيل تصور ذات اكثر من متغيرات الجندرية، توصي الدراسة بضرورة توفير دعم النفسي والاجتماعي مستمر بالنسبة لراشدين مصابين بالصرع. وتوفير لهم بيئة لتعزيز بتقدير ذات ايجابي.

ملخص بالفرنسية

Cette étude vise à révéler le niveau d'estime de soi chez les adultes épileptiques et à vérifier la validité de l'hypothèse selon laquelle il existe une signification statistique liée au genre. Cooper-Smith a utilisé l'estime de soi et l'a appliquée à un petit échantillon limité d'adultes épileptiques, et a analysé des résultats statistiques en utilisant Mann Whitney. Ces résultats ont abouti à une estime de soi de ce groupe variant entre un niveau moyen, faible et élevé, et aucune différence statistiquement significative n'a été enregistrée entre les sexes masculin et féminin. Ces résultats soutiennent l'hypothèse nulle et mettent en évidence la grande importance des facteurs psychologiques et sociaux dans la formation d'une perception de soi avec plus d'un sexe variable. L'étude recommande la nécessité de fournir un soutien psychologique et social continu aux adultes avec l'épilepsie. Leur fournir un environnement pour favoriser une autodétermination positive.

ملخص بالانجليزية

This study aims to reveal the level of self-esteem in adults with epilepsy and to test the validity of the hypothesis that there is statistical significance related to gender. Cooper-Smith used self-esteem and applied it to a small, limited sample of adults with epilepsy, and analyzed statistical results using Mann Whitney. These results resulted in a self-esteem of this group varying between medium, low and high levels, and no statistically significant difference was recorded between the male and female sexes. These results support the null hypothesis and highlight the great importance of psychological and social factors in the formation of a self-perception with more than one variable. The study recommends the necessity to provide continuous psychological and social support to adults with epilepsy. Provide them with an environment to promote positive self-determination.

المقدمة

مقدمة:

يعد الصرع من اضطرابات العصبية المزمنة التي لا تقتصر آثارها على الجوانب الطبية فقط، بل تمتد ومعظم ماتشمل الابعاد النفسية والاجتماعية للشخص مصاب بهذا المرض المزمن، من بين هذه الابعاد تقدير الذات، يحظى تقدير الذات باهتمام خاص في الادبيات النفسية، نظرا لارتباطها بالوجيه بالصحة النفسية والرفاه وجوده العام

تقدير الذات يوصف انعكاسا للفرد لذاته وقيمه الشخصية وله ابعاد فرعية يقيسها، هو يعد مؤشر حساس في حياة فرد مر بمواجهة امراض مزمنة ،ومواقف التي يتعرض لها من نوبات غير متوقعة وما ذلك اذا مر بمواقف حرجة ،خاصة ان بعض نظرة مجتمعة غالبا تتسم بالوصمة او تمييز مما يؤثر هذا على حياة فرد وعلى تصويره ذاتي.

ورغم الدراسات تناولت موضوع تقدير الذات في سياقات مرضية مختلفة وممكن حتى تم تناوله على نفس مرض هو الصرع، لكن هذا امر يبقى عالقا وخاصة في دراسات نفسية، تحديدا هذا متغير هو راشدين مصابين بالصرع له اتجاه خاص يبقى ضمن حدود بأكثرية في البيئة العربية، ومسألة فروق في تقدير الذات لدى هاته الفئة لازالت تثير الجدل لحد الان بين الباحثين وعلماء، كما ظهرت دراسات مختلفة ومتنوعة فروقا لفائدة احد الجنسين، وكذلك لم تجد اي فروقات دالة.

من هذا المنطلق، تهدف دراستنا الى استقصاء تقدير الذات على راشدين مصابين بمرض الصرع تراوحت اعمارهم بين 22 و 67 ومطلوب هو كشف اذ كانت هناك فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسي ذكر وانثى، وعلى يتم محاولة فهم أعمق الانعكاسات النفسية في هذا مرض وتسهم في توجيه برامج دعم النفسي والاجتماعي خصوصا لهاته الفئة.

وموضوع دراستنا ينقسم الى قسمين الاول الإطار النظري بما فيه الإطار العام للدراسة هو يتضمن اشكالية والفصول النظرية الثلاثة فصل "الصرع" فصل "تقدير الذات" وفصل "الراشد" ويليه الجانب التطبيقي هو فصلين فصل اجراءات الميدانية، فصل عرض نتائج ومناقشة فرضيات.

الكلمات المفتاحية:

الصرع-epilepsy - تقدير الذات-estime de soi-الراشد-adulte - مقياس كوبر سميث: test compersmith

1- الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

الإطار العام للدراسة

الإشكالية

الفرضية العامة

الفرضية الجزئية

اهداف الدراسة

أهمية الدراسة

تحديد المصطلحات الدراسة اجرائيا

1.1 - اشكالية الدراسة:

يُعدّ الصرع من الاضطرابات العصبية الشائعة التي تؤثر على نسبة كبيرة من السكان في مختلف أنحاء العالم، حيث تُظهر الدراسات أن حوالي 1% من الأشخاص يعانون من هذا الاضطراب (البسيوني، 2017). كما بيّنت بعض التقارير أن الصرع يُعد من أكثر الاضطرابات العصبية شيوعاً عالمياً، ويُقدّر عدد المصابين به بنحو 50 مليون شخص حول العالم، يعيش منهم حوالي 80% في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل (منظمة الصحة العالمية، 2017). يتمثل الصرع في اضطراب كهربائي غير طبيعي في الدماغ، يؤدي إلى حدوث نوبات متكررة تختلف في نوعها وحدتها من حالة لأخرى (جبران، 2015). مما يُعد تخطيط الدماغ الكهربائي (EEG) أداة أساسية في تشخيص الصرع، حيث يتيح تتبع النشاط الكهربائي غير الطبيعي في الدماغ أثناء النوبات. يمكن للأطباء من خلال هذه التقنية تحديد النوع الدقيق للنوبات التي يعاني منها المريض، مما يساعد في اختيار العلاج الأنسب والمناسب لحالة المريض، يؤثر هذا الاضطراب على العديد من جوانب الحياة اليومية للأشخاص المصابين به. ولهذا الاضطراب آثار سلبية تتجاوز الجانب الجسدي، حيث تمتد لتشمل الأبعاد النفسية والاجتماعية، خاصة فيما يتعلق بتقدير الذات لدى الراشدين. فغالباً ما تؤدي التجارب المرتبطة بالنوبات إلى مشاعر من العجز أو الخوف، وهو ما ينعكس سلباً على شعور الفرد بقيمته الذاتية. كما اشار (Dilorio et al, 2003) في بحثهم أن قلة السيطرة المتصورة على النوبات وتوقع حدوثها في أي وقت، تسهم بشكل مباشر في تقليل تقدير الذات.

كما أن تكرار النوبات وفقدان السيطرة، إلى جانب الآثار الجانبية للأدوية، والتحديات اليومية في العمل والعلاقات، كلها عوامل تؤدي إلى انخفاض تقدير الذات، وهو ما أكدته دراسة (Gaufin & Marie, 2010) التي تناولت التأثيرات النفسية طويلة الأمد للصرع، حيث أظهرت أن انخفاض تقدير الذات قد يستمر حتى بعد مرور خمس سنوات على التشخيص، مما يدل على الطبيعة المزمنة لهذا الأثر النفسي. ورغم أهمية العلاج الدوائي مثل الفالبروات أو الكاربامازيبين في تقليل تكرار النوبات وتحسين جودة الحياة، فإن التأثيرات النفسية والاجتماعية لا تقل أهمية، حيث أظهرت دراسة (Baker et al., 2001) أن الراشدين المصابين بالصرع يعانون من تراجع ملحوظ في جودة حياتهم النفسية، خاصة فيما يتعلق بتقدير الذات، بسبب تراكم تأثير النوبات المتكررة وآثار العلاج على المدى الطويل. وكما أظهرت أيضاً دراسة (الأمين، 2015) التي تؤكد على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات والصحة النفسية لدى مرضى الصرع، مما يدعم الفرضية القائلة بأن التقدير الذاتي المنخفض يُعد مؤشراً للتوافق النفسي والاجتماعي، كما جاءت دراسة (hernandez et al, 2017) لتؤكد أن البالغين المصابين بالصرع يعانون، في كثير من الحالات من تراجع ملحوظ في تقديرهم لذواتهم. وقد بيّنت نتائج هذه الدراسة أن العوامل المرتبطة بالمرض، كاستمرار النوبات، وصعوبة التنبؤ بحدوثها، بالإضافة إلى

الشعور بالوصمة والانعزال الاجتماعي، تسهم بشكل مباشر في تقليل شعور المريض بقيمته الذاتية. كما أظهرت الدراسة أن غياب الدعم الاجتماعي يزيد من حدة هذا التأثير، حيث تبين أن المرضى الذين لا يجدون سندًا نفسيًا أو اجتماعيًا يعانون من مستويات أقل من التكيف، مقابل تحسن ملحوظ لدى من يحظون ببيئة داعمة. أما من الناحية الاجتماعية، فقد خلصت دراسة (Jacoby et al, 2005) إلى أن الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالصرع تُعد من أبرز العوامل التي تؤثر سلبيًا على تقدير الذات، خاصة في غياب الدعم الاجتماعي المناسب.

هذا ما أشار إليه أيضًا (McLachlan et al, 2010)، بأن الوصمة الاجتماعية تؤدي إلى عزلة لدى المصابين بهذا اضطراب وتفاقم شعورهم بالاختلاف، مما يؤدي إلى ضعف ثقتهم بأنفسهم وهذا يؤثر بشكل واضح على قدرتهم في التفاعل مع الآخرين. وهذا ما توصل به (schneider et al, 2013) في دراستهم أن الصور الاجتماعية السلبية تلعب دورًا محوريًا في التأثير على تقدير الذات لدى الأشخاص المصابين بهذا اضطراب. حيث أظهرت النتائج أن الأفراد الذين يعانون من مستويات أعلى من التمييز الاجتماعي، يعانون من تدهور كبير في تقدير الذات، مما يؤدي إلى انخفاض في شعورهم بقيمتهم الذاتية مقارنةً بمن لا يتعرضون لهذه الأحكام المسبقة. من خلال هذه الدراسة، يُلاحظ أن تأثير التمييز الاجتماعي لا يتوقف عند الجوانب الاجتماعية فقط، بل يمتد ليشمل العزلة الاجتماعية والانسحاب من التفاعلات الاجتماعية، مما يعزز مشاعر الاختلاف والغربة عند الأشخاص المصابين بهذا اضطراب، وتطرح هاته تساؤلات حول مدى تأثير هذه النظرة السلبية على حياة هؤلاء الأفراد، وكيف يمكن أن توازي هذه التأثيرات السلبية تأثير التحديات الطبية التي يواجهها المصابون بالصرع. وبالتالي، يُظهر هذا الارتباط بين النظرة المجتمعية السلبية وتقدير الذات مدى أهمية البحث في الأبعاد النفسية والاجتماعية لهذا الاضطراب، باعتبارها جزءًا أساسيًا من تأثيراته على الأفراد.

وعلى الرغم اختلاف هاته الدراسات في نتائجها، فإنها تتفق على وجود علاقة وثيقة بين الإصابة بالصرع ومستوى تقدير الذات لدى الراشدين، تتأثر بعدة عوامل نفسية ومعرفية واجتماعية، وهو ما يثير التساؤل الرئيسي في الدراسة الحالية حول طبيعة ومستويات تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالصرع، كالتالي:

ما هي مستويات تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالصرع؟

ومنه ينبثق سؤال الفرعي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالصرع تبعًا لمتغيرات مثل الجنس؟

2.1 -الفرضية العامة:

"هناك مستويات منخفضة من تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالصرع".

3.1 -الفرضية الجزئية

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالصرع تبعًا لمتغير الجنس.

4.1 - اهداف الدراسة

1. تهدف هذه الدراسة إلى قياس مستويات تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالصرع، من خلال تحديد المستوى الأكثر شيوعًا لديهم، والكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية تبعًا لبعض المتغيرات. وتسعى الدراسة إلى:

2. الكشف عن مستويات تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالصرع من خلال استخدام مقياس كوبر سميث لقياس اختلاف مستويات تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالصرع حسب الجنس

5.1 أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهمية خاصة من خلال تسليط الضوء على جانب نفسي حساس في حياة فئة غالبًا ما تعيش معاناتها بعيدًا عن الأنظار، وهم الراشدون المصابون بالصرع. فمع الإدراك المتزايد بأن تأثير الصرع لا يقتصر على الجانب العصبي، بل يمتد ليشمل الجوانب النفسية مثل تقدير الذات، تبرز الحاجة إلى دراسة هذا الجانب من منظور إحصائي. إذ قد تختلف مستويات تقدير الذات لدى هذه الفئة تبعًا لمتغيرات كالجنس والعمر والحالة الاجتماعية، مما يفتح المجال للكشف عن فروق ذات دلالة إحصائية تساعد في فهم أعمق، بعيدًا عن التصورات العامة

6.1 - تحديد مصطلحات الدراسة إجرائيًا:

مرض الصرع: هو مرض عصبي مزمن غير معدٍ، يتميز بحدوث نوبات متكررة غير مبررة، والتي يمكن أن تتراوح من نوبات قصيرة من فقدان الانتباه أو الرعشات العضلية إلى نوبات شديدة ومطولة من التشنجات

تقدير الذات: يُعبر عن مستوى تقدير الذات من خلال مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد في هذه من خلال مقياس كوبر سميث

الراشد: هو الفرد الذي يبلغ من العمر 23 سنة فما فوق سواء كان رجلًا أو امرأة

2- الفصل الثاني: الصرع

الفصل الثاني: الصرع

تمهيد

تعريف الصرع

أسباب الصرع

أنواع نوبات الصرع

اعراض الصرع

الخصائص الاكلينيكية للصرع

تصنيف المتلازمات الصرعية

تشخيص الصرع

طبيعة الصرع

السيكولوجية المرتبطة بالصرع

الخصائص العامة للصرع

الوظائف التشخيصية لتخطيط الدماغ

اعراض الصرع الجسدية والنفسية

التقييم العصبي النفسي

الاثار النفسية والاجتماعية المصاحبة للصرع

الدعم والرعاية الشاملة للمريض

دور الدعم النفسي في تعزيز تقدير الذات

عوامل الخطر المرتبطة بالإصابة بالصرع

الصرع عند الراشدين

الصرع وتقدير الذات

علاج الصرع

خلاصة الفصل

تمهيد:

الصرع اضطراب عصبي مزمن يتمثل في نوبات متكررة ناجمة عن خلل في النشاط الكهربائي للدماغ، ويُعد من أكثر الاضطرابات العصبية شيوعاً عالمياً. تتنوع أشكال النوبات وتأثيراتها، مما يجعل الصرع حالة صحية معقدة تتطلب متابعة طبية مستمرة. هذا الفصل يُسلط الضوء على الجوانب الأساسية للصرع من حيث أسبابه، أعراضه، تشخيصه وعلاجه، كما يتناول انعكاساته على جودة حياة المصاب، مع التركيز على أهمية الدعم النفسي والاجتماعي في التكيف مع المرض.

2-1 تعريف عن الصرع:

الصرع هو اضطراب عصبي يتميز بنوبات متكررة تؤثر على الوعي وتترافقها اضطرابات في الجهاز العصبي، مثل التشنجات أو التغيرات النفسية. قد تتفاوت نوبات الصرع بين اضطراب بسيط في الوعي لفترات قصيرة إلى نوبات طويلة وشديدة. في حوالي نصف الحالات، قد يسبق النوبة تحذير معين يعرف بالأعراض التحذيرية. (سوسن شاكر مجيد 2008: ص282)

معنى مرض الصرع: "يقصد به عدة امراض تصيب "الدماغ" او "المخ" وخصص ما تمتاز هو السلوك التشنجي "convulsive behaviour" وذلك على حد تعريف strange ويتفق إنجلش على هذا التعريف ويقول by][epilepsy =the name given to a group of nervous diseases marked by convulsions (عبدالرحمان العيسوي 1984: الصفحة 314-315)

كما عرفه: (Carlos Acevedo, Alexis Arzimanoglo Robert S. Fisher) ان الصرع يُعرف بشكل مفهومي على أنه اضطراب في الدماغ يتميز بالاستعداد المستمر لحدوث النوبات. عملياً، يُعتبر هذا التعريف سارياً عندما تحدث نوبتان غير مسببتين بفاصل زمني يتجاوز 24 ساعة. وقد وافقت الرابطة الدولية لمكافحة الصرع (ILAE) على توصيات مجموعة عمل تقوم بتعديل هذا التعريف في بعض الحالات الخاصة التي لا تنطبق عليها قاعدة النوبتين غير المسببتين. Robert S. Fisher, Carlos (Acevedo, Alexis Arzimanoglo. 2014: p475-482)

يعرفه جمال الخطيب (2006): ان الصرع هو تغير مفاجئ وطبيعي في وظائف الدماغ، يحدث غالباً مع تغييرات في الوعي لدى الفرد. ويعود هذا التغير إلى نشاط كهربائي غير منتظم وعنيف في الخلايا العصبية في الدماغ، حيث يبدأ وينتهي بشكل تلقائي. (انيسة طلحة 2013: الصفحة 21)

حسب منظمة الصحة العالمية (2014):الصرع هو اضطراب عصبي مزمن يؤثر على حوالي 50 مليون شخص عالميًا، ويتسبب في نوبات متكررة تشمل حركات لا إرادية قد تصيب جزءًا من الجسم أو الجسم كله، وقد يصاحبها فقدان الوعي أو التحكم في الأمعاء والمثانة. تنجم النوبات عن شحنات كهربائية مفرطة في الدماغ، وقد تتفاوت في التواتر والشدة من نوبات نادرة إلى عدة مرات يوميًا.

الصرع حسب مجلة الجمعية الطبية الأمريكية (JAMA) هو حدوث نوبات عصبية ناتجة عن فرط في نشاط الخلايا العصبية، حيث يُعد أحد أشهر الاضطرابات العصبية لدى البالغين. (Gavvala&Schuele, 2016, p. 2686)

الصرع حسب "Oxford Textbook of Epilepsy and Epileptic Seizures" يُصنّف كحالة عصبية معقدة ومتعددة الأسباب، تُسبب نوبات قد تكون لها تأثيرات على الصعيد النفسي والاجتماعي للمريض (Shorvon et al., 2012, p. 15)

2-2الصرع من منظور الإسلامي والنفسي والاجتماعي:

1-2-2 المنظور الإسلامي:

ينظر الإسلام إلى الصرع باعتباره مرضًا عضويًا من أمراض الإنسان، لا يدل على ضعف الإيمان أو وجود مسّ شيطاني كما شاع في بعض الثقافات الشعبية. وقد ورد عن الرسول ﷺ في الحديث الشريف عن امرأة كانت تصرع، أنها جاءت تطلب من النبي أن يدعو الله لها، فقال لها: "(إن شئتِ صبرتِ ولكِ الجنة، وإن شئتِ دعوتُ الله أن يعافيكِ)" (رواه البخاري ومسلم). وهذا يدل على اعتراف الإسلام بطبيعة المرض واعتباره ابتلاءً يؤجر عليه الإنسان، لا وصمة أو علامة على خلل ديني أو أخلاقي (النووي، 1996)

2-2-2 المنظور النفسي:

في علم النفس، يُعرّف الصرع بأنه اضطراب مزمن في الجهاز العصبي المركزي، يتميز بنوبات متكررة ناتجة عن نشاط كهربائي غير طبيعي في الدماغ. غالبًا ما يرتبط باضطرابات نفسية مثل الاكتئاب، القلق، وتدني احترام الذات، ويؤثر على التكيف النفسي للمريض خاصة عند غياب الدعم الأسري والمجتمعي (Jacoby et al., 2005 :p171-178)

المنظور الاجتماعي:

اجتماعيًا، يعاني مرضى الصرع من وصمة اجتماعية قد تؤدي إلى العزلة والتمييز، مما يزيد من الضغوط النفسية عليهم. قد يواجه المصابون صعوبة في التفاعل مع الآخرين، سواء في العمل أو في الحياة الاجتماعية، بسبب الخوف من تعرضهم للنوبات في الأماكن العامة. وقد أظهرت الدراسات أن التصدي لهذه الوصمة الاجتماعية وتوفير الدعم الاجتماعي يمكن أن يُحسن من جودة حياة المرضى بشكل كبير (Baker & Jacoby, 2009: p 7-13)

جدول (01): أسباب الصرع

الأسباب العضوية	الأسباب الوظيفية	الأسباب الوراثية
الصددمات التي تصيب الدماغ. أو ضربة قوية على الرأس	تعاطي الكحول بنسبة عالية لمدة طويلة	تحدث بعض حالات الصرع نتيجة تغيرات جينية تؤثر في بنية الخلايا العصبية ووظيفتها، مما يزيد من قابلية الدماغ للنوبات الكهربائية غير الطبيعية
تصاب الشرايين في المخ أو جلطة تصيب الشرايين سوف تؤدي إلى تلف مناطق الدماغية محددة	نقص أو زيادة السكر والأملاح في الدم وبالتالي نقصها في المخ	يلاحظ في هذه الحالات وجود تاريخ عائلي، حيث يصاب أكثر من فرد من نفس العائلة
تعسر الولادة مما يستلزم استعمال آلة حادة لسحب المولود، هذا ما يسبب ضغط قوي على الرأس	توقف في عمل القلب	قد تحفز النوبات لدى أفراد المصابين بعوامل بسيطة قلة النوم
التهاب في أعصاب المخ	حساسية مفرطة للضوء مثلاً مشاهدة التلفاز لمدة طويلة	تناول الكحول التعرض للضوء القوي أو الوميض الانفعالات النفسية الشديدة من أبرز الأنواع المرتبطة بالعوامل الوراثية: الصرع الرمعي الشبابي صرع الغياب
الأورام الخبيثة والحميدة	ارتفاع حاد ومتكرر في درجة حرارة 41° عند الانفعال	////////////////////

(زيغور محمد 2006 : 128-129)

ينتج عن مجموعة من الأسباب المتنوعة التي قد تكون مكتسبة أو مرتبطة بعوامل بنيوية وبيولوجية معقدة. وقد أظهرت الأبحاث العصبية أن هذه الأسباب لا تقتصر على فئة عمرية محددة، بل يمكن أن تظهر في أي مرحلة من مراحل الحياة، بدءًا من الفترة الجنينية وصولًا إلى الشيخوخة. ويتفاعل العامل الوراثي مع العوامل البيئية والعضوية في تشكيل الأراضية العصبية القابلة لحدوث النوبات. وفيما يلي عرض لأبرز الأسباب المعروفة التي تسهم في نشوء الصرع:

أ – الصدمات الرأسية

إنّ الإصابات الدماغية الناتجة عن الصدمات الشديدة تُعدّ من أكثر العوامل المسببة للصرع، ويمكن أن تحدث في أي عمر، بما في ذلك المرحلة الجنينية أو أثناء الولادة. وقد تظهر النوبات مباشرة أو بعد فترة قد تمتد لأشهر أو سنوات، خصوصًا في حال وجود استعداد وراثي.

ب – الأورام

تُشكّل الأورام الدماغية – سواء كانت خلقية أو مكتسبة – سببًا شائعًا للصرع العضوي، حيث تؤدي إلى اضطراب في النشاط العصبي نتيجة ضغطها على أنسجة الدماغ أو تدخلها في وظائفه الطبيعية.

ج – التهابات

تشمل التهابات التي تصيب الدماغ أو السحايا، وقد يكون تأثيرها مباشرًا من خلال العدوى أو غير مباشرًا عبر الحمى أو السموم. وقد تظهر النوبات أثناء الإصابة أو بعد فترة نتيجة تغيرات نسيجية في الدماغ.

د – الاضطرابات الاستقلابية

تؤدي بعض الاختلالات الأيضية إلى إعاقة التغذية العصبية السليمة للدماغ، سواء بسبب نقص عناصر ضرورية مثل الجلوكوز، أو بسبب تراكم نواتج سامة داخل الجسم، وهو ما قد يؤدي إلى اضطرابات كهربائية داخل الدماغ.

هـ – أمراض الجهاز الدوري الدماغية

ترتبط هذه الفئة بحالات تؤثر على التروية الدموية للدماغ مثل ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم، النزيف، أو الانسدادات الشريانية، والتي تنجم في الغالب عن صدمات أو اضطرابات وعائية مزمنة.

و - الأمراض النسيجية في مادة الدماغ

تشير إلى حالات التلف أو الضمور العصبي في أنسجة الدماغ، سواء عند الأطفال نتيجة أمراض تنكسية مبكرة، أو عند المسنين نتيجة تدهور عصبي مرافق لحالات مثل خرف ما قبل الشيخوخة.(بغالية هاجر 2017، ص 94-95)

2-3 انواع الصرع:

لنوبات الصرع انواع عديدة حسب المنطقة الدماغية التي تنشأ منها ومدى تأثيرها على وعي المريض وحركته. وفيما يلي الأنواع الرئيسية لنوبات الصرع:

2-3-1 النوبات البؤرية

تنشأ هذه النوبات من منطقة محددة في الدماغ، ويمكن أن تظل محصورة في مكانها أو تمتد لتشمل مناطق أخرى من الدماغ. وتنقسم إلى:

2-3-2 نوبات بؤرية مع وعي سليم: في هذه الحالة، يظل المريض واعياً ومتيقظاً خلال النوبة، لكن قد يعاني من أعراض حركية أو حسية أو إدراكية حسب المنطقة الدماغية المتأثرة. على سبيل المثال، قد يشعر المريض بوخز أو حرارة في الأطراف.

2-3-4 نوبات بؤرية مع اضطراب في الوعي: هذه النوبات تترافق مع انخفاض في الوعي، ما يؤدي إلى تصرفات غير إرادية مثل حركات متكررة أو غريبة، ويمكن أن يكون المريض في حالة من التوهان التام دون تذكر ما حدث بعد النوبة.

2-3-5 النوبات المعممة: تبدأ هذه النوبات في كلا نصفي الدماغ في نفس الوقت، وغالباً ما تؤدي إلى فقدان الوعي مع أعراض حركية واضحة. وتشمل الأنواع التالية:

2-3-6 النوبة التوترية الرمعية: يحدث في هذه النوبة تشنج مفاجئ يؤدي إلى تصلب في العضلات، يليه ارتعاش متكرر في كافة أنحاء الجسم.

2-3-7 نوبات الغياب: تحدث هذه النوبات بشكل مفاجئ، حيث يتوقف المريض عن النشاط فجأة ويبدأ في التحديق في الفراغ لمدة قصيرة، وقد لا يلاحظ الآخرون حدوث النوبة.

2-3-8 النوبات الرمعية العضلية: تتميز هذه النوبات بحركات مفاجئة وسريعة في العضلات، وقد تقتصر على ذراع واحدة أو قدم واحدة أو تصيب الجسم بأكمله.

2-3-9 النوبات الارتخائية: تنتسب هذه النوبات في فقدان مفاجئ لتوتر العضلات، ما يؤدي إلى سقوط الشخص بشكل مفاجئ وغير متوقع.

2-4-4 تصنيف نوبات الصرع:

يتم التمييز بين نوعين رئيسيين من نوبات الصرع

2-4-1 النوبة الجزئية

تسمى النوبة جزئية عندما تؤثر على جزء واحد فقط من الدماغ (60%) من الأشخاص المصابين بالصرع.

النوبة الجزئية البسيطة: تحدث عندما يبقى الاتصال مع العالم الخارجي محفوظاً، وبدون حدوث تلقائيات لفظية أو حركية قهوية. غالباً ما يصاحبها أعراض حركية، حسية، ونباتية.

2-4-2 النوبة الجزئية المعقدة: تتميز بوجود اضطرابات في الوعي وحركات لا إرادية. قد تتطور هذه النوبات إلى نوبة ثانوية معممة حركية-مقوية (tonico-clonique) وعلى عكس النوبة المعممة الحركية-المقوية الأولية، يبدأ التشنج بشكل غير متماثل، حيث تؤثر المرحلة المقوية الأولية على نصف الجسم المقابل للتركيز الصرعي.

2-4-3 النوبة المعممة

تسمى النوبة معممة عندما تشمل كلا نصفي الدماغ. قد تتنوع مظاهرها من غياب بسيط إلى حلقات مميزة تنصف بأعراض حركية ثنائية الجانب، من عدة أنواع.

2-4-4 الغياب: كان يُطلق عليه سابقاً "المال الصغير". يمكن أن يكون الغياب نمطياً أو غير نمطي. عادة ما يُلاحظ عند الأطفال، ويُعرف بتوقف الوعي والنشاط، مصحوباً بثبات النظر. يستمر عادة لمدة تتراوح بين عشر إلى عشرين ثانية في المتوسط، ولا يتجاوز دقيقة واحدة. في الغياب النمطي، يظهر تذبذب ذروة-موجة بتردد ثلاث دورات في الثانية على EEG؛ بينما في الغياب غير النمطي، تكون التذبذبات أبطأ، حوالي 2.5 دورة في الثانية، مع توقف غير كامل للوعي في الغالب.

2-4-5 النوبات التشنجية: تُسبب تقلصات منتظمة وغير منتظمة لمجموعة من العضلات، مثل الرقبة والذراعين وعضلات الوجه غالبًا. تُلاحظ هذه النوبات بشكل رئيسي في التسممات الدماغية الصرعية.

2-4-6 النوبات العضلية (الميكلونية): (هي تقلصات عضلية مفاجئة وشديدة وغير إرادية. تؤثر على الساقين، والذراعين، والجذع، والرقبة. هي نوبات قصيرة قد تؤدي إلى السقوط.

2-4-7 النوبات التوترية (Toniques): تتميز بتيبس العضلات، مصحوبة أو غير مصحوبة بتدهور في الوعي. غالبًا ما تكون هذه النوبات ثنائية الجانب، وتؤثر على جميع عضلات الجسم، على الرغم من أنه يمكن أن تقتصر على عضلات المحور (مثل عضلات الجذع). غالبًا ما يصاحبها سقوط مؤلم.

2-4-8 النوبات الأتونية (Atoniques): تؤدي إلى فقدان مفاجئ في التوتر العضلي، مما يسبب سقوطًا ثقيلاً. تُلاحظ بشكل رئيسي في التسممات الدماغية الصرعية.

2-4-9 النوبات التوترية-الكلونية (Tonico-cloniques): كانت تُسمى سابقًا "المال الكبير (Grand Mal)" وهي النوبات المعقدة الأكثر شيوعًا. تبدأ أحيانًا بصراخ وتتميز بمرحلة توترية مع فقدان الوعي، تليها مرحلة كلونية تظهر فيها تشنجات، ثم مرحلة حسمية يتنفس فيها المريض بصوت عالٍ مع ظهور علامات ارتباك وكسل، وتسبق توقف النوبة (الشربيني، لطيف عبدالعزيز 2001، الصفحة 48)

جدول (2) "تصنيف أنواع نوبات الصرع وتأثيرها على الوعي والحركة"

نوع النوبة	الخصائص الرئيسية	التأثير على الوعي والحركة
نوبات الصرع الجزئية (Partial Seizures)	تنشأ في منطقة محددة من الدماغ. تشمل نوبات بسيطة أو مركبة.	الوعي قد يبقى سليم في النوبات البسيطة، أو يتأثر في النوبات المركبة.
النوبات العامة (Generalized Seizures)	تشمل كلا نصفي الدماغ منذ البداية. تشمل نوبات غياب، توتريّة-ارتجاجية، نوبات رعشية مع عضلي.	تؤثر دائماً على الوعي وغالباً ما تؤدي إلى فقدان السيطرة على الجسم.
نوبات غير معروفة البداية (Unknown Onset Seizures)	يصعب تحديد مكان بداية النوبة بدقة، وقد يعاد تصنيفها لاحقاً.	قد تنترافق مع وعي غامض أو تأثيرات حركية غير واضحة.

(Fisher, R. S. et al, 2017 : P 522–530)

2-5 الخصائص الحسية والحركية المميزة لأنواع نوبات الصرع لدى الراشدين:

جدول (3) مقارنة تتعلق بالجوانب الحسية (الجسمية) والحركية على "الراشدين".

نوع النوبة	الحركات الجسمية (Sensory Manifestations)	الحركات الحركية (Motor Manifestations)
نوبات جزئية بسيطة	إحساس بالوخز أو التميل، رؤى أو أصوات غير واقعية، تذوق أو شم غير معتاد.	ارتعاش موضعي في الأطراف، حركات لا إرادية في جزء معين من الجسم.
نوبات جزئية مركبة	تشوش في الإدراك، شعور بالخوف أو الدهشة، فقدان التفاعل مع المحيط.	حركات قفوية أو فرك اليدين، المشي بلا هدف حركات آلية.
نوبات غياب (Absence Seizures)	غالبًا لا تترافق مع مظاهر حسية، وإن ماتوقف مفاجئ عن الاستجابة.	رمش متكرر، انقطاع النشاط الحركي للحظات.
نوبات توتريّة-ارتجاجية (Tonic-Clonic)	لا تسبقها غالبًا مظاهر حسية، تبدأ غالبًا بفقدان الوعي.	تصلب في العضلات (مرحلة توتريّة)، تليها حركات ارتجاجية عنيفة في الأطراف.
نوبات رعشية مع عضلية (Myoclonic Seizures)	لا توجد مظاهر حسية واضحة.	ارتجاجات سريعة ومفاجئة في الذراعين أو الساقين أو الوجه.
نوبات لا إرادية/سقوطية (Atonic Seizures)	لا يوجد أعراض حسية ظاهرة.	فقدان مفاجئ لتوتر العضلات يؤدي إلى السقوط المفاجئ.

(Berg, A. T., et al& Scheffer, I. E. 2011 :p 33).

2-6-1 أعراض الصرع:

ينقسم مرض الصرع إلى عدة أنواع من النوبات، وتختلف الأعراض حسب نوع النوبة التي تصيب المريض. فيما يلي عرض لأبرزها:

2-6-2 نوبات الصرع الكبرى:

- يشعر المريض عادةً بإنذار قبل فقدان الوعي.
- قد يسقط على الأرض إذا كان في وضعية جلوس أو وقوف.
- تحدث اهتزازات عنيفة في الأطراف نتيجة التشنجات.
- من الشائع عض اللسان بسبب انقباض الفكين، وقد يتوقف التنفس للحظات.
- تنقبض العضلات ويظهر ازرقاق على وجه المريض.
- يخرج الزبد أو اللعاب من الفم.
- قد يفقد المريض التحكم في التبول أثناء النوبة.

2-6-2 نوبات الصرع الصغرى:

- تظهر على شكل لحظات من الغياب أو التحديق، إذ يبدو الطفل شاردًا أو كأنه يحلم.
- تحدث حالات من التوتر العصبي القصير والمفاجئ دون سبب واضح.
- قد تلاحظ حركات عضلية مفاجئة وقصيرة في الذراعين، عادةً على الجانبين.

2-6-3 نوبات صرعية أخرى:

أ. النوبات البسيطة:

- يحتفظ المصاب بوعيه واتصاله بالواقع، لكنه يشعر بالخوف والالزعاج.
- تصاحبها تقلصات في العضلات وارتعاش، بالإضافة إلى اضطرابات في الجهاز الهضمي.

ب. النوبات المعقدة:

- يفقد المصاب تواصله مع الواقع ولا يتذكر شيئًا عن فترة النوبة.
- يقوم بحركات غير هادفة مثل تمتمة أو مضغ شفتيه دون وعي.

تظهر هذه النوبات بشكل مفاجئ، وتستمر لفترة قصيرة، لكنها غالبًا ما تؤدي إلى فقدان الوعي، ورافقها سلوك حركي غير اعتيادي. (كوثر خذري، وفاء بلادة 2023، الصفحة 52)

2-6-4 الأعراض الجسدية لمرض الصرع:

تتنوع الأعراض الجسدية للصرع بحسب نوع النوبة التي يعاني منها المريض، لكن هناك مجموعة من العلامات الشائعة التي تظهر خلال النوبات، ومنها:

- **التشنجات العضلية:** وهي من أكثر الأعراض الجسدية شيوعًا، وتتميز بانقباضات لا إرادية في عضلات الجسم، قد تشمل جميع الأطراف أو تتركز في جزء واحد فقط.
- **فقدان السيطرة على الحركة أو السقوط المفاجئ:** يحدث ذلك بسبب فقدان التوتر العضلي، مما يعرض المريض لخطر السقوط والإصابة.
- **العض على اللسان أو خروج زبد من الفم:** نتيجة تشنجات عضلات الفك والوجه.
- **اضطرابات في التنفس:** مثل انقطاع النفس المؤقت أو التنفس غير المنتظم أثناء النوبة.
- **فقدان الوعي أو تغير في درجة الاستجابة أثناء النوبة.**
- **الإرهاق الجسدي بعد انتهاء النوبة،** حيث يشعر المريض بتعب شديد وارتخاء عام في الجسم.

(Kwan et al. 2011)

الخصائص الإكلينيكية لنوبات الصرع لدى الراشدين

تُعد نوبات الصرع من أبرز مظاهر الاضطراب العصبي الذي يتنوع في شكله وحدته بين المرضى، خاصة في مرحلة الرشد. إذ تختلف الأعراض السريرية باختلاف نوع النوبة، مما يجعل التقييم الدقيق للحالة أمرًا ضروريًا لتحديد نوع النوبة واختيار الأسلوب العلاجي الأمثل. يساعد فهم الخصائص الإكلينيكية لكل نوع من النوبات في تحسين التشخيص وتوجيه الرعاية الطبية والنفسية بشكل أكثر فعالية. يُوضح الجدول الآتي أهم أنواع نوبات الصرع لدى الراشدين إلى جانب خصائصها السريرية المميزة، وفقًا لتصنيف الرابطة الدولية لمكافحة الصرع (ILAE).

جدول 4 انواع النوبات الصرعية وخصائص الاكلينيكية المميزة لكل نوع

نوع النوبة	الخصائص الإكلينيكية المميزة
النوبات البؤرية الواعية	وعي كامل أثناء النوبة، أعراض حركية أو حسية أو نفسية حسب منطقة الدماغ المصابة.
النوبات البؤرية غير الواعية	اضطراب في الوعي، حركات تلقائية مثلًا لفرك أو المضغ، مع فقدان جزئي أو كلي للذاكرة.
النوبات التوترية	تصلب مفاجئ للعضلات، غالبًا في الظهروالأطراف، قد يصاحبها سقوط مفاجئ.
النوبات الرمعية	ارتجافات عضلية متكررة وسريعة، غالبًا في الذراعين أو الوجه.
النوبات التوترية الرمعية	تبدأ بتصلب ثم يليها ارتجاف عضلي عام، فقدان وعي، عض اللسان، وزبد من الفم.
نوبات الغياب	فقدان مفاجئ وقصير للوعي، تحديق في الفراغ لبضع ثوانٍ، غالبًا دون تذكر لما حدث.
النوبات الارتخائية	فقدان مفاجئ لتوتر العضلات، مما يؤدي إلى السقوط دون مقدمات، غالبًا مع خطر إصابة الرأس.
النوبات الرمعية العضلية	نفضات عضلية سريعة وقصيرة في طرف واحد أو أكثر، تحدث غالبًا في الصباح.

(Scheffer et al , 2017 :p512-521).

2-7 تصنيف المتلازمات الصرعية:

تُعرّف المتلازمة الصرعية بأنها مجموعة من النوبات التي تتميز بنوعها، وأسبابها (الإتيولوجيا)، وعمر بدايتها. إن التعرف على المتلازمة الصرعية يسمح بوضع توقعات حول استجابة المريض للعلاج (مثل الحساسية للأدوية أو مقاومة الأدوية) والتطور المحتمل للحالة (مثل الشفاء، أو التوقعات السلبية، أو الاعتماد على الأدوية التي تتطلب الاستمرار في العلاج).

2-7-1 الصرع المجهول السبب: (Idiopathique)

مرتبط بالاستعداد الوراثي.

تكون الأسباب الجينية للمشكلة غير مفهومة بالكامل، لكن هناك ميل وراثي لإصابة الفرد بالصرع.

2-7-2 الصرع العرضي: (Symptomatique)

يحدث بسبب سبب معروف، مثل إصابة الدماغ أو التسمم أو الأمراض العصبية الأخرى.

قد يكون ناتجاً عن مرض عصبي أو دماغي ملموس يمكن تحديده بواسطة الفحوصات.

2-8 العوامل المؤدية للصرع:

تتنوع الأسباب التي قد تسهم في نشوء الصرع، من بينها إصابات الرأس العنيفة، ووجود كتل أو التهابات داخل الدماغ، إضافة إلى اختلالات في العمليات الحيوية داخل الجسم، ومشكلات تصيب الدورة الدموية الدماغية، فضلاً عن بعض التغيرات المرضية في نسيج الدماغ. كما أن التدخلات الجراحية في المخ قد تؤدي أحياناً إلى ظهور اضطرابات عصبية.

من جهة أخرى، قد تكون بعض المركبات الكيميائية والأدوية سبباً في تحفيز النوبات، كالكحول، أو الأدوية النفسية، أو نتيجة التوقف المفاجئ عن تعاطي العقاقير المخصصة للسيطرة على الصرع، خاصة تلك التي تنتمي إلى مجموعة البنزوديازيبينات.

كذلك، تُعد الأمراض التنكسية التي تُصيب الجهاز العصبي، مثل داء الزهايمر، من العوامل التي تُحدث تحولات في البنية الدماغية، مما يمهّد لحدوث النوبات. وفي مرحلة الطفولة، يمكن أن يكون ارتفاع حرارة الجسم بشكل مفرط عاملاً محفزاً.

وتُعد قلة النوم الناتجة عن السهر المزمن من العوامل البيئية التي تساهم في تفاقم الحالة. كما أن التعرض لمؤثرات بصرية قوية كالأضواء الساطعة قد يُحدث نفس الأثر لدى البعض. ولا يمكن إغفال الجانب النفسي، إذ يُعتقد أن تراكم الانفعالات الشديدة دون تفريغ مناسب قد يؤدي إلى انفجار داخلي يتجلى في صورة نوبة صرعية، بل ويرى بعض المهتمين بالشأن النفسي أن تلك النوبة قد تكون تعبيرًا فجائيًا عن عدوان مكبوت. (بغالية هاجر 2015: الصفحة 236)

9-2 تشخيص الصرع:

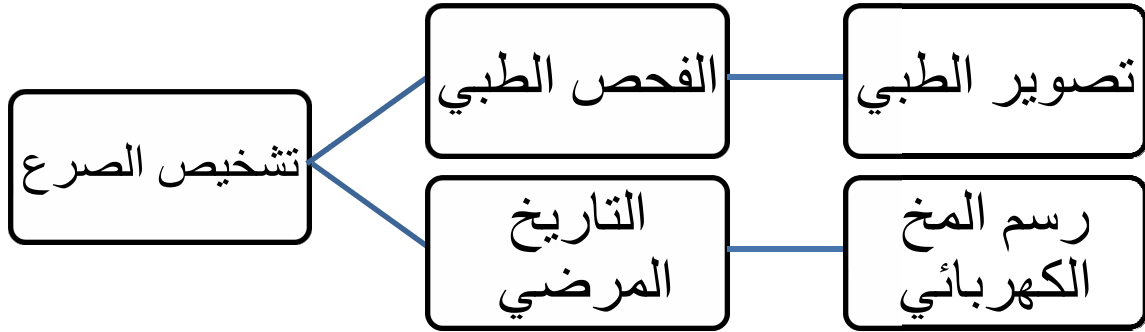
1-9-2 التاريخ المرضي: يعد التاريخ المرضي الدقيق أحد عناصر الأساسية في التشخيص. يتم جمع المعلومات حول حالة المريض بدقة من خلال استفسار الطبيب عن الأعراض، بمساعدة من الأسرة، بالإضافة إلى ملاحظات دقيقة حول النوبات التي قد تكون حدثت.

2-9-2 رسم المخ الكهربائي (EEG): هو جهاز يسجل النشاط الكهربائي للدماغ بدقة، عن طريق وضع أقطاب كهربائية على رأس المريض. يسجل هذا الجهاز الإشارات الكهربائية للخلايا العصبية في الدماغ على شكل موجات، والتي تساعد في تحديد نوع النوبات، حيث يمكن للأطباء ملاحظة تغيرات في النشاط الكهربائي للدماغ أثناء النوبات.

3-9-2 التصوير الطبي: (IRM) & (CT) تستخدم الأشعة المقطعية والرنين المغناطيسي للكشف عن وجود أي إصابات في الدماغ أو أورام قد تكون مرتبطة بالنوبات أو تؤدي إلى الصرع. يساعد هذا الفحص الطبي في استبعاد الأسباب الأخرى التي قد تكون وراء النوبات.

الفحص الطبي: يقوم الطبيب بإجراء فحص شامل للمريض، حيث يبحث عن أي علامات تشير إلى مشاكل في الدماغ. قد يشمل الفحص أيضًا تقييمًا للقلب، خاصة إذا كان هناك اشتباه في حدوث إغماء. بالإضافة إلى فحص الجهاز العصبي، مثل معاينة العينين، التوازن، التنسيق الحركي، والإحساس بالأطراف، بالإضافة إلى ردود فعل الذراعين والساقين. (د. غاز لينعيمة، بلخير مالحه 2023، الصفحة 972)

الشكل (1): تشخيص الصرع



10-2 طبيعة مرض الصرع:

الصرع لا يُعد اضطرابًا واحدًا بل هو طيف من الاضطرابات العصبية التي تنشأ نتيجة خلل في النشاط الكهربائي للدماغ، وتحديدًا في وظائف القشرة الدماغية. يتميز بحدوث نوبات مفاجئة، قد تكون نوبات حركية تؤثر على عضلات الجسم وحركته، أو نوبات حسية تعيق بعض الوظائف الحسية كالإبصار أو السمع أو الإحساس. وتمتد هذه النوبات لفترات قصيرة، وقد يصاحبها تشنجات عضلية أو تقلصات غير إرادية. تختلف مظاهر الصرع من شخص إلى آخر حسب نوع النوبة والمنطقة الدماغية المصابة.

(عبد الرحمن محمد العيسوي 2008، الصفحة 194)

11-2 سيكولوجية لدى الشخص المصاب بالصرع:

يعاني العديد من المصابين بالصرع من آثار نفسية مرافقة لمرضهم، مثل القلق، الشعور بالدونية، والتوتر الاجتماعي، والتي غالبًا ما تكون نتيجة الشعور بعدم الأمان بسبب إمكانية حدوث النوبات في أي وقت. كما أن تكرار النوبات وعدم السيطرة عليها يؤدي إلى تراجع في الثقة بالنفس والعزلة، خاصة إذا صاحب المرض وصمة اجتماعية في البيئة المحيطة. وقد تؤثر هذه الجوانب النفسية بشكل كبير على التكيف الاجتماعي والتحصيل الدراسي والمهني، ما لم يتلقَ المريض دعماً نفسياً وأسرياً مناسباً

(Trimble & Schmitz, 2002, p. 58–60).

12-2 خصائص مرض الصرع:

يُعد الصرع اضطرابًا عصبيًا مزمنًا ناتجًا عن خلل في النشاط الكهربائي للدماغ، ويتميز بتكرار نوبات مفاجئة قد تكون على شكل حركات لا إرادية، فقدان للوعي، أو اضطرابات حسية أو نفسية. يختلف نمط النوبات من شخص لآخر من حيث التكرار، الشدة، ومدتها، كما يمكن أن تؤثر على أحد جانبي الجسم أو كلا الجانبين.

ومن أبرز الخصائص العامة للصرع:

- اضطراب في النشاط الكهربائي العصبي للدماغ.
- تكرار النوبات دون وجود مسبب مباشر كارتفاع الحرارة أو إصابة جسدية واضحة.
- تفاوت في شدة وتكرار النوبات بين المرضى، حسب طبيعة الحالة.
- تأثير النوبات على الوظائف الحركية أو الحسية أو النفسية للمريض.
- إمكانية حدوث تغيرات في الوعي أو الإدراك أثناء النوبة أو بعدها. (مرسي، نبيل 2011، ص 45)

13-2 الوظائف التشخيصية لـ EEG في حالات الصرع:

الدماغ الكهربائي (Electroencephalogram - EEG) هو أداة تشخيصية أساسية تُستخدم لتسجيل النشاط الكهربائي للدماغ. يُستخدم جهاز EEG بشكل شائع في تشخيص ومتابعة مرضى الصرع، حيث يساعد على الكشف عن الأنماط غير الطبيعية في نشاط الدماغ التي قد تشير إلى وجود نوبات صرعية.

14-2 الوظيفة الرئيسية لـ EEG في حالات الصرع:

- الكشف عن النشاط الكهربائي غير الطبيعي (الشحنات الصرعية).
- تحديد نوع النوبة (جزئية، معممة، أو بؤرية).
- المساعدة في تحديد موقع البؤرة الصرعية في الدماغ.
- مراقبة النشاط الدماغي أثناء نوبات الصرع أو بعدها.
- تقييم فاعلية العلاج الدوائي على تقليل النوبات. (احمد عكاشة 2016: ص 102)

يعد تحليل النشاط الكهربائي للدماغ في حالات الصرع من الأدوات الأساسية لفهم الأنماط الكهربائية المرتبطة بالنوبات، حيث يوفر تخطيط الدماغ الكهربائي (EEG) مؤشرات دقيقة تشخص التغيرات الكهربائية المميزة وتساهم في تحديد أنواع النوبات ومواقعها. (Emmady, P & Anilkumar, A. 2023)

15-2 التقييم النفسي العصبي لمرض الصرع:

يُعد التقييم العصبي النفسي خطوة أساسية تهدف إلى دعم الأشخاص المصابين بالصرع، من خلال تحديد احتياجاتهم التعليمية والمهنية والتأهيلية، وذلك لضمان استفادتهم المثلى من البرامج المخصصة لهم. كما تبرز أهمية هذا التقييم بشكل خاص قبل اتخاذ قرار التدخل الجراحي، حيث يُسهم في الكشف عن أوجه القصور الإدراكي أو العقلي الناتجة عن إصابات أو تلف دماغي محتمل لدى المريض.

من جهة أخرى، يُساعد التشخيص الدقيق في التمييز بين النوبات الحقيقية ونوبات أخرى قد تتشابه معها في المظهر لكنها لا تُصنف ضمن النوبات الصرعية، مثل النوبات النفسية غير الصرعية. كما أن روايات أولياء الأمور للطبيب عن سلوكيات أبنائهم تُعد أداة مهمة في التعرف على نوبات الغياب، والتي قد تظهر على شكل لحظات من السرحان أو التحديق، ما يجعلها تُفهم خطأً على أنها مجرد أحلام يقظة، ولا تُؤخذ على محمل الجد في البداية. (ابو شعشع 2005: الصفحة 295-300)

16-2 الآثار النفسية والاجتماعية المصاحبة لمرض الصرع

لا تقتصر تداعيات مرض الصرع على الجانب العصبي فحسب، بل تمتد لتشمل أبعاداً نفسية واجتماعية تؤثر بشكل مباشر في نوعية حياة المريض وتكيفه مع البيئة المحيطة. وقد بينت الدراسات أن الأفراد المصابين بالصرع غالباً ما يواجهون مشكلات متعددة تتداخل مع حياتهم اليومية، من أبرزها:

- **الوصمة والعزلة الاجتماعية:** يتعرض العديد من المرضى لنظرة سلبية من المجتمع بسبب قلة الوعي بطبيعة المرض، مما يؤدي إلى شعور بالعزلة الاجتماعية والانغلاق، وهو ما ينعكس سلباً على حالتهم النفسية
- **اضطرابات القلق والاكتئاب:** يعاني مرضى الصرع من معدلات مرتفعة نسبياً من القلق والاكتئاب مقارنة بغيرهم، وذلك نتيجة الضغوط المرتبطة بتكرار النوبات والخوف من فقدان السيطرة أو نظرة الآخرين لهم.
- **تأثيرات على المسار الدراسي والمهني:** كثيراً ما تعيق النوبات أو مخاوف حدوثها الأداء الأكاديمي والمهني للمرضى، كما قد يواجهون تمييزاً صريحاً أو ضمنياً في بيئات التعليم والعمل
- **انخفاض تقدير الذات:** نتيجة للتجارب السلبية المتكررة، تنخفض ثقة المريض بنفسه وقدرته على التفاعل الاجتماعي أو الإنجاز الشخصي، مما يعزز من الإحساس بالدونية

- اضطرابات النوم: تؤثر نوبات الصرع، أو الخوف من حدوثها، على جودة النوم لدى المريض، مما قد يسهم في تفاقم الحالة العصبية والنفسية على حد سواء (Marco Mula, Josemir W Sander2016 :p 36-42)

تشير هذه النتائج إلى ضرورة توفير تدخلات علاجية شاملة تراعي الجوانب النفسية والاجتماعية، بالإضافة إلى العلاج العصبي والدوائي، بهدف تحسين جودة الحياة والتكيف العام لدى مرضى الصرع.

2-17 الدعم والرعاية الشاملة لمرضى الصرع: أهمية التكامل بين العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي:
يعد مرض الصرع من الأمراض المزمنة التي تحتاج إلى رعاية متكاملة تجمع بين العلاج الطبي والدعم النفسي والاجتماعي. فالإلى جانب العلاج الدوائي الذي يعد أساسياً في التحكم في النوبات، يحتاج مرضى الصرع إلى دعم اجتماعي ونفسي مستمر لتحسين نوعية حياتهم وتخفيف التأثيرات السلبية التي قد تصاحب المرض.

• الدعم الطبي:

يعتبر العلاج الطبي هو العنصر الأساسي في علاج الصرع، حيث يعتمد المرضى على الأدوية المضادة للنوبات للتحكم في الأعراض والوقاية من النوبات المستقبلية. ومن المهم متابعة المرضى بشكل دوري لضبط الجرعات والتأكد من فعالية الأدوية. وفي بعض الحالات، قد يلجأ الأطباء إلى الجراحة أو التحفيز العصبي كخيارات علاجية بديلة. (Fisher et al. 2017 :p525)

• الدعم النفسي:

يمر مرضى الصرع بتحديات نفسية كبيرة مثل الاكتئاب والقلق نتيجة لوجود النوبات المستمرة أو تأثيرات المرض على الحياة اليومية. لذلك، يعد الدعم النفسي جزءاً لا يتجزأ من خطة العلاج. يُنصح المرضى بالاستفادة من الاستشارات النفسية والعلاج السلوكي المعرفي، الذي يساعدهم على التعامل مع الضغوط النفسية وتحسين جودة حياتهم. (Jacoby et al., 2004 :p176)

• الدعم الاجتماعي:

التوعية المجتمعية دورها بالغ الأهمية في تقليل الوصمة الاجتماعية المحيطة بمرضى الصرع. دعم الأسرة والأصدقاء يلعب دوراً حاسماً في توفير بيئة اجتماعية داعمة تسهم في تحسين الصحة النفسية للمريض. كما أن التعليم والتوعية في المدارس وأماكن العمل أمر بالغ الأهمية لتقليل المواقف التمييزية ضد المرضى. (Suurmeijer et al., 2001)

• تحسين نوعية الحياة:

يهدف الدعم الشامل إلى تحسين نوعية حياة مرضى الصرع من خلال تحسين التفاعل الاجتماعي، وتقديم المشورة النفسية، والمساعدة في التكيف مع تحديات المرض. الدعم الأسري والمجتمعي يساعد المرضى على استعادة الثقة بالنفس، ويقلل من تأثيرات المرض على حياتهم الاجتماعية والمهنية (Baker et al, 2005: p94-95).

• التعامل مع النوبات:

يحتاج مرضى الصرع إلى تعلم كيفية التعامل مع النوبات، والتأكد من وجود خطة للطوارئ أثناء حدوث النوبة. لذلك، يُعد تدريب العائلة والمحيطين بالمرضى على كيفية التصرف أثناء النوبة أمراً مهماً في تقديم الدعم العاجل وتخفيف المخاوف المحيطة بالمرضى (Tellez-Zenteno et al, 2007: p1577).

2-18 الدعم النفسي ودوره في تعزيز تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالصرع:

يعد الصرع من الاضطرابات العصبية المزمنة التي لا تقتصر آثارها على الجانب الجسدي فقط، بل تمتد لتشمل أبعاداً نفسية واجتماعية تمس جودة حياة الفرد وتقديره لذاته. يواجه الراشدون المصابون بالصرع تحديات متعلقة بالوصمة الاجتماعية، والقيود المفروضة على نمط حياتهم، إضافة إلى القلق بشأن تكرار النوبات، ما ينعكس سلباً على تقديرهم لذواتهم (MacLeod et al, 2005). في هذا السياق، برز الدعم النفسي، سواء الفردي أو الجماعي، كأحد التدخلات المهمة التي تسهم في التخفيف من آثار تلك التحديات وتعزيز صورة الذات الإيجابية لدى المرضى.

تشير الدراسات إلى أن برامج الدعم النفسي، خاصة تلك المعتمدة على التعليم الذاتي ومجموعات الدعم، تساعد في تحسين الشعور بالكفاءة الذاتية وتقدير الذات، كما ترفع من جودة الحياة لدى مرضى الصرع (Lin et al. 2022). كما أن التدخلات الجماعية الداعمة، والتي تشجع على تبادل الخبرات والانتماء لجماعة متقبلة، تساهم في تقوية ثقة الفرد بنفسه وتخفيف مشاعر العزلة (Lee et al, 2014). إضافة إلى ذلك، فإن تخفيف مشاعر الوصمة المصاحبة للصرع يرتبط ارتباطاً وثيقاً بارتفاع مستويات تقدير الذات، مما يؤكد أهمية توفير بيئة داعمة نفسياً واجتماعياً (MacLeod et al, 2005).

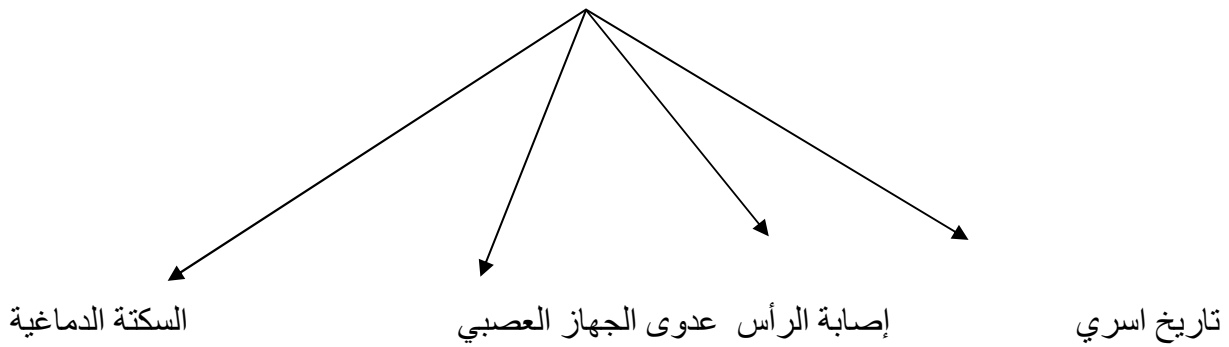
وليس الدعم النفسي فقط وسيلة لتعزيز تقدير الذات، بل هو أيضاً عامل وقاية ضد أعراض نفسية شائعة لدى المصابين بالصرع، مثل الاكتئاب والقلق، والتي تمثل بدورها عوامل خطر إضافية لانخفاض تقدير الذات (Tellez-Zenteno et al, 2007). لذلك، توصي البحوث الحديثة بإدماج الدعم النفسي كجزء لا

يتجزأ من الرعاية الشاملة المقدمة لهؤلاء المرضى، لما له من دور جوهري في تحسين صحتهم النفسية وتعزيز تكيفهم مع المرض.

19-2 عوامل المخاطرة بالإصابة بالصرع:

➤ توجد عوامل كثيرة منها إصابة الرأس بجرح أو كسر أو تعرض الجهاز العصبي للعدوى، من بين عوامل المخاطرة إصابة بالسكتة الدماغية

الشكل (2)العوامل التي تزيد من التعرض لمخاطر الإصابة الصرعية



كيف يمكن مساعدة مريض الصرع عندما تهاجمه النوبة:

في الغالب ما يستجيب الآخرون سلبيا عندما يشاهدون هاته الحالات (نوبات الصرع) ويرجع ذلك لعدة اسباب منها

عدم كفاية عدم كفاية الوعي الصحي

عدم درايتهم كيف يتصرفون او يساعدون ذلك المريض

وعلى كل الحال يجب ان نقابل نوبة بالهدوء ومحاولة حماية المريض من الخطر الى اقصى حد ممكن عندما يسقط على الأرض مثلا جروح او ضربة على الرأس وذلك خلال مرحلة التوتر او الرجفة او الرعشة

وهناك خمس خطوات يمكن قيام بها عند مشاهدة شخص مصروع "شخص مصاب بالصرع"

أ. محاولة منع ذلك الشخص وحمايته من ضربات او جروح عند سقوطه ومحاولة منع سقوط قدر إمكان، في حالة لم تستطيع منع سقوط على اقل ضع شيء تحت رأسه مثلا مخدة او نحوها لحماية شخص من اصابة او جروح عند سقوطه على الأرض

ب. لانتقيد المريض، في حالة وجدت شيء صلب نحو مريض يجب ابعاده لمنع ضرر

ت. في حالة لم يستطيع مريض فيق من نوبته او استيعاب بعد عشر دقائق، حاول استدعاء سيارة اسعاف فالحين وبأسرع وقت

ث. عند فيق مريض من الاغماء واستيعابه، عليك شرح له ما حدث اثناء نوبة وتقديم دعم الذي يحتاجه في بعض احيان شخص المصروع بعد نوبة، يشعر بفقدان ادراك المكان ولم يستطيع استيعاب ما الذي يحدث حوله، لذلك حاول مراعاة ظروف ذلك المريض في هاته الحالات لا تضغط عليه اكثر لا تتعبه(عبد الرحمان محمد العيسوي 2008، ص204)

2-20الصرع عند الراشدين:

من أبرز أسباب الصرع عند الراشدين:

من أبرز الأسباب:

- الإصابات الدماغية الناتجة عن حوادث السير أو السقوط.
- السكتات الدماغية، وهي السبب الأول للصرع بعد سن 35.
- العدوى العصبية مثل التهاب الدماغ أو السحايا.
- الأورام، أو العوامل الوراثية.

تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن 50% من الحالات تُصنّف على أنها مجهولة السبب (منظمة الصحة العالمية، 2019)

التأثيرات النفسية والاجتماعية:

يعاني الراشد المصاب بالصرع من ضغوط نفسية مثل القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى مشكلات في التقدير الذاتي بسبب الوصمة المجتمعية والتمييز، ما ينعكس سلبيًا على جودة حياته (منظمة الصحة العالمية، 2019)

العلاج والتدخلات

توصي ILAE بالتدخلات التالية:

- مضادات الصرع (Antiépépileptiques) والتي تضبط النوبات لدى غالبية المرضى.
- الجراحة، عند فشل العلاج الدوائي.
- العلاج النفسي والدعم الاجتماعي، لتحسين التكيف وجودة الحياة (Fisher 2014 :p478)

21-2 الصرع وتقدير الذات:

يُعد الصرع من الاضطرابات العصبية المزمنة التي قد تؤثر بشكل كبير على الجوانب النفسية والاجتماعية للفرد، ولا سيما تقدير الذات. تشير الدراسات إلى أن الأفراد المصابين بالصرع غالبًا ما يعانون من انخفاض في تقديرهم لذواتهم مقارنة بغيرهم، ويُعزى ذلك إلى عوامل متعددة، منها الوصمة الاجتماعية، ومحدودية الاستقلالية، وصعوبة التكيف مع نوبات المرض (Jacoby 2002 : p 554)

وقد أوضحت دراسة أجراها Austin et al. (1997) على المراهقين المصابين بالصرع أن هؤلاء الأفراد يعانون من مستويات أقل من تقدير الذات بالمقارنة مع أقرانهم الأصحاء، خاصة عند وجود عوائق مدرسية أو اجتماعية، مما ينعكس على شعورهم بالهوية والقدرة الشخصية (Austin et al, 1997, p. 317)

ويُظهر البالغون المصابون بالصرع نمطًا مشابهًا، إذ أن الخوف من التعرض للنوبة في الأماكن العامة أو فقدان الوظيفة يؤدي إلى شعور بالنقص وانخفاض الكفاءة الذاتية (Goldstein & Mather 1998, p. 203).

من جهة أخرى، تؤكد بعض الأبحاث أن دعم الأسرة والبيئة المحيطة يمكن أن يخفف من أثر الصرع على تقدير الذات. على سبيل المثال، تشير دراسة أجريت في المملكة المتحدة إلى أن المشاركة في مجموعات الدعم وممارسة الأنشطة الاجتماعية يمكن أن تعزز الشعور بالانتماء والثقة بالنفس لدى المصابين (Baker et al, 2005, p.100-104)

وتشير نتائج هذه الأبحاث إلى أن التدخلات النفسية التي تركز على تعزيز تقدير الذات، مثل العلاج المعرفي السلوكي، يمكن أن تُحدث فرقًا مهمًا في تحسين جودة الحياة النفسية للراشدين المصابين بالصرع. (McLaughlin & Pachana, 2009, p. 88)

22-2 علاج الصرع:

العلاج بطريقة الحديثة:

يُتخذ قرار البدء في المعالجة بعد إجراء موازنة دقيقة ومفاضلة شاملة بين المنافع المحتملة والمخاطر الممكنة، مع مراعاة خصوصية كل حالة مرضية على حدة. وتُعد المعالجة الدوائية الخيار الأول والأساسي في علاج داء الصرع، حيث يُظهر ما بين 70 إلى 80 في المئة من المرضى استجابة فعالة عند

تلقّيه الدواء المناسب. ومع ذلك، قد تتطلب بعض الحالات علاجًا طويل الأمد أو مستمرًا مدى الحياة. وفي حال عدم فعالية العلاج الدوائي، يمكن اللجوء إلى التدخل الجراحي، إما لاستئصال البؤرة المسؤولة عن النوبات، أو لإزالة السبب الكامن مثل الورم، أو الخراج، أو الآفة الوعائية.

يهدف علاج الصرع إلى تحقيق مجموعة من النتائج العلاجية التي تركز أساسًا على تحسين نوعية حياة المريض قدر الإمكان، وذلك من خلال الالتزام بجملة من المبادئ نوجزها فيما يلي

أ. التحكم في النوبات وتقليل تكرارها

يتمثل الهدف الأساسي في الوقاية من تكرار النوبات الصرعية، مع الحرص على عدم رفع جرعات الأدوية المضادة للصرع (AEDs) إلى مستويات قد تُسبب آثارًا جانبية غير مقبولة. وفي بعض الحالات، لا يكون منع النوبات كليًا ممكنًا، خاصة لدى المرضى الذين يعانون من نوبات مقاومة للعلاج (refractory epilepsy)، وعليه يصبح الهدف هو تخفيف شدة النوبات أو الحد من تطورها إلى نوبات معممة.

ب. خفض معدلات الوفاة والمرض المرتبطة بالنوبات

تشير الدراسات إلى أن النوبات ترتبط بزيادة خطر الوفاة، سواء نتيجة النوبة نفسها أو بسبب مضاعفاتها مثل الحوادث التي قد تقع أثناء النوبة. من أبرز أسباب الوفاة المفاجئة لدى مرضى الصرع ما يُعرف بـ"الوفاة المفاجئة غير المتوقعة في الصرع" (SUDEP) "كما أن خطر الإصابة الجسدية مثل الحروق، أو رضوض الرأس، أو الكسور، يكون أعلى لدى المصابين بالصرع.

ت. معالجة الأمراض المرافقة للصرع

قد يكون الصرع مصحوبًا بأمراض وعائية، أو التهابية، أو استقلابية، أو أورام، والتي قد تكون سببًا للنوبات أو ناتجة عنها، ويجب أن تُؤخذ بعين الاعتبار ضمن خطة العلاج. من ضمن هذه الحالات، تبرز الاضطرابات النفسية، حيث يُظهر مرضى الصرع معدلات أعلى من القلق بمقدار الضعف مقارنة بغير المصابين، وتبلغ نسب انتشار الاكتئاب والأفكار الانتحارية بينهم 17.4% و 25% على التوالي، مقارنة بـ 10.7% و 13.3% في عموم السكان. ويُعزى ذلك إلى التأثيرات الجانبية للأدوية، إضافة إلى القيود الجسدية والنفسية والاجتماعية التي تفرضها النوبات.

ث. الحد من الآثار الجانبية والتدخلات الدوائية

من الملاحظ أن بعض المرضى يعانون من الآثار الجانبية للأدوية المضادة للصرع أكثر من معاناتهم من النوبات نفسها. من الأمثلة المهمة على هذه الآثار، تأثير بعض الأدوية على صحة العظام، حيث تؤدي إلى انخفاض الكثافة العظمية مما يزيد خطر التعرض للكسور وما يترتب على ذلك من

مشكلات بدنية ونفسية. ولهذا السبب، سيتم تخصيص فصلين مستقلين لاحقاً لموضوع "الصرع وصحة العظام".

ج. المتابعة الدقيقة والتثقيف الصحي للمريض

لحد من الآثار الجانبية والتداخلات الدوائية، يُوصى بضبط الجرعات ومراقبة تركيز الدواء في الدم بشكل دوري. ويُعد التثقيف الصحي للمريض جزءاً أساسياً من الخطة العلاجية، من خلال شرح الحالة المرضية، وتوضيح خصائص الدواء المستخدم، والتنبيه إلى الإجراءات المرتبطة بمراحل حياتية مهمة كالحمل والزواج. كما يجب توجيه المرضى لتجنب العوامل التي قد تُهيئ لحدوث النوبات.

الأدوية المضادة للصرع:

الأدوية المضادة للصرع (Anti-epileptic Drugs - AEDs) تستهدف بشكل رئيسي آليات على المستوى الجزيئي تتمثل في القنوات التي تفتح وتغلق استجابة للجهد الكهربائي (القنوات الميوبة بالفولطاج) والقنوات التي تفتح استجابة لمواد كيميائية (القنوات الميوبة بالجين). يوضح الجدول (1) أهم حالات استعمال هذه الأدوية الشائعة وآليات تأثيرها

الجدول (5) الأدوية المضادة للصرع (Anti-epileptic Drugs - AEDs)

اسم الدواء	آلية التأثير	الاستطباب الرئيسية
الفينيتوين (Phenytoin)	حصر قنوات Na^+ و Ca^{2+} الميوبة بالفولطاج	النوبات المعممة التشنجية، النوبات الجزئية
الكربامازيبين (Carbamazepine)	حصر قنوات Na^+ و Ca^{2+} الميوبة بالفولطاج	النوبات المعممة التشنجية، النوبات الجزئية
الفينوباربيتال (Phenobarbital)	تقوية فعل الـ GABA، إنقاص تيارات Ca^{2+} المعتمدة على الفولطاج	النوبات المعممة التشنجية، النوبات الجزئية
الفالبروات (Valproate)	زيادة مستويات GABA عن طريق زيادة تخليقه وتقليل تحلله، حصر قنوات Ca^{2+} من النوع T، زيادة تعطيل قنوات Na^+	النوبات المعممة التشنجية، نوبات الغياب، النوبات الرمعية العضلية، النوبات الجزئية
اللاموتريجين (Lamotrigine)	إنقاص تحرر الغلوتامات، تثبيط تيارات Ca^{2+} المعتمدة على الفولطاج، حصر قنوات Na^+ الميوبة بالفولطاج	النوبات المعممة التشنجية، النوبات الجزئية
التوبيرامات (Topiramate)	حصر قنوات Na^+ ، تقوية فعل الـ GABA، تثبيط النقل الكيميائي للغلوتامات، تثبيط أنهدراز الكربونية	النوبات المعممة التشنجية
البنزوديازيبينات	تقوية فعل الـ GABA	دواء مساعد لجميع أنواع النوبات

الجدول (6) تصنيف AEDs بحسب تأثيرها على أنزيمات السيتوكروم الكبدية

الأدوية المحرّضة لأنزيمات السيتوكروم الكبدية (Ei-AEDs)	الأدوية غير المحرّضة لأنزيمات السيتوكروم الكبدية (NEi-AEDs)
الفينيتوين Phenytoin	الفالبروات valproate
الكرbamazepine	اللاموتريجين lamotrigine
الفينوباربیتال Phenobarbital	الليفيتيراسيتام leviteracetam
التوبيرامات topiramate	الغابابنتين gabapentin
البريميديون primidone	الكلوبازام clobazam الكلونازيبام clonazepam

(علا محمد وآخرون، 2016: ص 19-23)

نظرًا لطبيعة مرض الصرع وتعقيداته التي لا تقتصر على الجانب الطبي فقط، أصبح من الضروري اعتماد مقارنة متعددة الأبعاد تشمل التدخلات الاجتماعية، والجراحية، والنفسية، وذلك من أجل توفير رعاية شاملة للفرد المصاب وتحسين جودة حياته".

• التدخل الاجتماعي:

يركّز التدخل الاجتماعي على تعديل البيئة المحيطة بالطفل، ويتضمن ذلك أساليب التربية، وتقديم الدعم والإرشاد للوالدين، والعمل على تعديل اتجاهات المحيطين بالطفل ممن يتعاملون معه بشكل مباشر. فعندما يصبح مرض الصرع معروفًا لدى الآخرين، يمكن للطفل المصاب أن يلتحق بالمدرسة أو يشارك في العديد من الأنشطة والأعمال، ومن المهم أن يتعرف المعلمون والمدرّبون على حالة التلاميذ المصابين وأن يدركوا وجود فروق فردية كبيرة بينهم، مما يتطلب توفير بيئة تعليمية مناسبة سواء في الصفوف العادية أو في البيئات التربوية الخاصة أو المنزلية.

• التدخل الجراحي:

يشمل هذا النوع من التدخل استئصال الجزء التالف من الفص الصدغي الأوسط، وهو أحد الإجراءات الجراحية الشائعة في حالات الصرع التي يصعب التحكم بها دوائيًا. يتم تحديد موضع النسيج العصبي المصاب باستخدام تقنيات التصوير العصبي المتقدمة ذات الدقة العالية. وقد أثبتت بعض الدراسات أن هذا النوع من التدخل الجراحي يمكن أن يؤدي إلى السيطرة على نوبات الصرع في نسبة كبيرة من الحالات، خاصة بعد متابعة تمتد لعدة شهور. كما توجد وسائل علاجية أخرى كتحفيز العصب الحائر،

وهي طريقة لا تعتمد على الأدوية وتستهدف تنظيم نشاط الجهاز العصبي، رغم أن لها بعض التأثيرات الجانبية على الجهاز العصبي المركزي.

• التدخل العلاجي النفسي:

يُعنى هذا النوع من العلاج بالجوانب النفسية والاجتماعية لحالة الصرع، إذ إن المشكلات النفسية والاجتماعية التي يعاني منها الفرد قد تكون لا تقل خطورة عن النوبات نفسها. وتتنوع أساليب العلاج النفسي وفقاً للإطار النظري الذي ينطلق منه المعالج، وقد شهدت السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً باستخدام استراتيجيات تعديل السلوك لمعالجة المشكلات الناتجة عن الصرع. من أبرز هذه الأساليب: التعزيز الإيجابي والسلبي، الضبط الذاتي، تقنيات تعديل السلوك المعرفي، والأساليب الفسيولوجية مثل التغذية الراجعة البيولوجية.

تعتمد هذه الأساليب على المراقبة الدقيقة والمتواصلة لمظاهر النوبة ومسبباتها ومعدلات تكرارها، وغالباً ما يُلجأ إليها عندما لا تكون العقاقير المضادة للصرع فعّالة في السيطرة على الحالة. ويُعد الهدف الأساسي من العلاج هو إيقاف النوبات من دون التسبب بآثار جانبية أو مشكلات صحية أخرى، مع الانتباه إلى التغيرات الجسمية مثل الوزن، التي قد تؤثر على التوازن الكيميائي في الدم وبالتالي تساهم في حدوث النوبات. (دواي أمينة 2021: ص87-89)

خلاصة الفصل

يمثل الصرع اضطرابًا عصبيًا مزمنًا يتصف بتكرار نوبات ناتجة عن اضطراب في النشاط الكهربائي للدماغ. يختلف هذا المرض من حيث الأنواع، الأسباب، وطرق الظهور، ويصيب الأفراد في مختلف الأعمار، لا سيما الراشدين الذين يعانون من آثار نفسية واجتماعية مرافقة له.

يستعرض الفصل تعريفات متعددة للصرع، بما في ذلك منظور الطب، الدين، وعلم النفس، ثم ينتقل لشرح الأسباب العضوية والبيئية والنفسية للنوبات. يتم التفصيل في الأنواع المختلفة للنوبات، مع تصنيف دقيق للنوبات البؤرية والمعممة، إضافة إلى الخصائص الإكلينيكية لنوبات الراشدين.

يناقش الفصل تشخيص المرض من خلال التاريخ الطبي، EEG، التصوير العصبي، والفحوص السريرية، كما يسلط الضوء على الطبيعة المعقدة والمتعددة الأبعاد للمرض، مؤكدًا على أهمية الفهم السيكولوجي والاجتماعي لحالة المريض.

يُبرز الجانب النفسي أثر الصرع على احترام الذات وجودة الحياة، خاصة مع استمرار وصمة المرض في المجتمعات. ويُخصص الفصل حيزًا مهمًا لتناول الدعم النفسي والاجتماعي كجزء لا يتجزأ من الرعاية الشاملة، ويوضح كيف أن التدخلات النفسية يمكن أن ترفع تقدير الذات وتحسن التكيف.

في الختام، يعرض الفصل أنماط العلاج التقليدي والحديث، موضحة دور الأدوية المضادة للصرع، التدخلات الجراحية، والدعم النفسي والسلوكي، ويؤكد أن التعدد في المقاربة العلاجية ضروري لتحسين حياة مرضى الصرع.

3- الفصل الثالث: تقدير الذات

الفصل الثالث: تقدير الذات

تمهيد

مفهوم تقدير الذات

نظريات تقدير الذات

مستويات تقدير الذات

مكونات تقدير الذات

أهمية تقدير الذات

العوامل المؤثرة في تقدير الذات

ابعاد تقدير الذات

تأثير تدني تقدير الذات

عوامل تقدير الذات وتأثيرها على الفرد

مجالات تقدير الذات وتأثيرها على الفرد

مجالات توظيف تقدير الذات

طبيعة ومصدر تقدير الذات

الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات

صورة الذات

مصادر تقدير الذات

نموذج تعزيز تقدير الذات

اقسام تقدير الذات

أسباب تدني تقدير الذات لدى مرضى الصرع

تقدير الذات عبر المراحل العمرية

تقدير الذات في سياق الامراض المزمنة

أدوات تقدير الذات

خلاصة الفصل

تمهيد:

يُعد تقدير الذات حجر الأساس في بناء الشخصية والتفاعل مع الآخرين، إذ يعكس كيف يرى الفرد نفسه ومدى شعوره بقيمته. وتبرز أهميته في تأثيره على التفكير واتخاذ القرار والعلاقات الاجتماعية. يهدف هذا الفصل إلى تقديم نظرة شاملة حول مفهوم تقدير الذات، والعوامل المؤثرة فيه، ونظرياته التفسيرية.

1-3 مفهوم تقدير الذات :

أ. تقدير الذات بشكل شامل يعني تقييم الفرد لذاته بشكل كلي، سواء بشكل إيجابي أو سلبي. وهو يعكس مدى إيمان الشخص بقدراته وأهليته واستحقاقه للحياة. ببساطة، يُعتبر تقدير الذات شعوراً بالكفاءة والقيمة الشخصية. أما غياب تقدير الذات فهو يعكس شعور الشخص بعدم جدواه أو "عدم ملاءمته للحياة"، وكذلك خوفه من كونه "الشخص الخطأ" أو غير قادر على تحقيق حياة مليئة بالإنجازات والمعنى. من منظور براندون، فإن تدني تقدير الذات يمكن أن يكون سبباً لمشاكل شائعة مثل الاكتئاب، القلق، والشعور بالفقر والافتقار للحافز في الحياة. (رانجيت سينج مالهي 2005: ص 2)

ب. تقدير الذات يتطور من خلال المواقف التي يواجهها الفرد في حياته اليومية، في محاولاته للتكيف مع البيئة من حوله. كما يتأثر أيضاً بالخبرات السابقة التي تلعب دوراً في تشكيل سلوكياته وتنظيمها. بالإضافة إلى ذلك، يرتبط تقدير الذات بعملية التعلم التي يمر بها الشخص، ويشمل أيضاً الطريقة التي يُقِيم بها تجاربه العاطفية والإدراكية. في النهاية، يساهم هذا التطور في تشكيل مفهوم الفرد لذاته. (سليمان عودة سليمان ابودميك 2018: صفحة 126)

ت. كما عرفه الشناوي (1997) هو التقييم الذي يقوم به الطالب تجاه نفسه ويعمل على الحفاظ عليه، بناءً على أدائه الشخصي. كما يتضمن هذا التقييم معتقدات الطالب واتجاهاته، بالإضافة إلى ما يمتلكه من خصائص عقلية ومادية وقدرات، سواء كانت إيجابية أو سلبية، تجاه نفسه، زملائه، وأسرته. (لوصيف ايمان 2018: الصفحة 17)

ث. كما عرفه والتر (2002) "تقدير الذات هو التقييم الذي يجريه الطالب لنفسه ويحرص على الحفاظ عليه بناءً على أدائه الشخصي. يشمل هذا التقييم معتقدات الطالب واتجاهاته، فضلاً عن خصائصه العقلية والمادية وقدراته، سواء كانت إيجابية أو سلبية، تجاه ذاته وزملائه وأسرته".

د. مصلح عبدالله بطوش (2020؛ صفحة 1147)

ج. كما عرفه Born بأنه "تقييم الشخص لذاته ومدى تقديره لنفسه، ويشير إلى كيف يرى الفرد نفسه ويشعر تجاه نفسه فيما يتعلق بقدرته على تحقيق الأهداف والنجاح، وكذلك الشعور بالقبول الداخلي والرضا عن الذات. يُعتبر تقدير الذات عاملاً مهماً في الصحة النفسية والعاطفية" (حمز اويرة، جلول مروة 2023: الصفحة 31)

ح. وقال عنه (جمال مختار 2002) "بأنه تقويم الذي يؤمن به الفرد لذاته ويعمل على الحفاظ عليه، تشمل وجهة نظره هاته ايجابية او سلبية فهو بمثابة لمرآة لحكم الفرد عن مدى كفاءته الشخصية واتجاهاته نحو نفسه ومعتقداته عنها" (طالبي سهام؛ بشلاغم يحيى 2022: الصفحة 264-278)

خ. يعرفه روزنبرج (rosenberg): ان تقدير الذات يُعرف على أنه تقييم الشخص لذاته واعتقاده بشأن قيمته الشخصية، وهو يتأثر بمشاعره العامة تجاه نفسه ويظهر في شكل اتجاه إيجابي أو سلبي نحو الذات. (عادل خوخة 2018: الصفحة 138)

د. ويعرفه كوبر سميث (1967) أن تقدير الذات يعكس تقييم عدة جوانب من الذات، يقاس كل منها فيما يتعلق بتطلعات الفرد الشخصية، بما في ذلك القوة والمعنى والمظهر والكفاءة.

(Jean pierre famouse & jean bertsch 2017 :p23)

3-2 نظريات تقدير الذات:

تقدير الذات هو مفهوم نفسي مهم يعكس كيف ينظر الفرد إلى نفسه ومدى اعتزازه بقدراته. وقد اهتم العديد من العلماء بدراسة هذا المفهوم من خلال تطوير نظريات مختلفة لتوضيح العوامل التي تؤثر فيه وتشكله. في هذا السياق، طرحت نظريات تقدير الذات العديد من الأطر التي تشرح كيف يتشكل تقدير الذات لدى الأفراد، وكيف يمكن أن يؤثر على حياتهم النفسية والاجتماعية.

تم تطوير نظرية ويليام جيمس لتقدير الذات في عام 1890، وذلك في كتابه الشهير "مبادئ علم النفس" (The Principles of Psychology). في هذا الكتاب، قدم جيمس مفهومه للذات من خلال تقسيمها إلى جزئين: "المي" و "الأنا"، موضحاً كيفية تأثيرهما على تقدير الذات وفهم الهوية الشخصية. ويليام جيمس (1890 williamjames)

في صيغته الشهيرة، يقترح جيمس أن مستوى احترام الذات يعتمد على العلاقة بين المطالبات والنجاح: احترام الذات = النجاح/المطالبات. ادعاءات حول الأهداف والمثل التي بناها الفرد ووضعها لنفسه تعطي مقياس النجاح الذي حققه، يجب أن يكون لديه احترام جيد للذات. لزيادة احترام الذات، فهو فمن الممكن إما السعي إلى تحقيق المزيد من النجاح أو تنقيح مطالباتها إلى أسفل.

وفقاً لجيمس، هناك ثلاث مكونات رئيسية للذات يتم اشتقاق المطالبات منها:

- أ. الذات المادية: مع الإشارة إلى الأشياء والممتلكات
- ب. الذات الاجتماعية: التي تعتمد على سمعة الفرد واعتراف الآخرين به
- ت. الذات الروحية: التي تمثل الكائن الذاتي، والوعي باستمراره فكر عبر الزمن (B.Dunand 2007 :p3)

3-2-1 نظرية ماسلو: abrahammaslow

نظرية أبراهام ماسلو لتقدير الذات جزء من هرم الاحتياجات الذي قدمه في عام 1943، وهي نظرية نفسية تشرح أن الإنسان يمتلك مجموعة من الاحتياجات التي يجب تلبيتها بشكل تدريجي، بدءاً من الاحتياجات الأساسية مثل الطعام والماء، وصولاً إلى الاحتياجات الأكثر تطوراً مثل تقدير الذات.

وفقاً لماسلو، تأتي تقدير الذات في المستوى الرابع من هرم الاحتياجات بعد احتياجات الأمان والانتماء، وتعتبر جزءاً من الاحتياجات النفسية التي تشمل:

الحاجة إلى احترام الذات: الشعور بالثقة في النفس والقدرة على تحقيق الأهداف.

الحاجة إلى التقدير من الآخرين: تلقي الاحترام والاعتراف من الآخرين

الشكل 3 مخطط ابراهام ماسلو



3-2-2 نظرية كوبر سميث (coopersmith)

اهتم كوبر سميث بدراسة تقدير الذات لدى أطفال ما قبل المدرسة الثانوية و ذهب الى اعتبار أن تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب فهو بيني وفق على الحكم الشخصي للفرد عن قيمته الذاتية و التي يعبر عنها من خلال اتجاهاته نحو نفسه،و في دراسته التي أجراها على (1700) تلميذ في المرحلة الابتدائية استطاع أن يميز بين ثلاث مستويات لتقدير الذات و هي علي النحو التالي:

• المستوى الأول:

تضم الاطفال ذوي تقدير الذات المرتفع،و في هذا المستوى يعتبر الاطفال لأنفسهم على درجة كبيرة من الاهمية و يستحقون قدرا عظيما من احترام و التقدير،و يتصفون بتمتعهم بالتحدي و مواجهة الصعوبات و يميلون إلى التصرف بطريقة تحقق لهم التقدير الايجابي من قبل الآخرين،كما يمتلكون الثقة في دارسهم.

• المستوى الثاني:

تضم الاطفال ذوي التقدير المنخفض،في هذا المستوى يعتبر الاطفال غير متقبلين من قبل الآخرين ولايحضون بالحب منهم ولايرغبون في القيام اعمال كثيرة بينما لايستطيعون تحقيق الذات لانهم يرون انفسهم اقل صورة مقارنة للآخرين

• المستوى الثالث:

تضم الاطفال ذوي التقدير المتوسط، يقع هذا المستوى بين مستويين السابقين، حيث الاطفال في هذا المستوى يتصفون بصفات تقع موقعا وسطا بين تقدير الذات المرتفع والمنخفض.

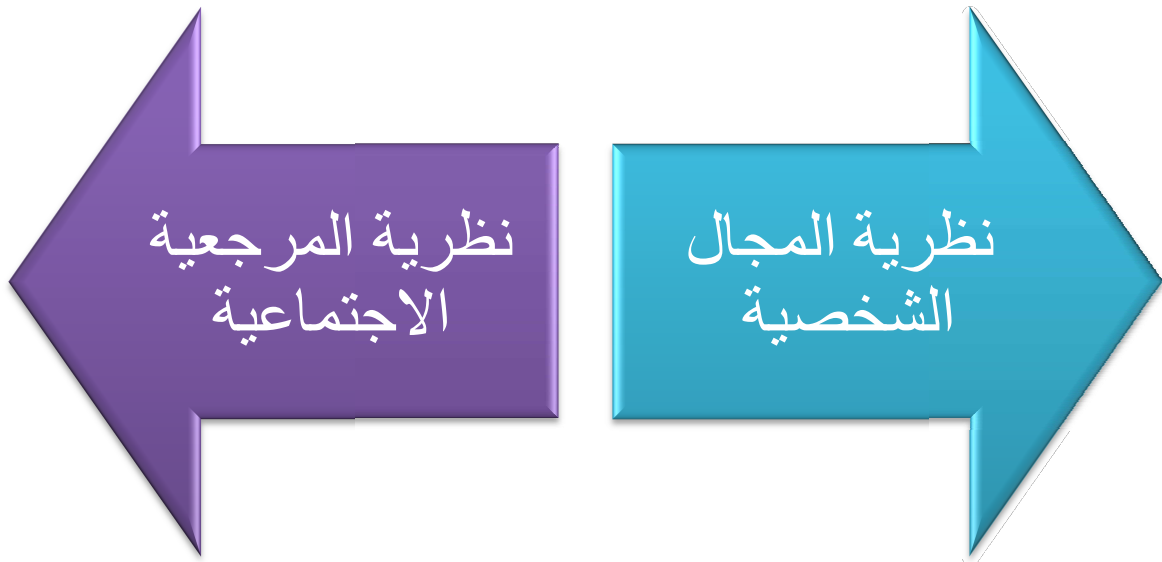
ويتبين ان المستويات الثلاثة التي وضعها "سميث" تعد مؤشرا لتقدير الفرد لذاته،بمعنى ان الافراد الذين يتمتعون بتقدير الذات عال يكونون اكثر ثقة بانفسهم واكثر شعورا بقيمتهم وعلى العكس ان الافراد الذين يتمتعون بتقدير الذات سالب فانهم يشعرون بالدولية والعجز والضعف ولا يتقون بأنفسهم علي مريم (2013: الصفحة 28)

3-2-3 نظرية زيلر:

يفترض زيلر أن تقدير الذات ليس سوى بناء اجتماعي للذات، حيث ينشأ ويتطور داخل الواقع الاجتماعي، أي في سياق البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد. ولذلك، ينظر زيلر إلى تقدير الذات من خلال نظرية المجال في الشخصية، ويؤكد أن تقدير الذات، في أغلب الأحيان، لا يتشكل إلا في إطار المرجعية الاجتماعية التي يحددها المجتمع.

- **نظرية المجال في الشخصية:** هي نظرية تُركّز على كيفية تأثير البيئة الاجتماعية والنظام الاجتماعي على الفرد، وتعتبر أن الشخص لا يعيش في عزلة عن المجتمع، بل يتأثر بشكل كبير بما يحدث في محيطه الاجتماعي.
- **المرجعية الاجتماعية:** هي البيئة أو المجتمع الذي يحدد المعايير والقيم التي يُقاس من خلالها تقدير الذات. في هذا السياق، لا يمكن أن يتكون تقدير الذات بمعزل عن المواقف الاجتماعية والمرجعيات التي يوفرها المجتمع. (حمزاوي رفيدة 2022: الصفحة 35)

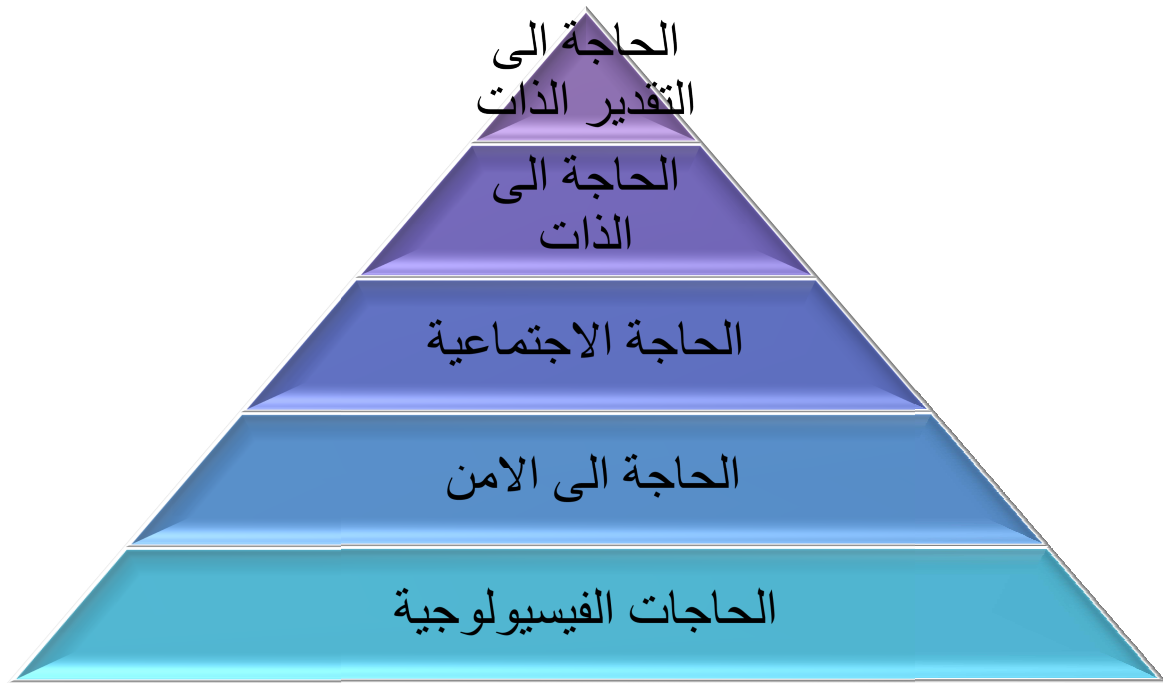
الشكل (4) مخطط نظرية زيلر



3-2-4 نظرية روجرز:

ان نظرية روجرز قد جعلت من الذات جوهر الشخصية اذ تعكس عند روجرز مبادئ النظرية الحيوية, وبعض من السمات نظرية المجال وبعض من الملامح لنظرية فرويد, كما انها تؤكد المجال السيكولوجي وترى انه منبع السلوك. كما ارتكزت نظرية الذات عند روجرز على عمق خبرته في ارشاد والعلاج النفسي, وخاصة النظرية التي ابتدعتها في العلاج النفسي وهي العلاج المتمركز حول الذات. (حمزة احلام؛ حمزة فاطمة 2018: الصفحة 107)

الشكل (5) مخطط كارل روجرز تقدير الذات



النظرية سيكولوجية المعرفية: يؤكد اليس (1961) انا أساليب التفكير الخاطئة والسلبية عن الذات قد تؤثر في سلوك الفرد تأثيرا سلبيا، فاذا كان نسق التفكير واقعيا ونظرة موضوعية فان النتائج تكون تقديرا مرتفعا للذات (محذب رزيقة 2014: الصفحة 178)

3-3 مستويات تقدير الذات: يرى الكثير من العلماء ان تقدير الذات يتغير حسب تصرفات الفرد و ردود افعاله المختلفة , لتقدير الذات مستويان الاول ايجابي وتاني سلبي , بحيث يتميز كل مستوى بخصائص تؤثر بدرجات متفاوتة على الفرد وتفاعله مع الآخرين

1-3-3 تقدير الذات مرتفع:

تقدير الذات المرتفع هو شعور الشخص بتقديره وإعجابه بنفسه، مع الاعتراف بقدراته ومهاراته. عندما يكون لدى الشخص تقدير ذات مرتفع، يكون لديه شعور قوي بالثقة بالنفس والقدرة على تحقيق الأهداف. ومع ذلك، قد يؤدي تقدير الذات المرتفع إلى بعض التحديات إذا لم يكن موازنًا بشكل صحيح.

- أ. **الثقة بالنفس:** الشخص ذو تقدير الذات المرتفع يشعر بالثقة في قدراته وفي اتخاذ القرارات.
- ب. **الإيجابية:** يشعر بالسعادة والراحة في حياته بشكل عام، ويقترب من المشاكل بروح من التفاؤل.
- ت. **الاستقلالية:** يكون قادرًا على التعامل مع المواقف بمفرده ويشعر بقدرته على مواجهة تحديات الحياة.

ث. **العلاقات الصحية:** عادةً ما يكون لديهم علاقات إيجابية لأنهم يعرفون قيمة أنفسهم ويقدررون الآخرين.

لكن في بعض الأحيان، يمكن أن يتحول تقدير الذات المرتفع إلى شيء غير صحي إذا كان مصحوبًا بـ:

- ح. **الغرور أو التعالي:** قد يعتقد الشخص أنه أفضل من الآخرين، مما يخلق فجوة في العلاقات الاجتماعية.
- خ. **الرفض للنقد:** الشخص الذي يمتلك تقدير ذات مرتفع قد يصعب عليه قبول النقد البناء.
- د. **الاهتمام الزائد بالمظاهر:** التركيز على إظهار صورة مثالية عن الذات قد يؤدي إلى تصورات مغلوطة حول القدرات الحقيقية

2-3-3 تقدير الذات المنخفض:

تقدير الذات المنخفض هو شعور الشخص بعدم الكفاءة أو القيمة الذاتية، وغالبًا ما يرتبط بعدم الرضا عن النفس. عندما يكون لدى الشخص تقدير ذات منخفض، قد يشعر بعدم القدرة على مواجهة التحديات أو التعامل مع المواقف الاجتماعية أو العاطفية بشكل إيجابي. وقد يكون هذا النوع من التقدير مرتبطًا بعدة عوامل مثل التجارب السلبية، أو النقد المستمر، أو الخوف من الفشل.

- أ. **الشك في النفس:** الشخص الذي يعاني من تقدير الذات المنخفض غالبًا ما يشعر بعدم الثقة في قدراته أو اتخاذ القرارات.
 - ب. **الانطواء الاجتماعي:** قد يتجنب الشخص الأنشطة الاجتماعية أو يكون أقل قدرة على التفاعل مع الآخرين بسبب الخوف من الرفض أو الحكم عليه.
 - ت. **التشاؤم:** رؤية الأمور من منظور سلبي، مع التركيز على الفشل أكثر من النجاح.
 - ث. **الشعور بعدم الجدارة:** قد يشعر الشخص بأنه لا يستحق النجاح أو الحب أو التقدير من الآخرين.
 - ج. **القبول النقدي بشكل مبالغ فيه:** الأشخاص ذوو تقدير الذات المنخفض غالبًا ما يتقبلون النقد بشكل مبالغ فيه، وقد يشعرون بأنهم غير قادرين على تحسين أنفسهم.
- تقدير الذات المنخفض قد يؤدي إلى العديد من الآثار السلبية، مثل:
- ح. **الاكتئاب والقلق:** المشاعر المستمرة من عدم القيمة قد تؤدي إلى مشاعر الحزن أو القلق.
 - خ. **العلاقات غير الصحية:** الأشخاص الذين يعانون من تقدير الذات المنخفض قد يقبلون سلوكيات سلبية من الآخرين بسبب شعورهم بعدم الجدارة.
 - د. **التجنب والخوف من الفشل:** قد يؤدي انخفاض تقدير الذات إلى تجنب المواقف التي تتطلب جهدًا أو تحملاً للمسؤولية خوفًا من الفشل.
 - ذ. **العمل على تقوية الثقة بالنفس:** من خلال تحديد نقاط القوة والإنجازات الشخصية.
 - ر. **قبول الفشل والتعلم منه:** فهم أن الفشل جزء من الحياة ويمكن أن يكون فرصة للنمو.
 - ز. **البحث عن الدعم الاجتماعي والعاطفي:** التحدث مع الأصدقاء أو المحترفين لدعم التغيير الإيجابي.
- تحسين تقدير الذات يحتاج إلى وقت وجهد، ولكنه يمكن أن يؤدي إلى تحسين الحياة الشخصية والعلاقات الاجتماعية. (قدوري الحاج 2015: الصفحة 187)

3-4 مكونات تقدير الذات

تقسم مكونات تقدير الذات إلى ثلاثة عناصر رئيسية وهي: **حب الذات، نظرة الذات، والثقة في الذات:**

3-4-1 حب الذات:

تعريف: حب الذات هو الشعور الإيجابي والتقدير للنفس، والقدرة على قبول نفسك كما أنت. يتعلق هذا الجزء بقدرة الشخص على أن يحب نفسه بغض النظر عن الأخطاء أو العيوب التي قد تكون لديه.

أهمية: بدون حب الذات، يصبح من الصعب أن يشعر الشخص بالقيمة الذاتية ويعيش حياة صحية عاطفياً. حب الذات يدعم الصحة النفسية ويحفز الشخص على العناية بنفسه.

3-4-2 نظرة الذات:

تعريف: نظرة الذات هي الطريقة التي ينظر بها الشخص إلى نفسه وكيف يقيّم نفسه في سياق حياته الشخصية والمهنية. إنها الصورة الذهنية التي يحملها الشخص عن نفسه، والتي قد تكون إيجابية أو سلبية.

أهمية: نظرة الذات تؤثر بشكل كبير على كيفية تعامل الشخص مع التحديات والفرص في الحياة. إذا كانت نظرة الشخص لنفسه سلبية، فقد تؤدي إلى الشعور بالإحباط وضعف الثقة بالنفس. أما إذا كانت نظرة الذات إيجابية، فإن ذلك يعزز من تقدير الشخص لذاته ويجعله أكثر استعداداً لمواجهة الصعوبات.

3-4-3 الثقة في الذات:

تعريف: الثقة في الذات هي الاعتقاد بقدرة الشخص على النجاح وتحقيق أهدافه. هي شعور الشخص بقدرته على اتخاذ القرارات ومواجهة التحديات والتعامل مع المواقف الصعبة.

أهمية: الثقة في الذات تعتبر مكوناً أساسياً لتقدير الذات بشكل عام. عندما يثق الشخص في نفسه، فإنه يكون أكثر استعداداً للمجازفة والمشاركة في الفرص التي قد تظهر في حياته. كما أنها تساعد على تقوية العلاقات الشخصية والمهنية..(فتيحة ديب (201: الصفحة 19)

اهمية تقدير الذات:

تتبع أهمية تقدير الذات مما يحمله الفرد من مشاعر واتجاهات نحو نفسه، حيث يؤثر هذا التقدير بشكل واضح في تحديد أهدافه وتوجهاته، وفي نوعية استجاباته تجاه ذاته وتجاه الآخرين. ويشير عبد الرؤوف إلى أن الذات تُعدّ أساس التوافق النفسي للفرد، إذ يسعى للوصول إلى توازن داخلي من خلال إشباع حاجاته المختلفة، بما لا يتعارض مع ظروف البيئة المحيطة به، مع الحرص على تنمية درجة مرتفعة من تقدير الذات. ويختلف الأفراد في قدرتهم على الحفاظ على هذا التوازن، ما يؤدي إلى تباين في مستوى تقدير الذات بين الأفراد، سواء كان مرتفعاً أو منخفضاً. ولا يُعد تقدير الذات سمة ثابتة في جميع المواقف، بل يتغير بتغير السياقات والظروف البيئية؛ إذ يكون إيجابياً إذا كانت مثيرات البيئة إيجابية وتعزز من قيمة الفرد، بينما يصبح سلبياً حينما تسود بيئة محبطة، ويُنظر إلى الذات نظرة متشائمة، مما يؤدي إلى مشاعر الدونية وانخفاض احترام الذات.(حمزاوي رفيدة 2022:الصفحة 34)

3-5 العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

يتشكل تقدير الذات لدى الفرد نتيجة تفاعل معقد بين عوامل داخلية وخارجية، حيث تسهم كل منهما بدرجات متفاوتة في بناء الصورة الذاتية للفرد.

أولاً: العوامل الداخلية

تشمل هذه العوامل كل ما ينبع من الفرد نفسه، كأفكاره ومعتقداته عن ذاته، وطموحاته الشخصية، إضافة إلى إنجازاته وخبراته الذاتية. تلعب هذه العناصر دوراً جوهرياً في تكوين مستوى تقديره لذاته، إذ يسهم الإحساس بالإنجاز والثقة بالنفس في تعزيز صورة الفرد عن ذاته، بينما تؤدي النظرة السلبية للنفس إلى ضعف التقدير الذاتي.

ثانياً: العوامل الخارجية

تشمل التأثيرات البيئية والاجتماعية المحيطة بالفرد، مثل الأسرة، والمعلمين، والأصدقاء، والمجتمع عمومًا. وتُعد العوامل الخارجية حاسمة بشكل خاص في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث تلعب الأسرة الدور الأبرز في التنشئة الاجتماعية وتزويد الطفل بالمؤشرات الأولى حول قيمته الذاتية، من خلال أساليب التربية والتفاعل العاطفي. فالعلاقات الوالدية القائمة على التقبل والدعم ترتبط غالباً بتقدير ذات مرتفع، في حين أن المعاملة القائمة على الرفض، أو الإهمال، أو فرض التبعية، قد تفضي إلى مشاعر بالنقص والدونية، مما يؤثر سلباً على تقدير الذات.

ومن بين أبرز العوامل الخارجية التي تؤثر على تقدير الذات:

- **البيئة الأسرية:** تشكل نواة التكوين النفسي والاجتماعي للفرد، إذ تُعد الأسرة المصدر الأول لرسائل القبول أو الرفض، مما ينعكس على نمو تقدير الذات.
- **آراء الآخرين:** تؤثر طريقة تعامل الآخرين مع الفرد – لا سيما الأشخاص المهمين مثل المعلمين والزملاء – على بناء الصورة الذاتية، فالمعاملة الإيجابية تعزز تقدير الذات والعكس صحيح.
- **المظهر الخارجي:** يعتبر من العوامل المؤثرة خاصة في المراحل العمرية الحرجة، إذ تركز كثير من التقييمات الاجتماعية على الانطباع البصري، وقد يرتبط الجاذبية الجسدية بزيادة القبول الاجتماعي وبالتالي تعزيز تقدير الذات.
- **الإنجاز الأكاديمي:** للنجاح والتحصيل الدراسي أثر مباشر في الشعور بالكفاءة والقيمة الذاتية، ما يجعله عاملاً داعماً لتقدير الذات المرتفع.
- **العلاقات الاجتماعية (الأصدقاء):** تسهم الصداقات في توفير الدعم النفسي والاجتماعي، خصوصاً لدى الأفراد ذوي الصعوبات، إذ يشعرون من خلالها بالانتماء والتقدير، مما يعزز احترامهم لذاتهم.

(لوصيف إيمان 2017: الصفحة 28؛ 29)

3-6 أبعاد تقدير الذات:

يُعد تصور الذات من المفاهيم المحورية في علم النفس، ويشير إلى الكيفية التي يُدرك بها الفرد نفسه، ويتوقف هذا التصور بدرجة كبيرة على نوعية العلاقة التي تربطه بوالديه، لا سيما العلاقة المبكرة بين الطفل وأمه خلال مراحل النمو الأولى، حيث تشكّل هذه العلاقة حجر الأساس في بناء صورة إيجابية أو

سلبية عن الذات. فكلما شعر الطفل بأنه محبوب ومقبول من والديه، كلما تطورت لديه صورة ذاتية متوازنة وإيجابية.

3-6-1 تحقيق الذات:

يُعد من الدوافع الأساسية لدى الإنسان، ويتمثل في سعي الفرد نحو تطوير قدراته وإمكانياته وتحقيقها في الواقع، عبر الوسائل المتاحة له.

3-6-2 الوعي بالذات:

يمثل إدراك الفرد لذاته ككائن متميز عن الآخرين، ويُعد هذا الوعي من الركائز التي تدفعه نحو التمايز والانفراد في شخصيته وسلوكاته.

3-6-3 تأكيد الذات:

يشير إلى الحاجة النفسية للشعور بالتقدير والاستقلالية، والرغبة في الاعتماد على النفس واتخاذ القرارات الخاصة، وهو ما يعكس الشعور بالكفاءة والجدارة الذاتية.

3-6-4 تقبل الذات:

يتحدد من خلال الفروق بين مفهوم الذات المدركة (أي كيف يرى الفرد نفسه حاليًا) وبين مفهوم الذات المثالية (أي كيف يتمنى أن يكون). كلما قلَّ هذا الفرق، زاد تقبل الفرد لذاته ورضاه عنها.

3-6-5 تقبل الآخرين:

ينشأ من الفروق بين مفهوم الذات العادي ومفهوم الذات الاجتماعية، أي بين الصورة التي يحملها الفرد عن نفسه، والصورة التي يعتقد أن المجتمع يراها فيه. كلما اقترب هذان التصوران، زاد شعور الفرد بالانسجام الاجتماعي والقبول.

(بن علي مريم 2013: الصفحة 27)

• كيف يحدث تدني تقدير الذات:

الحقائق مقابل الآراء: أفكار الشخص والأحكام التي يتخذها، والقيمة التي يضعها لنفسه، هي آراء وليست حقائق. ومع ذلك، غالبًا ما يأخذ هذه الآراء كحقائق، ويؤمن بها بقوة. هنا تكمن المشكلة".

• من ماذا يأتي تدني تقدير الذات؟

يأتي تدني تقدير الذات من:

3-6-6 التجارب المبكرة في الحياة: أفكار الشخص عن نفسه هي نتيجة التجارب والاستنتاجات. التجارب

المبكرة في الحياة، التي وصل إليها بناءً على ما حدث في حياته من تجارب الحياة الحالية والسابقة، وخاصة التجارب المبكرة، تعني أن تجاربه في طفولته، والتنشئة الأسرية، والمجتمع الذي عاش فيه، وعلاقاته مع أقرانه، أثرت على أفكاره حول كل الأشياء. مثل التنمر، انفصال الوالدين أو الطلاق، الإهمال وإساءة المعاملة، الصراع أو العنف الأسري، الإذلال، الأمراض أو أي صدمة أخرى.

3-6-7 عندما يصاب بخيبة الأمل: تكون متمثلة في الرفض مثل عدم اختياره لفريق رياضي، عدم

تحقيق شيء كان يرغب في تحقيقه، الوقوع في الأخطاء.

أما بعض أنواع التغيير: فتتمثل في الانتقال إلى مدرسة أو كلية جديدة، منزل جديد، بلد جديد، نشاط أو

اهتمام جديد(منال محمد الطيب؛سالي علاء الدين الجزولي2015:الصفحة 06)

الشكل (6) : مخطط تأثير التجارب المبكرة السلبية على تدني تقدير الذات



3-7 عوامل تقدير الذات وتأثيرها على الفرد:

يسعى الفرد دائماً لنيل استحسان الآخرين، لأن بطبيعة النفس الإنسانية تبحث عن التقدير والاحترام والمدح والإطراء. فتحاول إظهار ما يميزها وإخفاء ما قد يحبط ردود أفعال الآخرين فيما يخص الإعجاب بكل أنواعه. هذا السعي وراء تقدير الآخرين، لكن هل فكرنا يوماً عن تقديرنا لذواتنا أو إنجازاتنا أو قدراتنا أو حتى تقديرنا لمظهرنا الداخلي والخارجي؟ كل هذا يدور حول ما يسمى بتقدير الذات.

تقدير الذات هو التقييم الذاتي والشعور بالأهمية والقيمة والقدر العالي. وهو يتعلق بنظرة الفرد وقناعاته عن نفسه وشخصيته وقدراته.

- في العديد من الدراسات والأبحاث التي تخص علم النفس ككل، هناك متغيرات أساسية لمفهوم تقدير الذات تتلخص بالسعادة والرضا عن الحياة والإنجازات على مستوى الدراسة أو العمل أو العائلة.

- العديد من النظريات قامت بمناقشة مفهوم تقدير الذات، ومن أبرز العلماء الذين ناقشوا نظرية تقدير الذات هو عالم النفس الأمريكي أبراهام ماسلو، الذي وضع تقدير الذات كحاجة أساسية في هرم الحاجات الإنسانية، فقام بتوضيح مفهوم الذات بصورتين مختلفتين: الصورة الأولى هي الحاجة لتقدير الآخرين واستحسانهم وإعجابهم، أما الصورة الثانية فهي الحاجة لحب الذات والثقة بالقدرات الشخصية واحترام الذات وتقديرها ورفع قيمتها.
- وكما وضع ماسلو أن الحاجة لتقدير الذات أكبر من الحاجة لتقدير الآخرين ليصل الإنسان لمرحلة عالية من الصحة النفسية، حيث أن التوازن بين الصورتين يتضح أنه كلما زاد حب الذات وتقديرها والشعور بالقيمة المرتفعة، كلما قلت الحاجة لإطراء ومدح وإعجاب الآخرين، مع ضرورة هذه الحاجة وعدم تجاهلها.
- وكان لعالم النفس كارل روجرز نظرية تخص تقدير الذات، يوضح فيها أن بعض البشر يصورون أنفسهم بصورة قاصرة، يشكلون بها أفكارًا تمدهم بأنهم غير جديرين بالاحترام والحب من الآخرين.

3-8 من المقومات الأساسية لتقدير الذات:

المعتقدات وتكوينها في عقل الإنسان عن ذاته وتصوراتها عن شخصيته وثقته في قدراته ومهاراته في حل المشكلات، كاعتقاد الشخص أنه ذكي وقوي قادر على اتخاذ القرار وقادر على إنجاز أعماله بشكل متقن، وأنه متميز وله قيمة في نفسه وفي قيمته عند الآخرين. وتنشأ المعتقدات منذ السنوات الأولى من عمر الطفل من خلال قيمة احترام الوالدين للطفل واحترامهم لبعضهما وللآخرين خارج محيط البيئة الأسرية. عدم الشعور بالذنب عند اتخاذ القرارات التي تتبين فيما بعد أنها ليست سليمة، وهذا نابع من إيمانهم بأنفسهم وبقدراتهم وآرائهم، وثقتهم بحكمتهم في العديد من المواقف.

أما التقدير الذاتي المنخفض فيكون نتيجة عدة عوامل، قد تكون وراثية أو مجتمعية، فالبيئة والمجتمع والأفراد والأسرة والظروف، جميعها تلعب دورًا في تكوينه. وقد يكون التقدير الذاتي المنخفض نتيجة لخبرات سلبية مثل الفشل الدراسي أو التنمر.

وهناك العديد من الصفات التي يتصف بها الأشخاص ذوو التقدير الذاتي المنخفض، ومنها:

- اللوم المستمر للذات على كل تصرف وكلمة، ومراجعة النفس وجلدها بالشعور المستمر بالذنب والخطأ.
- الحساسية المفرطة تجاه الآخرين وآرائهم وانتقاداتهم، واعتبار النقد والرأي الآخر كاستنفاص واستخفاف.
- الخوف من اتخاذ القرار والشعور الدائم بالقلق من المستقبل.
- الشعور بالظلم وأنه الضحية في كل زمان ومكان.
- عدم مسامحة النفس عند الفشل وعدم مساحة الآخرين، والشعور بضرورة الانتقام.
- تحليل المواقف بشكل سلبي وسوء الظن.
- البحث عن إرضاء الناس والكمال في العلاقات، والضغط على النفس من أجل إرضاء الآخرين.
- تقديره لنفسه يعتمد فقط على آراء الآخرين، فعند وجود نقد أو في حال عدم تلقي المديح ينخفض
- مستوى تقدير الذات. فتقديره لنفسه مقترن بإعجاب الآخرين فقط. (أريج محمد سليم 2023)

أسباب تدني تقدير الذات لدى مرضى الصرع:

- **الوصمة الاجتماعية:** يتعرض المصابون بالصرع إلى نظرة مجتمعية سلبية، تصوّرهم كأشخاص غير قادرين على ممارسة حياتهم الطبيعية، مما يوّلّد لديهم شعورًا بالعجز والدونية. هذا النمط من الوصم الاجتماعي يترك أثرًا سلبيًا مباشرًا على تقديرهم لذواتهم، ويقلل من ثقتهم في قدراتهم الشخصية والاجتماعية. (الجبالي، 2020، ص47)
- الخوف من حدوث النوبات:** يشكّل القلق المستمر من وقوع نوبة صرعية بشكل مفاجئ، خاصة في الأماكن العامة، عائقًا نفسيًا كبيرًا أمام الفرد. هذا الخوف غالبًا ما يؤدي إلى انسحاب الشخص من الأنشطة الاجتماعية، ويحدّ من تفاعله المهني والمجتمعي، مما يزيد من شعوره بالنقص الذاتي (مصطفى، 2018، ص113)
- العزلة الاجتماعية:** تجنّب المواقف الاجتماعية خوفًا من ملاحظة الآخرين للنوبات، قد يؤدي إلى انسحاب تدريجي من العلاقات الاجتماعية، وبالتالي تزايد مشاعر الوحدة والتهميش. هذا الانسحاب يساهم بدوره في تقويض تقدير الذات لدى المصاب (فؤاد، 2017، ص81)
- تحديات الحياة المهنية:** يواجه العديد من مرضى الصرع صعوبات في إيجاد فرص عمل مناسبة أو الحفاظ عليها، خوفًا من حدوث نوبات أثناء العمل. كما أن بعضهم قد يُحرم من الترقي أو شغل مناصب معينة، وهو ما يعزز الشعور بالفشل المهني وقلة الإنجاز (محسن، 2019، ص97)

الآثار الجانبية للعلاج: الأدوية المستخدمة للسيطرة على نوبات الصرع قد تتسبب في آثار جانبية مثل الإرهاق، زيادة الوزن، أو ضعف التركيز. هذه التغيرات الجسدية والمعرفية تؤثر في صورة الذات، وتزيد من الإحساس بعدم الرضا الشخصي (شريف، 2020، ص61)

الشعور بالعجز والتبعية:

نتيجة لعدم القدرة على التنبؤ بالنوبات أو السيطرة عليها، قد يشعر المريض بالتبعية للآخرين في مواقف متعددة، ما يجعله يرى نفسه أقل استقلالية وأقل قدرة على إدارة شؤونه الحياتية، وهو ما يضعف تقديره لذاته (سليم، 2019، ص152)

3-9 مجالات توظيف تقدير الذات:

يمكن تحديد مجالات التعبير عن تقدير الذات في العناصر الآتية:

- **المظهر الخارجي:** يسأل الشخص نفسه ما إذا كان مظهره مقبولاً أو يعجب الآخرين.
- **مستوى الكفاءات:** يتساءل الشخص عن مدى إتقانه للمهارات أو إن كان يستطيع إتمام المهام بنجاح.
- **السلوك العام:** هل يتبع الشخص القيم الاجتماعية والأخلاقية؟ وهل يحترم القواعد العامة؟
- **العلاقات الاجتماعية:** يسأل الشخص إذا كان لديه أصدقاء وإذا كانت شخصيته معروفة ومحبوبة بين الناس. (مولاي اسماعيل العلوي 2017: الصفحة 84؛ 85)

3-10 طبيعة ومصدر تقدير الذات (The Nature and Source of Self-Esteem)

تقدير الذات هو عامل نفسي أساسي ومؤثر في حياة الإنسان، ويشمل تقييم الشخص لنفسه الذي ينعكس في مشاعره وتصرفاته. إن هذا التقييم الذاتي ليس فقط عن عملية تفكير واعية، بل جزء أساسي من كل استجابة عاطفية وسلوكية. يبين النص أيضاً أن تقدير الذات يرتبط بشكل عميق بتحديد الشخص لأهدافه، رغباته، وقيمه، ويعتبر العنصر الأهم لفهم سلوكه الشخصي (Nathaniel Branden 2001: page 109)

3-11 الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات:

قدم كوير سميث (Cooper-Smith) تعريفاً يوضح الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات على النحو التالي:

✓ **مفهوم الذات:** يتعلق برؤية الفرد لذاته وما يحمله من أفكار وآراء حول نفسه، ويشمل تصوراته عن خصائصه الجسمية والعقلية والشخصية.

✓ **تقدير الذات:** يشير إلى التقييم الذي يقوم به الفرد تجاه نفسه بناءً على العادات والتوجهات التي يتبناها، وهو يعكس قبول الفرد لذاته أو رفضه لها. بعبارة أخرى، **تقدير الذات** يعبر عن الاتجاهات التي يحملها الشخص نحو ذاته، ويشمل مشاعره تجاه نفسه، سواء كانت مشاعر استحسان أو رفض. فهو يعكس درجة النجاح الذي يشعر به الفرد ومدى استحقاقه للاحترام والتقدير.

✓ **صورة الذات:** تُعد من العناصر الأساسية في تكوين شخصية الفرد، حيث تُعتبر أساساً لفهمه لذاته وسلوكه، حيث تتأثر جميع تصرفاته بشكل مباشر بها. هذه الصورة التي تكون لدى الشخص تتسم بالديناميكية، أي أنها متجددة وتتغير باستمرار.

✓ **باختصار:**

تقدير الذات هو حكم فردي يعكس مدى صلاحية الذات وفقاً للاتجاهات التي يحملها الشخص تجاه نفسه، وهو يعبر عن المشاعر التي ينقلها الفرد للآخرين سواء عبر التقارير اللفظية أو من خلال السلوك الظاهر. أما **مفهوم الذات** فيتعلق بالأفكار والمشاعر التي تكونت لدى الفرد عن خصائصه المختلفة، بما في ذلك مظهره وقدراته وطموحاته، ويُعتبر القوة المحركة التي توجه سلوك الفرد.

-

وفقاً لـ **تومي (Tomi)** ، يمكن تصنيف صورة الذات إلى نوعين رئيسيين:

1. **الصورة الخاصة:** وهي الشعور الداخلي للفرد عن نفسه وإدراكه لذاته، ويتجسد ذلك في تعبيره عن ميوله وتقديره لذاته.

الصورة الاجتماعية: وهي تتعلق بما يُمثله الآخرون في تشكيل إدراك الفرد لذاته، حيث تلعب آراء الآخرين دوراً كبيراً في كيفية رؤية الفرد لنفسه. (بن علي مريم 2013: الصفحة 15-16)

12-3 مصادر تقدير الذات:

يؤكد العديد من الأبحاث أن تقدير الذات يبدأ في الظهور مع بداية التنشئة الاجتماعية، حيث يبدأ الطفل بتعلم كيفية رؤية نفسه من خلال نظرة الآخرين إليه، مثل الآباء، والإخوة، والمعلمين، والأقران.

وفقاً لدوكليو (Duclos, 2004) و باندورا (Bandura, 1997)، هناك مصادر أساسية تؤثر بشكل كبير على تقدير الذات، وهي:

- ❖ إدراك الشخص لنتائج سلوكه: يتأثر تقدير الذات بشدة عندما يُدرك الشخص نجاحه أو إخفاقه. فالنجاح يزيد من تقدير الشخص لذاته، بينما يؤدي الإخفاق المتكرر إلى تقليل ثقته في نفسه.
- ❖ التأثير الاجتماعي: عندما نحاول تحفيز شخص ما لتحقيق هدف معين، فإننا في الغالب نقنعه بقدرته على النجاح. هذه الفكرة هي التي يحاول المعلمون التأكيد عليها في ملاحظاتهم، مثل "يمكنه أن يعمل أكثر".
- ❖ ملاحظة سلوك الآخرين: عندما نرى نجاح الأشخاص الذين نعرفهم، فقد نقارن أنفسنا بهم ونتساءل عن قدرتنا على تحقيق نفس النجاح. أما إذا رأينا أشخاصاً نعرفهم يعانون من الفشل، فقد ينعكس ذلك سلباً على تقديرنا لذاتنا، خاصة إذا اعتقدنا أن لدينا الإمكانات نفسها.
- ❖ المعلومات الصادرة عن الحالة الجسدية: ردود فعلنا الفيزيولوجية، مثل زيادة معدل ضربات القلب أو الشعور بالتوتر، قد تؤثر على كيفية تقديرنا لذاتنا. عندما لا نستطيع التحكم في مشاعرنا الجسدية أو مواجهة المواقف بشكل جيد، قد يؤدي ذلك إلى انخفاض في تقدير الذات.

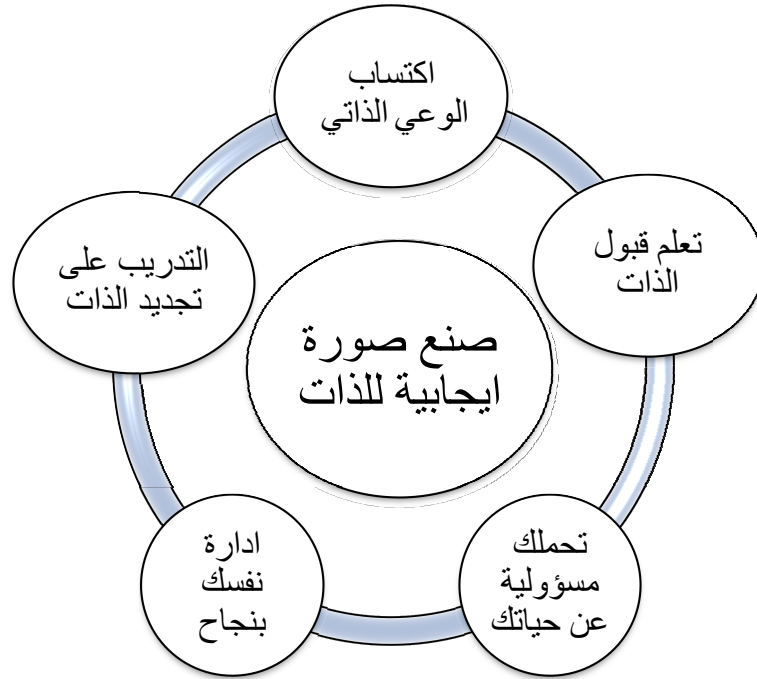
(فتيحة ديب 2014:الصفحة 20)

3-13 نموذج تعزيز تقدير الذات:

3-13-1 حسب (رانجيت سينج مالهى) يركز هذا النموذج على تحقيق التوازن الداخلي للشخص، وتعزيز ثقته بذاته من خلال عدة محاور رئيسية تشمل الوعي الذاتي، القبول، التفكير الإيجابي، تحقيق الأهداف، والتعامل مع الفشل بشكل بناء. بالإضافة إلى أهمية الدعم الاجتماعي والصحة الجسدية. النموذج يدعم الفرد في بناء تقدير الذات بشكل مستمر وشامل، مما يؤدي إلى تحسين الصحة النفسية بشكل عام.

(رانجيت سينج مالهى 2005،الصفحة 30)

الشكل (7) نموذج تعزيز تقدير الذات



14-3 اقسام تقدير الذات: يقسم علماء النفس تقدير الذات إلى نوعين رئيسيين:

- **التقدير الذاتي المكتسب:** يعتمد هذا النوع على الإنجازات التي يحققها الفرد. فكلما حقق الشخص نجاحات، زاد تقديره لذاته. بمعنى آخر، يرتبط تقدير الذات المكتسب بالنجاحات التي يحققها الشخص في حياته.
- **التقدير الذاتي الشامل:** لا يعتمد هذا النوع على إنجازات أو مهارات معينة، بل يشمل شعورًا عامًا بالفخر والاعتزاز بالنفس. الأشخاص الذين يتمتعون بتقدير ذات شامل يظلون يشعرون بالرضا عن أنفسهم حتى في حالة الإخفاقات. هذا النوع من التقدير الذاتي لا يرتبط بشكل مباشر بالإنجازات الأكاديمية أو المهنية، بل ينبع من رؤية إيجابية للذات بشكل عام.
- **الفرق الأساسي بين النوعين** هو أن التقدير الذاتي المكتسب يعتمد على تحقيق الإنجازات، بينما التقدير الذاتي الشامل يتسم بالاحترام العام للذات بغض النظر عن النتائج.

➤ تقدير الذات عبر المراحل العمرية وتأثير العوامل الصحية والنفسية:

الطفولة: يتأثر تقدير الذات لدى الطفل بشكل أساسي بنوعية التفاعل الذي يتلقاه من والديه ومعلميه. إذ تُعدّ البيئة الأسرية والتعليمية عاملين محوريين في تشكيل تصور الطفل عن ذاته، فكل من التشجيع أو التوبيخ ينعكسان مباشرة على رؤيته لنفسه (جمال، 2018، ص47)

المراهقة: تشهد هذه المرحلة تحولات عاطفية وجسدية واجتماعية، تجعل المراهق أكثر وعياً بنظرة الآخرين له. هذا الوعي قد يؤدي إلى تقلبات في تقدير الذات، خاصة مع تزايد المقارنات بينه وبين أقرانه، وهو ما يؤثر على الشعور الداخلي بالكفاءة والجدارة (سعيد، 2019، ص27)

مرحلة الرشد: في مرحلة الرشد، يواجه الفرد تحديات مهنية وعاطفية تؤثر مباشرة على رؤيته لذاته. فالتعرض لضغوط العمل أو صعوبة بناء علاقات مستقرة قد يؤدي إلى اهتزاز في تقدير الذات، خصوصاً عند فشل الشخص في تحقيق التوقعات المجتمعية المرتبطة بالنجاح أو الأدوار العائلية (عباس، 2020، ص83).

الشيخوخة: يواجه كبار السن تغيرات جسمية مثل تراجع القدرة البدنية، إلى جانب تغيرات اجتماعية كمغادرة سوق العمل أو فقدان شريك الحياة. كل ذلك قد يضعف من صورة الذات لدى الشخص المسن، خصوصاً عند غياب الدعم الاجتماعي أو الإحساس بالإنجاز (يوسف، 2021، ص124)

3-15 تقدير الذات في سياق الأمراض المزمنة:

3-15-1 مرض الصرع:

يعاني المصابون بالصرع من تدني واضح في تقدير الذات نتيجة ما يواجهونه من وصمة اجتماعية وخوف دائم من النوبات المفاجئة. هذا الخوف قد يدفعهم للعزلة الاجتماعية، مما يزيد من الشعور بعدم الكفاءة والدونية (الشناوي، 2020، ص130)

3-15-2 الأمراض المزمنة الأخرى: لا تقتصر آثار الأمراض المزمنة على الجانب الجسدي فحسب، بل تمتد إلى النواحي النفسية. فالمرضى قد يشعرون بالحرمان أو الضعف نتيجة التغيرات التي تطرأ على مظهرهم أو نمط حياتهم، مما يُضعف من ثقتهم بأنفسهم (عادل، 2017، ص70)

3-16 أدوات قياس تقدير الذات: هناك عديد من ادوات لقياس تقدير الذات:

➤ مقياس روزنبرغ لتقدير الذات:

يُعتبر من الأدوات الأكثر استخدامًا في تقييم مستوى تقدير الذات. يعتمد هذا المقياس على مجموعة من العبارات التي تقيس القبول الذاتي والإحساس بالكفاءة (روزنبرغ، 1965؛ ترجمة أحمد، 2019)

➤ مقياس كوهن لتقدير الذات:

يركز هذا المقياس على مدى قبول الفرد لذاته كما هي، ويُستخدم في الدراسات التي تبحث في الجوانب النفسية الداخلية وتأثيرها على تقدير الذات (كوهن، 1989)

➤ مقياس كوبر سميث لتقدير الذات:

يركّز هذا المقياس على تقييم الفرد لنفسه من خلال أربعة مجالات أساسية: الذات العامة، الأسرة، الأقران، والمدرسة. يُستخدم في الدراسات النفسية لقياس تقدير الذات لدى الأطفال والمراهقين، ويُعدّ من أكثر الأدوات اعتمادًا في هذا المجال (كوبر سميث، 1967، ص 85)

3-17 استراتيجيات تحسين تقدير الذات:

الأساليب العلاجية:

أ. **العلاج السلوكي المعرفي (CBT)** يعمل على تعديل الأفكار السلبية حول الذات، ويُعزز من التفكير الواقعي والإيجابي (كوهين، 2018، ص 36)

ب. **تدريب المهارات الاجتماعية:** يُنمّي من قدرة الفرد على التفاعل بفعالية مع الآخرين، مما يزيد من ثقته بنفسه.

ت. **القبول الذاتي:** أحد أبرز الأساليب الفعّالة في تحسين تقدير الذات، حيث يُشجع الفرد على احتضان ذاته كما هي، مع إدراك نقاط القوة والضعف (عماد، 2020، ص 65)

خلاصة الفصل:

يتناول هذا الفصل موضوع تقدير الذات بوصفه أحد الدعائم الأساسية للصحة النفسية والشخصية الإنسانية. يبدأ الفصل بتحديد المفهوم من خلال مجموعة من التعريفات النفسية والاجتماعية، ثم يستعرض النظريات التي فسّرت نشوء وتطور تقدير الذات (مثل جيمس، ماسلو، كوبر سميث، روجرز، زيلر وغيرهم)

كما يتعرض الفصل لمستويات تقدير الذات (مرتفع – متوسط – منخفض) وما يترتب عليها من خصائص سلوكية ونفسية. ثم يوضح مكونات تقدير الذات (حب الذات، نظرة الذات، الثقة في الذات) وأبعاده المختلفة مثل "الوعي بالذات"، "تحقيق الذات"، "وتقبل الذات" والآخرين.

يتطرق الفصل أيضاً إلى العوامل المؤثرة في تكوّن تقدير الذات (عوامل داخلية وخارجية: الأسرة، المظهر، التحصيل، الأصدقاء...)، بالإضافة إلى أهمية تقدير الذات في التفاعل الإنساني. كما يُفرد جزءاً خاصاً لتأثير الصرع كمرض مزمن في تدني تقدير الذات، مركّزاً على مشاعر العزلة، الوصمة، والخوف من النوبات.

يختتم الفصل بتسليط الضوء على أدوات قياس تقدير الذات، كمقياس روزنبرغ وكوبر سميث، بوصفها وسائل علمية تتيح تقييم مستوى إدراك الفرد لذاته. كما يُبرز أهمية القبول الذاتي كعنصر جوهري في تكوين صورة متوازنة عن الذات، خاصة في ظل التحديات النفسية والاجتماعية التي قد تؤثر على هذا التقدير.

4- الفصل الرابع: مرحلة الرشد

الفصل الرابع: مرحلة الرشد

تمهيد:

مفهوم مرحلة الرشد:

تعريف لغة واصطلاحاً:

النظريات النفسية في الرشد:

مراحل مرحلة الرشد : تنقسم الى قسمين

معايير مرحلة الرشد

خصائص مرحلة الرشد

مكونات الشخصية لدى الراشد

مراحل العمرية لمرحلة الرشد

حاجات الراشد ومطالبه

الرشد وتقدير الذات

الرشد والامراض النفسية

الرشد ومرض الصرع

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد مرحلة الرشد من اهم مراحل النمو في حياة الفرد، ونظر الأهمية سيتناول هذا الفصل جملة من محاور المرتبطة منها تعاريف وتحديد معايير وتم نتطرق الى تحديد خصائصها ومعاييرها كما نعرض اهم النظريات التي فسرت الرشد اضافة الى مكونات الشخصية وحاجات ومطالب الفرد في تلك المرحلة.

1-4 مفهوم مرحلة الرشد:

ثمثل مرحلة الرشد فترة القوة والنضج، حيث يتحول الفرد من مرحلة الطفولة والاعتماد إلى الاستقلالية وتحمل المسؤولية. تعد هذه مرحلة لما يبلغ الفرد سن الحادي والعشرين وتمتد هذه المرحلة حتى الستينات، وتعد أطول مرحلة من بين مراحل النمو وتختلف خصائصها حسب الثقافة ومجتمع التي ينتمي إليها الفرد، كما تتميز بتعقيدات وتغيرات في جوانب النمو المختلفة. (بشرى ايوب شريبه ، 2018، ص.79)

أ. كما أشار "jean guichard" ان الراشد هو الفرد البالغ ومستقل ويتحمل مسؤولية افعاله ونتائجه.

(Jean guichard, 2022, p. 21,29)

ب. عرفها كذلك (selon arnett (2000 هي الفترة التي تمتد بين 18 و 30 سنة. خلال هذه الفترة، يكتسب الفرد فرديته بالكامل، خاصة من خلال الاعتراف بمسؤولية أفعاله وقبولها، بالإضافة إلى اتخاذ القرارات بناءً على معتقداته وقيمه الشخصية. في الأدبيات العلمية على وجه الخصوص، يُشير الانتقال إلى حياة الرشد عمومًا إلى عملية تطور التوقعات، والأدوار، والتحديات المرتبطة بتطوير الاستقلالية.

(Robert pause, 2017, p.4)

2-4 تعاريف لغة واصطلاحا:

أولاً: لغة

1-2-4 تعريفها لغويا :الشخصية في مرحلة النضج وحالة الأنا، وهو من حالات الرشد التي وصفها "إريك برن" في تحليله العاملي.

(أسماء حملاوي، 2012، ص. 29، 30)

2-2-4 عند ابن منظور يعني النضج والبلوغ ويشير الى حالة إكمال النمو العقلي والجسدي، والقدرة على

اتخاذ القرارات المسؤولية (ابن منظور، 1995، ص. 112)

4-2-3 وفي المعجم الوسيط بأنها حالة نضج التي يصل إليها الإنسان الى مرحلة يستطيع ان يتحمل المسؤولية ويصبح قادرًا على التمييز بين الصواب والخطأ (مجمع اللغة العربية، 2007، ص 88)

ثانياً: إصطلاحاً

4-2-4 يعرفها إريكسون (1968) بأنها مرحلة تتسم ببناء علاقات وثيقة ومستقرة، وتحقق انتاج الاجتماعي والعاطفي مع مواجهة تحديات الاستقلالية والمسؤولية (Erik erikson, 1968,p.233)

4-2-5 كما سانه "santrock" بأن مرحلة الرشد هي مرحلة التي يرسخ فيها الفرد هويته الذاتية ويحقق استقلاله الشخصي، كما تتميز هاته مرحلة بالنضج وتسمح لفرد ان يكون مسؤولاً في اتخاذ قراراته، ويبني ويطور علاقات اجتماعية مستقرة ومشاركة الفاعلة في المجتمع ضمن ادوار مهنية واجتماعية، ويطور قدرته على التوفيق بين الحياة الأسرية والمهنية بشكل منظم ومتوازن (Santrock ,2020 ,p.250)

4-2-6 وعرفت (APA 2019) بأن مرحلة الرشد هي الفترة التي ينمو فيها الفرد من مرحلة الشباب إلى مرحلة منتصف العمر، حيث يكتمل فيها القدرات المعرفية والاجتماعية، ممكن يطور قدراته المعرفية ويحسن في اتخاذ قرارات التي تمكنه من مواجهة تحديات في حياته اليومية. American psychological association (2019)

4-2-7 وينظر "papalia&martorell" الى الرشد انه مرحلة يطور فيها الفرد استقلاله الشخصي ويصبح له قدرة في اتخاذ القرارات في ظل بيئة اجتماعية متغيرة. (Papalia et al, 2015 ,p.402-404)

اما "بيرك" ترى ان مرحلة الرشد تتمثل في القدرة على التوازن بين مختلف جوانب الحياة، من خلال اتخاذ قرارات وادارة العلاقات ومسؤوليات الاسرية والمهنية (Berk ,2014 ,p.312)

"ليفينسون" يؤكد ان مرحلة الرشد هي سلسلة من التحولات التي يمر بها الفرد، تتطلب مراجعة الذات واتخاذ قرارات مصيرية في مجال الهوية والعمل والاسرة. (Levinson , 1978 ,p. 41)

4-3 النظريات النفسية في الرشد:

4-3-1 نظرية إريكسون:

يرى "إريكسون" أن مرحلة المراهقة تُمهّد الطريق لتطور قدرة الفرد على حب الآخرين ورعايتهم، وهي مقدمة أساسية للدخول في مرحلة الرشد المبكر.

ت. الرشد المبكر:

في هذه المرحلة، يظل المراهق متمركزاً حول ذاته، منشغلاً بمن يكون، وبكيفية ظهوره في نظر الآخرين، ويبدأ في تكوين علاقات عاطفية قد تصل إلى الوقوع في الحب. لكن غالباً ما تكون هذه الارتباطات مجرد محاولات لاكتشاف الذات أو تحديد الهوية، إذ يشعر المراهق بالقلق تجاه ذاته، وأدائه، وكيفية التنازل عن جزء من كيانه أو تقديمه بمودة لشريك آخر.

وإذا لم يستطع تحقيق تواصل عاطفي أصيل ومتبادل، فإنه يقع في الجانب السلبي من هذه المرحلة، وهو الانعزال.

أما إذا تمكن من بناء علاقة حقيقية، فستتم لديه "الأنا" القوية القادرة على الحب الناضج، وعلى تبادل مشاعر التكريس والتفاني في الحياة، ومواجهة التناقضات داخل العلاقة الزوجية أو العاطفية.

➤ مرحلة الرشد المتوسط:

عندما يصل الشخص إلى علاقة قائمة على الألفة، فإنه يبدأ بالتوجه نحو التوسع والاستمرارية، ويظهر الاهتمام بالجيل القادم. ويسمى إريكسون هذه المرحلة بمرحلة **العطاء والإنتاج**، وهي نقيض الركود والانغلاق على الذات.

ويشير إلى أن التركيز هنا لا ينحصر في الإنجاب فقط، بل في المهام الأبوية الشاملة مثل الرعاية، التوجيه، التضحية، وهي كلها أدوار تتجاوز مجرد الإنجاب البيولوجي.

4-3-2 نظرية كارل يونغ:

يرى "يونغ" أن **منتصف العمر** يمثل تحولاً نفسياً عميقاً، حيث يبدأ الإنسان في تحويل اهتمامه من العالم الخارجي إلى العالم الداخلي. تظهر خلال هذه المرحلة "نداءات داخلية"، تدفع الفرد نحو مراجعة ذاته، واكتشاف إمكانات أهملها سابقاً، وطرح أسئلة حول معنى الحياة، خصوصاً أن نصفها قد مضى.

ورغم أن التركيز في هذه المرحلة يصبح داخلياً بشكل متزايد، فإن الفرد لا يزال يحتفظ بالطاقة والقدرة على إجراء تغييرات خارجية مهمة، وقد يعود لمشروعات أهملها، أو يخوض تجارب جديدة قد تبدو غير مفهومة للمحيطين.

لاحظ يونغ أن الرجال والنساء في هذه المرحلة يُظهرون سمات من الجنس الآخر: فيصبح الرجال أقل عدوانية وأكثر اهتمامًا بالعلاقات، بينما تسعى النساء لتطوير تفكيرهن، ويصبحن أكثر استقلالية وجراءة في التعبير عن مشاعرهن.

تُظهر هذه التحولات أحيانًا توترًا في العلاقات الزوجية، حيث قد تشعر الزوجة بالضيق من استغراق الزوج في التفكير العقلي، بينما يشعر الزوج بالرفض أو بالتقليل من قيمته. لكن النمو الحقيقي في هذه المرحلة لا يتحقق إلا بمواجهة الجوانب المهملة في الذات.

وقد دعمت دراسات نيجارتن وزملائها بجامعة شيكاغو هذه الرؤية، حيث لاحظوا تحول الطاقة النفسية من العالم الخارجي إلى الداخلي في سن الأربعين والخمسين، مع تنامي الحاجة إلى الاستبطان والتأمل وتقييم الذات. كما وجدوا أن الرجال يصبحون أكثر انفتاحًا على الجوانب الشعورية والرعاية، بينما تكتسب النساء قدرة أكبر على التعبير عن مشاعر الغضب والدفاع عن الذات دون شعور بالذنب.

نظرية النمو:

تشير هذه النظرية إلى أن الشخصية تتطور بشكل مختلف في النصف الأول والثاني من الحياة:

- في النصف الأول حتى سن الأربعين يكون التركيز على التوسع الخارجي، حيث يطور الفرد قدراته على التفاعل مع الآخرين، ويسعى لتأسيس أسرة، وتحقيق النجاح المهني والاجتماعي، ويساهم في المجتمع من خلال العمل والإنتاج.
- أما في النصف الثاني ما بعد الأربعين، فإن الفرد يبدأ في مراجعة ذاته، والتوجه إلى الداخل. وتبدأ "قوى النضج" في توجيه نمو الأنا نحو التوازن والعمق، حيث يبدأ في البحث عن المعنى بدلًا من مجرد الإنجاز.

وتتعرض النساء خلال النصف الأول لضغوط اجتماعية لتنمية السمات الأنثوية (مثل الرعاية، الجمال، الحنان)، كما يُنتظر من الرجال التركيز على الصفات الذكورية (مثل القوة، الطموح، القيادة)، لكن في النصف الثاني من الحياة تبدأ هذه الأدوار بالتداخل والتبدل. (دواي أمينة، 2021، ص 52)

4-4 مراحل مرحلة الرشد : تنقسم الى قسمين:

أولاً: مرحلة الرشد المبكر (21-40) : تتميز في رغبة الفرد بناء علاقات ودية وعاطفية ناجحة ،حيث يعتبر تفاعل الاجتماعي الايجابي مؤشرا على النضج،بينما يؤدي فشل في ذلك الى الشعور بالعزلة،مقابل ان يسعى الفرد في هذه مرحلة الى توجيه حياته وفق رؤيته ذاتية واحلامه ،يتخذ قراراته تحدد مستقبله.

ثانيا: مرحلة الرشد المتأخر (40-60) : هاته مرحلة يواجه فيها الفرد صراعات جديدة تتعلق بتحقيق الانتاجية مقابل انشغال بالذات ،فالشخص الناضج يسعى لترك اثر ايجابي في المجتمع وخدمة الاجيال القادمة ،بينما يعاني البعض من الراشدين من الركود واهتمام بالذات في حال غياب هذا التوجه.

(أسماء حملاوي، 2013 ، ص. 31)

4-5 معايير مرحلة الرشد: اشار بعض علماء النفس ان هناك مجموعة من معايير التي على ان الفرد بلغ مرحلة الرشد ومنها:

4-5-1 المعيار الجنسي:

يُشيع في الثقافات التقليدية والبدائية ربط الرشد بالبلوغ الجنسي، حيث يبدأ الرشد عند بداية النشاط الجنسي وينتهي بتوقفه. ومع أن البلوغ الجنسي شرط ضروري للرشد، إلا أنه ليس كافياً، إذ يمكن أن يتأخر الرشد عنه. وقد كان هذا التطابق واضحاً في المجتمعات البدائية وبعض الثقافات البسيطة كالثقافة الريفية أو البدوية، لكن مع تطور المدنية، تأخر سن الرشد المعترف به لسبع أو ثماني سنوات بعد البلوغ.

4-5-2 المعيار العمر:

تتفق معظم الثقافات على ان سن الرشد القانوني يبدأ من سن 21 اذ يعد الفرد في هذا عمر قادرا على تحميله للمسؤولية واتخاذ قراراته بشكل مستقل ويدل على نضجه القانوني والاجتماعي.

4-5-3 المعيار الاجتماعي:

يُقصد به قدرة الفرد على أداء أدواره ومسؤولياته داخل المجتمع. وتتميز مرحلة الرشد بالدينامية لأنها تمثل انتقالاً من الإعداد إلى المساهمة الفعالة، وتتأثر هذه الدينامية بالتكوين البيولوجي والاجتماعي للفرد.

4-5-4 المعيار النفسي :

يعتمد هذا المحك على الخبرات الذاتية ويعتبر جزءا من بنيته الشخصية يركز على كيف يدرك الفرد ذاته كراشد ،الى جانب المحك الاجتماعي والموضوعي.

4-5-5 العمر المدرك:

هو العمر الذي يشعر فيه الفرد أنه أصبح راشداً. يرتبط بإدراك الذات والنضج والتوافق النفسي والاجتماعي. لذلك قد يتصرف بعض الشباب كراشدين رغم صغر سنهم، بينما يعاني آخرون في العشرينات من صراع بين نزعات طفولية وتطلعات راشدة.

4-5-6 الاستقلالية:

تُعد الاستقلالية المؤشر النفسي الأهم لمرحلة الرشد، حيث يبدأ الفرد في الشعور بالمسؤولية عن نفسه، ويتخذ قراراته دون الاعتماد المستمر على دعم الآخرين، خاصة من هم أكبر سناً. ويشمل هذا الاستقلال القرارات اليومية سواء كانت بسيطة أو مصيرية، إلى جانب رفض التدخل في شؤونه الخاصة، وقدرته على تحمّل نتائج قراراته. ويُعتبر هذا المؤشر جزءاً أساسياً من شخصية الراشد. (ايوب شريبه، 2018، ص.81-82)

4-6 خصائص مرحلة الرشد :

لمرحلة خصائص عديدة نذكر منها:

4-6-1 الخصائص الجسمية:

يصل الراشد في هذه المرحلة إلى ذروة قوته الجسدية والحسية والعصبية، مما يمكّنه من أداء الأعمال الشاقة، كما تكتمل لديه الوظائف البيولوجية، وتبلغ قدرته الإنجابية أفضل حالاتها.

4-6-2 الخصائص النفسية:

يتميّز الراشد بوعي واضح بذاته وبحالاته النفسية، ويُظهر اهتماماً بالمثل العليا واستعداداً للدفاع عنها. كما يسعى للاستقلال عن الوالدين والاعتماد على النفس، ويعمل على تأكيد ذاته وتقديرها. إلا أن هذه الاستقلالية قد تكون محاطة بضغوط اجتماعية ونفسية، مثل متطلبات العمل، والمعايير الزوجية أو الدينية. كما تختلف استجابات الراشدين للانفعالات، فمنهم من يعاني من تقلبات مزاجية وصعوبة في السيطرة على المشاعر، ومنهم من يتقبل حالته النفسية بهدوء، سواء كانت إيجابية أو سلبية.

4-6-3 الخصائص العقلية المعرفية:

تتميز مرحلة الرشد بتطور ملحوظ في القدرات العقلية والمعرفية، حيث تظهر فروق فردية بين الراشدين في مجالات متعددة، مثل القدرة اللغوية، الرياضية، العملية، الكتابية، والفنية الجمالية. كما تتطور لديهم القدرة على التذكر، التفكير المنطقي، وحل المشكلات، مما يعكس نضجاً معرفياً واضحاً. يميل الراشد إلى البحث عن الحقيقة بشغف، ويُظهر انفتاحاً على الأفكار الجديدة واستعداداً لتقبلها إذا كانت مقنعة له. ويُعد النضج العقلي عاملاً مهماً في قدرته على الحوار العقلاني واستخدام المنطق والحجة في التفاهم مع الآخرين.

وتشير أبحاث "بياجيه" إلى أن النمو العقلي في هذه المرحلة يصل إلى ما يُعرف بمرحلة "العمليات الشكلية" أو "الصورية"، والتي تتسم باستخدام التفكير المجرد، والاستدلال الفرضي-الاستنباطي، ما يمكن الفرد من التعامل مع المواقف الحياتية بدرجة عالية من التجريد والتحليل العقلي. (دوادي أمينة، 2021، ص 49-51)

4-7 مكونات الشخصية لدى الراشد:

➤ كما أكد (شريبه، 2018) في دراسته، أن شخصية الراشد تتشكل بمجموعة من العناصر مترابطة ومتكاملة تبرز ملامح لشخصية وأهمها:

4-7-1 المكون البيولوجي:

يعد هذا المكون الأساس في بناء الشخصية ويولد الفرد مزود به، وهذا الجانب يتضمن حاجات فيسيولوجية "كالطعام والنوم والأمان" وتعتبر دافع من الدوافع الأساسية التي يسعى الفرد للاشباعها وضمان البقاء 4-7-2 المكون الاجتماعي:

يمثل هذا المكون، البيئة محيطة بالفرد تساهم في اشباع حاجاته أولية وكما يمكن تزويده بحاجات أخرى "كالحب والانتماء والتقدير"، من خلال التنشئة الاجتماعية التي تتم عبر الأسرة والعمل يتم اكتساب هذا العنصر، ويتضمن هذا مكون خبرات اجتماعية التي يكتسبها الفرد من تفاعله مع آخرين 4-7-3 المكون النفسي:

من اتجاهات والخبرات الشخصية التي يطورها الفرد نتيجة تفاعله مع البيئة المحيطة به يتكون هذا الجانب، مما يشمل المشاعر وتصورات الذاتية والمعتقدات التي تتشكل تدريجياً بفعل التجربة والعلاقات مع آخرين.

4-8 مراحل العمرية لمرحلة الرشد:

تنقسم هاته مرحلة الى مرحلتين أساسيتين ويمتد تقريبا من حيث توزيع الزماني والتغيرات مصاحبة لها: 4-8-1 الرشد المبكر:

وتمتد هاته مرحلة من سن 21 حتى ما قبل الآخرين، حيث تمثل هاته فترة تأسيس والاستقرار النسبي من حيث الحياة المهنية والعاطفية والاجتماعية.

4-8-1 الرشد متوسط:

وتشمل هاته مرحلة من 40-60 وهي مرحلة يعاد فيها تقييم الانجازات السابقة، تظهر فيها غالبا تحديات متعلقة بالصحة وتحدث تغيرات في الادوار الاجتماعية والأسرية.

ما يميز بين مرحلتين عوامل متعددة، أبرزها:

➤ الفروق البيولوجية:

وهي تشمل اختلافات من ناحية النفسية والجسدية التي تبرز تأثير في النمو الجنسي والسمات الشخصية، والتحليل النفسي هو من اكد على دورها في تشكيل هوية شخص راشد.

➤ الفروق الاجتماعية والاجتماعية والثقافية :

وهاته المتغيرات تظهر مدى تأثر الفرد بمحيطه الاجتماعي، وله اهتمام خاص بعلم الاجتماع في بعض الحالات غياب توازن في هاته جوانب من محتمل يؤدي الى اضطرابات نفسية مثل عصاب والذهان، يعيق كذلك تكوين شخصية متكيفة وسوية. (ايوب شرييه ، 2018، ص 83-87)

حاجات الراشد ومطالبه:

أ. الحاجات الاولية:

يقصد بها الحاجات تدفع الفرد الى قيام بسلوكات تهدف بشكل مباشر الى الحفاظ على حياته البيولوجية منها الحاجة الى الغذاء الحاجة الى النوم والامان الجسدي.

ب. الحاجات الثانوية:

هي حاجات نفسية واجتماعية بناءا على التجارب الفرد وخبراته وميوله واتجاهاته ،ومن خلال مواقف التي مر بها بحياته ،ممكن هذه حاجات تنشأ وتتطور مثلا الحاجة الى الحب والتقدير والانتماء والبحث على المكانة وتحقيق ذاته. (دواي أمينة ، 2021 ، ص 56)

4-9 الرشد وتقدير الذات:

مرحلة الرشد هي مرحلة حرجة في النمو النفسي والاجتماعي حيث يعاد تشكيل صورة الذات في ضوء الانجازات والمسؤوليات،يصبح تقدير الذات في هاته المرحلة اكثر استقرارا مقارنة بالمراهقة، لكنه يبقى فرد حساسا تجاه خبراته كالنجاح والفشل في العلاقات والعمل، يرى الباحثين ان البالغين يتمتعون بمستوى عال من تقدير الذات يتميزون بدرجة اكبر من التكيف النفسي والثقة في اتخاذ القرارات والشعور بالتحكم في مسار حياتهم.

كما اظهرت دراسات عديدة ان تقدير الذات يميل الى الارتفاع تدريجيا خلال مرحلة الرشد المبكر والمتوسط ، مما يبلغ ذروته في الاواخر الاربعينات من هنا يبدأ في التراجع الطفيف نتيجة تغيرات فالصحة او الادوار الاجتماعية

وهذا ما أكدته Orth وآخرون، في دراستهم الطولية وضمت أكثر من عشرة آلاف مشارك وأشاروا أن تقدير الذات في هاته مرحلة يرتبط بمؤشرات النجاح الشخصي والاجتماعي كالعلاقات مرضية والاستقرار المهني

(Orth et al., 2010, p. 681)

10-4 الرشد والأمراض النفسية:

تعد مرحلة الرشد، وخاصة الرشد المبكر، فترة انتقالية حساسة من الناحية النفسية، إذ تتزامن مع محاولات الفرد لتكوين هوية مستقلة، بناء علاقات عاطفية واجتماعية مستقرة، وتحقيق ذات مهنية ومجتمعية. غير أن هذه التحولات قد تصطدم بصعوبات نفسية عميقة، تجعل هذه المرحلة من أكثر الفترات عرضة لظهور اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب، القلق، واضطرابات الشخصية. وتؤكد الدراسات الطولية أن الكثير من الاضطرابات النفسية تبدأ في مرحلة المراهقة أو الرشد المبكر، وتُشكل عبئاً نفسياً طويلاً الأمد إذا لم تُعالج بشكل مبكر.

كما تشير الأبحاث إلى أن الضغوط الاجتماعية والاقتصادية التي تصاحب الرشد، مثل التوظيف، العلاقات، والاستقلالية المادية، يمكن أن تكون عوامل محفزة أو مضخمة للأعراض النفسية، مما يُهدد توازن الفرد النفسي ويؤثر في جودة حياته. وقد خلص Kessler وآخرون إلى أن أكثر من نصف الاضطرابات النفسية الكبرى تظهر قبل سن 24 عاماً، مما يضع الرشد في قلب التحدي العلاجي والوقائي على مستوى الصحة النفسية العامة (Kessler et al., 2005, p 594).

11-4 الرشد ومرض الصرع:

تمثل مرحلة الرشد فترة محورية في نمو الفرد، حيث تترسخ فيها مفاهيم الاستقلالية، الإنتاجية، والهوية الاجتماعية. إلا أن الإصابة بمرض الصرع خلال هذه المرحلة تُعد عاملاً مثبطاً لمسار التكيف السوي، نظراً لما يفرضه المرض من قيود طبية، ومخاوف نفسية، وضغوط اجتماعية مستمرة. فالنوبات غير المتوقعة، والحاجة الدائمة للرقابة الطبية، والخوف من نظرة الآخرين، تجعل الراشد المصاب في حالة صراع داخلي بين رغبته في تحقيق الاستقلال، وبين شعوره بالعجز وفقدان السيطرة على ذاته وحياته اليومية.

وقد أظهرت أبحاث متعددة أن الأشخاص الراشدين المصابين بالصرع أكثر عرضة للقلق والاكتئاب، ويعانون من ضعف المشاركة الاجتماعية والتوظيف، مما ينعكس سلباً على ثقتهم بأنفسهم ورضاهم الذاتي

هذه التحديات تضعف من قدرتهم على تحقيق الأهداف النمائية المرتبطة بالرشد، وتُعرقل تشكيل هوية متماسكة ومتزنة. (Baker et al., 2005, p 28).

المعاش النفسي عند الراشد مصاب بالصرع : يمثل الصرع تحديًا مزدوجًا للراشدين، حيث لا يضعف فقط من التوازن النفسي بل يمتد إلى جوانب الاجتماعية. وقد أظهرت نتائج دراسة كبيرة شملت 392 بالغًا مصابًا بالصرع من بريطانيا وإيرلندا أن هؤلاء الأفراد يعانون من مستويات منخفضة بشكل ملحوظ من المعاش النفسي الاجتماعي مقارنة بمجموعة ضابطة (غير مصابة)، حتى بعد مطابقة العينة من حيث العمر والنوع. وبرز في الدراسة أن أكثر العوامل ارتباطًا بجودة المعاش النفسي كانت تصوراتهم الذاتية عن الصرع مثل شعورهم بالوصمة أو القدرة على التحكم بالنوبات—إلى جانب العوامل الطبية كعدد النوبات منذ التشخيص

ويُظهر هذا أن تجاوز الصرع كحالة طبية يعتمد ليس فقط على السيطرة العصبية، بل على تعزيز الإدراك الذاتي الإيجابي والاستقلالية الاجتماعية، وهو هدف يتناسب بشكل حاسم مع سمات مرحلة الرشد التي تتطلب بناء هوية متماسكة ومكانة اجتماعية فعالة (Collings, J. A. 1990, p 414-416).

12-4 الرشد وامراض سيكوسوماتية :

تمثل مرحلة الرشد فترة تتكثف فيها الضغوط النفسية الناتجة عن متطلبات العمل، العلاقات الأسرية، وتحقيق الاستقلالية، وهي ضغوط قد تؤدي في بعض الحالات إلى ظهور اضطرابات سيكوسوماتية. وتشير الدراسات إلى أن بعض البالغين في هذه المرحلة يميلون إلى التعبير الجسدي عن التوتر النفسي، مما يؤدي إلى أمراض مثل القرحة المعدية، ارتفاع ضغط الدم، أو متلازمات القولون العصبي. فالرشد هو العمر الذي تتقاطع فيه الضغوط النفسية طويلة المدى مع الاستجابات الجسمية المزمنة، مما يجعل الفرد عرضة للأمراض النفسجسمية بشكل خاص. وقد أكد ذلك (Lipowski, 1988) في تحليله للأمراض السيكوسوماتية، حيث أشار إلى أن السمات الشخصية والضغوط النفسية المزمنة تلعب دورًا محوريًا في تحول التوتر إلى أعراض جسدية واضحة (Lipowski, 1988, p 1365).

خلاصة الفصل:

يتناول هذا الفصل مرحلة الرشد كونها مرحلة اساسية في حياة الفرد، وتتشكل فيها الشخصية وتستقر فيها الجوانب الاجتماعية والنفسية، وقد تم تطرق الى اهم خصائص لهاته مرحلة، تم عرض نظريات النفسية كيف يمكن مواجهة الراشد صراعات داخلية ومرتبطة بالعلاقات والمسؤوليات واتخاذ قرارات في مصيره المهني او الاجتماعي او فالعلاقات. وتبين ان هذه المرحلة قد تشهد ظهور بعض اعراض واضطرابات جسدية ونفسية ،كما تم تركيز في هذا الفصل على الراشد مصاب بالصرع حيث ظهرت عديد من الدراسات تبين ان هذا مرض يؤثر على جودة الحياة راشدين سواءا كانت نفسية او اجتماعية مما يقلل تقدير لذاته.

5- الفصل الخامس: الإجراءات الميدانية

للدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات الميدانية للدراسة

تمهيد :

الدراسة الاستطلاعية

الدراسة الاستطلاعية

اختيار العينة الاستطلاعية

نتائج الدراسة الاستطلاعية

حدود مكان والزمان للدراسة الاستطلاعية

الدراسة الاساسية:

حدود مكان والزمان للدراسة

مجتمع الدراسة

خصائص العينة

منهج الدراسة

أدوات الدراسة

تمهيد:

بعدما تطرقنا الى اطار عام للدراسة وتحديد اشكالية والفرضيات التي انبثقت عنها وتعريف بالمتغيرات الدراسية في الفصول السابقة، يهدف هذا الفصل الى عرض الاجراءات المنهجية المعتمدة في الدراسة الميدانية من حيث توضيح المنهج المستخدم للدراسة ووصف العينة واداة القياس، وكذا الاجراءات المتبعة في جمع البيانات وتحليلها احصائيا، بما يضمن تحقيق اهداف والتحقق من صدق فرضياتها.

1-5 الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية التي من الممكن ان يعدل الباحث موضوع دراسته، تعتبر فرصة للاجراء ومراجعة لخطوات البحث الاساسي وهذا من خلال النقائص والصعوبات التي ممكن يواجهها الباحث خلال دراسته، وعليه كانت دراسة الاستطلاعية فرصة لنا من اجل التعديل، اين قمنا باستغلالها من خلال توجه الى بمؤسسة الاستشفائية 240 سرير بشطاييو بولاية "وهران"، اين تم الحصول على الموافقة من طرف رئيسة مصلحة طب الاعصاب و اخصائية نفسية على القيام بدراسة على عينة مكونة من مرضى الصرع بغرض تطبيق اختبار كوبر سميث لتقدير الذات.

بعد الحصول على الموافقة ومناقشة موضوع مع طب الاعصاب و اخصائية نفسية على مستوى نفس المصلحة ومع استشارة طبيب مقيم حول عينة مكونة من مرض الصرع.

1-1-5 اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية:

باعتبار ان هذه الدراسة لا تخص سوى الاشخاص التي تم تشخيصهم بمرض الصرع فقد تم اختيار حالات بناء على النطاق التشخيصي، مع اخذ بالعين اعتبار الجنس والسن كونهم عناصر اساسية في الدراسة، لكن تم اقتضاء حالات بسبب معاناتهم من امراض واضطرابات غير مرض الصرع

2-1-5 نتائج الدراسة الاستطلاعية:

سمحت الدراسة الاستطلاعية بتكوين تصور اولي حول فئة الراشدين المصابين بالصرع ومدى استعدادهم للمشاركة في الدراسة الاساسية، من خلال مقابلات التي اجريت مع عدد كبير من راشدين مرضى الصرع بقسم الاعصاب ان هذه الفئة تعاني من اثار نفسية واجتماعية متباينة بتداخل الجانب الجسدي مع الصعوبات في التكيف والثقة بالنفس ومن هاته المرحلة استطعنا التأكد من ملائمة هذه العينة موضوعيا ومنهجيا لتطبيق مقياس كوبر سميث تقدير الذات لاحقا.

3-1-5 حدود الدراسة الاستطلاعية :

تمت الدراسة الاستطلاعية من 2025/02/05 الى 2025/02/19 بمؤسسة الاستشفائية 240 سرير بشطايبو بولاية "وهران"

2-5 الدراسة الأساسية

1-2-5 حدود الدراسة الأساسية :

1-2-5 حدود المكانية: تم اجراء الدراسة الأساسية على مستوى "مؤسسة العامة الاستشفائية 240 سرير" شطايبو- وهران"

2-2-5 حدود الزمانية: لقد انقسمت حدود الزمنية للدراسة الى شطرين ،الشر الاول من بداية فبراير 02/06/2025 الى اخر يوم 05/02/2025

3-5 مجتمع الدراسة:

لقد اشتمل مجتمع هذا البحث على كل من راشدين رجال ونساء تم تشخيصهم بمرض الصرع على مستوى مصلحة الاعصاب

4-5 خصائص العينة:

تكونت عينة الدراسة من 24 مشاركا، من رجال ونساء مصابين بالصرع تراوحت اعمارهم بين 22 الى 67 سنة.

5-5 طريقة اختيار: تم اختيار العينة بطريقة قصدية بناء على معايير محددة واهمها ان يكون افراد راشدين مصابين بالصرع. وقد تم التعرف على هؤلاء الافراد خلال زيارات ميدانية بمؤسسات الاستشفائية على مستوى ولاية وهران

جدول (7) توزيع العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكر	10	41,7%
انثى	14	58,3%
المجموع	24	100%

جدول (8) يوضح توزيع العينة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	التكرار	نسبة المئوية %	نسبة التراكمية
30-20	7	29,2%	29,2%
40-30	7	29,2%	58,3%
50-40	5	20,8%	79,2%
60-50	3	12,5%	91,7%
70-60	2	8,3%	100%
المجموع	24	100%	

من ناحية توزيع الجنس، تكونت عينة الدراسة من 24 مشاركاً موزعين حسب الجنس و الفئة العمرية ،من حيث الجنس كان من بينهم 10 رجال بنسبة تمثل 41,7% من العينة، و 14 من النساء بنسبة تمثل 58,3% من العينة

أما من الناحية التوزيع العمري، فقد شملت العينة خمس فئات عمرية متدرجة بين "20 الى 70" سنة. كانت الغالبية في الفئتين من "30-20" سنة ومن "40-30" سنة بعدد 7 اشخاص في كل فئة (29,2%) تليها فئتان من "50-40" سنة تمثل بنسبة (20,8%) ومن "60-50" سنة بنسبة تمثل (12,5%) لكل منهما، بحين سجلت فئة 70-60 سنة اقل نسبة وعدد مشاركين فيها 2 بنسبة تمثل (8,3%). تشير هذه النتائج ان عينة الدراسة اغلبيهم ينتمون الى فئات عمرية شابة ومتوسطة من "(20-40) سنة بنسبة تمثل 58,3 % ، كما ان التفاوت بين نسبة الرجال والنساء ممكن يشكل عاملا مؤثرا في التحليل الاحصائي.

5-6 المنهج المتبع للدراسة:

5-6-1 المنهج الوصفي: هو منهج يعني بوصف ظواهر ويحدد خصائصها ومميزاتها بدقة مع تحليل بأساليب كمية ونوعية، يستخدم هذا المنهج بشكل واسع في الدراسات الاجتماعية، الانسانية.... غيرها (بوراس منير 2023، ص 185)

وينطلق البحث الوصفي من دراسة ظاهرة كما هي في الواقع، مع التركيز على وصفها بدقة باستخدام اساليب كمية ونوعية (د.سيوكر ،د.نجاحي 2019 :ص46)

5-6-2 خصائص المنهج الوصفي واهدافه:

يتميز بتركيز على تحليل ظواهر وتصنيفها بدقة وفق نظام منهجي، كما يسعى بدراسة واقع كما هو بعيدا عن الخيال او تحيز الشخصي، يستخدم في وصف الواقع الراهن او الماضي المتعلق بالافراد او الجماعات

وهذا المنهج الوصفي كما له خصائص له اهداف كذلك منها:

- جمع المعلومات دقيقة حول الظواهر
- تحديد مشكلات او تفسير بعض المظاهر
- اقتراح سبل للتعامل معها
- اجراء مقارنات بين الحالات او الفترات المختلفة (بوراس، 2023، ص. 186)

5-6-3 أدوات الدراسة:

في هاته الدراسة تم استخدام مقياس كوبر سميث كأداة رئيسية لكشف على مستوى تقدير الذات لدى راشدين المصابين بالصرع، يعتبر هذا مقياس اكثر شيوعاً وموثوقية في تقييم صورة الذاتية لدى الافراد، حيث يستخدم في العديد من الدراسات النفسية والاجتماعية حول العالم، يتكون من عدة بنود وقياس ابعاد مختلفة منها الذات العامة، الاجتماع، الاسرة، العمل. ويصح بطريقة عديدة، يتميز بسهولة تطبيق وقدرته على كشف الفروقات في تقدير الذات بين الافراد.

تعريف اختبار كوبر سميث (تقدير الذات): اختبار كوبر سميث لتقدير الذات هو اداة نفسية طورها الباحث كوبر سميث 1967 ويهدف الى تقدير قياس تقدير الذات الفرد بالبعاد مختلفة منها "الذات العامة، الذات الاجتماعية، الذات العائلية، الذات العمل، يستخدم لتحديد صورة التي يقدمها الفرد عن نفسه ومدى تقييمه

جدول (9) يوضح العبارات الموجبة والسالبة لمقياس:

العبارات	البنود
الموجبة	1، 4، 5، 8، 9، 11، 14، 19، 20
سالبة	2، 3، 6، 7، 10، 12، 13، 15، 16، 17، 18، 21، 22، 23، 24، 25

طريقة تصحيح المقياس

يتم تصحيح استجابات المفحوصين على مقياس كوبر سميث وفقاً لطبيعة العبارات (موجبة أو سالبة)، وذلك على النحو الآتي:

- في العبارات الموجبة (التي تعكس تقديرًا ذاتيًا إيجابيًا)، تُمنح درجة (1) إذا كانت الإجابة "تنطبق"، ودرجة (0) إذا كانت الإجابة "لا تنطبق".
- في العبارات السالبة (التي تعكس تقديرًا ذاتيًا منخفضًا)، تُمنح درجة (1) إذا كانت الإجابة "لا تنطبق"، ودرجة (0) إذا كانت الإجابة "تنطبق".

تُحسب الدرجة الكلية للمقياس بجمع درجات المفحوص في جميع البنود، بحيث تعكس الدرجة الأعلى مستوى أعلى من تقدير الذات.

جدول (10) مستويات تقدير الذات

الرقم	مستوى	الفئة
1	درجة منخفضة	9-0
2	درجة متوسطة	16-10
3	درجة مرتفعة	25-17

جدول (11) يوضح مقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث (تقدير الذات)

المقاييس الفرعية	ارقام العبارات	المجموع
الذات العامة	1، 3، 4، 7، 10، 12، 13، 15، 12	
	24، 19، 18، 25،	
الذات الاجتماعية	5، 8، 14، 21	4
الذات العائلية	6، 9، 16، 11، 22، 20	6
(المنزل والوالدين)		
العمل (الرفاق والمحيط)	2، 17، 23	3

(خرياش، ه. قاسمي. 2023 504-490)

طريقة التطبيق: تم تطبيق مقياس بشكل فردي، مع كل افراد المشاركين في الدراسة، حيث تم اجراء مقابلات في اماكن مناسبة ضمن مؤسسات الاستشفائية التي يتابعون فيها حالتهم، استغرقت عملية الاجابة ما بين 30 الى 60 دقيقة، حسب كل حالة وظروفها وطريقة استعابها وفهمها لبنود مقياس.

الخصائص السيكمترية: للتحقق من مصداقية المقياس تم فحص الصدق الاتساق الداخلي والثبات بالفا كرونبارخ، اضافة الى تحليل معاملات الارتباط المصححة للبنود بغرض التأكد من مدى مساهمة كل بند في الاتساق باستخدام برنامج SPSS:

تحليل مصفوفة الارتباط بيرسن بين البنود والدرجة الكلية:

اظهرت نتائج معاملات الارتباط بين بنود المقياس والدرجة الكلية مؤشرات دالة على تجانس داخلي مقبول، فقد كشفت البيانات عن تفاوت في قوة الارتباط البنود.

برزت مجموعة ذات ارتباط قوي ($r \geq 0,50$ $p < 0,01$) بالدرجة الكلية، وهي:

Q3,Q5,Q6,Q12,Q13,Q16,Q23,Q25 حيث تراوحت معاملات ارتباطهم بين $r=0.544$ و $r=0.742$ يشير ذلك ان هذه البنود بتجانس مرتفع مع البنية العامة، ما يجعلها مكونات اساسية لا يستغنى عنها في التقدير العام للمقياس، بالمقابل توجد فئة من بنود اظهرت ارتباطا متوسطا $r < 0,50 \geq 0,30$ هذه البنود تسهم بدرجة معتدلة في تفسير التباين لتقدير الذات، على الرغم ان اسهامها ليس عاليا الا انها تعد قابلة من ناحية محتوى العام للمقياس

وبهذا تشير نتائج اجمالا ان المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الصدق البيئي والالاتساق الداخلي خاصة في ظل اداء القوي لعدد معتبر من بنود المحورية تتميز بارتباط قوي وبناءا على ذلك يمكن القول ان المقياس المدروس يظهر خصائص سيكمترية جيدة ومقبولة، مسموح استخدامه في دراسات مستقبلية.

جدول (12) معامل الثبات (الفا كرونبارخ):

آداة	الفا كرونبارخ
معامل الثبات	$0,69 = \alpha$

بلغ معامل الثبات الفا كرونبارخ لمقياس تقدير الذات $0,69 = \alpha$ وهو مقبول ويدل على ثبات كافٍ للاستخدام مقياس في هذا البحث.

خلاصة الفصل:

تضمن هذا الفصل اجراءات ميدانية للدراسة انطلاقا من الدراسة الاستطلاعية اولية وتحديد مجتمع الدراسة واختيار العينة الاساسية للدراسة، مع بيان توزيعها حسب الجنس والفئة العمرية، وصف المنهج المتبع هو الوصفي وتحديد اداة مستخدمة مع الاشارة الى خصائص السيكمترية كالصدق والثبات لضمان مصداقية نتائج اداة.

6- الفصل السادس: عرض نتائج ومناقشة

الفرضيات

الفصل السادس: عرض نتائج ومناقشة الفرضيات

توزيع العينة ومستويات تقدير الذات:

تحليل جدول توزيع العينة

تحليل جدول مستويات تقدير الذات

استنتاج عام

تحاليل جداول الوصفية والاحصائية

جدول عينتين مستقلتين T متوسط الحسابي لدى الراشدين مصابين بالصرع حسب الجنس

جدول ANOUVA لفروق درجات تقدير الذات للفئة العمرية

جدول بيانات وصفية للجنس والفئة العمرية مع الدرجات الوصفية :

قراءة منحنى توزيع الطبيعي GAUSS

جدول يمثل فروق دلالة احصائية باختبار Mann whitney U

مناقشة فرضيات

استنتاج عام

1-6 تحليل جدول توزيع العينة:

يوضح الجدولان (7) و (8) في توزيعا ديموغرافيا لعينة الدراسة تتكون، موزعين حسب الجنس والفئة العمرية (جداول في الصفحة سابقة)

1-1-6 توزيع حسب الجنس:

حسب جدول (7) يتبين ان النساء هم من يشكلن نسبة اكبر حيث بلغ عددهم 14 من اصل 24 اي مايعادل نسبة 58,3% مقابل 10 رجال بنسبة تقدر 41,7% من مجموع مشاركين وهذا مؤشر ان وجود تمثيل نساء اعلى من الرجال ضمن العينة، وهذا ما قد يكون له دلالة في تفسير النتائج المتعلقة ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية وابعاد اخرى

2-1-6 توزيع حسب الفئة العمرية: حسب جدول (8) يتبين ان العينة متكونة من 24 فردا تتراوح بين 20

الى 70 سنة، يلاحظ ان الفئتين "(20-30) و (30-40)" هم اكثر تمثيلا حيث عدد افرادهم متساو 7 من اصل 24 حيث تمثل الفئتين بنسبة تقدر 58,4% وهذه مؤشرات تدل ان العينة تقع ضمن الفئة الشابة والفئة المتوسطة واكثرها نساء. اما الفئات العمرية الاخرى توزعت فيما يلي :

الفئة 40-50 سنة تكونت من 5 افراد تقدر بنسبة 20,8% والفئة 40-50 سنة تكونت من 3 اشخاص بنسبة مئوية تمثل 12,5% حين سجلت الفئة 60-70 سنة اقل فئة من حيث عدد العينة وهي 2 بنسبة تمثل (8,3%)

لاحظنا من هذا التحليل ان كلما زاد توزيع فئة العمرية كلما زاد تراجع سواء عدد عينة وكذلك نسب مئوية، وعند دمج توزيعين لاحظنا ان النساء لهن حضور ملحوظ الفئات العمرية الشابة (ارجع الى جدولين 7، 8-ص 65، 66)

جدول (13) مستويات تقدير الذات لدى الراشدين مصابين بالصرع:

فئة (من.... الى)	عدد الافراد	النسبة المئوية	النسبة التراكمية
منخفض 9-0	4	%16,7	%16,7
متوسط 16-10	14	%58,3	%75,0
مرتفع 25-17	6	%25,0	%100
المجموع 25	24	%100	

2-6 تحليل جدول مستويات تقدير الذات:

يعرض الجدول (13) مستوى تقدير الذات على عينة مكونة من 24 راشدا مصابين بالصرع عبر ثلاث فئات دلالية، استنادا الى درجات متحصل عليها

1-2-6 الفئة 9-0 : تقدير الذاتمنخفض

تمثل هاته فئة اقلية في العينة، مايشير الى ان عدد محدود من العينة يعانون من تدني حاد في تقدير الذات وهي علامة على هشاشة نفسية شديدة وهي مرتبطة بشعور العجز والعزلة والوصمة مرتبطة بالصرع

2-2-6 الفئة 16-10: تقدير الذاتمتوسط

تمثل هاته فئة اقلية العينة بعدد 14 بنسبة قدرها %58,3 وهذا مؤشر يعكس على انتشار مستويات غير مرتفع تقدير الذات ولكن يظهر نوعا من الازدواجية في تقدير الذات فلا هو تقدير سلبي تماما ولا هو تقدير ايجابي كافٍ، وهذا دلالة للوجود تدبب في إدراك التقدير الذاتي والشعور بالجدارة.

وفي المنهج الوصفي، يعد هذا النمط دالا على تأثير متغيرات اجتماعية او بيئة تحيط بالفرد. مثل الضغوطات اليومية وصعوبات التكيف او احساس بعدم اندماج

كما ممكن يعد هذا توزيع دعما اوليا للفرضية مفادها ان مرض الصرع مرض مزمن يؤثر بدرجات متفاوتة نظرة الفرد لذاته ويسهم في ميل العينة نحو مستويات تقدير ذات غير مستقرة.

3-2-6 الفئة 25-17 : تقدير الذات عالٍ

تمثل هذه الفئة ربع العينة حيث تمثل بنسبة %25,0 رغم انها اقلية مقارنة بباقي فئات، انما يعكس امكانية احتفاظ بعض الراشدين المصابين بالصرع بصورة ايجابية عن ذاتهم

ويشير هذا تقدير مرتفع نسبيا ان هؤلاء لديهم عوامل نفسية واجتماعية فعالة تساعد على استمرارية ومواجهة تحديات بشكل اكثر اتزاناً.

4-2-6 استنتاج عام:

يعكس توزيع مستويات تقدير الذات في هذه العينة المكونة من الراشدين مصابين بالصرع صورة نفسية مركبة ومتفاوتة، فبينما تمثل فئة التقدير الذات منخفض نسبة محدودة، الا انها تشير على وجود حالات بحاجة الى دعم النفسي والاجتماعي ومراعاة ظروفها، نظرة الاحتمال ارتباطها بضعف ادراك وتفضل عزلة والانسحاب الاجتماعي رأت نفسها انها لم تنتمي الى ذلك بيئة.

اما الفئة الفئة 10-17 هي اكثر تركيزا من بين فئات واكثر تمثيلا وتبرر واقعا يتسم تدبب بتقدير الذات ومايدل ذلك لثأثير على عديد من عوامل، منها بيئة محيطة والمواجهة وتحديات التي يعيشها فرد مع المرض وهذا يعكس ان الصرع لا يلامس فقط الجانب العضوي، بل يلامس البناء الذاتي والانفعالي ويؤثر كيفية تقييمه لذاته.

في المقابل، توجد نسبة معينة ضمن مستوى مرتفع لتقدير الذات تقدر 25,0% يعد مؤشرا ايجابيا، يدل على امكانية التكيف الايجابي رغم المرض، وهذه فئة تمثل نموذجا يمكن بناء عليه لتطوير تدخلات دعم النفسي واجتماعي .

بناءا لتحليل ماسبق، ظهرت نتائج ان نسبة اكبر من العينة متمثلة 58,3% ضمن فئة تقدير الذات المتوسط مائل الى انخفاض دون ان يطغى الطابع سلبي الحاد على مجمل العينة، كما ممكن هذا تفاوت بين الفئات وجود فروق فردية معتبرة في ادراك. وهذا ما يؤكد ضرورة تناول تقدير الذات متغير متدرج وليس ثنائي.

جدول (14) متوسط تقدير الذات لدى راشدين المصابين بالصرع حسب الجنس :

الجنس	العدد	المتوسط	انحراف معياري
ذكر	10	13,90	3,21
انثى	14	11,50	5,59

3-6 تعليق لبيانات الجدول T:

يظهر هذا الجدول ان متوسط الذكور اعلى من متوسط الاناث بفارق 2,40 نقطة لصالح ذكور كما نلاحظ كذلك انحراف معياري عند اناث 5,59 مما يعني ان هناك تفاوتاً اكبر في درجات اناث مقارنة للذكور

1-3-6 تحليل لبيانات الجدول T:

اظهرت نتائج الاحصائية ان متوسط عند الذكور 13,90 اعلى مقابل 11,50 لدى اناث وهذا مؤشر على وجود فرق عددي بسيط بين ذكور والاناث ب 2,40 نقطة لصالح ذكور، الا ان اختبار T لعينتين مستقلتين كشف ان هذا فرق غير دال احصائياً الا ان ($P= 0,236$) مما يعني ان الفارق في المتوسطات ناتج عن التباين الداخلي في العينة، وليس عن تأثير فعلي للجنس.

من الناحية الوصفية، يمكننا القول ان تقدير الذات لدى الراشدين مصابين بالصرع لا يبدو متأثراً بالجنس بشكل واضح، الا انه يتمشى مع الدراسات اشارت ان فروق هذا المتغير قد تنقلص في ظل ظروف مرضية مزمنة بغض النظر على جنسه. مع ملاحظة ان انحراف المعياري الاكبر عند الاناث مقابل الذكور، فهذا مؤشر على تباين اكبر داخل هذه الفئة.

جدول (15) تبايني احادي (ANOVA) لفروق درجات تقدير الذات حسب الفئات العمرية:

المصدر	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مربع	قيمة F	الدالة الاحصائية
بين مجموعات	208,268	4	52,065	3,056	0,042
داخل مجموعات	323,738	19	17,039		
مجموع الكلي	532,000	23			

4-6 تحليل الفروق تقدير الذات حسب اختبار ANOVA :

تشير نتائج اختبار ANOVA إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات بين الفئات العمرية المختلفة، حيث كانت قيمة $F = 3,056$ ودلالة إحصائية $p = ,042$ وهي أقل من مستوى الدلالة المعتاد (0.05)

وهذا يعني أن العمر يؤثر بشكل دال إحصائياً على تقدير الذات في هذه العينة.

1-4-6 تحليل احصائي :

هاته نتائج أن الفئات العمرية لا تتساوى في مستوى تقدير الذات، مما يدعم فرضية وجود تأثير للتغيرات العمرية والنفسية والاجتماعية على إدراك الفرد لذاته. يمكن تفسير هذا التفاوت بالعوامل المرتبطة بمراحل الحياة المختلفة، مثل التحديات المهنية، الشعور بالأمان والاستقرار ، أو القدرة على التكيف مع الصرع عبر الزمن.

الجدول (16) الاحصاءات الوصفية الفئة العمرية للعينة:

القيمة	الإحصاء
24	عدد القيم الصالحة
0	القيم المفقودة
2,4167	المتوسط (Moyenne)
2,0000	الوسيط (Médiane)
1,00 (متعدد)	المنوال (Mode)
1,28255	الانحراف المعياري
1,645	التباين (Variance)
4,00	المدة (Plage)

5-6 تحليل الإحصائي الوصفي للفئات العمرية (agec):

أظهر التوزيع الإحصائي أن عدد الأفراد الموزعين على فئات العمر (N = 24) كان كاملاً بدون بيانات مفقودة. وكانت أبرز المؤشرات كما يلي:

المتوسط الحسابي بلغ 2,42 : وهو دلالة إلى أن التوزيع يميل نسبياً نحو الفئات العمرية المتوسطة.

الوسيط = 2,00، وهو ما يعكس أن 50% من الأفراد يقعون ضمن احد الفئات العمرية وهي (30-40)

المنوال = 1,00، مع ملاحظة وجود أكثر من منوال، حيث يشير ذلك إلى تكرار مماثل في فئات عمرية مختلفة، ما قد يعني وجود تجمع في أكثر من فئة.

الانحراف المعياري = 1,28 والتباين = 1,645، مما يشير إلى تشتت معتدل في بيانات الأعمار بين أفراد العينة.

المدى = 4، وهو الفرق بين أعلى وأدنى فئة عمرية مشاركة.

1-5-6 تحليل:

تشير المعطيات الإحصائية أن توزيع أفراد يتسم بتنوع ملحوظ لكن تركزه يميل اتجاه فئات أصغر سناً. هذا الاتجاه دلالة ظهور من خلال موقع المتوسط والوسيط في الفئة العمرية الدنيا الصغرى مع جانب تكرار مرتفع نحو الفئة الأولى، وهذا دلالة على هيمنة نسبية للشباب ضمن العينة، كما أن وجود تشتت متوسط في القيم مؤشر إلى تفاوت في أعمار العينة.

2-5-6 استنتاج:

ظهور بنية العينة من حيث الفئات العمرية، تمثل جيد للفئات الأصغر مع حضور نسبي للفئات الأخرى، مما يسمح مناقشة نتائج الدراسة في ضوء هذه الفروق العمرية معتدلة ذات دلالة.

جدول(17) بيانات الاحصائية لمتغيرات "الجنس" و "الفئة العمرية" مع "الدرجة الكلية"

الاحصاء	الجنس	الفئة العمرية	الدرجة الكلية
عدد الحالات	24	24	24
المتوسط الحسابي	1,58	241	14,29
الوسيط	2,00	2,00	14,00
المنوال	2,00	1,00	14,00
الانحراف المعياري	0,361	1,28	4,14
التباين	0,254	1,64	17,17
الالتواء	-0,361	0,606	0,294
خطأ معياري للالتواء	0,472	0,472	0,472
التفرطح	-2,048	-0,578	0,042
خطأ معياري للتفرطح	0,918	0,918	0,918
المدى	1,00	4,00	17,00
ادنى قيمة	1,00	1,00	7,00
اقصى قيمة	2,00	5,00	24,00
المجموع	38,00	58,00	343,00

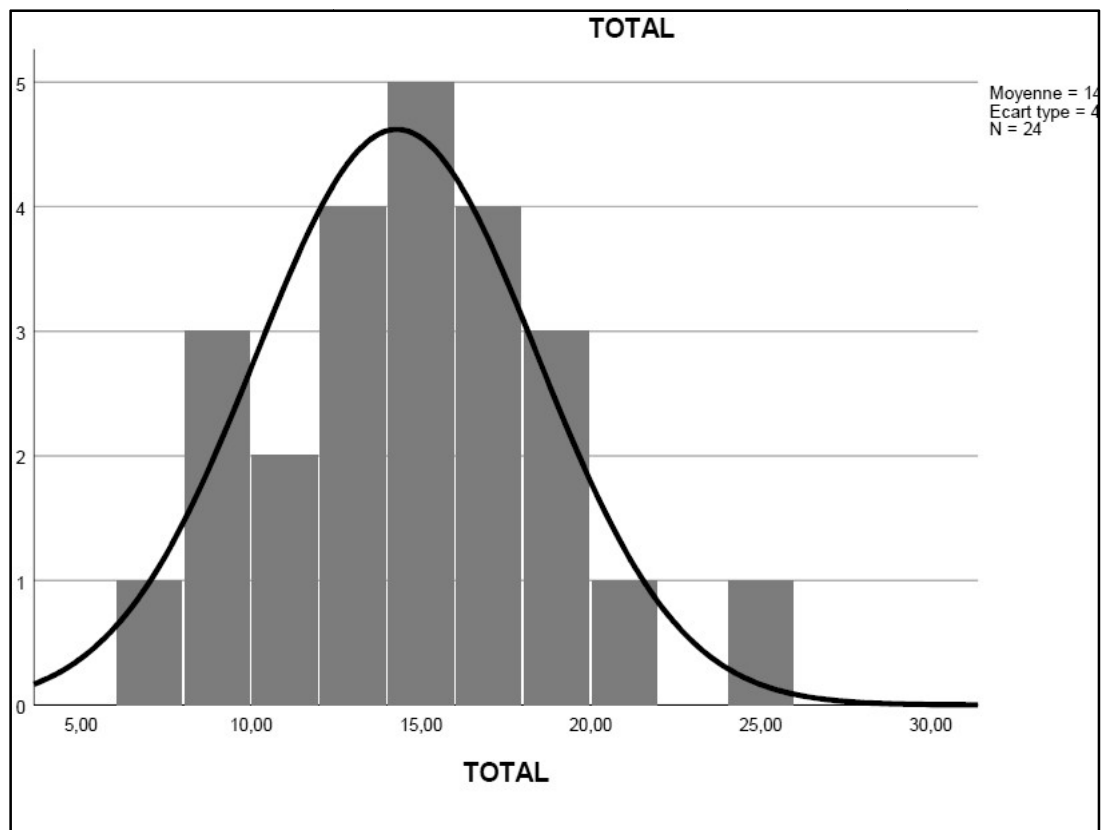
1-6-6 تحليل جدول بيانات احصائية لمتغيري

"الجنس" و "الفئة العمرية" مع "الدرجة الكلية"

بالنسبة لمتغير الجنس، كان متوسط الحسابي = 1,58 و الوسيط والمنوال = 2 وهذا لا يدل مباشرة على ان اغلبيية في الدرجة الكلية، بل على ان اغلبيية اناث اذا كان ذكور = 1 واناث = 2 وبالنسبة للفئة العمرية كان متوسطها الحسابي = 2,41 و الوسيط = 2 والمنوال = 1 اي (20 - 30) يعني ان الفئة اكثر تكرارا هي الفئة الاولى وانحراف معياري كان يشير بشئت منخفض جدا بالنسبة للجنس وتشئت متوسط وهو مايعكس تنوع في العمر بالنسبة للالتواء وتفرطح في متغير الجنس والفئة العمرية، في الجنس كان التواء طفيف = -0,361 يدل على ميل طفيف في التوزيع نحو الفئة الاولى وتفلطح كان سلبي بشكل كبير اي يشير الى توزيع مفلطح قليلا عن الطبيعي، اي ان القيم اكثر تركزا في اطراف في اطراف واقل تركزا في الوسط بقلة اما فئة عمرية كان التواءها موجب وهذا يعني ان توزيعها يميل قليلا الى الفئات العمرية

الاصغر. والتفرطح كان يميل الى تفلطح قليل بما فئة اكثر شيوعا كانت في اوسط ،بالنسبة للدرجة الكلية ،كان نصف عينة تقع درجاتهم تحت او عند 14 وكانت اكثر درجة تكرارا بين العينات والتشتت يعتبر معتدلا بناءا على انحراف المعياري ويدل كذلك على تفاوت بين افراد وكانت تتوزع درجات العينة من 7 الى 24 وهذا يشير الى اتساع واضح ،وتوزيع في درجات كان مائل لليمين بدرجة طفيفة.

الشكل (8) الرسم البياني يمثل توزيع تكرارات حسب الدرجة الكلية ومرفق بمنحنى "gauss"



7-6 قراءة المنحنى:

يمثل الرسم البياني توزيع تكرارات باستخدام اعمدة (histogram)، مرفق بمنحنى (gauss) مما يساعد على تقييم مدى اقتراب التوزيع الفعلي من التوزيع النظري

عدد مشاركين من كل فئة (الاعمدة الرمادية)

منحنى توزيع (الخط الاسود)

1-7-6 المعطيات الاحصائية: عدد الافراد (N): 24، المتوسط الحسابي: 14، الانحراف المعياري: 4

2-7-6 خصائص التوزيع بالاعمدة :

معظم القيم تتمركز بين 10 و 18 وتقع ضمن ± 1 écartetype بالتقريب حول المتوسط (4 ± 14) تظهر اعمدة تناقص توزيع تدريجيا من الوسط نحو الاطراف ،مع وجود قيم قليلة جدا عند الاطراف مثل 7 و 24

3-7-6 تفسير متوسط الحسابي:

المتوسط 14: يمثل نقطة تمرکز في البيانات وهي القيمة التي تتمحور على اغلبية تكرارات الانحراف المعياري 4 : دلالة على التشتت معتدل ،اي ان درجات افراد لا تتمركز جدا وليست مشتتة للغاية

حوالي 68% من القيم تقع بين 10 و 18

■ وهذا دلالة ان افراد العينة اغلبهم يتوزعون بطريقة متناسقة جدا

4-7-6 قراءة منحنى الاسود (courbe de gauss) :

■ **يتمثل منحنى شكل جرس مثنائيل،** تقريبا حول القيمة 14 وهذا يمثل دلالة ان توزيع قريب من الطبيعي

■ **تقع اعلى نقطة في المنحنى عند قيمة 14** وهذا مؤشر دلالة ان هذه قيمة تمثل ذروة في التكرار

■ **ميل الى اليمين ا والى اليسار طفيف جدا** وهذا يؤشر الى غياب انحرافات قوية او شواذ واضحة

5-7-6 خلاصة التفسير:

ان هذا توزيع دلالة على اتساق جيد مع الخصائص منحنى الطبيعي ،حيث تتوزع الدرجات حول المتوسط بقيمة 14 بانحراف معياري معتدل وهو 4 ولا وجود تشتت مفرط او قيم شادة كثيرة.ان هذا توزيع اقتراب من الشكل "gauss" فهذا يعزز من موثوقية نتائج الوصفية.

جدول (18) فروق دلالة احصائية باختبار Mann–Whitney U:

الاحصاء	القيمة
Mann–Whitney U	54.500
W.de wilcoxon ناتج مجموع الرتب	159.500
Z القيمة معيارية للاختبار	-0.910
Sig asymptotique القيمة دلالة احصائية	0.363
Sig exacte نفس قيمة محسوبة	0.371

نتائج:

اظهرت نتائج اختبار Mann–Whitney أن الفروق في الدرجة الكلية لتقدير الذات بين الذكور والإناث غير دالة إحصائيًا. ($\text{Sig.} = 0.363 > 0.05$) وهذا مؤشر أن مستويات تقدير الذات لدى أفراد العينة لا تختلف باختلاف الجنس، مما يعكس توازنًا نسبيًا في إدراك الذات بين الذكور والإناث ضمن العينة المدروسة، ويُعزز الفرضية الصفرية التي تنفي وجود فروق جوهرية تعزى لهذا المتغير.

8-6 مناقشة فرضيات:

1-8-6 الفرضية الاولى : تنص "... مستويات تقدير لدى راشدين مصابين بالصرع منخفضة" "مستويات تقدير لدى راشدين مصابين بالصرع منخفضة " بمأن الجدول (15) يعرض مستويات تقدير الذات وكانت نتائجه كالتالي:

- **الفئة 9-0 : تقدير الذات منخفض** تمثل هاته فئة اقلية في العينة، ما يشير الى ان عدد محدود من العينة يعانون من تدني حاد في تقدير الذات وهي علامة على هشاشة نفسية شديدة وهي مرتبطة بشعور العجز والعزلة والوصمة مرتبطة بالصرع
- **الفئة 10-16: تقدير الذات متوسط** تمثل اغلبية العينة بعدد 14 بنسبة قدرها 58,3% وهذا مؤشر يعكس على انتشار مستويات غير مرتفع تقدير الذات ولكن يظهر نوعا من الازدواجية في تقدير الذات فلا هو تقدير سلبي تماما ولا هو تقدير ايجابي كافٍ، وهذا دلالة للوجود تدبب في ادراك التقدير الذاتي والشعور بالجدارية. وفي المنهج الوصفي، يعد هذا النمط دالا على تأثير متغيرات اجتماعية او بيئة تحيط بالفرد. مثل الضغوطات اليومية وصعوبات التكيف او احساس بعدم اندماجكم ممكن يعد هذا توزيع دعما اوليا للفرضية مفادها ان مرض الصرع مرض مزمن يؤثر بدرجات متفاوتة نظرة الفرد لذاته ويسهم في ميل العينة نحو مستويات تقدير ذات غير مستقرة.
- **الفئة 17-25 : تقدير الذات عالي** تمثل ربع العينة حيث تمثل بنسبة 25,0% رغم انها اقلية مقارنة بباقي فئات ،انما يعكس امكانية احتفاظ بعض الراشدين المصابين بالصرع بصورة ايجابية عن ذاتهم

ويشير هذا تقدير مرتفع نسبيا ان هؤلاء لديهم عوامل نفسية واجتماعية فعالة تساعد على استمرارية ومواجهة تحديات بشكل اكثر اتزاناً.

تُشير هذه المعطيات إلى أن افراد العينة اغلبهم لا يتمتعون بتقدير ذات مرتفع، ولا يعانون من تدن تقدير الذات حيث تمثل الفئة المتوسطة المثلثة "10-16" النسبة الأكبر (58,3%). هذا التوزيع يدعم مبدئيًا الفرضية القائلة بأن الراشدين المصابين بالصرع يُعانون من انخفاض في مستويات تقدير الذات، على الرغم من أن نسبة الفئة المنخفضة ليست الأغلبية، إلا أن التقدير المرتفع يظل محدودًا أيضًا.

وقد أكدت الدراسات السابقة هذه النتائج؛ حيث أشار Baker et al. (1997,p.366) إلى أن الصرع يؤثر بشكل سلبي على تقدير الذات لدى الراشدين، بسبب التجارب المتكررة للوصمة والاعتماد على الغير. كما ذكر (1994) Jacoby أن تدني تقدير الذات يرتبط بشعور الفرد بعدم التقبل من الآخرين وبعزلته الاجتماعية.

بناءً على ماسبق من تحليل جدول واستعان بدراستي السابقة، إن النتائج تدعم الفرضية الأولى لاثقق ، إذ تُظهر أن غالبية العينة يتمركزون في مستويات متوسطة من تقدير الذات، مع قلة منهم يتمتعون بتقدير ذات مرتفع.

وهذا يعزز التوجه القائل بأن الصرع لا يحدث بالضرورة انهياراً في تقدير الذات، لكنه يؤدي إلى تذبذبه واضطرابه نتيجة عوامل داخلية (شعور بالنقص أو فقدان السيطرة) وخارجية (الوصمة، غياب الدعم، محدودية الاندماج)

2-8-6 الفرضية الثانية : "... توجد فروق دلالة احصائية لتقدير الذات تبعاً لمتغير الجنس

"....."

بعد تعليق وتحليل جداول الاتية وصفية والاحصائية كانت نتائج كما يلي :

تعليق لبيانات الجدول T:

يظهر هذا الجدول ان متوسط الذكور اعلى من متوسط الاناث بفارق 2,40 نقطة لصالح ذكور كما نلاحظ كذلك انحراف معياري عند اناث 5,59 مما يعني ان هناك تفاوتاً اكبر في درجات اناث مقارنة للذكور

اظهرت نتائج الاحصائية ان متوسط عند الذكور 13,90 اعلى مقابل 11,50 لدى اناث وهذا مؤشر على وجود فرق عددي بسيط بين ذكور والاناث ب 2,40 نقطة لصالح ذكور، الا ان اختبار T لعينتين مستقلتين كشف ان هذا فرق غير دال احصائياً الا ان ($P=0,236$) مما يعني ان الفارق في المتوسطات ناتج عن التباين الداخلي في العينة، وليس عن تأثير فعلي للجنس. من الناحية الوصفية، يمكننا القول ان تقدير الذات لدى الراشدين مصابين بالصرع لا يبدو متأثراً بالجنس بشكل واضح، الا انه يتماشى مع الدراسات اشارت ان فروق هذا المتغير قد تنقلص في ظل ظروف مرضية مزمنة بغض النظر على جنسه. مع ملاحظة ان انحراف المعياري الاكبر عند الاناث مقابل الذكور، فهذا مؤشر على تباين اكبر داخل هذه الفئة. بعد اطلاع على جدول الوصفي لمتغيرات "الجنس" و "الفئة العمرية" مع "الدرجة الكلية" اسفرت نتائج كالتالي لمتغير الجنس، كان متوسطه الحسابي =1,58 و الوسيط والمنوال =2 وهذا لا يدل مباشرة على ان اقلية في الدرجة الكلية، بل على ان اقلية اناث اذا كان ذكور =1 واناث =2 وبالنسبة للفئة العمرية كان متوسطها الحسابي =2,41 و الوسيط =2 والمنوال =1 اي (20-30) يعني ان الفئة اكثر تكراراً هي الفئة الاولى وانحراف معياري كان يشير بشئ من انخفاض جداً بالنسبة للجنس وتشئت متوسط بعد اطلاع على جدول فروق دلالة احصائية باختبار Mann-Whitney U لتحديد فروق دلالة احصائية في درجات الكلية لتقدير الذات بين جنس ذكر وانثى اسفرت نتائج كالتالي أن الفروق في الدرجة الكلية لتقدير الذات

بين الذكور والإناث غير دالة إحصائيًا. ($\text{Sig.} = 0.363 > 0.05$) وهذا مؤشر أن مستويات تقدير الذات لدى أفراد العينة لا تختلف باختلاف الجنس، مما يعكس توازنًا نسبيًا في إدراك الذات بين الذكور والإناث ضمن العينة المدروسة، ويُعزز الفرضية الصفرية التي تنفي وجود فروق جوهرية تعزى لهذا المتغير. وهذا ما أشار إليه (jacoby,1994) في دراسته نوعية الحياة وتقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالصرع قائلاً أن لا يوجد فروق كبيرة مرتبطة بين الجنس وتقدير الذات.

(jacoby,1994 p : 269-274)

بناءً على ماسبق من تحليل جداول المتعلقة بمتغير الجنس و تقدير الذات ومع دراسة jacoby، نستنتج أن لا وجود فروق دالة احصائيا بين الجنس وتقدير الذات. وان فرضية صفرية.

استنتاج عام :

اسفرت نتائج هاته الدراسة حول تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالصرع على مؤشرات هامة ،حيث تنعكس عليها تفاعلات معقدة بين خصائص نفسية واجتماعية لمصابين بالصرع ،كما اظهرت نتائج ان مستويات تقدير الذات عند هذه العينة متفاوتة بين درجات منخفضة ومتوسطة ومرتفعة ،مع ميل اكثر الى مستوى متوسط غالبيتهم كان من جنس مرآة من فئة 10-16 بنسبة عادلة ،من جهة اخرى بينت نتائج الاحصائية ،عدم وجود دلالة احصائية في درجات تقدير الذات بين الجنس ذكر وانثى ،ومع اشارة الى دراسة اجنبية اعدھا "jacyby" وهو ما اعدھا اكثر دقة وموثوقية.

وبناء على ماسبق تؤكد نتائج دراسة اهمية النظر للصرع ليس فقط كمرض عضوي بل كحالة نفسية واجتماعية، قياس ابعاد مختلفة حتى لو كانت من نفس متغير هو تقدير الذات لان اداة واحدة لا تكفي لقياس كل ظواهر كما تسلط ضوء على ضرورة تطوير تدخلات داعمة وممكن اتساع وتمعن في العينة في عدد او سن او غيرها ،خاصة ان عينة هاته دراسة حجمها او عددها صغير ومحدود كونها استكشافية هذا على جودة البحث.

خاتمة الدراسة

خاتمة:

تسعى هاته دراسة الى فهم تقدير الذات لدى الراشدين مصابين بالصرع واستكشاف اذ كانت هناك توجد فروق دالة احصائية تعزي لمتغير الجنس من خلال معالجة الاحصائية لبيانات الاحصائية من العينة المدروسة، كما تبين ان تقدير الذات لايتأثر بشكل دال احصائيا مما يدعم القول ان الصرع يؤثر على تقدير بطريقة الجندرية، مما تعكس تفاعل اعمق مع العوامل النفسية والاجتماعية مرتبطة بتجاربه يومية مع المرض.

وقد اشارت نتائج دراسة ان تقدير الذات لدى افراد العينة يتوزع بين مستويات مختلفة مع ابراز مستوى معين ونسبة ضمن مستوى متوسط مايدل على وجود وعي ذاتي متوازن نسبيا لدى مصابين بالصرع رغم تحدياتهم صحية والاجتماعية التي يواجهونها يوميا، كما كانت اكدت نتائج اهمية توجيه الى دعم نفسي واجتماعي التي يحتاجه اشخاص مصابين بالصرع.

وان هذه الدراسة، وان كانت محدودة من حيث حجم العينة والسياق الجغرافي تفتح افقا مهما مستقبليا خصوصا فيما يخص تأثير متغيرات ليس شرط وحتى تقدير الذات له ابعاد كبيرة ممكن تقيس نفس مجتمع الدراسة "الصرع" مثلا مدة الاصابة الدعم النفسي والاجتماعي وكثير من عوامل يحتمل ان تسهم بشكل جوهري في تشكيل تقدير الذات عند الراشد المصاب بالصرع، وعليه يوصي بمزيد الابحاث التكميلية التي تتناول هذه الابعاد بمناهج متنوعة قصد تعميق فهم وبناء تدخلات نفسية واجتماعية فعالة.

توصيات ومقترحات:

في ضوء نتائج هاته الدراسة، سنقدم توصيات ومقترحات قوية تزيد بجودة ابحاث على نفس موضوع الصرع:

- تطوير برامج نفسية داعمة تستهدف الراشدين مصابين بالصرع خاصة مرحلتين بين عشرين واربعين سنة
- تشجيع دراسات مستقبلية على توسيع البحث لتشمل مناطق وفئات اجتماعية بما يتيح تعميم النتائج مما يسهل على الباحث كشف عن فروق محتملة وفق متغيرات جديدة.
- تنوع في المناهج مثل مقابلات معمقة او دراسات الحالة للاستكشاف تجارب الذاتية للمصابين بالصرع للمصابين بالصرع وفهم مكونات تقدير الذات لديهم في سياقهم الخاص

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1. إبراهيم، م. (2018). (العوامل الوراثية والإصابات الدماغية في مرضى الصرع. المجلة العربية للطب العصبي، 12(3)، 45-60.
2. ابن منظور، محمد بن مكرم. لسان العرب. دار صادر، 1995.
3. أبو دميك، سليمان عودة سليمان. (2018). (تقدير الذات وعلاقته بالتكيف النفسي. ص 126.
4. أبو شعيشع السيد 2005، الاسس البيوكيميائية للأمراض النفسية، مكتبة النهضة المصرية.
5. أحلام، حمزة؛ فاطمة، حمزة. (2018). (نظرية الذات عند روجرز وتطبيقاتها في الإرشاد. ص 107.
6. أريج محمد سليم. (2023). (دراسة حول تقدير الذات المنخفض وصفاته. غير منشور.
7. الأمين، ف. أ. (2015). الصحة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى الصرع بولاية الخرطوم. جامعة النيلين. استرجع من
8. براندون، ناتانييل. (1994). The Illusion of Self-Esteem. (ص 49-50.
9. براندون، ناتانييل. (2001). The Nature and Source of Self-Esteem. (ص 109.
10. البسيوني، ف. (2017). (الصرع: التشخيص والعلاج. القاهرة: دار الكتب.
11. بطوش، مصلح عبد الله. (2020). (الدراسات التربوية والنفسية المعاصرة. ص 1147.
12. بلخير، م.، وغازلي، ن. (2023). جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالصرع: دراسة تحليلية نقدية لبعض الدراسات السابقة. مجلة العمل التربوي والاجتماعي، جامعة تيزي وزو
13. بن علي، مريم. (2013). (تقدير الذات وعلاقته بتقدير الآخرين ومفهوم الذات. ص 15-28.
14. بوالعلا، أ. (2019). (الصحة النفسية وتأثيرها على مرضى الصرع. دار الثقافة.
15. الجبالي، ح. (2020). (تأثير الوصمة الاجتماعية على تقدير الذات لدى مرضى الصرع. ص 47.
16. جبران، ر. (2015). (أمراض الجهاز العصبي العصبية وأثرها على الرفاه النفسي. دار الفكر العربي.
17. حسن مصطفى عبد المعطى، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأسباب-التشخيص-العلاج)، دار القاهرة: كلية التربية/جامعة الزقازيق 2003
18. الحمادي، س. (2020). (الصرع والرعاية الصحية الشاملة. مجلة الطب العصبي، 25(1)، 102-113.
19. حمزاوي، رفيدة، جلول، مروة 2023 جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات لدى الطالب الجامعي جامعة ابن خلدون تيارت

20. حملاوي أسماء (2013)، التوافق النفسي لدى الراشد المصاب بداء السكري (دراسة ميدانية بمستشفى اولاد الجلال) مذكرة تخرج شهادة ماستر علم النفس العيادي "جامعة محمد خيضر" بسكرة
21. الخوخة، عادل. (2018). (نظريات في تقدير الذات .ص138.
22. دواوي امينة (2021) ،الاكتئاب عند الراشد مصاب بالصرع (مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر علم النفس العيادي)جامعة اكلي محند اولحاج بولاية البويرة
23. ديب، فتيحة. (2014). (أسس تقدير الذات في علم النفس الإيجابي .ص19-20.
24. الزبيدي، ع. (2016). (الصرع واضطرابات النوم: دراسة مقارنة .المجلة العربية للصحة النفسية، 10(2)، 89-104.
25. الزهري، زهراء. (2023). (تقدير الذات بين المفهوم والخرافة .غير منشور.
26. سعيد عبدالعظيم 2006 ، أسباب الصرع دار الايمان الاسكندرية دار القمة الاسكندرية
27. سعيد، ه. (2019). (المراهقة والتحول النفسى .ص27.
28. سليم، س. (2019). (الشعور بالعجز والتبعية لدى مرضى الصرع وتأثيره على تقدير الذات . ص152.
29. سميث، كوبر. (1967). The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco: W. H. Freeman. ترجمة: عبد الرحمن عيسوي (1990). مقياس كوبر سميث لتقدير الذات .القاهرة: دار الفكر العربي. ص85.
30. الشربيني، لطفي عبد العزيز. (2001). مرض الصرع: الأسباب، المشكلة، العلاج .بيروت: دار النهضة العربية، ص 48 وما بعدها
31. شربيه، بشرى أيوب .علم نفس النمو: الرشد والشيخوخة .اكاديمية العربية الدولية /منشورات جامعة تشرين، 2018
32. شريف، ع. (2020)الآثار الجانبية للعلاج الدوائي وتقدير الذات .ص61.
33. الشناوي. (1997). (التقدير الذاتي والتحصيل الدراسي .ص17.
34. الشوربجي، حنان. (2004). (التوافق النفسي وتقدير الذات .ص96.
35. طالبي سهام، بشلاغم 2022، يحى تقدير الذات وعلاقته بتصوّر المشروع الدراسي والمهني لدى المتفوقين دراسيا (دراسة ميدانية على عينة من المتفوقين في شهادة التعليم المتوسط بولاية سيدي بلعباس
36. عادل، م. (2017)الأمراض المزمنة وتقدير الذات .ص70.
37. عباس، خ. (2020). (التغيرات النفسية في مرحلة الرشد .ص83.

38. عبد الرحمان محمد العيسوي 2008، سيكولوجية امراض الخطيرة |جامعة الإسكندرية /مصر
39. عكاشة أحمد. (2016). المرجع في الطب النفسي. الجزء الثاني. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
40. علا محمد سامر البغدادي (2016) انتشار التأثيرات العظمية السلبية للأدوية المضادة للصرع لدى المصابين بالصرع"
41. العلوي، مولاي إسماعيل. (2017). (تقدير الذات في ضوء الكفاءة الذاتية المدركة. ص84-85.
42. العماد، ح. (2020). (استراتيجيات نفسية لتحسين تقدير الذات. ص65.
43. عماد، ح. (2020). دراسات علم النفس التطبيقي..
44. العيسوي، عبد الرحمن. (1999). (علم النفس التربوي. ص130.
45. الغنام، فؤاد. (2017). (العزلة الاجتماعية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى الصرع. ص81.
46. فاموز، جان بيير؛ بيرتش، جان. (2017). (الأساس النظري لتقدير الذات. ص23.
47. القحطاني، ناصر. (2021). (الأثر النفسي للنوبات على تقدير الذات. ص148.
48. قدوري، الحاج. (2015). (العوامل المؤثرة في تقدير الذات. ص187.
49. كوهن، ج. (1989). Cohen's Self-EsteemScale: Manual and Interpretation. ترجمة عادل حسين (2005). القاهرة: دار القلم.
50. كوهين، ج. (2018). (العلاج السلوكي المعرفي وتقدير الذات. ص36.
51. لوصيف، إيمان. تقدير الذات لدى التلاميذ ذوي صعوبات تعلم كتابة، جامعة بسكرة محمد خيضر 2017
52. ماسلو، أبراهام. (1943)، نظرية هرم الاحتياجات الإنسانية. غير منشور.
53. مالهى، رانجيت سينج. (2005). (بناء الثقة بالنفس وتقدير الذات. ص2، ص30.
54. مجمع اللغة العربية بالقاهرة. المعجم الوسيط. الهيئة العامة لشئون الثقافة والإعلام، 2007.
55. محذب، رزيقة. (2014). (العلاج المعرفي لتقدير الذات. ص178.
56. المحسن، ع. (2019). (التقدير المهني وتقدير الذات لدى ذوي الإعاقات. ص97.
57. مرسي، نبيل. (2011). (الصرع: أسبابه، أنواعه، وطرق علاجه. القاهرة: دار الفكر العربي.
58. مزال، م. & تتركيت، أ. (2023). (سمات الشخصية وإستراتيجيات مواجهة الضغط لدى الراشد المصاب بالصرع. جامعة مولود معمري تيزي وزو.
59. مصطفى، ط. (2018). (الخوف من النوبات وتقدير الذات لدى مرضى الصرع. ص113.
60. منظمة الصحة العالمية. (2019). (الصرع: من ضروريات الصحة العمومية
61. منظمة الصحة العالمية. (2024، 7 فبراير). (الصرع

62. ناصر، ع. (2021). (النوبات الصرعية وتقدير الذات. ص148.
63. النووي، يحيى بن شرف. (1996). شرح صحيح مسلم. بيروت: دار إحياء التراث العربي.
64. هاجر بغالية مصطفى ميموني، 2016 ، رمزية العلاج التقليدي في المخيال الشعبي: مقارنة بين منطقة تيسمسيات ومنطقة مستغانم
65. هاجر بغالية، 2017 ، العلاج التقليدي لمرض الصرع والفصام انطلاقاً من المخيال الشعبي: مقارنة بين منطقة تيسمسيات ومنطقة مستغانم
66. يوسف، ف. (2021). تقدير الذات لدى كبار السن. ص124
- 67.American Psychological Association (APA). (2019). Publication Manual of the American Psychological Association (7th ed.)
- 68.apalia, D. E., & Martorell, G. (2015). Experience Human Development (13th ed.). McGraw-Hill Education.
- 69.Austin, J. K., Shafer, P. O., & Deering, J. B. (1997). Epilepsyfamiliarity
- 70., knowledge, and perceptions of stigma: Report from a survey of adolescents in the general population. Epilepsy&Behavior, 6(4),.
- 71.B.Dunand 2006-2007 CONSTRUCTION IDENTITAIRE Estime de soi & religiosité
- 72.Baker, G. A., & Jacoby, A. (2009). The social impact of epilepsy in the 21st century: A global perspective. Epilepsia, 50(8),
- 73.Baker, G. A., Brooks, J., Buck, D., & Jacoby, A. (2005). The stigma of epilepsy: A European perspective. Epilepsia, 41(1),.
- 74.Baker, G. A., Buck, D., & Jacoby, A. (2001). The impact of epilepsy and its treatment on quality of life. Journal of Neurology, Neurosurgery&Psychiatry, 70(2), 152-158.
- 75.Baker, G. A., Jacoby, A., Buck, D., Stalgis, C., & Monnet, D. (2005). Quality of life of people with epilepsy: A European study. Epilepsia,
- 76.Baker, G. A., Taylor, J., Aldenkamp, A. P., et al. (2005). A new definition of quality of life for people with epilepsy: Discussion document. Epilepsia, 46(1),

77. Berg, A. T., & Scheffer, I. E. (2011). New concepts in classification of the epilepsies: entering the 21st century. *Epilepsia*
78. Berk, L. E. (2014). *Development Through the Lifespan* (6th ed.). Pearson Education.
79. Collings, J. A. (1990). Psychosocial well-being and epilepsy: An empirical study. *Epilepsia*, 31(4), 418–426. doi:10.1111/j.1528-1157.1990.tb05497.x
80. DiIorio, C., Shafer, P. O., Letz, R., Henry, T., & Schomer, D. (2003). The association of stigma with self-esteem in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 4(3), 259–267.
81. Emmady, P. D., & Anilkumar, A. C. (2023). EEG Abnormal Waveforms. In StatPearls. StatPearls Publishing.
82. Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. W. W. Norton & Company.
83. Famose, J.-P., & Bertsch, J. (2017). *L'estime de soi : Une controverse éducative*. Presses Universitaires de France
84. Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., ... & Engel, J. (2014). Epileptic seizures and epilepsy: Definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 55(4), 475–482.
85. Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., et al. (2014). A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4),
86. Fisher, R. S., Cross, J. H., French, J. A., Higurashi, N., Hirsch, E., Jansen, F. E., Lagae, L., Moshé, S. L., Peltola, J., Roulet Perez, E., Scheffer, I. E., & Zuberi, S. M. (2017). Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4), 522–530.
87. Gauvin, L., & Marie, J. (2010). Self-esteem in adults with epilepsy: A longitudinal study. *Epilepsy & Behavior*, 19(3), 284–288. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.06.004>

88. Goldstein, S., & Mather, N. (1998). Handbook of neurodevelopmental and genetic disorders in children. New York: Guilford Press.
89. Guichard, J. (2022). Adulte (âge). In J. Guichard & M. Huteau (Eds.), Orientation et insertion professionnelle: 75 concepts clés (p. 21–29). Paris: Dunod
90. Jacoby, A. (2002). Stigma, epilepsy, and quality of life. *Epilepsy&Behavior*, 3(6),.
91. Jacoby, A., Snape, D., & Baker, G. A. (2004). Epilepsy and social identity: The stigma of a chronic neurological disorder. *The Lancet Neurology*, 3(3),
92. Jacoby, A., Snape, D., & Baker, G. A. (2005). Epilepsy and social identity: The stigma of a chronic neurological disorder. *The Lancet Neurology*, 4(3),
93. Jacoby, A., Snape, D., & Baker, G. A. (2005). Epilepsy and social identity: The stigma of a chronic neurological disorder. *The Lancet Neurology*, 4(3), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)70088-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70088-3)
94. Kwan, P., Arzimanoglou, A., Berg, A. T., Brodie, M. J., Hauser, W. A., Mathern, G., ... & French, J. (2011). Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*, 51(6),
95. Lee, S. A., Lee, B. I., & Kim, D. W. (2014). Moving the self-esteem of people with epilepsy by supportive group. *Journal of EpilepsyResearch*, 4(1), 7–10.
96. Levinson, D. J. (1978). *The Seasons of a Man's Life*. Ballantine Books.
97. Lin, S. K., Wang, Y. C., Lin, C. H., & Lin, C. K. (2022). Effects of self-management education and support on self-efficacy, self-esteem, and quality of life among patients with epilepsy. *Seizure:European Journal of Epilepsy*,.
98. Lipowski, Z. J. (1984). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 141

99. MacLeod, J. S., Austin, J. K., & Perkins, S. M. (2005). Stigma and self-esteem: The relationship between perceived stigma and self-esteem among adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 7(1),.
100. Marco Mula, Josemir W Sander, V. (2016). Psychosocial aspects of epilepsy: a wider approach. *Translational Medicine @ UniSa*,
101. McLachlan, R. S., et al. (2010).** "The impact of epilepsy on self-esteem: The role of social stigma."
102. McLaughlin, D., & Pachana, N. A. (2009). The impact of epilepsy on self-perception in adulthood. *Seizure*, 18(2),.
103. National Center for Biotechnology Information (NCBI). (n.d.). Epilepsy - Neurological, Psychiatric, and Developmental Disorders.
104. Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*,
105. Pauzé, R. (2017). Recension des écrits sur la transition vers l'âge adulte. Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke
106. Santrock, J. W. (2020). *Life-Span Development* (17th ed.). McGraw-Hill Education.
107. Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M. B., French, J., Guilhoto, L., ... & Zuberi, S. M. (2017). ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4)
108. Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., et al. (2017). ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission. *Epilepsia*, 58(4),
109. Shorvon, S. D. (2011). *The causes of epilepsy: Common and uncommon causes in adults and children*. Cambridge University Press.

110. Shorvon, S., Guerrini, R., Cook, M., & Lhatoo, S. (Eds.). (2012). Oxford textbook of epilepsy and epileptic seizures. Oxford University Press.
111. Suurmeijer, T. P. B. M., Reuvekamp, M. F., & Aldenkamp, A. P. (2001). Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 42(9),
112. Tellez-Zenteno, J. F., Patten, S. B., Jette, N., Williams, J., & Wiebe, S. (2007). Depression in epilepsy: A systematic review of prevalence, incidence, and risk factors. *Epilepsia*, 48(9),
113. Tellez-Zenteno, J. F., Patten, S. B., Jetté, N., Williams, J., & Wiebe, S. (2007). Psychiatric comorbidity in epilepsy: A population-based analysis. *Epilepsia*, 48(12),
114. World Health Organization (WHO). (2019). Epilepsy: A public health imperative. World Health Organization. Trimble, M. R., & Schmitz, B. (2002). The neuropsychiatry of epilepsy (2nd ed.). Cambridge University Press

قائمة الملاحق

الملحق 01: مقياس تقدير الذات

(كوير سميث)

فيما يلي مجموعة من العبارات (25) ضع العلامة (x) داخل مربع المناسب التي يبين مدى موافقتك على العبارات كما ترى نفسك، اجب على كل عبارة بصدق؛ ليس هناك صحيح او خطأ بل هناك تنطبق او لا تنطبق

الجنس:

السن:

الحالة:

رقم	العبارات	تنطبق	لا تنطبق	الدرجة
1	لا تضايقني الاشياء عادة			
2	اجد من الصعب التحدث امام مجموعة من الناس			
3	اود ان اغير اشياء من نفسي			
4	لا اجد صعوبة في اتخاذ قراراتي نفسي			
5	يسعد اخرون بوجودهم معي			
6	اتضايق بسرعة في المنزل			
7	احتاج وقتا طويلا كي اعتاد على الاشياء الجديدة			
8	انا محبوب بين اشخاص من نفس سني			
9	تراعي عائلتي مشاعري عادة			
10	استسلم بسهولة في اوقات الصعبة			
11	تتوقع عائلتي مني الكثير			
12	أجد من الصعب أن أظل كما أنا			
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي			
14	يتبع الناس افكاري عادة			
15	لا اقدر نفسي حق قدرها			
16	اود كثيرا لو اترك المنزل			
17	اشعر بالضيق من عملي غالبا			
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم اصدقائي			
19	اذا كان لدي شيء ا قوله فاني ا قوله عادة			
20	تفهمني عائلتي			
21	معظم الناس محبوبين اكثر مني			
22	اشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل الاشياء			
23	لا القى التشجيع عادة فيما اقوم به من الاعمال			
24	ارغب كثيرا ان اكون شخصا اخر			
25	لا يمكن للآخرين الاعتماد علي			

