

ISSN:2707-5788

EISSN:2708-5775

الآداب



لِلدِّرَاسَاتِ النَّفْسِيَّةِ وَالتَّرْبَوِيَّةِ

مجلة علمية فصلية محكمة تعنى بالدراسات النفسية والتربوية

تصدر عن كلية الآداب - جامعة ذمار

النموذج البنائي للعلاقات المتبادلة بين المهارات الحياتية والتخطيط الإستراتيجي
الشخصي والتدفق النفسي لدى طالبات الجامعة

جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي
في المجتمع اليمني

دور جامعة القصيم في توفير بيئة داعمة لمنحى التعليم الريادي وفق رؤية المملكة 2030

الدعم التنظيمي المدرس وعلاقته بسلوك الإيثار لدى معلمي المدارس الثانوية في مدينة
رهط بالنقب

الممارسات التدريسية في ضوء مبادئ نظريات التعليم والتعلم لدى معلمي العلوم
والحاسوب بمرحلة التعليم الأساسي في مديرية الظهار بمحافظة إب

تقييم وثيقة المعايير الأكاديمية الوطنية المرجعية (NARS) في الجامعات اليمنية
ومتطلبات تطبيقها

15

الآداب

للدراستات النفسفة والتربوفة



المجلة مفهرسة في المواقع الآتية:

موقع الجامعة



موقع المجلة



TOGETHER WE REACH THE GOAL



AskZad

الجمعية الدولية
للمجلات العلمية
الناشرة
باللغة العربية

دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

EduSearch
قاعدة المعلومات التربوية



شبكة المعلومات العربية التربوية
Arab Educational Information Network

معرفة
e-Marefa



INDEX COPERNICUS
INTERNATIONAL

Academic
Resource
Index
ResearchBib



ADVANCED SCIENCES INDEX

DRJI

EuroPub

Google
Scholar

doi



Crossref
CiteFactor
Academic Scientific Journals



الآداب للدراستات النفسية والتربوية

مجلة علمية فصلية محكمة - تعنى بالدراسات النفسية والتربوية - تصدر عن كلية الآداب

الإشراف العام:

أ.د. طالب طاهر النهاري

رئيس التحرير:

أ.د. عبدالكريم مصلح أحمد البحلة

نائب رئيس التحرير:

د. عصام واصل

مدير التحرير:

أ.م.د. فؤاد عبد الغني محمد الشميري

المحررون:

أ.م.د. أحمد علي المعمري (السعودية)	أ.م.د. راهيلا حسين ناصر عمير (اليمن)	أ.د. محمد إبراهيم الصانع (اليمن)
أ.د. أطفاف ياسين خضر الراوي (العراق)	أ.د. ربيع عبده أحمد رشوان (مصر)	أ.م.د. مها عبد المجيد العاني (سلطنة عمان)
أ.م.د. إنشراح أحمد إسماعيل (اليمن)	أ.م.د. عبده سعيد الصنعاني (اليمن)	أ.د. نبيل صالح سفيان (السعودية)
أ.د. حنان عبدالله أحمد رزق (السعودية)	أ.د. عبده فرحان الحميري (اليمن)	أ.م.د. لطف محمد حريش (اليمن)

التصحيح اللغوي:

القسم العربي	القسم الإنجليزي
أ.م.د. عبدالله علي العُبسي	أ.م.د. عبدالحميد عبدالواحد الشجاع



الهيئة العلمية والاستشارية:

أ.د. أحمد غالب الهبوب (اليمن)	أ.د. عبدالله محمد الصلاحي (اليمن)
أ.د. أحمد علي الأكوع (اليمن)	أ.د. علاء الدين سعد متولي (مصر)
أ.د. أحمد علي الأميري (اليمن)	أ.د. علي سعيد الطارق (اليمن)
أ.د. أحمد محمد بن رقعان (اليمن)	أ.د. محمد سعيد صباريني (الأردن)
Prof. Panajotis Cakirpaloglu (Czech Republic)	أ.د. محمد عبده خالد المخلافي (اليمن)
أ.د. بنعيسى زغبوش (قطر)	أ.د. محمود فتحي عكاشة (مصر)
أ.د. سلطان سعيد عبده المخلافي (السعودية)	أ.د. محمد يحيى حسين المعافا (اليمن)
أ.د. سندس عبد القادر عزيز الخالدي (العراق)	أ.د. نجاتة محمد صائم خليل (تركيا)
أ.د. شرف أحمد الشهاري (اليمن)	أ.د. نصر محمد الحجيلي (اليمن)
أ.د. صادق حسن غالب الشميري (اليمن)	أ.د. نعمان سعيد الأسود (اليمن)
أ.د. طارق ناشر مكرد (اليمن)	أ.د. وحيد محمد سليمان (اليمن)
أ.د. عادل عبدالغني العنسي (اليمن)	أ.د. وهيب عبدالله سعد (اليمن)
أ.د. عبد الكريم إسماعيل زبيبة (اليمن)	أ.د. يحيى محمد أبو جحجوح (فلسطين)
أ.د. عبدالواحد عبدالرحمن أحمد أحمد (اليمن)	أ.د. يحيى منصور بشر (اليمن)
أ.د. عبدالله عزام الجراح (الأردن)	

الإخراج الفني	المسؤول المالي
محمد محمد علي سبيع	علي أحمد البخاراني



الأداب

للدراستات النفسية والتربوية

مجلة علمية فصلية محكمة

تصدر عن كلية الآداب

جامعة ذمار، ذمار، الجمهورية
اليمنية.

العدد (15)

سبتمبر 2022م

ISSN: 2707-5788

EISSN: 2708-5775

الترقيم المحلي:

(2020 - 1630)

هذه الدورية هي إحدى دوريات الوصول الحر، تتاح محتوياتها جميعًا مجانًا بدون أي مقابل للمستفيد أو الجهة المنتمي إليها، ويسمح للمستفيد بالقراءة والتحميل والنسخ والتوزيع والطباعة والبحث ومشاركة النص الكامل للمقالات، واستعمالها لأي غرض آخر قانوني دون الحاجة إلى تصريح مسبق من الناشر أو المؤلف. بموجب ترخيص: Commons Attribution 4.0 International License.

قواعد النشر

تصدر مجلة "الأداب للدراسات النفسية والتربوية" المحكمة، عن كلية الآداب، جامعة ذمار، الجمهورية اليمنية، وتقبل نشر البحوث بالعربية والإنجليزية والفرنسية، وفقاً للقواعد الآتية:
أولاً: القواعد العامة لقبول البحث للتحكيم.

- أن تتسم الأبحاث بالأصالة والمنهجية العلمية السليمة.
- أن لا تكون البحوث قد سبق نشرها أو تقديمها للنشر إلى جهة أخرى، ويقدم الباحث إقراراً خطياً بذلك.
- تكتب البحوث بلغة سليمة بصيغة (Word)، وتراعى فيها قواعد الضبط ودقة الأشكال -إن وجدت- .
- تكتب البحوث بخط (Sakkal Majalla) وبحجم (15)، بالنسبة إلى الأبحاث باللغة العربية، وبخط (Sakkal Majalla) وبحجم (13) بالنسبة إلى الأبحاث باللغتين الإنجليزية والفرنسية، وتكون العناوين الرئيسة بخط غامق (**Bold**)، وبحجم (16). على أن تكون المسافة بين الأسطر (1,5 سم)، ومسافة الهوامش (2,5 سم) من كل جانب.
- لا يتجاوز البحث (7000) كلمة، ولا يقل عن (5000) كلمة، بما فيها الأشكال والجداول والملاحق، ويمكن تجاوز الزيادة حتى (9000) كلمة.
- على الباحث أن يتجنب الانتحال أو اقتباس عبارات الآخرين أو أفكارهم، دون الإشارة إلى المصادر الأصلية.

ثانياً: إجراءات التقديم للنشر

يلتزم الباحث بترتيب البحث وفق الخطوات الآتية:

- تحتوي الصفحة الأولى على العنوان بالعربية واسم الباحث ووصفه الوظيفي، والمؤسسة التي ينتمي إليها، وبريده الإلكتروني، ومن ثم الملخص بالعربية.
- تحتوي الصفحة الثانية على ترجمة إلى اللغة الإنجليزية لمحتويات الصفحة الأولى.
- يحتوي الملخصان بالعربية والإنجليزية على العناصر الآتية: (هدف البحث، المنهجية، الأدوات والنتائج)، على ألا يتعدى كل منهما 170 كلمة، ولا يقل عن 120 كلمة، في فقرة واحدة، ويرفق معهما كلمات مفتاحية بحيث تتراوح بين 4-5 كلمات باللغتين.

- المقدمة: يحتوي البحث على مقدمة يستعرض فيها الباحث: نبذة عن الموضوع، إشكالية البحث، أهداف البحث، أهميته، التعريفات المفاهيمية، محددات البحث، إجراءاته، أدواته، منهجه، الدراسات السابقة، الجديد الذي سيضيفه البحث في مجاله.
- العرض: يتم عرض البحث وفقاً للمعايير والأصول العلمية المتبعة. والمباحث والمطالب المشار إليها، وبشكل مترابط ومتسلسل.
- النتائج: يتم عرض النتائج بشكل واضح ومتسلسل ودقيق.
- الهوامش والمراجع
 - توثق الهوامش والمراجع في الأبحاث على وفق نظام APA الإصدار السابع.
 - ومن ثم يتم ترتيب المراجع ألفبائياً (هجائياً)، على أن لا يدخل في الترتيب (أل، وأبو، وابن)، فابن منظور مثلاً يرتب في حرف الميم.
 - يقوم الباحث برومنة المراجع بعد اعتمادها وتدقيقها بشكلها النهائي من قبل هيئة تحرير المجلة.
- ترسل الأبحاث بصيغتي Word و PDF باسم رئيس التحرير على البريد الإلكتروني للمجلة: [.info@jthamararts.edu.ye](mailto:info@jthamararts.edu.ye)
- يتولى رئيس التحرير إبلاغ الباحث باستلام بحثه، وإجازته للتحكيم أو التعديل عليه قبل إجازته للتحكيم.

ثالثاً: إجراءات التحكيم والنشر

- بعد إجازة البحث للتحكيم من قبل رئيس التحرير أو نائبه أو مدير التحرير تتم إحالته إلى المحكمين.
- تخضع الأبحاث المقدمة للنشر في المجلة لعملية مراجعة المحكمين المزدوجة المجهولة.
- يصدر قرار قبول البحث للنشر من عدمه بناء على التقارير المقدمة من المحكمين، وتكون مبنية على أساس قيمة البحث العلمية، ومدى استيفاء شروط النشر المعتمدة والسياسة المعلنة للمجلة. وعلى مبادئ الأمانة العلمية وأصالة البحث وجدته.
- يتولى رئيس التحرير إبلاغ الباحث بقرار المحكمين حول صلاحيته للنشر من عدمه، أو إجراء التعديلات الموصى بها.

- يلتزم الباحث بالتعديلات التي يوصي بها المحكّمون في البحث وفقاً للتقارير المرسلّة إليه، خلال مدة لا تتجاوز 15 يوماً.
- يعاد البحث إلى المحكّمين عندما تكون التوصيات جوهرية؛ لمعرفة مدى التزام الباحث بما طُلب منه. وتتولى رئاسة/إدارة التحرير متابعة التقييم عندما تكون التوصية بإجراء تعديلات طفيفة، ومن ثم يتم التحقّق النهائي، ويُمنح الباحث خطاب قبول بالنشر، متضمناً رقم العدد الذي سوف ينشر فيه وتاريخه.
- بعد التأكد من جاهزية المخطوطة بصورتها النهائية، يتمّ إرسالها إلى التدقيق اللغوي والمراجعة الفنية، ثم تحال إلى الإنتاج النهائي.
- يعاد البحث بصورته النهائية إلى الباحث قبل النشر للمراجعة النهائية وإبداء الملاحظات إن وجدت، وفق النموذج المعدّ لذلك.
- يتم نشر الأعداد إلكترونياً في موقع المجلة وفق الخطة الزمنية المحددة للنشر، ويُتاح تحميلها مجاناً ودون شروط فور نشرها.

رابعاً: أجور النشر

يدفع الباحثون الأجور المقررة على النحو الآتي:

- يدفع أعضاء هيئة التدريس في جامعة ذمار مبلغاً وقدره (15000) ريال يمني.
- في حين يدفع الباحثون من داخل اليمن (25000) ريال يمني.
- ويدفع الباحثون من خارج اليمن (150) دولاراً أمريكياً أو ما يعادلها.
- كما يدفع الباحثون أجور إرسال النسخ الورقية من العدد.
- في حال زيادة عدد كلمات البحث عن (9000) كلمة، يدفع الباحثون ألف ريال يمني عن كل صفحة زائدة.
- لا يعاد المبلغ إذا رُفض البحث من قبل المحكّمين.

للاطلاع على الأعداد السابقة يرجى زيارة موقع المجلة عبر الرابط الآتي:

<https://www.tu.edu.ye/journals/index.php/artsep>

عنوان المجلة: كلية الآداب - جامعة ذمار، هاتف (00967-509584).

العنوان البريدي: ص.ب (87246)، كلية الآداب - جامعة ذمار. ذمار، الجمهورية اليمنية.

المحتويات

- النموذج البنائي للعلاقات المتبادلة بين المهارات الحياتية والتخطيط الإستراتيجي الشخصي والتدفق النفسي لدى طالبات الجامعة
د. نيللي حسين كامل العمروسي.....9
- جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في المجتمع اليمني
د. أروى أحمد عبده العزي.....60
- دور جامعة القصيم في توفير بيئة داعمة لمنحى التعليم الريادي وفق رؤية المملكة 2030
د. تركي بن منور بن سمير المخلفي.....114
- الدعم التنظيمي المدرك وعلاقته بسلوك الإيثار لدى معلمي المدارس الثانوية في مدينة رهط بالنقب
د. كمال مخامرة.....156
- الممارسات التدريسية في ضوء مبادئ نظريات التعليم والتعلم لدى معلمي العلوم والحاسوب بمرحلة التعليم الأساسي في مديرية الظهار بمحافظة إب
د. نادية محمد علي العطاب د. سلوى يحيى محمد الحداد.....187
- تقييم وثيقة المعايير الأكاديمية الوطنية المرجعية (NARS) في الجامعات اليمنية ومتطلبات تطبيقها
د. نعمان أحمد علي فيروز، أ.د. أحمد غالب الهبوب، د. غالب حميد القانص.....223

جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في المجتمع اليمني

د. أروى أحمد عبده العزي*

dr.arwaahmed2010@gmail.com

تاريخ القبول: 2022/07/29م

تاريخ الاستلام: 2022/02/07م

الملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى مستوى جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في العاصمة صنعاء، في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. تكونت العينة من (170) مريضاً فصامياً، منهم (113) ذكراً، و(57) أنثى، وتم تقييم جودة حياة المرضى باستخدام مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOL-BREF)، وأظهرت العينة جودة حياة أعلى من المتوسط الفرضي في جودة الحياة الكلية ومجالاتها الجسدية والنفسية والاجتماعية، وأقل من المتوسط الفرضي فيما يتعلق بجودة الحياة البيئية، حيث حصل المجال الاجتماعي على المرتبة الأولى، يليه الجسدي، فالنفسية، والبيئية. وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الكلية والمجالات الفرعية تبعاً للجنس، وكذلك في جودة الحياة الكلية ومجالاتها (الجسدية والنفسية والبيئية) تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، وتوجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الاجتماعية لصالح المتزوجين. وتوجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الكلية ومجالاتها الفرعية تبعاً لمتغير التعليم، لصالح التعليم الجامعي. وتوجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الكلية ومجالاتها (النفسية والبيئية) تبعاً لمتغير الوظيفة، وذلك لصالح من لا يعملون، ولا توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة (الجسدية والاجتماعية).

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، الفصام، المرضى المقيمون، المتغيرات الديموغرافية، المجتمع

اليمني.

* أستاذ علم النفس الإكلينيكي المشارك - قسم علم النفس - كلية الآداب والعلوم الإنسانية - جامعة صنعاء - الجمهورية اليمنية.

للاقتباس: العزي، أروى أحمد عبده. (2022). جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في المجتمع اليمني، *الآداب للدراسات النفسية والتربوية*، (15)، 60-113.

© نُشر هذا البحث وفقاً لشروط الرخصة Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)، التي تسمح بنسخ البحث وتوزيعه ونقله بأي شكل من الأشكال، كما تسمح بتكييف البحث أو تحويله أو إضافته إليه لأي غرض كان، بما في ذلك الأغراض التجارية، شريطة نسبة العمل إلى صاحبه مع بيان أي تعديلات أجريت عليه.

Quality of Life among a Sample of Schizophrenia Patients Residing in Psychiatric Hospitals in the Yemeni Society

Dr. Arwa Ahmad Abdo Al-Izzy*

dr.arwaahmed2010@gmail.com

Received: 07.02.2022

Accepted: 29.07.2022

Abstract:

This study examined the quality of life level among schizophrenic patients residing in psychiatric hospitals in Sana'a, in view of some demographic variables. The sample consisted of (170) schizophrenic patients (113 males and 57 females). To achieve that, the WHOQOL-BREF was used. Results showed that quality of life was higher than the hypothetical mean of the overall quality of life, including its physical, psychological, and social domains, and less than the hypothetical mean regarding the environmental quality of life, where the domains of quality of life were ordered as follows: social, physical, psychological, and environmental. There were also no statistically significant differences in the overall quality of life and the sub-domains according to gender, and in the overall quality of life and its domains (physical, psychological and environmental) according to marital status. Furthermore, there were statistically significant differences in the quality of social life in favor of married patients and in the overall quality of life and its sub-domains according to education, in favor of university education. There were statistically significant differences in the overall quality of life and its domains (psychological and environmental) according to the job variable, in favor of those who do not work, but no statistically significant differences in the physical and social domains of quality life were reported.

Keywords: Quality of life, Schizophrenia, Resident patients, Demographic variables, Yemeni society.

* Associate Professor Clinical Psychologist, Department of Psychology, Faculty of Arts and Humanities, Sana'a University, Republic of Yemen.

Cite this article as: Al-Izzy, Arwa Ahmed Abdo. (2022). Quality of Life among a Sample of Schizophrenia Patients Residing in Psychiatric Hospitals in the Yemeni Society, *Arts for Psychological & Educational Studies*, (15). 60-113.

© This material is published under the license of Attribution 4.0 International (CC BY 4.0), which allows the user to copy and redistribute the material in any medium or format. It also allows adapting, transforming or adding to the material for any purpose, even commercially, as long as such modifications are highlighted and the material is credited to its author.

المقدمة:

تسعى المجتمعات بشكل جاد إلى الاهتمام بالصحة النفسية للأفراد التي تعد جزءًا لا يتجزأ من الصحة العامة، التي تتضمن رفاهية الفرد؛ لذلك كان الاهتمام بالإنسان ورعايته في جميع مراحل حياته، في صحته واضطرابه يعد مؤشرًا لتقدم المجتمعات، فأصبح الاستثمار في الإنسان هدفًا وغاية للالتحاق بالمجتمعات المتقدمة.

وبالرغم من المحاولات الجادة للنظم الصحية لتقديم الدعم النفسي والتعامل مع مشاكل الصحة النفسية فإنها لم تستجب بشكل كافٍ لعبء الاضطرابات النفسية، لذا ما زالت هناك فجوة كبيرة بين الحاجة إلى العلاج وتوفيره في جميع أنحاء العالم، ففي البلدان المرتفعة الدخل هناك نسبة ليست بالقليلة من المصابين بالاضطرابات النفسية تتراوح بين (35%) و(50%)، ولا يتلقون أي علاج لحالتهم، وتزداد النسبة في البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل إذ تصل إلى نحو (76%) إلى (85%). وما يزيد الوضع سوءًا هو تدني جودة الرعاية المقدمة لكثير من المصابين الذين يتلقون العلاج، فالمصابون بالاضطرابات النفسية بحاجة إلى دعم ورعاية اجتماعية أيضًا، ويحتاجون إلى مساعدة للوصول إلى الخدمات والبرامج التعليمية التي تلئم احتياجاتهم وتساعدهم على العيش والتفاعل في مجتمعاتهم (World Health Organization, 2013, p. 8)

ويمكن أن يكون الفصام أفسى الاضطرابات النفسية، فغالبًا ما يصيب الشباب في مرحلة حرجة من الحياة عندما تتكشف آفاق مستقبلهم، وهنا قد تتضاءل أحلامهم وآمالهم في المستقبل وقد تتلاشى جودة حياة الأسرة، ومع ذلك فإنه عندما يكون الناس قادرين على إيجاد الباب الصحيح الذي يفتح خيارات العلاج والدعم والأمل، يمكن علاج الفصام ويمكن استعادة جودة الحياة (Martin, 2009).

ولأن حياة المريض الفصامي تتميز بعدم الاستبصار بمرضه وصعوبات في التواصل الاجتماعي، فإن هذه الأعراض لا تؤثر على المريض فقط بل على أفراد أسرته والمجتمع المحيط، فهو يكون غير قادر على العمل أو تنفيذ أي مهمة توكل إليه، إضافة إلى ذلك، قد يتعرض المصابون بالاضطرابات النفسية إلى مخاطر مرتفعة لانتهك حقوق الإنسان والاحتجاز لمدة طويلة في

المصحات، مما يؤدي إلى عدم القدرة على الزواج والعمل والقيام بالعلاقات الاجتماعية، ويترتب على ذلك رفض المريض ليس فقط من المجتمع بل من الأقارب لخوفهم من عدم القدرة على الاعتناء به (Alshowkan et al, 2015). فأعراض الفصام تصيب كل أوجه حياة المريض كالطريقة التي يفكر، ويشعر، ويتصرف بها، ومن ثم فهذه الأعراض قد تؤثر على الاستقرار الوظيفي، والعيش باستقلالية، والاحتفاظ بعلاقات وثيقة مع الآخرين (شويخ، وآخرون، 2016).

ويشكل مرض الفصام -كمرض مزمن- إحدى المشكلات التي يعاني منها ومن عواقبها المرضى وأسرهم؛ لعدم التشخيص المبكر والحصول على العلاج المناسب والاستمرار في العلاج بالإضافة إلى الوصمة، والعلاقات الاجتماعية والأسرية والمهنية وما يتخللها من صعوبات يتعرض لها المريض، بحيث تؤثر على جودة حياته.

وقد أشار Berlim & Fleck (2003) إلى الخلاف بين الأطباء والمرضى حول شدة الأعراض ونجاح العلاج الطبي، في الوقت الذي يبني الأطباء تقييمهم لنتائج علاجهم على درجة تحسن الأعراض، أو على مدى توقف المرض، وفي المقابل يقيم المرضى نتيجة العلاج وفقا لما إذا كانوا يشعرون بمزيد من الراحة أو يمكنهم المشاركة مرة أخرى في الأنشطة اليومية بطريقة مرضية، وإحساسهم الشخصي بالرفاهية هو الإطار المرجعي الرئيس، لذلك أصبح التركيز على التقرير الذاتي للمريض يؤخذ بعين الاعتبار؛ لأن المرضى هم أفضل حكم على حالتهم الصحية والنفسية وعلى نتائج العلاج.

مشكلة الدراسة:

تتمثل إحدى القضايا الرئيسية للرعاية الصحية في مراعاة احتياجات المرضى وتفضيلاتهم وسياقهم، وغالبا ما تختلف آراء الأطباء عن تصورات المرضى، وقد يكون الدمج المنهجي لمقاييس جودة الحياة في الاستشارات مفيداً في الحصول على صورة أوضح لكيفية إدراك المرضى لجودة الحياة المرتبطة بالصحة ومساها، وحافزاً لتحسين الممارسة عند استخدامها كنتائج للمرضى في إجراءات تقييم الجودة (Jacobs, 2009)

فإغفال جوانب جودة الحياة في حياة مرضى الفصام يطيل مدة العلاج التي تنعكس بالفعل على حياة المريض ومشاركته الفاعلة في الحياة بعد تلقيه العلاج الدوائي لتخفيف الأعراض فقط، حيث أشار (2009) Martin إلى أن الأدبيات المتعلقة بجودة الحياة لمرضى الفصام قد ركزت بشكل كبير على القضايا السريرية والأحداث السلبية ولم تعكس مفهوم التعافي والوصول إلى جودة حياة جيدة.

إن جودة الحياة والصحة النفسية وجهان لعملة واحدة، فكلاهما يؤثر ويتأثر بالآخر، وللمتمتع بصحة وسعادة علينا التعرف على عناصر جودة الحياة، وأن نحدد أين نحن منها؛ ليصل الشخص إلى السعادة والنجاح وتحقيق علاقات اجتماعية ناجحة (إبراهيم، 2016، ص. 11)، ومن ثم يكون ارتباط جودة الحياة بالصحة النفسية الإيجابية بدلا من التركيز على وجود -أو عدم وجود- المرض والخلل النفسي.

وقد أشار (2001) Carr et al إلى أن طريقة التفكير حول الصحة والرعاية الصحية تتغير، والعاملان اللذان يقودان هذا التغيير هما إدراك أهمية العواقب الاجتماعية للمرض، والاعتراف بأن التدخلات الطبية تهدف إلى زيادة طول ونوعية البقاء على قيد الحياة، لهذا السبب فإن جودة وفعالية وكفاءة الرعاية الصحية غالبا ما يتم تقييمها بواسطة تأثيرها على جودة حياة المريض.

ولم ترق دراسة مفهوم جودة الحياة إلى مستوى الاهتمام اللائق إلا في بداية القرن الحالي مع ظهور علم النفس الإيجابي، وقد كان لعلم النفس السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان (أحمد، 2015، ص. 203).

وكان للاستعانة باتجاه علم النفس الإيجابي الذي قُدم كمبادرة من قبل (1998) Seligman Martin أهمية كبيرة؛ لما لهذا الاتجاه من دور مهم في زيادة الأمل والتفاؤل لدى المصابين بالاضطراب النفسي بشكل عام، ومرضى الفصام بشكل خاص، ولما له من دور وقائي في حماية الأفراد من نشاط الأعراض المرضية، ولتحسين حالات المرضى برفع الروح المعنوية، وتحسين مفهوم الذات لديهم، والاهتمام بالجوانب الإيجابية في الشخصية، وعدم الاقتصار على الجوانب المرضية فقط لتنمية الدفاعات النفسية لمرضى الفصام؛ حتى يحافظ على استقرار حالته. (Lee Duckworth et al , 2005, p. 630).

لذلك حدث تحول في هدف الأطباء والعاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يقدمون العلاج للمرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية بمرور الوقت، تمثل في الانتقال من التركيز على الأعراض وحدها إلى التحسين الوظيفي، ومنها بدأ استخدام موضوعاته بين الباحثين والمتخصصين في هذا المجال، مثل موضوعات السعادة، وجودة الحياة، والمرونة.

فتحسين جودة حياة المرضى ستكون مباشرة بالنتائج التي ستدخل الرضا إلى حياة مرضى الفصام وذويهم.

وقد أظهرت دراسات عربية وأجنبية اهتمامًا بضرورة تحسين جودة الحياة لدى المرضى التي تعد هدفًا مهمًا في علاج الفصام، فزيادة جودة العلاج يكون بتحسين جودة الحياة (أحمد وآخرون 2017; عايش، 2013; Kao et al, 2011; Loga-Zec & Loga, 2010; Pitkänen, 2010; 2016; (Zouari et al, 2011 Wartelsteiner et al, 2016).

ومن هذا المنطلق وكما ذكر Karow et al., (2014) فإنه يمكن اعتبار متغير جودة الحياة معيارا للمخرجات يتسم بأنه صادق ومفيد لمرضى الفصام، وعلى هذا النحو، يجب تطبيقه باستمرار في التجارب السريرية، فمتغير جودة الحياة استخدم مقياسًا مهمًا لنتائج العلاجات المختلفة للذهان، وأصبح تقييم التحسن في جودة الحياة الذاتية مقياسًا لتحسن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة في كل من البحث والممارسة السريرية (Suttajit & Pilakanta, 2015, 1371).

ومن خلال اطلاع الباحثة على أغلب الدراسات في المجتمع اليمني، لم تجد دراسات اهتمت بجودة الحياة لدى مرضى الفصام، أو التركيز عليها أثناء العلاج -في حدود علم الباحثة- لكن هناك دراسات لعينات من مرضى السل، السرطان، القلب، ضعاف السمع (AL-Mahbashi & Raja'a, 2011; Al-Naggar et al, 2011; Jaber et al, 2016; Obad, 2021) - من خلال التعامل مع العديد من حالات مرضى الفصام التي ظهر فيها اهتمام أكبر بالعلاج الدوائي، مما يديم معاناة مرضى الفصام من التأثيرات المختلفة للاضطراب التي تنعكس بشكل مباشر على نشاطاتهم اليومية المتعلقة بالنشاطات الاجتماعية، أو القدرة على الاحتفاظ بالوظيفة والقدرة على الزواج والاستمرار في العلاقة الزوجية بشكل سليم.

وذلك ما دفع الباحثة إلى تناول موضوع جودة الحياة لدى الفصاميين وتقييم جودة الحياة الذاتية من خلال إدراكهم؛ لما لها من انعكاس إيجابي على نتائج التدخلات النفسية الأخرى؛ حيث ستوفر الدراسة قدرًا من المعلومات التي تعزز فهم موضوع جودة الحياة لدى الفصاميين في المجتمع اليمني.

لذلك ظهرت الحاجة إلى دراسة جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في المجتمع اليمني (صنعاء نموذجًا)، فمرض الفصام يؤثر بشكل أو بآخر على العلاقات، وكذلك عزل المريض عن الآخرين، مما يتسبب في آثار تنعكس على الفرد والأسرة والمجتمع، بالإضافة إلى الصعوبات التي تواجه المعالجين النفسيين، ومصاحبة المرض لمعاناة الأهل، وعلى الرغم من تقديم الدواء فإنه يبقى هناك ضرورة للانتفات إلى جودة الحياة بوصفها هدفًا علاجيًا.

وبناء على ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الآتي:

ما مستوى جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في العاصمة صنعاء، وفي ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية؟

ويتفرع من السؤال الرئيس الأسئلة التالية:

(1) ما مستوى جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في العاصمة صنعاء؟

(2) هل هناك فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تبعًا لمتغير الجنس (ذكر، أنثى)؟

(3) هل هناك فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تبعًا لمتغير الحالة الاجتماعية (عازب، متزوج، مطلق)؟

(4) هل هناك فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تبعًا لمتغير المستوى التعليمي (أمي، أساسي، ثانوي، جامعي)؟

(5) هل هناك فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تبعًا لمتغير الوظيفة (يعمل، لا يعمل)؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- 1) التعرف على مستوى جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في العاصمة صنعاء.
- 2) التعرف على الفروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير الجنس (ذكر، أنثى).
- 3) التعرف على الفروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (عازب، متزوج، مطلق).
- 4) التعرف على الفروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي (أمي، أساسي، ثانوي، جامعي).
- 5) التعرف على الفروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير الوظيفة (يعمل، لا يعمل).

أهمية الدراسة:

دراسة جودة الحياة لدى مرضى الفصام في المجتمع اليمني تعني مزيداً من المعرفة عن جودة حياتهم، وتعد ذات أهمية لطائفة من المهتمين بما في ذلك الأطباء والباحثون وصانعو القرار في مجال الصحة النفسية، وتنبع أهمية هذه الدراسة من خلال المفاهيم التي تناولتها الباحثة، إذ يعد مفهوم جودة الحياة كهدف ونتيجة للعلاج من المفاهيم الحديثة التي لاقَت اهتماماً على المستوى النظري والتطبيقي مما دفع الكثير من العلماء والباحثين إلى استخدامه في أغلب مجالات الحياة. الأهمية النظرية:-

- 1- تنبع أهمية هذه الدراسة من أهمية عينتها واحتياجاتها، حيث إن الاهتمام بمرضى الفصام وما يشكله هذا الاضطراب من خلل في النواحي المختلفة لحياة المريض التي تحتاج إلى تسليط الضوء عليها من خلال إظهار جودة الحياة التي تُعد مقياساً مهماً يُعتمد عليه في التعرف على نتائج العلاجات المختلفة للمرض، سيساعد بشكل أو بآخر على التعرف على الفروق في جودة الحياة تبعاً لعدد من المتغيرات الديموغرافية، وهنا قد يختلف مفهوم جودة الحياة، فالأشخاص المصابون باضطراب الفصام تكون لديهم احتياجات خاصة لها تأثير على وجودهم ورفاههم الذاتي.

2- تكمن أهمية دراسة جودة الحياة في أنها أحد الاهتمامات في العديد من الدول، حيث إنها ارتبطت بتعريف منظمة الصحة العالمية، وسعى كثير من الباحثين وكذلك منظمة الصحة العالمية إلى إعداد مقياس عالمي لها، يعكس حاجة ماسة للمرضى والمعالجين، فجودة الحياة هي هدف ونتيجة للعلاج، وذلك يساهم في توجيه أنظار العاملين في مجال الصحة النفسية من خلال فهمهم لأهمية جودة الحياة وأثارها على العلاج.

3- تشجع الدراسة الباحثين على إجراء المزيد من البحث في مجال جودة حياة الفصامين. الأهمية التطبيقية:-

1- قد تستمد الدراسة الحالية أهميتها من الحاجة إلى التحقق من جودة الحياة لدى الفصامين، للمساعدة في تطوير استراتيجيات الرعاية الصحية التي تستهدف المرضى، وتُعد هذه الدراسة الأولى من نوعها -على حد علم الباحثة- التي تتحقق من جودة الحياة لدى عينة مرضى الفصام في المجتمع اليمني، ذلك أنه من المهم دراسة جودة الحياة من أجل الإسهام في تقديم الرعاية الصحية في جوانبها المختلفة، بالإضافة إلى أنها تتناول موضوعاً لعينة ضمن مجتمع وإطار ثقافي وبيئة قد تعكس نتائج مختلفة، وذلك باستخدام مقياس عالمي لجودة الحياة (WHOQOL PREFF) استخدم في بيئات ثقافية مختلفة.

2- وقد تساهم نتائج الدراسة الحالية في التعرف على وضع جودة الحياة لمرضى الفصام، الذي سيساعد في توجيه نظر القائمين على مراكز الإرشاد ومستشفيات العلاج إلى محاولة عدّه جزءاً مهماً في العلاج، وستساهم في مساعدة الأخصائيين في مراكز الإرشاد والعلاج في وضع البرامج الإرشادية والعلاجية المتضمنة جودة الحياة بوصفها هدفاً ونتيجة. كما يرى Bullinger et al. (2007) أن تحسين جودة الحياة لمرضاه هو في مصلحة المرضى وأسرهم والأطباء والمجتمع، فدراسة جودة الحياة تعني مزيداً من المعرفة عن جودة حياتهم، وتعد ذات أهمية لطائفة من المهتمين بما في ذلك الأطباء والباحثون وصانعو السياسات في مجالات الصحة النفسية والعقلية وإعادة التأهيل.

حدود الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية في مجموعة من الحدود تتمثل في:

الحدود الزمانية: تم تطبيق الدراسة الحالية خلال المدة من يناير 2020 إلى فبراير 2021م.
الحدود المكانية: عدد من مراكز ومستشفيات الطب النفسي في صنعاء (الأمل، الرشاد، الرسالة).

الحدود البشرية: المرضى المقيمون في مستشفيات الأمراض النفسية (الأمل، الرشاد، الرسالة).

مفاهيم الدراسة:

جودة الحياة:

عرّف (Hörnquist, 1982, p.61) "جودة الحياة بأنها مجموعة واسعة من أبعاد التجربة الإنسانية، بدءًا من تلك المرتبطة بضروريات الحياة، مثل الطعام والمأوى إلى تلك المرتبطة بتحقيق الشعور بالرضا والسعادة الشخصية، ويتم تعريفه على أنه إشباع الحاجة، سواء من حيث الخبرة الداخلية أو بالمعنى الخارجي".

وتعرّف منظمة الصحة العالمية (1995) جودة الحياة بأنها "إدراك الفرد لموقفه في الحياة في سياق الثقافة وأنظمة القيم التي يعيش فيها، وربط الإدراك مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته، فمفهوم جودة الحياة مفهوم واسع النطاق يتأثر بطريقة معقدة بحالة الفرد النفسية والبدنية ومستوى الاستقلال وعلاقاته الاجتماعية والمعتقدات الشخصية والسمات البارزة لبيئته". (Group, T. W. 1998, 157).

إن مفهوم جودة الحياة بنية متعددة الأبعاد ونسبية، وتختلف من شخص إلى آخر حسبما يراه الشخص من معايير لتقييم حياته، وهي خبرة ذاتية قد تختلف باختلاف الوقت والحالة النفسية للفرد، ولذلك يعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة هو التعريف الذي اعتمدت عليه العديد من دراسات جودة الحياة، وستعتمد عليه الدراسة الحالية.

وتُعرّف جودة الحياة إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها مريض الفصام على مقياس جودة

الحياة المختصر.

الفصام

وفقا لجمعية الطب النفسي الأمريكية (APA) فإن "الفصام هو اضطراب عقلي يتم تحديده من خلال تشوهات في واحد أو أكثر من المجالات الخمسة الآتية: الأوهام، والهلوسة، والتفكير (الكلام) غير المنتظم، والسلوك الحركي غير المنتظم أو غير الطبيعي (بما في ذلك التخشيبي)، والأعراض السلبية". (APA, 2013, p. 87).

والفصام هو اضطراب عقلي يتسم بالأوهام والهلوسة، وخطاب غير منظم بشكل كبير، أو سلوك جامد وأعراض سلبية بما في ذلك ضعف التعبير العاطفي، على أنه يجب أن تكون هذه الأعراض موجودة خلال شهر واحد (Farah, 2018, P. 77).

الإطار النظري:

جودة الحياة:

مفهوم جودة الحياة:

أظهرت الدراسات المبكرة لجودة الحياة لمرض الفصام عددًا من الصعوبات، منها عدم الاتفاق على تعريف جودة الحياة، وعدم وجود نماذج مفاهيمية تكاملية مناسبة، ووجود مخاوف بشأن موثوقية التقارير الذاتية للمرضى حول جودة حياتهم، بالإضافة إلى نقص معايير جودة الحياة المناسبة لمرض الفصام (Awad et al, 1997).

وأصبح مفهوم جودة الحياة مفهومًا محوريًا في البحوث والدراسات، وإن كان من المفاهيم التي يتم تناولها في علوم مختلفة وسياقات عديدة، فإن تناوله من المنظور النفسي ولا سيما من منطلق علم النفس الإيجابي الذي هو أحد مفاهيمه الأساسية يُعد ضرورة ملحة (أحمد، 2015، مشري، 2014).

فقد أشار Barcaccia et al (2013) إلى أن الأهمية الذاتية في تعريف جودة الحياة حقيقة، يبدو أنها الجانب الرئيس، ويمكن أن تكون نقطة لفهم أكثر شمولية لجودة الحياة. فما يزعج الناس ليس الأحداث بل أحكامهم عليها، وينبغي أن يكون تقييم المتغيرات النفسية والروحية والاجتماعية جزءًا مهمًا من كيفية تقييم جودة حياة الفرد في المستقبل.

كما أكد (Gigantesco & Giuliani (2011) أنه في الآونة الأخيرة فقط، اكتسب الاهتمام بجودة الحياة مكانة بارزة في ممارسة الصحة العقلية، وتمثل معظم مكونات جودة الحياة المعترف بها المجالات الرئيسية للتدخل النفسي، فعلى سبيل المثال، يمثل ضعف الأداء النفسي المجال الرئيس للعلاج النفسي والتدخلات النفسية، واختلال الأداء الاجتماعي هو المجال الرئيس لتدخل إعادة التأهيل، وفي الوقت الحاضر، تُعد قضايا جودة الحياة المتعلقة برعاية الصحة العقلية ذات صلة خاصة فيما يتعلق بجزء من تقييم نتائج العلاج.

وقد أشار (Sidlova et al (2011) إلى أنه في الماضي، كان الهدف الأول من علاج الفصام هو تقليل الأعراض الذهانية، ولا سيما الأعراض الإيجابية، وفي الآونة الأخيرة نتيجة للتركيز على احتياجات المريض، دخل مفهوم جودة الحياة في العلاج، لذلك فقد تغير الهدف من تخفيف الأعراض إلى تحسين جودة الحياة ورضا المريض عن الأنشطة الاجتماعية.

فالاعتقاد بأن مرضى الفصام غير قادرين على تقييم جودة الحياة الخاصة بهم بسبب الخلل والضعف المعرفي رسخ فكرة استخدام قياس جودة الحياة الموضوعية بشكل دائم، (Tomotake, (2011). ومع ذلك في الوقت الحاضر صار هناك اتفاق عام على أن المرضى الذين استقرت أعراضهم صاروا قادرين على أن يقيّموا جودة حياتهم بأنفسهم، ومن هذا المنطلق التفسيري لجودة الحياة بدأ البحث في الجانب الآخر عن محددات هي أقرب للمحددات الذاتية من المؤشرات الموضوعية المتعارف عليها.

الاتجاهات النظرية الرئيسة في تعريف جودة الحياة:

الاتجاه الاجتماعي:

يركز هذا الاتجاه على الأسرة والمجتمع وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكن والدخل والعمل والمتغيرات الاجتماعية الأخرى (إبراهيم، 2016)، وهذا المنظور التفسيري لجودة الحياة بدأ يبحث في الجانب الآخر عن محددات هي أقرب للمحددات الذاتية منها إلى المؤشرات الموضوعية المتعارف عليها، كالتركيز على الجوانب الذاتية (النفسية) كمحددات لجودة حياة الإنسان، باعتبار أن الحياة في النهاية هي ما يدركه الفرد منها، وما يشعر بقيمته فيها من خلال معاشته لها (الغندور، 1999).

وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الشخص، وما يجنيه من عائد، والمكانة المهنية للفرد، وتأثيره على الحياة، بالإضافة إلى أن علاقة الفرد بزملائه تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة (إبراهيم، 2016). فالاتجاه الاجتماعي يركز على أهمية علاقة الأفراد داخل المجتمع حيث إنها تؤثر على جودة حياتهم.

الاتجاه النفسي:

كان لعلم النفس السابق في فهم المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان وتحديدها، ويرجع ذلك إلى كون جودة الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي لجوانب الحياة، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها (الغندور، 1999)، ويركز الاتجاه النفسي على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم وعلاقة المفهوم بالمفاهيم الأساسية الأخرى، وأهمها: القيم، الحاجات النفسية وإشباعها، تحقيق الذات، مستوى الطموح لدى الأفراد (إبراهيم، 2016، الغندور، 1999).

كما أن الحياة بالنسبة للفرد هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل والسكن والعمل والتعليم يمثل انعكاساً مباشراً لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد (الغندور، 1999).

الاتجاه الطبي:

أصبح مفهوم جودة الحياة موضوعاً مهماً في مجالات الصحة والخدمات الاجتماعية. فكثير من الأطباء والمتخصصين في الشؤون الاجتماعية والسياسية، ومديري المستشفيات والباحثين في العلوم الاجتماعية يهتمون بتعزيز ورفع جودة الحياة لتصبح هدفاً واقعياً في التعامل مع المرضى، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي، وثمة دليل متزايد على أن المرض يرتبط ارتباطاً وثيقاً بكيفية تصور الفرد إلى أي حد يتمتع بحياة جيدة (إبراهيم، 2016؛ الغندور، 1999).

فجودة الحياة مفهوم تكاملي يقع عند تقاطع العلوم الإنسانية والاجتماعية والصحة؛ فهو يجمع بين فكرة السعادة الفلسفية في الأصل، والرفاهية الذاتية التي نشأت في علم النفس، والصحة البدنية والعقلية المنبثقة من العلوم الطبية.

الفصام:

يُعد مرض الفصام من الأمراض المزمنة التي تتطلب فترات علاجية طويلة للسيطرة على أعراضه وبدء التحسن، فهو يؤثر على الصحة العامة، وطبيعة الأداء، والاستقلالية الشخصية، والرفاهية الذاتية، والحياة الشخصية، والأداء الاجتماعي، والرضا العام عن الحياة لأولئك المتأثرين بهذا الاضطراب، وتهدف مناهج العلاج الحالية لمرض الفصام إلى تحسين الأداء التكيفي الاجتماعي بشكل عام، وتعظيم جودة الحياة (Kajero & Aina, 2016; Mohandoss, 2017).

وتمثل الأعراض السلبية جزءًا كبيرًا من الاعتلال المرتبط بالفصام، منها تقلص التعبير العاطفي، والتجنب، وقلة الكلام، والانعزال، والتي يمكن أن تكون أيضًا مظهرًا من مظاهر الفرص المحدودة للتفاعلات الاجتماعية (APA, 2013, p.88).

وتم تشخيص الفصام في (DSM V & ICD10)، ووفقًا للمعايير التشخيصية في (DSM V) يتضمن اثنين أو أكثر من الأعراض الإيجابية أو السلبية لمدة شهر، وهي: الأوهام، الهلوسة، الكلام غير المنظم، السلوك غير المنتظم أو الجامود، الأعراض السلبية. ومعايير أخرى تشمل انخفاض المستوى الوظيفي كالعامل، والرعاية الذاتية أو العلاقات الشخصية، وعلامات مستمرة من الاضطرابات (6 أشهر على الأقل) التي لا تُعزى إلى مواد طبية (APA, 2013, PP.88,82).

انتشار الفصام:

أفادت الدراسات التي أجريت على انتشار مرض الفصام أنه يصاب (1) من كل 10000 بالغ (من 12 إلى 60 سنة) كل عام بالفصام. استنادًا إلى تعريف مقيد ودقيق للتشخيص وباستخدام طرق تقييم معيارية ومجموعات سكانية تمثيلية كبيرة، وبشكل رئيس تكون مخاطر الإصابة بالفصام في المدى العمري 20 إلى 35 عامًا (Häfner & an der Heiden, 1997, p. 139). ومع ذلك فإن متوسط انتشار هذا الاضطراب على مدى الحياة أقل بقليل من 1٪ من السكان، لكن الاختلافات الإقليمية الكبيرة في معدلات الانتشار واضحة بسبب التفاوتات في العمران وأنماط الهجرة (Kahn et al, 2015).

(p 1506)

علما بأن للفصام آثارا سلبية تضعف الكفاية والكفاءة والأداء الوظيفي لدى المرضى، فلا يجد المريض مأوى له سوى أسرّة المستشفيات، ويشيع هذا المرض لدى المراهقين وصغار الراشدين، ويتطور خلال فترة 16-25 سنة ولكنه أقل حدوثا بعد الخامسة والثلاثين من العمر، ذلك أن متوسط العمر عند دخول المستشفى لأول مرة يكون منتصف العشرينات للرجال ونهاية العشرينات للنساء، والانتشار يكاد يكون متساوياً تبعاً للجنس (عبد الرحمن، 2000، ص.413).

وهنا تعطي نسب الانتشار واختلاف معدل الإصابة بالاضطراب باختلاف البلدان والثقافات، بالإضافة إلى المدى العمري لمخاطر الإصابة مؤشراً لمدى الأذى الذي يصيب هذه الفئة في فترة المراهقة والشباب، وما تخلفه من آثار سلبية تضعف الكفاءة والأداء الوظيفي للمرضى حيث لا يجد المريض مكاناً له في الحياة العامة.

أسباب الفصام:

نظراً لخطورة مرض الفصام كان هناك عدة إسهامات في التعرف على العوامل المسببة التي أخذت اتجاهات مختلفة، فقد تناولت بعض الأبحاث دور العوامل الوراثية والعضوية والفسولوجية، ومنها ما أكد على دور العوامل النفسية والاجتماعية. (عبد الرحمن، 2000؛ عكاشة، ب ت؛ Kahn, et al., 2015)

وعلى الرغم من أن الفصام يُعد مرضاً وراثياً بدرجة كبيرة، فإنه من المحتمل أن هناك اختلافات جينية متعددة تسبب تطور أعراض الفصام (Farah, 2018)، إذ تشير دراسات العائلة والتوائم إلى أن هناك دوراً للعنصر الجيني، وتوضح دراسات التبيني وجود علاقة قوية بين وجود أحد الأبوين مصاباً بالفصام واحتمال تطور الاضطراب بشكل نموذجي في مرحلة البلوغ المبكر (شويخ وآخرون، 2016)، حيث كان التوائم المتطابقون أكثر عرضة للإصابة بالفصام (Gottesman & Shields, 1966) والعامل الوراثي المحتمل قد يتفاعل مع بيئة التربية بالتبني (Tienari et al, 1987).

ومن المحتمل أن تتفاعل العوامل البيئية ومضاعفات الحمل والولادة، كما قد تشمل المكونات غير البيولوجية على ضغوط نفسية اجتماعية مع الاستعدادات الوراثية بطريقة سلبية لإنتاج اضطرابات في طيف الفصام (Tsuang, 2000).

ويلعب العامل البيئي والأسري دوراً مهماً في حالة وجود الاستعداد الوراثي، ويشير وين وسنجر Singer & Wynne إلى أن الطفل المهيأ للفصام يولد بجهاز وموروثات واستعداد وراثي للفصام، وينشأ في بيئة تساعد على اكتساب أعراض الفصام. (عبد الرحمن، 2000)، وهذا ما وجدته Singer & Wynne (1965) من خلال دراسة أنماط الأسرة والأساليب العائلية للتواصل التي تساعد في تشكيل تفكير الطفل المتنامي، وركز على العلاقة بين الفصام وأنماط التفكير والتواصل الأسري، (Singer & Wynne, 1965, p.201) وبالفعل ظهر انحراف واضطرابات في الاتصال بشكل كبير بين الأقارب البيولوجيين لمرضى الفصام (عكاشة، ب ت; Levy et al, 2010)

وقد فسر بافلوف Pavlov سلوك مرضى الفصام بأنه استجابة النمط الجيني "الضعيف" للأحداث البيئية المؤلمة، وبأن قشرة دماغ مرضى الفصام غارقة في الإثارة العصبية التي أدت إلى نشاط غير منطقي أو غير تكيفي (Windholz, 1993, p. 511).

ويعتقد فرويد أن الذهاني "ارتد" إلى حالة عقلية أنانية شبيهة بتلك التي يعاني منها أطفال ما قبل النطق، يتضح ذلك في فقدان الاتصال بالعالم الحقيقي (التخلي عن حب الموضوع)، وهناك محاولة غير فعالة لإعادة الاتصال بـ "عالم الكائن" للواقع الخارجي مع إسقاط الأوهام والهلوسة التي تحل محل الواقع، وهكذا رأى فرويد الأعراض الذهانية على أنها وسيلة لإغلاق مطالب العالم الخارجي (Noll, 2009, p.176)

وتلعب العوامل الاجتماعية من فقر وحرمان وضغوط اجتماعية وهجرة دوراً في زيادة الإحساس بالمعاناة التي تعمل على احتمالية زيادة حدوث المرض، وهناك من يرى أن الفصاميين ينحدرون من الأحياء الفقيرة أو ينتمون إليها لأنهم غير أكفاء اجتماعياً واقتصادياً، وهناك من يرى أن تلك المناطق تنتج الفصاميين لأن سكانها لديهم مشكلات اجتماعية واقتصادية شديدة (شويخ، 2016، ص. 531). فتتدخل العوامل النفسية، والاجتماعية وتؤثر على الاستعداد الوراثي لدى الأفراد الذي بدوره يؤدي إلى ظهور الاضطراب (عبد الرحمن، 2000).

إن احتمال ازدياد الفصام مع ازدياد درجة القرابة أكدته العديد من الدراسات، إلا أن العوامل الوراثية لا تُعد العامل الوحيد الذي يمكن أن يحفز تطور الفصام، إذ يلعب العامل البيئي

والأسري دوراً مهماً في حالة وجود الاستعداد الوراثي، فيُعد الاستعداد الوراثي عاملاً مهماً للمرض إذا تضافرت بقية العوامل ومنها العوامل النفسية والاجتماعية.

جودة الحياة والفصام:

كان يُعتقد سابقاً أن التقييمات الذاتية من قبل الأشخاص المصابين بالفصام غير موثوقة بسبب وجود أعراض نفسية مرضية وضعف الوعي بالمرض، ومع ذلك فقد تم التعرف إلى أهمية تقييم رضا المرضى أنفسهم عن مرض الفصام، أي أن هناك علاقة بين الصحة النفسية وجودة الحياة، فلكي يتمتع الفرد بصحة نفسية جيدة لا بد أن تكون حياته ذات جودة عالية (إبراهيم، 2016)

إن التغيير من نظرة عرضية إلى نظرة أكثر شمولية لأهداف العلاج النفسي قد جعل "جودة الحياة" مقياساً مهماً لنتائج رعاية الأشخاص الذين يعانون من حالة شديدة ومرض عقلي مستمر (Bengtsson & Hansson, 1999, p.256).

وفي ديباجة دستورها، حددت منظمة الصحة العالمية (WHO) الصحة بأنها "حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الإيجابية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو العجز". لقد انتشر الفهم النظري لأهمية تحسين الرفاهية وقوى الإنسان بما يتجاوز حدود المرض في مجال علم النفس الصحي لعقود، وقد اقترح فريق منظمة الصحة العالمية أن جودة الحياة المتصلة بالصحة يمكن أن تفهم على أفضل وجه على أنها تفعيل تعريف الصحة الذي وضعت منظمة الصحة العالمية، وكان السؤال عما إذا كانت جودة الحياة ذات طبيعة ذاتية أو موضوعية في أدبيات جودة الحياة العالمية، وقد تم التعامل مع العوامل الخارجية أو البيئية كنقطة مرجعية موضوعية في حين أنها من منظور الفرد تُعد ذاتية. (Bullinger et al, 2007).

وهنا يمثل الاهتمام المتزايد بالرفاهية الذاتية وجودة الحياة لمرضى الفصام تحولاً مفاهيمياً في معايير النتائج العلاجية، إذ لم يعد تركيز العلاج بمضادات الذهان يقتصر على الحد من الأعراض وحدها، بل أصبحت جودة العلاج الصحي وتحسين نوعية الحياة جزءاً من العلاج التكاملي الشامل متعدد التخصصات للاضطرابات العقلية (Loga-Zec & Loga, 2010, p. 497).

وفي الواقع، ازدهر مجال تقييم جودة الحياة والحالة الصحية على مدى العقدين الماضيين، وتم تطوير العشرات من الأدوات، ليس فقط في أمريكا الشمالية وأوروبا، ولكن في آسيا وأجزاء أخرى من العالم (Bonomi et al., 2000).

وبالاستناد إلى الإطار النظري لجودة الحياة أظهرت العديد من الدراسات أن المعتقدات التي يحملها الأفراد حول جودة الحياة الخاصة بهم مهمة في التنبؤ بالنتائج الصحية (Kao et al, 2011)، وتوجهت كثير من الأبحاث الحديثة نحو دراسة وتحسين جودة الحياة في مختلف الميادين النفسية والطبية، ووجهت الخدمات الإرشادية وأساليبها نحو استراتيجيات تحقيق جودة الحياة (إبراهيم، 2016).

دراسات سابقة:

هدفت دراسة (Dimitriou et al, 2009) إلى التحليل العاملي للملف الشخصي لجودة الحياة في المجتمع اليوناني لمرضى الفصام، وكانت العينة المتاحة التي أكملت تطبيق الأداة (100) مريض من المرضى المتكررين على العيادات الخارجية في اليونان، واستُخدم مقياس جودة الحياة الذاتي (SQLP)، وأظهرت العينة بشكل عام رضا عن جودة حياتهم. وأنه لم يكن للعمر والجنس والتعليم والحالة الاجتماعية علاقة ذات دلالة إحصائية في نموذج خطي عام مع جودة الحياة.

وهدفت دراسة (Zouari et al (2011) إلى تقييم جودة الحياة في العيادات الخارجية للمصابين بالفصام، وتحديد العوامل المرتبطة بضعف جودة الحياة بينهم، وأجريت دراسة مستعرضة على (100) مريض خارجي خلال سبعة أشهر، في قسم الطب النفسي في مستشفى الهادي شاكر التعليمي في تونس، واستُخدم نموذج (SF-36) المختصر لتقييم جودة الحياة؛ ووُجد أن جودة الحياة ضعيفة لدى 34% من الحالات، وأظهر تحليل درجات الأبعاد الثمانية بمقياس جودة الحياة أن الأبعاد الأكثر تضرراً كانت مرتبةً تنازلياً كما يلي: الصحة العقلية، تصورات الصحة العامة، الحيوية، الأداء الاجتماعي، قيود الدور بسبب مشاكل الصحة الجسدية، ومحدودية الدور بسبب المشاكل العاطفية.

هدفت دراسة (Alshowkan, (2012) إلى التحقق من جودة الحياة لدى مرضى الفصام من

السعوديين، وتم تطبيق مقياس جودة الحياة النسخة الأوروبية (QoLP- EU) على عينة مكونة من

(159) مريضاً من قسم العيادات الخارجية، ووجد أن أغلب عينة مرضى الفصام رجال (61%)، متزوجون (51.6%)، وغير موظفين (54.7%)، ومتوسط أعمارهم (38.23)، وكان لدى أغلبهم رضا ديني (82.2%)، بينما لم يكن لديهم رضا في نشاطاتهم الترفيهية (25.2%) والعمل (23.3%) وحالتهم المالية (24.5%).

بالإضافة إلى ذلك أشارت النساء الفصاميات إلى انخفاض في جودة الحياة أكثر من الذكور لا سيما في العمل والتعليم وفي العلاقات الأسرية والاجتماعية والصحة، وأظهرت أن الفصاميين الأميين أو الحاصلين على تعليم ابتدائي أشاروا إلى جودة حياة أقل من الذين لديهم تعليم جامعي أو أكاديمي، وأن غير الموظفين أشاروا إلى جودة حياة منخفضة عن الموظفين، لا سيما في الجانب: المالي، القانوني، والأمني، وفي مجال الصحة، وأوضحَت الدراسة أن الأفراد المتزوجين أشاروا إلى جودة حياة عالية في الجوانب المالية والعلاقات الأسرية والاجتماعية والصحية، وكون الفرد أنثى، وغير عاملة، وأميه أو ذات تعليم ابتدائي، فإن ذلك يرتبط بجودة حياة ضعيفة، بينما كون الفرد متزوجاً فإن ذلك مرتبط بجودة حياة حسنة.

وهدفت دراسة (Hsiao et al (2012) إلى فحص مستوى جودة الحياة لدى الأفراد المصابين بالفصام في الصين واختبار ارتباطها بالخصائص الاجتماعية والديموغرافية والسريرية والنفسية الاجتماعية. شارك في الدراسة مجموعة مكونة من (148) شخصاً مصاباً بالفصام. تم استخدام ورقة المعلومات الديموغرافية، ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية المختصر لجمع البيانات، وتوصلت الدراسة إلى أن معظم المشاركين غير متزوجين، وعاطلون عن العمل، وأن مستواهم التعليمي منخفض، وأنهم كانوا يتلقون الدعم المالي من الأسرة. وقد ارتبطت جودة الحياة بشكل إيجابي بعمر بداية المرض العقلي، وحالة التوظيف، ودخل الأسرة الشهري، بينما ارتبطت سلباً بطول مدة المرض النفسي، وشدة الأعراض والحالة الصحية.

وهدفت دراسة (Campos (2012) إلى توضيح العلاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQOL) في مرض الفصام والمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والسريرية، وذلك لاكتشاف المتغيرات التفسيرية التي تسمح بفهم أفضل لجودة الحياة في هذا الاضطراب المعقد والمتشظي.

تكونت عينة الدراسة من (56) رجلاً مصاباً بالفصام 8.29 ± 54.63 سنة). وقد سمحت درجات SF-36) المعيارية بتحليل أكثر دقة للعلاقة بين (HRQOL) والمتغيرات الديمغرافية، حيث قدمت متغيرات العمر، والمهنة، والنتيجة الإجمالية لـ BPRS أكبر عدد من الارتباطات بأبعاد (SF-36) وظهرت كأكثر متغيرات التنبؤ ذات الصلة بفهم HRQOL في الفصام.

وهدف دراسة عايش (2013) إلى تقييم جودة الحياة عند مرضى الفصام في محافظات قطاع غزة حيث تم اختيار العينة بالطريقة الطبقيّة العشوائية من عيادات الصحة النفسية الحكومية البالغ عددها (6) عيادات نفسية، وكان العدد الذي تنطبق عليه شروط الدراسة (160) مريضاً من كلا الجنسين، وتبين أن البعد الاجتماعي حصل على أدنى النسب، إذ بلغت (35.4%)، وفي المقابل سجل البعد البيئي أعلى مستوى وبلغ (51.5%)، ووجدت هناك فروق دالة إحصائية في جودة الحياة لصالح الإناث، في البعد (الجسمي النفسي الاجتماعي)، وظهرت أيضاً فروق في المستوى التعليمي في البعد الاجتماعي والبيئي، ولا توجد فروق تبعاً لـ(العمر، الحالة الاجتماعية، عدد أفراد الأسرة، المهنة، الدخل الشهري).

وهدف دراسة (Mohammed & Khudair 2014) إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى مرضى الفصام، ومعرفة العلاقة بين جودة الحياة وبعض الخصائص الشخصية، وقد تم استخدام أسلوب التقييم على عينة من (100) مريض مصاب بالفصام، وقد أجريت الدراسة على مرضى الفصام في العيادات الخارجية في مستشفيات ابن رشد والرشاد وبغداد والكاظمية التعليمي.

وتم استخدام مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (النسخة المختصرة). وقد أشارت النتائج إلى أن الغالبية العظمى من العينة هم من الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين (30 و44)، وكانوا من غير العاملين وخريجي التعليم الجامعي أو المعهد، وغالبية مرضى الفصام لديهم مستوى معتدل من جودة الحياة. وهناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والحالة الاجتماعية وعدم وجود علاقة مع غيرها من الخصائص.

وهدف دراسة (Alshowkan et al 2015) إلى التعرف على جودة الحياة لدى (159) شخصاً فصامياً. أجريت في مستشفى الملك فهد قسم الطب النفسي، والخبر، وتكونت من 97 ذكراً و62 أنثى

تراوحت أعمارهم ما بين (18-65) سنة، أي أن متوسط العمر كان (38.23)، وكان غالبية المشاركين قد أكملوا تعليمهم الثانوي، ثم الذين أخذوا التعليم الابتدائي ثم الذين أكملوا التعليم الجامعي. وفيما يتعلق بالوضع الوظيفي، كان معظمهم عاطلين عن العمل، وكان معظم المشاركين متزوجين، يليهم العزاب، ثم المطلقون، والمنفصلون، والأرامل.

وهدفت دراسة Cai & Yu (2017) إلى فحص العلاقات بين الخصائص الديموغرافية والمتغيرات النفسية والاجتماعية وشدة الأعراض وجودة الحياة، والطريقة التي تؤثر بها هذه المتغيرات على جودة الحياة في مرضى الفصام الذين يعيشون في الصين. وتكونت العينة من (178) شخصاً مصاباً بالفصام. وتشير النتائج إلى أن مقياس جودة الحياة للفصام كان مرتبطاً بشكل إيجابي وإحصائي مع حالة التوظيف ودخل الأسرة الشهري والتمكين الشخصي، ومن بين جميع المتغيرات، كان التمكين الشخصي أفضل مؤشر إيجابي لجودة الحياة في مرضى الفصام.

وهدفت دراسة Abdullah (2017) إلى تقييم ومقارنة جودة حياة المرضى النفسيين الذين حضروا عيادتين خارجيتين للأمراض النفسية في مدينة بغداد: (مستشفى الرشاد وبغداد التعليمي). كما هدفت إلى دراسة تأثير الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والسريرية على صفات حياة المرضى، وتمت مقابلة عينة من (100) مريض، وتم تطبيق مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOL-BREF) على كل مريض.

وأظهرت النتائج أن (50٪) من العينة سجلوا رضاهم في جودة الحياة بشكل عام، بينما (38٪) سجلوا درجات (سيئة) و(16٪) سجلوا (سيئة جداً). ولم تكن هناك فروق دالة في المجالات الأربعة لجودة الحياة بين المجموعتين المدروستين. ولم تكن الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والسريرية مرتبطة بشكل كبير بمجالات جودة الحياة باستثناء المستوى التعليمي الذي كان مرتبطاً بشكل كبير بمجال الصحة البدنية في مرضى مستشفى الرشاد.

وهدفت دراسة Rayan & Obiedate (2017) إلى التحقق من ارتباط الصفات الديموغرافية بجودة الحياة لدى مرضى الفصام المتكررين على العيادات الخارجية، وشملت الدراسة (160) مريضاً أردنياً أكملوا مقاييس الخصائص الديموغرافية، والوصمة العامة المتصورة ضد المرض العقلي،

وشدة الاكتئاب، وجودة الحياة، وتوصلت الدراسة إلى أن لدى المشاركين ضعفاً في جودة الحياة، وقد ارتبط العمر والحالة الاجتماعية والانتكاس ومستوى التعليم ووصمة العار ضد الأمراض العقلية ارتباطاً دالاً بجودة حياة مرضى الفصام.

وهدفت دراسة (Guedes de Pinho et al (2018) إلى تقييم علاقة الخصائص الديموغرافية والرضا عن الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة لدى عينة من مرضى الفصام، وتكونت العينة من (268) مريضاً، وتم استخدام مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOL-BREF)، وتوصلت النتائج إلى أن معظم المشاركين من الذكور (63%) بمتوسط عمري (45.4) سنة، العزاب (85.4%) والذين يعيشون مع أسرهم (62.3%) والعاطلون (90.3%)، ووجد أن الحصول على وظيفة وعدم دخول المستشفى خلال السنوات الخمس الماضية والحصول على قدر أكبر من الرضا عن الدعم الاجتماعي من العوامل التي تؤثر بشكل إيجابي على جودة الحياة بين مرضى الفصام.

وهدفت دراسة (Peng et al (2020) إلى استكشاف الفروق بين الجنسين في جودة الحياة، لمرضى الفصام الذين يعيشون في المجتمع، وقد تم تطبيق الدراسة على (433) من مرضى الفصام في الصين منهم (206) ذكراً، و (227) أنثى، وتم تقييم جودة الحياة باستخدام (WHOQOL - BREF)، وتوصلت الدراسة إلى أن المرضى الذكور أكثر تعليماً وعملاً وأكثر تدخيناً للسجائر، وأن المرض بدأ في سن مبكرة، ولم يكن هناك فرق كبير بين الجنسين في جميع مجالات جودة الحياة، حيث أظهرت تحليلات الانحدار المتعدد أن الأعراض العقلية كانت مرتبطة سلباً بجميع مجالات جودة الحياة، كما أن مستويات التعليم العالي، ونصيب الفرد من الدخل السنوي للأسرة في العام الماضي، وحالة التوظيف، والآثار الجانبية للأدوية، والحالة الاجتماعية، وعدد مرات الاستشفاء كانت مرتبطة بشكل كبير بمجالات جودة الحياة المحددة، وكان هناك اختلاف كبير بين الجنسين في التركيبة السكانية والاجتماعية والخصائص السريرية بين مرضى الفصام في المجتمع.

استخدم (Desalegn et al (2020) تصميم دراسة مقطعية مستعرضة في المستشفى لعدد (351) شخصاً مصاباً بالفصام ويحضرون خدمة المتابعة في المركز الطبي لجامعة جيمما Jimma في إثيوبيا، في عيادة الطب النفسي خلال فترة الدراسة، ومن بين المجالات الأربعة لجودة الحياة، سجل

المستجيبون أدنى متوسط في مجال العلاقات الاجتماعية. وتم الكشف عن نموذج الانحدار المتعدد، حيث كان الطلاق مرتبطاً سلباً بالمجال المادي، وعدم وجود تعليم رسمي مرتبط سلباً بمجال الصحة البدنية، وكانت التدخلات ذات الأولوية لتحسين العجز الاجتماعي ومعالجة الأعراض النفسية للأشخاص المصابين بالفصام ضرورة لتحسين جودة حياتهم.

وهدفت دراسة (Shafie et al (2021) إلى التحقق من الاختلافات في جودة الحياة بين وداخل كل جنس من مرضى الفصام في العيادات الخارجية في سنغافورة، وتم تطبيق الدراسة على عينة من (140) مريضاً خارجياً من خلال أخذ العينات الملائمة في معهد الصحة العقلية في سنغافورة، وتم قياس جودة الحياة باستخدام النسخة المختصرة لجودة الحياة (WHOQOL-BREF). وتوصلت النتائج إلى أنه لم يكن هناك فروق كبيرة في درجات مجال جودة الحياة بين الجنسين، بينما كان الذكور الذين لديهم تعليم تقني -دبلوم- (مقابل الدرجة وما فوقها) مرتبطين بشكل إيجابي بمجال العلاقات الاجتماعية، أما بين الإناث فقد كانت الإناث المنفصلات المطلقات (مقابل العازبات) مرتبطات عكسياً بالصحة النفسية، ومجالات العلاقات الاجتماعية، وكانت الإناث اللواتي حصلن على تعليم ثانوي وما دونه (مقابل الدرجة وما فوق) مرتبطات عكسياً بالعلاقات الاجتماعية، ومجال البيئة.

وهدفت دراسة (Ogundare et al (2021) إلى تحديد العلاقة بين التكامل الاجتماعي وجودة الحياة بين مرضى الفصام الذين يحضرون إلى العيادة الخارجية لمستشفى الطب النفسي العصبي في نيجيريا، وتم إجراء الدراسة على (150) مريضاً. باستخدام (WHOQOL-BREF)، وتوصلت النتائج إلى أن متوسط عمر المبحوثين (40.00 ± 10.23)، (75.3٪ ذكور، (37.1٪) غير متزوجين.

وكانت المؤشرات على انخفاض جودة الحياة هي حدة المرض النفسي في مجالات: الصحة العامة، وجودة الحياة الاجتماعية والبيئة، ومدة أطول للمرض بالنسبة لجودة الحياة الاجتماعية والبيئة، والأعراض السلبية لجودة الحياة الجسدية، والتأكيد على الحاجة إلى الاهتمام كثيراً بمقاييس النتائج الاجتماعية مثل جودة الحياة ومستوى التكامل الاجتماعي بين مرضى الفصام الذين يتعاملون مع خدمات الطب النفسي، وليس فقط على تخفيف الأعراض.

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي أجري أغلبها في بيئات غير عربية، اختلفت عيناتها من حيث جنس المشاركين وعددهم، وتراوحت أغلب العينات ما بين (56-433) مشاركا، وكان كل المشاركين من المرضى المراجعين للعيادات الخارجية، بينما اعتمدت الدراسة الحالية على المرضى المقيمين في مستشفيات الطب النفسي. واستخدم عدد من الدراسات السابقة مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOL-BREF) الذي سيساعد الباحثة على إجراء المقارنات التي ستثري نتائج الدراسة الحالية، وعلى الرغم من الاختلافات الحضارية والثقافية لعينات الدراسات السابقة فإننا نجد اتفاقا في عدد من النتائج، وهناك اختلافات يمكن إرجاعها إلى الاختلاف في العينات وخصائصها والبيئة الثقافية والاجتماعية.

إجراءات الدراسة.

منهج الدراسة:

حتى يتمكن الباحث من دراسة موضوعه دراسة علمية فإن تحديد المنهج المتبع في الدراسة يعد خطوة مهمة وضرورية، ووفقا لهدف الدراسة الحالية المتمثل في التعرف على مستوى جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في العاصمة صنعاء، في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، فإن المنهج الوصفي أكثر المناهج ملاءمة لأهداف الدراسة، حيث يقوم هذا المنهج بدراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفا دقيقا.

مجتمع الدراسة:

شمل مجتمع الدراسة مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في المجتمع اليمني (صنعاء نموذجا).

عينة الدراسة:

تم تحديد ثلاثة من مستشفيات الطب النفسي في العاصمة صنعاء التي يرتادها أغلب المرضى النفسيين وتم الحصول على إذن التطبيق⁽¹⁾، وأظهرت المستشفيات الثلاثة تعاونا في توفير المكان

¹ من خلال مذكرة من الكلية.

المناسب لإجراء مقابلات التطبيق، وتم تحديد العينة بمرضى الفصام المستقرين سريريا، وتم شرح أهداف الدراسة للعينة، وتم الحصول على الموافقة الشفهية قبل التطبيق.

أجريت الدراسة لتحديد جودة الحياة لدى عينة من المرضى الفصامين المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في العاصمة صنعاء. وكانت العينة المتاحة مكونة من (170) مريضاً فصامياً، (113) ذكراً، و(57) أنثى تتراوح أعمارهم بين (16-62) سنة بمتوسط حسابي بلغ (32.13) سنة وانحراف معياري (8.70). وتم تشخيصهم بالفصام من قبل طبيب نفسي. تم تقييم جودة حياة المرضى باستخدام مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOL-BREF) إعداد منظمة الصحة العالمية الذي يحتوي على (26) بنداً.

أداة الدراسة:

مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOL-BREF).

أعدت منظمة الصحة العالمية مقياس جودة الحياة وتم تطبيقه في أقطار مختلفة وثقافات متباينة وعبر أنماط مختلفة من الأمراض والأعمار، ويستخدم المقياس لتقييم تأثير برامج التدخل لتحسين جودة الحياة لقياس التغير عبر الوقت فيما يتعلق بظروف حياة معينة (Group, T. W., 1998, p.1569).

ولتحقيق هدف الدراسة في التعرف على جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في صنعاء، ارتأت الباحثة استخدام مقياس جودة الحياة المختصر (WHO, 1998, p. 8) تعريب بشرى أحمد (2013)، والذي اختبر في بيئات مختلفة (حمزة، بوداود، 2018؛ عبد الخالق، 2008؛ Mohammed & 2012؛ Hsiao et al 2012؛ Abdullah, 2017؛ Peng et al, 2021؛ Khudair, 2014؛ et al, 2020؛ Shafie et al, 2021).

تكونت الصيغة المختصرة من (26) بنداً، منها (24) بنداً موزعة على أربعة مجالات، وبنديان، الأول منهما حول جودة الحياة عامة، والبند الثاني حول الصحة العامة، وتوزعت البنود الـ (24) على المجالات الأربعة لجودة الحياة المختصر كالتالي:

المجال الجسدي يحتوي على (7) بنود (3، 4، 10، 15، 16، 17، 18)، المجال النفسي يحتوي على (6) بنود (5، 6، 7، 11، 19، 26)، مجال العلاقات الاجتماعية يحتوي على (3) بنود (20، 21، 22)، المجال البيئي يحتوي على (8) بنود (8، 9، 12، 13، 14، 23، 24، 25) (WHO, 1998, p. 54).
عينة الصدق والثبات في الدراسة الحالية:

تم التحقق من كفاءة هذا المقياس من حيث صدقه وثباته على عينة مكونة من (100) مصاب بالفصام من الذكور والإناث، تراوحت أعمارهم بين (57-17) عاما، بمتوسط عمري قدره (31.88) عاما، وانحراف معياري قدره (5.19)، حيث استخدمت الباحثة طريقتين لحساب الصدق وطريقتين لحساب الثبات.

صدق المقياس: استخدمت الباحثة في حساب الصدق الطرق الآتية:

أولا: صدق الاتساق الداخلي:

لاستخراج الاتساق الداخلي للبنود تم تطبيق مقياس جودة الحياة المختصر على (100) من مرضى الفصام وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل بند بدرجة المجال الذي ينتمي إليه، وبالدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة. والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول (1) معاملات ارتباط بنود مقياس جودة الحياة بمجالها وبالمجموع الكلي ن = (100)

البيئية			العلاقات الاجتماعية			النفسية			الجسدية		
الكلي	المجال	البنود	الكلي	المجال	البنود	الكلي	المجال	البنود	الكلي	المجال	البنود
.62**	.65**	8	.66**	.75**	20	.62**	.68**	5	.30**	.51**	3
.59**	.63**	9	.46**	.75**	21	.58**	.71**	7	.58**	.62**	4
.64**	.68**	12	.49**	.71**	22	.60**	.67**	11	.54**	.65**	10
.66**	.73**	13				.56**	.60**	19	.59**	.64**	15
.48**	.57**	14				.77**	.80**	7	.53**	.59**	16
.54**	.57**	23				.57**	.66**	26	.60**	.61**	17
.58**	.67**	24	.85**		1				.67**	.71**	18
.68**	.71**	25	.63**		2						

**دالة عند مستوى دلالة (0.01)

يتضح من جدول (1) أن ارتباطات بنود مقياس جودة الحياة بمجالاتها وبالدرجة الكلية كلها دالة عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على أن الاختبار يتمتع باتساق داخلي عالٍ.

ثانياً: الصدق التمييزي

للتحقق من الصدق التمييزي تم تطبيق مقياس جودة الحياة المختصر على (100) من مرضى الفصام، وبعد ترتيب درجاتهم الكلية على المقياس تصاعدياً تم اعتماد نسبة (27%) من الدرجات العليا للمقياس ونسبة (27%) من الدرجات الدنيا، وللتعرف على طبيعة الفروق بين المجموعتين الطرفيتين العليا والدنيا تم حساب اختبار (ت) للمجموعتين والجدول الآتي يبين ذلك:

جدول (2) القوة التمييزية لفقرات مقياس جودة الحياة المختصر اختبار (ت) لعينتين

مستقلتين (27%) العليا (27%) الدنيا، (ن)=100

البند	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف	ت	البند	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف	ت
1	دنيا	27	1.96	.76	16.8**	14	دنيا	27	2.15	1.06	5.1**
	عليا	27	4.78	.42			عليا	27	3.59	1.05	
2	دنيا	27	2.22	1.12	6.5**	15	دنيا	27	2.00	1.21	5.4**
	عليا	27	4.19	1.11			عليا	27	3.70	1.10	
3	دنيا	27	2.89	1.37	2.9**	16	دنيا	27	2.59	1.22	4.2**
	عليا	27	3.85	1.03			عليا	27	3.96	1.19	
4	دنيا	27	1.81	.68	8.1**	17	دنيا	27	2.52	1.18	7.0**
	عليا	27	3.96	1.19			عليا	27	4.37	.69	
5	دنيا	27	2.07	1.11	7.8**	18	دنيا	27	2.37	1.21	7.91**
	عليا	27	4.15	.82			عليا	27	4.37	.49	
6	دنيا	27	2.52	1.42	5.1**	19	دنيا	27	2.07	1.17	10.6**
	عليا	27	4.15	.86			عليا	27	4.70	.54	
7	دنيا	27	2.48	1.22	4.8**	20	دنيا	27	2.44	1.21	7.1**
	عليا	27	3.85	.82			عليا	27	4.30	.61	
8	دنيا	27	1.89	.97	7.6**	21	دنيا	27	2.56	1.45	3.7**
	عليا	27	3.81	.88			عليا	27	3.93	1.27	
9	دنيا	27	2.22	.97	6.3**	22	دنيا	27	2.44	1.05	4.1**
	عليا	27	3.67	.68			عليا	27	3.74	1.29	
10	دنيا	27	2.67	1.41	4.7**	23	دنيا	27	2.15	1.26	5.9**

	1.04	4.00	27	عليا			.82	4.15	27	عليا	
6.4**	.93	2.41	27	دنيا	24	5.6**	1.37	2.56	27	دنيا	11
	.94	4.04	27	عليا			.76	4.26	27	عليا	
8.9**	1.12	2.22	27	دنيا	25	7.9**	.94	1.52	27	دنيا	12
	.56	4.37	27	عليا			1.04	3.67	27	عليا	
5.5**	1.10	1.70	27	دنيا	26	6.9**	.93	1.89	27	دنيا	13
	.98	3.25	27	عليا			1.02	3.75	27	عليا	

** دالة عند مستوى دلالة (0.01)

يتضح من جدول (2) أن قيمة (ت) لجميع البنود دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وعليه فإن

المقياس لديه قدرة تمييزية بين المجموعات الطرفية.

ثبات المقياس: تم حساب معامل الثبات بطريقتين هما:

أولاً: ثبات كرونباخ ألفا: باستخدام بيانات العينة الاستطلاعية (ن) = 100 تم حساب معامل

كرونباخ ألفا للمجموع الكلي ومجالات مقياس جودة الحياة، والجدول الآتي يبين ذلك.

جدول (3) معامل كرونباخ ألفا للمجالات والمجموع الكلي لمقياس جودة الحياة (ن)=100

المجال	كرونباخ ألفا
الجسدية	.73
النفسية	.78
العلاقات الاجتماعية	.58
البيئية	.81
جودة الحياة الكلي	.93

يتضح من جدول (3) أن معامل ثبات كرونباخ ألفا لمقياس جودة الحياة الكلي (0.93) وهو

معامل عال، وكذلك بالنسبة للمجالات، فهي معاملات مقبولة في أكثرها.

ثانياً: الثبات بطريقة التجزئة النصفية: تم حساب ثبات مقياس جودة الحياة المختصر

بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم تجزئة بنود المقياس إلى جزأين، البنود ذات الأرقام الزوجية،

والبنود ذات الأرقام الفردية، حيث تم حساب معامل الارتباط بين جزأي المقياس، ثم صحح معامل

الارتباط بين نصفي المقياس إلى معامل ثبات كلي عن طريق معادلة سييرمان برون، والجدول الآتي

يوضح ذلك:

جدول (4) معامل الثبات لمقياس جودة الحياة بطريقة التجزئة النصفية (ن=100)

.87	الجزء الأول	
.86	الجزء الثاني	
.84	معامل ارتباط الجزأين	
.92	تصحیح الطول بمعادلة سيرمان براون	

يتضح من جدول (4) أن معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (0.92) وهي قيمة تدل على ثبات المقياس، وفي ضوء النتائج نجد أن الصدق والثبات قد تحققا في مقياس جودة الحياة المختصر، بالإضافة إلى أن المقياس قد طُبق في بيئات مختلفة وقد أثبت صدقه وثباته على عينات وبيئات مختلفة.

تصحیح مقياس جودة الحياة المختصر:

يجاب عن كل بند على مقياس خماسي ترتيبي يتراوح بين (1-5) في البنود الإيجابية، وتعكس في البنود السلبية (3، 4، 26) حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع في جودة الحياة.

التطبيق النهائي لمقياس جودة الحياة المختصر:

بعد التأكد من صدق مقياس جودة الحياة المختصر وثباته أصبحت الأداة جاهزة للتطبيق على عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في العاصمة صنعاء وذلك بعد أخذ الموافقة من كل مريض على التطوع في تطبيق المقياس، حيث كان متوسط وقت المقابلة (30) دقيقة، وتكونت العينة من (170) مريضاً، بعد استبعاد الاستمارات التالفة، وتم إدخال البيانات وتحليلها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)

جدول (5) التكرار والنسب المئوية لخصائص العينة (ن = 170)

النسبة	التكرار	الخصائص الديموغرافية للعينة	المتغير
66.5%	113	ذكر	الجنس
33.5%	57	أنثى	

العمر	النسبة	العدد
16-25	25.9%	44
26-35	41.8%	71
36-45	27.1%	46
46-55	5.3%	9
الحالة الاجتماعية	النسبة	العدد
عازب	35.3%	60
متزوج	50.6%	86
مطلق	14.1%	24
المستوى التعليمي	النسبة	العدد
أمي	7.1%	12
أساسي	36.5%	62
ثانوي	39.4%	67
جامعي	17.1%	29
المجموع	100%	170

المتغير	الخصائص الديموغرافية للعينة	التكرار	النسبة
الحالة الوظيفية	يعمل	84	49.4%
	لا يعمل	86	50.6%
مستشفى العلاج	الأمل	102	60.0%
	الرشاد	40	23.5%
	الرسالة	28	16.5%
المجموع		170	100%

يتضح من جدول (5) أن معظم أفراد العينة وهم (66.5%) كانوا من الذكور، و(41.8%) أعمارهم بين 26-35، و(50.6%)، متزوجون، و(39.4%) تعليمهم ثانوية عامة فأقل، و(50.6%) لا يعملون.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS على النحو الآتي:

- معامل ارتباط بيرسون.
- اختبار (ت) لمقارنة متوسطات لمجموعتين مستقلتين.
- النسب المئوية، والمتوسطات، والانحراف المعياري.
- اختبار (ت) لعينة واحدة لمقارنة متوسط العينة بالمتوسط الفرضي للمقياس.
- تحليل التباين الأحادي.
- اختبار شافيه للمقارنات البعدية.

عرض النتائج ومناقشتها:

التساؤل الأول: ما مستوى جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات

الطب النفسي في العاصمة صنعاء؟

وللإجابة عن هذا التساؤل:

أولاً) تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات العينة، والمتوسط

الفرضي للمقياس، وتم حساب الفروق بين المتوسطين باستخدام اختبار "ت" لعينة واحدة، والجدول

الآتي يوضح ذلك:

جدول (6) اختبار (ت) لعينة واحدة لتحديد مستوى جودة الحياة الكلية ومجالاتها لدى مرضى

الفصام (ن) = 170

المجال	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية	مستوى الدلالة
الجسدية	22.45	4.32	21	4.38	0.00
النفسية	18.89	4.36	18	2.66	.009
الاجتماعية	9.84	2.50	9	4.39	.000
البيئية	23.76	5.46	24	.58	.565
جودة الحياة الكلي	81.68	14.84	78	3.23	.001

يتضح من جدول (6) أن المتوسط الحسابي لجودة الحياة الكلية والمجالات الفرعية

(الجسدية، النفسية، الاجتماعية) أعلى من متوسطاتها الفرضية، وأن الدرجة التائية دالة عند

مستوى دلالة (0.01) لجودة الحياة الكلية ومجالاتها (الجسدية، النفسية، الاجتماعية)، مما يشير إلى تمتع العينة بمستوى أعلى من المتوسط الفرضي لمقياس جودة الحياة الكلية ومجالاتها الجسدية والنفسية والاجتماعية.

إلا أن العينة أظهرت مستوى أقل من المتوسط الفرضي فيما يتعلق بجودة الحياة البيئية، ويمكن إرجاع ذلك إلى وجود البرامج العلاجية في مستشفيات الطب النفسي التي تركز على إعادة تأهيل المرضى جنباً إلى جنب مع العلاج الدوائي، بينما يشعر المرضى برغبة دائمة في العودة إلى بيئتهم الطبيعية التي يستطيع فيها المريض ممارسة أنشطته اليومية بحرية، وهذا ما أشار إليه المرضى.

ثانياً) تم استخدام الوسط المرجح كما تم ترتيب مجالات جودة الحياة لدى عينة الدراسة لمرضى الفصام.

جدول (7) حساب الوسط المرجح لتحديد مستوى جودة الحياة الكلية ومجالاتها لدى مرضى

الفصام (ن=170)

الرتب	رتب المتوسط	الانحراف	المتوسط	العدد	مجالات جودة الحياة
2	2.61	.61	3.20	170	الجسمية
3	2.47	.72	3.14	170	النفسية
1	2.81	.83	3.28	170	الاجتماعية
4	2.12	.68	2.96	170	البيئية

يتضح من جدول (7) أن جودة الحياة الاجتماعية حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.28)، يلها جودة الحياة الجسمية بمتوسط حسابي (3.20)، فجودة الحياة النفسية بمتوسط حسابي (3.14)، ثم جودة الحياة البيئية بمتوسط حسابي (2.96).

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Mohammed & Khudair (2014) التي أظهرت أن غالبية مرضى الفصام يتمتعون بمستوى متوسط إلى معتدل من جودة الحياة. وقد أظهرت دراسة عايش (2013) أن معدل جودة حياة طبقاً للمجالات الجسمية - النفسية - الاجتماعية - البيئية قد بلغ (44%)، بينما ظهر أن البعد الاجتماعي حصل على أدنى النسب وبلغ (35.4%)، وفي المقابل سجل البعد البيئي أعلى مستوى، إذ بلغ (51.5%) وهذا يختلف مع نتائج الدراسة الحالية.

كذلك أكدت دراسة (Desaleg et al (2020) أن من بين المجالات الأربعة لجودة الحياة، سجل المستجيبون أدنى متوسط في مجال العلاقات الاجتماعية؛ لذلك فإن التدخلات الأولية لتحسين العجز الاجتماعي ومعالجة الأعراض النفسية للأشخاص المصابين بالفصام ضرورية لتحسين جودة حياتهم.

وبشكل عام أكدت (Mohandoss, (2017) أن هناك تأثيرات ضارة لمرض الفصام على جودة الحياة بشكل ملحوظ؛ لذلك ينبغي الأخذ بعين الاعتبار التخطيط لإدارة تحقيق نتائج أفضل في جودة الحياة.

فالمرض النفسي يؤثر على العينة وعلى جودة حياتها، إلا أن حصول المجال الاجتماعي على أعلى نسبة انتشار في الدراسة الحالية يظهر الرضا الذي يشعر به المرضى من الدعم الاجتماعي الذي يجده في العلاقات الأسرية الداعمة والمُرضية لهم في إطار الأسرة أو داخل المستشفى، والمتمثل في النشاطات التي يجريها مقدمو الخدمة النفسية.

ويتضح من نتائج الدراسة الحالية أن جودة الحياة ليست عالية بل أن العينة تتمتع بمستوى جودة حياة أعلى من المتوسط في أغلب المجالات، وقد أظهرت دراسة (Ogundare et al (2021) أن هناك عددًا من المؤشرات على انخفاض جودة الحياة، وهي حدة المرض، وطول مدة المرض، وتأثيراتها في العلاقات الاجتماعية والبيئة، لذلك تكون هناك حاجة للاهتمام كثيرا بجودة الحياة ومستوى الدمج الاجتماعي بين مرضى الفصام؛ فوجود علاقات اجتماعية داعمة يساعد في إثراء جودة حياة المرضى، إلا أن بقاء مرضى الفصام في المستشفى أظهر رضا أقل في المجال البيئي لجودة حياتهم.

لذلك يعتقد (Guedes et al (2018) أن التقييم الاجتماعي لمرضى الفصام ووجود شبكات دعم تلبي احتياجاتهم الفردية أمران مهمان وسيؤديان -من ثم- إلى تحسين جودة حياتهم؛ لهذا فمن الضروري النظر إلى الشبكة الاجتماعية للمرضى، ومعرفة ما إذا كانوا راضين عن علاقاتهم الاجتماعية، سواء كان ذلك مع العائلة أو الأصدقاء أو العلاقة الحميمة أو الأنشطة الاجتماعية، حيث إن عدم الرضا عن الدعم الاجتماعي قد يؤدي إلى تدهور جودة الحياة.

كما تشير دراسة (Wartelsteiner et al (2016) إلى أن مرضى الفصام يعانون من انخفاض جودة الحياة، وقد سلطت الضوء على الطبيعة المعقدة لجودة الحياة عند المرضى الذين يعانون من الفصام، وتوصلت دراسة (Rayan & Obiedate (2017) إلى أن لدى المشاركين ضعفاً في جودة الحياة يرتبط بعمر المريض، والحالة الاجتماعية، والانتكاس، ومستوى التعليم، ووصمة العار ضد الأمراض العقلية.

وأكدت دراسة (Zouari, et al (2011) أن جودة الحياة ضعيفة لدى 34٪ من الحالات. وكانت المجالات الأكثر تضرراً مرتبة تنازلياً كما يلي: الصحة العقلية، والأداء الاجتماعي، وقيود الدور بسبب المشاكل الانفعالية، وقيود الدور بسبب مشاكل الصحة البدنية، وتصورات الصحة العامة، والأداء البدني.

وعدم الاتفاق في نتائج الدراسة الحالية مع دراسات سابقة يمكن إرجاعه إلى طبيعة العينة والثقافة اليمينية التي تجبر أفراد الأسرة على تقديم وإظهار الدعم لأعضائها، فهناك اختلافات في جودة الحياة تختلف باختلاف العينات وفقاً لكل دولة، فحسب دراسة (Caqueo-Urizar et al (2019) فإنه حتى عندما تشترك المناطق المدروسة في العديد من الخصائص الثقافية، فهناك أيضاً بعض الاختلافات المهمة بينها في جودة الحياة الخاصة بالمرضى المصابين بالفصام.

وهنا نجد أن هناك اتفاقاً بين نتائج الدراسة الحالية مع دراسات سابقة في أن العينة لا تتمتع بمستوى جودة حياة عال، لكن نتائج الدراسة الحالية ومستوى انتشار جودة الحياة الكلي وأغلب مجالاتها أعلى من المتوسط وإن اختلفت مع دراسات سابقة في بعض جوانبها، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن تعبير المرضى عما يشعرون به من رضا ظهر في استجاباتهم لمقياس جودة الحياة ومجالاتها (الاجتماعية، الجسدية، النفسية)، حيث ترافق العلاج الدوائي مع العلاج النفسي الذي يركز على جوانب حياة المرضى، ومع ذلك لم يظهر المرضى رضا في جودة الحياة في المجال البيئي لأن العينة ما زالت تقيم في مستشفى الطب النفسي مما انعكس فعلاً على دور البيئة في التأثير على رضاهم في هذا الجانب.

التساؤل الثاني: هل هناك فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تبعاً لمتغير الجنس (ذكور،

إناث)؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من الذكور والإناث على مقياس جودة الحياة الكلية ولكل مجالاتها الفرعية (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، البيئية)، وتم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لإيجاد الفروق بين الذكور والإناث، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (8) اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات مرضى الفصام على مقياس جودة الحياة تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث)

جودة الحياة	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	مستوى الدلالة
الجسدية	ذكر	113	22.80	4.07	1.46	.145
	أنثى	57	21.77	4.75		
النفسية	ذكر	113	19.25	4.41	1.52	.130
	أنثى	57	18.18	4.21		
الاجتماعية	ذكر	113	9.93	2.64	.645	.520
	أنثى	57	9.67	2.20		
البيئية	ذكر	113	23.84	5.51	.275	.784
	أنثى	57	23.60	5.39		
جودة الحياة الكلي	ذكر	113	82.60	14.86	1.146	.254
	أنثى	57	79.84	14.77		

** دالة عند مستوى دلالة (0.01) * دالة عند مستوى دلالة (0.05)

يتضح من جدول (8) أن القيمة التائية لجودة الحياة الكلية ومجالاتها الفرعية (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، البيئية) غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مقياس جودة الحياة الكلية والمجالات الفرعية تبعاً للجنس (ذكور، إناث)، إلا أنه من خلال المقارنة بالمتوسطات الحسابية نجد أن هناك فروقاً ظاهرية لصالح الذكور في جودة الحياة الكلية والمجالات الفرعية الأربعة.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Shafie et al 2021; Peng et al 2020) التي أشارت إلى أنه لم يكن هناك فرق كبير في درجات مجالات جودة الحياة تبعاً للجنس، واختلفت نتائج الدراسة الحالية عن دراسة عايش (2013) التي توصلت إلى أنه توجد فروق دالة عند مستوى دلالة (0.05) في جودة الحياة لصالح الإناث، في مجال جودة الحياة (الجسدية، النفسية، الاجتماعية). أما في دراسة (Chan & Yu 2004) فكانت الإناث أقل رضا من الذكور في التمتع بالحياة، ونشاطات الاستجمام، وأوقات الفراغ، وكذلك السلامة الشخصية، والأمن.

بالإضافة إلى ذلك أشارت دراسة (Alshowkan 2012) إلى أن هناك عدداً من المتغيرات المرتبطة بالجنس التي تؤثر على مستوى جودة الحياة، فأنتى تكون أنثى وغير عاملة وأمياً أو يكون التعليم ابتدائياً فإن ذلك يرتبط بجودة حياة ضعيفة، بينما كون الفرد متزوجاً فإن ذلك يرتبط بجودة حياة حسنة.

وفي الدراسة الحالية نجد أن عدم وجود فروق دالة إحصائية يمكن إرجاعها إلى أن المجتمع اليمني ينظر للمرض النفسي باعتباره وصمة عار، إذ يتم إخفاء حدوث المرض النفسي، ولا يتم مراجعة الأطباء النفسيين إلا في الحالات المتأخرة للذكور والإناث على حد سواء، ويمكن إيداع الذكور في الحالات المتأخرة المصححات النفسية، أما الإناث ففي العادة لا يتم إيداعهن المصححات النفسية إلا فيما ندر.

فتأثير الفصام كمرض وأعراض ووصمة يطال الذكور والإناث على حد سواء، ومن ثم يتقارب الشعور بالرضا عن جودة الحياة لدى الجنسين، فوصمة المرض تطال الجميع، وإن كانت الفروق غير دالة إحصائياً، إلا أننا نجد هناك فروقاً ظاهرية لصالح الذكور يمكن إرجاعها إلى التمييز المتجذر في الثقافة التي تولي الذكور اهتماماً أكثر. وقد يؤدي عدم المساواة بين الجنسين في الفرص إلى التأثير على صحة ورفاهية المرأة، وقد يكون له تأثير في رضا المرأة عن حياتها، ويتعاظم هذا الشعور بالنسبة للمريضات.

كما تشير دراسة (Shafie et al (2021) إلى أن ضرورة التمييز بين الرجال والنساء يُعد خطوة أخرى لإنشاء نهج علاجي أكثر شمولاً يراعي خلفية كل فرد، وبصرف النظر عن معالجة السمات السريرية وتقليل أعراض المرض، فإن العلاج المثالي يركز أيضاً على فهم كيف يمكن أن تؤثر الخلفية الاجتماعية والديموغرافية للمريض على التكيف والتعامل مع المرض في أنشطة الحياة اليومية.

التساؤل الثالث: هل هناك فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (عازب، متزوج، مطلق)؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم حساب المتوسط والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة الكلية ومجالاتها الفرعية (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، البيئية) تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، وتم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لحساب دلالة الفروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (9) اختبار تحليل التباين (ف) لحساب دلالة الفروق في درجات مرضى الفصام على مقياس

جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (عازب، متزوج، مطلق)

جودة الحياة	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط	الانحراف	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف
الجسدية	عازب	60	22.80	4.50	بين المجموعات	12.17	2	6.08	.32
	متزوج	86	22.31	4.44	داخل المجموعات	3147.96	167	18.85	
	مطلق	24	22.08	3.46	التباين الكلي	3160.12	169		
النفسية	عازب	60	19.7	4.67	بين المجموعات	74.03	2	37.02	1.97
	متزوج	86	18.49	4.43	داخل المجموعات	3136.85	167	18.78	
	مطلق	24	18.13	2.83	التباين الكلي	3210.88	169		

**4.45	26.73	2	53.45	بين المجموعات	32.7	9.13	60	عازب	الاجتماعية
	6.01	167	1003.26	داخل المجموعات	72.1	10.36	86	متزوج	
		169	1056.71	التباين الكلي	2.67	9.75	24	مطلق	
.05	1.58	2	3.17	بين المجموعات	6.03	23.62	60	عازب	البيئية
	30.14	167	5033.94	داخل المجموعات	5.51	23.78	86	متزوج	
		169	5037.11	التباين الكلي	3.64	24.04	24	مطلق	
.19	42.07	2	84.15	بين المجموعات	16.60	82.25	60	عازب	جودة الحياة الكلي
	222.41	167	37143.06	داخل المجموعات	14.62	81.73	86	متزوج	
		169	37227.21	التباين الكلي	10.84	80.04	24	مطلق	
** دالة عند مستوى دلالة (0.01) * دالة عند مستوى دلالة (0.05)									

يتضح من جدول (9) أن قيمة (ف) لجودة الحياة الكلية، والمجالات الفرعية لجودة الحياة (الجسدية والنفسية، والبيئية) غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، بينما جودة الحياة الاجتماعية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) وهذا يشير إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الكلية ومجالاتها (الجسدية والنفسية والبيئية) تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، وهناك فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الاجتماعية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية. وباستخدام المقارنات البعدية بطريقة شافيه يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجين من جهة والعزاب من جهة أخرى في جودة الحياة لصالح المتزوجين. وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Alshowkan, 2012) التي أشار أفرادها المتزوجون إلى جودة حياة عالية في الجوانب المالية والعلاقات الأسرية والاجتماعية والصحية، كما أشارت دراسة (Mohammed & Khudair, 2014) إلى أن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة، والحالة الاجتماعية، وعدم وجود علاقة مع غيرها من الخصائص.

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية في جزئية عدم وجود فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الكلية ومجالاتها (الجسدية، والنفسية والبيئية)، وتختلف في جزئية وجود فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الاجتماعية تبعاً للحالة الاجتماعية مع دراسة عايش (2013) التي أشارت إلى أنه لا توجد فروق في جودة الحياة تبعاً للحالة الاجتماعية، ودراسة (Dimitriou et al. (2009 التي أشارت إلى أنه لم يكن للحالة الاجتماعية علاقة دالة إحصائية مع جودة الحياة، وحسب دراسة Chan & Yu (2004) لم تكن هناك اختلافات في تصورات جودة الحياة بين المشاركين من مختلف الحالات الاجتماعية.

وقد توصلت (Rayan & Obiedate (2017 إلى أن لدى المشاركين ضعفاً في جودة الحياة، وهناك ارتباط دال إحصائي بين جودة الحياة والحالة الاجتماعية.

فالعوامل المساعدة في شعور الفرد بالرضا ولا سيما من الناحية الاجتماعية، ويمكن أن ينعكس ذلك على شعور المريض بالرضا الاجتماعي، وقد اتضح ذلك في استجابات المرضى على مقياس جودة الحياة.

إلا أن جودة الحياة (الجسدية والنفسية والبيئية) تحتاج إلى تضافر العديد من العوامل التي يمكن أن تظهر اختلافاً في رضا المرضى عنها، فوجود المرضى ضمن رعاية أسرية شاملة في أغلب الأحيان داخل الأسرة اليمينية يعمل على تماهي هذه الفروق حسب الحالة الاجتماعية في مجالات جودة الحياة (الجسدية، والنفسية، والبيئية) إلا أنه من خلال المقارنة بالمتوسطات الحسابية نجد أن هناك فروقاً ظاهرية لصالح المتزوجين في أغلب جوانب جودة الحياة، لأن المتزوجين لديهم مستوى من الاستقرار ومعنى لحياتهم بعكس المطلقين الذي يعانون من التفكك وكذلك العزاب الذين يفتقدون لدعم الشريك والأبناء.

التساؤل الرابع: هل هناك فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تبعاً لمتغير المستوى

التعليمي (أمي، أساسي، ثانوي، جامعي)؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم حساب المتوسط والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة الكلية ومجالاتها الفرعية (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، البيئية)، وتم استخدام اختبار تحليل التباين (ف) لحساب دلالة الفروق في جودة الحياة، ومجالاتها تبعاً لمتغير المستوى التعليمي كما في الجدول الآتي:

جدول (10) اختبار تحليل التباين (ف) لحساب دلالة الفروق في درجات مرضى الفصام على مقياس جودة الحياة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي (أمي، أساسي، ثانوي، جامعي)

ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الانحراف	المتوسط	العدد	المستوى التعليمي	جودة الحياة
*3.23	58.05	3	174.16	بين المجموعات	3.75	21.67	12	أمي	الجسدية
	17.99	166	2985.97	داخل المجموعات	4.74	21.24	62	أساسي	
		169	3160.12	التباين الكلي	4.12	23.25	67	ثانوي	
					3.48	23.52	29	جامعي	
*2.68	49.52	3	148.55	بين المجموعات	3.30	18.17	12	أمي	النفسية
	18.45	166	3062.32	داخل المجموعات	4.74	17.82	62	أساسي	
		169	3210.88	التباين الكلي	4.15	19.42	67	ثانوي	
					3.94	20.2	29	جامعي	
**3.73	22.22	3	66.67	بين المجموعات	1.78	8.92	12	أمي	الاجتماعية
	5.96	166	990.05	داخل المجموعات	2.51	9.31	62	أساسي	
		169	1056.71	التباين الكلي	2.65	10.01	67	ثانوي	
					1.95	10.97	29	جامعي	
*3.40	97.17	3	291.51	بين المجموعات	4.33	22.67	12	أمي	البيئية
	28.59	166	4745.60	داخل المجموعات	5.49	22.3	62	أساسي	
		169	5037.11	التباين الكلي	5.49	24.43	67	ثانوي	
					5.03	25.76	29	جامعي	

**4.70	970.54	3	2911.61	بين المجموعات	11.53	77.41	12	أمي	جودة الحياة الكلية
	206.72	166	34315.60	داخل المجموعات	15.64	77.16	62	أساسي	
		169	37227.21	التباين الكلي	14.37	83.99	67	ثانوي	
					12.40	87.76	29	جامعي	

**** دالة عند مستوى دلالة (0.01) * دالة عند مستوى دلالة (0.05)**

يتضح من جدول (10) أن قيمة (ف) لجودة الحياة الكلية، والمجالات الفرعية لجودة الحياة (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، والبيئية) دالة عند مستوى دلالة (0.05)، أي أن هناك فروقا دالة إحصائية في جودة الحياة الكلية ومجالاتها الفرعية (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، البيئية) تبعا لمتغير التعليم، وباستخدام المقارنات البعدية بطريقة شافيه تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى الجامعي من جهة والتعليم الأساسي لصالح التعليم الجامعي في جودة الحياة الكلية ومجالاتها (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، البيئية).

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة عايش (2013) التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الاجتماعية والبيئية تبعا لمتغير التعليم، وأكدت دراسة (Peng et al (2020 على أن مستويات التعليم العالي مرتبطة بشكل كبير بنطاقات جودة الحياة.

وأكدت دراسة (Abdullah, (2017 أن المستوى التعليمي كان مرتبطاً بشكل كبير بمجال الصحة البدنية في عينة مرضى مستشفى الرشاد. كما تشير دراسة (Caqueo-Urizar et al (2017 إلى أن مستوى التعليم العالي يسهل التوظيف، ومن ثم تحسين مستوى دخل المرضى وجودة الحياة. فالفصاميون الأميون أو الحاصلون على تعليم ابتدائي في دراسة (Alshowkan (2012 أشاروا إلى جودة حياة أقل من الذين لديهم تعليم جامعي أو أكاديمي، لذلك أكدت دراسة (Desalegn et al (2020 أن عدم وجود تعليم رسمي يرتبط سلباً بمجال الصحة البدنية، وأظهرت دراسة (Shafie et al. (2021 أن الذكور الذين لديهم تعليم تقني دبلوم مقابل المستوى التعليمي الأعلى يرتبطون بشكل إيجابي بمجال جودة الحياة الاجتماعية، وتوصلت (Rayan & Obiedate (2017 إلى أن لدى المشاركين ضعفاً في جودة الحياة ارتبط بشكل إيجابي بمستوى التعليم.

بينما أشارت دراسة Chan, & Yu (2004) إلى أنه لم تكن هناك اختلافات في تصورات جودة الحياة بين المشاركين حسب مستويات التعليم.

ويمكن إرجاع سبب الفروق في جودة الحياة الكلي ومجالاتها لصالح المرضى الأعلى تعليماً إلى أن المرضى ذوي المستوى التعليمي العالي لديهم توقعات أفضل للتغيير بعد الحصول على العلاج، بالإضافة إلى أن مستوى التعليم يلعب دوراً مهماً في التعامل مع المرض، وكذلك نوع الأوهام ومستوى التحسن، فكلما زاد الوعي تم إدراك الواقع بشكل مختلف.

التساؤل الخامس: هل هناك فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تبعاً لمتغير الوظيفة

(يعمل، لا يعمل)؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري على مقياس جودة الحياة الكلية بمجالاتها الفرعية (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، البيئية) تبعاً لمتغير الوظيفة (يعمل، لا يعمل)، وتم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لإيجاد الفروق تبعاً لمتغير الوظيفة، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (11) اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات

مرضى الفصام على مقياس جودة الحياة تبعاً لمتغير الوظيفة (يعمل، لا يعمل)

القيمة التائية	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الوظيفة	مجالات جودة الحياة
1.06	4.16	22.10	84	يعمل	الجسدية
	4.48	22.80	86	لا يعمل	
*2.41	4.17	18.08	84	يعمل	النفسية
	4.41	19.67	86	لا يعمل	
.53	2.75	9.74	84	يعمل	الاجتماعية
	2.24	9.94	86	لا يعمل	
*2.12	5.32	22.87	84	يعمل	البيئية
	5.48	24.63	86	لا يعمل	
*2.35	14.27	79.00	84	يعمل	جودة الحياة الكلي
	15.01	84.29	86	لا يعمل	

** دالة عند مستوى دلالة (0.01) * دالة عند مستوى دلالة (0.05)

يتضح من جدول (11) أن القيمة التائية لجودة الحياة الكلي ولمجالاتها (النفسية والبيئية) دالة عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يشير إلى أنه توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الكلية ومجالاتها (النفسية والبيئية) تبعاً للوظيفة (يعمل، لا يعمل) وذلك لصالح الذين لا يعملون. بينما القيمة التائية لمجالات جودة الحياة (الجسدية والاجتماعية) غير دالة عند مستوى دلالة (0.05) وهذا يشير إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الجسدية والاجتماعية تبعاً لمتغير الوظيفة (يعمل، لا يعمل).

وتختلف نتائج الدراسة الحالية عما توصلت إليه دراسة (Peng et al (2020) فيما يتعلق بالحالة الوظيفية، ومستويات التعليم العالي، ونصيب الفرد من الدخل السنوي للأسرة وحالة التوظيف، كلها كانت مرتبطة بشكل كبير بنطاقات جودة الحياة، وفي دراسة (Campos (2012) كشف المرضى الذين يعملون في مهنة عن جودة حياة أفضل في أبعاد جودة الحياة، وأظهرت دراسة (Cai & Yu, 2017; Hsiao et al, 2012) ارتباط جودة الحياة بشكل إيجابي بحالة التوظيف، ودخل الأسرة الشهري، وفي دراسة (Alshowkan (2012) أشار غير الموظفين إلى جودة حياة منخفضة عن الموظفين.

وأظهرت دراسة (Chan & Yu (2004) أن المشاركين العاطلين عن العمل حصلوا على درجات أقل بكثير في العديد من بنود جودة الحياة، عند مقارنتهم بأولئك الذين تم توظيفهم؛ حيث كان العاطلون عن العمل غير راضين عن صحتهم العامة، وغير راضين عن الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية.

فكون الفرد موظفًا ولم يكن لديه أي دخول إلى المستشفى خلال السنوات الخمس الماضية، يجعله مرتبطًا بشكل إيجابي بواحد أو أكثر من مجالات جودة الحياة (Guedes de Pinho et al (2018).

ويمكن إرجاع وجود فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الكلي ومجالاتها النفسية والبيئية لصالح غير الموظفين إلى أن غير الموظفين في المجتمع اليمني، والمرضى خاصة، يعتمدون على الأهل اقتصادياً ومالياً، أو على مصادر أخرى للدخل، فجودة الحياة الكلية ومجالاتها النفسية أو البيئة

لدى مرضى الفصام غير الموظفين في مستشفى الطب النفسي للعلاج لم تُعق البيئة الجديدة (المستشفى) حركتهم ورضاهم مقارنة بالموظفين.

ويمكن أن تعكس نتيجة الدراسة الحالية وتتداخل مع كون عينة الدراسة الذين يعملون هم في الأغلب يعملون في أعمال حرفية غير دائمة، بالإضافة إلى أن دخل الأسرة اليمينية لا يقتصر على الوظيفة فقط بل هناك مصادر أخرى للدخل، بالإضافة إلى أن الوظيفة تشكل مصدر ضغط بسبب الخوف من فقدانها بسبب البقاء في المستشفى للعلاج، وكذلك وصمة المرض، والأعراض الجانبية للأدوية.

وأظهرت الدراسة تنوعاً واختلافاً في جودة الحياة ومستوياتها لدى العينة، مما يعكس أهمية الموضوع وضرورة دراسته لدى العينة من نواحٍ مختلفة؛ لأهميته كهدف ونتيجة للعلاج، مما سيسهم في تطوير الخدمات النفسية ومساعدة المرضى بالتمتع بحياة ذات جودة.
التوصيات:

وفي ضوء النتائج توصلت الدراسة إلى عدد من التوصيات، منها:

- اهتمام مقدمي الرعاية النفسية بجودة حياة مرضى الفصام، مع الأخذ بعين الاعتبار المتغيرات الديمغرافية، وعدّها معياراً قد يسهم في تطوير الخدمات النفسية، من خلال ربطها بجنس المريض، والتي تؤثر بشكل إيجابي أو سلبي على جودة الحياة.
- ضرورة إيلاء التدخلات الأولوية لتحسين بيئة المرضى في المستشفى وخارجه؛ لتسهم في رفع مستويات مجالات جودة الحياة لديهم، وذلك من خلال التركيز على احتياجات المريض وجنسه.
- الحاجة إلى تدابير تدخل خاصة بالنوع الاجتماعي لتحسين الأداء وجودة الحياة لدى مرضى الفصام، من خلال مراعاة الجنس أثناء تقديم التدخلات التي تتناسب مع كل جنس، وداخل الجنس الواحد.
- ضرورة الأخذ بعين الاعتبار عند تقديم الخدمات للمرأة تأثير الثقافة، ومراعاة هذا الجانب لتحسين جودة الحياة، مع احترام الخلفية الثقافية.

- تطبيق استراتيجيات التعامل مع وصمة المرض التي ستسهم في تحسين جودة حياة مرضى الفصام على المدى القريب، أو البعيد.
- تصميم تدخلات تركز على احتياجات المريض، وإعادة التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني سيسهم في تحسين جودة الحياة، وتسهيل الانخراط في الأسرة والمجتمع.

المقترحات:

- إجراء دراسة:
 - على عينة من المترددين على العيادات الخارجية (غير المقيمين) في مستشفيات الطب النفسي.
 - مقارنة على عينة من المترددين والمقيمين في مستشفيات الطب النفسي.
 - مقارنة على عينة من مرضى الفصام والعاديين.
 - عن العوامل المؤثرة أو المنبئة بجودة الحياة لدى مرضى الفصام.

المراجع:

أولاً: المراجع باللغة العربية

- إبراهيم، صفاء. (2016). جودة الحياة والصحة النفسية. دار نشر يسطرون.
- أحمد، جمال، و خويلد، عارف، وجودة، جودة. (2017). استخدام فنيات العلاج بالمعنى وتعديل البيئة لتحسين حالات مرضى الفصام المعرضين للتدهور البيئي. مجلة العلوم البيئية، 39 (2)، 171-153.
- أحمد، بشرى. (2013). مقياس جودة الحياة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- أحمد، مسعودي. (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي: دراسة تحليلية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (20)، 220-203.
- حمزة، فاطيمة، و بوداود، حسين. (2018). تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية على عينات من البيئة الجزائرية، مجلة العلوم الاجتماعية، (31)، 156- 139.
- شويخ، هناء، والحويلة، أمثال، وعياد، فاطمة، والرشيد، ملك، والحمدان، نادية. (2016). علم النفس المرضي. مكتبة الأنجلو المصرية.

- عايش، محمد زهير. (2013). جودة الحياة لدى مرضى الفصام في محافظات قطاع غزة الجامعة الإسلامية (غزة)، [رسالة ماجستير]، كلية التربية، فلسطين.
- عبد الخالق، أحمد. (2008). الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية: نتائج أولية. *دراسات نفسية*، 18(2). 247-257.
- عبد الرحمن. السيد. (2000). *علم الأمراض النفسية والجسدية*، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عكاشة، أحمد. (د، ت). *الطب النفسي المعاصر*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- الغندور، العارف بالله محمد حسن. (1999). *أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة: دراسة نظرية، المؤتمر السنوي السادس - جودة الحياة: جامعة عين شمس - مركز الإرشاد النفسي، القاهرة: مركز الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس، 1 - 177*.
- مشري، سلاف. (2014). *جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي*. *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية*، (8)، 215-237.

Arabic References:

- 'Ibrāhīm, Şafā'. (2016). *Jawdah al-Ḥayāh & al-Şiḥḥah al-Nafsīyah*. Dār Nashr Yaştrūn.
- 'Aḥmad, Jamāl, Khuwaylid, 'Ārif, & Jawdah, Jawdah. (2017). 'Istikhdām Fanīyāt al-'Ilāj bi-al-Ma'nā & Ta'dīl al-Bī'ah li-Taḥsīn Ḥālāt Marḍā al-Fiṣām al-Mu'raḍīn lil-Tadahwr al-Bī'. *Majallat al-'Ulūm al-Bī'iyah*, 39(2), 153-171.
- 'Aḥmad, Bushrá. (2013). *Miqyās Jawdah al-Ḥayāh*. Maktabat al-'Anjlū al-Miṣrīyah.
- 'Amḥammad, Mas'ūdī. (2015). Buḥūt Jawdah al-Ḥayāh fī al-'Ālam al-'Arabī: dirāsah Taḥlīlīyah, *Majallat al-'Ulūm al-'Insānīyah & al-'Ijtīmā'īyah*, (20), 203-220.
- Ḥamzah, faṭīmah, & Būdā'ūd, Ḥusayn. (2018). Taqnīn Miqyās Jawdah al-ḥayāh al-Mukhtaṣar al-Şādir 'an Munazzamat al-Şiḥḥah al-'Ālamīyah 'alā 'Aryīnāt mina al-Bī'ah al-Jazā'irīyah, *Majallat al-'Ulūm al-'Ijtīmā'īyah*, (31), 139-156.

Shūwaykh Hanā', & al-Ḥūaylah, 'Amtāl, & 'Ayyād, Fāṭimah, & al-Rashīd, Malik, & al-Ḥamdān, Nādīyah. (2016). *ʿIlm al-Nafs al-Maraḍī*. Maktabat al-'Anjlū al-Miṣrīyah.

'Āyish, Muḥammad Zuhayr. (2013). Jawdah al-Ḥayāh ladā Marḍā al-Fiṣām fi Muḥāfazāt Qiṭā' Ġazzah al-Jāmi'ah al-'Islāmīyah (Ġazzah), [Master's Thesis], Kulliyat al-Tarbīyah, Filasṭīn.

'Abdalkhāliq, 'Aḥmad. (2008). al-Ṣiġah al-'Arabīyah li-Miqyās Naw'īyah al-Ḥayāh al-Ṣādir 'an Munazzamat al-Ṣiḥḥah al-'Ālamīyah: Natā'ij 'Awwalīyah. *Dirāsāt Nafsīyah*, 18 (2). 247-257.

'Abdaraḥmān. al-Saiyid. (2000). *ʿIlm al-'Amrād al-Nafsīyah & al-Jasadīyah*, Dār Qibā' lil-Ṭibā'ah & al-Nashr & al-Tawzī'.

'Ukāshah, 'Aḥmad. (N. D). *al-Ṭibb al-Nafsī al-Mu'āṣir*. Maktabat al-'Anjlū al-Miṣrīyah.

al-Ġandūr, al-'Ārifbillāh Muḥammad Ḥasan. (1999). 'Uuslūb ḥall al-Mushkilāt & 'Alāqatuḥu bi-Naw'iyat al-Ḥayāh: dirāsah Naẓarīyah, al-Mū'tamar al-Sanawī al-Sādis-Jawdah al-Ḥayāh: Jāmi'at 'Ayn Shams-Markiz al-'Irshād al-Nafsī, al-Qāhirah: Markiz al-'Irshād al-Nafsī-Jāmi'at 'Ayn Shams, 1-177.

Mashrī, Sulāf. (2014). Jawdah al-Ḥayāh min Manzūr 'Ilm al-Nafs al-'ijābī. *Majallat al-Dirāsāt & al-Buḥūṭ al-'Ijtimā'īyah*, (8), 215-237.

ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية

Abdullah, H. (2017). Quality of life between two groups of psychiatric patients in Baghdad, *European Psychiatry*, 41(S1), S511-S511.

AL-Mahbashi, M., Raja'a, Y. (2011) Quality of Life among Adult Yemeni Patients with Hearing Loss. *The Medical journal of Cairo University*, 79, 157-161.

Al-Naggar RA, Nagi NM, Ali MM, Almuasli M.(2011) Quality of life among breast cancer patients in Yemen. *sian Pac J Cancer Prev*,12(9),2335-41.

Alshowkan, A. (2012). Quality of life for people with schizophrenia in Saudi Arabia. [PHD Theses], University of Wollongong, faculty of health and behavioral sciences.

Alshowkan, A., Curtis, J., & White, Y. (2015). Factors Affecting the Quality of Life for People with Schizophrenia in Saudi Arabia: A Qualitative Study. *Journal of psychiatry*, 18(4), 1-6.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA.

Awad, A. G., Voruganti, L. N., & Heslegrave, R. J. (1997). Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 11(1), 32-47.

Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & De Marinis, M. G. (2013). Defining quality of life: a wild-goose chase? *Europe's Journal of Psychology*. 9 (1), 185–203.

Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (1999). Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *European Psychiatry*, 14(5), 256-263.

Berlim, M. T., & Fleck, M. (2003). " Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25(4), 249-252.

Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Quality of life measurement Will we ever be satisfied? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(1), 19-23.

Bullinger, M., Schmidt, S., & Naber, D. (2007). Cross-cultural quality of life research in mental health. *In Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders*. Springer, Dordrecht, pp. 67-98.

Cai, C., & Yu, L. (2017). Quality of life in patients with schizophrenia in China: relationships among demographic characteristics, psychosocial variables, and symptom severity. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 55(8), 48-54.

Campos, R. P. (2012). Health-Related Quality of Life in Schizophrenia: The Use of SF-36 Direct and Standardized Scores. *Cureus*, 4(9): e57.

Caqueo-Urizar, A., Alessandrini, M., & Boyer, L. (2017). Quality of Life in Aymara patients with schizophrenia in the Central-Southern Andes. *Universitas Psychologica*, 16, 20-32.

Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., de Munter, K., Viveros, M. J., & Boyer, L. (2019). Differences on Quality of Life of Patients with Schizophrenia: A Multicentric Study from Three Latin-America Countries. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 43(2), 326-335.

Carr, A. J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *Bmj*, 322(7296), 1240-1243

Chan, S., & Yu, I. W. (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of advanced nursing*, 45(1), 72-83.

Desalegn, D., Girma, S., & Abdeta, T. (2020). Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: a hospital-based cross-sectional study. *PloS one*, 15(2), e0229514.

Dimitriou, P., Anthony, D., & Dyson, S. (2009). Quality of life for patients with schizophrenia living in the community in Greece. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(6), 546-552.

Farah, F. H. (2018). Schizophrenia: An Overview. *Asian Journal of Pharmaceutics (AJP): Free full text articles from Asian J Pharm*, 12(02)77-87

Gigantesco, A., & Giuliani, M. (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 47, 363-372.

Gottesman, I. I., & Shields, J. (1966). Schizophrenia in twins: 16 years' consecutive admissions to a psychiatric clinic. *The British Journal of Psychiatry*, 112(489), 809–818.

Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.

Guedes de Pinho, L. M., Pereira, A. M. D. S., & Chaves, C. M. C. B. (2018). Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 40(3), 202-209.

Häfner, H., & an der Heiden, W. (1997). Epidemiology of schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(2), 139-151.

Hörnquist, J. O. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian. journal of social medicine*, 10(2), 57-61.

Hsiao, C. Y., Hsieh, M. H., Tseng, C. J., Chien, S. H., & Chang, C. C. (2012). Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics. *Journal of clinical nursing*, 21(15-16), 2367-2376.

Jaber, A. A. S., Khan, A. H., Syed Sulaiman, S. A., Ahmad, N., & Anaam, M. S. (2016). Evaluation of health-related quality of life among tuberculosis patients in two cities in Yemen. *PloS one*, 11(6), e0156258.

Jacobs, J. E. (2009). Quality of life: what does it mean for general practice? *British Journal of General Practice*, 807-808

Kahn, R. S., Sommer, I. E., Murray, R. M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D. R., Cannon, T. D., O'Donovan, M., Correll, C. U., Kane, J. M., van Os, J., & Insel, T. R. (2015). Schizophrenia. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15067.

Kajero, J., & Aina, F. (2016). A comparative study of quality of life of patients on conventional and atypical anti-psychotics in Lagos, *Nigeria. Sudan Med J*, 52(2), 67-74.

Kao, Y. C., Liu, Y. P., Chou, M. K., & Cheng, T. H. (2011). Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 171-180

Karow, A., Wittmann, L., Schöttle, D., Schaefer, I., & Lambert, M. (2014). The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 16(2), 185-195

Lee Duckworth, A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 629-651.

Levy, D. L., Coleman, M. J., Sung, H., Ji, F., Matthyse, S., Mendell, N. R., & Titone, D. (2010). The genetic basis of thought disorder and language and communication disturbances in schizophrenia. *Journal of Neurolinguistics*, 23(3), 176-192.

Loga-Zec, S., & Loga, S. (2010). Antipsychotics and the quality of life of schizophrenic patients. *Psychiatria Danubina*, 22(4.), 495-497.

Martin, N. (2009). *Quality of Life: As Defined by People Living with Schizophrenia and Their Families*. Schizophrenia Society of Canada.

Mohammed, Q. Q., & Khudair, A. K. (2014). Quality of Life in Schizophrenic Patients: The Relationship with Personal Characteristics. *Iraqi National Journal of Nursing Specialties*, 27(1)83-92.

Mohandoss, A. A. (2017). Quality of life in schizophrenic patients: Comparative study from South India. *Journal of Dr. NTR University of Health Sciences*, 6(4), 224-231

Noll, R. (2009) *The encyclopedia of schizophrenia and other psychotic disorders*. 3rd., Facts on File, An imprint of infobase Publishing

Obad, A. S., Abdulwali, F. K., Alaidroos, H. A., BaAbbad, A. A., Al-Gunaid, M. A., Al Ghurabi, M. O.,... & Shareef, M. A. (2021). Relationship between shortage of basic life

needs and quality of life of medical students in Yemen: A study utilizing validity and reliability of WHOQOL-BREF questionnaire. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 10*(3), 1466.

Ogundare, T., Onifade, P. O., Ghebrehwet, S., Borba, C. P., & Henderson, D. C. (2021). Relationship between quality of life and social integration among patients with schizophrenia attending a Nigerian tertiary hospital. *Quality of Life Research, 30*(6), 1665-1674.

Peng, X., Wang, S., Bi, J., You, L., Zhou, Z., Tan, W.,... & Liu, T. (2020). Gender differences in socio-demographics, clinical characteristic and quality of life in patients with schizophrenia: A community-based study in Shenzhen. *Asia-Pacific Psychiatry, e12446*.

Pitkänen A. (2010). Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards. *Academic Dissertation, Finland: University of Turku*

Rayan, A., & Obiedate, K. (2017). The correlates of quality of life among Jordanian patients with schizophrenia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 23*(6), 404-413

Shafie, S., Samara, E., Jeyagurunathan, A., Abdin, E., Chang, S., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2021). Gender difference in quality of life (QoL) among outpatients with schizophrenia in a tertiary care setting. *BMC psychiatry, 21*(1), 1-9.

Sidlova, M., Prasko, J., Jelenova, D., Kovacsova, A., Latalova, K., Sigmundova, Z., & Vrbova, K. (2011). the quality of life of patients suffering from schizophrenia--a comparison with healthy controls Biomedical Papers of the Medical Faculty of Palacky University in Olomouc, 155(2).173-180

Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics: IV. Results and implications. *Archives of General Psychiatry, 12*(2), 201-212.

Suttajit, S., & Pilakanta, S. (2015). Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 1371–1379.

Tienari, P., Sorri, A., Naarala, M., Wahlberg, K. E., Moring, J., Pohjola, J., & Wynne, L. C. (1987). Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: The Finnish adoptive family study. *Schizophrenia bulletin*, 13(3), 477-484.

Tomotake, M. (2011). Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. *The Journal of Medical Investigation*, 58(3, 4), 167-174.

Tsuang, M. (2000). Schizophrenia: genes and environment. *Biological psychiatry*, 47(3), 210-220.

Wartelsteiner, F., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Pardeller, S., Sondermann, C., & Hofer, A. (2016). Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(4), 360-367.

Windholz, G. (1993). Pavlov's concept of schizophrenia as related to the theory of higher nervous activity. *History of Psychiatry*, 4(16), 511-526.

World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual* (No. WHO/HIS/HSI Rev. 2012.03). World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *Mental Health action plan 2013-2020, WHO Library Cataloguing in Publication Data. Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse.*

Zouari, L., Thabet, J. B., Elloumi, Z., Elleuch, M., Zouari, N., & Maalej, M. (2011). Quality of life in patients with schizophrenia: a study of 100 cases. *L'encephale*, 38(2), 111-117.



Contents

- The structural model of the interrelationships between life skills, personal strategic planning and psychological flow among university female students
Dr. Nilly Hussien Kamel El-Amrousy.....9
- Quality of Life among a Sample of Schizophrenia Patients Residing in Psychiatric Hospitals in the Yemeni Society
Dr. Arwa Ahmad Abdo Al-Izzy.....60
- The role of Qassim University in providing a supportive environment fo entrepreneurship education approach in light of the Kingdom's vision 2030
Dr. Turki Bin Munwer Bin Sameer Al-Moklafi.....114
- Perceived Organizational Support and its Relationship to Altruistic Behavior among Secondary School Teachers in the City of Rahat in the Negev
Dr. Kamal Makhamerh.....156
- Teaching Practices in the Light of Principles of Learning and Teaching Theories among Teachers of Science and Computer at Elementary Education Stage in Al-Dhehar District
Dr. Nadia Mohammed Ali Al-Attab, Dr. Salwa Yehya Mohammed Al-Haddad.....187
- Assessment of the National Academic Reference Standards Document (NARS) in Yemeni Universities and Requirements for Application
Dr. Noman Ahmed Ali Fairooz, Dr. Ahmed Ghalib Al-Haboob, Dr. Ghaib Hameed Al-Qanes.....223

- The researcher shall abide by the amendments recommended by the peer-reviewers and editors to be made in the paper according to the reports sent to him/her, within a period not exceeding 15 days.
- The paper is returned to the peer-reviewers when the recommendations are substantive; to know the extent of the researcher's commitment to fulfill the necessary amendments. The editorial presidency/management is responsible for following up on the evaluation when the recommendations for amendments to be done are minor. Then, the final verification is to be done, and the researcher is given a letter of acceptance to publish, including the number and date of the issue that the paper will be published in.
- After making sure that the manuscript is ready in its final form, it is sent for linguistic proofreading and technical review; then it is forwarded for the final production.
- The paper is returned in its final form to the researcher before publication for final review and comments, if any, according to the form prepared for this.
- Issues are published electronically on the magazine's website according to the specific time plan for publication. Once they are published, they are made available for downloading for free without conditions.

Fourth: Publication Fee

Researchers pay the prescribed fees as follows:

- Faculty members at Thamar University pay an amount of (15,000) Yemeni riyals.
- Researchers from inside Yemen pay (25,000) Yemeni riyals.
- Researchers from outside Yemen pay \$150 or its equivalent.
- The researchers also pay for sending hard copies of the issue.
- In case the number of the paper's words exceeds (9,000), researchers will pay one thousand Yemeni riyals for each extra page.
- The amount will not be refunded in case the paper is rejected by the peer-reviewers.

Note: For having a look on the previous issues of the journal, please visit the journal's website as follows:

<https://www.tu.edu.ye/journals/index.php/artsep>

Journal Address: Faculty of Arts, Thamar University, Tell: 00967-509584

P.O. box. 87246, Faculty of Arts, Thamar University, Dhamar, Republic of Yemen.

- **Introduction:** The research includes an introduction in which the researcher presents an overview of the research topic, its problem, objectives and significance. Also includes definitions of terms, research limitations, procedures, tools, methodology used, previous studies, and the contributions of the research.
- **Presentation:** The paper is presented in accordance with the adopted scientific standards and principles, and the referred to parts and sections, in a coherent and sequential manner.
- **Results:** The results shall be displayed clearly, sequentially and accurately.
- **Margins and references:**
 - The footnotes and references are documented according to the APA System, Seventh Edition.
 - Then, they shall be all arranged alphabetically, provided that (al, abu, and ibn) are not included in the arrangement. Example: "ibn Manthur" is arranged under the letter "mem'M".
 - The researcher Romanizes the references after they are reviewed and approved in their final form by the journal's editorial board.
- The paper should be sent in Word and PDF formats in the name of the editor-in-chief to the journal's e-mail address, i.e.: info@jthamararts.edu.ye
- The editor-in-chief informs the researcher of the receipt of his/her paper and its approval for the peer-review or amendments before its approval for the peer-review.

Third: Peer-review and Publication Procedures

- After the paper is approved for the peer-review by the editor-in-chief, his deputy or the managing editor, the concerned paper is referred to the peer-reviewers.
- Papers submitted for publication in the journal are subject to an anonymous double review process.
- The decision to accept the paper for publication or rejecting it is made based on the reports submitted by the peer-reviewers and editors. They are based on the value of the scientific paper, the extent to which the approved publishing conditions and the declared policy of the journal are met, and on the principles of scientific honesty, originality and novelty of the research.
- The editor-in-chief informs the researcher of the peer-reviewers' decision regarding its eligibility to be published or not, or the requirement for further recommended amendments.

Publication Rules

The peer-reviewed scientific journal *Arts for Psychological & Educational Studies* is issued by the Faculty of Arts, Thamar University, Republic of Yemen. It accepts publishing papers in Arabic, English as well as French, according to the following rules:

First: General rules for papers to be accepted for peer-review:

- The paper should be characterized by originality and sound scientific methodology.
- The paper should not have been previously published or submitted for any publication to another party, and the researcher has to submit a written undertaking for that.
- Papers should be written in a sound language, taking into account the rules of punctuation and accuracy of forms - if any - in (Word) format.
- Papers shall be written in (Sakkal Majalla) font, size (15), for papers in Arabic; and in (Sakkal Majalla) font, size (13) for papers in both English and French. The headlines are in bold, size (16). The space between the lines is (1.5 cm), and the margins are (2.5 cm) on each side.
- The paper shall not either exceed (7000) words, or be less than (5000) words, including figures, tables and appendices. Any excess required maybe allowed up to (9000) words.
- The researcher must avoid plagiarism or quoting others' statements or ideas without referring to the original sources.

Second: Procedures for Applying for Publication:

The researcher is obligated to arrange the submitted paper according to the following steps:

- **The first page** contains the title in Arabic, the researcher's name and title, the institution to which he/she belongs, his/her e-mail address, and then the abstract in Arabic.
- **The second page** contains an English translation of the contents of the first page (title, name and description of the researcher etc., abstract and keywords).
- **The abstract**, in Arabic and English translation, contains the following elements each: (research objective, methodology, and results), provided that each of them should not exceed 170 words, and not less than 120 words, in one paragraph, and both should also be included keywords ranging between 4-5 words.



Arts

for Psychological & Educational Studies

A Quarterly Peer Reviewed Journal

Issued by the Faculty of Arts,

Thamar University, Thamar,

Republic of Yemen.

(Issue. 15)

September: 2022

ISSN: 2707-5788

EISSN: 2708-5775

Local No:

(1631 -2020)

This is an open access journal which means that all content is freely available without charge to the user or his/her institution. Users are allowed to read, download, copy, distribute, print, search, or link to the full texts of the articles, or use them for any other lawful purpose, without asking prior permission from the publisher or the author. under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.



Scientific and advisory board

Prof. Ahmed Ghaleb Al-Haboob (Yemen)	Prof. Abdullah Mohammed Al-Salehi (Yemen)
Prof. Ahmed Ali Al-Akwa'a (Yemen)	Prof. Ala'a Al-Deen Saad Mutualli (Egypt)
Prof. Ahmed Ali Al-Amiri (Yemen)	Prof. Ali Saeed Al-Tariq (Yemen)
Prof. Ahmed Muhammed Bin Rakan (Yemen)	Prof. Mohammed Saeed Sabrani (Jordan)
Prof. Panajotis Cakirpaloglu (Czech Republic)	Prof. Mohammed Abdu Khalid Al-Mikhlaifi (Yemen)
Prof. Benaissa Zaghboush (Qatar)	Prof. Mahamoud Fathi Ukasha (Egypt)
Prof. Sultan Saeed Abdu Al-Mikhlaifi (Saudi Arabia)	Prof. Mohammed Yahya Hussen Al-Muafa (Yemen)
Prof. Sondos Abdulqadir Aziz Al-Khalidi (Iraq)	Prof. Najat Mohammed Saim Khalil (Turkey)
Prof. Sharaf Ahmed Al-Shahari (Yemen)	Prof. Nasr Mohammed Al-Hogaili (Yemen, Yemen)
Prof. Sadiq hasan Ghalib Al-Shamiri (Yemen)	Prof. Noman Saeid Al-Aswadi (Yemen, Yemen)
Prof. Tariq Nasher Mukred (Yemen)	Prof. Waheed Muhammad Sulaiman (Yemen)
Prof. Adel Abdulghani Al-Ansi (Yemen)	Prof. Waheeb Abdullah Sa'ad (Yemen)
Prof. Abdulkareem Ismail Zabibah (Yemen).	Prof. Yahya Muhammed Abu Jahjough (Palestine)
Prof. Abdulwahed Abdulrahman Ahmed Ahmed (Yemen)	Prof. Yahya Mansour Bishr (Yemen)
Prof. Abdullah Azzam Al-Jarrah (Jordan)	

Technical Output	Financial Officer
Mohammed Mohammed Subia	Ali Ahmed Al-Bakhrani



Arts

for Educational & Psychological Studies

A Quarterly Refereed Scientific Journal for Psychological & Educational Studies issued by the Faculty of Arts

General Supervision

Prof. Talib Al-Nahari

Editor in Chief

Prof. Abdulkareem Mosleh Al-Bahlah

Deputy Chief Editor

Dr. Esam Wasel

Editorial Manager

Dr. Fuad Abdulghani Mohammed Al-Shamiri

Editors

Prof. Ahmed Ali Al-Mamari (Saudi Arabia)	Prof. Rehella Hussein Nasser Omair (Yemen)	Prof. Mohammed Ibraheem Al-Sanea (Yemen)
Prof. Altaf Yeaseen Khdher Al-Rawi (Iraq)	Prof. Rabea Ahmed Abdu Rashwan (Egypt)	Dr. Maha Abdulmajeed Al-Ani (Oman)
Dr. Inshirah Ahmed Ismail (Yemen)	Dr. Abdo Saeed Al-Sana'ani (Yemen)	Prof. Nabeel Saleh Sefian (Saudi Arabia)
Prof. Hanan Abdullah Ahmed Rizk (Saudi Arabia)	Prof. Abdu Farhan Al-Hymiari (Yemen)	Dr. Lutf Mohammed Hurish (Yemen)

Proofreading:

English Part	Arabic Part
Dr. Abdulhameed Abdulwahed Ashuja'a	Dr. Abdullah Al-Ghobasi



Arts

ISSN:2707-5788

EISSN:2708-5775

for Psychological & Educational Studies

A Quarterly Peer Reviewed Journal for Psychological & Educational Studies

**Issued by the Faculty of Arts,
Thamar University**

The structural model of the interrelationships between life skills, personal strategic planning and psychological flow among university female students

Quality of Life among a Sample of Schizophrenia Patients Residing in Psychiatric Hospitals in the Yemeni Society

The role of Qassim University in providing a supportive environment fo entrepreneurship education approach in light of the Kingdom's vision 2030

Perceived Organizational Support and its Relationship to Altruistic Behavior among Secondary School Teachers in the City of Rahat in the Negev

Teaching Practices in the Light of Principles of Learning and Teaching Theories among Teachers of Science and Computer at Elementary Education Stage in Al-Dhehar District

Assessment of the National Academic Reference Standards Document (NARS) in Yemeni Universities and Requirements for Application



ArtsArtsArts