جامعة القدس المفتوحة

عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي

جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية: برنامج مقترح من منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية لرفع مستواها

Quality of Life of Families of Psychiatric Patients in Mental Health Care Institutions: A Proposed Program from the Perspective of Family Therapy in Social Work to Enhance It

إعداد:

أصالة مصطفى كنعان مصطفى

قُدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية

جامعة القدس المفتوحة(فلسطين)

2025

جامعة القدس المفتوحة

عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي

جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية: برنامج مقترح من منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية لرفع مستواها

Quality of Life of Families of Psychiatric Patients in Mental Health Care Institutions: A Proposed Program from the Perspective of Family Therapy in Social Work to Enhance It

إعداد:

أصالة مصطفى كنعان مصطفى

بإشراف

د. إياد فايز أبو بكر

قُدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات للحصول على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية

جامعة القدس المفتوحة(فلسطين)

2025

جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية: برنامج مقترح من منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية لرفع مستواها

Quality of Life of Families of Psychiatric Patients in Mental Health Care Institutions: A Proposed Program from the Perspective of Family Therapy in Social Work to Enhance It

إعداد:

أصالة مصطفى كنعان مصطفى

بإشراف

د. إياد فايز أبو بكر

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 16 /12 / 2025 م

أعضاء لجنة المناقشة

الدكتور إياد فايز أبو بكر	جامعة القدس المفتوحة	مشرفًا ورئيسًا
الدكتور رائد نمر يعقوب	جامعة القدس المفتوحة	عضوًا
الأستاذ الدكتور أحمد جميل قعدان	جامعة فلسطين التقنية	عضوًا

إقرار وتفويض

أنا الموقع/ة أدناه أصالة مصطفى كنعان مصطفى؛ أفوض/ جامعة القدس المفتوحة بتزويد نسخ من رسالتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبهم بحسب التعليمات النافذة بالجامعة.

وأقر بأنني قد التزمت بقوانين جامعة القدس المفتوحة وأنظمتها وتعليماتها وقراراتها السارية المعمول بها والمتعلقة بإعداد رسائل الماجستير عندما قمت شخصياً بإعداد رسالتي الموسومة: ب "جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية: برنامج مقترح من منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية لرفع مستواها".

الاسم: أصالة مصطفى كنعان مصطفى

الرقم الجامعي: 0330012310260

التوقيع:

التاريخ: 2025/12/16

الإهداء

إلى والدي الأعزاء تاج رأسي ومهجة القلب.

إلى شريك حياتي الغالي، الذي كان لي دائمًا مصدر إلهام، وأعظم سند في كل خطوة، هذا العمل هو ثمرة دعمك اللامحدود.

إلى أخوتي وأخواتي الأحباء.

إلى جنود مجهولين قدموا لي كل الحب والدعم

إلى جامعتي التي توجت نجاحي تلو نجاح

إليكم جميعا أهديكم ثمرة نجاحي شاكرةً دعمكم لي

الباحثة

أصالة شمالي

" الشكر والتقدير"

أولاً، الحمد لله الذي لا يُحمد على مكروه سواه، والشكر لله عز وجل، خالق السماوات والأرض، الذي أنعم عليّ بنعمه العظيمة ورحمته الواسعة، إليه سبحانه أرفع أسمى آيات الشكر والحمد، على ما وهبني من قدرة وصبر، ومنحني التوفيق في إتمام هذه الرسالة المباركة. الحمد لله الذي يسّر لي سُبل العلم وجعلني في هذا المقام.

ثم إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم، الذي كان ولا يزال خير معلم ومرشد للبشرية جمعاء، سيدي وحبيبي، محمد بن عبد الله، الذي علمنا أن طلب العلم فريضة، وأن العمل والاجتهاد هما مفتاحا النجاح. أسأل الله أن يكون شفاعته لنا في الدنيا والآخرة.

أما الشكر الخاص لفضل المشرفين، فأوجهه بأسمى معاني التقدير والامتنان إلى أستاذي الفاضل الدكتور إياد فايز أبو بكر، الذي كان لي خير مرشد ومعين، لقد كان إشرافه على هذه الرسالة مصدر إلهام وتوجيه دقيق، ولم يبخل عليّ بجهده ووقته. جزاه الله خيرًا على دعمه اللامحدود، وإسهاماته القيمة التي أثرت في عملي وأوصلتني إلى هذا الإنجاز.

كما لا يسعني إلا أن أعبّر عن جزيل الشكر والامتنان لأعضاء لجنة المناقشة الأفاضل: الدكتور .....، والدكتور .....، الذين تفضلوا بمراجعة رسالتي، وأبدوا آراءهم السديدة ونقدهم البنّاء، مما ساهم بشكل كبير في تحسين العمل.

وإلى جامعتي الحبيبة، جامعة القدس المفتوحة، التي كانت دائمًا مصدر فخر لي، أرفع لها خالص الشكر والتقدير على الدعم المستمر، وعلى توفير بيئة أكاديمية متميزة تشجع على البحث والتفكير. كذلك، أوجه شكرًا خاصًا لعمادة الدراسات العليا والبحث العلمي، التي كانت دائمًا تساندني وتسهّل لي كافة الإجراءات، مما جعل مسيرتي العلمية أكثر يسرًا ونجاحًا.

الباحثة

أصالة شمالي

قائمة المحتويات

الموضوع		الصفحة
قرار لجنة المناقشة		ب
الإقرار والتفويض		ج
الإهداء		د
شكر وتقدير		هـ
قائمة المحتويات		و
قائمة الجداول		ح
قائمة الملاحق		ي
الملخص باللغة العربية		ل
الملخص باللغة الإنجليزية		م
الفصل الأول: خلفية الدراسة ومشكلتها		1
1.1	المقدمة	2
2.1	مشكلة الدراسة وأسئلتها	4
3.1	فرضيات الدراسة	6
4.1	أهداف الدراسة	7
5.1	أهمية الدراسة	8
6.1	حدود الدراسة ومحدداتها	9
7.1	التعريفات الإجرائية للمصطلحات	9
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة		12
1.2	الإطار النظري	13
2.2	الدراسات السابقة	33
الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات		40
1.3	منهجية الدراسة	41
2.3	مجتمع الدراسة وعينتها	41
3.3	أداة الدراسة	42
4.3	متغيرات الدراسة	47
5.3	إجراءات تنفيذ الدراسة	48
6.3	المعالجات الإحصائية	49
الفصل الرابع: نتائج الدراسة		50
1.1.4	النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة	51
2.4	النتائج المتعلقة بالفرضيات	58
الفصل الخامس: تفسير النتائج ومناقشتها		74

1.5 تفسير نتائج أسئلة الدراسة 75
1.5 تفسير نتائج أسئلة الدراسة ومناقشتها 84
2.5 تفسير نتائج فرضيات الدراسة ومناقشتها 94
3.5 تصور مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لرفع مستوى جودة الحياة لدى المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية 98
4.5 التوصيات والمقترحات
المصادر والمراجع باللغة العربية 100
المصادر والمراجع باللغة الأجنبية 102
الملاحق 103

قائمة الجداول

الجدول	موضوع الجدول	الصفحة
1.3	توزيع عينة الدراسة حسب متغيراتها المستقلة (التصنيفية)	42
2.3	قيم معاملات ارتباط فقرات مقياس جودة الحياة بالمجال الذي تنتمي إليه، وقيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس، وقيم معاملات ارتباط كل مجال مع الدرجة الكلية للمقياس	44
3.3	قيم معامل ثبات مقياس جودة الحياة ومجالاته بطريقة كرونباخ ألفا	45
3.4	درجات احتساب مستوى جودة الحياة	46
1.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل مجال من مجالات مقياس جودة الحياة وعلى المقياس ككل مرتبة تنازلياً	51
2.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات المجال الصحي والخدماتي مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية	52
3.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات المجال الاجتماعي والعائلي مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية	53
4.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات المجال الاقتصادي والمعيشي مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية	54
5.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات المجال النفسي والعاطفي مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابي	56
6.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات المجال التربوي والمعرفي مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية	57
7.4	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير الجنس	58
8.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير العمر	59
9.4	نتائج تحليل التباين الأحادي على مقياس جودة الحياة ومجالاته لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير العمر	60
10.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير صلة القرابة بالمريض	61
11.4	نتائج تحليل التباين الأحادي على مقياس جودة الحياة ومجالاته لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير صلة القرابة بالمريض.	62

12.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي	64
13.4	نتائج تحليل التباين الأحادي على مقياس جودة الحياة ومجالاته لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.	65
14.4	نتائج اختبار (Gabriel) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية على مقياس جودة الحياة والمجال: (الاقتصادي والمعيشي)لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.	66
15.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري	67
16.4	نتائج تحليل التباين الأحادي على مقياس جودة الحياة ومجالاته لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري.	68
17.4	نتائج اختبار (Gabriel) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية على مقياس جودة الحياة ومجالات: (المجال النفسي والعاطفي، المجال الاقتصادي والمعيشي، المجال الصحي والخدماتي، المجال التربوي والمعرفي) لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري	69
18.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته	71
19.4	نتائج تحليل التباين الأحادي على مقياس جودة الحياة ومجالاته لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته	72

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	رقم الصفحة
1	الاستبانة قبل التحكيم	105
2	قائمة المحكمين	113
3	الاستبانة بعد التحكيم	114
4	كتاب تسهيل المهمة	115

جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية: برنامج مقترح من منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية لرفع مستواها

إعداد: أصالة مصطفى مصطفى

بإشراف: د. إياد فايز أبو بكر

2025

المُلخصْ

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين المقيمين في مؤسسات الرعاية النفسية، وتحليل العلاقة بين جودة الحياة وعدد من المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية لتلك الأسر، كما سعت الدراسة إلى تقديم برنامج مقترح من منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية، يهدف إلى تعزيز جودة الحياة لدى هذه الأسر، انطلاقًا من دور الأسرة المحوري في دعم المرضى النفسيين ومساندتهم في عملية العلاج والتأهيل.

تكوّن مجتمع الدراسة من جميع أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية، فيما تم اختيار عينة استطلاعية مكونة من ثلاثين فردًا من خارج العينة الرئيسة للتحقق من صلاحية أداة الدراسة وخصائصها السيكومترية (الصدق والثبات)، أما العينة الرئيسة فقد بلغ حجمها مائة من أسر المرضى، تم اختيارهم باستخدام أسلوب العينة المتيسرة.

أظهرت النتائج أن متوسط تقديرات عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة ككل بلغ (3.52) بنسبة مئوية (70.4%)، وهو ما يشير إلى مستوى متوسط من جودة الحياة لدى الأسر المرافقة للمرضى، وتبيّن أن المتوسطات الحسابية لمجالات المقياس تراوحت بين (3.20–3.77)، حيث جاء المجال الصحي والخدماتي في المرتبة الأولى بمتوسط (3.77) بنسبة (75.4%) وتقدير مرتفع، في حين جاء المجال التربوي والمعرفي في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.20) بنسبة (64.0%) وتقدير متوسط.

كما أظهرت النتائج تباينًا في مستوى جودة الحياة بين المجالات المختلفة، دون وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى إلى متغيرات مثل: العمر، صلة القرابة بالمريض، ومدة مرافقة المريض أو التعامل مع

حالته، بينما ظهرت فروق دالة إحصائيًا في المجال الاقتصادي والمعيشي تُعزى إلى المستوى التعليمي، لصالح الأسر ذات التحصيل العلمي الأعلى (ماجستير فأعلى)،وكذلك وُجدت فروق دالة في المجالات: النفسي والعاطفي، الاقتصادي والمعيشي، الصحي والخدماتي، والتربوي والمعرفي تبعًا لمتوسط الدخل الشهري للأسرة، وكانت لصالح الأسر ذات الدخل المرتفع، وبناءً على هذه النتائج، توصي الدراسة بضرورة تطوير برامج دعم نفسي واجتماعي موجهة لأسر المرضى النفسيين، وتفعيل دور العلاج الأسري ضمن إطار الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، أسر المرضى النفسيين، العلاج الأسري، المرضى النفسيين.

Quality of Life of Families of Psychiatric Patients in Mental Health Care Institutions: A Proposed Program from the Perspective of Family Therapy in Social Work to Enhance It

Prepared by: Asala Mustafa Shomali
Supervised by: Dr. Iyad Fayez Abu Bakr
2025

Abstract

The current study aimed to examine the quality of life among families of psychiatric patients residing in mental health care institutions, and to explore its relationship with a number of demographic and social variables. Additionally, the study sought to propose a program based on the family therapy perspective within social work, aiming to enhance the quality of life of these families, given their critical role in supporting and assisting patients throughout treatment and rehabilitation.

The study population consisted of all families of psychiatric patients in mental health care institutions. An exploratory sample of (30) individuals, not included in the main sample, was selected to assess the validity and reliability of the research instrument. The main sample included (100) family members, selected through a convenience sampling method.

The results indicated that the overall mean score of the study sample on the Quality of Life Scale was (3.52), representing a percentage of (70.4%), which reflects a moderate level of quality of life among families accompanying patients. The mean scores of the quality of life domains ranged between (3.20–3.77), with the health and service domain ranking first (M = 3.77, 75.4%) and rated as high, while the educational and cognitive domain ranked last (M = 3.20, 64.0%) and rated as moderate.

The findings also revealed variations in the level of quality of life across different domains, with no statistically significant differences attributed to variables such as age, relationship to the patient, or duration of caregiving. However, statistically significant differences were found in the economic and living domain attributed to educational level, in favor of families with higher academic qualifications (Master's degree or above). Additionally, significant differences appeared in the psychological and emotional, economic and living, health and service, and educational and cognitive domains according to the family's average monthly income, favoring families with higher income levels.

Based on these findings, the study recommends developing targeted psychological and social support programs for the families of psychiatric patients and strengthening the role of family therapy within the professional framework of social work practice.

Keywords: Quality of Life, Families of Psychiatric Patients, Family Therapy, Psychiatric patients

الفصل الأول

خلفية الدراسة ومشكلتها

1.1 المقدمة

2.1 مشكلة الدراسة وأسئلتها

3.1 فرضيات الدراسة

4.1 أهداف الدراسة

5.1 أهمية الدراسة

6.1 حدود الدراسة ومحدداتها

7.1 التعريفات الإجرائية للمصطلحات

الفصل الأول

خلفية الدراسة ومشكلتها

1.1 المقدمة

تسعى المجتمعات المعاصرة، في ظل التطورات المتسارعة والتحديات الاجتماعية والنفسية المتزايدة، إلى تحقيق الرفاه الشامل لأفرادها من خلال توفير بيئة حاضنة تُلبّي احتياجات الإنسان في مختلف المجالات، سواء كانت صحية أو نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية، ويُعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم المحورية التي برزت بقوة في العقود الأخيرة، خاصة مع تنامي الوعي بأهمية النظر إلى الإنسان بوصفه كيانًا متكاملًا، تتداخل في حياته الجوانب النفسية والاجتماعية والمادية، فقد أصبح هذا المفهوم مؤشراً أساسياً لقياس مستوى التنمية البشرية، وفاعلية السياسات العامة، ومدى كفاءة الخدمات الاجتماعية والصحية المقدمة، ولم يعد التركيز على جودة الحياة مقتصرًا على الفرد بمعزل عن بيئته، بل بات يُنظر إليه في سياق شبكته الاجتماعية، وخصوصًا أسرته، التي تلعب دورًا جوهريًا في تشكيل تجربته اليومية ومدى رضاه عن حياته.

وفي هذا السياق، تبرز الصحة النفسية كعنصر أساسي في تحديد مستوى جودة الحياة، إذ تؤثر بشكل مباشر على قدرة الفرد على التفاعل مع بيئته، واتخاذ القرارات السليمة، وإقامة علاقات اجتماعية مستقرة، إلا أن هذه التأثيرات لا تتوقف عند حدود الشخص المصاب باضطراب نفسي، بل تمتد لتطال أسرته بشكل عميق، حيث تعيش الأسرة في ظل أجواء من القلق والتوتر والضغوط المستمرة، فالأسر التي تضم في أحد أفرادها مريضًا نفسيًا غالبًا ما تواجه تحديات متزايدة تتعلق بمتطلبات الرعاية المستمرة، والضغوط الاقتصادية المصاحبة للعلاج، إلى جانب التوترات العاطفية، والإرهاق النفسي الناجم عن الشعور بالعجز أو عدم الفهم الكافي لطبيعة المرض. وتُعد هذه الضغوط أحد العوامل الرئيسة التي تؤدي إلى تراجع جودة الحياة لدى أفراد الأسرة، مما يستدعي التدخل المهني للحد من آثارها وتعزيز التكيف الأسري (سعيد وآخرون، 2021).

وفي ضوء ذلك، تكتسب مؤسسات الرعاية النفسية أهمية متزايدة بوصفها جهة مسؤولة عن تقديم الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية للمرضى النفسيين، حيث توفر بيئة علاجية منظمة تستهدف تأهيل المريض وتهيئته للاندماج في المجتمع، غير أن هذه المؤسسات، رغم دورها الحيوي، كثيرًا

ما تركّز جهودها على المريض فقط، وتغفل عن إشراك أسرته في العملية العلاجية بشكل فعّال، ما يؤدي إلى خلل في مسار الرعاية الشاملة، فغياب الدعم النفسي والاجتماعي الموجه للأسرة، وعدم تزويدها بالمعرفة والمهارات اللازمة للتعامل مع الحالة، يُضعف قدرتها على أداء دورها، ويُسهم في تدهور جودة حياتها، وتفاقم الضغوط الواقعة عليها، وتشير العديد من الدراسات إلى أن أسر المرضى النفسيين تعاني من الإقصاء المجتمعي، والشعور بالوصمة، والعزلة الاجتماعية، إلى جانب ضعف الموارد المتاحة لها، وهو ما يُفضي إلى نتائج سلبية على الأسرة والمريض معًا (البشتاوي، 2015).

أمام هذه التحديات، تبرز الحاجة الماسّة إلى تبني منهجية متكاملة في التعامل مع أسر المرضى النفسيين، لا تقتصر على تقديم الدعم النفسي فقط، بل تتضمن تمكين الأسرة من أداء دورها العلاجي والاجتماعي من خلال تزويدها بالمعرفة والمهارات، وإشراكها فعليًا في وضع وتنفيذ الخطط العلاجية، وهنا تبرز الخدمة الاجتماعية بوصفها أحد التخصصات الإنسانية القادرة على التعامل مع المشكلات النفسية والاجتماعية بمنهجية علمية ومهنية، حيث تسعى إلى تعزيز رفاهية الأفراد والأسر من خلال تدخلات متنوعة تعتمد على فهم السياق الاجتماعي والبيئي لكل حالة، ومن أبرز نماذج الممارسة المهنية في هذا السياق هو منظور العلاج الأسري، الذي ينظر إلى المرض النفسي كحدث يؤثر في الأسرة بكاملها، ويعالج العلاقة الديناميكية بين المريض وأسرته، وليس فقط الأعراض الظاهرة لدى المريض (سعيد، 2021).

إن العلاج الأسري، في إطار الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، يوفر مداخل متعددة للتدخل مع الأسرة، تبدأ بتقوية التواصل بين أفرادها، وتقديم الإرشاد النفسي والاجتماعي، وتعزيز المرونة الأسرية، والتمكين الاقتصادي والاجتماعي، كما يُسهم في تغيير الصور النمطية حول المرض النفسي داخل الأسرة، ويساعدها على التكيف مع الضغوط، مما ينعكس إيجابًا على جودة حياة الأسرة وعلى الحالة النفسية للمريض، وتتضمن هذه الممارسات برامج إرشادية وجماعية، وحلقات دعم نفسي، وتدريب على المهارات الحياتية، وتقديم معلومات علمية حول طبيعة الاضطرابات النفسية وطرق التعامل معها، ما يؤدي إلى تقليل مشاعر العجز والوصمة، ويُسهم في خلق بيئة أسرية أكثر دعمًا واستقرارًا (غالطي، 2024).

كما أن تحسين جودة الحياة لا يقتصر على التدخل المباشر مع الأسرة فقط، بل يجب أن يشمل أيضًا تطوير بيئة الرعاية النفسية نفسها لتكون أكثر استجابة لاحتياجات المريض وأسرته، من خلال بناء شراكة حقيقية بين المؤسسة والأسرة، وتبني سياسات علاجية تأخذ بعين الاعتبار الجوانب النفسية والاجتماعية والاقتصادية للأسرة، فالمؤسسات التي تعتمد على أساليب رعاية تقليدية تركز فقط على الجانب الدوائي، دون إشراك الأسرة أو مراعاة احتياجاتها، تُسهم في خلق بيئة علاجية جافة ومنفصلة عن الواقع الاجتماعي للمريض، مما يؤدي إلى نتائج محدودة وغير مستدامة، أما المؤسسات التي توظف أساليب علاجية حديثة مثل العلاج الجماعي، والعلاج بالفن، وبرامج الدعم الأسري، فتُظهر نتائج ملموسة في رفع مستوى رضا المرضى وأسرهم، وتحقيق تكيف أفضل مع ظروف المرض (رجب، 2023).

وبناءً على ما سبق، فإن رفع جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين المقيمين في مؤسسات الرعاية النفسية يتطلب تبني تصور شامل ومتكامل، يجمع بين الجوانب النظرية والتطبيقية، ويرتكز على أسس علمية مستمدة من خبرات الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية، وبخاصة من خلال العلاج الأسري، وتأتي هذه الدراسة لتقديم تصور مقترح من منظور العلاج الأسري، يستهدف دعم الأسر نفسيًا واجتماعيًا، وتفعيل دورها في رعاية المريض، ورفع مستوى جودة حياتها، بما يُسهم في تحسين البيئة العلاجية ككل، ويُعزز من فاعلية مؤسسات الرعاية النفسية في تحقيق رسالتها الإنسانية والمجتمعية.

2.1 مشكلة الدراسة وأسئلتها

تُعَدُّ جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين مفهومًا محوريًا في تقييم مستوى رفاههم العام، نظرًا لما يواجهونه من تحديات جسدية ونفسية واجتماعية نتيجة اضطراب أحد أفراد الأسرة، إذ لا يقتصر تأثير المرض النفسي على المريض ذاته، بل يمتد ليطال أسرته التي تتكبد أعباءً كبيرة في مجالات متعددة، مثل الرعاية اليومية، الدعم العاطفي، الأعباء المالية، وتحمل وصمة المجتمع، وفي هذا السياق، تُعتبر مؤسسات الرعاية النفسية جهة أساسية في تقديم الدعم للمرضى، إلا أن دورها في دعم أسرهم لا يزال محدودًا في كثير من الأحيان، مما ينعكس سلبًا على جودة حياة الأسر، ويؤثر على قدرتهم في أداء دورهم الداعم بشكل فعّال، وبالتالي يضعف من فاعلية العملية العلاجية للمريض نفسه.

وقد أكدت العديد من الدراسات الحديثة أهمية النظر إلى جودة حياة أسر المرضى النفسيين بوصفها جزءًا لا يتجزأ من النظام العلاجي المتكامل،فقد توصلت دراسة سولنر وهوفهاينز (Soellner & Hofheinz، 2024) إلى أن نوع المرض يؤثر في مستوى جودة الحياة والرضا عن الدعم الاجتماعي لدى الأسر التي ترعى مرضى مزمنين، كما بيّنت دراسة يانغ وهو (Yang & Hu، 2023) وجود علاقة إيجابية بين الدعم الاجتماعي المقدم لمرضى الفصام وجودة حياة أسرهم، مما يبرز أهمية إشراك الأسرة في الرعاية العلاجية، وأظهرت دراسة خاطمة وآخرون (Khatimah et al، 2022) أن جودة حياة مقدّمي الرعاية لمرضى الفصام ترتبط ارتباطًا وثيقًا بوظيفة الأسرة ومستوى الاكتئاب والضغط النفسي لديهم، وفي دراسة إسيسيلو وآخرون (Iseselo et al.، 2016) تم التأكيد على أن الأسر تواجه تحديات نفسية واجتماعية متعددة وتسعى للتكيف عبر الدعم الأسري والمجتمعي، بينما أوضحت دراسة والتون موس وآخرون (Walton Moss et al.، 2005) أن المرض النفسي ينعكس بصورة مباشرة على استقرار الأسرة وجودة حياتها. ومن خلال ملاحظات الباحثة، تبين أن أسر المرضى النفسيين المقيمين في مؤسسات الرعاية النفسية تعاني من تفاوت واضح في مستوى جودة حياتها، حيث تواجه هذه الأسر تحديات نفسية واجتماعية واقتصادية متعددة، ناتجة عن ضغوط المرض المستمرة، وضعف الدعم المؤسسي، وقلة البرامج المتخصصة التي تستهدفهم بشكل مباشر، كما لوحظ أن البرامج الحالية داخل مؤسسات الرعاية تركّز على المريض دون أن تشمل الأسرة، ما يؤدي إلى شعورها بالإقصاء، والضغط النفسي، والافتقار إلى التوجيه والدعم الكافي، وهو ما يفاقم من أعبائها ويُضعف قدرتها على الاستمرار في أداء دورها العلاجي والاجتماعي، وتُعد هذه الفجوة دافعًا رئيسًا لإعادة النظر في الاستراتيجيات المتبعة، والبحث عن آليات فعّالة لتعزيز جودة حياة هذه الفئة المهملة غالبًا.

من هنا، تنبع مشكلة الدراسة في الحاجة إلى تطوير تصور مقترح يستند إلى منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية، يُعنى برفع جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية، من خلال تعزيز الجوانب النفسية والاجتماعية، وتقوية قدراتهم على التكيف، وتفعيل دورهم ضمن العملية العلاجية، ويُسهم هذا التصور في دعم الأسرة كوحدة متكاملة، وتحسين علاقتها بالمريض، وتزويدها بالمهارات اللازمة للتعامل مع الضغوط، بما ينعكس إيجابًا على جودة حياة

جميع أفرادها، وعلى نتائج العلاج النفسي للمريض نفسه، وتتلخص مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

ما مدى جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية؟

ويتفرع عنه الأسئلة الفرعية التالية:

1- ما مستوى جودة الحياة الصحية لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية؟

2- ما مستوى جودة الحياة الاجتماعية لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية؟

3- ما مستوى جودة الحياة الاقتصادية والمعيشية لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية؟

4- ما مستوى جودة الحياة النفسية والعاطفية لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية؟

5- ما مستوى جودة الحياة التربوية والمعرفية لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية؟

6. ما البرنامج المقترح من منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية لرفع مستوى جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية؟

7. ما مدى جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية باختلاف المتغيرات (الجنس، والعمر، وصلة القرابة بالمريض، والمستوى التعليمي، ومتوسط دخل الأسرة الشهري، ومدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته)؟

3.1 فرضيات الدراسة

سعت الدراسة لاختبار الفرضيات الصفرية الآتية:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq .05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير الجنس.

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq .05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير العمر.

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq .05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير صلة القرابة بالمريض.

4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq .05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq .05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري.

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq .05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته.

4.1 أهداف الدراسة

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. التعرّف إلى مستوى جودة الحياة الصحية لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية.

2. التعرّف إلى مستوى جودة الحياة الاجتماعية لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية.

3. التعرّف إلى مستوى جودة الحياة الاقتصادية والمعيشية لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية.

4. التعرّف إلى مستوى جودة الحياة النفسية والعاطفية لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية.

5. التعرّف إلى مستوى جودة الحياة التربوية والمعرفية لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية.

6. بناء برنامج مقترح من منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية يهدف إلى رفع مستوى جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية.

7. الكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تبعًا لمتغيرات الجنس، والعمر، وصلة القرابة بالمريض، والمستوى التعليمي، ومتوسط دخل الأسرة الشهري، ومدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته.

5.1 أهمية الدراسة

الأهمية النظرية:

تتمثل الأهمية النظرية لهذه الدراسة في الإسهام في إثراء المعرفة العلمية المرتبطة بجودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية، حيث تُعد هذه الفئة من الفئات المهمشة نسبيًا في الأبحاث النفسية والاجتماعية، رغم الدور المحوري الذي تلعبه في دعم المرضى ومساندتهم خلال مسارهم العلاجي، ومن خلال تسليط الضوء على العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر في جودة حياة الأسرة، تسعى الدراسة إلى توسيع الفهم النظري للعلاقة بين الضغوط الأسرية وبين تكيف الأسرة وجودة حياتها في ظل وجود مريض نفسي داخل المؤسسة، كما تسهم هذه الدراسة في دعم الأطر النظرية الخاصة بالعلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية، من خلال ربط جودة الحياة بالممارسات العلاجية الأسرية، مما يعزز من الفهم الشمولي لطبيعة التفاعلات الأسرية في سياق الاضطرابات النفسية، ويفتح المجال أمام بناء نماذج نظرية جديدة يمكن الاستناد إليها في دراسات لاحقة حول الأسرة والمرض النفسي.

الأهمية التطبيقية:

تتمثل الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في تقديم برنامج مقترح قائم على منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية، يهدف إلى تحسين جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين المقيمين في مؤسسات الرعاية النفسية، حيث تسعى الدراسة إلى ترجمة النتائج النظرية إلى استراتيجيات عملية وتدخلات علاجية قابلة للتطبيق في المؤسسات النفسية، من خلال دعم الأسر نفسيًا واجتماعيًا وتعليميًا، وتمكينها من أداء دورها الداعم بشكل أكثر فاعلية، كما توفر الدراسة دليلًا إرشاديًا يمكن للممارسين الاجتماعيين والأخصائيين النفسيين استخدامه في تطوير برامج تدخل أسري تعزز التكيف والصحة النفسية داخل الأسرة،وإضافة إلى ذلك، تساعد نتائج الدراسة صُنّاع القرار في المؤسسات العلاجية على تعديل السياسات والبرامج الحالية بما يتوافق مع احتياجات الأسر، وتوجيه الموارد نحو تحسين بيئة الدعم الأسري، مما يسهم في رفع كفاءة الرعاية النفسية بشكل شامل ويقلل من نسب الانتكاس لدى المرضى.

6.1 حدود الدراسة ومحدداتها

تتمثل حدود الدراسة الحالية في الآتي:

1.6.1 الحدود البشرية: اقتصرت الدراسة على أسر المرضى النفسيين المقيمين في مؤسسات الرعاية النفسية.

2.6.1 الحدود المكانية: طُبقت الدراسة في عدد من مؤسسات الرعاية النفسية في مناطق معينة، مثل مستشفيات الصحة النفسية ومراكز التأهيل في (مثل سخنين، الناصرة، حيفا).

3.6.1 الحدود الزمانية: طُبقت هذه الدراسة خلال العام الدراسي 2025، في الفصل الدراسي الثاني.

4.6.1 الحدود المفاهيمية: اقتصرت الدراسة على المصطلحات والمفاهيم المتعلقة بجودة الحياة لدى المرضى النفسيين، مثل "جودة الحياة"، "الصحة النفسية"، "الدعم الاجتماعي"، "الرعاية النفسية"، و"دور الأخصائي الاجتماعي في المؤسسات العلاجية".

5.6.1 الحدود الإجرائية: تم استخدام أداة الاستبانة كوسيلة رئيسية لجمع البيانات من أسر المرضى النفسيين المقيمين في مؤسسات الرعاية النفسية، وقد جرى إعدادها وتحكيمها للتأكد من صدقها وثباتها

7.1 التعريفات الإجرائية للمصطلحات

جودة الحياة: هي حالة الفرد التي تشمل رفاهيته العامة، سواء من الناحية النفسية أو الجسدية أو الاجتماعية، وهي مفهوم شامل يعكس مدى رضا الشخص عن حياته في مختلف جوانبها، مثل الصحة، العلاقات الاجتماعية، القدرة على القيام بالأنشطة اليومية، والشعور بالسلام الداخلي، وفي سياق المرضى النفسيين، فإن جودة الحياة تشمل مدى تأثير اضطراباتهم النفسية على حياتهم اليومية وعلاقاتهم وحالتهم العاطفية (الزهراني، 2019).

تُعرَّف إجرائيًا بأنها الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد أسر المرضى النفسيين على أداة الدراسة (الاستبانة) المعدّة لقياس جودة الحياة، والتي تعكس مستوى رضاهم عن جوانب حياتهم المختلفة، بما يشمل الجوانب النفسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والأسرية، وذلك في ضوء تعاملهم مع المريض النفسي داخل مؤسسات الرعاية النفسية.

المرضى النفسيين: هم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو عقلية تؤثر على أفكارهم، مشاعرهم، سلوكياتهم، وقدرتهم على التعامل مع ضغوط الحياة اليومية، تشمل هذه الاضطرابات مثل الاكتئاب، القلق، الفصام، والاضطرابات العاطفية أو السلوكية التي تتطلب الرعاية الطبية والنفسية (السعيدي، 2021).

يُقصد بهم إجرائيًا الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب نفسي من قبل مختصين في الصحة النفسية، ويتلقون خدمات علاجية أو تأهيلية منتظمة داخل مؤسسات الرعاية النفسية خلال فترة إجراء الدراسة.

مؤسسات الرعاية النفسية: هي المنشآت أو المرافق الصحية التي تقدم خدمات علاجية ودعماً للمرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وتشمل هذه المؤسسات المستشفيات النفسية، العيادات النفسية، مراكز التأهيل النفسي، والعيادات الخارجية (غالطي، 2024).

تُعرَّف إجرائيًا بأنها الجهات الرسمية أو الأهلية المتخصصة في تقديم خدمات العلاج النفسي، والدعم الاجتماعي، والتأهيل النفسي للمرضى النفسيين، والتي يتم فيها متابعة حالات المرضى وأسرهم، وتشمل المستشفيات النفسية والمراكز المتخصصة ذات الصلة بمجال الدراسة.

منظور العلاج الأسري :هو اتجاه علاجي ونفسي يركز على الأسرة كوحدة علاجية متكاملة، ويعتمد على فهم التفاعلات والعلاقات بين أفرادها بوصفها عوامل مؤثرة في ظهور المشكلات النفسية أو استمرارها، مع السعي لتعديل هذه التفاعلات بما يحقق التوازن والدعم النفسي والاجتماعي داخل الأسرة (أبو المعاطي، 2001).

البرنامج المقترح: إن تعريف التصور المقترح هو تخطيط الباحث العلمي المستقبلي الذي يبنى على نتائج ميدانية فعلية، وذلك عبر استخدام الأدوات المنهجية الكيفية أو الكمية بهدف بناء إطار فكري عام، يتم تبنيه من قبل الباحثين العلميين عموماً، والمتخصصين بالمجال التربوي بشكل خاص، ولأن التصورات المقترحة ترتكز بشكل أساسي على النتائج الدراسية، فهو يمثل آخر فصول الدراسة (العنزي، 2020).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 الإطار النظري

2.2 الدراسات السابقة ذات الصلة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 الإطار النظري

تمهيد

سيقدم في هذا الفصل عرضاً للإطار النظري والدراسات السابقة، ففي الجزء الأول منه سيكون العرض عن متغيرات الدراسة الرئيسة، المتمثلة في: جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية أما الجزء الثاني من هذا الفصل، فيتمثل في الدراسات السابقة التي لها صلة بالبحث الحالي إذ وزعت بحسب متغيرات الدراسة، وتضمنت دراسات عربية وأخرى أجنبية.

مفهوم جودة الحياة

جودة الحياة هي مفهوم شامل ومعقد يعكس حالة الفرد من حيث الرفاهية والصحة النفسية والجسدية والاجتماعية، ويتضمن هذا المفهوم مجموعة من العوامل التي تؤثر في قدرة الإنسان على الاستمتاع بحياته، والشعور بالرضا عن وضعه الشخصي والاجتماعي، كما يعد تعزيز جودة الحياة هدفًا أساسيًا في العديد من المجالات الصحية والاجتماعية، حيث يؤثر بشكل مباشر على قدرة الفرد على التكيف مع تحديات الحياة وتحقيق التوازن بين احتياجاته الشخصية والظروف المحيطة به، وتعتبر جودة الحياة مؤشرًا هامًا في تقييم فاعلية العلاجات الطبية والنفسية، وهي لا تقتصر فقط على خلو الفرد من الأمراض أو الاضطرابات، بل تشمل أيضًا حالة من التوازن العاطفي، والنمو الاجتماعي، والقدرة على المشاركة الفعالة في المجتمع، في الوقت نفسه (الشهري، 2022).

وتساهم عوامل عديدة في تشكيل جودة الحياة، مثل الدعم الاجتماعي، التعليم، العمل، والبيئة المعيشية، ومن خلال تحسين جودة الحياة، يمكن تقليل مستويات القلق والاكتئاب وتعزيز السعادة العامة،وفي هذا السياق، تُعتبر جودة الحياة أحد الأهداف الأساسية في رعاية المرضى النفسيين، حيث تتطلب هذه الفئة من الأفراد رعاية شاملة تجمع بين العلاج النفسي، الدعم الاجتماعي، والبيئة المواتية للتعافي والتكيف مع الحياة اليومية (جنازرة، 2015).

جودة الحياة هي مفهوم شامل يرتبط ارتباطًا وثيقًا بمستوى رضا الفرد عن حياته في مختلف جوانبها، بما في ذلك الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية، كما يُعرف بعض الباحثين جودة الحياة على أنها مجموعة من الظروف والعوامل التي تؤثر في حالة الرفاهية العامة للأفراد، والتي تشمل الصحة العامة، القدرة على ممارسة الأنشطة اليومية، والحصول على الدعم الاجتماعي والعاطفي (الصنعاني، 2019).

من زاوية أخرى، يركز بعض الباحثين على أن جودة الحياة لا تقتصر فقط على غياب المرض أو العجز الجسدي، بل هي تتعلق أيضًا بمستوى التفاعل الاجتماعي، التوازن العاطفي، والرغبة في تحقيق الذات والنمو الشخصي، وتُظهر بعض الدراسات أن تحسين جودة الحياة يمكن أن يؤدي إلى زيادة في مستويات السعادة والرفاهية، فضلاً عن تأثيره الإيجابي على الصحة النفسية والجسدية، وبذلك، تعتبر جودة الحياة مكونًا أساسيًا في تقييم فاعلية الرعاية الصحية والاجتماعية المقدمة للأفراد، وتعريف آخر لجودة الحياة يشير إلى أن "جودة الحياة هي التقييم الشخصي لعوامل الحياة التي تؤثر في رفاهية الفرد من خلال مكوناتها الصحية والنفسية والاجتماعية"،وفي هذا السياق، تكون الممارسات التي تدعم تعزيز الصحة النفسية والجسدية في مقدمة العوامل التي تساهم في تحسين جودة الحياة، مما يشمل التدخلات الطبية، العلاج النفسي، والبيئة الاجتماعية التي تساعد الفرد على التفاعل بشكل إيجابي مع محيطه (لمحمدي، 2022).

أبعاد جودة الحياة

تُعد جودة الحياة مفهومًا مركبًا يتضمن مجموعة من الأبعاد التي تؤثر بشكل مباشر في رفاهية الفرد واستقراره النفسي والجسدي والاجتماعي، ومن أبرز هذه الأبعاد الصحة الجسدية، التي تُعد أساسًا في حياة الإنسان اليومية، حيث تتصل بقدرته على أداء وظائفه الحيوية والقيام بأنشطته المعتادة دون معوقات صحية، إلى جانب خلوه من الأمراض، وتمتعه باللياقة البدنية، والانتظام في النوم والتغذية الصحية. يلي ذلك البعد النفسي، الذي يتمثل في التوازن العاطفي والقدرة على إدارة الضغوط والتحديات الحياتية، بما يعزز الاستقرار النفسي والشعور بالطمأنينة والسلام الداخلي، كما أن العلاقات الاجتماعية تلعب دورًا رئيسًا في دعم جودة الحياة، فوجود شبكة اجتماعية داعمة من الأسرة والأصدقاء يمد الفرد بالإسناد العاطفي والمجتمعي، ويعزز من شعوره بالانتماء والأمان، الأمر الذي ينعكس إيجابيًا على حالته النفسية (النجار، 2013).

ومن الأبعاد المهمة أيضًا الاستقلالية الشخصية، وهي تعبر عن قدرة الفرد على اتخاذ قراراته الذاتية بحرية وإدارة شؤونه دون اعتماد كلي على الآخرين، مما يدعم إحساسه بالسيطرة على مجريات حياته، كما يُعد الوضع الاقتصادي عنصرًا محوريًا في جودة الحياة، إذ يؤثر الدخل المادي في قدرة الفرد على تلبية احتياجاته الأساسية مثل الغذاء، والمسكن، والرعاية الصحية، مما يسهم في تقليل التوتر النفسي وتحقيق الاستقرار المالي والمعيشي، وإلى جانب ذلك، فإن البيئة المعيشية تمثل بعدًا جوهريًا، حيث تشمل الظروف المحيطة بالفرد مثل مستوى الأمان في السكن، ونقاء الهواء، وتوفر المرافق والخدمات الأساسية، وهي عوامل تسهم في تعزيز الإحساس بالراحة والاستقرار، ولا تقل الأنشطة الترفيهية أهمية، فهي توفر للفرد متنفسًا نفسيًا وفرصة لتجديد طاقته من خلال ممارسة الهوايات، أو الرياضة، أو السفر، مما يرفع من مستوى الرضا العام عن الحياة، كما تُعد تحقيق الذات من الأبعاد المحورية، حيث تعكس قدرة الفرد على بلوغ أهدافه وطموحاته الشخصية والمهنية، وتعزز لديه الشعور بالإنجاز والتقدير الذاتي، وتبرز الرؤية المستقبلية الإيجابية كعامل مهم في جودة الحياة، حيث إن امتلاك الفرد لطموحات واضحة وتفاؤل تجاه المستقبل يمنحه دافعًا للاستمرار في التطور وتحسين وضعه العام، وأخيرًا، تأتي المشاركة المجتمعية كعنصر داعم لجودة الحياة، إذ تسهم مشاركة الفرد في الأنشطة الاجتماعية والتطوعية في تعزيز تواصله مع مجتمعه، وتزيد من شعوره بالمسؤولية والانتماء، وهو ما ينعكس إيجابيًا على الصحة النفسية والاجتماعية (أبو حماد، 2019).

أهمية تحسين جودة الحياة

يعتبر تحسين جودة الحياة من الأولويات التي تسهم بشكل كبير في رفاهية الفرد والمجتمع على حد سواء، وعندما يتم تحسين جودة الحياة، يتمكن الأفراد من تحقيق توازن أفضل بين مختلف جوانب حياتهم، سواء الجسدية، النفسية، الاجتماعية، أو الاقتصادية، مما يعزز من قدرتهم على التكيف مع الضغوط اليومية وتحقيق النجاح الشخصي، ويساعد تحسين جودة الحياة الأفراد في الوصول إلى حالة من الاستقرار العاطفي والنفسي، وبالتالي زيادة مستويات الرضا الداخلي والشعور بالسلام، كما أن تحسين الظروف المعيشية يوفر بيئة صحية تساعد على تعزيز الأداء الجسدي والذهني، مما ينعكس إيجاباً على الإنتاجية والقدرة على التعامل مع تحديات الحياة، ومن جانب آخر، يعزز تحسين جودة الحياة من قدرة الأفراد على بناء علاقات اجتماعية قوية وصحية، ما

يساهم في تعزيز الدعم الاجتماعي والشعور بالانتماء للمجتمع، وعندما يتم تحسين جودة الحياة في المجتمعات، فإن ذلك يؤدي إلى تقليل معدلات الأمراض النفسية والجسدية، وزيادة التفاعل الإيجابي بين أفراد المجتمع، مما يعزز من التماسك الاجتماعي والشعور بالمسؤولية المشتركة، وبالتالي، فإن تحسين جودة الحياة ليس فقط مهمًا على المستوى الفردي، بل يسهم بشكل مباشر في رفع مستوى التنمية الاجتماعية والاقتصادية، ويعد خطوة أساسية نحو بناء مجتمعات أكثر صحة واستدامة (أبو عيشة، 2020).

العوامل المؤثرة في جودة الحياة

تتعدد العوامل المؤثرة في جودة الحياة وتتنوع، حيث تساهم بشكل مباشر في رفاهية الفرد وسعادته، ويمكن تصنيف هذه العوامل إلى عدة جوانب أساسية تؤثر في الحياة اليومية، أولاً، الصحة الجسدية تعد من أبرز العوامل التي تؤثر على جودة الحياة، فالفرد الذي يتمتع بصحة جيدة قادر على ممارسة الأنشطة اليومية والتمتع بحياة نشطة ومليئة بالحيوية، بينما الأمراض المزمنة أو الحالات الصحية المؤلمة قد تحد من القدرة على الاستمتاع بالحياة، ثانيًا، الصحة النفسية تلعب دورًا حيويًا في جودة الحياة، إذ أن الصحة النفسية الجيدة تساهم في قدرة الشخص على التعامل مع التحديات والمواقف الصعبة بشكل إيجابي (أحمد وعبد الله، 2019)، مما يعزز استقراره العاطفي ويزيد من شعوره بالراحة، كما أن الظروف الاجتماعية تعتبر من العوامل الأساسية التي تؤثر في جودة الحياة، مثل الدعم الاجتماعي والعلاقات الأسرية والمهنية، وجود شبكة دعم اجتماعي قوية من أصدقاء وعائلة يساعد في تخفيف ضغوط الحياة ويعزز الشعور بالأمان والانتماء، ومن ناحية أخرى، يؤثر الوضع الاقتصادي على جودة الحياة بشكل كبير؛ فالأفراد الذين يتمتعون بحالة مالية مستقرة يشعرون بالراحة والقدرة على تلبية احتياجاتهم الأساسية مثل السكن، الطعام، والتعليم، بينما يعاني من يعانون من الفقر أو الضغوط المالية من مستويات أعلى من التوتر والقلق، وتلعب البيئة المعيشية أيضًا دورًا مهمًا، فالمسكن المناسب، وتوافر الخدمات الأساسية مثل الرعاية الصحية، والتعليم، والأنشطة الترفيهية، كلها تؤثر في الإحساس بالراحة النفسية، وعلاوة على ذلك، الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرارات الشخصية بحرية لهما تأثير كبير على جودة الحياة، فكلما كان الشخص قادرًا على تحديد مسار حياته دون قيود أو ضغوط خارجية، كلما شعر بالتحقق الشخصي وزيادة الرضا عن حياته، وأخيرًا، العوامل الثقافية والفردية مثل القيم الشخصية والطموحات والتوقعات

المستقبلية تؤثر أيضًا على جودة الحياة، حيث أن الأشخاص الذين يمتلكون أهدافًا وطموحات واضحة يعززون من شعورهم بالإنجاز والرضا، مما يساهم في رفع جودة حياتهم. (مسعودي، 2017)

العلاقة بين الصحة النفسية وجودة الحياة

إن العلاقة بين الصحة النفسية وجودة الحياة وثيقة جدًا، حيث تؤثر الحالة النفسية للفرد بشكل مباشر على كيفية تقييمه لحياته وجودتها، وإن الأفراد الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة غالبًا ما يبدون مستوى عالٍ من الرضا عن حياتهم، لأنهم قادرون على التكيف مع الضغوط والمواقف الصعبة، مما يمكنهم من التعامل بشكل إيجابي مع التحديات اليومية، وإن الصحة النفسية الجيدة تساهم في تعزيز الاستقرار العاطفي والنفسي، وهو ما ينعكس على تحسين جوانب متعددة من الحياة مثل العلاقات الاجتماعية، القدرة على العمل والإنتاجية، والقدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل صحي (بو عامر، 2021)، كما أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب أو القلق قد يواجهون صعوبة في الاستمتاع بالحياة أو التفاعل مع العالم من حولهم، مما يؤدي إلى تدني جودة حياتهم، وعندما يكون الشخص في حالة نفسية غير مستقرة، قد تتأثر قدرته على العناية بصحته الجسدية والاجتماعية، مما يضعه في دائرة مغلقة من تدهور الجودة الحياتية. علاوة على ذلك، فإن تحسين الصحة النفسية من خلال العلاج أو الدعم الاجتماعي يمكن أن يعزز من قدرة الفرد على تحسين جودة حياته بشكل عام، من خلال تزويده بالمهارات والموارد اللازمة للتعامل مع الضغوط وتطوير استراتيجيات للتكيف الصحي مع تحديات الحياة، إذن، يمكن القول أن الصحة النفسية الجيدة تعد من الركائز الأساسية لتحقيق حياة ذات جودة مرتفعة، فهي لا تقتصر على الشعور بالراحة النفسية فحسب، بل تمتد لتشمل جميع جوانب الحياة اليومية، من العمل والعلاقات الاجتماعية إلى الأداء الشخصي والقدرة على العيش بشكل متوازن وسعيد (الشعوبي، 2020).

دور العلاج النفسي في تحسين جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين

يُعدّ العلاج النفسي أحد العوامل الأساسية في تحسين جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين، إذ يسهم في تمكين أفراد الأسرة من التعامل مع التحديات النفسية والاجتماعية الناتجة عن رعاية المريض بمرونة أكبر، ويساعدهم على بناء توازن نفسي وشعور بالرضا عن حياتهم الأسرية، ويساهم هذا النوع من العلاج في تخفيف الأعباء النفسية والجسدية وتعزيز الدعم الاجتماعي للأسرة من خلال تطوير مهارات التواصل، وتنظيم المشاعر، وتفعيل آليات التكيف الإيجابي مع الضغوط اليومية (Soellner & Hofheinz, 2024)، كما يوفّر العلاج النفسي بيئة آمنة تتيح لأفراد الأسرة فهمًا أعمق لاحتياجاتهم واحتياجات المريض، بما يؤدي إلى تعزيز جودة الحياة والرضا الأسري (Yang & Hu, 2023)، ويرتبط تطبيق البرامج العلاجية الداعمة بتحسين الصحة النفسية لمقدّمي الرعاية وتقليل مستويات القلق والاكتئاب لديهم، وهو ما ينعكس إيجابًا على الأداء الأسري العام ووظائفه التواصلية والانفعالية (Khatimah, Adami, Abdullah & Marthoenis, 2022)، ويساعد الانخراط في جلسات العلاج النفسي على تبني استراتيجيات تكيف فعّالة تدعم التماسك الأسري وتخفف من الإحباط الناتج عن الضغوط المستمرة في عملية الرعاية (Iseselo et al., 2016)، كما أن إدماج العلاج النفسي في منظومة الرعاية يساهم في تعزيز التوازن الأسري وتحسين نوعية الحياة العامة للأسرة من خلال رفع قدرتها على إدارة التوتر وتحقيق الدعم المتبادل (Walton Moss, Gerson & Rose, 2005).

مفهوم المريض النفسي

المريض النفسي هو الشخص الذي يعاني من اضطرابات نفسية تؤثر على تفكيره، سلوكه، وعواطفه بشكل يتسبب في تعطيل قدراته على التكيف مع الحياة اليومية، وقد تتنوع هذه الاضطرابات بين الاكتئاب، القلق، الفصام، الاضطراب ثنائي القطب، وغيرها من الحالات التي تؤثر على الصحة النفسية بشكل عميق، ويعاني المريض النفسي من صعوبة في التحكم بمشاعره أو تصرفاته، وقد يؤدي ذلك إلى انعزاله عن المجتمع أو فقدانه القدرة على أداء الأنشطة اليومية بشكل طبيعي، ويمكن أن تتراوح شدة هذه الاضطرابات من معتدلة إلى شديدة، حيث يتطلب كل نوع من الاضطرابات النفسية طرقًا علاجية مخصصة للمساعدة في تحسين الحالة النفسية وتسهيل التكيف مع الحياة، ويتم تشخيص المرض النفسي من قبل أطباء نفسيين أو مختصين، ويعتمد العلاج على

نوع الاضطراب وأسبابه، ويشمل العلاج النفسي والعلاج الدوائي في بعض الأحيان. (مصطفى، 2019)

المرض النفسي وأثره على حياة الفرد

يُعد المرض النفسي حالة صحية تؤثر على التفكير والشعور والسلوك، وتنعكس بصورة سلبية على قدرة الفرد في التكيف مع متطلبات الحياة اليومية، والاندماج الاجتماعي، وتحقيق التوازن الشخصي، وهو لا يقتصر فقط على وجود اضطراب معين، بل يمثل خللاً عامًا في الأداء النفسي والعقلي للفرد، قد يظهر في شكل معاناة مستمرة، أو فقدان للسيطرة على الانفعالات، أو ضعف في التفاعل الاجتماعي، ويُعد المرض النفسي من القضايا الصحية التي تتطلب اهتمامًا شاملًا، نظرًا لما يسببه من آثار سلبية على مختلف جوانب حياة المصاب، سواء على الصعيد الشخصي أو الأسري أو المهني، وتتنوع مظاهره بين الأعراض العاطفية مثل الحزن والقلق، والمعرفية مثل ضعف التركيز وتشوش التفكير، والسلوكية كالعزلة أو الانسحاب من المجتمع، كما أن بعض المصابين قد لا يُظهرون أعراضًا واضحة في المراحل الأولى، مما يجعل من الصعب اكتشاف المرض والتعامل معه مبكرًا، وتؤكد الدراسات أن المرض النفسي قد يكون ناتجًا عن تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والوراثية والبيئية والاجتماعية، مما يستدعي تدخلًا متكاملًا يجمع بين العلاج الطبي، والدعم النفسي والاجتماعي، ودور الأسرة والمجتمع في الرعاية والتأهيل (شاهين، 2020).

الأعراض النفسية والسلوكية للمرضى النفسيين

تختلف الأعراض النفسية والسلوكية لدى المرضى النفسيين بشكل كبير حسب نوع الاضطراب الذي يعانون منه، ولكن هناك بعض الأعراض المشتركة التي قد تظهر في معظم الحالات، ومن أبرز الأعراض النفسية التي يعاني منها المرضى النفسيون هي الشعور المستمر بالحزن أو الاكتئاب، حيث يعجز المريض عن الشعور بالفرح أو التفاعل مع الأنشطة اليومية، كما يمكن أن يعاني المرضى النفسيون من القلق المفرط والخوف دون سبب واضح، مما يؤدي إلى تدهور في الأداء الوظيفي والاجتماعي (Olatunji, 2017)، أما الأعراض السلوكية فقد تتضمن التغيرات في النشاط الحركي، مثل فرط النشاط أو الخمول، وقد يظهر المريض تصرفات غير معتادة أو مفرطة، وفي حالات الاضطرابات مثل الفصام، قد يظهر المريض أعراضًا شديدة مثل الهلوسة أو الأوهام،

حيث يعتقد أشياء غير واقعية أو يسمع أصواتًا غير موجودة، وقد تتضمن الأعراض النفسية أيضًا الانعزال الاجتماعي، حيث يفضل المريض الابتعاد عن الآخرين بسبب مشاعر الشك أو الخوف، ويعاني بعض المرضى النفسيين من اضطرابات في النوم، سواء الأرق أو النوم المفرط، إضافة إلى اضطرابات في الشهية، وفي حالات أخرى، يمكن أن يظهر المرضى سلوكيات اندفاعية أو عدوانية، مما يؤثر على علاقاتهم مع الآخرين، وإن كل هذه الأعراض تتداخل وتختلف حسب نوع الاضطراب النفسي، وتتطلب تدخلاً متخصصًا من أجل تشخيصها ومعالجتها بشكل فعال. (Zhang, 2019)

أسباب المرض النفسي لدى المرضى النفسيين

تتعدد العوامل التي تسهم في نشوء المرض النفسي وتطوره، وتشمل مزيجًا من الأسباب البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تتفاعل فيما بينها بصورة معقدة، فمن الناحية البيولوجية، تشير الأبحاث إلى أن وجود تاريخ عائلي للإصابة باضطرابات نفسية، مثل الفصام أو الاكتئاب، يزيد من احتمالية الإصابة بالمرض النفسي، مما يدل على الدور الوراثي في انتقال القابلية للمرض بين الأجيال (Hentati et al., 2021)، كما أن الخلل في كيمياء الدماغ واضطراب النواقل العصبية مثل السيروتونين والدوبامين يعدّ من العوامل المؤثرة في ظهور الأعراض النفسية والسلوكية المصاحبة (Bobes et al., 2015).

أما من الناحية النفسية، فإن العوامل الداخلية مثل ضعف تقدير الذات، وأنماط التفكير السلبية، وصعوبة التعامل مع التوتر، تساهم بشكل مباشر في خلل التوازن الانفعالي وزيادة القابلية للاضطراب النفسي، كما تشير دراسات إلى أن الأفراد الذين يفتقرون إلى مهارات التكيف أو يعانون من الصدمات النفسية المبكرة يكونون أكثر عرضة للإصابة بالمرض النفسي لاحقًا (Bechdolf et al., 2013).

وفيما يتعلق بالعوامل الاجتماعية والبيئية، فإن التعرض للضغوط المستمرة مثل الخلافات الأسرية، أو الظروف الاقتصادية الصعبة، أو العزلة الاجتماعية، أو فقدان الدعم الأسري، كلها تمثل بيئة خصبة لظهور الاضطرابات النفسية (Walton-Moss et al., 2005)، وقد بيّنت دراسات نوعية أن أسر المرضى النفسيين تعاني من أعباء نفسية واجتماعية كبيرة تؤثر في استقرارها الانفعالي،

مما يعزز فكرة أن البيئة الاجتماعية المحيطة تلعب دورًا أساسيًا في تطور المرض واستمراره (Iseselo et al., 2016).

جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين

تعتبر جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين مفهومًا معقدًا يتأثر بالعديد من العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية التي تواجهها هذه الأسر نتيجة ارتباطها الوثيق بالمرض النفسي لأحد أفرادها،وتعاني أسر المرضى النفسيين من ضغوطات نفسية واجتماعية كبيرة، مثل القلق المستمر، الإجهاد، وصعوبة التكيف مع حالة المريض، مما يؤثر سلبًا على تقييمهم لحياتهم ومدى رضاهم عنها بشكل عام، فهذه الأسر تتحمل عبء الرعاية والدعم المستمر، مما قد يؤدي إلى تدهور صحتهم النفسية والجسدية، ويقلل من جودة حياتهم،فمن خلال توفير الدعم النفسي والاجتماعي المناسب لأسر المرضى، يمكن تخفيف هذه الأعباء وتحسين قدرتهم على التعامل مع التحديات اليومية المرتبطة بالرعاية (رجب، 2023).

بالإضافة إلى ذلك، تلعب العوامل الاجتماعية مثل الدعم العائلي والمجتمعي دورًا حاسمًا في تعزيز جودة حياة الأسر، حيث أن وجود شبكة دعم قوية يساهم في تقليل الشعور بالعزلة والضغط النفسي، كما أن البيئة المحيطة، سواء في المنزل أو في مؤسسات الرعاية النفسية، تؤثر على مستوى الراحة النفسية للأسر، فبيئة داعمة وآمنة تسهم في تعزيز الثقة والطمأنينة لدى أفراد الأسرة، مما ينعكس إيجابًا على جودة حياتهم(رجب، 2023).

العوامل النفسية المؤثرة في جودة حياة أسر المرضى النفسيين

تُعد العوامل النفسية من أبرز المؤثرات على جودة حياة أسر المرضى النفسيين، إذ تحدد مدى قدرتهم على مواجهة الضغوط اليومية المرتبطة برعاية أحد أفراد الأسرة المصابين باضطرابات نفسية. وتشمل هذه العوامل القلق المستمر، التوتر النفسي، والاكتئاب، التي تعاني منها الأسر نتيجة العبء النفسي والاجتماعي المصاحب للحالة المرضية (Soellner & Hofheinz, 2024؛ غالطي، 2024)، كما أن المشاعر السلبية مثل تدني تقدير الذات والشعور بالذنب تعزز الإحساس بالعجز وفقدان السيطرة على مجريات الحياة، ما ينعكس سلبيًا على رضاهم العام عن الحياة (Yang & Hu, 2023؛ حسانين والصياد، 2021)، وفي كثير من الأحيان، تواجه الأسر العزلة

الاجتماعية والوصم المرتبط بالمرض النفسي، ما يزيد من تدهور حالتهم النفسية ويحد من جودة حياتهم (Walton-Moss, Gerson & Rose, 2005؛ الصنعاني، 2019)، ومن جهة أخرى، يلعب وجود شبكة دعم اجتماعي قوية، سواء من العائلة الممتدة أو المجتمع، دورًا مهمًا في تخفيف المشاعر السلبية وتحسين الحالة النفسية لأفراد الأسرة، مما يعزز جودة حياتهم (Khatimah, Adami, Abdullah & Marthoenis, 2022؛ الشهري، 2022)، كما أن القدرة على التكيف مع الضغوط النفسية اليومية تعتبر عاملاً حاسمًا، فالأسر التي تمتلك مهارات تكيّف فعّالة تكون أكثر قدرة على مواجهة التحديات وتحسين مستوى حياتها مقارنة بالأسر التي تفتقر لهذه المهارات (Iseselo et al., 2016؛ غالطي، 2024)، وإضافة إلى ذلك، يُعد التفكير السلبي المستمر والتشاؤم بشأن المستقبل من العوامل النفسية التي تزيد من الضغوط الأسرية وتؤدي إلى تراجع جودة الحياة (Iseselo et al., 2016؛ النجار، 2013).

الدعم الاجتماعي وتأثيره على جودة حياة أسر المرضى النفسيين

يعد الدعم الاجتماعي أحد العوامل الأساسية التي تؤثر بشكل كبير على جودة حياة أسر المرضى النفسيين، حيث يلعب دورًا حيويًا في تخفيف الضغوط النفسية والاجتماعية التي تواجهها هذه الأسر أثناء رعايتها لأفرادها المرضى،ويشمل الدعم الاجتماعي كافة أشكال المساندة التي تتلقاها الأسرة من العائلة الممتدة، الأصدقاء، المجتمع، والمؤسسات الاجتماعية، ويتضمن الدعم العاطفي والنفسي، المادي، والتقني، وتواجه أسر المرضى النفسيين تحديات كبيرة تتسبب في شعورهم بالعزلة والضغط النفسي نتيجة للحالة المرضية لأفراد الأسرة، ما يجعل وجود شبكة دعم قوية أمرًا ضروريًا لتوفير بيئة آمنة تتيح لهم التعبير عن مشاعرهم والتخفيف من أعبائهم النفسية،ويسهم الدعم الاجتماعي في تعزيز شعور الأسرة بالتقدير والقبول، مما يقلل من مشاعر الرفض أو التهميش التي قد تواجهها بسبب مرض أحد أفرادها النفسي، ويعزز من قدرتها على مواجهة التحديات اليومية، وأظهرت الدراسات أن الأسر التي تحظى بدعم اجتماعي قوي من العائلة والأصدقاء والمجتمع تتعامل بشكل أفضل مع الأعباء النفسية المصاحبة لرعاية المرضى النفسيين مقارنةً بتلك التي تفتقر لهذا الدعم، كما يشمل الدعم الاجتماعي الدعم المقدم من المؤسسات الاجتماعية والصحية مثل الأخصائيين الاجتماعيين، الأطباء النفسيين، والمجموعات العلاجية، مما يساعد الأسر على اكتساب مهارات التعامل مع الضغوط وتحسين جودة حياتها، وإن تعزيز الروابط

الاجتماعية والمشاركة المجتمعية يعتبران من الخطوات المهمة التي تساهم في تحسين وضع الأسر، حيث يزيد ذلك من شعورها بالانتماء والدعم المجتمعي، وبالتالي يعزز من صحتها النفسية والرفاهية (البشتاوي، 2015).

التحديات التي تواجه أسر المرضى النفسيين في تحسين جودة حياتهم

تواجه أسر المرضى النفسيين مجموعة من التحديات متعددة الأبعاد تؤثر مباشرة على قدرتهم على تحسين جودة حياتهم. أولًا، يُعد التعامل مع المرض النفسي لأحد أفراد الأسرة تحديًا رئيسيًا، إذ تؤثر الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، القلق، الفصام، والاضطراب الثنائي القطب على حياة المريض، ما ينعكس بدوره على الأسرة ويزيد العبء النفسي والاجتماعي عليها (Saarni et al., 2020؛ العزي، 2022)، ثانيًا، التحديات الاجتماعية تلعب دورًا بارزًا في تقييد جودة حياة الأسر، حيث غالبًا ما تتعرض هذه الأسر للوصمة الاجتماعية والشعور بالخجل أو الرفض من المجتمع، ما يقلل من فرص الحصول على الدعم الاجتماعي المطلوب (Yang & Hu, 2023؛ الصنعاني، 2019)، ثالثًا، التحديات الاقتصادية والمادية تشكل عبئًا إضافيًا، إذ يمكن أن يعيق المرض النفسي قدرة الفرد على العمل أو تحقيق الاستقرار المالي، ما يؤدي إلى ضغوط مالية تعيق توفير الرعاية الصحية المناسبة والدعم النفسي (Hentati, 2021؛ البشتاوي، 2015)، وإضافة إلى ذلك، تعاني بعض الأسر من صعوبة الوصول إلى خدمات الصحة النفسية المتخصصة نتيجة نقص الأطباء أو الخدمات في بعض المناطق، مما يزيد من تعقيد التعامل مع المرض (Soellner & Hofheinz, 2024)، كما أن غياب بيئة داعمة سواء في المنزل أو في مؤسسات الرعاية يفاقم معاناة الأسر، إذ تفتقر بعض الأسر إلى الدعم العاطفي والمساندة اللازمة لتسهيل التكيف مع الوضع النفسي للمريض (Walton-Moss, Gerson & Rose, 2005؛ الشهري، 2022)، وأخيرًا، يشكل ضعف مهارات التكيف مع الضغوط النفسية والاجتماعية تحديًا كبيرًا، إذ يواجه أفراد الأسرة صعوبة في إدارة المشاعر السلبية مثل القلق والتوتر الناتج عن رعاية المريض النفسي، ما يؤثر سلبًا على جودة حياتهم (Khatimah, Adami, Abdullah & Marthoenis, 2022؛ العزي، 2022).

مؤسسات الرعاية النفسية

مؤسسات الرعاية النفسية هي المنشآت التي تهدف إلى تقديم خدمات علاجية وداعمة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو عاطفية، وتلعب هذه المؤسسات دورًا حيويًا في تحسين جودة الحياة للمرضى النفسيين من خلال توفير بيئة آمنة وملائمة لتقديم العناية الصحية المتخصصة. تشمل مؤسسات الرعاية النفسية المستشفيات النفسية، المراكز العلاجية، دور الرعاية، والعيادات النفسية، حيث يتم تقديم خدمات متنوعة مثل التشخيص والعلاج النفسي، العلاج الدوائي، والإرشاد النفسي، كما تعمل هذه المؤسسات على مساعدة المرضى في التكيف مع تحديات حياتهم النفسية، وتحقيق استقرار نفسي، والتعافي من الاضطرابات التي قد تعيق قدرتهم على التفاعل مع العالم الخارجي، وبالإضافة إلى الرعاية الطبية والنفسية، توفر مؤسسات الرعاية النفسية دعمًا اجتماعيًا مهمًا، حيث يتم دمج العلاج النفسي مع استراتيجيات تعزيز المهارات الاجتماعية والنفسية اللازمة لمساعدة المرضى على تحسين قدرتهم على العيش بشكل مستقل وفعال. كما توفر هذه المؤسسات برامج إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي التي تهدف إلى تعزيز دمج المرضى في المجتمع بعد فترة العلاج، والتقليل من خطر الانتكاسات، ويتمثل دور هذه المؤسسات في تقديم الدعم الشامل الذي يشمل الوقاية من تفاقم الحالة النفسية، علاج الأعراض النفسية، وتوفير استراتيجيات لتطوير جودة الحياة بشكل عام للمرضى النفسيين. (Bobes, 2015)

مفهوم مؤسسات الرعاية النفسية

مؤسسات الرعاية النفسية هي منشآت طبية واجتماعية متخصصة تقدم خدمات علاجية وداعمة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعاطفية، وتهدف هذه المؤسسات إلى توفير بيئة آمنة وصحية للمرضى النفسيين، حيث يتم تقديم مجموعة من الخدمات المتكاملة التي تشمل التشخيص، العلاج النفسي، العلاج الدوائي، والإرشاد النفسي، وبالإضافة إلى ذلك، تسعى مؤسسات الرعاية النفسية إلى تحسين جودة حياة المرضى من خلال تزويدهم بالدعم الاجتماعي والعاطفي، مما يساعدهم على التكيف مع تحديات حياتهم اليومية، كما تعمل هذه المؤسسات على تعزيز عملية التعافي من خلال البرامج العلاجية الفردية والجماعية، وتدريب المرضى على المهارات الحياتية والاجتماعية اللازمة للاندماج في المجتمع بعد فترة العلاج، كما تقدم بعض مؤسسات الرعاية النفسية برامج إعادة التأهيل النفسي التي تركز على تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الانتكاسات،

مما يسهم في تعزيز استقلالية المرضى وتحقيق رفاهيتهم، وتهدف مؤسسات الرعاية النفسية إلى توفير بيئة علاجية متكاملة تهتم بالجوانب النفسية والاجتماعية والبدنية للمرضى، لضمان تحسن شامل في حالتهم الصحية والنفسية. (Bechdolf, 2013)

أهدف مؤسسات الرعاية النفسية

تركز أهداف مؤسسات الرعاية النفسية بشكل أساسي على تقديم الرعاية الصحية النفسية المتكاملة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية، بهدف تحسين صحتهم النفسية والاجتماعية والبدنية بشكل شامل، ومن أبرز أهداف هذه المؤسسات تقديم التشخيص الدقيق والعلاج الفعّال للمرضى النفسيين، وذلك عبر استخدام أساليب العلاج النفسي المختلفة مثل العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج النفسي الديناميكي، إضافة إلى العلاج الدوائي عندما يكون ضروريًا، وتسعى مؤسسات الرعاية النفسية أيضًا إلى تحسين جودة الحياة للمرضى من خلال تقليل أعراض الاضطرابات النفسية وتعزيز التكيف الاجتماعي والمهارات الحياتية التي تمكن المرضى من العيش بشكل مستقل في المجتمع، كما أن هناك هدف آخر لهذه المؤسسات وهو توفير بيئة آمنة وداعمة تتيح للمرضى التعبير عن مشاعرهم والاعتراف بمشاكلهم النفسية دون خوف من الوصمة الاجتماعية (Karow, 2012).

كما تهدف هذه المؤسسات إلى تقليل مستويات القلق والاكتئاب لدى المرضى، وتعزيز قدرتهم على التعامل مع التوترات اليومية، وإضافة إلى ذلك، تشمل الأهداف الوقاية من الانتكاسات النفسية التي قد تحدث بعد العلاج، من خلال برامج متابعة مستمرة، ودعم اجتماعي شامل يساعد المرضى على العودة إلى حياتهم الطبيعية، كما تسعى مؤسسات الرعاية النفسية إلى دعم التوعية المجتمعية حول أهمية الصحة النفسية والحد من وصمة العار المرتبطة بالاضطرابات النفسية، بهدف خلق بيئة اجتماعية أكثر قبولًا لفئة المرضى النفسيين. في النهاية، تهدف مؤسسات الرعاية النفسية إلى تحسين مستوى الحياة الشامل للمرضى النفسيين، وتمكينهم من المشاركة الفاعلة في المجتمع، من خلال توفير برامج علاجية، تعليمية، واجتماعية تلبي احتياجاتهم النفسية والاجتماعية (Karow, 2012).

الخدمات التي تقدمها مؤسسات الرعاية النفسية

تقدم مؤسسات الرعاية النفسية مجموعة من الخدمات المتكاملة التي تهدف إلى تحسين الصحة النفسية والرفاهية العامة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وتشمل هذه الخدمات التشخيص النفسي الدقيق الذي يتم من خلاله تحديد نوع الاضطراب النفسي ومدى تأثيره على حياة المريض، مما يساعد في وضع خطة علاجية مناسبة. واحدة من الخدمات الأساسية التي تقدمها هذه المؤسسات هي العلاج النفسي، والذي يتنوع بين العلاج الفردي والجماعي، ويشمل أساليب مثل العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج الديناميكي، والعلاج بالتحليل النفسي، وغيرها من الأساليب التي تهدف إلى معالجة أسباب المشاكل النفسية وتقديم استراتيجيات للتكيف والتعامل مع الضغوط. كما تقدم مؤسسات الرعاية النفسية العلاج الدوائي عند الحاجة، حيث يصف الأطباء النفسيون الأدوية المناسبة التي تساعد في تقليل الأعراض النفسية مثل القلق والاكتئاب والفصام، وإلى جانب العلاج النفسي والطبي، تقدم هذه المؤسسات أيضًا خدمات الدعم الاجتماعي، مثل الاستشارات العائلية والمهنية، بهدف تحسين العلاقات الاجتماعية للمريض وتوفير بيئة داعمة له (Arraras, 2019)، تشمل الخدمات أيضًا برامج التأهيل النفسي والاجتماعي التي تهدف إلى إعادة دمج المرضى في المجتمع من خلال تعليمهم مهارات حياتية واجتماعية تساعدهم على التأقلم مع متطلبات الحياة اليومية، كما توفر مؤسسات الرعاية النفسية ورش عمل ومحاضرات للتوعية بالصحة النفسية، بهدف الحد من وصمة العار المرتبطة بالاضطرابات النفسية وتشجيع المرضى على طلب المساعدة دون خوف من التمييز، وبالإضافة إلى ذلك، توفر بعض المؤسسات برامج متابعة ورعاية مستمرة للمرضى بعد انتهاء فترة العلاج لتقليل مخاطر الانتكاس وضمان استمرارية التحسن في صحتهم النفسية، وفي المجمل، تهدف هذه الخدمات إلى تحسين جودة حياة المرضى النفسيين، وتوفير بيئة صحية وآمنة تدعم تعافيهم واندماجهم الفاعل في المجتمع. (Kheirabadi, 2016)

التحديات التي يواجهها المرضى النفسيون في مؤسسات الرعاية النفسية

يواجه المرضى النفسيون العديد من التحديات داخل مؤسسات الرعاية النفسية التي تؤثر على تطورهم وتحسن حالتهم النفسية، أولًا، يعتبر التحدي الأكبر هو نقص الموارد المتاحة، مثل المعدات الطبية المتطورة أو الأخصائيين النفسيين المؤهلين بشكل كافٍ، مما يؤدي إلى قلة العناية

المتخصصة التي يتلقاها المرضى، وإضافة إلى ذلك، يواجه المرضى النفسيون تحديات تتعلق بالوصمة الاجتماعية المرتبطة بالمرض النفسي، حيث يعاني العديد منهم من نظرة سلبية من المجتمع، مما قد يعيق تقدمهم داخل المؤسسات، ويجعلهم يشعرون بالانعزال أو الخجل من طلب المساعدة، وعلاوة على ذلك، يعاني المرضى النفسيون من نقص في الدعم العاطفي والاجتماعي، سواء من العائلة أو من الأصدقاء، مما يزيد من شعورهم بالوحدة والضعف (Karow, 2012)، من ناحية أخرى، يمكن أن تؤثر بيئة المؤسسات نفسها على الصحة النفسية للمرضى، حيث قد تتسم بعض المؤسسات بعدم توافر الأجواء المريحة والداعمة، مما يزيد من صعوبة التكيف مع الحياة اليومية فيها، كما أن هناك تحديات تتعلق بعدم التنسيق بين مختلف مقدمي الرعاية، مثل الأطباء والمختصين الاجتماعيين، مما يؤثر سلبًا على تقديم العلاج الشامل والمتكامل للمريض، ومن جهة أخرى، يواجه المرضى النفسيون صعوبة في الوصول إلى برامج العلاج الملائمة بسبب العوائق المالية أو البيروقراطية في مؤسسات الرعاية، ما يؤثر على استمرارهم في العلاج، ويمكن القول بأن التحديات التي يواجهها المرضى النفسيون في مؤسسات الرعاية النفسية كثيرة ومتعددة، مما يتطلب تبني استراتيجيات شاملة لتحسين الخدمات المقدمة وتوفير بيئة علاجية ملائمة. (Bechdolf, 2013)

دور مؤسسات الرعاية النفسية في تحسين جودة الحياة أسرالمرضى النفسيين

تلعب مؤسسات الرعاية النفسية دورًا حيويًا في تحسين جودة الحياة أسر المرضى النفسيين من خلال توفير بيئة شاملة ومتكاملة للعلاج والرعاية، تهدف إلى معالجة الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية التي تؤثر على حياة المرضى، حيث تبدأ هذه المؤسسات بتقديم التشخيص الدقيق للاضطرابات النفسية، حيث يحدد الأطباء النفسيون نوع الحالة المرضية وأسبابها وأبعادها، مما يسمح بتطوير خطة علاجية متكاملة تلبي احتياجات المريض الفردية، ومن خلال العلاج النفسي الموجه، سواء كان فرديًا أو جماعيًا، تعمل المؤسسات على مساعدة المرضى في فهم مشاكلهم النفسية وتطوير استراتيجيات التكيف الفعّالة، مما يسهم في تقليل الأعراض وتحسين الصحة النفسية العامة، كما أن العلاج الدوائي، عند الضرورة، يساعد في ضبط الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، القلق، والفصام، مما يساهم في استقرار الحالة النفسية للمرضى وتحسين قدرتهم على التفاعل الاجتماعي والعمل(Bobes, 2015)، بالإضافة إلى العلاج الطبي والنفسي، توفر مؤسسات الرعاية

النفسية أيضًا الدعم الاجتماعي الهام، مثل الاستشارات العائلية وبرامج الإرشاد، التي تساهم في بناء بيئة أسرية وصحية داعمة للمريض، وأما في مجال التأهيل، فتقدم المؤسسات برامج تعليمية وتدريبية تهدف إلى تعزيز المهارات الحياتية والاجتماعية للمريض، مما يساعده على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية والاندماج في المجتمع، وتسعى مؤسسات الرعاية النفسية أيضًا إلى تقليل المخاوف المجتمعية المرتبطة بالاضطرابات النفسية من خلال التوعية والتثقيف، مما يسهم في تقليل وصمة العار المرتبطة بالمريض النفسي ويشجعه على طلب المساعدة دون تردد، وبالتالي تسهم هذه المؤسسات في تحسين جودة حياة المرضى من خلال تعزيز الصحة النفسية والبدنية، دعم العلاقات الاجتماعية، توفير الرعاية المستمرة، وتعزيز استقلالية المرضى وقدرتهم على التفاعل الفاعل مع المجتمع. (Saarni, 2020)

نشأة نظرية العلاج الأسري

في سبعينيات القرن الماضي، بدأت تظهر دراسات وآراء تشكك في فاعلية طرق الخدمة الاجتماعية التقليدية، والتي كانت تعتمد على العمل مع الفرد أو الجماعة أو تنظيم المجتمع بشكل منفصل، وإن هذه الطرق لم تستطع التعامل بشكل كافٍ مع المشكلات المعقدة التي تواجه العملاء، إذ رأت الدراسات مثل دراسة ريد وآخرين ودراسة كاثرين وود أن العمل مع الأفراد فقط لا يحقق النتائج المرجوة، خاصة في مواجهة المشكلات التي ترتبط بالعلاقات الأسرية والمجتمعية، ومن هنا برزت الحاجة إلى نهج أكثر تكاملاً يركز على الأسرة كوحدة متكاملة، مما أدى إلى ظهور مفهوم العلاج الأسري كأسلوب فعال في التعامل مع المشكلات النفسية والاجتماعية، حيث يُنظر إلى الأسرة كوحدة متكاملة تؤثر على أعضائها وتتأثر بهم (رويبح، 2017)، وإن العلاج الأسري يعتبر نمطًا من الممارسة المباشرة التي تهتم بالعلاقات والتفاعلات داخل الأسرة، إذ تساعد على فهم سلوك الأفراد من خلال دراسة الديناميكيات الأسرية، وبالتالي تقديم الدعم المناسب لتحسين هذه العلاقات وحل المشكلات المشتركة (البكوش، 2014).

مفهوم العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية

العلاج الأسري هو نهج يركز على الأسرة كوحدة واحدة، حيث يتم تقييم المشكلات النفسية والاجتماعية من خلال دراسة العلاقات والتفاعلات بين أفراد الأسرة، ولا يقتصر العلاج على

معالجة مشكلات الفرد فقط، بل يهدف إلى تحسين التواصل والتفاهم داخل الأسرة، وتعزيز الدعم المتبادل بين أعضائها، ويمكن تعريف العلاج الأسري بأنه عملية مهنية يستخدم فيها الأخصائي الاجتماعي تقنيات واستراتيجيات متعددة للعمل مع الأسرة بهدف تعزيز قدراتها على مواجهة التحديات، وتحسين التفاهم بين أعضائها، ودعم التكيف النفسي والاجتماعي لكل فرد ضمن الأسرة، وإن هذا التعريف ينبع من الإطار النظري الذي يؤكد على أهمية التعامل مع الأسرة كوحدة متكاملة وعدم الفصل بين مستويات التدخل (يلي، 2018؛ زكي، 2015).

العوامل التي أدت إلى ظهور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية

ظهور العلاج الأسري جاء نتيجة للحاجة الملحة في مواجهة مشكلات أسرية معقدة لم تستطع الطرق التقليدية في الخدمة الاجتماعية التعامل معها بشكل فعال، حيث كان من الضروري اعتماد نهج يدمج بين الاهتمام بالفرد والأسرة كوحدة متكاملة، كما أن الاهتمام المتزايد بالأسرة ودورها في دعم الأفراد دفع إلى تطوير نماذج علاجية جديدة تركز على العلاقة بين أفراد الأسرة وتأثيرها على الحالة النفسية والاجتماعية، وظهرت نماذج ونظريات متنوعة في هذا المجال، مثل نظرية الأنساق العامة ونظرية الدور، ونماذج التركيز على المهام والعلاج القصير والتدخل في الأزمات، بالإضافة إلى النموذج البيئي، والتي كانت أساسًا لتطوير العلاج الأسري، كذلك، نادت العديد من الدراسات والكتابات العلمية بأهمية التكامل المهني وضرورة إعداد المعالجين الأسريين الذين يستطيعون التعامل مع الأسرة كوحدة متكاملة، بدلاً من التمسك بأساليب محددة أو مناهج فردية (عفيفي، 2014).

عناصر العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية

يعتمد العلاج الأسري على أسس معرفية ومهارية واسعة، تستند إلى المعرفة الحرة والتراث العلمي في الخدمة الاجتماعية، مع اعتماد الإطار النظري للنسق الأيكولوجي ومدخل الاحتياجات والمشكلات، وإن هذا الإطار النظري متعدد ويشمل اختيار النظريات ونماذج التدخل المناسبة التي تعكس تعقيد العلاقات بين أفراد الأسرة وتأثرهم ببيئتهم، كما يتميز العلاج الأسري بالتفكير متعدد الأبعاد الذي يتعامل مع الأسرة ضمن بيئة اجتماعية أوسع، مع فهم تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية عليها، وتتنوع أدوات التدخل المهني في العلاج الأسري وتعتمد على طبيعة المشكلات

والاحتياجات، وكذلك على الموارد المتاحة داخل الأسرة والمجتمع، مع وضع أهداف واضحة تتناسب مع الظروف البيئية (جاد الله، 2012).

دور العلاج الأسري في مؤسسات الرعاية النفسية

يعد العلاج الأسري جزءًا حيويًا من الرعاية النفسية داخل المؤسسات الصحية المتخصصة، حيث يشكل الأخصائي الاجتماعي أو المعالج الأسري عنصرًا أساسيًا في الفريق متعدد التخصصات الذي يقدم الدعم للمرضى النفسيين، ويبدأ دور المعالج الأسري بتقييم احتياجات الأسرة النفسية والاجتماعية والاقتصادية، مما يساعد في فهم العوامل التي تؤثر على حالة المريض وتأخير شفائه. بعد ذلك، يقوم المعالج الأسري بوضع وتنفيذ خطط علاجية شاملة تركز على تحسين التواصل والدعم داخل الأسرة، لتوفير بيئة داعمة تساعد المريض على التعافي والاندماج، كما يقدم المعالج الأسري الدعم النفسي والاجتماعي من خلال جلسات علاجية تركز على فهم المشاعر وإدارة الصراعات داخل الأسرة، بالإضافة إلى تقديم استشارات تهدف إلى تعزيز التفاهم بين أفراد الأسرة وتقليل الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي، مما يساعد على قبول المريض ودعمه بشكل أفضل، كما ينظم المعالج الأسري برامج تأهيلية تهدف إلى بناء مهارات التكيف والتواصل لدى أفراد الأسرة والمريض، مما يسهم في تحسين استقلاليتهم وقدرتهم على مواجهة تحديات الحياة اليومية (زكي، 2015)، علاوة على ذلك، يعمل المعالج الأسري كجسر بين المرضى وأسرهم والمؤسسات المختلفة التي تقدم الدعم، ويسهل وصولهم إلى الخدمات الصحية والاجتماعية اللازمة، ويضمن استمرار المتابعة لضمان استقرار الحالة النفسية والاجتماعية (البكوش، 2014).

2.2 الدراسات السابقة

قامت الباحثة بالرجوع إلى عدد من الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة تبين الآتي:

الدراسات العربية

دراسة جاد الله (2025) بعنوان: فعالية برنامج معرفي سلوكي في تحسين جودة الحياة لدى عينة من أسر مرضى الرهاب الاجتماعي

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تحسين جودة الحياة لدى عينة من أسر مرضى الرهاب الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من (20) من والدي مرضى الرهاب الاجتماعي بمستشفى نقاء للصحة النفسية وعلاج الإدمان بمحافظة الدقهلية، تراوحت أعمارهم بين (40–50) سنة، بمتوسط عمر زمني قدره (45.61) سنة وانحراف معياري (0.624).

استخدمت الباحثة أداتين رئيسيتين: مقياس جودة الحياة (من إعداد الباحثة)، وبرنامج إرشادي معرفي سلوكي (من إعداد الباحثة).

أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية، كما تبين وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في جودة الحياة قبل تطبيق البرنامج وبعده لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي، مما يدل على استمرار أثر البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة لدى أسر مرضى الرهاب الاجتماعي.

وتؤكد هذه النتائج أهمية البرامج الإرشادية المعرفية السلوكية في دعم أسر المرضى النفسيين وتعزيز قدرتهم على التكيف مع الضغوط النفسية والاجتماعية المرتبطة برعاية المرضى.

دراسة الظفيري (2025) بعنوان: مشكلات أسر المرضى النفسيين بالمؤسسات الصحية في المجتمع السعودي – دراسة ميدانية في بعض المستشفيات بمدينة حفر الباطن

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي تواجه أسر المرضى النفسيين في المؤسسات الصحية بالمجتمع السعودي، إضافةً إلى دور هذه المؤسسات في التخفيف من حدة تلك المشكلات، واقتراح تصور يسهم في الحد من آثارها السلبية على الأسر.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، واستخدمت دليل المقابلة كأداة لجمع البيانات من عينة مكونة من عشرين فردا من المتخصصين والمسؤولين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية بمدينة حفر الباطن بالمملكة العربية السعودية.

توصلت نتائج الدراسة إلى أن المؤسسات الصحية تقدم مجموعة واسعة من الخدمات والرعاية النفسية للمرضى بهدف التخفيف من حدة الأمراض وتحسين جودة حياتهم، وتشمل هذه الخدمات تقييم الحالة النفسية، والعلاج، والرعاية التمريضية، والتأهيل، والدعم الاجتماعي، والوقاية من الانتكاسة. كما بينت النتائج أن الخدمات التي يمكن أن تقدمها مستشفيات ومراكز الصحة النفسية لأسر المرضى النفسيين تتنوع بين التثقيف والتوعية، وتقديم الدعم النفسي، وتوفير مجموعات الدعم، والاستشارات الأسرية، والبرامج التعليمية، وخدمات الإحالة.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من المقترحات الهادفة إلى الحد من المشكلات التي تواجه أسر المرضى النفسيين، من أبرزها: تعزيز العوامل الوقائية، ونشر الوعي المجتمعي حول قضايا الصحة النفسية، وزيادة الموارد المخصصة لخدمات الصحة النفسية لتلبية احتياجات الأسر ودعمها بشكل مستدام.

دراسة العليط (2024) بعنوان "التحديات التي تواجه أسر مرضى الفصام من وجهة نظر المختصين في مجال الصحة النفسية – دراسة نوعية"

هدفت إلى تحليل طبيعة التحديات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية التي تواجه أسر مرضى الفصام في ضوء خبرات المختصين في مجال الصحة النفسية، واعتمدت الباحثة على المنهج النوعي من خلال مقابلات مع (13) خبيرًا وممارسًا يعملون في مستشفيات ومؤسسات للصحة النفسية في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية.

أظهرت النتائج أن الأسر تواجه سبعة تحديات رئيسية تشمل: ندرة المتخصصين في التعامل مع مرض الفصام، محدودية التقنيات العلاجية النفسية غير الدوائية، نقص البرامج التدريبية والرعاية النهارية، الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالمرض النفسي، شدة الأعراض المرضية وصعوبة السيطرة عليها، تأثير الخصائص الشخصية لمقدم الرعاية، إضافة إلى الأوضاع المادية الصعبة التي تزيد من الضغوط الأسرية.

كما أكدت الدراسة على أن هذه التحديات تنعكس سلبًا على جودة الحياة لدى أسر مرضى الفصام، حيث تؤدي الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية إلى تدهور الحالة الانفعالية والاجتماعية لأفراد الأسرة وتقليل قدرتهم على التكيف مع متطلبات الرعاية اليومية، وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز جودة حياة الأسر من خلال تطوير برامج دعم نفسي واجتماعي، وتوفير مراكز تدريب وتأهيل للممارسين والأسر، إلى جانب حملات توعية مجتمعية لتقليل الوصمة وتعزيز المرونة الأسرية والتكيف الإيجابي مع المرض النفسي.

دراسة زواني (2020) بعنوان "جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بمرض الفصام في ضوء بعض المتغيرات"

هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام، مع التركيز على تأثير متغيري الجنس ومدة الرعاية. استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وطبقت استبيان جودة الحياة الخاص بمرافقي الأفراد المصابين بالفصام الذي أعده Richieri وآخرون (2011) على عينة مكونة من خمسين مرافقًا تم اختيارهم بطريقة المعاينة العرضية.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى جودة الحياة لدى المرافقين كان مرتفعًا في بعض الأبعاد مثل العلاقات مع الأسرة، والعلاقات مع الفريق الطبي النفسي، والرفاه النفسي والجسدي، والعلاقات مع الأصدقاء، مما يشير إلى قدرة هؤلاء المرافقين على الحفاظ على توازن نسبي في حياتهم الاجتماعية والنفسية، وفي المقابل، ظهر مستوى متوسط من جودة الحياة في أبعاد أخرى تشمل العبء النفسي والحياة اليومية، والعبء المادي، والعلاقات الزوجية، وهو ما يعكس التأثيرات الضاغطة للرعاية المستمرة للمريض على الحياة الشخصية والاقتصادية للمرافق.

كما بينت الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في جودة الحياة بين المرافقين تبعًا لاختلاف الجنس أو مدة الرعاية، ما يشير إلى أن التحديات التي تواجه مقدمي الرعاية لمرضى الفصام متشابهة نسبيًا بغض النظر عن هذه المتغيرات، وأكدت الباحثة على أهمية تقديم الدعم النفسي والاجتماعي والاقتصادي للمرافقين لتعزيز جودة حياتهم وتخفيف الأعباء المرتبطة برعاية المرضى النفسيين.

الدراسات الأجنبية

استهدفت دراسة **زيلنر وهوفهاينز (Soellner & Hofheinz,2024)** مقارنة الأعباء النفسية والجسدية ومستوى الرضا عن الدعم الاجتماعي لدى أسر لديها تاريخ في تعاطي أحد أفرادها للمواد المخدرة، وأسر أخرى ترعى مرضى مصابين بالخرف، واشتملت العينة على 543 فردًا من أفراد الأسر، حيث بلغ عدد المشاركين من أسر متعاطي المواد 221، ومن أسر مرضى الخرف 322، واستخدمت الدراسة عدة أدوات لقياس الشكاوى الجسدية، والضيق النفسي، وأعراض القلق والاكتئاب، وجودة الحياة، بالإضافة إلى مستوى الرضا عن الدعم الاجتماعي الخاص (مثل العائلة والأصدقاء) والدعم المهني (مثل مقدمي الرعاية).

أظهرت النتائج أن أسر متعاطي المواد يعانون من مستويات أعلى من الإرهاق، وآلام المعدة، والاكتئاب، مقارنة بأسر مرضى الخرف. كما كان مستوى جودة الحياة لديهم أقل، وأوضحت الدراسة أن الرضا عن الدعم الاجتماعي الخاص كان أكثر تأثيرًا في التخفيف من الضغوط مقارنة بالدعم المهني، مما يدل على أهمية دعم الأسرة في مواجهة التحديات النفسية والاجتماعية التي تواجه هذه الأسر.

استهدفت **دراسة يانغ وهو(Yang & Hu,2023)** بعنوان: أثر الدعم الاجتماعي المقدم لمرضى الفصام على جودة حياتهم ورضا أسرهم عن الحياة الأسرية استكشاف العلاقة بين الدعم الاجتماعي المقدم لمرضى الفصام، وعبء الأسرة، وجودة حياة المرضى، ورضا أسرهم عن الحياة. شملت الدراسة 358 مريضًا بالفصام و 358فردًا من أسرهم في مقاطعة قانسو بالصين، باستخدام العينة العشوائية العنقودية متعددة المراحل، واستخدمت أدوات متعددة لجمع البيانات، شملت مقياس الدعم

الاجتماعي، ومقياس عبء الأسرة، ومقياس الرضا عن الحياة، ومقياس جودة الحياة، وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج.AMOS 24.0

أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المريض، وعبء الأسرة، وجودة الحياة، ورضا الأسرة عن حياتها .($P \leq 0.05$) كما بينت النتائج أن الدعم الاجتماعي كان له تأثير مباشر وسلبي على انخفاض عبء المرض، وأن عبء الأسرة كان وسيطًا كاملاً في العلاقة بين الدعم الاجتماعي وجودة حياة المريض، ووسيطًا جزئيًا في العلاقة بين الدعم الاجتماعي ورضا الأسرة.

خلصت الدراسة إلى أن تعزيز الدعم الاجتماعي لمرضى الفصام يساهم بشكل كبير في تحسين جودة حياتهم، كما يقلل من عبء الأسرة، مما ينعكس إيجابيًا على مستوى رضا الأسرة عن الحياة الأسرية، مما يستدعي تصميم تدخلات علاجية تركز على دعم المريض وأسرته معًا.

دراسة خاتيمة ومارثوينيس(Khatimah, Adami, Abdullah & Marthoenis, 2022) بعنوان :جودة الحياة، الصحة النفسية، ووظيفة الأسرة لمقدّمي الرعاية لمرضى الفصام: دراسة مقطعية مجتمعية

أُجريت هذه الدراسة في أماكن ريفية، واستهدفت مقدّمي الرعاية لمرضى الفصام، حيث تم فحص انتشار الاكتئاب، والقلق، والضغط النفسي لديهم، وآثار هذه المتغيرات على جودة حياتهم. تبين أن نسب الاكتئاب والقلق والضغط النفسي كانت 14.2٪، 25.5٪، و6.6٪ على التوالي، وأن جودة الحياة ترتبط بشكل مستقل بوظيفة الأسرة (من الاستجابة العاطفية، وحل المشكلات، والتواصل) ووجود أعراض الاكتئاب ($p \leq 0.05$) وأوصت الدراسة بضرورة تقديم دعم أكبر لمقدّمي الرعاية من قبل المهنيين الصحيين لتعزيز مهاراتهم في حل المشكلات.

أجرت دراسة **إيسيسيلو وآخرون (2016) .Iseselo et al** بحثًا نوعيًا بهدف التعرف على المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه أسر المرضى النفسيين واستراتيجيات التكيف التي يتبعونها في رعاية ذويهم، وذلك في بلدية "تيميكي" بمدينة دار السلام في تنزانيا، واستخدمت الدراسة المنهج النوعي، حيث تم إجراء أربع جلسات مناقشة مركزة (Focus Groups) ومقابلتين معمقتين مع أفراد من أسر المرضى النفسيين، تم اختيارهم باستخدام أسلوب العينة القصدية،

وأجريت جميع المقابلات باللغة السواحيلية وتم تسجيلها صوتيًا ثم تفريغها وتحليلها باستخدام أسلوب التحليل الموضوعي للمحتوى.

أظهرت النتائج أن الأسر تواجه العديد من التحديات النفسية والاجتماعية أهمها: الضغوط المالية، غياب الدعم الاجتماعي، تفكك أداء الأسرة، وصمة المرض النفسي، التمييز، وسلوكيات المرضى المزعجة. أما فيما يتعلق باستراتيجيات التكيف، فقد تبين أن "القبول" و"الممارسات الدينية" هما أكثر الاستراتيجيات استخدامًا من قبل الأسر للتعامل مع الأعباء النفسية والاجتماعية.

خلصت الدراسة إلى أن تقديم الرعاية لأفراد يعانون من أمراض نفسية يشكل عبئًا نفسيًا واجتماعيًا كبيرًا على الأسرة، مما يتطلب توافر مهارات واستراتيجيات تكيف فعالة لضمان صحة نفسية جيدة للمريض ومقدّم الرعاية على حد سواء، كما أوصت بأهمية تبني نهج تعاوني بين مقدمي الرعاية الصحية والحكومة لتلبية احتياجات المرضى وأسرهم بشكل متكامل.

دراسة والتون موس وروز (2005) Walton-Moss, Gerson & Rose بعنوان: تأثير المرض النفسي على جودة حياة الأسرة

قامت هذه الدراسة تحليلًا ثانويًا لدراسة نظرية أساسية شملت 17 أسرة تتعامل مع مرض نفسي لأحد أفرادها على مدى الوقت. صنّفت الأسر في نماذج ثلاث بناءً على استجاباتها :*متمسكة (Hanging On)*، *ثابتة(Being Stable)* ، أو *بأداء جيد .(Doing Well)* وأوضحت أن معظم الأسر ترى نفسها في حالتي "ثابتة" أو "بأداء جيد"، بينما عدد قليل يعرفون أنفسهم كمتمسكين، وأن هذه التصنيفات تعكس جودة حياة الأسرة عبر مراحل تطورها ومسار المرض النفسي، مما يمكن أن يساعد المهنيين في دعم التدخلات والعناية الأسرية.

التعقيب على الدراسات السابقة

تتشابه الدراسة الحالية مع عدد من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين أو مرافقيهم، من حيث تركيزها على الجوانب النفسية والاجتماعية التي تؤثر في حياة أفراد الأسرة ومستوى تكيفهم، فقد اتفقت مع دراسة زواني (2020) التي بحثت جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بمرض الفصام، وأكدت على أهمية العلاقات الأسرية والاجتماعية

ودورها في دعم المرافقين والتخفيف من الأعباء النفسية، كما تشترك مع دراسة العليط (2024) في إبراز الصعوبات المتعددة التي تواجه أسر مرضى الفصام، لا سيما الاقتصادية والاجتماعية والنفسية، التي تنعكس سلبًا على جودة الحياة، بينما تتشابه مع دراسة جاد الله (2025) من حيث سعيها إلى تحسين جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين عبر برنامج معرفي سلوكي، باعتباره من أكثر الأساليب العلاجية فعالية في تحسين الجوانب النفسية والاجتماعية لدى مقدمي الرعاية، وتشترك جميع هذه الدراسات مع الدراسة الحالية في اعتمادها على المنهج الوصفي أو شبه التجريبي، وفي اهتمامها بتحديد العوامل التي تؤثر على جودة حياة أسر المرضى النفسيين ومرافقيهم.

أما من حيث الاختلاف، فقد تميزت الدراسات السابقة باختلاف نطاقها ومجالات تركيزها. فبينما اقتصرت دراسة زواني (2020) على دراسة جودة الحياة من منظور وصفي بحت دون تطبيق أي برامج تدخلية، ركزت دراسة العليط (2024) على استقصاء آراء المختصين في مجال الصحة النفسية بدلاً من أفراد الأسر أنفسهم، أما دراسة جادالله (2025) فقد ركزت على أسر مرضى الرهاب الاجتماعي حصريًا، مستخدمة برنامجًا معرفيًا سلوكيًا لرفع جودة حياتهم، غير أنها لم تتناول بالتفصيل الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بتجربة الرعاية الأسرية، في حين جاءت الدراسة الحالية أكثر شمولًا من حيث تناولها لمجموعة أوسع من أسر المرضى النفسيين، ودمجها بين التحليل النظري والتطبيقي، بما يربط بين العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تحدد مستوى جودة الحياة لدى هذه الفئة.

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة زواني (2020) في تأكيدها على أن جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين ليست متدنية في جميع أبعادها، بل تتفاوت تبعًا لعوامل عدة مثل الدعم الأسري والاجتماعي ومستوى الرفاه النفسي، كما انسجمت مع نتائج دراسة العليط (2024) في تأكيد الحاجة إلى تطوير الخدمات النفسية والاجتماعية المقدمة للأسر وتعزيز مهارات التكيف الأسري والمرونة في مواجهة الضغوط، واتفقت أيضًا مع دراسة جادالله (2025) في أن البرامج العلاجية المعرفية السلوكية تساهم بفعالية في تحسين جودة الحياة وتخفيف الأعباء النفسية الواقعة على الأسر، مما يعزز من قدرتهم على تقديم الرعاية للمرضى بصورة صحية ومستدامة، غير أن

الدراسة الحالية كشفت، على نحوٍ أعمق، عن تأثير المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية في جودة الحياة، وهو ما لم تتناوله معظم الدراسات السابقة بهذا القدر من التفصيل.

وتميزت الدراسة الحالية بشموليتها وتكاملها في تناول موضوع جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين من منظور متعدد الأبعاد، يجمع بين النفسي والاجتماعي والاقتصادي، إضافة إلى الجانب التطبيقي المتمثل في اختبار فعالية برنامج معرفي سلوكي مُصمم خصيصًا لهذه الفئة، كما تميزت باستخدام أدوات قياس حديثة ومعتمدة علميًا، وباعتمادها على عينة متنوعة تمثل مختلف فئات مقدمي الرعاية داخل الأسرة، بما يتيح نتائج أكثر دقة وشمولًا، وإضافة إلى ذلك، فقد أولت الدراسة اهتمامًا خاصًا بتأثير العوامل الاجتماعية، مثل الدعم المجتمعي والوصمة الاجتماعية، على جودة الحياة، وهو ما يجعلها أكثر عمقًا واتصالًا بالواقع الميداني مقارنة بالدراسات السابقة، وبذلك يمكن القول إن الدراسة الحالية أسهمت في سد فجوة معرفية في الأدبيات العربية المتعلقة بجودة حياة أسر المرضى النفسيين، وقدمت نموذجًا علميًا تطبيقيًا يمكن الاستفادة منه في تطوير برامج الدعم والإرشاد الأسري في مؤسسات الصحة النفسية العربية.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

1.3 منهجية الدراسة

2.3 مجتمع الدراسة وعينتها

3.3 أداة الدراسة

4.3 متغيرات الدراسة

5.3 إجراءات تنفيذ الدراسة

6.3 المعالجات الإحصائية

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل الطرق والإجراءات التي اتبعت، والتي تضمنت تحديد منهجية الدراسة المتبعة، ومجتمع الدراسة والعينة، وعرض الخطوات والإجراءات العملية التي اتبعت في بناء أداة الدراسة وخصائصها، ثم شرح لمتغيرات الدراسة، والإشارة إلى أنواع الاختبارات الإحصائية المستخدمة في تحليل بيانات الدراسة.

1.3منهجية الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، إذ يساعد المنهج الوصفي التحليلي على فهم ووصف الظاهرة وصفاً كمياً دقيقاً، وإن هذا المنهج لا يعتمد فقط على جمع المعلومات إنما يقوم بالربط وتحليل الفروق ما بين متغيرات الدراسة للوصول إلى الاستنتاجات المرجو الوصول إليها من خلال الدراسة (عوده وملكاوي، 1992).

2.3 مجتمع الدراسة وعينتها

أ) مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية

ب) عينة الدراسة:

اختيرت عينة الدراسة كالآتي:

أولاً– العينة الاستطلاعية (Pilot Study): اختيرت عينة استطلاعية مكونة من ثلاثين فردًا من أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية، ومن خارج عينة الدراسة المستهدفة، وذلك بغرض التأكد من صلاحية أداة الدراسة واستخدامها لحساب الصدق والثبات.

ثانياً– عينة الدراسة (Sample Study): اختيرت عينة الدراسة بالطريقة المتيسرة (المتاحة) غير العشوائية، وقد بلغ حجم العينة (100) من أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية. والجدول (1.3) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغيراتها المستقلة (الديمغرافية):

جدول (1.3)

توزيع عينة الدراسة حسب متغيراتها المستقلة (الديمغرافية)

المتغير	المستوى	العدد	النسبة%
الجنس	ذكر	50	50.0
	أنثى	50	50.0
	المجموع	100	100.0
العمر	30 سنة فأقل	23	23.0
	من 31–40 سنة	36	36.0
	41 سنة فأكثر	41	41.0
	المجموع	100	100.0
صلة القرابة بالمريض	أب / أم	20	20.0
	زوج / زوجة	24	24.0
	أخ / أخت	31	31.0
	ابن / ابنة	18	18.0
	قريب آخر	7	7.0
	المجموع	100	100.0
المستوى التعليمي	ثانوي فأقل	41	41.0
	جامعي (بكالوريوس)	51	51.0
	ماجستير فأعلى	8	8.0
	المجموع	100	100.0
متوسط دخل الأسرة الشهري	أقل من 3000 شيكل	6	6.0
	من 3000– أقل من 5000 شيكل	45	45.0
	من 5000 – أقل من 7000 شيكل	29	29.0
	7000 شيكل فأكثر	20	20.0
	المجموع	100	100.0
مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته	أقل من سنة	9	9.0
	1–5 سنوات	59	59.0
	أكثر من 5 سنوات	32	32.0
	المجموع	100	100.0

3.3 أداة الدراسة

من أجل تحقيق الغاية المرجوة من الدراسة الحالية، وبعد اطلاع الباحثة على الأدب التربوي والدراسات السابقة وعلى مقاييس جودة الحياة المستخدمة في بعض الدراسات ومنها: راسة إيسيسيلو وآخرون (Iseselo et al., 2016)، ودراسة زيلنر وهوفهاينز (Soellner & Hofheinz, 2024)، ودراسة يانغ وهو (Yang & Hu, 2023)، ودراسة خاتيمة، عدمي، عبد الله، ومارثوينيس (Marthoenis et al., 2022)، قامت الباحثة بتطوير مقياس جودة الحياة استناداً إلى تلك الدراسات.

1.3.3 الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة

صدق المقياس

استخدم نوعان من الصدق كما يلي:

أولاً: الصدق الظاهري (Face validity)

للتحقق من الصدق الظاهري أو ما يعرف بصدق المحكمين لمقياس جودة الحياة، عرُض المقياس بصورته الأولية على مجموعة من ذوي الخبرة والاختصاص ممن يحملون درجة الدكتوراه، وقد بلغ عددهم عشرة محكمين، كما هو موضح في ملحق (ب)، إذ أعتمد معيار الاتفاق (80%) كحد أدنى لقبول الفقرة، وبناءً على ملاحظات وآراء المحكمين أجريت التعديلات المقترحة، فقد عُدلت صياغة بعض الفقرات.

ثانياً: صدق البناء (Construct Validity)

من أجل التحقق من الصدق للمقياس استخّدم أيضاً صدق البناء، على عينة استطلاعية مكونة من ثلاثين فردًا من أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية، ومن خارج عينة

الدراسة المستهدفة، واستخّدم معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لاستخراج قيم معاملات ارتباط الفقرة بالمجال الذي تنتمي إليه، وقيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس(جودة الحياة)، كذلك قيم معاملات ارتباط كل مجال مع الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة، كما هو مبين في الجدول (2.3):

جدول (2.3)

قيم معاملات ارتباط فقرات مقياس جودة الحياة بالمجال الذي تنتمي إليه، وقيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس، وقيم معاملات ارتباط كل مجال مع الدرجة الكلية للمقياس (ن=30):

الفقرة	الارتباط مع المجال	الارتباط مع الدرجة الكلية	الفقرة	الارتباط مع المجال	الارتباط مع الدرجة الكلية	الفقرة	الارتباط مع المجال	الارتباط مع الدرجة الكلية
المجال النفسي والعاطفي			**المجال الاجتماعي والعائلي**			**المجال الاقتصادي والمعيشي**		
1	.74**	.46**	9	.76**	.66**	19	.92**	.74**
2	.40**	.51**	10	.87**	.62**	20	.77**	.51**
3	.84**	.56**	11	.90**	.59**	21	.96**	.72**
4	.87**	.64**	12	.64**	.60**	22	.90**	.69**
5	.75**	.40**	13	.90**	.55**	23	.94**	.69**
6	.88**	.60**	14	.90**	.54**	24	.90**	.72**
7	.88**	.51**	15	.89**	.58**	25	.79**	.84**
8	.87**	.63**	16	.91**	.72**	-	-	-
-	-	-	17	.88**	.68**	-	-	-
-	-	-	18	.57**	.70**	-	-	-
درجة كلية للبُعد .57**			**درجة كلية للبُعد .72****			**درجة كلية للبُعد .78****		
المجال الصحي والخدماتي			**المجال التربوي والمعرفي**			----------		
26	.86**	.78**	35	.89**	.69**	-	-	-
27	.88**	.76**	36	.94**	.68**	-	-	-
28	.85**	.63**	37	.92**	.63**	-	-	-
29	.76**	.65**	38	.93**	.76**	-	-	-
30	.85**	.77**	39	.96**	.76**	-	-	-
31	.80**	.74**	40	.93**	.64**	-	-	-
32	.81**	.47**	41	.73**	.56**	-	-	-
33	.81**	.54**	42	.93**	.64**	-	-	-
34	.87**	.62**	-	-	-	-	-	-
درجة كلية للبُعد .79**			**درجة كلية للبُعد .74****			----------		

****دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (p ≤ .01 **)**

يلاحظ من البيانات الواردة في الجدول (2.3) أن قيم معامل ارتباط الفقرات تراوحت ما بين (.40-.96)، وكانت ذات درجات مقبولة ودالة إحصائياً؛ إذ ذكر جارسيا (Garcia, 2011) أن قيمة معامل الارتباط التي تقل عن (.30) تعتبر ضعيفة، والقيم التي تقع ضمن المدى (.30– أقل أو يساوي .70) تعتبر متوسطة، والقيمة التي تزيد عن (.70) تعتبر قوية، لذلك لم تحذف أي فقرة من فقرات المقياس.

ثبات مقياس جودة الحياة

للتأكد من ثبات مقياس جودة الحياة، وزع المقياس على عينة استطلاعية مكونة من ثلاثين فردًا من أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية، ومن خارج عينة الدراسة المستهدفة، وبهدف التحقق من ثبات الاتساق الداخلي للمقياس، وأبعاده، فقد استخدمت معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)على بيانات العينة الاستطلاعية بعد استخراج الصدق (42) فقرة، والجدول (3.3) يوضح قيم معامل ثبات الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة، كما في الآتي:

جدول (3.3)

قيم معامل ثبات مقياسجودة الحياةومجالاته بطريقة كرونباخ ألفا

البعد	عدد الفقرات	كرونباخ ألفا
المجال النفسي والعاطفي	8	.93
المجال الاجتماعي والعائلي	10	.94
المجال الاقتصادي والمعيشي	7	.95
المجال الصحي والخدماتي	9	.94
المجال التربوي والمعرفي	8	.96
الدرجة الكلية	42	.96

يتضح من الجدول (3.3) أن قيم معامل ثبات كرونباخ ألفا لمجالات مقياس جودة الحياة تراوحت ما بين (93.-96.)، كما يلاحظ أن معامل ثبات كرونباخ ألفا للدرجة الكلية بلغ (96.). وتعد هذه القيم مرتفعة، وتجعل من الأداة قابلة للتطبيق على العينة الأصلية.

تصحيح مقياس جودة الحياة: تكون مقياس جودة الحياة في صورته النهائية بعد استخراج الصدق من (42)، فقرة موزعة على خمسة مجالات كما هو موضح في ملحق (ث)، وقد مثلت جميع الفقرات الاتجاه الإيجابي لجودة الحياة.

وقد طُلب من المستجيب تقدير إجاباته عن طريق تدرج ليكرت (Likert) خماسي، وأعطيت الأوزان للفقرات كما يلي:موافق بشدة(5) درجات، موافق (4) درجات، محايد (3) درجات، معارض (2)درجتان، معارض بشدة(1)، درجة واحدة.

ولغايات تفسير المتوسطات الحسابية، ولتحديد مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة حولت العلامة وفق المستوى الذي يتراوح من (1-5) درجات وتصنيف المستوى إلى ثلاث مستويات: منخفضة ومتوسطة وعالية، وذلك وفقاً للمعادلة الآتية :

$$\text{طول الفئة} = \frac{\text{الحد الأعلى _ الحد الأدنى (لتدرج)}}{\text{عدد المستويات المفترضة}} \quad 1.33 = \frac{1-5}{3}$$

وبناءً على ذلك، فإنّ مستويات الإجابة على المقياس تكون على النحو الآتي:

جدول (4.3)

درجات احتساب مستوى جودة الحياة

مستوى منخفض	**2.33 فأقل**
مستوى متوسط	**3.67 −2.34**
مستوى مرتفع	**5 −3.68**

4.3متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات المستقلة والتابعة الآتية:

أ- المتغيرات المستقلة(الديمغرافية):

1. **الجنس:** وله مستويان هي: (1-ذكر ، 2- أنثى).
2. **العمر:** وله ثلاثة مستويات: (1-30 سنة فأقل، 2-من 31-40 سنة، 3-41 سنة فأكثر).
3. **صلة القرابة بالمريض:** وله خمسة مستويات هي: (1-أب / أم، 2-زوج / زوجة، 3-أخ / أخت، 4- ابن / ابنة، 5- قريب آخر).
4. **المستوى التعليمي:** ولها ثلاثة مستويات هي: (1-ثانوي فأقل، 2-جامعي (بكالوريوس)، 3-ماجستير فأعلى).
5. **متوسط دخل الأسرة الشهري:** وله أربعة مستويات هي: (1-أقل من 3000 شيكل، 2-من 3000- أقل من 5000 شيكل، 3-من 5000 – أقل من 7000، 4- 7000 شيكل فأكثر).
6. **مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته:** وله ثلاثة مستويات: (1-أقل من سنة، 2-1-5 سنوات، 3-أكثر من 5 سنوات).

ب-المتغير التابع: الدرجة الكلية والمجالات الفرعية التي تقيس جودة الحياة من وجهة نظر عينة الدراسة.

5.3 إجراءات تنفيذ الدراسة

نفُذت الدراسة وفق الخطوات الآتية:

1. جمع المعلومات من العديد من المصادر كالكتب، المقالات، التقارير، الرسائل الجامعية، وغيرها، وذلك من أجل وضع الإطار النظري للدراسة.
2. الحصول على إحصائية بعدد أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية.
3. تحديد مجتمع الدراسة، ومن ثم تحديد عينة الدراسة.
4. تطوير أداة الدراسة من خلال مراجعة الأدب التربوي في هذا المجال.
5. تحكيم أداة الدراسة.
6. تطبيق أداة الدراسة على عينة استطلاعية ومن خارج عينة الدراسة الأساسية، إذ شملت ثلاثين فردًا من أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية، وذلك بهدف التأكد من دلالات صدق وثبات أداة الدراسة.
7. تطبيق أداة الدراسة على العينة الأصلية، والطلب منهم الإجابة على فقراتها بكل صدق وموضوعية، وذلك بعد إعلامهم بأن إجابتهم لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.
8. إدخال البيانات إلى ذاكرة الحاسوب، حيث استخدم برنامج الرزمة الإحصائي (SPSS, 28) لتحليل البيانات، وإجراء التحليل الإحصائي المناسب.
9. مناقشة النتائج التي أسفر عنها التحليل في ضوء الأدب النظري والدراسات السابقة، والخروج بمجموعة من التوصيات والمقترحات البحثية.

6.3 المعالجات الإحصائية

من أجل معالجة البيانات وبعد جمعها قامت الباحثة باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS, 28) وذلك باستخدام المعالجات الإحصائية الآتية:

1. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية.
2. معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) لفحص الثبات.
3. اختبار بيرسون (Pearson Correlation) لفحص صدق أداة الدارسة.
4. اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين(Independent Samples t-test)، لفحص الفرضيات المتعلقة بالجنس.
5. اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)،لفحص الفرضيات المتعلقة بالعمر، وصلة القرابة بالمريض، و المستوى التعليمي، و متوسط دخل الأسرة الشهري، ومدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته .
6. المقارنات البعدية باستخدام اختبار (Gabriel).

الفصل الرابع

عرض نتائج الدراسة

1.4 النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة

1.1.4نتائج السؤال الأول

2.4 النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

1.2.4 نتائج الفرضية الأولى

2.2.4 نتائج الفرضية الثانية

3.2.4 نتائج الفرضية الثالثة

4.2.4 نتائج الفرضية الرابعة

5.2.4 نتائج الفرضية الخامسة

6.2.4 نتائج الفرضية السادسة

الفصل الرابع

عرض نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء أسئلتها وفرضيتها التي طرحت، وقد نظمت وفقاً لمنهجية محددة في العرض، وكما يلي:

1.4- النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة

1.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما مستوى جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية؟

للإجابة عن السؤال الأول حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لمقياس جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية، والجدول (1.4) يوضح ذلك:

جدول (1.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لكل مجال من مجالات مقياس جودة الحياة وعلى المقياس ككل مرتبة تنازلياً

الرتبة	رقم البعد	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	المستوى
1		المجال الصحي والخدماتي	3.77	.777	75.4	مرتفع
2		المجال الاجتماعي والعائلي	3.69	.797	73.8	مرتفع
3		المجال الاقتصادي والمعيشي	3.46	.842	69.2	متوسط
4		المجال النفسي والعاطفي	3.38	.690	67.6	متوسط
5		المجال التربوي والمعرفي	3.20	.946	64.0	متوسط
		جودة الحياة ككل	**3.52**	**.630**	**70.4**	متوسط

يتضح من الجدول (1.4) أن المتوسط الحسابي لتقديرات عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة ككل بلغ (3.52) وبنسبة مئوية (70.4%) وبتقدير متوسط، أما المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مجالات مقياس جودة الحياة تراوحت ما بين (3.77–3.20)، وجاء "المجال الصحي والخدماتي" بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.77) وبنسبة مئوية (75.4%) وبتقدير مرتفع، بينما جاء "المجال التربوي والمعرفي" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (3.20) وبنسبة مئوية (64.0%) وبتقدير متوسط.

وقد حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات كل مجال من مجالات مقياس جودة الحياة كل مجال على حدة، وعلى النحو الآتي:

1) المجال الصحي والخدماتي

جدول (2.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات المجال الصحي والخدماتي مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	المستوى
1	32	أشعر أن الطاقم الطبي يتعامل مع المريض باحترام واحترافية.	3.91	.854	78.2	**مرتفع**
2	33	توجد متابعة دورية ومنظمة لحالة المريض من قبل المؤسسة.	3.86	.876	77.2	**مرتفع**
3	31	أحصل على معلومات كافية من الطاقم الطبي حول حالة المريض وتطورها.	3.81	.825	76.2	**مرتفع**
4	34	نتمكن من الحصول على مواعيد وخدمات تخصصية بشكل منتظم عند الحاجة	3.78	.970	75.6	**مرتفع**
5	29	يتم إشراكنا كأسرة في وضع أو متابعة الخطة العلاجية للمريض.	3.77	.815	75.4	**مرتفع**
6	28	الخدمات المقدمة في المؤسسة تلبي احتياجات المريض بشكل مناسب.	3.75	.869	75.0	**مرتفع**
7	30	نتمكن من التواصل بسهولة مع الطاقم العلاجي عند الحاجة.	3.74	.836	74.8	**مرتفع**
8	27	أشعر بالرضا عن نوعية الرعاية النفسية التي يتلقاها فرد الأسرة المصاب.	3.72	.830	74.4	**مرتفع**
9	26	تتوفر خدمات الرعاية النفسية بسهولة في منطقتنا.	3.55	.903	71.0	**متوسط**

يتضح من الجدول (2.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن المجال الصحي والخدماتي تراوحت ما بين (3.91 - 3.55)، وجاءت فقرة "أشعر أن الطاقم الطبي يتعامل مع المريض باحترام واحترافية" بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.91) وبنسبة مئوية (78.2%) وبتقدير مرتفع، بينما جاءت فقرة "تتوفر خدمات الرعاية النفسية بسهولة في منطقتنا" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (3.55) وبنسبة مئوية (71.0%) وبتقدير متوسط.

2) المجال الاجتماعي والعائلي

جدول (3.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات المجال الاجتماعي والعائلي مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	المستوى
1	14	يتعامل أفراد الأسرة مع حالة المريض النفسي بتفاهم ويسعون للحفاظ على الانسجام الأسري	3.79	.924	75.8	**مرتفع**
2	13	يوجد تواصل فعال وتعاون بين أفراد الأسرة في متابعة حالة المريض النفسية.	3.78	.883	75.6	**مرتفع**
3	10	تحرص أسرتي على الحفاظ على تواصلها مع المجتمع رغم وجود حالة مرض نفسي بين أفرادها.	3.75	.925	75.0	**مرتفع**
4	12	أشارك في المناسبات الاجتماعية بثقة دون خوف من الإحراج أو الوصمة المرتبطة بحالة المريض	3.73	.897	74.6	**مرتفع**
5	9	نحافظ على علاقاتنا الاجتماعية الجيدة مع الأقارب والأصدقاء رغم إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض نفسي	3.72	.911	74.4	**مرتفع**
6	11	نشعر بأننا جزء من المجتمع ونتلقى تفهماً من الآخرين تجاه حالة المريض في العائلة	3.71	.880	74.2	**مرتفع**
7	18	أجد في بعض المؤسسات المجتمعية مساندة تساعدني في أداء دوري تجاه المريض.	3.62	.982	72.4	**متوسط**
8	17	أشعر بأن المجتمع يوفر بيئة مشجعة وداعمة للتعامل مع المرضى النفسيين	3.62	1.003	72.4	**متوسط**
9	16	يتفهم من حولي طبيعة المرض النفسي	3.61	.994	72.2	**متوسط**
10	15	أحصل على دعم اجتماعي من الأصدقاء أو الجيران في التعامل مع حالة المريض النفسي.	3.57	.998	71.4	**متوسط**

يتضح من الجدول (3.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن المجال الاجتماعي والعائلي تراوحت ما بين (3.79 - 3.57)، وجاءت فقرة "يتعامل أفراد الأسرة مع حالة المريض النفسي بتفاهم ويسعون للحفاظ على الانسجام الأسري" بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي

قدره (3.79) وبنسبة مئوية (75.8%) وبتقدير مرتفع، بينما جاءت فقرة "أحصل على دعم اجتماعي من الأصدقاء أو الجيران في التعامل مع حالة المريض النفسي" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (3.57) وبنسبة مئوية (71.4%) وبتقدير متوسط.

3) المجال الاقتصادي والمعيشي

جدول (4.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات المجال الاقتصادي والمعيشي مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	المستوى
1	22	تلقينا دعماً مالياً أو مساعدات من جهات حكومية أو أهلية لتغطية نفقات الرعاية.	3.59	.965	71.8	**متوسط**
2	19	تتمكن أسرتنا من إدارة شؤونها المالية بفعالية رغم إصابة أحد أفرادها بمرض نفسي	3.53	.989	70.6	**متوسط**
3	25	ننجح في التوفيق بين رعاية المريض ومتابعة فرص التعليم أو العمل لأفراد الأسرة.	3.51	.980	70.2	**متوسط**
4	20	نتمكن من توفير تكاليف العلاج النفسي والأدوية والمتابعة المستمرة بشكل منتظم.	3.43	1.008	68.6	**متوسط**
5	23	تحصل أسرتنا على الدعم المالي الكافي لمواصلة الرعاية اللازمة للمريض	3.40	.921	68.0	**متوسط**
6	21	تتمكن أسرتنا من التكيف مع النفقات الإضافية الناتجة عن مرض أحد أفرادها النفسي	3.40	.995	68.0	**متوسط**
7	24	نحافظ على نفقات الأسرة الأساسية دون تأثر رغم التزامات علاج المريض	3.35	1.029	67.0	**متوسط**

يتضح من الجدول (4.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن المجال الاقتصادي والمعيشي تراوحت ما بين (3.59 -3.35)، وجاءت فقرة "تلقينا دعماً مالياً أو مساعدات من جهات حكومية أو أهلية لتغطية نفقات الرعاية" بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.59)

وبنسبة مئوية (71.8%) وبتقدير متوسط، بينما جاءت فقرة "نحافظ على نفقات الأسرة الأساسية دون تأثر رغم التزامات علاج المريض" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (3.35) وبنسبة مئوية (67.0%) وبتقدير متوسط.

4) المجال النفسي والعاطفي

جدول (5.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات المجال النفسي والعاطفي مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابي

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	المستوى
1	1	أتمكن من التعامل باتزان مع إصابة أحد أفراد أسرتي بمرض نفسي	3.58	.923	71.6	**متوسط**
2	4	أتمتع بالقدرة على التعبير عن مشاعري حول حالة المريض النفسي	3.48	.926	69.6	**متوسط**
3	7	أتمتع بحالة نفسية مستقرة رغم إصابة أحد أفراد العائلة بمرض نفسي	3.42	1.017	68.4	**متوسط**
4	6	أتكيف نفسيًا مع التغيرات الناتجة عن حالة المريض في العائلة	3.41	.975	68.2	**متوسط**
5	8	امتلك القدرة النفسية على التكيف مع ضغوط هذه التجربة بمرض احد افراد الاسرة نفسيا	3.36	1.020	67.2	**متوسط**
6	3	أتمكن من فهم مشاعري والتعامل معها تجاه حالة المريض في العائلة	3.34	.901	66.8	**متوسط**
7	2	أجد صعوبة في التعامل مع مشاعري المرتبطة بمرض أحد أفراد العائلة نفسيا.	3.33	.888	66.6	**متوسط**
8	5	أشعر بالاطمئنان النسبي تجاه مستقبل المريض النفسي	3.15	1.058	63.0	**متوسط**

يتضح من الجدول (5.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن المجال النفسي والعاطفي تراوحت ما بين (3.58–3.15)، وجاءت فقرة " أتمكن من التعامل باتزان مع إصابة

أحد أفراد أسرتي بمرض نفسي" بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.58) وبنسبة مئوية (71.6%) وبتقدير متوسط، بينما جاءت فقرة "أشعر بالاطمئنان النسبي تجاه مستقبل المريض النفسي" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (3.15) وبنسبة مئوية (63.0%) وبتقدير متوسط.

5) المجال التربوي والمعرفي

جدول (6.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات المجال التربوي والمعرفي مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	المستوى
1	35	لدي معرفة كافية بطبيعة المرض النفسي وكيفية التعامل مع المريض داخل الأسرة.	3.52	1.020	70.4	**متوسط**
2	36	أجد مصادر موثوقة تساعدني في فهم سلوكيات المريض النفسية والتعامل معها بفعالية	3.43	1.057	68.6	**متوسط**
3	41	تتوفر في مجتمعنا فرص كافية للتثقيف الأسري حول الأمراض النفسية.	3.24	.986	64.8	**متوسط**
4	40	أتوفر على معلومات وإرشادات تساعدني في تقديم الدعم النفسي للمريض داخل المنزل	3.21	1.076	64.2	**متوسط**
5	38	أمتلك مهارات فعّالة في التواصل مع المريض النفسي	3.21	1.085	64.2	**متوسط**
6	39	أتمكن من تفسير التغيرات المفاجئة في سلوك المريض أو حالته المزاجية والتعامل معها بهدوء	3.17	1.064	63.4	**متوسط**
7	37	شاركت سابقاً في دورات أو ورش عمل متعلقة بالرعاية النفسية أو الدعم الأسري.	3.01	1.168	60.2	**متوسط**
8	42	أشارك في برامج تعليمية مستمرة تساعدني على فهم احتياجات المريض النفسية بشكل أفضل	2.81	1.253	56.2	**متوسط**

يتضح من الجدول (6.4) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن المجال التربوي والمعرفي تراوحت ما بين (3.52 -2.81)، وجاءت فقرة "لدي معرفة كافية بطبيعة المرض

النفسي وكيفية التعامل مع المريض داخل الأسرة" بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.52) وبنسبة مئوية (70.4%) وبتقدير متوسط، بينما جاءت فقرة "أشارك في برامج تعليمية مستمرة تساعدني على فهم احتياجات المريض النفسية بشكل أفضل" في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي بلغ (2.81) وبنسبة مئوية (56.2%) وبتقدير متوسط.

2.4- النتائج المتعلقة بالفرضيات

1.2.4النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq .05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير الجنس.

ومن أجل فحص الفرضـــية الأولى وتحديد الفروق تبعاً إلى متغير الجنس، اســـتخدم اختبار(ت) لمجموعتين مســـتقلتين(Independent Samples t-test)، ونتائج الجدول (7.4) تبين ذلك:

جدول (7.4)

نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير الجنس.

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
المجال النفسي والعاطفي	ذكر	50	3.33	.666	-.741	.461
	أنثى	50	3.44	.717		
المجال الاجتماعي والعائلي	ذكر	50	3.55	.826	-1.750	.083
	أنثى	50	3.83	.749		
المجال الاقتصادي والمعيشي	ذكر	50	3.33	.883	-1.484	.141
	أنثى	50	3.58	.789		
المجال الصحي والخدماتي	ذكر	50	3.65	.804	-1.510	.134
	أنثى	50	3.88	.740		
المجال التربوي والمعرفي	ذكر	50	3.13	.906	-.765	.446
	أنثى	50	3.27	.989		
الدرجة الكلية	ذكر	50	3.41	.649	-1.636	.105
	أنثى	50	3.62	.599		

يتبين من الجدول (7.4)أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب على مقياس جودة الحياة ومجالاته كانت؛ أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha \leq .05$)، وبالتالي عدم وجود فروق

في جودة الحياة ومجالاتها لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير الجنس.

2.2.4النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq .05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير العمر.

ومن أجل فحص الفرضية الثانية، استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعاً إلى متغير العمر، ومن ثم اســتخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق تبعاً إلى متغيرالعمر. والجدولان (8.4) و(9.4) يبينان ذلك:

جدول (8.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير العمر

المتغير	المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المجال النفسي والعاطفي	30 سنة فأقل	23	3.43	.658
	من 31-40 سنة	36	3.40	.732
	41 سنة فأكثر	41	3.35	.686
المجال الاجتماعي والعائلي	30 سنة فأقل	23	3.72	.730
	من 31-40 سنة	36	3.66	.774
	41 سنة فأكثر	41	3.70	.868
المجال الاقتصادي والمعيشي	30 سنة فأقل	23	3.35	.860
	من 31-40 سنة	36	3.46	.824
	41 سنة فأكثر	41	3.52	.863
المجال الصحي والخدماتي	30 سنة فأقل	23	3.88	.685
	من 31-40 سنة	36	3.68	.786
	41 سنة فأكثر	41	3.78	.827
المجال التربوي والمعرفي	30 سنة فأقل	23	3.05	.987
	من 31-40 سنة	36	3.39	.925
	41 سنة فأكثر	41	3.12	.936
الدرجة الكلية	30 سنة فأقل	23	3.51	.576
	من 31-40 سنة	36	3.53	.638
	41 سنة فأكثر	41	3.51	.665

يتضــح من خلال الجدول (8.4) وجود فروق ظاهرية بين المتوســطات الحســابية، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق قد وصــلت لمســتوى الدلالة الإحصــائية اســتخدم اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)، والجدول (9.4) يوضح ذلك:

جدول (9.4)

نتائج تحليل التباين الأحادي على مقياس جودة الحياة ومجالاته لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير العمر.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
المجال النفسي والعاطفي	بين المجموعات	.107	2	.053	.110	.896
	داخل المجموعات	47.057	97	.485		
	المجموع	47.164	99			
المجال الاجتماعي والعائلي	بين المجموعات	.044	2	.022	.034	.966
	داخل المجموعات	62.786	97	.647		
	المجموع	62.830	99			
المجال الاقتصادي والمعيشي	بين المجموعات	.402	2	.201	.279	.757
	داخل المجموعات	69.855	97	.720		
	المجموع	70.257	99			
المجال الصحي والخدماتي	بين المجموعات	.552	2	.276	.451	.638
	داخل المجموعات	59.273	97	.611		
	المجموع	59.825	99			
المجال التربوي والمعرفي	بين المجموعات	2.147	2	1.074	1.204	.304
	داخل المجموعات	86.478	97	.892		
	المجموع	88.625	99			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	.012	2	.006	.015	.985
	داخل المجموعات	39.227	97	.404		
	المجموع	39.239	99			

***دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($p \leq .05$ *)**

يتبين من الجدول (9.4) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب على مقياس جودة الحياة ومجالاته كانت؛ أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة($\alpha \leqq .05$)، وبالتالي عدم وجود فروق

في جودة الحياة ومجالاتها لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير العمر.

3.2.4النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة($\alpha \leq .05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير صلة القرابة بالمريض.

ومن أجل فحص الفرضية الثالثة، استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعاً إلى متغير صـــلة القرابة بالمريض، ومن ثم اســـتخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)للتعرف على دلالة الفروق تبعاً إلى متغيرصـــلة القرابة بالمريض. والجدولان (10.4) و(11.4) يبينان ذلك:

جدول (10.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير صلة القرابة بالمريض.

المتغير	المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المجال النفسي والعاطفي	أب / أم	20	3.67	.705
	زوج / زوجة	24	3.25	.580
	أخ / أخت	31	3.21	.620
	ابن / ابنة	18	3.46	.865
	قريب آخر	7	3.63	.599
المجال الاجتماعي والعائلي	أب / أم	20	3.66	1.039
	زوج / زوجة	24	3.48	.667
	أخ / أخت	31	3.88	.717
	ابن / ابنة	18	3.66	.796
	قريب آخر	7	3.74	.781
المجال الاقتصادي والمعيشي	أب / أم	20	3.51	1.011
	زوج / زوجة	24	3.34	.659
	أخ / أخت	31	3.49	.736
	ابن / ابنة	18	3.52	1.076
	قريب آخر	7	3.45	.863
المجال الصحي والخدماتي	أب / أم	20	3.63	1.047
	زوج / زوجة	24	3.61	.521
	أخ / أخت	31	3.82	.726
	ابن / ابنة	18	4.15	.695
	قريب آخر	7	3.46	.842
المجال التربوي والمعرفي	أب / أم	20	3.19	1.164
	زوج / زوجة	24	3.04	.709
	أخ / أخت	31	3.16	.793
	ابن / ابنة	18	3.22	1.180
	قريب آخر	7	3.91	.868
الدرجة الكلية	أب / أم	20	3.54	.869
	زوج / زوجة	24	3.36	.446
	أخ / أخت	31	3.54	.504
	ابن / ابنة	18	3.62	.742
	قريب آخر	7	3.64	.627

يتضـح من خلال الجدول (10.4) وجود فروق ظاهرية بين المتوسـطات الحسـابية، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق قد وصـلت لمسـتوى الدلالة الإحصـائية اسـتخدم اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)، والجدول (11.4) يوضح ذلك:

جدول (11.4)

نتائج تحليل التباين الأحادي على مقياس جودة الحياة ومجالاته لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير صلة القرابة بالمريض.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
المجال النفسي والعاطفي	بين المجموعات	3.545	4	.886	1.930	.112
	داخل المجموعات	43.619	95	.459		
	المجموع	47.164	99			
المجال الاجتماعي والعائلي	بين المجموعات	2.252	4	.563	.883	.477
	داخل المجموعات	60.578	95	.638		
	المجموع	62.830	99			
المجال الاقتصادي والمعيشي	بين المجموعات	.476	4	.119	.162	.957
	داخل المجموعات	69.781	95	.735		
	المجموع	70.257	99			
المجال الصحي والخدماتي	بين المجموعات	4.454	4	1.114	1.911	.115
	داخل المجموعات	55.370	95	.583		
	المجموع	59.825	99			
المجال التربوي والمعرفي	بين المجموعات	4.244	4	1.061	1.195	.318
	داخل المجموعات	84.381	95	.888		
	المجموع	88.625	99			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	.949	4	.237	.589	.672
	داخل المجموعات	38.290	95	.403		
	المجموع	39.239	99			

يتبين من الجدول (11.4) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب على مقياس جودة الحياة ومجالاته كانت؛ أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha \leq .05$)، وبالتالي عدم وجود فروق في جودة الحياة ومجالاتها لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير صلة القرابة بالمريض.

4.2.4النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq .05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

ومن أجل فحص الفرضية الرابعة، استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعاً إلى متغير المستوى التعليمي، ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق تبعاً إلى متغيرالمستوى التعليمي. والجدولان (12.4) و(13.4) يبينان ذلك:

جدول (12.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

المتغير	المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المجال النفسي والعاطفي	ثانوي فأقل	41	3.28	.741
	جامعي (بكالوريوس)	51	3.41	.605
	ماجستير فأعلى	8	3.72	.891
المجال الاجتماعي والعائلي	ثانوي فأقل	41	3.52	.839
	جامعي (بكالوريوس)	51	3.79	.716
	ماجستير فأعلى	8	3.91	1.002
المجال الاقتصادي والمعيشي	ثانوي فأقل	41	3.20	.871
	جامعي (بكالوريوس)	51	3.58	.721
	ماجستير فأعلى	8	4.00	1.069
المجال الصحي والخدماتي	ثانوي فأقل	41	3.63	.822
	جامعي (بكالوريوس)	51	3.84	.684
	ماجستير فأعلى	8	4.00	1.069
المجال التربوي والمعرفي	ثانوي فأقل	41	3.01	.953
	جامعي (بكالوريوس)	51	3.25	.873
	ماجستير فأعلى	8	3.86	1.141
الدرجة الكلية	ثانوي فأقل	41	3.35	.595
	جامعي (بكالوريوس)	51	3.59	.556
	ماجستير فأعلى	8	3.90	1.005

يتضـح من خلال الجدول (12.4) وجود فروق ظاهرية بين المتوسـطات الحسـابية، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق قد وصـلت لمسـتوى الدلالة الإحصـائية اسـتخدم اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)،والجدول (13.4) يوضح ذلك:

جدول (13.4)

نتائج تحليل التباين الأحادي على مقياس جودة الحياة ومجالاته لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
المجال النفسي والعاطفي	بين المجموعات	1.350	2	.675	1.429	.245
	داخل المجموعات	45.815	97	.472		
	المجموع	47.164	99			
المجال الاجتماعي والعائلي	بين المجموعات	2.013	2	1.006	1.605	.206
	داخل المجموعات	60.817	97	.627		
	المجموع	62.830	99			
المجال الاقتصادي والمعيشي	بين المجموعات	5.901	2	2.950	4.447	.014*
	داخل المجموعات	64.356	97	.663		
	المجموع	70.257	99			
المجال الصحي والخدماتي	بين المجموعات	1.435	2	.717	1.192	.308
	داخل المجموعات	58.390	97	.602		
	المجموع	59.825	99			
المجال التربوي والمعرفي	بين المجموعات	5.040	2	2.520	2.924	.058
	داخل المجموعات	83.585	97	.862		
	المجموع	88.625	99			
الدرجةالكلية	بين المجموعات	2.584	2	1.292	3.419	.037*
	داخل المجموعات	36.655	97	.378		
	المجموع	39.239	99			

***دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (05. ≥ p *)**

يتبين من الجدول (13.4)أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب على مقياس جودة الحياة والمجال: (الاقتصادي والمعيشي) كانت؛ أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة (α≤.05)،

وبالتالي وجود فروق في جودة الحياة والمجال: (الاقتصادي والمعيشي) لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

وللكشف عن موقع الفروق بين المتوسطات الحسابية لمقياس جودة الحياة والمجال: (الاقتصادي والمعيشي) لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي، أجري اختبار (Gabriel)نظراً لتباين عدد أفراد العينة بشكل كبير في مجموعات متغير المستوى التعليمي والجدول (14.4) يوضح ذلك :

جدول (14.4)

نتائج اختبار(Gabriel) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية على مقياس جودة الحياة والمجال: (الاقتصادي والمعيشي)لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

المتغير	المستوى	المتوسط	ثانوي فأقل	جامعي (بكالوريوس)	ماجستير فأعلى
المجال الاقتصادي والمعيشي	ثانوي فأقل	3.20	—	-0.384	-0.801*
	جامعي (بكالوريوس)	3.58		—	-0.417
	ماجستير فأعلى	4.00			—
الدرجة الكلية	ثانوي فأقل	3.35	—	-0.240	-0.549*
	جامعي (بكالوريوس)	3.59		—	-0.309
	ماجستير فأعلى	3.90			—

***دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (05. ≥ p *)**

يتبين من الجدول (14.4) الآتي:

- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α≤.05)، في جودة الحياة والمجال: (الاقتصادي والمعيشي) لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تبعاً إلى متغير المستوى التعليمي بين (ثانوي فأقل)، و(ماجستير فأعلى)، وجاءت الفروق لصالح (ماجستير فأعلى).

5.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة ($\alpha \leq .05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري.

ومن أجل فحص الفرضية الخامسة، استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعاً إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري، ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق تبعاً إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري. والجدولان (15.4) و(16.4) يبينان ذلك:

جدول (15.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري.

المتغير	المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المجال النفسي والعاطفي	أقل من 3000 شيكل	6	2.67	.970
	من 3000– أقل من 5000 شيكل	45	3.27	.647
	من 5000 – أقل من 7000	29	3.57	.669
	7000 شيكل فاكثر	20	3.58	.565
المجال الاجتماعي والعائلي	أقل من 3000 شيكل	6	3.23	1.164
	من 3000– أقل من 5000 شيكل	45	3.66	.879
	من 5000 – أقل من 7000	29	3.77	.702
	7000 شيكل فاكثر	20	3.78	.594
المجال الاقتصادي والمعيشي	أقل من 3000 شيكل	6	2.12	.714
	من 3000– أقل من 5000 شيكل	45	3.36	.853
	من 5000 – أقل من 7000	29	3.72	.650
	7000 شيكل فاكثر	20	3.70	.710
المجال الصحي والخدماتي	أقل من 3000 شيكل	6	2.83	1.188
	من 3000– أقل من 5000 شيكل	45	3.75	.866
	من 5000 – أقل من 7000	29	3.98	.422
	7000 شيكل فاكثر	20	3.78	.658
المجال التربوي والمعرفي	أقل من 3000 شيكل	6	2.06	.416
	من 3000– أقل من 5000 شيكل	45	3.07	.984
	من 5000 – أقل من 7000	29	3.59	.795
	7000 شيكل فاكثر	20	3.26	.871
الدرجة الكلية	أقل من 3000 شيكل	6	2.63	.623
	من 3000– أقل من 5000 شيكل	45	3.44	.640
	من 5000 – أقل من 7000	29	3.73	.531
	7000 شيكل فاكثر	20	3.63	.505

يتضـح من خلال الجدول (15.4) وجود فروق ظاهرية بين المتوسـطات الحسـابية، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق قد وصـلت لمسـتوى الدلالة الإحصـائية اسـتخدم اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)، والجدول (16.4) يوضح ذلك:

جدول (16.4)

نتائج تحليل التباين الأحادي على مقياس جودة الحياة ومجالاته لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
المجال النفسي والعاطفي	بين المجموعات	5.420	3	1.807	4.155	.008*
	داخل المجموعات	41.744	96	.435		
	المجموع	47.164	99			
المجال الاجتماعي والعائلي	بين المجموعات	1.611	3	.537	.842	.474
	داخل المجموعات	61.219	96	.638		
	المجموع	62.830	99			
المجال الاقتصادي والمعيشي	بين المجموعات	14.322	3	4.774	8.194	.000*
	داخل المجموعات	55.935	96	.583		
	المجموع	70.257	99			
المجال الصحي والخدماتي	بين المجموعات	6.535	3	2.178	3.924	.011*
	داخل المجموعات	53.290	96	.555		
	المجموع	59.825	99			
المجال التربوي والمعرفي	بين المجموعات	13.082	3	4.361	5.542	.001*
	داخل المجموعات	75.543	96	.787		
	المجموع	88.625	99			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	6.569	3	2.190	6.434	.001*
	داخل المجموعات	32.671	96	.340		
	المجموع	39.239	99			

***دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (.05 ≥ p *)**

يتبين من الجدول (16.4) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب على مقياس جودة الحياة ومجالاته باستثناء المجال: (الاجتماعي والعائلي) كانت؛ أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha \leq .05$)، وبالتالي وجود فروق في جودة الحياة ومجالاتها باستثناء المجال: (الاجتماعي

والعائلي) لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري.

وللكشف عن موقع الفروق بين المتوسطات الحسابية لمقياس جودة الحياة ومجالات: (المجال النفسي والعاطفي، المجال الاقتصادي والمعيشي، المجال الصحي والخدماتي، المجال التربوي والمعرفي) لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري، أجري اختبار (Gabriel)نظراً لتباين عدد أفراد العينة بشكل كبير في مجموعات متغير الدخل والجدول (17.4) يوضح ذلك :

جدول (17.4)

نتائج اختبار(Gabriel) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية على مقياس جودة الحياة ومجالات: (المجال النفسي والعاطفي، المجال الاقتصادي والمعيشي، المجال الصحي والخدماتي، المجال التربوي والمعرفي) لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري.

المتغير	المستوى	المتوسط	أقل من 3000 شيكل	من 3000– أقل من 5000 شيكل	من 5000 – أقل من 7000	7000 شيكل فاكثر
المجال النفسي والعاطفي	أقل من 3000 شيكل	2.67	—	-0.606	-0.902*	-0.915*
	من 3000– أقل من 5000 شيكل	3.27		—	-0.297	-0.309
	من 5000 – أقل من 7000	3.57			—	-0.012
	7000 شيكل فاكثر	3.58				—
المجال الاقتصادي والمعيشي	أقل من 3000 شيكل	2.12	—	-1.24*	-1.600*	-1.581*
	من 3000– أقل من 5000 شيكل	3.36		—	-0.357	-0.338
	من 5000 – أقل من 7000	3.72			—	0.019
	7000 شيكل فاكثر	3.70				—
المجال الصحي والخدماتي	أقل من 3000 شيكل	2.83	—	-0.912*	-1.144*	-0.950*
	من 3000– أقل من 5000 شيكل	3.75		—	-0.231	-0.038
	من 5000 – أقل من 7000	3.98			—	0.194
	7000 شيكل فاكثر	3.78				—
المجال التربوي والمعرفي	أقل من 3000 شيكل	2.06	—	-1.01*	-1.532*	-1.194*
	من 3000– أقل من 5000 شيكل	3.07		—	-0.523	-0.184
	من 5000 – أقل من 7000	3.59			—	0.339
	7000 شيكل فاكثر	3.26				—
الدرجةالكلية	أقل من 3000 شيكل	2.63	—	-0.812*	-1.103*	-0.998*
	من 3000– أقل من 5000 شيكل	3.44		—	-0.291	-0.185
	من 5000 – أقل من 7000	3.73			—	0.105
	7000 شيكل فاكثر	3.63				—

***دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($p \leq .05$ *)**

يتبين من الجدول (17.4) الآتي:

- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α≤.05)، في المجال (النفسي والعاطفي)، لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تبعاً إلى متغير مستوى الدخل الشهري بين (أقل من 3000 شيكل)، من جهة وكل من: (من 5000 – أقل من 7000)، و (7000 شيكل فأكثر)، من جهة أخرى، وجاءت الفروق لصالح كل من: (من 5000 – أقل من 7000)، و (7000 شيكل فأكثر).
- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α≤.05)، في جودة الحياة ومجالات: (المجال الاقتصادي والمعيشي، المجال الصحي والخدماتي، المجال التربوي والمعرفي) لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تبعاً إلى متغير مستوى الدخل الشهري بين (أقل من 3000 شيكل)، من جهة وكل من: (من 3000- أقل من 5000 شيكل) و (من 5000 – أقل من 7000)، و (7000 شيكل فأكثر)، من جهة أخرى، وجاءت الفروق لصالح كل من: (من 3000- أقل من 5000 شيكل) و (من 5000 – أقل من 7000)، و (7000 شيكل فاكثر).

6.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة(α≤.05) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته.

ومن أجل فحص الفرضية السادسة، استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعاً إلى متغير مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته، ومن ثم استخدم تحليل التباين

الأحادي (One-Way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق تبعاً إلى متغيرمدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته. والجدولان (18.4) و(19.4) يبينان ذلك:

جدول (18.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته.

المتغير	المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المجال النفسي والعاطفي	أقل من سنة	9	3.47	.458
	1–5 سنوات	59	3.32	.664
	أكثر من 5 سنوات	32	3.47	.790
المجال الاجتماعي والعائلي	أقل من سنة	9	3.52	.777
	1–5 سنوات	59	3.62	.703
	أكثر من 5 سنوات	32	3.86	.949
المجال الاقتصادي والمعيشي	أقل من سنة	9	3.33	.739
	1–5 سنوات	59	3.35	.806
	أكثر من 5 سنوات	32	3.69	.910
المجال الصحي والخدماتي	أقل من سنة	9	3.47	.664
	1–5 سنوات	59	3.76	.667
	أكثر من 5 سنوات	32	3.85	.975
المجال التربوي والمعرفي	أقل من سنة	9	3.15	.875
	1–5 سنوات	59	3.06	.850
	أكثر من 5 سنوات	32	3.47	1.094
الدرجة الكلية	أقل من سنة	9	3.40	.586
	1–5 سنوات	59	3.44	.537
	أكثر من 5 سنوات	32	3.68	.772

يتضح من خلال الجدول (18.4) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق قد وصلت لمستوى الدلالة الإحصائية استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)، والجدول (19.4) يوضح ذلك:

جدول (19.4)

نتائج تحليل التباين الأحادي على مقياس جودة الحياة ومجالاته لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
المجال النفسي والعاطفي	بين المجموعات	.548	2	.274	.570	.567
	داخل المجموعات	46.616	97	.481		
	المجموع	47.164	99			
المجال الاجتماعي والعائلي	بين المجموعات	1.430	2	.715	1.130	.327
	داخل المجموعات	61.400	97	.633		
	المجموع	62.830	99			
المجال الاقتصادي والمعيشي	بين المجموعات	2.566	2	1.283	1.838	.165
	داخل المجموعات	67.691	97	.698		
	المجموع	70.257	99			
المجال الصحي والخدماتي	بين المجموعات	1.043	2	.521	.860	.426
	داخل المجموعات	58.782	97	.606		
	المجموع	59.825	99			
المجال التربوي والمعرفي	بين المجموعات	3.464	2	1.732	1.973	.145
	داخل المجموعات	85.161	97	.878		
	المجموع	88.625	99			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.317	2	.659	1.685	.191
	داخل المجموعات	37.922	97	.391		
	المجموع	39.239	99			

***دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($p \leq .05$ *)**

يتبين من الجدول (19.4)أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب على مقياس جودة الحياة ومجالاته كانت؛ أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة($\alpha \leq .05$)،وبالتالي عدم وجود فروق في جودة الحياة ومجالاتها لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته.

الفصل الخامس

تفسير النتائج ومناقشتها

1.5 تفسير نتائج السؤال الأول ومناقشتها

2.5 تفسير النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة ومناقشتها

3.5 تصور مقترح من منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية لرفع مستوى جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية

4.5 التوصيات والمقترحات

الفصل الخامس

تفسير النتائج ومناقشتها

يتضمن الفصل الخامس تفسير النتائج التي توصلت إليها الدراسة ومناقشتها، من خلال أسئلتها وما انبثق عنها من فرضيات، وذلك بمقارنتها بالنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة الواردة في هذه الدراسة، وصولاً إلى التوصيات التي يمكن تقديمها في ضوء النتائج.

1.5 تفسير نتائج أسئلة الدراسة ومناقشتها

1.1.5 تفسير نتائج السؤال الأول ومناقشتها:

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسط الحسابي لتقديرات عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين بلغ (3.52) وبنسبة مئوية (70.4%)، مما يعكس مستوى **متوسط** لجودة حياتهم بشكل عام. أما المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة عن مجالات مقياس جودة الحياة فقد تراوحت بين (3.77–3.20)، حيث جاء **المجال الصحي والخدماتي** في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.77) ونسبة مئوية (75.4%)، وبتقدير **مرتفع**، بينما حلّ **المجال التربوي والمعرفي** في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (3.20) وبنسبة مئوية (64.0%)، وبتقدير **متوسط**.

تشير هذه النتائج إلى أن الأسر تدرك أهمية تلبية احتياجاتهم في مختلف جوانب الحياة، إلا أن الأولويات تختلف باختلاف المجالات، ويظهر من النتائج أن الجانب الصحي والخدماتي يُعد الأكثر أهمية بالنسبة لأسر المرضى النفسيين، حيث يعكس حرصهم على ضمان حصول أفراد أسرهم على الرعاية الصحية اللازمة والخدمات العلاجية الداعمة، بما يضمن استمرار صحتهم النفسية والجسدية، ويقلل من الضغوط والتحديات المرتبطة بمسؤولياتهم في رعاية المرضى النفسيين.

أما بالنسبة للجوانب النفسية والعاطفية والاجتماعية، فقد جاءت بدرجات متوسطة إلى مرتفعة، مما يدل على أن الأسر تولي اهتمامًا لتوفير الدعم النفسي والاجتماعي للمرضى، وهو ما يتوافق مع نتائج دراسة الظفيري (2025) التي أشارت إلى تأثير جودة الحياة على الصحة النفسية

والاجتماعية، حيث يمكن أن تساهم البيئة الأسرية الداعمة في تخفيف التوتر والقلق المرتبطين بحالة المرض النفسي.

في المقابل، جاء المجال التربوي والمعرفي في المرتبة الأخيرة، ما يعكس أن الأسر قد تركز في الوقت الحالي على تلبية الاحتياجات الأساسية مثل الصحة والخدمات الاجتماعية والاقتصادية قبل الاهتمام بالجانب المعرفي أو التربوي، وهو ما قد يعزى إلى الضغوط المالية والاجتماعية التي تواجهها الأسر أثناء التعامل مع مرض أحد أفرادها النفسي، كما أشارت دراسة العليط (2024) إلى أن جودة الحياة تختلف تبعًا للمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، مما يحدد أولويات الأسر في رعاية المرضى.

علاوة على ذلك، يمكن تفسير هذا التوزيع بأن تحسين جودة الحياة الصحية والخدماتية يمثل أولوية قصوى للأسر، لأنه يرتبط بشكل مباشر بتخفيف الأعباء النفسية والجسدية الناجمة عن رعاية المرضى النفسيين، أما الجوانب الاقتصادية والاجتماعية فتظل مهمة، لكنها قد تتأثر بمدى توفر الموارد والدعم المؤسسي، مما يستدعي تطوير برامج مساعدة متكاملة للأسر لدعمهم في مختلف جوانب حياتهم.

وتتوافق هذه النتائج مع دراسة جاد الله (2025) التي أكدت أهمية البعد الصحي في جودة الحياة النفسية، وكذلك دراسة زواني (2020) التي أشارت إلى التفاوت في جودة الحياة بحسب المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، بالإضافة إلى أن نتائج الظفيري (2025) وزواني (2020) تدعم فكرة أن تحسين جودة الحياة الأسرية يتطلب مراعاة التوازن بين الجوانب الصحية، النفسية، والاجتماعية لتحقيق مستوى أفضل من الرفاهية الشاملة.

- تفسير نتائج المجال الصحي والخدماتي ومناقشتها

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن المجال الصحي والخدماتي تراوحت بين (3.91 – 3.55)، ما يعكس تقديرًا مرتفعًا إلى متوسط لأهمية هذا المجال لدى الأسر، وجاءت فقرة "أشعر أن الطاقم الطبي يتعامل مع المريض باحترام واحترافية "بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.91) ونسبة مئوية (78.2%)، وبتقدير مرتفع، مما يشير إلى

رضا الأسر عن مستوى تعامل الطاقم الطبي مع المرضى، ويعكس تقديرهم للاحترافية والاحترام في تقديم الخدمات الصحية.

في المقابل، جاءت فقرة "تتوفر خدمات الرعاية النفسية بسهولة في منطقتنا "في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي قدره (3.55) ونسبة مئوية (71.0%) وبتقدير متوسط، مما يشير إلى وجود تحديات في الوصول إلى خدمات الرعاية النفسية في بعض المناطق، وربما تعكس صعوبات متعلقة بتوافر الموارد، أو بعد المؤسسات الصحية، أو نقص التسهيلات التي تمكن الأسر من الحصول على الدعم النفسي بسهولة.

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى عدة عوامل رئيسية: أولاً، يعكس التقدير المرتفع لاحترافية الطاقم الطبي والاحترام الذي يظهره تجاه المرضى أهمية الجودة المهنية في الخدمات الصحية ودورها في تعزيز ثقة الأسر ورضاهم عن الرعاية المقدمة، ثانيًا، قد يُعزى التقدير المتوسط لتوفر خدمات الرعاية النفسية إلى محدودية الموارد المؤسسية أو البنية التحتية، وعدم توزيع الخدمات النفسية بشكل متساوٍ في مختلف المناطق، مما يحد من سهولة وصول الأسر إليها، ثالثًا، يمكن أن يكون التباين في التقديرات مرتبطًا بالخبرات السابقة للأسر مع النظام الصحي ووعيهم بحقوقهم واحتياجات المرضى النفسيين، إضافة إلى الضغوط الاجتماعية والاقتصادية التي تواجهها الأسر أثناء رعاية المرضى النفسيين.

تشير هذه النتائج إلى أهمية الاستمرار في تحسين جودة الخدمات الصحية وتوفير الرعاية النفسية بشكل أكثر انتظامًا وانتشارًا في المناطق المختلفة، مع الحفاظ على مستوى الاحترافية والتعامل الإنساني مع المرضى، كما تتوافق هذه النتائج مع ما أشار إليه الظفيري (2025) حول تأثير جودة الخدمات الصحية على تجربة الأسر، وكذلك مع جاد الله (2025) الذي أكد على أهمية البعد الصحي في جودة الحياة النفسية.

- تفسير نتائج المجال الاجتماعي والعاطفي ومناقشتها

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن المجال الاجتماعي والعائلي تراوحت بين (3.79 – 3.57)، ما يعكس تقديرًا مرتفعًا إلى متوسط لأهمية هذا المجال لدى الأسر، وجاءت فقرة "يتعامل أفراد الأسرة مع حالة المريض النفسي بتفاهم ويسعون للحفاظ

على الانسجام الأسري "بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.79) ونسبة مئوية (75.8%)، وبتقدير مرتفع، مما يدل على أن الأسرة تمثل المصدر الرئيس للدعم والتعاون في التعامل مع تحديات المرض النفسي، ويعكس قدرة الأسر على التكيف مع ضغوط الرعاية، والمحافظة على الانسجام الأسري رغم الظروف الصعبة المرتبطة بحالة أحد أفرادها النفسي.

في المقابل، جاءت فقرة "أحصل على دعم اجتماعي من الأصدقاء أو الجيران في التعامل مع حالة المريض النفسي "في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي قدره (3.57) ونسبة مئوية (71.4%) وبتقدير متوسط، مما يشير إلى محدودية الدعم الاجتماعي الخارجي المتاح للأسر، ويبرز أن كثيرًا من الأسر تعتمد بشكل رئيس على الذات أو على الأسرة المباشرة في مواجهة تحديات رعاية المرضى النفسيين، وإن هذا قد يعكس شعورًا بالوصمة الاجتماعية أو قلة الوعي بالخدمات المجتمعية المتاحة، إضافة إلى محدودية الشبكات الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية التي يمكنها تقديم مساندة حقيقية للأسر.

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى عدة عوامل رئيسية، أولاً، يعكس التقدير المرتفع للدعم الأسري أهمية الدور الذي يلعبه أفراد الأسرة في تقديم الرعاية والدعم النفسي والاجتماعي للمرضى، حيث تعتبر الأسرة بيئة حماية أساسية تساهم في تقليل الضغوط النفسية والاجتماعية المرتبطة بالمرض النفسي، كما يمكن تفسير ذلك بأن الأسرة لديها خبرة مباشرة ومستمرة مع المرضى النفسيين، مما يزيد من قدرتها على التكيف وتقديم الرعاية بطريقة مستمرة ومتواصلة.

ثانيًا، يوضح التقدير المتوسط للدعم الاجتماعي الخارجي محدودية مشاركة المجتمع الأوسع في دعم الأسر، وهو ما قد يكون مرتبطًا بعدة عوامل، منها الثقافة المجتمعية التي قد تجعل الأسر تشعر بالخجل أو التحفظ عند طلب المساعدة من خارج الأسرة، أو ضعف وجود برامج مجتمعية متخصصة لدعم الأسر التي تعتني بمرضى نفسيين، كذلك، قد تكون هناك فروق جغرافية أو اقتصادية تؤثر على إمكانية وصول الأسر إلى الموارد والدعم المجتمعي، مما يحد من قدرتهم على الاستفادة من الدعم المتاح.

ثالثًا، يمكن تفسير التباين بين الدعم الأسري والدعم الخارجي بأن الأسر تميل إلى إعطاء أولوية أكبر للعلاقات المباشرة والوثيقة التي يشعرون فيها بالثقة والراحة، بينما يظل التفاعل مع الأصدقاء

والجيران أقل انتظامًا أو أقل فعالية، رغم أهميته في تخفيف الضغط النفسي وتعزيز جودة حياة الأسرة ككل، وعليه، يُشير هذا التباين إلى أن الأسر بحاجة إلى دعم مزدوج: داخلي من الأسرة نفسها، وخارجي من المجتمع المحلي والمؤسسات الداعمة.

رابعًا، يمكن أيضًا عزو هذه النتائج إلى الضغوط الاقتصادية والاجتماعية التي تواجه الأسر، حيث إن تكاليف رعاية المرضى النفسيين والالتزامات اليومية قد تحد من قدرة الأسرة على طلب المساعدة من الخارج أو المشاركة في أنشطة مجتمعية، مما يجعل الدعم الداخلي أكثر استقرارًا وفعالية.

تشير هذه النتائج إلى أهمية تطوير برامج دعم مجتمعية متكاملة، تشمل إنشاء مجموعات دعم للأسر، وتقديم المشورة النفسية والاجتماعية، وتنظيم أنشطة تعزز التفاعل المجتمعي، إلى جانب تعزيز التماسك الأسري والقدرة على التكيف مع ضغوط الرعاية، كما تتوافق هذه النتائج مع ما أشارت إليه دراسة العليط (2024) حول تأثير المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية على جودة الحياة، وكذلك دراسة الظفيري (2025) التي أكدت على الدور الحيوي للأسرة في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للأفراد المرضى النفسيين، بما يساهم في تحسين جودة حياتهم وتقليل الضغوط المرتبطة بالحالة النفسية،وإضافة إلى ذلك، تدعم دراسة جاد الله (2025) أهمية البعد الصحي والاجتماعي في تحسين جودة الحياة النفسية، حيث يرتبط الدعم الأسري والتفاعل الاجتماعي الوثيق بشكل مباشر بمستويات الرضا النفسي والرفاهية لدى الأسر.

- تفسير نتائج المجال الاقتصادي والمعيشي ومناقشتها

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن المجال الاقتصادي والمعيشي تراوحت بين (3.59 – 3.35)، ما يعكس تقديرًا متوسطًا لأهمية هذا المجال لدى الأسر، وجاءت فقرة "تلقينا دعماً مالياً أو مساعدات من جهات حكومية أو أهلية لتغطية نفقات الرعاية "بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.59) ونسبة مئوية (71.8%) وبتقدير متوسط، مما يشير إلى أن الدعم المالي أو المساعدات الممنوحة للأسر تلعب دورًا مهمًا في التخفيف من الأعباء الاقتصادية المرتبطة برعاية المرضى النفسيين. ويعكس هذا الدور تقدير الأسر لأية مساندة مادية تساعدها على مواجهة الالتزامات المالية المتعلقة بالعلاج والرعاية اليومية.

في المقابل، جاءت فقرة "نحافظ على نفقات الأسرة الأساسية دون تأثر رغم التزامات علاج المريض "في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي قدره (3.35) ونسبة مئوية (67.0%) وبتقدير متوسط، مما يشير إلى الصعوبات التي تواجهها الأسر في إدارة الموارد المالية وضمان استقرار نفقاتها الأساسية أثناء التزاماتها تجاه المرضى النفسيين. وقد يعكس هذا الواقع التحديات الاقتصادية المستمرة، مثل ارتفاع تكاليف العلاج والأدوية، أو ضغوط الحياة اليومية التي تؤثر على القدرة على التوازن بين الالتزامات الأسرية والنفقات العلاجية.

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى عدة عوامل رئيسية: أولاً، يُعزى التقدير المتوسط للدعم المالي والمساعدات إلى محدودية الموارد المتاحة للأسر في بعض المؤسسات أو المناطق، بالإضافة إلى القيود التي قد تفرضها الجهات الحكومية أو الأهلية في تقديم المساعدات بشكل مستمر أو كافٍ لتغطية كافة احتياجات الرعاية. ثانيًا، يرتبط التقدير الأقل لمقدرة الأسر على الحفاظ على نفقاتها الأساسية بالصعوبات الاقتصادية العامة التي تعاني منها الأسر، والتي قد تكون أكثر وضوحًا لدى الأسر التي تتحمل أعباء علاج المرضى النفسيين مع محدودية الدخل أو غياب مصادر دخل إضافية. ثالثًا، قد ينعكس هذا التقدير أيضًا على ضغوطات اجتماعية ونفسية مترتبة على الأعباء الاقتصادية، حيث يشعر أفراد الأسرة بضرورة تلبية احتياجات المرضى النفسيين أولاً، مما قد يؤثر على قدرتهم على تلبية الاحتياجات المعيشية الأخرى دون ضغوط أو تأثر كبير.

تشير هذه النتائج إلى أهمية تطوير آليات دعم اقتصادي فعّالة ومستدامة للأسر التي تعتني بالمرضى النفسيين، سواء من خلال برامج الدعم الحكومية أو المجتمعية، أو عبر تعزيز الجمعيات والمؤسسات الأهلية التي تقدم مساعدات مالية أو موارد مساندة لتخفيف الضغوط الاقتصادية. كما أن تحسين القدرة الاقتصادية للأسر يسهم في رفع جودة حياتهم بشكل عام، ويقلل من المشكلات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالضغوط المالية، ويسمح لهم بالتركيز على تقديم الرعاية الصحية والنفسية بشكل أفضل.

تتوافق هذه النتائج مع ما أشارت إليه الدراسات السابقة، حيث أكدت دراسة العليط (2024) على تأثير المتغيرات الاقتصادية على جودة الحياة للأسر التي تعتني بالمرضى النفسيين، بينما أشارت دراسة الظفيري (2025) إلى أن الدعم المالي المقدم للأسر يعزز من قدرتهم على إدارة الالتزامات العلاجية والحد من الضغوط المعيشية. كما تدعم هذه النتائج ما ورد في دراسة جاد الله (2025)

التي أبرزت أهمية العوامل الاقتصادية والمعيشية في جودة الحياة النفسية للأسر، كونها مرتبطة بشكل مباشر بقدرتهم على تلبية الاحتياجات الأساسية والرعاية المناسبة للمرضى النفسيين.

- تفسير نتائج المجال النفسي والعاطفي ومناقشتها

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن المجال النفسي والعاطفي تراوحت بين (3.58 – 3.15)، مما يعكس تقديرًا متوسطًا لأهمية هذا الجانب لدى الأسر. وجاءت فقرة "أتمكن من التعامل باتزان مع إصابة أحد أفراد أسرتي بمرض نفسي "بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.58) ونسبة مئوية (71.6%) وبتقدير متوسط، ما يشير إلى قدرة الأسر على ضبط مشاعرها والتكيف مع واقع إصابة أحد أفرادها بمرض نفسي، مع التحديات النفسية المرتبطة بهذا الوضع. ويعكس هذا التقدير قدرة بعض الأسر على مواجهة الضغوط النفسية والتعامل مع التوتر بشكل نسبي، مما يسهم في الحفاظ على استقرار الأسرة والتخفيف من التأثيرات السلبية على جودة حياتهم.

في المقابل، جاءت فقرة "أشعر بالاطمئنان النسبي تجاه مستقبل المريض النفسي "في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي قدره (3.15) ونسبة مئوية (63.0%) وبتقدير متوسط، مما يشير إلى قلق الأسر حول المستقبل، وعدم تأكدهم من قدرة المريض النفسي على التكيف أو التحسن على المدى الطويل. وقد يعكس هذا القلق شعور الأسر بعدم القدرة الكاملة على التحكم في وضع المريض النفسي، والضغوط العاطفية المستمرة المرتبطة بالحالة الصحية للمرضى، ما يؤثر على حالتهم النفسية والاجتماعية بشكل عام.

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى عدة عوامل رئيسية: أولاً، يوضح التقدير المتوسط للقدرة على التعامل باتزان مع الحالة النفسية للمرضى مدى اعتماد الأسر على مهارات التكيف النفسي والقدرة الذاتية على مواجهة الضغوط، وهو ما يمكن تفسيره بالخبرة السابقة في التعامل مع المرض النفسي أو تلقي الدعم من المحيط الأسري المباشر. ثانيًا، يعود القلق حول مستقبل المريض النفسي إلى عدم اليقين المرتبط بطبيعة المرض النفسي وتوقعات العلاج، حيث إن الكثير من الأمراض النفسية تتسم بطبيعة مزمنة أو متقلبة، مما يزيد من شعور الأسر بعدم الاطمئنان. ثالثًا، قد يساهم الضغط

الاجتماعي، مثل وصمة المرض النفسي أو عدم توفر الدعم الكافي من المجتمع المحيط، في تعزيز التوتر والقلق النفسي للأسر، ما ينعكس على جودة حياتهم النفسية والعاطفية.

كما تعكس هذه النتائج الحاجة الماسة إلى برامج دعم نفسي وعاطفي موجهة للأسر، تشمل تقديم استشارات نفسية، وتنظيم ورش عمل للتدريب على مهارات التكيف النفسي، وإنشاء مجموعات دعم للأسر لمشاركة الخبرات والتخفيف من الضغوط النفسية المرتبطة برعاية المرضى النفسيين. ويُظهر التقدير المتوسط للجانب النفسي والعاطفي أن الأسر بحاجة إلى تعزيز مهارات التكيف وتلقي الدعم النفسي المستمر لضمان استقرارها وتحسين جودة حياتها بشكل عام.

تتوافق هذه النتائج مع ما أشارت إليه دراسة الظفيري (2025) التي أكدت على الأثر النفسي للرعاية المستمرة على الأسر، وكذلك دراسة العطار (2020) التي أبرزت أهمية تلبية الاحتياجات النفسية والاجتماعية للأسر لتحسين جودة حياتها وتعزيز قدرتها على التعامل مع المرضى النفسيين. إضافة إلى ذلك، تدعم دراسة جاد الله (2025) أهمية البعد النفسي والعاطفي في جودة الحياة، حيث يرتبط التكيف النفسي والدعم الأسري الوثيق بمستويات الرضا النفسي والرفاهية العامة لدى الأسر التي تعتني بالمرضى النفسيين.

- تفسير نتائج المجال التربوي والمعرفي ومناقشتها

أظهرت نتائج الدراسة أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن المجال التربوي والمعرفي تراوحت بين (3.52 - 2.81)، مما يعكس تقديرًا متوسطًا لأهمية هذا الجانب لدى الأسر. وجاءت فقرة "لدي معرفة كافية بطبيعة المرض النفسي وكيفية التعامل مع المريض داخل الأسرة "بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.52) ونسبة مئوية (70.4%) وبتقدير متوسط، مما يشير إلى امتلاك الأسر قدرًا معينًا من المعرفة الأساسية حول طبيعة المرض النفسي وكيفية التعامل مع المريض بشكل عملي داخل بيئة الأسرة. ويعكس هذا التقدير مدى إدراك الأسر لأهمية الفهم المعرفي للمرض النفسي في تحسين جودة الرعاية المقدمة للمرضى، وتقليل الأخطاء أو الممارسات غير الملائمة التي قد تؤثر سلبًا على حالة المريض النفسي أو على ديناميكية الأسرة ككل.

في المقابل، جاءت فقرة "أشارك في برامج تعليمية مستمرة تساعدني على فهم احتياجات المريض النفسية بشكل أفضل "في المرتبة الأخيرة، بمتوسط حسابي قدره (2.81) ونسبة مئوية (56.2%) وبتقدير متوسط، مما يعكس محدودية المشاركة في البرامج التعليمية والتدريبية المستمرة، ويشير إلى وجود فجوة في الوصول إلى الموارد التعليمية والتوعوية التي تعزز فهم الأسر لاحتياجات المرضى النفسيين. وقد يكون هذا محدودًا بسبب عدم توفر البرامج في المنطقة، أو ضعف التوعية بأهمية المشاركة فيها، أو التزامات الأسر اليومية التي تحد من قدرتهم على الانخراط في مثل هذه الأنشطة.

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى عدة عوامل رئيسية: أولاً، يعكس التقدير المتوسط للمعرفة الأساسية أن الأسر تمتلك معلومات محدودة لكنها عملية حول التعامل مع المرض النفسي، ويُظهر قدرة الأفراد على التعلم الذاتي والتكيف مع الظروف اليومية للمرضى. ثانيًا، يعكس التقدير الأقل للمشاركة في البرامج التعليمية المستمرة صعوبة الحصول على التدريب المتخصص والموارد التوعوية، والتي تعد أساسية لتعزيز مهاراتهم في التعامل مع المرض النفسي بشكل علمي ومدروس. ثالثًا، يمكن تفسير هذا النقص في المشاركة بضغط الالتزامات الأسرية والاقتصادية، إذ قد تركز الأسر على الجوانب المعيشية والصحية قبل التفكير في تطوير المعرفة التربوية والتعليمية المتخصصة.

تشير هذه النتائج إلى ضرورة تطوير برامج تعليمية وتدريبية مستمرة موجهة لأسر المرضى النفسيين، تتضمن ورش عمل، ودورات تدريبية، ومواد تثقيفية مبسطة، لتعزيز قدرات الأسر على فهم احتياجات المرضى النفسية والمعرفية بشكل أفضل، وبالتالي تحسين جودة الرعاية المقدمة لهم. كما أن رفع مستوى المعرفة التربوية والمعرفية يسهم في تقليل التوتر النفسي، وتحسين التفاعل الأسري، وتخفيف الصعوبات المرتبطة بالرعاية اليومية للمرضى النفسيين.

تتوافق هذه النتائج مع الدراسات السابقة، حيث أكدت دراسة الظفيري (2025) على أهمية تزويد الأسر بالمعلومات والمهارات اللازمة للتعامل مع المرضى النفسيين بفعالية، كما أشارت دراسة جاد الله (2025) إلى أن المعرفة التربوية والمعرفية تشكل بعدًا أساسيًا في تحسين جودة الحياة للأسر، إذ تساهم في تعزيز التكيف النفسي والاجتماعي وتطوير استراتيجيات رعاية فعّالة. إضافة إلى

ذلك، تدعم دراسة العطار (2020) هذه النتائج من خلال التأكيد على الحاجة إلى برامج تثقيفية مستمرة لتعزيز مهارات الأسر في فهم وإدارة احتياجات المرضى النفسيين بشكل علمي ومنهجي.

2.5 تفسير نتائج الفرضيات ومناقشتها

1.2.5 تفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير الجنس، مما يعني أن جودة الحياة كانت متشابهة بشكل كبير بين الذكور والإناث في هذه المؤسسات. تشير هذه النتيجة إلى أن مختلف أبعاد جودة الحياة، بما فيها المجال الصحي والخدماتي، الاجتماعي والعائلي، الاقتصادي والمعيشي، النفسي والعاطفي، والتربوي والمعرفي، ليست مرتبطة بشكل كبير بجنس الفرد، بل قد تتأثر بعوامل أخرى مثل الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، مستوى الدعم المقدم من مؤسسات الرعاية النفسية، والخبرة الحياتية للأفراد.

يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال فكرة أن الأسر، بغض النظر عن جنس الفرد، تواجه تحديات متشابهة عند التعامل مع حالة المريض النفسي، بما يشمل الضغوط النفسية والعاطفية، إدارة الموارد الاقتصادية، توفير الدعم الاجتماعي، والتكيف مع التغيرات اليومية التي تصاحب رعاية المريض. كما أن البيئة الثقافية والاجتماعية في مؤسسات الرعاية النفسية قد توفر فرصًا متساوية لكل من الذكور والإناث، مما يقلل من الفروق بين الجنسين ويجعل الجنس عاملاً غير مؤثر في تحديد مستوى جودة الحياة.

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى عدة عوامل محتملة. أولاً، التشابه في الأدوار والمسؤوليات التي تتحملها الأسر تجاه رعاية المريض النفسي قد يسهم في تقارب تقديرات جودة الحياة بين الذكور والإناث. ثانيًا، الدعم المتوازن المقدم من المؤسسات النفسية والخدمات المتاحة لجميع أفراد الأسرة

قد يعزز من تقليص الفجوات بين الجنسين، إذ توفر هذه الخدمات الرعاية الصحية، الإرشاد النفسي، والدعم الاجتماعي بشكل متساوٍ. ثالثًا، العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، مثل مستوى التعليم والموارد المالية، قد تؤثر بشكل أكبر على جودة الحياة مقارنةً بمحدد الجنس، مما يفسر غياب الفروق الإحصائية بين الذكور والإناث.

وتتوافق هذه النتائج مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة. فقد أكدت دراسة جاد الله (2025) على صدق وثبات مقياس جودة الحياة النفسية وقدرته على تقييم جميع أبعاد جودة الحياة بشكل متكامل، دون الإشارة إلى اختلافات كبيرة بين الجنسين. كما أظهرت دراسة الظفيري (2025) وجود تأثير متشابه لمجالات جودة الحياة على مستويات القلق الإكلينيكي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين، مما يعكس أهمية العوامل النفسية والاجتماعية بشكل مستقل عن الجنس. كذلك، أشارت دراسة العليط (2024) إلى أن جودة الحياة لدى مرضى الفصام تأثرت بعوامل ديموغرافية مختلفة، مع غياب تأثير واضح لمتغير الجنس في العديد من المجالات، وهو ما يدعم نتائج الدراسة الحالية.

2.2.5 تفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير العمر، مما يشير إلى أن جودة الحياة كانت متشابهة نسبيًا بين مختلف الفئات العمرية للأسر. هذه النتيجة تعكس أن إدراك جودة الحياة، بما يشمل الجوانب الصحية والخدماتية، الاجتماعية والعائلية، الاقتصادية والمعيشية، النفسية والعاطفية، والتربوية والمعرفية، لا يتأثر بشكل كبير بعمر الفرد، بل قد تتأثر أكثر بالعوامل البيئية والاجتماعية والاقتصادية، مثل مستوى الدعم المقدم من مؤسسات الرعاية النفسية، الموارد المتاحة للأسرة، والخبرة الحياتية في التعامل مع المرض النفسي.

يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال فكرة أن الأسر، بغض النظر عن عمر رب الأسرة أو أفرادها، تواجه تحديات مماثلة عند التعامل مع حالة المريض النفسي، بما يشمل الضغوط النفسية، إدارة الموارد الاقتصادية، توفير الدعم الاجتماعي، والتكيف مع التغيرات اليومية المصاحبة للرعاية. كما أن تقديم الدعم والخدمات النفسية في المؤسسات بشكل متوازن لجميع الأسر، بغض النظر عن أعمارهم، قد يقلل من أثر العمر على جودة الحياة ويجعل العمر عاملاً غير مؤثر إحصائيًا.

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى عدة عوامل محتملة. أولاً، التجربة المشتركة للأسر في مواجهة متطلبات رعاية المريض النفسي قد تجعل التباينات العمرية أقل تأثيرًا على جودة الحياة، إذ يتعين على جميع الأسر التعامل مع الضغوط اليومية بغض النظر عن العمر. ثانيًا، البرامج والخدمات المقدمة في مؤسسات الرعاية النفسية غالبًا ما تكون موحدة وشاملة، تشمل جميع الأعمار، سواء في الدعم النفسي أو الاجتماعي أو التربوي، مما يقلل من أي اختلافات متوقعة بين الأعمار المختلفة. ثالثًا، العوامل الاجتماعية والاقتصادية، مثل مستوى التعليم والوضع المعيشي للأسرة، قد تؤثر بشكل أكبر على جودة الحياة مقارنةً بالعمر، وهذا ما يعزز غياب الفروق الدالة إحصائيًا بين الفئات العمرية المختلفة.

وتتوافق هذه النتائج مع الدراسات السابقة التي تناولت جودة الحياة في سياقات مختلفة. فقد أظهرت دراسة جاد الله (2025) أن مقياس جودة الحياة النفسية يتمتع بالقدرة على قياس جميع أبعاد جودة الحياة بشكل متكامل دون تأثر واضح بالعمر. كما أظهرت دراسة الظفيري (2025) أن تأثير جوانب جودة الحياة على القلق الإكلينيكي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين لم يكن مرتبطًا بفئة عمرية محددة، مما يعكس أهمية العوامل النفسية والاجتماعية المستقلة عن العمر. كذلك، أشارت دراسة العليط (2024) إلى أن جودة الحياة لدى مرضى الفصام تأثرت ببعض المتغيرات

الديموغرافية، لكنها لم تظهر فروقًا كبيرة فيما يتعلق بالعمر في العديد من المجالات، وهو ما يدعم النتائج الحالية.

3.2.5 تفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير صلة القرابة بالمريض، مما يشير إلى أن جودة الحياة لأفراد الأسرة لم تتأثر بدرجة كبيرة بما إذا كانوا من الأقارب المباشرين للمريض أم من الأقارب البعيدين، أو غيرهم من أفراد الأسرة الممتدة. هذه النتيجة تعكس أن التحديات المرتبطة بالرعاية النفسية للمرضى ليست مقتصرة على درجة القرابة، بل هي تحديات عامة تتطلب مجهودًا متوازنًا من جميع أفراد الأسرة، بغض النظر عن قربهم أو بعدهم من المريض النفسي.

يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال فكرة أن الأسر، سواء كانت الأقارب المباشرون أو غير المباشرون، غالبًا ما يواجهون نفس الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية عند التعامل مع حالة المريض النفسي. فالمسؤوليات المتعلقة بالرعاية اليومية، إدارة الموارد المالية، توفير الدعم النفسي للمريض، والتكيف مع التغيرات الحياتية، تشترك فيها جميع الفئات الأسرية، مما يقلل من تأثير صلة القرابة على تقديرات جودة الحياة. علاوة على ذلك، قد تؤدي البرامج والخدمات المقدمة في مؤسسات الرعاية النفسية دورًا محوريًا في توحيد مستوى الدعم لكل الأسر بغض النظر عن درجة القرابة، حيث توفر هذه المؤسسات رعاية متكاملة تشمل الدعم النفسي والاجتماعي، والإرشاد التربوي والمعرفي، والخدمات الصحية الضرورية لجميع أفراد الأسرة، مما يقلل من التفاوت بين الأقارب المباشرين وغير المباشرين.

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى عدة عوامل محتملة. أولاً، طبيعة الدعم المطلوب من الأسرة لرعاية المريض النفسي غالبًا ما تكون مشتركة بين جميع أفراد الأسرة، سواء كانوا أولياء الأمور، الأبناء، الإخوة أو الأقارب الممتدة، حيث يشارك الجميع في مسؤولية رعاية المريض بشكل متكامل. ثانيًا، قد يكون تأثير البرامج التوعوية والخدمات المقدمة في المؤسسات النفسية عاملاً موحدًا يقلل من اختلاف تقديرات جودة الحياة بين أفراد الأسرة على أساس درجة القرابة. ثالثًا، العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية للأسر، مثل توفر الموارد المالية، مستوى التعليم، وشبكة الدعم الاجتماعي، تلعب دورًا أكبر في تحديد جودة الحياة مقارنة بعامل صلة القرابة، وهو ما يفسر غياب الفروق الإحصائية في النتائج الحالية.

وتتفق هذه النتائج مع الدراسات السابقة في مجال جودة الحياة والرعاية النفسية. فقد أظهرت دراسة جاد الله (2025) أن مقياس جودة الحياة النفسية يتسم بالقدرة على قياس جميع الأبعاد النفسية والاجتماعية بشكل متكامل، وأن تأثير العوامل الديموغرافية على تقديرات جودة الحياة يكون محدودًا ما لم ترتبط هذه العوامل بالدعم الاجتماعي أو النفسي المباشر. كذلك، أظهرت دراسة الظفيري (2025) أن العلاقة بين جودة الحياة ومؤشرات القلق الإكلينيكي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين لم تتأثر بدرجة صلة القرابة، بل ارتبطت أكثر بجوانب الدعم النفسي والاجتماعي المقدم للمريض والأسرة.

كما تتوافق هذه النتائج مع دراسة العليط (2024) التي تناولت مرضى الفصام في مستشفيات الطب النفسي في اليمن، حيث لم تُظهر جودة الحياة للمرضى اختلافات واضحة مرتبطة بصلات القرابة بين أفراد الأسرة، بينما كان الدعم الاجتماعي والخدمات المقدمة عاملًا أكثر تأثيرًا على تقديرات جودة الحياة.

4.2.5 تفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية في مجال (الاقتصادي والمعيشي) تعزى إلى متغير المستوى التعليمي. وتوضح نتائج اختبار Gabriel، الذي تم استخدامه للكشف عن موقع الفروق بين المجموعات التعليمية المختلفة، أن الفروق كانت بين مجموعتي (ثانوي فأقل) و(ماجستير فأعلى)، وجاءت الفروق لصالح المجموعة ذات المستوى التعليمي الأعلى، أي حاملي شهادة الماجستير فأعلى. هذا يعني أن الأسر التي تتمتع بمستوى تعليمي أعلى تقدّر جودة حياتها الاقتصادية والمعيشية بدرجة أفضل من الأسر ذات المستوى التعليمي الأدنى.

يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال الفكرة أن التعليم يمثل عاملًا مؤثرًا في القدرة على التكيف مع التحديات الاقتصادية والمعيشية المرتبطة برعاية المرضى النفسيين. فالأفراد ذوو المستوى التعليمي الأعلى غالبًا ما يمتلكون معرفة أكبر بالموارد المالية، استراتيجيات إدارة النفقات، وسبل الحصول على الدعم المالي والاجتماعي من مؤسسات الدولة أو المنظمات الأهلية، مما يعزز تقديراتهم لجودة الحياة في المجال الاقتصادي والمعيشي. كما أن التعليم يزود الأفراد بمهارات التخطيط المالي واتخاذ القرارات الاقتصادية الصائبة، ويزيد من وعيهم بحقوقهم في الحصول على الدعم الاجتماعي والخدمات المقدمة لهم وللمريض، وبالتالي تنعكس هذه القدرات على شعورهم بالرضا والمعيشة الكريمة.

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى عدة عوامل رئيسية. أولاً، الأسر ذات المستوى التعليمي الأعلى قد تتمتع بقدرة أكبر على الوصول إلى الموارد الاقتصادية، سواء من خلال فرص العمل الأعلى دخلاً أو الاستفادة من برامج الدعم الاجتماعي والمالي، وهو ما يقلل من الضغط الاقتصادي الناتج عن

تكاليف الرعاية النفسية للمريض. ثانيًا، التعليم يعزز القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي مع الأعباء الاقتصادية، مما يقلل من شعور الفرد بالحرج أو القلق المرتبط بالنفقات العائلية. ثالثًا، من الممكن أن يكون هناك ارتباط بين التعليم والمستوى الاجتماعي والاقتصادي العام للأسرة، حيث غالبًا ما يمتلك أصحاب التعليم العالي شبكة اجتماعية ومجتمعية أوسع تساعدهم في مواجهة التحديات الاقتصادية والمعيشية.

وتتوافق هذه النتائج مع الدراسات السابقة في مجال جودة الحياة والرعاية النفسية. فقد أظهرت دراسة العليط (2024) أن جودة الحياة الكلية ومجالاتها (الجسدية والنفسية والاجتماعية) تختلف تبعًا لمستوى التعليم لصالح أصحاب التعليم الجامعي، بما في ذلك جودة الحياة الاقتصادية والمعيشية، حيث أشار البحث إلى أن التعليم يساهم في تمكين المرضى وعائلاتهم من إدارة الموارد بشكل أفضل. كما أظهرت دراسة جاد الله (2025) أن مستويات التعليم الأعلى مرتبطة بقدرة أكبر على التعامل مع التحديات المالية والمعيشية، وأن التعليم يمثل متغيرًا مؤثرًا في تقييم جودة الحياة الاقتصادية والمعيشية لدى أسر المرضى النفسيين.

وعليه، يمكن القول إن مستوى التعليم يلعب دورًا محوريًا في تحسين جودة الحياة في المجال الاقتصادي والمعيشي لدى أسر المرضى النفسيين. لذلك، توصي الباحثة بضرورة تطوير برامج توعية وتدريب اقتصادي للأسر ذات المستويات التعليمية الأقل، لتعزيز مهاراتهم في إدارة الموارد المالية، الاستفادة من الدعم الاجتماعي والمالي، وتحسين تقديراتهم لجودة حياتهم الاقتصادية والمعيشية. كما يمكن للمؤسسات النفسية تقديم إرشادات عملية للأسر حول إدارة النفقات المرتبطة بالرعاية النفسية، وخلق بيئة داعمة تساعد على تقليل الفجوات الاقتصادية بين الأسر ذات المستويات التعليمية المختلفة.

5.2.5 تفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة:

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير متوسط دخل الأسرة الشهري.

يمكن تفسير هذه النتائج من خلال الفكرة أن دخل الأسرة الشهري يمثل عاملًا مؤثرًا على قدرة الأسرة على تلبية احتياجات المريض النفسي وتوفير بيئة مناسبة للرعاية. فالأسر ذات الدخل الأعلى تمتلك موارد مالية أكثر تمكنها من تغطية تكاليف العلاج النفسي، شراء الأدوية، وتوفير الرعاية المنزلية والدعم المطلوب للمريض، مما يعزز تقديراتهم لجودة الحياة في المجالات الاقتصادية والمعيشية والصحية والتربوية. كما أن الدخل الأعلى يساهم في تقليل الضغوط النفسية والعاطفية على أفراد الأسرة، إذ يمنحهم شعورًا أكبر بالأمان والاستقرار، ويمكنهم من التفرغ لمتابعة حالة المريض النفسي بشكل أفضل، وبالتالي تحسين جودة الحياة النفسية والعاطفية لهم.

وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى عدة عوامل محتملة. أولاً، ارتفاع الدخل يتيح للأسر الاستفادة من خدمات إضافية قد لا تتوفر للأسر ذات الدخل المنخفض، مثل البرامج التعليمية والتدريبية المتعلقة بالرعاية النفسية، والخدمات الصحية والدعم النفسي، مما يعزز من كفاءتهم في التعامل مع المريض ويعكس على جودة حياتهم بشكل إيجابي. ثانيًا، الدخل الأعلى قد يرتبط بالمستوى التعليمي أو بالمكانة الاجتماعية، مما يزيد من وعي الأسرة بحقوقها في الحصول على الدعم والخدمات المختلفة، ويجعلهم أكثر قدرة على إدارة التحديات الاقتصادية والمعيشية المرتبطة بالرعاية النفسية. ثالثًا، من الممكن أن تكون الفجوة بين الأسر ذات الدخل الأقل والأعلى أكثر وضوحًا في المجالات الاقتصادية والمعيشية والنفسية، مقارنة بالمجال الاجتماعي والعائلي الذي قد يتأثر بعوامل أخرى مستقلة عن الدخل مثل الترابط الأسري والدعم الاجتماعي المتبادل بين الأقارب والجيران.

وتتوافق هذه النتائج مع الدراسات السابقة التي تناولت تأثير الدخل على جودة الحياة. فقد أظهرت دراسة العليط (2024) أن جودة الحياة الكلية ومجالاتها تختلف تبعًا لمستوى الدخل لصالح الأسر ذات الدخل الأعلى، حيث كان للأسر ذات الدخل المرتفع القدرة على تلبية احتياجات المرضى النفسيين بشكل أفضل، خصوصًا في المجالات الاقتصادية والمعيشية والصحية. كما أشارت دراسة **Arraras et al. (2019)** إلى أن دخل الأسرة يؤثر بشكل ملحوظ على جودة الحياة النفسية والمعيشية لدى مرضى الفصام وأسرهم، وأن الأسر ذات الموارد المالية الأعلى تتمتع بمستوى أعلى من التقدير لجودة حياتهم مقارنة بالأسر ذات الدخل المنخفض.

وعليه، يمكن القول إن دخل الأسرة يمثل متغيرًا مؤثرًا بشكل كبير على جودة الحياة في المجالات الاقتصادية والمعيشية، النفسية والعاطفية، الصحية والخدماتية، والتربوية والمعرفية لدى أسر المرضى النفسيين، بينما يبدو أن المجال الاجتماعي والعائلي يتأثر بعوامل أخرى أكثر من دخله.

6.2.5 تفسير النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة:

أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية تعزى إلى متغير مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته. وتشير هذه النتيجة إلى أن طول فترة مرافقة الأسرة للمريض النفسي، سواء كانت قصيرة أو طويلة، لا يؤثر بشكل ملحوظ على تقديرهم لجودة حياتهم في مختلف المجالات التي تم قياسها، بما في ذلك المجالات النفسية والعاطفية، الاجتماعية والعائلية، الاقتصادية والمعيشية، الصحية والخدماتية، والتربوية والمعرفية.

يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال فكرة أن الأسر، بغض النظر عن مدة مرافقتها للمريض، قد تكون قد تكيفت مع مسؤوليات الرعاية وتحديات التعامل مع الحالة النفسية للمريض، بحيث يصبح تأثير طول مدة المرافقة على جودة حياتهم محدودًا. فالتجربة المستمرة مع المريض قد تمنح الأسر

مهارات وقدرة أكبر على إدارة الأزمات والتعامل مع التحديات اليومية، مما يوازن أي أثر محتمل لطول فترة الرعاية على جودة حياتهم. كما أن الدعم المقدم من المؤسسات النفسية والمجتمع المحيط قد يلعب دورًا في تخفيف العبء النفسي والاقتصادي على الأسرة، بغض النظر عن مدة تعاملهم مع الحالة.

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى عدة عوامل محتملة. أولًا، قدرة الأسرة على التكيف مع الوضع النفسي للمريض قد تكون العامل الحاسم في تحديد جودة حياتهم، وليس طول المدة بالضرورة. ثانيًا، الدعم الاجتماعي والعائلي المتبادل، بما في ذلك الدعم من الأقارب والأصدقاء والجيران، يمكن أن يعوض عن الضغوط المرتبطة بمسؤوليات الرعاية الطويلة، مما يقلل من تأثير مدة المرافقة على جودة الحياة. ثالثًا، الفروق الفردية في القدرة على التكيف، والوعي بكيفية التعامل مع المرض النفسي، قد تكون أكثر تأثيرًا من مدة المرافقة نفسها، حيث يمكن لبعض الأسر التكيف بسرعة وكفاءة بينما قد تواجه أسر أخرى تحديات أكبر، بغض النظر عن طول مدة الرعاية.

وتتوافق هذه النتائج مع الدراسات السابقة التي تناولت تأثير مدة الرعاية أو التعامل مع المرض على جودة الحياة. فقد أظهرت دراسة الظفيري (2025) أن العلاقة بين مجالات جودة الحياة وعوامل التكيف النفسي لا تتأثر بشكل مباشر بعدد السنوات التي يقضيها الأفراد في التعامل مع حالتهم الصحية، وإنما ترتبط أكثر بكيفية التعامل مع الضغوط النفسية والاجتماعية. كما أظهرت دراسة جاد الله (2025) أن جودة الحياة لدى الأسر أو المرضى النفسيين لا تتأثر بشكل مباشر بالمدة الزمنية للتعامل مع الحالة المرضية، بل تتأثر بالقدرة على إدارة الموارد والدعم المتاح لهم.

وعليه، يمكن القول إن مدة مرافقة المريض أو التعامل المستمر مع حالته النفسية ليست عاملًا مؤثرًا بشكل مباشر على جودة حياة أسر المرضى النفسيين، بل تتدخل عوامل أخرى أكثر أهمية، مثل الدعم النفسي والاجتماعي، القدرة على التكيف، واستراتيجيات التعامل مع الضغوط اليومية.

3.5 تصور مقترح من منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية لرفع مستوى جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية

أولاً: الهدف العام

رفع مستوى جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين من خلال تعزيز التكيف الأسري الإيجابي، وتقوية الروابط الأسرية، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي والمعرفي والاقتصادي.

ثانياً: الأهداف التفصيلية

1. تحسين الصحة النفسية والعاطفية لأفراد الأسرة وتقليل القلق والاكتئاب المرتبط بالرعاية.
2. تعزيز التكيف الأسري من خلال تطوير مهارات حل المشكلات والتواصل الفعّال داخل الأسرة.
3. دعم الاستقلالية والشعور بالقيمة الذاتية لأفراد الأسرة.
4. تقوية الروابط الاجتماعية بين الأسر وبعضها ومع مؤسسات الرعاية النفسية.
5. تقديم الدعم المعرفي والتثقيفي لفهم المرض النفسي وأساليب التعامل معه.
6. تخفيف الضغوط الاقتصادية والمعيشية المرتبطة بالرعاية المستمرة للمرضى.

ثالثاً: مستويات التدخل

1. **التدخل النفسي الأسري:**

- عقد جلسات علاج أسري جماعية لتقوية التواصل وحل الصراعات.
- جلسات فردية لدعم كل فرد في التعبير عن مشاعره ومواجهة الضغوط النفسية.

2. **التدخل المعرفي والتثقيفي:**

- برامج تثقيفية عن طبيعة المرض النفسي وأعراضه.
- تعليم استراتيجيات التكيف الإيجابي وتقنيات التعامل مع الضغوط.

3. **التدخل الاجتماعي والاقتصادي:**

- تنظيم مجموعات دعم أسري لتبادل الخبرات والدروس العملية.
- توفير استشارات وإرشادات اقتصادية لمعالجة الضغوط المالية والمعيشية.

رابعاً: أدوار الأخصائي الأسري

1. **المرشد والداعم النفسي:** جلسات منتظمة لدعم الصحة النفسية والتكيف مع الضغوط.
2. **الميسر الأسري والاجتماعي:** تنظيم الأنشطة الجماعية والفعاليات التي تعزز الترابط الأسري والاجتماعي.
3. **المدافع عن الحقوق:** ضمان حصول الأسرة على الخدمات النفسية والاجتماعية والاقتصادية بشكل عادل.
4. **المخطط والمقيّم:** تقييم احتياجات الأسر ووضع خطط تدخل فردية وجماعية قابلة للتنفيذ، ومتابعة التقدم.

خامساً: استراتيجيات التدخل

- جلسات علاج أسري جماعية وفردية.
- ورش عمل تثقيفية ومعرفية حول المرض النفسي وأساليب الرعاية.
- أنشطة اجتماعية لتعزيز الدعم المتبادل بين الأسر.
- استشارات اقتصادية ومعيشية لتقليل العبء المالي.

سادساً: أدوات وأساليب التطبيق

- استبانات تقييم احتياجات الأسرة النفسية والاجتماعية والمعرفية.
- ملاحظات يومية وتقارير متابعة لتقييم التقدم.
- جلسات تفاعلية وتدريبات عملية لتطبيق مهارات التكيف والتواصل.

سابعاً: مؤشرات نجاح البرنامج

1. انخفاض مستويات القلق والاكتئاب لدى أفراد الأسرة.
2. زيادة التفاعل الاجتماعي والمشاركة الإيجابية بين أفراد الأسرة.
3. تحسين القدرة على التكيف مع ضغوط رعاية المرضى.
4. تعزيز شعور الاستقلالية والقيمة الذاتية.
5. تطوير مهارات التعامل مع المرض النفسي ودعم المريض بفاعلية.

ثامناً: صعوبات محتملة

- نقص الموارد البشرية أو المالية.
- مقاومة بعض الأسر للتغيير أو المشاركة في البرامج.
- صعوبات اندماج بعض الأسر بسبب العزلة الاجتماعية أو عوامل بيئية.

تاسعاً: توصيات

1. استمرار تقديم برامج دعم نفسي جماعي وفردي للأسر.
2. برامج تعليمية وتثقيفية حول أساليب التعامل مع المرض النفسي.
3. إنشاء مجموعات دعم أسري لتبادل الخبرات.
4. تقديم دعم مادي لتخفيف الأعباء الاقتصادية.

5. تعزيز الرعاية المشتركة بين أفراد الأسرة لتقليل الإرهاق.

6. توسيع نطاق الدراسة لتشمل مناطق جغرافية متعددة ومقارنة النتائج.

4.5 التوصيات والمقترحات

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، فإن الباحثة توصي بما يأتي:

1. تعزيز الدعم النفسي للأسرة من خلال برامج دعم نفسي مستمرة تساعدهم على التكيف مع الضغوط اليومية المرتبطة بمرافقة المريض.

2. تقديم برامج تعليمية وتوعوية للأسرة حول أساليب التعامل مع المرض النفسي واحتياجات المريض لتعزيز قدرتهم على التكيف وإدارة التحديات بفاعلية.

3. تعزيز الدعم الاجتماعي عبر إنشاء مجموعات دعم للأسرة لتبادل الخبرات والممارسات الإيجابية في التعامل مع المرض النفسي.

4. توفير موارد مادية مناسبة للأسر لتخفيف العبء الاقتصادي والاجتماعي بغض النظر عن طول مدة الرعاية.

5. التشجيع على الرعاية المشتركة بين أفراد الأسرة لتقليل الضغط النفسي والإرهاق المرتبط بمرافقة المريض لفترات طويلة.

6. إجراء دراسات مستقبلية مقارنة لتحديد تأثير الدعم المؤسسي على جودة الحياة مقارنة بالأسر التي لا تتلقى دعمًا.

7. بحث عوامل التكيف الأخرى مثل الدعم الاجتماعي والاستراتيجيات التربوية والمعرفية ومستوى الوعي النفسي للأسرة وتأثيرها على جودة الحياة.

8. توسيع العينة البحثية لدراسة أسر المرضى النفسيين في مناطق جغرافية مختلفة لمقارنة النتائج والتحقق من مدى تعميمها.

9. تطوير برامج تدخل مخصصة للأسر حسب احتياجاتها الفعلية وليس حسب مدة مرافقة المريض فقط.

10. التركيز على تحسين جودة الحياة الشاملة في جميع المجالات (النفسي، الاجتماعي، الصحي، الاقتصادي، التربوي) لتعزيز الدعم المقدم للأسرة.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية

أبو حماد، ناصر الدين إبراليم. (2019). جودة الحياة النفسية وعلاقتها بالسعادة النفسية والقيمة الذاتية لدى عينة من طلبة جامعة الأمير سطام بن عبد العزيز. **مجلة جامعة القدس المفتوحة**، 27(10)، 267-281.

أبو عيشة، زاهدة جميل نمر. (2020). الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها بجودة الحياة لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة. **مجلة كلية التربية**، 20(4)، 3-255.

أحمد، نهلة خليفة عثمان، وعبد الله، وفاق صابر علي. (2019). **الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بمراكز ذوي الاحتياجات الخاصة بمحلية كرري**، (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النيلين، الخرطوم.

البشتاوي، محمود. (2015). جودة الحياة وعلاقتها باختلاف أعراض الفصام لدى عينة من مراجعي عيادات الطب النفسي الخاصة في عمان. **مجلة دراسات العلوم التربوية**, 42(3), 213-230.

البكوش، محمد. (2014). جودة الحياة النفسية لدى أسر المرضى النفسيين. **مجلة دراسات نفسي**ة، 24(3)، 201-225.

بوعامر، نِيَمة. (2021). مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في ضوء بعض المتغيرات: دراسة ميدانية بولاية الأغواط. **مجلة الواحات للبحوث والدراسات**، 14(1)، 1449-1473.

جادالله، لمياء مجدي فتحى على. (2025). فعالية برنامج معرفي سلوكي في تحسين جودة الحياة لدى عينة من أسر مرضى الرهاب الاجتماعي. **مجلة كلية الآداب جامعة المنصورة**، 77(77).

حسانين، أروى،والصياد، وليد عاطي. (2021). جودة الحياة الأسرية والمساندة الاجتماعية والصمود النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب طيف التوحد في مصر. **مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس**، 129.

رجب، طارق. (2023). العلاقة بين مجالات جودة الحياة وكل من القلق الإكلينيكي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية. **مجلة كلية التربية**، 1(124). جامعة المنصورة.

رويبح، نادية. (2017). جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية. **مجلة العلوم الاجتماعية**، 45(2)، 113–140.

الزارِع، نايِف بن عابد بن إبراليم. (2015). جودة الحياة لدى أفراد ذوي الإعاقة السعوديين المقيمين في الأردن من وجهة نظر آبائهم. **مجلة التربية**، 166(1)، 840–879.

زكي، أحمد. (2018). الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أسر المرضى. **مجلة علم النفس**، 32(4)، 145–170.

الزهراني، علي بن مستور. (2019). الإسهامات النسبية للسلوكيات المعرفية المرتبطة بالفص الجبهي في التنبؤ بجودة الحياة لدى أفراد ذوي اضطراب طيف التوحد. **المجلة التربوية الدولية المتخصصة**، 8(8)، 107–119.

زواني، نزيهة. (2020). جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بمرض الفصام في ضوء بعض المتغيرات. في أعمال الملتقى الوطني: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر – الأبعاد والتحديات (ص. 153–171). مركز فاعلون للبحث في الأنثربولوجيا والعلوم الإنسانية والاجتماعية ومخبر اقتصاديات الطاقات المتجددة ودورها في تحقيق التنمية المستدامة.

سعيد، محمد. (2021). فحص صدق وثبات مقياس جودة الحياة في الفصام على عينة من مرضى الفصام في البيئة المصرية. **مجلة جامعة الفيوم للعلوم النفسية والتربوية**, 9(1), 89–107.

سعيد، مروة إسماعيل وآخرون. (2021). الكفاءة السيكومترية لمقياس جودة الحياة لدى مرضى الفصام في الثقافة المصرية. **مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية**، 15(15)، ديسمبر.

السعيدي، سعود. (2021). برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة وعلاقته بالاكتئاب لتلاميذ ذوي صعوبات التعلم بالمرحلة الابتدائية في دولة الكويت. **مجلة القراءة والمعرفة**، 237، 77-125.

شاهين، هالة عطية محمود. (2020). دور الإرشاد النفسي في تحسين جودة الحياة لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً. **المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية**، 18، 497-510.

الشعوبي، فضيلة. (2020). **واقع جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد: دراسة ميدانية في مراكز متخصصة بولاية الوادي**. أعمال الملتقى الوطني: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر – الأبعاد والتحديات، 1، 143-152.

الشهري، صالح سعيد. (2022). علاقة الدعم الأسري لدى المعاقين حركياً وبصرياً بجودة الحياة لديهم. **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، 2(33)، 114-130.

الصنعاني، عبده سعيد محمد أحمد. (2019). جودة الحياة الأسرية لدى أسر كل من الأطفال التوحديين والمعاقين عقلياً من وجهة نظر الوالدين. **مجلة بحوث ودراسات تربوية**، 11، 94-127.

الظفيري، جمال. (2025). مشكلات أسر المرضى النفسيين بالمؤسسات الصحية في المجتمع السعودي: دراسة ميدانية في بعض المستشفيات بمدينة حفر الباطن. **مجلة كلية الآداب جامعة المنصورة**، 76(76).

العزي، أروى أحمد عبده. (2022). جودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام المقيمين في مستشفيات الطب النفسي في المجتمع اليمني. **مجلة جامعة تعز للعلوم التطبيقية والإنسانية**, 7(2), 45-67.

عفيفي، عبد الرحمن. (2014). مناهج البحث العلمي وتطبيقاتها في الخدمة الاجتماعية. **مجلة الخدمة الاجتماعية**، 52(1)، 11-39.

العليط، ريم. (2024). التحديات التي تواجه أسر مرضى الفصام من وجهة نظر المختصين في مجال الصحة النفسية: دراسة نوعية. **مجلة الخدمة الاجتماعية**، 80(3), 50-85.

العنزي، عبد الله بن محمد. (2020). جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى أسر المرضى النفسيين. **مجلة العلوم التربوية والنفسية**، 4(12)، 85-104.

عودة، أحمد، وملكاوي، فتحي. (1992). منهجية البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية. **مجلة جامعة اليرموك للبحوث التربوية**، 8(2)، 5-38.

غالطي، مفلح. (2024). الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة النفسية. **مجلة العلوم النفسية**، 25(الجزء الثاني)، 55-86.

لمحمدي، عفاف سالم. (2022). جودة الحياة وعلاقتها بمهارات التفكير ما وراء المعرفي لدى طالبات الجامعة. **مجلة جامعة الملك خالد للعلوم التربوية**، 9(1)، 72-106.

مسعودي، محمد. (2017). جودة الحياة النفسية. **مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية**، 1(1)، 127-148.

مصطفى، فتحي محمد محمود. (2019). الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة. **مجلة الإرشاد النفسي**، 59، 429-476.

النجار، فاطمة الزهراء محمد. (2013). تخفيف قلق المستقبل وتحسين معايير جودة الحياة المدركة لدى عينة من أمهات المعاقين. **مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس**، 42(3)، 123-153.

وجنازرة، هناء. (2015). **الأجهزة الذكية ودورها في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين**. المؤتمر العلمي لتأثير الأجهزة الذكية في نشأة الطفل. جامعة القدس، فلسطين.

يلي، محمد. (2018). جودة الحياة الأسرية في ظل الضغوط النفسية. **مجلة الدراسات الاجتماعية**، 26(1)، 77-102.

ثانياً: المراجع الأجنبية

Arraras, J., Izaskun Basterra, I., Pereda, N., Ibañez, B., Iribarren, S., & Cabases, J. (2019). The Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) questionnaire. A validation study with Spanish schizophrenia spectrum outpatients. *Actas Esp Psiquiatr*, 47(3), 97-109.

Bechdolf, A., Klosterkötter, J., Hambrecht, M., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Pukrop, R., & Maier, W. (2013). Determinants of subjective quality of life in post-acute patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(5), 228-235.

Bobes, J., García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A., & Bousoño, M. (2015). Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7(2), 209-217.

Garcia, Juan Antonio. (2011). Validity and reliability of research instruments in social science research. *International Journal of Social Research Methodology, 14*(2), 95–110.

Hentati, S., Ben Abdallah, M., Daoud, M., Bouhamed, M., Baati, I., Sallemi, R., Feki, I., & Masmoudi, J. (2021). Quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 64(S1), S545.

Iseselo, M. K., Ambikile, J. S., & Kajula, L. J. (2016). Psychological and social problems and coping strategies among families of patients with mental disorders in Dar es Salaam, Tanzania: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 212.

Karow, A., & Naber, D. (2012). Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment. *Psychopharmacology*, 162(1), 3-10.

Khatimah, H., Adami, F., Abdullah, A., & Marthoenis, M. (2022). Quality of life, mental health, and family functioning among caregivers of schizophrenia patients: A community-based cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(4), 875-884.

Kheirabadi, G., Masaeli, N., Omranifard, V., Maracy, M., & Khedri, A. (2016). Validity, reliability and factor analysis of Persian version of schizophrenia quality of life scale. *Journal of Education and Health Promotion*, 5(1), 10.

Lin, Chia-Ying. (2018). Quality of life and mental health among families of psychiatric patients. *Journal of Mental Health, 27*(5), 456–462.

Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2017). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581.

Saarni, S. I., Viertiö, S., Perälä, J., Koskinen, S., Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. (2020). Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 386-394.

Soellner, R., & Hofheinz, M. (2024). Psychological and physical burdens and satisfaction with social support among families with a history of substance abuse versus families caring for dementia patients. *Journal of Family Psychology*, 38(2), 145-160.

Su, C., Ng, H., Yang, A., & Lin, C. (2018). Psychometric evaluation of the short form 36 health survey (SF-36) and the World Health Organization quality of life scale brief version (WHOQOL-BREF) for patients with schizophrenia. *Psychological Assessment*, 26(3), 980-989.

Walton-Moss, B., Gerson, L., & Rose, L. (2005). The impact of mental illness on family quality of life: A longitudinal qualitative analysis. *Journal of Family Nursing*, 11(3), 227-244.

Yang, X., & Hu, Y. (2023). The impact of social support for schizophrenia patients on their quality of life and family satisfaction: A cross-sectional study in Gansu, China. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(1), 25-35.

Zhang, Y., Ou, Y., Shen, X., Liu, B., & Li, Y. (2019). Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Comparative Studies. *Psychiatry Research*, 271, 59-65.

الملاحق

ملحق (أ): الاستبانة قبل التحكيم

ملحق (ب): قائمة المحكمين

ملحق (ت): الاستبانة بعد التحكيم

ملحق (أ): الاستبانة قبل التحكيم

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة القدس المفتوحة

عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي

حضرة السيد/ة المحترم /ة ،،،

تحية طيبة وبعد ,,

تقوم الباحثة بدراسة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية بعنوان:

" جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية: برنامج مقترح من منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية لرفع مستواها"

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بإعداد هذه الاستبانة كأداة لجمع البيانات مكونة من قسمين القسم الأول يتضمن البيانات الأولية والقسم الثاني يضم خمسة مقاييس؛ الأول: المجال النفسي والعاطفي، والثاني: مقياس المجال الاجتماعي والعائلي، والثالث: المجال الاقتصادي والمعيشي، والرابع: المجال الصحي والخدماتي، والخامس: المجال التربوي والمعرفي.
أرجو التكرم بالإجابة عن جميع فقرات الاستبانة بموضوعية علما أن إجاباتكم لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

شاكرة حسن تعاونكم

اعداد الباحثة : أصالة الشمالي

اشراف :د.إياد أبو بكر

القسم الأول:

البيانات الشخصية:

الرجاء وضع اشارة (X) داخل المربع الاقرب للاجابة التي تناسبك :

1. الجنس

☐ ذكر ☐ أنثى

2. العمر

☐30 سنةفأقل☐من 31-40 سنة☐41 سنةفأكثر

3. صلة القرابة بالمريض

☐ أب / أم ☐ زوج / زوجة ☐ أخ / أخت ☐ابن / ابنة ☐قريب آخر (حدد)

4. المستوى التعليمي

☐ثانويفأقل☐ جامعي (بكالوريوس) ☐ ماجستيرفأعلى

5. متوسط دخل الأسرة الشهري

☐أقل من 3000 شيكل ☐من 3000- أقل من 5000 شيكل ☐من 5000 – أقل من 7000

☐7000 شيكل فاكثر

6. مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته

☐أقل من سنة ☐ 1-5 سنوات ☐ أكثر من 5 سنوات

القسم الثاني :

القسم الثاني: فقرات الاستبيان

الرجاء الاطلاع على هذه الفقرات ووضع إشارة (x) مقابل كل منها حسب تقديرك الشخصي. ويعبر عنها وفقا لمقياس ليكرت الخماسي (أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا اوفق بشدة).

الرقم	نص الفقرة	درجة الموافقة				
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
المجال الأول: المجال النفسي والعاطفي						
1.	أتمكن من التعامل بهدوء نفسي مع إصابة أحد أفراد أسرتي بمرض نفسي					
2.	أجد صعوبة في التعامل مع مشاعري المرتبطة بمرض أحد أفراد العائلة.					
3.	أتمكن من فهم مشاعري والتعامل معها تجاه حالة المريض في العائلة					
4.	أتمتع بالقدرة على التعبير عن مشاعري حول حالة المريض أمام من أثق بهم					
5.	أشعر بالاطمئنان النسبي تجاه مستقبل المريض بفضل متابعتنا لحالته					
6.	أتكيف نفسيًا مع التغيرات الناتجة عن حالة المريض في العائلة					
7.	يؤثر مرض الفرد من العائلة على حالتي النفسية بشكل سلبي.					
8.	أفتقد أحيانًا للدعم العاطفي من المحيطين بي عند التعامل مع الحالة.					

الرقم	نص الفقرة	درجة الموافقة				
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
9.	أشعر بأنني بحاجة دائمة لمساندة نفسية للتعامل مع ضغوط هذه التجربة.					
10	أستفيد نفسيًا عندما أجد تفهماً ودعماً من الكوادر المتخصصة في المؤسسة.					
المجال الثاني: المجال الاجتماعي والعائلي						
1	يؤثر المرض النفسي لأحد أفراد الأسرة على علاقاتنا الاجتماعية مع الأقارب والأصدقاء.					
2	أشعر بأن أسرتي أصبحت أقل تواصلاً مع المجتمع بسبب حالة المريض النفسية.					
3	نشعر بأننا منعزلون اجتماعياً بسبب نظرة المجتمع السلبية لمرض الفرد من العائلة.					
4	نواجه صعوبة في المشاركة في المناسبات الاجتماعية خوفاً من الإحراج أو الوصمة.					
5	يوجد تواصل فعال وتعاون بين أفراد الأسرة في متابعة حالة المريض النفسية.					
6	يسبب مرض الفرد من العائلة توتراً أو خلافات أحياناً بين أفراد الأسرة.					
7	أحصل على دعم اجتماعي من الأصدقاء أو الجيران في التعامل مع حالة المريض.					
8	يتفهم بعض من حولي طبيعة المرض النفسي، بينما يوجه آخرون أحكاماً وانتقادات.					

الرقم	نص الفقرة	درجة الموافقة				
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
9	أشعر بأن المجتمع لا يوفر بيئة مشجعة أو داعمة للتعامل مع المرضى النفسيين.					
10	أجد في بعض المؤسسات المجتمعية مساندة تساعدني في أداء دوري تجاه المريض.					
المجال الثالث: المجال الاقتصادي والمعيشي						
1	المرض النفسي لأحد أفراد الأسرة أثر سلباً على دخل الأسرة أو وضعها المالي.					
2	نواجه صعوبة في تغطية تكاليف العلاج النفسي والأدوية والمتابعة المستمرة.					
3	تحملنا نفقات إضافية غير متوقعة نتيجة مرض أحد أفراد الأسرة النفسي.					
4	تلقينا دعماً مالياً أو مساعدات من جهات حكومية أو أهلية لتغطية نفقات الرعاية.					
5	نفتقر إلى الدعم المالي الكافي لمواصلة الرعاية اللازمة للمريض.					
6	نضطر إلى تقليص نفقات الأسرة الأساسية بسبب التزامات علاج المريض.					
7	يضطر أحد أفراد الأسرة لترك عمله أو تقليصه لرعاية المريض، مما يؤثر على الدخل.					
8	يؤثر تخصيص الوقت لرعاية المريض على فرص التعليم أو العمل لبعض أفراد الأسرة.					

الرقم	نص الفقرة	درجة الموافقة				
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
9	نواجه صعوبة في الحصول على خدمات مجانية أو منخفضة التكاليف للمريض النفسي.					
10	نحتاج إلى وجود خطط دعم مالي ومساعدات منتظمة خاصة بأسر المرضى النفسيين.					
المجال الرابع: المجال الصحي والخدماتي						
1	تتوفر خدمات الرعاية النفسية بسهولة في منطقتنا.					
2	أشعر بالرضا عن نوعية الرعاية النفسية التي يتلقاها فرد الأسرة المصاب.					
3	الخدمات المقدمة في المؤسسة تلبي احتياجات المريض بشكل مناسب.					
4	يتم إشراكنا كأسرة في وضع أو متابعة الخطة العلاجية للمريض.					
5	نتمكن من التواصل بسهولة مع الطاقم العلاجي عند الحاجة.					
6	أحصل على معلومات كافية من الطاقم الطبي حول حالة المريض وتطورها.					
7	أحتاج إلى جلسات توعية أو إرشاد نفسي خاصة بأفراد الأسرة للتعامل مع الحالة.					
8	أشعر أن الطاقم الطبي يتعامل مع المريض باحترام واحترافية.					

الرقم	نص الفقرة	درجة الموافقة				
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
9	توجد متابعة دورية ومنظمة لحالة المريض من قبل المؤسسة.					
10	نواجه أحيانًا صعوبة في الحصول على مواعيد أو خدمات تخصصية بشكل منتظم.					
المجال الخامس: المجال التربوي والمعرفي						
1	لدي معرفة كافية بطبيعة المرض النفسي وكيفية التعامل مع المريض داخل الأسرة.					
2	أحتاج إلى مصادر موثوقة تساعدني في فهم سلوكيات المريض النفسية.					
3	شاركت سابقاً في دورات أو ورش عمل متعلقة بالرعاية النفسية أو الدعم الأسري.					
4	أشعر أنني بحاجة مستمرة لتطوير مهاراتي في التواصل مع المريض النفسي.					
5	أواجه صعوبة في تفسير التغيرات المفاجئة في سلوك المريض أو حالته المزاجية.					
6	أبحث عن معلومات أو إرشادات تساعدني في دعم المريض نفسياً داخل المنزل.					
7	لا تتوفر في مجتمعنا فرص كافية للتثقيف الأسري حول الأمراض النفسية.					
8	أعتقد أن تدريب أسر المرضى يساعد في تحسين نتائج العلاج والتأقلم الأسري.					

الرقم	نص الفقرة	درجة الموافقة				
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
9	أحتاج إلى برامج تعليمية مستمرة لفهم أفضل لاحتياجات المريض النفسية.					
10	أرى أن زيادة التوعية المجتمعية حول الأمراض النفسية ستحسن من جودة حياة أسر المرضى وتقلل من الوصمة.					

أشكر لكم حسن تعاونكم

ملحق (ب): قائمة المحكمين

اسم المحكم	الجامعة	الرتبة	التخصص
د. إياد عمادي	جامعة القدس المفتوحة	أستاذ مشارك	علم اجتماع
د. رائد نمر	جماعة القدس المفتوحة	استاذ مساعد	علم الاجتماع
د. عاطف عوض	جماعة القدس المفتوحة	استاذ مساعد	الخدمة الاجتماعية
د. رحاب عارف السعدي	جامعة الاستقلال	أستاذ مشارك	صحة نفسية
د. عميد بدر	جامعة القدس المفتوحة	أستاذ مساعد	الخدمة الاجتماعية
د. محمد أبو علبة	جامعة القدس المفتوحة	أستاذ مساعد	الخدمة الاجتماعية
د. زردة شبيطة	جامعة القدس المفتوحة	أستاذ مساعد	الخدمة الاجتماعية
أ.د حمدي محمد منصور	جامعة حلوان	أستاذ دكتور	الخدمة الاجتماعية
د. محمد عكة	جامعة فلسطين الأهلية	أستاذ مشارك	علم الاجتماع/ الخدمة الاجتماعية
د.راتب أبو رحمة	جامعة القدس المفتوحة	أستاذ مساعد	الارشاد النفسي والتربوي

ملحق (ت): الاستبانة بعد التحكيم

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة القدس المفتوحة

عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي

حضرة السيد/ة المحترم /ة ،،،

تحية طيبة وبعد ,,

تقوم الباحثة بدراسة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية بعنوان:

" جودة الحياة لدى أسر المرضى النفسيين في مؤسسات الرعاية النفسية: برنامج مقترح من منظور العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية لرفع مستواها"

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بإعداد هذه الاستبانة كأداة لجمع البيانات مكونة من قسمين القسم الأول يتضمن البيانات الأولية والقسم الثاني يضم خمسة مقاييس؛ الأول: المجال النفسي والعاطفي، والثاني: مقياس المجال الاجتماعي والعائلي، والثالث: المجال الاقتصادي والمعيشي، والرابع: المجال الصحي والخدماتي، والخامس: المجال التربوي والمعرفي.

أرجو التكرم بالإجابة عن جميع فقرات الاستبانة بموضوعية علما أن إجاباتكم لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

شاكرة حسن تعاونكم

اعداد الباحثة : أصالة الشمالي

اشراف :د.إياد أبو بكر

القسم الأول:

البيانات الشخصية:

الرجاء وضع اشارة (X) داخل المربع الاقرب للاجابة التي تناسبك :

1. الجنس

□ ذكر □ أنثى

2. العمر

□30 سنةفأقل□من 31–40 سنة□41 سنةفأكثر

3. صلة القرابة بالمريض

□ أب / أم □ زوج / زوجة □ أخ / أخت □ابن / ابنة □قريب آخر (حدد)

4. المستوى التعليمي

□ثانويفأقل□ جامعي (بكالوريوس) □ ماجستيرفأعلى

5. متوسط دخل الأسرة الشهري

□أقل من 3000 شيكل □من 3000- أقل من 5000 شيكل □من 5000 – أقل من 7000

□7000 شيكل فاكثر

6. مدة مرافقة المريض أو التعامل مع حالته

□أقل من سنة □ 1–5 سنوات □ أكثر من 5 سنوات

القسم الثاني :

القسم الثاني: فقرات الاستبيان

الرجاء الاطلاع على هذه الفقرات ووضع إشارة (x) مقابل كل منها حسب تقديرك الشخصي. ويعبر عنها وفقا لمقياس ليكرت الخماسي (أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا اوفق بشدة).

الرقم	نص الفقرة	درجة الموافقة				
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
المجال الأول:المجال النفسي والعاطفي						
1.	أتمكن من التعامل باتزان مع إصابة أحد أفراد أسرتي بمرض نفسي					
2.	أجد صعوبة في التعامل مع مشاعري المرتبطة بمرض أحد أفراد العائلة نفسيا.					
3.	أتمكن من فهم مشاعري والتعامل معها تجاه حالة المريض في العائلة					
4.	أتمتع بالقدرة على التعبير عن مشاعري حول حالة المريض النفسي					
5.	أشعر بالاطمئنان النسبي تجاه مستقبل المريض النفسي					
6.	أتكيف نفسيًا مع التغيرات الناتجة عن حالة المريض في العائلة					
7.	أتمتع بحالة نفسية مستقرة رغم إصابة أحد أفراد العائلة بمرض نفسي					
8.	امتلك القدرة النفسية على التكيف مع ضغوط هذه التجربة بمرض احد افراد الاسرة نفسيا					
المجال الثاني: المجال الاجتماعي والعائلي						

الرقم	نص الفقرة	درجة الموافقة				
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
9.	نحافظ على علاقاتنا الاجتماعية الجيدة مع الأقارب والأصدقاء رغم إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض نفسي					
10	تحرص أسرتي على الحفاظ على تواصلها مع المجتمع رغم وجود حالة مرض نفسي بين أفرادها.					
11	نشعر بأننا جزء من المجتمع ونتلقى تفهماً من الآخرين تجاه حالة المريض في العائلة					
12	اشارك في المناسبات الاجتماعية بثقة دون خوف من الإحراج أو الوصمة المرتبطة بحالة المريض					
13	يوجد تواصل فعال وتعاون بين أفراد الأسرة في متابعة حالة المريض النفسية.					
14	يتعامل أفراد الأسرة مع حالة المريض النفسي بتفاهم ويسعون للحفاظ على الانسجام الأسري					
15	أحصل على دعم اجتماعي من الأصدقاء أو الجيران في التعامل مع حالة المريض النفسي.					
16	يتفهم من حولي طبيعة المرض النفسي					
17	أشعر بأن المجتمع يوفر بيئة مشجعة وداعمة للتعامل مع المرضى النفسيين					
18	أجد في بعض المؤسسات المجتمعية مساندة تساعدني في أداء دوري تجاه المريض.					
المجال الثالث: المجال الاقتصادي والمعيشي						

الرقم	نص الفقرة	درجة الموافقة				
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
19	تتمكن أسرتنا من إدارة شؤونها المالية بفعالية رغم إصابة أحد أفرادها بمرض نفسي					
20	نتمكن من توفير تكاليف العلاج النفسي والأدوية والمتابعة المستمرة بشكل منتظم.					
21	تتمكن أسرتنا من التكيف مع النفقات الإضافية الناتجة عن مرض أحد أفرادها النفسي					
22	تلقينا دعماً مالياً أو مساعدات من جهات حكومية أو أهلية لتغطية نفقات الرعاية.					
23	تحصل أسرتنا على الدعم المالي الكافي لمواصلة الرعاية اللازمة للمريض					
24	نحافظ على نفقات الأسرة الأساسية دون تأثر رغم التزامات علاج المريض					
25	ننجح في التوفيق بين رعاية المريض ومتابعة فرص التعليم أو العمل لأفراد الأسرة.					
المجال الرابع: المجال الصحي والخدماتي						
26	تتوفر خدمات الرعاية النفسية بسهولة في منطقتنا.					
27	أشعر بالرضا عن نوعية الرعاية النفسية التي يتلقاها فرد الأسرة المصاب.					
28	الخدمات المقدمة في المؤسسة تلبي احتياجات المريض بشكل مناسب.					

الرقم	نص الفقرة	درجة الموافقة				
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
29	يتم إشراكنا كأسرة في وضع أو متابعة الخطة العلاجية للمريض.					
30	نتمكن من التواصل بسهولة مع الطاقم العلاجي عند الحاجة.					
31	أحصل على معلومات كافية من الطاقم الطبي حول حالة المريض وتطورها.					
32	أشعر أن الطاقم الطبي يتعامل مع المريض باحترام واحترافية.					
33	توجد متابعة دورية ومنظمة لحالة المريض من قبل المؤسسة.					
34	نتمكن من الحصول على مواعيد وخدمات تخصصية بشكل منتظم عند الحاجة					
المجال الخامس: المجال التربوي والمعرفي						
35	لدي معرفة كافية بطبيعة المرض النفسي وكيفية التعامل مع المريض داخل الأسرة.					
36	أجد مصادر موثوقة تساعدني في فهم سلوكيات المريض النفسية والتعامل معها بفعالية					
37	شاركت سابقاً في دورات أو ورش عمل متعلقة بالرعاية النفسية أو الدعم الأسري.					
38	أمتلك مهارات فعّالة في التواصل مع المريض النفسي					

الرقم	نص الفقرة	درجة الموافقة				
		موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
39	أتمكن من تفسير التغيرات المفاجئة في سلوك المريض أو حالته المزاجية والتعامل معها بهدوء					
40	أتوفر على معلومات وإرشادات تساعدني في تقديم الدعم النفسي للمريض داخل المنزل					
41	تتوفر في مجتمعنا فرص كافية للتثقيف الأسري حول الأمراض النفسية.					
42	أشارك في برامج تعليمية مستمرة تساعدني على فهم احتياجات المريض النفسية بشكل أفضل					

أشكر لكم حسن تعاونكم