

ممارسة النموذج العقلاني الانفعالي في خدمة الجماعة لتعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام

Practicing the rational-emotive model in group work to
modify irrational thoughts and reduce the risk of relapse
in schizophrenics

الدكتور / علاء فوزي كيلاني

المدرس بقسم العمل مع الجماعات

كلية الخدمة الاجتماعية جامعة أسيوط

الملخص:

يُعد الفصام من أكثر الأمراض العقلية خطورة، وربما كان أكثرها شيوعاً، ويُصنف ضمن فئة الأمراض المعروفة بالذهان، وقد سُمي فصام لأنه يفصم (يُقسم ويُفتت) جوانب الفرد المختلفة، ومريض الفصام له سمات شخصية معينة تُميزه عن غيره، وتحدد هدف الدراسة في اختبار فاعلية ممارسة النموذج العقلاني الانفعالي في خدمة الجماعة لتعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام، ولإثبات صحة فروض الدراسة تم ممارسة النموذج العقلاني الانفعالي مع جماعة تجريبية مكونة من (٨) مرضى من نوع فصام (البارانويا)، وتُعد هذه الدراسة من الدراسات شبة التجريبية وتوصلت إلى: توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياس القبلي والقياس البعدي للجماعة التجريبية فيما يتعلق بتعديل الأفكار اللاعقلانية لمرضى الفصام لصالح القياس البعدي، توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياس القبلي والقياس البعدي للجماعة التجريبية فيما يتعلق بخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لمرضى الفصام لصالح القياس البعدي.

الكلمات الافتتاحية: النموذج العقلاني الانفعالي، الأفكار اللاعقلانية، مخاطر احتمالات الانتكاسة، مرضى الفصام.

Abstract:

Schizophrenia is one of the most dangerous mental illness, and perhaps the most common of them, and it is classified within the category of diseases known as psychosis, it has been named schizophrenic because it splits(divides and breaks apart) the various of an individual, and the schizophrenic patient has certain personality traits that distinguish him from others, and the aim of the study is determined to test the effectiveness of practicing the rational- emotional model in social group work to modify irrational thoughts and reduce the risk of relapse in schizophrenia patients.

To prove the validity of the study hypotheses, the rational-emotional model was practiced with an experimental group consisting of (8) paranoid schizophrenia patients, This study is one of the semi-experimental studies, the results of the study Found that: there are statistically significant difference at the level of significance (0.01) between the mean level of pre and post measurement for the experimental group with regard to modifying irrational thoughts in favor of post measurement , there are statistically significant difference at the level of significance (0.01) between the mean level of pre and

post measurement for the experimental group with regard to reducing the risk relapse potential in schizophrenic patients in favor of post measurement.

Keywords: the rational- emotional model, irrational thoughts, risk relapse potential, schizophrenic patients

أولاً: مدخل لمشكلة الدراسة:

يُعد الاهتمام بالمرضى ذوي الاضطرابات النفسية والعقلية وتكامل الجهود المهنية الطبية والنفسية والاجتماعية في علاج أمراضهم بل والوقاية منها استثماراً لموارد المجتمع، وخاصة في ظل التزايد المستمر في أعدادهم والآثار السلبية لأمراضهم عليهم أنفسهم وعلى أسرهم وعلى مجتمعاتهم (عبد العال، ٢٠١٥، ص ٢٧٣).

ويُعد الفصام (الشيزوفرينيا) واحداً من أكثر الاضطرابات العقلية خطورة، وربما كان أكثرها شيوعاً، فحوالي ٥٠% من الموجودين في المستشفيات العقلية هم من المصابين بالفصام (صالح، ٢٠١٤، ص ٢٢٣)، ويُصنف ضمن فئة الأمراض المعروفة بالذهان، وقد سُمي فصام لأنه يفصم (يُقسم ويُفتت) جوانب الفرد المختلفة، وأن عملية التناسق الهرموني بين الجوانب المختلفة للشخصية لم تعد كما كانت من قبل، ولذلك فإن مريض الفصام له سمات شخصية معينة تُميزه عن غيره أهمها: البلادة الانفعالية وعدم الاكتراث بأي شيء، كما أن الانفعالات لا تكون مناسبة أبداً للموقف (غانم، ٢٠١٧، ص ٣٠)، هو كذلك شخص غير قادر على الأداء في جوانب عديدة من حياته مثل العناية بالذات وحياته الوظيفية والاجتماعية (شافعي، ٢٠١٧، ص ٢٢٢)، ويُعاني الشخص الفصامي من تدهور في جوانب عديدة من حياته فينقطع عن الدراسة أو العمل وتسوء علاقاته بالآخرين، ولا يهتم بنظافته الشخصية، ويتحول إلى شخص انطوائي، ولديه لا مبالاة في المواقف المهمة في حياته (أبو العزائم، ٢٠٠٨، ص ٣٣)، وهو أيضاً يعاني من الاضطرابات النفسية منها الشعور بالاكنتاب والقلق الشديد، وانخفاض تقدير الذات (Azais et. al 1999, p 253).

ويكشف مرضى الفصام عن مجموعة متنوعة من الأعراض الإيجابية لديهم والتي تتضمن بعض أنواع الهلوس والضلالات واضطرابات التفكير، ومحتوى الضلالات قد يشمل مجموعة متنوعة من الموضوعات مثل الضلالات الإضهادية والضلالات (المرجعية والجسدية والدينية) وضلالات العظمة، أما الهلوس فهي خبرات شبيهه بالإدراك، وتحدث بدون مثير خارجي، وتكون قوية وبالتالي تؤثر على الإدراك الطبيعي للمريض، وتشكل الهلوس السمعية أكثر الأنواع شيوعاً لدى مرضى الفصام، وأما اضطراب التفكير الأساسي يُستدل عليه من كلام الفرد، ويشمل انحراف الإجابات وعدم فهم الكلام وفقد الكلام (الحبسة) (American Psychiatric Association, 2013, p 87)،

و غالباً ما تكون تلك الأعراض مصحوبة بأعراض سلبية مثل: عسر النطق أو الحبسة، تسطح الوجدان، انخفاض الدافعية، والعزلة الاجتماعية (Kingdon, Turkington, 2005, p3)، وتتجسد أغلب أعراض مرض الفصام في مجال التفكير، حيث يضطرب ترابط التفكير بصورة منطقية رغم ارتباط الأفكار في ذهن المريض، كما تضطرب علاقة المريض بالعالم الخارجي وينعزل عاطفياً عنه، مما يجعله يخلق عالماً مليئاً بالخيالات التي تعوضه عن العالم الواقعي، كما يظهر اضطراب المريض انفعالياً في شكل التعبير الانفعالي غير الصحيح أو التبدل الانفعالي أو يكون في صورة ثنائية انفعالية إزاء الأفراد والأشياء، كما تضطرب وظيفة اللغة لديه فيكثر من استعمال الرموز بدلاً من الألفاظ العادية (هيئة التحرير، ٢٠١٧، ص ٢٥١)، وهذا ما أكدت عليه دراسة تهامي، ويونس (٢٠٠٧) والتي توصلت إلى أن هناك ثلاث سمات للنمط الفصامي وهي ضعف الاحساس باللذة الاجتماعية، التفكير السحري، الاختلالات الإدراكية.

و غالباً ما يبدأ الفصام في مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ بأعراض خفيفة تتصاعد في شدتها وتتمثل في قلة التركيز والانطواء والميل إلى العزلة والانسحاب من المجتمع، وينتشر في الأماكن المكتظة بالسكان، حيث الفقر والجريمة والبطالة والانحرافات السلوكية والاجتماعية، ونسبة ٤٠% من الحالات تظهر في الطبقات الاجتماعية ذات المستوى الأدنى كالعمال غير المهرة، ويزداد انتشاره بين العزبان أكثر من المتزوجين (عكاشة، ١٩٩٨، ص ٢٤٩)

وتتعدد الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بمرض الفصام منها ما يرجع إلى الوراثة ومنها ما يرجع إلى العوامل (النفسية، الاجتماعية، الكيميائية الحيوية، الثقافية)، ومنها ما يرجع إلى فقدان الحواس أو ضعفها، أو التغيرات الثقافية والحضارية الشديدة التي تصاحب الهزات الاقتصادية والكوارث الاجتماعية والهجرة دون الاستعداد النفسي لمواجهتها، والصدمات النفسية العنيفة، والحرمان في الطفولة المبكرة، مما يجعل الفرد حساساً لا يتحمل الضغط المتأخر عندما يكبر (اسماعيل، ٢٠١٦، ص ٤٢، ٤٣).

وتوجد خمسة أنواع من الفصام وهي (البارانوي، الهيبفريني، التصليبي، البسيط، الوجداني)، وسوف يقوم الباحث بتطبيق برنامج التدخل المهني مع النوع الأول (البارانوي) حيث أنهم يُشكلون القسم الأكبر من مجموع الفصاميين ككل، ويبدأ المرض لديهم في سن المراهقة، إلا أنه قد يبدأ في سنوات متأخرة نسبياً مثل العقدين الرابع والخامس من العمر، وهم أكثر ذكاءً من الأنواع الأخرى، ويتصفون من بداية المرض بالميل للشك ولسوء تفسير الأشياء والأحداث من حولهم على نحو يحط من قدرهم أمام أنفسهم (أريتي، ١٩٩٨، ص ٥٦).

وتعد مشكلة الانتكاسة لمريض الفصام هدراً للطاقات والامكانيات بالنسبة للفريق المعالج وللمنتكس وللدولة أيضاً، وتكون احتمالات الانتكاسة مرتفعة جداً عندما يكون

العلاج بالأدوية فقط وغير مقترن بالعلاج النفسي والاجتماعي، ويعتمد نجاح العلاج والتقليل من مخاطر احتمالات الانتكاسة على الاستمرار في جلسات العلاج، وأخذ العلاج بانتظام، وكذلك ترتبط الانتكاسة ومعدلات الشفاء منها ببداية الإصابة بالاضطراب، وذلك لأن مسار المرض يكون أقل تدهوراً إذا كانت بدايته في سن متأخرة، وإذا عولج في مرحلة مبكرة من الاضطراب، بينما يكون التدهور شديداً إذا كانت بدايته في سن مبكرة، ولم يُعالج الاضطراب، ومن ثم تضعف القدرات المعرفية، والمهارات الاجتماعية (شحاته، عبد المنعم وآخرون، ٢٠١٧)، وحدث الانتكاسة لدى مرضى الفصام لا ينشأ فقط من الخبرات أو الأحداث التي تؤثر عليهم، وإنما تنشأ بشكل مباشر من الأفكار التي يتبنوها حول هذه الأحداث والخبرات، وتنقسم الأفكار إلى الأفكار العقلانية التي تأخذ بشكل عام صورة رغبات ومطالب، وكذلك الأفكار اللاعقلانية التي تأخذ صورة مطالب وأوامر وحتميات مطلقة (Vernon) 2012, p 24.

وهناك العديد من الدراسات التي تناولت العوامل المؤدية إلى حدوث الانتكاسة لدى مرضى الفصام ومنها دراسة تشابنجام (Chabungbam et. al (2007) والتي توصلت إلى أن أسباب حدوث الانتكاسة لدى مرضى الفصام تتمثل في العوامل الديموجرافية والاكلينيكية، البطالة، الضغوط الحياتية، الأعراض الجانبية للأدوية على الأعراض الاكلينيكية. ودراسة كازادي وآخرون (Kazadi et. al (2008) والتي توصلت إلى أن أكثر العوامل التي تزيد من احتمالية خطر الانتكاسة لدى مرضى الفصام ترجع إلى الحالة المزاجية المصاحبة للاكتئاب وسوء الالتزام والافتقار إلى البصيرة، والآثار الجانبية للأدوية. كذلك دراسة عواد (٢٠١٣) والتي توصلت إلى أن أكثر العوامل التي تؤدي إلى انتكاسة مريض الفصام هي فقد صلته بالحياة وانعزاله. وأيضاً دراسة راهماتي وآخرون (Rahmati et. al (2014) والتي توصلت إلى أن الانتكاسات اللاحقة لمرضى الفصام تعتمد على الانتكاسات الأولى والسابقة، وتؤثر مدة التعافي والجنس والحالة الاجتماعية وتاريخ العائلة على خطر ووقت الانتكاسات. وأيضاً دراسة شيباساكي وآخرون (ShibaSaki et.al (2015) والتي توصلت إلى أن العوامل المسببة لمخاطر الانتكاسة لدى مرضى الفصام تمثلت في الضغوط الحياتية، العوامل الديموجرافية، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، وكذلك دراسة حسنين (Hassinine (2015) والتي توصلت إلى أن أهم أسباب حدوث الانتكاسة لدى مرضى الفصام هو عجز المريض عن إيجاد وظيفة بعد خروجه من المستشفى، ودراسة شحاته وآخرون (٢٠١٧) والتي توصلت إلى أن أسباب الانتكاسة لدى مرضى الفصام متنوعة منها ما يرجع إلى التاريخ الأسري أو فقدان الدعم الإيجابي للمريض، أو لعدم الانتظام في الجلسات العلاجية، أو لعدم الانتظام في تناول الجرعات الدوائية.

وتعد مهنة الخدمة الاجتماعية إحدى المهن التي تهدف إلى مساعده الافراد والجماعات والمنظمات والمجتمعات على تنمية قدراتهم ومواردهم، وزيادة فرصهم للحياة ووقايتهم من المشكلات، وإشباع حاجاتهم وحل مشكلاتهم، ويتم ذلك في ضوء موارد وثقافته المجتمع ومن خلال المؤسسات الموجودة بالمجتمع (أبو النصر، ٢٠٠٩، ص ١١)، ومما يزيد من أهمية دور المهنة في مجال الأمراض النفسية والعقلية وضرورة تفعيل هذا الدور أنه لم تعد النظرة إلى الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية نظرة جزئية محدودة بل أصبحت نظرة شاملة، فالمرض الاجتماعي تؤثر فيه عوامل صحية ووراثية ونفسية بجانب العوامل الاجتماعية، والمرض النفسي والعقلي تؤثر فيه عوامل اجتماعية جديدة (جبل، ٢٠٠٣، ص ٢٠)، ويلعب الأخصائيون الاجتماعيون دوراً حيوياً في تحسين خدمات الصحة العقلية المقدمة للمرضى، حيث أنهم يُعطون منظوراً اجتماعياً وحقوقياً مميزاً لعملمهم، وكذلك يُطورون المهارات المعتمدة على العلاقات، ويُركزون على التوافق والتعافي، ويُمكن أن يُدعمون المرضى لإجراء تغييرات إيجابية وموجهة لذواتهم (Allen, 2014, p5)، ويقومون أيضاً ببعض الأدوار النموذجية المهمة في مراكز الصحة العقلية وتشمل: توفير التنقيف الوقائي، إجراء التنقيف الوظيفي، التأكيد على الإدارة الذاتية في المنزل، التنقيف الدوائي ودعم الالتزام بالعلاج، الاطلاع الدائم على الأحداث المجتمعية وبرامج توزيع الموارد، القدرة على اتخاذ القرار السريع والدقيق في أوقات الأزمات، التفكير النقدي والقدرة على تقييم احتياجات المريض وفعالية التدخلات والاحتياجات، والقدرة على تخطيط وتنظيم العمل وتدوين الملاحظات والملفات (Nadda et. al 2016, p 5)، وهذا ما أكدت عليه دراسة مغازي (١٩٩٦) والتي هدفت إلى محاولة تقويم مدى فاعلية ممارسة الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام، وكان من أهم نتائجها أن طريقة خدمة الجماعة هي أكثر الطرق استخداماً معهم عن طريق جماعات النشاط وجماعات العمل، وأيضاً دراسة محمد (٢٠١٠) والتي توصلت إلى فعالية برنامج التدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لاشباع الاحتياجات الاجتماعية لمرضى الفصام والمتمثلة في تحقيق (المساندة الاجتماعية، الأداء الاجتماعي، الصلابة النفسية)، وكذلك دراسة Cesare, King (2015) والتي توصلت إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين يقومون بمجموعة واسعة من التدخلات وهم أيضاً يدعمون تدخلات نمط الحياة أكثر من المهنيين الآخرين، وتوصلت أيضاً إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين قد يواجهون صعوبات في كل من الوعي الدقيق لمشكلات الصحة العقلية وفي معرفة ممارسات العلاج الحالية، وأنه لا بد أن يتلقى الأخصائيون الاجتماعيون تنقيفاً ملائماً في مجال الصحة العقلية في شهاداتهم الجامعية للمساعدة في التعرف على المرض العقلي وعلاجه، بحيث يتلقى الأشخاص الذين يُعانون من مرض عقلي الرعاية المُتلى.

وتُعد طريقة خدمة الجماعة إحدى طرق الخدمة الاجتماعية التي تُعرف بأنها نشاط مخطط له أهداف، وبرنامج يُعزز الأداء الاجتماعي لأعضاء الجماعة ويقلل الضيق، ويستخدم الأخصائيون الاجتماعيون المهرة خدمة الجماعة من أجل تقديم الرعاية والرفاهية للأشخاص المصابون بأي من الأمراض أو الحالات العقلية التالية: اضطرابات الادمان، الفصام، الخرف، مشاكل الصحة العقلية للأطفال والمراهقين، التخلف العقلي، ذهان ما بعد الولادة، والصرع، وتعتمد طريقة خدمة الجماعة في ذلك على المبادئ المهنية للطريقة، حيث تُساعد هذه المبادئ الأخصائيين الاجتماعيين في توجيه هؤلاء المرضى إلى الخبرات التقدمية، ويُمكن أن يكون أفراد الأسر مورداً في خدمة الجماعة، حيث أن خبراتهم وآرائهم تُساعد في فهم المرض وقبله، ويمكن أن يتبنون مجموعة جديدة من المهارات للتعامل مع المواقف (Muralidhar, Antony 2017).

وتقوم الطريقة بدورها مع مرضى الفصام من خلال البرامج المختلفة التي يُعدها أخصائيي الجماعة لمرضى الفصام، وهذا ما أكدت عليه دراسة دراسة (Bradshaw 1996) التي حاولت اختبار فعالية العلاج الجماعي المنظم مع مرضى الفصام، و من خلال قياس التغييرات التي حدثت للجماعة التجريبية ومقارنتها بالجماعة الضابطة قبل وبعد اجراء التجربة لاختبار فعالية مهارات التأقلم الجماعي (CST) في خفض الانتكاسة لدى مرضى الفصام، وتضمنت مهارات التأقلم الجماعي على التدريب على إدارة الوقت وإدارة الاستثارة النفسية وإعادة البناء المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية، وتوصلت إلى أن أعضاء الجماعة التجريبية تماثلوا للشفاء في فترة أقل، مكثوا في المستشفى أقل، وتم تحقيق أهداف العلاج لهم بالمقارنة بالمجموعة الضابطة في كل من الاختبار القبلي والمتابعة بعد ستة أشهر، وكذلك دراسة مغازي (٢٠٠٢) والتي توصلت إلى وجود علاقة بين استخدام برامج خدمة الجماعة مع مرضى الفصام وبين اكتسابهم المهارات الحياتية، وأيضاً دراسة عبد الفتاح (٢٠١٠) والتي توصلت إلى أن هناك علاقة إيجابية بين استخدام وسائل التعبير في العمل مع جماعات مرضى الفصام لتنمية مهاراتهم في التفاعل الاجتماعي من خلال تنمية مهاراتهم في (رعاية شؤون المنزل، العناية الشخصية، العلاقات الاجتماعية).

وتدلنا نتائج الدراسات والبحوث السابقة - التي سوف نعرضها - أهمية الاتجاه المعرفي الذي يشتمل على العلاج العقلاني الانفعالي RET والعلاج الواقعي RT، والعلاج المعرفي السلوكي CBT باعتباره أفضل أنواع العلاجات النفسية والاجتماعية التي لها فاعلية في علاج بعض أنماط الاضطرابات العقلية والتي يعتبر الفصام أكثرها انتشاراً،

وكذلك إيماناً من الباحث بأن أسباب كل مشكلات الأفراد في الحياة إما لعدم وجود معلومات لديهم أو لوجود معلومات ولكنها خاطئة، ولذلك فإن تزويد مرضى الفصام بالمعارف والمعلومات هو الأفضل لتغيير أفكارهم الخاطئة وسلوكياتهم، وبالتالي إحداث التغيير في شخصياتهم للأفضل وبالتالي تقليل الخسائر الناتجة عن انتكاستهم بعد خروجهم من المستشفى.

وسوف نستعرض بعض الدراسات التي تناولت أنواع العلاجات التي تدخل ضمن الاتجاه المعرفي في تغيير الأفكار اللاعقلانية لمرضى الفصام، ومنها دراسة جيملي وآخرون (2003) Gumely et. al والتي توصلت إلى فعالية استراتيجيات العلاج المعرفي في الكشف عن العلامات المبكرة للانتكاسة لمرضى الفصام، وأن له دور في التخفيف من الأعراض السلبية للانتكاسة، وتحسين الأداء الاجتماعي. ودراسة ناصف (٢٠١٠) والتي توصلت إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف المعتقدات السلبية غير العقلانية لدى عينة من مرضى الفصام. ودراسة نوفل (٢٠١٦) والتي توصلت إلى أن العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي عوامل أساسية للوقاية من مخاطر الانتكاسة لمرضى الفصام.

ويتبين من العرض السابق أن مواجهة مخاطر الانتكاسة يتطلب الاستعانة بنماذج علاجية تتضمن أساليب تدخل تعمل على تعزيز الكفاءة الذاتية وتغيير منظومة الأفكار والمعتقدات الخاطئة وذلك لمنع الانتكاسة ومحاولة تحسين وخفض احتمالات مخاطرها. (حافظ، ٢٠١٨، ص ٣٤٠)، ومن هذه النماذج النموذج العقلائي الانفعالي والذي يهدف إلى إكساب مريض الفصام البصيرة على ثلاث مراحل وهي: (مليكه، ١٩٩٠، ص ١٨٥) أولاً: فهم ارتباط سلوك الشخص بأسباب سابقة تكمن في معتقداته، ثانياً: فهم المريض أنه كان مضطرباً انفعالياً في الماضي، وهو مضطرب الآن أيضاً لأنه لازال يفرض على نفسه نفس النوع من الأفكار الخاطئة، ثالثاً: اعتراف المريض أن تصحيح الأفكار اللاعقلانية والاستمرار في تصحيحها يتطلب عملاً صعباً ومراناً جاداً مستمراً.

وهناك العديد من الدراسات التي تناولت العلاج العقلائي الانفعالي بصفة خاصة في تعديل الأفكار اللاعقلانية لفئات أخرى غير مرضى الفصام ومنها على سبيل المثال:

دراسة البكر (٢٠٠٢) والتي توصلت إلى فعالية البرنامج الإرشادي العقلائي الانفعالي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى مرتفعي درجة القلق والاكتئاب، ودراسة شيمه (٢٠٠٢) والتي توصلت إلى فاعلية البرنامج الإرشادي العقلائي الانفعالي في تحسين مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المراهقات بالصف الأول الثانوي عن طريق تعديل الأفكار اللاعقلانية

واستبدالها بأفكار منطقية جديدة، وأيضاً دراسة بسيوني (٢٠٠٦) والتي توصلت إلى فاعلية برنامج عقلائي انفعالي في خفض حدة القلق وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من المراهقات الجامعيات، وكذلك دراسة سكران (٢٠١٠) والتي توصلت إلى فاعلية برنامج النموذج العقلائي الانفعالي في تخفيف حدة القلق الاجتماعي وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من الأطفال ضعاف السمع، وأيضاً دراسة عزام (٢٠١٢) والتي توصلت إلى أن التدخل المهني باستخدام العلاج العقلائي الانفعالي قد أحدث تعديلاً إيجابياً في الأفكار الخاطئة لدى الطلاب المكفوفين تحو (الذات، الآخرين، الطموح والنظرة للحياة المستقبلية)، وكذلك دراسة محمد (٢٠١٧) والتي توصلت إلى فاعلية برنامج ارشادي عقلائي انفعالي لتنمية أساليب مواجهة أزمة الهوية لدى الشباب الجامعي من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية لديهم.

ومن العرض السابق للإطار النظري والدراسات السابقة، والذي اتضح فيه أن مريض الفصام لديه بعض السمات الشخصية، وكذلك بعض الأعراض التي تظهر عليه والتي منها أن لديه أفكار غير عقلانية وغير منطقية نتيجة مرضه توقعه عن أداء أدواره الاجتماعية وقد تسبب له الانتكاسة والعودة للمرض مرة أخرى بعد الخروج من المستشفى، وأن هناك عوامل عديدة تؤدي إلى حدوث الانتكاسة، وأن هناك العديد من النماذج التي تنبثق من الاتجاه المعرفي والتي قد استخدمت لتعديل هذه الأفكار، وأن الخدمة الاجتماعية وطريقة خدمة الجماعة من خلال مداخلها المعاصرة ونماذجها العلمية ومنها النموذج العقلائي الانفعالي يمكن أن تعمل على تعديل هذه الأفكار غير العقلانية لهم وإبدالها بأخرى عقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة، ولذلك يمكن صياغته مشكلة الدراسة في التساؤل التالي: هل يمكن للنموذج العقلائي الانفعالي في خدمة الجماعة أن يعمل على تعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام؟

ثانياً: أهمية الدراسة:

١- تتضح أهمية الدراسة من اهتمام الدولة برعاية ذوي الاضطرابات العقلية ومنهم فئة مرضى الفصام، حيث تُخصص لهم المستشفيات لعلاجهم وتأهيلهم للعودة للمجتمع والاستفادة من القدرات الموجودة لديهم لصالح مجتمعهم، والدليل على ذلك عدد الأسرة بمستشفيات الأمراض النفسية والعقلية الحكومية منها والخاصة في عام ٢٠١٧ قد بلغت ٦٠٦٣ سرير (الجاز المركزي للتعينة العامة والاحصاء، ٢٠١٧).

- ٢- تهتم هذه الدراسة بمعرفة التأثير السلبي للأفكار اللاعقلانية لمرضى الفصام، حيث إن هذه الأفكار يمكن أن تجعله لا يستجيب للعلاج الدوائي، وبالتالي يمكن أن تتسبب في حدوث الانتكاسة له وما يُسببه ذلك من خسائر لنفسه ولأسرته ولمجتمعه.
- ٣- تهتم هذه الدراسة باستخدام أحد النماذج العلمية الحديثة في طريقة خدمة الجماعة ألا وهو النموذج العقلاني الانفعالي وهو من النماذج قصيرة المدى والذي يحتوي على الاستراتيجيات والتكنيكات المهنية التي يمكن أن يكون لها دور كبير في تعديل هذه الأفكار اللاعقلانية وبالتالي خفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لديهم.
- ٤- قلة الدراسات - في حدود علم الباحث - التي تناولت تعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر الانتكاسة لدى مرضى الفصام، ولذلك قد تكون هذه الدراسة إضافة علمية لمهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وتخصص خدمة الجماعة بصفة خاصة في هذا المجال.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

١. اختبار فاعلية ممارسة النموذج العقلاني الانفعالي في خدمة الجماعة لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى مرضى الفصام.
٢. اختبار فاعلية ممارسة النموذج العقلاني الانفعالي في خدمة الجماعة لخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام.

رابعاً: مفاهيم الدراسة :

- ١- النموذج العقلاني الانفعالي
- ٢- الأفكار اللاعقلانية
- ٣- مخاطر احتمالات الانتكاسة
- ٤- الفصام

ويمكن عرض هذه المفاهيم كالتالي:

١- مفهوم النموذج العقلاني الانفعالي:

يُعرفه معجم علم النفس والطب النفسي بأنه: نموذج نماه وطوره ألبرت إليس **Albert Ellis** وهو قائم على وجهة النظر القائلة بأن المشكلات والاضطرابات الانفعالية تتبع من الاتجاهات الخاطئة المشوهة والمعتقدات الانهزامية، وهذه الأفكار تكرر نفسها في صورة قناعات متداخلة (كفاي، ١٩٩٥، ص ٣١٨).

ويُعرف أيضاً على أنه "نموذج قائم على نظرية الإدراك التي وضعها (هارولد ويرنر) ويركز على العمليات الفكرية العقلية، والقائم على أفكار عالم النفس إليس "Ellis" حيث يشجع على التمييز بين ما هو حقيقة موضوعية في البيئة وما هو غير دقيق وسلبي بالتفسير الذاتي الذي يُشكل سلوك الشخص وحياته" (السكري، ٢٠٠٠، ص ٤٣٣).

ويُعرف أيضاً بأنه نموذج علاجي مباشر موجه، يستخدم فنيات انفعالية ومعرفية لمساعدة الفرد لتصحيح معتقداته اللاعقلانية التي يصابها خلل انفعالي سلوكي، إلى معتقدات عقلانية يصابها ضبط انفعالي سلوكي (أبو أسعد، ٢٠١٤، ص ٣٠٠).
كما يُعرف على أنه "النموذج الثلاثي في التعامل مع الاضطرابات الانفعالية، وهو أن الفرد يجب أن يفكر ويشعر ويسلك في الاتجاه المعاكس لمعتقداته وأفكاره اللاعقلانية حتى يمكن أن يحدث تغييراً بنائياً في حياته (Ellis, 2002, p 61).

ويقصد بالنموذج العقلاني الانفعالي إجرائياً في الدراسة الحالية:

- أ- نموذج قصير المدى يستخدمه أخصائي الجماعة مع مرضى الفصام بهدف تعديل الأفكار اللاعقلانية لديهم وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لديهم.
- ب- يحتوي على العديد من الاستراتيجيات المهنية مثل استراتيجية (تعلم المفاهيم، الاستعراض المعرفي، إعادة بناء المفاهيم، الضبط الانفعالي، إعادة البناء المعرفي).
- ج- يحتوي على العديد من الأساليب المهنية مثل الأساليب (المعرفية، الانفعالية، السلوكية).

٢- مفهوم الأفكار اللاعقلانية:

عُرفت كلمة فكرة على أنها: مجموعة من التصورات الذهنية في عقول الناس يعززون صحتها في صور لفظية أو سلوكية. Long man Dictionary, 2000, P. (334).

وتُعرف الأفكار اللاعقلانية بأنها: أفكار خيالية، سلبية، وغير واقعية تصحبها عواقب انفعالية وأنماط سلوكية مضطربة وغير مرغوبة مثل القلق، الغضب، العدائية والاكنتاب (عبد الله، ٢٠٠٨، ص ٢٩).

وتُعرف أيضاً بأنها أفكار غير واقعية وغير منطقية، ناتجة عن أفكار وتوقعات مبنية على مزيج من الظن والتهويل والمبالغة، وتقود إلى القلق، وتسبب المشكلات النفسية، وتؤثر على ناتج السلوك (David, 2010, p 102).

وهي أيضاً مجموعة من الأفكار التي يصحبها في الغالب اضطرابات انفعالية مرضية (ابراهيم، ١٩٩٤، ص ٢٩٥).

وبعد عرض ما سبق يمكن وضع مفهوم إجرائي للأفكار اللاعقلانية على أنها:

- أ- معتقدات وتصورات ذهنية خاطئة لدى مريض الفصام.
- ب- تستند على إدراكه وفهمه غير المنطقي للأحداث التي تمر به في حياته.
- ج- ترتبط هذه الأفكار بعلاقة المريض بذاته وبالآخرين وبالظروف المحيطة به.
- د- إذا لم يتم تعديل هذه الأفكار يمكن أن تحدث الانتكاسة والعودة إلى مرضه مرة أخرى.

٣- مفهوم مخاطر احتمالات الانتكاسة:

تُعرف الانتكاسة لغة بأنها من نكس رأسه ونكسه، ونكست الشيء قلبته وجعلت أعلاه أسفله (الفيومي، ٢٠١٠، ص ٣٢١).

وتُعرف اصطلاحاً بأنها مجرد إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك، وليس فشلاً في تغيير السلوك (التركيب، ٢٠١٣، ص ١١٦).

ومفهوم مخاطر الانتكاسة هي: مجموعة من المواقف الضاغطة المتداخلة المرتبطة بالأشخاص والخبرات والضغوط التي تدفع حالات التعافي من مرضى الفصام إلى الانتكاسة والعودة للمرض مرة أخرى (حافظ، ٢٠١٨، ص ٣٤١).

وهي أيضاً: عملية حيوية لكل من مريض الفصام وفريق العمل معه بالمستشفى، ويمكن أن تتم عملية الوقاية من احتمالات مخاطر الانتكاسة على مستوى فردي أو جماعي على أن يكون المريض على معرفة بالعلامات التحذيرية والمشكلات التي يمكن أن يتعرض لها وأن يتعلم كيفية التغلب عليها (زوبع وآخرون، ٢٠١٧، ص ٨٦).

وبعد عرض ما سبق يمكن وضع مفهوم إجرائي لمخاطر احتمالات الانتكاسة على أنها:

أ- مجموعة من المواقف الضاغطة والتي تخص الأشخاص والخبرات والضغوط التي قد يواجهها مرضى الفصام.

ب- قام الباحث بتطبيق مقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة (إعداد الباحث) من خلال الجوانب التالية: (المعرفية، النفسية، السلوكية، العلاجية) لمعرفة أثر ممارسة النموذج العقلاني الانفعالي في خدمة الجماعة في زيادة المعارف والمهارات وتغيير السلوك لمرضى الفصام.

ج- هدف الاختصاصي من ذلك تفادي حدوث الانتكاسة لدى مرضى الفصام.

٤- مفهوم الفصام

ورد في المعجم الوسيط أن كلمة الفصام مشتقة من مادة (فصم) فيقال فصم الشيء فصماً أي شقه وصدعه دون بينونة، وفصم العقدة: حلها، وفصم الشيء قوسه وحناه، وانفصمت العروة: انقطعت (مجمع اللغة العربية، ١٩٨٥، ص ٢١٨).

ويُعرف الفصام اصطلاحاً على أنه مرض عقلي يُصنف ضمن فئة الأمراض العقلية المعروفة بالذهان، ويُعتبر أكثر الأمراض الذهانية انتشاراً (طه، ٢٠٠٥، ص ٦٣٤). ويعرف أيضاً بأنه اضطراب نفسي يؤدي إلى حدوث تغيير في الإدراك والتفكير والوجدان والسلوك واللغة والانفعالات (Iriondo et. al, 2013, p 54).

ويُعرف أيضاً بأنه مرض عقلي يتميز باضطراب في التفكير والوجدان والسلوك وأحياناً الإدراك، ويؤدي - إن لم يُعالج في بادئ الأمر - إلى تدهور في المستوى السلوكي والاجتماعي، كما يفقد الفرد شخصيته وبالتالي يُصبح في معزل عن العالم الخارجي (أبو العزائم، ٢٠٠٧، ص ١٣٥) .

ويُعرف أيضاً على أنه حالة عقلية ذهانية غير سوية تُصيب الإنسان وتُسبب له تغييراً عميقاً في أنماط تفكيره وشعوره وسلوكه تجاه العالم، بحيث تختلط لديه الحقيقة بالوهم وتؤدي إلى تبني أساليب وتصرفات لا تتفق مع الواقع، مما يجعل المريض غير مستبصر بمرضه، أي لا يعرف أنه مريض (أبو النصر، ٢٠٠٥، ص ٢١٤) .

ويشير أيضاً إلى أنه مرض عقلي يؤدي إلى فقدان وحدة الشخصية، بمعنى أن التفكير لا يرتبط بالانفعال، والانفعال لا يرتبط بالنشاط الحركي مع الانسحاب من الحياة الواقعية إلى حياة العزلة والانكماش في عالم خيالي (فهيمي، ٢٠١٠، ص ٩٥).

ويُعرف فصام البارانويا بأنه عبارة عن اضطراب عقلي يتصف بوجود أو هام وضلالات تتعلق بالاضطهاد والعظمة والغيرة، وتكون السمة الغالبة لدى المرضى اضطرابات التفكير، حيث يقومون بإسقاط الأفكار والمعتقدات على الآخرين (الشربيني، صادق، ٢٠٠٠، ص: ١٣١).

خامساً: الإطار النظري للدراسة

سوف يتم تناول الإطار النظري في النقاط التالية:

١- خصائص النموذج العقلاني الانفعالي: (Payne, 2005, p 121)

- أ- أسلوب واضح للتعامل مع اضطرابات الشخصية.
- ب- يُسهم بدور فعال في تغيير الشخصية ومواجهة المشكلات الانفعالية.
- ج- يُشجع الأفراد بأن يكونوا مسؤولين عن أفعالهم وتغيير سلوكهم للأفضل.
- د- يستخدم فنيات سهله تتناسب وعقل ومنطق المريض.
- هـ- أسلوب تعليمي اقناعي يوضح للمريض أن أفكاره اللاعقلانية هي سبب إزعاجه ويُعرفه بكيفية التعرف عليها وكيفية تغييرها واستبدالها بأخرى عقلانية.
- و- يناسب الأذكاء ومتوسطي الذكاء وذوى الدافع نحو التغيير.
- ز- يتم فيه مساعدة المريض على أن يقترب إدراكه من الحقيقة وذلك من خلال التحدث معه أو إرشاده إلى تجارب من شأنها تبديل الفكرة الخاطئة.

٢- أسس النموذج العقلاني الانفعالي (عطيه، ٢٠١٣، ص ١٤٩):

- أ- الفكر والانفعال والسلوك يؤثر كل منهم في الأمر.
- ب- الانسان ما بين عقلائي وغير عقلائي، والسلوك العقلاني يؤدي إلى الصحة والسعادة.
- ج- الاضطراب النفسي (الانفعالي) ينتج عن التفكير غير العقلاني.
- د- ينبع التفكير غير العقلاني من التعلم غير المنطقي من الوالدين والثقافة.
- هـ- الانسان يُعبر عن فكره رمزياً ولغوياً، وكل من الفكر والانفعال يتضمنان الكلام مع الذات في شكل جمل، وإذا كان الفكر مضطرباً صاحبه انفعال مضطرب.
- و- تفكير الانسان هو الذي يُلون المدركات بجعلها حسنة أو رديئة، نافعة أو ضارة.
- ز- الأفكار اللاعقلانية يمكن دحضها وتعديلها إلى موجبة وإعادة تنظيمها عقلاً.

٣- أهداف النموذج العقلاني الانفعالي مع جماعة مرضى الفصام:

- أ- التعرف على الأفكار غير العقلانية والتي تُسبب رد فعل غير مناسب لدى مريض الفصام.
- ب- المساعدة في رفض هذه المعتقدات وتفنيدها.
- ج- تشجيع عضو الجماعة على تعديل أفكاره وبالتالي تعديل فلسفته في الحياة والتحكم بعقلانية في عاطفته وانفعاله (عبد الهادي، ١٩٩٧، ص ٢٧٤).
- د- الحد من النظرة الدونية لنفسه واكسابه نظرة واقعية نحو الذات والحياة.
- هـ- تعليم عضو الجماعة طريقة الملاحظة الذاتية والتقدير الذاتي لضمان استمرار التحسن.
- و- مساعدة عضو الجماعة على المشاركة بنشاط وفعالية في الأنشطة.
- ز- المساعدة في تقييم نمط تفكيره وذلك لتعديل المدركات الخاطئة عن الذات والآخرين والظروف المحيطة.
- ح- المساعدة في تغيير طريقة التفكير أو الإدراك.
- ط- تصحيح معلومات المريض وصياغتها على النحو الملائم الذي يكفل حُسن تفاعله مع المحيطين به (Bernard, Michael E, 2013, p 115).

٤- أدوار أخصائي الجماعة خلال الاجتماعات مع جماعة مرضى الفصام (أبو زيد، ٢٠٠٣، ص ٢٠٢):

- أ- التعرف على المعتقدات الأساسية غير العقلانية، والتي تسبب مشاكل لمريض الفصام ويكون على الأخصائي بعدها تنفيذ هذه المعتقدات الخاطئة وغير العقلانية.
- ب- يجب أن يكون أخصائي الجماعة محاور جيد حيث يوضح لمريض الفصام الأفكار غير العقلانية ثم يبدأ في المساعدة في تغييرها إلى أفكار صحيحة.

ج- يكون له دوراً مباشراً وفعالاً في قيادة وتوجيه أعضاء الجماعة، والمحافظة على النظام، والتأكد من مشاركة الصامتين منهم، والتخفيف من ثرثرة الآخرين، والتأكد أيضاً من أن أعضاء الجماعة يطرحون مشكلاتهم الصعبة بكل جوانبها (العاسمي، ٢٠١٤، ص ٣١٣، ٣١٤).

د- محاولة دحض الأفكار اللاعقلانية من خلال التعليم والتشجيع والتكليف بالمهام البنائية.

ه- محاولة إدراك أن العملية المباشرة والفعالة للعلاج العقلاني الانفعالي توظف بثبات في العملية الجماعية ولا تعمل بشكل غير منتظم مع الأشكال الأخرى من السلوك التي تسمح بوجودها أنواع ونماذج أخرى من العلاج.

و- القيام بدور المعلم الذي يقع على عاتقه تعليم المرضى عمليات معادلة النفس ودحض الأفكار اللاعقلانية، وخلال العملية التعليمية يتعلم المرضى المهارات التي تزودهم بالأدوات التي تساعدهم في تحديد ومواجهة الأفكار غير العقلانية (رشوان، ٢٠٠٧، ص ١٢٢).

سادساً: الإجراءات المنهجية للدراسة :

١- نوع الدراسة: تُعد هذه الدراسة من الدراسات شبة التجريبية والتي تسعى إلى اختبار ممارسة النموذج العقلاني الانفعالي في خدمة الجماعة باعتباره (متغير مستقل) لتعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض احتمالات مخاطر الانتكاسة لدى مرضى الفصام (كمتغير تابع).

٢: منهج الدراسة: توافقا مع نوع الدراسة وأهدافها فإن المنهج المستخدم هو المنهج التجريبي الذي تتمثل فيه خطوات المنهج العلمي وذلك بالاعتماد على التصميم التجريبي الذي يقوم على استخدام التجربة القبلية البعدية باستخدام مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية مع محاولة التحكم في مختلف المتغيرات أثناء فترة التطبيق قدر الامكان.

٣- فروض الدراسة: تتحدد فروض الدراسة في الفرضين الرئيسيين التاليين:

أ- توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية لمرضى الفصام.

ب- توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام.

٤ - أدوات الدراسة: اعتمدت الدراسة على الأدوات التالية:

- أ- مقياس الأفكار اللاعقلانية لمريض الفصام (إعداد الباحث)، وقد اعتمد الباحث في إعدادة على المقاييس التالية:
 - مقياس الأفكار اللاعقلانية: إعداد/ ربما أستتيبه، لما القيسي ٢٠١٩.
 - مقياس الأفكار الخاطئة لدى الطلاب المكوفين: إعداد د/ شعبان عزام ٢٠١٢.
 - استبانة الأفكار اللاعقلانية لمريض القلق. إعداد أ. د/ حمدي ابراهيم منصور ٢٠٠٠.
- ب- مقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة (إعداد الباحث)، وقد اعتمد الباحث في إعدادة على المقياس التالي:
 - مقياس احتمالات الانتكاسة: إعداد/ داليا علي حسن ٢٠١٤.
- ج- تحليل محتوى التقارير الدورية وذلك لمعرفة تأثير ممارسة النموذج العقلائي الانفعالي لتعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لمريض الفصام.
 - وسوف يتم عرض اجراءات تصميم كلا المقياسين فيما يلي:

(١) مرحلة تحديد أبعاد المقياسين وصياغتها:

- قام الباحث بتصميم مقياس الأفكار اللاعقلانية لمريض الفصام وذلك بالرجوع الى التراث النظري والمقاييس المرتبطة بموضوع الدراسة، والأفكار اللاعقلانية التي حددها "إليس"، وتكون المقياس من (١٠) أفكار، وقد قام الباحث بصياغة العبارات المرتبطة بكل بعد في صورته الأولى، حيث بلغت عدد عبارات المقياس (٧٠) عبارة موزعة على أبعاد المقياس (١٠) أبعاد بواقع (٧) عبارات لكل بُعد.
- وبالنسبة لمقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة: قام الباحث بتصميم المقياس وذلك بالرجوع الى التراث النظري والمقاييس المرتبطة بموضوع الدراسة، وتكون المقياس من (٤) أفكار، وقد قام الباحث بصياغة العبارات المرتبطة بكل بُعد في صورته الأولى، حيث بلغت عدد عبارات المقياس (٥٢) عبارة موزعة على أبعاد المقياس (٤) بواقع (١٣) عبارة لكل بُعد.

- (٢) **مرحلة تحكيم المقياسين:** تم عرض المقياسين على عدد (٨) من السادة المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية، وكلية التربية والآداب قسم علم النفس بجامعة أسيوط وذلك لابداء آرائهم العلمية والاستفادة من توجيهاتهم البناءة في أبعاد وعبارات المقياس سواء بالحذف أو الاضافة أو التعديل.

- (٣) **مرحلة تعديل المقياسين:** تم إجراء التعديلات اللازمة للمقياسين وفقاً لآراء السادة المحكمين، حيث تم استبعاد العبارة التي تقل نسبة الاتفاق فيها عن ٨٠%.

(٤) تحديد أوزان فقرات المقياسين: وذلك على التدرج الثلاثي (دائماً-أحياناً-نادراً)، في مقياسي الأفكار اللاعقلانية، احتمالات مخاطر الانتكاسة تم وضع أوزان لهذه العبارات

(٥) مرحلة الصياغة النهائية للمقياسين: بالنسبة لمقياس الأفكار اللاعقلانية لمرضى الفصام: في هذه المرحلة وعقب الانتهاء من تعديل عبارات المقياس وفي ضوء ملاحظات السادة المحكمين قام الباحث بتوزيع عدد (٥٠) عبارة على أبعاد المقياس بالتساوي وذلك بواقع عدد (٥) عبارات لكل بعد، وتوضيح العبارات الإيجابية والسلبية، وكيفية توزيع درجات الاستجابات عليها وذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (١) أرقام العبارات الإيجابية والسلبية لمقياس الأفكار اللاعقلانية وطريقة تصحيحها

الاستجابات			أرقام العبارات	نوع العبارات وعددها
نادراً	أحياناً	دائماً		
١	٢	٣	١٦، ١٥، ١٤، ١٣، ١١، ١٠، ٩، ٨، ٧، ٥، ٣، ٢، ١، ٣٠، ٢٨، ٢٧، ٢٦، ٢٥، ٢٣، ٢٢، ٢١، ٢٠، ١٨، ١٧، ٤٣، ٤٢، ٤١، ٤٠، ٣٩، ٣٨، ٣٧، ٣٥، ٣٤، ٣٣، ٣٢، ٥٠، ٤٩، ٤٧، ٤٦، ٤٥	العبارات الإيجابية عددها (٤٠) عبارة
٣	٢	١	٤٨، ٤٤، ٣٦، ٣١، ٢٩، ٢٤، ١٩، ١٢، ٦، ٤	العبارات السلبية عددها (١٠) عبارة

هذا وقد قام الباحث ببناء مفتاح لتصحيح المقياس وذلك وفقاً لما يلي:

- الدرجة العظمى للمقياس = عدد عبارات المقياس $\times 3 = 3 \times 50 = 150$

- الدرجة الوسطى للمقياس = عدد عبارات المقياس $\times 2 = 2 \times 50 = 100$

- الدرجة الدنيا للمقياس = عدد عبارات المقياس $\times 1 = 1 \times 50 = 50$

- بالنسبة لمقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة: في هذه المرحلة وعقب الانتهاء من تعديل عبارات المقياس وأبعاده الأساسية وفي ضوء ملاحظات السادة المحكمين قام الباحث بتوزيع عدد (٤٠) عبارة على أبعاد المقياس بالتساوي وذلك بواقع عدد (١٠) عبارات لكل بُعد، وتوضيح العبارات الإيجابية والسلبية، وكيفية توزيع درجات الاستجابات كالتالي:

جدول (٢) أرقام العبارات الإيجابية والسلبية لمقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة وطريقة تصحيحها

الاستجابات			أرقام العبارات	نوع العبارات وعددها
نادراً	أحياناً	غالباً		
١	٢	٣	١٧، ١٥، ١٤، ١٣، ١١، ٩، ٨، ٧، ٦، ٥، ٣، ٢، ١، ٢٨، ٢٧، ٢٦، ٢٥، ٢٤، ٢٢، ٢١، ٢٠، ١٩، ١٨، ٤٠، ٣٨، ٣٧، ٣٦، ٣٤، ٣٣، ٣٢، ٣١، ٢٩	العبارات الإيجابية عددها (٤٠) عبارة
٣	٢	١	٣٩، ٣٥، ٣٠، ٢٣، ١٦، ١٢، ١٠، ٤	العبارات السلبية عددها (٨) عبارة

هذا وقد قام الباحث ببناء مفتاح لتصحيح المقياس وذلك وفقاً لما يلي:

$$- \text{ الدرجة العظمى للمقياس} = \text{ عدد عبارات المقياس} \times 3 = 3 \times 40 = 120$$

$$- \text{ الدرجة الوسطى للمقياس} = \text{ عدد عبارات المقياس} \times 2 = 2 \times 40 = 80$$

$$- \text{ الدرجة الدنيا للمقياس} = \text{ عدد عبارات المقياس} \times 1 = 1 \times 40 = 40$$

(٦) حساب صدق وثبات المقياسين كالتالي:

- صدق المقياسين:

- صدق الاتساق الداخلي: بالنسبة لمقياس الأفكار اللاعقلانية: بلغ معامل الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس وهي (٠,٨٦٧، ٠,٨٧٦، ٠,٨٠١، ٠,٧٥٩، ٠,٧٧٩، ٠,٨٥٤، ٠,٩١٤، ٠,٨٧٩، ٠,٧٥٩، ٠,٨٥٠) لمتغيرات المبالغة في طلب الحب، عدم الثقة في النفس، التهور الانفعالي، فكرة الرجوع المستمر إلى الماضي، الاعتمادية على الآخرين، تضخيم الأمور والأحداث والمواقف، البحث عن الكمال الشخصي، تجنب المشكلات والصعوبات، والخوف من الفشل، والخوف من المجهول، الدرجة الكلية للأفكار اللاعقلانية على التوالي وهي قيم جميعها دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ مما يدل على صدق مرتفع للمقياس الحالي لدى عينة الدراسة.

بالنسبة لمقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة وقد بلغ معامل الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس وهي (٠,٨٤٨، ٠,٩١٤، ٠,٨٤٧، ٠,٩٤٥، ٠,٩١٢) لمتغيرات المؤشرات المعرفية، والمؤشرات النفسية، والمؤشرات السلوكية، والمؤشرات العلاجية، والدرجة الكلية للوقاية من مخاطر الانتكاسة على التوالي وهي قيم جميعها دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ مما يدل على صدق مرتفع للمقياس الحالي لدى عينة الدراسة.

د- ثبات المقياسين:

مقياس الأفكار اللاعقلانية: أمكن حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، حيث أمكن حساب الصدق عن طريق صدق الاتساق الداخلي، ويمكن توضيح الثبات كما يلي:

جدول (٣) ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الدراسة من مرضى الفصام (ن=٢٠)

التجزئة النصفية		معامل الارتباط	ألفا كرونباخ	المتغيرات
تصحيح أثر الطول	سبيرمان براون			
٠,٨٨١	٠,٨٨٤	٠,٧٩١	٠,٨٦٧	المبالغة في طلب الحب والقبول من الآخرين
٠,٨٣٩	٠,٨٤٠	٠,٧٢٤	٠,٧٨٠	عدم الثقة في النفس
٠,٨٧٦	٠,٨٨١	٠,٧٨٨	٠,٨٢٨	التهور الانفعالي
٠,٧٢٩	٠,٧٤٥	٠,٥٩٤	٠,٩١٨	فكرة الرجوع المستمر إلى الماضي
٠,٨٥٨	٠,٨٦٠	٠,٧٥٤	٠,٨٤٣	الاعتمادية على الآخرين
٠,٧٨٢	٠,٧٨٣	٠,٦٤٣	٠,٧٣١	تضخيم الأمور والأحداث والمواقف
٠,٧٨٤	٠,٧٩٠	٠,٦٥٢	٠,٨١٨	البحث عن الكمال الشخصي
٠,٨٩٢	٠,٨٩٢	٠,٨٠٥	٠,٨٧٣	تجنب المشكلات والصعوبات
٠,٧٨٤	٠,٧٩٠	٠,٦٥٢	٠,٨١٨	الخوف من الفشل
٠,٨٩٢	٠,٨٩٢	٠,٨٠٥	٠,٨٧٣	الخوف من المجهول
٠,٩٣٩	٠,٩٤٠	٠,٨٨٧	٠,٩٣٠	الدرجة الكلية للأفكار اللاعقلانية

يتضح من خلال جدول (٣) أن المقياس يتمتع بثبات ألفا كرونباخ حيث بلغت قيمة ألفا كرونباخ (٠,٨٦٧، ٠,٧٨٠، ٠,٨٢٨، ٠,٩١٨، ٠,٨٤٣، ٠,٧٣١، ٠,٨١٨، ٠,٨٧٣، ٠,٩٣٠) للمتغيرات المذكورة في الجدول على التوالي، وكما يتسم المقياس بثبات التجزئة النصفية حيث بلغ معامل الارتباط بين النصفين (٠,٧٩١، ٠,٧٢٤، ٠,٧٨٨، ٠,٥٩٤، ٠,٧٥٤، ٠,٦٤٣، ٠,٦٥٢، ٠,٨٠٥، ٠,٦٥٢، ٠,٨٠٥، ٠,٨٨٧) لنفس متغيرات الأفكار اللاعقلانية على التوالي، وكما بلغ ثبات التجزئة النصفية بعد تصحيح أثر الطول للمقياس بمعادلة سبيرمان براون بلغ ثبات التجزئة النصفية (٠,٨٨٤، ٠,٨٤٠، ٠,٨٨١، ٠,٧٤٥، ٠,٨٦٠، ٠,٧٨٣، ٠,٧٩٠، ٠,٨٩٢، ٠,٧٩٠، ٠,٨٩٢، ٠,٧٩٠، ٠,٩٤٠) لنفس المتغيرات على التوالي، وكما بلغ ثبات التجزئة النصفية بعد التصحيح بمعادلة جتمان (٠,٨٨١، ٠,٨٣٩، ٠,٨٧٦، ٠,٧٢٩، ٠,٨٥٨، ٠,٧٨٢، ٠,٧٨٤، ٠,٧٨٢، ٠,٨٩٢، ٠,٧٨٤، ٠,٨٩٢، ٠,٩٣٩) لنفس المتغيرات على التوالي، وهي قيم جميعها تدل على ثبات جيد للمقياس مما يجعل الباحث مطمئن عند استخدام المقياس على عينة الدراسة الحالية.

- مقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة:

أمكن حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية كما يلي:

جدول (٤) ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى عينة الدراسة من مرضى الفصام (ن = ٢٠)

التجزئة النصفية		معامل الارتباط	ألفا كرونباخ	المتغيرات
تصحيح أثر الطول	جتمان			
٠,٧٩٨	٠,٨٠٣	٠,٦٧١	٠,٧٢٠	المؤشرات المعرفية
٠,٨٠٠	٠,٨٤٩	٠,٧٣٨	٠,٨٨٠	المؤشرات النفسية
٠,٨٥٩	٠,٨٨٨	٠,٧٩٩	٠,٨٢٥	المؤشرات السلوكية
٠,٩١٠	٠,٩١٢	٠,٨٣٨	٠,٨٦٩	المؤشرات العلاجية
٠,٩٥٣	٠,٩٦٤	٠,٩٣١	٠,٩٦٤	الدرجة الكلية

يتضح من خلال جدول (٤) أن المقياس يتمتع بثبات الفاكرونباخ حيث بلغت قيمة الفاكرونباخ (٠,٧٢٠، ٠,٨٨٠، ٠,٨٢٥، ٠,٨٦٩، ٠,٩٦٤) للمتغيرات الموجودة في الجدول على التوالي، وكما يتسم المقياس بثبات التجزئة النصفية حيث بلغ معامل الارتباط بين النصفين (٠,٦٧١، ٠,٧٣٨، ٠,٧٩٩، ٠,٨٣٨، ٠,٩٣١) لنفس المتغيرات على التوالي، وكما بلغ ثبات التجزئة النصفية بعد تصحيح أثر الطول للمقياس بمعادلة سبيرمان براون بلغ ثبات التجزئة النصفية (٠,٨٠٣، ٠,٨٤٩، ٠,٨٨٨، ٠,٩١٢، ٠,٩٦٤) لنفس المتغيرات على التوالي، وكما بلغ ثبات التجزئة النصفية بعد التصحيح بمعادلة جتمان (٠,٧٩٨، ٠,٨٠٠، ٠,٨٥٩، ٠,٩١٠، ٠,٩٥٣) لنفس المتغيرات على التوالي، وهي قيم جميعها تدل على ثبات جيد للمقياس مما يجعل الباحث مطمئن عند استخدام المقياس على عينة الدراسة.

٥- مجالات الدراسة:

أ- المجال البشري للدراسة:

- ويتحدد المجال البشري للدراسة في عينة من (مرضى الفصام) وعددهم (٤٠) مريضاً تم اختيار عينه عمدياً منهم وفقاً للشروط التالية:
- (١) أن يتراوح أعمارهم من ٣٠ : ٤٥ عاماً.
 - (٢) من الذكور، وذلك لانتشار أعراض الفصام لديهم أكبر من الإناث، وقلة حالات الإناث المصابين باضطراب الفصام في المستشفى.
 - (٣) أن يتراوح المستوى التعليمي ما بين المستوى المتوسط والجامعي وذلك للاطمئنان إلى توافر درجة من الفهم والاستيعاب لما سيقدم في البرنامج.
 - (٤) مقيم بالمستشفى اقامة الزامية لتلقى العلاج.

(٥) حصل على درجات مرتفعة على مقياس الأفكار اللاعقلانية ومقياس احتمالات مخاطر الانتكاسة، ووافق موافقة شفوية على إجراء برنامج التدخل المهني معه.
(٦) وحدة المرض هي التجانس الأكثر بين أعضاء الجماعة، حيث أنهم من نوع الفصام (البارانويا) لأنهم الفئة الوحيدة من الفصاميين الذين يمكن التعامل معهم بسهولة.
(٧) مراعاة التجانس إلى حد ما من حيث السن، الحالة الاجتماعية، تصنيف درجة الفصام، درجة التعليم والمستوى الاقتصادي والاجتماعي.

وانطبقت الشروط على عدد (١٦) شخصاً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين بمثابة (٨) مثلوا الجماعة التجريبية و(٨) مثلوا الجماعة الضابطة، وراعى الباحث التقارب والتجانس بين أعضاء الجماعة التجريبية والضابطة.

ب - المجال المكاني: تم تحديد المجال المكاني في مستشفى الصحة النفسية بمحافظة أسيوط، وذلك لعدد من المبررات أهمها:

- ١- توافر عينة الدراسة من مرضى الفصام البارانوي.
- ٢- اتساع مساحة المستشفى والأماكن المريحة للجلوس.
- ٣- رغبة المسؤولين بالمستشفى التعاون مع الباحث وقبولهم بإجراء الدراسة واستعدادهم لتذليل كافة الصعوبات والمعوقات التي قد تطرأ أثناء تنفيذ البرنامج.

ج-المجال الزمني: هي الفترة التي تم فيها تطبيق برنامج التدخل المهني مع مرضى الفصام، وقد بلغت هذا المدة (٣) ثلاثة أشهر تقريباً في الفترة من (٢٠١٩ / ١١ / ٣٠) إلى (٢٠٢٠ / ٢ / ٢٩).

٦- الصعوبات التي واجهت الباحث وكيفية التغلب عليها:

- أ- عدم فهم بعض أعضاء الجماعة التجريبية من مرضى الفصام لأهداف برنامج التدخل المهني في بداياته، مما تطلب من الباحث توضيح أهداف البرنامج ومميزاته لهم.
- ب- عدم حضور أعضاء الجماعة التجريبية الاجتماعات في موعدها المحدد، ولهذا حاول الباحث مراعاة ظروف الأعضاء ومحاولة تأخير موعد الاجتماعات إلى أقصى درجة، مع العمل على كسب ثقتهم وتكوين العلاقة المهنية معهم والتي قوامها الحب والاحترام والثقة والفهم المتبادل والديمقراطية والموضوعية.
- ج- عدم الاستقرار على أماكن الاجتماع مع مرضى الفصام بصورة دائمة، مما تطلب من الباحث استخدام أكثر من مكان في المؤسسة لعقد الاجتماعات مع أعضاء الجماعة التجريبية من مرضى الفصام.

ثامناً: برنامج التدخل المهني:

١- أهداف برنامج التدخل المهني باستخدام النموذج العقلاني الانفعالي مع مرضى الفصام: تم تنفيذ البرنامج لتحقيق الأهداف التالية:

أ- اختبار فاعلية النموذج العقلاني الانفعالي في خدمة الجماعة في تعديل الأفكار اللاعقلانية من خلال تنفيذ هذه الأفكار ومناقشتها ثم تعديلها لدى مرضى الفصام.
ب- اختبار فاعلية النموذج العقلاني الانفعالي في خدمة الجماعة في خفض احتمالات مخاطر الانتكاسة لدى مرضى الفصام.

٢- مراحل التدخل المهني باستخدام النموذج العقلاني الانفعالي مع مرضى الفصام:

المرحلة الاولى: مرحلة ما قبل التدخل المهني: وقد اشتملت على ما يلي :

أ- إعداد الجانب النظري فيما يخص النموذج العقلاني الانفعالي من جهة، وما يخص مرضى الفصام وأسباب حدوث الانتكاسة لهم وكيفية خفض مخاطرها من جهة أخرى.

ب- تحديد واختيار شروط العينة ومجتمع الدراسة وفقاً للشروط المحددة من قبل.

ج- إعداد مقياس الأفكار اللاعقلانية ومقياس احتمالات مخاطر الانتكاسة وإجراء الصدق والثبات لهما.

د- تطبيق المقياسين على المجموعة الضابطة والتجريبية (مرضى الفصام).

هـ- التعاقد الشفوي، حيث قام الباحث بتحديد الهدف المراد تحقيقه والأفكار اللاعقلانية المستهدفة بالتعامل، ومخاطر احتمالات الانتكاسة، ومدة التدخل المهني، وعدد الاجتماعات، ومكان ومواعيد الاجتماعات.

المرحلة الثانية: مرحلة التدخل: وهي المرحلة التنفيذية وقد اشتملت على ما يلي:

أ- تدعيم العلاقات الاجتماعية بين أعضاء الجماعة التجريبية.

ب- تطبيق الاستراتيجيات المهنية والأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية المرتبطة بالنموذج العقلاني الانفعالي.

المرحلة الثالثة: المرحلة التقييمية: وقد اشتملت على ما يلي:

أ- تحليل محتوى بعض الاجتماعات الدورية للاستفادة منها في صياغة النتائج.

ب- إجراء المقارنات بين نتائج القياسات القبليّة والبعدية لمعرفة حجم التغيير الذي طرأ عليهم.

ج- استخلاص نتائج التدخل المهني ووضع النتائج العامة للدراسة.

د- صياغة الدراسة نظرياً وعملياً في شكلها النهائي.

٣- استراتيجيات التدخل المهني باستخدام النموذج العقلاني الانفعالي مع مرضى الفصام:
أ- استراتيجية الاستعراض المعرفي: وقد قام الباحث بإتاحة الفرصة لمريض الفصام للتحدث عن أفكاره الخاطئة عن نفسه وعن الآخرين وعن الظروف المحيطة به، والقيود التي تفرضها عليه ظروفه سواء الاجتماعية أو الصحية ثم العمل على تعديلها من خلال مواجهتها ومعارضتها، وتوضيح لا منطقيتها وما يترتب عليها من اضطراب انفعالي وسلوكي.

ب- استراتيجية إعادة البناء المعرفي: وقد قام الباحث بتصحيح الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار صحيحة لدى مرضى الفصام حتى لا تؤدي هذه الأفكار إلى الاضطراب النفسي والاجتماعي والسلوك اللاتوافقي وبالتالي حدوث الانتكاسة.

ج- استراتيجية تعلم المفاهيم: حيث قام الباحث بتغيير الافتراضات والأفكار اللاعقلانية لدى مريض الفصام والتي يمكن أن تؤدي إلى منع استفادته من العلاج وتسبب له الانتكاسة، وكان هذا التغيير باستخدام تعلم المفاهيم عن طريق الاتصال معه، والبحث عن العقبات التي تعوق عملية التعليم وتذليلها.

د- استراتيجية إعادة بناء المفاهيم: وقد استخدم الباحث هذه الاستراتيجية لتقديم نموذج لطرق جديدة للتفكير والفهم وتقديم النصيحة لهم للربط بين تفكيرهم والأحداث التي جربوها، ومساعدتهم على البحث عن دليل في حياتهم لمشكلة تفكيرهم وفهمهم لعالمهم، ويشتمل ذلك على تفسير ومواجهة أي محاولات لعرض معلومات جديدة أو مقاومتها، واسترجاع المشاعر التي أظهرها مرضى الفصام ومناقشتها لدفعهم للتفكير في مفاهيم جديدة.

هـ- استراتيجية الضبط الانفعالي: وقد قام الباحث بمحاولة ضبط انفعالاتهم والتي تنعكس عليهم بالسلب ومساعدتهم على التحكم الذاتي في انفعالاتهم والسيطرة على مشاعرهم.

٤- أساليب التدخل المهني باستخدام النموذج العقلاني الانفعالي مع مرضى الفصام:
النموذج العقلاني الانفعالي يحوي بين طياته أساليب متعددة تتضمن الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية، وسوف يتم تناولها بالتفصيل فيما يلي:

أ- الأساليب المعرفية:

ويمكن توضيح الأساليب المعرفية في الآتي:

(١) تنفيذ الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية: والهدف من استخدامه هو كشف واستخراج الأفكار اللاعقلانية لدى مرضى الفصام عن طريق الإنصات لهم وتصديقهم كأى إنسان آخر، ثم توضيح عدم منطقية هذه الأفكار، ثم تنفيذها وتحليل تأثيرها عليهم وعلى الآخرين.

- (٢) **المناقشة المنطقية:** الهدف من استخدام هذا الأسلوب هو اقناع مريض الفصام بعدم منطقية أفكاره غير العقلانية والفرق بين الأوهام والحقيقة من خلال الحوار المتبادل.
- (٣) **تكوين البصيرة:** والهدف من استخدامه تنمية الإدراك لديه بأنه مريض وأن أفكاره اللاعقلانية هي السبب في ذلك المرض، وكشف آثار هذه الأفكار اللاعقلانية في استجابته للعلاج الدوائي وفي احتمالية حدوث الانتكاسة لديه.
- (٤) **المواجهة:** والهدف منها مواجهة المريض بأفكاره غير العقلانية وتحويلها لأفكار عقلانية.

ب- الأساليب الانفعالية أو العاطفية:

وهي الأساليب التي تتعرض لمشاعر وردود أفعال مرضى الفصام الانفعالية تجاه المواقف والمثيرات المختلفة، وهي كالاتي:

(١) **التخيلات العقلية الانفعالية:** وقد استخدم الباحث هذا الأسلوب عن طريق استعمال التخيلات السلبية التي يقوم بها مرضى الفصام، عن طريق تخيل نفسه يشعر بشعوره السلبي وغير الملائم كرد فعل لموقف معين ثم يرى نفسه يُغير المشاعر بمشاعر إيجابية وملائمة.

(٢) **التعاطف:** وقد استخدم الباحث هذا الأسلوب من خلال تشجيع التواصل وبناء الصلة مع مرضى الفصام، وتم التعبير عن التعاطف عن طريق طرح أسئلة تعاطفية لا تتضمن الحكم، والابتعاد عن الأسئلة التهامية التي تتضمن الحكم السلبي بين كلماتها.

(٣) **السيطرة على المشاعر:** وقد استخدمه الباحث للتحكم في المشاعر الإيجابية لدى مريض الفصام والتخلص من المشاعر السلبية من خلال التحكم في الأفكار الخاطئة لديه.

(٤) **الإفراغ الوجداني:** وقد استخدمه الباحث من خلال مساعدة مريض الفصام على التعبير الحر عن مشاعره من خلال التشجيع والانصات والتعاطف والتعليقات والقاء الاسئلة.

ج- **الأساليب السلوكية:** وهي الأساليب التي تُساعد مرضى الفصام على التخلص من السلوك غير المرغوب وتعديله إلى سلوك مرغوب فيه، ويمكن توضيحها فيما يلي :

(١) **النمذجة:** وتم استخدام هذا الأسلوب من خلال التعرف على النماذج السوية ومحاولة الاقتداء بها، كما قام الباحث باستخدام الآخرين كنماذج مثل مريض الفصام الذي أمكنه تغيير أنماط تفكيره اللاعقلانية وطلب منه توضيح الطرق العقلية التي حقق بها التغييرات المرغوبة.

(٢) **التدعيم والجزءات:** حيث استخدم الباحث التدعيم وذلك من خلال المدح والثناء والاستحسان في حالة القيام بالواجبات التي تساعدهم على تحقيق أهدافهم بعيدة المدى، وكذلك استخدام الجزاءات مع الرافضين تماماً القيام بالواجبات أو الذين لا يشاركون في المناقشات.

ثامناً: نتائج الدراسة :

١ - البيانات الوصفية للمجتمع البشري للدراسة:

ن = ٨

جدول رقم (٥) خصائص مجتمع الدراسة

جدول (ب) الحالة الاجتماعية			جدول (أ) السن		
نسبة	تكرار	فئات	نسبة	تكرار	فئات
٦٢,٥ %	٥	أعزب	٢٥ %	٢	٣٥: أقل من
٢٥ %	٢	منفصل	٥٠ %	٤	٣٥: أقل من
١٢,٥ %	١	أرمل	٢٥ %	٢	٤٥: أقل من
١٠٠ %	٨	المجموع	١٠٠ %	٨	المجموع
جدول (د) الحالة الاقتصادية			جدول (ج) المستوى التعليمي		
نسبة مئوية	تكرار	فئات	نسبة	تكرار	فئات
٢٥ %	٢	متوسطة	٦٢,٥ %	٥	مؤهل متوسط
٧٥ %	٦	منخفضة	٣٧,٥ %	٣	مؤهل عالي
١٠٠ %	٨	المجموع	١٠٠ %	٨	المجموع
جدول (و) الحالة المهنية الحالية			جدول (هـ) التاريخ المرضي في العائلة		
نسبة مئوية	تكرار	فئات	نسبة مئوية	تكرار	فئات
٣٧,٥ %	٣	يعمل	٨٧,٥ %	٧	يوجد
٦٢,٥ %	٥	لا يعمل	١٢,٥ %	١	لا يوجد
١٠٠ %	٨	المجموع	١٠٠ %	٨	المجموع

وقد أظهرت نتائج الجدول السابق أن عينة الدراسة تتسم بالخصائص التالية:

أ- بالنسبة للسن: جاء في الترتيب الأول من يقعون في المرحلة العمرية من (٣٥): أقل من ٤٠ سنة) بنسبة ٥٠%، ويليهما في الترتيب من يقعون في المرحلة من (٣٠): أقل من ٣٥ سنة) ويساويهما في الترتيب من يقعون في المرحلة من (٤٠): أقل من ٤٥ سنة) بنسبة ٢٥%، وهذا ما أكد عليه الاطار النظري للدراسة من أن مرضى البارانونيا يبدأ لديهم المرض في مرحلة المراهقة إلا أنه قد يبدأ في سنوات متأخرة نسبياً مثل العقدين الرابع والخامس من العمر (أريتي، ١٩٩٨، ص ٥٦)، وأيضاً أن الانتكاسة ومعدلات الشفاء منها ترتبط ببداية الاصابة بالاضطراب، لأن مسار المرض يكون أقل تدهوراً إذا كانت بدايته في سن متأخرة، وإذا عولج في مرحلة مبكرة من الاضطراب (شحاته، عبد المنعم وآخرون، ٢٠١٧).

ب- بالنسبة للحالة الاجتماعية: جاء في الترتيب الأول أعزب بنسبة ٦٢,٥% ويليه في الترتيب منفصل بنسبة ٢٥%، وجاء في آخر الترتيب أرمل ١٢,٥%، وهذا ما أكد عليه الاطار النظري للدراسة بأن انتشار مرض الفصام يكون بين العزاب أكثر من المتروجين (عكاشه، ١٩٩٨، ص ٢٤٩).

- ج- بالنسبة للمستوى التعليمي: جاء في الترتيب الأول من هم حاصلون على مؤهل متوسط بنسبة ٦٢,٥%، والنسبة الأقل من هم حاصلون على مؤهل عالي بنسبة ٣٧,٥%.
- د- بالنسبة للحالة الاقتصادية: جاءت النسبة الأكبر لمن هم حالتهم الاقتصادية منخفضة بنسبة ٧٥% والنسبة الأقل من هم في حالة اقتصادية متوسطة بنسبة ٢٥%.
- د- بالنسبة للتاريخ المرضي في العائلة: جاءت النسبة الأكبر من عينة الدراسة من لهم تاريخ مرضي في عائلتهم بنسبة ٨٧,٥%، والنسبة الأقل بنسبة ١٢,٥% من لا يوجد تاريخ مرضي في عائلتهم.
- هـ- بالنسبة للحالة المهنية الحالية: جاءت النسبة الأكبر من عينة الدراسة من لا يعملون بنسبة ٦٢,٥% والنسبة الأقل من يعملون بنسبة ٣٧,٥%.

٣- فروض الدراسة:

أ- نتائج الفرض الأول والذي ينص على: توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية لمرضى الفصام.

وللتحقق من صحة الفرض أمكن استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon للفروق بين رتب درجات المجموعات المترابطة، وبعد استخراج الفروق والدلالة الإحصائية أمكن حساب قيمة حجم الأثر، ويمكن توضيح نتائج الفرض في الجدول التالي:

جدول (٦) اختبار ويلكوكسون للفروق بين رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية لمرضى الفصام (ن = ١٦)

المتغيرات	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق	قيمة حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
المبالغة في طلب القبول من الآخرين	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٣٩	٠,٠١	القبلي	٠,٨٤	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
عدم الثقة في النفس	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٣٦	٠,٠١	القبلي	٠,٩٦	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
التهور الانفعالي	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٢٧	٠,٠١	القبلي	٠,٩٤	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
فكرة الرجوع المستمر إلى الماضي	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٦٠٢	٠,٠١	القبلي	٠,٩٨	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
الاعتمادية على الآخرين	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٩٠	٠,٠١	القبلي	٠,٩٠	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					

المتغيرات	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق	قيمة حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
تضخيم الأمور والأحداث والمواقف	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٦٢١	٠,٠١	القبلي	٠,٩٥	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
البحث عن الكمال الشخصي	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٥٩	٠,٠١	القبلي	٠,٩٦	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
تجنب المشكلات والصعوبات	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٦٢٠	٠,٠١	القبلي	٠,٩٤	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
الخوف من الفشل	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٩٢	٠,٠١	القبلي	٠,٩٩	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
الخوف من المجهول	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٨٧	٠,٠١	القبلي	٠,٩٤	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
الدرجة الكلية للأفكار اللاعقلانية	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٦٢٩	٠,٠١	القبلي	٠,٩٩	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					

قيمة Z: أقل من ١,٩٦ غير دال، من ١,٩٦ : ٢,٥٨ دال عند ٠,٠٥، من ٢,٥٩ : ٣,٢٧ دال عند ٠,٠١، من ٣,٢٨ فأكثر دال عند ٠,٠١،
 حجم التأثير: أقل من ٠,٥ تأثير ضعيف، من ٠,٥ إلى أقل من ٠,٨ تأثير متوسط، من ٠,٨ فأكثر تأثير كبير

يتضح من خلال جدول (٦) أنه عند المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده الفرعية حيث بلغت قيمة Z (٢,٥٣٩، ٢,٥٣٦، ٢,٥٢٧، ٢,٦٠٢، ٢,٥٩٠، ٢,٦٢١، ٢,٥٥٩، ٢,٦٢٠، ٢,٥٩٢، ٢,٥٨٧، ٢,٦٢٩) لمتغيرات المبالغة في طلب الحب والقبول من الآخرين، عدم الثقة في النفس، التهور الانفعالي، فكرة الرجوع المستمر إلى الماضي، الاعتمادية على الآخرين، تضخيم الأمور والأحداث والمواقف، البحث عن الكمال الشخصي، تجنب المشكلات والصعوبات، والخوف من الفشل، والخوف من المجهول، الدرجة الكلية للأفكار اللاعقلانية على التوالي وهي قيم تعبر عن وجود فروق جوهرية عند مستوى دلالة ٠,٠١ وكانت الفروق في صالح القياس القبلي مما يعني بأن البرنامج كان ذا تأثير فعال في خفض الأفكار اللاعقلانية وأبعاده الفرعية، كما بلغت قيمة ت (٢,٥٤٧، ٢,٦٣٩، ٢,٥٩٥، ٢,٧٢١، ٢,٦٦٩) لمتغيرات الوقاية من مخاطر الانتكاسة وأبعاده الفرعية وهي المؤشرات المعرفية، والمؤشرات النفسية، والمؤشرات السلوكية، والمؤشرات العلاجية، والدرجة الكلية للوقاية من مخاطر الانتكاسة على التوالي وهي قيم دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ في صالح القياس القبلي مما يعني بأن بعد تطبيق البرنامج أمكن خفض مخاطر الانتكاسة.

وللتحقق من قيمة أثر البرنامج أمكن حساب قيمة حجم الأثر باستخدام معادلة كوهين حيث بلغت قيمة حجم الأثر (٠,٨٤، ٠,٩٦، ٠,٩٤، ٠,٩٨، ٠,٩٠، ٠,٩٥، ٠,٩٦، ٠,٩٤، ٠,٩٤، ٠,٩٩) لمتغيرات المبالغة في طلب الحب والقبول من الآخرين، عدم الثقة في النفس، التهور الانفعالي، الرجوع المستمر إلى الماضي، الاعتمادية على الآخرين، تضخيم الأمور والأحداث والمواقف، البحث عن الكمال الشخصي، تجنب المشكلات والصعوبات، والخوف من الفشل، والخوف من المجهول، الدرجة الكلية للأفكار اللاعقلانية على التوالي وهي تعبر عن درجة تأثير كبيرة للبرنامج في خفض الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الدراسة.

وتتفق نتائج الجدول السابق مع الدراسات السابقة التي تناولت أهمية النموذج العقلائي الانفعالي ومنها دراسة البكر (٢٠٠٢) التي توصلت إلى فعاليته في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى مرتفعي درجة القلق والاكتئاب، ودراسة شيمه (٢٠٠٢) والتي توصلت إلى فعاليته في تحسين مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المراهقات بالصف الأول الثانوي،، وأيضاً دراسة بسيوني (٢٠٠٦) والتي توصلت إلى فعاليته في خفض حدة القلق وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من المراهقات الجامعيات، وأيضاً دراسة سكران ٢٠١٠ والتي توصلت إلى فعاليته في تخفيف حدة القلق الاجتماعي وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من الأطفال ضعاف السمع، ودراسة عزام ٢٠١٢ والتي توصلت إلى فعاليته في تعديل الأفكار الخاطئة لدى الطلاب المكفوفين، ودراسة محمد ٢٠١٧ والتي توصلت إلى فعاليته تنمية أساليب مواجهة أزمة الهوية لدى الشباب الجامعي من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية لديهم.

ب- نتائج الفرض الثاني والذي ينص على أنه "توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام"

جدول (٧) اختبار ويلكوسون للفروق بين رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام (ن = ١٦)

المتغيرات	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق	قيمة حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
المؤشرات المعرفية	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٤٧	٠,٠١	القبلي	٠,٩٩	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
المؤشرات النفسية	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٦٣٩	٠,٠١	القبلي	٠,٩٩	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					

المتغيرات	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق	قيمة حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
المؤشرات السلوكية	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٩٥	٠,٠١	القبلي	٠,٩٩	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
المؤشرات العلاجية	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٧٢١	٠,٠١	القبلي	٠,٩٩	كبير
	الرتب الموجبة	٠,٠٠	٠,٠٠					
الدرجة الكلية لمخاطر احتمالات الانتكاسة	الرتب السالبة	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٦٦٩	٠,٠١	القبلي	٠,٩٩	كبير

وللتحقق من قيمة أثر البرنامج أمكن حساب قيمة حجم الأثر باستخدام معادلة كوهين حيث بلغت قيمة حجم الأثر (٠,٩٩، ٠,٩٩، ٠,٩٩، ٠,٩٩، ٠,٩٩) لمتغيرات المؤشرات المعرفية، والمؤشرات النفسية، والمؤشرات السلوكية، والمؤشرات العلاجية، والدرجة الكلية للوقاية من مخاطر الانتكاسة على التوالي وهي تعبر عن درجة تأثير كبيرة للبرنامج في خفض مخاطر الانتكاسة لدى عينة الدراسة.

وتتفق نتائج الجدول السابق مع نتائج الدراسات السابقة والتي منها دراسة تشابنجبام **Chabungbam et. al 2007** والتي توصلت إلى أن أسباب حدوث لانتكاسة لدى مرضى الفصام تتمثل في العوامل الديموجرافية والإكلينيكية، البطالة، الضغوط الحياتية، والأعراض الجانبية للأدوية على الأعراض الإكلينيكية، ودراسة كازادي وآخرون **Kazadi et. al 2008** والتي توصلت إلى أن أكثر العوامل التي تزيد من احتمالية خطر الانتكاسة لدى مرضى الفصام ترجع إلى الحالة المزاجية المصاحبة للاكتئاب وسوء الالتزام والافتقار إلى البصيرة، والآثار الجانبية للأدوية، ودراسة (عواد ٢٠١٣) والتي توصلت إلى أن أكثر العوامل التي تؤدي إلى انتكاسة مريض الفصام هي فقد صلته بالحياة وانعزاله اجتماعياً، وكذلك دراسة شيبا شيباساكي وآخرون **ShibaSaki et.al 2015** والتي توصلت إلى أن العوامل المسببة لمخاطر الانتكاسة لدى مرضى الفصام تمثلت في الضغوط الحياتية، العوامل (الديموجرافية، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي)، وأيضاً دراسة حسانين **Hassinine 2015** والتي توصلت إلى أن أهم أسباب حدوث الانتكاسة لدى مرضى الفصام هو عجز المريض عن ايجاد وظيفة بعد خروجه من المستشفى، ودراسة شحاته وآخرون ٢٠١٧ والتي توصلت إلى أن أسباب الانتكاسة لدى مرضى الفصام متنوعة منها ما يرجع إلى التاريخ الأسري أو فقدان الدعم الإيجابي للمريض، أو لعدم الانتظام في الجلسات العلاجية، أو لعدم الانتظام في تناول الجرعات الدوائية.

عاشراً: تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

سوف يتم تحليل ومناقشة نتائج الدراسة وفقاً لتطبيق مقياسي الأفكار اللاعقلانية، مخاطر احتمالات الانتكاسة لمريض الفصام وذلك وفقاً لترتيب أبعادها الرئيسية، ومناقشة كل فرض من فروض الدراسة على حدة وذلك في ضوء الدراسات السابقة. وقد أثبتت نتائج الدراسة أن استخدام الباحث للنموذج العقلاني الانفعالي أدى إلى تعديل الأفكار اللاعقلانية ومخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام. وسوف يتناول الباحث هذه النتائج في ضوء:

- ١- النتائج المتعلقة بمقياس الأفكار اللاعقلانية.
- ٢- النتائج المتعلقة بمقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة.
- ٣- تحليل محتوى التقارير الدورية لاجتماعات الباحث مع أعضاء الجماعة التجريبية.

الجانب الأول: مناقشة النتائج المتعلقة بتطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية لمرضى الفصام:
النتائج الخاصة باختبار الفرض الأول للدراسة: "توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية لمرضى الفصام.

حيث أوضحت نتائج الجدول رقم (٦) اثبات صحة الفرض الرئيس الأول حيث أوضحت أنه توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لمرضى الفصام على مقياس الأفكار اللاعقلانية، وأيضاً أثبتت ذلك التقارير الدورية التي قام الباحث بتسجيلها عقب الاجتماعات التي أجراها مع أعضاء الجماعة التجريبية.

وعند مقارنة القياسين القبلي والبعدي للجماعة التجريبية اتضح أن الأفكار اللاعقلانية كان مستواها مرتفع في القياس القبلي ولكن انخفض مستواها في القياس البعدي ويرجع ذلك إلى برنامج التدخل المهني الذي قام به الباحث باستخدام النموذج العقلاني الانفعالي باستراتيجياته وتكنيكاته المهنية.

الجانب الثاني: مناقشة النتائج المتعلقة بتطبيق مقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة لمرضى الفصام:

النتائج الخاصة باختبار الفرض الثاني للدراسة: "توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة لمرضى الفصام:

حيث أوضحت نتائج الجدول رقم (٧) اثبات صحة الفرض الرئيس الثاني حيث أوضحت أنه توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين القياسين القبلي والبعدي لمرضى الفصام على مقياس مخاطر احتمالات الانتكاسة، وأيضاً أثبتت ذلك التقارير الدورية التي قام الباحث بتسجيلها عقب الاجتماعات التي أجراها مع أعضاء الجماعة التجريبية. وعند مقارنة القياسين القبلي والبعدي للجماعة التجريبية اتضح أن مخاطر احتمالات الانتكاسة كان مستواها مرتفع في القياس القبلي ولكن انخفض مستواها في القياس البعدي ويرجع ذلك إلى برنامج التدخل المهني الذي قام به الباحث باستخدام النموذج العقلاني الانفعالي باستراتيجياته وتكنيكاته المهنية.

الجانب الثالث: النتائج الخاصة بتحليل محتوى التقارير الدورية:

قام الباحث بتسجيل الاجتماعات عقب الاجتماع مع اجتماعات الجماعة التجريبية أثناء تنفيذ برنامج التدخل المهني باستخدام النموذج العقلاني الانفعالي والذي يهدف إلى (تعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة)، حيث أشارت نتائج التقارير الدورية إلى تعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لمرضى الفصام، وذلك من خلال ملاحظة تغيير مرضى الفصام للأفكار المغلوطة واللاعقلانية واستبدالها بأفكار إيجابية وعقلانية وبالتالي تعديل مشاعرهم وسلوكياتهم وبالتالي خفض مخاطر احتمالات الانتكاسة.

توصيات الدراسة:

- في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج يتقدم الباحث ببعض التوصيات التالية:
- ١- تشجيع فريق العمل بالمستشفى لمرضى الفصام في التغلب على المشكلات التي تواجههم ومقاومة ضغوط الحياة.
 - ٢- تأهيل مرضى الفصام نفسياً واجتماعياً بعد الخروج من المستشفى.
 - ٣- متابعة فريق العمل بالمستشفى لأفراد أسر مريض الفصام واعطائهم بعض النصائح والارشادات التي تفيدهم في التعامل مع مريض الفصام وتهيئة الجو النفسي والعاطفي والاجتماعي السليم الذي يساهم في علاجه وعدم انتكاسته وذلك من خلال: (المساندة الاجتماعية له، تقبلهم لأوجه القصور والضعف لديه والتعاطف معه وعدم إدانته، والانتباه لعلامات الشفاء وعلامات الانتكاسة لديه، وتوفير الجو الأسري المفعم بالتفهم والمحبة).
 - ٤- توعية أفراد المجتمع لتقبل مرضى الفصام بعد الخروج من مستشفى الصحة النفسية والتعامل السليم معهم لتجنب حدوث الانتكاسة لهم.

البحوث المقترحة:

- ١- ممارسة النموذج المعرفي في خدمة الجماعة لتنمية وعي أسر مرضى الفصام بكيفية التعامل مع مريض الفصام المتعافي.
- ٢- ممارسة النموذج المعرفي السلوكي في خدمة الجماعة في تعديل السلوكيات السلبية لدى مرضى الفصام.
- ٣- برنامج للتدخل المهني من منظور طريقة خدمة الجماعة لتنمية المهارات الاجتماعية لمرضى الفصام.
- ٤- برنامج للتدخل المهني من منظور طريقة خدمة الجماعة لتنمية وعي فريق العمل بمستشفيات الصحة النفسية بكيفية الوقاية من الانتكاسة لدى مرضى الفصام.
- ٥- برنامج تدريبي من منظور خدمة الجماعة لتنمية المهارات المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية والعقلية.

المراجع

أولاً- المراجع العربية:

- ابراهيم، عبد الستار (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي وتعديل السلوك، الكويت، دار القلم للنشر، ص ٢٩٥.
- أبو أسعد، أحمد (٢٠١٤): تعديل السلوك الإنساني، عمان، دار المسيرة، ص ٣٠٠.
- أبو العزائم، محمود جمال (٢٠٠٧). كيف تواجه مشاكلك النفسية، القاهرة، مطابع دار أخبار اليوم، ص ١٣٥.
- _____ (٢٠٠٨). دور الأسرة في علاج مرضى الفصام، مجلة الطب النفسي، العدد (٩١)، ص ٣٣.
- أبو النصر، مدحت محمد (٢٠٠٥). الاعاقة العقلية- المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية، القاهرة، مجموعة النيل العربية، ص ٢١٤.
- _____ (٢٠٠٩). فن ممارسه الخدمة الاجتماعية، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، ص ١١.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (٢٠٠٣). العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية -العلاج بضبط الذات والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي- دراسات تداخلية وبروتوكولات علاجية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ج ٥.
- أريتي، سيلفانو (١٩٩٨). الفصامي: كيف نفهمه ونساعده (دليل للأسرة والأصدقاء)، ترجمة د. عاطف أحمد، الكويت، عالم المعرفة، ص ٥٦.
- إسماعيل، عبد السلام عماره (٢٠١٦). الفصام: الشيزوفرانيا، مجلة التربوي، كلية التربية، جامعة المرقب، ع ٨، ص ٤٢، ٤٣.
- بسيوني، سوزان بنت صدقة بن عبد العزيز (٢٠٠٦). فعالية برنامج علاجي عقلاني انفعالي لخفض حدة القلق وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من الطالبات الجامعيات، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، كلية الآداب، العدد ٣٩.
- البكر، علي بن عبد الله (٢٠٠٢). برنامج إرشادي مقترح لتعديل الأفكار غير العقلانية لدى مرتفعي القلق والاكتئاب- دراسة تجريبية على عينة من الطلاب الجامعيين بالرياض، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية.
- التركيب، فوزيه (٢٠١٣). المساندة الأسرية وعلاقتها بتقادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات في مركز علاج الادمان التابع لمركز الكويت للصحة النفسية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، مج ٢٣، ع ٨١، ص ١١٦.
- تهامي، هشام عبد الحميد و يونس، فيصل عبد القادر (٢٠٠٧). العلاقة بين سمات النمط الفصامي وأساليب التعلم والتفكير، مجلة دراسات عربية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، مج ٦، ع ١.
- الجاز المركزي للتعينة العامة والاحصاء (٢٠١٧). الكتاب الاحصائي السنوي، عدد الأسرة في المستشفيات الحومية والخاصة من عام ٢٠٠٨ إلى ٢٠١٧.
- جبل، عبد الناصر عوض (٢٠٠٣). الخدمة الاجتماعية النفسية، القاهرة، دار النهضة المصرية، ص ٢٠.

- حافظ، عفاف عادل أبو الفتوح (٢٠١٨). تصور مقترح باستخدام العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع مخاطر انتكاسة المتعافين من ادمان الهيروين، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، العدد ٦٠، الجزء ٩، ص ٣٤٠.
- حسن، داليا علي (٢٠١٤). برنامج ارشادي عقلائي انفعالي لخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى عينة من الشباب مدمني البانجو في مرحلة التعافي، مجلة الارشاد النفسي، مركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع ٣٧.
- رشوان، عبد المنصف حسن (٢٠٠٧). الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال النفسي والعقلي، الإسكندرية، ص ١٢٢.
- زويغ، رشا عبد العزيز الصادق (٢٠١٧). العلاج من الادمان والوقاية من الانتكاسة، مجلة كلية التربية في العلوم النفسية، جامعة عين شمس، كلية التربية، مج ٤١، ع ٢، ص ٨٦.
- سكران، ماهر عبد الرزاق (٢٠١٠). استخدام النموذج العقلائي الانفعالي في خدمة المتعافين من المرض النفسي في تخفيف حدة القلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع، القاهرة، المؤتمر العلمي الثالث والعشرون، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.
- السكري، أحمد شفيق (٢٠٠٠). قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ص ٤٣٣.
- شافعي، ابراهيم (٢٠١٧). العلاج المعرفي السلوكي للفصام المزمن: تقرير حالة، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، س ٣٠، ع ١١٥.
- شحاته، عبد المنعم، عبد الله، محمد حسن، نوفل، فاطمه علي (٢٠١٧). عوامل الوقاية من الانتكاسة لدى مرضى الفصام، بحث منشور بمجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، س ٣٠، ع ١١٥.
- الشريني، لطفى، صادق، عادل (٢٠٠٠). معجم مصطلحات الطب النفسي، مركز تعريب العلوم الصحية، سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، ص ١٣١.
- شيمة، نبيلة عبد الفتاح محمد (٢٠٠٢). فاعلية برنامج في الارشاد العقلائي الانفعالي لتحسين مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المراهقات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- صالح، قاسم حسين (٢٠١٤). الاضطرابات النفسية والعقلية - نظرياتها، أسبابها، طرق علاجها، عمان، دار دجلة للنشر والتوزيع، ص ٢٢٣.
- طه، فرج عبد الفاهر (٢٠٠٥). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط ٣، أسبوط، دار الوفاق للطباعة والنشر، ص ٦٣٤.
- العاسمي، رياض نايل (٢٠١٤). العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي بين النظرية والممارسة، عمان، دار الإعمار العلمي للنشر والتوزيع، ص ٣١٣، ٣١٤.
- عبد الحميد، جابر، كفاقي، علاء الدين (١٩٩٥). معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، القاهرة، دار النهضة العربية، ص ٣١٨.
- عبد العال، سلامة منصور محمد (٢٠١٥). دليل ارشادي للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال النفسي، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد ٣٨، الجزء الثاني، ص ٢٧٣.
- عبد الفتاح، محمود محمد منير (٢٠١٠). استخدام وسائل التعبير في العمل مع جماعات مرضى الفصام لتنمية مهاراتهم في التفاعل الاجتماعي، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد ٢٩، الجزء ٥.
- عبد الله، هشام ابراهيم (٢٠٠٨). العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي- أسس وتطبيقات التفكير وتأثيره على انفعالات الفرد وسلوكه، القاهرة، دار الكتاب الحديث، ص ٢٩.
- عبد الهادي، عصام عبد اللطيف (١٩٩٧). أثر العلاج العقلائي الانفعالي في خفض العدوانية لدى المراهقين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الزقازيق، ص ٢٧٤.
- عزام، شعيان عبد الصادق عوض (٢٠١٢). فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى الطلاب المكفوفين، المؤتمر الدولي الخامس والعشرون، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الرابع.
- عطيه، عماد محمد محمد (٢٠١٣). تقنيات الارشاد الجماعي، الرياض، مكتبة الرشد ناشرون، ص ١٤٩.
- عكاشه، أحمد (١٩٩٨). الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ٢٤٩.
- غانم، محمد حسن محمد حسن (٢٠١٧). تاريخ الأمراض الذهانية: الفصام نموذجاً، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، س ٣٠، ع ١١٥، ص ٣٠.
- فهمي، محمد سيد (٢٠١٠). الرعاية الاجتماعية للمعوقين في العالم العربي، الإسكندرية، دار الوفاق لنشر الطباعة والنشر، ص ٩٥.

- الفيومي، أحمد بن محمد بن علي (٢٠١٠). المصباح المنير في غريب الشرح الكبير، بيروت، المكتبة العلمية، ص ٣٢١.
- مجلة مجمع اللغة العربية بدمشق (١٩٨٥). المجلد ٦٠، الجزء ٤، ص ٢١٨.
- محمد، أحمد زكي (٢٠١٠). فعالية برنامج للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لاشباع الاحتياجات الاجتماعية لمرضى الفصام، المؤتمر العلمي الدولي لثالث والعشرين للخدمة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مج ٥.
- محمد، مختار محمد طلعت (٢٠١٧). فعالية برنامج ارشادي عقلائي انفعالي لتنمية أساليب مواجهة أزمة الهوية لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة حلوان.
- محمد، مروة ابراهيم عواد (٢٠١٣). دراسة للعوامل المرتبطة بانتكاسة مرضى الفصام، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- مصطفى، عادل، السماعيل، أميمه (٢٠٠١). الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، الرابطة الأمريكية للطب النفسي، الكويت، مكتبة المنار، ص ١٦٢.
- مغازي، نهى سعدي أحمد (١٩٩٦). ممارسة الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام - دراسة تقويمية بمستشفى النبوي المهندس للصحة النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.
- _____ (٢٠٠٢). استخدام برامج خدمة الجماعة مع أسر مرضى الفصام لتأهيل الفصامين اجتماعياً دراسة ميدانية بمستشفى النبوي المهدي للطب النفسي بالإسكندرية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.
- مليكه، لويس كامل (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع، ص ١٨٥.
- ناصر، ماجده السيد علي (٢٠١٠). فعالية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف حدة المعتقدات السلبية غير العقلانية لدى عينة من مرضى الفصام، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
- نوفل، فاطمة علي محمد (٢٠١٦). المعالجات المعرفية السلوكية لاضطراب الطيف الفصامي والاضطرابات الذهانية الأخرى: دراسة تجريبية اكلينيكية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنوفية.
- هيئة التحرير (٢٠١٧). مفاهيم ومصطلحات نفسية، علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ٣٠، ١١٥٤، ص ٢٥١.

ثانياً- المراجع الأجنبية:

- Allen, Ruth (2014). the Role of the Social Worker in Adult Mental Health Services, England, the College of Social Work, the voice social work in England, p 5.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed DSM-5, USA,, American Psychiatric Association, p 87.
- Ceasare, Paloma & King Robert (2015). Social Workers Beliefs about the Intervention for Schizophrenia and Depression: A Comparison with the Public and Other Health Professionals- an Australian Analysis, British Journal of Social Work, Oxford University Press.
- Chabungbam, G, Avasthi, A Sharan, p (2008). Sociodemographic and Clinical Factors Associated with relapse in Schizophrenia, Article in Psychiatry and Clinical Neyrsciences.
- David D, Lynn S& Ellis A (2010). Rational and Irrational Beliefs, Research, Theory, and Clinical Practice, Oxford, Oxford University Press.
- David G. Kingdon, Douglas, Turkington (2005). Cognitive therapy of Schizophrenia- Guides to individualized Evidence- Based Treatment, NY, the Guilford Press, , p 3.
- Ellis, Albert (2002). Overcoming Resistance Irrational Emotive Behavior therapy integrated Approach, New York: Springer Publishing company ,p 61
- Ellis,Albert (2013). Clinical Applications of Rational-Emotive Therapy, New York, Library of congress, , p 115.
- F Azais,B Granger,Q Debray, C Ducroix (1999). A Cognitive and Emotional Approach of assertiveness, Pubmed.gov, US National Library of Medicine, 25 (4), p 253.

- Gumley A, Grady M, Mcnay L, Reilly J** (2003). Early intervention for relapse in Schizophrenia, Results of 12- month randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy, Article in Psychological Medicine, 33(3).
- Hassinine, HEND Ahmed Mostafa** (2015). Factors affecting re- hospitalization of Schizophrenic Patients at Banha mental Health hospital, thesis (M.S), Banha University, Faculty of nursing.
- Long Man** (2000). Active Study Dictionary of English, 3rd ed, Paper Colour, 334.
- M J B Kazadi, M Y H Mossa, FY Jeenah** (2008). Factors associated with relapse in Schizophrenia, Division of Psychiatry, University of the Witwatersrand, Johannesburg, Vol 14, No 2.
- Maria Ruiz- Iriondo, Karmele Salaberria, E. Echeburua** (2013). Schizophrenia: Analysis and Psychological treatment according to the clinical staging, Actas Espanolas de Psiquitar, 41 (1), p 54.
- Muralidhar, Antony, Sojan** (2017). Social Group Work among Families with Mental Illness, in <http://www.researchgate.net> publication.
- Nadda, Jagat Prakash, B.P. Shamara, Jagdish Prasad** (2016). Manual of amental Health for Social Workers, National Institute of Health and Family Welfare, india, p 5.
- Payne, Malcolm** (2005). Modern Social Work Theory, NY, palgrave Macmillan, p 121.
- Sakr, Heba Said** (2014). Depression in Schizophrenic Patients, thesis (M.S), Ain Shams University, Faculty of Medicine.
- Shibasaki, C , Takebayashi M, Fujita M, Yamawaki S** (2014). Factors associated with the risk of relapse in Schizophrenic Patients after A response to Electroconvulsive Therapy: A Retrospective Study, Journals of Neuropsychiatric Disease and treatment, Vol 11.
- Vernon, Ann** (2012). Cognitive and Rational-Emotive Behavior Therapy with Couples "Theory and Practice", USA, springer "publishing company, p 241.
- Rahmati, M, Rahgozar M, Fadaei F, Bakhshi E, Cheraghi L** (2014). Identifying Some Risk Factors of Time to Relapses in Schizophrenic Patients Using Bayesian Approach with Event-Dependent Frailty Model, Iran Journal of Psychiatry, 10(2).

**ملحق (٣) نموذج لإحدى التقارير الدورية التي تم تسجيلها مع أعضاء الجماعة التجريبية
أولاً- الجزء الإحصائي:**

- ١- اليوم والتاريخ: السبت ٩ / ١٢ / ٢٠١٩ ٢- رقم الاجتماع: الخامس ٣- توقيت الاجتماع: العاشرة صباحاً ٤- عدد الحاضرين: ٨ ٥- عدد الغائبين: لا يوجد.

ثانياً- أهداف الاجتماع:

تنفيذ مناقشة منطقية للفكرة اللاعقلانية المتمثلة في عدم الثقة بالنفس لدى مرضى الفصام.

ثالثاً- محتوى الاجتماع:

إنه في تمام الساعة العاشرة صباحاً، حضر الأخصائي الاجتماعي إلى حجرة الاجتماعات بمستشفى الصحة النفسية بمحافظة أسيوط، فوجد أعضاء الجماعة كلهم حاضرين، فرحب بهم وشكرهم على التزامهم بالمواعيد، وسألهم عن الغياب فرد العضو (ي. ك) السكرتير وقال لا يوجد غياب، ووجه الأخصائي سؤالاً لهم بقوله من يقول لنا ما

هو الشيء الذي اتفقنا على القيام به اليوم؟ فرد العضو (م. ن) رئيس الجماعة بأننا سوف نناقش اليوم بعض الأفكار اللاعقلانية الموجودة عن عدم الثقة بالنفس والتي قد تكون سبباً في عدم الاستجابة للعلاج الدوائي، وفي حدوث الانتكاسة بعد الخروج من المستشفى، وبسؤالي لهم عن معنى الأفكار اللاعقلانية فأجاب العضو (م. ح) بأنها الأفكار غير الصحيحة التي تؤثر على سلوك الانسان، فرد الأخصائي بقوله (برافو عليك) وأكمل الأخصائي على كلامه بأنها هي الأفكار غير الصحيحة، وغير الواقعية والتي يصحبها استجابات انفعالية وأنماط سلوكية غير مرغوبة مثل القلق، الغضب، والعدوان، وأن هذه الأفكار إنما تعود إلى الفرد نفسه، وأن تفكير الانسان هو الذي يجعل الأشياء حسنة أو رديئة، نافعة أو ضارة، ووجه الأخصائي سؤالاً لهم عن ردودهم في حالة عدم استجابة أحد من فريق العمل بالمستشفى في الرد عن استفساراتهم ، فرد العضو (م. أ) أنه (من الممكن أن أقوم بسبب هذا الأخصائي، وقد حدث ذلك فعلاً من قبل)، فرد الأخصائي قائلاً: هذا ليس صحيح لأنه لا بد أن يكون الإنسان هادئاً، وأن ديننا الحنيف يدعونا للحلم والصبر على إيذاء الغير لقول نبينا صلى الله عليه وسلم عندما سأله رجل وقال له انصحنى يا رسول الله فقال له (لا تغضب، ورددتها مراراً) رواه البخاري، وقد مدح النبي صلى الله عليه وسلم من يملك نفسه عند الغضب، فمن حديث أبي هريرة أن النبي صلى الله عليه وسلم قال: (ليس الشديد بالصرعة وإنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب) واستطرد الأخصائي قائلاً سوف نبدأ بالأفكار اللاعقلانية الخاصة بعدم الثقة بالنفس، ونفسر أسباب عدم منطقيتها وكيف نحولها إلى فكره منطقي وعقلانية، فسأل الأخصائي أعضاء الجماعة عن معنى الثقة بالنفس فرفع أكثر من عضو من أعضاء الجماعة يديه، فأشار الأخصائي إلى العضو (س. ك) فأجاب بأنها قدرة الانسان على الاعتماد على نفسه، وأضاف العضو (ف. م) بأنها معرفة الانسان بقدراته ومواهبه، وقال العضو (ن. ح) بأنها قدرة الانسان على أن ينجز في الحياة، فشكرهم الأخصائي الاجتماعي جميعاً، وبدأ في عرض بعض الأفكار اللاعقلانية والتي تخص عدم الثقة بالنفس ومن هذه الأفكار:

- ١- فكرة (أرى أن اهتمامي بمظهري الخارجي غير ضروري): هي فكرة خاطئة، لأن ارتداء الثياب النظيفة، والملائمة لكلّ حال وموقف، والاهتمام بالنظافة الشخصية دليل على اهتمام الفرد بذاته واحترامه لها وثقته بها مما يكون له أكبر الأثر في تقدير الناس له.
- ٢- فكرة (دائماً ما أقارن نفسي بالآخرين): هي فكرة خاطئة، لأن لكل شخص هوية خاصة مختلفة عن الجميع ولا يُشبه أحداً، وقد يكون الشخص متميزاً بشكل كبير في مجالٍ مُعيّن، وعكس ذلك في مجالٍ آخر.

٣- فكرة (لا أستطيع مقاومة مخاوفي): هي فكرة خاطئة، لأن الإنسان يجب ألا يجعل للخوف طريق له في حياته، وأن يُفسح المجال لنفسه لممارسة الخبرات الجديدة، وأن يعمل على توسيع معارفه ومعلوماته ومهاراته.

٤- فكرة (أكره نفسي كثيراً، ولذلك حاولت الانتحار أكثر من مرة): هي فكرة خاطئة، لأنه يجب أن يحب الشخص ذاته بجميع تفاصيلها وبكل ما تملك، وتقبل المهارات والقدرات الموجودة لديه، والسعي الدائم إلى تطويرها وتدريبها وإضافة كل ما هو جديد لها.

٥- فكرة (أعتقد أنني أقل من الناس كلهم، فلم أحقق شيئاً مثلهم): هي فكرة خاطئة، لأن الإنسان يجب أن ينظر إلى نفسه بإيجابية وأن يفرح بإنجازاته وما حققه من أهداف في الحياة حتى لو كانت هذه الأهداف قليلة بالمقارنة بالمحيطين به في المجتمع.

رابعاً- التعقيب على التقرير:

١- دور الأخصائي الاجتماعي في توجيه وإدارة الاجتماع:

أ- دوره كموجه للتفاعل: وذلك من خلال السماح لأعضاء الجماعة التجريبية بتوجيه تفاعلات أعضاء الجماعة التجريبية من خلال تحقيق الاحترام بين بعضهم البعض في إبداء آرائهم في الموضوع المطروح للمناقشة.

ب- دوره كمعلم: من خلال تعليم أعضاء الجماعة التجريبية كيفية استبدال الأفكار اللاعقلانية الخاصة بعدم الثقة بالنفس وتحويلها إلى أفكار منطقية وعقلانية.

٢- استراتيجيات التدخل المهني المستخدمة في الاجتماع:

أ- استراتيجية إعادة البناء المعرفي: وقد قام الباحث بتزويد مرضى الفصام بالمعلومات لتصحيح الأفكار الخاطئة الموجودة لديهم عن الثقة بالنفس واستبدالها بأفكار صحيحة حتى يصبحوا أفراداً متوافقين مع ذاتهم ومع المحيطين بهم وكذلك حتى يستفيدوا من البرنامج العلاجي.

ب- استراتيجية تعلم المفاهيم: تم استخدام هذه الاستراتيجية لتغيير الافتراضات والأفكار اللاعقلانية لدى مريض الفصام عن طريق الاتصال معه، وتعليمه وتدريبه بطريقة صحيحة والبحث عن العقبات التي تعوق عملية التعليم وتذليلها على قدر الامكان.

ج- استراتيجية الضبط الانفعالي: وقد قام الباحث من خلالها بمحاولة ضبط انفعالات مرضى الفصام ومساعدتهم على التحكم الذاتي في انفعالاتهم والسيطرة على مشاعرهم في حالة الغضب من خلال تعليمهم وارشادهم.

٣- تكنيكات التدخل المهني المستخدمة في الاجتماع:

أ- **تكنيك الإقناع:** وذلك من خلال اقناع مرضى الفصام بخطأ وعدم منطقية أفكارهم والسبب في عدم منطقيتها، لمساعدتهم على زيادة ثقتهم في أنفسهم.
ب- **تكنيك التدعيم:** وذلك من خلال المدح للعضو الذي شارك وأبدى رأيه خلال الاجتماع.

ج- **تكنيك السيطرة على المشاعر:** وقد استخدمه الباحث للتحكم في المشاعر السلبية لدى مريض الفصام من خلال تعليمه كيف يتصرف في حالة الغضب.

٤- عائد التدخل المهني من خلال الاجتماع.

أ- يتضح من خلال التقرير نمو العلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي وأعضاء الجماعة التجريبية والدليل على ذلك حضورهم في المواعيد المحددة للاجتماع، وكذلك مشاركتهم في المناقشة الجماعية.

ب- يتضح من خلال التقرير أن الجماعة وصلت لمرحلة النضج ويتضح ذلك من قدرة الجماعة على التنظيم الوظيفي لنفسها من خلال اختيار رئيس الجماعة وسكرتير الجلسة.

ج- تم تحقيق الهدف من الاجتماع من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية الخاصة بفكرة عدم الثقة بالنفس وتحويلها إلى أفكار عقلانية من خلال إقناعهم بالفكرة العقلانية البديلة.

د- يتضح من خلال التقرير استخدام الباحث للاستراتيجيات والتكنيكات المهنية الخاصة بالنموذج العقلاني الانفعالي في طريقة خدمة الجماعة لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى مرضى الفصام.

هـ- يتضح من خلال التقرير إكساب الباحث بعض الجوانب المعرفية والنفسية والسلوكية والعلاجية الخاصة باحتمالات مخاطر الانتكاسة لدى مرضى الفصام.

