

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام

The effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program
in improving the social competence of schizophrenia
patients

نسمة يحيى رجب

أستاذ مساعد بقسم خدمة الفرد
المعهد العالي للخدمة الاجتماعية
6 أكتوبر

علي محمد عبد المعطي الديسطي

أستاذ مساعد بقسم العمل مع الأفراد والأسر
كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى حالات مرضى الفصام، وتصميم برنامج للتدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي لتحسين الكفاءة الاجتماعية لدى حالات مرضى الفصام، وقد استخدم الباحثان مقياس الكفاءة الاجتماعية، واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي. حيث تم حصر المتواجدين بمستشفى الطريق للطب النفسي وعلاج الإدمان في الفترة من 2023/6/15 حتى 2023/8/15 وكان عددهم (30) مريض، طبقت عليهم شروط العينة وتم استبعاد عدد (10) حالة، وتبقى عدد (20) حالة، تم تقسيمهم بشكل عشوائي ومتساوٍ إلى مجموعتين أحدهما تجريبية وعددها (10)، والأخرى ضابطة وعددها (10). وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج التدخل المهني في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدي مرضى الفصام عينة الدراسة.

الكلمات المفتاحية: برنامج علاجي معرفي سلوكي-الكفاءة الاجتماعية - الفصام.

Abstract:

The study aimed to assess the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program in enhancing the social competence of individuals with schizophrenia. A professional intervention program was designed using cognitive-behavioral therapy to improve the social competence of schizophrenia patients. The researchers employed a social competence scale and adopted an experimental approach. A total of 30 patients were recruited from Al-Tariq Hospital for Psychiatric and Addiction Treatment during the period from June 15, 2023, to August 15, 2023. Ten cases were excluded based on sample criteria, leaving 20 cases. These participants were randomly and equally divided into two groups: an experimental group (n=10) and a control group (n=10). The study's results revealed the effectiveness of the professional intervention program in enhancing the social competence of the sample of schizophrenia patients.

Keywords :Cognitive-Behavioral Therapy Program, Social Competence, Schizophrenia.

مشكلة الدراسة:

يُعد مرض الفصام من أكثر وأهم الأمراض النفسية من حيث الانتشار والتعقيد، والتي تؤثر بشكل كبير على حياة الأفراد الذين يعانون منه. واحدة من التحديات الرئيسية التي تواجه هؤلاء المرضى هي ضعف كفاءتهم الاجتماعية، وهو أمر يؤثر سلباً على جودة حياتهم اليومية وقدرتهم على التفاعل الاجتماعي بشكل صحيح. وما يترتب على ذلك من مشكلات اجتماعية ونفسية ترتبط بالمرضى نفسه والمحيطين به.

تظهر هذه الاضطرابات بأشكال مختلفة حيث تتميز بأعراض "إيجابية" (الهذيان، الهلوس، اضطراب السلوك)، وبأعراض "سلبية" (الانسحاب الاجتماعي، التثبيط، فقدان الحيوية)، ولكن في جميع الحالات، تمثل هذه الأعراض اضطراباً كبيراً في العلاقة مع الواقع (مع الذات والآخرين، الواقع المادي) (بوفيه، 2019، ص 143).

حيث أشارت دراسة (Marder & Cannon, 2019) أن الفصام واحداً من أكثر الاضطرابات من حيث الانتشار والتأثير والتكلفة العلاجية في جميع أنحاء العالم، وله تأثير سلبي ليس فقط على صحة الفرد المصاب وجودة حياته ورفاهيته، ولكن أيضاً على المحيطين به. ويعرف الفصام أنه اضطراب دماغي مزمن يؤثر على ما يصل إلى 1% من سكان العالم ويتميز بثلاث فئات رئيسية من الأعراض: الأعراض الإيجابية، والأعراض السلبية، والأعراض العقلية (Goff, 2021, p.p 175-176).

حيث أشارت منظمة الصحة العالمية (WHO) في تقريرها لعام 2022 بموقعها الإلكتروني أن الفصام اضطراب نفسي شديد يؤثر على 24 مليون شخص تقريباً أو على شخص واحد من كل 300 شخص في جميع أنحاء العالم. ويعدّ معيقاً بشكل كبير وقد يؤثر على جميع مجالات الحياة، بما فيها الأداء الوظيفي الشخصي والأسري، والاجتماعي، والتعليمي، والمهني. من الشائع أن يتعرض المصابون به للوصم والتمييز وانتهاك حقوق الإنسان. حيث إنه أكثر من شخصين بين كل ثلاثة أشخاص مصابين بالفصام في العالم لا يحصلون على الرعاية المتخصصة في مجال الصحة العقلية، ويمكن شخص على الأقل من كل ثلاثة أشخاص مصابين به من التعافي بشكل كامل. حيث يؤثر على نسبة تبلغ 0.28% من سكان العالم، مما يشير ذلك إلى وجود حوالي 21 مليون شخص متأثر بهذا الاضطراب على مستوى العالم. بالإضافة إلى تأثيره على متوسط حياة الأفراد بمقدار 28.5 عاماً مقارنة بمتوسط الحياة لدى الأشخاص

العاديين، وعلاوة على ذلك يؤدي لمعدلات عالية لاحتمالية حدوث الوفاة بين المرضى، حيث يعاني مرضى الفصام من احتمالية الوفاة المبكرة مضاعفة إلى ثلاث مرات أكثر للوفاة في سنوات مبكرة مقارنة بالأشخاص العاديين (World Health Organization, 2022). وقد قدر المعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH) أن انتشار الفصام حول العالم يتراوح بين 0.33 إلى 0.75% من المرضى غير الموجودين في مؤسسات الصحة العقلية، وقد تقدر نسبة بين 0.25 و 0.64% من السكان في الولايات المتحدة بأنهم يعانون من الفصام (Cherry, 2020, p 2). أما بالنسبة لمصر، تم تقدير عدد مرضى الفصام في نهاية عام 2019 بحوالي مليون شخص ولا تزيد نسبة المعالجين من مرض الفصام عن 30% بسبب الوصمة الاجتماعية للمرض، مع ضرورة التأكيد على خطورة عدم علاج مرضى الفصام، وأنها توازي مريض السرطان وقد تفوقه في بعض الأحيان. فهم لا يستطيعون العمل والتعايش مع المجتمع، وأكثر عرضة للأمراض العضوية مثل أمراض القلب والضغط والسكر، وقد يصبح هذا المرض مهدداً لحياتهم، وهو أحد أهم أسباب انتشار الانتحار عالمياً (رامي، 2019، ص2).

الشخصية الفصامية تتميز بالانعزالية والبرود، والبعد عن الناس وكثيراً ما تصدر شكاوى من هؤلاء الأشخاص أنهم عاجزون عن التعبير أو ربما الشعور بالانفعالات الدافئة نحو الآخرين، وغياب الاتصال والعلاقات مع الآخرين، فإن قدرتهم على بناء علاقات دائمة وثيقة تقل بالفعل والكفاءة الاجتماعية تكون محدودة (كليبرمانوبيري، 2019، ص.ص 188). حيث أشارت دراسة (Springfield & Pinkham, 2019) إلى أن الأفراد الذين لديهم مستوى عالٍ من السمات الفصامية يعتقدون أن لديهم قدرات اجتماعية ضعيفة على الرغم من أنهم يظهرون مهارات متوافقة مع أقرانهم. قد تؤدي هذه التصورات إلى تجنب التفاعلات الاجتماعية أو الفرص الوظيفية ويمكن أن تسهم في نقص في الوظائف الاجتماعية لديهم.

و غالباً ما يواجه المصابون بالفصام صعوبات دائمة في ممارسة المهارات المعرفية أو مهارات التفكير، مثل الذاكرة، والانتباه، والقدرة على حل المشاكل، ومهارات التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية. ويتعافى ثلث المصابين به على الأقل من أعراض المرض تماماً. ويشهد بعض المصابين به تفاقماً في الأعراض أو تعافياً دورياً منها طوال حياتهم، فيما يشهد البعض الآخر تفاقماً تدريجياً في أعراضه بمرور الزمن (World Health Organization, 2022).

والكفاءة الاجتماعية هي مصطلح يُستخدمه الباحثون للإشارة إلى مدى نجاح الشخص في المواقف الاجتماعية اليومية. بالنسبة لمقاييس الكفاءة الاجتماعية، يظهر المرضى الذين يعانون من الفصام أداءً ضعيفاً ويتفق ذلك مع ما أشارت إليه دراسة (Ballon, et al, 2007). وأوضحت دراسة (Ho, et al, 2014) أن المرضى الفصاميون يظهرون مستويات منخفضة لتوكيد الذات، والقدرة على تكوين علاقات اجتماعية سوية، وضعف المرونة، وعلو ذلك انخفاض القدرة على مواجهة مشكلاتهم الحياتية والتعامل معها، وعرضة بشكل أكبر للتفاعلات المرضية. وعليه فهم يعانون من مشاعر الضعف والعجز واليأس والخوف والهشاشة وعدم الكفاءة واللاقيمة. ويعانون من أفكار سلبية ويفشلون في التعرف على إمكانياتهم، ويخشون الانتقادات ويستقبلون الإطراءات بشكل سلبي ويخافون من تحمل المسؤولية.

حيث أشارت دراسة (Mokhtar, et al, 2021) إلى أن الفصام هو اضطراب نفسي خطير يتسم بتضرر شديد في الوظائف العقلية ويؤثر على قدرة المريض على التعامل مع التوتر، وبالتالي يقلل من كفاءة المرونة والرضا الحياة لهؤلاء المرضى. وأظهرت النتائج أن 75% من المرضى عينة الدراسة يعانون من مستوى منخفض للمرونة والرضا عن الحياة، وأنه توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين المرونة ورضا الحياة مما يؤدي ذلك بدوره إلى عدم قدرة المرضى على التعامل مع عوامل التوتر مما يجعلهم عرضة للمرونة المنخفضة، وينعكس سلباً على مستوى الرضا عن الحياة.

فالأشخاص الذين يعانون من الفصام عادةً يفتقرون إلى الكفاءة الاجتماعية ويعانون من ضعف في التواصل بفعالية مع بيئاتهم الاجتماعية، لذا يحتاج مرضى الفصام إلى برنامج لتحسين كفاءاتهم الاجتماعية. ويتفق ذلك مع أشارت إليه دراسة (Abdelmonem, et al, 2019)، حيث هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير برنامج تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام على تقدير الذات والمهارات التوكيدية. وأظهرت النتائج وجود تحسن في المتوسط الإجمالي لتوكيد الذات والأعراض النفسية بعد تنفيذ البرنامج مقارنة بالقياسات القبلية والبعيدة. وأوصت الدراسة بضرورة التعاون بين جميع أعضاء الفريق الصحي لوضع أهداف محددة لتعديل السلوك وتحسين الكفاءة الاجتماعية للمرضى.

وأشارت دراسة (Rathod, et al, 2010) أن العلاج الدوائي يظل العلاج الرئيسي لحالات الفصام، إلا أن ما يصل إلى 75% من المرضى غير راضين ويقومون بإيقاف أو تغيير الدواء الذي تم وصفه لهم في فترة تصل إلى 18 شهراً، سواء كان دواءً نموذجياً أو غير نموذجياً. مشكلة أخرى هي مقاومة العلاج. حتى عندما يلتزم مرضى الفصام بالأنظمة الدوائية الموصوفة لهم، يصل عدد الأشخاص الذين يعانون من أعراض إيجابية أو سلبية مستمرة إلى ما يصل إلى 50%، مع 20% إلى 30% من الأشخاص الذين يعانون من مثل هذه الأعراض المستمرة للفصام.

ومن الضروري تصميم برامج علاجية وفقاً لحالة المريض الفصامي. هذه التدخلات المهنية تحسن من مهارات توكيد الذات والمرونة والتعامل مع المشكلات الحياتية ومن المتوقع أن تحسن مهارات المريض في تكوين العلاقات الاجتماعية السوية. تعتمد هذه التدخلات العلاجية بشكل أساسي على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي. وتركز بشكل رئيسي على الأنشطة اليومية ومهارات المحادثة ومهارات التأكيد على الذات وتطوير العلاقات البينية والتدريب على التفاعل الاجتماعي مما يؤدي بدوره لرفع مستوى الكفاءة الاجتماعية للمرضى الفصاميين، ويتفق ذلك مع ما أشارت إليه دراسة (Singh, et al, 2018).

وعلى مر السنوات، تم تطوير عدة نماذج علاجية للتعامل مع مرضى الفصام، ومن بين أهم هذه النماذج العلاج المعرفي السلوكي. ويتفق ذلك مع ما أشارت إليه نتائج الدراسات البحوث والتي أوصت بضرورة الجمع بين العلاج الدوائي باستخدام المضادات الدوائية والعلاج المعرفي السلوكي لمساعدة وعلاج حالات مرضى الفصام وتدريب مقدمي الرعاية بمؤسسات الصحة العقلية أو القائمين على خدمات الرعاية النهارية والرعاية المنزلية على استخدام أساليب العلاج المعرفي السلوكي. (Kart, et al, 2021)، (Smith, 2017)، (Brabban, et al, 2009)، (Turkington, et al, 2004)، (Marcinko & Read, 2004)، (Rector & Beck, 2001) ويستهدف العلاج المعرفي السلوكي تحسين وعي الأفراد والأسر تجاه أفكارهم ومشاعرهم وسلوكياتهم والتأثيرات المتبادلة نتيجة التفاعل بين التفكير والوجدان والسلوك، ويركز العلاج المعرفي السلوكي على تعديل السلوكيات السلبية وتعزيز السلوكيات الإيجابية. إلا أن السؤال الرئيسي الذي يطرح نفسه هو: "هل يمكن لبرنامج قائم على العلاج المعرفي

السلوكي أن يساهم في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام؟". وفي ضوء ما سبق عرضه حدد الباحثان مشكلة الدراسة في محاولة للإجابة على التساؤل الآتي: ما مدي فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى حالات مرضى الفصام؟

وتثير الدراسة الحالية مجموعة من القضايا الهامة يمكن توضيحها كالتالي:

- 1 - ماهية الكفاءة الاجتماعية وأبعادها الفرعية لدى حالات مرضى الفصام.
- 2- مدي فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى حالات مرضى الفصام.

أهمية الدراسة:

تحدد أهمية الدراسة في التالي:

- الرغبة في توضيح الدور المتخصص لمهنة الخدمة الاجتماعية في مجال الصحة العقلية وبصفة خاصة الممارسة على مستوى الوحدات الصغرى (الميكرو) لتحسين الكفاءة الاجتماعية.
- يُعد تصميم مقياس الكفاءة الاجتماعية وتطبيقه على حالات مرضى الفصام إضافة قد تساعد الأخصائيين الاجتماعيين والفريق العلاجي في التشخيص والتتبع ومن ثم وضع البرامج اللازمة للعلاج.

أهداف الدراسة:

حاولت الدراسة الحالية تحقيق الأهداف الآتية:

- 1 -تحديد مدي فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى حالات مرضى الفصام.
- 2- تصميم برنامج للتدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي لتحسين الكفاءة الاجتماعية لدى حالات مرضى الفصام.

مفاهيم الدراسة:

تناولت الدراسة الحالية المفاهيم التالية:

أولاً: مفهوم الفعالية.

ثانياً: مفهوم الكفاءة الاجتماعية.

ثالثاً: مفهوم الفصام.

أولاً: مفهوم الفعالية:

يعرف الباحثان الفعالية بأنها قدرة البرنامج على تحقيق الأهداف المرجوة أو المطلوبة بأقل قدر من الموارد والجهد. ويشير مفهوم الفعالية إلى قدرة شيء ما على تحقيق النتائج المرجوة بكفاءة وبأقل تكلفة أو جهد. في العديد من الكتابات، يتعلق مفهوم الفعالية بقياس ما إذا كانت الجهود المبذولة تحقق نتائج إيجابية بشكل فعال. وتعرف الفعالية إجرائياً في إطار الدراسة الراهنة كالتالي: فعالية برنامج التدخل المهني في ضوء العلاج المعرفي السلوكي لتحسين الكفاءة الاجتماعية لدى حالات مرضى الفصام. وتقاس الفعالية إجرائياً من خلال: مقارنة درجة معنوية الفروق الناتجة بين القياسين (القبلي والبعدي) على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية.

ثانياً: مفهوم الكفاءة الاجتماعية:

قد عرف (المغازي، 2004، ص 470) الكفاءة الاجتماعية بأنها الإحساس بالارتياح في المواقف الاجتماعية وبذل الجهد لتحقيق الرضا في العلاقات الاجتماعية والشعور بالثقة تجاه السلوك الاجتماعي وتحقيق التوازن المستمر بين الفرد وبيئته. كما تعرف الكفاءة الاجتماعية بأنها بعد واجداني يتمثل في التعاطف والتواصل مع الآخرين والفهم المتبادل للمشاعر، وتكوين العلاقات الإيجابية (جابر، كفاي، 1993، ص 12). كما تعرف بأنها نسق من المهارات الاجتماعية والوجدانية والمعرفية والسلوكيات التي يحتاج إليها الأشخاص من أجل الوصول إلى أفضل تكيف اجتماعي مع بيئاتهم الاجتماعية وأداء وظائفهم الاجتماعية (Welsh & Bier, 2003, p 6)، ويرى الباحثان أن الكفاءة الاجتماعية لمرضى الفصام في الدراسة الحالية تشير إلى القدرة على التفاعل بفعالية مع البيئة الاجتماعية المحيطة بهم على الرغم من التحديات التي يواجهونها نتيجة لأعراض الفصام. تشمل هذه القدرة العناصر الآتية:

القدرة على توكيد الذات: وتشير إلى قدرة مريض الفصام على الثقة بالنفس وتحمل مسؤولية ما يتخذه من قرارات.
القدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية: وتشير إلى قدرة مريض الفصام على التفاعل والاندماج مع بيئته الاجتماعية.

القدرة على المرونة الاجتماعية والانفعالية: وتشير إلى قدرة مريض الفصام على التقبل للاختلافات والتعامل معها بمرونة.

القدرة على التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية: وتشير إلى قدرة مريض الفصام على التخطيط الجيد والتفكير المنطقي في أساليب التعامل مع المشكلات التي تواجهه.

وتقاس الكفاءة الاجتماعية لمريض الفصام إجرائيا في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية.

ثالثاً: مفهوم الفصام:

الفصام هو اضطراب عقلي شديد يتسم بتغيرات في السلوك والتفكير والوجدان، ويؤثر على القدرة على فهم الواقع والتفاعل مع العالم المحيط (American Psychiatric Association, 2013). ويُعتبر الفصام واحداً من الأمراض النفسية الأكثر شيوعاً وتأثيراً على الصحة العقلية، ويمكن أن يكون له تأثير كبير على حياة الأفراد المتأثرين به (Andreasen, 2010, p 410).

تمثل الأعراض الرئيسية للفصام ثلاث فئات رئيسية (Howes & Murray, 2014, p 206):

1. **الأعراض الإيجابية:** وتشمل الهلوسات (اعتقادات خاطئة) والوهم (تصورات خاطئة) واضطرابات في التفكير.
2. **الأعراض السلبية:** وتشمل انخفاض الاهتمام بالأمور اليومية، وتقليل القدرة على التحفيز والاستمتاع، واضطرابات في القدرة على الاجتماع والتواصل.
3. **الأعراض العقلية:** وتشمل تغيراً في العمليات العقلية الأساسية مثل الانفعالات والتصورات والوجدان.

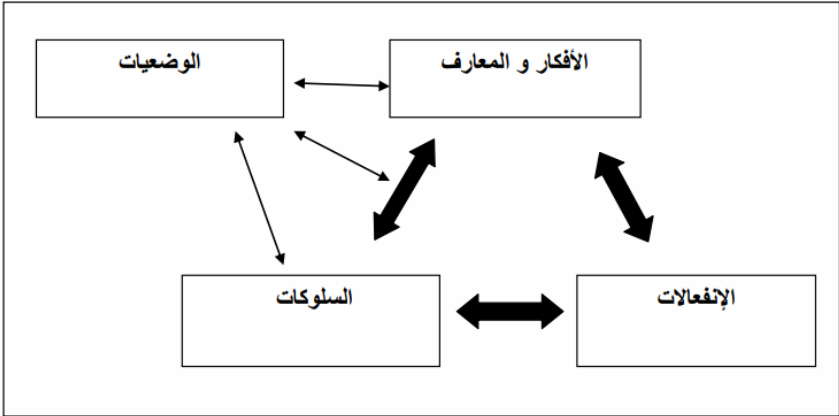
ويعرف الفصام البسيط بأنه مصطلح يشير إلى نوع من الفصام يبدأ بصورة تدريجية، حيث يفقد المريض الدافعية والطموح، ولا تظهر عليه أعراض ذهانية صريحة، ولا يعاني من الهلوس والضلالات، وعرضه الرئيسي، انزواء المريض وابتعاده عن المواقف الاجتماعية والعمل (غانم، 2006، ص 145).

النموذج العلاجي المستخدم: (العلاج المعرفي السلوكي):

يهدف النموذج المعرفي السلوكي إلى علاج الاضطرابات النفسية باستخدام أساليب علاجية معرفية (إعادة البناء المعرفي بواسطة عدة أساليب)، انفعالية (التعريض وتقبل الانفعالات)، سلوكية (لعب الدور والنمذجة السلوكية)، في إطار علاقة علاجية بين المريض والمعالج. وفي الدراسة الراهنة قام الباحثان بتصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي باستخدام أساليب العلاج المعرفي السلوكي بهدف تحسين الكفاءة الاجتماعية لمرضي الفصام (انظر برنامج التدخل المهني). وسوف نستعرض في هذا الجزء الإطار النظري لنموذج العلاج المعرفي السلوكي باختصار على النحو التالي:

أولاً- أهداف العلاج المعرفي السلوكي: تهدف إلى تغيير السلوك غير التكيفي والأفكار الخاطئة. السلوكيات والأفكار والانفعالات اللاتكيفية هي كذلك لأنها تعرقل المريض بشكل متكرر، مما يؤثر على علاقته مع نفسه ومع المحيط، ويعيق تكامله النفسي والاجتماعي(بوفيه، 2019، ص 12)، (انظر الشكل 1):

الوضعية تعمل كمثير يقوم بتفجير ردود فعل معرفية ، سلوكية و إنفعالية و التي بدورها تتفاعل مع بعضها البعض لتشكل الإضطراب النفسي



شكل 1- يوضح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية (المصدر: بوفيه، 2019، ص 13).

وإلى جانب هذا يوجد عدد من الخصائص الجوهرية للعلاج المعرفي السلوكي التي تمكن المعالج من مساعدة العميل على توضيح واستكشاف أسس الأفكار التي تقود إلى المشاعر والسلوك، ويرمز لها بـ أ ب ج. حيث (أ) تعني الحدث المثير، (ب) تعني المعتقد، (ج) تعني النتائج. العلاج المعرفي السلوكي يشجع العملاء باستمرار وبشكل تدريجي على التعرف على انفعالاتهم وقبولها، ليتبعوا أفكارهم الآلية وكذلك المعتقدات الوسيطة والمحورية. وعندما يتم التعرف على العلاقة بين الأفكار (المعتقدات) والانفعالات والنتائج يمكن فقط هنا احراز تقدم من خلال العلاج المعرفي السلوكي. وبمجرد أن تبدأ هذه العملية يشجع العميل على أن يبحث عن دليل يدعم معتقداته اللاعقلانية، حيث يتم إعادة تشكيلها واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية، وهذه المعتقدات العقلانية الجديدة تدعم تعديل الانفعالات المحبطة والسلوك (كوروين وآخرون، 2008، ص.ص 33-34).

العلاج المعرفي السلوكي يركز على الوقت الراهن. فالمرضى مشاركون نشطين، ويعتبر خبير في مشكلاته النفسية. العلاقة بين المعالج النفسي والمرضى علاقة طيبة تأسست على الود والاحترام المتبادل والثقة المتبادلة. لا ينظر للمريض على أنه عيب، كما لا ينظر إلى المعالج على أنه كلي القدرة، أي لديه القدرة على الحل. ولكن المعالج والمرضى يكونان علاقة تشاركية لحل مشكلة ما. إن الدور الأول للمعالج نشط جداً، حيث يعلم المرضى بالقواعد الأساسية لهذا النموذج العلاجي. ومع ذلك، كلما تقدم العلاج، من المتوقع أن يصبح المرضى أكثر نشاطاً في العلاج، وأكثر استقلالية وأكثر تأثيراً في الأحداث (إس جي، 2012، ص 34).

كما ويعتمد في تنفيذ الاستراتيجية المعرفية العلاجية مزيجاً خاصاً من التقنيات السلوكية والمعرفية والانفعالية، المبنية على طبيعة المشكلة ونوع التشوهات المعرفية وبعدها الواجب المنزلي جزءاً مهماً من العملية العلاجية، لزيادة مستوى النشاط لدى المرضى من جهة ولاختبار التشوهات المعرفية الخاصة بعدم كفاءته. ويستخدم لذلك جداول نشاط يومي وأسبوعي، وجدول الإتقان والرضا. الخ لا يستغرق العلاج المعرفي - السلوكي فترة علاجية طويلة فهو يتطلب ما بين 15 و20 جلسة تركز في الحالات المتوسطة الاضطراب إلى الشديدة منها على جلستين أسبوعياً على الأقل لمدة 4-5 أسابيع ثم مرة أسبوعياً لمدة 10-15 أسبوعاً، وغالباً ما يتبع العلاج الناجح جلسات متابعة على فترات،

للمحافظة على النتائج التي تحققت والاستمرار في دعم وتقوية المتعالج. والزمن المخصص لكل جلسة علاجية 50 دقيقة تقريبا باستثناء الجلسة الأولى التي تتطلب ضعف هذا الوقت. وبذلك يكون العلاج المعرفي السلوكي علاج أنشطة تعاونية توجيهيات علي ، قصير الأمد، أهدافه واضحة ومحددة (السقا، 2009، ص 6).

الإجراءات المنهجية:

أولا-نوع الدراسة:

تعتبر الدراسة الحالية من أنواع "الدراسات التجريبية" والتي تقوم على أساس طريقة التجريب والتي تتضمن اختبار العلاقة بين متغيرين أحدهما مستقل وهو (برنامج التدخل المهني) والأخر تابع وهو (الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام).

ثانيا-الطريقة المستخدمة:

اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي، حيث تستخدم (القياس القبلي البعدي لمجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة)، حيث تم اتباع الخطوات التالية:

1 - تطبيق مقياس الكفاءة الاجتماعية على المجموعتين التجريبية والضابطة للحصول على درجات القياس القبلي حيث إن أعلى درجة على المقياس (160) وأقل درجة (40)، وتم اختيار الحالات التي حصلت على أقل الدرجات أي 40 درجة على الأقل.

2- توزيع المجموعتين بشكل عشوائي ومتساوٍ إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة.

3- إجراء التدخل المهني على المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة في الفترة من 2023/6/15 وحتى 2023/8/15.

4- إعادة تطبيق مقياس الكفاءة الاجتماعية على المجموعتين التجريبية والضابطة للوقوف على مدى فعالية البرنامج المستخدم بالنسبة للمجموعة التجريبية.

5- مقارنة نتائج القياسات قبل التدخل المهني وبعده مع الحالات عينة الدراسة.

6- إجراء المقارنات بين حالات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الكفاءة الاجتماعية لحساب معدل التغيرات بين المجموعة التجريبية والضابطة قبل وبعد التدخل المهني.

فروض الدراسة:

في ضوء الدراسة وأهدافها، وبناءً على ما اتضح من خلال الطرح السابق، وارتباطاً بما أوضحته نتائج الدراسات السابقة تم تحديد فروض الدراسة على النحو التالي:

- 1- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد التدخل المهني على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية (توكيد الذات- العلاقات الاجتماعية- المرونة الاجتماعية والانفعالية- التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية) لصالح القياس البعدي.
- 2- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد التدخل المهني على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية (توكيد الذات- العلاقات الاجتماعية- المرونة الاجتماعية والانفعالية- التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية) لصالح المجموعة التجريبية.
- 3- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية (توكيد الذات- العلاقات الاجتماعية- المرونة الاجتماعية والانفعالية- التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية) ويتجه التباين لصالح المجموعة التجريبية.

أدوات الدراسة:

ارتباطاً مع متطلبات الدراسة فقد اعتمد الباحثان على مجموعة من الأدوات التي تتفق مع طبيعة البحث، والاستراتيجية المنهجية المستخدمة، تحددت تلك الأدوات فيما يلي:

أ - تحليل البيانات والمعلومات الموجودة بالوثائق والسجلات المتاحة بالمؤسسة وتشمل ما يلي:

- 1 - إحصاءات المؤسسة: وأفاد الباحثان في التعرف على عدد العملاء ومعدل الزيادة أو النقصان دورياً وأسهم ذلك في اختيار العينة.
 - 2 - ملفات وسجلات العملاء: قام الباحثان بالاطلاع على جميع ملفات العملاء بالمؤسسة.
- ب - مقياس الكفاءة الاجتماعية- إعداد الباحثان.
- وصف المقياس والهدف منه: استهدف المقياس تحديد مستوى الكفاءة الاجتماعية لدى حالات مرضى الفصام، وتم تقسيمه إلى أربعة أبعاد وهي على النحو التالي:
- البعد الأول: توكيد الذات.
- البعد الثاني: العلاقات الاجتماعية.
- البعد الثالث: المرونة الاجتماعية والانفعالية.
- البعد الرابع: التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية.

خطوات إعداد المقياس:

- 1- تحديد المشكلة أو الصفة أو الظاهرة المراد قياسها: وهي الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام.
- 2- تحديد عناصر المقياس أو مؤشرات أو أبعاده: تحددت الأبعاد في أربعة أبعاد فرعية للمقياس، كالتالي: البعد الأول: توكيد الذات.
البعد الثاني: العلاقات الاجتماعية.
البعد الثالث: المرونة الاجتماعية والانفعالية.
البعد الرابع: التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية.
- 3- تحديد العبارات داخل كل بعد أو مؤشر: تم صياغة عدد من العبارات المناسبة لتغطية جوانب البعد أو المؤشر المراد قياسه، وبلغ عدد العبارات التي تم صياغتها (45) عبارة. ولكي يحدد الباحثان أبعاد وعبارات المقياس اتبعوا الخطوات التالية: الرجوع لمجتمع البحث من حالات مرض الفصام الذين سيطبق عليهم المقياس وذلك بهدف تحديد طبيعة الكفاءة الاجتماعية لديهم وذلك من خلال المقابلات الفردية معهم، والاطلاع على التقارير الذاتية لهم، وإجراء مقابلات مع أعضاء الفريق العلاجي، وحضور جلستان من الجلسات العلاجية معهم.
- 4- تحديد المجتمع الذي سوف يطبق عليه المقياس: يطبق المقياس على حالات مرض الفصام البسيط بمؤسسات الصحة العقلية.
- 5- تحديد أوزان المقياس: وتحددت في (تنطبق تماما =4، تنطبق =3، لا تنطبق =2، لا تنطبق أبدا =1) للعبارات الإيجابية، (تنطبق تماما =1، تنطبق =2، لا تنطبق =3، لا تنطبق أبدا =4) للعبارات السلبية.
- 6- حساب نسب الاتفاق والاختلاف: حول كل عبارة على حده، واستبعاد العبارات التي لم يتم الاتفاق عليها، وأصبح عدد عبارات المقياس بعد التحكيم (40) عبارة.
- 7- تحديد صدق المقياس:
 - أ- صدق المحتوى: قام الباحثان باستخلاص أبعاد المقياس وعباراته من خلال الإطار النظري الخاص بالعلاج المعرفي السلوكي ومرض الفصام.
 - ب- الصدق الظاهري (صدق المحكمين): قام الباحثان بعرض المقياس على عدد من الخبراء أكاديميا ومهنيا.

ج- صدق الاتساق الداخلي: للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة إحصائياً قام الباحثان بتطبيق المقياس على عينة من المرضى لهم نفس خصائص عينة الدراسة وعددهم (50) مفردة من غير حالات عينة الدراسة، وتم إيجاد العلاقة بين العبارة والدرجة الكلية للبعد.

8-تحديد ثبات المقياس:

وأيضاً عن طريق إعادة اختبار تطبيق المقياس على نفس العينة بعد أسبوعين.

جدول (1) يوضح الثبات عن طريق إعادة الاختبار

| الأبعاد | معامل الارتباط | مستوي الدلالة |
|---|----------------|---------------|
| البعد الأول: توكيد الذات | ,923 | دال |
| البعد الثاني: العلاقات الاجتماعية | ,833 | دال |
| البعد الثالث: المرونة الاجتماعية والانفعالية | ,908 | دال |
| البعد الرابع: التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية. | ,731 | دال |

يتضح من جدول (1) عدم وجود فروق بين الاختبارين مما يشير إلى ارتفاع درجات الثبات المقياس.

مجالات الدراسة:

1 - المجال البشري:

تم حصر المتواجدين بمستشفى الطريق للطب النفسي وعلاج الإدمان في الفترة من 2023/6/15 حتى 2023/8/15 وكان عددهم (30) مريض، طبقت عليهم شروط العينة وتم استبعاد عدد (10) حالة، وتبقى عدد (20) حالة، تم تقسيمهم بشكل عشوائي ومنتسواً إلى مجموعتين أحدهما تجريبية وعددها (10)، والأخرى ضابطة وعددها (10) وخصائص المجموعة التجريبية أعمارهم من 30 إلى 35.

شروط اختيار العينة:

- أ- أن تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 45 وهي المرحلة التي يزداد فيها احتمالية الإصابة بالمرض.
- ب- أن يحصل على درجة منخفضة على مقياس الكفاءة الاجتماعية.
- ج- أن يكون على الأقل يجيد القراءة والكتابة، حتى يتمكن من كتابة التقارير الذاتية والقيام بالواجبات المنزلية كأحد الأساليب العلاجية المستخدمة بالبرنامج العلاجي.
- د- أن يكون مر عليه في المؤسسة العلاجية فترة لا تقل عن شهر واحد على الأقل.

جدول (2) تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس الكفاءة الاجتماعية باستخدام مان وتني

| المجموعات | ن | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | مجموع الرتب | متوسط الرتب | قيمة z مان وتني | مستوى الدلالة |
|--------------------|----|-----------------|-------------------|-------------|-------------|-----------------|---------------|
| المجموعة التجريبية | 10 | 15,20 | 1.54 | 101.50 | 10.15 | .625 | غير دال |
| المجموعة الضابطة | 10 | 14.62 | .517 | 69.50 | 8.69 | | |

يتضح من هذا الجدول عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الكفاءة الاجتماعية مما يشير إلى تجانس المجموعتين.

2 - المجال المكاني:

تحدد المجال المكاني للدراسة في مستشفى الطريق للطب النفسي وعلاج الإدمان، وتم اختيار تلك المؤسسة لأنها تعد من المؤسسات الرائدة على مستوى الوطن العربي في مجال الصحة العقلية.

3 - المجال الزمني:

يقصد به الفترة الزمنية لتطبيق برنامج التدخل المهني مع حالات الدراسة، وتم التطبيق لبرنامج التدخل المهني في الفترة من 2023/6/15 حتى 2023/8/15.

برنامج التدخل المهني:

الأسس التي يقوم عليها برنامج التدخل المهني:

- الإطار النظري للدراسة الراهنة ومفاهيم وأسس العلاج المعرفي السلوكي والتدخل العلاجي مع حالات مرضى الفصام.
- نتائج البحوث والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة.
- الأهداف التي تسعى الدراسة الراهنة لتحقيقها.

أهداف برنامج التدخل المهني:

الهدف العام يتمثل فيتحسين مستوى الكفاءة الاجتماعية لدى حالات مرضى الفصام (عينة الدراسة).

ويتحقق هذا الهدف العام من خلال الأهداف الفرعية الآتية:

- تحسين الكفاءة الاجتماعية فيما يرتبط بتوكيد الذات.
- تحسين الكفاءة الاجتماعية فيما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية.
- تحسين الكفاءة الاجتماعية فيما يرتبط بالمرونة الاجتماعية والانفعالية.
- تحسين الكفاءة الاجتماعية فيما يرتبط بالتعامل مع المشكلات الحياتية اليومية.

مراحل التدخل المهني:

ارتبطت مراحل تنفيذ البرنامج بالأطر النظرية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي، كالتالي:

1- مرحلة البداية، وتتضمن:

- تم الاتصال بمجتمع الدراسة وإعداده وتهيئته لإجراء الدراسة.
- تم الاطلاع على السجلات والتقارير بالمؤسسة لكل حالة.
- تم إجراء مقابلات تمهيدية لتقدير المشكلة من حيث (الجانب الاجتماعي - الجانب النفسي - الجانب السلوكي - محاولات العلاج السابقة).
- بناء علاقة مهنية.
- تم تطبيق مقياس الكفاءة الاجتماعية على عينة الدراسة واختيار الحالات التي حصلت على أقل درجة على المقياس والتي لديها مستوى منخفض في الكفاءة الاجتماعية.

- التعامل مع شكوك العميل تجاه المعالج.

- التعاقد الشفهي مع حالات الدراسة حيث تم الاتفاق على المهام وتحديد الأدوار والمسئوليات المطلوبة لكل من المعالج والعميل.

2- مرحلة الوسط، وتتضمن:

- شرح أساليب العلاج المعرفي السلوكي، وكيفية تطبيقها مع إعطاء أمثلة عملية لها، وتوضيح الهدف من العلاج لحالات الدراسة.
- البدء في التقييم من خلال القياس القبلي والتدخل مع المشكلات المستهدفة.
- التدخل المهني القائم على مفاهيم واستراتيجيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي مع حالات الدراسة من المجموعة التجريبية من خلال:

(أ) استخدام استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي، وتتضمن:

- استراتيجيه الاستعراض المعرفي: لتحديد السلوكيات والأسباب والنتائج المرتبة على الاستمرار في ذلك، ودورها في انخفاض مستوى الكفاءة الاجتماعية.
- استراتيجيه إعادة البناء المعرفي: من خلال تعليم العميل سلوكيات إيجابية وذلك من خلال تطبيق فنيات العلاج المعرفي السلوكي وتوضيح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك.

ب) استخدام أساليب العلاج المعرفي السلوكي: وقد تم انتقاء ما يتناسب مع طبيعة كل حالة وتتضمن: الأساليب المعرفية، والأساليب الانفعالية، والأساليب السلوكية وهي على النحو التالي:

الأساليب المعرفية:

- **التشجيع:** تشجيع حالات المجموعة التجريبية على الحديث ومعرفة حديث الذات السلبي وسرد أفكارهم غير المنطقية وطرح أفكار جديدة بديلة وبناء حديث ذات جديد أكثر إيجابية مما يساعد على تبنى أفكار وسلوك إيجابي.
- **المناقشة المنطقية:** مناقشة العبارات التي وردت في الاستجابات على أدوات الدراسة بهدف إجراء تعديلات مرغوبة.
- **المواجهة:** مواجهة الحالات بالسلوكيات غير المرغوبة والتي تؤثر على مستوى الكفاءة الاجتماعية واستعراض سلوكيات أكثر إيجابية يمكنها أن تسهم في تحسين مستوى الكفاءة الاجتماعية لديهم.
- **التحليل المنطقي:** استخدام التحليل والاستدلال والاستنباط لمعرفة العلاقة بين السلوك والتفكير وربط المقدمات بالنتائج. وتحقيق الاتساق بين أفكاره وانفعالاته وسلوكه وما ينتج عن ذلك من اضطراب العلاقات الاجتماعية.
- **التفسير:** يتضمن إيجاد العلاقة بين إجراءات مواجهة المشكلات الحياتية اليومية وتوكيد الذات والتأثير المتبادل بين المرونة الاجتماعية والانفعالية والعلاقات الاجتماعية.
- **أسلوب التمثيل المعرفي:** تعليم الحالات كيفية تبنى فلسفة جديدة تساعد على توكيد الذات وتكوين علاقات اجتماعية جديدة والمشاركة في الأنشطة والمناسبات الاجتماعية المختلفة.
- **أسلوب حل المشكلة:** من خلال: تحديد المشكلة - إعادة صياغة المشكلة - تحديد الحلول البديلة - اختيار الحل الأنسب - تنفيذ الحل - تقييم الحل. وذلك للوصول إلى أعلى مستوى للكفاءة الاجتماعية لكل حالة.

الأساليب الانفعالية:

- أسلوب تعديل البناء المعرفي: يتم استخدامه لتعديل الانفعالات السلبية من خلال التأكيد على ضرورة ضبط النفس والمرونة الاجتماعية والانفعالية وتعديل الأساليب السلبية في التعامل مع مشكلات الحياة اليومية.
- أسلوب ضبط الذات: لتعليم كل حالة من حالات المجموعة التجريبية كيفية التحكم في انفعالاتها السلبية وضبط النفس.
- أسلوب التأمل للذات: من خلال جعل العميل يتأمل نتائج انفعالاته السلبية وحديث الذات السلبي في اضطراب سلوكه وتأمل التعليمات الذاتية السلبية التي يرددها لنفسه.
- أسلوب التعليمات الذاتية: من خلال تقديم نماذج وتعليمات إيجابية للعميل وجعله يرددها ويكررها لنفسه بصوت عالي وخافتو سري إلى أن تثبت في ذهنه، ويتبناها ويترجمها إلى سلوك مرغوب.
- أسلوب التقارير الذاتية: توجيه التلاميذ لكتابة تقارير ذاتية عن سلوكهم اليومي وما يرتبط به من أفكار وأحاديث ذاتية في علاقاتهم مع معلمهم ومع زملائهم والحكم عليها وعلى صحتها أو خطئها وتعديل تلك الأفكار الخاطئة.
- أسلوب الاستثارة: من خلال لقاء الأسئلة والمناقشة المفتوحة والتعبير الحر عن الانفعالات السلبية والذي بدوره يؤدي إلى الوقوف على أسباب المشكلة من وجهة نظره وتحديدها بدقة.
- التقبل غير المشروط: بأن يتقبل المعالج العميل بالرغم من سلوكه الخاطئ وأن يتقبل العميل المعالج الذي يعمل من أجله. ويتم ذلك من خلال العلاقة المهنية التعاونية العلاجية.

الأساليب السلوكية:

- أساليب الاشتراط الإجرائي: التعزيز والتدعيم لتثبيت السلوك السوي وهو أن يعيش العميل حياة صحية وارتفاع معدلات الكفاءة الاجتماعية والتخلص من مسببات انخفاض الكفاءة الاجتماعية، ومنها: القلق، والتوتر، الاندفاعية، اللامبالاة، الإهمال، ضعف الثقة بالنفس، الانسحاب من العلاقات الاجتماعية، انعدام اللذة، فقدان الطموح. إلخ
- القصص والأقوال المأثورة: من خلال سرد قصة ناجحة لكي يستفيد العميل من تلك التجربة في واقعه الحالي.

- **التدريب على المهارة:** من خلال تعليم العميل المهارات الهامة مثل الاتصال وتكوين علاقات اجتماعية ناجحة والتعامل مع مشكلات الحياة بطرق فعالة.

3- مرحلة النهاية، وتتضمن:

- تهيئة حالات الدراسة للإنتهاء، والاتفاق على أسلوب الإنهاء المناسب.
- تشجيع الحالات لتلخيص ما تم تعلمه والجهود التي يبذلونها تجاه التحسن.
- التعامل مع العقبات التي تحول دون الإنهاء المثمر للعلاج.
- إجراء القياسات للوقوف على ما تم تحقيقه من أهداف وإجراء مقارنات بين القياسات المختلفة (أدوات الدراسة) لتقييم مدى فعالية البرنامج العلاجي.

أدوات البرنامج:

أ- المقابلات، وقد استخدمت في هذه الدراسة على النحو التالي:

1 - مقابلات استطلاعية: وقد استخدمت بهدف التعرف على مجتمع الدراسة، وأثناء إعداد أدوات الدراسة.

2 - مقابلات مهنية: وهي المقابلات التي أجريت في فترة التدخل المهني وتم خلالها تطبيق برنامج التدخل المهني وإجراء القياسات القبليّة والبعدية.

وقد استخدم الباحثان نوعين من المقابلات المهنية في هذه الدراسة:

- مقابلات فردية: وهي المقابلات أو اللقاءات المهنية التي تمت بين الباحثان والعميل أو بين الباحثان وأحد أعضاء الفريق العلاجي.

- مقابلات جماعية: وهي المقابلات أو اللقاءات المهنية التي تمت بين الباحثان وحالات المجموعة التجريبية باعتبارها أداة رئيسية في مجال علاج الصحة العقلية.

ب - التقارير الذاتية.

تقييم برنامج التدخل المهني، ويتضمن:

- إجراء مقارنات بين القياسات المختلفة لأدوات الدراسة (القياس القبلي - القياس البعدي).

- دليل محتوى التقارير الذاتية.

الفترة الزمنية للتطبيق:

استغرق هذا البرنامج في التطبيق 16 جلسة في الفترة من 2023/6/15 وحتى 2023/8/15، وهذا يتناسب مع فلسفة العلاج القصير التي تركز على تقديم أكبر قدر من المساعدة للعملاء في أقل وقت ممكن. وذلك بعد انتهاء فترة العلاج الدوائي وتوجيهات المستشفى نحو استلام أهل المرضى في أي وقت باعتبارها مستشفى خاصة

| الجلسات | عنوان الجلسة | الأهداف | العمليات المستخدمة | الأدوات |
|---------|------------------------------------|--|--|---|
| 1 | تعارف وتمهيد | - التعارف بين الباحثين والمرضى حول المدخل العلاجي - تعريف المريض بمحتوى البرنامج | المناقشة | - |
| 2 | الكفاءة الذاتية | تعريف المريض بمفهوم الكفاءة الذاتية | المحاضرة - المناقشة الواجبات المنزلية | مطبوعات إرشادية Power -point |
| 3, 4 | استكشاف وتعديل بعض الأفكار السلبية | - إعادة البناء المعرفي - تدريب المرضى على استخراج الأفكار السلبية وكيف يمكن استبدالها بأخرى إيجابية | المناقشة - الإقناع - المراقبة الذاتية - المتصل المعرفي - اختبار الدليل - التنفيس الانفعالي - الواجبات المنزلية | بطاقات بيضاء مطبوعات إرشادية |
| 5, 6 | تحديد الأهداف | تدريب المرضى على وضع أهداف مناسبة لقدراته. | المناقشة - النمذجة - التخيل الانفعالي. | ورق بيضاء - مطويات إرشادية |
| 7, 8 | أساليب البحث في مصادر المعرفة | تدريب المرضى على أساليب البحث في مصادر المعرفة. | المحاضرة - المناقشة الواجبات المنزلية | أوراق عمل - مطبوعات إرشادية - Power point |
| 9, 10 | عادات الاستذكار الجيد | تدريب المريض على دراسة حديث الذات. | المحاضرة - المناقشة النمذجة - الواجبات المنزلية | Power point المطبوعات الإرشادية |
| 11, 12 | توكيد الذات | تدريب المرضى على الثقة بالنفس واتخاذ القرار. | المحاضرة - المناقشة - لعب الدور الواجبات المنزلية | بطاقات بيضاء مطبوعات إرشادية |
| 13, 14 | التعليمات الذاتية الإيجابية | تدريب المرضى على الحديث الذاتي الإيجابي | المحاضرة - المناقشة النمذجة - الحوار الذاتي الواجبات المنزلية. | Power point |
| 15, 16 | الجلسة الختامية | تحديد مدى الاستفادة من البرنامج تحديد موعد إجراء القياس البعدي. | الشرح - المناقشة | استمارة تقييم البرنامج |

نتائج الدراسة:

لقد كشفت نتائج الدراسة صحة الفروض الدراسة حيث جاءت نتائج الدراسة على النحو التالي:

1- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد التدخل المهني على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية (توكيد الذات- العلاقات الاجتماعية- المرونة الاجتماعية والانفعالية- التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية) لصالح القياس البعدي.

جدول (3) يوضح الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الكفاءة الاجتماعية باستخدام Wilcoxon

| مستوى الدلالة | Z قيمة Wilcoxon | القياس البعدي | | القياس القبلي | | ن | نتائج الاختبار الأبعاد |
|---------------|-----------------|---------------|-------|---------------|-------|----|--|
| | | انحراف | متوسط | انحراف | متوسط | | |
| دال | 0.007 | .527 | 14.8 | .971 | 24.2 | 10 | البعد الأول: توكيد الذات |
| دال | .007 | 1.74 | 23.25 | 1.53 | 16.11 | 10 | البعد الثاني: العلاقات الاجتماعية |
| دال | 3.53- | 1.90 | 27.11 | 3.04 | 17.66 | 10 | البعد الثالث: المرونة الاجتماعية والانفعالية |
| دال | -3.60 | .971 | 24.77 | 2.22 | 16.22 | | البعد الرابع: التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية |

أوضحت النتائج بالجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد التدخل المهني على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية (توكيد الذات- العلاقات الاجتماعية- المرونة الاجتماعية والانفعالية - التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية) لصالح القياس البعدي عند مستوي (0,01)، مما يوضح نتائج الفروق الإيجابية التي جاءت بالمجموعة التجريبية تشير إلى فاعلية التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي حيث أدى ارتفاع الكفاءة الاجتماعية لمرضي الفصام مما يشير إلى فاعلية التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي حيث أدى ارتفاع الكفاءة الاجتماعية لمرضي الفصام ، والذي أوضحتها متوسط درجات القياس البعدي لبعده توكيد الذات بمتوسط حسابي 14.8، انحراف معياري .527، والقياس القبلي بمتوسط حسابي 24.2 و 24.2.00 وانحراف معياري .971، وكانت قيمة Z تساوي (0.007) وأيضا متوسط

درجات القياس البعدي لبعدها العلاقات الاجتماعية بمتوسط حسابي 23025 وانحراف معياري 1.74، والقياس القبلي بمتوسط حسابي 16.11 وانحراف معياري 1.53، وكانت قيمة Z تساوي (0.007). وأيضاً متوسط درجات القياس البعدي لبعدها المرونة الاجتماعية والانفعالية 27.11 متوسط حسابي وانحراف معياري 1.90 والقياس القبلي كان بمتوسط 17.66 وانحراف معياري 3.04. وكانت قيمة Z تساوي (3.53 -) وأيضاً متوسط درجات القياس البعدي لبعدها التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية بمتوسط حسابي 24.77 وانحراف معياري 971 والقياس القبلي كان بمتوسط 16.22 وانحراف معياري 2.22 وكانت قيمة Z تساوي (-3.60).

ويؤكد ذلك على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وزيادة الكفاءة الاجتماعية لمرضي الفصام وظهر هذا التحسن في : مشاركة المريض في بعض الأنشطة في المستشفى وبين زملائه والقدرة على مناقشة القضايا العامة، والقدرة على تكوين صداقات وحضور الندوات واللقاءات التي تم إعدادها والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية داخل المستشفى ذلك إلى استخدام بعض الأساليب العلاجية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد مثل أساليب الشرح والتوضيح ، وأساليب الإقناع والمواجهة والتحدي، وأساليب إعادة البناء المعرفي، وأساليب الحوار والمناقشة المنطقية ، وأسلوب تصحيح الأفكار وأسلوب عرض المقترحات ، التي استطاع الباحثان من خلالها : لقاء الضوء على أفكار المريض ومعتقداته الخاطئة - أنه أقل من غيره ومرفوض من قبل المحيطين به لكونه - بطريقة مبسطة بينت له أن سبب اضطراب حياته يكمن في قناعاته بهذه الأفكار وبتكراره للعبارات الانهزامية ونظرته المتدنية للذات، ثم تصحيح هذه الأفكار واستبدالها بأفكار أكثر منطقية وواقعية مستعيناً بالدلائل والشواهد اليومية والآيات القرآنية والأحاديث النبوية الشريفة التي تؤكد صحة الأفكار الجديدة كذكر بعض المواقف التي سبق له أن تفاعل فيها مع الآخرين ولم يقابل بالرفض أو التهميش وأنه موضع اهتمام وتقدير من المحيطين به ، حتى أصبح أكثر ارتضاء بها وقبولاً لها ، فضلاً عن خلق فرص للحوار والتفاعل بينه وبين المحيطين به لإزالة مخاوفه من الاحتكاك بالغير وملاحظة تفاعلاته وتقويم سلوكياته وإكسابه الشجاعة والتمارين على التعبير .

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة قطب (2019) في فعالية العلاج المعرفي السلوكي الإيجابي (P-CBT) في خفض الشعور بالضغط النفسية لدى الطالبات الأمهات العاملات، استمرار فعاليته بعد فترة المتابعة التي تصل إلى شهر ونصف فقط. بالإضافة إلى فعالية خفض الشعور بالضغط النفسية في التخفيف من أعراض الاضطرابات النفسجسمية (الأعراض الانفعالية - اضطرابات العضلات والهيكل العظمي) لدى الطالبات الأمهات العاملات. وتتفق أيضا مع نتائج دراسة السيد (2017) التي تشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس بروفيل الكفاءة الذاتية المدركة للأطفال المطور في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وتشير هذه النتيجة إلى فعالية البرنامج التدريبي المعرفي السلوكي المستخدم في تحسين الكفاءة الذاتية المدركة ومجالاتها الفرعية لدى التلاميذ ذوي صعوبات تعلم القراءة.

2- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد التدخل المهني على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية (توكيد الذات- العلاقات الاجتماعية- المرونة الاجتماعية والانفعالية- التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية) لصالح المجموعة التجريبية.

جدول رقم (3) يوضح الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد التدخل المهني على مقياس الكفاءة الاجتماعية

| الأبعاد | المجموعات | ن | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | مجموع الرتب | متوسط الرتب | قيمة z | مستوى الدلالة |
|--|--------------------|----|-----------------|-------------------|-------------|-------------|--------|---------------|
| البعد الأول: توكيد الذات | المجموعة التجريبية | 10 | 24.00 | .971 | 126.00 | 14.00 | 3.63 | دال |
| | المجموعة الضابطة | 10 | 15.00 | 1.80 | 45.00 | 5.00 | | |
| البعد الثاني: العلاقات الاجتماعية | المجموعة التجريبية | 10 | 24.00 | 1.11 | 126.00 | 14.50 | 3.27 | دال |
| | مجموعة الضابطة | 10 | 14.8 | 1.05 | 45.00 | 5.00 | | |
| البعد الثالث: المرونة الاجتماعية والانفعالية | المجموعة التجريبية | 10 | 27.66 | 1.90 | 125.50 | 13.94 | 3.53 | دال |
| | المجموعة الضابطة | 10 | 17.11 | 3.04 | 45.20 | 5.06 | | |
| البعد الرابع: التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية | المجموعة التجريبية | 10 | 24.22 | .971 | 126 | 14.00 | 3.61 | دال |
| | المجموعة الضابطة | 10 | 16.77 | 2.23 | 45 | 5.00 | | |

أوضحت النتائج بالجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد التدخل المهني على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية (توكيد الذات- العلاقات الاجتماعية- المرونة الاجتماعية والانفعالية- التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية) لصالح المجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية عند مستوي (0,01) مما يوضح نتائج الفروق الإيجابية التي جاءت بالمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة مما يشير إلى فاعلية التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي حيث أدى ارتفاع الكفاءة الاجتماعية لمرضي الفصام، والذي أوضحت متوسط درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية في بعد توكيد الذات والذي زاد إلى 24.00 مقارنة بمتوسط الدرجات الضابطة وقيمه 15.00، وأيضاً القياس البعدي للمجموعة التجريبية في بعد العلاقات الاجتماعية والذي زاد إلى 24.22 مقارنة بمتوسط الدرجات الضابطة وقيمه 14.8، وأيضاً القياس البعدي للمجموعة التجريبية في بعد المرونة الاجتماعية والانفعالية والذي زاد إلى 27.66 مقارنة بمتوسط الدرجات الضابطة وقيمه 17.11، وأيضاً القياس البعدي للمجموعة التجريبية في بعد التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية والذي زاد إلى 24.22 مقارنة بمتوسط الدرجات الضابطة وقيمه 16.77.

ويرجع ذلك إلى استخدام بعض الأساليب العلاجية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد مثل: أسلوب التدريب على مهارات حل المشكلة، وأسلوب تنشيط إرادة العميل، وأسلوب التدعيم الإيجابي، التحفيز (وأسلوب النمذجة) وأيضاً تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة ابراهيم (2017) التي تؤكد من فعالية العلاج المعرفي السلوكي في انخفاض مستوى القلق والوظيفية.

3- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية (توكيد الذات- العلاقات الاجتماعية- المرونة الاجتماعية والانفعالية- التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية) ويتجه التباين لصالح المجموعة التجريبية.

جدول (4) يوضح معنوية التباين بين متوسطات الفروق الناتجة عن متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الاجتماعية باستخدام مان وتني

| المجموعات | ن | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | مجموع الرتب | متوسط الرتب | قيمة z | مستوى الدلالة |
|--------------------|----|-----------------|-------------------|-------------|-------------|--------|---------------|
| المجموعة التجريبية | 10 | 34.60 | 6.67 | 155.00 | 15.50 | 3.787 | دال |
| المجموعة الضابطة | 10 | 4.5 | 4.24 | 55.00 | 5.50 | - | |

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث كان المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية قيمة 34.60 وانحراف معياري قيمته 6.67، بينما كانت المجموعة الضابطة بمتوسط حسابي قيمته 4.5 وانحراف معياري 4.24 وهذا يشير إلى معدل التباين بين المجموعتين بين المجموعتين دال إحصائياً أي أن الفروق بينهم في المجموعة التجريبية فروق حقيقية ترجع إلى فاعلية التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي حيث أدى ارتفاع الكفاءة الاجتماعية لمرضي الفصام.

مناقشة النتائج:

أوضحت النتائج بالجدول السابقة أنه توجد فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد التدخل المهني على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية (توكيد الذات- العلاقات الاجتماعية- المرونة الاجتماعية والانفعالية - التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية) لصالح القياس البعدي عند مستوى أن الأفراد الذين لديهم مستوى عالٍ من السمات الفصامية وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة السيد (2017) التي تشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس بروفيل الكفاءة الذاتية المدركة للأطفال المطور في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وتشير هذه النتيجة إلى فعالية البرنامج التدريبي المعرفي السلوكي المستخدم في تحسين الكفاءة الذاتية المدركة ومجالاتها الفرعية لدى التلاميذ ذوي صعوبات تعلم القراءة وقد يعتقدون أن لديهم قدرات اجتماعية ضعيفة على الرغم من أنهم يظهرون مهارات متوافقة مع أقرانهم. قد تؤدي مثل هذه التصورات إلى تجنب التفاعلات الاجتماعية.

أوضحت النتائج بالجدول السابقة أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد التدخل المهني على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية (توكيد الذات- العلاقات الاجتماعية- المرونة الاجتماعية والانفعالية- التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية) لصالح المجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Mokhtar, et al, 2021) إلى أن الفصام هو اضطراب نفسي خطير يتسم بتضرر شديد في الوظائف العقلية ويؤثر على قدرة المريض على التعامل مع التوتر، وبالتالي يقلل من كفاءة المرونة والرضا الحياة لهؤلاء المرضى. وأظهرت النتائج أن 75% من المرضى عينة الدراسة يعانون من مستوى منخفض للمرونة والرضا عن الحياة، وأنه توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين المرونة ورضا الحياة مما يؤدي ذلك بدوره إلى عدم قدرة المرضى على التعامل مع عوامل التوتر مما يجعلهم عرضة للمرونة المنخفضة، وينعكس سلبًا على مستوى الرضا عن الحياة أن من المرضى عينة الدراسة يعانون من مستوى منخفض للمرونة والرضا عن الحياة، وأنه توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين المرونة ورضا الحياة مما يؤدي ذلك بدوره إلى عدم قدرة المرضى على التعامل مع عوامل التوتر مما يجعلهم عرضة للمرونة المنخفضة، وينعكس سلبًا على مستوى الرضا عن الحياة.

كشفت النتائج بالجدول السابقة أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده الفرعية (توكيد الذات- العلاقات الاجتماعية- المرونة الاجتماعية والانفعالية- التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية) ويتجه التباين لصالح المجموعة التجريبية وأظهرت النتائج وجود تحسن في المتوسط الإجمالي لتوكيد الذات والأعراض النفسية بعد تنفيذ البرنامج مقارنة بالقياسات القبلية والبعديّة. ويتفق ذلك مع أشارت إليه دراسة (Abdelmonem, et al, 2019)، حيث هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير برنامج تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام على تقدير الذات والمهارات التوكيدية. وأظهرت النتائج وجود تحسن في المتوسط الإجمالي لتوكيد الذات والأعراض النفسية بعد تنفيذ البرنامج مقارنة بالقياسات القبلية والبعديّة. وأوصت الدراسة بضرورة التعاون بين جميع أعضاء الفريق الصحي لوضع أهداف محددة لتعديل السلوك وتحسين الكفاءة الاجتماعية للمرضى وأوصت الدراسة بضرورة التعاون بين أسرة المريض وأعضاء الفريق الصحي لوضع أهداف محددة لتعديل السلوك وتحسين الكفاءة الاجتماعية للمرضى

- حيث يشعر هؤلاء الأشخاص بالحزن والكره بعد الإصابة بالفصام. وبالتالي، قد يكونون أكثر عرضة لليأس لأنهم يدركون الآثار السلبية للمرض على حياتهم. ولكن في الوقت ذاته، فإن احتمالات التعافي من الفصام تكون أعلى عند هؤلاء المرضى

التوصيات:

- في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج فإن الباحثان توصلوا إلى بعض التوصيات التي من شأنها أن تقيد مرضى على النحو التالي:
- عمل ورشات داخل العيادات لأهالي المرضى وتوعيتهم بطرق وآليات التعامل مع المرضى.
 - توعية الأسرة بضرورة تبني الأساليب واستراتيجيات لزيادة الكفاءة الاجتماعية وذلك من أجل مواصلة حياتهم بشكل أفضل.
 - ضرورة أن يتم عمل برامج إرشادية وتوعية من أجل تدعيم وتقوية الذات مرضى الفصام.
 - تصميم برامج إرشادية مرضى الفصام للعمل على تقوية الروابط الأسرية بين الأسرة والمرضى.
 - ضرورة أن يتم عمل جلسات تثقيفية وزيارات ميدانية لأسر مرضى الفصام وبشكل دوري من قبل المؤسسات المعنية.

بحوث مقترحة:

- دراسة أثر المساندة الاجتماعية في التخفيف من مستوى الخوف لمرضى الفصام.
- دراسة مستوى القلق النفسي وقلق المستقبل لدى المرضى النفسيين.
- دراسة مستوى جودة الحياة لدى المرضى النفسيين.
- دراسة مدى الرضا عن الخدمات المقدمة لزوجات المرضى النفسيين داخل مراكز الصحة النفسية.
- دراسة مستوى الكفاءة الاجتماعية وعلاقته بالخوف لدى مرضى الفصام.

أولاً-المراجع العربية

- إس جى، هوفمان. ترجمة: عيسى، مراد على (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر: الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع، ص34.
- بوفيه، سيريل. ترجمة: فرحات، بوزيان (2019). مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية، الجزائر، دار المجد للطباعة والنشر والتوزيع، ص 143.
- جابر، عبد الحميد وكفافي، علاء الدين (1993). معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة، دار النهضة العربية، ص 6.
- حنور، قطب عبده خليل (2019). فعالية برنامج معرفي سلوكي إيجابي في خفض الشعور بالضغط النفسية للتخفيف من أعراض الاضطرابات النفسجسمية لدي الطالبات الأمهات العاملات، مجلة كلية تربية بينها، العدد119، جزء الثاني.
- رامي، هشام (2019). وزير الصحة النفسية السابق: 5 ملايين مصري يعانون من الاكتئاب، متاح على الرابط: https://www.masrawy.com/news/news_egypt/details/2019/1/30/1505535 ، تم الاسترجاع بتاريخ 5 أغسطس 2023، ص 2.
- السقا، صباح (2009). العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، محاضرة في مشفى البشر للأمراض النفسية العصبية، تاريخ 2009/4/25، ص 6.
- شافعي، إبراهيم (2017). لعلاج المعرفي السلوكي للفصام المزمن: تقرير حالة "، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 113.
- صقر، السيد أحمد محمود (2017). فعالية برنامج تدريبي معرفي سلوكي في تحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى التلاميذ ذوي صعوبات تعلم القراءة بالصف الخامس الابتدائي، مجلة كلية تربية كفر الشيخ، العدد20.
- كليبرمان، هنري ويبري، أنثاني. ترجمة: خطاب، محمد أحمد محمود (2019). التشخيص الإكلينيكي: دليل الاختبار النفسي التشخيصي تحليل الشخصية وكتابة التقارير، القاهرة، الأنجلو المصرية، ص 188.
- كوروبين، بيرني ورودل، بيتر، بالمر، ستيفين. ترجمة: مصطفى، محمود عيد (2008). العلاج المعرفي السلوكي المختصر، القاهرة، إبتراك للنشر والتوزيع، ص.ص 33-34.
- المغازي، إبراهيم (2004). الكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدي طلاب كلية التربية، مجلة دراسات نفسية، القاهرة، 4، ص.ص 469-493.
- غانم، محمد حسن (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، 145.

ثانياً- المراجع الأجنبية:

- Abdelmonem, R. M., Abd-El Fatah, S. R., & Mohammed, A. A. (2019). Effect of Social Competence Program on Self-esteem and Assertiveness among Schizophrenic Patients. *Minia Scientific Nursing Journal*, 4, 1, June, p.p 50-59.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Andreasen, N. C. (2010). The lifetime trajectory of schizophrenia and the concept of neurodevelopment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), p.p 409-415.
- Ballon, J. S., Kaur, T., Marks, I. I., & Cadenhead, K. S. (2007). Social functioning in young people at risk for schizophrenia. *Psychiatry Research*, 151(1-2), p.p 29-35.
- Brabban, A., Tai, S., & Turkington, D. (2009). Predictors of outcome in brief cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), p.p 859-864.

- Cherry, K. (2020). How prevalent is schizophrenia? Available at: Signs and Symptoms of Schizophrenia (verywellmind.com). Retrieved on 25 March 2023, p 2.
- Goff, D. (2021). The pharmacologic treatment of schizophrenia- 2021. *JAMA Psychiatry*, 325, 2, p.p 175-176.
- Ho, R.T.H., Wan, A.H.Y., Au-Yeung, F.S.W., Lo, P.H.Y., Siu, P.J.C.Y., Wong, C.P.K., Ng, W.Y.H., Cheung, I.K.M., Ng, S.M., Chan, C.L.W., & Chen, E.Y.H. (2014). The psychophysiological effects of Tai-chi and exercise in residential schizophrenic patients: a3-ar randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14, 364.
- Howes, O. D., & Murray, R. M. (2014). Schizophrenia: an integrated socioenvironmental-cognitive model. *The Lancet Psychiatry*, 1(3), p.p 204-216.
- Kart, A., Özdel, K., & Türkçapar, M. H. (2021). Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Schizophrenia. *Noro Psikiyatri Ars*, 58(Suppl 1), p.p 61-65.
- Marcinko, L., & Read, M. (2004). Cognitive therapy for schizophrenia: Treatment and dissemination. *Current Pharmaceutical Design*, 10(18), p.p 2269-2275.
- Marder, S., & Cannon, T. (2019). Schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*. 381, 18, p.p1753-1761.
- Mokhtar, A. A., Zaki, M. M., & Abdel-Aziz, M. M. (2021). Relation between Resilience and Life Satisfaction among Schizophrenic Patients. *Journal of Nursing Science - Benha University*, 2, June, p.p 225-240.
- Rathod, S., Phiri, P., & Kingdon, D. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), p.p 527-536.
- Rector, N. A., & Beck, A. T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(5), p.p 278-287.
- Singh, U., Singh, B., & Sweta. (2018). Assessment and Management of Socio-Occupational Functioning of Persons with Chronic Schizophrenia: Effect of Social Skills Training. *Journal of Psychosocial Research*, 13(1), p.p 189-198.
- Smith, J. (2017). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Improving Social Functioning of Schizophrenia Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 45(3), p.p 321-335.
- Springfield, C. R., & Pinkham, A. E. (2019). Introspective accuracy for social competence in psychometric schizotypy. *Cognitive Neuropsychiatry*, 25(1), p.p 57-70.
- Turkington, D., Dudley, R., Warman, D. M., & Beck, A. T. (2004). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. *Journal of Psychiatric Practice*, 10 (1), p.p 5-16.
- Welsh, J.& Bier man, K. (2003): Social competence. *Gate Encyclopedia and Adolescence*, London, p.143.
- World Health Organization (Who), (2022). Schizophrenia. Available at: Schizophrenia (who.int). Retrieved on 15 March 2023.

