

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام والنصام الوجدانى^١

د. سحر حسن إبراهيم*

قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة بنى سويف

المخلص:

تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام والنصام الوجدانى، وتمثلت العوامل المنبئة فى (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التعليم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز فى المستشفى، ومدة آخر إقامة بالمستشفى). وتكونت عينة الدراسة من (٥٨) من مرضى الفصام، (٣٠ ذكراً، ٢٨ أنثى) بمتوسط عمر ($36,82 \pm 8,03$). و(٤٠) من مرضى النصام الوجدانى (٣١ ذكراً، ٩ إناث)، بمتوسط عمر ($36,92 \pm 10,41$). وهم من المرضى المقيمين فى دار الاستشفاء والصحة النفسية بالعباسية، وقدر عددهم بـ (٧٥) مريضاً، ومستشفى الطب النفسى ببنى سويف وعددهم (٢٣) مريضاً. وقد تراوح المدى العمرى لأفراد العينة بين (٢٠ - ٥٨) عاماً. ولتحقيق هدف الدراسة تم تطبيق قائمة حل المشكلات الاجتماعية، واستخبار الكفاءة الاجتماعية، ومقياس القلق الاجتماعى، بالإضافة لاستمارة البيانات الديموجرافية، وقد روعى التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة طردية إيجابية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، كما وجدت علاقة إيجابية دالة بين التوجه السلبى نحو المشكلة، والنمط الاندفاعى، والأسلوب التجنبى والقلق الاجتماعى لدى هؤلاء المرضى. فى حين وجدت علاقة عكسية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية والقلق الاجتماعى لدى مرضى الفصام، كما وجدت علاقة عكسية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية والتوجه السلبى نحو المشكلة، والقلق الاجتماعى لدى مرضى الفصام الوجدانى. وكشفت مجمل نتائج تحليل الانحدار إلى أن المتغيرات المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية تمثلت فى مدة آخر إقامة بالمستشفى، والكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى. كما كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق بين مرضى الفصام ومرضى النصام الوجدانى فى كل الكفاءة الاجتماعية والقلق الاجتماعى وحل المشكلات الاجتماعية، باستثناء بعدى الحل العقلانى للمشكلة والنمط الاندفاعى.

^١ تم تسليم البحث فى ٢٠٢٠/٨/٢٧ وتقرر صلاحيته للنشر فى ٢٠٢٠/١٠/٣
ت: ٠١١٤٣٦٤٧٨١
Email: saharhassan2010@yahoo.com

===== دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام =====

الكلمات المفتاحية: حل المشكلات الاجتماعية، القلق الاجتماعي، مدة الإقامة بالمستشفى، مدة المرض، مرضى الفصام، الفصام الوجداني.

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام والفصام

الوجداني¹

د. سحر حسن إبراهيم*

قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة بنى سويف

مقدمة:

نمر في حياتنا اليومية بسلسلة لا متناهية من المشكلات اليومية فى شتى المناحي المعرفية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والانفعالية والجسمية... الخ. وتختلف المشكلات باختلاف درجة تعقيدها وتركيبها. ويحتاج الفرد فى ذلك لعدد من المهارات التى تمكنه من حل هذه المشكلات. وقد أولى الباحثون فى العقود الأخيرة لحل المشكلات الاجتماعية الاهتمام الأكبر؛ نظراً لشبوع كثير من المشكلات الاجتماعية على صعيد الحياة اليومية للأفراد، ولاسيما كون الإنسان كائناً اجتماعياً لا يعيش بمفرده، وإنما يعيش فى سياق اجتماعى مع الآخرين.

ويعد مفهوم حل المشكلات من المفاهيم القديمة وإن لم تكن معروفة بنفس هذا المسمى، فتاريخ حل المشكلات يمتد إلى كوهلر وبافلوف وثورنديك وسكندر وغيرهم من رواد نظريات التعلم الذين اهتموا بشكل كبير بمشكلات تتعلق بالحيوانات وتعميم نتائجها على الإنسان (قدرى حنفى، ٢٠٠٤).

وتعد المشكلات الاجتماعية واحدة من أهم أنماط المشكلات التى يتعرض لها الأفراد فى مجتمعاتهم، كالمشكلات المرورية والسياسية والاقتصادية والتعليمية. وقد تستغرق هذه المشكلات وقتاً طويلاً فى حلها. ولا يقع عبء حل هذه المشكلات على عاتق الفرد وحده، بل تحتاج لتضافر الجهود فى حلها (Eskine, 2013).

وتتميز القدرة على حل المشكلات الاجتماعية بالطبيعة متعددة الأبعاد^٢ (Ventura, Tom, Jetton, Kern, 2013). لذا ينبغى دراسة منبئات حل المشكلات الاجتماعية سواء أكانت هذه المنبئات منبئات معرفية أو اجتماعية أو متعلقة بالأعراض المرضية. وقد تكون المشكلة شيئاً يتعلق بالفرد نفسه (مثل الأفكار، والمشاعر، والسلوك، والمظهر، والصحة). وقد تتعلق المشكلة بعلاقات الفرد مع الآخرين (مثل أسرته، وأصدقائه، ومدرسيه، أو رؤسائه فى العمل)، وقد تتعلق

^١ تم تسليم البحث فى ٢٧/٨/٢٠٢٠ وتقرر صلاحيته للنشر فى ٣/١٠/٢٠٢٠

Email: saharhassan2010@yahoo.com

ت: ٠١١١٤٣٦٤٧٨١

^٣ multidimensional nature of social problem solving

المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١١٠ المجلد الحادي والثلاثون - يناير ٢٠٢١ = (٣٦٩)

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام

المشكلة أيضاً ببيئة الفرد والأشياء التي يملكها (مثل بيته، سيارته، وثروته، وماله) (D'Zurilla, Nezu, & Maydeu- Olivares 1999).

وقد يواجه الفرد عند حل المشكلات صعوبات كثيرة منها ما هو نابع من الفرد ذاته، ومنها ما يتعلق بطبيعة المشكلة. وتتمثل الصعوبات المتعلقة بالفرد في نقص التوافق الذهني والاجتماعي، ونقص القدرة العقلية، أو استخدام حلول قديمة في حل المشكلات. أما الصعوبات المتعلقة بطبيعة المشكلة فتتمثل في عدم وضوح المشكلة، ووجود أكثر من حل ملائم لها، أو تعدد وتتاقض الأهداف التي يسعى إليها الفرد (عادل محمد العدل، ٢٠٠١). وفي هذا الصدد قد يواجه المرضى النفسيين صعوبات تفوق في حدتها ما يواجهه الأسوياء عند التعامل مع المشكلات الاجتماعية ومحاولة التغلب عليها.

وتجدر الإشارة إلى أننا نتناول في دراستنا الراهنة عينة من مرضى الفصام والفصام الوجداني. ووفقاً لدليل التشخيصي والإحصائي الخامس فإن هذين الفئتين هم فئتان مستقلتان تتدرجان تحت مظلة اضطراب طيف الفصام الذي يضم اثنتي عشرة فئة نوعية. ويتضمن اضطراب الفصام وجود اثنتين أو أكثر من أعراض التقليدية كالأوهام والهلاوس والكلام غير المنظم والسلوك غير المنظم والأعراض السلبية. ووجود هذه الأعراض لفترة معتبرة من الزمن تؤثر خلالها على مجال أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي للفرد كالعامل أو العلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية، ولا يُعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة. ويتضمن اضطراب الفصام الوجداني بالإضافة للأعراض السابقة فترة غير منقطعة من المرض توجد خلالها نوبة مزاجية رئيسية (إما نوبة اكتئابية جسيمة أو نوبة هوسية) (DSM-5, 2013).

حل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام كمشكلة بحثية:

حري بالذكر أن مرضى الفصام والفصام الوجداني يمرون بمشكلات اجتماعية- مثلهم في ذلك مثل الأسوياء - خلال مسار حياتهم اليومية. وقد يعجز مرضى الفصام والفصام الوجداني أكثر من غيرهم عن مواجهة المواقف المشكلة بوجه عام لضعف قدراتهم المعرفية التي تقتضى الإحساس بوجود مشكلة والتخطيط لحلها، وكذا ضعف آدائهم الاجتماعي. وسنحاول في دراستنا الراهنة بحث ملامح اضطراب المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية لدى مرضى الفصام والفصام الوجداني، وكذا العوامل المنبئة بها.

يعد الأداء الاجتماعي المنخفض هو معيار تشخيصي لمرض الفصام (American Psychiatric Association, 1994). وتعد الصعوبات في التفاعلات الاجتماعية هي السمات البارزة إكلينيكيًا لهذا الاضطراب (Couture, Penn, & Roberts, 2006). ومن العوامل التي

تؤثر فى حل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام شدة الاضطراب، ودرجة إزمانه (Addington & Addington, 2008; Stålberg, Lichtenstein, Sandin, Hultman, 2009b; Vaskinn Sundet, Hultman, Friis, Andreasse, 2008). لذا يجب ترجمة هذه النتائج إلى ممارسة سريرية من أجل تحديد علاج ملائم لمثل هذه الصعوبات. ومن الضروري تجاوز درجات الاختبار، والبحث عن الآليات الكامنة وراء الخلل فى القدرة على حل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام من خلال تحديد درجة إزمان المرض، والتمييز بين مجالات حل المشكلات الاجتماعية، وكذا تطوير التدخلات الملائمة (Green, Kern, Heaton, 2004).

وقد اهتم كثير من الباحثين بالكشف عن العلاقة بين القدرة على حل المشكلات الاجتماعية وبعض المتغيرات مثل المعرفة العصبية (Bowen Wallace, Glynn, Nuechterlein, Lutzker, Kuehnel, 1994; Addington & Addington, 1999; Moe, Breitborde, Bourassa, Gallagher, Shakeel, & Docherty, 2018; Vaskinn et al., 2009a) والمعرفة الاجتماعية (Huang, Tan, Walsh, Spriggens, Neumann, Shum, et al., 2014)، ووظائف الذاكرة والتعلم اللفظى (Addington & Addington, 1999; Ventura et al., 2013)، والقدرة البصرية والمرونة المعرفية (Addington & Addington, 2000; Alp et al., 2006; Hatashita-Wong, Smith, Silverstein, Hull, Willson, 2002) والاعراض المرضية (Ikebuchi, 2007; Jaclyn, 2017; Üçok Çakr, Duman, Dıçigil, Kandemir, Atl, 2006; Zanello Perrig, Huguelet, 2006). ومن أهم المتغيرات المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية فى دراستنا الراهنة الكفاءة الاجتماعية؛ حيث يعد قصور الوظائف الاجتماعية من الملامح المميزة لاضطراب الفصام (Mueser, Doonan, Penn, Blanchard, Bellack & DeLeon 1996; Kee, Green, Mintz, & Brekke, 2003; Rus- Calafell, Maldonado, Ortega-Bravo, Ribas-Sabate, & Caqueo-Úrizar, 2013). ومن بين الوظائف الاجتماعية التى يعانى مرضى الفصام من قصورها مشكلات الكفاءة الاجتماعية، والإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، والمهارات الاجتماعية، الأمر الذى له أبلغ الأثر على قدرة هؤلاء المرضى على حل المشكلات الاجتماعية.

ومن بين المتغيرات المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية القلق الاجتماعى. وقد ارتبط القلق الاجتماعى بالأعراض المرضية لمرضى الفصام والوظائف الاجتماعية- التى تعد حل المشكلات الاجتماعية أحد أبرز صورها- والنوع، والعمر عند بداية المرض، والمدة التى قضاها الفرد قبل الانضباط تحت مضادات الذهان (سحر حسن، ٢٠١٣؛ Penn, Combs, & Mohamed, 2001; Brune, 2005; Pinkham & Penn, 2006; Couture et al., 2006) وقد كشفت

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام

الدراسة عن زيادة انتشار أعراض القلق الاجتماعي لدى مرضى الفصام مرتبطاً بالوظائف الاجتماعية أكثر من ارتباطه بالوظائف المعرفية (Aikawa, Kobayashi, Nemoto, Matsuo, Wada, Mamiya, 2018).

كما تم الاهتمام في دراستنا الراهنة ببعض المتغيرات المرضية كمنبئات بحل المشكلات الاجتماعية منها طول مدة المرض وهي من المتغيرات التي كانت موضع اهتمام بعض الدراسات (e.g. Penn, Addington & Pinkham, 2006; Mueser et al., 1996).

وقد حاول بعض الباحثين دراسة العلاقة بين الأعراض المرضية، والوظائف الاجتماعية، حيث يتسم مرضى الفصام ذوو الأعراض الإيجابية بالإفراط السلوكي مثل (الضلالات والهلاوس)، في حين يتسم المرضى ذوو الأعراض السلبية بالقصور السلوكي؛ وبالتالي ضعف التكيف الاجتماعي، والعجز الاجتماعي أو انخفاض الوظائف الاجتماعية بشكل عام؛ ومن ثم انخفاض القدرة على حل المشكلات الاجتماعية، مقارنةً بذوى الأعراض الإيجابية الذين لا يكشفون عن ضعف دال في الوظائف الاجتماعية (Toomey, Sculdberg, Corrigan, Green, 2002; Shean & Meyer, 2009; Nelson Combs, Penn, & Basso, 2007; Williams, Das, Harris, Liddell, Brammer, & Oliveri, 2004).

ونتيجة لدراسة الجوانب الاجتماعية وأثرها على الصحة النفسية أو الاضطراب النفسي تركزت أساليب التدخل السلوكي المبكرة على تحسين الوظائف الاجتماعية، بالتدريب على تعلم مهارات حل المشكلات؛ لتحقيق التوافق في العلاقات المتبادلة (إيان بنون، ٢٠٠٠، ص ٣٣٠). وقد أشارت الملاحظات السابقة مجموعة من التساؤلات يمكن أن تتبلور من خلالها

مشكلات الدراسة على النحو التالي:

- ١- إلى أي مدى ترتبط حل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية بكل من الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعي، لدى مرضى الفصام والفصام الوجداني؟
- ٢- إلى أي مدى يختلف حجم الإسهام النسبي لكل من (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعي، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التعليم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز في المستشفى، ومدة آخر إقامة بالمستشفى) في التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام والفصام الوجداني؟
- ٣- إلى أي مدى توجد فروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجداني في كل من حل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية، والكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعي؟

أهداف الدراسة:

- ١- بحث العلاقة بين حل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية وكل من الكفاءة

- الاجتماعية، والقلق الاجتماعي، لدى مرضى الفصام والفصام الوجداني.
- ٢- الكشف عن حجم الإسهام النسبي لكل من (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعي، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التعليم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز في المستشفى، ومدة آخر إقامة بالمستشفى) في التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام والفصام الوجداني.
- ٣- بحث الفروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجداني في كل من حل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية، والكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعي.

أهمية الدراسة وتطبيقاتها الإكلينيكية:

- ١- تأتي أهمية الدراسة في ضوء ما نلاحظه من نقص الاهتمام بدراسة الجوانب الإيجابية لدى المرضى النفسيين؛ حيث ينصب اهتمام الباحثين على دراسة جوانب القصور لدى المرضى النفسيين بوجه عام ومرضى الفصام على وجه الخصوص، على الرغم من أن دراسة مواطن القوة يسهم بشكل كبير في تدعيم مواطن القصور لدى هؤلاء المرضى.
- ٢- من ناحية أخرى، تتبع أهمية الدراسة الحالية في جانبها النظري مما يمكن أن توفره من بيانات ومعلومات وأطر نظرية خاصة بدراسة بعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام والفصام الوجداني؛ مما يؤدي إلى تراكم البنية المعرفية في هذا المجال.
- ٣- كما تكمن أهمية الدراسة في تطبيقاتها العملية، حيث يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الراهنة في إعداد برامج تنموية وإرشادية تسهم في تنمية حل المشكلات الاجتماعية في ضوء ما تسفر عنه نتائج الدراسة الراهنة.
- ٤- يمكن أن يكون لدراسة حل المشكلات الاجتماعية تطبيقات علاجية هامة، ومن أهم هذه التطبيقات العلاجية استخدام التدريب على حل المشكلات ذاتها كتكنيك علاجى يستخدم بكفاءة لدى مرضى الفصام لتحسين قدراتهم المعرفية والاجتماعية لتخطى اضطراباتهم؛ حيث يعد التدريب على حل المشكلات أحد العناصر الأساسية للبرامج العلاجية التي تقدم للمصابين بالفصام والذين يعانون من القلق أو الاضطرابات المزاجية؛ حيث يتم تنمية القدرة على تحديد العوامل المثيرة للمشقة وطريقة التعامل معها، والتعامل مع الصراعات بين الشخصية، وكل أشكال المعوقات التي تحول دون الوصول إلى الأهداف (Lieberman, Eckman, & Marder, 2001).
- ٥- ومن منطلق أن الوقاية خير من العلاج فقد تسفر نتائج الدراسة عن دور مهم في مجال

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدي مرضي الفصام

الوقاية، وذلك من خلال الدور الذى تلعبه حل المشكلات الاجتماعية فى الوقاية من الإصابة بالفصام. وفى هذا الصدد اقترحت بعض النماذج مثل نموذج الاستهداف، ونموذج عوامل الحماية، ونموذج المشقة أن استراتيجيات المواجهة الفعالة- من بينها مواجهة المشكلات الاجتماعية والعمل على حلها- يمكن أن تكون من العوامل الوقائية التى تسهم فى الوقاية من الإصابة باضطراب الفصام (Ventura et al, 2004).

المفاهيم والإطار النظرية:

١- حل المشكلات الاجتماعية

تعرف المشكلة بأنها عائق يواجه الفرد فى مهمة حياتية تتطلب استجابة تكيفية غير متاحة فى الوقت الراهن فى الرصيد السلوكى للفرد (D'Zurilla, Nezu, & Olivares, 2004). ويعرف موقف حل المشكلة بأنه عملية اختيار من بين عدد من البدائل للوصول إلى الهدف، أو الحل الصحيح (English & English, 1958). ويتطلب موقف حل المشكلة تفاعلاً من الفرد لتكوين رد الفعل الملائم لمواجهة العقبات الشخصية والبيئية (D'Zurilla, et al., 2004; D'Zurilla & Nezu, 2007).

وتعرف حل المشكلات الاجتماعية بأنها عملية معرفية سلوكية معقدة يقوم فيها الفرد بإيجاد وسائل التكيف، للتعامل مع مجموعة واسعة من المشكلات اليومية الحادة والمزمنة والمواقف العصبية التى يمر بها الفرد فى حياته اليومية (D'Zurilla & Nezu, 2007).

وتم تعريف الحلول ضمن نموذج حل المشكلات الاجتماعية على أنها الاستجابات التى تم توليدها لتغيير طبيعة الموقف إما بجعله موقف غير مشكل أو تغيير رد الفعل الانفعالى السلبي، وذلك بالنسبة للمواقف التى لا يمكن تغييرها، أو كليهما (Nezu, Nezu & Perri, 1989; Nezu, D'Zurilla & Nezu, 2007). وتهدف الحلول فى نهاية المطاف إلى الوصول إلى الحل أو الهدف المنشود، وهو التكيف وتنفيذ هذه الحلول بفعالية فى مواقف حل المشكلات. ويزيد الحل الفعال للمشكلة من العواقب الإيجابية، ويقلل من العواقب السلبية (D'Zurilla & Nezu, 2007).

ويشير نيزو إلى أن تقديم حلول غير منطقية للمشكلات الاجتماعية يؤدى لاثنتين من الأنماط المختلفة أو غير الملائمة؛ فهى لا تؤدى إلى حل المشكلة بطريقة فعالة فحسب، بل يمكنها أيضاً المساهمة فى تفاقم المشكلات أو خلق مشاكل جديدة (Nezu & Nezu, 2010).

وتعرف الباحثة حل المشكلات الاجتماعية تعريفاً إجرائياً بأنها الطريقة التى قد يفكر فيها الفرد، أو يشعر بها، أو يتصرف من خلالها، عندما تواجهه مشكلات فى حياته اليومية. وقد تتعلق بأمور تخص الفرد (مثل الأفكار، والمشاعر، والسلوك، والمظهر، أو الصحة)، وقد تتعلق

المشكلة بعلاقات الفرد مع الآخرين (مثل علاقته بأسرته، وأصدقائه، ومدرسيه، ورؤسائه في العمل)، وقد تتعلق المشكلة أيضاً ببيئة الفرد والأشياء التي يملكها (مثل بيته، وسيارته، وماله). وتتوقف استجابات الفرد على توجهه نحو المشكلة (إيجابي، سلبي) ونمط استجابته (عقلاني، اندفاعي، تجنبى).

النماذج والنظريات المفسرة لحل المشكلات الاجتماعية

أ- نموذج ديزوريلا، ونيزو

قدم ديزوريلا، ونيزو (1990) نموذجاً لتفسير القدرة على حل المشكلات الاجتماعية. ووفقاً لهذا النموذج هناك أربعة مراحل رئيسية يمكن استخدامها في حل المشكلات الاجتماعية هي:

١- تعريف المشكلة وصياغتها.

٢- توليد حلول بديلة.

٣- اتخاذ القرار.

٤- تنفيذ الحل والتحقق منه (أى رصد وتقييم نتائج الحل). وتسهم كل مرحلة من هذه المراحل السابقة في اكتشاف الحل الملائم أو الطرق الملائمة لمواجهة المشكلات في المواقف المختلفة.

ويعد التوجه نحو المشكلة أحد المكونات الدافعية لعملية حل المشكلات التي تتضمن مجموعة مرتبطة من المخططات الانفعالية المعرفية المستقرة، والتي تعكس الوعي العام للفرد وإدراكه للمشكلات الاجتماعية اليومية. ويمكن لهذه المخططات أن تيسر أو تكف أداء حل المشكلات في المواقف الاجتماعية. ومن ناحية أخرى يمكن تقديم الحل المناسب للمشكلات العملية عن طريق البحث عن الحل من خلال تطبيقات التكنيكات الخاصة لحل المشكلات، والتي صممت لزيادة احتمالية العثور على أفضل استجابة لمواجهة المواقف المشكلة (Maydeu-Olivares et al., 2000).

وقد تم التحقق من النتائج الواقعية التي تم جمعها على نطاق واسع من خلال قائمة حل المشكلات الاجتماعية، وذلك في ارتباطها بالنموذج النظرى التي تستند عليه. وخلصوا إلى أن نموذج العوامل الخمسة الذى يتضمن بعدين للتوجه نحو المشكلة، هما التوجه الإيجابي والسلبي نحو المشكلة، وأنماط الاستجابات الثلاث لحل المشكلات (العقلاني - والاندفاعي - والتجنبى) (Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1995; Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996). وبالاعتماد على هذه الدراسات الواقعية التجريبية تم تطوير قائمة حل المشكلات الاجتماعية للنسخة المعدلة، وهي النسخة المستخدمة في الدراسة الراهنة (D'Zurilla et al., 1999).

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدي مرضي الفصام

وتؤدي المشكلات الاجتماعية إلى نوع من التناقض بين الحالة الحالية للشخص والحالة المرغوبة، وتوجد بسبب العقبات المختلفة التي تحول دون الوصول إلى أهداف المرء، والتي تشمل في كثير من الأحيان عدم الإلمام بجوانب المشكلة، والتعقيد، والأهداف المتضاربة، وعجز المهارة، ونقص الموارد، وعدم اليقين والصعوبات العاطفية (D'Zurilla & Nezu, 2007). وقد تكون المشكلات بيئية وشخصية وبين شخصية (Nezu, 2004).

وهناك نمطين من الأنماط غير الفعالة لحل المشكلات الاجتماعية ويعرف النمط الأول بالنمط المتهور، ويتمثل في التسرع في تقديم حلول للمشكلات الاجتماعية. ويعرف النمط الثاني بالنمط غير المنتظم، وفيه يطبق مجموعة ضيقة من المهارات بطريقة غير مخططة وغير مكتملة (Nezu, 2004). في المقابل قد تكون هناك أنماط أخرى غير فعالة منها التجنب؛ فقد يتجنب الفرد اتخاذ خطوات لحل المشكلة، أو حمل الآخرين على حل مشاكلهم. وتتبنى الباحثة في دراستها الراهنة هذا النموذج.

ب- نموذج معالجة المعلومات

ويفترض دونا هو Donahoe وآخرون (1990) وفق نموذج معالجة المعلومات أن حل المشكلات الاجتماعية يحدث في عدة مراحل متتابعة كالتالي:

أولاً: مرحلة اكتشاف مشكلة، وهي مرحلة استقبال المشكلة؛ حيث يتم تحديد ووصف المشكلة (مرحلة الاستقبال). وتتألف هذه المرحلة من تحديد المشكلة من خلال السؤال: هل هناك مشكلة في هذا الموقف؟ والوصف من خلال السؤال: صف هذه المشكلة؟

ثانياً: مرحلة التفكير في الحلول الممكنة المدرجة (مرحلة المعالجة). لو كنت في هذا الموقف كيف تقول أو تفعل لحل هذه المشكلة؟

ثالثاً: مرحلة الاستجابة بطريقة لفظية أو غير لفظية من خلال لعب الأدوار (مرحلة الإرسال). وفيها يطلب من الفرد تقديم حل للمشكلة من خلال أداء الأدوار بطريقة لفظية وأدائية.

وترتبط المراحل الثلاث (مهارات الاستلام والمعالجة والإرسال) ارتباطاً وثيقاً من الناحية النظرية، ويتوقع وجود علاقات داخلية بين هذه المراحل (Donahoe et al., 1990; Toomey et al., 2002). في حين لم تؤكد دراسات أخرى في وقت لاحق وجود هذه العلاقات (Vaskinn et al., 2009).

وأشار بعض الباحثين إلى أن العجز في مهارات حل المشكلات الاجتماعية هو عجز شامل لمختلف المراحل، بدءاً من استقبال المشكلة، ومروراً بمعالجتها والتخطيط لحلها، ووصولاً لاتخاذ القرار بالحل الملائم لها. ويمكن اعتبار مهارة حل المشكلات الاجتماعية بأنها مهارة متعددة

العمليات¹ أكثر من كونها مهارة أحادية العملية² (Donahoe et al., 1990; Toomey et al., 2002).

٢ - الكفاءة الاجتماعية

هناك قدر من الخط والتداخل بين تعريفات الباحثين، فهناك من يعرف الكفاءة الاجتماعية تعريفاً مرادفاً للمهارة الاجتماعية مثل هويز وزملائه (Howes et al (١٩٩٤)، في حين ينظر إليها البعض على أنها أكثر عمومية من المهارات الاجتماعية مثل سبيتزبرج (Spitzberg et al (١٩٨٧). وهناك من يعتبر الكفاءة الاجتماعية أعم من المهارة الاجتماعية مثل عبد اللطيف خليفة (٢٠٠٦). إلا أن التوجه الأقرب إلى القبول هو النظر للكفاءة الاجتماعية على أنها مؤشر لمستوى المهارة؛ أي أنها حكم يصدره آخر وفق معايير معينة على مستوى المهارة، فحين يؤدي الفرد السلوك الماهر اجتماعياً بدرجة مرتفعة من المهارة؛ حينئذ نكون إزاء مستوى مرتفع من الكفاءة الاجتماعية (طريف شوقي، ٢٠٠٣).

وتعرف الكفاءة الاجتماعية بأنها "البناء الكلي للتوافق الذي يؤدي للارتقاء الاجتماعي الملائم حسب التوقعات الاجتماعية" (Burack, 2003)

ويعرف سمارت وسانسون (Smart & Sanson (2005) الكفاءة الاجتماعية بأنها القدرة على التصرف في العلاقات الإنسانية، وهي تعبر عن أساليب السلوك المتعلم والمقبول اجتماعياً، والتي تمكن الفرد من التفاعل الكفء في المواقف الاجتماعية مثل تقديم المساعدة والتعاون وحسن التعامل في مواقف الصراع.

ويربط ماير بين أنماط الاستجابة للضغوط والصحة النفسية؛ فالفرد الذي يتسم بالكفاءة الاجتماعية، ويتمتع بصحة نفسية إيجابية يمتلك القدرة على مواجهة المشكلات، وينسجم مع متطلبات الواقع، ويسيطر على انفعالاته، ويعبر عنها بطريقة مناسبة ومقبولة، ويتعامل مع إحباطاته بطريقة توافقية (أسامة مجد الغريب: ص ٢٣).

وتعرف سوزان سبنس (٢٠٠٠) الكفاءة الاجتماعية بأنها "واحدة من العوامل المهمة والمسئولة عن التفاعل الكفء للفرد، وقدرته على الاستمرار في هذا التفاعل مع الآخرين".

وتعرف الباحثة الكفاءة الاجتماعية إجرائياً بأنها فعالية الفرد وكفاءته في المواقف الاجتماعية، مثل قدرته على إقامة تفاعل اجتماعي ناجح، وتكوين صداقات، ومواصلة الحديث المتبادل، والاندماج مع الآخرين.

¹ multi-module operation

² single-module skill

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدي مرضى الفصام

النظريات المفسرة لاضطراب الكفاءة الاجتماعية:

لم يحدث اتفاق بين الباحثين على النماذج النظرية المفسرة للكفاءة الاجتماعية. ومن أهم الإشكاليات المرتبطة بمجال دراسة وقياس الكفاءة الاجتماعية هي اعتبارها سلوكيات نوعية محددة قابلة للملاحظة، أم التعامل معها في إطار القدرات الكامنة وراءها (محمد السعيد أبو حلاوة، ٢٠٠٩). وفيما يلي عرض مختصر للنماذج والنظريات المفسرة لاضطراب الكفاءة الاجتماعية:

أ- نظرية التعلم الاجتماعي:

ركز الباحثون وفق هذه النظرية على أهمية العمليات الرمزية، وعمليات المحاكاه، والتنظيم الذاتي للسلوك، وأهمية المعرفة التي تؤدي دوراً رئيساً في التعلم الإنساني (أسامة محمد الغريب، ٢٠١٠: ص ١٣٤).

ومن ثم ينشأ اضطراب الكفاءة الاجتماعية نتيجة قصور ما يقدم من صيغ اجتماعية (الثواب، العقاب، النمذجة) لتشكيل السلوك؛ فالآباء الذين يكشفون عن أنماط العجز والضعف في السيطرة على أنفسهم وأقاربهم ومشاعرهم. ويتسم سلوكهم بالدوانية والعنف، يقدمون أنفسهم كنماذج سلوكية سيئة لأبنائهم؛ ومن ثم صعوبة اكتساب مهارات اجتماعية تتسم بالكفاءة والفعالية (محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٠).

ويتوقع أن يعاني مرضى الفصام والفصام الوجداني من أنماط سلوكية غير ملائمة تم اكتسابها من الوالدين من خلال (الثواب، العقاب، النمذجة)؛ ومن هنا يقوم الطفل بمحاكاة الوالدين كنماذج سلوكية سيئة؛ وبالتالي صعوبة اكتساب مهارات اجتماعية تتسم بالكفاءة والفعالية.

ب- نظرية معالجة المعلومات الاجتماعية:

قدم دودج وميرفي Dodge & mervey عام (١٩٨٤) نموذجاً نظرياً ينظم العلاقة بين أنماط تجهيز ومعالجة المعلومات الاجتماعية، والسلوك الاجتماعي. وحرى بالذكر أنه تم التأكيد إلى العلاقة بين الكفاءة الاجتماعية والصحة النفسية، في ظل ارتباطها بمفهوم التوافق النفسي والاجتماعي بشكل عام في مختلف مراحل الحياة (Dodge, Pettit, McClaskey & Brown., 1986).

ويقدم هذا النموذج تصوراً حول كيفية تفسير الفرد للهاديات في المواقف الاجتماعية، وكيف يصل إلى قرار كفاء. ويفترض دودج أن الفرد عندما يواجه بمواقف اجتماعية، فإنه يقوم بأربع خطوات عقلية في القيام بسلوكيات اجتماعية تتسم بالكفاءة والفعالية، وهي: ترميز الهاديات الموقفية، وتفسير هذه الهاديات، والبحث العقلي عن الاستجابات الممكنة للموقف، واختيار الاستجابة الملائمة.

ويمكن تفسير اضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام فى ضوء هذا النموذج من خلال الصعوبة التى يواجهها هؤلاء المرضى فى الاستدلال على نية الآخرين أثناء موقف التفاعل، وتفسير الهاديات فى المواقف الاجتماعية، وما يتطلبه ذلك الموقف من اتخاذ قرارات فعالة.

ج- نموذج مخططات يونج¹:

حدد يونج Young من خلال الملاحظة الإكلينيكية مجموعة من المخططات الكامنة أطلق عليها اسم مخططات سوء التوافق التى تؤدى إلى اضطراب الكفاءة الاجتماعية. ووفقاً لهذا النموذج يقبل الفرد اتجاهات ومعتقدات غير توافقية، وعادة لا يكون الفرد واعياً بهذه المخططات، حيث تظل كامنة إلى أن تستثيرها أحداث الحياه المثيرة للمشقة. وما أن ينشط المخطط حتى يؤدى إلى تشويه الأحداث، وترسيخ الرؤية السلبية، وتعزيز الفشل والإحباط. وتركز هذه المخططات على أهمية عملية التنشئة الأسرية، وما يحدث خلالها من أخطاء تسهم فى اضطراب الكفاءة الاجتماعية، وتدفع لتبنى صيغ معرفية وانفعالية وسلوكية تتسم بالسلبية، سواء على مستوى مهارات حل المشكلات، أو مهارات التواصل الاجتماعى، أو مهارات التوكيد، أو مهارات التعامل مع الضغوط... الخ. وتعد هذه العوامل بمثابة عوامل مهياة أو مرسبة للاضطرابات النفسية والسلوكيات اللاتوافقية (جيفرى يونج، ٢٠٠٢).

د- المنحى التكاملى

وتقترح الباحثة المنحى التوفيقى التكاملى لتفسير اضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام والفصام الوجدانى؛ حيث يخضع اضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى هؤلاء المرضى لعوامل اجتماعية ومعرفية وانفعالية وسلوكية؛ فوفقاً لنظرية التعلم الاجتماعى يتوقع أن يعانى مرضى الفصام والفصام الوجدانى من أنماط سلوكية غير ملائمة تم اكتسابها من خلال محاكاة الوالدين كنماذج سلوكية سيئة؛ وبالتالي صعوبة اكتساب مهارات اجتماعية تتسم بالكفاءة والفعالية. كما ينشأ اضطراب الكفاءة الاجتماعية من ناحية أخرى نتيجة العجز فى بعض العمليات العقلية المسؤلة عن القيام بسلوكيات اجتماعية تتسم بالكفاءة والفعالية، مثل الترميز، والتفسير، والبحث العقلى، واختيار الاستجابة الملائمة واتخاذ القرار. كما قد ينشأ اضطراب الكفاءة الاجتماعية نتيجة تكون مخططات سوء التوافق كما أشار يونج حيث تظل كامنة إلى أن تستثيرها أحداث الحياه المثيرة للمشقة.

¹ Young Schemes Model.

٣- القلق الاجتماعي

يعرف القلق بأنه حالة انفعالية تنطوي على توقع الخطر، وهو يختلف عن الخوف؛ حيث أن مصدر الخوف معروف ومدرك من جانب الفرد، في حين قد يكون مصدر القلق داخلي أو خارجي شعوري أو لا شعوري. ويشترك القلق مع القلق الاجتماعي في بعض الخصائص منها الخوف غير المبرر، ويكون الخوف غير المبرر في القلق الاجتماعي من المواقف الاجتماعية، والخوف من التقييم من قبل الآخرين يتبعه نوع من التجنب للمواقف الاجتماعية. ومن بين التعريفات التي قدمت للقلق الاجتماعي:

يعرفه أحمد عبد الخالق (٢٠٠١) بأنه "الخوف المزمن دون مبرر موضوعي مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير".

ويعرف القلق الاجتماعي وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) (2013) بأنه "قلق أو خوف شديد وملحوظ في المواقف الاجتماعية، والتي يحتمل أن يتعرض فيها الفرد إلى التدقيق من قبل الآخرين، وفي حالة الأطفال يجب أن يحدث القلق أو الخوف من التفاعلات مع الأقران، وليس أثناء التفاعلات الاجتماعية مع الراشدين، وعندما يتعرض الفرد لمثل هذه المواقف الاجتماعية تكون مخاوفه من أن يتم تقييمه سلبياً من قبل الآخرين. ويعرف القلق الاجتماعي إجرائياً بأنه الخوف والقلق من المواقف الاجتماعية التي تتضمن مواجهة الفرد لجمع من الناس، وما يترتب على هذه المواقف من تغير في الحالة الانفعالية والسيولوجية والجسمية، كأن يصاب الفرد بالتوتر والرغبة والعصبية والخجل والانزعاج عندما يطلب منه الحديث أمام الآخرين.

الأطر النظرية المفسرة للقلق الاجتماعي:

أ- النظرية السلوكية:

يعتبر السلوكيون القلق استجابة خوف متعلمة عن طريق الاشتراط التقليدي، ووفقاً لهذا المنظور فإن القلق الاجتماعي يتم اكتسابه كسلوك غير سوى بتجنب المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق، حيث يؤدي سلوك التجنب إلى تخفيف الخوف من هذه المواقف الاجتماعية، ويؤدي ذلك إلى إثابة أو تدعيم تتمثل في تقليل حدة الشعور بالقلق؛ ومن ثم يقوم الفرد بمزيد من إجراءات التجنب للحصول على مزيد من خفض القلق.

ب- نظرية التعلم الاجتماعي:

وفقاً لنظرية التعلم الاجتماعي فإن ن قدرأ كبيراً من سلوكياتنا تتم عن طريق التعلم

بالملاحظة والافتداء بما فى ذلك السلوكيات المرضية، وبالتالي فإن القلق الاجتماعى هو استجابة تكيفية تنتج عن التعرض المتكرر لخبرة مؤلمة فى المواقف الاجتماعية. ويحدث القلق الاجتماعى للفرد بعد المرور بتجربة سلبية أمام الآخرين تعرض فيها إلى الانتقاد من قبل الآخرين أو التلثم أو خفقان القلب، ولم يستطع أن يتخلص من تأثيراتها السلبية فى المواقف المتعاقبة (بلحسينى وردة، ٢٠١١).

ج- النظرية المعرفية:

يرى أنصار هذه النظرية أن السبب الرئيس للقلق الاجتماعى يكمن فى طريقة تفكير الإنسان حول نفسه؛ حيث ينظر إلى ذاته نظرة سلبية مؤداها أنه غير مقبول من الآخرين؛ فيضخم نقاط ضعفه وقصوره (فرنسيس شاهين، عبد الكريم جرادات، ٢٠١٢).

ووفقاً للمنظور المعرفى فى تفسير القلق فإن القلق يتطور لدى الأفراد فى سياق بعض العمليات المعرفية؛ حيث يقوم الفرد بتفسير المواقف المحايدة على أنها مواقف مهددة، كما أنهم يتوقعون حدوث أمور سيئة فى المستقبل؛ مما يؤثر على علاقاتهم وتفاعلاتهم الاجتماعية؛ ومن ثم التأثير على قدرة الفرد على حل المشكلات الاجتماعية.

وتتبنى الباحثة المناحى المعرفية والسلوكية والاجتماعية فى تفسير القلق الاجتماعى، حيث أن القلق الاجتماعى قد ينشأ نتيجة الملاحظة والافتداء، أو نتيجة طريقة تفكير الإنسان السلبية حول ذاته أو الآخرين أو الموقف، أو نتيجة الاشتراط التقليدى؛ حيث يتبنى الفرد سلوكيات التجنب نتيجة لنجاحها فى تخفيف الشعور بالقلق؛ لذا تركز مناخى العلاج المعرفية السلوكية على سلوكيات التجنب التى قد تنشأ بفعل الاشتراط ومعارف الفرد ومعتقداته حول ما تثيره المواقف الاجتماعية من تهديد. ومحاولة تغيير هذه المعتقدات والقضاء على سلوكيات التجنب، ومواجهة المواقف المثيرة للقلق بتعلم مزيد من المهارات الاجتماعية.

٤- مدة المرض:

تعرف مدة المرض إجرائياً بأنها المدة التى قضاها الفرد فى المعاناة من الأعراض المرضية، وتأثير ذلك على قدرة الفرد على حل المشكلات الاجتماعية.

٥- عدد مرات الاحتجاز فى المستشفى:

تعرف بأنها عدد المرات التى دخل فيها الفرد واحتجز فى مستشفيات الصحة النفسية منذ بداية معاناته من الأعراض المرضية، وتأثير ذلك على قدرة الفرد على حل المشكلات الاجتماعية.

٦- مدة آخر إقامة بالمستشفى:

تعرف مدة آخر إقامة بالمستشفى إجرائياً بأنها إجمالى المدة التى قضاها المرضى داخل

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام

المستشفى في آخر مرة احتجاز بالمستشفى، وتأثير ذلك على قدرة الفرد على حل المشكلات الاجتماعية.

العلاقة التفاعلية بين متغيرات الدراسة:

هناك علاقة بين الكفاءة الاجتماعية وحل المشكلات الاجتماعية؛ فالفرد عندما يواجه بمواقف اجتماعية، فإنه يقوم بأربع خطوات عقلية وسلوكيات اجتماعية تتسم بالكفاءة والفعالية، وهي: ترميز الهاديات الموقفية، وتفسير هذه الهاديات، والبحث العقلي عن الاستجابات الممكنة للموقف، واختيار الاستجابة الملائمة (Dodge et al., 1986). ومن الملاحظ أن هذه الخطوات سألقة الذكر هي نفس الخطوات التي يستخدمها الفرد بشأن اتخاذ قرارات لحل المشكلات الاجتماعية.

وتحتاج القدرة على حل المشكلات بين الشخصية لمهارات نفسية اجتماعية في برامج إعادة التأهيل (Green et al., 2000; Green et al, 2004). وبالتالي فإن الأفراد المصابون بالفصام هم ربما أقل كفاءة في التفاعلات الاجتماعية اليومية؛ حيث يعد قصور الوظائف الاجتماعية من الملامح المميزة لاضطراب الفصام (Mueser et al., 1996; Kee et al., 2003; Rus-Calafell et al., 2013).

أما عن علاقة القلق بوجه عام أو القلق الاجتماعي بحل المشكلات الاجتماعية، فما ينطوي عليه القلق الاجتماعي من الخوف غير المبرر من المواقف الاجتماعية، والخوف من التقييم من قبل الآخرين يتبعه نوع من التجنب للمواقف الاجتماعية ما قد ينصرف سلبياً على قدرة الفرد على حل المشكلات في المواقف الاجتماعية.

وقد ارتبط القلق الاجتماعي بحل المشكلات الاجتماعية والأعراض المرضية لمرضى الفصام والنوع، والعمر عند بداية المرض، والمدة التي قضاها الفرد قبل الانضباط تحت مضادات الذهان (سحر حسن، ٢٠١٣؛ Penn, Combs & Mohamed, 2001; Brune, 2005; Pinkham & Penn, 2006; Couture et al., 2006).

وما يؤكد العلاقة المفترضة بين القلق وحل المشكلات الاجتماعية ما قام بيلزر وديزوريلا وميديو (Belzer, D zurilla & Maydeu, 2002) من الكشف عن العلاقة بين سمة القلق والقدرة على حل المشكلات الاجتماعية والشعور بعدم الراحة والانزعاج. وقد أسفرت النتائج عن أن حل المشكلات الاجتماعية كانت منبئاً بالدرجة على مقياسي الشعور بعدم الراحة والانزعاج. وقد ارتبطت الأبعاد الثلاثة لحل المشكلات الاجتماعية (التوجه السلبي نحو المشكلة، والحل المنطقي للمشكلة، وأسلوب الاندفاعية/ الإهمال) بجميع مظاهر القلق والشعور بالانزعاج.

وفى نفس السياق قام ماري وجارى (Marry & Gary, 2009) بإجراء دراسة استهدفت

فحص العلاقة بين حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب لدى عينة من المحتجزين، وكشفت النتائج عن أن التوجه السلبي للمشكلة كان هو المنبئ الوحيد بكل من القلق والاكتئاب. كما وجد زيادة انتشار أعراض القلق الاجتماعى لدى مرضى الفصام مرتبطاً بالوظائف الاجتماعية- التى تعد حل المشكلات الاجتماعية أحد أبرز صورها- أكثر من ارتباطه بالوظائف المعرفية (Aikawa et al., 2018).

البحوث والدراسات السابقة:

يمكن تصنيف البحوث والدراسات السابقة إلى فئتين رئيسيتين هما:

- ١- البحوث والدراسات التى نهضت ببحث دور العوامل النفسية (الاجتماعية، والمعرفية) فى التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام والفصام الوجدانى.
- ٢- البحوث والدراسات التى نهضت ببحث دور العوامل المرضية فى التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام والفصام الوجدانى.
- ١- البحوث والدراسات التى نهضت ببحث دور العوامل النفسية (الاجتماعية، والمعرفية) فى التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام والفصام الوجدانى.

تعد المتغيرات الاجتماعية والمعرفية العصبية من أهم العوامل المنبئة بالقدرة على حل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام. وفى هذا الإطار تم بحث العلاقة بين الوظائف المعرفية وحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام. وقد سعت بعض الدراسات لبحث دور المتغيرات المعرفية فى التنبؤ بنموذج حل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام. ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار (٤٤) من مرضى الفصام المقيمين خارج المستشفى، وتم تطبيق بطارية الاختبارات المعرفية العصبية فى تقدير الوظائف المعرفية، واستخدم اختبار تقدير مهارات حل المشكلات لقياس قدرة المشاركين على توليد، وتقييم، وتطبيق الحلول لحل المشكلات الاجتماعية. وكشف تحليل الانحدار عن أن المرونة المعرفية كانت من أهم المتغيرات التى ساهمت فى التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية. وكشفت النتائج أيضاً عن أن مرضى الفصام الذين حصلوا على درجات مرتفعة على اختبار المرونة المعرفية كانوا قادرين على توليد استجابات دقيقة وملائمة وقابلة للتطبيق للمشكلات الاجتماعية، ويستخلص باحثو الدراسة أن المرونة المعرفية تعد متغيراً معدلاً لكفاءة حل المشكلات الاجتماعية، وهذا ما يدعم فرض دور المعرفة فى التنبؤ بالوظائف الاجتماعية، ومن أهمها حل المشكلات الاجتماعية (Hatashita-Wong et al., 2002).

وفى نفس السياق تم تقييم العلاقة بين القدرة على حل المشكلات الاجتماعية، والوظائف المعرفية، وقدرة هذه المتغيرات على التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية لدى (٦٣) مريضاً

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام

مصائبًا بالفصام. حيث تم تطبيق مقياس التقدير النفسى المختصر^١، واختبار ويسكونسون لفرز البطاقات^٢، واختبار إعادة الأرقام^٣، واختبار الأداء المستمر^٤، وتقييم مهارات حل المشكلات بين الأشخاص. بعد الانتهاء من تطبيق الاختبارات القبلية، تم اختيار المرضى عشوائياً للتدريب على حل المشكلات الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية (ن = ٣٢)، ولم تتلق المجموعة الضابطة أى تدريب (ن = ٣١). وقد تلقت المجموعة التجريبية التدريب لمدة (٦) أسابيع على حل المشكلات الاجتماعية. وتم التعامل مع أفراد المجموعة الضابطة كالمعتاد. وتم تقدير حل المشكلات الاجتماعية في نهاية مدة التدريب. وكانت هناك فروق بين الاختبار القبلى والبعدى فى حل المشكلات الاجتماعية وبعض مهاراتها النوعية مثل مهارات الاستقبال، والمعالجة لدى مجموعة مرضى الفصام الذين تلقوا التدريب، ولم تكن هناك فروق بين القياسين لدى المجموعة الضابطة. وكان الأداء المستمر والقدرة على الفرز والتصنيف من أهم المنبئات بحل المشكلات الاجتماعية بعد التدريب في المجموعة التجريبية. وتشير مجمل النتائج إلى أن القدرة على حل المشكلات الاجتماعية مرتبط بالمرونة المعرفية والانتباه المستمر (Alp et al., 2006).

كما تم تناول أداء حل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام مرتفعى الأداء (ن = ٢٦) وعلاقته بالمعرفة العصبية. وتمت مقارنتهم بمجموعة مكونة من (١٠) من الأسوياء. وتم قياس حل المشكلات الاجتماعية باستخدام تقييم حل المشكلات الاجتماعية بين الشخصية^٥. وكشفت نتائج الدراسة عن تفوق الأسوياء عن مرضى الفصام فى جميع جوانب حل المشكلات الاجتماعية. وباستكشاف العلاقة بين مختلف مجالات حل المشكلات الاجتماعية وجد أن تحديد مشكلة العلاقات بين الشخصية (مهارة الاستقبال) لم يكن مرتبطاً بصياغة حلول للمشكلة (مهارات المعالجة) أو أداء الأدوار بنجاح (مهارات الإرسال بين الأشخاص). ووجد أن الأداء غير اللفظى فى أداء الأدوار (مهارة الإرسال بين الأشخاص) لم يكن مرتبطاً بشكل كبير بتحديد المشكلات بين الشخصية أو توليد الحلول. وهذا ما يشير إلى عدم ارتباط مجالات حل المشكلات الاجتماعية. وارتبطت حل المشكلات ارتباطاً وثيقاً بالسرعة النفسية الحركية والتعلم اللفظي والطلاقة الدلالية والمرونة الإدراكية (Vaskinn, Sergi, Green, 2009a).

¹Brief Psychiatric Rating Scal (BPRS)

²Wisconsin Card Sorting Test (WCST)

³Digit Span Test

⁴Continuous Performance Test (CPT)

⁵the Assessment of Interpersonal Problem Solving Skills (AIPSS)

وفى سياق بحث دور المتغيرات المعرفية فى التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية تم اختيار مجموعة مكونة من (٦٠) من مرضى الفصام والفصام الوجدانى تتراوح أعمارهم بين (٢١): ٦٥ عاماً، وتم تطبيق اختبار الذاكرة، واختبار حل المشكلات الاجتماعية بين الشخصية. وتم استخدام أسلوب تحليل الانحدار المتعدد لمعرفة إسهام وظائف الذاكرة فى التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية بمجالاتها الفرعية. وكشفت نتائج الدراسة عن أن التعلم اللفظى كان من منبئات المعالجة كأحد مجالات حل المشكلات الاجتماعية (Ventura et al., 2013). وقد اتفق مع هذه النتيجة نتائج كثير من الدراسات منها على سبيل المثال لا الحصر دراسات كل من (e.g. Addington & Toomey, 1995; Ikebuchi, 2007; Ventura Addington, 1999, 2000; Corrigan & et al., 2009; Yamashita et al., 2005).

وفى نفس الإطار تم بحث دور المعرفة العصبية والمعرفة الاجتماعية فى التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام. وتم اختيار سبعة وستون مريضاً بالفصام ومقارنة آدائهم بـ (٣١) من الأسوياء. وتم تطبيق بطارية من اختبارات المعرفة العصبية، واختبارات الإدراك الانفعالى، واختبار تقييم حل المشكلات بين الشخصية النسخة الصينية^١. وكشفت نتائج الدراسة عن انخفاض أداء مرضى الفصام بشكل دال فى أداء بعض المهام مثل الانتباه المستمر، والذاكرة العاملة، والانفعال السلبي، وتحديد الهوية وكل مجالات حل المشكلات الاجتماعية. وقد فسرت الذاكرة العاملة القصور فى مجالات حل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام. وهذا ما أعطى أهمية النظر لدور الذاكرة العاملة فى تنمية القدرة على حل المشكلات الاجتماعية (Huang et al., 2014).

وقد ركز باحثو الفصام على الجوانب الظاهرية والجوانب الضمنية للاضطراب لتقديم أفضل فهم لطبيعته الأساسية. وقد حاول بعض الباحثين قياس القدرة على تطوير الروايات الشخصية- أى درجة التعقيد الذي يشكله مرضى الفصام وهم ينظمون ويعبرون عن قصص حياتهم- فى الفترات الأخيرة منها. وحاول باحثو الدراسة فهم كيفية ارتباط جوانب السرد بمؤشرات الأداء المعرفي العصبي والاجتماعي. والتحقق من ارتباط التعقيد اللغوي لقصص الحياة مع مقاييس القدرات المعرفية والاجتماعية ودورها فى حل المشكلات الاجتماعية بين الأشخاص المصابين بالفصام. ولتحقيق هذا الهدف أكمل اثنان وثلاثون شخصاً تم تشخيص إصابتهم بالفصام بطارية تتكون من مقابلات إكلينيكية، وسرد قصص الحياة، وتطبيق اختبار الوظائف المعرفية العصبية، ومقياس تقييم الجوانب المتعددة لحل المشكلات الاجتماعية. وتم تقييم المقابلات السردية للتعقيد اللغوي باستخدام التكنولوجيا المحوسبة. وكشفت النتائج عن وجود علاقة بين التعقيد اللغوي والمعرفة

¹ Chinese Assessment of Interpersonal Problem Solving Skills (CAIPSS)

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام

العصبية بمجالات حل المشكلات الاجتماعية. وتمكنت المعرفة العصبية من التأثير على تنفيذ الحل للمشكلات الاجتماعية، وارتبط التعقيد اللغوي بالاعتراف الدقيق بحدوث مشكلة اجتماعية. ويستنتج باحثو الدراسة أن التعقيد اللغوي قد كان أكثر أهمية في فهم الخطوات السابقة لعملية حل المشكلات الاجتماعية من المقاييس التقليدية الأكثر شيوعاً للإدراك، وبالتالي فهو ذو صلة في وضع تصور لأهداف العلاج. وتدعم هذه النتائج أيضاً أهمية تطوير العلاجات النفسية التي تركز على السرد (Moe et al., 2018).

٢- البحوث والدراسات التي نهضت ببحث دور العوامل المرضية في التنبؤ بحل المشكلات

الاجتماعية لدى مرضى الفصام والفصام الوجداني.

ركزت هذه الفئة من الدراسات على بحث العوامل المرضية والسكانية ودورها في التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام والفصام الوجداني؛ حيث لاحظت الباحثة قلة عدد الدراسات التي تناولت الأعراض المرضية في علاقتها بحل المشكلات الاجتماعية. ومن بين الدراسات التي نهضت بهذا الدور دراسة آلب وزملائه Alp et al (2006) والتي هدفت إلى تقييم العلاقة بين القدرة على حل المشكلات الاجتماعية، والسمات الأكلينيكية، وقدرة هذه المتغيرات على التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات الاجتماعية لدى (٦٣) مريضاً مصاباً بالفصام؛ حيث تم تطبيق مقياس التقدير النفسى المختصر، وتقييم مهارات حل المشكلات بين الأشخاص. وكشفت النتائج عن أن المقاييس الفرعية للأعراض الإيجابية قد ارتبطت ارتباطاً سلبياً بحل المشكلات الاجتماعية.

وامتداداً للهدف السابق تم الكشف عن دور شدة الأعراض الإيجابية في التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية، ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار مجموعة مكونة من (٦٠) من مرضى الفصام والفصام الوجداني تتراوح أعمارهم بين (٢١: ٦٥) عاماً، وتم تطبيق اختبار حل المشكلات الاجتماعية بين الشخصية، واختبار شدة الأعراض الإيجابية والسلبية. وتم استخدام أسلوب تحليل الانحدار المتعدد لمعرفة إسهام شدة الأعراض في التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية بمجالاتها الفرعية. وكشفت نتائج الدراسة عن أن الأعراض السلبية كانت من أقوى المنبئات بمهارات الإرسال. وقد يعزى العجز الاجتماعى لدى مرضى الفصام إلى الأعراض السلبية (Ventura et al., 2013). كما كشفت دراسة فينتورا (2013) عن أن الأعراض الإيجابية لم تكن منبئاً بأى مجال من مجالات حل المشكلات الاجتماعية، وقد اختلفت هذه النتائج مع نتائج بعض الدراسات التي أشارت بدور الأعراض الإيجابية في التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية (Ikebuchi, 2007; Üçok et al., 2006; Zanello et al., 2006). فى حين أشار (Ikebuchi, 2007) إلى أن المشكلات الاجتماعية قد ارتبطت بأعراض عدم التنظيم والأعراض السلبية.

كما تم بحث كيف تتفاعل الأعراض السلبية التي يخبرها مرضى الفصام مع القصور

فى حل المشكلات الاجتماعية، ولتحقيق هذا الهدف أجرى جاكلين (Jaclyn) (2017) دراسته المستعرضة على (١٤) مريضاً داخلياً من أقسام الصحة العقلية للمرضى الداخليين الذين تم تشخيص إصابتهم بالفصام، وكانوا يعانون من وجود الأعراض السلبية. وقد طُلب من المشاركين استكمال مقاييس حل المشكلات الاجتماعية والمزاج والأعراض السلبية. ثم طُلب منهم أيضاً إكمال أربعة سيناريوهات لحل المشكلات الاجتماعية، وتم طرح أسئلة حول حياتهم باستخدام القائمة الهندية للأمراض النفسية^١. أخيراً تم تصنيف المشاركين إلى مجموعات وفقاً للأعراض السائدة أو البارزة للمقارنة بين المجموعات. وكشفت النتائج عن أن المشاركين الذين كان لديهم توجه إيجابي نحو حل المشكلات، وقادرون على التفكير في خيارات مختلفة عند محاولة حل المشكلة كانوا أكثر قدرة على حل المشكلات الاجتماعية. وكشف التحليل اللاحق عن أن الأعراض السلبية التي تتمثل في العدائية ترتبط بشكل إيجابي مع بنيات حل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية (الحل العقلاني للمشكلة، والتوجه الإيجابي نحوها).

تعقيب عام على الدراسات السابقة

- ١- تم التعامل مع مرضى الفصام والفصام الوجداني باعتبارهم مجموعة واحدة، ولم يتم التمييز بينهما، كما فى دراسة (Ventura et al., 2013).
- ٢- تم الأخذ فى الاعتبار بعض المتغيرات السكانية التي من شأنها التأثير على نتائج الدراسة مثل، نوع وشدة الأعراض، ومدة المرض. وتم أخذ هذه المتغيرات فى الاعتبار فى دراستنا الراهنة.
- ٣- من القيود المنهجية التي وجهت للدراسات السابقة عدم تركيزها على المواقف الفعلية ومن ثم القدرة على حل المشكلات فى هذه المواقف، وأشار جاكلين (2017) إلى أن الاعتماد على حل المشكلات فى المواقف الفعلية له دور فعال فى التدخلات التي تقدم لمرضى الفصام من أجل تحسين الأعراض السلبية. كما أن استخدام مهارات حل المشكلات الاجتماعية فى البرامج العلاجية يجب أن يركز على أداء الأدوار، بدلاً من التحليل الشفهي لمشكلة شخصية، وتوضيح الحلول البديلة (Vaskinn et al., 2009).
- ٤- تركيز أغلب الدراسات على بحث المتغيرات المعرفية والعصبية ودورها فى التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية أكثر من تركيزها على المتغيرات الاجتماعية والمرضية موضع اهتمام الدراسة الراهنة. وفى هذا الصدد يشير عكاشة (٢٠٠٣) إلى أن أهم ما يميز مرضى الفصام هو فقدان قوة الإرادة، وعدم قدرة المريض على اتخاذ أى قرارات. ويعانى مرضى

¹ the Indiana Psychiatric Illness Inventory (IPII)

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام

الفصام كذلك من القصور فى مهمة الحكم الاجتماعى الذى يتعلق بالأفعال غير المناسبة اجتماعياً- مع الأخذ فى الاعتبار أفكار الآخرين- فقد كانت هناك صعوبات بالنسبة لمرضى الفصام فى الحكم على مدى ملاءمة السلوك (Langdon et al., 2008). وسنحاول فى دراستنا الراهنة التركيز على بحث دور المتغيرات الاجتماعية فى التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية لسد العجز فى الدراسات فى هذا الشأن.

٥- ومن جوانب القصور التى لوحظت فى بعض الدراسات صغر حجم بعض العينات، لاسيما عينة الأسوياء التى تضمنت عشرة مبحوثين فقط فى دراسة فاسكين وآخرين (2009)، وهذا ما أشار إليه باحثو الدراسة أنفسهم.

فروض الدراسة:

- يمكن أن تكون نتائج الدراسات السابقة هادياً لتوجيه فروض الدراسة على النحو التالى:
- ١- هناك علاقة إيجابية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية ومجالاتها النوعية وكل من الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى لدى مرضى الفصام والفصام الوجدانى.
 - ٢- يختلف حجم الإسهام النسبى لكل من (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التعليم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز فى المستشفى، ومدة أحر إقامة بالمستشفى) فى التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية ومجالاتها النوعية لدى مرضى الفصام؛ حيث تعد الكفاءة الاجتماعية أكثرها إسهاماً، يليها فى ذلك القلق الاجتماعى ومدة الإقامة فى المستشفى.
 - ٣- توجد فروق دالة بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى فى كل من حل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية، والكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى.

المنهج والإجراءات:

عينة الدراسة:

تتألف عينة الدراسة من مجموعتين هما:

المجموعة الأولى: تم اختيار مجموعة مكونة من (٥٨) من مرضى الفصام، (٣٠ ذكراً، ٢٨ أنثى) بمتوسط عمر (٣٦,٨٢ ± ٨,٠٣). وقد تراوح المدى العمرى لأفراد العينة بين (٢٠ - ٥٨) عاماً. وهم من المرضى المقيمين فى دار الاستشفاء والصحة النفسية بالعباسية وقدر عددهم بـ (٥٠) مريضاً، ومستشفى الطب النفسى ببنى سويف وعددهم (٨) مرضى.

المجموعة الثانية: تم اختيار مجموعة مكونة من (٤٠) من مرضى الفصام الوجدانى، (٣١ ذكراً، ٩ إناث)، بمتوسط عمر (٣٦,٩٢ ± ١٠,٤١). وهم من المرضى المقيمين فى دار الاستشفاء

والصحة النفسية بالعباسية وعددهم (٢٥) مريضاً، ومستشفى الطب النفسى ببنى سويف وعددهم (١٥) مريضاً.

وقد روعى عند اختيار عينة الدراسة عدداً من الشروط نجملها فيما يلى:

- ١- روعى أن يكون هؤلاء المرضى من المشخصين بالفصام من قبل الطبيب النفسى وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى.
- ٢- تم جمع بعض البيانات الخاصة بتاريخ آخر إقامة بالمستشفى، وعدد مرات الإقامات السابقة، ومدة الإقامة الحالية، والعمر عند بداية المرض، ومدة المرض. بالإضافة لبعض البيانات الخاصة بالعمر، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية للمريض. وتم الحصول على هذه البيانات من المريض، والملف الخاص به، والاختصاصيين النفسيين، وفريق التمريض، والطبيب المعالج فى بعض الأحيان.
- ٣- ألا يقل المستوى التعليمي لأفراد العينة عن المستوى المتوسط (الشهادة الثانوية، أو ما يعادلها كحد أدنى) حتى يتسنى لهم فهم بنود المقاييس المختلفة.
- ٤- روعى التكافؤ بين أفراد العينة فى العمر، وعدد سنوات التعليم.
- ٥- مراعاة التكافؤ بين أفراد العينة فى المستوى الاجتماعى الاقتصادى، حيث تم اختيار أفراد العينة من اثنين من المستشفيات العامة، لتقضى التفاوت بين أفراد العينة فى المستويات الاجتماعية والاقتصادية، والتي من شأنها التأثير على متغيرات الدراسة.
- ٦- استبعاد الحالات التى تعاني من إصابات عضوية فى المخ، وتم التحقق من ذلك من خلال ملف المريض، والطبيب المعالج له.
- ٧- اشترط ألا يعاني أى من أفراد المجموعتين من إدمان الكحوليات أو المواد النفسية المؤثرة فى الأعصاب فى الفترة التى تسبق الدراسة، والتي تقدر عادة بستة أشهر، لتقضى أى تأثيرات على الأداء النفسى للمرضى.
- ٨- استبعاد أى حالات تعاني وجود اضطرابات سمعية أو بصرية أو تأخر عقلى.

جدول (١) الخصائص الديموجرافية للعينة

الحالة الاجتماعية		مستوى التعليم				النوع	
مطلق	متزوج	أعزب	عالى	فوق متوسط	متوسط	إناث	ذكور
١١	١١	٣٦	١٣	٩	٣٧	٢٨	٣٠
(%١٨,٩٦)	(%١٨,٩٦)	(%٦٢,١)	(%٢٢,٤١)	(%١٥,٥١)	(%٦٨,٨)	(%٤٨,٣)	(%٥١,٧)

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدي مرضى الفصام

جدول (٢) الخصائص المرضية للعينة

نوع الفصام		العمر عند بداية المرض		مدة المرض بالسنوات			العمر عند بداية المرض	
بارانويدى	غير بارانويد	٢٥ : ٣٩	٢٥ : ٣٩	١٠ : ١٥	١٠ : ١٥	١٠ : ١٥	٢٥ : ٣٩	٢٥ : ٣٩
٣١	٢٧	٢٦	٢٦	٤٠	١٠	٨	٢٦	٣٢
(%٥٣,٤)	(%٤٦,٦)	(%٤٤,٨)	(%٤٤,٨)	(%٦٨,٩)	(%١٧,٢٤)	(%١٣,٧)	(%٤٤,٨)	(%٥٤,٢)

جدول (٣) الخصائص المرضية للعينة

مدة آخر إقامة بالمستشفى بالشهور				عدد مرات الاحتجاز بالمستشفى			
١٢ : ١	٢٤ : ١٣	٣٦ : ٢٥	٤٨ : ٣٧	٦٠ : ٤٩	٣ : ١	٧ : ٤	١٠ : ٨
٣١	٢٧	٢٦	٣٢	٤٠	٢٥	١٥	١٨
(%٥٣,٤)	(%٤٦,٦)	(%٤٤,٨)	(%٥٤,٢)	(%٦٨,٩)	(%٤٣,١٠)	(%٢٥,٨٦)	(%٣١,٠٣)

جدول (٤) التكافؤ بين مرضى الفصام والفصام الوجدانى فى العمر وعدد سنوات التعليم

المتغيرات	مرضى الفصام (ن=٢٠)		مرضى الفصام الوجدانى (ن=٢٠)		درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م			
العمر	١,٠٥	٣٦,٨٢	١٠,٤١	٣٦,٩٢	٩٧	٠,٠٥٣	غير دال
عدد سنوات التعليم	١,٨٩	١٢,٧٥	٢,٠٣	١٣,٠٠	٩٧	٠,٠٦٠٥	غير دال

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين مرضى الفصام والفصام الوجدانى فى

العمر وعدد سنوات التعليم بما يحقق التكافؤ بين المجموعتين.

الأدوات:

ستقدم الباحثة فى الفقرات اللاحقة عرضاً تفصيلياً لمقاييس الدراسة وخصائصها القياسية.

١- قائمة حل المشكلات الاجتماعية- النسخة المعدلة (SPS-R):

قام بإعداد قائمة حل المشكلات الاجتماعية ديزوريلا وآخرون (1999) وقامت الباحثة بترجمتها فى دراسة سابقة (٢٠١٦) ونقلها للعربية، وتعد قائمة حل المشكلات الاجتماعية أحد مقاييس التقدير الذاتى التى صممت لقياس اثنين من المكونات الرئيسة لنموذج ديزوريلا، ونيزو لحل المشكلات الاجتماعية وهما التوجه نحو المشكلة، وتقديم الحل المناسب لها (Maydeu-Olivares et al., 2000).

وتتكون القائمة من (٥٢) بنداً يجاب عنها على مقياس خماسى بحيث تتراوح الدرجة على القائمة بين (٥٢ : ٢٦٠) درجة. تتناول القائمة بعض الطرق التي قد يفكر فيها الفرد، أو يشعر بها، أو يتصرف من خلالها عندما تواجهه مشكلات فى حياته اليومية. وتعرف المشكلة فى هذه القائمة، بأنها أمر مهم فى حياة الفرد قد يزعجه كثيراً، ولا يعرف الفرد على الفور كيف يتخلص مما يسببه من عناء. وفى هذه القائمة يطلب من المشارك قراءة كل عبارة بعناية، واختيار البديل الذى تمثل العبارة

=(٣٩٠) = المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١١٠ - المجلد الحادي والثلاثون - يناير ٢٠٢١

وجهة نظره تمثيلاً جيداً.

وتتكون القائمة من خمسة مقاييس استناداً إلى نموذج العوامل الخمسة هي: التوجه نحو المشكلة ويتضمن (التوجه الإيجابي نحو المشكلة، التوجه السلبي نحو المشكلة) وأنماط الاستجابة لحل المشكلة ويتضمن (النمط العقلاني، أسلوب الاندفاعية واللامبالاة، الأسلوب التجنبي).

ويعبر التوجه الإيجابي نحو المشكلة عن بناء معرفي لحل المشكلة يتضمن ميلاً أو اتجاهًا عاماً لتقييم المشكلة باعتبارها تحد، والاعتقاد بقابلية المشكلة للحل، والاعتقاد بأن الحل الناجح للمشكلة يستغرق وقتاً وجهداً ومثابرة، وإلزام النفس بحل المشكلة بدلاً من تجنبها (Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996; Olivares & D'Zurilla, 1995). ويتكون هذا البعد من خمسة بنود، وتتراوح الدرجة عليه بين (٥: ٢٥).

في حين يتضمن التوجه السلبي نحو المشكلة نوع من الخلل المعرفي الانفعالي، وميلاً عاماً لرؤية المشكلة على أنها تهديد حقيقي للحياة، والاعتقاد بعدم قابلية المشكلة للحل، والشك في قدرة الفرد الشخصية على حل المشكلة بنجاح، والشعور بالإحباط والاستسلام عند مواجهة مشكلات الحياة (Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1995; Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996). ويتكون هذا البعد من عشرة بنود، وتتراوح الدرجة عليه بين (١٠: ٥٠).

ويعد الحل العقلاني للمشكلة بعداً بنائياً من أبعاد قائمة حل المشكلات الاجتماعية، ويشير إلى التطبيق الواقعي المنهجي الفعال للمشكلة، أو مهارات حل المشكلات التكيفية. وهو يتضمن تعريف المشكلة وصياغتها، وتوليد الحلول البديلة، وصنع القرار، وتنفيذ الحل والتحقق منه. ويتكون هذا البعد من تسعة عشر بنوداً، وتتراوح الدرجة عليه بين (١٩: ٩٥).

ويتضمن نمط الاندفاعية واللامبالاة أو الخلل في استراتيجيات حل المشكلات على (التسرع في تقييم المشكلة، الاعتماد على الحدث الأولي في حل المشكلة، والتسرع في اتخاذ القرار). ويتكون هذا البعد من عشرة بنود، وتتراوح الدرجة عليه بين (١٠: ٥٠).

أما البعد الخامس من أبعاد قائمة حل المشكلات الاجتماعية فهو الأسلوب التجنبي وهو نمط من الخلل يتميز بترك المشكلة بدون حل أو السلبية في التعامل معها، وترك المشلة لتحل بنفسها، والاعتماد على الآخرين في حل المشكلات الشخصية (Maydeu-Olivares et al., 2000). ويتكون هذا البعد من سبعة بنود، وتتراوح الدرجة عليه بين (٧: ٣٥).

٢- استخبار الكفاءة الاجتماعية (SCQ)

صمم هذا الاختبار ساراسون وهاكر وباشام Sarason, Hacker & Basham عام (١٩٨٥) وقام مجدى عبد الكريم حبيب (١٩٩٠) بنقله إلى العربية، وذلك لتقدير مستوى الكفاءة

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدي مرضى الفصام

الاجتماعية. ويتكون الاختبار من عشرة بنود تصف الفرد الكفاء اجتماعياً من خلال بعض المهارات الاجتماعية والأنماط السلوكية التي تظهر في السلوك الاجتماعي. ويطلب من المبحوث أن يصف مشاعره أثناء حديثه أو وجوده مع الآخرين؛ وذلك بوضع علامة أسفل العمود الذي يوضح درجة انطباقها أو عدم انطباقها من خلال مقياس رباعى (تنطبق تماماً، تنطبق، لا تنطبق، لا تنطبق تماماً) وتصحح البنود الإيجابية بدرجات تتراوح بين (١ : ٤) والعكس بالنسبة للبنود السلبية. و تتراوح الدرجة الكلية للاختبار بين (١٠ : ٤٠) (مجدى عبد الكريم حبيب، ١٩٩٠).

٣- مقياس القلق الاجتماعي (SAS)

تم استخدام مقياس القلق الاجتماعي إعداد (محمد السيد عبد الرحمن، وهانم على عبد المقصود). ويتكون المقياس من (٢٦) بنوداً؛ وهو يتكون من مجموعة من العبارات التي يصف الناس بها أحوالهم في المواقف الاجتماعية، وتحديد مدى إنطباقها عليهم على النحو التالي:-

(١) لا تنطبق على إطلاقاً. (٢) تنطبق على بدرجة متوسطة.

(٢) تنطبق على بدرجة كثيرة. (٤) تنطبق على تماماً.

الخصائص القياسية لأدوات الدراسة

أولاً: ثبات أدوات الدراسة

جدول (٥) معاملات الثبات بإعادة الاختبار لمقاييس الدراسة

م	الاختبار	مرضى الفصام	مرضى الفصام الوجداني
١	قائمة حل المشكلات الاجتماعية	٠,٩٩٥	٠,٩١٢
أ	التوجه الإيجابي نحو المشكلة	٠,٧٥١	٠,٨٠٣
ب	التوجه السلبي نحو المشكلة	٠,٨٣٦	٠,٧٩٢
ج	الحل العقلاني للمشكلة	٠,٦٨١	٠,٧٤٨
د	النمط الاندفاعي	٠,٥٩٤	٠,٦١٢
هـ	النمط التجنبى	٠,٩١٠	٠,٨٤٠
٢	استخبار الكفاءة الاجتماعية	٠,٦٩٥	٠,٦٥٠
٣	اختبار القلق الاجتماعي	٠,٩١٠	٠,٨٧٠

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات جاءت في مجملها مرضية.

ثانياً: صدق أدوات الدراسة

أ- قائمة حل المشكلات الاجتماعية

قامت الباحثة بتقدير صدق المحكمين لقائمة حل المشكلات الاجتماعية بعد تعريبها في دراسة سابقة للباحثة (٢٠١٦) وقد أشار المحكمين إلى دقة الترجمة وملاءمتها للمفاهيم التي تنهض بتقديرها، ووجود اتساق بين مضمون بنودها والمفاهيم التي صممت لقياسها. كما تم تقدير صدق الارتباط بمحك خارجى وكانت معاملات الصدق جيدة.

=(٣٩٢) = المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١١٠ - المجلد الحادي والثلاثون - يناير ٢٠٢١

ب- استخبار الكفاءة الاجتماعية

قام مجدى عبد الكريم حبيب (١٩٩٠) بنقله إلى العربية، وذلك لتقدير مستوى الكفاءة الاجتماعية وهو يصلح للتطبيق على المراهقين والراشدين. ويعتبر هذا الاختبار ذو فائدة كبيرة فى الكشف السريع عن الأفراد ذوي الكفاءة الاجتماعية، وكشف المقياس عن معاملات صدق جيدة.

ج- مقياس القلق الاجتماعى

تم الاعتماد فى تقدير صدق المقياس على تراكم النتائج والبيانات التى تستمد من الدراسات السابقة، وقد قام محمد عبد الرحمن، وهانم عبد المقصود بتقدير صدق المقياس باستخدام صدق المضمون، وصدق التكوين، والصدق العاملى، وصدق التعلق بمحك خارجى، وكانت معاملات الصدق جيدة بوجه عام.

ولم تجرى الباحثة أية تعديلات على مقياس الدراسة لذا تم الاعتماد على معاملات الصدق التى تم تقديرها فى دراسات سابقة.

جدول (٦) معاملات الالتواء والتفطح لاختبارات الدراسة

م	الاختبار	عينة مرضى الفصام (ن= ٥٨)		عينة مرضى الفصام الوجدانى (ن= ٤٠)	
		التفطح	الالتواء	التفطح	الالتواء
٢	حل المشكلات الاجتماعية	١,٠٣٤	٢,٥٢٣	١,٤٦٣	٠,٤٣٦-
أ	التوجه الإيجابى نحو المشكلة	٠,٢١٩	٠,٤٥٥-	٠,٥٩٩-	٠,١٥٧
ب	التوجه السلبى نو المشكلة	٠,٠٩٣	٠,٥٦٢-	٠,٠٦١	٠,٠٩٣
ج	الحل العقلانى للمشكلة	٠,٥٧٩	٠,٣٩٥	٠,٢٧٨-	٠,٥٣٣-
د	النمط الاندفاعى	٠,٣٩٧	٠,٤٤٣-	٠,٢٦٤-	٠,١٠٤-
هـ	النمط التجنبى	٠,٣١٥-	٠,٤٨٣-	٠,٠٣١	٠,١٥٤
٢	الكفاءة الاجتماعية	٠,٢٠٤	٢,١٧٢	٠,١٧١-	٠,١٨٠-
٣	القلق الاجتماعى	٠,٣١٧-	٠,٣٩٧	٠,٨٩٤	١,٠١٣-

يتضح من الجدول السابق أن توزيع درجات اختبارات الدراسة اعتدالياً تقريباً، وهو ما يتيح لنا الاعتماد على إحصاءات معلمية عند اختبار فروض الدراسة الراهنة.

خطة التحليل الإحصائى:

بعد التحقق من مدى اعتدالية البيانات تم تحديد خطة التحليلات الإحصائية كما يلى:

- ١- معاملات الارتباط المستقيم.
- ٢- تحليل الانحدار المتدرج باعتبار بعض المتغيرات النفسية والسكانية وهى (القلق الاجتماعى، والكفاءة الاجتماعية، والنوع، ومستوى التعليم، ومدة المرض، ومدة أحر إقامة بالمستشفى). متغيرات منبئة، والقدرة على حل المشكلات الاجتماعية بمكوناتها الفرعية متغيرات تابعة.

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام

٣- اختبار (ت) للفروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجداني في متغيرات الدراسة.

نتائج الدراسة:

يمكن عرض نتائج الدراسة على النحو التالي:

أولاً: نتائج الإحصاءات الوصفية الخاصة بمتغيرات الدراسة.

ثانياً: نتائج الفرض الأول الخاصة بمعاملات الارتباط البسيط بين القدرة على حل المشكلات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية والقلق الاجتماعي.

ثالثاً: نتائج الفرض الثاني الخاص بحجم الإسهام النسبي لبعض المتغيرات النفسية والسكانية وهي (القلق الاجتماعي، والكفاءة الاجتماعية، والنوع، ومستوى التعليم، ومدة المرض، ومدة أحر إقامة بالمستشفى)، في التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات الاجتماعية بمكوناتها الفرعية كمتغيرات تابعة.

رابعاً: نتائج الفرض الثالث والخاص بالفروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجداني في متغيرات الدراسة.

أولاً: الإحصاءات الوصفية:

جدول (٧) المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة

م	الاختبار	عينة مرضى الفصام (ن=٥٨)		عينة مرضى الفصام الوجداني (ن=٤٠)		عينة الأسوياء (ن=٥٨)	
		ع	م	ع	م	ع	م
١	حل المشكلات الاجتماعية	١٥٥,٥٠	٩,٩٩	١٥٤,٢٥	١١,٦٨	١٧٥,٤٨	٢٦,٣٤
أ	التوجه الإيجابي نحو المشكلة	١٤,٦٣	٢,٨٢	١٤,٢٧	٢,٩٨	١٦,٥٨	٢,٧٦
ب	التوجه السلبي نحو المشكلة	٣٠,٣٤	٧,٣٤	٣٢,٣٠	٦,٦٣	٣٥,٦٢	٨,١٥
ج	الحل العقلاني للمشكلة	٥٩,١٨	١٠,٥٧	٥١,٣٠	٩,٨٦	٦٤,٧٢	١٣,٧٠
د	النمط الاندفاعي	٢٩,٦٢	٤,٩٤	٣٢,١٥	٤,٧٤	٣٣,٢٤	٥,٣١
هـ	الأسلوب التجنبي	٢١,٠٨	٤,٧١	٢١,٤٥	٤,٩٥	٢٥,٣١	٥,١٢
٢	الكفاءة الاجتماعية	٢٤,٥٥	٣,٢٠	٢٤,٦٧	٥,١٥	٢٨,٩٨	٥,١٥
٣	القلق الاجتماعي	٧٩,٦٨	١٣,٢٤	٧٨,٢٢	١٢,٩٠	٦٩,٠٠	١٧,٠٢

ثانياً: نتائج معاملات الارتباط المستقيم:

يوضح جدول رقم (٨) معاملات الارتباط المستقيم بين حل المشكلات الاجتماعية ومكوناتها الفرعية، وكل من الكفاءة الاجتماعية والقلق الاجتماعي، وبعض المتغيرات السكانية (النوع، مستوى التعليم، مدة المرض، مدة أحر إقامة بالمستشفى) لدى مجموعتي الدراسة.

جدول (٨) معاملات الارتباط المستقيم بين حل المشكلات الاجتماعية ومكوناتها الفرعية والكفاءة

الاجتماعية والقلق الاجتماعي لدى مرضى الفصام والفصام الوجداني

عينة مرضى الفصام الوجداني (ن=٤٠)		عينة مرضى الفصام (ن=٥٨)		الاختبار
القلق الاجتماعي	الكفاءة الاجتماعية	القلق الاجتماعي	الكفاءة الاجتماعية	
٠,٤٤٣**	٠,٥١١**	٠,٣٣٦**	٠,٤١٦**	حل المشكلات الاجتماعية
٠,١٠٤	٠,١٠٨	٠,١٩٧-	٠,٠٠٣	التوجه الإيجابي نحو المشكلة
٠,٤٩٩**	٠,٤٠٣**	٠,٣٣٦**	٠,١٨٤-	التوجه السلبي نحو المشكلة
٠,٠١٥	٠,٢٨٦	٠,١٢٩-	٠,١٣٩	الحل العقلاني للمشكلة
٠,١٢٠-	٠,١٢١-	٠,١٢٢**	٠,٠٦١-	النمط الاندفاعي
٠,٣٦٢**	٠,١٣٤	٠,٣٦٣**	٠,٢٢١-	الأسلوب التجنبي

*دال عند ٠,٠٥ **دال عند < ٠,٠٠١

يتبين من الجدول السابق ما يلي :

١- توجد علاقة طردية إيجابية دالة فيما وراء (٠,٠٠١) بين حل المشكلات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام.

٢- توجد علاقة عكسية دالة فيما وراء (٠,٠٠١) بين حل المشكلات الاجتماعية والقلق الاجتماعي لدى مرضى الفصام، في حين وجدت علاقة إيجابية دالة بين التوجه السلبي نحو المشكلة، والنمط الاندفاعي، والأسلوب التجنبي والقلق الاجتماعي لدى هؤلاء المرضى.

٣- توجد علاقة طردية إيجابية دالة فيما وراء (٠,٠٠١) بين حل المشكلات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام الوجداني.

٤- توجد علاقة عكسية دالة فيما وراء (٠,٠٠١) بين حل المشكلات الاجتماعية والتوجه السلبي نحو المشكلة، والقلق الاجتماعي لدى مرضى الفصام الوجداني.

مجمّل نتائج تحليل الارتباط:

توجد علاقة طردية إيجابية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، كما وجدت علاقة إيجابية دالة بين التوجه السلبي نحو المشكلة، والنمط الاندفاعي، والأسلوب التجنبي لدى هؤلاء المرضى. في حين وجدت علاقة عكسية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية والقلق الاجتماعي لدى مرضى الفصام، كما وجدت علاقة عكسية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية والتوجه السلبي نحو المشكلة، والقلق الاجتماعي لدى مرضى الفصام الوجداني.

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام

ثالثاً: نتائج تحليل الانحدار:

فما يلي عرض نتائج معاملات الانحدار المتدرج باعتبار بعض المتغيرات النفسية والسكانية والمرضية وهي (القلق الاجتماعي، والكفاءة الاجتماعية، والنوع، ومستوى التعليم، ومدة المرض، ومدة آخر إقامة بالمستشفى). متغيرات منبئة، والقدرة على حل المشكلات الاجتماعية بمكوناتها الفرعية متغيرات تابعة.

جدول (٩) تحليل الانحدار المتدرج باعتبار (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعي، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التطعيم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز في المستشفى، ومدة آخر إقامة بالمستشفى) متغيرات منبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام (ن=٥٨)

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	الارتباط المتعدد (ر)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	الإسهام في مربع معامل الارتباط المتعدد		معامل الانحدار		دلالة معاملات الانحدار		القيمة الثابتة
				معامل	دلالة	قيمة	دلالة	قيمة		
									معامل	
الكفاءة الاجتماعية	المشكلات	٠,٤٦٣	٠,٢١٥	٠,٢١٥	٠,٠٠٢	١,٣٩٩	٠,٠٠٢	٣,٢٦٥	٠,٠٠٢	١٩٠,٦٢

يتضح من الجدول السابق أن متغير الكفاءة الاجتماعية كان هو المتغير الوحيد المنبأ بحل المشكلات الاجتماعية، فقد فسر (٢١%) من حجم التباين لدى مرضى الفصام ويمكن صياغة معادلة الانحدار كما يلي:

حل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام = قيمة الثابت (١٩٠,٦٢) + معامل الانحدار للكفاءة الاجتماعية (١,٣٩٩).

جدول (١٠) تحليل الانحدار المتدرج باعتبار (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعي، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التطعيم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز في المستشفى، ومدة آخر إقامة بالمستشفى) متغيرات منبئة بالتوجه السلبي كمتغير تابع لدى مرضى الفصام (ن=٥٨).

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	الارتباط المتعدد (ر)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	الإسهام في مربع معامل الارتباط المتعدد		معامل الانحدار		دلالة معاملات الانحدار		القيمة الثابتة
				معامل	دلالة	قيمة	دلالة	قيمة		
									معامل	
القلق الاجتماعي	التوجه السلبي	٠,٣٧٩	٠,١٤٤	٠,١٤٤	٠,٠١٥	٠,٢٠٠	٠,٠١٥	٢,٥٧٥	٠,٠١٥	١٤,٨١

يتضح من الجدول السابق أن متغير القلق الاجتماعي كان هو المتغير الوحيد المفسر للتوجه السلبي نحو المشكلة، فقد فسر (١٤%) من حجم التباين لدى مرضى الفصام ويمكن صياغة

الانحدار = (٣٩٦) = المعادلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١١٠ - المجلد الحادي والثلاثون - يناير ٢٠٢١

معادلة الانحدار كما يلي:

التوجه السلبي نحو المشكلة لدى مرضى الفصام = قيمة الثابت (١٤,٨١) + معامل الانحدار للكفاءة الاجتماعية (٠,٢٠٠).

جدول (١١) تحليل الانحدار المتدرج باعتبار (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعي، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التقييم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز في المستشفى، ومدة أخر إقامة بالمستشفى) متغيرات مبنية بالحل العقلاني كمتغير تابع لدى مرضى الفصام (ن = ٥٨).

المتغيرات المبنية	المتغير التابع	الارتباط المتعدد (ر)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	الإسهام في مربع معامل الارتباط المتعدد		دلالة معادلة الانحدار		معامل الانحدار	دلالة معاملات الانحدار		معامل الانحدار المعياري	القيمة الثابتة
				معامل الارتباط المتعدد	معامل الارتباط المتعدد	قيمة (ف)	دلالة (ف)		قيمة (ت)	دلالة (ت)		
العمر عند بداية المرض	الحل العقلاني	٠,٣٢٠	٠,١٠٣	٠,١٠٣	٤,٤٦٣	٠,٠٤١	٠,٧٢٣	٠,٣٢٠	٢,١١٢	٠,٠٤١	٠,٣٢٠	٨٠,٩٧

يتضح من الجدول السابق أن متغير العمر عند بداية المرض كان هو المتغير الوحيد المفسر للحل العقلاني، فقد فسر (١٠٪) من حجم التباين لدى مرضى الفصام ويمكن صياغة معادلة الانحدار كما يلي:

الحل العقلاني للم مشكلة لدى مرضى الفصام = قيمة الثابت (٨٠,٩٧) + معامل الانحدار للعمر عند بداية المرض (٠,٧٢٣).

جدول (١٢) تحليل الانحدار المتدرج باعتبار (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعي، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التقييم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز في المستشفى، ومدة أخر إقامة بالمستشفى) متغيرات مبنية بالنمط التجنبي كمتغير تابع لدى مرضى الفصام (ن = ٥٨).

المتغيرات المبنية	المتغير التابع	الارتباط المتعدد (ر)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	الإسهام في مربع معامل الارتباط المتعدد		دلالة معادلة الانحدار		معامل الانحدار	دلالة معاملات الانحدار		معامل الانحدار المعياري	القيمة الثابتة
				معامل الارتباط المتعدد	معامل الارتباط المتعدد	قيمة (ف)	دلالة (ف)		قيمة (ت)	دلالة (ت)		
القلق الاجتماعي	النمط التجنبي	٠,٣٤٥	٠,١١٩	٠,١١٩	٤,٢٦٥	٠,٠٢٧	٠,١١٦	٠,٣٤٥	٢,٢٩٥	٠,٠٢٧	٠,٣٤٥	١١,٤٧

يتضح من الجدول السابق أن متغير القلق الاجتماعي كان هو المتغير الوحيد المفسر للنمط التجنبي، فقد فسر (١١٪) من حجم التباين لدى مرضى الفصام ويمكن صياغة معادلة

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام

الانحدار كما يلي:

$$\text{النمط التجنبى لدى مرضى الفصام} = \text{قيمة الثابت (11,47)} + \text{معامل الانحدار للقلق الاجتماعى} \quad (0,116).$$

جدول (١٣) تحليل الانحدار المتدرج باعتبار (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التعليم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز فى المستشفى، ومدة أقر إقامة بالمستشفى) متغيرات منبئة بحل المشكلات الاجتماعية كمتغير تابع لدى مرضى الفصام الوجدانى (ن=٤٠).

القيمة الثابتة	معامل الانحدار المعيارى بيتا	دلالة معاملات الانحدار		معامل الانحدار	دلالة معادلة الانحدار		الإسهام فى مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر)	المتغير التابع	المتغيرات المنبئة
		قيمة (ت)	دلالة (ت)		قيمة (ف)	دلالة (ف)				
١٢٤,٩٠	٠,٥١٧	٠,٠٠١	٣,٦٧٠	١,١٩٥	٠,٠٠١	١٣,٤٧	٠,٢٦٧	٠,٥١٧	المتغيرات المنبئة	الكفاءة الاجتماعية

يتضح من الجدول السابق أن متغير الكفاءة الاجتماعية كان هو المتغير الوحيد المفسر لحل المشكلات الاجتماعية، فقد فسر (٢٦٪) من حجم التباين لدى مرضى الفصام الوجدانى ويمكن صياغة معادلة الانحدار كما يلي:

$$\text{حل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام الوجدانى} = \text{قيمة الثابت (124,90)} + \text{معامل الانحدار للكفاءة الاجتماعية (1,195)}.$$

جدول (١٤) تحليل الانحدار المتدرج باعتبار (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التعليم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز فى المستشفى، ومدة أقر إقامة بالمستشفى) متغيرات منبئة بالتوجه الإيجابى نحو المشكلة كمتغير تابع لدى مرضى الفصام الوجدانى (ن=٤٠).

القيمة الثابتة	معامل الانحدار المعيارى بيتا	دلالة معاملات الانحدار		معامل الانحدار	دلالة معادلة الانحدار		الإسهام فى مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر)	المتغير التابع	المتغيرات المنبئة
		قيمة (ت)	دلالة (ت)		قيمة (ف)	دلالة (ف)				
١٠,٨٥	٠,٣٩٣	٠,٠١٣	٢,٥٩٨	٢,٨٨٣	٠,٠١٣	٦,٧٤٨	٠,١٥٤	٠,٣٩٣	التوجه الإيجابى	النوع

يتضح من الجدول السابق أن متغير النوع كان هو المتغير الوحيد المفسر للتوجه الإيجابى، فقد فسر (١٥٪) من حجم التباين لدى مرضى الفصام الوجدانى ويمكن صياغة معادلة الانحدار كما

٣٩٨) = المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١١٠ - المجلد الحادى والثلاثون - يناير ٢٠٢١

يلى:

التوجه الإيجابي نحو المشكلة لدى مرضى الفصام الوجدانى = قيمة الثابت (١٠,٨٥) + معامل الانحدار للنوع (٢,٨٨٣).

جدول (١٥) تحليل الانحدار المتدرج باعتبار (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التعليم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز فى المستشفى، ومدة آخر إقامة بالمستشفى) متغيرات منبئة بالتوجه السلبي لدى مرضى الفصام الوجدانى (ن = ٤٠).

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	الارتباط المتعدد (ر)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	الإسهام فى مربع معامل الارتباط المتعدد		دلالة معادلة الانحدار		معامل الانحدار	دلالة معاملات الانحدار		معامل الارتباط المعيارى	القيمة الثابتة
				معامل	دلالة	قيمة	دلالة		قيمة			
										(ف)		
مدة آخر إقامة	التوجه السلبي	٠,٥٧٢	٠,٣٢٨	٠,٣٢٨	١٨,٤٣	٠,٠٠٠	٠,٦٧٨-	٠,٥٣٥-	٤,٢٤٧	٠,٥٧٢-	٣٥,٨٧	
مدة آخر إقامة + القلق الاجتماعى	التوجه السلبي	٠,٦٦٥	٠,٤٤٢	٠,٣٢٨	١٤,٢٥	٠,٠٠٠	٠,٥٣٥-	٠,١٨٥-	٢,٧١٤	٠,٣٥٩-	٤٩,٥٦٠	

يتضح من الجدول السابق أن أكثر المتغيرات إسهاماً فى التنبؤ بالتوجه السلبي نحو المشكلة هى مدة آخر إقامة بالمستشفى، فقد فسر بمفرده (٣٢٪) من حجم التباين، يليه القلق الاجتماعى الذى فسر (١١٪) من حجم التباين. وقد فسر كلا المتغيرين (٤٤٪) من حجم التباين الكلى، وكانت المعادلة كالتالى:

التوجه السلبي نحو المشكلة = قيمة الثابت (٣٥,٨٧) + معامل الانحدار لمدة آخر إقامة بالمستشفى (-٠,٦٧٨) + معامل الانحدار للقلق الاجتماعى (-٠,١٨).

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام

جدول (١٦) تحليل الانحدار المتدرج باعتبار (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعي، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التعليم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز في المستشفى، ومدة آخر إقامة بالمستشفى) متغيرات منبئة بالحل العقلاني لدى مرضى الفصام الوجداني (ن = ٤٠).

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	الارتباط المتعدد (ر)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	الإسهام في مربع معامل الارتباط المتعدد	دلالة معادلة الانحدار		معامل الانحدار	دلالة معاملات الانحدار		معامل الانحدار	قيمة ثابتة
					قيمة (ف)	دلالة (ف)		قيمة (ت)	دلالة (ت)		
مدة آخر إقامة بالمستشفى	الحل العقلاني	٠,٤٦٢	٠,٢١٤	٠,٢١٤	١٠,٥٥	٠,٠٠٣	٠,٨١٥	٣,١٧	٠,٠٠٣	٠,٤٦٢	٤٦,٨٩
مدة آخر إقامة بالمستشفى + الكفاءة الاجتماعية		٠,٥٩٧	٠,٣٥٧	٠,٢١٤	٩,٩٨	٠,٠٠٠	٠,٩٣٦	٣,٩١	٠,٠٠٠	٠,٥٣١	٢٧,٨٢
				٠,١٤٣				٢,٨٣	٠,٠٠٨	٠,٣٨٥	
مدة آخر إقامة بالمستشفى + الكفاءة الاجتماعية + مدة المرض		٠,٦٥٣	٠,٤٢٦	٠,٢١٤	٨,٦٥	٠,٠٠٠	٠,٨٦٠	٣,٦٩	٠,٠٠١	٠,٤٨٨	٣٠,٩٥
				٠,١٤٣				٢,٩٨	٠,٠٠٥	٠,٣٨٩	
				٠,١١٢				٢,٠٥	٠,٠٠٤	٠,٣٦٧	

يتضح من الجدول السابق أن أكثر المتغيرات إسهاماً في التنبؤ بالحل العقلاني للمشكلة، كان هو متغير مدة آخر إقامة بالمستشفى، فقد فسر بمفرده (٢١%) من حجم التباين، يليه الكفاءة الاجتماعية التي فسرت (١٤%) من حجم التباين. يليه مدة المرض الذي فسر (١١%) من حجم التباين. وقد فسرت المتغيرات الثلاثة (٤٢%) من حجم التباين.

الحل العقلاني للمشكلة = قيمة الثابت (٤٦,٨٩) + معامل الانحدار لمدة آخر إقامة بالمستشفى (٠,٨١٥) + معامل الانحدار للكفاءة الاجتماعية (٠,٧٥١) + معامل الانحدار لمدة المرض (٠,٣٢٠).

جدول (١٧) تحليل الانحدار المتدرج باعتبار (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعي، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التعليم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز في المستشفى، ومدة آخر إقامة بالمستشفى) متغيرات منبئة بالنمط الاندفاعي لدى مرضى الفصام الوجداني (ن = ٤٠).

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	الارتباط المتعدد (ر)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	الإسهام في مربع معامل الارتباط المتعدد	دلالة معادلة الانحدار		معامل الانحدار	دلالة معاملات الانحدار		معامل الانحدار	قيمة ثابتة
					قيمة (ف)	دلالة (ف)		قيمة (ت)	دلالة (ت)		
مدة آخر إقامة بالمستشفى	النمط الاندفاعي	٠,٥٣٠	٠,٢٨١	٠,٢٨١	١٤,٤٥	٠,٠٠١	٠,٤٤٩	٣,٨٠٢	٠,٠٠١	٠,٥٣٠	٣٤,٥٤

يتضح من الجدول السابق أن متغير مدة آخر إقامة بالمستشفى كان هو المتغير الوحيد المفسر للنمط الاندفاعي، فقد فسر (٢٨%) من حجم التباين لدى مرضى الفصام الوجداني ويمكن صياغة معادلة الانحدار كما يلي:

٤٠٠ = (المتغير المنبئ) = النمط الاندفاعي للمرضى للدراسات النفسية العدد ١١٠ - المجلد الحادي والثلاثون - يناير ٢٠٢١

النمط الاندفاعى لدى مرضى الفصام الوجدانى = قيمة الثابت (٣٤,٥٤) + معامل الانحدار لمدة آخر إقامة بالمستشفى (٠,٤٤٩).

جدول (١٨) تحليل الانحدار المتدرج باعتبار (الكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى، والعمر، والنوع، وعدد سنوات التعليم، ونسبة الذكاء، ومدة المرض، وعدد مرات الاحتجاز فى المستشفى، ومدة آخر إقامة بالمستشفى) متغيرات منبئة بالنمط التجنبى نحو المشكلة لدى مرضى الفصام الوجدانى (ن = ٤٠)

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	الارتباط المتعدد (ر)	مربع معامل الارتباط المتعدد (ر ^٢)	الإسهام فى مربع معامل الارتباط المتعدد	دلالة معادلة الانحدار		معامل الانحدار	دلالة معاملات الانحدار		معامل الانحدار	القيمة الثابتة
					قيمة (ف)	دلالة (ف)		قيمة (ت)	دلالة (ت)		
مدة اخر إقامة بالمستشفى	النمط التجنبى	٠,٥٩٤	٠,٣٥٣	٠,٣٥٣	٢,٠١٩	٠,٠٠٠	٠,٠٥٢٥	٤,٠٤٩٣	٠,٠٠٠	٠,٥٩٤	٢٤,٢٣

يتضح من الجدول السابق أن متغير مدة آخر إقامة بالمستشفى كان هو المتغير الوحيد المفسر للنمط التجنبى، فقد فسر (٣٥%) من حجم التباين لدى مرضى الفصام الوجدانى ويمكن صياغة معادلة الانحدار كما يلى:

النمط التجنبى لدى مرضى الفصام الوجدانى = قيمة الثابت (٣٤,٥٤) + معامل الانحدار لمدة آخر إقامة بالمستشفى (٠,٥٢٥).

مجمـل نتائج تحليل الانحدار لدى مرضى الفصام:

تشير مجمل نتائج تحليل الانحدار لدى مرضى الفصام إلى أن المتغيرات المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية هى القلق الاجتماعى، والكفاءة الاجتماعية، ومدة المرض، وكان القلق الاجتماعى أكثر المتغيرات إسهاماً.

مجمـل نتائج تحليل الانحدار لدى مرضى الفصام الوجدانى:

تشير مجمل نتائج تحليل الانحدار لدى مرضى الفصام الوجدانى إلى أن المتغيرات المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية هى مدة آخر إقامة بالمستشفى، والكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى، ومدة المرض، والنوع. وكانت مدة آخر إقامة بالمستشفى أكثر المتغيرات إسهاماً يليها الكفاءة الاجتماعية.

مجمـل نتائج تحليل الانحدار:

تشير مجمل نتائج تحليل الانحدار إلى أن المتغيرات المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية هى مدة آخر إقامة بالمستشفى، والكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى. رابعاً: نتائج اختبار (ت) للفروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى فى متغيرات

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام

الدراسة:

نعرض فيما يلي للنتائج الخاصة بالفروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى

فى متغيرات الدراسة

جدول (١٩) الفروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى فى متغيرات الدراسة

المتغيرات	مرضى الفصام (ن = ٥٨)		مرضى الفصام الوجدانى (ن = ٤٠)		درجات الحرية	قيم (ت)	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م			
حل المشكلات الاجتماعية	٩,٩٩	١٥٥,٥٠	١١,٦٨	١٥٤,٢٥	٩٦	٠,٥٦٨	غير دال
التوجه الإيجابى نحو المشكلة	٢,٨٢	١٤,٦٣	٢,٩٨	١٤,٢٧	٩٦	٠,٦١٠	غير دال
التوجه السلبى نو المشكلة	٧,٣٤	٣٠,٣٤	٦,٦٣	٣٢,٣٠	٩٦	١,٣٤٦-	غير دال
الحل العقلانى للم مشكلة	١٠,٥٧	٥٩,١٨	٩,٨٦	٥١,٣٠	٩٦	٤,٠٢٥
النمط الاندفاعى	٤,٩٤	٢٩,٦٢	٤,٧٤	٣٢,١٥	٩٦	٢,٥٢٨-
الأسلوب التجنبى	٤,٧١	٢١,٠٨	٤,٩٥	٢١,٤٥	٩٦	٠,٤٤٧-	غير دال
الكفاءة الاجتماعية	٣,٢٠	٢٤,٥٥	٥,١٥	٢٤,٦٧	٩٦	٠,١٤٦-	غير دال
القلق الاجتماعى	١٣,٢٤	٧٩,٦٨	١٢,٩٠	٧٨,٢٢	٩٦	٠,٥٤٤-	غير دال

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى فى فى كل الكفاءة الاجتماعية والقلق الاجتماعى وحل المشكلات الاجتماعية باستثناء بعدى الحل العقلانى للم مشكلة والنمط الاندفاعى.

خلاصة نتائج الدراسة

كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة طردية إيجابية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، كما وجدت علاقة إيجابية دالة بين التوجه السلبى نحو المشكلة، والنمط الاندفاعى، والأسلوب التجنبى والقلق الاجتماعى لدى هؤلاء المرضى. فى حين وجدت علاقة عكسية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية والقلق الاجتماعى لدى مرضى الفصام، كما وجدت علاقة عكسية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية والتوجه السلبى نحو المشكلة، والقلق الاجتماعى لدى مرضى الفصام الوجدانى. وكشفت مجمل نتائج تحليل الانحدار إلى أن المتغيرات المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية تمثلت فى مدة آخر إقامة بالمستشفى، والكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى. كما كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى فى كل الكفاءة الاجتماعية والقلق الاجتماعى وحل المشكلات الاجتماعية

٢٠٢١) = (٤٠٢) = المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١١٠ - المجلد الحادى والثلاثون - يناير ٢٠٢١

باستثناء بعدى الحل العقلانى للمشكلة والنمط الاندفاعى.

مناقشة النتائج

نحاول فى هذا الجزء تفسير ومناقشة نتائج الدراسة وفقاً لفروضها، بما يخدم الرد على الأسئلة المطروحة من ناحية، وبيان مدى اتفاق أو اختلاف النتائج مع الدراسات السابقة، ومحاولة تفسير هذه النتائج، والكشف عن دلالاتها النفسية فى ضوء الانتاج النفسى المتاح، وأوجه الاستفادة العلمية منها كما يلى:

تشير مجمل النتائج إلى تحقق الفرض الأول جزئياً؛ حيث وجدت علاقة طردية إيجابية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، كما وجدت علاقة إيجابية دالة بين التوجه السلبى نحو المشكلة، والنمط الاندفاعى، والأسلوب التجنبى، والقلق الاجتماعى لدى هؤلاء المرضى. فى حين وجدت علاقة عكسية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية والقلق الاجتماعى لدى مرضى الفصام، كما وجدت علاقة عكسية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية والتوجه السلبى نحو المشكلة، والقلق الاجتماعى لدى مرضى الفصام الوجدانى.

وتشير هذه النتائج إلى أنه كلما زادت فاعلية الفرد وكفاءته فى المواقف الاجتماعية مثل قدرته على إقامة تفاعل اجتماعى ناجح، والاندماج مع الآخرين، كلما زادت قدرته على حل المشكلات فى المواقف الاجتماعية لدى مرضى الفصام. وكلما ارتفع مستوى القلق الاجتماعى لدى الفرد كلما اتسم اتجاهه نحو المشكلة بالتوجه السلبى، ونمط حل مشكلاته بالنمط الاندفاعى والتجنبى لدى هؤلاء المرضى. وعلى الجانب الآخر كلما زادت قدرة الفرد على حل المشكلات الاجتماعية، كلما انخفض القلق الاجتماعى لدى هؤلاء المرضى.

كما كشفت نتائج الدراسة عن تحقق الفرض الثانى؛ حيث اختلف حجم الإسهام النسبى لمتغيرات الدراسة النفسية والسكانية والمرضية فى التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام والفصام الوجدانى، فكانت المتغيرات المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية هى القلق الاجتماعى، والكفاءة الاجتماعية، ومدة المرض لدى مرضى الفصام، فى حين تمثلت المتغيرات المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية لدى مرضى الفصام الوجدانى فى مدة آخر إقامة بالمستشفى، والكفاءة الاجتماعية، والقلق الاجتماعى، ومدة المرض، والنوع.

واعتبرت الكفاءة الاجتماعية ثانى المتغيرات المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى المجموعتين. ولاشك أن الكفاءة الاجتماعية من العوامل المسؤولة عن مدى نجاح الشخص فى إقامة تفاعل اجتماعى كفاء، ومواصلة هذا التفاعل؛ مما يؤدى إلى النجاح الاجتماعى، والتكيف السليم، كما تعتبر معياراً للصحة النفسية للأفراد (مجدى عبد الكريم حبيب، ١٩٩٠؛ Greenberg &

كما ساهمت المتغيرات المرضية (مدة الإقامة بالمستشفى، ومدة المرض) في التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية لدى المجموعتين وانفقت هذه النتائج مع نتائج بعض الدراسات (e.g. Ikebuchi, 2007; Jaclyn, 2017; Üçok et al., 2006; Zanello et al., 2006) واعتبرت مدة الإقامة بالمستشفى أكثر المتغيرات المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام الوجداني. وفي هذا الصدد كشفت عديد من الدراسات أن مدة الإقامة في المستشفى تؤدي إلى كثير من المشكلات من بينها مشكلات التواصل الاجتماعي، والقصور المعرفي، كما تؤدي طول مدة الإقامة بالمستشفى إلى تطور بعض الأعراض المرضية مثل تطور أعراض القلق الاجتماعي (Hirokazu et al., 2012; Hofer, Baumgartner, Bodner, Edlinger, Hummer, Kemmler, et al., 2005; White & Happell, 2007). ومن شأن هذا المشكلات سألفة الذكر أن تؤدي إلى انخفاض كفاءة حل المشكلات الاجتماعية.

واعتمدت معظم الدراسات التي أجريت على مهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام على عينات ذات مدة إصابة طويلة؛ مما يجعل الاضطراب أكثر إعاقة، وهذا ما قد يفسر انخفاض القدرات الاجتماعية مثل حل المشكلات الاجتماعية (Vaskinn et al., 2009). ولم تكن للمتغيرات المعرفية (نسبة الذكاء) نصيب في التنبؤ بحل المشكلات الاجتماعية في دراستنا الراهنة، وتتناقض هذه النتائج مع نتائج عديد من الدراسات التي كشفت عن الدور الواضح للمتغيرات المعرفية في التنبؤ بكفاءة حل المشكلات الاجتماعية (e.g. Bowen et al., 1994; Addington & Addington, 1999; Addington & Addington, 2000; Alp et al., 2006; Moe et al., 2018; Vaskinn et al., 2009; Hatashita-Wong et al., 2002). وقد وجد أن (٢٠-٤٠٪) من مرضى الفصام لديهم خلل في المجالات المعرفية العصبية (Weickert et al., 2000; Rund et al., 2006) وهذا ما سيؤثر بدوره على أدائهم الاجتماعي مثل حل المشكلات الاجتماعية (Vaskinn et al., 2009). كما أشار بعض الباحثين إلى أن مرضى الفصام مرتفعي الأداء يعانون من ضعف في مهارات حل المشكلات الاجتماعية مقارنة بالأسوياء (Donahoe et al., 1990; Bowen et al., 1994; Toomey et al., 1997; Vaskinn et al., 2009; Zanello et al., 2006). وقد كشف مرضى الفصام عن قصور شديد في مهارات حل المشكلات الأكثر تعقيداً مثل مهارات الإرسال، التي تتضمن اقتراح حلول للمشكلة وذلك مقارنة بالأسوياء.

كما كشفت نتائج الدراسة عن عدم تحقق الفرض الثالث؛ حيث لم تكن هناك فروق بين مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجداني في كل الكفاءة الاجتماعية والقلق الاجتماعي وحل

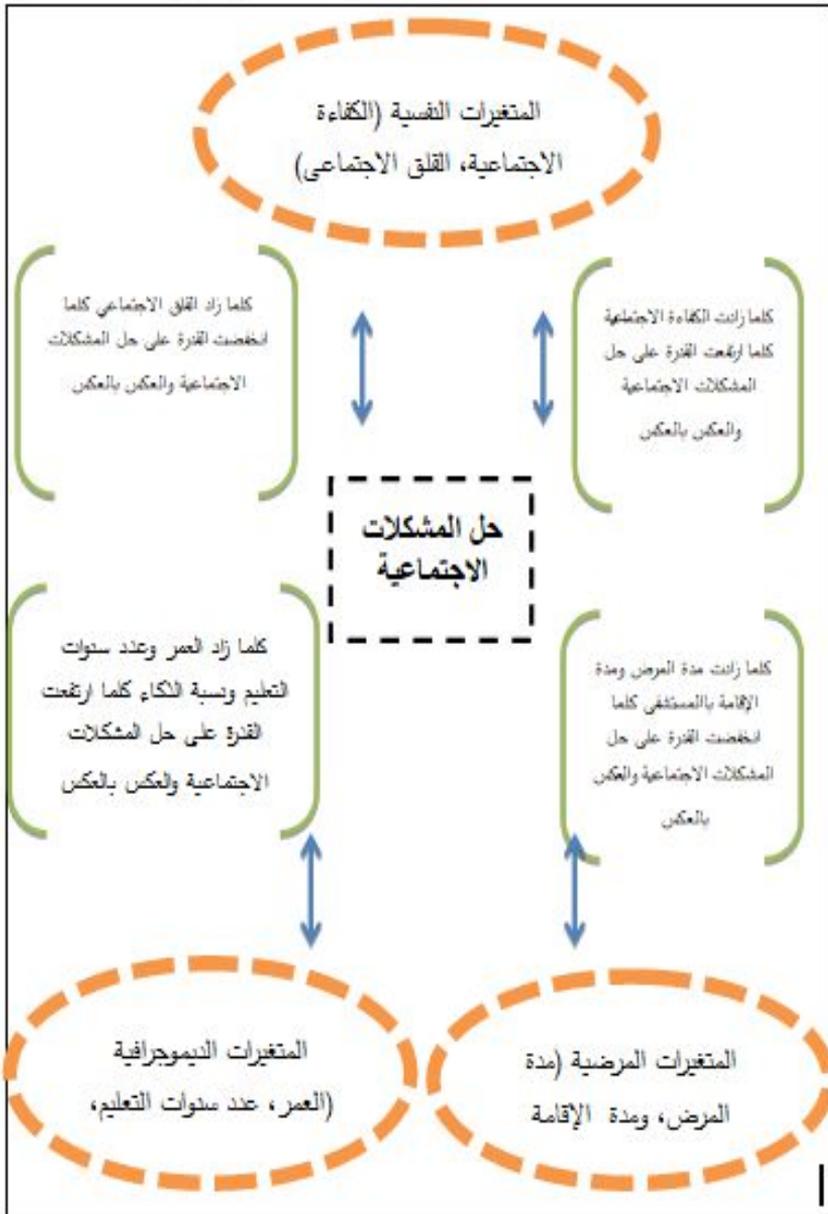
المشكلات الاجتماعية، باستثناء بعدى الحل العقلانى للمشكلة والنمط الاندفاعى. وقد لاحظت الباحثة أن كثير من الباحثين يتناولون مرضى الفصام والوجدانى باعتبارهم عينة واحدة ولا يقومون بالتمييز بينهما كما فى دراسة فينتورا وآخرون (2013). وعلى الرغم من فصل تشخيص الفصام عن الوجدانى فى الدليل التشخيصى والإحصائى الخامس، ويمثل الفصام الوجدانى فترة غير منقطعة من المرض يوجد خلالها نوبة مزاجية رئيسية (إما نوبة اكتئابية جسيمة، أو نوبة هوسية) تحدث فى نفس الوقت مع الأعراض المستوفية للمعيار الأول للفصام (وجود الأوهام والهلاوس) (DSL...M-5, 2013).

ووفقاً لنتائج الدراسة كانت هناك فروق بين مرضى الفصام ومرضى الوجدانى فى كل الحل العقلانى للمشكلة والنمط الاندفاعى، ويعنى النمط الاندفاعى التسرع فى تقييم المشكلة، والاعتماد على الحدث الأولى فى حلها، والتسرع فى اتخاذ القرار. وربما اتسقت هذه النتيجة مع خصائص الاضطراب لاسيما إذا كانت هناك نوبة هوسية، حيث تتضمن النوبة الهوسية تسرع واندفاعية، مما يؤثر فى نمط الفرد لحل المشكلة وتوجهه للحلول غير العقلانية للمشكلات الاجتماعية.

ومن القيود المنهجية التى شابت الدراسة الراهنة وكثير من الدراسات السابقة الاعتماد على مقاييس التقدير الذاتى والتقديرات اللفظية، ومثل هذه المهام قد لا تكون ملائمة لتقدير حل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وفى هذا الصدد أشار فاسكين وآخرون (2009) إلى عدم وجود ارتباط بين مراحل حل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام لأن محاولة الاستجابة وحل المشكلات الاجتماعية بالطريقة الملائمة لدى مرضى الفصام تتطلب استخدام مهام آدائية من خلال أداء الأدوار أكثر من الاعتماد على المهام اللفظية التى كشف مرضى الفصام عن قصور فى الأداء عليها؛ لذا فإن حل المشكلات الاجتماعية بين الشخصية وإيجاد الحلول البديلة ينبغى التركيز فيها على الجوانب الآدائية غير اللفظية.

وتتترح الباحثة تصوراً لشكل العلاقة بين متغيرات الدراسة النفسية والديموجرافية والمرضية

كما يلى:



شكل (١) تصور مقترح لشكل العلاقة التفاعلية بين متغيرات الدراسة

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أحمد عبد الخالق (٢٠٠١). *أصول الصحة النفسية*. دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية.
- أحمد عكاشة (٢٠٠٣). *الطب النفسى المعاصر*. القاهرة: الانجلو المصرية.
- أسامة محمد الغريب (٢٠١٠). *الكفاءة الاجتماعية ومشكلات التعاطى والإدمان*. القاهرة: إيتراك.
- بلحسينى وردة (٢٠١١). *النماذج المعرفية لتفسير الرهاب الاجتماعى: تضارب أم تكامل*. مجلة دراسات تربوية ونفسية، ٦.
- جيفرى ي. يونج؛ وآرون ت. بيك؛ آرثر واينبرجر. (٢٠٠٢). *الاكتئاب*. ترجمة صفوت فرج. فى: ديفيد ه. أ. بارلو (محرر). *مرجع إكلينيكى فى الاضطرابات النفسية: دليل علاجى تفصيلى*. ترجمة صفوت فرج وآخرون. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سحر حسن إبراهيم (٢٠١٣). *دور بعض متغيرات المعرفة الاجتماعية فى التنبؤ باضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام. رسالة دكتوراة (غير منشورة)*، جامعة بنى سويف: كلية الآداب.
- سحر حسن إبراهيم (٢٠١٦). *القدرة على حل المشكلات الاجتماعية وعلاقتها بفعالية الذات لدى عينة من المنفصلات عاطفياً فى ضوء بعض المتغيرات المعدلة*. المجلة المصرية للدراسات النفسية.
- سوزان ه. أ. سبنس (٢٠٠٠). *علاج مشكلات التفاعل*. فى: س. ل. ليندزى؛ و. ج. ي. بول (محرران). *مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين*. (٢٩٣ - ٣١٢). ترجمة صفوت فرج. القاهرة: الانجلو المصرية.
- طريف شوقى (٢٠٠٣). *المهارات الاجتماعية والاتصالية*. القاهرة: دار غريب.
- عادل محمد العدل (٢٠٠١). *القدرة على حل المشكلات الاجتماعية وعلاقتها بالذكاء الاجتماعى والمسئولية الاجتماعية ومفهوم الذات الاجتماعى والتحصيل الدراسى*. مجلة كلية التربية، ١ (٢٥) ١٢١ - ١٧٨.
- فرنسيس شاهين، عبد الكريم جرادات (٢٠١٢). *مقارنة العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى بالتدريب على المهارات الاجتماعية فى معالجة الرهاب الاجتماعى*. مجلة جامعة النجاح للأبحاث ٢٦ (٦).
- قدري حنفى (٢٠٠٤). *علم النفس وسيكولوجية حل المشكلات*. مجلة العلوم الاجتماعية. ٣٢ (٣) ٧٦٠: ٧٦٠.

دراسة لبعض العوامل المنبئة بحل المشكلات الاجتماعية لدى مرضى الفصام

مجدى عبد الكريم حبيب (١٩٩٠). استخبار الكفاءة الاجتماعية (كراسة التعليمات). القاهرة: دار النهضة المصرية.

معاوية أبو غزال، عايدة أبو فلو (٢٠١٤). أنماط التعلق وحل المشكلات الاجتماعية لدى الطلبة المراهقين وفقا لمتغيرى النوع الاجتماعى والفئة العمرية. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، ١٠ (٣) ٣٥١-٣٦٨.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Addington, J., Addington, D. (1999). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (1) 173-182.
- Addington, J., Addington, D. (2008). Social and cognitive functioning in psychosis. *Schizophrenia research*, 99, 176-181.
- Aikawa, S., Kobayashi, H., Nemoto, T., Matsuo, S., Wada, Y., Mamiya N. (2018). Social anxiety and risk factors in patients with schizophrenia: Relationship with duration of untreated psychosis. *Psychiatry research*. 263, 94-100.
- Allen, D.N., Goldstein, G., Warnick, E. (2003). A consideration of neuropsychologically normal schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9, 56-63.
- Alp, U, c,ok Æ Sibel C,akır Æ Zekiye C,etinkaya Duman Æ. (2006). Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, 388-394.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Forth edition. Washington: American Psychiatric Association.
- Bellack, AS., Morrison, RL., Mueser, KT. (1989). Social problem solving in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (1) 101-116.
- Bellack, AS., Sayers, M., Mueser, KT., Bennett, M. (1994). Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (2) 371-378.
- Bowen, L.,Wallace, C.J., Glynn, S.M., Nuechterlein, K.H., Lutzker, J.R., Kuehnel, T.G. (1994). Schizophrenic individuals' cognitive functioning and performance in interpersonal interactions and skills training procedures. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 289-301.
- Brune, M. (2005). Theory of mind in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, (31) 21-42.
- Burack, J. (2003). The domain specificity of resilience in native adolescents from remote community. *Educational psychology*, 41 (1) 27- 46.

- Corrigan, P.W., Toomey, R. (1995). Interpersonal problem solving and information processing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21 (3) 395–403.
- Corrigan, P.W., Toomey, R. (1995). Interpersonal problem solving and information processing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(3) 395-403.
- Couture, S.M., Penn, D.L., Roberts, D.L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 44–63.
- The American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5)*. USA: The American Psychiatric Association
- Dodge, K.A., Pettit, G.S. McClaskey, C.L. (1986). Social competence in children. Monographs of the society for research. *Child Development*, 51 (2) 213- 221.
- Donahoe, C.P., Carter, M.J., Bloem, W.D., Hirsch, G.L., Laasi, N., Wallace, C.J. (1990). Assessment of interpersonal problem-solving skills. *Psychiatry*, 53, 329–339.
- D’Zurilla, T.J., & Sheedy, C.F. (1991). The relation between social problem-solving ability and subsequent level of psychological stress in college students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 841–846.
- D’Zurilla, T.J., & Nezu, A.M. (1982). Social problem-solving in adults. In Kendall, P.C. *Advances in cognitive- behavioral research and therapy*, New York: Academic Press.
- D’Zurilla, T.J., & Nezu, A.M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 156- 163.
- D’Zurilla, T.J., & Nezu, A.M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention (3rd ed.)*. New York: Springer.
- D’Zurilla, T.J., Nezu, A.M., & Maydeu- Olivares, A. (1999). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory- revised*. North Tonawanda, NY: Multi Health Systems.
- D’zurilla, T., Nezu, A. & Olivares, A. (2004). *Social Problem Solving:*

Theory and Assessment In: Chang, E.C., Dzurilla, T.J. Sana, L.J. (Ed) *Social Problem Solving: Theory, Research, and Training*. Washington: American Psychological Association. <http://www.apa.Org/books>.

- Eskine, M. (2013). Problem-solving therapy in the clinical practice. *Turkey Journal*, 3, 121- 139.
- Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the right stuff? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119–136.
- Green, M.F., Kern, R.S., Heaton, R.K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72, 41–51.
- Greenberg, M., Speltz, M., & Deklyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behaviour problems. *Development and Psychopathology*, 5, 191- 213.
- Hatashita-Wong, M., Smith, TE., Silverstein, SM., Hull, JW., Willson, DF. (2002). Cognitive functioning and social problem-solving skills in schizophrenia. *Cognition Neuropsychiatry*, 7 (2) 81- 95.
- Huang, J., Tan, SP., Walsh, SC., Spriggens, L.K., Neumann, D.L., Shum, D.H. et al. (2014). Working memory dysfunctions predict social problem solving skills in schizophrenia. *Psychiatry Researche* 15, 220 (1-2) 96- 101. doi: 10.1016/j.psychres.2014.07.043.
- Ikebuchi, E. (2007). Social skills, social and nonsocial cognitive functioning in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16 (5) 581–594.
- Kee, K.S., Green, M.F., Mintz, J. & Brekke, J.S. (2003). Is emotion processing a predictor of functional outcome in schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*. (29) 487–497.
- Kern, RS., Green, MF., Mitchell, S., Kopelowicz, A., Mintz, J., Liberman RP. (2005). Extensions of errorless learning for social problem-solving deficits in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162 (3) 513-519.
- Langdon, R., Connaughton, E.& Polito, V. (2008). Normative social knowledge and social cognition dissociate in schizophrenia Abstracts *Schizophrenia Research*, (102) 1–3.
- Leshner, A.F., Tom, S.R., Kern, R.S. (2013). Errorless learning and social problem solving ability in schizophrenia: an examination of the

- compensatory effects of training. *Psychiatry Researche*, 206 (1) 1-7. 10.1176/appi.ajp.162.3.513.
- Maydeu-Olivares, A.& D'Zurilla, T.J. (1995). A factor analysis of the Social Problem-Solving Inventory using polychoric correlations. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 98- 107.
- Maydeu- Olivares, A. & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: an integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 115- 133.
- Maydeu-Olivaresa, A., RodrõÁguez-Fornellsa, A., mez-Benitoa, J.G. D'Zurilla, T. J. (2000). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory Revised (SPSI-R). *Personality and Individual Differences* 29, 699-708.
- Moe, A. M., Breitborde, N. J., Bourassa, K. J., Gallagher, C. J., Shakeel, M. K., & Docherty, N. M. (2018). Schizophrenia, narrative, and neurocognition: The utility of life-stories in understanding social problem-solving skills. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41 (2) 83– 91. <https://doi.org/10.1037/prj0000286>.
- Mueser, K.T., Doonan, R., Penn, D.L., Blanchard, J.J., Bellack, A.S. & Nishith, P. (1996b). Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, (105) 271–275.
- Nelson, A.L., Combs, D.R., Penn, D.L., Basso, M.R. (2007). Subtypes of social perception deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, (94)139– 147.
- Nezu, A. M. (2004). Problem Solving and Behavior Therapy Revisited. *Behavior Therapy*, 35, 1- 33.
- Nezu, A., Nezu, C.M. & Perri, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research and clinical guidelines*. New York: Wiley.
- Nezu, A.M. & Nezu, C.M. (2010) Problem-solving therapy for relapse prevention in depression. In Richards, C.S. & Perri, M. (Eds.), *Relapse prevention for depression* (99-130). Washington: American Psychological Association.
- Penn, D., Combs, D& Mohamed, S. (2001). Social cognition and social functioning in schizophrenia. In: Corrigan, P.W., Penn, D. (Eds.) *Social cognition and schizophrenia*. Washington: American

Psychological Association, 27–121.

Penn, D., Combs, D. & Mohamed, S. (2001). Social cognition and social functioning in schizophrenia. In: Corrigan, P.W., Penn, D. (Eds.) *Social cognition and schizophrenia*. Washington: American Psychological Association, 27–121.

Penn, D.L., Addington, J. & Pinkham, A. (2006). Social cognitive impairments. In: Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O. (Eds.) *American Psychiatric Association Textbook of Schizophrenia*, American Psychiatric Publishing Press, 261–274.

Rund, B.R., Sundet, K., Asbjornsen, A., Egeland, J., Landro, N.I., Lund, A. (2006). Neuropsychological test profiles in schizophrenia and non-psychotic depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 350–359.

Rus- Calafell, M., Maldonado, J.G., Ortega-Bravo, M., Ribas-Sabate, J., Caqueo-Urizar, A. (2013). A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research*.

Smart, D. & Sanson, A. (2005). Social competence in young adulthood, its nature and antecedents. *Australian institute of family matters*. 1: 9.

Stålberg, G., Lichtenstein, P., Sandin, S., Hultman, CM. (2008). Video-based assessment of interpersonal problem solving skills in patients with schizophrenia, their siblings and non-psychiatric controls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49 (1) 77–82.

Sutliff, S., Roy, MA., Achim, AM. (2015). Social anxiety disorder in recent onset schizophrenia spectrum disorders: The relation with symptomatology, anxiety, and social rank. *Psychiatry Research*, 30 (1) 39-45. doi: 10.1016/j.psychres.2015.02.

Toomey, R., Wallace, C.J., Corrigan, P.W., Schulberg, D., Green, M.F. (1997). Social processing correlates of nonverbal social perception in schizophrenia. *Psychiatry*, 60, 292–300.

Üçok, A., Çakır, S., Duman, Z., Dıçgil, A., Kandemir, P., Atlı, H. (2006). Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (6) 388–394.

Vaskinn, A., Sergi, MJ., Green, MF., (2009a). The challenges of ecological validity in the measurement of social perception in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197

- Vaskinn, A. Sundet, K., Hultman C.M., Friis, S., Andreasse, O.A., (2009b) Social problem-solving in high-functioning schizophrenia: Specific deficits in sending skills. *Psychiatry Research*, 165, 215–223
- Ventura, J., Helleman, GS., Thames, AD., Koellner, V., Nuechterlein, KH. (2009). Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 113 (3) 189–199.
- Ventura, J., Tom, S.R., Jetton, C., Kern, R.S. (2013). Memory Functioning and Negative Symptoms as Differential Predictors of Social Problem Solving Skills in Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 143 (1) 307–311. doi:10.1016/j.schres.2012.10.043.
- Weickert, T.W., Goldberg, T.E., Gold, J.M., Bigelow, L.B., Egan, M.F., Weinberger, D.R. (2000). Cognitive impairments in patients with schizophrenia displaying preserved and compromised intellect. *Archives of General Psychiatry*, 57, 907–913.
- Wilk, C.M., Gold, J.M., McMahon, R.P., Humber, K., Iannone, V.N., Buchanan, R.W. (2005). No, it is not possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal. *Neuropsychology*, 19, 778–786.
- Williams, L.M., Whitford, T.J., Flynn, G., Wong, W., Liddell, B.J., Silverstein, S. et al. (2008). General and social cognition in first episode schizophrenia: Identification of separable factors and prediction of functional outcome using the IntegNeuro test battery. *Schizophrenia Research*, (99) 182–191.
- Zanello, A., Perrig, L., Huguelet, P. (2006). Cognitive functions related to interpersonal problem-solving skills in schizophrenic patients compared with healthy subjects. *Psychiatry Research*, 142 (1): 67–78.
- Zanello, A., Perrig, L., Huguelet, P. (2006). Cognitive functions related to interpersonal problem-solving skills in schizophrenic patients compared with healthy subjects. *Psychiatry Research*, 142, 67–78.

Predicting Factors of social problem solving in patients with schizophrenia and schizoaffective Disorder

Sahar H. Ibrahim

Department of Psychology- Faculty of Art- Beni Suef University

The current study aims to determine Predicting Factors of social problem solving in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. (Social competence, social anxiety, age, gender, number of years of education, IQ, duration of illness, number of hospitalization, and duration of last hospital staying). The study sample consisted of (58) schizophrenic patients, (30 males, 28 females) with a mean age (36.82 ± 8.03). And (40) schizoaffective disorder patients (31 males, 9 females), with a mean age of (36.92 ± 10.41). They are among the patients residing in the Mental Health Abbasiya Hospital, their number was estimated in (75) patients, and the Psychiatric Hospital in Beni Suef, their number (23) patients. The age range of the sample members ranged between (20-58) years. To achieve this goal, we applied social problem solving inventory, social competence questionnaire, social anxiety scale, in addition to the sheet of demographic data. The psychometric competency of the tools was checked. The results of the study revealed a positive correlation between social problem solving and social competence in schizophrenia patients, and a positive correlation was found between the negative attitude towards the problem, the impulsive pattern, the avoidance pattern and social anxiety in these patients. While there was a significant negative relationship between social problem solving and social anxiety in schizophrenia patients, there was also a negative relationship between social problem solving and negative attitude towards the problem, and social anxiety in schizoaffective disorder patients. The overall results of regression analysis revealed that the predictive variables for social problem solving and their sub-dimensions were the duration of the last hospital staying, social competence, and social anxiety. The results of the study also revealed that there were no differences between schizophrenic and schizoaffective disorder patients in social competence, social anxiety and social problem solving, except for the rational solution to the problem and the impulsive pattern.

Key words: social problem solving, social anxiety, hospitalization, duration of illness, schizophrenia, schizoaffective disorder.