

بحث بعنوان

المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام ودور طريقة العمل مع الجماعات في التخفيف من حدتها

The Social Problems Faced by Families of Schizophrenic Patients and the Role
of the Group Work Method in Mitigating Their Severity

إعداد

د/ شريف صلاح هاشم هريدي

مدرس بقسم الخدمة الاجتماعية وتنمية المجتمع

كلية البنات الإسلامية – جامعة الأزهر فرع أسيوط

مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية جامعة الفيوم

<https://jfss.journals.ekb.eg>

Email: journalssw@fayoum.edu.eg

online ISSN: 2682 - 2679

print ISSN : 2682-2660

Arcif:Q2

تاريخ استلام البحث ٢٠٢٥/١٠/٩ تاريخ قبول البحث ٢٠٢٥/١٠/١٩ تاريخ النشر ٢٠٢٥/١٠/٢٣

Doi 10.21608/jfss.2025.461554

Url https://jfss.journals.ekb.eg/article_461554.html

المستخلص :

هدف البحث الحالي إلى تحديد المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من عدد (١٠٠) مفردة من أسر مرضى الفصام، وتم استخدام أداة لقياس مستوى المشكلات الاجتماعية لعينة الدراسة، وقد كشفت نتائج البحث عن معاناة أسر مرضى الفصام من المشكلات الاجتماعية والمتمثلة في ضعف العلاقات الاجتماعية، والشعور بالوصمة الاجتماعية، العزلة الاجتماعية، وفي النهاية تم التوصل إلى تحديد دور لطريقة العمل مع الجماعات من خلال تصور مقترح يساعد في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لدى أسر مرضى الفصام.

الكلمات المفتاحية: المشكلات الاجتماعية- أسر مرضى الفصام- العمل مع الجماعات.

Abstract:

The current research aimed to identify the social problems faced by the families of schizophrenia patients. To achieve the study's objectives, it was conducted on a sample consisting of 100 individuals from families of leprosy patients. An instrument was used to measure the level of social problems among the study sample. The research results revealed that families of schizophrenia patients suffer from social problems, which are represented in weak social relationships, feelings of social stigma, and social isolation. Ultimately, the study reached conclusions regarding the role of social work in alleviating the severity of social problems faced by families of schizophrenia patients.

Keywords: social problems – families of schizophrenia patients – group work. Social

أولاً: مدخل لمشكلة الدراسة_

يُعد الاهتمام بالمرضى ذوي الاضطرابات النفسية والعقلية، وتكامل الجهود بين التخصصات الطبية والنفسية والاجتماعية في علاجهم والوقاية من تفاقم حالاتهم، شكلاً من أشكال الاستثمار في رأس المال البشري والمجتمعي. وتتزايد أهمية هذا التكامل في ظل الارتفاع المستمر في أعداد المصابين، وما تخلفه هذه الاضطرابات من آثار سلبية تمتد لتشمل الفرد ذاته وأسرته والمجتمع المحيط به.

ويعد الفصام (الشيزوفينيا) واحداً من أكثر الاضطرابات العقلية خطورة، وربما كان أكثرها شيوعاً فحوالي ٥٠% من الموجودين في المستشفيات العقلية هم من المصابين بالفصام (صالح، ٢٠١٤، صفحة ٢٢٣)، ويصنف ضمن فئة الأمراض المعروفة بالذهان، وقد سمي فصاماً؛ لأنه يفصم (يقسم ويفتت) جوانب الفرد المختلفة، وأن عملية التناسق الهرموني بين الجوانب المختلفة للشخصية لم تعد كما كانت من قبل، ولذلك فإن مريض الفصام له سمات شخصية معينة تميزه من غيره أهمها: البلادة الانفعالية وعدم الاكتراث بأي شيء، كما أن الانفعالات لا تكون مناسبة أبداً للموقف (غانم، ٢٠١٧، صفحة ٣٠)، هو كذلك شخص غير قادر على الأداء في جوانب عديدة من حياته مثل العناية بالذات وحياته الوظيفية والاجتماعية (شافعي، ٢٠١٧، صفحة ٢٢٢)، كما يعاني الشخص الفصامي من تدهور في جوانب عديدة من حياته فينقطع عن الدراسة أو العمل وتسوء علاقاته بالآخرين، ولا يهتم بنظافته الشخصية، ويتحول إلى شخص انطوائي، ولديه لا مبالاة في المواقف المهمة في حياته (أبوالعزيم، ٢٠٠٧، صفحة ١٣٥)، وهو أيضاً يعاني من الاضطرابات النفسية منها الشعور بالاكنتاب والقلق الشديد، وانخفاض تقدير الذات (F Azais, 2019, p. 253)

وفضلاً عن ذلك يكشف مرضى الفصام عن مجموعة متنوعة من الأعراض لديهم والتي تتضمن بعض أنواع الهلاوس والضلالات واضطرابات التفكير، ومحتوى الضلالات قد يشمل مجموعة متنوعة من الموضوعات مثل الضلالات الاضطهادية والضلالات (المرجعية والجسدية والدينية) وضلالات العظمة، أما الهلاوس فهي خبرات شبيهة بالإدراك، وتحدث بدون مثير خارجي، وتكون قوية وبالتالي تؤثر على الإدراك الطبيعي للمريض، كما تعد الهلاوس السمعية

أكثر الأنواع شيوعاً لدى مرضى الفصام، وأما اضطراب التفكير الأساسي يستدل عليه من كلام الفرد، ويشمل انحراف الإجابات وعدم فهم الكلام وفقد الكلام (الحبسة) (Association, 2013, p. 87)، وغالباً ما تكون تلك الأعراض مصحوبة بأعراض سلبية مثل: عسر النطق أو الحبسة، تسطح الوجدان، انخفاض الدافعية، والعزلة الاجتماعية (David G. Kingdon, 2005, p. 3)، كما تجدر الإشارة إلى أن أغلب أعراض مرض الفصام تتجسد في مجال التفكير، حيث يضطرب ترابط التفكير بصورة منطقية رغم ارتباط الأفكار في ذهن المريض، كما تضطرب علاقة المريض بالعالم الخارجي وينعزل عاطفياً عنه، مما يجعله عالماً مليئاً بالخيالات التي تعوضه عن العالم الواقعي، كما يظهر اضطراب المريض انفعالياً في شكل التعبير الانفعالي غير الصحيح أو التبدل الانفعالي أو يكون في صورة ثنائية انفعالية إزاء الأفراد والأشياء، كما تضطرب وظيفة اللغة لديه فيكثر من استعمال الرموز بدلاً من الألفاظ العادية (التحرير، ٢٠١٧، صفحة ٢٥١)، وهذا ما أكدت عليه دراسة (تهامي و يونس، ٢٠٠٧)، التي توصلت إلى أن هناك ثلاث سمات للنمط الفصامي وهي ضعف الإحساس باللذة الاجتماعية، التفكير السحري، الاختلالات الإدراكية.

وغالباً ما يبدأ الفصام في مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ بأعراض خفيفة تتصاعد في شدتها وتتمثل في قلة التركيز والانطواء والميل إلى العزلة والانسحاب من المجتمع، وينتشر في الأماكن المكتظة بالسكان، حيث الفقر والجريمة والبطالة والانحرافات السلوكية والاجتماعية ونسبة ٤٠% من الحالات تظهر في الطبقات الاجتماعية ذات المستوى الأدنى كالعاملين غير المهرة، ويزداد انتشاره بين العزبان أكثر من المتزوجين (عكاشة، ٢٠٠٨، صفحة ٢٤٩).

وبناء على ذلك يمكننا القول إن الفصام يُعد من أخطر الاضطرابات العقلية وأكثرها شيوعاً، ويصنف ضمن أمراض الذهان التي تؤثر بشكل عميق على التفكير والانفعال والسلوك، حيث يعاني المريض من هلاوس وضلالات واضطرابات في التفكير والانفعالات، إلى جانب أعراض سلبية كالعزلة والبلادة الانفعالية وضعف الدافعية. وتؤدي هذه الأعراض إلى تدهور في قدرة الفرد على أداء وظائفه الحياتية والاجتماعية، مما ينعكس سلباً على علاقاته وأدواره داخل الأسرة والمجتمع. لذا نجد الفصامي يعيش عالماً الخاص فهو لا يشعر بأنه مريض أبداً، غير أنه يشعر بالتوتر الداخلي فتتزاخم الأفكار في رأسه، ويعتقد بأنه قادر على اختراع أشياء للبشرية

أو أن هناك من يأمره لفعل أشياء لا يريد أن يقوم بها أو أن العالم يسرق منه اختراعاته وأن هناك من يسحب له أفكاره وأن الناس تعرف ما يفكر فيه وأن هناك من يتأمر عليه لأنه إنسان عظيم (رضوان، ٢٠١٨، صفحة ٢).

كما يعاني مريض الفصام من مشكلات متعددة تشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والسلوكية، إذ تؤدي الأعراض الذهانية مثل الهلوس والضلالات واضطرابات التفكير إلى ضعف في الاتصال بالواقع، مما يسبب صعوبة في التفاعل الاجتماعي، والعزلة، وتدهور العلاقات مع الآخرين. كما يُصاب ببلادة انفعالية وفقدان الدافعية، فيفقد الاهتمام بالنظافة الشخصية والعمل أو الدراسة. وتُرافق هذه الحالة مشاعر القلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات، مما يزيد من عبء المرض، بالإضافة إلى وصمة المجتمع تجاه المرض النفسي الذي تعد أحد أبرز التحديات التي تُقاوم معاناة المريض وتعيق عملية التعافي والاندماج ومن زاوية أخرى تتعدد الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بمرض الفصام فمنها ما يرجع إلى الوراثة ومنها ما يرجع إلى العوامل النفسية، الاجتماعية، الكيميائية الحيوية، الثقافية)، ومنها ما يرجع إلى فقدان الحواس أو ضعفها، أو التغيرات الثقافية والحضارية الشديدة التي تصاحب الهزات الاقتصادية والكوارث الاجتماعية والهجرة دون الاستعداد النفسي لمواجهتها، والصدمات النفسية العنيفة، والحرمان في الطفولة المبكرة، مما يجعل الفرد حساسا لا يتحمل الضغط المتأخر عندما يكبر (إسماعيل، ٢٠١٦، الصفحات ٤٢-٤٣).

وفي هذا الإطار تعد الأسرة هي أول خلية يتكون منها البنيان الاجتماعي، وهي المؤسسة الاجتماعية الأولى في بناء المجتمع وهي الحجر الأساسي في استقرار الحياة الاجتماعية الذي يستند عليه الكيان الاجتماعي، ففيها تبنى أسس الشخصية وتوجهاتها وقيمها، وفيها تؤسس أسس السواء أو لا سواء، والصحة النفسية أو الاضطراب النفسي السلوكي، وبمقدار صحتها النفسية واقتدارها وتمكنها ستمكن من إنشاء أجيال معافاة ومتمكنة وفاعلة اجتماعيا وحياتيا (حجازي، ٢٠١٥، صفحة ١١). وعليه تعد الأسرة الأساس في وقاية أفرادها من العديد من الأمراض النفسية والعقلية، كذلك في تقديم الرعاية لمرضاها بصفة عامة ومرضاها النفسيين بصفة خاصة، وتحمل هذه المسؤولية وتقوم بها تحت إشراف المستشفيات والفريق الطبي، وعليها تجويد العلاقات داخلها؛ لأن دورها له آثار نفسية واجتماعية بالغة في التخفيف من آثار المرض.

فقد ذكر (Barak, 2010, p. 95)، (أن ضعف العلاقات الأسرية تعد مؤشراً قوياً للإصابة بالفصام المتمثل بعدم القدرة على الحفاظ على علاقة شخصية مستمرة مع الوالدين والأشقاء والأطفال والزوج، وعدم قدرة المريض على المشاركة في الاجتماعات العائلية الممتدة في الأعياد والمناسبات.

ومن جانب آخر نجد أن أسرة المريض النفسي بشكل عام، ومريض الفصام على وجه الخصوص، تواجه تحديات متعددة تؤثر سلباً في أدائها لدورها الأسري، وفي نظرتها لذاتها وفهمها للواقع من حولها. وتمتد آثار هذه التحديات إلى أعماق الأسرة، فتتعاكس على قدرتها على تقدير ذاتها والشعور بقيمتها داخل المجتمع. (فريد، ٢٠١٦، صفحة ٥).

ويضاف إلى كون الفصام مرضاً مزمناً أنه يرتبط في كثير من الأحيان بالضيق الشديد، والضعف في مجالات الحياة الشخصية والعائلية والتعليمية والمهنية وغيرها من مجالات الحياة المهمة، إضافة إلى أن الأشخاص المصابين بالفصام - حسب تقرير منظمة الصحة العالمية (Organization, 2022) هم أكثر عرضة للوفاة المبكرة، ويرجع ذلك - غالباً - إلى أمراض جسدية، مثل: أمراض القلب والأوعية الدموية، والأمراض الأيضية، والأمراض المعدية، إضافة إلى أن مريض الفصام - غالباً - ما يتعرض لانتهاكات حقوق الإنسان، ومنها الإهمال والتخلي والتشرد وسوء المعاملة داخل مؤسسات الصحة العقلية وفي بيئاتهم الاجتماعية، كما تتغير شبكة العلاقات الاجتماعية مع المريض بتغير دوره بعد الإصابة بالمرض، حيث تتشكل هوية جديدة للمريض خاصة عندما يكون المرض معدياً وخطيراً، فتختلف أشكال التفاعل الاجتماعي معه متضمنة صوراً عدة كعزل المريض عن باقي أفراد الأسرة لا سيما الأطفال أو الخوف من استخدام أدوات المريض، وصولاً إلى رفض المصاهرة من حامل المرض وأسرته، أو حالات الطلاق الرسمي أو الانفصال غير الرسمي بين الأزواج، فينخفض مفهوم الذات لدى أفراد الأسرة والشعور بالنبذ وعدم التقبل الاجتماعي (فياض، ٢٠١٨، صفحة ٤٠٩).

كما أن إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض الفصام بمثابة صدمة قاسية للأسرة، إذ تُشبه في وقعها الكارثة، لما تنطوي عليه من فقدان مؤقت - وربما دائم - لعضو من أعضائها. ويزداد العبء النفسي والاجتماعي على الأسرة نتيجة الوصمة الاجتماعية المرتبطة بهذا المرض، والتي

تتال من مكانتها وكرامتها، لاسيما في المجتمعات الشرقية التي تُولي أهمية كبيرة لصورة الأسرة أمام الآخرين".

وتأسيساً على ما سبق تُعد الأسرة التي يوجد بين أفرادها مريض بالفصام أسرة يعتري أداؤها الوظيفي نوع من الخلل نتيجة ما يفرضه وجود هذا المريض من أعباء متعددة. فعلى صعيد الرعاية، يتطلب مريض الفصام داخل الأسرة اهتماماً مضاعفاً من حيث الوقت والجهد والانتباه، وأحياناً يتطلب الأمر تحمل تكاليف مادية إضافية. ورغم هذه الجهود، قد لا يكون سلوك المريض أو مظهره مرضياً لأسرته، بل قد يصدر عنه أحياناً تصرفات غير مقبولة، تصل إلى حد إيذاء النفس أو الآخرين، لا تتوقف الإشكالية عند حدود الرعاية أو السلوك، بل تمتد إلى أبعاد اجتماعية أعمق، حيث تُوصم الأسرة اجتماعياً بسبب وجود هذا المريض بين أفرادها. فكثيراً ما يشعر الآباء أن نظرة الآخرين - سواء أفراد أو أسر - تجاههم تتسم بالسلبية، مما ينعكس على إحساسهم بذواتهم ويجعلهم يشعرون بمكانة اجتماعية أدنى مقارنةً بغيرهم من الآباء الذين يتماثلون معهم في الظروف باستثناء وجود المرض كل هذا جعل أسرة مريض الفصام تواجه كثيراً من الضغوط بسبب إصابة أحد أفرادها بهذا المرض، كالشعور بالذنب أو أن ينظر إليهم على أنهم سبب المرض (كفاي، ٢٠١٥، صفحة ٢٨١).

هذه الضغوط والتحديات والمسؤوليات الثقيلة عاطفياً ونفسياً واجتماعياً، والتي تقع غالباً على عاتق المقربين من المريض كالأم والأب أو الأبناء، أو الشريك زوج أو زوجة)، تجعلهم أكثر عرضة للمشكلات ويصبحون غير قادرين على تحقيق أهدافهم، وبالتالي قد يؤثر ذلك في تماسكهم واستقرارهم، وفي مجمل جودة حياتهم. ومن ناحية أخرى، يمكن القول إن المبالغة في تحمّل أفراد الأسرة لمسؤوليات رعاية مريض الفصام، إلى جانب تصوراتهم السلبية حول المرض، قد تنعكس سلباً على صحتهم النفسية والجسدية، وتؤدي إلى ضعف في أدائهم اليومي، وتراجع قدرتهم على التواصل الفعال وبناء علاقات قوية فيما بينهم. كما أن هذه الضغوط قد تعيق قدرتهم على إدارة المرض بفعالية، مما يُسهم في بطء تقدم حالة المريض العلاجية.

علاوة على ذلك فإن إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض مزمن أو موصوم اجتماعياً كالفصام، تبدأ تتعرض الأسرة لسلسلة من المشكلات الاجتماعية المعقدة، لعل أبرزها اضطراب العلاقات الاجتماعية سواء داخل الأسرة أو مع المحيط الخارجي. فالصدمة الناتجة عن تشخيص المرض

تتعرض سلباً على التماسك الأسري، وتؤدي إلى ضعف التواصل والدعم المتبادل بين أفراد الأسرة، كما قد تدفعهم إلى الانسحاب الاجتماعي تجنباً للوصمة أو نظرة المجتمع السلبية، مما يزيد من عزلتهم ويُفاقم شعورهم بالضغط والحرَج وهذا ما أكدت عليه العديد من الدراسات منها: دراسة (متولي م.، ٢٠١٩) التي أشارت في نتائجها إلى أن إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض يؤثر على الأسرة بأكملها وتحدث فيها الكثير من التغيرات الاجتماعية والنفسية حيث يؤثر على العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها ويؤثر على الحالة النفسية للأسرة.

ودراسة (إبراهيم ع.، ٢٠٠٩)، التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام مرتفع، ووجود علاقة ارتباطية عكسية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام.

دراسة (غراب، ٢٠٢٠)، التي هدفت إلى التعرف على واقع الضغوط النفسية المتمثلة في (الضغوط النفسية، الاجتماعية، الأسرية، والاقتصادية) لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الضغوط النفسية مرتفعة وجاءت كالتالي الضغوط الاقتصادية ثم الضغوط الأسرية، ثم الضغوط النفسية، وأخيراً الضغوط الاجتماعية وقد ترتبط هذه الضغوط بعوامل نفس اجتماعية مثل الوصمة.

ودراسة (حسن، ٢٠٢٠) التي هدفت إلى التعرف على الوصمة وعلاقتها بتقدير الذات والاستبصار لدى عينة من مرضى الفصام، وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط سالب بين تقدير الذات الإيجابي وأبعاد الوصمة الذاتية (الشعور بالاغتراب، التمييز، الشعور بالرفض والدونية، الانسحاب الاجتماعي، السرية، وإخفاء المرض)

بينما هدفت دراسة (نزيهة ز.، ٢٠٢٠) إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام في ضوء متغيري الجنس ومدة الرعاية، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين مستوى جودة الحياة والرعاية لمرضى الفصام.

وهدف دراسة (Wang M, 2022) إلى معرفة إمكانيات الأسر التي تعيش مع مرضى الفصام من وجهة نظر العاملين في مجال الرعاية الأولية في بكين الصين، وتوصلت النتائج إلى أن معظم إمكانيات الأسرة غير مستهدفة للعائلات التي تعيش مع مرضى الفصام، والإعلان عن

موارد الأسرة صعب، وعملية التطبيق مرهقة لموارد الأسرة، وخيارات العلاج المجتمعية المتاحة محدودة جداً، ووصمة العار، ومعوقات التواصل الفعال بين الأسرة والمجتمع.

دراسة (بقلة، ٢٠٢٢) استهدفت تحديد مستوى الضغوط الاجتماعية لأسر مرضى الفصام، وتحديد مستوى أداء الأسر لأدوارها، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الضغوط الاجتماعية لأسر مرضى الفصام كان مرتفعاً.

وهدفت دراسة (عبدالمجيد، ٢٠٢١) إلى تحديد مستوى المهارات الاجتماعية لمرضى الفصام، تحديد مستوى الأداء الاجتماعي لمرضى الفصام، وتحديد العلاقة بين المهارات الاجتماعية والأداء الاجتماعي لمرضى الفصام، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن زيادة المهارات الاجتماعية عند مريض الفصام يترتب عليها زيادة الأداء الاجتماعي لأدواره الاجتماعية.

ودراسة (أوبكر، ٢٠٢١) استهدفت تحديد مستوى الضغوط الاجتماعية النفسية لزوجات مرضى الفصام، وتحديد مستوى استجابة مرضى الفصام للعلاج، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن زوجات مرضى الفصام يعانين من ضغوط متعددة تتطلب الدراسة لتأثيرها على استجابة المرضى للعلاج.

ودراسة (علي، ٢٠٢١) استهدفت الدراسة تحديد طبيعة العلاقة بين تقبل الأسرة لمريض الفصام وانتكاسة المريض، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مجموعة أسر مرضى الفصام المنتكسين ومجموعة أسر مرضى الفصام الذين لم ينتكسوا على أبعاد تقبل الأسرة لمريض الفصام.

واستهدفت دراسة (محمد ب.، ٢٠١٨) تحديد أنواع المساندة الأسرية لمريض الفصام، وتحديد طبيعة العلاقة بين المساندة الأسرية لمريض الفصام ومدى استجابته للعلاج، وتوصلت الدراسة إلى صحة الفرض الرئيس الذي مؤداه توجد علاقة طردية دالة إحصائية بين المساندة الأسرية واستجابة مرضى الفصام للعلاج .

واستهدفت دراسة (ذكي، ٢٠١٦) تحديد صور الإساءة التي يتعرض لها مرضى الفصام، وتحديد مصدر الإساءة التي يتعرض لها مرضى الفصام، وجاءت نتائج الدراسة موضحة الإساءة التي يتعرض لها مرضى الفصام من وجهة نظر مريض الفصام نفسه حيث جاءت الإساءة الجسدية في الترتيب الأول ثم الإساءة النفسية في الترتيب الثاني ، وجاءت نتائج الدراسة

موضحة مصدر الإساءة التي يتعرض لها مريض الفصام من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين كالتالي في الترتيب الأول جاءت الإساءة الاجتماعية وفي الترتيب الثاني جاءت الإساءة الجسدية.

واستهدفت دراسة (محمد م.، ٢٠١٣) تحديد العوامل المرتبطة بانتكاسة مريض الفصام وتحديد أكثر تلك العوامل، وتحديد دور مقترح لخدمة الفرد لمساعدة أسر مرضى الفصام، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المريض النفسي أثناء المرض وتأثير المرض عليه يفقد صلته بالحياة وينعزل، ولإعادة دمج في المجتمع لابد أن يعاد تأهيله.

واستهدفت دراسة (مرسي، ٢٠١٢) تحديد العلاقة بين ممارسة نموذج التركيز على المهام وتحسين الأداء الاجتماعي لمرضى الفصام، وتوصلت الدراسة إلى صحة الفرض الرئيس والفروض الفرعية.

ودراسة (نزيهة ز.، ٢٠٢٠) واستهدفت الدراسة معرفة مستوى جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بالفصام في ضوء متغيري الجنس ومدة الرعاية، وأسفرت النتائج عن وجود مستوى مرتفع من جودة الحياة في أبعادها العلاقات مع الأسرة، العلاقات مع فريق الطب النفسي الرفاه النفسي والجسدي والعلاقات مع الأصدقاء، في حين جاء المستوى متوسط في الأبعاد (العبء النفسي و الحياة اليومية، عبء المواد والعلاقات مع الزوج). كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود اختلاف دال إحصائياً في جودة الحياة بأبعادها لدى أفراد العينة باختلاف الجنس ومدة الرعاية.

واستهدفت دراسة (Vimala, 2013) تقييم معرفة واتجاهات وممارسات أفراد عائلة المرضى النفسيين، وتحديد طرق الرعاية بالمرضى النفسيين، وأسفرت النتائج عن أنه قد رفض ٢٥ الزوج بأحد أفراد عائلة بها مريض نفسي خوفاً من الوصمة الاجتماعية، كما أثبتت الدراسة تعرض أمهات مرضى الفصام إلى الاحتراق النفسي .

دراسة (Donnelly, 2016) هدفت إلى فحص معتقدات الصحة النفسية عند الآباء والمربين الأمريكيين من أصل كوري الذين لديهم أطفال راشدون مصابين بالفصام العقلي، وتوصلت الدراسة إلى أنه يوجد شعور بالعار والوصمة المرتبطة بوجود طفل راشد مصاب بالفصام العقلي لدى العائلة، وتبذل العائلات الأسبوعية قصارى جهدها لإخفاء أي فرد من العائلة

مصاب بالفصام، كما أظهرت النتائج تعرض أمهات مرضى الفصام للعديد من المشكلات النفسية وكان أبرزها الاكتئاب.

دراسة (Annie, 2017) تناولت هذه الدراسة تأثير وجود تاريخ عائلي من الهذيان على أساليب مواجهة الضغوط لدى الآباء. فقد تم تحليل استراتيجيات التكيف لدى آباء لديهم أقارب من الدرجة الأولى مصابين بالهذيان (إلى جانب الابن أو الابنة المصابين)، ومقارنتهم بآباء لا يوجد لديهم مثل هذا التاريخ العائلي، بالإضافة إلى مجموعة من الآباء الأصحاء. وكما كان متوقعًا، أظهرت النتائج وجود علاقة سلبية بين وجود تاريخ عائلي من الهذيان وكفاءة استجابات الآباء في مواجهة الضغوط. وتشير هذه النتائج إلى أن زيادة التعرض العائلي للهذيان قد يؤثر سلبًا على القدرة على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية. وقد تم تفسير هذه النتائج في سياق التأثيرات المحتملة للعوامل الوراثية والبيئية المشتركة داخل الأسرة.

دراسة (Evi & Michael, 2018) أوضح مدي "أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات مرضى فصام الشخصية في نجاح فترة النقاهة لمرضى الفصام في جو عائلاتهم والصحة الانفعالية للأمهات متولي الرعاية الصحية"، وأسفرت النتائج عن أن الجو العائلي للأمهات المرضى المشاركات في البرامج أكثر إيجابية من نظيراتهم اللواتي لم يكن في فترة النقاهة. ويبدو أن فترة النقاهة النفسية الاجتماعية وأنشطتها العلاجية المتنوعة لإمهات مرضى الفصام لها أثر إيجابي على مرضى الفصام وعلي الجو العائلي للمرضى والحالة الانفعالية للأمهات القائمت علي الرعاية الصحية.

في حين هدفت دراسة ((Hou, ke chiao, & Su Yi ching, 2020) لبحث معاناة متولي الرعاية الصحية من أفراد العائلة لمرضى الفصام، وخلصت إلى أن درجات عناء متولي الرعاية الصحية كانت متوسطة وكان قلق متولي الرعاية الصحية هو الأعلى يليه الشعور بالخجل والذنب والتدخل العائلي ثم يليهم رضا المريض بيئة الدعم الطبي ومستوي العناية. كل هذه التحديات وغيرها التي تواجه أسرة مريض الفصام والتي أكدت عليها الدراسات السابقة ، تحتاج إلى مساعدة أفراد الأسرة للتغلب عليها من خلال الدعم والمساندة وتكامل بين الجهود المبذولة من المؤسسات المعنية والتخصصات المختلفة بالإضافة إلي تنمية مهارات التكيف والتعايش مع الظروف الصعبة، واكتساب القدرة على تجاوز العقبات التي تواجههم أثناء تقديم

الرعاية. كما أن تبني أساليب إيجابية وقائية يعد عاملاً أساسياً في تعزيز مرونتهم النفسية، بما يساعدهم على استعادة توازنهم بعد التعرض للأزمات والمواقف الشديدة المرتبطة بانتكاسات هذا المرض.

وتعد مهنة الخدمة الاجتماعية إحدى المهن التي تهدف إلى مساعدة الأفراد والجماعات والمنظمات والمجتمعات على تنمية قدراتهم ومواردهم، وزيادة فرصهم للحياة، ووقايتهم من المشكلات، وإشباع حاجاتهم وحل مشكلاتهم، ويتم ذلك في ضوء موارد وثقافة المجتمع، ومن خلال المؤسسات الموجودة بالمجتمع (أبوالنصر م.، ٢٠٠٩، صفحة ١١)، ومما يزيد من أهمية دور المهنة في مجال الأمراض النفسية والعقلية وضرورة تفعيل هذا الدور أنه لم تعد النظرة إلى الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية نظرة جزئية محدودة بل أصبحت نظرة شاملة، فالمرض الاجتماعي تؤثر فيه عوامل صحية ووراثية ونفسية بجانب العوامل الاجتماعية، والمرض النفسي والعقلي تؤثر فيه عوامل اجتماعية جديدة (جبل، ٢٠٠٣، صفحة ٢٠).

وتهدف الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية إلى تعزيز وتمكين القدرات الفردية والأسرية والجماعية، بما يسهم في تحسين الأداء الاجتماعي لمستفيديها، ويتحقق ذلك من خلال تنمية مهاراتهم في تشخيص المشكلات ذات الأبعاد الاجتماعية، وتقديم حزمة من الخدمات المتكاملة، لا سيما الوقائية والعلاجية والتنموية. كما تسعى الممارسة إلى دعم الأفراد في تكيفهم مع متطلبات الحياة اليومية، وتعزيز قدرتهم على إقامة علاقات اجتماعية سوية قائمة على التفاعل الإيجابي والتكامل المجتمعي. (الهادي، ٢٠١٧، صفحة ٥٨).

ويلعب الأخصائيون الاجتماعيون دوراً حيوياً في تحسين خدمات الصحة العقلية المقدمة للمرضى، حيث إنهم يعطون منظوراً اجتماعياً وحقوقياً مميزاً لعملهم، وكذلك يطورون المهارات المعتمدة على العلاقات، ويركزون على التوافق والتعافي، ويمكن أن يدعموا المرضى لإجراء تغييرات إيجابية وموجهة لذواتهم (Allen, 2014, p. 5)، ويقومون أيضاً ببعض الأدوار النموذجية المهمة في مراكز الصحة العقلية وتشمل: توفير التنشيف الوقائي، إجراء التقييم الوظيفي، التأكيد على الإدارة الذاتية في المنزل، التنشيف الدوائي ودعم الالتزام بالعلاج، الاطلاع الدائم على الأحداث المجتمعية وبرامج توزيع الموارد، القدرة على اتخاذ القرار السريع والدقيق في أوقات الأزمات، التفكير النقدي والقدرة على تقييم احتياجات المريض وفعالية التدخلات

والاحتياجات، والقدرة على تخطيط وتنظيم العمل وتدوين الملاحظات والملفات (Nadda, 2016, p. 6).

وهذا ما أكدت عليه دراسة (مغازي ن.، ١٩٩٦) التي هدفت إلى محاولة تقويم مدى فاعلية ممارسة الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام، وكان من أهم نتائجها أن طريقة خدمة الجماعة هي أكثر الطرق استخدامًا معهم عن طريق جماعات النشاط وجماعات العمل، وأيضًا دراسة محمد (محمد أ.، ٢٠١٠) والتي توصلت إلى فعالية برنامج التدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لإشباع الاحتياجات الاجتماعية لمرضى الفصام والمتمثلة في تحقيق المساندة الاجتماعية، الأداء الاجتماعي، الصلابة النفسية)، وكذلك دراسة (Ceasare, 2015) التي توصلت إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين يقومون بمجموعة واسعة من التدخلات، وهم أيضًا يدعمون تدخلات نمط الحياة أكثر من المهنيين الآخرين، وتوصلت أيضًا إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين قد يواجهون صعوبات في كل من الوعي الدقيق للمشكلات الصحية العقلية، وفي معرفة ممارسات العلاج الحالية، وأنه لا بد أن يتلقى الأخصائيون الاجتماعيون تثقيفًا ملائمًا في مجال الصحة العقلية في شهاداتهم الجامعية للمساعدة في التعرف على المرض العقلي وعلاجه، بحيث يتلقى الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي الرعاية المثلى.

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

وتقوم الطريقة بدورها مع مرضى الفصام وأسره من خلال البرامج المختلفة التي يعدها أخصائي الجماعة لمرضى الفصام والتي أشارت إليها العديد من الدراسات منها دراسة (مغازي ن.، ٢٠٠٢) التي توصلت إلى وجود علاقة بين استخدام برامج خدمة الجماعة مع مرضى الفصام وبين اكتسابهم المهارات الحياتية وأيضاً دراسة (عبدالفتاح، ٢٠١٠) التي توصلت إلى أن هناك علاقة إيجابية بين استخدام وسائل التعبير في العمل مع جماعات مرضى الفصام لتنمية مهاراتهم في التفاعل الاجتماعي من خلال تنمية مهاراتهم في رعاية شؤون المنزل والعناية الشخصية، والعلاقات الاجتماعية.

ودراسة (عبدالله م.، ٢٠١٥) التي استهدفت تحديد دور الأخصائي الاجتماعي ضمن فريق العمل مع حالات مرضى الفصام، وتقييم دور الأخصائي الاجتماعي ضمن فريق العمل مع حالات مرضى الفصام من وجهة نظر الأسرة، وتوصلت الدراسة إلى أن للأخصائي الاجتماعي دوراً في بحث وتقدير الحالة؛ وذلك من خلال تقديم تقرير عن الحالة، وأن للأخصائي الاجتماعي دوراً في عملية التشخيص التصنيفي.

ودراسة (أحمد، خويلد، و جودة، ٢٠١٧)، هدفت إلى تقديم برنامج قائم على العلاج بالمعنى كأحد اتجاهات علم النفس الإيجابي للمساعدة في تحسين حالة مرضى الفصام الذين يعانون من تدهور الظروف البيئية ، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج الذي تم تطبيقه في أبعاده الأحد عشر بعداً، وثبتت صحة فروضها على الاختبارين. وقد أوصت الدراسة بالاهتمام بالبرامج العلاجية المركزة على رفع الروح المعنوية والجانب الإيجابي في شخصية مريض الفصام وعدم الاكتفاء بالعلاج الدوائي فقط.

ودراسة (كيلاني، ٢٠٢١) استهدفت اختبار فاعلية ممارسة النموذج العقلاني الانفعالي في خدمة الجماعة لتعديل الأفكار اللاعقلانية، وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ٠.٠١ بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للجماعة التجريبية فيما يتعلق بتعديل الأفكار اللاعقلانية لمرضى الفصام لصالح القياس البعدي.

واستهدفت دراسة (عبدالمسيح، ٢٠٢٢) تحديد متطلبات الأداء المهني للأخصائيين العاملين مع مرضى الفصام بمؤسسات الصحة النفسية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى

متطلبات الأداء المهني للأخصائيين العاملين مع مرضى الفصام بمؤسسات الصحة النفسية كما يحددها مرافقي مرضى الفصام بلغ (٢٠٥٧) وهو مستوى مرتفع.

ثانيًا: مشكلة الدراسة_

تُعد الإصابة بمرض الفصام من الاضطرابات النفسية الشديدة التي لا تقتصر آثارها على الفرد المصاب فقط، بل تمتد لتشمل أسرته، التي تجد نفسها فجأة في مواجهة ضغوط اجتماعية ونفسية واقتصادية مركبة. فأسرة مريض الفصام كثيرًا ما تعاني من العزلة والوصمة الاجتماعية، وضعف العلاقات الاجتماعية وفي ظل هذه التحديات، وانطلاقاً مما سبق عرضه من معطيات نظرية ونتائج الدراسات السابقة المرتبطة بشكل مباشر وغير مباشر بالمشكلات الاجتماعية بمختلف صورها ومستوياتها، وكذلك الدراسات التي تناولت فعالية الخدمة الاجتماعية في التعامل مع المشكلات المختلفة بشكل عام والمشكلات الاجتماعية التي تواجه الأسرة بشكل خاص في مرحلة أزمة الإصابة لأحد أفرادها بمرض الفصام، يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في سؤال مؤداه "ما المشكلات الاجتماعية التي تواجه أسر مرضى الفصام؟ وما دور طريقة العمل مع الجماعات في التخفيف من حدة هذه المشكلات؟"

ثالثًا: أهمية الدراسة_

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من عدة جوانب نظرية وعملية، على النحو التالي:

١- مع التقدم العلمي والطبي الذي يشهده العالم، لا يزال مرض الفصام من الاضطرابات النفسية التي يُحيط بها الغموض، ويُقابلها المجتمع أحيانًا بالخوف والرفض نتيجة مفاهيم خاطئة. ومن هنا تنبع أهمية التعمق في دراسة هذا المجال لفهم أبعاده المختلفة، والعمل على تصحيح التصورات السائدة، مما يُمهّد الطريق لتحسين التفاعل الاجتماعي للمريض وحل مشكلات أسرته.

٢- تُسهم هذه الدراسة في إثراء المعرفة العلمية في مجال الخدمة الاجتماعية من خلال التركيز على طبيعة المشكلات الاجتماعية التي تعاني منها أسر مرضى الفصام، وهي فئة غالبًا ما تكون مهمشة في البحوث العلمية رغم ما تتحمله من أعباء نفسية واجتماعية كبيرة.

٣- كما تُبرز الدراسة أهمية "طريقة العمل مع الجماعات" كأحد أساليب الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية، وتوضح كيف يمكن توظيفها بشكل فعال لدعم الأسر ومساعدتها في التكيف مع التحديات المرتبطة بالمرض.

٤- تقدّم الدراسة إطارًا عمليًا يُمكن الأخصائيين الاجتماعيين من تصميم برامج جماعية موجهة خصيصًا لأسر مرضى الفصام، بحيث تُعالج احتياجاتهم، وتُخفف من الضغوط التي يتعرضون لها.

٥- كما أن النتائج المتوقعة للدراسة من شأنها دعم جهود مؤسسات الرعاية الصحية والاجتماعية في إعداد برامج إرشادية وتوعوية للأسر، ما يُعزز من جودة الرعاية، ويُسهم في تخفيف الأثر النفسي والاجتماعي للمرض داخل الأسرة.

٦- إن الجوانب النفسية والاجتماعية المرتبطة بمرض الفصام لا تقل أهمية عن الجانب الطبي؛ حيث أن التوجهات الحديثة تسعى إلى تقديم رعاية شاملة تشمل المريض وأسرته على حد سواء، بهدف تخفيف الأعباء التي تعيق اندماجهم في المجتمع.

٧- تتجلى أهمية الدراسة أيضًا في اهتمام الدولة المتزايد برعاية الأشخاص ذوي الاضطرابات العقلية، ومنهم مرضى الفصام، حيث خُصصت لهم مؤسسات علاجية وتأهيلية تهدف إلى إعادة دمجهم في المجتمع والاستفادة من قدراتهم. ويُستدل على هذا الاهتمام بالإحصائيات الرسمية؛ حيث بلغ عدد الأسر في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية - الحكومية والخاصة - في عام ٢٠١٧ نحو 6063 سريرًا (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٧).

رابعًا: أهداف الدراسة_

يتمثل الهدف الرئيس للدراسة في "تحديد المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام"، ويتفرع من هذا الهدف الرئيس الأهداف الفرعية الآتية: -

١- تحديد مستوى العلاقات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

٢- تحديد مستوى الشعور بالوصمة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

٣- تحديد مستوى العزلة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

٤- التوصل إلى تصور مقترح لدور طريقة العمل مع الجماعات في التخفيف من المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام؟

خامسًا: تساؤلات الدراسة: -

يتمثل التساؤل الرئيس للدراسة في ما المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام؟
ويتفرع من هذا التساؤل التساؤلات الفرعية الآتية: -

- ١- ما مستوى العلاقات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام؟
- ٢- ما مستوى الشعور بالوصمة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام؟
- ٣- ما مستوى العزلة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام؟
- ٤- ما التصور المقترح لدور طريقة العمل مع الجماعات في التخفيف من المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام؟

سادسًا: مفاهيم الدراسة وإطارها النظري: -

١- مفهوم المشكلات الاجتماعية:

مشكلات: مفرد مشكلة، والمشكلة في اللغة: هي مسألة أو معضلة ويعنى بها مشكلة في السلوك البشرى أو العلاقات الاجتماعية (البلعكي، ٢٠٠٥، صفحة ٧٢٥).
وتشير المشكلة إلى موقف اجتماعي يقتضي تغييره إلى الأفضل (بدوي، ١٩٨٦، صفحة ٣٢٨).

كما تعرف في اللغة الإنجليزية Problem بأنها: مسألة أو معضلة، معالجة مشكلة من مشاكل السلوك البشري أو العلاقات الاجتماعية (ربيع، ٢٠٠٨، صفحة ٢٨).

ويعرف قاموس Webster المشكلة بأنها: التباس أو أمر ينطوي على نوع من الشك وعدم التأكد أو الصعوبة. وهي سؤال مطروح يتطلب حلاً أو مناقشة، وهي مسألة أو أمر يتطلب التعامل مع خيارات العمل سواء للفرد أو الجماعة (Webster, 1994, p. 1146).

وتعرف المشكلة الاجتماعية في قاموس الخدمة الاجتماعية بأنها: حالة أو ظرف بين الناس أو بين الناس وبيئاتهم تؤدي إلى استجابة اجتماعية فيها خرق لقيم الناس ومعاييرهم وتؤدي إلى معاناة عاطفية واقتصادية (Robert., 1999, p. 452).

ويعرف الباحث المشكلات الاجتماعية إجرائيًا:

- موقف أو عدة مواقف سلبية ناتجة عن إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض الفصام.
- تؤدي هذه المؤثرات إلى سوء تكيف أسر مرضى الفصام في البيئة المحيطة بهم.
- تؤثر هذه المواقف سلبيًا على الأداء الوظيفي لأسرة مريض الفصام.
- تتأثر أسرة مريض الفصام في علاقاتها وتفاعلاتها وأنشطتها مع الآخرين.
- شعور أسرة مريض الفصام بالخزي والحرج بسبب النظرة الدونية والنظرة السلبية من المحيطين نتيجة إصابة أحد أفراد الأسرة.

٢- مفهوم الفصام:

- يعرف الفصام بأنه: حالة عقلية "ذهانية" غير سوية تصيب الإنسان وتسبب تغيرا عميقا في أنماط تفكيره وشعوره وسلوكه تجاه العالم بحيث تختلط لديه الحقيقة بالوهم وتؤدي إلى تبني أساليب وتصرفات لا تتفق مع الواقع مما يجعل المريض غير مستبصر بمرضه. أي لا يعرف أنه مريض (أبولنصر م.، ٢٠٠٥، صفحة ٢١٤).
- وهو مرض ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية والسلوك في جوانبه المختلفة، أي أن هذا الاضطراب يشمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض، ويبدو في سلوكه تدهور واضح (عبدالله م.، ٢٠٠٠، صفحة ١٩٩).
- وقد عرف معجم علم النفس والتحليل النفسي الفصام بأنه: مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان. ويعتبر أكثر الأمراض الذهانية انتشارًا (طه، ٢٠٠٩، صفحة ٣٤٨).

- وهي متلازمة مرضية تتصف بمظاهر نفسية محددة ويمكن تمييزها إكلينيكيًا، وتحدث عادة قبل سن الخامسة والأربعين، وتؤدي إلى تفكيك وتدهور في شخصية الفرد (جيمس ، ٢٠١٣، صفحة ٥٧).
- ويعرف: بأنه مرض عقلي يتسم صاحبه بالبطء والانسحاب. وهو أيضًا من الأمراض الوظيفية أي تلك الأمراض التي لا ترجع إلى خلل عضوي، وفيه يبتعد المريض عن عالم الحقيقة وينغمس في عالم الأوهام (العيسوي، ٢٠٠٤، صفحة ٣٠٠).
- وعرفه داود بأنه: "نوع من أنواع الاضطرابات العقلية يتناول الشخصية بأكملها ، وتبدو أعراضه على المرض بدرجات متفاوتة ، ويتضمن عادة صلة المريض بالعالم الواقعي إلى حد قليل أو كبير، قد يصل في بعض الحالات الشديدة إلى أن يعيش المريض دنياه الخاصة وكأنه في حالة من حالات أحلام المنام (داود، ٢٠٠١، صفحة ٣٣٣).
- وعرفه حامد زهران بأنه: " مرض ذهاني يؤدي إلى عدم انتظام الشخصية وإلى تدهورها التدريجي" ومن خصائصه: الانفصال عن العالم الواقعي الخارجي، وانفصال الوصلات النفسية العادية في السلوك، والمريض يعيش في عالم خاص به بعيدًا عن الواقع ، وكأنه في حلم مستمر (زهران، ٢٠١١، صفحة ٤٥).
- وقد عرفه مصلح الصالح: بأنه عصاب (أو مرض نفسي) وظيفي تتمثل أعراضه في الوهم، الهلوسة، اضطرابات التفكير، التبلد العاطفي، اختلال الوظيفة الحركية واختلالات الإرادة (الصالح، ٢٠٠٩، صفحة ٤٧٥).
- عرفه معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية بأنه: أحد أشكال الذهان ولا يبدو ظاهرًا، وأن هذا المرض يعود لاضطراب عقلي عضوي، أو لاضطراب وجداني (الدخيل، ٢٠١٦، صفحة ١٦٦).
- التعريف الإجرائي لأسر مرضى الفصام:
هم الأهل المقيمون إقامة دائمة مع مريض الفصام النزلاء أو المترددون على مستشفيات الصحة النفسية لتلقى العلاج

٣- أسباب الفصام:

أ- أسباب وراثية:

تشير الأدلة العلمية بشكل متزايد إلى أن الجينات تلعب دوراً مهماً في تنظيم نشاط الناقلات العصبية، وأن لها علاقة وثيقة بظهور مرض الفصام . وقد جاءت هذه النتائج من خلال دراسات عديدة تناولت العائلات والتوائم، إضافة إلى أبحاث أخرى في هذا المجال، ومن المعروف أن الفصام يصيب حوالي ١٪ من عموم السكان، ولكن هذا الخطر يزداد بشكل ملحوظ في حال وجود إصابات بين الأقارب. فعلى سبيل المثال، إذا كان أحد الوالدين أو الأشقاء مصاباً بالفصام، فإن احتمال إصابة الفرد بالمرض يرتفع إلى ما بين ١٠٪ و ١٥٪. وتزداد هذه النسبة إلى ما بين ٤٠٪ و ٥٠٪ في حال إصابة كلا الوالدين. (Kavanagh , 2013, p. 163)).

أما في حالة أقارب من الدرجة الثانية، مثل أبناء الأخ أو أبناء الأخت أو الأحفاد، فإن نسبة الخطر تتخفض إلى نحو ٣٪. وتُظهر دراسات التوائم المتطابقة أن احتمال إصابة أحد التوأمين إذا كان الآخر مصاباً بالفصام قد يصل إلى نحو ٥٠٪، مما يدل على تأثير وراثي قوي، رغم هذه المؤشرات، لم يتم حتى الآن تحديد جينات محددة مسؤولة عن الإصابة بالفصام. إلا أن الباحثين تمكنوا من تحديد بعض المواقع على الكروموسومات يُعتقد أنها تضم الجينات المرتبطة بالمرض، مما يفتح المجال لأبحاث مستقبلية أعمق لفهم الأسباب الجينية بشكل أدق . (LISIANE , 2005, p. 28)

ومن المؤكد أن الاستعداد الوراثي يُعد أحد العوامل الأساسية في قابلية الإصابة بمرض الفصام. ومع ذلك، فإن العامل الوراثي بمفرده لا يكفي لظهور المرض، بل يتفاعل مع عوامل بيئية ونفسية متعددة، وعلى الرغم من التقدم في الأبحاث الجينية، لم يتم حتى الآن التوصل إلى قانون وراثي محدد يفسر ظهور الفصام، كما لم يُكتشف جين بعينه يمكن ربطه بشكل مباشر بهذا الاضطراب، سواء من الناحية الكيميائية الحيوية أو الفيزيائية الحيوية. وهذا ما يؤكد أن الفصام هو نتيجة لتداخل معقد بين العوامل البيولوجية والاجتماعية والبيئية. (Taylor, 2010, p. 23)

ب- أسباب فسيولوجية

تلعب بعض التغيرات البيولوجية في مراحل حياتية معينة دورًا في التأثير على الصحة النفسية، خاصة لدى الأفراد الذين لديهم استعداد فصامي. وتشمل هذه المراحل: البلوغ الجنسي، والنضج، والحمل، والولادة، وسن التقاعد؛ إذ ترافق هذه الفترات تغيرات فسيولوجية ونفسية عميقة، قد تُحدث اضطرابات انفعالية واجتماعية تؤثر على توازن الفرد النفسي، خاصة إذا لم يكن مهياً للتكيف معها، كما تشير بعض الدراسات إلى وجود ارتباط بين اضطراب وظائف الغدد الصماء وزيادة قابلية الإصابة بالفصام. وهناك من يرى أن الفصام قد يكون مرتبطاً بخلل فسيولوجي يتمثل في اندفاع موجات كهربائية غير منتظمة داخل الدماغ، شبيهة بتلك التي تحدث خلال مرحلة "النوم الحالم"، إلا أنها تظهر في حالة اليقظة، فتؤدي إلى إدراك مشوش وتجارب تشبه الحلم، مما يسهم في ظهور الأعراض الفصامي (Robert & Paul, 2023, p. 44).

ج- تشوهات الدماغ

المرضى المصابون بالفصام يبدو أن لديهم عدم توازن بكيماويات الدماغ أو الجهاز العصبي لذلك اتجه بعض الباحثين لدراسة الموصلات العصبية التي تسمح باتصال الخلايا العصبية وبعضها البعض. وبعد النجاح في استخدام بعض الأدوية التي تتدخل في إنتاج مادة كيميائية بالمخ تسمى الدوبامين وجد أن مريض الفصام يعاني من حساسية مفرطة تجاه هذه المادة أو إنتاج كمية كبيرة من هذه المادة وقد ساند هذه النظرية ما لاحظته العلماء عند معالجة مرض باركنسون أو الشلل الرعاش الناتج من إفراز كميات قليلة جداً من مادة الدوبامين، وقد وجد أنه عند علاج هؤلاء المرضى بنفس العقار أنهم يعانون من الأعراض الموجبة للفصام كالهلاوس والضلالات، وقد أدى هذا إلى دراسة كل الموصلات العصبية بالمخ على اعتبار أن الفصام قد ينتج من خلل في مستوى عدد كبير من هذه الموصلات، كما أظهرت بعض التقنيات الحديثة في التصوير الدماغى لبعض الأشخاص المصابين بالفصام المزمن أن لديهم نشاطاً غير طبيعي في مناطق المخ، وبعضهم لديه نشاط بطيء غير طبيعي في الفص الجبهي (Myers, 2010, p. 34).

د - البيئة:

هنالك أدلة دامغة تشير إلى أن أحداث الحياة الضاغطة يمكن أن تسبب الفصام وسوء معاملة الأطفال والخبرات الصادمة أثناء فترة الطفولة تعد من عوامل الخطر لتشخيص الفصام في مستقبل الحياة. وأيضاً هنالك دليل ثابت أن الاتجاهات السالبة تجاه مرض الفصام أو الذين لديهم عوامل خطر للإصابة بالفصام لها تأثير معاكس بالتحديد النقد، العدائية، التسلط والتعدي والتحكم من الأسرة لها علاقة ارتباطية مع زيادة نسبة الانتكاسة في الفصام عبر مختلف الثقافات. ولكن ليس من الواضح أن تلك الاتجاهات المذكورة لها دور في بداية ظهور المرض أم لا، وأيضاً هنالك بعض العوامل مثل الفقر، والتمييز يزيد من عوامل الخطورة بالإصابة بالفصام، والانتكاسات نتيجة للمستوى العالي من الضغوط التي تحدثها وأيضاً العرقية والعيش في مجتمع مختلف يولد ضغوطاً، وذلك يفسر لماذا الأقليات لهم نسبة أعلى للإصابة بالفصام أكثر من أعضاء المجموعة العرقية نفسها الذين يسكنون في بلدهم الأصلي، كما أن هنالك أيضاً نتائج مثبتة أن هنالك علاقة بين العيش في بيئة حضرية والفصام حتى بعد التحكم في استخدام العقاقير والمجموعات العرقية وحجم حضرية والفصام حتى بعد التحكم في استخدام العقاقير والمجموعات العرقية وحجم المجموعات الاجتماعية (2, p. 2015, Malhotra).

هـ - العدوى الجرثومية

هنالك نظرية وصفها طبيبان نفسيان هما توري E. Fuller Torrey ويولكن R. Yolken وهو أن طفيل التوكسوبلازما Toxoplasma Gondii يؤدي إلى العديد من حالات الفصام وقد دعمت هذه النظرية بأن هنالك مستوى عال ملحوظ للأجسام المضادة للتوكسوبلازما لدى الفصامين مقارنة بعامة السكان (1375, p. 2013, Torrey & Yolekn).

و - إساءة استخدام العقاقير:

العلاقة بين الفصام وإساءة استخدام العقاقير علاقة معقدة هناك أدلة قوية على أن استخدام عقاقير معينة يمكن أن يؤدي إلى بداية ظهور أعراض الفصام أو يؤدي إلى انتكاسة في بعض الأشخاص ومن ناحية أخرى نجد أن الأشخاص المصابين بالفصام يستخدمون العقاقير

للتغلب على الأحاسيس السلبية، ضلالات الاضطهاد وعدم الشعور بالمتعة والسعادة، تعتبر هي السمات الجوهرية (Steven & Daniel , 2003, p. 44).

ز - الأميغيمينات

الاميغيمينات تؤدي إلى زيادة إفراز الدوبامين ونشاط الدوبامين المفرط يعتقد أنه مسئول عن عدد من أعراض الفصام وقد يؤدي إلى جعل أعراض الفصام تزداد سوءاً، وأيضاً المهلوسات في بعض الأحيان قد تكون المهلوسات سببا في ظهور أعراض الفصام وقد تكون هي السبب في الانتكاس لدى أولئك المرضى الذين استجابوا للعلاج (Torrey & Yolekn , 2013) .

ك - إصابة الأم بالفيروسات أثناء منتصف الحمل:

إصابة الأم بالتهاب فيروسي في فترة منتصف الحمل يعيق نمو مخ الجنين وفي دراسة أجريت في كاليفورنيا تم جمع عينات دم من ٢٠ ألف امرأة حامل عام ١٩٥٠ - ١٩٦٠م بعض الأطفال الذين ولدوا من ذلك الحمل لاحقاً شخصوا بالفصام بينما الأجسام المضادة في دم الأمهات تشير إلى أنهم تعرضوا للإنفلونزا في النصف الأول من الحمل ونجد أن خطورة الإصابة بالفصام تضاعفت ثلاثة مرات أما الإصابة بالإنفلونزا في النصف الثاني من الحمل لا ينتج عنها أي زيادة في الخطورة بالإصابة بالفصام (Myers, 2010, p. 39).

3 - أنواع الفصام:

فيما يلي التفصيل الكامل للثلاثة أنواع:

أ- الفصام البسيط: أهم خصائصه أن بدايته تدريجية غير حادة، وسيره بطيء والانفصال عن الواقع تدريجي والهلوسات والأوهام نادرة، وقد لا توجد بالمرة والسلوك غريب قليل نسبياً.

أهم أعراضه: انخفاض في مستوى النشاط العام، ووجود أنماط حركية نمطية أو أزمات حركية متكررة، وضعف القدرة على التركيز والتفكير المنطقي. كما يظهر على الفرد اضطراب في التوجيه الشخصي والاجتماعي، وقصور واضح في مهارات الاتصال الاجتماعي، بالإضافة إلى غياب الشعور بالمسؤولية، وقلة المبادرة والاهتمام، وانخفاض مستوى الطموح، ويعاني المصاب

من مظاهر الانطواء والانسحاب الاجتماعي، وسوء في التوافق مع الآخرين، إلى جانب التبلد والخمول الانفعالي، واللامبالاة وفقدان الحافز الداخلي.

كما يلاحظ فقدان الارتباط العاطفي بالآخرين والانغماس في أحلام اليقظة، إلى جانب إهمال المظهر الخارجي والشخصي، وضعف التوافق في العلاقات الجنسية والعملية، وعدم القدرة على إنجاز المهام اليومية البسيطة إلا تحت إشراف ورقابة مستمرة، ويعاني أيضًا من عدم الاستقرار في العمل، والاتجاه نحو الهروب أو التشرّد، وانحدار في السلوك العام. ويبدو المريض وكأنه يعيش في حالة حلم دائم (Hahlweg & Straube, 2012, p. 113)

ب- الفصام المبكر: أهم خصائصه: أن بدايته مبكرة ومفاجئة عادة في مرحلة المراهقة؛ ولذلك يسمى أحياناً فصام المراهقة أو فصام الشباب، ويؤدي إلى تدهور الشخصية وعدم تكاملها والأعراض فيها غير مستقرة وكثيرة التغير.

أهم أعراضه : قلة العناية بالنظافة بالجسم والصحة والنكوص المرض وخاصة في عادات الأكل والإخراج واختلاط وعدم ترابط الفكر والكلام والسلوك التفكيرى الاحترازي والتفكير الخيالي الغريب وضعف التركيز والهذات المتغيرة والانطواء والاستغراق في الأحلام اليقظة والخروج الغريب على المعايير الاجتماعية والتبلد الانفعالي والفجاجة الانفعالية والأوهام ذات الطبيعة الجسمية وضعف البصيرة والسلوك الطفلي الأحمق والاندفاعي الغريب (ALINMIŞ, 2011, p. 22) .

ج- الفصام الحركي: أهم خصائصه: أنه يبدأ في سن متأخرة عن الفصام البسيط والمبكر، ما بين سن ٢٠-٤٥ سنة وتوجد فيه أعراض واضحة إما بالنقص أو الزيادة.

الفصام الحركي نوعان:

- **التصلب:** أهم أعراضه: الوضع الصلبي التخشبي والتصلب الشخص أو الواضح التمثالي أو وضع الصليب أو وضع الجنين أو وضع الميت وهذه الأوضاع تدوم طويلاً ويدون تعب وعدم الحركة وفقدان النشاط والأسلوبية والذهول وتكرار الكلام وتردده والنمطية والانسحاب والسلبية والصمت والطاعة الآلية العمياء والسلوك الحركي القهري مما تعود المريض في مهنته مثلاً فقدان الشهية ورفض الطعام وعدم القدرة على ضبط النفس جنسياً أو من ناحية التبول أو التبرز.

• **الهيّاج**: أهم أعراضه: الهيّاج الحركي غير الهادف وعدم الاستقرار والأرق والإعياء وفقدان الوزن وعدم التوافق بين المزاج والتفكير وسرعه الكلام، وردود الأفعال غريب للهوسات والاتجاهات الشاذة الغريبة والعدوان والتصنع والتكلف في الكلام والمشي والحركات ومحاولة الانتحار أو قتل الغير، والإرهاك في النشاط الجنسي المكشوف (Mekap, 2018, p. 56).

٤ - **أعراض الفصام**: الفصام مرض دماغي يصيب عددًا من وظائف العقل، وهو مجموعة من الاستجابات الذهنية تتميز باضطرابات وجدانية في العلاقات الواقعية، وتكوين المفهوم واضطرابات وجدانية وسلوكية وعقلية بدرجات متفاوتة، كما تتميز بميل قوي للبعد عن الواقع وعدم التناغم الانفعالي والاضطرابات في مجرى التفكير والسلوك الارتدادي، ويميل إلى التدهور في بعض الحالات.

أعراض الفصام تنقسم إلى:

أ- **اضطراب التفكير**: حيث يفقد المريض القدرة على التفكير بشكل واضح ومنطقي ومتربط، فيصبح التفكير شاذًا ومبعثرًا كما يؤدي إلى إقناعه بأفكار غير صحيحة اقتناعًا تامًا وتسمى ضلالات، وقد ينتج اضطراب التفكير عن خلل في الانتباه الانتقائي فنجد أن الأشخاص الطبيعيين لديهم القدرة على التركيز في مجموعة واحدة من المثيرات الحسية بينما نجد الفصامين ليس لديهم تلك القدرة (Myers, 2010, p. 42).

ب- **اضطراب الإدراك**: الشخص المصاب بالفصام قد تظهر لديه الهلوسات Hallucinations وهي خبرات حسية دون مثير خارجي رؤية، تذوق، إحساس، شم، أو سماع أشياء غير موجودة في الواقع وفي معظم الأحيان نجد أن الهلوس، هلاوس سمعية Auditory Hallucination { وهي عبارة عن أصوات متكررة توجه الإهانة للشخص المريض أو تعطيه أوامر، فالهلوس تشبه بأن الحلم أصبح حقيقة في اللحظة واللاواقع أصبح واقعا (Torrey & Yolekn , 2013, p. 55).

ويظهر اضطراب الإدراك في شكل:

الهلوسة وخاصة السمعية.

اضطراب صورة الجسد والذات.

تغير إدراك العالم.

وتنتج الهلوسات واضطراب الإدراك من خلل في آلية عمل الدماغ التي تقوم بعملية تنقية المثيرات غير المهمة وكننتيجة لهذا الخلل يمتلئ المخ بالمثيرات الحسية (Myers, 2010, p. 33)

ج- اضطرابات الوجدان: عادة ما تصبح مشاعر المريض بالفصام غير ملائمة ومنفصل عن الواقع ويختل الوجدان في أشكال متعددة وأهم مظاهر هذا الخلل ضحالة التفاعل الظاهر، وتبدل العاطفة، وما يترتب عليه ما يسمى باللامبالاة وانعدام التفاعل العاطفي وكذلك يعاني الفصامي وخاصة في البداية من تناقض وثنائية الوجدان، فيشكو من أنه يحب ويكره في نفس الوقت، وأنه غير قادر على تحديد موقفه الوجداني منه، وقد تشاهد على الفصامي درجة واضحة من تحولات النقيض وفراغ الوجدان وإنما هو نوع من اندفاعه الانفعالي بشكل بدائي وفج، **ثم تحولاته بلا مبرر ظاهر استجابة لنزوة داخلية غير مرئية** ويبدو في شكل تلك الابتسامة المشهورة المسماة بابتسامة الهيئة السرية حيث يبدو المريض وكأنه يضحك لشيء ما في عالمه الداخلي ومثل اللاتوافق حين يضحك المريض في موقف عزاء أو يحزن حزناً شديداً واضحاً وخطيراً في موقف فكاهي دون تفسير. (Wooden, 2013, p. 61)

يظهر اضطراب الوجدان في الصور التالية:

- ضحالة العواطف.
- تبدل العواطف.
- فقد الترابط.
- اللامبالاة.
- تذبذب العواطف.

- التناقض ثنائية الوجدان.
 - فراغ الوجدان.
 - عدم توافق العواطف مع الفعل أو الفكر.
 - الابتسامة السهلة غير المناسبة.
- قد يتأثر السلوك الحركي ليصبح غير ملائم فبعض المرضى يفعلون أفعالاً قهرية كالأرجحة بصورة مستمرة أو يفرد يديه والآخر يتخشب ويصبح المريض متوقعاً داخل عالمه الخاص الداخلي المحاط بالأفكار غير المنطقية والصور غير الواقعية
- المصابون بالفصام المزمن تكون لديهم أعراض سلبية مستمرة كالانسحاب والعزلة والرجال عادة تبدأ أعراضهم قبل أربعة سنوات من النساء وتكون لديهم أعراض الانسحاب والفصام المزمن. وعندما يصاب الشخص الذي كان توافقه جيد يطور الأعراض سريعاً، وتكون كنتيجة لأحداث الحياة الضاغطة و يسمى الفصام هنا فصام حاد أو فصام تفاعلي، ويكون الشفاء هنا ممكناً وعادة تكون الأعراض أعراض موجبة والتي عادة ما تستجيب للعقاقير الطبية (Myers, 2010, p. 34).

د.. الأعراض السالبة والموجبة للفصام

الأعراض الموجبة هي تلك الأعراض التي لا يخبرها الأشخاص الطبيعيين في العادة بل يخبرها فقط الأشخاص الفصاميين وهي تضم الضلالات والأفكار المرضية أو المضطربة والكلام المضطرب والهالوس السمعية والبصرية والشمية والذوقية والحسية، وعموماً تعتبر الأعراض الموجبة أكثر استجابة للعقاقير.

الأعراض السالبة هي عجز في الاستجابات الوجدانية الطبيعية أو العمليات الفكرية الأخرى واستجابتها للعقاقير الدوائية أقل وتضم المزاج المتبدل والوجدان المتبدل، فقر الكلام، عدم القدرة على الشعور بالسعادة وعدم القدرة والرغبة في تكوين علاقات، وانعدام الدافعية (American, 2022, p. 3)

٥- مشكلات الفصام على المريض والأسرة

تتسم حياة مريض الفصام بالفوضى وعدم القدرة على التركيز والإنجاز، وصعوبة بالغة في إقامة علاقات اجتماعية إذا لم يكن في كثير من الأحيان هناك اضطراب وتشويش في العلاقة، بالإضافة إلى الأوهام والهلاوس التي ترافقه إن كانت سمعية أو بصرية أو غيرها.

وعليه فإن الأعراض التي تصاحب مرض الفصام العقلي لا تؤثر على المريض فحسب بل على أفراد أسرته والمجتمع المحيط به. وهي تؤدي إلى نفور منه لعدم فهم طبيعة الأعراض والاعتقاد أنه إحدى السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها المريض. ومع تطور المرض واكتشاف العائلة لحقيقة المرض تبدأ رحلة الأمل وخيبة الأمل في اكتشاف المجهول شيئاً فشيئاً، والسؤال عن العلاج والدواء، وفي كثير من الأحيان تخطئ عائلات المرضى النفسيين في التوجه للجهات غير الصحيحة كالمشايخ وزيارة الأضرحة والكنائس لتلقى العلاج، معتقدين أنهم يقدمون لأنهم أفضل ما يمكن أن يقدم آملين في شفاؤه بشكل سريع ونهائي. فأسرة مريض الفصام هي أسرة تعاني من سلوك المريض والذي قد يضعها في موقف محرج أمام الأصدقاء والجيران والأقارب، وقد تشعر الأسرة بالذنب، وقد توجه الأسرة اللوم لأحد أفرادها وتحمله مسؤولية ظهور المرض، وقد تضطرب حياة الأسرة، وتتأثر علاقة الأبناء بأبائهم وببعضهم البعض وكذلك علاقة الجميع بالمريض. وهذا يؤدي إلى نفور الأسرة من المريض وعدم تقبله له بسبب المعاناة التي يشعرون بها وعدم قدرتهم على تحمل وفهم المريض أو لنقص المعلومات حول طبيعة المرض النفسي (صادق، ٢٠٠٩، صفحة ١١٣).

ومن جهة أخرى عندما يصاب أحد أفراد الأسرة بالفصام فإنه يولد بين سائر أعضاء الأسرة مشاعر من الخوف والخل والشعور بالذنب والمرارة والاكتئاب وقطيعة مع البيئة الاجتماعية حيث نجد أنه الموضوع الوحيد في الأسرة للمحادثة في الأسرة فالأقارب في عتاب متبادل.

ويخشى أفراد الأسرة من الأعراض الإيجابية خاصة عندما تحضر أثناء الأزمات بين المرض بما في ذلك السلوك العدواني حيث يكون الغالب عنف ويكون في أكثر الأحيان لفظي بالإضافة إلى الأوهام والهوسة، وانهم يخشون من مخاطر المريض كما أنهم لا يتحملون حالته هذه بالرغم علمهم بها فيشعرون بالانزعاج إضافة إلى إيجاد صعوبات في التعامل مع الجيران ومن هنا نجد أن أفراد الأسرة يفضلون الأعراض السلبية التي تتمثل في العزلة والصمت واللامبالاة وعدم الالتزام وعدم الدافعية وإهمال النظافة وعدم الموثوقية، ذلك بالإضافة إلى أن إصابة أحد أفراد الأسرة بالفصام يسبب خسائر مادية كبيرة وربما حتى تغرق الأسرة في براكين الفقر خصوصاً إذا كان المصاب هو المزود المالي للأسرة (زغدار ، ٢٠١٤ ، الصفحات ٢١-٢٢).

ثامناً: الموجهات النظرية للبحث_

يمثل الإطار النظري حجر الأساس الذي يُبنى عليه الفهم العلمي لظاهرة الدراسة، ويُسهّم في تفسيرها من خلال استخدام عدد من النظريات الاجتماعية والنفسية ذات الصلة. وبما أن الدراسة تتناول المشكلات الاجتماعية التي تواجه أسر مرضى الفصام، فقد تم الاعتماد على مجموعة من الموجهات النظرية التي تفسر أبعاد هذه المشكلات وتُسهّم في توجيه عملية التحليل والفهم، وتتمثل فيما يأتي:

١ - **نظرية الدور (Role Theory):** تركز هذه النظرية على الأدوار الاجتماعية التي يؤديها الأفراد داخل الأسرة والمجتمع، والتوقعات المرتبطة بها. وعندما يُصاب أحد أفراد الأسرة بمرض الفصام، يحدث اضطراب في توزيع الأدوار داخل الأسرة، حيث يُجبر أحد الأفراد - غالباً الأم أو أحد الأخوة - على تولي أدوار جديدة لم يكن مهياً لها، مثل رعاية المريض، أو متابعة علاجه،

أو إدارة سلوكياته. هذا الضغط المستمر قد يؤدي إلى صراعات داخل الأسرة، وشعور بالإرهاق النفسي والاجتماعي، وقد يُضعف التماسك الأسري مع الوقت.

2- نظرية الوصم الاجتماعي (Stigma Theory – Erving Goffman): ظهر مفهوم

الوصمة في نظرية الوصم لجوفمان (Goffman سنة ١٩٦٣م)، وقد أشار إلى علاقة الدونية

التي تجرد الفرد من أهلية القبول الاجتماعي الكامل، وقد تركز البحث في هذا المجال بصفة

أساسية على المشكلات الناجمة عن وصم الأفراد والجماعات، وعلى آليات التكيف التي

يستخدمونها لمجابهة هذه المشكلات (الفقيه و الورفلي، ٢٠٢٢، صفحة ٤١٧)، وقد تكون

الوصمة التي يوصم بها الفرد جسمية مثل: (الأمراض الجلدية المعدية أو الأمراض النفسية)، أو

جناية مثل: (سلوك إجرامي)، أو قرينية مثل (صحبة سيئة)، أو عرقية وتتعلق باختلاف السلالة

والوطن والدين، وما ينتج عن ذلك من محاولة الطبقات العليا في السلم الاجتماعي النظر إلى

الطبقات الدنيا والتعامل معهم باعتبارهم ذوي مكانة منخفضة (متولي أ.، ٢٠٢٣، صفحة ١٥٩)

وتُعد هذه النظرية من أبرز المداخل التي تُفسر كيف تُعاني أسر مرضى الفصام من

وصمة اجتماعية مزدوجة: الأولى مرتبطة بالمرضى ذاته كونه يعاني من مرض عقلي يُنظر إليه

بنظرة سلبية في أغلب المجتمعات، والثانية تتعلق بالأسرة التي تتحمل مسؤولية هذا المريض. هذه

الوصمة قد تدفع الأسرة إلى الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية، أو إخفاء حالة المريض، أو

الشعور بالخجل والذنب، مما يؤدي إلى زيادة العزلة الاجتماعية، وتفاقم المشكلات النفسية

والاجتماعية داخل الأسرة.

3- نظرية الضغط والتكيف (Stress-Coping Theory – Lazarus & Folkman)

تُفسر هذه النظرية كيفية استجابة الأفراد والأسر للضغوط الحياتية. وتعد رعاية مريض الفصام من الضغوط المزمنة التي تؤثر على استقرار الأسرة. وفقًا لهذه النظرية، فإن طريقة تعامل الأسرة مع الضغوط (سواء بشكل إيجابي أو سلبي) تُحدد مدى شدة المشكلات الاجتماعية التي قد تواجهها الأسرة التي تفتقر إلى الدعم الاجتماعي، أو التي لا تمتلك مهارات التكيف، فقد تُظهر استجابات سلبية كالغضب، أو الإهمال، أو الانهيار النفسي، بينما الأسر التي تتلقى الدعم وتستخدم استراتيجيات إيجابية للتكيف تتمكن من التعامل بشكل أكثر فاعلية.

4- المدخل الإيكولوجي (Ecological Perspective) ينظر هذا المدخل إلى الإنسان كجزء

من بيئة اجتماعية متعددة المستويات، تبدأ من الأسرة وتصل إلى المجتمع والسياسات العامة. وعند تطبيق هذا المدخل على أسر مرضى الفصام، نجد أن مشكلاتهم لا تتبع فقط من وجود المريض داخل الأسرة، بل من تفاعل عوامل متعددة، مثل غياب الدعم المؤسسي، أو ضعف الخدمات النفسية والاجتماعية، أو غلبة المعتقدات المجتمعية الخاطئة حول المرض العقلي. وبالتالي فإن حل هذه المشكلات يتطلب تدخلاً شاملاً على مستوى الفرد، والأسرة، والمؤسسة، والمجتمع.

5- نظرية التبادل الاجتماعي (Social Exchange Theory) تفترض هذه النظرية أن

العلاقات الاجتماعية تقوم على مبدأ التبادل؛ حيث يتوقع كل طرف الحصول على مقابل لما يقدمه. وفي حالة أسر مرضى الفصام، فإن أفراد الأسرة - وخاصة القائمون على الرعاية - يبذلون جهداً نفسياً ومالياً كبيراً في رعاية المريض دون مقابل اجتماعي أو دعم مؤسسي، مما

يُشعرهم بعدم التقدير والإنهاك، وقد يؤدي ذلك إلى انخفاض جودة العلاقات الأسرية والاجتماعية، وظهور مشكلات نفسية أو شعور بالاستنزاف.

6- المدخل البنائي الوظيفي (Structural Functional Approach – Talcott Parsons)

يفترض هذا المدخل أن لكل مؤسسة اجتماعية وظائف تؤديها للحفاظ على توازن المجتمع. وتُعد الأسرة من أهم هذه المؤسسات؛ إذ تقوم بوظائف التنشئة والدعم والرعاية. وعندما يتعرض أحد أفراد الأسرة لمرض مزمن مثل الفصام، يحدث خلل في التوازن الوظيفي للأسرة، مما يؤدي إلى ظهور مشكلات اجتماعية ونفسية واقتصادية نتيجة اضطراب أدوار الأفراد، أو زيادة الأعباء، أو غياب أحد الأدوار الأساسية.

7- نظرية الصراع (Conflict Theory) تركز هذه النظرية على الصراعات الاجتماعية الناتجة عن عدم التوازن في توزيع الموارد والفرص. ومن منظور هذه النظرية، فإن أسر مرضى الفصام تعاني من تهميش مزدوج: تهميش مجتمعي نتيجة الوصمة، وتهميش مؤسسي نتيجة غياب الخدمات أو ضعف الدعم الحكومي. وهذا يُنتج حالة من الغبن الاجتماعي ويُعمق المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي تواجهها الأسرة.

الإجراءات المنهجية للدراسة:

أولاً : نوع الدراسة:

تتنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية، وهو النوع الذي يتسق وموضوع الدراسة وأهدافها؛ حيث تهدف الدراسة الحالية إلى تحديد المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

ثانياً المنهج المستخدم فى الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي باستخدام أسلوب المسح الاجتماعي الشامل لأسر مرضى الفصام المترددين على مستشفى النفسية والعصبية بمحافظة أسيوط، والمسح الشامل للخبراء والأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفى النفسية والعصبية بمحافظة أسيوط.

رابعاً : أدوات الدراسة:

اعتمد الباحث في إجراء هذه الدراسة على مقياس لتحديد المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام:

أ- مقياس المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

يتضمن المقياس الأبعاد الآتية:

البعد الأول: مستوى العلاقات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

البعد الثاني: مستوى الشعور بالوصمة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

البعد الثالث: مستوى الشعور بالعزلة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

وقد قام الباحث بجمع وصياغة عدد من العبارات الذي يعتقد أنها تمثل الأبعاد السابقة، واعتمد الباحث في تصميم هذا المقياس على طريقة ليكرت الثلاثية في الأبعاد، وقد تضمنت كل عبارة ثلاثة اختبارات تحدد حدة المشكلة وهي (نعم - إلى حد ما - لا) حيث أعطيت نعم ثلاث درجات، و إلى حد ما درجتين، و "لا" درجة واحدة، وذلك في حالة ما إذا كانت العبارة إيجابية، والعكس إذا كانت العبارة سلبية فيعطى "نعم" درجة واحدة، إلى حد ما درجتين و لا ثلاث درجات، ويحصل المفحوص على درجة مستقلة في كل بعد من تلك الأبعاد التي يتضمنها المقياس، كما يحصل على درجة كلية في المقياس عن طريق جمع درجاته في الأبعاد الثلاثة، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين ٤٥ - ١٣٥ درجة، حيث تدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع من المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام والعكس صحيح.

صدق وثبات المقياس:**الصدق الظاهري:**

تم عرض المقياس على عدد (١٠) من المحكمين من أساتذة الخدمة الاجتماعية وعلم النفس؛ وذلك لاستطلاع آرائهم من حيث مدى مناسبة العبارة من حيث الصياغة اللغوية وسهولتها ووضوح معناها، ومدى ارتباط العبارة بالبعد المراد قياسه في ضوء مفهوم كل بعد وكذلك مدى ارتباط أبعاد المقياس بأهداف البحث، وقد تم استبعاد العبارات التي حصلت على أقل من ٨٠٪ من موافقة المحكمين، وتم استبدالها بعبارات أكثر ارتباطاً بموضوع البحث، وتم صياغة المقياس في شكله النهائي بحث يتضمن كل بعد عبارات سلبية وأخرى إيجابية.

إجراءات ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس عن طريق إعادة الاختبار Test Retest بواسطة تطبيق الخطوات التالية:

تطبيق المقياس على عدد (١٠) حالات، حيث تم اختيارهم عشوائياً من نفس خصائص عينة الدراسة، وتم استبعادهم عند التطبيق النهائي.

- تم التطبيق الأول على أبعاد المقياس ككل، ثم أعيد التطبيق الثاني مرة أخرى بعد مرور (١٥) يوم من التطبيق الأول على العينة نفسها.

ثم أجريت المعالجات الإحصائية للتعرف على ثبات المقياس، حيث استخدم الباحث معامل الارتباط " لبيرسون " Person لتوضيح قوة الارتباط، واختبار (ت)، حيث تم حساب معامل الارتباط (ر) ومعنوية الارتباط (ت) لكل بعد من أبعاد المقياس ثم حسابهم للمقياس ككل، وذلك كما في الجدول التالي :

جدول رقم (١) يوضح معامل الارتباط لأبعاد المقياس بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني

النُبة	معامل الارتباط (ر)	معنوية الارتباط (ت)	مستوى المعنوية
الأول	٠.٩٦	٩.٧	دالة عند ٠.٠١
الثاني	٠.٩٨	١٣.٨٧	دالة عند ٠.٠١
الثالث	٠.٩٨	١٣.٨٧	دالة عند ٠.٠١
المقياس ككل	٠.٩٨	١٣.٨٧	دالة عند ٠.٠١

يتضح من الجدول أن معامل الثبات للمقياس ككل هو (٠.٩٨) مما يشير إلى أن نسبة الثبات العالية للمقياس وقيمة (ت) المحسوبة ١٣.٨٧ - قيمة (ت) الجدولية (٣.٢٥٠) عند مستوى معنوية (٠.٠١)، مما يدل على ارتباط قوي وذو دلالة إحصائية.

ب- المقابلات: المقابلات المقننة كأداة دراسية مع أسر مرضى الفصام، وكذلك مقابلات مفتوحة مع الخبراء والأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال الصحي.

ج- الوثائق والسجلات: مثل ملف الحالة الصحية لمرضى الفصام والوثائق والسجلات والإحصائيات المتعلقة بمرضى الفصام وأسره من المقيمين والمتكردين على مستشفى النفسية والعصبية بجامعة أسيوط.

خامساً: مجالات الدراسة

أ- المجال المكاني:

طبقت الدراسة الحالية بمستشفى الأمراض النفسية والعصبية الجامعي بأسيوط، وقد وقع اختيار الباحث على هذه المستشفى للأسباب الآتية:

١- توافر عينة الدراسة بالمستشفى المذكورة.

٢- قرب المستشفى من محل سكن الباحث.

٣- موافقة إدارة المستشفى على التعاون مع الباحث.

ب- المجال البشري:

طبقت الدراسة الحالية على عدد (١٠٠) مائة مفردة من إجمالي عدد المرضى الفصامين الموجودين بالمستشفى والذي كان عددهم (١٢٠) تم استبعاد (١٠) مفردات الذي طبق عليهم المقياس في حساب الصدق والثبات وأيضا هناك (١٠) مفردات رفضوا التعاون مع الباحث وكان ذلك وفق الشروط الآتية:

- موافقة عينة الدراسة.
 - أن يكونوا من أسر المرضى النزلاء بالمستشفى أو المترددين على العيادات الخارجية.
- ج- المجال الزمني: تم تطبيق الدراسة الميدانية خلال ٢٢ / ٧ / ٢٠٢٥ وحتى ٢٥ / ٨ / ٢٠٢٥.

عرض نتائج الدراسة

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة:

١) نتائج الدراسة الخاصة بوصف البيانات الخاصة بأسر مرضي الفصام ومريض الفصام:

- أولاً: البيانات الأولية الخاصة بأسر مرضي الفصام: -

جدول (٤)

يوضح توزيع أسر مرضي الفصام طبقاً لمتغير النوع
(ن = ١٠٠)

م	النوع	ك	%
١	ذكر	٧٩	٧٩
٢	أنثى	٢١	٢١
	المجموع	١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

أكبر نسبة من أسر مرضى الفصام طبقاً لمتغير النوع هم من الذكور بنسبة (٧٩٪)، بينما نسبة الإناث (٢١٪).

جدول (٥)

يوضح توزيع أسر مرضى الفصام طبقاً لمتغير الطرف الوالدي

(ن = ١٠٠)

م	الطرف الوالدي	ك	%
١	والد	٢٨	٢٨.٠
٢	والدة	٢٥	٢٥.٠
٣	زوج	٢٦	٢٦.٠
٤	زوجة	٢١	٢١.٠
المجموع		١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أنه:

يتبين من النتائج أن الطرف الوالدي الأكثر تواجداً في أسر مرضى الفصام، وفقاً لترتيب النسب، هو الأب بنسبة بلغت (٢٨٪)، يليه الزوج بنسبة (٢٦٪)، ثم الأم بنسبة (٢٥٪)، وأخيراً الزوجة بنسبة (٢١٪). وتتسق هذه النتائج مع ما ورد في الجدول الرابع؛ حيث ظهر تفوق الطرف الوالدي الذكوري مقارنة بالأنثوي. ويعزى هذا الأمر - ربما - إلى طبيعة البيئة الصعيدية التي تسود فيها التقاليد التي تُحمل الرجل مسؤولية الرعاية والقرار داخل الأسرة بشكل أكبر من المرأة. كما تعكس هذه النتائج أن تأثير المرض يمتد ليشمل جميع أفراد الأسرة، وليس فرداً بعينه.

جدول (٦)

يوضح توزيع أعمار أسر مرضى الفصام

(ن = ١٠٠)

م	السن	ك	%
أ	أقل من ٣٠	٢٩	٢٩.٠
ب	من ٣٠ لأقل ٤٠	١٧	١٧.٠
ج	من ٤٠ لأقل من ٥٠	١٧	١٧.٠
د	من ٥٠ لأقل من ٦٠	٢٣	٢٣.٠
و	٦٠ فأكثر	١٤	١٤.٠
المجموع		١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

النتائج تشير إلى أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً بين أسر مرضى الفصام كانت لمن هم دون سن الثلاثين، بنسبة بلغت (٢٩٪)، تليها الفئة العمرية من ٥٠ إلى أقل من ٦٠ سنة بنسبة (٢٣٪). أما الفئة الأقل تمثيلاً فكانت لمن تجاوزوا سن الستين، بنسبة (١٤٪). وتعكس هذه النتائج تباين مشاركة الفئات العمرية المختلفة في رعاية مرضى الفصام، مع ملاحظة ارتفاع نسبة الفئة الشابة، وهو ما قد يشير إلى انخراط مبكر لأفراد الأسرة الأصغر سناً في تحمل أعباء المرض.

جدول (٧)

يوضح توزيع أسر مرضى الفصام طبقاً للحالة الاجتماعية

(ن = ١٠٠)

م	الحالة الاجتماعية	ك	%
أ	أعزب	٠	٠
ب	متزوج	١٠٠	١٠٠
ج	مطلق	٠	٠
د	أرمل	٠	٠
	المجموع	١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

النتائج أظهرت أن جميع المشاركين من أسر مرضى الفصام ينتمون إلى فئة المتزوجين بنسبة (١٠٠٪)، في حين لم تُسجَل أي حالات ضمن فئتي العزاب أو المطلقين والأرامل، حيث بلغت نسبة كل منهما (٠٪). وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه (Lukmanul , 2013) المعنونة بـ "دراسة المشكلات النفسية والاجتماعية التي يقابلها أزواج مرضى الفصام"، والتي أشارت إلى أن معظم الأزواج يعانون من اضطرابات نفسية ناجمة عن مسؤوليات الرعاية اليومية لشركائهم المصابين بالفصام، مما يؤكد التأثير العميق لهذا المرض على الحياة الزوجية والجوانب النفسية والاجتماعية للمحيطين بالمرضى.

جدول (٨)

يوضح توزيع أسر مرضى الفصام حسب الحالة التعليمية

(ن = ١٠٠)

م	الحالة التعليمية	ك	%
أ	أمي	١٢	١٢.٠
ب	يقرأ ويكتب	٢	٢.٠
ج	تعليم ابتدائي	٣٤	٣٤.٠
د	مؤهل متوسط	٤٠	٤٠.٠
هـ	مؤهل فوق المتوسط	١٢	١٢.٠
و	مؤهل عالٍ	٠	٠
المجموع		١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

النتائج أظهرت أن النسبة الأكبر من أسر مرضى الفصام تتركز بين الحاصلين على مؤهل تعليمي متوسط، بنسبة بلغت (٤٠٪)، تليها فئة الحاصلين على تعليم ابتدائي بنسبة (٣٤٪)، بينما لم تسجل أي نسبة لحاملي المؤهلات العليا (٠٪). وتتسجم هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (أبوعقل، ٢٠١٦) بعنوان "المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة"، والتي أوضحت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام تبعاً لاختلاف المستوى التعليمي ($f = 3.13, p = 0.016$) ، وكذلك في درجات الاستشفاء ($f = 5.47, p = 0.016$)

(0.001) لصالح مستويات التعليم المختلفة. وتشير هذه النتائج إلى أن المستوى التعليمي يلعب دوراً محورياً في قدرة الأسرة على تقديم الدعم النفسي والاجتماعي، ما ينعكس على فعالية استشفاء المريض.

جدول (٩)

يوضح توزيع الحالة المهنية لأسر مرضى الفصام (١٠٠)

م	الحالة المهنية	ك	%
أ	لا يعمل	٤٢	٤٢.٠
ب	يعمل بقطاع حكومي	٣٢	٣٢.٠
ج	يعمل بقطاع خاص	٤	٤.٠
د	يمارس عمل خاص	٢٢	٢٢.٠
المجموع		١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

بيانات الجدول السابق تُبين أن النسبة الأكبر من أفراد أسر مرضى الفصام تتدرج ضمن فئة غير العاملين، بنسبة بلغت (٤٢٪)، يليهم من يعملون في القطاع الحكومي بنسبة (٣٢٪)، في حين جاءت أقل نسبة لمن يعملون في القطاع الخاص؛ حيث بلغت (٤٪) فقط. وتشير هذه النتائج إلى أن البطالة أو عدم الانخراط في سوق العمل يمثل سمة سائدة بين أسر مرضى الفصام، ما قد ينعكس سلباً على قدرتهم على تقديم الرعاية والدعم المستمر للمريض، خاصة في ظل التحديات الاقتصادية والاجتماعية المرتبطة بالمرض.

جدول رقم (١٠)

يوضح توزيع الدخل لأسر مرضى الفصام

(ن = ١٠٠)

م	الدخل	ك	%
أ	أقل من ١٥٠٠ جنيه	٤٥	٤٥.٠
ب	١٥٠٠ لأقل من ٢٥٠٠	٢٦	٢٦.٠
ج	٢٥٠٠ لأقل من ٣٥٠٠	٢٤	٢٤.٠
د	٣٥٠٠ فأكثر	٥	٥.٠
المجموع		١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

نتائج الدراسة أظهرت أن النسبة الأكبر من أسر مرضى الفصام تقع ضمن فئة الدخل المنخفض، حيث بلغت نسبة من يقل دخلهم عن ١٥٠٠ جنيه (٤٥٪)، تليها فئة الدخل من ١٥٠٠ إلى أقل من ٢٥٠٠ جنيه بنسبة (٢٦٪)، في حين جاءت أدنى نسبة لمن يتجاوز دخلهم ٣٥٠٠ جنيه فأكثر، حيث بلغت (٥٪) فقط. وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (Obembe , Adebayo, & Francis , 2012) بعنوان: "الدعم الأسري وجودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من الفصام"، والتي أشارت إلى أن الأسر ذات الدخل المنخفض أكثر عرضة لتدهور جودة الحياة والصحة العامة، بالإضافة إلى تزايد الضغوط المرتبطة بالحالة الاقتصادية. وتبرز هذه المعطيات الأثر الواضح للظروف المالية على قدرة الأسرة في توفير الرعاية المناسبة للمريض ودعم استقراره النفسي والاجتماعي.

- ثانيا: البيانات الأولية الخاصة بمريض الفصام:-

جدول رقم (١١)

يوضح التوزيع طبقا لمتغير النوع

(ن = ١٠٠)

م	النوع	ك	%
١	ذكر	٧٨	٧٨.٠
٢	أنثي	٢٢	٢٢.٠
المجموع		١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

البيانات تشير إلى أن النسبة الأكبر من مرضى الفصام هم من الذكور؛ حيث بلغت نسبتهم (٧٨٪)، مقارنة بالإناث اللاتي مثّلن (٢٢٪) فقط. ويُعزى هذا التفاوت إلى طبيعة الفصام الذي يظهر غالباً في مرحلة الشباب؛ إذ تشير الدراسات إلى أن ما بين ٥٠٪ إلى ٧٠٪ من الحالات تُشخص في الفئة العمرية ما بين ١٥ و ٣٥ سنة. كما يُلاحظ أن أولى حالات الاستشفاء تحدث عادة قبل سن ٢٥ عاماً لدى الذكور، بينما تتراوح بين ٢٥ و ٣٥ عاماً لدى الإناث. وهذا يدل على أن الفصام أكثر شيوعاً بين الرجال في مرحلة ما قبل الثلاثين، في حين يزداد انتشاره بين النساء بعد هذا العمر، مما يعكس اختلافات في نمط ظهور المرض بين الجنسين وتأثير العوامل البيولوجية والاجتماعية على مساره.

جدول رقم (١٢)

يوضح الحالة الاجتماعية

(ن = ١٠٠)

م	الحالة الاجتماعية	ك	%
أ	دون السن	١	١.٠
ب	أعزب	٥٨	٥٨.٠
ج	متزوج	٣٦	٣٦.٠
د	مطلق	٥	٥.٠
هـ	أرمل	٠	٠
	المجموع	١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

النتائج تُظهر أن النسبة الأكبر من مرضى الفصام ينتمون إلى فئة العزاب بنسبة بلغت (٥٨٪)، تليها فئة المتزوجين بنسبة (٣٦٪)، في حين لم تُسجل أي حالات ضمن فئة الأرامل (٠٪). ويمكن تفسير ارتفاع نسبة العزاب بين مرضى الفصام بأن المرض غالباً ما يبدأ في الظهور خلال المرحلة العمرية بين ١٥ و ٢٥ سنة، وهي فترة يُفترض أن تكون مرحلة بناء العلاقات الاجتماعية والاستعداد للزواج. إلا أن ظهور المرض خلالها قد يشكّل عائقاً أمام تكوين العلاقات المستقرة والزواج. كما أن بعض الحالات قد يظهر فيها الفصام في مراحل لاحقة من العمر، مما يعزز من تباين الحالة الاجتماعية للمرضى وفقاً لوقت ظهور الأعراض وتأثيرها على نمط حياتهم

جدول رقم (١٣)

يوضح توزيع أعمار بمرضى الفصام

(ن = ١٠٠)

م	السن	ك	%
أ	أقل من ٢٥	٣١	٣١.٠
ب	من ٢٥ لأقل من ٣٥	٣٩	٣٩.٠
ج	من ٣٥ لأقل من ٤٥	٢٤	٢٩.٠
د	من ٤٥ فأكثر	٦	٦.٠
المجموع		١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

البيانات تشير إلى أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً بين مرضى الفصام هي من ٢٥ إلى أقل من ٣٥ سنة بنسبة (٣٩٪)، تليها الفئة العمرية الأقل من ٢٥ سنة بنسبة (٣١٪)، بينما سُجّلت أقل نسبة لمن هم في عمر ٤٥ سنة فأكثر، حيث بلغت (٦٪) فقط. وتعكس هذه النتائج انتشار المرض بشكل ملحوظ بين فئة الشباب، الذين يُعدّون الركيزة الأساسية في قوة المجتمع الإنتاجية. ومن هنا، يُمكن القول إن هذا الانتشار يُشكّل تهديداً مباشراً للتنمية المجتمعية، ما يستدعي تعزيز الجهود في مجال الوقاية والتدخل المبكر، والاهتمام بالضغط والاضطرابات الاجتماعية والنفسية للشباب، للحد من التأثيرات السلبية لهذا الاضطراب على الأفراد والمجتمع ككل.

جدول رقم (١٤)

يوضح توزيع حسب الحالة التعليمية

(ن = ١٠٠)

م	الحالة التعليمية	ك	%
أ	أمي	١٦	١٦.٠
ب	يقرأ ويكتب	٧	٧.٠
ج	تعليم ابتدائي	٢٩	٢٩.٠
د	مؤهل متوسط	٣٤	٣٤.٠
هـ	مؤهل فوق المتوسط	١٤	١٤.٠
و	مؤهل عالٍ	٠	٠
المجموع		١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

النتائج توضح أن النسبة الأكبر من مرضى الفصام يحملون مؤهلاً تعليمياً متوسطاً بنسبة بلغت (٣٤٪)، تليهم فئة الحاصلين على تعليم ابتدائي بنسبة (٢٩٪)، في حين لم تُسجل أي حالات بين الحاصلين على مؤهل عالٍ (٠٪). ويعكس هذا التوزيع أن الإصابة بالفصام تتركز بشكل أكبر بين الأفراد ذوي المستويات التعليمية المنخفضة، الأمر الذي قد يرتبط بضعف الوعي المعرفي والنفسي لديهم، مما يُحد من قدرتهم على فهم طبيعة المرض والتكيف مع تحدياته. وتشير هذه النتائج إلى أهمية دمج الوعي الصحي ضمن برامج الرعاية، خاصة للفئات الأقل تعليمًا، بما يُسهم في تحسين جودة حياتهم وتعزيز قدرتهم على التعامل مع أعراض المرض بشكل أفضل.

جدول رقم (١٥)

يوضح توزيع الحالة المهنية

(ن = ١٠٠)

م	الحالة المهنية	التكرار	النسبة المئوية
أ	لا يعمل	٦٢	٦٢.٠
ب	عمل حكومي	٢٤	٢٤.٠
ج	قطاع خاص	٤	٤.٠
د	عمل خاص	١٠	١٠.٠
المجموع		١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

النتائج تُبين أن الغالبية العظمى من مرضى الفصام لا يعملون؛ حيث بلغت نسبتهم (٦٢٪)، تليهم فئة العاملين في القطاع الحكومي بنسبة (٢٤٪)، في حين جاءت أقل نسبة للعاملين في القطاع الخاص بنسبة (٤٪) فقط. ويُشير هذا التوزيع إلى أن معظم مرضى الفصام ينتمون إلى فئات منخفضة الدخل، وهو ما قد يؤثر سلبًا على قدرتهم في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية النفسية، أو الاستمرار في تلقي العلاج بشكل منتظم، إن هذه المعطيات تبرز الحاجة إلى دعم هذه الفئات من خلال توفير خدمات اجتماعية واقتصادية مساندة، والعمل على إزالة المعوقات التي تحول دون استفادتهم الكاملة من برامج التأهيل والعلاج الاجتماعي، بما يضمن دمجهم في المجتمع وتحسين جودة حياتهم.

جدول رقم (١٦)

يوضح توزيع مدة الإصابة بمرض الفصام

(ن = ١٠٠)

م	مدة الإصابة بمرض الفصام	ك	%
أ	منذ الطفولة	٦	٦.٠
ب	أقل من ٥ أعوام	٥٦	٥٦.٠
ج	من ٥ لأقل من ١٠ أعوام	٣١	٣١.٠
د	من ١٠ لأقل من ١٥ عام	٧	٧.٠
هـ	من ١٥ لأقل من ٢٠ عام	٠	٠
و	من ٢٠ فأكثر	٠	٠
المجموع		١٠٠	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

النتائج تُظهر أن النسبة الأكبر من مرضى الفصام كانت مدة إصابتهم أقل من ٥ أعوام، بنسبة بلغت (٥٦٪)، تليها فئة من تراوحت مدة إصابتهم بين ٥ وأقل من ١٠ أعوام بنسبة (٣١٪)، في حين لم تُسجل أي حالات لمن تجاوزت مدة إصابتهم ١٥ عامًا أو أكثر (٠٪). وتشير هذه النتائج إلى تزايد ملحوظ في حالات الإصابة بالفصام خلال السنوات الأخيرة، وهو ما يثير القلق ويستدعي وقفة جادة لفهم أسباب هذا الارتفاع. ومن هنا تبرز أهمية تكامل الجهود بين مختلف التخصصات، وبخاصة مهنة الخدمة الاجتماعية، لتسليط الضوء على العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بانتشار المرض، والعمل على تصميم برامج تدخل مبكرة، وخطط علاجية شاملة تراعي أبعاد المشكلة وتسهم في الحد من تفاقمها..

جدول رقم (١٧)

يوضح توزيع مريض الفصام من أمراض مزمنة

(ن = ١٠٠)

م	الأمراض المزمنة	التكرار		المجموع
		نعم	لا	
أ	ضغط	٦	٩٤	١٠٠
ب	سكر	٧	٩٣	١٠٠
ج	كبد	٠	١٠٠	١٠٠
د	قلب	٨	٩٢	١٠٠

- توضح بيانات الجدول السابق أن:

النتائج تشير إلى أن أعلى نسبة من مرضى الفصام المصابين بأمراض مزمنة كانت من فئة مرضى القلب، بنسبة بلغت (٨٪)، تليها الإصابة بمرض السكري بنسبة (٧٪)، في حين لم تُسجل أي إصابات بأمراض الكبد (٠٪). ويُحتمل أن يكون الفصام في بعض الحالات مرتبطاً بهذه الأمراض المزمنة، إما كنتيجة ثانوية لها أو كعامل مؤثر في تفاقمها. كما أن التداخل بين المرض النفسي والعضوي قد يؤدي إلى تعقيد الحالة الصحية للمريض، ما يتطلب تدخلاً تكاملياً من فرق متعددة التخصصات، بما في ذلك الأخصائيون الاجتماعيون، لدعم المرضى في الجوانب النفسية والصحية والاجتماعية، وضمان استمرارية الرعاية والعلاج بشكل متوازن ومتكامل.

٢- النتائج المتعلقة بالوقوف على مستوى المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام:
جدول رقم (١٦) يوضح استجابات عينة الدراسة من أسر مرضى الفصام نحو البعد الأول مستوى العلاقات الاجتماعية
ن = ١٠٠

م	العبارات	الاستجابة			المتوسط المرجح	الدرجة النسبية	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا			
١	يميل أقاربي إلى تجنب التواصل مع أسرتي بعد إصابة أحد أفرادها بمرض الفصام.	٧٥	١٠	١٥	2.6	86.67	11
٢	لاحظت انسحاب أصدقائي من حياتي الاجتماعية بعد إصابة أحد أفراد أسرتي بالمرض.	٧٠	٢٠	١٠	2.6	86.67	11
٣	أجد صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية جديدة نتيجة لمرض أحد أفراد أسرتي.	٨٠	١٥	٥	2.75	91.67	2
٤	تراجعت مشاركة أسرتي في المناسبات الاجتماعية بسبب ضعف تفاعل المحيطين بنا.	٧٧	١٣	١٠	2.67	89.0	7
٥	أشعر بالريبة تجاه صدق العلاقات الاجتماعية التي تربطني بالآخرين بعد المرض.	٦٠	٢٥	١٥	2.45	81.67	13
٦	انخفضت الروح المعنوية لدى أفراد أسرتي منذ إصابة أحد أعضائها بالفصام.	٨٥	١٠	٥	2.8	93.33	1
٧	تقلصت العلاقات الاجتماعية لأسرتي في ظل وجود مريض بالفصام.	٧٢	١٧	١١	2.61	87.0	10
٨	تفتقر أسرتي إلى مصادر فعالة للمساعدة الاجتماعية من البيئة المحيطة.	٨٢	٧	١١	2.71	90.33	3
٩	تمر أسرتي بحالات من الاضطراب في علاقاتها الاجتماعية بسبب تداعيات المرض.	٧٩	١٠	١١	2.68	89.33	5
١٠	يميل بعض الجيران إلى استبعاد أسرتي من مناسباتهم الاجتماعية الخاصة.	٧١	٢٠	٩	2.62	87.33	9
١١	تشعر أسرتي بعزلة اجتماعية بعد إصابة أحد أفرادها بالفصام.	٧٣	١٨	٩	2.64	88.0	8
١٢	تولد لدى أسرتي شعور بالاغتراب الاجتماعي نتيجة نظرة المجتمع السلبية للمرض.	٧٧	١٤	٩	2.68	89.33	5
١٣	ضعفت قنوات التواصل بين أسرتي والأفراد المحيطين بها عقب ظهور المرض.	٧٨	١٤	٨	2.7	90.0	4
١٤	لم تعد العلاقات الاجتماعية لأسرتي مستقرة نسبياً منذ إصابة أحد أفرادها بمرض الفصام.	٤٠	٣٣	٢٧	2.13	71.0	14
١٥	يحاول بعض المحيطين بنا تقديم الدعم والمساعدة لتخفيف الضغوط التي نواجهها.	٣٠	٢٥	٤٥	1.85	61.67	15

			١٩٥	٢٦٥	١١٣٩	المجموع
		٢.٦٦	١٣.٠	١٧.٦	٧٥.٩	المتوسط
			١٢.٢	١٦.٦	٧١.٢	النسبة المئوية
		٨٥.٦٤				القوة النسبية
		حادة				درجة الإسهام*

يتضح من الجدول السابق والخاص بالبعد الأول " مستوى العلاقات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام" معاناة عينة الدراسة من مستوى مرتفع من المشكلات الاجتماعية المتمثلة في ضعف العلاقات الاجتماعية لأسر مرض الفصام.

- حيث جاءت استجابات عينة الدراسة بمستوى مرتفع؛ فبلغ المتوسط العام لعينة الدراسة (٢.٦٦) وبقوة نسبية (٨٥.٦٤) وبدرجة إسهام حادة وهي الدرجة التي تقع في المستوى المرتفع.

- كما بلغ عدد من أجابوا (نعم) حول عبارات هذا المؤشر من عينة الدراسة (١١٣٩) مفردة، ويمثلون نسبة (٧١.٢) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (٢٦٥) مفردة بنسبة (١٦.٦)، أما عدد من أجابوا بلا (١٩٥) مفردة بنسبة (١٢.٢) من عينة الدراسة.

- كما أظهرت نتائج الجدول السابق أهم المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام، والمتمثلة في ضعف العلاقات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام والمحيطين بهم، حيث نجد أن أول صورة لهذه المشكلات قد تمثل في انخفاض الروح المعنوية لدى أفراد أسرتي منذ إصابة أحد أعضائها بالفصام حيث احتلت هذه العبارة الترتيب الأول بين عبارات هذا البعد، وذلك بمتوسط مرجح (٢.٨) وبدرجة نسبية (٩٣.٣٣). وقد يرجع ذلك إلى أنه حين يُصاب أحد أفراد الأسرة بمرض مزمن أو نفسي مثل الفصام، لا يقتصر التأثير على المريض وحده، بل يمتد إلى الأسرة بأكملها يصاحب ذلك: حزن مستمر، قلق دائم بشأن مستقبل المريض، شعور بالعجز أمام المجتمع، كل هذا يؤدي

* تم حساب دلالة الدرجات المعيارية كالآتي : أقل من (٥٠٪) لا توجد مشكلات، من (٥١٪) إلى (٦٨٪) مشكلات متوسطة، من (٦٩٪) إلى (٨٦٪) مشكلات حادة، من (٨٧٪) فأكثر مشكلات حادة جدا .

إلى تآكل الروح المعنوية الجماعية للأسرة، ويُضعف الحافز للمشاركة أو التفاعل الاجتماعي، وهذا ما أكدت عليه دراسة (عبدالمسيح، ٢٠٢٢) (القثامي، ٢٠١٧).

- أما الترتيب الثاني فكان العبارة: "أجد صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية جديدة نتيجة لمرض أحد أفراد أسرتي وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢.٧٥) وبدرجة نسبية (٩١.٦٧)، وقد يرجع ذلك إلى أنه في كثير من المجتمعات، وخصوصًا في المجتمعات العربية التقليدية، يُنظر إلى المرض النفسي — مثل الفُصام — على أنه "عار اجتماعي" أو "نقطة ضعف" يجب إخفاؤها، هذه الوصمة لا تطول المريض فقط، بل تمتد لتشمل أسرته، فيُعاملون أحيانًا بنوع من التحفظ أو الحذر، مما يخلق حاجزًا نفسيًا واجتماعيًا أمام بناء علاقات جديدة، وهذا ما أكدت عليه دراسة (نزيهة ز.، ٢٠٢٠) (أحمد إ.، ٢٠٠٨)

- وجاء في الترتيب الثالث عبارة: "تفتقد أسرتي مصادر المساندة الاجتماعية من المحيطين بها" وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢.٧١) وبدرجة نسبية (٩٠.٣٣) وهذا يشير إلى اضطراب العلاقات الاجتماعية بين الأسرة والمحيطين بها بسبب إصابة أحد أفراد الأسرة، وقد يرجع ذلك إلى أن العلاقات الاجتماعية تُعدّ موردًا يُمكن استخدامه للحصول على المنافع، لكن في حال المرض النفسي، تتخفف "قيمة" هذه العلاقات، بسبب وصمة المرض أو جهل المجتمع بكيفية تقديم الدعم، وبالتالي، تُحرم الأسرة من شبكات الحماية الاجتماعية التي قد تكون متاحة للأسر الأخرى، وهذا ما أكدت عليه دراسة (أحمد، خويلد، و جودة، ٢٠١٧) (أحمد إ.، ٢٠٠٨)

- وجاء في الترتيب الثالث عشر عبارة: "أشعر بالريبة تجاه صدق العلاقات الاجتماعية التي تربطني بالآخرين بعد المرض"، وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢.٤٥) وبدرجة نسبية (81.67)، وقد يرجع ذلك إلى أنه عندما يُصاب أحد أفراد الأسرة بمرض مثل الفُصام، تبدأ الأسرة بمراقبة طريقة تفاعل الآخرين معها، وغالبًا ما تتغير نبرة الحديث، يقلّ التواصل، تكثر الأسئلة الفضولية أو الصمت المريب، كل هذا يُفسّر من قبل الأسرة على أنه تغير في النوايا أو الصدق، ما يؤدي إلى شعور متزايد بريبة والشك في نوايا الآخرين، وهذا ما أكدت عليه دراسة (أبوبكر، ٢٠٢١) (Donnelly, 2016)

- وجاء في الترتيب الرابع عشر عبارة: "أشعر بالريبة تجاه صدق العلاقات الاجتماعية التي تربطني بالآخرين بعد المرض"، وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢٠١٣) وبدرجة نسبية (٧١.٠٠)، إلى أن مرض الفصام تسبب في خلخلة الاستقرار الاجتماعي داخل الأسرة، أي تغير في العلاقات مع الجيران، ضعف في الروابط مع الأقارب، تراجع التفاعل الاجتماعي الطبيعي، وهذا يعكس أن الأسرة كانت في حالة تماسك نسبي قبل المرض، لكنها بدأت تفقد هذا التوازن بسبب الضغوط المرتبطة بالمرض، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Donnelly, 2016) (مرسي، ٢٠١٢)

- وجاء في الترتيب الأخير عبارة: "يحاول بعض المحيطين بنا تقديم الدعم والمساندة لتخفيف الضغوط التي نواجهها"، وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (١٠.٨٥) وبدرجة نسبية (٦١.٦٧)، وقد يرجع ذلك إلى أن هناك أفراداً من البيئة المحيطة — سواء من الأقارب أو الجيران أو الأصدقاء — يبذلون محاولات إيجابية لتقديم الدعم، وهذا يدل على، مستوى معين من الوعي والتعاطف، ورفض كامل للوصمة من بعض الأطراف، ووجود "استثناءات داعمة" في محيط الأسرة، حتى لو كانت محدودة، وهذا ما أكدت عليه دراسة (فرج، ٢٠٢٠) (عبدالفتاح، ٢٠١٠)

ونلاحظ أن جميع العبارات تقع في المستوى الترجيحي المرتفع مما يشير إلى المستوى المرتفع للمشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام، تُظهر العبارات ذات المتوسطات المرتفعة مثل انخفاض الروح المعنوية - صعوبة تكوين علاقات جديدة - غياب مصادر الدعم - الشعور بالاضطراب والاعترا ب الاجتماعي، أن الأسرة تمرّ بحالة من التراجع في المشاركة الاجتماعية والشعور بالعزلة، بالإضافة إلى فقدان الثقة في العلاقات الموجودة والمحتملة، كما أن تكرار الإشارة إلى الانسحاب أو التهميش من قبل الجيران أو الأقارب يدل على وجود ثقافة مجتمعية غير متقبلة للمرض النفسي.

ويتفق ذلك مع دراسة (متولي أ.، ٢٠٢٣)، ودراسة ((Dayson C. , 2020) ودراسة (الفتامي، المشكلات الاجتماعية والأسرية لدى مريض الدرن من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، ٢٠١٧)، ودراسة الفقي وأبو الفتوح (٢٠٢٠)، حيث أشارت نتائجهم إلى أن

إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض وبائي معدٍ أو مرض مزمن يؤثر على الأسرة بأكملها، وتحدث فيها الكثير من التغيرات الاجتماعية والنفسية؛ حيث يؤثر على العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها، والتي تعمل على حدوث اضطراب وضعف في العلاقات الاجتماعية منها الشعور بالاكئاب والعزلة الاجتماعية والخلافات الزوجية.

تدعم هذه النتائج مفاهيم نظرية الدور في الخدمة الاجتماعية، حيث تُظهر أن أدوار الأسرة الاجتماعية التقليدية تتعرض للاهتزاز عند مواجهة حدث ضاغط كمرض الفصام. كما تبرز نظرية الأنساق التي ترى الأسرة كنظام متكامل، يتأثر كل جزء فيه بتغيرات الأجزاء الأخرى، وهو ما يظهر جلياً في ضعف العلاقات الاجتماعية نتيجة مرض أحد الأفراد.

يرتبط هذا المحور ارتباطاً مباشراً بنظرية الوصمة الاجتماعية، التي تشير إلى أن المجتمع يُلصق بالمرض النفسي وصمات سلبية تؤثر في المريض والمحيطين به، مما يؤدي إلى انسحاب الأسرة من العلاقات الاجتماعية. كما يمكن ربط النتائج بنظرية رأس المال الاجتماعي، حيث تسهم وصمة المرض في استنزاف شبكة العلاقات الاجتماعية وتقليل الموارد غير الرسمية التي تعتمد عليها الأسرة في أوقات الأزمات.

جدول رقم (١٧) يوضح استجابات عينة الدراسة من أسر مرضى الفصام نحو البعد الأول مستوى الشعور بالوصمة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام

ن = ١٠٠

م	العبارات	الاستجابة			المتوسط المرجح	الدرجة النسبية	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا			
١	أشعر بأن الآخرين يُعاملون أسرتي بنظرة دونية منذ إصابة أحد أفرادها بمرض الفصام.	٨١	١٤	٥	2.80	93.33 %	3
٢	ينتابني شعور بالحرج عند طلب الآخرين التحدث عن أفراد أسرتي.	٧٨	١٢	١٠	2.68	89.33 %	6
٣	أشعر بعدم الراحة والانسحاب النفسي عند تواجدي في الأماكن العامة أو المواصلات بسبب المرض داخل الأسرة.	٧٤	١٥	١١	2.63	87.67 %	6
٤	ألاحظ أن مشاعر أسرتي لا تُؤخذ بعين الاعتبار من قبل الآخرين عند الحديث عن مرض الفصام.	٥١	٣٢	١٧	2.48	82.67 %	9
٥	أشعر بالحرج الاجتماعي نتيجة ارتباط أحد أفراد أسرتي بمرض الفصام.	٨٢	١٧	١١	2.65	88.33 %	2
٦	تراودني مشاعر يأس وأتمنى أحياناً ألا أعيش تجربة الإصابة بهذا المرض.	٦٥	٢٤	١١	2.58	86.00 %	7

٧	أصاب بالألم نتيجة نظرات الشماتة أو الإشفاق من بعض المحيطين تجاه أسرتي.	٧٣	١٨	٩	2.64	88.00 %	6
٨	تُسهم الثقافة المجتمعية في جعل أسرة مريض الفُصام عُرضة للوصم.	٨٥	١٣	١٢	2.65	88.33 %	2
٩	ينظر بعض أفراد المجتمع إلى أسرة مريض الفُصام باعتبارها مصدر تهديد أو عبئاً اجتماعياً.	٦٢	٢٣	١٥	2.47	82.33 %	9
١٠	أشعر بالقلق من استمرار النظرة المجتمعية السلبية تجاه أسرتي مستقبلاً.	٧٧	١٨	٥	2.72	90.67 %	5
١١	دفعتنا نظرة المجتمع إلى إخفاء خبر إصابة أحد أفراد الأسرة بالفُصام في البداية.	٩٠	٧	٣٣	2.84	94.67 %	1
١٢	أشعر بالتوتر عند ذهابي للمستشفى لمرافقة المريض؛ خوفاً من نظرات الآخرين.	٦٧	١٨	١٥	2.54	84.67 %	7
١٣	يلقي البعض اللوم على أسرتي، معتبرين أنها مسؤولة عن تدهور حالة المريض.	٨١	١٥	٤	2.79	93.00 %	4
١٤	لا تزال النظرة المجتمعية تجاه أسر مرضى الفُصام يغلب عليها طابع الرفض و الحذر.	٧٥	١٧	١٢	2.53	84.33 %	8
١٥	تحاول بعض مؤسسات المجتمع تقديم الدعم لأسر مرضى الفُصام، لكنه غير كافٍ لتخفيف الضغوط.	٤٠	١٧	٤٣	2.31	77.00 %	10
المجموع		١١٣١	٢٥٠	١٨٢			
المتوسط		٧٥.٤	١٦.٧	١٢.١	٢.٦٩		
النسبة المئوية		٧١.٢	١٦.٦	١٢.٢			
القوة النسبية					٨٩.٦٧		
درجة الإسهام*							حادة جداً

أظهرت نتائج محور الوصمة الاجتماعية أن المتوسط المرجح لجميع العبارات بلغ (2.69) من (٣)، ما يعكس قوة نسبية تُقدَّر بـ (89.67%) ، وهي النسبة الأعلى بين المحاور الثلاثة. تُعد هذه النتيجة مؤشراً قوياً على أن أسر مرضى الفصام تعاني من نظرة مجتمعية سلبية ومشاعر حرج ويأس وانكشاف اجتماعي، مما يُفاقم من الضغوط النفسية والاجتماعية الواقعة على الأسرة.

* تم حساب دلالة الدرجات المعيارية كالآتي : أقل من (٥٠٪) لا توجد مشكلات، من (٥١٪) إلى (٦٨٪) مشكلات متوسطة، من (٦٩٪) إلى (٨٦٪) مشكلات حادة، من (٨٧٪) فأكثر مشكلات حادة جداً .

كما بلغ عدد من أجابوا (نعم) حول عبارات هذا المؤشر من عينة الدراسة (١١٣١) مفردة، ويمثلون نسبة (٧٥.٤) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (٢٥٠) مفردة بنسبة (١٦.٧)، أما عدد من أجابوا بلا ف (١٨٢) مفردة بنسبة (١٢.١٣) من عينة الدراسة.

- كما أظهرت نتائج الجدول السابق أهم المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام، والمتمثلة في الشعور بالوصمة الاجتماعية، حيث نجد أن أول صورة لهذه الآثار قد تمثل في " دفعتنا نظرة المجتمع إلى إخفاء خبر إصابة أحد أفراد الأسرة بالفصام في البداية." حيث احتلت هذه العبارة الترتيب الأول بين عبارات هذا البعد، وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢.٨٤) وبدرجة نسبية (٩٤.٦٧)، وهذا ما يدفع بعض الأشخاص إلى تجنب الخضوع للفحوصات أو طلب الرعاية الطبية وإخفاء اصابتهم أو إصابة ذويهم خوفاً من النظرة الدونية لمجرد الاشتباه بالإصابة بمرض الفصام، مما يزيد من خطر أصابتهم وإصابة غيرهم بالمرض، وقد يرجع ذلك أيضاً إلى هذه العبارة تعبر بوضوح عن وجود ضغط اجتماعي غير مباشر يدفع الأسرة إلى إخفاء الحقيقة، وهو ما يعرف في علم الاجتماع بـ "التحكم في المعلومة الموصومة". يحدث هذا غالباً حين تشعر الأسرة أن الإعلان عن المرض قد يؤدي إلى النبذ أو العزلة أو يُستخدم ضدها في الزواج، العمل، العلاقات الاجتماعية أو يُقلل من مكانتها في المجتمع أو القبيلة أو الحي، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Corrigan, Watson, & Barr, 2006) (Corrigan P. W., 2002)

- أما الترتيب الثاني فكان العبارة: " تُسهّم الثقافة المجتمعية في جعل أسرة مريض الفصام عُرضة للوصم". وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢.٦٥) وبدرجة نسبية (٨٨.٣٣)، ويتضح من ذلك شعور أسر مرضى الفصام بالرفض المجتمعي "الوصمة الاجتماعية"، وقد يرجع ذلك إلى أن الوصمة ليست ناتجة فقط عن المرض نفسه، بل تتغذى من نظام القيم والعادات والتصورات الاجتماعية السائدة.

بمعنى آخر: البيئة الثقافية هي التي تُحدد من "يوصم" ومتى، وكيف يُنظر إليه. في حالة الفصام، تفرض الثقافة المجتمعية: الخوف من الاختلاط بالمريض ربط المرض بالجنون أو السحر أو ضعف التربية لوم الأسرة، وخصوصاً الأم أو الأب، وكأنهم سبب المرض، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Al-Krenawi A. G., 2000) التي أوضحت

أن الثقافة العربية تميل إلى ربط الفُصام بالخرافة أو السحر، مما يزيد من حجم الوصمة الواقعة على الأسرة.

- وجاء في الترتيب الثالث عبارة: " أشعر بأن الآخرين يُعاملون أسرتي بنظرة دونية منذ إصابة أحد أفرادها بمرض الفُصام؛ وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢٠٦٥) وبدرجة نسبية (٨٨.٣٣)، وقد يرجع ذلك وفقًا لـ نظرية الوصمة (Goffman) إلى أن أسرة المريض لا تُوصم فقط بسبب قربها منه، بل لأنها: تحمل عدوى الصورة الاجتماعية السلبية"، فيعاملها الآخرون على أساس الشفقة أو الحذر أو حتى الاستبعاد، لشعور بأن الأسرة تُعامل "بنظرة دونية" يعكس وجود وصمة مجتمعية خفية لكنها مؤثرة، تضر بمكانة الأسرة وتفقدها الثقة في محيطها الاجتماعي، مما ينعكس على مشاركتها واندماجها وتوازنها الداخلي، وهي ليست مشكلة فردية، بل نتاج ثقافي اجتماعي بحاجة إلى معالجة شاملة من خلال التوعية، وتعديل النظرة المجتمعية للمرض النفسي، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Annie, 2017) (أوبكر، ٢٠٢١)

- أما الترتيب الثالث عشر فكان عبارة: " ينظر بعض أفراد المجتمع إلى أسرة مريض الفُصام باعتبارها مصدر تهديد أو عبء اجتماعي"، وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢٠٤٧) وبدرجة نسبية (٨٢.٣٣)، إلى أن المجتمع لا يوصم المريض فقط، بل يوسع الوصمة لتشمل أسرته، ويعاملها وكأنها مسؤولة عن حالة المريض غير قادرة على الضبط أو السيطرة أو تشكّل "خطرًا محتملاً" على النظام الاجتماعي وهذا يؤدي إلى رفض صامت أو استبعاد غير مباشر وهذا ما أكدت عليه دراسة (Corrigan P. W., 2002) التي أشارت إلى أن أسر مرضى الفُصام تُعامل وكأنها مصدر تهديد "سلوكي" أو "أخلاقي" للمجتمع، ما يخلق مسافة اجتماعية كبيرة.

- أما الترتيب الرابع عشر فكان لعبارة: " ألاحظ أن مشاعر أسرتي لا تُؤخذ بعين الاعتبار من قبل الآخرين عند الحديث عن مرض الفُصام"، وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢٠٤٧) وبدرجة نسبية (٨٢.٣٣)، وقد يرجع ذلك إلى أن المحيط الاجتماعي — سواء الأهل أو الأصدقاء أو حتى العاملين بالمؤسسات — يتحدث عن مرض الفُصام وكأن الأسرة غير موجودة، أو بلا مشاعر، أو أن وجودها غير مؤثر، وهذا يُشعر الأسرة بأنها: مهمشة، غير محترمة عاطفيًا كأنها لا تملك "حق الحزن أو القلق" وهذا ما أكدت عليه دراسة

(العمرى و آل حمدان، ٢٠٢٤) والتي أظهرت أن ٧٣٪ من أسر مرضى الفصام يشعرون أن المحيط الاجتماعي لا يحترم مشاعرهم، خصوصاً عند مناقشة المرض أو الحديث عن تصرفات المريض، ودراسة (Corrigan, Watson, & Barr, 2006) والتي تشير إلى أن الأسر التي لا تجد تعاطفاً حقيقياً أو مراعاة لمشاعرها من الآخرين، تكون أكثر عرضة للانعزال والاحتراق النفسي.

- أما الترتيب الخامس عشر فكان لعبارة: " تحاول بعض مؤسسات المجتمع تقديم الدعم لأسر مرضى الفصام، لكنه غير كافٍ لتخفيف الضغوط." وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢.٣١) وبدرجة نسبية (٧٧.٠٠)، وقد يرجع ذلك إلى أن من أبرز التحديات التي تؤدي إلى عدم كفاية الدعم: عدم وجود تنسيق فعال بين القطاعات الصحية والاجتماعية والتعليمية، تركيز المؤسسات على المريض فقط دون الالتفات لاحتياجات أسرته، غياب البرامج الوقائية أو الإرشادية للأسر والنتيجة: تظل الأسرة تحت ضغط نفسي - اجتماعي - اقتصادي دائم، وهذا ما أكدت عليه دراسة (بوزيانى، ٢٠١٣، Ceasare, 2015)

- يتضح من العبارات ذات المتوسطات المرتفعة مثل (الشعور بالحرج - نظرة المجتمع الدونية - الخوف من نظرات الآخرين - إخفاء المرض - تحميل الأسرة المسؤولية)، أن الوصمة تُشكل تهديداً مباشراً لهوية الأسرة ومكانتها الاجتماعية. كما يتكرر الإحساس بالرفض المجتمعي وانعدام التعاطف، ما يدفع الأسرة إلى الانطواء أو الإنكار أو إخفاء الحالة، وهو ما يتفق مع مفاهيم العزلة الاجتماعية والانكفاء النفسي.

- تتوافق نتائج هذا المحور مع مبادئ نظرية "الدور" في الخدمة الاجتماعية؛ حيث يُنظر إلى الأسرة كفاعل اجتماعي يتعرض لفقدان مكانته عندما يُنظر إليه باعتباره يحمل وصمة أو سبباً للمرض. كما تبرز الحاجة إلى تطبيق "نظرية المواجهة" التي تُساعد الأسر في تجاوز نظرة المجتمع عبر التمكين والدمج والمواجهة التدريجية، وتفعيل جماعات الدعم المتخصص لتفريغ المشاعر السلبية وتعزيز الثقة الذاتية للأسرة، يرتبط هذا المحور بنظرية "الوصمة الاجتماعية"، التي تفترض أن المجتمع يوصم من يختلف عن معاييرهم أو يصنفهم كخطر، مما يؤدي إلى تمييز اجتماعي صامت أو معلن. كما أن تراجع الثقة الاجتماعية وانخفاض المشاركة المجتمعية للأسرة يُفسّر من خلال نظرية

"التفاعل الرمزي"، حيث تعيد الأسرة بناء تصوراتها عن المجتمع بناءً على ردود أفعاله السلبية.

جدول رقم (١٨) يوضح استجابات عينة الدراسة من أسر مرضى الفصام نحو البعد الأول مستوى العزلة الاجتماعية
ن = ١٠٠

م	العبارات	الاستجابة			المتوسط المرجح	الدرجة النسبية	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا			
١	ضعف تواجد أسرتي في المناسبات الاجتماعية منذ إصابة أحد أفرادها بالفصام.	٦٥	١٩	١٦	2.49	83.00 %	12
٢	أشعر بأن نظرة المجتمع لنا دفعتنا إلى الانغلاق على أنفسنا.	٧٩	١٢	٩	2.72	90.67 %	4
٣	أصبحنا نفضل البقاء في المنزل على المشاركة في الأنشطة العائلية.	٧٣	١٨	٩	2.65	88.33 %	6
٤	تراجع تواصلنا مع الأصدقاء والجيران بسبب مرض ابننا/أختنا.	٦٩	١٦	١٥	2.54	84.67 %	9
٥	نواجه صعوبة في استقبال الضيوف في المنزل خوفاً من ردود فعل المريض.	٩٠	٧	٣	2.84	94.67 %	1
٦	أصبحنا لا ندعى إلى مناسبات الأقارب كما في السابق.	٥٠	٣٣	١٧	2.33	77.67 %	14
٧	نشعر بالخجل عند الحديث عن حالة المريض أمام الآخرين.	٨٧	٨	٥	2.76	92.00 %	3
٨	أصبح بعض أفراد الأسرة يفضلون الانعزال عن محيطهم الاجتماعي	٧٤	١٥	١١	2.63	84.67 %	7
٩	قلت مشاركتنا في الفعاليات المجتمعية التي تتطلب وجود المريض (كالزيارات، الجمعيات، الحفلات).	٨٧	٩	٤	2.78	92.67 %	2
١٠	نتحاشى الحديث عن تفاصيل حياتنا مع الآخرين.	٧٠	٢٤	٦	2.62	87.33 %	5
١١	تراجع تواصلنا مع المدرسة/الجامعة/مكان العمل بسبب انشغالنا بالمريض.	٦٤	٢٥	١١	2.51	83.67 %	10
١٢	نخشى من رد فعل الناس إذا علموا بوجود مريض فصام في الأسرة.	٧٨	١٣	٩	2.69	89.67 %	5
١٣	لم نعد نشارك أبناءنا في الأنشطة الاجتماعية المعتادة.	٥٩	٢٩	١٢	2.47	82.33 %	13
١٤	نتخوف من تأثر زواج بعض أفراد الأسرة بسبب وصمة المرض	٦٥	٢٤	١١	2.53	84.33 %	11

١٥	لا نشعر بالراحة في التفاعل مع المحيطين بنا كما كنا سابقًا.	٤٥	٣٤	٢١	2.23	74.33 %	15
المجموع							
		١٠٥٥	٢٨٧	١٥٠			
المتوسط							
		٧٠.٣	١٩.١	١٠.٠	٢.٦٩		
النسبة المئوية							
		٧٠.٣	١٩.١	١٠			
القوة النسبية							
					٨٨.٣		
درجة الإسهام*							
					حادة جدًا		

يشير الجدول إلى أن المتوسط المرجح الكلي للمحور هو ٢.٦٩ من ٣، ما يمثل قوة نسبية مرتفعة قدرها ٨٨.٣٪، وهو ما يُصنف ضمن فئة: درجة الإسهام: حادة جدًا ما يدل على أن العزلة الاجتماعية هو أحد أبرز أنماط التأثير الواقعي داخل الأسرة نتيجة الفصام، ويُعدّ من أكثر الظواهر وضوحًا في الممارسة اليومية.

- كما بلغ عدد من أجابوا (نعم) حول عبارات هذا المؤشر من عينة الدراسة (١٠٥٥) مفردة ويمثلون نسبة (٧٠.٣) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (٢٨٧) مفردة بنسبة (١٩.١)، أما عدد من أجابوا بلا (١٥٠) مفردة بنسبة (١٠.٠) من عينة الدراسة.

- كما أظهرت نتائج الجدول السابق أهم المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام، والمتمثلة في الشعور بالعزلة الاجتماعية، حيث نجد أن أول صورة لهذه الآثار قد تمثلت في " نواجه صعوبة في استقبال الضيوف في المنزل خوفًا من ردود فعل المريض. حيث احتلت هذه العبارة الترتيب الأول بين عبارات هذا البعد، وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢.٨٤) وبدرجة نسبية (٩٤.٦٧)، وقد يرجع ذلك إلى أن ردود فعل المريض قد تكون غير مفهومة للآخرين، والمجتمع غالبًا: يفتقر للثقافة النفسية، يُصدر أحكامًا سريعة على سلوك المريض والأسرة، وهذا يجعل الأسرة تعيش في توتر دائم من احتمالية: السخرية من المريض، أو اتهام الأسرة بعدم السيطرة عليه، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Al-Krenawi & Graham, 2011) والتي أشارت إلى أن أكثر من نصف

* تم حساب دلالة الدرجات المعيارية كالآتي : أقل من (٥٠٪) لا توجد مشكلات، من (٥١٪) إلى (٦٨٪) مشكلات متوسطة، من (٦٩٪) إلى (٨٦٪) مشكلات حادة، من (٨٧٪) فأكثر مشكلات حادة جدًا .

الأسر تتجنب الحياة الاجتماعية المنزلية، وتقلل المناسبات العائلية؛ خوفاً من الوصمة أو الإحراج.

- أما الترتيب الثاني فكان العبارة: "قلّت مشاركتنا في الفعاليات المجتمعية التي تتطلب وجود المريض (كالزيارات، الجمعيات، الحفلات)". وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢.٧٨) وبدرجة نسبية (٩٢.٦٧)، ويتضح من ذلك شعور أسر مرضى الفصام بالرفض المجتمعي "الوصمة الاجتماعية"، وقد يرجع ذلك إلى هذه العبارة تعكس نوعاً من الانسحاب الانتقائي، حيث تتجنب الأسرة المشاركة في أنشطة يتوقع فيها حضور المريض؛ خشية: سلوكه غير المتوقع أو غير المقبول اجتماعياً أو نظرات الشفقة أو الحكم السلبي من الآخرين وبالتالي تراجع تفاعل الأسرة كمجموعة اجتماعية داخل المجتمع، وخصوصاً في المناسبات التي تبرز فيها صورة الأسرة الكاملة وهذا ما أكدت عليه دراسة (Corrigan P. W., 2002) التي ناقشت ظاهرة "العزلة الناتجة عن الخوف من التقييم المجتمعي"، وأكدت أنها من أبرز مظاهر الوصمة الممتدة للأسرة.

- وجاء في الترتيب الثالث عبارة: "نشعر بالخجل عند الحديث عن حالة المريض أمام الآخرين" وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢.٧٦) وبدرجة نسبية (٩٢.٠٠)، وقد يرجع ذلك إلى أن الأسرة قد تكون بحاجة للحديث والتفريغ النفسي لكنها في الوقت ذاته تشعر بأن الحديث يُعرضها للوصم أو فقدان الكرامة وهذا يُنتج ضغطاً نفسياً داخلياً مزمنًا، ويدفع الأسرة إلى: تجنب العلاقات الجديدة، الصمت في اللقاءات، تقليل التواصل الاجتماعي عمومًا وهذا ما أكدت عليه دراسة (Corrigan, Watson, & Barr, 2006) والتي أشارت إلى أن الشعور بالخجل من الحديث عن مرض نفسي مرتبط بالأسرة هو أحد المؤشرات النفسية المبكرة على تأثر الأسرة بالوصمة.

- أما الترتيب الثالث عشر فكان ل عبارة: "لم نعد نشارك أبناءنا في الأنشطة الاجتماعية المعتادة" وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢.٤٧) وبدرجة نسبية (٨٢.٣٣)، هذه العبارة لا تتعلق فقط بالمريض، بل تعني أن: تأثير الفصام طال جميع أفراد الأسرة، وأصبح مانعاً جماعياً من ممارسة الحياة العادية، وهذا مؤشر خطير على أن الأسرة تعيش حالة عزلة مزمنة، وتقلص في شبكة العلاقات الاجتماعية والأنشطة الترفيهية وهذا ما أكدت عليه

دراسة (الماجد، ٢٠١٨) التي وجدت أن تراجع الأنشطة العائلية مرتبط بارتفاع مستوى "الوصمة الذاتية" داخل الأسرة، وليس فقط بالضغط المالي أو السلوكية للمريض.

- أما الترتيب الرابع عشر فكان لعبارة: "أصبحنا لا ندعى إلى مناسبات الأقارب كما في السابق". وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢.٣٣) وبدرجة نسبية (٧٧.٦٧)، هذه العبارة تعكس تغيراً في نمط العلاقات العائلية والاجتماعية، حيث بدأت الأسرة تلاحظ أنها تُستبعد تدريجياً من الفضاء الاجتماعي الخاص بالأقارب، إما: بسبب نظرة دونية ضمنية من العائلة، أو نتيجة الحرج الذي يشعر به الأقارب أنفسهم تجاه وجود مريض بالفصام في المناسبة، أو كنوع من تجنب الإحراج أو التوتر أثناء الحدث الاجتماعي، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Corrigan, Watson, & Barr, 2006)، التي أكدت أن المقربين من المريض يُعاملون على أنهم مختلفون، ويُستبعدون أحياناً من أنشطة الحياة الاجتماعية.

- أما الترتيب الخامس عشر فكان لعبارة: "لا نشعر بالراحة في التفاعل مع المحيطين بنا كما كنا سابقاً"، وذلك بنسبة بمتوسط مرجح (٢.٢٣) وبدرجة نسبية (٧٤.٣٣)، وقد يرجع ذلك إلى أن العبارة تُعبّر عن تغير جوهري في طبيعة التفاعل اليومي للأسرة مع محيطها الاجتماعي (الأقارب، الجيران، الزملاء)، بعد إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض الفصام، فتصبح اللقاءات الاجتماعية محملة بالتوتر، والقلق، والرقابة الذاتية، ولم تعد الأسرة تشعر بأنها "طبيعية" في أعين الآخرين، وبالتالي لم تعد تتصرف بعفوية أو ارتياح كما في السابق، وهي تعكس مستوى عميقاً من الشعور بالعزلة النفسية، حتى في وجود الآخرين، فهي تشير إلى أن أسر مرضى الفصام قد لا تعاني فقط من "الغياب الاجتماعي"، بل من "الوجود غير المريح"، وهو أشدّ على النفس، وهنا تكمن خطورة التأثيرات الاجتماعية للمرض، ليس فقط على المريض، بل على من يحيط به، وخاصة أسرته، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Corrigan, Watson, & Barr, 2006) (العريني، ٢٠١٢)

- تشير هذه النتائج إلى أن العزلة الاجتماعية التي نتجت من الانسحاب الاجتماعي تعد من أكثر الأبعاد تأثيراً على أسر مرضى الفصام، ويمثل حالة مستمرة من العزلة النفسية والاجتماعية ناتجة عن الخوف من الوصمة، والإحراج، والضغط الاجتماعي.

- الأسرة تلجأ إلى العزلة الاجتماعية ك أسلوب تكيف سلبي، فنجد أن الأسرة تُخفف من مشاركتها الاجتماعية، وتُقيّد علاقاتها خوفاً من الإحراج أو تصرفات غير متوقعة من المريض، هذه الانسحابات لا تُعبر عن "رغبة"، بل عن استجابة دفاعية ضد مجتمع لا يفهم المرض النفسي.
- ضعف العلاقات الدائمة فالأسرة تلاحظ أنها لم تعد مدعوة كما في السابق، وتشعر بانقطاع في تواصلها مع المحيطي، هذه المؤشرات تدل على تآكل شبكتها الاجتماعية، ما يُضاعف العبء النفسي والوظيفي عليها.
- تأثر العلاقات الأسرية الداخلية فالأسرة لا تشارك الأبناء في الأنشطة الاجتماعية، وتخشى على مستقبلهم الاجتماعي مثل الزواج، ما يعني أن المرض تجاوز الشخص المصاب إلى التأثير على هوية الأسرة الجماعية.
- توافق نتائج محور العزلة الاجتماعية مع نظرية الوصمة حيث أن مضمون النظرية: أن الأفراد الذين يرتبطون بعلاقات مع أشخاص موصومين (مثل مريض الفصام) قد يُصابون أيضًا بـ "وصمة اجتماعية ممتدة" هذه الوصمة تجعلهم يتصرفون بتجنب أو إنكار أو انسحاب من المواقف الاجتماعية التي قد تفضحهم، جاءت عبارات المحور لتعكس بوضوح كيف دفعت الوصمة الاجتماعية الأسر إلى الانعزال والانسحاب، وهو ما ينسجم تمامًا مع الطرح الأساسي للنظرية.

جدول رقم (١٩) يوضح مجموع أبعاد مستوي المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام

م	البُعد	نعم	إلى حد لا	المتوسط المرجح	الدرجة النسبية %	الترتيب
١	مستوى العلاقات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام	١١٣٩	٢٦٥	١٩٥	٨٩.٦٧ %	١
٢	مستوى الشعور بالوصمة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام	١١٣١	٢٥٠	١٨٢	٨٨.٦٧ %	٢
٣	مستوى الشعور بالعزلة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام	١٠٥٥	٢٨٧	١٥٠	٨٨.٣٠ %	٣
	المجموع	٣٣٢٥	٨٠٢	٥٢٧	٢٦٦.٦٤	
	المتوسط	١١٠٨.٣٣	٢٦٧.٣٣	١٧٥.٦٧	٨٨.٨٨	
	النسبة %	٧١.٤٥	١٧.٢٣	١١.٣٢		

- هذه النتائج تشير إلى أن جميع الأبعاد الثلاثة تقع في مستوى مرتفع جدًا (أعلى من ٨٥٪)، مما يدل على أن أسر مرضى الفصام تواجه مشكلة اجتماعية شديدة الحدة ومتعددة الأبعاد.

- البعد الأعلى: ضعف العلاقات الاجتماعية ناتج عن تراجع دعم الأقارب والجيران، والشعور بالاغتراب، وتراجع الدعوات، والشك في صدق العلاقات الاجتماعية واضح جدًا، ويُعد هذا المظهر الاجتماعي الأول لمرض الفصام في السياق الأسري.

- البعد الثاني: الوصمة الاجتماعية نسبة عالية جدًا من الأسر تخجل أو تتجنب الحديث عن حالة المريض، هناك إدراك مجتمعي سلبي واضح يُفاقم من عزلتهم ويدفعهم للانغلاق، هذا يعكس أثر الوصمة الثقافية المرتبطة بالصحة النفسية، خاصة في البيئات العربية المحافظة.

- البعد الثالث: العزلة الاجتماعية الأسر بدأت تتوقف عن الأنشطة الأسرية التقليدية (زيارات، مناسبات، تواصل مهني)، العزلة ليس فقط اجتماعيًا، بل سلوكيًا داخل الأسرة نفسها (مثل توقف الأبناء عن المشاركة المجتمعية).

- يتضح من الجدول السابق ارتفاع حدة المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام؛ حيث جاءت استجابات عينة الدراسة لتحصل على متوسط مرجح (٧.٩٩) بالذي يقع في (المستوى المرتفع للمستويات الترجيحية).

النتائج الخاصة بالخبراء والأخصائيين الاجتماعيين.

جدول رقم (٢٠) يوضح إجمالي استجابات عينة الأخصائيين الاجتماعيين نحو المشكلات

الاجتماعي لأسر مرضى الفصام ن = ١٥

م	البعد	نعم	إلى حد ما	لا	المتوسط المرجح	الدرجة النسبية	الترتيب
١	مستوى العلاقات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام	١٢	٢	١	٢.٧٣	٩١.١١	٢
٢	مستوى الشعور بالوصمة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام	١٣	٢	-	٢.٨٧	٩٥.٥٥	١
٣	مستوى الشعور بالعزلة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام	٩	٣	٣	٢.٤٠	٨٠.٠٠	٣
المجموع		٣٤	٧	٤	٨.٠٠	٢٦٦.٦٦	
المتوسط		١١.٣٣	٢.٣٣		٢.٦٦	٨٨.٨٨	
النسبة %		٧٥.٥٦	١٥.٥٦	٨.٨٨			

- تشير نتائج الجدول السابق إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون حدة المشكلات الاجتماعية التي تواجهها أسر مرضى الفصام، وأبرزها الشعور بالوصمة الاجتماعية بنسبة بلغت (٩٥.٥٥٪)، تليها ضعف العلاقات الاجتماعية (٩١.١١٪)، ثم العزلة الاجتماعية (٨٠٪).
- الشعور بالوصمة الاجتماعية - الأعلى (٩٥.٥٥٪) يرى الأخصائيون أن الوصمة الاجتماعية الناتجة عن مرض الفصام لا تلاحق المريض فقط، بل الأسرة بأكملها، وتتجلى في: نظرات الشفقة أو الخوف من المجتمع، وتجنب الأسرة ذكر المرض أمام الآخرين، وإخفاء معلومات عن المريض حتى داخل المحيط العائلي، مما يفسر أن الأسرة تعاني من وصمة ممتدة تؤثر على هويتها الاجتماعية وسلوكها اليومي.
- العلاقات الاجتماعية - مرتفعة الحدة (٩١.١١٪) تبين النتائج أن العلاقات الاجتماعية للأسرة تتدهور بشدة بعد إصابة أحد أفرادها بالفصام ظهر هذه المشكلات في: عزوف الأقارب عن الزيارة، تراجع المشاركة المجتمعية، فقدان مصادر الدعم والتفاعل الاجتماعي، مما يفسر أن الأسرة تتعرض لتفكك في شبكة علاقاتها الاجتماعية، مما يزيد من العزلة النفسية والضغط الداخلي.
- العزلة الاجتماعية - حاد لكنه الأقل (٨٠٪) هناك إجماع بين الأخصائيين على أن الأسرة تنعزل عن الحياة الاجتماعية تدريجيًا، العزلة هنا استجابة دفاعية لرفض المجتمع أو تجنب الإحراج مما يفسر أن العزلة هو نتيجة طبيعية لشعور الأسرة بالرفض والإقصاء المجتمعي.
- وتعكس هذه النتائج توافقًا كبيرًا مع الإطار النظري المعتمد في الدراسة، حيث تبرز نظرية الوصمة الاجتماعية كنموذج مفسر رئيسي، مدعومة بنظرية الأنساق والدور الاجتماعي.

رابعاً: النتائج العامة للدراسة:

توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- ١- يعاني أسر مرضى الفصام من مستوى مرتفع من ضعف واضطراب في العلاقات الاجتماعية سواء داخل الأسرة أو خارجها، تتمثل في معاناة أسر مرضى الفصام من العزلة الاجتماعية، كما تجنب الأهل والأصدقاء والجيران التعامل مع أسرة المريض بالإضافة إلى وجود

صعوبة في إقامة علاقات اجتماعية جديدة مع الآخرين، كما أصبحت علاقات الأسرة بالآخرين محدودة للغاية وانخفاض الروح المعنوية للأسرة بعد إصابة أحد أفرادها، وافتقاد الأسرة لمصادر المساندة والدعم الاجتماعي من قبل المحيطين بها، وضعف قنوات الاتصال بين الأسرة والمحيطين بها.

٢- يعاني أسر مرضى الفصام من مستوى مرتفع من الشعور بالوصمة الاجتماعية تتمثل في الشعور بالخزي والحرج عند التواجد في المناسبات الاجتماعية أو العامة، ثقافة المجتمع تجعل أسرة المريض عرضة للسخرية من الآخرين، ونظرة البعض لأسرة مرضى الفصام على أنها تمثل خطراً على المجتمع، والشعور بالنظرة الدونية والسلبية من قبل المحيطين بسبب إصابة أحد أفراد الأسرة، وعدم مراعاة المحيطين مشاعر أسر مرضى الفصام.

٣- يعاني أسر مرضى الفصام من مستوى مرتفع من العزلة الاجتماعية تتمثل في شعورهم بأن نظرة المجتمع لهم دفعتهم إلى الانغلاق على أنفسهم، فأصبحوا يفضلوا البقاء في المنزل على المشاركة في الأنشطة العائلي كما أنهم يواجهون صعوبة في استقبال الضيوف في المنزل خوفاً من ردود فعل المريض، بالإضافة إلى شعورهم بالخجل عند الحديث عن حالة المريض أمام الآخرين، وأيضاً قلّت مشاركتهم في الفعاليات المجتمعية التي تتطلب وجود المريض (كالزيارات، الجمعيات، الحفلات).

٤- اتفقت نتائج دليل المقابلة المطبق على الخبراء والأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال الطبي مع نتائج المقياس المطبق على أسر مرضى الفصام، والتي أشارت إلى معاناة أسر مرضى الفصام من مستوى مرتفع من الضغوط الاجتماعية والتي جاءت على الترتيب الآتي: الشعور بالوصمة الاجتماعية. وضعف واضطراب في العلاقات الاجتماعية سواء داخل الأسرة أو خارجها، والشعور بالعزلة الاجتماعية.

توصيات البحث

في ضوء النتائج التي توصل إليها البحث، يوصى بما يأتي:

١. تفعيل دور الأخصائي الاجتماعي داخل المؤسسات النفسية، من خلال استخدام طريقة العمل مع الجماعات لتقديم الدعم المهني لأسر مرضى الفصام بشكل منتظم ومنهجي.
٢. إنشاء جماعات دعم نفسي واجتماعي مخصصة لأسر مرضى الفصام داخل المستشفيات والمراكز المجتمعية؛ لتمكينهم من تبادل الخبرات وتخفيف الضغوط الواقعة عليهم.

٣. إعداد برامج تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين تركز على مهارات إدارة الجماعات، وأساليب التدخل المهني المناسبة للأسر المتأثرة بالأمراض النفسية.
 ٤. إدماج موضوعات الصحة النفسية للأسر ضمن المناهج الجامعية في كليات الخدمة الاجتماعية لتعزيز وعي الطلاب والممارسين الجدد بأهمية هذا المجال.
 ٥. تعزيز التعاون بين المؤسسات الصحية والاجتماعية لتوفير خدمات شاملة (نفسية، اجتماعية، قانونية) لأسر المرضى، بما يضمن استقرارهم الأسري والاجتماعي.
 ٦. تطوير حملات توعية مجتمعية للحد من الوصمة المرتبطة بمرض الفصام وتغيير النظرة السلبية تجاه المرضى وأسره.
 ٧. دعم الجمعيات الأهلية والمؤسسات غير الربحية التي تقدم خدمات مباشرة لأسر المرضى النفسيين، من خلال توفير موارد مالية وفنية مستدامة.
 ٨. تشجيع البحوث المستقبلية التي تتناول فعالية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع فئات أخرى من أسر المرضى النفسيين، وتوسيع نطاق التدخلات
- التصور المقترح لدور طريقة العمل مع الجماعات في التخفيف حدة من المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.**
- يهدف التصور المقترح إلى التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام، والتي اتضحت من خلال نتائج هذه الدراسة.
- ويتم تحقيق ذلك من خلال المحاور الآتية:
- أولاً : الأسس التي يعتمد عليها التصور المقترح:**
- ١ - المداخل والمعارف النظرية الخاصة بالموضوعات والمفاهيم المتعلقة بالمشكلات الاجتماعية.
 - ٢ - تحليل نتائج الدراسات السابقة والتي استعان بها الباحث في تحديد الدراسة الحالية والوقوف على جوانبها المختلفة بالإضافة إلى البحوث النظرية التي استهدفت التأكيد على وجود مشكلات اجتماعية لأسر مصابي الأمراض بشكل عام وأسر مرضى الفصام بشكل خاص.
 - ٣ - الإطار النظري التي اعتمدت عليه الدراسة الحالية فيما يتعلق بالبحوث القريبة من الموضوع والكتابات النظرية التي تناولت موضوع المشكلات الاجتماعية والنظريات العلمية المفسرة للمشكلات الاجتماعية.

٤- ما توصلت إليه الدراسة الميدانية الحالية من نتائج تعد بمثابة الركيزة الأساسية للباحث للوقوف على كم المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

٥- القاعدة النظرية للخدمة الاجتماعية في مجال التعامل مع أزمة المرض.

٦- مقابلات الباحث مع أسر مرضى الفصام.

ثانياً: الأهداف العامة للتصور المقترح:

يتمثل الهدف العام للتصور المقترح للخدمة الاجتماعية: في تفعيل دور طريقة العمل مع الجماعات في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام، وذلك من خلال مجموعة من الأهداف الفرعية الآتية:

١ - تحسين العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة وبعضهم البعض وبين أفراد الأسرة والمحيطين بهم.

٢ التخفيف من الشعور بالوصمة الاجتماعية لدى أسر مرضى الفصام نتيجة إصابة أحد أفرادها.

٣- مساعدة الأسرة على تقبل وضعها الحالي بعد إصابة أحد أفرادها بمرض الفصام.

٤- مساعدة الأسرة على استعادة توازنها وتحسين أدائها الاجتماعي حتى تتمكن من القيام بوظائفها الرئيسية المنوطة بها بشكل أكثر فاعلية.

٥- مساعدة الأسرة على استعادة وممارسة الأدوار الاجتماعية التي فقدت بعد إصابة أحد أفرادها بمرض الفصام.

٦- تقديم كافة الخدمات الاستشارية للتغلب على الصعوبات التي تواجه الأسرة خلال فترة إصابة أحد أفرادها.

٧- التخفيف من الشعور بالعزلة الاجتماعية لدى أسر مرضى الفصام.

٨- وضع تصور مقترح في طريقة العمل مع الجماعات للتعامل مع المشكلات الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

ثالثاً: أدوات ووسائل الممارسة المهنية من خلال التصور المقترح:

المقابلات بأنواعها (الفردية - جماعية - مشتركة) - الزيارة المنزلية- الملاحظة- ندوات ومحاضرات- المناقشة الجماعية-

رابعاً: أدوار أخصائي الجماعة وفق التصور المقترح:

يمكن لأخصائي الجماعة أن يمارس أدواراً مهنية وفق التصور المقترح وتتمثل تلك الأدوار في :

١.توعية الأسرة بطبيعة مرض الفصام (أعراضه، أسبابه، كيفية التعامل معه).

٢.تصحيح المفاهيم الخاطئة حول المرض النفسي وتقليل الوصمة الاجتماعية.

٣. تقديم الدعم النفسي للأفراد المتأثرين بالمرض داخل الأسرة، مثل الأم أو الزوجة أو الإخوة.
٤. مساعدة الأسرة في بناء آليات تكيف إيجابية مع الوضع المرضي.
٥. تمكين الأسرة من الوصول إلى الموارد والخدمات المتاحة (مثل الجمعيات الخيرية، مراكز الرعاية النهارية، المساعدات الاجتماعية).
٦. مساعدة الأسرة على تنمية مهاراتها في إدارة الوقت والضغط المالية والاجتماعية.
٧. الربط بين الأسرة وبين الجهات المختلفة مثل الأطباء النفسيين، المؤسسات الحكومية، الجهات الداعمة مادياً.
٨. التنسيق مع المدارس أو مؤسسات العمل في حال كان هناك تأثير مباشر على أحد أفراد الأسرة.
٩. اكتشاف المؤشرات المبكرة لظهور الضغوط النفسية أو التفكك الأسري.
١٠. التدخل المبكر لمنع تطور المشكلات الاجتماعية كالعنف الأسري أو الانعزال الاجتماعي.
١١. تنظيم ورش توعوية مجتمعية لتقليل وصمة المرض النفسي داخل المجتمع.
١٢. دور أخصائي الجماعة كوسيط بين أفراد الأسرة لمساعدتهم على تحديد المشكلات والتعامل معها.
١٣. دور أخصائي الجماعة كملاحظ لسلوك الأسرة أثناء الجلسات.
١٤. دور أخصائي الجماعة كموجه لإعادة توزيع المسؤوليات داخل الأسرة.
١٥. دور أخصائي الجماعة كمعالج لحل المشكلات الأسرية المرتبطة بالمرض.
١٦. تعزيز الدعم العاطفي داخل الأسرة لمساعدتها على التكيف مع التغيرات المرتبطة بالمرض.
١٧. تعليم الأسر مهارات التعامل مع التحديات الاجتماعية، مثل الرفض المجتمعي والعزلة الاجتماعية.
١٨. تمكين الأسر اقتصادياً عبر تأهيلها مهنيًا ومساعدتها في العثور على فرص عمل مناسبة.
١٩. تعزيز القدرات الذاتية لأفراد الأسرة للتعامل مع التحديات المختلفة.

٢٠. التنسيق مع منظمات المجتمع المدني والجمعيات الخيرية لتقديم المساعدات الاجتماعية والصحية لأسر المرضى.

٢١. بناء شبكات دعم اجتماعي تتيح للأسر التواصل مع أسر أخرى تواجه تحديات مماثلة.

٢٢. الدفاع عن حقوق المرضى وأسره في الحصول على الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية.

٢٣. العمل مع الجهات المختصة لتعديل السياسات التي تسهم في تمييز مرضى الفصام وأسره.

٢٤. تعزيز دور الأفراد في المشاركة المجتمعية وعدم الانعزال بسبب الوصمة المرتبطة بالمرض.

٢٥. مساعدة الأسر على التعرف المبكر على المرض واتخاذ التدابير اللازمة لتقليل تأثيره عليهم.

خامساً: تحديد استراتيجيات التصور المقترح:

في ضوء مشكلة الدراسة الحالية نجد أن هناك العديد من الاستراتيجيات الخاصة بالتدخل المهني والتي يمكن من خلالها تحقيق أهداف التدخل المهني، وتتمثل هذه الاستراتيجيات في:

١- الاتصالات المباشرة.

٢- استراتيجية المواجهة.

٣- استراتيجية التفاعل الاجتماعي.

٤- استراتيجية الإقناع.

٥- استراتيجية تعديل السلوك.

٦- استراتيجية التعاون.

٧- استراتيجية الضغط.

سادساً: تحديد تكتيكات التصور المقترح:

١- تكتيك الاتصال.

٢- تكتيك إعادة البناء المعرفي.

٣- تكنيك الإقناع.

٤- تكنيك الإرشاد الديني.

٥- الندوات.

٦- المحاضرات.

٧- اللقاءات.

٨- الجلسات الإرشادية.

كما يستخدم أخصائي الجماعة مجموعة من التكنيكات المهنية عند التعامل مع أسر مرضى الفصام، بهدف مساعدتهم على التكيف مع التحديات الاجتماعية والنفسية التي تواجههم. ومن أبرز هذه التكنيكات:

- الإرشاد الأسري: لمساعدة الأسرة على تحسين علاقاتهم الداخلية وتقديم الدعم النفسي لبعضهم البعض.
- التخفيف من التوتر وإدارة الضغوط: من خلال تقديم استراتيجيات وتقنيات تساعد الأسرة على التعامل مع القلق والخوف المرتبطين بالمرض.
- تصحيح المفاهيم الخاطئة حول الفصام: عبر الجلسات التوعوية لنشر المعرفة العلمية حول المرض وطرق الوقاية منه.
- تمكين الأسر من حقوقهم الصحية والاجتماعية: من خلال توفير المعلومات حول الخدمات المتاحة لهم وكيفية الاستفادة منها.
- التدخل المجتمعي: العمل مع منظمات المجتمع المدني والمؤسسات الصحية لدمج أسر مرضى الفصام في المجتمع والتقليل من العزلة الاجتماعية.
- المناصرة والدفاع عن الحقوق: تعزيز الوعي المجتمعي لمكافحة الوصمة الاجتماعية والعمل على تحسين الظروف الاجتماعية والقانونية للأسر.
- بناء شبكات الدعم الاجتماعي: من خلال إنشاء مجموعات دعم لمشاركة التجارب وتعزيز التفاعل الإيجابي بين الأسر المتضررة.
- التأهيل المهني والتمكين الاقتصادي: مساعدة الأسر على تطوير مهارات تمكنهم من تحقيق الاستقلال الاقتصادي وتقليل الاعتماد على المساعدات.

- توفير فرص عمل ودعم المشاريع الصغيرة: لضمان استدامة دخل الأسرة وتعزيز قدرتها على التكيف مع التحديات المالية.
- تعزيز السلوكيات الإيجابية: من خلال تشجيع التفاعل الاجتماعي الصحي والتخلص من السلوكيات الانسحابية أو الانعزالية.
- استخدام تقنيات التعزيز الإيجابي: لتشجيع الأسر على مواجهة التحديات بثقة وتقدير الذات.

سابعاً: المهارات التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي لتحقيق أهداف التصور المقترح:

- أ- المهارة في الإقناع.
- ب- المهارة في إدارة العلاقات.
- ج- المهارة في التوجيه المناسب للآخرين.
- د- المهارة في توظيف النشاط الذاتي
- هـ- المهارات التواصلية: تشمل القدرة على الإنصات الفعّال والتواصل اللفظي وغير اللفظي بوضوح، مما يساعد في بناء الثقة مع الأسر وفهم مشاعرهم واحتياجاتهم.
- و- مهارات التقييم والتشخيص: القدرة على تحليل الوضع الاجتماعي والنفسي للأسرة وتحديد المشكلات التي تعاني منها، مثل الوصمة الاجتماعية أو العزلة أو الضغوط الاقتصادية.
- ز- مهارات الدعم النفسي والاجتماعي: مساعدة الأسر على التكيف مع الضغوط الناتجة عن المرض من خلال تقديم الدعم العاطفي والتوجيه النفسي والاجتماعي.
- ح- مهارات التدخل وحل المشكلات: تطبيق استراتيجيات لحل المشكلات التي تواجه الأسرة، سواء كانت متعلقة بالعلاقات الاجتماعية أو الدعم الاقتصادي أو الاندماج في المجتمع.
- ط- مهارات التوعية والتثقيف: تقديم معلومات دقيقة حول مرض الفصام لتصحيح المفاهيم الخاطئة وتقليل الخوف والوصمة المرتبطة به.
- ي- مهارات العمل الجماعي والتنسيق: التعاون مع الجهات الصحية والمنظمات المجتمعية لتوفير خدمات متكاملة

المراجع

- ١- إبراهيم شافعي. (٢٠١٧). العلاج المعرفي السلوكي للفصام المزمن: تقرير حالة. (ع ١١٥).
- ٢- أحمد زكي بدوي. (١٩٨٦). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان.
- ٣- احمد زكي محمد. (٢٠١٠). فعالية برنامج للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لإشباع الاحتياجات الاجتماعية لمرضى الفصام. المؤتمر العلمي الدولي الثالث والعشرين للخدمة الاجتماعية.
- ٤- احمد سعد عبد الرحمن وآخرون. (٢٠١٦). سيكولوجية البيئة الأسرية والحياة. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- ٥- احمد عزت راجح. (٢٠٠٨). أصول علم النفس (المجلد ١٣). القاهرة: دار المعارف.
- ٦- احمد عكاشة. (٢٠٠٨). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٧- أحمد محمد محمد. (٢٠٠٩). دراسة وصفية تحليلية لدور الأخصائي الاجتماعي في العمل مع الحالات الفردية لمرضى الجذام. رسالة ماجستير غير منشورة.
- ٨- أسماء عبدالقادر غراب. (٢٠٢٠). واقع الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المترددات على عيادة الصوراني الحكومية بغزة: دراسة حالة. مجلة العلوم التربوية والنفسية (٤٨).
- ٩- ألاء حسني صالح متولي. (٢٠٢٣). الشعور بالوصمة وعلاقته بالأداء الأسري الوظيفي لدى الغارمات المفرج عنهن. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ٤.
- ١٠- آمال محمد عمر السائيس. (٢٠١٢). المشاكل الاجتماعية التي تعاني منها أسرة الطفل التوحدي دراسة أنثربولوجية على أسر الأطفال التوحديين بمحافظة جدة. رسالة دكتوراه غير منشورة.
- ١١- آمال محمد عمر السائيس. (٢٠١٢). المشاكل الاجتماعية التي تعاني منها أسرة الطفل التوحدي دراسة أنثربولوجية على أسر الأطفال التوحديين بمحافظة جدة. رسالة دكتوراه غير منشورة.
- ١٢- آمنة حسن خليل إبراهيم. (٢٠٢١). المداخل النظرية لدراسة مرض الجذام والوصم الاجتماعي. حولية كلية الآداب.
- ١٣- أمينة زغدار. (٢٠١٤). العلاقات العائلية لدى المريض المصاب بالفصام ، ، ٢٠١٤. رسالة ماجستير غير منشورة، الصفحات ٢١-٢٢.

- ١٤- أنور بن شداد العنزي. (٢٠١٥). فاعلية الجهود العلاجية للمرضى النفسيين دراسة من منظور الفريق الطبي المعالج. كلية العلوم الاجتماعية والإدارية.
- ١٥- إيمان حمدي أحمد. (٢٠٠٨). الأعباء النفسية للقائمين على رعاية مرضى الفصام: نموذج للمساندة النفسية. رسالة ماجستير غير منشورة.
- ١٦- إيهاب أحمد السيد بقله. (٢٠٢٢). العلاقة بين الضغوط الاجتماعية ومستوى أداء أسر مرضى الفصام لأدوارها. رسالة ماجستير غير منشورة.
- ١٧- بسمة حسين عبد الله محمد. (٢٠١٨). المساندة الأسرية وعلاقتها باستجابة مريض الفصام للعلاج (نحو برنامج للدعم الأسري). رسالة ماجستير غير منشورة.
- ١٨- بدير داکو، ترجمة رعد اسكندر، أركان بيثون. (٢٠١٢). العصاب والأمراض الذهانية . القاهرة: مكتبة التراث الاسلامی.
- ١٩- جمال شفيق أحمد، عارف عبدالحليم خويلد، و سمير جودة جودة. (٢٠١٧). استخدام فنيات العلاج بالمعنى وتعديل البيئة لتحسين حالات مرضى الفصام المعرضين للتدهور البيئي. مجلة العلوم البيئية.
- ٢٠- جهاد مجدي جندي جلال علي. (٢٠٢١). العلاقة بين مدى تقبل الأسرة لمريض الفصام ومعدلات الانتكاسة. رسالة ماجستير غير منشورة.
- ٢١- حاب فتح الله فياض. (٢٠١٨). الوصم والتمييز لمرضى فيروس سي دراسة ميدانية. مجلة جامعة طيبة للأدب والعلوم الإنسانية.
- ٢٢- حامد عبد السلام زهران. (٢٠١١). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٢٣- ذياب البداينة، عبد الله الدراوشة، و حسن العوران. (٢٠١١). الوصم الاجتماعي واتجاهات طلبة الجامعات الأردنية نحو المصابين بمرض الإيدز. المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، ١.
- ٢٤- رامي عبد النبي متولي أبوبكر. (٢٠٢١). الضغوط الاجتماعية النفسية لزوجات مرضى الفصام وعلاقتها باستجابة المرضى للعلاج. رسالة ماجستير غير منشورة.

- ٢٥- ريهام حسن يوسف ابو فريد. (٢٠١٦). المناخ الأسرى وعلاقته بتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام. غزة: رسالة ماجستير غير منشورة، غزة، الجامعة الإسلامية.
- ٢٦- زواني نزيهة. (٢٠٢٠). جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بمرض الفصام في ضوء بعض المتغيرات. أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر- الأبعاد والتحديات يومي ٤-٥.
- ٢٧- زوراني نزيهة. (٢٠٢٠). جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بمرض الجذام في ضوء بعض المتغيرات. أعمال الملتقى الوطني: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر- الأبعاد والتحديات.
- ٢٨- سامر رضوان. (٢٠١٨). الفصام أسبابه وعلاجه.
- ٢٩- سمر السيد ابراهيم فرج. (٢٠٢٠). فعالية استخدام الأخصائي الاجتماعي لنموذج العلاج المعرفي السلوكي وتأثيره في التوافق الاجتماعي لمرضى الفصام. رسالة ماجستير غير منشورة.
- ٣٠- سيلفانو أريتي. (٢٠٠٨). ترجمة د. عاطف أحمد الفصامي: كيف نفهمه ونساعده دليل للأسرة والأصدقاء. الكويت: عالم المعرفة.
- ٣١- شعبان خلف الله. (٢٠١٤). الأمراض السارية التي تنتقل إلى الإنسان من الحيوان ومنتجاتها. بيروت: دار الكتب العلمية.
- ٣٢- عادل صادق. (٢٠٠٩). فى بيتنا مريض نفسى. القاهرة: دار الصحوة للنشر والتوزيع .
- ٣٣- عبد الرحمن محمد العيسوي. (٢٠٠٤). دراسات حديثة في علم النفس الاكلينيكي. القاهرة: دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٣٤- عبد الرحيم إبراهيم محمود إبراهيم. (٢٠٠٩). الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية لدى مرافقي مرضى الفصام (دراسة ميدانية بمستشفيات العلاج النفسي بولاية الخرطوم). مجلة دراسات نفسية (٧٤).
- ٣٥- عبد السلام عمارة إسماعيل. (٢٠١٦). الفصام: الشيزوفرنيا. مجلة التربوي.
- ٣٦- عبد العزيز عبد الله الدخيل. (٢٠١٦). معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية. عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع.

- ٣٧- عبدالله العريني. (٢٠١٢). مشكلات أسر مرضى الاضطرابات العقلية المترتبة على المرض ودور الخدمة الاجتماعية في التخفيف منها.
- ٣٨- عبدالناصر عوض جبل. (٢٠٠٣). لخدمة الاجتماعية النفسية. القاهرة: دار النهضة المصرية.
- ٣٩- عزة عصمت محمد مرسى. (٢٠١٢). العلاقة بين نموذج التركيز على المهام وتحسين الأداء الاجتماعي لمرضى الفصام. رسالة ماجستير غير منشورة.
- ٤٠- عزيز حنا وآخرون داود. (٢٠٠١). الشخصية بين السواء والمرضى. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤١- علاء صلاح فوزي كيلاني. (يناير، ٢٠٢١). ممارسة النموذج العقلاني الانفعالي في خدمة الجماعة تعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية (٢).
- ٤٢- علاء الدين كفاي. (٢٠١٥). علم النفس الأسري. الأردن: دار الفكر.
- ٤٣- عمرو سامي محمد أبوعقل. (٢٠١٦). المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة. رسالة ماجستير منشورة.
- ٤٤- عيسى محمد البلهان. (٢٠١٩). الضغوط النفسية والاجتماعية والتعليمية والمادية لدى أسر ذوي الاحتياجات الخاصة وعلاقتها ببعض المتغيرات بدولة الكويت. مجلة العلوم الاجتماعية.
- ٤٥- فرج عبد القادر طه. (٢٠٠٩). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤٦- فهد الماجد. (٢٠١٨). الآثار الاجتماعية على أسر مرضى الفصام في المملكة العربية السعودية. المجلة العربية للعلوم الإنسانية والاجتماعية .
- ٤٧- فوزان عبد الله القثامي. (٢٠١٧). المشكلات الاجتماعية والأسرية لدى مريض الدرن من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية. مجلة البحث العلمي في التربية (٧).
- ٤٨- فوزان عبد الله القثامي. (٢٠١٧). المشكلات الاجتماعية والأسرية لدى مريض الدرن من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية. مجلة البحث العلمي في التربية.

- ٤٩- فوزي محمد الهادي. (٢٠١٧). سيكولوجية الضغوط الأسرية من منظور الخدمة الاجتماعية. القاهرة: دار الكتب والدراسات العربية.
- ٥٠- قاسم حسين صالح. (٢٠١٤). الاضطرابات النفسية والعقلية نظرياتها- أسبابها- طرق علاجها. عمان: دار دجلة للنشر والتوزيع.
- ٥١- لطيفة عبد الله اللبيب. (٢٠١٥). دراسة المشكلات المترتبة على مرض الربو ودور الخدمة الاجتماعية حيالها. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ٣٩، (١٦).
- ٥٢- لطيفة عبد الله اللبيب. (٢٠١٥). دراسة المشكلات المترتبة على مرض الربو ودور الخدمة الاجتماعية حيالها. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ٣٩.
- ٥٣- ماجد الصوص. (٢٠١٨). الضغوطات النفسية وعلاقتها باستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصامين في محافظة رام الله والبيرة. رسالة ماجستير غير منشورة.
- ٥٤- ماجدة سعد متولي. (٢٠١٩). المرض المزمن والتغيرات الاجتماعية والنفسية في الأسرة. المؤتمر العلمي الخامس.
- ٥٥- مارينا فكان فرازيلي عبدالمسيح. (٢٠٢٢). متطلبات الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع مرضى الفصام في إطار نظرية الدور في خدمة الفرد. رسالة ماجستير غير منشورة.
- ٥٦- مایسة محمد الرشیدی. (٢٠٢٣). المشكلات التي تعاني منها أسر مرضى السرطان ودور الخدمة الاجتماعية في التخفيف من حدتها. مجلة العربية لأداب والدراسات الإنسانية (٢٨).
- ٥٧- مجدي احمد محمد عبدالله. (٢٠٠٠). علم النفس المرضى دراسة فى الشخصية بين السواء والإضطراب. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- ٥٨- محمد احمد فهمي عبدالله. (٢٠١٥). دراسة تقويمية لدور الأخصائي الاجتماعي ضمن فريق العمل مع حالات مرضى الفصام. رسالة ماجستير غير منشورة.
- ٥٩- محمد حسن محمد حسن غانم. (٢٠١٧). تاريخ الأمراض الذهانية: الفصام نموذجًا. مجلة علم النفس (١١٥ع).
- ٦٠- محمد عزت محمد ذكي. (٢٠١٦). الإساءة التي يتعرض لها مرضى الفصام وكيفية التعامل معها من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية. رسالة ماجستير غير منشورة.

- ٦١- محمود جمال أبو العزايم. (٢٠٠٧). كيف تواجه مشاكلك النفسية. القاهرة: مطابع أخبار اليوم.
- ٦٢- محمود محمد منير عبدالفتاح. (٢٠١٠). استخدام وسائل التعبير في العمل مع جماعات مرضى الفصام لتنمية مهاراتهم في التفاعل الاجتماعي. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية (٥).
- ٦٣- مدحت أبو النصر. (٢٠٠٥). الإعاقة العقلية - المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية. القاهرة: مجموعة النيل العربية.
- ٦٤- مدحت محمد أبو النصر. (٢٠٠٩). فن ممارسة الخدمة الاجتماعية. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- ٦٥- مراد على عيسى. (٢٠١٤). الشيزوفرينيا إنقسام الشخصية. القاهرة: دار الفجر للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٦٦- مروة ابراهيم عواد محمد. (٢٠١٣). دراسة للعوامل المرتبطة بانتكاسة مرضى الفصام. رسالة ماجستير غير منشورة.
- ٦٧- مصطفى حجازي. (٢٠١٥). الأسرة وصحتها النفسية "المقومات - الديناميات - العمليات". المغرب: المركز الثقافي العربي.
- ٦٨- مصلح الصالح. (٢٠٠٩). شامل قاموس مصطلحات علوم الاجتماعيه إنجليزي وعربي. القاهرة: دار عالم الكتب.
- ٦٩- منوها عبد الرحمن احمد عبدالمجيد. (٢٠٢١). المهارات الاجتماعية لمرضى الفصام وعلاقتها بأدائهم الاجتماعي. رسالة ماجستير غير منشورة.
- ٧٠- منى سعد بن فالح العمري، و نادرة آل حمدان. (أكتوبر، ٢٠٢٤). العلاقة بين الضغوط الحياتية والانتكاسة لدى عينة من مرضى الفصام الخاضعين للعلاج الدوائي وجلسات العلاج النفسي بمستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية. مجلة الفنون والأدب وعلوم الإنسانيات والاجتماع.
- ٧١- منير البعلبكي. (٢٠٠٥). قاموس الموارد الإنجليزية والعربية. بيروت: دار العلم للملايين.

٧٢- نهى سعدي احمد مغازي. (١٩٩٦). ممارسة الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام- دراسة
تقويمية بمستشفى النبوي المهندس للصحة النفسية. رسالة ماجستير غير منشورة- كلية الآداب- جامعة
الإسكندرية.

٧٣- نهى سعدي أحمد مغازي. (٢٠٠٢). استخدام برامج خدمة الجماعة مع أسر مرضى الفصام
لتأهيل الفصامين اجتماعيًا دراسة ميدانية بمستشفى النبوي المهدي للطب النفسي بالإسكندرية. رسالة
دكتوراه غير منشورة- كلية الآداب - جامعة الإسكندرية.

٧٤- هبة محمد علي حسن. (٢٠٢٠). الوصمة وعلاقتها بتقدير الذات والاستبصار لدى عينة من
مرضى الفصام. دراسات في الإرشاد النفسي والتربوي (٨).

٧٥- هشام عبد الحميد تهاامي، و فيصل عبد القادر يونس. (٢٠٠٧). العلاقة بين سمات النمط
الفصامي وأساليب التعلم والتفكير. مجلة دراسات عربية (١٤).

٧٦- هناء عبد التواب ربيع. (٢٠٠٨). الخدمة الاجتماعية ومشكلاتنا الاجتماعية الأسس النظرية
والأبعاد الاجتماعية. الفيوم: زرقاء اليمامة للنشر والتوزيع.

٧٧- هيئة التحرير. (٢٠١٧). مفاهيم ومصطلحات نفسية. (١١٥ع).

٧٨- ونام بوزياني. (٢٠١٣). واقع التكفل النفسي المريض بالفصام داخل المؤسسة الإستشفائية.
رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر، بسكرة،.

٧٩- ويليس وآخرون ، ترجمة طارق بن علي الحبيب جيمس . (٢٠١٣). : الطب النفسي
المعاصر، الاسكندرية ، ٢٠١٣. الاسكندرية: مؤسسة حورس للنشر والتوزيع.

80-Alinmiş, R. K. (2011). The explanatory relationship among self-esteem, problem solving, ways of coping, social support and suicidal ideation of patients with schizophrenia

81-American, P. A. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5-TR. American Psychiatric Association Publishing.

82-Corrigan, P. W. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*(1).

- 83-Kavanagh , D. J. (2013). *Schizophrenia An Overview and Practical Handbook* . Australia: Chapman & Hall.
- 84-Malhotra, M. (2015). *eepak Kumar Rohit Verma*. Psychiatric Research.
- 85-Abrar, R. (2014). Experiences of stigma among hepatitis B and C patients in Rawalpindi and Islamabad. Pakistan. Eastern Mediterranean. *Health Journal*, 12.
- 86-Al-Krenawi, A. G. (2000). Culturally Sensitive Social Work Practice with Arab Clients in Mental Health Settings. *Health & Social Work*.
- 87-Al-Krenawi, A., & Graham, J. (2011). Mental health help-seeking among Arab university students in Israel, differentiated by religion. *Mental Health Religion & Culture*.
- 88-Allen, R. (2014). *he Role of the Social Worker in Adult Mental Health Services*. England: the College of Social Work, the voice social work in England.
- 89-Annie, H. S. (2017). Coping in Parents of schizophrenia Patients With differing degrees of Familial exposure to psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*(7).
- 90-Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* . 5th ed DSM-5, USA: merican Psychiatric Association.
- 91-Ayo Obembe ,S,A Adebayo ,C , N Francis . (٢٠١٢). Family Support and Quality of Life among Patients with Schizophrenia. *International Journal of Social Science Tomorrow*.
- 92-Caqueo-Urizar, A. R.-C. (2017). Schizophrenia: impact on family dynamics. Current psychiatry reports, 19, .

- 93-Ceasare, P. &. (2015). Social Workers Beliefs about the Intervention for Schizophrenia and Depression: A Comparison with the Public and Other Health Professionals– an Australian Analysis. *British Journal of Social Work*.
- 94-Corrigan, ,. P., Watson, A., & Barr, L. (2006). (2006). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social & Clinical Psychology*.
- 95-David G. Kingdon, D. T. (2005). *ognitive therapy of Schizophrenia– Guides to individualized Evidence– Based Treatmen* . NY, the Guilford Press.
- 96-Dayson, C. (2020). Adjustment of Siblings of handicapped children – comparison. *Journal of pediatric Psychology*.
- 97-Dayson, C. (2020). *Adjustment of Siblings of handicapped children – comparison. USA.Journal of pediatric Psychology*. usa: Oxford University. .
- 98-Donnelly, P. L. (2016). Mental Health Beliefs and Help Seeking Behaviors of Kerean American Partents of Adult Children With Schizophrenia. *Journal of Multicultural Nursing*(2).
- 99-Evi , K., & Michael , M. (2018). The effect of rehabilitation of schizophrenic Patients on their Family atmosphere and the emotional Well–being of Caregivers. *The European Journal of Psychiatry*(1).
- 100- F Azais, B. G. (2019). *A Cognitive and Emotional Approach of assertiveness*, *Pubmed.go*. US National Library of Medicine.
- 101- Hahlweg, K., & Straube, E. (2012). *Schizophrenia Concepts, Vulnerability, and Intervention*. Berlin: Springer Berlin Heidelberg.
- 102- Hou, s., ke chiao, L., & Su Yi ching, L. (2020). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *psychiatry and clinical Neurosciences*(5).

- 103- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S., & Matthias, C. (2014). *The Disregarded Caregivers: Subjective Burden in Spouses of Schizophrenia Patients*. (30 ed., Vol. 3). Schizophrenia Bulletin.
- 104- LISIANE , A. (2005). THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATIONAL THERAPY AND SOCIAL SKILLS TRAINING ON BURDEN, COPING SKILLS AND SOCIAL SUPPORT OF CAREGIVERS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA AND/ OR SCHIZOAFFECTIVE DISORDER.
- 105- Lukmanul , H. (2013). Astudy on the Psycho-social Problems Fassed by the Sposes of Pantients with Schizophrenia. *Indian Journal of Applied Research*.
- 106- Mekap, T. (2018). Stressful Life Events, Coping, Social Support, Subjective Well-Being and Burnout in Primary Key Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder in Relapse. *Central Institute of Psychiatry (India) ProQuest Dissertations*.
- 107- Muralidhar, A. S. (2017). Social Group Work among Families with Mental Illness. in [http:// www.reearchgate.net/publication](http://www.reearchgate.net/publication).
- 108- Myers, D. (2010). *Psychology*, (Vol. ninth edition). New York: Worth Publishe.
- 109- Nadda, J. P. (2016). *Manual of amental Health for Social Workers*,. india: National Institue of Health and Family Welfare.
- 110- Organization, W. H. (2022).
- 111- Robert , F. K., & Paul, H. B. (2023). *Oxford Textbook of Psychopathology*. Oxford University Press.

- 112- Robert., L. B. (1999). *The Social Work Dictionary*. : . Londone: 2nd Edition Washington, DC, NASW Press.
- 113- Steven, R. H., & Daniel , R. W. (2003). *Schizophrenia*. John Wiley & Sons.
- 114- Taylor, S. B. (2010). *Intensity of care and level of life interference as possible predictors of the physical health of family caregivers of individuals with schizophrenia*. Canada: Queen's University.
- 115- Torrey , E., & Yolekn , R. (2013). *Toxoplasma gondii and schizoohrnia,, 9(11) 1375-* (11 ed., Vol. 9). Immerging infections diseases.
- 116- Vimala, D. (2013). Astudy to assess the Knowledge, Attitude &Practices of Family members of Clients With Mental illness. *Nursing Journal of India*.
- 117- Wang M, C. L. (2022). Access to family resourc es by families living with schizophrenia: a qualita tive study of primary care workers in urban Beijing,. *ChinaBMJ Open*.
- 118- Webster. (1994). . london: Junabridged dictionary of English Language press.
- 119- Wooden, T. (2013). On The Nature, Relationships, and Clinical Significance of Problem-Solving Skill Difficulties and Social Adjustment in Schizophrenia: A Social Cognition Processing Perspective. *Alliant International University ProQuest Dissertations*.
- 120- Y., Bleich, A., & Aizenberg, D Barak. .(٢٠١٠) *Psychosocial remission in schizophrenia: developing a clinician-rated scale*. (الإصدار ٥). Comprehensive psychiatry.