مجلة روافد
للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية
المجلد 07 (02) جوان 2023 ص ص 270-298

تقدير الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لمقياس تقييم المهارات الاجتماعية على عينة من الفصاميين بولاية تلمسان

Measurement of psychometric characteristics (validity and reliability) of the measure of social skills assessment on a sample of schizophrenia in Tlemcen

مصلي قلفاط غيزلان[1*] ؛ بن عصمان برحيل جويدة [2]

[1] جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان (الجزائر).

البريد الالكتروني المهني: ghizlanelatifa.kalfat@univ-tlemcen.dz

[2] جامعة أبو بكر بلقايد – تلمسان (الجزائر).

البريدي الالكتروني المهني: djaouida.berrahil@univ-tlemcen.dz

تاريخ الإيداع	تاريخ القبول	تاريخ النشر
2022/12/10	2023/03/09	2023/06/01

الملخص: يهدف هذا البحث إلى التحقق من تقدير الخصائص السيكومترية لمقياس تقييم المهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام، تكونت عينة الدراسة من 46 مريضًا مصابًا بالفصام في حالة مستقرة؛ تم استخدام المنهج الاحصائي والاستعانة ببرنامج SPSS لحساب الصدق والثبات. تبين من خلال النتائج التي توصلنا اليها ان مقياس في صورته المترجمة يتمتع بمستوى مرضي من صدق وثبات وهذه الخصائص السيكومترية توحي بإمكانية استعماله في المجال العيادي.

الكلمات المفتاحية: *الخصائص السيكومترية ؛ الصدق ؛ الثبات ؛ المهارات الاجتماعية ؛ الفصام*

Abstract: This research aims to verify the assessment of the psychometric properties of the Social Skills Assessment Scale in patients with schizophrenia. The study sample consisted of 46 patients with schizophrenia in a stable condition. The descriptive method was used with the help of the SPSS program to calculate the validity and reliability. The results obtained showed that the scale in its translated form has an acceptable level of validity and reliability, and these psychometric characteristics suggest the possibility of using it in the clinical field.

Keywords: *psychometric properties; validity ; reliability ; social skills ; Schizophrenia.*

* **المؤلف المرسل**

مقدمة:

يعد مرض الفصام من الامراض النفسية الخطيرة ويبلغ معدل انتشاره بين 0.6٪ و0.8٪، وهو من بين الأمراض العقلية المزمنة والتي تدوم مدى الحياة، تتكون الأعراض عمومًا مزيجًا بين الأعراض الإيجابية (الهلوسة والأوهام) والسلبية (عاطفة جامدة، الانسحاب الاجتماعي). من بين العواقب الأولية لمرض الفصام هو الخلل الوظيفي الاجتماعي. يتنبأ هذا الخلل بمسار الذهان الفصامي وامكانية حدوث انتكاسة المريض، ويمكن قياسه من خلال تقييم المهارات الاجتماعية، وتشمل المهارات الاتصال والتفاعل والعلاقات الشخصية.

تم تصميم مقياس the Indian Disability Evaluation and Assessment Scale "**IDEAS**" والذي نعني به **مقياس تقييم وفحص الاعاقة الهندي**" من قبل لجنة إعادة التأهيل من الجمعية الهندية للطب النفسي، لتحديد أوجه القصور في المهارات الاجتماعية لدى المرضى الذين يعانون من ذهان.

اعتمدنا في دراستنا على البرنامج SPSS لحساب الصدق وثبات المقياس، ثم مراجعة النتائج وتصحيحها من قبل اهل الخبرة. يعد الخلل في الوظيفة الاجتماعية أمرًا مهمًا في مرض الفصام، لذا يجب تقدير الخصائص السيكومترية للمقياس والتحقق من الصدق والثبات حتى يتبن لنا إذا كان المقياس قابل للاستعمال العيادي وبالتالي تحديد القصور في المهارات الاجتماعية في مرضى الفصام.

1. الاشكالية وتساؤلات الدراسة:

يعتبر المرضى النفسيون في نظر بعض الباحثين أمثال دوسون وزملاؤه وأندرسون أكثر الفئات عرضة أو قابلية للتدهور في مهاراتهم الاجتماعية، بل إن الفصاميين هم الفئة الأكثر استعداداً لتطوير متلازمة عجز المهارات الاجتماعية نتيجة لطول فترة الإقامة في المستشفى وأزمان المرض. (العرادي.ج وفرج.ص، 2002)

لقد أشارت التصورات الفكرية للرواد أمثال كريبلين وبلويلر، إلى أن العجز في المهارات الاجتماعية والوجدانية والأداء الاجتماعي الضعيف، يعد خاصية أساسية في اضطراب الفصام (Salem.J & Kring.A, 1999). بل إن معايير التشخيص على هذا الدليل تشير إلى أن تشخيص الفصام يتطلب أن يظهر الفرد أداء ضعيفاً سواء في علاقاته الاجتماعية أو في العناية الذاتية حيث يمثل الأداء الاجتماعي دوراً محورياً في تشخيص الفصام وتحديد مآله. (Mueser.K & al, 1996)

لقد حدد بلاك وزملاؤه (1997) في كتابهم تدريب المهارات الاجتماعية عند الفصاميين، خمسة عوامل تتفاعل مع المهارات الاجتماعية هي: الأعراض الذهانية؛ والحالة المزاجية؛ والعوامل البيئية؛ والمؤثرات العصبية والبيولوجية؛ والعوامل المحفزة أو الدافعية.(Bellak.A & al, 1997)

في هذا الإطار، يرى هارقي ومكارين 1989 أن العجز في المهارات الاجتماعية عند الفصاميين ينشأ في جزء منه نتيجة الإقامة الطويلة في المستشفيات أو ما يعرف بظاهرة الإقامة المؤسساتية (Institutionalization) حيث تظهر على الأفراد أعراض محدودية المشاعر والقصور في الاستجابات العفوية والصعوبة في بدء المحادثات والفشل في المشاركات وتكوين أجواء الألفة وبالتالي ضعف التفاعل والتواصل الاجتماعي مع الآخرين. (Hargie.o & McCartan.P, 1989)

لقد أظهرت نتائج دراسة ليف وزملاؤه 1994 أن عدداً من المرضى الفصاميين الإنجليز الذين قضوا مدة طويلة في المستشفيات النفسية قد تحسنت الأعراض لديهم بعد تركهم للإقامة المؤسساتية. ويضيف مقلاشن (McGlashan, 1986) أن العجز في المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين يؤثر بشكل عميق على نوعية حياتهم بما في ذلك عدد مرات الانتكاسة وتكرار مرات الاستشفاء. أيضاً وفي نفس السياق يشير هارفي وزملاؤه 1999 إلى أن الفصاميين المراجعين حتى وإن كانوا أكبر سناً من الفصاميين

المزمنين المقيمين إقامة طويلة يظهرون تدهوراً أقل في أدائهم ومهاراتهم الاجتماعية.(Harvey, & al, 1999)

كذلك لابد من الإشارة إلى أن عدة دراسات قد أظهرت أن شدة الأعراض السلبية وهي التي تظهر مصاحبة لطول مدة المرض وإزمانه كانت هي المتنبئ الأكبر بظهور متلازمة تدهور المهارات الاجتماعية. (Patterson, & al, 2001 ; Harvey, & al, 2000)

من جانب آخر فقد وجد قرين 1996 خلال مراجعته للتراث النفسي أن الفصاميين في سن الرشد المبكر لديهم ضعف في الأداء الاجتماعي وتدهور في المهارات الاجتماعية يمكن أن يعزى إلى العجز الذهني والتدهور المعرفي أكثر من طول مدة المرض أو الإقامة في المؤسسة العلاجية. (Green, 1996)

من ناحية أخرى، يذهب نفر غير قليل من الباحثين والمتخصصين إلى الاعتقاد بأن شدة الأعراض السلبية لدى الفصاميين ترتبط إلى حد ما بطول مدة المرض ودرجة إزمانه، لذلك فالبعض ينظر لهذه الأعراض كمؤشر له علاقة بالتدهور في الأداء الوظيفي والتوافقي الاجتماعي، فقام ماكدونالد وزملاؤه 1998 بدراسة على ستة وأربعين مريضاً فصامياً من مراجعي العيادات الخارجية قد وجدوا أن الأشخاص الذين لديهم مهارات اجتماعية أكبر يتمتعون بوجود شبكات اجتماعية أوسع حتى وإن لم يحصلوا على دعم من هذه الشبكات. (Mcdonald,& al, 1998)

كذلك فقد أظهرت نتائج الدراسة أن الأعراض السلبية لها دورها في التأثير على مستوى المهارات الاجتماعية والتي بدورها تؤثر على نطاق الشبكات الاجتماعية ومداها ايضاً ومن ضمن النتائج التي كشفت عنها دراسة ماكدونالد وزملاؤه أن لمتغير العمر علاقة بحجم الشبكات الاجتماعية ومستوى المهارات الاجتماعية. حيث ظهر أن المرضى الفصاميين الاصغر سناً كانت لديهم مستويات أكبر من المهارات الاجتماعية وشبكات اجتماعية أكثر وهو الأمر الذي جعل الباحثين يستنتجون أهمية التدخل العلاجي المبكر

عند حدوث النوبات الذهانية الأولى مع إشاراتهم لبعض الشواهد التطبيقية العلاجية على فاعلية برامج التدريب على المهارات الاجتماعية مع الفصاميين صغار السن والتي من شأنها المساعدة في تعزيز فرص التوافق الاجتماعي والحد من حدوث الانتكاسة المرضية.

كما بين ديمتري وزملاؤه 2004 في دراستهم والتي كانت تهدف الى تقييم الأداء النفسي والاجتماعي لثلاثة وخمسين مريضاً فصامياً مزمناً داخلياً. وجدوا أن الأعراض السلبية هي المتنبئ الأقوى بمستوى الأداء الوظيفي والاجتماعي. (Dimitri ;& al, 2004)

أيضاً وفي نفس الإطار، الخاص بدور الأعراض السلبية، فقد أجرى جاكسون وزملاؤه 1989 دراسة على ثلاثة وخمسين مريضاً فصامياً داخلياً في مستشفى رويال بارك بهدف معرفة هل شدة الأعراض السلبية هي المتنبئ الوحيد بالعجز في المهارات الاجتماعية بغض النظر عن المتغيرات الديموغرافية والمرضية، وقد كشفت نتائج الدراسة أن شدة الأعراض السلبية كانت هي بالفعل المتغير الأفضل للتنبؤ بمستوى المهارات الاجتماعية. وقد اختتم الباحثون دراستهم بالإشارة إلى عدم وجود دعم إمبيريفي لوجهة النظر التي ترى وبقوة أن ظاهرة الإقامة الطويلة في المؤسسة العلاجية أو ما يعرف بالمؤسساتية تسبب عجزاً في المهارات الاجتماعية عند الفصاميين وكذلك الحال بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية كالمستوى التعليمي وصغر السن والإقامة القصيرة.(Jackson, & al, 1989)

قام بن وزملاؤه 2000 بدراسة تبحث في العوامل البينشخصية كالمهارات الاجتماعية والأعراض المرضية والجاذبية الجسمانية المدركة، ومدى إسهامها في ازدياد وصمة الإصابة بالفصام، حيث تم تقييم أداء المهارات الاجتماعية لتسعة وثلاثين مريضاً فصامياً من حيث الوضوح والطلاقة في الكلام والتحديق ومتعة المحادثات والدخول في المناقشات وقد وجدوا أن لهذه العوامل دور ملحوظ في تعزيز الإصابة بالمرض. (Penn, & al 2000)

كما أن بن ومجموعة أخرى من زملائه الباحثين 1995 قد سبق لهم إجراء دراسة حول العلاقة بين المهارات الاجتماعية وسلوك المريض داخل جناح الداخلي في المستشفى لدى ثمانية وثلاثين مريضاً فصامياً مزمناً وذلك باستخدام أسلوب لعب الدور بالإضافة لتقديرات العاملين بالنسبة لبعض السلوكيات كالتفاعل الاجتماعي، وقد وجدوا أن مهارة وضوح الكلام كانت هي المتغير الأقوى ارتباطاً بسلوك المريض في جناح الداخلي بالمستشفى، فهذه المهارة تشجعه وتدفعه إلى الانخراط في المناقشات والتفاعل مع الآخرين، وقد استنتجوا أهمية إعداد برامج تدريب على المهارات الاجتماعية للفصاميين المزمنين تستهدف المهارات اللغوية. (Penn, & al, 1995)

أيضاً وفي نفس السياق فقد أجرى آيكبوتشي وزملاؤه 1999 دراسة على ثمانية وعشرين مريضاً فصامياً من المراجعين لأحد مراكز الرعاية النهارية التابع للمستشفى النفسي بجامعة طوكيو في محاولتهم الكشف عن دور المراحل المبكرة لمعالجة المعلومات (Information Processing) في التأثير على المهارات الاجتماعية عند الفصاميين، وقد استخدم الباحثون أسلوب اختبار لعب الدور لتقييم ستة أبعاد من المهارات الاجتماعية هي مهارات الاتصال غير اللفظي وتعبيرات الوجه ونبرات الصوت ومهارات الاستقبال (الإدراك الاجتماعي) ومهارات تحقيق الأهداف ومهارات اتخاذ القرارات ونوعية التفاعلات الاجتماعية وقد كشفت نتائج الدراسة أن مهارات الاتصال غير اللفظي لها ارتباط بالعجز في معالجة المعلومات خلال المراحل المبكرة، في حين أن مهارة الاستقبال قد يكون لها علاقة بالمراحل المتأخرة من عملية معالجة المعلومات. (Ikebuchi, & al, 1999)

أما على المستوى العربي فقد أجرى يوسف ويونس (1989) دراسة تهدف إلى قياس العلاقة بين مدة المرض وكل من فهم وإنتاج اللغة لدى عينة من مرضى الفصام المزمن مقارنة بنظرائهم من المرضى حديثي الإصابة بالفصام، حيث تمت الدراسة على

مائة مريض فصامي مقيم بمستشفى العباسية بالقاهرة وقد وجدوا أن مدة المرض في حد ذاتها لم يكن لها علاقة جوهرية بفهم وانتاج اللغة لدى الفصاميين المزمنين على الرغم من أن المقدمات النظرية تدفع إلى التوقع بوجود ارتباطات سلبية دالة. (سيد يوسف واخرون، 1989)

أخيراً، ما نستنتجه من الدراسات السابقة ان معظمها دراسات اجنبية اقيمت على عينات اجنبية وباستعمال اختبارات ومقاييس باللغة الانجليزية او الفرنسية. وعليه فالدراسات العربية استعملت اختبارات باللغة العربية ولكن غير مخصصة للفصاميين وغير ملائمة لقدراتهم، كما نلاحظ من جهة عدم وجود دراسات اقيمت على فصاميين عرب وبهدف دراسة المهارات الاجتماعية لهم، من جهة اخرى تبين من خلال ابحاثنا ودراستنا للمهارات الاجتماعية عدم وجود مقاييس تقيم المهارات الاجتماعية لعينة من الفصاميين العرب وذلك حسب اطلاعنا.

فتبين لنا من خلال ما سبق ضرورة اختيار سلم «IDEAS» لترجمته الى اللغة العربية وكذا تطبيقه على عينة من الفصاميين الجزائريين. وبالتالي توفير للأخصائيين النفسانيين سلم مختصر وسهل الاستعمال في الممارسة العيادية كونه باللغة العربية على عكس الاختبارات الأجنبية والتي تعد صعبة الاستعمال والفهم بالنسبة للفصاميين العرب، بالإضافة الى توفير سلم ملائم لقدرات الفصاميين وذلك بغرض الاستجابة الى طلب المختصين النفسانيين الجزائريين. وعليه يندرج الهدف من التحقق من خصائصه السيكومترية وكذا يمكننا صياغة اشكالية الدراسة كالاتي:

إلى أي حد يتمتع مقياس تقييم المهارات الاجتماعية «IDEAS» لمستوى من الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) المطبق على الفصاميين المزمنين في حالة مستقرة والذين يتبعون علاجهم بمستشفى الجامعي بتلمسان بمصلحة الطب العقلي؟
اما بالنسبة الى التساؤلات الدراسة فهي كالتالي:

هل مقياس تقييم المهارات الاجتماعية المطبق على عينة من الفصاميين المزمنين في حالة مستقرة والذين يتبعون علاجهم بمستشفى الجامعي بتلمسان بمصلحة الطب العقلي يتمتع بمستوى مرضي من الصدق؟

هل مقياس تقييم المهارات الاجتماعية المطبق على عينة من الفصاميين المزمنين في حالة مستقرة والذين يتبعون علاجهم بمستشفى الجامعي بتلمسان بمصلحة الطب العقلي يتمتع بمستوى مرضي من الثبات؟

2. فرضية الدراسة

يتمتع مقياس تقييم المهارات الاجتماعية «IDEAS» لمستوى مرضي من الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) المطبق على عينة من الفصاميين المزمنين في حالة مستقرة والذين يتبعون علاجهم بمستشفى الجامعي بتلمسان بمصلحة الطب العقلي.

3. اهداف الدراسة

ان الهدف الاساسي للدراسة الحالية، هو التحقق من الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لمقياس تقييم المهارات الاجتماعية لمرضى الفصام المزمن في حالة مستقرة والذين يتبعون علاجهم بمستشفى الجامعي بتلمسان بمصلحة الطب العقلي. وبالتالي توفير اداة موضوعية تهدف الى قياس قصور في المهارات الاجتماعية التي يعاني منها معظم الفصاميين المزمنين وكذا توفير اداة مختصرة وسهلة التطبيق للممارسة العيادية للأخصائيين العرب.

4. اهمية الدراسة

ان المهارات الاجتماعية لها اهمية كبرى في كون انها تساعد الفرد على تنمية قدراته في إقامة العلاقات والتفاعلات الاجتماعية الناجحة وبالتي تمكنه من الاندماج اجتماعيا، وكذلك تجنبه نشوء الصراعات بينه وبين المحيطين به. ان القصور في

المهارات الاجتماعية أصبح من بين المشكلات الاساسية في مرض الفصام ومن بين الاهداف الاولى في العلاج المعرفي السلوكي للفصام، ومن هذا المنطلق تحدد اهمية العلمية للدراسة في كون ان السلم يحدد مآل الفصام ويمنح للأخصائي النفساني بالتعرف على القصور في المهارات الاجتماعية للمفحوص والعمل عليها وتفادي انتكاسة المرض والعمل على مساعدة المفحوص في اعادة اندماجه اجتماعيا.

وعليه تكمن الاهمية التطبيقية في ترجمة مقياس الى اللغة العربية لمنح المختصين النفسانيين العرب والجزائريين اداة موضوعية ومختصرة وسهلة الاستعمال للممارسة الاكلينيكية والتي تمنحهم بالكشف عن هذا القصور وتحديد خطة التكفل فعالة ومناسبة لكل مفحوص.

5. ادبيات الدراسة

- **الفصام:**

الفصام هو مرض نفسي مزمن معقد يعرف على انه إدراك مضطرب للواقع والعالم الخارجي، يتكون من مظاهر ايجابية (الهذيان والهلوسة)، والمظاهر السلبية (العزلة الاجتماعية والعلائقية). من الناحية العملية، يمكن أن يكون الأمر مختلفًا تمامًا من مريض لآخر اعتمادًا على طبيعة وشدة الأعراض المختلفة التي يعرضها. بحيث تتأثر هيمنة بعض الاعراض وتطور المرض واختيار العلاج.

الأعراض الإيجابية (أو الإنتاجية):

الهلوسة: هي تجارب إدراكية تحدث بدون حافز خارجي، وتكون واضحة ولا إرادية. يشعر المريض أحاسيس لا وجود لها وتؤثر على الحواس الخمس. ومنها الهلوسة السمعية هي الأكثر شيوعًا والأكثر تأثيرًا على الحياة اليومية لمرضى الفصام.

الهذيان: ان الهذيانات هي عبارة عن معتقدات ثابتة لا تتغير ولا تختفي عند مواجهتها بالأفكار المنطقية او التي تتعارض معها. بحيث هي ليست ناتج من تجربة

شخصية ولا راجعة الى ثقافة الفرد ولا الى ايديولوجية خاصة. يمكن أن يتطور هذه الهذيانات وتكون حول مواضيع مختلفة (الاضطهاد، هذيان العظمة، التصوف، إلخ).

اضطرابات الفكر واللغة: مع عدم وجود التفكير المنطقي، فإن خطاب الذهاني غير منظم، ويمكن لعقله أن يظل ثابتًا على فكرة لفترة طويلة، تمامًا كما تعيق الأفكار الطفيلية عدم تقدم تفكيره. يمكنه التوقف فجأة في منتصف الجملة وبدء جملة جديدة دون أي علاقة للجملة السابقة.

الأعراض السلبية (أو الناقصة):

أبوليا: هو غياب الإرادة وعدم قدرة الاستمرار او بدء النشاط. تم تعريفه على أنه حالة من التثبيط النفسي المعمم.

اللامبالاة: يتم تعريفها على أنها فقدان الحافز والاهتمام بما هو جديد.

ألوجيا او تفكير فقير: هو النقص في إنتاج الكلام أو محتواه الذي يعكس فقر في التفكير. ينتج عنه إجابات قصيرة على الأسئلة المطروحة وتقليل كمي للكلام التلقائي.

الأنيدنيا/انعدام اللذة: هو انخفاض القدرة على الشعور بالمتعة من المنبه الإيجابي.

تبدد الشخصية: هو فقدان الشعور بالذات والذي غالبًا ما يكون مصحوبًا بالقلق. لدى المصاب بالفصام انطباع بأن جسده منفصل عن شخصيته، أو أن أطرافه يمكن أن تنفصل.

- **مهارات اجتماعية:**

في عام 1993، قدمت منظمة الصحة العالمية (OMS, 1993) المفهوم وأشارت، أولاً وقبل كل شيء، إلى الكفاءة النفسية والاجتماعية العالمية وعرفتها على أنها: "قدرة الشخص على الاستجابة بفعالية لمتطلبات وتجارب الحياة اليومية. وأنها قدرة الشخص على الحفاظ على حالة الرفاهية الذاتية التي تمكنه من تبني السلوك المناسب والإيجابي عند التفاعل مع الآخرين ومع ثقافتهم ومع بيئتهم.

تلعب المهارات الاجتماعية دورًا مهمًا في تعزيز الصحة من خلال القبول والرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية. يتم تعريفها عمومًا على أنها مهارة التعبير عن الذات اجتماعيًا بهدف تطوير العلاقات الشخصية. (منظمة الصحة العالمية، 1993).

تقترح منظمة الصحة العالمية تقسم المهارات الاجتماعية إلى عدة مهارات هي:

أ. كيفية حل المشكلات/ كيفية اتخاذ القرارات:

يساعد تعلم مهارة حل المشكلات على كيفية التعامل مع المشاكل الانية والاتية، بحيث تؤدي المشكلات الشخصية والتي تُترك بدون حل، إلى استمرار الإجهاد الذهني بمرور الوقت تصبح الإرهاق الجسدي. ان تعلم اتخاذ القرارات بشكل بناء وخاصة إذا تم اتخاذ القرارات بنشاط، من خلال تقييم الخيارات المتاحة وتأثيرات كل منها، يمكن أن يكون لها عواقب صحية إيجابية على الفرد.

ب. التفكير بشكل ابداعي / التفكير بشكل نقدي:

يساهم التفكير الإبداعي في اتخاذ القرار وحل المشكلات من خلال استكشاف البدائل الممكنة والعواقب المختلفة لأفعالنا أو ما رفضنا القيام به. تساعد هذه الخاصية على توسيع نظرة الشخص وعدم اكتفائه بتجاربه الخاصة، وبالتالي الحفاظ على المرونة العقلية. ان التفكير النقدي هو القدرة على تحليل المعلومات والخبرات بموضوعية. يساعد في التعرف على العوامل التي تؤثر على مواقف وسلوكيات الفرد وتقييمها.

ج. التواصل بشكل فعال/ مهارة العلاقات الشخصية:

ان التواصل الفعال يعني القدرة على التعبير عن الافكار والمشاعر شفهيًا وبشكل مناسب. مثل القدرة على التعبير عن الرغبات بشأن فعل ما أو طلب النصيحة عند الحاجة.

ان مهارات التواصل بشكل إيجابي مع الأشخاص الذين نلتقي بهم تعد القدرة على بدء العلاقات الودية والحفاظ عليها وإنهائها إذا تطلب الامر ذلك، والتي يمكن أن تكون

ذات أهمية كبيرة لرفاهيتنا الاجتماعية والعقلية. وكذلك أهمية الحفاظ على علاقات جيدة مع أفراد الأسرة الذين يمثلون مصدر دعم اجتماعي.

د. إدراك الذات/ التعاطف:

أن الفرد الذي يكون مدركًا لذاته نعني بها معرفة شخصيته ونقاط قوته وضعفه ورغباته ونفوره. تساعد هذه المهارة على التعرف على المواقف التي تسبب للفرد الضغط النفسي أو القلق، وكذا التواصل بشكل أفضل مع الآخرين، وفهم معنى مشاركة الآراء. إن التعاطف مع الآخرين يعني تخيل كيف يمكن أن تكون الحياة لشخص آخر في موقف مألوف. في الواقع، هذا الوضع في مكان الآخر يساعدنا على قبول اختلافات الآخرين وتحسين علاقاتنا الاجتماعية.

هـ. كيفية تنظيم مشاعر/ كيفية إدارة توتره:

يتطلب قدرة التعامل مع القلق قدرة التعرف على مصادره وتأثيراته ومعرفة كيفية التحكم في مستواه. يمكننا بعد ذلك اتخاذ إجراءات لتقليل مصادر التوتر، على سبيل المثال، عن طريق تعديل البيئة المادية أو نمط حياة. كما يمكن أيضًا تعلم الاسترخاء حتى لا تؤدي التوترات الناتجة عن القلق الذي لا مفر منه إلى مشاكل صحية.

للتعامل مع المشاعر، يجب التعرف اولا على كيفية التعرف على مشاعر الفرد الخاصة به ثم تعرف على مشاعر الآخرين. يجب أن يكون المرء على دراية بتأثيرها على السلوكيات ومعرفة ردود الفعل التي يجب استخدامها. يمكن أن يكون للمشاعر الشديدة مثل الغضب أو الحزن آثار سلبية على صحتنا إذا لم نتفاعل بشكل مناسب.

تمثل المهارات الاجتماعية أحد الأبعاد الثلاثة للأداء في المجتمع (FDC)، وبينت دراسة (Prouteau, 2009) إلى أن تدهور الاداء في المجتمع ونعني بها تدهور المهارات الاجتماعية والقدرات اللغوية، كثيرًا ما يسبق ظهور المرض الفصام وتوقع تطورًا أكثر حدة لمريض. يعكس الاداء في المجتمع القدرات الفرد على العيش بطريقة متكاملة وغير

مرضية في بيئته الاجتماعية. ففي الواقع ان مفهوم الاداء في المجتمع هو مفهوم متعدد الأبعاد وغير موجود في الكتب العلمية، نعني به كل من المهارات الاجتماعية والكفاءات اللغوية او اللفظية.

مهما كانت الأعراض التي يتم التعبير عنها، فإن مرضى الفصام يجدون صعوبة كبيرة في القيام بمهام الحياة اليومية، زيادة على ذلك فإن استقلاليتهم محدودة او منعدمة في بعض الاحيان. تفكيرهم غير واضح وعلاقاتهم مع الآخرين صعبة ويواجهون صعوبة في السيطرة على عواطفهم واتخاذ القرارات.

يقترح ريجيو 1986 نموذجًا تواصليًا للذكاء الاجتماعي، والذي يتم تصنيفه إلى 3 فئات من المهارات الأساسية ومجالين للتعبير.

اولا نجد التعبيرية، والتي تتعلق بنقل المعلومات في المواقف الشخصية. ثانيًا، لدينا حساسية، والتي تمثل استقبال المعلومات في المواقف الشخصية. وأخيرًا، لدينا التحكم الذي يسمح بتنظيم المعلومات في المواقف الشخصية**.** **(**Riggio, 1986**)**

تعمل هذه المهارات في مجالين، الأول هو التواصل اللفظي (أو الاجتماعي) والثاني هو التواصل غير اللفظي (أو العاطفي). يتيح الجمع بين هذه الفئات الثلاث وهذين المجالين تحديد ست مهارات اجتماعية أساسية.

اولا، التعبير العاطفي الذي يمثل القدرة على إيصال مشاعر المرء بطريقة غير لفظية. ثم لدينا التعبير الاجتماعي الذي يتم تعريفه على أنه مهارة التعبير اللفظي والقدرة على إشراك الآخرين في المحادثة. وكذا تمثل الحساسية العاطفية القدرة على تلقي وفك تشفير الاتصالات غير اللفظية الاتية من الآخرين. (دخيل بن عبد الله، 2014)

يسمح الوعي الاجتماعي بمراقبة وفك تشفير الاتصالات اللفظية للآخرين، في حين يتم تعريف التحكم العاطفي في كثير من الأحيان على أنه القدرة على مراقبة وتنظيم التعبير العاطفي غير اللفظي للفرد. أخيرًا، لدينا التحكم الاجتماعي، وهي القدرة التحكم في

الاتجاه ومحتوى التفاعل الاجتماعي، يسمح للفرد بأن يكون دبلوماسياً وفعالاً في علاقاته.(Riggio, 1986)

- **الخصائص السيكومترية:** يعرفها (اناستزي 2000) بأنّها "دلائل أو مؤشرات إحصائية عن مدى جودة المقياس وفقراته كما تتمثل في الصدق والثبات "
- **الصدق:** يعرفه تيغزة، (2008) على أنّه: "مفهوم موحد بحيث لا يتجزأ إلى أقسام، أو أنواع فهو يدل على مدى قدرة أو كفاية البينات والأدلة التي تم تجميعها على تعزيز عمليات تأويل درجات المقاييس وتفسيرها للأغراض أو الاستعمالات المنشودة.
- **الثبات:** يعرف الثبات حسب أنا ستازي Anastasi (1976) بأنّه: "اتساق درجات الاختبار ودقة نتائجه وتحررها من تأثير المصادفة عندما يطبق على مجموع محددة من الأفراد في ظروف مختلفة يفصل بينهما زمن، أو عند اختبار الأفراد أنفسهم بمجموعتين مختلفتين من الفقرات المتكافئة. ومعامل الثبات هو تقدير نسبة التباين الحقيقي إلى التباين الكلي للاختبار.

6. منهج الدراسة:

لقد تم إتباع المنهج الوصفي لتحليل معطيات الدراسة، باعتباره المنهج الملائم لطبيعة الدراسة الحالية.

7.الإطار الزماني والمكاني للدراسة:

امتدت الدراسة في الحدود الزمانية ما بين بداية الشهر جانفي 2021 الى أواخر الشهر مارس 2021. وأقيمت في الحدود المكاني بالمستشفى الجامعي "د.تيجاني دمارجي" تلمسان بمصلحة الطب العقلي.

8.كيفية اجراء الدراسة:

بعد تحديد المقاييس المراد استعمالها في الدراسة الحالية، والتحقق من إمكانية اجراء التربص الميداني في المستشفى الجامعي بتلمسان، اتجهنا الى مصلحة الطب العقلي وقمنا

بمقابلة الأطباء المختصين في الامراض العقلية الذين وتوضيح لهم اهداف الدراسة والعينة المستهدفة كما قمنا بعرض المقاييس المراد استخدامها مع المصابين بالفصام.

بعد ذلك قمنا بتوضيح معايير الاشتمال والاستبعاد للعينة، واستندنا الى الأطباء المختصين في الامراض العقلية لتحديد عينة الدراسة من خلال الاختبار العقلي، والذي يتم من خلاله اكتشاف الحالة العقلية للمرضى (مستقر أو غير مستقر) وعليه تم الشروع في تطبيق سلم تقييم المهارات الاجتماعية الخاص بمرضى الفصام في حالة مستقرة بهدف تقدير الخصائص السيكومترية.

9. كيفية اجراء الترجمة:

قمنا في الاول بالعمل على ترجمة النسخة الأصلية للمقياس من اللغة الإنجليزية الى اللغة العربية. ثم قدمنا المقياس باللغتين العربية والإنجليزية للعديد من الاساتذة من اهل الخبرة في قسم علم النفس، والبعض منهم رفضوا المشاركة في تصحيح المقياس؛ بينما استجاب آخرون لهذه الخطوة.

كما تم أخذ جميع النصائح والملاحظات المقدمة للمقياس بعين الاعتبار وفي النهاية قمنا بتصحيح وإعادة تصميم السلم بالشكل المناسب وعليه يتميز مقياس تقييم المهارات الاجتماعية ببنود موضوعية تقيس القصور من خلال تقييم السلوكيات اللفظية والغير اللفظية والتواصل والسلوكيات الاجتماعية. وفي التالي قمنا بتطبيق المقياس على الفصاميين بعد الحصول على موافقة الطبيب النفسي، وبدأنا الإجراءات الإحصائية.

10. خصائص عينة الدراسة:

انه من الضروري تقييم الخصائص السيكومترية بعد اجراء الترجمة لسلم تقييم المهارات الاجتماعية والذي تم ترجمته من اللغة الإنجليزية الى اللغة العربية بهدف التحقق من موثوقيته ومصداقيته والحصول على نسخة نهائية باللغة العربية المستهدفة للمقياس. وعليه قمنا بتطبيق السلم على عينة من 46 فصامي في حالة مستقرة، وقد تم

جمع العينة بالمستشفى الجامعي بتلمسان–CHU Tlemcen- بمصلحة الطب العقلي، بالاستناد الى الملفات الطبية قمنا بجمع المعطيات حول المرضى وحالتهم الانية، بحيث قام الأطباء المختصين في الامراض العقلية بتحديد حالتهم العقلية (مستقر، غير مستقر) خلال المقابلة، وبعد ذلك قمنا بتطبيق المقياس على كل فرد من افراد العينة، لتحقق إذا كان المقاييس يقيس ما بنية لقياسه.

- **معايير الاشتمال:**

تكون مجتمع الدراسة من المرضى الفصام في حالة مستقرة، ولقد تم تحديد العينة القصدية والتي تتوفر فيها الخصائص التالية:

– ان يكون المفحوص يتناول الادوية المضادة للذهان بشكل منتظم.

– ان يكون له ملف طبي يتوفر فيه المعطيات منها (التشخيص والعلاج ..).

– ان يكون واعي بمرضه.

– ان يقوم بنقد حالته السابقة والاعراض التي كان يعاني منها.

– اختفاء الاعراض الإيجابية منها (هلوسة، هذيان).

ويتم تحديد العينة وتعرف على الفصاميين الذين يتمتعون بهذه الخصائص من خلال المقابلة العيادية مع الطبيب المختص بالأمراض العقلية.

- **معايير الاستبعاد:**

الخصائص العينة التي لا تنطبق عليها الدراسة الحالية وهي كل المرضى الذين يعانون من الفصام وهم في حالة غير مستقرة او في حالة انتكاسة ولا يتناولون الادوية بشكل منتظم، ولديهم اضطرابات الذهانية الأخرى منها الفصام التشكيلي وثنائي القطب والفصام الوجداني والبارا نويا واكتئاب المزمن وما الى ذلك. وكل من الفصاميين الذين لايزالون يعانون من الاعراض الإيجابية منها الهلوسة والهذيان وهم غير واعيين

بمرضهم. كما ان دراستنا لا تنطبق على الافراد الذين لا تتوفر في ملفهم الطبي المعطيات المطلوبة في دراستنا.

وعليه تكونت العينة من 46 فصامي في حالة مستقرة والذين يمثلون المجتمع الأصلي. أظهرت بياناتنا الديموغرافية أنه من بين 46 مريضًا فصاميا، 20٪ إناث و80٪ ذكور من إجمالي 100٪. يتراوح العمر بين 60-40 سنة لـــ 21 مريضاً بنسبة 45.6٪، وما بين 40-20 سنة لـــ 25 مريضاً بنسبة 54.3٪.

الجدول الرقم 1: توزيع العينة حسب الجنس والعمر.

/	المتوسط	نسبة المئوية	المجموع
الاناث	20%	10	100%
الذكور	80%	36	
1980-1960	45.6%	21	100%
2000-1980	54.3%	25	

أجاب المشاركون على مجموعة من الأسئلة تخص تاريخ الميلاد وتاريخ بداية المرض والجنس، قمنا بتدوين الإجابات المقياس على ورقة التي تحتوي على النسخة العربية لمقياس تقييم المهارات الاجتماعية للفصام.

11. سلم تقييم الإعاقة الهندي "IDEAS":

تم تطوير المقياس من قبل أعضاء فريق PRS "خدمات إعادة التأهيل النفسي" وعلى وجه الخصوص لجنة إعادة التأهيل التابعة لجمعية الطب النفسي الهندية (IPS) من خلال مجموعة عمل والتي تم نشرها لاحقًا في مجلة رسمية في عام 2006، تم بناء المقياس للبحث عن قصور المهارات الاجتماعية لدى المرضى الاستشفائيين ومرضى الخارجيين. تم اختيار العناصر بناءً على مراجع الأدبيات الخاصة بالعجز في المهارات والقدرات الاجتماعية لدى الأشخاص المصابين بمرض عقلي حاد.

مكونات المقياس

يتكون مقياس تقييم المهارات الاجتماعية من 20 بندا، مجمعة في ثلاثة مجالات رئيسية: يتكون البعد الاول بعنوان السلوك والتواصل غير اللفظي من 4 بنود، ويهدف هذا البعد الى قياس التواصل الغير اللفظي للمفحوص ونعني به نقل المعلومات من خلال استخدام لغة الجسد بما في ذلك التواصل البصري وتعبيرات الوجه والإيماءات وغير ذلك، ويعتمد التواصل غير اللفظي على رؤية وتحليل الحركات الجسدية، وكذا الحفاظ على المسافة بين الأشخاص خلال الحوار. اما البعد الثاني بعنوان التواصل اللفظي يتكون من 6 بنود تهدف الى قياس مهارات اللغوية بما فيها نقل الرسالة والاستماع والتناوب في المحادثة واستعمال اللغة بشكل واضح. وأخيرا يتكون البعد الثالث بعنوان السلوك الاجتماعي من 10 بنود تهدف الى قياس السلوك المفحوص داخل المجتمع وذلك من خلال قدرته على فهم المواقف وتغيير السلوك حسب الموقف واستخدام الاخلاق وقدرة الانخراط في الجماعة وتعبير عن مشارعه ومشاركة خبراته اليومية مع الاخرين. (Bhola & al, 2016)

شرح إضافي للعناصر محددة

على الرغم من أن معظم العناصر لا تحتاج إلى مزيد من التوضيح والوصف، إلا أنه يجب إضافة بعض التوضيحات لتسعة بنود لتسهيل وفهم أفضل لكل بند مراد قياسه.

1. تشير *'المسافة بين الأشخاص'* الوارد في البند الرقم 4 إلى قدرة المريض للحفاظ على مسافة كافية أثناء التفاعل أو التواصل مع الآخرين. يتضمن أيضًا القدرة على فهم واحترام حدود العلاقات الشخصية "أثناء العمل أو التفاعل". بحيث عدم كفاية من هذه المهارة سوف تنعكس من حيث التطفل السلوك، أن تكون قريبًا جدًا أو بعيدًا جدًا أثناء صنعه محادثة مع الآخرين.

2. يشير البند الرقم 8 إلى معرفة واستخدام "الدور" في إجراء محادثة ثنائية أو مع مجموعة من الناس، أي القدرة على انتظار دور الفرد للتواصل دون التدخل في محادثة أو إهمال ردود الأفراد الآخرين أثناء التواصل.

3. يشير بند الرقم 9 "إيصال الرسالة بشكل هادف" إلى القدرة على التعبير عما ينوي المرء تصريح به (مع الأخذ بعين الاعتبار أن المريض يمكنه القيام بذلك). يتضمن استخدام جمل كاملة ذات مغزى لنقل رسالة، بدلاً من استخدام كلمات بسيطة و/أو الإيماءات.

4. يشير البند الرقم 11 إلى معرفة وفهم لما يشكل مواقف رسمية وغير رسمية. تشمل المواقف الرسمية مثل مكان العمل أو الوظيفة الاجتماعية أو الدينية. الحالات غير الرسمية هي تلك التي تشمل في الغالب التفاعل مع الأقران؛ تتكون من الأنشطة مثل اللعب والأكل وما إلى ذلك.

5. يشير البند الرقم 12 إلى القدرة على تنظيم السلوك حسب المواقف المختلفة. ينطوي على فهم أنه يجب على المرء أن يطيع القواعد وان يكون منضبطًا وان يظهر الاحترام والعمل المتقن والتواصل ودي في وضع رسمي؛ ومن ناحية أخرى يكون قادر على اللعب وتبادل الخبرات والتواصل بحرية في المواقف غير الرسمية.

6. يشير البند الرقم 13 والذي يشمل معرفة الأخلاق المناسبة الى فهم واستخدام القواعد الأساسية للـــمجاملة، مثل: استخدام "من فضلك"، "آسف"، "شكرًا لك"، "عفوا"، إلخ في التواصل اليومي والسلوك.

7. يشير البند الرقم 14 إلى القدرة على اللعب مع الأقران، العمل بشكل ودي أو الانخراط في أنشطة مع مجموعة من أفراد آخرين.

8. يشير البند الرقم 15 إلى استخدام كلمات الاحترام مع شخصيات ذات سلطة في محادثة، ومخاطبة أقرانهم بشكل مناسب أثناء التواصل معهم. كذلك يتضمن فهم ما هو غير مناسب، مثل: اللغة المسيئة والتسمية والامتناع من استخدام مثل هذه اللغة.

9. يشير البند الرقم 17 إلى القدرة على مشاركة تجارب المرء اليومية، مثل: كيفية قضاء اليوم، والأنشطة التي شارك فيها المرء، والأحداث العامة لليوم وما إلى ذلك.

10. يشير البند الرقم 20 إلى القدرة على الفهم وجهة نظر ومشاعر الآخرين. على سبيل المثال، فهم أن الانخراط في سلوكيات مثل مضايقة الآخرين والتعبير عن الغضب لفظيًا أو جسديًا، إلخ، غير سارة بالنسبة للفرد الذي يتعرض لنفس الشيء ومن شأنه أن يزعجه ويؤذيه. ويشمل أيضًا القدرة على فهم مشاعر واحتياجات شخص آخر والاستجابة لها بشكل مناسب، على سبيل المثال: إذا كان مقدم الرعاية ليس على ما يرام.

كما يمكن للأخصائي النفساني وبعد الانتهاء من تطبيق سلم تقييم المهارات الاجتماعية القيام بطرح الاسئلة اضافية التالية حتى يتضح قصور المهارات الاجتماعية التي يعاني منها المفحوص.

س 1. هل يؤشر المريض حاجته إلى التدريب في مجال المهارات الاجتماعية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي المجالات المرتبطة بالمهارات الاجتماعية التي يريد الفرد العمل عليها؟

س 2. هل الوالد او مقدم الرعاية يعتقد أن المريض بحاجة إلى التدريب على المهارات الاجتماعية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي المجالات المهارات الاجتماعية التي يعتقدون أنه يجب العمل عليه؟

س 3. الرجاء التعليق على شخصية المريض قبل مرضه.

س 4. هل يمكن أن يكون النقص الملحوظ في المهارات الاجتماعية (إن وجد) يعزى إلى ما يلي؟ يرجى الوصف:

(1) استمرار الاعراض عند المريض: (2) القلق الاجتماعي (3) الآثار الجانبية لأي دواء (4) فُرص محدودة من أجل التفاعل الاجتماعي.

س 5. علق على التناقضات في حالة السلوك المريض (إن وجد):

(1) الاختلافات في المعلومات حول المهارات الاجتماعية للمريض عبر مخبرين مختلفين:

(2) الاختلافات في المعلومات حول المهارات الاجتماعية للمريض عبر المواقف المختلفة (على سبيل المثال في المنزل مقابل في المناسبات الاجتماعية، مع الذكور مقابل الإناث، مع أقرانهم مقابل شخصيات ذات سلطة)

12. كيفية تصحيح المقياس

يتم إجراء التقييمات بناءً على معلومات المقدمة من طرف فريق العلاج النفسي، والملاحظات والمقابلات مع المريض أو من قبل مقدمي الرعاية خلال الجلسة. وعليه يجيب المفحوص على كل بنود المقياس بـــ "نعم ينطبق" أو "لا ينطبق"، وعليه يتحصل كل من (1 = نعم ينطبق، 0 = لا ينطق). هذا المقياس المختصر المكون من خمس نقاط يتراوح من 0 = لا يوجد إعاقة إلى 4 = عجز عميق. يتم استخدامه لقياس الإعاقة على وجه التحديد للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية مزمنة في أربعة مجالات: الرعاية الذاتية والأنشطة الشخصية والتواصل والفهم والعمل.

يتم احتساب درجة الاجمالية للإعاقة بإضافة "درجة العجز الكلي" ومدة المرض (تعطى درجة 1 إذا كان المريض تم تشخيصه منذ أقل من سنتين، وتعطى الدرجة 2 إذا تم تشخيص المريض منذ سنتين الى خمس سنوات، وتعطى الدرجة 3 إذا تم تشخيص المريض منذ 5 الى 10 سنوات، وتعطى الدرجة 4 إذا تم تشخيص المريض منذ أكثر من 10 سنوات فما فوق). يتم تفسير الدرجة الاجمالية للإعاقة بين 1 و7 يقابل "إعاقة خفيفة"،

والدرجة 8-13 تقابل "إعاقة متوسطة"، درجة بين 14 و19 يقابل "إعاقة حادة"، ودرجة 20 تقابل "إعاقة عميقة".

13. نتائج الدراسة:

1.13 الثبات:

حساب ثبات الفقرات:

جدول رقم 2 يمثل معامل ألفاكرونباخ ومعامل التجزئة النصفية للمقياس

الفقرات	معامل ألفاكرونباخ	معامل التجزئة النصفية
20	0.8	0.8

نلاحظ من خلال الجدول ان المعامل ألفاكرونباخ (0.8) ومعامل التجزئة النصفية مقدر بـــــــ (0.8) ومنه فان كلا المعاملين أكبر من (0.6) اذن نستنتج ان فقرات المقياس ثابتة.

حساب ثبات الابعاد:

جدول الرقم 3 يمثل معامل ألفاكرونباخ لحساب ثبات ابعاد المقياس.

ابعاد المقياس	معامل ألفاكرونباخ
3	0.8

نلاحظ من خلال الجدول ان المعامل ألفاكرونباخ (0.8) أكبر من (0.6) اذن نستنتج ان ابعاد المقياس ثابتة.

تبين من خلال النتائج المذكورة أعلاه، ان المقياس ثابت من خلال حساب معامل ثبات الفقرات وثبات الابعاد، ان معامل الفاكرومباخ 0.8 ومعامل التجزئة النصفية 0.8، مما ينين لنا ثبات مقياس تقييم المهارات الاجتماعية وانه يتمتع بمستوى جيد من الثبات.

2.13 حساب صدق:

حساب صدق الاتساق الداخلي:

جدول الرقم 4 يمثل معامل الارتباط بين فقرات والمقياس ككل.

الفقرات	معامل الارتباط
1	0.4**
2	0.7**
3	0.7**
4	0.6**
5	0.7**
6	0.7**
7	--
8	0.3*
9	0.4*
10	0.3*
11	0.7*
12	0.3*
13	0.7**
14	0.1
15	0.5**
16	0.5**
17	---
18	0.05
19	0.6**
20	0.6**

نلاحظ من خلال جدول الرقم 3 ان معامل الارتباط محصور بين (0.3، 0.7) بالاستثناء العبارات التالية (7، 14، 17، 18)، فنستنتج ان المقياس صادق.

جدول الرقم 5 يمثل معامل الارتباط بين ابعاد مع المقياس ككل.

الابعاد	معامل الارتباط
1	0.8^{**}
2	0.8^{**}
3	0.9^{**}

نلاحظ من خلال جدول الرقم 4 ان معامل الارتباط محصور بين (0.8، 0.9) ومنه فأبعاد المقياس صادقة في ارتباطها مع المقياس ككل.

جدول الرقم 6 يمثل معامل الارتباط الفقرات (1، 2، 3، 4) مع البعد الأول للمقياس الذي تنتمي اليه.

عدد الفقرات	معامل الارتباط
1	0.6^{**}
2	0.8^{**}
3	0.7^{**}
4	0.7^{**}

نلاحظ من خلال جدول الرقم 5 ان معامل الارتباط محصورة (0.6، 0.9) فنستنتج ان البعد الأول صادق من خلال ارتباط الفقرات مع البعد الذي تنتمي اليه.

جدول الرقم 7 يمثل معامل الارتباط الفقرات (5، 6، 7، 8، 9، 10) مع البعد الثاني الذي تنتمي اليه.

الفقرات	معامل الارتباط
5	0.7^{**}
6	0.8^{**}
7	- - -
8	0.4^{**}
9	0.5^{**}
10	0.3^{**}

نلاحظ من خلال جدول الرقم 6 ان معامل الارتباط محصور بين (0.3، 0.8) فنستنتج ان البعد الثاني صادق من خلال ارتباط الفقرات مع البعد الذي تنتمي اليه.

جدول الرقم 8 يمثل معامل الارتباط الفقرات (11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20) مع البعد الثالث الذي تنتمي اليه.

الفقرات	معامل الارتباط
11	0.3^{**}
12	0.4^{**}
13	0.7^{**}
14	0.2
15	0.5^{**}
16	0.5^{**}
17	--
18	0.1
19	0.5^{**}
20	0.6^{**}

نلاحظ من خلال جدول الرقم 7 معامل الارتباط محصور بين (0.3، 0.7) باستثناء الفقرات (14، 17، 18) فنستنتج ان البعد الثالث صادق من خلال ارتباط الفقرات مع البعد الذي تنتمي اليه.

حساب صدق التمييزي:

جدول الرقم 9 يمثل صدق التمييزي.

صدق التمييزي	العينة	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	DF	T	Sig	مستوى الدلالة
الدنيا	12	8.9	2.06	22	13.6	0.00	دالة احصائيا
العليا	12	18.17	1.115				

نلاحظ من خلال جدول الرقم 8 ت المحسوبة مقدرة بـــــ 13.6 عند مستوى الدلالة 0.00 أصغر من مستوى الدلالة 0.01 اذن يوجد فرق بين الدنيا والعليا ومنه نستنتج ان المقياس صادق عن طريق المقارنة الطرفية.

تبين من خلال النتائج التي توصلنا اليها في دراستنا الحالية ان مقياس تقييم المهارات الاجتماعية للفصام يتميز بصدق الاتساق الداخلي مقبول تحت مستوى ارتباط

الفقرات بالمقياس ككل (0.3،0.7)، ومستوى ارتباط الابعاد بالمقياس ككل هو (0.8،0.9)، وكذا ارتباط الفقرات مع كل بعد الذي تنتمي اليه بحيث تتراوح القيم بين (0.9، 0.7،0.8) وهي قيم مقبولة ومؤشر دالة على صلاحية المقياس للتطبيق.

وعلى ضوء كل النتائج المذكورة أعلاه، تبين ان مستوى الخصائص السيكومترية للمقياس من حيث الصدق والثبات مناسبة وعليه يمكن استخدام المقياس في الممارسة العيادية على بيئة جزائرية.

تتفق نتائج الدراسة الحالية الى حد ما مع دراسة (Bhola.& al, 2016) والتي اعدت لنفس الغرض، بحيث استهدفت الى التحقق من الخصائص السيكومترية لسلم فحص وتقييم الإعاقة الهندي على عينة من الذهانيين المريكيين، تكونت العينة من مجموعة من الفصاميين ومرضى ثنائي القطب والفصام العاطفي، فاستنتجت الباحثة من خلال تطبيقها للمقياس على عينة الدراسة انه يستمتع بخصائص سيكومترية مرضية، ويسهل استعماله في الممارسة الاكينيكية في كونه مقياس مختصر على عكس المقاييس الاخرى ويساعد المختصين من حيث الوقت والجهد والتكلفة.

14. الخاتمة:

قمنا في الدراسة الحالية بالتحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس تقييم المهارات الاجتماعية على بيئة جزائرية، والذي قمنا بتطبيقه على عينة مكونة من 46 فصامي في حالة مستقرة والذي تبين من خلال النتائج انه يتمتع بخصائص سيكومترية مرضية وبالتالي امكانية استعماله في الممارسة العيادية.

لقد أتاح تطور الأفكار والتمثيلات مؤخرًا تغيير المنظور حول مكان الخلل الوظيفي الاجتماعي في مرض الفصام. بفضل النتائج التي تم الحصول عليها من خلال الدراسات حول المهارات الاجتماعية في مرض الفصام، فمن المهم الآن تقييمها من أجل تركيز على

هذا العجز الذي يعاني منه كل مريض وبدء تدريب أو برنامج علاجي حول المهارات الاجتماعية.

فإن نقص المهارات الاجتماعية للأشخاص الذين يعانون من اضطراب الفصام سيزيد من معدل الانتكاس، وتفاقم المرض لدى يعد اساسي تقييم هذه المهارات الاجتماعية.

15.التوصيات:

إذن وفي ضوء ما سبق، فإننا نعتقد بأهمية إجراء المزيد من الدراسات المستقبلية العيادية المتعمقة، التي يمكن أن تتناول الموضوع من كافة جوانبه يمكن من خلالها الخروج باستنتاجات قابلة للتعميم والتطبيق. من جانب آخر فلقد كشفت مراجعة الدراسات السابقة والتراث النفسي عن الكثير من المحاولات والمجهودات التي تعكس الاهتمام المتزايد بمشكلة نقص المهارات الاجتماعية عند الفصاميين المزمنين والتي ركزت على مزج ودمج التدخلات النفسية والاجتماعية في منظومة خدمات علاجية أكبر كالعلاجات المجتمعية والمعرفية والسلوكية خاصة، تلك البرامج التي تهتم بالتدريب على المهارات الاجتماعية حيث أظهرت دراسات إكلينيكية عدة جدواها وفاعليتها مع حالات الفصام المزمن.

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة الفرنسية

Bellak.A & al. (1997). Social skills Trainin for schizophrenia: A step-by-step Guide. *New York-Guilford Press*.

Dimitri.P & al. (2004). Psychosocial Functioning on The Independent living skills survey in Older Patients with schizophrenia. . *Schizophrenia Research*, 307-316.

Haouzir.S & Bernoussi.A. (2020). *les schizophrénies : de la naissance de concept au avancées neuroscientifique.* paris: Dunod.

Hargie.o & McCartan.P. (1989). Social skills training and Psychiatric Nursing. *London-Croon Helm.*

Ihnen.G & al. (1998). Social Perception and Social Skill in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 275-286.

Jackson.H & al. (1989). Negative Symptoms and Social Skills Performance in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 457-463.

Mcdonald.E & al. (1998). Social Skill as a determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia. . *Schizophrenia Research*, 975-286.

OMS. (1993). *Les compétences psychosociales* . France .

Patterson.T & al. (1997). Self-Reported Social Functioning among older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 199-210.

Patterson.T & al. (2001). Social Skills Performance assessment among older patients with schizophrenia. . *Schizophrenia Research*.

Penn.D & al. (1995). Information Processing and social competence in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 269-281.

Penn.D & al. (2000). Interpersonal factors contributing to the stigmativeness and symptoms. . *Schizophrenia Research*, 37-45.

Prouteau.A & al. (2004). The crucial role of sustaained attention in community functiongin out patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 129.

قائمة المراجع باللغة العربية:

طريف.ش.م.ف .(2003) .*المهارات الاجتماعية والاتصالية. دراسات وبحوث نفسية.*

الغباشي.س و محمود.أ .(2017) .*فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من المراهقين المرتفعين في سمات النمط الفصامي* .القاهرة :مجلة الدراسات العربية.

بدوي.أ.ز .(1982) .معجم *مصطلحات العلوم الاجتماعية* .بيروت :مكتبة لبنان.

خليفة.ع.ل .(2006) .*قائمة المهارات الاجتماعية* .القاهرة: https://www.noor-book.com

دخيل بن عبد الله.د .(2014) .*المهارات الاجتماعية :المفهوم والوحدات والمحددات* .المملكة العربية السعودية :الرياض :العبيكان. Récupéré sur https://arabpsychology.com/kb/pdf .

كروم.م .(2017) .*البنية العاملية لاختبار المهارات الاجتماعية وعلاقتها ببعض متغيرات الدراسة. أطروحة دكتوراه.* جامعة وهران.

منظمة الصحة العالمية .(2001) .*تقرير حول الصحة في العالم* .سويسرا، جنيف.

الملحق الرقم 1

مقياس تقييم المهارات الاجتماعية عند الفصام

التعليمة:

يرجى قراءة العناصر التالية بعناية وتقييم كل منها عن طريق وضع علامة في العمود المناسب. ثم توفير معلومات إضافية عن العناصر المميزة بعلامة*. قد تستند التقييمات الى ملاحظتك الخاصة ومقابلة مع العميل ومقدمي الرعاية، بيانات الحالة من الملف وغيرها من مصادر المعلومات الإضافية.

عدد	البنود	تنطبق	لا تنطبق
	أ – السلوك غير اللفظي والتواصل		
1	الهيئة والمظهر		
2	القدرة على بدأ التواصل البصري والمحافظة عليه		
3	القدرة على استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجه		
4	القدرة على الحفاظ على المسافة في العلاقات الشخصية*		
	ب ـ التواصل اللفظي		
5	القدرة على تحية الآخرين بشكل مناسب*		
6	القدرة على بدء الحوار		
7	القدرة على الاستماع إلى محادثة		
8	القدرة على التناوب في المحادثة*		
9	القدرة على إيصال الرسالة بشكل هادف*		
10	الكلام اللغوي (الوضوح، الجهارة والنبرة وما إلى ذلك)		
	ج ـ السلوك الاجتماعي		
11	فهم المواقف الاجتماعية-الرسمية وغير الرسمية*		
12	القدرة على تكييف السلوك حسب الحالة (رسمية وغير رسمية)		
13	الاستخدام المناسب للمعرفة والأخلاق*		
14	القدرة على الانخراط في الأنشطة مع الآخرين*		
15	القدرة على استخدام لغة المناسبة*		
16	القدرة على الاستمرار في المحادثة/التفاعل		
17	القدرة على التعبير/ومشاركة تجربة واحد عن اليوم*		
18	القدرة على التعبير عن الانفعالات ومشاركتها		
19	القدرة على مساعدة الآخرين بمحض ارادته		
20	القدرة على التعاطف مع الآخرين وفهم وجهة نظرهم*		