Dirasat: Human and Social Sciences, Volume 52, No. 4, 2025, 7495

Deanship of Scientific Research

Enhancing Social Intelligence among Schizophrenia Patients at Maamoura Psychiatric Hospital: Evaluating the Effectiveness of a Recreational Program

***Saad Fathallah Elalem*[1], *Eman Abdelaziz Abdelwahab*[2], *Mohamed Amjad Ali*[3], *Shaymaa Abdelnaby AbdElhafez*[4]**

[1]College of Physical Education and Sports Sciences, Al-Mustaqbal University, Babylon, Iraq; Department of Athletics, Faculty of Physical Education for Men, Alexandria University, Egypt

[2] College of Physical Education and Sports Sciences, Al-Mustaqbal University, Babylon, Iraq; Department of Recreation, Faculty of Physical Education for Girls, Alexandria University, Egypt

[3] College of Physical Education and Sports Sciences, Al-Mustaqbal University, Babylon, Iraq

[4]Department of Health Sciences, Faculty of Physical Education for Girls, Alexandria University, Egypt

Received: 25/4/2024
Revised: 3/5/2024
Accepted: 15/5/2024
Published online: 10/3/2025

* *Corresponding author:*
saad.elalem@uomus.edu.iq

Citation: Elalem, S. F., Abdelwahab, E. A., Ali, M. A., & AbdElhafez, S. A. (2025). Enhancing Social Intelligence among Schizophrenia Patients at Maamoura Psychiatric Hospital: Evaluating the Effectiveness of a Recreational Program . *Dirasat: Human and Social Sciences*, *52*(4), 7495.
https://doi.org/10.35516/hum.v52i4.7495

© 2025 DSR Publishers/ The University of Jordan.

This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC) license https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Abstract

Objectives: The study aimed to investigate the effectiveness of a recreational program in enhancing the social intelligence of schizophrenia patients at Al-Maamoura Psychiatric Hospital.

Methodology: The study employed an experimental approach, with a sample of 30 schizophrenia patients at Al-Maamoura Psychiatric Hospital in Egypt. This sample was divided into two groups: 10 cases for the exploratory study and 20 cases for the main study. Within the main study group, 10 cases were assigned to the experimental group (participating in the recreational program), while the remaining 10 comprised the control group. The researchers designed a social intelligence scale to collect data before and after the implementation of the recreational program, which spanned two months and included 16 therapeutic recreational sessions.

Results: The study revealed that engaging in recreational activities resulted in a higher level of social intelligence among schizophrenia patients. This was evidenced by improvements in various dimensions of social intelligence: social empathy (73.01%), social self-efficacy (66.81%), social problem solving (65.45%), social information processing (44.65%), social skills (31.30%), and social awareness (30.96%) among the schizophrenia patients.

Conclusions: Based on the results, the study recommends the incorporation of recreational therapy programs into the treatment and rehabilitation protocols for schizophrenia patients in healthcare facilities. Hence, efforts should be made to equip government hospitals and rehabilitation centers with the necessary resources, tools, devices, and recreational facilities.

Keywords: Recreation, social intelligence level, schizophrenia patients.

فاعلية برنامج ترويحي فى تعزيز مستوى الذكاء الاجتماعي لدى مرضى الفصام بمستشفى المعمورة للطب النفسي

***سعد فتح الله العالم*[1*]، إيمان عبد العزيز عبد الوهاب[2]، محمد أمجد على[3]، شيماء عبد النبى عبد الحفيظ[4]**

[1]كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة، جامعة المستقبل، بابل، العراق؛ قسم ألعاب القوى، كلية التربية الرياضية للبنين، جامعة الإسكندرية، مصر.

[2]كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة، جامعة المستقبل، بابل، العراق؛ قسم الترويح، كلية التربية الرياضية للبنات، جامعة الإسكندرية، مصر.

[3]كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة، جامعة المستقبل، بابل، العراق.

[4]قسم العلوم الصحية، كلية التربية الرياضية للبنات، جامعة الإسكندرية، مصر.

ملخّص

الأهداف: تهدف الدراسة إلى الكشف عن فاعلية البرنامج الترويحى فى تعزيز مستوى الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام بمستشفى المعمورة للطب النفسى.

المنهجية: استخدمت الدراسة المنهج التجريبى، وتكونت العينة من (30) حالة من مرضى الفصام بمستشفى المعمورة للطب النفسى بجمهورية مصر العربية حيث تم تقسيمهم إلى (10) حالات للدراسة الاستطلاعية و(20) حالة للدراسة الأساسية بواقع (10) حالات للمجموعة التجريبية (يطبق عليهم البرنامج الترويحى)، و(10) حالات للمجموعة الضابطة، وتم استخدام مقياس الذكاء الاجتماعى من إعداد الباحثين فى جمع البيانات قبل وبعد تطبيق البرنامج الترويحى على مدار شهرين بواقع 16 جلسة ترويحية علاجية.

النتائج: أظهرت الدراسة أن البرنامج الترويحى أدى إلى تعزيز مستوى الذكاء الاجتماعى لدى مرضى الفصام وذلك من خلال تحسين أبعاد الذكاء الاجتماعى: التعاطف الاجتماعى بنسبة (73.01%) وفعالية الذات الاجتماعية بنسبة (66.81%) وحل المشكلات الاجتماعية بنسبة (65.45%) ومعالجة المعلومات الاجتماعية بنسبة (44.65%) والمهارات الاجتماعية بنسبة (31.30%) والوعى الاجتماعى بنسبة (30.96%) لمرضى الفصام.

الخلاصة: فى ضوء النتائج توصى الدراسة بضرورة تطبيق برامج الترويح العلاجى على مرضى الفصام بمراكز علاج وتأهيل مرضى الفصام، والعمل على توفير الإمكانات والأدوات والأجهزة ووسائل الترويح فى المراكز الحكومية ومراكز تأهيل المرضى.

الكلمات الدالة: الترويح، مستوى الذكاء الاجتماعى، مرضى الفصام.

المقدمة:

فى العصر الحديث تشكل الضغوط النفسية والاجتماعية عوامل مؤثرة في ظهور العديد من الأمراض النفسية والعقلية في المجتمعات، حيث يعاني الأفراد من تحديات متزايدة تتعلق بالضغوط النفسية التي تنشأ من العمل والعلاقات الشخصية والظروف المالية وضغوط الحياة اليومية، وتعزز هذه الضغوط الاجتماعية من مستويات التوتر والقلق والاكتئاب والعزلة الاجتماعية وصعوبة التواصل مع الآخرين، وإن فهم العلاقة بين الضغوط النفسية والاجتماعية وظهور الأمراض النفسية والعقلية يساعد في تطوير استراتيجيات فعالة للتعامل مع هذه التحديات مما يسهم في تحسين جودة حياة الأفراد.

وتشير دراسة (عبد السلام، 2001) إلى أن العصر الحديث بكل ما فيه من متغيرات وضغوط نفسية واقتصادية وتعقيدات الحياة الاجتماعية أدى الى ظهور العديد من الأمراض النفسية ويضيف (سرحان، 2000) أن من أهم الأمراض العصرية مرض الفصام الذى يلاقى اهتماما خاصا من العلماء لكونه أحد الأمراض النفسية الواسعة الانتشار فى المجتمعات حيث يؤثر على السلوك والعلاقات الاجتماعية.

ويوضح (نعيم ، 2006) أن الفصام مرض عقلى يظهر فى صورة اضطراب وعدم توافق بين الوظائف المختلفة للنفس البشرية (التفكير، الوجدان، السلوك) وتظهر الأعراض المرضية كخلل فى عملية التفكير والمشاعر وظهور أعراض حركية وسلوكية وخلل فى تفاعل الشخص مع من حوله حيث ينسحب من العالم الخارجى وينشغل بذاته ويعيش فى عالمه الخاص وهذه الأعراض تؤثر بشكل كبير على حياة الفرد والأسرة والمجتمع.

وتضيف (غازى، 2010) مع تقدم الأبحاث العلمية فى علم خلايا المخ فإن المعلومات عن سبب الفصام تتسع وتتطور باستمرار، ومن أهم الأسباب التى تؤدى لظهور الفصام هى أسباب عضوية وبيولوجية وأسباب نفسية واجتماعية.

ويشير (سرحان، 2000) إلى أن أسباب الفصام ترجع إلى عدد من العوامل التى تؤدى لبعض التغيرات فى الدماغ ومن أهمها (العوامل الوراثية، الحمل والولادة، المشاكل العائلية، أحداث الحياة، إساءة استعمال العقاقير والإدمان)، وعلاج الفصام متيسر برغم ما قد يمر به من صعوبات فى بداية العلاج، ويتم العلاج فى العيادات أو قد يتطلب الدخول لمستشفى متخصص حيث تبدأ المرحلة الأولى بالعلاج الطبى ثم الانتقال إلى مرحلة العلاج النفسى والاجتماعى لإعادة تأهيل المريض لممارسة حياته بصورة أقرب للوضع الطبيعى.

حيث يذكر فلابارلا وآخرون (Valaparla, V. et al, 2017) أن الدراسات تشير إلى أن الضعف في الإدراك الاجتماعي يمكن أن يظهر في مراحل مختلفة من مرضي الفصام، وقد تكون الأعراض النفسية المماثلة مصاحبة لهذا الضعف، ويلاحظ ارتفاع مستوى العجز في الإدراك الاجتماعي خلال فترة ظهور الأعراض النشطة للمرض، مثل الهلوسات أو الوهم حيث يمكن لهذه الأعراض أن تؤثر على قدرة المريض على التفاعل الاجتماعي بشكل صحيح.

ويؤكد كلٌّ من فيت وآخرون وكوتيور وآخرون (Fett, A. et al, 2011, Couture, S.et al, 2011) أن العجز المعرفي الاجتماعي يرتبط بشكل كبير بوظائف الحياة اليومية والمهنية للأشخاص المصابين بالفصام وانفصام الشخصية، فالأشخاص الذين يعانون من ضعف في الإدراك الاجتماعي قد يجدون صعوبة في القيام بالأنشطة اليومية بكفاءة ويمكن أن يواجهوا تحديات في العمل أو الدراسة أو التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، لذا فإن فهم ومعالجة العجز المعرفي الاجتماعي يمثل جزءًا مهمًا من إدارة مرضى الفصام، ويشمل ذلك تقديم الدعم اللازم لتحسين القدرات الاجتماعية والمهنية وتعزيز جودة حياتهم اليومية.

ويتطلب علاج مرضى الفصام نهجًا متعدد الأوجه يشمل العلاج الدوائى والعلاج النفسي والدعم الاجتماعي، حيث يوضح جرنجر (Granger B., 2003) أن مرض الفصام يمر بمراحل علاج تبدأ بالعلاج الدوائى الذى يهدف الى تقليص الأعراض الموجبة والسالبة، ويشير بوستيل (Postel J., Ed, 1998) إلى أن مرحلة العلاج النفسى لمرضى الفصام تهدف إلى السيطرة على القلق وأعراض الاكتئاب والعجز النفسى من خلال العلاجات التحليلية والسلوكية التى تعتمد على برامج تدريب لإعادة إدماج الفصامى فى المجتمع، ويضيف (بوخميس، 2014) أن العلاج الاجتماعى يهدف إلى تأهيل المريض من خلال مراكز المساعدة ومراكز ما بعد العلاج لمساعدة إدماج الفصامى مهنيا واجتماعيا مما يساعده على استغلال الإمكانيات النفسية لديه.

ويشير (فهمى، 2011) إلى أن إعادة التأهيل الاجتماعى لمرضى الفصام يتم وفق أهداف واضحة لتحقيق التوافق النفسى والاجتماعى لإكسابهم المهارات والخبرات التى تجعلهم يندمجون فى الحياة الاجتماعية، ويتم ذلك من خلال تنمية القدرة على إدراك العلاقات الاجتماعية وفهم الناس والتفاعل معهم مما يؤدى إلى التوافق الاجتماعى ونجاح الفرد فى حياته الاجتماعية وهو ما يسمى بالذكاء الاجتماعى.

وبالرغم من أن مرض الفصام قد يؤثر سلبًا على القدرة على التفاعل الاجتماعي للأشخاص إلا أنه ليس من الضروري أن يكون هناك تأثير دائم على الذكاء الاجتماعي، فالعديد من الأشخاص الذين يعانون من الفصام يظهرون مهارات اجتماعية جيدة وقدرة على التفاعل مع الآخرين، ويمكن تحسين قدراتهم الاجتماعية من خلال العلاج المناسب والدعم الاجتماعي والنفسى.

حيث يوضح مارلو (Marlowe , H, 1986) أن الذكاء الاجتماعى يرتبط بالعديد من القدرات العقلية للتعامل مع المحتوى الاجتماعى لفهم مشاعر وسلوكيات الآخرين فى المواقف الاجتماعية المختلفة والتعامل معهم وفق هذا الفهم من خلال مجموعة من المهارات التى تساعد الفرد على حل المشكلات الاجتماعية وتحقيق نواتج اجتماعية مفيدة.

ويشير وانج وآخرون (Wong, C. et al, 1995) إلى أن الذكاء الاجتماعى ينقسم إلى الجانب السلوكى (مدى فاعلية الفرد فى التفاعل مع الآخرين)

والجانب المعرفى (الإدراك والاستبصار والمعرفة الاجتماعية) ويتفق كل من رجيو وآخرون وسيلفيرا وآخرون (Riggio , R , et al, 1991; Silvera D., et al, 2001) على أن الذكاء الاجتماعى له العديد من المكونات مثل التعبير الاجتماعى، والحساسية الاجتماعية، والضبط الاجتماعى، معالجة المعلومات الاجتماعية، المهارات الاجتماعية، الوعى الاجتماعى، التعاطف الاجتماعى.

ويوضح يجتر(Yigiter K., 2013) أن الترويح يسهم فى تحقيق التوازن النفسى وتنمية العلاقات الاجتماعية من خلال ممارسة الأنشطة الترويحية التى توفر نمطا صحيا للحياة والتربية البدنية والعقلية وتأكيد الذات والتنمية الاجتماعية، ويمكن القول بأن الأنشطة الترويحية هي واحدة من المسببات الأكثر أهمية للنواحى النفسية والاجتماعية بسبب هيكلها الذي يحتوي على الاتصال والعلاقات الاجتماعية.

ويؤكد برندا وروبرسون (Brenda J, Robertson, 2000) أن الترويح والأنشطة الترويحية تُعدُّ حاجة ضرورية للصحة العقلية والبدنية وتساعد على التأهيل وتعليم مهارات الاتصال مع المجتمع وحل المشكلات النفسية والاجتماعية للأفراد المشتركين في الأنشطة وتعديل سلوكهم، وتوضح (كمال، 2016) أن الترويح غير قاصر على فئة معينة بل يمتد لتقديم الخدمات الترويحية للتدخل الإيجابى لتعديل نواحى السلوك البدنى أو الانفعالى أو الاجتماعى.

كما يشير (إبراهيم وفرحات، 1998) إلى أن الترويح له دور فى برامج علاج العديد من الأمراض النفسية ويساعد المرضى فى تكملة حياتهم فى صحة وعافية، والنشاط الترويحى عامل من عوامل العلاج والحماية ويخلق جوا أفضل للتمريض والرعاية الطبية وإرضاء المرضى، حيث يساعد الترويح المريض على الاستفادة من الفترة الطويلة التى يقضيها فى المستشفى لأن الأنشطة الترويحية التى يشارك فيها تسهم فى تنمية علاقات الصداقة الشخصية والاجتماعية وتزيد من قدرته على المشاركة الاجتماعية.

مشكلة الدراسة:

تنبع مشكلة الدراسة من زيادة انتشار مرض الفصام والذى يعتبر حالة نفسية تتسم بتشوهات في الفكر والإدراك والانفصال عن الواقع مما يؤثر على الشخص بشكل شديد، حيث يعتبر الفصام حالة معقدة ولها أسباب عديدة منها بعض العوامل النفسية والاجتماعية مثل التوتر الشديد.

ويرجع ذلك أيضاً إلى زيادة العزلة الاجتماعية التى زادت بشكل كبير بسبب متغيرات كثيرة قد تكون أسرية أو اجتماعية أو نفسية وساعد عليها أيضاً انتشار التكنولوجيا الحديثة من وسائل التواصل الاجتماعي والأنشطة الإلكترونية التى قد تؤدي أيضًا إلى الانغماس الاجتماعي والانعزال نتيجة للاستخدام بشكل مفرط.

ومريض الفصام يحتاج الى رعاية نفسية واجتماعية خاصة فى مرحلة التأهيل التى تتطلب تحسين النواحى النفسية والاجتماعية المختلفة للذكاء الاجتماعى التى تضعف بشكل كبير نتيجة لطول مدة المرض والإقامة فى المؤسسة العلاجية.

ومن خلال عمل الباحثين فى الإشراف الأكاديمى على طلبة التدريب الميدانى فى مستشفى المعمورة للطب النفسى بمحافظة الاسكندرية والتعامل المباشر مع المرضى النفسيين ومنهم فئة مرضى الفصام فإن العلاج الطبى يتطلب أن يعقبه تأهيل نفسى اجتماعى للمريض، وهذا الجانب لا يقل أهمية عن العلاج الطبى.

ومن هنا جاءت مشكلة البحث فى أهمية دور الترويح وممارسة الأنشطة الترويحية خلال فترة التأهيل الاجتماعى لتحسين الحالة النفسية والاجتماعية مما قد يعود على تعزيز الذكاء الاجتماعى لدى مرضى الفصام.

حيث يوضح (إبراهيم وفرحات، 1998) أن الترويح العلاجى يهدف إلى جعل الأفراد أكثر سعادة ورضا وتوافقا مع المجتمع ومساعدة المريض على التوافق مع حياة المستشفى ليكون أكثر تقبلا للعلاج وهذا يساعد المريض على تأكيد ذاته وزيادة الثقة بالنفس وزيادة القدرات الاجتماعية وسرعة الاندماج فى المجتمع، ويؤكد روبرت وكامبل (Robert J Campbell, 2009) أن خدمات الترويح العلاجية تساهم بنتيجة إيجابية للمرضى وتساعد فى تحسين الصحة النفسية وزيادة المهارات الاجتماعية والبدنية المختلفة.

وهذا ما دعا الباحثين إلى إجراء تلك الدراسة للتعرف على فعالية البرنامج الترويحى فى تحسين الذكاء الاجتماعى لدى مرضى الفصام مما يؤدى إلى سرعة الشفاء والعودة إلى الحالة الطبيعية والاستمتاع بالحياة.

الأهمية العلمية للدراسة:

تكمن الأهمية النظرية للدراسة فى كونها من الدراسات العربية القليلة التى تتناول تأهيل مرضى الفصام عن طريق البرامج الترويحية (الترويح العلاجى) التى لا يمكن الاستغناء عنها فى تأهيل العديد من الأمراض النفسية والاجتماعية فى المستشفيات ودور التأهيل.

فالمفهوم السائد لدى الكثيرين أن العلاج النفسى والعقلى يتطلب علاجا طبيا فقط وهذا مفهوم قاصر جدا، حيث إن دور التأهيل النفسى والاجتماعى لا يقل أهمية عن العلاج الدوائى وهذا يؤكد الأهمية العلمية لهذه الدراسة، حيث إن ممارسة الأنشطة الترويحية المناسبة للمرضى تساعد

فى تنمية النواحى النفسية والاجتماعية ومساعدة المرضى على تقبل العلاج والرعاية الصحية وممارسة حياتهم بشكل أفضل.

أما الأهمية التطبيقية فتكمن فى الاستفادة من نتائج هذه الدراسة فى تطبيق البرامج التاهيلية لمرضى الفصام والتى تعمل بجانب العلاج الدوائى على تحقيق التوازن النفسى والاجتماعى والرعاية الصحية ويمكن تطبيق النتائج فى العديد من المؤسسات الطبية المتخصصة التى تتعامل مع المرضى نظرا لسهولة تطبيق الانشطة الترويحية التى تناسب جميع الفئات والأعمار والحالات المرضية.

ومن خلال عرض المشكلة والأهمية العلمية للدراسة يسعى الباحثون فى هذه الدراسة إلى الإجابة على التساؤل الآتى:

- ما هو تأثير البرنامج الترويحى على تعزيز مستوى الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام بمستشفى المعمورة للطب النفسى؟

أهداف الدراسة:

- الكشف عن فاعلية البرنامج الترويحى فى تعزيز مستوى الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام بمستشفى المعمورة للطب النفسى.

مصطلحات الدراسة:

الترويح: كلمة الترويح بالإنجليزية Recreation تعنى التجديد والخلق والابتكار وهو رد فعل عاطفي، أو حالة نفسية وشعور يحسه الفرد قبل وأثناء وبعد ممارسته لنشاط ما إيجابياً كان أم سلبياً، يتم أثناء وقت فراغ الفرد ، حيث يكون مدفوعاً برغبة شخصية للإقبال على نشاط محدد نتيجة لحرية الاختيار وغرضه في حد ذاته. (إسماعيل وآخرون، 2012، عبد السلام، 2001)

ويعرف يجيتر وآخرون (Yiğiter, K. et al, 2011) الترويح أنه ممارسة الأنشطة الممتعة في أوقات الفراغ دون الالتزام مع أو بدون مجموعة في الأماكن المغلقة أو في الهواء الطلق مع أو بدون أداة، في مدينة أو خارج المدينة مع تنظيم أو دون وجود تنظيم.

الترويح العلاجى: هو مجال متخصص يستخدم الأنشطة الترويحية كوسيلة لتحسين الاحتياجات البدنية والعاطفية والنفسية والاجتماعية للأفراد ذوى الإعاقة أو المرضى من خلال برامج تحتوى على الأنشطة الهادفة (الرياضية، الاجتماعية، الثقافية، الفنية) لمساعدة الأفراد على تحقيق أهداف محددة تتعلق بسعادتهم والرضا عن الحياة. (Zabrinskie, R., et al 2005)

الذكاء الاجتماعي: هو القدرة على التنقل بفعالية في المواقف الاجتماعية وفهم الإشارات والتفاعل الاجتماعى بانسجام مع الآخرين، وينطوى الذكاء الاجتماعى على مهارات التعاطف، والتواصل، وحل النزاعات، والقدرة على بناء العلاقات والحفاظ عليها، والذكاء الاجتماعي هو عنصر أساسي في الذكاء العاطفي الاجتماعي ويشمل الوعي بمشاعر الآخرين واحتياجاتهم وإنشاء علاقات تعاونية بناءة والحفاظ عليها. (Bar-On, R., 2006)

مرض الفصام: هو اضطراب نفسي يتسم بتشوهات في التفكير والإدراك والسلوك مما يؤثر على القدرة على التفاعل الاجتماعي للشخص، وتظهر أعراض الفصام بشكل متنوع بما في ذلك الهلوسات والوهم واضطرابات الفكر والتفكير وتقلبات المزاج والتخلي عن الأنشطة الاجتماعية والانعزال الاجتماعي. (Shah, A., et al 2014)

تعريف مرض الفصام في دليل التشخيص والإحصاء الأمريكي DSM-5 هو "حالة مرضية مزمنة تتميز بانخفاض الوظائف العقلية، مثل الاعتقادات الخاطئة (الهلاوسيات) وتغيرات في الشخصية، وتضخم في الفكر (الافتقار العقلاني)، وتغيرات في الحركة، مثل الانحناءات والجمود" (Kocsis, R. N. 2013)

إجراءات الدراسة:

منهج الدراسة: استخدمت الدراسة المنهج التجريبى وذلك لملاءمته لطبيعة الدراسة.

مجتمع وعينة الدراسة:

يشمل مجتمع الدراسة مرضى الفصام بمحافظة الإسكندرية بجمهورية مصر العربية، أما عينة الدراسة تتكون من عدد (30) من مرضى الفصام بمستشفى المعمورة للطب النفسى، حيث تم تقسيمهم بواقع (10) حالات للدراسة الاستطلاعية (لإجراء المعاملات العلمية لمقياس الذكاء الاجتماعى قيد البحث) و(20) حالة للدراسة الأساسية و(10) حالات للمجموعة التجريبية (يطبق عليهم البرنامج الترويحى المقترح) و(10) حالات للمجموعة الضابطة يطبق عليهم البرنامج العلاجى الخاص بالمستشفى) وقد راعى الباحثون عند اختيار العينة موافقة إدارة المستشفى وأفراد العينة على الاشتراك فى البرنامج الترويحى بشكل طوعى.

أدوات جمع البيانات :-

اعتمد الباحثون مقياس الذكاء الاجتماعى وذلك بعد الاطلاع على الدراسات العلمية المرتبطة كدراسة (أبوهاشم، 2008) ودراسة سيلفيرا وآخرون (Silvera et al, 2001)حيث قام الباحثون ببناء مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام من خلال تحديد أبعاد المقياس ثم صياغة العبارات التى تندرج تحت كل بُعد بما يتناسب مع عينة الدراسة حتى التوصل إلى الصورة النهائية للمقياس والذى يتكون من (60) عبارة موزعة على (6) أبعاد وهى (معالجة المعلومات الاجتماعية، المهارات الاجتماعية، الوعى الاجتماعى، فعالية الذات الاجتماعية، التعاطف الاجتماعى، حل المشكلات الاجتماعية) **مرفق (1)**، وقد

تم تحديد طريقة الاجابة على عبارات المقياس وفقاً لتدرج ليكارت الخماسى (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا) والتى تقابل الدرجات (5، 4، 3، 2، 1).

وقد تم التأكد من المعاملات العلمية للمقياس من خلال حساب الصدق والثبات على عينة الدراسة الاستطلاعية وعددها (10) حالات من مرضى الفصام، وجاءت النتائج كالتالى:-

- **أولاً:- الصدق:** تم التأكد من صدق المقياس عن طريق صدق الاتساق الداخلى وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة العبارة ودرجة المحور الذى تندرج تحته وبين درجة البعد والدرجة الكلية لمقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام.

جدول (1) معامل الارتباط "ر" بين درجة العبارة والأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام (ن = 10)

ت العبارات	البعد الأول: معالجة المعلومات الاجتماعية	البعد الثانى: المهارات الاجتماعية	البعد الثالث: الوعى الاجتماعى	البعد الرابع: فعالية الذات الاجتماعية	البعد الخامس: التعاطف الاجتماعى	البعد السادس: حل المشكلات الاجتماعية
1	0.877**	0.862**	0.883**	0.954**	0.873**	0.962**
2	0.952**	0.709*	0.930**	0.938**	0.992**	0.995**
3	0.944**	00.659*	0.929**	0.963**	0.957**	0.962**
4	0.939**	0.737*	0.914**	0.942**	0.960**	0.953**
5	0.983**	0.889**	0.945**	0.802**	0.972**	0.953**
6	0.909**	0.915**	0.937**	0.931**	0.956**	0.967**
7	0.936**	0.929**	0.960**	0.938**	0.945**	0.966**
8	0.904**	0.927**	0.930**	0.983**	0.953**	0.966**
9	0.819**	0.927**	0.945**	0.942**	0.953**	0.966**
10	0.913**	0.927**	0.974**	0.983**	0.955**	0.963**
الدرجة الكلية	0.911**	0.987**	0.985**	0.956**	0.985**	0.940**

***معنوية "ر" الجدولية عند مستوى 0.05 = 0.632**

يتضح من جدول (1) وجود علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية فى قيمة معامل الارتباط " ر " بين درجة العبارة ودرجة البعد الذى تندرج تحته وبين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس حيث تراوحت قيمة معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية ما بين (0.911 : 0.987) وجميعها قيم معنوية مما يدل على الصدق في مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام قبل التطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

- **ثانياً: الثبات:** تم التأكد من ثبات المقياس عن طريق حساب معامل ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية في العبارت داخل أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام.

جدول (2) دلالة معامل الثبات في أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام (ن = 10)

ت	مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام	معامل الثبات	
		الفا لكرونباخ	التجزئة النصفية
1	البعد الأول: معالجة المعلومات الاجتماعية	0.973	0.992
2	البعد الثانى: المهارات الاجتماعية	0.941	0.907
3	البعد الثالث: الوعى الاجتماعى	0.983	0.987
4	البعد الرابع: فعالية الذات الاجتماعية	0.984	0.98
5	البعد الخامس: التعاطف الاجتماعى	0.988	0.986
6	البعد السادس: حل المشكلات الاجتماعية	0.989	0.988
الدرجة الكلية		**0.995**	**0.999**

يتضح من جدول (2) قيم معامل الثبات ألفا لكرونباخ في أبعاد المقياس حيث بلغت في جميع العبارات (0.995) وتراوحت في الأبعاد ما بين (0.941 : 0.989) وبلغت بالتجزئة النصفية (0.999) وتراوحت في الأبعاد ما بين (0.907 : 0.992) وهى قيم عالية أكبر من 0.7 مما يدل على الثبات في مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام قبل التطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

الدراسة الأساسية:

قام الباحثون بإجراء الدراسة الأساسية وذلك بتطبيق البرنامج الترويحى على عينة البحث الأساسية خلال الفترة من 1/ 2023/10 حتى 15/ 2023/12 وذلك وفقاً للخطوات التالية:-

القياس القبلى: تم إجراء القياس القبلى بتطبيق مقياس الذكاء الاجتماعى على عينة الدراسة الأساسية من مرضى الفصام وإجراء الضبط التجريبى من خلال تقسيم العينة على مجموعتين متكافئتين (التجريبية والضابطة) وذلك عن طريق توزيع العينة بطريقة الأزاوج المتناظرة حتى يتحقق التكافؤ بين المجموعتين في أبعاد الذكاء الاجتماعى كما يتضح من جدول رقم (3).

جدول (3) دلالة الفروق في اختبار"ت" للقياس القبلى بين المجموعة التجريبية والضابطة فى أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام

ت	مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام	المجموعة التجريبية (ن = 10)		المجموعة الضابطة (ن = 10)		قيمة " ت "	مستوى الدلالة	معامل الالتواء	معامل التفلطح
		س-	±ع	س-	±ع				
1	البعد الأول: معالجة المعلومات الاجتماعية	23.7	9.68	23.3	12.5	0.08	0.937	-0.041	-1.037
2	البعد الثانى: المهارات الاجتماعية	22.4	8.22	20.2	7.21	0.636	0.533	-0.447	-1.376
3	البعد الثالث: الوعى الاجتماعى	21	8.19	21.5	8.64	-0.133	0.896	-0.121	-0.934
4	البعد الرابع: فعالية الذات الاجتماعية	24	11.5	22.2	8.04	0.406	0.69	-0.025	-0.873
5	البعد الخامس: التعاطف الاجتماعى	24.3	11.18	21.5	7.68	0.653	0.522	-0.165	-1.201
6	البعد السادس: حل المشكلات الاجتماعية	23.1	10.87	20	7.29	0.749	0.463	0.147	-1.295
	الدرجة الكلية للذكاء الاجتماعى	138.5	57.22	128.7	44.30	0.428	0.674	-0.448	-1.233

***معنوية "ت" الجدولية عند مستوى 0.05 = 2.101**

يتضح من جدول (3) عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية فى قيمة "ت" المحسوبة للقياس القبلى بين المجموعة التجريبية والضابطة في أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى، حيث جاءت معاملات الالتواء تقترب من الصفر ومعاملات التفلطح تنحصر ما بين (±3) مما يدل على اعتدالية القيم والتجانس والتكافؤ بين مجموعتى البحث قبل تطبيق البرنامج الترويحى.

البرنامج الترويحى المقترح: مرفق (2)

قام الباحثون بإعداد البرنامج الترويحى المقترح للمجموعة التجريبية فى ضوء أهداف الدراسة، حيث يتكون البرنامج الترويحى من مجموعة من الأنشطة الترويحية الرياضية والاجتماعية والفنية والألعاب الترويحية التى تناسب عينة الدراسة والتى تساعد على تحسين الذكاء الاجتماعى، وقد تم تطبيق البرنامج لمدة شهرين بواقع جلستين فى الأسبوع بمجموع 16 جلسة ترويحية علاجية ويستغرق زمن الجلسة ساعتين حيث تتكون الجلسة الترويحية العلاجية من الجزء التمهيدى لمدة 15 دقيقة لإعداد وتهيئة المرضى لتقبل المشاركة فى الأنشطة الترويحية، والجزء الأساسى لمدة 90 دقيقة يتم فيه ممارسة الأنشطة الترويحية (الرياضية، الاجتماعية، الثقافية، الفنية) التى تعمل على تعزيز مستوى الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام، الجزء الختامي لمدة 15 دقيقة بهدف التهدئة وإدخال السرور فى نفوس المرضى لتقبل المشاركة فى الجلسات التالية، بينما المجموعة الضابطة استخدمت البرنامج التأهيلى الخاص بالمستشفى (والذى يحتوى على جلسات نفسية بالإضافة إلى التنزه فى حديقة المستشفى).

المعالجات الإحصائية:

تمت معالجة البيانات باستخدام برنامج IBM SPSS Statistics 20 للحصول على المتوسط الحسابى، الانحراف المعيارى، النسبة المئوية، معامل الارتباط "ر"، معامل الثبات الفا لكرونباخ، معامل الثبات بالتجزئة النصفية "جتمان"، اختبار "ت" للمشاهدات المزدوجة، اختبار "ت" الفروق، مربع ايتا، حجم التأثير.

عرض النتائج:

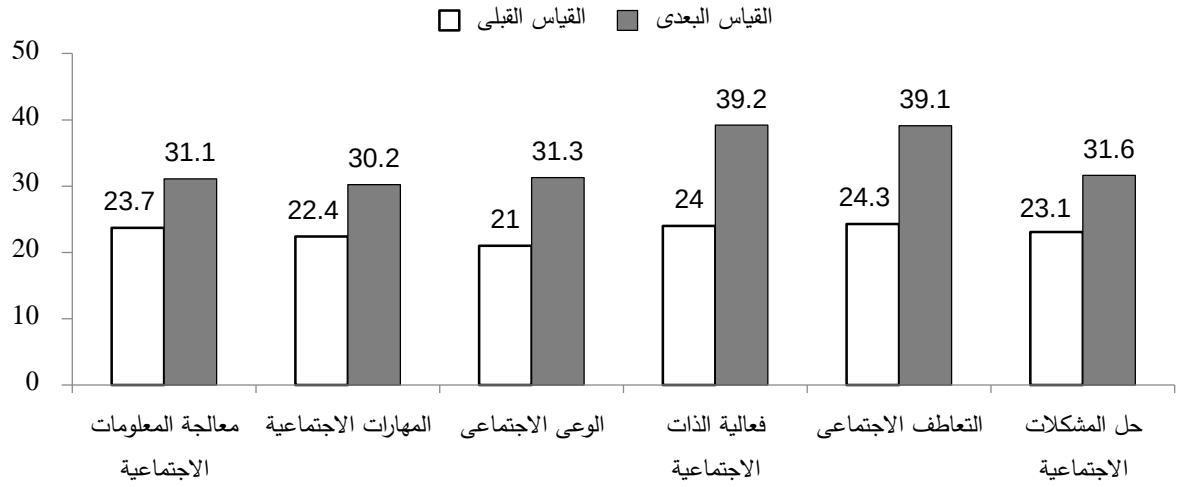
للإجابة على تساؤل الدراسة والذى ينص على "ما هو تأثير البرنامج الترويحى على تعزيز مستوى الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام بمستشفى المعمورة للطب النفسى؟" يتبين ذلك من خلال عرض النتائج من الجداول والأشكال التالية:-

جدول (4) دلالة الفروق في اختبار"ت" بين القياس القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية فى أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام (ن= 10)

ت	مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام	القياس القبلى		القياس البعدى		الفرق	نسبة الفرق%	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
		س-	±ع	س-	±ع				
1	البعد الأول: معالجة المعلومات الاجتماعية	23.7	9.68	31.1	10.15	7.4	31.22	2.51*	0.033
2	البعد الثانى: المهارات الاجتماعية	22.4	8.22	30.2	9.37	7.8	34.82	2.63*	0.028
3	البعد الثالث: الوعى الاجتماعى	21	8.19	31.3	9.84	10.3	49.05	2.66*	0.026
4	البعد الرابع: فعالية الذات الاجتماعية	24	11.5	39.2	10.55	15.2	63.33	3.61**	0.006
5	البعد الخامس: التعاطف الاجتماعى	24.3	11.18	39.1	10.87	14.8	60.91	3.63**	0.006
6	البعد السادس: حل المشكلات الاجتماعية	23.1	10.87	31.6	11.91	8.5	36.8	1.69	0.125
	الدرجة الكلية للذكاء الاجتماعى	138.5	57.22	202.5	45.57	64.0	46.21	3.15*	0.012

***معنوي عند مستوى 0.05**

يتضح من جدول (4) وشكل (1) وجود فروق ذات دلالة معنوية فى قيمة "ت" المحسوبة بين القياس القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية فى أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى عدا (البعد السادس: حل المشكلات الاجتماعية) حيث جاء الفرق فى درجة الذكاء الاجتماعى بنسبة (46.21%) وتراوحت النسبة فى الأبعاد ما بين (31.22% : 63.33%) لصالح القياس البعدى فى أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام بمستشفى المعمورة بالإسكندرية.



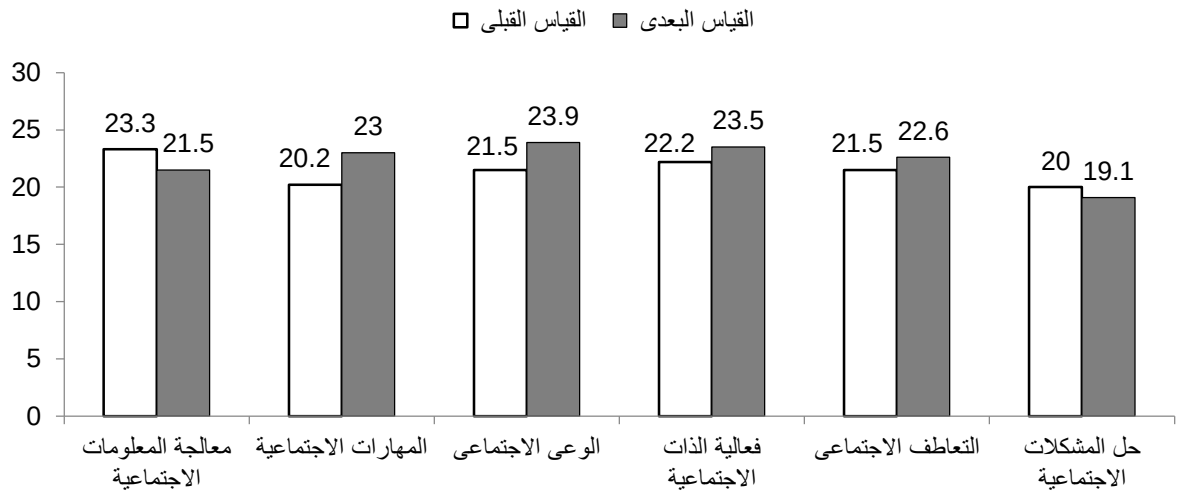
شكل (1) المتوسط الحسابى بين القياس القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية فى أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام

جدول (5) دلالة الفروق في اختبار"ت" بين القياس القبلى والبعدى للمجموعة الضابطة فى أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام (ن= 10)

ت	مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام	القياس القبلى		القياس البعدى		الفرق	نسبة الفرق%	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
		س-	±ع	س-	±ع				
1	البعد الأول: معالجة المعلومات الاجتماعية	23.3	12.5	21.5	11.64	-1.8	7.73	-0.423	0.682
2	البعد الثانى: المهارات الاجتماعية	20.2	7.21	23	7.76	2.8	13.86	1.481	0.173
3	البعد الثالث: الوعى الاجتماعى	21.5	8.64	23.9	8.61	2.4	11.16	0.929	0.377
4	البعد الرابع: فعالية الذات الاجتماعية	22.2	8.04	23.5	9.02	1.3	5.86	0.74	0.478
5	البعد الخامس: التعاطف الاجتماعى	21.5	7.68	22.6	9.51	1.1	5.12	0.393	0.703
6	البعد السادس: حل المشكلات الاجتماعية	20	7.29	19.1	5.09	-0.9	4.5	-0.529	0.61
	الدرجة الكلية للذكاء الاجتماعى	128.7	44.3	133.6	30.56	4.90	3.81	0.506	0.625

***معنوي عند مستوى 0.05**

يتضح من جدول (5) وشكل (2) عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية فى قيمة "ت" المحسوبة بين القياس القبلى والبعدى للمجموعة الضابطة فى أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى حيث جاء الفرق فى درجة الذكاء الاجتماعى بنسبة (3.81%) وتراوحت النسبة فى الأبعاد ما بين (4.50% : 13.86%) لصالح القياس البعدى عدا (البعد الأول: معالجة المعلومات الاجتماعية، البعد السادس: حل المشكلات الاجتماعية) من أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام بمستشفى المعمورة بالاسكندرية.



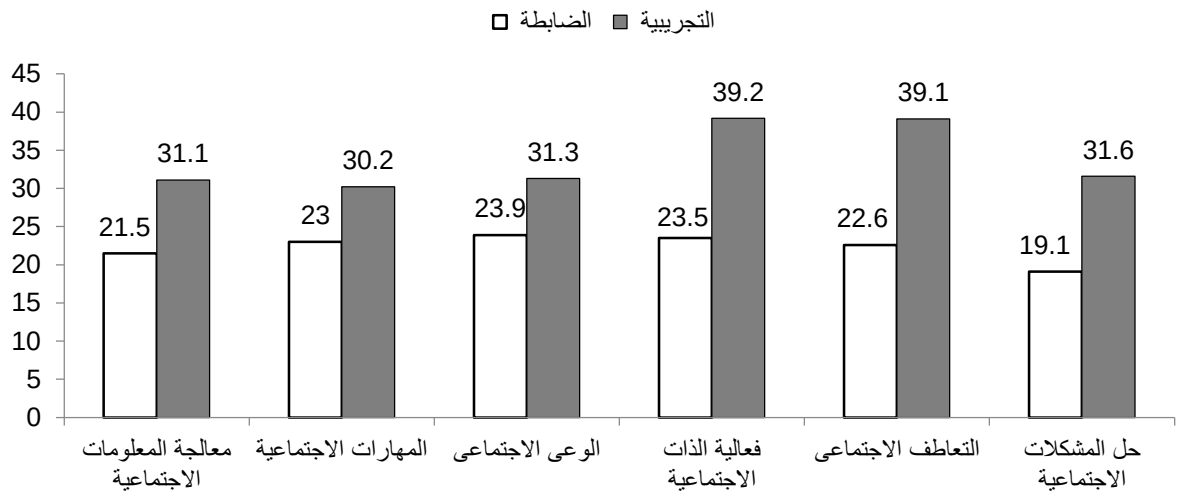
شكل (2) المتوسط الحسابى بين القياس القبلى والبعدى للمجموعة الضابطة فى أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام

جدول (6) دلالة الفروق في اختبار"ت" للقياس البعدى بين المجموعة التجريبية والضابطة فى أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام

ت	مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام	المجموعة التجريبية (ن = 10)		المجموعة الضابطة (ن = 10)		الفرق	نسبة الفرق%	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
		س-	±ع	س-	±ع				
1	البعد الأول: معالجة المعلومات الاجتماعية	31.1	10.15	21.5	11.64	9.6	44.65	1.97	0.065
2	البعد الثانى: المهارات الاجتماعية	30.2	9.37	23	7.76	7.2	31.3	1.87	0.078
3	البعد الثالث: الوعى الاجتماعى	31.3	9.84	23.9	8.61	7.4	30.96	1.79	0.09
4	البعد الرابع: فعالية الذات الاجتماعية	39.2	10.55	23.5	9.02	15.7	66.81	3.58**	0.002
5	البعد الخامس: التعاطف الاجتماعى	39.1	10.87	22.6	9.51	16.5	73.01	3.61**	0.002
6	البعد السادس: حل المشكلات الاجتماعية	31.6	11.91	19.1	5.09	12.5	65.45	3.05**	0.007
	الدرجة الكلية للذكاء الاجتماعى	202.5	45.57	133.6	30.56	68.9	51.57	3.48**	0.003

***معنوية "ت" الجدولية عند مستوى 0.05 = 2.101**

يتضح من جدول (6) وشكل (3) وجود فروق ذات دلالة معنوية فى قيمة "ت" المحسوبة بين المجموعة التجريبية والضابطة فى القياس البعدى فى أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى (البعد الرابع: فعالية الذات الاجتماعية، البعد الخامس: التعاطف الاجتماعى، البعد السادس: حل المشكلات الاجتماعية) حيث جاء الفرق فى درجة الذكاء الاجتماعى بنسبة (51.57%) وتراوحت النسبة فى الأبعاد ما بين (30.96% : 73.01%) لصالح المجموعة التجريبية فى مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام بمستشفى المعمورة بالاسكندرية.



شكل (3) المتوسط الحسابى للقياس البعدى بين المجموعة التجريبية والضابطة فى أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام

جدول (7) دلالة مربع ايتا وحجم تأثير البرنامج الترويحى على أبعاد الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام

ت	مقياس الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام	المجموعة التجريبية (ن = 10)			المجموعة الضابطة (ن = 10)		
		مربع ايتا	حجم التاثير	الدلالة	مربع ايتا	حجم التاثير	الدلالة
1	البعد الأول: معالجة المعلومات الاجتماعية	0.412	0.75	متوسط	0.019	0.149	ضعيف
2	البعد الثانى: المهارات الاجتماعية	0.434	0.88	مرتفع	0.196	0.373	ضعيف
3	البعد الثالث: الوعى الاجتماعى	0.439	1.14	مرتفع	0.088	0.278	ضعيف
4	البعد الرابع: فعالية الذات الاجتماعية	0.591	1.38	مرتفع	0.057	0.15	ضعيف
5	البعد الخامس: التعاطف الاجتماعى	0.594	1.34	مرتفع	0.017	0.126	ضعيف
6	البعد السادس: حل المشكلات الاجتماعية	0.241	0.75	متوسط	0.03	0.135	ضعيف
	الدرجة الكلية للذكاء الاجتماعى	0.524	1.14	مرتفع	0.028	0.119	ضعيف

*** مربع ايتا = أقل من 0.09 ضعيف ، أكبر من 0.14 مرتفع** ***حجم التأثير= 0.2 ضعيف ، 0.5 متوسط ، 0.8 مرتفع**

يتضح من جدول (7) حجم تأثير البرنامج الترويحى على أبعاد الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام جاء بمقدار ما بين متوسط ومرتفع حيث تراوحت قيم حجم التأثير ما بين (0.75 : 1.38) وجاءت قيم مربع ايتا ما بين (0.241 : 0.594) وهى قيم مرتفعة أكبر من 0.14 بينما جاءت قيم المجموعة الضابطة بقيم أقل من المجموعة التجريبية مما يدل على التأثير الإيجابى وفاعلية البرنامج الترويحى على أبعاد الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام.

مناقشة النتائج:

يتضح من الجداول السابقة (4، 5، 6، 7) والخاصة بنتائج فاعلية البرنامج الترويحى فى تعزيز مستوى الذكاء الاجتماعى لدى مرضى الفصام حيث أدى البرنامج الترويحى إلى تحسين الذكاء الاجتماعى لدى عينة المجموعة التجريبية بنسبة تراوحت ما بين (31.22% : 63.33%) بينما المجموعة الضابطة التى تستخدم برنامج المستشفى تحسنت بنسبة تراوحت ما بين (4.5% : 13.86%) وجاء الفرق بين المجموعتين بنسبة تراوحت ما بين (30.96% : 73.01%) لصالح المجموعة التجريبية التى تستخدم البرنامج الترويحى والذى أثبت تأثير مرتفع مما يدل على فاعلية الترويح العلاجى فى تعزيز مستوى الذكاء الاجتماعى لدى مرضى الفصام.

ويتضح من جدول (4) تحسن مستوى الذكاء الاجتماعى بعد تطبيق البرنامج الترويحى فى مرحلة التأهيل النفسى والاجتماعى لمرضى الفصام، حيث جاء التحسن فى فعالية الذات الاجتماعية بأعلى نسبة (63.33%) ثم التعاطف الاجتماعى بنسبة (60.91%) ثم الوعى الاجتماعى (49.05%) ثم حل المشكلات الاجتماعية بنسبة (36.8%) ثم المهارات الاجتماعية (34.82%) بينما جاءت معالجة المعلومات الاجتماعية بأقل نسبة (31.22%) لمرضى الفصام.

وتتفق تلك النتائج مع ما تشير إلية نتائج دراسة (شافعى، 2004) من أن ممارسة التمرينات البدنية لها تأثير إيجابى على مرضى الفصام فى تحسين الحالة النفسية وتنمية التعاون وتقليل الانعزال العاطفى، حيث يشير (راجح، 1994) إلى أن العلاج الاجتماعى لمرضى الفصام يهدف إلى تجنب الانسحاب والعزلة مع الاهتمام بالنشاط الاجتماعى لربط المريض بالواقع والتقليل من انشغاله بذاته مثل العلاج بالعمل وقراءة الكتب والتمثيل والدراما والفن والرسم والتصوير.

ويتفق أيضاً فيرث وآخرون (Firth, J., et al, 2019) أن الأنشطة الترويحية التي يمكن أن تكون مفيدة لمرضى الفصام تشمل الرياضة مثل المشي أو ركوب الدراجات، الفنون التشكيلية مثل الرسم أو النحت، والاسترخاء من خلال التأمل أو اليوغا، بالإضافة إلى ذلك، يمكن لأنشطة مثل الطهي أو الحدائق النباتية أو حتى الاستماع إلى الموسيقى أن تكون مصدرًا للترويح والاسترخاء لمرضى الفصام.

ويؤكد (إبراهيم وفرحات، 1998) أن ممارسة الأنشطة الترويحية تساعد المريض على التوافق مع نفسه ومع المجتمع حيث إن تنوع الأنشطة والألعاب المختلفة من الوسائل المهمة للتفاعل الاجتماعى، وسواء كانت سلبية بالمشاهدة أو إيجابية بالممارسة كالترويح العلاجى فإنها تساعد الفرد على استعادة توازنه النفسى وزيادة ثقته بنفسه وتقديره لذاته وتنمية روح الجماعة والتعاون مع الأصدقاء والمحيطين به فيصرفه عن التفكير حول الذات والاندماج فى المجتمع.

ويرى أحمد الداله (Aldalh, A., 2019) أن الأنشطة الترويحية تلعب دورًا مهمًا في تحسين المهارات الاجتماعية للأفراد ذوي الإعاقات النفسية والاجتماعية، حيث تساعد هذه الأنشطة على تعزيز التفاعل الاجتماعي والتعاون مع الآخرين وتعزيز الثقة بالنفس والتعبير عن المشاعر الداخلية بشكل إيجابي، كما تساهم في تطوير المهارات العاطفية والاجتماعية وتعزيز التواصل الإيجابي مع المجتمع.

حيث يؤكد (أبوهاشم، 2008) أن الذكاء الاجتماعى هو القدرة على فهم سلوكيات الآخرين والوعى بالعلاقات بين الأشخاص والكفاءة الذاتية الاجتماعية فى المواقف المختلفة والمشاركة الاجتماعية للآخرين وحل المشكلات الاجتماعية مما يؤدى إلى التوافق الاجتماعى ونجاح الفرد فى حياته الاجتماعية.

ومن خلال نتائج الجداول السابقة (4، 5، 6، 7) نجد أن ممارسة البرنامج الترويحى أدت إلى تعزيز الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام ومن خلال مقارنة نتائج المجموعة التجريبية مع الضابطة نجد أن ترتيب أبعاد الذكاء الاجتماعى جاءت بأعلى نسبة فى التعاطف الاجتماعى (73.01%) وفعالية الذات الاجتماعية بنسبة (66.81%) ويتفق ذلك مع ما يذكره (أبوالأنوار، 2014) أن التعاطف الاجتماعى من أهم مكونات الذكاء الاجتماعى ويعنى حالة من الشعور الإيجابى بين الأشخاص وتجعلهم يشتركون فى الشعور بالارتباط، والسلوكيات الحسنة تنمى التعاطف مما يؤدى الى اكتساب الفوائد الشخصية والحفاظ على العلاقات الاجتماعية القوية، ويؤكد (إبراهيم وفرحات، 1998) أن الترويح العلاجى يعمل على مساعدة المريض والاعتماد على النفس وتحقيق الاحتياجات العاطفية والاجتماعية وتقليل عواقب العزلة الاجتماعية ورفع الروح المعنوية وتشجيع المرضى فى التعبير عن أنفسهم واظهار هواياتهم وتنميتها والاستمتاع والشعور بالرضا واكتساب مهارات وخبرات اجتماعية ذات فائدة.

وأدى البرنامج الترويحى أيضاً إلى تحسين حل المشكلات الاجتماعية بنسبة (65.45%) والوعى الاجتماعى بنسبة (30.96%) حيث إن هناك علاقة متبادلة بين الذكاء الاجتماعى والوعى وحل المشكلات الاجتماعية فالفرد يستخدم الافكار والوسائل من خلال تناول المعطيات والطرق التى تمكنه من حل المشكلة، ونجد أن ممارسة الأنشطة الترويحية تؤدى إلى زيادة الوعى الاجتماعى والقدرة على حل المشكلات الاجتماعية لمرضى الفصام، حيث يشير (نعيم، 2006) إلى أن الوعى الاجتماعى هو الأفكار والآراء والمشاعر الاجتماعية التى توجد لدى الناس وتعكس واقعهم الموضوعى، ويؤكد (العريفى، 1995) أن الوعى يعنى إدراك الإنسان لذاته ولما يحيط به وهو أساس كل معرفة وهو فهم الإنسان لذاته وللآخرين عند تفاعله معهم من خلال المواقف المختلفة.

وتؤكد (عبد السلام، 2001) أن ممارسة الأنشطة الترويحية تعطى للفرد الشعور بالسعادة والرغبة فى تكوين صداقات وتنمية العلاقات الإنسانية والتعاون واستخدام القدرات العقلية ومساعدة الآخرين، وتضيف برندا وروبرتسون (Brenda J, Robertson, 2000) أن الترويح ضرورى للصحة العقلية والبدنية التى تساعد على تأهيل الأفراد فى المجتمع وتعديل السلوك وحل المشكلات من خلال المشاركة فى الأنشطة النفسية والاجتماعية، ويتفق مع ذلك (الحماحمى وعبد العزيز، 2006) أن الترويح العلاجى يهدف الى تقديم المساعدة فى علاج المرضى وتأهيلهم وتعديل السلوك والتكيف مع المجتمع، وأن البرنامج الترويحى العلاجى النموذجى يعمل على استعادة المرضى للياقتهم البدنية والإسهام فى الارتقاء بقدراتهم العقلية ونمو القدرات الابداعية والمساعدة فى التعبير الذاتى والنمو الشخصى وتحسين النظرة الشخصية للذات.

وتشير النتائج أيضاً إلى تحسن معالجة المعلومات الاجتماعية بنسبة (44.65%) والمهارات الاجتماعية بنسبة (31.30%) حيث يوضح جرين (Green, 1996) أن معالجة المعلومات الاجتماعية هى القدرة على قراءة التعبيرات من الآخرين وتحويلها الى سلوكيات وخبرات ومهارات اجتماعية، والمهارة الاجتماعية تتمثل في قدرة الفرد على التعبير الانفعالي والاجتماعي واستقبال انفعالات الآخرين ومعالجتها مع الوعي بأشكال التفاعل الاجتماعي وتقديم الذات بالصورة المناسبة في المواقف الاجتماعية، ومرضى الفصام لديهم ضعف في الأداء الاجتماعي وتدهور في المهارات الاجتماعية ويرجع ذلك إلى العجز الذهني والتدهور المعرفي بسبب طول مدة المرض أو الإقامة في المؤسسة العلاجية، ولذا يؤكد (الدليم، 2006) أنه يجب الاهتمام بالأساليب والبرامج التي تركز على تنمية المهارات الاجتماعية وتطويرها عند الفصاميين خاصة في ظل تزايد أعداد هذه الفئة في المستشفيات الحكومية وفي ظل عدم تحقيق

حركة العلاج التقليدى للنجاح.

وبذلك نجد أن الأنشطة الترويحية تعمل على تحسين المهارات الاجتماعية من خلال تنمية القدرة على معالجة المعلومات الاجتماعية بشكل سليم من خلال الخبرات والمهارات التى يكتسبها الفرد من ممارسة الأنشطة الترويحية، حيث يؤكد فوكر رودر وآخرون (Volker Roder, et al, 2002) أنه يجب الاهتمام بالأساليب العلاجية الجديدة خلال مرحلة الرعاية اللاحقة والتأهيل والتركيز بشكل رئيسي على المهارات الاجتماعية باستخدام الأنشطة الداخلية والمهنية والترويحية، ويؤدي ذلك بسرعة أكبر إلى تحسين المهارات الاجتماعية والمعرفية والمرض النفسى بالمقارنة بالتدريب على المهارات الاجتماعية العامة فقط.

وتتفق تلك النتائج مع ما يذكره فيرث وآخرون (Firth, J., et al, 2019) أن الترويح يلعب دورًا مهمًا في علاج مرضى الفصام، حيث يمكن أن يساعد على تقليل الضغط النفسي وتحسين الصحة العقلية، من خلال ممارسة الأنشطة الترويحية مثل الرياضة، الفنون، أو الاسترخاء، ويمكن للمرضى الاستفادة من تحسين المزاج وتقليل القلق والتوتر، بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يساهم الترويح في تعزيز الشعور بالرضا والسعادة وتحسين جودة الحياة العامة لمرضى الفصام.

ونجد أن الترويح يساعد فى تنمية المهارات الاجتماعية من خلال مشاركة الأفراد فى نشاط ما بغرض المشاركة الاجتماعية مع الآخرين لإشباع الحاجات النفسية كإثبات الذات وملاحظة أنماط مختلفة من السلوك وإقامة علاقات مع الآخرين لاكتساب المهارات الاجتماعية، حيث يوضح (الحماحمى وعبد العزيز، 2006) أن هناك علاقة بين الترويح والصحة النفسية والعقلية للأفراد حيث إن مزاولة الأنشطة الترويحية تعمل على تقليل التوتر العصبى الناتج عن ظروف الحياة العصرية، ولذلك فإن الترويح العلاجى وسيلة من وسائل العلاج المهمة لذوى الاضطرابات النفسية والعقلية والعصبية ، وأصبح جزءا مهما فى برامج العلاج فى العديد من المستشفيات والعيادات الطبية.

وبذلك تؤكد نتائج الدراسة أن البرنامج الترويحى يساعد مرضى الفصام والاضطرابات العقلية من خلال ممارسة الانشطة الترويحية المختلفة سواء فى المستشفيات أو المؤسسات على تحسين مستوى الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام ويشير ذلك الى احتياج هذه الفئة من المرضى إلى العناية الكاملة واستخدام أساليب مساعدة مختلفة فى العلاج بجانب العلاج الدوائى خلال فترة التأهيل النفسى والاجتماعى، وهذا يؤكد ضرورة أن يقوم علاج وتأهيل مرضى الفصام على أساس الفريق المتكامل الذى يشمل الأخصائى الترويحى بجانب الأطباء والممرضين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والتنسيق بينهم بشكل يضمن استفادة المرضى.

ومن خلال نتائج الدراسة ومناقشتها يتضح الإجابة على تساؤل الدراسة الذى ينص على "ما هو تأثير البرنامج الترويحى على تعزيز مستوى الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام بمستشفى المعمورة للطب النفسى؟" والذى يؤكد فاعلية الترويح العلاجى فى تعزيز مستوى الذكاء الاجتماعى لمرضى الفصام.

الاستنتاجات: فى ضوء أهداف الدراسة تم التوصل الى الاستنتاجات التالية:-

1- البرنامج الترويحى أدى إلى تحسين أبعاد الذكاء الاجتماعى: التعاطف الاجتماعى بنسبة (73.01%) وفعالية الذات الاجتماعية بنسبة (66.81%) وحل المشكلات الاجتماعية بنسبة (65.45%) ومعالجة المعلومات الاجتماعية بنسبة (44.65%) و المهارات الاجتماعية بنسبة (31.3%) و الوعى الاجتماعى بنسبة (30.96%) لمرضى الفصام.
2- البرنامج الترويحى أدى إلى تعزيز مستوى الذكاء الاجتماعى لدى مرضى الفصام.

الخلاصة: فى ضوء نتائج الدراسة نوصي بما يلى:-

1- ضرورة تطبيق برامج الترويح العلاجى على مرضى الفصام بمراكز علاج وتأهيل مرضى الفصام.
2- العمل على توفير الإمكانات والأدوات والأجهزة ووسائل الترويح العلاجى فى المراكز الحكومية ومراكز تأهيل المرضى.

المصادر والمراجع

إبراهيم، ح.، فرحات، ل. (1998). *التربية الرياضية والترويح للمعاقين*. (ط1). القاهرة: دار الفكر العربي.

أبو الأنوار، ع. (2014). *تنمية واستغلال مهارات الذكاء الاجتماعي: كيف تجعل علاقاتك سلاحا لنجاحك*. (ط1). القاهرة: المنهل.

أبو هاشم، م. (2008). مكونات الذكاء الاجتماعي والوجداني والنموذج العلاقي بينها لدى طلاب الجامعة المصريين والسعوديين: دراسة مقارنة. *مجلة كلية التربية*، 18(76).

إسماعيل، ع. ك. (2012). *الترويح الرياضي للشباب*. (ط1). القاهرة: دار الفكر العربي.
بو خميس، ب. (2014). *الاضطرابات اللغوية عند الفصامي: دراسة نفسية معرفية*. (ط1). القاهرة: دار جوانا للنشر والتوزيع.
الحماحمي، م.، و عبد العزيز، ع. (2006). *الترويح بين النظرية والتطبيق* (ط2). القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
الدليم، ف. (2006). المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين المراجعين والمنومين. *مجلة دراسات عربية في علم النفس*، 4(1).
راجح، أ. ع. (1994). *الأمراض النفسية والعقلية – أسبابها وعلاجها وأثارها الجانبية*. (ط1). الإسكندرية: دار المعارف.
سرحان، و. (2000). *سلوكيات2 (الفصام)*. (ط1). عمان، الأردن: دار مجدلاوى للنشر والتوزيع.
شافعى، إ. (2004). *تأثير التمرينات البدنية على بعض الأعراض النفسية لمرضى الفصام. رسالة ماجستير غير منشورة*، كلية التربية الرياضية للبنات، جامعة الاسكندرية.
عبد السلام، ت. (2001). *الترويح والتربية الترويحية*. (ط1). القاهرة: دار الفكر العربي.
العريفي، م. س. (1995). *العلاقة بين الوعي الاجتماعي والحد من انتشار العقاقير المخدرة. رسالة ماجستير*، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، جامعة الملك سعود، الرياض.
غازي، غ. أ. (2010). *كيف تتعايش مع مريض الفصام*. (ط1). الإسكندرية: دار الكتب.
فهمي، م. س. (2011). *الخدمة الاجتماعية وفصام الشخصية*. (ط1). الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
كمال، ك. (2016). *منهج مقترح للترويح العلاجي لطالبات كلية التربية الرياضية للبنات جامعة الإسكندرية. رسالة دكتوراه غير منشورة*، كلية التربية الرياضية للبنات، جامعة الإسكندرية.
نعيم، س. (2006). *النظرية في علم الاجتماع*. (ط10). القاهرة.

ترجمة المصادر والمراجع العربية الى اللغة الانجليزية

Abdel Salam, T. (2001). *Recreation and Recreational Education*. (1st ed.). Cairo: Dar Al-Fikr Al-Arabi.

Abu Al-Anwar, A. (2014). *Developing and Utilizing Social Intelligence Skills: How to Make Your Relationships a Weapon for Your Success*. (1st ed.). Cairo: Al-Manhal.

Abu Hashem, M. (2008). Components of Social and Emotional Intelligence and the Relational Model Among Egyptian and Saudi University Students: A Comparative Study. *Journal of Education*, 18(76).

Adlaim, F. (2006). Social Skills Among Visiting and Inpatient Schizophrenics. *Journal of Arab Studies in Psychology*, 4(1).

Al-Arifi, M. S. (1995). *The Relationship Between Social Awareness and Reducing the Spread of Narcotic Drugs. Master's Thesis*, Arab Center for Security Studies and Training, King Saud University, Riyadh.

Al-Hamahami, M., & Abdel Aziz, A. (2006). *Recreation between Theory and Application*. (2nd ed.). Cairo: Al-Kitab Publishing Center.

Bu Khamees, B. (2014). *Language Disorders in Schizophrenia: A Cognitive Psychological Study*. (1st ed.). Cairo: Dar Juwana for Publishing and Distribution.

Fahmi, M. S. (2011). *Social Work and Personality Schizophrenia*. (1st ed.). Alexandria: Dar Al-Wafa for Printing and Publishing.

Ghazi, G. A. (2010). *How to Cope with a Schizophrenic Patient*. (1st ed.). Alexandria: Dar Al-Kotob.

Ibrahim, H., & Farhat, L. (1998). *Sports Education and Recreation for the Disabled*. (1st ed.). Cairo: Dar Al-Fikr Al-Arabi.

Ismail, A. K. (2012). *Sporting Recreation for Youth*. (1st ed.). Cairo: Dar Al-Fikr Al-Arabi.

Kamal, K. (2016). *A Proposed Therapeutic Recreation Approach for Female Students at the College of Physical Education for Girls, Alexandria University. Unpublished Ph.D. Thesis*, College of Physical Education for Girls, Alexandria University.

Naeem, S. (2006). *Theory in Sociology*. (10th ed.). Cairo.

Rajeh, A. A. (1994). *Psychological and Mental Disorders - Causes, Treatment, and Side Effects*. (1st ed.). Alexandria: Dar Al-Ma'arif.

Sarhan, W. (2000). *Behaviors 2 (Schizophrenia)*. (1st ed.). Amman, Jordan: Dar Majdalawi for Publishing and Distribution.

Shafei, I. (2004). *The Effect of Physical Exercises on Some Psychological Symptoms of Schizophrenia Patients. Unpublished Master's Thesis*, College of Physical Education for Girls, Alexandria University.

References

Aldalh, A. H. M. (2019). Using Recreational Activities to Enhance Social Skills in Children with Mental and Social Disorders. *Mansoura Journal of Education*, 106(4), 3-17.

Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI) 1. *Psicothema*, 13-25.

Brenda J, R. (2000): The leisure education of incarcerated youth, Acadia university wolf Ville. *World leisure association, New York*, 3(1).

Couture, S. M., Granholm, E. L., & Fish, S. C. (2011). A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 125(2-3), 152-160.

Fett, A. K. J., Viechtbauer, W., Penn, D. L., van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573-588.

Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A. I., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., ... & Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 675-712.

Granger, B. (2003). *Psychiatry Today: From Diagnosis to Treatment*. Paris: Odile Jacob.

Green, M.F. (1996). What are the functional consequences of neuro-cognitive deficits in schizophrenia ? *Amercan Journal of Psychiatry*, (153), 321-330

Kocsis, R. N. (2013). Book review: diagnostic and statistical manual of mental disorders: (DSM-5).

Marlowe , H (1986). Social Intelligence : Evidence for Multidimensionality and Construct Independence. *Journal of Educational Psychology* , 78(1), 52-58.

Postel J., E. (1998). *Dictionary of Psychiatry and Clinical Psychopathology*. Paris: Larousse - Bordas.

Riggio, R., Messamer, J., & Throckmorton, B. (1991). Social and Academic Intelligence : Conceptually Distinct But Overlapping Constructs. *Personality and Individual Differences*, 12(7), 695 - 702.

Robert J., C. (2009). *Campbell's psychiatric dictionary, the definitive dictionary of psychiatry*. Oxford University.

Shah, A., Banner, N., Heginbotham, C., & Fulford, B. (2014). 7. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA. 8. Bechara, A., Dolan, S. and Hindes, A.(2002) Decision-making and addiction (Part II): myopia for the future or hypersensitivity to reward? Neuropsychologia, 40, 1690–1705. 9. Office of Public Sector Information (2005) The Mental Capacity Act 2005. http://www. *Substance Use and Older People*, *21*(5), 9.

Silvera, D., Martinussen, M., & Dahl, T. (2001) The Tromsø Social Intelligence Scale, a self-report measure of social intelligence. *Scand J Psychol.*, 42(4), 313-9.

Valaparla, V. L., Nehra, R., Mehta, U. M., Thirthalli, J., & Grover, S. (2017). Social cognition of patients with schizophrenia across the phases of illness-A longitudinal study. *Schizophrenia research*, 190, 150-159.

Roder, V., Brenner, H. D., Müller, D., Lächler, M., Zorn, P., Reisch, T., ... & Schwemmer, V. (2002). Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*(5), 363-371.Wong , C. , Day, J., Maxwell, S., & Meara, N. (1995). A Multitrait - Multimethod Study of Academic and Social Intelligence in College Students. *Journal of Educational Psychology*, 87(1), 117-133.

Yigiter, K., (2013). Improving the nursing students' assertiveness skills by participating in recreational physical activities. *International Journal of Sport Studies*, 3(3), 258-262.

Yigiter, K., Sarı, I., Ulusoy, Y., & Soyer, F. (2011). Examining the effect of recreational activities on university students' Self-Esteem. *Sport Scientific and Practical Aspects*, 8(2), 15-19

Zabrinskie, R. B., Lundberg, N. R., & Groff, D. G. (2005). Quality of life and identity: The benefits of community-based therapeutic recreation and adaptive sports program. *Therapeutic Recreation Journal*, 39(3), 176.