

[تأثير برنامج ترويجي علاجي على التخفيف من حدة الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام]

إعداد الباحث:
أ. مجد فهد فلاح الشمري

المستخلص:

هدف البحث الحالي إلى التخفيف من حدة الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام باستخدام برنامج ترويجي علاجي. واستخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي لمناسبته لطبيعة البحث. وتكونت عينة البحث الأساسية من (20) مراهقا من مرضى الفصام تراوحت أعمارهم ما بين (17-18) عاما، بمتوسط عمر (17.70) عاما، وانحراف معياري قدره (0.48)، ولتحقيق تلك الأهداف استخدمت الباحثة الأدوات الآتية: مقياس الافكار الانتحارية والمشتق من اختبار وصف الشخصية إعداد/ موري (1991)، ترجمة وتقنين (بدر، 2004)، والبرنامج الترويجي العلاجي إعداد الباحثة، وبعد استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة: اختبار (ويلكسون) لحساب دلالة الفروق بين المجموعات المرتبطة، أشارت النتائج إلى: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الافكار الانتحارية لصالح القياس البعدي، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي على مقياس الافكار الانتحارية مما يشير إلى فعالية البرنامج الترويجي العلاجي في التخفيف من حدة الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام.

الكلمات المفتاحية: مرضى الفصام - الافكار الانتحارية - البرنامج الترويجي العلاجي.

Abstract

The aim of the current research was to reduce the severity of suicidal ideation among schizophrenia patients using a therapeutic recreational program. The researcher employed the quasi-experimental design due to its suitability to the nature of the study. The main study sample consisted of (20) adolescents with schizophrenia, aged between (17-18) years, with a mean age of (17.70) years and a standard deviation of (0.48). To achieve the research objectives, the researcher utilized the following tools: the Suicidal Ideation Scale derived from the Personality Description Inventory developed by Morey (1991), translated and standardized by Badr (2004), and the therapeutic recreational program prepared by the researcher. Following the application of appropriate statistical methods, including the Wilcoxon signed-rank test to calculate the significance of differences between related groups, the results indicated statistically significant differences between the mean ranks of the experimental group in the pre- and post-measurements on the Suicidal Ideation Scale, in favor of the post-measurement. Furthermore, the results revealed no statistically significant differences between the mean ranks of the experimental group in the post- and follow-up measurements on the Suicidal Ideation Scale, indicating the effectiveness of the therapeutic recreational program in alleviating suicidal ideation among schizophrenia patients.

Keywords: Schizophrenia patients - Suicidal ideation - Therapeutic recreational program.

مقدمة:

الفصام مرض عقلي يؤدي الى تدهور جميع جوانب الشخصية من الناحية الإدراكية المزاجية، الانفعالية الوجدانية والسلوكية العلائقية، حيث يختار المريض عالم خاص به بعيد عن الواقع هذا الأخير الذي يتجسد من خلال السلوكيات الغريبة لدى مرض الفصام، يبدئ الفصام في فترة المراهقة فجأة بعد ظهور العامل المفجر والضغوطات التي بدورها تؤدي الى اختلال توازن الجهاز النفسي وبالتالي التأثير على كل جوانب شخصية المريض يبدئ بأعراض خفيفة تتصاعد في شدتها تتمثل في قلة التركيز، الميل الى العزلة، الانسحاب من المجتمع.

وتتعدد أعراض الفصام والتي تتضمن أنواع الهلاوس والهذيان، مثل الهذيان الاضطهادية جسدية، الدينية والعظمة، أما فيما يخص الهلاوس فهي خبرات شبيهة بالإدراك تحدث بدون مثير خارجي تكون قوية وتؤثر على ادراك المريض، تشكل الهلاوس السمعية أكثر الأنواع شيوعاً لدى مرضى الفصام، اما اضطراب التفكير فيستدل عليه من كلام المريض يشمل انحراف الإجابات وتضارب الآراء، عدم التناسق في الأفكار غالب ما تكون الاعراض الإيجابية مصحوبة بأعراض سلبية مثل العزلة الاجتماعية، وتسطح الوجدان، وتتجسد أغلب اعراض الفصام في مجال التفكير مما يؤدي الى عدم ارتباط الأفكار في ذهن المريض وهذا بالإضافة الى اضطرابات الاجتماعية حيث يجد المريض صعوبة في التكيف مع العالم الخارجي حيث تظهر العزلة الاجتماعية والشعور بالرفض والنبذ مما يؤثر على تقدير المريض لذاته، والتي تنعكس عليها سلوكيات وأفكار شاذة تدفع بالمريض الى التفكير في الانتحار او وضع حد لحياته حيث أضحت ظاهرة الانتحار ظاهرة أساسية يعد الحدث المأساوي الأكثر شيوعاً لدى مرضى الفصام (Silverstein, 2016)، وعليه فان من المهم التطرق لهذا الموضوع وكشف خفاياه ومعرفة مختلف السيرورات التي تؤدي بالفرد الى وضع حد لحياته ويرجع ذلك الى وجود خصائص عيادية تزيد من خطر الانتحار عند هذه الفئة، كوجود الأعراض الذهانية أو أعراض اكتئابية. مما يجعلها تعيش معانات نفسية تكون من أهم أسباب التفكير في الراحة من خلال وضع حد لحياته، كما أن الخوف والقلق وصعوبات الاندماج داخل المجتمع كلها عناصر قادرة على زيادة التفكير في الانتحار لدى مرضى الفصام، مما يستوجب التقدير النفسي العيادي ومحاولة البحث عن برامج علاجية من شأنها التخفيف من حدة تلك الأفكار الانتحارية لدى هؤلاء المرضى.

وبعني مصطلح الترويح Recreation إعادة الحالة الطبيعية إذ أن المقطع الأول من المصطلح Re يعني إعادة بينما الباقي يعني الحالة الطبيعية ويفهم أيضاً من مصطلح الترويح على أنه التجديد أو الانتعاش كحاصل Outcomes لممارسة أنشطته. وهو بعض الأوجه من النشاط التي تجلب السعادة للفرد، وتتيح له فرصة التعبير عن الذات، وتتفق مع دوافع الفرد وتتوافر فيها حرية الاختيار، وبأنه النشاط الذي يساهم في توفير الراحة للفرد من عناء العمل ويوفر له سبل استعادة حيويته. كما أن ممارسة النشاط الرياضي أو الهوايات أو الموسيقى تساهم في خفض مستوى القلق وحدة الاكتئاب النفسي، وكذلك تأكيد المفهوم الإيجابي للذات، وقد أكد العلماء إلى أن الملل والقلق والاكتئاب النفسي، والصراعات النفسية، والإحباط النفسي تعد من أمراض العصر المرتبطة بالاضطرابات البدنية والعقلية والنفسية وأن هذه الأمراض قد تنتج عن كبت الرغبة في إشباع بعض الميول والاتجاهات، وللترويح دور هام في علاج العديد من المشكلات التي يتعرض لها مرضى الفصام (Eime, Young, & others, 2013, 19).

ويعد الترويح العلاجي وسيلة من وسائل العلاج الهامة لذوي الاضطرابات البدنية والنفسية والعقلية والعصبية وللمرضى بوجه عام، وذلك للتأثير الإيجابي لمجالات الترويح على الجوانب البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية لممارستها، حتى أصبح الترويح العلاجي جزءاً أساسياً في برامج علاج العديد من المستشفيات والعيادات الطبية والنفسية على حد سواء، حيث يهدف الترويح العلاجي إلى تقديم المساعدة لعلاج المرضى النفسيين وتأهيلهم بالإضافة إلى تعديل سلوكهم وتكيفهم مع مجتمعهم (وهيب وصالح، 2016: 206). في ضوء ما سبق يسر البحث الحالي التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى مرضى الفصام بالاستناد إلى فنيات وفلسفة البرامج العلاجية الترويحية.

ثانياً: مشكلة الدراسة

يُعد اضطراب الفصام من أكثر الاضطرابات الذهانية شيوعاً، حيث يُقدّر معدل انتشاره بنحو 1% من إجمالي عدد السكان (Okazaki et al., 2023)، ويُمثل ما بين 50 - 60% من نزلاء مستشفيات الصحة النفسية (عكاشة وعكاشة، 2010: 289)، كما أظهرت بعض الدراسات أن معدل انتشاره بين التوائم المتماثلة بلغت 12,08%، بينما وصلت إلى 44,30% بين التوائم غير المتماثلة (جونسون وآخرون، 2016: 511)، وفي ذات السياق، تشير التقديرات إلى أن معدل انتشار الاضطرابات الوجدانية يبلغ نحو 5%-6% من عدد السكان (عكاشة وعكاشة، 2010: 209)، بينما يتراوح معدل انتشار الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بين 1% إلى 4% من السكان (Tursini et al., 2022). ويعد الفصام اضطراب نفسي يتسم بسلوك اجتماعي غير طبيعي مع فشل في تمييز الواقع مما يؤثر على طريقة تفكير الشخص وشعوره وسلوكه، وحسب تناول الجمعية الأمريكية للطب النفسي من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الطبعة الخامسة فالفصام يشتمل على مجموعة من الاعراض تظهر في اضطراب يتميز بالهذيان

والهلاوس والكلام غير المنظم والسلوك الحركي غير منظم، والأعراض السلبية مثل التبدل العاطفي أو الوجداني والتدهور في الوظائف والعلاقات الشخصية" (APA, 2013, p 122, 123)

ويتميز مريض الفصام بسمات أهمها اضطراب التفكير والوجدان الشعور بالهلاوس الهذيان وعدم تراكم الأفكار، عدم القدرة على الاستمرار بموضوع واحد لمدة طويلة فهو يزداد في الكلام والتفصيلات التي لا معنى لها، حيث نجده يشكو دائما من الفراغ الفكري، كذلك عدم الاستجابة الوجدانية كالعطف، الحنان السرور، الحب والكراهية، خاصة بالنسبة لأفراد الأسرة بالإضافة إلى العزلة وعدم التواصل مع المجتمع الخارجي. وهذا ما أكدته دراسات تهامي ويونس سنة 2007 التي توصلت إلى أن هناك ثلاث سمات رئيسية للنمط الفصامي والمتمثلة في ضعف الاحساس اللذة الاجتماعية، التفكير السحري والاختلالات الإدراكية (الكيلاني، 2021، 202). وتعدد المشاكل النفسية التي يعيشها الفصامي التي تؤكد دورها على التوافق النفسي للمريض والتكيف مع عالمه الخارجي وبالتالي الاضطراب في شخصيته وفي علاقته مع الآخرين حيث يؤدي انعدام الثقة بالآخرين والحساسية الشديدة اتجاه عدم قبول المريض منهم الأمر الذي يجعله ضعيف يميل إلى الانسحاب هذا الأخير الذي يستعمل كدفاع نفسي بغية المحافظة على أمنه الداخلي واعتباره لذاته وتجنب للقلق وهذا ما يؤدي به إلى الانفصال عن الواقع أكثر ويزيد من رفض الآخرين له، الذي ينجم عليه الإحباط الذي يهدد اعتباره لذاته أكثر، كما أن العوامل النفسية المتمثلة في الضغوطات ومشاعر القلق والاحتباطات المتكررة والفشل في التكيف الحياتي تؤثر على المريض، فنجد عند الفصامي اختلال في وضعية الذات (ضعف الذات) حيث ينشأ عنها نقص التميز بين النفس والموضوع ونقص تناغم الوظائف النفسية وتكاملها وبداية الاضطرابات المتولدة حول العدوان مما يؤدي إلى نقص المقاومة لكل أنواع الضغوط وفقدان العلاقة مع الواقع بالإضافة إلى الشعور بالاكنتاب، القلق. (غانم، 2007، 20).

وتقود كل هذه العوامل الفصامي إلى التفكير بالهروب من الواقع أو العالم المحيط من خلال الأفكار الانتحارية التي تأخذ الصور مطالب أوامر حتميات في صور سماع المريض أصوات توجه له الإساءة أو الذم في شكل مباشر تتحدث مع بعضها البعض أو وجود صور أو أطيايف تمر أمامه أو معلقة في الفراغ أو غيرها التي مالها التفكير في الانتحار التي تؤدي بالمريض إلى الاستجابة إلى المثيرات المحيطة به أو الخارجية التي تكون بداية لنهاية مأساوية وهذا ما أكدته العديد من الدراسات التي تناولت العوامل النفسية المؤدية إلى التفكير الانتحاري عند الفصامي حيث أشار (سامر، 2018) إلى أن أكثر العوامل المؤدية إلى الانفصامي إلى الانتحار هي فقدان الصلة بالحياة والانعزال، كما توصل (كيلاني، 2021، 400) إلى أن السبب يرجع إلى التاريخ الأسري، في حين توصل (إسماعيل، 2016) أن التفكير الانتحاري لدى مريض الفصام ترجع إلى الحالة المزاجية المصاحبة للاكتئاب وسوء الالتزام والآثار الجانبية للأدوية. وعليه يمكن تحديد مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي:

- ما تأثير برنامج ترويجي علاجي على التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى مريض الفصام؟ وبشكل أكثر تحديداً يحاول البحث الإجابة على الأسئلة البحثية التالية:

- 1- هل يوجد تأثير برنامج ترويجي علاجي على التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى مريض الفصام؟
- 2- هل تستمر تأثير برنامج ترويجي علاجي على التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى مريض الفصام بعد انتهاء فترة المتابعة؟

ثالثا: أهداف الدراسة

هدفت الدراسة إلى:

- 1- الكشف عن تأثير برنامج ترويجي علاجي على التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى مريض الفصام.
- 2- الكشف عن استمرار تأثير برنامج ترويجي علاجي على التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى مريض الفصام بعد انتهاء فترة المتابعة.

أهمية البحث:

للبحث أهمية نظرية وأخرى تطبيقية منها:

- 1) تتبلور أهمية الدراسة حول معرفة الأفكار الانتحارية عند المراهقين مريض الفصام.
- 2) قلة الدراسات العربية والمصرية بشكل خاص التي تناولت هذا الموضوع، فنحن بحاجة إلى مثل هذه الدراسات التي تثرى الأدب التربوي والتي قد تكون امتداد لأبحاث في نفس السياق في المستقبل لعلاج المشكلات الأكثر انتشارا لدى مريض الفصام.
- 3) استخدام أحد أحدث الاستراتيجيات العلمية الحديثة التي ثبتت فعاليتها بما يسمى العلاج بدون دواء، وهذا الشعار تم استخدامه في كثير من الملتقيات والمنابر العلمية العالمية في استخدام الممارسة الترويحية الرياضية في التخفيف من المشكلات النفسية كالقلق والتوتر والأفكار الانتحارية لدى مريض الفصام .
- 4) تسهم النتائج التي أسفرت عنها الدراسة في إعطاء البدائل والحلول الفعالة والواقعية غير المكلفة والسهلة عوضا عن اخذ الأدوية، الجلسات العلاجية، الزيارات الطبية.

مصطلحات البحث الاجرائية:

- 1- **مرضى الفصام:** تعرف الباحثة الفصام اجرائيا على أنه مرض عقلي معقد يؤثر على الأفكار والعواطف والسلوك، وكذلك العلاقات مع الآخرين. تؤدي الهلوسة والأوهام وأعراض أخرى إلى الاتصال الجزئي بالواقع.
- 2- **الافكار الانتحارية:** يعرف الافكار الانتحارية في البحث الحالي اجرائيا بأنه استجابة يقوم بها المراهق مرضى الفصام والمشارك في هذا البحث على البنود التي يتضمنها مقياس التفكير الانتحاري المتفرع من قائمة تقدير الشخصية إعداد/ موري (1991)، ترجمة وتقنين (بدر، 2004)، وتقصد الباحثة بالأفكار الانتحارية كل فكرة تلمح أو تأسس أو تخطط للسلوك الانتحاري.
- 3- **برنامج ترويجي علاجي:** يعرف البرنامج الترويجي العلاجي بأنه مجموعة الأنشطة الرياضية الترويحية المنظمة والمعدة من طرف الباحثة وفقا لأسس علمية مبنية على ميول واختيارات المراهقين مرضى الفصام للأنشطة المفضلة والمرغوبة قصد الوصول إلى حالة من الارتياح والشعور بالسعادة والفرح بعيدا عن المنافسة والضغوط النفسية، وبذلك للتخفيف من الأفكار الانتحارية لدى مرضى الفصام.

إطار نظري ودراسات سابقة:

المحور الأول: مرضى الفصام

بين كل المتلازمات النفسية الكبيرة، الفصام قد يكون الأكثر صعوبة في التعريف والوصف فهو يؤدي الى اختلال في التفكير أفكار غير منطقية وغير مترابطة واختلال في السلوك ويصاحبه خلل في الإدراك وعدم القدرة على التعبير الانفعالي (سرحان، 2021). وقد سُمي فصاماً لأنه يفصم أي يقسم ويفتت جوانب الفرد المختلفة وأن عملية التناسق الهرموني بين الجوانب المختلفة للشخصية لم تعد كما كانت من قبل، ولذلك فإن مريض اضطراب الفصام له سمات معينة أهمها البلادة الانفعالية، وعدم الاهتمام أو الاكتراث بأي شيء، وأن انفعالات المريض لا تكون مناسبة أبداً للموقف الذي يواجهه، فمريض اضطراب الفصام شخص لديه عجز وظيفي في جوانب عديدة من حياته (مثل العناية بالذات، وعجز في حياته الوظيفية والاجتماعية، ويتميز الفصام باضطراب في التفكير والسلوك والوجدان والإدراك ويؤدي ما لم يعالج ببداى الأمر إلى التدهور سلوكياً واجتماعياً، كما يفقد الفرد شخصيته وبالتالي يصبح في معزل عن العالم الخارجي (كيلاني، 2021).

مفهوم اضطراب الفصام:

عُرف اضطراب الفصام على أنه مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحيانا مصيراً مزمناً وأحيانا أخرى نوبات متكررة، ويحتمل أن تتوقف أو تتدهور شدة هذه الأعراض في أي مرحلة من مراحل الاضطراب، ولكن لا يعود الفرد للتكامل السابق، كما أن هذا المرض يتميز بأعراض خاصة في التفكير، والشعور، وعلاقة الفرد بالعالم الخارجي (عكاشة، 2018). وكما تم تعريفه في التصنيف الحادي عشر العالمي للاضطرابات العقلية والنفسية (ICD-11) أن اضطراب الفصام يتميز باختلالات ذات أشكال عقلية متعددة، بما في ذلك التفكير، والإدراك (مثل الهلاوس)، والخبرة الذاتية (على سبيل المثال، اختبار الفرد بأن مشاعره أو دوافعه وأفكاره، أو سلوكه تحت سيطرة قوة خارجية) والمعرفية (على سبيل المثال: نقص الانتباه والذاكرة اللفظية المعرفية الاجتماعية)، والإرادة (على سبيل المثال: فقدان الدافع، والوجدان على سبيل المثال: التعبير الانفعالي المتبذل)، والسلوك (مثل السلوك الذي يبدو غريباً أو بلا هدف أو استجابات انفعالية غير متوقعة أو غير ملائمة تتعارض مع تنظيم السلوك) وقد توجد اضطرابات نفسية حركية، بما في ذلك التخشيبية. وتعتبر الأوهام والهلاوس واضطراب التفكير وتجارب التأثير والسلبية أو السيطرة من الأعراض الأساسية لاضطراب الفصام (Harrison, Weber, Jakob & Chute 2021).

معايير تشخيص اضطراب الفصام

يرتبط تشخيص اضطراب الفصام ارتباطاً وثيقاً بالأعراض. ومع ذلك، يمكن أن تظهر هذه الأعراض في اضطرابات عصبية أخرى، لذلك فإن التشخيص الصحيح هو قضية مهمة في توصيف اضطراب الفصام وعلاجه. (Farah, 2018) تم ذكر أهم معايير التشخيص حسب ما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) كالآتي:

- 1- تواجد اثنين أو أكثر مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد أو أقل إذا عولجت بنجاح وأحدها على الأقل يجب أن يكون (1)، (2) أو (3):
 - (1) أوهام
 - (2) هلاوس
 - (3) كلام غير منظم (مثل: الانحراف المتكرر أو التفكك)

- 4) سلوك غير منظم أو تجمدي بشكل صارخ.
 - 5) أعراض سلبية (أي تناقص التعبير العاطفي أو فقد الإرادة).
 - 2- خلال فترة معتبرة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالاً أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي الأساسية كالعلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جلية دون المستوى المتحقق قبل النوبة أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي أو المهني عندما تكون البداية في الطفولة أو المراهقة).
 - 3- تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل، ينبغي أن تتضمن فترة الستة شهور هذه شهر A من الأعراض أو أقل إذا عولجت بنجاح والتي تحقق المعيار A (أي أعراض الطور - النشط) وقد تتضمن فترات من الأعراض البادية أو المتبقية. قد يتجلى الاضطراب أثناء الفترات البادية أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب، أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار A التي تكون موجودة بشكل مخفف (مثال، اعتقادات مستغربة، تجارب إدراكية غير مألوفة).
 - 4- الفصام الوجداني والاضطراب الإكتيبي أو ثنائي القطب مع المظاهر الذهانية قد تم استبعادها وذلك بسبب:
 - 1) لم تحدث نوب الاكتئاب الجسيم أو ثنائي القطب بشكل متزامن خلال الطور - النشط للأعراض.
 - 2) إذا حدثت نوبة مزاجية خلال الطور - النشط - للأعراض فقد كان حضورها لفترة - قصيرة من الفترة الكلية للطور النشط والمتبقي من المرض.
 - 5- لا يُعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء أو عن حالة طبية عامة).
- تصنيفات اضطراب الفصام**
- تم تصنيف اضطراب الفصام في (DSM-5)**
- تم تصنيف الفصام والاضطرابات الشبيهة بالفصام حسب ال (DSM-5) كالآتي:
- 1) الاضطراب التوهمي Delusional Disorder
 - 2) اضطراب ذهاني قصير Brief psychotic Disorder
 - 3) اضطراب فصامي الشكل Schizophreniform
 - 4) الفصام Schizophrenia
 - 5) الاضطراب الفصامي الوجداني Schizoaffective Disorder
 - 6) اضطراب ذهاني مستحث بمادة دواء Substance/Medical induced Psychotic Disorder
 - 7) اضطراب ذهاني بسبب حالة طبية أخرى psychotic Disorder due to another medical condition
- أسباب اضطراب الفصام**
- هناك العديد من العوامل والأسباب التي تؤدي لظهور اضطراب الفصام فإن وجود العديد من الأنواع للفصام يُعزى لتعدد الأسباب، لن نستطيع أن نحصر سبب الإصابة بالفصام فلا يوجد سبب مباشر لهذا الاضطراب بل هو ناتج عن عدة عوامل بيولوجية والتفاعل بينها وبين البيئة:

- 1- **العوامل الوراثية الجينية** يعتبر الفصام من الاضطرابات التي تتأثر بالعوامل الوراثية والجينية بشكل كبير، إذ أنها من أهم عوامل انتشار المرض تشمل العوامل الوراثية التغيرات في المادة الجينية على مستويات مختلفة بدءاً من التسلسل الجيني وانتهاءً بالتشوهات الجينية. (Farah, 2018)
- وكما استخلص (كرينج، أن إم وآخرون، 2007) ان اضطراب الفصام يعود لأسباب جينية، وأن من لديهم أشخاص مصابون باضطراب الفصام في تاريخهم العائلي، يظهرون أعراضاً سلبية أعلى من أولئك الذين تخلو عائلاتهم من اضطراب الفصام. وقد استخلص كرينج، أن معدل الإصابة باضطراب الفصام في التوائم المتماثلة كان عند غير المصابين بها 4.9 بالمئة، بينما كان معدل الإصابة لدى المصابين بالفصام ضئيل أو غير دال 12.3 بالمئة، وكلا المعدلين يزيد بدرجة قليلة عن نسبة 1% بالعدد الكلي، وهذا يدعم الأهمية للعوامل الجينية للإصابة بالاضطراب. وأوضح عكاشة (2018) أن اضطراب الفصام وأعراضه لا يورث، ولكن الذي يُورث هو تهئية واستعداد المريض للإصابة باضطراب الفصام، إذا تجمعت عنده أسباب أخرى بيئية وبيولوجية.
- على الرغم من أن المئات من الجينات المرتبطة بالوظائف العصبية تكون ضعيفة لدى مرضى اضطراب الفصام، إلا أنه من الصعب التنبؤ بكل التفاعلات الممكنة بينهم، إذ يبدو أن هناك العديد من التغيرات الجينية التي يمكن أن تعزز تطور أعراض الفصام (Farah, 2018). قد تم تطبيق دراسات التوائم والعائلة والتبني بشكل واسع في اضطراب الفصام، وتقدم هذه الدراسات دليلاً لا يقبل الجدل بأن الوراثة تساهم كثيراً في اضطراب الفصام (سرحان، 2021).

وفي تلخيص لدراسة اجراها (Sullivan, 2005) بأن الفصام هو مرض يُورث في العائلات وتشير هذه الدراسة ان الفصام في التبيني وفي التوائم يرجع إلى التأثيرات الجينية، وفي التوائم هناك أهمية للتأثيرات البيئية المشتركة الصغيرة والتي من الممكن أن تكون قبل الولادة في الأصل. وبالتالي فان الفصام هو سمة معقدة ناتجة عن التأثيرات الوراثية والبيئية المسببة.

2- عوامل تطورية: ان صحة الأم خلال الفترة التطورية للجنين في الرحم يؤثر على صحته وقد يزيد من معدلات احتمالية إصابته بالفصام، وان معدلات الاضطراب تزداد لدى الأفراد الذين تعرضوا لمضاعفات اثناء الولادة (عن طريق نقص الأكسجين للجنين، وعلى الرغم من أن التأثيرات على الجنين التي تبدأ من مرحلة التكوين خلال فترة الحمل في الرحم الا ان الفصام يظهر في سن البلوغ (سرحان، 2021).

وذلك يعود للأسباب التالية كما استخلصها (كرينج، أن إم وآخرون، 2007) هو أن القشرة الجبهية (Prefrontal Cortex) التي هي هيكل المخ لا تنضج في مرحلة الطفولة بل تنضج لاحقاً في بداية مرحلة المراهقة، فيظهر الأثر على السلوك بعد تطور القشرة الجبهية، الى جانب أن الضغوطات النفسية تزيد الكوليسترول والذي يؤدي الى زيادة الدوبامين (Dopamine) في مرحلة البلوغ مما يؤدي الى ظهور الاضطرابات.

3- العوامل البيئية: هناك العديد من العوامل غير الجينية (بيئية) تتشارك في مسببات الاضطراب (كأحداث الحياة، إساءة استعمال العقاقير والإدمان وغيرها).

4- أحداث الحياة: إن لأحداث الحياة المختلفة مثل أحداث وفاة، طلاق، اجهاض، توتر أثناء الحمل، تفكك أسري، طفولة غير سوية، حوادث وغيرها من أحداث قد يمر بها الإنسان تسبب له ضغوطات نفسية كبيرة غير محددة باضطراب نفسي عن غيره وأحداث الحياة المجهدّة كانت مرتبطة بالانتكاس في اضطراب الفصام لذلك فإن الدعم النفسي يخفف من تأثير أحداث الحياة المجهدّة وقد يقلل كثيراً من مخاطر الانتكاس (Liu, et. al, 2022).

هناك عامل بيئي يعتبر عامل خطر للإصابة باضطراب الفصام عند المراهقين هو تدخين القنب (الماريجوانا)، فقد ظهر بين المصابين باضطراب الفصام بأن استخدام القنب المخدر يزيد من شدة ظهور الأعراض عليهم (كرينج، أن إم وآخرون، 2007). إن هذه العوامل البيئية كالتعقيدات المرتبطة بالولادة والعدوى الأبوية قد يكون لها أثر في تطور المخ وزيادة خطر الإصابة بالفصام، كما أن القنب المخدر المنتشر تعاطيه بين المراهقين أظهر ارتباطاً بمخاطرة أكبر فيما يتعلق بالإصابة بالفصام، خاصة لدى أولئك الذين لديهم ميل جيني للإصابة بالاضطراب، وتدعم الكثير من الأدلة المتاحة معايير القوة والاتساق والتدرج البيولوجي للقنب المسبب للأعراض الذهانية، ومن المعروف أن العديد من المواد قد تحفز الأعراض الذهانية، فإن خطر التحول إلى اضطراب الفصام يكون أكبر مع تناول هذه المواد (Ganesh & D' Souza, 2022)، كذلك فإن الصحة النفسية للمسؤولين على رعاية مرضى اضطراب الفصام تؤثر عليهم بجوانب متعددة، وأن هناك علاقة كبيرة بين العوامل المتعلقة بأحداث الحياة الأخيرة والشخص المسؤول عن رعاية المرضى، والعوامل البيئية كالأزمات والعدوى والتعاطي والوضع الاقتصادي قد تكون سببا في ظهور الفصام، خاصة للأشخاص الذين لديهم استعداد جيني للإصابة بالفصام، الى جانب التواصل الصحي داخل الأسر وما له من تأثير إيجابي في التخفيف من الضغوطات والتوتر بين أفراد الأسرة (Hussein, Jacob & Sharour, 2016)، كما إن الترابط بين عامل معين وبين الفصام لا يعني السببية ولكن مجموعة عوامل تجتمع سوياً وتساعد في ظهور الاضطرابات النفسية عموماً والفصام خصوصاً.

المحور الثاني: الافكار الانتحارية

أشار هاوتون Hawton وزملاؤه إلى أن التفكير في الانتحار يتشكل عبر عدة مراحل، وهي تتضمن أربع مراحل هي: مرحلة تكوين الأفكار الانتحارية، وتتضمن استحداث مجموعة من الأفكار عن الانتحار باعتباره السبيل الوحيد للتخلص من المعاناة، المرحلة الثانية: مرحلة بلورة الأفكار الانتحارية، وتتضمن انشغال الفرد الدائم وانهماكه بتلك الأفكار وعقد النية على الانتحار، المرحلة الثالثة: مرحلة الاستغراق العميق في التخطيط لكيفية تنفيذ محاولة الانتحار، المرحلة الرابعة: الانتحار الفعلي (Hawton et al., 2013) ويعرف وإنك وآخرون الافكار الانتحارية أنه ذلك التفكير الذي يهدف إلى إيجاد حلول تهدف إلى القضاء على الحياة وإزهاق الروح دون الوصول إلى هذه الغاية (العدلي، وناصر، 2016، 859). وتعرف الأفكار الانتحارية على أنها نمط من الأنماط السلبية للتفكير يمكن تصوره واقعا متصل لقوة كافية تتضمن نية الفرد أو تفكيره أو اندماجه في رغبته بالانتحار، إذ يتفاوت مدى أو شدة هذه الرغبة من مجرد أفكار عابرة في ذهن الفرد إلى أفكار واسعة وصولاً إلى التخطيط التفصيلي للانتحار والقيام بالعملية أو قد تكون محاولات غير مكتملة ويتم اكتشافها بشكل مقصود لغرض لفت أنظار الآخرين إليه أو قد تكون مقصودة وكاملة وتؤدي إلى الموت ويتم إنقاذ الفرد في اللحظات الأخيرة. (الشمري، والمحنة، 2019، 41).

العوامل المحفزة للتفكير في الانتحار

تتعدد العوامل المحفزة للتفكير في الانتحار، وهي تختلف عبر الأفراد والثقافات المختلفة، وفيما يلي بعض العوامل المحفزة للتفكير في الانتحار الأكثر شيوعاً:

- عوامل روحانية: ضعف الوازع الديني.
- عوامل مرضية: أمراض جسمية مزمنة، اضطرابات نفسية.
- عوامل أسرية واجتماعية: الصراعات الأسرية، العزلة، وانتهاء علاقة مهمة للفرد (إما بالوفاة أو الفراق)، والتنمر.
- عوامل اقتصادية: انخفاض مستوى الدخل البطالة.
- عوامل أخرى، مثل: الابتزاز الإلكتروني الاندفاعية، وجود تاريخ أسري في الانتحار، عدم القدرة على تحقيق الأهداف المأمولة سواء من الفرد أو المحيطين به الكمالية العصابية (Rogers et al., 2021) (جوردن، ٢٠٢٢/٢٠٢٠، ٧١-٨٢).

المؤشرات الدالة على التفكير في الانتحار

- يبيد معظم الأشخاص الذين يقدمون على التفكير في الانتحار بعض العلامات بسبب ما يعانون منه، ومنها:
- 1- العلامات اللفظية وتكون في صورة عبارات لفظية أو عبارات مكتوبة بحيث تعكس تفكير الفرد في الانتحار أو التخطيط له، وتكون إما مباشرة سوف أقتل نفسي، أو غير مباشرة لا يوجد فائدة من وجودي (Mccland et al., 2020).
 - 2- العلامات السلوكية، مثل: شراء آلة حادة، أو إحداث خدش أو قطع برصغ اليد كحركة أو إيذاء للانتحار، وغالباً ما تفسر هذه العلامات على أنها صرخة من أجل طلب المساعدة أكثر مما تكون رغبة حقيقية في الموت، بالإضافة إلى حدوث تغيرات ملحوظة في السلوك مثل:
 - الانسحاب من التفاعلات الاجتماعية.
 - الغضب أو العدوان الذي يبدو مختلفاً عن سمات الشخصية المعهودة أو خارج السياق.
 - تغيرات في النوم (بالزيادة أو النقصان).
 - 3- العلامات الموقفية وتعتبر عما يعانيه الفرد من هموم وكدر في عدد من الظروف والمواقف مثل: وفاة شريك الحياة، أو الطلاق، أو إصابة جسمية مؤلمة، أو أمراض جسمية خطيرة مثل السرطان أو نقص المناعة (الإيدز)، أو الاستغراق والانشغال الكامل بالذكري السنوية لوفاة شخص عزيز، أو غير ذلك من المواقف التي تؤدي إلى تغيرات جذرية في حياة الفرد.
 - 4- الأعراض والمظاهر النفسية، مثل: الاكتئاب الجسيم، والشعور بالوحدة، واليأس من المستقبل، والعجز، وعدم الرضا عن الحياة (Terri et al., 2024, 48-50).

يهتم الباحثون بتعيين مثل هذه المؤشرات كونها تمثل مقدمات للتفكير في الانتحار، وهي تساعد على تفسير العلاقة بينه وبين السياق الاجتماعي والبيئي والقيمي للفرد؛ ومن ثم إمكانية تحقيق فهم أكثر قرباً منه كعملية تتم بصورة تدريجية. هذه الصورة التدريجية تتشكل شيئاً فشيئاً مع تزايد هذه المؤشرات تزايداً كمياً أو كيفياً. وهذا الفهم يمكن أن يكون له مردود فعال في مجال جهود الوقاية من الدرجة الأولى أو من الدرجة الثانية.

المحور الثالث: برنامج ترويجي علاجي Recreational Rehabilitation Program

الترويج هو نشاط تلقائي مقصود لذاته وليس للكسب المادي يمارسه الفرد في وقت الفراغ، وهو نشاط هادف وبناء، وهو اتجاه عاطفي لنشاط معين تُصاحبه حالة نفسية أو انفعالية يشعر بها الفرد أثناء ممارسته ويحقق السعادة الشخصية للفرد، ويتعد النشاط الترويجي بتعدد اهتمامات الأفراد، وما هو مناسب لفرد ما غير مناسب للآخر، بل ما يعتبره الفرد نشاطاً ترويجياً في وقت ما قد لا يكون كذلك في وقت آخر إذا خلا منه التجديد لأنه يصبح عادةً، ونتيجةً لذلك ينتقل الفرد إلى ممارسة نشاط آخر يوفر التجديد والشعور بالسعادة، ويحتم ذلك أن يكون الفرد ملماً بمناشط ترويجية عديدة لتحقيق سمة التجديد (طه، 2006: 11).

وهو ذلك النشاط الذي يساهم تهيئة الفرد للشعور بالتفوق والقوة وبلذة العمل والإنتاج ولا شك أن أنواع الأنشطة التي يمارسها الأفراد كالألعاب الرياضية الجماعية مثل كرة القدم، هي في الحقيقة وسيلة حسنة لتكوين أخلاق الفرد والجماعة على حد سواء، ومن جهة أخرى فهي وسيلة مثمرة لتفريغ الطاقات البدنية والحركية، أيضاً تعد رياضة مهمة لتوجيه لاعبيها التوجيه الصحيح إذ بها تزداد ثقة الفرد بنفسه وقوته في عزمته، كما يزداد أيضاً نموه الاجتماعي فيتعلم التعاون والتضحية والإيثار، والنشاط الترويجي يساهم بدوره في تقوية الروح المعنوية للفرد إذ يجد بفضلها ما يفرج به عن نفسه في أوقات الشدة والضيق وفي الأزمات. (وفيق، 2011، 62). وهو جميع أوجه النشاط البناء والمقبولة اجتماعياً وعقائدياً والتي تؤدي أثناء أوقات الفراغ وذلك بغرض اكتساب العديد من القيم الشخصية وتطوير الشخصية وتحقيق الرضا والسعادة من المشاركة ذاتها. (البطراوي، 2013: 45). كما أنه نشاط

تلقائي مقصود لذاته وليس للكسب المادي ويزاول في أوقات الفراغ لتنمية ملكات الفرد رياضياً واجتماعياً وذهنياً (مجدي وجابر، 2020: 14)

أهداف الترويح

إن الترويح حق إنساني لجميع الأفراد في كل مكان بغض النظر عن اللون والجنس والعقيدة، ويأسر الترويح العالم بما له من آثار على البشر مما يؤثر فيه من عوامل يدفعها عمق النقد والتحضر كما، تتلخص أهداف الترويح تبعاً للإهتمامات والرغبات التي يمكن اعتبارها دوافعاً لممارسة الأنشطة الترويحية وتتمثل كما ذكرها (كماش، 2015، 55-56) فيما يلي:

- أغراض حركية: حيث أن الواقع للحركة والنشاط يعتبر دافع أساسي لجميع الأفراد ويزداد في الأهمية لدى الصغار والشباب والغرض الحركي أساس النشاط البدني في البرنامج الترويحي.
- غرض الإتصال بالآخرين: تعتبر سمة الإتصال بالآخرين من خلال استخدام الكلمة المكتوبة أو الملفوظة هي سمة يتميز بها كل البشر، وإن قص القصص أو المناقشات الجماعية والمحادثات وقراءة الشعر والقصة القصيرة كل هذه الأنشطة تشبع الرغبة في الإتصال بالآخرين وتبادل الآراء والأفكار.
- غرض تعليمي: عادة ما تدفع الرغبة في المعرفة إلى التعرف على كل ما هو جديد في دائرة اهتمام الفرد، وعادةً ما يبحث الفرد في اهتماماتٍ جديدةٍ تُمهّد لمعرفة ما يجهله فإذا تتبعنا هواة المراسلة، وهواة جمع الطوابع، وهواة جمع العملات ما هي إلا قنوات لتعلم الجديد.
- غرض اجتماعي: إن الرغبة في أن يكون الفرد مع الآخرين من أقوى الرغبات الإنسانية، فالإنسان اجتماعي بطبعه وهناك جزء ليس بالقليل في الترويح المنظم أو غير المنظم يعتمد أساساً على تحقيق الحاجة إلى الإنتماء، إضافة إلى غرض تحسين الصحة عن طريق تطوير الحالة الصحية للفرد وتنمية العادات الصحية المرغوبة، والوقاية من التعرض لفرص الإصابة بأمراض القلب والدورة الدموية وزيادة المناعة الطبيعية ومقاومة الأمراض والحد من الآثار السلبية والتوتر النفسي والعصبي.

أنواع الترويح

- **الترويح الخلوي:** هو نوع من أنواع الترويح الذي يشتمل في ب ا رمجه على مختلف أشكال النشاطات التي تتم بعيداً عن الأماكن المغلقة، والتي لها علاقة مباشرة بالطبيعة التي يستمتع الأفراد بجمالها.
- **الترويح الإجتماعي:** يقصد به مشاركة أكثر من فرد في نشاط ما بهدف المشاركة الاجتماعية الفاعلة بين الأفراد لغرض الترويح
- **الترويح الثقافي:** يسعى في برامجه إلى تحقيق المتعة لممارسيه وإلى إكسابهم المعلومات والمعرفة والمفاهيم، وتنوع أشكال أنشطته إلى أنشطة لغوية وأنشطة أدبية وأنشطة عقلية.
- **الترويح الفني:** يهتم هذا النوع من الترويح بالأنشطة التي تحقق السعادة من خلال برامجه التي تحتوي على الفن والإبداع مثل الرسم بأشكاله وأنواعه المختلفة.
- **الترويح العلاجي:** يقصد به الأنشطة الترويحية التي يستفيد منها المرضى المصابين بأمراض مختلفة بهدف تحقيق المتعة والاسترخاء والخروج من أجواء المرض التي تؤدي إلى الإحباط والاكتئاب حيث تكون أنشطته متنوعة حسب الفئة العمرية وطبيعة المرض.
- **الترويح الرياضي:** يعتبر الترويح الرياضي من الأركان الأساسية في برامج الترويح لما يتميز به لأهمية كبرى في المتعة الشاملة، بالإضافة إلى أهميته في التنمية الشاملة الشخصية من النواحي البدنية والعقلية والاجتماعية، وإن مزاولة النشاط البدني سواء كان بغرض استغلال وقت الفراغ أو كان بغرض التدريب للوصول إلى المستويات العالية، يُعتبر طريقاً سليماً نحو تحقيق الصحة العامة، حيث أنه من خلال مزاولة ذلك النشاط يتحقق للفرد النمو الكامل من النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية، بالإضافة إلى تحسن عمل كفاءة أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الدوري والتنفسي والعضلي والعصبي. ((زريقات، 2022، 18-19))

فروض البحث:

- 1- **الفرض الأول ونصه:** توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج تروحي علاجي على مقياس الافكار الانتحارية لصالح القياس البعدي.
- 2- **الفرض الثاني ونصه:** توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياسين البعدي على مقياس الافكار الانتحارية لصالح المجموعة التجريبية.
- 3- **الفرض الثالث ونصه:** لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الافكار الانتحارية.

الإجراءات المنهجية للبحث:

تحديد البحث بالمحددات البحثية الآتية:

- **مجتمع وعينة البحث:** تكون مجتمع البحث من جميع المراهقين مرضى الفصام بمستشفى العباسية للأمراض النفسية بمدينة القاهرة، كما تكونت عينة البحث من (20) من مرضى الفصام تتراوح أعمارهم من (17-18) عاماً، (9) ذكور و (11) أنثى مع توافر بعض الشروط منها: أن يكون تم تشخيصهم بواسطة أطباء نفسيين، وأن يكونوا موجودين بإحدى المستشفيات أو المراكز النفسية، كما يجب ألا يكون لديهم أي اضطرابات أخرى، وأن يوافقوا ويوافق المسئولون عنهم على الاشتراك في البرنامج. وتكون البرنامج من (32) جلسة كل منها (45) دقيقة بواقع أربع جلسات أسبوعياً. ثم جلسة متابعة بعد شهر واحد في الفترة من 2025/11/5 حتى 2026/1/6.
- **التكافؤ بين مجموعتي البحث (التجريبية - الضابطة):** قامت الباحثة بالتحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج من حيث العمر الزمني، وشدة الفصام، ومستوى الأفكار الانتحارية، وللتحقق من ذلك تم دراسة دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة باستخدام طريقة مان ويتني Mann Whitney، ويوضح جدول (1) قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في تلك المتغيرات:

جدول (1) قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

$$10 = 2 = 1 \text{ ن}$$

المتغيرات	المجموعة	ن	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة W	قيمة u	مستوى الدلالة
العمر الزمني	الضابطة	10	17.70	0.48	10.50	105	0,00	105	50	غير دالة
	التجريبية	10	17.70	0.48	10.50	105				
الأفكار الانتحارية	الضابطة	10	28.80	0.78	10.20	102	0,242	102	47	غير دالة
	التجريبية	10	28,90	0.87	10.80	108				

يتضح من جدول (1) أن قيمة (Z) غير دالة إحصائياً؛ مما يدل على تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات:
(العمر الزمني، وشدة الفصام، ومستوى الأفكار الانتحارية) قبل تطبيق برنامج ترويجي علاجي.
أدوات البحث

[1] مقياس الأفكار الانتحارية والمشتق من استخبار وصف الشخصية إعداد/ موري (1991)، ترجمة وتقنين (بدر، 2004):
يعكس مقياس التفكير الانتحاري الأفكار المتعلقة بالانتحار، ويغطي مضمون البنود اليأس والأفكار الغامضة عن القنوط والإحباط والاغتراب والرغبة في الموت والإحساس بتفاهة الحياة. ويمتد مضمون البنود من الأفكار العادية عن الاغتراب وعدم الانتماء إلى وضع أو محاولة تنفيذ خطط عن لانتحار، والأفراد الذين يخشون أو يخجلون من التعبير عن ميولهم الانتحارية يمكن أن يكفوا تعبيرهم عن هذه الميول وإذا ما ظهر أن الدرجات الخام للانتحار ضعيفة وكانت درجات الاكتئاب والقلق والتوتر مرتفعة فمن الضروري التعمق في البحث وراء دلالة انخفاض هذه الدرجات. وقد تم استخدام مقياس التفكير الانتحاري المتفرع من قائمة تقدير الشخصية، والتي تتكون من (344) بنداً موزعة على (22) مقياساً كلياً من بينها (10) مقياس مركبة تتضمن (31) مقياساً فرعياً، والقائمة من تصميم ليزلي موري (Morey, 1991) وتم تقنينهما على المجتمعين المصري والكويتي وقد نشرت باسم استخبار وصف الشخصية.

تعليمات المقياس: يتكون المقياس من (12) بنداً وأربعة بدائل للإجابة ويمكن تطبيق مقياس التفكير الانتحاري سواء في الموقف الفردي أو الجمعي، ويستغرق معظم المفحوصين في الإجابة حوالي ثلاث دقائق، وقد وضعت تعليمات للمقياس كانت مختصرة وبسيطة، وتحدد للمفحوص مباشرة المطلوب منه عند الإجابة.

توجد تعليمات التطبيق في ورقة الإجابة وفيها إشارة واضحة في البداية أن الإجابة على البنود ليس من بينها ما يصنف على أنه صواب أو خطأ، ولكن الأمر متعلق بوجه نظر المفحوص، وكذلك تم النص على عدم ترك أي بنود دون إجابة، والإجابة على الأسئلة تتم من خلال أربع فئات هي:

- أن البند لا ينطبق على حالة المفحوص البتة وتتم الإجابة عليه ب (صفر).
- أن البند ينطبق على المفحوص قليلاً وتتم الإجابة عليه ب (1).
- أن البند ينطبق على المفحوص كثيراً وتتم الإجابة عليه ب (2).
- أن البند ينطبق على المفحوص دائماً وتتم الإجابة عليه ب (3).

وبعد أن ينتهي المفحوص من الإجابة على جميع البنود يتوجب على الباحث أو الشخص الفني الذي يطبق المقياس على المفحوص مراجعة جميع البنود حتى يتأكد أنه لم يتم ترك أي بند بدون إجابة وأن المفحوص لم يقدم إجابتين للبند الواحد. وإذا حدث ذلك فلا بد من إعادة الورقة إلى المفحوص مرة أخرى كي يستكمل الإجابة على جميع البنود وفقاً للتعليمات التي تلقاها، هذا طبعاً إذا كان التطبيق يتم ذاتياً، أما إذا كان التطبيق يتم من خلال الأخصائي النفسي، فإن الأخصائي لابد أن يتأكد من أنه قد أدى التطبيق وفقاً للتعليمات المنصوص عليها ولم يترك أي بند بلا إجابة، ولم يتم تقديم أكثر من إجابة على البند الواحد.

طريقة التصحيح: يتم تصحيح المقياس على ورقة الإجابة وقد تم تصميم ورقة الإجابة بحيث أن المفحوص يستجيب على الورقة، يعطى كل بند في مقياس درجة موزونة تتراوح من 0-3 وتصحح البنود الدالة على وجود التفكير الانتحاري بإعطائه الأوزان ذاتها. وهي الأرقام التي قام المفحوص، بوضع دائرة عليها في نسخة الاختبار، بينما تصحح البنود المشيرة إلى عدم وجود التفكير الانتحاري بإعطائه أوزاناً معكوسة أي أن الإجابات التي وضع حولها المفحوص في 0، 1، 2، 3 تصحح بالترتيب 3، 2، 1، 0 وأرقام بنود المقياس الدالة على عدم وجود التفكير الانتحاري والتي تعطي لوزاناً معكوسة هي كما يلي 10، 12 والدرجة الدنيا صفر والدرجة العليا 36. والدرجات الثمانية المتوسطة (60) فما فوق تدل على أن صاحبها لديه أفكار قليلة حول الانتحار، والدرجات من 60 فما فوق حتى 70 تدل على أن صاحبها لديه أفكار جادة حول الانتحار ولديه اكتئاب مرتفع وقلق ينظر إلى الدنيا والناس بتشائم، ومثل هؤلاء الأشخاص يستحقون الاهتمام والرعاية ومساعدتهم على تجاوز ما يتعرضون له من ضغوط، وتضع الدرجات الثمانية 65 فما فوق صاحبها ضمن فئة أو قائمة المصنفين مرضياً في هذا الخاصة، من الواضح أن فكرة الانتحار تلح عليهم ولما هو متعمق في

نفوسهم من شعور باليأس وعدم الأهمية، وتدل الدرجات العليا (أكثر من 85) على أن الحالة عسيرة ولكن يندر أن تصل الدرجات الثانية إلى المائة.

الخصائص السيكومترية للمقياس: تم حساب الثبات للقائمة في ثلاث ثقافات مختلفة هي: الولايات المتحدة الأمريكية جمهورية مصر العربية الكويت وقد أشارت النتائج التي تم الحصول عليها إلى درجة عالية من الثبات لجميع المقاييس الكلية والفرعية في الثقافات الثلاثة الأمريكية والمصرية والكويتية التي تم حساب الثبات فيها سواء بطريقة إعادة التطبيق أو بطريقة القسمة النصفية، أو بطريقة حساب الاتساق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ. ويظهر من تلك النتائج الخاصة بحساب الثبات والمعروضة لدى موراي (1991) و More و "مصري حنوره وراشد السهل، (1997) أنها جاءت مرتفعة ويتراوح 70% منها ما بين 0.87 بالنسبة لجميع المقاييس الكلية والفرعية للقائمة باستخدام أكثر من طريقة لتقدير الثبات والتي شملت كما ذكرنا إعادة التطبيق وألفا كرونباخ والقسمة النصفية وهو ما يدعو إلى الاطمئنان لاستخدام الأداة في الوطن العربي. وقد اتضح من الدراسات المختلفة في الثقافات المتباينة أن القائمة ككل ومقاييسها الكلية والفرعية على درجة مقبولة من الصدق حيث ظهر أن هناك اتساقاً داخلياً بين البنود وكما ظهر الارتباط بين درجة المقاييس والمقاييس المناظرة لها، كذلك أشارت التحليلات العاملية إلى تمحور المقاييس حول عوامل ذات هوية مقبولة، ويمكن الاطمئنان إليها في الاستخدام سواء في مجال التشخيص الإكلينيكي أو في مجال الدراسات الفارقة أو في مجال الدراسات الحضارية المقارنة.

[2] برنامج ترويجي علاجي اعداد الباحثة

قامت الباحثة بإعداد البرنامج في صورته الأولية، مع تحديد أهدافه ومحتوى جلساته بعد الاطلاع الدراسات والأطر النظرية العربية والأجنبية التي تناولت كل من: دراسة حجر، و الدمرداش (2015) بعنوان: تأثير برنامج ترويجي رياضي مقترح على بعض المتغيرات الفسيولوجية واضطرابات النوم لدى كبار السن المصابين بالاكتئاب، ودراسة إبراهيم (2019) بعنوان: تأثير برنامج ترويج علاجي على قلق الموت للمراهقين المصابين بالسرطان، ودراسة عبدالجليل (2024) بعنوان: تأثير برنامج ترويجي علاجي على تحسين درجة ومستوى الاكتئاب لبعض المرضى النفسيين، ودراسة العربي، عمارنة، و معافي (2020) بعنوان: أثر برنامج ترويجي رياضي مقترح على القلق العام لدى المسنين المقيمين "بدار الأشخاص المسنين بتيارت". ثم قامت الباحثة بعرض البرنامج في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس والصحة النفسية وعددهم (5) خبراء، وذلك للتحقق من ملائمة البرنامج وأهدافه وإجراءاته وفنياته المستخدمة وعدد جلساته، مع تعديل وإضافة ما يرونه مناسباً، وفي ضوء آراء السادة المحكمين أصبحت الصورة النهائية للبرنامج مكونة من (32) جلسة، وفيما يلي وصفاً تفصيلياً للبرنامج:

أهداف البرنامج: لكل برنامج ترويجي رياضي أهداف محددة يحاول بلوغها من خلال تنفيذه وإدارته وذلك حتى تحقق الفائدة المرجوة من إعداده ولذل يهدف البرنامج المقترح إلى تحسين بعض النواحي السلوكية لدى التلاميذ وإكساب صفات شخصية مرغوب فيها ومنها:

- الحد والتخفيف من القلق والتوتر لدى المراهقين مرضى الفصام.
- تحسين الحالة الصحية النفسية للمراهقين مرضى الفصام.
- تحقيق الاسترخاء العضلي والعصبي.
- تجديد نشاط وحيوية الجسم، وتنمية اللياقة البدنية.
- تحقيق السعادة والترويح عن الذات والبعد عن التفكير السلبي.

أسس وضع البرنامج الترويجي الرياضي التربوي المقترح:

- أن تتناسب أوجه النشاط مع طبيعة مرضى الفصام من المراهقين من حيث استعداداتهم وقدراتهم ومهاراتهم الحركية.
- تنوع أوجه الأنشطة الرياضية وذلك حتى يتمكن مرضى الفصام من المراهقين من اختيار ألوان النشاط التي تشبع ميولهم وحاجاتهم والتي تتماشى مع اتجاهاتهم.
- أن تتناسب أوجه الأنشطة مع الإمكانيات المتاحة من ملاعب وأدوات ووسائل ترويحية.
- تحقيق مبدأ الأمن والسلامة.
- أن تحقق أوجه النشاط المرجوة منه عندما يقبل مرضى الفصام من المراهقين على الاشتراك فيه.
- أن يكون أداء التمرينات متدرجا من السهل إلى الصعب ومن البسيط إلى المركب.
- الاهتمام بإتاحة الفرصة للانتقال من الأجهزة والأدوات بأي طريقة يفضلها مرضى الفصام من المراهقين للتعرف على حركات متنوعة على الأدوات والأجهزة.
- الاهتمام بالأنشطة المتعددة والبسيطة والتي تستخدم في أسلوب دمج عدة حركات أساسية مثل (جري، وثب، مشي-) مع استخدام التنوع والتجديد في الأدوات المستخدمة لبعث السرور والبهجة.

الأدوات المستخدمة: تم استخدام بعض الأدوات المتاحة في المكان وعمل بعض الأدوات البديلة وتوفر ما يمكن (كرات مختلفة الأحجام والألوان - أطواق - حبال - كرات - صناديق).

التوزيع الزمني: بالرجوع إلى المراجع العلمية والدراسات السابقة وآراء الخبراء حددت الباحثة الزمن الكلي لتنفيذ البرنامج الترويحي المقترح في عدد (32) جلسة تستغرق كل جلسة (60) دقيقة، تم توزيعها كالتالي:

- **الجزء التمهيدي:** والذي يهدف إلى:
- إعداد الجسم وهيئته بدنيا وفسولوجيا ونفسيا لتقبل العمل في المرحلة التالية.
- محاولة الوصول إلى أحسن الطرق للانتقال للجزء التالي مع إدخال روح المرح في التعليمات ليكون هناك انطباع سار للمشاركين.
- زيادة الأنشطة الترويحية تدريجيا.
- الإعداد الجيد لتلافي الإصابات التي قد يتعرض لها مرضى الفصام من المراهقين أثناء الأداء ومن الممكن أن تتمثل تمرينات الإحماء في الأشكال التالية:

1) تمرينات الجري باختلاف أنواعها (جري تتابع - حواجز - جري في الساحة).

2) ألعاب صغيرة في شكل مسابقات.

ويتعلق زمن الإحماء أو الجزء التمهيدي بالظروف المحيطة بالجو، أي أنه كلما كان الجو باردا طالت مدة هذا الجزء بحيث لا تظهر أي أعراض للتعب ومدته (15) دقائق.

الجزء الرئيسي: والذي يهدف إلى المحافظة على الحالة البدنية والفسولوجية وتحسين الحالة النفسية والاجتماعية للمراهقين مرضى الفصام باستخدام مجموعة من الألعاب الرياضية الهادفة التي تهدف إلى الترويح والتقليل من الضغوط النفسية، والتي من أبرزها القلق. وتكونت من مرحلتين أعطيت تدريجيا على مدى الفترة الزمنية الكلية (40) دقيقة للبرنامج وهما كالتالي:

- **المرحلة الأولى:** اشتملت على كثير من التمرينات البدنية الحرة والتمرينات بالأدوات والتي تزيد من كفاءة عمل العضلات الكبيرة كعضلات الذراعين والرجلين والجذع والبطن والرقبة.
- **المرحلة الثانية:** اشتملت على كثير من الألعاب الترويحية لكرة القدم وكرة اليد وكرة السلة والكرة الطائرة وألعاب ترويحية مختلفة في جميع النشاطات، ويجب أن يتوفر في الجزء الرئيسي ما يلي:

1) تنوع التمرينات وتغيرها وفقا للمجموعات العضلية العاملة حتى يمكن تلافي تحمل بعض العضلات أو المجموعات العضلية للجهد لمدة طويلة.

2) في حالة تعليم مهارة رياضية سهلة وأساسية فإنه يجب محاولة الوصول إلى تعلم الشكل الكامل للمهارة أولا ثم أداء الألعاب بطريقة صحيحة.

3) تؤدي التمرينات التي تحتاج إلى متطلبات عالية من التركيز ورد الفعل والتوافق العضلي.

4) العصبي في النصف الأول من الجزء الرئيسي لأن الجهاز العصبي يكون في حالة غير مجعدة.

5) يتخلل الأداء الحركي للأنشطة الترويحية الرياضية تمرينات للتهديئة والاسترخاء وتمرينات للتنفس كراحة إيجابية نشطة.

الجزء الختامي: قد راعت الباحثة أن يعقب فترة التدريب الأساسية فترة تهدئة متدرجة وذلك باستخدام المشي-والجري الخفيف، وهدف إلى:

1) الوصول بحالة الجسم إلى ما كان عليه في حالة الراحة.

2) اختيار التمرينات بحيث تزيد من اهتمام الفرد ولا تبعده على أدائها بل تعمل على إمكانية قيامه بأدائها مرة أخرى بنفسه.

3) تنتهي الوحدة بتحية رياضية ومدة هذا الجزء (5) دقائق.

خطوات البحث: أجرت الباحثة عدداً من الإجراءات ليصبح البحث في صورته النهائية، حيث تترتب كل خطوة على ما يسبقها من الخطوات، وهذا عرض مختصر لهذه الخطوات:

1- تجميع المادة العلمية من نظريات وإسهامات نظرية ودراسات سابقة مرتبطة بمتغيرات البحث الحالي للتنظير العلمي لمتغيرات البحث وصياغة فروض البحث.

2- تحديد المفاهيم الإجرائية لمتغيرات البحث ثم إعداد أدوات البحث كما يلي:

- مقياس الأفكار الانتحارية لدى مرضى الفصام.

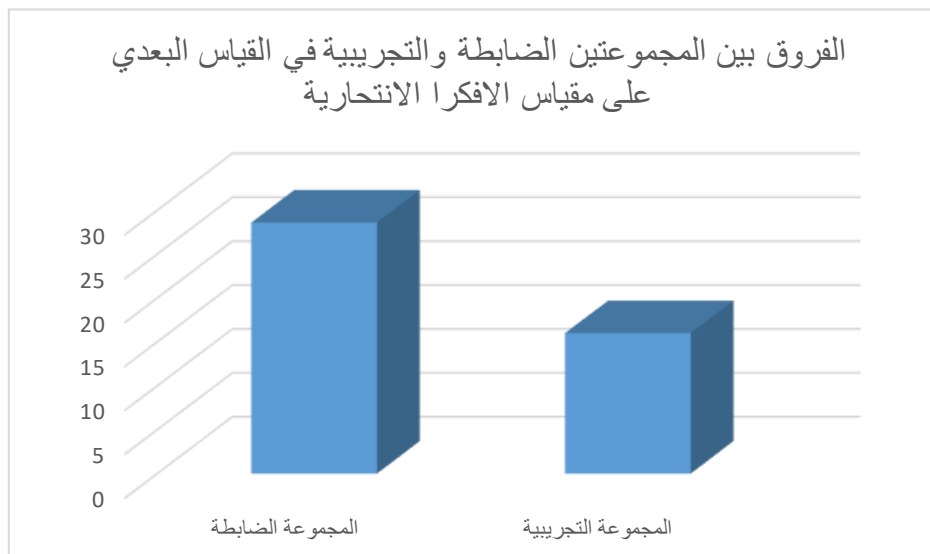
- تصميم البرنامج الترويجي العلاجي.
- 3- اختيار عينة البحث من بين مرضى الفصام من المراهقين الذين يعانون من مستويات مرتفعة في الأفكار الانتحارية وفق الاربعي الاعلى.
- 4- التطبيق القبلي لمقياس الأفكار الانتحارية على أفراد العينة الاساسية.
- 5- تطبيق البرنامج الترويجي العلاجي على مرضى الفصام من المراهقين في المجموعة التجريبية.
- 6- التطبيق البعدي لمقياس الأفكار الانتحارية على مرضى الفصام من المراهقين في المجموعة التجريبية بعد انتهاء تطبيق البرنامج الترويجي العلاجي.
- 7- التطبيق التتبعي لمقياس الأفكار الانتحارية على مرضى الفصام من المراهقين في المجموعة التجريبية بعد مرور شهرين ونصف من انتهاء البرنامج.
- 8- تصحيح الاستجابات وجدولة الدرجات والتعامل معها إحصائياً، واستخلاص النتائج ومناقشتها.
- الأساليب الإحصائية المستخدمة:**
- للتحقق من صحة فروض البحث تم التعامل احصائياً مع البيانات والدرجات من خلال حزمة البرامج الاحصائية للعلوم الانسانية (SPSS) وذلك باستخدام الاساليب الاتية:
- 1- اختبار " ٢٤ " Chi Square Test لحساب التجانس بين متوسطات رتب درجات عينة البحث من حيث العمر الزمني، ومستوى الأفكار الانتحارية.
- 2- اختبار ولكوكسن Wilcoxon Test واختبار مان ويتني لإيجاد الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد عينة البحث الأساسية قبل وبعد تطبيق البرنامج الترويجي العلاجي وفي القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأفكار الانتحارية.
- نتائج الفروض ومناقشتها وتفسيرها:**
- نتائج الفرض الأول ونصه:** " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية وطلاب المجموعة الضابطة على مقياس الافكار الانتحارية في القياس البعدي في اتجاه أفراد المجموعة الضابطة".
- لاختبار هذا الفرض، تم استخدام الأساليب الإحصائية اللابارامترية اختبار مان-ويتني Mann-Whitney (U)، لحساب قيمة (Z)، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة (عينتين مستقلتين) في القياس البعدي على مقياس الافكار الانتحارية ويوضح جدول (7) التالي ذلك:

جدول (2) قيمة (Z) ودلالاتها للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الافكار الانتحارية

الافكار الانتحارية	المجموعة	ن	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة W	قيمة u	حجم التأثير ومستواه
الدرجة الكلية	الضابطة	10	28,60	0,69	15,50	155	3,83	55	0,00	0,01 قوي جدا
	التجريبية	10	16,00	1,24	5,50	55				

يتضح من جدول (2) أن الفرض تحقق كلياً حيث: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس الافكار الانتحارية في اتجاه أفراد المجموعة الضابطة، ونظراً لان الدرجة المرتفعة تعني ارتفاع مستوى الافكار الانتحارية كما هو الحال في المجموعة الضابطة، والدرجة المنخفضة تعني انخفاض مستوى الافكار الانتحارية كما هو الحال في المجموعة التجريبية يتضح فعالية برنامج ترويجي علاجي في خفض الافكار الانتحارية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

والشكل (1) يوضح الرسم البياني لهذه النتيجة:



شكل (1) المتوسطات الحسابية للقياس البعدي في كل من المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس الافكار الانتحارية

يتضح من شكل (1) أن المتوسطات الحسابية للقياس البعدي في المجموعة التجريبية أقل من المتوسطات الحسابية في القياس البعدي للمجموعة الضابطة؛ مما يشير إلى فاعلية برنامج ترويجي علاجي لخفض حدة الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام المشاركين في البرنامج.

مناقشة وتفسير الفرض الأول:

ترجع الباحثة هذه النتيجة إلى جدوى وفاعلية البرنامج الترويجي العلاجي المستخدم حيث تفوق أفراد المجموعة التجريبية مقارنة عن أقرانهم في المجموعة الضابطة في القياس البعدي (الاتجاه الأفضل) حيث انخفضت متوسطات درجاتهم على مقياس الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام، ويمكن إرجاع ذلك إلى عوائد ونتائج وانتظام أفراد المجموعة التجريبية في جلسات البرنامج الترويجي العلاجي حيث كانت الفنيات المستخدمة في البرنامج ذات تأثير ومعنى ومغزى في حياة هؤلاء الأفراد حيث أتاحت هذه الفنيات لهم فرصة التنفيس الانفعالي وإخراج بعض المكبوتات اللاشعورية التي يعاني منها أفراد المجموعة التجريبية والإفصاح عن المشكلات التي يعانون منها والتي تمثلت في مشكلات عدم التوافق النفسي والاجتماعي والتي تتمثل في البعد عن التركيز وعدم الثقة بالنفس وبالأخرين والتفكك الأسري وبعض المشكلات العاطفية وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والاستغراق في أحلام اليقظة والأوهام وكثرة السرحان والأفكار الانتحارية وغيرها حيث أسهمت جلسات البرنامج الترويجي العلاجي وانتظام المراهقين مرضى الفصام في تدنت الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام على المستوى الشخصي والاجتماعي حيث قاموا بأداء أدوار تعكس سلوكياتهم في الواقع من أجل تعديلها من خلال إظهار مشكلاتهم التي تعيق تكيفهم والتغلب عليها وكذلك ترسيخ عملية النقد الذاتي وفهم الذات بصورة إيجابية وواقعية وبالتالي زيادة قدرتهم في الوصول إلى مستوى مناسب من تقدير الذات وزيادة قدرتهم على التعبير عن ذواتهم بصراحة بعيداً عن مصادر الخوف والقلق والمخاوف المرضية مما ساهم في انخراطهم في قيام علاقات اجتماعية تتسم بالتفاعل في مناخ يسوده الاحترام المتبادل والشرابة والتفاهم والحوار وإقبال المراهقين مرضى الفصام على ممارسة الأنشطة اللامنهجية بشكل تعاوني وإيجابي لذلك كان من الطبيعي تفوقهم عن أقرانهم في المجموعة الضابطة وهذا يوضح جدوى وفاعلية البرنامج المستخدم في البحث الحالي. وفي هذا الصدد يُشير فتحي (2020، 71) إلى أن الترويج على تنمية النضج العاطفي لدى الممارس عن طريق مواقف عديدة ومتنوعة، ويقضي على الخجل، ويبعث على السعادة في الوصول وتحقيق النجاح، ويعمل على تنمية صفات عديدة كالأمانة والإخاء والتحكم في المشاعر والريادة والتبعية تنشأ أثناء ممارسة الأنشطة الترويجية، ويوفر الفرص لتنمية الصفات الاجتماعية والتعاون والمنافسة، وإن الكيان الاجتماعي للفرد والروح الرياضية قد تكونان نتاجاً لممارسة الأنشطة الترويجية، وقد تتوافر فرص عديدة لتبادل الآراء واكتشاف رغبات جديدة وتكوين صداقات جديدة عن طريق ممارسة أنشطة

ترويجية، وتتهيئ هذه الأنشطة الفرص للممارس لأن يشعر بالاطمئنان والثقة والتوجيه الذاتي، وتتهيئ الفرص للتدريب على إصدار القرارات (فتحي، 2020، 71).

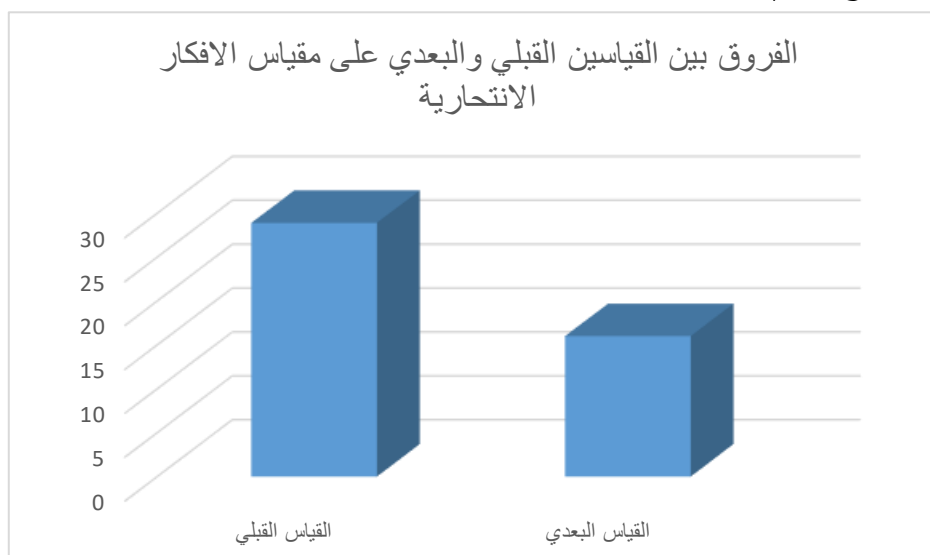
نتائج الفرض الثاني ونصه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الافكار الانتحارية في القياس القبلي والبعدي في اتجاه القياس القبلي".

ولاختبار هذا الفرض، تم استخدام الأساليب الإحصائية اللابارامترية: اختبار ويلكوكسون Wilcoxon (W) وقيمة (Z)، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية (عينة مترابطة) على مقياس الافكار الانتحارية ويوضح جدول (4) التالي ذلك:

جدول (4): نتائج ويلكوكسون Wilcoxon (W) وقيمة (Z) ودلالاتها للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الافكار الانتحارية

الابعاد	القياس	م	ع	الرتب السالبة والموجبة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	قبلي	28,90	0,87	الرتب السالبة	10	5,50	55	2,91	0,01
				الرتب الموجبة	0	0,00	0,00		
	بعدي	16,00	1,24	الرتب المتعادلة	0				
				الاجمالي	10				

يتضح من جدول (4) أن الفرض تحقق كلياً حيث: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام في اتجاه القياس القبلي؛ حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع مستوى الافكار الانتحارية كما هو الحال في القياس القبلي، والدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض مستوى الافكار الانتحارية كما هو الحال في القياس البعدي مما يشير مما يُعبر عن انخفاض مستوى الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام بالمجموعة التجريبية انخفاضاً دالاً إحصائياً عند مستوي (0.01) في التطبيق البعدي بالمقارنة بدرجاتهم في التطبيق القبلي، وعليه كان البرنامج الترويجي العلاجي فعالاً في خفض مستوى الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام. والشكل (2) يوضح الرسم البياني لهذه النتيجة:



شكل (2) المتوسطات الحسابية للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الافكار الانتحارية.

يتضح من شكل (2) ان المتوسطات الحسابية للقياس البعدي في المجموعة التجريبية اقل من المتوسطات الحسابية في القياس القبلي لها؛ مما يشير إلى فاعلية البرنامج الترويجي العلاجي في التخفيف من حدة الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام. مناقشة وتفسير الفرض الثاني:

ترجع الباحثة هذه النتيجة إلى جدوى وفاعلية البرنامج الترويجي العلاجي المستخدم في التخفيف من حدة الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام لدى أفراد المجموعة التجريبية من الذكور والإناث وترجع هذه النتيجة إلى عوائد ونتائج وانتظام أفراد المجموعة التجريبية في جلسات البرنامج الترويجي العلاجي حيث كانت الفنيات المستخدمة في البرنامج ذات معنى ومغزى وذات فائدة وقيمة في حياة هؤلاء المراهقين ومما توفره من خبرات وممارسات ومواقف وحوارات ومناقشات أسهمت على إخراج بعض المكبوتات اللاشعورية بطريقة عفوية وبحرية كاملة دون خوف أو تردد حيث أصبح أفراد المجموعة التجريبية يعبرون بحرية عن مشاعرهم بجو يتسم بالأمن والطمأنينة النفسية مما جعلهم أكثر مرونة وأكثر فهماً وحرصاً ووعياً للاستفادة الكاملة من فنيات البرنامج المستخدم في إطار مواقف ونماذج حياتيه واقعية معاشه مما أسهم في زيادة توافقه الشخصي والاجتماعي والنفسي- والوصول إلى مستوى مناسب من تقدير الذات وزيادة قدرتهم على التعبير بصراحة عن مشاعرهم وذواتهم بطريقة تلقائية واصبحوا أقل خوفاً وقلقاً وتوتراً في التعبير عن مشكلاتهم بحرية أكثر وتلقائية وخاصة من حيث المشاعر الإنسانية والفعاليات في جميع المواقف والمجالات الحياتية وهي خبرات وممارسات وأنشطة وعوائد تسهم في زيادة مستوى الكفاية والفعالية الشخصية وتعزيز وتقوية شعور هؤلاء الطلاب من الذكور والإناث بالقوة والأهلية والجدارة والثقة في ذواتهم، وعلى زيادة قدرتهم على التعايش مع مشكلاتهم بحيث يستمتعون بما لديهم من قدرات وإمكانيات واستعدادات وخصائص وسمات شخصية وجوانب دافعية وانفعالية ويمكن توظيفها في إقامة علاقات وتفاعلات ضمن مناخ يسوده الود واللفة والهدوء والاستقرار النفسي والاجتماعي الذي يخفف من التفكير الانتحاري لدى مرضى الفصام، لذلك كان من الطبيعي والمنطقي تفوق أفراد المجموعة التجريبية من الذكور والإناث في القياس البعدي الاتجاه الأفضل. حيث اعتمدت الباحثة على الأنشطة المتنوعة التي تحقق المتعة والتسلية والفائدة وقضاء وقت الفراغ، كالألعاب الرياضية والترويحية والأنشطة الحركية المختلفة، ويذكر (Hartford & Lawton, 1997) أن جماعات الترويح تُعتبر آلية مفيدة وفاعلة في إشعار أعضائها بالرضا وقبول الواقع والإشباع والمتعة وخاصة بالنسبة للأفراد الذين هم في سن المراهقة ممن يواجهون اضطرابات نفسية شديدة مما يسهم بدرجة كبيرة في التخفيف من الضغوط النفسية والاجتماعية التي يواجهونها وتساعدهم في التعامل مع مشكلات العزلة ووقت الفراغ والأفكار المضطربة (أبو عبا، وطاش، 2000، 164). كما أن وجود أشكال بسيطة من المنافسة التي لا تعتمد على الإحتكاك مثل مباراة في تنس الطاولة أو التصويب على لوحة كرة السلة، حيث يؤدي ذلك إلى انعكاسات نفسية تشير إلى أن الفرد لا زال في حالة تفاعل مع الحياة ويوجد ما يحتاج منه لتجديد طاقاته وبذل الجهد وإمعان الفكر، فهو طاقة متجددة ليست طاقة معطلة استغنى عنها المجتمع (باهي، وعفيفي، 2005، 152). ويُضيف الباحث بأن الأنشطة الرياضية الترويحية تُعتبر وسيلة للتكيف مع متطلبات الحياة العصرية التي ازدادت فيها أهمية الحفاظ على اللياقة البدنية للفرد وتحسين أجهزته الداخلية، وملاءمة قدراته البدنية والحركية مع متطلبات حياته اليومية، وبالتالي الإحساس بالرضا عن الحياة والتقدير الذاتي والتخفيف من الأفكار الانتحارية التي تسيطر على مرضى الفصام.

نتائج الفرض الثالث ونصه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الافكار الانتحارية في القياس البعدي والقياس التتبعي".

ولاختبار هذا الفرض، تم استخدام الأساليب الإحصائية اللابارامترية: اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) (W) وقيمة (Z)، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية (عينة مترابطة) على مقياس الافكار الانتحارية ويوضح جدول (5) التالي ذلك:

جدول (5) نتائج ويلكوكسون Wilcoxon (W) وقيمة (Z) ودلالاتها للفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الافكار الانتحارية

الافكار الانتحارية	القياس	م	ع	الرتب السالبة والموجبة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	بعدي	16,00	1,24	الرتب السالبة	0	0,00	0,00	1,34	غير دالة
				الرتب الموجبة	2	1,50	3,00		
	تتبعي	16,30	0,94	الرتب المتعادلة	8				
				الاجمالي	10				

يتضح من جدول (5) أن الفرض تحقق كلياً حيث: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الافكار الانتحارية؛ مما يُعبر عن تقارب مستوى الافكار الانتحارية في التطبيق البعدي والتتبعي لديهم. كما يعبر عن استمرار فاعلية البرنامج الترويجي العلاجي في التخفيف من حدة الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام، حتى بعد فترة من تطبيقه مقدارها شهر.

مناقشة وتفسير الفرض الثالث:

ترجع الباحثة هذه النتيجة إلى جدوى وفاعلية أثر البرنامج المستخدم وفنائه المختلفة، وما أظهره أفراد المجموعة التجريبية من اهتمام وتعاون وتفاعل خلال جلسات البرنامج حيث أصبحوا أكثر قدرة وكفاءة في السيطرة على المواقف التي تتسم بالغضب والانفعال والتحكم فيه، وتغلب لغة الحوار والمناقشة الجادة وحسن الاستماع والإنصات بدل من ثقافة الخوف والقلق والانفعال والتسرع في اتخاذ القرار والتحكم الذاتي واستخدام أسلوب حل المشكلات بالطرق السلمية والتروي في إصدار الأحكام وتقدير عواقب الأمور، والشعور بالذاتية والجدارة والقدرة في تحمل المسؤولية وتعلم مهارات جديدة مثل الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي والمناقشة الجادة وحسن الاستمتاع واستخدام أسلوب حل المشكلات والشعور بالذاتية والقدرة على تحمل المسؤولية بالإضافة إلى تشجيع المجموعة التجريبية بالتعبير عن مشاعرهم بصراحة وحرية كاملة وإتاحة الفرصة لهم في نقد أنفسهم ومحاسبتها من خلال التعبير الكتابي والتقارير الذاتية أدى إلى تدني مستوى الافكار الانتحارية لدى مرضى الفصام خلال فترة جلسات البرنامج مما يؤكد مدى التحقق من نتائج هذا الفرض الذي يشير بوضوح إلى استمرارية أثر البرنامج وفاعليته حتى بعد الانتهاء منه بفترة تصل إلى شهر ونصف الشهر.

توصيات الدراسة:

وفي ضوء نتائج الدراسة توصي بما يلي:

- 1- اعتماد النشاط الرياضي الترويجي كوسيلة من وسائل تحسين جودة الحياة.
- 2- تشجيع مرضى الفصام على ممارسة الأنشطة الترويحية والرياضية حسب قدراتهم وإمكانياتهم.
- 3- توفير المنشآت والمساحات الخاصة والمعدلة لممارسة المراهقين مرضى الفصام للأنشطة الرياضية داخل المراكز العلاجية أو المستشفيات النفسية.
- 4- إجراء منافسات ومسابقات رياضية وترويحية دورية بين مرضى الفصام مما يعدل من مزاجهم.

المراجع

- إبراهيم، محمد حمدي الصاوي. (2019). تأثير برنامج ترويج علاجي على قلق الموت للمراهقين المصابين بالسرطان. المجلة العلمية للبحوث والدراسات في التربية الرياضية، ع38، 31 - 55.
- أبو العطا محمد محمود مروة (2016)، فحص الصدق والثبات ودقة التشخيص المقياس الاعراض الموجبة والسالبة للفصام على عينة مصرية (الصورة الكاملة للمقياس).
- أبو عبا، صالح بن عبد الله، و طاش، نيازي عبد المجيد (2000) أساسيات ممارسة طريقة العمل مع الجماعات، مكتبة العبيكان، الرياض.
- إسماعيل، عبد السلام (2016)، الفصام، مجلة التربوي، العدد الثامن.
- إسماعيل، عبد السلام (2016)، الفصام، مجلة التربوي، العدد الثامن.
- باهي، مصطفى حسين، وعفيفي محمد متولى (2005) سيكولوجية الإدارة الرياضية، ط2، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- البطراوي، أماني متولى، ومحمد، عبد العزيز سلامة (2013)، مقدمة في الترويج واولقات الفراغ، الاسكندرية مصر، ط1 ما هي للنشر والتوزيع.

- جوردن، كثرين (٢٠٢٢) الدليل العملي للأفكار الانتحارية: مهارات العلاج المعرفي السلوكي اللازمة لتقليل الألم الوجداني وزيادة الأمل ومنع الانتحار. ترجمة: عبد الجواد خليفة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- جونسون، كريستين دافسون ونيل. (2016) علم النفس المرضى. (حوية أمثال هادي؛ عياد، فاطمة سلام؛ شويخ هناء؛ الرشيد، ملك جاسم؛ الحمدان، نادية عبد الله، مترجم). القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- حجر، هاني محمد، و الدمرداش، وليد محمد. (2015). تأثير برنامج ترويجي رياضي مقترح على بعض المتغيرات الفسيولوجية واضطرابات النوم لدى كبار السن المصابين بالاكتئاب. مجلة التربية، ع162، ج4، 483 - 505.
- زريقات، على عايد (2022) الترويج الرياضي والمهارات الحياتية، كلية علوم الرياضة، الجامعة الأردنية.
- سامر، رضوان (2018) الفصام أسبابه وعلاجه أرشيف العلوم العربية.
- سرحان وليد (2021) ، كتاب أكسفورد المختصر في الطب النفسي، ترجمة، دار الفكر.
- الشمري، صادق كاظم و المحنة، حنين جيب (2019) اضطراب الهوية الجنسية وعلاقته بالأفكار الانتحارية لدى طلبة المرحلة الإعدادية، المجلد 27 العدد 1 مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية.
- طه، عبد الرحيم طه (2006) ، مدخل الى الترويج، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر .
- عبد الجليل، يارا كامل محمد. (2024). تأثير برنامج ترويجي علاجي على تحسين درجة ومستوى الاكتئاب لبعض المرضى النفسيين. المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة، ع102، ج1، 248 - 262.
- العدلي، راهبة عباس، وناصر، أشواق صبر (2016) العلاقة بين الإدارة والتفكير الانتحاري، لدى ضحايا التنمر المدرسي من طلبة المرحلة المتوسطة، المجلد 22 ، العدد 93 مجلة كلية التربية الأساسية الجامعة المستنصرية.
- العربي، محمد، عمارنة، مسعود، ومعافى، عبدالقادر. (2020). أثر برنامج ترويجي رياضي مقترح على القلق العام لدى المسنين المقيمين "بدار الأشخاص المسنين بتيارت". المجلة العلمية العلوم والتكنولوجيا للنشاطات البدنية والرياضية، مج17، ع2، 335 - 350.
- عكاشة، أحمد (2018) الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة، أحمد عكاشة، طارق (٢٠١٠). الطب النفسي المعاصر. القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.
- غانم، محمد حسن . (2007) . الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر
- فتحي، زيد أحمد (2020) كتاب الخدمة الاجتماعية ورعاية الشباب، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن.
- قاسم، حسين صالح (2015) . الاضطرابات النفسية والعقلية، دار دجلة للنشر والتوزيع، الأردن.
- كماش، يوسف لازم (2015) الصحة والتربية الصحية الصحة المدرسية والرياضية، دار الخليج للنشر والتوزيع، عمان.
- كيلاني، علاء (2021) ، ممارسة النموذج العقلائي الانفعالي في خدمة الجماعة لتعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد 53، المجلد 1
- كرينج، أن إم وآخرون (2007). علم النفس المرضى (ترجمة الحوية، أمثال وآخرون، مصر مكتبة الأنجلو المصرية.
- مجدي، حسين صلاح أحمد، وجابر، السيد إبراهيم (2020) الترويج وانشطة الخلاء في التربية البدنية، زلالدة الجزائر ، دار الجديد للنشر والتوزيع.
- موراي، ليزلى. (1991). استخبار وصف الشخصية (تقنين وتكييف البيئتين المصرية والكويتية). الكويت: مركز تقويم وتعليم الطفل.
- وفيق، صفوت مختار (2011)، النمو الحركي للطفل وأهم الأنشطة الترويحية المدرسية، القاهرة، دار الطلائع للنشر والتوزيع والتصدير .
- وهيب، مجيد الكبيسي، وصالح، أحمد الداهري (2016). علم النفس العام، دار الكندي للنشر والتوزيع الاردن.
- Americian Art Therapy Association (2013) What Is Art Therapy? <http://www.arttherapy.org/upload/whatisarttherapy>.
- American Art Therapy Association. (2022). Definition of the American Art Therapy Association. Retrieved month July 2021. <https://arttherapy.org/about/>
- Ebert, A., & Bär, K. J. (2010). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. Indian journal of psychiatry, 52(2), 191-192.
- Eime, R. M., Young, J. A., & others. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents. Victoria: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.
- Farah, F. H. (2018). Schizophrenia: an overview. Asian Journal of Pharmaceutics (AJP), 12(02).

- Ganesh, S., & D'Souza, D. C. (2022). Cannabis and psychosis: recent epidemiological findings continuing the "causality debate". *American Journal of Psychiatry*, 179(1), 8-10.
- Harrison, J. E., Weber, S., Jakob, R., & Chute, C. G. (2021). ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC medical informatics and decision making*, 21(6), 1-10.
- Hartford, M. E., & Lawton, M. P. (1997). Therapeutic recreation groups: A mechanism for enhancing satisfaction, reality acceptance, and pleasure among adolescents with severe psychological disorders. In T. D. Wachs & S. K. Whitbourne (Eds.), *Interventions in adolescent mental health: Social and recreational approaches* (pp. 112-130). Academic Press.
- Hawton, K., i Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk Factors for Suicide in Individuals with Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 147 (1-3), 17-28.
- Hussein, H. A., Jacob, S., & Sharour, L. A. (2016). Impact of Life Events on the Relapse of Schizophrenic Patients. *Journal of Education and Practice*, 7(10), 40-47.
- Klonsky, E., & May, A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- Liu, J., Zhu, X., Wang, Q., Chen, B., Xu, X., Jiang, X., & Liu, J. (2022). Stressful life events and relapse in schizophrenia: The moderating effect of social support.
- McClelland, H., Evans, J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. (2020). Loneliness as a Predictor of Suicidal Ideation and Behaviour: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Journal of Affective Disorders*, 274, 880-896.
- Okazaki, K., Miura, K., Matsumoto, J., Hasegawa, N., Fujimoto, M., Yamamori, H., Yasuda, Y., Makinodan, M., & Hashimoto, R. (2023). Discrimination in the clinical diagnosis between patients with schizophrenia and healthy controls using eye movement and cognitive functions. *Psychiatry and neurosciences*, 77(7), clinical 393-400.
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2011). Eugen Bleuler and the schizophrenias: 100 years after. *Schizophrenia bulletin*, 37(6), 1118-1120.
- Rogers, M., Gallyer, A., & Joiner, T. (2021). The Relationship between Suicide-Specific Rumination and Suicidal Intent above and beyond Suicidal Ideation and other Suicide Risk Factors: A Multilevel Modeling Approach. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 506-513.
- Silverstein, M. (2016). Visual Perception Disturbances in Schizophrenia: A Unified Model. *Nebraska Symposium on Motivation*. Nebraska Symposium on Motivation, 63, 77-132.
- Sullivan, P. F. (2005). The genetics of schizophrenia. *PLoS medicine*, 2(7), e212.
- Terri A. Erbacher; Jonathan B. Singer; Scott Poland. (2024). *Suicide in Schools: A Practitioner's Guide to Multi-level Prevention, Assessment, Intervention, and Postvention* (2nd ed.). Routledge.
- Tursini, K., Le Cam, S., Schwan, R., Gross, G., Angioi-Duprez, K., Conart, J. B., Remy, I., Bernardin, F., Laprévote, V., Knobloch, E., Ricaud, T., Rahnama, A., Louis-Dorr, V., & Schwitzer, T. (2022). Visual electrophysiology and neuropsychology in bipolar review on current state and perspectives. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 140, 104764.