مجلة العلوم التربوية
Journal of Educational Sciences
Journal homepage:
http://Scientific-journal.sustech.edu/

فعالية برنامج إرشاد علاجي معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الايدز

(دراسة تجريبية على المرضى بولاية جنوب دارفور)

عباس الصادق محمد إسماعيل ، على فرح أحمد فرح
1. جامعة الفاشر – كلية التنمية البشرية- Email Abumazen4444@yahoo.com
2. جامعةالسودان للعلوم والتكنولوجيا – كلية التربية

المستخلص:

هدفت الدراسة إلي معرفة فعالية برنامج الإرشاد العلاجي السلوكي المعرفي في علاج الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز ، و التعرف على الفروق في مستوى الإكتئاب بين الأفراد المصابين بالمرض وعلاقته بكل من متغير (الحالة الإجتماعية – المستوى التعليمي)، تمثل مجتمع الدراسة في الأفراد المصابين بمرض الأيدز بمراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور البالغ عددهم (428) ، بلغ حجم عينة الدراسة (60) فرداً، ينقسمون إلى مجموعتين متماثلتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية ضمت كل منهما (30) فرداً، (15) من الذكور و(15) من الإناث تم إختيارهم وفقاً لمواصفات العينة المقيدة والمحددة، استخدم مقياس آرون بيك للإكتئاب بعد أن تم تقنينه، صمم برنامج إرشاد علاجي لعلاج الاكتئاب وتم تطبيقه بعد التقنين، استخدم برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل البيانات ، توصلت الدراسة للنتائج التالية: وجود فروق في مستوى الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية مما يؤكد فعالية البرنامج الإرشادي.، عدم وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية تعود لمتغيري الحالة الإجتماعية - المستوى التعليمي. تم التوصية بإستخدام البرنامج الإرشادي بمراكز الإرشاد النفسي والرعاية المتكاملة ، و إقْترح إختبار فعالية البرنامج في عينات أخرى من المكتئبين المصابين بالأيدز في أنحاء السودان.

الكلمات المفتاحية *: إرشاد العلاجي المعرفي السلوكي ، الاكتئاب ، الايدز*

ABSTRACT :

The study aimed at identifying the effectiveness of a therapeutic cognitive behavior counseling program in the treatment of depression due to HIV infection, and to identify the differences in depression level among the experimental infected group according to the variables of: social status and the duration of the infection. The population is composed of the individuals infected with HIV in the integrated care centers in Southern Darfur State whose `number is (428). The sample size is (60) divided into two similar groups: experimental and controlled groups .Each of which is composed of 30 individuals, 15 males and 15 females chosen deliberately. Aeron Beck's scale of depression is used after it has been standardized. A therapeutic counseling program for the treatment of depression is designed and implemented after standardization. The SPSS statistical program is used to analyze the data. The research reaches the following results: differences are found in the levels of depression between the experimental and controlled groups after implementing the program in favor of the experimental group, no differences are found in depression level among the subjects of the experimental group in the post test due to social status and education level variables. The researchers recommend that the counseling program is to be officially used in the counseling and integrate care centers of South Darfur ,and suggested that the efficiency of the program is to be tested on samples of the depressive patients infected with HIV in the states of the Sudan.

Keywords: therapeutic cognitive behaviour counseling , Depression , Aids

المقدمة

لقد اتسعت مجالات علم النفس و تعددت أغراضه خلال القرن الحادي و العشرون ، فبرز علم النفس السلوكي في سوائه وانحرافه ، ثم جاء الإرشاد و التوجيه النفسي كحاجة ماسة نظراً لتعقيدات الحياة و استمرارها بصورة جعلت كثيراً من الناس يشعر بالخوف و التوتر و القلق . تهدف خدمة الإرشاد النفسي أيضاً إلي تحقيق التفاهم و التوافق النفسي السليم مع التقاليد و العادات السائدة في المجتمع و الحالات الطارئة على حياة الفرد . و تهتم كذلك بدراسة مفهوم الذات لدى الفرد الغير عادي للتخلص من الحالات الغير عادية و العمل على علاج المشكلات النفسية المرتبطة بالحالة غير السوية و التي تعوق التوافق النفسي . و بالرغم من الإعتراف بالتفاعل بين العقل و الجسم منذ وقت طويل إلا أن الباحث و من خلال الإطلاع على الكثير من المراجع و الأدبيات في مجال علم النفس لاحظ أن الإعتراف تزايد خلال الفترة الأخيرة بأهمية العمليات النفسية في خبرة الصحة و المرض ، حيث بدأت تتجه الأنظار إلي العوامل و التغيرات الإنفعالية الناتجة عن الحالة الجسمية و ذلك من خلال المنظور السوماتوسيكولوجي الذي يؤكد على قدرة حالة الجسم على التأثير في الإنفعالات ، حيث نجد أن بعض الناس قد يعيشوا أعواماً في محاولة التغلب على الأعراض الجسمية و الإستجابات الإنفعالية المرتبطة بها حيث يصبحون بمجرد تشخيصهم بأي مرض مزمن في حالة أزمة تتسم بعدم التوازن النفسي و البدني و الإجتماعي .

مشكلة البحث: الملاحظ أن هناك زيادة في إنتشار مرض الأيدز و بالتالي أزدياد عدد الأفراد المصابون بالمرض و قصور الدور المتوقع من الأسر و مراكز الإرشاد النفسي و الفحص الطوعي و الرعاية المتكاملة القيام به تجاه هؤلاء الأفراد المصابين ، حيث أن الإضطرابات النفسية و الإجتماعية الناجمة عن الإصابة بالمرض خاصة الإكتئاب الذي هو موضوع الدراسة الحالية كأحد الآثار النفسية التي تقف حجر عثرة أمام المرضى تجاه الإستجابة و التوافق مع المرض والإقبال على العلاج و الحياة بصورة طبيعية .يمكن تحديد مشكلة البحث في السؤال التالي :

هل للإرشاد العلاجي المعرفي السلوكي دور في علاج الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز ؟ .

أهمية البحث: تنبع أهمية البحث كذلك من أهمية الموضوع الذي يتناوله ، حيث أن الإهتمام بالمصابين بمرض الأيدز جاء نتيجة إزدياد الأعداد التي تقع صريعة لهذا النوع من الأمراض . كذلك تأتي أهمية البحث في أنه يسعى لمعرفة و تحديد مستويات الإكتئاب التي يعاني منها الأفراد بعد الإصابة بمرض الأيدز و التي تكون يوماً بعد يوم سبباً في تدهور حالة المريض النفسية في المستقبل. أيضاً تأتي أهمية البحث في أن الأمراض المزمنة و التي منها الأيدز ينتج عنها ردود إنفعالية يصبح الفرد عند تشخيص المرض في حالة أزمة تتسم بعدم التوازن النفسي و الإجتماعي حيث أن معرفة الإرجاعات النفسية التي تعرقل العلاج أمر مهم و له دور في العملية العلاجية . كذلك تأتي أهمية البحث و أنه في حدود علم الباحث هنالك ندرة و اضحة في الدراسات في نفس مجال البحث الحالي ، خاصة جانب تصميم و تطبيق البرامج الإرشادية النفسية في مجال مرض الأيدز ، حيث لم يأثر الباحث عن أي دراسة سابقة تناولت الإرشاد النفسي و دوره في علاج الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز . أما الجانب التطبيقي الأهم لهذا البحث من وجهة نظر الباحث هو أن نتائجه قد تفيد العاملين في مجال الإرشاد النفسي و الصحة النفسية و العلاج النفسي خاصة المرتبطة بعلاج الاكتئاب الناجم عن لإصابة بمرض الأيدز ، كذلك قد يعتبر البحث الحالي مدخلاً للإستفادة منه في دراسات لاحقة في نفس المجال .

أهداف البحث

1- يهدف البحث الحالي إلي معرفة فعالية برنامج الإرشاد العلاجي السلوكي المعرفي من إعداد الباحث و دوره في علاج الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز .

2- يهدف البحث إلي التعرف على الجانب النظري من مظاهر الإحساس بالإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى الأفراد المصابين بالمرض .

3- التعرف على الفروق في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد المصابين بالمرض من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي .

4-التعرف على الفروق في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد المصابين بالمرض من المجموعة التجريبية وعلاقتها بكل من متغير (الحالة الإجتماعية – فترة الإصابة بالمرض) .

فروض البحث

الفرض الأول : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية.

الفرض الثاني : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى الأفراد من المجموعة التجريبية تعزى لمتغير الحالة الإجتماعية (متزوج – غير متزوج) .

الفرض الثالث : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد المصابون بالمرض من المجموعة التجريبية تعزى لمتغير المستوى التعليمي .

الإطار النظري

هناك مجموعة كبيرة من الأمراض العضوية المعروفة التي تصيب أجهزة الجسم المختلفة ترتبط بحدوث الإكتئاب كأحد أعراضها أو كحالة مشابهة لها . و هنالك عبارة تقول ((كل مريض مكتئب)) ، و يعني ذلك أن أي شخص مصاب بأي مرض من الأمراض لا بد أن يشعر نتيجة ذلك بالحزن و الكآبة و هذا يعد وضع طبيعي ، لأن حالة المرض هي أحدى حالات الضعف الإنساني التي تهدد الصحة البدنية و النفسية للإنسان.لكن بعض الأمراض ترتبط نتيجة لأسباب عدة كما هو الحال عند الإصابة بمرض الأيدز بشعور واضح يماثل حالة الإكتئاب النفسي . الإصابة بمرض الأيدز ترتبط في غالب صورها بممارسة الجنس في ظروف معينة أو بأساليب أخرى ، فضلاً عن ذلك فإن أحداً لا يعرف كيف بدأت إصابة الإنسان بالمرض حتى الآن. ولا يستطيع أحداً التكهن بالذي سيحل بالبشرية نتيجة توالي العدوى به على مدى السنين القادمة ، فقد وصفت أول حالة إصابة بالمرض عام (1981م) بالولايات المتحدة الأمريكية كما تشير المصادر العلمية التي تُعنى بمتابعة حالات الإصابة بمرض الأيدز .والسودان أحد البلدان التي تأثرت بمرض الأيدز و ذلك منذ إكتشاف أول حالة إصابة بالمرض عام (1986 م) ، أما آخر مسح تعدادي لحالات الإصابة وفقاً لتقرير وزارة الصحة الإتحادية برنامج مكافحة الأيدز (Snap) عام 2010 م فقد بلغت نسبة الإصابة 0,67 %. فنتيجة للإصابة بمرض الأيدز مات عدد كبير من الأفراد ، فإزداد الناس رعباً خاصة بعد أن أُعلن عن عدم توفر علاج شاف له ، أدى هذا الواقع للفرار من المصابين به وعزلهم إجتماعياً ، و قد عبر عن ذلك أحد المصابين بقوله ((إنك لا تعيش آلام الأيدز فحسب ، و لكنك تعيش منبوذاً من المجتمع حتى بعد موتك ، فهم يرفضون تجهيز جثتك ، و لا شيء يجعل الإنسان تعيساً أكثر من ذلك)) ، و قد يكون القلق و الخوف هما المصير الذي يصل إليه المريض بسبب وصمة العار المرتبطة بالإصابة بمرض الأيدز ، حيث أن التدهور الصحي و العجز الجسمي عن أداء وظائفه المعتادة و التشوهات الجسمية الناتجة عن الإصابة بالمرض و العزلة الإجتماعية و إنتظار الموت المحتوم و الصدمة النفسية عندما يفقد المريض الأمل في العلاج ، كل ذلك يجعل منه شخص في حالة من الحزن و الإكتئاب و ربما يصل به إلي مرحلة الإنتحار ، مما حدا بالباحث لدراسة جانب من جوانب تأثيرات الإصابة بالمرض هو الجانب النفسي خاصة الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بأعتباره من أكبر المشكلات التي يواجهها الفرد المريض و محاولة وضع مقترح لبرنامج إرشادي سلوكي معرفي لعلاج الإكتئاب و ذلك لإرتباطه بالمرض و مظاهره و أعراضه و آثاره النفسية و الجسمية و الإجتماعية ، فمن خلال الدراسة السابقة التي قام بها الباحث في مرحلة الماجستير حول التوافق النفسي و الإجتماعي لدى مرضى الأيدز والنتائج التي توصل إليها جعله ذلك أن يقدر أهمية وضع المعالجات للآثار النفسية الناجمة عن الإصابة بمرض الأيدز و التي منها الإكتئاب وذلك عن طريق مساعدة المصابين و دعمهم للتغلب أو التعايش الإيجابي مع المرض من خلال إنتهاج وسائل التوعية و التوجيه و نشر المعرفة و توسيع نطاق العلم بأسباب التعرض للآثار النفسية و الإجتماعية و سبل تجنبها .حيث يعد إضطراب الإكتئاب جزءً من الحياة إذا ما نظرنا للفقد الذي يلاحق الفرد و تكرار خيبات الأمل في الكثير من المشاريع النفسية و الإجتماعية التي يحاول الإنسان إنجازها و هي بدورها تدفع الفرد إلي معاناة المشاعر الإكتئابية ، بينما هنالك أفراد يعانون الإكتئاب كمرض حقيقي بصرف النظر عن الفقد و خيبات الأمل ، لوجود أسس بيولوجية و نفسية تهيئ الفرد للإصابة بالإكتئاب و الإستمرار فيه لفترات طويلة . (عبد الستار إبراهيم ، 2005م : 61)[1]،ونتيجة للمعطيات السابقة في زيادة الإكتئاب ، فإن منظمة الصحة العالمية تتوقع أن يبلغ عدد المصابين بالإكتئاب حوالى (400 مليون) شخص بحلول العام 2010م ، مما يعني وجود أكثر من (10 مليون) شخص يعاني من الإضطرابات الوجدانية و الإكتئابية في الوطن العربي ، مع ملاحظة زيادة إنتشاره بين الطبقات المثقفة و العليا في المجتمع ، أن الإكتئاب في دليل التشخيص و الإحصاء الثالث (D.S.M – III R) يتراوح ما بين 9% إلي 20% من مجموع سكان العالم يعانون من وقت لآخر على إمتد أعمارهم من أعراض جوهرية للإكتئاب . تعددت تعريفات الإكتئاب في الإصطلاح بإختلاف آراء العلماء و الباحثين في هذا المجال بحسب المدارس و النظريات المفسرة للإكتئاب ، و لكنهم أجمعوا على أن الإكتئاب هو : (حالة وجدانية إنفعالية مصحوبة بالحزن العميق مؤدية إلي نقص في الفاعلية الذاتية في الفرد)،وعرفه الغزالي بأنه حالة من الألم النفسي تؤدي إلي الإحساس بالذنب و إنخفاض ملحوظ في تقدير الذات و تحسر على الماضي و التفكير فيه و البحث في العلل و الأسباب ، و قد يتخذ الإكتئاب أشكالاً متنوعة من أشكال الوجد و ألواناً من المناجاة تتسم بالعزلة و الإنطواء ، و أنماط من المفهوم تأخذ طابع الدوام و الإستمرار ،أما

التصنيف العالمي العاشر للإضطرابات العقلية و السلوكية (ICD 10) الصادر عن (منظمة الصحة العالمية ، 1992م) الفصل الخامس ، فقد حدد إضطراب الإكتئاب العضوي تحت الإضطرابات الناجمة عن أمراض عضوية أو إختلالات مخية أو إصابات بدنية ، أما إضطراب الإكتئاب عامة و أنواعه المختلفة فقد وضع تحت إضطرابات المزاج أو الوجدان ، و التي تشمل (نوبة الهوس أو الإبتهاج ، و الإضطراب الوجداني ثنائي القطب ، و نوبة إكتئاب ، و إضطراب إكتئابي متكرر ، و إضطرابات وجدانية مستمرة ،وإضطرابات مزاجية أو وجدانية أخرى . (محمد وحدان ، 2009م : 70 – 85).

إن أعراض الإكتئاب عادة ما تزحف ببطء ، و أحياناً تظهر فجأة ، خاصة بعد عوامل مثيرة أو صادمة مثل الولادة أو العمليات الجراحية أو الأمراض العضوية المزمنة أو المستعصية ، و يلاحظ تغير في الشخصية و السلوك قبل ظهور الأعراض الإكلينيكية ، أحياناً يبدأ المرض بأعراض عامة و بعضها شائع. أما علاج الاكتئاب فإن البدء فيه يستلزم قراراً مهماً لتحديد ما إذا كان العلاج سوف يتم خارج أو داخل المستشفى . و لكن أغلب حالات الإكتئاب يمكن علاجها خارج المستشفى إذا توفرت الظروف الإجتماعية المناسبة و الإشراف الطبي المستمر، كما أن هنالك العديد من الأدلة على أن العلاج المعرفي علاج فعّال يستغرق وقتاً قصيراً بالنسبة للمرضى الخارجين الراشدين ممن يعانون من الإكتئاب ثنائي القطب ، كما يُعّلم العلاج المعرفي المرضى كيف يظهرون أفكارهم الآلية و مخططات سوء توافقهم المبكر ، و عندئذٍ توضع هذه المعارف " موضع إختبار " من خلال فحص الدلائل ، و تصميم مواقف تجريبية حية،أما العلاج الإجتماعي فيشمل مساعدة المريض إجتماعياً و حل مشكلاته الإجتماعية و إحداث التغيرات البيئية المناسبة لتقليل معاناته ، و بمساعدة الباحث الإجتماعي يمكن مساعدة المريض للتكيف على الظروف التي سيواجهها ، وذلك من خلال دراسة أحواله الإجتماعية و الإقتصادية ، ومن ثم تشخيص مواطن الضعف و القوة التي تكمل جوانب العلاج العضوي و النفسي ، تقدر منظمة الصحة العالمية عدد حاملي فيروس الإيدز على مستوى جميع قارات الأرض بـ 30 مليون وهو بالتالي يهدد كل شخص، ولذلك يجب تزويد كل فرد من أفراد الأسرة بقدر كاف من المعلومات حوله. اتقاء الإيدز أمر بسيط ولكن الإصابة بعدواه قاتلة لأنه لا يوجد إلى الأن علاج يشفي هذا المرض ولا لقاح يقي من العدوى .هو فيروس يهاجم خلايا الجهاز المناعي المسئولة عن الدفاع عن الجسم ضد أنواع العدوى المختلفة وأنواع معينة من السرطان. وبالتالي يفقد الإنسان قدرته على مقاومة الجراثيم المعدية والسرطانات يسمى هذا الفيروس "فيروس نقص المناعة البشري Human Immune-deficiency Virus "أو اختصارا HIV والاسم العلمي لمرض الإيدز هو "متلازمة العوز المناعي المكتسب" أو "متلازمة نقص المناعة المكتسب " Acquired Immune Deficiency Syndromeأو اختصارا AIDS ،أما أعراض وعلامات المرض فهي تضخم الغدد الليمفاوية المزمن والذي تكون أسبابه مجهولة بالإضافة إلى تضخم اللوزتين عند البالغين من المرضى وإلتهابات الأغشية المخاطية تغيرات محتوى الدم، أمراض جلدية متكررة ومزمنة،أمراض معدية تدل على خلل في الجهاز المناعي مثل: الإلتهاب الرئوي الطفيلي – السحائي – إلتهاب الدماغ وظهور أعراض السرطانات في الجسم مثل: سرطان كابوسي – ليمفوم بيركت – داء هود جكلين – سرطان الفم – سرطان البلعوم – سرطان الرئة – سرطان الكبد. (فخري الدباغ ، 1982م : 111)[3].

الدراسات السابقة

أجريت العديد من الدراسات والبحوث في هذا مجال مرض الأيدز- علاج منها دراسة الطيب السنوسي يوسف(2014م) بعنوان: فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الأثر النفسي النفسي السالب للوصمة الإجتماعية لدى المصابين بالأيدز بولاية غرب دارفور والتي أشارت إلي فعالية البرنامج الإرشادي في تخفيف الأثر النفسي السالب للوصمة الإجتماعية لدى المصابين بالأيدز بولاية غرب دارفور ، ودراسة منال عمر عيسى علي (2009م) بعنوان: إتجاهات مرضى الأيدز نحو خدمات الإرشاد النفسي المقدمة لهم. التي أفادت نتائجها إلي أن إتجاهات المتعايشين مع الإصابة بمرض الأيدز نحو خدمات الإرشاد النفسي إتسمت بالإيجابية ، و دراسة عباس الصادق محمد (2008م) بعنوان : تصميم برنامج للتوجيه والإرشاد النفسي وأثر على التوافق النفسي و الإجتماعي لدى مرضى الأيدز التي دلت نتائجها على وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية ،كذلك أشارت إلي أن الأفراد المصابين بالأيدز المتزوجون أكثر توافقاً من الناحية النفسية و الإجتماعية . ودراسة على فرح أحمد فرح (2005م) بعنوان: تصميم وتجريب برنامج إرشاد نفسي على طلاب كلية التربية بجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ، وقد توصلت النتائج إلي أن المشكلات التي طرحت كانت تختلف حسب النوع والتخصص والخلفية الإجتماعية للطلاب.وإن نتائج الإختبارات القبلية والبعدية جاءت مؤكدة لإستفادة الطلاب من البرنامج ، دراسة غانم البكر(2001م) بعنوان : برنامج إرشادي مقترح لتعديل الأفكار الغير عقلانية لدى مرتفعي القلق و الاكتئاب توصلت الدراسة إلي نتائج مفادها

: وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين درجة الأفكار اللاعقلانية ودرجة كل من القلق و الاكتئاب ،ظهور فعالية البرنامج الإرشادي في خفض درجتي القلق و الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج عليهم ، توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات المجموعة التجريبية و الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية .، دراسة إنصاف عوض الكريم حامد (2005م) بعنوان : فاعلية العلاج المعرفي السلوكي على مرضى الاكتئاب ، اسفرت الدراسة عن نتائج عدة منها توصلت الدراسة إلي نتائج مفادها وجود فروق دالة إحصائياً بين مستوى الاكتئاب في القياس القبلي و القياس البعدي بعد الجلسات العلاجية ، دراسة عبد الرحمن عثمان (1997م) بعنوان : برنامج العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الاكتئاب المعدل بمضامين إسلامية، توصلت الدراسة إلي نتائج مفادها : توجد علاقة إرتباطية بين درجة التحسن في الاكتئاب وبين التحسن في الإتجاهات السالبة (داخل مجموعة العلاج بالبرنامج العلاجي المعدل)، بينما لم تشر النتائج إلي وجود علاقة مماثلة داخل نفس المجموعة بين التحسن في درجات الاكتئاب و الإتجاهات السالبة مع كل من درجة التدين و النوع و المستوى التعليمي.

مواد ووسائل البحث:

منهج البحث: أعتمد الباحث على إختيار المنهج التجريبي لإجراء هذه الدراسة وذلك لقابليته في إظهار الفروقات بين المجموعات عند إجراء التجارب البحثية .

مجتمع البحث: تكون مجتمع البحث من الأفراد المصابون بفيروس نقص المناعة البشري المكتسب (الأيدز) من الجنسين بولاية جنوب دارفور والذين يقدر عددهم بحوالي (428) من الذكور والإناث حسب الإحصائيات الصادرة عن إدارة مكافحة مرض الأيدز بوزارة الصحة ولاية جنوب دارفور حتى العام 2013م.

عينة البحث: بلغ حجم عينة الدراسة (60) فرداً من الجنسين، ينقسمون إلى مجموعتين متماثلتين ضابطة تجريبية وتضم كل منهما (30) فرداً، (15) من الذكور و(15) من الإناث تم إختيارهم وفقاً لمواصفات العينة المقيدة و المحددة.

استخدم الباحث الأدوات الأتية:

مقياس للإكتئاب : أن فترة تنفيذ البرنامج الإرشادي ومدى فعاليته مقرونة بالأهداف الموضوعة له، ويقتضي الأمر في تقييم نتائج الدراسة الإعتماد على مقياس تتوفر فيه الشمولية بحيث يغطي الأهداف التي سبق وضعها في مرحلة التخطيط لبناء البرنامج الإرشادي.فهناك أسباب عديدة جعلت الباحث أن يختار قائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب كأداة من ضمن أدوات الدراسة لا سيما وأن قائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب تعد المقياس المناسب الذي وجده الباحث والمتعلق بقياس الإكتئاب خاصة الذي يكون مصاحباً لظاهرة أو مشكلة ما حيث أن الباحث يدرس الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز، كما أن هذه القائمة قد تم إستخدامها في بيئات ومجتمعات مختلفة في دراسات مشابهة للدراسة الحالية، حيث إستخدمها غريب عبد الفتاح غريب في مصر بعد أن قام بتعريبها، كما تم تعديلها وإستخدامها في دراسات سودانية عديدة، وأن كل هذه الدراسات أوضحت أن لقائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب معاملات صدق وثبات عالية.

يتكون المقياس من:

القسم الأول : إستمارة البيانات الأولية والتي تتضمن أسئلة عن المعلومات العامة و الشخصية لأفراد عينة الدراسة تم إعدادهابواسطة الباحث وفقاً لمتطلبات الدراسة الميدانية.

القسم الثاني : ويشتمل على بنود القائمة والتي تتكون من 21 بنداً تقيس مستوى الإكتئاب .

البرنامج الإرشادي: قام الباحث بإعداد برنامج إرشادي لعلاج الاكتئاب لدى الأفراد المصابون بمرض الأيدز، تكون البرنامج من (14) جلسة، الهدف الأساسي من البرنامج الإرشادي يتمثل في إعادة البناء المعرفي السلوكي أو تقويته لدى مريض الأيدز الذي يعاني من الإكتئاب الناجم عن الإصابة بالمرض ، و تدريبه على التحكم الذاتي وتنمية معرفته بماهية الحياة و التحكم في أفكاره المسيطرة ذات الطابع الإكتئابي وذلك لإحياء المعنى الإيجابي لدى المريض من خلال إستخدام الأساليب العلاج المعرفي السلوكي و الإعتماد عليها في تحقيق هذه الأهداف ، حيث يتم ذلك بإستحضار المضامين المرتبطة بالإيمان بالقضاء والقدر و الإستعانة بالله والمعلومات الكافية عن كيفية الحياة الإيجابية مع المرض و المعاملات التي تعمل على ترقية السلوك و تعديله.يشتمل البرنامج الإرشادي على ثلاث مراحل، وهذه المراحل وضعت بناءاً على المرتكزات التي تم تحديدها في الإطار النظري حول بناء البرامج الإرشادية وكذلك وضعت هذه المراحل بناءاً على إطلاع الباحث على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع هذا البحث، والمراحل الثلاث هي:ـ

1- مرحلة تحديد الإحتياجات الإرشادية العلاجية المحتملة لمرضى الأيدز بولاية جنوب دارفور والذين يمثلون مجتمع البحث.

2- مرحلة التخطيط والإعداد للبرنامج الإرشادي وتتضمن وضع تصور نظري للبرنامج الإرشادي المناسب لتلك الإحتياجات الإرشادية العلاجية و تجهيز المادة الإرشادية وتحديد مكان وزمان تنفيذ البرنامج من حيث الجلسات والمحاضرات والمقابلات وغيرها.

3- مرحلة تنفيذ البرنامج الإرشادي وتتضمن عرض البرنامج على عينة البحث (مرضى الأيدز بولاية جنوب دارفور)، وتنفيذ البرنامج الإرشادي حسب الإحتياجات الفعلية للعينة وهم المرضى الذين تم إختيارهم وعرض عليهم البرنلمج الإرشادي واستجابوا له. تم تنفيذ البرنامج في مدة محددة بلغت سبعة أسبوع بواقع جلستان أسبوعياً وبذلك يصبح جملة الجلسات 14 جلسة تتضمن كل جلسة هدفاً جزئياً من أهداف البرنامج ومدة الجلسة ساعة (45) دقيقة.

تطبيق أدوات الدراسة

تطبيق المقياس:

قام الباحث بتوزيع أداة الدراسة المستخدمة في هذه الدراسة على أفراد عينة الدراسة الميدانية في مكان إجراء الدراسة الميدانية وهي الدار السودانية لرعاية مرضى ومصابي مرض الأيدز بولاية جنوب دارفور والتي تم إختيارها من قبل أفراد العينة، وطلب منهم أن يجيبوا على أسئلة الأداة بعد أن شرح لهم الأداة والغرض منها وأهدافها.

تطبيق البرنامج الإرشادي:

بعد أن تم أخذ الموافقة من إدارة مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي (مراكز الرعاية المتكاملة) على تطبيق البرنامج الإرشادي على عينة من الأفراد المصابون بالأيدز وبعد موافقة المرضى أنفسهم بدأ تنفيذ البرنامج الإرشادي بدار الجمعية السودانية لرعاية مرضى ومصابي الأيدز بولاية جنوب دارفور، وقد تم إجراء تنفيذ البرنامج الإرشادي على النحو التالي:-

1- تجهيز الأدوات اللازمة وهى: قائمة آرون بيك للإكتئاب – برنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي

2- تم تجهيز مكان مناسب لتنفيذ البرنامج مزود بالمقاعد المريحة وبأجهزة مشاهدة وإستماع حديثة مثل جهاز عرض فيديو – جهاز مسجل إستريو – سماعات صوتية متطورة. حيث يجلس أفراد العينة على هيئة صفوف منتظمة أثناء التقديم أو على حسب ما تقتضيه الجلسة الإرشادية، ثم تتحول الجلسة على هيئة الحرف (U) أثناء المناقشات الجماعية.

3- تم إختيار الأفراد الذين سيتم تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم وقد تم إختيار 30 فرداً يمثلون المجموعة التجريبية منهم 15 من الذكور 15 من الإناث.

4- تم إتباع خطوات تنفيذ البرنامج الإرشادي مع أفراد المجموعة التجريبية وذلك حسب الخطة الموضوعة وبإستخدام الوسائل والأساليب المحددة.

5- تنفيذ جلسات برنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي والتي بلغ عددها على أربعة عشر جلسة بواقع جلستان كل أسبوع وبمدى زمني يتراوح بين 30 ـــــ 45 دقيقة لكل جلسة.

6- تم تطبيق أداة الدراسة (قائمة بيك الثانية للإكتئاب) على أفراد العينة من المجموعتين التجريبية والضابطة (القياس القبلي).

7- تلقت المجموعة التجريبية تطبيقاً لبرنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي بواسطة الباحث وذلك من خلال تقديم المعلومات و بمشاركة المرضى أنفسهم وإدارة المناقشات الجماعية حول المعلومات الحاصة بالجلسات الإرشادية.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

إستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التي تتناسب و تحليل البيانات والمعلومات المجمعة في هذه الدراسة، وإستند إلى المعادلات والطرق الإحصائية التالية: الحاسب الآلي وفقاً لنظام الرزمة الإحصائية لعلوم الإجتماعيات (SPSS) Statistical Package For Social Sciences ،النسبة و النسبة المئوية ،الوسط الحسابي ،الإنحراف المعياري ،إختبار " ت " T.test ،إختبار " أنوفا " One- Way ANOVAs ،معامل الإرتباط .

نتائج الدراسة

أولاً: عرض وتحليل النتائج المتعلقة بفروض الدراسة

عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرض الأول: نص الفرض الأول (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية).

وللتحقق من صدق هذه الفرضية إستخدم إختبار (ت - T.Test) لعينتين مرتبطتين.

جدول رقم (1): يوضح نتائج إختبار (ت - T.Test) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الأفراد المصابين بمرض الأيدز من المجموعتين على مقياس بيك للإكتئاب.

البيـــــان	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة "ت" المحسوبة	القيمة الإحتمالية	مستـــوى الدلالـــة
المتغيـــــر موضـــع المقارنـــــة	المتوسط	الإنحراف	المتوسط	الإنحراف			
مقياس بيك للإكتئاب	47.13	12.998	37.07	6.716	3.615	0.001	دالة إحصائيـاً

من الجدول رقم (1) يتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفراد المصابون بمرض الأيدز من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بالمرض بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية ،وذلك عند مستوى القياس (0.05) ، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (3.615) وهي أكبر من القيمة الجدولية التي تساوي (2.05) عند درجات الحرية (29) .

عليه فإن الباحث يقبل الفرض الموجب والذي يعني أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي جاءت لصالح المجموعة التجريبية.

عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرض الثاني:

نص الفرض الثالث (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير الحالة الإجتماعية متزوج – غير متزوج). وللتحقق من صدق هذه الفرضية إستخدم إختبار (ت - T.Test) لعينتين غير مرتبطتين.

جدول رقم (2): يوضح نتائج إختبار (ت - T.Test) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الأفراد من المجموعة التجريبية على مقياس بيك للإكتئاب حسب متغير الحالة الإجتماعية .

البيـــــان	متزوجون		غير متزوجون		قيمة "ت" المحسوبة	القيمة الإحتمالية	مستـــوى الدلالـــة
المتغيـــــر موضـــع المقارنـــــة	المتوسط	الإنحراف	المتوسط	الإنحراف			
مقياس بيك للإكتئاب	39.89	3.296	50.24	14.384	2.115	0.000	غير دالة إحصائيـاً

من الجدول رقم (2) يتضح أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفراد المصابون بمرض الأيدز المتزوجون و الغير متزوجون من المجموعة التجريبية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بالمرض بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ،وذلك عند مستوى القياس (0.05) ، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (2.115) وهي أصغر من القيمة الجدولية التي تساوي (2.146) عند درجات الحرية (28) .

عليه فإن الباحث يقبل الفرض السالب والذي يعني أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد المتزوجون و الغير متزوجون من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرض الثالث :ـ

نص الفرض الخامس (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير المستوى التعليمي).

وللتحقق من صدق هذه الفرضية إستخدم إختبار أنوفا (One way Anova) لإختبار المجموعات.

جدول رقم (3) يوضح نتائج إختبار (Anova) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعات من المجموعة التجريبية على مقياس بيك للإكتئاب حسب متغير المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	المتوسط	الإنحراف	قيمة "ت" المحسوبة	القيمة الإحتمالية	مستـــوى الدلالـــة
أساس	48.33	14.095	0.739	0.538	غير دالة إحصائيـاً
ثانوي	49.11	14.266			
جامعي	40.25	4.349			
فوق الجامعي	39.50	2.121			

من الجدول رقم (3) يتضح أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات حسب المستوى التعليمي من المجموعة التجريبية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بالمرض بعد تطبيق البرنامج

الإرشادي ،وذلك عند مستوى القياس (0.05) ، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (0.739) وهي أصغر من القيمة الجدولية التي تساوي (2.35) عند درجات الحرية (26) .

عليه فإن الباحث يقبل الفرض السالب والذي يعني أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد من المجموعات حسب المستوى التعليمي من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

أشارت النتيجة المتعلقة بالفرض الأول إلي وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بعد تطبيق برنامج الإرشاد النفسي على المجموعة التجريبية جاءت لصالح المجموعة التجريبية، كما هو موضح في الجدول رقم (1)،إتفقت هذه النتيجة مع دراسة الطيب السنوسي (2014م) التي أشارت إلي وجود فروق بين الأفراد من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تنفيذ البرنامج الإرشادي .،إتفقت هذه النتيجة مع دراسة (عباس الصادق ،2008م) التي أشارت نتائجها إلي وجود فروق بين درجات الأفراد من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة على مقياس التوافق النفسي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية مما يؤكد فعالية البرنامج الإرشادي ،كذلك إتفقت هذه النتيجة مع دراسة (على فرح،2005م) التي أشارت نتائجها إلى وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي مؤكدة الإستفادة من البرنامج الإرشادي، إتفقت مع دراسة إنصاف عوض الكريم (2005م) التي أشارت إلي وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات الأفراد في مستوى الاكتئاب في القياس القبلي و البعدي بعد تطبيق الجلسات العلاجية ،إتفقت أيضاً مع دراسة غانم البكر (2001م) التي أشارت إلي ظهور فعالية البرنامج الإرشادي في خفض درجتي القلق و الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج عليهم ،يرى الباحث أن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي النفسي تعود إلي فعالية البرنامج الإرشادي الذي طبق على أفراد المجموعة التجريبية ومدى الإستفادة منه. والفرق بين المجموعتين يكمن في الحرمان من الرعاية الصحية وخدمات الإرشاد النفسي والرعاية الأسرية والمجتمعية الطبيعية، فإن فقدان الرعاية الصحية والأسرية والمجتمعية والنظرة الإجتماعية السالبة تجاه مريض الأيدز تعتبر من العوامل التي قد تؤدي إلي حدوث حالات الإكتئاب وسط المرضى ،وحرمان الرعاية الصحية نقصد به عدم حصول أو عدم الإستفادة من خدمات مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي والرعاية المتكاملة من توعية وتبصرة الفرد المريض بالمرض والنتائج المترتبة عنه و عن نفسه وتفهمه لنفسه وقدراته وإمكاناته وكيفية إستغلالها لأقصى حد ممكن والتعايش الإيجابي مع المرض، كذلك تبصرته بالبرامج الإرشادية والخدمات الإرشادية التي تقدم من خلال هذه المراكز وكيف له أن يستفيد منها. أيضاً البرامج العلاجية التي تقدم في هذه المراكز و درجة الإستفادة التي سوف يجنيها ويستفيد منها في صحته والفائدة التي سيجدها من خلال المتابعة الدورية ،وحرمان الرعاية الصحية مهما إختلفت أشكاله أو مسبباته فهو بيئة غير صالحة للتوافق السليم ،وأن هناك إرتباط واضح بين الاستقرار النفسي والطمأنينة والحب وزيادة أعراض القلق والمخاوف وإضطرابات النوم وفقدان الشهية للطعام وضعف الثقة بالنفس والشعور بالتعاسة والعدوانية بالنسبة للأفراد المصابون بالأمراض المزمنة والتي من ضمنها بل وأخطرها مرض الأيدز، وهذه كلها مظاهر دالة على حالة الإكتئاب لدى الأفراد المصابون بوض الأيدز ،حيث أن مرض الأيدز يخلف أثراً نفسياً واجتماعيا قوياً على الأفراد المصابين به، وقد يكون مستوى الإكتئاب لدى الأفراد المصابين طردياً على ضوء التغيرات المختلفة التي تحدث للأفراد المصابين إبتداءً من الظروف النفسية والمشاكل الإجتماعية التي يواجهها الأفاد المصابين، إنتهاءً بالظروف والمشاكل العضوية التي تظهر لاحقاً كما أن الظروف المصاحبة للإصابة بالمرض يمكن أن تؤدي إلي تعكير صفاء الأفراد المصابين بالإضافة إلي الصدمة التي بالأفراد جراء الإصابة بالمرض، كل ذلك ينعكس سلباً على الفرد المصاب.ويفسر الباحث هذه النتيجة أيضاً بأنه كان للبرنامج الإرشادي ولفنياته التي اعتمد عليها ،فاعليته في دحض الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تلقيهم للبرنامج .فكما أظهرت النتائج فقد تخلوا عن تلك الأفكار اللاعقلانية واستبدلوها بأخرى أكثر عقلانية ومنطقية ، كذلك ومن خلال مناقشات أفراد المجموعة مع بعضهم البعض بحيث يقنع كل منهم بما يراه مناسباً ومنطقياً من الأفكار ويتخلى عما دون ذلك .بالإضافة إلي رغبة أفراد المجموعة التجريبية في المعرفة والفهم والإستزادة من العلم عن مرض الأيدز و الآثار المترتبة عن الإصابة به وإتقان تلك المعلومات وصياغة المشكلات وحلها ، مما جعل للبرنامج الإرشادي تأثيراً إيجابياً حيث أشبع تلك الحاجات لدى أفراد المجموعة التجريبية ، ونتيجة لذلك كانوا أكثر قابلية وأكثر قدرة على المناقشة والحوار الجاد و النشط مع من هم أكثر منهم خبرة ،وخاصة أن دور الباحث (المرشد النفسي) هنا لم يكن إلزامياً أو إجبارياً عليهم ولكن كان طلبهم للنصح والإرشاد طواعية منهم ، حيث توفر ذلك من خلال البرنامج الإرشادي دون أن يعوق هذا الإرشاد حريتهم ،وإلي جانب ما اعتمد عليه البرنامج الإرشادي من فنيات وأنشطة وتدريبات كانت فعالة ومؤثرة فيما وصلت إليه أفراد

المجموعة التجريبية من تحسن بعد تلقيهم لمادة البرنامج الإرشادي ، أيضاً كان فعالاً في تعديل بعض المظاهر الإكتئابية لديهم من السلبية إلي الإيجابية ،فأصبحوا مقتنعين بقدرتهم من التغلب على الظروف المرضية و التكيف و التعايش مع المرض ومع ما لايمكن تغييره ،وأن بإمكانهم السعي ليكونوا أكثر سعادة وأكثر قدرة على مواجهة أحداث الحياة ومواقفها الضاغطة ،ففي مقابل ذلك تخلوا عن الكثير من المظاهر الإكتئابية من مثل الإنهزامية والإتكالية وضيق الأفق والجمود كما كان لتذكيرهم بأن كل شيء مقدر من الله سبحانه وتعالى ، وأن التفاعل بالخير يجلب الخير (تفاعلوا بالخير تجدوه) مدعاة لإنخفاض شدة المظاهرة الإكتئابية لديهم ، وبالتالي كانت هذه الفنيات التي قدمت من خلال البرنامج الإرشادي و المناقشات و التدريبات التي قام بها أفراد المجموعة التجريبية سبباً في علاج حالة الإكتئاب لديهم وذلك من خلال إنخفاض مستوى المظاهر الإكتئابية بل وتخليهم عن الكثير منها وإستبدالها بأخرى تشير إلي الرضا والسعادة لديهم .لكل هذه الأسباب السابقة يرى الباحث أن الأفراد المصابون بمرض الأيدز يحتاجون لبرامج إرشادية مكثفة ومستمرة لفترات طويلة دونما إنقطاع حتى تسهم في المساعدة والمساندة من الناحية النفسية والإجتماعية نحو التحسن ، فمن هنا جاءت الفروق بين المجموعتين .

أشارت النتيجة المتعلقة بالفرض الثاني إلي عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد المتزوجين والغير متزوجين من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم ،كما هو موضح في الجدول رقم (2).إختلفت هذه النتيجة مع دراسة الطيب السنوسي (2014م) التي أشارت إلي وجود فروق بين الأفراد من المجموعة التجريبية بعد تنفيذ البرنامج الإرشادي تعود لمتغير الحالة الإجتماعية .إختلفت كذلك مع دراسة عباس الصادق (2008م) التي أشارت إلي أن الأفراد المتزوجون أظهروا درجات عالية من التوافق النفسي و الإجتماعي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي من الأفراد الغير متزوجون ،إتفقت هذه النتيجة مع دراسة (آدم كجور ،2003م -) التي أشارت نتائجها إلي عدم وجود فروق بين أفراد عينة الدراسة ترجع إلي متغير الحالة الإجتماعية ،كذلك إتفقت مع دراسة (علي التهامي ،1997م -) التي أشارت نتائجها إلي عدم وجود تفاعل بين حالة الإصابة بمرض الأيدز و الحالة الإجتماعية لأفراد عينة الدراسة .ويعزي الباحث هذه النتيجة إلي أن الأثر النفسي الوخيم الذي تتركه الإصابة بمرض الأيدزعلى الأفراد قد يكون متساوياً عند كل الأفراد ولا يكون لمتغير الحالة الإجتماعية أثر فيه، حيث أن الأفراد المتزوجون قد لا يجدون من أزواجهم ملاذاً يلجئون إليه حينما تشتد بهم الضغوط سواء كانت نفسية أو اجتماعية أو إقتصادية أو غيرها من ضغوط الحياة المختلفة، و يرى الباحث أن غياب مستوى التفاهم الموجود بين الأزواج يمكن أن يؤثر كثيراً في زيادة نسبة القلق بشأن الإصابة بمرض الأيدز ومخاوف المصير المحتوم، هذا بالإضافة إلي وضعية المكانة الإجتماعية وسط المجتمع للفرد المتزوج عن غيره من الأفراد الغير متزوجون والتي قد يشوبها التأرجح و الإهتزاز نتيجة وصمة العار التي قد يطلقها أفراد المجتمع على الأفراد المصابين بالمرض على غير تفريق بين المتزوجين و الغير متزوجين ،وبما أن هذا الأمر يرتبط بالإستقرار النفسي للفرد نفسه وإستقرار الجو الأسري تجاهه وبالقدرة الإقتصادية للأسرة والفرد و بالمستوى الثقافي للأسرة تجاه مرض الأيدز والمستوى التعليمي للفرد المصاب والمرحلة العمرية ودرجة التوافق الأسري، فالإستقرار الأسري ليست عملية مصادفة أو عملية عشوائية، ولكنها ثمرة سلوك قصدي وعمدي في معظمه يصدر عن كل طرف ويهدف إلي إسعاد الطرف الآخر، والشعور بالسعادة هو شعور إنفعالي داخلي منفصل إلي حدٍ ما عن الإنفعال والأساليب السلوكية و الواجبات التي يقوم بها كل من الطرفين تجاه الآخر، فالإستقرار شعور يترتب على الأعمال التي يقوم بها كل من الطرفين، وعلى إدراك كل منهما للدوافع والنيات التي تقف وراء سلوك الطرف الآخر وأعماله، ومن هنا يمكن القول بأن الاستقرار الأسري يولد شعوراً بالراحة النفسية والاطمئنان لدى الطرفين، وهذا ما يطلق عليه السعادة الزوجية التي هي هدف مهم من أهداف الزواج، وتكمن هذه السعادة في قبول كل طرف للآخر ضمن إطار من القناعة فيكون بذلك الاستقرار النفسي والإجتماعي و الإقتصادي، مع شعور كل طرف بأن الآخر هو ما يناسبه ويرتاح إليه ويتوافق معه. وفى رأي الباحث أن أختفاء أو زوال هذه العوامل بالإضافة إلي النظرة السلبية لأي طرف إلي الطرف الآخر عند إصابته بالمرض هذه كلها قد تكون هي الأسباب في عدم وجود الفروق بين الأفراد المصابون بمرض الأيدز من المجموعة التجريبية المتزوجون والغير متزوجون.ولكل هذه المسوقات يرى الباحث أن الأفراد المصابون بمرض الأيدز المتزوجون و الغير متزوجون يحتاجون لبرامج إرشادية مكثفة ومستمرة لفترات طويلة دونما إنقطاع حتى تسهم في المساعدة والمساندة من الناحية النفسية والإجتماعية وبذلك تكون قد دعمت جوانب التوافق الإستقرار الأسري بالشكل المطلوب مما يساهم كثيراً في علاج حالات الاكتئاب التي تنجم عن الإصابة بالمرض .

أشارت النتيجة المتعلقة بالفرض الثالث إلي عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد حسب المستوى التعليمي من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم ،كما هو موضح في الجدول رقم (3)،إختلفت هذه النتيجة مع دراسة الطيب السنوسي (2014م) التي أشارت إلي وجود فروق بين الأفراد وفقاً لمتغير المستوى التعليمي ،إتفقت

هذه النتيجة مع دراسة هويدا حسب الرسول (2001م) التي أشارت إلي عدم وجود فروق بين الأفراد بعد البرنامج الإرشادي تعود إلي المستوى التعليمي ،كذلك إتفقت مع دراسة علي التهامي (1997م) التي أشارت إلي عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد العينة التجريبية وفقاً للمستوى التعليمي ،إتفقت هذه النتيجة مع دراسة (عبدالرحمن عثمان،1997م) والتي لم تشير إلي وجود علاقة بين التحسن في درجات الاكتئاب والإتجاهات السالبة مع المستوى التعليمي ،يعزي الباحث هذه النتيجة إلي أهمية المستوى التعليمي للمريض ،إذ أن البرامج الإرشادية المختلفة تحتاج إلي درجة من الوعي و التبصير حتى يستطيع الفرد القيام بها على أكمل وجه ،خاصة وأن طبيعة البرنامج الإرشادي الحالي تتطلب درجة من التعليم تمكن الفرد من القيام بملحقات البرنامج المتمثلة في الواجبات المنزلية و النشاطات والمهارات التي يطلب من المريض القيام بها والتي يعجز الفرد الذي لم ينل قسطاً من التعليم الإيفاء بها وبالتالي عدم الإستفادة من البرنامج ، لذا فكلما إرتفع المستوى التعليمي للمريض كان أكثر قدرة على القيام بالبرنامج ،وكلما كان البرنامج أكثر فاعلية إذ أن المعرفة لها دور أساسي في عملية التعلم الإنساني ،كما أن الباحث يعزي عدم ظهور أثر للمستوى التعليمي إلي أن المرضى جميعهم قد نالوا قدراً من التعليم ولم يكن من بينهم أفراد أميين مما ساعد على عدم وضوح أثر للمستوى التعليمي عند تطبيق البرنامج الإرشادي وإظهار فروق بين الأفراد من المجموعة التجريبية .

التوصيـات

1- الاهتمام ببرامج الإرشاد النفسي والتثقيف الصحي لمرضى الأيدز و قيام جمعيات طوعية وجمعيات أصدقاء المرضى لكي تعمل في مجال الإرشاد النفسي للإهتمام بمرضى الأيدز وإبراز وتفعيل الدور الإيجابي الذي يمكن أن يلعبه المجتمع تجاه هؤلاء المرضى والأخذ بيدهم من أجل حياة مستقرة نفسياً واجتماعياً.و تزويد المؤسسات الصحية المتخصصة بإستقبال الأفراد المصابون بمرض الأيدز خاصة مراكز الإرشاد والفحص الطوعي المتكاملة بالمرشدين النفسيين والإجتماعيين لإثراء العملية الإرشادية.

2- ينبغي على المرشدين النفسيين والإجتماعيين الإنتباه المبكر للمظاهر الإكتئابية والعمل على تنمية الجوانب الإيجابية لدى المرضى عبر الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي و مساعدة المرضى على أن يحددوا بأنفسهم طبيعة المشكلات التي يواجهونها وأن يتخذوا قرارات بشأن ما يمكنهم عمله لتقليل تأثيرها عليهم وعلى أسرهم وتعزيز ثقتهم بأنفسهم.

3- ينبغي على القائمين بأمر الإرشاد النفسي تفعيل البرامج الوطنية لمكافحة مرض الأيدز بحيث تتضمن نشر الوعي والإرشادات العامة وسط المصابين و الأسر عن كيفية الوقاية من المرض وتحسين نوعية المعاملة مع الأفراد المصابين داخل الأسرة والمجتمع، وتقديم الرعاية اللازمة لهم والتعاطف معهم ومع أسرهم لتفادي الآثار المترتبة عن الإصابة بالمرض.

المقترحـــات

1- التوعية والتثقيف الصحي بمراكز الرعاية المتكاملة ودورهما في علاج الإكتئاب لدى الأفراد المصابون بمرض الأيدز.

2- دور المرشدين النفسيين والإجتماعيين بمراكز الرعاية المتكاملة في تنمية الجوانب الإيجابية لدى الأفراد المصابون بمرض الأيدز.

3- الإرشاد المعرفي السلوكي ودوره في تعزيز الثقة بالنفس لدى الأفراد المصابون بمرض الأيدز.

المصادر والمراجع

أولاً: المصادر

1- القرآن الكريم

2- حسين محمد مخلوف (1981م): صفوة البيان لمعاني القرآن، الطبعة الثالثة، الناشر وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية، الكويت.

3- محمد بن إسماعيل البخاري (1959م): صحيح البخاري، المطبعة السلفية، القاهرة، مصر.

4- محمد فؤاد عبد الباقي (د.ت): المعجم المفهرس لمعاني القرآن الكريم، الطبعة الأولى، دار ومطابع الشعب، القاهرة، مصر.

ثانياً: المراجع باللغة العربية و المترجمة

5- أحمد ،سهير كامل (1999م): التوجيه والإرشاد النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر.

6- زهران ،حامد عبد السلام (2002م): التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتب، القاهرة، مصر.

7- الزيود ،نادر فهمي (1998م):الدليل العلمي للمرشدين النفسيين، دار الفكر العربي، القاهرة مصر.

8- عبد الستار، إبراهيم (1994) : العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث ،أساليبه وميادين تطبيقه ،دار الفجر للنشر والتوزيع ، القاهرة ،مصر .
9- عبد العزيز ،محمد كمال (2007م): الإنتقام بالأيدز- طاعون العصر مرض لا يقهر، مكتبة بن سينا للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
10- القذافي ،رمضان محمد (1997م): التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، دار الجيل، بيروت، لبنان.
11- منظمة الصحة العالمية (2000م): النساء ومتلازمة العوز المناعي البشري، الطبعة العربية، الناشر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط ، القاهرة، مصر.
12- منظمة الصحة العالمية(1996م): الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري ورعاية المرضى، الطبعة العربية، الناشر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط القاهرة، مصر.
13- وحدان ،محمد حلمي(2009م) : وبائيات متلازمة العوز المناعي المكتسب (الايدز)، الناشر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط الإسكندرية، مصر،

ثالثاً: المراجع الأجنبية

14-Ewing, Thomas N. and Gilbert, M(1986): Programmed Counseling vs. Face – to – Face counseling, Paper presented at American Psychological Association Convention, San Francisco, California, USA.
15-Graham Barted. Simon. B, Briam:(1993) Your Question Answered HIV and AIDS, Longman Group UK Limited, Printed in Britain.
16-Keith Alcorn(2002): HIV and AIDS Trackments Diverters, First Edition, Aclapham Common, South Side London, UK.
17-Makki Alazhar(2002): Clinical Management Guide Line of HIV Infection , Printed by Control Program , Ministry of Health , Khartoum State , Sudan.
18-Peter, P, Biot, A. Elizabeth, N(1992): AIDS in African, Printed in England, World Health Organization, Geneva.

رابعاً: الدراسات والدوريات والرسائل الجامعية

*** الدوريات والرسائل باللغة العربية**

19- بك ، أماني أحمد محمد (2001) العدوانية لدى المصابين بالأيدز والأصحاء منه- دراسة مقارنة لمستوى العدوانية وإتجاهها لدى المصابين والأصحاء من الجنسين، رسالة ماجستير مقدمة لجامعة الخرطوم، كلية الآداب.
20- عثمان ،عبد الرحمن (1997) برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية ،رسالة دكتوراه مقدمة لجامعة أم درمان الإسلامية ، كلية التربية .
21- عوض الكريم ، إنصاف (2005) فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى السودانيات المغتربات في المدينة المنورة ، رسالة ماجستير مقدمة لجامعة أم درمان الإسلامية ، كلية الاداب ،.
22- فرح ،على فرح أحمد (2005) تصميم وتجريب برنامج إرشاد نفسي على طلاب كلية التربية بجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، رسالة دكتوراه مقدمة لجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية التربية .
23- كجور ، آدم بشير آدم (2003) القلق والإكتئاب النفسي لدى مرضى الايدز وعلاقتهما ببعض المتغيرات الديموغرافية – دراسة ميدانية لمرضى الايدز بالمستشفيات والمراكز بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير مقدمة لجامعة أم درمان الإسلامية، كلية التربية.
24- وحيد ،إبراهيم حلمي (1999) الوحش الكاسر، مجلة عالم الإعاقة، السنة الثانية، العدد السابع، ص(24).

*** الدوريات والرسائل باللغة الإنجليزية**

25- ALtohami ,Ali Ahamed (1997) Depression among HIV \ AIDS infected, Southern Sudanese Women, Master dissertation not published, Khartoum University, College of Arts.
26-Chandra, PS. Raviv, A, Subbakrish, DK (1998) Anxiety and Depression among HIV infected Hetro Sexual, Department of Psychiatry, National Institute of Mental Health, Bangalore, India.

27-Sacco, W.P & Beck, A.T (1995) Cognitive theory and therapy .In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds) , Handbook of depression (2nd ed) . New York :Guilford.
28-University of Melbourne (1994) The Evaluation of Depression in-Patient with HIV disease, Department of Psychiatry, Royal Melbourne Hospital, Australia.