

## فعالية برنامج إرشادي علاجي لتدعيم حب الحياة والهناء الشخصي لمرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية بمستشفى كسلا التعليمي السوداني

أ.د. عبد الباقي دفع الله أحمد

جامعة الخرطوم-السودان

د. نائلة عثمان علي

مستشفى كسلا التعليمي-السودان

استلم بتاريخ: 2015-11-18

تمت مراجعته بتاريخ: 2016-01-16

قبل للنشر بتاريخ: 2016-01-28

### الملخص:

هدفت هذه الدراسة لمعرفة فاعلية برنامج إرشادي لتدعيم حب الحياة والهناء الشخصي لمرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية بمستشفى كسلا التعليمي. استخدم الباحثان المنهج التجريبي، وقد اشتملت المجموعة التجريبية على 40 مريضاً مصاباً بالاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية والذين تم تشخيصهم مسبقاً بمستشفى كسلا التعليمي. تم اختيار العينة بطريقة الحصر الشامل، ولجمع البيانات استخدم الباحثان استمارة معلومات أولية، ومقياس حب الحياة من تصميم الباحثين، وللتأثير على تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي استخدم الباحثان برنامج إرشادي من إعدادهما. تم تحليل البيانات باستخدام الاختبارات الاحصائية المناسبة. توصلت الدراسة لعدة نتائج من أبرزها: للتدخل الإرشادي فاعلية دالة إحصائية في تحسين الهناء الشخصي وحب الحياة وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية. لا توجد فروق دالة إحصائية في فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين الهناء الشخصي وحب الحياة تبعاً لبعض لمتغيرات التصنيفية مثل النوع، والحالة الاجتماعية، والمهنة. وأختتمت الدراسة بمجموعة من التوصيات وثبت بالمراجع.

**الكلمات المفتاحية:** تدعيم حب الحياة، الهناء الشخصي، الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية، الارشاد العلاجي.

### Efficiency of a therapeutic counseling program in strengthening love of life & subjective well being among depressed patients, free from psychotic symptoms at the sudanese Kassal Teaching Hospital

Abdelbagi Dafalla Ahmed  
KhartoumUniversity- Sudan

Naila Osman Ali  
Kassal Teaching Hospital, Sudan

### Abstract

This study aimed to investigate the efficiency of a counseling program in supporting love of life and subjective well-being among depressive patients free from psychotic symptoms in Kassala Teaching Hospital. Experimental method was applied in this study. The experimental group consisted of 40 patients who have been previously diagnosed for depression free of psychotic symptoms in Kassala Teaching Hospital. Comprehensive sampling was used in the study. To collect the required data, the study implemented the preliminary information form, love of life scale developed by the researchers, and a counseling program to support love of life and subjective well-being prepared by the researchers. Data was analyzed using appropriate statistical tests. The most important results of the study are: Love of life and well-being are statistically improved after applying the counseling program on the subjects. There is no statistical difference in the efficiency of the counseling program in improving love of life and well-being according to some taxonomic variables like gender, social status an job. The study concluded with a number of recommendations, and references.

**Keywords:** Supporting love of life, Subjective Well-being, depression free of psychotic symptoms, therapeutic counseling.

## مقدمة:

تتوفر في المجتمعات المتقدمة معظم مقومات الصحة لكل فرد من أفرادها مما ينجم عنه مجتمعاً سليماً سعيداً، ربما لا يعاني كثيراً من هموم التعامل أو التعايش مع مختلف الأمراض الطارئة أو المزمنة منها بنفس القدر الذي تتعامل به شعوب الدول المتخلفة صحياً. وبما أن الأمراض النفسية جزء مهم من هذه الأمراض لذلك أصبح التعامل معها بمنتهى الالتزام والجدية، وذلك بمحاولة استحداث مختلف الطرق والوسائل لمعالجتها أو الحد من حدوثها. ومن بين الأمراض النفسية الأكثر فتكاً بالمقدرات البشرية هو مرض الاكتئاب الذي يتميز بالتخلف الإدراكي والارتباطي والحركي، والتعبير المتكرر عن العجز والخوف والسلبية. بالإضافة إلي الكرب والبؤس الذي يرتفع في كثير من الأحيان لانعدام قيمة الحياة وبالتالي التفكير في الانتحار.

ركّز الباحثون والدارسون لعلم النفس لزمان طويل على موضوع واحد هو المرض العقلي، وأنجزوا فيه جيداً، واستطاعوا أيضاً أن يعرفوا الكثير عن كيفية تطور هذه الاضطرابات عبر الحياة وعن أسبابها الجينية والبيوكيميائية والنفسية، وأفضل ما حدث أنهم تعلموا كيف تشفى هذه الاضطرابات. لكن هذا التقدم كان له ثمن فادح، فيبدو أن تخفيف الأعراض التي تجعل الحياة تعيسة قد جعل صنع الأحوال التي تجعل الحياة تستحق أن تعاش أقل أهمية، ولكن الناس يريدون أكثر من مجرد علاج لضعفهم، فهم يحتاجون حياة يصبغها المعنى وليس فقط أن يتململوا حتى يتوفوا. عندما يستلقي الفرد مستيقظاً في الليل، فإنه على الأرجح يفكر في كيفية أن ينتقل من درجة إلى أعلى منها في حياته، وليس فقط في أن يتحرك من درجة أسوأ لأخرى أقل سوء أو أن يشعر بأنه قد أصبح أقل بؤساً يوماً بعد يوم، فإذا كنت أنت هذا الشخص فربما تجد علم النفس علماً محبطاً.

أشار (2006) Seligman إلى أن الوقت قد حان لعلم يسعى لفهم المشاعر الإيجابية، وبناء القوة والفضيلة، وتقديم وظيفة إرشادية للوصول لما أسماه أرسطو الحياة الطيبة ألا وهو علم النفس الإيجابي. يسعى معظم الناس للحصول على مساعدة علاجية لحل مشاكلهم، ولكن ماذا لو استخدمت الأبحاث والتقنيات في مجال علم النفس لتحفيز نقاط القوة الكامنة، والسمات الشخصية ليصبح الناس أكثر سعادة وانخراطاً في حياتهم؛ لذا سوف يستمد علم النفس الإيجابي من معرفة الخبراء الذين درسوا الاكتئاب والقلق، واضطرابات المزاج الأخرى باعتمادهم على الأدلة، وهذا يعنى أنه يبني على البحث العلمي ويركز على ثلاث مجالات أساسية:

- العواطف الإيجابية: التي تتألف من مدى رضاء الشخص عن ماضيه وشعوره بالسعادة في الوقت الحاضر والأمل في المستقبل.

- الصفات الإيجابية: مثل الشجاعة والصمود والفضول ومعرفة الذات والنزاهة والرحمة والإبداع الإيثار والتسامح.

- المؤسسات الإيجابية: مثل مؤسسات المجتمع التي يمكن أن تستفيد من التركيز على التقنيات التي تم تطويرها في أبحاث علم النفس الإيجابي.

يبدو للمتابع للتقنيات العلاجية المستخدمة على مرّ الزمان مع المرضى النفسيين وخاصة مرضى الاكتئاب أنها تركز بصورة أساسية على التقليل من حدة هذه الأعراض بتثبيطها، وذلك باستخدام جرعات دوائية قوية، أو باستخدام شحنات كهربائية قاسية، أو بحبسهم في غرف بائسة وتقييدهم حتى لا يقدموا على الانتحار، ولكن التعامل مع هذه الفئة بتحريك الجانب الايجابي لديها لم يتم بحثه حتى تاريخه على حد علم الباحثين، لذلك يعتقد الباحثان أنه قد آن الأوان لتجريب طريقة مختلفة للتعامل مع هذه الفئة من المرضى، وخاصة المرض الخالي من أعراض ذهانية.

### الإشكالية:

يركز العلاج الكيميائي على الأعراض والعلامات فقط دون التركيز على تغيير نمط الحياة وكيفية تحسين حياة المرضى للأفضل. ومن خلال ملاحظة الباحثين أنه عند توقف المريض عن تناول العقاقير الطبية تحدث الانتكاسة وتعاود الأعراض وعلامات المرض الظهور مرة أخرى، ذلك مما دفع الباحثين لتصميم برنامج إرشادي علاجي يعمل على تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي لدى مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية.

وعليه؛ تكمن إشكالية الدراسة في طرح التساؤلات التالية:

- هل تطبيق البرنامج الإرشادي العلاجي يؤدي إلى تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية علي فعالية البرنامج الإرشادي العلاجي في تحسين الهناء الشخصي وحب الحياة وسط مرضى الاكتئاب تبعاً لنوع المريض (ذكر، أنثى)، والحالة الاجتماعية (متزوج، غير متزوج)، والمهنة (عامل - أعمال حرة - بدون عمل - طالب)؟
- هل توجد علاقة دالة بين عمر المريض وفعالية البرنامج الإرشادي العلاجي في تحسين الهناء الشخصي وحب الحياة وسط مرضى الاكتئاب؟

### فروض الدراسة:

بناء على الملاحظة اليومية للمرضى، والاطلاع على كثير من الدراسات السابقة ذات الصلة يمكن وضع الفروض التالية:

1. يتسم البرنامج الإرشادي العلاجي بفاعلية دالة احصائياً في تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية بمستشفى كسلا التعليمي.
2. توجد فروق دالة احصائياً في فاعلية البرنامج الارشادي في تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية تبعاً لنوع المريض.
3. توجد فروق دالة احصائياً في فاعلية البرنامج الارشادي في تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية حسب الحالة الاجتماعية للمريض.

4. تختلف فاعلية البرنامج الإرشادي في تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية تبعاً لنوع المريض تبعاً للمهنة (عامل- أعمال حرة- بدون عمل- طالب).
5. توجد علاقة دالة بين عمر المريض وفعالية البرنامج الإرشادي العلاجي في تحسين الهناء الشخصي وحب الحياة وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية.

#### أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الآتي:

1. التعرف على فاعلية البرنامج الإرشادي في تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية بمستشفى كسلا التعليمي. وذلك في ضوء كل من: النوع الحالة الاجتماعية، المهنة، العمر.
2. لفت نظر الباحثين لأهمية تناول الايجابي للموضوعات النفسية وخاصة المرضية منها، وذلك بإمكانية استفزاز قدرات الفرد الكامنة وتعزيزها في سبيل صحته النفسية.
3. توفير بعض المعلومات الخاصة باضطراب الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية، وإمكانية الخروج من نفق الرؤية السالبة للمرض النفسي بإتاحة تقنيات جديدة.

#### أهمية الدراسة:

تتضح أهمية هذه الدراسة والحاجة إليها في كونها تتحدث عن علم النفس الإيجابي ألا وهو حب الحياة والهناء الشخصي لمرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية. وربما توفر في إطارها النظري العديد من المعلومات والبيانات التي تساعد الباحثين في مجال التأصيل وعلم النفس الإيجابي والمهتمين بعلم النفس عموماً من وضع خطط فعّالة في مجال الإرشاد والعلاج وإعادة التأهيل النفسي التي تسهم في مساعدة هذه الشريحة من المرضى.

#### حدود الدراسة:

فيما يلي توضيح لحدود المجتمع الذي أجريت فيه الدراسة الميدانية:

**البعد الجغرافي:** تقتصر هذه الدراسة في حدودها الجغرافية على ولاية كسلا، شرقي السودان.

**النوع:** تشمل كلا النوعين (ذكر، أنثى).

**الفترة الزمنية:** (2014-2015م).

**العينة:** تم تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد عينة الدراسة المتمثلة في مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية، المشخصين مسبقاً بمستشفى كسلا التعليمي (العيادة النفسية، قسم الصحة النفسية).

## تحديد مصطلحات الدراسة:

- **حب الحياة:** يعرفه (2006) Seligman بأنه عيش الفرد بمشاعر إيجابية تتبع من تدريب القدرات والفضائل بدلا من الطرق المختصرة التي لا تفيد كثيرا، والمتمثلة في المخدرات - اللهو ... الخ. وأن يعيش المرء حياة ذات مغزى يجد فيها المقومات التي تساعد علي العيش الكريم.
- **الهناء الشخصي:** يراه عكاشة (2008) بأنه عبارة عن الاحساس بالسعادة الدائم نسبيا الذي يرجع في كثير من الأحيان إلى الإشباع بكافة جوانبه، والرضا عن النفس، والتوافق بنوعيه النفسي والاجتماعي.
- **الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية:** أشار القاضي(1981) أن الاكتئاب العصابي هو حالة نفسية تتصف بانفعالات سلبية وبتغير في مستوى الدافع، كما يتصف بانطباعات معرفية غالبا ما تؤدي إلى سلوكيات خاطئة، وتصطبح حالات الاكتئاب غالبا بخبرات مؤلمة وبحزن عميق وقلق وبأس واضحين.

## الإطار النظري والدراسات السابقة

يعمل الباحثان في هذا الجزء على إعطاء نبذة مختصرة عن الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية وكذلك عرض لأهم الدراسات التي أجريت في ذات الموضوع دون إسهاب مخل.

### أولا. الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية:

يعتقد حمودة (1990) أن الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية شيوعًا بين البالغين، حيث تصل نسبة الإصابة به في وقت ما من حياة البالغين (% 20 لدي الإناث و % 10 لدى الذكور)، والنساء يصبين به أكثر من الرجال. ويفسر ذلك بأن النساء أكثر تعبيرًا عن انفعالاتهن من الرجال، ولذا فإنهن يظهرن الحزن والتعاسة أكثر من الرجال، بينما يلاحظ أن التعرف على الاكتئاب لدى الرجال أكثر صعوبة.

ويشير زهران (1997) أن الاكتئاب إضافة إلى أنه يشاهد في العشرينيات والثلاثينيات وسن القعود (سن اليأس) فإنه يحدث لدى الإناث أكثر من الذكور، إضافة إلى ذلك كله فإنه يحدث لدى غير المتزوجين أكثر منه عند المتزوجين.

أشار عكاشة (1989) إلى أن مريض الاكتئاب تعثره أعراض تنسم بأفكار سوداوية وتردد، وعدم قدرة علي اتخاذ القرارات، كما يلزمه الشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات والمبالغة في تضخيم الأمور التافهة والأرق الشديد وفقدان الشهية والعزلة والشعور بأوهام مرضية، والمعاناة من بعض الأفكار الانتحارية. ويمضى عبد الظاهر (1994) إلى أن المزاج الاكتئابي يمثل العرض الأساسي والغالب في أكثر من 90% من مرضي الاكتئاب مع العلم بأن نسبة قليلة من المرضي لا يشكون من اضطراب المزاج واضطرابهم يسمى بالاكتئاب المقنع أو الاكتئاب المبتسم. وفي هذا الضرب فإن البهجة- التي هي نقيض الاكتئاب - تظهر في كثير من الأحيان كوجه مقنع يشير إلى حالة اكتئابية.

الغرض من تصنيف الاكتئاب عادة هو المساعدة في عملية العلاج والتشخيص (Medinas, 1925) فإن الحاجة لمثل هذا التصنيف تصبح حاجة ماسة في اضطراب كالاكتئاب مازال

وجوده - كما يرى الطويل (1988) محيراً للعقول في معظم كتابات المؤلفين المختصين، مؤكداً بذلك أن المرض الاكتئابي مرض فريد من نوعه، لأن محتواه الظاهري يكمن في التدمير الذاتي وإيقاع الأذى بالنفس وانتهاك لطبيعة الكائنات الحية بشأن المحافظة على الذات.

يصنف (كرايبلين) المذكور في راجح (1973) الاكتئاب إلي نوعين هما:

- الاكتئاب الدوري، وهو نوع يحمل بعض النسب السيكولوجية، كما يبدو أنه غير مرتبط تماماً ببيئة المريض أو طريقة معيشته أو أسلوب حياته، كما أن سبب حدوثه يُعزى إلي تلك الجذور العميقة للوراثة أو البنية الجسمية أو الأيض<sup>1</sup>.

- الاكتئاب النفسي الوراثي: هو عبارة عن رد فعل صارم وبالغ المدى من ناحية القوة والشدة ولا سيما قوة الديمومة أو البقاء في حياة المريض وعادة ما يظل في المستوى العصابي.

ويري راجح (1973) أن مصطلح عصابي هو مصطلح غير مقنع، والمريض غالباً ما يتطور الاكتئاب لديه من استجابة عادية إلي توتر انفعالي حاد، والذي لا يمكن بأي حال وضعه في قائمة الشخصية العصابية، في حين أن مصطلح استجابي- كما يرى يسع كل هذه التصنيفات بارتياح. وأن الفارق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني هو فارق كمي وليس كيفياً، أي فرق في الدرجة وليس في النوع، وهي الرؤى التي لا يوافقها عليها كثير من العلماء الذين يرون أن الاكتئاب الذهاني يمثل استجابة تختلف في أسبابها وأعراضها وعلاجها ومصيرها عن الاكتئاب العصابي.

عموماً؛ فإن تصنيف هيئة الصحة العالمية (1999) هو التصنيف المقبول في دوائر البحث العلمي، فبالإضافة إلي النوع العصابي فهناك الأنواع الآتية:

1. مرض الهوس والاكتئاب - النوع الاكتئابي.
2. مرض الهوس والاكتئاب- النوع الهوسي.
3. مرض الهوس والاكتئاب - النوع الدائري.
4. مرض الهوس والاكتئاب - النوع المختلط.
5. السواد الارتدادي (اكتئاب سن الياس).
6. المرض الاكتئابي الذي لم يتعين في مواضع أخرى.
7. المرض الهوسي الذي لم يتعين في مواضع أخرى.

تتعدد وتتوغل النظريات التي تحاول إيجاد تفسير لحدوث مرض الاكتئاب ووقوع الاضطراب الوجداني، يرى عكاشة (1989) منها ما أرجع الاكتئاب إلي إحباط لدوافع لا شعورية، ومنها ما أرجعه إلي تحديد لقدرات الفرد أو عدم التوافق بين قدراته وإنجازاته أو ما يطلب منه، ويرى (فرويد) أن السبب المباشر هو فقد موضوع الحب مع النكوص في المرحلة الفمية في تكوين شخصية الفرد. بينما تذكر شقير (1995) أن أصحاب النظرية المعرفية يقدمون نموذجاً للنشوء المعرفي، ذهبوا فيه إلي أن اضطرابات

<sup>1</sup> الأيض: يشير إلي مجموع العمليات المتصلة ببناء البروتينات.

الوجدان والدافعية لدى المكتئب تعد بمثابة نتيجة للمفاهيم السلبية لديه، حيث يتم تعلم التشوهات المعرفية وينتج ذلك بشكل زائد مع الأحداث بطريقة تزيد من النواحي السلبية في الحياة.

أما فيما يتعلق بتشخيص الاكتئاب؛ فيشير يوسف (2001) إلى أن التشخيص الدقيق لاضطرابات المزاج يتطلب توفير المعلومات الإكلينيكية الضرورية التالية:

- تاريخ الفرد من حيث وجود حالات سابقة لديه من الاكتئاب، أو الهوس الخفيف أو الهوس.
- تاريخ الفرد من حيث التقلبات السريعة للمزاج.
- تاريخ الفرد من حيث سوء استخدام العقاقير أو المخدرات.
- تاريخ الفرد من حيث المرض الطبي والمزاج الحالي.
- مشاعر الذنب لدى المريض أو نوعية تقديره لذاته أو إحساسه بجدارته أو أهليته.
- الهلوسات أو الهذات الحالية والأفكار أو المحاولات الحالية أو السابقة الانتحارية.
- التغير في مستوى الطاقة أو الجهد أو التعب لدى المريض والتغير في نمط النوم لدى المريض.

أوضح زهران (2004) أن أهم أنواع العلاج للاكتئاب العصبي هو العلاج النفسي، وخاصة العلاج التدعيمي وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التي رسّبت الاكتئاب والفهم وحل الصراعات، وإزالة عوامل الضغط والشدة، والتخلص من الشعور بالذنب والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وإبراز إيجابيات الشخصية والمساندة العاطفية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس والوقوف بجانب المريض وتنمية بصيرته، وإشاعة روح التفاؤل والأمل.

وقد يسير العلاج كما لو كان في شكل محاكمة علنية بدلا من المحاكمة الداخلية، تنتهي بصور قرارات وأحكام سلوكية تصحيحية. والعلاج البيئي لتخفيف الضغوط والتوترات، وتناول الظروف الاجتماعية الاقتصادية بتغييرها أو التوافق معها. هذا إضافة للعلاج الطبي للأعراض المصاحبة، مثل الأرق وفقدان الشهية ونقص الوزن والإجهاد...إلخ.

### ثانياً: الإرشاد النفسي:

يبدو أنه من الصعب التفريق بين الإرشاد والعلاج النفسي، بل ربما لن نجد النظريات التي تختص بإحدهما دون الأخرى، وصعوبة الفصل بين الإرشاد والعلاج النفسي تبدو واضحة من التعاريف المقدمة من كثير من الباحثين في المجال؛ فتعريف الإرشاد يمكن قبوله على أنه العلاج، والعكس كذلك صحيح. إلا أنه حينما يتم استعراض الأهداف فقد يبدو أن هناك بعض الاختلاف بين المفهومين، فقد حددت الجمعية النفسية الأمريكية أهداف الإرشاد بمساعدة الأفراد على مواجهة العقبات التي تعترض نموهم حيثما وجدت، وتحقيق أقصى درجات النمو لإمكاناتهم الشخصية. ويلاحظ أن معظم المعالجين النفسيين يتقبلون هذه الأهداف كأهداف للعلاج النفسي.

وقد حاول كل من Volsky & Vance, Tyler (المذكورون في باترسون، 2001) التمييز بين الإرشاد والعلاج، بأن الإرشاد أستخدم مع الأسوياء، بينما العلاج يُستخدم مع العاجزين أي المرضى

ومن الجوانب التي ذكرت للتفريق بينهما المكان الذي يمارس فيه الإرشاد، فالعيادات الطبية والمستشفيات يمارس فيها العلاج، أما الإرشاد فليس بالضرورة أن يتم في المستشفيات والعيادات النفسية.

على وجه العموم لا توجد تفرقة حاسمة بين الإرشاد والعلاج في كل من طبيعة العلاقة، العملية الطريقة أو الأسلوب، الأهداف، النتائج العامة، أنواع الحالات أو العملاء، ولكن من أجل التسهيل والتقريب يمكن القول أن الإرشاد غالبا ما يشير إلى التعامل مع الحالات الأقل اضطرابا، أو الحالات التي تواجه مشكلات خاصة مع أقل درجة من الاضطراب أو مع الأسوياء. وتدور عملية الإرشاد غالبا في أماكن غير طبية بعكس العلاج النفسي.

### ثالثاً: حب الحياة:

حب الحياة مفهوم نفسي ينبغي تعميقه في نفوس الشباب، نتيجة لاهتمام الباحثين المتزايد بعلم النفس الإيجابي، وبالمصطلحات التي تعكس جوانب إيجابية من حياة الأفراد، وقد شملت هذه المصطلحات التي قدمها العلماء المهتمون بعلم النفس الإيجابي موضوعات لم تكن تتدرج في اهتمامات علم النفس كعلم يهتم بالاضطرابات والأمراض النفسية، كالقلق والضغوط والاكتئاب وغيرها إلى علم يهتم بالسعادة، وبالرضا عن الحياة وبالتفاؤل والأمل وحب الحياة والهناء الشخصي، وكلها موضوعات عبرت عن اهتمامات علم النفس الذي ركز على الإنسان وإنسانيته وقدمت له ما يمكن أن يسمو بأهدافه ويساعده على العيش والحياة في أحسن حال ممكن، ويأتي على رأس هذه المصطلحات الإيجابية مصطلح يحدد الوجود النفسي الأفضل للفرد ألا وهو حب الحياة Love Of Life .

يعرف حب الحياة عند (2002) Seligman بأنه "اتجاه الفرد الإيجابي العام عن الحياة والذي يعبر عن حسن التعامل معها وفهمها والاستمتاع بها وتقدير قيمتها". يرى الباحثان أن السعادة خيار يسعى الجميع له، وأن سيطرة الفرد على الحياة هو أن يجعلها تحوي أقل قدر ممكن من المشاعر السلبية، والشعور بالسعادة هو المرادف للشعور بالسيطرة، خصوصا عندما يصنعها الفرد بنفسه. كما أنه توجد في الحياة أشياء نتعلمها، وحين نتوقف عن التعلم نتوقف عن الحياة، لذلك على مريض الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية أن يسعى للحصول على أكبر قدر من المعرفة، والتي هي أقوى وأنجع سلاح من الممكن أن يواجه به الحياة.

### رابعاً: الهناء الشخصي:

الهناء الشخصي well-being مؤشر عام لصحة الفرد النفسية والاجتماعية والجسدية. ويعتقد الباحثان أن الهدف العام للحياة هو أن يحقق الفرد مستوى عال من الهناء وإن كان صعب المنال بالإضافة إلى ذلك مع الوضع في الاعتبار أن هنالك مجموعة من العوامل التي تحدد درجة الهناء الشخصي للفرد منها: التوازن في الحالة الوجدانية العامة والتقييمات المعرفية للحياة بشكل عام، مبهجاتها ومنغصاتها ونوعية الحياة التي يحيها الفرد والعلاقات الاجتماعية وسماته الشخصية. ونبه عبد الخالق (2008) إلى كيفية تمثيل العوامل الديموغرافية مثل: مستوى الدخل، الزواج، عدد الأصدقاء

التدين، الذكاء، درجة الإنجاز العلمي دورا فاعلا في تحقيق درجة الهناء الشخصي للأفراد. كما أن التنشئة العاطفية للأفراد والتمسك بالقيم المجتمعية من أهم أسباب ثبات الهناء الشخصي، كما أن وجود أعراض الاكتئاب والمشقة النفسية يؤديان بدورهما إلى غياب الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة، ولذلك فإن ما يجعل الناس سعداء هو إنجازاتهم ومواردهم الشخصية وتوقعاتهم بالتقدم، وهم يحزنون عندما يلاقيهم سوء الحظ ويخفقون في التقدم.

يرى الباحثان أن الأشخاص الذين لديهم زيادة في الهناء الشخصي، لا يقعون في فخ المقارنة الذي لا يصب في مصلحتهم، فهم يؤمنون بالاختلاف في الإمكانيات والقدرات بين الناس، لذلك نجدهم يشاركون في الأعمال الخيرية، ينشطون في العلاقات الاجتماعية، متسامحون يتجاوزون عن أخطاء الآخرين وهذه الصفة تعد نتيجة وسببا في نفس الوقت حتى يكونوا سعداء، فالحقد والكراهة هو جزء من التعاسة، فهم مع كل هذا القدر من الإيمان بأنفسهم وبما يملكون.

#### الدراسات السابقة:

يتم في هذا الجزء استعراض بعض الدراسات ذات الصلة المباشرة بأهداف الدراسة الحالية ومن أبرز الدراسات التي تحدثت حول هذا الموضوع دراسة (بورنيز) وآخرون (1992) (المذكورة في: عوض الكريم، انصاف 2005) بعنوان: مقارنة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بمفرده والعلاج المعرفي السلوكي مقترنا بالعقاقير لعلاج القلق والاكتئاب. فقد قام الباحثون بمقارنة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بمفرده، والعلاج المعرفي السلوكي مقترنا بالعلاج بالعقاقير، وذلك لعلاج القلق والاكتئاب اشتملت عينة الدراسة 79 مريضا يعانون من القلق والاكتئاب، وبعد استخدام فنيات المناقشة ومراقبة الذات وإعادة البناء المعرفي في برنامج استمر لمدة اثني عشرة أسبوعا بواقع جلسة واحدة في الأسبوع. أسفرت نتائج هذه الدراسة عن فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج القلق والاكتئاب، حيث وجدت درجة دالة من التحسن لدى المرضى بعد تلقي البرنامج العلاجي، ولا توجد فروق دالة بين المجموعة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالعلاج بالعقاقير وذلك في درجة التحسن، وهو ما يعني أن إضافة العلاج بالعقاقير إلى العلاج السلوكي المعرفي لم تكن له آثار دالة.

كما أجرى عبد الرحمن عثمان عبد المجيد (1997) دراسة بعنوان: برنامج مقترح للعلاج السلوكي المعرفي المعدل بمضامين إسلامية للاكتئاب: هدفت لتنشيط ميكانزمات البناء لدى مريض الاكتئاب وذلك بإحياء المعاني المعرفية الدينية الخاملة لتقوم بتنشيط نشاط ميكانزمات الأفكار الاكتئابية. اشتملت عينة الدراسة على 49 مريضا يعانون من الاكتئاب الأساسي الخالي من الأعراض الذهانية. قسم الباحث العينة إلى ثلاث مجموعات، حيث اشتملت المجموعة الأولى على 7 من المرضى استخدم في علاجهم البرنامج المقترح والقائم على استخدام بعض الآيات القرآنية التي تشتمل على معاني الرضا والتوكل والتوبة والرجاء والقدر، بالإضافة إلى بعض الأحاديث النبوية الشريفة والأدعية الواردة عن الرسول (صلى الله عليه وسلم) التي تعين الفرد على التخلص من الإحساس بالذنب والمبالغة في الشعور بالخطيئة والحد من الشعور باليأس. أما المجموعة الثانية فقد اشتملت على 10 حالات استخدم معها بجانب العلاج المقترح العلاج

بالعقاقير الطبية وسميت هذه المجموعة بمجموعة العلاج المزدوج، واشتملت المجموعة الثالثة على 7 حالات استخدم معها العلاج بالعقاقير الطبية فقط. بلغ عدد الجلسات للمجموعة الأولى والثانية 8 جلسات علاجية بواقع جلسة واحدة في الأسبوع. بينما استمر العلاج بالعقاقير لمدة شهرين. تم تطبيق مجموعة من تقنيات العلاج السلوكي المعرفي حسب ما تقتضيه الحالة المرضية. واستخدم الباحث إضافة للبرنامج العلاجي ودراسة الحالة ثلاثة مقاييس هي: مقياس (بيك) المصغر للاكتئاب مقياس الاتجاهات السالبة، ومقياس درجة التدين.

تلخصت أهم النتائج في الآتي: إمكانية تطبيق برنامج الدراسة المقترح عياديا وفعاليتها في تحقيق التحسن لمرضى الاكتئاب الأساسي الخالي من الأعراض الذهانية. خفت الاتجاهات السالبة بدرجة دالة لمرضى الاكتئاب الأساسي الخالي من الأعراض الذهانية مقارنة ببرنامج العلاج بالعقاقير الطبية المضادة للاكتئاب. توجد فروق دالة إحصائية في درجة التحسن في الاكتئاب لصالح مجموعة برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية. عدم فاعلية العقاقير المضادة للاكتئاب وحدها في تخفيف أعراض الاكتئاب وإزالتها.

أجرى Olesovesky (2003) (المذكور في: حجازي، 2007) دراسة بعنوان معنى الحياة الاكتئاب: دراسة مقارنة للعلاقة بينهما على امتداد الحياة، حيث تناول الباحث مفهوم معنى الحياة وعلاقته بالاكتئاب وبالتقدم في العمر، وذلك على عينة ضمت أنماطا مختلفة من الطلاب وأفرادا من كبار السن وبلغ عددهم 81 متطوعا، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات فرعية عمرية، وقد استخدم في الدراسة عدة أدوات من أهمها: قائمة النظرة للحياة، ومقياس المرغوبية الاجتماعية (لمارلوي - كراون)، ومقياس لتقدير الاكتئاب، واستبيان للبيانات الديموغرافية. أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة سالبة بين معنى الحياة والاكتئاب في كل المجموعات العمرية، بينما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين معنى الحياة والتقدم في السن عند حدوث الاكتئاب وحتى في أصغر فئة عمرية.

كما أجرت إدريس (2007) دراسة بعنوان: أثر برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن بالخرطوم، هدفت الدراسة إلى تصميم برنامج للعلاج المعرفي السلوكي لمعرفة أثره في تحسين درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت الاستصفاء الدموي، ومعرفة مدى فاعلية هذا البرنامج. وتوضيح وبيان الطرق والتقنيات والاستراتيجيات التي تساعد في تحسين درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن - تحت الاستصفاء الدموي. استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، واشتملت عينة هذه الدراسة على 60 مريضا 31 منهم ذكورا، 29 إناثا، مصابين بالفشل الكلوي المزمن، والذين يداومون على جلسات الاستصفاء الدموي بصورة منتظمة من مرتين إلى ثلاث مرات أسبوعيا، والمترددون على مراكز علاج وغسيل الكلى بولاية الخرطوم الذين يعانون درجات متفاوتة من القلق والاكتئاب (دون أعراض ذهانية)، والتي تم تحديدها عن طريق مقياس القلق والاكتئاب العيادي (HADS). توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: حقق برنامج العلاج السلوكي المعرفي تحسنا كبيرا في درجة القلق والاكتئاب، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين التطبيقين القبلي والبعدي. لا توجد فروق دالة بين المجموعات في درجة التحسن تعزى للنوع (ذكر، أنثى). والحالة الاجتماعية، والوضع الوظيفي، والرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى. كما لا توجد فروق دالة بين المجموعات في القلق والاكتئاب تعزى إلى الحالة التعليمية للمريض. وأخيرا لا توجد علاقة دالة بين المجموعتين في بعد القلق، ولا توجد علاقة دالة إحصائيا بين المتغيرين في بعد الاكتئاب.

يلاحظ من خلال استعراض الدراسات السابقة أن عيناتها تراوحت ما بين 49-81 مفحوصا وأن معظمها استخدمت منهجا تجريبيا، وأن كل الدراسات توصلت لنتيجة إيجابية وهي دور العمل الإرشادي في تحسين درجات القلق والاكتئاب، مما يبرر ضرورة إجراء مزيد من الدراسات لتحريير طاقات الفرد الكامنة لمواجهة مثل هذه الأمراض.

### إجراءات الدراسة الميدانية

#### منهج الدراسة:

استخدم الباحثان المنهج التجريبي تصميم المجموعة الواحدة، وذلك لاعتقاد الباحثين بأهمية استفادة كل المرضى من هذه الاستراتيجية القائمة على الإرشاد النفسي المكون من 13 جلسة إرشادية ربما لا تتوفر لهؤلاء المرضى إلا من خلال هذه الدراسات، وذلك بالرغم من علم الباحثين ببعض عيوب هذا النوع من التصاميم التجريبية.

#### مجتمع وعينة الدراسة:

شملت عينة الدراسة كل أفراد المجتمع والبالغ عددهم 40 مفحوصا يعانون من الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية المداومين على المتابعة العلاجية بمستشفى كسلا التعليمي. والجدول التالي يصف العينة.

جدول (1) التكرار والنسبة المئوية للمعلومات الأساسية لعينة الدراسة.

المتغيرات	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
النوع	ذكر	23	57.5
	أنثى	17	42.5
العمر	15-23	14	35.0
	24-40	13	32.5
	41-72	13	32.5
مستوى التعليم	أساس	13	32.5
	ثانوي	10	25.0
	جامعي	17	42.5
الحالة الاجتماعية	متزوج	25	62.5
	غير متزوج	15	37.5
المهنة	عامل	12	30.0
	أعمال حرة	10	25.0
	بدون عمل	10	25.0
	طالب	08	20.0

## أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية:

تكونت أداة جمع المعلومات في الدراسة الحالية من مقياس حب الحياة والهناء الشخصي والبرنامج الارشادي المطبق على العينة، هذا إضافة للجزء الخاص المتعلقة بالمعلومات الأساسية. يتكون مقياس حب الحياة والهناء الشخصي من بعدين هما: حب الحياة (22) عبارة والهناء الشخصي (30) عبارة من تصميم الباحثين. جميعها عبارات موجبة الوجهة، يتدرج المقياس تدرجاً ثلاثياً حسب الشكل التالي: (دائماً، أحياناً، لا يحدث إطلاقاً). ويتم تصحيح المقياس بإعطاء الخيارات (1،2،3) وقد اتخذ الباحثان كافة الاجراءات العلمية المتعلقة باستخراج معاملات الثبات والصدق الاحصائيين وتأكداً من صلاحية المقياس ببعديه للتطبيق في المجتمع الراهن. والجدول التالية توضح ذلك:

## صدق البناء (الاتساق الداخلي) لمقياس الهناء الشخصي:

لمعرفة الاتساق الداخلي لعبارات مقياس الهناء الشخصي، قام الباحثان بإدخال البيانات للحاسب الآلي، ومن ثم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل بند مع مجموع البنود، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

جدول (2) معامل ارتباط بيرسون لمعرفة علاقة كل بند مع مجموع البنود لمقياس الهناء الشخصي

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
1	0.221	15	0.407	23	0.688	38	0.797
3	0.636	16	0.585	26	0.593	40	*0.000
5	0.554	17	0.410	31	0.684	41	0.592
7	0.179	18	0.731	32	0.707	42	0.743
8	0.579	19	0.457	33	0.698	46	0.336
9	0.352	20	0.723	34	0.535	48	0.676
11	0.603	21	0.298	35	0.670		
14	*0.008-	22	0.330	37	0.651		

\*البنود التي تم حذفها من المقياس لارتباطها الصفرى أو السالب مع مجموع بنود المقياس.

بعد حذف البندين (14، 40) أصبحت عبارات مقياس الهناء الشخصي (28) عبارة بدلا عن 30 عبارة، واستخرج معاملي الثبات باستخدام معادلة (ألفا كرونباخ) فبلغ (0.927)، كما بلغ معامل الصدق الذاتي (0.9628)، وهى معاملات مرتفعة تمكن الباحثين من استخدام هذا المقياس لقياس الهناء الشخصي وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية.

## صدق البناء (الاتساق الداخلي) لمقياس حب الحياة:

لمعرفة الاتساق الداخلي لعبارات مقياس حب الحياة، قام الباحثان بإدخال البيانات للحاسب الآلي ومن ثم حساب معامل ارتباط (بيرسون) بين كل بند مع مجموع البنود، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

جدول (3) معامل ارتباط (بيرسون) لمعرفة علاقة كل بند مع مجموع البنود لمقياس حب الحياة

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
2	0.628	24	0.159	36	0.618	49	0.558
4	0.548	25	0.748	39	0.640	50	0.566
6	0.390	27	0.843	43	0.717	51	0.755
10	0.522	28	0.242	44	0.263	52	0.424
12	0.573	29	0.705	45	0.680		
13	0.332	30	0.551	47	0.681		

يلاحظ أن جميع معاملات ارتباط البنود مع مجموع بنود المقياس موجبة وغير صفرية، لذلك استخدمها الباحثان كلها لاستخراج معاملي الثبات باستخدام معادلة (ألفا كرونباخ) فبلغ (0.915)، كما بلغ معامل الصدق الذاتي (0.9565)، وهي معاملات مرتفعة تمكن الباحثين من استخدام هذا المقياس لقياس حب الحياة وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية.

أما فيما يتعلق بالبرنامج الإرشادي فيشتمل على الأساليب الإرشادية ومراحل التدخل المهني التي تم استخدامها في البرنامج مثل: الأساليب المعرفية لمساعدة مرضى الاكتئاب على إعادة الفهم وإعادة البناء المعرفي، وكذلك بالنسبة للأفراد المحيطين بالمرضى، والأساليب الانفعالية لمساعدتهم للتخلي عن الأحاديث الانهزامية المدمرة للذات، وأخيرا الأساليب السلوكية الهادفة إلى تعديل السلوك.

أما فيما يتعلق بمراحل التدخل الإرشادي العلاجي، فقد شملت المراحل التالية:

- مرحلة الإعداد: هناك العديد من الضوابط التي يتم مراعاتها عند الإعداد للبرنامج الحالي حتى يمكن الاعتماد على التجربة في تفسير النتائج.
- ومرحلة التدخل المهني، مثل الإعداد القبلي: وتهدف إلى إعداد المجموعة وتهيئتها لتلقى المقرر العلاجي، وزيادة توجهها واستعدادها للاستفادة من الجلسات العلاجية، وتم الاستعانة بالمقابلات الفردية لكل فرد في الجماعة على حده، ثم استخدام الألفة الجماعية لزيادة المعرفة والثقة والأمان وتقليل حدة القلق. واستغرقت هذه المرحلة جلستين.
- ومن ثم التقويم القبلي وتحديد المشكلة: وتهدف هذه المرحلة إلى تحديد المشكلة أو المشكلات الخاصة بأفراد الجماعة، وهي في الدراسة الحالية: حب الحياة والهناء الشخصي لمرضى الاكتئاب الخالي

من أعراض ذهانية ومحاولة التخفيف من حدة الآثار السلبية على المرضى، وذلك باستخدام المقياس المعد لذلك ويكون هذا المقياس بمثابة التقويم القبلي.

- ومرحلة الإنهاء والتقويم: وقد استخدم الباحثان نوعين من التقويم: التقويم التكويني وذلك من خلال ملاحظة الباحثان للسلوكيات المباشرة للمرضى، خلال تطبيق البرنامج، ومن خلال فحص الحالة النفسية بداية كل جلسة، ثم الانتهاء التدريجي من التدخل المهني ومساعدة الأعضاء في تحديد أهم الإنجازات التي تم تحقيقها خلال مدة التدخل ثم التقويم البعدي بتطبيق القياس البعدي لقياس الفروق بين القياس القبلي والبعدي بعد انتهاء التجربة ورصد التغيرات الناجمة عن تطبيق البرنامج ومقارنة حب الحياة والهناء الشخصي لدى مرضى الاكتئاب قبل وبعد الانتهاء من البرنامج، ومن ثم ختام البرنامج وإنهائه.

- وأخيرا أنشطة البرنامج، حيث ويحتوي على الجلسات الإرشادية التي تم استخدامها في البرنامج وبلغ عددها 13 جلسة إرشادية علاجية، كذلك استخدم الباحثان كافة الطرق العلمية للتأكد من صلاحية البرنامج للتطبيق على المجموعة.

### إجراءات التطبيق:

تمت اجراءات تطبيق الجلسات الارشادية بوحدة التوجيه والارشاد النفسي بمستشفى كسلا التعليمي وذلك بعد موافقة جميع المشاركين لتلقى جلسات الارشاد العلاجي، فقد تم أولا تطبيق مقياسي حب الحياة والارشاد النفسي، ومن ثم تلقى المرضى جلسات الارشاد النفسي في أيام ترددهم على الوحدة، وبعد اكتمال الجلسات الارشادية، تمت مرة اجراءات تطبيق مقياسي حب الحياة والهناء الشخصي، وذلك في فترة بلغت خمسة أشهر من أكتوبر 2014 وحتى فبراير 2015، ولم تحدث خلال هذه الفترة ما يعيق عملية التطبيق.

### الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحثان مجموعة من الأساليب الإحصائية لتحليل نتائج الدراسة، وتحديد أثر وفاعلية التدخل الإرشادي في تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي، وتضمنت الأساليب الإحصائية ما يلي:

اختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي (ف)، ومعامل ارتباط (بيرسون)، وتحليل التباين الثنائي واختبار (توكي) للتحليل البعدي.

### عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

**الفرض الأول:** ينص الفرض الأول على أنه: "يتسم البرنامج الإرشادي العلاجي بفاعلية دالة احصائيا في تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية بمستشفى كسلا التعليمي".

وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحثان اختبار (ت) للمجموعتين المرتبطتين قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي، فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي:

جدول (4) اختبار (ت) للمجموعتين المرتبطتين قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي لمعرفة الفروق في تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية. (ن = 60)

الأبعاد	زمن التطبيق	عدد المرضى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
الهناء الشخصي	قبل التطبيق بعد التطبيق	40	57.95 76.28	8.56 3.96	19.0	0.001	ازداد الهناء الشخصي بدرجة دالة في التطبيق البعدي.
حب الحياة	قبل التطبيق بعد التطبيق	40	39.98 57.95	8.36 3.13	17.3	0.001	ازداد حب الحياة بدرجة دالة في التطبيق البعدي
الكي	قبل التطبيق بعد التطبيق	40	97.93 134.9	16.6 6.05	19.2	0.001	ازداد الاداء الكلي بدرجة دالة في التطبيق البعدي

يتضح من الجدول (4) أعلاه أن للتدخل الإرشادي دور فاعل في زيادة الهناء الشخصي وحب الحياة وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية. تؤكد هذه النتيجة على فاعلية البرنامج الإرشادي الذي تم تطبيقه على أفراد العائلة التجريبية وقد استند هذا البرنامج على فرضية "أن المعرفة عامل أولي هام في تكوين انفعالات لاستثارة وتسكين الاضطرابات الانفعالية".

يتسم البرنامج المعد من قبل الباحثين على الإقناع والتعليم النفسي (Psycho-Education) بما يتضمنه من تقنيات عديدة في تقديم منطق العلاج وشرحه للمريض وإقناعه بضرورة الالتزام في العلاج وقيامه بالدور المناط به، وتوضيح العلاقة بين الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية من ناحية وبين ما يعانيه المريض من مشاعر سالبة، سواء تمثل ذلك في الاضطرابات أو ما يترتب عليها من مشاعر سلبية تحد من أدائه الوظيفي من خلال عملية تعليم وتعلم تستند في المقام الأول على العلاقة العلاجية التي تنشأ بين المعالج والمريض ومدى القوة التي تنتم بها.

تتسق هذه النتيجة مع دراسة (سترافنسكي) (1994) ودراسة عوض الكريم، انصاف(2005) في أن البرامج العلاجية التي استخدم أحدث أثرا إيجابيا في تأثيرها، حيث أظهرت النتائج أن الفرق بين مستوى الاكتئاب في الاختبار القبلي والبعدي بعد الجلسات العلاجية دال إحصائيا لصالح المجموعة العلاجية (التجريبية).

واختلفت هذه النتيجة مع دراسة (بوتو ونولين، 1992) في أنه لا توجد فروق في درجة التحسن بين المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي فقط والمرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج بالعقاقير.

يرجع الباحثان هذه النتيجة، أن الإرشاد واحد من البرامج الناجحة تعتمد على استخدام تقنيات وفنيات مترابطة ومتدرجة من الأصغر إلى الأكبر، أو من الأسهل إلى الأكثر صعوبة بحيث يسهل على المريض تطبيق هذه الفنيات، مما يشكل حافزا له ينتقل من فنية علاجية إلى أخرى حتى نهاية الجلسات العلاجية، ويأتي التحفيز مباشرا بالإحساس بحب الحياة ومن ثم الهناء الشخصي اللتان لم يندوق المريض طعمهما منذ مدة ليست بالقصيرة.

**الفرض الثاني:** ينص الفرض الثاني على أنه: "توجد فروق دالة احصائيا في فاعلية البرنامج الارشادي في تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية تبعا لنوع المريض."

ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحثان اختبار (ت) للمجموعتين المستقلتين، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

**جدول (5) اختبار (ت) للمجموعتين المستقلتين لمعرفة الفروق في فاعلية البرنامج الإرشادي في زيادة الهناء الشخصي وحب الحياة وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية تبعا لنوع المريض**

الأبعاد	النوع	عدد المرضى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
الهناء الشخصي	ذكر	23	76.78	3.58	0.940	0.353	لا توجد فروق دالة بين المجموعتين في درجة التحسن
	أنثى	17	75.59	4.45			
حب الحياة	ذكر	23	58.48	2.31	1.24	0.220	لا توجد فروق دالة بين المجموعتين في درجة التحسن
	أنثى	17	57.24	3.96			
الكلبي	ذكر	23	135.2	5.15	1.26	0.212	توجد فروق دالة في درجة التحسن لصالح الذكور
	أنثى	17	132.8	7.01			

تشير النتائج المعروضة في الجدول (5) أنه لا توجد فروق دالة بين المجموعتين في درجة التحسن، وهذه النتيجة تؤكد صحة هذا الفرض، أي أنه لا توجد فروق بين درجة التحسن ونوع المريض وهذه النتيجة تشير إلى أنه تحقق الفرض بصورة ايجابية، أي أن فاعلية التجربة واحدة بالنسبة لكل من (الذكور/ الإناث) على مستوى الهناء الشخصي وحب الحياة. وهذا يعني أن كل من الذكور والإناث استفادوا بنفس القدر من البرنامج الإرشادي العلاجي.

يرجع الباحثان هذه النتيجة إلى أن البرنامج تم تصميمه بأسلوب دقيق تمت فيه مراعاة قابلية التطبيق على الذكور والإناث، فمثلا: من بين التقنيات السلوكية التي يتم استخدامها خلال البرنامج تقنية الاسترخاء العضلي، وهذه التقنية كما يراها الباحثان لا تتأثر من حيث فاعليتها بنوع المفحوص، فهي فعالة مع الذكور والإناث على حد سواء. كما أن هناك تشابه في الأعراض مثل الخوف، عدم القدرة على التركيز والانتباه وعدم القدرة على الاستمتاع بالنشاطات المختلفة، تحدث بصورة متساوية لدى الذكور والإناث.

من ناحية ثانية يعتقد الباحثان أن التقنيات المعرفية التي طبقت من خلال البرنامج، والتي تهدف في الأساس إلى مواجهة وتحدي الأفكار التلقائية السالبة والاعتقادات الخاطئة، إلى جانب تعديل التفكير المشوه، تعد فاعلة وسط الأفراد (ذكور/ إناث) وذلك إذا أخذنا في الاعتبار أن طبيعة الاعتقاد أو طبيعة الفكرة إذا فمن المتوقع أن لا يختلف الذكور والإناث في مدى استفادتهم من البرنامج بغض النظر عن نوع المفحوص.

تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة حجازي(2007) التي بينت عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعات في درجة التحسن تعزى للنوع (ذكر/ أنثى). وأيضاً تتفق مع نتيجة دراسة عراقي(1991) إذ لم تظهر فروق دالة بين الذكور والإناث من المجموعتين التجريبيتين بعد العلاج أو بعد انتهاء فترة المتابعة.

**الفرض الثالث:** ينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية في فاعلية البرنامج الإرشادي في تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية حسب الحالة الاجتماعية للمريض".

لدراسة هذا الفرض استخدم الباحثان اختبار(ت) للمجموعتين المستقلتين، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

**جدول (6) اختبار (ت) للمجموعتين المستقلتين لمعرفة الفروق في فاعلية البرنامج الإرشادي في زيادة الهناء الشخصي وحب الحياة وسط مرضى الاكتئاب تبعاً للحالة الاجتماعية للمريض (متزوج، غير متزوج)**

الأبعاد	الحالة الاجتماعية	عدد المرضى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
الهناء الشخصي	متزوج	25	75.48	7.17	1.67	0.102	لا توجد فروق دالة بين المجموعتين في درجة التحسن
	غير متزوج	15	77.60	3.13			
حب الحياة	متزوج	25	58.08	2.04	0.334	0.740	لا توجد فروق دالة بين المجموعتين في درجة التحسن
	غير متزوج	15	57.73	4.49			
الكلية	متزوج	25	133.5	5.61	0.895	0.377	لا توجد فروق دالة في درجة التحسن لصالح الذكور
	غير متزوج	15	135.3	6.77			

تشير النتائج المستخلصة من الجدول (6) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين وهذه النتيجة تؤكد عدم تحقق الفرض بصورة ايجابية، أي لا توجد فروق في درجة التحسن تعزى للحالة الاجتماعية. افترض الباحثان أنه توجد فروق في درجة التحسن تعزى للحالة الاجتماعية وذلك لدور المؤسسة الزوجية في توفير الدعم النفسي والاجتماعي للفرد، إلا أن نتيجة هذا الفرض لم تحقق بصورة ايجابية.

ويفسر الباحثان هذه النتيجة كالتالي: يعتبر متغير الحالة الاجتماعية من المتغيرات الأكثر أهمية من حيث أبعاده النفسية والاجتماعية خاصة في المجتمع السوداني، الذي يضع اعتبارات كبيرة لحالة الفرد

الاجتماعية، ولعل هذا السلوك الاجتماعي مع حالة الفرد الاجتماعية منشؤها إيمان المجتمع السوداني بأهمية الأسرة على سلوك الفرد، فالإحساس بالمسؤولية يكون أقوى لدى المتزوج مقارنة بغير المتزوج هذه الأوضاع لاشك تؤثر بطريقة ما على نفسية هؤلاء الأفراد إما سلباً أو إيجاباً.

يعتقد الباحثان أن هذا التباين في حالة المفحوص الاجتماعية (متزوج، غير متزوج) ربما تؤثر عليهم وعلى طريقة تفكيرهم، فالمتزوج يتوقع أنه يفكر في مستقبل أسرته وأبنائه، وربما غير المتزوج أيضاً يفكر في مستقبله وفي أنه لم يستمتع بزينة الحياة الدنيا من الأبناء، وبذلك تتساوى الضغوط الحياتية برغم اختلاف طبيعتها بالنسبة للمتزوجين أو غير المتزوجين. بل نجدهم استفادوا من البرنامج الإرشادي العلاجي، ويعتقد الباحثان أن ذلك راجع إلى طبيعة البرنامج الذي يستهدف تعديل الأفكار التلقائية السالبة وتبني الفرد تقنيات سلوكية ومعرفية لإدارة مشكلاته النفسية، كما يستهدف المعتقدات الخاطئة، إلى جانب ذلك فإن الدعم المعنوي الذي يجده المريض ممن حوله من أفراد أسرته وأصدقائه يشكل عاملاً هاماً في رفع الروح المعنوية لديه، ويجعله أكثر أملاً وتفاؤلاً بالحياة.

إلى جانب ذلك فإن عامل المتغيرات الدينية التي يحملها الفرد ويجعله أكثر قدرة على تحمل الضغوط والآلام، وتؤكد العديد من الدراسات التي أشارت إلى دور المعتقدات والممارسات الدينية في تحسين حالة المريض النفسية، من ذلك حسن (2002).

تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة حجازي (2007)، إذ أنها لم تجد فروقاً إحصائية دالة بين المجموعتين في درجة التحسن يمكن أن تعزى لحالة المريض الاجتماعية (متزوج، غير متزوج). و تتفق أيضاً مع ما توصلت إليه نتائج دراسة محمد (2001) التي لم تجد فروقاً دالة إحصائية في درجة التحسن لدى المرضى يمكن أن تعزى للحالة الاجتماعية لأفراد العينة التجريبية.

**الفرض الرابع:** ينص هذا الفرض على أنه: "توجد علاقة دالة بين عمر المريض وفعالية البرنامج الإرشادي العلاجي في تحسين الهناء الشخصي وحب الحياة وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية". ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحثان معامل ارتباط (بيرسون)، فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي:

جدول (7) معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين عمر المريض وفعالية البرنامج في زيادة الهناء الشخصي وحب الحياة وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية بمستشفى كسلا (ن = 40)

الأبعاد	معامل الارتباط مع العمر	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
الهناء الشخصي	0.179	0.134	لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين المتغيرين.
حب الحياة	0.006	0.485	لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين المتغيرين.
الكلية	0.121	0.229	لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين المتغيرين.

تشير النتائج المستخلصة من الجدول (7) أنه لا توجد علاقة دالة بين المتغيرين. تؤكد هذه النتيجة عدم تحقق الفرض بصورة إيجابية، أي لا توجد علاقة دالة بين المتغيرين. تتفق هذه لنتيجة

مع نتائج دراسة أحمد (2001) التي أوضحت عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجة الاكتئاب الناجم من تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي على مرضى الخوف الاجتماعي والعمر. وأيضاً اتفقت مع دراسة الحسن (2004) في أنه لا توجد علاقة بين الاكتئاب لدى مرضى السرطان والعمر. واتفقت أيضاً مع دراسة حجازي (2007) التي أوضحت أنه لا توجد علاقة بين درجة الأعراض من القلق والاكتئاب والعمر. يرى الباحثان أن مرض الاكتئاب من الأمراض الشائعة التي تصيب صغار السن وكبار السن في آن واحد. وتكافؤ العوامل وتحبيدها لبعضها البعض، بحيث تتساوى في آثارها النفسية بالنسبة للفئتين العمريتين (كبار السن وصغار السن).

ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى أن مريض الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية بحاجة ماسة إلى مثل هذه التدخلات البسيطة سواء أكان صغيراً أو كبيراً لكي يستعيد الأمل في الحياة، ولكي يستبعد فكرة العجز وفكرة الموت، ويرى أن المستقبل أمامه وأن الأيام القادمة ستكون خيراً إن شاء الله من الأيام التي مضت وأن ينظر إلى عمره القادم بتفاؤل ويدرك أن الأعمار بيد الله تعالى، وأن المرض مقدر للصغير والكبير، فإن مريض الاكتئاب الصغير في العمر يحتاج إلى أن يعيش بسعادة واطمئنان ليحيا أيام شبابه بدون قلق أو اكتئاب مفوضاً أمره لله تعالى، راضياً بقضاء الله وقدره، وأن يستثمر أيامه بحسب طاقاته المحدودة ويستبعد كل أفكاره السلبية عن ذاته وعن مرضه وعن العالم من حوله، حتى يحقق نجاحاته ويخفف من حدة قلقه واكتابه. وبالمثل يحتاج مريض الاكتئاب الكبير في العمر إلى مثل هذه التدخلات العلاجية النفسية ليحيا أيامه القادمة أو ما تبقى له من عمر يطول أو يقصر في أمان ورضى واطمئنان وأن يخفف من حدة قلقه واكتابه. وذلك على الرغم من اختلاف العتبات المعرفية والخبرات والمهارات ودرجة التحمل النفسي بين صغار السن والكبار، نجد أن تعاضم الآثار النفسية بالنسبة لصغار السن ربما يحيد دور انخفاض درجات التحمل عند كبار السن، هذا ما يفسر لنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن في زيادة الهناء الشخصي وحب الحياة لمرضى الاكتئاب وعمر المريض.

**الفرض الخامس:** ينص هذا الفرض على أنه: "تختلف فاعلية البرنامج الإرشادي في تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية تبعاً لنوع المريض تبعاً للمهنة (عامل - أعمال حرة - بدون عمل - طالب)."

ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحثان اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لمعرفة الفروق بين أكثر من متوسطين، فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي:

جدول (8) اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق درجة زيادة الهناء الشخصي وحب الحياة وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية بمستشفى كسلا تبعا لمهنة المريض

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	د ح	متوسط المربعات	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
الهناء الشخصي	بين المجموعات	228.2	3	76.0	7.10	0.001	توجد فروق دالة في هذا البعد تبعا لاختلاف المهنة
	داخل المجموعات الكلي	385.7	36	10.7			
		613.9	39				
حب الحياة	بين المجموعات	210.4	3	70.1	14.5	0.001	توجد فروق دالة في هذا البعد تبعا لاختلاف المهنة
	داخل المجموعات الكلي	173.4	36	4.81			
		383.9	39				
الكي	بين المجموعات	775.6	3	258.5	14.2	0.001	توجد فروق دالة في هذا البعد تبعا لاختلاف المهنة
	داخل المجموعات الكلي	653.3	36	18.14			
		1428.9	39				

يتضح من الجدول أعلاه أنه توجد فروق دالة في زيادة الهناء الشخصي وحب الحياة والدرجة الكلية وسط مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية تبعا للمهنة، ولمعرفة أين يكمن الفرق استخدم الباحثان اختبار (توكي) للتحليل البعدي، فأظهرت نتيجة هذا الاجراء أن الفرق الدال احصائيا في بعد الهناء الشخصي هو بين مجموعة مهنة (طالب) (متوسط = 73.0) ومجموعة مهنة (أعمال حرة) متوسط (77.4) وبين المجموعة (أعمال حرة) متوسط = 77.4، ومجموعة (عامل) متوسط = 79.08. أما في بعد الحياة فقد كانت الفروق الدالة هو بين مجموعة (بدون عمل) متوسط (54.3) وبقية المهن (طالب) متوسط 57.5، ومهنة (أعمال حرة) متوسط 59.4، ومهنة (عامل) متوسط = 60.08 وذلك لصالح المجموعة التي أحرزت درجات أعلى. أما في البعد الكلي فقد كانت الفروق الدالة بين مهنة (بدون عمل) متوسط = 128.7، ومهنة (عامل) متوسط = 139.1، وذلك لصالح المجموعة الأعلى.

يفسر الباحثان هذه النتيجة بالآتي: من البديهي أن العمل يعتبر إحدى أساليب العلاج النفسي والإرشاد الذي قد يساعد في تخفيف الضغوط النفسية، وكذلك معالجة بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية، وأيضا يعمل على تدعيم حب الحياة والهناء الشخصي للمرضى. وأشار (كامبل) وآخرون (1978) في دراسة لهم عن مصادر الهناء الشخصي لدى الفرد بعشرة مصادر جاء في مقدمتها الدخل عدد الأصدقاء، التدين، الذكاء، درجة الإنجاز التعليمي، فبالعمل يستطيع الإنسان أن يملك قراره ويسيطر على حياته، وهذا يعني أن يسير بخطوات ثابتة نحو المستقبل. واختلفت هذه النتيجة مع نتيجة حجازي (2007) التي أوضحت أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين تعزى للوضع الوظيفي.

### خاتمة:

خلصت هذه الدراسة إلى إمكانية تطبيق برنامج إرشادي علاجي مقترح، وتوصلت إلى أن تطبيق البرنامج حقق تحسنا في زيادة الهناء الشخصي وحب الحياة لمرضى الاكتئاب الخالي من أعراض

ذهانية، كما أوضحت أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية علي فعالية البرنامج الإرشادي العلاجي في زيادة تحسين الهناء الشخصي وحب الحياة تبعاً للنوع (ذكر/ أنثى)، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المهنة، وأنه لا توجد علاقة بين عمر المريض والهناء الشخصي وحب الحياة.

#### مقترحات الدراسة:

1. وعلى ضوء نتائج الدراسة الحالية، تمكن الباحثان من طرح المقترحات التالية:  
1. التدخل الإرشادي في العلاج النفسي المبكر لتدعيم حب الحياة والهناء الشخصي لمرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية قبل أن يستقل خطر المرض ويشتد ضرره النفسي والاجتماعي.
2. توثيق جلسات هذا البرنامج في شكل كتيبات أو نشرات توزع على جميع مراكز الإرشاد والعلاج النفسي داخل السودان وخارجه.
3. ضرورة تعيين المعالج النفسي المؤهل للعمل بمراكز العلاج النفسي لمساعدة المرضى النفسيين عموماً ومرضى الاكتئاب بصفة خاصة في إعادة توافقه النفسي والاجتماعي.
4. تدريب المعالجين النفسيين على الاستراتيجيات والتقنيات التي تم تصميمها واستخدامها في هذه الدراسة، وذلك لما وصلت إليه من نتائج إيجابية.
5. قيام برامج توعوية وإرشادية يتم فيها توضيح طبيعة مرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية وآثاره النفسية والاجتماعية.

### قائمة المراجع

#### المراجع العربية:

- إبراهيم، عبدالستار (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه. الكويت: عالم المعرفة. العدد 239،
- ارجايل، مايكل (1993). سيكولوجية السعادة. ترجمة فيصل عبد القادر يونس. الكويت: عالم المعرفة.
- ارجايل، مايكل (2003). سيكولوجية السعادة. دار غريب للنشر والتوزيع.
- إدريس، سامية حجازي (2007). فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت الاستئصال الدموي. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الخرطوم.
- باترسون، س. و (2001). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القسم الثاني.
- برنارد، ليفت يوجين (1985). سيكولوجية الاكتئاب. ترجمة عزت عبد العظيم الطويل. الرياض: دار المريخ.
- حمودة، عبدالرحمن (1990). النفس، أسرارها، أمراضها. القاهرة: مكتبة الفجالة.

- راجح، أحمد عزت (1973). أصول علم النفس. ط9. الإسكندرية- مصر: المكتب المصري الحديث.
- زهران، حامد عبد السلام (2004). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط3. القاهرة: عالم الكتب.
- سيلجمان، مارتن (2002). تعلم التفاؤل. ترجمة مكتبة جرير: الرياض-المملكة العربية السعودية.
- سيلجمان، مارتن (2006). السعادة الحقيقية. ترجمة مكتبة جرير: السعودية.
- شقير، زينب محمد (1995). مفهوم الذات لمظاهر الصحة النفسية لدى المكتئبين من طلاب جامعة طنطا. *مجلة علم النفس*، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للاكتتاب. س 9 (33).
- شيخو، محمد معلا (1990). الطب النفسي. بنغازي. جامعة العرب الطبية.
- صادق، عادل (1990). في بيتنا مريض نفسي. الرياض- السعودية: الدار السعودية للنشر والتوزيع.
- الطويل، عزت عبد العظيم (1988). الاكتئاب، دراسة نفسية قرآنية. ط2. الإسكندرية: دار المطبوعات الجديدة.
- الطيب، محمد عبد الظاهر (1994). مبادئ الصحة النفسية. الإسكندرية- مصر: دار المعرفة الجامعية.
- عبد العزيز، رشاد علي وآخرون (1993). علم النفس الديني. القاهرة: مؤسسة مختار للنشر وتوزيع.
- عبد المجيد، عثمان عبد الرحمن (1997). برنامج مقترح للعلاج السلوكي المعرفي بمضامين إسلامية للاكتئاب. رسالة غير منشورة، كلية التربية - جامعة أم درمان الإسلامية.
- عبد الخالق، أحمد (2008). الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي. *مجلة دراسات نفسية*، 18(4).  
تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم). القاهرة.
- عكاشة، أحمد (1998). الطب النفسي المعاصر. ط2. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة، أحمد (2008). الطب النفسي المعاصر. ط4. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عوض الكريم، انصاف (2005). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي على مرضى الاكتئاب، رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة الخرطوم، كلية الآداب.
- القاضي، يوسف مصطفى (1981). الإرشاد النفسي والتوجيه. الرياض: دار المريخ.
- منظمة الصحة العالمية (1999). تصنيف الاكتئاب، المكتب الاقليمي الشرق المتوسط: الإسكندرية.
- يوسف، سيد (2001). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية. القاهرة: دار غريب.

#### المراجع الانجليزية:

- Medinas, G (1925). *Child and adolescent psychology*. 2<sup>nd</sup> edition, America.
- Storey, P(1990). *Psychological Medicine; an introduction to psychiatry*. Churchil Livingston London, Third Edition.