



عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

تقدير الذات لأمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان ودرجة القلق لديهما
في مستشفى الحسين الحكومي/ بيت لحم

هيفاء محمود إبراهيم حميدة

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1435هـ / 2014

تقدير الذات لأمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان ودرجة القلق لديهما في مستشفى الحسين الحكومي/ بيت لحم

إعداد:

هيفاء محمود إبراهيم حميدة

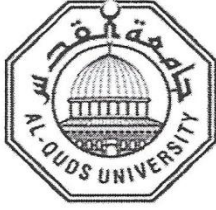
بكالوريوس تربية ابتدائية من جامعة بيت لحم – فلسطين

إشراف الدكتور: إياد الحلاق

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي
والتربوي من عمادة الدراسات العليا/ كلية العلوم التربوية/ جامعة القدس

القدس – فلسطين

1436هـ / 2014 م



جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
برنامج الإرشاد النفسي

إجازة الرسالة

تقدير الذات لأمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان ودرجة القلق لديهما في
مستشفى الحسين الحكومي/ بيت لحم

اسم الطالبة: هيفاء محمود إبراهيم حميدة

الرقم الجامعي: 21111504

المشرف: الدكتور إياد الحلاق

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2014/05/24م من لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم
وتوقيعهم:

- | | | |
|---------------------|-----------------|----------------|
| 1. المشرف: | د. إياد الحلاق | التوقيع: |
| 2. الممتحن الداخلي: | د. عمر الريماوي | التوقيع: |
| 3. الممتحن الخارجي: | د. محمد شاهين | التوقيع: |

القدس - فلسطين

1436هـ / 2014 م

الإهداء:

إلى منبع الحنان الأول ومصبه الأبدى أمي..... ثم أمي..... ثم أمي.....
إلى الحاضر دائماً الغائب دوماً الذي أعطاني أسباب الفرح والانتظار.. وجعلني سيدة
النجوم حيناً، وحيناً سيدة الخيبات إليه وإلى أماكن تسكنني وأسكنها ولم أعبرها بعد.. على
أمل..... إلى الرجل الذي ظلّ دوماً يحميني من الرياح إلى أبي.....
إلى كل الذين أحبهم بدون أسباب.. أحبهم بتلقائية طفل إلى أشقائي وشقيقاتي.....
إلى القابضين على الجمر في بقايا من وطن إلى كل فلسطيني وفلسطينية العينين والاسم
والجسم إلى الرفاق الذين وقفوا إلى جانبي بدون تردد إلى أصدقائي وصديقاتي
جميعاً.....
إلى الذين لا أعرفهم أبداً ويشاركوني كل أسباب الفرح والهم إلى الطيبين الذين لم يتلوثوا بعد وما
زالوا يواجهون ظلم الحياة صابرين ومحتسبين... إليكم جميعاً...

الإقرار:

أقر أنا مقدم الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تمّ الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو أية جزء منها لم يقدم لنيل أية درجة علمية علنيا لأي جامعة أو معهد آخر.

الاسم: هيفاء محمود حميدة.

التوقيع: 

التاريخ: / / 2014 م.

الشكر والتقدير:

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على خير الأنبياء والمرسلين محمد عليه أفضل الصلاة وأتم التسليم.

بداية أحمد الله كثيراً الذي منّ عليّ بإنجاز الرسالة من غير لا حول مني ولا قوة... أما بعد...
فإنه من واجبي العلمي والأخلاقي أن أقدم شكري لمن يستحق الشكر بعد الله سبحانه وتعالى، قسم الإرشاد النفسي والتربوي في جامعة القدس وأخصّ بالذكر دكتور المشرف على الرسالة الدكتور إياد الحلاق على جهوده المعطاءة وآرائه البناءة التي أنارت لي طريقي في رسالتي...
كما وأتقدم بالشكر والامتنان للأمهات وأطفالهنّ المصابين بمرض السرطان والعاملين في قسم هدى المصري للأورام السرطانية لمساعدتهم لي في إتمام بحثي بصدق وأمانه.
فجزى الله الجميع خير الجزاء، وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

هيفاء محمود حميدة

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة التعرف إلى مستوى تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان ودرجة القلق لديهما في مستشفى الحسين الحكومي/ قسم هدى المصري للأورام السرطانية، حيث استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي. ولتحقيق أهداف الدراسة طبقت الباحثة مقابلات منتظمة للأمهات وأطفالهن من إعداد الباحثة، طبقت أدوات الدراسة على عينة قصدية متاحة لدراسة (10) حالات من الأطفال وأمهم مقيمين ومتابعين لقسم هدى المصري للأورام السرطانية.

توصلت الدراسة إلى أنه يوجد تقدير ذات لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان تراوحت درجاته ما بين المنخفض والمرتفع يعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض، في حين لم يتبين تأثير المتغيرات الأخرى على مستوى تقدير الذات، كما وتوصلت الدراسة إلى وجود تفاوت في درجات القلق لدى الأمهات، تراوحت درجاته ما بين القلق الشديد الحاد والقلق البسيط، حيث أشارت نتائج تحليل المضمون إلى أن هذا التفاوت في درجات تقدير الذات والقلق لدى الأمهات قد تأثر وبشكل كبير في مدة إصابة الطفل بالمرض، فكلما تقدم الطفل بالعلاج، ارتفع تقدير الذات لدى الأمهات وانخفض القلق لديهن.

كذلك تبين أنه كلما ارتفعت درجة تقدير الذات لدى الأمهات انخفضت درجة القلق لديهن والعكس صحيح، فقد أظهرت نتائج تحليل المضمون إلى أن ارتفاع درجات تقدير الذات وانخفاض درجات القلق تعتمد وبشكل أساسي على مصادر الدعم المساندة للأمهات.

كما وأشارت نتائج تحليل المضمون إلى أن مصادر الدعم التي تتوفر للأمهات من أهم العناصر المؤثرة في التكيف مع الأزمة أو عدم التكيف، فقد عبّرت بعض الأمهات عن الرضى اتجاه هذه الخدمات وأنهنّ بفضل هذا الدعم تجاوزنّ المحنة، في حين كانت وجهة نظر معاكسة للأمهات حديثات التجربة مع مرض طفلهنّ بالسرطان.

كما وتوصلت الدراسة إلى وجود تفاوت في درجات القلق لدى الأطفال تراوحت ما بين درجة قلق كبيرة وبسيطة، حيث أن هذا التفاوت يرتبط بحالة الأم النفسية بدرجة كبيرة، ومن ثم التأثيرات العلاجية لمرض السرطان، حيث أظهرت نتائج الدراسة بأن مستوى تقدير الذات والقلق لدى الأمهات من ارتفاع وانخفاض يؤثر على ارتفاع وانخفاض القلق لدى الأطفال.

وفي ضوء هذه النتائج ومناقشتها اقترحت الباحثة عدة توصيات كان أهمها ضرورة إيلاء المزيد من الاهتمام بالصحة النفسية للأم التي لديها طفل مصاب بمرض السرطان، وذلك من خلال إعداد خطة تدخل تقوم بها الأخصائية المتواجدة في القسم تستطيع من خلالها تعديل الأفكار الخاطئة حول مرض السرطان، بالإضافة إلى العمل على مشاركة الزوج لزوجته في تحمل مسؤولية الطفل المريض والأطفال الآخرين، بحيث يعملان مع بعضهما البعض في أداء دورهما بشكل متكامل، مما يساعد الأم على شعورها بتوافق نفسي واجتماعي لتخطي الأزمة.

The Level of Self Esteem among Mothers of Children with Cancer and Their Level of Anxiety at Beit Jala Government Hospital /Bethlehem

Researcher: Haifa Mahmoud Ibrahim Hamed

Supervisor: Dr Iyad Halaq

Abstract:

The study identify the level of self esteem among mothers of children with cancer and their level of anxiety at Beit Jala Government Hospital / The Huda Al Masri Pediatric Cancer Department. The researcher used analytical descriptive approach. For the purpose of achieving the study objectives, the researcher conducted self structured interviews with mothers and their children. The study tools were conducted on an intentional sample available for the study consisting of (10) cases of children and mothers residing and following up The Huda Al Masri Pediatric Cancer Department.

The study concluded that the degree of self esteem among mothers of children with cancer ranged from low to high due to duration of illness variable. However, the impact of other variables on the level of self esteem was not detected. The study also found out a disparity in mothers' degree of anxiety which ranged from severe to mild. Results of content analysis indicated a discrepancy in degrees of self esteem and anxiety among mothers which was greatly influenced by duration of disease. The more the child undergoes therapy, the higher is mother's self esteem and lower anxiety.

It was also found that the higher the degree of mothers' self esteem, the lower is their degree of anxiety and vice versa. Results of content analysis indicated an increase in degrees of self esteem and drop in degrees of anxiety which basically depended on sources of support to mothers.

Results of content analysis also indicated that sources of support available for mothers are the main influential elements in adjustment or maladjustment with crisis. Some mothers

expressed their satisfaction with these services and thanks to it, they were able to overcome the crisis while there was a counter point of view of newly experienced mothers of children with cancer.

The study also found out a variance in the degree of children anxiety that ranged from great to mild. This is significantly linked to mother's psychological situation followed by the side-effects of cancer therapy. Study results indicate that high and low degree of mothers' self esteem and anxiety influences high and low degree of children anxiety.

Following these results and discussion, the researcher made several recommendations most important of which is the significance of drawing more attention to the psychological health of mothers' of children with cancer through putting forward intervention plan by which the specialist in the department could change misconceptions about cancer. Moreover, a father must share responsibility with the mother in taking care of their ill child and other children. They need to complement one another in performing their roles in a manner that assists the mother to have a psychological and social harmony to enable her overcome this crisis.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وخلفيتها

1.1 مقدمة.

2.1 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.

1.1 أهداف الدراسة.

4.1 أهمية الدراسة.

5.1 حدود الدراسة.

6.1 مصطلحات الدراسة.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وخلفيتها

1.1 المقدمة

إن السرطان مرض خطير يصيب البشرية منذ القدم، ولا يقتصر على عمر محدد، فقد يصيب الأطفال والبالغين. وعلى الرغم من تطور العلم، إلا أنه حتى اللحظة لم يكتشف أي علاج ناجح لهذا المرض الفتاك الذي يقضي على جسم الإنسان، فهو عبارة عن مجموعة تشمل أكثر من مائة مرض، يختلف كل نوع عن الآخر في عدة أمور، إلا أن كل نوع من أنواع السرطان عبارة عن مرض يصيب خلايا الجسم، ويؤثر على عمل هذه الخلايا، وبالتالي يؤثر على وظائف الجسم المختلفة.

فلم تعد النظريات الوراثية، والكيميائية، والشعاعية كافية لتفسير وعلاج مرض السرطان، حيث يصيب هذا المرض أي جزء من أجزاء الجسم، ويحدث فيه انتفاخا وتورما. وتبدأ الخلايا بالتكاثر بشكل غير عادي، والذي يزيد من خوف الناس أن كلمة سرطان هي كلمة مرعبة تشير إلى مرض خطير، فشل أطباء العالم حتى الآن في معرفة أسبابه وتفسيره، بالرغم من النجاح الجزئي الذي

حققوه في مجال إيقاف خطره، فلم تعد الجراحة، والعلاج الكيميائي، والكهربائي يفيد كثيراً، حتى استخدمت الأشعة النووية، التي ساعدت على حصر المرض، وتحديد رقعته دون معرفة أسبابه (الزرد، 2000).

وعلى مدار العقدين الماضيين، تحسن الاتصال بين الأطباء والمرضى فيما يتعلق بالموضوعات النفسية، واليوم يطالب المرضى بالنظر في الجانب الإنساني والعناية بهم. ومن جانب آخر، توصل معظم الأطباء إلى كيفية تبليغ الأنباء للمرضى، وهذا له أثر فعال في استجاباتهم للمعالجة. وربما إلى الآن لا يزال الأطباء يجدون صعوبة في تحديد متى ينتاب المرضى مشاعر الحزن والقلق الشديدة التي تستدعي التدخل العلاجي (سيد، 2009).

ويهمنا من ذلك التنويه، والإشارة إلى العوامل النفسية المؤثرة في السرطان. وهنا يرى الزرد (2000) أن العوامل النفسية المزمنة لا تساهم فقط في التهيئة لانتشار مرض السرطان، وإنما تصاحب ظهور السرطان ونهايته. وأن الإنسان الخائف من السرطان لابد أنه بسبب خوفه، وتوتره يضعف من مناعة جسمه ومقاومته، ويساعد على نمو السرطان في تربه ضعيفة. كما يساعد على زيادة الهجمات السرطانية التي قد تكون أسرع من الأبحاث ومن حركة المختبرات. ولقد قسم الباحثون في علم السرطان العوامل البيئية المسرطنة إلى عوامل فيزيائية مثل (الحرارة، البرودة، والمناخ، الإشعاع، التربة...)، وعوامل بشرية، مثل (العوامل الاجتماعية، الثقافية، التربوية، النفسية، العادات...). وما يهمنا هنا أن حلقة الوصل بين الجانب النفسي، والجانب الجسمي هي الانفعالات وحالات القلق والتوتر، وتعتبر الانفعالات وحالات التوتر والقلق من العوامل المهمة في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية والمصاحبه لها.

وأشار العوفي (2010) إلى أن العلاقة بين الصحة الجسدية والصحة النفسية، تعتبر علاقة وثيقة وحميمة. بحيث يمكن القول بأنه لا توجد صحة جسدية بدون صحة نفسية، ولا وجود لتنمية بدون

الصحة والصحة النفسية. وتبين البحوث أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض جسدية مزمنة، غالباً ما يعانون من مشاكل نفسية وبالعكس، مفيداً بأن منظمة الصحة العالمية قد لاحظت بأن أربعة أمراض مزمنة هي القلب والأوعية الدموية والسكري والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي هي المسؤولة عن (60%) من الوفيات في العالم، كما وقد تبين أن الأشخاص الذين يعانون هذه الأمراض المزمنة لديهم معدلات أعلى بكثير من الاكتئاب والقلق من عموم السكان. بالإضافة إلى المعاناة في ظروف صحية مزمنة يزيد من عبء الأمراض الجسدية والأعراض الجسدية، وهذا بدوره يشكل عبء إضافي على الاضطرابات الوظيفية، ويزيد من التكاليف الطبية وزيادة معدل الوفيات. وكثيراً ما يشار إلى أن الاكتئاب رد فعل طبيعي لحالة غير طبيعية. لذلك، فإنه ليس من المستغرب أن الاكتئاب والقلق هما الأكثر شيوعاً من تعقيد الأوضاع الطبية المزمنة أو كلها تقريباً خطيرة (وزارة الصحة، 2010).

فالقلق والتوتر العصبي والجزع والخوف والذعر والرهاب بأنواعه المختلفة، جميعها تعتبر أوجه مختلفة لما يمكن تسميته بشكل عام يعلل القلق الحاد. فالقلق رد فعل طبيعي تجاه السرطان، وقد يُعاني المرء من القلق أثناء إجراء الاختبارات والتحاليل الأولية للسرطان، أو حين ينتظر نتائج الفحوص، وعند تلقي نبأ التشخيص، وحين البدء بالمعالجات، أو عند توقع عودة الورم، وسيجد مريض السرطان أن مشاعرهم من القلق والتوتر تزيد وتتنقص في أوقات مختلفة، فقد يصبح المريض قلقاً ومتوتراً أكثر حين ينتشر السرطان، أو ينتقل إلى موضع آخر، أو حين تصبح المعالجات أكثر كثافة وإجهاداً. وبطبيعة الحال تتفاوت وتختلف مستويات القلق من مريض لآخر (جمعية ادا، 2010).

فالقلق من المتغيرات التي وجد أن لها تأثيراً كبيراً على تكوين تقدير ذات مرتفع أو منخفض لدى الفرد. فقد أوضحت العديد من الدراسات أن الفرد السوي الذي لا يعاني من القلق، يتمتع بدرجة عالية من تقدير الذات. وقد أكد روجرز على أن تهديد الذات، أو سوء التوافق يحدث عندما يتعرض الإنسان للقلق، ويضيف روجرز أن القلق هو استجابة للتهديد تنذر بأن بنیان الذات المنظم قد أصبح في خطر، فالقلق يؤدي إلى إحداث تغيير خطير في صورة الفرد عن ذاته. أما إذا كان الفرد سويّاً لا يعاني من أي قلق زائد، فإن هذا يؤدي إلى إحداث التوافق الشخصي، ويؤدي إلى تقدير ذات مرتفع لدى الفرد. ويمكن القول بأن الفرد ذو التقدير المرتفع للذات يكون بعيداً عن القلق، حتى اعتبر البعض أن التقدير المرتفع للذات هو أكثر الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الفرد للحصول على حالة التوافق، فيستطيع مواجهة الفشل، واقتحام المواقف الجديدة دون أن يشعر بالحزن والانهيـار. أما ذو التقدير المنخفض للذات فإنه يشعر بالهزيمة حتى قبل أن يقتحم المواقف الجديدة أو الصعبة لأنه يتوقع الفشل مسبقاً (كامل، 2003).

وقد تزايد الأمور تعقيداً وتنعكس على الأسرة ككل إذا كان المصاب بالسرطان هو أحد أطفال الأسرة. وفي معظم الحالات تقع مسؤولية الاعتناء بالطفل المريض على عاتق الأم، لذلك فإن أمهات أطفال مرضى السرطان يتحملن العبء الأكبر لاضطرارهن التعامل مع هذه التجربة المشحونة بنوبات القلق والتوتر، والتي تبدأ منذ لحظة التشخيص الأولى، وبالتالي فإن الأم معرضة للإصابة بنوبات القلق والتوتر نتيجة التعايش مع هذه التجربة المؤلمة، التي تستنزف طاقتها الجسدية والنفسية. ولكون الأم الأقرب من الطفل المريض، فإن حالتها النفسية تنعكس على طفلها سلباً أو إيجاباً. لذلك كان من المهم أن نتعرف على مستوى تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، وذلك لمساعدة الطفل في التكيف مع ما يعانيه من هذا المرض. وأشار (أبو زيد،

2008) إلى أن ارتفاع القلق يرتبط مع انخفاض تقدير الذات، لأن العلاقة بينهما علاقة عكسية، أي أن تقدير الذات المرتفع لدى الأم يقلل من حدوث اضطراب القلق، وبالتالي فإن ذلك ينعكس على مستوى القلق لدى الأطفال.

2.1 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

يعدّ مرض السرطان من أكثر الأمراض إثارة للخوف في المجتمعات البشرية وبشكل خاص في المجتمع الفلسطيني، وعندما يتعلق هذا المرض بالطفل، فإن ذلك سينعكس على الأسرة ككل، وخصوصاً الأم التي يقع على عاتقها مسؤولية العناية بالطفل ورعايته، ولكون الأم هي الأقرب للطفل في مرضه، فإن مشاعر الأم وانفعالاتها تنعكس على صحة الطفل وسرعة شفائه، ومن هنا تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي الآتي:

ما مستوى تقدير الذات لأمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان ودرجة القلق لديهما في مستشفى الحسين الحكومي/ بيت لحم؟

وتتحدد مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة على التساؤلات التالية:

1. ما هو مستوى تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان؟
2. ما هو مستوى القلق لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان؟
3. ما هو مستوى القلق لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان؟
4. ما مدى تأثير مدة الإصابة بالمرض على القلق لدى الأمهات والأطفال؟
5. ما مستوى تأثير تقدير الذات لدى الأمهات على القلق لديهن؟
6. ما مستوى تأثير تقدير الذات لدى الأمهات على القلق لدى الأطفال؟

7. ما مستوى تأثير القلق لدى الأمهات على القلق لدى الأطفال؟

8. ما مدى رضى الأمهات عن الخدمات النفسية المقدمة في المستشفى؟

4.1 أهداف الدراسة

هدفت الدراسة إلى:

1. التعرف مستوى تقدير الذات لدى أمهات أطفال مرضى السرطان.
2. التعرف مستوى القلق لدى هؤلاء الأمهات.
3. التعرف مستوى القلق لدى أطفال مرضى السرطان.
4. التعرف تأثير مدة الإصابة بالمرض والقلق.
5. التعرف تأثير مستوى تقدير الذات لدى الأمهات على القلق لديهن.
6. التعرف تأثير مستوى تقدير الذات لدى الأمهات على القلق لدى الأطفال.
7. التعرف تأثير مستوى القلق لدى الأمهات على القلق للأطفال.
8. التعرف مدى رضى الأمهات عن الخدمات النفسية المقدمة في المستشفى.

5.1 أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في:

أولاً: الأهمية النظرية:

1. تبرز أهمية الدراسة كونها توفر قاعدة معلومات ومادة نظرية عن تقدير الذات والقلق ومرض

السرطان.

2. تكمن أهمية الدراسة بأنها تناولت موضوع حديث (حسب علم الباحثة).

3. فتح آفاق لدراسات مستقبلية جديدة.

4. دراسة العلاقة بين الصحة الجسدية والصحة النفسية.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

1. تقديم اقتراحات مبنية على نتائج الدراسة، تمكن أصحاب القرار من الاسترشاد بها في التخفيف

من القلق لكل من الأمهات والأطفال المصابين بمرض السرطان.

2. تقدم بيانات وافية حول تقدير الذات والقلق لدى الأمهات وأطفالهن المصابين بمرض السرطان

في مستشفى الحسين الحكومي / بيت لحم.

3. الاستفادة في بناء برامج دعم وإرشاد للأمهات والأطفال المصابين بالسرطان.

6.1 حدود الدراسة

الحدود الزمانية: 2013-2014 م.

الحدود المكانية: مستشفى الحسين الحكومي/ بيت لحم.

الحدود البشرية: حددت الدراسة بالإطار البشري، وهم أطفال مرضى السرطان وأمهم.

الحدود المفاهيمية: تقتصر الدراسة على المفاهيم التي تحددها الدراسة (تقدير الذات - القلق -

مرض السرطان - مستشفى الحسين الحكومي - الأطفال - الأمهات).

الحدود الإجرائية: مقابلة الأمهات - مقابلة الأطفال (إعداد الباحثة).

1.1 مصطلحات الدراسة

-تقدير الذات Self-Esteem

يعرف كوبر سميث (1967) تقدير الذات أنه تقييم يضعه الشخص لنفسه، ويعمل على المحافظة عليه. حيث يتضمن اتجاهات الفرد الإيجابية أو السلبية نحو ذاته، كما يعبر عن اتجاهات الفرد نحو نفسه، وبذلك يكون تقديره لذاته بمثابة خبرة ذاتية ينقلها إلى الآخرين باستخدام أساليب التعبير الممكنة (حمام والهواش، 2010).

ويعرف تقدير الذات إجرائياً في هذه الدراسة بأنه انفعالات واتجاهات الفرد نحو نفسه والآخرين تتضمن قبول الفرد لذاته أو عدم قبولها، وإحساسه بأهميته وجداراته، وشعوره بالكفاءة في المواقف الاجتماعية.

-القلق Anxiety

المعنى اللغوي: قلق قلقاً: أي لم يستقر في مكان واحد، أو لم يستقر على حال، وقلق اضطرب وانزعج، وأقلق الهم فلانا: أي أزعجه، والمقلق: هو الشديد القلق (المعجم الوسيط). والقلق هو حالة وجدانية تتملك الإنسان، ترتبط بشيء غير واضح، قد يكون موجوداً أو غير موجود، تسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم. فالقلق يسبب حالة كدر وهم تسيطر على صاحبها، بسبب مخاوف قادمة، قد تكون قائمة أو غير موجودة كلياً (فرويد، 1989).

ويعرف فرويد (1962) القلق بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو

متشائماً، ومتوتر الأعصاب ومضطرباً. كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه، ويبدو متردداً عاجزاً عن البت في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز (فرويد، 1989).

ويعرف سبنس (1998) القلق لدى الأطفال بأنه اضطراب نفسي أكثر شيوعاً ما بين الأطفال، ويشكل حوالي (10-15 %) من الأطفال الذين يجدون صعوبة في التعامل مع اضطراب القلق الذي يصيبهم منذ مراحل مبكرة من العمر، في ظل عدم الإقرار بهذا الاضطراب، وغياب المعالجة.

وتعرف تايلور (1953) القلق بأنه درجة الأعراض الظاهرية الصريحة التي يحصل عليها المفحوصين من خلال استجاباتهم على مقياسها.

وتعرف الباحثة القلق على أنه حالة من عدم الاستقرار والانزعاج نتيجة موقف، أو حادث معين تسبب في الألم المستمر، يصاحبه خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية متعددة.

-مرض السرطان

هو عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم، وأخذت تنمو وتتطور بصورة عشوائية. حيث يحدث النمو في البدء في العضو المصاب، ثم يتخطى الورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل الشعيرات الدموية أو الليمفية التي تنقلها إلى مختلف أنحاء الجسم (الزباد، 2000).

-مستشفى الحسين الحكومي

مركز رعاية صحية شامل ضمن منظومة وزارة الصحة الفلسطينية، يقع في محافظة بيت لحم.

-الأطفال

هم الأفراد ما دون سن الثامنة عشر المصابين بمرض السرطان بأنواعه المختلفة، المقيمين والمتابعين في مستشفى الحسين الحكومي / بيت لحم، والمتابعين للمستشفى خلال فترة البحث.

-الأمهات

هن اللواتي لديهنّ طفل مصاب بمرض السرطان، وتقع عليهنّ مسؤولية هذا الطفل من حيث متابعة علاجه، والإقامة معه في المستشفى خلال فترة البحث.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 الإطار النظري.

2.2 الدراسات السابقة:

1.2.2 الدراسات العربية.

2.2.2 الدراسات الأجنبية.

3.2.2 التعقيب على الدراسات السابقة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 الإطار النظري

1.1.2 تقدير الذات

تعد الذات حجر الزاوية في شخصية الفرد، فتكاملها وتوازنها ومرونتها تصبغ للفرد نمط شخصيته التي تميزه عن الآخرين، كما أن الذات تتكون منذ ميلاد الفرد وتتبلور تبعا لنمو الفرد بيولوجياً، ونفسياً، واجتماعياً، وثقافياً، ودينياً.

إن مفهوم الذات هو الشيء الوحيد الذي يجعل للفرد الإنساني فرديته الخاصة به، فكلما زادت المعرفة بطبيعة الإنسان زاد عمق مغزى الحكمة القائلة إعرف نفسك، حيث أن طريقة إدراك الذات والآخرين تمثل المحور الرئيسي لتنظيم الشخصية، وتحديد السلوك. كما أن لصورة الفرد عن ذاته أثر كبير وأهمية بالغة في مستقبل حياته، وذلك لما تعكسه من تصور ورؤية للفرد عن احترامه لذاته، واعتباره، وتقبله لها (أبو زيد، 2008).

ويشير المطوع (2006) إلى أن تقدير الذات بدأ في الظهور منذ أواخر الخمسينيات، وأخذ مكانة بسرعة في كتابات الباحثين والعلماء، بجانب المصطلحات الأخرى في نظرية الذات، مثل مفهوم الذات الواقعية، ومفهوم الذات المثالية، ومفهوم تقبل الذات. ثم ظهر مفهوم تقدير الذات الذي يشير بدرجة أساسية إلى حسن تقدير المرء لذاته وشعوره بجدارته وكفايته. ومنذ أواخر الستينيات أصبح مصطلح تقدير الذات أكثر جوانب مفهوم الذات شيوعاً واستخداماً بين الكتاب والباحثين.

وعندما نتكلم عن التقدير الذاتي، فإنه يقصد به الأشخاص الذين لديهم شعور جيد حول أنفسهم. وهناك كثير من التعريفات لتقدير الذات، والتي تشترك في طريقة معاملتك لنفسك واحترامها، فهو مجموعة من القيم والأفكار والمشاعر التي نملكها حول أنفسنا. أي أن مصطلح التقدير الذاتي هو مقدار رؤيتك لنفسك، وكيف تشعر اتجاهها، فكل فرد ينظر إلى نفسه بطريقة ما. فالبعض يرون أنفسهم أقل من الآخرين، وبالتالي ينعكس ذلك على سلوكهم، فنجدهم لا يتصرفون بحماس وإقبال نحو غيرهم من الناس. والبعض الآخر يقدرون أنفسهم حق قدرها، وبالتالي ينعكس ذلك أيضاً على سلوكهم نحو غيرهم فنجدهم يتصرفون أفضل مع غيرهم.

إن تقدير الذات أهم أسس طاقتنا الإيجابية، فالإنسان الذي يقدر نفسه ويحترمها يشعر بالراحة مع الآخرين ويشعر بالراحة مع نفسه. أما الإنسان الذي لا يعرف قدر نفسه فإنه سيواجه صعوبة في التعامل مع الناس، وبالتالي سيميل إلى العزلة والانطواء، لأنه يعجز عن التعبير عما بداخله من قدرات ومواهب وخبرات. لذلك يعد تقدير الذات أحد المكونات الأساسية في البناء النفسي لشخصية الفرد، خصوصاً إذا علمنا أن إحدى المهمات البنائية في شخصية الفرد هي السعي الدائم لإيجاد النفس وتقديرها، وتحقيقها في مرحلة المراهقة والشباب (زبيدة، 2007).

وقد أشار (Maslow) ماسلو إلى سعي الإنسان الدائم لتحقيق تقدير الذات، حيث أنها مثلت الدرجة الرابعة في هرم الحاجات. وقسم حاجات التقدير إلى نوعين: تمثل النوع الأول في الرغبات الشخصية في الكفاءة والجدارة والإتقان، أما النوع الثاني فقد تمثل في رغبات الاحترام من الناس الآخرين متضمنة الانتباه والاعتراف والامتنان. ويؤدي إشباع حاجات التقدير إلى مشاعر الفرد بالجدارة والاستحقاق، وإلى القوة النفسية، وإلى الإحساس بأن الفرد نافع للناس وضروري لهم، ولكن إحباط هذه الحاجات ينتج مشاعر النقص والضعف واليأس (كفاي، 2010).

1.1.1.2 مفهوم تقدير الذات

عندما نتحدث عن تقدير الذات فإننا نرى أنه يتمثل في قدرة الذات في التغلب على تحديات الحياة وضغوطاتها، وأنها تستحق النجاح والسعادة. ويعبر تقدير الذات عن مجموع المشاعر التي يكونها الفرد عن ذاته، بما في ذلك الشعور باحترام الذات وجدارتها. بمعنى أن لدى الأفراد كفاية لتدبر شؤون أنفسهم وبيئتهم وفي ذات الوقت لديهم شيئاً يقدمونه للآخرين.

ويعرف مارك (Mark, 1999)، كما ذكره شاهين (2007)، تقدير الذات من خلال التقييم الذي يقوم به الفرد لذاته بدلالة الأدوار والصفات التي يمتلكها، وعلى أساس الدرجة التي يشعر فيها الفرد بالارتياح، أو يشعر بعدم الراحة سواءً بشكل عام أم جزئي تجاه الذات. ويتشكل تقدير الذات من خلال امتلاك الفرد للمهارات الضرورية في التعامل بنجاح وفاعلية مع البيئة المحيطة.

وعرف كوبر سميث (Smith, 1967) تقدير الذات أنه تقييم يضعه الشخص لنفسه، ويعمل على المحافظة عليه، حيث يتضمن اتجاهات الفرد الإيجابية أو السلبية نحو ذاته، كما يعبر عن اتجاهات

الفرد نحو نفسه، وبذلك يكون تقديره لذاته بمثابة خبرة ذاتية ينقلها إلى الآخرين باستخدام أساليب التعبير الممكنة (حمام والهواش، 2010).

ويذكر السنباطي (2007) مفهوم تقدير الذات بأنه أحد المفاهيم الأساسية المستخدمة في الحديث عن الذات، وبوصفها أحد أنظمة الشخصية في علم النفس الحديث. ورغم الخلط الذي قد يحدث بين مصطلحي مفهوم الذات وتقدير الذات، إلا أن التمييز بينهما يرجع إلى الكتابات المبكرة لـ (وليم جيمس) الذي فرق بين الوعي الذاتي، وبين التقويم الذاتي أو التقويم بالذات.

ويعرف سليم (2003) تقدير الذات بأنه الميل إلى النظر نحو الذات على أنها قادرة على التغلب على تحديات الحياة، وأنها تستحق النجاح والسعادة. كما أنه مجموع من المشاعر التي يكونها الفرد عن ذاته، بما في ذلك الشعور باحترام الذات وجدارتها. بمعنى أن الأفراد لديهم كفاية لتدبير شؤون أنفسهم وبيئتهم، وأن لديهم شيئاً يقدمونه للآخرين، كما أن تقدير الذات يساوي الشعور بالرضا الذي ينشأ نتيجة تلبية حاجاته.

ويرى روجرز (Rogers) أن تقدير الذات يمثل اتجاهات الفرد نحو ذاته، والتي لها مكون سلوكي وآخر انفعالي (كفافي، 2000).

أما ماسلو (Maslow) فيرى أن تقدير الذات هو حاجة كل فرد إلى تكوين رأي صائب عن ذاته، وعن احترام الآخرين له، والشعور بالكفاءة الشخصية، وتجنب الرفض. ويقسم ماسلو حاجات التقدير إلى قسمين أولهما يتضمن أشياء كالجدارة، والكفاءة، والثقة بالنفس. أما القسم الثاني فهو التقدير من جانب الآخرين، ويتضمن الكفاءة، والتقبل، والشهرة (كفافي، 2000).

ويرى بيرنز (Burns) أن تقدير الذات هو قدرة الفرد على أن يحب نفسه ويحترمها عندما يخسر، تماماً كما يحبها ويحترمها عندما ينجح، وهو أكثر من شعور طيب تجاه الذات والتفاخر

بالإنجازات، حيث يتعلق بالطريقة التي نحكم بها على أنفسنا، وعلى قدراتنا، وعلى رؤية أنفسنا من منظور قيمته (سليمان، 2005).

وهناك تعريف آخر لتقدير الذات يعتبر مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستند عليها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به. ومن هنا فإن تقدير الذات يعطي تجهيزاً عقلياً، يعد الشخص للاستجابة طبقاً لتوقعات النجاح والقبول والقوة الشخصية. ويشار إلى تقدير الذات بأنه بمثابة تصميم الفرد لذاته في مسعى نحو التمسك بهذا التصميم، فيما يتضمنه من إيجابيات تدعوه لاحترام ذاته مقارنة بالآخرين، وما يتضمنه أيضاً من سلبيات لا تقلل من شأنه بين الآخرين (الدليمي وآخرون، 2012).

ويرى هارنش (Harnic, 2000) أن لمفهوم تقدير الذات اتجاهات عدة، وهي:

1 - تقدير الذات بوصفه اتجاه.

2 - تقدير الذات بوصفه حاجة.

3 - تقدير الذات بوصفه حالة.

مما سبق، يتضح للباحثة أن تقدير الذات هو اتجاهات الفرد وانفعالاته نحو ذاته والآخرين. أي أنه الفكرة التي يكونها الفرد ويدركها عن كيفية رؤية الآخرين وتقييمهم له، وأن كل التعريفات السابقة تؤكد على الدور الاجتماعي، والتفاعل مع الآخرين لتكوين تقدير الفرد لذاته. وفي المحصلة أن تقدير الذات هو الصورة التي ينظر فيها الإنسان إلى نفسه. وأنه البوابة لكل أنواع النجاح المنشودة، فمهما تعلم الفرد طرق النجاح وتطوير الذات، فإنه لن ينجح بأخذ أي طرق للنجاح إن كان تقديره لذاته وتقييمه لها ضعيفاً، لأنه يرى أنه غير قادر وغير مستحق لذلك النجاح. ومن خلال هذه

التعريفات نستنتج أيضاً أن تقدير الذات لا يولد مع الإنسان، بل هو سلوك مكتسب يتعلمه الفرد من خلال تفاعلاته وتجاربه في الحياة.

2.1.1.2 نمو تقدير الذات:

إن تقدير الذات يتكون منذ الأسبوع السادس للطفل، وذلك استناداً إلى الكيفية التي يستجيب بها العالم من حولهم لاحتياجاتهم الجسمية والانفعالية (الجوع - البرد - البكاء - الخوف)، وأثناء مرور الطفل بمراحل النمو المختلفة، فإن تقديرهم لذواتهم يتغير تبعاً للكيفية التي يستجيب الأشخاص المهتمون في حياتهم لاحتياجاتهم، وتبعاً لدرجة النجاح التي يحققونها في اجتياز كل مرحلة من مراحل النمو (سليم، 2003).

ويؤكد (Maslow & Rogers) ماسلو وروجرز مدى الارتباط الكبير بين تقدير الذات لدى الفرد وتقدير الآخرين له. فكل فرد يسعى جاهداً لكي يحظى بتقدير الأشخاص المحيطين به، فتقدير الآخرين له يعد واحداً من أهم المحركات التي يستطيع الفرد تقييم نفسه من خلالها. أي أن الفرد يتعلم تقديره لذاته من خلال تفاعله مع الآخرين، ومن ثم تكوين الذات بحسب هذه التفاعلات (كفافي، 2010).

وقد قام هياثورتون وفو هاس (Haathurton & Vohas, 2000) بدراسة لمعرفة مدى تأثير تقدير الذات بالنقد الاجتماعي، وقد توصلوا لنتيجة مؤداها أن الأفراد المشاركين في الدراسة ذوي التقديرات المرتفعة يظهرون الغرور، وعنفاً تجاه الضغوط التي يتعرضون لها عند عملية التقييم، حيث أن الانتقاد الموجه لذواتهم يهدم شخصيتهم التي يعتزون بها.

وترى كلونينجر (Klonenger, 1996) أن تقدير الذات المنخفض عادة ما يكون ناتجاً عن عدم حب الأشخاص لأنفسهم، وأيضاً وضع أهداف عالية غير مرنة يصعب تحقيقها. أما تقدير الذات المرتفع

فيكون ناتجاً عن وضع الأشخاص لأنفسهم أهدافاً مناسبة يستطيعون تحقيقها مما يدفعهم لوضع أهدافاً أكبر، ومن ثم تحقيق إنجازات عديدة في مستقبلهم تجعلهم يشعرون بالسعادة وتزيد من مستوى تقديرهم لأنفسهم.

بينما ترى دويك (Dweik,2000) أن تقديرنا لأنفسنا يرتبط بإحساسنا بقدراتنا، إلا أن التصديق على امتلاكنا لهذه القدرات يعتبر هاماً جداً بالنسبة لرفع مستوى تقدير الذات لدينا. وبما أن تقدير الذات يرتبط بإحساسنا الداخلي فهو أيضاً يرتبط بإحساسنا بالآخرين، فعلى سبيل المثال إذا أردنا أن نتأكد أننا أذكاء، لا ينبغي أن نكتفي بأسهل الطرق وأقلها أخطاء، إنما بمقارنة ذكائنا بذكاء الآخرين وقدراتنا بقدراتهم.

وهنا يعترض أتباع المدرسة المعرفية على السلوكيين، ويقولون إن الإنسان ليس مجرد مستجيب للخبرات التي يتلقاها، بل إنه عندما يتلقى المثير، يقوم بتحليلها وتفسيرها وتأويلها إلى أشكال معرفية جديدة (العتوم، 2004). وإلا فكيف نفسر اختلاف استجابة فردين مختلفين لنفس المثير، أو اختلاف استجابة الفرد نفسه لمثير واحد في موقفين مختلفين (كفاي، 2010).

وتضيف بيركنز وفور هاند (Perkins & Forhand, 2003) إلى أن مفهوم الذات يؤثر إلى حد كبير في المعالجات الواعية للمعلومات بشكل تلقائي أو ضمني، ويعد هذا المحرك الأساس لكثير من السلوكيات، كالنشاط النمطي والسلوك المدفوع لا إرادياً. كما وأشارت الباحثتان إلى إحدى الإسهامات النظرية الرائدة لعلم النفس الاجتماعي، وهو أن الاعتقاد بأن مفهوم الذات يلعب دوراً مهماً في معالجة جميع العمليات المعرفية كتشكل الهدف، والدافع، والسلوك، والتي تعتبر عنصراً مهماً في معظم سلوك الإنسان.

3.1.1.2 مستويات تقدير الذات

لتقدير الذات مستويين متناقضين الأول إيجابي، والثاني سلبي. فتقدير الذات الإيجابي يشير إلى ارتفاع تقدير الذات لدى الفرد، ومدى احترامه لذاته ونظرته الإيجابية لها. أما تقدير الذات السالب يشير إلى انخفاض تقدير الذات لدى الفرد وعدم احترامه لذاته، ونظرته السلبية لذاته واحتقارها. ويمكن تصنيف مظاهر تقدير الذات إلى ما يلي:

1 -تقدير الذات المرتفع:

الأشخاص ذوي تقدير الذات المرتفع يعتبرون أنفسهم أشخاصاً مهمين جداً يستحقون الاحترام والاعتبار، فضلاً عن أنهم لديهم فكرة محددة وكافية لما يظنونه صواباً. كما أنهم يستمتعون بالتحدي ولا يضطربون عند الشدائد. ويستلزم لتقدير الذات الشعور بالكفاءة الشخصية، والشعور بالثقة بالنفس، واحترام الذات. وحاجة الفرد لتقييم ذاته تعتبر متأصلة ونابعة من رغبته وحببه فيها (أبو زيد، 1989).

وتشير سليم (2003) إلى أن الذين لديهم تقدير عال للذات ينظرون إلى أنفسهم نظرة واقعية، ويرون أنفسهم كأشخاص مقبولين، كما وأنهم يستطيعون أن يحددوا نقاط قوتهم ونقاط ضعفهم، والأهم من ذلك أنه يستند تقديرهم لأنفسهم إلى تغذية راجعة صحيحة، وليس لما يحبون أن يعتقدون عن أنفسهم، ويكون لديهم مجموعة كبيرة من الأصدقاء الذين يقيمون علاقات معهم، وينسجمون معهم سواءً كان ذلك في العمل أم المدرسة، ويتميزون بآرائهم القوية التي لا يخشون التعبير عنها، ولا يشعرون بالتهديدات بسبب المواقف الجديدة، وعندما يواجهون بأخطائهم يقرون بها، ويستطيعون إيجاد الحلول لمشكلاتهم ويتعاملون معها بإيجابية مع الثناء والتقدير. بينما الأشخاص الذين لديهم تقدير متدن للذات فيمكن تمييزهم بسهولة حيث يبدو عليهم اهتمامهم بالحفاظ على

شعورهم باحترام الذات أو الفشل، فلا يهتمون ببذل الجهد لإحراز النجاح، وينشغلون بسلوكيات دفاعية لمنع الآخرين من معرفة القصور أو عدم الأمان الذي يشعرون به (كالتمرد، والكذب، والغش، والخداع، والتحدي).

2- تقدير الذات المتدني:

تدني الذات يعني النظرة الدونية للنفس من حيث المظهر العام أو السلوك، وفيه يشعر الفرد بأنه لا قيمة له، وأنه يفتقد إلى احترام الآخرين، الأمر الذي يؤثر في دوافعهم وسلوكياتهم. كما أن انعدام تقدير الفرد لذاته يجعله معرضاً للإصابة بالكثير من الاضطرابات (فقدان الثقة - القلق - العجز عن اتخاذ القرارات).

وتذكر كلونينجر (Klonenger,1996) أن الدراسات وأضحت أن الأشخاص الذين يقدرّون أنفسهم سلبياً، يسلكون بطريقة تحول دون تقديرهم إيجابياً من قبل الآخرين، فعندما يفهم الناس أنفسهم بشكل سلبي، فإنهم سيشعرون بعدم السعادة العاطفية، فهم عادة ما ينتقدون أنفسهم أكثر من الأشخاص أصحاب تقدير الذات المرتفع، وقد يرجع السبب لأنهم يعرضون أنفسهم لكثير من المخاطر، ويقومون بالعديد من المجازفات.

4.1.2 العوامل المؤثرة في تقدير الذات

وهناك نوعان من العوامل المؤدية إلى تكوين تقدير ذات مرتفع أو منخفض، وهي: أولاً: عوامل تتعلق بالفرد نفسه، فلقد ثبت أن درجة تقدير الذات لدى الطفل تتحدد بقدر خلوه من القلق، أو عدم الاستقرار النفسي. بمعنى أنه إذا كان الفرد متمتعاً بصحة نفسية جيدة، ساعد ذلك على نموه نمواً طبيعياً، ويكون تقديره لذاته مرتفعاً. أما إذا كان الفرد من النوع القلق غير المستقر، فإن فكرته عن ذاته تكون منخفضة، وبالتالي ينخفض تقديره لذاته (كامل، 2003).

وقد ذكر الغامدي (2009) نقلاً عن الأنور (2005) أن الدراسات حددت العوامل الذاتية في تقدير الفرد لذاته فيما يلي:

- 1 - إذا كان الشخص من النوع القلق غير المستقر يكون تقديره لذاته منخفضاً.
- 2 - إن تقدير الذات يتحدد بقدر خلو الفرد من المخاوف.
- 3 - فقد الأمن وضعف الروح الاستقلالية للفرد والخلل، تؤثر في تقدير الفرد لذاته.
- 4 - يؤثر ذكاء الفرد وسماته الشخصية والمرحلة العمرية والتعليمية التي يمر بها على تقديره لذاته.

ثانياً: عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية، وهي متصلة بظروف التنشئة الاجتماعية، والظروف التي تربي ونشأ فيها الفرد وكذلك نوع التربية، ومنها:

- هل يسمح له بالمشاركة في أمور العائلة؟
- هل يقرر لنفسه ما يريد؟
- ما نوع العقاب الذي يفرض عليه؟
- نظرة الأسرة لأصدقاء الفرد (محبه أم عداوة).

وخلاصة القول أنه بقدر ما تكون الإجابة على هذه الأسئلة موضوعية إيجابية، بقدر ما تؤدي إلى درجة عالية من تقدير الذات (كامل، 2003).

ويشير كفاقي (1998) إلى أن علماء النفس قسموا العوامل التي تؤدي إلى تقدير الذات كما يلي:

- 1 - التقدير الذاتي المكتسب: وهو التقدير الذي يكتسبه الفرد من خلال إنجازاته، فيحصل على الرضى بقدر ما أدى من نجاحات.

2 -التقدير الذاتي الشامل: ويعود إلى الحس العام للافتخار بالذات، وهو ليس مبنياً على مهارات وإنجازات محددة.

ويضيف ماك كاي (Mackay,2000) يجب أن لا نهمل العلاقات الاجتماعية في إكساب الثقة، فهناك علاقة مباشرة بين تقدير الذات والنجاح الاجتماعي. وهذا النجاح يشمل المظهر، والنجاح العلمي، والقدرة على تكوين علاقات اجتماعية جيدة، إذ يحتاج الفرد إلى قدر من القبول والاحترام الاجتماعي ليكون لديه مشاعر ايجابية نحو نفسه وذاته، ويرى هارنش (Harnic,2000) إن الرعاية الأسرية، والعمر، والجنس، والعوامل الناشئة عن المواقف الجارية، تعد من العوامل التي تؤثر في الذات، والتي تؤدي إلى تكوين ذات مرتفع أو منخفض لدى الأفراد.

ويشير كفاقي (2010) إلى أن ماسلو يذكر عدد من الوسائل التي تساعد الأفراد على تقدير ذواتهم وتحقيقها، وهي:

- 1 استيعاب الخبرة بنشاط وتركيز تام.
- 2 الإحساس بالمسؤولية والأمان.
- 3 مساعدة الأفراد على إدراك إمكانياتهم.
- 4 تشجيع الفرد على الاستجابة للمواقف في ضوء دوافعه الداخلية وحاجاته.
- 5 مساعدة الفرد كي يكون على دراسة كافية بنفسه.

وفي المجل، فإن تقدير الذات بمثابة تقييم عام لقدرات الفرد ينقله إلى الآخرين بالأساليب التعبيرية المختلفة، وتتضح أهمية العوامل البيئية والعوامل الشخصية في تكوين تقدير ذات مرتفع أو منخفض لدى الفرد، وأهمية القلق في تكوين تقدير ذات مرتفع لمن لا يعاني من القلق، ولديه درجة ملائمة من الاستقرار النفسي، ويستطيع مشاركة الآخرين، والإقبال عليهم والتعامل معهم. أما من يعاني من

القلق والتوتر النفسي الشديد فإنه بلا شك لديه مفهوم سلبي عن ذاته وعن المجتمع، وبالتالي يعاني من التقدير المنخفض للذات (كامل، 2003).

5.1.1.2 الدافع إلى تقدير الذات

يؤمن كثير من أصحاب نظريات الشخصية بأهمية تكوين الفرد لاتجاه إيجابي نحو ذاته، يشاركونهم في ذلك كثير من الإكلينيكين وعلماء النفس الاجتماعيين، بحيث تؤكد كثير من دراساتهم على أهمية تقدير الذات، ومفهوم الذات لصحة الفرد النفسية وفعاليته الاجتماعية. ويوضح ديفيد وجونسون (David&Johnson,1993) أن تقدير الذات يجعل الفرد يتميز بالحرية الشخصية في التعبير عن الرغبات الشخصية، والنجاح في العمل، والاستحسان، والكفاءة الشخصية، والنضج الاجتماعي.

6.1.1.2 تفسير المدارس النفسية لتقدير الذات

تنوعت آراء المدارس النفسية في تقدير الذات، وذلك لتنوع الإطار المرجعي لكل تفسير نظري وسوف نتناول الباحثة أهم وأشهر المدارس التي أسهمت في هذه التفسيرات.

أولاً: تقدير الذات في المدرسة التحليلية:

عندما نتحدث عن الصياغة الأولى لتقدير الذات، لابد لنا من استرجاع مصطلح النرجسية لدى فرويد، ففيه يمكن للباحث أن يتعرف على معنى تقدير الذات عند التحليلين. ويشير مفهوم النرجسية عموماً إلى الشعور الذي يستحوذ على الفرد، ويجعله يهيم بصورته أو فرديته أو جسده. فالأفراد النرجسيون لديهم صورته للذات المتسمة بالعظمة، فالنرجسي عاشق لنفسه، ويرى أنه الأفضل والأجمل والأذكى، ويرى أن الناس أقل منه، ولذلك فهو يستبجح لنفسه استغلال الناس وتسخيرهم.

والنرجسي مهووس بتفخيم أهمية الذات وتضخيمها، فهو يتظاهر بالتفرد وامتلاك قدرات متميزة (كفافي، 2010).

ومن خلال وصف مدرسة التحليل للنرجسية، نجد أن النرجسية هي مؤشر مهم للثقة بالنفس، والاعتداد بالذات، واحترام الذات، ولكن بحدود معينة. وأن مسألة تجاوز الحدود باتجاه الزيادة يؤدي إلى الغرور ومن ثم الوصول إلى النرجسية، والعكس من ذلك صحيح، إذ إن انخفاض درجات النرجسية يعني عدم ثقة الفرد بقدراته وإمكاناته واحتقاره لنفسه (كفافي، 2010).

ويركز فرويد (Freud) في معظم أبحاثه على مصطلح الأنا، فالشخصية عنده مكونة من ثلاث قوى نفسية (ألهو، الأنا، الأنا الأعلى). ويمثل ألهو رغباتنا ودوافعنا وحاجتنا، ويعمل بناءً على مبدأ اللذة. وعلى العكس من ذلك تعمل الأنا على تحقيق حاجات الفرد بطريقة عقلانية مقبولة لدى العالم الخارجي (الداهري، 2005). وتمثل الأنا الأعلى مخزوننا للقيم المغروسة والمثل والمعايير الأخلاقية الاجتماعية، والأنا الأعلى يتكون من الضمير والأنا المثالية، فالضمير ينسب إلى القدرة على التقييم الذاتي والانتقاد، أما الأنا المثالية فما هي إلا تصور ذاتي مثالي يتكون من سلوكيات مقبولة ومستحسنه، وعلى أساس ما تقدم يربط فرويد التوافق بقوة الأنا، فهو يتحكم ويسيطر على ألهو والأنا الأعلى (عسيري، 2004).

ويرى يونج أن تطور الشخصية ونموها يكون باتجاه التفرد، وهي العملية التي يصل من خلالها الفرد ليصبح سيكولوجياً، أي أنه وحدة واحدة. كما يرى أن الذات لا تبرز قبل أن تتحقق كل مكونات الشخصية وتنمو نمواً كاملاً (كفافي، 2010). كما وينظر يونج للذات على أنها تشمل ما هو شعوري وما هو لا شعوري، وأنها الجهاز المركزي للشخصية (زهران، 2001).

ولقد اختلف يونج (Young) عن فرويد (Freud) في أنه قد ركز على المعتقدات الروحية والعقلية، فهو يرى أن التطور النفسي يتكامل للفرد في مرحلة الرشد المتواصل، وأن غاية الفرد القصوى هي تحقيق الذات (الداهري، 2005).

وأشار إدلر (Adler) إلى أن الفرد كائن اجتماعي لا يستطيع العيش بمعزل عن الآخرين. واعتبر الذات تنظيمًا يحدد للفرد شخصيته وفرديته، بحيث يتميز الفرد بشخصيته وكونيته عن باقي الأفراد. كما وأكد على أهمية العلاقات والوجود الاجتماعي لما لهما من أثر على بناء الذات والتوافق النفسي. وقد مثل ادلر العلاقات الاجتماعية من خلال العلاقة بين الفرد وذاته من جهة، وبين الفرد والمجتمع من جهة أخرى (الزيود، 2008).

أما هوراني (Horani) فترى أن تحقيق الذات يعني نمو لإمكانات الفرد المتمثلة في وضوح وعمق الأحاسيس والأفكار والرغبات والاهتمامات والقدرات، وقوة الإرادة والمواهب، والتعبير عن النفس، والعلاقات مع الآخرين (صباحي، 2003).

ثانياً: تقدير الذات في المدرسة السلوكية:

يشير رواد المدرسة السلوكية إلى أن التوافق النفسي المطلوب لذات سليمة، ما هو إلا نتاج عملية مكتسبة عن طريق تعلم الخبرات التي يعيشها الفرد ويكتسبها من المجتمع الذي يعيش فيه، والسلوك التوافقي يشتمل على خبرات مدعمة بالتعزيز. حيث أن التدعيم والتعزيز لهما أدواراً مهمة في تنمية تقدير الذات الإيجابية للفرد، وعلى العكس من ذلك فإن مثيرات الاستجابة المدعمة بالتعزيز السلبي، تؤثر سلباً على تقدير الذات.

ويصف سكنر السلوك الإنساني على أنه سلسلة من المثير، والاستجابة، والتدعيم، وهذا الوصف يدل على التفاعلية المتبادلة. فنظرية الإشرط الإجرائي من النظريات المؤكدة على التفاعلية

المتبادلة، وتصرفات الإنسان تحركها وتقدها بعض الأحداث. وكل الناس في نظرية سكونر ذوو تفاعل تبادلي مع البيئة، أي أنه من الممكن شرح النشاط الإنساني والذات بموضوعية من خلال العلاقة بين المثير والاستجابة، التي تحدث المدخلات فتنتج المخرجات، ويتبع ذلك التعزيز الذي يحدد التشابه مع المدخلات في المستقبل (كفاي، 2010).

واعتقد واطسن (Watson) أن عملية التوافق النفسي لا يمكن لها أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري، ولكنها تتشكل بطريقة آلية عن طريق التلميحات البيئية أو إثباتها. وأوضح يولمان (Aoulman) أنه عندما يجد الأشخاص علاقاتهم بالآخرين غير مثابة، وغير مستحسنة، فإن الفرد يفضل الانفصال وترك هذه العلاقة، وينتج عن ذلك أن يأخذ هذا السلوك شكلاً شاذاً أو غير متوافق، يدفع إلى تقدير منخفض للذات (شعبان، 2010).

ويرى باندورا (Pandora) أن الشخص يشعر بالاغتراب عن ذاته عندما ينصاع ويندمج بين الآخرين بلا رأي أو فكر محدد حتى لا يفقد التواصل معهم، وبدلاً من ذلك يفقد تواصله مع ذاته (كفاي، 2010).

ولقد رفض باندورا (Pandora) التفسير السلوكي الكلاسيكي الذي يقوم بتشكيل طبيعة الإنسان بطريقة آلية ميكانيكية، حيث أكد بأن السلوك وسمات الشخصية نتاج للتفاعل المتبادل بين ثلاث عوامل، هي المثيرات، والسلوك الإنساني، والعمليات العقلية والشخصية. كما أعطى وزناً كبيراً للتعلم عن طريق التقليد ومشاعر الكفاية الذاتية، حيث يعتقد أن لمشاعر الكفاية أثرها المباشر في تكوين السمات التوافقية أو غير التوافقية (عسيري، 2004).

وبصفة عامة، يمكن القول بأن المدرسة السلوكية أكدت على أن الفرد متلقي ومستجيب للمثيرات البيئية، فتقدير الذات لدى الفرد هو نتاج لتفاعل خبراته مع البيئة ومتطلباتها، أي أن البيئة تلعب دوراً مهماً في تأثيرها على السمات في الشخصية، وتقدير الذات لدى الفرد.

ثالثاً: تقدير الذات في المدرسة المعرفية:

يركز أتباع هذه المدرسة على العمليات الفكرية المعرفية التي أطلقت عليها اسم المخطوطات (السكيمات)، حيث أنها ركزت على الأبعاد المعرفية الثلاثة، واعتبر ديجوري هذه الأبعاد المدخل لمفهوم الذات إذ أن البناء الشخصي للفرد يؤكد على الطريقة المميزة له في رؤية العالم الخارجي، ويختلف في هذه الرؤية كل فرد عن الآخر، وأكد ديجوري (Diggory) على الطريقة التي يقيم بها الأفراد أنفسهم. ويتجلى دور الكفاية الذاتية كأحد مظاهر تقدير الذات، حيث أن الكفاية الذاتية المنخفضة تخفض العلاقة بين الفرد وذويه، وبالتالي تنقص من نمو الفرد وتجعل من تقديره لذاته منخفضاً (الدردير، 2004).

يرى بيك (Beck) أن الشخصية الإنسانية تتكون من مخططات معرفية تشتمل على المعلومات، والاعتقادات، والمفاهيم، والافتراضات، والصيغ الأساسية التي يكتسبها الفرد خلال مراحل النمو، ويرى أن الفرد ينفعل للأحداث وفقاً للمعاني والأفكار المترسخة لديهم، أي أن الإنسان هو نفسه المسؤول عن ما يقوم به من أعمال وليس الناس من حوله، فكل ما يواجهه الفرد من مواقف في حياته لا دخل للناس في ذلك، وإنما كيفية تعامل الإنسان مع تلك المواقف والأحداث (الزيود، 2008). وتفترض نظرية بيك (Beck) أن نشوء الذات يكون من خلال السلوكيات، والانفعالات، والأفكار، والمعتقدات الراسخة لدى الشخص. ويرتبط تقدير الشخص لذاته تبعاً للعمليات المعرفية لدى الشخص، فيرتفع تقدير الشخص لذاته إذا كانت العمليات المعرفية لديه غير مضطربة، وينخفض تقدير الشخص لذاته إذا كانت لديه تشوهات معرفية في المعتقدات، والأفكار (عبدالله، 2012).

رابعاً: تقدير الذات في المدرسة الإنسانية:

تقوم نظرية روجرز (Rogers) على النظرة لطبيعة الإنسان، تلك النظرة التي تفترض وجود قوة دافعة لدى الإنسان، هذه القوة تتمثل في النزعة لتحقيق الذات. ويعتقد روجرز أن الذات هي جوهر الشخصية الإنسانية، وإن مفهوم الذات هو حجر الزاوية الذي ينظم سلوك الإنسان (كفافي، 2010). ويتأثر أيضاً مفهوم الذات بخبرات الفرد وقيم الآباء وأهدافهم، وفكرة الفرد عن نفسه هي ارتقائية تتمايز بالتدريج خلال مرحلتَي الطفولة والمراهقة (شعبان، 2010).

ويرى روجرز (Rogers) أيضاً أن الفرد إذا أدرك نفسه على أن يتصرف في المواقف بما يتلاءم مع صورته عن نفسه، فإنه يشعر بالكفاية والجدارة والأمن، أما إذا شعر أنه يتصرف خلاف فكرته عن نفسه، فيشعر بالتهديد والخوف. ولما كان لدى الفرد حاجة ملحة بأن يظهر أمام الآخرين على أنه قوي وجدير وقادر على حل مشكلاته، والاعتماد على نفسه وتحقيق ذاته، فإن على المرشد النفسي أن يستثمر هذه الحاجة وأن يعتمد على تكتيكات وأساليب تساعد المسترشد على تحقيق هذه الحاجة الملحة، والعمل بطريقة إيجابية سوية (الداهري، 2008).

وأشار كفافي (2010) بأن روجرز حدد وظيفة الذات التي تمثلت في وحدة وتماسك الجوانب المختلفة للشخصية، وإكسابها طابعاً مميزاً. كما يقوم مفهوم الذات بتنظيم الخبرات التي يكتسبها الفرد في إطار متكامل.

وركز ماسلو (Maslow) في نظريته بشكل أساسي على الجوانب الدافعية للشخصية الإنسانية، حاول فيها أن يصيغ نسقاً مترابطاً يفسر من خلاله طبيعة الدوافع أو الحاجات التي تحرك السلوك الإنساني وتشكله في هذه النظرية. ويفترض ماسلو (Maslow) أن الحاجات أو الدوافع الإنسانية تنتظم في تدرج أو نظام متصاعد، من حيث الأولوية أو شدة التأثير، فعندما تشبع الحاجات الأكثر أولوية، أو الأعظم قوة وإلحاحاً، فإن الحاجات التالية في التدرج الهرمي تبرز وتطلب الإشباع هي

الأخرى، وعندما تشبع نكون قد صعدنا درجة أعلى على سلم الدوافع، وهكذا حتى نصل إلى قمته. فقد رتب ماسلو الحاجات والدوافع وفقاً لأولوياتها في النظام المتصاعد وهي: الحاجات الفزيولوجية - حاجات السلامة والأمان - حاجات الانتماء والحب - حاجات التقدير - حاجات تقبل الذات (كفافي، 2010).

ورأى ماسلو (Maslow) أن الأفراد الذين يسعون لتحقيق ذواتهم جميعهم مغرمين أو منغمكين في عمل ما، ومخلصين له، ويعتبر هذا العمل بالنسبة لهم ذا قيمة نفسية، وهذا بحد ذاته شيء عظيم. فمثل هؤلاء الأفراد يسعون لتحقيق المثل العليا كالخير، والنظام، والحقيقة، والجمال، والتي تعد لهم قيمة حياتية هامة. ويوجد في عملية تحقيق الذات ما يسمى بعملية الاختبار الدائم، فالإنسان حسب ماسلو مخير في مصيره وتقريره أيضاً، كما أنه الفاعل والمنفعل، يؤثر ويتأثر فهو في حركة دائمة نحو الأمام يسعى نحو التخلص من المعوقات التي تعترضه في سير حياته (بني يونس، 2004).

كما ظهرت نظريات باسم باحثيها تتحدث عن تقدير الذات، ومن أهمها:

1. نظرية كوبر سميث (Theory Cooper Smith):

يشير كفافي (1999) أن كوبر سميث نظر إلى تقدير الذات بطريقة أكثر تعقيداً وتعددًا من روزنبرج (Rosenberg)، لأنها تتضمن كلاً من عمليات تقييم الذات وردود الفعل، أو الاستجابات الدفاعية، وإذا كان تقدير الذات يتضمن اتجاهات تقييمية نحو الذات، فإن هذه الاتجاهات تتسم بقدر كبير من العاطفة، فتقدير الذات عند كوبر سميث هو الحكم الذي يصدره الفرد على نفسه متضمناً الاتجاهات التي يرى أنها تصفه على نحو دقيق.

ويميز كوبر سميث (Smith Cooper) بين نوعين من تقدير الذات، النوع الأول تقدير الذات الحقيقي الذي يوجد في الأفراد الذين يشعرون حقاً أنهم ذو قيمة، أما النوع الثاني فقد تمثل في تقدير الذات الدفاعي الذي يوجد عند الأفراد الذين يشعرون أنهم غير ذي قيمة (أبو جادو، 2002). ويرى سميث (Smith) أن مستويات تقدير الذات تختلف خلال الأنشطة، والفعاليات المختلفة، فمثلاً ممكن أن تكون جيدة في نشاط ما، وضعيفة في نشاط آخر، ورد الفعل في المواقف المختلفة له تأثير مباشر على تقدير الذات لأي فرد (الغامدي، 2009).

2. نظرية روزنبرج Theory Rosenberg:

يشير كفاي (1989) إلى أن أعمال روزنبرج ركزت على دراسة نمو وارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته وسلوكه، من زاوية الأحكام والمعايير السائدة في المجتمع الذي يحيط بالفرد، وقد اهتم بصفة خاصة بتقييم المراهقين لذواتهم، كما واهتم بالدور الذي تقوم به الأسرة في تقدير الفرد لذاته. ووضح العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكون في إطار الأسرة، وأساليب السلوك الاجتماعي اللاحق للفرد فيما بعد. كما واهتم بشرح وتفسير الفروق التي توجد بين الجماعات في تقدير الذات، والتغيرات التي تحدث في تقدير الذات في مختلف مراحل العمر.

واعتبر روزنبرج تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه، وما الذات إلا أحد هذه الموضوعات التي يكون الفرد اتجاهها نحوها لا يختلف كثيراً عن الاتجاهات التي يكونها في الموضوعات الأخرى، ولكنه بعد ذلك عاد واعترف بأن اتجاه الفرد نحو ذاته، ربما يختلف عن اتجاهات الفرد نحو الموضوعات الأخرى (كفاي، 1989).

3. نظرية زيلر Theory Zeller:

يعتبر زيلر تقدير الذات ما هو إلا البناء الاجتماعي للذات، وهو يؤكد أن تقييم الذات لا يحدث في معظم الحالات إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي. ويرى زيلر أن تقدير الذات يقوم به الفرد لذاته ويلعب دور المتغير الوسيط، أو أنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي. ويفترض أن الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من تقدير الذات، تؤدي وظائفها بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي توجد فيه، كما أن تأكيده على العامل الاجتماعي جعله يسميه تقدير الذات الاجتماعي.

2.1.2 القلق

1.2.1.2 مفهوم القلق:

تقول العرب: أقلق الشيء أي حرّكه، وأقلق القوم السيوف حرّكوها في غمدها القلق إذن هو الحركة أو الاضطراب وهو عكس الطمأنينة (السباعي، 1986).

والقلق: هو حالة انفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة والحذر والرعب والتحفيز، موجّهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة. ويعد القلق من المشاعر الطبيعية العامة التي يمر بها كل إنسان، وهناك قلق طبيعي وقلق مرضي (سرحان، 2010).

ويعرّف ماسرمان (Masserman) القلق: "بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد وراء التكيف" (الكحيمي وآخرون، 2007).

والقلق أيضاً هو: "حالة نفسية تتصف بالتوتر والخوف والتوقع، سواءً أكان ذلك حيال أمور محددة أو غامضة، وقد يكون هذا الانفعال عارضاً وهو ما يعرفه كل الناس كما يعرفون لحظات الحزن

والألم والأسى، ثم ينقضي هذا الإحساس بانقضاء أسبابه، وقد يكون مزمناً (السباعي وآخرون، 1991).

كما ويمكن تعريف القلق بصفة عامة على أنه حالة انفعالية تصيب الإنسان بالتوتر الشامل والمستمر، نتيجة توقع تهديد أو خطر. أما القلق الذي يدفع الإنسان للعمل والنشاط في اتجاه محدد ومعروف، فإنه يؤدي وظيفة إيجابية في حياة الفرد (إبراهيم، 2010).

والقلق شعور معمّم فيه خشية وعدم رضا وضيق، وتتفاوت درجات الاستجابة للمواقف في الشدة بين الدرجة المنخفضة والمتوسطة والعالية، حسب ما لدى الفرد من استعداد كامن للاستجابة للقلق. فالشخص صاحب الاستعداد العالي للقلق يدرك تهديد تقدير الذات في مواقف كثيرة، ويستجيب له بحالة قلق زائدة لا تناسب ما في الموقف من خطر حقيقي، أما الشخص صاحب الاستعداد المنخفض للقلق فيدرك التهديد في مواقف الخطر الحقيقي ويستجيب بقلق مناسب مبالغ فيه (الكحيمي وآخرون، 2007).

والقلق هو حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده وينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فسيولوجية، ويتمظهر في ثلاثة مظاهر، هي:

- المظاهر المعرفية: تبرز في تذبذب تفكير الفرد بين العمق والسطحية، وتنتاب الفرد أفكار متشائمة، فيشعر بقرب دنو أجله، ونهاية العالم أو الخوف من فقدان بعض الوظائف الجسمية والعقلية.

- المظاهر السلوكية: تتمثل في سلوك الفرد، وتأخذ أشكالاً مثل تجنب المواقف المثيرة للقلق أو شكل العدوان.

- المظاهر الجسدية: وتتمثل في ردود الأفعال البيولوجية والفسولوجية، مثل ضيق التنفس، وارتفاع ضغط الدم، التوتر العضلي، عسر الهضم، جفاف الحلق، برود الأطراف وغيرها (الداهري، 2005).

لذا اتجهت الدراسات منذ العقد الماضي إلى التمييز بين جانبين من القلق: حالة القلق وسمة القلق، حيث عرّف سيبيلبرجر- في نظرية القلق الحالة والسمة - "حالة القلق": (هي عبارة عن حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان عندما يدرك تهديداً في الموقف، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي وتتوتر عضلاته ويستعد لمواجهة التهديد). وتزول "حالة القلق" عادةً بزوال التهديد (مرسي، 1983)، أي أنه تشير حالة القلق إلى الحالة الانفعالية التي يعاني منها الفرد في اللحظة الراهنة أو في موقف خاص ومحدد (عبد الخالق، 1988).

أما "سمة القلق" فقد عرّفها سيبيلبرجر (Sepelbergr) وكاتل (Cattell) وأتكينسون (Atkinson) وكامبل (Campbell) بأنها: (عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً حتى تنبئه وتنشطه منبهات داخلية وخارجية فتظهر حالة القلق)، ويتوقف مستوى إثارة "حالة القلق" عند الشخص على مستوى "سمة القلق" عنده. فعند الشخص صاحب "سمة القلق" العالية استعداد عالٍ للقلق، يجعله يدرك التهديد في مواقف كثيرة ويستجيب لها بـ "حالة قلق" زائدة لا تتناسب مع ما فيها من تهديد حقيقي لذا نجده يقلق بسرعة ولأسباب بسيطة قد لا تثير القلق عند غيره (مرسي، 1983).

حيث أن سمة القلق تدل على فروق فردية ثابتة نسبياً في الاستهداف للقلق، أي فروق بين الناس في الميل إلى إدراك المواقف العصبية على أنها خطيرة أو مهددة، والاستجابة لمثل هذه المواقف بزيادة في شدة إرجاع حالة القلق لديهم. وقد تعكس سمة القلق كذلك الفروق الفردية في التكرار والشدة عن طريقها يمكن الكشف عن حالات القلق في الماضي، كما تعكس احتمال أن يعاني الفرد من سمة

القلق في المستقبل. وكلما كانت سمة القلق أقوى زاد احتمال أن يعاني الفرد من ارتفاعات أشد في حالة القلق في المواقف التي تتضمن تهديداً (عبد الخالق، 1988).

وترى الباحثة القلق بأنه حالة من التوتر والانفعالات نتيجة توقع خطر أو تهديد، يصاحبها أعراض نفسية وجسمية تتفاوت بين منخفضة، متوسطة وعالية، بحسب استجابة الفرد للموقف أو التهديد، ويشتمل على جانبيين هما قلق الحالة الذي يزول بزوال الموقف أو الخطر، وقلق السمة الذي يعبر عنه باستعداد الشخص لأي منبه أو مثير سواء كان داخلي أو خارجي.

2.2.1.2 أنواع القلق

يقسم الباحثون القلق إلى عدة أنواع أهمها ما يلي:

التقسيم الأول:

تقسيمات القلق حسب ما جاء به فرويد صاحب مدرسة التحليل النفسي الذي صنفه إلى ثلاثة أنواع، وهي كما ذكرها كل من (صبرة، 2004؛ والمنسي، 2001):

أولاً: القلق الموضوعي Objective Anxiety

يسمى أيضاً بالقلق الواقعي، وهو قلق شعوري أقرب إلى مفهوم الخوف العادي، إذ يدرك الفرد أن هناك مصدراً خارجياً في بيئته يهدده، وربما يكون هذا المصدر واقعياً أو محتملاً، ويكون وظيفة القلق في هذه الحالة إعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه أو تجنبه، أو باتباع أساليب دفاعية، ولهذا القلق أهمية في حياة الفرد والجماعة، فهو يساعدنا على تحديد مشكلاتنا واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها، ويمدنا بالقدر اللازم من التحفيز لتحرير الطاقة النفسية، أي أنه رد فعل مقبول لخطر خارجي، هدفه حماية الإنسان من الأخطار الحقيقية وينشأ عن غريزة حفظ الذات، والقلق الموضوعي عبارة عن خوف عادي مفيد، يجعل الشخص يستعد لمواجهة الخطر الذي يهدده

أو الهروب منه أو الاستسلام والخضوع له. ومصدر القلق يكون واضحاً في هذا النوع، فالفرد يشعر بالقلق مثلاً، إذا سقط من مكان مرتفع، أو إذا اقترب وقت الامتحان، وعادة ما يرتبط مصدر القلق في مثل هذه الحالات وغيرها بالعالم الخارجي، وفي معظم الأحيان يزول هذا النوع من القلق بزوال مسبباته أو الأخذ بأسباب الحيطة والحذر أو الاستعداد لمواجهة تلك الأسباب.

ثانياً: القلق العصابي Neurotic Anxiety

يتميز القلق العصابي (المرضي) بأن مصدره داخلي، وأسبابه لا شعورية، ومكبوتة، وغير معروفة، ولا يتناسب مع الظروف التي تدعو إليه، كما أنه يعوق التوافق والاندماج والتقدم، فهو ينشأ عندما يهدد (الهو) ومكبواته دفاعات (الأنا) بإشباع النزوات الغريزية التي لا تتوافق، ويطلق إنذاراً للأنا الذي عليه اللجوء إلى الحيل الدفاعية مثل: الكبت، التبرير، الإسقاط، النكوص. أي التعامل مع الوضعية المولدة للتوتر والضيق، وكلما كان القلق شديداً ومتوتراً كان مرضياً ومؤشراً للاضطراب.

ثالثاً: القلق الأخلاقي Moral Anxiety

يحدث نتيجة الصراع الذي يحدث داخل الشخص، وليس بين الشخص والعالم الخارجي، أي أنه ناتج عن ضمير الشخص وخوفه منه عند قيامه بسلوكيات تخالف عادات وتقاليد المجتمع الذي يعيش فيه. والقلق الخلقي كامن داخل تركيبة الشخص، وعادة يظهر عقب حالات الإحباط المرتبطة (بالأنا الأعلى) التي تتسجم مع القيم الاجتماعية.

التقسيم الثاني:

كان كاتل (Cattell) هو أول من أشار إلى تصنيف القلق إلى حالة وسمة، وتابع سيبيلبرجر (Sepelbergr) هذه التفرقة ووضعها في إطار نظري:

أولاً: القلق كحالة Anxiety State

يشير إلى وضع طارئ ووقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد موضوعات التي تغير هذا القلق، واختفاء هذه الموضوعات بالقضاء عليها والابتعاد عنها تنهي حالة القلق.

ثانياً: القلق كسمة Anxiety Trait

يشير إلى أساليب استجابية ثابتة نسبياً تميز شخصية الفرد، أي أن القلق المستثار في هذه الحالة يكون مرتبطاً بشخصية الفرد، لذا يرتبط التفاوت في درجة القلق كسمة أكثر في شخصية الفرد والفروق الفردية التي تميزه، وهذا النوع من القلق هو الأكثر ارتباطاً بالصحة النفسية للفرد (صبرة، 2004).

التقسيم الثالث:

هناك تقسيمات أخرى للقلق على أسس أخرى، منها:

- من حيث تأثيره على توافق الفرد وصحته النفسية: ويصنف القلق إلى قلق عادي واقعي وقلق

عصابي مرضي (منسي، 2001).

- من حيث وعي الفرد به: حيث ينقسم القلق إلى قلق شعوري يعي الفرد بأسبابه، وغالباً ما يزول

بزوال تلك الأسباب، وقلق لا شعوري لا يفتن الفرد إلى مبرراته ودواعيه على الرغم من

سيطرته على سلوكه.

- من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته ومهامه: هناك قلق مسير ومنشط للأداء وقلق مثبط مضعف للأداء (منسي، 2001).

كما قسم زهران (2001) القلق إلى أربعة أنواع، هي:

1. القلق الموضوعي العادي: حيث يكون مصدره خارجياً وموجوداً فعلاً، ويطلق عليه أحياناً اسم القلق الواقعي، أو القلق الصريح، أو القلق السوي.
2. القلق العصابي: وهو داخلي المصدر، وأسبابه لا شعورية مكبوتة غير معروفة، ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه، ويعوق التوافق والتقدم والسلوك العادي.
3. القلق العام: الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد، بل نجد القلق غامضاً وعمماً.
4. القلق الثانوي: وهو القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى، حيث يعد القلق عرضاً مشتركاً في جميع الأمراض النفسية تقريباً.

ويمثل دليل الطب النفسي الأمريكي (American Psychiatric Association:2013: 189) المرجع الأكثر شهرة وأهمية لتصنيف الاضطرابات النفسية ومنها القلق، ومع العلم بأن هذا البحث يركز على دراسة القلق العام، إلا أنه من المهم استعراض أنواع القلق كما يصنفها هذا الدليل على الرغم من اشتغالها على أنواع قد تكون خارج حدود البحث، ويصنف القلق وفقاً للمعايير التشخيصية الإكلينيكية في هذا الدليل، كما في الجدول التالي إلى:

جدول (1.2) تصنيف القلق وفقاً لدليل الطب العقلي الأمريكي:

م	تصنيف القلق	م	تصنيف القلق
1	اضطرابات قلق الانفصال	7	الخوف المرضي
2	اضطرابات الخرس الانتقائي	8	القلق العام
3	الرهاب المحدد	9	الأدوية والمواد المسببة للقلق (القلق المرتبط بتعاطي الأدوية)
4	الرهاب الاجتماعي	10	اضطرابات القلق المرتبط بالوضع الصحي
5	اضطرابات الذعر والهلع	11	القلق المحدد
6	اضطرابات الهلع المحدد	12	القلق الغير المحدد

(American Psychiatric Association:2013: 189)

3.2.1.2 أسباب القلق

هناك عدة أسباب تعد مسئولة عن حدوث القلق، وأهمها:

- 1 +الاستعداد الوراثي، وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
- 2 +الاستعداد النفسي: الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي، والتوتر النفسي الشديد، والأزمات والصدمات النفسية، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، ومخاوف الطفولة الشديدة، والشعور بالعجز والنقص، وقد يؤدي فشل الكبت إلى القلق بسبب التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة. ومن الأسباب النفسية الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط (زهران، 2001)، وأيضاً الافتقار للأمن، فالسبب الرئيسي للقلق هو انعدام الشعور الداخلي بالأمن عند الطفل، وكذلك فإن الشكوك تعتبر مصدراً آخر (العزة، 2002).

3 مواقف الحياة الضاغطة، والضغوط الحضارية، والثقافية والبيئية الحديثة ومطامح المدنية المتغيرة، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن، واضطراب الجو الأسري، وعدوى القلق وخاصةً من الوالدين.

4 مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، والتنشئة الأسرية الخاطئة.

5 -التعرض للحوادث الحادة، والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة، والإرهاق الجسمي، والتعب، والمرض، وظروف الحرب (الداهري، 2005).

6 -عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية، وعدم تحقيق الذات (زهران، 2001).

7 -العوامل الفسيولوجية: يرتبط القلق أحياناً ببعض العوامل البنائية والفسيولوجية، ومن ذلك عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة، وضموره لدى المسنين. أما القلق في المراهقة فيكون بشكل الشعور بعدم الأمن والخل، وتضعيف أعراض القلق في مرحلة النضج لتظهر ثانية في مرحلة اليأس والشيخوخة.

8 -الظروف البيئية وعصر القلق: حيث تزيد البيئة المشبعة بعوامل الخوف والهم من مواقف الضغط والحرمان، وعدم الأمن، واضطراب الجو الأسري، ووقوع الكوارث الطبيعية والصناعية والحروب (الداهري، 2005؛ زهران، 1990).

أما (العزة، 2002) فيرى أن أسباب القلق تتدرج في النقاط التالية:

1 -عدم الثبات في معاملة الطفل سواءً كان المعلم في المدرسة، أو الأب في البيت واللذان يتصفان بعدم الثبات في معاملته يكونان سبباً آخر في القلق عنده.

2 -الكمال والمثالية عندما تكون توقعات الكبار من الأطفال أن تكون انجازاتهم هامة وغير ناقصة تشكل مصدراً من مصادر القلق عندهم، ويأتي قلق الأطفال بسبب عدم قيامهم بالعمل المطلوب منهم بشكل تام.

3 -الإهمال حيث يشعر الأطفال عادة بأنهم غير آمنين عندما لا تكون هناك حدود واضحة. وإن حاجتهم إلى الثقة والخبرة يُشعران الأطفال بالضيق وبالتراجع، كما أنهم يفتقرون إلى توجيه سلوكياتهم لتصبح تسرّ الآخرين وتسرّهم أنفسهم، حيث أنهم يبحثون عن حدود يحددها لهم الكبار، وبعض الأطفال يتصرفون كما لو أنهم يرغبون في أن يُعاقبوا من أجل أن يعرفوا ردّ فعل الكبار الواضحة.

4 -إن النقد الموجّه من الرفاق والراشدين للأطفال يجعلهم يشعرون بالقلق والتوتر، وبالشكوك في أنفسهم، وإن التحدث عنهم وعن سيرتهم يقودهم إلى القلق الشديد خاصةً إذا عرف الأطفال بأن الآخرين يقومون بعملية تقييم لهم أو محاكمتهم بطريقة ما، وكذلك فإن الاختبارات المراوغة أو قيامهم بأداء معين يمكن أن يثير القلق لديهم.

5 -بعض الراشدين يثق بالأطفال كما لو كانوا كباراً. وإن نضج الأطفال قبل الأوان يكون سبباً في القلق عندهم، وعندما نتكلم مع الأطفال عن مشاكلنا كأباء فإن موجات من القلق سوف تجتاحهم لأنهم سوف يقلقون في المستقبل، وسوف يشعرون بالتعب والإعياء كما لو أنهم يريدون القيام بعمل ما لمساعدتنا. وحتى الأولاد الأذكاء والذين يشعرون بأنهم مغمورون بالحب إلا أن مشاكل الكبار تشوشهم وتقلقهم.

6 -يشعر الأطفال بالقلق عندما يعتقدون بأنهم قد ارتكبوا خطأً وتصرفوا بشكل غير معقول وملائم، وبعض الأطفال يشعرون بالقلق بمجرد أنهم يتخللون ضرب الآخرين أو التسبب بالآم لهم،

حيث أنهم لا يميزون بين مجرد التفكير والقيام بالعمل. كما أن الأطفال المماطلين يقلقون بدلاً من أن يعملوا، حيث يستحوذ عليهم القلق.

7 يكون الأطفال على الغالب قلقين كأبائهم، فيتعلم الأطفال كيف يقلقون وكيف يبحثون عن الغضب من خلال مراقبة آبائهم وهم يعاملون مع المواقف بكل توتر واهتمام.

8 +الإحباط الكثير يسبب الغضب والقلق، وإن الأطفال لا يستطيعون التعبير عن الغضب بسبب اعتمادهم على الراشدين، ولذلك فهم يعانون من قلق مرتفع، ومصادر الإحباط عديدة منها:

- يشعر الأطفال بأنهم غير قادرين على الوصول إلى أهدافهم المختلفة.
- يشعر الأطفال بأنهم لم يعملوا جيداً في المدرسة مع الأصدقاء أو الأقران.

4.2.1.2 تفسير المدارس النفسية للقلق

تعددت الآراء والنظريات التي حاولت تفسير القلق كحالة، وستعرض الباحثة في إيجاز لبعض هذه النظريات، كما يلي:

-نظرية التحليل النفسي:

تؤكد النظريات التحليلية المفسرة للقلق أن البيئة التي يعيش فيها الفرد تسهم بدرجة واضحة في نشأة القلق نتيجة الإحباط والصراعات الداخلية، وكلما كانت بيئة الفرد مشبعة لاحتياجاته، انخفض مستوى القلق، حيث اعتبر فرويد أن حياة الإنسان كلها تعتمد على نمط الطفولة وجعل بواعث قلقه المرضي في أي مرحلة تالية ما هي إلا تكرارات غريزية لنمط الطفولة الأولى، وقد أوضح ذلك عندما عرف القلق بأنه رد سلوك الراشد العصابي إلى الطفل القابع فيه (أبو الخير، 2001)، وأضاف إلى ذلك أن القلق يظهر أصلاً كرد فعل لحالة من حالات الخطر التي تواجه الشخص، فإذا

انتهت هذه الحالة، انخفضت أو تلاشت أعراض القلق، ولكنها إذا عادت إلى الفرد ظهرت أعراض القلق مرة أخرى (كفافي، 2010).

ذهب فرويد إلى أن تجربة القلق لدى الإنسان ترتبط بشعوره بخطر الغريزة الجنسية ومحاولة كبتها؛ فيشعر بالعجز النفسي ثم العجز البدني الناتج عن خطر العقاب الخارجي، ثم تحدث عما أسماه بقلق الخصاء، ويحدث عند إدراك الطفل لرغبته الجنسية المحرمة، وميوله العدوانية نحو الأب، وقد قلب فرويد الفكرة القائلة بأن القلق مصدر للكبت وليس نتيجة له (الزيود، 2008)، كما يرى أن القلق العصابي عبارة عن خوف غامض غير مفهوم بالنسبة للفرد، وهو رد فعل لخطر غريزي داخلي (أبو الخير، 2001).

وقد صنف فرويد القلق كما ذكر أبو عثمان (2001) إلى أصناف عدة، أشهرها:

1-القلق الواقعي: ويتعلق بإدراك خطر حقيقي.

2- القلق العصابي: ويكون مجهولا وغير مفهوم للفرد.

3- القلق الخلقي: ويتعلق بمشاعر الذنب والإثم والخجل من جراء سلوك مشين.

ولقد كان لدراسات فرويد (Freud) أهمية تاريخية؛ إذ أثارت اهتمام كبير من العلماء، إلا أن البعض لم يقبل أفكار فرويد فيما يتعلق بوجود مشاعر جنسية لاشعورية لدى الرضع والأطفال مثل والديهم، وهو ما يقودهم إلى الوقوع فريسة للمرض النفسي إذا تركت هذه المشاعر ولم تتحول أو تحل (المالكي، 2001).

كان ادلر (Adler) يؤمن بالتفاعل الاجتماعي الدينامي بين الفرد والمجتمع، وهذا التفاعل هو سبب منشأ القلق. ويرى ادلر أن الأطفال عادة ما يشعرون بضعفهم وعجزهم إذا ما قارنوا أنفسهم بالكبار، ويؤدي ذلك إلى شعور الفرد في المستقبل بالنقص الذي يحاول تعويضه عن طريق كسب حب وصداقة الآخرين، ولكنه يشعر بالقلق إذا ما فشل في ذلك. كما ركّز على التأثيرات الثقافية في

السلوك مفترضا أن الشخصية الاجتماعية في فطرتها، وأن الشعور بالنقص يتوسط الدافية الإنسانية، وأوضح أيضاً أن الشعور بالقلق ينشأ عند شعور الفرد بالنقص العضوي، أو الاجتماعي، أو العقلي، الذي قد يصاب به خصوصاً في مرحلة الطفولة (ليندا دفيدوف، 2000؛ وعثمان، 2001).

ويرى ادلر (Adler) أن الإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص والقلق عن طريق تقوية الروابط الاجتماعية، التي تربط الفرد بالآخرين المحيطين به، ويستطيع الفرد أن يعيش بدون قلق إذا حقق هذا الانتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه (عثمان، 2001).

وعند سوليفان (Sullivan) فإن الفرد حتى يتطبع اجتماعياً فإنه يمر في ثلاث مراحل هي: الأنا، والأنا الأعلى، ونكران الذات، وركز على أن الخبرة أو التجربة الايجابية تجلب الأمن والطمأنينة للفرد. واعتبر سوليفان أن القلق يعد قوة لها أثرها في تكوين الذات والنفس، غير أنها قوة معوقة، إذ تقلل من قوة الملاحظة، كما تقلل من القدرة على التمييز وتعيق الفهم والحصول على المعلومات. كما أن نفسية الطفل تتكون من نظام خاص باستحسان الوالدين لأعمال الطفل والتي تؤدي إلى شعوره بالانشراح. أما الأعمال التي لا تلقى استحسانها فإنها تولد لديه الشعور بالقلق، فيكتسب الطفل نتيجة لذلك اتجاهاً سلوكياً محدداً يحتفظ به طوال حياته، وأي خبرة تهدد هذا النظام في المستقبل تؤدي إلى القلق (أبو عطية، 2004).

ويربط اريكسون (Ericsson) في نظريته الاضطرابات النفسية - ومنها القلق والاكتئاب - بالفشل في نمو الأنا نمواً طبيعياً، حيث يفشل الفرد في حل أزمت النمو في مراحل العمر المختلفة، وخصوصاً في الأولى منها حلاً إيجابياً، ولقد أورد اريكسون (Ericsson) أمثلة متعددة من ارتباط هذه الاضطرابات بهذا الفشل في حياة كثير من المحاربين والأطفال والجنود (كفافي، 2010).

- التفسير السلوكي للقلق:

تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي، فعلماء المدرسة السلوكية لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية (الزويود، 2008)، بل إنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، ويصبح هذا المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي (كفافي، 2010)، وهذا يعني أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر، من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف، مع أنه في طبيعته الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور، وعندما ينسى الفرد هذه العلاقة نجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم بدور المثير الشرطي، ولما كان هذا الموضوع لا يثير طبيعة الخوف فإن الفرد يستشعر هذا الخوف المبهم، الذي هو القلق.

وأشار بافلوف (Pavlov) إلى أن التعلم الشرطي يمدنا بتصور عن اكتساب القلق من خلال العصاب التدريبي، حيث يتميز العصاب بالصفات التالية:

1 - السلوك العصابي: الذي هو نتيجة ضغط وتوتر وصراع بين نزعات الفعل المعززة، والفعل غير المعززة.

2 - السلوك العصابي يتميز بالقلق: وهذا يتضمن العقاب من أي نوع كان.

3 - السلوك العصابي يتسم بمجموعة من الأعراض التي تعد غير عادية في نظر المعايير الاجتماعية.

ويرى دولارد وميللر (Dollard&Miller) أن القلق حالة غير سارة يعمل الفرد على تجنبها والقلق يعد دافعا مكتسبا، أو قابلا للاكتساب، ويحدث القلق نتيجة للصراع، الذي يتمثل في صراع الأقدام، وصراع الأحجام، الذي يولد حالة من عدم التوازن لدى الفرد وبالتالي فإن هذه الحالة تؤدي

إلى القلق الذي يعتبر نتاج لتوقع الألم الذي يرتبط بالمشيرات الخارجية من جانب، والعمليات الداخلية من جانب آخر، آخذين في اعتبارهم العمليات العقلية كعوامل وسيطة بين المثير، والاستجابة (عثمان، 2001).

ويرى سكنر (Skinner) أن السلوك إجمالاً بما في ذلك السلوك غير السوي والمرضي، هو نتيجة لمرور الفرد لخبرات مثيرة للقلق، عززت بدرجة جعلت منها مثيراً قوياً ومستمراً لمثل هذه الاضطرابات، ويرى أن وجود أسباب داخلية مجرد خرافة، حيث أنه أرجع السبب في ذلك إلى التعزيز أو إلى العقاب، حيث يرى أن آليات الاشتراط الإجرائي تلعب دوراً في حدوث واستمرار عدد من الاضطرابات النفسية (المالكي، 2001).

وأشار بندورة (Pandora) إلى أهمية التفاعل المتبادل بين المثيرات - وبخاصة الوجدانية منها - والسلوك، والعوامل العقلية، والمعرفية، والانفعالية، والوجدانية (كفاي، 2010)، وبذلك فإنه يرى أن ظهور القلق مرتبط بحدوث مثيرات غير مرغوبة، شريطة أن يكون الفرد استعداداً نفسياً لظهوره متمثلاً في المفهوم السالب للفرد عن قدراته. وعليه فإن القلق - وإن عبر عن استجابات بمثيرات خارجية مؤلمة - فالارتباط يبقى جزئياً مرتبطاً بالسمات الشخصية العقلية الوجدانية، ومن أهمها مشاعر عدم الكفاية التي تعمل كمعزز ذاتي للقلق.

وترى الباحثة أن السلوكيين اتفقوا مع التحليلين في أن القلق يرتبط بالخبرات التي يتعلمها الفرد ويكتسبها خصوصاً في المراحل الأولى في حياته، وتعارضت مع المدرسة التحليلية في إهمالها للجانب اللاشعوري للفرد، واعتمادها على المثير والاستجابة للسلوك المكتسب المؤدي للصحة أو الاضطراب.

- التفسير المعرفي للقلق:

تقوم النظرية المعرفية لدى علمائها على مجموعة افتراضات تتركز حول الإمكانيات التي يولد بها الفرد، والتي من خلالها يصبح منطقياً، أو لا منطقياً، فنجد لديه من ناحية الميل إلى تحقيق الذات والاهتمام بالآخرين، أو قد يصبح من ناحية أخرى مدمراً لذاته، ويتهرب من المسؤولية ويكره الآخرين، وهذا يتوقف على الطريقة التي يفكر بها الفرد في نفسه وفي العالم الخارجي. ويذهب "بيك" إلى أن العصابي بشكل عام يتميز بتقييد الانتباه، وتقلص الوعي والتجريد الانتقائي، والتشويه والتحريف (سعفان، 2003).

ويذكر حسين فايد (2001)، أن النظريات المعرفية ترجع الاضطراب النفسي إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد الحدث وتفسيره من خلال خبراته وأفكاره، كما يرى علماء النظريات المعرفية إلى أن الاضطراب السلوكي هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التوافقية، وفيما يتعلق بنشأة واستمرار الاضطرابات النفسية عامة والقلق خاصة، فيعتبر نموذج بيك أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيراً حيث تمثل الصيغة المعرفية حجر الزاوية في نظرية بيك، فجميع الأفراد لديهم صيغ معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئاتهم والاحتفاظ بمعلومات أخرى إيجابية.

ويؤكد بيك (Beck) في أعماله أن توقع الفرد للأخطار والشور هو المكون الأساسي الذي يميز مرضى القلق، فالقلق لديه يتوقف أساساً على كيفية إدراكه لتلك المخاطر وتقديره لها، فالفرد في حالة القلق يكون مهموماً باحتمال تعرضه للخطر أو للأذى، لأن الفكرة الأساسية التي تهيمن عليه هي وجود خطر داهم يهدد صحته، وأسرته، وممتلكاته ومركزه المهني أو الاجتماعي، وغيرها من أنواع التهديدات، ويعد التفكير المأساوي من الأخطاء المعرفية الشائعة لدى مرضى القلق وتعني أسوأ النتائج؛ إذ أن تفكير مريض القلق يكون منصّباً على توقع أسوأ النتائج المحتملة لأي موقف من

المواقف، فالمبالغة في تقدير الأخطار المحتمل حدوثها للفرد في المستقبل تجعله دائم التشكك في قدرته على المواجهة والمقاومة، مما يسبب له قلقاً مستمراً، ويعمل بالميكانيزم الأفكار التلقائية السلبية المكتسبة في توقع دائم للمخاطر على تحريف وتشويه معارف مريض القلق، وفي هذا الإطار تشير أعمال بيك إلى أن تشويه الفرد لما يرد آلية من معلومات في اتجاه التوقع المستمر للكوارث ينعكس على نظرة الفرد لذاته وللعالم وللمستقبل (بلكيلاني، 2008).

ويرى كيلي (Kelly) أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات، وهذا يعني إن تعرض الإنسان للقلق يمكن تفسيره بأكثر من طريقة، كما يرى أن العمليات التي يقوم بها الفرد توجه للطرق التي يتوقع منها الأحداث، فالقلق هو عملية توقع وخوف من المستقبل (بلكيلاني، 2008).

- التفسير الإنساني للقلق:

يرى أصحاب هذه المدرسة أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد من وجود الإنسان. ولهذا فإن المثير الأساس للقلق هو فشل الفرد في تحقيق أهدافه، والإنسان طبقاً لهذه النظرية هو الكائن الوحيد الذي يدرك أنه سيموت يوماً ما، فالخوف من الموت وترقبه هو السبب الرئيس لقلق الإنسان (كفافي، 2010).

ويرى ماسلو (Maslow) صاحب نظرية هرم الحاجات أن عدم تحقيق الحاجة الثانوية للإنسان (الحاجة للأمن)، سبب في نشوء القلق والاضطراب وعدم الثقة فيمن حوله (المالكي، 2001).

بينما يعتبر روجرز (Rogers) شعور الإنسان بالقلق يحدث نتيجة التعارض بين إمكاناته وطموحاته، أو بين الذات الواقعية وبين الذات المثالية، كما وتحدث عن القلق في مواقع مختلفة في بناء نظريته: العلاج النفسي المتمركز حول العميل، فتحدث عنها أثناء شرحه لقابلية التعرض

للتهديد أو الحساسية، وأثناء حديثه عن كيفية تحريف أو إنكار الخبرات المؤلمة، وأثناء حديثه عن تشكل الاضطراب النفسي، وذلك في مؤلفاته العلاج المتمركز حول العميل (الشناوي، 2000). كما ذكر روجرز أن نشوء القلق لا يشترط بالضرورة لاحتمية الوعي الكامل للتناقض بين الذات والخبرة، وإنما قوم انبعاثاته ولو بأدنى درجة من الوعي (ربيع، 2003).

5.2.1.2 أعراض القلق

يمكن تقسيم أعراض القلق إلى ثلاث فئات، هي: الأعراض الجسمية، والأعراض النفسية، والأعراض الاجتماعية، وفيما يلي عرض لأهم هذه الأعراض:

أولاً: الأعراض الجسمية:

تتمثل الأعراض الجسمية في شحوب الوجه، واتساع حدق العين وتعابير الخوف على الوجه، وبرودة الأطراف وسرعة ضربات القلب، والخفقان، وسرعة التنفس، والجوع للهواء، والشعور بالتعب والإنهاك لأي مجهود ولو كان بسيطاً، واضطرابات النوم، والشعور بالاختناق، وجفاف الحلق، وصعوبة البلع، وعسر الهضم، وآلام المعدة والأمعاء وبخاصة الأمعاء الغليظة، الشعور بالانتفاخ، وكثرة الغازات، وصعوبة التبول، وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، واللازمات العصبية مثل: اختلاج الفم، ومص الإبهام، وقضم الأظافر، ورمش العينين (العناني، 2000). وكما يؤثر القلق على الجهاز القلبي الدوري، والجهاز الهضمي، والجهاز التنفسي، والجهاز العصبي، والجهاز البولي التناسلي، والجهاز العضلي، والغدد الصماء (زهران، 2001).

ثانياً: الأعراض النفسية:

تتمثل الأعراض النفسية في الشعور بالخوف، وعدم الراحة الداخلية، وترقب حدوث مكروه، ويترتب على ذلك تشتيت الانتباه، وعدم القدرة على التركيز والنسيان وكذلك الأرق، وعدم القدرة

على النوم والتوتر أو التهيج العصبي، وهذا يجعل الفرد حساساً جداً لأي ضوضاء، والشعور بالاكتئاب، والأحلام والكوابيس المزعجة وسيطرة مشاعر الاكتئاب، وفقدان شهية الطعام (عثمان، 2000).

ثالثاً: الأعراض الاجتماعية:

تتمثل الأعراض الاجتماعية في سرعة اتخاذ قرارات، مع الميل الشديد لنقد الذات، ووضع متطلبات صارمة على ما يجب عمله، كما يبدو الشخص القلق في حالة اضطراب في توافقه مع الآخرين، حيث يميل إلى العزلة والبعد عن التفاعلات الاجتماعية ويبدو عليه عدم القدرة على أحداث تكيف بناء مع الظروف والأشخاص والمواقف الاجتماعية (إبراهيم، 1994).

رابعاً: الأعراض السيكوسوماتية:

ويقصد بذلك الأمراض العضوية التي يسببها أو يلعب في نشأتها القلق النفسي، ومنها: القولون العصبي، وارتفاع ضغط الدم، والسكري، والصداع، والذبحة الصدرية، وجلطة الشرايين التاجية بالقلب، والربو الشعبي، وروماتزم المفاصل (داينز، 2006).

6.2.1.2 الآثار السلبية للقلق

للقلق آثار سلبية على كثير من نواحي نمو الفرد، جسماً واجتماعياً، وانفعالياً، ونفسياً، ومهنياً، ومن أهم هذه الآثار كما وردت عند (الهوراي، 1986؛ وإبراهيم، 2010):

1- القلق يؤدي إلى تشتيت التفكير وعدم القدرة على التركيز أو اتخاذ القرار في الموضوعات التي تواجه الإنسان.

2- القلق يؤدي إلى الشعور بالعجز وفقدان الأمن وعدم السعادة والرضا.

3- إن القلق الزائد يقف عقبة شديدة في طريق التعليم.

4- القلق يتسبب في قرارات طائشة وسلوك غير سوي يحاول به الفرد تغيير حالة القلق التي تسيطر عليه، وقد يوقفه هذا السلوك تحت طائلة القانون أو يزيد من إحساسه بالإثم الذي يؤدي إلى ازدياد القلق وإلى تردي حالته.

5- قد يؤدي القلق إلى أمراض جسمية خطيرة، فمثلاً بعض الغدد يزداد إفرازها توقعاً لحالة الخطر، هذا الخطر الذي لا يحدث ولا ينتهي أبداً. ومع استمرار إفرازات هذه الغدد يؤدي الأمر إلى اضطرابات جسمية.

6- مع استمرار القلق وازدياد الصراعات قد يتطور الأمر إلى أمراض نفسية أخرى أشد وأخطر فالقلق مقدمة لجميع الأمراض النفسية والعقلية.

7- القلق يؤدي إلى انفصام في الشخصية وفي العلاقات مع الآخرين، فيعزل الفرد عنهم وبالتالي تزداد دائرة المرض حوله إحكاماً وشدّة.

8- يؤثر القلق على مستوى الإنتاج لدى الفرد فيضطرب عمله ويقل إنتاجه.

7.2.1.2 مدى انتشار القلق

تشير الإحصائيات بحسب إبراهيم (2010) إلى أن القلق يصيب واحد من كل تسعة أفراد في المجتمع، وفي بعض الدراسات الحديثة التي أجريت حول هذا الاضطراب النفسي إلى أن القلق العصبي يصيب من (10-15%) من الناس، وإن حدوثه يزداد في الفترات الانتقالية من العمر، كالانتقال من مرحلة الطفولة إلى المراهقة، وعند الانتقال إلى سن الشيخوخة والتقاعد عن العمل، وعند انقطاع الطمث لدى النساء، ولا يتأثر حدوث القلق باختلاف التوزيع الجغرافي أو الاقتصادي للناس، كما أظهرت نتائج الدراسات أن نسبة الإصابة بالقلق لدى النساء ضعف مثيلتها عند

الرجال، ولكن عندما تسود العوامل النفسية غير المواتية عند كلا الجنسين فقد تتساوى النسبة بين النساء والرجال.

وعند دراسة العوامل الوراثية ومدى تأثيرها في انتشار القلق، تبين أن إرث العوامل المهيئة للإصابة باضطرابات الجهاز العصبي، تسهم بالإصابة في القلق العصبي، وأن نسبة الإصابة عند أخوة وآباء المصابين بالقلق تصل إلى (15%)، وإن نسبة حدوث القلق بين التوائم المتماثلة تصل إلى (50%)، وإن (65%) من الحالات يكون فيها القلق شديد.

ويمثل القلق (30-40%) من الاضطرابات العصابية، وهو من أشيع الاضطرابات النفسية والانفعالية عموماً، كما ويعتبره الأطباء النفسيون من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بين المرضى النفسيين، ولكنه ولحسن الحظ من أسرع الاضطرابات النفسية استجابة للعلاج النفسي، وإن المرضى الذين يتلقون العلاج يشعرون براحة كبيرة بعد العلاج، ومن ناحية أخرى إنه لسوء الحظ أن عدد كبير ممن يعانون من القلق لا يهتمون بالعلاج ولا يسعون إليه مما يجعلهم يتوهمون بإصابتهم بأمراض عضوية مستعصية، ويؤدي هذا التصور الخاطئ إلى إخفاء حقيقة الاضطراب الذي يعاني منه الكثير من الناس، وبالتالي يصعب حصر الحالات الحقيقية للقلق.

8.2.1.2 أساليب وطرق علاج القلق

1-العلاج الطبي

أ) العلاج الدوائي (العقاقير الطبية):

تستخدم العقاقير الطبية المهدئة لإسعاف حالة التوتر الشديد التي تلازم المريض، ويرى الطبيب المعالج أنه يحتاج إلى إسعاف سريع لتهديته، وقد يصف له الأدوية المنومة ليأخذ المريض قسطاً

من النوم، ويرتاح لبعض الوقت، وذلك في الحالات التي تعاني من فزع شديد وعدم القدرة على النوم فترة متصلة.

وفي حالات القلق الحاد، قد ينصح الطبيب بحقن المريض ببعض المواد المنومة والمهدئة بجرعات تكفي لأن ينام مدة طويلة ليحصل على الاسترخاء الجسمي والعضلي لفترة كافية وذلك في حالات الرعب والفزع الحاد الذي يصل إلى درجة الانهيار من شدة التوتر لمدة طويلة.

ويجب أن يكون معلوماً أن القلق المرضي بأنواعه يحتاج إلى علاج نفسي، وأن العقاقير الطبية ليست علاجاً نهائياً للقلق، ولا لأي اضطراب نفسي انفعالي آخر. وإنما هي وسائل علاجية مساعدة لتهيئة المريض ليتلقى العلاج النفسي المناسب لحالته، كما أن العقاقير الطبية قد لا تكون لازمة في كثير من حالات القلق (وزارة الصحة، 2010).

ب) العلاج الكهربائي:

قد يلجأ بعض الأطباء إلى استخدام التنبيه الكهربائي في حالات قليلة منها حالات الهلع الشديد وحين تصل الحالة إلى التبدل التام في الإحساس أو جمود الحركة، ويتم هذا التنبيه لفترة محدودة حتى يتنبه المريض ويعود لحركته العادية، ثم بعد ذلك يتلقى العلاج النفسي الملائم لحالته، وقلما تستخدم الكهرباء في علاج القلق، لأن التأثير الذي تحدثه الصدمات الكهربائية يكون في معظم الأحيان ذو آثار سلبية غير مرغوبة (إبراهيم، 2010).

ج) العلاج الجراحي:

عندما تصل حالة المريض إلى حالات الهلع الشديد والمصاحب بهياج لمدة طويلة يقوم بعض الأطباء باللجوء إلى الجراحة لاستئصال بعض الألياف العصبية التي يعتقد أنها مسؤولة عن

الانفعالات المؤلمة لكي تتاح للمريض فرصة للتخلص من شدة التوتر والآلام، ونادراً ما يلجأ الأطباء إلى هذه الطريقة في علاج القلق (أبو زيد، 2008).

2- العلاج الاجتماعي البيئي

وتعتمد على دراسة حالة المريض وظروف حياته، ويمكن من خلالها التوصل إلى الجذور العميقة لمصادر القلق، والعوامل التي تسبب له الانزعاج والتوتر، فقد تكون أماكن معينة أو أشخاص بعينهم، وقد تكون أشياء في المحيط الاجتماعي والبيئي للمريض. في هذه الحالة ينصح بتغيير البيئة المحيطة بالفرد.

وهذه الطريقة رغم صعوبة التطبيق في بعض الحالات، إلا أنها مفيدة للغاية وليس لها آثار سلبية على المريض (أبو زيد، 2010).

3-العلاج بالمواجهة - الإعادة الحيوية

حيث تعرض العمليات الحيوية الفسيولوجية والحشوية على المريض أثناء نوبة القلق الشديد، وذلك عن طريق بعض الأجهزة الخاصة التي تجعله يسمع تقلصات العضلات ونبضات القلب ويرى اندفاع الدم في الشرايين بسرعة غير معتادة، ويرى بعينة المؤشرات التي تظهر خروج العمليات الداخلية عن المألوف بسبب شدة التوتر العصبي والانزعاج.

ومن خلال رؤية وسماع ما يحدث للإنسان داخلياً ويستدخل المرء في وعيه وإدراكه النتائج الخطيرة التي تحدثها العمليات اللاشعورية لتوقعات الخطر وتوهم المخاطر التي لا وجود لها في الواقع فيصطدم الواقع في اللاشعور وهذا من شأنه أن يحدث إفاقة من حالة التوتر والانزعاج من أشياء وهمية غير واقعية، ويتألف بداخل الفرد نوع آخر من الإدراج والوعي بما قد يحدث له من مخاطر حقيقة لصحته العامة بسبب أشياء غير منطقية وغير حقيقة.

ومع تكرار هذه المواجهة، يعود للفرد توازنه الانفعالي أو على الأقل تنخفض حدة الانزعاج والتوتر، ويصبح مستعداً لتلقي جلسات العلاج النفسي الملائمة لحالته، وإن هذه الطريقة تفيد كثيراً مع الكبار والذين يمكن أن يتلقوا علاجاً معرفياً (إبراهيم، 2010).

4-العلاج النفسي

أ) التحليل النفسي:

وفيه يتم الكشف عن الصراعات المكبوتة من خلال سلسلة من الجلسات التي يبوح فيها المريض عن مشكلاته وأحلامه وما يراه من كوابيس وأحلام مزعجة (إبراهيم، 2010). والتحليل النفسي يفيد في إظهار الذكريات القديمة المطمورة في العقل الباطني والوصول إلى الأسباب الدفينة للقلق، والتنفيس عن الكبت، وحل الصراعات المتشابكة في العقل الباطن على مستوى الإدراك الواعي، وهذا يسهم في إنهاء حالة التوتر أو التخفيف من حدتها. وقد يستخدم مع التحليل النفسي العلاج الاجتماعي، وفي بعض الحالات يستخدم العلاج المعرفي أيضاً أو العلاج السلوكي، وكذلك العلاج بالاسترخاء (نجاتي، 1995). وتؤكد الدراسات أن العلاج النفسي الذي يتضمن دراسة حالة المريض بدقة، والتعرف على صراعاته ومشكلاته، يؤدي إلى سرعة الشفاء من اضطرابات القلق دون أي انتكاسات أو ترك أي آثار سلبية على المريض (إبراهيم، 2010).

أهداف العلاج التحليلي:

هناك عدة أهداف للعلاج التحليلي:

1- تنمية وتطوير شخصية المريض.

2-زيادة بصيرته.

3-تحقيق توافقه.

4-إعادة ثقته بنفسه.

5-قطع باب التشكيك والمخاوف.

6- دعم الشعور بالأمن وتحقيق الهدوء الوجداني (عبدالله، 2012).

ب) العلاج السلوكي:

إن العلاج السلوكي يهدف إلى إزالة التعلم الخاطئ، وإعادة تعليم الفرد استجابات صحيحة محل الاستجابات الخاطئة، أو إضعاف الارتباط الشرطي الخاطئ وإعادة رابطة صحيحة لمثيرات صحيحة (كفاي، 2012).

ويستخدم العلاج السلوكي فنيات وأساليب علاجية تعتمد على قوانين وشروط التعلم الجيد المنبثق من نظريات التعلم وتجاربها ودراساتها، مثل: تعريض المصاب بالقلق لتجربة اصطناعية مفتعلة مع توفير عوامل الاسترخاء، ثم يعرض عليه بعض المثيرات التي تسبب له التوتر والانزعاج - على أن يتم العرض بطريقة تدريجية، ومع تكرار هذا، يمكن أن يتعلم الفرد تعلماً صحيحاً يحل محل التعلم الخاطئ السابق فيقل اكرثاه بمثيرات التوتر والانزعاج التي كانت تسبب له القلق، وقد يتجاهلها تماماً عندما يتعرض لها مرة أخرى، وقد تم إضعاف الارتباط الذي كان يدعو للقلق قبل ذلك (عادل، 2009).

ويحقق العلاج السلوكي نجاحاً ملحوظاً في علاج حالات القلق البسيط، واللزمات العصبية والحركية المصاحبة لقلق، وخاصة عند الأطفال.

ج) العلاج بالاسترخاء:

حيث توفر حالة من السبات والراحة لأعضاء الجسم كلها، كذلك الدماغ وذلك عن طريق تمارين الإيحاء الذاتي، وبعض تدريبات الاسترخاء، وتستخدم الموسيقى الخفيفة في جلسات العلاج بالاسترخاء، ويعتبر العلاج بالاسترخاء وسيلة مساعدة مع معظم أنواع العلاج النفسي الأخرى (إبراهيم، 2010).

د) الإرشاد العلاجي:

يفيد في الحالات الخفيفة للقلق، وحالات التوتر البسيط وقبل أن تستفحل وتصبح نوبات مزمنة، أو شديدة وخلال الجلسات الإرشادية يتم عرض المشكلات وطرق حلها، والمواقف المثيرة للتوتر وطرق مواجهتها دون خوف أو فزع، وكذلك يتم تعليم الفرد كيف يواجه المواقف الصعبة وعدم الهروب منها (إبراهيم، 2010).

هـ) العلاج النفسي المعرفي:

يعتمد الإرشاد المعرفي للقلق على أن الأسباب الأساسية للقلق تكمن في وجود أفكار آلية مهددة لأمن المريض أو ذاته، وأن أي فرد عادي لو شغلته بعض الأفكار المثيرة للشعور بالخطر أو التهديد فسيشعر بالتوتر لبعض الوقت، وإذا تزايدت هذه المشاعر والأفكار مع مواجهة فعلية لمواقف تنثير الانزعاج وعاشها فترة من الوقت، فإنه سيشعر بالقلق الشديد لاسيما إذا كانت الأفكار المهددة لأمنه وذاته متكررة ومبالغ فيها.

وفي الإرشاد المعرفي يقوم المرشد النفسي بإخبار المريض بحقائق عن مرضه وكيف ينشأ، وماذا تصنع به نوبات القلق أو الهلع والرعب من الناحية الجسمية والفسولوجية والنفسية، وبين الآثار السلبية لأعراض القلق في معظم نواحي حياته (حسين، 2001).

ويعرض المعالج على المريض بعض المواقف التي تثير مشاعر التوتر والرعب، ويعلمه كيفية التعامل معها، ثم يحلل تلك المواقف وغيرها مما يسبب انزعاج المسترشد ويعرضها مرة أخرى على تفكيره، وهنا يتم مساعدته لتحديد الأفكار السلبية التي تجعله ينزعج بشدة في مواقف بعينها، وكيف يتصدى لهذه الأفكار ويفندها فكرة تلو الأخرى بطريقة منطقية واقعية (الداهري، 2006).

كما ويقوم المرشد بتحضير أفكار إيجابية لتحل محل الأفكار السلبية، ويساعده المريض على تبني الأفكار الجديدة والتخلي عن الأفكار السلبية بعد أن تأكد من عدم صحتها، وهكذا حتى يثبت على مفهوم جديد يتولد عنه أفكار سوية فلا يعود مرة أخرى للأفكار السلبية، وتؤكد الدراسات التي أجريت على استخدام العلاج المعرفي في علاج القلق أن الأفراد الذين عولجوا قد تم شفاؤهم تماماً وتخلصوا من القلق نهائياً (عبدالله، 2012).

ويتضمن برنامج الإرشاد عدداً من الأساليب، منها:

1 - نظام السجل اليومي للأفكار.

2 - أداء الأدوار.

3 - اختبار الفروض.

ويقوم المرشد بتدريب المسترشد على استخدام هذه الأساليب، كما ويدربه على بعض التمرينات السلوكية المعرفية، وهذا ما يسمى الإرشاد السلوكي المعرفي، وفيه تستخدم فنيات الإرشاد السلوكي المعرفي بالإضافة إلى أساليب العلاج المعرفي من أجل سرعة الشفاء والإنهاء على جذور أسباب

القلق والتوتر، ومن خلال تلك التدريبات يجتهد المرشد في تطوير مهارات المسترشد للتصدي والمواجهة، وذلك بدفع الحجج المضادة لأفكاره السلبية، وإمداده بدفاعات وأساليب تمكنه من القضاء على تلك الأفكار ومن ثم إنهاء حالة القلق والتوتر التي تسيطر عليه (عبد العزيز، 2001).

3.1.2 مرض السرطان

يُعتبر العالم الإغريقي غالينو (Galliano) هو أول من قام بوصف الأورام، حيث اعتبر الرحم المتضخم بسبب الحمل هو أحد الأورام الطبيعية في الإنسان، وقد أطلق المصطلح اللاتيني كاركين، أو ما (Karkinoma)، والذي يقصد به حيوان السرطان على الورم السرطاني الذي يمكن أن يصاب به الإنسان (بلوط، 2011).

إن مرض السرطان عبارة عن نمو غير طبيعي لخلايا الجسم، والخلية هي وحدة تكوين الأجسام الحية والجسم البشري، ولها وظيفتان: التكاثر، ووظيفة أخرى تخصصية تختلف باختلاف نوع الخلية، قد تكون هذه الوظيفة التخصصية "حركة" كما في العضلات أو "إنزيمات" أو "إفراز"، أو عصارة أو غير ذلك من الوظائف الحيوية، وفي الجسم البشري المكتمل النمو تكون الوظيفة التخصصية هي الأساس بينما يقتصر التكاثر على عدد قليل من الخلايا. والنمو السرطاني هو عبارة عن قيام الخلايا بتكاثر مضطرب متزايد وغير منتظم يفوق حاجة الجسم، بل وينقلب إلى الإضرار به، وذلك على حساب الوظيفة الأصلية، ويؤدي هذا التكاثر والنمو غير الطبيعي في كثير من الأحيان إلى ظهور الأورام، وفي بعض الحالات كما في الدم مثلاً لا تكون هناك أورام محسوسة وإنما تتجول الخلايا السرطانية مع الدم (التركي، 2001).

وتعرف قويدر (2008) مرض السرطان على أنه مرض خبيث وضار ينشأ نتيجة لنمو غير سوي للخلايا، وهو على العكس من الخلايا السوية في الجسم، ولا يقف نمو هذه الخلايا عندما تكون على اتصال مع غيرها من خلايا الجسم، بل وتنتشر الخلايا السرطانية بواسطة اعتداء هذه الخلايا غير السوية على الأنسجة المحيطة بها، أو بواسطة الانتقال عن طريق الدم، أو الأوعية الليمفاوية التي تتألف من بلازما الدم، وكريات الدم البيضاء إلى أجزاء أخرى في الجسم، حيث تتصارع الخلايا السرطانية مع الخلايا السوية من أجل الغذاء مما يؤدي في النهاية إلى قتل الخلايا السوية من خلال حرمانها من حاجاتها الغذائية.

إذاً فالسرطان عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم، وأخذت تنمو وتتطور بصورة عشوائية، فيحدث النمو في البدء في العضو المصاب، ثم يتخطى الورم بعد ذلك جميع الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل الشعيرات الدموية أو البلغمية التي تنقلها إلى مختلف أنحاء الجسم حيث تبني مستعمرات سرطانية (التركي، 2001).

ولتوضيح كيفية تكون هذا المرض لابد أولاً من معرفة أن جسم الإنسان مكون من خلايا عديدة تختلف في أشكالها ووظائفها الحيوية، تتكون كل خلية من غلاف خارجي ونواة، حيث تُحفظ المعلومات الأساسية للخلية في النواة في جزيء الحامض النووي، الذي بدوره يحتوي على (46) كروموسوماً مكوناً من ملايين الجينات التي تعمل على تحديد نظام وطريقة عمل كل خلية على حدة (سوبرة، 2006). وخلال دورة الحياة الطبيعية يتم تعويض التالف من خلايا الجسم عن طريق الانقسام الخلوي، حيث تقوم الخلية بإنتاج نسخة أخرى من الحامض النووي ثم تنقسم إلى خليتين متشابهتين. ويحدث هذا الانقسام بشكل منظم مما يسمح لأجسامنا بالنمو واستبدال أو إصلاح ما

تلف من أنسجته الهامة، وعند حدوث أي خلل في هذا النظام المتكامل ينتج عن ذلك تكوّن الورم (الدوسري، 2012).

فالسرطان مصطلح عام يستخدم لوصف مجموعة من الأمراض التي تتميز بالنمو والانقسام بغير حدود لخلايا أنسجة الجسم، وقدرة هذه الخلايا على غزو الأنسجة المجاورة وتدميرها، أو الانتقال إلى الأنسجة البعيدة عن طريق الدم أو الجهاز الليمفاوي. وكلما تقدم المرض أصبحت الخلايا أكثر شذوذاً من حيث الشكل والبنية والوظيفة، بحيث لا تستقبل الإشارة الطبيعية لوقف هذا التكاثر مما يساعد على انتشارها بشكل أكبر (السيد، 2007). ويعرف السرطان أيضاً بأنه حالة لنمو خلايا غير طبيعية، وبدلاً من تعويض الخلايا التالفة فقط، تتكاثر تلك الخلايا بشكل كبير ودون توقف، فتطغى على العضو المصاب مشكلة تسمى بالورم.

ويرى بيرندا (Bernda,1998) أنه لا يمكن اعتبار كل ورم سرطاناً، حيث أن هناك نوعين من الأورام:

أولاً: الأورام الحميدة: تكون مغلفة بنسيج ليفي وغير قابلة للانتشار وغالباً لا تعود للظهور مرة أخرى بعد إزالتها. ويتم إزالة هذا النوع من الأورام بالتدخل الجراحي خصوصاً عندما تكون كبيرة الحجم أو تشكل عبئاً على العضو المصاب أو الأعضاء القريبة منها، مما يمنعها من العمل بشكل طبيعي، وقد تتحول بعض الأورام الحميدة إلى أورام خبيثة، ونذكر مثلاً على ذلك الورم الغدي في القولون، والذي قد يتحول بمرور الزمن إلى سرطان القولون.

ثانياً: الأورام الخبيثة: تتكون من أورام سرطانية تنقسم لتتكاثر، وتدمر الخلايا والأنسجة المجاورة، بدلاً من تعويض الخلايا التالفة، كما أن لها القدرة على الانتشار إلى أعضاء أخرى في الجسم من خلال كل من الجهازين الدموي والليمفاوي. وهناك ما يزيد على مئة نوع من أنواع الأمراض السرطانية التي تختلف باختلاف النسيج المكون لها مثل سرطان الثدي والكبد وسرطان الدم النقوي

(اللوكميا) بنوعيه الحاد والمزمن. ويصيب السرطان مختلف المراحل العمرية ولكن تزداد مخاطر الإصابة به كلما تقدم الإنسان في العمر.

ومن الشائع أن مرض السرطان يشمل أكثر من (100) نوع، حيث أنه في جميع أنحاء الجسم، ومن الأمثلة عليه سرطان الرئة، وسرطان الجلد، وسرطان الرأس، وسرطان الدم، وسرطان الكبد، وسرطان الثدي، ويسمى المرض باسم الجزء الذي يبدأ فيه، فمثلاً قد نجد شخصاً مصاباً بهذا المرض في الكبد ولكن يطلق عليه سرطان الرئة لأنه ابتداءً من الرئة ثم انتشر إلى الكبد. وينتقل مرض السرطان إلى أجزاء الجسم بثلاث طرق وهي: عن طريق تمده أو اجتياحه للخلايا المجاورة، والدورة الدموية من خلال الشرايين والأوردة، وعن طريق النظام الليمفاوي (كرسوع، 2012).

وتتلخص أعراض سرطان الدم بشعور المريض بضعف عام، ودوار، وإرهاق، وضيق في التنفس عند بذل مجهود، وخفقان بالقلب، وقد يميل إلى النزف من اللثة أو الأنف، وقد تظهر عليه آثار نزف تحت الجلد على شكل طفح في الساقين أو بقع دموية في أنحاء مختلفة من الجسم، وقد ترتفع درجة الحرارة لديه لوجود عدوى بكتيرية في مكان من الجسم أو عامة في الدم، وتسمى هذه الأعراض أعراض فشل النخاع العظمي وذلك لأن سببها ضعف إنتاج كريات الدم الحمراء والبيضاء والصفائح الدموية، وفي بعض الحالات يتم نقل دم إلى المريض من أجل تعويض كريات الدم الحمراء التي يفقدها المريض بسبب النزيف، والتي يعجز الجسم عن إنتاجها (السيد، 2007؛ وجبرائيل، 1983).

وهناك مجموعة من العوامل التي قد تعمل على تحفيز الخلايا السرطانية، ومن ذلك العوامل البيئية مثل التعرض للإشعاعات، وعوامل التغذية غير الصحيحة، والسلوك الإنساني مثل الإدمان على الكحول والتدخين، كذلك وقد يلعب العامل الوراثي دوراً في ارتفاع نسبة الإصابة في مرض

السرطان (السيد، 2007؛ والباز، 2000)، كما أن التعرض للقلق والضغط النفسية والاجتماعية، يمكن أن تساهم في إضعاف الجهاز المناعي بحيث يمكن أن يصبح معرضاً للإصابة بمرض السرطان (الزرا، 2000).

1.3.1.2 سرطان الطفولة

على الرغم من تطور الأبحاث والدراسات في مجال سرطان الطفولة خلال الخمسين سنة الماضية وخصوصاً في العشرين الأخيرة منها، إلا أنه لا يزال السبب الرئيس والمباشر لهذه الأمراض غير معروف (السيد، 2009)، حيث أنه ينشأ السرطان لدى الأطفال بنفس المواضيع تقريباً التي تنشأ فيها أورام البالغين، غير أن بعض الأنواع شائعة أكثر لدى الأطفال، ومن جهة أخرى تختلف أورام الأطفال عن أورام البالغين، ولا تنتهج سلوكاً مشابهاً بشكل دائم، ولا تتم معالجتها بنفس الخطط العلاجية، كما أنها لا تستجيب للمعالجات بنفس الوتيرة، إضافة إلى ارتفاع معدلات الشفاء القياسية مقارنة بأورام الكبار (Davis, 1993).

لذلك ينصح الأطباء بضرورة تجنب القراءة عن أورام الكبار بُغية التعلم عن أورام الأطفال، أو التكهن بفرص الشفاء الممكنة لحالة أي طفل مريض، إذ تختلف الخطط العلاجية، ومؤشرات التكهن بالمرودود العلاجي، وتطورات المرض عند الأطفال بشكل كبير عنها لدى البالغين، وتظهر الفروقات الرئيسية بمعدلات الشفاء أو النجاة القياسية، حيث تبلغ معدلات الشفاء القياسية لدى أورام الأطفال في المتوسط نسبة (75%)، وترتفع هذه النسبة إلى أكثر من (90%) عند بعض الأنواع، بينما تبلغ لدى الكبار بالمتوسط نسبة (60%)، ويُعتقد أن هذا الفرق ناتج عن حقيقة أن أورام الأطفال أكثر استجابة وتفاعلاً تجاه المُعالجات، وحقيقة أن الأطفال أكثر قدرة على تحمل العلاجات

المكثفة، كما أن المعطيات للتكهن بمردود علاجي جيد، وتقديرات المرض لديهم أكثر إيجابية (جمعية أدام، 2010).

من جهة أخرى تختلف معدلات أورام الطفولة بشكل كبير عن مثيلتها عند البالغين، حيث نجد أن أورام ابيضاض الدم، وأورام الدماغ والجهاز العصبي، والأورام الليمفاوية (أو أورام الغدد الليمفاوية)، وأورام العظام والأنسجة الرخوة والكلى والعيون والغدد الكظرية، هي أكثر شيوعاً عند الأطفال، بينما نجد أن أوراماً مثل أورام الجلد والبروستاتة والمثانة والثدي والرئة، هي الأكثر شيوعاً لدى البالغين (جمعية أدام، 2010).

ويعد سرطان الدم (ابيضاض الدم الحاد) من أكثر أنواع السرطان شيوعاً بين الأطفال، وقد قدرت نسبة انتشاره بين الأطفال بما يقارب (30%)، ويمكن تعريف سرطان الدم على أنه تكاثر متسارع في كريات الدم البيضاء، بحيث يكون على حساب كريات الدم الحمراء والتي تقل بشكل كبير في الجسم (السيد، 2007)، وتنقسم اللوكيميا إلى حادة (أي سريعة الظهور) وهي الأكثر شيوعاً عند الأطفال، ومن أنواعها سرطان الدم الليمفاوي، وكريات الدم الليمفاوية (ب، ت)، وسرطان الدم غير الليمفاوي، والنوع الثنائي الذي يتكون من خليط من خلايا الدم الليمفاوية وغير الليمفاوية (يحيى، 2009).

ويأتي في المرتبة الثانية من الانتشار أورام الجهاز العصبي (المخ) وتشكل تقريباً (15%-20%) من نسبة الأورام الخبيثة لدى الأطفال، ويشكو فيها الطفل عادة من صداع وقيء مع تغير في النظر وربما الدوخة، والصعوبة في المشي بشكل طبيعي، وأحياناً يكون مصحوباً بالتشنجات وقد تكون أولى علامات سرطان المخ عند الأطفال هو التغير الواضح في مستوى الطفل الدراسي وبداية تدهور سلوكه الدراسي (السيد، 2009).

ومن الأنواع الأقل شيوعاً للسرطان سرطان البلاستولية العصبية الذي يشكل ما يقارب (7%) من المجموع العام للأورام الخبيثة، أما سرطان الكلى فيشكل ما يقارب (6%)، وأخيراً سرطان الجهاز التناسلي الذي يصل إلى حوالي (1%)، وبالطبع فإن لكل نوع من هذه الأمراض مراحل علاجية مختلفة تبعاً لاختلاف الأعراض الخاصة بمكان الورم ومدى تأثيره على الأنسجة المحيطة به (السيد، 2009).

وعلى الرغم من تنوع المراحل العلاجية لكل نوع من الأورام، إلا أن الأطباء يجمعون على أن هناك ثلاث طرق أساسية لعلاج الأورام، وهي:

1 العلاج بالأدوية (الكيميائي):

العلاج الكيميائي هو علاج باستخدام أدوية خاصة تُعرف بالعقاقير الكيميائية المضادة للسرطان، تقوم بالقضاء على الخلايا السرطانية و تدميرها، و ذلك بعرقلة وتقويض نسق العمليات الحيوية داخلها، وتأتي الميزة الرئيسية لهذا العلاج من قدرته على معالجة الأورام المتنقلة والمنتشرة (سوبره، 2006). بينما يقتصر العلاج الإشعاعي أو العمل الجراحي على معالجة الأورام المنحصرة بمواضع محدّدة، وتعود فعاليته المتميّزة إلى حقيقة أن الخلايا السرطانية، بطريقة ما، هي أكثر حساسية وأشدّ تأثراً بالكيميائيات من الخلايا الطبيعية، وقد يتم استخدامه كعلاج وحيد في بعض الحالات، أو جزء من برنامج علاجي متكامل يتضمن عدة علاجات مشتركة، ويتم اتخاذ القرار باستخدام هذا العلاج، بالموازنة ما بين فعاليته وتأثيراته الجانبية ومضاعفاته المستقبلية، وبين خطورة السرطان، وبطبيعة الحال فمضاعفاته وآثاره مقبولة مقارنة بالمرض نفسه، إضافة إلى أن المردود العلاجي إيجابي بدرجة كبيرة (السيد، 2009).

2 العلاج بالجراحة:

تعتبر الجراحة جزءاً أساسياً في الخطط العلاجية عند أغلب الأورام الصلبة لدى الأطفال، ويستهدف العمل الجراحي الوصول إلى موضع الورم من أقصر الطرق، وأقلها تأثيراً على أنسجة الجسم السليمة، ومن ثم التحقق من تسرطن الورم؛ عبر استخلاص خزعة من أنسجته لتحليلها، تمهيداً لاستئصال أكثر كمّ ممكن من نسيج الورم وبأقل أضرار ممكنة، وباستخدام كافة التقنيات المتوفرة، مع مراعاة تأثير ذلك على الأعضاء الحيوية المجاورة، إضافة إلى إزالة مساحة معينة من الأنسجة المحيطة بالورم تحسباً لانتشاره عبرها، ومن ثم التقصّي عن مدى انتقاله إلى الأنسجة والأعضاء القريبة، خصوصاً الغدد الليمفاوية أو أية مواضع من المعتاد انتقال الخلايا الورمية إليها، وذلك حسب نوع الورم موضوع الجراحة (جمعية ادم، 2010). ومن البديهي أن يختص كل نوع من الأورام، بأسلوب جراحي مختلف و تقنيات مرتبطة بموضعه، ومدى تركزه ورقعة انتشاره، وحسب الحال قد يتم استخدام العلاجات الكيماوية أو الإشعاعية أو كليهما قبل الجراحات، بُغية حصر وتقليص حجم الورم مما يسهل من الاستئصال، إضافة إلى استخدامهما عقب الجراحات، بُغية القضاء على الخلايا السرطانية غير المميزة التي قد تكون متبقية، أو تمهيداً للجراحات التالية (السيد، 2009).

3- العلاج بالأشعة:

إن الإشعاع هو نوع من الطاقة المتحررة على شكل جزيئات أو أمواج، تستخدم بُغية تدمير الخلايا السرطانية وتقليص الأورام، سواء باستخدام العناصر والنظائر المشعّة، أو باستخدام دفع إشعاعي، مُوجَّج وعالي الطاقة، من الأشعة السينية أو أشعة أخرى مثل أشعة جاما، أو دفع النيوترونات أو البروتونات، وتتركز فاعلية الإشعاع، في قدرته على تقويض وتفتيت الحمض النووي للخلايا

الورمية، وهو المادة الحيوية والأساسية لمختلف الوظائف الخلوية، مما يؤدي إلى القضاء عليها (سوبرة، 2006).

ويستخدم هذا النوع عادة بعد إزالة الورم بالجراحة، لتدمير ما تبقى من خلايا ورميه خبيثة لم يتم استئصالها بالجراحة (السيد، 2009).

واستناداً إلى ذلك، يعاني أطفال مرضى السرطان بصفة عامة من محدودية خاصة يفرضها المرض بداية وعلاجه ثنائية، وهذه المحدودية تؤثر على جوانب الشخصية المختلفة لدى هؤلاء الأطفال. فمن الناحية الجسمية يتأثر جسم الطفل بالعلاجات المختلفة لهذا المرض والتي تتمثل في سقوط الشعر، قلة المناعة واضطراب الوزن، وإضافة إلى ذلك يصاحب هذا المرض كثيراً من الاضطرابات النفسية كالقلق والخوف والحزن والعصبية، والتي بدورها تؤثر سلباً على الجانب النفسي للطفل، كما قد نجد الطفل منسحباً وعدوانياً، ونظراً لتأثير العلاج على السيلالات العصبية للطفل، فإن ذلك سيؤثر على الناحية المعرفية لديه (يحيى، 2008).

2.3.1.2 العلاقة بين العوامل النفسية والسرطان

حدثت إرهاصات مبكرة تؤكد العلاقة بين مرض السرطان والعوامل النفسية والشخصية، حيث حاول بعض الباحثين إدراج السرطان ضمن الأمراض الجسمية التي تقوم الشخصية بدور مهم في إحداثها، وقد بدأت هذه المحاولات منذ أن أشار الطبيب الإغريقي "جالينوس" إلى أن احتمال إصابة المرأة الكئيبة بالسرطان يفوق احتمال إصابة المرأة المتفائلة بالمرض نفسه (مجيد، 2012).

ويضيف هارون (2013) إلى أنه من خلال البحث الدقيق عن طبيعة مرض السرطان توصلت الدراسات العربية والأجنبية إلى نقطة الالتقاء والترابط بين العوامل الجسمية والنفسية والتي يمكن أن تؤدي إلى السرطان، وقد أوضح الزرّاد (2000) أهم العوامل النفسية المؤدية للسرطان، وهي

ضعف جهاز المناعة لأنه في الأحوال العادية مع الإنسان السليم والذي يخلو من مرض السرطان يخرج من جسمه خلايا سرطانية يستطيع جهاز المناعة السيطرة عليها، ولكن إذا ضعف جهاز المناعة فإنه يؤدي إلى شنوذ الخلية.

ويلعب الإحباط والقلق دوراً مهماً في ضعف جهاز المناعة، مما أدى إلى وضع مرض السرطان ضمن الأمراض السيکوسوماتية أي الأمراض النفس جسمية والتي تلعب العوامل النفسية دوراً مهماً في الإصابة به.

وقد لخصت قويدر (2008) العلاقة بين العوامل النفسية ومرض السرطان فيما يلي:

1 - يمكن أن تعجل الصدمات النفسية بظهور السرطان دون أن تكون هي السبب الأول في المرض.

2 - إن اضطرابات الوظائف الغددية الهرمونية تثيرها الضغوط الانفعالية، وخاصة الضغوط المتعلقة بمشكلات الطفولة.

3 - إن علاج السرطان يجب أن يجمع بين الجراحة وعلاج الغدد، بالإضافة إلى العلاج النفسي والإرشاد والخدمة الاجتماعية.

كما وأبرزت دراسة طبية تأثير الحالة النفسية لمرضى السرطان على فرص النجاة لديه، مؤكدة على ضرورة إيجاد اختبارات نظامية لتقييم حالة الإحباط والاكتئاب واليأس عند هؤلاء الأفراد، ليتسنى إخضاعهم للعلاج وزيادة فرصة نجاتهم. وأكد العديد من الأطباء على ضرورة توخي الحذر عند التعامل مع مرض هذا الداء بتفادي كل العبارات الحزينة التي تؤثر على نفسية المريض وتجعله فاقداً لأمل العلاج، كما أشاروا إلى أن الانغلاق على النفس والاكتئاب واليأس أثناء العلاج تعد من بين العوامل الأكثر تأثيراً على الشفاء مما يؤدي إلى تدهور نفسيته (جريدة العلم، 2010).

ويشير الزرّاد (2005) إلى دراسات أخرى أجريت حول علاقة السرطان بشخصية المريض، أكدت هي أيضاً على أن أهم السمات الشخصية التي يتصف فيها مريض السرطان هي مشاعر (الشعور باليأس - الشعور بالنقص - التشاؤم - القلق والخوف - انخفاض مستوى تقدير الذات).

إذاً، فالقلق رد فعل طبيعي تجاه السرطان، وقد يُعاني المرء من القلق أثناء إجراء الاختبارات والتحاليل الأولية للسرطان، أو حين ينتظر نتائج الفحوص، وعند تلقى نبأ التشخيص وحين البدء بالمعالجات أو عند توقع عودة الورم، وسيجد مريض السرطان أن مشاعرهم من القلق والتوتر تزيد وتنقص في أوقات مختلفة، فقد يصبح المريض قلقاً ومتوتراً أكثر حين ينتشر السرطان أو ينتقل إلى موضع آخر، أو حين تصبح المعالجات أكثر كثافة وإجهاداً، وبطبيعة الحال تتفاوت وتختلف مستويات القلق من مريض لآخر، ويمكن معظم المرضى من تخفيض مستويات القلق بالإحاطة بكل المعلومات المتعلقة بالسرطان والمعالجات المزمعة والأحداث المتوقعة أثناءها (جمعية ادم، 2010).

4.3.1.2 تأثير إصابة الطفل بمرض السرطان على الأسرة

يقول أحد الأطباء: "توقف الزمن فعلاً حين تم إعلامي بأن طفلي مصاب بالسرطان"، ولعل هذه العبارة تكون أقرب إلى الحقيقة، فالزمن يتوقف لكل الآباء والأمهات حين يتم إعلامهم بإصابة أحد أبناءهم بالسرطان، بل ولعل إعلامهما بأنه توفي فجأة أقل وطأة عليهم من إعلامهما بأن الطفل مصاب بهذا المرض الخبيث، الذي لا يعرفون عنه سوى أنه مرض مميت (خريسات، 2012)، أي أن تشخيص الإصابة بالسرطان يؤثر على جميع العائلة، وقد يشعرون بأن عالمهم الخاص ينهار، وقد يشعرون بالضيق عندما يكون الطفل تحت العلاج، وقد يكون من الصعب العودة إلى الحياة

الطبيعية عندما ينتهي العلاج، ومن الطبيعي أن يشعر أفراد العائلة بهذه المشاعر المتشابكة والمربكة (جمعية أصدقاء المريض، 2003).

إن إصابة أحد الأطفال بالسرطان يجعل أحد الوالدين أو كلاهما يقضيان معظم أوقاتهم معه في المستشفى وبعيداً عن العائلة، وبعض الأطفال يشعرون بالخوف لابتعادهم عن العائلة وبعضهم يكتسب الخوف والقلق من الوالدين (Patterson, 2004)، لذلك فإن الأطفال وذويهم يحتاجون إلى الدعم النفسي والمساندة الاجتماعية ليشعروا أن كل شيء على ما يرام.

وأشارت غرابية (2003) بأن وجود شخص مريض أو طفل بمرض مزمن له تأثيرات نفسية ضاغطة على العائلة كلها وعلى مختلف المستويات الاجتماعية والاقتصادية والعاطفية، وما ينتج عن هذه الضغوطات النفسية من شعور بالإحباط واليأس.

وفي بحث طبي أشار أن غالبية الآباء ممن لديهم أبناء يخضعون للعلاج من الإصابة بالسرطان أو أمراض رئوية أخرى يسجلون أعراضاً للإصابة بما يسمى باضطرابات الضغوط العصبية فيما بعد الجراحة، هذه الأعراض تظهر عندما يمر شخص بأحداث تتميز بالضغط العصبي الشديد، وربما تتضمن الأعراض القلق المزمن وصعوبة النوم والتركيز (Brewer, 2002).

وتشير بلوط (2011) بأن معاناة الأسرة مع طفلها المريض بالسرطان تبدأ منذ لحظة التشخيص الأولى، حين يعلن الطبيب للأسرة أن الطفل يعاني من مرض السرطان، وإن وقع مثل هذه الكلمات هو صادم لا يمكن توقعه على الأسرة ككل، خاصة في ظل تفكير الأسرة لما يمكن أن يحدث في حياتها، وماذا سيكون مصير الطفل المريض.

ويؤكد لنا دافيس (1993) أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة لا يعانون بمفردهم، حيث أن هذه الأزمة كفيلة بأن تقحم الأسرة ككل، بحيث تنعكس عليهم بشكل كبير، وفي حال كان الطفل هو المريض في الأسرة، فإن الأهل يملكهم حالة من القلق والخوف والشعور بالتهديد، وهذا ما

ينعكس على الطفل المريض ويؤثر سلباً على سبل علاجه، فالأهل بحاجة في هذه المرحلة إلى إجراء ترتيبات جديدة، وإعادة تنظيم من أجل إحداث توازن ما بين رعاية الطفل المريض وتلبية متطلبات الأسرة، وفي معظم الأحيان فإن من يقوم برعاية الطفل المريض هي الأم، لذلك تقع على عاتقها الكثير من المسؤوليات التي تستوجب منها البقاء مع طفلها في المشفى.

وتشير هايندز (1996) أن الوصول إلى مرحلة الشعور بالأمان بالنسبة لأهل الطفل المصاب بالسرطان مخوفة بالكثير من الصعوبات والمخاطر، حيث أن معظم المبحوثين في الدراسة وصفوا هذه المرحلة بأنها مليئة بالضغط والتوتر الذي فاق قدرتهم على التحمل، خاصة في ظل بحثهم عن علاجات بديلة لمساعدة طفلهم المصاب بالمرض، كما ويتخلل هذه المرحلة إثارة الشكوك في كل شيء والشعور بالقلق والخوف.

وتضيف ستيفن (1997) أن إصابة الطفل بالسرطان لا تؤثر على الوالدين وحسب، بل تؤثر على الأطفال الآخرين في الأسرة كذلك، فقد أعرب العديد من الأبناء في كثير من الدراسات عن شعورهم بالضيق، وبأنه تم إهمالهم وذلك لتركز الأسرة حول الطفل المصاب بمرض السرطان، ومثل هذه الأزمة قد تساعد في حدوث اضطراب في حياة الأطفال الآخرين في الأسرة من خلال شعورهم بالغضب والغيرة والإحساس بالذنب، وشعورهم بالعزلة الاجتماعية وتدني تحصيلهم الأكاديمي.

إن كل هذه الجوانب توضح كيفية تأثير الطفل المصاب بالسرطان على الأسرة ككل، ومن هنا تتبع أهمية التكافل الأسري والاجتماعي لمواجهة هذه الأزمة التي لا تطل الطفل وحده، بل الوالدين والأطفال الآخرين.

2.2 الدراسات السابقة

تعرض الباحثة عدداً من الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع السرطان والقلق وتقدير الذات، وفيما يلي هذه الدراسات:

1.2.2 الدراسات العربية

1 - دراسة كرسوع (2012) بعنوان مرض السرطان في قطاع غزة دراسة في الجغرافية الطبية.

وهدفت الدراسة التعرف إلى مرض السرطان بأنواعه المتعددة في قطاع غزة، ومعرفة درجة انتشار المرض وتوزيعه الجغرافي في قطاع غزة، والإشارة إلى العوامل البيئية والجغرافية (الطبيعية والبشرية) التي تؤثر فيه. وتكونت عينة الدراسة من (600) منهم (400) مريض بالسرطان أعمارهم 12 فأكثر، و(50) مريض بالسرطان أعمارهم أقل من 12، و(200) طالب من الجامعات الفلسطينية بغزة، من أجل قياس مدى وعي المواطنين بمرض السرطان، وقد تمثل مجتمع الدراسة في قسمين: قسم للاستبيان الخاص الذي تمثل بمرضى السرطان الذين أعمارهم أقل من 12 وأكثر من 12، أما القسم الثاني فكان القسم العام للاستبيان الذي تمثل بطلاب الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، حيث أنها قامت بإعداد 3 استبانات، منها استبانتين حول أنواع مرض السرطان، ومعرفة الدعم النفسي لأطفال السرطان في قطاع غزة، واستبانة حول مرض السرطان في غزة دراسة في الجغرافيا الطبية. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها ارتفاع نسبة الإصابة بالسرطان مع قلة الخدمات المقدمة للمرضى، وقلة الأطباء المعالجين للمرضى، وبينت وجود علاقة ارتباطية بين العادات الغذائية، مثل أكل اللحوم الحمراء والإصابة بالمرض. كذلك

وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين العادات السلوكية كالتدخين والإصابة بالمرض، كما توصلت إلى وجود علاقة بين مهنة الزراعة والإصابة بالمرض، ووجود علاقة بين الجنس والإصابة بالمرض أيضاً.

2- دراسة الشرم (2012) بعنوان القلق والأمن النفسي لدى عينة من طلاب المرحلة المتوسطة

الدارسين في الأحياء المتضررة من الأمطار والسيول في محافظة جدة. هدفت الدراسة التعرف على مستوى القلق والأمن النفسي لدى عينة الدراسة، كما وهدفت إلى معرفة العلاقة بين مستوى القلق والأمن النفسي، وقد تكونت عينة الدراسة من (449) طالباً من طلاب المرحلة المتوسطة بصفوفها الثلاثة في المدارس الحكومية المتضررة من السيول والأمطار حيث كانت العينة عشوائية، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي بشقية المقارن والارتباطي، وقد استخدم الباحث مقياس القلق العام إعداد جمل الليل (2005)، ومقياس الطمأنينة النفسية إعداد الدليم (1993)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى القلق لدى أفراد العينة مرتفع ومستوى الأمن النفسي منخفض، وأنه لا توجد فروق بين متوسطات درجات الطلاب على المقياس والأبعاد الكلية ترجع إلى الصف الدراسي والوجود داخل الحي أو عدمه، وتوجد فروق بين درجات الطلاب على مقياس القلق لصالح المتضررين.

3- دراسة علاء الدين وعبد الرحمن (2011) بعنوان فاعلية برنامج جمعي في خفض التوتر

والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان. وهدفت هذه الدراسة التعرف إلى فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان، وقد تكونت عينة الدراسة من (20)، أما لأطفال مصابين بسرطان اللوكيميا اللمفاوية الحادة، اختيروا بالطريقة القصدية، ثم قسمت عشوائياً إلى مجموعتين

متساويتين، مجموعة تجريبية طبق عليها البرنامج الإرشادي الذي يستند إلى العلاج السلوكي المعرفي، والمجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها أي برنامج إرشادي، حيث صمم برنامج إرشادي جمعي استناداً إلى الأدب النفسي في مجال الإرشاد الجمعي الخاص بأسر مرضى السرطان. كما واستخدم مقياس التوتر المستمد من مقاييس عابدين للتوتر المرتبط بالأعباء الوالدية للأطفال مرضى السرطان، ومقياس التشاؤم المستمد من مقياس ديمير وآخرون للتشاؤم والتفاؤل. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبيتين والضابطة من الأمهات على مقياس التوتر والتشاؤم، كما أشارت نتائج المقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى وجود فروق ظاهرة بين متوسطات القياسين البعدي والتتبعية لصالح التتبعية على بعض المقاييس، فقد ارتفعت الدرجات سلباً على مقياس التوتر في حين انخفضت إيجابياً على مقياس التشاؤم.

4- دراسة بلوط (2011) بعنوان التعمق في تجربة أمهات أطفال مرضى السرطان في فلسطين

ومدى التوافق النفسي لـديهن. هدفت الدراسة إلى التعمق في تجربة أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان، تكونت عينة الدراسة من (10) حالات لأمهات الأطفال، حيث اتبعت الدراسة المنهج الكيفي من خلال استخدام النظرية المجذرة، وذلك من خلال إجراء مقابلات معمقة مع الأمهات في مستشفى الحسين الحكومي، حيث أسفرت الدراسة عن وجود تأثيرات نفسية متعددة لدى أسرة الطفل المريض بالسرطان، وأهمية مصادر الدعم المساندة للأمهات، والتي تمثلت في تسعة نقاط، حيث لعب الدين دوراً إيجابياً في كيفية تأثير أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان، وأظهرت الدراسة أن المجتمع يحمل توجهاً سلبياً نحو المرض، وأن الدعم الرسمي والمؤسساتي تمثل في أربعة جوانب، أهمها طاقم العاملين في القسم.

5 -دراسة القحطاني (2010) بعنوان دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات

الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين في الطائف. هدفت الدراسة إلى دراسة فاعلية برنامج اللعب في خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف. وقد تكونت عينة الدراسة من (8) أطفال من الذكور والإناث، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي لملاءمته مع غرض الدراسة، وكانت أداة الدراسة مقياس القلق للأطفال من إعداد الدكتورة فيولا الببلاوي (1987)، وبرنامج اللعب التركيبي من إعداد الباحثة. وأشارت النتائج إلى انخفاض متوسطات القلق للأطفال في التطبيق البعدي عن متوسطات درجاتهم في التطبيق القبلي، مما يشير إلى فاعلية البرنامج المستخدم في خفض درجات القلق للأطفال.

6 -دراسة صاع (2010) بعنوان قلق الموت لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الكيماوية

الإسرائيلية في محافظة طولكرم وعلاقته ببعض المتغيرات. هدفت هذه الدراسة إلى معرفة درجة قلق الموت لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الكيماوية الإسرائيلية في محافظة طولكرم، إضافة إلى تحديد أثر متغير العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي على درجة القلق، وتكونت العينة من (120) من السكان المجاورين للمصانع الإسرائيلية. وقد تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية، استخدم فيها المنهج المسحي لملاءمته مع أغراض الدراسة، وقد طبق على العينة مقياس قلق الموت من إعداد عبد الخالق (2003)، حيث توصلت النتائج إلى أنه يوجد درجة عالية جداً من قلق الموت لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الإسرائيلية، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدى السكان تعزى لمتغيرات الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي.

7 -دراسة أبو غزال و جرادات (2009) بعنوان أنماط تعلق الراشدين وعلاقتها بتقدير الذات والشعور بالوحدة. هدفت الدراسة إلى بحث علاقة أنماط تعلق الراشدين بتقدير الذات والشعور بالوحدة، تكونت عينة الدراسة من (526) طالباً وطالبة اختيروا من جميع كليات جامعة اليرموك بالطريقة العشوائية، وقد طبق عليهم مقياس التعلق الذي طوره الباحث بعد الاطلاع على مقاييس التعلق، مقياس روزنبرغ لتقدير الذات تعريب جرادات (2006)، مقياس اليرموك للشعور بالوحدة الذي طوره حداد وسوالمة (1998)، أظهرت النتائج أن كلاً من نمطي التعلق القلق والأمن قد ارتبط بشكل دال بتقدير الذات والشعور بالوحدة، ولم يتبين وجود علاقة بين التعلق التجنبي وتقدير الذات، ولا يبين هذا النمط من التعلق والشعور بالوحدة، وبالمثل فقد أظهر تحليل الانحداران كلاً من نمطي التعلق القلق والأمن، قد ساهم بشكل دال في التنبؤ بتقدير الذات والشعور بالوحدة، إضافة إلى ذلك، تبين أن نمط التعلق الآمن هو أكثر أنماط التعلق شيوعاً.

8 -دراسة مرازقة (2009) بعنوان مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. هدفت الدراسة إلى تحديد مركز الضبط واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، وإبراز الفروق في متوسطات إبعاد مركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان والتي تعزى لمتغير (الجنس - السن - الحالة الاجتماعية)، إبراز العلاقة بين مركز ضبط الألم وإستراتيجية المواجهة لدى مرضى السرطان، وتكونت عينة الدراسة من (52) مريضاً، (27) من الذكور و(25) من الإناث يعانون أنواعاً مختلفة من السرطان، تتراوح أعمارهم ما بين (21-56) سنة، طبق عليهم مقياس مركز ضبط الألم (مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد

الخاص بالألم) ومقياس إستراتيجيات المواجهة المعدل من طرف كوسون (1996)، وقد اتبعت

هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي لملاءمته للدراسة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1 ارتفاع درجات أفراد العينة في بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألم، وإستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكلة.

2 عدم وجود فروق بين مرضى السرطان في متوسطات أبعاد مركز ضبط الألم تعزى لمتغيرات (الجنس - السن - الحالة الاجتماعية).

3 عدم وجود فروق بين مرضى السرطان في متوسطات استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير (الجنس - السن - الحالة الاجتماعية).

4 وجود علاقة ارتباطية جزئية بين إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال وكل من البعد الداخلي، وبعد الحظ لمركز ضبط الألم، وعدم تحقق العلاقة بين ذوي النفوذ وأي من إستراتيجيات المواجهة.

9 دراسة عوض (2009) بعنوان قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب في منطقة عكا: دراسة مقارنة. هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب ضمن بعض المتغيرات، حيث تكونت عينة الدراسة من (458) من المرضى من كلا الجنسين من منطقة عكا، طبق عليهم مقياس قلق الموت الذي قامت الباحثة بتطويره بعد الاطلاع على الأدب النظري في هذا المجال، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1 أشارت النتائج إلى أن هناك درجة متوسطة من قلق الموت لدى أفراد العينة.

2 وجود فروق بين الذكور والإناث على المقياس إذا كانت درجات الإناث أعلى من درجات الذكور.

3 وجود فروق بين مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب على مقياس قلق الموت إذ كانت درجات مرضى السرطان أعلى من درجات مرضى السكري والقلب.

4 وجود فروق بين الفئات العمرية على مقياس القلق إذ كانت درجات الفئة (55 فأقل) أعلى من درجات الفئة (56-65) والفئة (66) فأكثر.

10 -دراسة العاسمي (2009) بعنوان تناقضات إدراك الذات وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي

والاكتئاب لدى طلاب جامعة دمشق. هدفت الدراسة التعرف إلى العلاقة بين تناقضات إدراك الذات وكل من القلق الاجتماعي والاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة دمشق، حيث تمثلت العينة في (230) طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية والعلوم بواقع (94) طالباً و(136) طالبة، طبق عليهم استبيان تناقضات إدراك الذات لهيغنز، مقياس القلق الاجتماعي من إعداد الباحث، ومقياس الاكتئاب لبيك، أظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائياً بين تناقض إدراك الذات الواقعية/ الواجبة والقلق الاجتماعي، ووجود علاقة بين تناقض إدراك الذات الواقعية/ المثالية والاكتئاب النفسي، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن الإناث أكثر تناقضاً في معظم أبعاد تناقض إدراك الذات، وأشارت النتائج إلى أن الطلاب الذين حصلوا على درجات مرتفعة في تناقض إدراك الذات الواقعي/ المثالي حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس بيك للاكتئاب، بينما الذين حصلوا على درجات مرتفعة في تناقض إدراك الذات الواقعية/ الواجبة حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس القلق الاجتماعي، وذلك مقارنة بالطلاب الذين حصلوا على درجات منخفضة.

11 -دراسة عبدالله ويحيى (2008) بعنوان التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية

لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن وتطوير برنامج إرشادي لتحسين تلك التأثيرات. وهدفت الدراسة التعرف إلى التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن، وعلاقتها بمتغيرات الجنس، والعمر، وطول فترة العلاج، ومكان الإقامة، مستوى تعليم الوالدين، كما وهدفت الدراسة إلى تطوير برنامج إرشادي لتحسين تلك التأثيرات، وتكونت عينة الدراسة من (100) طفل من المصابين بسرطان اللوكيميا (ابيضاض الدم)، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (5-18) عاماً، اختيروا بالطريقة العشوائية لدراسة الحالة تكونت من (10). أما بالنسبة للبرنامج الإرشادي فقد تم اختيار (20) بالطريقة القصدية، وقد استخدمت الدراسة مقياس التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية من إعداد الباحثين، ونموذج دراسة حالة (بحث نوعي) من إعداد الباحثين. واتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي المسحي شبه التجريبي لملاءمتها مع أغراض الدراسة، وأشارت النتائج إلى أن مرض لوكيميا الدم عضوي يؤثر بداية وبشكل واضح على صحة الطفل وعلى أجزاء جسمه المختلفة، ثم يتبع هذه التأثيرات النفسية، معرفية، واجتماعية، أما بخصوص فاعلية برنامج إرشادي، فقد أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح لتحسين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في جميع الأبعاد.

12 -دراسة مصطفى (2007) بعنوان المساندة الاجتماعية وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية

لدى الأطفال المرضى بالسرطان. هدفت الدراسة التعرف إلى العوامل النفسية الناتجة عن مرض السرطان لدى الأطفال، وتناول مرض السرطان باعتباره مرضاً سيكوسوماتياً، بتبادل التأثير بين الجسد والنفس وتأثير كل منهما على الآخر. كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن

بعض العوامل المرتبطة بالإصابة بالسرطان عند الأطفال كالقلق، والاكتئاب، والمساندة الاجتماعية، واليأس، وتكونت عينة الدراسة من (84) طفل مصابين بمرض السرطان، تتراوح أعمارهم ما بين (9-12) سنة، (54) طفلاً من مستشفى مبارك، و(30) طفلاً من معهد ناصر، وتم اختيار العينة بالطريقة التجريبية، واتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي الذي يعتمد على جمع أوصاف دقيقة علمياً، والمنهج الإكلينيكي الذي ينحصر موضوعه في دراسة مشكلة لحالة فردية بعينها. وقد استخدمت الباحثة نوعين من الأدوات: الأول الدراسات الإكلينيكية، حيث استخدم اختبار تفهم الموضوع كات، واستمارة دراسة الحالة من تصميم وإعداد الباحثة، أما النوع الثاني من الأدوات، فقد تمثل في الأدوات السيكمترية، وفيه استخدمت الباحثة مقياس (القلق - المساندة الاجتماعية- الاكتئاب -اليأس)، حيث كان مقياس القلق والمساندة من إعداد وتصميم الباحثة، وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين البنين والبنات المرضى بالسرطان في الشعور بالمساندة الاجتماعية، والقلق، والاكتئاب لصالح البنات، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين البنين والبنات في الشعور باليأس.

13 -دراسة العجوري (2007) بعنوان برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات

الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية. هدفت الدراسة إلى فحص مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لأمهات الأطفال المرضى بسوء التغذية، وتكونت عينة الدراسة من (30) سيدة من الأمهات المترددات على جمعية أرض الإنسان ولديهن أطفال يعانون من سوء التغذية، اختيروا من أصل (200) سيده بالطريقة المسحية لمدة ثلاثة شهور متتالية، حيث طبق اختبار بيك للاكتئاب على (200) سيده ومن ثم اختار الأمهات اللواتي رصدن أعلى

درجات الاكتئاب على المقياس، طبق عليهم مقياس الاكتئاب لبنيك، البرنامج الإرشادي من إعداد الباحثة، واستبيان رضا المنتفعين عن العملية الإرشادية من إعداد سماح أبو سيدو، أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد المجموعة التجريبية، أما فيما يتعلق باستمرارية أثر البرنامج في خفض حدة الاكتئاب فقد قامت الباحثة بتطبيق أداة الاكتئاب على كل من المجموعة التجريبية والضابطة بعد شهر من انتهاء البرنامج، أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي في مقياس الاكتئاب النفسي، وبذلك فإن المقياس التتبعي الزمني يكشف أن مستوى التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية كان مؤقتاً وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي لم تكن له فاعليه تتسم بالاستمرارية، لكن أظهر أفراد المجموعة عن الرضا اتجاه الخدمات النفسية المقدمة من خلال البرنامج الإرشادي.

14 -دراسة طافش (2006) بعنوان دراسة السمات الشخصية المميزة للأطفال المصابين بمرض

الثلاسيميا وعلاقتها ببعض التغيرات. هدفت الدراسة التعرف إلى بعض السمات الشخصية المميزة للأطفال المصابين بالثلاسيميا الكبرى بمحافظة قطاع غزة، وقد تكونت عينة الدراسة من (74) طفلاً تراوحت أعمارهم من (9-12) سنة، منهم (39) من الذكور و(35) من الإناث، اختيرت العينة بالطريقة القصدية، حيث مثلت العينة مجتمع الدراسة المكون من (49) طفلاً في مستشفى النصر للأطفال في محافظة غزة و(25) طفلاً في مستشفى غزة الأوربي في محافظة خانيونس، وأتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لكونه أكثر مناسبة وواقعية لهذه الدراسة فهو يتناول دراسة أحداث وظواهر وممارسات قائمة موجودة، متاحة للدراسة والقياس كما هي دون تدخل الباحث في مجرياتها، يستطيع الباحث أن يتفاعل معها فيصفها ويحللها، وقد استخدم الباحث في دراسته استبيان تقدير الشخصية للأطفال تعريب ممدوحه سلامة (1989)

مضيفاً إليه (10) عبارات جوهرية بعد الإطلاع على عدة مقاييس، كما واستخدم استمارة تقديم المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية من إعداد وتصميم الباحث، توصلت الدراسة إلى أن السمات الشخصية المقصودة في هذه الدراسة تميل إلى السياق الإيجابي نوعاً ما، مع فروق بسيطة في مستوى توافر هذه السمات في الجنس نفسه من جهة، وبين الذكور والإناث من جهة أخرى، وأن سمات الاعتمادية وعدم الثبات الانفعالي قد احتلتا المرتبتين الأولى والثانية للذكور والإناث ككل، جاءت سمات النظرة السلبية للحياة، وعدم الكفاية الشخصية في المرتبتين الثالثة والرابعة للذكور والإناث ككل بفارق طفيف في الأوزان لصالح الذكور، واحتلت سمات العدوان، وعدم التجاوب الانفعالي، والتقدير السلبي للذات في المراتب الخامسة، السادسة، السابعة للذكور والإناث ككل، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق في سمات الشخصية للأطفال المصابين في الثلاثين تعزى لمتغير الجنس وعامل العمر، توجد فروق في سمة النظرة السلبية للحياة بين الأطفال المصابين بالثلاثين تعزى لمتغير العمر لصالح فئة (10 سنوات فأكثر)، عدم وجود فروق في سمات العدوان، وعدم الثبات الانفعالي، والنظرة السلبية للحياة بين الأطفال المصابين في الثلاثين تعزى لمتغير المستوى التعليمي، بينما وجدت فروق في سمات الاعتمادية، عدم الكفاية الشخصية، عدم التجاوب الانفعالي، وفي سمة التقدير السلبي للذات بين الأطفال المصابين بالثلاثين تبعاً لنفس المتغير، وعدم وجود فروق في السمات الشخصية ككل للأطفال المصابين بالثلاثين تعزى للعامل الثقافي للوالدين، وللمستوى الاقتصادي للأسرة، ووجود فروق في سمات (الاعتمادية، التقدير السلبي للذات، عدم الكفاية الشخصية، عدم التجاوب الانفعالي، النظرة السلبية للحياة، العدوان وعدم الثبات الانفعالي) للأطفال المصابين بالثلاثين تعزى لمتغير العامل الاجتماعي للأسرة.

15 -دراسة إبراهيم (2004) بعنوان المخاوف وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى

أطفال المرحلة العمرية (12-16). هدفت هذه الدراسة إلى تقصي العلاقة بين درجة المخاوف وبين التوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال المرحلة العمرية (12-16) سنه، وتكونت عينة الدراسة من (360) تلميذاً وتلميذه منهم (180) من الذكور و(180) من الإناث، اختيروا من (12) مدرسة تمثل المستويات الاجتماعية الثلاث بالطريقة القصدية، طبق عليهم مقياس التوافق النفسي والاجتماعي من إعداد الباحثة ومقياس المستوى الثقافي الاجتماعي واستمارة البيانات الاجتماعية من إعداد فايزة عبد المجيد، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين المخاوف وبين التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين المخاوف والمستوى الاجتماعي الثقافي، كما وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين المستويات الاجتماعية الثقافية في التوافق النفسي والاجتماعي لصالح الأطفال ذوي المستوى الاجتماعي الثقافي المرتفع، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الاجتماعية الثقافية في المخاوف لصالح الأطفال ذوي المستوى الاجتماعي الثقافي المنخفض، وأيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأطفال، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المخاوف الشائعة لصالح الإناث.

16 -دراسة السيد (2004) بعنوان الأعراض النفسية ومستوى الطموح لدي الأطفال المصابين

بالسرطان. هدفت الدراسة إلى تقصي الفروق بين الأطفال المصابين بمرض سرطان الدم والأطفال الأسوياء في بعض الأعراض النفسية ومستوى الطموح من جانب، ومعرفة الفروق بين الذكور والإناث المصابين بمرض السرطان في هذه الأعراض النفسية ومستوى الطموح،

وقد تكونت عينة الدراسة من (120) طفلاً من الأطفال الأسوياء والمصابين بمرض السرطان، قسموا إلى مجموعتين متساويتين مجموعة شبه التجريبية من الأطفال المصابين بالسرطان بمتوسط عمر زمني (11.5) والتي تكونت من (60) طفلاً، (30) من الذكور و(30) من الإناث، أما المجموعة الضابطة، فقد مثلت (60) طفلاً من الأسوياء بمتوسط عمر زمني (11.7)، (30) من الذكور و(30) من الإناث، وقد اتبعت هذه الدراسة المنهج المقارن لملاءمته مع أهداف الدراسة، وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية في دراستها وهي (اختبار جامعة أسبوت للذكاء غير اللفظي من إعداد طه المستكاوي (2000) - مقياس مستوى الطموح إعداد كاميليا عبد الفتاح - مقياس القلق للأطفال تأليف كاستانيدا وماك كاندلس، تعريب وإعداد فيولا الببلاوي - اختبار المخاوف (الفوبيات) للأطفال (2001) إعداد محمد الطيب - اختبار الاكتئاب للأطفال (2001) تأليف ماريا كوفاكس إعداد محمد الطيب - استمارة البيانات الأولية من تصميم وإعداد الباحثة، وأظهرت النتائج وجود فروق بين متوسط درجات مجموع الأطفال المرضى بالسرطان والأسوياء في الأعراض النفسية تجاه الأطفال المصابين بمرض السرطان، أما الفروق بين متوسط درجات مجموع الأطفال في مستوى الطموح فقد كانت لصالح الأطفال الأسوياء، كما بينت الدراسة عدم وجود فروق بين متوسط درجات الأطفال المصابين في مرض السرطان من الذكور والإناث على بعد الأعراض النفسية، وعدم وجود فروق بين متوسط مجموع درجات الأطفال المصابين بمرض السرطان من الذكور والإناث على بعد مستوى الطموح تجاه الإناث.

17 دراسة عليّات وبهمردى (2003) بعنوان الخصائص النفسية - الاجتماعية للمراهقين

المصابين بالثلاسيميا الكبرى واحتياجاتهم: دراسة على عينة من المراهقين المصابين بالثلاسيميا الكبرى في الأردن. هدفت الدراسة إلى وصف الخصائص والاحتياجات النفسية الاجتماعية للمراهقين المصابين بالثلاسيميا، حيث تكونت عينة الدراسة من (41) مصاباً بالثلاسيميا الكبرى يراجعون مستشفى عمان الحكومي تتراوح أعمارهم ما بين (12-18) عاماً، طبق عليهم استبانة مقننة لمعرفة الخصائص والاحتياجات، وتشخيص أثر الثلاسيميا الكبرى على نوعية حياة المرضى، واستخدم الباحث الملاحظة الميدانية، وباستخدام المعالجات الإحصائية توصلت نتائج الدراسة إلى أن المصابين يشكون مضاعفات المرض، وهناك نسبة كبيرة منهم يخفون مرضهم عن أصدقائهم في المدرسة، كما تأثرت ممارسة معظم الذكور للرياضة بشكل ملحوظ ولو أن تحصيلهم الأكاديمي لم يتأثر، وظهرت أعراض القلق بشكل حاد على نسبة كبيرة منهم، في حين أن التكيف الأسري كان الأقل تأثراً، وتظهر علامات الإنكار على نسبة عالية منهم، أما احتياجات المرضى فمنها حاجتهم لمعرفة المزيد من المعلومات عن المرض وأسبابه ومضاعفاته، والمطالبة بتوفير الدعم النفسي الاجتماعي في المستشفى، وإدخال التحسينات في الخدمات المقدمة لهم، وعمل برنامج توعية في المجتمع حول مرض الثلاسيميا الكبرى وطرق الوقاية منه.

18 دراسة الحجار (2003) بعنوان التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي

بمحافظة غزة. هدفت الدراسة التعرف إلى مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات (السلوك الديني - العمر - مستوى دخل الأسرة - نوع العلاج)، وتكونت عينة الدراسة من (60) مريضة بسرطان الثدي اخترن

بالطريقة العشوائية، واستخدم فيها المنهج الوصفي التحليلي، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بإعداد اختبار التوافق النفسي والاجتماعي، واستخدمت اختبار السلوك الديني من إعداد الباحث عبد الكريم رضوان، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- 1 -إن مريضات السرطان يعانين من آثار سوء التوافق المترتبة على أعراض ومضاعفات سرطان الثدي وخاصة في البعد الجسدي، والنفسي، والاجتماعي، والإنشجامي ثم الأسري.
- 2 -إن مريضات سرطان الثدي يرتفع لديهن السلوك المتعلق بالسنن والسلوكيات الدينية أكثر من السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية.
- 3 -لا توجد فروق في التوافق لدى مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغير العمر، ونوع العلاج.
- 4 -لا توجد فروق في التوافق لدى مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغير دخل الأسرة ما عدا بعدين هما البعد الجسمي والنفسي، وذلك لصالح ذوي الدخل المرتفع.
- 5 -لا توجد فروق في التوافق لدى مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي ما عدا بعدين هما البعد الجسمي والنفسي، وذلك لصالح الحاصلات على تعليم عالي.
- 6 - توجد علاقة بين التوافق الكلي والسلوك الديني لدى مريضات سرطان الثدي ما عدا البعد الجسمي، أي أنه كلما زاد التوافق زاد السلوك الديني والعكس صحيح.

19 -دراسة كامل (2003) بعنوان علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف

السمع. هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى طبيعة العلاقة بين تقدير الذات والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع، كما وهدفت إلى التعرف على الفروق بين الجنسين في تقدير الذات والقلق الاجتماعي، وقد تكونت عينة الدراسة من (120) طفلاً بمدرسة الأمل الابتدائية للصم وضعاف السمع بمدينة بنها ويتراوح أعمارهم من (9-12) سنة ولديهم فقد سمعي يتراوح من

(41-55) ديسبيل اختيروا بالطريقة القصديه، وقد طبق عليهم مقياس تقدير الذات ومقياس القلق الاجتماعي من إعداد الباحث وتصميمه بعد الاطلاع على عدة مقاييس في هذين المجالين، أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة ما بين تقدير الذات والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع، كما وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين درجات الذكور والإناث على متغير تقدير الذات لصالح الذكور، وأيضاً توجد فروق بين درجات الذكور والإناث على متغير القلق الاجتماعي لصالح الإناث، أي أن الإناث أكثر قلقاً.

20 -دراسة مخيمر (2003) بعنوان إدراك الأطفال للأمن النفسي من الوالدين وعلاقته بالقلق

والياس. هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين إدراك الطفل للأمن النفسي من الوالدين، وبين كل من القلق والياس. وقد تكونت عينة الدراسة من (102) طفلاً، و(104) طفلة من طلاب المرحلة الابتدائية من عمر (6- 12) سنة، طبق عليهم مقياس الأمن النفسي (كيرنز، 1996)، ومقياس القلق الصريح للأطفال (لكاستانيدا، 1965) إعداد فيولا الببلاوي 1995، ومقياس اليأس للأطفال لكازدين 1986 إعداد محمد عبد الرحمن (1991). وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث في القلق، حيث يزداد شعور القلق لدى الإناث بدرجة أكبر منه لدى الذكور. بينما لم توجد فروق بين متوسط درجات الذكور والإناث في إدراك الأمن النفسي من الأب أو الأم، وكذلك اليأس. كما أشارت النتائج إلى وجود ارتباط سالب دال إحصائياً بين درجات أفراد العينة من الذكور والإناث في إدراك الأمن النفسي من الوالدين، وبين كل من القلق والياس.

21 -دراسة فقيه (2002) بعنوان دراسات إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة

للأمراض المهددة للحياة. هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين مرضى السرطان وبين الأسوياء في حدة الأعراض النفسية، ومعرفة أهم الأعراض النفسية التي يعاني منها مرضى السرطان، وهل تختلف حدة الأعراض باختلاف موقع الإصابة بالسرطان، وتكونت عينة الدراسة من (300) شخص قسموا إلى مجموعتين متساويتين إحداها من مرضى السرطان والأخرى من الأسوياء، واستخدم الباحث في هذه الدراسة مقياسين من المقاييس النفسية الشهرية، وذلك للوفاء بأغراض الدراسة والمقياسين، هما: مقياس قائمة مراجعة الأعراض المختصرة، ومقياس الحالة المزاجية لبيك المقنن على البيئة السعودية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين مجموعتي الدراسة حيث كان مرضى السرطان أكثر اكتئاباً من الأسوياء، ووجود فروق بين مجموعة مرضى السرطان ومجموعة الأسوياء في الأعراض الجسمانية، والوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والاكتئاب، والقلق، والعداوة... لصالح المصابين بالسرطان بينما كان الأسوياء أعلى في العداوة. ووجود فروق بين الذكور والإناث من مرضى السرطان لصالح الذكور في بعض الأبعاد التي تمثلها قائمة الأبعاد ومقياس بيك، وهناك أثر لتفاعل عاملي الجنس والحالة المرضية في حدة الأعراض النفسية المصاحبة لمرضى السرطان، هناك فروق بين أنواع السرطان في الاكتئاب والأبعاد التي تقيسها قائمة الأعراض المختصرة.

22 -دراسة زيدان (2000) بعنوان مدى فعاليته برنامج إرشادي في التخفيف من حدة القلق لدى

أسر الأطفال المصابين بالسرطان. هدفت الدراسة إلى اختبار مدى فعالية برنامج إرشادي باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي للتخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين

بالسرطان، تكونت عينة الدراسة من (20) أسرة (الوالدين) لـ (20) طفلاً من الأطفال المصابين بالسرطان، اختيروا بالطريقة العشوائية، طبق عليهم مقياس القلق العاملي من إعداد عيد، البرنامج الإرشادي بالتركيز على العلاج العقلاني الانفعالي من إعداد الباحث، دليل مقابله للفريق العلاجي إعداد الباحث، التقارير الطبية والنفسية والاجتماعية للحالات، استخدم الباحث المنهج التجريبي لملاءمته مع هذه الدراسة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الآباء والأمهات قبل تطبيق البرنامج، وعدم وجود فروق بين متوسطات الآباء والأمهات بعد تطبيق البرنامج بالنسبة لكل عوامل القلق، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأمهات قبل وبعد تطبيق البرنامج نتيجة البرنامج الإرشادي على كل عوامل المقياس، وجود فروق بين متوسطات درجات الآباء قبل وبعد تطبيق البرنامج نتيجة للبرنامج الإرشادي على عوامل المقياس، عدم تأثر الدرجة الكلية للوالدين قبل وبعد تطبيق البرنامج بالعوامل التالية (جنس الطفل - الترتيب الميلادي للطفل)، بينما تأثرت الدرجة الكلية للوالدين قبل وبعد تطبيق البرنامج بالمستوى التعليمي للوالدين، وكذلك تأثرت الدرجة الكلية للوالدين بعد تطبيق البرنامج بنوع السرطان ودرجته بينما لم تتأثر بهذا العامل قبل تطبيق البرنامج.

2.2.2 الدراسات بالأجنبية:

- 1 -دراسة لين وآخرون (Lynne,et.al, 2007): بعنوان العلاج المعرفي لانخفاض تقدير الذات في معالجة الاكتئاب لدى كبار السن. هدفت الدراسة إلى تحسين تقدير الذات المنخفض كعنصر مكون (تحتي) للاكتئاب عن طرق التدخل المعرفي، وتكونت عينة الدارسة من امرأة تعاني من أعراض القلق والاكتئاب مع وجود أفكار انتحارية بعمر زمني (79)، واشتملت أدوات الدراسة على التقارير الشفوية من الحالة، وبرنامج للعلاج المعرفي قصير الأمد، وأسفرت النتائج عن

فعالية البرنامج العلاجي المعرفي قصير الأمد في التدخلات الرامية للحد من تدني تقدير الذات لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية، حيث أظهرت المريضة عقب الانتهاء من التدخل نتائج إيجابية وتحسينات كبيرة في تقدير الذات وانخفاض مستوى الاكتئاب واختفاء الأفكار الانتحارية، أي أنه يمكن استخدام التدخل المعرفي بنجاح مع المرضى الأكبر سناً، وأن العلاج المعرفي له من الكفاءة والقدرة على التصدي وبصرامة للتقييمات السلبية الذاتية عميقة الجذور.

2- دراسة نوربرى وأناكيا (Nor Bery-Annakia, 2006): بعنوان البحث عن المساندة

والإحساس بها وقلق أمهات وآباء الأطفال الذين يعالجون من السرطان. هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين القلق والبحث عن المساندة والإحساس بها بين أمهات وآباء الأطفال المرضى بالسرطان، وتكونت العينة من (101) أم، و(81) أب، وقد استخدمت الدراسة أداة التقارير الذاتية ومقياس المساندة الاجتماعية ومقياس القلق، وأثبتت النتائج أن البحث عن المساندة لدى الأمهات أعلى من الآباء مقترنا بالقلق، وأنه لا توجد علاقة ارتباطية سالبة بين القلق والبحث عن المساندة والإحساس بها، ويكون الشعور بالقلق شديد نتيجة للبحث عن المساندة داخل العيادات وأثناء تلقي الطفل للعلاج.

3- دراسة باريرا فلمينج (Parera, 2004) بعنوان دور المساندة العاطفية الاجتماعية في

التكيف النفسي للأطفال المرضى بالسرطان. هدفت الدراسة التعرف إلى التأثيرات الضارة لمرض السرطان على الحالة النفسية لكل أفراد العائلة وتأثير المساندة النفس اجتماعية للأطفال المرضى وآبائهم وأشقائهم، وذلك على عينة مكونة من (47) طفلاً مريضاً بالسرطان تتراوح أعمارهم بين (3-10) سنوات وعينة مكونة من (25) طفلاً ليس لديهم مشكلات نفسية، تتراوح

أعمارهم (6-12) عاماً، باستخدام مقياس بيك ومقياس السلوك ومقياس الدعم الاجتماعي، توصلت النتائج إلى أن الأطفال الذين سجلوا دعم اجتماعي أكثر قلت لديهم أعراض الاكتئاب والقلق وقلت مشاكل السلوك لديهم، وهنا يظهر دور الدعم العالي للدعم الاجتماعي الذي يلعب دور وقائي ونفسي.

4 دراسة ايدينكو وآخرون (Aydinoko, et. Al., 2005): بعنوان تطبيقات نفس اجتماعيه

للالاسيما الكبرى. هدفت الدراسة إلى تقييم الأعباء النفس الاجتماعية لمرضى الالاسيما الكبرى، والكشف عما إذا كانت الحالة النفسية للمرضى ذات علاقة بتوافقهم مع العلاج أو أنها على العكس من ذلك، تكونت عينة الدراسة من (38) مريضاً بالالاسيما الكبرى، طبق عليهم قائمة فحص سلوك الطفل، مقابلة طب نفسيه سيكاتريه لفحص العلامات التشخيصية لكل مريض، قائمة فحص (90) لفحص علامات الضغوط، وباستخدام المعالجات الإحصائية توصلت نتائج الدراسة إلى أن المرضى المشتكين من استعمال الالاسفورال والمرضى ذوي القيم المنخفضة للحديد في الدم حصلوا على علامات مرتفعة على قائمة السلوك، و(24%) من المرضى لديهم تشخيص طب نفسي سيكاتري تتضمن حالات اكتئاب، اضطراب القلق، تقلصات لا إرادية في عضلات الوجه، التبول الإرادي، والعلامات على مقياس (90) لأعراض الضغوط، أظهرت أن الأطفال الذين يتعاطون الالاسفورال قد حصلوا على علامات عالية على المقياس أكثر من أولئك الذين يتعاطونه بشكل طفيف.

5 -دراسة ريك ستيل (Ricog-Steele, 2004): بعنوان أنماط الضيق الأمومي لأطفال مرضى

بالسرطان والتنبؤ بالانفعالات الجسمية والنفسية للأطفال، هدفت الدراسة إلى التعرف على أنماط الضيق لأمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان والتنبؤ بالانفعالات الجسمية والنفسية للأطفال، حيث تم تطبيق مقاييس التقارير الذاتية ومقياس القلق للأمهات ومقياس الضغط النفسي والجسمي للطفل، وتم جمع المعلومات من الممرضات والأطباء العاملين في قسم السرطان، تكونت عينة الدراسة من (65) طفلاً بمتوسط أعمار (8-12) سنة وأمهاتهم، وأوضحت النتائج أن تأثير الضيق العاطفي بين الأمهات كالقلق والاكتئاب يؤثر على مستوى ضيق الأطفال ومزاجهم، كما ويؤثر على سلوكهم، وأنه وكلما وجدت مسانده عاليه من الأمهات قل مستوى الضيق والقلق عند الأطفال.

6 -دراسة هاي وراهان (Hae-Rahan, 2003): بعنوان التكيف النفسي والاجتماعي للأمهات

الكوريات تجاه مرض أطفالهم بالسرطان. وهدفت إلى دراسة التحديات الصعبة لآباء الأطفال المرضى بالسرطان والتكيف النفسي للأمهات، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونه من (141) من أمهات الأطفال المرضى بالسرطان، واللواتي تتراوح أعمارهن ما بين (23-46) سنة. وقد استخدمت الدراسة مقياس الدعم الاجتماعي، واستفتاء البيانات الشخصية، ومقياس التكيف الاجتماعي، ومقياس القلق، وكانت النتائج تشير إلى أن التكيف للأمهات يتأثر بمجموعة من العوامل، منها القلق، والاكتئاب، والمواجهة مع المرض، كما وسجلت النتائج مستوى عالٍ من الاكتئاب، والقلق، وافتقار التكيف والضبط، وأنه كلما زادت المساندة الاجتماعية قل الضغط النفسي.

7 دراسة انجل ورومي (Engle-Romy, 2002): بعنوان تكيف الأطفال المرضى بالسرطان

وتكيف الآباء والوظائف الأسرية. هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تكيف الأطفال المرضى بالسرطان وآبائهم، ودور المساندة الأسرية في تكيف الأطفال، تمثلت عينة الدراسة من (40) طفلاً يعانون من مرض السرطان تتراوح أعمارهم من (7-16) سنة، طبق عليهم مقاييس الأساليب السلوكية، واستكمال السيرة الذاتية للطفل، وبيان المساندة للحد من القلق، وأشارت النتائج أنه توجد علاقة بين النوع وضبط النفس، إضافة إلى وجود علاقة بين النظام العلاجي وقياس التعليم، كما وأظهرت النتائج تأثير المساندة في الحد من القلق.

8 دراسة ناتالي وفرانك وآخرون (Natali, et. al...,2001): بإجراء دراسة بعنوان عوامل

التنبؤ بالاستجابة العاطفية لآباء وأمّهات الأطفال المرضى بالسرطان. وهدفت الدراسة إلى تقصي التقييم الإدراكي وإدراك المساندة الاجتماعية والاستجابة لأعراض ذاتية كالاكتئاب والقلق والتنبؤ بالاستجابة العاطفية للآباء وتأثيرها على الطفل، وقد تكونت العينة من (125) من الآباء منهم (77) أم، و(48) أب، وقد استخدم في هذه الدراسة عدة مقاييس، وهي: مقياس الاكتئاب لبليك، ومقياس القلق، ومقياس المساندة الاجتماعية، أشارت نتائج الدراسة إلى أهمية المساندة الاجتماعية في ردود أفعال الآباء، وإن اختلاف الجنس يؤثر في إظهار النتائج، فالذكور يمكنهم إدارة آلامهم، أما الإناث فتؤثر عليهم عواطفهم بشكل كبير، وإن المساندة الاجتماعية التي تلقاها الآباء تقلل من القلق والاكتئاب.

9 دراسة جولد بيك (Goldbeck,et. al..., 2000): المظاهر النفس الاجتماعية للثلاسيميا

الكبري، القلق، التكيف الالتزام. هدفت الدراسة إلى وصف تصور المرضى، واستراتيجياتهم في التكيف المثالي، وما يتعلق بالصحة من معتقدات عن مركز التحكم الداخلي لديهم وتأثير الجوانب النفس الاجتماعية على مدى الالتزام عندهم، وتمثلت عينة الدراسة من (43) مريضاً بالثلاسيميا تتراوح أعمارهم ما بين (3-26) عاماً، طبقت عليهم مقاييس قائمة اليولم للثلاسيميا، قائمة كدكوب للثلاسيميا، ومقياس مركز التحكم الداخلي الصحي متعدد الأبعاد، وقائمة جيزين للتكيف، إضافة إلى ربط المتغيرات النفس الاجتماعية مع الأعراض الإكلينيكية وباستخدام المعالجات الإحصائية فقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- 1- أن المرضى يشعرون بالضيق من علاجاتهم أكثر من المرض نفسه.
- 2- أن المرضى يتفاعلون مع القلق الذي يحدثه المرض باستراتيجيات تكيف مختلفة، وتكون بعض استراتيجيات التكيف الأكثر استعمالاً رديئة القدرة على إحداث التكيف، وتدل على مشاعر العجز لديهم.
- 3- مراكز التحكم الداخلي بالأفكار والمعتقدات تكون منخفضة، بينما مراكز التحكم بالأفكار والمعتقدات القدرية كانت كبيرة بالمقارنة مع مجموعات إكلينيكية أخرى من المرضى.
- 4- المعاناة وإستراتيجية التكيف ومراكز التحكم الداخلي تكون غير إرادية، نتيجة الالتزام والتقيد بالعلاج.

3.2.2 التعقيب على الدراسات السابقة

يتضح من الدراسات السابقة مدى أهمية الدراسات المتعلقة بمحاور هذه الدراسة سواء أكان من تقدير ذات أم قلق أم مرض السرطان.

وعلى الرغم مما توصلت إليه الباحثة من دراسات تناولت موضوع تقدير الذات والقلق لدى الأمهات وأطفالهن المصابين بمرض السرطان، أو بمحور من محاور الدراسة كالقلق ومرض السرطان، إلا أن هذه الفئة لم تحظ باهتمام كاف من الدراسات التربوية والنفسية مقارنة بباقي شرائح المجتمع. وبعد الإطلاع على بعض هذه الدراسات التي استطاعت الباحثة الوصول إليها، فقد تكون لدى الباحثة تصور شامل لموضوع الدراسة من خلال الطرق والمناهج المتبعة من قبل الباحثين، وما توصلوا إليه من نتائج، وهذا جعل الباحثة تتناول زوايا مختلفة وأكثر تخصيصاً في محورين نفسيين مرتبطين بمرض السرطان ألا وهما تقدير الذات والقلق، ومن ثم تحديد المشكلة والأسئلة التي تسعى الدراسة للإجابة عليها.

ومن خلال استعراض الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة أو أي محور متعلق بها تبين ما يلي:

الدراسات التي تناولت محور القلق المتزامن مع مرض السرطان أو أحداث ضاغطة، فقد انفتحت مع كل من: دراسة السيد (2004) ودراسة طافش (2006)، والشرم (2012)، دراسة إبراهيم (2004) وفقه (2012)، دراسة عليمات وبهمردى (2003) ودراسة جولد بيك (2000)، في الأهداف حيث هدفت هذه الدراسات التعرف على مستوى القلق لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان والأطفال الذين يواجهون أحداثاً ضاغطة، فقد أظهرت هذه الدراسات مستوى القلق ومؤشرات وجوده، بالإضافة إلى عمل مقارنات بين الأطفال الأصحاء والأطفال المصابين بمرض

السرطان، في حين تباينت جميع الدراسات المتعلقة بمحور قلق الأطفال في عينات الدراسة والمحددات المكانية والرمانية وأدوات الدراسة والمقاييس المستخدمة والمنهجية، كما وتباينت في بعض نتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات.

أما بالنسبة للدراسات المتعلقة بالقلق لدى الأمهات، فقد أجمعت جميع الدراسات على وجود القلق لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان، حيث اتفقت مع بعض نتائج دراسات علاء الدين وعبد الرحمن (2011)، زيدان (2000). ونظراً لقلة الدراسات التي تتحدث عن تقدير الذات لدى عينة الدراسة، فلم تستطيع الباحثة مقارنة النتائج مع أية دراسات أخرى.

الدراسات التي تناولت تأثير تقدير الذات على القلق لدى الأمهات، فقد لاحظت الباحثة إجماع جميع الدراسات على أن العلاقة ما بين تقدير الذات والقلق علاقة عكسية، في حين اختلفت هذه الدراسات مع الدراسة الحالية في المتغيرات والعينة والأهداف والمقاييس والمنهج، أما بالنسبة للدراسات المتعلقة بتأثير المتغيرين التابعين للأمهات تقدير الذات والقلق على القلق لدى الأطفال، فقد اتفقت مع دراسة مخيمر (2003)، دراسة ريك ستيل (2004)، لين وآخرون (2007)، حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن الطفل يكتسب مشاعر القلق من الوالدين إذا كانا قلقين، كما ويدرك الأمن النفسي منهم.

وتباينت جميع الدراسات المتعلقة في هذا الموضوع في المنهج، والعينة، والمجتمع، والمقاييس المستخدمة.

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت موضوع الرضا عن الخدمات النفسية، فقد أظهرت جميع الدراسات أهمية مصادر الدعم المساندة للأمهات، وأن هذه المصادر تساعد الأم على التكيف مع الأزمة أو عدم التكيف، حيث تشابهت هذه الدراسات في الأهداف والنتائج، كدراسة بلوط (2011)،

نوربري وأناكيا (2006)، هاي وراهان (2003)، وتباينت هذه الدراسات في العينة والمقاييس والمنهج.

من خلال عرض هذه الدراسات، لاحظت الباحثة ندرة الدراسات المتعلقة بشكل مباشر في موضوع تقدير الذات والقلق لدى الأمهات وأطفالهن، وتأثير مدة إصابة الطفل بالمرض على كل من تقدير الذات والقلق لدى أفراد العينة، ومن هنا كانت هناك حاجة لوجود مثل هذه الدراسة في المكتبات العربية لتضيف شيئاً جديداً في هذا الجانب، فمن خلال عرض الدراسات التي توصلت إليها الباحثة، لاحظت وجود العديد من الدراسات التي تتناول أحد محاور هذه الدراسة، كالقلق لدى الأمهات، ومدى الرضا عن الخدمات النفسية دون الجمع بين المحاور التي تتناولها هذه الدراسة.

وبالتالي، فإن هذه الدراسة الحالية تتفق مع الدراسات السابقة التي عرضت على أنها:

- (1) تتناول موضوع تقدير الذات والقلق لدى الأمهات وأطفالهن المصابين بمرض السرطان، وأثر كل من تقدير الذات على القلق لدى الأمهات وأطفالهن.
- (2) تتفق هذه الدراسات مع بعض نتائج الدراسة، والتي تركز على معرفة مستوى تقدير الذات والقلق لدى الأمهات وأطفالهن المصابين بمرض السرطان.
- (3) أنها تتناول موضوع تقدير الذات والقلق ومرض السرطان كأحد متغيرات الدراسة، حيث توصلت هذه الدراسة على أن القلق لدى الأم ينخفض بارتفاع تقدير الذات، وكلا من هذين المحورين يتأثران بمستوى الإصابة بالمرض والدعم المساند للأم، وأن قلق الأطفال يكون مكتسب من الأم بدرجة كبيرة.

وتتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أنها:

(1) تدرس موضوع مهم في مجالات الدراسات النفسية والاجتماعية، وهو التعرف إلى مستوى تقدير الذات والقلق لدى الأمهات وأطفالهن المصابين بمرض السرطان، وتأثير مدة الإصابة بالمرض على مستوى القلق لدى الأمهات، وتأثير المتغيرات المستقلة على مستوى القلق لدى الأمهات، فحسب علم الباحثة هناك قلة في الدراسات العربية والأجنبية التي تبحث هذا المجال.

(2) تتناول هذه الدراسة جوانب مهمة تؤثر على الحالة الصحية الجسدية للطفل المصاب بالسرطان، ألا وهي تقدير الذات والقلق لدى الأم، فضلا عن توضيح أهمية مصادر الدعم المساندة في التخفيف من مستوى القلق لدى أفراد العينة.

(3) اهتمت هذه الدراسة في تحديد تأثير مدة الإصابة بالمرض للطفل على تقدير الذات والقلق لدى الأم، والليذان بدورهما يؤثران في مستوى القلق لدى الطفل.

(4) اهتمت هذه الدراسة في تحديد أكثر مصادر الدعم المساندة للأمهات من وجهة نظر الأمهات أنفسهن.

الفصل الثالث

منهجية وإجراءات الدراسة

1.3 منهج الدراسة.

2.3 مجتمع الدراسة.

3.3 عينة الدراسة.

4.3 أداة الدراسة.

5.3 إجراءات الدراسة.

6.3 متغيرات الدراسة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة، والمجتمع، وعينة الدراسة، والأدوات المستخدمة لجمع البيانات، وإجراءات تطبيقها، وطريقة معالجة تحليل المقابلات، واستخراج النتائج.

1.3 منهج الدراسة

وفقاً لطبيعة الدراسة الحالية ومشكلاتها وتساؤلاتها، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لدراسة الحالة في هذه الدراسة التي تهدف التعرف إلى مستوى تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان ودرجة القلق لديهما، حيث أن هذا المنهج يعتمد على دراسة الواقع، أو دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها تعبيراً كيفياً، مما يعني تحديد الظروف والعلاقات، والمقارنات التي توجد بين ظاهرة الدراسة. إن منهج هذه الدراسة يعتمد على دراستها كما توجد في الواقع والقيام بوصفها وصفاً دقيقاً من خلال التعبير الكيفي الذي يتعمق بدراسة الظاهرة، ويوضح خصائصها، وتقتصر هذه الدراسة على دراسة الحالة للأمهات وأطفالهن المصابين بمرض السرطان في مستشفى الحسين الحكومي/ بيت لحم.

2.3 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من أطفال مرضى السرطان وأمهاتهم، حيث حدد عدد الأطفال بحسب إحصائيات وزارة الصحة الفلسطينية في بيت لحم وبالتعاون مع المستشفى (قسم هدى المصري لأطفال السرطان) حوالي (371) طفلاً ما بين مقيم ومتابع للمستشفى تتراوح أعمارهم ما بين (8 شهور إلى 14 سنة)، ونظراً لتزايد انتشار المرض في صفوف الأطفال، ارتأت الباحثة بأن تقتصر دراستها على حالات الأطفال المصابين بمرض السرطان وأمهاتهم، حيث تتراوح أعمارهم ما بين (10-14) سنة ما بين مقيمين ومتابعين في مستشفى الحسين الحكومي/ بيت لحم (قسم هدى المصري للسرطان)، في الفترة الواقعة ما بين عام 2013 إلى 2014. وفيما يلي:

أ) وصف موقع الدراسة:

تأسست مستشفى الحسين الحكومي/ بيت جالا، كمكان لطبيب عيون من أصل سويدي، ومن ثم تم بناء العمارة القديمة عام (1920) بغرض استخدامها كمستشفى للأمراض العقلية في فلسطين، وفي عام (1947) تم البدء بتأسيس أقسام الجراحة والأطفال والولادة، وفي عام (1957) أصبحت المستشفى تحت وزارة الصحة الأردنية التي أطلقت عليها اسم مستشفى الحسين، وفي عام (1967) باتت المستشفى تحت حكم إدارة الاحتلال الإسرائيلي وباتت تعرف باسم مستشفى بيت جالا الحكومي، إلى أن أصبحت عام (1994) تخضع لوزارة الصحة الفلسطينية، حيث تم خلال هذه الفترة بناء قسم الأورام وقسم سرطان لكل من الأطفال والصغار (نشرة صادرة عن الدائرة العامة للمستشفيات)، ومن خلال المشاهدة الميدانية يمكن تسليط الضوء على بعض الجوانب ومن ذلك:

- يتوافد إليه المرضى من كل مناطق الضفة الغربية لتلقي العلاج الكيماوي فيه.

- معظم الفئات التي تتوجه للمستشفى هي فئات مهمشة اقتصادياً، ووضعها الاقتصادي متدني، وهذا ما لاحظته لدى الأمهات في قسم الأورام السرطانية للأطفال، حيث أن الحالات التي وضعها الاقتصادي جيد تتوجه إلى الخارج أو المستشفيات الإسرائيلية.
- لا تتوفر جميع الأدوية المطلوبة لمرضى السرطان، وهذه إشكالية كبيرة حيث إنه عدم توفر الأدوية المهمة قد يساعد في تطوير المرض.
- عدم توفر جميع الفحوصات المطلوب عملها لمرضى السرطان مثل الصورة الطبقيّة التي تكلفتها عالية بالنسبة للأهالي، مما يشكل عبء إضافي على الأهل.
- عدم وجود أي إحصائيات دقيقة حول مرضى السرطان في سياقنا الفلسطيني.
- وجود أخصائية اجتماعية واحدة، وقد قمت بعمل مقابلة معها، حيث أنها أخبرتني أنها تعمل مع الأطفال بشكل فردي وجماعي، وأنها أعدت خطة للتدخل مع الأهالي، بالإضافة لإشرافها على الندوات والمحاضرات التي تخص الأهالي والأطفال.

ب) دور الباحثة:

تمثل دور الباحثة في الزيارات الميدانية المنتظمة لقسم هدى المصري للأورام، حيث أنه تم تحديد جدول للزيارات الميدانية بالاتفاق مع الأخصائية الاجتماعية، بحيث تتلائم هذه الزيارات مع الأوقات المناسبة للأهالي وأطفالهم المشاركين في الدراسة، ومن ثم وضعت الباحثة خطة لجدول الزيارات الميدانية، حيث تمثلت الزيارات الأولى ببناء العلاقة مع أفراد عينة الدراسة، بالإضافة إلى التعرف على القسم وتسجيل الملاحظات الكتابية. كان دور الباحثة في هذه الزيارات تفاعلي اجتماعي مع الأطفال وأهاليهم، وبعد ذلك تم اختيار أفراد العينة المشاركين بالدراسة بمساعدة الأخصائية، حيث اطلعت الباحثة على سجل الحالات المقيمة والمتابعة للقسم في فترة الدراسة، ومن ثم تم اختيار

الأفراد بالطريقة العشوائية، وبعد ذلك تم إبلاغ أفراد العينة المشاركين في الدراسة وأخذ الموافقة اللفظية منهم، ومن ثم تطبيق المقابلات الفردية للأطفال والأمهات، كان دور الباحثة في المقابلات دور حيادي تمثل في طرح الأسئلة وتسجيل الإجابات كتابياً، ومن ثم تجميع البيانات والمعلومات التي تفي بغرض الدراسة وتحليلها تحليلاً معمقاً.

3.3 عينة الدراسة

أ) أفراد الدراسة الأساسية:

عينة قصدية متاحة من أطفال مرضى السرطان وأمهاتهم المقيمين والمتابعين في مستشفى الحسين الحكومي/ بيت لحم (قسم هدى المصري)، في الفترة الواقعة ما بين 2013 إلى 2014، حيث تمثلت عينة دراسة الحالة من (10) أمهات وأطفالهن المصابين بمرض السرطان. ويعود سبب اختيار العينة القصدية المتاحة لكون الدراسة تختص بأطفال مرضى السرطان وأمهاتهم من مقيمين ومتابعين للعلاج.

ب) مواصفات أفراد الدراسة:

في هذا الجانب يوجد توصيف للمفحوصين في الدراسة، وهي كالآتي:

1 - أم هديل والتي تبلغ من العمر (34) عاماً، تعيش في قرية من قرى الخليل، حالتها الاجتماعية متزوجة وهي أم لـ (4) أولاد، درست حتى الصف التاسع الأساسي، مستوى دخل الأسرة يتراوح من (1000-2000) شيقل، أما بالنسبة لطفلتها هديل التي تبلغ من العمر (12) عاماً، فهي الطفلة الأولى في أبنائها، وقد أصيبت بالسرطان منذ ما يقارب (4) أشهر، لم تجد الأم خلال هذه المدة مصادر الدعم اللازمة لمساعدتها على تجاوز أزمة إصابة طفلتها الأولى

بالسرطان، فقررت ألا تكون مرافقة مع ابنتها خلال المرحلة العلاجية، واكتفت بالزيارات ليطمئن قلبها.

2 - أم حسن والتي تبلغ من العمر (34) عاماً، تعيش في مدينة رام الله، حالتها الاجتماعية متزوجة، وهي أم لـ (4) أولاد، مستواها الأكاديمي ثانوية عامة، مستوى دخل الأسرة يتراوح ما بين (2001-3000) شيقل، أما بالنسبة لحسن الذي يبلغ من العمر (13) عاماً، وترتيبه الأول بين إخوته، فقد أصيب بالمرض منذ حوالي الشهر، وخلال المرحلة العلاجية كان الطفل والأم مستنزفين تماماً على المستوى النفسي والجسدي، وقد تأثرت علاقة الأم بالزوج والأطفال الآخرين والمجتمع المحيط بشكل سلبي.

3 - أم نور والتي تبلغ من العمر (42) عاماً، تعيش في قرية من قرى مدينة رام الله، حالتها الاجتماعية متزوجة، وهي أم لـ 6 أولاد، مستواها الأكاديمي أقل من ثانوية، مستوى دخل الأسرة يتراوح ما بين (2001-3000) شيقل، أما بالنسبة لنور التي تبلغ من العمر (11) عاماً، وترتيبها الميلادي الرابعة بين إخوتها، وقد أصيبت بالمرض منذ ما يقارب (9) أشهر، وتعتبر الأم أن زوجها هو أكثر من ساندتها في محنتها، كما وساعدها على تخطي الأزمة التي مرت بها.

4 - أم ساجده التي تبلغ من العمر (35) عاماً تعيش في قرية من قرى مدينة بيت لحم، حالتها الاجتماعية متزوجة، وهي أم لـ (6) أولاد، مستواها الأكاديمي ثانوية عامة، مستوى دخل الأسرة يتراوح بين (3001-4000) شيقل، أما بالنسبة لساجدة فهي تبلغ من العمر (11) عاماً، وترتيبها الميلادي الأولى بين إخوتها، وقد أصيبت بالمرض منذ ما يقارب الشهرين، تم اكتشاف المرض أثناء إجراء عملية الغدد للطفلة، حيث أن الجرح لم يلتئم بعد الانتهاء من العملية،

وتشعر الأم بحالة من الإنهاك النفسي والجسدي من جراء مرض الطفلة، بالرغم من وجود مصادر دعم كثيرة في حياتها تساعد على تجاوز الأزمة.

5 - أم بيلسان والتي تبلغ من العمر (43) عاماً، تعيش في قرية من قرى بيت لحم، حالتها الاجتماعية متزوجة، وهي أم لـ (4) أولاد، مستواها الأكاديمي بكالوريوس، مستوى دخل الأسرة يتراوح ما بين (3001-4000) شيقل، أما بالنسبة لبيلسان فهي تبلغ من العمر (13) عاماً، وترتيبها الميلادي الأخيرة في الأسرة، وقد أصيبت بالمرض قبل (3) أشهر، تشعر الأم بالضيق وأنها لا زالت تبحث عن نفسها مع هذا المرض الذي جعلها تفقد عملها.

6 - أم أحمد والتي تبلغ من العمر (38) عاماً، تعيش في مدينة الخليل، حالتها الاجتماعية متزوجة، وهي أم لـ (6) أولاد، مستواها الأكاديمي دون الثانوية العامة، مستوى دخل الأسرة يتراوح ما بين (3001-4000) شيقل، أما بالنسبة لأحمد الذي يبلغ من العمر (11) عاماً، وترتيبه الميلادي الأخير حيث أنه توأم متشابهه لأخ آخر، أصيب بالمرض قبل (7) شهور تقريباً، تشعر الأم بأنها تكيفت مع الوضع بفضل الدعم الذي تلقتة في المستشفى وأنها تشكر الله لأن ابنها لازال على قيد الحياة.

7 - أم مهند والتي تبلغ من العمر (45) عاماً، تعيش في مدينة رام الله، حالتها الاجتماعية متزوجة، وهي أم لـ (7) أولاد، مستواها الأكاديمي ثانوي، مستوى دخل الأسرة يتراوح ما بين (3001-4000) شيقل، أما بالنسبة لمهند الذي يبلغ من العمر (11) عاماً، ترتيبه الميلادي الأخير بين أخواته، وقد أصيب بالمرض قبل (9) شهور. تشعر الأم بضرورة الدعم الإيجابي والتكيف مع الوضع لضرورة تخطي هذه الأزمة، حيث أنها تهتم لنفسيتها ولنفسية طفلها.

8 - أم لانا والتي تبلغ من العمر (34) عاماً، تعيش في مدينة رام الله، حالتها الاجتماعية متزوجة، وهي أم لـ (4) أولاد، مستواها الأكاديمي بكالوريوس، مستوى دخل الأسرة يتراوح بين

(3001-4000) شيقل، أما بالنسبة لـ لانا فهي تبلغ من العمر (11) عاماً، ترتيبها الميلادي الثالثة في الأسرة، وقد أصيبت بالمرض قبل (8) شهور، تشعر الأم بأن الدعم المعنوي قد ساعدها في تقبل المرض كما وساعدها في دعم الطفلة المريضة والتوفيق بينها وبين إخوتها.

9 - أم خالد والتي تبلغ من العمر (39) عاماً، تعيش في قرية من قرى بيت لحم، حالتها الاجتماعية متزوجة، وهي أم لـ (6) أولاد، مستواها الأكاديمي ثانوية عامة، مستوى دخل الأسرة يتراوح ما بين (2001-3000) شيقل، أما بالنسبة لخالد الذي يبلغ من العمر (11) عاماً، ترتيبه الميلادي الثالث في الأسرة، وقد أصيب بالمرض قبل (5) أشهر، تشعر الأم بأنها بحاجة إلى إعادة تنظيم أمور حياتها لتصبح قادرة على دعم الطفل المريض والآخرين في الأسرة.

10 - أم آلاء التي تبلغ من العمر (33) عاماً، تعيش في قرية من قرى بيت لحم، حالتها الاجتماعية متزوجة، وهي أم لـ (4) أولاد، مستواها الأكاديمي بكالوريوس، مستوى دخل الأسرة يتراوح من (1000-2001) شيقل، أما بالنسبة لـ آلاء التي تبلغ من العمر (13) عاماً، ترتيبها الميلادي الأولى في الأسرة، وقد أصيبت بالمرض قبل (5) أشهر، تشعر الأم بأن عالمها أصبح المستشفى وأنها منعزلة عن العالم البعيد عن المستشفى تماماً.

ملاحظة: جميع الأطفال المفحوصين لا يعلمون بطبيعة مرضهم.

4.3 أداة الدراسة:

استخدمت الباحثة لجمع بيانات هذه الدراسة المقابلات المنظمة للأطفال وأمهاتهم من إعداد الباحثة.

وفيما يلي تعريف بالمقابلات:

1.4.3 المقابلات المنظمة للأطفال وأمهاتهم:

بعد الاطلاع والتقصي في الأدب النظري وبحسب أهداف الدراسة قامت الباحثة بإعداد مقابلات منظمة لأفراد العينة من الأمهات والأطفال، حيث اشتملت هذه المقابلات على معلومات وصف العينة و(10) أسئلة مفتوحة لكل من الأطفال وأمهاتهم.

1 - الهدف من المقابلات المنظمة:

تهدف الباحثة من خلال استخدام المقابلات إلى التعمق في الدراسة ووصف الظاهرة وتوضيح خصائصها كما هي في الواقع من خلال طرح الأسئلة المفتوحة المعدة مسبقاً والتي سبق وحددت أنماط إجاباتها التي تركز على العقلانية وليس على الأجوبة العاطفية، لتحقيق الفائدة المرجوة من هذه الدراسة، وتسهيل مهمة الباحثين الآخرين ليستفيدوا منها في أبحاثهم القادمة.

2 مبررات إعداد المقابلات المنظمة:

تعدّ المقابلة من الطرق الرئيسية لجمع المعلومات في البحث الكيفي، وهي عبارة عن فحص دقيق وعميق لوضع معين، أي أن الفكرة الأساسية في دراسة الحالة هي أن تتم دراسة الحالة أو الحالات بشكل مفصل ودقيق وباستخدام كافة الوسائل المناسبة للدراسة، ومن هنا رأت الباحثة ضرورة إعداد مقابلات، لكي تستطيع أن تتعرف على أفكار ومشاعر ووجهات نظر الآخرين، كما أنها تمكن

الباحثة من إعادة بناء الأحداث الاجتماعية التي لم تلاحظ بشكل مباشر ولا يمكن للمقاييس أن تشير إليها.

3 معالجة وتحليل البيانات:

عُولجت وحُللت البيانات من خلال استخدام النظرية المجذرة، حيث أن من الضروري استخلاص النظرية من البيانات التي يتم جمعها خلال عملية المقابلات مع المفحوصين، فالنظرية المجذورة هي إحدى الطرق المستخدمة في البحث الكيفي، لأنها تستخدم في تطوير وتشكيل البيانات التي تم جمعها والحصول عليها من الميدان بشكل أساسي، ومن ثم تحليلها فيما بعد، فهي تعمل على تشكيل محاورها وبياناتها من خلال البيانات والمعطيات نفسها، ومن خلال التعمق في وجه نظر المفحوصين أنفسهم، واستقراء المعلومات من الواقع نفسه، وهو توجه جديد يؤمن من الواقع إلى النظرية، والذي يتم من خلاله البحث عن أمور مشتركة تتكرر لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان وأطفالهن، ومن هنا فهي تساعد على البحث عما هو جديد يغني البحث الكيفي (Strauss, Corbins, 1998).

وهذا ما قمت بتطبيقه خلال دراستي، حيث أنني انطلقت من البيانات التي جمعتها من المفحوصين في الميدان إلى النظرية، حيث قمت بعمل بحث استكشافي أولي ومن ثم تصميم المقابلات وتشكيل المحاور الرئيسية للبحث من خلال البيانات التي جمعتها.

أما بالنسبة لعملية تحليل البيانات فقد تمت من خلال المستويات الثلاثة التي تطرحها النظرية وهي، كالآتي:

1) الترميز المفتوح:

حيث يبدأ الترميز المفتوح بعد عملية جمع البيانات الأولية وفحصها من خلال قراءة النصوص التي تم الحصول عليها من قبل المفحوصين، ومن ثم عملية تصنيف البيانات الأولية من خلال إيجاد عناصر مشتركة بين المفحوصين، ثم تصنيف البيانات ضمن محاور تركز في الأبعاد الرئيسة في الدراسة.

2) الترميز المحوري:

وهنا يقوم الباحث بتطوير المفاهيم وتصنيفها بصورة أكثر دقة بحيث تصنف على شكل مفاهيم مجردة، والعمل على تنظيمها ضمن تصنيفات محددة، والبحث عن العلاقة المحتملة بين التصنيفات الأولية وجمع ما يتشابه من المحاور والعمل على وضعه في تصنيف مشترك.

3) الترميز الانتقائي:

حيث يقوم الباحث في هذه المرحلة بتحليل البيانات بصورتها النهائية، بحيث يتم إيجاد الأفكار الرئيسية والمركزية، وفيها يعود الباحث إلى الأدب النظري الذي جمعه مسبقاً من أجل عمل التحليل المعمق والنهائي.

وفي هذا البحث اتبعت مستويات التحليل الثلاثة التي نصت عليها النظرية المجردة، بحيث تم التوصل إلى (5) محاور رئيسة في مقابلات الأمهات و(4) محاور في مقابلات الأطفال.

- المحاور الرئيسية في مقابلات الأمهات:

1. صدمة الأم نتيجة إصابة طفلها/ طفلتها بمرض السرطان، والتي تتضمن الحديث عن التجربة التي مرت بها الأم مع طفلها منذ لحظات التشخيص الأولى حتى اللحظة الراهنة.
2. أهم التغييرات النفسية التي تطرأ على الطفل المصاب بالسرطان و مدى انعكاس الحالة النفسية للطفل على الأم والعكس صحيح.
3. أكثر المخاوف التي تعانيها الأم حول إصابة طفلها بالمرض، وما مدى تأثير هذا الخوف عليها، وما هي الطرق التي تتبعها الأم لتجنب هذا الخوف.
4. تأثير إصابة الطفل بمرض السرطان على الأم وعلى ديناميكيات الأسرة، والذي يتضمن الحديث عن الوضع النفسي للأم، وكيفية تأثير هذا الوضع على العلاقة مع الزوج والأبناء الآخرين والطفل المريض والمجتمع المحيط ككل.
5. مدى رضى الأمهات عن الخدمات النفسية المقدمة في المستشفى، وما هي احتياجاتهن، وهل ساعدتهن هذه الاحتياجات على تخطي المحنة التي مررن بها، وما هي أهم النصائح التي توجهها الأمهات إلى أقرانهن اللواتي مررن بنفس التجربة.

-المحاور الرئيسية في مقابلة الأطفال:

1. التأثيرات النفسية للمرض على الطفل المصاب بالسرطان، ومدى تأثير هذا المرض على طموحات الطفل وتفاعله مع الآخرين.
2. أهم مسببات القلق والخوف للطفل أثناء الذهاب إلى جلسات العلاج، ومدى تأثير هذا القلق والخوف على الطفل بخصوص اتخاذ القرارات الخاصة بجلسات العلاج.

3. أهم الدوافع التي قد تجعل الطفل متفائل بالشفاء التام من المرض والعكس.
4. أهم الأشخاص الذين يثق فيهم الطفل بخصوص المعلومات حول المرض.

5.3 إجراءات الدراسة

قامت الباحثة في هذه الدراسة بإتباع الإجراءات الآتية:

- 1 إلقاء الضوء على بعض الأطر النظرية والدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة.
- 2 تصميم المقابلات المنتظمة للأمهات والأطفال بعد جمع المعلومات الأولية من المفحوصين.
- 3 معالجة وتحليل البيانات في المقابلات واستخلاص النتائج وتفسيرها ومناقشتها.
- 4 صياغة التوصيات والمقترحات في ضوء نتائج الدراسة.

6.3 متغيرات الدراسة:

ستعالج نتائج الدراسة من خلال المتغيرات الآتية:

المتغيرات المستقلة: العمر (للأم والطفل)، الجنس (للطفل)، المستوى الاقتصادي، مكان السكن، المستوى التعليمي للأم، عدد الأخوة والأخوات، الترتيب الميلادي للطفل، مدة إصابة الطفل بالمرض.

المتغيرات التابعة: تقدير الذات والقلق لدى الأمهات وأطفالهم المصابين بمرض السرطان.

الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها

1.4 تمهيد.

1.1.4 المحاور الرئيسية في مقابلات الأمهات.

2.1.4 المحاور الرئيسية في مقابلات الأطفال.

2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال (الأول – الثاني – الرابع – الخامس).

3.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث.

4.4 النتائج المتعلقة بالسؤال (السادس – السابع)،

5.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

1.4 تمهيد:

يعرض هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الباحثة من خلال تطبيق أدوات الدراسة (المتتمثلة في المقابلات)، بالإضافة إلى مناقشة هذه النتائج بصورة أولية مع الأخذ بعين الاعتبار الإطار النظري الذي قد ذكرته مسبقاً، ونظراً لأن طبيعة المكان الذي تمت فيه تطبيق الأدوات يحتل أهمية بالغة في عملية تحليل المعلومات التي تم جمعها، كان لا بد لي من التطرق في التحليل الأولي إلى خصوصية المستشفى وبالتحديد قسم هدى المصري للسرطان، كالظروف التي تعيشها الأمهات والأطفال في المستشفى، وغيرها من المعلومات التي تكفل إعطاء صورة مختصرة وواضحة تساعدني في فهم الحالات المفحوصة، وبناءً على ذلك سيتم عرض النتائج ومناقشتها بصور أولية من خلال ما يلي:

1.1.4 المحاور الرئيسة في مقابلات الأمهات:

1 - صدمة الأم بإصابة طفلها/ طفلتها بمرض السرطان، والتي تتضمن الحديث عن التجربة التي مرت بها الأم مع طفلها منذ لحظات التشخيص الأولى حتى اللحظة الراهنة: إن هذا المحور

الرئيس يحتوي على مجموعة من العناوين الفرعية، فقد تناول لحظات التشخيص الأولى لمرض الطفل وتأثير صدمة الخبر على الأم، بالإضافة إلى توضيح مدى تأثير هذه الصدمة على الحالة النفسية للأمهات، والتي ظهرت من خلال المقابلات بشكل أساسي.

2 - أهم التغييرات النفسية التي تطرأ على الطفل المصاب بالسرطان و مدى انعكاس الحالة النفسية للطفل على الأم والعكس صحيح: يتناول هذا المحور الحديث عن التغييرات النفسية التي تطرأ على الطفل المصاب بمرض السرطان ومدى تأثير هذه التغييرات على الحالة النفسية للطفل، كما ويناقش هذا المحور الحالة النفسية للأم التي لديها طفل مصاب بالسرطان وتأثير حالتها النفسية على طفلها المصاب بالسرطان.

3 - أكثر المخاوف التي تعانيها الأم حول إصابة طفلها بالمرض، وما مدى تأثير هذا الخوف عليها، وما هي الطرق التي تتبعها الأم لتجنب هذا الخوف: يتناول هذا المحور عرض أكثر المخاوف التي تعانيها الأمهات اللواتي لديهن طفل مصاب بالسرطان، كما ويتناول هذا الجانب مناقشة مدى تأثير هذا الخوف على الأمهات والأساليب التي تتبعها الأم للتخفيف من الخوف لديها.

4 - تأثير إصابة الطفل بمرض السرطان على الأم وعلى ديناميكيات الأسرة، والذي يتضمن الحديث عن الوضع النفسي للأم، وكيفية تأثير هذا الوضع على العلاقة مع الزوج والأبناء الآخرين والطفل المريض والمجتمع المحيط ككل: يتناول هذا المحور تأثير إصابة الطفل على حالة الأم النفسية وعلى ديناميكيات الأسرة، حيث أن هذا المحور تناول بشكل خاص تأثير علاقة الأم مع الزوج والطفل المصاب بالسرطان والأطفال الآخرين في الأسرة والمجتمع المحيط بالأم ككل.

5 - مدى رضى الأمهات عن الخدمات النفسية المقدمة في المستشفى، وما هي احتياجاتهن، وهل ساعدتهن هذه الاحتياجات على تخطي المحنة التي مررن بها، وما هي أهم النصائح التي توجهها الأمهات إلى أقرانهن اللواتي مررن بنفس التجربة: تناول هذا المحور مدى رضى

الأمهات عن الخدمات النفسية المقدمة في المستشفى من حيث الدور الذي يلعبه الأطباء والمرضى والدعم من الأخصائية النفسية والاجتماعية، ومدى توفر سبل الراحة في ظروف المستشفى التي تعيشها الأمهات بشكل يومي طيلة فترة علاج الطفل المصاب بالسرطان، كما ويناقش هذا الجانب أهم ما تحتاج إليه الأمهات لتخطي الأزمة.

2.1.4 المحاور الرئيسية في مقابلة الأطفال:

- 1- التأثيرات النفسية للمرض على الطفل المصاب بالسرطان، ومدى تأثير هذا المرض على طموحات الطفل وتفاعله مع الآخرين: يتضمن هذا المحور مناقشة أهم التأثيرات النفسية للمرض على الطفل المريض من حيث الطموحات والتفاعلات مع الآخرين.
- 2- أهم مسببات القلق والخوف للطفل أثناء الذهاب إلى جلسات العلاج، ومدى تأثير هذا القلق والخوف على الطفل بخصوص اتخاذ القرارات الخاصة بجلسات العلاج: يتناول هذا المحور أهم مسببات القلق والخوف لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان أثناء الذهاب إلى الجلسات العلاجية، ومدى تأثير ذلك على قرارات الطفل بخصوص جلسات العلاج.
- 3- أهم الدوافع التي قد تجعل الطفل متفائل بالشفاء التام من المرض والعكس: يتضمن هذا المحور عرض أهم الدوافع والحوافز التي تجعل الطفل متفائل بالشفاء التام، بالإضافة إلى معرفة أهم عوامل التشاؤم وعدم التفاؤل بالشفاء التام.
- 4- أهم الأشخاص الذين يثق فيهم الطفل بخصوص المعلومات حول المرض: يتضمن هذا الجانب عرض أهم المصادر التي يثق بها الطفل بخصوص المعلومات عن المرض، والأسباب التي جعلت الطفل يثق بهذه المصادر.

2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والثاني والرابع والخامس:

قامت الباحثة بطرح أسئلة في تحليل المحتوى من خلال المقابلات للأمهات التي تشير إلى دلالات درجات تقدير الذات والقلق لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، حيث تمثلت الأسئلة المفتوحة المتعلقة بتقدير الذات والقلق بـ (السؤال الأول والثاني والرابع والخامس) من أسئلة المقابلات الخاصة بالأمهات، ومن ثم جمعت أهداف هذه الأسئلة وتبويب الإجابات ضمن محاور رئيسة تمثلت بـ (المحور الأول، والمحور، الثالث، والمحور الرابع) يتم من خلالها تحليل محتوى إجابات الأمهات.

1.2.4 المحور الأول: صدمة الأم نتيجة إصابة طفلها/ طفلتها بمرض السرطان، والتي تتضمن الحديث عن التجربة التي مرت بها الأم مع طفلها منذ لحظات التشخيص الأولى حتى اللحظة الراهنة.

إن من أصعب اللحظات التي يمر بها الأهل هي لحظة التشخيص الأولى، التي يتم فيها تأكيد إصابة طفلهم بمرض السرطان، فالزمن يتوقف في تلك اللحظات عند الأهل، ويقلب أمور حياتهم رأساً على عقب، حيث يجد الوالدين أنفسهم أمام مرض خطير مميت، ينبغي عليهم مع صدمة هذا المرض اتخاذ العديد من القرارات وخلال وقت قصير، فضلاً عن استيعاب كل المعلومات الأساسية التي تنهمر عليهم في وقت واحد.

وقد عبرت كل الأمهات خلال المقابلات أن من أصعب اللحظات التي مررن بها هي لحظات التشخيص الأولى، حيث أن هذه اللحظات كانت بمثابة نقطة تحول أحدثت الكثير من التغييرات في حياتهن، فأصبحت الأمهات لا تستطيع سماع سوى كلمة الطفل مصاب بالسرطان، وهذا قد يشير

إلى ارتفاع درجات التوتر والخوف والقلق لديهن في تلك اللحظات، فمن الأمهات من قابلت الخبر بحالة من الرفض والإنكار، ومنهن من رفضت التقرب من الطفل المصاب، وأخريات عملن على إعادة الفحص عدة مرات للتأكد من التشخيص، لكن إعادة الفحص جلب للأمهات خيبة أمل كبيرة وعميقة.

تقول أم حسن: "شعور مؤلم وقاتل، أشعر بأنني أعيش في حالة موت بطيء، أتمنى كل يوم أن أكون أنا المصابة بدل طفلي، مشاعر مخربطة، وحياتي تغيرت للأسوأ".

تقول أم آلاء: "تمنيت الموت في تلك اللحظات، شعرت بأنني وصلت إلى النهاية مع هذا المرض المخيف".

كما تقول أم خالد: "تجربة صعبة ومرة، كل ما فيها متقلب فهي مليئة بالمفاجآت التي تتدر وأن تكون سارة".

تقول أم بيلسان: "لم أصدق الخبر، وعدت الفحوصات أكثر من مرة لعل النتيجة تكون خاطئة، وعندما تأكد المرض شعرت بأنني التقط أنفاسي الأخيرة".

ومن هنا فإن الفترة الأولى من تشخيص الطفل تكون مليئة بحالة من التوتر والقلق والترقب والانتظار لما يمكن أن يحدث للطفل في ظل هذا الحدث الصادم، الذي أثر على كل فرد من أفراد الأسرة وبالأخص على الأم المرافقة والمتابعة لعلاج الطفل، فمن خلال هذه العبارات نستدل أن خبر إصابة الطفل بالسرطان كان صادمًا بالنسبة للأمهات، فالكثير منهن لم يتجاوزن الأزمة بالرغم من محاولتهن استيعاب ذلك.

لقد تحدثت الكثير من الأدبيات عن أن لحظة التشخيص الأولى للطفل المصاب بالسرطان، هي من أصعب اللحظات بالنسبة للأسرة ككل، حيث يعتمد ذلك على مجموعه من العوامل منها طبيعة مرض السرطان الذي يعد من أكثر الأمراض المهددة للحياة، وشدة الأعراض الظاهرة على الطفل

المريض، وكذلك المرحلة التي وصل إليها المرض سواء كان بسيط أم متوسط أم شديد، كل هذه العوامل تنعكس على وضع الأم النفسي بشكل سلبي (Davis,1993). وقد قامت الباحثة بتقسيم دلالات إجابات الأمهات في المقابلات إلى قسمين: منهن ما كان لديهن تقدير ذات مرتفع وقلق بسيط، ومنهن من كان لديهن تقدير ذات منخفض أو متوسط وقلق شديد أو حاد.

1 القسم الأول: تقدير ذات مرتفع وقلق بسيط.

لقد لاحظت الباحثة أنه كلما تقدم الطفل بالعلاج، قلت درجات القلق لدى الأمهات، وارتفعت درجات تقدير الذات لديهن، ولعل السبب في ذلك يرجع إلى حالة من التكيف والتعايش مع الأزمة التي تمر بها الأم أكثر من فكرة تقبل المرض أو تجاوزها، والشعور بالأمل خاصة في ظل عمل مقارنات مع حالات تم شفاؤها، وقد تلعب مصادر الدعم النفسي دوراً كبيراً في ذلك، فالأم التي قدم إليها دعم لمدة (9) شهور تختلف عن الأم التي قدم إليها دعم لمدة شهرين.

2 القسم الثاني: تقدير ذات منخفض أو متوسط وقلق شديد أو حاد.

لقد لاحظت الباحثة أن معظم الأمهات حديثات التجربة مع مرض السرطان، لديهن تقدير ذات منخفض أو متوسط وقلق شديد أو حاد، ولعل ذلك يعزى إلى أنهن في مرحلة صدمة الخبر، وأنهن لا يبتعدن كثيراً عن مرحلة التشخيص سوى خطوات قليلة، فالغموض ما زال يسيطر عليهن حول مراحل العلاج، ويتفق مع ذلك (خريسات، 2012)، حيث يرى أن معرفة الأهل بأن إصابة الطفل بمرض السرطان، يقلب أمور حياتهم رأساً على عقب، في ظل حالة من الارتباك والفوضى، فضلاً عن شعورهم بالقلق والتوتر الدائم حيال هذا المرض الخبيث المميت.

وتبين من خلال المقابلات عدم وجود تفاوت في درجات القلق وتقدير الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان تبعاً للمتغيرات المستقلة في الجدول (العمر-مكان السكن- الحالة الاجتماعية- عدد الأولاد- المستوى التعليمي - المستوى الاقتصادي)، في حين تبين وجود تفاوت ملحوظ في درجات القلق وتقدير الذات لدى الأمهات تبعاً للمتغير المستقل مدة الإصابة بالمرض، فكلما كانت مدة الإصابة أكثر كلما ارتفعت درجة تقدير الذات لدى الأمهات وبالتالي انخفض القلق، وفسرت الباحثة ذلك بتكيف الأم مع الأزمة وتجاوزها مرحلة التشخيص التي تعد من أصعب المراحل التي يمر بها أهالي الأطفال المصابين بمرض السرطان.

2.2.4 المحور الثالث: أكثر المخاوف التي تعانيها الأم حول إصابة طفلها بالمرض، وما مدى تأثير هذا الخوف عليها، وما هي الطرق التي تتبعها الأم لتجنب هذا الخوف.

من الطبيعي أن تنتاب المخاوف كل إنسان ويغمره القلق حين يجد نفسه في مواجهة أحداث غير مألوفة أو خارجة عن التحكم وغير معروفة العواقب، فالخوف والقلق من السرطان أمر معروف وطبيعي بين كل الناس، لذلك من الطبيعي أن يشعر الأهل بالغضب والقلق والشعور بالدونية والشعور بالذنب في حال كان لديهم طفل مريض بالسرطان.

لقد عبرت جميع الأمهات من خلال المقابلات عن خوفهن من الموت، بالإضافة إلى خوفهن من عدم استجابة طفلهن إلى العلاج وتدهور وضعه الصحي، كما وعبرت بعض الأمهات عن خوفهن من الألم والمعاناة التي يعانيها طفلها مع الجلسات العلاجية.

فقالت أم حسن: " أكثر شيء يخيفني هو خسارة إبنتي، الخوف على إبنتي وصحتها دمر حياتي فقدت كل شيء أحبة لأجلها، فقدت عملي، فقدت علاقاتي، وحتى أبنائي الآخرين، لا أعرف كيف أتعامل مع هذا الخوف لأنني لا زلت أعيش معه ولا أستطيع أن أتخلص منه".

أما أم ساجدة فقد قالت: " أخاف كثيراً من الموت، وعدم تجاوب الطفلة للعلاج، وقد أثر هذا الخوف علي سلبياً حيث أنني أصبحت أكثر عصبية ومزاجية، مشتتة في معظم أوقاتي، أهملت زوجي وأبنائي، لم استطع التغلب على هذا الخوف ولا حتى التعامل معه إلى الآن".

تقول أم خالد: " الخوف من الموت يدمرني ويقتلني أحياناً، وأحياناً أخرى أشعر بأنني قادرة على التغلب على هذه المحنة، حيث أنني أتعامل مع هذا الخوف بتشجيع طفلي على التحدث والقوة وأنه قادر على هزم المرض، أشعر بأنني متغلبة على خوفي وقلقي عندما أشاهد طفلي قوي وقادر على التحدي".

إن الخوف من الموت شكل معظم إجابات الأمهات حديثات التجربة مع مرض السرطان، ولعل ذلك يعزى إلى الغموض والارتباك الذي لا يزال مرافقاً للأمهات خلال هذه الخطوات القليلة التي قطعتها الأمهات مع العلاج، فالكثير منهن ما زلن لا يعرفن كيفية السيطرة على هذا الخوف والقلق، والكثير منهن يشعرن بالعجز والدونية، بالإضافة إلى عدم تلقي الدعم اللازم والكافي للتخلص من هذه المشاعر وإعادة تنظيم أمور حياتهن من جديد، ولعل ذلك يشير إلى ارتفاع الخوف والقلق لدى الأمهات وتدني تقدير الذات لديهن، أما بالنسبة لما عبرت به أم خالد يتبين لنا أنها حصلت على الدعم والمساندة، لكن هذا الدعم لم يكن كافي لجعلها تكون حاسمة في أمورها فهي متذبذبة في قراراتها أحياناً تكون قادرة على التغلب على الموت وأحياناً تشعر بأن مشاعر الخوف من الموت تقتلها، وهذا إن دلّ على شيء فإنه يدل على أهمية الدعم والمساندة للأمهات الأطفال المصابين بالسرطان، كما ويشير إلى وجود دلالات للقلق مع مستوى منخفض لتقدير الذات، ويتفق

(Davise,1993) مع ذلك حيث أنه يقول أن الطفل المريض بالسرطان لا يعاني بمفرده، بل يقحم

الأسرة بأكملها، حيث تتملكهم مشاعر القلق والخوف والشعور بالتهديد.

تقول أم مهند: "أكثر شيء أخافه هو المرض نفسه، أخاف أن يسلبني هذا المرض حياة طفلي، ففي البداية كان لهذا الخوف تأثير كبير على نفسي، لكن والحمد لله أصبحت متفائلة أكثر، ومتقبلة للموضوع أكثر بالأخص بعد ما تعرفت على المرض بشكل أكبر، تعاملت مع هذا الخوف بفضل دعم طاقم المستشفى كالأخصائية والمرضين والأطباء وزوجي وأسرتي".

تقول أم لانا: "أكثر شيء أخافه هو الموت، لكن هذا الخوف لم يعد يؤثر علي بشكل سلبي بل أصبح حافزاً وداعماً لي، لأكون أقوى، فكل شيء بيد الله وأنا أثق بأن ابني سوف يتجاوز ذلك".

وقد عبرت بعض الأمهات عن خوفهن من الموت، مع قدرتهن على التغلب على هذا الخوف، وكانت هذه الفئة من الأمهات قد أمضت أكثر من (7) شهور في متابعة ومعالجة طفلها، وقد يعزى ذلك إلى التكيف والتأقلم مع المرض، من حيث طبيعة مراحل العلاج، والأعراض التي قد تصاحب العلاج، بالإضافة إلى وجود الدعم اللازم والكافي.

تقول أم نور: "أكثر شيء أخافه هو تدهور حالة طفلي الصحية، لكن هذا الخوف يعطيني القوة لمواجهة ذلك والتحدي لتخطي الأزمة، أتعامل مع هذا الخوف بمتابعة حالة طفلي مع الطبيب والإطلاع على كل ما يخص العلاج أول بأول".

تقول أم أحمد: "إن أكثر شيء أخافه هو الألم والوجع الذي يشعر به طفلي، ونفسيته بعد الدواء، هاد الشيء بأثر علي بشكل إيجابي، يعني يعطيني القوة والصبر لأتحمل معه وادعموا، بتعامل مع هذا الخوف بشكل طبيعي وعادي لأنه خوف لحظي مش دائم يعني".

عبرت بعض الأمهات عن خوفهن من تدهور الوضع الصحي للطفل، والألم والمعاناة التي يشعر بها الطفل، وهذا يشير إلى انخفاض مستوى الخوف والقلق لديهن، وأن الخوف الذي تعانيه هذه الفئة من الأمهات ما هو إلا قلق موضوعي لحظي طبيعي لمثل هذا الحدث، أما بالنسبة لتأثير الخوف عليهن، فقد أشارت الأمهات بأنهن قادرات على التغلب على هذا الخوف وتخطي هذه المرحلة، وقد يشير ذلك إلى دلالات تقدير ذات جيد لديهن وانخفاض مستوى القلق لديهن.

3.2.4 المحور الرابع: تأثير إصابة الطفل بمرض السرطان على الأم وعلى ديناميكيات الأسرة، والذي يتضمن الحديث عن الوضع النفسي للأم، وكيفية تأثير هذا الوضع على العلاقة مع الزوج والأبناء الآخرين والطفل المريض والمجتمع المحيط ككل.

إن تأثير إصابة الطفل بمرض السرطان يؤثر على الأم وعلى ديناميكيات الأسرة، هذا التأثير يتزامن معه حدوث تغيرات كبيرة في الأسرة، يؤثر من خلالها على كل فرد من أفراد الأسرة، ونتيجة لذلك فإن هذه الفترة هي حاسمة في كيفية تأثير هذه الأزمة على الأم بشكل خاص ومن ثم على الأسرة ككل، فهذه التغيرات تحدث في اتجاهين الأول أنها قد تحدث تضامن أعلى بين أفراد الأسرة أو من الممكن أن تؤدي إلى مشاكل أكبر قد تفكك الأسرة ككل، وكلا الاتجاهين يعتمدان على الأفراد الذين يعملون على مساندة الأم أو عدم مساندتها، في كيفية تغطية الدور الذي تركته الأم شاغراً نتيجة لاضطرارها البقاء مع الطفل المريض لفترة طويلة، خلال المرحلة العلاجية.

تناولت الباحثة في هذا المحور تأثير المرض على الحالة النفسية للأم ومن ثم تأثير الحالة النفسية للأم على ديناميكيات الأسرة من الزوج والأبناء الآخرين والطفل المريض والمجتمع المحيط ككل.

لقد عبرت الأمهات من خلال المقابلات عن تأثير إصابة الطفل بالسرطان على حالتهم النفسية، وعلى ديناميكيات الأسرة، حيث تأثرت علاقتهن مع الأزواج والأبناء والأسرة الممتدة والمجتمع المحيط ككل.

فتقول أم حسن: "لقد أثرت إصابة طفلي بالسرطان على حالتي النفسية وبشكل كبير، كنت هادئة المزاج، أصبحت عصبية، كنت اجتماعية، بطلت، صرت أحس حالي أقل من الناس ومش مثل كل الناس، صرت أحس إنو تعاملني مع الناس اختلف للأسوأ، صرت أحس إنني ممرضة لابني وما عندي أي شي ثاني وما عندي أهداف ثانية وكأني متناسية إنو عندي أولاد تانيين بدهم يتعلموا، تأثرت علاقتي بزوجي بطلت أشوفو مثل أول لا هو ولا الأولاد، وحتى لما نلتقي بكون كل كلامنا عن مرض حسن، صرت أحس نقاشنا كلو مشاكل أنا بدي أسافر مع ابني ليتعالج برا البلد وزوجي ما بدو، ابني الصغير صار يغار من حسن ويكرهني لإنني بعيدة عنو، تفاعلي مع الناس بموضوع مرض حسن وأي حد بحكي عن شي ثاني ما بشارك بالموضوع، أما بالنسبة لحسن فعلاقتي فيه صارت أقوى صرت أخاف عليه من أي شي لأنو هو أكثر إنسان بحاجتي وما حد بحتاجني أكثر منو".

أما بالنسبة لأم ساجدة فتقول: "لقد أثرت إصابة طفلي بالسرطان عليّ كثيراً، أصبحت أكثر عصبية ومزاجية، دايماً بشعر بالقلق والتوتر، ما بقدر أخذ قرارات بخصوص بنتي لوحدي، تواجدي في المستشفى جعلني أشعر بأنني معزولة عن العالم بعيدة عن أبنائي الآخرين، غير متفائلة، أصبحت علاقتي الزوجية أمر ثانوي لا أهتم إليهم، أصبحت أكثر قرباً من طفلي المريضة أخاف عليها من كل شيء".

تقول أم بيلسان: "تأثرت حالتي النفسية بمرض ابنتي أصبحت أشعر بالسوء دوماً، لا أعرف في حياتي سوى الآلام والحزن، لم تعد لدي طاقة لعمل أي شيء، أصبحت علاقتي مع الكل بشكل سلبي، أصبحت لا أهتم إلا لابنتي المريضة لأنها تحتاج إلى رعاية خاصة".

نستدل من خلال هذه العبارات أن تأثير إصابة الطفل على الأم شكل حدث صادم للأم، غير حالتها النفسية المستقرة إلى حالة من عدم الاستقرار، لقد وضحت هذه العبارات الحالة النفسية السيئة التي وصلت إليها الأمهات، وتأثير هذه الحالة على تفكك وضياع الروابط الأسرية، بالإضافة إلى تقلص العلاقات الاجتماعية مع الأسرة الممتدة، وقد يعزى ذلك إلى ارتفاع مستوى القلق لدى هذه الفئة وانخفاض تقدير الذات، فالخوف الزائد وتفكك الروابط الأسرية وتقلص العلاقات الاجتماعية جميعها آثار سلبية للقلق المرتفع وتقدير الذات المتدني، فآثار القلق السلبية تؤثر على جميع نواحي نمو الفرد، جسماً، واجتماعياً وفعالياً ونفسياً ومهنياً وقد اتفق مع ذلك (الهواري، 1986؛ وإبراهيم، 2010).

تقول أم مهند: "في البداية كان الأمر صعباً جداً عليّ، تأثرت كثيراً بشكل سلبي، وبعد تلقي الدعم والمساندة، أصبحت أقوى وبدأت شيئاً فشيئاً أعود كما كنت من قبل، وأصبحت علاقتي بزوجتي وأولادي تعود كما كانت من قبل، أما بالنسبة لطفلي المريض فإنني أعاملة معاملة خاصة".

أما أم لانا فنقول: "في البداية تأثرت بشكل سلبي، وبعد ذلك وبفضل الدعم اكتشفت أن كل هذه الأمور لا تجدي نفعاً بالمرض أصاب لانا، وما عليّ إلا أن أقاتل وأحارب من أجل شفاء لانا، بالنسبة لعلاقتي بزوجي فقد كنا على وشك الطلاق، لكن الحمد لله أنني لم أخسر عائلتي ولا أولادي، بالنسبة لـ لانا فأنا أعاملها معاملة خاصة خوفاً عليها وحرصاً عليها من أن يمسها مكروه".

أم نور تقول: "في البداية كان تأثير المرض علي سلمي لدرجة كبيرة جداً، لكني الآن أصبحت أقوى وأتحمل وأقبل أي شيء، أصبحت علاقتي مع زوجي وأبنائي تعود كما كانت من قبل، أما بالنسبة لطفلي نور فأنا أخاف عليها كثيراً وأهتم لحالتها النفسية كثيراً، لأن النفسية تلعب دوراً مهماً في المرض".

نستدل من خلال هذه العبارات أن المرض في بدايته أثر وبشكل سلبي على الحالة النفسية لهذه الفئة من الأمهات، وبفضل الدعم النفسي والمساندة التي قدمت، استطعن تجاوز المحنة، وقد يعزى ذلك إلى مدة إصابة الطفل بالمرض وتكيف الأم خلال هذه المدة مع المرض، فكلما تقدم الوقت على الأم ولم تخسر طفلها شعرت بالأمان والتحسن شيئاً فشيئاً بالإضافة إلى الدعم المعنوي المساند لها، وبالتالي فإن ذلك أثر وبشكل إيجابي على زيادة الترابط والتضامن الأسري، لتعود الحياة إلى هذه الأسر شبيهة بالحياة التي كانت تعيشها قبل صدمة الخبر، وقد اتفق مع ذلك (جمعية ادم للسرطان، 2010)، التي شيدت بدورها على أهمية الدعم والمساندة لأهالي الأطفال المصابين بمرض السرطان.

3.4 النتائج - المتعلقة بالسؤال الثالث:

قامت الباحثة بطرح أسئلة في تحليل المحتوى من خلال المقابلات للأطفال التي تشير إلى دلالات درجات القلق لدى الأطفال المصابين بالسرطان، حيث تمثلت الأسئلة المفتوحة المتعلقة بالقلق بجميع الأسئلة التي طرحت في المقابلات الخاصة بالأطفال، ومن ثم جمعت أهداف هذه الأسئلة وبوّبت الإجابات ضمن محاور رئيسية تمثلت بـ (المحور الأول والمحور الثاني والمحور الثالث) يتم من خلالها تحليل محتوى إجابات الأطفال.

1.3.4 المحور الأول: التأثيرات النفسية للمرض على الطفل المصاب بالسرطان، ومدى تأثير هذا

المرض على طموحات الطفل وتفاعله مع الآخرين.

أشارت العديد من الدراسات إلى التأثيرات النفسية على الطفل المصاب بمرض السرطان، بعض هذه التأثيرات تكون بسبب العلاجات التي يتلقاها الطفل، وبعضها الآخر يكون بسبب الظروف والوضع الذي يعيشه الطفل، لذا فمن الطبيعي أن يكون طفل مريض السرطان لديه مشاعر القلق والخوف والتوتر، فالطفل الذي يعيش ظروف خاصة كالعلاج والمكوث في المستشفى لفترات طويلة حتى وإن كان لا يعرف طبيعة مرضه، فإن هذه الظروف تؤثر على جميع جوانب شخصية الطفل سواء كانت هذه الجوانب معرفية أم جسدية.

وقد اتفق مع ذلك (سرحان، 2010)، حين عرّف القلق بأنه حالة انفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة والحذر والرعب، موجهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة، ويعدّ القلق من المشاعر الطبيعية التي يمر بها كل إنسان، وهناك قلق طبيعي وقلق مرضي.

وقد أشارت جميع إجابات الأطفال أن المرض أثر على نفسياتهم بشكل سلبي بعد أخذ الجرعات العلاجية، حيث يشعر الطفل بالعصبية والمزاجية والإنطوائية فضلاً عن التوتر والخوف الذي يصاحب الطفل قبل الجلسة وخلال الجلسة وبعدها.

يقول أحمد: "لا يوجد تأثير للمرض علي، عادي كل الناس بمرضوا، بس احياناً بعد الجلسة بعصب وبحس حالي مش طايق أحكي مع حدا، وما يكون حابب أعمل شي.

بس أكثر شي كنت أحب أعملو هو إني ألعب كرة سلة، وضليت أحب هاي الهواية وأمارسها، بس لما يكون عندي جلسة ما بلعب كرة سلة، لإني ما بحب أعمل ولا شي.

بالنسبة لعلاقتي مع الناس ما تغيرت ضلت مثل ما هي، بس بعد الدوا ما بحب أتعامل وأحكي مع أصحابي ولا مع حد من المقربين مني".

يقول مهند: "لم يتغير أي شيء في حياتي، كنت بحب أكون شرطي وما زلت بحب أكون شرطي، والحمد لله أنا مبسوط، ونفسي بتكون كتير منيحة بدون ما أخذ الدواء الأحمر. كنت بحب ألعب فطبول، بس ما ضليت أمارسها لأنو إمي بتخاف عليّ كتير. بالنسبة لتفاعلي ضل مثل ما كان يعني عادي، بس بعد الدواء الأحمر ما بحب أحكي معهم لأنني بكون تعبان ومش جاي عبالني أحكي مع حد".

تقول لانا: "أنا خففت من طموحاتي، لأنني ما بقدر افكر فيهم كلهم، بعد الجلسات ببطل مبسوطه وبحس حالي معصبة ومش جاي عبالني أكل شي ولا أحكي شي ولا أعمل إشي، كنت بحب أعمل كيك مع أختي وأرتب البيت معهم، بس هلا ما بساعدهم كتير لأنني بكون بأغلب الوقت تعبانة".

يقول حسن: "ما عندي طموحات، وما بفكر بشي غير إني أشفى من هالمرض المتعب، نفسي بتي بعدا الدوا زفت وقبل الدوا زفت، وبأغلب أوقاتي بحس حالي مدايق ومش مبسوط ومعصب ومش حابب حدا.

أكثر الشغلات الي كنت أحبها الدراسة، كنت حاب أطلع الأول عالصف السنة هاي، بس بطلت من المدرسة وبطلت أحب الدراسة ولا إلي نفسي أدرس، أغلب وقتي تعبان، كنت كمان أحب ألعب كرة قدم بس بطلت ألعبها لأنني بالمستشفى.

علاقتي مع الكل تغيرت، أصحابي إخوتي ولاد عمي وحتى أهلي، أنا بالمستشفى ووقت الزيارة ما بشوفهم منيح، ومش حاب حد يشوفني وأنا عالجهزة مريض، ما بدي حد يزعل علي مثل امي".

تقول ساجدة: "كنت حابة أصير دكتورة، بس بطلت حابة ولا بتمنى هالشي لأنو عنجد الدوا إلي باخدو بوجع نفسيتي كثير تعبانة دايمًا مش مسموحلي أعمل أي شي مش مبسوسة ولا سعيدة بحياتي، كثير بخاف من أي شي.

كنت بحب القراءة، بس بطلت أحب أقرأ، أحياناً بقرأ قصص غصبن عني ما بحس حالي مبسوسة فيهم مثل أول، بطلت أروح عالمدرسة ولا بشوف صحباتي حاسة حالي بعيدة عن الكل.

كثير تغيرت علاقتي مع الكل ما بشوف حد ولا حد بشوفني، ولا بدي حد يشوفني وأنا تعبانة، ما بكون حابة أحكي معهم أو أَلعب معهم".

تلك الكلمات القليلة التي عبر بها أطفال مرضى السرطان، تصف لنا حالة القلق الذي يصيبهم فقط بعد الجلسات العلاجية، وهذا قد يشير إلى تأثير تلك الأدوية والجلسات العلاجية على الطفل المريض بالسرطان، وتأكيداً على أن الطفل لا يسقط مشاعره السلبية على الدواء، فقد أشارت المصادر الطبية في المستشفى أن لبعض الأدوية التي تعطى لمريض السرطان تؤثر على نفسية الطفل بشكل سلبي، وعلى الأم والأهل معرفة التعامل مع ذلك، كما وأشارت لنا تلك الإجابات بأن القلق الذي يكون سببه الدواء يكون تأثيره أقل على شخصية الطفل، من القلق الذي يكون سببه الظرف الذي يعيشه الطفل، ولعل ذلك يعزى إلى أن القلق الذي يصيب الطفل بسبب الدواء ينتهي تأثيره بعد انتهاء الجلسة بيوم أو يومين أي أن مسبب القلق هنا هو تأثير الدواء على هرمونات الطفل وحال انتهاء تأثير الدواء على هذه الهرمونات يعود الطفل إلى وضعه الطبيعي، بينما القلق الذي يكون تأثير الظرف أو الحالة التي وجد عليها الطفل، يستمر مع الطفل ما دامت هذه الظروف تشجع الطفل على أن يستمر وهو قلق، فالطفل الذي يشاهد أمه قلقة عليه بشكل مستمر، سوف يكتسب منها ذلك القلق، ولا يمكن أن يلغى تأثير ذلك القلق إلا بتغيير الظروف حول الطفل.

2.3.4 المحور الثاني: أهم مسببات القلق والخوف للطفل أثناء الذهاب إلى جلسات العلاج، ومدى

تأثير هذا القلق والخوف على الطفل بخصوص اتخاذ القرارات الخاصة بجلسات العلاج.

استراتيجيات عملية المعالجة لمريض السرطان، تعد أهم مسببات القلق والخوف للمريض، وذلك لما لها من الآلام وتعب أثناء المعالجة، فضلاً عن التأثيرات الجانبية على نفسية المريض ما بعد المعالجة، وقد اتفق مع ذلك (زهران، 2001) الذي اعتبر الاستعداد النفسي من أهم مسببات القلق، فالضعف العام لنفسية المريض، وشعوره بالتهديد الداخلي أو الخارجي، والتوتر النفسي الشديد والصدمات النفسية، جميعها عوامل محفزة للقلق.

يقول خالد: "بحس حالي قلقان ومتوتر وخائف لما يقرب موعد الجلسة، بس بروح وباخذ الجلسة عشان أخلص من هالمرض الملل، أنا ما بتردد في جلسات العلاج بدي أطيب لإنني حاب أصير مهندس كبير".

تقول نور: "أحياناً بخاف لما بدي أروح أخذ الجلسة، لأنني بخاف من الإبر، وما بتردد بالعلاج لإنو أي إنسان بيمرض لازم ياخذ العلاج تاعوا عشان يطيب".

يقول أحمد: "الصراحة كنت أخاف بالأول بشكل كثير كبير، بس هلا بخاف بس مش مثل أول، لأنني تعودت على العلاج وتعودت على الوجع، أحياناً يكون مش حاب أروح عالجلسة، بس الماما بتخليني بتقنعني بكلامها".

تقول بيلسان: "آها طبعاً بخاف من الجلسات لأنني بتعب وبحس حالي هزلانه كثير، وما بحب أحكي مع حدا بعد الجلسة بحس حالي وحدة تانية بعد الدواء الأحمر، أكثر وقتي يكون متردده في أخذ الجلسات عشان إمي وزعلها".

تشير دلالات إجابات الأطفال إلى أن أكثر مسببات القلق لديهم، هي الإستراتيجيات العلاجية، وقد يعزى ذلك إلى ردة فعل الطفل اتجاه خطر أو تهديد، فالطفل لا يعلم بأنه مصاب بالسرطان، لكنه جرب الجرعات العلاجية أي أنه كون فكرة عن الآلام التي تسببها هذه الجرعة، بالإضافة إلى الآثار الجانبية على النفسية، فالكثير من الأطفال استطاعوا تمييز التأثير الجانبي لبعض الأدوية (كالدواء الأحمر) الذي يسبب العصبية والمزاجية. ومن هنا فالقلق لا يفارق مريض السرطان لكنه يختلف في درجاته بحسب الجرعات العلاجية والظروف المحيطة بالطفل، كما ويؤثر القلق والخوف على قرارات الطفل بشكل سلبي، فغالبية الأطفال لا يرغبون بالعلاج لما له من تأثيرات على نفسياتهم فضلاً عن الآلام التي يسببها العلاج.

3.3.4 المحور الثالث: أهم الدوافع التي قد تجعل الطفل متفائل بالشفاء التام من المرض والعكس.

إن الدافع أو الحافز قلق طبيعي مصدره خارجي، وهو رد فعل لإدراك خطر خارجي أو لأذى يتوقعه الشخص ويراه قادماً، وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف؛ لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن المصاب، ومثاله القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد، أو القلق المتعلق بالشفاء التام من المرض، فقد استخدم هورني كلمة خوف للتعبير عن هذا القلق، أما فرويد فقد أسماه بالقلق الواقعي أو القلق السوي، وقد أضاف إلى ذلك (صبرة، 2004؛ والمنسي، 2001)، أن هذا القلق هدفه حماية الإنسان من الأخطار الحقيقية، وينشأ عن غريزة حفظ الذات، التي تجعل الإنسان يستعد لمواجهة الخطر الذي يتهدهده أو الهروب منه أو الاستسلام والخضوع، فإن كان الإنسان لديه الحافز أو الدافع لمواجهة الخطر فإنه يعيش قلق موضوعي مفيد، وإن لم يكن للإنسان الدافع لمواجهة هذا الخطر فإنه يستسلم ويخضع لهذا القلق، وهنا يصبح القلق غير مفيد يتخذ أشكالاً مرضية من أنواع القلق الأخرى كالقلق العصابي الذي يؤثر على حوافز ودوافع الإنسان بشكل سلبي.

يقول مهند: "لا أرغب بالبقاء في المشفى، لكني أفضل أن أنهي العلاج بأسرع وقت ممكن، بس إن اضطريت أبقى في المشفى بفضل إمي أو أبي يضلوا معي وبالأخص إمي لأنها كتير بتدعمني بكاشي وبحسها أكثر حد بخاف علي، أنا متفائل بالشفاء لإنو إمي وأبي خبروني بهالشى وكمان الدكاتره حكولي رح أشفى إن بضل ملتزم بالعلاج".

تقول لانا: "بفضل أضل بالمشفى، وأخذ العلاج كلو عشان أطيب وأرتاح، وبحب إمي وأبي يضلوا معي بالمشفى بس بحب إمي أكثر لأنها حنونة علي كتير، طبعاً أنا متفائلة بالشفاء التام، لإنى تقريباً خلصت علاجي وما بنام كتير بالمشفى بس باجي زيارات بطن إني بخير وبروح، إليّ خلاني أنفائل هو إلزامي بالعلاج، وكلام إمي وأبي لإنهم بطمنوني كتير وبدعموني دائماً".

يقول أحمد: "أنا ما بفضل أبقى بالمشفى، بس إن اضطريت بفضل إمي وأبي والأكثر بحب إمي ضل لإنها دائماً بتخليني أضحك وما أحس بوجع الدوا، أنا متفائل إني أشفى والي بخليني أنفائل إنو إمي حكتلي هيك وهي ما بتكذب علي".

يقول حسن: "ما بدي أضل بالمستشفى ولا حتى ساعه، أنا مضطر ومجبور أضل لهيك بتمنى بابا هو إلي يضل معي مش ماما، لإنو الماما زعلانة علي دائماً منكدة ومعصبة بسببي، وأنا كتير بدايق عليها وما بحب أشوفها هيك، أنا مش متفائل إني أشفى وأرجع مثل ما كنت، بحس إنو هاد المرض خطير بخليني أخسر أجزاء مني زي شعري وأسناني، وبحس بوجع بطني، بحس إنو مع هالدوا وهالجلسات رح أخسر مش بس أجزاء مني وحياتي كمان بضل أفقد حالي، بحس حالي ناقص شي دائماً".

تقول بيلسان: "لا ما بفضل أضل بالمشفى، بس أنا هون مع مجبورة، وبحب إمي تكون معي لإنها حنونه عليّ وبتحبني كثير وبتخاف عليّ، مش متأكده إني رح أشفى لإنني طولت كثير بالعلاج وما حد بعرف إمتن رح أخلص منو".

تقول ساجدة: "أنا ما بحب أضل هون بالمشفى، بس إن ضليت هون بفضل بابا لإنو ماما كثير بتزعل عليّ وبتعصب متلي، هي حنونه بس أنا خايف عليها، أنا بحكي انشاءه أطيب، هيك هما بحكو بس ما بعرف أحياناً بصدق كلامهم إني رح أطيب وأحياناً لا، لإنني زهقت من العلاج".

تشير دلالات إجابات الأطفال إلى القلق الموضوعي، فمنهم من كان لديه الدافع والحافز لتحدي المرض للوصول إلى الشفاء التام، ومنهم من كان مستسلماً وخاضعاً للمرض وغير متفائل بالشفاء، ومنهم من كان متردد ولا يعرف جواباً محدداً، ولعل هذا التنوع في إجابات الأطفال يعزى إلى المسبب في هذا النوع من القلق إلا وهو المصدر الخارجي، فالطفل الذي لديه دوافع وحوافز كدعم الأهل والمساندة، لديه تفاؤل بالشفاء، والطفل الذي لا يملك محفزات الشفاء، غير متفائل بالشفاء، ووفقاً لطبيعة العلاج في قسم هدى المصري للسرطان التي تتم للطفل بوجود الأم، لذلك تعتبر الأم المصدر الأول لتشكيل الدوافع والحوافز لطفلها، فإن كانت الأم مصدر داعم للطفل شكلت لديه محفزاً ودافعاً للشفاء، وإن كانت الأم مصدر استسلام وخضوع شكلت لدى الطفل قناعات الاستسلام والخضوع.

كما وأشارت إجابات الأطفال، إلى أن الأم هي المصدر الأساسي لإعطاء الحافز والقوة أو الاستسلام والخضوع، فمثلاً إجابة أحمد تدل على أن والدته تعطيه حافزاً للشفاء التام، بينما حسن يفضل والده بالقرب منه بدلاً من أمه، لأنه يشعر بأن والدته لا تدعمه بالسلوكيات التي تتعامل بها، وانطلاقاً من مبدأ حفظ الذات، فضل الطفل تواجد والده معه، أي أن الطفل يبحث عن الحوافز

والدوافع التي تعطيه التفاؤل وتدعمه، وهذا يدل على أهمية الدعم والمساندة من قبل الأهالي للطفل المصاب بالسرطان، فضلاً عن ضرورة الحفاظ على الحالة النفسية الجيدة للمرافق مع الطفل سواء كانت والدته أم غيرها، لأن المتواجد مع الطفل يشكل الدعم الأول والأساسي للطفل.

تشير التحليلات أعلاه إلى وجود قلق عند الأطفال المصابين بمرض السرطان، حيث تتراوح درجات القلق لديهم ما بين البسيط والمتوسطة مع وجود حالة واحدة درجة القلق لديها كبيرة، مع العلم أن أطفال الدراسة لا يعرفون طبيعة مرضهم، وأنهم لا يعلمون بأن مرضهم هو السرطان، فمن خلال تحليل المحتوى تبين أن القلق لدى الأطفال مكتسب من الأمهات بدرجة أولى، ومن ثم تأثير الجلسات العلاجية.

4.4 النتائج المتعلقة بالسؤال السادس والسابع:

قامت الباحثة بطرح أسئلة في تحليل المحتوى من خلال المقابلات للأمهات والأطفال التي تشير إلى تأثير درجات تقدير الذات والقلق لدى الأمهات على درجات القلق لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان، حيث تمثلت الأسئلة المفتوحة المتعلقة بتقدير الذات والقلق لدى الأمهات (بالسؤال الثالث والتاسع) من مقابلات الأمهات ومن ثم بوبت الإجابات ضمن محور رئيسي تمثل بـ (المحور الثاني)، أما بالنسبة لإجابات الأطفال على الأسئلة المفتوحة فقد تمثلت في (بالسؤال الثامن الشق الثاني والسؤال العاشر) حيث مثل هذين السؤالين بـ (المحور الرابع) من محاور مقابلات الأطفال، ومن ثم حللت محتوى إجابات الأمهات وربطت مع تحليل محتوى إجابات الأطفال.

1.4.4 المحور الثاني من مقابلات الأمهات: أهم التغييرات النفسية التي تطرأ على الطفل المصاب بالسرطان، ومدى انعكاس الحالة النفسية للطفل على الأم والعكس صحيح.

يمرّ الطفل الذي يتم تشخيصه بالسرطان بعدة مستويات من الضغوط النفسية والإجهاد العصبي، والتقلبات العاطفية والشعورية، والقلق العصبي والجزع، فالتغيرات الجذرية في نمط الحياة والخوف من الموت، والتغيرات الجسدية أو تغير الشكل البدني، وتغير النظرة إلى الذات، والتغير في الموقع والوضع الاجتماعي وطريقة الحياة، وكذلك الاعتبارات المالية والوظيفية للأهل، كل هذه قضايا في غاية الأهمية عند أي إنسان يصاب بالسرطان، والشعور بالحزن والأسى أمر عادي وتفاعل طبيعي أثناء هذه الأزمة وسيشعر الجميع بمثل ذلك في بعض الأوقات، ولكن من المهم جداً التمييز ما بين مستويات الحزن والأسى الطبيعية والعادية، وبين القلق الحاد الذي يحتاج للمعالجة ضمن خطط الرعاية والعلاج، فالقلق الحاد الجدي ليس خوفاً أو توتراً فحسب، وإنما هو علة بذاتها وبأعراض يمكن تشخيصها، وتأثيرات ومضاعفات متعددة وينبغي معالجتها.

في هذا المحور سنلقي الضوء على أهم التغييرات النفسية التي تطرأ على مريض السرطان بحسب تعبيرات الأمهات المرافقات لأطفالهن، ومدى انعكاس هذه التغييرات على الحالة النفسية للأمهات، فقد أشارت العديد من الأدبيات إلى تأثير الأم بالحالة النفسية التي يعيشها الطفل، وأكد ذلك (دافيس، 1993)، حين قال أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة، لا يعانون بمفردهم، لأن هذه الأزمة كفيلة بأن تقحم الأسرة ككل، بحيث تنعكس عليهم بشكل كبير.

تقول أم أحمد: "كان هناك العديد من التغييرات النفسية التي طرأت على طفلي، كالمزاجية، والعصبية، الخوف، الإنطوائية، القلق، في البداية كان لهذه التغييرات تأثيرات كبيرة على نفسيّتي وبشكل سلبي، كنت أشعر بالعجز لأنني مش قادرة أعمل شي، بس مع مرور الوقت عرفت أهمية

الدعم النفسي لابني، إنو شو يعني لو تعب إبنني شوي المهم إنو يتحسن بالنهاية ويضل عايش، صرت لما أشوفو بهيك نفسية أعكس الأمور وأحاول أخفف عنو يعني بدل ما أتصرف متلو وأزعل وأقلق، صرت أعطية أمل وأدعموا".

تقول أم آلاء: "يوجد كثير من التغيرات، كالخوف الكثير من العلاج، التوتر، العصبية، شعورها بالهزل دوماً، القلق، الخجل من مظهرها بسبب تساقط شعرها، كل المشاعر إلي بتعيشها بنتي بتأثر علي بشكل سلبي كبير، حتى لو مرت أوقات وشفيت بنتي فيها بخير ونفسيته إيجابية، بضل قلب الأم قلقان وخايف علىها، لإنني بعرف شو بيعني مرضها".

تقول أم خالد: "أهم التغيرات التي طرأت على طفلي، العصبية، المزاجية، التذم، التوتر القلق، كثرة السؤال، الغضب، الإنطوائية، كل هذه المشاعر تنعكس عليّ كأمر بشكل سلبي لا توجد أم لا تعاني إن كان طفلها مريض بمرض عادي، فكيف إذا كان مرض خطير".

تقول أم حسن: "تغيرات كثيرة طرأت على طفلي، قلق، خوف، توتر، عصبية، غضب، تذمر، بكاء، انطوائية، مزاجية، أكيد مشاعر إبنني هاي بتأثر علي بشكل سلبي فالأم انعكاس لمشاعر إبنها بحس حالي مع إبنني مثل المرايا شو ما بعمل شي أو بتأثر بشي بأثر علي وبشكل كبير".

تقول أم ساجده مضيضة إلى ما قالتها الأمهات: "أنا أكون مثل ما بتكون بنتي إن تألمت بشعر بالألم، إن قلقتم بشعر بالقلق مثلها ويمكن أكثر، بحس حالي نسخة تانية عنها بشعر بكلشي هي بتمر فيه وبتقمص منها كلشي".

تقول أم لانا: "طرأت الكثير من التغييرات على حالتها النفسية في البداية، صراخ، بكاء، غضب، تذمر، قلق، خوف، انطوائية، تشتت، كنت في البداية أشعر كما تشعر ابنتي، لكنني الآن أصبحت أدمها وأخفف عنها".

عبرت الأمهات من خلال مقابلتي معهن أن إصابة الطفل بمرض السرطان تسبب تغييرات نفسية على شخصية الطفل تتمثل بالقلق، الخوف، التوتر، العصبية، الإنطوائية والغضب...الخ، وتشير دلالات إجابات الأمهات إلى أن هذه التغييرات النفسية تختلف في حدتها ما بين طفل وآخر، فنلاحظ من خلال عبارات الأمهات أن الأطفال حديثي المرض لديهم تغييرات نفسية أعلى من الأطفال الذين لهم فترة في العلاج، وقد يعزى ذلك إلى عدم تكيف طبيعة الجسم مع الجرعات العلاجية، فضلاً عن البيئة المحيطة بالطفل وتأثير هذه البيئة على نفسية الطفل.

لقد أجمعت الأمهات على أن التغييرات النفسية التي تطرأ على الطفل، تنعكس عليهن بشكل سلبي، وتؤثر في حالتهم النفسية، ولتوضيح ذلك قامت الباحثة بتقسيم الأمهات إلى فئتين، الفئة الأولى أمهات حديثات التجربة مع مرض طفلهن، أما الفئة الثانية فكانت تمثل أمهات أمضنّ وقتاً في العلاج مع أطفالهن، وحصلن على الدعم والمساندة من قبل الأخصائيين والأسرة.

تشير إجابات الأمهات حديثات التجربة مع مرض طفلهن، إلى انعكاس الحالة النفسية للطفل عليهن وبشكل سلبي بحيث يجعل الأم انعكاس مباشر لمشاعر الطفل، فمثلاً إن كان الطفل يشعر بالقلق تشعر الأم بالقلق مثل طفلها، ولعل ذلك يعزى إلى عدم تكيف الأم مع الظرف الذي تعيشه مع طفلها، فضلاً عن عدم حصولها على الدعم والمساندة الكافيين لجعلها تتخطى هذه المحنة وتتكيف معها وقد اتفق ذلك مع (غرايبة، 2003)، حيث أشارت بأن وجود طفل مريض بمرض مزمن له تأثيرات نفسية ضاغطة على العائلة كلها، ينتج عن هذه التأثيرات شعور بالإحباط والقلق، وهذا

يشكل عائقاً كبيراً في العملية العلاجية للطفل، لأن الطفل يستمد قوته ودعمه الأساسي من والدته التي تبقى بالقرب منه، وسأوضح ذلك في المحور الذي مثل عينة الأطفال المصابين بمرض السرطان.

تشير دلالات إجابات الأمهات اللواتي تعمقن أكثر في تجربتهن مع طفلهن مريض السرطان، إلى أن تأثيرات الحالة النفسية للطفل تنعكس عليهن بشكل إيجابي داعم للطفل ومساند له، ولعل ذلك يعزى إلى تكييف الأمهات مع الظرف الذي تعيشه، فضلاً عن تلقيها دعم ومساندة أكثر من أمهات حديثات التجربة، كما ونلاحظ هنا أن الأم تلعب دور الأخصائي الذي يقدم الدعم والمساندة بشكل محايد بعض الشيء، أي أنها تقوم بتقديم أفضل ما لديها من أجل المحافظة على حالة نفسية جيدة للطفل.

2.4.4 المحور الرابع من مقابلات الأطفال: أهم الأشخاص الذين يثق فيهم الطفل بخصوص

المعلومات حول المرض.

يتضمن هذا المحور الحديث عن أهم الأشخاص الذين يثق فيهم والسبب في اختيار الطفل لهؤلاء الأشخاص، وهذا يبين تأثير وجود الأم على حالة الطفل النفسية، فالطفل الذي يرى والدته تعاني بسببه يرغب في وجود والده بالقرب منه، أما الطفل الذي يجد الدعم الإيجابي من والدته يرغب بوجودها هي بالقرب منه، لأنه يستمد منها قوته لمواجهة هذا المرض، وقد اتفق ذلك مع (Patterson,2004)، حيث أن إصابة أحد الأطفال بالسرطان تجعل أحد الوالدين أو كلاهما يقضيان معظم أوقاتهم معه في المستشفى، فبعض الأطفال يشعرون بالخوف لابتعادهم عن العائلة، وبعضهم يكتسب الخوف والقلق من الوالدين.

تقول بيلسان: "أنا بفضل بابا يكون معي ويتابع وضعي الصحي، لأنو ماما بتزعل كثير وبحسها بتخاف علي كثير، أنا بدايق من هاد الشي وبحس حالي صرت عبء عليها".

يقول حسن: "أنا بحب ماما كثير، بس بفضل بابا الي يكون معي، إمي كثير بتخاف بحسها بضل تتفقد فيا، بحسها بتخاف وبتقلق علي أكثر من ما أنا بقلق ع حالي، أنا كثير بزعل عليها لأنها بتتعب معي كثير، أنا بسبيلها الحزن كثير، لهيك بتمنى وجود بابا جمبي".

تقول نور: "أنا بفضل وجود الماما جمبي، هي الي بتدعمني وهي الي بتخليني اصبر عالعالج، بحسها كثير حنونه علي وبتحبني أكثر شي، أنا ما بحس إنها زعلانه وهي جمبي".

تقول لانا: "أنا بحب ماما ضل جمبي، هي الي بتفهمني أكثر شي، بضحكني لما بتعب، بتسأليني بالمستشفى، بتقرا لي قصص لما بكون تعبانه، بتخليني أنسى وجعي".

تشير إجابات الأطفال إلى مدى تأثر الطفل بوالدته، فالطفل يحزن لحزنها، ويشعر بأنه عبء عليها، وكما ويشعر بأنه مصدر لقلقها عليه، وهنا يكتسب الطفل الخوف والقلق منها، لذا يفضل تواجد والده بالقرب منه، أما بالنسبة للأطفال الذين يستمدون الدعم والمساندة من أمهاتهم، فهم يفضلون وجود الأم بالقرب منهم بالمستشفى، وهذا يعكس مدى تأثر الطفل بمشاعر الأم سواء كانت هذه المشاعر سلبية أم إيجابية.

- تشير نتائج التحليل أعلاه أنه كلما زادت درجة تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، كلما انخفضت درجة القلق لديهم، بالمقابل كلما انخفضت درجة تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، كلما زادت درجة القلق لديهم.

- كما نلاحظ أيضاً أنه كلما كان هناك درجة تقدير ذات مرتفعة ودرجة قلق منخفضة لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، كلما كانت درجة القلق منخفضة لدى الأطفال أنفسهم. والعكس صحيح أيضاً.

وهذا يوضح مدى تأثر الطفل بالحالة النفسية للأم، وكذلك مدى تأثر الأم بالحالة النفسية للطفل، ولعل سبب اختلاف درجات القلق ما بين الأمهات والأطفال يعزى لكون الطفل لا يعرف طبيعة مرضه وأنه مصاب بمرض السرطان، بينما الأم تعرف ماهية مرض طفلها وما يعنيه هذا المرض. ولتوضيح ذلك أكثر قامت الباحثة بالتعمق (بحالة الطفلة هديل) من حيث تأثير الحالة النفسية للأم على الطفلة، وتأثير الطفلة على الأم.

ارتأت الباحثة لهذه الحالة لوجود دلالات لأعراض القلق مع تقدير ذات منخفض لدى الأم في الوقت ذاته بُعد الأم عن الطفلة، فمن خلال هذه الحالة توضح أثر وجود الأم القلقة بجانب الطفل المريض، والعكس صحيح.

1.2.4.4 حالة أم هديل/ هديل:

أم هديل والتي تبلغ من العمر (34) عاماً، تعيش في قرية من قرى الخليل، حالتها الاجتماعية متزوجة وهي أم لـ(4) أولاد، درست حتى الصف التاسع الأساسي، مستوى دخل الأسرة يتراوح من (1000-2000) شيقل، أما بالنسبة لطفلتها هديل التي تبلغ من العمر (12) عاماً، فهي الطفلة الأولى في أبنائها، وقد أصيبت بالسرطان منذ ما يقارب (4) أشهر، لم تجد الأم خلال هذه المدة مصادر الدعم اللازمة لمساعدتها على تجاوز أزمة إصابة طفلتها الأولى بالسرطان، فقررت ألا تكون مرافقة مع ابنتها خلال المرحلة العلاجية، واكتفت بالزيارات ليطمئن قلبها.

الطفلة هديل أجابت على أسئلة المقابلة، كانت جميع إجابات الطفلة تشير إلى الحالة النفسية الجيدة، بعيداً عن التأثيرات الجانبية لبعض الأدوية، قوية الشخصية، تتحدث بطلاقة، لا تهاب أي شيء، متقبلة للعلاج بعيداً عن والدتها، لأنها لا ترغب برؤية والدتها حزينة، دائماً تضحك إن لم يكن لديها الآلام جسدية.

أم هديل أجابت على أسئلة المقابلة الخاصة بالأمهات أثناء زيارتها لابنتها في المستشفى، من يرى أم هديل لأول مرة يرى الحزن والألم في عينيها، إنطوائية، لا ترغب بالحديث مع أحد، قلقه، متوترة، محبطة، منذ إصابة طفلتها بالمرض لم تتواجد مع طفلتها في أي جلسة علاجية، وإن تزامن وجود الأم مع الجلسة العلاجية للطفلة، فإنها تغادر القسم.

أجابت أم هديل على السؤال المتعلق بالمحور الثاني، بأنها لا ترغب في رؤية ابنتها بهذه الحالة، وأنها لا تمتلك الطاقة والقدرة لرؤية طفلتها مريضة بالسرطان، فضلت ترك طفلتها في المرحلة الأولى للعلاج والتي تعتبر أهم مراحل العلاج.

من خلال التعمق في حالة الأم، وجدت الباحثة بأن أم هديل تعاني من صدمة إصابة طفلتها بالسرطان، وعلى الرغم من مباشرة طفلتها بالعلاج إلا أن الأم لا زالت تتكرر إصابة طفلتها بذلك المرض وأنها غير متقبلة ذلك، كما وتعيش الأم حالة قلق شديد جداً، وتعاني من انخفاض في مستوى تقدير الذات لديها، كل هذه المشاعر لم تكتسبها الأم من الطفلة لأنها لا ترافق الطفلة، ولا تتعامل معها ما بعد الجلسات العلاجية، أي أنها لم تتعرف على التأثيرات الجانبية للجلسات العلاجية على الحالة النفسية للطفلة، سبب هذه المشاعر قد يعزى إلى صدمة المرض، والقلق والخوف من هذا المرض، فكما أشرنا سابقاً أن القلق والخوف وصدمة الأم لا تتوقف على المشاعر التي قد تكتسبها الأم من الطفل، فهي تتعدى ذلك. ومن جهة أخرى الأم بعيدة عن الطفلة، ولا تظهر كل هذه

المشاعر للطفلة، فمصدر الدعم للطفلة هي زوجة عمها المقيمة معها في المشفى، ومن خلال مقابلي للطفلة أشارت إجابات الطفلة إلى تمتع الطفلة بحالة نفسية جيدة، بعيداً عن التأثيرات الجانبية للدواء، وهذا يثبت ويدعم بأن للأُم تأثير على حالة الطفل النفسية، وأن للطفل تأثير على حالة الأم النفسية.

5.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن:

قامت الباحثة بطرح أسئلة في تحليل المحتوى من خلال المقابلات للأمهات التي تشير إلى مدى رضى الأمهات عن الخدمات النفسية المقدمة في المستشفى، وما هي أهم احتياجاتهن، حيث تمثلت الأسئلة المفتوحة المتعلقة بمدى الرضى لدى أمهات أطفال مرضى السرطان عن الخدمات النفسية المقدمة لهن (بالسؤال السادس والسابع والعاشر) من مقابلات الأمهات، ومن ثم بوّبت الإجابات ضمن محور رئيسي تمثل بـ(المحور الخامس) من محاور المقابلات الخاصة بالأمهات، وعلى ضوء هذا المحور سيتم تحليل عرض النتائج.

1.5.4 المحور الخامس مدى رضى الأمهات عن الخدمات النفسية المقدمة في المستشفى، وما هي

احتياجاتهن، وهل ساعدتهن هذه الاحتياجات على تخطي المحنة التي مررن بها، وما هي

أهم النصائح التي توجهها الأمهات إلى أقرانهن اللواتي مررن بنفس التجربة.

تناول هذا المحور مدى رضى الأمهات عن الخدمات النفسية المقدمة في المستشفى من حيث الدور الذي يلعبه الأطباء والممرضين والدعم من الأخصائية النفسية والاجتماعية، ومدى توفر سبل الراحة في ظروف المستشفى التي تعيشها الأمهات بشكل يومي طيلة فترة علاج الطفل المصاب بالسرطان، كما ويناقش هذا الجانب أهم ما تحتاج إليه الأمهات لتخطي الأزمة.

إن مصادر الدعم التي تتوفر للأمهات من أهم العناصر المؤثرة في التكيف مع الأزمة أو عدم التكيف معها، وقد أشارت الأمهات إلى العديد من المصادر التي تعد داعمة لهنّ في محاولة للتعايش مع هذه الأزمة، وجعلهن أكثر قوة وتحملاً، خاصة في ظل الأعباء الكثيرة الملقاة عليهنّ، وبناءً على ما أشارت إليه الأمهات فقد قسمت الباحثة المصادر الداعمة لهنّ كالآتي:

- 1 عاطفة الأمومة: أشارت بعض الأمهات إلى أن عاطفة الأمومة هي إحدى أهم مصادر الدعم الرئيسي لهنّ، فشعورهنّ بنوع من الالتزام تجاه الطفل المريض، ومحاولتهنّ لتقديم كل ما يحتاجه الطفل من تلبية احتياجات ورعاية، حتى ولو كان ذلك على سبيل راحتهم، وبحسب رأي الباحثة أن هذا المصدر من الدعم يمثل مصدر ضاغط على الأم، فما تتحمله الأم من مسؤولية ورعاية قد يفوق طاقتهم في التوفيق ما بين الطفل المريض وحاجاته من جهة، والأطفال الآخرين وواجباتها اتجاه الزوج من جهة أخرى، وقد اتفقت مع ذلك (بلوط، 2011).
- 2 دعم الزوج والأسرة: ذكرت بعض الأمهات أهمية دعم الزوج ومساندته لهنّ بشكل خاص، والتي تتمثل في مساهمة الزوج بمساعدتها على موازنة أمورهما ما بين الطفل المريض والأسرة، كما وأشارت هذه الفئة من الأمهات إلى الدعم الأسري، المتمثل بأهل الزوجة أو أهل الزوج، وذلك في مدى مساهمة الأسرة باحتواء الأطفال الآخرين، والتخفيف عنهم في عبء تحمل مسؤوليتهم أثناء اضطرار الأم البقاء مع طفلها المريض.
- 3 دعم أمهات أطفال مرضى السرطان بعضهن البعض: أشارت بعض الأمهات إلى هذا المصدر من الدعم، خاصة في ظل كونهنّ يشتركن في نفس التجربة، مما يجعلهنّ قادرات على تقديم المواساة والدعم لبعضهن البعض أثناء تواجدهن في المستشفى.

4 -التدين: نوّهت بعض الأمهات عن المصدر الداعم لهنّ وهو التدين، حيث أن هذا المصدر يساعدنّ على التعايش مع هذه الأزمة من خلال الإيمان بقضاء الله وقدره، فضلاً عن الصلاة والدعاء لأطفالهنّ.

5 طاقم المستشفى المتمثل بالأطباء والمرضين والأخصائيين: أشارت بعض الأمهات إلى أهمية الدور الذي يلعبه الطاقم الطبي والنفسي في المستشفى، وقد تمثل هذا الدور من خلال الطريقة التي يخبر بها الطبيب الأم عن حالة طفلها ووضعها، فضلاً عن المعاملة والاحتكاك اليومي بين الأطباء والمرضين والأم. أما بالنسبة للأخصائية، فقد تمثلها دعمها من خلال الجلسات الفردية والجماعية للأمهات داخل قسم المستشفى، بحيث تساعدنّ هذه الجلسات على التكيف مع الأزمة، كما ولعبت الأخصائية دوراً مهماً في عمليات الإرشاد للأهل، فضلاً عن مساعدة الأهل في إيجاد حلول للوضع المادي للأسر الفقيرة.

6 سبل الراحة المقدمة في المستشفى: عبّرت بعض الأمهات عن أهمية سبل الراحة المقدمة في قسم الأورام السرطانية للأطفال، وأن القسم يوفر لديهنّ سبل الراحة بحيث يجعل الأم تشعر أنها في بيتها، فقد وفرت المستشفى لهنّ مطبخ مجهز بكافة الأدوات والمعدات اللازمة (كالغاز، الغسالة، الثلاجة)، فضلاً عن توفر غرفة كبيرة مجهزة بالعديد من الألعاب التي تجعل الطفل ينجذب إليها فيخفف بذلك عبئاً عن الأم.

ومن هنا يتبين لنا أن مصادر الدعم للأمهات من أهم الأمور التي تبحث عنها الأمهات، فمنهنّ من وجدّ الدعم في عاطفة الأمومة، ومنهنّ من وجدّ الدعم في الزوج والأسرة، وهذا يدلّ على وعي الأمهات واحتياجاتهنّ إلى مثل هذه المصادر الداعمة، التي تساعدنّ على تجاوز هذه المحنة

وتخطي الصعوبات، فمن خلال هذا الدعم تساعد الأمهات على الحفاظ على صحة نفسية جيدة، وجعلهنّ قادرات على تحمل الأزمة.

فقد عبّرت بعض الأمهات أن هذه المصادر التي كانت بمثابة احتياجات لدعمهنّ، ساعدتهنّ على التكيف مع الأزمة، وبالرغم من ذلك فقد ظهر لي أثناء المقابلات أن معاناة الأمهات وخبرتهنّ مع هذه التجربة هي خبرة متجددة، تتأثر بالعوامل والظروف المحيطة بهنّ، فبعض الأمهات تشعر بالعجز والمعاناة عندما يتراجع وضع طفلها الصحي، وبعضهن تتجدد لديهن المعاناة عند رؤية طفل جديد في القسم، وهذا يدل على أن التوافق النفسي لديهنّ غير دائم يستمد وجوده من مصادر الدعم التي تتلقاها الأم أثناء فترة العلاج، ويعتمد على الظروف والمستجدات التي تطرأ، أي أنه توافق نفسي مؤقت، فمثلاً تقول أم آلاء أنها تشعر في كثير من الأحيان بأنها قادرة على تجاوز هذه المحنة، وعندما تشاهد طفل جديد في المستشفى، فإنها تستعيد الخبرات الأليمة التي مرتّ بها، فتصبح عاجزة وغير قادرة على تجاوز ذلك.

أما بالنسبة لمدى رضى الأمهات عن الخدمات النفسية المقدمة في المستشفى، فقد عبّرت بعض الأمهات عن الرضى اتجاه هذه الخدمات، وأنهنّ بفضل هذا الدعم تجاوزن هذه المحنة، ومن جهة أخرى كانت وجهة نظر معاكسة للأمهات حديثات التجربة مع مرض طفلهن بالسرطان، ولعل السبب في ذلك يعزى إلى عدم تكيف هذه الفئة من الأمهات مع الحدث الصادم.

2.5.4 أهم النصائح التي وجهتها أمهات أطفال مرضى السرطان لأقرانهنّ:

1 - التحلي بالصبر والاستعانة بالله والدعاء للطفل.

2 - الصحة النفسية الجيدة.

3 - التفاؤل بالشفاء.

4 - عدم تجاهل الأطفال الآخرين.

5 - أهمية دور الأب في مساندة الأم وطفلها المريض.

6 - أهمية دعم الأسرة للأم.

7 - عدم الاستسلام والخضوع.

8 - عدم إظهار المشاعر السلبية للمريض.

يتبين لنا من خلال هذه النصائح التي وجهتها الأمهات لأقرانهنّ، مدى وعي الأمهات بأهمية العامل النفسي لتجاوز هذه المحنة، فالتحلي بالصحة النفسية الجيدة، وعدم الاستسلام والخضوع، والتفاؤل، كلها دلالات تشير إلى المؤشر الصحي الجيد، كما وأظهرت هذه التوجيهات أهمية دور الأب والأسرة في مساندة كل من الأم والطفل، وهذا يدل على حاجة الأم لهذا الدور وضرورة توفره كمصدر داعم لهنّ ولأطفالهنّ، أما بالنسبة للتحلي بالصبر والإيمان بالله، فهذا يدلّ على أن بعض الأمهات تستعين بالله بالتضرع له بالدعاء والصلاة من أجل شفاء الطفل المريض، فضلاً عن تكيف الأم واقتناعها بأن كل ما يصيبها هو مكتوب وذلك من خلال إيمانها بالله والقدر، ومن جهة أخرى وجهت بعض الأمهات نصائح تنص على ضرورة عدم إظهار المشاعر السلبية للطفل، وقد يدلّ هذا على معرفة ووعي بعض الأمهات بأهمية الجانب النفسي في علاج الطفل المريض، جميع هذه النصائح التي وجهتها الأمهات لأقرانهنّ، نبعت من احتياجات كانت الأم بحاجة لها خلال هذه التجربة، فضلاً عن خبرتهنّ في هذه التجربة.

الفصل الخامس

الاستنتاجات والتوصيات

- 1.5 تمهيد.
- 2.5 نتائج السؤال (الأول - الثاني - الرابع - الخامس).
- 3.5 نتيجة السؤال الثالث.
- 4.5 نتائج السؤال (السادس - السابع).
- 5.3 نتائج السؤال الثامن.
- 6.5 التوصيات.
- 7.5 بحوث مستقبلية.

الفصل الخامس

نتائج المناقشة

1.5 تمهيد:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى تقدير الذات لأمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان ودرجة القلق لديهما، وأثر مدة الإصابة بالمرض على كل من تقدير الذات والقلق لدى أفراد العينة، كما وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى رضى الأمهات عن الخدمات النفسية المقدمة في مستشفى الحسين الحكومي قسم هدى المصري للأورام السرطانية في محافظة بيت لحم، وذلك من خلال إجراء المقابلات المنظمة وتطبيق المقاييس الداعمة للمقابلات على أفراد العينة، حيث تم توظيف المفاهيم النظرية المتبناة في الفصل الثاني والاستنتاجات في الفصل الرابع، وصولاً إلى تفسير شامل لنتائج الدراسة.

وفي هذا الفصل ستقوم الباحثة بعرض طريقة تفسير، ومناقشة النتائج وفق التسلسل والترتيب الذي عرضت فيه النتائج في الفصل الرابع، وفي نهاية هذا الفصل سوف تتوجه الباحثة بعدد من التوصيات في ضوء نتائج الدراسة ومناقشتها.

2.5 نتيجة السؤال الأول والثاني والرابع والخامس:

1.2.5 السؤال الأول: ما هو مستوى تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض

السرطان؟

بعد عملية تحليل البيانات أظهرت النتائج المتعلقة بهذا السؤال، أن بعض أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان توجد لديهنّ دلالات تشير إلى تقدير ذات جيد، وبعضهنّ أظهرت دلالات إجابتهنّ إلى تقدير ذات منخفض.

وقد يعزى ذلك إلى مدى تكيف الأم مع الخبرات المؤلمة التي مرّت بها أي ما يسمى بالحدث الصادم الذي مرّت به منذ لحظات التشخيص الأولى للطفل، فقد أجمعت جميع الأمهات على أن لحظات التشخيص الأولى كانت من أصعب اللحظات التي مررنّ بها، والتي أحدثت الكثير من التغييرات في حياتهنّ، فبعضهنّ تكّيف مع الحدث الصادم بفضل الدعم النفسي والتقدم في العلاج، والبعض الآخر لم يستطعن التكيف مع الحدث الصادم، وقد يعزى ذلك إلى أن هذه الفئة من الأمهات كانت حديثة التجربة مع مرض طفلها بالسرطان، أي أنهنّ لم يتجاوزنّ الحدث الصادم بعد، ولم يستطعن إعادة تنظيم أمور حياتهنّ، ولم يتلقين الدعم الكافي لمساندتهنّ في محنتهنّ، مما أثر على انخفاض مستوى تقدير الذات لديهنّ.

ونظراً لقلّة الدراسات السابقة المتعلقة بالدراسة كان من الصعب مقارنة نتائج هذه الفرضية مع بعض الدراسات الموجودة، لأن أغلب الدراسات كانت تخص محور أو جانب معين من الدراسة وليس كل الجوانب.

2.2.5 ما هو مستوى القلق لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان؟

أظهرت نتائج هذا السؤال وجود دلالات تشير إلى القلق لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان، حيث أن درجة هذا القلق تفاوتت ما بين الأمهات، فبعض الأمهات كانت لديهن دلالات تشير إلى قلق عالي، والبعض الآخر كان لديهن دلالات تشير إلى وجود قلق بسيط، فالقلق أمر طبيعي لأهالي الأطفال المصابين بمرض السرطان، وقد عبرت جميع الأمهات أن أكثر مخاوفهن هو الخوف من الموت، بالإضافة إلى خوفهن من عدم استجابة الطفل للعلاج وتدهور الوضع الصحي له.

وتفسر الباحثة تفاوت درجات القلق ما بين الأمهات، تبعاً لتكيف الأم مع الحدث الصادم، وتجاوزها الضغوطات النفسية التي تعاني منها، فالأمهات حديثات التجربة لم يتجاوزن الضغوطات النفسية والحدث الصادم، بينما الأمهات التي مضى وقت على علاج طفلهن، استطعن التكيف والتخلص من الضغوطات النفسية وبالتالي فإنهن يتمتعن بصحة نفسية أفضل من حديثات التجربة.

وقد اتفقت نتيجة هذا السؤال مع العديد من الدراسات التي استطاعت الباحثة الإطلاع والوصول إليها مثل نتائج الدراسات الآتية:

- 1 نتائج دراسة (علاء الدين وعبد الرحمن، 2011)، فقد أظهرت نتائج الدراسة أنه يوجد توتر وتشاؤم لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان، وقد انخفض مستوى التوتر والتشاؤم بعد تطبيق برنامج جمعي للأمهات، وهذا يتفق مع الدراسة الحالية فقد بينت الدراسة الحالية بأن الأمهات تعاني من القلق والتوتر والتشاؤم، وأن هذا القلق والتوتر ينخفض بوجود عدة عوامل كمصادر الدعم المساندة، الظروف المحيطة بالطفل، ومدة الإصابة.

وتفسر الباحثة انخفاض مستوى التوتر والتشاؤم على البرنامج الجمعي، بانخفاض القلق لدى الأمهات باعتبار هذا البرنامج مصدر داعم لهنّ.

2 نتائج دراسة (صاع، 2010)، التي كشفت نتيجة دراسة صاع عن وجود درجة قلق عالية لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الإسرائيلية، وعدم وجود فروق في درجة القلق تعزى لمتغيرات (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي)، وهذا يتفق مع نتيجة هذا السؤال، فوجود القلق لدى الأمهات ارتبط بحدث ضاغط استدعي القلق ألا وهو إصابة الطفل بمرض السرطان، ووجود الأهالي في المناطق المجاورة للمصانع الإسرائيلية، استدعي القلق لديهم لتخوفهم من إصابتهم بمرض السرطان.

3 نتائج دراسة (زيدان، 2000)، اتفقت بعض نتائج دراسة زيدان مع نتيجة هذا السؤال، حيث توصلت الدراسة إلى أنه يوجد قلق لدى أسر أهالي الأطفال المصابين بمرض السرطان قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، وهذا يؤكد وجود القلق لدى الأمهات، وتأثير هذا القلق على الأسرة ككل.

3.2.5 ما هو تأثير مدة الإصابة بالمرض على القلق لدى الأمهات؟

أظهرت النتائج المتعلقة بهذا السؤال إلى أنه كلما زادت مدة الإصابة للطفل، انخفض القلق لدى الأمهات، والعكس صحيح، وتفسر الباحثة ذلك من منطلق الحدث الصادم، حيث أن الأمهات التي ارتفع لديهن القلق كانت لا تزال تعيش في صدمة الخبر، فهنّ لم يتكيفنّ مع الحدث ولم تتجاوزنّ الضغوط التي واجهتهنّ، ولعل السبب الأهم هو شعور الأمهات بفقدان الطفل وخسارته في الوقت القريب.

أما بالنسبة للأمهات اللواتي انخفض لديهن مستوى القلق، فتفسر الباحثة ذلك بتكيف الأم مع الحدث الصادم وتجاوزها هذه المرحلة، فضلاً عن تلقيها المساندة اللازمة لتجاوز هذه المحنة، فكما ذكرنا سابقاً أن التوافق النفسي لدى أمهات أطفال مرضى السرطان هو توافق نفسي مؤقت، يعتمد على الظروف المحيطة بالأم، ومصادر الدعم والمساندة التي تحتاجها الأم.

ومن خلال تحليل البيانات تبين تأثير مستوى القلق بمدة الإصابة، حيث أنه كلما زادت مدة الإصابة انخفض القلق لدى الأمهات، وكلما قلت مدة الإصابة كلما ارتفع مستوى القلق لديهن، كما ظهر أن درجة القلق وتقدير الذات لم تختلف بتأثير المتغيرات المستقلة في الدراسة (كالعمر، مكان السكن، الحالة الاجتماعية، عدد الأولاد، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي).

وقد تعارضت نتيجة هذا السؤال مع بعض نتائج دراسة (زيدان، 2000) حيث توصل زيدان في دراسته، إلى تأثير الدرجة الكلية للوالدين بعد تطبيق البرنامج بنوع السرطان ودرجته بينما لم تتأثر بهذا العامل قبل تطبيق البرنامج.

4.2.5 ما مستوى تأثير تقدير الذات لدى الأمهات على القلق لديهن؟

أسفرت نتائج هذا السؤال عن ما يلي:

- 1- تقدير ذات مرتفع وقلق بسيط: لقد لاحظت الباحثة أنه كلما تقدم الطفل بالعلاج، قلت درجات القلق لدى الأمهات، وارتفعت درجات تقدير الذات لديهن، ولعل السبب في ذلك يرجع إلى حالة من التكيف والتعايش مع الأزمة التي تمر بها الأم أكثر من فكرة تقبل المرض أو تجاوزها، والشعور بالأمل خاصة في ظل عمل مقارنات مع حالات تم شفاؤها، وقد تلعب مصادر الدعم النفسي دوراً مهماً في ذلك فالأم التي قدم إليها دعم لمدة (9) شهور تختلف عن الأم التي قدم إليها دعم لمدة شهرين.

2- تقدير ذات منخفض أو متوسط وقلق شديد أو حاد: لقد لاحظت الباحثة أن معظم الأمهات حديثات التجربة مع مرض السرطان، لديهن تقدير ذات منخفض أو متوسط وقلق شديد أو حاد، ولعل ذلك يعزى إلى أنهن في مرحلة صدمة الخبر، وأنهن لا يبتعدن كثيراً عن مرحلة التشخيص سوى خطوات قليلة، فالغموض ما زال يسيطر عليهن حول مراحل العلاج.

اتفقت نتيجة هذا السؤال في الدراسة الحالية مع بعض نتائج الدراسات التي استطاعت الباحثة الاطلاع عليها، ومن الدلائل على ذلك:

1- نتائج دراسة (الشرم، 2012)، فقد توصل الشرم إلى أنه توجد علاقة عكسية ما بين القلق والأمن النفسي، فكلما ارتفع القلق انخفض مستوى الأمن النفسي لدى أفراد العينة المتضررين من السيول والأمطار، وتفسر الباحثة ذلك بوجود حدث ضاغط أو حدث يستدعي القلق، مما أدى إلى ارتفاع درجة القلق لدى أفراد العينة، وبالتالي سوف ينخفض الأمن النفسي لديهم، وهذا يتفق مع ارتفاع القلق وانخفاض تقدير الذات لدى أمهات الأطفال في هذه الدراسة، فأمهات أطفال مرض السرطان حديثات التجربة يعشن في حدث صادم وضاغط عليهن سبب لهن القلق والخوف على الطفل، مما أدى إلى انخفاض شعورهن بالأمن النفسي، وعدم مقدرتهن على موازنة الأمور وتنظيمها، وهذا بالتالي أدى إلى انخفاض تقدير الذات، والعكس صحيح، أي أن ارتفاع مستوى تقدير الذات يؤدي إلى انخفاض مستوى القلق لدى أفراد العينة.

2- اتفقت نتيجة هذا السؤال مع بعض نتائج دراسة (كامل، 2003)، حيث توصل كامل إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة ما بين القلق الاجتماعي وتقدير الذات لدى الأطفال ضعاف السمع، وتفسر الباحثة ذلك بأن القلق مشاعر سلبية، أما تقدير الذات فهي مشاعر إيجابية، فكلما ارتفع مستوى القلق انخفض مستوى تقدير الذات لدى الأفراد.

3 نتائج دراسة (العاسمي، 2009)، توصلت نتائج دراسة العاسمي إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين تناقض إدراك الذات الواقعية/ الواجبة والقلق الاجتماعي، ووجود علاقة دالة إحصائياً بين تناقض إدراك الذات المثالية والاكتئاب النفسي، وأن الإناث كنّ أكثر تناقضاً في معظم أبعاد إدراك الذات، أي أن الإناث اللواتي حصلنّ على درجات مرتفعة في تناقضات إدراك الذات، حصلنّ في المقابل على درجات مرتفعة في القلق الاجتماعي، وهذا يشير إلى العلاقة العكسية ما بين تقدير الذات والقلق.

4 نتائج دراسة (لين وآخرون، 2007)، أسفرت نتائج الدراسة إلى أنه كلما تحسن مستوى تقدير الذات لدى كبار السن، انخفض مستوى الاكتئاب والأفكار الانتحارية لديهم، وهذا يؤكد العلاقة العكسية ما بين القلق وتقدير الذات، حيث أن ارتفاع مستوى تقدير الذات يعمل على خفض مستوى التوتر والقلق والاكتئاب لدى الأفراد، والعكس صحيح.

5 نتائج دراسة (أبو غزال وجرادات، 2009) اتفقت نتائج هذا السؤال مع نتائج دراسة أبو غزال وجرادات، والتي تنص على كلاً من نمطي التعلق بالقلق والأمن قد ارتبطا بشكل دالٍ بتقدير الذات والشعور بالوحدة.

3.5 نتيجة السؤال الثالث:

1.3.5 ما هو مستوى القلق لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان؟

بعد عملية تحليل البيانات الخاصة بهذا السؤال، أشارت البيانات إلى دلالات وجود قلق لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان، حيث تشكل هذا القلق لديهم من خلال عدة عوامل كالتأثيرات الجانبية للدواء، وإستراتيجية العلاج المتبعة، فضلاً عن الظروف المحيطة وحالة الأم النفسية، وقد اتفقت مع

ذلك العديد من الأدبيات التي أشارت إلى أن وجود القلق لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان أمر طبيعي، لكن القلق الذي تسببه التأثيرات الجانبية للدواء أقل تأثيراً على شخصية الطفل من العوامل الأخرى المسببة للقلق كحالة الأم النفسية والظروف المحيطة بالطفل، أي أن هذا النوع من القلق هو قلق موضوعي، مصدره خارجي شكل لبعضهم الدافع للشفاء، وللبعض الآخر التشاؤم واليأس والتردد.

وأشارت نتائج تحليل المحتوى إلى أن متوسط درجات القلق لدى الأمهات كانت أقل من درجات الأمهات، ولعل ذلك يرجع لكون الأطفال لا يعلمون بحقيقة مرضهم وطبيعته.

وقد اتفقت نتيجة هذا السؤال مع نتائج الدراسات الآتية:

1 - (السيد، 2004) اتفقت نتيجة هذا السؤال مع جميع نتائج دراسة السيد ما عدا النتيجة الأخيرة،

حيث توصلت دراسته إلى عدة نتائج وهي:

- وجود فروق بين متوسطات درجات مجموع الأطفال المرضى بالسرطان والأسوياء في الأعراض النفسية اتجاه الأطفال المصابين بمرض السرطان، فهذه النتيجة تؤكد ما تحدثت عنه الأدبيات وما توصلت إليه الدراسة لكون القلق أمر طبيعي مرافق للأطفال المصابين بالسرطان.
- وجود فروق بين متوسطات درجات مجموع الأطفال في مستوى الطموح لصالح الأسوياء، وتفسر الباحثة انخفاض مستوى الطموح لدى الأطفال المصابين بالسرطان بوجود القلق لديهم.
- لا توجد فروق بين متوسط مجموع درجات الأطفال المصابين في مرض السرطان من الذكور والإناث على بعد الأعراض النفسية، وهذا يدعم ما توصلت إليه نتيجة هذا السؤال.

2 - (الحجار، 2003) اتفقت نتيجة هذا السؤال مع النتيجة الأولى في دراسة الحجار، والتي تنص على أن مريضات السرطان يعانين من آثار سوء التوافق المترتبة على أعراض ومضاعفات سرطان الثدي وخاصة في البعد الجسدي والنفسي والاجتماعي والإنسجامي، ثم الأسري، وهذا مؤشر يدل على أن الآثار المترتبة على بعض الجرعات العلاجية الخاصة بمرضى السرطان تؤثر على الحالة النفسية للمريض فتسبب له القلق والعديد من مظاهر سوء التوافق النفسي.

3 - (طافش، 2006)، اتفقت نتائج هذا السؤال مع بعض نتائج دراسة طافش، وهي:

- احتلت سمة النظرة السلبية للحياة وعدم كفاية الشخصية في المرتبتين الثالثة والرابعة للذكور والإناث ككل بفارق طفيف في الأوزان لصالح الذكور.
- احتلت سمات العدوان، وعدم التجاوب الانفعالي، والتقدير السلبي للذات في المراتب الخامسة، السادسة، السابعة للذكور والإناث ككل.
- لا توجد فروق في سمات الشخصية للأطفال المصابين بالثلاسيميا تعزى لمتغير الجنس وعامل العمر.
- توجد فروق في سمة النظرة السلبية للحياة بين الأطفال المصابين بالثلاسيميا تعزى لمتغير العمر لصالح الفئة (10 فأكثر).
- توجد فروق في سمات (الإعتمادية، التقدير السلبي للذات، عدم كفاية الشخصية، عدم التجاوب الانفعالي، النظرة السلبية للحياة، العدوان، وعدم الثبات الانفعالي) للأطفال المصابين بالثلاسيميا تعزى لمتغير العامل الاجتماعي للأسرة.

4 - (الشرم، 2012)، اتفقت نتائج هذا السؤال مع بعض نتائج دراسة الشرم، والتي بينت أن مستوى القلق العام لدى أفراد العينة مرتفع ومستوى الأمن النفسي منخفض، ولا توجد فروق في مستوى القلق العام تعزى لمتغيرة العمر، وتفسر الباحثة هذا بالقلق الموضوعي الذي أشارت إليه نتائج إجابات الأطفال في المقالات، والذي يتشكل لديهم نتيجة العامل الخارجي أو وجود خطر يهدد حياتهم ألا وهو تواجدهم في المستشفى وأخذ جرعات العلاج لفترات طويلة.

5 - (إبراهيم، 2004)، اتفقت نتائج هذا السؤال مع نتائج دراسة، حيث توصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة ما بين المخاوف والتوافق النفسي والاجتماعي لدى الأطفال، ولا توجد فروق بين الذكور والإناث في التوافق النفسي الاجتماعي، وتفسر الباحثة ذلك بأن الأطفال الذين لديهم توافق نفسي واجتماعي انخفض مستوى القلق لديهم، على العكس من الأطفال الغير متوافقين نفسياً.

6 - (فقيه، 2002)، اتفقت بعض نتائج دراسة فقيه مع نتيجة هذا السؤال، لكون الأطفال المصابين بمرض السرطان يعانون من الاكتئاب والقلق أكثر من غيرهم. وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى العديد من العوامل التي تسبب القلق للأطفال، فكما أشرنا سابقاً أن للدواء دور في ذلك، فضلاً عن الظروف الخاصة التي يعيشها الطفل المصاب بالسرطان.

وقد تعارضت نتيجة هذه الدراسة مع الدراسات التالية:

1 - (مصطفى، 2007)، حيث أسفرت نتيجة هذه الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين البنين والبنات المرضى بالسرطان في الشعور بالمساندة الاجتماعية، القلق والاكتئاب لصالح البنات، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين البنين والبنات في الشعور باليأس.

2 - (الحجار، 2003)، تعارضت النتيجة الثالثة لهذه الدراسة مع نتائج هذا السؤال، والتي تنص على أنه لا توجد فروق في التوافق لدى مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغير نوع العلاج، حيث أشارت تحليل بيانات نتائج هذا السؤال أن متغير نوع العلاج له تأثير على القلق لدى الأطفال، وتفسر الباحثة التعارض في النتيجة، لطبيعة العلاج ما بين الفئتين، فجرعات علاج سرطان الراشدين تختلف عن جرعات علاج الأطفال المراهقين.

3 - (الشرم، 2012)، تعارضت بعض نتائج الشرم مع نتائج السؤال الحالي، حيث توصل الشرم إلى أنه لا توجد فروق بين متوسطات درجات الطلاب على مقياس القلق والأمن النفسي ترجع إلى الوجود داخل الحي أو عدمه. وتفسر الباحثة ذلك بأن مستوى القلق ينخفض لدى الأطفال عند مغادرة المشفى، أي إلغاء عامل من العوامل المسببة للقلق لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان.

4 - (كامل، 2003)، تعارضت بعض نتائج كامل مع نتيجة السؤال، في كون الإناث أكثر قلقاً من الذكور، حيث أن نتيجة هذا السؤال لم تبين الفروق في القلق ما بين الجنسين.

4.5 نتائج السؤال السادس والسابع:

أشارت نتائج تحليل البيانات لمقابلات الأمهات، بأن إصابة الطفل بمرض السرطان تسبب تغييرات نفسية على شخصية الطفل، تتمثل بالخوف والقلق، التوتر، العصبية.... الخ، وأن هذه التغييرات النفسية تختلف في حدتها ما بين طفل وآخر، فقد أظهرت النتائج أن الأطفال حديثي التجربة مع مرض السرطان لديهم تغييرات نفسية أعلى من الأطفال الذي أمضوا فترة في العلاج، وقد فسرت الباحثة ذلك بعدم تكيف طبيعة الجسم مع الجرعات العلاجية، فضلاً عن تأثيرات البيئة المحيطة

على الطفل، والتي تمثلت بالأم كدرجة أولى، وبناءاً على ذلك فإن الطفل يكتسب مشاعر القلق ويتأثر بها من والدته القريبة منه، وهذا ينعكس أيضاً على حالة الأم النفسية.

1.4.5 ما مستوى تأثير تقدير الذات لدى الأمهات على القلق لدى الأطفال؟

لقد أشارت الباحثة إلى أنه كلما ارتفعت درجة تقدير الذات لدى الأمهات تنخفض لديهن درجة القلق، وبالتالي فإن درجة القلق لدى الأطفال المكتسبة من الأمهات ستتناقص، حيث مثلت هذه الفئة أمهات تعمقن في التجربة مع طفلهن المريض، أما بالنسبة لانعكاس الحالة النفسية للطفل على الأم، فقد أشارت نتائج إجابات الأمهات، بأن حالة الطفل النفسية سواء كانت سلبية أم إيجابية تؤثر عليهن بشكل إيجابي داعم للطفل ومساند له.

وتفسر الباحثة ذلك بتكيف الأمهات مع الظروف الذي تعيشه، وإدراكها لأهمية الحالة النفسية الجيدة للطفل، فضلاً عن تلقيها الدعم والمساندة التي ساعدتها على رفع مستوى تقدير الذات لديها. وتشير نتائج تحليل المضمون إلى مستوى تقدير الذات لدى الأمهات وارتباطه بالقلق عند الأطفال، حيث أشارت إلى أنه كلما ارتفع مستوى تقدير الذات لدى الأمهات انخفض القلق لديهن، وبالتالي انخفض القلق لدى الأطفال.

2.4.5 ما مستوى تأثير القلق لدى الأمهات على القلق لدى الأطفال؟

لقد أشارت النتائج إلى أنه كلما انخفضت درجات تقدير الذات لدى الأمهات ارتفعت درجات القلق لديهن، وبالتالي فإن درجة القلق لدى الأطفال المكتسبة من الأمهات سترتفع، حيث مثلت هذه الفئة أمهات حديثات التجربة مع مرض طفلهن، أما بالنسبة لانعكاس الحالة النفسية للطفل على الأم، فقد كانت سلبية حتى وإن كان الطفل يتمتع بمشاعر إيجابية، وتغزو الباحثة السبب في ذلك لكون الأم لا

زالت في صدمة الخبر، حيث أنها لم تتكيف بعد مع الحدث الصادم، ولم تتلقى الدعم المساند الكافي لها.

ولعل أكثر ما يثبت ذلك هي حالة أم الطفلة هديل/ هديل، حيث أشارت النتائج من خلال التعمق في حالة الأم، بأن أم هديل تعاني من صدمة إصابة طفلتها بالسرطان، وعلى الرغم من مباشرة طفلتها بالعلاج إلا أن الأم لا زالت تنكر إصابة طفلتها بذاك المرض وأنها غير متقبلة ذلك، كما وتعيش الأم حالة قلق شديد جداً، وتعاني من انخفاض في مستوى تقدير الذات لديها، كل هذه المشاعر لم تكتسبها الأم من الطفلة لأنها لا ترافق الطفلة، ولا تتعامل معها ما بعد الجلسات العلاجية، أي أنها لم تتعرف على التأثيرات الجانبية للجلسات العلاجية على الحالة النفسية للطفلة، سبب هذه المشاعر قد يعزى إلى صدمة المرض، والقلق والخوف من هذا المرض، فكما أشرنا سابقاً أن القلق والخوف وصدمة الأم لا تتوقف على المشاعر التي قد تكتسبها الأم من الطفل، فهي تتعدى ذلك، ومن جهة أخرى الأم بعيدة عن الطفلة، ولا تظهر كل هذه المشاعر للطفلة، فمصدر الدعم للطفلة هي زوجة عمها المقيمة معها في المشفى، ومن خلال مقابلي للطفلة أشارت الإجابات إلى تمتع الطفلة بحالة نفسية جيدة، بعيداً عن التأثيرات الجانبية للدواء، وهذا يثبت ويدعم بأن للأم تأثير على حالة الطفل النفسية، وأن للطفل تأثير على حالة الأم النفسية.

اتفقت مع نتيجة هذا السؤال العديد من الدراسات التي استطاعت الباحثة الإطلاع والحصول عليها مثل دراسة (مخيمر، 2003) والتي أشارت إلى أن الطفل يكتسب مشاعر القلق من الوالدين إذا كان الوالدين قلقين، كما ويدرك الطفل الأمن النفسي منهم، وتعارضت دراسة مخيمر مع الدراسة الحالية في وجود فروق بين الجنسين في اكتساب القلق من الوالدين لصالح الإناث، أي أن الإناث أكثر اكتساباً للقلق.

كما واتفقت دراسة (ريك ستيل، 2004) مع نتيجة هذا السؤال، حيث أشارت نتيجة ريك ستيل إلى أن تأثير الضيق العاطفي بين الأمهات كالقلق والاكتئاب يؤثر على مستوى ضيق الأطفال ومزاجهم، كما ويؤثر على سلوكهم، وكلما وجدت مساندة عالية من الأمهات قل مستوى الضيق والقلق عند الأطفال.

5.5 نتائج السؤال الثامن:

1.5.5 ما مدى رضى الأمهات عن الخدمات النفسية المقدمة في المستشفى؟

إن مصادر الدعم التي تتوفر للأمهات من أهم العناصر المؤثرة في التكيف مع الأزمة أو عدم التكيف معها، وقد أشارت الأمهات إلى العديد من المصادر التي تعد داعمة لهنّ، أما بالنسبة لمدى رضى الأمهات عن الخدمات النفسية المقدمة في المستشفى، فقد عبّرت بعض الأمهات عن الرضى اتجاه هذه الخدمات، وأنهنّ بفضل هذا الدعم تجاوزنّ هذه المحنة، ومن جهة أخرى كانت وجهة نظر معاكسة للأمهات حديثات التجربة مع مرض طفلهن بالسرطان، ولعل السبب في ذلك يعزى إلى عدم تكيف هذه الفئة من الأمهات مع الحدث الصادم.

أهم مصادر الدعم التي ذكرتها الأمهات والتي مثلت احتياجات لبعضهنّ:

- 1 عاطفة الأمومة: أشارت بعض الأمهات إلى أن عاطفة الأمومة هي إحدى أهم مصادر الدعم الرئيسي لهنّ، فشعورهنّ بنوع من الالتزام تجاه الطفل المريض، ومحاولتهنّ لتقديم كل ما يحتاجه الطفل من تلبية احتياجات ورعاية، حتى ولو كان ذلك على سبيل راحتهم.
- 2 دعم الزوج والأسرة: ذكرت بعض الأمهات أهمية دعم الزوج ومساندته لهنّ بشكل خاص، والتي تتمثل في مساهمة الزوج بمساعدتها على موازنة أمورهما ما بين الطفل المريض والأسرة.

3 دعم أمهات أطفال مرضى السرطان بعضهن البعض: أشارت بعض الأمهات إلى هذا المصدر من الدعم، خاصة في ظل كونهن يشتركن في نفس التجربة، مما يجعلهن قادرات على تقديم المواساة والدعم لبعضهن البعض أثناء تواجدهن في المستشفى.

4 التدين: نوّهت بعض الأمهات عن المصدر الداعم لهنّ وهو التدين، حيث أن هذا المصدر يساعدنّ على التعايش مع هذه الأزمة من خلال الإيمان بقضاء الله وقدره، فضلاً عن الصلاة والدعاء لأطفالهنّ.

5 طاقم المستشفى المتمثل بالأطباء والمرضين والأخصائيين: أشارت بعض الأمهات إلى أهمية الدور الذي يلعبه الطاقم الطبي والنفسي في المستشفى.

6 سبل الراحة المقدمة في المستشفى: عبّرت بعض الأمهات عن أهمية سبل الراحة المقدمة في قسم الأورام السرطانية للأطفال، وأن القسم يوفر لديهنّ سبل الراحة بحيث يجعل الأم تشعر أنها في بيتها.

أما بالنسبة لأهم النصائح التي وجهتها الأمهات لأقرانهن فكانت:

1 التحلي بالصبر والاستعانة بالله والدعاء للطفل.

2 الصحة النفسية الجيدة.

3 التفاؤل بالشفاء.

4 عدم تجاهل الأطفال الآخرين.

5 أهمية دور الأب في مساندة الأم وطفلها المريض.

6 أهمية دعم الأسرة للأم.

7 عدم الاستسلام والخضوع.

8 عدم إظهار المشاعر السلبية للمريض.

وتفسر الباحثة النصائح التي وجهتها الأمهات لأقرانهن، بمدى وعي الأمهات بأهمية العامل النفسي لتجاوز هذه المحنة، فالتحلي بالصحة النفسية الجيدة، وعدم الاستسلام والخضوع، والتفاؤل، كلها دلالات تشير إلى المؤشر الصحي الجيد، كما أظهرت هذه التوجيهات أهمية دور الأب والأسرة في مساندة كل من الأم والطفل، أما بالنسبة للتحلي بالصبر والإيمان بالله، فهذا يدل على أن بعض الأمهات يستعن بالله بالتضرع له بالدعاء والصلاة من أجل شفاء الطفل المريض، فضلاً عن تكيف الأم واقتناعها بأن كل ما يصيبها هو مكتوب وذلك من خلال إيمانها بالله والقدر، ومن جهة أخرى وجهت بعض الأمهات نصائح تنص على ضرورة عدم إظهار المشاعر السلبية للطفل، وقد يدل هذا على معرفة ووعي بعض الأمهات بأهمية الجانب النفسي في علاج الطفل المريض، جميع هذه النصائح التي وجهتها الأمهات لأقرانهن، نبعت من احتياجات كانت الأم بحاجة لها خلال هذه التجربة، فضلاً عن خبرتهن في هذه التجربة.

وقد اتفقت نتيجة هذا السؤال مع العديد من نتائج الدراسات التي توصلت إليها الباحثة، حيث أظهرت نتائج دراسة (نوربري وأناكيا، 2006)، أن الشعور بالقلق لدى الأمهات يكون شديد نتيجة البحث عن المساندة داخل العيادات وأثناء تلقي الطفل للعلاج.

كما وافقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (هاي وراهان، 2003)، التي أشارت إلى أنه كلما زادت المساندة الاجتماعية قل الضغط النفسي، وأن مستوى التكيف للأمهات يتأثر بمجموعه من العوامل منها القلق والاكتئاب والمواجهة مع المرض.

6.5 التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة التي توصلت إليها الباحثة فإن الباحثة توصي بالآتي:

- 1 - ضرورة إيلاء المزيد من الاهتمام بالصحة النفسية للأم التي لديها طفل مصاب بمرض السرطان، وذلك من خلال إعداد خطة تدخل تقوم بها الأخصائية المتواجدة في القسم، تستطيع من خلالها تعديل الأفكار الخاطئة حول مرض السرطان.
- 2 - العمل على مشاركة الزوج لزوجته في تحمل مسؤولية الطفل المريض والأطفال الآخرين، بحيث يعملان مع بعضهما البعض في أداء دورهما بشكل متكامل، حتى لا يؤثر ذلك على الطفل المريض والأطفال الآخرين، فضلاً عن شعور الأم بتوافق نفسي واجتماعي يساعدها على تخطي الأزمة.
- 3 - العمل على تفعيل دور الدعم النفسي والاجتماعي للأمهات من خلال عمل لقاءات تثقيفية حول مرض السرطان، والتي من شأنها رفع مستوى الوعي والإدراك حول المرض، ووضع خطة إرشادية للأهل في كيفية إخبار طفلهم بالمرض.
- 4 - عمل جلسات إرشاد فردية وجماعية للأمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان.
- 5 - عمل جلسات إرشادية فردية للأطفال الذين تراودهم الشكوك حول إصابتهم بمرض السرطان وإعداد خطة للتدخل السريع مع الطفل.
- 6 - العمل على توفير سبل الراحة للأمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان وأطفالهن، حيث كان هناك قصور في المستشفى التي تتوجه إليها أمهات الأطفال لمعالجة أطفالهن كتوفير مختبر طبي، الذي يلزم في العملية العلاجية وبشكل كبير، فقد عبرت العديد من الأمهات عن استيائهن

لعدم وجود مختبر طبي داخل القسم واضطرارهنّ للمغادرة مع أطفالهنّ لإجراء الفحوص في مختبر خاص بعيد عن المستشفى.

7 -إنشاء مراكز للإرشاد العائلي، حيث تساعد هذه المراكز العائلة على التكيف مع الأزمة التي تعيشها، فضلاً عن موازنة الأمور وإعادة تنظيم أمور الحياة.

8 -اهتمام وسائل الإعلام وخاصة المرئية، وتخصيص برامج يومية أو أسبوعية حول كيفية التعامل مع مرض السرطان، وذلك من خلال المحاضرات والندوات التي تخاطب العقل، والتي من شأنها أن تترك مساحة للتفكير المتعلق لدى المشاهدين، فمنها ما هو توعية للأهل حول كيفية التعامل مع مرض السرطان، ومنها ما يبين كيفية تجاوز وتخطي هذه الأزمة، ومنها ما يظهر الاهتمام بالجانب النفسي للطفل المريض مع عدم المبالغة في معاملته معاملة خاصة، لأن ذلك يشعره بأن خطر يهدده.

7.5بحوث مستقبلية:

- 1 -العمل على دراسة تقدير الذات لأمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان ودرجة القلق لدى الأمهات وأطفالهنّ المصابين بمرض السرطان ولديهم علم بطبيعة مرضهم.
- 2 -عمل بحوث حول الأطفال الآخرين بالأسرة والذين يتأثرون بشكل كبير من جراء الطفل المريض، وغياب الأم لمدة طويلة عن المنزل.
- 3 -عمل بحوث عن التعمق في تجربة آباء الأطفال المصابين بمرض السرطان، وأمهاتهم وإظهار دورهم في هذه التجربة.
- 4 -دراسة العلاقة بين الدعم النفسي المتمثل بالمساندة الاجتماعية للطفل والأمل والتفاؤل لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان.

5 -دراسة أثر مرض السرطان على التحصيل الأكاديمي والحياة الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان.

6 -دراسة التفكك والترابط الأسري بسبب مرض الطفل بالسرطان.

7 -دراسة العلاقة بين الدعم النفسي للأمهات والأمل والتفاؤل بشفاء الطفل المصاب.

المصادر والمراجع:

- إبراهيم، سلوى (2004)، المخاوف وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال المرحلة العمرية (12-16)، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، دمشق.
- إبراهيم، عبد الستار (1994). العلاج السلوكي للطفل وأساليبه ونماذج من حالاته. عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- إبراهيم، علاء عبد الباقي (2010). الخوف والقلق التعرف على أوجه التشابه والاختلاف بينهما وعلاجهما وإجراءات الوقاية منها. ط1، عالم الكتب، القاهرة.
- أبو الخير، عبد الكريم (2001). أساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية. ط1، دار وائل للنشر، عمان.
- أبو الخير، عبد الكريم (1995). دراسة لبعض المتغيرات ذات الصلة بقلق الاختبار لدى طلاب وطالبات الصف الثالث ثانوي. مجلة كلية التربية. جامعة الخرطوم، السودان.
- أبو جادو، صالح (2002). سيكولوجية التنشئة الاجتماعية. دار المسيرة، عمان.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2008). علم نفس الطفل قلق الأطفال. ط3، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- أبو زيد، إبراهيم (1989). سيكولوجية الذات والتوافق. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- أبو صاع، جعفر (2010)، قلق الموت لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الإسرائيلية في محافظة طولكرم وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.

- أبو عطية، سهام (2004). فاعلية برنامج إرشادي جمعي لتحسين التوافق النفسي ومفهوم الذات لدى الأطفال المساء إليهم. كلية العلوم التربوية. الجامعة الهاشمية، الأردن.
- أبو غزال، معاوية؛ عبد الكريم، جرادات (2009)، أنماط تعلق الراشدين وعلاقتها بتقدير الذات والشعور بالوحدة. المجلة الأردنية في العلوم التربوية (1)5، ص 47 - ص 57.
- الباز، راشد بن سعد (2000). تصور للممارسة المهنية لطريقة العمل مع جماعة مرض السرطان. مجلة العلوم الاجتماعية (4)28، ص 139- ص 177.
- بلوط، سمر (2011). التعمق في تجربة أمهات أطفال مرضى السرطان في فلسطين ومدى التوافق النفسي لديهن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بيرزيت، فلسطين.
- بلكيلاني، محمد (2008). تقدير الذات وقلق المستقبل لدى الجالية العربية المقيمة في مدينة أوسلو في النرويج. رسالة مقدمة لكلية الآداب، الأكاديمية العربية المفتوحة، الدنمارك.
- بلوش، محمد أحمد (1999). العلاقات الإرشادية للقلق لدى الطلاب والطالبات الصم في المرحلة المتوسطة بمعاهد الأمل في كل من مكة والطائف. رسالة ماجستير مكة المكرمة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- بني يونس، محمد (2004). مبادئ علم النفس، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
- التركي، خالد (2001). الماكروبتوبك للعلاج والوقاية من السرطان. دار الكتاب الحديث.
- ثابت، اوهام نعمان (2009)، الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي والزواجي لدى المصابات بسرطان الثدي المبكر في الأردن، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك، الدنمارك.
- جبرائيل، يوسف جورج (1983). أضواء على السرطان. الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر.
- جريدة العلم (2010). علاج السرطان من وجهة النظر النفسية. الأردن.

- جمعية أصدقاء المريض (2003). أنا وعائلتي والتعايش مع مرض السرطان. القدس.
- الحجار، بشير محمد (2003)، التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- حسين، فايد (2001). العدوان والاكتئاب في العصر الحديث. المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
- حمام، فادية كمال والهواش، فاطمة خلف (2010). الاغتراب النفسي وتقدير الذات لدى خريجات الجامعة العاملات والعاطلات عن العمل. مجلة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية . العدد2، ص 63 - ص138.
- حمزة، جمال مختار (2005). قلق المستقبل لدى أبناء العاملين بالخارج. مجلة العلوم التربوية. عدد1، القاهرة.
- خريسات، سمير (2012). التعامل مع سرطان الطفولة. مجلة قلب الأردن للتوعية الصحية والطبية، الأردن.
- الداهري، صالح (2008). سيكولوجية رعاية الكفيف والأصم. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- الداهري، صالح حسن (2005). مبادئ الصحة النفسية. دار وائل للنشر، الأردن.
- داينز، روبين (2006). إدارة القلق. ترجمة ونشر دار الفاروق، ط1، القاهرة.
- الدردير، عبد المنعم احمد (2004). دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي. ج1، عالم الكتب، القاهرة.
- الدليمي، ناهدة عبد زيد، وآخرون (2012). تقدير الذات وعلاقته بجودة الحياة لطالبات جامعة بابل، مجلة جامعة بابل، مجلة العلوم الإنسانية. (4)20.

الدوسري، غزيل (2012).مرض السرطان أسبابه..أعراضه.. علاجه. **جريدة الرياض**.
العدد16173.

ربيع، هادي مشعان (2003). الإرشاد التربوي مبادئه وأدواته الأساسية. الدار العلمية الدولية،
ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.

رضوان (2002). **الصحة النفسية**. دار المسيرة للنشر، الأردن.

زبيده، اميران (2007). **علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية**. رسالة
ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، الجزائر.

الزراد، فيصل (2005). **الأمراض النفسية جسدية**، ط1، دار النفائس، بيروت.

الزراد، فيصل محمد خير (2000). **الأمراض النفسية- جسدية أمراض العصر**. ط1، دار النفائس.

زهران، حامد عبد السلام (2001). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. ط4، العبيكان للنشر،
الرياض.

زهران، حامد عبد السلام (1995). **علم نفس النمو الطفولة والمراهقة**. عالم الكتب، القاهرة.

زيد، دينا موفق (2008). **مفهوم الذات وعلاقته بالتكيف الاجتماعي**. جامعة دمشق.

زيدان، حمدي أمين (2000)، **مدى فاعلية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة القلق لدى اسر**

الأطفال المصابين بمرض السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس،
دمشق.

الزيود، نادر فهمي (2008). **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**. دار الفكر، ط1، عمان.

السباعي، زهير وآخرون (1991). **القلق وكيف تتخلص منه؟**. دار الأرقم، دمشق.

السباعي، زهير (1986). **القلق... ظاهرة العصر المرضية. مجلة الأمن والحياة**. عدد56، المركز

العربي للدراسات الأمنية والتدريب الرياضي.

- سرحان، وليد يوسف (2010). الصحة النفسية. منشورات جامعة القدس.
- السنباطي، السيد مصطفى (2007). تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى الأطفال بلا مأوى مع تصور مقترح لبرنامج إرشادي لتحسين مستوى تقدير الذات. معهد الدراسات العليا للطفولة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- سعفان، محمد (2003). دليل إرشادي لتحسين الاستذكار لطلاب الجامعة خاصة. دار الكتاب الحديث، الكويت.
- سليمان، سناء محمد (2005). تحسن مفهوم الذات وتنمية الوعي بالذات والنجاح في شتى مجالات الحياة. دار عالم الكتب، القاهرة.
- سليم، مريم (2003). تقدير الذات والثقة بالنفس دليل المعلمين. دار النهضة العربية، القاهرة.
- سوبرة، سابين مهنا (2006). الأغذية المضادة لمرض السرطان. ط1، الدار العربية للعلوم.
- السيد، رانيا يوسف (2004)، الأعراض النفسية ومستوى الطموح لدى الأطفال المصابين بالسرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، دمشق.
- السيد، عبد الباسط محمد (2009). السرطان أسبابه وعلاجه. ط2، ألفا للنشر والتوزيع الفني، الجيزة، مصر.
- السيد، عبد الباسط (2007). السرطان أسبابه وعلاجه من القديم والحديث. مكتبة ألفا للنشر والتوزيع، مصر.
- شاهين، محمد أحمد (2007). فعالية برنامج تدريبي معرفي في تحسين التفكير العقلاني وتقدير الذات وخفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الطلبة الجامعيين في فلسطين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.

الشرم، عاطف بن علي عطية (2012). القلق والأمن النفسي لدى عينة من طلاب المرحلة المتوسطة الدارسين في الأحياء المتضررة من الأمطار والسيول في محافظة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.

شعبان، عبدربه علي (2010). الخجل وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى المعاقين بصريا. قسم علم النفس بكلية التربية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

الشناوي، محمد محروس (2000). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.

صبحي، السيد (2003). الإنسان وصحته النفسية. الدار المصرية اللبنانية، مصر. صبره، محمد علي (2004). الصحة النفسية والتوافق النفسي. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

طافش، أسعد أحمد يونس (2006)، السمات الشخصية المميزة للأطفال المصابين بمرض التلاسيميا وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

عادل، محمد (2009). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. دار الرشاد. العاسمي، رياض نايل (2012). تناقضات إدراك الذات وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي والاكتئاب لدى طلاب جامعة دمشق. مجلة جامعة دمشق (3) 28، ص19- ص69.

عاقل، فاخر (1983). علم النفس التربوي. ط6، دار العلم للملايين، بيروت. عبدات، روعي مروح (2009). مستوى تقدير الذات عند الأشخاص العاملين وغير العاملين. إدارة رعاية وتأهيل المعاقين، الإمارات العربية المتحدة.

عبد الخالق، أحمد (1988). حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية. *مجلة العلوم الاجتماعية* (3)، جامعة الكويت.

عبد العزيز، مفتاح (2001). *علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة*. دار قباء، القاهرة.

عبد الله، محمد قاسم (2012). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي*. دار الفكر، بيروت

العتوم، عدنان يوسف (2004). *علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق*. ط1، دار المسي، الأردن.

عثمان، فاروق السيد (2001). مدى انتشار القلق بين طلاب الرحلة الجامعية. *مجلة كلية التربية جامعة طنطا*. عدد 9.

العجوري، وجاد حسين (2007)، برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

العزة، سعيد حسني (2002). *التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية*. دار العلمية، عمان.

عسيري، عبير بنت محمد حسن (2004). *علاقة شكل هوية الأنا لكل من مفهوم الذات والتوافق النفس الاجتماعي لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بمدينة الطائف*. كلية التربية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

علاء الدين، جهاد؛ عبد الرحمن، عز الدين (2011)، *فاعلية برنامج جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان، المجلة الأردنية للعلوم التربوية* (4) 7، ص 371-397.

عليقات، حمود؛ بهمردى، ندى (2003)، *الخصائص النفسية- الاجتماعية للمراهقين المصابين بالثلاسيميا الكبرى واحتياجاتهم في الأردن*. *مجلة دراسات* (2) 30، ص 384-399.

- العناني، حنان عبد الحميد (2000). الصحة النفسية. دار المسيرة للنشر، الأردن.
- عوض، شروق خير (2009)، قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب في منطقة عكا، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.
- الغامدي، صالح بن يحيى الجار الله (2009). اضطرابات الكلام وعلاقتها بالثقة بالنفس وتقدير الذات لدى عينة من طلاب المرحلة المتوسطة وتقدير الذات لدى عينة من طلاب المرحلة المتوسطة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- غرابية، محمد (2003). علم الصحة النفسية. ط1، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- فايد، ريم محمود يوسف (2010). فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- فرويد، سيجموند (1989). الكف العرض القلق. ترجمة محمد عثمان نجاتي، ط4، دار الشروق، القاهرة.
- فقيه، عبدالله (2002)، دراسات إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة، مجلة الإعجاز العلمي (الالكترونية)، عدد16.
- فهيم، مصطفى (1998). الصحة النفسية. ط5، مكتبة الخانجي، القاهرة.
- القحطاني، سارة محمد عبدالله (2010)، دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين في الطائف، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.
- القريطي، أمين عبد المطلب (2003). في الصحة النفسية. ط3، دار الفكر العربي، القاهرة.
- قويدر، دلال موسى (2008). الخوف من سرطان الدم وعلاقته بالصدمة النفسية. كلية التربية، جامعة دمشق.

كامل، وحيد مصطفى (2003). علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعفا السمع.

مجلة كلية التربية النوعية ببناها. عدد 56، جامعة الزقاريق. ص 101- ص 149.

الكحيمي، وآخرون (2007). الصحة النفسية للطفل والمراهق. مكتبة الرشد، الرياض.

كرسوع، مريم عيسى حسن (2012). مرض السرطان في قطاع غزة دراسة في الجغرافية الطبية.

رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية. غزة.

كفافي، علاء الدين (2010). نظريات الشخصية. ط1، دار الفكر عمان، عمان.

كفافي، علاء الدين (1999). الإرشاد والعلاج الأسري المنظور النسقي. دار الفكر العربي،

القاهرة.

الكفافي، علاء الدين (1996). صورة الجس وبعض التغيرات لدى عينات من المراهقة دراسة

ارتقائية ارتباطية غير ثقافية. مجلة عل النفس. جامعة الكويت، الكويت.

كفافي، علاء دين (1989). تقدير الذات وعلاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي- دراسة في عملية

تقدير الذات. المجلة العربية للعلوم الإنسانية. 9(35)، جامعة الكويت، الكويت.

ليندا، دفيدوف (2000). الشخصية والانفعالات. ترجمة سيد الطواب ومحمود عمر، الدار الدولية

للاستثمارات الثقافية، مصر.

ماركس، ايزاك (1995). التعايش مع الخوف فهم القلق ومكافحته. ترجمة محمد نجاتي، ط1، دار

الشروق، مصر.

المالكي، حنان عبد الكريم (2001). القلق وعلاقته ببعض المتغيرات لدى كل من المرأة العاملة

وغير العاملة على عينة في مدينة مكة المكرمة. مجلة كلية التربية. جامعة أم القرى، مكة

المكرمة.

مجيد، سوسن شاكر (2012). الصحة والسلامة الجسدية. الحوار المتمدن. عدد 3708

محمد، عائدة الذيب عبدالله (2010). الانتماء وتقدير الذات في مرحلة الطفولة. دار الفكر، عمان.

مخير، عماد احمد محمد (2003)، إدراك الأطفال للأمن النفسي من الوالدين وعلاقته بالقلق واليأس، مجلة رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية- رانم، 13(4)، ص 613-ص677.

مرازقة، وليدة (2009)، مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.

مرسي، كمال (1983). علاقة القلق بالعصابية: دراسة نقدية بالتحليل العامل. مجلة كلية التربية. جامعة الملك سعود، الرياض.

مصطفى، أمينة جودة فهمي (2007). المساعدة الاجتماعية وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى الأطفال المرضى بالسرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، مصر.

المطوع، محمد بن عبدالله (2006). اثر الطلاق في تقدير الذات دراسة مسحية لدى عينة من طلاب مدينة الرياض. مجلة كلية التربية. عدد27، جامعة الملك سعود.

المنسي، حسن (2001). الصحة النفسية. دار الكندي للنشر والتوزيع، الأردن.

المشيخي، غالب (2001). القلق وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

هارون، صلاح (2013). 90% من مرض السرطان يعود لأسباب نفسية. جريدة الأنباء. عدد 13333.

الهواري، ماهر (1986) القلق ظاهرة العصر المرضية. مجلة الأمن والحياة. عدد 56، المركز العربي للدراسات والبحوث الأمنية والتدريب، الرياض.

يحيي، خوله وآخرون (2008). التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن وتطوير برنامج إرشادي لتحسين تلك التأثيرات. مجلة

دراسات نفسية وتربوية مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية. عدد 1، ص 1-71.

قائمة الكتب الأجنبية:

American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorder , 5th ed 2013.

Aydinok, Y, et.al, (2005). "Psycho social implications of Thalassemia Major". **Pediatrics International; Feb. 2005; vol. 47, no. 1, pp. 84-89.**

Bandura , A.(1977). **Social learning theore** , New York. Clifits Preenticehall.
Beck. A , T.(1976). **Cognitive Therapy and Emotional Disorder**. New York.Basic book.

Brenda, G.Mary Jo, Suzanne C.(1998). **Textbook of Medical surgical nursing**.6th Edition , Philadelphia: Lippincott Company.

Brewer, K.(2002) **Differing Death Scenario, Self Esteem and Death Anxiety**.M.A Theses presented the faculty of the department **psychology**.East Tennessee state university.

Clarke – Steffen , L.(1997).Reconstructing reality: Family strategies For managing Childhood cancer. **In Journal of pediatric Nursing** ,12,P278-P287.

Cloninger ,S. (1996): **Personality Description Dynamic and Development** **W.H. Freeman company New York.**

David , F. & Johnson , s. (1993): **Children S thinking development** **pacific, grove California.**

Davis , Hilton.(1993). Counseling Parents of Children with Chronic illness or Disability. USA: BPS BOOK.

- Dweek,C. (2000): **Self theories: their role in motivation personality and development.** psychology press , Taylor and Francis.
- Engle – Romy (2002):**Adjustment to childhood cancer: parentchild coping and family functioning.** Dissertation-Abstracts-International – Section B, The Sciences and Engineering, vol63:585.
- Gold beck , L , et.al, (2000). "Psychosocial aspects of beta-thalassemia: distress, coping and adherence". **Entrez-pub med Micro soft Internet Explorer**, sep-oct. 2000; vol. 212, vol 5, pp. 254-259.
- Harnish , D.L: (2000): Self –Esteem in Children , **British Journal of Education Psychology** , (70) , p229-p242.
- Hae - Rahan(2003): Korean mothers psychological adjustment to their children's , cancer Blackwell publishing ltd, **journal of advanced nursing** (499 -506)
- Heatherton. T & Vohs, k. (2000): **Interpersonal Evaluation Fallowing threats to self: Rol of Self-Esteem**, A Journal of personality and social psychology , Vol.78 No 4, P 725-730.
- Hinds, P.S ,et al.(1996): **Coming to terms: Parents response to a first Cancer recurrence in their Child.** In Nursing research ,45, p148-p153.
- Lynne, C. Mccarley, t.Aalto,w. (2007). Cognitive therapy for low self -esteem in the treatment of depression in an older adult. **Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy.** Vol. 35, 3, 365-369.
- Mckay,M.& Patrick,F.(2000): **Self-Esteem**, New-York: Springer publishing company.
- Natalie-Frank-Ronald(2001):**Pediatric Of Affective Responses of Mothers and Fathers Of Children With Cancer.**Psycho-oncology P(169-181).

- Norberg – Annika – Frank (2006): **Support – seeking ,perceived support , and anxiety in mothers after children cancer treatment** , Psycho – oncology ,vol15, p335 – 343.
- Parrera , Fleming (2004): **the role of emotional social support in the psychological adjustment of spellings of children with cancer**, Blackwell publishing ltd child: cancer , health, development p(103-111).
- Patterson , J.ML. et al.(2004).**The impact of Childhood Cancer or the Family: A qualitative analysis of strains ,resources ,and coping behaviors.** In Psycho oncology , 13 ,P 390- P407.
- Perkins and Forehand. R. (2003): **The Structure of implicit Self-domains as a mechanism for approach and avoidance behavior motivation.**
- Ric, steele and al. (2004): **pattern of maternal distress among children cancer and their association, with child emotional and somatic distress** , journal of pediatric psychology vol. 29 no7 (311-325)
- Spence, H.S. (1998): **A Measure of Anxiety Symptoms Among Children: Behavior Research And Therapy 36.** p 545- p 566
- Taylor, Janet (1953). "A personality scale of manifest anxiety". **The Journal of Abnormal and Social Psychology**, 48 (2): 285–290.

قائمة المواقع الالكترونية:

- 1-<http://www.moh.gov.bh/mobile/AR/news/newsDetails.aspx?newsID=529>.
- 2-<http://www.adamcs.org/>.

الملاحق

ملحق (1) مقابلات الأمهات

القسم الأول: معلومات شخصية عن الأم

العمر بالسنوات: ☐ أدنى من 25 ☐ (25-35) ☐ (36-45) ☐ 46 فأعلى

مكان السكن: ☐ مدينة ☐ قرية ☐ مخيم

الحالة الاجتماعية: ☐ متزوجة ☐ أرملة ☐ مطلقة

عدد الأولاد: ☐ طفل وحيد/ة ☐ (2-4) ☐ 5 فأكثر

المستوى التعليمي: ☐ أدنى من ثانوية عامة ☐ ثانوية عامة ☐ دبلوم فأعلى

المستوى الاقتصادي (معدل دخل الأسرة بالشيكل): ☐ (1000-2000) ☐ (2001-3000)

☐ (3001-4000) ☐ أعلى من 4000 شيكل

مدة الإصابة بالمرض:

القسم الثاني: فقرات المقابلة

(1) تحدثني لي عن تجربتك كأم مع مرض طفلك منذ لحظات التشخيص الأولى حتى الآن؟

(2) هل أثر مرض طفلك على نظرتك لنفسك؟ وكيف ذلك؟

(3) ما هي التغيرات النفسية التي تطرأ على طفلك وما مدى انعكاسها عليك كأم؟

(4) ما هو أكثر شيء تخافينه كأم حول إصابة الطفل؟ وما مدى تأثير هذا الخوف عليك؟ وما هي

كيفية التعامل مع هذا الخوف؟

(5) هل أثرت إصابة طفلك بالمرض على علاقتك مع أفراد أسرتك (الزوج - الأبناء - الأسرة الممتدة - الأصدقاء)؟ وما مدى تأثير الدعم المعنوي (النفسي) على علاقتك بالطفل وبقية أفراد الأسرة؟

(6) بوجهة نظرك هل الخدمات النفسية المقدمة في المشفى تخفف عنك كأم؟ وماذا تتوقعين (تتمنين) منهم؟

(7) هل تعتبرين نفسك تخطيت المحنة التي مررت بها بسبب مرض طفلك؟ وماذا تحتاجين لتخطي ذلك؟

(8) هل تغيرت علاقتك مع طفلك المصاب بالمرض؟ وكيف ذلك (لماذا)؟

(9) هل تعتقدين أن مرض طفلك أصبح عبئاً عليك و ما هي أكثر التغيرات التي طرأت في حياتك بعد إصابة الطفل بالمرض؟

(10) بحسب رأيك ما هي النصائح التي توجهينها للأمهات اللواتي مررن بنفس تجربتك؟

ملحق (2) مقابلات الأطفال

القسم الأول: معلومات شخصية عن الأم

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى.

العمر بالسنوات: ☐ (14-10) ☐ (18-15).

مكان السكن: ☐ مدينة ☐ قرية ☐ مخيم.

الترتيب الميلادى للطفل: ☐ الأول ☐ الأوسط ☐ الأخير ☐ غير ذلك.

القسم الثانى: أسئلة المقابلة

(1) ما هي تأثيرات المرض عليك من حيث (الطموحات - النفسية - التفاعل مع الآخرين)؟

(2) قبل أن تصاب بالمرض ما هي أكثر النشاطات اهتماما لديك؟ وهل استمررت بممارسة هذه النشاطات والهوايات بعد المرض؟ ولماذا؟

(3) هل تفضل البقاء أثناء فترة العلاج في المشفى؟ ومن هو/ هي أكثر شخص ترغب أن يكون معك في المشفى؟ ولماذا؟

(4) بحسب رأيك هل المرض أثر على علاقتك بالآخرين؟ وكيف ذلك؟

(5) هل تشعر بأنك متوتر أكثر (قلق أكثر) عند ذهابك لأخذ جلسات العلاج؟ ولماذا؟

(6) هل تشعر بأنك متردد في اتخاذ القرارات بخصوص جلسات العلاج؟ وما السبب في ذلك؟

(7) هل أنت متفائل بالشفاء التام من المرض؟ ولماذا؟

(8) بحسب رأيك الإلمام بمعلومات حول المرض يقلل من الخوف لديك؟ وما هي أهم مصادر المعلومات التي تشعر أنك تثق بها؟

9) بحسب رأيك هل من الضروري أن تعترف بإصابتك مرض السرطان للآخرين المقربين منك؟
ولماذا؟

10) هل تشعر بأنك مصدر عبء على والدتك؟ ولماذا؟

فهرس الملاحق:

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
180	مقابلات الأمهات	1
182	مقابلات الأطفال	2

فهرس المحتويات:

الموضوع	رقم الصفحة
الإهداء	
الشكر والتقدير	أ
الإقرار	ب
الملخص باللغة العربية	ج
الملخص بالإنجليزية	هـ
الفصل الأول: مشكلة الدراسة وخلفيتها	
مقدمة	2
مشكلة الدراسة وتساؤلاتها	6
أهداف الدراسة	7
أهمية الدراسة	7
حدود الدراسة	8
مصطلحات الدراسة	9
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
الإطار النظري	13
تقدير الذات	13
مفهوم تقدير الذات	15
نمو تقدير الذات	18
مستويات تقدير الذات	20
العوامل المؤثرة في تقدير الذات	21
الدافع إلى تقدير الذات	24
تفسير المدارس النفسية لتقدير الذات	24
القلق	32
مفهوم القلق	32
أنواع القلق	35
أسباب القلق	39

الموضوع	رقم الصفحة
تفسير المدارس النفسية للقلق	42
أعراض القلق	49
مدى انتشار القلق	51
أساليب وطرق علاج القلق	52
مرض السرطان	59
سرطان الطفولة	63
العلاقة بين العوامل النفسية والسرطان	67
تأثير إصابة الطفل بمرض السرطان على الأسرة	69
الدراسات السابقة	72
الدراسات العربية	72
الدراسات الأجنبية	89
التعقيب على الدراسات السابقة	95
الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات	
منهج الدراسة	100
مجتمع الدراسة	101
عينة الدراسة	103
أداة الدراسة	107
إجراءات الدراسة	111
متغيرات الدراسة	111
الفصل الرابع: عرض النتائج ومناقشتها	
تمهيد:	113
المحاور الرئيسية في مقابلات الأمهات	113
المحاور الرئيسية في مقابلات الأطفال	115
النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والثاني والرابع والخامس	116
النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث	125
النتائج المتعلقة بالسؤال السادس والسابع	133
النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن	141

الموضوع	رقم الصفحة
الفصل الخامس: الاستنتاجات والتوصيات	
تمهيد	147
نتيجة السؤال الأول والثاني والرابع والخامس	148
النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث	153
النتائج المتعلقة بالسؤال السادس والسابع	157
النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن	160
التوصيات	163
بحوث مستقبلية	164
المصادر والمراجع	166
الملاحق	176
فهرس الملاحق	184
فهرس المحتويات	185