



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

دائرة التربية وعلم النفس / الإرشاد النفسي والتربوي

إجازة الرسالة

قلق الموت والضغط النفسية لدى أهالي مرضى التلاسيميا في الضفة الغربية

اسم الطالبة: رحاب عارف عبد الرحمن السعدي

الرقم الجامعي: 20311616

المشرف: الدكتور سمير إسماعيل شقير

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 22 / 1 / 2007 من لجنة المناقشة المدرجة أسماءهم وتواقيعهم:

التوقيع:

1. رئيس لجنة المناقشة: د. سمير شقير

التوقيع:

2. ممتحناً داخلياً: د. نبيل عبد الهادي

التوقيع:

3. ممتحناً خارجياً: د. محمد بريغيث

القدس - فلسطين

1428 هـ / 2007 م

إقرار:

أقر أنا مقدم الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أية درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

التوقيع: رهاب السعدي

رهاب عارف عبد الرحمن السعدي

التاريخ: 22 / 1 / 2007

شكر و عرفان

الحمد لله الذي أعانني على إتمام هذا البحث المتواضع حمداً يوافي نعمه وجزيل عطائه.

ولا يسعني إلا إن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان للدكتور الفاضل أستاذي ومشرفي الدكتور سمير شقير، لاهتمامه المتواصل ومتابعته المستمرة لي والذي واكبني بتوجيهاته طوال فترة البحث.

كما أعبر عن خالص شكري وتقديري للأساتذة الأفاضل في قسم الدراسات العليا في كلية التربية، وخاصة أعضاء الهيئة التدريسية في قسم الإرشاد النفسي والتربوي كل باسمه ولقبه، الذين وقفوا إلى جانبي وقدموا لي كل دعم ومساندة، وإلى الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة الدكتور محمد بريغيث والدكتور نبيل عبد الهادي لتفضلهم بمناقشة هذه الرسالة.

ولا بد لي أن أتوجه بجزيل الشكر والعرفان لجميع الزملاء والزميلات في مديرية الشؤون الاجتماعية في جنين لما أبدوه من تعاون وتقديم المساعدة.

وأقدم عظيم الشكر والامتنان لجمعية أصدقاء الثلاثين في كل محافظات الضفة الغربية، ومؤسسة فلسطين المستقبل، وأسرة مكتبة القطان في رام الله، على ما قدموه لي من تسهيلات ومساعدة ساعدتني في إتمام هذا البحث.

كما أتقدم بالشكر الجزيل للسيد جمال الشلبي الذي تفضل بالتدقيق اللغوي لهذه الرسالة.

وخالص الشكر والتقدير لكل إنسان وقف لجانبي وقدم لي المساعدة وكان من الذين ساهموا في إخراج هذه الرسالة إلى حيز الوجود.

تعريف المصطلحات

تتمثل أهم التعريفات الخاصة بالدراسة فيما يلي:

القلق: " هو استجابة انفعالية مركبة من الخوف والتوتر والضيق لخطر أو تهديد واقع أو يخشى وقوعه موجه نحو الشخصية بكاملها" (عبد الله، 2001: 169).

قلق الموت: هو " نوع من أنواع القلق الهائم أو الطليق والذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص أو ذويه (عبد الخالق، 1987: 39).
أما التعريف الإجرائي لقلق الموت فهو يتحدد بدرجة استجابة الفرد على مقياس قلق الموت المعد لأغراض هذه الدراسة.

الضغوط النفسية: هي حالة نفسية وذهنية وجسميه تنتاب الإنسان وتتسم بالشعور بالإرهاق الجسمي والبدني الذي قد يصل إلى الاحتراق (burn out) كما تتسم بالشعور بالضيق والتعاسة، وعدم القدرة على التأقلم، وما يصاحب ذلك من عدم رضا عن النفس أو المنظمة أو المجتمع عامة (معروف، 2001).

أما التعريف الإجرائي فهو يتمثل بمستوى الضغوط النفسية التي تتحدد بدرجة استجابة الفرد على مقياس الضغوط النفسية المعد لأغراض هذه الدراسة.

مرض الثلاسيميا: هو من أمراض الدم الوراثية المزمنة وغير المعدية، والذي يحتاج إلى نقل دم مستمر إلى المريض، لعدم مقدرة مادة الهيموجلوبين في كريات الدم الحمراء على القيام بوظيفتها لنقل الأوكسجين من الرئتين إلى جميع خلايا الجسم مما يسبب فقر دم عند المريض (مصلح وقريناوي، 2003).

مرضى الثلاسيميا: هم الأشخاص الذين تم تشخيصهم بمرض الثلاسيميا وهم بحاجة إلى عمليات نقل دم بشكل متكرر، وتم رصدتهم من خلال المؤسسات والجمعيات التي تعنى بهذا المرض، وكذلك من خلال المستشفيات الحكومية التي يوجد فيها وحدات مرضى الثلاسيميا.

أهالي مرضى الثلاسيميا: هم آباء وأمهات مرضى الثلاسيميا الذين تم تشخيصهم بمرض الثلاسيميا.

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى قلق الموت والضغط النفسية لأهالي مرضى التلاسيميا في الضفة الغربية، وهدفت أيضا إلى معرفة الاختلاف في مستوى قلق الموت والضغط النفسية لدى أهالي مرضى التلاسيميا مع متغيرات (العمر للأم/ الأب، الجنس للأم/ الأب، المستوى التعليمي للأم/ الأب، جنس الإبن المريض، عدد الأبناء المرضى).

وقد تألف مجتمع الدراسة من مرضى التلاسيميا في الضفة الغربية والبالغ عددهم (486) مريضاً، تم اختيارهم بطريقة الطبقة العشوائية، من خلال عينة ممثلة بنسبة 30% من مجتمع الدراسة. وقد أجابت الدراسة عن الفرضيات التالية:

– لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين قلق الموت والضغط النفسية لدى أهالي مرضى التلاسيميا.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى الضغوط النفسية لدى أهالي مرضى التلاسيميا يعزى إلى متغيرات (العمر للأم/ الأب، الجنس للأم/ الأب، المستوى التعليمي للأم/ الأب، جنس الإبن المريض، عدد الأبناء المرضى).

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى أهالي مرضى التلاسيميا يعزى إلى متغيرات (العمر للأم/ الأب، الجنس للأم/ الأب، المستوى التعليمي للأم/ الأب، جنس الإبن المريض، عدد الأبناء المرضى).

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة، من خلال تطبيق استبانة قلق الموت والمؤلفة من ثلاثين فقرة، واستبانة الضغوط النفسية المؤلفة من اثنتين وسبعين فقرة.

أما ثبات الأدوات فقد تم التحقق منها عن طريق استخدام معادلة كرونباخ ألفا وحساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث بلغ الثبات لمقياس الضغوط النفسية (0.90) (0.93) على التوالي، أما الثبات لمقياس قلق الموت فقد بلغ على التوالي (0.74) (0.71).

وتمت المعالجات الإحصائية للبيانات باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، حيث تم استخراج الأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية.

أما أهم نتائج الدراسة فهي:

– يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha=0.05$) بين قلق الموت والضغط النفسية لدى أهالي مرضى التلاسيميا، حيث وجد معامل ارتباط موجب إحصائياً مقداره (0.273)، وكانت الدلالة الإحصائية (0.000) وهي دالة إحصائياً.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في مستوى الضغط النفسية لدى أهالي مرضى التلاسيميا في مجالات الدراسة المتعلقة بالضغط (الجسمية، السلوكية، الانفعالية، الاجتماعية، والمعرفية) وعلى الدرجة الكلية تعزى إلى العمر للأم/ الأب.

إلا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha=0.05$) في مستوى الضغط النفسية في مجال الدراسة المتعلقة بالضغط المالي، ولصالح الأهل الذين أعمارهم من (25-35) سنة.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في مستوى الضغط النفسية لدى أهالي مرضى التلاسيميا في مجال الدراسة المتعلقة بالضغط الانفعالية وعلى الدرجة الكلية تعزى إلى الجنس (للأم/ الأب) ولصالح الإناث.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في مستوى الضغط النفسية في مجالات الدراسة المتعلقة بالضغط (الجسمية، المالية، السلوكية، الانفعالية، الاجتماعية، المعرفية) وعلى الدرجة الكلية تعزى إلى المستوى التعليمي (للأم/ الأب) لصالح الأهل الذين مستواهم التعليمي دون التوجيهي.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha=0.05$) في مستوى الضغط النفسية في مجالات الدراسة المتعلقة بالضغط (الجسمية، المالية، الانفعالية، الاجتماعية، المعرفية) وعلى الدرجة الكلية تعزى إلى متغيراً جنس الإبن المريض ولصالح الإبنة الأنثى، وعدد الأبناء المرضى ولصالح الأهل الذين لديهم مريضان فأكثر.

إلا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha=0.05$) في مستوى الضغط النفسية في مجال الدراسة المتعلقة بالضغط السلوكية تعزى إلى متغيراً جنس الإبن المريض وعدد الأبناء المرضى.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha=0.05$) في مستوى قلق الموت لدى أهالي مرضى التلاسيميا تعزى إلى متغيرات (العمر للأم/ الأب ، المستوى التعليمي للأم/ الأب ، جنس الإبن المريض، عدد الأبناء المرضى).

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha=0.05$) في مستوى قلق الموت لدى أهالي مرضى التلاسيميا تعزى إلى متغير الجنس (لأم/ الأب) ولصالح الإناث.

وبناءً على نتائج الدراسة أوصت الباحثة بعدة توصيات أهمها:

- * الاهتمام بتقديم خدمات الدعم النفسي والاجتماعي لمرضى التلاسيميا وأسرتهم للحد من الضغوطات النفسية وقلق الموت بإنشاء وتطوير المراكز المتخصصة.
- * إجراء المزيد من البحوث والدراسات التي تعنى بالمرضى وأسرتهم مع دراسة متغيرات أخرى.

Abstract

Death Anxiety and Psychological Stress on the Families of sick People with Thalassemia in the West Bank.

This study aimed at knowing the levels of death anxiety and Psychological stress on the families of people diseased with Thalassemia in the West Bank part of Palestine. The study also aims to determine the degree of Psychological Stress and Death Anxiety experienced by the families of sick people, taking into account the variables of (age, gender, educational level, gender of the sick member, and the frequency of the illness within the family).

The study population is composed of four hundred and eighty-six (486) patients which represents 30% of the total number of people with the disease. The study answered the following hypotheses:

- There is no relationship that is statistically significant at the level ($\alpha= 0.05$) between death anxiety and Psychological stress for the families of Thalassemia patients
- There is no relationship that is statistically significant at the level ($\alpha= 0.05$) on Psychological stress levels for the families of Thalassemia patients due to the variables of (age, variable of gender, educational level achieved, variable of gender of the patient, frequency of the illness within the family).
- There is no relationship that is statistically significant at the level ($\alpha= 0.05$) on death anxiety levels for the families of Thalassemia patients due to the variables of age, variable of gender, Educational level achieved, variable of gender of the patient, frequency of the illness within the family)

The researcher used the descriptive analytical method in the study, and to achieve the study objectives a questionnaire was used. The questionnaire concerning death anxiety was composed of 30 items. The second questionnaire concerning Psychological stress levels consisted of 72 items.

The study reliability was validated by the use of the Chronbach Alpha and half – split. The results were (0.93) and (0.90), with the reliability for death anxiety was (0.74) and (0.71) respectively. The study used the (SPSS) program for calculating the statistical process, plus frequency tables.

The study reached the following conclusions:

- There is a relationship that is statistically significant on the level of ($\alpha =0.05$) between death anxiety and Psychological stress for the family of Thalassemia patients, the correlation was positive (0.273).
- There were no differences that are statistically significant on the level of ($\alpha =0.05$) in the degree of Psychological stress experienced by the families of Thalassemia patients in the criteria of physical stress, behavioral stress, social

stress, cognitive stress, and reaction, and the total degree due to the variable of age.

- There are differences that are statistically significant on the level of ($\alpha = 0.05$) in the degree of Psychological stress in the criteria of financial stress, and leans in the direction of family members whose age is between (25) and (35) years.

- There are differences that are statistically significant on the level ($\alpha = 0.05$) in the degree of Psychological stress for the families of Thalassemia patients in the criteria of reaction, and the total degree due to the variable of gender, the results lean to females.

- There are differences that are statically significant on the level ($\alpha = 0.05$) in the degree of Psychological stress for the families of Thalassemia patients in the criteria of (physical stress, financial stress, social stress, cognitive stress, and reaction) and the total degree due to the variable of educational level achieved, that leans to family members whose education level less than tawjihi.

- There are differences that are statistically significant on the level ($\alpha = 0.05$) in the degree of Psychological stress for the families of Thalassemia patients in the criteria of (physical stress, behavioral stress, social stress, cognitive stress, and reaction) and the total degree due to the variable of patient gender, leans to female daughter, and in ill children leans to families with two ill members.

- There were no differences that are statistically significant on the level ($\alpha = 0.05$) on the criteria of Psychological stress behavior related to the gender of the patient and number of ill children.

There were no differences that are statistically significant on the level ($\alpha = 0.05$) in the degree of death anxiety due to the variables of (age, education level, patient gender, number of ill members).

- There are differences that are statistically significant on the level ($\alpha = 0.05$) in the degree of death anxiety due to the variables of gender the results leans to females .

The researcher made the following recommendations:

More attention needs to be paid in the evaluation of the social and psychological support services for Thalassemia patients in order to relieve some of the Psychological stress and death anxiety, and to establish specialized centers for these tasks. It is recommended that more studies and research be conducted about this disease.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

1.1 مقدمة الدراسة

إن الحياة تزخر بالتحديات والصعوبات، ولكن ذروة هذه التحديات عندما يولد للأسرة طفل مريض بمرض مزمن ومفضي إلى الموت مثل مرض التلاسيميا، فتتلاشى أحلام الأسرة في إنجاب أطفال متميزين ومتفوقين، ويصاب الأهل بخيبة أمل، ويكون جو الأسرة مشحوناً بالتوتر والقلق، لأنهم يجدون صعوبة في تقبل المرض أولاً، ويجهلون أيضاً كيفية التعامل مع هذا المرض.

ومما يزيد من يأسهم وشعورهم بالذنب والمسؤولية تجاه الطفل المريض، إذ أن الإصابة بمرض التلاسيميا ليس أمراً يمكن تقبله بسهولة، فهو عبء على الأسرة مدى الحياة من خلال العناية بالإبن المريض وتوفير الرعاية الطبية الكاملة له.

وتعتبر الأسرة هي الملاذ الآمن لأفرادها، فهي التي تساعدهم على النمو النفسي والاجتماعي، وتحقق لهم الأمن والأمان، والذي يساعدهم على مواجهة التحديات والصعاب.

إن مرض التلاسيميا ليس حاجزاً أو عائقاً في وجه تحقيق آمال الأسرة، ولكن طريقة التفكير بالمرض هو الذي يعرقل تطورها وتقدمها. ومع أن الفكرة السائدة بأن مرض التلاسيميا من الأمراض المفضية إلى الموت، إلا أنه يجب أن نعي حقيقة بأن الموت هو جزء من الحياة، وكل إنسان سوف يؤول إلى الموت يوماً ما.

ويعد مرض التلاسيميا من الأمراض المزمنة والتي تنتشر في أرجاء عديدة من بقاع الأرض وخاصة في منطقة حوض البحر المتوسط، وفلسطين واحدة من البلدان التي ينتشر فيها هذا المرض بنسبة مرتفعة نسبياً، مما يشكل عبئاً على كاهل المجتمع الفلسطيني ومؤسساته (مصلح وقريناوي، 2003).

وتشير الدراسات التي قام بها باحثون في مؤسسة فلسطين المستقبل وجمعية أصدقاء مرضى التلاسيميا في فلسطين أن نسبة انتشار صفة التلاسيميا في فلسطين تبلغ (3.5-4 %) وتتركز في شمال الضفة الغربية ، أي ما يقرب (100 - 120) ألف مواطن يحملون هذه الصفة، وهذا مؤشر على وجود مشكلة حقيقية، كما أن هناك (25-30) حالة ولادة جديدة سنوياً، وأن (75%) منهم زواج أقارب (مصلح وقريناوي، 2003).

وقد بلغ عدد المرضى بنوع التلاسيميا العظمى والمتوسطة من نوع (بيتا) في الضفة الغربية (357) مصاباً حتى نيسان (1999) وأن (64%) منهم يتركزون في شمال الضفة الغربية وخاصة في محافظة جنين، وأن (63%) منهم تبلغ أعمارهم أقل من عشر سنوات، وهناك حوالي (5%) فقط تبلغ أعمارهم أكثر من (20 سنة) (يونس، حزيران 2000).

في حين أظهرت الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية إلى وجود أكثر من (700) مريض يعانون من مرض التلاسيميا في الأردن، وأن ما نسبته (4%) من السكان يحملون صفة المرض، ويزداد العدد سنوياً بمعدل (70-100) سنوياً، ومعظم المرضى الحاليين دون سن العاشرة أي ما نسبته (68%) من المرض (الشمائله، 1994).

ويشكل زواج الأقارب من الأسباب الرئيسية للمرض حيث تبين في دراسة على عائلات مصابة بالتلاسيميا في شمال الأردن بأن الآباء كانوا على علاقة قرابة من الدرجة الأولى بنسبة (80%) وأن ما نسبته (5,1%) من الآباء قرابة درجة ثانية، لذا يتوقع ولادة (80) طفل مصاب بالتلاسيميا سنوياً حيث أن زواج الأقارب هو السائد، وبلغ عدد المرضى في الأردن عام (2000) حوالي (1300) مريض (غراييه، 2002).

وفي مصر ينتشر هذا المرض حيث تبلغ نسبة حاملي المرض بين (6-10%) وأن حوالي (1000) طفل يولد بالمرض بكل مليون ونصف حديثي الولادة، أما في لبنان فإن ما نسبته (62%) من المرضى اللبنانيين هم نتيجة زواج أقارب وأن (39%) يوجد أكثر من مريض في العائلة الواحدة وأن (2-3%) من الشعب اللبناني يحمل المرض (طاهر، 2003).

أما إيران فيوجد فيها ما يقارب عشرون ألف مريض، إضافة إلى ثلاثة ملايين شخص يحملون المرض (جمعية أصدقاء مرضى التلاسيميا، 2003).

إنه مرض التلاسيميا... ذلك المرض الذي يصعق الأهل عند معرفتهم بأن طفلهم مصاب بهذا المرض المزمن، فيشعرون بالذنب تجاهه، لأنهم يعتبرون أنفسهم مسؤولين عن هذه الصفة الوراثية وأنهم مسؤولين عن كل ما يحصل له (جرجس، الحازمي، والعاقب، 1993).

ويصاب الأهل بخيبة أمل وإحباط في كيفية التعامل مع هذه المأساة، ويبدأ انشغال الوالدين في الطفل المصاب، وتصبح الأم منشغلة بطفلها المريض على حساب الأطفال الآخرين والزوج، وتتدخل الأسرة بأجواء من التوتر والأزمات الأسرية والتي تنعكس على جميع أفراد الأسرة (فولو وآخرون، 1997).

إن مرض التلاسيميا كبقية الأمراض المزمنة له تأثيرات نفسية على المريض وأسرته، وإن كيفية تعامل المريض وأهله مع المرض وكيفية تفاعلهم معه له نتائج أساسية في حياة المريض، وبدون هذا التفهم الكامل للمرض من قبل المريض والعائلة له نتائج سلبية من حيث العلاج بنقل الدم وعوامل تجميع الحديد في الجسم مما يؤدي إلى زيادة مضاعفات المرض وتقصير عمر المريض (Thalassemia International Federation, 2000).

لذا فإن الإنسان في العصر الحالي يعاني الكثير من الأمراض والكوارث التي تكون ملازمة له في حياته، مما يجعله يبحث دائماً عن الأمن والطمأنينة بعيداً عن الشك والتوتر والقلق (الكعبي، 1997).

وفيما يتعلق بالقلق النفسي فإنه يعتبر واحداً من المشاعر الهامة للإنسان مثل الغضب والحزن والفرح، إلا أن القلق يظهر في المواقف التي يشعر فيها الإنسان بأنها مهددة وغير مضمونة ويصعب السيطرة عليها، ويشعر من خلالها بالضيق والإنزعاج (رضوان، 2003).

وفي هذا الصدد أشار كمال (1988) إلى أن القلق هو انفعال طبيعي في حياة الإنسان، ومن الصعب أن يكون عالماً خالٍ من أي أثر للقلق، دون أن يكون هدف في حياة الإنسان أو طموح يود أن يصل إليه. والقلق ضروري لعملية تكوين الشخصية لدى الطفل في مرحلة الطفولة ضمن المعايير الاجتماعية التي تضمن للطفل الحصول على عاطفة الحب والرضا من المحيطين، وأن فقدان هاتين العاطفتين يؤديان إلى قيام حالة من القلق، إلا أن القلق يبقى عاملاً هاماً في تطور الشخصية والاحتفاظ بالتوازن النفسي للفرد.

ويؤكد بن علو (2003) بأن القلق عند الإنسان يزداد عندما يفشل الفرد في إشباع حاجاته، أو عندما يفشل في إيجاد الوسائل اللازمة لحل مشاكل هذا الإشباع، وأن من أهم الأهداف التي يسعى إليها الإنسان هي إيجاد التعاطف والتفاهم والتقدير من الآخرين، وعندما يفشل في تحقيق هذه الأهداف فإن القلق هو ما ينتظر الإنسان.

في حين يؤكد القريطي (2003) بأن القلق هو حالة إنفعالية مركبة وغير سارة (unpleasant) وهو يمثل مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر والفرح والهم نتيجة توقع حدوث شر مرتقب، أو يمثل إحساساً غامضاً بخطر أو تهديد يعجز المرء عن تفسيره أو تحديده بشكل موضوعي.

إلا أن عبد المعطي (1998) توصل إلى أن القلق هو إحساس غامض لا شعوري ويتوقع الشر، وهذه الحالة تكون مزمنة ومستمرة ويرافقها توتر دائم وعدم ارتياح، وربما يكون القلق ناتج عن خبرة عامة أو يثار من خلال التفاعل الاجتماعي أو الإهتمام بالذات الجسدية للفرد.

في حين عرف موسى (2004) القلق بأنه شعور مبهم وغامض وغير سار مع توقع شيء غير مرغوب سوف يحدث، وارتباط هذا الشعور بالخوف، وأن من أهم أسباب القلق الدوافع المتصارعة لدى الإنسان، والصراع بين المثل العليا الداخلية والسلوك، ومواجهة بعض المواقف غير العادية في حياتنا، وكذلك مواجهة أحداث لا يمكن التنبؤ بها

في حين ذكر محمد (2004) بأن "مسرمان" عرف القلق بأنه حالة من التوتر الشامل، وهو عملية انفعالية مركبة تحدث خلال الإحباط والصراع، وهو شعور عام وغامض ومصحوب بالخوف والتوتر، ويرافقه بعض التغيرات الفسيولوجية.

إلا أن فرويد يرى بأن القلق هو الميكانيزم الذي يجعلنا نعي احتمالية الخطر، ويجعلنا في حالة من عدم الارتياح حتى نصل إلى مصدر التهديد، وهذا النوع من القلق سلوك تكيفي، أما إذا كان مصدر التهديد غير واضح فإنه يؤدي بنا إلى حالة استثارة دائمة تقود إلى حالة من العصابية واللاتوافقية (عبد الوهاب ومحمد، 2000).

وهناك من الباحثين من يرى بأن القلق يشتمل على عدة مكونات، فقد اعتبر القريطي (2003) بأن مكونات القلق هي:

1. مكون انفعالي (Emotional): يتمثل في مشاعر الخوف والفرح والتوتر.

2. مكون معرفي (Cognitive): يتمثل في مقدرة الشخص على الإدراك السليم للموقف والانتباه والتركيز في التفكير بشكل موضوعي.
3. مكون فسيولوجي (Physiological): وما يمثله من إستثارة للجهاز العصبي وحدث تغييرات فسيولوجية لا إرادية في الجسم.

في حين أشار عبد الخالق (1987) أنه من الضروري التفريق بين القلق السوي والقلق العصابي، فالقلق السوي هو قلق يعزى إلى موضوع محدد يحدث في زمن معين، وهو يكون استجابة سوية لمواقف طبيعية تسبب القلق لمعظم البشر، مثل قلق الطالب قبل الامتحان، وقلق الأب على مرض ابنه، أما القلق العصابي فهو الخوف المزمن من أشياء أو مواقف لا مبرر لها وهذا يدعى بالقلق المرضي أو القلق الهائم، وهو أحياناً يتركز حول مجموعة من المواقف في مجالات محددة مثل قلق الإمتحان، قلق الجنس، قلق الموت.

وأكد رضوان (2003) على ضرورة التفريق بين القلق كحالة (State Anxiety) والتي تشير إلى إحساس انفعالي مزعج وطارئ بحيث تتم إثارته من خلال المواجهة مع خطر مهدد، وتعتبر حالة القلق هذه مرتبطة بموقف معين وبمشاعر من الهم والتوتر ومرتبطة أيضاً بتنشيط الجهاز العصبي المستقل، وهذه الحالة تكون مدركة شعورياً. أما القلق كسمة (Trait Anxiety) فهو سمة من سمات الشخصية والتي تحتوي على دافع أو استعداد سلوكي مكتسب، وهذه السمة موجودة عند كل الأفراد لكنها تختلف في شدتها بينهم، إلا أن الأفراد الذين يملكون سمة مرتفعة من القلق يميلون لإدراك مواقف أو أشخاص على أنها مهددة لهم، وتكون الاستجابة لهذا التهديد بحالة من القلق.

في حين أشار عبد الوهاب ومحمد (2000) أنه من الضروري التفريق بين القلق والخوف، إذ أن القلق هو انفعال سلبي حول موضوع معين، بحيث يتوقع الشخص حدوث شيء معين دون معرفة هذا الشيء ومتى سيحدث، إلا أن الخوف يشق من تهديدات مباشرة إلى حد ما.

وفي هذا الصدد أشار عبد الحميد (1995) بأن القلق يختلف عن الخوف، حيث أن القلق هو خوف من خطر محتمل كالخوف من المجهول، أو خوف غير متوقع، ويندرج الخوف من الموت تحته، كما يعتبر القلق خوف إذا كان هذا الخوف ينم عن إنفعال مؤلم نشعر به ولا نستطيع أن نفعل حياله شيء مثل موقف يتهددنا بخطر ما.

إلا أن عبدة (1993) يؤكد بأن الخوف هو إنفعال سلبي موجود لدى الإنسان والحيوان، وعادة يميل الإنسان إلى الخوف من المجهول والخفي وغير المتوقع، وفي الموت يوجد جوانب كثيرة مجهولة وغامضة، والموت خبرة جديدة غير مسبوقة، لهذا فإن كل إنسان يخاف من الموت. ولقد ارتبط الموت عادة بانفعالات ومشاعر سلبية تجمعت فيما بينها فيما يعرف بقلق الموت، أما في حالة المرض المزمن أو القتال أو الأخطار المهددة للإنسان فإن هذه الحالة تسمى حالة انتظار الموت، حيث أن القلق أقوى والخوف أشد(عبدة، 1993).

وتوصل عبد الخالق (1987) إلى أن الألم أهم ما يرافق المرض، والمرضى قد يفضي إلى الموت، وأن الموت يحدث في معظم الأحيان بسبب المرض، لذا فإن (الألم، المرض، الموت) ترتبط معاً برباط وثيق، لكنه غير مريح للغالبية، لذا فإننا نخاف الموت، بالرغم أن هناك عدة عوامل تتجمع فيما بينها لتشكيل ما يعرف بقلق الموت.

في حين أشار هيثر (Heather) إلى أن قلق الموت هو خوف كبير وغير عادي، ويتضمن مشاعر التوجس والهلع والرغبة، عندما نفكر بطور الاحتضار، أو فيما سيحدث بعد الموت(غوانمة، 2003).

إلا أن ديكستين(Dickstein) عرف قلق الموت " بأنه تأمل شعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة" (عبد الوهاب ومحمد، 2000: 84).

في حين عرف (عيد) قلق الموت بأنه " شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به، حيثما كان وأينما اتجه، في يقظته ومنامه، في حركته وسكونه وتفكيره، الأمر الذي يجعله حزيناً محصوراً متوجساً من مجرد العيش على نحو طبيعي" (شقير، 2003: 33).

ويمكن تعريف قلق الموت بأنه حالة من الخوف الغامض المبهم تجاه الموت، وما ينتظر الإنسان من مصير بعد الموت، فهو حالة انفعالية غير سارة ناتجة عن استجابة الخوف الهائم عند الفرد بكل ما يتعلق بالموت والتقدير السلبي لموقف الموت، وما ينتظر بعد الموت من مصير (شقير، 1998)

ويؤكد خليل(1996) بأن المرض لا يمثل موقفاً ضاعطاً فحسب، وإنما مثيراً للوساوس والقلق والمخاوف المرضية، حيث الخوف من النهاية أي الموت، الخوف على الأبناء وصعوبة فراق

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة الأستاذ الفاضل/ة/المحترم/ة

تحية طيبة وبعد:

أرجو من حضرتكم التكرم بتحكيم هذه الإستبانة وإيداء أية ملاحظات ترونها ضرورية من حيث الحذف والتعديل، وأيضاً إيداء رأيكم في مدى ملائمة فقراتها للبيئة الفلسطينية. وسيكون لأرائكم هذه دور فعال في تحقيق غرض الدراسة في التعرف على مستوى قلق الموت والضغط النفسية لدى أهالي مرضى التلاسيميا في الضفة الغربية.

مع فائق الاحترام والتقدير

الباحثة: رحاب السعدي

الدراسات العليا/ كلية التربية
جامعة القدس

بسم الله الرحمن الرحيم

الأب المحترم.....

الأم المحترمة.....

تقوم الباحثة بإعداد دراسة حول قلق الموت والضغط النفسية لدى أهالي مرضى التلاسيميا في الضفة الغربية.

لذا تـرجو الباحثة من حضرتكم التكرم كآباء وأمهات لمرضى تـلاسيميا بالاجابة على فقرات الاستبانة بوضع اشارة × أمام الخانة المناسبة لإجابتك والتي تعبر عن مشاعرك وسلوكك، كما تـرجو الباحثة الإجابة بكل دقة وموضوعية علما بأن إجاباتكم ستكون سرية ولأغراض البحث العلمي فقط.

مع خالص الشكر والتقدير

الباحثة: رحاب السعدي

جامعة القدس

الدراسات العليا/ كلية التربية

القسم الأول: المعلومات الشخصية

ضع دائرة حول الإجابة المناسبة لك، وكتابة البيانات التي تستدعي ذلك:

العمر:

الجنس : أ- ذكر ب- أنثى

المستوى التعليمي : أ- أمي ب- ابتدائي ج- إعدادي
د- ثانوي و- دبلوم فما فوق.

الوضع الاقتصادي : أ- متدني ب- متوسط ج- عالي.

مكان السكن: أ- مدينة ب- قرية ج- مخيم

جنس المصاب: أ- ذكر ب- أنثى

مقياس الضغوط النفسية
إعداد الباحثة مريم غرايبة

الرقم	الفقرة	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات
1.	أعاني من صداع مزمن.			
2.	حينما يتحدث الي الآخرون يكون ذهني مشغولا بمهمات ومواضيع أخرى.			
3.	أشعر بقوة الترابط والتماسك في أسرتنا.			
4.	أشعر بزيادة الأعباء المالية على الأسرة بسبب العناية بالفرد المريض.			
5.	يتملكني شعور بأن شيئاً غير سار سيقع.			
6.	أشعر بالآلام في الرقبة.			
7.	أشعر بأن علاقاتي الاجتماعية قد تقلصت.			
8.	أعمل ببطء لضمان اتمام الأشياء بشكل جيد.			
9.	أشعر بالانهاك والتعب الجسدي.			
10.	من السهل علي اتخاذ القرارات.			
11.	اتصرف بعدائية عندما يتعرض ابني للمضايقة والسخرية من أقرانه.			
12.	يصعب علي الوفاء بجميع متطلبات مسؤولياتي المالية.			
13.	أسعى للالتقاء بالناس قدر الامكان.			
14.	تراودني أفكار حول التخلص من الحياة.			
15.	لدي شعور قوي بسرعة مرور الوقت			
16.	أحاول أن أخفي مرض أبنائي عن الناس.			
17.	أشعر بالرضا عن نفسي و عما حققته في الحياة.			
18.	انني مدمن على التدخين			
20.	أشعر بالقلق على ماسيحصل لابني المصاب عندما لا أكون قادرا على العناية به.			

			أخصص ميزانية للترفيه والتنزه.	21.
			أشعر بالكآبة عندما أتذكر أن ابني المريض سيبقى على هذا الحال.	22.
			أشعر بالانزعاج من الفضول الاجتماعي وكثرة الاستفسارات عن وضع ابني المريض.	23.
			أعاني من مشاكل في النوم.	24.
			أستطيع مناقشة مشاعري وهمومي الشخصية مع زوجي/ زوجتي.	25.
			أعاني من زيادة في المصاريف غير المتوقعة.	26.
			أشعر أن الأمور تتراكم ولا أستطيع إنجازها.	27.
			ينتابني الخوف على صحة ابني المريض وما يمكن أن تؤول اليه حالته.	28.
			لنا علاقات مع الآخرين من الأقارب والأصدقاء.	29.
			أعمل معظم الأشياء على وجه السرعة.	30.
			أعاني من صعوبة في التنفس.	31.
			سرعان ما أبكي عند مواجهة أي موقف ضاغط.	32.
			أجد صعوبة في التركيز على مهمة معينة.	33.
			تراودني فكرة الانفصال أو الطلاق عن زوجي/ زوجتي.	34.
			استريح أثناء أداء عملي ولو بضع دقائق.	35.
			يزعجني نقد الآخرين لي.	36.
			لدي احساس بثقل يدي وقدمي.	37.
			ألوم نفسي على كثير من الأشياء.	38.
			أشعر بكثير من الغضب والاستياء في أسرتنا.	39.
			أعاني من صعوبة تذكر الأشياء.	40.
			أشعر بالقلق تجاه ترايد ديوني.	41.
			أشعر بضرورة الفوز على الآخرين عند مناقشتهم .	42.
			أشعر بتأزم العلاقة مع زوجي/ زوجتي.	43.

44.	أسعى لاداء مهمات متعددة في نفس الوقت.		
45.	أشعر بفقدان الشهية.		
46.	أتجنب الحديث عن أوضاع أسرتي لأصدقائي وجيراني.		
47.	أشعر بالمعاناة المالية لأنني أعول أفرادا كثيرين.		
48.	أشعر بالخوف بشكل مفاجئ ودون سبب واضح.		
49.	غالبا ما أميل الى المواجهة مع الآخرين.		
50.	أمارس هوايتي وأنشطتي المختلفة.		
51.	أعاني من اضطرابات في القلب.		
52.	أشعر بالذنب لأنني لم أخضع لفحص ما قبل الزواج.		
53.	انزعج من عدم أداء الأشياء على وجهها الصحيح.		
54.	ينتابني شعور بالوحدة.		
55.	أشعر بالعجز تجاه التعامل مع المشكلات والمواقف الطارئة.		
56.	أصر على موقفي في تعاملي مع الآخرين.		
57.	أعاني من آلام في الظهر.		
58.	أشعر بالخجل من نظرة ووصمة المجتمع كون لدينا مرض وراثي.		
59.	أعاني من صعوبة خلق توازن بين نفقاتي المادية ومدخلاتي المادية.		
60.	أشعر بالدافعية وعلو الهمة لانجاز كثير من الامور العالقة.		
61.	أشعر بالاجهاد والاعياء النفسي من متابعة ابني المريض.		
62.	أشعر باهمال وعدم تقدير من الآخرين.		
63.	أعاني من مشكلات جلدية.		
64.	لا أبالي ولا أهتم بأي حدث مهما كانت درجة تأثيره علي أو على أسرتي.		
65.	أشعر بالحزن واليأس من استفسارات ابني المتكررة عن مرضه وامكانية شفاؤه.		

			أشعر بأن الآخرين يتعاطفون معي.	66.
			أتجنب أداء كثير من الواجبات الاجتماعية.	67.
			أعاني من ارتفاع في ضغط الدم.	68.
			أشعر بخيبة أمل عندما يتعرض ابني المريض للرفض من الآخرين.	69.
			سرعان ما أستفز في مواجهة كثيرا من المواقف مما يجعلني أتعامل بعصبية.	70.
			انزعج من التعاطف الكبير ومشاعر الشفقة من الآخرين تجاه أسرتي.	71.
			أشعر بالثقة بالنفس.	72.
			أعاني من ضعف في مقاومة الأمراض.	73.
			احتاج للتأمل في الامور مليح حتى ادراكها على الوجه الصحيح.	74.
			أنني قلق من التغيير في مظهر ابني المريض.	75.
			أشعر بلاحباط لعدم وجود عناية مؤسسية ترعى المصابين بأمراض مزمنة وأسرههم.	76.
			أراجع الأشياء بشكل متكرر أثناء أدائها.	77.
			أشعر بالراحة وأنا بعيد عن الناس.	78.
			أشعر بحرارة أطرافي تارة وبرودتها تارة أخرى.	79.
			لا استمتع بزيارات الآخرين لنا.	80.