

The Islamic University–Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of Commerce
Master of community mental health



الجامعة الإسلامية – غزة
شئون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
ماجستير صحة نفسية مجتمعية

نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطراب النفسي لدى

مرضى السرطان

"دراسة وصفية تحليلية"

Post Traumatic Growth and its Relationship with Psychological Disorder Symptoms among Cancer Patients

إعدادُ البَاحِثِ

محمد سمير محمد أبو عيشة

إشرافُ

الدكتور

أنور عبد العزيز العبادسة

قُدِّمَ هَذَا البَحْثُ إِسْتِكْمَالًا لِمُتَطَلِبَاتِ الحُصُولِ عَلَى دَرَجَةِ المَاجِسْتِيرِ
فِي (الصحة النفسية المجتمعية) بِكُلِّيَةِ (التربية) فِي الجَامِعَةِ الإِسْلَامِيَّةِ بِغَزَّةِ

ذو الحجة/1438هـ - أغسطس/2017م

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطراب النفسي لدى

مرضى السرطان

"دراسة وصفية تحليلية"

Post Traumatic Growth and its relationship with Psychological Disorder Symptoms among Cancer Patients

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the University's policy on this.

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted by others elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	محمد سمير أبو عيشة	اسم الطالب:
Signature:	محمد أبو عيشة	التوقيع:
Date:	2017/08/29	التاريخ:

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية غزة
The Islamic University of Gaza

عمادة للبحث العلمي والدراسات العليا هاتف داخلي: 1150

الرقم: ج س غ/35 Ref:

التاريخ: 2017/10/15 Date:

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة عمادة البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ محمد سمير محمد أبو عيشة لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ برنامج الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان - دراسة وصفية تحليلية

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الأحد 24 محرم 1439 هـ الموافق 2017/10/15م الساعة الواحدة مساءً بقاعة مؤتمرات مبنى طبية، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

د. أنور عبد العزيز العباسية مشرفاً و رئيساً
د. عبد الفتاح عبد الغني الهمص مناقشاً داخلياً
د. يحيى محمود النجار مناقشاً خارجياً

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية. واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله تعالى ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق،،،

عميد البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. مازن اسماعيل هنية



ملخص الرسالة

هدفت الدراسة للتعرف على العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان، والتعرف على مستوى نمو ما بعد الصدمة، ومستوى الاضطراب النفسي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية التي تتمثل في الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج، وقد استخدم الباحث مقياس نمو ما بعد الصدمة من إعداد "تيداشي وكاليهون" (تعريب ثابت) (1996م)، ومقياس القلق العام إعداد "تايلور" (1953م)، ومقياس قلق الموت إعداد "عبد الخالق" (1996م)، كما استخدم مقياس الاكتئاب المصغر لبيك (تعريب غريب) (1985م)، وقام الباحث بإجراءات الصدق والثبات لجميع المقاييس، وذلك بعدة طرق تمثلت في صدق الاتساق الداخلي، ومعامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية.

وتكونت عينة الدراسة من (120) مريض من مرضى السرطان المقيمين في المستشفيات، وقد اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وطبقت الأدوات بالطريقة العشوائية القصديّة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. وجود نمو ما بعد الصدمة بدرجة متوسطة لدى مرضى السرطان، ووجود القلق العام وقلق الموت بدرجة مرتفعة، أما الاكتئاب فكان وجوده يتراوح ما بين الاكتئاب المتوسط والشديد.
2. يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في نمو ما بعد الصدمة تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى) لصالح الإناث.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في نمو ما بعد الصدمة تعزى لأعراض الاضطراب النفسي (القلق العام، قلق الموت، الاكتئاب).
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في نمو ما بعد الصدمة تعزى إلى (العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى أعراض الاضطراب النفسي (القلق العام، قلق الموت، الاكتئاب) تعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).

وفي ضوء نتائج هذه الدراسة يوصي الباحث بضرورة عمل برامج إرشادية وعلاجية لتلك العينة وتعيين أخصائيين نفسيين لتحسين المستوى النفسي، ومساعدة هؤلاء المرضى.

Abstract

This study aimed at identifying the relationship between Post Traumatic Growth (PTG) and Psychological Disorder Symptoms (PDS) among cancer patients. The study also aimed at identifying the levels of both PTG and psychological disorder in terms of demographic variables that include (sex, marital status, age, educational level, income level, cancer disease duration, cancer disease type, cancer treatment type). In order to reach this aim, the researcher used the following measures: Tadashi & Calhoun's (1996) PTG Inventory (translated into Arabic by Thabet), Tylor's General Anxiety scale (1953), Abdelkhaleq's Death Anxiety scale (1996), and Beck's Mini Depression scale (translated into Arabic by Ghareeb) (1985). The researcher applied validity and reliability instruments on all scales using several methods including content validity, Cronbach's Alpha coefficient, and split-half reliability.

The study sample consisted of (120) patients selected randomly from cancer patients reside in Gaza's hospitals. The researcher adopted descriptive analytical approach.

The key findings of the study are the following:

1. There is an average degree of PTG, high degrees of general anxiety and death anxiety, and average to high degree of depression among cancer patients.
2. There are statistically significant differences at significance level of (0.05) in PTG attributed to sex variable (male, female) in favor of females.
3. There are no statistically significant differences at significance level of (0.05) in PTG attributed to Psychological Disorder Symptoms' (General Anxiety, Death Anxiety, and Depression).
4. There are no statistically significant differences at significance level of (0.05) in PTG attributed to the variables of (age, marital status, educational level, income level, disease duration, disease type, disease place, and treatment type).
5. There are no statistically significant differences at significance level of (0.05) in Psychological Disorder Symptoms: (General Anxiety, Death Anxiety and Depression) attributed to the variables of (sex, age, marital status, educational level, income level, disease duration, disease place, and treatment type).

In light of the study findings, the researcher recommends to launch counseling and therapeutic programs for the selected sample and to assign psychologists to help in improving their psychological level.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

(وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ
مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ)

[البقرة: 156]

الإهداء

إلى من تعجز الكلمات عن شكرها.. إلى من قدمت.. وضحت.. وصبرت.. إلى من سهرت
الليالي لتمنحني دفئ الحياة..

إلى من كانت ولا زالت منبع الحب والوفاء منبع الحنان والعطاء إلى من كانت سندي وعوني
وقدمت لي الكثير الكثير.. إلى مربية الأجيال.. وصانعة الرجال..
إلى أمي أدامها الله لنا بالصحة العافية..

إلى السند وقت الشدة، والرفيق وقت الضيق، إلى من أحمل اسمه بكل عز وافتخار..
أبي العزيز.. أطال الله في عمره وأبقاه

إلى من أعتز وأفتخر بهم دوما، رونق الأيام وزينتها.. أخواتي الكريمات..
وفقهن الله لما يحبه ويرضاه

إلى رفيقة دربي، ومهجة روحي، إلى من شاركتني الحياة حلوها ومرها، فكانت نعم الشريك ونعم
الرفيق.. زوجتي الحبيبة
إلى زهور حياتي، وبهجتي وسروبي، إلى من سكنوا قلبي، وأضاءوا بوجودهم أيامي..
إلى أبنائي فلذات كبدي
سمير، وربنا، ودينا

إلى أصدقائي الأوفياء، وزملائي في العمل
إلى كل من علمني حرفاً
إلى كل من قرأ هذا البحث
أهدي لكم جميعاً ثمرة جهدي المتواضع

شكرٌ وتقديرٌ

الشكر لله سبحانه وتعالى في الأولى والآخرة، لمن شكره منةً تستحق الشكر، فالحمد لله أولاً وآخراً، وظاهراً وباطناً، وانطلاقاً من قول المصطفى سيدنا محمداً صلى الله عليه وسلم القائل في الحديث الشريف: "من لم يشكر الناس لا يشكر الله" فإنه لمن دواعي سروري واعتزازي وعرفاني بالجميل أن أتقدم بخالص شكري وتقديري واحترامي لأستاذي الفاضل الدكتور أنور عبد العزيز العبادسة، على تكرمه وتفضله بالموافقة على الاشراف على رسالتي المتواضعة، واثاحة الفرصة لي كي أرتوي من خبراته الواسعة، فقد كان لتوجيهاته وارشاداته الأثر الكبير في اخراج هذه الدراسة بهذه الصورة، فهو لم يبخل عليّ بوقته وعلمه طوال فترة الإعداد لهذه الرسالة، فله مني عظيم الشكر والاحترام والتقدير وجزاه الله عني خير الجزاء

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير والامتنان إلى الأساتذة الكرام الذين قبلوا أن يناقشوني في هذا البحث المتواضع: **الدكتور عبد الفتاح الهمص** مناقشاً داخلياً **والدكتور يحيى النجار** مناقشاً خارجياً.

وأتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى كلية التربية وطاقتها الأكاديمية والإداري في الجامعة الاسلامية بغزة، منارة العلم والعلماء، وأخص بالذكر، أعضاء الهيئة التدريسية في قسم علم النفس على الجهد الكبير والدعم الذي قدموه لي خلال مسيرتي الدراسية.

كما ويسعدني أن أتقدم بالشكر والتقدير إلى أفراد أسرتي، وأخص بالذكر أمي وأبي أطال الله في عمرهما، لما لهما من فضل كبير في تشجيعي ومساعدتي، وبذل كل غالي ونفيس والدعاء لي بالتوفيق والسداد.

وإلى أصدقائي الأوفياء الذين وقفوا بجانبني وساعدوني في إتمام عملي هذا، فلهم مني كل الشكر والتقدير.

والشكر موصول لزملائي في العمل، الذين كانوا خير عون وسند في إتمام هذا العمل، وأخص بالذكر: الأستاذ أحمد الجبالي مدير تمريض الجراحات بمجمع الشفاء الطبي،

والاستاذ ناصر حماد، مشرف تمرير العمليات، والاستاذ رامي حمدان رئيس قسم العمليات التخصصية.

والشكر يبقى منقوصاً إن لم نذكر أولئك الصابرون، ذو الهمة العالية والنفس الراضية، مرضى قسم الأورام والدم شفاهم الله وعافاهم، وردهم سالمين إلى ذويهم وأحبائهم، الذين رغم ألمهم ومرضهم ومصابهم، لم يترددوا في مساعدتي في تعبئة أدوات الدراسة، فلهم مني كل التحية والتقدير.

وأخيراً أعتذر لمن فاتني ذكره، ولم أتمكن من شكره، سائل المولى عز وجل أن لا يضيع لهم أجراً، وأن يجعله في ميزان حسناتهم، إنه سميع مجيب الدعاء.

الباحث:

محمد سمير أبو عيشة

المحتويات

أ	إقرار	.....
ب	نتيجة الحكم على أطروحة	.....
ج	ملخص الرسالة	.....
د	Abstract	.....
هـ	آية قرآنية	.....
و	الإهداء	.....
ز	شكر وتقدير	.....
ل	فهرس الجداول	.....
ن	فهرس الملاحق	.....
1	الفصل الأول (الإطار العام للدراسة)	.....
1	مقدمة	.....
4	مشكلة الدراسة وتساولاتها:	.....
5	أهداف الدراسة:	.....
6	أهمية الدراسة:	.....
7	حدود الدراسة:	.....
7	مصطلحات الدراسة:	.....
9	الفصل الثاني (الإطار النظري للدراسة)	.....
9	تمهيد:	.....
9	المبحث الأول (الصحة النفسية):	.....
9	مقدمة:	.....
9	تعريف الصحة النفسية:	.....
10	معايير الصحة النفسية:	.....
11	مظاهر الصحة النفسية:	.....
14	نظريات علم النفس والصحة النفسية:	.....
15	الصحة النفسية في الاسلام:	.....
18	المبحث الثاني (الاضطراب النفسي):	.....
18	تمهيد:	.....
18	أولاً: القلق العام:	.....
18	مقدمة:	.....
19	مفهوم القلق	.....
19	تعريف القلق لغةً	.....
19	تعريف القلق اصطلاحاً	.....

20.....	أنواع القلق.....
22.....	أسباب القلق:.....
24.....	أعراض القلق:.....
25.....	مستويات القلق.....
25.....	علاج القلق:.....
27.....	ثانياً: قلق الموت:.....
27.....	مقدمة.....
28.....	تعريف قلق الموت:.....
28.....	أسباب قلق الموت:.....
29.....	أعراض قلق الموت:.....
30.....	النظريات المفسرة لقلق الموت:.....
32.....	قلق الموت في الإسلام:.....
34.....	ثالثاً: الاكتئاب:.....
34.....	مقدمة:.....
34.....	مفهوم الاكتئاب:.....
34.....	تعريف الاكتئاب لغوياً.....
35.....	تعريف الاكتئاب اصطلاحاً.....
35.....	مفهوم الاكتئاب من منظور نظريات علم النفس:.....
39.....	الاكتئاب من منظور إسلامي:.....
40.....	أسباب الاكتئاب:.....
42.....	أعراض الاكتئاب:.....
44.....	تصنيف الاكتئاب:.....
46.....	علاج الاكتئاب:.....
51.....	المبحث الثالث (نمو ما بعد الصدمة):.....
51.....	مقدمة:.....
51.....	تعريف نمو ما بعد الصدمة:.....
51.....	العوامل المؤثرة في مرحلة نمو ما بعد الصدمة:.....
53.....	العوامل التي تؤثر في ارتفاع نمو ما بعد الصدمة:.....
58.....	نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بالصحة النفسية.....
59.....	أبعاد نمو ما بعد الصدمة:.....
61.....	مجالات نمو ما بعد الصدمة:.....
63.....	عناصر نمو ما بعد الصدمة واستراتيجيات التعزيز:.....
67.....	علاقة نمو ما بعد الصدمة بالمرونة النفسية:.....
68.....	تعقيب على الإطار النظري:.....

69	الفصل الثالث (الدراسات السابقة)
69	مقدمة:
69	أولاً: الدراسات المتعلقة بالقلق العام.
71	ثانياً: الدراسات المتعلقة بقلق الموت
75	ثالثاً: الدراسات المتعلقة بالاكتئاب
78	رابعاً: الدراسات المتعلقة بنمو ما بعد الصدمة:
81	التعقيب العام على الدراسات السابقة:
85	فرضيات الدراسة:
87	الفصل الرابع (منهج الدراسة وإجراءاته)
87	مقدمة:
87	أولاً: منهج الدراسة:
87	ثانياً: مجتمع الدراسة:
87	ثالثاً: عينة الدراسة:
94	رابعاً: أدوات الدراسة:
106	خامساً: إجراءات الدراسة:
107	سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:
108	الفصل الخامس (عرض النتائج وتحليلها وتفسيرها)
136	المصادر والمراجع
136	أولاً/ المراجع العربية:
145	ثانياً/ المراجع الأجنبية:
150	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

- جدول (4.1): خصائص العينة التي تم استهدافها للدارسة بالطريقة العشوائية.....88
- جدول (4.2): توزيع أفراد العينة حسب الجنس90
- جدول (4.3): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية90
- جدول (4.4): توزيع أفراد العينة حسب العمر91
- جدول (4.5): توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي91
- جدول (4.6): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل92
- جدول (4.7): توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض92
- جدول (4.8): توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض93
- جدول (4.9): توزيع أفراد العينة حسب نوع العلاج94
- جدول (4.10): مقياس الاجابات لمقياس القلق العام96
- جدول (4.11): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس لقلق96
- جدول (4.12): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب99
- جدول (4.13): مقياس الاجابات لمقياس قلق الموت101
- جدول (4.14): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس قلق الموت102
- جدول (4.15): مقياس الاجابات لمقياس نمو ما بعد الصدمة104
- جدول (4.16): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس نمو ما بعد الصدمة105
- جدول (5.1): نتائج اختبار T لعينة واحدة (One sample T test) لمستوى نمو ما بعد الصدمة.....108
- جدول (5.2): نتائج اختبار T لعينة واحدة (One sample T test) لمستوى القلق العام110
- جدول (5.3): نسبة انتشار القلق العام حسب المعايير111
- جدول (5.4): نتائج اختبار T لعينة واحدة (One sample T test) لمستوى قلق الموت112
- جدول (5.5): نتائج اختبار T لعينة واحدة (One sample T test) لمستوى الاكتئاب114
- جدول (5.6): نسبة انتشار الاكتئاب حسب المعايير114
- جدول (5.7): معامل الارتباط "بيرسون" بين نمو ما بعد الصدمة والقلق العام116

- جدول (5.8) معامل الارتباط "بيرسون" بين نمو ما بعد الصدمة وقلق الموت 117
- جدول (5.9): معامل الارتباط "بيرسون" بين نمو ما بعد الصدمة والاكتئاب 118
- جدول (5.10): نتيجة اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفرق في نمو ما بعد الصدمة تبعاً لمتغير الجنس 119
- جدول (5.11): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير نمو ما بعد الصدمة 120
- جدول (5.12): نتيجة اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفرق في القلق العام لمتغير الجنس 123
- جدول (5.13): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير القلق العام 124
- جدول (5.14): نتيجة اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفرق في قلق الموت لمتغير الجنس 127
- جدول (5.15): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير قلق الموت 128
- جدول (5.16): نتيجة اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفرق في الاكتئاب لمتغير الجنس 131
- جدول (5.17): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير الاكتئاب 132

فهرس الملاحق

- ملحق (1) كتاب تسهيل مهمة باحث موجه من الجامعة الاسلامية للإدارة العامة للمستشفيات، وزارة الصحة
150.....
- ملحق (2) مقياس نمو ما بعد الصدمة
151.....
- ملحق (3) مقياس القلق العام
152.....
- ملحق (4) مقياس قلق الموت
154.....
- ملحق (5) مقياس الاكتئاب
155.....
- ملحق (6) الصورة النهائية للأدوات التي تم استخدامها في البحث
158.....

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

مقدمة:

تتميز حياة الفرد الفلسطيني بكونها فريدة من نوعها بناءً على الوضع المتذبذب الذي يعيشه السكان سواء في قطاع غزة أو في الضفة الغربية، وهذا ناتج عن الظروف السياسية والاقتصادية الراهنة بالإضافة إلى التغيرات السريعة على المشهد الفلسطيني والتي تؤثر بشكل مباشر على حياة الفرد والمجتمع الفلسطيني.

ومن الممكن أن تكون إحدى هذه العوامل المؤثرة هي الحروب التي تعرض لها قطاع غزة في الأعوام السابقة، بالإضافة إلى الدمار والحصار الذي سببته فإنها قد ساهمت بشكل كبير في ظهور أمراض خطيرة لم تكن بهذا الشكل الملحوظ في السابق. ومن أهم هذه الأمراض هي السرطانات بأنواعها والتي باتت ناقوساً خطراً تجابهه الجهات الصحية المسئولة وتقف عاجزة أمام مواجهته لقلة الإمكانيات ولنقص الخبرة ولعدم توقع هذا الانتشار السريع لمثل هذه الأمراض.

حيث يعتبر مرض السرطان من أمراض القرن الذي يصيب الإنسان في أي جزء من جسمه ويحدث فيه تكاثر للخلايا بشكل غير طبيعي مع خلل في الوظائف، والذي يزيد خوف الناس كلمة سرطان التي تكون مرعبة وتشير إلى داء خطير فشل الأطباء في معرفة أسبابه وتفسيره (قواجلية، 2012م، ص2).

وفي الوقت الحالي يعتبر السرطان المسبب الثاني للوفاة بعد أمراض القلب، ففي الولايات المتحدة الأمريكية يتم تشخيص مليون ومائة ألف حالة سنوية بالسرطان، يتم وفاة حوالي نصف مليون منخم كل عام (Smeltzer, 1992: p342).

لذلك فإن من المحتمل أن ظهور هذه السرطانات كنتيجة مباشرة لتوابع الحروب التي تسببت في تدمير البنية التحتية، وزيادة مستويات التلوث، وحوادث تغيرات على العادات الاقتصادية السليمة ونمط الاستهلاك، بالإضافة إلى نقص القدرة على مقاومة الظروف المسببة لها نتيجة الحصار المشدد على قطاع غزة. الأمر الذي تسبب في انهيار هائل في منظومة الرقابة الصحية السليمة. فالحالات المتزايدة من مرض السرطان فرضت واقعاً جديداً بسط تأثيره على مختلف النواحي الاقتصادية والاجتماعية والطبية في المجتمع الفلسطيني، وألزم المعنيين

بضرورة الوقوف وقفة جادة تحاول قدر الإمكان التغلب على التأثيرات المصاحبة للمرض في حال العجز عن مكافحته من جذوره.

فعندما يبرز على المشهد مرضى السرطان الذين يحتاجون إلى عناية وانتباه، فليست الفكرة في مكافحة المرض طبيياً، بل ونفسياً أيضاً، فالفترة المصابة بهذا المرض تمر بأطوار نفسية مختلفة تؤثر مباشرة في حياتهم ومحيطهم الاجتماعي. وربما يبدو الحديث عن إمكانية تهيئة المرضى نفسياً لمواجهة ظروف الحياة ترفاً مقابل المرض الذي يشعرون به والألم الذي يعيشون فيه، لكن مع نقص الإمكانيات اللازمة لمواجهة هذا المرض في شتى مراحله بداخل مستشفيات قطاع غزة، يبرز عامل التهيئة النفسية كأحد أهم العوامل المرغوبة في مختلف الحالات المرضية. وإن كان للعمر أجل معلوم، فإن مهمة الأخصائي النفسي هي جعل الحياة محتملة قدر الإمكان، وهنا يبرز دور معالجة المشاكل النفسية المصاحبة لكل حالة مرضية.

لذلك يعتري مريض السرطان العديد من الاضطرابات النفسية الناتجة عن عدم تقبله لمرضه، وأهمها هو القلق والاكتئاب وقلق الموت، إذ يفكر المريض كثيراً في حاله ومرضه، إلى ماذا ستؤول الأمور، وكيف سيتكيف معها، كيف سيقضي بقية حياته، وما هي احتمالات شفائه وعودته إلى حياته الطبيعية، إلى جانب أسئلة كثيرة تجول في خاطره. هذا التفكير يصاحبه حالات نفسية معينة مثل الاكتئاب والقلق، وقلق الموت واليأس والانطواء، حيث يقارن المريض حياته قبل المرض بحياته أثناء المرض وحياته بعدها، يربط الماضي بالحاضر والمستقبل، وتتكاثر عليه المسائل فيصاب باضطرابات نفسية أهمها القلق والاكتئاب وبعض الأعراض الأخرى كقلق الموت.

حيث إن وجود القلق يعتبر نذيراً بالخطر الذي يهدد أمن الإنسان، وسلامته النفسية وتقديره لذاته وإحساسه بالسعادة والرضا، ولكن القلق لدى الإنسان السوي يؤدي إلى التعلم وتهيئته للتوافق مع تحديات بيئته ويشجعه على حسن الأداء (سوين، 1979م، ص241)، وقد أُطلق على هذا العصر بأنه عصر القلق والتوتر الفردي والجماعي، لما يتضح من شواهد كثيرة حول الإنسان تدعو إلى الاهتمام بحاله، وتشير إلى أن العلاقات الانسانية على اختلاف مسمياتها، مهددة بالاضطراب والخوف ومدتهورة إلى مراحل الخطر (الفيومي، 1985م، ص28).

لذلك يجب على الإنسان أن يتأني في محاولة التغلب على القلق وإلا أصبح يشعر بالتوتر لأنقته الأسباب وينفعل بسرعة (غالي ورجاء، 1973م، ص6).

وقد يترتب على الإصابة بمرض عضال الخوف من فقدان الحياة، والتي بدورها تقود الفرد للإصابة بقلق الموت، الذي يختلط فيه القلق من الموت بترقبه، ولعل التفكير في المستقبل

يعد من أحد مصادر القلق، وأن الموت ينهي ارتباطه بالحياة، لذا فإن التفكير فيه أمر صعب، ويفاقم الاضطرابات النفسية على كاهل الإنسان، ويظهر الإنسان القلق من الموت بأعراض اكتئابيه، وجموديه في التفكير (عبد الخالق، 1997م، ص 55).

هو حالة انفعالية غير سارة تتضمن مشاعر سلبية من خلال تأمل شعوري في حقيقة مفروضة على الفرد، ولا مجال أنها قادمة، لكن متى؟ وأين؟ وكيف؟ (عسليية وحمدونة، 2015م، ص733). وهذا ما يحدث مع مريض السرطان الذي بات يرى أن كل شيء بالنسبة له مجهول.

ويعد الموت أعظم غموض وأكبر سر يواجه الإنسان ويصيبه بالقلق، والخوف من الموت لا نجده إلا عند من يرى الموت حقيقة، أو لأنه يظن أن بدنه إذا انحل وبطلت تركيبته فقد انحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم، وأن العالم سيبقى موجوداً وليس بوجود فيه كما يظنه من يجهل بقاء النفس وكيفية الميعاد، أو لأنه يظن أن لموت ألم عظيم غير ألم المرض الذي ربما تقدمه (عبد الوهاب ومحمد، 2000م، ص80)، حيث أنه حالة انفعالية غير سارة تشير إلى القلق من المجهول بعد الموت، وكيفية الإعداد له، والقلق من العجز، وعدم القدرة، والوحدة (شوقي، 2015م، ص14).

ولو نظرنا إلى مشكلة نفسية أخرى يوجهها الأفراد بشكل كبير في البيئات المختلفة، والتي تحظى بأهمية كبيرة في الدراسات التي تجرى بشكل واسع، ألا وهي الاكتئاب، حيث يرى الطب النفسي أن الاكتئاب حالة مزاجية ذات أعراض خاصة تظهر على شكل اضطرابات يمكن تشخيصها باختبارات الاكتئاب، وتتوقع منظمة الصحة العالمية تزايداً كبيراً في نسبته في الأجيال القادمة (الجندي، 2008م، ص174)، لذلك وجد اهتمام بالغ وأولوية في البحث والتشخيص لأسباب تلك المشكلة ومدى انتشارها في المجتمعات (معمرية، 2000م، ص122).

ويعتبر الشعور بالحزن الشديد المستمر، الناتج عن الظروف المحزنة الأليمة التي يكون فيها المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه توصله إلى حالة من الاكتئاب (زهران، 1997م، ص514). الذي يصاحبه مجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي توضح الحالة النفسية والمزاجية للفرد، والتي تتمثل في، والإحباط، وفتور الهمة، وعدم الاستمتاع بأي شيء، والشعور بالتعب، والإرهاق عند القيام بأي عمل، وضعف القدرة على التركيز، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالذنب، والإحساس بالتفاهة، وعدم القيمة، وعدم القدرة على النوم، وانعدام الثقة بالنفس (الأنصاري، 2007م، ص193).

تلك الأمور تؤدي إلى إحداث تغييرات في الإدراك، وتتعكس على جودة الحياة التي يطمح لها المريض، فإن كان الاكتئاب مستأصلاً في أعماق المريض، فقد يؤدي ذلك إلى عدم مقابله

للمعايير التي يضعها المريض كجودة حياته. حيث تتداخل فيها عوامل بيئية ومادية ومعنوية وثقافية ودينية وحضارية واجتماعية. وهنا يأتي دور الأخصائي النفسي لمعرفة جوهر الأعراض النفسية التي يعاني منها مريض السرطان، والعمل على تحليل مصادره ومعرفة مدى التأثير الذي يحدثه على حياة المريض.

ولعل علة النقيض من ذلك هو توقع وجود تغيرات ايجابية في حياة المريض وتغيرات للأفضل، ولأن الضربة التي لا تقتلك قد تقويك، فمن الممكن أن يظهر لدى المصاب ما يسمى بنمو ما بعد الصدمة، فيجد الفرد نفسه في ظروف أفضل من المتوقع أن يكون عليها وذلك يرجع لعوامل قد تساهم في ذلك.

وهذا يرجع لوجود بعض التغيرات النفسية الايجابية، التي قد تشير إلى الارتقاء بالمستوى الوظيفي، وتحسن الظروف الصعبة التي يعيشها الأفراد، فالتكيف مع ذلك يقود الفرد للتغيير في شخصيته ورؤيته لنفسه والعالم والناس من حوله (Tedeschi & Calhoun, 2004:1).

ولعل اكتشاف أشياء قوية في الشخصية ومسارات جديدة في الحياة، تقود لوجود طريق جديد ذو أهمية للفرد، وفي نفس الوقت إيجاد أهداف جديدة قابلة للتحقيق تتماشى مع الظروف المحيطة به، فيتم استبدال تلك السلبية بالإيجابية التي تحقق الأهداف الجديدة كي يكون الفرد أكثر تكيفاً معها (Kallay, 2004:82).

تلك التغيرات النفسية التي تحدثها الأمراض الجسدية جعلت الباحث مهتماً بذلك الموضوع، كي يتم الكشف عنها بطريقة علمية بحثية، والتوصل لنتائج يأمل أن تحظى باهتمام تعود فوائده على مريض السرطان للتخفيف من معاناته النفسية والجسدية.

مشكلة الدراسة وتساولاتها:

من خلال عمل الباحث في مستشفى الشفاء بغزة بأقسام الأورام والدم وجد أنه من الضرورة بمكان أن يتم توجيه هذا البحث لتسليط الضوء على شريحة مهمة في مجتمعنا، ألا وهي مرضى السرطان، حيث المعاناة النفسية قبل الجسدية، والنظرة المستقبلية الفارغة، والحياة اليائسة، هذه المفاهيم التي تدور في أفق كل مريض، وبالرغم من ذلك نجد أن التفكير يختلف من شخص لآخر، وذلك باختلاف المجتمعات، والثقافات، ومستوى الازع الديني، وإيمانه بالقضاء والقدر، مما يؤدي إلى اختلاف مستويات القلق، وكذلك اختلاف مستوى الاكتئاب لتلك الشريحة، وكذلك اختلاف مستويات قلق الموت، ولعل الجدير بالذكر أن يتم الاهتمام بموضوع حديث نسبياً ألا وهو نمو ما بعد الصدمة، حيث إن معظم الدراسات تركز جهدها لاكتشاف السلبيات بينما نمو ما بعد الصدمة يبحث عن الإيجابيات التي من الممكن أن يجنيها من تعرض

لأحداث صادمة كل ذلك قد أثار الفضول والاهتمام لدى الباحث للتعرف على تلك العلاقات، المرتبطة ببعض المتغيرات المهمة.

لذلك يمكن صياغة مشكلة البحث في السؤال الرئيس التالي:

ما علاقة نمو ما بعد الصدمة بأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان؟

وينبثق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان؟
2. ما مستوى أعراض الاضطراب النفسي (القلق العام، قلق الموت، الاكتئاب) لدى مرضى السرطان؟
3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية في مستوى نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي (القلق العام، قلق الموت، الاكتئاب) لدى مرضى السرطان؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نمو ما بعد الصدمة تعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج)؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى أعراض الاضطراب النفسي (القلق العام، قلق الموت، الاكتئاب) تعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج)؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف على مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.
2. الكشف على مستوى القلق العام لدى مرضى السرطان.
3. اظهار مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان.
4. ابراز مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان.
5. معرفة العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي.

6. الكشف عن مستويات القلق العام وقلق الموت والاكتئاب ونمو ما بعد الصدمة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) المرتبطة بالمتغيرات (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج) لدى مرضى السرطان.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

الأهمية النظرية:

1. ندرة الدراسات التي تتناول موضوع البحث، حيث لم يجد الباحث أي دراسات معمقة عن مرضى السرطان في قطاع غزة تبحث العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بالقلق والاكتئاب وقلق الموت، وذلك حسب علم الباحث.
2. أن موضوع نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفئة مرضى السرطان لم يتطرق له في البيئة الفلسطينية، وذلك في حدود علم الباحث.
3. يتمنى الباحث أن يستفيد الباحثين والدارسين من هذه الدراسة التي تستهدف فئة مرضى الأورام والدم.
4. أن الموضوع الذي يتناوله الباحث يستهدف فئة مهمة من المرضى الذين لم يلقوا اهتماماً نفسياً من قبل مزودي الخدمة، لذلك يحاول الباحث تسليط الضوء على هذه الشريحة، وذلك حسب رؤية الباحث خلال عمله في أقسام الأورام وأمراض الدم.
5. من خلال ممارسة الباحث لعمله كمررض في أقسام الأورام وأمراض الدم وجد اختلاف في نفسيات المرضى وفي ممارسة حياتهم، واجتماعياتهم، بالرغم من الاشتراك في نفس المرض، لذلك يسعى الباحث لمعرفة سبب هذه الاختلافات.
6. حيث إن هذا المرض من الممكن أن يتعافى صاحبه، فمن الممكن أن يصاحب هذا المرض العضوي مرض نفسي، ومن ثم يتم الشفاء من المرض العضوي ويبقى المرض النفسي، ففي هذه الحالة عند عمل برنامج إرشادي لتلك الشريحة عن طريق الأخصائيين والمرشدين قد يؤدي إلى رجوع المريض إلى حالته الطبيعية بعد التشافي.

الأهمية التطبيقية:

1. تتمثل الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة من خلال تطبيق الأدوات الدراسية، والتي تتمثل في مقاييس القلق العام، وقلق الموت، والاكتئاب، ونمو ما بعد الصدمة على مرضى السرطان.

2. مثل هذه الدراسة من الممكن أن يستفيد منها الأخصائيين النفسيين في وضع البرامج الإرشادية التي قد تخفف عن كاهل هؤلاء المرضى.
3. نتائج هذه الدراسة قد تساهم في توجيه أنظار وزارة الصحة بشأن تعيين أخصائيين نفسيين لإرشاد تلك الفئة ووضع البرامج والخدمات النفسية لهم.
4. ان نتائج هذه الدراسة قد تساهم في مساعدة هؤلاء المرضى في عملية التكيف والتأقلم في ظروفهم النفسية، من أجل الوصول لوضع نفسي أفضل.

حدود الدراسة:

تحدد الدراسة بالحدود التالية:

- **الحد الموضوعي:** ويتمثل في معرفة مستوى نمو ما بعد الصدمة، وأعراض الاضطراب النفسي المتمثلة في (القلق العام، قلق الموت، الاكتئاب) لمرضى السرطان وعلاقتها بالمتغيرات الديموغرافية.
- **الحد المكاني:** المرضى المقيمين في مستشفيات قطاع غزة، والمراجعين في العيادات الخارجية، المصابين بمرض السرطان.
- **الحد الزمني:** طبقت هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني (2016م - 2017م).
- **الحد البشري:** اقتصرت هذه الدراسة على المرضى المصابين بالسرطان المقيمين في مستشفيات قطاع غزة، والمراجعين في العيادات الخارجية.

مصطلحات الدراسة:

نمو ما بعد الصدمة:

هو التغير النفسي الإيجابي الذي يشهده الفرد نتيجة تعرضه للصدمات والمحن والشدائد، والتي تؤدي إلى الارتفاع في مستوى الأداء، تلك الظروف تمثل مجموعة من التحديات يسعى الفرد للتكيف معها مما يقود الفرد للتغيير في شخصيته من خلال نظرتة لنفسه وعلاقته بالآخرين ونظرتة للعالم من حوله (Tedeschi et al., 2004:1).

الاضطراب النفسي:

وتعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM_IV (1994, p10 بأنه نمط متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية ترتبط بأعراض مؤلمة، أو بقصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة.

مرض السرطان:

عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم وأخذت تنمو بصورة عشوائية، حيث أن النمو في البدء يكون في العضو المصاب، ثم يتخطى الورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل في الشعيرات الدموية أو الليمفية التي تنقلها إلى مختلف أجزاء الجسم (الشقماني والفقهي، 2006م، ص233).

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

تمهيد:

يقوم الباحث في هذا الفصل بعرض ثلاثة مباحث، ويتم التحدث عنها بالتفصيل، ففي المبحث الأول تم تناول موضوع الصحة النفسية، أما المبحث الثاني فتكلم عن أعراض الاضطراب النفسي الشائعة لدى مرضى السرطان، وهو عبارة عن ثلاثة أجزاء تتمثل في القلق العام وقلق الموت والاكتئاب، أما المبحث الثالث فتحدث عن موضوع نمو ما بعد الصدمة.

المبحث الأول (الصحة النفسية):

مقدمة:

لكي يتعرف الفرد على اللاسواء فلا بد من معرفة السواء أولاً، وبما أن الصحة النفسية على النقيض من الاضطراب النفسي، فيجب أن يتطرق الباحث في هذا المبحث للتعرف على مفهوم الصحة النفسية، ومعرفة معاييرها، كما سوف يتكلم عن مظاهرها، وكذلك معرفة خصائص الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة.

تعريف الصحة النفسية:

هي حالة دائمة نسبياً وشخصياً وانفعالياً واجتماعياً، أي مع نفسه ومع البيئة، ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصية متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً يعيش في سلام وأمان (زهرا، 1982م، ص 20).

يعرفها (كفافي، 1990م، ص 81) هي حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته، ويقبله المجتمع، بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية.

ويرى (أبو هين، 1997م، ص 21) أن الصحة النفسية هي مفهوم مجرد يشير إلى التوازن والتكامل المتجدد والنشط للوظائف النفسية والعقلية للفرد، وتجعل الفرد يسلك سلوكاً اجتماعياً مقبولاً من الفرد ذاته ومن المجتمع المحيط، وأن يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والنجاح وتقبل الذات.

ويعرفه (نجاتي، 1997م، ص271) بأنه النضج الانفعالي والاجتماعي، وتوافق الفرد مع نفسه ومع العالم من حوله، والقدرة على تحمل مسؤوليات الحياة ومواجهة ما يقابله من مشكلات، وتقبل الفرد لواقع حياته، والشعور بالرضا والسعادة.

وتعرف بأنها حالة عقلية انفعالية إيجابية، مستقرة نسبياً، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ما، ووقت ما، ومرحلة نمو معينة، وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية (القريطي، 2003م، ص21).

ويعرفها (عبد الغفار، 2007م، ص213). بأنها حالة الفرد النفسية العامة والصحة النفسية السليمة وهي حالة تكامل طاقات الفرد المختلفة بما يؤدي إلى تحقيق وجوده، أي تحقيق إنسانيته.

وتعرفها (عبد الله، 2014م، ص68) نقلاً عن "منظمة الصحة العالمية" أنها هي الرفاهية والكفاية الجسمية، والنفسية، والاجتماعية، وليست مجرد غياب المرض، وتعرفها "الجمعية الوطنية الأمريكية" بأنها مجموعة من مظاهر السلوك التي يتجلى بها الفرد، تشمل الشعور بالرضا عن النفس، والقدرة على تقدير الآخرين، والقدرة على مقابلة متطلبات الحياة.

معايير الصحة النفسية:

المعيار الإحصائي:

يكون فيه المتوسط والمنوال يمثل معيار السوية، وتكون اللاسوية هي الانحراف عن هذا المتوسط (زهرا، 1997م، ص11).

المعيار الذاتي (الظاهري):

عند ادراك الفرد لمعنى السوية من خلال شعوره ورؤيته لذاته، عن طريق الإحساس الداخلي والخبرة الذاتية التي يراها الفرد فهذه تشير إلى السوية، لكن عندما يكون الفرد يشعر بالقلق وعدم الرضا عن ذاته فهذا المعيار يعتبر غير سوي، لكن الاعتماد على هذا المعيار بشكل كلي لا يعطي نتائج دقيقة، وذلك لأن الأشخاص الأسوياء غالباً ما يمرون بأوقات من القلق والضيق النفسي (غريب، 1999م، ص137).

ويشير (الزبيدي، 2007م، ص12) بشكل مختصر أن المعيار الذاتي هو الذي يتخذ الفرد منه إطاراً مرجعياً في الحكم على السلوك السوي وغير السوي.

المعيار الاجتماعي:

يعتبر (أبو حويج، والصفدي، 2001م، ص84) أن هذا المعيار يحتمل لمعايير المجتمع في الحكم على السلوك من ناحية السواء والانحراف، حيث ما يتقبله المجتمع يعتبر سلوكاً سوياً، وأما ما يرفضه المجتمع يعتبر سلوكاً منحرفاً.

وتلعب العادات والتقاليد الاجتماعية دوراً في هذا المعيار للحكم على السوية واللاسوية، فما هو سوي في مجتمع من الممكن أن يكون غير سوي في مجتمع آخر، فتقافة الفرد أيضاً تحدد صلاحية هذا المعيار (ربيع، 2000م، ص90).

المعيار الباطني:

لا يكون الحكم في هذا المعيار خارجياً أو ذاتياً كما في المعايير السابقة، فهنا يتم الحكم بالوصول إلى حقيقة الشخصية والخبرات الكامنة داخل الإنسان من خلال حقيقة الخبرات الشعورية واللاشعورية (فوزي، 2001م، ص22).

المعيار المثالي:

حيث اتفق كل من (رضوان، 2007م، ص63) و(الزيدي، 2007م، ص13) أنه حالة من الكمال يسعى الفرد لتحقيق طموحاته عن طريقها، فالشخصية السوية هي المثالية، والحكم على السلوكيات يكون حسب الاقتراب من المثل العليا والابتعاد عنها، واللاسوية هي ابتعاد الفرد عن الكمال وعما هو مثالي.

ويرى الباحث هذه المعايير بشكل عام تتجه نحو تحديد مستوى السلوك الذي يقوم به الشخص من ناحية السوية واللاسوية، حيث إن البيئة والمجتمع وكذلك الشخصية كلها مجتمعة تحدد السلوكيات التي تقود الفرد للوصول إلى الصحة النفسية السليمة والصحيحة، وأي خلل في السلوك الشخصي الذي تحدده هذه المعايير ينعكس بشكل سلبي على الصحة النفسية.

مظاهر الصحة النفسية:

تختلف مظاهر الصحة النفسية حسب آراء المختصين ونظرياتهم ونظرتهم للنفس البشرية، وأيضاً حسب الثقافات المختلفة.

فقد تحدث (أبو هين، 1997م، ص34) عن أهم مظاهر الصحة النفسية والتي تدور حول العلاقة الصحيحة مع الذات ومصاحبته، فأكثر الناس معرفة عن الذات هو الإنسان نفسه، لأنه هو الأقرب إليها، كما أشار إلى الواقعية وهي معرفة الشخص بقدراته بشكل واقعي بعيداً عن الخيال، ولعل شعور الفرد بالأمن والطمأنينة والهدوء يعتبر من هذه المظاهر، وتعامل الفرد مع

المواقف بحكمة وتريث بعيداً عن الانفعالات والتهور، وذلك بالتوجه الصحيح، أيضاً التناسب والتوسط والاعتدال في التعامل مع جوانب الحياة المختلفة، كما اعتبر أن الاستفادة من الخبرة في التعرض للأحداث الحياتية من مظاهر الصحة النفسية.

أما (ربيع، 2000م، ص92) فقد وصف الأفراد الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة يجب أن تتوفر فيهم بعض السمات والتي تتلخص في البعد عن الصراعات النفسية الداخلية والخارجية، والقدرة على التعبير عن الانفعالات بشكل متزن بمعنى أن يكون ناضج انفعالياً، ويحب أن يتوفر في ذلك الفرد التوافق النفسي الذي يجعل الفرد قادر على الحصول على الإشباع اللازم بالتأقلم مع متغيرات المجتمع الذي يعيشه، وكذلك تحقيق النجاح عن طريق وجود روح الدافعية والإيجابية.

ويرى الباحث مما سبق أن كل من "أبو هين" و"ربيع" قد اتفقا على أهمية التوافق النفسي والبعد عن الصراعات الداخلية، والقدرة على التعبير عن الانفعالات في المواقف بشكل متوازن ولائق، أن الاعتدال في التعامل معها من مظاهر وخصائص الأفراد المتمتعين بصحة نفسية سوية.

وتحدث (سفيان، 2004م، ص153) عن هؤلاء الأفراد الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة، فرأى أن وجود التوافق النفسي يلعب دوراً مهماً حيث إن الفرد يشبع حاجاته، ويتقبل نفسه، ويستمتع بحياته وعلاقاته الشخصية تجعله خالياً من التوتر والصراع.

وقد اتفق كل من (زهران، 1997م، ص13) و(شعبان، 1999م، ص32) على تقسيم التوافق إلى جانبين:

التوافق الاجتماعي: والذي يحتوي على التوافق الأسري والمدرسي والاجتماعي.

التوافق الشخصي: وهو أن يكون الفرد راضٍ عن نفسه.

كما اعتبر "الزبيدي" أن الشعور بالسعادة مع النفس والآخرين تقود لمتع الفرد بالراحة النفسية التي تتبع من صفاء ماضيه، وسعادة حاضره، ووضوح مستقبله، ولعل الإحساس بالطمأنينة والأمان، واحترام النفس، وتحقيق ما يسعى إليه من أهم ما يجعل الفرد يشعر بصحة نفسية جيدة تجاه نفسه، أما بالنسبة للشعور بالسعادة مع الآخرين، فهي تنبع من الحب والاحترام والتقبل والتسامح المتعلق بالآخرين، وقدرة الشخص على إقامة علاقات اجتماعية، وأن يكون منتمي لمجموعة ومندمج بها بحيث يقوم بخدمتهم ويقومون بخدمته في المواقف، وذلك يقود الفرد لنفسية أفضل (الزبيدي، 2007م، ص5).

ويرى "العمرى" أن القدرة على مواجهة متطلبات الحياة والإقدام على خبرات وأفكار جديدة والاستفادة من الفشل باعتباره خبرة يستفيد منها الفرد للحصول على النجاح، تعتبر من أهم مميزات الشخصية السليمة نفسياً، حيث إن النظرة للحياة بشكل إيجابي، وتقبلها ومواجهتها بطريقة وأسلوب سليم تساعد في تحقيق الراحة والصحة النفسية (العمرى، 2012م، ص47). وفي هذا الصدد فقد حدد "شعبان" بعض الأدلة لقدرة الفرد على مواجهة متطلبات الحياة ومشاكلها كالنظرة السليمة للحياة، والعيش في الحاضر والواقع، والمرونة في مواجهة الواقع، وبذل الجهد في حل المشاكل، كذلك القدرة على مواجهة الإحباطات اليومية، وتحمل المسؤوليات الشخصية والاجتماعية، والترحيب بالأفكار الجديدة، والقدرة على السيطرة على البيئة والتوافق معها (شعبان، 1999م، ص32).

أما "المطيري" فقد حدد جملة من الخصائص والمظاهر المتعلقة بالصحة النفسية والتي تتمثل في الإيجابية وعدم خضوع الفرد للعقبات التي قد تقف أمامه، والتفاؤل، والنظرة الواقعية، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة، واحترام الفرد لثقافة المجتمع، مع تحقيق قدر من الاستقلال، كذلك نجاح الفرد في عمله ورضاه عنه، والنضج والالتزان الانفعالي، والشخصية المتكاملة في الجوانب البدنية والمعرفية والوجدانية والاجتماعية، والشخصية، ووجود الراحة النفسية وعدم الشعور بالتعب والإرهاق، وكذلك الصحة الجسمية، حيث إن التكامل داخل مكونات الجسم يؤدي للشعور والإحساس بالسعادة والرضا (المطيري، 2005م، ص40-47).

وبالنسبة لمظهر التوجه نحو الحياة فقد وجد (أبكر، 2015م، ص62) أن النظرة بشكل إيجابي يساعد في تقبل الحياة، وتحقيق الآمال المنشودة، رغم وجود بعض الصعوبات، بحيث يرى أن جمال المستقبل، والاعتقاد بالتفاؤل، بعيداً عن التفكير بالجوانب السيئة والأحداث الشريرة من تلك المظاهر.

وذكر "عبد الخالق" أن الشخص الذي يتمتع بقدر وفير من الصحة النفسية يجب أن يظهر بمظهر الأخلاق القويمة، والكفاءة، والسلوك السوي، والشخصية المتكاملة، والقدرة على مواجهة الحياة، وكذلك التحرر من أعراض الاضطراب النفسية والأمراض العقلية، والسلوكيات المنحرفة (عبد الخالق، 1991م، ص22).

وأشار (صبحي، 1998م، ص18) إلى أن مظاهر الصحة النفسية تكون كمظاهر سلوكية تبدو على التصرفات والأفعال، فرأى أن من هذه المظاهر الشعور بالأمن، والتقدير المتوازن للذات، والقدرة على التواصل مع نفسه والعالم الحقيقي من حوله، والشعور بالسعادة،

والقدرة على الإحساس بالمسئولية، وكذلك تقبل الذات والآخرين، والتفاوض، والاستقرار الأسري والمهني، واحترام ثقافة المجتمع وعاداته وتقاليده.

وإن المحافظة على الشخصية وتكاملها، والتوافق مع المتطلبات الاجتماعية والبيئية، والتكيف مع شروط الواقع، والمحافظة على الثبات النسبي، والنمو مع العمر، والمحافظة على قدر مناسب من الحساسية الانفعالية، والدور الاجتماعي للفرد في المجتمع تعتبر من مظاهر الصحة النفسية (باطة، 1999م، ص7).

وقد رأى "القريطي والشخص" أن الشعور بالكفاءة، والثقة بالنفس، والمقدرة على التفاعل الاجتماعي، والنضج الانفعالي، والمقدرة على ضبط النفس من الصفات التي تتوافر في الأفراد المتمتعين بصحة نفسية جيدة، وكذلك المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانات في أعمال مشبعة، والتحرر من الأعراض العصابية، والبعد الإنساني والقيمي، وتقبل الذات (القريطي، الشخص، 1992م، ص9).

ويؤكد الباحث أن مظاهر الصحة النفسية السليمة تنبع من توافق الشخص داخلياً، وتقديره لذاته بشكل واقعي، والنظرة التفاؤلية بعيداً عن السلبية، والصدق في علاقته مع الآخرين، ثم توافقه مع المجتمع من حوله، واحترامه للثقافة السائدة في مجتمعه، واحترامه للعادات والتقاليد، فالتوافق بين الفرد والآخرين والمجتمع تقود الفرد للوصول للصحة النفسية المنشودة.

نظريات علم النفس والصحة النفسية:

أولاً: التحليل النفسي:

يرى "فرويد" رائد النظرية التحليلية أن تحقيق الصحة النفسية يعتمد بشكل أساسي على قدرة الأنا في تحقيق التوافق والموازنة بين الهو الغريزية والانا العليا المثالية (العمرى، 2012م، ص41)، فقدرة الأنا على حل الصراع بين تلك الأجهزة يقود الانسان للوصول إلى تحقيق جزئي للصحة النفسية (عبد الغفار، 1981م، ص31).

ثانياً: الاتجاه السلوكي:

يعتبر أصحاب النظرية السلوكية أن الصحة النفسية حصيلة لعملية التعلم والتنشئة، التي يكتسبها الفرد من خلال تعلم العادات المناسبة، والتي تساعده في كيفية التعامل مع الآخرين، في المواقف، ويروا أن الاضطراب ينشأ نتيجة الفشل في تعلم وكتساب السلوكيات المناسبة، أو تعلم سلوكيات سيئة غير صحيحة، أو أن الفرد يفشل في إدارة وحل الصراعات التي تحتاج لاتخاذ قرارات حاسمة (عبد الغفار، 1981م، ص40)، ويؤكد ذلك "سكنر" في قوله أن الصحة النفسية السيئة ترجع لأسباب تتعلق بالتعلم الشرطي الخاطئ (القيق، 2016م، ص26).

ثالثاً: الاتجاه الانساني:

يرى رواد هذه الاتجاه أن الصحة النفسية تكمن في تحقيق الفرد لذاته بشك كامل، حيث إن الطبيعة الانسانية بطبيعتها خيرة، والمظاهر السيئة تكون عبارة عن أعراض، لذلك يجب أن تكون الصحة النفسية تستهدف الانسان السليم وليس العصاب (أبو نجيلة، 1997م، ص23)، ويؤكد "روجرز" أن مفهوم الذات وتحقيقها والصحة النفسية بينهما صلة وثيقة، وبما أن الإنسان كائن عقلائي اجتماعي ومتعاون فإنه لديه القدرة على أن يدرك مسببات عدم التوافق لديه، وأنه قادر على مواصلة تطوره الذاتي، وبذلك يكون مسؤول عن نفسه ومصيره (عبد الغفار، 1981م، ص53).

رابعاً: المنحى الوجودي:

يرى أصحاب هذا المذهب أن الصحة النفسية تكون بإدراك الفرد لمعنى وجوده في الحياة، وأن يعيش محققاً لإمكانياته وممارساً لحريته للوصول لتحقيق ما يريد، وأن يعرف جوانب الضعف وأن يتقبلها، ويدرك طبيعة الحياة بتناقضاتها، وأن ينجح في تنظيم حياته، ويثق ويدرك قيمتها (عبد الغفار، 1981م، ص46).

ويرى الباحث من خلال العرض السابق لنظريات علم النفس تجاه الصحة النفسية أن هناك اختلاف في تفسيرها؛ لكن في المقابل أنها تنفق من ناحية الأهداف والبناء النفسي والتوازن المطلوب لتحقيق الصحة النفسية، فالنظرية التحليلية تهتم في عمليات التوازن الداخلية بين مكونات النفس، بينما النظرية السلوكية تنظر إلى الصحة النفسية بأنها عملية التعلم للسلوكيات الصحيحة التي يكتسبها الفرد من المجتمع، وقدرته على تنفيذ السلوكيات المكتسبة بطريقة صحيحة، أما النظرية الإنسانية ترجع إلى قدرة الإنسان لمعرفة عملية مسببات عدم التوافق الموجودة، بطريقة ذاتية ويكون هو مسؤول عن نفسه ومصيره، أما المنحى الوجودي فيرجع لعملية إدراك الفرد لمعنى وجوده، قيمته في الوجود، ويسعى لتنظيم حياته للوصول لتحقيق ما يريد.

الصحة النفسية في الاسلام:

لقد وضع الإسلام منهجاً واضحاً وهادفاً لتحقيق التوازن بين الجوانب المادية والروحية والجسمية للشخصية المسلمة، حيث إن هذا التوازن يقود المسلم للوصول للشخصية السوية التي تتمتع بالصحة النفسية، ولقد بين الإسلام أن النفس البشرية تمتلك اتجاهين متساويين لأن تكون سليمة أو تكون مضطربة، حيث يرجع ذلك للمسلم نفسه، وقد دلت القرآن الكريم على ذلك بقوله

(وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا (7) فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا (8) قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا (9) وَقَدْ خَابَ مَنْ دَسَّاهَا) [الشمس: 7-10]، ويقول أيضاً (وَهَدَيْنَاهُ النَّجْدَيْنِ) [البلد، 10].

ويقول (سيد قطب، 1988م، ص3917) أن الانسان يمتلك الارادة وحرية الاختيار، مما يجعله يستجيب لتوجيهات الوقائع وكل العوامل الخارجة عن نفسه بالطريقة التي يريد، وبالقدر الذي يريد، فإرادته هي التي تزيهه وتطهره، وتنمية استعداد الخير فيها، وتغلبه على الشر فيسير في طريق الفلاح والنجاح، وأما من ظلم هذه القوة وخبأها وأضعفها فقد سلك طريق الخيبة والفشل.

ومن خلال استعراض الأدبيات السابقة للإسلام والصحة النفسية فقد استنتج الباحث أن منهج الإسلام يهتم بالصحة النفسية من عدة جوانب:
أولاً: الجانب الروحي:

ويعني هذا الجانب الإيمان بالله وتقواه، وأداء العبادات والفرائض، حيث حدد الله سبحانه وتعالى هدف الانسان في هذه الحياة وهذا الوجود بقوله تعالى: (وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ) [الذاريات: 56]، وهنا يتضح الفرق بين المسلم وغيره، حيث إن هدف المسلم واضح وجلي، ويعرف ما الهدف من الوجود الانساني، ولتحقيق هذا الجانب يجب أن يقوي المسلم علاقته بربه، والإيمان به، حتى يصل كمال شخصيته واتزانها، حيث يحدث ذلك من خلال العبادات والتزام أوامره واجتناب نواهيه.

ثانياً: الجانب البدني:

ويعني سلامة الجسم من الأمراض، وأن يقي الانسان بدنه بإتباع أساليب التغذية المفيدة، والرياضة، وأن يشبع حاجاته الجسدية بطريقة متوازنة، لقوله تعالى (يَا بَنِي آدَمَ خُذُوا زِينَتَكُمْ عِنْدَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ) [الأعراف: 31].

ويرى "الغزالي" أن الإسلام اعتنى بالنظافة والصحة واعتبرها من أسباب قوة المسلمين المادية والأدبية، فهو يطلب أجساداً يمتلك أصحابها القوة والنشاط، حيث وصف الأجسام الهزيلة والأيدي المرتعشة بأنها لا تقدم خير (الغزالي، 1980م، ص154)، فالجسم السليم في العقل السليم، والعقل السليم في الجسم السليم، وما ينمي الجسم، ينمي النفس، وما يضعف الجسم يضعف النفس، لذلك أخذ علما النفس يدعون إلى تنمية الجسم من أجل تنمية الصحة النفسية (مرسي، 2000م، ص155).

ثالثاً: الجانب الاجتماعي:

يعني هذا الجانب العلاقات الاجتماعية للفرد على جميع المستويات، الأسرة، المجتمع، الناس لقوله تعالى (يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ) [الحجرات: 13] ويعني أيضاً الالتزام بمعايير المجتمع وعاداته وتقاليده بحيث لا يتعارض مع تعاليم الشريعة الإسلامية.

رابعاً: الجانب العقلي:

ويعتني هذا الجانب بالوظائف العقلية التي تتمثل في الذكاء العام والقدرات الخاصة والعمليات العقلية كالإدراك والحفظ والتذكر والتخيل والتفكير والواقعية، ويوضح القرآن أهمية العقل ويدعو لتنميته بالعلم والتأمل والتفكير، حيث يقول الله تعالى " (سَأْتِيهِمْ آيَاتِنَا فِي الْأَفَاقِ وَفِي أَنْفُسِهِمْ حَتَّىٰ يَتَبَيَّنَ لَهُمْ أَنَّهُ الْحَقُّ أَوَلَمْ يَكْفِ بِرَبِّكَ أَنَّهُ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ شَهِيدٌ) [فصلت: 53].

خامساً: الجانب النفسي الانفعالي:

هذا الجانب يشمل على النشاطات المتعلقة بالانفعالات والتي تتمثل في الحب والكره، والخوف والغضب، والبهجة والسرور، والسعادة والرضا، والطمأنينة والأمل، والتفاؤل والالتزان، ولتحقيق الطمأنينة والراحة النفسية قال الله تعالى (الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ) [الرعد: 28].

ويرى الباحث أن جميع الجوانب السابقة مجتمعة لها تأثيرها الخاص على مريض السرطان، حيث أن الترابط بين تلك المكونات يجعل لحياته التوازن الملحوظ الذي بدوره يخفف من الأعراض النفسية، التي تقود لتحقيق الصحة النفسية المنشودة، فمعرفة الهدف من الحياة أنها للعبادة والطاعة، وكذلك البعد عما يضر الجسد، وتقوية علاقاته الاجتماعية، وتنمية التفكير وتوسيع مداركه، والبعد عن السلبية، والتمسك بالمواقف الإيجابية التي تبعث الأمل والتفاؤل، تلك تسير بالاتجاه الصحيح نحو تحقيق الصحة النفسية.

المبحث الثاني (الاضطراب النفسي):

تمهيد:

يتناول هذ المبحث الحديث عن ثلاثة أجزاء رئيسية، حيث تعد هذه الأجزاء من الاضطرابات النفسية الشائعة، والجزء الأول هو القلق العام وقد تم الحديث عن مفهومه وتعريفاته والأنواع والأعراض، ومن ثم المستويات والعلاج، أما الجزء الثاني فهو قلق الموت حيث تم تناول تعريفاته وأسبابه وأعراضه وبعض النظريات المفسرة له، أما الجزء الثالث والأخير فهو الاكتئاب حيث تم استعراض تعريفاته، وتفسيره من منظور النظريات النفسية المختلفة، وكذلك التعرف على أهم أسبابه وأعراضه وبعض التصنيفات والعلاج.

أولاً: القلق العام:

مقدمة:

إن العصر الذي نعيشه يكتظ بالتغيرات الحياتية، ولاسيما في ظل الحروب المتتالية، والحصار الخانق، وتغيرات الحياة الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها قطاع غزة، تلك الامور جعلت للاضطرابات النفسية حظاً وثيراً في فرض نفسها، وبالرغم من أن القلق يعتبر من الأمراض النفسية منذ الحياة البدائية، فلم تكن حياة الأفراد خالية من القلق، ولكن اختلاف المستويات التي يتعرض لها الأفراد قد تلعب دور كبير في الاصابة بالقلق، أيضاً عدم الاطمئنان ووجود الأمان النفسي، وعدم القدرة على اشباع الحاجات النفسية تأخذ نصيباً من تلك الدور.

ويعتبر القلق من الاضطرابات النفسية الشائعة بشكل كبير إن لم يكن أكثرها شيوعاً (الجزائري، 2004م، ص20)، وهو من أكثر المشاكل الانفعالية التي تجبر الفرد على الذهاب للمساعدة النفسية وطلب العلاج.

ويرى الباحث أن الأمراض العضوية قد تكون سبب في إيقاع المريض في شبح الخوف والتوتر والضغط النفسي، ويكون أسيراً لمشاعر وأحاسيس نفسية يجد الفرد صعوبة في التأقلم والتكيف معها، فمن الممكن أن تلقى في بحر الأمراض والاضطرابات النفسية والتي من أهمها القلق، فتفكير الشخص بما حدث له وماذا سوف يحدث تكون في علم المجهول، تجعله يشعر بحالة من التهديد من خطر غير معلوم، فهنا تكمن المعضلة التي تكون سبب الإرهاق للإنسان، الذي يشعره بالألم والانزعاج والتوتر، ويحدث ذلك عند استمرار تلك الأحاسيس والمشاعر لفترة طويلة أي بشكل يومي، كذلك حجم القلق وكميته، تلك الأشياء هي التي تساهم في وجود القلق لدى الأفراد.

ويشكل عام فإن الأمراض العضوية تؤدي غالباً إلى وجود بعض من المشاكل النفسية وخاصة الأمراض السرطانية الخبيثة، حيث إن الباحث قد لامس هذه الأشياء من خلال عمله في المستشفيات في أقسام الأورام والدم، حيث وجود مظاهر وعلامات القلق العام على تلك الفئة.

مفهوم القلق:

هو مرض نفسي داخلي المصدر لا يستطيع الفرد تحديد سبب واضح له أو تبرير، لأن أسباب القلق لا شعورية مكبوتة، لذلك تؤدي للخوف والتوتر مصحوباً ببعض الأعراض التي تتمثل في الإحساس بالضيق في التنفس والصداع والحركة الكثيرة، ويلعب هذا دوراً هاماً في اختلال وظائف الجسم (زهرا، 1977م، ص 297).

تعريف القلق لغةً:

في المنجد (البعليكي، 1973م، ص 516) القلق لغة - من كلمة قلق قلقاً أي اضطرب وانزعج فهو قلق ومقلق، وكلمة أقلق أي أزعج.

وجاء في معجم الوسيط (قلق - قلقاً): لم يستقر في مكان واحد على حال فهو قلق، وقلق قلقاً أي اضطرب وانزعج، وأقلق الهم فلاناً: أي أزعجه، والمقلق أي الشديد القلق، والقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث (المعجم الوسيط، 1980م، ص 756).

تعريف القلق اصطلاحاً:

يعرفه (زهرا، 1995م، ص 297) بأنه: حالة توتر شامل نتيجة تهديد خطر فعلي أو رمزي يحدث، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية، ويمكن اعتبار القلق انفعالياً مركباً من الخوف والتهديد والخطر.

ويرى (منسي، 1988م، ص 36) أن القلق مفاده هو إحساس الفرد بالرعب المستمر والخوف نتيجة لقيم معينة يحملها الفرد بداخله، أو من أحداث خارجية لا تبرر وجود هذا الإحساس، فالقلق قد يعني مجموعة أحاسيس ومشاعر انفعالية يدخل فيها الخوف والألم والتوقعات السيئة وهو خبرة انفعالية مؤلمة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده بدقة أو بوضوح.

ويعتبر (أبو هين، 1988م، ص 8) أن القلق هو حالة من الكدر والغم والخوف الذي يسيطر على الفرد ويمتلكه، حيث يتقرب فيه الفرد لتهديد وخطر على وشك الحدوث في لحظة ما، وهذا الخطر يدفع الشخص للذهاب خلف حلول تكيفية تخلصه من تلك المعاناة، وعندما

يفشل الفرد في التكيف والتأقلم، يشعر بالألم النفسي والجسمي، الذي يقف عائقاً في عملية التكيف، فيزيد ذلك من المعاناة الداخلية.

كما أن (الغباشي، 2000م، ص145) عرف القلق بأنه: حالة شعورية مؤلمة ناتجة عن إدراك الشخص للتهديد وتوقعه الخطر، وإدراكه في نفس الوقت، وعجزه عن مواجهة الخطر.

وقال (عكاشة، 2003م، ص143) في تعرف القلق بأنه: شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة والسحبة في الصدر، وضيق في النفس، والشعور بنبضات القلب أو الصداغ أو كثرة الحركة.

أنواع القلق:

يعتبر القلق ظاهرة طبيعية، واحساس، وشعور، وتفاعل مقبول، متوقع الحدوث، بتأثير ظروف معينة، لذلك لا يعتبر كل أنواع القلق مرضية أو تدل على اضطراب نفسي، فمن الممكن أن يساعد القلق في زيادة النشاط والتحفيز والحفاظ على الحياة (غراب، 2000م، ص17).

ولقد تم تقسيم القلق حسب الأسباب التي أنشأت القلق مثل فرويد، وقد أعتمد على الآثار المترتبة على عياله، لذلك تم تقسيمه إلى خمسة أنواع رئيسية:

1- القلق الموضوعي:

ويطلق عليه أحياناً القلق السوي، ويتجلى واضحاً في مواقف التحسب وتوقع حدوث ما لا تحمد عقباه المتمثل في الخوف من الفشل، أو فقدان شيء، وأفضل الأمثلة لهذا الشعور هو قلق الطالب أثناء الامتحان أو قبله (العوادي، 1992م، ص52).

وهذا النوع هو الذي يدرك الإنسان أن مصدره خارجي، وهو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي، أو لأذى يتوقعه الفرد مستقبلاً، ويطلق عليه العلماء عدة أسماء مثل القلق الواقعي، أو القلق الصحيح، والقلق السوي، وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف، وذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن الإنسان (الأقصري، 2002م، ص21).

2- القلق العصابي:

وهو القلق الذي يكون مصدره داخلي، وأسبابه لا شعورية، ومجهولة، ولا مبرر لها (محمد، 1993م، ص288)، ويتصف القلق العصابي بأنه شديد ومثيراته التي ينشأ عنها غير واضحة المعالم، فهو خوف من المجهول، ويتكرر حدوثه ويأخذ شكل ردود فعل الخوف المرضي (الرفاعي، 1987م، ص210).

ويعتبر "فرويد" أن القلق العصابي له ثلاث أشكال وهي:

أ- القلق العام: حيث لا يرتبط بموضوع معين، ويشعر الفرد بتهديد مستمر وتوقع الشر في أي وقت.

ب- قلق المخاوف المرضية: حيث إن هذا النوع لا يتناسب مع المثير المسبب له، مثل الخوف من أشياء وأماكن لا تخيف الأسوياء، مثل رؤية الدم، وبعض الحشرات، والأماكن المرتفعة والمكتظة أو المرتفعة.

ت- قلق الهوس: كالخوف من عودة الأعراض المرضية التي مر بها الفرد، ويكون القلق من توقع حدوث النوبة، فتظهر استجابة الهلع والخوف فجأة (عثمان، 2008م، ص20).

3- القلق الخلقي:

هو قلق ناتج عن صراع داخلي، وليس بين الفرد والعالم الخارجي، بمعنى أنه ناتج عن ضمير الفرد وخوفه من القيام بسلوكيات مخالفة لعادات وتقاليد المجتمع السائدة، فالقلق الخلقي كامن داخل الفرد، يظهر بعد حالات الإحباط المرتبطة بالانا الأعلى التي تنجم عن القيم الاجتماعية (منسي، 2001م، ص43)، حيث يكون نتيجة حكم الأنا الأعلى بارتكاب ذنب أو احتمال أن يكون نتيجة إحباط أمر موجود بين مكونات الأنا الأعلى (الرفاعي، 1987م، ص123).

4- القلق العام:

هو شعور غامض غير سار مليء بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في المعدة والسحبة الصدرية، والضيق في التنفس، والشعور بنبضات القلب، والصداع أو كثرة الحركة (عكاشة، 1998م، ص110).

5- القلق الثانوي:

هو القلق المصاحب للأعراض المرضية الشديدة كالهستيريا، والفصام، وغيرها من الأمراض النفسية والعقلية (محمد، 1993م، ص388).

ويرى الباحث أن مرضى السرطان في العادة يكون لديهم القلق من المجهول الذي لم يعرف إلى أين يذهب به ذلك المرض، هل إلى الشفاء أم إلى الشقاء والفاء، وذلك يتفق مع القلق العام الذي يصحب المريض الشعور غير السار الناتج عن الخوف والتوتر، مما يقود لاضطرابات جسدية مختلفة كضيق النفس وزيادة ضربات القلب والصداع وآلام المعدة، مما يزيد من تفاقم القلق النفسي.

أسباب القلق:

إن الأسباب التي تؤدي للقلق متعددة، ولعل من أبرزها الأسباب الوراثية، والتي بدورها تعود لمواقف الحياة الضاغطة والعنف النفسي، والبعض الآخر يعود لأسباب نفسية، واجتماعية، وتفكير في المستقبل المجهول، وفيما يلي أهم هذه الأسباب:

1. الأسباب الوراثية:

تعتبر عملية عمل الوظائف والآليات الفيزيولوجية مهمة في إثارة مستوى القلق عند الأفراد، فالأسباب الوراثية واختلافاتها تعتبر طبيعية في ظهور الفروق كما هو الحال في الخصائص الجسمية. كما أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مهماً في تحديد القلق، وهذا مبني على العديد من الدراسات في توضيح أثر العامل الوراثي في وجود القلق، فقد دلت النتائج على أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة متماثلة في جميع الجوانب، والسبب توفر العامل الوراثي، والطبيعة الوراثية التي تصل إلى ما نسبته (50%)، بينما في التوائم غير المتشابهة تصل إلى نسبة (4%)، وحوالي (15%) في آباء وأخوة المرضى المصابين بالقلق (عبد الله، 2006م، ص150).

إن وراثة الجينات المسؤولة عن الاضطراب الكيميائي الذي يحدث القلق، يكون مسؤولاً عن العوامل الكيميائية التي تزيد من استثارة الأعصاب الموجودة في المتشابكات العصبية في نظام الأدرينالين التي تشرف على إنتاج أمينات الكاتيكول مع زيادة نشاط المستقبلات، مع وجود نقص في الموصلات الكيميائية، ونتيجة هذا النقص يحدث استثارة لأجزاء المخ، مما يزيد من أعراض القلق (الأنصاري، 1999م، ص317).

2. الأسباب النفسية والاجتماعية:

اختلفت النظرة إلى القلق من حيث الأسباب النفسية والاجتماعية، فقد أرجع فرويد "القلق إلى الصراع الداخلي للاشعوري، وهي تصارع القوى الداخلية مع بعضها البعض، مما يؤدي إلى ظهور الأعراض المرضية، أما "أدلر" فقد أرجع القلق لشعور الفرد بالدونية والنفص ومحاولة التفوق، أما الباحث "ايريك فروم" قال أن القلق يظهر نتيجة صراع بين حاجة للفرد والاستقلال من جانب الوالدين، أما "اوتورانك" أرجع القلق لصدمة الميلاد.

أما المدرسة السلوكية أمثال "دولار، ميلر، بافلوف" أرجعوا اضطرابات السلوك عامة واضطراب القلق بشكل خاص إلى تعلم السلوكيات الخاطئة من البيئة، حيث تساهم الظروف في إنشاء وتدعيم سلوكيات الطفل أو استمرارها وبقائها.

3. الأسباب البيئية:

والتي تتمثل في الضغوط البيئية التي تلعب دور مهم في حدوث الاضطراب، وهناك نوعين من الضغوط البيئية:

- **الضغوط المباشرة:** والتي تسببها الأشياء التي تحتل وتدخل في البيئة مثل فقدان وظيفة أو خلاف.
- **الضغط غير المباشر:** يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين، مثل الرغبة الشديدة في عمل شيء مع تحريم قوى في نفس الوقت، فحدة ذلك مع وجود استعدادات مرضية مع غياب العوامل المقاومة يكون هناك احتمالية زيادة أو تعجيل في ظهور الاضطراب (فايد، 2000م، ص56).

4. الأسباب العادية والحضارية:

إن التطور السريع في المجتمع، مع وجود التغييرات المتعددة التي تعتبر طبيعية في هذا العصر، تثير القلق لدى الإنسان، فطبيعة الحياة الاجتماعية هي التي تفرض القلق على الفرد وتؤثر فيه بشكل مباشر، مما يدفعه للدخول في القلق. فالمواقف هي التي قد تسبب القلق لدى الإنسان بشكل طبيعي، فالطالب عندما يجهز نفسه للدخول للامتحان، فذلك من الطبيعي أن يثير القلق لديه، كذلك عندما تتأخر الزوجة عن العودة لبيتها فذلك يثير القلق لدى الزوج، لذلك فإن بعض الأسباب العادية الأخرى قد تنشأ عن الخوف من المرض أو الشيخوخة أو الموت قد تسبب القلق أيضاً (صموئيل، ب. ت، 13).

5. الشعور بالذنب:

عندما يعتقد الأفراد أنهم تصرفوا بشكل سيئ، أو أنهم سيتعرضون للعقاب، فتكون لديهم أفكار سلبية تثير القلق لديهم، حيث إن هناك فرقاً في التفكير بالشيء وعمله (منصور، 1986م، ص103).

6. الشعور بالنقص:

ذلك الشعور يتولد من وضع الفرد نفسه في موضع المقارنة مع الآخرين، أو من خلال تنمية المجتمع لجوانب النقص والقصور أكثر من جوانب البناء.

7. الإحباط المستمر:

تستثار مشاعر القلق من وجود الإحباط الزائد، الذي يمنع الأشخاص من التعبير عن غضبهم في المواقف، وقد يكون ذلك ناتجاً عن ارتفاع مستوى الأهداف، وتدني مستوى التقويم

الذاتي، فذلك يؤدي لشعور مستمر ودرجة عالية من القلق خاصة عند الإحساس بضعف الأداء، والشعور بعدم القدرة في الإنجاز والوصول لدرجة النجاح والتمني (شفيير، مليمان، 1989م، ص16).

ويرى الباحث أن الأسباب للقلق متعددة؛ ولكن النتيجة واحدة، ألا وهي القلق، حيث يرجع الباحث سبب القلق الموجود لدى مرضى السرطان، وهم عينة الدراسة إلى الشعور بالفشل والإحباط لعدم القدرة على الوصول للأهداف المستقبلية المخطط لها، وكذلك الخوف من الموت الذي يدركه الفرد نتيجة التعرض للأمراض التي قد تؤدي إلى الوفاة، تلك الأمور تذهب بالشخص للوصول لمرحلة متقدمة من القلق المرتفع.

أعراض القلق:

تظهر أعراض القلق في جانبين مهمين وهما الجانب الجسمي والجانب النفسي، وفيما يلي عرض لكل منهما:

• الأعراض النفسية:

وتشمل القلق العام، والقلق على الصحة، وعدم الاستقرار والشعور بانعدام الأمل والراحة النفسية، والحساسية المفرطة، وسرعة الاستثارة، والخوف الزائد، ويكون الفرد غير مدرك مصدر الخوف، وعدم الشعور بالأمن والضيق والتوهم المرضي، وعدم القدرة على التركيز والانتباه، والهروب من مواجهة المواقف، والشك والتردد في اتخاذ القرار (جبل، 2000م، ص131).

وقد أضاف (عثمان، 2000م، ص4) بعض الأعراض النفسية الأخرى مثل عدم الراحة الداخلية، وترقب حدوث مكروه، ويترتب على ذلك تشتت الانتباه، وعدم القدرة على التركيز، والنسيان، والأرق، وعدم القدرة على النوم والتوتر، أو التهيج العصبي، والأحلام والكوابيس، وسيطرة مشاعر الاكتئاب.

• الأعراض الجسمية:

وتشمل الضعف العام ونقص الطاقة والحيوية والنشاط، والمثابرة، وبرودة الأطراف، وتوتر العضلات والنشاط الحركي الزائد واللازمات الحركية، بالإضافة للتعرق ورعشة اليدين، وارتفاع ضغط الدم، ومشاكل المعدة، وزيادة ضربات القلب، وقلة الشهية، والغثيان، وضيق في الصدر (زهرا، 1992م، ص339).

ويرى الباحث أن تلك الأعراض لدى مرضى السرطان تثير حالة من الضيق الذي يعيشه، إضافة إلى الأمر الواقع المفروض عليه، حيث إن تلك الأعراض تؤثر في بعضها البعض،

فوجود الأعراض النفسية تقود للأعراض الجسمية والعكس صحيح، والتخفيف من تلك الأعراض بالبرامج الإرشادية التي تتوافق مع مرضى السرطان، ووجود أدوار مختلفة للأخصائيين النفسيين قد تخفف عن كاهل هؤلاء المصابين.

مستويات القلق:

قام "بازوفيتير" بتقسيم القلق إلى ثلاثة مستويات وهي على النحو التالي:

• المستوى المنخفض للقلق:

تزداد فيه درجة التأهب والحساسية نحو الأحداث الخارجية، وترتفع القدرة على المقاومة والتحفز على المواجهة ودرجة الاستعداد، وتأهله لمواجهة مصدر الخطر في البيئة، وهذا المستوى من القلق يكون في حالة إنذار لخطر على وشك الحدوث، حيث من هذا المستوى ترتفع درجة القلق إذا حدث تنبيه عام للفرد، وهذا النوع يعتبر من القلق العادي، لأنه تنبيه لخطر على وشك الحدوث (الشاذلي، 2001م، أ، ص110).

• المستوى المتوسط للقلق:

يكون فيه الفرد أقل سيطرة على استجاباته، يفقد الفرد مرونته وتلقائيته، ويزيد ذلك من قوة الابتكار لديه، ويسيطر الجمود بشكل عام على امتحان الفرد في المواقف الحياتية المختلفة.

• المستوى المرتفع للقلق:

يعتبر التنظيم السلوكي في هذا المستوى هو المتضرر بشكل سلبي للفرد، لقيام الفرد بسلوكيات لا تتلاءم مع الأحداث المختلفة، حيث لا يستطيع الشخص التمييز بين المثيرات الضارة وغير الضارة، ويؤدي ذلك لعدم القدرة على التركيز والانتباه، والتهيج السلوكي العشوائي (الشاذلي، 2001م، أ، ص110)، فينهار السلوك التنظيمي للسلوك، ويظهر الفرد بصورة القلق العصابي، والتشتت، وسرعة التهيج (عثمان، 2001م، ص28).

علاج القلق:

1. العلاج النفسي التحليلي:

يعتبر التحليل النفسي أن الإنسان يعيش بين ثلاث قوى متصارعة وهي: "الهو والانا والانا الأعلى"، وترى أن القلق عبارة عن عرض لبعض الاضطرابات النفسية، إلا أن الحالة الغالبة هي القلق، فيصبح المريض مضطرب نفسياً (زهرا، 1998م، ص397).

ويرى(صبره، 2004م، ص106) أن الهدف من العلاج النفسي التحليلي تقوية "الأنا" لأنها الجزيء المسيطر على نزوات "الهو" والمنسق بينهما وبين ضوابط "الأنا الأعلى"، وبذلك تتطور شخصية المريض لتحقيق التوافق باستخدام التوافق الحر للوصول للربغبات المكبوتة التي تسبب الصراع، وتستخدم في هذه الطريقة عملية تحليل الأحلام وتفكيك رموز المكبوتات.

2. العلاج السلوكي:

يستخدم هذا العلاج في حالات الخوف، بحيث يتم تدريب المريض على الاسترخاء عن طريق التمرينات والاسترخاء العضلي والنفسي، أو تحت تأثير عقاقير خاصة بالاسترخاء، ثم يعطى المريض منبهات مقلقة بشكل خفيف، ثم نزيد من هذه المنبهات بشكل تدريجي حتى يستطيع المريض مواجهة المواقف المخيفة التي تسبب القلق، ويكون ذلك أثناء الاسترخاء والهدوء (الخطيب، 2001م، ص378).

ويضيف (جبل، 2000م، ص138) أن العلاج السلوكي يقوم على مسلطة شرطية بوجود خبرة ماضية حدثت آفا للمريض أثارت القلق، ثم أدت لارتباطه به، فالعلاج السلوكي كالتحصين التدريجي أو الغمر وغيرها، تكون بتدريب المريض على استجابات الاسترخاء العضلي في حضور مثيرات القلق بشكل واقعي.

3. العلاج الكيميائي:

ويستخدم في حالات القلق الشديد والمزمن، حيث يتم اعطاء المريض عقاقير مهدئة ومنومة، تعمل على الراحة الجسمية ومن ثم البدء بالعلاج النفسي، وأهم الادوية المستخدمة في حالات التوتر الشديد والقلق مجموعة البنزودياريبين مثل "الفاليوم والليبريم وأتيفان وزاناكس وترانكسين" وهي تعمل على مستقبلات الجابا مما يعطي احساس بالهدوء والراحة والاسترخاء (عكاشة، 2003م، ص149).

4. العلاج البيئي:

ويقصد به تعدي العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل، وتخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر، وذلك عن طريق العلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصدقات والتسلية والعلاج بالموسيقى والعمل (زهران، 2001م، ص488).

ويرى (الداهري، 1999م، ص87) أن للأسرة دوراً مهماً في تعديل سلوكيات المريض، حيث إن ارشاد أفراد الأسرة لتغيير أنماطها السلوكية يساهم بشكل مباشر في تسهيل مهمة العلاج، وذلك من خلال النشاطات الاجتماعية والرحلات والعلاقات والموسيقى.

5. العلاج الذاتي:

وهو أسلوب يقوم به شخص دون تدخل خارجي، عن طريق العلاج الذاتي، فيعطى للشخص الفرصة ليفعل كل شيء بنفسه من خلال الترغيب والترهيب والمكافأة والعقاب وهذا الاتجاه يعود لزمان قديم، فتطور هذا العلاج لتنمية قدرات الشخص بواسطة طريقة "كارل روجرز" والعلاج عن طريق ملاحظة الذات، حيث يمكن للفرد أن يكشف عن خبايا حالته وبالتالي السيطرة عليها (الشربيني، 1998، ص145).

ويرى الباحث أن الهدف الأساسي من العلاج هو الوصول إلى السواء رغم اختلاف النظريات النفسية، فكل نظرية تهتم حسب المدرسة التي تنتمي إليها، لكن في النهاية تسعى لتحقيق الصحة النفسية والبعث عن المرض النفسي، ومريض السرطان من الممكن أن يكون بحاجة إلى أكثر من علاج للوصول إلى وضع أفضل، وذلك عن طريق تعلم جلسات الاسترخاء التي تقوده لنوع من الهدوء، وكذلك بعض العقاقير التي تحسن مزاجه إلى الأفضل، وأيضاً عن طريق العلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والتسليية، تلك الأمور مهمة وقد تؤدي لعلاج القلق أو على الأقل تخفيفه.

ثانياً: قلق الموت:

مقدمة:

إن التهديد المجهول، وتوقع السيئ غير المعلوم يعتبر من مثيرات القلق بشكل عام، لكن الرؤية التي ينظر لها مريض السرطان للموت، تكون وفق نظريته الخاصة من خلال نظريته لمرضه، وطريقة إدراكه لها، فقلق الموت هو أحد الأعراض النفسية التي يتعرض لها المصاب، خاصة عندما تكون طريقة تفسيره وإدراكه لتلك الأمراض بطريقة سلبية بعيدة عن التفاؤل ولو بنسبة بسيطة، تلك النقطة هي عملية الفصل بين وجود هذا العرض النفسي وغيره من الأمراض النفسية، ويقف دور الوازع الديني بشكل كبير في التخفيف عن كاهل هذا المصاب، حيث إن المؤمن يقوده ذلك المرض للطاعة والبعث عن العصيان، للوصول لحسن الخاتمة، وبذلك يقل مستوى قلق الموت عنده، وبشكل عام يقوده إيمانه إلى التحسن في جميع الجوانب النفسية، بالرغم من أنه يعرف أن الموت يهدده وأنه قادم لا محال، وأنه لا مفر منه، ويقول الله عز وجل: (أَيُّنَمَا تَكُونُوا يُدْرِكَكُمُ الْمَوْتُ وَلَوْ كُنْتُمْ فِي بُرُوجٍ مُّشِيدَةٍ) [النساء: 78].

تعريف قلق الموت:

عرف "ديكاستين" قلق الموت بأنه التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة (عبد الخالق، 2005م، ص38).

كما عرفه "تمبلر" بأنه خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الميت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه (معمرية، 2007م، ص212).

ويعرفه "هولتر" بأنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانفعال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت (قواجلية، 2013م، ص26).

أما "غالبا" فعرفه بأنه قلق ميتافيزيقي لا موضوع له، ولا باعث حول شيء وهو قلق على المستقبل نفسه، وهو ناجم من حدث مقبل ليس للإنسان عليه سلطة (عماري، 2013م، ص20).

وعرفت "شوقي" قلق الموت بأنه حالة انفعالية غير سارة تشير إلى القلق من المجهول بعد الموت، وكيفية الإعداد له، والقلق من العجز، وعدم القدرة، والوحدة (شوقي، 2015، ص14).

ويعرف قلق الموت أيضاً بأنه حالة انفعالية غير سارة تتضمن مشاعر سلبية من خلال تأمل شعوري في حقيقة مفروضة على الفرد ولا مجال أنها قادمة لكن متى وأين وكيف؟ (عسليية وحمدونة، 2015م، ص733).

أسباب قلق الموت:

حدد (الحكمي، 2015م، ص36) ثلاث جوانب لقلق الموت، فالجانب الأول هو شعور ذاتي، أما الجانب الثاني فهو خارجي ظاهري، أما الجانب الثالث فهو سيكولوجي، ويرجع قلق الموت للخوف من المجهول وفقدان الأسرة والأصدقاء والجسم والذات، وعدم القدرة على تصور ما الذي يمكن أن يكون عليه عدم الوجود التام أو حين فقدان ذاته.

ويرجع ذلك أيضاً للبناء المعرفي للشخص ومدى فهمه للموت مما يؤثر في قوة الاستجابة للمثير المرتبط بالموت (نصر، 2011م، ص5083).

وقد عرض (عبد الخالق، 1997م، ص213) بعضاً من آراء الفلاسفة والعلماء حول أسباب قلق الموت وهي:

- رأي "ميسكويه" الفيلسوف الإسلامي الذي يرى أن الخوف من الموت نجده عند من يدري حقيقة الموت أو ظنه أن بدنه إذا انحل تبطل تركيبته وتتحل ذاته، ويظن أن ألم الموت أشد من ألم المرض، حيث يعتقد العقاب بعد الموت، ولا يدري إلى أين يذهب بعد الموت.
- رأي "شولتز" الذي يرى أن الفرد يخاف من المعاناة البدنية والألم عند الاحتضار، كذلك الكف عن السعي نحو الأهداف، لأن حياة الفرد تقاس بما حقق من أهداف، بالإضافة للخوف من تأثير الموت على من سيتترك من الأشخاص من خلفه، أيضاً الخوف من العقاب الإلهي.
- رأي "ماسرمان" الذي يرى أن قلق الموت سببه العديد من الظروف كالمرض والحوادث والكوارث الطبيعية وغيرها.
- رأي "بيكر بروبر" حيث أرجع عوامل قلق الموت إلى نوبات كالعُدوى الاجتماعية للحزن والانزعاج الحضري، والخوف من الصدمة وكراهية الجثة وتعفنها.

ويرى الباحث أن السبب في وجود قلق الموت، هو الإدراك الشائع عن مرض السرطان، الذي بدوره يؤدي للوفاة، وذلك حسب ما تم مشاهدته في المجتمع، قبل الإصابة بالمرض، وكذلك بعد مشاهدة من كان بجانبه من مرضى قد توفاهم الله، من هنا يتم تأكيد إدراكه بأن مواعده قد اقترب بالرغم من الإيمان بالقضاء والقدر، فذلك يؤدي إلى زيادة قلق الموت لدى مرضى السرطان.

أعراض قلق الموت:

لا أحد يستطيع أن يفهم بشكل واضح وجلي عن خبرة وتجربة الموت، فقد يكون قلق الموت طبيعياً أو مرضياً، لكن ما يميز ذلك هو ظهور أعراض على الفرد مختلفة من حيث الدرجة، والتي بدورها تحدد هل هذا القلق طبيعي أم مرضي، وفيما يلي أهم الأعراض التي تميز قلق الموت:

- أعراض بدنية: وتتمثل في أعراض التوتر الزائد والأحلام المزعجة، وسرعة النبض أثناء الراحة، وفقدان السيطرة على الذات، والتعرق، والغثيان، وتنميل الأطراف، والدوخة، وسرعة دقات القلب (شيهان، 1998م، ص35).
- أعراض نفسية: وتتمثل في نوبات الهلع، والاكتئاب، والانفعال الزائد، وفقدان التمييز، واختلاط التفكير، والعدوان، والتوقعات السلبية، وسرعة الغضب دون سبب، والانسحاب والعزلة، وانتظار لحظة الموت (شيهان، 1998م، ص35). وتوقع الشر والمصائب وفقدان الثقة

- بالنفس، والهلاوس المرتبطة بالموت والارتباك والتردد في اتخاذ القرار، والشعور بالموت الذي يصل لدرجة الفرع (عبد الخالق، 1998م، ص42).
- أعراض عصبية ونفس عصبية: وتتمثل في اضطرابات النوم واليقظة، واضطراب السلوك، والاختلاج، وترقب أشياء غير موجودة فعلاً.
 - أعراض تنفسية: والتي تتمثل في اضطرابات التنفس وضيق النفس، وتمزق الغشاء الفمي الرقيق، ومشاكل البلع والهضم والقيء.
 - أعراض عامة: كالتعب العام وجفاف الجسم وفقدان الشهية.
 - اضطرابات بولية: وهو الاضطراب الأكثر تواتراً والذي يشكل للمريض مصدر الإزعاج وعدم الارتياح (قواجلية، 2013م، ص34).

النظريات المفسرة لقلق الموت:

نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد صاحب نظرية التحليل النفسي أن قلق الموت هو أساس القلق، خاصة عندما يكون الأنا بحالة عدم القدرة على تقبل الموت، وهذا يستند على ما جاء به فرويد فيما يخص التفريق بين القلق العصابي وقلق الموت، فقد أشار إلى أن قلق الموت له ميكانيزم أساسي يقع بين الأنا والأنا الأعلى (مباركي، 2015م، ص13). ويعتقد أيضاً "ملاين كلاين" أن الموت يخيف الإنسان ويهدد حياته، لذلك يعتبر الموت هو الأصل في كل القلق الذي يتعرض له الإنسان في حياته، حيث إنه أساس الأفكار والتصرفات العدائية، وأن الخوف الذي نعانيه هو من متشعب من الخوف من الموت (عبد الحميد، 1995م، ص165).

نظرية الذات:

يتفق كل من "كارل روجرز" و"ماسلو" على أن الشخص الذي يحقق ذاته يكون لديه خوفاً منخفضاً من الموت (عبد الخالق، م1998، ص12)، ويتفق معهم (Anna Kourakis, 2009, p12) بأن تحقيق الذات العالي يقود للإنجاز ومن ثم تدني مستوى قلق الموت، ويؤكد "روجرز" على أن الخبرات التي يمر بها الفرد ولا تتفق مع تنظيم وبناء ذاته ستهدد كيانه، وكلما ازداد هذا التهديد أدى إلى جمود الذات، مما يدفع الفرد للإصابة بالقلق، حتى وإن كان ينكرها عن طريق ميكانيزمات الدفاع في محاولة لإبقاء نفسه في صورة متماسكة، فتواتر الخبرات المؤلمة في تفكير الفرد تؤدي للاضطراب وظهور قلق الموت (محمود، 2015م، ص362).

وهذه النظرية تفترض أن احتفاظ الشخص بتقدير ذاته بمستوى عال عند مواجهة الموت يؤدي إلى انخفاض مستوى قلق الموت (Anna Kourakis, 2009, p12).

النظرية الوجودية:

صاحب هذه النظرية هو "ارنيست بيكر" حيث يقول أن القلق نفسه ما هو إلا تعبير عن قلق الموت وأن أساس الخوف الذي نعيشه يكون متصل برموز ووضعيات متنوعة ولا نهائية، فيلجأ الشخص لإنكار الموت بطرق مختلفة، حيث إننا نرتعب من محاولة المعرفة عن الموت (Arnest Beaker, 1973, p132).

ويعبر "أرنيسيت بيكر" في مقالاته عن الموت بتكرار عبارة (هناك أشخاص يرحلون ولست أنا).

ويرى "جورج فينك" من خلال هذه النظرية أن وظيفة الثقافة هي المساعدة في إنكار الموت، والحماية من فكرة الموت عبر اللغة والتواصل مع الآخرين، والشخص يبعد فكرة الموت في اللاوعي ثم يمضي في حياته الاجتماعية والثقافية تناسياً وهروباً من المصير المحتوم (Georg Fink, 2010, p102).

وقد أضاف "بيكر"، "هايدجر"، "فرانكل": أن القلق من الموت خاصية إنسانية أساسية من الواضح أنها مسألة حساسة للأفراد المتقدمين في العمر، وقد ركزت هذه الأخيرة على أهمية الموت، بأن الفرد يجب أن يتقبل حتمية الموت ونهايته لوصفه حقيقة مطلقة يتعين عليه في النهاية أن يجد معنى لوجوده الإنساني في حقيقة موته، وافترض "ماي" و"منكوفسكي": أن الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة مواجهة الموت أو عدم الوجود. وقد كتب "مارتن" و"هايدجر" في كتابه "الوجودية والزمن" أن الموت تهديد بعدم الوجود ومن ناحية أخرى فإن التحقق من عدم الوجود في المستقبل يعد شرطاً مسبقاً لفهمها الكامل لحياتنا، كما يعتبر شرطاً مسبقاً لتحرير أنفسنا من القلق ثم يعد الموت أساس حرية الفرد (عبد الخالق، 1998م، ص11).

النظرية المعرفية السلوكية:

إن المشكلات العصابية تعكس أخطاء نسبية في الحكم، فالنظرية المعرفية تعتبر أن قلق الموت عبارة عن سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه (عماري، 2013م، ص24)، ففي العادة تلك الأفكار تكون خارجة عن إطار المنطق، وللتخلص من ذلك يجب تغيير البنية الفكرية للفرد عن طريق تزويد الفرد بمفاهيم معرفية جديدة بدلا من الأفكار المشوهة الموجودة (fontaine Et Al, 1984: p108).

واعتبر "أليس" أن الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد مثل الاكتئاب والقلق لها صلة قوية بالأفكار غير العقلانية، حيث إن السلوك بالاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة والتي يتعرض لها، تكسبه أفكار غير منطقية، لأنه يتعلم بشكل خاطئ وغير منطقي، ثم

يسرد طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت (Spilger, 1983: p14).

ويرى الباحث أن كل من النظريات السابقة اختلفت في تفسير قلق الموت، فقد تكلم كل منها حسب وجهة نظره، فالنظرية التحليلية ترى أن أساس القلق هو الخوف من الموت، أما أصحاب نظرية الذات فقد فسروا عدم قدرة الإنسان في تحقيق ذاته وانجازاته هو الذي يقود لارتفاع قلق الموت، أما النظرية الوجودية فاتفقت مع النظرية التحليلية، بأن أساس القلق هو قلق الموت، وأن محاولة الفرد المعرفة عن الموت يسبب ذلك القلق، أما أصحاب الاتجاه السلوكي ينظرون لقلق الموت أنه عبارة عن سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، وهو الذي يسبب قلق الموت.

قلق الموت في الإسلام:

لقد جعل الله للإنسان هدفاً في الحياة وسبباً للوجود، وهو العبادة والطاعة، فقال سبحانه وتعالى (وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ) [الذاريات: 65]. ويمر الإنسان منذ أن يخلقه الله إلى أن يتوفاه في مراحل متعددة، قد أوردها القرآن الكريم في قوله تعالى: (أَلَيْهَا النَّاسُ إِن كُنْتُمْ فِي رَيْبٍ مِّنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِّن تَرَابٍ ثُمَّ مِّن نُّطْفَةٍ ثُمَّ مِّن عَلَقَةٍ ثُمَّ مِّن مَّضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقِرُّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلاً ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ وَمِنْكُمْ مَّن يُتَوَفَّىٰ وَمِنْكُمْ مَّن يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِن بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا وَتَرَى الْأَرْضَ هَامِدَةً فَإِذَا أَنزَلْنَا عَلَيْهَا الْمَاءَ اهْتَزَّتْ وَرَبَّتْ وَأَنْبَتَتْ مِن كُلِّ زَوْجٍ بَهِيجٍ) [الحج: 5].

ويعتبر الموت حقيقة لا مفر منها على جميع الخلق دون استثناء، فقال الله تعالى (قُلْ إِنَّ الْمَوْتَ الَّذِي تَفِرُّونَ مِنْهُ فَإِنَّهُ مُلَاقِيكُمْ ثُمَّ تُرَدُّونَ إِلَىٰ عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ) [الجمعة: 8]. تلك الآيات تسرد تنظيم حياة البشر والخلق، وتوضح المراحل التي يمر فيها الإنسان في عمره، ثم ينتقل إلى الموت رغم محاولة الفرار منه، وبعد الموت فإن هناك الدار الآخرة لأجل العبادة، والعبادة سبيل من سبل الفوز في الدنيا والآخرة.

ويقول الله سبحانه وتعالى: (أَيْنَمَا تَكُونُوا يُدْرِكُكُمُ الْمَوْتُ وَلَوْ كُنْتُمْ فِي بُرُوجٍ مُّشِيدَةٍ) [النساء: 78]. أي مهما تحصن الإنسان وهرب من الموت فإنه آتية ولن يفلت منه، وقال الله تعالى: (وَجَاءَتْ سَكْرَةُ الْمَوْتِ بِالْحَقِّ ذَٰلِكَ مَا كُنْتَ مِنْهُ تَحِيدُ) [ق: 19]. أي ذلك الذي كنت تحاول أن تهرب منه في حياتك، سوف يصلك في أي لحظة وهذا تحذير للإنسان من التهاون

وراء شهوات الدنيا، وأن الإنسان يجب أن يبادر بفعل الخيرات لأن الموت سيدركه في وقت غير معلوم.

وقد أوصانا رسول الله - ﷺ - بالإكثار من ذكر الموت، وذلك ليكون فيه عظة، واستعداد له، فعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله - ﷺ - **أَكْثَرُوا ذِكْرَ هَادِمِ اللَّذَاتِ** - يعني: الموت (رواه الترمذي رقم الحديث (2307)).

وقال الشيخ عطية سالم رحمه الله: " المراد بذلك أن تكثر من ذكر الموت لتستعد له، لا لتكدر صفوك في الدنيا وتقول: أنا سأموت، لماذا أعمل؟ ثم يضيق صدرك، لا، المراد أكثروا من تذكره في نفوسكم، من أجل أن تستعدوا له" (شرح بلوغ المراد، 1414هـ، 2/4).

فتذكر الموت يجب أن يكون سبب للقيام بالطاعات والأعمال الصالحة، وحافزاً على اللجوء إلى التوبة، أن يكون الموت ليس سبب في الخوف والقلق، والعزوف عن الطاعات والعبادة، ولا يمنحك من العمل في الدنيا، فالمسلم يعمل في دنياه كأنه يعيش أبداً، ويعمل لآخرته كأنه يموت غداً.

ويستخلص الباحث مما سبق أن قلق الموت الذي يصيب الإنسان يولد من حتمية الموت وجهله بموعد ومكان موته، وكذلك الطريقة التي يفارق فيها حياته، فالإنسان يستغل هذا القلق بالعودة إلى الله سبحانه وتعالى بالعبادة والطاعة رجاء المغفرة، لأن الموت حق على الإنسان ولا هروب منه.

ثالثاً: الاكتئاب:

مقدمة:

إن انتشار الاكتئاب بالشكل الكبير والملحوظ يجعل هناك سبباً منطقياً لتسليط الضوء على ذلك الاضطراب، حيث يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات الأكثر شيوعاً بعد القلق، حيث إن الأزمات المستمرة التي يعيشها الشعب الفلسطيني، وبشكل خاص الشعب الغزي الذي يعاني من آثار الحروب والضغوط والمشاكل المعيشية المختلفة، والظلم والقهر الذي يلმسه كل يوم، تجعل له أهمية من حيث الدراسة، وبما أن الضغوط النفسية التي يتعرض لها الإنسان تزيد من فرصة الإصابة بالاضطرابات النفسية والتي من أهمها الاكتئاب الذي يعتبر من أقدم الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الإنسان، حيث ترى منظمة الصحة العالمية أن حوالي (7-10%) من سكان العالم يعانون من الاكتئاب، وأن (800) ألف شخص يقدمون على الانتحار في العالم سنوياً (منظمة الصحة العالمية، 2009م)، وقد ثبت أن (80%) من مرضى الاكتئاب لا يذهبون لأطباء، ولا يطلبون المساعدة النفسية (الشرييني، 2001م، ص 89).

مفهوم الاكتئاب:

يعاني الأفراد من ظاهرة الاكتئاب باعتبارها ظاهرة نفسية شائعة، حيث يشعر الأفراد بالإحباط، وبالفشل، ويختلف الاكتئاب بين الأشخاص من حيث البساطة والشدة، أي في الدرجة، فمعظم الأشخاص قد يصيبهم اكتئاب خفيف بسبب الأحداث التي يمرون بها من خلال الحياة، دون عرض أنفسهم على أطباء نفسيين أو الذهاب لطلب المساعدة.

ولكي يتم فهم معنى الاكتئاب بشكل واسع يجب تسليط الضوء على تعريفات الاكتئاب من الناحية اللغوية والاصطلاحية.

تعريف الاكتئاب لغوياً:

الاكتئاب في اللغة العربية مأخوذ من مادة "كئب"، وكأبة: وتعني تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئب كئيب، وأكأب فلاناً أي أحزنه، واكتأب وجه الأرض أي تغير إلى السواد، والكأبة: الحزن الشديد، والاكتئاب مرادف للانقباض، وانقبض تعني تجمع وانطوى، وانقبض الرجل على نفسه ضاق بالحياة فاعتزل، وانقبض على القوم هجرهم (المنجد، 1986م، ص 668).

تعريف الاكتئاب اصطلاحاً:

يعرفه زهران (1997م، ص514) بأنه: حالة من الحزن الشديد المستمر، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبير عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعرف المصدر الحقيقي لحزنه.

ويعرفه (صادق، 2005م، ص95) بأنه: الشعور بالحزن أو الضيق أو الاضطراب الذي يمنعنا من ممارسة أنشطة الحياة المعتادة كالعمل والطعام والنوم وزيارة الأصدقاء.

وفي تعريف "صادق" أنه مرضاً عصابياً وليس مرضاً عقلياً، لأن اتصال المريض بالواقع سليم، وسلوكه سليم، والمريض مستبصر بحالته، وهو يحدث نتيجة ضغوط أو أزمات حادة يتعرض لها المريض ويتفاعل معها، حيث إن أي تغيير في البيئة وتحسن في الظروف المحيطة، يشكل انفراجة لتلك للمشكلة، والزمن كفيل بالشفاء منه.

وقال (التميمي، 2013م، ص98) في تعريف الاكتئاب: بأنه مفهوم لحالة انفعالية يعاني الفرد فيها من الحزن والتشاؤم وتأخر الاستجابة، ودرجة من البكاء الحاد، وأحياناً تصل إلى درجة الانتحار.

أما (الأنصاري، 2007م، ص193) فيعرفه بأنه: اضطراب نفسي يصاحبه مجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي توضح الحالة النفسية والمزاجية للفرد، والتي تتمثل في الحزن الشديد، والإحباط، وفقدان الهمة، وعدم الاستمتاع بأي شيء، والشعور بالتعب، والإرهاق عند القيام بأي عمل، وضعف القدرة على التركيز، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالذنب، والإحساس بالتفاهة، وعدم القيمة، وعدم القدرة على النوم، وانعدام الثقة بالنفس.

ويرى (هندية، 2003م، ص8) أن الاكتئاب حالة انفعالية وقتية أو دائمة يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم، وتُصاحب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية.

مفهوم الاكتئاب من منظور نظريات علم النفس:

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

وضع كل من "فرويد وأبراهام" تفسيراً للاكتئاب على أنه نكوص إلى المرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للفرد، ثم رأى أن المكتئب ينتابه شعوراً متناقضاً من ناحية الحب، حيث يقصد به حب الأم وهو الحب الأول، الذي يكون في المراحل الأولى من مراحل النمو، والذي ينتج عنها الاحباط ونقص في الإشباع، في تلك المرحلة ينتج عن الطفل الشعور بالحب

والكراهية والالتحام والنبذ، وعندما يصاب بفقدان شخص عزيز أو فشل وخيبة أمل، تتأثر مرحلة النضوج بأن يتم النكوص للوراء للمراحل الأولى في الحياة، ويكون ذلك بعمليات دفاعية لاشعورية تتمثل في الإسقاط والإدماج والنكوص (عكاشة، 2003م، ص426). ويرى التحليليون أن الاكتئاب تشبيهاً عند المرحلة الفمية، التي تظهر فيها أعراض هذا المرض بالامتناع أو الشراهة للأكل، ويجدون أن كثيراً من المرضى يحدث لديهم نكوص للوراء، ويتجه في هذه المرحلة المريض إلى أوجه النشاط التي كان يتميز بها سابقاً، والتي تتمثل في بعض المظاهر كمص الأصابع حيث يمثل الاكتئاب اضطهاداً من الأنا الأعلى وعلى ذلك نجد الأنا الأعلى تعامل الأنا بالطريقة التي كان يرغبها المريض بشك لا شعورياً، حيث يقوم بذلك لإشباع حاجاته المفقودة، ومن هنا يظهر اتهام الذات والتي بدورها تقود الشخص ليكون مكتئباً (جلال، 1985م، ص232).

ويرى "رادو" وهو واحد من علماء النفس التحليليين أن الاكتئاب ما هو إلا "صرخة بحث عن الحب"، ويرى "فينجل" أن الإنسان بطبيعته مدمن للحب، والنظرة الأشمل للاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق هذا الحب وكذلك الحاجات أو الطموحات، ويحدث الاكتئاب نتيجة الفشل في ارضاء حاجة من الحاجات، والصراع الذي يحدث في الذات والمرتبط بفشل القدرة على الحصول على حاجة من هذه الحاجات (عبد الستار، 1998م، ص98).

ثانياً: النظرية السلوكية:

قام السلوكيون بتحديد أكثر من اتجاه في تفسير الاكتئاب وتحديد أسبابه فمنهم من يرون أنه نقص في المهارات الاجتماعية، وعدم القدرة على توكيد الذات الذي يتمثل في عدم القدرة على رفض طلب شخص ما بطريقة ذوقية، تلك الأمور تقود الفرد لطريق الاكتئاب، وحسب وجهة نظرهم هذه فإن الأشخاص المكتئبين قد يكونوا أشخاصاً غير قادرين على التأقلم بشكل اجتماعي، حيث يلاحظ أن هؤلاء الأفراد يحتاجون لإقامة علاقات جيدة، كي تمنحهم مراكز جيدة وترقيات مرموقة في وظائفهم، وإن نقص هذه الأشياء تجعل من حياة هؤلاء الأشخاص ملامح اكتئابيه قد تكون واضحة (النجمة، 2008م، ص25).

وقد فسرت هذه النظرية الاكتئاب على أساس نموذجين:

النموذج الأول: يذهب إلى أن الاكتئاب يحصل نتيجة الإثابة بشكل منخفض أو عن طريق العقاب بأساليب مرتفعة أو الاتنين معاً.

النموذج الثاني: فيفسر الاكتئاب على أنه أنماط سلوكية متعلمة، وتظل هذه الأنماط قائمة لأنها تؤدي إلى إثابة للفرد مثل التعاطف والدعم من الآخرين.

والإثابة المنخفضة أو العقاب المرتفع يلعب دوراً مهماً في المساهمة في الاكتئاب (دافيدوف، 2000م، ص37).

والنظرة الأساسية عند رواد النظرية التحليلية هو أن الاكتئاب يكون ناتج عن حسيلة تجمع بعض العوامل التي تتضمن قلة نشاطات الشخص، مع المحيط الذي يساهم في استخلاص نتائج إيجابية له، أو ظهور ارتفاع في معدل الخبرات السيئة والتي تشبه العقاب للفرد (عباس، عبد الخالق ، 2005م، ص207).

ثالثاً: النظرية المعرفية:

يرى رائد النظرية المعرفية "أرون بيك" أن الاكتئاب هو عبارة عن اضطراب ينشأ عن عملية الإدراك والتفكير الخاطيء، ويرى أن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب هم الذين يصنعون الاكتئاب بأنفسهم، حيث إن التفكير السلبي أو ما يسمى بـ(اللاعقلانية)، هو الذي يسهم في سحب الأشخاص لمستتقع الاكتئاب، تلك الأشخاص يلجئون بشكل اعتيادي لتبرير مواقفهم التي يواجهون فيها الفشل ويرجعونها لأسباب تتعلق بشخصهم، حيث لا يرجعون فشلهم لعوامل أخرى مثل البيئة المحيطة والمجتمع (عبد اللطيف، 1997م، ص45).

وقسم بيك المفاهيم النظرية المتعددة للاكتئاب إلى ما يسمى بالثالوث المعرفي، حيث ينظر الشخص المكتئب إلى عالمه وذاته ومستقبله بشكل سلبي، وزيادة السيطرة لهذا الثالوث المعرفي على المريض بشكل أكبر يجعل الشخص يشعر بأنه منبوذ، ثم يأتيه إحساس بالحزن، وعندما تستمر هذه المشاعر في الزيادة، حتى تصل إلى مرحلة الشعور بالعجز، وعدم الاحساس بالقيمة، مما يؤدي لزيادة الرغبة للهروب من هذا المصير (موسى، 1999م، ص286).

ويستخلص من نظرية "بيك" أن الاكتئاب هو "اضطراب في استراتيجية التفكير، وتكوين نظم فكرية سلبية ناحية الذات والعالم والمستقبل" (عكاشة، 2003م، ص426).

رابعاً: النظرية الوجودية:

ينظر "فرانكل" صاحب تيار العلاج بالمعنى إلى أن ما يسميه الفراغ الوجودي يعتبر شيء أساسي في الاكتئاب، حيث إنه من أكثر الظواهر في القرن العشرين، ويرجع ذلك إلى فقدان ذي شقين وهما: أولاً: أن الإنسان يفقد بعض الغرائز الحيوانية الأساسية مما يكمن فيه سلوك الحيوان، ومما يستشعر الحيوان بواسطته الأمن والطمأنينة، ثانياً: فقدان المعنى وهذا يقود الإنسان للتناقض، وبشكل خاص عند الاعتماد على التقاليد التي تدعم سلوكه، لذلك لا توجد هناك غريزة ترشده إلى ما يجب أن يفعله (مكاوي، 1997م، ص46).

أيضاً يرى أصحاب هذه النظرية أن المكتئب يعاني من فكرته عن نفسه، وذلك أثناء محاولته لإثباتها بنفسه، وعندما يفشل يلجأ للهروب من مواجهة نفسه ومشكلاته، فيؤدي ذلك لسقوطه وانهياره من ناحية جسمية وصحية، ويقلل من قيمة نفسه وأفكاره، ثم يأتيه احساس بالنقص والضعف، كل ذلك يؤدي إلى التعبير عن سلوكه بأعراض الاكتئاب (جلال، 1985م، ص235).

وبذلك يفقد الفرد مصدر الأمن والطمأنينة وتقدير الذات وتحقيق المعنى في حياته القلق الوجودي والاكتئاب (عسكر، 1988م، ص200).

خامساً: النظرية الطبية النفسية:

يلجأ أطباء الصحة النفسية لدراسة الأعراض الوظيفية المتعلقة بالاكتئاب والناجمة عن الاكتئاب والاختلال الوظيفي الناتج عنه، فمشاكل النظام العصبي والهرموني، هي التي يسعى الطب النفسي لعلاج الأعراض الناتجة عن تلك الأمراض دون النظر والبحث لحقيقة الأسباب الرئيسية التي أدت لتلك الأعراض، لذلك يسعى الطب النفسي لإيجاد الحلول عن طريق العلاجات الكيميائية والعلاج بالصدمات الكهربائية أو بالجراحات (الحسين، 2002م، ص317).

ويرى (Oster and Montgomery, 1995: p54) أنه عند وجود خلل في الإفرازات في بعض الهرمونات تعمل خلل في الخلايا العصبية التي تحتوي على المثبرات الكيميائية، مما يؤدي لخلل في هرمونات الغدد الجسمية، مثل الغدة الدرقية والفوق كلوية، هذا يقود لخلل في المخ والجهاز العصبي.

سادساً: النظرية الانسانية:

ترى المدرسة الإنسانية أن الاكتئاب جوهر وجود الإنسان، وهو خاصية وجودية كامنة ومتأصلة في وجوده، وهو في علاقة دائمة مع الآخر، هذه العلاقة تتسم بالتواصل من خلال الحب والعمل، ومن الممكن أن تذهب هذه العلاقة وتختفي بدرجات متباينة، فتكون زملة الأعراض المصاحبة لاضطراب التفاعل بين الأنا والآخر، أو بين الذات والواقع العياني، والتي من أهمها الشعور بالاكتئاب (عيد، 1997م، ص201).

ويرى الباحث من خلال العرض السابق للنظريات النفسية أن كل منهم له نظريته الخاصة في التفسير، فكل نظرية اهتمت بجانب معين من جوانب حياة الانسان، لذلك لا يمكن الاعتماد على التفسير لحقيقة المرض من نظرية واحدة، حيث إن اختلاف الاسباب في تفسير الاضطراب بشكل ظاهري أو باطني تجتمع في تقديم صورة متكاملة عن تلك الأسباب، لأنه من الصعب فصل جوانب الحياة عن بعضها البعض، حيث كل منها له تأثيره الخاص سواء من

الناحية البيولوجية أو الوراثة أو الاجتماعية أو النفسية، فلا يمكن أن الإثراء في جزء على حساب الآخر، فالكل مشترك بطريقته المقنعة التي في النهاية تأمل في التشخيص الصحيح للوصول للعلاج المطلوب والخروج من ذلك المرض.

الاكتئاب من منظور إسلامي:

إن التربية الإسلامية الأساسية هي اللبنة الأولى التي تزود الفرد بالطاقة الإيجابية التي تجعله أكثر توافقاً وتكيفاً في الحياة، فحينها يشعر الفرد بالرضا والطمأنينة، حيث يسعى الإسلام لبث روح التمتع بالصحة النفسية سواء على المستوى الفردي أو الجماعي ويسعى للارتقاء بمجتمع راقى خالي من المشاكل النفسية، وقد اهتم العلماء في محاولة وضع تفسيرات للاكتئاب النفسي. فمنهم من ربطه بالخلل في عمل القلب، مثل (ابن القيم، 2001م، ص139) حيث قال أن القلب خُلق لمعرفة فطرته ومحبته وتوحيده، والسرور به والابتهاج بحبه والرضا عنه والتوكل عليه، والحب فيه والبغض فيه والموالاتة فيه والمعاداة فيه ودوام ذكره، وأن يكون أحب إليه من كل سواه، وأرجى عنده من كل ما سواه، وأجل في قلبه من كل ما سواه، ولا نعيم له ولا سرور ولا لذة، بل ولا حياة إلا بذلك، هذا له بمنزلة الغذاء والصحة والحياة، فإذا فقد غذاءه وصحته فالهجوم والأحزان مسارعة من كل صوب إليه، ورهن مقيم عليه.

وقال (الخواجه، 2006م، 82) أن النظرة الإسلامية للاكتئاب ترجع إلى الانغماس المفرط في الأمور المادية والبعد عن المعاني الروحانية التي تتمثل في العبادة وصلة الرحم وكفالة اليتيم والصدقة، وغيرها من الأمور التي تحقق الإنسانية للفرد وتحقق التوازن النفسي القادر على مواجهة مصاعب الحياة.

وُقُسر أيضاً بالصراع الناتج عن مخالفة الفطرة، حيث وصف (الناقلي، 2005م، ص54) الاكتئاب أنه مرض العصر، وسببه الانحراف عن الفطرة السليمة، ذلك يقود للشعور بالذنب والشعور بالنقص، ومن ثم الاكتئاب.

واتفق كل من (توفيق، 2002م، ص399) و (عبد العزيز، 1997م، ص180) أن السبب في الاكتئاب هو اقتراف الذنوب والمعاصي، مما يؤدي إلى الشعور بالذنب، حيث لم تختلف الثقافات بشكل عام أن الأمراض النفسية تنشأ بسبب الخطيئة والشعور بالإثم.

لذلك عندما يتم ربط المنهج الإسلامي للفرد بهدف سام وغاية في حياته وهي عبادة الله سبحانه وتعالى وحده، وفي إطار هذه الغاية استخلف الله الأنسان في الارض للقيام على عمرانها، وهذا ما تؤكد الآيات القرآنية في قوله سبحانه وتعالى: (وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا

لِيَعْبُدُونِ) [الذاريات: 65]. وقال سبحانه وتعالى (قُلْ إِنَّ صَلَاتِي وَنُسُكِي وَمَحْيَايَ وَمَمَاتِي لِلَّهِ رَبِّ
الْعَالَمِينَ) [الأنعام: 163].

تلك المعاني القرآنية تساعد مريض الاكتئاب على تحقيق التوازن والتوافق والصحة
النفسية، حيث إن المسلم يعرف غايته وهدف وجوده في هذه الحياة مما لا يشعره بالقلق
والاكتئاب أو أي مرض نفسي إذا كان متيقن أنه يعيش لعبادة الله سبحانه وتعالى.

وإن إيمان المسلم بالقضاء والقدر يجعله قليل الحزن، حيث إن إصابته في ماله أو فقدانه
لعزيز له، تجعله لا يستسلم ولا ييأس من روح الله حيث قال الله تعالى: (قَالَ إِنَّمَا أَشْكُو بَثِّي
وَحُزْنِي إِلَى اللَّهِ وَأَعْلَمُ مِنَ اللَّهِ مَا لَا تَعْلَمُونَ) [يوسف: 86].

فالمسلم يستمد شعوره بالأمن والطمأنينة من خلال الالتزام بأوامر الله والابتعاد عن نواهيه
وأداء العبادات، وبذلك تتحقق الصحة النفسية عند الفرد المسلم.

أسباب الاكتئاب:

أولاً: الأسباب البيولوجية:

أن حدوث خلل في المثيرات العصبية والجهاز العصبي الذي يقوم بنقل الإشارة العصبية
من خلية عصبية إلى أخرى هو المسئول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي (الميلادي، 2004م،
ص65)، أيضاً وجد ان العامل الجيني له أهمية في عملية نقل الاكتئاب، حيث لوحظ أن
الاكتئاب ينتشر في بعض العائلات بشكل خاص، وذلك يرجع للعوامل الوراثية، حيث وجد أنه
يرتبط أكثر في الجين الأنثوي، وذلك لشيوع الاكتئاب أكثر عند النساء (عبد الستار، 1998م،
ص23).

ويرى الشاذلي (2001م، ب، ص135) أن النقص في معدلات المواد الكيميائية في
المخ والتي تتمثل في السيروتونين تؤثر على المزاج، ثم التصرفات والسلوك.

كما أن الأدوية والعقاقير التي تعالج الاكتئاب تلعب دور مهم في التأثير علي
الاستجابات العصبية لهذه المركبات، وقد وجد أن هناك مشكلة في الإفرازات لبعض الهرمونات
عند الأفراد المصابين بمرض الاكتئاب، وقد ثبت أن هذه الاختلالات تعمل على اضطراب
الخلايا العصبية التي تحتوي علي المثيرات الكيميائية، أيضاً اختلال بعض الهرمونات لغدد
الجسم كالغدة الدرقية والغدة فوق كلوية تؤدي لمشاكل مزاجية. حيث يعتبر نقص افراز
الهورمونات المنشطة للغدة الدرقية، والخلل في افراز المواد الكيميائية في نهاية الأعصاب هو من

أحد أسباب اكتئاب المزاج، ووجد أن نقص مادة النورأدرينالين في مناطق استقبال المخ تؤدي إلى اختلالات في السلوكيات الوجدانية والعاطفية (العوران، 1995م، ص103).

ثانياً: الأسباب الوراثية:

لعل أول ما يلفت الانتباه بالنسبة للأسباب الوراثية هو انتقال الاكتئاب عبر الأجيال، وهذا ما نلاحظه عند دراسة الأسر التي تتميز بوجود حالات متعددة لمرض الاكتئاب، ومن خلال الدراسات النفسية فقد اتضح أن زيادة نسبة الاكتئاب في الأقارب، وبشكل خاص في أقارب الدرجة الأولى، وذلك يشير إلى أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مهماً في انتقال مرض الاكتئاب، ويلاحظ أيضاً وجود ارتباط بين الاكتئاب وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى، وحسب الإحصائيات الطبيعية، فإن حوالي ثلثي المصابين بمرض الاكتئاب لديهم أفراد عائلة، أو أقرباء يعانون من مرض الاكتئاب (الزغبى، 2005م، ص59).

وقد وجد أن (50%) من حالات الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يكون فيها أحد الوالدين مصاباً بنفس المرض، فإذا كان أحد الأبوين مصاب بهذا المرض، فمن المحتمل أن يكون الابن معرض للإصابة بنسبة تصل ما بين (25-30%)، أما إذا كان الأبوين مصابين بالمرض فإن نسبة تعرض الابن للإصابة تصل إلى حوالي (40%) (الميلادي، 2004: 65).

ثالثاً: ضغوط الحياة والعوامل النفسية:

تقول الدراسات والمشاهدات الإكلينيكية أن الأحداث الضاغطة التي تسبق حدوث النوبة الأولى للاضطراب الوجداني تكون أكثر من النوبات التالية بالنسبة للحجم، وربما كان الاحتمال في كون الضغوط صاحبت النوبة الأولى قد أحدثت تغيرات مستمدة من الناحية البيولوجية للمخ، وقد تشمل هذه التغيرات فقدان بعض الخلايا العصبية وتغير في المثيرات الكيميائية، لذا يصبح المريض أكثر عرضة لنوبات أخرى من الاكتئاب (عكاشة، 2008م، ص413). والطفولة المبكرة تتأثر بشكل كبير إذا حدث فيها خيرات صادمة حيث يعتبر ذلك من العوامل النفسية المهمة التي قد تمهد لحدوث وظهور الاضطراب النفسي فيما بعد، وكذلك الإحباط الذي يعاني منه أي إنسان نتيجة لإدراكه وجود عائق يحول بينه وبين تحقيقه لرغباته، وتكون السيطرة على نفسيته عن طريق الشعور بفقدان الأمل والخيبة، وفي النهاية غالباً ما تؤدي لحوث حالة مرضية (الشربيني، 2001م، ص44). بالإضافة إلى ذلك فإن ضغوط الحياة وبشكل خاص عند الطفل عندما يفقد أحد والديه، أو يحدث فقدان في أحد أفراد الأسرة وارتباك في التخطيط الأسري المعهود في أساليب التربية الصحيحة، وتشد الأم في المعاملة والتربية، والعزلة الأسرية،

والوضع الاقتصادي، كل ذلك له دور مهم في ظهور علامات المرض (شيفر ملمان، 1999م، ص124).

ويرى الباحث أن تعدد الأسباب للمرض ليست أهم من الوصول إلى نتيجة الشفاء من المرض، فالمحصلة التي يصل إليها الفرد هي الاكتئاب وعدم القدرة على التوافق والتأقلم مع محيطه ومجتمعه، فالمريض المصاب بالسرطان يتم اعطائه بعض المسكنات التي من شأنها أن تخفف عنه الألم الجسدي، تلك المواد تقوده لحالة من الإدمان بعدما تعود عليها ثم يتم الانقطاع عنها بشكل فجائي أو تدريجي، ذلك يقوده للدخول بأعراض انسحابيه من شأنها أن تبقى في الضيق النفسي الذي يفقده القدرة على التوفيق بين الداخل والخارج حسب تأثيرات الحياة ومتطلباتها، ذلك يحدث نوع من عدم التوازن مما يؤدي للفشل والوصول لحالة الاضطراب.

أعراض الاكتئاب:

أولاً: الأعراض الجسمية:

يتفق كل من (زهرا، 1977م، ص561) و(عكاشة، 1998م، ص364) في بعض الأعراض الجسمية والتي تتمثل في: الأرق، الإمساك، ضعف القدرة الجنسية أو عدم الاستمتاع الجنسي، واضطرابات الطمث عند للنساء، وانقباض الصدر والشعور بالضيق، وفقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن، وسيطرة الصداع والتعب عند القيام بأبسط مجهود، وظهور الألم وخاصة آلام الظهر والمفاصل، وغزو التوهم المرضي والانشغال عن الصحة الجسمية، ثم ضعف النشاط والتأخر النفسي والحركي والبطء الحركي. وينفرد "عكاشة" في بعض الأعراض الأخرى التي تتمثل في الروماتيزم العضلي والمفصلي، وآلام القدمين، واضطراب الجهاز الهضمي وزيادة حموضة المعدة، وزيادة افراز العرق، ثم اضطرابات التبول، وظهور اللزمات الحركية بشكل زائد.

ثانياً الأعراض الانفعالية والمعرفية:

ترى (الحسين، 2002م، ص326) و(عبد الله، 1997م، ص286) أن الأعراض الانفعالية للاكتئاب تتمثل في: الانخفاض العام في المزاج الشعور بالوحدة الانسحاب الاجتماعي، الشعور بالفشل، التردد وعدم الحسم، التشاؤم واجترار الأفكار السوداء، انخفاض الدافعية عن المعتاد، نوبات البكاء المتكررة، الشعور باليأس والحزن والغم، الشعور بالنقص وفقدان الاهتمام بالعالم الخارجي؛ ثم فقدان القدرة على الحب والميل نحو تأنيب الذات ولومها، ومشاعر الخوف وفقدان الأمل، وأحكام تلقائية سلبية تجاه الذات والآخرين.

ويضيف "عكاشة" بعض الأعراض والتي تتمثل في: نقص القدرة على التفكير، صعوبة الإدراك، تضخيم الأمور وتهويلها، والسرحان والشروود والتردد، وكذلك الأفكار الانتحارية والسوداوية الواضحة (عكاشة، 1998م، ص366).

ثالثاً: الأعراض السلوكية:

المظهر والسلوك الخارجي للفرد غالباً ما يكون مؤشراً على وجود الاكتئاب من عدمه، فمن الممكن أن تكون ملابس الفرد قذرة وسيئة، وانتساخ الشعر وعدم نظافته الشخصية مؤشراً على ذلك، وكذلك الكسل الذى يعبر عنه في صورة بطء في حركة الجسم وعدم ممارسة الأنشطة وكذلك قلة الكلام وبطئه، واستجابة الفرد بجمل بسيطة، وهذا البطء في حركة الجسم والتعبير والاستجابات تسمى بالتأخر النفس حركي Psychomotor Retardation، هذا بالإضافة إلى الانسحاب الاجتماعي، ونقص الإنتاجية، وبصفة عامة فيكون هناك انخفاض في مستوى الطاقة (زهرا، 1997م، ص517).

وقد أضافت "الحسين" أعراض سلوكية أخرى تتمثل في فقدان الطاقة، الشعور بالإجهاد، التناقل في الأداء، وقلة التفاعل والتواصل مع الآخرين، والتلمل والضجر وعدم الاستقرار، وقلة الإنتاج، وانخفاض مستوى الصوت، وقلة خروج الكلمات، وظهور علامات اليأس على الوجه، وظهور بعض العادات مثل قضم الأظافر، والتدخين القهري، ثم بعض الأفعال المدمرة للذات ومحاولة الانتحار (الحسين، 2002م، ص327).

ويصف "زكار" بأن الشخص المكتئب يعاني من: الشعور بالملل والزهق، وعدم الاستمتاع بالحياة، وتتمثل في صورة خلل في النوم إما بصعوبته أو كثرتة، وكذلك خلل في الأكل فإما بالشراهة أو فقدان الشهية، ثم ضعف التركيز وسرعة التعب، والنظرة التشاؤمية، والتفكير في إيذاء نفسه أو الآخرين، والتفكير في الانتحار، والشعور بالذنب، والعصبية المستمرة (زكار، 2013م، ص671).

ويرى الباحث من خلال ما سبق أن هناك شبه اتفاق في الأعراض النفسية، خاصة في الأعراض المتمثلة في الحزن، احتقار الذات، التشاؤم الشعور باليأس، الأفكار الانتحارية، البكاء، الأرق، القلق، الشعور بالوحدة، الشعور بالذنب، فقدان الشهية، نقص الوزن أو زيادته، فقدان الرغبة الجنسية، وفقدان الاهتمام والعزلة الاجتماعية، تلك الأعراض تتضمن جميع الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية يعاني منها مرضى السرطان بشكل عام، فمعرفة هذه الأعراض قد تشير لوجود الاكتئاب لدى المرضى المصابين بمرض السرطان.

تصنيف الاكتئاب:

وحسب تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكي "الطبعة الخامسة"، أن الاكتئاب يصنف كالتالي:

1. اضطراب المزاج المتقلب المشوش:

ويوصف هذا الاضطراب بوجود انفجارات متكررة من الغضب اللفظي والسلوكي، وتحدث ثلاث مرات أو أكثر اسبوعياً، حيث يكون المزاج بين نوبات الغضب منفصلاً باستمرار لأغلب اليوم كل يوم تقريباً ويكون ملاحظ من قبل الآخرين، حيث إن هذه الانفجارات الغضبية، وتكرارها أكثر من ثلاث مرات اسبوعياً يجب أن تتواجد لأكثر من (12) شهر لم يخلُ لمدة ثلاث أشهر متتالية.

2. الاضطراب الاكتابي الجسيم:

ويتسم بنوبة من الاكتئاب تستمر لمدة أسبوعين على الأقل، يعاني فيها الفرد من أعراض الاضطراب وذلك بشكل متلازم، وخلال هذه الفترة يجب توجّد واحد من اثنين من الأعراض على الأقل وهي إما مزاج منخفض، وإما فقدان الاهتمام والمتعة، والأعراض الأخرى تتمثل في فقدان أو كسب في الوزن، زيادة أو نقص في النوم، وهياج نفسي أو خمول، تعب وفقدان الطاقة كل يوم، والشعور بانعدام القيمة والشعور بالذنب، ثم انخفاض القدرة على التركيز، وأفكار عن الموت والانتحار.

3. اضطراب اكتابي مستمر - سوء المزاج:

وهي حالة اضطرابيه تتسم بمزاج اكتابي يستمر عادة لمدة سنتين على الأقل لدي الراشدين، وسنة على الأقل لدى الأطفال، وإضافة إلى الشعور بالاكتئاب فإن الفرد يصاحبه عدد من الأعراض تتمثل في فقدان للشهية أو الشراهة للطعام، وأرق أو فرط في النوم، وانخفاض الطاقة والتعب، وانخفاض الشعور بالقيمة، وعدم القدرة على واتخاذ القرارات، ومشاعر انعدام الأمل (اللاجدوى) بالإضافة إلى أن هذا الاضطراب قد يتواجد في نوبة اكتابيه جسيمة باستمرار خلال العامين، ولا يصاحبه أي حالات من الهوس أو نوبات تحت هوسية، كما أن الأعراض لا تنقطع لأكثر من شهرين.

4. اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث:

ويحدث في معظم دورات الطمث بتواجد أعراض الاكتئاب في الاسبوع الأخير قبل بداية الطمث وتبدأ بالتحسن خلال بضعة أيام بعد ظهور الطمث، وتقل أو تغيب في الأسبوع التالي

للطمث، والأعراض تتمثل في عدم الاستقرار الانفعالي، والتملل وغضب وخلافات شخصية، المزاج المكتئب واليأس، القلق والتوتر الملحوظ.

5. الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة /دواء:

وهو اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرة ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل الأنشطة تقريباً، وبدليل من التاريخ والفحص الجسدي والنتائج المخبرية تكون التطورات عقب الانسمام بمادة أو السحب من مادة أو بعد التعرض لعقار ما، وتستمر لفترة من الزمن (مثال، حوالي شهر) بعد انتهاء السحب أو الانسمام، يسبب هذا تدنياً أو احباطاً ملحوظين في الأداء الاجتماعي والوظيفي.

6. اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى:

وهو اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرة ويتميز مزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل أو تقريبا كل الأنشطة، وبدليل من التاريخ والفحص الجسدي والنتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية، يسبب هذا تدنياً أو احباطاً ملحوظين في الأداء الاجتماعي والوظيفي.

7. اضطراب اكتئابي محدد آخر:

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي، والتي تسبب احباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، لكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية.

ويتم استخدام فئة اضطراب اكتئابي محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب ايصال سبب محدد، أن التظاهرات الحالية لا تلبى المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية، من أمثلتها: الاكتئاب الوجداني المتكرر، نوبة اكتئاب قصيرة، نوبة اكتئابيه مع عدم كفاية الأعراض.

8. اضطراب اكتئابي غير محدد:

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي، والتي تسبب احباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، لكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية.

ويتم استخدام فئة اضطراب اكتئابي غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب غير محدد، أن التظاهرات الحالية لا تلبى المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية، وتتضمن الحالات التي لا تتوافر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).

9. محددات الاضطرابات الاكتئابية:

وتصنف كالتالي: مع انزعاج قلبي، مع مظاهر مختلطة، مع مظاهر السوداوية، مع مظاهر لا نموذجية، مع مظاهر ذهانية، أو هام هلاوس أو هلاوس موجودة، مع بدء حول الولادة، مع النمط الفصلي، تحديد الهدأة ما إذا كان، تحديد الشدة الحالية (جمعية الطب النفسي، 2013م، ص74-90).

علاج الاكتئاب:

أولاً: العلاج عن طريق الطب النفسي:

إن العلاج بالعقاقير والعلاج بالصدمات الكهربائية التي ظهرت من النظرة البيولوجية للإصابة بالاكتئاب، هي عبارة عن مجموعة من الأدوية والمهدئات، وتعمل بالحالات التي يصعب التقدم فيها، وتكون شديدة التوتر والتهيج ، لأن لها تأثيراً مهدئاً، وبالنسبة للعلاج بالصدمات الكهربائية، ذلك النوع من العلاج لا يستخدم إلا في حالات الاكتئاب الشديد المصاحب لميول انتحارية ويؤدي إلى فقدان الذاكرة (العوران وريكات، 1995م، ص109). ولوحظ أن العلاج بالصدمات الكهربائية عدد جلساته من (4) إلي (6) جلسات وهذا يؤدي إلي تغيير واضح في الموجات الدماغية الكهربائية، إذ تصبح بطيئة وذات فرق جهد عالٍ (سلطان، د.ت: ص246)، ومن الممكن استخدام التنويم المغناطيسي، والوخز بالإبر في حال عدم وجود فائدة من الأدوية والصدمات الكهربائية، وفي حالات نادرة يتم اللجوء للجراحة عن طريق شق الفص الجبهي كحل بديل (زهران، 2005م، ص519).

ثانياً: علاج الاكتئاب في النظرية التحليلية:

يتوجه العلاج في النظرية التحليلية للبحث في مكونات الشخصية المكتنبة بالنظر إلى خبرات الطفولة الكامنة، والصدمات التي تعرض لها المكتئب في الخمس سنوات الأولى في حياته، ويعتبر التداعي الحر والتحويل والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية من أهم الأساليب المستخدمة (عكاشة، 1980م، ص121)، والهدف الأساسي من هذه العمليات هو الإرشاد بهذه النظرية، وهو مساعدة المريض على استحضار المخزونات الموجودة في اللاشعور واستخراجها إلى حيز الشعور، والتعامل معها (الشناوي، 1991م، ص96).

وقد أشار "عسكر" إلى أن علاج الاكتئاب من منظور التحليل النفسي يتم عن طريق التنقيب عن الأسباب التي أدت للوصول إلى الاكتئاب وإزالتها، فيسعى إلى محاولة تخفيف حدة التثبيت في المرحلة الفمية، ومحاولة حل الصراع الأوديبي، وتقوية دفاعات الأنا وتخفيف قسوة الأنا العليا الباعثة على الذنب مع إعادة التنظيم الانفعالي وتوظيف الطاقة النفسية سعيًا لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات وتعديل مسار الطاقة العدوانية الموجهة إلى الداخل كي تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية إلى الخارج (عسكر، 1998م، ص177).

ثالثًا: علاج الاكتئاب في النظرية السلوكية:

للعلاج السلوكي أساليب مختلفة في علاج الاكتئاب، حيث يتفق كل من (مكاوي، 1997م، ص52) و(زهران، 2005م، ص132) على بعض الأساليب والتي تتمثل في التحصين التدريجي للخفض من حساسية العميل للمواقف التي ينبعث منها الاكتئاب، ويعتبر أسلوب التدريب التوكيدي السلوكي من الأساليب المهمة والتي من خلالها يتم ملاحظة سلوك المضطرب، وهناك أسلوب آخر وهو تعديل السلوك الاكتئابي عن طريق فنية تسمى فنية النمذجة، وتكون بتعلم الفرد سلوكيات جديدة من خلال ملاحظته لسلوك الآخرين، وتعريفه له بشكل منتظم، ثم يطلب من العميل بممارسة نفس الأداء الذي سيقوم به النموذج.

ويرى "عكاشة" أن من الممكن استخدام فنية تعديل السلوك السليبي، وذلك بالتدريب على بعض الفنيات السلوكية التي تقود لتغيير الحال لموجود عليا والنظرة السوداوية، حيث إن هذا يعتمد على تغيير السلوك غير المرغوب عن طريق الإطفاء، ثم بناء سلوك جديد بديل عن السلوك غير المرغوب (عكاشة، 1980م، ص131).

رابعًا: علاج الاكتئاب في النظرية المعرفية:

في هذا النوع من العلاج يتم استخلاص المفاهيم الخاطئة والسلبية المسيطرة على ذهن المريض ونظرته عن نفسه ومجتمعه، ويتم استبدالها بمفاهيم وأفكار أكثر إيجابية، حيث يتم اكساب المريض الأفكار الايجابية ويتم شرح وتوضيح عيوب المفاهيم السلبية الخاطئة التي كونها المريض عن نفسه، وذلك لجعله أكثر قوة في تحقيق ذاته (kaplan, 1993: p87).

وينظر "بيك" للعلاج المعرفي بأنه يجب أن يتم فيه استخدام فنيات علاجية يتم فيها تنظيم جلسات تكون مخطط لها بعناية، وتكون مجدولة، ويتم تسجيل المعلومات بواسطة فنية تسمى فينة العمود الثلاثي، حيث يتم مناقشة ما يجب أن يكون عليه المريض، ويتم مناقشة متطلبات الخطة العلاجية والتعامل مع الذات، وتتضمن الجلسات تغذية راجعة للمريض

(REHM, 2003, p189-p191).

خامسا: علاج الاكتئاب من المنظور الاسلامي:

يرى (الخطيب، 2000م، ص: 445) أن الإنسان يستمد قوته وطاقته الايجابية من التربية الاسلامية السليمة، التي بدورها تشعر الفرد بالرضا والراحة النفسية، وتبعده عن التوتر والحزن والقلق والاكتئاب.

وقد بين القرآن الكريم للناس أجمعين أن الطرق الصحيحة لتربية النفس البشرية وتنشئتها السليمة تؤدي للوصول إلى الكمال الانساني، والذي بدوره يؤدي إلى السعادة في الدنيا والآخرة.

(إِنَّ هَذَا الْقُرْآنَ يَهْدِي لِلَّتِي هِيَ أَقْوَمُ وَيُبَشِّرُ الْمُؤْمِنِينَ الَّذِينَ يَعْمَلُونَ الصَّالِحَاتِ أَنَّ لَهُمْ أَجْرًا كَبِيرًا) [الاسراء:9].

فالعلاج الديني بشكل عام يهدف إلى تغيير أفكار المرضى عن أنفسهم، وعن الناس، ويهدف أيضاً للتعرف على أساس المشكلات النفسية التي عجزوا عن وجود حلول لها، والتي كانت سبب أساسي في تفشي الاكتئاب والقلق والاضطرابات النفسية والسلوكية فيهم.

ومن خلال اطلاع الباحث على بعض التقنيات للإرشاد الديني في الأدبيات السابقة؛ سيتم استعراض بعضها؛ والتي يمكن أن تستخدم في علاج الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، وهي على النحو التالي:

1- الإيمان بعقيدة التوحيد:

قال تعالى: (يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ بُرْهَانٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَأَنْزَلْنَا إِلَيْكُمْ نُورًا مُّبِينًا) [النساء: 147]. فالإنسان يولد بطاقة روحية وإيجابية كبيرة تقوده ليغير مفهومه عن نفسه والآخرين والمجتمع، وكذلك معرفة هدفه في الحياة، ثم يمتلئ قلبه بحب الله ورسوله والناس أجمعين، ذلك الحب الذي يبعث الشعور بالأمن والاطمئنان.

2- التقوى:

(وَمَنْ يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مِنْ أَمْرِهِ يُسْرًا) [الطلاق: 4]، وهي الابتعاد عن ارتكاب المعاصي والذنوب، وأن يتحكم الإنسان بانفعالاته ودوافعه ويسيطر على ميوله وأهوائه، حيث إن التقوى تتضمن مفهوم توخي الإنسان الحق والعدل والأمانة والصدق، وتبعده عن الظلم والعدوان (الخطيب، 2000م، ص456).

3- الاعتراف بالذنب:

(وَمَنْ يَعْمَلْ سُوءًا أَوْ يَظْلِمْ نَفْسَهُ ثُمَّ يَسْتَغْفِرِ اللَّهَ يَجِدِ اللَّهَ غَفُورًا رَحِيمًا) [النساء: 110].
فاعتراف الانسان بما في نفسه يزيل الإحساس بمشاعر الخطيئة والإثم، ويخفف من تأنيب الضمير، ويزكي النفس ويريحها لتصبح مطمئنة (زهران، 1980م، ص331).

4- التوبة:

(قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ) [الزمر: 53] إن الشعور بالذنب هو الذي يسبب للإنسان الشعور بالألم النفسي، لذلك العلاج النفسي يقود لتغيير فكرة المريض عن خبراته السابقة بإعادة الأمل له، وأن ينظر للحياة بشكل جديد ويصبح أكثر قبول لذاته عن طريق التوبة.

5- الصبر:

(يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ) [البقرة: 153] فالصبر يشعر الانسان بالأمن والطمأنينة، ويساعد الانسان في عدم الانهيار للمصائب والصدمات التي يتعرض لها (نجاتي، 1997م، ص279).

6- التوكل على الله:

(وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ) [الطلاق: 3]، يعتبر التوكل على الله زاداً روحياً يبعث الطمأنينة في حياة الفرد، يخلصه من القلق والخوف من المجهول (زهران، 1980م، ص334).

7- الذكر والاستغفار:

(وَمَنْ يَعْمَلْ سُوءًا أَوْ يَظْلِمْ نَفْسَهُ ثُمَّ يَسْتَغْفِرِ اللَّهَ يَجِدِ اللَّهَ غَفُورًا رَحِيمًا) [النساء: 110]، حيث إن الإنسان غير معصوم من الخطأ، فإذا شعر أنه أخطأ وظلم نفسه، فلا يقنط من رحمة الله، بل يجب أن يذكر ويستغفر، ويثق بأن الله غفوراً رحيماً. (زهران، 1998م، ص361).

8- الدعاء:

وهو سؤال الله القريب المجيب وطلب المساعدة منه واللجوء إليه في كشف الضر وعند الشدائد، فقال تعالى (وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ) [البقرة: 186]، فالدعاء سمو روحي يقوي الايمان الفردي؛ وهو علاج نفسي يشعر بالطمأنينة والسكينة ويزيل الضيق والهم والكره (الخطيب، 2000م، ص459).

9- العبادات:

إن سبب شعور الانسان بالسعادة والأمن والراحة النفسية هو التقرب إلى الله بالعبادات، إذ تمده بالطاقة الروحية التي تزيل عنه متاعب الحياة وتساعده في بناء شخصية سوية تتسم بالصحة النفسية (النمري، 1422هـ، ص131).

ويرى الباحث من خلال الاستعراض السابق وعمله مع مرضى السرطان أن التدين يولد روح الطاقة الإيجابية لدى المرضى، فالافتتاح التام بقدرة الله على التغيير والصبر على البلاء لهي من أسباب تخفيف الهموم التي يتعرض لها المريض، وكذلك الاستغفار والتسبيح والذكر والتلاوة قد تنسي المريض ما يفكر فيه من هموم وأمراض، وأن أمر الله واقع وليس للإنسان سلطة عليه غير الصبر والدعاء، فالالتزام الديني لديهم يقود الفرد للتخفيف من الأعباء التي يحملها هؤلاء المرضى.

المبحث الثالث (نمو ما بعد الصدمة):

مقدمة:

يعتبر نمو ما بعد الصدمة من المصطلحات الحديثة في علم النفس وخاصة علم النفس الإيجابي حيث اقترح هذا المصطلح عالم النفس "ريتشارد تيداشي" ويقصد به بشكل عام أن الضربة التي لا تقتلك من الممكن أن تقويك، حيث إن الصدمات والأحداث الصعبة التي يتعرض لها الإنسان خلال حياته من الممكن أن يكون لها جانب ايجابي، بعيداً عن الإحباط والفشل واليأس، قريبة من الأمل والنجاح والمعنويات المرتفعة.

تعريف نمو ما بعد الصدمة:

يعرفه (Tedeschi et al., 2004:1): بأنه التغير النفسي الإيجابي الذي يشهده الفرد نتيجة تعرضه للصدمات والمحن والشدائد، والتي تؤدي إلى الارتفاع في مستوى الأداء، تلك الظروف تمثل مجموعة من التحديات يسعى الفرد للتكيف معها مما يقود الفرد للتغيير في شخصيته من خلال نظرتة لنفسه وعلاقته بالآخرين ونظرتة للعالم من حوله.

ومن خلال اطلاع الباحث على تعاريف نمو ما بعد الصدمة، وجد أن أغلبها تشترك في وجود تغييرات إيجابية ناتجة عن حادث صادم.

ومن الأخصائيين النفسيين الذين اشتركوا واتفقوا في هذه التعريفات (Zoellner & Maercker, 2006:628) و (Ho et al., 2004:377) و (Hefferon et al., 2009:343) و (Jirek, 2011) و (Garnefski et al., 2008:270) فقاموا بتعريف نمو ما بعد الصدمة بأنها عبارة عن تغيرات نفسية إيجابية، تنشأ من التعرض لأحداث وخبرات صادمة، كما أضاف (Ho et al., 2004:377) بأن هذه الصدمات تؤدي إلى إرتفاع في الأداء والمستوى الوظيفي في بعض مجالات الحياة، خاصة الأشخاص الذين لديهم خبرات صادمة متتالية.

العوامل المؤثرة في مرحلة نمو ما بعد الصدمة:

إن الاختلافات الديموغرافية كالجنس والعمر والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل لها تأثيرها القوي في اختلاف مستويات نمو ما بعد الصدمة حيث إن الأبحاث تشير إلى أن اختلاف هذه المتغيرات أدى إلى اختلاف مستويات النمو، وبالرغم من أن الأدلة لا تزال غير واضحة، فقد وجدت العديد من الدراسات أن النساء أفضل في التعامل مع نمو ما بعد الصدمة من الرجال، وقد وجدت بعض الدراسات أن صغر السن مرتبط بالحصول على المزيد من النمو

بالمقارنة مع كبار السن، وأن نمو ما بعد الصدمة يميل الى أن يكون مرتبط بمستويات الدخل والمستوى التعليمي، وكل هذه المتغيرات تختلف باختلاف الحدث الصادم (Kashdan & Kane, 2011:84).

ويعتبر التفاؤل والدعم الاجتماعي واستراتيجيات التكيف لها دور مهم في المساهمة في نمو ما بعد الصدمة (Prati & Pietranton, 2009:364-388). فالتفاؤل وهو اقرار ذاتي للشخص بتوقع حدوث أشياء ايجابية بالرغم من وجود وقائع سلبية، فالتكيف على هذا الأسلوب يعكس مدى وجود الوهم الإيجابي والتوقع الجيد، حتى لو كانت الوقائع تشير لاحتمالية حدوث نتائج سيئة، فالخبرات تظهر أن التعزيز الذاتي يؤدي الى التوهم الإيجابي والذي هو موجود طبيعي لتلك الشخصية، فالأشخاص المتفائلون يكون لديهم التوهم الإيجابي أعلى من الأشخاص المحبطين، وذلك التفاؤل يساعد ويساهم بشكل أكبر في نمو ما بعد الصدمة (Zoellner et al., 2008:245).

والدعم الاجتماعي يلعب دوراً هاماً في تطور نمو ما بعد الصدمة، فعند العثور على فرصة تقود للانفتاح النفسي، وتنشيط وتنمية العمليات المعرفية والإدراكية لرسم وجهة نظر جديدة، فالدعم الاجتماعي يساعد الناس للعثور على معاني جديدة للحياة، ليقود لديهم نمو ما بعد الصدمة (Schroevers et al., 2010:74).

وأجريت دراسة قام بها (Ho et al., 2004:377) على مرضى السرطان أظهرت أن الدعم الاجتماعي يعمل على تحسين الصحة النفسية لتكون أفضل، وتؤدي إلى تغيرات إيجابية ملحوظة، وذلك بمساعدة المريض بإعادة تفسير المواقف ولكن بطريقة إيجابية تؤدي إلى استئارة العملية الإدراكية، ذلك يقود إلى المساعدة في نمو ما بعد الصدمة.

أما بالنسبة لاستراتيجيات التكيف ودورها الهام في نمو ما بعد الصدمة، فأكد (Scrignaro et al., 2011:823-831) أن هذا العامل يتأثر في الحصول على الفهم العميق للصدمة، بعد التعرض للحدث الصادم والتعرف عليه بشكل واعي وجيد، والتركيز على عمليات المواجهة والقبول النشطة للحدث الصادم، حيث يؤدي إلى الارتباط بشكل إيجابي مع نمو ما بعد الصدمة والتكيف معه.

ويعتقد "جاياويكرمي" أن الشخصية وهي دراسة ومعرفة الخصائص المختلفة من حيث الإدراك، والسلوك، وميكانيزمات الدفاع للفرد، تؤثر بشكل أساسي في نمو ما بعد الصدمة الذي يركز من خلال هذا الصدد فقد رأى (Jayawickreme & Blackie, 2014:312-331) أن أحداث الحياة الصادمة تؤثر بشكل كبير على شخصية الفرد، لذلك تم الاهتمام بالشخصية

كعامل مهم في نمو ما بعد الصدمة، كما أن سمات الشخصية كالانسياس والانفتاح والقبول لها أهمية كبرى في القيادة لنمو ما بعد الصدمة (Garnefski et al., 2008:270).

حيث أوجدت دراسة قام بها "تيداشي وكاليهون" (1996م) أن هناك ارتباط وثيق مع كافة أبعاد نمو ما بعد الصدمة، حيث وجدوا أن الأشخاص المنبسطون استخدموا مصادر اجتماعية ودعم اجتماعي بشكل أكثر فعالية من الآخرين، وبالتالي كانوا أكثر احتمالية لنمو ما بعد الصدمة (Tedeschi & Calhoun, 1996:455).

ويعتبر الأمل والذي هو عامل آخر مرتبط بنمو ما بعد الصدمة، وأنه كأحد أعمدة قياس نمو ما بعد الصدمة، بالرغم من صعوبة إيجاد طرق لقياس ذلك منذ فترة طويلة بشكل مؤكد فعال، فوفقاً لنظرية الأمل فإنه يحدث لدى الفرد خلال مرحلة الطفولة المبكرة، ففي دراسة أجريت مؤخراً بينت أهمية الأمل بين الناجين من الصدمات، وتم تقييم مشاركين عددهم (1025) مشاركاً وفقاً لمقياس الميول للأمل، وأظهرت النتائج أن الصدمة في الطفولة كانت مرتبطة مع مستويات أقل بكثير من الأمل لدى الشخص البالغ، وبالتالي هذه النتائج تشير إلى أن الأفراد الذين لم يختبروا الصدمة في الطفولة قد يكونوا أكثر عرضة لأن يتطور لديهم نمو ما بعد الصدمة عند وصولهم مرحلة البلوغ (Ai et al., 2007:55).

العوامل التي تؤثر في ارتفاع نمو ما بعد الصدمة:

1. مستوى الصدمة ونوعيتها:

إن شدة الصدمة تؤدي إلى أعراض أكثر شدة وذلك بإجماع عدد كبير من الباحثين (أبو فسيفس، 2016م، ص13)، والصدمات في الغالب عبارة عن كوارث طبيعية، وكوارث من صنع الإنسان، حيث تختلف ردود الأفعال حسب الضغط الواقع على الفرد، وكذلك استجابات الأفراد تختلف من شخص لآخر وذلك يعتمد على:

- ظروف الصدمة كالمدة والنوعية والأشخاص.
- الفروق الفردية بين الأشخاص.
- طرق مواجهة المشكلات والتعامل مع المواقف الصادمة (موسى، 2000م، ص18).

وأشار "الحجار" إلى أن هناك عاملان يجعلان الحدث حدثاً صادماً:

- التهديد بالموت أو إصابة خطيرة تلحق بالشخص
- الشعور القوي بالخوف والعجز (أبو شريفة، 2011م، ص21).

ويرى الباحث أن قوة الصدمة ونوعيتها ومدتها والظروف الشخصية هي العوامل التي قد تسهم وتشارك في تكوين أحد الاتجاهين السلبي أو الايجابي الناتج عن الصدمة في تكوين اضطراب كرب ما بعد الصدمة، أو نمو ما بعد الصدمة.

2. الدعم الاجتماعي الجيد:

يعتبر المنظور الاجتماعي البيئي، ودور الأسرة، وعملية الدعم الاجتماعي تظهر طريق مهمة ومؤثرة في عملية النمو، فتكيف الفرد مع الأسرة يؤدي إلى خفض مستوى القلق، وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، والتي بدورها تسهل في نمو ما بعد الصدمة (Kazak et al., 1997:122).

ويُعرف الدعم الاجتماعي بطرق مختلفة أشهرها أنه قائم على ثلاثة أنواع تتضمن الدعم المعلوماتي، الدعم الحسي، والدعم الانفعالي. وتوقع الدعم يؤدي إلى قياسات أفضل، ويتم اعتبار أن العلاقة بالمتغيرات الصحية والنفسية أكثر مقارنة بالمقدار الحقيقي للدعم الاجتماعي الذي تلقاه الفرد، لذلك فإن العلاقة بين الأنواع الثلاثة المذكورة للدعم الاجتماعي وعلاقته بالمتغيرات الصحية والنفسية ليست دائماً واضحة، وأن العلاقة بين الدعم الاجتماعي ونمو ما بعد الصدمة أيضاً لا زالت غير واضحة تماماً، بالرغم أن الدعم الاجتماعي يلعب دوراً هاماً (Diggins, 2003:6).

3. عملية ادراك الصدمة:

عملية استجابة الشخص للصدمة تعتبر نسبية، حيث تختلف من شخص لأخر، فقد نلاحظ اختلاف ردة الفعل لشخصين لنفس الحدث الصادم، وذلك يرجع إلى عملية إدراك كل شخص للحدث، وليس ذلك فقط، بل يوجد عوامل أخرى تؤثر في العملية الإدراكية للحدث تتمثل في القدرات العقلية، والفاعلية السلوكية، والعلاقة الوالدية (Qouta, 2000:11).

4. فعالية الذات:

وهي حكم الفرد على سلوكياته في المواقف الغامضة، ومعرفة ردة فعله لتلك المواقف، حيث يتم فيها مواجهة صعوبات وبذل جهد للوصول للإنجاز (حجازي، 2013م، ص423).

5. القدرة على تقدير المعتقدات:

إن فهم الشخص لما يمتلك من قدرات وامكانيات تؤدي إلى الإنجاز والنجاح والقدرة على التعامل مع المواقف الصعبة (خطاب، 2011م، ص125)، بذلك يكون لها تأثير في عملية تطور ونمو ما بعد الصدمة.

6. القدرة على البحث عن معنى جديد للحياة:

إن إدراك الفرد لقيمة حياته وأن لديه أهداف يريد تحقيقها بالرغم من صعوبتها ومشقتها (عبد الحليم، 2010م: ص337)، يؤدي للارتباط بأداء إيجابي في الحياة النفسية والصحية والجسدية للفرد (Schnell & Becker, 2006:117).

7. خصائص الحدث الصادم:

يعتبر للحدث الصادم أهمية في تحول حياة الإنسان سواء على المستوى الجيد أو السيئ، فبعض الدراسات وجدت أنه كلما كان الحدث الصادم قوياً كلما زاد تشتت الشخص في حياته، وكلمات زادت الفرص لحدوث نمو ما بعد الصدمة (Diggins, 2003:6).

8. العمر والجنس:

يعتبر (Diggins, 2003:6) أن عمر الشخص يساهم في تحديد مقدار نمو ما بعد الصدمة، فبعض الدراسات وجدت أن البالغين سجلوا مقداراً أعلى في نمو ما بعد الصدمة مقارنة بكبار السن، وقد يعزي ذلك إلى أن صغار السن لديهم مرونة أكبر في تقبل تغيرات الحياة، وعلى العكس من ذلك فبعض الدراسات وجدت أنه ليس هناك علاقة بين العمر ومقدار نمو ما بعد الصدمة.

ودراسات قليلة أظهرت أن النساء يطورن مقدار أعلى من نمو ما بعد الصدمة مقارنة بالرجال، حيث إن دراسة (Laufer & Solomon, 2006:429) وجدت أن الفتيات يطورن نمو ما بعد الصدمة بشكل أكبر مقارنة بالرجال، وفي دراسات أخرى على النقيض من ذلك، فقد وجدت أنه ليس هناك أي اختلافات بين الرجال والنساء في مقدار نمو ما بعد الصدمة (Diggins, 2003:6).

9. الديانة:

العديد من الأبحاث أظهرت أن ديانة الشخص ومعتقداته تؤثر على درجة نمو ما بعد الصدمة، مثل دراسة (Laufer et al., 2006:429) التي ترى أن التدين له أثر كبير في نمو ما بعد الصدمة، خاصة عندما يحدث تغير في تلك المعتقدات، ولدعم ذلك؛ فإن المشاركة الدينية والتقبل الديني، ومستويات التغير الجوهري للفرد لهذه الديانة التي تعطي معنى وهدف جديد لحياة الشخص الذي تعرض للصدمة، كل ذلك له علاقة وطيدة بمقدار ومستوى تطور نمو ما بعد الصدمة (Calhoun et al., 2000:521).

10. المزاج:

إن العلاقة بين المزاج ونمو ما بعد الصدمة، حيث إن مزاج الشخص يتغير من وقت لآخر، والمزاج يُستخدم كعامل تنبؤي لنمو ما بعد الصدمة وكمقياس لمخرجاته. دراسات أخرى تم إجراؤها على مرضى السرطان أوضحت أن المزاج السلبي أو الإيجابي لم يكن لذيها تأثير هام على نمو ما بعد الصدمة. على عكس ذلك؛ فبعض الدراسات التي تم تطبيقها على مجتمعات أخرى مثل النساء المصابات بأمراض مزمنة وطلبة الجامعات الذين تعرضوا لصدمة متنوعة، وجدت أن هناك علاقة ذات صلة بين المزاج الإيجابي ونمو ما بعد الصدمة (Sears et al., 2003:487).

علاقة نمو ما بعد الصدمة (PTG) باضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD):

يرى (Walter & Bates, 2012:155) إن اضطراب كرب ما بعد الصدمة في العادة يكون له نتائج سلبية، أما نمو ما بعد الصدمة تكون نتائجه ايجابية، ويبدو لنا منطقيا من خلال الاطلاع على النتائج؛ أن نمو ما بعد الصدمة واضطراب كرب ما بعد الصدمة في اتجاهين متضادين، وفي الحقيقية كثير من نظريات اضطراب كرب ما بعد الصدمة تظهر لنا أن أعراض نمو ما بعد الصدمة واضطراب كرب ما بعد الصدمة غالبا ما تتواجد وتجتمع مع الأشخاص الذين واجهوا وتعرضوا لأحداث صادمة.

والأحداث الصادمة ليس من شيمتها فقط أن تطور أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، بل من الممكن أن تتجه نحو نمو ما بعد الصدمة، الذي يحدث تغيرات ايجابية، وبالرغم أن الأحداث الصادمة صعبة التحكم فيها، وتعرض الشخص لتهديد عالي، إلا أنه يمكن التأقلم والتكيف مع الصدمة. (Kleim & Ehlers, 2009:45).

وفي دراسة أجريت لمعرفة العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة للمراهقين في المرحلة الإعدادية، فوجد أن (74.4%) من الذين تعرضوا للصدمة وجد عندهم أعراض خفيفة لإضراب ما بعد الصدمة، وقد أظهروا وطوروا مشاعر نمو ما بعد الصدمة، وبذلك وجدت ارتباط ما بين أعراض ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى ذلك وجد أن التدين له أثر أكبر في نمو ما بعد الصدمة، وأكدت هذه الدراسة أن الفتيات يتمتعن بمشاعر نمو ما بعد الصدمة أكثر من الفتيان (Laufer et al., 2006:429).

ويرى (Walter et al., 2012:155) أن الأفراد الذي ظهر عليهم أعراض شديدة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة ظهر عليهم قابلية أعلى لنمو ما بعد الصدمة من أولئك الذين تعرضوا لأعراض أقل حدة، ومع ذلك فبعض الباحثين يرون النقيض من ذلك، فقد وجدوا أن

الأفراد الذين تعرضوا لأعراض شديدة من كرب ما بعد الصدمة كانت لديهم قابلية أقل لنمو ما بعد الصدمة، وفي بعض الدراسات لم يتم إيجاد أي علاقة ذات دلالة بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة.

وقد حدد (ليفن وآخرون) أن العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة تتبع أربعة أشكال:

أ- أن أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة يقلل من الأداء الوظيفي ويؤدي من جودة الحياة، وبالتالي يرتبط سلباً بالنمو.

ب- النمو لا يحدث إلا في ظل وجود أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وبالتالي يفترض علاقة إيجابية

ج- اضطراب ما بعد الصدمة والنمو نتائج منفصلة ومتباعدة، لكن يمكن أن تتعايش مستقبلاً.

د- العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والنمو تتبع منحنى مقلوب، حيث إن ارتفاع وانخفاض مستويات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، تطور نمو ما بعد الصدمة أكثر من المستويات المتوسطة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة (Levine et al., 2008:492).

إن أعراض الإجهاد الناتجة عن اضطراب كرب ما بعد الصدمة تنتج عنها الأحداث المؤلمة التي من المفترض في العادة أن تؤدي إلى نتائج سلبية، وبالرغم من ذلك فهي من الممكن أن تؤدي إلى نتائج إيجابية، وهي ما تسمى بنمو ما بعد الصدمة. ففي سياق المرضى المشخصين بمرض السرطان، قد ظهرت نتائج إيجابية لنمو ما بعد الصدمة وتحسن في أعراض الاكتئاب وبعض السلوكيات الصحية، ومع ذلك فإن نمو ما بعد الصدمة قدم فوائد مهمة كتعويض وتصليح الخراب الذي حدث من بعد إجهاد ما بعد الصدمة لتلك الفئات (Morrill et al., 2008:948).

ويرى (Walter et al., 2012:155) أن الخلط في هذه النتائج قد أوحى للباحثين بأن يقترحوا أن العلاقة بين أعراض النوعين يكون أفضل تفسير لها هو أنها علاقة تأخذ شكل المنحنى، فكلما كان مقدار الكرب اللازم مطلوباً لبدء عملية النمو، كان هناك كرب أشد تمنع ذلك من الحدوث، ومع ذلك فإن تحليلات بعدية حديثة أجريت فلم تجد علاقة ثابتة بين أعراض النوعين ومقدار الكرب، وبعض الباحثين وجدوا أن التحليل البعدي لأغلبية الدراسات ذات العلاقة لم تظهر أي علاقة مهمة بين نمو ما بعد الصدمة ومقدار الكرب.

نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بالصحة النفسية:

تعتبر الصحة النفسية من العلوم المهمة في حياة البشر، وخاصة في العصر الحاضر، فكثير من البشر يتعرض لألوان الصراخ والإحباط المختلفة، ويواجه الأزمات المتكررة، والتي من الممكن أن تؤثر في وضعه النفسي، وتخل بتوازن الصحة النفسية.

فالصحة النفسية حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، وتؤدي به أن يسلك طريقة تجعله يتقبل ذاته، ويقبله المجتمع، بحيث يشعر جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية (كفاي، 1997م، ص81).

ويرى (زهران، 1997م، ص9) أن الصحة النفسية هي حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً وانفعالياً واجتماعياً) ويشعر بالسعادة مع نفسه والآخرين ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته، ومواجهة مطالب الحياة، تكون شخصيته متكاملة سوية ويكون سلوكه عادياً بحيث يعيش بسلامة وسلام.

ويؤكد "فهيمى" أن الصحة النفسية تأخذ طريقاً إيجابياً واسعاً شاملاً، غير محدد، للتمتع بحياة خالية من الأزمات، وأن يرضى الفرد عن نفسه، ويتقبل ذاته، ويتقبل الآخرين (فهيمى، 1990م، ص15)، وهذا المفهوم يرتبط بنمو ما بعد الصدمة من حيث الإيجابية، حيث إن النمو يتبعه تغيرات نفسية إيجابية بعد مواجهة المحن والصدمات، التي تؤدي إلى تكيف الفرد مع هذه الصدمات بطريقة إيجابية.

وهذا التغير النفسي الإيجابي يؤدي إلى الارتفاع في مستوى الأداء، تلك الظروف تمثل مجموعة من التحديات يسعى الفرد للتكيف معها مما يقود الفرد للتغيير في شخصيته من خلال نظرتة لنفسه وعلاقته بالآخرين ونظرتة للعالم من حوله (Tedeschi et al., 2004:1).

ويؤكد "جارنيفسكي" وجود العلاقة بين الاكتئاب المنخفض وارتفاع الإيجابية ونمو ما بعد الصدمة، بالرغم من عدم وضوح بعض الدراسات لهذه العلاقة، وبشكل عام لوحظ أن العلاقة تشهد مستوى وضوح أكثر عند وجود مستوى ضغوط أقل (Garnefski et al., 2008:270)، بمعنى أنه كلما كانت أعراض الصدمة أقل وأعراض الاكتئاب أقل فذلك يشير إلى تطور نمو ما بعد الصدمة.

وللتنبؤ بنمو ما بعد الصدمة على المدى البعيد وعلاقته بالصحة النفسية تم إجراء دراسة على المرضى المشخصين بسرطان الثدي على المدى البعيد، وذلك بعد التشافي في المدة ما بين (5-15) عاماً، هذه الدراسة توحى بوجود نمو ما بعد الصدمة، وذلك بوجود جودة حياة بشكل أفضل مما أدى لوجود صحة نفسية أفضل، وذلك مقارنة بالمدى القريب أي أقل من خمس

سنوات، أي كلما زادت مدة ما بعد الصدمة كان النمو أفضل (Lelorain et al., 2010:14)، وبشكل عام فإن نمو ما بعد الصدمة يحدث تدريجياً عبر الوقت لكي يتأقلم الشخص مع الصدمة، بالرغم من أن قليل من الدراسات تدعم هذا الاقتراح لأنها فشلت في إيجاد علاقة واضحة بين الوقت الذي مر بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، وقد يعزى ذلك إلى أن المظاهر المختلفة لنمو ما بعد الصدمة قد تطورت في اتجاهات مختلفة (Diggins, 2003:6).

وإن الغالبية العظمى من الدراسات تسعى للتحقق من العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة والصحة النفسية، حيث وجدت دراسة مستعرضة استهدفت مرضى السرطان والإيدز وأمراض القلب والتصلب المتعدد، والتهاب المفاصل الروماتويدي، إلى أن الدعم الاجتماعي، واستراتيجيات المواجهة لتلك الأشخاص لها تأثير على الصحة النفسية والجسدية، وترتبط باستمرار في تطور نمو ما بعد الصدمة للأشخاص الذين تعرضوا لأمراض خبيثة وصعبة (Barskova & Oesterreich, 2009:1709).

وفي دراسة أخرى قام بها (Sears et al., 2003:487) لعينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في المرحلة المبكرة من العلاج الطبي وذلك في زمن من (3-12) شهر بعد انتهاء العلاج، فأشارت نتائجها بوجود نمو ما بعد الصدمة، وذلك بوجود الآثار الإيجابية الواضحة، والتكيف الإيجابي والمزاج الإيجابي والصحة النفسية، وذلك بعد التقييم عن طريق المقابلات والاستبيانات.

ويرى الباحث أن نمو ما بعد الصدمة وحالة الصحة النفسية غالباً تحدث في الناجين من الصدمات كمحاولة للتكيف مع الصدمة النفسية، حيث يحدث تغيرات إما ايجابية وإما سلبية ناتجة عن الصدمة، فمن من المهم ملاحظة حالة نمو ما بعد الصدمة والمرض النفسي، ويرى أن نمو ما بعد الصدمة يبرهن على أنه له دور مهم في التكيف مع الصدمة بطريقة تحمي وتقلل من الضغوطات النفسية الزائدة.

أبعاد نمو ما بعد الصدمة:

إن أبعاد نمو ما بعد الصدمة تعتمد على القاعدة الأساسية والبنية الفكرية للفرد، فاختلاف نمو التجارب الكارثية التي يتعرض لها الأفراد لنفس نوع الحدث السلبي الذي يتعرضون له، يؤدي إلى اختلاف نوع النمو للصدمة، هذه الأعراض التي تختلف فيها الأبعاد من الممكن أو غير الممكن ان تكون متشابهة أو مختلفة لنفس الشخص. لذلك فإن نمو ما بعد الصدمة له ثلاثة ابعاد وهي:

1. تغيرات في النظرة إلى الذات:

إن الفرد الذي يتمتع بمفهوم ايجابي عن ذاته، و يدرك صورة ذاته من خلال نفسه، وذلك بإدراك طموحاته وقدراته، والتي توثقه بقدرته على إنجازها وتحقيقها رغم كل التحديات، تلك الصورة التي تقود الفرد للتغيير والإبداع نحو الأفضل (الحري، 2003م، ص40)، لكن عندما يعاني الفرد من قلة الثقة بنفسه واحساسه بالدونية وعدم القدرة، فذلك يقلل من قدرة الفرد من التكيف مع الصعوبات التي يواجهها من الناحية النفسية (بهار، 1983م، ص34)، فتغيير الذات نحو الأفضل والوصول للإبداع والأصالة، والتعبير عن النفس بالصراحة والأمانة (عبد الخالق: 1990م، ص588)، ذلك يوصل الفرد لتحقيق ذاته والتكيف مع الصدمات والتغيرات التي تؤثر بذاته وصحته النفسية.

2. تغيرات في العلاقات الشخصية:

طبيعة الإنسان تفرض عليه الوجود بدائرة من التفاعل الاجتماعي، لتحقيق قدرًا من الارتياح الوجداني، وذلك بتلقي الدعم من الآخرين الذي يقيم علاقته معهم، حيث يشعر الإنسان بحاجته للارتباط بالآخرين خاصة عند التعرض لقلق أو خوف أو حدث صادم، فحاجة الفرد في البعد عن الوحدة التي تقلل من الراحة النفسية، هي التي تجبره على تكوين علاقات شخصية (أبو سريع، 1993م، ص84).

فالعلاقات تساعد الشخص على ايجاد حاجاته الأساسية في الحياة للوصول لدرجة الرضا، لذلك العلاقات الشخصية ليس عبارة عن خبرة يحصل عليها الشخص من خلال الحياة والممارسة فقط، و لكنها أصحت فن يتم التعامل به، مما يؤدي إلى رفع المعنويات والتعزيز، كذلك النمو السليم والتكيف مع الآخرين والمجتمع (المحمدي، 2014م، ص12).

3. تغيرات في فلسفة الحياة:

عندما يصبح الشخص مقدرًا لحياته، ويقدر الأشياء التي كانت أقل أهمية في الماضي بأنها ذات أهمية كبيرة في هذا الوقت، فهذا يقود لتغير كبير في طبيعة الحياة التي يعيشها، خاصة عندما يهتم بالجانب الروحي والديني، الذي قد أصبح ذات أهمية كبيرة، ذلك يعكس تحول كبير في معتقداته ونظرته للعالم والآخرين، وبذلك يحصل التحول الكبير في حياة الفرد (العبادسة وأخرون، 2015م، ص184).

ويرى الباحث أن التغيرات في النظرة الذاتية والعلاقات الشخصية، وكذلك الحياة لها أهمية كبيرة في حياة الأفراد، وخاصة الأشخاص الذين يتعرضون لأحداث صادمة قد تؤثر على حياته، فالترابط بين تلك المكونات في نفس الشخص تجعل منه إنساناً جديداً يرى نفسه بشكل أكثر

إيجابية، ثم يصبح اجتماعياً، مما يقوده لتغيير الأهداف الحياتية التي يرغب فيها، وذلك في حدود الواقعية التي يقوم بتحديدتها.

مجالات نمو ما بعد الصدمة:

إن أكثر الأبحاث الحديثة من الممكن أن تتأثر باقتراحات نتائج علم النفس الإيجابي الذي يصف مجالات نمو ما بعد الصدمة ويسردها في خمسة مجالات والتي تتمثل في:

أولاً: زيادة التقدير للحياة بشكل عام:

إن امتلاء الحياة بالحيوية والثراء والأحداث ذات القيمة والجديدة والتي تذهب وتقلل من الملل، وتدفع الإنسان لمواصلة الإنجازات، بوجود حوافز القدرة والاستطاعة والتقدير للحياة، واحساسه بامتلاك طاقة تمكنه من تحقيق ذلك، هذا الإحساس يدفع الفرد للمشاركة مع الآخرين في خوض التجارب والخبرات، التي يحقق بها انجازاته، وهذا نابع من تقديره للحياة وأهميتها (العصار، 2015م، ص31)، فاستغلال المصادر النفسية والبيئية المتوفرة، للوصول لإدراك ضغوط الحياة بشكل واقعي ومنطقي، يؤدي للتعايش معها وفهم قيمة الحياة بشكل إيجابي (سيد، 2012م، ص6).

ويرى الباحث أن الناس الذين واجهوا أحداثاً حياتية شاقة وصعبة، في غالب الأحيان يزيد لديهم إدراك الحياة بشكل عام، ومما يساعد في تطور نمو ما بعد الصدمة، هو محاولة إيجاد بعض الأساليب التي تقلب المصائب لفوائد وتطور نمو ما بعد الصدمة.

ثانياً: وضوح أكثر في العلاقات الشخصية:

إن الأكثر تأثيراً في حياة الأشخاص من أفكار ومشاعر وسلوكيات هي العلاقات الشخصية، وفي الغالب تعتبر الروابط العاطفية هي الأساس في تعزيز وتنمية الخبرات الحياتية (العنزي، 2006م، ص80).

وفي هذا الصدد فقد أشار (Kallay, 2004:82) أن مقياس التغيير في العلاقات الشخصية في نمو ما بعد الصدمة عادة ما يعود للانغلاق، ويكون أكثر علاقات حميمة مع الآخرين. في هذا المجال الناس غالباً من الممكن أن تزيد لديهم الشفقة والعطف للأشخاص الذين تعرضوا لصدمات وأحداث حياتية محزنة ومؤسفة والتي قد تؤدي لنوع من المعاناة النفسية. فهذا المجال مهم جداً كونه من الممكن أن يقود لتطور الدعم الاجتماعي والعاطفي، حيث يعتبر واحد من أهم العناصر والعوامل التي تحمي هؤلاء الأفراد من نتائج ما بعد الصدمة السلبية،

فالكشف عن الذات والقدرة على التعبير العاطفي وعن المشاعر يقود ذلك لتكيف والنمو بشكل أفضل وأكثر فائدة للأفراد.

ثالثاً: زيادة الشعور بقوة الشخصية:

تعرف الشخصية بأنها التنظيم النفسي الإنساني المحدد الفريد، الذي يتضمن مجموعة ما يمتلكه ذلك الإنسان بذاته من استعدادات وقدرات جسيمه وانفعاليه وإدراكية واجتماعية، بأسلوب سلوكي في المواقف المختلفة في مجال حياته العملية، بحيث نستطيع التنبؤ بأنماط سلوكية ثابتة نسبياً في معالجة المواقف المتشابهة (الهاشمي، 1984م، ص280).

ويرى (المليجي، 2001م، ص208) أن القدرة على الاحتمال كتحمل الأزمات والنقد والإحباط والفشل تعتبر من خصائص الشخصية الناضجة والقوية، والتي أيضاً تتسم بالاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية.

فعندما ننظر لنمو ما بعد الصدمة نرى أنه يزيد الشعور والاحساس بقوة الشخصية، والناس تستمد الثقة والشعور بالتطور من الطمأنينة وتقوم بالتعبير عنها من خلال الكلام، وفي كثير من الأحيان الإدراك يزيد من قوة الشخصية، و تلك القوة تستمد إما من العلاقات الشخصية الاجتماعية وإما من داخل الشخص نفسه (Kallay, 2004:82).

رابعاً: تغيير الأولويات:

من المهم أن يتوجه الفرد نحو التغيير في الأولويات الروتينية وذلك بتغيير الأشياء في الحياة، وفي الغالب يكون التوجه في الحياة من السلبية إلى الإيجابية، لذلك أولئك الناس يجب أن يكونوا على بينة بالأشياء السلبية والإيجابية حتى يتم المقارنة ويتم الترتيب فيما يتعلق بجوانب الحياة المختلفة (Chan et al., 2011:544)، ويكون التغيير حول الأشياء المهمة في الحياة (Ho et al., 2004:377)، واكتشاف إمكانيات أو مسارات جديدة لحياة الشخص، ومن أهم مظاهر هذا البعد أنه يتم تعريف بعض الأهداف العريضة التي تستحق السعي خلفها، وبعض الأهداف التي يجب التخلي عنها، ليتم تأسيس مسار جديد في الحياة ذو أهمية للشخص؛ وفي نفس الوقت إيجاد أهداف جديدة قابلة للتحقيق منسجمة مع نموذج الاختيار، إن نمو ما بعد الصدمة يبدو ذو علاقة وطيدة بالأفراد الذين يملكون مرونة في استبدال ما لا يمكن تحقيقه بأهداف واقعية تناسب الموقف، حيث إنهم أكثر تكيفاً من أولئك الذي يتخلون عن أهدافهم وينتظرون أهدافاً أخرى لتظهر لهم أو يسعون لتحقيق أهداف مستحيلة، وبالتالي فإنه بجانب المثابرة والمحاولة المستمرة لتحقيق أهداف شخص ما، ويبدو أن التخلي عن الهدف الصحيح في

اللحظة المناسبة أو امكانية استبداله هو الشيء الأنسب لفعله ويجعل الشخص أكثر قدرة على التكيف (Kallay, 2004:82).

خامسا: التغيير في الفكر الوجودي للوصول إلى الثراء الروحاني والديني في الحياة:

يعتبر مجال التغيير في فلسفة الحياة يشمل العديد من المجالات والتي تتمثل في التغييرات الوجودية والروحانية والدينية وهي كالتالي:

1- التغييرات في الوجودية والإحساس بمعنى الحياة:

إن الإنسان بقوة إرادته هو الوحيد القادر على تحقيق ذاته، من خلال بحثه عن معنى الحياة والذي يعتبر هو الدافع الأساسي بالنسبة له (Chagas et al., 2003)، وبما أن النظرية الوجودية تشير إلى أن معنى الحياة غير مشروط، وأن إزالته صعبة، لأن كل جزئية وكل تجربة تخفي معنىً كامناً خلفها، والمواقف الحياتية التي يتعرض لها الإنسان تعبر عن معنى فريد وشخصي، وكل إنسان هدفه الخاص في الحياة التي تقوم بفرض واجبات محددة يجب القيام بها وتحقيقها، لذلك كل شخص يختلف عن الآخر، وكل شخص له نظريته الخاصة، ومن هذا المنطلق تبدأ مهمة كل شخص في تحقيق انجازاته ومهامه (العصار، 2015م، ص83).

لذلك النمو في أغلب الأحيان إذا كان قد سبقه تجارب عاطفية مؤلمة وغير مريحة، ومناثرة بحوادث صادمة، وواجه فيها حتمية الموت وأثرت على معنى الحياة، فالأفراد عادة لا يقومون بحل مشاكلهم بشكل فوري، وتكوين معاني جديدة للحياة ودمجه في المعنى العالمي الشخصي لأن ذلك يحتاج لعملية طويلة الأمد (Triplett et al., 2012:400).

2- التغييرات الروحانية والدينية:

إن قضية التغييرات الروحانية وتأثيرها في الوظائف النفسية تلعب دوراً مهماً للتعبير في عملية التأقلم الجيدة، وبالتالي هي تبرهن ان التدخلات الدينية والروحانية لها أهمية ضخمة في اعادة التأقلم مع الاحداث السلبية وعملية تقدم النمو، والمجال الديني والروحاني وحالات الأفراد قبل الصدمة ومعتقداتهم لها أثر في هذا المجال وفي نمو ما بعد الصدمة بشكل ايجابي (Kallay, 2004:82).

عناصر نمو ما بعد الصدمة واستراتيجيات التعزيز:

معظم العمل في موضوع نمو ما بعد الصدمة يهتم في الناس الذين تعرضوا لتجارب صادمة، بالرغم من أن الدراسات الاكلينيكية ليس فقط هي المصدر الوحيد الذي يهتم لمعرفة وفهم العلاقة الشاملة بين الأحداث الصادمة ونموها فيما بعد، إلا أن بعض العلوم الوجدانية

تعتبر من المصادر المهمة التي تعمل على توفير التدخلات الوقائية للحماية، وتؤكد على أن الأهداف من البرامج التي تقوم بها هو تزويد المهارات والتمارين اللازمة للرعاية، وتؤكد أن التمارين النفسية والعاطفية أدت إلى تحقيق الأهداف التي تزود الأفراد بتطور نمو ما بعد الصدمة.

لذلك يجب التعرف على العناصر التي تقود لنمو ما بعد الصدمة وآليات التعزيز وهي كالتالي:

1- فهم استجابة الصدمة يبشر بنمو ما بعد الصدمة:

تعتبر استجابة الفرد للضغوط مسألة نسبية في تحديد استجابة الفرد لتلك الضغوط، فتعرض شخصان لصدمة عنيفة تؤدي لاختلاف استجابة وردود فعل كل من هما، حيث إن ذلك يعتمد على بعض العوامل التي يتم تحديدها من خلال الصدمة، حيث إنه لا توجد علاقة مباشرة بين التعرض للصدمة وحتمية المعاناة النفسية، وذلك يرجع لبعض المتغيرات والعوامل التي تتمثل في القدرات العقلية والعلاقة الوالدية والفاعلية السلوكية (الحواجري، 2003م، ص16).

يجب أن يكون الأفراد على علم بما يسمى نمو ما بعد الصدمة، ومعرفة المظاهر والعلامات السلبية للخبرات والتجارب الصادمة، خاصة المعتقدات المتعبة والمرهقة الموجودة أساساً في الأفراد، وكذلك المعتقدات الراسخة عن المستقبل، فمثلاً الجنود في المعركة يجب أن يكون لديهم فهم ومعرفة عن القواعد الفسيولوجية والاستجابات النفسية وردود الأفعال الطبيعية، حتى يعرف الجندي أن بعض ردود الأفعال ليس خلل أو علة في الشخصية (Tedeschi & McNally, 2011:21).

2- تعزيز التنظيم العاطفي:

العاطفة حالة سيكولوجية، لإدارة هدف ما، وبتقييم هذا الهدف عند وجود حدث ما، فإذا تحقق هذا الهدف يكون ايجابياً وإذا لم يتحقق أو يوجد ما يعيقه فيكون سلبياً، وهي وسيلة لتقييم مثير ما، لكن يكون الحسم لرد فعل مناسب لهذا المثير (شبير، 2016م، ص42).

والعاطفة عملية تفاعل للقلب مع العقل والتفكير والمنطق، وهي شعور يتولد لدى الفرد عن تعرضه لحادث أو موقف، فيصاحبه بعض التغيرات والتعبيرات (الداية، 2016م، ص54).

ويؤكد (Tedeschi et al., 2011:21) أن الطريقة الأساسية لخفض للقلق والتحكم في الأفكار الإقحامية، ومعرفة المرحلة وعملية البناء والتقييم للأحداث الصادمة وعواقبها، وتحديد العناصر في هذه الجزئية يحتوي على طريقة إدارة استجابة الجهاز العصبي السيمبثاوي غير

المنظم للأفكار الإقحامية، فالقيام بعمل برامج تدريبية للمهارات التي تؤدي إلى تنظيم المشاعر تكون مهمة في تعزيز نمو ما بعد الصدمة.

3- بناء الكشف الذاتي:

تعتبر المعلومات والمعارف التي تتعلق بالأشياء والأشخاص لها دوراً هاماً في إدراك شخصيات الآخرين، فعملية الإدراك تصنع اطاراً مرجعياً من خلال ما نراه مناسباً للخبرات الجديدة التي نتعرض لها، حيث تساعدنا على تنظيم المعلومات، وتشكيل احساسنا نحو الأحداث التي نواجهها، وكل منا له طريقته الخاصة لإدراك نفسه، والتي ينتج عنها مفاهيم شخصية ومتميزة لذاته (عبد الباقي وآخرون، 2002م، ص38)، واستمرار الفرد في اكتشاف الجوانب الجديدة في ذاته، ذلك بدوره يساعد في عملية النمو، والتي بدورها تساهم في تغيير مفهومه عن ذاته واكتشافها (جابر، 2002م، ص121)، كما أن الأشخاص الذين يتمتعون بمفهوم وادراك ثابت عن ذاتهم، يكون لديهم القدرة بشكل أكبر للتكيف بشكل أفضل وأسرع من غيرهم مع البيئة والخبرات والظروف التي يمرون بها (أبو مغلي وآخرون، 2002م، ص123).

والكشف الذاتي عن الأفكار من الممكن أن يبدأ من خلال الدعم العاطفي وتطوير عملية وصف وسرد الأحداث الصادمة، وإيجاد نماذج لاستجابات الصدمة الصحية، ونمو ما بعد الصدمة. تحديد العناصر في هذا الجزء من التدريب يشمل على التشجيع بالطرق المختلفة كي يبدأ الفرد بالتحدث والسرد عما حدث معه من أحداث صادمة ومؤلمة، ولكن بشكل خاص التجارب فيما بعد الصدمة يتم استخدام الدلالات والشعارات للتعبير عن الأمور المعقدة، وتعلم كيفية استخدام العلاقات الاجتماعية وبناء وتأسيس علاقات اجتماعية جديدة؛ وهذه كلها تحتاج لتمارين ومهارات والتي من شأنها أن تؤدي إلى تطورات إيجابية مهمة في حياة الأفراد (Tedeschi et al., 2011:21).

4- انشاء سرد للحدث الصادم في مجالات نمو ما بعد الصدمة:

الصدمة قد تتطلب عملاً بطولياً لإعادة تشكيل أنظمة الاعتقاد المتهشمة، والتحرر من الأهداف غير القابلة للتحقيق، ومراجعة خط سير الحياة، هذه العملية يمكن أن تحتوى على مظاهر لمجالات نمو ما بعد الصدمة التي يمكنها أن تزود الشخص بأهداف جديدة وطريقة للعيش، بعض هذه العناصر تشمل:

- أ-تنظيم طريقة سرد الحدث الصادم واعتباره كعامل محفز ونقطة ارتكاز أو رجوع.
- ب- تعزيز المقدرة على الانخراط في التفكير الجدلي وتقدير الاختلافات (مثلاً اختلاف رؤيتنا لمبدأ الربح والخسارة، وكيف أن النتائج المترتبة على الأحداث الصادمة تتطلب

دعماً من الآخرين، لكن في نفس الوقت فإن القوة الداخلية للشخص قد ترفض مثل هذا الدعم، وكيف للحزن أن يمتزج مع الامتتان، والقوة مع الضعف).

ج- تقديم أنواع التغيير التي يمكن أن تصبح واضحة بإرجاعها إلى المجالات الخمس لنمو ما بعد الصدمة وهي: القوة الشخصية، تعزيز العلاقات مع الآخرين، التغيير الروحاني، تقدير الحياة، والفرص الجديدة في الحياة، وبالتالي يكون هناك لتطور مفهوم من خلاله يتم بناء قصة للمكاسب التي تم تحقيقها من توابع الصدمة.

د- استعراض قصص الآخرين الذين عانوا من تبعات أحداث صادمة وكيف طوروا نمو ما بعد الصدمة لتوضيح إمكانية التغيير (Pals & McAdams, 2004:66).

5- تطوير مبادئ الحياة العسية على التحديات:

نمو ما بعد الصدمة يعطي الناس القدرة على تطوير طرق مختلفة في التفكير والفعل لتحقيق متطلبات المستقبل والتغلب على التحديات وتعزيز المقاومة والتطور الحياتي الإيجابي (Sarkar et al., 2015:475-479)، فالصراع في جوهره خبرة تغير حياة الأشخاص، وتحركهم لمستويات وظيفية أفضل من مستويات ما بعد الصدمة، ويجب أن يتم استعراضها كعملية متكاملة وليس كهدف خامل، والعناصر التي يمكن أن تشملها هذه العملية كالتالي:

أ- إيجاد طرق تعزز إيثار النفس لتقييم عملية التعلم لتوابع ما بعد الحدث الصادم، وكيف يمكنها إنشاء طرق وفرص جديدة.

ب- قبول عملية النمو دون الشعور بالذنب، لأن الفائدة ليست فقط النجاة من الصدمة، بل تحرير الآخرين من الشعور بنفس الذنب.

ج- قبول وخلق هوية اجتماعية جديدة كشخص قد نجى من الصدمة، أو خلق شخص متعاطف وحكيم لديه القدرة على التكيف مع الظروف الإنسانية.

د- اعتبار مفاهيم اليونانيين والرومانيين القدماء حول (البطل) بأنه شخص عادي واجه ظروف غير عادية ونجا منها، ومارس حياته بشكل طبيعي عارفاً حقيقة الحياة؛ فمثل هذه المفاهيم هي التي تعزز مفاهيم الحياة وتتضمن مظاهر روحانية مهمة وجيدة في حياة الأفراد (Tedeschi et al., 2011:21).

ويرى الباحث أن تلك العناصر مجتمعة من شأنها أن تقود لتغيير واضح في حياة الأفراد خاصة بعد التعرض للصدمة التي أثرت على الحياة بشكل سلبي، تلك العناصر من شأنها أن تبشر بتطور النمو الإيجابي بشكل ملحوظ عندما تسير بشكل صحيح، ثم تطور نمو ما بعد الصدمة بطريقة سليمة.

علاقة نمو ما بعد الصدمة بالمرونة النفسية:

المرونة النفسية هي عملية التكيف الجيد في أوقات الشدة والضغوط والصدمات مع بقاء الأمل، والثقة بالنفس، والتحكم بالمشاعر، والقدرة على حل المشاكل، وفهم مشاعر الآخرين والتعامل معهم، مع وجود مجموعة من السمات الشخصية، تجعله قادر على مواجهة الضغوط والقدرة على الالتزام والتحدي، والتحكم في الأمور الحياتية (قوته، 2011م، ص36).

ويرى (Azlina & Jamaluddin, 2010:3) أن وجود المرونة النفسية يمنح الفرد القدرة على التعافي من الأمراض، والاكنتاب والمصائب، وقيام الفرد بوظائفه، متحدياً الظروف الصعبة المحيطة وصولاً لمرحلة التكيف، وأكد على ذلك (رفاعي، 1982م، ص29) في قوله أن الشخص المرن يكون بحاجة للتكيف النفسي، وقد اشاد(الخطيب، 2007م، ص1054) بأنها تجعل الإنسان يعيش حياة كريمة، مليئة بالصفح والأمل، ويصبح الإنسان بحياة ذو معنى، ويصف (ريان، 2006م، ص40) بأن الاتزان الانفعالي يعتمد على المرونة الوجدانية في المواقف الانفعالية المختلفة، وتجعل الأفراد يشعرون بالهدوء والراحة النفسية، وعلى العكس من ذلك فقد اعتبر(رددير، 2010م، ص48) أن عدم القدرة على مواجهة الضغوط، بمثابة البداية لإرهاق الصحة النفسية، و تراكم الأعراض والأمراض.

كما أن (الطحان، 1987م، ص180) و(حسان، 2009م، ص57) اتفقا على أن المرونة النفسية لها تأثيرات ايجابية تقود الأفراد للقدرة على اتخاذ القرار وتحمل المسؤولية.

وعلاوةً على ذلك، فإن نمو ما بعد الصدمة والمرونة النفسية يُعتبروا متشابهين من الناحية النظرية؛ لكن البعض يرى أن نمو ما بعد الصدمة والمرونة النفسية يجب أن يتم عرضها بشكل مستقل فيما يتعلق بعملية البناء النفسي، حيث إن الأفراد ذوي المرونة النفسية من المستبعد عليهم أن ينخرطوا في معرفة نوع السلوكيات المرتبطة بنمو ما بعد الصدمة لأنهم لم يكافحوا بنفس مقدار الآخرين. وبالتالي، فإن الناجين من الصدمة وهم الأكثر مرونة لن ينخرطوا في عملية المعرفة الضرورية لحدوث نمو ما بعد الصدمة.

إن العلاقة بين المرونة النفسية ونمو ما بعد الصدمة في غاية الأهمية ولها تطبيقات مهمة في الوقاية من تأثير الصدمة. ومع ذلك بعض الباحثين فشلوا في التمييز بين الأفراد ذوي المرونة النفسية المنخفضة، والمتوسطة، والعالية وعلاقتهم بنمو ما بعد الصدمة. حيث إن فحص العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة والمرونة النفسية لدى الأطفال الذين استفادوا من دعم عائلاتهم والذين تم اخبارهم بأن يرووا قصصهم الصادمة، حيث أشارت النتائج إلى أن المرونة النفسية

لهؤلاء الأطفال تجعلهم يركزون على الواقع ويبنون عملية النمو النفسي عند روايتهم لقصصهم.(Mahdi et al., 2014:198).

ويرى الباحث أن المرونة النفسية ونمو ما بعد الصدمة يسيران في اتجاه النمو الإيجابي في التعامل مع المواقف والأحداث الصادمة، لكن المرونة النفسية تعتبر من خصال الشخصية حيث يتم التعامل مع المواقف بشكل مباشر وفي نفس الوقت، أما نمو ما بعد الصدمة من الممكن أن يحتاج لوقت أطول لحدوث التغيرات الإيجابية، ومن ثم تتم عملية التكيف مع الأحداث مما يقود للتعامل مع الأحداث بأكثر إيجابية لتحقيق الصحة النفسية المطلوبة في حياة الفرد.

تعقيب على الإطار النظري:

نرى من خلال الاطلاع على الاطار النظري للدراسات المتعلقة بالأعراض النفسية المصاحبة لمريض السرطان، ونمو ما بعد الصدمة، أنها لها أهمية بالغة مجتمعة أو متفرقة في حياة الفرد حيث كل من هذه المتغيرات تلعب دوراً مهماً ومكماً لبعضها البعض في رسم خريطة متكاملة لذلك البحث، حيث إن موضوع نمو ما بعد الصدمة يعتبر من المواضيع الحديثة نسبياً في علم النفس وخاصة علم النفس الإيجابي، ويأتي نمو ما بعد الصدمة على عكس التوقعات بعد التعرض للمصائب والشدائد، الذي من خلاله يتم طوير تغيرات نفسية ايجابية، تقود للتغيير في أولويات الحياة، لحياة أفضل مما ستكون عليه. وقد تناول الباحث أهم الأعراض النفسية التي تصاحب مريض السرطان، فقد تكلم عن القلق العام ذلك القلق الذي قد يصيب الإنسان الطبيعي فكيف لو كان مريض بمرض عضال لا يعرف أن سيلقي به، لذلك تم التعرف عليه وعلى أنواعه وتفسيره من وجهة نظر النظريات النفسية والطبية، وكذلك علاجه ووجه ونظر الإسلام من القلق، وتم التطرق لموضوع في بالغ الأهمية وهو قلق الموت ذلك الشعور الذي ينتاب كل مريض سرطان حيث تم التطرق له ومعرفة أسبابه ووجهة نظر النظريات منه ونظرة الإسلام له، أما بالنسبة للاكتئاب الذي يحظى بأهمية كبرى خاصة مع مرضى السرطان الذين تم استهدافهم فتم التعرف عليه وعلى أسبابه وأنواعه وتصنيفاته وكذلك بعض العلاجات له، وفي نهاية هذا المبحث يرى الباحث أنه من الضرورة بمكان أن يتم التطرق لتلك المتغيرات كي يكتمل هذا الإطار الذي يستهدف مرضى السرطان والإعراض النفسية المصاحبة لهم وعلاقتها بنمو ما بعد الصدمة.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

مقدمة:

يقوم الباحث في هذا الفصل بعرض مجموعة من الأدبيات والدراسات السابقة العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الدراسة، حيث قام بتقسيمها لأربعة محاور وهي الدراسات المتعلقة بالقلق العام، وقلق الموت، والاكتئاب، ونمو ما بعد الصدمة، ثم قام بالتعقيب عليها من نواحي متعددة كالأهداف، ومنهجية البحث، والعينة المستهدفة، وطرق وأدوات جمع المعلومات، والنتائج.

أولاً: الدراسات المتعلقة بالقلق العام:

1. دراسة Trentacosta, Christopher وآخرون (2016):

بعنوان: "علاج الأطفال المصابون بمرض السرطان من ناحية الحزن والقلق طويل الأمد: من منظور الفروقات الفردية بينهم"

هدفت الدراسة إلى فحص مدى تأثير الفروقات الفردية لدى الأطفال المصابون بالسرطان (الحالة المزاجية والشخصية) من ناحية الاستجابة لإجراءات العلاج. وطبقت الدراسة على عينة مكونة من (147) طفل يتلقون علاجاً للمرض وأبائهم على فترات متفرقة أثناء تلقي العلاجات. وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتم استخدام مقياس القلق للأطفال. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك مستوى منخفض من الحزن بناءً على عوامل الصفات الشخصية للمرضى لدى المرضى الذكور أكثر من الإناث. وأهم التوصيات كانت أن الطاقم الطبي يجب أن يراعي الفروقات الفردية لدى الأطفال بناءً على عوامل الصفات الشخصية والحالة المزاجية عند تقديم العلاجات اللازمة.

2. دراسة Parker. davis وآخرون (2016):

بعنوان: "العلاقة بين الشكوك في وجود المرض، والقلق، والخوف من تقدم المرض وجودة الحياة لدى الرجال المعرضون للإصابة بسرطان البروستاتا تحت المتابعة الطبية"

هدفت الدراسة إلى تقييم العلاقة المتوقعة بين الشك في وجود المرض، والقلق، والخوف من تقدم المرض، وجودة الحياة لدى الرجال المعرضون للإصابة بسرطان البروستاتا تحت المتابعة الطبية. وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي وتم تطبيق أدوات الدراسة على مركز للعناية بالسرطان على رجال عددهم (180) رجلاً معرضون للإصابة بسرطان البروستاتا، حيث تم

توزيع استبيان في وقت دخولهم للمركز لفترة زمنية تتراوح بين (6-30) شهر، وهدف الاستبيان إلى تقييم حالة الشك في وجود المرض، القلق، الاكتئاب وجودة الحياة لدى هذه الفئة باستخدام مقاييس طبية مخصصة في الاستبيان. كشفت النتائج على أن الرغبة الجنسية لدى هؤلاء المصابون قد انخفضت مع مرور الوقت، والشك في وجود المرض والقلق كانا عاملان مؤثران في التقييم، بينما الخوف من تقدم المرض لم يتأثر كثيراً خلال فترة الدراسة. وخلصت الدراسة إلى أنه بعد المتابعة الطبية لفترة عامين ونصف فإن جودة الحياة لدى العينة لم تتغير، فقط الرغبة الجنسية هي التي تأثرت سلباً. ونصحت الدراسة بضرورة التدخل للتقليل من الشكوك والقلق لدى المعرضون للإصابة بمرض البروستاتا.

3. دراسة Regina Myres وآخرون (2014):

بعنوان: "دراسة توقعيه للقلق والاكتئاب والتغيرات السلوكية في السنة الأولى بعد تشخيص سرطان الدم في مرحلة الطفولة"

هدفت الدراسة إلى تقييم مستويات القلق، الاكتئاب، وسلوك الأطفال المصابين بمرض سرطان الدم ذو الخطورة العادية خلال السنة الأولى من العلاج، ومعرفة عوامل الخطر المصاحبة للمرض. تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من (159) طفل أعمارهم بين (2-10) سنوات مصابين بالمرض ذو الخطورة العادية. قام الآباء بتعبئة استمارات التقييم بالنيابة عن أطفالهم على مقاييس تقييم معدة لذلك تحتوي على مقاييس بعد فترة (1) و(6) و (12) شهر بعد التشخيص بالمرض. أشارت النتائج إلى أن القلق يعتبر أهم مشكلة تواجه الآباء على أطفالهم المصابين بالمرض بعد تشخيصه بوقت قصير. بينما الاكتئاب كان المشكلة الأكبر بعد التشخيص بالمرض بسنة. وأن الأطفال الذين ينحدرون من عائلات لها تاريخ مرضي معرضون أكثر لمواجهة مخاطر أكبر في أمراضهم. وأوصت الدراسة بضرورة القيام بفحص مستويات القلق والاكتئاب لدى الأطفال طوال السنة الأولى من التشخيص بالمرض.

4. دراسة Tomer T. Levin وآخرون (2007):

بعنوان: "الاكتئاب والقلق وجودة الحياة لدى مرضى سرطان الدم"

هدفت الدراسة إلى فحص مستوى القلق والاكتئاب وجودة الحياة لدى مرضى سرطان الدم، استخدم الباحثون عينة مؤلفة من (500) مريض من قاعدة بيانات مرضى السرطان باستخدام المنهج التجريبي، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تلقت العلاج ومجموعة لم تتلق العلاج "تحت الملاحظة فقط". أهم نتائج البحث كانت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين

المجموعتين فيما يختص بمستوى الاكتئاب والقلق وجودة الحياة، لكن المرضى الأقل أو يساوي (60) سنة لوحظ أنهم أكثر اكتئاباً وأسوأ عاطفة وأقل مستوى في جودة الحياة. في المجموعة التي لم تتلق العلاج أعطت مستوى اكتئاب أكبر من المجموعة التي تلقت العلاج . لكن فيما يختص بجودة الحياة والقلق فقط لوحظ أن المرضى الذين تم تشخيصهم منذ أكثر من ست سنوات وكذلك المرضى الذين يتلقون العلاج فقد أعطوا مستوى متشابه في القلق وجودة الحياة.

5. دراسة Manoj Pandey وآخرون (2007):

بعنوان: "الحزن، القلق، الاكتئاب لدى مرضى السرطان تحت العلاج الكيميائي"

تهدف الدراسة إلى تقييم تأثير العلاجات الكيميائية على الحزن، القلق، والاكتئاب لدى مرضى السرطان، حيث تم تقييم عدد (117) مريض باستخدام مقاييس تحديد درجة الحزن والقلق والاكتئاب) وكانت نسبة المرضى الذين يأخذون العلاج الكيميائي لعلاج الأورام الخبيثة هي (52%). كشفت النتائج أن نسبة (15%) منهم لديهم قلق، بينما (16%) منهم لديهم اكتئاب وسببه الرئيسي هو الحالة الاجتماعية، وكانت الإناث أكثر عرضة للاكتئاب من الرجال. وخلصت الدراسة إلى أن زيادة الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان ويختلف تأثيره حسب الجنس بالنسبة للاكتئاب.

ثانياً: الدراسات المتعلقة بقلق الموت:

1. دراسة الرواشدة (2014م):

بعنوان: "دراسة مقارنة بين مرضى السرطان والأسوياء في درجة الشعور بالاكتئاب وقلق الموت - دراسة في ضوء نظريتي التعلم الاجتماعي، والنظرية المعرفية"

هدفت الدراسة إلى معرفة الاختلاف في درجة الشعور بالسماوات الانفعالية (قلق الموت والاكتئاب) بين مرضى السرطان والأسوياء. واحتوت أداه البحث على (37) فقرة، وتمثلت عينة الدراسة بالنسبة للمرضى: من مرضى السرطان المقيمين في مستشفى الملك عبد الله المؤسس، أما الأسوياء فتمثلت بأبناء المجتمع الأردني واستخدم المنهج الوصفي الذي يصف الظاهرة وصفا نوعياً وكمياً، فيما يلي عرضاً لأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: بالنسبة لدرجة الشعور بقلق الموت جاءت (4) فقرات بدرجة كبيرة من أصل (15) فقرة وباقي الفقرات جاءت بدرجة متوسطة بالنسبة لدرجة الشعور بالاكتئاب وجاءت (7) فقرات بدرجة كبيرة من أصل (22) فقرة وباقي الفقرات جاءت بدرجة متوسطة. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة

($\alpha \leq 0.05$) في درجة الشعور بقلق والموت والاكتئاب بين مرضى السرطان والأسوياء، وجاءت الفروق لصالح مرضى السرطان.

2. دراسة قواجلية (2013م):

بعنوان: "قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان"

هدفت الدراسة لمعرفة معاناة الراشد المصاب بمرض السرطان من قلق الموت، والتعرف على أكثر الحالات النفسية لمرضى السرطان، كذلك معرفة المشاكل النفسية التي يخلفها مرض السرطان للراشد المصاب، وتحديد مستوى قلق الموت لديه.

واعتمدت الباحثة في هذا البحث على المنهج الاكلينيكي الذي يعتمد على الملاحظة المعمقة للأفراد الذين يواجهون مشاكل نفسية والتعرف على الظروف الحياتية التي يعيشونها، حيث استخدم الباحث الملاحظة، والمقابلة العيادية، مقياس قلق الموت، حيث تم الاعتماد على ثلاث حالات تراوحت أعمارهم ما بين (35-48) سنة وهم رجل امرأتان.

وأظهرت النتائج أن هؤلاء المرضى يتجهون نحو استخدام أسلوب التجنب، والذي يقصد به محاولة الفرد تجنب المواجهة المباشرة للمواقف الضاغطة، وأن يكتفي بالانسحاب، كما أنهم يشعرون بالنقص، وتتسم حياتهم بالقلق والاحباط والخوف والموت اضافة إلى الانفعال والاكتئاب، حيث إن الفرضية الجزئية الأولى وجدت أنه لا يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت، فالحالات الثلاثة لديهم قلق الموت مرتفع، والفرضية الجزئية الثانية وجدت عدم وجود اختلاف بالنسبة للجنس فالحالات الثلاثة وهم رجل وامرأتين يعانون من قلق الموت، أما بالنسبة للفرضية الأساسية فقد تحققت بوجود قلق الموت لدى الراشد المصاب.

3. دراسة عماري (2013م):

بعنوان: "قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي"

هدفت الدراسة لمعرفة مدى معاناة المرأة المصابة بسرطان الثدي من قلق الموت، وكذلك معرفة العلاقة بين قلق الموت والحالة الاجتماعية للمرأة المصابة بسرطان الثدي، أيضاً علاقة قلق لموت بالمستوى التعليمي للمرأة المصابة بسرطان الثدي.

قامت الباحثة باستخدام المنهج الاكلينيكي، واعتمدت على الملاحظة العيادية، والمقابلة، والمقابلة العيادية النصف موجهة وكذلك مقياس قلق الموت للوصول للنتائج المطلوبة، حيث كانت عينة الدراسة عبارة عن ثلاث نساء مصابات بسرطان الثدي تتراوح أعمارهن بين (30-40) سنة.

وتوصلت النتائج إلى أن المرأة المصابة بالسرطان تعاني من ارتفاع في درجة قلق الموت، هذا بالنسبة للفرضية الرئيسية، أما بالنسبة للفرضيتين الجزئيتين فكان مفادهما أن الجزئية الأولى وجدت علاقة بين ارتفاع درجة قلق الموت والحالة الاجتماعية للمرأة المصابة بسرطان الثدي في الحالة الأولى والثالثة، أما الحالة الثانية فكان الوازع الديني له أثر مهم لوجود نوع من الرضا عن الذات رغم مرارة الحقيقة المؤلمة، أما الجزئية الثانية فوجدت أن هناك علاقة بين ارتفاع درجة قلق الموت والمستوى التعليمي للمرأة المصابة بالسرطان، حيث تحققت في الحالتين الأولى والثالثة، أما الحالة الثانية لم تتحقق الفرضية لأنها اثبتت وجود ميل لإقامة علاقات اجتماعية أدت لتحقيق التكيف الاجتماعي، وبذلك استنتجت الباحثة بأن المرأة المصابة بسرطان الثدي يكون لديها قلق الموت مرتفع، ويجعلها تشعر بالنقص والتوتر والاكتئاب والعدوان تجاه الآخرين.

4. دراسة ياسين (2011م):

"قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة من منظور جندي"

هدفت الدراسة إلى تقصي مستوى قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان (مرضى سرطان الدم (اللوكيميا)، والرئة والعظام) البالغين وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة (الجنس والعمل والمرحلة المرضية والحالة الزوجية). وتكونت العينة من (154) مريضاً (81) من الذكور و (73) من الإناث، تراوحت أعمارهم من (18 - 82) متوسط عمري (50) عام، وتم استخدام مقياس قلق الموت وتطبيقه على جميع المرضى المراجعين والمقيمين في مستشفى البشير ضمن أقسام الأشعة التشخيصية وأمراض الدم بالطريقة القصدية.

وتوصلت النتائج إلى وجود قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة على عوامل المقياس الثلاثية بترتيب تنازلي هو تقدير الذات، الإيمان بالاحتمية المطلقة للموت، التصور السببي. أيضاً كان لمتغير المرحلة المرضية القدرة التنبؤية الأعلى للتنبؤ بمستوى قلق الموت على عوامل المقياس بشكل عام وعلى عوامله بشكل خاص، يليه متغير العمل الذي كان له أيضاً قدرة تنبؤية على التنبؤ بمستوى قلق الموت على عوامل المقياس بشكل عام وعلى عامل تقدير الذات بشكل خاص، في حين كان لمتغير الحالة الزوجية تنبؤه للتنبؤ بمستوى قلق الموت على عوامل المقياس بشكل عام وعاملي تقدير الذات والإيمان بالاحتمية المطلقة للموت علماً بأن متغير نوعية الإصابة لم يكن له أي دلالة إحصائية في التنبؤ بمستوى قلق الموت لدى أفراد العينة.

5. دراسة العرب (2011م):

بعنوان: "قلق الموت لدى المصابين بمرض السرطان وعلاقته بمتغيرات الجنس والعمر ونوع السرطان"

هدفت الدراسة إلى التعرف على الخصائص الاجتماعية لمرضى السرطان ومعرفة درجة الشعور بقلق الموت بين الأفراد المصابين بمرض السرطان كذلك معرفة مدى تأثير متغيرات الجنس والعمر ونوع الورم السرطاني على مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان.

استخدم منهج المسح الاجتماعي وتكونت عينة الدراسة من (100) مريضا بالسرطان (54) ذكر و(44) أنثى تم اختيارهم بالطريقة القصدية وهم مراجعين للمستشفيات الحكومية والخاصة خلال فترة إجراء الدراسة. تم استخدام مقياس قلق الموت الذي أعده (عوض، 2009م) بعد تقنين المقياس.

توصلت النتائج إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين سرطان الثدي وسرطان القولون وجاءت الفروق لصالح سرطان الثدي. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر متغير الجنس وجاءت الفروق لصالح الإناث.

6. دراسة Sherman وآخرون (2010م):

بعنوان: "مقارنة بين قلق الموت وجودة الحياة للمصابين بالسرطان المتقدم أو الإيدز ومقدمي الرعاية الأسرية"

هدفت الدراسة للتعرف على مستوى قلق الموت وجودة الحياة لدى المصابين بالسرطان أو الإيدز ومقدمي الرعاية الأسرية. حيث تم استهداف عينة مكونة من (101) مريضا (63) مريضا مصابا بالإيدز و (38) مريضا مصابا بسرطان متقدم و (79) من مقدمي الرعاية الأسرية (43) من مقدمي الرعاية لمرضى الإيدز و (36) من مقدمي الرعاية لمرضى السرطان، فحصت هذه الدراسة قلق الموت للمرضى المصابين بالسرطان المتقدم ومرضى متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ونفس الأمر بالنسبة لمقدمي الرعاية الأسرية لإيجاد العلاقة بين القلق من الموت ونوعية الحياة.

وأشارت النتائج إلى أن مرضى الإيدز يعانون من قلق الموت بنسبة أكبر من مرضى السرطان، ولكن القلق من الموت لم يكن مختلفا بين مقدمي الرعاية الأسرية. وعانى كل من مرضى الإيدز والسرطان من قلق أكبر من الموت من مقدمي الرعاية. وقد ارتبط القلق من الموت بانخفاض نوعية الحياة، ولا سيما في المجال النفسي لمرضى الإيدز. وكانت هناك

ارتباطات كبيرة بين مواضع القلق المتعلقة بالوفاة ونوعية الحياة لمقدمي الرعاية الأسرية، ولاسيما مقدمي الرعاية في مجال الإيدز. التدخلات التي تقلل من قلق الموت قد تعزز نوعية الحياة مثل طرق تخفيف قلق الموت، وخاصة لمرضى الإيدز ومقدمي الرعاية الأسرية.

7. دراسة عوض (2009م):

بعنوان: "قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب في منطقة عكا: دراسة مقارنة"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان ومرضى القلب ومرضى السكري ضمن بعض المتغيرات، وتكونت العينة من (458) من المرضى من كلا الجنسين من منطقة عكا، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بتطوير مقياس قلق الموت وتطبيقه. وقد توصلت النتائج لوجود درجة متوسطة من قلق لموت لدى أفراد العينة، ووجود فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث على مقياس قلق الموت، وكانت درجات الإناث أعلى من درجات الذكور، ووجدت أيضاً فروق دالة احصائياً بين مرضى السرطان ومرضى السكري والقلب على مقياس قلق الموت لصالح مرضى السرطان حيث كان معدلهم أعلى من مرضى السكري والقلب، ووجدت فروق أيضاً بين الفئات العمرية (55 فأقل، 56-65، 66 فأكثر) على مقياس قلق الموت، فكانت درجات الفئة العمرية (55 فأقل) أعلى من درجات الفئة (56-65) والفئة (66 فأكثر).

ثالثاً: الدراسات المتعلقة بالاكنتاب:

1. دراسة Nikki A. Hawkins وآخرون (2016):

بعنوان: "استخدام العلاجات الطبية لعلاج القلق والاكنتاب لدى الناجين من مرض السرطان في الولايات المتحدة الأمريكية"

هدفت الدراسة إلى تقدير نسبة الناجين من مرض السرطان في الولايات المتحدة والذين يتعاطون علاجات طبية لعلاج القلق والاكنتاب، وهدفت كذلك إلى تصنيف هذه الفئة وفقاً لنوع العلاج. حيث تمت مقارنة نسب العلاج المستخدم لعلاج الاكنتاب والقلق لدى الناجين من مرض السرطان مع النسب العامة. تم تحليل البيانات العامة المستخرجة من المسح الصحي الدولي للأعوام من 2010-2013، وتوزيع استبيان علي الفئة الناجية من هذا المرض من البالغين. كشفت النتائج إلى أن البالغين الذين لم يسبق لهم الإصابة بالسرطان كانوا أقل تعاطياً للعلاجات الاكنتاب والقلق من أولئك الناجين منه. وتم تصنيف المتعاطين للعلاجات حسب العمر، الجنس،

الحالة الاجتماعية، والتأمين الصحي، مدى الإصابة بالسرطان. وكان المتعاطين لعلاجات الاكتئاب أكثر من المتعاطين لعلاجات القلق بغض النظر عن نوع التأمين، بينما كان المطلوقون، الأرامل، المنفصلون أكثر تعاطياً لعلاجات القلق والاكتئاب. وخلصت الدراسة إلى أن الناجين من السرطان في الولايات المتحدة يتعاطون أدوية لعلاج القلق والاكتئاب أكثر بمرتين من النسب العامة للسكان.

2. دراسة Zhu, Lei وآخرون (2016):

بعنوان: "الأنواع الثانوية من الاكتئاب لدى مرضى السرطان، دراسة تطبيقية"

هدفت الدراسة إلى تحديد المجموعات الفرعية من مرضى السرطان الذين يعانون من أعراض ثانوية للاكتئاب قبل الشروع في العلاج النفسي، وكذلك فحص إذا كانت العوامل الاجتماعية والديموغرافية وكذلك التصنيفات الطبية تتأثر بهذه الأنواع. هدفت الدراسة كذلك إلى فحص إن كان أولئك الذين يعانون من أعراض ثانوية للاكتئاب يقومون بتصرفات مختلفة لها علاقة بالاكتئاب أثناء العلاج النفسي. وتم عمل الدراسة في مؤسسات خاصة بالعلاج النفسي في هولندا، وتم تجميع البيانات قبل بدء العلاج النفسي، وبعد ثلاثة أشهر من العلاج، وكذلك بعد تسعة أشهر من العلاج. وتم عمل تحليل للبيانات لمعرفة أنواع الاكتئاب الثانوية لدى (243) مريض في المرحلة الأولى قبل بدء العلاج.

كشفت النتائج أنه قبل بدء العلاج النفسي، فإن ثلاثة أنواع من الاكتئاب الثانوي تم اكتشافها مختلفة في شدتها وأعراضها. في المرحلة الأولى قبل بدء العلاج، فإن (47%) يعانون من اكتئاب بسيط، ومشاكل في النوم وعدم التركيز وإرهاق عام، وفي المرحلة الثانية بعد (3) أشهر فإن (41%) منهم لديهم مستويات مرتفعة نسبياً من الاكتئاب، ونفس مشاكل النوم والإرهاق وعدم التركيز. لكنهم أكثر اكتئاباً نسبياً. المرحلة الثالثة كان (12%) من المفحوصين لديهم اكتئاب حاد، وإرهاق عام متزايد وفقد التركيز في المرحلة الأولى كذلك فإن هناك فرصاً للتحسن، والمرحلة الثانية فرصة أعلى، والمرحلة الثالثة حصلت على أعلى فرص للتحسن والعلاج من الاكتئاب والقلق. وخلصت الدراسة إلى وجود أنواع ثانوية من الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان سواء قبل بدء العلاج النفسي أو بعده.

3. دراسة Maartje Gordijn وآخرون (2012):

بعنوان: "النوم والإرهاق والاكتئاب وجودة الحياة لدى الأطفال الناجين من سرطان الدم" هدفت الدراسة إلى معرفة مستويات النوم والإرهاق والاكتئاب وجودة الحياة لدى الأطفال الناجين من سرطان الدم عن طريق توزيع استبيان على (62) والد لهؤلاء الأطفال لقياس عادات النوم، ومستويات الإرهاق والاكتئاب وصحة الطفل العامة، مقارنة بالمعايير الهولندية لجودة الحياة. نتائج الدراسة أوضحت أنه بعد فترة من (22 - 62) شهر بعد انتهاء العلاج، فإن آباء الأطفال أقرروا بأن الناجين من مرض سرطان الدم لديهم مشاكل في النوم، وأكثر إرهاقاً ولديهم مستوى منخفض من جودة الحياة مقارنة بالمعايير التي تضعها الحكومة الهولندية. وكذلك فقد كان جميع أولئك الناجين من المرض بأنفسهم (الأطفال وليس آبائهم) فقد كانت لديهم مشاكل أقل في النوم، وأقل اكتئاباً، وأفضل شعوراً بجودة الحياة حسب المعايير الهولندية، وقد يُعزى هذا الفرق في النتائج بين الآباء وأبنائهم المرضى إلى شعور الآباء بالقلق والمحافظة على أبنائهم.

4. دراسة Hopko, D.R, et, all (2011):

بعنوان: "التنشيط السلوكي الموجز والعلاج بحل المشكلات لمريضات سرطان الثدي المصابات بالاكتئاب: تجربة عشوائية"

هدفت الدراسة لاختبار الفوائد المتوقعة من العلاج التنشيطي السلوكي لدى المرضى المشخصين بالاكتئاب من خلال تجربتين صغيرتين، وتكونت العينة من (80) مريضة مصابة بسرطان الثدي ذات مستوى تعليمي جيد، وقد تم استخدام المنهج التجريبي في الدراسة، وتم تطبيق اختبار التجربة الاكلينيكية عشوائياً لمعرفة مدى فاعلية ثمانية جلسات من العلاج التنشيطي السلوكي للاكتئاب، مقارنة بالعلاج بحل المشكلات وقد تم تقييم النتائج الأولية بواسطة مقياس الاكتئاب، وجودة الحياة، والقلق، وقد اتضح من خلال التحليل الإحصائي أن كلاً من العلاجين كانا ناجحين، وقد وجدت النتائج أن العلاج التنشيطي السلوكي للاكتئاب والعلاج بحل المشكلات تمثل التدخلات العلمية التي قد تحسن النتائج النفسية وجودة الحياة لدى مرضى سرطان الثدي المصابين بالاكتئاب.

5. دراسة الجريسي (2003م):

بعنوان: "الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات" هدفت الدراسة للتعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، والتي تتمثل في السلوك الديني، منطقة السكن،

العمر، مستوى التعليم. تكونت عينة الدراسة من عينة استطلاعية تقدر بـ(200) فرد لا يعانون من أي مرض عضوي، ويكافؤون عينة الدراسة في العمر ومنطقة السكن والمستوى التعليمي، عينة فعلية تقدر بـ(50) مريض من مرضى سرطان الرئة الذكور بمحافظة غزة. وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب ومقياس السلوك الديني، وتم استخدام عدة أساليب إحصائية منها اختبار التحليل الأحادي واختبار شيفيه للمقارنات البعدية، ومعامل ارتباط بيرسون.

وتوصلت النتائج إلى أن مرضى سرطان الرئة يعانون من الاكتئاب النفسي بدرجات متفاوتة، حيث إن الكم الأكبر منهم يعانون من اكتئاب بدرجة متوسطة وشديدة، والفئة العمرية التي هي أقل من (40) سنة تعاني من الاكتئاب بشكل أكبر من الفئتين من (40-60) سنة، والفئة الأكبر سناً التي هي فوق (60) سنة، ووجد علاقة ارتباطية سالبة بين الاكتئاب والسلوك الديني لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة، بمعنى أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب قل مستوى السلوك الديني، ووجد أيضاً عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى مرضى سرطان الرئة تعزى لمتغير المستوى التعليمي ومنطقة السكن.

رابعاً: الدراسات المتعلقة بنمو ما بعد الصدمة:

1. دراسة أبو القمصان (2016م):

بعنوان "نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفعالية الذات لدى مبتوري الأطراف بعد الحرب الأخيرة على غزة (حرب عام 2014م)"

هدفت الدراسة للتعرف على مستوى نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفعالية الذات لدى حالات البتر، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطبيق أداتي الدراسة مقياس نمو ما بعد الصدمة، ومقياس فعالية الذات، وكان عدد العينة (40) فرداً، وأظهرت النتائج أن نمو ما بعد الصدمة وفعالية الذات كان في مستوى متوسط وأظهرت أيضاً وجود علاقة طردية بين نمو ما بعد الصدمة وفعالية الذات.

2. دراسة العبادسة وآخرون (2015م):

بعنوان: " نمو ما بعد الصدمة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى النازحين في مراكز الإيواء في قطاع غزة"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي لدى النازحين في مراكز الإيواء بعد حرب (2014)، والتعرف على العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي، والكشف عن الفروق في نمو ما بعد الصدمة، والتي تعزى إلى

متغيرات الدراسة مثل: (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، مكان السكن). طبقت هذه الدراسة على عينة عشوائية تكونت من (202) من الأفراد النازحين، واستخدم المنهج الوصفي التحليلي، وتم استخدام مقياس نمو ما بعد الصدمة ومقياس قائمة الأعراض المعدل.

وقد أشارت النتائج إلى وجود مستوى متوسط من نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي لدى العينة، ووجود علاقة عكسية بين نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي، كما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض المرضية لصالح الأشخاص الذين لا يمتلكون عملاً من عينة الدراسة، وكذلك وجود فروق في أعراض العدوان لصالح الإناث، في حين أن الدراسة أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نمو ما بعد الصدمة والأعراض المرضية تعزى لمتغير مكان السكن والتعليم والعمر.

3. دراسة أبو شاويش (2015):

بعنوان: "فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية التفكير الإيجابي كمدخل للتفاؤل لدى عينة من مريضات سرطان الثدي"

هدفت الدراسة للتعرف على فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية التفكير الإيجابي كمدخل للتفاؤل لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، ومعرفة الفروق بين متوسطات رتب درجات مريضات سرطان الثدي في المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة في مقياس التفكير الإيجابي والتفاؤل، ومعرفة الفروق بين متوسطات رتب درجات مريضات سرطان الثدي في المجموعة التجريبية في مقياس التفكير الإيجابي، والتفاؤل قبل وبعد تطبيق البرنامج، ومعرفة الفروق الجوهرية بين متوسطا رتب درجات مريضات سرطان الثدي في المجموعة التجريبية في مقياس التفكير الإيجابي، والتفاؤل في القياسين البعدي والتتبعي. وتكونت عينة الدراسة من (24) مريضة مصابة بسرطان الثدي، من ذوات أدنى الدرجات في التفكير الإيجابي والتفاؤل، وتم تقسيم المجموعتين عشوائياً: المجموعة الأولى التجريبية (12) مريضة، والمجموعة الثانية الضابطة (12) مريضة، وتم استخدام المنهج التجريبي، وتم استخدام مقياس التفكير الإيجابي من إعداد القريشي (2012)، ومقياس التفاؤل وبرنامج معرفي سلوكي من إعداد الباحثة.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي على مقياس التفكير الإيجابي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس التفكير

الإيجابي لصالح القياس البعدي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي على مقياس التفاؤل لصالح أفراد المجموعة التجريبية، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس التفاؤل لصالح القياس البعدي.

4. دراسة Manne (2014):

بعنوان: "نمو ما بعد الصدمة بعد الإصابة بسرطان الثدي: من وجهة نظر المريض والآباء والأزواج"

هدفت الدراسة لتقييم نمو ما بعد الصدمة لمريضات سرطان الثدي والأشخاص القريبين عليهم في فترة ستة أشهر إلى سنة، من بعد التشخيص، حيث تم دراسة العمليات المعرفية والعاطفية في نمو ما بعد الصدمة، وتم اختيار عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي، وكان عددهم (162) وآباءهم، وذلك لقياس نمو ما بعد الصدمة والعمليات المعرفية، والحالة الاجتماعية على مدى ثلاث سنوات في أوقات متباعدة مدتها تسعة أشهر.

وأشارت النتائج لزيادة نمو ما بعد الصدمة لآباء المريضات في خلال تلك الفترة، حيث كان من المتوقع للمريض في سن أصغر ظهور نمو ما بعد الصدمة، التفكير في أسباب السرطان بشكل أكبر والتغيرات العاطفية في نفس الوقت، حيث إن المريض في سن مبكر يتوقع منه ظهور للأفكار الإقحامية بشكل أكبر، كذلك زيادة استخدام إعادة التقييم الإيجابي والمعالجة العاطفية في نفس الوقت.

حيث استنتج من هذه الدراسة أن التقارير للمرضى وأقاربهم وجود نمو ما بعد الصدمة خاصة في العمليات المعرفية والعاطفية، حيث يرتبط نمو ما بعد الصدمة للمريض مع معالجة العمليات المعرفية والعاطفية من قبل الآخرين من سرطان الثدي.

5. دراسة Scrignarو وآخرون (2011):

بعنوان: "توقعات حدوث نمو ما بعد الصدمة بعد متابعة زراعة نخاع العظمى لمرضى السرطان"

هدفت هذه الدراسة للتعرف والتنبؤ بحدوث نمو ما بعد الصدمة بعد متابعة زراعة نخاع العظمى لمرضى السرطان لما له من تأثير نفسي إيجابي وسلبى. وكانت العينة مكونة من (72) حالة من الذين تم زراعة نخاع العظام لهم.

وأوضحت النتائج أن نمو ما بعد الصدمة كان أكبر في فترة ما بعد الزراعة يعزى للعوامل التالية: السن الصغير، والتعليم الأقل، والاستخدام الأكثر لإعادة التفسير الإيجابية، وحل المشاكل، والسعي للحصول على مكافآت بديلة كاستراتيجيات التكيف في فترة ما قبل الزراعة، وتقدير أكثر لجوانب تجربة الزراعة، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن المقارنات الذاتية الزمنية تساهم في تجربة نمو ما بعد الصدمة.

6. دراسة sawyer وآخرون (2010):

بعنوان: "نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان الماليزيين وعلاقتها مع الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها"

هدفت هذه الدراسة لمعرفة مدى انتشار نمو ما بعد الصدمة لعينة من مرضى السرطان الماليزيين، تم أخذ عينة قدرت بـ(113) مريض مصاب بمرض السرطان، وتم قياس نمو ما بعد الصدمة والضغوط النفسية، واستراتيجيات المواجهة عن طريق مقياس (SCL -90-R). (symptoms check list)

وأظهرت النتائج أن العديد من المصابين طوروا نمو ما بعد الصدمة، حيث كان معظمها في مجال تقدير الحياة، وكانت تجربة نمو ما بعد الصدمة غير متعلقة بشكل كبير بالمعاناة النفسية، أيضاً أشارت النتائج إلى أن التوسع في استخدام الدعم في استراتيجيات المواجهة مفيد لإعادة الصياغة الإيجابية، حيث إن وجود روح الدعابة مرتبط بشكل كبير مع نمو ما بعد الصدمة.

التعليق العام على الدراسات السابقة:

لقد عرض الباحث مجموعة من الدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة ومتغيراتها، حيث رأى في حدود علمه عدم وجود دراسات عربية قد تناولت موضوع نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بمرضى السرطان، بل وجد مجموعة من الدراسات التي تتحدث عن أعراض الاضطراب النفسي وعلاقته بالسرطان، وقد ركزت الدراسات على أهم الأعراض التي قد يعاني منها مرضى السرطان المتمثلة في القلق والاكتئاب وقلق الموت وسيقوم الباحث بعرض لأوجه الشبه والاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية من حيث الهدف، العينة، منهجية البحث، الأدوات المستخدمة في الدراسة، والنتائج.

- من حيث الأهداف:

للدراسات السابقة أهداف متعددة وكثيرة وخاصة المتعلقة بمرضى السرطان، فمنها ما هدف إلى التعرف على مستويات القلق لدى مرضى السرطان كدراسة Parker, P. A. وآخرون

(2016)، و Regina Myres & et.al (2014م)، و Manoj Pandey, et.al (2007)، ومنها ما هدف لتنمية التفكير الإيجابي كمدخل للتفاوض لدى مريضات سرطان الثدي كدراسة أبو شاويش (2015)، ومنها هدف للتعرف على مستويات قلق الموت لدى المصابين بأمراض السرطان، وذلك مثل دراسة قواجلية (2013م)، وعمارى (2013م)، ومنها هدفت لمقارنة قلق الموت لدى مرضى السرطان ومرضى القلب والسكر كدراسة عوض (2009م)، أما دراسة العرب (2011م) فهدف للتعرف على الخصائص الإجتماعية لمرضى السرطان ومعرفة قلق الموت وتأثير متغيرات الجنس والعمر ونوع الورم السرطاني، وهدفت دراسة Sherman & et.al (2010) للمقارنة بين قلق الموت وجودة الحياة للمصابين بالسرطان أو الايدز، أما بعض الدراسات فكان هدفها التعرف على مستويات الاكتئاب للمرضى الناجين من السرطان، ولا زالوا يتعاطون علاجات للقلق والاكتئاب مثل دراسة Nikki A. Hawkims (2016)، وهدفت دراسات أخرى للتعرف على مستويات الاكتئاب وبعض المتغيرات مثل Adelita V. Ranchor & et.al (2015)، و Maartje Gordijn & et.al (2012)، والجريسي (2003)، وهدفت دراسة أخرى لمعرفة الفوائد المتوقعة من العلاج التنشيطي السلوكي للمرضى المشخصين بالسرطان أمثال دراسة Hopko & et.al (2011)، أما الدراسات التي تحدثت عن نمو ما بعد الصدمة فكان الهدف من بعضها تقييم نمو ما بعد الصدمة من وجهة نظر الآخرين وليس مرضى السرطان مثل الأزواج والآباء، وذلك مثل دراسة Manne (2014)، أما دراسة Sawyer & et.al (2010) هدفت لمعرفة مدى انتشار نمو ما بعد الصدمة والعلاقة مع الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة، وبعض الدراسات كان هدفها التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لمرضى السرطان وذلك مثل دراسة Scignaro & et.al (2011)، وفي دراسة أخرى قام بها العبادسة وآخرون (2015م) هدفت للتعرف على مستوى نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطراب النفسي، كما وهدف دراسة أبو القمصان (2016م) للتعرف على نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفعالية الذات.

- من حيث العينة:

وجد الباحث اختلافات في العينات المستخدمة في الدراسات السابقة والاختلاف كان في الجنس والعدد والمرحلة العمرية، فبعض الدراسات تناولت عينة من الأطفال مثل دراسة Regina Myres & et.al (2016)، و Trentacosta, Christopher & et.al (2014)، و Maartje Gordijn & et.al (2012)، وبعض الدراسات استهدفت جنس الذكور فقط وذلك مثل دراسة Davis, Parker (2016)، والجريسي (2003)، كما أن البعض اهتم بجنس الإناث فقط، كدراسة عمارى (2013)، و Hopko & et.al (2011)، و Manne (2014)،

وأبو شاويش (2015)، وتناولت دراسة Manoj Pandey, et.al (2007)، وقوارجلية (2013م)، وعض (2009م)، والعرب (م2011)، و Nikki A. Hawkims (2016)، والعبادة (2015م)، وأبو القمصان (2016م) مختلف الجنسين الذكور والإناث. كما استهدف Manne (2014) آباء وأزواج المرضى، أما ناحية حجم العينة فأغلب الدراسات كانت العينة من (30) إلى (200) مريض إلا دراسة Tomer T. Levin & et.al (2007) فكانت العينة كبيرة وصلت ل (500) مريض، كذلك دراسة عوض (2009) كانت العينة (458) مريض.

- من حيث المنهج:

لكي تتحقق أهداف أي دراسة يجب أن يستخدم المنهج المناسب لذلك، وبما أن الدراسات متنوعة ومختلفة الأهداف، فإن مناهجها مختلفة، فالمنهج الوصفي التحليلي الذي يصف ظاهرة معينة بوصف دقيق ويعبر عنها بشكل كمي وكيفي، تم استخدامه في عدة دراسات وهي تتمثل في دراسة العبادة (2015)، وأبو القمصان (2015)، وياسين (2001)، وعض (2009)، والجريسي (2003)، و Davis, Parker (2016)، و Regina Myres & et.al (2014)، و Manoj Pandey, et.al (2007)، و Sherman & et.al (2010)، و Scrignaro & et.al (2011)، وتم استخدام المنهج التجريبي في دراسة T. Levin & et.al (2007)، و Hopko & et.al (2011)، و أبو شاويش (2015)، وتم استخدام المسح الاجتماعي بالطريقة القصديّة في دراسة العرب (2011م)، أما في دراسات أخرى فتم استخدام المنهج الإكلينيكي كدراسة قوارجلية (2013م)، و عماري (2013م).

- من حيث أدوات الدراسة:

تنوعت أساليب جمع المعلومات وأدواتها فبعضها استخدم الاستبيانات والمقاييس وبعضها المقابلات الإكلينيكية والبعض الآخر اعتمد على الملاحظة بأنواعها، ولكن أكثر الدراسات استخدمت المقاييس، وذلك كمقاييس القلق والاكتئاب كما في دراسة Davis, Parker (2016)، و Regina Myres & et.al (2014)، و Manoj Pandey, et.al (2007)، و Maartje Gordijn & et.al (2012)، والبعض استخدم مقياس جودة الحياة كما في دراسة Davis, Parker (2016)، أما مقياس القلق كما في دراسة ياسين (2011)، وقوارجلية (2013م)، و عماري (2013م)، وعض (2009م)، والعرب (2011م)، و Sherman & et.al (2010)، وذهب البعض لاستخدام أدوات أخرى تمثلت في الملاحظة والمقابلة الإكلينيكية كدراسة قوارجلية (2013م)، و عماري (2013م)، وتناول آخر مقياس نمو ما بعد الصدمة مثل دراسة العبادة (2015م)، وأبو القمصان (2016م) Manne (2014)، والبعض استخدم مقاييس التفاوض و

والتفكير الإيجابي مثل دراسة أبو شاويش (2015)، وتم استخدام مقياس الضغوط النفسية ومقياس (SCL-90-R) في دراسة Sawyer & et.al (2010).

- من حيث النتائج:

تنوعت لنتائج الدراسات السابقة واختلفت، سواء باختلاف العلاقات أو الفروق والارتباطات، فقد أشارت الدراسات المتعلقة بالقلق العام بوجود القلق وباعتباره المشكلة الأكبر لدى مرضى السرطان كما في دراسة Davis, Parker (2016)، ووجدت دراسة Manoj Pandey, et.al (2007) أن القلق يوجد بنسبة أكبر عند النساء مقارنة بالرجال، وترى دراسة T. Levin & et.al (2007) عدم وجود فروقات في القلق للمرضى الأكثر من 60 سنة. أما بالنسبة لقلق الموت فأشارت دراسة ياسين (2011م)، وقواجلية وعماري (2013م) بمستوى مرتفع من قلق الموت، أما دراسة عوض (2009م) فكان قلق الموت بدرجة متوسطة، كما أشارت نتائج دراسة العرب (2011م) بوجود قلق الموت لدى الإناث بشكل أكبر من الرجال المصابين بالسرطان. أما إذا نظرنا إلى دراسات الاكتئاب فقد كشفت دراسة Adelita V. Ranchor & et.al (2015) بوجود أنواع مختلفة من الاكتئاب من حيث الشدة والحدة فمنها البسيط، والمرتفع نسبياً، والحاد، كما اكتشفت دراسة الجريسي (2003م) بوجود درجات متوسطة وشديدة من الاكتئاب لدى الفئة العمرية التي أقل من (40) سنة للمصابين بالسرطان، وبالنسبة لنمو ما بعد الصدمة فقد وجدت كثير من الدراسات تطور أعراض نمو ما بعد الصدمة، ومن هذه الدراسات Manne (2014)، و Sawyer & et.al (2010)، كما أشارت دراسة Scignaro & et.al (2011) بأن نمو ما بعد الصدمة كان أكبر بعد زراعة نخاع العظم لمرضى السرطان وذلك حسب عوامل أخرى كالعمر والتعليم وفترة التكيف ما قبل الزراعة، ووجدت دراسة العبادسة (2015م)، أبو القمصان (2016م) وجود مستوى متوسط من نمو ما بعد الصدمة، وانفردت دراسة أبو القمصان (2016م) بوجود علاقة عكسية بين نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي، كما أشارت نتائج دراسة أبو شاويش (2015) إلى وجود فروق على مقاييس التفكير الإيجابي والتفاؤل لصالح المجموعة التجريبية.

- أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

تشابهت الدراسة الحالية من حيث الهدف مع دراسة العبادسة (2015م) ولكن اختلفت معها من حيث العينة المستهدفة، واتفقت مع العديد من الدراسات السابقة من حيث عدد العينة الذي يتراوح ما بين (30) إلى (200) حيث إن هذه الدراسة كانت عينتها (120) مريض، وتشابهت أيضاً من حيث استهداف الجنسين الذكور والإناث كما في دراسة العبادسة (2015)، وأبو

القمصان (2016م)، أما من حيث المنهج فقد استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي التحليل كما في دراسة العبادسة (2015م)، وأبو القمصان (2015م)، وياسين (2001م)، وعض (2009م)، والجريسي (2003م)، و Davis, Parker (2016)، و Regina Myres & et.al (2010)، و Sherman & et.al (2010)، و Manoj Pandey, et.al (2007)، و T. Levin & et.al (2007)، و Scignaro & et.al (2011)، أما الاختلاف فكان مع دراسة Hopko & et.al (2011)، الذين استخدموا المنهج التجريبي، أما بالنسبة للأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي متشابهة مع العديد من الدراسات التي استخدمت مقياس نمو ما بعد الصدمة مثل دراسة العبادسة (2015م)، وأبو القمصان (2016) Manne (2014)، واختلفت مع باقي الدراسات، أما بالنسبة للنتائج فتشابهت هذه الدراسة في وجود مستوى متوسط من نمو ما بعد الصدمة مثل دراسة العبادسة (2015م)، وأبو القمصان (2016م) واختلفت مع باقي الدراسات.

- ما تميزت به هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

تعتبر هذه الدراسة مختلفة عن الدراسات السابقة باستخدامها متغير حديث نسبياً، لم يستخدم في الوطن العربي بشكل واسع، وهو متغير (نمو ما بعد الصدمة) وذلك حسب علم الباحث، حيث يستمد هذا المتغير من علم النفس الإيجابي. وبشكل خاص فإن هذه الدراسة لم يسبق وأن تم استهداف عينة مرضى السرطان بمتغير نمو ما بعد الصدمة في قطاع غزة، وهذا حسب علم الباحث، حيث لم يسبق أن تم ربط متغير نمو ما بعد الصدمة بالأعراض النفسية لفئة مرضى السرطان في قطاع غزة.

فرضيات الدراسة:

1. متوسط نمو ما بعد الصدمة مرتفع بدرجة دالة إحصائياً لدى مرضى السرطان.
2. متوسط القلق العام مرتفع بدرجة دالة إحصائياً لدى مرضى السرطان.
3. متوسط قلق الموت مرتفع بدرجة دالة إحصائياً لدى مرضى السرطان.
4. متوسط الاكتئاب مرتفع بدرجة دالة إحصائياً لدى مرضى السرطان.
5. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي (القلق العام، قلق الموت، الاكتئاب) لدى مرضى السرطان.

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان تعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى القلق العام لدى مرضى السرطان تعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان تعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).
9. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان تعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

مقدمة:

يعرض الباحث في هذا الفصل الخطوات والإجراءات التي تم استخدامها في هذا البحث في الجانب الميداني من الدراسة، حيث سيتم عرض الدراسة من حيث منهجية البحث، ومجتمع الدراسة، وعينة الدراسة، والأدوات التي تم استخدامها، والصدق والثبات لهذه المقاييس، وكذلك المعالجات الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات، ثم التوصل للنتائج النهائية.

أولاً: منهج الدراسة:

قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، من أجل تحقيق أهداف الدراسة والذي يمكن من خلاله وصف الظاهرة، وتحليل بياناتها، والعلاقة بين مكوناتها، والآراء التي تطرح حولها، والعمليات التي تتضمنها، والآثار المترتبة عليها.

ويعرف المنهج الوصفي التحليلي بأنه: المنهج الذي يدرس ظاهرة أو حدثاً، أو قضية موجودة حالياً يمكن الحصول منها على معلومات تجيب عن أسئلة الدراسة دون تدخل الباحث فيها (الأغاء، والأستاذ، 2003، ص83).

ثانياً: مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى البالغين التي أعمارهم فوق (18) سنة المصابين بالسرطان المقيمين بمستشفى الرنتيسي بغزة ومستشفى الأوروبي بأقسام الأورام والدم رجال ونساء، والمتابعين بالعيادات الخارجية للأورام والدم، والبالغ عددهم (1502) مريضاً حسب إحصائية وزارة الصحة الفلسطينية لعام (2016).

ثالثاً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (120) مريضاً من مرضى السرطان (50) من الذكور و(70) من الإناث، المقيمين في مستشفى الرنتيسي بغزة والمتابعين بعيادة الأورام والدم، والمرضى المقيمين بمستشفى الأوروبي والمتابعين في العيادات الخارجية للأورام والدم.

وتم اختيار الحالات بالطريقة العشوائية القصدية من مجتمع الدراسة، فتم توزيع الاستبانة على أفراد العينة، ثم تم استرجاعها وذلك بعد تفحص والإطلاع على الإجابة عليها بالشكل المطلوب، وبلغ عدد الاستبانات التي تم توزيعها للدراسة (120) استبانة.

والجدول التالي يوضح خصائص العينة التي تم استهدافها للدراسة بالطريقة العشوائية القصدية:

جدول (1. 4): خصائص العينة التي تم استهدافها للدراسة بالطريقة العشوائية

النسبة المئوية %	العدد	البيانات الشخصية	
41.7%	50	ذكر	الجنس
58.3%	70	أنثى	
16.7%	20	أعزب	الحالة الاجتماعية
69.2%	83	متزوج	
13.3%	16	أرمل	
0.8%	1	مطلق	
10.8%	13	30 سنة فأقل	العمر
15%	18	من 30-40	
74.2%	89	40 فأكثر	
70.8%	85	ثانوي فأقل	المؤهل العلمي
25.8%	31	جامعي	
3.3%	4	دراسات عليا	
64.2%	77	أقل من 1000 شيكل	مستوى الدخل
19.2%	23	أقل من 2000 شيكل	
8.3%	10	أقل من 3000 شيكل	
8.3%	10	3000 شيكل فأكثر	
10.8%	13	أقل من سنة	مدة المرض
15%	18	أقل من سنتين	

النسبة المئوية %	العدد	البيانات الشخصية	
%74.2	89	أقل من 4 سنوات	
%10.8	13	4 سنوات فأكثر	
%10.8	13	قولن	
%35	42	ثدي	
%9.2	11	بروستاتا	
%10.8	13	رئة	
%8.3	10	دم	
%2.5	3	كبد	
%3.3	4	حنجرة	
%1.7	2	مثانة	
%1.7	2	مستقيم	
%3.3	4	دماغ	
%2.5	3	رحم	
%0.8	1	لسان	
%0.8	1	بلعوم	
%2.5	3	معدة	
%2.5	3	الغدة الليمفاوية	
%0.8	1	الغدة الدرقية	
%0.8	1	الغدة الكظرية	
%1.7	2	عظام	
%0.8	1	مرارة	

نوع المرض

نوع المرض

النسبة المئوية %	العدد	البيانات الشخصية	
39.2%	47	جراحي	نوع العلاج
52.5%	63	كيميائي	
8.3%	10	اشعاعي	

- وفيما يلي توضيح لتوزيع أفراد العينة حسب البيانات الشخصية بشكل تفصيلي:

جدول (4.2): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

النسبة %	التكرار	الجنس
41.7%	50	ذكر
58.3%	70	انثى
100.0%	120	المجموع

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.2) أن (58.3%) من أفراد عينة الدراسة إناث، و(41.7%) ذكور.

جدول (4.3): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة %	التكرار	الحالة الاجتماعية
16.7%	20	اعزب
69.2%	83	متزوج
13.3%	16	ارمل
0.8%	1	مطلق
100.0%	120	المجموع

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.3) أن (69.2%) من أفراد عينة الدراسة متزوجين، و(16.7%) غير متزوجين، و(13.3%) ارامل، و(0.8%) مطلقين.

جدول (4.4): توزيع أفراد العينة حسب العمر

النسبة %	التكرار	العمر
10.8%	13	أقل من 30
15%	18	30-40
74.2%	89	أكثر من 40
100.0%	120	المجموع

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.4) أن (74.2%) من أفراد عينة الدراسة متوسط أعمارهم أكثر من (40) سنة، و(15%) يتراوح أعمارهم ما بين (30) سنة إلى (40) سنة، و(10.8%) متوسط أعمارهم أقل من (30) سنة.

جدول (4.5): توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

النسبة %	التكرار	المؤهل العلمي
70.8%	85	ثانوي فأقل
25.8%	31	جامعي
3.3%	4	دراسات عليا
100.0%	120	المجموع

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.5) أن (70.8%) من أفراد عينة الدراسة مؤهلهم العلمي ثانوية عامة فأقل، و(25.8%) مؤهلهم العلمي جامعي، و(3.3%) مؤهلهم العلمي دراسات عليا.

جدول (4.6): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل

النسبة %	التكرار	مستوى الدخل
64.2%	77	أقل من 1000 شيكل
19.2%	23	أقل من 2000 شيكل
8.3%	10	أقل من 3000 شيكل
8.3%	10	3000 شيكل فأكثر
100.0%	120	المجموع

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.6) أن (64.2%) من أفراد عينة الدراسة مستوى دخلهم أقل من (1000) شيكل، و(19.2%) مستوى دخلهم أقل من (2000) شيكل، و(8.3%) مستوى دخلهم أقل من (3000) شيكل، و(8.3%) مستوى دخلهم أكثر من (3000) شيكل.

جدول (4.7): توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض

النسبة %	التكرار	مدة المرض
36.7%	44	أقل من سنة
15%	18	أقل من سنتين
16.7%	20	أقل من 4 سنوات
31.7%	38	أربع سنوات فأكثر
100.0%	120	المجموع

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.7) أن (36.7%) من أفراد عينة الدراسة متوسط مدة مرضهم أقل من سنة، و(31.7%) متوسط مدة مرضهم أربع سنوات فأكثر، و(16.7%) متوسط مدة مرضهم أقل من (4) سنوات، و(15%) متوسط مدة مرضهم أقل من سنتين.

جدول (4.8): توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض

النسبة %	التكرار	نوع المرض
%10.8	13	قولنج
%35	42	ثدي
%9.2	11	بروستاتا
%10.8	13	رئة
%8.3	10	دم
%2.5	3	كبد
%3.3	4	حنجرة
%1.7	2	مثانة
%1.7	2	مستقيم
%3.3	4	دماغ
%2.5	3	رحم
%0.8	1	لسان
%0.8	1	بلعوم
%2.5	3	معدة
%2.5	3	الغدة الليمفاوية
%0.8	1	الغدة الدرقية
%0.8	1	الغدة الكظرية

النسبة %	التكرار	نوع المرض
1.7%	2	عظام
0.8%	1	مرارة
100.0%	120	المجموع

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.8) أن (35%) يعانون من سرطان الثدي، و(10.8%) قولون، و(10.8%) سرطان الرئة، و(9.2%) بروتاتا، و(8%) سرطان الدم، وكان سرطان الحنجرة والدماغ بنسبة (3.3%)، أما سرطان الكبد والمعدة والغدد الليمفاوية والرحم فكل منهما حصل على (2.5%)، أما سرطان المثانة والمستقيم والعظام فكل منهما حصل على بنسبة (1.7%)، أما سرطان اللسان والبلعوم والغدة الدرقية والغدة الكظرية والمرارة فكان كل منهما بنسبة (0.8%).

جدول (4.9): توزيع أفراد العينة حسب نوع العلاج

النسبة %	التكرار	نوع العلاج
39.2%	47	جراحي
52.5%	63	كيميائي
8.3%	10	اشعاعي
100.0%	120	المجموع

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.9) أن (52.5%) من أفراد عينة الدراسة علاجهم كيميائي، و(39.2%) علاجهم جراحي، و(8.3%) علاجهم إشعاعي.

رابعاً: أدوات الدراسة:

تعتبر الاختبارات والمقاييس أكثر الوسائل استخداماً للحصول على البيانات من الأفراد، ويعرفها (الأغا والاستاذ، 2003، 116ص) بأنها أداة ذات أبعاد وبنود تستخدم للحصول على معلومات أو آراء يقوم بالاستجابة لها المفحوص نفسه، وهي كتابية تحريرية.

ولكي يتم تحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها لقد استخدم الباحث أربعة مقاييس بالإضافة إلى استمارة البيانات الشخصية للعينة وهي كالتالي:

1. استمارة البيانات الشخصية
2. مقياس تايلور للقلق العام حيث بلغ (50) فقرة.
3. مقياس بيك المصغر للاكتئاب حيث بلغ (13) فقرة.
4. مقياس عبد الخالق لقلق الموت حيث بلغ (20) فقرة.
5. مقياس نمو ما بعد الصدمة حيث بلغ (21) فقرة.

1. استمارة البيانات الشخصية:

تحتوي على البيانات الديموغرافية للعينة والتي تتمثل في الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج، حيث إن هذه البيانات يتم الإجابة عنها عن طريق وضع علامة صح في المربع الذي يتناسب مع الحالة، وبذلك يتم التعرف على البيانات الأساسية التي تحتاجها الدراسة، والاستمارة من إعداد الباحث.

2. مقياس القلق من إعداد (تايلور: 1953):

قامت جانيت تايلور بإعداد مقياس لقياس القلق العام، ويطلق على هذا المقياس اسم MAS اختصاراً (Manifest Anxiety scale)، حيث قامت باقتباسه من اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه، حيث استعملته لقياس مستوى القلق، لذلك يعرف هذا المقياس عادةً بمقياس تايلور للقلق (الهصص، 2002م، ص86)، وهو عبارة عن قائمة تتكون من (50) فقرة تستخدم لتقدير حدة القلق عند الراشدين، ويتم الإجابة على هذه العبارات بنعم أو لا، حيث إن الإجابة بنعم تصحح بدرجة (واحدة)، والإجابة بلا تصحح بدرجة (صفر)، ويتم جمع هذه الفقرات لتقدير مستوى القلق لدى المفحوص، وتقدر الدرجات بـ(0-16) تعني أنه لا يوجد قلق، (17-21) تعني وجود قلق خفيف، (22-26) تعني وجود قلق متوسط، أما (27-50) تعني وجود قلق شديد.

وللتحقق من صلاحية المقياس في البيئة الفلسطينية قام بتجربته العبوني (2016م) وتم حساب صدق المقياس بطريقة صدق المحكمين، حيث تم عرض أداة الدراسة على (6) محكمين وتم تعديلها وفقاً لآرائهم، ثم تم استخدام صدق الاتساق الداخلي حيث تبين أن معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وللتحقق من ثبات الأداة تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ باستخدام المعاملات لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لفقراته حيث بلغ (0.733)، وتم

استخدام طريقة التجزئة النصفية حيث بلغ معدل الارتباط (0.753) وهذا يدل على أن معدل الثبات مرتفع ودال احصائياً.

وتم استخدامه أيضاً في دراسة ثابت وآخرون (2006م) حيث تم تقدير ثبات المقياس عن طريق استخدام معامل ألفا كرونباخ وكانت قيمته تساوي (0.86)، أيضاً تم استخدام طريقة التجزئة النصفية وكانت تساوي (0.79)، هذا يدل على أن المقياس ثابت.

وللتأكد بشكل أكثر من صدق وثبات المقياس قام الباحث بحساب الصدق والثبات كالتالي:

إن مقياس القلق العام المستخدم هو مقياس ثنائي، لتصحيح فقراته ذات البعد الواحد والتي تشتمل على (50) فقرة والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (4.10): مقياس الاجابات لمقياس لقلق العام

الفقرات	لا	نعم
كل الفقرات	صفر	1

• صدق مقياس القلق العام:

صدق أداة الدراسة يعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه، وقد تم التحقق من صدق أداة الدراسة بطريقة صدق الاتساق الداخلي.

صدق الاتساق الداخلي Internal Validity

يقصد بصدق الاتساق الداخلي هو مدى اتساق كل فقرة من فقرات المقياس، وقد قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات المقياس، والدرجة الكلية، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (4.11): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس لقلق

رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.551	**0.00	14	0.441	*0.02	27	0.773	**0.00	40	0.496	**0.00
2	0.607	**0.00	15	0.531	**0.00	28	0.827	**0.00	41	0.498	**0.00
3	0.508	**0.00	16	0.476	*0.01	29	0.785	**0.00	42	0.507	**0.00
4	0.632	**0.00	17	0.751	**0.00	30	0.815	**0.00	43	0.493	**0.00

رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
5	0.628	**0.00	18	0.744	**0.00	31	0.808	**0.00	44	0.507	**0.00
6	0.500	**0.00	19	0.802	**0.00	32	0.851	**0.00	45	0.553	**0.00
7	0.637	**0.00	20	0.729	**0.00	33	0.742	**0.00	46	0.603	**0.00
8	0.600	**0.00	21	0.558	**0.00	34	0.663	**0.00	47	0.478	*0.02
9	0.625	**0.00	22	0.639	**0.00	35	0.556	**0.00	48	0.529	**0.00
10	0.616	**0.00	23	0.511	**0.00	36	0.741	**0.00	49	0.531	**0.00
11	0.510	**0.00	24	0.638	**0.00	37	0.632	**0.00	50	0.448	*0.03
12	0.426	*0.04	25	0.485	*0.01	38	0.557	**0.00			
13	0.652	**0.00	26	0.551	**0.00	39	0.539	**0.00			

** الارتباط دال إحصائياً عند ($\alpha \leq 0.05$)

// الارتباط غير دال إحصائياً عند ($\alpha \leq 0.05$)

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.11) أن فقرات المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن المقياس فقراته تتمتع بمعامل صدق عالي.

• ثبات مقياس القلق العام Reliability:

يقصد بثبات المقياس أن يعطي هذا المقياس نفس النتيجة لو تم إعادة توزيع الأداة أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبات المقياس يعني الاستقرار في النتائج وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة، وبعد تطبيق الأداة تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين:

1. معامل ألفا - كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient:

تم تطبيق المقياس على عينة من الدراسة وقوامها (30) مفردة ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس (0.895)، وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2. الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split half methods :

بعد تطبيق المقياس تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزأين وهما الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية، ثم تم احتساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.823) وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة "سبيرمان" براون Spearman Brown: معامل الارتباط المعدل = $\frac{2r}{1+r}$ حيث r معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.903)، وكان معامل الارتباط المصحح دال وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

وتم استخدام هذا المقياس في هذا البحث للتعرف على مستوى الفلق العام لدى مرضى السرطان.

3. مقياس الاكتئاب المصغر من إعداد (بيك):

قام بتصميم هذا المقياس آرون بيك (Beck depression inventory) BDI، حيث يعتبر هذا المقياس من أكثر المقاييس استخداماً وأشهرها في قياس الاكتئاب، وقام غريب عبد الفتاح (1985م) بتعريبه، وقام كل من محمد صلاح وخليل عبد الرحمن باقتباسه وتعريبه على البيئة السودانية عام 1993م (عبد المجيد: 1997م).

ويتكون هذا المقياس من (13) مجموعة تتكون كل مجموعة من أربعة عبارات متدرجة في الشدة يتم تصحيحها من (صفر - 3)، وكل مجموعة تتكون من أعراض اكتئابيه مختلفة، تمثل عرضاً من أعراض الاكتئاب، حيث تتمثل هذه الأعراض في (الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل، فقدان الاستمتاع، فقدان الاهتمام بالآخرين، التردد، تغيير صورة الجسد، فقدان الطاقة، التعب، فقدان الشهية)، يقوم المفحوص بوضع علامة صح أمام ما يناسب حالته الشعورية.

وتم تجربة هذا المقياس على البيئة الفلسطينية عن طريق العبويني (2009م)، حيث تم التأكد من صدق المقياس عن طريق صدق المحكمين، وصدق الاتساق الداخلي حيث تبين أن معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك اعتبر المقياس صادق لما وضع لقياسه، وللتأكد من ثبات المقياس تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ، حيث إن قيمة معامل ألفا كرونباخ كانت مرتفعة، وكانت قيمة ألفا لجميع فقرات المقياس (0.764) وهذا يعني أن معامل الثبات مرتفع.

وللتأكد أكثر من صدق وثبات المقياس قام الباحث بحساب الصدق والثبات بالطرق التالية:

• **صدق مقياس الاكتئاب:**

صدق مقياس الدراسة تعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه، وقد تم التحقق من صدق أداة الدراسة بطريقة صدق الاتساق الداخلي.

صدق الاتساق الداخلي Internal Validity

يقصد بصدق الاتساق الداخلي هو مدى اتساق كل فقرة من فقرات المقياس، وقد قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات المقياس، والدرجة الكلية، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (4.12): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب

رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.627	**0.00	6	0.616	**0.00	11	0.638	**0.00
2	0.508	**0.00	7	0.510	**0.00	12	0.601	**0.00
3	0.512	**0.00	8	0.385	*0.03	13	0.638	**0.00
4	0.539	**0.00	9	0.532	**0.00			
5	0.700	**0.00	10	0.607	**0.00			

** الارتباط دال إحصائياً عند $(\alpha \leq 0.05)$ // الارتباط غير دال إحصائياً عند $(\alpha \leq 0.05)$

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.12) أن فقرات المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

• **ثبات مقياس الاكتئاب Reliability:**

يقصد بثبات المقياس أن يعطي المقياس نفس النتيجة لو تم إعادة تطبيقه أكثر من مرة على أفراد العينة تحت نفس الظروف والشروط، خلال فترة زمنية معينة، وبعد تطبيق المقياس، وتم حساب ثبات المقياس بطريقتين:

1. معامل ألفا - كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient:

تم تطبيق المقياس على عينة من الدراسة والتي قوامها (30) مفردة ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس (0.868)، وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2. الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods :

بعد تطبيق المقياس تم تجزئة الفقرات إلى جزأين وهما الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية، وتم احتساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.834) بعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون

$$\frac{2r}{1+r}$$

حيث r معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.909) أن معامل الارتباط المصحح دال وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

4. مقياس قلق الموت:

يرجع مقياس قلق الموت الذي سوف يستخدمه الباحث من اعداد عبد الخالق (1996م). ويشمل المقياس على (20) فقرة يجاب كل منها على مقياس "البكرت" الخماسي" (لا، قليلاً، متوسط، كثيراً، كثيراً جداً).

حيث قام بتصميمه ليقاس أربعة أبعاد وهي موضحة كالتالي:

1. الخوف من الموتى والقبور، وتشمل (8) فقرات (2,3,8,11,12,16,17,18).
2. الخوف مما بعد الموت، وتشمل (4) فقرات وهي (7,9,13,15).
3. الخوف من الأمراض المميتة، وتشمل (5) فقرات وهي (4,6,5,10,19).
4. الانشغال بالموت وأفكاره وتشمل (3) فقرات وهي (1,14,20).

درجات هذا المقياس تتراوح ما بين درجة واحدة و(100) درجة وتكون الاجابة على هذا المقياس من ضمن (5) مستويات وكل مستوى يعني درجة، حيث إن (الاجابة 1: تعني لا) و(2: تعني قليلاً) و(3: تعني متوسط) و(4: تعني كثيراً) و(5: تعني كثيراً جداً)، وكلما ارتفعت الدرجات ارتفع مستوى قلق الموت.

وللتأكد من صدق وثبات المقياس قام عبد الخالق (1996م) بحساب الصدق الظاهري للفقرات عن طريق عرضه على (12) محكماً متخصصاً في علم النفس والطب النفسي،

حيث يتسم المقياس باتساق داخلي يشير إلى صدق التكوين، وبلغ الصدق التلازمي (0.68) وقامت العرجا (2007) بحساب صدق الأداة بالصدق التلازمي حيث وفق معامل الارتباط بين مقياس عبد الخالق (1996) ومقياس شقير (2002) لقلق الموت، وأظهرت النتائج أن هناك ارتباط دالاً قيمته (0.55) وهي دالة عند (0.01) وهذا يدل على أن المقياس صادق. كما قامت العرجا (2007) بحساب ثبات المقياس لعبد الخالق عن طريق معادلة ألفا كرو نباخ فكانت معاملات الثبات لأبعاد المقياس على النحو التالي:

- الخوف من الموتى والقبور (0.87)
- الخوف مما بعد الموت (0.97)
- الخوف من الأمراض المميتة (0.83)
- الانشغال بالموت وأفكاره (0.67)
- أما الدرجة الكلية فكانت (0.92)

ولتحقق من صلاحية المقياس في البيئة الفلسطينية قامت القرا (2015م) بحساب صدق وثبات المقياس، ولكي تتحقق من الصدق قامت بحساب صدق الاتساق الداخلي ووجدت أن المقياس يتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة احصائياً حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.81 - 0.85) وهذا يدل على أن أبعاد المقياس تتمتع بصدق عالي.

كما قامت بالتأكد من ثبات المقياس بطريقتين، وهما طريقة معامل ألفا كرونباخ والذي بلغ (0.93) مما يدل على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات عالي، وطريقة التجزئة النصفية والذي بلغ (0.90) مما يدل على أن المقياس بأبعاده وفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي.

وللتحقق من الصدق والثبات بشكل أكبر قام الباحث بالتالي:

إن مقياس قلق الموت مقياس خماسي لتصحيح فقراته ذات البعد الواحد والجدول التالي يبين ذلك واشتملت على 20 فقرة.

جدول (4.13): مقياس الاجابات لمقياس قلق الموت

الفقرات	لا	قليلاً	متوسط	كثيراً	كثيراً جداً
كل الفقرات	0	1	2	3	4

• صدق مقياس قلق الموت

صدق مقياس الدراسة يعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه، وقد تم التحقق من صدق أداة الدراسة بطريقة صدق الاتساق الداخلي.

صدق الاتساق الداخلي Internal Validity

يقصد بصدق الاتساق الداخلي هو مدى اتساق كل فقرة من فقرات المقياس، وقد قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات المقياس، والدرجة الكلية، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (4.14): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس قلق الموت

رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.637	*0.00	6	0.729	**0.00	11	0.742	**0.00	16	0.603	**0.00
2	0.600	*0.00	7	0.558	**0.00	12	0.663	**0.00	17	0.478	*0.02
3	0.625	*0.00	8	0.639	**0.00	13	0.556	**0.00	18	0.529	**0.00
4	0.616	*0.00	9	0.511	**0.00	14	0.741	**0.00	19	0.531	**0.00
5	0.510	*0.00	10	0.638	**0.00	15	0.632	**0.00	20	0.448	*0.03

** الارتباط دال إحصائياً عند ($\alpha \leq 0.05$)

// الارتباط غير دال إحصائياً عند ($\alpha \leq 0.05$)

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.14) أن فقرات المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

• ثبات مقياس قلق الموت Reliability:

يقصد بثبات المقياس أن يعطي هذا المقياس نفس النتيجة لو تم إعادة توزيع المقياس أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبات المقياس يعني الاستقرار في

نتائج وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات له بطريقتين:

1. معامل ألفا - كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient:

تم تطبيق المقياس على عينة من الدراسة والتي قوامها (30) مفردة ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ (0.903)، وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2. الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split half methods :

بعد تطبيق المقياس تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزأين وهما الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية، ثم تم احتساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.809) وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون Spearman Brown: معامل الارتباط المعدل = $\frac{2r}{1+r}$ حيث r معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.894)، إن معامل الارتباط المصحح دال وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

5. مقياس نمو ما بعد الصدمة:

قام بإعداد هذا المقياس تيديشي وكاليهون (1996م)، وقام بترجمته عبد العزيز ثابت، ويتكون المقياس من (21) عبارة، وتدرس (5) مجالات وهي مصنفة كالتالي:

1. الامكانيات الجديدة وبنودها تتكون من (5) عبارات وهي (3,7,11,14,17).
2. التواصل مع الآخرين وبنودها تتكون من (7) عبارات وهي (6,8,9,15,16,20,21).
3. قوة الشخصية وبنودها تتكون من (4) عبارات وهي (4,10,12,19).
4. التغيير بالمجال الروحي وبنودها تتكون من (2) عبارات وهي (5,18).
5. تقدير الحياة وبنودها تتكون من (3) عبارات وهي (1,2,13).

ويتم تصحيح المقياس ب(6) مستويات من (0-5) حيث إن كل عبارة يقابلها (6) مستويات متدرجة بالشدة وهي (لا = صفر)، (قليل جداً=1)، (قليلاً=2)، (بدرجة متوسطة=3)، (بدرجة كبيرة=4)، (بدرجة كبيرة جداً=5)، ويقوم المفحوص بوضع علامة (√) أمام المستوى الذي يناسب الحالة الشعورية التي تناسبه، وكلما زادت الدرجات التي يحصل عليها المفحوص فإنها تدل على ارتفاع نمو ما بعد الصدمة.

وللتأكد من صلاحية المقياس قامت أبو القمصان (2016م) بتطبيقه على البيئة الفلسطينية، حيث قامت بالتحقق من صدق المقياس بعدة طرق، وهي الصدق الذاتي والذي بلغ (0.932)، وصدق الاتساق الداخلي، حيث تم حساب معاملات الارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية، وأوضح نتائج معامل الارتباط أنه دال احصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) و ($\alpha \leq 0.05$) وذلك يعتبر المقياس صادقاً لما وضع لقياسه.

للتأكد من ثبات المقياس تم بطريقتين، الأولى طريقة معامل ألفا كرونباخ حيث بلغت قيمته (0.869) وهذا يعني أن معامل الثبات مرتفع ودال احصائياً، أما الطريقة الثانية فهي طريقة التجزئة النصفية حيث إن معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية عن طريق معادلة سبيرمان براون تبين أن قيمة معامل الارتباط (0.754)، و (0.854) وهذا يدل على أن هذه القيمة مرتفعة ودالة احصائياً.

بالإضافة إلى ذلك قام العبادسة وآخرون (2015م) بالتأكد من صدق المقياس عن طريق استخدام طريقة صدق الاتساق الداخلي عبر حساب ارتباط البند بالمجموع، حيث تبين أن جميع البنود دالة عند ($\alpha \leq 0.05$)، وتم استخدام طريقة الصدق الذاتي، والتي تتمثل في الجذر التربيعي لمعامل الثبات للمقياس وقد بلغ (0.92) وهذا يدل أن المقياس صادق.

أما للتأكد من ثبات المقياس تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ و قد بلغ معامل ألفا (0.86) وهو يشير لثبات مرتفع، وهذا يؤكد أن المقياس مناسب لاستخدامه كأداة دراسية.

وللتأكد أكثر من صدق وثبات المقياس قام الباحث بالتالي:

إن مقياس نمو ما بعد الصدمة مقياس سداسي لليكرد لتصحيح فقراته ذات البعد الواحد والجدول التالي يبين ذلك .

جدول (4.15): مقياس الاجابات لمقياس نمو ما بعد الصدمة

الفقرات	لا	قليلاً جداً	قليلاً	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة	بدرجة كبيرة جداً
كل الفقرات	0	1	2	3	4	5

• صدق مقياس نمو ما بعد الصدمة

صدق أداة الدراسة يعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه، وقد تم التحقق من صدق أداة الدراسة بطريقة صدق الاتساق الداخلي.

صدق الاتساق الداخلي Internal Validity

يقصد بصدق الاتساق الداخلي هو مدى اتساق كل فقرة من فقرات المقياس، وقد قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات المقياس، والدرجة الكلية، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (4.16): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس نمو ما بعد الصدمة

رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.672	**0.00	8	0.465	*0.01	15	0.628	**0.00
2	0.553	**0.00	9	0.424	*0.02	16	0.517	**0.00
3	0.663	**0.00	10	0.550	**0.00	17	0.638	**0.00
4	0.600	**0.00	11	0.593	**0.00	18	0.601	**0.00
5	0.512	**0.00	12	0.385	*0.03	19	0.638	**0.00
6	0.539	**0.00	13	0.532	**0.00	20	0.627	**0.00
7	0.700	**0.00	14	0.670	**0.00	21	0.508	**0.00

** الارتباط دال إحصائياً عند ($\alpha \leq 0.05$) // الارتباط غير دال إحصائياً عند ($\alpha \leq 0.05$)

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.16) أن فقرات المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

• ثبات مقياس نمو ما بعد الصدمة Reliability:

يقصد بثبات المقياس أن يعطي هذه المقياس نفس النتيجة لو تم إعادة تطبيقه أكثر من مرة على أفراد العينة تحت نفس الظروف والشروط، خلال فترة زمنية معينة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقتين:

1. معامل ألفا - كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient:

تم تطبيق المقياس على عينة من الدراسة والتي قوامها (30) مفردة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس (0.887)، وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2. الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods :

بعد تطبيق المقياس تم تجزئة الفقرات إلى جزأين وهما الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية، وتم احتساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.801) بعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سيبرمان برون

$$\frac{2r}{1+r}$$

Spearman Brown: معامل الارتباط المعدل = $\frac{2r}{1+r}$ حيث r معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.890) أن معامل الارتباط المصحح دال وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

خامساً: إجراءات الدراسة:

لكي يتمكن الباحث من تحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن أسئلتها، قام بالخطوات التالية:

1. الاطلاع على الأدبيات السابقة التي تكلمت عن موضوع البحث.
2. اختيار أدوات الدراسة التي سيقوم بتطبيقها الباحث وهي (القلق العام، قلق الموت، الاكتئاب، نمو ما بعد الصدمة).
3. عرض أدوات الدراسة على المشرف كي يتم تنقيحها.
4. عمل التعديلات اللازمة كما يراها المشرف.
5. التوجه إلى عمادة كلية التربية للحصول على كتاب بتسهيل مهمة باحث، لتقديمه للجهات المختصة للحصول على العينة التي ستطبق عليها الدراسة.
6. التوجه إلى تنمية القوى البشرية في مستشفى الشفاء لأخذ كتاب موافقة لتطبيق أدوات الدراسة.
7. التوجه إلى مجتمع العينة وجمع البيانات من خلال استجابة عينة الدراسة على أدوات الدراسة.
8. تحليل البيانات واستخراج النتائج.
9. تفسير النتائج.
10. صياغة التوصيات اللازمة في ضوء نتائج الدراسة.

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

قام الباحث بجمع البيانات وتحليلها باستخدام برنامج **Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)**، وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

1. إحصاءات وصفية منها: النسبة المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن الحسابي النسبي، ويستخدم هذا الأمر بشكل أساسي بهدف معرفة تكرار فئات متغير ما وتفيد الباحث في وصف متغيرات الدراسة.
2. معامل ارتباط بيرسون : للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للاستبانة.
3. معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha): لمعرفة ثبات فقرات المقياس.
4. معامل ارتباط سبيرمان براون للتجزئة النصفية المتساوية، لمعرفة ثبات فقرات المقياس.
5. اختبار "ت" (One Samples t test) لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلي درجة الحياد أم لا.

الفصل الخامس

عرض النتائج وتحليلها وتفسيرها

الفصل الخامس

عرض النتائج وتحليلها وتفسيرها

مقدمة:

يقوم الباحث في هذا الفصل بعرض للنتائج التي تم جمعها من خلال أدوات الدراسة التي تم تطبيقها، حيث سيتم الإجابة عن التساؤلات والفرضيات التي تم صياغتها، وعرضها وتفسيرها بشكل مفصل، من خلال الإجابة عن هذه الفرضيات.

الفرض الأول:

متوسط نمو ما بعد الصدمة مرتفع بدرجة دالة إحصائياً لدى مرضى السرطان.

وللإجابة على هذه الفرضية، تم حساب المتوسط الحسابي والوزن النسبي لدرجات نمو ما بعد الصدمة، وتم استخدام اختبار T لعينة واحدة (One sample T test) لمستوى نمو ما بعد الصدمة والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.1): نتائج اختبار T لعينة واحدة (One sample T test) لمستوى نمو ما بعد الصدمة

الترتيب	مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ت"	الوزن النسبي %	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات
5	0.000**	7.553	46.70	1.755	2.335	الامكانات الجديدة
2	0.000**	3.218	66.81	1.580	3.340	التواصل مع الآخرين
3	0.000**	4.654	56.79	1.717	2.840	قوة الشخصية
1	0.000**	5.631	85.25	1.200	4.263	التغير بالمجال الروحي
4	0.000**	7.365	55.83	1.826	2.792	تقدير الحياة
ايجابي	0.000**	5.680	62.28	1.616	3.114	المتوسط العام لمستوى نمو ما بعد الصدمة

//غير دالة

*دالة عند 0.05

**دالة عند 0.01

من خلال الجدول (5.1) يتضح أن:

- التغيير بالمجال الروحي احتلت المرتبة الاولى بوزن نسبي (85.25%).
- التواصل مع الاخرين احتلت المرتبة الثانية بوزن نسبي (66.81%).
- قوة الشخصية احتلت المرتبة الثالثة بوزن نسبي (56.79%).
- تقدير الحياة احتلت المرتبة الرابعة بوزن نسبي (55.83%).
- الامكانيات الجديدة احتلت المرتبة الخامسة بوزن نسبي (46.70%).
- والوزن النسبي لنمو ما بعد الصدمة لمرضى السرطان (62.28%) وهي أكبر من الوزن النسبي المحايد 60% وهذا يعني أن هناك إيجابية في نمو ما بعد الصدمة، وأن نمو ما بعد الصدمة متوسط.

واتفقت هذه الدراسة مع بعض الدراسات، مثل دراسة العبادسة وآخرون (2015م)، ودراسة أبو القمصان (2016م)، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسات وجود مستوى متوسط من نمو ما بعد الصدمة، واتفقت أيضاً مع دراسة sawyer وآخرون (2010) التي أظهرت أن العديد من المصابين طُوروا نمو ما بعد الصدمة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن المصائب في بعض الأحيان قد تؤثر بشكل إيجابي على بعض الشخصيات، حيث لوحظ أثناء تطبيق أدوات الدراسة أن هؤلاء المرضى يكثرون من الحمد والشكر لله على ما ابتلاهم، ويقول بعضهم "تفاقيد الله رحمة" فالوازع الديني وقوة الإيمان لها دورٌ كبير في التخفيف عن كاهل هؤلاء المرضى، وأن هذا ابتلاء من الله عز وجل وسوف يؤجر عليه، أيضاً الإيمان بالقضاء والقدر، والحمد لله في السراء والضراء، والإيمان بأن ذلك المرض سيخفف عنهم يوم القيامة، حيث إن الإكثار من التسبيح والدعاء والصلاة والإيمان بالصبر لهي من أهم العوامل التي تترك الآثار الإيجابية لديهم، وتعينهم وتقويهم نفسياً وبدنياً.

ومن خلال عمل الباحث في قسم الأورام والدم وخاصة عندما كان يتوفى أحد المرضى في الخارج كان الطاقم يخفي ذلك على المرضى، مراعاة للحالة النفسية، ولكن المفاجئة عندما يأتيك مريض ويكتشف بأنك لا تريد أن تخبره بأن فلان قد توفى، وعاتبك بأنك تخفي عليه ذلك، يسألك لماذا تفعل هكذا، أليس الموت علينا حق، أليس كلنا سنموت، أليس الدنيا دار ممر وليس مقر، أليس من الممكن أن تموت أنت قبلي، ألا تثق بأن الله من الممكن أن يشفيني، كل هذه الأسئلة

تشعر ك بآن ذلك المريض لا يخاف من الموت، وأنه راضٍ بما قدر الله وكتب له من عمر و حياة، تلك المواقف تظهر وجود إيجابية في نمو ما بعد الصدمة.

ويعتبر الجانب الاجتماعي والعائلي له دورٌ مهمٌ في ارتفاع التغيرات الإيجابية ، كما أن الدعم المعنوي والمادي له دور جيد (Ho et al., 2004:377).

ويرى الباحث أن التسهيلات والامتيازات التي يلقاها مريض السرطان من الناحية المادية والمعنوية، والجهود التي تتكاتف من أجل انقاذه، تشعره بأن الجميع يقف من حوله، فيلقي النظر عن جوانب مهمة كانت من الممكن أن تسبب له الاحباط والفشل، حيث تتمثل هذه الجوانب في الاهتمام والمتابعة الجدية، من الطواقم الطبية، والجمعيات والمؤسسات الخيرية التي تقدم الدعم لهم.

وإن الزيارات من الجمعيات والمؤسسات المهمة بهؤلاء المرضى وتقديم لهم الرحلات الترفيهية، ومشاركتهم في مناسباتهم الاجتماعية، وتقديم لهم يد العون والمساعدة تزيد من نسبة نمو ما بعد الصدمة لدى هؤلاء المرضى.

الفرض الثاني:

متوسط القلق العام مرتفع بدرجة دالة إحصائياً لدى مرضى السرطان.

وللإجابة على هذ الفرضية قام الباحث باستخدام اختبار T لعينة واحدة (One sample test) والنتائج موضحة كما في الجدول التالي:

جدول (5.2): نتائج اختبار T لعينة واحدة (One sample T test) لمستوى القلق العام

الدرجة الكلية لمستوى القلق العام	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار "ت"	مستوى الدلالة
	1.567	9.527	6.336	**0.002

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 // غير دالة

تبين من النتائج الموضحة في جدول (5.2) أن قيمة مستوى الدلالة (0.002) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل أن مستوى القلق يختلف جوهرياً عن الدرجة المتوسطة، مما يدل على وجود قلق عام بدرجة مرتفعة لدى مرضى السرطان.

وللتعرف على نسب انتشار القلق العام لدى مرضى السرطان، وبحسب معايير (تايلور) قام الباحث بحساب التكرارات والنسب المئوية لكل فئة، كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (5.3) نسبة انتشار القلق العام حسب المعايير

النسبة المئوية	التكرار	من - إلى	
27.5%	33	16-16	لا يوجد
22.5%	27	21-17	قلق خفيف
15.8%	19	26-22	قلق متوسط
34.2%	41	50-27	قلق شديد
100.0%	120		المجموع

يتضح من خلال جدول (5.3) أن أعلى نسبة انتشار للقلق العام تمثلت في القلق الشديد، حيث عدد المرضى الذين يعانون من القلق الشديد (41) مريضاً، بنسبة (34.2%)، مما يؤكد النتيجة في جدول (5.2).

ولم تتفق هذه الدراسة مع دراسة Trentacosta, Christopher وآخرون (2016) التي أشارت إلى وجود مستوى منخفض من القلق.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن مرض السرطان يعمل على زيادة القلق الذي يتعرض له الشخص المصاب، بحيث إن هذا المرضى يعتبر كصدمة تقود لزيادة وجود أعراض مقلقة، كما أن عوامل الشخصية، والظروف الحياتية، والتفكير في المستقبل الذي بات مجهول يعتبر من أهم العوامل التي تقود لوجود القلق لدى مرضى السرطان.

ويرى "أبو هين" أن الخوف الذي يسيطر على الفرد الذي يتقرب به حدث غير معلوم في أي لحظة يدفع الفرد للبحث عن حل لكي يتكيف معه ويتخلص من المعاناة، فعندما يفشل في ذلك، تظهر عليه الآلام النفسية والجسمية التي تزيد من معاناته الداخلية (أبو هين، 1988: 8).

ومن خلال عمل الباحث فإنه يرى أن هؤلاء المرضى يعانون من آلام جسمية متعددة، وتلك الآلام يتم التخلص منها عن طريق إعطاء أدوية قاتلة للألم، والتعود على تلك الأدوية

يسبب نوع من الإدمان، ثم بعد فترة يتم إيقاف تلك الأدوية، سواء بشكل تدريجي أو فجائي، فتظهر على المريض الأعراض الانسحابية التي تسبب الضيق النفسي المصحوب بالقلق.

ويرى الباحث أن المستوى الثقافي الموجود بين أفراد الشعب الفلسطيني، والأفكار المعروفة عن أمراض الأورام، قد تزيد من مستوى القلق لدى المريض.

ولعل الوضع المتواضع للطواقم الطبية، التي أحياناً يصعب عليها التشخيص للمرض، إلا عن طريق التحويلات الخارجية، تزيد من مستوى القلق.

وتعتبر الصعوبات التي يواجهها المجتمع من حصار وصعوبة في السفر والوضع السياسي المتأزم، والمستوى الاقتصادي السيء لغالبية هؤلاء المرضى، يثير القلق بشكل كبير.

الفرض الثالث:

متوسط قلق الموت مرتفع بدرجة دالة إحصائياً لدى مرضى السرطان.

وللإجابة على هذا السؤال تم استخدام النسبة المئوية والمتوسط الحسابي والوزن النسبي لفقرات قلق الموت، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.4): نتائج اختبار T لعينة واحدة (One sample T test) لمستوى قلق الموت

رقم الفقرة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار "ت"	مستوى الدلالة
1	الخوف من الموتى والقبور	2.150	1.476	3.658	**0.001
2	الخوف مما بعد الموت	3.135	1.627	4.742	**0.000
3	الخوف من الأمراض المميتة	3.173	1.608	3.519	**0.002
4	الانشغال بالموت وأفكاره	2.378	1.565	5.673	**0.000
	مستوى قلق الموت	2.709	1.569	6.118	**0.000

//غير دالة

*دالة عند 0.05

**دالة عند 0.01

تبيين من النتائج الموضحة في جدول (5.4) أنه يوجد قلق الموت لدى مرضى السرطان، حيث كان المتوسط الحسابي لقلق الموت (2.709) وحسب المعايير فإنه يوجد قلق الموت بدرجة مرتفعة لدى مرضى السرطان.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة عماري (2013م) التي ارتقاع قلق الموت لدى المرأة المصابة بالسرطان.

ولم تتفق هذه الدراسة مع دراسة عوض (2009م) التي أظهرت وجود قلق الموت ولكن بدرجة متوسطة.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن هذا المرض من المعروف وبشكل عام، أنه يؤدي بحياة الفرد إلى الهلاك، ويبدو ذلك واضحاً من خلال أبعاد قلق الموت، حيث إن بعد "الخوف من الأمراض المميتة" قد احتل المرتبة الأولى في الأبعاد، وهذا خير دليل على أن الإدراك لدى هؤلاء المرضى يوضح فهمهم لطبيعة هذا المرض القاتل، الذي سيؤدي بحياتهم بشكل مؤكد، ولعل الخبرات السابقة لدى هؤلاء المرضى، من رؤية غيرهم من الناس قد أصيبوا بهذا المرض وقد أودى بحياتهم سواء بشكل آجل أم عاجل، هو الذي يجعل قلق الموت يسيطر على تفكيرهم.

وينظر (عماري، 2013م، ص20) إلى أن قلق الموت ناتج عن قلق المستقبل نفسه، أو أن الانسان مقبل على حدث ليس له سلطة عليه، وأكد (عسليّة وحمدونة، 2015م، ص733) أنه ناتج عن التأمل الشعوري في حقيقة مفروضة على المريض، وأنها قادمة قادمة، ولكن متى وكيف وأين، ويرى "ماسرمان" أن أحد أسباب قلق الموت هو المرض (عبد الخالق، 1997م، ص213).

ويرى الباحث أن الخوف مما بعد الموت يحتل المرتبة الثانية في أبعاد قلق الموت، وهذا ما أكده (شوقي، 2015م، ص14) إلى أن قلق الموت ناتج عن القلق من المجهول مما بعد الموت، حيث يفسر الباحث ذلك، بأن المريض يسعى لإرضاء ربه، ويريد أن يكفر عما ارتكب من ذنوب، فيسارع الوقت ليكسب أكبر قدر ممكن من الأعمال الصالحة، من صلاة وعبادات وأذكار وصدقات، حيث يتمنى أن يعمل لما بعد الموت، حتى يلقي ربه قد غفر له، ولاحظ الباحث أن بعضهم كان يقول "إن الله قد ابتلاني بهذا المرض لأنه يحبني، ويريد أن يغفر لي ويرحمني في الآخرة".

لذلك يعتقد "ميسكويه" الفيلسوف الاسلامي أن الخوف من الموت يكون عند من يدرك حقيقة الموت، والذي يعتقد العقاب بعد الموت، ولا يعرف إلى أين سيذهب بعد الموت (عبد الخالق، 1997م، ص213).

الفرض الرابع:

متوسط الاكتئاب مرتفع بدرجة دالة إحصائياً لدى مرضى السرطان.

وللإجابة على هذه الفرضية قام الباحث باستخدام اختبار T لعينة واحدة (One sample T test) والنتائج موضحة كما في الجدول التالي:

جدول (5.5): نتائج اختبار T لعينة واحدة (One sample T test) لمستوى الاكتئاب

الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار "ت"	مستوى الدلالة
	1.692	1.098	5.112	**0.000

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 // غير دالة

تبين من النتائج الموضحة في جدول (5.5) أن المتوسط الحسابي للاكتئاب يساوي (1.692)، بانحراف معياري (1.098)، وقيمة الاختبار "ت" (5.112)، وأن قيمة مستوى الدلالة (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على أن مستوى القلق يختلف جوهرياً عن الدرجة المتوسطة، ما يدل على أنه وبحسب المعايير أن متوسط الاكتئاب لدى مرضى السرطان يتراوح ما بين المتوسط الذي بلغ نسبته (35.8%) والحاد الذي بلغ نسبته (27.8%). وللتعرف على نسب انتشار الاكتئاب لدى مرضى السرطان، وبحسب معايير قام الباحث بحساب التكرارات والنسب المئوية لكل فئة، وهي موضحة في الجدول التالي

جدول (5.6) : نسبة انتشار الاكتئاب حسب المعايير

النسبة المئوية	التكرار	من - إلى	
21.7%	26	0 - 5	لا يوجد اكتئاب
15%	18	5 - 7	اكتئاب خفيف
35.8%	43	8 - 15	اكتئاب متوسط
27.8%	33	16 فأكثر	اكتئاب حاد
100.0%	120		المجموع

تبين من النتائج الموضحة في جدول (5.6) أن عدد المرضى الذين لا يوجد لديهم اكتئاب (26) مريضاً بنسبة (21.7%)، والاكتئاب الخفيف (18) مريضاً بنسبة (15%)، أما الاكتئاب المتوسط فكان عددهم (43) مريضاً بنسبة (35.8%)، بينما الاكتئاب الحاد (33) مريضاً بنسبة (27.8%).

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة الجريسي (2003م)، التي كشفت أن مرضى سرطان الرئة يعانون من الاكتئاب بدرجة تتراوح بين المتوسطة والشديدة.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن مرضى السرطان يلمسون واقع مليء باليأس والإحباط، والفشل، والتوتر، وعدم القدرة على الاستمتاع في حياتهم، وذلك لعدم قدرتهم على تحقيق أهدافهم، وإيجاد معنى سامي لحياتهم، حيث يشعرون بنوع من فقدان القيمة، والتشتت، والحيرة، وعدم القدرة على اتخاذ القرار.

ويرى الباحث أيضاً أن رؤية المريض لمظهره، تشعره بالضيق، حيث إن سقوط الشعر، والضعف الجسمي، وشحوب الوجه، تجعله يشعر بأنه قد أصبح قبيحاً، وأقل جاذبية، ويشعر أيضاً أن الناس من حوله قد يرونه كذلك، فكل هذه المظاهر الجسمية قد توقعه في شبح الحزن والاكتئاب.

ويجد الباحث تفسيراً آخر بأن ينظر المريض لقوته وطاقته الحالية، حيث إنه لم يستطع أن يبذل الجهد، والقيام بأعماله المعتادة، ويقارنها بما كان عليها من قبل، فيسيطر عليه الضيق والحزن. ولعل الانزواء والعزلة التي يتعرض لها مريض السرطان، وبشكل خاص المرضى اللذين يعانون من المناعة المنخفضة، هذه أيضاً بدورها تقلل من الزيارات الاجتماعية التي قد تؤدي لدعمه نفسياً، تلك الأمور تجعل المريض يعاني من الاكتئاب.

الفرض الخامس:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي (القلق العام، قلق الموت، الاكتئاب) لدى مرضى السرطان.

وللإجابة على هذه الفرضية تم اشتقاق عدة فرضيات منها، وهي:

5.1 توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين نمو ما بعد الصدمة والقلق العام لدى مرضى السرطان

للإجابة على هذه الفرضية تم استخدام اختبار معامل الارتباط "بيرسون" لمعرفة العلاقة بين بين مستوى نمو ما بعد الصدمة والقلق العام.

جدول (5.7): معامل الارتباط "بيرسون" بين نمو ما بعد الصدمة والقلق العام

نمو ما بعد الصدمة			القلق العام
مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	العدد	
//0.579	0.051-	120	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول (5.7) يتضح أنه لا يوجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين نمو ما بعد الصدمة والقلق العام حيث كان معامل الارتباط (0.051-) ومستوى الدلالة (0.579).

ولم تتفق الدراسة الحالية مع أي من الدراسات السابقة لأن هذه الدراسة انفردت بمعرفة العلاقة بين القلق العام ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن عدم وجود علاقة بين نمو ما بعد الصدمة والقلق العام إلى أن المريض قد يخيم عليه نوع من اليأس والإحباط والفشل بعد اكتشاف أنه مريض بالسرطان، وبذلك يكون المريض أكثر عرضة للشعور بالتشاؤم والقلق، كذلك تقدير الأمور بشكل سلبي للذات والمستقبل الفارغ، وتلعب الظروف الاجتماعية والبيئية ولاقتصادية دوراً مهماً في زيادة نسبة القلق لدى المريض، ولاسيما في الوضع الذي يعيشه قطاع غزة من حصار، وصعوبة في السفر، والعلاج في الخارج، وكذلك قلة العمل والبطالة، والغلاء، حيث إن أي مرض يحتاج لتكاليف مادية، ذلك يفقد انخفاض تقدير الحياة، وتوقف أغلب الاهتمامات، وتتشوه الخطة المستقبلية التي يرسمها كل إنسان، وبذلك لم يتأثر القلق العام بنمو ما بعد الصدمة.

5.2 لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين نمو ما بعد الصدمة وقلق الموت لدى مرضى السرطان.

وللإجابة على هذه الفرضية تم استخدام اختبار معامل الارتباط "بيرسون" لمعرفة العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وقلق الموت.

جدول (5.8) معامل الارتباط "بيرسون" بين نمو ما بعد الصدمة وقلق الموت

نمو ما بعد الصدمة			قلق الموت
مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	العدد	
//0.162	0.140	120	

//غير دالة

*دالة عند 0.05

**دالة عند 0.01

من خلال الجدول (5.8) يتضح انه لا يوجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين نمو ما بعد الصدمة وقلق الموت حيث كان معامل الارتباط (0.140) ومستوى الدلالة (0.126).

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن التغيرات في حياة المريض بعد الابتلاء الذي أصابه، يتجه إلى السلبية بشكل أكبر تقريباً، والذي بدوره يزيد من الخوف من الموت، حيث إن التوتر والتشاؤم الذي يصيب المريض وفقدان الثقة بنفسه يزيد بشكل تدريجياً بعد إدراك الأمر الواقع الذي لا مفر منه، وعند مشاهدة المريض لجاره المريض الذي يقطن مع في نفس القسم ونفس الغرفة، أن المرض قد أنهك جسده، بيدرك بشكل أكبر بأن الموت بات قريب بالنسبة له، وأنه سيلحق بركبه في وقت قريب، ومن خلال إدراك المريض لمآل هذا المرض، فيظهر عنده الخوف والقلق من الموت، وخاصة التفكير فيما بعد الموت، ووجد الباحث من خلال هذه الدراسة أن الخوف من الأمراض المميتة قد احتلت المرتبة الأولى في الخوف من الموت، وبذلك يسيطر على المرض التفكير السلبي، وبذلك يفسر الباحث عدم وجود علاقة بين نمو ما بعد الصدمة وقلق الموت.

5.3 لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين نمو ما بعد الصدمة والاكئاب لدى مرضى السرطان

للإجابة على هذه الفرضية تم استخدام اختبار معامل الارتباط "بيرسون" لمعرفة العلاقة بين المتغيرين.

جدول (5.9): معامل الارتباط "بيرسون" بين نمو ما بعد الصدمة والاكتئاب

نمو ما بعد الصدمة			الاكتئاب
مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	العدد	
//0.092	0.155-	120	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول (5.9) يتضح أنه لا يوجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين نمو ما بعد الصدمة والاكتئاب حيث كان معامل الارتباط (-0.155) ومستوى الدلالة (0.092).

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن تطور نمو ما بعد الصدمة قد يسير في اتجاهات مختلفة، واختلاف الأشخاص من الناحية النفسية تقود لعدم تحديد اتجاهات نمو ما بعد الصدمة والاكتئاب، وبما أن نمو ما بعد الصدمة يحدث تغيرات ايجابية في الشخصية، تلك التغيرات تؤدي إلى الارتفاع في الأداء الوظيفي والتغير في نظرة المريض لنفسه ومستقبله، بينما في حال التعرض لابتلاءات كما هو الحال في الأمراض السرطانية، تؤدي لصعوبة توجيه الفرد لاتجاه معين يوضح العلاقة بين الاكتئاب ونمو ما بعد الصدمة،

ويرى الباحث أن مستوى الإيمان والتدين له تأثيره الخاص، كما أن ضعف القوة الشخصية، لدى المريض التي تلعب دوراً مهماً في توجيه المريض للأسوأ أو التكيف مع الحاضر أو التأقلم مع ذلك المرض، وإدراك أن ذلك قدر الله ولا مجال للتغيير، وتعتبر العلاقات الشخصية مهمة في توجيه المريض لنمو ما بعد الصدمة أو للأعراض النفسية المختلفة مثل الاكتئاب، وقد فسّر (Diggins, 2003, p6) أن المظاهر المختلفة لنمو ما بعد الصدمة قد تتطور في اتجاهات مختلفة، تجعل عدم معرفة العلاقة بشكل مؤكد بين نمو ما بعد الصدمة والاكتئاب.

الفرض السادس:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان تعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).

وللإجابة على هذه الفرضية، وللتحقق من صحتها تم استخدام اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين، لمعرفة دلالة الفرق في نمو ما بعد الصدمة تبعاً للجنس، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.10): نتيجة اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفرق في نمو ما بعد الصدمة تبعاً لمتغير الجنس

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد		
0.003**	-3.040	20.651	57.140	50	ذكر	نمو ما بعد الصدمة
		17.383	67.729	70	انثى	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 // غير دالة

من خلال الجدول (5.10) يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في نمو ما بعد الصدمة تعزى لمتغير الجنس (ذكر، انثى) لصالح الاناث.

ولم تتفق هذه الدراسة مع دراسة أبو القمصان (2016م) التي أظهرت عدم وجود فروق في نمو ما بعد الصدمة بالنسبة لمتغير الجنس.

ويفسر الباحث هذه النتيجة التي ترى أن نمو ما بعد الصدمة يختلف باختلاف النوع، حيث إن تطور نمو ما بعد الصدمة لدى الإناث أكثر من الذكور، لأن النسبة الأكبر منهم من المتزوجات، فيعتقد الباحث أن الأزواج هم الأكثر تأثراً من ناحية الدعم النفسي والمعنوي لهن، والوقوف بجانبهن ومساندتهن في هذا المرض العضال، فالمرأة بطبيعتها تعتبر ضعيفة، لذلك الوقوف بجانبها ومساندتها تعتبر مصدر قوة لها، فتشعر بقيمتها وتقدر حياتها أكثر من قبل، وتصبح قادرة على البوح بأحاسيسها ومشاعرها، وتكون قادرة على التعامل مع مشكلاتها بشكل أفضل، حيث تشعر بمحبة الآخرين لها، وتبادلهم نفس العواطف والمحبة، حيث ترى الإناث أن الأبناء وخاصة الكبار مستعدون للتضحية بالغالي والنفيس من أجل إنقاذها تلك الأحاسيس تقود المرأة للتطور النفسي الإيجابي بشكل عام، إلى نمو ما بعد الصدمة بشكل خاص.

وقد أكد (Kashdan et al., 2011:84) أن الاختلافات الديموغرافية كالجنس والعمر والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل لها تأثيرها القوي في اختلاف مستويات نمو ما بعد الصدمة، وأكد أيضاً أن النساء أفضل في التعامل مع نمو ما بعد الصدمة من الرجال.

ويرى الباحث أن الجانب الديني له أهمية كبرى حين يصبح الإيمان بالله أعمق من ذي قبل، ينمو مفهوم الصبر وآثاره الإيجابية، فعندما تستغل المريضة وقتها بالدعاء والاستغفار والصلاة، كل ذلك يقود للتغيير الإيجابي في حياتها.

وتم استخدام اختبار "ف" التباين الأحادي (One Way ANOVA) لمعرفة الفروق بين المتغيرات التالية (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير نمو ما بعد الصدمة، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5.11): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير نمو ما بعد الصدمة

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
0.267 //	1.332	499.761	3	1499.284	بين مجموعات	الحالة الاجتماعية
		375.144	116	43516.683	داخل المجموع	
			119	45015.967	المجموع	
0.296 //	1.229	463.095	2	926.189	بين مجموعات	العمر
		376.836	117	44089.777	داخل المجموع	
			119	45015.967	المجموع	
0.368 //	1.009	381.610	2	763.219	بين مجموعات	المؤهل العلمي
		378.229	117	44252.747	داخل المجموع	
			119	45015.967	المجموع	
0.296 //	1.248	469.287	3	1407.860	بين مجموعات	مستوى الدخل
		375.932	116	43608.107	داخل المجموع	

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
			119	45015.967	المجموع	
0.847 //	0.269	103.807	3	311.420	بين مجموعات	مدة المرض
		385.384	116	44704.547	داخل المجموع	
			119	45015.967	المجموع	
0.353 //	1.111	413.411	18	7441.402	بين مجموعات	نوع المرض
		372.025	101	37574.564	داخل المجموع	
			119	45015.967	المجموع	
0.068 //	2.745	1008.755	2	2017.510	بين مجموعات	نوع العلاج
		367.508	117	42998.457	داخل المجموع	
			119	45015.967	المجموع	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول (5.11) يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في نمو ما بعد الصدمة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن النسبة الأكبر من العينة كانت من المتزوجين والتي تمثل (69.8%)، فتعرض الشخص لهذا المرض سواء كان متزوج أو أعزب أو مطلق أو أرمل فنكون الاستجابات وردة الفعل تقريباً متشابهة، حيث إن الجميع سوف يتعرض لتلك الصدمة والإنكار والتساؤل، ذلك يقود للتشابه في تطور أو عدم تطور لنمو ما بعد الصدمة لتلك الفئة،

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة أبو القمصان (2016م) بعدم وجود فروق بالنسبة لنمو ما بعد الصدمة والحالة الاجتماعية.

أما بالنسبة للعمر فكانت النسبة الأكبر للمرضى فوق (40) سنة فكانت نسبتهم (74.2%) ويفسر الباحث ذلك أن أفراد العينة يعيشون نفس الظروف الاجتماعية والبيئية، حيث إنهم يشعرون بنفس المشاعر والأحاسيس، وفي هذه المرحلة قد يكون هؤلاء المرضى وصلوا لتحقيق طموحاتهم التي سعوا من أجلها، وأن المستقبل قد يكون واضح أمامه، ومن رأي الباحث أن الاختلافات والفروقات من الممكن أن تكون في السن الأقل من (30) سنة الذي قد يسعى لتكوني حياته، بناء مستقبله، فيسعى الفرد في هذه المرحلة للوصول إلى الاستقرار المادي والاجتماعي، فذلك المرض له تأثير بشكل سلبي على مستقبل هؤلاء المرضى اللذين يرون أفق مظلم قد ينتهي بمستقل فاشل بعد الإصابة بهذا المرض، واتفقت هذه الدراسة مع دراسة العبادسة وآخرون (2015م) التي أظهرت عدم وجود فروق بين نمو ما بعد الصدمة والعمر.

أما بالنسبة للمؤهل العلمي يعزو الباحث عدم وجود فروق لأن (70.8%) من العينة كانوا مستواهم العلمي أقل من ثانوي، وهذا يشير إلى الاشتراك في نفس التفكير والإدراك بالنسبة لمرض السرطان، وقد اتفقت هذه الدراسة مع كل من أبو القمصان (2016م) والعبادسة وآخرون (2015م) بعدم وجود فروق في نمو ما بعد الصدمة ومتغير المستوى التعليمي.

أما بالنسبة لعدم وجود فروق في المستوى الاقتصادي فيرجع إلى أن (64.2%) مستواهم الاقتصادي متدني أي أقل من (1000) شيكل، أي أن الوضع الاقتصادي بشكل عام في قطاع غزة أقل من المتوسط، بسبب الحصار والأوضاع السياسية الصعبة، وكذلك الارتفاع في الأسعار، فكمية الدخل التي يحصل عليها هؤلاء المرضى لا تكفي لتلبية الاحتياجات الضرورية للحياة، تلك الأمور أدت لاضطرابات اقتصادية سيئة، فالتشابه في تلك العوامل قد تؤدي لعدم وجود علاقة بين نمو ما بعد الصدمة والمستوى الاقتصادي.

أما بالنسبة لمدة ونوع المرض ونوع العلاج فيعزو الباحث عدم وجود فروق لأن الإصابة بهذا المرض تفرض على المريض بروتوكول مشترك في العلاج، فبغض النظر عن مكان الإصابة بهذا المرض، سواء كان في الثدي أو القولون أو الدم أو غيرها من أماكن الإصابة ففي النهاية يرى المرضى بشكل عام أنه مصاب بمرض اسمه "سرطان"، أما بالنسبة لمدة المرض ونوع العلاج فهو عبارة عن استراتيجية يمر بها جميع المرضى حيث إن كل مريض له بروتوكول معين من العلاج، لكن في النهاية سيمر في طريق يمر بها الجميع سواء في المدة أو نوع

العلاج، ولم تتفق هذه الفرضية مع أي من الفرضيات لأن هذا البحث تفرد في الكشف عن العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة ونوع المرض والعلاج ومدة المرض.

الفرض السابع:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى القلق العام لدى مرضى السرطان تعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).

وللإجابة على هذه الفرضية، وللتحقق من صحتها تم استخدام اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين، لمعرفة دلالة الفروق في القلق العام تبعاً للجنس، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.12): نتيجة اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق في القلق العام لمتغير الجنس.

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	
0.641//	0.467	10.816	23.560	50	ذكر
		8.554	22.700	70	انثى

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول (5.12) يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى القلق العام لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس.

واتفقت مع دراسة Manoj Pandey وآخرون (2007) التي أظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين رغم أن مستوى القلق كان عالي بالنسبة للجنسين.

ولم تتفق الدراسة مع دراسة Trentacosta, Christopher وآخرون (2016) التي أظهرت أن القلق منخفض لدى الذكور أكثر من الإناث.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن التعرض لتلك الأمراض تثير القلق عند هؤلاء المرضى بشكل عام، فالنظرة تكون واحدة والتفكير والأدراك يكون متشابه رغم الاختلافات الديموغرافية الأخرى، فالجنسين الذكر والأنثى تسيطر عليهم المعاناة الجسدية والنفسية، ويثير الانشغال

بالمستقبل المجهول، والشعور بعدم التركيز، لذلك هذا المرض لم يفرق من ناحية القلق بين الذكر والأنثى.

وتم استخدام اختبار "ف" التباين الأحادي (One Way ANOVA) لمعرفة الفروق بين المتغيرات التالية (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج) تبعاً للقلق العام، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5.13): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير القلق العام.

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
0.300	1.235	111.457	3	334.372	بين مجموعات	الحالة الاجتماعية
		90.243	116	10468.220	داخل المجموع	
			119	10802.592	المجموع	
0.081 //	2.564	226.813	2	453.625	بين مجموعات	العمر
		88.453	117	10348.97	داخل المجموع	
			119	10802.59	المجموع	
0.070 //	2.723	240.219	2	480.438	بين مجموعات	المؤهل العلمي
		88.224	117	10322.154	داخل المجموع	
			119	10802.592	المجموع	
0.313	1.216	109.764	3	329.293	بين مجموعات	مستوى الدخل
		90.287	116	10473.299	داخل المجموع	
			119	10802.592	المجموع	

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
0.643 //	0.559	51.298	3	153.893	بين مجموعات	مدة المرض
		91.799	116	10648.698	داخل المجموع	
			119	10802.592	المجموع	
0.267 //	1.211	106.505	18	1917.087	بين مجموعات	نوع المرض
		87.975	101	8885.505	داخل المجموع	
			119	10802.592	المجموع	
0.102 //	2.327	206.645	2	413.291	بين مجموعات	نوع العلاج
		88.797	117	10389.301	داخل المجموع	
			119	10802.592	المجموع	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول (5.13) يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في القلق العام تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن المتغيرات السابقة كالحالة الاجتماعية والعمر والمؤهل العلمي والدخل ونوع المرض ومدته والعلاج لم تلعب دور مهم في القلق لدى مرضى السرطان حيث إن المرضى متشابهين في النهاية بنفس المرض، فالتعرض لهذا النوع من الأمراض لم يختلف باختلاف الحالة الاجتماعية، سواء كان الشخص متزوج أو أعزب أو غير ذلك، فالكل يعيش نفس الظروف النفسية الصعبة، حيث تم ملاحظة أن النسبة الأكبر كانت من المتزوجين بنسبة (69.2%) من العينة، واختلفت هذه مع دراسة دراسة Manoj Pandey وآخرون (2007) التي أظهرت أن سبب القلق هو الحالة الاجتماعية.

أما العمر فلم يحظَ باختلاف بين الفئات العمرية المختلفة بالنسبة لمتغير القلق، وذلك لتشابه الفكرة المجتمعية المعروفة عن ذلك المرض، فالمراحل المختلفة في العمر تفكر في المستقبل القريب، والصعوبات المشاكل التي ستواجه تلك الأفراد، وتكون بشكل عام متشابهة، واتفقت هذه الدراسة مع دراسة Nikki A. Hawkins وآخرون (2016) التي لم توجد علاقة بين القلق والمراحل العمرية.

ولم تجد الدراسة فروق في المؤهل العلمي بالنسبة للقلق ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن العدد الأكبر من العينة كان مستوهم التعليمي أقل من ثانوي، وذلك يشير إلى التشابه في التفكير والإدراك بالنسبة للمرض، وذلك قد أدى إلى عدم وجود فروقات في المستوى التعليمي.

ويفسر الباحث عدم وجود فروقات بالنسبة للمستوى الاقتصادي أن النسبة الأكبر من العينة كانت من نوات الدخل المتدني، وأن الشعب الفلسطيني بشكل عام يعاني اقتصادياً بسبب الحصار المفروض عليه، والغلاء المعيشي، والبطالة، تلك العوامل كلها مشتركة بين الجميع، قد تلعب دور في عدم وجود علاقة بين المستوى الاقتصادي والقلق لأفراد العينة.

أما بالنسبة للمتغيرات المتعلقة بالمرض كالمدة والنوع ونوع العلاج، فيرى الباحث أن جميع المرضى يمرون في خطوات متتالية منذ اكتشاف المرض وتشخيصه وبدء الخطة العلاجية، تلك الخطوات متشابهة من حيث التنفيذ بشكل متقارب، لذلك يرى الباحث عدم وجود فروقات بين تلك المتغيرات والقلق العام، ولم تتفق هذه الدراسة مع دراسة Regina Myres وآخرون (2014) التي أظهرت أن المدة المرضية خاصة بعد سنة من التشخيص أظهرت وجود القلق لدى آباء المرضى المصابين بالسرطان بينما تشابهت هذه الدراسة مع دراسة Tomer T. Levin وآخرون (2007) التي لوحظ فيها أن المرضى الذين تم تشخيصهم منذ أكثر من ست سنوات وكذلك المرضى الذين يتلقون العلاج فقد أعطوا مستوى متشابه في القلق.

الفرض الثامن:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان تعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).

وللإجابة على هذه الفرضية، وللتحقق من صحتها تم استخدام اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين، لمعرفة دلالة الفروق في قلق الموت تبعاً للجنس، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.14): نتيجة اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق في قلق الموت لمتغير الجنس.

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	
0.079//	-1.772	22.385	48.700	50	ذكر
		20.168	55.629	70	انثى

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول (5.14) يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان تعزى للجنس.

وقد اتفقت هذه نتائج هذه الدراسة مع دراسة قواجلية (2013م) التي ترى أنه لا يوجد اختلاف في قلق الموت بالنسبة للجنس واتفقت أيضاً مع دراسة ياسين (2011م) التي أظهرت أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على عامل التصور السببي للموت.

بينما اختلفت مع دراسة العرب (2011م) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت تعزى لأثر متغير الجنس، وجاءت الفروق لصالح الإناث، ثم اختلفت أيضاً مع دراسة عوض (2009م) التي أظهرت وجود درجة متوسطة من قلق لموت لدى أفراد العينة، ووجود فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث على مقياس قلق الموت، وكانت درجات الاناث أعلى من درجات الذكور.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن الموت بشكل عام له هيبة بغض النظر عن اختلاف الجنس، ولعل تشابه أفراد العينة في نفس الظروف والمرض لهو السبب الأكبر في عدم وجود فروقات بين الذكر والأنثى، وكذلك تقارب نسبة الخوف من الموت بين الذكر والأنثى، حيث وجد أن الخوف فيما بعد الممات تحتل المرتبة الأولى ثم تليها الخوف من الأمراض المميتة التي تتمثل في مرض السرطان الذي يراه الجميع بأنه انذار بقرب موعد الموت، حيث تلعب الثقافة المجتمعية المعروفة عن ذلك المرض العضال بأن الإصابة بمرض كهذا يعني لهم التفكير في الموت مباشرة، حيث أشارت هذه الأبعاد لوجود قلق الموت بدرجة متوسطة، وكانت هذه النتائج تقريبا متشابهة بين الجنسين، لذلك قلق الموت لا يختلف باختلاف النوع.

وتم استخدام اختبار "ف" التباين الأحادي (One Way ANOVA) لمعرفة الفروق بين المتغيرات التالية (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج) تبعاً لقلق الموت، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5.15): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير قلق الموت

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ت"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
0.832 //	0.290	134.259	3	402.777	بين مجموعات	الحالة الاجتماعية
		462.209	116	53616.215	داخل المجموع	
			119	54018.992	المجموع	
0.241 //	1.439	648.525	2	1297.051	بين مجموعات	العمر
		450.615	117	52721.941	داخل المجموع	
			119	54018.992	المجموع	
0.891 //	0.115	53.045	2	106.091	بين مجموعات	المؤهل العلمي
		460.794	117	53912.901	داخل المجموع	
			119	54018.992	المجموع	
0.406 //	0.977	443.614	3	1330.841	بين مجموعات	مستوى الدخل
		454.208	116	52688.151	داخل المجموع	
			119	54018.992	المجموع	
0.747	0.409	188.370	3	565.110	بين مجموعات	مدة

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ت"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
//		460.809	116	53453.882	داخل المجموع	المرض
			119	54018.992	المجموع	
0.931 //	0.084	44.036	18	792.652	بين مجموعات	نوع المرض
		526.993	101	53226.340	داخل المجموع	
			119	54018.992	المجموع	
0.481 //	0.737	335.970	2	671.941	بين مجموعات	نوع العلاج
		455.958	117	53347.051	داخل المجموع	
			119	54018.992	المجموع	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول (5.15) يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن الإصابة بمرض السرطان يزيد شعور الفرد في مواجهة الموت، وأن لا أحد يقدر على كتابة حياة جديدة، أو أن يمد عمره، فجميع المرضى متشابهون في التعرض لتهديد الموت الذي يحدثه ذلك المرض، فإذا كان المريض أعزب أو متزوج أو مطلق أو أرملة، فالكل مشترك بنفس المشاعر والأحاسيس التي يحدثها مرض السرطان، لذلك لا يختلف قلق الموت باختلاف الحالة الاجتماعية.

وبالرغم من هذه النتيجة إلا أنها اختلفت مع دراسة عماري (2013م) التي وجدت علاقة بين إرتفاع درجة قلق الموت والحالة الاجتماعية للمرأة المصابة بسرطان الثدي.

أما بالنسبة لمتغير العمر فلم تظهر الدراسة اختلاف، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن من المنطق أن مختلف المراحل العمرية لديها شعور طبيعي غريزي بالخوف من الموت، فلا فرق بين الطفل والشاب والمسن، ويرى الباحث أن وجود مرض السرطان لدى الشخص يولد عنده شعور بأن الأجل شبه معلوم، إلا أن يغير الله تلك الأحوال بالشفاء، وفي جانب آخر لقد رأى الباحث في مجال عمله أن الفئة العمرية الصغيرة من الأطفال، يتولد لدى الآباء والأمهات الخوف من الموت على أطفالهم أكثر من الطفل نفسه، وذلك لأن الطفل لم يدرك المواجهة الحقيقية للموت بشكل إدراكي كما يدرك الآباء.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة العرب (2011م) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تعزى لأثر متغير العمر.

ولم تتفق هذه الدراسة مع دراسة عوض (2009م) التي وجدت فروق بين الفئات العمرية على مقياس قلق الموت، فكانت درجات الفئة العمرية (55 فأقل) أعلى من درجات الفئة (66 فأكثر).

ويرى الباحث عدم وجود فروق في اختلاف المستوى العلمي لقلق الموت إلى أن الكم الأكبر من العينة هم من غير المتعلمين الذين وصلوا لمرحلة أقل من ثانوي، حيث بلغت نسبتهم (70.8)، وبذلك قد يكونوا اشتركوا بنفس التفكير بعد الإصابة بهذا المرض، وتعتبر هذه النتيجة منطقية، لأن الموت يهابه الجميع، حيث يحاول الفرد السوي قبل المصاب أن يحمي نفسه من الموت، وبذلك لا يختلف قلق الموت باختلاف المستوى التعليمي.

وقد اختلفت هذه الدراسة مع دراسة عماري (2013م) التي أظهرت وجود علاقة بين ارتفاع درجة قلق الموت والمستوى التعليمي.

أما بالنسبة للمستوى الاقتصادي، يعزو الباحث عدم وجود فروق لأن الموت لم يفرق بين غني وفقير، وبين مستوى دخل مرتفع ومنخفض، فالجميع يدرك أن يتساوون في مستوى التهديد من الموت، فذلك الشعور يجتاح الجميع دون استثناء، فزيادة مستوى الدخل أو انخفاضه لا يحمي من تهديد الموت، فالجميع مشترك في نفس الخصائص الإدراكية بالنسبة لقلق الموت الناتج عن مرض السرطان.

ويعزو الباحث عدم وجود فروق بالنسبة لنوع المرض ومدته، ونوع العلاج، إلى أن جميع المرضى لديهم صفات مشتركة وخطوات متشابهة، تبدأ بالشعور بالمرض، مروراً بمرحلة التشخيص، وخطوات العلاج، ذلك التشابه يقود في النهاية إلى شعور وادراك متساوي تقريبا لجميع المرضى، فبذلك لا يختلف قلق الموت باختلاف نوع المرض، أما بالنسبة لمدة المرض

فإن عدم الاختلاف فيه يرجع إلى أن المفهوم العام عن المرض الذي ينتشر ثقافياً بين المرضى المصابين بالسرطان متشابه، فبغض النظر عن مدة الإصابة سواء كانت طويلة أو قصيرة ففي النهاية يعرف المصير المحتوم بالنسبة لذلك المرض، وبذلك لا يختلف قلق الموت باختلاف مدة المرض، أما بالنسبة لعدم الاختلاف في العلاج فإن التشابه في البروتوكول المتشابه الذي يمر فيه جميع المرضى، والصعوبات التي يواجهونها أدت لعدم وجود فروقات في نوعية العلاج سواء كان العلاج كيميائي أو جراحي أو إشعاعي.

الفرض التاسع:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان تعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).

وللإجابة على هذه الفرضية، وللتحقق من صحتها تم استخدام اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين، لمعرفة دلالة الفروق في الاكتئاب تبعاً للجنس، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.16): نتيجة اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق في الاكتئاب لمتغير الجنس.

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	
0.449//	0.759	8.867	12.060	50	ذكر
		7.606	10.914	70	انثى

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول (5.16) يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان تعزى للجنس.

ويعزو الباحث هذه النتيجة وهي عدم وجود فروق بين الجنسين بالنسبة للاكتئاب هو أن الجنسين قد تعرضوا لنفس الضغوط النفسية، ونفس التوتر والضيق والإحباط الناتج عن صدمة تشخيص مرض السرطان، وبذلك يكونوا قد اشتركوا وتشابهوا في نفس الابتلاء والمرض الذي يغير مسار حياة الفرد.

واختلفت مع دراسة Manoj Pandey وآخرون (2007) التي أظهرت فروق في الجنس حيث إن الإناث أكثر عرضة للاكتئاب من الرجال. وأظهرت أيضاً أن زيادة الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان ويختلف تأثيره حسب الجنس بالنسبة للاكتئاب.

وتم استخدام اختبار "ف" التباين الأحادي (One Way ANOVA) لمعرفة الفروق بين المتغيرات التالية (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج) تبعاً للاكتئاب، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5.17): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير الاكتئاب

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
0.953 //	0.111	7.534	3	22.602	بين مجموعات	الحالة الاجتماعية
		67.759	116	7859.990	داخل المجموع	
			119	7882.592	المجموع	
0.173 //	1.782	116.520	2	233.041	بين مجموعات	العمر
		65.381	117	7649.551	داخل المجموع	
			119	7882.592	المجموع	
0.075 //	2.607	168.175	2	336.350	بين مجموعات	المؤهل العلمي
		64.498	117	7546.241	داخل المجموع	
			119	7882.592	المجموع	
0.076 //	2.626	167.118	3	501.353	بين مجموعات	مستوى الدخل
		63.631	116	7381.239	داخل المجموع	

			119	7882.592	المجموع	
0.636	0.570	38.171	3	114.514	بين مجموعات	مدة المرض
		66.966	116	7768.078	داخل المجموع	
			119	7882.592	المجموع	
0.384 //	1.079	70.633	18	1271.388	بين مجموعات	نوع المرض
		65.457	101	6611.203	داخل المجموع	
			119	7882.592	المجموع	
0.127 //	1.618	106.103	2	212.207	بين مجموعات	نوع العلاج
		65.559	117	7670.385	داخل المجموع	
			119	7882.592	المجموع	

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05 //غير دالة

من خلال الجدول (5.17) يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الاكتئاب تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع المرض، نوع العلاج.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن عدم وجود اختلاف في الحالة الاجتماعية بالنسبة للاكتئاب إلى أن المشاعر السلبية التي يتعرض لها الفرد المصاب، والآلام الجسمية، الأرق تصيب الجميع، بغض النظر عن الحالة الاجتماعية فالاشتراك في هذه الضغوط النفسية لم يجعل فروق في الاكتئاب بالنسبة لنوع الحالة الاجتماعية.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة Adelita V. Ranchor وآخرون (2015) التي أظهرت أن العوامل الديموغرافية والاجتماعية والتصنيفات الطبية لا علاقة لها بالاكتئاب مع مرور الوقت.

واختلفت مع دراسة Manoj Pandey وآخرون (2007) التي أظهرت أن السبب الرئيسي للاكتئاب هو الحالة الاجتماعية.

أما بالنسبة لمتغير العمر فيفسر الباحث عدم وجود فروق للتشابه الكبير بين فئات المجتمع من حيث الفكرة العامة عن أمراض الأورام التي تثير الاكتئاب والقلق بشكل عام لجميع الفئات العمرية.

ولم تتفق مع دراسة الجريسي (2003م) من حيث متغير العمر حيث أظهرت وجود فروق في الفئة العمرية التي هي أقل من 40 سنة تعاني من الاكتئاب بشكل أكبر من الفئتين من 40-60 سنة، والفئة الأكبر سناً التي هي فوق 60 سنة، ولم تتفق مع دراسة Tomer T. Levin وآخرون (2007) التي أظهرت أن المرضى الأقل من 60 سنة كانوا أكثر اكتئاباً

ويعزو الباحث عدم وجود فروق بالنسبة للمستوى التعليمي، لأن مرض السرطان يثير الأحاسيس السلبية، ويحدث تغيرات مزاجية سيئة، وحزن شديد، ذلك يتشابه فيه الجميع، لذلك لا يوجد فروق في مستوى الاكتئاب بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة الجريسي (2003م) من حيث متغير المستوى التعليمي، التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى مرضى سرطان الرئة تعزى لمتغير المستوى العلمي.

أما بالنسبة للمستوى الاقتصادي فيفسر الباحث عدم وجود اختلاف، لتشابه مرضى السرطان في الشعور والأحاسيس، فاختلاف مستوى الدخل لم يتأثر لأن في المحصلة هناك مرض خبيث، لا يغيره المستوى الاقتصادي المرتفع أو المنخفض.

ويعزو الباحث عدم وجود فروق بالنسبة لمدة المرض ونوع المرض ونوع العلاج، إلى أن جميع المرضى يمرون في مراحل متشابهة من بداية التشخيص وصولاً لمحاولة علاجهم، حيث يجد الفرد نفسه في حيرة بين الشفاء وبقاء المرض، فالتشابه في تلك المرحلة عمل على عدم وجود اختلافات بالنسبة لمتغيرات نوع المرض والعلاج والمدة المرضية.

ولم تتفق مع دراسة Regina Myres وآخرون (2014) التي أشارت نتائجها بأن الاكتئاب المشكلة الأكبر التي يواجهها مرضى سرطان الدم في السنة الأولى بعد التشخيص.

التوصيات:

في ضوء تلك النتائج فإن الباحث يوصي بالتالي

1. عمل جلسات دعم نفسي لمرضى السرطان من أجل تطوير النمو الإيجابي.
2. القيام بدورات تدريبية لطواقم مزودي الخدمة لمرضى السرطان من أجل رفع معنويات مرضى السرطان.
3. القيام بنشاطات ترفيهية للتخفيف من هموم مرضى السرطان.
4. تقديم التسهيلات لمرضى السرطان في جميع الأماكن والمعاملات.
5. تقديم المعززات المادية والمعنوية لمرضى السرطان من أجل تخفيف المعاناة النفسية لهم.
6. القيام بعمل برامج إرشادية لمرضى السرطان، وذلك للتخفيف من معاناتهم النفسية.
7. توظيف وتعيين أخصائيين نفسيين للتعامل مع مرضى السرطان، وتقديم الدعم النفسي والمعنوي لهم، والتخفيف من معاناتهم النفسية.
8. توجيه أنظار وزارة الصحة لتفعيل جانب الدعم المعنوي لدى المرضى السرطان.
9. توجيهات أنظار المؤسسات والجمعيات لتقديم الدعم والتسهيلات لمرضى السرطان.

المقترحات:

1. القيام بدراسات وأبحاث نفسية لنمو ما بعد الصدمة تتناول نوع المرض بشكل خاص لدى مرضى السرطان.
2. القيام ببرامج إرشادية الهدف منها تقليل الأعراض النفسية المصاحبة لمرضى السرطان.
3. اجراء دراسات تتعلق بذوي مرضى السرطان، وعلاقتها بالأمراض النفسية
4. فعالية برنامج سلوكي معرفي للتخفيف من القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان.
5. تنمية دور مزودي الخدمة لمرضى السرطان في التخفيف من الأعراض النفسية لمرضى السرطان.
6. فعالية برنامج إرشادي ديني للتخفيف من أعراض قلق الموت لدى مرضى السرطان.
7. نمو ما بعد الصدمة لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات.
8. البروفایل النفسي لدى مريضات سرطان الثدي.

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع

• القرآن الكريم

أولاً/ المراجع العربية:

- أبكر، سميرة حسن. (2015م). فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمعنى لمواجهة الأحداث الضاغطة والتوجه نحو الحياة لدى عينة من المطلقات بمدينة جدة. *مجلة العلوم التربوية، 1(1)*، 84-51
- الأنصاري، بدر محمد. (1999م). *الفروق بين مدخني السجائر وغير مدخنيها من طلبة جامعة الكويت في تعض سمات الشخصية* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الكويت، الكويت
- الأنصاري، بدر محمد. (2007م). *الفروق في الاكتئاب بين طلاب وطالبات الجامعة "دراسة مقارنة عشرين بلد اسلامي"*. *مجلة دراسات عربية في علم النفس، 6(1)*، 110-128.
- الأقصري، يوسف. (2002م). *كيف تتخلصين من الخوف والقلق من المستقبل؟*. ط1. القاهرة: دار الطائف للنشر والتوزيع.
- الأغا، احسان والأستاذ محمود. (2003م). *مقدمة في تصميم البحث التربوي*. ط3. غزة: مطبعة الرنتيسي للطباعة والنشر.
- ابن القيم، محمد بن أبي بكر بن أيوب بن سعد شمس الدين الجوزية. (751هـ-2001م). *الطب النبوي*. تحقيق سيد ابراهيم. القاهرة: دار الحديث.
- باطة، آمال عبد السميع. (1999م). *الصحة النفسية*. ط3. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- البلبكي، منير. (1973م). *المنجد في اللغة والإعلام*. ط3. لبنان، بيروت: دار المشرف.
- بهار، سعدية. (1983م). *من أنا*. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- التميمي، محمود كاظم (2013م). *الصحة النفسية مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية*. ط1. عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الترمذي، أبو عيسى محمد بن عيسى. (دون تاريخ). *سنن الترمذي*. ج4، تحقيق: أحمد شاکر وآخرون. لبنان: دار إحياء التراث العربي
- توفيق، محمد عز الدين. (2002م). *التأصيل الإسلامي للدراسات النفسية البحث في النفس الإنسانية والمنظور الإسلامي*. ط2. الاسكندرية: دار النشر.
- جابر، جودة. (2002م). *علم النفس الاجتماعي*. ط1. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- جبل، فوزي محمد. (2000م). *الصحة النفسية السيكولوجية الشخصية*. الاسكندرية، الأزراطة: المكتبة الجامعية.
- جلال، سعد. (1985م). *الصحة العقلية*. القاهرة: دار الفكر العربي.

- الجزائري، خلود حسين عبد الرازق. (2004م). *المناخ الأسري وعلاقته بالقلق في مرحلة الطفولة* (رسالة ماجستير غير منشورة). معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، مصر.
- الجندي، نبيل جبريل. (2008م). الصورة لاختبار اكتئاب الشيخوخة. دراسة عاملية على عينة من المسنين الفلسطينيين. *مجلة الأقصى*، 12(1)، 64-80.
- معمرية، بشير. (2000م). مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين. *مجلة علم النفس المصرية*، 55(5)، 115-140.
- حجازي، جولتان. (2013م). فاعلية الذات وعلاقتها بالتوافق المهني وجودة الأداء لدى معلمات غرف المصادر في المدارس الحكومية في الضفة الغربية. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، 9(4).
- الحربي، عواض. (2003م). *العلاقة بين مفهوم الذات والسلوك العدواني لدى الطلاب الصم* (رسالة ماجستير غير منشورة). أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
- حسان، ولاء. (2009م). *فاعلية برنامج مقترح لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- الحسين، أسماء عبد العزيز. (2002م). *المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي*. ط1. الرياض: دار عالم الكتاب.
- الحكمي، علي أحمد. (2015م). *برنامج علاج معرفي لتخفيف قلق الموت لدى مرضى القلب* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.
- الحواري، أحمد. (2003م). *مدى فاعلية برنامج ارشادي للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- أبو حويج، مروان والصفدي، عصام. (2001م). *مدخل إلى الصحة النفسية*. ط1. عمان، الأردن: دار المسيرة.
- خطاب، كريمة. (2011م). *فعالية الذات كمحدد نفسي لكل من الإفصاح عن الذات وأنماط السلوك الصحي لدى عينة من الراشدين (بحث محكم)*. دراسات عربية في علم النفس، *مجلة دورية علمية سيكولوجية*، 10(1).
- الخطيب، محمد. (2007م). *تقييم عوامل مرونة الأنا لدى الشباب الفلسطيني في مواجهة الأحداث الصادمة*. *مجلة الجامعة الإسلامية، سلسلة الدراسات الإنسانية*، 15(2)، غزة.
- الخطيب، هشام إبراهيم. (2001م). *مبادئ التوجيه والارشاد النفسي*. ط1. عمان، الأردن: دار العلمية.
- الخواجة، حمدي سعي. (2006م). وهذا علاج الاكتئاب في الدين. *مجلة النور*، 254(2)، 82-83.
- الجريس، محمد عبد العزيز. (2003). *الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- جمعية الطب النفسي. (2013م). ط5. *الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي*.
- دافيدوف، ليندا. (2000م). *الشخصية-الدافعية-الانفعالية*، (ترجمة سيد الطواب. محمود عمر). ط2. القاهرة: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية.

الداهري، صالح، العبيدي، ناظم. (1999م). الشخصية والصحة النفسية، القاهرة: مؤسسة حمادة ودار الكندي للنشر.

الداية، ابتسال. (2016م). المشكلات النفسية والاجتماعية لدى أبناء الشهداء والشهيدات وعلاقتها بالحرمان العاطفي (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

ربيع، محمد شحاتة. (2000م). أصول الصحة النفسية. ط2. مصر: مؤسسة نبيل للطباعة.

رضوان، سامر (2007م). الصحة النفسية. ط2. عمان، الأردن: دار المسيرة.

الرفاعي، نعيم. (1982م). الصحة النفسية دراسة سيكولوجية في التكيف. سوريا: جامعة دمشق.

الرفاعي، نعيم. (1987م). الصحة النفسية. ط7. دمشق، سوريا: مطابع جامعة دمشق.

الرواشدة، علاء زهير. (2014م). دراسة مقارنة بين مرضى السرطان والأسوياء في درجة الشعور بالاكنتاب وقلق الموت- دراسة في ضوء نظريتي التعلم الاجتماعي، والنظرية المعرفية (رسالة ماجستير غير مشورة). جامعة أدرار، الجزائر.

ريان، محمد اسماعيل. (2006م). الاتزان الانفعالي وعلاقته بكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر بمحافظات غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر، غزة.

الزبيدي، كامل علوان. (2007م). دراسات في الصحة النفسية. عمان، الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

الزغبى، أحمد محمد. (2005م). العلاقة بين الاكنتاب وتقدير الذات لدى طلاب المرحلة الثانوية من الجنسين. مجلة العلوم التربوية، (8)، القاهرة.

زهران، حامد، عبد السلام. (1977م) علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة). القاهرة.

زهران، حامد عبد السلام. (1982م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.

زهران، حامد عبد السلام. (1992م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط1. القاهرة.

زهران، حامد عبد السلام. (1995م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط2. القاهرة: عالم الكتاب.

زهران، حامد عبد السلام. (1997م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط3. القاهرة: عالم الكتاب.

زهران، حامد عبد السلام. (1998م). التوجيه والإرشاد النفسي. ط3. القاهرة: عالم الكتاب.

زكار، نصار زاهر. (2013م). مدخل إلى سيكولوجية الشخصية والصحة النفسية. ط1. غزة. فلسطين: مركز الإشعاع الفكري للدراسات والبحوث.

سفيان، صالح نبيل. (2004م). العقوق "دراسة اجتماعية ميدانية على المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية". الرياض، السعودية: دار شقراء.

أبو سريع، اسامة سعد. (1993م). الصداقة من منظور علم النفس. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

سوين، ريتشارد. (1979م). علم الأمراض النفسية والعقلية. (ترجمة عبد العزيز سلامة). القاهرة: مكتبة النهضة.

سيد، الحسن بن الحسين. (2012م). *الصلابة النفسية والمساعدة الاجتماعية والاكنتاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جدة* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

أبو سيف، حسام أحمد محمد والناشري، أحمد محمد. (2009م). *الصحة النفسية، سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر*. القاهرة: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

أبو شاويش، نازك. (2015). *فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية التفكير الإيجابي كمدخل للتفاوض لدى عينة من مريضات سرطان الثدي* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأقصى، غزة.

الشاذلي، عبد الحميد محمد. (2001م، أ). *التوافق النفسي للمسنين*. الإسكندرية مصر: المكتبة الجامعية.

الشاذلي، عبد الحميد. (2001م، ب). *الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية*. ط2. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

شبير، مها. (2016م). *الكفاءة الاجتماعية في ضوء خبرات الإساءة للطفولة والحساسية الانفعالية لدى أطفال المطلقات* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأقصى، غزة.

الشقماني، مصطفى مفتاح والفقهي، محمد أحمد. (2006م). *فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكومترية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين، مجلة البصائر، 12(2)، فلسطين*

الشرييني، لطفي عبد العزيز. (1998م). *كيف تتغلب على القلق- المشكلة والحل*. بيروت، لبنان: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

الشرييني، لطفي. (2001م). *الاكنتاب الأسباب والمرض والعلاج*. ط1. بيروت: دار النهضة.

أبو شريفة، ميساء. (2011م). *اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالتوجه نحو الدعاء لدى عينة من زوجات الشهداء في قطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

شعبان، كاملة و تميم، عبد الجابر. (1999م). *الصحة النفسية للطفل*. ط1. الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.

شفيير ومليمان. (1989م). *مشكلات الأطفال والمرافقين وأساليب المساعدة فيها* (ترجمة نسيمه داوود وآخرون). أبحاث منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.

الشناوي، محمد محروس. (1991م). *بحوث في التوجيه الإسلامي للإرشاد والعلاج*. القاهرة: دار غريب

شوفي، فاطمة الزهراء محمد. (2015م). *فاعلية برنامج للعلاج النفسي المتكامل لتخفيف حدة الضغوط وقلق الموت لدى عينة من كبار السن* (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية التربية بجامعة عين شمس، جمهورية مصر العربية.

شيفر، ملمان. (1999م). *سيكولوجية الطفولة والمراقبة* (ترجمة سعيد العزة). بيروت: دار صبح للطباعة والنشر.

شيهان، دافيد. (1998م). *مرض القلق* (ترجمة عزة شعلان). الكويت: عالم المعرفة.

صادق، عادل. (2005م): *الطب النفسي*. ط1. القاهرة: مؤسسة حورس.

- صبرة، محمد على، وآخرون. (2004م). *الصحة النفسية والتوافق النفسي*. الأزراطة: دار المعرفة الجامعية.
- صبيحي، سيد محمد (1998م). *الانسان وصحته النفسية*. القاهرة: برينت للطباعة والتصوير.
- صموئيل، القس. (ب، ت). *القلق حالة وجدانية تبني أو تهدم*. الهيئة العامة في مكتبة الإسكندرية: دار الثقافة.
- الطحان، محمد خالد. (1987م). *مبادئ الصحة النفسية*. دبي: دار القلم.
- العبادسة، أنور وحماد، إبراهيم وأبو يوسف، محمد. (2015م). *نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بالصحة النفسية لدى النازحين في مراكز الإيواء في قطاع غزة*. ورقة بحثية مقدمة للمؤتمر التربوي الخامس، الجامعة الإسلامية، غزة.
- عباس، سوسن وعبد الخالق، أحمد. (2005م). *اتجاهات الابناء نحو أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاكنتاب لدى عينة من المراهقين الكويتيين*. مجلة دراسات نفسية، 15 (2)، 203-230.
- عبد الباقي، سلوى محمد، وآخرون. (2002م). *علم النفس الاجتماعي*. ط1. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- عبد الحليم، أشرف محمد. (2010م). *قلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة والضغط النفسية لدى عينة من الشباب*. مركز الإرشاد النفسي، المؤتمر الخامس، جامعة عين شمس، مصر.
- عبد الحميد، محمد نبيل. (1995م). *قلق الموت وعلاقته بكل من دافعية الإنجاز ونوعية التعليم، عينة من طلبة الجامعة*. مجلة علم النفس، (35)
- عبد الخالق، أحمد محمد. (1997م). *قلق الموت*. سلسلة كتب ثقافية، العدد (111)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. الكويت: عالم المعرفة.
- عبد الخالق، أحمد محمد. (1998م). *قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده*. المجلة العربية للعلوم الإنسانية، (64).
- عبد الخالق، أحمد. (1998م). *أصول الصحة النفسية*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الخالق، أحمد. (1990م). *أسس علم النفس*. جامعة الاسكندرية، جمهورية مصر العربية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الستار، ابراهيم. (1998م). *الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه*. سلسلة عالم المعرفة، العدد (239). الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- عبد العزيز، مفتاح محمد. (1997م). *القرآن وعلم النفس*. ط1. بنغازي: جامعة قاريونس.
- عبد الغفار، عبد السلام. (1981م). *مقدمة في الصحة النفسية*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- عبد الغفار، عبد السلام. (2007م). *مقدمة في الصحة النفسية*. ط1. القاهرة: دار النهضة العربية.
- عبد الله، مجدي أحمد. (1997م). *علم النفس المرضي*. ط2. القاهرة، مصر: دار المعرفة الجامعية.

- عبد الله، محمد قاسم. (2014م). التسوية وعلاقته بالصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين 'دراسة ميدانية في حلب'. مجلة الطفولة العربية، (56) 58-85.
- عبد اللطيف، حسن إبراهيم. (1997م). الإكتئاب النفسي: دراسة الفروق بين حضارتين وبين الجنسين. مجلة دراسات نفسية. 7 (1).
- عبد الوهاب، طارق ومحمد، وفاء. (2000م). قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة. مجلة علم النفس. مصر، (54).
- عثمان، فاروق السيد. (2001م). القلق وإدارة الضغوط النفسية. ط1. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.
- عثمان، فاروق. (2008م). القلق وإدارة الضغوط. ط3. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.
- عثمان، محفوظ. (2000م). يوم دراسي بعنوان الصحة النفسية وآثارها. كلية التربية، جامعة الأقصى، فلسطين.
- عسكر، عبد الله. (1988م). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عسليّة، محمد إبراهيم وحمدونة، اسامة سعيد. (2015م). الالتزام الديني وعلاقته بكل من قلق الموت وخبرة الأمل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة. مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، (3) 42، 31-43.
- العصار، اسلام. (2015م). التشوهات المعرفية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى المراهقين في قطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- عكاشة، أحمد. (1980م) علم النفس الفسيولوجي. القاهرة: درا المعارف.
- عكاشة، أحمد. (1998م). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة، أحمد. (2003م). الطب النفسي المعاصر. مصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة، أحمد. (2008م). الطب النفسي الحديث. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- عماري، حنان. (2013م). قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة محمد خضير بسكرة، الجزائر.
- العمري، مرزوق عبد المحسن. (2012م). الضغوط النفسية المدرسية وعلاقتها بالإنجاز الأكاديمي ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة الليث (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى، السعودية.
- العنزى، فلاح. (2006م). علم النفس الاجتماعي. ط4. السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- العوادي، قاسم هادي. (1992م). العصاب. بغداد: دار الشؤون الثقافية العامة.
- العوران، عواطف ووريكات، رياض. (1995م). الاكتئاب واحد من اضطرابات العصر. الأردن: جامعة مؤتة
- عوض، شروق. (2009م). قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب في منطقة عكا: دراسة مقارنة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة اليرموك، الأردن.

- عيد، محمد إبراهيم. (1997م). دراسة مدى الإحساس بالاعتراب لدى طلاب وطالبات الفنون التشكيلية من نوى المستويات العليا. (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.
- غالي، محمد أحمد و أبوعلام، رجاء. (1973م). القلق وأمراض الجسم. دمشق: الحلبيوني.
- الغباشي، سهير فهيم. (2000م). القلق والاكتئاب والشعور بالعجز عن المواجهة لدى مرضى الشريان التاجي بالقلب. مجلة دراسات نفسية. 10(1). القاهرة.
- غراب، هشام أحمد محمود. (2000م). القلق وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الثانوية العامة بمدارس محافظات غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- غريب، غريب. (1999م). علم الصحة النفسية. ط1. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الغزالي، محمد. (1980م). خلق المسلم. ط2. دار القلم.
- فايد، حسين علي. (2000م). الاضطرابات السلوكية. الأردن: الصفاء للنشر والتوزيع.
- أبو فسيّس، وفاء. (2016م). كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بقلق المستقبل والنظرة للصراع لدى فاقدي المنازل في قطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- فهمي، مصطفى. (1990م). الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف. ط2. القاهرة: مطبعة الخانجي.
- فوزي، إيمان. (2001م). دراسات في الصحة النفسية. ط1. القاهرة، مصر: مكتبة زهراء الشرق.
- الفيومي، محمد (1985م). القلق الإنساني، مصادره، تياراته، التدبير كعلاج له، ط3، القاهرة: دار الفكر العربي.
- القريطي، عبد المطلب والشخص، عبد العزيز. (1992م). مقياس الصحة النفسية للشباب. القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
- القريطي، عبد المطلب امين. (2003م). في الصحة النفسية. ط3. القاهرة: دار الفكر العربي.
- قطب، سيد. (1988م). في ظلال القرآن. ط15. مجلد 6. القاهرة: دار الشروق.
- أبو القمصان، ألاء. (2016م). نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفعالية الذات لدى مبتوري الأطراف في الحرب الأخرى على غزة عام 2014 (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- قواجلية، أية. (2013م). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة محمد خضير بسكرة. الجزائر.
- قوته، سمير. (2011م). الصلابة النفسية لدى الأطفال. مجلة أمواج، برنامج غزة للصحة النفسية، 36(74)، غزة.
- القيق، أريج. (2016م). قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- كفافي، علاء الدين. (1990م). الصحة النفسية. ط3. القاهرة: هجر للطباعة.
- كفافي، علاء الدين. (1997م). الصحة النفسية. ط4. القاهرة: هجر للطباعة والتوزيع.

- محمد، محمود. (1993م). *علم النفس المعاصر في ضوء الإسلام*. ط2. جدة، السعودية: دار الشروق.
- المحمدي، زياد موسى. (2014م). *دور العلاقات الانسانية في تعزيز سلوك العاملين بالشرطة العسكرية* (رسالة ماجستير غير منشورة). السعودية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- محمود، ضحى عادل. (2015م). قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية. *مجلة الأستاذ*، (215) 378-355.
- مرسي، كمال. (2000م). *السعادة وتنمية الصحة النفسية*. ط1. دار النشر للجامعات.
- المطيري، معصومة سهيل. (2005م). *الصحة النفسية "مفهومها، اضطراباتها"*. ط1. الأردن، عمان: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- المعجم الوسيط. (1980م). *مجمع اللغة العربية*.، ط2. القاهرة، مصر: دار المعارف.
- أبو مغلي، سميح، وآخرون. (2002م). *التنشئة الاجتماعية للطفل*. ط1. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- معمرية، بشير. (2007م). *بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس*. ج4. الجزائر: مشورات الحبر.
- المغربي، الحسين بم محمد. (1414هـ/1994م). *البدر التمام شرح بلوغ المراد*. تحقيق: علي بن عبد الله الزين. مجلد10. ط1: المكتبة الوقفية.
- مكاوي، صلاح فؤاد محمد. (1997م). *فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعي* (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.
- المليجي، حلمي. (2001م). *علم نفس الشخصية*. بيروت، لبنان: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- منسي، حسن. (2001م). *الصحة النفسية*. الأردن: دار الكندي للنشر والتوزيع.
- منصور، عبد الحميد أحمد. (1986م). *الإدمان - أسبابه، مظاهره، والوقاية والعلاج*، سلسلة كتب مركز أبحاث مكافحة الجريمة. الكتاب الخامس. المملكة العربية السعودية: وزارة الداخلية.
- المنجد في اللغة والإعلام*. (1986م). ط33. لبنان: دار الشروق.
- موسى، رشاد. (1999م). *علم النفس الدعوة بين النظرية والتطبيق*. الاسكندرية، مصر: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
- موسى، رشاد ومحمود، محمود. (2000م). *العلاج الديني للأمراض النفسية، أثر الدعاء كأسلوب إرشادي نفسي في تخفيف حدة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من طالبات الجامعة الملتزمات دينياً*. القاهرة: دار الفاروق.
- الميلادي، عبد المنعم. (2004م). *الأمراض والاضطرابات النفسية*. الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- النابلسي، محمد راتب. (2005م). *موسوعة الإعجاز العلمي في القرآن والسنة*. ط2. سوريا: دار المكتبي.

نجاتي، محمد عثمان. (1997م). *الحديث النبوي وعلم النفس*. دار الشروق.

النجمة، علاء الدين. (2008م). *مدى فاعلية برنامج ارشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية* (رسالة ماجستير غير منشورة). قسم الارشاد النفسي، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

أبو نجيلة، سفيان. (1997م). *مقالات في الشخصية والصحة النفسية*. جامعة الأزهر، فلسطين.

نصر، أحمد محمد. (2011م). *المساندة الاجتماعية في علاقتها بقلق الموت لدى مرضى السرطان ببعض المستشفيات الحكومية*. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، 31(11)، 5069-5113.

النمري، أمل بنت محمد علي. (1422هـ). *مفهوم القلق والاكتئاب من وجهتي نظر الإمام ابن القيم الجوزية وبعض الاتجاهات النفسية الغربية الحديثة* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى، السعودية.

الهاشمي، عبد الحميد. (1984م). *أصول علم النفس العام*. جدة: دار الشروق.

الهمص، عبد الفتاح. (2002م). *مدى فاعلية العلاج الديني في تحقيق القلق لدى الشباب الفلسطيني في محافظات غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

أبو هين، فضل. (1988م). *القلق لدى الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة "دراسة مقارنة بين المواطنين واللاجئين"* (رسالة دكتوراه غير منشورة). معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.

أبو هين، فضل. (1997م). *الصحة النفسية "دراسة للصحة النفسية في فلسطين"*. غزة، فلسطين.

وريكات، رياض والعوران، عواطف. (1995م). *الاكتئاب واحد من اضطرابات العصر*. الأردن: جامعة مؤتة.

ياسين، تهاني. (2011م). *قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة من منظور جندي* (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الأردنية.

ثانياً/ المراجع الأجنبية:

- Anna Kourakis ,(2009): *The Realationship Between Predisposition To Death And Past Life* ,ProQuest LLC.
- Ai, Amy L, Tice, Terrence N, Whitsett, Donna D, Ishisaka, Tony, & Chim, Metoo. (2007). Posttraumatic symptoms and growth of Kosovar war refugees: The influence of hope and cognitive coping. *The Journal of Positive Psychology*, 2(1), 55 .
- Azlina, AM, & Jamaluddin, Shahrir. (2010). Assessing reliability of Resiliency Belief Scale (RBS) in the Malaysian context. *International Journal for Cross-Disciplinary Subjects in Education*, 1(1), 3 .
- Barskova, Tatjana, & Oesterreich, Rainer. (2009). *Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review*. *Disability and Rehabilitation*, 31(21), 1709 .
- Beker,Ernest (1973):*Denial Of Death*,NewYork,The Free Press.
- Calhoun, Lawrence G, Cann, Arnie, Tedeschi, Richard G, & McMillan, Jamie. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of traumatic stress*, 13(3), 521 .
- Chagas, Luiz Carlos Dolabela, Credential, Adminstrator, & Graber, Ann V. (2003). *The "Ultimate Meaning" of Viktor Frankl*. Viktor Frankl Institute of Logotherapy .
- Chan, Michelle WC, Ho, Samuel MY, Tedeschi, Richard G, & Leung, Carmen WL. (2011). *The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer*. *Psycho-Oncology*, 20(5), 544 .
- Cosden, M., Sanford, A., Koch, L. M., & Lepore, C. E. (2016). *Vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth among substance abuse treatment providers*. *Substance abuse*, 37(4), 619-624.
- Diggins, Justine. (2003). *Social support and posttraumatic growth following diagnosis with breast cancer*. Simon Fraser University .
- Fontains et al(1984): *chimique de therapies compartementables*, de marlayat-Belgique.
- Garnefski, Nadia, Kraaij, V, Schroevers, MJ, & Somsen, GA. (2008). Post-traumatic growth after a myocardial infarction: a matter of personality, psychological health, or cognitive coping? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 270 .
- Georf finn. (2010) *Stress Consequences Mental Neuropsychological and Socioeconomic*, Elsevier Publication,USA.

- Kaplan, R. M., Sallis, J. F. & Patterson, T. L. (1993). *Health and human behavior*, New York: McGraw, inc.
- Hawkins, Nikki A, Soman, Ashwini, Buchanan Lunsford, Natasha, Leadbetter, Steven, & Rodriguez, Juan L. (2016). Use of medications for treating anxiety and depression in cancer survivors in the United States. *Journal of Clinical Oncology*, 35(1), 78-85.
- Ho, Samuel MY, Chan, Cecilia LW, & Ho, Rainbow TH. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 377 .
- Hopko, D. R., Armento, M. E., Robertson, S., Ryba, M. M., Carvalho, J. P., Colman, L. K., ... & Lejuez, C. W. (2011). Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), 834.
- Hefferon, Kate, Grealy, Madeleine, & Mutrie, Nanette. (2009). Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. *British journal of health psychology*, 14(2), 343.
- Jayawickreme, Eranda, & Blackie, Laura ER. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*, 28 .331-312 ,(4).
- Jirek, Sarah L. (2011). *Posttraumatic growth in the lives of young adult trauma survivors: Relationships with cumulative adversity, narrative reconstruction, and survivor missions*. The University of Michigan.
- Kallay, Eva. (2004). Posttraumatic growth: A brief review. *Psychology Review*, 24, 82 .
- Kashdan, Todd B, & Kane, Jennifer Q. (2011). *Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator*. *Personality and Individual Differences*, 50(1), 84 .
- Kazak, Anne E, Barakat, Lamia P, Meeske, Kathleen, Christakis, Dimitri, Meadows, Anna T, Casey, Rosemary, Stuber, Margaret L. (1997). Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(1), 122 .
- Kleim, Birgit, & Ehlers, Anke. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of traumatic stress*, 22(1), 45 .
- Laufer, Avital, & Solomon, Zahava. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(4), 429 .

- Lelorain, S, Bonnaud-Antignac, A, & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 14 .
- Levine, Stephen Z, Laufer, Avital, Hamama-Raz, Yaira, Stein, Einat, & Solomon, Zahava. (2008). Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD. *Journal of traumatic stress*, 21(5), 492 .
- Levin, T. T., Li, Y., Riskind, J., & Rai, K. (2007). Depression, anxiety and quality of life in a chronic lymphocytic leukemia cohort. *General hospital psychiatry*, 29(3), 251-256.
- Pandey, M., Sarita, G. P., Devi, N., Thomas, B. C., Hussain, B. M., & Krishnan, R. (2006). Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World Journal of Surgical Oncology*, 4(1), 68.
- Mahdi, Heyder Kamil, Prihadi, Kususanto, & Hashim, Sahabuddin. (2014). Posttraumatic Growth and Resilience after a Prolonged War: A Study in Baghdad, Iraq. *International Journal of Evaluation and Research in Education*, 3(3), 198 .
- Gordijn, M. S., van Litsenburg, R. R., Gemke, R. J., Huisman, J., Bierings, M. B., Hoogerbrugge, P. M., & Kaspers, G. J. (2012). Sleep, fatigue, depression, and quality of life in survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Pediatric blood & cancer*, 60(3), 479-485.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2014). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic medicine*, 66(3), 442-454.
- Myers, R. M., Balsamo, L., Lu, X., Devidas, M., Hunger, S. P., Carroll, W. L., ... & Kadan-Lottick, N. S. (2014). A prospective study of anxiety, depression, and behavioral changes in the first year after a diagnosis of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Cancer*, 120(9), 1417-1425.
- Morrill, E Forrest, Brewer, Noel T ,O'neill, Suzanne C, Lillie, Sarah E, Dees, E Claire, Carey, Lisa A, & Rimer, Barbara K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*, 17(9), 94 .8.
- Parker, P. A., Davis, J. W., Latini, D. M., Baum, G., Wang, X., Ward, J. F., ... & Kim, J. (2016). Relationship between illness uncertainty, anxiety, fear of progression and quality of life in men with favourable- risk prostate cancer undergoing active surveillance. *BJU international*, 117(3), 469-477
- Pals, Jennifer L, & McAdams, Dan P. (2004). *The transformed self: A narrative understanding of posttraumatic growth*. *Psychological inquiry*, 66 .

- Prati, Gabriele, & Pietrantonio, Luca. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma, 14*(5), 364-388.
- Qouta, Samir Ramadan Ibrahiem. (2000). *Trauma, violence, and mental health: the Palestinian experience: SRI Qouta*.
- Oster, D. and Sara S. Montgomery. (1995) *helping your depressed teenager*. New York: John Wiley and Sons.
- Sarkar, Mustafa, Fletcher, David, & Brown, Daniel J. (2015). What doesn't kill me...: adversity-related experiences are vital in the development of superior Olympic performance. *Journal of Science and Medicine in Sport, 18*(4), 475-479 .
- Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 436-447.
- Schnell, Tatjana, & Becker, Peter. (2006). Personality and meaning in life. *Personality and Individual Differences, 41*(1), 117 .
- Schroevers, Maya J, Helgeson, Vicki S, Sanderman, Robbert, Schroevers, MJ, & Ranchor, Adelita V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*(1), 74 .
- Scrignaro, Marta, Barni, Sandro, & Magrin, Maria Elena. (2011). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth : a longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology, 20*(8), 823-831 .
- Sears, Sharon R, Stanton, Annette L, & Danoff-Burg, Sharon. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *HEALTH PSYCHOLOGY-HILLSDALE-*, *22*(5), 487 .
- Speilger (1983): *Content analysis of behavior therapy*, My file, publishing, company.
- Rehm, P. (2003). *Psychotherapies for Depression*. In Kenneth D. Craig Anxiety and Depression in Adults and Children. Dobson (Ed).
- Tedeschi, Richard G, & Calhoun, Lawrence G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress, 9*(3), 455 .
- Tedeschi, Richard G, & Calhoun, Lawrence G. (2004). " *Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence*". *Psychological inquiry, 15*(1), 11 .
- Tedeschi, Richard G, & McNally, Richard J. (2011). *Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans?* *American Psychologist, 66*(1), 21 .

- Triplett, Kelli N, Tedeschi, Richard G ,Cann, Arnie, Calhoun, Lawrence G, & Reeve, Charlie L. (2012). *Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400 .
- Trentacosta, Christopher J, Harper, Felicity WK, Albrecht, Terrance L, Taub, Jeffrey W, Phipps, Sean, & Penner, Louis A. (2016). Pediatric cancer patients' treatment-related distress and longer-term anxiety: An individual differences perspective. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(9), 753-761.
- Walter, Megan, & Bates, Glen. (2012) .(*Posttraumatic growth and recovery from post-traumatic stress disorder*. *Essential notes in psychiatry*, 155 .
- Zoellner, Tanja, & Maercker, Andreas. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology— A critical review and introduction of a two component model. *Clinical psychology review*, 26(5), 628.
- Zoellner, Tanja, Rabe, Sirko, Karl, Anke, & Maercker, Andreas. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of clinical psychology*, 64(3), 245 .
- Zhu, Lei, Ranchor, Adelita V, van der Lee, Marije, Garssen, Bert, Sanderman, Robbert, & Schroevers, Maya J. (2016). *Subtypes of depression in cancer patients: an empirically driven approach*. *Supportive care in cancer*, 24(3), 1387-1396.

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق

ملحق (1) كتاب تسهيل مهمة باحث موجه من الجامعة الإسلامية للإدارة العامة للمستشفيات، وزارة الصحة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الجامعة الإسلامية غزة
The Islamic University of Gaza

هاتف داخلي: 1150 مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم: ج س ع/35/ Ref: التاريخ: 2017/06/13 Date:

الأخ الدكتور/ عبد اللطيف الحاج
مدير عام الإدارة العامة للمستشفيات
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،
حفظه الله،،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالب ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب/ محمد سمير محمد أبو عيشة، برقم جامعي 120130528 المسجل في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراسته والحصول على المعلومات التي تساعد في إعدادها والتي بعنوان:

**الأعراض النفسية المصاحبة لمرضى السرطان في ضوء بعض المتغيرات
وزارة الصحة
الإدارة العامة للمستشفيات
وارد
الرقم: 3586
التاريخ: 7/9**

والله ولي التوفيق،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا
أ.د. عبدالرؤف علي المناعمة

صورة إلى:-
❖ الملف.

+97082644400 +97082644800 public@iugaza.edu.ps www.iugaza.edu.ps iugaza iugaza mediaiug iugaza
ص ب 108 الرمال . غزة . فلسطين P.O Box 108, Rimal, Gaza, Palestine

ملحق (2) مقياس نمو ما بعد الصدمة

الرقم	العبرة	لا	قليلاً جداً	قليلاً	متوسطة	درجة كبيرة	درجة كبيرة جداً
1.	تغيرت أهدافي في الحياة بعد الإصابة بالسرطان مقارنة لما هي عليه من قبل						
2.	أقدر قيمة حياتي أكثر من الأول						
3.	بدأت أهتم بأشياء جديدة في الحياة						
4.	أصبحت ثقتي في نفسي أكثر من قبل						
5.	أصبحت أتفهم الأمور الروحية والدينية أفضل من قبل						
6.	عرفت بأنني أستطيع الاعتماد على الآخرين حولي عندما أقع في مشكلة						
7.	اخترت طريقاً (مساراً) جديداً في حياتي						
8.	أشعر بالقرب من الآخرين						
9.	أصبحت قادراً على التعبير عن مشاعري أكثر من قبل الإصابة بالسرطان						
10.	أصبحت قادراً بطريقة أفضل على التعامل مع مشكلتي						
11.	أستطيع أن أفعل الأشياء في حياتي بطريقة جديدة بعد الإصابة بالسرطان						
12.	أقبل بشكل أفضل ما انتهت عليه الأمور بعد الإصابة بالسرطان						
13.	أقدر كل يوم جديد في حياتي أكثر من الأول						
14.	أصبحت لدي فرص جديدة في الحياة لم تكن موجودة من قبل						
15.	أصبحت لدي عاطفة وحب تجاه الآخرين						
16.	أحاول أن أقيم أفضل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين						
17.	أحاول أن أغير الأشياء في الحياة التي تحتاج للتغيير						
18.	أصبح إيماني أعمق بالله						
19.	اكتشفت بأنني أكثر قوة مما كنت أعتقد						
20.	تعلمت كثيراً كيف أن الناس حولي رائعون						
21.	تقبلت أكثر من قبل بأنني أحتاج الناس من حولي						

ملحق (3) مقياس القلق العام

الرقم	العبارة	نعم	لا
1.	نومي يتخلله قلق ومتقطع		
2.	لدي بعض المخاوف أشياء أخاف منها أكثر من أصحابي		
3.	كان يمر على أيام لا أستطيع فيها النوم أبداً بسبب الهم		
4.	أعتقد أنني لست عصيباً أكثر من الناس الآخرين		
5.	نادراً ما ينتابني كابوس أثناء النوم		
6.	كثيراً ما أشعر بتعب في المعدة (مغص)		
7.	كثيراً ما ألاحظ أن يداي يرتعشان عند ممارستي لعمل ما		
8.	يحدث معي إسهال		
9.	مسألة المال العمل تسبب لي همماً كثيراً		
10.	كثير ما تغم على نفسي (غثيان)		
11.	غالباً ما أخشى أن يظهر علي أنني مكسوف		
12.	دائماً أشعر أنني جائع		
13.	أنا واثق من نفسي دائماً		
14.	أنا لا أتعب بسرعة		
15.	عندما أضطر لانتظار حاجة من أحد أظل عصيباً و متترفعاً		
16.	ساعات أبقى متوتر لدرجة أنني أجد نفسي لا أستطيع أن أنام		
17.	أنا باستمرار هادئ وليس هنالك شيء يغضبني		
18.	تمر على ساعات أبقى قلقاً بشكل فظيع لدرجة أنني لا أستطيع أن أجلس مدة طويلة على الكرسي		
19.	أنا سعيد دائماً في كل وقت		
20.	صعب جداً علي أن أنتبه جيداً مدة الواجب أو أثناء ممارستي لعمل ما		
21.	تقريباً أجد نفسي دائماً أشعر بأنني قلق على حاجة أو شخص		
22.	حينما أجد شكل أو عركة أو حاجة صعب أبعد عنها		
23.	ليتني أظل سعيداً كباقي البشر الناس		
24.	غالباً ما أجد نفسي شغلاً على حاجة ما		
25.	في بعض الأحيان أشعر أنني إنسان عديم الفائدة		
26.	ساعات أشعر أنني اقتربت من شعور بأن "أطق ومتترفع وزهقان"		
27.	أعرق كثيراً بسهولة حتى أيام البرد		
28.	الحياة بالنسبة لي دائماً تعب ومضايقة		
29.	أنا مشغول دائماً وأخشى أن يحدث شيء سيء أو سوء حظ		

الرقم	العبرة	نعم	لا
30.	أنا في العادة أخجل من نفسي وأنكسف		
31.	ساعات كثيراً أشعر أن قلبي يخفق بقوة وبضيق بالصدر		
32.	أبكي بسهولة		
33.	ساعات أخشى من أشياء أعرف أنها لا يمكن أن تضايقتني أو من ناس أعرف أنهم لا يمكن أن يضايقوني		
34.	أجد نفسي دائماً مهموماً بشيء ما		
35.	ساعات كثيرة أشعر بصداع		
36.	ساعات أظل مشغولاً ومهتماً بشكل غير طبيعي على حاجات ليست لها أهمية في الحقيقة		
37.	لا أستطيع التركيز والانتباه في حاجة واحدة		
38.	سهل جداً أن أرتبك أو أتلهبط عند ممارستي لعمل ما		
39.	ساعات أعتقد أنه لا يوجد مني فائدة أبداً		
40.	أنا شخص قوي جداً		
41.	ساعات حينما أرتبك أعرق، هذا شيء يضايقتني جداً		
42.	أنا حساس أكثر مقارنة بالآخرين		
43.	أنا لا أشعر بالحرج أو الكسوف أبداً		
44.	أنا لا أصاب باحمرار الوجه عند الكسوف		
45.	أشعر أحياناً أن المشاكل والصعوبات تتجمع عليّ لدرجة أنني ما أتغلب عليها		
46.	حينما أمارس عمل ما أعمل وأنا متضايق جداً		
47.	أنا غالباً أحلم بأشياء من الأفضل أن لا أخبر بها أحد		
48.	أنا دائماً أشعر بأن يداي وقدماي دافئة بقدر كاف		
49.	ليست لدي ثقة بنفسني		
50.	قليل ما تحدث معي حالات إمساك تضايقتني		

ملحق (4) مقياس قلق الموت

الرقم	العبارة	لا	قليلاً	متوسط	كثيراً	كثيراً جداً
1.	أخاف من الموت عندما يصيبني أي مرض.					
2.	أخاف من النظر إلى الموتى.					
3.	أخاف من زيارة القبور.					
4.	يرعبني احتمال أن تجري لي عملية جراحية.					
5.	أخاف من أن أصاب بنوبة قلبية.					
6.	يقلقني أن يحرمني الموت من شخص عزيز عليّ.					
7.	أخشى أموراً مجهولة بعد الموت.					
8.	أخاف من رؤية جسد ميت.					
9.	أخشى عذاب القبر.					
10.	أخاف من أن أصاب بمرض خطير.					
11.	ترعبني مشاهدة عملية دفن الميت.					
12.	يرعبني السير بين المقابر.					
13.	يشغلني التفكير فيما سيحدث بعد الموت.					
14.	أخشى أن أنام فلا أستيقظ أبداً.					
15.	يرعبني الألم الذي يصاحب الموت.					
16.	يزعجني مشاهدة جنازة.					
17.	يخيفني منظر شخص يحتضر.					
18.	يسبب لي الحديث عن الموت إزعاجاً.					
19.	أخاف أن أصاب بالسرطان.					
20.	أخاف من الموت.					

ملحق (5) مقياس الاكتئاب

الرقم	الرمز	العبارة
.1		
	0	لا أشعر بالحزن
	1	أشعر بالحزن والكآبة
	2	أشعر بالحزن طوال الوقت ولا أستطيع التخلص منه
	3	أنا حزين لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك
.2		
	0	لست متشائماً بشأن بالنسبة للمستقبل
	1	أشعر بالتشاؤم بالنسبة للمستقبل
	2	شعر بأنه ليس هناك شيء يسر في المستقبل.
	3	اشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن
.3		
	0	لا اشعر بأنني شخص فاشل
	1	اشعر بأنني فشلت أكثر من المعتاد
	2	ما مضى من سنوات عمري يجسد الفشل الذريع
	3	اشعر بأنني انسان فاشل فشلاً تاماً
.4		
	0	أستمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل
	1	لا أستمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.
	2	لم اعد أحصل على استمتاع حقيقي بأي شيء في الحياة.
	3	لا أستمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.
.5		
	0	لا أشعر بأنني أثم أو مذنب.
	1	اشعر بالذنب معظم الوقت.
	2	أشعر شعوراً عميقاً بالذنب معظم الوقت
	3	اشعر بالذنب بصفة دائمة.
.6		
	0	لا أشعر بأنني محبط
	1	أنا محبط

مشمئز من نفسي	2	
أكره نفسي	3	
		.7
ليست لدي افكار للتخلص من حياتي	0	
لدي أفكار للتخلص من حياتي	1	
سأقتل نفسي إن وجدت الفرصة	2	
سأقتل نفسي حتما	3	
		.8
لم أفقد اهتمامي بالناس	0	
إنني أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون عليه من قبل.	1	
لقد فقدت أغلب اهتمامي بالناس ولدي مشاعر ثقيلة تجاههم	2	
فقدت كل اهتمامي بالناس ولا أهتم بهم على الإطلاق	3	
		.9
أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل	0	
أصبحت قدرتي على اتخاذ القرارات أقل مما تعودت عليه من قبل	1	
لدي صعوبات أكبر في اتخاذ القرارات مما كانت عليه من قبل.	2	
لا أستطيع اتخاذ قرارات إطلاقا	3	
		.10
لا أشعر بأنني أبدو أقبح مما تعودت أن أكون عليه من قبل	0	
مشغول وقلق على أنني أكبر سناً وأقل جاذبية	1	
أشع بأن هناك تغيرات مستمرة في مظهري تجعلني أقل جاذبية.	2	
أعتقد بأنني أبدو قبيحا أو كريه المنظر.	3	
		.11
أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل	0	
يتطلب البدء في العمل جهداً إضافياً مني الآن.	1	
يجب أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء	2	
لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق	3	
		.12
لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.	0	
أشعر بالتعب بسهولة أكثر من المعتاد	1	

أشعر بالتعب من أداء أي عمل تقريباً	2	
لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.	3	
		.13
شهيتي للأكل أفضل من المعتاد	0	
شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت.	1	
شهيتي للأكل أسوأ الآن	2	
ليست لي شهية للأكل نهائياً.	3	

ملحق (6) الصورة النهائية للأدوات التي تم استخدامها في البحث

The Islamic University of Gaza

Research and Postgraduate Studies

Faculty of Education

Master of Community Mental Health



الجامعة الإسلامية - غزة

شئون البحث العلمي و الدراسات العليا

كلية التربية

ماجستير صحة نفسية ومجتمعية

الأخ الفاضل، الأخت الفاضلة...

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان " نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان"

وذلك من أجل الحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية، قسم علم النفس، من الجامعة الإسلامية، وقد تم بناء هذه الاستبانة كأداة لجمع البيانات وهي تتكون من خمسة أجزاء وهي:

1. استمارة البيانات الشخصية
2. مقياس نمو ما بعد الصدمة
3. مقياس القلق العام
4. مقياس قلق الموت
5. مقياس الاكتئاب

لذا نرجو من سيادتكم التكرم بقراءة كل فقرة بعناية، وتحديد درجة موافقتك وتأبيدك بوضع علامة (٧) في الخانة التي تناسب مشاعرك، وكلني أمل أن تكون اجابتك على جميع فقرات الاستبانة بصراحة ودقة وموضوعية للوصول لنتائج صحيحة وصادقة، مع العلم أن إجابتك ستكون في غاية السرية، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم،،

الباحث

محمد سمير أبو عيشة

أولاً: البيانات الشخصية:

❖ الجنس: ذكر أنثى

❖ الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج أرمل مطلق

❖ العمر: أقل من 30 سنة من 30-40 40 فأكثر

❖ المؤهل العلمي: ثانوي فأقل جامعي دراسات عليا

❖ مستوى الدخل: أقل من 1000 شيكل أقل من 2000 شيكل

أقل من 3000 شيكل 3000 شيكل فأكثر

❖ مدة المرض: أقل من سنة أقل من سنتين

أقل من 4 سنوات 4 سنوات فأكثر

❖ نوع المرض:

❖ نوع العلاج: جراحي كيميائي اشعاعي

ثانياً/ مقياس نمو ما بعد الصدمة

الرقم	العبرة	لا	قليلاً	قليلاً جداً	متوسطة	بدرجة كبيرة	بدرجة كبيرة جداً
1.	تغيرت أهدافي في الحياة بعد الإصابة بالسرطان مقارنة لما هي عليه من قبل						
2.	أقدر قيمة حياتي أكثر من الأول						
3.	بدأت أهتم بأشياء جديدة في الحياة						
4.	أصبحت ثقتي في نفسي أكثر من قبل						
5.	أصبحت أتفهم الأمور الروحية والدينية أفضل من قبل						
6.	عرفت بأنني أستطيع الاعتماد على الآخرين حولي عندما أقع في مشكلة						
7.	اخترت طريقاً (مساراً) جديداً في حياتي						
8.	أشعر بالقرب من الآخرين						
9.	أصبحت قادراً على التعبير عن مشاعري أكثر من قبل الإصابة بالسرطان						
10.	أصبحت قادراً بطريقة أفضل على التعامل مع مشكلتي						
11.	أستطيع أن أفعل الأشياء في حياتي بطريقة جديدة بعد الإصابة بالسرطان						
12.	أقبل بشكل أفضل ما انتهت عليه الأمور بعد الإصابة بالسرطان						
13.	أقدر كل يوم جديد في حياتي أكثر من الأول						
14.	أصبحت لدي فرص جديدة في الحياة لم تكن موجودة من قبل						
15.	أصبحت لدي عاطفة وحب تجاه الآخرين						
16.	أحاول أن أقيم أفضل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين						
17.	أحاول أن أغير الأشياء في الحياة التي تحتاج للتغيير						
18.	أصبح إيماني أعمق بالله						
19.	اكتشفت بأنني أكثر قوة مما كنت أعتقد						
20.	تعلمت كثيراً كيف أن الناس حولي رائعون						
21.	تقبلت أكثر من قبل بأنني أحتاج الناس من حولي						

ثالثاً/ مقياس القلق العام

الرقم	العبرة	نعم	لا
1.	نومي يتخلله قلق ومتقطع		
2.	لدي بعض المخاوف أشياء أخاف منها أكثر من أصحابي		
3.	كان يمر على أيام لا أستطيع فيها النوم أبداً بسبب الهم		
4.	أعتقد أنني لست عصبياً أكثر من الناس الآخرين		
5.	نادراً ما ينتابني كابوس أثناء النوم		
6.	كثيراً ما أشعر بتعب في المعدة (مغص)		
7.	كثيراً ما ألاحظ أن يداي يرتعشان عند ممارستي لعمل ما		
8.	يحدث معي إسهال		
9.	مسألة المال العمل تسبب لي همماً كثيراً		
10.	كثير ما تغم على نفسي (غثيان)		
11.	غالباً ما أخشى أن يظهر علي أنني مكسوف		
12.	دائماً أشعر أنني جائع		
13.	أنا واثق من نفسي دائماً		
14.	أنا لا أتعب بسرعة		
15.	عندما أضطر لانتظار حاجة من أحد أظل عصبياً و متترفعاً		
16.	ساعات أبقى متوتر لدرجة أنني أجد نفسي لا أستطيع أن أنام		
17.	أنا باستمرار هادئ وليس هنالك شيء يغضبني		
18.	تمر على ساعات أبقى قلقاً بشكل فظيع لدرجة أنني لا أستطيع أن أجلس مدة طويلة على الكرسي		
19.	أنا سعيد دائماً في كل وقت		
20.	صعب جداً علي أن أنتبه جيداً مدة الواجب أو أثناء ممارستي لعمل ما		
21.	تقريباً أجد نفسي دائماً أشعر بأنني قلق على حاجة أو شخص		
22.	حينما أجد شكلاً أو حركة أو حاجة صعب أبعد عنها		
23.	ليتنني أظل سعيداً كباقي البشر الناس		
24.	غالباً ما أجد نفسي شغلاً على حاجة ما		
25.	في بعض الأحيان أشعر أنني إنسان عديم الفائدة		
26.	ساعات أشعر أنني اقتربت من شعور بأن "أطلق و متترفع وزهقان"		
27.	أعرق كثيراً بسهولة حتى أيام البرد		

الرقم	العبارة	نعم	لا
28.	الحياة بالنسبة لي دائماً تعب ومضايقة		
29.	أنا مشغول دائماً وأخشى أن يحدث شيء سيء أو سوء حظ		
30.	أنا في العادة أخجل من نفسي وأنكسف		
31.	ساعات كثيراً أشعر أن قلبي يخفق بقوة وبضيق بالصدر		
32.	أبكي بسهولة		
33.	ساعات أخشى من أشياء أعرف أنها لا يمكن أن تضايقتني أو من ناس أعرف أنهم لا يمكن أن يضايقوني		
34.	أجد نفسي دائماً مهموماً بشيء ما		
35.	ساعات كثيرة أشعر بصداع		
36.	ساعات أظل مشغولاً ومهتماً بشكل غير طبيعي على حاجات ليست لها أهمية في الحقيقة		
37.	لا أستطيع التركيز والانتباه في حاجة واحدة		
38.	سهل جداً أن أرتبك أو أتلهبط عند ممارستي لعمل ما		
39.	ساعات أعتقد أنه لا يوجد مني فائدة أبداً		
40.	أنا شخص قوي جداً		
41.	ساعات حينما أرتبك أعرق، هذا شيء يضايقتني جداً		
42.	أنا حساس أكثر مقارنة بالآخرين		
43.	أنا لا أشعر بالحرر أو الكسوف أبداً		
44.	أنا لا أصاب باحمرار الوجه عند الكسوف		
45.	أشعر أحياناً أن المشاكل والصعوبات تتجمع عليّ لدرجة أنني ما أتغلب عليها		
46.	حينما أمارس عمل ما أعمل وأنا متضايق جداً		
47.	أنا غالباً أحلم بأشياء من الأفضل أن لا أخبر بها أحد		
48.	أنا دائماً أشعر بأن يداي وقدماي دافئة بقدر كاف		
49.	ليست لدي ثقة بنفسني		
50.	قليل ما تحدث معي حالات إمساك تضايقتني		

رابعاً مقياس قلق الموت

الرقم	العبارة	لا	قليلاً	متوسط	كثيراً	كثيراً جداً
1.	أخاف من الموت عندما يصيبني أي مرض.					
2.	أخاف من النظر إلى الموتى.					

					3. أخاف من زيارة القبور.
					4. يربني احتمال أن تجري لي عملية جراحية.
					5. أخاف من أن أصاب بنوبة قلبية.
					6. يقلقني أن يحرمني الموت من شخص عزيز عليّ.
					7. أخشى أموراً مجهولة بعد الموت.
					8. أخاف من رؤية جسد ميت.
					9. أخشى عذاب القبر.
					10. أخاف من أن أصاب بمرض خطير.
					11. ترعبني مشاهدة عملية دفن الميت.
					12. يربني السير بين المقابر.
					13. يشغلني التفكير فيما سيحدث بعد الموت.
					14. أخشى أن أنام فلا أستيقظ أبداً.
					15. يربني الألم الذي يصاحب الموت.
					16. يزعجني مشاهدة جنازة.
					17. يخيفني منظر شخص يحتضر.
					18. يسبب لي الحديث عن الموت إزعاجاً.
					19. أخاف أن أصاب بالسرطان.
					20. أخاف من الموت.

(ضع علامة ✓ أمام الرمز المناسب لكل فقرة)

خامساً/ مقياس الاكتئاب

الرقم	الرمز	العبارة
1.		
	0	لا أشعر بالحزن
	1	أشعر بالحزن والكآبة
	2	أشعر بالحزن طوال الوقت ولا أستطيع التخلص منه
	3	أنا حزين لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك
2.		
	0	لست متشائماً بشأن بالنسبة للمستقبل
	1	أشعر بالتشاؤم بالنسبة للمستقبل
	2	شعر بأنه ليس هناك شيء يسر في المستقبل.

اشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن	3	
		.3
لا اشعر بأنني شخص فاشل	0	
اشعر بأنني فشلت أكثر من المعتاد	1	
ما مضى من سنوات عمري يجسد الفشل الذريع	2	
اشعر بأنني انسان فاشل فشلاً تاماً	3	
		.4
أستمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل	0	
لا أستمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.	1	
لم اعد أحصل على استمتاع حقيقي بأي شيء في الحياة.	2	
لا أستمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.	3	
		.5
لا أشعر بأنني أثم أو مذنب.	0	
اشعر بالذنب معظم الوقت.	1	
أشعر شعوراً عميقاً بالذنب معظم الوقت	2	
اشعر بالذنب بصفة دائمة.	3	
		.6
لا أشعر بأنني محبط	0	
أنا محبط	1	
مشمز من نفسي	2	
أكره نفسي	3	
		.7
ليست لدي افكار للتخلص من حياتي	0	
لدي أفكار للتخلص من حياتي	1	
سأقتل نفسي إن وجدت الفرصة	2	
سأقتل نفسي حتما	3	
		.8
لم أفقد اهتمامي بالناس	0	
إنني أقل اهتماماً بالناس مما تعودت أن أكون عليه من قبل.	1	
لقد فقدت أغلب اعتمامي بالناس ولدي مشاعر ثقيلة تجاههم	2	

فقدت كل اهتمامي بالناس ولا أهتم بهم على الإطلاق	3	
.9		
أخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل	0	
أصبحت قدرتي على اتخاذ القرارات أقل مما تعودت عليه من قبل	1	
لدي صعوبات أكبر في اتخاذ القرارات مما كانت عليه من قبل.	2	
لا أستطيع اتخاذ قرارات إطلاقاً	3	
.10		
لا أشعر بأنني أبدو أقبح مما تعودت أن أكون عليه من قبل	0	
مشغول وقلق على أنني أكبر سناً وأقل جاذبية	1	
أشع بأن هناك تغيرات مستمرة في مظهري تجعلني أقل جاذبية.	2	
أعتقد بأنني أبدو قبيحا أو كريه المنظر.	3	
.11		
أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل	0	
يتطلب البدء في العمل جهداً إضافياً مني الآن.	1	
يجب أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء	2	
لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق	3	
.12		
لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.	0	
أشعر بالتعب بسهولة أكثر من المعتاد	1	
أشعر بالتعب من أداء أي عمل تقريباً	2	
لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.	3	
.13		
شهيتي للأكل أفضل من المعتاد	0	
شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت.	1	
شهيتي للأكل أسوأ الآن	2	
ليست لي شهية للأكل نهائياً.	3	

تمت بحمد الله،

The Islamic University–Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of Commerce
Master of community mental health



Post Traumatic Growth and its Relationship with Psychological Disorder Symptoms among Cancer Patients

Prepared by:

Mohammed Sameer Abo Aisha

Supervised By

Dr. Anwar Al Abadsa

A thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master in Community Mental Health

2017-1438