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

Mohamed Samir Mohammed Abu Aishah

Supervisors

Anwar Abd al-aziz al-Abada

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

The Islamic University-Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of Commerce
Master of community mental health
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.
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 ل.family for the MA thesis in the Department of Psychology / Program of the Psychological Health Community and the topic:

نحو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان: دراسة وصفية تحليلية

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

- الدكتور عبد العزيز العباسي رئيسًا
- الدكتور عبد القادر عبد الغني الهمص
- الدكتور محمد محمد النجار

وبعد المداولات أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التربية / قسم الصحة النفسية المجتمعية.

وجعلت إرادة هذه الدراسة فإنه توصيه بتقوى الله تعالى وتزويج طاعته وأن يسعى علامة في خدمة دينه ووطنه.

...وفق...

عمادة البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. مازن اسماعيل هنية
ملخص الرسالة


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

وقد توصفت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. يوجد 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 (0.05 ≤ α) في نمو ما بعد الصدمة تعزى لاختلاف الجنس (ذكر، أنثى) لصالح الإناث.

3. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05 ≤ α) في نمو ما بعد الصدمة تعزى لأعراض الاضطراب النفسي (قلق الجدد، قلق الموت، الاكتئاب).

4. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05 ≤ α) في نمو ما بعد الصدمة تعزى إلى (العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).

5. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى أعراض الاضطراب النفسي (قلق الجدد، 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), Abdelkhaled’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.
(وَبَيْنَ الْصَّابِرِينَ الَّذِينَ إِذًا أَصَابَتْهُمْ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ)

[البقرة: 156]
الإِهْدَاءَ

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

إلى من كانت ولا زالت منبع الحب والوفاء منبع الحنان والعطاء إلى من كانت سدني وعوني
وقدمت لي الكثير الكثير.. إلى مربية الأجِيال.. وصانعة الرجال..

إلى أمي أدامها الله لنا بالصحة العافية..

إلى السند وقت الشدَّة، والرفيق وقت الضيق، إلى من أحمٌّ اسمو بكذب عز وافتخار..
أبي العزيز.. أطال الله في عمره وأبقاه

إلى من أعتر وأفتخر بهم دوما، رونق الأيام وزينتها.. أخواتي الكريمات..

وفقهن الله لما يحبه ويرضاه

إلى رفيقة دربي، ومهدحة روحني، إلى من شاركتي الحياة حلوها ومراها، فكانت نعم الشريك ونعم
الرفيق.. زوجتي الحبيبة

إلى زهور حياتي، وهبجتي وسروي، إلى من سكنوا قلبي، وأضاءوا بوجودهم أيامي..

إلى أبنائي فذات كيدي
سمير، وريناء، ودينا

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

الشكر لله سبحانه وتعالى في الأولى والأخرى، لمن شكره منز تستحق الشكر، فالحمد لله أولًا وآخرًا، وظاهراً وباطناً، وانطلاقاً من قول المصطفى سيدينا محمد صلى الله عليه وسلم الفائز في الحديث الشريف: "من لم يشكر الناس لا يشكر الله" فإنه لن ينفع بخالص شكري وتقديري واحترامي لأستاذي الفاضل الدكتور أنور عبد العزيز العبادسة، على تكرمه وتفضله بالموافقة على الأشراف على رساليته المتواضعة، واتاحة الفرصة لي كأرتدي من خيراته الواسعة، فقد كان لنتوجهه وارشاداته الأثر الكبير في اخراج هذه الدراسة بهذه الصورة، فهو لم يقبل علي بوقته وعمله طوال فترة الإعداد لهذه الرسالة، فله مني عظيم الشكر والاحترام والتقدير.

وجزاه الله عني خير الجزاء

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير والأمتنان إلى الأستاذة الكرم الذين قلوا أن يناقشوني في هذا البحث المتواضع: الدكتور عبد الفتاح اليمص ناقشا داخميان والدكتور يحيى النجار، ناقشا خارجياً.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى كلية التربية وطاقمها الأكاديمي والإداري في الجامعة الإسلامية بغزة، منارة العلم، وأخص بالنذير، أعضاء الهيئة التدريسية في قسم علم النفس على الجهد الكبير والدعم الذي قدموه لي خلال مسيرتي الدراسية.

كما وعدهني أن أتقدم بالشكر والتقدير إلى أفراد أسرتي، وأخص بالذكر أمي وأبي أطال الله في عمرهما، لما لهم من فضل كبير في تشجيعي ومساعدتي، وبذل كل جاهلي ونفيس

والدعاء لي بالتوفيق والسداد.

وإلى أصدقائي الأوفياء الذين وقفاً بجانبي وساعدوني في إتمام عملي هذا، فله مني كل الشكر والتقدير.

والشكر موصول لزملائي في العمل، الذين كانوا خير عون وسندر في إتمام هذا العمل، وأخص بالنذير: الأستاذ أحمد الجبالي مدير تمريض الجراحات بمجمع الشفاء الطبي،
والاستاذ ناصر حماد، مشرف تمريض 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 شفاههم 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 المولي عز وجل أن لا يضيع لهم أجرًا، وأن يجعله في ميزان حسناتهم، إنه سميع مجيب الدعاء.

الباحث:
محمد سمير أبو عيشة
المحتويات

| الفصل الأول (الإطار العام للدراسة) |...
|------------------------------------|
| الفصل الثاني (الإطار النظري للدراسة) |...

المقدمة |
|
| مشكلة الدراسة وتساؤلاتها: |
| أهداف الدراسة |
| أهمية الدراسة |
| حدود الدراسة |

مصطلحات الدراسة |
|
| نظريات علم النفس والصحة النفسية |
| الصحة النفسية في الإسلام |
| المبحث الثاني (الإضطراب النفسي) |

تحميم |

أولا: القلق العام: |
|
| مقدمة |
| مفهوم القلق |
| تعريف القلق لغة |
| تعريف القلق اصطلاحا |

ال треть: القلق مستمر |
|
| مقدمة |
| مفهوم القلق المستمر |
| تعريف القلق المستمر لغة |
| تعريف القلق المستمر اصطلاحا |

السادس: القلق في_normalizeت| مقدمة |
| مفهوم القلق في Normalizeت |
| تعريف القلق في Normalizeت لغة |
| تعريف القلق المستمر اصطلاحا |

المحتوى: النتيجة المحكمة على اطراف القلق |
|
| خلاصة الرسالة |
| Abstract |
| إبة قراءة |
| الإعداد |
|
| فهرس الجداول |
|
| فهرس الملاحق |...
االتعزٌز:
الصدمة:
النفسٌة:
الاستراتيجيات:
التمثيل:
أما بعد الصدمة:
المعالجات...
مجالات ما بعد الصدمة:
عناصر ما بعد الصدمة وإستراتيجيات:
علاقة ما بعد الصدمة بالموروث النفسي:
تعقيبة على الإطار النظري:
الفصل الثالث (الدراسات السابقة) .............................. 69

مقدمة ................................................................. 69
أولاً: الدراسات المتعلقة بالقلق العام .............................. 69
ثانياً: الدراسات المتعلقة بقلق الموت ................................ 71
ثالثاً: الدراسات المتعلقة بالإكتئاب .................................. 75
رابعاً: الدراسات المتعلقة بنمو ما بعد الصدمة: ............... 78
التقييم العام على الدراسات السابقة ............................. 81
فرضيات الدراسة ......................................................... 85

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 وتفصيلها) .......... 136

المصادر والادعاء ......................................................... 136
أولًا: المراجع العربية ............................................... 136
ثانيًا: المراجع الأجنبية ............................................. 145
 قائمة الملحقي .............................................................. 150
فهرس الجداول

جدول (1.1): خصائص العينة التي تم استهدافها للدراسة بالطريقة العشوائية .......................................................... 88
جدول (1.2): توزيع أفراد العينة حسب الجنس ........................................................................................................ 90
جدول (1.3): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية ......................................................................................... 90
جدول (1.4): توزيع أفراد العينة حسب العمر ............................................................................................................ 91
جدول (1.5): توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي .............................................................................................. 91
جدول (1.6): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل .................................................................................................. 92
جدول (1.7): توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض .................................................................................................... 92
جدول (1.8): توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض .................................................................................................... 93
جدول (1.9): توزيع أفراد العينة حسب نوع العلاج ..................................................................................................... 94
جدول (1.10): مقاييس الإجابات لمقياس القلق العام ................................................................................................ 96
جدول (1.11): معامل الارتباط بين كل فئة من فئات المقياس والدرجة الكلية لمقياس القلق .................. 96
جدول (1.12): معامل الارتباط بين كل فئة من فئات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب ................. 99
جدول (1.13): مقاييس الإجابات لمقياس قلق الم justo موت ...................................................................................... 101
جدول (1.14): معامل الارتباط بين كل فئة من فئات المقياس والدرجة الكلية لمقياس قلق الم justo موت ......... 102
جدول (1.15): مقاييس الإجابات لمقياس نمو ما بعد الصمود ............................................................................... 104
جدول (1.16): معامل الارتباط بين كل فئة من فئات المقياس والدرجة الكلية لمقياس نمو ما بعد الصمود ...... 105

(One sample T test) نتائج اختبار T لعينة واحدة لمستوى نمو ما بعد الصمود ..................................................... 108
جدول (1.2): نتائج اختبار T لعينة واحدة لمستوى القلق العام ............................................................................. 110
جدول (1.3): نسبة انتشار القلق العام حسب المعايير لمستوى فئة الموقت .......................................................... 111
جدول (1.4): نتائج اختبار T لعينة واحدة لمستوى قلق الم justo موت (One sample T test) .......................... 112
جدول (1.5): نتائج اختبار T لعينة واحدة لمستوى الاكتئاب (One sample T test) ............................ 114
جدول (1.6): نسبة انتشار الاكتئاب حسب المعايير ............................................................................................... 114
جدول (1.7): معامل الارتباط "بيرسون" بين نمو ما بعد الصمود والقلق العام ........................................... 116
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): نتائج اختبار 'ت' (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق 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 العلاج) تبعاً لمتغير نمو ما بعد الصدمة ........................................ 120
جدول (5.12): نتائج اختبار 'ت' (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق في القلق العام لمتغير الجنس ........................................ 123
جدول (5.13): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير القلق العام ........................................ 124
جدول (5.14): نتائج اختبار 'ت' (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق في قلق الموت لمتغير الجنس ........................................ 127
جدول (5.15): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير قلق الموت ........................................ 128
جدول (5.16): نتائج اختبار 'ت' (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق في الاكتئاب لمتغير الجنس ........................................ 131
جدول (5.17): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير الاكتئاب ........................................ 132
فصل الملاحق
ملحق (1) كتاب تسهيل مهمة بحث موجه من الجامعة الإسلامية للإدارة العامة للمستشفيات، وزارة الصحة.................................150
ملحق (2) مقياس نمو ما بعد الصدمة ........................................151
ملحق (3) مقياس الفلق 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 المتبدد 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 هو السرطانات بأنواعها والتي باتت ناقصةً خطرًا تجاوبه الجهات الصحية المؤسسة وتفقد عاجزة أمام مواجهته لقلة الإمكانيات ونقص الخبرة ولعدم توقع هذا الانتشار السريع لتمثل 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 كلفة سرطان التي تكون مرعبة وتشير إلى داء خطير فشل الأطباء في معرفة أسبابه وتفسيره (فاغنلي، 2012، ص.2).

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

لذلك فإن من المحتمل أن ظهور هذه السرطانات كنتيجة مباشرة لتوابع الحروب التي تسببت في تدمير البنية التحتية، زيادة مستويات التلوث، وحوادث تغيرات على العادات الاقتصادية السليمة ونمط الاستهلاك، بالإضافة إلى نقص القدرة على مقاومة الظروف المسببة لها نتيجة الحصار المتعدد على قطاع غزة. الأمر الذي تسبيب في انهيار هائل في منظومة الرقابة الصحية السليمة. فالحالات المتزايدة من مرض السرطان فرضت واقعاً جديداً بمست تأثيره على مختلف النواحي الاقتصادية والاجتماعية والطبية في المجتمع الفلسطيني، وأنز المعنيين
بضرورة الوقوف وقفة جادة تحاول قدر الإمكان التغلب على التأثيرات المصاحبة للمرض في حال العجز عن مكافحته من جذوره.

فعنما يبرز على المريض مرض السرطان الذين يحتاجون إلى عناية وانتباه، فليس فقط الفكرة في مكافحة المرض طبيًا، بل ونفسياً أيضاً، فالفائدة المقصودة بهذا المرض تمر بأطوار نفسية مختلفة تؤثر مباشرة في حياتهم ومحیطاتهم الاجتماعي. وربما يبدو الحديث عن إمكانية تهيئة المرضى نفسياً لمجابهة ظروف الحياة ترفاً مقابل المرض الذي يشعرون به والأم التي يعيشون فيه، لكن مع نقص الإمكانيات اللازمة لمجحوبة هذا المرض في شتى مراحله داخل مستشفيات قطاع غزة، يبرز عامل التهيئة النفسية كأحد أهم العوامل المرغوبة في مختلف الحالات المرضية. وإن كان للمرض أمل معلوم، فإن مهمة الأخصائي النفسي في جعل الحياة محتملة قد الإمكان، وهنا يبرز دور معالجة المشاكل النفسية المصاحبة لكل حالة مرضية.

لذلك يعترف 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 سيؤول الأمور، وكيف سيتكيف معها، كيف سيقضي بقية حياته، وما هي احتمالات شفاها وعودته إلى حياته الطبيعية، إلى جانب أسئلة كثيرة تجلو في مخاطره. هذا التفكير يصاحب حالة نفسية معمّية مثل الإكتئاب والقلق، وقلق الموت والإidUser والإطاقة، حيث يقارن المريض حياته قبل المرض بحالته أثناء المرض وحياته بعدها، يرتبط الماضي 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 وتكييفه ذاته وإحساسه بالسعادة والرضا، ولكن القلق لدى الإنسان السوسي يؤدي إلى التعلم وهميه للتواقى مع تحديات بيئته ويشجعه على حسن الأداء (سويون، 1979م، ص241). وقد أطلق على هذا العصر بأنه عصر القلق والتوتر الفيزي والجماعي، مما يتضح من شواهد كثيرة حول الإنسان تدعو إلى الاهتمام بهاله، وتشير إلى أن العلاقات الإنسانية على اختلاف مسماها مهددة بالاضطراب والخوف ومدهورة إلى مراحل الخطر (لفيسي، 1985م، ص28).

ذلك يجب على الإنسان أن يتأثري في محاولة التغلب على القلق، إلا أنه يصبح يشعر بالتوتر لأنه الأسباب وينفع بسعة (عالي ورجاء، 1973م، ص6).

وقد يترتب على الأصابة بمرض عصاب الخوف من فقدان الحياة، والتي يدورها تقوف الفرد للاصابة بقلق الموت الذي يختلط فيه القلق من الموت بتربقه، ولم التفكير في المستقبل.

2
بعد من أحد مصادر القلق، وأن الموت ينفي ارتباطه بالحياة، لذا فإن التفكير فيه أمر صعب، ويفاقم الاضطرابات النفسية على كاهل الإنسان، ويظهر الإنسان القلق من الموت بأعراض اكتئابيه، وحوميه في التفكير (عبد الخالق، 1997م، ص 55).

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

ويعتبر الشعور بالحزن الشديد المستمرًا الناتج عن الظروف المرزعة الألهمة التي يكون فيها المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه توصله إلى حالة من الاكتئاب (زهران، 1997م، ص151). الذي يصاحبه مجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي توضح حالة النفسية والمزاجية للفرد، والتي تتمثل في: الإحباط، وفوتور الرمة، وعدم الاستمتاع بأي شيء، والشعور بالتعب، والإرهاق عند القيام بأي عمل، وضعف القدرة على التركيز، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالذنب، والإحساس بالتفاوت، وعدم القدرة على النوم، وانعدام الثقة بالنفس (الأنصاري، 2007م، ص193).

تلك الأمور تؤدي إلى إحداث تغيرات في الإدراك، وتنعكس على جودة الحياة التي يضمن لها المريض، فإن كان الاكتئاب مستأصلةً في أcıام المريض، فقد يؤدي ذلك إلى عدم مقابلته.
لمعايير التي يضعها المريض كجودة لحياته. 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 النقص من ذلك هو توقع وجود تغيرات إيجابية في حياة المريض وتغيرات للأفضل، ولأن الضربة التي لا تتعلق قد تحقق، 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.

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

ولعل اكتشاف أشياء قوية في الشخصية ومسارات جديدة في الحياة، يقود 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، والتحوصل لنتائج يأمل أن تحظى باهتمام تعود فوائده على مريض السرطان للتخفيف من معاناته النفسية والجسدية.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

من خلال عمل الباحث في مستشفى الشفاء بغزة بأقسام الأورام والمدى وجد أنه من الضرورة يمكن 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 البائسة، هذه المفاهيم التي تدور في أفق كل مريض، وبالرغم من ذلك نجد أن التفكير يختلف من شخص لآخر، وذلك باختلاف المجتمعات، والثقافات، ومستوى الوعي الديني، وإيمانه بالقضاء والقدر، مما يؤدي إلى اختلاف مستويات الفلق، وكذلك اختلاف مستوى الاكتساب 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 السبليات بينما نمو ما بعد الصدمة ببحث عن الإيجابيات التي من الممكن أن يبنيها 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 الرئيسي التالي:

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

وينبغي أن يتناول السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما مقدار 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. أظهار مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان.
4. ابتعاز 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 مستوي دالة (0.05 ≤ α) 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 يوجد الباحث أي دراسات ممحكة عن مرضى السرطان في قطاع غزة تبحث العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وعلاجه بالقلق والاكتئاب وقلق الموت، وذلك حسب علم الباحث.

2. أن موضوع نمو ما بعد الصدمة وعلاجه بفترة مرضى السرطان لم يتطرق له في البيئة الفلسطينية، وذلك في حدود علم الباحث.

3. يتنوي 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 يقدروا اهتماماً نفسيًّا من قبل متخصصي 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 كممرض في أقسام الأورام وأمراض الدم وجد الاختلاف في نفسيات المرضى وفي ممارسة حياتهم، واجتماعياتهم، بالرغم من الاشتراك في نفس المرض، لذلك يسعى الباحث لتعريفه بسبب هذه الاختلافات.

6. حيث إن هذا المرض من الممكن أن يعاني صاحبه، فأن 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 لتكريمه عدل طريق الأخصائيين والمرضى قد يؤدي إلى رجوع المريض إلى حالة الطبيعة بعد التشافي.

الأهمية التطبيقية:

1. تتمثل الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة من خلال تطبيق الأدوات الدراسية، والتي تمثل 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. إن نتائج هذه الدراسة قد تساهم في مساعدة هؤلاء المرضى في عملية التكيف والتأقلم في ظروفهم النفسية، من أجل الوصول لوضع نفسي أفضل.

حدود الدراسة:

تتحدث الدراسة بالحدود التالية:

- الحد الموضوعي: ويتمثل في معرفة مستوى نمو ما بعد الصدمة، وأعراض الاضطراب النفسي المتمثلة في (قلق 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 البشري: اقتصرت هذه الدراسة على المرضى المصابين بالسرطان المقيمين في مستشفيات قطاع غزة، والمراجعين في العيادات الخارجية.

مصطلحات الدراسة:

نمو ما بعد الصدمة:

هو التغيير النفسي الإيجابي الذي يشهده الفرد نتيجة تعرضه للصدامات والمحن والشدا، والتي تؤدي إلى الارتفاع في مستوى الأداء، تلك الظروف تمتثل مجموعة من التحديات يسعى الفرد للتكيف معها مما يقود الفرد للتغيير في شخصيته من خلال نظرته لنفسه وعلاقته بالآخرين ونظرته للعالم من حوله (1: 2004).

الاضطراب النفسي:

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

Tedeschi et al., 2004:1
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 التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل في الشعيرات الدموية أو البلغمية التي تنقلها إلى مختلف أجزاء الجسم (الشقماني والفي، 2006، ص 233).
الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة
الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

تمهيد:

يقوم الباحث في هذا الفصل بعرض ثلاثة مباحث، كيتـ التحدث عنيا بالتفصيـ، في 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 الفلق العالم وقلق الموت والاكتئاب، أمـا المبحث الثالث فتحدث عن موضوع نمو ما بعد الصدمة.

المبحث الأول (الصحة النفسية):

مقدمة:

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

تعريف الصحة النفسية:

هي حالة دائمة نسبياً وشخصياً واجتماعياً، أي مع نفسه ومع البيئة، ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرًا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرًا على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصية متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً يعيش في سلام وامان (زنزان، 1982م، ص20).

يعرفها (كاففي، 1990م، ص81) هي حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته، ويقبل المجتمع، بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والتفاؤلة.

ويرى (أبو هين، 1997م، ص21) أن الصحة النفسية هي مفهوم مجرد يشير إلى التوازن والتكامل المتجد ونشاط الوظائف النفسية والعملية للفرد، وجعل الفرد يسلك سلوكًا اجتماعياً مقبولًا من الفرد ذاته ومن المجتمع المحيط، وأن يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والنجاح وتقدير الذات.
ويعرفه (نجاتي، 1997م، ص271) بأنه النضج الانفعالي والاجتماعي، وتوافق الفرد مع نفسه ومع العالم من حوله، والقدرة على تحمل مسؤوليات الحياة ومواجهة ما يقابلها من مشكلات، وتقبل الفرد لوقائع حياته، والشعور بالرضا والسعادة.

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

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

ويرفlect (عبد الله، 2014م، ص68) نقلاً عن "منظمة الصحة العالمية" أنها هي الرفاهية والكفاية الجسمية، النفسية، 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 تقديم الآخرين، والقدرة على مقابلة متطلبات الحياة.

معايير الصحة النفسية:

المعيار الإحصائي:

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

المعيار الذاتي (الظاهرة):

عند ادرك 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 يعني نتائج دقيقة، وذلك لأن الأشخاص السوياً غالبًا 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 مرجعاً في الحكم على السلوك السوي وغير السوي.
المعيار الاجتماعي:
يعتبر (أبو حويج، والصفدي، 2001م، ص 84) أن هذا المعيار يحكم لمعايير المجتمع في الحكم على السلوك من ناحية السوأ والانحراف، حيث ما يقبله المجتمع يعتبر سلوكاً سوياً، وأما ما يرفضه المجتمع يعتبر سلوكاً منحرفاً.
وتلعب العادات والتقاليد الاجتماعية دوراً في هذا المعيار للحكم على السوأ واللاسوسية، فما هو سوي في مجتمع من الممكن أن يكون غير سوي في مجتمع آخر، فثقافة الفرد أيضاً تحدد صلاحية هذا المعيار (ربيع، 2000م، ص 90).

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 الشعرية واللاشعورية (فقي، 2001م، ص 22).

المعيار المثالي:
حيث اتفق كل من (رضوان، 2007م، ص 63) و (الزبيدي، 2007م، ص 13) أنه حالة من الكمال يسعى الفرد لتحقيق طموحاته عن طريقها، فالشخصية السوية هي المثالية، والحكم على السلوكيات يكون حسب الاقتراب من المثيل العليا والابتعاد عنها، واللاسوسية هي ابتعاد الفرد عن الكمال وعما هو مثالي.
وبهذا الباحث هذه المعايير بشكل عام تتجه نحو تحديد مستوى السلوك الذي يقوم به الشخص من ناحية السوأ واللاسوسية، حيث إن البيئة والمجتمع وكذلك الشخصية كلها مجتمعة تحدد السلوكيات التي تقود الفرد للوصول إلى الصحة النفسية السليمة والصحية، وأي خلل في السلوك الشخصي الذي تحده هذه المعايير يعكس بشكل سلبي على الصحة النفسية.

مظاهر الصحة النفسية:
تختلف مظاهر الصحة النفسية حسب آراء المختصين ونظرياتهم ونظريتهم للنفس البشرية، وأيضاً حسب الثقافات المختلفة.
فقد تحدث (أبو هين، 1997م، ص 34) عن أهم مظاهر الصحة النفسية والتي تدور حول العلاقة الصحيحة مع الذات ومصاحبتها، فأكثر الناس معرفة عن ذات هو الإنسان نفسه، لأنه هو الأقرب إليه، كما أشار إلى الواقعية وهي معرفة الشخص بقدراته بشكل واقعي بعيداً عن الخيال، ولعل شعور الفرد بالأمان والطمأنينة والهدوء يعتبر من هذه المظاهر، وتعامل الفرد مع
المواقف بحكمة وتريث بعيداً عن الانفعالات والتهور، وذلك بالتوجه الصحيح، أيضاً التوازن والتوسط والإعداد في التعامل مع جوانب الحياة المختلفة، كما اعتبر أن الاستفادة من الخبرة في التعرض للأحداث الحياتية من مظاهر الصحة النفسية.

أما (ريبع، 2000م، ص92) فقد وصف الأفراد الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة يجب أن تتوافر فيهم بعض السمات والتي تتلخص في البعد عن الصراعات النفسية الداخلية والخارجية، والقدرة على التعبير عن الانفعالات بشكل متزن بمعنى أن يكون ناضج اجتماعياً، ويجب أن يتوفر في ذلك الفرد التوافق النفسي الذي يجعل الفرد قادر على الحصول على الابتعاد اللازم بالتآقلم مع متغيرات المجتمع الذي يعيش، وكذلك تحقيق النجاح عن طريق وجود روح الانتساب والإيجابية.

ويرى الباحث فيما سبق أن كل من "أبو طيب" و"ريبع" قد اتفقا على أهمية التوافق النفسي، والبعد عن الصراعات الداخلية، والقدرة على التعبير على الانفعالات في المواقف بشكل متوازن ونافذ، أن والاعتدال في التعامل معها من مظاهر وخصائص الأفراد المتمتعين بصحة نفسية سوية.

وتحدث (سفيان، 2004م، ص158) عن هؤلاء الأفراد الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة، فرأى أن وجود التوافق النفسي يلعب دوراً حيوياً حيث إن الفرد يشع بسعادة حائرة، وينتقض نفسه، ويتمتع بحياته وعلاقاته الشخصية تجعلها خليلاً من التوتر والصراع.

وقد اتفق كل من (زهار، 1997م، ص13) و(شعيان، 1999م، ص32) على تقسيم التوافق إلى جانبين:
التوافق الاجتماعي: والذي يحتوي على التوافق المدني والمدرسي والاجتماعي.
التوافق الشخصي: وهو أن يكون الفرد راضٍ عن نفسه.

كما اعتبر "النبيدي" أن الشعور بالسعادة مع النفس والأخرين تؤدِّي لتمتع الفرد بالراحة النفسية التي تبتعد من صفاء ماضيه، وسعادة حاضره، ووضوح مستقبله، ولعل الإحساس بالأمن والابنام، واحترام النفس، وتحقيق ما يسعى إليه من أهم ما يجعل الفرد يشعر بصحة نفسية جيدة تجاه نفسه، أما بالنسبة للشعور بالسعادة مع الآخرين، فهي تبتعد من الحب والاحترام والتقبل والتسامح المتعلق بالأخرين، وقدرة الشخص على إقامة علاقات اجتماعية، وأن يكون منتمي لمجموعة ومندمج فيها بحيث يقوم بخدمتهم ويقومون بخدمته في المواقف، وذلك يقود الفرد لنفسية أفضل (النبيدي، 2007م، ص5).
ورى "العمري" 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 نسبياً، حيث إن النظرية للحياة عُلّقت إيجابيًا، وتقابلها ومواجحتها بطريقة وأسلوب سليم تساعده في تحقيق الراحة والصحة النفسية (العمري، 2012، ص. 47). وفي هذا الصدد فقد حدد "شعبان" بعض الأدلة لقدرة الفرد على مواجهة متطلبات الحياة ومشاكلها كالنظرية السليمة للحياة، والعيش في الحاضر والواقع، والروت في مواجهة الوضع، ويذل الجهد في حل المشاكل، كذلك القدرة على مواجهة الإحيمات اليومية، وتحمل المسؤوليات الشخصية والاجتماعية، والترجيح بالأفكار الجديدة، والقدرة على السيطرة على البيئة والتوافق معها (شعبان، 1999، ص. 32).

أما "الطيري" فقد حدد جملة من الخصائص والظاهر المتعلقة بالصحة النفسية التي تتمثل في الإيجابية وعدم حدوث الفرد للعقبات التي قد تقف أمامه، والتفاوض، والنظرة الواقعية، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة، واحترام الفرد لثقافة المجتمع، مع تحقيق قدر من الاستقلال، كذلك نجاح الفرد في عجله ورضا عنه، والتضامن والالتزام الانفعالي، والشخصية المتكاملة في الجوانب البدنية والفكرية، والوجودية والاجتماعية، ووجود الراحة النفسية وعدم الشعور بالتعب والإرهاق، وكذلك الصحة الجسمية، حيث إن التكامل داخل مكونات الجسم يؤدي للشعور والإحساس بالسعادة والرضا (الطيري، 2005، ص. 40-47).

وبالنسبة لمظهر التوجه نحو الحياة فقد وجد (أبكر، 2015، ص. 62) أن الظارة بشكل إيجابي يساعد في تقبل الحياة، وتحقيق الأمال المشروعة، رغم وجود بعض الصعوبات، بحيث يرى أن جمال المستقبل، والاعتقاد بالتفاوض، بعيدًا عن التفكير بالجوانب السيئة والأحداث الشفرة من تلك الظار.

وذكر "عبد الخالق" أن الشخصية الذي يتمتع بقدر وفر من الصحة النفسية يجب أن يظهر بمظهر الأخلاق القوية، والكفاءة، والسلوك السوي، والشخصية المتكاملة، والقدرة على مواجهة الحياة، وكذلك التحرر من أعراض الاضطراب النفسية والأمراض العقلية، والسلوكيات المنحرفة (عبد الخالق، 1991، ص. 22).

وأشار (صبحي، 1998، ص. 18) في أن مظاهر الصحة النفسية تكون كمظاهر سلوكية تبدو على التصرفات والأفعال، فرأى أن هذه المظاهر الشعور بالأمن، والقدرة المتوازنة للذات، والقدرة على التواصل مع نفسه والعالم الحقيقي من حوله، والشعور بالسعادة،
القدرة على الإحساس بالمسؤولية، وكذلك تقبل الذات والآخرين، والتفاؤل، والاستقرار الأسري والمهني، واحترام ثقافة المجتمع وعاداته وتقاليده.

إلا أن المحافظة على الشخصية وتكاملها، والتوافق مع المتطلبات الاجتماعية والبيئية،
والتكيف مع شروط الواقع، والمحافظة على الثبات النسبي، والنمو مع العمر، والمحافظة على
cادر 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، والثقة في القوة، والمقدرة على ضبط النفس من الصفات التي تتوافر في الأفراد
الذين تمتعوا بصحة نفسية جيدة، وكذلك المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانات في أعمال
مشبعة، والتحرر من الأعراض العصبية، والثقة الإنسانية والقيمية، وتقبل الذات (القريطي،
الشخص، 1992م، ص9).

ويؤكد الباحث أن مظاهر الصحة النفسية السليمة تنبع من توافق الشخص داخلياً،
وتقديره لذاته وفقاً، والنظرة التفاوضية 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 الأخرين والمجتمع تقوم الفرد للوصول للصحة النفسية المنشودة.

نظريات علم النفس والصحة النفسية:
أولا: التحليل النفسي:
يرى "فركيد" رائد النظرية التحليلية أن تحقيق الصحة النفسية يعتمد بشكل أساسي على
قدرة الأنا على تحقيق التوافق والتناغمة بين الهيرو الأدبي والانا العليا المثالية (العمرى، 2012م،
ص41)، فقدرة الأنا على حل الصراع بين تلك الأجهرة يقود الإنسان للوصول إلى تحقيق جزئي
للصحة النفسية (عبد الغفار، 1981م، ص31).

ثانيا: الاتجاه السلوكى:
يعتبر أصحاب النظرية السلوكية أن الصحة النفسية حصلية لعملية التعلم والتتشابه، التي
يكتسبها الفرد من خلال تعلم العادات المناسبة، والتي تساعد في كيفية التعامل مع الآخرين، في
المواقف، ويرى أن الاضطراب ينشأ نتيجة الفشل في تعلم وكسب السلوكات المناسبة، أو تعلم
سلوكيات سلبية غير صحية، أو أن الفرد يفشل في إدارة وحل الصراعات التي تحتاج لاتخاذ
قرارات حاسمة (عبد الغفار، 1981م، ص40)، ويؤكد ذلك "سكونر" في قوله أن الصحة النفسية
السليمة ترجع لأسباب تتعلق بالتعلم الشرطي الخاطئ (الفقي، 2016م، ص26).
ثالثاً: الاتجاه الإنساني:

يرى رواد هذا الاتجاه أن الصحة النفسية تكمن في تحقيق الفرد لذاته بشكل كامل، حيث إن الطبيعة الإنسانية بطبعيتها خيرة، والمظاهر السيئة تكون عبارة عن أعراض، لذلك يجب أن تكون الصحة النفسية تستهدف الإنسان السليم وليس العصاب (أبو نجيب، 1997، ص 23).

ويؤكد "روجرز" أن مفهوم الذات وتحقيقها والصحة النفسية بينهما صلة وثيقة، بما أن الإنسان كان عقلاني اجتماعياً ومنعه فإنه لديه القدرة على أن يدرك مسببات عدم التوافق لديه، وأنه قادر على مواصلة تطوره الذاتي، وبذلك يكون مسؤول عن نفسه وصبره (عبد الغفار، 1981، ص 53).

رابعاً: المنحى الوجودي:

يرى أصحاب هذا المذهب أن الصحة النفسية تكون بإدراك الفرد لمعنى وجوده في الحياة، وأن يعيش محققًا لذاته وضرورة حريته للوصول لتحقيق ما يريد، وأن يعرف جوانب الضمع وأن يقبلها، ويدرك طبيعة الحياة بتناقضاتها، وأن ينجز في تنظيم حياته، ويدرك قيمتها (عبدالغفار، 1981، ص 46).

ورى الباحث من خلال العرض السابق لنظريات علم النفس تجاه الصحة النفسية أن هناك اختلاف في تفسيرها؛ لكن في المقابل أنها تتفق من ناحية الأهداف والبناء النفسي والتوافق المطلوب لتحقيق الصحة النفسية، فالنظرية التحليلية تهتم في عمليات التوافق الداخلية بين مكونات النفس، بينما النظرية السلوكية تنظر إلى الصحة النفسية بأنها عملية التعلم للسلوكيات الصحيحة التي يكتسبها الفرد من المجتمع، وقدره 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 وصبره، أما المنحى الوجودي فيرجع لعملية إدراك الفرد لمعنى وجوده، قيمته في الوجود، ويسعى لتنظيم حياته للوصول لتحقيق ما يريد.

الصحة النفسية في الإسلام:

لقد وضع الإسلام منهجاً واسحاً وهايداً لتحقيق التوازن بين الجوانب المادية والروحية والجسدية للشخصية المحسكة، حيث إن هذا التوازن يقود المسلم للوصول للشخصية السوية التي تتمتع بالصحة النفسية، ولهذا الإنسان أن النفس البشرية تمثل اتجاهين متساويين لأن تكون سليمة أو تكون مضطربة، حيث يرجع ذلك للمسلم نفسه، وقد دلل القرآن الكريم على ذلك بقوله:
ويقول (سيد قطب، 1988م، ص 3917) أن الإنسان يمتلك القدرة وحرية الاختيار، مما يجعله يستجيب لتوجيهات الواقع وكل العوامل الخارجية على نفسه بالطريقة التي يريد، والقدر الذي يريد، فإنما هي التي ترونه وتظهره، وتنمية استعداد الخير فيها، وتعلمه على الشيء في سبيل في طريق الفلاح والنجاح، وأما من ظلم هذه القوة وخِبَّاه وأضعها فقد سلك طريق الخيبة والفشل.

ومن خلال استعراض الأدبيات السابقة للإسلام والصحة النفسية فقد استنتج الباحث أن منهج الإسلام ينتمي بالصحة النفسية من عدة جوانب:

أولاً: الجانب الروحي:

يعني هذا الجانب الإنسان بالله وتقوا، وأداء العبادات والقائص، حيث يقصر الله سبحانه وتعالى هذا الإنسان في هذا الحياة وهذا الوجود بقوله تعالى: ( وَمَا خَلِفَ الْجَيْسَ وَالنَّجْدَيَّ إِلَّا إِلَّيْهِ) (الداريات: 56)، وهذا يبتسم الفرق بين المسلم وغيره، حيث إن هدف المسلم واضح وجلي، ويعرف ما الهدف من الزنا الإنسان، وتحقيق هذا الجانب يجب أن يقوي المسلم علاقته به، والإيمان به، حتى يصل كمال شخصيته ويزانها، حيث يحدث ذلك من خلال العبادات والتزام أواخره، واجتناب نواة.

ثانياً: الجانب البدني:

يعني سلامة الجسم من الأمراض، وأن يقي الإنسان بدنه بإتباع أساليب التغذية المفيدة، والرياضة، وأن يشع جاهته الجسدية بطريقة متوازنة، لقوله تعالى ( يَا بَنِي آدَمَ حَيَّاً زِيَّتْهُمْ عَلَيْهِ) (الإعراؤ: 31).

ويرى "الغزالي" أن الإسلام اعتنى بالنظافة والصحة واعتبرها من أسباب قوة المسلمين المادية والأدبية، فهو يطلب أحسداً يمتلك أصحابها القوة والنضج، حيث وصف الأجسام الهزيلة والليدي المرتشعة بأنها لا تقدم خير (الغزالي، 1980م، ص 154)، فالإنسان السليم في العقل السليم، والعقل السليم في الجسم السليم، وما يبني الجسم، يبني النفس، وما يضعف الجسم يضعف النفس، لذلك أخذ علم النفس يدوع إلى تنمية الجسم من أجل تنمية الصحة النفسية (مرسي، 2000م، ص 155).
ثالثًا: الجانب الاجتماعي:

ويعني هذا الجانب العلاقات الاجتماعية للفرد على جميع المستويات، الأسرة، المجتمع، الناس لقوله تعالى ( يأيها الناس أنفقوا من ذكركم وجعل الناس معيّينًا يعفروا بإعفائه) [الحج: 10]. ويعني أيضًا الالتزام بمعايير المجتمع وعاداته وتقاليده بحيث لا يتعارض مع تعاليم الشريعة الإسلامية.

رابعًا: الجانب العقلي:

ويعني هذا الجانب بالوظائف العقلية التي تتمثل في الذكاء العام والقدرات الفردية، والعمليات العقلية كالإدراك والحفظ والتذكر والتخيل والتفكير والواقعية، ويوضح القرآن أهمية العقل ويدعو لتنميةه بالعلم والتأمل والتفكير، حيث يقول الله تعالى "(سُبْحَانَهُمَّ أَيَانِيُنَّ في الأَاوَّلِ وَفِي أَنْفُسِهِمْ حَتَّى يَتَبَيَّنَ لَهُمُ أَنَّ الْحَقَّ أَوْلَمْ يَجْعَلَ يُرْيَكَ أَنْ أَنْتَ عَلَى كُلِّ شِيْءٍ شَهِيدٍ) [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 والابتسام، وتحقيق الطمأنينة والراحة النفسية قال الله تعالى ( أَلَمْ آتِيَنَّكُمْ نَعْمَةً كَثِيرَةً وَتَطَيَّنَنَّكُمْ غَيْبَهُمْ يُبْيِكُوُاللَّهُ عَلَى أَيْمَأً يَذَّكِرُهُ) [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 يدمر يخفف من الأعراض النفسية، التي تقوّد لتحقيق الصحة النفسية المشروعة، فمعبرة الهيكل من الحياة أنها للعابد والطاعة، وكذلك بعد عما يضر الجسد، وتقوية علاقاته الاجتماعية، وتنمية التفكير وتوضيع 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 هذا المبحث الحديث عن ثلاثة أجزاء رئيسية، حيث تعد هذه الأجزاء من الاضطرابات النفسية الشائعة، والجزء الأول هو القلق العام وقد تم الحديث عن مفهومه وتعرفاته والألوان والأعراض، ومن ثم المستويات والعلاج، أما الجزء الثاني فهو قلق الموت حيث تتناول تعرفاته وأسبابه وأعراضه وبعض النظريات المفسرة له، أما الجزء الثالث والأخير فهو الكتاب حيث تم استعراض تعرفاته، وتفصيله من منظور النظريات النفسية المختلفة، وكذلك التعرف على أهم أسبابه وأعراضه وبعض التصنيفات والعلاج.

أولاً: القلق العام:

مقدمة:

إن العصر الذي نعيشه يكتظ بالتغييرات الاجهادية، ولاسيما في ظل الحروب المتتالية، والحصار الخانق، وتغيرات الحياة الاقتصادية والاجتماعية التي تعيشه قطاع غزة، تميزت القلق عمى اشتباهة الناس من اضطرابات الحياة، حتى في عصر الرخاء، فلم تكن حالة الأفراد خالية من القلق، ولكن اختلاف المستويات التي يتعذر لها الأفراد قد تلعب دور كبير في الإصابة بالقلق، أيضاً عدم الامتنان وجود الأمان النفسي، وعدم القدرة على أشهاب الحوادث النفسية تأخذ نصيباً من تلك الدور.

ويتغنى القلق من الاضطرابات النفسية الشائعة بشكل كبير إن لم يكن أكثرها شيوعاً (الجزائرم، 2004، ص 20)، وهو من أكثر المشاكل الإنجاعالية التي تجبر الفرد على الذهاب للمساعدة النفسية وطلب العلاج.

وبيرى الباحث أن الأعراض العضوية قد تكون سبب في إيقاع المريض في شبح الخوف والتوتر والضغط النفسي، ويكون أسوأً لمشاعر واحساسية نفسية يدخل الفرد صعوبة في التأقل والتنكيف معها، فمن الممكن أن تلقي في بحر الأمراض والاضطرابات النفسية والتي من أهمها القلق، فتفكر الشخص بما حدث له وماذا سوف يحدث بسبب فقدانها على علم المجهول، تجعله يشعر بحالة من التهديد من خطر غير معروف، فهنا تكو في الإنسان الذي يشعر بالألم والانزعاج والخوف، 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.
ووفقًا لعام فإن الأمراض العضوية تؤدي غالبًا إلى وجود بعض المشاكل النفسية وخاصة الأمراض السرطانية الخبيثة، حيث إن الباحث قد لمس 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 تبريره، 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 دورًا هامًا في اختلاز وظائف الجسم (زهان، 1977م، ص297).

تعريف القلق لغة:

في المنجد (البعلبي، 1973م، ص516) القلق لغة- من كلمة قلق قلّأأ أي اضطراب وانزعج فهو قلق ومقلق، وكلمة أقلع أي أزعج.
وجاء في معجم الوسيط (قلق-قلقًا): لم يستقر في مكان واحد على حال فهول قلق وقلق قلّأأ أي اضطراب وانزعج، وأقلق الهم فلاّنا: أي أزعجه، والقلق أي الشديد القلق، والقلق حالة انفعالية تنمي بالخوف مما قد يحدث (المعجم الوسيط، 1980م، ص756).

تعريف القلق إصطلاحًا:

يعرفه (زهان، 1995م، ص297 ) بأنه: حالة توتر شامل نتيجة تهديد خطر فعلي أو رمزي يحدث، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية، ويمكن اعتبار القلق انفعالاً مركباً من الخوف والتهديد والخطر.

ويرى (منسي، 1988م، ص36) أن القلق مفأدة هو إحساس الفرد بالرعب المستمر والخوف نتيجة لقيم متعينة يحملها الفرد بداخله، أو من أحداث خارجية لا تثير وجود هذا الإحساس، فالقلق قد يعني مجموعة أحساسات ومشاعر انفعالية يدخل فيها الخوف والألم والتوقعات السيئة وهو خبرة انفعالية مؤلمة يعاني منها الفرد عندما يشعر بالخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديد بدقة أو بوضوح.

ويتبرع (أبو هين، 1988م، ص8) أن القلق هو حالة من الكدر والغم والخوف الذي يسيطر على الفرد ويتغلبه، حيث يتربع فيه الفرد لتهديد وخطر على وكال 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 (العياشي، 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 تعريف القلق بأنه: شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي البارادي، ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفزاع في فم المعدة والحسبة في الصدر، وضيق في النفس، والشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كتلة الحركة.

أنواع القلق:

يعتبر القلق ظاهرة طبيعية، وحساسة، وشعور، وتفاعل مقبل، متوقع الحدوث، يؤثر ظروف معينة، لذلك لا يعتبر كل أنواع القلق مرخصة 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 أنشأه القلق مثل فرويد، وقد أعتمد على الآثار المتبقية على عليه، لذلك تم تقسيمه إلى خمسة أنواع رئيسية:

1- القلق الموضوعي:

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

وهذا النوع هو الذي يدرك الإنسان أن مصدره خارجي، وهو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي، أو لأدى بيتكوع 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، ومهجولة، ولا مبرر لها (محمد،1993م، ص288)، ويتصف القلق العصابي بأنه شديد ومثيرته التي ينشأ عنها غير واضحة المعالم، فهو خوف من المجهول، ويتكرر حدوثه وأخذ شكل رد فعل الخوف المرضي (الرفاعي، 1987م، ص210).
ويتغير "فرويد" أن القلق العصابي له ثلاث أشكال وهي:

أ- القلق العام: حيث لا يرتبط بموضوع معين، ويشعه الفرد بثبات مستمر وتوقع الشر في أي وقت

ب- قلق المخاوف المرمية: حيث إن هذا النوع لا يلتاسب مع المثير المسبب له، مثل الخوف من أشياء، أماكن لا تخيف الأحياء، مثل رؤية الدم، وبعض الحشرات، والأماكن المرتبطة والمكتظة أو المرتبعة

ت- قلق اليوس: كالخوف من عودة الأعراض المرمية التي مر بها الفرد، ويكون القلق من توقع حدوث الدوحة، فظهر استجابة البهاء والخوف فجأة (عثمان، 2008م، ص20).

3- القلق الخلق:

هو قلق ناتج عن صراع داخلي، وليس بين الفرد والعالم الخارجي، بمعنى أنه ناتج عن ضمير الفرد وخطفة من القيام بسلوكيات مختلفة لعادات وتخليق المجتمع السابق، فالقلق الخلقى كان داخل الفرد، يظهر بعد حالات الإباحة المرتبطة بالعنايات الأعلى التي تنجم عن القيم الاجتماعية (منسي،2001م، ص43)، حيث يكون نتيجة حكم الأنا الأعلى بارتكاب ذنب أو احتمال أن يكون نتيجة احباط أمر موجود بين مكونات الأنا الأعلى (الرافعي،1987م، ص123).

4- القلق العام:

هو شعور غامض غير سار مليء بالتوتر والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة بعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللالراتي وتأتي في نوائب متكررة مثل الشعور بالفراغ في المعدة والسحبة الصدرية، والغضب في التنفس، والشعور بنبضات القلب، والصداع أو كررة الحركة (عكاشة،1998م، ص110).

5- القلق الثانوي:

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

ويرى الباحث أن مرضى السرطان في العادة يكون لديهم القلق من المجهل الذي لم يعرف إلى أين يذهب به ذلك المرض، هل إلى الشفاء أم إلى الشقاء والفناء، وذلك يتفق مع القلق العام الذي يصبح المرض الشعور غير السار الناتج عن الخوف والتوتر، مما يؤد لاضطرابات جسدية مختلفة ك ضيق النفس وزيادة ضربات القلب والصداع وألم المعدة، مما يزيد من تفاقم القلق النفسي.
أسباب القلق:

إن الأسباب التي تؤدي للقلق متعددة، ولعل من أبرزها الأسباب الوراثية، والتي تعود لمواصفات 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، في اختلافاتها تعتبر طبيعية في ظهر 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 النواتن المشابهة متماثلة في جميع الجوانب، والسبب ندرة العامل الوراثي، والطبيعة الوراثية التي تصل إلى ما نسبته (50%)، بينما في النواتن غير المشابهة تصل إلى نسبة (4%)، وحولي (15%) في آباء أخوة المرضى المصابين بالقلق (عبد الله، 2006م، ص150).

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

2. الأسباب النفسية والاجتماعية:

اختلقت النظرة إلى القلق من حيث الأسباب النفسية والاجتماعية، فقد أرجع "قرود" القلق إلى الصراع الداخلي للإنسان، وهي تصارع القوى الداخلية مع بعضها البعض، مما يؤدي إلى ظهور الأعراض المرضية، أما "أدرار" فقد أرجع القلق لشعور الفرد بالدرون والنقص ومحاولة النفوذ، أما الباحث "إريك فروم" قال أن القلق يظهر نتيجة صراع بين حاجة للفرد والاستقلال من جانب الوالدين، أما "أوتورانك" أرجع القلق لصدمة الميلاد.

أما المدرسة السلوكية مثل "دالر، ميلر، بافولف" أرجعوا اضطرابات السلوك عامة واضطرابات القلق بشكل عام إلى تعلم السلوكيات الخاطئة من البيئة، حيث تساهم الظروف في إنشاء وتدعم سلوكيات الطفل أو استمرارها وتقديمها.
3. الأسباب البيئية:
والتي تتمثل في الضغوط البيئية التي تلعب دور مهم في حدوث الاضطراب، وهناك نوعين من
الضغط البيئي:

- الضغوط المباشرة: والتي تسببها الأشياء التي تحتل وتداخل في البيئة مثل فقدان وظيفة
أو خلاف.

- الضغوط غير المباشرة: يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين، مثل الرغبة الشديدة في عمل شيء مع تحرم قوى في نفس الوقت، فشدة ذلك مع وجود استعدادات مرضية مع غياب العوامل المقاومة يكون هناك احتمالية زيادة أو تعجيل في ظهور الاضطراب (فأيد، 2000م، ص6).

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

5. الشعور بالذنب:
عندما يعتقد الأفراد أنهم تصرفوا بشكل سيئ، أو أنهم سي تعرضون 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 موضوع المقارنة مع الآخرين، أو من خلال تنمية المجتمع لجانب 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، واتباع مستوى التقييم.
الذاتي، فذلك يؤدي لشعور مستمر ودرجة عالية من القلق خاصة عند الإحساس بضعف الأداء، والشعور بعدم القدرة في الإنجاز والوصول للدرجة النجاح والتميّز (شفيّر، مليمان، 1989م، ص16).

ويرى الباحث أن الأسباب للقلق متعددة؛ ولكن النتيجة واحدة، ألا وهي القلق، حيث يرجع الباحث سبب القلق المكجكد لدل مرضى السرطان، كىـ عينة الدراسة إلى الشعكر بالفشـ كالإحباط لعدـ القدرة عمى الكصكـ للأيّد الإنجازية المخطط لها، وكذلك الخوف من الموت الذي يدركه الفرد نتيجة التعرض للأمراض التي قد تؤدي إلى الوفاة، تلك الأمور تذهب بالشخص للوصول لمراحل متقدمة من القلق المرتفع.

أعراض القلق:

- تظهر أعراض القلق في جانبين مهمين وهما الجانب البدني 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 الاستتالة، والخوف الزائد، يُكون الفرد غير مدرك مصدر الخوف، وعدم الشعور بالأمن والضيق والتوتر المرضي، وعدم القدرة على التركز والانتباه، والهروب من مواجهة المواقد، والشك والتردد في اتخاذ القرار (جيبل، 2000م، ص131).

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

  • الأعراض الجسدية:

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

ويرى الباحث أن تلك الأعراض لدى مرضى السرطان تثير حالة من الضيق الذي يعيشها، إضافة إلى الأمر الواقع المفروض عليه، حيث إن تلك الأعراض تؤثر في بعضها البعض.
فوجد الأعراض النفسية تقو للأعراض الجسمية والعكس صحيح، والتفحف من تلك الأعراض بالإرشادية التي تتواجد مع مرضى السرطان، ووجود أدوار مختلفة للأخصائيين النفسين قد تتفحف عن كاهل هؤلاء المصابين.

مستويات القلق:

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

المستوى المنخفض للفتق:
تزايد فيه درجة التأكسد والحساسية نحو الأحداث الخارجية، وتترفع القدرة على المقاومة والتحفز على المواجهة ودرجة الاستعداد، وتأهله لمواجهة مصدر الخطر في البيئة، وهذا المستوى من القلق يكون في حالة إدارز لخطر على وشك الحدوت، حيث من هذا المستوى ترتفع درجة القلق إذا حدث تنبؤ عام للفرد، وهذا النوع يعتبر من القلق العادي، لأنه تنبؤه لخطر على وشك الحدوت (الشاذلي، 2001م، ص110).

المستوى المتوسط للقلق:
يكون فيه الفرد أقل سيطرة على استجاباته، فيفقد الفرد مرونته وثقافته، ويزيد ذلك من قوة الابتكار لديه، ويستطع الفرد نظمه بشكل عام على امتحان الفرد في المواقف الجمالية المختلفة.

المستوى المرتفع للفتق:
يعتبر التنظيم السلوك 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، و يؤدي ذلك لعدم القدرة على التركيز والانتباه، والتشهير السلوك العشوائي (الشاذلي، 2001م، ص110)، فينهر السلك التنظيمي للسلوك، ويشير 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 نفسيًا (زهعان، 1998م، ص397).
ويبري (صبره، 2004م، ص106) أن الهدف من العلاج النفسي التحليلي تقنية "الأنا" لأنها الجزيء المسيطر على نزوات "الهو" والمنطق بينهما وبين ضوابط "الأنا الأعلى"، وبذلك تطور شخصية المريض لتحقيق التوافق باستخدام التوافق الحر للوصول للرغبات المكبوتة التي تسبب الصراع، وتستخدم في هذه الطريقة عملية تحليل الأحلام وتفكيك رموز المكبوتات.

2. العلاج السلوكى:

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

ويضيف (جلب، 2000م، ص138) أن العلاج السلوكى يقدم على مساحة شرطية يوجد خبرة ماضية حدثت أنف للمريض أثارت القلق، ثم أدت لتآثره به، فالعلاج السلوكى كالتحصين التدريجي أو العفري وغيرها، تكون بتوصيف المريض على استجابات الاسترخاء العضلي في حضور مثيرات القلق بشكل واقعي.

3. العلاج الكيميائي:

ويستخدم في حالات القلق الشديد والمزمن، حيث يتم إعطاء المريض عقاقير مهدئة ومنومة، تعمل على الراحة الجسمية ومن ثم البدء بالعلاج النفسي، وأهم الأدوية المستخدمة في حالات التوتر الشديد والقلق مجموعة البنزوديازيبين مثل القائوم والليبريم وأتينثوزرمان وترانسين، وهي تعمل على مستقبلات الجابا مما يعني احساس بالهدوء والراحة والاسترخاء (عكاشة، 2003م، ص149).

4. العلاج البيئى:

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

ويرى (الدراى، 1999م، ص87) أن للأسرة دورًا مهمًا في تعديل سلوكيات المريض، حيث إن ارادة أفراد الأسرة لتغيير أنماطها السلوكية يساهم بشكل مباشر في تسهيل مهمة العلاج، وذلك من خلال النشاطات الاجتماعية والرحلات والعلاقات الموسيقى.
5. العلاج الذاتي:

ويورد 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 تسعي لتحقيق الصحة النفسية والبعد عن المرض النفسي، ومرض السرطان من الممكن أن يكون بحاجة إلى أكثر من علاج للوصول إلى وضع أفضل، وذلك عن طريق تعلم جلسات الاسترخاء التي تقوم نوع من الهدوء، وكذلك بعض العقاقير التي تحسن مزاجه إلى الأفضل، أيضاً عن طريق العلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والتسليه، تلك الأمور مهمة وقد تؤدي لعلاج القلق أو على الأقل تخفيفه.

ثانياً: قلق الموت:

مقدمة:

إن التهديد المجهول، وتوقيع السيء غير المعلوم يعتبر من مثيرات القلق بشكل عام، لكن الرؤية التي ينظر لها مريض السرطان للموت، تكون وفق نظرته الخاصة من خلال نظرة لمرضه، وطريقة إدراكه لها، فقلق الموت هو أحد الأعراض النفسية التي يعترض لها المصاب، خاصة عندما تكون طريقة تفسيره وإدراكه لتلك الأمراض بطريقة سلبية بعيدة عن التفاول ولوا بسهولة، تلك النقطة هي عملية الفصل بين وجود هذا الارض النفسي وغيره من الأعراض النفسية، ويفقد دور الوازع الديني بشكل كبير في التخفيف عن كاهل هذا المصاب، حيث إن المكان ريدع ذلك المرض للطاعة والبعد عن العصياء، للوصول لحسن الانتفاع، ويدل على مستوى قلقة الموت عنه، وبشكل عام يقدم إيمانه إلى التحسن في جميع الجوانب النفسية، بالرغم من أنه يعرف أن الموت يهدده وأنه قد ينقض على حالته، وأنه لا مفر منه، ويقول الله عز وجل:

(أي ثمناً تحوله يبكرك عمة الموت ولو كنتم في بريج مقدود) [النساء: 78].
تعريف قلق الموت:

عرف "ديكاستيف" قلق الموت بأنه التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة (عبد الخالق، 2005، ص 38).

وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه (معمرية، 2007، ص 212). وهكذا أدى "هولتز" بأنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المتعدد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت (فأجليا، 2013، ص 26).

أما "غالب" فعرفه بأنه قلق ميتافيزيقي لا مكمل لله، ولا بعث حول شيء وهو قلق على المستقبل نفسه، وهو ناجم عن حدث مقبل ليس للإنسان عليه سلطة (عماري، 2013، ص 20).

وعرفت "شومي" قلق الموت بأنه حالة انفعالية غير سارة تشير إلى القلق من المجهول بعد الموت، وكيفية الإعداد له، والقلق من العجز، وعدم القدرة، والوحدة (شومي، 2015، ص 14).

ويعرف قلق الموت أيضاً بأنه حالة انفعالية غير سارة تتضمن مشاعر سلبية من خلال تأمل شعوري في حقيقة مفرطة على الفرد ولا مجال أنها قادمة لكن متى وأين وكيف؟ (عملية وحدونة، 2015، ص 733).

أسباب قلق الموت:

حدد (الحمي، 2015، ص 36) 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 والاصدقاء والجسد والذات، وعدم القدرة على تصور ما الذي يمكن أن يكون عليه عدم الوجود التام أو حين فقدان ذاته.

ويبرع ذلك أيضاً للبناء المعرفي للشخص ومدى فهمه للموت مما يؤثر في قوة الاستجابة للمثير المرتبط بالموت (نصر، 2011، ص 5083).
وقد عرض (عبد الخالق، 1997م، ص13) بعضًا من آراء الفلاسفة والعلماء حول أسباب قلق الموت وهي:

- رأي "ميسكوي" الفيلسوف الإسلامي الذي يرى أن الخوف من الموت نجده عند من يدرى حقيقة الموت أو ظنوه أن بذله إذا أهل تبئيل تركيبته وتنحل ذاته، ويظن أن ألم الموت أشد من ألم المرض، حيث يعتقد العقاب بعد الموت، لا يدرى إلى أي ذهب بعد الموت.

- رأي "شولتز" الذي يرى أن الفرد يخف من المعاناة البدنية والأخلاقي عند الاحتضار، كذلك الكف عن السعي نحو الأهداف، لأن حياة الفرد تقاس بما حقق من أهداف، بالإضافة للخوف من تأثير الموت على من سيترك من الأشخاص من خلفه، أيضاً الخوف من العقاب الإلهي.

- رأي "إسمرمان" الذي يرى أن قلق الموت سببه العديد من الظروض كالمرض والحوادث والكوارث الطبيعية وغيرها.

- رأي "بيكر بروبر" حيث أرجع عائلا قلق الموت إلى نوامات كالعدوى الاجتماعية للحزن والانزعاج الحضري، والخوف من الصدمة وكراهية الجحث وتغفيحها.

ورى الباحث أن السبب في وجود قلق الموت هو الإدراك الشائع عن مرض السرطان، الذي يجد فيه قلق الموت، وذلك حسب ما تم مشاهدته في المجتمع، قبل الإصابة بالمرض، وكذلك بعد مشاهدة من كان بجانبه من مرضى قد توفوا، حيث يتم تأكيد إدراكه بأن موعده 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 وملو القيمة والخبرة وتجربة الموت، فقد يكون قلق الموت طبيعيًا أو مرضيًا، 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: وتمثل في أعراض التوتر الزائد والأحال المريرة، وسرعة النبض أثناء الراحة، وفقدان السيطرة على الذات، والعرق، والغثيان، وتميل الأطراف، والدوخة، وسرعة دقات القلب (شيهان، 1998م، ص35).

- أعراض نفسية: وتمثل في نوبات الهلع، والاكتئاب، والانفعال الزائد، وفقدان اليمين، وفقدان التمييز، وختلاط التفكير، والاعتداء، والتوقعات السلبية، وسرعة الغضب دون سبب، الانسحاب، والعزلة، وانتظار لحظة الموت (شيهان، 1998م، ص35). وتوقع الذئر والمصاب وفقدان الثقة.
بالنفس، والهلاوس المرتبطة بالموت والارتباط والتردد في اتخاذ القرار، والشعور بالموت الذي يصل لدرجة الفزع (عبد الخالق، 1998م، ص42).

- أعراض عصبية ونفس عصبية: وتتمثل في اضطرابات النوم واليقظة، واضطربات السلوك، والاختلاج، وتردد في اتخاذ القرار، والشعور بالمكت الذم يصهر لدرجة الفزع (عبد الخالق، 2019م، ص42).

- أعراض نفسية: والتي تتسمى في اضطرابات التنفس وضيق النفس، وتعني القضاء الفمي الرقيق، ومشاكل البلع والهضم والقهء.

- أعراض عامة: كالتعب العام وجفاف الجسم وفقدان الشهية.

- اضطرابات بولية: وهو الاضطراب الأكثر تواتراً والذي يشكل للمرض مصدر الإزعاج وعدم الارتياح (قراجية، 2013م، ص34).

النظريات المفسرة لقلق الموت:

نظرية التحليل النفسي:

يري فرود 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 فرود فيما يخص التفوق بين القلق العصبي وقلق الموت، فقد أشار إلى أن قلق الموت له مكانة أساسي يجمع بين الأنا والأنا الأعلى (مباركي، 2015م، ص13). ويعتقد أيضاً "مبارك كلاين" أن الموت يخفف الإنسان ويهدد حياته، لذلك يعتبر الموت هو الأصل في كل القلق الذي يعانيه الإنسان في حياته، حيث أنه أساس الأفكار والتصورات العدائية، وأن الخوف الذي نعانيه هو من متشابه من الخوف من الموت (عبد الحميد، 1995م، ص165).

نظرية الذات:

يتفق كل من "كارل روجرز" و"مارسو" على أن الشخص الذي يحقق ذاته يكون لديه خوفًا منخفضًا من الموت (عبد الخالق، 1998م، ص12)، ويتفق معهم (Anna Kourakis، 2009، p12) بأن تحقيق الذات العالي يؤدي للإنجاز ومن ثم تنفيذ مستوى قلق الموت، و руков "رورجرز" على أن الخبرات التي يمر بها الفرد ولا تتفق مع تنظيم وبناء ذاته ستهدد كيانه، وكثراً ازداد هذا التهديد أدى إلى جمود الذات، مما يدفع الفرد للإصابة بالقلق، حتى وإن كان ينكرها عن طريق ميكانيزات الدفاع في محاولة لإبقاء نفسه في صورة متماسكة، فتوت�� الخبرات المؤلمة في تفكير الفرد تؤدي للاضطراب وظهور قلق الموت (محمود، 2015م، ص362).

وهذه النظرية تفترض أن احتفاظ الشخص بقدرته ذاته بمثابرة عال عند مواجهة الموت يؤدي إلى انخفاض مستوى قلق الموت (Anna Kourakis، 2009، p12).
النظرة الوجودية:


ويعبر "أرنينست 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 إكثار الموت، والحماية من فكرة الموت عبر اللغة والتواصل مع الآخرين، والشخص يبدع فكرة الموت في اللاوعي ثم يمضى في حيته الاجتماعية والثقافية تناساً وهرولاً من المصير المحتمل (Georg Fink, 2010, p102).

وقد أضاف "بيكر"، "هايجر"، فرانك "NUMBER": 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 تبعين عليه في النهاية أن يجد معنى لوجوده الإنساني في حقيقة موته، وافتقرات "ماي" و "منكوسكي": أن الوجود يكتسب حيويته وتلقائته من حقيقة مواجهة الموت أو عدم الوجود. وقد كتب "مارتن" و "هايجر" في كتابه "الوجودية وال الزمن" أن الموت تهدد بعدم الوجود ومن ناحية أخرى فإن التحقق من عدم الوجود في المستقبل يعد شرطاً مسبقاً لفهمها الكامل لحياته، كما يعتبر شرطاً مسبقاً لتحرير أنفسنا من القلق ثم بعد الموت أساس حرية الفرد (عبد الخالق، 1998م، ص11).

النظرة المعرفية السلوكية:

إن المشكلات العصبية تعبّر أخطاء نسبية في الحكّم، 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، وتتلاصق من ذلك يجيب تغيير البنية الفكرية للفرد عن طريق تزويج الفرد بمفاهيم معرفية جديدة بدلاً من الأفكار المشوهة الموجودة (Fontaine Et Al, 1984: p108).

وعاصر "أليس" أن الاضطرابات السبيئوية 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 فضروا عدم قدرة الإنسان في تحقيق ذاته وإنجازاته وهو الذي يقود
ارتفاع قلق الموت، أما النظرية الوجودية فانتقدت مع النظرية التحليلية، بأن أساس القلق هو قلق
الموت، وأن محاولة الفرد المعرفة عن الموت بسبب ذلك القلق، أما أصحاب الاتجاه السلكي
ينظرفون 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 وسبيلاً للوجود، وهو العبادة والطاعة، فقال سبحانه
وع تعالى (وَمَا كَلَّفْنَا الْإِنسَانَ إِلَّا لِيَبْيِدَنَّو) [الداريات: 65]. ويرى الإنسان منذ أن يخلقه
الله إلى أن يتوفر في مراحل متعددة، قد أوردها القرآن الكريم في قوله تعالى: (أَيْنَاء الكأس إن
كُنتُمْ فِي جَنَّةٍ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ تَرَابٍ ثُمَّ مِنْ عَلْقٍ ثُمَّ مِنْ مَضْعُودٍ ثُمَّ
وَعَيْدَتْنَاكُمْ لَحَمْ بَشَرٍ ثُمَّ وَقَدْ عَمِلْتُمْ فِي الأَرْضِ مَا كَفَرْتُمْ إِلَّا نَفْسٌ تَأْمَرْنَا
أَنْكُلِمْكُمْ وَخَطِطْنَا لِمَنْ بَيْنَكُمْ وَإِنَّهُمْ لَكُنْتُمْ لَعَلَّهُمْ يَتَابِعُنَّهُمْ مِنْ بَعْدٍ عِدَّةً ثُمَّ
الأَرْضُ هُمُّهَا إِلَّا إِذَا أُنْقِلَتْ عَلَيْهِمْ آتَيْنَا الْحَيَّةَ الْأُخَرَ وَرُزِّنَا مِنْ مَّرْجٍ بَحْرٍ) [الحج: 5].

ويستبعد المولى حقاً لا مفر منها على جميع الخلق دون استثناء، فقال الله تعالى (قُل
إِنَّ الْمَوْتَ الَّذِيْ تَغْيِرَ مِنْهَا إِنَّا مُرْمَٰضِنُونَ لَعَلَّهُمْ يَتَابِعُنَّهُمْ مِنْ بَعْدٍ وَإِنَّهُمْ
كَتَبْنَٰهُمْ تَعْمَلُونَ) [الجمعة: 8]. تلك الآيات تصر على وضعية الحياة البشرية 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 سبيل الفوز في الدنيا والآخرة.

ويقول الله سبحانه وتعالى: (أَيْنَاء تَحْكَوَّنُوا بِذَٰلِكَ ظَٰهِرًا الْمَوْتَ وَلَوْ كَتَبْنَٰهُمْ فِي بَرْجٍ مُّسْيَكٍ) [النساء: 78]. أي مما تحصن الإنسان وهرب من الموت فإنه آتيه وновيرت منه، وقال الله
تعالى: (وَزَاجِعُ السَّكِرَةِ الْمَوْتَ يُحْفِيُّ ذَٰلِكَ مَا كَتَبْ مَّنْ عَيْبَ) [إِلَّا: 19]. أي ذلك الذي كنت
تحاول أن تهرب منه في حيلتك، سوف يحصل في أي لحظة وهذا تحذير للإنسان من التهفاو
وراء شهوات الدنيا، وأن الإنسان يجب أن يبادر بفعل الخيرات لأن الموت سيدركه في وقت غير معلوم.

وقد أوصانا رسول الله – ﷺ - بالكثر من ذكر الموت، وذلك ليكون فيه عظة، واستعداد له، فعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله - ﷺ - أُكْتُرَوْا ذُكُرُ هَادِمَ اللَّدَائِتِ - يعني: الموت (رواة الترمذي رقم الحديث (2307)).

وقال الشيخ عطية سالم رضي الله عنه: "المراد بذلك أن أكثر من ذكر الموت تستعد له، لا لتذكر صفوك في الدنيا وتقول: أنا سآموت، لماذا أعمش؟ ثم يضيف صدرك، لا، المراد أكثرها من تذكره في نفسك، من أجل أن تستعدوا له" (شرح بلوغ المراد، 1414هـ، 4/2).

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

ويستخلص الباحث مما سبق أن فقق الموت الذي يصيب الإنسان يولد من حتمية الموت وتجهله بموعده ومن مكان موته، وكذلك الطريقة التي يفارق فيها حياته، فالإنسان يستغل هذا الفقق بالعودة إلى الله سبحانه وتعالي بالعبادة والطاعة رجاء المغفرة، لأن الموت حق على الإنسان ولا هروب منه.
ثالثًا: الاكتئاب:

مقدمة:
إن انتشار الاكتئاب بالشكل الكبير والملحوظ يجعل هناك سبباً منطقياً لتسيليط الضوء على ذلك الاضطراب، حيث يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات الأكثر شيوعاً بعد القلق، حيث إن الأزمات المستمرة التي يعيشها الشعب الفلسطيني، ويشكل خصائص الشعب الغزي الذي يعاني من آثار الحروب والضغوط والمشاكل المعيشية المختلفة، والظلم والقهر الذي يعانيه كل يوم، يجعل له أهمية من حيث الدراسة، بما أن الضغوط النفسية التي يتعرض لها الإنسان تزيد من فرصه الاصابة بالاضطرابات النفسية التي تشكل 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 يقمن على الانتحار في العالم سنويًا (منظمة الصحة العالمية، 2009م)، وقد ثبت أن (80%) من مرضى الاكتئاب لا يذهبون لأطباء، ولا يطلبون المساعدة النفسية (الشريني، 2001م، ص89).

مفهوم الاكتئاب:
يعاني الأفراد من ظاهرة الاكتئاب باعتبارها ظاهرة نفسية شائعة، حيث يشعر الأفراد بالإحباط، والفشل، وبخلاف الاكتئاب بين الأشخاص من حيث البساطة والشدة، أي في الدرجة، ففي العلمي، وبالفشل، ويختلف الاكتئاب بين الأشخاص من حيث البساطة والشدة، أي في الدرجة، فمعظم الأشخاص قد يصبحهم الاكتئاب خفيف بسبب الأحداث التي يمر بها من خلال الحياة، دون عرض أنفسهم على أطباء نفسيين أو الذهاب لطلب المساعدة.
ولكي يتم فهم معنى الاكتئاب بشكل واسع يجب تسيليط الضوء على تعرفات الاكتئاب من الناحية اللغوية والاصطلاحية.

تعريف الاكتئاب لغويًا:
الاكتئاب في اللغة العربية مأخوذ من مادة كنب، وكأب، وتعني تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهضم والحزن فهو كنب كتب، وكأب فلنان أي أحزنه، وأكتئب وجه الأرض أي تغير إلى السواد، والكتابه: الحزن الشديد، والاكتئاب مرادف للانقضاض، والانقضاض تعني تجمع وانطوي وانفسى الرجل على نفسه ضاق بالحياة فانزل، وانقضاض على القوى هجرهم (المنج، 1986م، ص668).
تعريف الاكتئاب اصطلاحاً:


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

وفي تعريف "صادق" أنه مرضًا عمليًا وليس مرضًا عقليًا، لأن اتصال المريض بالواقع سليم، وسلوكه سليم، والمريض مستبشر بحالته، وهو يحدث نتيجة ضغوط أو أزمات حادة يتعذر لها المريض وبتفاعل معها، حيث إن أي تغيير في البيئة وتحسين في الظروف المحيطة، يشكل انعكاسًا للك المشكلة، والزمن كفيلة بالشفاء منه.

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

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

ويرى (هندي، 2003م، ص8) أن الاكتئاب حالة انفجارية وقتية أو دائمة يشعر فيها الفرد بالانقراض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والمغم، وتعتبر هذه الحالة أعراض محددة متعلقة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسدية.

مفهوم الاكتئاب من منظور نظريات علم النفس:

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

وضع كل من "فريد وأبراهيم" تفسيرًا للأكتئاب على أنه نكوص إلى المرحلة الفمي السادسة في التطور الجنسي للفرد، ثم رأى أن المكتئب ينتباه شعورًا متضارباً 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...
والكرامة والانتحام والذب، وعندما يصاب بفقدان شخص عزيز أو فشل وشيكة أمر، تتأثر مرحلة النضج بأن يتم منعك للرواة للمرحل الأولى في الحياة، ويكون ذلك عمليات دفاعية لOUSUERIA

الاكتئاب تتبين عند المرحلة الفنية، التي تظهر فيها أعراض هذا المرض بالانتها أو الشراة للأكل، ويجدد أن كثيراً من المرضى يحدث لديهم نقص للوراء، ويتجه في هذه المرحلة المريض إلى أوجه النشاط التي كان يتميز بها سابقاً، والتي تتمثل في بعض المظاهر كمص الأصابع حيث يتمثل الاكتئاب امتصادًا من الأيدي الأعلى وعلى ذلك نجد الأيدي الأعلى تعامل الأنا بالطريقة التي كان يرغبها المريض بشك لا شعورياً، حيث يقوم بذلك لإشعاح حاجاته المفقودة، ومن هنا يظهر اهتماز الذات والتي بدورها تقرر الشخص ليتكفلًا (بلاغ، 1985، ص232).

ويرى "راود" وهو واحد من علماء النفس التحليليين أن الاكتئاب ما هو إلا "صرفنة بحث عن الحب"، ويرى "فينجل" أن الإنسان بطبيعته مدمن للحب، والنظرة الأصلية للاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق هذا الحب وكذلك الحاجات أو الظروف، 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، ورض القدرة على توكيد الذات الذي يتمثل في عدم القدرة على رفض طلب شخص ما بطريقة ذوقية، تلك الأمور تعود للفرد لطريق الاكتئاب، وحسب وجهة نظرهم هذا فإن الأشخاص المكتئبين قد يكونوا أشخاصاً غير قادرين على التأقلم بشكل اجتماعي، حيث يلاحظ أن هؤلاء الأفراد يحتاجون لإقامة علاقات جيدة، كي تمنحهم مركزاً جيداً وترقيات مرموقة في وظائفهم، وإن نقص هذه الأشياء تجعل من حياة هؤلاء الأشخاص ملهم اكتئابه قد تكون واضحة (النجمة، 2008م، ص25).

وقد فسرت هذه النظرية الاكتئاب على أساس نموذجين:

النموذج الأول: يذهب إلى أن الاكتئاب يحصل نتيجة الإثارة بشكل منخفض أو عن طريق العقاب باساليب مرفعة أو الاثنين معاً.

النموذج الثاني: يفسر الاكتئاب على أنه أنماط سلوكية متعلقة، وتشمل هذه الأنماط قائمة لأنها تؤدي إلى إثارة للفرد مثل التпечат والدعم من الآخرين.
والإثابة المنخفضة أو العقاب المرتفع يلعب دوراً مهماً في المساهمة في الاكتئاب (دايروف، 2000، ص37).

والنظرية الأساسية عند رواد النظرية التحليلية هو أن الاكتئاب يكون ناجياً عن حرصية 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 الخاطئ، ويرى أن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب هم الذين يصنعون الاكتئاب بأنفسهم، حيث إن التفكير السلبي أو ما يسمى باللاعقلانية، هو الذي يسبب في سحب الأشخاص لاستخلاص نتائج إيجابية، أو عبارة من الاكتئاب، تلك الأشخاص يجدون بشكل اعتبادي لتبريد مواقفهم التي يواجهون فيها الشفصول والإرادة لآسباب 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 مبوج، 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).

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

رابعاً: النظرية الوجودية:
نظر "فرانكل"صاحب تيار العلاج بالمعنى إلى أن ما يسمى الفراغ الوجودي يعتبر شيء أساسي في الاكتئاب، حيث إنه من أكثر الأطباء في القرن العشرين، ويرجع ذلك إلى فقدان ذي شقين وهنا: أولاً: أن الإنسان يفقد بعض العوامل العاطفية الأساسية مما يكمن فيه سلك الحيوان، وما يستشعر الحيوان بواسطة الأمن والمطابقة، ثانياً: فقدان المعنى وهذا يقود الإنسان للاكتئاب، وبشكل خاص عند الاعتماد على التقاليد التي تدعم سلوكه، لذلك لا يوجد هناك غريزة ترشده إلى ما يجب أن يفعله (مكاوي، 1997م، ص46).
أيضًا أرى أصابح هذه النظرة أن الكتّاب يعاني من فكرته عن نفسه، وذلك أثناء محاولته لإثباتها بنفسه، وعندما يفشل يلجأ للهرود من مواجهة نفسه ومشكلاته، ف يؤدي 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 (جادل، 1985م، ص235).

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

خامسا: النظرية الطبية النفسية:

لبحث جملة الأطباء النفسية لدراسة الأعراض الوبائية المتعلقة بالاكتئاب والنتائج عن الاكتئاب والاختلاف الوظيفي الناتج عنه، فمشكلة النظام العصبي والهرموني، هي التي تسعى الطب النفسي لعلاج الأعراض الناتجة عن تلك الأمراض دون النظر والبحث لحقيقية الأسباب الرئيسية التي أدت تلك الأعراض، لذلك يسعى الطب النفسي لإيجاد الحلول عن طريق العلاجات الكيميائية والعلاج بالصدمات الكهربائية أو بالجراحات (الحسين، 2002م، ص317).

ويرى الباحث (Oster and Montagomery، 1995، ص54) أن استجابة الخلايا العصبية للإفرازات في بعض الهرمونات تعمل خلال في الخلايا العصبية التي تحتوي على المثيرات الكيميائية، مما يؤدي لخلال في هورمونات الغدد الجسمية، مثل الغدة الدرقية والفوائد كثيرة، هذا يقود لخلال في العقل والجهاز العصبي.

سادسا: النظرية الإنسانية:

تتغير المدرسة الإنسانية أن الاكتئاب جوهري وجود الإنسان، وهو خاصية وجودية كامنة ومتميزة في وجوده، وهو في علاقة دامية مع الآخر، هذه العلاقة تنتسب بالتواصل من خلال الحب والعمل، ومن الممكن أن تذهب هذه العلاقة وتختفي بدرجات متباينة، فتكون زلة الأعراض المصاعدة لاضطراب التفاعل بين الأنا والآخر، أو بين الذات والواقع العياني، والتي من أهمها الشعور بالاكتئاب (عبد للوه، 1997م، ص201).

ويرى الباحث من خلال الدراسات السابقة التي كانت للنظريات النفسية أن كل منهم له نظرة خاصة في التفسير، فكل نظرية اختلفت بجانب معين من جوانب حياة الإنسان، لذلك لا يمكن الاعتماد على التفسير لحقيقية المرض من نظرة واحدة، حيث أن اختلاف الأسباب في تفسير الاضطراب بشكل ظاهر أو باطني تجمع 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 الوراثية أو الاجتماعية أو النفسية، فلا يمكن أن يزداد الفرد بالطاقة الإيجابية التي تجلوء أكثر تواصفاً وتكييفاً في الحياة، فحينها يشعر الفرد بالرضا والطمأنينة، حيث يسعى الإسلام لبث روح التناغم بالنفسية سواء على المستوى الفردي أو الجماعي ويعزى للاختلافات معتمراً خاص من المشاكل النفسية. وقد اهتم العلماء في محاولة وضع تفسيرات للاكتئاب النفسى، فمنهم من ربطه بالخطر في عمل القلب، مثل (ابن القيم، 2001م، ص 139) حيث قال أن القلب خلق معرفة فاطر، وحبيته وتحيده، والسرور باليهيبحة الراضية عنه والتوكل عليه، والحب في والبغض فيه والمؤاومة فيه والمعاداة فيه ودوم ذكره، وأن يكون أحب إليه من كل سوء، وأرجى عنده من كل مسوء، وأجل في قلبه من كل ما سوء، ولن ينعم له ولا سوء ولا لذة، بل ولا حياة إلا بذلك، هذا له بمثابة الغذاء والصحة والحياة، إلّا فإضاءة نأمه، فالسوء وال здоровья مساعة من كل صواب إليه، ورهن مقام عليه.

وقال (الخريجة، 2006م، ص 82) أن النظرية الإسلامية للاكتئاب ترجع إلى الانغام المفرط في الأمور المادية والبعد عن المعاني الروحانية التي تتمثل في العبادة وصلة الرحم وكفالة اليمين والصدقة، وغيرها من الأمور التي تحقق الإنسانية للفرد وتحقق الثواب النفسى القانون على مواجهة مصاعب الحياة.

وفسر أيضاً بالصراع الناتج عن خلافة الفطرة، حيث وصف (النابلسي، 2005م، ص 54) الاكتئاب أنه مرض العصر، وسببه الانحراف عن الفطرة السليمة، هناك يؤدم إلى الشعور بالذنب، والشغور بالنقص، ومن ثم الاكتئاب.

وثقت كل من (توفيق، 2002م، ص 399) و (عبد العزيز، 1997م، ص 180) أن السبب في الاكتئاب هو اقتراب الذنب والمعاصي، مما يؤدي إلى الشعور بالذنب، حيث لم تختلف التفاوتات بشكل عام أن الأمراض النفسية تنشأ بسبب الخطيئة والشعور بالإيمان.

لذلك عندما يتم ربط النهج الإسلامي للفرد بهدف سام وغاية في حياته وهي عبادة الله سبحانه وتعالى وحده، وفي إطار هذه الغاية استخففت الله الآيات القرآنية في الأرض القيام على عمرانها، وهذا ما تؤكده الآيات القرآنية في قوله سبحانه وتعالى: (وَا نَخْلَقْتُ النَّجْحَىَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا)
ليَعْجَسُوْنَ (الزُّلُجَاتِ: 65). وقال سبحانه وتعالى (قُلْ إِنَّ صَلَاتٍ وَنُشُورٍ وَحَمْيَةٌ وَمِنْ نَبِيٍّ رَبِّكَ
الذاريات) (الأعراف: 163).

تلك المعاني القرآنية تساعد مريض الاكتئاب على تحقيق التوازن والتوافق والصحة النفسية، حيث إن المسلم يعترف غثيته وهمسه وجوده في هذه الحياة مما لا يشعر 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 اصابته في ماله أو فقتاه لعزيز له، تجعله لا يستسلم ولا يبؤس من روح الله حيث قال الله تعالى: (قَالَ إِنَّا أَشكَرُ ْنَعِيَمَ
وَهُزَنَّى إِلَى اللَّهِ وَأُعْلِمَ مِنَ اللَّهِ مَا لاَ تَعْلَمُونَ) (يوسف: 86).

فالسلم يستمد شعوره بالأمان والطمأنينة من خلال الالتزام بأوامر الله والابتعاد عن نواهي وأداء العبادات، وذلك لتحقيق 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 المسؤول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي (الميلاد، 2004م، ص 65)، أيضاً وجد أن 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 لشيوخ الاكتئاب أكثر عند النساء (عبد الستار، 1998م، ص 23).

ويرى الشاذلي (2001م، ب، ص 135) أن النقص في معدلات المواد الكيميائية في المخ والتي تتمثل في السيروتونين تؤثر على المزاج، ثم التصرفات والسلوك.

كما أن الأدوية والعوامل التي تعالج الاكتئاب تلعب دور مهم في التأثير على الاستجابات العصبية لهذه المركبات، وقد وجد أن هناك مشكلة في الإفرازات لبعض الهرمونات عند الأفراد المصابين بمرض الاكتئاب، وقد ثبت أن هذه الانتظامات تعمل على اضطراب الخلايا العصبية التي تحتوي على المثيرات الكيميائية، أيضاً اختلال بعض الهرمونات لخدم الجسم كالعذبة الدرقية والغدة فوق كلوية تؤدي لمشكلات مزاجية. حيث يعتبر نقص افزاء الهرمونات المنشطة للعذبة الدرقية، والخليل في إفراز المواد الكيميائية في نهاية الأعصاب هو من
أحد أسباب اكتئاب المزاج، ووجد أن نقص مادة النورأدرينالين في مناطق استقبالي المخ تؤدي إلى اختلالات في السلوكيات الوجدانية والعاطفية (العوران، 1995م، ص103).

ثانيا: الأسباب الوراثية:

لعل أول ما بلغت الانتباه بالنسبة للأسباب الوراثية هو انتقال الاكتئاب عبر الأجيال، وهذا ما نلاحظه عن 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 دورًا مهمًا في انتقال مرض الاكتئاب، ويلاحظ أيضاً وجود ارتباط بين الاكتئاب وبعض الاضطربات النفسية الأخرى، وحسب الإحصائيات الطبيعية، فإن حوالي ثلث المصابين بمرض الاكتئاب لديهم أفراد عائلة، أو أقرباء يعانون من مرض الاكتئاب (الزغيبي، 2005م، ص 59).

وقد وجد أن (50%) من حالات الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يكون فيها أحد الوالدين مصابًا بنفس المرض، فإذا كان أحد الأبوين مصابًا 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).

ثالثا: ضغوط الحياة والعوامل النفسية:

تقول الدراسات والمشاهدات الإكلينيكية أن الأحداث الضاغطة التي تسببت حدوث النوبة الأولى للإصابة بالاضطراب الوجداني تكون أكثر من النوبات التالية بالنسبة للرجل، وربما كان الاحتمال في كون الضغوط صاحبت النوبة الأولى قد أحدثت تغييرات مستمرة من الناحية البيولوجية للمخ، وقد تشمل هذه التغيرات فقدان بعض الخلايا العصبية وتغير في المثيرات الكيميائية، إذا صبح المريض أكثر عرضة لحضور نوبات أخرى من الاكتئاب (عكاشة، 2008م، ص 413). والطفلة المبكرة تتأثر بشكل كبير إذا حدث فيها خبرات صادمة حيث يعتبر ذلك من العوامل النفسية المهمة التي قد تمهد لحداث وظهور الاضطراب النفسي فيما بعد، وكذلك الإحباط الذي يعاني منه أي إنسان نتيجة لشعوره ووجود عائق يحول بينه وبين تحقيقه لرغباته، وتكون السيطرة على نفسيته عن طريق الشعور بفقدان الأمل والخيبة، وفي النهاية غالبًا ما تؤدي لحول حالة مرضية (الشربيني، 2001م، ص44). بالإضافة إلى ذلك فإن ضغوط الحياة وتشكل خاص عند الطفل عندما يفقد أحد والديه، أو يحدث فقدان في أحد أفراد الأسرة وارتباك في التخطيط الأسري المعهود في أساليب التربية الصحية، وتتشدد الأم في المعاملة والتربية، والعزلة الأسرية.
والوضع الاقتصادي، كل ذلك له دور مهم في ظهور علامات المرض (شير فلمن، 1999م، ص124).

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

أعراض الاكتساب:

أولا: الأعراض الجسدية:

يقع كل من (زهران، 1977م، ص1561) (عكاشة، 1998م، ص364) في بعض الأعراض الجسدية والتي تتلخص في الأرق، الإمساك، ضعف القدرة الجنسية أو عدم الاستماع الجنسي، واضطرابات الطمث عند النساء، وانقراض الصدر والشعور بالضيق، وفقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن، وسيطرة الصداع والتعب عند القيام بأي شيء يمت بذنوب، وظهور الألم وخاصة آلام الظهر والمفاصل، وغزو التوتؤ المرضي والانشغال عن الصحة الجسدية، ثم ضعف النشاط والتأخير النفسي والحركي والبطء الحركي. ويتفرد "عكاشة" في بعض الأعراض الأخرى التي تتلخص في الركبتين العضلي والفصصي، وآلام القدمين، واضطراب الجهاز الهضمي وزيادة حموضة المعدة، وزيادة أذى الشعر، ثم اضطرابات النظر، وظهور اللمعات الحركية بشكل زائد.

ثانيا: الأعراض الانفعالية والمعرفية:

تري (الحسين، 2002م، ص362) و(عبد الله، 1997م، ص286) أن الأعراض الانفعالية للأكتساب تتمثل في انخفاض العام في المزاج، الشعور بالوحدة الانسحاب الاجتماعي، الشعور بالفشل، الوريد وعدم الحسم، التشاؤم، واجترار الأفكار السوداء، انخفاض الدافعية عن المعتقدات، شعور بالكآبة المتكررة، الشعور باليأس والحزن والغم، الشعور بالقلق وفقدان الاهتمام بالعالم الخارجي، ثم فقدان القدرة على الحب والميل نحو تأديب الذات ولومها، ومشاعر الخوف وفقدان الأم، وأحكام تلقائية سلبيه تجاه الذات والآخرين.
ويضيف "عكاشة" بعض الأعراض التي تتمثل في: نقص القدرة على التفكير، صعوبة الأداء، تضخيم الأمور، التهويل، والسرحان والشرود والتزديد، وكذلك الأفكار الانتحارية والسوداوية الواضحة (عكاشة، 1998م، ص366).

ثالثًا: الأعراض السلوكي:

المظهر والسلوك الخارجي للفرد غالبًا ما يكون مؤشرًا على وجود الاكتئاب من عدمه، فمن الممكن أن تكون ملابس الفرد قتة وشبهية، وانساخ الشعر وعدم نظافته الشخصية مؤشرًا على ذلك، وكذلك الكسلم الذي يعبر عنه في صورة بطاقة في حركة الجسم وعدم ممارسة الأنشطة وكذلك قلة الكلام وبطئه، واستجابة الفرد بجمال بسيطة، وهذا البطء في حركة الجسم والعبر والاستجابات تسمى بالتأثير النفس حركي Psichomotor Retardation، هذا بالإضافة إلى الانسحاب الاجتماعي، ومنخفض الإنتاجية، وفصفة عامة في يكون هناك انخفاض في مستوى الطاقة (زهان، 1997م، ص517).

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

ويصف "زكار" بأن الشخص المكتئب يعاني من: الشعور بالملل والزهق، وعدم الاستمتاع بالحياة، وتمتثيل في صورة خلل في النوم إما صعوبته أو كثرة، وكذلك خلل في الأكل إما بالشرة أو فقدان الشهية، ثم ضعف التركيز وسرعة التعب، والنظرية التشاركية، والتفكير في إبادة 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، الشعور بالملل، الأفكار الانتحارية، البكاء، الأرق، القلق، الشعور بالوحدة، الشعور بالذنب، فقدان الشهية، نقص الوزن أو زيادة، فقدان الرغبة الجنسية، وفقدان الاهتمام والعزلة الاجتماعية، تلك الأعراض تتضمن جميع الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية يعاني منها مرضى السرطان بشكل عام، فعرفة هذه الأعراض قد تشير لوجود الأكتئاب لدى المرضى المصابين بمرض السرطان.
تصنيف الاكتئاب:

وبحسب 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 والسلوكى، وتحدث ثلاث مرات أو أكثر أسبوعيا، حيث يكون المزاج بين نوبات الغضب منعفاً باستمرار لأغلب اليوم كل يوم تقريباً. ومن الملاحظ أن هذه الانفجارات الغضبية، وتكرارها أكثر من ثلاث مرات أسبوعيا يجب أن تتواجد لأكثر من (12) شهر لم يعد لمدة ثلاث أشهر متتالية.

2. الاضطراب الاكتئابي الجسدي:

ويتضمن بنوبة من الاكتئاب تستمر لمدة أسبوعين على الأقل، يعني فيها الفرد من أعراض الاضطراب وذلك بشكل متزامن، ولتلاقي هذه الفترة يجب توجد واحد من التوقيتين من الأعراض على الأقل وهي إذا مزاج منخفض، وإما فقدان الاهتمام والمتعة، والأعراض الأخرى تتمثل في فقدان أو كسب في الوزن، زيادة أو نقص في النوم، وزيادة نفسي أو خمول، تعب وفقدان الطاقة كل يوم، والشعور بانعدام القيمة والشعور بالذنب، ثم انخفاض القدرة على التركيز، وأفكار عن الموت والانتحار.

3. اضطراب اكتئابي مستمر - سوء المزاج:

وعليه حالة اضطرابية تسمى بمزاج اكتئابي يستمر عادة لمدة شهرين على الأقل لدى الراضدين، بسنة على الأقل لدى الأطفال، إضافة إلى الشعر بالاكتئاب فإن الفرد يصبحه عدد من الأعراض تتمثل في فقدان الشهية أو الشريحة للطعام، أرق أو فرط في النوم، انخفاض الطاقة والتعب، وانخفاض الشعر بالقيمة، وعدم القدرة على واتخاذ القرارات، ومشاعر اندماع الأمل (اللاجئى) بالإضافة إلى أن هذا الاضطراب قد يتواجد في نوبة اكتئاب جسدي باستمرار خلال العامين، ولا يصاحبه أي حالات من الهوس أو نوبات تحت هوسية، كما أن الأعراض لا تلتقط لأكثر من شهرين.

4. اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث:

ويحدث في معظم دورات الطمث يتألف أفضل أعراض الاكتئاب في الأسبوع الأخير قبل بداية الطمث وتبدأ بالتحسن خلال بضعة أيام بعد ظهور الطمث، وقل أو تغيب في الأسبوع التالي.
للمصطلح، والأعراض تتمثل في عدم الاستقرار الافتعالي، والتململ، وغضب وظائف شخصية، وانعدام المكتسب واليأس، القلق والتوتر الملحوظ.

5. الاضطراب الاكتئابي المحتم بعامة/دواء:

وهو الاضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل الأنشطة تدريجياً، وبدلاً من التاريخ والفحص الجسدي والنتائج المخبرية تكون التطورات عملية الانسام بعامة أو السحب من مادة أو بعد التعريض لعقار ما، وتستمر لفترة من الزمن (مثال، حوالي شهر) بعد انتهاء السحب أو الانسام، يسبب هذا تدنياً أو احباطاً ملحوظين في الأداء الاجتماعي الوظيفي.

6. اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى:

وهو الاضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل الأنشطة تدريجياً، وبدلاً من التاريخ والفحص الجسدي والنتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية، يسبب هذا تدنياً أو احباطاً ملحوظين في الأداء الاجتماعي الوظيفي.

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 ايضحة أسباب معينة، أو تسبب الأعراض المفيدة في مجالات الاكتئاب الاكتئابية، من أمثلتها: الاكتئاب الوجيز المتكرر، نوبة اكتئاب قصيرة، نوبة اكتئابية 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 إياً سبب غير محدد، أن الظواهر الحالية لا تلبى المعايير المجردة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية، وتتضمن الحالات التي لا توافق على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلًا).

9. محددات الاضطرابات الاكتئابية:

وتصنف كالتالي: مع انزعاج قلقي، مع مظاهر مختلطة، مع مظاهر السوداوية، مع مظاهر لا نموذجية، مع مظاهر ذهنية، أهال هلاوس أو هلاوس موجودة، مع بدء حول الولادة، مع النمط الفصلي، تحديد الشدة الحالية ما إذا كان، تحديد الشدة الحالية (جمعية الطب النفسي، 2013م، ص 74- ص90).

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 والبهادات، وتستعمل بالحالات التي يصعب تقديم فيها، و تكون شديدة التوتر والتهيج، لأن لها تأثيراً مهماً، وبالنسبة للعلاج بالصدمات الكهربائية، ذلك النوع من العلاج لا يستخدم إلا في حالات الاكتئاب الشديد المصاحب لممكل انتخابية يؤدي إلى فقدان الذataire (العوران وريكي، 1995م، ص109).

وللحد أن العلاج بالصدمات الكهربائية عدد جلساته من (4) إلي (6) جلسات وهذا يؤدي إلى تغيير واضح في الموجات الدماغية الكهربائية، إذ تتسبب في جهد عالي (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(زهريه، 2005م، ص519).

ثانياً: علاج الاكتئاب في النظرية التحليلية:

يتوجه العلاج في النظرية التحليلية للبحث في مكونات الشخصية المكتئبة بالنظر إلى خبرات الطفولة الكامنة، والصدمات التي تعرض لها المكتئب في السنوات 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 الإشارة بهذه النظرة، وهو مساعدة المريض على استحضار المخزونات الموجودة في اللاشعور واستخراجها إلى حيز الشعور، والتعامل معها(الشناوي، 1991م، ص96).
ولد أشار "عسك" إلى أن علاج الاكتئاب من منظور التحليل النفسي يتم عن طريق التحقيق عن الأسباب التي أدت للوصول إلى الاكتئاب وإزالتها، فيسعى إلى محاولة تخفيف حدة التثبيت في المرحلة الفموية، ومحاولة حل الصراع الأيديولوجي، وتقوية دفاعات الأنا وتخفيف قوة الأنا العليا الباعثة على الذنب مع إعادة التنظيم الالغائي وتوظيف الطاقة النفسية سعيًا لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات وتعديل مسار الطاقة العدوانية الموجهة إلى الداخل كي تتعبر عن نفسها بطريقة سلمية إلى الخارج (عسكر، 1998م، ص177).

ثالثا: علاج الاكتئاب في النظريات السلمية:

للعلاج السلمي أساليب مختلفة في علاج الاكتئاب، حيث يتفق كل من (ماكار، 1997م، ص52) و(زهري، 2005م، ص32) على بعض الأساليب والتي تتمثل في التحسين التدريجي للخفض من حساسية العميل للمواقف التي ينبعث منها الاكتئاب، ويعتبر أسلوب التدريب التوكدي السلمي من الأساليب المهمة والتي من خلالها يتم ملاحظة سلك المصطلح، وعندما أسلوب آخر وهو تعديل السلك الاكتئابي عن طريق فنية تسمى فنية المضترب، وعندما أسلوب آخر وهو تعديل السلك الاكتئابي عن طريق فنية تسمى فنية النماذج، وعندما تعلم الفرد سلوكيات جديدة من خلال ملاحظته لسلوك الآخرين، وتعريف له بشكل منظم، ثم يطلب من العميل بممارسة نفس الأداء الذي سيكون منه النماذج.

ويرى "عكاشه" أن من الممكن استخدام فنية تعديل السلك السلبي، وذلك بالتدريب على بعض الفنات السلمية التي تقدم لتغيير الحال لموجود علية والنظرة السوداوية، حيث إن هذا يعتمد على تغيير السلك غير المرغوب عن طريق الإطفاء، ثم بناء سلك جديد بدائل عن السلك غير المرغوب (عكاشه، 1980م، ص131).

رابعا: علاج الاكتئاب في النظريات المعرفية:

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

وينظر "بيب" للعلاج المعرفي بأنه يجب أن يتم فيه استخدام طرق علاجية يتم فيها تنظيم جلسات تكون مخططة لها بعناية، وتكون محددة، ويتم تسجيل المعلومات بواسطة فنية تسمى فنة العودة 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 الإسلامي:

يرى (الخطيب، 2000م، ص: 445) أن الإنسان يستمد قوته وطاقته الإيجابية من التربية الإسلامية السليمة، التي بدورها تشعر الفرد بالرفاه والراحة النفسية، وتبعد عن التوتر والحزن والقلق والاكتئاب.

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

(إن هندًا القرآن يهدي لأل هم أقوم وبديع المؤمنين الذين يعملون الصالحات أن لهم أجرًا كبيرًا) [الإسراء: 9].

فالعلاج الديني بشكل عام يهدف إلى تغيير أفكار المريض عن نفسه، وعن الناس، ويهدف أيضًا للتعرف على أساس المشكلات النفسية التي عجزها عن وجود حلول لها، والتي كانت سبب أساسي في تشيكت الاكتئاب والقلق والاضطرابات النفسية والسلوكية فيهم.

ومن خلال إطلاع الباحث على بعض التقنيات للارشاد 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: (يا أيها الناس قد جاءكم ربي فاتركتكم بريثكم وأكنتم إلى حضركم لو أردتم ميثينة) [النساء: 147]. فالإنسان يولد بطاقة روحية وإيجابية كبيرة تقوىه ليغير مفهومه عن نفسه والآخرين والمجتمع، وكذلك معرفة هدفه في الحياة، ثم يميل قلبه بحب الله ورسوله والناس أجمعين، ذلك الحب الذي يبعث الشعور بالأمن والاطمئنان.

2- التقوى:

(ومن يبقي الله يعجل له من أمره نسرا) [الطلاق: 4]، وهي الابتعاد عن ارتكاب المعااصي والذنوب، وأن يتحكيم الإنسان بانفعالاته ودوافعه ويسيطر على مبولا وأهوائه، حيث إن التقوى تتضمن مفهوم توطئ الإنسان الحق والعدل والأمانة والصدق، وتبعده عن الظلم والعدوان (الخطيب، 2000م، ص65)
3- الاعتراف بالذنب:
(وَََََٰحَخََٔكَََّّْعَلَََاللَََِّّذَََُٓٔ خَصْتَُُّ)
فلا يجوز للإنسان بما في نفسه تأثير الإحساس بمشاعر الخطيئة والإثم، ويجب من تأييب الضمير، ويزكي النفس ويرفعها لتصبح مطمئنة (زهان، 1980م، ص31).

4- التوبة:
(قَلْ يَا عِبَادِ الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِمِروَ عَلَى أَنْفُسِهِمْ لَا تُعْتَنَّ فَرَأَيْتَمُّوْنَ أَنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الْذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ) (الزمر: 53) إن الشعور بالذنب هو الذي يسبب للإنسان الشعور بالألم النفسي، لذلك العلاج النفسي يقود لتغيير فكرة المريض عن خبراته السابقة لإعادة الأمل له، وأن ينظر للحياة بشكل جديد ويصبح أكثر قبول لذاته عن طريق التوبة.

5- الصبر:
(وَرَّاحَهُمُ يُتَّزَكَّرُونَ عَلَى اللَّهِ ضُرُّ حَسُبَ) (البقرة: 153) فالصبر يشعر الإنسان بالألم والطمأنينة، ويساعد الإنسان في عدم الانهيارات للصدمات والقواعد التي يتعرض لها (نجاتي، 1997م، ص279).

6- التوكل على الله:
(وَمَنْ يَتَوَكَّلَ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ هٰذٰهُ الْمُهْتَفُ) (الطلاق: 3) يعتبر التوكل على الله زاداً روحياً يبعث الطمأنينة في حياة الفرد، يخلصه من القلق والخوف من المجهول (زهان،1980م، ص34).

7- الذكر والاستغفار:
(وَمَنْ يُعْمِل سَوْمًا أوْ يُطِلِّبُ نَفْسَهُ ثُمَّ يُسْتَغْفَرُ اللَّهُ وَتَعَفَ اللَّهُ رَحِيمًا) (النساء: 110) حيث إن الإنسان غير مصموم من الخطأ، فإذا شعر أنه أخطأ وظلم نفسه، فلا ينفظ من رحمة الله، بل يجب أن يذكر ويستغفر، ويبقى بأن الله غفوراً رحيماً (زهان، 1998م، ص36).

8- الدعاء:
هو سؤال الله القريب المجيب وطلب المساعدة منه واللجوء إليه في كشف الضر وعند الشدائد، فقال تعالى (وَإِنَّا سَأَلَّنا عَبْدًا عَنْ يَرْجِيْنَ قَرْيَتَيْنَ أَجَيْبَ دُعَاءِ الْدَّاعِ إِذَا دَعَاهُ) (البقرة: 186) فدلغاء سمو روحه يقوي الإيمان الفردي، وهو علاج نفسي يشعر بالطمأنينة والسكينة ويزيل الضيق والهم والكره (الخطيب، 2000م، ص459).
9- العبادات:

إن سبب شعور الإنسان بالسعادة والأمن والراحة النفسية هو التقرب إلى الله بالعبادات، إذ تمده بالطاقة الروحية التي تزيل عنه متعاب الحياة وتساعده في بناء شخصية سوية تنتمي بالصحة النفسية (النمر، 1422 هـ، ص 131).

ويرى الباحث مف خلاؿ الاستعراض السابقع كعممو مع مرضى السرطان أن النذير بولد روح الطاقة الإيجابية لدى المرضى، فالتقناع بالتام بقدرة الله على التغيير والصبر على البلاء له 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" ويوصف به بشكل عام أن الضرر التي لا تفلت من الممكن أن تكون رمزًا للآلام، حيث إن الصدمات والأحداث الصعبة التي يتعرض لها الإنسان خلال حياته يمكن أن يكون لها جانب إيجابي، بعيدًا عن الإحباط والفضول واليأس، قريبة من الأمل والنجاح والمعونات المرتقبة.

تعريف نمو ما بعد الصدمة:

يعرفه (Tedeschi et al., 2004:1): بأنه التغيير النفسي الإيجابي الذي يشهده الفرد نتيجة تعرضه للصدامات والمحق ورصد، والتي تؤدي إلى الارتفاع في مستوى الأداء، تلك الظروف تمثل مجموعة من التحديات يسعي الفرد للتكييف معها مما يقود الفرد للتغيير في شخصيته من خلال نظمته لنفسه وعلاقاته بالآخرين ونظرته للعالم من حوله.

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

ومن الأخصائيين النفسيين الذين اشتركوا وافقوا في هذه التعريفات (Zoellner & Maercker, 2006:628 و(Maercker, 2006:628) و(Garnefski et al., 2008:343 و(Jirek, 2011) و(Hefferon et al., 2004:377) و(Ho et al., 1999:270) و(Ho et al., 2004:377) و(Hefferon et al., 2004:377) بما أن هذه الصدمات تؤدي إلى ارتفاع 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 الديمقراطية كالجنس والعرق والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل لها تأثيرها في جميع مستويات نمو ما بعد الصدمة حيث أن 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 السفن، وأن نمو ما بعد الصدمة يميل إلى أن يكون مرتبطة بمستويات الدخل للمستوى التعليمي، وكل هذه المتغيرات تختلف باختلاف الحدث الصادم (Kane, 2011:84).

ويعتبر التفاوت والدعم الاجتماعي واستراتيجيات التكيف لها دور مهم في المساعدة في نمو ما بعد الصدمة (Kashdan & Kane, 2011:84). التفاوت هو إقرار ذاتي للشخص بتوقع حدوث شيء إيجابي بالرغم من وجود وقائع سلبية، فالتكيف على هذا الأسلوب يعكس مدى وجود الوضع الإيجابي والتوقع الجيد، حتى لو كانت الوقائع تشير لاحتمالية حدوث نتائج سلبية، فالخبرات تظهر أن التعزيز الذاتي يؤدي إلى الوضع الإيجابي والذي هو موجود طبيعي للكثير من الأشخاص، فالأشخاص المتفائمون يكون لديهم الوضع الإيجابي أعلى من الأشخاص المحبطين، وذلك التفاوت يساعد ويساهم بشكل أكبر في نمو ما بعد الصدمة (Prati & Pietrantoni, 2009:364-388).

والدعم الاجتماعي يلعب دوراً هاماً في تطور نمو ما بعد الصدمة، فعند العثور على فرصة تقوية للفتح النفس، وتشبيت وتنمية العمليات المعرفية والإدراكية لرسم وجهة نظر جديدة، فالدعم الاجتماعي يساعد الناس للعثور على معاني جديدة للحياة، ليقوى لديهم نمو ما بعد الصدمة (Zoellner et al., 2008:245).

وأجريت دراسة قام بها (Ho et al., 2004:377) على مرضى السرطان أظهرت أن الدعم الاجتماعي يعمل على تحسين الصحة النفسية لكون أفضل، وتؤدي إلى تغييرات إيجابية ملحوحة، وذلك بمساعدة المريض بإعداده، مساعدة فإيجابية تؤدي إلى استثارة العملية الإدراكية، ذلك يقود إلى المساعدة في نمو ما بعد الصدمة.

أما بالنسبة لاستراتيجيات التكيف فدورها الهامة في نمو ما بعد الصدمة، فأكد (Scignaro et al., 2011:823-831) أن هذا العامل يتأثر في الحصول على الفهم العميق للصدمة، بعد تعرض الحدث الصادم وتعرف عليه بشكل واعي وجيد، والتركيز على عمليات التحمل والقبول النشطة للحدث الصادم، حيث يؤدي إلى الارتباط بشكل إيجابي مع نمو ما بعد الصدمة والتكيف معه.

ويعتقد "جاباويكروي" أن الشخصية وهي دراسة ومعرفة الخصائص المختلفة من حيث الإدراك والسلوك، وميكانيمات الدفاع للفرد تؤثر بشكل أساسي في نمو ما بعد الصدمة الذي يركز من خلال هذا الصدمة فرع (Jayawickreme & Blackie, 2014:312-331) أن أحداث الحياة الصادمة تؤثر بشكل كبير على شخصية الفرد، لذلك تهتم بالشخصية.
يعتبر الأمل والذي هو عامل آخر مرتبط بنمو ما بعد الصدمة، لأنه كأحد أعمدة قياس نمو ما بعد الصدمة، بالنسبة لبعض الصور المختلفة، يتأثر بشكل محدد مع الزمن من صعوبة إيجاد طرقم لقياس ذلك منذ فترة طويلة بشكل موحد، فعلى سبيل المثال، إذا كان هناك من الصدمة لفترة طويلة، ففي دراسة أجريت مؤخرًا بين أحياء الأطفال الذين نشأوا في الصدمة، وتم تقسيم مشاركين عددهم (1025) مشاركاً وفقًا لمقياس الطفلين للأطفال، وأظهرت النتائج أن الصدمة في الطفولة كانت مرتبطًا مع مستويات أقل بكثير من الأطفال الذين نشأوا في الصدمة بالبالغ، وبالتالي هذه النتائج تشير إلى أن الأطفال 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، ص.13)، والصدامات 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 (موسي، 2000م، ص.18).

وأشار "الحجار" إلى أن هناك عوامل يجعلن الحدث حدثاً صادماً:

- التهديد بالموت أو إصابة خطيرة تلحق بالشخص.
- الشعور القوي بالخوف والعجز (أبو شريفة، 2011م، ص.21).
ويرى الباحث أن قوة الصدمة ونوعيتها ومدتها والظروف الشخصية هي العوامل التي قد تسهم وتشترك في تكوين أحد الاتجاهين السلبي أو الإيجابي الناتج عن الصدمة في تكوين اضطراب كرب ما بعد الصدمة، أو نمو ما بعد الصدمة.

2. الدعم الاجتماعي الجيد:

يعتبر المنظور الاجتماعي البصري، 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 تدورها تسهل في نمو ما بعد الصدمة (Kazak et al., 1997:122).

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

3. عملية إدراك الصدمة:

عملية استجاب الشخص للصدمة تعتبر نسبية، حيث تختلف من شخص لأخر، فقد نلاحظ اختلاف ردة فعل لأشخاص نفس 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 الفعلية، والفعلية السلوكي، والقيادة 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 وبدلاً جهداً للوصول للاقجاز (حجازي، 2013، ص423).

5. القدرة على تغيير المعتقدات:

إن فهم الشخص لما يملك من قدرات وإمكانيات تؤدي إلى الإجابة والنجاح والقدرة على التعامل مع المواقف الصعبة ( خطاب، 2011م، ص125)، بذلك يكون لها تأثير في عملية تطور نمو ما بعد الصدمة.
6. القدرة على البحث عن معنى جديد للحياة:
إن إدراك الفرد قيمة حياته وأن لديه أهداف يريد تحقيقها بالرغم من صعوبتها
ومشقتها(عبد الحليم، 2010م: ص37)، يؤدي لالارتباك 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 الجيّد أو السيئ;
فبعض الدراسات وجدت أنه كما كان الحدث الصادم قوياً كما زاد تشتت الشخص في حياته،
وكلمات زادت الفرص لحدث ولعوب لما بعد الصدمة (Diggens, 2003:6).

8. العمر والجنس:
يعتبر (Diggens, 2003:6) أن عمر الشخص يساهم في تحديد مقدار نمط ما بعد
الصدمة، فبعض الدراسات وجدت أن البالغين سجلوا مقدارًا أعلى في نمط ما بعد الصدمة مقارنة
بكبار السن، وقد يعزى ذلك إلى أن صحار السن لديهم مرونة أكبر في تقبل تغييرات الحياة،
وعلى العكس من ذلك فبعض الدراسات وجدت أنه ليس هناك علاقة بين العمر ومقدار نمط ما بعد الصدمة.

وردّت الدراسات قليلة أظهرت أن النساء يتطورن مقدار أعلى من نمط ما بعد الصدمة مقارنة
بالرجال، حيث إن دراسة (Laufer & Solomon, 2006:429) وجدت أن الفتيات يطورن
نوع ما بعد الصدمة بشكل أكبر مقارنة بالرجال، وفي دراسات أخرى على النيقيز من ذلك، فقد
وجدت أنه ليس هناك أي اختلافات بين الرجال والنساء في مقدار نوع ما بعد الصدمة.

9. الدين:
العديد من الأبحاث أظهرت أن دينية الشخص ومعتقداته تؤثر على درجة نوع ما بعد
الصدمة، مثل دراسة (Laufer et al., 2006:429) التي ترى أن التدين له أثر كبير في نوع
ما بعد الصدمة، خاصة عندما يحدث تغيير في تلك المعتقدات، ولدعم ذلك فإن المشاركة الدينية
والتبديل 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 نوع 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 يستخدم كعامل تنبؤي لنمو ما بعد الصدمة وكمسار لخرجاته. دراسات أخرى تم اجراؤها على مرضى بالسرطان أوضحت أن المزاج السلبي أو الإيجابي لم يكن لديهما 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 لصدامات 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) أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة في العادة يكون من النتائج السلبية، أما نمو ما بعد الصدمة تكون نتائجه إيجابية، ويبدو لنا منطقياً من خلال الاطلاع على النتائج؛ أن نمو ما بعد الصدمة واضطراب كرب ما بعد الصدمة في الأتيحين متضادين، وفي الحقيقة كثير من نظريات اضطراب كرب ما بعد الصدمة تظهر لنا أن أعراض نمو ما بعد الصدمة واضطراب كرب ما بعد الصدمة غالباً ما تتجاوب وتتجتمع مع الأشخاص الذين واجهوا وتعرضوا لأحداث صادمة.

والأحداث الصادمة ليس من شميتها فقط أن تطور أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، بل من الممكن أن تتجه نحو نمو ما بعد الصدمة، الذي يحدث تغييرات إيجابية، وبالرغم أن الأحداث الصادمة صعبة التحكم فيها، وعرض الشخص لتهديد عالي، إلا أنه يمكن التأمل 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 للصدامات وجد عندهم أعراض خفيفة لإضراب ما بعد الصدمة، وقد أظهروا وطوروا مشاعر نمو ما بعد الصدمة، وذلك وجدت الارتباط ما بين أعراض ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى ذلك وجد أن التضمن له 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 قلبياً أعلى نمو ما بعد الصدمة من أولئك الذين تعرضوا لأعراض أقل حدة، ومع ذلك فبعض الباحثين يرون النفيض من ذلك، فقد وجدوا أن

56
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.

والد (ليفين وآخرون) أن العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة تتبع أربعة أشكال:

- أن أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة يقلل من الأداء الوظيفي ويستثني من جودة الحياة، وبالتالي يتزامن النمو والنمو ما بعد الصدمة.

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

- اضطراب ما بعد الصدمة والنمو نتائجه منفصلة ومتباعدة، لكن يمكن أن تتعايش مستقبلا.

- العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والنمو تتبع منحنى مقلوب، حيث إن ارتفاع وانخفاض مستويات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة يتطور نحو 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 المؤلَمة التي في المقترض 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. في سياق المرضي المشتركون بمرض السرطان، قد ظهرت نتائج إيجابية لنمو ما بعد الصدمة وتعتبر في أعراض الاكتئاب وبعض السلوكيات الصحية، ومع ذلك فإن نمو ما بعد الصدمة قد فوائد مهمة (Morrill et al., 2008:948).

ويرى (Walter et al., 2012:155) أن الخطط في هذه النتائج قد أوحى للباحثين بأن يفتروح أن العلاقة بين أعراض النوعين يكون أفضل تفسير لها هو أنها علاقة تأخذ شكل المنحنى، فكلما كان مقدار الارتجاز مطلقاً لبدء عملية النمو، كان ذلك كرب أشد تعزز ذلك من الحدوث، ومع ذلك فإن تحليلات بعدي حدثية 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.
نحو ما بعد الصدمة وعلاقته بالصحة النفسية:

تعتبر الصحة النفسية من العلوم المهمة في حياة البشر، وخاصة في العصر الحاضر، فكثير من البشر يتعرض لأي زوال الصحراء والإيابات المختلفة، ومواجهة الأمور المتكررة، والتي من الممكن أن تؤثر في وضعه النفسي، وتنزل بتوزيع الصحة النفسية.

فالصحة النفسية حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، وتأتي به أن يسلك طريقة تجعله يقبل ذاته، ويقبل المجتمع، بحيث يشعر جراء ذلك بدرجة من الرضا وكفاءة (كفاة، 1997م، ص81).

ويرى (زهارن، 1997م، ص9) أن الصحة النفسية هي حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً كان فعلياً كابتعا جماعياً) ويشعر بالسعادة مع نفسه والآخرين ويكون قادرًا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته، ومواجهة مطالب الحياة، تكون شخصيته متكملة سودية ويكون سلوكه عادياً بحيث يعيش بسلامة وسلم.

ويؤكد "فيمي" أن الصحة النفسية تأخذ طريقتين إيجابيين واسعين شاملين، غير محدودين، للتمتع بحياة خالية من الأمور، وأن يرضى الفرد عن نفسه، ويقبل ذاته، ويقبل الآخرين (فيمي، 1990م، ص15)، وهذا المفهوم يرتبط بنمو ما بعد الصدمة من حيث الإيجابية، حيث إن النمو يتبعه تغييرات نفسية إيجابية بعد مواجهة المحن والصدمات، التي تؤدي إلى تكيف الفرد مع هذه الصدمات بطريقة إيجابية.

وهذا التغيير النفسي الإيجابي يؤدي إلى الارتفاع في مستوى الأداء، تلك الظروف تمثل مجموعة من التحديات تسعى الفرد للتكييف معها مما يقود الفرد للتغيير في شخصيته من خلال نظرته لنفسه وعلاقته بالآخرين ونظرته للعالم من حوله (Tedeschi et al..، 2004:1).

ويؤكد "جارنفينسكي" 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 (Garneski et al..، 2008:270)، بمعنى أنه كلاً كانت أعراض الصدمة أقل وأعراض الاكتئاب أقل فذلك يشير إلى تطور نمو ما بعد الصدمة.

والنتيجة بنمو ما بعد الصدمة على المدى البعيد وعلاقته بالصحة النفسية تم إجراء دراسة على المرضى المشخّصين بسبيطن الذي على المدى البعيد، وذلك بعد التشخيص في المدة ما بين (5-15) عاماً، هذه الدراسة توجّه وجود نمو ما بعد الصدمة، وذلك بوجود حالة حياة بشكل أفضل مما أدى لوجود صحة نفسية أفضل، وذلك مقارنة بالمدى القريب أي أقل من خمس
سنوات، أي كمما 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 يتزايد الشخص مع الصدمة، بالرغم من أن قليل من الدراسات تدعم هذا الاقتراح لأنها فشلت في إيجاد علاقة واضحة بين الوقت الذي مر بعد الصدمة ونحو ما بعد الصدمة، وقد يعزى ذلك إلى أن المظاهر المختلفة لنحو ما بعد الصدمة قد تطورت في اتجاهات مختلفة (Diggens, 2003:6).
وإن الغالبية العظمى من الدراسات تسعى لتحقيق التحقق من العلاقة بين نحو ما بعد الصدمة والصحة النفسية، حيث وجدت دراسة مستعرضة استهدفت مرضاً السرطان والإيدز وأمراض القلب والتصعب المتعدد، والتهاب المفاصل الروماتويدي، إلى أن الدعم الاجتماعي، والاستراتيجيات المحاكية للكف الأشخاص لها تأثير على الصحة النفسية والجسدية، وترتبط باستمرار في تطور نمو ما بعد الصدمة للأشخاص الذين تعرضوا لأمراض فيبرية وصعبة (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، والتكييف الإيجابي والمراقب الإيجابي والصحة النفسية، وذلك بعد التقييم عن طريق المقابلات والاستبيانات.
ويرى الباحث أن نحو ما بعد الصدمة وحالة الصحة النفسية غالباً تحدث في الناجين من الصدمات كمحاولة للتكييف مع الصدمة النفسية، حيث يحدث تغييرات إما إيجابية وإما سلبية ناتجة عن الصدمة، فإن من المهم ملاحظة حالة نحو ما بعد الصدمة والمراقب النفسي، ويرى أن نحو ما بعد الصدمة يرتكز على أنه له دور مهم في التكييف مع الصدمة بطريقة تحمي وتقلل من الضغوط النفسية الزائدة.
أبعاد نحو ما بعد الصدمة:
إن أبعاد نحو ما بعد الصدمة تعتمد على القاعدة الأساسية والبنية الفكرية للفرد، فاختلاف نمو التجارب الكارثية التي يعترض لها الأفراد لنفس نوع الحدث السببي الذي يتعرضون له يؤدي إلى اختلاف نوع النمو للصدمة، هذه الأعراض التي تختلف فيها الأبعاد من الممكن أو غير الممكن أن تكون مشابهة أو مختلفة لنفس الشخص. لذلك فإن نحو ما بعد الصدمة له ثلاثة أبعاد وهي:
1. تغيرات في النظرة إلى الذات:

إن الفرد الذي يتمتع بمفهوم إيجابي عن ذاته، ويدرك صورة ذاته من خلال نفسه، وذلك بإدراك طموحاته وقدراته، والتي تعتمد بقدرته على إنجازها وتحقيقها رغم كل التحديات، تلك الصورة التي تُقود الفرد للتغيير والإبداع نحو الأفضل (الحبري، 2003م، ص40)، لكن عندما يعاني الفرد من قيمة النقص نفسه وإحساسه بالدونية وعدم القوة، فهذا يقلل من قدرة الفرد من التكيف مع الصعوبات التي يواجهها من الناحية النفسية (بهر، 1993م، ص34)، فتغير الذات نحو الأفضل والوصول للإبداع والأصالة، والتعبير عن النفس بالصراحة والأمانة (عبد الخالق: 1990م، ص588)، ذلك يوصل الفرد لتحقيق ذاته والتكيف مع الصدمات والتغييرات التي تؤثر بذاته وصحته النفسية.

2. تغيرات في العلاقات الشخصية:

طبيعة الإنسان تفرض عليه الوجود بدائرة من التفاعل الاجتماعي، لتحقيق قدر من الارتياح الوظائقي، وذلك بنجاح عدد من الأشخاص الذي يقيم علاقته معهم، حيث يشعر الإنسان بحاجته للارتباط بالأطراف خاصة عند تعرض لقلق أو خوف أو حدث صادم، فحاجة الفرد في بعد عن الوحدة التي تقلل من الراحة النفسية، هي التي تجبره على تكون علاقات شخصية (أبو سريع، 1993م، ص84).

فالألفاء يساعد الشخص على إيجاد حاجاته الأساسية في الحياة للوصول لدرجة الراحة، لذلك العلاقات الشخصية ليس عبارة عن خبرة تحصل عليها الشخص من خلال الحياة والممارسة فقط، ولكنها أصبحت فن يتم التعامل به، مما يؤدي إلى رفع المعنويات والتعزيز، كذلك النمو كما التكيف مع الآخرين والمجتمع (المحمدي، 2014م، ص12).

3. تغيرات في فلسفة الحياة:

عندما يصبح الشخص مقدرا لحياته، ويدرك الأشياء التي كانت أقل أهمية في الماضي بأنها ذات أهمية كبيرة في هذا الوقت، فهذا يقود للتغير كبير في طبيعة الحياة التي يعيشها، خاصة عندما ينتمي الفرد إلى الجانب الروحي والديني، الذي قد أصبح ذات أهمية كبيرة، ذلك يعكس تحول كبير في معتقداته ونظرته للعالم الآخرين، وبذلك يحصل التحول الكبير في حياة الفرد (العباسية 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 حياة، فنالرتبط بين تلك المكونات في نفس الشخص تجعل منه إنساناً جديداً يرى نفسه بشكل أكثر

60
إيجابية، ثم يصبح اجتماعياً، مما يقوده لتغيير الأهداف الحياتية التي يرغب فيها، وذلك في حدود الواقعية التي يقوم بتحديدها.

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 ويسهمها في خمسة مجالات والتي تتمثل في:

أولاً: زيادة التقدير للحياة بشكل عام:

إن امتلاء الحياة بالحيوية والثراء والأحداث ذات القمة والجديدة والتي تذهب وتقلل من الملل، وتتدعو الإنسان لمواصلة الإنجازات، يجب حفاظ الفرد والاستطاعة والتذوق للحياة، واحساسه بامتلاك طاقة تمكّنه من تحقيق ذلك، هذا الإحساس يدفع الفرد للمشاركة مع الآخرين في خوض التجارب والخبرات، التي يحقق بها انجازاته، وهذا نابع من تقدرته للحياة وأهميتها في خوض التجارب والخبرات، التي يحقق بها انجازاته (المصادر النفسية والبيئية المتغيرة، للوصول لإبراز ضغوط الحياة بشكل واقعي ومنطقي، يؤدي للتواص معها وفهم قيمة الحياة بشكل إيجابي (سيد، 2015، ص 31)، فاستغلال المصادر النفسية والبيئية المتغيرة، للوصول لإبداع وتفحص الحياة بشكل واقعي ومنطقي، يؤدي للتواص معها وفهم قيمة الحياة بشكل إيجابي (سيد، 2012، ص 6)。

ويرى الباحث أن الناس الذين واجهوا أحداثاً حياتية شاقة وصعبة، في غالب الأحيان يزيد لديهم إدراك الحياة بشكل عام، وما يساعد في تطوير 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 تأثراً في حياة الأشخاص من أفكار ومشاعر وسلوكيات هي العلاقات الشخصية، وفي الغالب تعتبر الروابط العاطفية هي الأساس في تعزيز وتنمية الخبرات الحياتية (العنزي، 2006م، ص 80).

وفي هذا الصدد فقد أشار (Kallay، 2004:82) أن مقياس التغير في العلاقات الشخصية في نمو ما بعد الصدمة عادة ما يعود للانغلاق، ويكون أكثر علاقات حميمة مع الآخرين. في هذا المجال الناس غالبًا من الممكن أن تزيد لديهم الشفقة والعطف للأشخاص الذين تعرضوا لصدامات وأحداث حياتية حزينة ومؤثرة والتي قد تؤدي لتنوع من المعاناة النفسية. فهذا المجال مهم جداً لأنه من الممكن أن يكون 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 يود 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 بدءته من استعدادات وقدرات جسمه وفعالية وإدراكية واجتماعية، بأسلوب سلبي في المواقف المختلفة في مجال حياته العملية، بحيث نستطيع التنبؤ بأداءات سلوكي ثابتة نسبياً في معالجة المواقف المتشابهة (الهاشي، 1984م ص280).

وبير (المليجي، 2001م ص208) أن القوة على الاحتمال كتحمل الأزمات والند الإحابات والفشل تعتبر من خصائص الشخصية الناضجة كنافحة، والتي أيضاً تسمى بالاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية.

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

رابعاً: تغير 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 ويتعرف فيما يتعلق بجوانب الحياة المختلفة (Chan et al., 2011:544) ويكون التغيير حول الأشياء المهمة في الحياة (Ho et al., 2004:377) واكتشاف إمكانات أو مسارات جديدة لحياة الشخص، ومن أهم مظاهر هذا الاتجاه أن يتم تعريف بعض الأهداف العريضة التي تستحق السعي خلفها، وبعض الأهداف التي يجب التخلي عنها، لتم تأسيس مسار جديد في الحياة ذو أهمية للشخص؛ وفي نفس الوقت إيجاد أهداف جديدة قابلة للحقيق منسجية مع نموذج الاختيار، إن نمو ما بعد الصدمة يبدو ذو علاقة وثيقة بالأفراد الذين يكونون مربوناً في استبدال ما لا يمكن تحقيقه بأهداف واقعية بناءق الحفر، حيث إنهم أكثر تكيفاً من أولئك الذي يتخلى عن أهدافهم وينتظرون أهدافاً أخرى لتنظير لهم أو يسعون لتحقيق أهداف مستحيلة، وبالتالي فإنه بجانب المثابرة والمحاولة المستمرة لتحقيق أهداف شخص ما، ويبدو أن التخلي عن الهدف الصحيح في
المحظة المناسبة أو إمكانية استبدالها في الشيء الأنبس 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- التغيرات 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 جزءية وكل تجربة تخفى معنى كامناً خفيفاً، والمواقف الحياتية التي يتعرض لها الإنسان تعتبر 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 نظرته الخاصة، ومن هذا المنطلق تبدأ مهمة كل شخص في تحقيق انجازاته ومهامه (العصار، 2015، ص83).

لذلك النمو في أغلب الأحيان إذا كان قد سببه تجارب عاطفية مؤلمة وغير مريحة، ومتآثرة بحوادث صادمة، وواجه فيها حتمية الموت وأثرت على معنى الحياة، فالإفراد عادة لا يقومون بحل مشاكلهم بشكل فوري، وتكوين معاني جديده للحياة ودمجه في المعنى العالمي الشخصي للأفراد، وذلك يحتاج لعملية طويلة الأمد (Tripplet et al., 2012:400).

2- التغيرات الروحانية والدينية:

إن قضية التغيرات الدينية وتأثيرها في الوظائف النفسية تلعب دوراً مهماً للتعجيل في عملية التأقلم الجيدة، وبالتالي فهي تثير أن التدخلات الدينية والروحانية لها أهمية ضخمة في إعادة التأقلم مع الأحداث السلبية وعملية تقدم النمو، ومجال الدين والروحيان وحالات الأفراد قبل الصدمة ومعتقداتهم لها أثر في هذا المجال، وفي نمو ما بعد الصدمة بشكل إيجابي (Kallay, 2004:82).

عناصر نمو ما بعد الصدمة واستراتيجيات التعزيز:

معظم العمل في موضوع نمو ما بعد الصدمة يبيت في الناس الذين تعرضوا لتجارب صادمة، بالرغم من أن الدراسات الاكليتريكية ليس فقط هي المصدر الوحيد الذي يهم لمعرفة وفهم العلاقة الشاملة بين الأحداث الصادمة ونموهما 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 بتطوير نمو ما بعد الصدمة.

لذلك يجب التعرف على العناصر التي تؤدي لنمو ما بعد الصدمة، والآليات والآليات التعزيزية.

1 - فهم استجابة الصدمة يبشر بنمو ما بعد الصدمة:

تعتبر استجابة الفرد للضغوط مسألة نسبية في تحديد استجابة الفرد لنتلك الضغوط، فتعتبر شخصان لصدامات عنيدة تؤدي لاختلاف استجابة ورد فعل كل منهما، حيث إن ذلك يعتمد على بعض العوامل التي يتم تحديدها من خلال الصدمة، حيث إنه لا توجد علاقة مباشرة بين التعرض للصدمة وتحديم العناصر النفسية، وذلك يرجع لبعض المتغيرات والعوامل التي تتمثل في القدرة العقلية والعلاقة والوالدية والتفاعلية السلوكية (الحواري، 2003م، ص 16).

يجب أن يكون الأفراد على علم بما يسمى نمو ما بعد الصدمة، ومعرفة المظهر والعلامات السلبية للخبرات والتجارب الصادمة، خاصة المعتقدات المتغيرة والمريرة الموجودة أساساً في الأفراد، وكذلك المعتقدات الراسخة عن المستقبل، فمثلما يرون في المعركة يجب أن يكون لديهم فهم ومعرفة عن القواعد اللفظية والاستجابات النفسية ورد فعل الأفعال الطبيعية، حتى يعرف الجندي أن بعض ردود الأفعال ليس خطأ أو علة في الشخصية (Tedeschi & McNally، 2011:21).

2 - تعزيز التنظيم العاطفي:

العاطفة حالة سيكوئية لإدارة هدف ما، وتقييم هذا الهدف عند وجود حدث ما، فإذا تحقق هذا الهدف يكون إيجابيا وإذا لم يتحقق أو يوجد ما يعبق فيه ف سيكون سببا، وهي وسيلة لتقييم مثير، لكن يكون الحسم أشد فعل مناسب لهذا المثير (شير، 2016م، ص 42).

والعاطفة عملية تفاعل للقلب مع العقل والتفكير والمنطق، وهي شعور يكتسب لدى الفرد عن تعرضه لموقف أو موقف، فيصبحه بعض التغييرات والتعابير (الدانية، 2016م، ص 54).

ويؤكد (Tedeschi et al., 2011:21) أن الطرق الأساسية لخفض للقلق والتحكم في الأفكار الإحامية، ومعرفة المرحلة وعملية البناء والتقييم للأحداث الصادمة وعواقبها، وتحديد العناصر في هذه الجريمة يحتوي على طريقة إدارة استجابة الجهاز العصبي السييمداتروي غير...
المنظمة 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 والأشياء لها دورًا هاماً في إدراك شخصيات الآخرين، فعملية الإدراك تصفع اطرافًا مرجعيًا من خلال ما نراه مناسبًا للخبرات الجديدة التي تتعرض لها، حيث تساعدنا على تنظيم المعلومات، وتشكيل احساسنا نحو الأحداث التي نواجهها، وكلما له طريقة خاصة لإدراك نفسه، والتي ينتج عنها مفاهيم شخصية ومتيمة لذاته (عبد الباقي وأخركف، 2002، ص38)، واستمرار الفرد في اكتشاف الأفكار الجديدة في ذاته، ذلك بدوره يساعد في عملية النمو، والتي بدورها تساهم في تغيير مفهومه عن ذاته واكتشافها (جابر، 2002، ص121)، كما أن الأشخاص الذين يتمتعون بمفاهيم وادراك ثابت عن ذاتهم، يكون لديهم القدرة بشكل أكبر للتكييف بشكل أفضل وأسرع من غيرهم مع البيئة والخبرات والظروف التي يمرون بها (أبو عفان وأخركف، 2002، ص23).

والكشف الذاتي عن الأفكار عن الممكن أن يبدأ من خلال الدعم العاطفي وتطوير عملية وصف وسرد الأحداث الصادمة، وإيجاد نماذج لاستجابة الصدمة الصحية، ونمو ما بعد الصدمة. تحديد العناصر في هذا الجزء من التدريب يشمل على التنسيق 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 كلاها تحتاج لتمارين ومهارات والتي من شأنها أن تؤدي إلى تطورات إيجابية مهمة في حياة الأفراد (Tedeschi et al., 2011:21).

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

الصدمة قد تتطلب عملاً بطولياً لإعادة تشكيل أنظمة الاعتقاد المتغيرة، والتحرر من الأهداف غير القابلة للتحقيق، ومواجهة خط سير الحياة، هذه العملية يمكن أن تحتوي 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 اعتباره كعمل محفز ونقطة ارتكاز أو رجوع.

ب- تعزيز المقدرة على الانخراط في التفكير الجدلي وتقدير الاختلافات (مثلًا اختلاف رؤيتنا لمبدأ الربح والخسارة، وكيف أن النتائج المنترسبة على الأحداث الصادمة تتطلب...
دعمًا من الآخرين، لكن في نفس الوقت فإن القوة الداخلية للشخص قد ترفض مثل هذا الدعم، وكيف للحزن أن يمنح مع الامتنان، والقوة مع الضعف).

ج- تقديم أنواع التغيير التي يمكن أن تصبح واضحة بإعراضها إلى المجالات الخمس لنمو ما بعد الصدمة وهي: القوة الشخصية، تعزيز العلاقات مع الآخرين، التغيير الروحي، 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 و كيف طوروا نمو ما بعد الصدمة لتوضيح إمكانية التغير (Pals & McAdams, 2004:66).


5- تطوير مبادئ الحياة العصبية على التحديات:

ننمو ما بعد الصدمة يعطي الناس القدرة على تحقيق طرق مختلفة في التفكير والفعل لتحقيق مطالب المستقبل والطلب على التحديات وتعزيز المقاومة والتطور الحياتي الإيجابي، فالصراع في جوهره خبرة تغير حياة الأشخاص، (Sarkar et al., 2015:475-479) وتحركهم لمستويات وظيفية أفضل من مستويات ما بعد الصدمة، ويجب أن يتم استعراضها كعملية متكاملة وليس كهدف خال، 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) أنه شخص عادي وعاجز مواجهة الظروف غير عادية ونجد منهما، وممارس حياته بشكل طبيعي عارفاً حقيقة الحياة؛ فمثل هذه المفاهيم هي التي تعزز مفاهيم الحياة وتتضمن مظاهر روحيّة مهمة ووجودية في حياة الأفراد (Tedeschi et al., 2011:21).

ويعتبر الباحث أن تلك العناصر مجتمعة من شأنها أن تقد تغيير واضح في حياة الأفراد خاصة بعد التعرض للصدامات 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 بالمرتكزة النفسية:

المرتكزة 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 (فوتة، 2011، ص36).

وأثرت (Azlina & Jamaluddin, 2010:3) أن وجود المرتكزة النفسية يمنح الفرد القدرة على التعافي من الأمراض، والاكتئاب والصدمة، وقيام الفرد بوظائفه، متحدياً الظروف الصعبة المحيطة وصولاً لمرحلة التكيف، وأكد على ذلك (رافعي، 1982، ص29) في قوله أن الشخص المرتكز يكون حاجة للتكيف النفسي، وقد اشترط (الخطيب، 2007، ص1054) بأنها تجعل الإنسان يعيش حياة كريمة، مليئة بالصخور والألم، ويصبو الإنسان بيته ذو معنى، ويصف (ريان، 2006م، ص40) بأن الالتزام الانفعالي يعتمد على المرونة الوجدانية في المواقف الانفعالية المختلفة، وجعل الأفراد يشعرون بالهدوء والعلاقة النفسية، وعلى العكس من ذلك فقد اعتبر (دريدير، 2010م، ص48) أن عدم القدرة على مواجهة الضغوط، بمثابة البداية لإرهاق الصحة النفسية، وتراكم الأعراض والأمراض.

كما أن (الطحاف، 1987م، ص180) و(حسن، 2009م، ص57) اتفقا على أن المرونة النفسية لها تأثيرات إيجابية تؤدي الأفراد للقدرة على اتخاذ القرار وتحمل المسؤولية.

وعلاوةً على ذلك، فإن نمو ما بعد الصدمة والمرونة النفسية يُعتبرا 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 المستفيد عليهم أن ينخرطوا في معرفة نوع السلوكيات المرتبطة بنمو ما بعد الصدمة لأنهم لم يكافحوا بنفس مسند الآخرين. وبالتالي، فإن الناجين من الصدمة وهم الأكثر مرونة لن ينخرطوا في عملية المعرفة الضرورية لحدود 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 ذكروا في التمييز بين الأفراد ذوي المرونة النفسية المنخفضة، والمتوسطة، وال عالية وعائلاتهم نمو 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

67
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 خصائص الشخصية حيث يتم التعامل مع المواقف بشكل مباشر وفي نفس الوقت، أما نمو ما بعد الصدمة من الممكن أن يحتاج لوقت أطول لحداث التغيرات الإيجابية، ومن ثم يتم عملية التكيف مع الأحداث مما يقود للتعامل مع الأحداث بأكثر إيجابية لتحقيق الصحة النفسية المطلوبة في حياة الفرد.

تعقيد على الإطار النظري:

نرى من خلال الاطلاع على الإطار النظري للدراسات المتعلقة بالأعراض النفسية المصاحبة لمرض السرطان، ونحو ما بعد الصدمة، أنها لها أهمية بالغة مجتمعة أو مترفقة في حياة الفرد حيث كل من هذه المتغيرات تعزب دورًا مهمًا ومكملاً لبعضها البعض في رسم خريطة متكاملة لذك الباحث. حيث إن موضوع نمو ما بعد الصدمة يعتبر عنصر متقدم في إطار النفس، ويعتبر نمو ما بعد الصدمة مرتبطًا في معرفة الأحداث الإيجابية مع الأحداث بأكثر إيجابية لتحقيقر الصحة النفسية المفككة في حياة الفرد، كما أن هناك العديد من الدراسات المتعمقة في قصص السرطان، حيث يتم تطوير تغيرات نفسية إيجابية، تقوم لتغيير في أولويات الحياة، لحياة أفضل مما ستكون عليه. وقد تناول الباحث أسباب الإعراض النفسية التي تصاحب مريض السرطان، فقد تكلم عن القلق العام وذلك القلق الذي قد يسبب الإنسان الطبيعي فكيف لواك مريض بمرض عضائي لا يعرف أن سبب المرض، لذلك يتم التعرف عليه وعلى أسبابه، وفي نفس الوقت، واكتسابه من وجهة نظر النظريات النفسية، والطبية، وكذلك علاجه ووجه نظر الإسلام من القلق، وتم التطرق لموضوع في بالغ الأهمية وهو قلق الموت، وهو الشعور الذي يتبادل كل مريض السرطان حيث يتم التطرق له ومعرفة أسبابه وجهة نظر النظريات منه ونظر الإسلام له، أما بالنسبة للكتب التي يحظى بأهمية كبيرة خاصة مع مرضى السرطان الذين تم استهدافهم فتم التعرف عليه وعلى أسبابه وأسبابه وتصنيفاته وكذلك بعض العلاجات له، وفي نهاية هذا البحث 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 ممتعدة كالأهداف، ومنهجية البحث، والعينة المستهدفة، وطرق وأدوات جمع المعلومات، والنتائج.

أولا: الدراسات المتعلقة بالقلق العام:

1. دراسة Trentacosta, Christopher (2016) وآخرون:

بعنوان: "علاج الأطفال المصابون بمرض السرطان من ناحية الحزق والقلق طويل الأمد: من منظور الفوتوال فردية بينهم".

هدفت الدراسة إلى فحص مدى تأثير الفوتوال فردية لدى الأطفال المصابون بالسرطان (الحالة المزاجية الشخصية) في حالات الاستجابة لإجراءات العلاج. وطبقت الدراسة على عينة مكونة من (147) طفل يتلقون علاجاً للمرض وأبائهم على فترة متغررة أثناء تلقى العلاجات، وتم استخدام المقياس الواقعي التحليل، وتم استخدام مقياس القلق للأطفال، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك مستوى منخفض من الحزق بناءً على عوامل الصفات الشخصية للمريض لدى المرضى الذكور أكثر من الإناث. وأظهر التوصيات أن الطاقم الطبي يجب أن يراعي الفوتوال الفردية لدى الأطفال بناءً على عوامل الصفات الشخصية والحالة المزاجية عند تقديم العلاجات اللازمة.

2. دراسة Parker, davis (2016) وآخرون:

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

هدفت الدراسة إلى تقييم العلاقة المتوقعة بين الشكوك في وجود المرض، القلق، والخوف من تقدم المرض، وجودة الحياة لدى الرجال المعرضون للإصابة بسرطان البروستاتا تحت المتابعة الطبية. وتم استخدام منهج الواقعي التحليلي وتم تطبيق أدوات الدراسة على مركز للعناية بالسرطان على رجال عددهم (180) رجلًا معرضون للإصابة بسرطان البروستاتا، حيث تم
توزيع استبيان في وقت دخولهم للمركز لفترة زمنية تراوح 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 كلاً عاملين 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 للتفايل من الشكوك والقلق لدى المعرضين للإصابة بمرض البروستا.

3. دراسة Regina Myres وأخرين (2014):

بعنوان: "دراسة تقييم القلق 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 الخطرة العادية خلال السنة الأولى من العلاج، وعمر عوامل الخطر المصاحبة للمرض. تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من (150) طفل أعمارهم بين (2-10) سنوات مصابين بالمرض ذو الخطرة العادية. قام الآباء بتعبئة استمارات التقييم بالنيابة عن أطفالهم على مقاييس تقييم محددة 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 وأخرين (2007):

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

هدفت الدراسة إلى فحص مستوى القلق والاكتئاب وجودة الحياة لدى مرضى سرطان الدم، باستخدام الباحثون عينة مؤلفة من (500) مريض من قاعدة بيانات مرضى السرطان باستخدام المنهج التجريبي، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تلقت العلاج ومجموعة لم تلتق 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 لتشتت العلاج أعطت مستوى اكتئاب أكبر من المجموعة التي تلتقيت العلاج. لكن فيما يتعلق 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):

"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 وبخاصة تأثيره حسب الجنس بالنسبة للاكتئاب.

ثانياً: الدراسات المتعلقة بقلق الموت:

1. دراسة الرواشدة (2014م):

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

هدفت الدراسة إلى معرفة الاختلاف في درجة الشعور بالسمات الانفعالية (قلق الموت والاكتئاب) بين مرضى السرطان والأسكياء. واحتوت أداة البحث على (37) فقرة، وتمثلت عينة الدراسة بالنسبة للمرضى: من مرضى السرطان المقيمين في مستشفى الملك عبد الله المؤسس، أما الأسكياء فتمثلت بأناء المجتمع الأردني واستخدم المنهج الوصفي الذي يصف الظاهرة وصفاً وعمياً، فيما بلي عرضاً لأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: بالنسبة لدرجة الشعور بقلق الموت جاءت (4) فقرات بدرجة كبيرة من أصل (15) فقرة وباقى الفقرات جاءت بدرجة متوسطة بالنسبة لدرجة الشعور بالاكتئاب ووجهت (7) فقرات بدرجة كبيرة من أصل (22) فقرة وباقى الفقرات جاءت بدرجة متوسطة. وجود فرص ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة
في درجة الشعكر بقلق والموت والاكتئاب بين مرضى السرطان والأسوياء، وجاءت الفروق لصالح مرضى السرطان.

2. دراسة قواعدية (2013م):

بعنوان: قلق الموت لدى الرأشد المصاب بالسرطان

هدفت الدراسة لمعرفة معاناة الرأشد المصاب بمرض السرطان من قلق الموت، والتعرف على أكثر الحالات النفسية لمريض السرطان، كذلك معرفة المشاكل النفسية التي يخلفها مرض السرطان للرأشد 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 الباحثة الملاحظة اللحظية، والمقابلة العيادية، مقياس قلق الموت، حيث تم الاعتماد على ثلاث حالات تراوح عمرها ما بين (35-48) سنة وهم رجل أمرأة.

وأظهرت النتائج أن هؤلاء المرضى يتجهون نحو استخدام أسلوب التجنيد، والذي يقصد به محاولة الفرد تجنب المواجهة المباشرة للمواقف الضاغطة، وأنه يكتفي بالانسحاب، كما أنهم يشعرون بالنقص، وتتسم حياتهم بالقلق والاحباط والخوف والمروت أضافة إلى الانفعال والاكتئاب، حيث إن الفرضية الجزئية الأولى وجدت أنه لا يوجد اختلاف في درجة الشعكر بقلق الموت، فالحالات الثلاثة لديهم قلق الموت مرتفع، والفرضية الجزئية الثانية وجدت عدم وجود اختلاف بالنسبة للجنس فالحالات الثلاثة وهم رجل وأمرأة يعانون من قلق الموت، أما بالنسبة للفرضية الأساسية فقد تحققت وجود قلق الموت لدى الرأشد 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، واستخدمت على الملاحظة العيادية، والمقابلة، والمقابلة البدنية النصفي 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 لفرضية الرأسية، أما بالنسبة لفرضيات الجنينتي فكان مفادهما أن الجزئية الأولى وجدت علاقة بين ارتفاع درجة قلق الموت والحالة الاجتماعية للمريضة بسرطان الثدي في الحالات الأولى والثالثة، أما الحالات الثانية فقد وجدت الدراسة أنه هناك علاقة بين ارتفاع درجة قلق الموت والمراحل التعليمية للمريضة بسرطان الثدي، حيث تحققت في الحالات الأولي والثالثة، أما الحالات الثانية لم تتحقق الفرضية لأنها اثبتت وجود تأثير لأكثر من نوع من الاضطرابات، أضلاع الفرضيات الاجتماعية، وكذلك اثبتت الباحثة بأن المرأة المصابة بسرطان الثدي يكون لديها قلق الموت مرتفع، وجعلها تشعر بالنقص والاعتماد والاكتئاب والإدمان تجاه الآخرين.

4. دراسة ياسين (2011م):

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

هدفت الدراسة إلى تقسيم مستوى قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان (مرضى سرطان الدم (الزائدة)، والرئة والرئة والظاهر) بالعدين وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة (الجنس والعمل والمرحلة المرضية والحالة الزوجية). وتكونت العينة من 154 مريضاً (81 من الذكور و73 من الإناث)، وكان عمرهم متوسط عصري (50 عام) وتم استخدام مقياس قلق الموت وتطبيقه على جميع المرضى المراجعين والمقيمين في مستشفى البشير ضمن أقسام الأشعة التشخيصية وأمراض الدم بالطريقة القصصية.

وتوصلت النتائج إلى وجود قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة على عامل المقياس الثلاثي، بترتيب تنزلي هو تقييم الذات، الإيمان بالحبكة المطلقة للموت، التصور السببي. أيضاً كان لتمثيل المرحلة المرضية القدرة التنبؤية الأعلى للتنبؤ بمستويات قلق الموت على عامل المقياس بشكل عام وعلى عام، وعلى عام، وعلى عام تقييم الذات بشكل خاص، يليه متغير العمل الذي كان له أيضاً قدرة تنبؤه على التنبؤ بمستويات قلق الموت على عامل المقياس بشكل عام وعلى عام، وعلى عام تقييم الذات بشكل خاص، في حين كان تمثيل حالة الزواجية تنبؤه بالتنبؤ بمستويات قلق الموت على عامل المقياس بشكل عام وعلى عام تقييم الذات والإيمان بالحبكة المطلقة للموت علماً بأن متغير نوعية الإصابة لم يكن له أي دلالات إحصائية في التنبؤ بمستوى قلق الموت لدى أفراد العينة.
5. دراسة العرب (2011م):

عنوان: "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 وتكوين عينة الدراسة من (100) مريضاً بالسرطان (54) ذكر و (44) أنثى تم اختيارهم بالطريقة القصاسية وهم مراجعين للمستشفيات الحكومية والخاصة خلال فترة إجراء الدراسة. تم استخدام مقياس قلق الموت الذي أعد (عوض، 2009م) بعد تدقيق المقياس.

تأتي النتائج إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين سرطان الثدي وسرطان الأنثى، وعلاجت الفروق لصالح سرطان الثدي. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تتعلق لأثر متغير الجنس وجودة القلق لصالح الإناث.

6. دراسة Sherman وأخرون (2010م):

عنوان: "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) مريضاً (63) مريضاً مصاباً بالإيدز و (38) مريضاً مصاباً بسرطان متقدم و (79) من مقدمي الرعاية الأسرية (43) من مقدمي الرعاية لمرضى الإيدز و (36) من مقدمي الرعاية لمرضى السرطان، ففحصت هذه الدراسة قلق الموت للمصابين بالسرطان المتقدم وممرضي متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ونفس الأمر بالنسبة للازمي 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 مختلفاً بين مقدمي الرعاية الأسرية. وعانت 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، ولازمة
مقدمي الرعاية في مجال الإيدز. الاتصالات التي تقلل من قلق المرضى قد تعزز نوعية الحياة مثل
طريق تخفيف قلق الموت، وخاصة لمقدمي الرعاية الإيدز ومقدمي الرعاية الأسرية.

7. دراسة عوض (2009م):

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

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان ومريضي القلب
ومريضي السكري ضمن بعض المتغيرات، وتكونت العينة من (458) مريض من كلا
الجنسين من منطقة عكا، وتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بتطوير مقياس قلق الموت
وتطبيقه، وقد وصلت النتائج لوجود درجة متوسطة من قلق الموت لدى أفراد العينة، ووجود فروق
دالة إحصائياً بين الذكور والإناث على مقياس قلق الموت، وكانت درجات الإناث أعلى من
دراجات الذكور، ووجدت أيضاً فروق دالة إحصائياً بين مرضى السرطان ومريضي 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، فكتبت درجات الفئة العمرية (55 فأقل) أعلى من درجات الفئة (56-65) والفئة
(66 فأكثر).

ثالثا: الدراسات المتعلقة بالاكتئاب:

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

بعنوان: "استخدام العلاجات الطبية لعلاج القلق والاكتئاب لدى التاجين من مرض السرطان في
الولايات المتحدة الأمريكية".

هدفت الدراسة إلى تقدير نسبة التاجين من مرض السرطان في الولايات المتحدة والذين
يطعوان علاجات طبية لعلاج القلق والاكتئاب، وحدثت كذلك إلى تصنيف هذه الفئة وفقاً لنوع
العلاج. حيث تمت مقارنة نسب العلاج المستخدم لعلاج الاكتئاب والقلق لدى التاجين من مرض
السرطان مع النسب العامة. تم تحليل البيانات العامة المستخرجة من المسمى الصحي الدولي
للأجرام من 2010-2013، وتوزيع استبيان على الفئة التاجين من هذا المرض من البالغين.
كشفت النتائج إلى أن البالغين الذين لم يسبق لهم الإصابة بالسرطان كانوا أقل تعاطياً لعلاجات
الاكتئاب والقلق من أولئك التاجين 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 المطلقون، الأرامل، المنفصلون أكثر تعاطياً لعلاجات القلق والاكتئاب. وخلصت الدراسة إلى أن الناجحين من السرطان في الولايات المتحدة يتعاطون أدوية لعلاج القلق والاكتئاب أكثر بمرتين من النسب العامة للسكان.

1. دراسة Zhu, Lei وأخرون (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 للكبوب بال заболевания المزمن، وكذلك فحص إذا كانت العوامل الاجتماعية والديموغرافية وكذلك التخصصات الطبية تتأثر بهذه الأعراض. هدفت الدراسة كذلك إلى فحص إن كان أولئك الذين يعانون من أعراض ثانوية للكبوب 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 سبعة أشهر من العلاج. وتم عمل تحليل للبيانات لمعرفة أنواع الاكتئاب الثنائية لدى (243) مريض في المرحلة الأولى قبل بدء العلاج.

كشفت النتائج أنه قبل بدء العلاج النفسي، فإن ثلاثة أنواع من الاكتئاب الثنائي تم اكتشافها مختلفة في شدتها وأعراضها. في المرحلة الأولى قبل بدء العلاج، فإن (47%) يعانون من اكتئاب بسيط، ومشكل في النوم وعدم التركيز، وفي المرحلة الثانية بعد (3) أشهر فإن (41%) منهم لديهم مستويات مرتفعة نسبياً من الاكتئاب، ونفس مشكل النوم والأرق وعدم التركيز. لكنهم أكثر اكتئاباً نسبياً. المرحلة الثالثة كان (12%) من المحقفين لديهم اكتئاب حاد، وأكثر حاد متزايد وقد التركيز في المرحلة الأولى كذلك فإن هناك فرص للتحسين، والمريحة الثنائية فرصة أعلى، والمريحة الثنائية حصلت على أعلى فرص للتحسين 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):

"نوع الإرهاق والإكتئاب وجودة الحياة لدى الأطفال الناجين من سرطان الدم".

الدُّرَاسة هدفت إلى معرفة مستويات النوم والإرهاق والإكتئاب وجودة الحياة لدى الأطفال الناجين من سرطان الدم عن طريق توزيع استبيان على (62) وَلأ، والنماذج الأخرى، لقياس عادات النوم، وميزات الإرهاق والإكتئاب وصحة الطفل العامة، مقارنة بالمعايير الهولندية لجودة الحياة. نتائج الدراسة أوضحت أنه بعد فترة من (22-62) شهر بعد انتهاء العلاج، فإن آباء الأطفال أقروا بأن الناجين من مرض سرطان الدم لديهم مشاكل في النوم، وأكثر ارهاقاً وُلِبَهم. تم وضع مستوى منخفض من جودة الحياة مقارنة بالمعايير التي تضعها الحكومة الهولندية. وكذلك فقد كان جميع أولئك الناجين من المرضى بأنفسهم (الأطفال وليس أبنائهم) فقد كانت لديهم مشاكل أقل في النوم، وأقل اكتئاباً، وأفضل شعوراً بعدة الحياة حسب المعايير الهولندية، وقد يُعَزى هذا الفرق في النتائج بين الآباء وأبنائهم المرضى إلى شعور الآباء بالقلق والمحافظة على أبنائهم.


"التنشيط السلوكي الموجز والعلاج بحل المشكلات لمرضي سرطان الدم".

الدُّرَاسة هدفت لاختبار الفوائد المتوقعة من العلاج التنشيطي السلوكي لدى المرضى المشخِّصين بالإكتئاب من خلال تجريبين صغيرين، وتكوين العينة من (80) مريضة مصاببة بسرطان الدم الذي ذات مستوى تعليمي جيد، وقد تم استخدام النهج التجريبي في الدراسة، وتم تطبيق اختبار التحريك الاكلينيكيكية عشوائياً لمعرفة مدى فاعلية ثمانية جلسات من العلاج التنشيطي السلوكي للاكتئاب، مقارنة بالعلاج بحل المشكلات وقد تم تقييم النتائج الأولية بواسطة مقياس الإكتئاب، وجودة الحياة، والقلق، وقد اتضح من خلال التحليل الإحصائي أن كلاً من العلاجات كانت ناجحة، وقد وجدت النتائج أن العلاج التنشيطي السلوكي للاكتئاب والعلاج بحل المشكلات تمثل التدخلات العلمية التي قد تحسن النتائج النفسية وجودة الحياة لدى مرضى سرطان الدم المصابين بالإكتئاب.

5. دراسة الجريسي (2003م):

"الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة وعلاقته بعض المتغيرات".

الدُّرَاسة هدفت للتعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة وعلاقته بعض المتغيرات، والتي تتمثل في السلوك الديني، منطقة السكن،...
العمر، مستوى التعليم. تكونت عينة الدراسة من عينة استطلاعية تقدر ب(200) فرد لا يعانون من أي ضعف عضوي، ويتألفون عينة الدراسة في العمر ومنطقة السكن والمستوى التعليمي، عينة فعالية تقدر ب(50) مريض من مرضى سرطان الرئة الذكور بمحافظات غزة. وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب ومقياس السلوك الديني، وتم استخدام عدة أساليب إحصائية منها اختبار التحليل الأحادي واختبار شيفره للمقارنات البدية، 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 سنة التي هي فوق(60) سنة، ووجد علاقة ارتباطية سالبة بين الاكتئاب والسلوك الديني لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة، موضوعه أنه كان 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 البتز، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطبيق أدوات الدراسة مقياس نمو ما بعد الصدمة، ومقياس فعالية الذات، وكان عدد العينة (40) فردًا، 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 اللجوء في قطاع غزة"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي لدى النازحين في مراكز اللجوء 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 الدالة على عينة عشوائية تتألف من (202) من الأفراد الدائمين، واستخدم المنهج الوصفي التحليلي، وتم استخدام مقياس نمك ما بعد الصدمة وقياس قائمة الأعراض المعدل.

وقد أشارت النتائج إلى وجود مستوى متوسط من نمك ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي لدى العينة، وجود علاقة عكسية بين نمك ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي، كما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض المرتبطة لصالح الأشخاص الذين لا يتمكنون عملًا من عينة الدراسة، وكذلك وجود فروق في أعراض العدوان لصالح الأثاث في حين أن الدراسة أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نمك ما بعد الصدمة والأعراض المرتبطة تعزى لمتغير مكان السكن والتعليم والعلم.

3. دراسة أبو شاويش (2015):

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

هدفت الدراسة لتعدّف على فاعلية برنامج معرفي سلبي لتنمية التفكير الإيجابي كمدخّل للتفاؤل لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، ومعرفة الفروق بين مستوى ترتيب درجات مريضات سرطان الثدي في المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة في مقياس التفكير الإيجابي والتفاؤل، ومعرفة الفروق بين متوسطات ترتيب درجات مريضات سرطان الثدي في المجموعة التجريبية، ومعرفة الفروق في أعراض الإدمام بعد تطبيق البرنامج، ومعرفة الفروق الجوية بين مستوى رتب درجات مريضات سرطان الثدي في المجموعة التجريبية، ومعرفة الفروق في أعراض الإدمام، وتكونت عينة الدراسة من (24) مريضة مصابة بسرطان الثدي، من ذات أدنى الدرجات في التفكير الإيجابي والتفاؤل، وتلفحم المجموعتين عشوائيًا: المجموعة الأولى التجريبية (12) مريضة، والمجموعة الثانية الضابطة (12) مريضة، واستخدام المنهج التجريبية، وتم استخدام مقياس التفكير الإيجابي من إعداد البحت (2012)، ومقياس التفاوت وبرنامج معرفي سلبي من إعداد البحت.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى (0.05 = α) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي على مقياس التفكير الإيجابي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس التفكير.
الإيجابي لصالح القياس البدعي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى (α = 0.05) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة (التجريبية والضابطة) في القياس البدعي على مقياس التفاوت لصالح أفراد المجموعة التجريبية، ووجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القلبي والبدعي على مقياس التفاوت لصالح القياس البدعي.

4. دراسة Manne (2014):

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

هدفت الدراسة لتقييم نمو ما بعد الصدمة لمرضيات سرطان الثدي في فترة ستة أشهر إلى سنة، من بعد التشخيص، حيث تم دراسة الوعي مع مراعاة المعاملات المعرفية والعاطفية في نمو ما بعد الصدمة، وتم اختيار عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي، وكان عددهم (162) أبأءها، وذلك لقياس نمو ما بعد الصدمة والعمليات المعرفية، والصحة الاجتماعية على مدى ثلاث سنوات في أوقات متعددة متبعة تسع أشهر.

وأشارت النتائج لزيادة نمو ما بعد الصدمة لأبناء المرضى في خلال تلك الفترة، حيث كان من المتوقع للمرضي في سن أصغر ظهر 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 الإيجابية بشكل أكبر، كذلك زيادة استخدام إعادة التقييم الإيجابي والمعالجة العاطفية في نفس الوقت.

حيث استنتجت هذه الدراسة أن التقارير للمرضي وأقاربهن وجود نمو ما بعد الصدمة خاصة في العمليات المعرفية والعاطفية، حيث يرتبط نمو ما بعد الصدمة للمرضي مع معالجة العمليات المعرفية والعاطفية من قبل الآخرين من سرطان الثدي.

5. دراسة Scignaro وآخرون (2011):

بعنوان: "توقعات حدوث نمو ما بعد الصدمة بعد متابعة زراعه النخاع العظمي لمرضى السرطان".

هدفت هذه الدراسة للتعرف والتنبؤ بحدث نمو ما بعد الصدمة بعد متابعة زراعه النخاع العظمي لمرضى السرطان لما له من تأثير نسي إيجابي وسلبي. وكانت العينة مكونة من (72) حالة من الذين تم زراعه نخاع العظام لهم.
وأوضحنت النتائج أن نمو ما بعد الصدمة كان أكبر في فترة ما بعد الزراعة بعزى للعوامل التالية: السن الصغير، والتعليم الأقل، والاستخدام الأكثر للاستراتيجيات الإيجابية، وحل المشاكل، والسعي للحصول على مكافآت بديلة كاستراتيجيات التكيف في فترة ما قبل الزراعة، وتقدير أكثر لجوائب تجربة الزراعة، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن المقارنات الذاتية الزمنية تساهم في تجربة نمو ما بعد الصدمة.

6. دراسة Sawyer (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 ب(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 تدبير 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.

التبقيع العام على الدراسات السابقة:

لقد عرض الباحث مجموعة من الدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة ومتجهاتها، حيث رأي في حدد 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.

من حيث العينة:


- من حيث المنهج:


- من حيث أدوات الدراسة:


- من حيث النتائج:


- أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

تشابهات الدراسة الحالية من حيث الهدف مع دراسة العباس (2015)، ولكن اختفت معها من حيث العينة المستهدفة، واتفاق 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 العباس (2015)، وأبو

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

فرضيات الدراسة:
1. متوسط نمك ما بعد الصدمة مرتفع بدرجة دالة إحصائية لدى مرضى السرطان.
2. متوسط القلق العام مرتفع بدرجة دالة إحصائيًا لدى مرضى السرطان.
3. متوسط قلق الموت مرتفع بدرجة دالة إحصائيًا لدى مرضى السرطان.
4. متوسط الاكتئاب مرتفع بدرجة دالة إحصائيًا لدى مرضى السرطان.
5. توجد علاقة ذات دلاله إحصائيه عند مستوى (0.05 ≥ α) بين نمك 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 عما 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 $(0.05 \geq \alpha)$ 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:

يرسم الباحث في هذا الفصل الخطوات الإجراءات التي تم استخدامها في هذا البحث في الجانب الميداني من الدراسة، حيث سيتم عرض الدراسة من حيث منهجية البحث، ومجتمع الدارسة، وعينة الدراسة، والأدوات التي تم استخدامها، والصدق والثبات لهذه المقاريس، وكذلك المعالم الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات، ثم التوصل للنتائج النهائية.

أولاً: منهج الدراسة:

قام الباحث باستخدام منهج الوصف التحليلي، من أجل تحقيق أهداف الدراسة والذي يمكن من خلاله وصف الظاهرة، وتحليل بياناتها، والعلاقة بين مكوناتها، والأراء التي تطرح حولها، والمعالبات التي تتضمنها، والأثار المرتبطة عليها.

ويعرف منهج الوصف التحليلي بأنه: المنهج الذي يدرس ظاهرة أو حدثًا، أو قضية موجودة حالياً يمكن الحصول منها على معلومات تجيب عن أسئلة الدراسة دون تدخل الباحث فيها(الأغا، والاستاذ، 2003، ص83).

ثانياً: مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى البالغين التي أعمارهم فوق (18) سنة المصابين بالسرطان المقيمين بمستشفى الرنتيسي بغزة ومستشفى الأكركبي بأقصا الأكرك، والبالغ عددهم (1502) مريضاً حسب إحصائية وزارة الصحة الفلسطينية لعام (2016).

ثالثاً: عينة الدراسة:

تمكن عينة الدراسة من (120) مريضاً من مرضى السرطان (50) من الذكور و(70) من الإناث، المقيمين في مستشفى الرنتيسي بغزة والمتبعين بعيادة الأورام والدم، والأورام والدم، والمرضى المقيمين بمستشفى الأكركبي والمتبعين 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 تخصص الإطلاع على الإجابة عليها بشكل 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>البيانات الشخصية</th>
<th>العدد</th>
<th>العملية</th>
<th>النسبة المئوية %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>الجنس</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ذكر</td>
<td>50</td>
<td></td>
<td>41.7</td>
</tr>
<tr>
<td>أنثى</td>
<td>70</td>
<td></td>
<td>58.3</td>
</tr>
<tr>
<td>أعزب</td>
<td>20</td>
<td></td>
<td>16.7</td>
</tr>
<tr>
<td>متزوج</td>
<td>83</td>
<td></td>
<td>69.2</td>
</tr>
<tr>
<td>أرمل</td>
<td>16</td>
<td></td>
<td>13.3</td>
</tr>
<tr>
<td>مطلق</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>0.8</td>
</tr>
<tr>
<td>حالة الاجتماعية</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أعزب</td>
<td>20</td>
<td></td>
<td>16.7</td>
</tr>
<tr>
<td>متزوج</td>
<td>83</td>
<td></td>
<td>69.2</td>
</tr>
<tr>
<td>أرمل</td>
<td>16</td>
<td></td>
<td>13.3</td>
</tr>
<tr>
<td>مطلق</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>0.8</td>
</tr>
<tr>
<td>العمر</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>في 30 سنة فأقل</td>
<td>13</td>
<td></td>
<td>10.8</td>
</tr>
<tr>
<td>من 30 إلى 40</td>
<td>18</td>
<td></td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>40 فأكثر</td>
<td>89</td>
<td></td>
<td>74.2</td>
</tr>
<tr>
<td>المؤهل العلمي</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ثانوي فأقل</td>
<td>85</td>
<td></td>
<td>70.8</td>
</tr>
<tr>
<td>جامعي</td>
<td>31</td>
<td></td>
<td>25.8</td>
</tr>
<tr>
<td>دراسات عليا</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td>3.3</td>
</tr>
<tr>
<td>المستوى الدخل</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أقل من 1000 شكل</td>
<td>77</td>
<td></td>
<td>64.2</td>
</tr>
<tr>
<td>أقل من 2000 شكل</td>
<td>23</td>
<td></td>
<td>19.2</td>
</tr>
<tr>
<td>أقل من 3000 شكل</td>
<td>10</td>
<td></td>
<td>8.3</td>
</tr>
<tr>
<td>3000 شكل فأكثر</td>
<td>10</td>
<td></td>
<td>8.3</td>
</tr>
<tr>
<td>مدة المرض</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أقل من سنة</td>
<td>13</td>
<td></td>
<td>10.8</td>
</tr>
<tr>
<td>أقل من سنتين</td>
<td>18</td>
<td></td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>البيانات الشخصية</td>
<td>العدد</td>
<td>النوع المرض</td>
<td>نسبة المئوية %</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------------</td>
<td>-----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>أقل من 4 سنوات</td>
<td>89</td>
<td>قالوف</td>
<td>74.2</td>
</tr>
<tr>
<td>4 سنوات فأكثر</td>
<td>13</td>
<td>ثدي</td>
<td>10.8</td>
</tr>
<tr>
<td>قولون</td>
<td>13</td>
<td>بروستاتا</td>
<td>10.8</td>
</tr>
<tr>
<td>ثدي</td>
<td>42</td>
<td>رئة</td>
<td>9.2</td>
</tr>
<tr>
<td>بروستاتا</td>
<td>11</td>
<td>دم</td>
<td>8.3</td>
</tr>
<tr>
<td>رئة</td>
<td>13</td>
<td>كبد</td>
<td>2.5</td>
</tr>
<tr>
<td>رئة</td>
<td>13</td>
<td>حنجرة</td>
<td>3.3</td>
</tr>
<tr>
<td>دم</td>
<td>10</td>
<td>مثانة</td>
<td>1.7</td>
</tr>
<tr>
<td>كبد</td>
<td>3</td>
<td>مستقيم</td>
<td>1.7</td>
</tr>
<tr>
<td>حنجرة</td>
<td>4</td>
<td>دماغ</td>
<td>3.3</td>
</tr>
<tr>
<td>مثانة</td>
<td>2</td>
<td>رحم</td>
<td>2.5</td>
</tr>
<tr>
<td>مستقيم</td>
<td>2</td>
<td>لسان</td>
<td>0.8</td>
</tr>
<tr>
<td>دماغ</td>
<td>4</td>
<td>بلعوم</td>
<td>0.8</td>
</tr>
<tr>
<td>رحم</td>
<td>3</td>
<td>معدة</td>
<td>2.5</td>
</tr>
<tr>
<td>لسان</td>
<td>1</td>
<td>الغدد الليمفاوية</td>
<td>2.5</td>
</tr>
<tr>
<td>بلعوم</td>
<td>1</td>
<td>الغدة الدرقية</td>
<td>0.8</td>
</tr>
<tr>
<td>معدة</td>
<td>3</td>
<td>الغدة الظهارية</td>
<td>0.8</td>
</tr>
<tr>
<td>العظام</td>
<td>2</td>
<td>مرارة</td>
<td>1.7</td>
</tr>
<tr>
<td>مرارة</td>
<td>1</td>
<td>نوع المرض</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>النسبة المئوية %</td>
<td>العدد</td>
<td>البيانات الشخصية</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>39.2%</td>
<td>47</td>
<td>جراحي</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>52.5%</td>
<td>63</td>
<td>كيميائي</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.3%</td>
<td>10</td>
<td>اشعاعي</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

جدول (4.2): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة%</th>
<th>التكرار</th>
<th>الجنس</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>41.7</td>
<td>50</td>
<td>ذكر</td>
</tr>
<tr>
<td>58.3</td>
<td>70</td>
<td>أنثى</td>
</tr>
<tr>
<td>100.0</td>
<td>120</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

تبيّن 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة%</th>
<th>التكرار</th>
<th>الحالة الاجتماعية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>16.7</td>
<td>20</td>
<td>اعزب</td>
</tr>
<tr>
<td>69.2</td>
<td>83</td>
<td>متزوج</td>
</tr>
<tr>
<td>13.3</td>
<td>16</td>
<td>ارمل</td>
</tr>
<tr>
<td>0.8</td>
<td>1</td>
<td>مطلق</td>
</tr>
<tr>
<td>100.0</td>
<td>120</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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

<table>
<thead>
<tr>
<th>العمر</th>
<th>التكرار</th>
<th>النسبة%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>أقل من 30</td>
<td>13</td>
<td>10.8</td>
</tr>
<tr>
<td>30-40</td>
<td>18</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>أكثر من 40</td>
<td>89</td>
<td>74.2</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>120</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>المؤهل العلمي</th>
<th>التكرار</th>
<th>النسبة%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ثانوي فأقل</td>
<td>85</td>
<td>70.8</td>
</tr>
<tr>
<td>جامعي</td>
<td>31</td>
<td>25.8</td>
</tr>
<tr>
<td>دراسات عليا</td>
<td>4</td>
<td>3.3</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>120</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.5) أن (70.8%) من أفراد عينة الدراسة مؤهلهم العلمي ثانوي فأقل، و(25.8%) مؤهلهم العلمي جامعي، و(3.3%) مؤهلهم العلمي دراسات عليا.
جدول (6.4): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدخل</th>
<th>التكرار</th>
<th>نسبة%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>أقل من 1000 شيكل</td>
<td>77</td>
<td>64.2</td>
</tr>
<tr>
<td>أقل من 2000 شيكل</td>
<td>23</td>
<td>19.2</td>
</tr>
<tr>
<td>أقل من 3000 شيكل</td>
<td>10</td>
<td>8.3</td>
</tr>
<tr>
<td>أكثر من 3000 شيكل</td>
<td>10</td>
<td>8.3</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>120</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

تبين من النتائج الموضحة في جدول (6.4) 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>مدة المرض</th>
<th>التكرار</th>
<th>نسبة%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>أقل من سنة</td>
<td>44</td>
<td>36.7</td>
</tr>
<tr>
<td>أقل من سنتين</td>
<td>18</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>أقل من 4 سنوات</td>
<td>20</td>
<td>16.7</td>
</tr>
<tr>
<td>أربع سنوات فأكثر</td>
<td>38</td>
<td>31.7</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>120</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 سنتين، و(15%) متوسط مدة مرضهم أقل من سنتين، و(10%) متوسط مدة مرضهم أكبر من سنتين.
جدول (4.8): توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض

<table>
<thead>
<tr>
<th>النوع المرض</th>
<th>التكرار</th>
<th>النسبة%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>قولن</td>
<td>13</td>
<td>10.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>ثدي</td>
<td>42</td>
<td>35%</td>
</tr>
<tr>
<td>بروسنا</td>
<td>11</td>
<td>9.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>رئة</td>
<td>13</td>
<td>10.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>دم</td>
<td>10</td>
<td>8.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>كبد</td>
<td>3</td>
<td>2.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>حنجرة</td>
<td>4</td>
<td>3.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>بثاثة</td>
<td>2</td>
<td>1.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>مستقيم</td>
<td>2</td>
<td>1.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>دماغ</td>
<td>4</td>
<td>3.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>رحم</td>
<td>3</td>
<td>2.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>لسان</td>
<td>1</td>
<td>0.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>بلعوم</td>
<td>1</td>
<td>0.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>معدة</td>
<td>3</td>
<td>2.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>العقد الليفوية</td>
<td>3</td>
<td>2.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>الغدة الدرقية</td>
<td>1</td>
<td>0.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>الغدة الكظرية</td>
<td>1</td>
<td>0.8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
تبيين من النتائج الموضحة في جدول (4.8) أن (35%) يعاني من سرطان الثدي، و(10.8%) قولون، و(10.8%) سرطان الرئة، و(9.2%) بروستاتا، و(8%) سرطان الدم، وكان سرطان الحنجرة والدماغ بنسبة (3.3%)، أما سرطان الكبد والملعقة والأنف والثدي والرحم فكل منهما حصل على (2.5%)، أما سرطان المثانة والثدي والأنف والأنف والحمض الكثري والمثانة فكل منهما بنسبة (1.7%)، أما سرطان الرئة والثدي والمعدة والانف والأنف والرحم فكل منهما بنسبة (0.8%).

جدول (4.9): توزيع أفراد العينة حسب نوع العلاج

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع العلاج</th>
<th>التكرار</th>
<th>النسبة%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جراحي</td>
<td>47</td>
<td>39.2</td>
</tr>
<tr>
<td>كيميائي</td>
<td>63</td>
<td>52.5</td>
</tr>
<tr>
<td>اشعاعي</td>
<td>10</td>
<td>8.3</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>120</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

تبيين 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 والاستاد، 2003، 116) بأنها أداة ذات أبعاد ذات أبعاد ويندود تستخدم للحصول على معلومات أو أراء يقوم بالاستجابة لها المفحوص نفسه، وهي كتابية تحريرية.
ولكي يتم تحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها فقد 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 بيک المصغر للاكتئاب حيث بلغ (13) فقرة.

4. مقياس عبد الخالق للقلق الموت حيث بلغ (20) فقرة.

5. مقياس نمو ما بعد الصدمة حيث بلغ (21) فقرة.

1. استمارة البيانات الشخصية:

تحتوي على البيانات الديمغرافية 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، وذلك 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 اختصار (Manifest Anxiety scale)، حيث قامت باختباره من اكثيار مينسونا المتعدد الأوجه، حيث استعملته لقياس مستوى القلق، لذلك يعرف هذا المقياس عادةً بمقياس تايلور للقلق (الهمس، 2002م، ص 86)، وهو عبارة عن قائمة تتكون من (50) فقرة تستخدم لتقدير حدة القلق عند الراعدين، ويتم الإجابة على هذه العبارات بنعم أو لا، حيث إن الإجابة بنعم تصحيح بدرجة (واحدة)، والاجابة بلا تصحيح بدرجة (صفر)، ويتم جمع هذه الدرجات لتقدير مستوى القلق لدى المفحص، 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.

واللتحقيق من صلاحية المقياس في البيئة الفلسطينية قام بتجربته العيوني (2016م) وتم حساب صدق المقياس بطريقة صدق المحكمين، حيث تم عرض أداة الدراسة على (6) محكمين وتم تدليهما وفقاً لأرائهم، ثم تم استخدام صدق الاتساق الداخلي حيث تبين أن معاملات الارتباط دالة عند مستوى دالة (0.05 ≤ α)، وللتحقيق من ثبات الأداة تم استخدام طريقة ألفا كروناخ باستخدام المعاملات لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لفيتراته حيث بلغ (0.733) وتم
استخدام طريقة التجزئة النصفية حيث بلغ معدل الارتباط (0.753) وهذا يدل على أن معدل الثبات مرتفع ودال إحصائياً.

وتم استخدامه أيضاً في دراسة ثابت وآخرون (2006م) حيث تم تقييم 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.

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

إن مقياس القلق العام المستخدم هو مقياس ثنائي، لتصحيح فقراته ذات القيمة الواحدة والتي تشمل على (50) فقرة والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (4.10): مقياس الأجابات لمقياس القلق العام

<table>
<thead>
<tr>
<th>الفقرات</th>
<th>دعم</th>
<th>لا</th>
<th>صفر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>كل الفقرات</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- **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.

**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 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 القلق

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>معاملات الرباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>معاملات الرباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>معاملات الرباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>معاملات الرباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.496</td>
<td>40</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.773</td>
<td>27</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.441</td>
<td>14</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.551</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.498</td>
<td>41</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.827</td>
<td>28</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.531</td>
<td>15</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.607</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.507</td>
<td>42</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.785</td>
<td>29</td>
<td><strong>0.01</strong></td>
<td>0.476</td>
<td>16</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.508</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.493</td>
<td>43</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.815</td>
<td>30</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.751</td>
<td>17</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.632</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
الارتبط داؿ إحصائيا عند ($\alpha \leq 0.05$)
\[ \alpha = 0.05 \]
الارتبط غير داؿ إحصائيا عند ($\alpha \leq 0.05$) //

تبيين من النتائج الموضحة في جدول (4.11) أن فترات المقياس تتتمب بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائيا عند مستوي دلالة أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن المقياس فتراته تتمب 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 بطرقتين:

1. معامل ألفا – كرونباخ

   تم تطبيق المقياس على عينة من الدراسة وفرقها (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.
split _half methods

بعد تطبيق المقياس تم تجزئة فقرات الاختيار إلى جزئين وهم 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 "سپيرمان"، 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 للتعريف على مستوى الفلك العام لدى مرضى السرطان.

3. مقياس الاكتئاب المصغر من إعداد (بيك):

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

ويتكون هذا المقياس من (13) مجموعة تتكون كل مجموعة من أربعة عبارات مترتبة في الشدة يتم تصحيحها من (صفر - 3)، وكل مجموعة تتكون من أعراض اكتئابية مختلفة، تمثل عرضاً من أعراض الاكتئاب، حيث تتمثل هذه الأعراض في (الحزن، التشاؤم، الشعر بالفشل، فقدان الاستمتاع، فقدان الاهتمام بالأمور، التردد، تغيير صورة الجسد، فقدان الطاقة، التعب، فقدان الشهية)، يقوم المفحص بوضع علامة ص حسب ما يناسب حالته الشخصية.

وتم تجربة هذا المقياس على البيئة الفلسطينية عن طريق العبوي (2009م)، حيث تم التأكد من صدق المقياس عن طريق صدق المحاكن، وصدق الاشتباق الداخلي حيث تبين أن معاملات الارتباط دالة عند مستوى دالة (0.05 ≤ a) وبذلك اعتبر المقياس صادق لما وضع لقياسه، وللتأكد من ثبات المقياس تم استخدام طريقة الفا 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:

- **صِدْق مِقِاس الإكتِبَات**:

صِدْق مِقِاس الدراسة تعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه، وقد تم التحقق من صدق أداء الدراسة بطريقة صدق الاتساق الداخلي.

**Internal Validity**

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

جدول (12.4): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقاييس الاكتِبَات

<table>
<thead>
<tr>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الدلالة معاملات الارتباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الدلالة معاملات الارتباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الدلالة معاملات الارتباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الدلالة معاملات الارتباط</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.638</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.616</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.627</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.601</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.510</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.508</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.638</td>
<td><em>0.03</em></td>
<td>0.385</td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.512</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.532</td>
<td>9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>0.00</strong></td>
<td>0.607</td>
<td>10</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

\( \alpha \leq 0.05 \) // الارتباط غير دال إحصائيا عند (0.05)

\( \alpha \leq 0.05 \) ** الارتباط دال إحصائيا عند (0.05)

** تبين من النتائج الموضحة في جدول (12.4) أن فقرات المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن المقياس بفرقاته يتعم

بمعامل صدق عالي.

- **ثِبَت مِقِاس الإكتِبَات**:

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 بطرقتين:

99
1. **معايير ألفا - كرونباخ**

تتم تطبيق المقياس على عينة من الدراسة والتي قوامها (30) مفردة، ويعبر تحقيق 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.

: **Cronbach's Alpha Coefficient**

2. **الثبات بطريقة التجزئة التصفيقة**

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

\[ r_{s} = \frac{2r}{1+r} \]

حيث 2 معامل الارتباط المعدل = Spearman Brown

وتم الانتباه على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

3. **مقياس قلق الموت**

يرجع مقياس قلق الموت الذي سوف يستخدمه الباحث من إعداد عبد الخالق (1996م).

ويشمل المقياس على (20) فقرة يجاب كل منها على مقياس "ليكتر" الخماسي" (لا، قليل، متوسط، كثيراً، كثيراً جداً).

حيث قام بتصميمه ليقيس أربعة أبعاد وهي موضحة كالتالي:

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

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

والتأكد 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 يتساوى المقياس باتساؤ داخلي يشير إلى صدقة التكيف، وبلغ الصدق التلازمي (0.68) وقامت العرجا (2007) بحساب صدق الأداة الصدق التلازمي حيث وفق معامل الارتباط بين مقياس عبد الخالق (1996) ومقياس شقير (2002) لقفل 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 الموت وقلب (0.87)
- الخوف لما بعد الموت (0.97)
- الخوف من الأمراض المميتة (0.83)
- الانشغال بالمكتاوم وأفكاره (0.67)
- أما الدرجة الكلية فكانت (0.92)

ولتحقق من صلاحية المقياس في البيئة الفلسطينية قامت القر (2015م) بحساب صدق وثبات المقياس، وثمن تتحقق من الصدق قامتك بحساب صدق الاتساق الداخلي ووجد أن المقياس يتمتع بمعدلات ارتباط قوية ودالة إحصائياً حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.81-0.85) وهذا يدل على أن أبعاد المقياس يتمتع بصدق عالي.

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

ولتحقق من الصدق والثبات بشكل أكبر قام الباحث بالتالي:

إن مقياس قلق الموت مقياس خماسي لتصحيح فقراته ذات البت الواحد والجدول التالي

<table>
<thead>
<tr>
<th>الفئات</th>
<th>لا</th>
<th>قليلاً</th>
<th>متوسط</th>
<th>كثيراً جداً</th>
<th>كثيراً جداً</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>الفقرات</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>كل الفقرات</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول (4.13): مقياس الاجابات لمقياس قلق الموت
صدقة مقياس قلق الموت

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

**Internal Validity**

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>رقم الاقترا</th>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>معاملات الارتباط</th>
<th>رقم الاقترا</th>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>معاملات الارتباط</th>
<th>رقم الاقترا</th>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>معاملات الارتباط</th>
<th>رقم الاقترا</th>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>معاملات الارتباط</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>*0.00</td>
<td>0.637</td>
<td>11</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.729</td>
<td>6</td>
<td>*0.00</td>
<td>0.637</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>*0.02</td>
<td>0.558</td>
<td>12</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.742</td>
<td>6</td>
<td>*0.00</td>
<td>0.637</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.563</td>
<td>13</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.729</td>
<td>7</td>
<td>*0.00</td>
<td>0.600</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.511</td>
<td>14</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.639</td>
<td>8</td>
<td>*0.00</td>
<td>0.625</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>*0.03</td>
<td>0.632</td>
<td>15</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.511</td>
<td>9</td>
<td>*0.00</td>
<td>0.616</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
<td>16</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.603</td>
<td>10</td>
<td>*0.00</td>
<td>0.510</td>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

الارتباط إحصائيا عند ($\alpha \leq 0.05$)

الارتباط غير إحصائيا عند ($\alpha \leq 0.05$)

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.14) أن فئات المقياس تمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوى الدلالة أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن المقياس بفئاته يتمتع بمعامل صدق عالي.

**Reliability**

يتضمن مقياس قلق الموت أن يكون 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

102
نتائج وكتغيرات كبيرة فيما لم تتم إعادة توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات له بطرقتين:

1. معامل ألفا - كرونباخ (Cronbach's Alpha Coefficient)

تم تطبيق المقياس على عينة من الدراسة والتي قومها (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 بمعدل ثبات مرتفع.

2. الثبات بطريقة التجزئة النصفية (Split_half methods)

بعد تطبيق المقياس تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزأين، وتم استخدام الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية، ثم احتساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.809) وتعيين معامل الارتباط بمعدلة سبيرمان

$$\text{معامل الارتباط المعدل} = \frac{2r}{1+r}$$

حيث $r$ معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية (0.894)، إن معامل الارتباط المصحح دال وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بمعدل ثبات مرتفع.

5. مقياس نمو ما بعد الصدمة:

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

1. الامكانيات الجديدة (178148118783).
2. التواصل مع الآخرين (201).
3. قوة الشخصية (191). 
4. التغير بالمجاعة الروحية (1885).
5. تقدير الحياة (138281).

ويتم تصحيح المقياس ب (6) مستويات من (0-5) حيث إن كل عبارة يقابلها (6) مستويات مدرجة بالشدة وهي (لا= صفر)، (قليلًا جداً=1)، (قليلًا=2)، (درجة متوسطة=3)، (درجة كبيرة=4)، (درجة كبيرة جدًا=5)، ويقوم المحقق بوضع علامة (✓) أمام المستوى الذي ينسب الحالة الشعرية التي تناسبه، وكما زادت الدرجات التي يحصل عليها المحقق.

فإنها تدل على ارتفاع نمو ما بعد الصدمة.
والتتأكد من صلاحية المقياس قامت أبو القصمان (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 فئة والدرجة الكلية، وأيضاً نتائج معامل الارتباط أن دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) و(0.05$\leq \alpha$) وذلك يعتبر المقياس صادقاً لما وضع لقياسه.

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

بالإضافة إلى ذلك قام العبادسة وآخرون (2015م) بالتأكد من صدق المقياس عن طريق استخدام طريقة صدق الاتساق الداخلي عبر حساب الاتساق البند بالبالمومعوم، حيث تبين أن جميع البند دالة عند ($\alpha \geq 0.05$)، 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 وقد بلغ معامل ألفا (0.86) وهو يشير لثقة ثابتة مرتفع، وهذا يؤكد أن المقياس مناسب لاستخدامه كأداة دراسية.

والتتأكد أكثر من صدع وثبات المقياس قام الباحث بالتالي:

إن مقياس نمو ما بعد الصدمة مقياس مقياس سداسي للبكر لتصحيح فقراته ذات البعد الواحد.

والجداول التالي يبين ذلك.

جدول (5.15): مقياس الإجابات لمقياس نمو ما بعد الصدمة

<table>
<thead>
<tr>
<th>الفترات</th>
<th>قليل جداً</th>
<th>لا</th>
<th>قليل جداً</th>
<th>متوسطة كبيرة</th>
<th>كبيرة جداً</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>كل الفترات</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

صومع مقياس نمو ما بعد الصدمة

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

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الاتساق الدلالة</th>
<th>معاملاً الارتباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الاتساق الدلالة</th>
<th>معاملاً الارتباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الاتساق الدلالة</th>
<th>معاملاً الارتباط</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.628</td>
<td>15</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.465</td>
<td>8</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.672</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.517</td>
<td>16</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.424</td>
<td>9</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.553</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.638</td>
<td>17</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.550</td>
<td>10</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.663</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.601</td>
<td>18</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.593</td>
<td>11</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.600</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.638</td>
<td>19</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.385</td>
<td>12</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.512</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.627</td>
<td>20</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.532</td>
<td>13</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.539</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.508</td>
<td>21</td>
<td>**0.00</td>
<td>6.070</td>
<td>14</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.700</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(α ≤ 0.05) // الارتباط غير دال إحصائيا عند (0.05)

** الارتباط دال إحصائيا عند (0.05)

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.16) أن فقرات المقياس تمثل معاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوى داله أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن المقياس بفرقاته يتمتع بمعدل ثبات عالي.

• ثبات مقياس نمو ما بعد الصدمة

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 بطرقتين:

1. معامل ألفا - كرونباخ

تم تطبيق المقياس على عينة من الدراسة والتي قومها (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 بمعدل ثبات مرتفع.

Internal Validity

صدقة الاتساق الداخلي

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الاتساق الدلالة</th>
<th>معاملاً الارتباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الاتساق الدلالة</th>
<th>معاملاً الارتباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الاتساق الدلالة</th>
<th>معاملاً الارتباط</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.628</td>
<td>15</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.465</td>
<td>8</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.672</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.517</td>
<td>16</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.424</td>
<td>9</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.553</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.638</td>
<td>17</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.550</td>
<td>10</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.663</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.601</td>
<td>18</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.593</td>
<td>11</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.600</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.638</td>
<td>19</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.385</td>
<td>12</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.512</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.627</td>
<td>20</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.532</td>
<td>13</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.539</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.508</td>
<td>21</td>
<td>**0.00</td>
<td>6.070</td>
<td>14</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.700</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(α ≤ 0.05) // الارتباط غير دال إحصائيا عند (0.05)

** الارتباط دال إحصائيا عند (0.05)

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.16) أن فقرات المقياس تمثل معاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوى داله أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن المقياس بفرقاته يتمتع بمعدل ثبات عالي.

• ثبات مقياس نمو ما بعد الصدمة

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 بطرقتين:

1. معامل ألفا - كرونباخ

تم تطبيق المقياس على عينة من الدراسة والتي قومها (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 بمعدل ثبات مرتفع.

Internal Validity

صدقة الاتساق الداخلي

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الاتساق الدلالة</th>
<th>معاملاً الارتباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الاتساق الدلالة</th>
<th>معاملاً الارتباط</th>
<th>رقم الفقرة</th>
<th>مستوى الاتساق الدلالة</th>
<th>معاملاً الارتباط</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.628</td>
<td>15</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.465</td>
<td>8</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.672</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.517</td>
<td>16</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.424</td>
<td>9</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.553</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.638</td>
<td>17</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.550</td>
<td>10</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.663</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.601</td>
<td>18</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.593</td>
<td>11</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.600</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.638</td>
<td>19</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.385</td>
<td>12</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.512</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.627</td>
<td>20</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.532</td>
<td>13</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.539</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>**0.00</td>
<td>0.508</td>
<td>21</td>
<td>**0.00</td>
<td>6.070</td>
<td>14</td>
<td>**0.00</td>
<td>0.700</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(α ≤ 0.05) // الارتباط غير دال إحصائيا عند (0.05)

** الارتباط دال إحصائيا عند (0.05)

تبين من النتائج الموضحة في جدول (4.16) أن فقرات المقياس تمثل معاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوى داله أقل من (0.05)، وهذا يدل على أن المقياس بفرقاته يتمتع بمعدل ثبات عالي.

• ثبات مقياس نمو ما بعد الصدمة

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 بطرقتين:

1. معامل ألفا - كرونباخ

تم تطبيق المقياس على عينة من الدراسة والتي قومها (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 بمعدل ثبات مرتفع.
الثبات بطريقة التجزئة النصفية

بعد تطبيق المقاييس تم تجزئة الفقرات إلى جزأين وهم 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 سيرمان براون:

\[
\frac{2r}{1+r}
\]

حيث 2 معامل الارتباط المعدل = معامل الارتباط المصحح (0.801) أن معامل الارتباط المصحح دال وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

خامساً: إجراءات الدراسة:

لكي يتمكّن الباحث من تحقيق أهداف الدراسة وإجابة 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، الاكتتاب، نمو ما بعد الصدمة).
3. عرض أدوات الدراسة على المشرف كي يتم تنفيذها.
4. عمل التعديلات اللازمة كما يرجى المشرف.
5. التوجه إلى عمادة كلية التربية للحصول على كتاب بتسهيل مهمة باحث، لتقديمه للجهات المختصة للحصول على العينة التي سيطبق 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 (SPSS) Social Sciences، وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

1. إحصاءات وصفية منها: النسبة المؤوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن الحسابي النسبي، ويستخدم هذا الأمر بشكل أساسي بهدف معرفة تكرار فئات متغير ما وتحديد الباحث في وصف متغيرات الدراسة.

2. معامل ارتباط بيرسون: للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين فئات المقياس والدرجة الكلية للاستبانة.

3. معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha): لمعرفة ثبات فئات المقياس.

4. معامل ارتباط سبيرمان براون للتجزئة النصفيّة المتساوية، لمعرفة ثبات فئات المقياس.

5. اختبار الت "ت" (One Samples t test) لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الحياد أم لا.
الفصل الخامس
عرض النتائج وتحليلها وتفسيرها
الفصل الخامس
عرض النتائج وتحليلها وتفسيرها

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

الفرض الأول:
متوسط نمو ما بعد الصدمة مرتفع بدرجة إحصائياً لدى مرضى السرطان.

والإجابة 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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>الامكانات الجديدة</th>
<th>نمو ما بعد الصدمة</th>
<th>الفترات</th>
<th>التواصل مع الآخرين</th>
<th>قوة الشخصية</th>
<th>التغير بالمحال الروحی</th>
<th>تقييم الحياة</th>
<th>المتوسط العام لمستوى نمو ما بعد الصدمة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5</td>
<td>2.335</td>
<td>1.755</td>
<td>46.70</td>
<td>7.553</td>
<td>بحد ما بعد الصدمة</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>3.400</td>
<td>1.580</td>
<td>66.81</td>
<td>3.218</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>2.840</td>
<td>1.717</td>
<td>56.79</td>
<td>4.654</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>4.263</td>
<td>1.200</td>
<td>85.25</td>
<td>5.631</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>3.114</td>
<td>1.616</td>
<td>55.83</td>
<td>7.365</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول (1.5): نتائج اختبار T لعينة واحدة (One sample T test)

**دالة عند 0.01*دالة عند 0.05//غير دالة
من خلال الجدول (1.5) يتضح أن:

- التغير بالجال الروحي احتلت المرتبة الأولى بوزن نسبي (85.2%)،
- التواصل مع الآخرين احتلت المرتبة الثانية بوزن نسبي (66.8%)،
- قوة الشخصية احتلت المرتبة الثالثة بوزن نسبي (56.7%)،
- تقدير الحياة احتلت المرتبة الرابعة بوزن نسبي (55.8%)،
- الامكانات الجديدة احتلت المرتبة الخامسة بوزن نسبي (46.7%)،
- والوزن النسبي لنمو ما بعد الصدمة لمرضى السرطان (62.2%) وهي أكبر من الوزن النسبي المحايد 60% وهذا يعني أن هناك إيجابية في نمو ما بعد الصدمة، وأن نمو ما بعد الصدمة متوسط.

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

ويُعزو الباحث ذلك إلى أن المصاب في بعض الأحيان قد تؤثر بشكل إيجابي على بعض الشخصيات، حيث لوحظ أثناء تطبيق أدوات الدراسة أن هؤلاء المرضى يكترون من الحمد والشكر لله على ما ابتلاهم، و يقول بعضهم "تفاؤل الله رحمة" فالواضع الدين وقوة الإيمان لها دور كبير في التخفيف عن كاهل هؤلاء المرضى، وأن هذا ابتلاء من الله عز وجل وسوف يؤجج عليه، أيضاً الإيمان بالقضاء والقدر، و الحمد لله في السراء والضرباء، والإيمان بأن ذلك المرض سيحفف عنهم يوم القيامة، حيث إن الإكثار من التسبيح والدعاء والصلاة والإيمان بالصبر لهي من أهم العوامل التي تترك الآثار الإيجابية لديهم، وتعينهم وتقديهم نفسيًا وبدنيًا.

ومن خلال عمل الباحث في قسم الأولم والد و وخاصة عندما كان يتوفى أحد المرضى في الخارج كان الطاقم يخفي ذلك على المرضى، مراعاة للحالة النفسية، ولكن المفاجئة عندما يأتيك مريض ويكتشف بذلك لا تريد أن تخبره بأنه فلان قد توفي، وعائتك بأنك تخفى عليه ذلك، يسأل لماذا تفعل هكذا، وليس الموت علينا حق، وليس كنا سنموت، ليس الدنيا دار مرور وليس مقر، وليس من الممكن أن تموت أنت قبل، ألا تثق بأن الله من الممكن أن يشفيني، كل هذه الأسئلة
تشعر بأنه ذلك المريض لا يخف من الموت، وأنه راضٍ بما قدر الله وكتب له من عمر وحياة، تلك المواقف تظهر وجود إيجابية في نمو ما بعد الصدمة، ويعتبر الجانب الاجتماعي والعائلي له دور مهم في ارتفاع التغيرات الإيجابية، كما أن الدعم العاطفي والمادي له دور جيد (Ho et al., 2004:377).

ويبدو البحث أن التسهيلات والتمتعات التي يلقاها مريض السرطان من الناحية المادية والمعنوية، والجهود التي تتكائف من أجل إنقاذه، تشعر بأن الجميع يقف من حوله، فليفي النظر عن جوانب مهمة كانت من الممكن أن تسبب له الاحباط والنشوة، حيث تتمثل هذه الجوانب في الاهتمام والمتابعة الجدية، من الطواقف الطبية، والجمعيات والمؤسسات الخيرية التي تقدم الدعم لهم.

وإن الزرارات من الجمعيات والمؤسسات المهتمة بهولاء المرضى وتقديم لهم الرحلات الترفيهية، ومشاركتهم في مناسباتهم الاجتماعية، وتقديم لهم دعم العان ومساعدته تزيد من نسبة نمو ما بعد الصدمة لدى هؤلاء المرضى.

الفرض الثاني:

متوسط الفلق العام مرتفع بدرجة إحصائياً لدى مرضى السرطان.

والإجابة على هد الفرضية قام البحث باستخدام اختبار T لعينة واحدة (One sample test) والنتائج موضحة كما في الجدول التالي:

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الفلق العام (One sample T test) للدالة المستقلة</th>
<th>قيمة اختبار “ت”</th>
<th>الانحراف المعياري</th>
<th>المتوسط الحسابي</th>
<th>الدرجة الكلية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مستوى الدلالة</td>
<td>0.002</td>
<td>6.336</td>
<td>9.527</td>
<td>1.567</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

وتبين من النتائج الموضحة في جدول (5.2) أن قيمة مستوى الدلالة (0.002) وهي أقل من مستوى القيمة (0.05)، مما يدل أن مستوى الفلق مختلفة جوهريا عن الدرجة المتوسطة، مما يدل على وجود فرق عام بدرجة مترفعة لدى مرضى السرطان.
وتلترف على نسب انتشار الفلق العام لدى مرضى السرطان، وبحسب معايير (تايلور) قام الباحث بالحساب حسب التكرارات والنسب المئوية لكل فئة، كما هو موضح في الجدول التالي:

<table>
<thead>
<tr>
<th>الفئة</th>
<th>(من - إلى)</th>
<th>التكرار</th>
<th>النسبة المئوية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>لا يوجد</td>
<td>صفر-16</td>
<td>33</td>
<td>27.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>قلق خفيف</td>
<td>17-21</td>
<td>27</td>
<td>22.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>قلق متوسط</td>
<td>22-26</td>
<td>19</td>
<td>15.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>قلق شديد</td>
<td>27-50</td>
<td>41</td>
<td>34.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td></td>
<td>120</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ينتضح 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 (2016) التي أشارت إلى وجود مستوى منخفض من القلق.

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

ويرى "أبو هين" أن الخوف الذي يستمر على الفرد الذي يترقب 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 والجسدية التي تزيد من معاناته الداخلية (أبو هين، 1988: 8).

ومن خلال عمل الباحث فإنه يرى أن هؤلاء المرضى يعانون من آلام جسدية متعددة، وتلك الآلام يتم التخلص منها عن طريق إعطاء أدوية قاتلة للألام، والتبعيد 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.

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

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

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

الفرض الثالث:

متوسط قلق الموت مرتفع بدرجة إحصائياً لدى مرضى السرطان.

والإجابة على هذا السؤال تم استخدام النسبة المئوية والتمثيل الحسابي والوزن النسبي للفقرات قلق الموت، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة اختبار &quot;ت&quot;</th>
<th>الالحالف الحسابي</th>
<th>القيمة المعياري</th>
<th>رقم الفقرة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>0.001</strong></td>
<td>3.658</td>
<td>1.476</td>
<td>2.150</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>0.000</strong></td>
<td>4.742</td>
<td>1.627</td>
<td>3.135</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>0.002</strong></td>
<td>3.519</td>
<td>1.608</td>
<td>3.173</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>0.000</strong></td>
<td>5.673</td>
<td>1.565</td>
<td>2.378</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>0.000</strong></td>
<td>6.118</td>
<td>1.569</td>
<td>2.709</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**دالة عند 0.01** // غير دالة
تبين 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.

وافقت هذه الدراسة مع دراسة عموري (2013م) التي ارتفاع قلق الموت لدى المرأة المصابة بالسرطان.

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

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

وينظر (عموري، 2013م، ص20) إلى أن قلق الموت ناتج عن قلق المستقبل نفسه، أو أن الإنسان مقبل على حذف ليس له سلطة عليه، وقد (عموري وحمودة،2015م، ص73) أنه ناتج عن التأمل الشعوري في حقيقة مفروضة على المريض، وأنها قادمة، ولكن متي وكيف وأين، ويرى "ماسرمان" أن أحد أسباب قلق الموت هو المرض (عبد الخالق، 1997م، ص213).

ويarkan الباحث أن الخوف مما بعد الموت يحتل المرتبة الثانية في أبعاد قلق الموت، وهذا ما أكده (عموري، 2015م، ص14) إلى أن قلق الموت ناتج عن القلق من المجهل مما بعد الموت، حيث يفكر الباحث ذلك، بأن المريض يسعى لإرضاء ربه، ويريد أن يخس الأرتكب من ذنبه، وفيما الوقت ليكسب أكبر قدر ممكن من الأعمال الصالحة، من صلاة وعبادات وأذكار وصدقات، حيث يبقى أن يعمل لما بعد الموت، حتى يلقى 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 "ميسكوي" الفيلسوف الإسلامي 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 إحصائياً لدى مرضى السرطان.

وبالإجابة 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة اختبار &quot;ت&quot;</th>
<th>الانحراف المعياري</th>
<th>المتوسط الحسابي</th>
<th>الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>0.000</strong></td>
<td>5.112</td>
<td>1.098</td>
<td>1.692</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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 (0.05) ≤α)، مما يدل أن مستوى القلق يختلف جوهرياً عن الدرجة المتوسطة، ما يدل أنه وحسب المعايير أن متوسط الاكتئاب لدى مرضى السرطان يتراوح ما بين المتوسط الذي بلغ نسبته (35.8%) والحاد الذي بلغ نسبته (27.8%).

 وللتعريف على نسب انتشار الاكتئاب لدى مرضى السرطان، وحسب معايير قام الباحث بحساب التكرارات والنسب المئوية لكل فئة، وهي موضحة في الجدول التالي:

جدول (5.6): نسبة انتشار الاكتئاب حسب المعايير

<table>
<thead>
<tr>
<th>نسبة المئوية</th>
<th>التكرار</th>
<th>من - إلى</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>لا يوجد اكتئاب</td>
<td>26</td>
<td>0 - 5</td>
</tr>
<tr>
<td>اكتئاب خفيف</td>
<td>18</td>
<td>5 - 7</td>
</tr>
<tr>
<td>اكتئاب متوسط</td>
<td>43</td>
<td>7 - 15</td>
</tr>
<tr>
<td>اكتئاب حاد</td>
<td>33</td>
<td>16 فأكثر</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>120</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
تبيّن 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 عدهم (43) مريضاً بنسبة (35.8%), بينما الاكتئاب الحاد (33) مريضاً بنسبة (27.8%).

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

ويزوع الباحث هذه النتيجة إلى أن مرضى السرطان يعانون من فقدان مهنة، وبالأخص، والإحباط، والقلق، والتوتر، وعدم القدرة على الاستمتاع في حياتهم، وذلك لعدم قدرتهم على تحقيق أهدافهم، وإيجاد معنى سامي لحياتهم، حيث يشعرون بشعور فقدان القيمة، والتشتت، والحيوية، وعدم القدرة على اتخاذ القرار.

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

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

الفرض الخامس:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05 ≤ α) بين نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي (قلق 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 (0.05 ≤ α) بين نمو ما بعد الصدمة والقلق العام لدى مرضى السرطان

للإجابة على هذه الفرضية تم استخدام اختبار معامل الارتباط "بيرسون" لمعرفة العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة والقلق العام.
جدول (5.7): معامل الارتباط تيرسون: بين نمو ما بعد الصدمة والقلق العام

<table>
<thead>
<tr>
<th>العدد</th>
<th>قيم معامل الارتباط</th>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>القلق العام</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>120</td>
<td>0.579</td>
<td>0.051</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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).

ويذكر الباحث هذه النتيجة إلى أن عدم وجود علاقة بين نمو ما بعد الصدمة والقلق العام إلى أن المريض قد يعيش عليه نوع من الإياس والإحباط والفشل بعد اكتشاف أنه مريض بالسرطان، ولذلك يكون المريض أكثر عرضة للشعور بالتشائوم والقلق، كذلك تقدر الأمور بشكل سلبي للذات والمستقبل القارع، وتلعب الظروف الاجتماعية والبيئية والاقتصادية دوراً مهماً في زيادة نسبة القلق لدى المريض، ولسنا في الوضع الذي يعيشه قطاع غزة من حصار، وصعوبة السفر، والعلاج في الخارج، وكذلك قلة العمل والبطالة، والغلاء، حيث إن أي مرض يحتاج لتكاليف مادية، ذلك يقود انخفاض تقدير الحياة، وتوفر أغلب الاهتمامات، وتنشؤ الخطة المستقبلية التي يترمزها كل إنسان، وبذلك لم يؤثر القلق العام بنمو ما بعد الصدمة.

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05 ≤ α) بين نمو ما بعد الصدمة وقلق المرضى السرطان.

والإجابة على هذه الفرضية تم استخدام اختبار معامل الارتباط "تيرسون" لمعرفة العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وقلق المرضى السرطان.
جدول (5.8) معامل الارتباط "بيرسون" بين نمو ما بعد الصدمة وقلق الموت

<table>
<thead>
<tr>
<th>النمو بعد الصدمة</th>
<th>عدد</th>
<th>قلق الموت</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مستوى الارتباط</td>
<td>درجة الدلالة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.162</td>
<td><strong>دالة عند 0.01</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.140</td>
<td><em>دالة عند 0.05</em></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>120</td>
<td>غير دالة</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

من خلال الجدول (5.8) يتضح أنه 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).

ويعزز النتائج هذه النتيجة إلى أن التغيرات في حياة المريض بعد الابتلاء الذي أصابه يتجه إلى السلبي بشكل أكبر تقريباً، والذي بدوره يؤثر على الخوف من الموت، حيث إن التوتر والتشاؤم الذي يصيب المريض وفقدان الثقة بنفسه يزيد بشكل كبير بعد إدراك الامور الواقعية الذي لا يمر منه، وعند مشاهدة المريض لجراح المريض الذي يقطن مع في نفس القسم ونفس الغرفة، أن المريض قد أنهك جسد، يدرك بشكل أكبر بأن الموت بات قريب بالنسبة له، وأنه سيلحق بركبه في وقت قريب، ومن خلال إدراك المريض لمال هذا المرض، فيظهر هذا الخوف والقلق من الموت، وخاصة التفكير فيما بعد الموت، ويتضح النتائج من خلال هذه الدراسة أن الخوف من الأمراض المميتة قد احتلت المرتبة الأولى في الخوف من الموت، وبذلك يسيطر على المريض التفكير السلبي، وبذلك يفسر الباحث عدم وجود علاقة بين نمو ما بعد الصدمة وقلق الموت.

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05 < α) بين نمو ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى مرضى السرطان.

والإجابة على هذه الفرضية تم استخدام اختبار معامل الارتباط "بيرسون" لمعرفة العلاقة بين المتغيرين.
جدول (5.9): معامل الارتباط "تيرسون" بين نمو ما بعد الصدمة والاكتئاب

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>نمو ما بعد الصدمة</th>
<th>الانتكاب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>العدد</td>
<td>120</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>قيمة معامل الارتباط</td>
<td>0.092</td>
<td>0.155</td>
</tr>
<tr>
<td>مستوى الدلالة</td>
<td><strong>0.05</strong></td>
<td><strong>0.01</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td><strong>0.05</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

من خلال الجدول (5.9) يتبين 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).

ويعزى الباحث هذه النتيجة إلى أن تطور نمو ما بعد الصدمة قد يسير في اتجاهات مختلفة، وخلاف الأشخاص من الناحية النفسية تقدم عدم تحديد اتجاهات نمو ما بعد الصدمة والاكتئاب، بينما أن نمو ما بعد الصدمة يرتبط بتغيرات إيجابية في الشخصية، تلك التغيرات تؤدي إلى الارتفاع في الأداء الوظيفي والتغير في نظرة المريض لنفسه ومستقبله، بينما في حال التعرض لابتلاعات كما هو الحال في الأمراض السرطانية، تؤدي لصعوبة توجه الفرد لاتجاه معين وضعح العلاقة بين الاكتئاب ونمو ما بعد الصدمة.

ويؤدى إلى تأثير الخاص، كما أن ضعف القوة الشخصية، لدى المريض الذي تلعب دورًا مهمًا في توجيه المريض للأسوأ أو التكيف مع الحاضر أو التأقلم مع ذلك المرض، وابتكار أن ذلك قد الله ولن مجال للتغيير، وتعتبر العلاقات الشخصية مهمة في توجيه المريض نحو ما بعد الصدمة للأعراض الشخصية المختلفة مثل الاكتئاب، وقد فسر (Deggens, 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 (0.05) في مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان توزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).

118
لإجابة على هذه الفرضية، وتحقيق من صحتها تم استخدام اختبار "ت" للعينتين مستقلتين (Independent sample T test) لمعرفة دلالة الفروق في نمو ما بعد الصدمة تبعاً للجنس، حيث يوضح ذلك:

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة اختبار &quot;ت&quot;</th>
<th>الانحراف المعياري</th>
<th>المتوسط الحسابي</th>
<th>العدد</th>
<th>تميز المفترض من النشأة</th>
<th>نمو ما بعد الصدمة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ذكر</td>
<td>20.651</td>
<td>57.140</td>
<td>50</td>
<td>70</td>
<td>الهجاء بجانبها ومساندتها تعتبر مصدر قوة لها في التعامل مع مشكلاتهم بشكل أفضل، حيث تشعر بمحبة الآخرين لها، وتتبادل نفس العواطف والمحبة، حيث ترى الإناث أن الأبناء وخاصة الكبار مستعدون للتضحية بالغالي والنفس من أجل إنقاذ تلك الأحاسيس تقدِّم المراة للتطور النفسي الإيجابي بشكل عام، إلى نمو ما بعد الصدمة بشكل خاص.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أنثى</td>
<td>17.383</td>
<td>67.729</td>
<td>50</td>
<td>70</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

من خلال الجدول (10.5) يتضح أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في نمو ما بعد الصدمة تبعاً لمتغير الجنس (ذكر، أنثى) لصالح الإناث. ولم تتفق هذه الدراسة مع دراسة أبو القمصان (2016م) التي أظهرت عدم وجود فروق في نمو ما بعد الصدمة بالنسبة لمتغير الجنس.

ويُفسر الباحث هذه النتيجة التي ترى أن نمو ما بعد الصدمة يختلف باختلاف النوع، حيث إن تطور نمو ما بعد الصدمة لدى الإناث أكثر، لأن الفروقات الأكبر من الناحية النفسية ومعنوية، وفيما يتعلق بالنساء أن الأزواج هما الأكثر تأثيراً من ناحية الدعم النفسي ومعنوي لإناث، والوقوف بجانبهم ومساندتهم في هذا الحالة الضائقة، فالمرأة بطبيعتها تُعتبر ضعيفة، لذلِّك الوقوف بجانبها ومساندتها تعتبر مصدر قوة لها، فتشعر بقيمتها وتقدر حياتها أكثر من قبل، وتصبح قادرة على اليوغا، بحساسيتها ومشاعرها، وتكون قادرة على التعامل مع مشكلاتها بشكل أفضل، حيث تشعر بمحبة الآخرين لها، وتتبادل نفس العواطف والمحبة، حيث ترى الإناث أن الأبناء وخاصة الكبار مستعدون للتضحية بالغالي والنفس من أجل إنقاذ تلك الأحاسيس تقدِّم المراة 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 الفوري في اختلاف مستويات نمو ما بعد الصدمة، وأؤكد أيضاً أن النساء أفضل في التعامل مع نمو ما بعد الصدمة من الرجال.
ويبر الباحث أن الجانب الديني له أهمية كبرى حين يصبح الإيمان بالله أعمق من ذي قبل، ينمو مفهوم الصبر وآثار الإيجابية، فعندما تستغل المريضة وقتها بالدعاء والاستغفار والصلاة، كل ذلك يقود للتغيير الإيجابي في حياتها.

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

جدول (11): نتائج اختبار التباين الأحادي للتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع العلاج) تبعا لمتغير نمو ما بعد الصدمة

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدخل</th>
<th>قيمة اختبار &quot;ع&quot;</th>
<th>متوسط المربعات</th>
<th>درجة الحرة</th>
<th>مجموع المربعات</th>
<th>بين مجموعات</th>
<th>داخل المجموع</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.267 //</td>
<td>1.332</td>
<td>499.761</td>
<td>3</td>
<td>1499.284</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>375.144</td>
<td>116</td>
<td>43516.683</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>119</td>
<td></td>
<td>45015.967</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.296 //</td>
<td>1.229</td>
<td>463.095</td>
<td>2</td>
<td>926.189</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>376.836</td>
<td>117</td>
<td>44089.777</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>119</td>
<td></td>
<td>45015.967</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.368 //</td>
<td>1.009</td>
<td>381.610</td>
<td>2</td>
<td>763.219</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>378.229</td>
<td>117</td>
<td>44252.747</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>119</td>
<td></td>
<td>45015.967</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.296 //</td>
<td>1.248</td>
<td>469.287</td>
<td>3</td>
<td>1407.860</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>375.932</td>
<td>116</td>
<td>43608.107</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مستوى الدلالة</td>
<td>قيمة اختبار &quot;١&quot;</td>
<td>متوسط درجة الحرية</td>
<td>مجموع المربعات</td>
<td>مجموع المربعات</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
<td>-----------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>---------------</td>
<td>---------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>دالة عند 0.01</strong></td>
<td><strong>دالة عند 0.05</strong></td>
<td>غير دالة</td>
<td>45015.967</td>
<td>45015.967</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

ويعد الباحث هذه النتيجة إلى أن نسبة أكبر من العينة كانت من المتزوجين والتي تمثل (69.8%)، فتعبر الشخص لهذا المرض سواء كان متزوج أو أعزب أو مطلق أو أربل فتكون الاستجابات وردة الفعل تقريباً متشابهة، حيث إن الجميع سوف يتعرض للكصدمة والإعتراف والتساءل، ذلك يقود للتشابه في تطور أو عدم تطور لنمو ما بعد الصدمة لتلك الفترة.

//

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة اختبار &quot;١&quot;</th>
<th>متوسط درجة الحرية</th>
<th>مجموع المربعات</th>
<th>مجموع المربعات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.847</td>
<td>0.269</td>
<td>103.807</td>
<td>3</td>
<td>311.420</td>
</tr>
<tr>
<td>//</td>
<td></td>
<td>385.384</td>
<td>116</td>
<td>44704.547</td>
</tr>
</tbody>
</table>

///

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة اختبار &quot;١&quot;</th>
<th>متوسط درجة الحرية</th>
<th>مجموع المربعات</th>
<th>مجموع المربعات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.353</td>
<td>1.111</td>
<td>413.411</td>
<td>18</td>
<td>7441.402</td>
</tr>
<tr>
<td>//</td>
<td></td>
<td>372.025</td>
<td>101</td>
<td>37574.564</td>
</tr>
</tbody>
</table>

///

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة اختبار &quot;١&quot;</th>
<th>متوسط درجة الحرية</th>
<th>مجموع المربعات</th>
<th>مجموع المربعات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.068</td>
<td>2.745</td>
<td>1008.755</td>
<td>2</td>
<td>2017.510</td>
</tr>
<tr>
<td>//</td>
<td></td>
<td>367.508</td>
<td>117</td>
<td>42998.457</td>
</tr>
</tbody>
</table>

121
وانفقت 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 المستقبلي قد يكون واضح أمامه، ومن ناحية الباحث أن الاختلافات والفروقات من الممكن أن تكون في السن الأقل من (30) سنة الذي قد يسعى لتكون حنانه، بناء مستقبله، فيسعى الفرد في هذه المرحلة للوصول إلى الاستقرار المادي والاجتماعي، فذلك المرض له تأثير بشكل سلبي على مستقبل هؤلاء المرضى الذين بون أفق مظلم قد ينتهي بمستقبل فاشل بعد الإصابة بهذا المرض، وانفتقت هذه الدراسة مع دراسة العباسية وآخرون (2015م) التي أظهرت عدم وجود فروق بين نمو ما بعد الصدمة والعنبر.

أما بالنسبة للمؤهل العلمي يعزى الباحث عدم وجود فروق لأن (70.8%) من العينة كانوا مستواهم العلمي أقل من تنافسية، وهذا يشير إلى استراحته في نفس التفكير والإدراك بالنسبة لمرض السرطان، وقد انتهت هذه الدراسة مع كل من أبو القمصان (2016م) والعباسية وآخرون (2015م) بعدم وجود فروق في نمو ما بعد الصدمة ومتبخر المستوى التعليمي.

أما بالنسبة لعدم وجود فروق في المستوى الاقتصادي فيرجع إلى أن (64.2%) مستواهم الاقتصادي متعدد 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 شديدة، فالتشابه في تلك العوامل قد تؤدي لعدم وجود علاقة بين نمو ما بعد الصدمة والمستوى الاقتصادي.

أما بالنسبة لعدم وجود المرض ونوع العلاج يعزى الباحث عدم وجود فروق لأن الإصابة بهذا المرض تفرض على المريض بروتوكل مشترک في العلاج، فيغض النظر عن مكان الإصابة بهذا المرض، سواء كان في الثدي أو القولون أو الدم أو غيرها من أماكن الإصابة في النهاية يرى المرضى بشكل عام أنه مصاب بمرض اسمه سرطان، أما بالنسبة لعدم المرض ونوع العلاج فهو عبارة عن استراتيجية يمر بها جميع المرضى حيث إن كل مريض له بروتوكل 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 وما بعد الصدمة ونوع المرض والعلاج ومدة المرض.

الفرض السابع:
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05 ≤ α) 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، والتحقق من صحتها تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، لمراعاة دلالة الفروق في القلق العام.

لعينتين مستقلتين، نُقِّرَت دلالة الفروق في القلق العام لمتغير الجنس.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة اختبار &quot;ت&quot;</th>
<th>الانحراف المعياري الحسابي</th>
<th>المتوسط العد</th>
<th>العدد</th>
<th>جنس</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.641 //</td>
<td>0.467</td>
<td>10.816</td>
<td>23.560</td>
<td>50</td>
<td>ذكر</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>8.554</td>
<td>22.700</td>
<td>70</td>
<td>أنثى</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.

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

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

ويعزى النتائج هذه النتيجة إلى أن التعرض للكراهية تثير القلق عند هؤلاء المرضى بشكل عام، فالأعراض تكون واحدة والتفكير والأعمال يكون متشابه رغم الاختلافات الديموغرافية الأخرى، فالجنسين الذكر والأنثى تسيطر عليهم المعاناة الجسدية والنفسية، ويثير الإشغال.
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 الفرق بين المتغيرات التالية (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج) تبعًا القلق العام، ويوضح ذلك من خلال الجدول التالي: جدول (13.5): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع العلاج) تبعًا لمتغير القلق العام.

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدخل</th>
<th>قيمة اختبار &quot;ف&quot;</th>
<th>متوسط المربعات</th>
<th>درجة الحرية</th>
<th>مجموع المربعات</th>
<th>مجموعات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مستوى الدخل</td>
<td>0.300</td>
<td>1.235</td>
<td>3</td>
<td>334.372</td>
<td>بين مجموعات</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>90.243</td>
<td>10468.220</td>
<td>داخل المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>116</td>
<td>10802.592</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.081</td>
<td>2.564</td>
<td>2</td>
<td>453.625</td>
<td>بين مجموعات</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>88.453</td>
<td>10348.97</td>
<td>داخل المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>117</td>
<td>10802.59</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.070</td>
<td>2.723</td>
<td>2</td>
<td>480.438</td>
<td>بين مجموعات</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>88.224</td>
<td>10322.154</td>
<td>داخل المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>117</td>
<td>10802.592</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.313</td>
<td>1.216</td>
<td>3</td>
<td>329.293</td>
<td>بين مجموعات</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>90.287</td>
<td>10473.299</td>
<td>داخل المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>116</td>
<td>10802.592</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>
من خلال الجدول (13) يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى التحليل (0.05) في الفحق العام تم ذكره لمتغير الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، نوع المرض، نوع العلاج.

والباحث يعزى هذه النتيجة إلى أن المتغيرات السابقة كالحالة الاجتماعية والمرأة والمؤهل العلمي والدخل نوع المرض ومدة العلاج لم تلعب دور مهم في الفحق لدى مرضى السرطان حيث إن المرضى مشابهين في النهاية لدى مرضى السرطان، فالمتعرض لهذا النوع من الأمراض لم يختلف باختلاف الحالة الاجتماعية، سواء كان الشخص متزوج أو أعرب أو غير ذلك، فالكل يعيش نفس الظروف النفسية الصعبة، حيث تم ملاحظة أن نسبة الأكبر كانت من المتزوجين بنسبة (69.2%) من العينة، واحتفظت هذه مع دراسة دراسة Manoj Pandey (2007) التي أظهرت أن سبب الفحق هو الحالة الاجتماعية.
أما العمر فلم يحظى باختلاط كبير في الفئات العمرية المختلفة بالنسبة لتمغير الفلق، وذلك لتشابه الفكرة المجتمعية المعروفة عن ذلك المرض، فالمراحل المختلفة في العمر تفكر في المستقبل القريب، والصعوبات المشاكل التي ستجائه تلك الأفراد، وتكون بشكل عام مشابهة، وآخرون (2016) التي لم توجد علاقة بين الفلق والمراحل العمرية.

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

ويتضح الباحث عدم وجود فروقات بالنسبة للمستوي الاقتصادي أن النسبة الأكبر من العينة كانت من ذوات الدخل المنطي، 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.


الفرض الثامن:
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05 ≤ α) في مستوى فلق الموت لدى مرضى السرطان تعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).

وإلا جابة على هذه الفرضية، وللحقيق من صحتها تم استخدام اختبار "ت" (Independent sample T test) لعينتين مستقلتين، لمعرفة دلالة الفروق في فلق الموت تبعا للجنس، والجدول التالي يوضح ذلك:
جدول (5.14): نتيجة اختبار "ت" للفرق في قلق الموت لمرئي الجنس.

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة اختبار &quot;ت&quot;</th>
<th>الانحراف المعياري</th>
<th>المتوسط الحسابي</th>
<th>العدد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ذكر</td>
<td>0.079// 1.772</td>
<td>22.385</td>
<td>48.700</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>أنثى</td>
<td>20.168</td>
<td>55.629</td>
<td></td>
<td>70</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ملاحظة*:
- **دالة عند 0.01**
- **دالة عند 0.05**
- **دالة غير دالة عند 0.05**

من خلال الجدول (5.14) يتضح أنه لا يوجد فرق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان في حالة الجنس.

وقد اتفقت هذه نتائج هذه الدراسة مع دراسة قواجليلية (2013م) التي ترى أنه لا يوجد اختلاف في قلق الموت بالنسبة للجنس واتفاق أيضاً مع دراسة بادين (2011م) التي أظهرت أنه لا يوجد فرق ذات دلالة إحصائية بين الذكور وإناث على عامل التصور السببي للموت.

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

ويؤثر الباحث هذه النتيجة إلى أن الميت بشكل عام له هيئة بغض النظر عن اختلاف الجنس، ولعل تشابه أفراد العينة في نفس الظروف والمرض له السبب الأكبر في عدم وجود فروقات بين الذكر والأنثى، وكذلك تقارب نسبة الخوف من الموت بين الذكور والأنثى، حيث وجد أن الخوف فيما بعد الممات تحت المرتبة الأولى ثم تليها الخوف من الأمراض المميتة التي تتمثل في مرض السرطان الذي يراه الجميع بأنه انتقال بقرب موعد الموت، حيث تلعب الثقافة المجتمعية المعروفة عن ذلك المرض حضلال بأن الإصابة بمريض كده يعني لهم التفكير في الموت مباشرة، حيث أشارت هذه الأبحاث لوجود فرق قلق الموت بدرجة متوسطة، وكانت هذه النتائج تقريباً متشابهة بين الجنسين، لذلك فرق الميت لا يختلف باختلاف النوع.
وتم استخدام اختبار "التباين الأحادي (One Way ANOVA)" لمعرفة الفرق بين المتغيرات التالية (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج) تبعاً للفراق الموت، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (15.5): نتائج اختبار التباين الأحادي للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة المرض، نوع العلاج) تبعاً لمتغير فرق الموت

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة اختبار &quot;ت&quot;</th>
<th>متوسط المربعات</th>
<th>درجة الحرية</th>
<th>مجموع المربعات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.832 // 0.290</td>
<td>134.259</td>
<td>3</td>
<td>402.777</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>462.209</td>
<td>116</td>
<td>53616.215</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>119</td>
<td>54018.992</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.241 // 1.439</td>
<td>648.525</td>
<td>2</td>
<td>1297.051</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>450.615</td>
<td>117</td>
<td>52721.941</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>119</td>
<td>54018.992</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.891 // 0.115</td>
<td>53.045</td>
<td>2</td>
<td>106.091</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>460.794</td>
<td>117</td>
<td>53912.901</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>119</td>
<td>54018.992</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.406 // 0.977</td>
<td>443.614</td>
<td>3</td>
<td>1330.841</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>454.208</td>
<td>116</td>
<td>52688.151</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>119</td>
<td>54018.992</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.747 0.409</td>
<td>188.370</td>
<td>3</td>
<td>565.110</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مستوى الدلالة</td>
<td>قيمة اختبار &quot;ت&quot; المربعات</td>
<td>متوسط المربعات</td>
<td>درجة الحرية المربعات</td>
<td>مجموع المربعات</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------</td>
<td>--------------------------</td>
<td>----------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>//</td>
<td>460.809</td>
<td>116</td>
<td>53453.882</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.931</td>
<td>44.036</td>
<td>18</td>
<td>792.652</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.481</td>
<td>335.970</td>
<td>2</td>
<td>671.941</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع العلاج</th>
<th>مجموع المجموع</th>
<th>المرض</th>
<th>المجموع</th>
<th>الدالة عند 0.01</th>
<th>جملة عند 0.05</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>//</td>
<td>671.941</td>
<td>53347.051</td>
<td>54018.992</td>
<td><strong>دالة عند 101</strong></td>
<td><strong>غير دالة</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>0.737</td>
<td>455.958</td>
<td>117</td>
<td>53347.051</td>
<td><strong>دالة عند 1015</strong></td>
<td><strong>غير دالة</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

من خلال الجدول (5.15) يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في فرق المحم يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، مستوي الدخل، مدة المرض، نوع العلاج، وغير الدلالة.

وبالرغم من هذه النتيجة إلا أنها اختلفت مع دراسة عماري (2013م) التي وجدت علاقة بين ارتفاع درجة قلق المحم والحياة الاجتماعية للمرأة المصابة بسرطان الثدي.
أما بالنسبة لمتغير العمر فلم تظهر الدراسة اختلاف، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن من المنطقة أن مختلف المراحل العمرية لديها شعور طبيعي غيري بالخوف من الموت، فقاً فرق بين الطفل والشاب والمسن، ويبرأ الباحث أن وجود مرض السرطان لدى الشخص يؤثر عليه شعور بأن الأجل يبدو معلوم، إلا أن يخبر الله تلك الأحوال بالشفاء، وفي جانب آخر أشار الباحث في مجال عمله أن الفترة العمرية الصغرى من الأطفال، يولد 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.

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

ولم تتفق هذه الدراسة مع دراسة عوض (2009م) التي وجدت فروق بين الفئات العمرية على مقياس قلق الموت، فكانت درجات الفترة العمرية (55 فأقل) أعلى من درجات الفترة (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 (80.7)، وبذلك قد يكونوا اشتكوا بنفس التفكير بعد الإصابة بهذا المرض، ويعتبر هذه النتيجة منطقية، لأن الموت يأتي الجميع، حيث يحاول الفرد السوي قبل المصاب أن يحمي نفسه من الموت، وذلك لا يختلف قلق الموت باختلاف المستوى التعليمي.

وقد اختفت هذه الدراسة مع دراسة عمار (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 وفقر، وبين مستوى دخل مرفوع ومنخفض، فالجميع يدرك أن يتساون في مستوى التهديد من الموت، وذلك الشعور يمتد الجميع دون استثناء، فزيادة مستوى الدخل أو انخفاضه لا يصح من تهديد الموت، فالجميع مشترك في نفس الخصائص الإدراكي بالنسبة لقلق الموت الناتج عن مرض السرطان.

وعيّز الباحث عدم وجود فروق بالنسبة لنوع المرض ومدته، ونوع العلاج، إلى أن جميع المرضى لديهم صفات مشتركة وخطوات مشابهة، بدأ بالشعور بالمرض، مروراً بمرحلة التشخيص، وخطوات العلاج، ذلك الشاب يعود في النهاية إلى شعور ودراك متساوي تقريباً لجميع المرضى، فبذلك لا يختلف قلق الموت باختلاف نوع المرض، أما بالنسبة لمدة المرض.
فإن عدم الاختلاف فيه يرجع إلى أن المفهوم العام عن المريض الذي ينتشر ثقافياً بين المرضى المصابين بالسرطان مشابه، ويفض النظر عن مدة الإصابة سواء كانت طويلة أو قصيرة في النهاية يعرف المصير المحتوم بالنسبة لذلك المرض، وذلك لا يختلف قلق الموت بخلاف مدة المرض، أما بالنسبة لعدم الاختلاف في العلاج فإن التشبيه في البروتوكول التوصيفي الذي يمر فيه جميع المرضى، والصعوبات التي يوجهونها أدت لعدم وجود فروقات في نوعية العلاج سواء كان العلاج كيميائي أو جراحي أو إشعاعي.

الفرض التاسع:

لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05 ≤ α) 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، والتحقق من صحتها تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، لملف دالة الفروقات في الاكتئاب تبعاً للجنس، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (6.16): نتيجة اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروقات في الاكتئاب لبقة الجنس.

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة اختبار &quot;ت&quot;</th>
<th>الاحرافي المعياري</th>
<th>المتوسط الحسابي</th>
<th>العدد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.449//</td>
<td>0.759</td>
<td>8.867</td>
<td>12.060</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>7.606</td>
<td>10.914</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>ذكر</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أنثى</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

من خلال الجدول (6.16) يتضح أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان تعزى للجنس.

ويتعزز الباحث هذه النتيجة وهي عدم وجود فروق بين الجنسين بالنسبة للمريض هو أن الجنسين قد تعرضوا لنفس الضغوط النفسية، ونفس الطريقة ونظام الإحتفالات الناتجة عن صدمة تشخيص مرض السرطان، وبذلك يكونوا قد اشتكوا وتشابهوا في نفس الابتلاع والمرض الذي يغير مسار حياة الفرد.
وأظهرت دراسة Manoj Pandey (2007) أن الإناث أكثر عرضة للاكتئاب من الرجال، حيث إن الإناث أكثر عرضة للاكتئاب من الرجال. وظلت هذه الدراسة أيضاً أن زيادة الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان ويختلف تأثيره حسب الجنس بالنسبة للاكتئاب.

وتم استخدام اختبار "F" التباين الأحادي (One Way ANOVA) لمعرفة الفروق بين المتغيرات التالية (العمر، المستوى الاجتماعي، 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 العلاج) تبعاً لمستوي الاكتئاب

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة اختبار &quot;F&quot;</th>
<th>متوسط الدرجة الحرية</th>
<th>مجموع الدرجات المربعات</th>
<th>بين مجموعات</th>
<th>داخل المجموعات</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.953 // 0.111</td>
<td>7.534 3 22.602</td>
<td>داخل المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>67.759 116 7859.990</td>
<td>المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>119 7882.592</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.173 // 1.782</td>
<td>116.520 2 233.041</td>
<td>داخل المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>65.381 117 7649.551</td>
<td>المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>119 7882.592</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.075 // 2.607</td>
<td>168.175 2 336.350</td>
<td>داخل المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>64.498 117 7546.241</td>
<td>المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>119 7882.592</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.076 // 2.626</td>
<td>167.118 3 501.353</td>
<td>داخل المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>63.631 116 7381.239</td>
<td>المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
من خلال الجدول (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 العلاج، نوع المرض، نوع المرض، نوع العلاج.

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


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

ولم تتفق مع دراسة البرنسيس (2003م) من حيث متغير العمر حيث أظهرت وجود فروق في الفئة العمرية التي هي أقل من 40 سنة تعايني من الاكتئاب بشكل أكبر من الفئة من 40 -60 سنة، والفئة الأكبر سنًا التي هي فوق 60 سنة، ولم تتفق مع دراسة Tomer T. Levin (2007) التي أظهرت أن المرضى الأكبر من 60 سنة كانوا أكثر اعتمادًا على الباحث عدم وجود فروق بالنسبة للمستوي التعليمي، لأن مرض السرطان يثير الأحاسيس السلبية، ويحدث تغيرات مزاجية سببها، وحزن شديد، ذلك يشتبه فيه الجميع، لذلك لا يوجد فروق في مستوى الاكتئاب بالنسبة لمتغير العمر.

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

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 متشابه من بداية التشخيص وصولًا 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 (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 والمعالم.
5. تقديم المعززات المادية والمعنوية لمرضى السرطان من أجل تخفيف المعاناة النفسية لهم.
6. القيام ببرامجنا إرشادية لمرضى السرطان، وذلك للتخفيف من معاناتهم النفسية.
7. توظيف وتعيين أخصائيين نفسيين للتعامل مع مرضى السرطان، وتثبيت الدعم النفسي والمعنوي لهم، والتفاهم 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. إجراء دراسات يتعلق بذوي مرضى السرطان، وتعلقها بالأمراض النفسية.
4. فعالية برنامج بنودي معرفي للتخفيف من الأعراض والاكتساب 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 مرضى سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات.
8. البروفايل النفسي لدى مريضات سرطان الثدي.
المصادر والمراجع
المصادر والمراجع

الأول/ المراجع العربية:

- الترمذي، أبو عيسى محمد بن عيسى. (دون تاريخ). سنن الترمذي ج 4، تحقيق وأخرون. لبنان: دار إحياء التراث العربي.


خطاب، كريمة. (2011م). فعالية الذات كمحدد نفسي لدى المراهقين في علاقات بناء على أدوات الابتسام. دراسات عامة في علم النفس، مجلة دورية علمية سيكولوجية، 10(1).


الدائمي، صالح، العبيدم، ناظـ (0111ـ). أصول الصحة النفسية، ط2. مصر: مؤسسة نبيل للطباعة.

الدائمي، ابتساؿ. (5.05ـ). المشكلات النفسية كالاجتماعية لمت ذل أبناء الشهداء، كالشيبدات كعلاقتيا بالحرم الفكري (رسالة ماجستير غير منشكرة). الجامعة الإسلامية، غزة.

الدائمي، محمد شحاتة. (5..8ـ). أصعك ظان الصحة النفسية. ط1، ط2. مصر: مؤسسة نبيـ لمنشر كالتكزيع.


الدائمي، علاء زىير. (5.08ـ). دراسة مقارنة بين مرضى السرطان والأسوياء في درجة الشعور بالاكتئاب وفق الالموس–دراسة في ضوء نظرتي التعلم الاجتماعي، والنظرية المعرفية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أدرار، الجزائر.

الدائمي، محمد اسماعيـ. (5..5ـ). الاكتئاب الانفعالي كعلاقتيا بكـ المف السرعة الإدراكية لمت ذل طمبة الصغ الحادم عشر بمحافظات غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزىر، غزة.

الدائمي، أحمد محمد. (5..6ـ). العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات لمتم طلاب المرحمة ثانكية مف الجنسيف. مجلة العمكـ التربكية، 4، القاهرة.


الدائمي، حامد عبد السلاـ. (0115ـ). الصحة النفسية كالعلاج النفسي. ط0. القاهرة: عالم الكتب.

الدائمي، حامد عبد السلام. (0114ـ). التكجيو كالإرشاد النفسي. ط2. القاهرة: عالم الكتب.

الدائمي، حامد عبد السلام. (0112ـ). الصحة النفسية كالعلاج النفسي. ط2. القاهرة: عالم الكتب.


الدائمي، حامد عبد السلام. (0182ـ). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب.


سيد، الحسن بن الحسن (2012م). الاكلامات النفسية والمساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيلو بمحافظة جدة (رسالة ماجستير غير منشورة).


الشغري، محمد أحمد (2006م). فاعلية برنامج ابتدائي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكيمترية وتغيير الذات لدى النساء في فلسطين، مجلة البصائر 12، فلسطين.


أبو شريفة، ميساء (2011م). اضطراب ما بعد الصدمى وعلاقته بالدعاة لدى عينة من زوجات الشهاده في القطاع الغزي (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزه.


أبحاث مبحثية، الجامعة الأردنية، عمان.


صموئيل، ن. القلق حالة وجدانية تبني أو تهدم. الهيئة العامة في مكتبة الإسكندرية: دار الثقافة.


عباس، سكسف محمد عبد الخالق، أحمد. (2006م). إتاحة الابناء نحو أساليب المعامنة الكالدية كعلاقتهم بالاكتئاب لدل عينة مف المراقب الشاب. مجمة دراسات نفسية، 06(5)، 5.2-52.

عبد الباقي، سمكى محمد، كآخركف (5..5م). عمـ النفس الاجتماعي. ط: الإسكندرية تبرع لمطبعة كالتصكير.


عبد الخالق، أحمد محمد. (1998م). قلق الموت قبل العدوان العراقي وعده، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، 64.


عملية، محمد إبراهيم وحيدون، إسماعيل. (2015م). الالتزام والثقة في كليه وذلك بالقلم ولهة في الأم لدالة طب كلية التربية بجامعة الأزهر. مجلة دارسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، 42، (3)، 31-43.


عبد، محمد إبراهيم. (1997م). دراسة مدى الإحساس بالاغتراب لدى طلاب وطالبات الفنون التشكيلية من نوور
المستويات العليا. (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.
العبيشى، سهير فهمي. (2000م). التلقى والاكتساب والشعور بالعجز عن المواجهة لدى مرضى الشريان التاجي
بالمقلى. مجلة دراسات نفسية، 1(1). القاهرة.
الغباشي، سير فيي. (5...م). القوى كناقصات شاك مرضى التاجت. مجمة دراسات نفسية. 0.
(0). القاهرة.
غراب، إيهاب أحمد محمود. (2002م). القوى بالعلاقتو ببعض المتغيرات لدى طلبة الثانوية العامة بمدارس
محافظات غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
أبو الفيروس، رفيق. (2016م). كيف ما بعد الصدمة وعلاقته بالFactors المتغيري للصراع لدى فاديي المنازل
في قطاع حمص (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، حمص.
الغزالي، محمد (1985م). الطلقة الإنسانية، معبده، نتائجه، التدفق كعلاج له، ط.3، القاهرة: دار الفكر العربي.
الغزالي، محمد. (2008م). القوى كعلاقتو بالصحة النفسية لدل عينة مف المسنيف (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة
محمد خضير بسكرة، الجزائر.
المكاوي، إيهاب أحمد محمود. (2002م). القوى كعلاقتو بالصحة النفسية لدل عينة مف المسنيف (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة
محمد خضير بسكرة، الجزائر.
مجلدة10 ط1: المكتبة الوقية.


أبو هين، فضلا. (1988م). تحليل للاقترح الفلسطيني في قطاع غزّة دراسة مقارنة بين المواطنين واللاجئين. رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفلة، جامعة عين شمس، مصر.


Anna Kourakis, (2009): The Realationship Between Predisposition To Death And Past Life, ProQuest LLC.


Qouta, Samir Ramadan Ibrahiem. (2000). *Trauma, violence, and mental health*: the Palestinian experience: SRI Qouta.


قائمة الملاحق
قائمة الملاحق

ملحق (1) كتاب تسهيل مهمة باحث موجه من الجامعة الإسلامية للإدارة العامة للمستشفيات، وزارة الصحة

 mocks\unnamed.150.png
ملحق (2) مقياس نمو ما بعد الصدم

<table>
<thead>
<tr>
<th>العبارة</th>
<th>الرقم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تغيرت أهدافي في الحياة بعد الإصابة بالسرطان مقارنة لما هي عليه من قبل</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>أقدر قيمة حياتي أكثر من الأول</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>بدأت أهتم بإشياء جديدة في الحياة</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>أصبحت أكثر تقتني في نفسى أكثر من قبل</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>أصبحت أنظمة الأمور الروحية والدينية أفضل من قبل</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>علمت أمانى أستطيع الاعتماد على الآخرين حولي عندما أقع في مشكلة</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>ارتبت طريقةً (مساراً) جديداً في حياتي</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>أشعر بالقرب من الآخرين</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>أصبحت قادرًا على التعليق عن مشاعري أكثر من قبل</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>أصبحت قادرًا بطرق مختلفة أفضل على التعامل مع مشكلتي</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>أستطيع أن أفعل الأشياء في حياتي بطريقة جديدة بعد الإصابة بالسرطان</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>أقبل بشكل أفضل ما انتهت عليه الأمور بعد الإصابة بالسرطان</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>أقدر كل يوم جديد في حياتي أكثر من الأول</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>أصبحت لدي فرص جديدة في الحياة لم تكن موجودة من قبل</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>أصبحت لدي عاطفة وحبة تجاه الآخرين</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>أحاول أن أقيم أفضل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>أحاول أن أغير الأشياء في الحياة التي تحتاج للتغيير</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>أصبح إيماني أعمق بالله</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>اكتشفت بأنني أكثر قوة مما كنت أعتقد</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>تعلمت كثيرًا كيف أن الناس حولي رائعون</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>تقبلت أكثر من قبل بأنني أحتاج الناس من حولي</td>
<td>21</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ملحق (3) مقياس القلق العام

<table>
<thead>
<tr>
<th>العبارة</th>
<th>لا</th>
<th>نعم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>نومي يتخلله قلق ومنقطع</td>
<td>1.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لدي بعض المخاوف أشياء أخف منها أكثر من أصحابي</td>
<td>2.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>كان يمر على أيام لا أستطيع فيها النوم أبداً بسبب الهم</td>
<td>3.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أعتقد أنني لست عصبياً أكثر من الناس الآخرين</td>
<td>4.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نادرا ما يتبليني كابوس أثناء النوم</td>
<td>5.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>كثيراً ما أشعر بتبوع في المعدة (مغص)</td>
<td>6.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>كثيراً ما ألاحظ أنني يزعج عند ممارستي لعمل مال</td>
<td>7.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>يحدث معي إسهال</td>
<td>8.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مسألة المال العمل تسبب لي هما كثيراً</td>
<td>9.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>كثير ما تغم عني نفسي (غثيان)</td>
<td>10.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>غالباً ما أخشى أنني أظهري على أنني مكسوف</td>
<td>11.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دائما أشعر أنني جائع</td>
<td>12.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أنا واثق أنني دائماً أنتدأ من نفسي دائمًا</td>
<td>13.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لا ألعب بسرعة</td>
<td>14.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>عندما أنتظر لانتظار حاجة من أحد أظل عصبياً و مترفزاً</td>
<td>15.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ساعات أفقى متوتر لدرجة أنني أجد نفسي لا أستطيع أن أتخاذ أن أم</td>
<td>16.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>اننا نستمر حادى وليس هناك شيء يضغطني</td>
<td>17.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تمر على ساعات أفقى قلقة بشكل فطعن لدرجة أنني لا أستطيع أن أجلس مدّة طويلة على الكرسي</td>
<td>18.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أشعر أننا دائماً في كل وقت</td>
<td>19.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>صعب جداً على أن أنتبى نفسي دائمًا أشعر بأنني أقلق على حاجة أو شخص</td>
<td>20.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تقريباً أجد نفسي دائماً أشعر بأنني أقلق على حاجة أو شخص</td>
<td>21.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>حينما أجد شكل أو عركة أو حاجة صعبت أبعد عنها</td>
<td>22.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ليتني أظل سعيداً كباقي البشر الناس</td>
<td>23.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>غالباً ما أجد نفسي شغلاً على حاجة ما</td>
<td>24.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>في بعض الأحيان أشعر أنني انسدان تدريجياً</td>
<td>25.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ساعات أشد أنتو أفرتي من شعور بأن &quot;أطف ومتترف وزهبان&quot;</td>
<td>26.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أطرق كثيراً بشوقته حتى أيام البرد</td>
<td>27.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الحياة بالنسبة لي دائماً تعبر وضعاً</td>
<td>28.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أنا مشغول دائماً وأخشى أن يحدث شيء سيء أو سوء حظ</td>
<td>29.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الرقم</td>
<td>العبارة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>---------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>أنا في العادة أخجل من نفسي وأنكش.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>ساعات كثيرة أشعر أقلب بقوة وضيق بالصدر.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>أبكى بسهولة.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>ساعات أخشى من أشياء أعرف أنها لا يمكن أن تضايقني أو من ناس أعرف أنهم لا يمكن أن يضايقوني.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>أجد نفسي دائماً مهموماً بشيء ما.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>ساعات كثيرة أشعر بصداع.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>ساعات أظل مشغولاً ومهتماً بشكل غريب طبيعي على حاجات ليست لها أهمية في الحقيقة.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>لا أستطيع التركيز والانتباه في حاجة واحدة.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>سهل جداً أن أرتدي أو ألتخبذ عند ممارستي لعمل ما.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>ساعات أعتقد أنه لا يوجد مني فائدة أبداً.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>أنا شخص قوي جداً.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>ساعات حينما أرتدي أعرق، هذا شيء يضايقني جداً.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>أنا حساس أكثر مقارنة بالأخرين.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>أنا لا أشعر بالحرج أو الكسوف أبداً.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>أنا لا أصاب باحمرار الوجه عند الكسوف.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>أشعر أحياناً أن المشاكل والصعوبات تتجمع عليّ لدرجة أنني ما أتغلب عليها.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>حينما أمارس عمل ما أعمل وأنا متشتت جداً.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>أنا غالباً أحلم بأشياء من الأفضل أن لا أخبر بها أحد.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>أنا دائما اشعر بأن يداي وقدمي دافئة بقدر كاف.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>ليست لدي ثقة بنفسني.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td>قليل ما تحدث معي حالات إمساك تضايقني.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
ملحق (4) مقياس قلق الموت

<table>
<thead>
<tr>
<th>العبارة</th>
<th>الرقم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>أخف من الموت عندما يصيبني أي مرض.</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>أخف من النظر إلى الموتى.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>أخف من زيارة القبور.</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>يرعبني احتمال أن تجري لي عملية جراحية.</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>أخف من أن أصابي بنوبة قلبية.</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>يقلني أن بحرمني الموت من شخص عزيز عليّ.</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>أخشى أموراً مجهولة بعد الموت.</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>أخف من رؤية جسد ميت.</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>أخشى عذاب الفناء.</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>أخف من أن أصابي بمرض خطير.</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>ترضعني مشاهدة عملية دفن الميت.</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>يرعني السير في المقابر.</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>يشغبني التفكير فيما سيحدث بعد الموت.</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>أخشى أن أنا فلا أستطيع أداة.</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>يرعني الألم الذي يصاحب الموت.</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>يزعجني مشاهدة جنازة.</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>يخفني منظر شخص يحتضر.</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>يسبب لي الحدث عن الموت إعجا.</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>أخف أن أصابي بالسرطان.</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>أخف من الموت.</td>
<td>20</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ملحق (5) مقياس الاكتئاب

<table>
<thead>
<tr>
<th>الرقم</th>
<th>العبـارة</th>
<th>الرمز</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>لا أشعر بالحزن</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أشعر بالحزن والكآبة</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أشعر بالحزن طوال الوقت ولا أستطيع التخلص منه</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أنا حزين لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>لست متشائما بشأن بالنسبة للمستقبل</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أشعر بالتشاؼم بالنسبة للمستقبل</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>شعر بأنه ليس هناك شيء يسير في المستقبل.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>لا أشعر بانتي شخص فاشل</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أشعر بانتي فشلت أكثر من المتuard</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ما مضى من سنوات عمري يجسد الفشل الذريع</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أشعر بانتي انسان فشل فشلاً تاماً</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>أستمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>لا أستمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>لم أعد أحصل على استمتاع حقيقي بأي شيء في الحياة.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>لا أستمتع إطلاقا بأي شيء في الحياة.</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>لا أشعر بانتي أثم أو مذنب.</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أشعر بالذنب معظم الوقت.</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أشعر شعوراً عميقًا بالذنب معظم الوقت</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أشعر بالذنب بصورة دائمة.</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>لا أشعر بانتي محبط</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أنا محبط</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
مشمئز من نفسي
3
أكره نفسي
2

ليست لدي أفكار للتخلص من حياتي
0
لدي أفكار للتخلص من حياتي
1
سأقتل نفسي إن وجدت الفرصة
2
سأقتل نفسي حتما
3

لم أفقد اهتمامي بالناس
0
إنني أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن يكون عليه من قبل.
1
لقد فقدت أغلب اهتمامي بالناس ولدي مشاعر قليلة تجاههم
2
فقدت كل اهتمامي بالناس ولا أهتم بهم على الإطلاق
3

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 إطلاعا
3

لا أشعر باأنني أبدو أقبح مما تعودت أن أكون عليه من قبل
0
مشغول وقلق على أنني أكبر سنًا وأقل جاذبية
1
أشعر بأن هناك تغيرات مستمرة في مظهري تجعلني أقل جاذبية.
2
أعتقد بأنني أبدو قد حاصل أو كريه المنظر.
3

أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل
0
يحتاج البدء في العمل جيداً إضافياً مني الآن.
1
يجب أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء
2
لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق
3

لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.
0
أشعر بالتعب بسهولة أكثر من المعتاد
1
<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>أشعر بالتعب من أداء أي عمل تقريباً</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| شهيتي للأكل أفضل من المعتاد | 0   |
| شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت | 1   |
| شهيتي للأكل أسوء الآن | 2   |
| ليست لي شهية للأكل نهائياً | 3   |
الأخ الفاضل، الأخ 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، ماجستير صحة نفسية ومجتمعية 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 سيادتك التكرم بقراءة كل فقرة بعناية، وتحديد درجة موافقتك وتأييدك بوضع علامة (√) في الخانة التي تناسب مشاعرك، وكلي أمل أن تكون اجابتك على جميع فقرات الاستبيان بصراحة ودقة ووضوحية للوصول لنتائج صحيحة وصادقة، مع العلم أن اجابتك ستكون في غاية السرية، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

شكرًا نهائيا على تعقلك وتعاونك،

الباحث

محمد سمير أبو عيشة
أولاً: البيانات الشخصية:

- الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐
- حالة الاجتماعية: أعزب ☐ متزوج ☐ أرمل ☐ مطلق ☐
- العمر: أقل من 30 سنة ☐ من 30-40 ☐ 40 فأكثر ☐
- المستوى العلمي: ثانوي فأقل ☐ جامعي ☐
- مستوى الدخل: أقل من 2000 شيكل ☐ أقل من 1000 شيكل ☐ أقل من 3000 شيكل فأكثر ☐
- مدة المرض: أقل من سنتين ☐ أقل من سنة ☐ 4 سنوات فأكثر ☐
- نوع العلاج: جراحي ☐ كيميائي ☐ اشعاعي ☐
- نوع المرض: .....

159
<table>
<thead>
<tr>
<th>الهدف</th>
<th>الرقم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تغيرت أهدافك في الحياة بعد الإصابة بالسرطان مقابلةً لما هي عليه من قبِل.</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>أقدر قيمة حياتي أكثر من الأول.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>بدأت أهتم بأشياء جديدة في الحياة.</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>أصبحت أستيقظ في نفس اليوم أكثر من قبِل.</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>أصبحت أفهم الأمور الروحية والدينية أفضل من قبل.</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>اكتشفت أن أستطيع الاعتماد على الآخرين حولي عندما أقع في مشكلة.</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>اختيرت طريقة (مسارا) جديداً في حياتي.</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>أشعر بالقرب من الآخرين.</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>أصبحت قادرًا على التعبير عن مشاعري أكثر من قبل.</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>أستطيع أن أتحدث الأشياء في حياتي بطريقة جديدة بعد الإصابة بالسرطان.</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>أقدر قلماً ركز جديداً أكثر من الأول.</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>أصبحت لدي فرص جديدة لم تكن موجودة من قبل.</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>أشعر بالقرب من الآخرين.</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>أستطيع أن أ.clientHeightنا في حياتي بطريقة جديدة بعد الإصابة بالسرطان.</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>أقدر كل يوم جديد في حياتي أكثر من الأول.</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>أصبحت لدي فرص جديدا في الحياة لم تكن موجودة من قبل.</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>أحتاج إلى تعديل بعض الأمور.</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>أحتاج إلى تعديل بعض الأمور.</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>أستطيع أن أقرأ أشياء في حياتي بطريقة جديدة.</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>أقدر قلماً ركز جديداً أكثر من الأول.</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>أشعر بالقرب من الآخرين.</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>الاسم</td>
<td>العبرة</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>نومي يخلو قلق ومنقطع</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>لدي بعض الخائفو شيا خاف منها أكثر من أصحابي</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>كان يعنى على أيام لا أستطيع فيها النوم أبدا بسبب الهم</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>أعتقد أنني لست عصبيا أكثر من الناس الآخرين</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>نادرا ما ينتابني كابوس أثناء النوم</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>كثيرا ما أشعر بتبب في المعدة (مغص)</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>كثيرا مالاحظ أن ياو يرعشان عند ممارستي لعمل ما</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>يحدث معى إسهال</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>مسألة المال العمل تسبب لي هما كبيرا</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>كثيرا ما تغم علي نفسى (غثيان)</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>غالبا ما اخشي أن يظهر علي نني مكسوف</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>دائما أنثر أنني جائع</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>أنا واقف من نفسى دائما</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>أنا لا ألعب بسرعة</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>عندما أضطر لانتظار حاجة من أحد أظل خصبيا ومتصرف</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>ساعات أبقى متوتر لدرجة أنني أجد نفسى لا أستطيع أن أتأمل</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>إذا باستمرار هادئ وليس هناك شيء يضجني</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>تمر على ساعات أبقى قلقا بشكل فظيع لدرجة أنني لا أستطيع أن أجلس مدة طويلة</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>أنا سعيد دائما في كل وقت</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>صعب جدا على أن أنتي يعد جيدا مدة الواجب أو أثناء ممارستي لعمل ما</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>تقريبا أنني دائما أشعر بأنني قلق على حاجة أو شخص</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>حينما أجد مخال أو عركة أو حاجة صعب أبت عنها</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>ليتي أظل سعيدا كباقي البشر الناس</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>غالبا ما أجد نفسى شغل علي حاجة ما</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>في بعض الأحيان أشعر أنني النا عندي الفائدة</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>ساعات أشعر أنني اقتربت من شعور بأن &quot;أطق ومتشرق وزهقان&quot;</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>أعرق كثيرا بسهولة حتى أيام البرد</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>الرقم</td>
<td>الوضع 맞اً</td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>------------</td>
</tr>
<tr>
<td>162</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>الحياة بالنسبة لي دائماً تعبد ومضيطة</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>أنا مشغول دائماً وأخشى أن يحدث شيء سيء أو سوء حظ</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>أنا في المدة أخجل من نفسي وأنكبس</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>ساعات كثيرة أشعر أن قلبي يخفق بقوة وبضيق بالصدر</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>أني بسهولة ساعات لأخجل من أمور أخرى</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>أني أخشى أن أي شيء أعرف أنه لا يمكن أن تضايقني أو من الناس أعرف أنهم لا يمكن أن يضايقوني</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>أني فTôi العادة أخجل من نفسٌ وأنكبس</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>ساعات كثيرة أشعر بصداع</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>ساعات أبذل مشغولاً ومهمماً بشكل غير طبيعي على حاجات ليست لها أهمية في الحقيقة</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>لا أستطيع التركيز والانتباه في حاجة واحدة</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>سهل جداً أن أرتدي أو أنتخاب عند ممارستي لعمل ما</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>ساعات أعتقد أنه لا يوجد مني فائدة أبداً</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>أنا شخص قوي جداً</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>أني أحسد أكثر مقترنة بالآخرين</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>أنا لا أشعر بالحرج أو الكسوف أبداً</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>أنا لا أصاب باحمرار الوجه عند الكسوف</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>أني لا أصاب باحمرار الوجه عند الكسوف</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>أني أعرف أن المشاكل والصعوبات تتجمع عليَّ لدرجة أني ما أغلب عليها</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>حينما أمارس عمل ما أعمل وأنا متضايق جداً</td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>أنا غالباً أحلم بإشاعة من الأفضل أن لا أخبر بها أحد</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>أنا دائماً أشعر بأن يداي وقديماتي دافئة بقدر كافٍ</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>ليست لدي ثقة بالجهاز</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td>قليل ما يحدث معني حالات إمساك تضايقني</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### مقياس قلق الموت

<table>
<thead>
<tr>
<th>الرقم</th>
<th>الجملة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>أخشى من الموت عندما يصيبني أي مرض.</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>أخشى من النظر إلى الموت.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
أخاف من زيارى القبور.
يرعنى احتمال أن تجري لي عملية جراحية.
أخاف من أن أصاب بنوبة قلبية.
يفلقني أن بحرمنى الموت من شخص عزيز على.
أخشى أمراً مجهولاً بعد الموت.
أخاف من رؤية جسد ميت.
أخشي عذاب القبر.
أخاف من أن أصاب بمرض خطير.
ترعنى مشاهدة عملية دفن الميت.
يرعنى السير بين المقابر.
يشغنى التفكير فيما سيحدث بعد الموت.
أخشي أن أنام فلا أستطع أبداً.
يرعنى الألم الذي يصاحب الموت.
يزعجنى مشاهدة جنازة.
يخفني منظر شخص يحضر.
يسبب لي الحديث عن الموت إعجاً.
أخاف أن أصاب بالسرطان.
أخاف من الموت.

<table>
<thead>
<tr>
<th>رقم</th>
<th>الرمز</th>
<th>العبارة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>لا أشعر بالحزن</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أشعر بالحزن والكآبة</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>أشعر بالحزن طوال الوقت ولا أستطيع التخلص منه</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أنا حزين لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>لست متشائماً بشأن بالنسبة للمستقبل</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>أشعر بالتشاؤم بالنسبة للمستقبل</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>شعر بأنه ليس هناك شيء يسر في المستقبل.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>سؤال</td>
<td>الرسالة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لا أشعر بتأني شخص فاشل</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أشعر بتأني فشلت أكثر من العادت</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ما مضى من سنوات عمري يجسد الفشل الذريع</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أشعر بتأني إنسان فاشل فشلاً تاماً</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أستمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لا أستمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لم أعد أحصل على استمتع حقيقى بأي شيء في الحياة.</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لا أستمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لا أشعر بتأني أم أو مذنب.</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أشعر بالذنب معظم الوقت.</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أشعر شعوراً عميقاً بالذنب معظم الوقت.</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أشعر بالذنب بصفة دائمة.</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لا أشعر بتأني محبط</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أنا محبط</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مشمر م من نفسي</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أكره نفسي</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ليست لدي أفكار للتخلص من حياتى</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لدي أفكار للتخلص من حياتى</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سأقتل نفسي إن وجدت الفرصة</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سأقتل نفسي حتما</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لم أفقد اهتمامي بالناس</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>إنني أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون عليه من قبل.</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لقد فقدت أغلب اهتمامي بالناس وله مشاعر ثقيلة تجاههم</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
لا أستطيع اتخاذ قرارات إطلاقا. أخذ القرارات بنفس الجودة كما أتخذها من قبل. أشك بأن هناك تغيرات مستمرة في مظهري تجعلني أقل جاذبية. أعتقد بأنني أبدو قبحا أو كره المنظر. لا أستطيع أكل للأكل أفضل من المعتاد. لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.

<table>
<thead>
<tr>
<th>رقم السؤال</th>
<th>وصف السؤال</th>
<th>القيمة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3</td>
<td>فقدت كل اهتمامي بالناس ولا أهتم بهم على الإطلاق</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>أصبحت قدرتي على اتخاذ القرارات أقل مما تعودت عليه من قبل</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>لدي صعوبات أكبر في اتخاذ القرارات مما كانت عليه من قبل</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>لا أستطيع اتخاذ قرارات إطلاقا</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>لا أشعر بأنني أبدو أقبح مما تعودت أن أكون عليه من قبل</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>مشغول وقلق على أنني أكبر سنًا وأقل جاذبية</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>أشاع بأن هناك تغيرات مستمرة في مظهري تجعلني أقل جاذبية</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>أعتقد بأنني أبدو فيهما أو كريه المنظر</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>يتطلب البدء في العمل جهداً إضافياً مني الآن. يجب أن أدفع نفسياً بناءً على أنني أقوم بأي شيء. لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>أشعر بالتعب بسهولة أكثر من المعتاد</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>أشعر بالتعب من أداء أي عمل تقريبًا</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>شهيتي للأكل أفضل من المعتاد</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>شهيتي للأكل أسواء الآن</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>ليست لي شهية للأكل نهائياً</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>
تمت بحمد الله،
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