

جامعة عمان العربية للدراسات العليا  
كلية الدراسات التربوية العليا  
قسم علم النفس والإرشاد والتربية الخاصة

## بناء برنامج إرشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق، وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان في الأردن

إعداد  
حياة تيسير شعبان بسيسو

إشراف  
الدكتورة: سهام أبو عيطة

قدمت هذه الدراسة  
استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي

٢٠٠٦

# جامعة عمان العربية للدراسات العليا

## نموذج تفويض

أنا حياة تيسير بسيسو، أفوض جامعة عمان العربية للدراسات العليا بتزويد نسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

التوقيع:

التاريخ:

I, Hayat Tayser Bseso, authorize Amman Arab University for Graduate Studies to supply copies of my dissertation to libraries or establishments or individuals or request.

Signature:

Date:

نوقشت هذه الأطروحة وأجيزت بتاريخ 2006/7/5 م

التوقيع

 رئيساً

 عضواً

 عضواً مشرفاً

أعضاء لجنة المناقشة

أ. د. صالح الداھري

أ. د. عدنان الجادري

د. سهام أبو عيطة

ب.

ب.

الإهداء

إلى روح والدي

إلى والدي الحبيبة

وإلى شقيقتي وأشقائي

الباحثة

حياة بسيسو

## شكر وتقدير

أشكر الله - سبحانه وتعالى- الذي ألهمني الطموح وسدد خطاي، وأتقدم بعظيم الشكر والامتنان لأستاذتي الفاضلة د. سهام أبو عيطة التي أشرفت على هذا العمل ولم تبخل بجهدها أو نصيحتها، وأعطتني من وقتها وجهدها ما جعلني أقوى به على تحمل الصعاب التي واجهتني، فقد واكبت هذه الدراسة منذ كانت فكرة إلى أن خرجت إلى حيز الوجود، وكانت تبث في الأمل كلما اعتراني يأس أو ساورتني الشكوك ببصر ثاقب وخلق كريم.

كما أتقدم بالشكر والتقدير والعرفان إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة على تلافهم قبول المشاركة في مناقشة الرسالة .

وكذلك أشكر جميع الأساتذة في علم النفس في كلية التربية في جامعة عمان العربية الذي قاموا مشكورين بتحكيم المقاييس والجلسات التي قدمت لهم، كما أقدم جزيل امتناني للأستاذ الدكتور عبد الله العبادي في مستشفى الجامعة الأردنية لما قدمه من مساعدة لي.

وهنا أجد نفسي— عاجزة عن التعبير عن شكري إلى والدتي التي علمتني الصبر والمثابرة، وهي التي نمت دافع الإنجاز وحب العلم عندي، ولا تزال تدفعني إلى الأمام وتقدم النصح والإرشاد، وكلها أمل أن أحقق آمالي.

كذلك فشكري وتقديري لأختي حنان التي لم تأل جهداً في مساعدتي علمياً ومعنوياً ومادياً ولولا تشجيعها لما وصلت إلى ما وصلت إليه.

وأيضاً شكري وامتناني للمرضى والأهل أعضاء التجربة ولكل من ساهم معي في هذا الإنجاز الذي آمل أن يحقق الأهداف التي وضع من أجلها.

والحمد لله رب العالمين

الباحثة

حياة تيسير بسيسو

## قائمة المحتويات

٥	قائمة المحتويات
٦	ملخص
٧	ABSTRACT
١	الفصل الأول
١	مشكلة الدراسة وأهميتها
١	مقدمة:
٥	مشكلة الدراسة:
٥	فرضيات الدراسة:
٦	أهمية الدراسة:
٦	أهداف الدراسة:
٦	محددات الدراسة:
٧	التعريفات لمصطلحات الدراسة:
٨	الفصل الثاني
٨	الإطار النظري والدراسات ذات الصلة
٨	أولاً: الإطار النظري
٨	مقدمة:
٩	نظرية التعلم الاجتماعي
١٠	إجراءات العلاج الجمعي:
١٠	أساليب العلاج الجمعي:
١٢	مريض السرطان:
١٥	أساليب إرشاد الأطفال مرضى السرطان:
٢٢	سرطان الطفولة
٢٤	القلق:
٢٦	أنواع القلق:
٢٨	القلق عند أدلر:
٢٨	القلق عند بيرلز:
٢٩	القلق والاكتئاب:
٣٠	مسببات ودوافع القلق عند الأطفال:
٣١	العلاج السلوكي:
٣١	قلق الموت:
٣٢	الاكتئاب
٣٧	ثانياً: الدراسات ذات الصلة:

٤٥	..... الفصل الثالث
٤٥	..... الطريقة والإجراءات
٤٥	..... منهجية الدراسة:
٤٥	..... أفراد الدراسة: حخ
٤٥	..... أدوات الدراسة:
٤٦	..... مقياس القلق:
٤٩	..... مقياس الاكتئاب لبيك:
٥١	..... برنامج الإرشاد النفسي:
٥٦	..... التحليل الإحصائي:
٥٦	..... إجراءات الدراسة:
٥٧	..... الفصل الرابع
٥٧	..... نتائج الدراسة
٥٧	..... السؤال الأول:
٥٨	..... السؤال الثاني:
٥٩	..... السؤال الثالث:
٦٠	..... الفصل الخامس
٦٠	..... مناقشة النتائج والتوصيات
٦٥	..... المراجع
٦٥	..... المراجع العربية:
٧٠	..... المراجع الأجنبية:
٧٨	..... الملاحق

## قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
٦٦	نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لحالة القلق قبل تطبيق البرنامج الإرشادي	١
٦٩	نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لقلق الموت قبل تطبيق البرنامج الإرشادي	٢
٧١	نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لحالة الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج الإرشادي	٣
٨١	نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لحالة القلق بعد تطبيق البرنامج الإرشادي	٤
٨٢	نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لقلق الموت بعد تطبيق البرنامج الإرشادي	٥
٨٣	نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لقلق الموت بعد تطبيق البرنامج الإرشادي	٦



## قائمة الملحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
١	البرنامج الإرشادي	١٠٦
٢	اختبار مقياس قلق الموت	١٣٠
٣	مقياس حالة القلق	١٣٢
٤	قائمة قياس اكتئاب الأطفال	١٣٤
٥	أسماء أعضاء لجنة تحكيم مقاييس الدراسة.	١٣٨
٦	ملخص الجلسات الإرشادية	١٣٩
٧	كتاب رسمي موجه لمعالي وزير التربية والتعليم.	١٤٤
٨	كتاب رسمي موجه لمدير التربية والتعليم لمنطقة عمان الثالثة	١٤٥
٩	كتاب رسمي موجه لمديرة مدرسة الحسنية الثانوية للبنات المحترمة	١٤٦
١٠	كتاب رسمي موجه لمدير مستشفى الجامعة الأردنية	١٤٧
١١	كتاب الموافقة الموجه من مدير مستشفى الجامعة الأردنية	١٤٨

## ملخص

بناء برنامج إرشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق، وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى  
السرطان في الأردن

إعداد

حياة تيسير شعبان بسيسو

إشراف

الدكتورة: سهام أبو عيطة

هدفت هذه الدراسة إلى خفض القلق وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان من خلال تطبيق برنامج إرشاد جمعي وفق نظرية التعلم الاجتماعي. ولتحقيق ذلك قامت الباحثة بإعداد أدوات الدراسة المتمثلة في مقياس القلق ومقياس قلق الموت ومقياس الاكتئاب وبرنامج إرشاد نفسي. وتم التأكد من صدق محتواها واستخراج معاملات الاتساق الداخلي بمعادلة كرونباخ ألفا. كما تم استخراج معاملات الثبات باستخدام معادلة بيرسون.

كما تم إعداد برنامج إرشادي وفق نظرية التعلم الاجتماعي مكون من (١٢) جلسة امتدت من ٢٠٠٦/٢/٦ إلى ٢٠٠٦/٣/٢٠، مدة كل جلسة (٤٥-٦٠) دقيقة، طبق كل أسبوع جلستين على عينة الدراسة مكونة من (١٠) من مرضى السرطان.

إذ تم الحصول على عينة ميسرة من مرضى السرطان من مستشفى الجامعة الأردنية، قسمت عشوائياً (١٠) مرضى ضابطة و(١٠) مرضى تجريبية. وقامت الباحثة بإجراء اختبار t-test قبلي للتأكد من تكافؤ المجموعتين الضابطة والتجريبية في مستوى القلق وقلق الموت والاكتئاب، ثم طبق البرنامج على العينة التجريبية، وبعد الانتهاء من البرنامج، تم إعادة تطبيق الاختبارات على المجموعتين التجريبية والضابطة.

ولتعرف أثر البرنامج في المجموعة التجريبية في القلق وقلق الموت والاكتئاب، تم استخراج المتوسطات الحسابية وأجري اختبار (ت) (T-test)، واتضح من النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية، حيث انخفض مستوى القلق وقلق الموت والاكتئاب لديهم، ويعزى ذلك إلى البرنامج الإرشادي. وقدمت الباحثة عدداً من التوصيات تمثلت في الاستفادة من البرنامج الإرشادي بتطبيقه على عينات أخرى من الإناث من مرضى السرطان، وتوصي المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الاستشفاء لمرضى السرطان الاستفادة من هذا البرنامج الإرشادي وتطبيقه.

## **Abstract**

### **Constructing a Counseling Program and Measuring its Effectiveness in Reducing Anxiety, Death Anxiety and Depression among Cancer Patients in Jordan**

**Prepared By  
Hayat Besieso**

**Supervised By  
Dr. Siham Abueita**

The objective of this study was to gain cancer children patients, that enable them to decrease their anxiety, death anxiety, and depression by applying counseling program in accordance with social learning theory, and measure its effects on cancer children patients.

In order to achieve that, the researcher had developed study instruments, anxiety, death anxiety, depression and counseling program. Internal consistency coefficients (Chronbac's Alpha) have been conducted which were (0.78), (0.75), (0.79). Sequentially, the reliability test retest was conducted parson correlations which were (0.846), (0.857) and (0.852) sequentially.

Counseling program was developed in accordance with social learning theory consists of (12) sessions, each one extended (45-60) minutes, and applied twice a week on a sample consists of (10) cancer children patients (Experimental Group).

The researcher selected a sample from cancer children patients from The University of Jordan Hospital, Consists of (10) children as a control group and other (10) children as an experimental group. Then the researcher conducted a pre test (T-test) to assure that the two groups are equivalent in Anxiety, Death Anxiety and Depression levels, then the researcher applied the counseling program on an experimental group, and conducted post test on the two groups.

In order to know the effects of the counseling program on the anxiety, death anxiety and depression level of cancer children patients, the means, standard deviations, and t-test were conducted, which revealed that there are a significant differences between two groups in anxiety, death anxiety and depression in favor of experimental group, as a results of counseling program effects.

The researcher recommended to apply the counseling program on female samples, and recommended that health institutions which serve the cancer children patients to apply the said program.

## الفصل الأول

### مشكلة الدراسة وأهميتها

مقدمة:

يواجه مرضى السرطان مشكلات انفعالية وجسمية، ويهتم الأطباء والمعالجون بتقديم الرعاية الطبية والتمريضية لهؤلاء المرضى، ولا تعد الخدمة النفسية أساسية من عملهم اليومي مع مرضى السرطان. وقد شهدت العقود الأخيرة من القرن المنصرم (القرن العشرين) تقدماً هائلاً في شتى المجالات العلمية والتقنية، بما في ذلك تشخيص الأمراض والسعي لإيجاد العلاج المناسب لها. ولما كان السرطان من الأمراض الأكثر انتشاراً في العالم، وأشدّها فتكاً بالإنسان، وأعظمها أثراً في حياة الأفراد والأسر والمجتمعات، فإنه حاز على اهتمام الباحثين، وما يزال، ويُشير تعبير السرطان إلى مجموعة من الأمراض الورمية لاني تنشأ بخلايا الجسم المتشابهة في خواصها، المتماثلة في سلوكها، وتعد الخلية الوحدة الأساسية في تركيب البنية الجسدية، التي بدورها تتكون من خلايا متعددة مختلفة الأنواع والوظائف، وطبيعياً تولد هذه الخلايا وتتكاثر، وتنمو وتصل أطوار البلوغ والنضج وتفنى، حسب نظام ثابت ومستقر يتحدد نمطه وفقاً لحاجات الجسم، الأمر الذي يحفظ سلامته وعافيته، ومن جهة أخرى تتكاثر مختلف الخلايا وتنمو بوتيرة سريعة خلال السنوات الأولى من العمر "وتتفاوت تبعاً لنوعها بطبيعة الحال" إلى أن يصبح الشخص بالغاً، وعندها يتم إنتاج خلايا جديدة في أغلب أجزاء الجسم عند الحاجة والضرورة فحسب، لإبدال الخلايا الميتة أو صلاح الجروح (جمعية آدم، ٢٠٠٥).

وينشأ السرطان حين تنقلب خلايا نسيج ما بالجسم لتصبح شاذة، فتتمو وتتكاثر دون أحكام وتخرج عن خط النمو والتبدل الطبيعي، وبدلاً من أن تموت في طورها النهائي، تستمر في النمو والتكاثر منتجة خلايا شاذة جديدة، وتتكدس الخلايا السرطانية وتكون كتلة أو تضخماً يسمى بالورم، يقوم عند تقدم نموه بالضغط على الأنسجة المجاورة وإزاحتها، ويمكنه أن يغزو ويدمر الخلايا الطبيعية، ويستثنى من ذلك بعض الأنواع، مثل خلايا سرطان ابيضاض الدم، التي لا تكون كتلاً ورمية، وإمّا تنشأ في الأعضاء المنتجة للدم "النخاع العظمي والجهاز الليمفاوي"، وتنقل عبره إلى بعض الأنسجة أو الأعضاء الحيوية الأخرى (جمعية آدم، ٢٠٠٦).

ثمة فئتان من الأورام، الورم الحميد Benign tumor، الذي يتصف بأنه ينحصر بموضع نشوئه الأصلي ولا ينتقل إلى مواضع أخرى، وهو ذو نمو محدود، ويمكن استئصاله دون أن يعود للنمو ثانية في أغلب الأحوال، والأهم من ذلك -بطبيعة الحال- أنه نادر جداً ما يعد مهدداً للحياة، والورم الخبيث Malignant tumor أو الضار الذي يشار إليه بتعبير السرطان بصفة عامة، هو النوع الخطر الذي يتميز إضافة إلى البنية والنمو الشاذين، بالمقدرة على غزو الأنسجة أو الأعضاء الحيوية -سواء المجاورة لموضع نشوئه أم البعيدة- والتأثير فيها وأحياناً تدميرها، وذلك لمقدرة خلاياه على اختراق الأنسجة المتاخمة والانتشار والانتقال من مواضع نشوئها إلى مواضع أخرى في الجسم، وفي أغلب الأحوال يتم انتقالها إلى المواضع البعيدة عبر الدورة الدموية والجهاز الليمفاوي (جمعية آدم، ٢٠٠٥).

ومن جهة أخرى، كل نوع من أنواع السرطان له أثر خاص ومختلف، وعلى سبيل المثال، فسرطان العظام وسرطان الدم هما نوعان مختلفان من الأورام، ينموان بوتيرة ومُط مختلفين، ويختص كل منهما بمضاعفات وتأثيرات تميزه عن غيره، ويستجيبان لمعالجات مختلفة وبأنماط متباينة، ولذلك يحتاج مرضى السرطان للعلاج الذي يستهدف النوع الخاص بكل منهما، ولا يتم تلقي علاج موحد لكل الحالات. وتتم تسمية أغلب أنواع السرطان حسب العضو أو نوع الخلايا بموضع النشوء، ومع انتقال الورم أو انبثائه إلى مواضع أخرى واستقراره بها، يتكون الورم الجديد من الخلايا الشاذة نفسها، ويظل يحمل تسمية المنشأ الأول، فمثلاً حين انتقال سرطان الرئة إلى الدماغ، فالخلايا السرطانية الموجودة في الدماغ هي في الواقع خلايا سرطان الرئة، ويسمى في هذه الحالة بسرطان الرئة المنتقل أو الثانوي، وليس بسرطان الدماغ (جمعية آدم، ٢٠٠٥).

لذا فقد تمكن العلماء والمتخصصون من دراسة هذا المرض الخطير، وآثاره النفسية والاجتماعية وما يعكسه على حياة الأفراد من قلق واكتئاب واضطراب، لذا يمثل تشخيص السرطان مرحلة مأساوية لمعظم الأفراد (Mcintosh, 1974). ويوضح ماسي وهولاند (Massie & Holland, 1984)، أن قدرة الفرد على التكيف تعتمد على التهديد الذي يفرضه المرض عليه بما يتلاءم مع عمره (في الأسرة والعمل)، ومستوى التوافق الانفعالي السابق لديه، ومتغيرات العلاج، والتكهن بسير المرض Prognosis ... إلخ. وأكثر الاستجابات الانفعالية شيوعاً لدى أي فرد يعاني من مرض السرطان يعود إلى ردة الفعل التقليدية تجاه الأزمة، وتأخذ الاستجابة الانفعالية عند عدد غير قليل من الأفراد شكل اضطراب واكتئاب وقلق.

إن تقدير وجود الاضطرابات النفسية للمصابين بأمراض مستعصية أمر مثير للمشكلات، لكن هناك دليلاً موثقاً على أن مستوى المرض في وحدة دراسة الأورام يزيد كثيراً عما يعرفه الفريق الذي يقوم على رعاية المرضى، وهذا النقص في الاكتشاف قد يكون دليلاً على تردد المرضى في الكشف عن مخاوفهم أو فشل فريق المعالجين في الاستجابة للتلميحات اللفظية وغير اللفظية، ولسوء الحظ فإنه حتى عند تعرف اضطرابات القلق أو الاكتئاب، خاصة عند المرضى، تظل بلا علاج في الغالب. وذكر جريير (Greer, 1985) أن المعالجين يميلون إلى اعتبار تلك الحالات بمثابة استجابات غير مفهومة، وبذلك يفشلون في التفكير فيما إذا كانت المساعدة النفسية ممكنة أو لازمة، إذ إن معرفة حقيقة المرض أهم أهداف معالجة سرطان الطفولة وهي تتمثل في الحد من الألم قدر المستطاع، وتتم بمساعدة الأطباء والممرضين وغيرهم ممن يعتنون بالمرضى، حيث يمكن تسكين الألم أو التخلص منه كلياً تقريباً، إلا أنه لا يمكننا التخلص من الانفعالات المصاحبة إلا من خلال معالج أو مرشد نفسي. فالقلق والاكتئاب والخوف الذي ينتاب مريض السرطان، يمثل مشاعر سلبية يمكن أن تفاقم الألم، بغض النظر عن أسبابها. فالمرضى يتخوف أكثر إذا سبق أن مر بتجربة سيئة في التعامل مع الألم، كما أن الألم يكون أكثر حدة إذا كان المريض يعتقد أن الألم "مؤشراً سيئاً" أو أن المعالجة لن تجدي نفعاً.

يتوقع أن يعاني المرضى من الخوف والقلق بدرجة أكثر حدة إذا ظهر على والديهم أو إخوتهم أو أخواتهم مشاعر من الألم، كما أن المرضى الذين يعتقدون أنهم غير قادرين على السيطرة أو يعانون من أعراض أخرى، كالدوران، أو الإعياء، أو ضيق في التنفس، سيكون أهمهم أكثر حدة أيضاً، كما أن من المتوقع أن يهروا بأوقات أكثر صعوبة عندما يعمل الوالدان أو الفريق المعالج على تجاوزهم للألم المألوف ومواجهته بشجاعة (كعدم البكاء مطلقاً)، أو عند تشجيعهم على التعبير عنه بدرجة كبيرة من الشكوى. إن الألم نفسه



يسبب الشعور بالقلق والاكتئاب أو الإحباط، وبعض الأطفال يشعرون باليأس والعجز، وآخرون يشعرون بالخجل أو الدونية أو الغضب أو الخوف أو العزلة أو التشويش، وهذه كلها مشاعر يمكن الحد منها، وقد تتم مساعدة هؤلاء المرضى وتقديم الدعم لهم من خلال لقاءات بينهم بإشراف معالج نفسي اجتماعي، حيث يلتقي المرضى المصابون بالسرطان مع بعضهم بعضاً ليتحدثوا عن خبراتهم ومشاعرهم وعن كيفية تكيفهم مع المرض ومساعدتهم على تقبل المرض وتخفيف القلق والاكتئاب ( National Cancer Institute, 2005).

ويركز العلاج وفق نظرية التعلم الاجتماعي على الأبنية المعرفية ويتناولها كأهداف للتغير العلاجي. وإذ يتم التغير المعرفي من خلال التدخلات العلاجية التي تستهدف المكونات السلوكية أولاً، والبنية المعرفية للأداء الوظيفي الاكتنابي التي تتضمن المعرفة والوجدان والسلوك، من خلال بعض الاستراتيجيات المعرفية، التي تعمل على مواجهة أفكار الفرد الهازمة للذات (لا أستطيع أن أقوم بأي شيء). التي يظهر بها الاكتئاب على شكل أنماط سلوك تجنبية كالانسحاب الاجتماعي، ونزع الحساسية للمثيرات ومواجهة التوقعات المأساوية من جانب المريض (محمد، ٢٠٠٠). خاصة أن أعداد مرضى السرطان من الأطفال يزداد مع ازدياد القدرات التقنية على اكتشاف المرض، فقد تم تسجيل (١٥٥٨) حالة بين الأطفال الأردنيين خلال الأعوام (١٩٩٦)، و(٢٠٠٢) حسب السجل الوطني للسرطان (الطراونة، ٢٠٠٦). وتشير بعض الدراسات إلى أنه يسجل ما يقارب (٣٠٠) حالة سرطان جديدة بين الأطفال سنوياً (مدانات، ٢٠٠٥)، وبذلك توفر الدراسة برنامجاً إرشادياً، قد يساعد العاملين في هذا المجال في التخفيف من آلام المرضى أنفسهم، وآلام ذويهم، بالإضافة إلى إكساب المرضى مهارة خفض القلق والاكتئاب.

مشكلة الدراسة:

تمثلت مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤال الرئيس الآتي: هل هناك أثر لتطبيق برنامج إرشاد

وفق نظرية التعلم الاجتماعي في خفض القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان؟

وانبثق عن هذا السؤال الأسئلة الفرعية الآتية:

١. ما أثر البرنامج الإرشادي القائم على التعلم الاجتماعي في ضعف حالة القلق لدى مرضى السرطان؟

٢. ما أثر البرنامج الإرشادي القائم على التعلم الاجتماعي في خفض حالة قلق الموت لدى مرضى

السرطان؟

٣. ما أثر البرنامج الإرشادي القائم على التعلم الاجتماعي في خفض الاكتئاب لدى مرضى السرطان؟

فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0,05$ ) في درجة القلق بين المجموعة التجريبية

التي طبق عليها البرنامج الإرشادي والمجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها البرنامج الإرشادي.

الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0,05$ ) في درجة قلق الموت بين المجموعة التجريبية التي طبق عليها البرنامج الإرشادي والمجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها البرنامج الإرشادي.  
الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0,05$ ) في درجة الاكتئاب بين المجموعة التجريبية التي طبق عليها البرنامج الإرشادي والمجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها البرنامج الإرشادي.

أهمية الدراسة:

أن إعداد برنامج إرشادي وتطبيقه وفق نظرية التعلم الاجتماعي من شأنه أن يخفف مستوى القلق والاكتئاب لدى المصابين بهذا المرض، ويساعد العاملين والأمهات على الاستفادة منه في التعامل مع المرضى.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى توفير برنامج إرشادي وفق نظرية التعلم الاجتماعي لخفض القلق وقلق الموت والاكتئاب، قد يساعد مرضى السرطان بمختلف فئاتهم وأعمارهم الذين يعانون من مشكلات نفسية كبيرة، إلى جانب الآلام الشديدة جراء تفاعلات المرض ذاته.

محددات الدراسة:

١. اقتصرت هذه الدراسة على مرضى السرطان الذين تتراوح أعمارهم بين (١٤-١٨) عاماً.
٢. اقتصرت عينة الدراسة على عشرة من مرضى السرطان ممن يتلقون العلاج في مستشفى الجامعة الأردنية، في الفترة من ٢٠٠٦/٢/٦ - ٢٠٠٦/٣/٢٠.

التعريفات لمصطلحات الدراسة:

نظرية التعلم الاجتماعي: هي نظرية التعلم الاجتماعي عند باندورا التي تعتمد عن طريق المشاهدة أو الملاحظة، أو التقليد. وتتضمن عدداً من الأساليب الإرشادية مثل التنفيس، وتوليد الأفكار، والاسترخاء، وحل المشكلات، والسيطرة والضببط، والتواصل مع الآخرين (عبد الستار، ١٩٩٤)، وحددت الباحثة نظرية التعلم الاجتماعي في هذه الدراسة بأساليب النمذجة والملاحظة والتقدير والتفكير الإيجابي والإقناع والدعم الذاتي بالاعتماد على ما جاء به باندورا.

القلق: يعرف بأنه شعور غير سار وشائع، ينتج عن الخوف والخشية وتوقع الشر، والشخص الذي يصدر استجابة قلق حاد لا يكون لديه وعي بأعراضه ويكون قلقه هائماً طليقاً، وتظهر عليه مجموعة من الأعراض مثل زيادة ضربات القلب، وضيق في النفس، والإسهال، وفقدان الشهية، والشعور بالإغماء، والدوخة، وزيادة إفراز العرق، والتبول المتكرر، والرعدة (Saarason,1972)، وبالتالي هو حالة انفعالية يعاني منها المرضى المصابون بالسرطان، وتقاس من خلال درجة المريض على مقياس القلق لسبيرجر المستخدم في هذه الدراسة.

الاكتئاب: هو حالة عيادية تصاحبها في العادة تغيرات في الحالة الجسمية والعقلية والمزاجية (Beck, 1979)، وبالتالي هو حالة انفعالية ترتبط بتربط بالخطر، يعاني منه المرضى المصابون بالسرطان ويتم تحديدها وفق مقياس لوبين (Lubins DACL) للاكتئاب.

قلق الموت: هو انعدام الراحة الفكرية الذي يؤدي إلى حالة خاصة من الألم النفسي، ويظهر على الفرد بشكل توتر شديد (عصبية) يرافقه خوف ليس له مبرر يتعلق بتوقع حدوث شيء غامض (العمري، ١٩٨٦). ويقاس بمقياس الموت من خلال متوسط درجات المرضى.

مرضى السرطان: هم مرضى مصابون بمرض السرطان تتراوح أعمارهم بين (١٤-١٨) ويعالجون في مستشفى الجامعة الأردنية في عام ٢٠٠٦.

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات ذات الصلة

#### أولاً: الإطار النظري

##### مقدمة:

أولى الباحثون والمتخصصون في مجالات الطب وعلم النفس وعلم الاجتماع عناية واهتماماً كبيرين بدراسة أثر الأمراض في حياة الإنسان ونفسيته، ومنها مرض السرطان الذي يعد من أشد الأمراض فتكاً، ومن أكثرها خطراً لما يتركه من آثار سلبية، وما يعكسه من معاناة نفسية واجتماعية للمريض وذويه ومن حوله من أقارب وأصدقاء. فظهرت نظريات متعددة للمعالجة مستمدة من النظريات المعرفية والسلوكية وأهمها نظرية التعلم الاجتماعي. ونظراً لأثر نظرية التعلم الاجتماعي في الإرشاد والعلاج النفسي للمرضى، إذ تعتمد على استراتيجيات الملاحظة والتقليد بالدرجة الأولى كما أنها سهلة للتطبيق على المرضى ومرضى السرطان خاصة؛ فقد قامت هذه الدراسة بالاعتماد على هذه النظرية ومفهومها، والأساليب المستندة إليها في العلاج النفسي، وفي إرشاد مرضى السرطان الذين يعانون من القلق وقلق الموت والاكتئاب جراء إصابتهم بهذا المرض الخطير.

## نظرية التعلم الاجتماعي

تقوم الدراسة الحالية على فاعلية نظرية التعلم الاجتماعي في خفض القلق والاكتئاب لدى الأطفال مرضى السرطان من خلال برنامج إرشاد جمعي. إذ يعد الإرشاد إحدى الوسائل الهامة التي يتم استخدامها لمعالجة مشكلات المرضى، وظهر هذا العلاج الجمعي بعد الحرب العالمية الثانية، وذلك عندما وجد المعالجون النفسيون عدداً كبيراً من الضباط والجنود قد ألم بهم الكثير من الاضطرابات والتوترات والانهيئات النفسية، ونتيجة لكثرة العدد وعدم قدرة المعالجين على علاجهم كل على حدة، استخدمت طريقة العلاج الجمعي (الصفطي وآخرون، ١٩٩٩). ويقصد به علاج المرضى الذين يتشابهون في المشكلات أو الاضطرابات نفسها، ويعمل المعالج على إيجاد نوع من التفاعل المتبادل بين هؤلاء المرضى، ويساعدهم على فهم مشكلاتهم وتعديل آرائهم. ويتم ذلك وفق برنامج يساعد المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم بما يحقق تفاعلاً وتأثيراً في تغيير سلوكهم ونظرتهم إلى الحياة، وهو يفيد في علاج الاضطرابات الانفعالية، والمشكلات الجنسية، وتوثيق العلاقات الإنسانية، فقد يعقد المرشد بداية مقابلة شخصية مع كل عضو في الجماعة لأخذ فكرة عنه وتحديد مشكلته وإمكانية حلها من خلال المجموعة الإرشادية. إن الإرشاد الجمعي كما تشير أبو عيطة (٢٠٠٢) عملية تفاعل تشمل المرشد ومجموعة من الأعضاء الذين يحاولون التعبير عن أنفسهم ومواقفهم أثناء الجلسة الإرشادية بهدف تغيير اتجاهاتهم وسلوكهم. ويرى القاضي وآخرون (١٩٨١) بأنه عملية دينامية تتم بين الأشخاص، وتركز على التفكير الشعوري الواعي والسلوك من خلال المشاركة في الاهتمامات. وقد ذكر جازدا (Gazda, 1978)، أنه عملية ديناميكية تفاعلية تتم بين مجموعة من الأشخاص وتركز على أفكار وسلوكات واعية، وتتضمن هذه العملية وظائف علاجية مثل التسامح والتوجه نحو الواقع والتفريغ الانفعالي والثقة المتبادلة والعناية والفهم والتقبل. ويعد الإرشاد الجمعي ذا فائدة كبيرة للراشدين وللأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة بسبب ميلهم الشديد للتشبه بزملائهم. ولعل أهم ما تتضمنه عملية الإرشاد الجمعي أن المسترشدين يتعلمون مناقشة ما يزعجهم وما يقلقهم بشكل منفتح، ويتعلمون تحديد الأهداف السلوكية بدقة، واكتساب المهارات الاجتماعية الضرورية لتحقيق تلك الأهداف، وتطوير الثقة بالذات للقيام بالنشاطات الجديدة، كما يمكن أن يتعلم المسترشدون عمل خطط مستقبلية وتقييم تقدمهم نحو الوصول إلى تلك الأهداف، والتعامل بفاعلية مع صراعاتهم وضغوطات الحياة.

## إجراءات العلاج الجمعي:

قبل بداية الجلسات لابد أن يقوم المرشد بإجراء مقابلة لكل مريض على حدة حتى يحدد نوع الاضطراب، ومعرفة مدى استعداد المريض للاستمرار في الجلسات العلاجية، وتستغرق الجلسة فترة زمنية من (٤٥-٦٠) دقيقة، ويراعى أن يتشابه أعضاء الجماعة الواحدة في نوع الاضطرابات التي يعانون منها، كما يراعى وجود تشابه أو تقارب في النواحي العقلية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية، ويقوم مرشد واحد بعلاج مجموعة من الأفراد يتراوح عددهم ما بين (٦-١٢)، وقد يعاون المرشد آخرون مثل طبيب وأخصائي نفسي.

يعمل المرشد على إدارة الجلسة وضبطها وكذلك التعليق على آراء ومناقشات أعضاء الجماعة، وتقوم العلاقة بين المرشد وأعضاء الجماعة على قدر كبير من الأهمية، فهي الأساس لاستمرار جلسات الإرشاد، إذ لابد أن تتسم بالتقبل والترايط والتماسك، ويكون المرشد نموذجاً سلوكياً تقتدى به أفراد الجماعة فهو المثل الأعلى بالنسبة إليهم.

## أساليب العلاج الجمعي:

هناك عدد من الأساليب تستخدم في الإرشاد الجمعي منها:

١. العلاج بالسوسيودراما: وهو أسلوب علاجي يقوم المرضى خلاله بتمثيل بعض الأدوار، وهذه الأدوار تعبر عن المشكلات التي يعانون منها، وغالباً ما تكون مشكلات اجتماعية (Luchins, 1964).

٢. العلاج بالسيكودراما: إن صاحب أو رائد هذا الأسلوب هو مورينو (Moreno, 1959) وهذا النوع من العلاج يعرف بتمثيل للحالات النفسية، وهو عبارة عن إعداد تمثيلية مسرحية تتناول في مضمونها المشكلات النفسية المراد علاجها من خلال التعبير اللفظي الحر المتسم بالتلقائية، والتنفيس الانفعالي عن دوافع المرضى ورغباتهم، وما لديهم من قلق ومشاعر وإحباط نتيجة للصراعات الطاحنة التي تدور بداخلهم. ويدور موضوع التمثيلية حول خبرات المريض التي سبق أن مر بها، وسببت الخوف والقلق لديه، وكذلك يتضمن المواقف الحالية بما فيها من مشكلات متعلقة بدراسته أو مهنته.

ويتم تأليف التمثيلية وإخراجها، وكذلك أداء ما بها من أدوار بواسطة المرضى أنفسهم، وقد يتدخل المرشد في تقديم المساعدة في إنجاز هذه العملية. أما الحوار الذي تتضمنه التمثيلية فيتيح الفرصة للمرضى ليعبروا بتلقائية عن حقيقة ما يشعرون به. ويتم توزيع الأدوار عليهم عن طريق زملائهم الذين قاموا بالتأليف والإعداد والحوار، وكذلك الإخراج، وقد يتدخل المعالج لتسهيل هذه العملية دون فرض رأيه على

إعطاء أي دور في التمثيلية حيث يختار المريض المشارك الدور الذي يرغب في تمثيله، ثم تعرض التمثيلية ويشاهدها أعضاء الجماعة العلاجية مع المعالج وفريق العلاج. وبعد انتهاء العرض تتم مناقشة أحداثها، والتعليق بالنقد على ما دار فيها، وما عبرت عنه بوساطة المعالج وأعضاء الجماعة. ومن أهم مزايا هذا الأسلوب في العلاج هو الكشف عن نواحي هامة في شخصيات المرضى، ودوافعهم ومشاعرهم، وما يعتر بهم من صراعات وهذا يفيد في علاجهم، والتخفيف من مشاعر القلق والإحباط ومحاولة التخلص منها نهائياً (الصفطى وآخرون، ١٩٩٩).

٣. المناقشات والمحاضرات: من دعاة هذا الأسلوب مورينو (Moreno, 1946) أيضاً، ويعتمد على إلقاء محاضرات على أعضاء المجموعة العلاجية، ويشترط أن يكون أعضاء الجماعة العلاجية متشابهون في طبيعة مشكلاتهم. يقوم المرشد بإلقاء المحاضرة على أعضاء الجماعة العلاجية، ويتركز موضوعها على الاضطرابات السلوكية والنفسية والمشكلات التي يعاني منها الأفراد، وعرض بعض المفاهيم مثل الصحة النفسية والمرض النفسي، ويستخدم المرشد (المحاضر) وسائل إيضاح أثناء المناقشة التي تعقب المحاضرة. يؤدي هذا الأسلوب إلى تعديل المفهوم السلبي عن الذات إلى مفهوم إيجابي فضلاً عن أنها تشجع على التعبير والمشاركة والتنفيس الانفعالي، وتعمل على تقوية وتدعيم التفاعل الاجتماعي بين أعضاء الجماعة، وتساعد على انطفاء الكثير من الاستجابات السلوكية غير المرغوب فيها لدى الجماعة (حسين، ٢٠٠٤)، كما يؤدي هذا الأسلوب إلى علاج بعض المشكلات مثل الانحرافات الجنسية والسرققة والكذب والعدوان.

٤. العلاج بالتحليل النفسي- الجمعي: يستخدم في هذا النوع من العلاج أسلوب التحليل النفسي الفردي، ويستخدم في هذا النوع من العلاج أسلوب التداعي الحر وتحليل الأحلام.

٥. النادي العلاجي: يلجأ بعض المعالجين إلى إنشاء أندية علاجية تتيح فرصة العلاج الجمعي الذي يستند إلى نشاط رياضي أو ترفيهي. وتبدأ الجلسات بنشاط رياضي، كإقامة مباريات رياضية بين المرضى، أو بنشاط فني مثل التمثيل أو الغناء أو الرقص. ويختار المعالج نوع النشاط الذي يتناسب مع الحالة النفسية للمرضى.

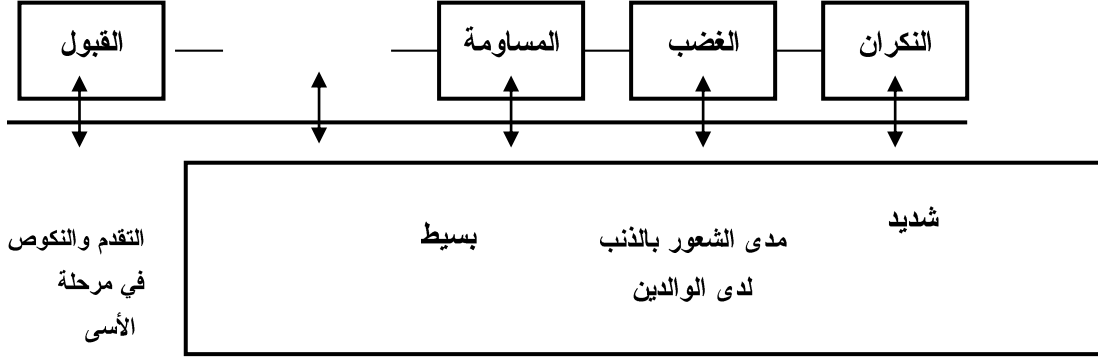


أما الإرشاد الجمعي وفق نظرية التعلم الاجتماعي عملية تفاعلية بين مجموعة مشتركة في المشكلة، يقوم على أساس موقف تربوي تعليمي يعتمد على التفاعل الاجتماعي بين أفراد هذه المجموعة، التي يطلق عليها المجموعة الإرشادية. وذلك لأن الأفراد في هذه المرحلة يميلون إلى أن يتعلموا من الآخرين طرق التعامل مع الاضطرابات، واكتساب مهارات جديدة للتوافق (عبد الستار، ١٩٨٧). ويعد الإرشاد وفق نظرية التعلم الاجتماعي من الأساليب الاجتماعية الشائعة الاستخدام لعلاج مرضى الاكتئاب، وهو الأساليب التي أثبتت فعاليتها، بدرجة كبيرة، في علاج هذا الاضطراب. وهي توازي فاعلية العلاج بالعقاقير في علاج الاضطرابات الاكتئابية وفي مقدمتها العلاج بالعقاقير. وأكدت ذلك نتائج الدراسات التتبعية (محمد، ٢٠٠٠)، أن للإرشاد - وفق نظرية التعلم الاجتماعي- فعاليته الفضلى على المدى الطويل، حيث يقلل بدرجة كبيرة من معدلات حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي، إذا ما قورن بغيره من الأساليب العلاجية النفسية الأخرى، أو الطبية (عبد الستار، ١٩٩٤).

ويستخدم العلاج وفق نظرية التعلم الاجتماعي عدة أساليب منها: جمع المعلومات، والتنقيس، وتوليد الأفكار، والاسترخاء، والأفكار التلقائية المشوشة، والسيطرة والضبط، والتواصل مع الآخرين، وتواصل لفظي وغير لفظي، ومهارات حل المشكلات، وتحصين ضد التوتر، وإعادة البناء المعرفي والحديث الذاتي، والتوكيد الذاتي (عبد الستار، ١٩٩٦).

#### مريض السرطان:

مريض السرطان من فئة ذوي الحاجات الخاصة فهو يعاني من صعوبات نفسية وجسدية، وينطبق عليه ما جاء في دراسة كل من لندمان (Lindeman, 1974) وسبونبرغ وكار، وكورسبر (Schoenberg, Carr, and Kurscher, 1974) مصطلح الأسى المرتبط بالتوقعات Anticipatory Grief للإشارة إلى ردود الأفعال العاطفية التي تحدث قبل فقدان شيء عزيز كما هو الحال في الطفل الخداج أو المشوه أو المصاب بمرض خطير، فهؤلاء الأطفال يشعرون بالأسى المرتبط بالتوقعات وبالأسى الحقيقي في الوقت نفسه، وكما يلاحظ جودمان (Goodman, 1975)، أن الخوف من الموت يتضاعف، وينسحب ذلك الشعور على الآباء من خلال علاقاتهم التي ربطتهم بابنهم الذي كان متوقعاً أن يعيش ولكنهم يهيئون أنفسهم لوفاته في الوقت ذاته، وقمر مشاعر هؤلاء الآباء بمراحل خمسة حددها كوبلر (Kubler, 1970)، وينبغي التنويه إلى أن أكثر من مرحلة واحدة قد تحدث أو تعود إلى الظهور كما بين ذلك الشكل رقم (١).



الشكل رقم (١) العناصر الرئيسية في عملية الأسى

المرحلة الأولى: وهي مرحلة النكران Denial وقد تستمر إلى أن يستطيع الوالدان ملاحظة وتقييم حالة الطفل، وهذه المرحلة الأولى كما لاحظ يونغ (Young, 1977) هي مرحلة عدم التصديق، فالوالدان يشعران بالصدمة وبالتوتر الانفعالي، وقد يظهران وكأنهما يرفضانه عاطفياً، وقد ينهمكان في تأدية نشاطات حسية مرهقة تجنباً للتفكير.

المرحلة الثانية: وهي مرحلة الغضب Anger وقد توجه إلى الداخل أو إلى الخارج، فغالباً ما يعبر الوالدان عن غضبهما من الكادر الطبي الذي كان يقوم على رعاية الطفل، ويجب السماح للوالدين بالتعبير عن غضبهما دون أن يتعرضا لشعور إضافي بالذنب يسببه لهما الأخصائيون. ولسوء الحظ، فإن كلاً من الأب والأم قد يوجه اللوم إلى الآخر بسبب حالة الطفل أو هما قد يوجهان اللوم إلى نفسيهما لأشياء حقيقية أو وهمية، ويشعران أنها كانت مسؤولة عن الحالة التي يعاني منها الطفل.

المرحلة الثالثة: وهي مرحلة المساومة Bargaining كثيراً ما تحدث مع النكران في الوقت ذاته. فقد يحاول الوالدان تفسير ما كان حدث، وقد يحاول الوالدان تحقيق ما أطلق عليه كوبك (Kopke, 1970) "تطبيع" الطفل، وقد يحدث ذلك عندما لا يستطيع الوالدان قبول الطفل (النكران) ولكنهما يرغبان في ذلك، وللتعويض، يلجأ الوالدان إلى المبالغة في وصف الطفل على أنه طفل سليم طبيعي ويحاولان توفير القبول للطفل.

المرحلة الرابعة: مرحلة الاكتئاب والانسحاب Depression and Withdrawal قد يتم التعبير عنها من خلال ملاحظات مثل "لم يعد مهماً ماذا أفعل الآن، فلا شي سيغير الحالة"، وقد يتجنب الوالدان أثناء هذه المرحلة الذهاب إلى زيارة الطفل لعدة أيام، ويتذكر الوالدان أشواقهما الماضية للطفل الذي كان متوقِعاً، ولكن تلك الذكريات قد تختفي تدريجياً، ورغم أن الوالدان غالباً ما يرغبان في الوحدة ويميلان إلى الصمت فهما لا يودان الانعزال تماماً عن الآخرين أثناء هذه المرحلة، وقد تكون

ثمة حاجة إلى تكرار المراحل السابقة من عملية الأسى لتتحرر مشاعر الوالدين.

المرحلة الخامسة: مرحلة القبول Acceptance ويتم الوصول إليها في العادة ببطء، وحتى بلوغ الوالدين هذه المرحلة، فقد يعود أحدهما أو كلاهما إلى مرحلة سابقة ومن ثم بذل جهود جديدة للعودة إلى مرحلة القبول. ومرحلة القبول مرحلة ذات شقين، فعلى الوالدين أن يقبلوا تماماً حقيقة فقدان الطفل السليم، كذلك عليهما أن يحاولا التعامل مع ذلك الفقدان ويشرعا في قبول الطفل كما هو، وقد يحتاج الوالدان إلى المساعدة ليستطيعا احتمال وقبول ما تدركه حواسهما حيال طفلتهما، وذلك أمر ضروري ليتمكن الوالدان من بناء علاقة مع طفلتهما.

ومن الضروري أن يدرك القائمون على رعاية الطفل وأمه أن الأسى، والأسى المرتبط بالتوقعات، والشعور بالذنب عمليات مترابطة، وينبغي على المرشد من أجل تسهيل عملية التكيف أن يبقى على وعي بأن هذه العوامل قد يكون لها تأثيرات سلبية في تكوين الروابط العاطفية بين الوالدين وطفلتهما. ليس من السهل أن يكتشف أحد أن عزيزاً عليه يعاني من مرض السرطان، أو أنه الآن بأطواره الأخير، وقد يجد الطبيب أيضاً مشكلة في الطريقة التي سوف يخبر بها المريض وأهله بهذه الحقيقة، عندما يتحقق من وجود المرض فعلاً، والأهم هو كيف سيتقبل المريض ذلك ويعيش مع هذا الوضع ما بقي له من العمر فقد ذكر الخطيب وآخرون (١٩٩٢)، بأنه يجب تعريف المريض وأهله بالمرض بعدة مراحل وهي:

- ١- مرحلة إخفاء الحقائق: يظل سر حالة المرض ووضع المريض معروفاً بين الأطباء والممرضات فقط، ولا يظهر للأهل.
- ٢- مرحلة الشك، يبدأ المريض بالشك بوضعه الصحي، ربما بشكل مباشر أو غير مباشر، ويحاول استشعار الأخبار حوله.
- ٣- معرفة الأهل والموظفين العاملين، ويظل لدى المريض هنا الأمل بالشفاء، إلا أنه خلال انشغال الأهل ومما يدور حوله يصبح المريض أقرب كثيراً لمعرفة الحقيقة.
- ٤- اكتشاف المرض ومرحلة الوعي، ومساعدة المريض على الكيفية التي سوف يعيش بها هذه المرحلة. وأكدوا أن هناك عدداً من القضايا الأخلاقية والاجتماعية ذات العلاقة في التعامل مع حالة المريض.

أساليب إرشاد الأطفال مرضى السرطان:

للإرشاد النفسي- دور هام في مساعدة الأطفال المصابين بمرض السرطان، ويتبع المرشد عادة أساليب نظرية علمية تساعده في بناء برنامجه الإرشادي، وتعد النظرية السلوكية والنظرية المعرفية السلوكية، ونظرية التعلم الاجتماعي من أكثر النظريات نجاحاً في العمل مع الأطفال في إرشاد الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ومن أساليب النظرية السلوكية المعرفية والتعلم الاجتماعي منها:

١. تقبل الطفل وإعطاؤه شعوراً بالطمأنينة: وهذا الأسلوب تتفق عليه جميع نظريات الإرشاد، رغم أنه يتبع نظرية روجرز، وهو إشعار الطفل بجو نفسي- آمن يتمثل بالتسامح والقبول الدافئ والثقة المتبادلة، فيسعى المرشد لحل مشكلات الطفل ويتعاطف معه، ويصغي إليه ويظهر اهتمامه به، وبكل ما يقوله، وما يعبر عنه من مشاعر، وهو القبول أو التقدير الإيجابي غير المشروط، ويحترمه كفرد دون اعتبار للمظهر أو السلوك.

وذكر في داود وحمدي (١٩٩٦، ص ١٢٠) "أن الأطفال القلقين يحتاجون إلى تطمين من الكبار الذين يتصفون بالهدوء والثبات، فمن الضروري أن يبقى الكبار هادئين عندما يصرخ الأطفال، أو يبكون وينفعلون، أو يصابون بالذعر. وعليهم أن يبدوا تقبلاً لمشاعر القلق لدى أطفالهم، بعدم توجيه النقد لهم أو لومهم لأنهم تصرفوا بحماقة، أو أبدوا انزعاجهم، وعليهم إيجاد جو من الأمن والتفائل، بحيث يشعر الأطفال بأن ما يعانونه أمر يمكن مواجهته وسوف يمر بسلام. وعلى الآباء والمرشدين أن يسعوا لإحاطة الطفل المريض بجو آمن غير مهدد، وإعطاؤه شعوراً بالطمأنينة باستخدام عبارات من النوع التالي: "إنك مهم بالنسبة لي"، "إنني أحبك لذاتك وليس فقط لما تفعله".

ويمكن أن يظهر التطمين في خفض أهمية الحوادث المزعجة البسيطة، فالحياة فيها ما يكفي من الصعوبات الأساسية التي يمكن أن تثير القلق، ولذا فإن من الضروري أن يطمئن الطفل بأن هناك الكثير من المشكلات في الحياة التي قد يتوقعها والتعامل معها ثم نسيانها. إن مثل هذا التوجه هو في غاية الأهمية لتطمين الأطفال الذين يميلون للنظر إلى كل حادث يمر بهم باعتباره أزمة كبيرة، وبدلاً من شعور الكبار باليأس فإن عليهم اتخاذ خطوة ممكنة للتعامل مع المشكلات والمشاعر وتجاوزها، لأن الالتصاق بالمشكلة أو الشعور بضرورة الوصول إلى حلول كاملة يضع الإنسان في طريق مغلق أو مسدود.

٢. تدريب الطفل على الاسترخاء: يعد الاسترخاء من أكثر الأساليب استخداماً في الإرشاد والعلاج النفسي وبخاصة أصحاب النظرية السلوكية المعرفية والتعلم الاجتماعي، وقد استخدم ولبى (Wolpe, 1973) أسلوب الاسترخاء في تخفيف القلق والاكتئاب. ويتم تعليم الاسترخاء والتدريب عليه من خلال إجراءات معينة تساعد في تعرف وجود التقلصات العضلية (التوتر)، ثم كيفية الاسترخاء وهي عملية تتم تدريجياً،

إذ يتعلم الطفل كيف يتعرف هذه التقلصات العضلية في مختلف أجزاء الجسم وفقاً لنظام معين. وجاء عن داود وحمدي (١٩٩٦، ص ١٢١)، "أنه يمكن ببساطة تدريب الأطفال على التنفس بعمق وعلى إرخاء عضلاتهم، والشعور بالاسترخاء التام، والإحساس بأن جسمهم أصبح أكثر وأكثر ثقلاً". وبعد أن يتعلم الطفل الاسترخاء ويتدرب عليه يمكن استخدام طريقة فعالة هي الاسترخاء بالإشارة Cue Controlled Relaxation، حيث يتم تدريب الطفل على أن يقول كلمة أو عبارة لنفسه تساعد على الاسترخاء، ويمكن أن يختار الطفل كلمة أو عبارة من بدائل مختلفة تقترح عليه، مثل "اهدأ"، "استرخ"، "هون عليك"، "بسيطة"، "أشعر بالقلق يمكنني أن أسترخي وأن أصبح في وضع أفضل"، "لا يوجد إنسان كامل، إلا أنني سوف أبذل جهدي"، "لا يمكن لأحد أن يطلب مني أكثر من أن أبذل أفضل ما لدي من جهد"، إن القلق لا يساعد، وأما العمل فيساعد". إن الهدف هو مساعدة الطفل على تعلم أن يقول لنفسه عبارات معينة، بحيث يصبح قادراً على تحليل الموقف باستقلال واستجابة تبعاً لذلك، ويمكن له أن يقول لنفسه "كن هادئاً واسترخ"، ثم يقوم باستخدام الطريقة التي يحبها لمقاومة القلق، وعندما يشعر بالذعر في مواجهة مشكلة ما يمكن أن يعطي لنفسه تعليمات بالهدوء والاسترخاء، ويفكر بمشهد مبهج لبضعة ثوان ثم يعود للتعامل مع المشكلة.

وذكرت داوود وحمدي (١٩٩٦) بأنه "يمكن أن يسبق ذلك خطوة أخرى يطلب فيها من الطفل أن يتخيل موقفاً مثيراً للقلق أو أن يصغي للمرشد وهو يصف هذا الموقف، وبعد ذلك مباشرة يفكر بالإشارة الباعثة على الاسترخاء التي تعمل كمضاد لاستجابة القلق، وقد يكون من المفيد إعداد قائمة بأسباب القلق والتوتر، وتستخدم هذه القائمة كمصدر للمواقف المثيرة للقلق المراد تخيلها أثناء الاسترخاء. إن القلق المرتبط بمشاهدة الطبيب أو طبيب الأسنان يمكن إزالته، وفي حالات القلق الشديد، يمكن لطبيب الأسنان أن يساعد بأن يقوم بصوت هادىء بوصف مشهد جميل للطفل عندما يكون الطفل في حالة استرخاء، والخطوة الأخيرة هي أن يقوم الطفل بالاسترخاء عندما يواجه مواقف تبعث على التوتر، وهذه الطريقة لا تقتصر على خفض القلق فحسب، بل تؤدي به إلى الشعور بأنه أقل يأساً وأكثر استقلالاً وإنجازاً".

إن طريقة الاسترخاء للطفل طريقة فعالة، ويمكن أن تستخدم مع طرق أخرى في الوقت نفسه، فإثناء الاسترخاء يمكن للأطفال أن يفكروا بمشاهد سارة تقود إلى الشعور بالهدوء، ويسمى هذا بالتخيل الإيجابي Positive Imagery، إن الأطفال يستجيبون بارتياح لتخيلات تتعلق بأوقات العطل أو الشواطئ أو السباحة أو ركوب القوارب، وتعد هذه الطريقة مفيدة بشكل خاص في مرحلة التدريب على الاسترخاء، حيث إنها تساعد الأطفال على التحرر من حالات التوتر العضلي. والتنفس البطيء العميق هو طريقة أخرى مفيدة،

ويتم ذلك بأن ترى الأطفال كيف يتنفسون تنفساً عميقاً منتظماً من الأنف، ويجد بعض المراهقين أن من المفيد لهم أن يعدوا أنفاسهم من واحد إلى عشرة مع تركيز انتباههم على الأرقام، ويمكن للآباء أن يستعينوا بكتاب حول طريقة التأمل اليابانية Japanese Mediation (Huber, 1965). وهي مزيج من التنفس والعد، وتؤدي إلى خفض القلق كما أنها تبطئ معدل النبض، كما يمكن التوتر باستخدام تدريبات التقايس Isometric.

٣. تشجيع التعبير عن الانفعالات: إن المفاهيم الخاطئة للمريض تسهل ملاحظتها ملاحظة مباشرة، بينما التعبير عن الانفعالات يصعب ملاحظتها على نحو مباشر، فالخبرات الانفعالية دائماً تتضمن عناصر معرفية، وللانفعالات دلائل وأعراض فسيولوجية ومظاهر معرفية واحدة، وتميزها عن بعضها البعض، وبالتالي فإن المريض يمكن حثه أو استمالة إلى إدراك المواقف التي تؤدي إلى المشاعر والانفعالات المضطربة بصورة مختلفة، وإلى الإدراك بأن تأثيرها يمكن تغييره بأسلوب علاجي (Beck, 1979).

وقد ذكرت داوود وحمدى (١٩٩٦، ١٢٤) "تعبير الشخص عن انفعالاته يعمل كمضاد لحالات القلق التي لا يتحدث عنها الفرد، وإن المناقشات الأسرية التي يتحدث فيها كل فرد عن أفكاره واهتماماته، ويتم تقبل مختلف المشاعر والأحاسيس على أنها أمر عادي وسوي، كما يمكن أن تعقد جلسات خاصة حيث يشجع الفرد ليخبر عن ذاته بحرية تامة، فالتفريغ الانفعالي حيث يقال كل شيء، يساعد الكثير من الأطفال. ويمكن أن يدع الأطفال ليعبروا عن الغضب والإحباط بأية لغة يشاؤونها دون أن يسمعون أحد، إذ غالباً ما يقلل من حدة الشعور بالقلق، وهناك بعض الألعاب التي تشجع الأطفال على التعبير عن مشاعرهم، إذ إن الأطفال القلقين الخوفين يجدون في اللعب طريقة مقبولة للتعبير عن انفعالاتهم، ويمكن اختيار ألعاب تتضمن أسئلة مفتوحة مثل "كيف يشعر الأطفال عندما يكون المدرسون متشددين كثيراً؟" أو "ماذا يمكنك أن تفعل لو تخطاك أحدهم وأنت تنتظر دورك في الصف؟".

ورواية القصص (Gardner, 1971) طريقة فعالة للتعبير عن المشاعر بالكلمات، إذ يمكن استخدام طريقة تبادل رواية القصص، التي يستخدمها كثير من المعالجين النفسيين، حيث يقوم الأطفال برواية قصة مخيفة أو غريبة ثم يقوم المرشد أو طفل آخر برواية القصة بصورة أخرى، والهدف من هذه الطريقة هو أن تتم رواية قصص يتحدث أبطالها عن مشاعرهم بانفتاح ويتصرفون بفعالية، ويشعرون بالرضى عن ذواتهم. إن الأطفال يتعلمون كيف يروون قصصاً مشابهة، ويعد ذلك خبرة تعليمية هامة، ويجب أن يقدم المرشد النموذج المناسب في السلوك ويظهر نوع من الفعالية بطريقة رواية القصص،

حيث يظهر المرشد أنه من المقبول وصف مشاعر اليأس والغضب الحب والكراهية... إلخ (داود وحمدي، ١٩٩٦، ١٢٤).

٤. الحديث الإيجابي مع الذات Positive Self- Talk: إن الحديث الذاتي أسلوب يساعد صاحبه على معرفة أفكاره السلبية التي توجه انفعالاته وتؤثر فيه وفي سلوكه سلباً، لذا فإن تحويل الحديث إيجاباً يؤثر في انفعالات الفرد وسلوكه إيجاباً.

ويقول مايشنباوم (Miechenbaum, 1978) لأن ما يقوله المسترشد لنفسه حول السلوكيات الجديدة التي اكتسبها، والنتائج المترتبة عليها سيؤثر فيما إذا كانت عملية التغيير في السلوك ستبقى وستعمم إلى مواقف أخرى. إن الفرد عبارة عن سلوك، وعمما يقوله لنفسه، وبذلك فإن الشخصية طبقاً لهذا المفهوم تصبح أوسع كثيراً مما يفترضه العلاج السلوكي من كون الشخص هو ما يقوم به من سلوك.

إن أسلوب التعليمات الذاتية وأهميته في السلوك الذي يصدر عن الفرد من الأمور التي لفتت الأنظار إليها، وعلى سبيل المثال، فإن الإمام ابن القيم يشير إلى الدور الذي تلعبه الخواطر في السلوك الظاهر، حيث يرى أن بداية الأعمال هي خواطر، فالخاطر يؤدي إلى الفكرة، ثم يؤدي إلى الإرادة، والإرادة تؤدي إلى الجوارح التي تقوم بالتصرفات، وبذلك كان منع الخواطر السلبية من بدايتها يؤدي إلى منع السلوك الذي ينتج عنها، كما أن إحلال خواطر أفضل محلها يؤدي إلى سلوك أفضل (الشناوي، ١٩٩٨).

وذكرت داود وحمدي (١٩٩٦، ص ١٢٢) "فحيثما أمكن، يمكن استخدام مزيج من الأساليب للوصول إلى فاعلية أعلى، ويكون ذلك باستخدام طريقة الاسترخاء بفاعلية مع الحديث الإيجابي مع الذات، إلا أنه يمكن أن يستخدم الحديث لوحده أو مع الاسترخاء. إن كثيراً من الأطفال لم يتعلموا كيف يتوقفون عن استخدام تعليقات سلبية أو مثيرة للقلق عندما يتحدثون مع أنفسهم: والخطوة الأولى هي إيقاف تعبيرات ذاتية مثل "إنني لم أتمكن من النوم أبداً، إنني دائم الانزعاج أكثر من أي شخص آخر، إنني أعرف بأن شيئاً رهيباً سوف يقع لي، إن من الأفضل ألا أفرح كثيراً كي لا يحدث لي أمر سيء. والخطوة الثانية هي الاقتراح على الطفل أن يستخدم تعبيرات إيجابية في الحديث مع ذاته، ويمكن له أن يبدأ بالتدرب على ذلك بصوت مرتفع ثم ينتقل للحديث الضمني، ومن الأمثلة عن هذه التعبيرات، "إنني منزعج، لكن الأمور سوف تسير بشكل حسن، وبعد اختيار المفردة المناسبة يرددها مع الاسترخاء التام، وبعد عدة إعادات يكفي أن يفكر الطفل بالكلمة أو العبارة ليشعر بالاسترخاء التام".



٥. استخدام التخيل الإيجابي في مواجهة القلق: يعمل التخيل الإيجابي على البناء المعرفي واستخدام العقل بفاعلية لدى الفرد، ويلعب الإيحاء والتخيل والتصور الذهني دوراً هاماً فيما يدور في عقل الفرد، وفيما يعتنقه، ويقول له نفسه من أفكار ومعتقدات، فمن خلال الإيحاء الذاتي يستطيع الفرد طرد الأفكار الهدامة غير المنطقية أو تخفيفها إلى أدنى حد ممكن، فعلى الفرد أن يدرب نفسه على طرد الأفكار والذكريات والهموم فوراً، وإن التخيلات تساعد على تمثيل الأحلام والأمانى (الشناوي، ١٩٩٨).

٦. تقليل الحساسية التدريجي: في هذا العلاج يصف ولبي، (Wolpe, 1973) طريقة علمية فنية يمكن فيها خفض القلق باستخدام الإشراف المضاد Counter Condition، وفيه يتم إبدال استجابة مرغوب فيها بأخرى غير مرغوب فيها، وذلك خلال تكرار التدريب، ويتم في إحداث الازدواج تدريجياً وبشكل متكرر بين مثير باعث على القلق وحالة ارتخاء عضلي حتى يتم الارتباط بين المثير، وبين حالة الارتخاء واستبعاد استجابة القلق (Goldstein, 1973).



وجاء عن داوود وحمدى (١٩٩٦، ص ١٢٥)، "أن هذه الطريقة هي شكل منظم من أشكال المواجهة التدريجية للمواقف أو الأفكار المثيرة للقلق، يتم فيها أثناء الاسترخاء وصف صور ذهنية تبعث على القلق بشكل متزايد. وهذه الطريقة هي شكل منظم من أشكال المواجهة التدريجية للمواقف أو الأفكار المثيرة للقلق، يتم فيها أثناء الاسترخاء وصف صور ذهنية تبعث على القلق بشكل متزايد. وتستخدم أيضاً طريقة التغذية الحيوية المرتدة Biofeedback حيث يشاهد الأطفال أو يسمعون بعض مظاهر وظائفهم الجسمية، فيستمعون لأصوات أو يشاهدون موجات الكترونية على شاشة تمثل نبض القلب، وتوتر العضلات، وتعرق راحة اليد، ودرجة حرارة الجسم وغير ذلك، ومهمة الأطفال في هذا الأسلوب هي أن يباطئوا أو يهدئوا من هذه الأصوات".

وقد نجحت هذه الطريقة في خفض التوتر الجسمي. كما استخدم أسلوب التنويم Hypnosis لخفض القلق وكان أسلوباً فعالاً. ويستخدم المتخصصون طريقة التنويم لإحداث الاسترخاء والمشاعر الهادئة، ويعطي الأطفال إحياءات إيجابية عندما يكونون تحت تأثير التنويم، وعلى أية حال، فإن الأطفال يستجيبون في معظم الأحوال للإحياءات الإيجابية التي تتكرر عليهم دون أن يكونوا في حالة تنويم، وتأتي الإحياءات على الصور الآتية: "بالتدرب على الاسترخاء سوف يصبح بإمكانك التحرر من مشاعر القلق"، "سوف تشعر بتحسن يوماً بعد يوم وسوف تصبح أقل قلقاً حول المستقبل"، "إن من المفروض هو أن يستمتع الأطفال وأن يتعلموا، لا أن يشعروا بالقلق".

ويستخدم العلاج المعرفي السلوكي مع مرضى السرطان، ولقد نادى ماجوير وهوبوود وترير وهويل (Maguire, Hoppwood, Tarrier, and Howell, 1985) باستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب لعلاج مرضى السرطان. وهم يشعرون أنه كان هناك تردد في وصف العلاج النفسي بسبب "طبيعة ردة الفعل" الواضحة للمشكلات النفسية، وفي حالات كثيرة فإن شدة الأعراض ونوع المرض تجيز العلاج بالعقاقير، ويكون العلاج الدوائي مطلوباً لتمكين المريض من المشاركة في الاستشارة والمساندة. وعلى أي حال، فإن استخدام العقاقير لمرضى السرطان يعرضهم لعدد من الصعوبات التي تجعلهم يحجمون عن وصف مشكلاتهم.

إن الأعراض النفسية للمريض قد لا تتماشى مع نمط العرض العام وقد لا تظهر ملامح يمكن حسمها بالعلاج الدوائي، وغالباً ما يكون العرض خليطاً من أعراض القلق والاكتئاب التي أوردتها الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية MSM III. R للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 1994)، وقد ينجح العلاج المعرفي السلوكي في مواجهة المشكلات المشتركة التي تظهر بشكل شامل أكثر مما يحرزها العلاج الدوائي من نجاح، وحتى عندما تتضح ضرورة استخدام العقاقير، فإن مرضى السرطان يكونون أكثر حساسية لآثارها

الجانبية، يمكن التوصية بعدم استخدام العقاقير المضادة للقلق نظراً لتفاعلها مع العلاجات العضوية الأخرى (Massie & Holland, 1984).

قد تكون مخاطر الإقدام على الانتحار مرتفعة لدى المريض المكتتب فاقد الأمل، وقد يقتصر دور العلاج النفسي على تزويد المريض بوسائل لتجنب ذلك، من المهم تأمل "الرسالة" التي توجه للمرضى وعائلاتهم، والعلاج المعرفي السلوكي، يركز على مساعدة الفرد على المشاركة بفاعلية في إنشاء استراتيجيات تكيف. وأن العلاج بالعقاقير النفسية يجعل المريض مجرد مستقبل سلبي للعلاج، وتصبح أفضليات المرضى مهمة هنا، هل لديهم إيمان أكثر بالدواء أم أنهم يفضلون أسلوباً من العلاج النفسي (عبد المعطي، ٢٠٠٢). وإذا تم استخدام العلاج الدوائي، فيجب اعتباره مكماً للعلاج النفسي لا بديلاً عنه. وعلى أي حال وكما يوضح وردن (Worden, 1987)، فإنه توجد سلسلة طويلة من التدخلات النفسية المتاحة أمام مرضى السرطان، فإن معظم هذه التدخلات تهدف إلى مساعدة المرضى وعائلاتهم على التكيف مع احتمالية الموت. ويختلف العلاج المعرفي السلوكي عن كثير من أساليب العلاج تلك نظراً لأنه يحاول مساعدة المريض على التوافق مع مشكلات الحياة، ويتجه التركيز إلى التحكم في نوعية الحياة في موقف قد يكون "الكم" فيه متغيراً لا يمكن التنبؤ به. وهذا لا يوحي بضرورة إحلال العلاج المعرفي السلوكي محل التدخلات النفسية الأخرى. إن استخدام الاستشارة والعلاج النفسي المساند معروفان بشكل عام ولهما فائدة مؤكدة (Bloom, Ross & Barnwell, 1978)، وعلى أي حال، فمن الطريف أن نلاحظ أن بعض البرامج الفعالة تميل إلى دمج العديد من الأساليب التي تنضوي ضمن إطار العلاج المعرفي السلوكي التقليدي. وركز سوبل ووردن (Sobel & Worden, 1980)، على مهارات حل المشكلات، ويستخدم جورودن وآخرون (Gordon et al., 1980)، برنامجاً للعلاج المساند يقدم التعليم والمعلومات والمعالجة البيئية وقد استهدف ذلك إعطاء المرضى نظرة أكثر واقعية، وزيادة أنشطتهم اليومية وتحسين توافقهم مع الاضطراب.

ويقدم لهم برامج إرشادية تساعد على تقبل المرض والتوافق مع الواقع، وتعد مشاركة الأصدقاء والأقارب مصدر دعم للمرشد في صراع الطفل مع السرطان في أغلب الأحيان، وقد لا يرغب الوالدان أحياناً بأن يشارك الأقارب والأصدقاء، إلا أنهم يمكن أن يكونوا مصدر دعم كبير للأسرة، لكسر الجمود إذا وجدت أساليب قد يقدر من خلالها أن يقدموا المساعدة، مثلاً قد يستطيع بعضهم رعاية الأطفال، أو القيام ببعض المهام، مثل إعداد وجبة الطعام، أو يكون من أهداف برامج الإرشاد تقديم أسلوب فاعل لقضاء الوقت طوال اليوم مع الطفل، مثل أن يقرأ للطفل، أو يلعب معه، وقد يشارك بذلك أحد أفراد الأسرة أو المتطوعون حتى تأخذ الأم قسطاً من الراحة (King Hussein Center, 2005). ويتم ذلك بمساعدة المرشد

أو المعالج النفسي من خلال برامج معدة مسبقاً.

إن استخدام أسلوب العلاج المعرفي السلوكي مع مرضى السرطان من أفضل الاستخدامات المحتملة. فقد قدم ماجواير وزملاؤه (Maguire, et al, 1985)، في المملكة المتحدة، وقدم ووردن (Worden, 1985)، في الولايات المتحدة بعض الدراسات الأولية في هذا المجال، وتوصي نتائج دراستهم أن الأسلوب المعرفي السلوكي يمكن أن يكون علاجاً ناجحاً لمرضى السرطان. وقد أقدم هؤلاء الباحثون على محاولات أولية لتحديد العوامل التي جعلت بعض مرضى السرطان أكثر عرضة للاضطرابات الانفعالية.

### سرطان الطفولة

ينشأ السرطان لدى الأطفال بالمواضع نفسها تقريباً حيث تنشأ أورام البالغين، غير أن بعض الأنواع شائعة أكثر لدى الأطفال، ومن جهة أخرى تختلف أورام الأطفال عن أورام البالغين، ولا تنتهج سلوكاً مشابهاً بشكل دائم، ولا تتم معالجتها بالخطط العلاجية نفسها، كما أنها لا تستجيب للمعالجات بالوتيرة نفسها، إضافة إلى ارتفاع معدلات الشفاء القياسية مقارنة بأورام الكبار؛ لذلك ينصح الأطباء بضرورة تجنب القراءة عن أورام الكبار بغية التعلم عن أورام الأطفال، أو التكهن بفرص الشفاء الممكنة لحالة أي طفل مريض، إذ تختلف الخطط العلاجية ومؤشرات التكهن بالمرودود العلاجي، وتطورات المرض عند الأطفال بشكل كبير عنها لدى البالغين، وتظهر الفروقات الرئيسية بمعدلات الشفاء أو النجاة Survival Rates القياسية، ومسببات السرطان، حيث تبلغ معدلات الشفاء القياسية لدى أورام الأطفال في المتوسط نسبة ٧٥%، وترتفع هذه النسب إلى أكثر من ٩٠% عند بعض الأنواع، بينما تبلغ لدى الكبار بالمتوسط نسبة ٦٠%، ويعتقد أن هذا الفرق ناتج عن حقيقة أن أورام الأطفال أكثر استجابة وتفاعلاً تجاه المعالجات، وحقيقة أن الأطفال أكثر قدرة على تحمل العلاجات المكثفة، كما أن المعطيات للتكهن بمرودود علاجي جيد Prognosis وتقديرات المرض أكثر إيجابية لديهم (جمعية آدم، ٢٠٠٥).

وتظهر أورام الطفولة وتنشأ غالباً في الخلايا الابتدائية أو الأولية، التي هي خلايا بسيطة إنشائية تملك قابلية النمو والنضج والتميز لإنتاج خلايا بالغة وأكثر تخصصاً، وتؤدي عادة التبدلات أو الاختلالات التي تصيب الخلايا، ومن الممكن وصفها بالعشوائية إلى نشوء السرطن لدى الأطفال، بينما تتسرطن الخلايا المعروفة بالطلائية أو الظهارية Epithelial عند أورام البالغين في العادة، أي التي تتواجد على سرطان الأنسجة، سواء الخارجية كالجلد أم الداخلية كالأنسجة المبطنة لمختلف التجاويف بالجسم، ويتطور السرطن نتيجة ممارسة أمط حياتية مختلفة وتعرض هذه الخلايا لتأثيرات مختلف الظروف البيئية والحياتية عبر الزمن، ومن هنا يمكن وصف أورام البالغين بأنها أورام مكتسبة Acquired.

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

يعد سرطان ابيضاض الدم "اللوكيميا" أكثر أنواع الأورام شيوعاً لدى الأطفال ويشكل نسبة تقترب من ثلث حالات أورام الأطفال، بينما تعد أورام الجهاز العصبي بالدماغ والحبل الشوكي ثاني أكثر الأنواع شيوعاً، وتمثل نسبة تقترب من ٢٠% من الحالات، وتنشأ معظم أورام الدماغ لدى الأطفال في منطقة المخيخ وجذع الدماغ، بينما تنشأ مثلتها عند البالغين بمواضع أخرى غالباً بمنطقة المخ، وتعد أورام الحبل الشوكي أكثر ندرة من الأورام الدماغية سواء عند الأطفال أم البالغين.

وتُعد الأورام الليمفاوية التي تنشأ بأنسجة الجهاز الليمفاوي بالترتيب الثالث ضمن شيوع الأورام لدى الأطفال، وتتراوح معدلاتها بين (٧%-١٠%) من الحالات، وتتماثل نسبتها تقريباً مع أورام الأوليات العصبية التي تعد أكثر شيوعاً ضمن الأورام الصلبة للخلايا العصبية خارج الدماغ، ويتم تشخيصها غالباً خلال السنة الأولى من العمر، بينما يمثل ورم ويلمز الكلوي الذي يصيب إحدى أو كلتا الكليتين ما نسبته حوالي (٦%) تقريباً من مجمل الأورام، ويظهر غالباً عند الأطفال بسن تقل عن الثلاث سنوات.

وهُنَّ ورم جذيعات الشبكية أو سرطان الشبكية ما نسبته حوالي ٣% من مجمل أورام الأطفال، ويظهر غالباً عند الأطفال بسن تقل عن الأربع سنوات، وعند حوالي ربع الحالات يصيب كلتا العينين، وتظهر النسبة نفسها تقريباً عند أورام العضلات المخططة الغرنية Rhabdomyosarcoma التي تعد من أكثر أورام الأنسجة الرخوة شيوعاً لدى الأطفال، وتنشأ عن تسرطن الخلايا الأولية المكونة للعضلات المخططة الهيكلية،

وبالنسبة لأورام العظام فهي غير شائعة عند الأطفال، وتُعد نسبة أنواعها الابتدائية "التي تنشأ بالعظام أولاً" أقل من مثلتها الثانوية "التي تنتقل من مواضع أخرى إلى العظام" سواء عند الأطفال أم البالغين، ويُعد ورم العظام الغرني Osteosarcoma الأكثر شيوعاً ضمن أنواع أورام العظام الابتدائية لدى الأطفال والمراهقين، وتعد مجموعة أورام بوينغ الأقل شيوعاً (جمعية آدم، ٢٠٠٥).

ونشير إلى أن المعدلات المذكورة هي نسب عامة، وقد تختلف باختلاف الأعراق والأجناس والمناطق الجغرافية، حيث ترتفع معدلات ظهور أورام معينة في المناطق التي تعرضت لكوارث وحروب نووية، أو تعرضت للتلوث بالنفائيات السامة أو لظروف غير طبيعية، وتظهر أورام أخرى بنسب ضئيلة، بينما ترتفع معدلات بعض الأورام مثل أورام الدم، عند بعض الأعراق دون غيرها (جمعية آدم، ٢٠٠٥).

#### القلق:

هو شعور انفعالي سلبي يصاب به الفرد ويرتبط بحالة توقع خطر غامض، ويصاب به مرضى السرطان كقلق عام بالإضافة إلى قلق الموت، وقد عرفه معجم علم النفس بأنه حالة من التوتر الجسمي والنفسي في آن واحد، يتميز بالخوف غير المحدد الذي تتراوح درجته بين الحيرة والفرع، وبعض الانطباعات الجسمية المؤلمة مثل ضيق التنفس، وهو من الحالات المألوفة في أنواع الذهان (مثل الكآبة) والعصاب (الوهن النفسي) وعصاب القلق..... إلخ (سامي وخالد، ١٩٩٨).

وتباينت وجهات نظر العلماء حول مفهوم القلق، فعلى الرغم من هذا الاستخدام الواسع الانتشار لمفهوم القلق، إلا أنه لا يوجد حتى الآن اتفاق على تعريف القلق، ويتضح ذلك من اختلاف وجهة نظر علماء النفس ونظرياتهم حول هذا المفهوم.

ويرى فرويد أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم. والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو متشائماً، ومتوتر الأعصاب، ومضطرباً، كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه، ويبدو متردداً أو عاجزاً عن البت في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز (نجاتي، ١٩٦٢).

ويعرفه هيلجارد (Hilgard, 1971) بأنه حالة ترقب أو توقع الشر، أو عدم الراحة أو الاستقرار التي ترتبط بالشعور بالخوف، ويؤكد أن موضوع القلق يكون أقل تحديداً من موضوع الخوف، ومن ذلك فهو حالة توقع خطر غامض مبهم.

كما تعرفه كارين هورني (Karen Horney) بأنه رد فعل على خطر غامض غير معروف، ويكون هذا الخطر ذاتياً أو متوهماً، وتهتم هورني بهذا العامل الذاتي، وترى أنه يتكون من شعور الفرد بخطر عظيم محقق به، مع شعوره بالعجز أمام هذا الخطر، وأن شعور الفرد بالعجز يكون متوقفاً على اتجاه الفرد نفسه، ولذلك ترى أن شدة القلق تكون مناسبة لمعنى الموقف عند الفرد. (هول ولندزي، ١٩٧١)

وقد عرفه سارسوان (Sarsoan, 1972) بأنه شعور غير سار وغامض ومليء بالخوف والخشية وتوقع الشر، والشخص الذي يصدر استجابة قلق حاد لا يكون لديه وعي بأعراضه، ويكون قلقه هائماً طليقاً وتظهر عليه مجموعة من الأعراض، مثل زيادة ضربات القلب، وضيق في التنفس، والإسهال، وفقدان الشهية، والشعور بالإغماء، والدوخة، وزيادة إفراز العرق، والتبول المتكرر، والرعشة.

بينما ترى سكالينج (Schalling, 1975) أن مظاهر القلق في المشاعر قد تميزت بكونها اضطرابات وتوترات، وانفعالات عصبية، وتوقع الشر والفرع والخوف.

ويرى سبيلبيرجر (Spielberger, 1977) أن القلق يتطلب توضيح العلاقة بين القلق باعتباره حالة والقلق باعتباره سمة، وعرف حالة القلق أنها حالة انفعالية وقتية، أو حالة من التنظيم الإنساني التي تختلف في الشدة والتذبذب بمرور الوقت، وتميزت هذه الحالة بمشاعر موضوعية ومدارك شعورية من التوتر وتوقع الشر، وإثارة الجهاز العصبي، وهي انفعالات عاطفية معقدة أثرت في الأفراد الذين يفسرون المواقف الخاصة كتهديد شخصي. كما عرف سمة القلق باعتبارها سمة شخصية وحالة انفعالية غير سارة، أو هي الحالات التي ينتج عنها شعور داخلي بالتوتر، وخوف من شر مرتقب، والنشاط الزائد وإثارة الجهاز العصبي المستقبل.

ويرى سيبر (Sieber, 1980) أنه يمثل ظاهرة سلوكية تجمع بين النمطين السلوكي والعقلي، أي أن له جانبين أحدهما سلوكي ظاهر، والآخر عقلي مستتر.

ويرى ماي ونيس (May & Neace) أنه يمكن تعريفه كظاهرة بيولوجية ونفسية واجتماعية ناتجة عن العمليات الشعورية واللاشعورية (Astrechan, 1990).

ويعرفه لندال دافيدوف (١٩٩٢) بأنه انفعال يتميز بالشعور بخطر مسبق وتوتر وحزن مصحوب بتيقظ الجهاز العصبي السمبتاوي.

واعتمدت الباحثة تعريف سبيلرجر في تحديد القلق لارتباطه بالحالة الانفعالية والسلوكية للقلق عند مرضى السرطان، وأن حالة من التنظيم الإنساني التي تختلف بالشدة والتذبذب بمرور الوقت أو ترتبط بشعور التوتر وخوف من شر مرتقب.

#### أنواع القلق:

يُميز فرويد بين ثلاث أنواع من القلق:

وهذه الأنواع الثلاثة لا تختلف فيما بينها اختلافاً نوعياً إذ تشترك كلها في أنها غير مريحة بل مؤلمة، ولكنها تختلف من حيث أصل كل منها:

#### ١- القلق الواقعي:

فيرى فرويد أن القلق الموضوعي يركز أساساً على الخوف الموضوعي، فهو رد فعل بخطر خارجي معروف أي أن الخطر في هذا النوع من القلق يكمن في العالم الخارجي، وهو خطر محدد مثل ما يشعر به الأب لدى مرض ابنه، أو ما تعانيه الأم من قلق نتيجة مرض شديد أصاب وليدها، أو قلق الشخص لدى معرفته نتيجة تحليل طبي، ومن هنا يسمى القلق السوي أو الموضوعي أو الحقيقي.

#### ٢- القلق العصبي:

هذا النوع من القلق هو خوف مزمن دون مبرر مرفوض، مع توافر أعراض نفسية وجسمية متعددة، ولذلك فهو قلق مرضي.

ويكون الخطر غير معروف للفرد وراجعاً إلى مصدر داخلي-أي أن الآي دي "Id" محفزاتها الغريزية والمكبوتة، ولذا يسمى القلق داخلي المنشأ (زهران، ١٩٧٨).

ويتخذ الصور التالية:



أ. القلق الهائم الطليق Free Floating أو عصاب القلق Neurotic Anxiety هو نوع من الخوف، يتصف بأنه يتخذ صورة انفعال يعم حياة الفرد، ويسهل التصاقه بأي موضوع يواجهه الفرد. وهذا النوع من القلق يميز الشخص بأنه عصبي المزاج وهو القلق الذي يترتبط بالأفكار والأشياء الخارجية، والشخص المصاب بهذا النوع من القلق يفسر كل ما يحدث له بالسوء، وتوقع دائماً النتيجة السيئة (العيسوي، ١٩٨٥).

ب. قلق المخاوف المرضية:

هو عبارة عن مخاوف تبدو غير معقولة، ولا يستطيع المريض أن يفسر معناها، وهذا النوع من القلق يتعلق بشيء خارجي معين، فهو ليس خوفاً معقولاً، كما أننا لا نجد عادة ما يبرره، وهو ليس خوفاً شائعاً بين جميع الناس.

ج. قلق الهستيريا:

يرى فرويد أن هذا النوع من القلق يبدو واضحاً في بعض الأحيان، وغير واضح في أحيان أخرى، كما يرى أن أعراض الهستيريا مثل الرعشة والإغماء وصعوبة التنفس، إما حل محل القلق، وبذلك يزول الشعور بالقلق أو يصبح غير واضح، ومن هنا نجد أن أعراض القلق الهستيري نوعان: أحدهما نفسي والآخر بدني (عثمان، ٢٠٠١).

٣- القلق الخلقي:

يرى فرويد أن الأنا الأعلى هو مصدر الخطر في حالة هذا النوع من القلق، أي أن يكون الفرد خائفاً من أن يعاقبه الأنا الأعلى بسبب ارتكابه عملاً ما، أو بسبب تفكيره في شيء مضاد لمعايير الأنا الأعلى (هول، ١٩٩٠).

ويتعارض مع معايير الوالدين أو المعايير الاجتماعية، لذلك فالقلق الخلقي ينشأ بصورة أساسية من الخوف من الوالدين وعقابهما (جلال، ١٩٨٦).

والقلق مرتبط بمشاعر الإثم والذنب، وهما شكل من أشكال القلق الخلقي أي أن القلق في هذه الحالة كامن في تركيب الشخصية، أو نجد أن مشاعر الإثم والخجل قد تجعل الفرد ينزل بنفسه العقاب تكفيراً عما حدث منه من ذنب حتى يحصل على الراحة (زهرا، ١٢٩٧٨).



القلق عند أدلر:

يرى أدلر Adler أن القلق ترجع نشأته إلى طفولة الإنسان الأولى، وإحساساته بالنقص البدنية أو النفسية أو الاجتماعية ومن ثم يحاول الفرد التغلب على هذا النقص بالتعويض، وإذا ما فشلت محاولاته فإنه يسقط في القلق (كفاي، ١٩٩٠).

وإن إحساس الفرد بالنقص يؤثر دائماً في حياته النفسية لأنه يحتقر في نظر نفسه ويزيد شعوره بعدم الأمان.

ويرى أدلر أن الإنسان السوي يتغلب على الشعور بالقلق عن طريق تدعيم أو تغذية الروابط التي تربط الفرد بالأفراد الآخرين الذي يرتبط معهم بعلاقات مختلفة، وأن الفرد يستطيع أن يتجنب الشعور بالقلق عند نجاحه في تقوية هذه الروابط الاجتماعية، وعند نجاحه في تحقيق درجة معينة من الانتماء للمجتمع الذي يعيش فيه (علاوي، ١٩٧٨).

القلق عند بيرلز:

يعرف بيرلز Perls القلق على أنه الفجوة ما بين الآن Now وبين اللاحق Later، فالأفراد يعيشون القلق لأنهم يتركون (الآن) ويغدون منشغلين بالمستقبل والأدوار التي سيضطلعون بها، والانشغال بالإنجازات المقبلة يولد القلق وهو يتولد من توقع حدوث أشياء سيئة، ويتبين الفرد أن هذا النمط من القلق هو مجرد إزعاج أو كدر لا غير، وليس بكارثة، وإنما هو بداية استعادته لسيطرته على نفسه (Petter, 1975). أي أن القلق هو الهوة التي توجد بين (الآن وحينئذ) فإذا كنت في الآن Now فلا يمكن أن تكون قلقاً إلا إذا انشغلت بالمستقبل، كلما ابتعدت عن ركيزة الحاضر المؤكد بأمنه وانشغلت بالمستقبل خبرة القلق (الطيب، ١٩٨١).

إن نظرية القلق كحالة وسمة وضعت الخطوط العريضة لها في الفترة السابقة تفترض أن: استثارة حالة القلق تشمل عملية أو تتابع أحداث مرتبة بصورة وقتية، وتبدأ بالتقدير المعرفي لموقف على أنه خطير أو مهدد للفرد، وقد تبدأ هذه العملية بضغط نفسي خارجي مثل التهديد لاحترام الذات، كالذي يحدث عندما يطلب من طالب أن يتلو شيئاً ما في الفصل، أو عن طريق متغيرات داخلية تجعل الفرد يفكر في موقف مخيف أو يتوقعه.

وإثارة حالة القلق تضمن سلسلة من الأحداث تبدأ بمثير خارجي، كما يحدث في حالات التهديد، أو بمثير داخلي كفكرة أو حاجة بيولوجية، وإذا قدرت هذه المثيرات بواسطة التقدير المعرفي على أنها خطيرة أو مهددة تنبعث استجابة القلق، واستجابة حالة القلق الناشئة قد تبدأ بسلسلة من السلوك يهدف إلى تجنب الموقف الخطر، أو أنها تبعت عمليات دفاعية تغير من التقدير المعرفي للموقف. أما الفروق الفردية في سمة القلق التي تحدد المثيرات الخاصة التي تقدر من الناحية المعرفية على أنها مهددة، ويتوقع الفرد منها خطر أو استجابة لها يشعر الفرد بحالة القلق (البحيري، ١٩٨٢).

#### القلق وا لاكتئاب:

هناك تداخلاً كبيراً بين القلق والاكتئاب، فإذا كان القلق متصللاً بالمستقبل، فإن الاكتئاب متصل بالماضي ومتأثر به، ويذكر أنه إذا لم يعلن أحد نهاية عصر القلق، فمن المفترض إذن أننا نعيش الآن عصر كل من القلق والاكتئاب (عبد الخالق، وخيري، ١٩٨٨).

وقد قام Konton بدراسة ما إذا كان هناك مجموعة من المرضى لديهم اختلاط في أعراض القلق والاكتئاب، وقد أكدت النتائج وجود هذه الفئة بوضوح (Konton, 1991).

هناك أسئلة لمكونات كل من القلق والاكتئاب سواء أكانت منفصلة أم متداخلة لكل فئة، من الأعراض الرئيسية والوجدانية والسلوكية والجسمية والمعرفية، فبالنسبة للأعراض الوجدانية فإن المشاعر السلبية مثل عدم الشعور بالراحة والبكاء وقابلية التهيج تحدث بالدرجة نفسها في كل من القلق والاكتئاب، كما يشيع أيضاً في كل منها درجة من عدم السرور والخوف، ولكن الدرجة العليا من عدم السرور واليأس تكون أكثر تكراراً مع الاكتئاب، بينما نجد أن الخوف الشديد والتوتر العصبي أكثر تكراراً مع القلق.

وبالنسبة للأعراض السلوكية نجد استجابات اجتماعية غير متكيفة، وسلوك التدمير والاختلاف يكون وظيفي اجتماعي، وذلك في كل من القلق والاكتئاب.

هذا ويشترك القلق والاكتئاب في العديد من الأعراض المعرفية وأيضاً في مشاعر عدم السرور والفشل والانشغال بالذات، والأفكار الوسواسية والشعور بالذنب، حيث يفكر المصابون بالقلق والاكتئاب في عدم كفايتهم ومشكلاتهم ونظرتهم السلبية نحو المستقبل، كما يعانون من وساوس وتوتر، فهم يتميزون بعدم الانتقاء للمعلومات السلبية والأفكار الوسواسية، وضعف التركيز، على حين نجد الإحساس بخطر وشيك، واليقظة المفرطة مميّزان للقلق.

وأخيراً فإن اضطراب القلق والاكتئاب بشكل متصل داخل المفهوم الأوسع للاضطرابات الوجدانية  
(Charles, 1976).

مسببات ودوافع القلق عند الأطفال:

- ١- كثيراً ما يتعرض الطفل لمعوقات ومشكلات تحول دون دوافع وإشباع حاجاته والقيام بما يرغب به من أنشطة، ومن ثم يؤدي ذلك إلى إثارة القلق في نفسه (عمارة، ١٩٩٨).
- ٢- قد أشار Wolff إلى أن المشكلات النفسية والاضطرابات في سلوك الأطفال وكذلك التوتر الانفعالي كلها مواقف تنشأ من عدة تفسيرات، أو ضغوط منها إصابة الطفل بالمرض (Wolff, 1987). التهديد المستمر للطفل وذلك عن طريق سماعه التهديد الذي وجه إليه بإسراف كلما أقي أمراً لا يرضى عنه الوالدان أو أحدهما، ظناً منهما أنهما يختصران الطريق في تنشئة أطفالهما بالتهديد عن طريق ترديد العبارات التي تحمل معنى التهديد، والذي يتمنى الكبار أن تؤدي النتيجة المرجوة منها فكتون النتيجة أن تمتلئ نفس الطفل بالخوف والانزعاج والقلق.
- ٣- تكرار لتعرض الطفل لمواقف الخوف والخطر والقسوة والعنف، فيصبح القلق والخوف من مكونات الشخصية ويحدث ذلك عندما يكون أحد الأبوين قاسياً على الطفل يعاقبه ويهدده كثيراً بدرجة تجعل الطفل في خوف دائم.
- ٤- إذا كان أحد الأبوين مصاباً بالقلق ينتقل القلق إلى الأطفال، وذلك نتيجة ملاحظتهم لتصرفات الأم أو الأب المصاب بالقلق.
- ٥- إذا تعرض الطفل إلى صعوبات متكررة في الحياة أو الفشل متكرر، وهذا دون أن يجد من يساعده أو يوجهه أو يشجعه، كل هذا يؤدي للشعور بالقلق حتى تزول الأسباب.
- ٦- يحدث القلق في مواقف الصراع فيكون الخوف في هذه الحالة مصدر دوافع نفسية غير مرغوب فيها (فهيم، ١٩٩٣).
- ٧- التعرض للإرهاق الجسمي والتعب.
- ٨- يرى السلوكيون أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج من القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك (حامد زهران، ١٩٩٧).

العلاج السلوكي:

يعتمد أنصار السلوكية الحديثة على الإرشاد السلوكي في العلاج، ومن طرقهم المستخدمة التخلص من الحساسية أو التحصين التدريجي والكف المتبادل والاشتراط التجني وأساليب الثواب والعقاب والتعزيز الموجب والسالب والممارسة السالبة.

ولكن يؤخذ على العلاج السلوكي أنه ينصب على السلوك المضطرب، أي أن قطاعات محددة من السلوك ولا شأن له بعلاج الشخصية ككل، وعلى ذلك فشفاؤه أحياناً ما يكون وقتياً وعبراً، ومع ذلك يعتده كثير من الباحثين ثورة في علاج أمراض الأعصاب (حامد زهران، ١٩٧٨، شيهان، ١٩٨٩).

قلق الموت:

أما قلق الموت فهو: انعدام الراحة الفكرية الذي يؤدي إلى حالة خاصة من الألم النفسي ويظهر على الفرد بشكل توتر شديد (عصبية) يرافقه خوف ليس له مبرر يتعلق بتوقع حدوث شيء غامض (العمري، ١٩٨٦). وعرف تمبلر (Templer) قلق الموت بأنه "حالة انفعالية غير سارة تجعل الفرد يتأمل في وفاته هو"، ويعرفه هولنز بأنه: "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت" (عبد الخالق، ١٩٨٧). فالموت شغل الفكر الإنساني قديماً وحديثاً لأنه يشكل النهاية لهذا المخلوق.

إذاً فالموت لا يختلف عليه أحد فهو حادث لكل المخلوقات على هذا الكوكب الأرضي، والله - تعالى- أخبرنا بذلك، قال تعالى: "كل نفس ذائقة الموت وإمّا توفون أجوركم يوم القيامة" (آل عمران، الآية: ١٩٨)، لذا فإن مشكلة الخوف من الموت مشكلة عامة في المجتمعات الإنسانية تؤثر في سلوك الأفراد وتزداد مع تقدم العمر، أو في حالات الأمراض المستعصية أو المزمنة، ولا شك في أن هناك بعض الجوانب الغامضة في الموت لدى بعض الناس، إذ يعد الموت لديهم أمراً غامضاً، أو أعظم سر يواجههم. ولدى الإنسان ميل شديد إلى الخوف من المجهول والغريب غير المتوقع، كما أن هناك سبباً آخر للقلق من الموت، ومن ثم الضيق والضجر من الحديث عنه لدى آخرين، وهو أن الموت ينهي فرصة الإنسان الذي يركز على هذه الحياة الدنيا في السعي نحو تحقيق أهدافه فيها على الرغم من زوالها وفنائها (عبد الخالق، ١٩٨٧).

والموت في العقيدة الإسلامية ليس فناً ولا عدماً، إنما هو نقلة قصيرة وزيارة قريبة ومدخل إلى الحياة الأخرى، ويقول الإمام الرازي في رسائله: "الموت هو انتقال من حال الحياة إلى الحياة الأخرى الدائمة الباقية لأنها الفوز والراحة والوصول إلى النعيم المقيم" (المشني، ١٩٨٨)، ويستفاد من هذا التعريف في علاج المرضى الذين يعانون من قلق الموت.

## ١ لاكتئاب Depression

الاكتئاب حالة انفعالية سلبية قد تضعف الشعور بالألم لدى المصابين بمرض السرطان، وهناك نظريات فسرت الاكتئاب وأسبابه منها:

التفسير التحليلي - الفرويدي للاكتئاب: يعد سيجموند فرويد هو المؤسس الفعلي والأب الشرعي، لما يسمى بمدرسة التحليل النفسي Psychoanalysis، ورغم الانتقادات التي وجهت إلى هذه النظرية، فلقد كان لها من المقومات والتفسيرات المنطقية لبعض المشكلات ما جعلها تصمد إلى الوقت الحاضر، ويكون لها مكانة ثابتة بين النظريات المختلفة في تفسير السلوك الإنساني وخاصة الأمراض النفسية. فلقد ذكر فرويد أن الإنسان يولد بطاقة جنسية يسميها الليبيدو Libido هذه الطاقة هي التي تحرك الشخصية وتدفعها في اتجاهات مختلفة نحو الصحة أو المرض (عبد الستار، ١٩٩٨).

ولقد بين أن العلاقة بين الهو، والأنا، والأنا الأعلى، هي علاقة صراع، وأن تطور الشخصية وجزء كبير من أمراضها فيما بعد يحدث بسبب هذا الصراع في المراحل المبكرة من العمر، هذا الصراع يكون بين إشباع حاجاته الغريزية والعدوانية التي تمثلها الهو (ID) من جهة وبين الرقابة الداخلية والضمير Super Ego من جهة أخرى، وذلك حتى يظهر ما يقبله الواقع والمجتمع الذي يمثله الأنا Ego (عبد الستار، ١٩٩٨).

ولقد أثبتت النظرية الفرويدية أن الأمراض النفسية التي تطرأ على الشخص فيما بعد بما فيها القلق والاكتئاب، هي في واقع الأمر نتاج لصراعات مبكرة منذ مراحل الطفولة. أما الاكتئاب فإننا نجد أن النظريات المبكرة للتحليل النفسي، تنظر إليه، بصفته نتاجاً للتفاعل أو التصارع بين الدوافع (الرغبات) والجوانب الوجدانية، بما فيها من مشاعر الذنب والخسارة في السنوات الأولى من العمر (عبد الستار، ١٩٩٨).

وممن اهتم بتطبيقات هذه النظرية العالم التحليلي إبراهيم (Abraham)، في مجال فهم الأمراض العقلية، ووفق نظريته التي تتبلور حول العلاقة بموضوعات حينا، هذه العلاقة التي يقرر لها المحللون النفسيون قسماً واسعاً تحت ما يسمى بدراسة العلاقة بالموضوع، فعندما لا يجد الشخص تلبية مبكرة لرغباته اللذية وإشباع حاجته للحب فإنه يشعر بالغضب والكرهية والعداء نحو موضوع الذات، ولكن هذا الغضب والكره يتحولان بفعل مشاعر الذنب إلى الداخل أي نحو الذات، وهذا هو الاكتئاب (عبد الستار، ١٩٩٨).

لذلك نجد أن الاكتئاب في ضوء النظرية التحليلية، ما هو إلا ضيق وغضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة، ولكن الغضب يتحول بفعل آليات الدفاع اللاشعورية التي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود تهديد لها، وكأن لسان حاله يقول لموضوع الحب، إنك لا تشبع حاجتي لك أو لحبي فيك، والنتيجة الشعورية هي ما دمت لا تحبني فأنا أكرهك، ولكني لا أستطيع أن أصرح أو حتى أعتز بكراهيتي لك - وذلك بفعل الإحساس بالذنب - إذن فأنا الجدير بالكرهية وأستحق العقاب بسبب عيوي وقصوري.

ورغم الانتقادات التي وجهها بيك (Beck) لنظرية التحليل النفسي من عمومية تفسيرها لعدد كبير من الأمراض النفسية، باستخدام عدد قليل من المفاهيم، ودون الاعتماد على براهين علمية كافية، فإن النظرية التحليلية كان لها أكبر الأثر في إغناء البحث العلمي، وإلقاء الضوء على بعض ميكانيزمات وعوامل الاكتئاب، ألا وهي أثر الحرمان المبكر من الوالدين، وبشكل خاص من موضوعات حينا المبكرة في نمو الاكتئاب وتطوره لدى الأفراد (عبد الستار، ١٩٩٨).

النظرية الكيميائية: ولقد لاحظ العلماء أن لبعض الأدوية تأثيراً في الحالة الانفعالية للشخص، فقد لوحظ أن مرضى الضغط المرتفع الذين يتناولون عقار السيربازيل بانتظام تنتابهم نوبات من الاكتئاب الشديد. وفي الوقت نفسه لاحظ بعضهم الآخر أن مرضى الدرن الذين يعالجون بعقار المارسيليد يصابون بنوبات من الانبساط والشعور بحسن الحال، ومن هاتين الملاحظتين بدأ العمل العلمي، الذي أوضح أن نقص السيروتونين والأدرنالين والدوبامين، يسبب الأعراض الاكتئابية، وأن عقار المارسيليد يزيد من نسبة هذه الموصلات، ولذا يؤدي إلى أعراض انبساطية، وبعد استعمال هذا العقار لمرضى الاكتئاب لوحظ أنه شفى كثيراً منهم، وكان هذا العقار الأساس لنشأة جميع العقاقير المضادة للاكتئاب الذي بدأ عام ١٩٥٦.

ومما أيد نظرية الموصلات العصبية في نشأة مرض الاكتئاب، وجود هذه المواد في المناطق الخاصة بالانفعال في المخ (الهيپوثلاموس)، ووجودها بنسبة أعلى من أي جزء آخر في المخ، كما وجد أن نسبة هذه الموصلات في المرضى المنتحرين من مرض الاكتئاب تقل في هذه المراكز الدماغية بشكل واضح، وذلك بعد تحليلات دقيقة في المخ بعد وفاتهم. كذلك أيدت هذه النظرية دراسات قام بها العلماء على مرضى كانوا يعالجون من الاكتئاب، ولقوا حتفهم لأسباب عديدة. وعند القيام بدراسة تشريحية للمخ وجد أن نسبة هذه المواد تزيد في المخ جراء تعاطي الأدوية، وذلك بعد ثلاثة أو أربعة أسابيع من أخذها مما يؤيد العلاقة الوثيقة بين اضطراب الاكتئاب ونسبة هذه الموصلات العصبية في المخ (عكاشة، ١٩٩٢).

والاكتئاب هو شعور بالحزن والغم مصحوب غالباً بانخفاض في الفاعلية. ويحدث سلوك إيذاء الذات Self-Ingurious عندما يعمد الناس إلى الإضرار بأنفسهم، والانتحار هو شكل متطرف من سلوك إيذاء الذات يحدث لدى الأفراد المكتئبين. لقد لوحظ حديثاً وجود عدد متزايد من الأطفال المكتئبين ممن هم دون الثانية عشرة، وتشير التقديرات الحالية إلى أن طفلاً من كل خمسة أطفال يعاني شكلاً من الاكتئاب، وكذلك فإن ٥٨% من آباء الأطفال المكتئبين هم أيضاً مكتئبون، كما أن حوالي نصف المراهقين الواقعين تحت طائلة القانون هم من المكتئبين، ويسمى هذا الوضع بالاكتئاب المقنّع Masked depression. واستجابات الحزن والعجز هي استجابات شائعة لدى حوالي مليون طفل يعانون سنوياً من الضرب وإساءة المعاملة في الولايات المتحدة، ومما يجعل الموقف أكثر خطورة، كما يرى كثير من الأخصائيين، هو أن الاكتئاب يمكن أن يكون سبباً لكثير من المشكلات السلوكية لدى الأطفال، مثل التبول في الفراش، ونوبات الغضب، والهروب من المدرسة، والشعور بالإرهاق، وال فشل المدرسي، والانحراف والنشاط الزائد، والمشكلات الجسمية النفسية Psychosomatic. فالانحراف كثيراً ما يظهر كوسيلة لتغطية الشعور بالوحدة واليأس (داود، حمدي، ١٩٩٦).

النظرية المعرفية: لقد فسّر أرون بيك (Arron Beck) وجهة نظره في النظريات السابقة المفسرة للاكتئاب، فمن خلال هذه النظريات لاحظ أنه رغم تباينها إلا أنها تتفق في افتراضات أساسية وهي أن الشخص المصاب بالاكتئاب هو ضحية قوى ومؤثرات لا يتبينها، ولا يملك التحكم فيها، فمدرسة الطب النفسي العصبي تبحث عن أسباب بيولوجية، كأن يكون هناك تغيرات كيميائية أو عصبية أدت إلى المرض، وبالتالي فهي تستعين بالوسائل الطبية مثل الأدوية لإزالة الاضطراب. أما مدرسة التحليل النفسي فتري أن الأمر عصابي شخصي تعزوه إلى عوامل لاشعورية، ولا يملك كشف وتحليل هذا المرض سوى المعالج النفسي. أما المدرسة السلوكية فلا تری في الاضطراب الانفعالي أكثر من انعكاسات لا إرادية قائمة على إشارات قديمة



طرأت على المريض في سالف أيامه، هذه الانعكاسات (الأفعال المنعكسة) الشرطية لا يملك المريض تعديلها بمجرد فهمها، فوعي المريض بما يجري لا يغني عنه شيئاً، وإنما يلزمه إشراف مضاد يقوم به المعالج النفسي. يتبين من ذلك أن هذه المدارس الثلاث الرئيسة تتفق في أن مصدر الاضطراب يكمن وراء وعي المريض، وأنه يفعل فعله -أي المرض- دون علمه أو درايته، وهذا ما جعلها تتفق أيضاً في الغض من شأن الوعي ويعني بذلك التصورات الواعية للمريض وأفكاره وخيالاته (مصطفى، 2000).

ويفترض بيك هنا خطأ هذه الفكرة، وبالمقابل يضع فرضية جديدة، وهي أن الوعي هو مصدر الاضطراب، ويوضح ذلك من خلال نظريته المعرفية في أن الفرد يقوم بتحريف الواقع والحقائق بناء على مقدمات مغلوطة وافترافات خطأ، وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خطأ حدث له أثناء مراحل نموه المعرفي، فعندما يتعرض الشخص لخبرة تتضمن معنى الفقدان Loss مثل فقدان شخص عزيز، أو مجموعة خبرات يراها المريض أنها منقصة له إلى درجة كبيرة يبدأ المريض في تعميم هذا المعنى ليشمل نظرة الشخص إلى ذاته، وإلى العالم، وإلى المستقبل (أو ما يعرف بالثالوث الاكتيبي)، مما يؤدي إلى الظواهر الأخرى للاكتئاب فبعد أن يستشعر الشخص الفقدان (سواء الناجم عن حدث حقيقي واضح أو حرمان تدريجي مزمن) يبدأ الشخص المستهدف للاكتئاب في تقييم خبراته بطريقة سلبية، فيبالغ في تأويلها كدلائل انهزامية وحرمان، ويعد نفسه قاصراً عاجزاً لا قيمة له، ويرد الوقائع المؤلمة إلى نقص متأصل فيه، وحين يتطلع إلى الأمام يتوقع مصاعبه أو آلامه الحاضرة أن تستمر إلى مالا نهاية، ولحياته أن تكون عناء متصلاً وخيبة وحرماناً، وحيث إن الفرد يعزو مصاعبه إلى نقائصه وعيوبه فإنه يؤنب نفسه ويتزايد انتقاده لذاته. أما المظاهر السلوكية للاكتئاب، مثل الخمول والتعب، فهي نتاج للمحتوى المعرفي السلبي، وهما تعبير عن فقدان المريض للدافعية التلقائية، أما العلامات النمائية للاكتئاب، مثل فقدان الشهية أو اضطراب النوم، فهي مصاحبات فسيولوجية للاضطراب السيكلوجي الخافي في الاكتئاب، ولعلها أكثر الوظائف الفسيولوجية تأثراً بالاضطراب السيكلوجي الخاص بالاكتئاب، ومن هنا نرى أن الإنسان ليس رهينة تفاعلات كيميائية أو انعكاسات آلية، بل هو كائن عرضة للتعلم الخطأ والأفكار الانهزامية ولديه القدرة أيضاً على تصحيحها (مصطفى، ٢٠٠٠).



نظرية التعلم الاجتماعي: أما النظرية الرابعة التي فسرت الاكتئاب فهي نظرية التعلم الاجتماعي، لقد كان سليجمان أول من أثبت أن الاكتئاب استجابة نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها؛ أي نراها ميؤوس منها (عبد الستار، ١٩٩٨).

ويمكن أن يتضح تفسير الاكتئاب وفق نظرية التعلم الاجتماعي في النقاط الآتية:

١. يؤدي الشعور بالاكتئاب وما يصاحبه من أعراض كالشعور بالتعب إلى خفض مستوى الطاقة والنشاط، وبالتالي تقل مصادر التدعيم.
٢. يؤدي انخفاض مستوى التدعيم بدوره إلى خفض مستوى النشاط أكثر وأكثر.
٣. تتوقف كمية التدعيم التي يتلقاها الفرد على ثلاثة مصادر هي :

تدعيمات نتيجة لخصائص شخصية الفرد مثل العمر ومستوى الجاذبية للآخرين وانتمائه القومي والجنسي. وتدعيمات من البيئة وعلى الأخص من الأسرة ومقدار دعمها له وكذلك الإحساس بالأمن ويسر المعيشة. والتدعيمات الناتجة عما تعلمه الفرد أي الدعم الذاتي، مثل المهارات الاجتماعية والتفاعل الإيجابي مع الآخرين، أو وضع اجتماعي مهني أو دراسي يحقق رضاه، وبذلك يكون أقل عرضة للاضطراب النفسي والاكتئاب من الشخص المتصلب والعاجز عن تكوين مجال مهني يحقق رضاه. (عبد الستار، ١٩٩٨)

ولقد ذكر عبد الستار (١٩٩٨) أنه على الرغم من الاختلافات بين نظرية التحليل النفسي ونظرية التعلم، فإن هناك تشابهات متعددة في تفسير كل منها للاكتئاب، فوجهة النظر الفرويدية التي ترى أن الاكتئاب ما هو إلا نتيجة مباشرة لفقدان الحب في المراحل المبكرة من العمر، فإن نظرية التعلم ترى أن افتقاد التدعيم والاهتمام نتيجة لموت أو فقدان أو عدم إعطاء الحب، كل هذا يحرم الفرد من مصدر هام من مصادر الدعم النفسي والمعنوي، مما يجعله مستهدفاً لليأس والاكتئاب، ولقد كان لنظرية التعلم الأثر الأكبر في توجيه الأنظار نحو سبب هام من أسباب الاكتئاب، ألا هو الضغوط الاجتماعية والنفسية بصفتها من العوامل الرئيسة المساهمة في اكتساب السلوك الاكتيبي.

ولقد شرح جون باولبي John Bowlby في نظريته حول التعلق الآمن Attachment Theory أن وجود خلل في الرباط العاطفي الآمن بين الطفل والأم يمكن أن يجعل الطفل لا يتفاعل بشكل جيد مع الأزمات التطورية التي يمر بها، فإن الطفل في مراحل نموه المبكر يقوم باستخدام معلومات خلال تفاعله مع البيئة بحيث تصبح هذه المعلومات نماذج للتعامل مع البيئة مدى الحياة، وبذلك يكون لها الأثر الكبير في توجيهه ناحية الحياة فيما بعد، فإن الطفل الذي يكون رباطاً عاطفياً قوياً مع والديه يكون لديه إحساس عالٍ بالأمان، فهو يتوقع عند وقوعه في مشكلة ما يرى أن هناك من سيأتي لمساعدته، أما الطفل الذي لديه

إحساس أقل بالأمان، فإنه يتوقع عدم الاهتمام به عند وقوعه في مشكلة، هذه التوقعات جاءت من خبرات فعلية ولكنها دخلت في النموذج الداخلي Internal Model ثم حدث لها تعميم وبذلك أثرت في تحليل الخبرات المستقبلية للطفل (Bee, 1994).

لقد أشار باندورا (Bandura, 1977) إلى أن الطفل حين يشاهد أحد الكبار وهو يكافئ طفلاً آخر على سلوك معين، في موقف ما، فإن هذا الطفل أكثر احتمالاً، لأن يقلد هذا السلوك عندما يوجد في مثل الموقف نفسه، فالطفل كملاحظ للموقف لم يسلك أي سلوك، ولم يستفد من التعزيز في الموقف السابق، ومع هذا فقد يتعلم الاستجابة، حتى دون المحاولة. وهذا النوع من التعلم متصل أيضاً بالتقليد، ويتم عن طريق الملاحظة، ويسميه بعض علماء النفس التعلم غير المباشر أو التعلم بالإنباط Vicarious learning أو التعلم بالملاحظة Observational Learning. والمثال لهذا النوع من التعلم هو ما يحدث في الأسرة أو المدرسة أو جماعة الأقران، عندما يلاحظ أحد الأطفال سلوك طفل آخر، ويتعلم عن طريق ملاحظة سلوك هذا الطفل الآخر.

وقد أشارت الدراسات في هذا المجال إلى أنه في ظروف معينة يكون تعلم المشاهد أو الملاحظ مساوياً، أو حتى أفضل من التعلم المباشر، رغم عدم وجود تعزيز أو تغذية راجعة Feedback ملحوظة لاستجابات الملاحظ الصحيحة أو الخطأ. ويرى عثمان (٢٠٠١) أن السبب في حدوث هذا النوع من التعلم، هو أن عادة التقليد عند الملاحظ داخلية في الأمر، وأن الفرد يستجيب بطريقة ضمنية أو داخلية مع الشخص الآخر الذي يتعلم منه مباشرة، أو الفاعل الأصلي، والذي سيجيب بطريقة مكشوفة، ويتأثر ذلك الشخص الملاحظ بنجاحه أو فشله الضمني المستور، وعندما يختفي النموذج من أمامه وهو الفاعل الأصلي، أو من كان يتعلم منه مباشرة، فإن الملاحظ يتصرف بشكل مكشوف وفقاً لتلك الاستجابات المتعلمة المتضمنة المستورة.

نستنتج مما سبق أن هناك نسبة عالية من أطفال مرضى السرطان تقدم لهم خدمات طبية وقليل من الخدمات النفسية. وأن أطفال مرضى السرطان يعانون من اضطرابات انفعالية مثل الاكتئاب والقلق، بالإضافة إلى قلق الموت الذي يتعرض له المرضى الذين يصابون بأمراض مزمنة، وأن أساليب نظرية التعلم الاجتماعي تساعد على اكتساب المهارات لدى المرضى في خفض القلق والاكتئاب. إن القلق والاكتئاب اضطرابات مكتسبة من الظروف التي يمر بها المريض، لذا فإنه بالإمكان مساعدة هؤلاء المرضى بخفض القلق والاكتئاب من خلال مبادئ ومهارات نظرية التعلم الاجتماعي التي سيستفاد منها في هذه الدراسة، في وضع برنامج إرشاد نفسي- للعمل مع الأطفال في مستشفى الجامعة الأردنية الذين يعانون القلق والاكتئاب (عثمان، ٢٠٠١).

ثانياً: الدراسات ذات الصلة:

أشار عدد كبير من البحوث والدراسات العالمية أن مرضى القلق يعانون من الاضطرابات النفسية التي يعاني منها أيضاً مرضى السرطان، ولأن هذه الاضطرابات النفسية تنتشر بين جميع مرضى القلب ومرض السرطان في جميع أنحاء العالم، وتحول دون شفاء المرض. كما أن المريض المصاب بهذه الاضطرابات إذا لم يعالج نفسياً ليتخلص من الاضطرابات النفسية واستبدال التوافق النفسي بها، فإنه غالباً ما يتأخر شفاؤه. ونظراً لأن الإرشاد النفسي يستخدم الطرق النفسية لعلاج الاضطرابات ذات الصبغة الانفعالية التي تصيب مرضى القلب ومرض السرطان مثل الاكتئاب والقلق والتوتر والخوف من المرضى وقلق الموت التي تؤثر في تأخير شفائهم حتى تزول هذه الاضطرابات الانفعالية ويتحقق للمريض توافق شخصي وعائلي واجتماعي ومهني وتوافق مع المرض.

هناك عدد من الدراسات السابقة حول فاعلية الإرشاد والعلاج النفسي في خفض الانفعالات مثل القلق والاكتئاب وزيادة فعالية الذات، منها:

دراسات ذات صلة بالبرنامج الإرشادي:

دراسة كازاك (Kazak, 2005) التي تناولت أثر التدخلات العلاجية النفسية لمرضى السرطان وعائلاتهم، وهدفت هذه الدراسة إلى تلخيص التقارير العملية الموجودة عن التدخلات النفسية للمرضى المصابين بالسرطان، وعائلاتهم، وبيان اتجاهات العمل في المستقبل. وقد توصلت الدراسة إلى أن التدخلات المتعلقة بالألم الجسدي والحالة الانفعالية تعد دعماً تجريبياً قوياً على الحالة النفسية للمرضى، وأن معظم الناجين من سرطان الأطفال وعائلاتهم تكيفوا جيداً عند انتهاء العلاج، وأن التدخلات النفسية المستندة إلى نظريات علمية في معالجة السرطان كداء محدد بالإضافة إلى الحالة النفسية والاجتماعية، تمثل مساعدة هامة للفرد في العمل والحياة.

ودراسة أرمسترونج وريمان (Armstrong & Reaman, 2005) تناولت منافع الإرشاد النفسي لدى مرضى السرطان في العلاج المتعدد في مراكز وعيادات مرضى السرطان. توصلت الدراسة إلى أن إدخال الإرشاد النفسي كمهمة لجماعات العلاج المتعددة يسهم بتوفير نوعية أفضل للحياة وأن تركيز هذا البحث على العقد القادم أكد أهمية تطوير دراسات التدخل التي تعالج المشكلات الحادة، وتخفف من الآثار الأخيرة للعلاج، ولابد أن يؤدي هذا التركيز في النهاية إلى ترجمة نتائج استراتيجيات التدخل للعناية بمرضى السرطان.

أما دراسة بومان (Boman, 1999) التي أجريت على (٣٠) من مرضى السرطان، بهدف تعرف أساليب التعامل مع المرض وطرق المعالجة، وفق النموذج النظري المستند إلى النظرية المعرفية للتغلب على الصدمة النفسية، وتم تقييم عوامل الصحة العقلية باستخدام اختبار رورشاخ (Rorsach Test)، وأساليب تعديل السلوك الاجتماعي باستخدام تصميم ضبط الحالة، وقد تم تسليط الضوء على ذكريات المريض والرعاية الصحية من مدخل دراسة وصفية. وبعد تحليل الإجابات اتضح أن للتشخيص الصحيح والتدخل المبكر والتعامل الجيد أثراً إيجابياً في اكتساب أساليب التغلب على الصدمة، ولم توجد فروق بينهم ترجع إلى العوامل الصحة العقلية. وقد أظهر الناجون منهم تكييفاً اجتماعياً مشابهاً للأصحاء على الرغم من أن خطط التعليم المستقبلية أقل أهمية بينهم. وكذلك بالمقارنة مع بيانات (المجتمع) فإن الناجين أقل متابعة للتعليم العالي، وضمن المجموعات فإن الناجين الذين خضعوا لفترات علاج قصيرة ارتبطوا بمستويات عالية من الوظائف. ويشعر غالبية المرضى بأنهم تلقوا الدعم والمعلومات التي احتاجوها، وأنهم كانوا راضين أو على الأغلب راضين عن الرعاية الصحية، إلا أن (٦٠%) منهم فقط حكموا بأن الفحوصات الطبية ما بعد العلاج كانت داعمة ومهمة، وارتبطت فترات العلاج الطويلة برضا أقل من الرعاية والمتابعة. وقد تمت مناقشة النتائج من حيث تطور مشاكل الطفولة والمراهقة، والتأثير النفسي للمرض والعلاج، وتم التوصل إلى أن المكونات الورمية للمرض قد أدت بالناجين جزئياً إلى صعوبات في التعامل على المدى الطويل مع خبرة المرض، وأكدت أهمية الرعاية النفسية في هذه الحالة.

وفي دراسة ماركوت (Marcott, 1997) فاعلية أسلوب النظرية المعرفية السلوكية على عينة من المرضى المراهقين ممن هم في عمر (١٠-١٣) سنة، تم اختيارهم من بين (٥٦٢) طالباً في الصف الخامس والسادس، تم استخدام الإجراءات الآتية: لعب الأدوار المشتمل على تعليم المهارات الاجتماعية ومهارات حل المشكلة، وإعادة البناء المعرفي، ومجموعة ضابطة، ومجموعة استخدم فيها العلاج الوهمي. وأشارت النتيجة إلى فاعلية أسلوب إعادة البناء المعرفي، إلا أن أسلوب لعب الأدوار كان أكثر فعالية في معالجة الاكتئاب.

كروود وناردي (Kroode & Nardy, 1989)، بعنوان: "الصراعات كنتيجة لمسببات المرض وما يعزى لها من انفعالات تصيب المرضى". هدفت هذه الدراسة إلى تعرف الانفعالات التي تصيب مرضى السرطان عند ذكرهم أسباب مرضهم لأطبائهم، ومعرفة الصراع الداخلي عندهم، عند معرفة استجابات أقربائهم وأفراد عائلاتهم وأصدقائهم لأسباب مرضهم.

وقد شملت العينة (٣٣) من مرضى السرطان، في المرحلة الأولى من مرضهم. وقد تلقوا ثمانية مواضيع شملت: تاريخ المرض، ومسببات المرض، السيرة الذاتية عن الحياة، والاختلاف في الأعراض، ومقارنة اجتماعية، وطريقة جمع البيانات، القلق، والمستقبل. وقد عقدت لكل مريض مقابلة شخصية كانت تستمر لمدة ساعتين.

وأظهرت النتائج أن مرضى السرطان أظهروا شكاً في تفسير أسباب المرض ويضع مرضى السرطان سببين أو أكثر، كما أنهم يتحدثون عن مرضهم كثيراً. وأظهر (٨١%) من مرضى السرطان الذين تحدثوا مع أقاربهم أو أحد أفراد العائلة عن مرضهم، تحسناً إيجابياً على انفعالاتهم.

دراسة قامت بها (الفرخ، ١٩٨٩) استخدمت فيها الإرشاد النفسي لعلاج هذه الاضطرابات النفسية لدى مرضى القلب والسرطان بعنوان: "مدى فاعلية برنامج إرشادي للتوافق النفسي لمرضى القلب والسرطان".

هدفت الدراسة إلى تعرف بعض مرضى القلب ومرضى السرطان في المستشفيات الأردنية الذين يعانون من الاضطرابات الانفعالية وإرشادهم بأسلوب الإرشاد الانتقائي لتقليل اضطراباتهم النفسية واستبدال التوافق النفسي بها.

بالإضافة إلى الكشف عن الفروق بين المرضى الذين تلقوا إرشاداً نفسياً وبين غيرهم من المرضى الذين لم يتلقوا الإرشاد لمعرفة جدوى اتباع برنامج إرشادي. وتوصلت الباحثة إلى النتائج الآتية:

- ١- توجد فروق دالة بين متوسط درجات مستوى التوافق النفسي لدى أفراد العينة التجريبية الأولى التي تضم المرضى وأفراد عائلاتهم قبل استخدام البرنامج الإرشادي لأفراد العينة واستخدام البرنامج الإرشادي العائلي لأفراد عائلاتهم، وبعد الاستخدام لصالح أفراد العينة التجريبية، توجد فروق دالة بين متوسط درجات مستوى التوافق النفسي لدى أفراد العينة التجريبية الثانية التي تضم المرضى وحدهم قبل استخدام البرنامج الإرشادي وبعد الاستخدام لصالح أفراد العينة، توجد فروق دالة بين متوسط درجات مستوى التوافق النفسي لدى أفراد العينة الضابطة التي تضم المرضى الذين لم يتلقوا هم وأفراد عائلاتهم أي نوع من الإرشاد قبل تطبيق التجربة وبعدها لصالح العينة قبل تطبيق التجربة. توجد فروق دالة بين متوسط درجات مستوى التوافق النفسي لدى أفراد

العينة التجريبية الأولى وأفراد المجموعة الضابطة لصالح أفراد العينة التجريبية الأولى وذلك لحصولهم على الإرشاد هم وأفراد عائلاتهم. توجد فروق دالة بين متوسط درجات مستوى التوافق النفسي لدى أفراد العينة التجريبية الأولى وأفراد المجموعة التجريبية الثانية، وأفراد العينة الضابطة لصالح أفراد العينة التجريبية الثانية التي تلقى أفرادها إرشاداً. توجد فروق دالة بين متوسط درجات مستوى التوافق النفسي لدى أفراد العينة التجريبية الأولى وأفراد المجموعة التجريبية الثانية لصالح أفراد العينة التجريبية الأولى الذين تلقوا إرشاداً لهم ولأفراد عائلاتهم، وعدم إرشاد أفراد عائلات العينة التجريبية الثانية والاكتماء بإرشادهم وحدهم. توجد فروق دالة بين متوسط درجات مستوى التوافق النفسي لدى أفراد العينة التجريبية الأولى وأفراد المجموعة والثانية لمرضى القلب ومستوى متوسط درجات مستوى التوافق النفسي للمجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية لمرضى السرطان.

ودراسة تايلور (Taylor, 1986)، تناولت الدعم الاجتماعي ودعم المجموعات الإرشادية لمرضى السرطان، بهدف معرفة فائدة المجموعات الإرشادية الجماعية في مساعدة مرضى السرطان للشفاء، وشملت العينة (٦٦٦) مريضاً تراوحت أعمارهم ما بين (٢١-٨٩) عاماً من مرضى السرطان الذين تلقوا مستويات عالية من المساعدات الاجتماعية بعد إصابتهم بالمرض، ولكن بعضهم لم يكتف بالمساعدة من أفراد عائلته وأصدقائه وفريقه الطبي، فأظهروا رغبة في المشاركة بالمجموعات الإرشادية التي كانت المناقشات تدور فيها حول استخدام الموسيقى، والتسلية، وقراءة الصحف، وسماع الراديو، بدل التفكير بالمرض، وقد طبق على المرضى مقاييس الدعم الاجتماعي لتحقيق التكيف وفق عدد من المتغيرات. وأشارت النتائج إلى أن المرضى الذين شاركوا في المجموعات الإرشادية كانوا أقل اكتئاباً من المرضى الذين لم يشاركوا فيها، بالإضافة إلى ذلك فقد أصبح المشاركون راضين عن وضعهم الاجتماعي، إذ أتيحت لهم فرصة مناقشة مرضهم، مما ساعد في سرعة شفائهم.

وفي دراسة دونالدسون (Donaldson, 1986)، تحت عنوان: "الاعتماد على الأمل النفسي والشعور بالرعب عند المرضى الذين تم تشخيصهم على أنهم مصابون بمرض السرطان"، وهدفت إلى تحديد المظاهر النفسية لمرضى السرطان، ودور البرامج الإرشادية في تقليل الأمل النفسي لهم. وتكونت العينة من (٥٦) مريض سرطان، وقد طبق على أفراد المجموعة، مقاييس واستبانات مختلفة قبل وبعد تطبيق برنامج إرشادي لهم وهي:

صورة شخصية عن الحالة النفسية (Profile of Mood States)، استبانة تحتوي على (١٦) عاملاً من العوامل الشخصية (Sixteen Personality Factors Questionnaire)، استبانة إيسنك للشخصية (Eysenck Personality Questionnaire)، التقرير الذاتي عن أعراض الأمل النفسي وعدم الاستقلال الاجتماعي وتقييم المشاكل (Self Report Inventories Measuring Symptom Distress (Social Dependencys Concerns & Evaluation of Problem Management)

ولقد أظهرت النتائج أن المظاهر النفسية عند مرضى السرطان، متشابهة إذ يعانون من الأمل النفسي. وقد قيموا أنفسهم بأنهم يعانون من قسوة الحياة عليهم. وبعد شهرين من بدء العلاج، أظهر المرضى تقدماً واضحاً من حيث الاضطرابات الانفعالية، فقد قلت همومهم. وفسر هذا التقدم بأنه نتيجة الاستيعاب وتقبل المرضى لمرضهم.

دراسة ذات صلة بالقلق:

أما دراسة جوردن وفريدنبرغ وديلر (Gordon, Freidenbergs and Deller , 1980)، بعنوان: "فعالية التدخل النفسي- الاجتماعي على مريض السرطان". فقد هدفت إلى تطوير برنامج مؤثر متداخل للإرشاد النفسي- وتقييم هذا البرنامج في تخفيف المشاكل النفسية لمرضى السرطان التي من أهمها: الاكتئاب والقلق، والتأكد من فاعلية هذا البرنامج. وتألقت العينة من (٣٠٨) من المرضى كانوا متزوجين وتحصيلهم الدراسي بمستوى الدراسة الثانوية، وكانوا مصابين بسرطان الرئة والخلايا. وقد وزعت العينة على مجموعتين الأولى تجريبية وضمت (١٥٧) مريضاً والثانية ضابطة وضمت (١٥١) مريضاً، وطبق على المجموعة التجريبية برنامج إرشادي احتوى أسلوباً للتكيف مع المشاكل وبرنامج التحصين التدريجي. وقد صمم على أن تكون المقابلة على ثلاثة نماذج: النموذج الأول: يشمل تعليم المريض كيف يتعايش مع المرض وتزويده بتعليمات عن نظام الأدوية. النموذج الثاني: هي الإرشاد ويركز على انعكاس المريض ومشاعره تجاه المرضى ويقوم المرشد بتشجيع المريض على التعبير عن مشاعره. النموذج الثالث: تعليم المريض كيفية التعامل مع الهيئة الطبية وأفراد عائلته. وقد طبقت على المرضى المقاييس التالية: Demographic Variables and Anxiety Levels المتغيرات الديمغرافية ومستوى القلق. بيانات طبية، وبعض الاختبارات النفسية، ومسح سلوكي، والقائمة الضابطة Check List. وأشارت النتائج إلى أن هناك انخفاضاً في درجات القلق والاكتئاب والعدوانية، وأصبح الغضب عند أفراد المجموعة التجريبية أكثر واقعية من أفراد المجموعة الضابطة، وكانوا أسرع في العودة إلى العمل، وبالتالي كانت مدة إقامتهم في المستشفى أقل من أفراد المجموعة الضابطة.



نستنتج من الدراسات السابقة أهمية تقديم الإرشاد والعلاج النفسي مع العلاج الطبي إذ إن العلاج النفسي- والإرشاد يساعدان على الاستفادة بدرجة أكبر من العلاج الطبي، وقد استخدمت أساليب علاجية وفق نظريات الإرشاد المختلفة، وإن كان أكثر الأساليب المستخدمة هي أساليب نظرية التعلم الاجتماعي والسلوكيين عامة، ومنها زيادة فعالية الذات، والتخيل المعرفي، وتقليل الحساسية التدريجي، والدعم الاجتماعي للأسرة والأصدقاء، وضبط الذات، والإرشادي الديني.

دراسات ذات صلة بقلق الموت:

دراسة ميدنالد (Medonald, 1986) حول أساليب التغلب على تخيلات الموت والقلق من الموت، ومعرفة العلاقة بين التخيل الإيجابي أو السلبي مع القلق من الموت، أجريت الدراسة على عينة من (١٧٩) مريضاً بالسرطان (١٠٨) من الإناث و(٧١) من الذكور، وبلغ متوسط أعمارهم (٣٥,٧) وقد أجابوا عن أسئلة تشمل تخيلاتهم عن الموت من خلال الإجابة عن مقياس كولر وليستر عن القلق من الموت Coller & Laster Anxiety of Death Scale. إضافة إلى استبانة تكونت من فقرات عن رهبة الموت. وقد أشارت النتائج إلى أن درجات المرضى ذوي القلق المنخفض من الموت كان الأكثر إيجابية عن تخيلات الموت من أولئك الذين كانت درجات القلق عندهم عالية، وأن درجات القلق من الموت ودرجات التخيلات المختلفة لم يختلف فيها الذكور عن الإناث على كل المتغيرات، وأن مستوى التعليم أهمية في معالجة القلق من الموت.

أما دراسة جيليلاند وتمبلر (Gilliland & Templer, 1986) حول علاقة عوامل مقياس قلق الموت بالعوامل الذاتية، بهدف تأكيد العلاقة بين قلق الموت، وبعض الصفات الذاتية للمريض بالسرطان، فقد أجريت على عينة تتألف من (١٢٠) مريضاً تم اختيارهم من المستشفيات (٥٢٣) ذكراً و(٦٨) أنثى، ومتوسط أعمارهم تتراوح بين (٦٩-١٨)، بالإضافة إلى (١٦٦) شخصاً من العاديين (٧١) ذكراً و (٩٥) أنثى تتراوح أعمارهم ما بين (٧٣-١٨) عاماً، طُبّق عليهم مقياس قلق الموت Death Anxiety Scale، ومقياس بيرند للاكتئاب Bernald, S. Multi Score Depression، وأثبتت النتائج أن القلق من الموت متعلم، وأن أفضل علاج للقلق هو العلاج السلوكي، والمعاملة اللطيفة لتقليل الخوف، وإن لدى المرضى درجات أعلى في القلق من الأشخاص العاديين.



أما دراسة جريسون (Greyson, 1983)، حول: "معاناة اقتراب الموت لدى مرضى السرطان"، فقد هدفت إلى معرفة أثر الإرشاد الديني في شفاء المريض الذي يوجد عنده قلق من الموت. وتألقت العينة من (٢٨) مريضاً قريبين من الموت في مستشفى حكومي تلقوا برنامجاً إرشادياً دينياً، وطبقت عليهم المقاييس التالية: مقياس التكيف دينياً لألبورت The Alpotr Religions، ومقياس قلق الموت Death Anxiety Scale، ودلائل الرائحة Discomfort Indices.

وأكدت النتائج أهمية الإرشاد الديني في تحقيق خفض القلق من الموت ودلائل الراحة والتكيف.

دراسات ذات صلة بالاكنتاب:

وقام ميلر (Miller, 1999) بفحص فاعلية ثلاث معالجات نفسية مختلفة للاكنتاب عند المرضى، وبلغ عدد العينة (١٢٨) مريضاً، وضع (٥٠%) منهم في واحدة من المعالجات النفسية التالية: إعادة البناء المعرفي، والضبط الذاتي، والتدريب على المهارات الاجتماعية. ووجد الباحث أن إعادة البناء المعرفي والضبط الذاتي أكثر فاعلية من التدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الاكنتاب، إلا أن التدريب على المهارات الاجتماعية ما زال معالجة مقبولة.

نستنتج من الدراسات السابقة أهمية تقديم الإرشاد والعلاج النفسي- مع العلاج الطبي، إذ إن العلاج النفسي- والإرشاد يساعدان على الاستفادة بدرجة أكبر من العلاج الطبي، وقد استخدمت أساليب علاجية وفق نظريات الإرشاد المختلفة، وإن كان أكثر الأساليب المستخدمة هي أساليب نظرية التعلم الاجتماعي، والسلوكيين عامة، ومنها زيادة فعالية الذات، والتخيل المعرفي، وتقليل الحساسية التدريجي، والدعم الاجتماعي للأسرة والأصدقاء، وضبط الذات، والإرشاد الديني. لقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في تحديد أداة الدراسة وتحديد عدد من الأساليب الناجحة مثل الاسترخاء والحديث الذاتي والحديث الإيجابي والتداخل مع مرضى السرطان، التي كانت ضمن جلسات برنامج الإرشاد الذي أعدته. ويتضح من الدراسات السابقة المتعلقة بالقلق وقلق الموت والاكنتاب وحول البرنامج الإرشادي أهمية الإرشاد في خفض القلق والحالة الانفعالية وفعاليتها في التعامل مع مرضى السرطان.

لقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في تحديد أداة الدراسة وتحديد عدد من الأساليب الناجحة مثل الاسترخاء والحديث الذاتي والحديث الإيجابي والتداخل مع مرضى السرطان، والتي كانت ضمن جلسات برنامج الإرشاد الذي أعدته.

## الفصل الثالث

### الطريقة والإجراءات

تناول هذا الفصل وصفاً للإجراءات التي اتبعت في تنفيذ الدراسة من حيث المنهجية، وتحديد مجتمع الدراسة وعينتها، ووصف الأدوات المستخدمة في الدراسة، والمعالجات الإحصائية لبيانات الدراسة.

#### منهجية الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضيتها اعتمدت الباحثة المنهج التجريبي من خلال تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين وذلك من خلال التوزيع العشوائي للأفراد على المجموعتين الضابطة والتجريبية، إذ تم تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة، ومن ثم تم قياس درجة القلق وقلق الموت والاكتئاب لدى المجموعتين.

#### أفراد الدراسة:

يعد جميع الذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٤-١٨) عاماً، المصابين بمرض السرطان مجتمعاً لهذه الدراسة، وأنه من بين (٢٣٣٨٢) حالة إصابة بمرض السرطان هناك نسبة (٦,٧%) من مجمل الإصابات المسجلة هم من الأطفال (السجل الوطني، ٢٠٠٣).

ولتطبيق برنامج الإرشاد وفق نظرية التعلم الاجتماعي في خفض القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان، تم تحديد عينة مقصودة من (٢٠) مريضاً من المصابين بمرض السرطان الذين يتلقون العلاج في مستشفى الجامعة الأردنية، ممن تتراوح أعمارهم بين (١٤-١٨) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين من حيث العدد وطبيعة الإصابة والفئة العمرية والجنس، وبذلك، أصبح لدينا مجموعتان إحداهما تجريبية مكونة من (١٠) أفراد وأخرى ضابطة مكونة من (١٠) أفراد.

#### أدوات الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضيتها، استخدمت الباحثة ثلاثة مقاييس وبرنامجاً تدريبياً وفيما يلي عرض لهذه الأدوات:

## مقياس القلق:

قام بتطوير هذا المقياس سييلبرجر بالاشتراك مع جورستيش ولوشين وفاج وجاكوبز (١٩٦٦)، وهو يقيس سمة القلق وحالة القلق (Spielberger, 1977) ويتكون من (٢٠) فقرة تقيس سمة القلق و(٢٠) فقرة تقيس حالة القلق، وهذه الفقرات تمثل أعراض القلق. استخرج له سييلبرجر الصدق عن طريق مقارنة درجات أطفال على مقياس حالة القلق في موقف اختبار ودرجات في موقف عادي، ووجد معامل ارتباط بلغ (٠,٤١). كما استخرج الصدق التلازمي بين القائمة ومقياس القلق الظاهر The Children Manifest Anxiety Scale، وكان معامل الارتباط (٠,٧٥) أما الثبات فبلغ لحالة القلق للإناث بالإعادة (٠,٤٧) وبالانساق الداخلي (٠,٩٤). أما الذكور فبلغ معامل الثبات بالإعادة (٠,٥٧) و(٠,٩١) بالانساق الداخلي، كما بلغ معامل الثبات لسمة القلق بالإعادة (٠,٧٨) للإناث و(٠,٨٢) للذكور، بينما بلغ (٠,٧٧) للإناث و(٠,٩١) للذكور بالانساق الداخلي. وقامت غيشان (١٩٩٤) بتعريبه واستخرجت له الصدق عن طريق مقارنة إجابات طلاب تم وصفهم من قبل معلمهم على أنهم أكثر قلقاً وطلاب أقل قلقاً باستخدام الإحصائي (ت)، ووجدت فروقاً ذات دلالة إحصائية. أما الثبات فأوجدته بطريقة الإعادة وتراوح قيمته بين (٠,٤٧-٠,٩٤) كما قامت البقور (٢٠٠٢) باستخراج معامل ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية كمؤشر على الصدق، وتراوح الارتباطات بين (٠,٢٣-٠,٦٠) على قائمة حالة القلق وبين (٠,٢٦-٠,٦٤) على قائمة سمة القلق. كما قامت البقور ( ) بحساب الثبات بالتجزئة النصفية والذي بلغ (٠,٧٦) لحالة القلق، و(٠,٦٥) لسمة القلق. تم تصحيح الاختبار من خلال إعطاء ثلاث درجات للفقرة السلبية، ودرجتين للفقرة المتوسطة، وواحدة للإيجابية. وتم جمع الدرجات التي تتراوح بين (٢٠-٦٠) على كل قائمة، حيث يشير انخفاض الدرجة إلى انخفاض القلق.

قامت الباحثة بالتحقق من صدق الأداة بتطبيق المقياس على (٥٠) طالبة من مدرسة الحسينية الثانوية للبنات في محافظة العاصمة/ عمان، ومن ثم تم إعادة تطبيق الاختبار بعد مضي أسبوعين على الطالبات أنفسهن. وتم إدخال البيانات على الحاسوب باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS)، وإجراء اختبار معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation، وأشارت نتائج هذا الاختبار إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات بلغت (٠,٨٤٦) عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، وتم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس باستخراج معاملات كرونباخ ألفا وهي (٠,٧٨) وعليه، فإن هذا المقياس صالح للتطبيق.

وتم التأكد من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في درجة القلق، إذ تم إجراء اختبار (ت) لحالة القلق بين المجموعتين، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وأشارت نتائج الاختبار إلى أن المجموعتين التجريبية والضابطة متكافئتان من حيث مستوى حالة القلق، وذلك لأن قيمة (ت) المحسوبة لهذا الاختبار بلغت (١,١٧٥) وهي أقل من قيمة (ت) الجدولية التي تبلغ (٢,١٣١). والجدول (١) يوضح ذلك.

#### جدول (١)

نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لحالة القلق قبل تطبيق البرنامج الإرشادي

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
التجريبية	٤٣,٧٥	٦,٨٣	١,١٧٥	٢,١٣١	١٨	٠,٤٢٧
الضابطة	٤٢,٢٥	٦,٥٧				

#### مقياس قلق الموت دونالد تمبلر Templer

قام بتطويره دونالد تمبلر ١٩٧٠، (عبد الخالق، ١٩٨٧)، وقلق الموت هو نوع من القلق العام غير الهائم والطلاق والذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص، وهو حالة انفعالية غير سارة. ويقول تمبلر إن درجة قلق الموت يحددها عاملان هما:

أ- حالة الصحة النفسية بوجه عام.

ب- خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت.

إن الهدف من قياس قلق الموت هو معرفة درجة القلق عند المريض، حتى يخطط له برنامجاً سلوكياً لإرشاده بهدف تقليل القلق عنده، إذ إنه من المفروض تخفيض قلق الموت عند إصابة المريض به بكل الطرق المباشرة وغير المباشرة.

أبعاد المقياس ووضع قائمة الفقرات:

إن أبعاد مقياس قلق الموت لتمبلر هي: عملية الاحتضار، الموت بصفة حقيقية مطلقة، الجثة، الدفن.

لقد أخضع هذا المقياس لدراسات تحليلية عالمية عديدة كانت نتيجتها أنه استخلص من (٤٠) فقرة (٣١) فقرة ثم (١٥) فقرة تمثل مقياسه في صورته النهائية، وفيما يلي نماذج من بنود المقياس: أخاف بشدة من الموت، نادراً ما تخطر لي فكرة الموت، أخشى- أن أموت موتاً مؤلماً، كثيراً ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلاً، يرعبني منظر جسد ميت.

بلغ معامل ثبات إعادة الاختبار بعد ثلاثة أسابيع (٠,٨٣) أما الاتساق الداخلي (بمعادلة كودر ريتشاردسون (KRO) / ٢٠) فوصل إلى (٠,٧٦).

قررت الباحثة الاستعانة بمقياس تمبلر الذي سبق وقام بتطبيقه عبد الخالق على عينات عربية وأثبت نجاحه.

مقارنة درجات مرضى في مجال الطب النفسي ممن قرروا أن لديهم قلقاً عالياً من الموت، بدرجات عينة ضابطة من المرضى من النوع نفسه الذين قرروا أنه لا يوجد لديهم قلق من الموت، وقد استخرجت فروق ذات دلالة إحصائية بين الفريقين مما يشير إلى صدق المقياس. وهناك ارتباط دال إحصائياً مرتفع بين هذا المقياس ومقياس "بوبر" للخوف من الموت. وارتباط دال إحصائياً موجب بمقياس "تمبلر" للقلق الصريح. ارتباط دال إحصائياً موجب بمقياس "ولشر-لقلق". الارتباط الجوهري السلبي بمقياس قوة الأنا "ك" من قائمة "منسوتا". ارتباط دال إحصائياً موجب بمقياس الانطواء الاجتماعي من قائمة "منسوتا". ارتباط دال إحصائياً موجب بعدد الكلمات الانفعالية في اختيار تداعي الكلمات. ظهر أن الفصامين والوسواسيين والمكتئبين حصلوا على درجات مرتفعة في المقياس وقد صدرت بعد ذلك بحوث كثيرة تبرهن على صدق المقياس بطرق متعددة.

التحليل العاملي لمقياس "تمبلر": لقد خضع هذا المقياس لعدد كبير جداً من الدراسات التي أجريت على عينات متنوعة. وقد استخدم المقياس في دراسة مستفيضة قام بها فيتو فلمبغ ميرسر ( ) حيث طبق على ٥ مجموعات من الطلاب وكانت النتائج ظهور أربعة عوامل مشتركة بين كل المجموعات وهذه العوامل هي: الانتقال المعرفي الانفعالي: ويتكون من الخوف من الاحتضار. وأن يبدو الشخص عصيباً عندما يناقش الناس موضوع الموت وتكرار الأفكار المتصلة بالموت وآثار هذه الأفكار، وأن يضطرب الشخص نتيجة للتفكير في الحياة بعد الموت.

الهموم المتصلة بالتغيرات الجسدية: ويشتمل هذا العامل على البنود "أن تجري لك عملية جراحية"، "رؤية جثة".

الوعي بمرور الزمن: ويضم البنود المتصلة بالضيق الذي يحدثه التفكير في سرعة مرور الزمن وقصر الحياة.

الهموم المتصلة بالضغوط والآلام: وتشتمل على الخوف من الموت ميتة مؤلمة والإصابة بالسرطان والإصابة بنوبة قلبية، ورد الفعل تجاه المناقشات على الحروب.

وللتحقق من صدق المقياس قامت الباحثة بعرضه على لجنة المحكمين (ملحق رقم (٤)) وتم إعادة بناء المقياس في ضوء ملاحظاتهم، وقامت الباحثة بتطبيق المقياس على (٥٠) طالبة من مدرسة الحسينية الثانوية للبنات في محافظة العاصمة/ عمان، ومن ثم تم إعادة تطبيق الاختبار بعد مضي أسبوعين على الطالبات أنفسهن. وتم إدخال البيانات على الحاسوب باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS)، وإجراء اختبار معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation، وأشارت نتائج هذا الاختبار إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية، وذلك لأن قيمة معامل الارتباط بيرسون بلغت (٠,٨٥٧) عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، وتم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معاملات كرونباخ ألفا وهي (٠,٧٥) وعليه، فإن هذا المقياس صالح للتطبيق.

وتم التأكد من تكافؤ المجموعتين في مستوى قلق الموت، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، إذ تبين أنهما متكافئتان، وذلك لأن قيمة (ت) المحسوبة لهذا الاختبار بلغت (١,٣٩٦) وهي أقل من قيمة (ت) الجدولية البالغة (٢,١٣١)، والجدول (٢) يوضح ذلك.

#### جدول (٢)

نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لقلق الموت قبل تطبيق البرنامج الإرشادي

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
التجريبية	٨,٦٠	١,٢٤	١,٣٩٦	٢,١٣١	١٨	٠,٣٢٣
الضابطة	٨,٤٠	١,٣١				

مقياس الاكتئاب لبيك Beck:

صمم هذا المقياس ماريا كوفاكس، (Maria Kovacs) في العام ١٩٨٠، وتم تعريبه من قبل ريم غيشان في العام ١٩٩٤ التي قامت بتعريبه وتعديله للبيئة الأردنية، (ناجي، ٢٠٠٥)، يغطي هذا المقياس طائفة واسعة من الأعراض الاكتئابية، تتضمن الاضطرابات في المزاج، وفي الرغبة والقدرة على الاستمتاع بالحياة، وفي الوظائف النمائية، وفي تقدير الذات وفي سلوك الفرد مع الآخرين.

ويتألف هذا المقياس من سبعة وعشرين عرضاً يمثل الحزن، والهموم التشاؤمية، ولوم الذات، ونوبات البكاء، وسرعة الانزعاج، والتردد، والتشاؤم، وكرهية الذات، وتخيلات انتحارية، وتصور سلبي للجسم، والشعور بعدم الحب من الآخرين، وسوء التصرف، وانخفاض الاهتمامات الاجتماعية، والتمرد، ومشكلات اجتماعية (الشجار)، وقلق حول وظائف البدن، والإحساس بالوحدة، وكرهية المدرسة، والافتقار للأصدقاء، والإحساس بالفشل (الاستهانة بالذات)، وانخفاض في الدافعية للعمل المدرسي، وتدهور الأداء

المدرسي، والانتقاص من الذات عند مقارنة الطالب لنفسه بزملائه.

ويتكون المقياس من سبعة وعشرين مجموعة من العبارات تتألف كل منها من ثلاث عبارات على المفحوص أن يقوم باختيار واحدة منها، يرى أنها تصف حاله خلال الأسبوعين الماضيين الأخيرين، وقد رتبت العبارات في المجموعة الواحدة وفقاً لشدة العَرَض، حيث تتراوح بين أعراض خفيفة إلى أعراض شديدة أو غير تكيفية، وتأخذ كل عبارة درجة هي، صفر، أو (١)، أو (٢)، وبذلك فإن الدرجة الكلية على القائمة تتدرج من صفر إلى (٥٤).

تحقق لهذا المقياس العديد من الدلالات المشيرة إلى تمتعه بالصدق وهي:

صدق المفهوم: يتمتع هذا المقياس بدلالات صدق البناء النظري، كونه مرتكزاً على التحليل النظري لمفهوم الاكتئاب، وما تم تبيانه في إجراءات المزاوجة بين الفقرات في هذا المقياس والأعراض المعتمدة في كل تصنيف من تصنيفات الاضطرابات النفسية.

الصدق العملي: تم استخراج معاملات الصدق للمقياس وذلك بإخضاع استجابات الطلبة على فقرات قائمة قياس اكتئاب الأطفال الـ(٢٧) لتحليل عملي باستخدام طريقة العوامل الرئيسة Principle components متبوعة بطريقة تدوير المحاور المتعامدة Varimax، وقد أظهرت نتائج التحليل أن المقياس يتمتع بالصدق العملي.

وللتحقق من صدق المقياس قامت الباحثة بعرضه على لجنة المحكمين (ملحق رقم (٤)) وتم إعادة بناء المقياس في ضوء ملاحظاتهم، وقامت الباحثة بتطبيق المقياس على (٥٠) طالبة من مدرسة الحسينية الثانوية للبنات في محافظة العاصمة/ عمان، ومن ثم تم إعادة تطبيق الاختبار بعد مضي أسبوعين على الطالبات أنفسهن. وتم إدخال البيانات على الحاسوب باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS)، وإجراء اختبار معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation، وأشارت نتائج هذا الاختبار إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات بلغت (٠,٨٥٢) عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، وتم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس باستخراج معاملات كرونباخ ألفا وهي (٠,٧٩) وعليه، فإن هذا المقياس صالح للتطبيق.

وتم كذلك التأكد من تكافؤ المجموعتين في مستوى الاكتئاب من خلال إجراء اختبار (ت) لمستوى الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، وتبين أنهما متكافئتان، لأن قيمة (ت) المحسوبة لهذا الاختبار بلغت (٠,٤٧٢) وهي أقل من قيمة (ت) الجدولية التي تبلغ (٢,١٣١). والجدول (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣)

نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لحالة الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج الإرشادي

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
التجريبية	٣١,٦٠	٤,٤١	١,٣٧٢	٢,١٣١	١٨	٠,٤٧٢
الضابطة	٣٠,٢٠	٥,٢٠				

د برنامج الإرشاد النفسي:

قامت الباحثة بإعداد برنامج إرشادي قائم على نظرية التعلم الاجتماعي وتركيزها على دور النمذجة والتقليد في هذا البرنامج من خلال الحث والإقناع، وتعليم المنطق، وأساليب التفكير العلمي، وقواعد السلوك الملائم، والاستشهاد بالآيات القرآنية والأحاديث النبوية الشريفة الصحيحة والأمثال الشعبية وحكاية القصص لتكون عبرة، وتقديم نموذج.

وبعد أن انتهت الباحثة من إعداد البرنامج الإرشادي تم عرضه على (٨) من محكمين مرشدين من حملة الدكتوراه في الإرشاد النفسي (أنظر إلى الملحق ٤).

وقد تم إدخال تعديلات طفيفة على البرنامج وفقاً للملاحظات الواردة من السادة المحكمين وقد تم بناء البرنامج على شكل جلسات إرشادية مكونة من (١٢ جلسة) وتراوحت كل جلسة ما بين (٤٥-٦٠) دقيقة.

وتضمنت كل من الجلسات الآتي:

١. الترحيب بالأعضاء لمدة (٥) دقائق وسؤالهم عن تدرّياتهم التي طلبتها منهم.
٢. نشاط الإحماء: وهي نشاطات تهيئة لإدخال المرضى إلى جو الجلسة بطريقة تدريجية، وهو نشاط يستثير الحماسة والهمة لدى المرضى لتقبل وممارسة النشاط القادم، واستمرت من (٥-١٥) دقيقة.
٣. تقوم الباحثة بتلخيص الجلسة السابقة لمدة (٥) دقائق.
٤. مناقشة الموضوع لمدة (٢٥) دقيقة.
٥. تلخيص الجلسة لمدة (٥) دقائق.
٦. إعطاء المرضى التدرّيات المطلوبة منهم لمدة (٥) دقائق.
٧. الإعلان عن الموضوع القادم ويفسر الواجب لمدة (٥) دقائق.

تكونت عينة البحث للمجموعة التجريبية من مرضى السرطان من مستشفى الجامعة الأردنية ممن تتراوح أعمارهم بين (١٤-١٨) سنة وعددهم (١٠) مرضى بحيث تكون مرحلة المرض من بسيطة إلى متوسطة (لوكيميا والفك والكلية).



وقام البرنامج على استخدام الوسائل المتاحة، وهي الأدوات التي تم إعدادها.

#### أهمية البرنامج:

ترجع أهمية البرنامج إلى الاهتمام بمرضى السرطان الذين يعانون من الاكتئاب، وتتضح أهمية البرنامج الحالي من وضوح النظرية التي يقوم عليها، باعتبارها طريقة فعالة في علاج الاضطرابات النفسية المتنوعة عامة، وفي علاج الاكتئاب والقلق خاصة وهو يتسم بـ:

– سهولة تطبيقه خلال فترة زمنية قصيرة من الزمن.

– لا يتطلب تدريباً طويلاً وشاقاً.

– أنه يصلح للتطبيق على مجموعات أو بشكل فردي.

– أنه أسلوب فعال لمصاحبة الواجبات المنزلية.

#### 1 لأهداف العامة للبرنامج:

##### هدف البرنامج إلى تحقيق الآتي:

– مساعدة مرضى السرطان في خفض القلق وقلق الموت والاكتئاب لديهم.

– تعرف مدى فاعلية هذا البرنامج الإرشادي في التخفيف من القلق وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان.

– تدريب المريض المكتئب على مواجهة المرض بدل الهروب منه، واكتساب مهارات اجتماعية جديدة تساعد على التعامل مع الآخرين واكتساب مزيد من الأصدقاء واكتساب مهارة الاتصال بالآخرين.

– تدريب مرضى السرطان على أهمية الدعم الذاتي وأهمية التنفيس عن الانفعالات.

– تدريب مرضى السرطان على الاسترخاء كإحدى الطرق لعلاج القلق والاكتئاب.

– تدريب مرضى السرطان على التفكير الإيجابي للعيش بسعادة.

م. ملخص الجلسات الإرشادية:

الجلسة الأولى:

الموضوع:

- تمهيد وتعارف على المشاركين في البرنامج.

الأهداف:

1. التعارف وتحقيق درجة من الألفة بين الباحث والمجموعة.
2. الاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات.
3. التعريف بالإجراءات والهدف ومحتويات البرنامج ومدته.

الجلسة الثانية:

الموضوع:

- توليد الأفكار الإيجابية.

الأهداف:

1. تعريف المريض بالأفكار المشوشة الهادمة للذات.
2. تطبيق أساليب التغلب على الأفكار المشوشة.

الجلسة الثالثة:

الموضوع:

- التدريب على الاسترخاء، طريقة علاج القلق عن طريق الاسترخاء.

الأهداف:

1. الاسترخاء.
2. تطبيق الاسترخاء.

الجلسة الرابعة:

الموضوع:

- مفهوم الحديث الذاتي والتنفيس.

الأهداف:

- توضيح مفهوم الحديث الذاتي والتنفيس.
- تطبيق الحديث الذاتي في مواقف الحياة المختلفة للسيطرة على الأفكار المشوشة الهادمة، أو الشعور بالضيق.

الجلسة الخامسة:

الموضوع

- مواقف ضبط الذات.

الأهداف:

١. تعرف وضبط مشاعر الحزن وعدم الرضا وفقدان الإحساس بالفكاهة والدعابة.
٢. تطبيق أساليب التغلب على المشاعر السلبية من خلال ضبط الذات.

الجلسة السادسة:

الموضوع:

- الانسحاب الاجتماعي، والتردد.

الأهداف:

١. زيادة الاهتمام الاجتماعي أو الاهتمام بالآخرين.
٢. عدم التردد في التعرف إلى الآخرين.

الجلستان السابعة والثامنة:

الموضوع:

- تدريب على مهارات التواصل (التحدث والإصغاء).

الهدف:

- اكتساب مهارة التواصل مع الآخرين.

الجلسة التاسعة:

الموضوع:

- تخفيض القلق.

الأهداف:

١. تعرف مشاعر القلق وقلق الموت لدى مرضى السرطان.
٢. تعرف أساليب خفض القلق.
٣. تطبيق أساليب خفض القلق.

الجلسة العاشرة:

الموضوع:

- أهمية الدعم الذاتي.

الأهداف:

١. تعرف أهمية الدعم الذاتي في الحياة وأثره في التعايش مع المرضى.
٢. تطبيق الدعم الذاتي.

الجلسة الحادية عشرة:

الموضوع:

- الحياة بسعادة.

الأهداف:

- تعرف كيفية الحياة بسعادة وتطبيقها في مواقف حياتهم اليومية.

الجلسة الثانية عشرة:

الموضوع:

- مراجعة شاملة لأساليب الإرشاد التي اتبعت في برنامج الإرشاد الحالي، وإجراء التقييم النفسي.  
الأهداف:

١. مراجعة شاملة للأساليب الإرشادية.
٢. تطبيق اختبار القلق والاكتئاب.
٣. تعرف رأي المريض ومدى الاستفادة من البرنامج العلاجي.

مكان تطبيق البرنامج المقترح:

تم تطبيق البرنامج العلاجي في إحدى قاعات العيادة الخارجية لمرضى السرطان في مستشفى الجامعة الأردنية.

مدة التطبيق:

تم تطبيق البرنامج من ٢٠٠٦/٢/٦ حتى ٢٠٠٦/٣/٢٠، بواقع جلستين أسبوعياً: الاثنين والأربعاء.

مدة كل جلسة: (٤٥-٦٠) دقيقة.

عدد جلسات البرنامج: ١٢ جلسة.

العينة: تم التطبيق على مرضى السرطان في المرحلة العمرية من (١٤-١٨) سنة.

التحليل الإحصائي:

استخدمت الباحثة برنامج التحليل الإحصائي (SPSS)، وللتحقق من ثبات المقياس تم استخراج معاملات اختبار كرونباخ ألفا (Chronbach's Alpha) ومعامل ارتباط بيرسون ولقياس الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق برنامج الإرشاد تم استخدام اختبار (ت).

إجراءات الدراسة:

بعد الاطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة، قامت الباحثة بالآتي:

١. تهيئة المقاييس التي سيتم تطبيقها وتحكيمها، والمتمثلة في مقياس القلق ومقياس قلق الموت ومقياس الاكتئاب.
٢. تطبيق المقاييس الثلاثة على عينة مكونة من (٥٠) طالبة، من غير عينة الدراسة للتحقق من ثباتها.
٣. إعداد وتحكيم البرنامج الإرشادي وفق نظرية التعلم الاجتماعي لخفض القلق والاكتئاب لدى أطفال مرض السرطان.
٤. تم اختيار مجموعتين من مرضى السرطان الذين تتراوح أعمارهم ما بيني (١٤-١٨) عاماً، بلغ عددهم (٢٠) مريض، وقامت الباحثة بتطبيق المقاييس الثلاثة عليهم، كاختبار قبلي، وذلك بهدف التأكد من كفاءة المجموعتين التجريبية والضابطة وتم تقسيمهم بواقع (١٠) مرضى لكل مجموعة، وبطريقة عشوائية، إذ تم وضع أرقام لكل مشارك وتم اختيار الأرقام الفردية كمجموعة والزوجية كمجموعة أخرى.
٥. تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية، ولم يتم تطبيقه على المجموعة الضابطة.
٦. إجراء اختبار (ت) لمعرفة إذا كانت هناك فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لمعرفة فيما إذا كان هناك تحسن في حالة القلق وقلق الموت والاكتئاب عند المجموعة التجريبية.

## الفصل الرابع

### نتائج الدراسة

بهدف اختبار فرضياته الدراسة، قامت الباحثة بتطبيق أولي لأدوات الدراسة وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي الذي أعدته، لقياس حالة القلق وقلق الموت والاكئاب لدى المجموعتين التجريبية والضابطة وفيما يلي عرضاً لنتائج من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة التي عبرت عنها الفرضيات:

#### السؤال الأول:

للإجابة عن السؤال الأول: ما أثر البرنامج الإرشادي القائم على التعلم الاجتماعي في خفض حالة القلق لدى مرضى السرطان؟

قامت الباحثة باستخراج المتوسطات الحسابية لمستوى القلق لكلا المجموعتين، وأشارت هذه المتوسطات إلى تدني مستوى القلق من (٤٣,٧٥) قبل تطبيق البرنامج الإرشادي ليصل إلى (٣٤,٤٠) لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، بينما بقي متوسط المجموعة الضابطة عند اختبار القلق كما هو تقريباً حيث بلغ (٤١,٥٠) بعد تطبيق البرنامج في حين كان (٤٢,٢٥) قبل تطبيقه. وللتأكد من أن هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، تم إجراء اختبار (ت) بين المجموعتين بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وقد أشارت النتائج إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، لأن قيمة (ت) المحسوبة لهذا الاختبار بلغت (٢,٥٨٢) وهي أعلى من قيمة (ت) الجدولية البالغة (٢,١٣١). وعليه فإننا نرفض الفرضية الصفرية. والجدول (٤) يوضح ذلك.

#### جدول (٤)

نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لحالة القلق بعد تطبيق البرنامج الإرشادي

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
التجريبية	٣٤,٤٠	٧,٨٥	*٢,٥٨٢	٢,١٣١	١٨	٠,٠١٩
الضابطة	٤١,٥٠	٥,٦٧				

\* عند مستوى دلالة إحصائية أقل من ٠,٠٥.

## السؤال الثاني:

للإجابة عن السؤال الثاني: ما أثر البرنامج الإرشادي القائم على التعلم الاجتماعي في خفض قلق

الموت لدى مرضى السرطان؟

قامت الباحثة باستخراج المتوسطات الحسابية لمستوى قلق الموت لكلا المجموعتين، وأشارت هذه المتوسطات إلى تدني مستوى قلق الموت لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي حيث بلغ (٦,١٠) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، في حين كان (٨,٦٠) قبل تطبيق البرنامج. بينما بقي متوسط المجموعة الضابطة كما هو تقريباً حيث بلغ (٨,٣٠). وللتأكد من أن هذه الفروق كانت دلالة إحصائية أم لا، قامت الباحثة بإجراء اختبار (ت) بين المجموعتين. وعليه فإننا نرفض الفرضية الصفرية الثانية. وجدول (٥) يوضح ذلك. وقد أشارت النتائج إلى أنه توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، لأن قيمة (ت) المحسوبة لهذا الاختبار بلغت (٢,٤٣٠)، وهي أعلى من قيمة (ت) الجدولية البالغة (٢,١٣١).

### جدول (٥)

نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لقلق الموت بعد تطبيق البرنامج الإرشادي

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
التجريبية	٦,١٠	١,٦٦	*٢,٤٣٠	٢,١٣١	١٨	٠,٠٣١
الضابطة	٨,٣٠	١,٩٥				

\* عند مستوى دلالة إحصائية أقل من ٠,٠٥.

### السؤال الثالث:

للإجابة عن السؤال الثالث: ما أثر البرنامج الإرشادي القائم على التعلم الاجتماعي في خفض الاكتئاب لدى مرضى السرطان؟

قامت الباحثة باستخراج المتوسطات الحسابية لمستوى الاكتئاب لكلا المجموعتين، وأشارت هذه المتوسطات إلى تدني مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية (٢٣,٩٠) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، بينما بقي مستوى المجموعة الضابطة كما هو (٢٩,٤٠). وللتحقق مما إذا كانت هذه الفروقات ذات دلالة إحصائية أم لا، قامت الباحثة بإجراء اختبار (ت)، وقد أشارت النتائج إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، لأن قيمة (ت) المحسوبة لهذا الاختبار بلغت (٢,٢٥٢)، وهي أعلى من قيمة (ت) الجدولية البالغة (٢,١٣١)، وقد تم استخراج المتوسطات الحسابية لمستوى الاكتئاب لكلا المجموعتين، وعليه فإننا نرفض الفرضية الصفرية الثالثة. وجدول (٦) يوضح ذلك.

#### جدول (٦)

نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة للاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
التجريبية	٢٣,٩٠	٢,٩٨	*٢,٢٥٢	٢,١٣١	١٨	٠,٠٢٤
الضابطة	٢٩,٤٠	٤,٨٠				

\* عند مستوى دلالة إحصائية أقل من ٠,٠٥.



## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج والتوصيات

يتضح من نتائج الإجابة عن أسئلة الدراسة التي هدفت إلى إكساب مرضى السرطان مهارات خفض القلق والاكتئاب من خلال تطبيق برنامج إرشاد جمعي وفق نظرية التعلم الاجتماعي في خفض القلق والاكتئاب وقياس أثره لدى المرضى المصابين بمرض السرطان بأن هناك تأثيراً للبرنامج الإرشادي عند المجموعة التجريبية، وتعزو الباحثة ذلك إلى البرنامج الإرشادي الذي تم تطبيقه، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات الفرخ (١٩٨٩)، أرمسترونج وريمان (٢٠٠٥)، بومان (١٩٩٩)، كاركوث (١٩٩٧) كورد وناردي (١٩٨٩)، تايلور (١٩٨٦) دونالدسون (١٩٨٦).

ويعود هذا التأثير إلى استخدام مهارات متعددة مثل الدعم الاجتماعي، التنفيس عن الانفعالات النفسية، وتعرف الانفعالات التي تصيب مرضى السرطان، المهارات الاجتماعية مهارات حل المشكلات، لعب الأدوار، أسلوب البناء المعرفي.

مما ساهم في خفض الحالة الانفعالية وفعاليتها في التعامل مع مرضى السرطان.

هناك انخفاض في مستوى القلق عند المجموعة التجريبية، وتعزو الباحثة ذلك إلى برنامج الإرشاد الذي تم تطبيقه، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات فريدنبرغ وديلر (١٩٨٠). ويعود هذا الانخفاض في مستوى القلق إلى أن البرنامج الإرشادي تضمن العديد من العناصر التي ساهمت بشكل دال إحصائياً في خفض حالة القلق التي كان يعاني منها هؤلاء الأطفال، وتحسين حالتهم النفسية، ومن هذه العناصر ما تم توضيحه وشرحه لهم أثناء الجلسة الأولى من البرنامج عن طبيعة الاضطرابات النفسية التي يواجهونها، وعن تأثيراتها السلبية في حالتهم المرضية، وكيف أن هذه الاضطرابات تزيد من آلامهم ومعاناتهم، وخاصة أن البرنامج المذكور تضمن تمارين على الاسترخاء، والمعروف أن الاسترخاء يساهم في تخفيض القلق، خاصة إذا ما تم تطبيقه حسب الأصول مثل ممارسة عملية التنفس الصحيح من الشهيق والزفير والشد والارتخاء للعضلات واستخدام قوة الإيحاء الذاتي (الحديث الإيجابي الذاتي)، وممارسة بعض الحركات الإيقاعية. كما أن تدريب المرضى السرطان على ممارسة مهارات الحياة والابتعاد عن الانطواء من خلال الاندماج في المجتمع، والحديث مع الزملاء والتنفيس عن الانفعالات، والتغلب على الشعور بالحزن والوحدة له دور فاعل في خفض نسبة القلق.

هناك انخفاض في مستوى قلق الموت عند المجموعة التجريبية، وتعزو الباحثة ذلك إلى برنامج الإرشاد الذي تم تطبيقه، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات، ميدنالد (١٩٨٦)، وجيليلان وتمبلر (١٩٨٦) وجريسون (١٩٨٣)، ويعود هذا الانخفاض في مستوى قلق الموت إلى أن أحد أهداف البرنامج الإرشادي تمثلت في مقاومة هذه الحالة من خلال تدريبهم على ممارسة عدد من النشاطات الخاصة بهذا النوع من القلق، إضافة إلى ما سبق استعراضه في تخفيض حالة القلق بشكل عام، فقد شمل البرنامج الإرشادي تدريبهم على بعض الشعائر الدينية في حالة المرض وطلب الشفاء من خلال الدعاء إلى الله عز وجل. كذلك شمل البرنامج الإرشادي بث روح الأمل لدى هؤلاء المرضى، وتوقع الشفاء من خلال استعراض حالات عديدة شفيت من هذا المرض.

وبالإضافة إلى ذلك، فقد دفع البرنامج المرضى بالسرطان على التفكير بمدى أهمية الحياة حتى يحين موعد الموت، من خلال تأكيد أنه لا يوجد إنسان مخلص، وأن الإنسان لا يعرف متى سيموت؟ وأين سيموت؟ وكيف سيموت؟ وتم التوضيح لهم كيفية الحياة بسعادة. إن البرنامج الإرشادي تناول كيفية التعايش مع المرض والأمل في الشفاء ولاعمل على ذلك.

هناك انخفاض في مستوى الاكتئاب عند المجموعة التجريبية، وتعزو الباحثة ذلك إلى برنامج الإرشاد الذي تم تطبيقه، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات ميلر (١٩٩٩) وجوردون وفريدنبرغ ودلير (١٩٨٠).

ويعود هذا الانخفاض في مستوى الاكتئاب عند المجموعة التجريبية إلى أن البرنامج الإرشادي تضمن العديد من النشاطات التي من شأن ممارستها تخفيض الاكتئاب، إضافة إلى النشاطات التي سبق استعراضها في حالي تخفيف القلق وقلق الموت، وخاصة تدريب المرضى على توليد الأفكار الإيجابية ومقاومة الأفكار المشوشة من خلال ربط مواقف معينة بحالات الحب والطمأنينة، وتدريبهم كذلك على ممارسة الشعائر الدينية.

وبشكل عام، فإن الإرشاد النفسي يستخدم عادة الطرق النفسية لعلاج الاضطرابات النفسية ومنها القلق وقلق الموت والاكتئاب، التي تؤثر في تأخير شفاء المرض وخاصة مرض السرطان حتى تزول هذه الاضطرابات والأمراض النفسية.

ومن العوامل التي ساعدت على انخفاض مستوى القلق وقلق الموت والاكنتاب لدى الأطفال الذين طبق عليهم البرنامج الإرشادي، أن البرنامج الإرشادي المذكور تضمن العديد من النشاطات المتنوعة التي تساعد على ذلك، فعلى سبيل المثال كانت الباحثة وفي بداية كل جلسة تدريبية تدفع المرضى على ممارسة تمارين الإحماء التي تشجع المرضى على الاستمرار بالمشاركة بالجلسة الإرشادية والاستفادة من التدريبات الخاصة بالجلسة (الشهيق والزفير، لعبة الكيس السحري، المشي، لعبة قارب الحياة...إلخ)، الأمر الذي ساهم بشكل فعال في تخفيض مستوى التوتر لديهم وبالتالي تخفيض القلق والاكنتاب، هذا إضافة إلى أن البرنامج الإرشادي تضمن جلسات وفقرات تعطي المريض أملاً في الشفاء، وتعلمه على الابتسام والتفاؤل بشكل دائم، وقد شجع البرنامج الإرشادي والباحثة المرضى على التحدث بحرية عن أنفسهم ككائن بشري أكثر من كونه مريضاً، الأمر الذي رفع من مستوى ثقتهم بأنفسهم وبالتالي خفض من قلقهم بنوعيه (القلق بشكل عام وقلق الموت) واکنتابهم.

ومما ساعد أيضاً على تخفيض مستويات القلق والاكنتاب لدى هؤلاء المرضى، أن البرنامج الإرشادي شجعهم على تعلم طرق إبدال التفكير بالمرض والألم، من خلال إرشادهم لسماع الموسيقى والأغاني ومشاهدة التلفزيون والتفاعل مع تفاصيل الحياة اليومية، وبناء صداقات جديدة. ومما ساعد أيضاً على تحقيق هذه النتائج، الدور الكبير الذي لعبته عائلات وأسر هؤلاء المرضى سواء بتشجيعهم على الالتزام بالجلسات الإرشادية أم بالتفاعل مع مضامين الجلسات الإرشادية.

مما سبق يتضح لنا فاعلية البرنامج الإرشادي في تخفيف حدة القلق بنوعيه والاكنتاب لدى الأطفال المصابين بالسرطان، وأن هذا البرنامج كان يهدف إلى دحض الأفكار المشوشة المتعلقة بمرض السرطان التي تمثلت في:

- ١- أن مرض السرطان مرض قاتل ولا يمكن الشفاء منه.
- ٢- أن مريض السرطان حتماً سيموت ولا أمل في علاجه.
- ٣- لا يوجد شيء نفعله من أجل مريض السرطان لأن هذا ليس بأيدينا.

وقد استطاع البرنامج بما ينطوي عليه من فنيات علاجية أن يبين أن هذه الأفكار لا معنى لها، ولا سيما وأن الإحصائيات تفيد بإمكانية علاج السرطان وخاصة إذا ما تم تشخيصه مبكراً، حسب ما تشير إليه مختلف الدراسات الصادرة عن المراكز المتخصصة في علاج مرض السرطان بمختلف أنواعه، والأطباء المختصين في هذا المجال، وقد أفاد أحد العاملين في مركز الحسين للسرطان في عمان، أن معظم حالات السرطان يتم الشفاء منها، (مدانات، ٢٠٠٦). حيث تشير الموسوعات الطبية إلى أنه يمكن شفاء ثلث الحالات من خلال العمليات العلاجية كما يمكن شفاء نصف الحالات إذا ما تم التشخيص مبكراً.

وقد طرح البرنامج الإرشادي أمام الوالدين العديد من الأفكار الأكثر عقلانية مثل:

- ١- أن الموت والحياة من عند الله - سبحانه وتعالى - فلا داعي للقلق والاكتئاب.
- ٢- أن مرض السرطان مرض كغيره من الأمراض بشهادة الأطباء ويمكن علاجه.
- ٣- يوجد الكثير الذي يمكن أن نفعله لأطفالنا وأهمها عدم الانزعاج والخوف والاكتئاب والقلق أمام المرضى حتى يمكن مساعدتهم على التماثل للشفاء من خلال الدعم النفسي المناسب.
- ٤- أن مواجهة مشكلات الحياة بقوة وصلابة أفضل بكثير من الهروب منها بالقلق ولا بد من المساهمة في إجراء العلاج للمرضى.

وما دام هناك إمكانية للعلاج والشفاء فهناك أمل وتفاؤل وهناك أيضاً جهد عملي للوصول إلى أقصى ما يمكن أن يبلغه العقل الإنساني في تشخيص علاج العديد من الأمراض التي تؤدي إلى الموت كالسرطان. وقد اتضح من خلال عمليات الإرشاد النفسي- أن الإرشاد الديني له دور بالغ الأهمية في مواجهة مشكلتي القلق بنوعيه، والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان وذوهم الذي يوضح أن كل نفس ذاتقة الموت، وأن الموت والحياة من عند الله -تعالى- وأنه لا بد من الرضا بقضاء الله وقدره حيث الشعور بمعية الله تعالى، وقد تضمن البرنامج الإرشادي الذي تم تطبيقه هذا البعد الديني. على هذا النحو فإن الدين وسيلة لتحقيق الإيمان والأمان النفسي، وهو هبة من الله لخير الإنسان يعينه على الحياة السوية، فالدين إيمان وأخلاق وعمل صالح، وهو الطريق إلى العقل، والدين محبة، وهو الطريق إلى الخلاص والسعادة والسلامة والسلام.

## التوصيات

توصي الباحثة بما يلي:

١. تطبيق البرنامج الإرشادي على عينات أخرى من الإناث في المؤسسات الصحية التي تقدم العلاج إلى مرضى السرطان، إذ تم تطبيقه في الدراسة الحالية على الذكور وعمل على خفض القلق وقلق الموت والاكتئاب لديهم.
٢. أن تستفيد المستشفيات المعنية من برنامج الإرشاد في علاج مرض السرطان لخفض القلق والاكتئاب.
٣. أن تعمل المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات العلاجية لمرضى السرطان، جعل العلاج النفسي لهؤلاء المرضى جزءاً لا يتجزأ من العلاج الذي يتلقونه في خفض القلق لديهم.
٤. تعميم تجربة برنامج الإرشاد النفسي التي تم تطبيقه في هذه الدراسة على مرضى السرطان من الفئات العمرية الأخرى.
٥. الاستفادة من البرنامج مع ذوي الأمراض المزمنة الذين يعانون من اضطرابات نفسية وخاصة القلق والاكتئاب.

## المراجع

### المراجع العربية:

- القرآن الكريم، سورة آل عمران، آية (١٩٨).
- أبو عيطة، سهام، (٢٠٠٢). مبادئ الإرشاد النفسي. ط٢. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
- البحيري، عبد الرقيب، (١٩٨٢). اختبار القلق (الحالة والسمة) للأطفال. القاهرة: دار المعارف.
- الجزيرة، <http://www.aljazeera.net/News.aspx/print.htm> .24/8/05.
- جلال، سعد، (١٩٨٦). الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، القاهرة: دار الفكر العربي.
- جمعية آدم لسرطان الطفولة، <http://www.adamcs.org/pediocancer.htm> ٢٠٠٥.
- حسين، طه، (٢٠٠٤). الإرشاد النفسي. ط١. النظرية- التطبيقي- التكنولوجيا، القاهرة: دار الفكر.
- الخطيب، جمال، والحديدي، منى، والسرطاوي، عبد العزيز، (١٩٩٢). إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. عمان: دار حنين للنشر والتوزيع.
- داود، نسيم، وحمدي، نزيه، (١٩٩٦). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. ط٢. عن شيفر، شارلز، ميلمان، هوارد: عمان: منشورات الجامعة الأردنية.
- زهران، حامد عبد السلام، (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط٣، القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، حامد عبد السلام، (١٩٨٧). التوجيه والإرشاد النفسي. ط٤، القاهرة: عالم الكتب.
- ساملي، عبد المجيد، وخالد، نور الدين، (١٩٩٨). معجم مصطلحات علم النفس. ط١. القاهرة:

دار الكتاب المصري.

- سيجموند فرويد، (١٩٦٢). القلق، ترجمة محمد نجاتي. القاهرة: دار النهضة العربية.
- الشناوي، محمد، (١٩٩٨). موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي- (١) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- شيهان، دافيد، (١٩٨٩). مرض القلق. ترجمة عزت شعلان، الكويت: عالم المعرفة.
- الصفتي، مصطفى، (١٩٩٩). علم النفس الاجتماعي والصحة النفسية والتربية الصحية. الإسكندرية: مطبعة الجمهورية.
- الطيب، محمد عبد الظاهر، (١٩٨١). تيارات جديدة في العلاج النفسي، القاهرة: دار المعارف.
- عبد الخالق، أحمد محمد، (١٩٨٧). "قلق الموت". عالم المعرفة، (سلسلة رقم ١١١)، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- عبد الستار، إبراهيم، (١٩٨٧). علم النفس الكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ.
- عبد الستار، إبراهيم، (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه ومبادئ تطبيقه. القاهرة: دار الفجر.
- عبد الستار، إبراهيم، (١٩٩٦). الضغوط النفسية: نافذة على الصحة والمرض، الدمام: مطبوعات جامعة الملك فيصل.

- عبد الستار، إبراهيم، (١٩٩٨). "الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه"، عالم المعرفة، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- عبد المعطي، حسن، (٢٠٠٢). العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية. عند جان سكوت- مارك وليامز- ارون بيك. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عثمان، فاروق، (٢٠٠١). القلق وإدارة الضغوط النفسية. ط١. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عكاشة، أحمد، (١٩٩٢). الطب النفسي المعاصر. ط٦. القاهرة: دار المعارف.
- علاوي، محمد حسن، (١٩٧٨). "القلق لدى الرياضيين"، القاهرة: صحيفة التربية الرياضية.
- عمارة، بثينة، حسنين، (١٩٩٨). الأسس العلمية لتنشئة الأبناء مرحلة ما قبل المدرسة. دار الأمين، ط١، للطباعة والنشر.
- العمري، خير الدين شريف، (١٩٨٦). القلق بلباس العصر الحاضر. بغداد.
- العيسوي، عبد الرحمن، (١٩٨٥). "الأمراض النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية". مجلة التربية، العدد (٦٩)، يناير.
- العيسوي، عبد الرحمن، (١٩٩٥). العلاج النفسي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- الفرخ، كاملة، (١٩٨٧). فعالية إرشاد جمعي لمرضى القلب والسرطان. رسالة دكتوراه غير منشورة، الأردن.
- الفرخ، كاملة، (١٩٨٩). مدى فاعلية برنامج إرشادي للتوافق النفسي لمرضى القلب والسرطان. رسالة دكتوراه غير منشورة، الأردن.



- فهيم، كليز، (١٩٩٣). الاضطرابات النفسية للأطفال (الأسباب، الأعراض، العلاج)، ط١، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- القاضي، يوسف مصطفى، (١٩٨١). الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي. الرياض: دار المريخ للنشر.
- كفاي، علاء الدين، (١٩٩٠). الصحة النفسية. ط٣، القاهرة: هجر للطباعة والنشر.
- لندال دافيدوف، (١٩٩٢). مدخل علم النفس. ترجمة فؤاد أبو حطب وآخرون، الطبعة الثالثة، القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- لينزري، هول، (١٩٧١). نظريات الشخصية. ترجمة فرج أحمد وآخرين، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتب.
- محمد، عادل، (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. ط١. القاهرة: دار الرشاد، عربية للطباعة والنشر.
- مدانات، فارس، (٢٠٠٥). مركز الحسين للسرطان، مقابلة شخصية، أيلول/٢٠٠٥.
- مركز الحسين للسرطان (٢٠٠٥). تقرير سنوي. عمان، الأردن.
- المشني، مصطفى، (١٩٨٨). قضية الموت في التصور القرآني. أبحاث اليرموك ٤. (٢).
- مصطفى، عادل، (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ط١. بيروت: دار النهضة العربية.

- ناجي، ناريمان، (٢٠٠٢). الاكتئاب عند الأطفال وعلاقته بأنماط الشخصية لدى الوالدين. رسالة ماجستير غير منشورة، بيروت، لبنان.
- هول- لندزي، (١٩٧١). نظريات الشخصية. ترجمة فرج أحمد فرج وآخرون. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- هول، كالفن، (١٩٩٠). علم النفس عند فرويد. ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة وسيد أحمد عثمان، القاهرة: الأنجلو المصرية.

American Psychiatric Association (APA), (1994), DSM III R. APP. D.C.

Armstrong, D. Reaman, G. (2005). **Psychological research in childhood Oncology Group Perspective.**

Asterchan, J., (1990). **Mergeres of acquisition and emplove anxiety**, New York, London West Post.

Bandura, A. (1977). **Social learning theory.** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Bandura, A. (1997). **Social cognitive approach to personality.**

<File://c:/documents and setting/ARaB/Desktop/socialcognitive approach T....2/09/2005>

Beck, A., (1979). **Cognitive therapy of depression.** The Gullford Press, New York.

Bee, H. (1994). **Lifespan development.** Harper Collins College Publishers.

Bernstein, D. and Borkovec. T.,(1973). **Progressive relaxation training.** Research Press. Champaign, 1L.

**Bloom, J., Ross, R., and Burnell, G.M. (1978). "The effect of social support on patient adjustment after breast surgery". Patient Counseling and Health Education 1: 50-9.**

**Boman, K. (1999). Surviving cancer in childhood psychological & social long-term adjustment.**

**<http://hem.passagen.se/improve/Abstract.html.23/08/2005>**

**Charles, C., (1979). Anxiety and depression, Queen's university, press. P.120.**

**Donaldson, G., (1986). Distress dependency and threat in newly diagnosed cancer and heart diseases patients. Multivariate Behavioral Research July, V. 21 (3), 267-298.**

**Gardner, R A.(1973): The talking, feeling and doing game. creative therapeutics, Creskil, NJ.**

**Gardner, R., (1971). Therapeutic communication with children: The mutual story telling technique, New York, N. Y: Haworth Press.**

**Gazda, G., (1978). Group counseling: A developmental approach NY: Allyn and Bacon.**

**Gilliand, C. J and Templer I. D. (1986). Relationship of death anxiety scale factors to subjective States. California School of Professional psychology, Omega. 16 (21).**

**Goldstein. A. (1973). Behavior therapy. In R. Corsin (Ed.) Current psychotherapies, Itasca. Illinois. F. E. Peacock Publishers. Inc.**

**Goodman, M., (1975). "Two mothers reactions to the deaths of their premature infants", Journal of obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 1975, 4 (34), 25-27.**

**Gordon, A., Wayne et al, (1980). "Efficacy of Psychosocial intervention with cancer patients". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 48 (6), 743-759.**

**Gordon. W., Freidenbergs, I., & Diller, L., (1980). "Efficacy of psychological intervention with cancer patients", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 743-59.**

**Greer, S. (1985). "Cancer: psychiatric aspects", Granville recent advance in clinical psychiatry: Number 5. Churchill, Livingstone.**

**Greyson B. (1983). Near death experiences and personal values, ANIJ. Psyciatry, 19, 5-14.**

**Hilgard, E. (1971). Introduction to psychology, New York, Hart Hcourt Brace Jovanoviche.**

**Huber, Jack, (1965). Through an eastern window. St. Martin's press, New York.**

**Jacobson, E. (1964). Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago press.**

**Kazak, A., (2005). Evident- based interventions for survivors of childhood cancer & their families.**

**File://c:/Documents&settings/ARAB/Desktop/Evidence-Based interventions for surve...24/08/2005.**

**Keat, Donald, (1974). Fundamentals of child counseling. Houghton-Mifflin, Boston.**

**Kopke, K., (1970). Spina bifida: Mother-child relationship. Nursing Forum, 9.**

**Krood, Herman Mickeo, & S., Nardy, (1989). The conflicts as a result of causal at attributions. Soc sci, med, 28, 1, 93-97.**

**Kubler-Ross, E., (1970). On death and dying. New York: Macmillan.**

**Lindeman, E., (1974). "Symptomatology and management of acute grief". American Journal of Psychiatry. 1974, 101-112.**

**Luchins, A. S., (1964). Group therapy, A guide random House, N. y.**

**Maguire, P., Hopwood, P., Tarrier, N., and Howell, T. (1985). "Treatment of depression in cancer patients", Acta Psychiatrica Scandanavica (Suppl) 320 : 81- 4.**

**Marcotte, Diane. (1997). "Treating Depression in adolescence, A review of effectiveness of cognitive – behavioral". Treatment Journal of Youth and Adolescence, 26 (3), 273-283.**

**Massie, M., and Holland. J., (1984). "Psychiatry and oncology in L. Grinspoon" Psychiatry Update: V. III, Washington. DC: American Psychiatric Press.**

**Mcintosh, J., (1974). "Processes of communication, information seeking and control associated with cancer", Social Science and Medicine 8: 167-87.**

**Medonald, T. R. (1986). Death imagery and death anxiety. Journal of Clinical Psychology. 42, (1), 87-91.**

**Meichenbaum. (1978). Contemporary psychology cognitive-behavior. New Your: Bruner/ Mazel.**

**Miller, (1999). "School, based psychosocial intonations for childhood depression: acceptability of treatments among school psychologist". Doctorial Dissertation, Le high University in 1999, Dissertation Abstract International, 60 (6) 923-A**

**National Cancer Institute (2005). The national institutes health: Pediatrics, 115. 2, 435-442.**

**Recklitis, C. Leary, T. Diller, L. (2003). "Utility of rouline psychological screening in the childhood cancer survivor clinic". Journal of Clinical Oncology, 21, 5, 787-792.**

**Rogers. C. R. (1970). Carl Rogers an encounter groups, Harper Row, Publishers, New York.**

**Sarason, I. (1972). Abnormal psychology the problem of mal adeptive behavior. New York, Appleton, Century Croft.**

**Schalling, R. (1975). The Self in anxiety Stress and depression Amsterdam, North Holland.**

**Schoenberg, B., Carr, A., & Kurscber, A. H., (1974), Anticipatory grief. New York: Columbia University Press.**



**Sieber, I. (1980). Defining test anxiety problems and approaches in test anxiety theory research and application. New Jersey. LEA Publisher Hill Sdale.**

**Sobel, H., and Worden. J., (1980). Helping cancer patients cope: a problem solving intervention programme for health care professionals, New York : Guilford Press.**

**Spielberger, C. (1977): Current trends in theory and research on anxiety, New York, Academic Press.**

**Taylor, S. E. (1986). "Social support, support groups and the cancer patients". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5 (5) , 608-615.**

**Wolf, D., (1987). Children under stress, 2nd ed S.A. Ltd Penguin Book, p. 12.**

**Wolpe, (1973). The practice behavior therapy, (2 and ed.). New York. Pregranon.**

**Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal intuitions, Stanford Cliff: Stanford University Press.**

**Worden, J., (1987). Cognitive therapy with cancer patients, in A. Freeman and V. Greenwood (eds) Cognitive therapy: Applications in Psychiatric and Medical Settings. New York: Pergman Press.**

**Young, R., (1977). "Chronic sorrow: parents response to the birth of a child with a defect". American Journal of Maternal Child Nursing.**

**<http://hem.passagen.se/improve/Abstract.html>. 23/08/2005.**

**King Hussein Cancer Center/Cancer & population statistics.  
<http://www.khcc.jo/stats/population Asp>. 11/08/2005**

**Last, B., Grootenhuis, M., & Eiser, C., (2005). International comparison of contributions to psychosocial research on survivors of childhood cancer: past and future considerations.**

**<file://C:/Documents and settings/ARAB/Deskton/International comparison of Contribution....> 24/08/2005**

الملاحق

## ملحق (١)

### البرنامج الإرشادي السلوكي (التعلم الاجتماعي)

الجلسة الأولى:

الموضوع:

- تمهيد وتعارف بين أعضاء المجموعة المشاركين.

الأهداف:

١. أن يتم التعارف وتحقيق درجة من الألفة بين الباحثة والمجموعة.
  ٢. أن يتم الاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات.
  ٣. تعرف الأهداف العامة للبرنامج وهي خفض القلق والاكتئاب لدى أمراض مرضى السرطان.
  ٤. أن نحدد محتويات برنامج الإرشاد بذكر عناوين الجلسات.
- الزمن : ٤٥-٦٠ دقيقة .

الإجراءات:

- تبدأ كل جلسة بإحماء المرضى من خلال لعبة الكرة، في هذه الجلسة يتم التعارف الشخصي بين الباحثة والمريض ويكون في جو من الدفء والألفة والتقبل، وتأسيس العلاقة الإرشادية هي المهمة الأولى للباحثة ويتضمن ذلك الترحيب بالمريض، وتهتم الباحثة أساساً في هذه الجلسة بتشجيع المريض على التحدث عن نفسه وقبولها، ويعمل على التغلب على الحزن المسيطر على المريض، وتعريفه أن التعلم الاجتماعي من الأساليب الفعالة في علاج القلق (سرعة النبض، سرعة التنفس اضطراب النوم، برودة الأطراف، ورعشة اليدين) والاكتئاب (فقدان الشهية، نقصان الوزن، الأرق، عدم الارتياح، ونقص النشاط).
- شرح القواعد والإجراءات الأساسية الخاصة بالجلسات الإرشادية- وأن الدور الرئيس في هذه الجلسات الإرشادية يقع على مدى تعاون المريض وتقبله وذلك من خلال المشاركة الفعالة داخل الجلسات، والتدريب على المهارات اللازمة مثل الحوار الذاتي الإيجابي والسلبي.

- يتعرف المرضى الاضطرابات النفسية التي يعانونها وتوقعاتهم المستقبلية نحوها وكيف أن هذه الاضطرابات هي السبب في سوء حالتهم المرضية، وفي مدة إقامتهم في المستشفى، وكيف أن برنامجاً إرشادياً سيخفف هذه الاضطرابات والضغوطات وستجعلهم أكثر توافقاً.
- تحديد عدد الجلسات من خلال عرض عناوين عامة لها، ووقت بدء البرنامج وانتهائه.
- توضيح أسلوب التعامل من خلال الجلسات التي تعتمد على المناقشات الحرة، حتى يفصح المريض تماماً عما بداخله، ويناقش بحرية تامة ووضوح.

#### الأدوات المستخدمة:

السبورة وطباشير، ورق وقلم.

#### الواجب المنزلي:

- القيام بالتعارف وزيادة الألفة بينهم.
- تدوين الأشياء التي تسعدهم، ولا تسعدهم، مناقشة زملائهم الآخرين، وحالتهم الانفعالية سواء التي تسعدهم أم لا تسعدهم.

#### الجلسة الثانية:

##### الموضوع:

- توليد الأفكار الإيجابية.

##### الأهداف:

١. أن يتعرف المريض الأفكار المشوشة المستهدفة للذات (المسببة للاضطرابات عند المرضى).
٢. أن يطبق المريض أساليب التغلب على الأفكار المشوشة للذات .

الزمن: ٤٥ - ٦٠ دقيقة.

##### تمرين الإحماء:

- إحماء المرضى من خلال الكيس السحري.

## الإجراءات:

- مناقشة الواجب المنزلي المطروح في الجلسة السابقة.
- تبدأ الجلسة بمناقشة الأشياء التي تسعد المريض وربطها بالأفكار الإيجابية، وفي هذه الجلسة تبدأ الباحثة بشرح التفكير وأن التفكير ذاتي، وعلاقة التفكير بالموضوعات والأحداث مثل رؤية حدث أو زيارة أحد تجعله يفكر بموضوع يتعلق بهم، وكيف يحدث التفكير نتيجة إدراك موقف معين وعلاقة الحب والكره، والخوف والقلق والأمن، والطمأنينة وكيفية اكتساب سلوك الداعم وتأثيره في الأفكار المشوشة المستهدفة لمفهوم الذات مع ضرب الأمثلة المختلفة. التدريب على القيام بشعائر دينية (مسابقة قراءة آيات قرآنية، وأحاديث نبوية). والتدريب على تمارين رياضية وترفيهية تعمل على التغلب على هذه الأفكار المشوشة عن طريق مواقف مفرحة منها لعب الكرسي، ومسابقات الأكياس، وممارسة الألعاب الرياضية وفق ما ينصح به الطبيب، وممارسة الهوايات، وسماع الموسيقى وحركات إيقاعية شعبية.

- في هذه الجلسة تبدأ الباحثة بمناقشة أعراض أو شكوى المرضى النفسية، وأساليب خفضها من خلال تمارين الرسم والموسيقى من خلال عدد من البدائل، وقد تم توضيح أن أهم المشكلات النفسية التي تصاحب الأمراض المزمنة هو الاكتئاب، والمصاب بالاكتئاب هو عادة مصاب بحزن شديد، ويشكو من قلة الدافعية، ويشعر بالحزن والانسحاب والانعزالية والاضطهاد، لذلك فأهم علاج له اكتساب أفكار سوية تدعم ذاته وقد تتعلق بالإيمان والتمسك بالمعتقدات الروحية.

الأدوات المستخدمة:

ورقة وقلم، السبورة والطباشير.

الواجب المنزلي:

- تسجيل الأفكار المشوشة المستهدفة لذاته المسببة للاضطراب عند المريض خلال الأسبوع القادم لمناقشتها في الأسبوع التالي.

الجلسة الثالثة:

الموضوع:

– التدريب على الاسترخاء، طريقة علاج القلق عن طريق الاسترخاء.

الأهداف:

١. تعريف المريض بالاسترخاء (ملحق تهرين الاسترخاء).

٢. تطبيق الاسترخاء.

الزمن: ٤٥- ٦٠ دقيقة.

تمرين الإحماء :

تمرين الشهيق والزفير.

الإجراءات:

١. مناقشة الواجب المنزلي المطروح في الجلسة السابقة.

٢. في هذه الجلسة تدريب المريض على الاسترخاء وتدريبه على استخدام برنامج الاسترخاء في المنزل،

وتستعين الباحثة ببرنامج الاسترخاء إعداد عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤، ويتم ذلك من خلال

الخطوات الآتية:

– الجلوس في وضع مريح عند بداية التدريب... وتأکید هدوء المكان وخلوه من المشتتات.

– المكان التي سترقد عليه يجب أن يكون مريحاً.. ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم.

– ليس بالضرورة أن تكون راقداً أو نائماً بل يمكن البدء بالتدريبات وأنت جالس في وضع مريح.

– أبداً بتدريب عضو واحد في البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الذراع كما في الخطوات الآتية:

– أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة.

– لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشد.

– افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة، وأرخها وضعها في مكان مريح على مسند الأريكة،

لاحظ أن العضلات أخذت تسترخي وتثقل.

- كرر هذا التمرين عدداً من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى والاسترخاء الذي تنجم بعد ذلك عندما تفرد راحة يدك اليسرى، وإلى أن تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي، وأنه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى.
- كرر هذا التمرين (الشد والارتخاء) مع بقية العضلات الأخرى.
- بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في جميع أعضاء الجسم عضواً فعضواً بالطريقة السابقة.. سيمكنك في المرات اللاحقة استغراقه في وقت أقل من ذلك.
- اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام سيمكنك في مواقف تالية من التحكم في الاسترخاء العضلي في مناطق معينة من الجسم فقط عندما تحتاج بعض المواقف إلى الإبقاء على بعض العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض في حالة استرخاء العضو.
- من المهم أن تستخدم قوة الإيحاء الذاتي (الحديث الإيجابي الذاتي) مثل، ممكن أن أتغلب على هذه الصعوبة أكثر من الناس الآخرين الذين يواجهون صعوبات، أنا لذي استعداد للتغلب على الصعوبات. والتركيز الفكري لمساعدتك على الوصول إلى إحساس عميق بالاسترخاء العضلي في لحظات قصيرة لهذا من المفيد أن تدرب التفكير على التركيز في عمليات الشد والاسترخاء العضلي بالطريقة السابقة إذا وجدت أن تفكيرك يهتم بموضوعات أخرى راجعة إرادياً إلى الإحساس بالجسم.
- لا تياس إذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء فإن التكرار من شأنه أن يمكنك من ضبط الجسم بإبقائه في حالة استرخاء إن عاجلاً أو آجلاً.
- تمثيل قصة حركات إيقاعية لعدد من الحيوانات مثل قصة السلحفاة والأرنب، وإبدال نظرة اليأس بالتفاؤل والأمل والانطواء بالتحدث مع زملائه المرضى، فإن بث المشاعر والانفعالات يقربه من الشفاء والتأكيد على أهمية مواجهة فرصة التعايش معه، وأن عليه أن يتعلم الأمل والتفاؤل والنظرة للجانب المشرق من الحياة. فذلك سيزيد من طمأنينته ويضفي السلام على حياته.



الأدوات المستخدمة:

ورقة وقلم، سبورة وطباشير.

الواجب المنزلي:

– التدريب على تمارين الاسترخاء.

الجلسة الرابعة:

الموضوع:

- الحديث الذاتي والتنفيس عن انفعالاته .

الأهداف:

– توضيح مفهوم الحديث الذاتي والتنفيس.

– تطبيق الحديث الذاتي في مواقف الحياة المختلفة للسيطرة على الأفكار المشوشة للذات، أو الشعور بالضيق.

الزمن: ٤٥ - ٦٠ دقيقة.

تمرين الإحماء :

الكيس السحري .

الإجراءات:

– مناقشة الواجب المنزلي وتطبيقه في بداية الجلسة، ثم تعرف مواقف استخدام الحديث الذاتي للعمل على اكتساب مهارات اجتماعية جديدة تتعلق بتقبل المرض، وتطبيق بعض الأفكار، مثل التحدث مع زميل حول المرض أو كيفية التقبل لهذا المرض ثم التحدث مع نفسه بأفكار إيجابية نحو تقبل المرض.

– التغلب على الشعور بالحزن والوحدة عن طريق التعاون في أداء العمل اليومي لقضاء حاجته وخدمته مثل ترتيب الغرفة، ثم التحدث مع ذاته عن دوره الإيجابي في المشاركة، مما يظهر نواحي القوة لديه، وتكليفه بأعمال جماعية مما يحقق التعاون وتحمل المسؤولية بالتعاون مع العاملين بالمستشفى.

- القيام بزيارة لحديقة المستشفى أو نادٍ أو نشاط، والاستمتاع به، ويحدث نفسه عن الجانب الإيجابي في قضاء وقت ممتع مما يخفف عنه الألم والتفكير به.
  - القيام بتمرين كسر الشعور بالحزن (لعبة الكراسي).
  - قراءة قصة تعبر عن موقف تعلمته وشجاعة.
  - التدريب على بعض الشعائر الدينية في حالة المرض وطلب الشفاء (أدعية) إلى الله تعالى، وتقوم الباحثة بتقديم النموذج للأحاديث الإيجابية مع تقديم الواجب المنزلي.
- الواجب المنزلي:
- حفظ الدعاء، ومتابعة الحديث الذاتي الإيجابي.

الجلسة الخامسة:

الموضوع

- مواقف ضبط الذات.

الأهداف:

١. تعرف مشاعر الحزن وعدم الرضا وفقدان الإحساس بالفكاهة والدعابة.

٢. تعرف أساليب التغلب على المشاعر السلبية من خلال ضبط الذات.

الزمن: ٤٥-٦٠ دقيقة.

تمارين الإحماء:

لعبة المشي.

الإجراءات:

- مناقشة الواجب المنزلي ومعرفة النشاطات التي تم تنفيذها.
- يسيطر على المريض جمود ذاتي ناتج عن التفكيرات السلبية المسيطرة على انفعاله وسلوكه ويقوم المعالج بوضع جدول للأنشطة السارة التي تساعد على مقاومة جموده الذاتي، ويكون جدول النشاط متدرج المهام حتى يشعر المريض بنجاح عقب قيامه بمهمة بسيطة دون إجهاد يفوق طاقته في البداية.
- يقوم المريض بمشاركة مع زملائه بالرسم والتلوين، ومناقشتهم حول الرسومات التي قاموا بها، أي يوضح مشاعرهم بالرسومات مثل التعبير عما رسم، ولماذا اختار هذا اللون.
- تقوم الباحثة بالاستفسار من المريض عما تم رسمه، وتقول له إنه يمكن أن يختار ألواناً أخرى ويرسم، أو يكمل الرسمة.
- السيكودراما ويعرف بالتمثيلية النفسية مضمونها المشكلات النفسية المراد علاجها من خلال التعبير اللفظي الحر، المتسم بالتلقائية والتنفيس الانفعالي عن دوافعهم ورغباتهم، يتم تأليف وإخراج التمثيلية وكذلك أداء ما بها من أدوار بواسطة المرضى أنفسهم وقد تتدخل الباحثة في تقديم المساعدة لإنجاز هذه العملية، وبعد انتهاء العرض تتم مناقشة أحداثها، والتعليق بالنقد على ما دار فيها.

- قراءة قصة- التقليد أو النمذجة، وتبادل الأدوار، الغناء والرقص.

الأدوات المستخدمة:

ورقة، قلم، تلاوين، السبورة والطباشير.

الواجب المنزلي:

- التدريب على تمارين سيكودراما (القيام بتمثيل ما يشعر به وتمثيل أحداث يوم من أيامه).

الجلسة السادسة:

الموضوع:

- الانسحاب الاجتماعي، والتردد.

الأهداف:

١. زيادة الاهتمام الاجتماعي أو الاهتمام بالآخرين.

٢. عدم التردد في التعرف إلى الآخرين.

الزمن: ٤٥ - ٦٠ دقيقة.

تمارين الإحماء:

الكيس السحري.

الإجراءات:

- مناقشة الواجب المنزلي ومعرفة النشاطات التي تم تنفيذها.

- المريض بسبب وضعه الصحي السلبي يكون من الصعب عليه الاهتمام بالجوانب الاجتماعية والاختلاط مع الآخرين وقد يسيطر عليه شعور بأنه.. أنا مش عايز أكون مع الناس أبداً، والتردد مثل أن يركز أنا ما أقدرش أو لا أستطيع أن أقرر أو أحدد رأيي في أشياء، هذه الأفكار تكون بسبب فشله في أن يكون لديه خبرة سارة، فالمريض يركز على خبراته الفاشلة حتى تتساوى مع أفكاره عن نفسه والعالم، فإن سروره يكون قصير الأمد لأن الخبرات المكبرة هي التي تحكم عامله وتسيطر على تفكيره، ولذلك تستخدم الباحثة نتائج المرضى على اختبار الاكتئاب، ومقارنته بطريقة مباشرة معهم حول اهتمامهم بالآخرين وعلاقاتهم مع أسرهم وزملائهم في المستشفى وخارجه، وتدريبهم على مهارات اجتماعية

- جديدة مثل التحدث اللبق الجيد والاستماع للآخرين من خلال مواقف لعب الأدوار، والمناقشة والتعليق على هذه الأدوار وإعادة لعب الدور في موقف اجتماعي آخر، والبدء بالحديث ومتابعة حديث الآخرين، ودعوة آخرين لزيارته ومشاركتهم باحتفال وزيارة الآخرين.
- تشجيع المريض بأن يسير مع الجماعة في شكل دائرة وهو يعقد يديه مع مريض آخر، أو السير بشكل رقصة شعبية.
- التشجيع على التماسك ومعايشة الجماعة: وذلك بوضع الجماعة في شكل دائرة بينما يعقد كل فرد ذراعيه بذراعي المريضين المحيطين به من الجهتين فتبدو الجماعة في شكل حلقة.
- تدريب الأفراد على إظهار الود وتقبل الحب مع الآخرين: توجهات للمرضى للتعبير عن مشاعرهم الإيجابية نحو الآخرين بطريقة غير لفظية: اللمس والالتقاء البصري.
- التدريب على تطبيق مهارات اجتماعية تساعده على التغلب على الانسحاب الاجتماعي، وتبادل المشاعر الإيجابية مع الآخرين، بأن يتحدث المريض عن خبراته التي تجعله يبتعد عن الآخرين.
- وتقوم الباحثة بنمذجة مهارة الإصغاء أمام المرضى عن طريق الاستماع لمن يحدثها وإعطائه الفرصة ليعبر عن نفسه أي عدم التركيز فقط على ما يريد قوله وتجاهل ما يعبر عن الطرف الآخر، وبعدها يطلب منهم أن يقلدوها، ثم تقديم التغذية الراجعة المشتركة، وتعزز السلوكيات الفعالة للإصغاء حسبما أبداه الأعضاء المشاركون.
- للتدريب على الإصغاء للآخرين ومشاركة الآخرين وجدانياً: تقسيم المرضى إلى جماعات ثنائية، يتولى كل فرد فيها دورياً الإصغاء لما يقوله شخص آخر من عبارات.. يعيد بعد ذلك صياغتها قبل أن يتجه لصياغة عباراته.
- توضيح الإيماءات والحركات المصاحبة للتحدث والإصغاء إذ لا بد أن يتفق السلوك اللفظي وغير اللفظي فإذا كان الفرد سعيداً، ابتسم وظهرت على وجهه السعادة، وتدريب المرضى على مواقف يتفق فيها السلوك اللفظي مع السلوك غير اللفظي.

– توضح الباحثة معنى مهارة المحافظة على مهارة التواصل بالعيون، وتقول يحتاج المريض ليكون مؤكداً لذاته.. وذلك بأن ينظر في عيون الشخص الآخر وأن لا يخفض رأسه ليكتسب المريض الثقة بالنفس، ثم يمدج كيفية التواصل بالعيون الملائم في عدة مواقف أثناء التحدث مع شخص آخر.

الأدوات المستخدمة:

ورقة وقلم ، سبورة وطباشير .

الواجب المنزلي:

– تطبيق تمرين الاسترخاء، القيام بالنشاطات الاجتماعية خلال الأسبوع مع الآخرين، وتسجيل هذه النشاطات.

الجلستان السابعة والثامنة:

الموضوع:

- تدريب على مهارات التواصل (التحدث والإصغاء).

الأهداف:

– تعرف مهارة التواصل مع الآخرين.

– تطبيق مهارات التواصل مع الآخرين في مواقف الحياة.

الزمن: ٤٥-٦٠ دقيقة.

تمرين الإحماء:

لعبة الكيس السحري.

الإجراءات:

– مناقشة الواجب المنزلي ومعرفة النشاطات التي تم تنفيذها.

– تدريب المريض على مهارة التواصل التي تتضمن السلوك اللفظي وغير اللفظي من خلال النمذجة، ثم تقليد الموقف على أن يتبادل المرضى دور التقليد للموقف النموذجي، كما يتم تدريبهم على حسن استخدام الصوت أو التحكم بما يقلل الوهن والضعف عند المريض، عن طريق أداء الدور أو الملاحظة، مما يزيد لديهم مهارة الدخول في مواقف تفاعل إيجابي، وتجنب المريض المكتئب الكثير من الإحباط، والخبرات غير السارة التي تدفعه إلى المزيد من العزلة ولذلك تهتم الباحثة أن يشارك

- المريض المكتئب من خلال استخدام لعب الأدوار الذي يتدرب على مشاهدة الباحثة من خلال ما يقوله وأن ينتبه إلى نبرات صوته وإشاراته وتعبيراته.
- تقوم الباحثة بالتحدث مع المرضى حول موضوع ينال اهتماماتهم وتطلب من المرضى الاستجابة، وهنا توضح شرحاً لمعنى أهمية مهارة الإصغاء. فتقول يتضمن التواصل وجود مرسل ومستقبل، فنحن بحاجة لأن نتحدث وأن نصغي للطرف الآخر لنعرف ماذا يريد فهذا يمكننا من الاتصال الناجح معه، لكن للأسف أغلبنا يحاول أن يتحدث دون سماع ما يقوله الطرف الآخر مما يؤدي إلى فهم غير سليم، وبالتالي مشاكل في علاقاتنا مع الآخرين.
- تقوم الباحثة بنمذجة أسلوب المريض في حالة عدم الإصغاء، إذ تطلب من أحد الأعضاء أن يتحدث معها بشكل مقصود دون إعطاء المجال للطرف الآخر ليعبر عن نفسه، ثم يطلب من المرضى التعليق على ذلك.
- وبعدها تطلب الباحثة من المرضى أن يتحدث كل واحد عن خبرته في هذا المجال، والقيام بدور بعض تلك الخبرات مع تقديم التغذية الراجعة المستمرة والمشاركة.
- ثم تضيف الباحثة .. إننا لا نقف مكتوفي الأيدي في حيال تلك المشاكل، فيمكننا أن نعمل الكثير تجاهها... بالتدرج يمكن للفرد أن يحاول أن يسمع أكثر من أن يتحدث ويحاول أن يتفحص ما يريد قوله الطرف الآخر.

الأدوات المستخدمة:

ورقة وقلم، سبورة وطباشير.

الواجب المنزلي:

- تطبيق تمرين الاسترخاء، الحديث والتواصل في حياته اليومية خلال الأسبوع، وتسجيل هذه المواقف.

الجلسة التاسعة:

الموضوع: القلق

- مفهوم القلق: شعور بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال الأم مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع .

- تخفيض القلق.

الأهداف:

١. أن يتعرف المريض مشاعر القلق وقلق الموت.

٢. أن يتعرف المريض أساليب خفض القلق، مثل الاسترخاء، والتنفس السليم، نشاط ترفيهي ورياضي، وإعدادهم على تحمل المسؤولية الشخصية ورعاية أنفسهم بما يساعد على تبديل أفكارهم السلبية.

٣. تطبيق أساليب خفض القلق.

الزمن: ٤٥ - ٦٠ دقيقة.

تمرين الإحماء:

لعبة قارب الحياة.



## الإجراءات:

- مناقشة الواجب المنزلي والمواقف التي تم تسجيلها خلال الأسبوع الماضي.
- تعرف الباحثة القلق بأنه خوف من المجهول وهو عبارة عن استجابة انفعالية لمواقف مخيفة مثل الإصابة بالمرض وترك العائلة والحياة العادية التي كان يحياها المريض، أو ربما يكون المريض متوقفاً الجراحة أو العلاج الكيماوي، والقيام ببعض التمارين المسلية الترفيهية، والاستفادة من مهارة الاسترخاء والتنفس.
- تقوم الباحثة ببث الأمل في نفوس المرضى بإمكانية الشفاء من القلق إذا استطاعوا الاستفادة من التمارين التي استخدمت في ضبط الانفعالات، والقلق المتزايد بتغير تفكيرهم، وتحمل مسؤولية حياتهم الجديدة بالتكيف معها وإبدال أفكارهم المشوشة بأفكار جديدة بأن يعطوا أمثلة حول ذلك من قبل خبرتهم الشخصية "الجلسات السابقة"، عندها عليهم أن يتجهوا إلى التخطيط والبحث للاستفادة من الوقت أو الفترة الزمنية الحالية بالبحث عن بدائل تحقق ذلك، وما البدائل التي يمكن استخدامها؟ وما الاختيارات الأفضل؟ باستطاعة المريض تقليل حدوث هذا الشيء وكيف يستطيع أن يتقبل نفسه؟ ويأخذ حذراً وكأنه حدث روتيني، وكيف سيجد القوة؟ وكيف يعيش كإنسان؟ باستطاعته زيادة التفاعل والأمل في حياته.
- تناقش الباحثة في هذه الجلسة مع المرضى الألم ومفاده: أن يكون المرضى في حالة من الضغوط نتيجة معاناتهم من الألم، لذلك فإن التعليمات التي تسبق العملية الجراحية، ربما تسبب الألم للمريض، وكذلك فالعلاج الكيماوي يؤدي إلى نفور المريض منه فيشعر عند أخذ الجرعة بالألم، فالمرضى الذي مر بتكرار هذه المواقف معرض لحالة انفعالية، إن المرضى الأقل ألماً هم الأقل خوفاً، إن تحدثك مع طبيبك، وطرح الأسئلة عليه، يجعلك تشعر بالاطمئنان، وإن تناولك ما يفرض عليك من العلاجات والأدوية والحمية.
- وقبل تناول العلاج الكيماوي يكون شعوره بالألم أقل، إن المريض الذي يتوقع الألم يصاب به فهناك علاقة إيجابية دالة بين توقع الألم الشديد والاضطراب بعد العملية الجراحية، إن المريض يطمئن عند تناوله للدواء حتى ولو كان هذا الدواء كاذباً وعادة ما يكون الألم جسمياً أو نفسياً أو اجتماعياً.

إن رغبة المريض في الحياة وتعاون الفريق الاختصاصي تكون سبباً في تخفيف شقائه وألمه، كذلك فالاسترخاء يزيد من القوة والحيوية ويقلل الشعور بالألم. وأسرع شفاء للمريض هو توجهه لربه، والطلب أن يشفيه فالله على كل شيء قدير، إن الدين وسيلة لتحقيق الإيمان والأمان والسلام النفسي، وهو هبة من الله لخير الإنسان يعينه على الحياة السوية، وهو الطريق إلى الخلاص والسعادة والسلامة والسلام.

- تتحدث الباحثة عن المقارنة بين الحياة والموت، وأهمية الحياة حتى يحين موعد الموت إذ إن كل مريض يعرف بأنه لا خلود للإنسان، ولكنه لا يعرف متى سيموت، وكيف سيموت، وسيتساءل المريض لماذا أنا؟ ولماذا الآن؟ وماذا فعلت حتى يحدث لي ذلك؟ ولماذا اختارني الله؟ وهنا سيصحب هذا المريض الشعور بالذنب، يشارك المرضى برأيهم في مثل هذه المواقف. ولا شك في أن القلق ورفض الموت هما قوتان تخلقان مشاعر مؤلمة، فبعض من هم حول المريض يعاملونه على أساس انه سيموت غداً، وهنا على المريض أن يقول إن الأعمار بيد الله وعليه أن يعلم أنه ربما يموت أحد ممن حوله قبله، فقضاء الله وحكمته أن يعيش الإنسان عمراً زائلاً في الدنيا، ثم يعيش عمراً خالداً في الآخرة لذلك فالمؤمنون يتمنون الموت حتى يخلدوا بالآخرة في جنات النعيم، فالموت حق.

- مناقشة القلق وتصحيح المعلومات الخاطئة عنه.
- ممارسة التمارين الرياضية المسموح بها لتخفيف القلق وتمارين الاسترخاء.
- القيام بالصلاة والدعاء إلى الله بالشفاء.
- تناول الدواء بمواعيده والتحدث مع الطبيب والاستفسار عن أي شيء يبادر ذهنه.

الأدوات المستخدمة:

ورقة وقلم، وسبورة وطباشير.

الواجب المنزلي:

- القيام بهوايات محببة.
- مراقبة الذات حول استخدام المريض لأساليب خفض القلق.

الجلسة العاشرة:

الموضوع: الدعم الذاتي

– مفهوم الدعم الذاتي: أن يقوم المريض بأشياء يحبها "هوايته" للشعور بالكفاية والمقدرة والأهمية والاعتماد على الذات.

– أهمية الدعم الذاتي، الشعور بالإنجاز الذي حققه خلال الجلسات الإرشادية والحديث مع ذاته عن أهمية الإنجاز واستغلال وقته بما يفيد.

الأهداف:

١. تعرف أهمية الدعم الذاتي في الحياة وأثره في التعايش مع المرضى.

٢. تطبيق الدعم الذاتي.

تمارين الإحماء:

لعبة ثلج و نار .

الإجراءات:

– البدء بنقاش الواجب البيئي ثم الانتقال لمناقشة أهمية الدعم الذاتي وهذا يتضمن تقبل المريض لقضاء الله وقدره، وأهمية الحياة والتعايش مع المرض والأمل والشفاء للمريض. وإن أصيب بالمرض فعليه أن يحيا حياته بأمل في إمكانية اختراع دواء يشفيه، لذلك عليه أن يحيا حياة طبيعية، وما دام قادراً على القيام بواجباته فيقوم بها فإن أصابته بالمرض تجعله يعرف قيمة الحياة والقصد منها، إذ إن عليه أن يعمل لدنياه كأنه يعيش أبداً ويعمل لآخريته كأنه يموت غداً، إن لكل حياة بداية ونهاية، فالدواء من المستحيل أن يمنع الموت، وهناك وقت للحزن ولكن وقت البهجة والسعادة والسلام أطول، لذلك فعلى المريض أن يكون مبتهجا، "الاستفسار من كل مريض عن كيفية تحقيق الدعم الذاتي، وما أساليب الدعم الذاتي". عن طريق الإيمان بالله، وأن هناك كثيراً من الناس لا يتوقعون الموت، وقد يموتون بحادث سيارة "كهرباء أو سقوط، فهناك العديد من الأسباب للموت".

– أن يشغل المرضى أوقات فراغهم بقراءة القرآن الكريم، وبعض الهوايات مثل الرسم، وتنسيق الزهور، والقراءة والكتابة، والتطريز، والأعمال المحببة وغيرها، والتحدث معهم عن أهمية ممارسة هذه النشاطات في الجلسات السابقة، وعن مقترحات لمثل هذه النشاطات يستطيعون ممارستها، وإذا دار الحديث بين المرضى فيجب أن يكون عن شيء غير المرض، وعلى المريض أن لا يبقى دون أصدقاء، فمن الصعوبة أن يعتمد المريض على نفسه فقط.

الأدوات المستخدمة:

ورقة وقلم، وسبورة وطباشير.

الواجب المنزلي:

– ما النشاطات التي يجب أن تتوافر لديه لتحقيق الدعم الذاتي.  
– مواقف من الأفعال، والتعليق عليها والمناقشة لها والقيام بأدائها من خلال أداء لعب الأدوار أو النمذجة.

الجلسة الحادية عشرة:

الموضوع: الحياة بسعادة

– الحياة بسعادة: هي الحياة المنتجة وفيها يعتمد على ذاته والشعور بالمسؤولية والإنجاز.  
الأهداف:

– أن يتعرف المريض كيفية الحياة بسعادة وتطبيقها في مواقف حياته اليومية.  
الزمن: ٤٥-٦٠ دقيقة.

تمرين الإجماء:

معرفة الشيء وكيفية الشعور به.

## الإجراءات:

– البدء بنقاش الواجب البيتي والنشاطات التي قام بها من أجل الدعم الذاتي.

– تناقش الباحثة حول السعادة في الحياة، إذ إن المريض الذي يريد أن يعيش بسعادة، عليه أن ينتقل من الاعتماد على الأدوية والأطباء إلى الحياة الطبيعية والدعم الذاتي، كذلك فهو مسؤول عن نفسه، فليس المرض هو ردود فعل المريض ولكن ردود الفعل عنده هو ما يقوله لنفسه وتفسيره له فكما يقول شكسبير: "بأنه لا يوجد شيء جيد أو رديء، وإنما التفكير هو الذي يجعله كذلك"، يستطيع المريض عند مواجهة الضغط أو الفزع استعمال تمرين الاسترخاء، أو التنفس ثلاث مرات على أن يخرج بالزفير كل التوترات التي توجد في صدره، وفي حين تلف خلايا الجسم، يستطيع أن يستعمل تمرين التخيل، إن المريض يبني خلايا جديدة، يجعلها تتجدد بالراحة التي يحصل عليها بواسطة الاسترخاء والتخيل بإنجاز الأعمال، فالعمر لا يحسب بالسنوات لكن يحسب بالإنجازات، وعليك أن تقول لنفسك: أريد أن أتمسك بكل دقيقة على أساس أنها الحافظ للنفس، ويستفسر من المرضى عن فائدة هذه التمارين في الجلسات السابقة، والتحدث مع الذات بالأشياء الإيجابية والبعد عن الجانب السلبي.

– تناقش الباحثة موضوع الاهتمام بالتغذية الجيدة التي تحسن مناعة الجسم والمقاومة للأمراض، وذلك بالإكثار من الألياف، والفيتامينات، واتباع الأغذية المفيدة والمغذية حسب إرشادات الطبيب لزيادة المناعة وتقويتها.

الأدوات المستخدمة:

ورقة وقلم، سبورة وطباشير.

الواجب المنزلي:

– التدريب على تطبيق تمرين التنفس والاسترخاء والدعم الذاتي في تحقيق ما يسعد المريض في حياته اليومية، وتسجيل ذلك.

الجلسة الثانية عشرة:

الموضوع:

– مراجعة شاملة لأساليب الإرشاد التي اتبعت في برنامج الإرشاد الحالي، وإجراء تقييم لها.

الأهداف:

١. مراجعة شاملة للأساليب الإرشادية.

٢. تطبيق اختبار القلق والاكتئاب.

٣. تعرف رأي المريض ومدى الاستفادة من البرنامج العلاجي.

الزمن: ٤٥-٦٠ دقيقة.

تمرين الإحماء:

التقليد والنمذجة .

الإجراءات:

- تقوم الباحثة بمناقشة الواجب البيئي والنشاطات التي قام بها المرضى.
- تتم مناقشة أساليب الإرشاد التي اكتسبها المريض من خلال الجلسات الإرشادية للبرنامج العلاجي المعرفي، وتعرف رأي المريض في مدى الاستفادة من البرنامج العلاجي.
- تشرح الباحثة للمرضى عن بعض الصعوبات التي ستواجههم في المستقبل وأن عليهم المحافظة على مستوى النجاح في مقاومة المشاعر والأفكار المشوشة وأنه قد تحدث بعض النكسات لفترات قصيرة، وأن توضح لهم أن الشفاء الدائم يتطلب التحدي للأفكار المشوشة الأتوماتيكية، وتغييرها في مواقف التحدث مع الآخرين، كما أنها ستقوم بمتابعتهم بعد أسبوعين للتأكد من مدى استفادتهم من البرنامج.
- تقوم الباحثة بتطبيق اختبار الاكتئاب والقلق وإنهاء الجلسات والاتفاق على موعد للمقابلة مرة أخرى بعد أسبوعين من نهاية الجلسات لإجراء التقييم البعدي لمتابعة البرنامج العلاجي.

الأدوات المستخدمة:

لا شيء.

## ملحق (٢)

اختبار مقياس قلق الموت  
إعداد: دونالد تمبلر وتعريب عبد الخالق  
استخرجت الباحثة الصدق والثبات

الاسم: \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_ الجنس: \_\_\_\_\_

### قلق الموت

هو شعور انفعالي يسيطر على المريض ويبدو من خلال عدم رغبته بالحديث عن الموت، كل إنسان عنده درجة من قلق الموت ربما تكون عالية فتضره أو بسيطة ولكي نعرف درجة قلق الموت عليك الإجابة على هذا المقياس.

### التعليمات:

فيما يلي خمس عشرة فقرة، أقرأ كل فقرة وبين ما إذا كانت تنطبق عليك أم لا ثم ضع دائرة حول كلمة (نعم) أو كلمة (لا) التي تسبق كل سؤال يناسبك، ليست هناك إجابات صحيحة أو أخرى خاطئة، ولكن المهم أن تكون دقيقاً في تحديد ما ينطبق تماماً عليك.

لا توجد فقرات صحيحة وفقرات خاطئة، ولا يوجد وقت محدد، المهم الصدق والأمان والدقة في

الإجابة.

الفقرات	إجابة	فقرات المقياس
لا	نعم	١. أخاف بشدة من أن أموت
لا	نعم	٢. نادراً ما تخطر ببالي فكرة الموت
لا	نعم	٣. أخشى أن أموت موتاً مؤلماً
لا	نعم	٤. كثيراً ما أفكر بأن الحياة قصيرة فعلاً
لا	نعم	٥. يزعجني منظر جسد ميت
لا	نعم	٦. لا أشعر بالتوتر عندما يتكلم الناس عن الموت
لا	نعم	٧. لا أخاف كثيراً إذا كان سيجري لي عملية جراحية
لا	نعم	٨. لا أخاف من الموت أبداً
لا	نعم	٩. أنا لا أخاف أبداً من الإصابة بمرض السرطان
لا	نعم	١٠. إن التفكير بالموت يزعجني جداً
لا	نعم	١١. أشعر بالتوتر الشديد عندما يسرع طيار الطائرة وأنا فيها
لا	نعم	١٢. أخاف أن أتألم ساعة الموت
لا	نعم	١٣. يزعجني موضوع الحياة بعد الموت
لا	نعم	١٤. أرتعد خوفاً عند ذكر الحرب في فلسطين أو العراق
لا	نعم	١٥. أشعر بأن القدر لا يخبئ لي شيئاً أخافه

والآن انتهت الإجابة على المقياس وشكراً لك.



ملحق (٣)

مقياس حالة القلق

إعداد سييلبرجر وتعريب غيشان  
استخرجت الباحثة الثبات وصدق المقياس

الاسم: \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_

التعليمات: فيما يلي بعض الجمل التي يستعملها المرضى لوصف أنفسهم بها، أقرأ كل جملة بعناية وقرر كيف تشعر الآن في هذه اللحظة، ثم ضع علامة إشارة أما الكلمة التي تصف كيف تشعر الآن، ليس هناك

إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

تذكر يجب أن تختار الكلمة التي تصفك بشكل أفضل في هذه اللحظة.

١.	أشعر أنني:	هادي جداً ( )	هادي ( )	غير هادئ ( )
٢.	أشعر أنني:	منزعج جداً ( )	منزعج ( )	غير منزعج ( )
٣.	أشعر أنني:	مسرور جداً ( )	مسرور ( )	غير مسرور ( )
٤.	أشعر أنني:	عصبي جداً ( )	عصبي ( )	غير عصبي ( )
٥.	أشعر أن:	أعصابي متوترة جداً ( )	أعصابي متوترة ( )	أعصابي غير متوترة ( )
٦.	أشعر أنني:	مرتاح جداً ( )	مرتاح ( )	غير مرتاح ( )
٧.	أشعر أنني:	فزع جداً ( )	فزع ( )	غير فزع ( )
٨.	أشعر أنني:	مسترخ جداً ( )	مسترخ ( )	غير مسترخ ( )
٩.	أشعر أنني:	مهموم جداً ( )	مهموم ( )	غير مهموم ( )
١٠.	أشعر أنني:	راض جداً ( )	راض ( )	غير راض ( )
١١.	أشعر أنني:	بالرعب كثيراً ( )	بالرعب ( )	بعدم الرعب ( )
١٢.	أشعر أنني:	سعيد جداً ( )	سعيد ( )	غير سعيد ( )
١٣.	أشعر أنني:	واثق جداً ( )	واثق ( )	غير واثق ( )
١٤.	أشعر أنني:	مشغول البال جداً ( )	مشغول البال ( )	لست مشغول البال ( )
١٥.	أشعر:	بالغبطة كثيراً ( )	بالغبطة ( )	بعدم الغبطة ( )
١٦.	أشعر أنني:	متضايق جداً ( )	متضايق ( )	غير متضايق ( )
١٧.	أشعر أن:	أموري على أحسن ما يرام ( )	على ما يرام ( )	ليست على ما يرام ( )
١٨.	أشعر إنني:	مرتعب جداً ( )	مرتعب ( )	غير مرتعب ( )
١٩.	أشعر أنني:	مرتبك جداً ( )	مرتبك ( )	غير مرتبك ( )
٢٠.	أشعر أنني:	مبتهج جداً ( )	مبتهج ( )	غير مبتهج ( )

قائمة قياس الاكتئاب

إعداد: ماريا كوفاكس وتعريب ريم غيشان

واستخرجت الباحثة الصدق والثبات

اسم الطالب: — الاسم الأب: — اسم الجد: — العائلة: — الجنس: —

عزيزي الطالب / عزيزتي الطالبة:

تحتوي هذه القائمة على مشاعر وأراء وضعت في مجموعات نرجو منك اختيار جملة واحدة من

كل مجموعة بحيث تصف أحوالك على أفضل شكل في الأسبوعين الأخيرين الماضيين.

تجد في كل فقرة ثلاث جمل، هناك جملة واحدة فقط تصف أحوالك أحسن وصف، ضع علامة

(x) في القوس أمام تلك الجملة.

تذكر: اختر الجمل التي تصف مشاعرك وأفكارك في الأسبوعين الأخيرين الماضيين:

١.	أشعر أنني حزين في أوقات قليلة	( )
	أشعر أنني حزين في أوقات كثيرة	( )
	أشعر أنني حزين في كل الأوقات	( )
٢.	لا تسير أموري أبداً على ما يرام	( )
	إنني غير متأكد من أن الأمور ستسير بشكل جيد بالنسبة لي	( )
	ستسير الأمور على ما يرام بالنسبة لي	( )
٣.	أعمل معظم الأشياء بشكل جيد	( )
	أعمل معظم الأشياء بشكل خطأ	( )
	أعمل كل الأشياء بطريقة خاطئة	( )
٤.	أشعر بالمتعة عند إنجاز أشياء كثيرة	( )
	أشعر بالمتعة عند إنجاز بعض الأشياء	( )
	لا شيء ممتع على الإطلاق	( )
٥.	أنا سيئ في كل الأوقات	( )
	أنا سيئ في بعض الأوقات	( )
	أنا سيئ من وقت لآخر	( )
٦.	أفكر بأشياء سيئة ستحدث لي من وقت لآخر	( )
	أنا منزعج لأن أشياء سيئة ستحدث لي	( )
	أنا متأكد من أن الأشياء فظيعة سوف تحدث لي	( )
٧.	أنا أكره نفسي	( )
	أنا لا أحب نفسي	( )
	أنا أحب نفسي	( )
٨.	كل الأشياء السيئة هي نتيجة أخطائي	( )
	معظم الأشياء السيئة هي نتيجة أخطائي	( )
	الأشياء السيئة ليست دائماً نتيجة أخطائي	( )
٩.	لا أفكر في قتل نفسي	( )
	أفكر في قتل نفسي لكنني لن أفعل ذلك	( )
	أريد قتل نفسي	( )
١٠.	أشعر أنني في حاجة للبكاء طوال اليوم	( )
	أشعر أنني في حاجة للبكاء من وقت لآخر	( )
	أشعر أنني في حاجة للبكاء من وقت لآخر	( )
١١.	تضايقني أشياء في كل الأوقات	( )
	تضايقني أشياء في بعض الأوقات	( )
	تضايقني أشياء من وقت لآخر	( )
١٢.	أحب أن أكون مع الناس	( )
	في معظم الأوقات لا أحب أن أكون مع الناس	( )
	لا أريد أن أكون مع الناس إطلاقاً	( )
١٣.	لا أستطيع أن أتخذ قراراتي	( )
	من الصعب علي اتخاذ قراراتي	( )
	أستطيع اتخاذ قراراتي	( )
١٤.	مظهري جيد	( )
	هناك أشياء سيئة في مظهري	( )
	شكلي بشع	( )

( )	علي أن أجبر نفسي في كل الأوقات لكي أقوم بواجباتي المدرسية	١٥
( )	علي أن أجبر نفسي في أوقات كثيرة لكي أقوم بواجباتي المدرسية	
( )	عمل الواجبات المدرسية ليست مشكلة كبيرة	
( )	يصعب علي النوم كل ليلة	١٦
( )	يصعب علي النوم في بعض الليالي	
( )	أنام بشكل هادئ	
( )	أشعر بالتعب من وقت لآخر	١٧
( )	أشعر بالتعب في معظم الأحيان	
( )	أشعر بالتعب في كل الأوقات	
( )	ليس لدي شهية للأكل في معظم الأحيان	١٨
( )	ليس لدي شهية للأكل في أيام كثيرة	
( )	أكل بشكل جيد جداً	
( )	لا تشغل بالي الآلام والأوجاع	١٩
( )	تقلقني الآلام والأوجاع في أوقات كثيرة	
( )	تقلقني الآلام والأوجاع في كل الأوقات	
( )	لا أشعر بالوحدة أبداً	٢٠
( )	أشعر بالوحدة معظم الأوقات	
( )	أشعر بالوحدة في كل الأوقات	
( )	لا أستمتع أبداً في المدرسة	٢١
( )	أستمتع بالمدرسة في بعض الأحيان	
( )	أستمتع في المدرسة في كل الأوقات	
( )	أصدقائي كثيرون	٢٢
( )	عندي بعض الأصدقاء لكنني أتمنى أن يكون لدي أصدقاء أكثر	
( )	ليس لدي أصدقاء	
( )	علاماتي في المدرسة جيدة	٢٣
( )	علاماتي في المدرسة ليست جيدة كما كانت في السابق	
( )	أنا سيئ في مواد تعودت أن أكون فيها جيداً	
( )	لا أستطيع أن أكون جيداً مثل باقي الناس	٢٤
( )	أستطيع أن أكون جيداً مثل باقي الناس	
( )	أنا جيد مثل باقي الناس	
( )	لا يوجد أحد يحبني	٢٥
( )	لست متأكداً من أن هناك من يحبني	
( )	متأكداً من أن هناك أشخاصاً يحبونني	
( )	أفعل ما يطلب مني دائماً	٢٦
( )	أفعل ما يطلب مني في معظم الأوقات	
( )	لا أفعل ما يطلب مني إطلاقاً	
( )	لا أتشاجر مع الناس	٢٧
( )	أقع في مشاجرات مع الناس في أوقات كثيرة	
( )	أتشاجر مع الناس في معظم الأوقات	

ملحق (٥)

أسماء أعضاء لجنة التحكيم

الجامعة	التخصص	اسم الدكتور
عمان العربية للدراسات العليا	علم نفس تربوي	د. قحطان الظاهر
عمان العربية للدراسات العليا	علم نفس تربوي / إرشاد	أ. د. صالح الداھري
عمان العربية للدراسات العليا	علم نفس تربوي / تربية خاصة	أ. د. سعيد الأعظمي
عمان العربية للدراسات العليا	بحث تربوي-قياس وتقويم	أ. د. عبد الجبار البياتي
عمان العربية للدراسات العليا	علم نفس / تربية خاصة	د. محمد صالح
عمان العربية للدراسات العليا	علم نفس / إرشاد	د. عطا الله الخالدي
عمان العربية للدراسات العليا	علم نفس / إرشاد	أ. د. نزيه حمدي
عمان العربية للدراسات العليا	علم نفس تربوي	أ.د.موفق الحمداني

## ملحق (٦)

ملخص الجلسات الإرشادية التي تم تطبيقها

وفق نظرية التعلم الاجتماعي (باندورا)

## الجلسة الأولى:

الموضوع:

- تمهيد وتعارف على البرنامج.

الأهداف:

1. التعارف وتحقيق درجة من الألفة بين الباحث والمجموعة.
2. الاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات.
3. التعريف بالإجراءات والهدف ومحتويات البرنامج ومدته.

## الجلسة الثانية:

الموضوع:

- توليد الأفكار الإيجابية.

الأهداف:

1. تعريف المريض بالأفكار المشوشة الهادفة للذات.
2. تطبيق أساليب التغلب على الأفكار المشوشة.

## الجلسة الثالثة:

الموضوع:

- التدريب على الاسترخاء، طريقة علاج القلق عن طريق الاسترخاء.

الأهداف:

1. الاسترخاء.
2. تطبيق الاسترخاء.

## الجلسة الرابعة:

الموضوع:

- مفهوم الحديث الذاتي والتنفيس.

الأهداف:

- توضيح مفهوم الحديث الذاتي والتنفيس.
- تطبيق الحديث الذاتي في مواقف الحياة المختلفة للسيطرة على الأفكار المشوشة الهادفة، أو الشعور بالضيق.



الجلسة الخامسة:

الموضوع

- مواقف ضبط الذات.

الأهداف:

١. تعرف مشاعر الحزن وعدم الرضا وفقدان الإحساس بالفكاهة والدعابة.
٢. تعرف أساليب التغلب على المشاعر السلبية من خلال ضبط الذات.

الجلسة السادسة:

الموضوع:

- الانسحاب الاجتماعي، والتردد.

الأهداف:

١. زيادة الاهتمام الاجتماعي أو الاهتمام بالآخرين.
  ٢. عدم التردد في التعرف إلى الآخرين.
- الجلستان السابعة والثامنة:

الموضوع:

- تدريب على مهارات التواصل (التحدث والإصغاء).

الهدف:

- تعرف مهارة التواصل مع الآخرين.
- تطبيق مهارات التواصل مع الآخرين في مواقف الجدول.

الجلسة التاسعة:

الموضوع:

- تخفيض القلق.

الأهداف:

١. تعرف مشاعر القلق وقلق الموت لدى المرضى.
٢. تعرف أساليب خفض القلق.
٣. تطبيق أساليب خفض القلق.

الجلسة العاشرة:

الموضوع:

- أهمية الدعم الذاتي.

الأهداف:

١. تعرف أهمية الدعم الذاتي في الحياة وأثره في التعايش مع المرضى.
٢. تطبيق الدعم الذاتي.

الجلسة الحادية عشرة:

الموضوع:

- الحياة بسعادة.

الأهداف:

- تعرف كيفية الحياة بسعادة وتطبيقها في مواقف حياتهم اليومية.

الجلسة الثانية عشرة:

الموضوع:

- مراجعة شاملة لأساليب الإرشاد التي اتبعت في برنامج الإرشاد الحالي، وإجراء التقييم النفسي.

الأهداف:

١. مراجعة شاملة للأساليب الإرشادية.
٢. تطبيق اختبار القلق والاكتئاب.
٣. تعرف رأي المريض ومدى الاستفادة من البرنامج العلاجي.

جامعة عمان العربية للدراسات العليا

Amman Arab University For Graduate Studies



كلية الدراسات التربوية العليا

معالي الأستاذ الدكتور خالد طوقان المحترم،  
وزير التربية والتعليم  
عمان : المملكة الاردنية الهاشمية

3110  
2006/1/3م

معالي الأستاذ الدكتور طوقان

تحية طيبة وبعد،

تقوم الطالبة حياة تيسير بسيمو، المسجلة في برنامج الماجستير في تخصص (الإرشاد النفسي والتربوي) بدراسة حول "فاعلية برنامج ارشاد وفق نظرية التعلم الاجتماعي في خفض القلق والاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان" وتتضمن إجراءات الدراسة قيام الطالبة بتوزيع استبانة على طالبات مدرسة الحسينية الثانوية للبنات التابعة لمديرية تربية عمان الثالثة، وذلك استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير، أرجو التكرم بتسهيل مهمة الطالبة المذكورة.

وبهذه المناسبة انوه بجهود وتعاون وزارة التربية والتعليم الموقرة مع جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

وتفضلوا معاليكم بقبول فائق الإحترام،

الرئيس  
سيد الترت



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
وزارة التربية والتعليم



الموافق ١٤ / ١ / ٢٠٠٦

التاريخ ١٤ / ١٢ / ٢٠٠٦

٧٩٦  
١٠ / ٣

لرقم:

السيد مدير التربية والتعليم لمنطقة عمان الثالثة

الموضوع : البحث التربوي

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

تقوم الطالبة حياة تيسير بسيسو بإعداد دراسة بعنوان " فاعلية برنامج إرشاد وفق نظرية التعلم الاجتماعي في خفض القلق والاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان "، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير، تخصص الإرشاد النفسي والتربوي من جامعة عمان العربية للدراسات العليا، ويحتاج ذلك إلى تطبيق استبانة على عينة من طالبات مدرسة الحسينية الثانوية للبنات التابعة لمديريتكم.

يرجى تسهيل مهمة الطالبة المذكورة وتقديم المساعدة الممكنة لها.

مع وافر الاحترام

وزير التربية والتعليم

الدكتور

ضحى فائق الحديدي  
مدير إدارة البحث والتطوير التربوي

نسخة / الأنسة رئيس قسم البحث التربوي

نسخة / للملف ١٠/٣

هاتف: ٥٦٠٧١٨١ / ١١ فاكس: ٥٦٦٦٠١٩ ص.ب: (١٦٤٦)



9301-2000(111)

بسم الله الرحمن الرحيم  
وزارة التربية والتعليم

مديرية التربية والتعليم لمنطقة عمان الثالثة



الرقم ١٣٤ / ١٢٧٠ التاريخ ١٤/٤/١٤٢٤ الموافق ١١/٤/٢٠٠٣

مديرة مدرسة الحسين الثانويه للبنات المحترمه  
الموضوع / البحث التربوي

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

اشارة لكتاب معالي وزير التربية والتعليم رقم ٦٩٦/١٠/٣ تاريخ ١٤٢٦/١٢/٤  
الموافق ٢٠٠٦/١/٤

تقوم الطالبه حياة تيسير بيسيو باعداد دراسته بعنوان ( فاعلية برنامج ارشاد وفق  
نظرية التعلم الاجتماعي في خفض القلق والاكتئاب لدى ( أطفال مرضى السرطان)  
وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير تخصص الارشاد النفسي والتربوي من  
جامعة عمان العربيه للدراسات العليا ، ويحتاج ذلك الى تطبيق استيانه على عينه من طالبات  
مدرستك .

يرجى تسهيل مهمة الطالبه المذكوره وتقديم المساعده الممكنه لها

مع وفاء الاحترام

مدير التربية والتعليم

مدير الشؤون الإدارية والمالية  
سعود عبد الحافظ فراج

نسخه / مكتب عطوفة مدير التربية والتعليم

نسخه / مدير الشؤون التعليميه والفنيه

نسخه / ر.ق. التدريب والتاهيل والاشراف التربوي

نسخه / ر.ق. الارشاد التربوي والاهل بي بي بي

ص ب (٩١٧٤) للبريد

فاكس (٤١٦٠٣٠٥)

تلفون : (٤١٦٦٣٠١-٤)



جامعة عمان العربية للدراسات العليا

Amman Arab University For Graduate Studies



كلية الدراسات التربوية العليا

عطفة الدكتور عبد الكريم القضاة المحترم  
مدير مستشفى الجامعة الأردنية  
عمان: المملكة الأردنية الهاشمية

2005/12/14

تحية طيبة وبعد،

تقوم الطالبة حياة تيسير بسيسو إحدى الطالبات في كلية الدراسات التربوية العليا  
تخصص الإرشاد النفسي والتربوي بدراسة حول " فاعلية برنامج ارشاد وفق نظرية التعلم  
الاجتماعي في خفض القلق والإكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان " وتتضمن اجراءات  
الدراسة قيام الطالبة بتطبيق دراسة على أطفال مرضى السرطان في المركز ، وذلك  
استكمالاً لمتطلبات رسالة الماجستير. ارجو التكرم بتسهيل مهمة الطالبة المذكورة.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

عميد الكلية

أ.د. يعقوب أبو حلو

Jordan University Hospital



مستشفى الجامعة الأردنية

Ref. \_\_\_\_\_

الرقم: م ج أ / ١١٣ / ٢٢٤٤

Date. \_\_\_\_\_

التاريخ: ٢٠٠٦/٢/٨

الأستاذ الدكتور عميد كلية الدراسات العليا  
جامعة عمان العربية للدراسات العليا

تحية طيبة وبعد ،،

فأشير الى كتابكم رقم بلا تاريخ ٢٠٠٥/١٢/١٤ ولاحقاً لكتاب رقم  
م ج أ / ١١٣ / ١٠٦ تاريخ ٢٠٠٦/١/١٩ بشأن دراسة الطالبة حياة تيسير حول ( فاعلية برنامج  
ارشاد وفق نظرية التعلم الاجتماعي في خفض القلق والاكتئاب لدى اطفال مرضى السرطان )

لا مانع لدينا من اجراء الدراسة حتى سن ( ١٨ ) سنة وعدد العينة من  
( ١٠ - ١٥ ) مريض .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

ق . أ . مدير عام مستشفى الجامعة  
الدكتور ماجد باظ

نسخة :-

- د. نائب المدير العام للشؤون الطبية
- أ.د. عبدالله العبادي

١٢/٤٢