



جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا

كلية الدراسات العليا

قسم علم النفس

فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال
المصابين بالسرطان

The Efficiency of A Counseling Program To Reduce
Psychological Stresses of the Mothers of the
Children with Cancer

بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في التربية (الإرشاد النفسي)

إشراف الأستاذ الدكتور:

علي فرح أحمد فرح

اعداد الطالبة :

رفيدة مهدى رزق الله

2016م

الإستهلال

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿حَقَّقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ﴾

(سورة البلد، الآية 4)

الإهداء

إلى من علموني الإصرار على النجاح

أبي وأمي

إلى العاطفة الصادقة والحب المتجدد

زوجي الغالي

إلى طوق الياسمين

إخوتي

إلى حبات قلبي وروح الروح

أواب و وسام البرعي

وإلى كل أم تبحث عن السعادة

(الباحثة)

الشكر والتقدير

أحمد الله كثيرا وأثني عليه ثناءً عظيماً كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه أن من علي بهذا التوفيق الكبير والصبر الجميل ، ووهبني العزم والإصرار لإنجاز هذا العمل.

ثم أشكر كل من ساهم من قريب أو بعيد في إكمال هذا البحث، ابتداءً من أستاذي الفاضل الدكتور/علي فرح ، الذي كان نعم الناصح والمرشد، أشكره شكرا خاصا على دعمه ومساندته فكان بمثابة الوالد والمعلم، أسأل الله أن يجعل ذلك في موازين حسناته.

والشكر لجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا الدراسات العليا، والشكر للدكتور/سلوى عبدالله الحاج، رئيسة قسم علم النفس بالجامعة على تشجيعها الدائم.

والشكر لمكتبة جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، ومكتبة جامعة النيلين، ومكتبة جامعة الخرطوم، ومكتبة جامعة الأحفاد، ومكتبة جامعة أم درمان الإسلامية، والمكتبة المركزية.

والشكر أجزله للمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي، على رأسهم الدكتور/عوض محمد الخطيب، مدير قسم الأطفال ببرج الأمل، والشكر لكل الطاقم الرائع من أطباء ومرضيين وموظفين وعاملين، لتعاونهم الكبير أثناء تطبيق البرنامج، وأخص بالشكر وحدة الإرشاد النفسي بالبرج التي تضم الأخصائية النفسية/ ميرفت الأمين ، والأخصائية النفسية/ سماح صديق، والأخصائية النفسية/ نسبية عبد الحفيظ ، على ما بذلته من جهود طيبة ، فكن بمثابة الأخوات طيلة فترة تواجدي معهن.

والشكر لكل الأمهات الفاضلات اللواتي تم تطبيق البرنامج عليهن ، سائلة المولى عز وجل أن يشفي أبناءهن، وأتمنى أن أكون قد قدمت لهن ولو قليلا مما ينفعهن ، كما هن أيضا أضفن لي الكثير.

وأخيرا شكري الكبير الذي يعجز قلبي عن التعبير عنه لزوجي الدكتور/ أيمن برعي ، على دعمه ومساندته وتشجيعه، وعلى تحمله إنشغالي طوال سنوات الدراسة، والشكر لكل من ساعدني ويسعده نجاحي، أمي ، وأبي، وأخوتي وبنات أخوتي رهدف ورغد ، وأقاربي ، وأصدقائي.

وختاما أسأل الله عز وجل أن يجعل هذه الدراسة وجميع أعمالنا خالصة لوجهه الكريم، فإن أصبت فمن الله وتوفيقه وإن أخطأت فمن نفسي، وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

مستخلص البحث

هدفت الدراسة الى تصميم برنامج إرشادي جمعي وتطبيقه على أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي (برج الأمل) بولاية الخرطوم ، كما هدفت للتحقق من فعالية البرنامج الإرشادي في خفض الضغوط النفسية للأمهات ، وأيضاً كذلك هدفت للتعرف على الفروق في مستوى الضغوط النفسية على القياس البعدي لدى الأمهات حسب متغيرات المستوى التعليمي للأمهات ، نوع الطفل، عمر الطفل ، نوع سرطان الطفل، ومدة المعرفة بالمرض. وللتحقق من أهداف الدراسة اتبعت الباحثة المنهج التجريبي، واستخدمت مقياس الضغوط النفسية للأمهات الأطفال المصابين بالسرطان الذي صمته الباحثة، وبرنامج إرشادي من تصميم الباحثة. وتم اختيار عينة قصدية مكونة من (16) أم من أمهات الأطفال المصابين بالسرطان. ولمعالجة البيانات إحصائياً تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS) ، واستخدمت المعادلات الآتية: اختبار (ت) للعينة الواحدة، اختبار(ت) لعينتين مستقلتين، اختبار (ت) لعينتين غير متساويتين في الحجم، اختبار (ت) لعينتين متساويتين ،اختبار (أنوفا) وتوصلت الدراسة للنتائج التالية:

تتسم أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل بالوسطية في جميع الأبعاد ما عدا بعد القلق فقد اتسم بالانخفاض، توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل لصالح القياس البعدي في جميع الأبعاد ما عدا بعد تحمل الأعباء حيث لم تثبت وجود فروق ، لا توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل ومتغير نوع الطفل في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل ومتغير نوع الطفل في جميع الأبعاد ما عدا بعد تحمل الأعباء لصالح الإناث، لا توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل ومتغير مدة المعرفة بالمرض في جميع الأبعاد ما عدا بعد القلق لصالح الأقل من شهر. وعلى ضوء هذه النتائج وضعت الباحثة عدد من التوصيات أهمها: الإهتمام بأمهات لأطفال المصابين بالسرطان وتأهيلهم عن طريق أعداد برامج إرشادية متخصصة لما لها من أثر فعال في التخفيف من معاناتهم .

Abstract

The study aimed to design a group counseling program and implement it for the mothers of the children with cancer at the National Center for radiotherapy and nuclear medicine (Alamal Tower)in Khartoum state, it also aimed to verify the effectiveness of the program to reduce the psychological stresses of the mothers, It also aimed to identify the significant differences in level of psychological stresses on the post test according to the variables of educational level of the mothers, the gender, age of the children , Child cancer type, and the duration of knowledge of the disease). To investigate this goal researcher followed the experimental method, the researcher used the psychological stress scale designed

by the research and counseling program design researcher. The sample was selected purposively consisted of (16) of the mothers of children with cancer. Treatment of data statistically was by using Statistical Package for Social Sciences (SPSS). And using the following equations; (t) test for the one sample, (t) test for the two independent sample, (t) test for the two not equal sample, (t) test for the two equal sample, (anova) test. The study found the following results: symptoms of Psychological stress in the study sample was average in all items of the scale except the axis of anxiety which was low, There was differences between the pre and post degrees of psychological stress among mothers in favor of the post test in all items except bearing burdens where it did not prove the existence of differences, There was no significant differences in the test scores of psychological stress among mother and a variables (level of education, age of the child, according to type of cancer) There was no significant differences in the scores of psychological stress among mothers and the gender of child in all items except the burden in favor of females, There was no significant differences in the test scores of psychological stress among mothers of according to the variable of duration of disease knowledge in all items except the item of anxiety in favor of less than a month, In the lights of these results the researcher developed a number of recommendations including: Attention to the mothers of children with cancer and their rehabilitation by a number of specialized counseling programs.

فهرس الموضوعات

الصفحة	الموضوع
أ	الاستهلال
ب	الإهداء
ج	الشكر والتقدير
د	ملخص البحث باللغة العربية
هـ	ملخص البحث باللغة الانجليزية
و	فهرس الموضوعات
ح	فهرس الجداول
الفصل الأول: الإطار العام للبحث	
1	مقدمة
3	مشكلة البحث
5	أهمية البحث
5	أهداف البحث
6	فروض البحث
7	حدود البحث
7	مصطلحات البحث
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
10	المبحث الأول : الإرشاد النفسي
35	المبحث الثاني: الضغوط النفسية
55	المبحث الثالث: السرطان
73	المبحث الرابع: الدراسات السابقة
الفصل الثالث: منهج البحث وإجراءاته الميدانية	
80	تمهيد
80	منهج البحث
80	مجتمع البحث
82	عينة البحث
87	أدوات البحث
89	خطوات بناء مقياس الضغوط النفسية
91	خطوات البرنامج الإرشادي
109	المعالجات الإحصائية

الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج	
110	عرض الفرض الأول ومناقشته
112	عرض الفرض الثاني ومناقشته
116	عرض الفرض الثالث ومناقشته
118	عرض الفرض الرابع ومناقشته
121	عرض الفرض الخامس ومناقشته
123	عرض الفرض السادس ومناقشته
126	عرض الفرض السابع ومناقشته
الفصل الخامس	
129	النتائج
130	التوصيات
130	مقترحات لدراسات مستقبلية
131	المصادر والمراجع
141	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	يوضح اختبار (كاي) للتحقق من معرفة التكافؤ في متغير المستوى التعليمي	83
2	يوضح اختبار (كاي) للتحقق من معرفة التكافؤ في متغير النوع	83
3	يوضح اختبار (كاي) للتحقق من معرفة التكافؤ في متغير العمر	83
4	يوضح اختبار (كاي) للتحقق من معرفة التكافؤ في متغير نوع سرطان الطفل	84
5	يوضح اختبار (كاي) للتحقق من معرفة التكافؤ في متغير مده المعرفة بالمرض	84
6	يوضح المستوى التعليمي لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان	84
7	يوضح نوع الطفل المصاب بالسرطان	86
8	يوضح عمر الطفل المصاب بالسرطان	86
9	يوضح نوع سرطان الطفل	86
10	يوضح مدة المعرفة بالمرض	86
11	يوضح العبارات التي أوصى المحكمون بتعديلها في بعد معاناة الأم النفسية	88
12	يوضح العبارات التي أوصى المحكمون بتعديلها في بعد مشاعر اليأس والإحباط	88
13	يوضح العبارات التي أوصى المحكمون بتعديلها في بعد القلق	88
14	يوضح العبارات التي أوصى المحكمون بتعديلها في بعد عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المريض	89
15	يوضح معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية بالمقياس بمجتمع البحث الحالي (ن =20)	90
16	يوضح نتائج معاملات الثبات للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية بمقياس بمجتمع البحث الحالي	91
17	يوضح إختبار (ت) لمجتمع واحد لمعرفة السمة المميزة للضغوط النفسية ولمعرفة النتيجة إستخدمت الباحثة إختبار (ت) لمجتمع واحد	110
18	يوضح إختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي	112
19	يوضح إختبار ((أنوفا)) تحليل التباين الاحادي لمعرفة الفروق في متغير المستوى التعليمي للام	116
20	يوضح إختبار (ت) لعينتين متساويتين في الحجم لمعرفة الفروق بين متغير نوع الطفل	118
21	يوضح إختبار (ت) لعينتين غير متساويتين في الحجم لمعرفة الفروق بين متغير عمر الطفل	121
22	يوضح إختبار ((أنوفا)) تحليل التباين الاحادي لمعرفة الفروق في متغير نوع السرطان عند الطفل	123

126	يوضح إختبار (ت) لعينتين متساويتين في الحجم لمعرفة الفروق بين متغيرمدة المعرفة بالمرض	23
-----	---	----

الفصل الأول

الاطار العام للبحث

المقدمة:

لقد تغير دور المرأة جذريا خلال الربع الأخير من القرن العشرين في مجتمعاتنا العربية، فقد أصبحت المرأة تشارك أسرتها في تحمل المسؤولية وإن كانت غير متزوجة ، أما لو كانت متزوجة فهي تتحمل مسؤولية أكبر، وتزداد مصادر الضغوط الناتجة عن الواجبات المنزلية ، وتربية الأولاد، ومشاركة الزوج طموحاته ، وتوفير الراحة للعائلة ، هذا في الأوضاع العادية، أو في حالة الأزمات وخاصة نحن نعيش في مجتمعات عصفت بها الأزمات من كل الجهات، وابتعدت عن التماسك والإستقرار. ، فإن المرأة تأخذ دورا فعالا في الحفاظ على قوة هذه الأسرة لمواجهة ضغوط الحياة بأشكالها الإقتصادية، والإجتماعية ، والتربوية، والصحية. العنزي(2004)

أما في الأحوال غير الإعتيادية عندما يبتيلى الله الأسرة بمرض أحد أبناءها فلذات أكبادها بمرض خبيث كالسرطان، هنا تكون الصدمة، وتعظم المعاناة، وتتعرض الاسرة وخاصة الأم لسلسلة من الضغوط النفسية متمثلة في الحزن والأسى والقلق والشعور بالذنب ، وهكذا تتداخل الكثير من الأحلام والتوقعات المرتبطة بحياة هذا الطفل ونتائج علاجه. (زيدان، 2002).

إن سرطان الأطفال يطلق على الأطفال من عمر 0-14 عام . وهناك نسبة قليلة من الأطفال الذين يولدون مصابين بالمرض. وتتمثل أنواع السرطانات الأكثر شيوعا عند الأطفال في سرطان الدم، وأورام المخ، والأورام اللمفاوية . (الروضان، 2008)

ذكر صالح (2008) أنه قد تزايد حجم الإصابة بالسرطان في أوساط الأطفال في السودان، حيث تصل نسبة الإصابة إلى 10% كأعلى نسبة مقارنة بالإصابات العالمية للأطفال التي لاتزيد عن 5% ، وقد يرجع ذلك إلى ضعف الإمكانيات التي تؤدي إلى إكتشاف الإصابة مبكرا ، وانعدام إمكانية الفحص في الولايات التي تخلو من مراكز الأورام.

وذكر أيضا أن عدد الإصابات وسط الأطفال يفوق هذه النسب بكثير، لجهل معظم سكان الأطراف لأعراض السرطان ولجوتهم للطب الشعبي، وأيضا يحول العامل المادي دون وصول هؤلاء الأطفال للخرطوم لتلقي العلاج .

إن تجربة أطفال السرطان المليئة بالألم الجسدي والنفسي البالغ الوطأة ، وتدهور أحوالهم الصحية، وتناقص مهاراتهم الإجتماعية بالمقارنة مع أقرانهم، تضيف على كاهل الوالدين مجموعة من الأعباء والضغوط والتوتر، ويمكن تبرير ماتعاني منه الأمهات من ضغوط مرتفعة مقارنة بالأباء، إلى دورها الهام في حياة طفلها ، فهي أكثر أعضاء الأسرة قربا منه واهتماما به وبإشباع حاجاته اليومية. (علاء الدين وآخرون، 2011)

تشير دراسة الحسن(2010) التي تناولت الأثر النفسي لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان أن الأمهات يعانين من الإكتئاب ، والخوف ، والقلق، وأنهن يتوقعن موت أبناءهن في كل لحظة، ولقد تغير أسلوب حياتهن كليا بعد بعد مرض أبنائهن.

كما تشير نتائج دراسة علاء الدين ، وعبد الرحمن(2011) إلى إرتفاع التوتر والتشاؤم لدى أمهات الاطفال المصابين بالسرطان.

وذكر جبريل (1995) أن الضغط النفسي يسهم في الكثير من الأمراض الجسدية لدى الفرد، منها أمراض القلب ، والقرحة، وإرتفاع ضغط الدم، كما ذكر أيضا أن الضغط النفسي له علاقة بمحاولات الإنتحار، ويؤدي للأكتئاب ، والقلق، وبخفض الأداء في العمل.

لذلك أصبحت الخدمات النفسية في الوقت الحالي عنصرا حيويا وحاسما من عناصر العلاج الشامل لسرطان الطفولة من أجل التعايش السليم والتصدي للمخاطر النفسية التي قد تواجه الأطفال المصابين بالسرطان وأسرهم، وقد إستجابت العديد من المؤلفات والأعمال البحثية المنشورة لهذا، بواسطة تطوير برامج وتدخلات علاج نفسي مثبتة فاعليتها تجريبيا في التخفيف من حدة الإضطرابات النفسية الملازمة للمرض ، بحيث تقدم من خلال إنشاء مجموعات إرشادية لمرضى السرطان من الأطفال وأسرهم. (حماد، 2008).

وعلى ضوء ماسبق رأت الباحثة رأت الباحثة ضرورة بناء برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية لأمهات أطفال السرطان ، ومساندتهن لمواجهة تلك الضغوط والعمل على الحد من تأثيراتها النفسية والإنفعالية والسلوكية والجسدية، واستعادة التوازن النفسي، حتى تتمكن من الصمود أمام مرض طفلها والتعايش مع ما قسمه الله لها، وبالتالي يؤثر ذلك إيجابيا على طفلها المريض، وباقي أفراد الأسرة .

مشكلة البحث:

من خلال تردد الباحثة على مركز علاج أطفال السرطان، لاحظت الباحثة أن أمهات الأطفال اللاتي تم تشخيص ابناءهم بالسرطان ، يمررن بضغوط نفسية عديدة، حيث تكون الصدمة في أشدها في بداية الأمر ، وتكون ردت فعل الأهل مابين التصديق والإنكار والرفض، وصعوبة في التأقلم والتكيف مع هذا التشخيص، ويعانون من الإجهاد العصبي والنفسي ، والتقلبات العاطفية كالقلق، والحزن والجزع، وتغيرات جذرية عديدة في نمط الحياة ، وتؤثر هذه الضغوط على توازن الأم النفسي، وعلى طفلها المريض، وعلى تماسك الأسرة بأكملها. وذكرن أمهات الأطفال المصابين بالسرطان أيضا أن ملازمتهم الدائمة للطفل في المستشفى تؤثر بشكل سلبي على إهتمامهم بباقي الأخوة، والتخلي عن الكثير من الضروريات، وتقع الأم في حيرة مابين مرافقتها لطفلها المريض في رحلة العلاج وبين باقي إخوته، الذين تنتقل مسؤوليتهم للجدة أو الخالة أو العمة أو لأي شخص من أفراد الأسرة ، وأحتى الجيران، وأحيانا تضطر لإحضارهم معها للعاصمة مما يؤدي لمشكلة عدم الإنتظام في الدراسة لهؤلاء الأطفال.

وأیضا لاحظت الباحثة كثيرا من مشاعر اليأس والإحباط تسيطر على اللأمهات ، ويرون أنه لافائدة من علاج أبنائهم ، أنهم سيفقدونهم في أي لحظة، وكذلك ينتاب هؤلاء الأمهات شعور بالذنب تجاه مرض أطفالهم ، وأنهم ربما أخطأو أو فشلو في حمايتهم ورعايتهم، وبالتالي أصيبو بهذا المرض، هذا فضلا عن المشاكل المادية التي تقف حاجزا في وجه العديد من الأسر . إن كل هذه الضغوط والمشكلات والمعاناة التي تعيشها الأم تؤثر سلبا على تماسك الأم مما يجعلها عرضة للإنهيار ، والإصابة بالعديد من الإضطرابات النفسية والجسدية .

ومن ذلك رأت الباحثة ضرورة مساعدة هؤلاء الأمهات والتخفيف من معاناتهم المتعددة، بإخضاعهم لبرنامج إرشادي لخفض هذه الضغوط ومعاونتهم على إستعادة التوازن النفسي ، حتى يتمكن من الصمود أمام مرض أطفالهن ،وتقديم الدعم النفسي لهم مما له أهمية في سير عملية العلاج للأفضل، وتحمل أعباء وتبعات هذا المرض ، وأعباء باقي أفراد الأسرة ، والتعايش مع ما قسمه الله .
وتحدد مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

- 1- ماهي السمة العامة لمستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل بالخرطوم؟
- 2- هل توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي ببرج الأمل في الخرطوم؟
- 3- هل توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير المستوى التعليمي للأمهات ببرج الأمل في الخرطوم.
- 4- هل توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير نوع الطفل ببرج الأمل بالخرطوم .
- 5- هل توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير عمر الطفل ببرج الأمل بالخرطوم.
- 6- هل توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير نوع السرطان ببرج الأمل بالخرطوم.
- 7- هل توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير المعرفه بالمرض برج الأمل بالخرطوم .

أهمية البحث:

1. تأتي أهمية البحث من ضرورة تصميم برنامج إرشادي جمعي لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان وتطبيقه.
2. وقع اختيار الباحثة على هذا الموضوع نسبة لأن مثل هذه الدراسة المحتوية على برنامج إرشادي لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان حديثة التداول في الدول العربية ويكاد السودان يخلو من مثل هذه الدراسة المهمة.
3. الوقوف على الضغوط النفسية التي تتعرض لها أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، وتبصير الأسرة والمجتمع بها وبما قد تسببه من مشكلات أخرى، وما لهذه الضغوط من تأثيرات سلبية على نفسية الطفل المريض وبالتالي تؤثر سلبا على مسار العلاج.

4. محاولة مساعدة نوي الإختصاص في وزارة الصحة والشئون الإجتماعية، وشئون الأم والطفل، بوضع اسس وبرامج تساعد في مد يد العون لأمهات أطفال السرطان، وللكتير من الأمهات لأطفال مصابين بأمراض مزمنة أخرى.
 5. اثراء مكتبات مراكز علاج اطفال السرطان بصفة خاصه ، والمكتبات السودانية والعربية عامة، بمثل هذه البحوث العلمية.
 6. قد يخلص هذا البحث إلى توصيات يمكن الإستفاده منها واستخدامها كأساليب ناجحة لمواجهة أي ضغوط نفسية تتعرض لها أمهات اللأطفال المصابين بالسرطان مستقبلا.
- أهدف البحث:

- 1- التعرف غلى السمة العامة لمستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل بالخرطوم.
 - 2- التعرف على الفروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي ببرج الأمل بالخرطوم.
 - 3- التعرف على الفروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير المستوى التعليمي للأمهات ببرج الأمل بالخرطوم.
 - 4- التعرف على الفروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير نوع الطفل في برج الأمل بالخرطوم.
 - 5- التعرف على الفروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير نوع الطفل ببرج الأمل بالخرطوم .
 - 6- التعرف على الفروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير عمر السرطان ببرج الأمل بالخرطوم.
 - 7- التعرف على الفروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير المعرفة بالمرض ببرج الأمل بالخرطوم.
- فروض البحث:

1. تتسم السمة العامة لمستوى الضغوط النفسية بالإرتفاع لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل بالخرطوم.
2. توجد فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي ببرج الأمل بالخرطوم.
3. توجد فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير المستوى التعليمي للأمهات. ببرج الأمل بالخرطوم.

4. توجد فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير نوع الطفل ببرج الأمل بالخرطوم.
5. توجد فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير عمر الطفل ببرج الأمل بالخرطوم.
- 1- توجد فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير نوع السرطان ببرج الأمل بالخرطوم.
- 2- توجد فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير المعرفه بالمرض ببرج الأمل بالخرطوم.

حدود البحث:

البعد الزمني: تم إجراء هذه الدراسة التجريبية في الفترة مابين (مارس 2015- يونيو 2015)

البعد المكاني: ولاية الخرطوم ، المركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي (برج الأمل)

مصطلحات البحث:

تعريف الفاعلية: تعرف الفاعلية بأنها القدرة على تحقيق النتيجة الإيجابية المقصودة حسب المعايير المحدده مسبقا، حيث ترتفع درجة الكفاية عندما يتم تحقيق النتيجة بشكل كامل. (المهيزع، 2003)

تعريف البرنامج الإرشادي: إن البرنامج الإرشادي النفسي هو برنامج مخطط ومنظم في ضوء اسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فرديا وجماعيا، لجميع من تضمهم المؤسسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي ، والقيام بالإختيار الواعي المتعلق، ولتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة وخارجها، ويقوم بتخطيطه وتنفيذه وتقييمه لجنة وفرق من المسؤولين المؤهلين. (زهران، 2003)

التعريف الإجرائي للبرنامج الإرشادي: هو البرنامج الذي وضعتة الباحثة للتطبيق في الدراسة، وهو برنامج مخطط منظم مبني على ضوء الأسس العلمية لتقديم الخدمات الإرشادية ومايرتبط بها من أنشطه تدريبية ومهارات، ويتم تقييم ذلك المخطط من خلال مدى فاعليته في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

تعريف الضغوط النفسية: يعرف أبو حطب(2006) الضغوط النفسية بأنها تتجلى في إطار كلي متفاعل ، يضمن الجوانب النفسية، والجسمية، والإجتماعية، والمهنية، والإقتصادية، ويتجلى ذلك التفاعل من خلال ردود فعل نفسية إنفعالية ، فسيولوجية، لذلك فإن جميع الضغوط تعتبر ضغوط نفسية .

التعريف الإجرائي للضغوط النفسية: هو مجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في مقياس الضغوط النفسية المستخدم في هذه الدراسة.

تعريف أمهات أطفال السرطان: هن الأمهات اللواتي تم تشخيص أطفالهن حديثا بمرض السرطان، و ملازمات لأطفالهم طوال فترة العلاج ، وطوال فترة إقامتهم في المستشفى، حيث

يتحملن جميع أعباء ومتطلبات العناية بالطفل المريض، من جميع النواحي الصحية، والجسدية، والنفسية، والاجتماعية لكونهن الأقرب لأطفالهن.

تعريف أطفال السرطان: هم الأطفال المصابين بمرض السرطان (وهو ورم خبيث ينشأ عن نمو احدى خلايا الجسم نموا غير عادي، وتمتاز هذه الخلايا بقدرتها على مواجهه الأنسجة المجاورة والبعيدة عنها وإحداث أضرار مميتة، ونمو هذه الخلايا خاضعة لقوانين التغذية والنمو العادي في جسم الإنسان، وليس لهذا النمو نهاية، ومصطلح سرطان الأطفال يطلق على الأطفال من أعمار 0-14) (عطا، 1997)

وهؤلاء الأطفال حديثي الإصابة بالمرض، ويقضون فترة العلاج بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي (برج الأمل)

المركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي (برج الأمل):

هو المركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي (برج الأمل) بالخرطوم، وهو الأول في السودان، وتأسس عام (1967) بعد أن كان قسما من الأقسام العلاجية بمستشفى الخرطوم التعليمي ليصبح في عام (2010) مركزا متخصصا للتشخيص وعلاج الأورام، وأمراض الغدة الدرقية، وسرطانات الدم المختلفة. (جورج، 2012)

الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة المبحث الاول : الإرشاد النفسي

تناولت الباحثة في هذا الفصل عرضا تحليليا للمفاهيم الأساسية التي تركز عليها الدراسة الحالية فيما يتعلق بمفهوم الإرشاد النفسي ، ومفهوم الضغوط النفسية، ومفهوم سرطان الأطفال، وأمّهات الأطفال المصابين بالسرطان، وكذلك يحوي الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع البحث.

مفهوم الإرشاد النفسي:

الإرشاد النفسي مفهوم ثري في محتواه تناوله علماء النفس والمهتمين بهذا المجال بتعاريف مختلفة كل من وجه نظر كاتبه ومجال تخصصه وميدان خبرته غير أنه يشتمل على معانى تفيد معنى النصح والإرشاد والتوجيه سواء في اصوله اللغوية او استخداماته المتعددة .
الإرشاد النفسي لغة :

الإرشاد: رشد، رشداء، ورشادا: إهتدى كالمسترشد.

الرشد: الإستقامة على طريق الحق، (ابن منظور،1990)

الرشيد: اسم من اسماء الله الحسنى، وهو من صفات الله تعالى: الهادي الى سواء السبيل والذي حسن تقديره فيما قدر. (العجوري،2007)

الإرشاد النفسي إصطلاحا:

يلخص زهران(1995) تعريف الارشاد النفسي على أنه عملية بناه تهدف الى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي امكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحديد وتحقيق اهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي شخصيا وتربويا ومهنيا واسريا.

في حين يري عقل (2000) ان الارشاد النفسي بمعناه الواسع عملية تتضمن مجموع الخدمات التي تقدم للإفراد من خلال برامج وقائية وانمائية وعلاجية لتحقيق اهداف التوافق الذاتي والاجتماعي وزيادة الفاعلية الانتاجية فى المجالات كافة .

وعرف الداھري (2000) الإرشاد النفسي بأنه ميدان يهتم بتكيف الفرد ومساعدته على حل المشكلات التي تصادفه ، والتي لا يستطيع إن يتغلب عليها بمفرد ه. ويركز اهتمامه على الفرد وليس على المشكلة التي يعاني منها.

وعرفه جبل (2000) بأنه عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته واستعداداته في حل المشكلات للوصول إلى الصحة النفسية التي تؤدي إلى توافقه .

وعرفه الزبادي وآخرون (2001) بأنه عملية تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم نفسه وقدراته وإمكاناته من خلال علاقة واعية مخططة للوصول به إلى السعادة وتجاوز المشكلات

التي يعاني منها من خلال دراسته لشخصيته ككل : جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا ،حتى يستطيع التوافق والتكيف مع نفسه ومجتمعه ومع الآخرين .

أما الزعبي (2005) فيعرف الإرشاد بأنه علاقة ديناميكية تفاعلية مهنية بين المرشد والمسترشد تهدف الى مساعدة المسترشد لكي يعرف نفسه ويفهم ذاته من خلال نظرة كلية لجوانب شخصية يتمكن من تحديد اهدافه بدقة واتخاذ قراره بنفسه ، ويحل مشكلاته بشكل موضوعي بما يساعده على النمو الشخصي والمهني والتربوي والاجتماعي وتحقيق التوافق والصحة النفسية.

ومن خلال ما سبق تعرف الباحثة الإرشاد النفسي بأنه مجموعة من الأساليب والخدمات التي تساعد الفرد على البناء السليم لشخصيته وتحقيق أكبر قدر من الصحة النفسية التي تؤدي إلى توافقه.

الفرق بين الإرشاد والعلاج النفسي

وبحدد الزبيدي والخطيب أوجه التشابه بينهما كالآتي:

1. كلاهما عملية مساعدة وخدمة نفسية للفرد بهدف تحقيق فهم النفس وتحقيق الذات.
2. أهداف واستراتيجيات كل منهما واحدة
3. إجراءات كل منهما واحدة: الفحص، تحديد المشكلات، والتشخيص، حل المشكلات، اتخاذ القرارات والتعلم، المتابعة، والانتهاء .
4. يشتركان في الأسس التي يقومان عليها ويستخدمان لغة مشتركة وأساليب مشتركة مثل المقابلة ودراسة الحالة (الزبيدي، الخطيب، 2001).

ويحدد عقل (2000) أوجه الاختلاف بين الإرشاد والعلاج النفسي كالآتي:

1. الإرشاد النفسي يتعامل مع المشكلات العادية التي يواجهها الفرد في حياته اليومية أي مشكلات أقل عمق وخطورة وعمق ويصاحبها قلق عادي، بينما يتعامل العلاج النفسي مع مرضى العصاب والذهان والمشكلات الحادة الأكثر عمقا وخطورة ، والتي يصاحبها قلق عصابي.
 2. يتعامل الإرشاد مع الأسوياء فقط الذين يعانون من أي اضطرابات انفعالية ويحتاجوا لجلسات إرشادية فقط .
 - أما العلاج النفسي يتعامل مع الأفراد غير الأسوياء الذين يعانون من اضطرابات انفعالية حادة ويحتاجون للأدوية النفسية.
 3. في الإرشاد النفسي المرشد يكون أنشط ويتحمل مسؤولية الإختيار والتخطيط وإتخاذ القرار لحل مشكلاته، اما في العلاج النفسي فإن المعالج أنشط ويقوم بدو أكبر في عملية العلاج.
 4. تقدم خدمات الإرشاد في المدارس والجامعات والمؤسسات الإجتماعية والعيادات، أما خدمات العلاج النفسي تقدم فقط في العيادات النفسية والعيادات الخاصة.
 5. الإرشاد النفسي تكون مدته أقصر من العلاج النفسي .
- نظريات الإرشاد النفسي:

أشار حامد زهران (1985) إلى ضرورة أن يعمل المرشد النفسي في ضوء نظرية، والنظرية النفسية إطار عام يضم مجموعة منظمة متناسقة متكاملة من الحقائق والقوانين التي تفسر الظواهر النفسية.

وفيما يلي عرض لبعض النظريات للإرشاد النفسي التي ترتبط ارتباطاً مباشراً بطرق الإرشاد النفسي:

أولاً: النظرية التحليلية:

يفترض (فرويد) وهو مؤسس هذه النظرية - أن الجهاز النفسي يتكون من الهو والأنا والأنا الأعلى. أما عن تطبيقاته النظرية في الإرشاد النفسي تعتبر المرض من أهم أسباب الصراع بين الغرائز والمجتمع، وتقرر (مورني) أن الصراع لا يقتصر تفسيره على الناحية الغريزية؛ ولكنه يرتبط بالحاجة إلى الأمن وينشأ الصراع - في رأيها - بسبب تعارض رغبات الفرد واتجاهاته.

كذلك تعتقد بوجود صراع داخلي مركزي بين الذات الحقيقية والذات والعصابية يمكن استخدام هذه النظرية في العلاج طويل الأمد للمشاكل الانفعالية أو العاطفية، التكيف مع القلق وفي التحدث عن الطفولة الغير سعيدة (Burnard, 1999) ويسمى العلاج بهذه الطريقة "العلاج بالكلام" وذلك لتحليل السلوك والمشاعر للوصول إلى اللاوعي.

ودور هذه النظرية في الإرشاد النفسي بأنها لا تنتظر للسلوك كما هو في ظاهره؛ بل تركز على اللاشعور وما وراء هذا السلوك، لذلك يستخدم المرشد النفسي التنفيس الانفعالي والتداعي الحر وتفسير الأحلام (سمارة، وآخرون، 1992))

ثانياً: النظرية السلوكية:

وهي تستند إلى فرضية أساسية وهي أن معظم مشاكل المسترشدين هي مشاكل سلوكية تنتج عن تعلم خاطئ في أساليب التعلم لديهم، لذلك يرى السلوكيون الجدد أن جوهر الإرشاد النفسي السلوكي هو تعلم أساليب سلوكية جديدة أكثر تكيفاً لإحداث أحسن تعلم ممكن للمرشد، ويرون أن مهمة المرشد تتركز في تقديم أفضل أساليب التعلم السلوكي (الخطيب، 2000) وتتركز النظرية السلوكية في الإرشاد على تعزيز السلوك السوي المتوافق، ومساعدة العميل في تعلم سلوك جديد مرغوب، والتخلص من السلوك الغير مرغوب فيه (الزبادي، والخطيب، 2000))

وقام حمدي و آخرون (1992) بتحديد خطوات الإرشاد السلوكي من خلال تحديد السلوك المستهدف، وتعريفه، وقياسه، وتحديد المتغيرات ذات العلاقة الوظيفية بالسلوك، تلخيص النتائج ومناقشتها، تقييم فاعلية برنامج العلاج، تصميم خطة العلاج، وتنفيذ خطة العلاج.

ثالثاً: النظرية المعرفية (الاتجاه العقلاني الانفعالي):

تعد النظرية المعرفية من النظريات الحديثة في ميدان تفسير وتعديل السلوك الإنساني ، ويرى أصحاب الاتجاه العقلاني الانفعالي أن سبب معانات الفرد لا تعود إلى الأحداث التي يواجهها في حياته، وإنما تعود معاناته إلى كيفية النظر إليها والتعامل معه ، لأن ذلك هو الذي يقود إلى ردود الأفعال الانفعالية (الخطيب ، 2000) لذلك فإن الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة اضطراب التفكير ويرى (ألبرت أليس) أن ما يعانيه الفرد من انفعالات مكدره، كالقلق والحزن ، لا تنتج عما وقع له من أحداث قريبة تبدو في الظاهر وكأنها أسباب هذه الانفعالات ، إنما هو نتيجة لأفكار خاطئة موجودة لدى هذا الشخص حول الأحداث التي وقعت .ويرى(ألبرت أليس) أن العلاج هو التعرف على الجانب غير العقلاني في التفكير ثم مهاجمته وتوضيح عدم عقلانيته، يلي ذلك إحلال الأفكار الصحيحة ، أي العقلانية ، مكانه ثم يكون بعد ذلك ما قد يكون من أساليب تعديل السلوك(الشناوي،1991) .
ومن أساليب الإرشاد العقلاني الانفعالي :

1. الأسلوب التعبيري الانفعالي :وهو قيام المرشد بالطلب إلى المسترشد ب أن يكون تعبيره واضحا ومباشرا عما يشعر به ويحتاج إليه فعلا . ويبتعد المسترشد عن التشويه والتعميم والحذف في تعبيراته، وهذا يمكن المسترشد من تأكيد ذاته .

2. أسلوب المساندة النفسية : وهو على المرشد استغلال كل فرصة يستطيع من خلالها المسترشد أن يؤكد فيها ذاته ، و ذلك عندما يتوصل معه إلى قناعة ب أن سلوكه الطبيعي هو ما يتفق مع معايير التفكير المنطقي السليم وبالتالي؛ تدعيم ذاته التي بحاجة إلى تدعيم .

3. أسلوب الاستبصار التأويلي : تهيئة الظروف من قبل المرشد للمسترشد ليكون قادر على الاستبصار بذاته ، مكن خلال تفسيره المنطقي للأحداث والمواقف التي كان قد شوهها من قبل، من خلال تنفيذ مشاعره الداخلية التي نجمت عن أفكار خاطئة، حيث يقوم بالاستبصار بها ومن ثم الاستبصار بذاته(الخطيب، 2000)

رابعاً:نظرية السمات والعوامل

تقر هذه النظرية أن الناس يختلفون في سماتهم؛إذا أمكن فصل وقياس وتقييم السمات ف إنه من الممكن تحديد عوامل تفيد في عملية الإرشاد، وتعتبر الأساس النظري الذي تقوم عليها طريقة الإرشاد المباشر أو الإرشاد المتمركز حول المرشد . والشخصية في هذه النظرية عبارة عن نظام يتكون من مجموعة سمات أو عوامل مستقلة تمثل مجموعة أجزائها ،والسمة هي الصفة التي يتميز بها الشخص ، أما العوامل فهي مفهوم رياضي إحصائي يوضح المكونات المحتملة للظاهرة، والتحليل العامل أسلوب إحصائي للتوصل إلى أقل عدد ممكن من العوامل المشتركة اللازمة

لتفسير مجموعة من الارتباطات والتي تؤثر في أي عدد من الظواهر المختلفة (الزبادي والخطيب، 2000)

ومن وجهة نظر أصحاب هذه النظرية أن السلوك الإنساني ينمو من الطفولة إلى الرشد عن طريق نضج السمات والعوامل التي تكون شخصية الفرد ، وهم يعطون السلوك الإنساني صفة الثبات لارتباطه بسمات الشخصية، وتتضمن جمع المعلومات عن المسترشد وتحليلها وتركيبها من أجل التعرف على في السمات التي يتميز بها(سمارة وآخرون، 1992)

خامسا: نظرية الذات

هو الإرشاد المتمركز حول المسترشد . و(روجرز) صاحب هذه النظرية؛ حيث تقنياتها في العلاج والإرشاد النفسي يعرف بأسلوب الغير مباشر (اللاتوجيهي) أي لا يعطي للمرشد أي دور مباشر في عملية الإرشاد وإنما هو متمركز حول المسترشد ذاته، والجلسة الإرشادية يشار إليها على أنها مقابلة، مما يثير الاهتمام الواضح بالموقف الحالي ل المسترشد أكثر من الاهتمام بماضيه .يتمثل دور المرشد بالعامل المساعد في مساعدة المسترشد على تحقيق النضج من خلال استبصاره بنفسه، فالمسترشد بحاجة إلى الرضا عن نفسه واحترامها؛ لذا تكن عملية الإرشاد في أساسها عملية تزال فيها العوائق الانفعالية، يسمح بالنضج النفسي والانفعالي ، فالمسترشد يستطيع علاج نفسه بنفسه وتحقيق صحته النفسية(الخطيب، 2000)

سادسا: النظرية الانتقائية

مؤسس هذه النظرية هو (فردريك ثورن ، 1950) وهو مؤمن باستخدام أساليب متنوعة لعلاج الناس حسب الحاجة الشخصية لكل منهم . العاملين بهذه النظرية يجب أن يكونوا مقتنعين بأنه لا توجد نظرية واحدة فقط في الإرشاد النفسي مناسبة للإرشاد في كل المواقف ، و متطلعين ولديهم كل مهارات الإرشاد المختلفة(Burnared, 1999).ومن وجهة نظر الاختياريين أن ما نقوم به كمرشدين يعتمد علي أشياء كثيرة منه ا :مستوى المهارة التي يمتلكها المرشد ، الشعور بالراحة أثناء العملية الإرشادية، مستوى إدراك المرشد لذاته، مزاج المرشد، ضغط العمل وعوامل أخرى كثيرة .

تستخدم هذه النظرية عند : الإرشاد اليومي ، التعامل مع المسترشد الذي لم يستجيب لنظرية معينة ، والتعامل مع المسترشد الذي لديه أنواع مختلفة من المشاكل الحياتية(الزيود، 1998)

ترى الباحثة أن كل نظرية ركزت على جانب من جوانب الشخصية دون التطرق لجوانب أخرى قد يكون لها أثر في كثير من المشكلات والضغوط التي يعاني منها الفرد ، لذلك تبنت الباحثة النظرية الانتقائية لأستخدامها أساليب متنوعة حسب الحاجة الشخصية لكل فرد، مع التركيز على الجانب الديني بجانب هذه النظرية.

أهداف الارشاد النفسي:

تحقيق الذات. 1Self- actualization.

ان الهدف الرئيسي للإرشاد هو العمل مع الفرد لتحقيق مفهوم وتقدير الذات، والعمل مع الفرد يقصد به العمل معه حسب حالته سواء كان عاديا أو متفوقا أو ضعيف العقل أو متأخرا دراسيا أو متفوقا أو جانحا ومساعدته في تحقيق ذاته الى درجة يستطيع فيها ان ينظر الى نفسه فيرضي عما ينظر اليه. (ادم، 2003)

يؤكد عيد، (2005) أن الإشكال المتعددة من الإرشاد تستهدف تحقيق اهداف معينة ، تتمثل في:

اولا: مساعدة الفرد على فهم ذاته وفهم قدراته وامكانياته ومشكلاته والوعي بذاته جسميا وعقليا ووجدانياً من أجل استثمار طاقاته وإمكانياته لتحقيق صحة نفسيه ، تمكنه من التوافق مع نفسه ومع مجتمعه ومع عالمه ، عن طريق:

1. الوعي بالذات على نحو يجعل الفرد اكثر فهماً لذاته واقل تشويها او تأنيبا لها.
2. تقبل الذات كما هي بما تنطوي عليه من مواطن ضعف ومواطن قوة ولكن في سعي دائم الى تجاوز الضعف إلى القوة والتعثر إلى النجاح ويستلزم ذلك تقبل الذات وتقبل الآخرين ، رغم ما قد يظهر منهم من تناقص.
3. الوعي بأن الحرية تكمن في الاختيار ، والإنسان له حرية الإختيار وان الاختيار مسئولية وحرية والتزام.
4. القدرة على التعبير عن المشاعر والحقوق بحرية وتلقائية وفي الوقت نفسه القدرة على تأجيل الاستجابة المتطرفة والتحكم في الانفعالات الطائشة.
5. تأهيل معاني السعي والاستمرارية والرغبة في التفوق والتعميق الحاجة إلى المعرفة لا الخوف من المعرفة فالحاجة إلى المعرفة دليل صحة نفسية وشوق عارم للبحث والتنقيب واكتشاف واقتحام المجهول والخوف من المعرفة دليل قلق ورهبة وتوجس من المستقبل.
6. تقبل ما يترتب على سلوك الفرد من نتائج سواء كانت صحيحة او خاطئة " فان كانت خاطئة عليه ان يتقبل نتائج أخطائه وان يجتهد في تصحيح قدراته وان تقبل النقد والمشورة والمقترحات."
7. ان يشعر بثقة بالذات وبسعادة دون إفراط في التفاؤل ، وفي سعي دائم نحو التمرد من القلق المحيط والمضي قدماً بإمكانياته وقدراته نحو المستقبل.

ثانياً: تحقيق التوافق Adjustment:

أي تحقيق النمو المتكامل للشخصية نفسياً وعقلياً ووجدانياً وإجتماعياً. ويشير مفهوم النمو المتكامل للشخصية إلى تكامل الوظائف العضوية والوظائف النفسية والسلوكية والمستويات الاجتماعية. (مصلح، 2003) أسس الارشاد النفسي:

ان الهدف من دراسة اسس التوجيه والارشاد هو وضع الاساس الذي تقوم عليه موضوعات التوجيه والارشاد النفسي حيث تعد هذه الاسس بمثابة فلسفة عمل الارشاد التي يجب أن يتخذها العاملون في هذا المجال منهجاً يستخدمونه اثناء الممارسة اليومية لعلمهم ، وبناء على ذلك تتعدد اسس التوجيه والارشاد النفسي التي تستمد مكانتها من طبيعة الإنسان وخصائص سلوكه ومن أهم الأسس التي يقوم عليها التوجيه والارشاد.(الشناوي، 1997) الأسس العامة:

1. الثبات النسبي للسلوك الانساني:

يمكن تعريف السلوك على انه كل نشاط يصدر من الكائن نتيجة لعلاقته التفاعلية مع البيئة المحيطة . سواء كانت على شكل نشاط عقلي (كالتفكير والتركيز والتخيل) أو على شكل نشاط جسمي (كالحركة والمشي) أو على شكل نشاط انفعالي (كالفرح والحزن) أو على شكل نشاط اجتماعي (تبادل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين).

ويكتسب السلوك الإنساني صفة الثبات النسبي بين الحاضر والماضي والمستقبل ولان السلوك الإنساني ثابت نسبياً يكون التنبؤ في المستقبل عند الاشخاص العاديين وفي المواقف والظروف العادية وحتى يتمكن المرشد من تعديل السلوك وتغييره فلا بد من فهم سلوك الفرد ودراسة طرق تعديله ودراسة السلوك في مواقف مختلفة من الحياة اليومية، ودراسة تاريخ حياته للحصول على ما يستفاد منه في التنبؤ بالسلوك. (عيد، 2005)

2. مرونة السلوك الإنساني:

بالرغم من ان السلوك ثابت نسبياً إلا انه قابل للتعديل والتغير عن طريق التعلم لأنه ليس إلا عملية تعديل في السلوك سواء كان هذا السلوك سويًا ام منحرفاً ، وبما ان السلوك الإنساني مرن وقابل للتعديل والتغير هذا من شأنه ان يشجع في مجال التوجيه والارشاد النفسي ليكون اكثر تفاعلاً لتغيير او تعديل سلوكيات الافراد نحو الأفضل، وأن مرونة السلوك عند الفرد تعني القابلية والاستعداد للتغير بشكل مستمر ولا يقتصر مبدأ مرونة السلوك على السلوك الظاهر بل يشمل أساس الشخصية . (العيسوي، 2001)

3. السلوك الانساني فردي – جماعي:

يعد السلوك الانساني فردياً او جماعياً بالرغم من تميزه الظاهر احيانا بأنه فردي خالص او جماعي خالص فكل فرد يعدشخصاً متميزاً عن الآخرين حتى مع اخيه ولكن يبدو فيه تأثير الجماعة واضحاً كما ان سلوكه وهو مع الجماعة تبدو فيه آثار شخصية الفردية بلاضافة إلى ذلك فان لكل فرد دوراً اجتماعياً مختلفاً – فهو يؤدي دورة كأب او كأستاذ او كزوج ولكل دور من هذه الادوار وظائف مختلفة ومعايير سلوكية يتقيد بها الفرد وتحددها الجماعة فالجماعة

منظمة للسلوك الفردي ولا بد للمرشد النفسي ان يأخذ ذلك بالإهتمام حتى يتمكن من توجيه الأفراد إلى ما يحقق مصلحة الجماعة التي ينتمي إليها ويحقق له التوافق والصحة النفسية. (أحمد، 2000)

4. استعداد الإنسان للتوجيه والارشاد:

يوجد لدى الانسان العادي استعداد للتوجيه والارشاد حيث انه عندما يشكل امراً ما يشعر بحاجة اساسية تدفعه لطلب التوجيه والارشاد النفسي حيث ان الإنسان العادي تكون لديه القدرة على الاستبصار بموقفه مما يشعره بالرغبة في التغيير فيقبل على الإرشاد بنفسه وبدون تأفف ويثق في عمله الإرشاد ويتوقع الاستفادة وان يعود بالفائدة الكبيرة ويحقق الهدف من العملية للإرشاد وهذا دليل على ان لدى الإنسان استعداد قوى لتغيير السلوك غير الصحيح واستبداله بسلوك افضل. (أدم، 2003)

5. حق الفرد في الاستفادة من التوجيه والارشاد:

من حق الفرد على المجتمع الذي يعيش فيه في مراحل النمو جميعها الإستفادة من خدمات التوجيه والارشاد ليحقق سعادة في حياته الشخصية والمهنية، وواجب الدولة توفير هذه الخدمات وتسييرها لكل فرد حسب حاجته إليها. (جبل، 2000)

6. حق الفرد في تقرير مصيره بنفسه:

من المبادئ الأساسية للتوجيه والارشاد النفسي الاعتراف بحرية المسترشد وحقه في تقرير مصيره بنفسه (في إطار القيم والاعراف الاجتماعية) فالشخص الحر هو الذي يتمكن من معرفه ذاته ويسعى لحل مشكلاتها، ويسعى لتحقيق مزيدا من الحرية في ضوء خبرات الماضي وظروف الحاضر وتطلعات المستقبل وان من أهم مظاهر الحرية هي حرية الاختيار وحرية اتخاذ القرار وحرية تقرير المصير. (عثمان، 2009)

7. تقبل المسترشد:

إن عملية الارشاد النفسي هي عملية تعاونية كما سبق في ذكرنا وهي تقوم على اساس تقبل المرشد للمسترشد من دون شروط ومهما كان سلوكه . ولكن لا يقبل سلوكه الشاذ المنحرف ولكنه يساعد في تغيير هذا السلوك واستبداله بسلوك سوي. (الزعيبي، 2003)

8. استمرارية عملية الارشاد:

في الحياة عادة ما يقوم الوالدين بمهمة التوجيه والارشاد في الطفولة المبكرة كما يقوم الوالدين والمعلمون بهذه المهمة في المدرسة ويحتاج الفرد الى التوجيه والارشاد أيضا في المرحلة الجامعية سواء كان عند اختيار التخصص الدراسي ام عندما تواجه مشكلات تتعلق بدراسته او بعلاقته مع الآخرين وتستمر عملية الارشاد النفسي حتى عند الزواج ، وفي مرحلة الأمومة، وعند التقاعد ، وعندما تواجه مشكلات شخصية ويعجز عن مواجهتها بنفسه . فالإرشاد عملية مستمرة مادام الفرد على قيد الحياة وهذا يتطلب من المرشدين النفسيين القيام بمسؤولية الإرشاد وتقديم المساعدة اللازمة لكل فرد محتاج إليها. (عز الدين ، وعبد الرحمن، 2011)

الأسس النفسية والتربوية:

من ضمن الاسس النفسية والتربوية التي يستند إليها الإرشاد النفسي كما يحددها حمزه (2001) كالآتي:

1/ الفروق الفردية:

يختلف الافراد كما وكيفا في الجوانب الشخصية جميعها (الجسمية – العقلية- الانفعالية- الاجتماعية) فلكل فرد شخصيته التي ينفرد بها عن الآخرين نتيجة العوامل البيئية بالرغم من وجود اتفاق نسبي بين الافراد في كثير من الامور نتيجة الخبرات المشتركة بين هؤلاء الافراد بالرغم من اختلاف شخصياتهم وهذا ما يسهل عليه التوافق مع البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها ولذلك لابد من ضرورة مراعاة مبدأ الفروق الفردية اثناء ممارسة الإرشاد إذ ان المشكلة الواحدة التي يعاني منها عدد من الأشخاص تكون لها اسباب مختلفة وان طرق علاجها تختلف من شخص الي اخر وهذا يعود الي طبيعة الفروق الفردية القائمة بينهم وعلى المرشد النفسي ان يدرك ان ما يعد مشكلة بالنسبة لشخص ما، فقد لا يعد كذلك عن شخص اخر وبناء على ذلك تتعدد طرق الإرشاد حيث ان الطريقة الواحدة لا تناسب فكل شخص يعيش في ظروف بيئة قد تختلف في قليل او اكثر عن الآخرين، وان اساليب تربيته ايضا تختلف كما ان تكوينه البيولوجي يختلف عن التكوين البيولوجي للآخرين.

2/ الفروق بين الجنسين:

لقد خلق الله الانسان وجعل منه الذكر والانثى ووجد فروقاً بين الجنسين لقولة تعالى (وليس الذكر كالأنثى). وتتجلى الفروق بين الذكر والأنثى في الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية وكذلك في الميول والاهتمامات ، حيث الإناث يملن الى اعمال معينة(كالتدريس – الخدمة الاجتماعية) والذكور فيميلوا إلى اعمال معينة(كالعمل في القوات المسلحة – الصناعات الثقيلة). وبناءً على ذلك يكون واجب على المرشد النفسي مراعاة الفروق الفردية بين الجنسين في مجالات التوجيه والإرشاد .

الأسس الأخلاقية:

على الفرد الذي يقوم بمهمة التوجيه وارشاد ان يتمتع بإخلاقيات الارشاد النفسي حيث يؤدي ذلك الى تحقيق حريته وأمنه وحرية الآخرين وامنهم ولذلك عليه الالتزام ببعض المبادئ الاخلاقية لمهنة التوجيه والارشاد والتي تعد بمثابة الميثاق الاخلاقي الذي يجب الالتزام به وهذه المبادئ التي نص عليها الميثاق الاخلاقي تحدد مسؤوليات المرشد وحقوقه وكذلك مسؤوليات المسترشد وحقوقه ومسؤوليات المجتمع وحقوقه الذي تقدم فيه المساعدة الإرشادية وقد اهتمت جمعية علم النفس الامريكية وكذلك رابطة المرشدين النفسية الامريكية والادارة العامة للتوجيه والارشاد مع الأسرة الوطنية للتوجيه والارشاد في دورتها لعام 1417هـ- 1418هـ في المملكة العربية السعودية بتحديد الاسس والمبادئ الاخلاقية التي يجب الالتزام بها اثناء ممارسة التوجيه والارشاد النفسي . (أحمد، 2000)

مجالات الارشاد النفسي :

ذكر الزعبي (2003) أنه تتعدد مجالات الارشاد النفسي، ولكن أشهرها الإرشاد العلاجي ، والتربوي، والمهني، والزواجي، والأسري.
ويزيد مصلح (2003) على ذلك إرشاد الاطفال والشباب والكبار (وهذه تقسم على أساس مرحلة النمو) وإرشاد الفئات الخاصة (ذوى الاحتياجات الخاصة).
رابعا- طرق الإرشاد:

قسمها الزعبي (2003) حسب العدد كما يلي:

1. **الإرشاد الفردي** : هو إرشاد عميل واحد وجها لوجه في المشكلات الخاصة جدا مثل المشكلات الجنسية.

2. **الإرشاد الجماعي**: وهو إرشاد عدد من الأفراد في جماعة إرشادية صغيرة بشرط أن تتشابه مشكلاتهم؛ باستخدام أساليب متنوعة للإرشاد منها السيكودراما ، شرائط الفيديو، التمثيل الاجتماعي والندوات والمناقشات .

وقسمها جبل (2000) حسب الطريقة كالآتي :

1. **الإرشاد الموجه** : وهو الإرشاد الممرکز حول المرشد ؛والذي يقوم فيه المرشد بدور نشط ايجابي بتأثيره المباشر في الشخصية والسلوك، ويستخدم ذلك مع العملاء المتعجلين ناقصي المعلومات وذوي المشكلات الواضحة ، وهو يقدم نصحا مباشراً ، ويستخدم هنا الاختبارات والمقاييس لجمع المعلومات وتحليلها.

2. **الإرشاد غير الموجه** : وهو الإرشاد الممرکز حول العميل حيث يوضح العميل في الدائرة الاهتمام، وتتم علاقته في جو نفسي يمكنه من تحقيق أفضل نمو . ودور المرشد هنا بمثابة المرأة لوضوح الرؤية، وان يجعل المريض في جو خالٍ من أي ضغوط أو تهديد.

3. **الإرشاد الديني** : عن طريق الاستبصار بأمر الدين وحيث تتناول المشكلات التي من أعراضها الانحراف، والشعور بالإثم، والخوف والقلق عن طريق الاعتراف والتوبة والاستغفار وذكر الله.وتتم هذه النوعية بذكر الأوامر والنواهي التي حثت إليها الأديان.
وترى الباحثة أن الإرشاد الديني لايجب أن يعزل عن الإرشاد النفسي , فالمرشد النفسي المسلم يجد في دينه منجماً نفسياً ذاخراً , فالإسلام دين شامل وينظم حياة أفرادهِ وعلاقاتهم, ولا ينسلخ عنهم أبداً .

4. **الإرشاد باللعب** : وهو مهم بصفة خاصة في حالة الإرشاد للأطفال ، وهو قريب من العلاج باللعب ويساعد في رعاية نمو الأطفال نفسي ا، وتربيتهم اجتماعيا وحل مشكلاتهم اليومية.

بعدما قامت الباحثة بعرض طرق الإرشاد بشكل عام تتطرق بعدها بشيء من التفصيل للطريقة المناسبة التي تم اختيارها لهذا البحث ؛ وهي الإرشاد الجماعي، ويتضمن داخله الإرشاد الديني والإرشاد الموجه وغير الموجه.
الارشاد الجماعي:

نظراً ما للجماعة من أهمية في حياة الفرد، ولأن الإنسان كائن إجتماعي بطبيعته، وازاء تحقيق مزايا ملموسة جراء هذا الاستخدام تطور الإرشاد الجمعي بإعتباره طريقة إرشادية منظمة، لها اصولها وقواعدها وشروطها.

يقدم لينيكس (1982) المذكور في عثمان (2009) ثمانية فروض حول للإرشاد الجمعي وذلك نظراً ما للجماعة من أهمية في حياة الفرد. والفروض هي:

1. خبره داخل الجماعة تعبر عن ممارسة يومية يقوم بها الناس وهي جزءاً من حياتهم اليومية.
2. استخدام الجماعة يمكن أن يكون عاملاً موثراً لأحداث تغيير في إتجاهات وسلوك الفرد.
3. يمكن ان تزود الجماعة الأعضاء بخبرات يستفيدون منها في مواجهة بعض ظروف الحياة.
4. المجموعة الإرشادية تقدم خبره مشتركه لأفرادها ، حيث يجدون أشياء مشتركة مع الآخرين مما يعنى الإلتواء والنمو مع بعضهم البعض.
5. المجموعة الإرشادية يمكن ان تسهل عملية التغيير التي تأخذ صفة الإستمرارية وهي في ذلك أسرع من بعض الأساليب الأخرى.
6. المجموعة الإرشادية لا تتساهل مع السلوكيات غير المرغوب فيها التي تصدر عن بعض الأعضاء، وهي لا تستسلم لها، بل تعمل جاهده على تغييرها بأصرار.
7. يمكن أن تعتبر المجموعة الإرشادية وسيله أقتصادية من أوجه عديده (عدد المرشدين، وقت المرشد، وقت المسترشدين، التكلفة).
8. يمكن للمجموعة الإرشادية ان تقيم حاله التغيير الذي طرأ على سلوك وأفكار وإتجاهات الأعضاء.

يعرف القاضي وآخرون (2002م) الإرشاد الجمعي بأنه دينامية تتم فيما بين الأشخاص وتركز على التفكير الشعوري الواعي والسلوك، وهو يتضمن وظائف علاجية مثل التسامح، التساهل، والتوجيه الى الواقع، والتنفيس، وتبادل الثقة، والإهتمام والعناية، والتقبل والتدعيم.

وهذه الوظائف العلاجية تنمو وتترعرع في جماعة صغيرة من خلال المشاركة في الأهتمامات الشخصية مع الأقران ومع المرشد، والمسترشدون في الجماعة هم في الأساس أشخاص أسوياء ذوي أهتمامات متنوعة، ويستخدم المسترشدون في الجماعة التفاعل داخل الجماعة لزيادة الفهم والتقبل لقيم وأهداف معينة أو نبذ سلوك أو اتجاه معين .

ويعرفه العزة (2001م) بأنه العملية التي يستخدم فيها التفاعل الجماعي أي التفاعل بين أفراد الجماعة لتسهيل فهم الفرد لذاته فهماً أكثر عمقاً وقبول الإنسان لذاته قبولاً أكثر عمقاً. ولالإرشاد الجماعي نوعين من المزايا هما:

1. إن الإرشاد الجماعي فيه اقتصاد أو توفير الوقت المطلوب للشفاء فهو منهج اقتصادي لأن مرشد واحد يستطيع أن يساعد عدداً من الناس دفعة واحدة..
2. يوفر كذلك هذا المنهج من خلال الجماعة في الاتصال أو التواصل مع الناس الآخرين والتفاعل معهم أي حصول التأثير المتبادل بين أعضاء الجماعة.

ترى الباحثة أن الأمهات إستجابو إستجابة طيبة للإرشاد الجماعي ، ووجدو فيه مناخا صالحا للمبادأة وطرح مشكلاتهم، والحديث عنها بكل صدق ، ومقارنتها مع مشكلات الأمهات الأخرين، والتنفيس عن الإنفعالات والتوترات في جو من الدعم والتشجيع ، ووجد الأمهات أنهن جميعهن يحملن نفس الهموم ونفس المشاعر، وهذا مما يشد من أزهرن بأنهن لسن وحدهن من يعانين من هذه الضغوط، ويقلل لديهن الشعور بالذنب والخوف والوحدة والعجز، بالإضافة لإقامة علاقات شخصية وإجتماعية مع بعضهن.

أهمية الإرشاد الجمعي للأمهات الأطفال المصابين بالسرطان:

إن مجموعة من الدراسات مثل دراسة سكورد(1980) المذكور في عثمان(2009) أشارت الى أهمية وقيمة وقيمة الإرشاد الجمعي للأمهات الأطفال المصابين بالسرطان عندما يستخدم مع مجموعة متناسقة من الأمهات حيث يؤدي ذلك الى:

1- تفاعل الأمهات في الإرشاد الجمعي:

يشترك أعضاء المجموعة في إستعراض أحداث الحياة ويتبادلون الهموم والمشاعر، يتلقون تغذية راجعه عما يصدر عنهم من أفكار ومشاعر وسلوكيات ، كما يساعدن الإرشاد الجمعي على إظهار التفاعل مما يكسبن مهارات إجتماعية جديدة فى التعامل مع الاخرين، عن طريق حصولهن على المعلومات عن أنفسهن.

2-موقف المجموعة:

إن الموقف الذى يجمع الأمهات كأفراد مجموعته يساعدهم على تطوير نوع العلاقة الإرشادية بينهن، وهذه العلاقة تلعب دوراً هاماً فى تطوير شخصيات الأمهات من خلال مايسمى بكشف الذات (Self Disclosure) كما أن هذه العلاقة تساعد الأمهات على مناقشة مشكلاتهم بحرية اكبر، وبذلك فان الموقف الذى انشاه الإرشاد الجمعي يعمل على تحقيق نوع من الاعتمادية المتبادله بينهن حيث يجدن الفرصه لفهم وتوجيه أنفسهن.

3- النمو الشخصي:

ان الظروف الاجتماعية والبيئية التى يعيشها أمهات الأطفال المصابين بالسرطان لا تسمح لهم بالنمو الشخصي (استغلال الطاقات التى يمتلكونها مثل الطاقة الجسمية والنفسيه والعقليه) بينما فى حالة الارشاد الجمعي فان هناك فرصه كبيرة لهن للنمو الشخصي وأستغلال هذه الطاقات بشكل طبيعى لحل مشاكلهن.

4- تحسين الدافعية:

فى معظم الأحيان عندما يأتى الأمهات الى المجموعة الارشادية اول مره تكون دافعيتهن منخفضة، ولكن من خلال التفاعل بين اعضاء المجموعة تأخذ كل واحد منهن دعماً معنوياً من الاخرى وبالتالي تتحسن دافعيتهن ليس تجاه العمل داخل المجموعة فقط وانم تجاه التعامل بإيجابيه فى الحياة بوجه عام.

المشكلات التى يتناولها الإرشاد النفسى للأمهات الاطفال المصابين بالسرطان:

كما ذكرها زيدان (2001)

1 - **المشكلات الشخصية:** من ضمنها المشكلات التي تسبب الشعور بالذنب والخطيئة أو الخوف أو القلق أو الحزن واليأس والإحباط، وأيضا من ضمنها عدم قدرة الأمهات على تحمل مسؤوليات وأعباء الطفل المريض، وكذلك عدم قدرة الامهات على التوفيق بين ملازمة الطفل المريض وبين متطلبات إخوته الأصحاء في المنزل، والمشكلات المادية، والكثير من المشكلات الشخصية التي تهدد توافق الأمهات.

2 - **اضطرابات الشخصية:** اضطراب السمات كالانطواء والعصابية والسلبية والتشاؤم وغيرها .

3 - **المشكلات الانفعالية:** مثل الغضب، والعصبية ، والعدوان، الاكتئاب، والغيرة، والقلق والفوبيا واللامبالاة والتناقض الانفعالي . ويصاحب المشكلات الانفعالية ضعف الثقة بالنفس وسرعة وسهولة الاستثارة الانفعالية والحساسية الانفعالية النفسية الزائدة.

4 - **مشكلات التوافق :** ومن أبرزها سوء التوافق الشخصي والإجتماعي والزواجي ، وعدم الثقة بالنفس ، وتحقيق الذات ، السلبية والملل وعدم تحمل المسؤولية.

5 - **مشكلات السلوك العامة :** يتناول الإرشاد النفسي لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان الاضطرابات السلوكية العامة، التي تختلف من كل أم عن الأخرى. وترى الباحثة ان معظم هذه المشكلات هي التي بالفعل كانت مسيطرة على الأمهات أثناء مناقشتهم في الجلسات الإرشادية.

ردود الفعل الصادر عن أمهات الأطفال المصابين بالسرطان

ويلخص Stewart (1986) أهم ما يصادف المرشد ويحتاج منه الى التعامل معه:

- 1- **الأنكار:** وفيه ينكر الوالدين إمكانية حدوث ذلك لهما أو في عائلتهما.
- 2_ **الغضب:** قد يكون موجها نحو الجهاز الطبي من أطباء وغيرهم الذين أشتركوا في تقديم معلومات عن حالة الطفل – وفي البداية يكون الغضب شديداً لدرجة انه يمس كل الاشخاص.
- 3_ **الخوف:** من المستقبل وأن تسوء حالة الطفل عما هي عليه الآن، الخوف أن تتغير اوضاع الأسرة (مثلا بوفاة احد الوالدين) بما لا يساعد على الوفاء بحاجات هذا الطفل ، الخوف من رفض المجتمع للطفل وأسرته، الخوف مما قد يصيب أخوة الطفل من أضرار (مثل عدم الأقبال على الزواج من أخواته).
- 4_ **مشاعر الإثم:** هذه المشاعر تدور حول ما إذا كان الوالدين أو أحدهما مسؤولاً عما لحق بالطفل من مرض نتيجة تركيب وراثي أو أهمال ما أثناء الحمل – وربما تدور لديهما أسئلة حول ما إذا كانا قد اقترفا من الآثام ما يجعل هذا الذي حدث كنوع من العقاب على مافعلنا .
- 5_ **مشاعر الأسى والحزن وشدة العصبية .**
- 6_ **التشويش:** نتيجة لعدم الفهم الكامل لما يجري وماذا سيحدث بعد ذلك، فان التشويش يبدو في صور مثل عدم النوم، وعدم القدرة على اتخاذ قرارات وزيادة العبء الذهني، مما يؤدي إلى عدم استساغة المعلومات التي تقدم لكلا الوالدين.

7_العجز: يرغب الوالدين فى الشعور بانهما قادران على التعامل مع مرض إبنهما ولكن من الصعبتتماماً ان يشعر هذان الوالدين أنهما مجبران على الإعتماد على آراء وأحكام وتوصيات يقدمها الآخرون وهما لذلك قد يشعران بإنعدام قدرتهما وبالتالي بعجزهما.

8_الرفض: قد يتجه الرفض من جانب الوالدين نحو الطفل ذاته أو الجهاز الطبي أو نحو افراد آخرين من الاسرة – وأحدى الصور الشديدة التي يبدو فيها رد فعل الرفض هي (تمني الموت للطفل) وهو شعور يقرره كثير من الآباء في أعرق نقاط اكتئابهم .

يؤكد stewart أنه ليس من الضروري ان يمر كلا الوالدين بهذه المراحل من ردود الفعل، ولكن قد يكون من الضروري أن يتواجد بعض من هذه الردود مع المشاعر المزعجة التي يمكن أن تظهر.

وترى الباحثة أن هناك نسبة كبيرة من الأمهات بحاجة إلى الإرشاد ومناقشة خبرة هذا المرض من أجل التخلص من أية أساءه فهم وإعتقادات خاطئة موجوده لديهن، وللتعبير عن المشاعر السلبية من خلال الإرشادات التي توجه لهن، هناك حاجة ضرورية أن يشعر المرشد الأم على أنها غير فاشله وأن لها حق الإحترام والتقدير، ان مثل هذا الشعور يؤدي إلى رفع معنويات الام ويشعرها بأنها مثل الآخرين مما يكون له الأثر الأكبر على قبولها لنفسها ويجعلها تتغلب على الصعوبات والأزمات التي تمر بها أثناء وبعد رحلة العلاج. (السعداوي، 2006)

خطوات الإرشاد الجماعى لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان:

الاعداد للبرنامج الإرشادى:

يتم الإعداد للبرنامج الإرشادى الجماعى لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان الذي ذكره sahler(2005) على النحو التالى:

1. إعداد اماكن الإرشاد الجماعى: يتم إعداد الإرشاد الجماعى، سواء اكانت هذه الأماكن فى الطبيعة، ام فى غرفة الإرشاد ام فى مسرح تمثيلى، أم غير ذلك.
2. تحديد الأهداف العامه لبرنامج الارشاد الجماعى.
3. إعداد الأمهات وتحديد عدد الأمهات الذين سيشاركون فى برنامج الإرشاد الجماعى ، وتحديد عدد المرشدين (مرشد واحد أو كثر).
4. تحديد الاسلوب أو الاساليب التى ستتبع لتحقيق أهداف الإرشاد.
5. تحديد بداية البرنامج الارشادى ونهايته.
6. تحديد الاهداف السلوكية الخاصة المتوقع انجازها فى البرنامج.
7. تحديد الجماعة الارشادية .

أوضح عقل (2000) أن عدد الجماعة الإرشادية يتحدد وفقاً لنوعية المشكلات التى يعانى منها افراد الجماعة، سواء اكانت هذه المشكلات أنفعاليه ام مشكلات تربوية ، وقد اتفق المشتغلون بالتوجيه والارشاد والعلاج النفسى على ان هذا العدد هو مايبين (6-10) اشخاص، ولكن عند اختبار أفراد الجماعة الارشادية لابد ان يستند هذا الاختبار الى عدد من المعايير منها:

أ. أن يتشابه افراد الجماعة الارشادية فى المشكلات التى يعانون منها، لىتمكن كل عضو فى الجماعة من الأستفادة من خبرة الاعضاء الاخرين فى فهم مشكلته وكيفية التعامل معها.

ب. التشابه ما أمكن بين أعضاء الجماعة فى العمر، ودرجة الذكاء، والجنس، ان توفير هذه المعايير جميعها فى الجماعة الارشادية أمر صعب ويكن التغاضى عن بعضها فى مقابل ان يبذل المرشد والمسترشد جهودا اضافية لتحقيق اهداف الإرشاد.

ج. قدرة كل عضو من أعضاء الجماعة على ان يعى ذاته، وان يكون لديه رغبة فى المشاركة الوجدانية، وتقبل النقد بطريقة مناسبة، وكذلك قدرته على المشاركة بادوار معينة ضمن المجموعة مثل (دور الاب دور الابن) وهذا ما يجعل التفاعل والتقبل والاندماج مع الجماعة اكثر فعالية، وتزيد من فعالية الإرشاد الجماعى.

8. تحديد عدد الجلسات الإرشادية ومدة كل جلسة وجدول كل جلسة وهذا يعتمد على نوع المشكله ومستوى تعليم المسترشدين ويمكن أن يطول زمن الجلسه قليلاً اذا كان عدد المسترشدين كبيراً نسبياً حتى تتاح الفرصة لكل مسترشد للتغيير عن مشكلته.

9. تنفيذ الجلسة الإرشادية:

يتم تنفيذ الارشاد الجماعى لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان وفق خطوات متتابعة وهى

1. جلسة الاعداد والتهيئة.
 2. جلسة التقويم القبلى.
 3. جلسات التهيئة التعليمية المعرفية: وفيها يتم توعية أعضاء الجماعة بمجموعات الإرشاد الجماعى من خلال النشرات العلمية والمناقشات .
 4. جلسات التدخل الرئيسى: ويتم تدريب أعضاء الجماعة الارشادية على اكتساب المهارات اللازمة لتحقيق أهداف الإرشاد الجماعى.
- من خلال أستخدام أفضل طرائق وأساليب الارشاد الجماعى على ان تشمل كل جلسة تدريب على أساليب تحقيق أهداف الإرشاد الجماعى ثم تنتهى بالواجب المنزلى.
5. جلسة التقويم البعدى: ويتم فى الجلسة تطبيق المقياس الذى أستخدم فى المقياس القبلى ثم مقارنة النتائج بين المقياس القبلى والبعدى لمعرفة مدى التحسن الحادث بعد تطبيق البرنامج الإرشادى ، ويتم مناقشة أعضاء الجماعة الإرشادية عن مدى شعورهم بالتحسن وصعوبات تطبيق هذا البرنامج.
 6. الانهاء: يتم انهاء الجلسة الارشادية وتوديع اعضاء الجماعه الارشادية بعبارات تشعرهم بالحب والمودة وتعطيهم مزيداً من الدعم والتشجيع للأستمرار فى التحسن الذى حصلو عليه اثناء تطبيق البرنامج.
 7. المتابعة: تتم متابعة المسترشدين الذين شاركوا فى الإرشاد الجماعى من خلال اللقاءات الجماعية أو المحادثة التليفونية وتقديم المساعدة اللازمة حين الحاجة لمواجهة الحالات الطارئة وتذليل العقبات التى تقف فى طريق استمرار التحسن كلها وقد تمتد فترة المتابعة ما بين شهرين الى ستة أشهر. (sahler،2005).

بعض فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي التي تستخدم في إرشاد أمهات الاطفال المصابين بالسرطان :

1- التدريب على حل المشكلات التي تواجه أمهات الأطفال المصابين بالسرطان :
من خلال تطوير استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول لها في حالة مواجهتها ، وتسير هذه العملية عبر الخطوات: الاعتراف بالمشكلة وإدراكها، تعريف المشكلة وتحديدها، اقتراح الحلول الممكنة، اختيار أحد الحلول، والتنفيذ. (زيربلا،1990) المذكور في (عز الدين،2011).

2-إعادة البناء المعرفي لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان:
ويهدف اتجاه إليس إلى تعليم المسترشدين، أساليب لتحديد كيف تتأثر العلاقة بين المشاعر والسلوك، (ABC) بالمعتقدات وليس بالأحداث، من خلال النموذج فالمرشد يساعد الأمهات في تحديد المعتقدات غير المنطقية والتي تؤثر في تفسير الأحداث و يناقش معهن التأثير السلبي لهذه المعتقدات على السلوك ، والهدف هو تحديد تأثير هذه المعتقدات على التفكير. ويعتمد هذا المنهج على المواجهة إلى حد ما. وحسب إجراءات (بيك) تتضمن عملية إعادة البناء المعرفي استكشاف وتمييز، وتسجيل الأفكار السلبية، واتضح الرابطة بينها وبين الانفعال والسلوك، وعندما يشعر المرشد بأن الأمهات أصبحن قادرات على البدء في تحديد الأفكار أثناء الجلسة يصبح بإمكانه أن يطلب منهن أن يراقبن تفكيرهن الخاص ما بين الجلسات كواجب بيتي. (وليم،2005) المذكور في (عز الدين،2011)

وجدت الباحثة أن تناول موضوع إعادة البناء المعرفي، والحديث عن الأفكار السلبية ونتائجها ، وأخطاء التفكير، تفاعل معه الأمهات تفاعلا كبيرا، وكشفن بكل صدق عن الكثير من الأفكار التي تدور في أذهانهم، والتي كانت تسبب لهن الحزن والضيق والقلق. وتساوى في ذلك كل الامهات بجميع مستوياتهم الإجتماعية والأكاديمية.

3-الضبط الذاتي لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان:
وفيه يعمل الأمهات على إحداث تغيير في سلوكهن عن طريق إحداث تعديلات في العوامل الداخلية والخارجية المؤثرة في هذا السلوك. وتصنف إستراتيجيات ضبط الذات إلى ثلاثة أنواع:

1. الإستراتيجيات البيئية: وتتضمن تغيير الأوقات والأشخاص والأماكن أو المواقف حيث يتعرضن لخبرة السلوك الصعب المستهدف التحكم به.

2. الإستراتيجيات السلوكية: وتشتمل على تغيير المقدمات الممهدة أو نتائج السلوك.

3. الإستراتيجيات المعرفية: وتتضمن تغيير الأفكار أو الاعتقادات المرتبطة بالسلوك المستهدف، وقد طورت فنية العلاج بالضبط الذاتي أصلاً لعلاج (الاكتئاب) وتتضمن عروضاً تعليمية، وتمارين لتعليم المفاهيم والمهارات، وتطبيق هذه المهارات في الحياة اليومية للأمهات من خلال مهام الواجبات البيتية . (العزة،2001)

4- تعديل الأفكار والمشاعر السلبية لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان:

تكمن المشكلة الرئيسية في التفكير السلبي لكونه يبدو كما لو كان نهائياً لا يقبل التغيير أو لا جدال فيه، لكن إذا تعلم الأمهات أن يسجلن أفكارهن هذه، فإن ذلك يؤدي إلى التقليل من تأثيرها لأن ذلك يجعلها مجرد أفكار يمكنه النظر إليها ورؤيتها كظاهرة نفسية فقط، والتعرف بالتالي على بعض ردود الفعل المرتبطة بها، الأمر الذي يساعد في زيادة وعي الأمهات والتباعد بينهن وبين أخطاء تفكيرهن، ما يؤدي إلى تمهّلن قبل الوقوع في مثل هذه الأخطاء مستقبلاً، ويتم ذلك من خلال محاولة إيجاد أدلة مضادة للأفكار السلبية أو الوصول للمشكلات باستخدام بدائل. (لونجمور، 2007) المذكور في (عز الدين، 2011)

5- لعب الدور لأمهات الاطفال المصابين بالسرطان:

وهو أن يعبرن عن اتجاه جديد أو معتقد عقلائي مناسب وأن يعيدن ويكررن ذلك إلى أن يتحول الإتجاه الجديد إلى خاصية دائمة. وأن التغيير الناتج عن لعب الأدوار يرجع إلى استباق حدوث الأشياء قبل وقوعه. فالأمهات من خلال القيام بلعب أدوار مختلفة تمثل الموقف الذي يمكن أن يؤدي إلى اضطراب سيتمكن من أن يستبقن من خلال التفكير في هذه المواقف التغيير أو السلوك الذي سيحدث. ومن ثم فسيدخلن المواقف الجديدة بثقة أكبر. فضلاً عن هذا، فإن المشاعر الإيجابية التي تسيطر عليهن بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية مناسبة ستطلق بشكل مباشر، وسيدركن أن التفكير في حدوث الأشياء بشكل مخيف أسوأ من الأشياء نفسها، وأن الاضطراب يتولد بسبب طبيعة التفكير في الأمور، أكثر مما يتولد من تلك الأمور ذاتها، كما أن لعب الدور يساعد الفرد على تعلم المهارات الاجتماعية المصاحبة للدور. (جبل، 2008)

6- الواجبات البيتية لأمهات الاطفال المصابين بالسرطان:

لكي يتمكن الأمهات من تعميم التغييرات الايجابية التي قد أنجزنها مع المرشد، ومن أجل مساعدتهن على أن ينقلن تغييراتهن الجديدة إلى المواقف الواقعية الملموسة، ولتقوية ودعم أفكارهن ومعتقداتهن الصحية الجديدة، يتم توجيههن وتشجيعهن على تنفيذ بعض الواجبات والأنشطة الخارجية. وتعد وتصمّم هذه الواجبات البيتية بطريقة خاصة، بحيث تتضمن أنشطة وتدريبات معرفية وسلوكية. كذلك يحسن أن يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية، حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة التي ترتبط بالأهداف القريبة والبعيدة للإرشاد. (المحارب 2000).

7- استراتيجيات المواجهة لأمهات الاطفال المصابين بالسرطان:

يعتبر (لازاروس) و(فولكمان) من أوائل العلماء الذين صنفوا أساليب المواجهة التي يستخدمها الأفراد للتعامل وتدبر الأحداث، إلى نوعين هما:
أ- استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة التي تتضمن المعارف والسلوكيات التي تعالج المشكلة المسببة للتعاسة، وتعدّ أفضل الوسائل لمواجهة الضغوط التي تدرك أنها قابلة للسيطرة عليها.

ب- استراتيجيات المواجهة المركزة على المشاعر التي تتضمن تنظيم الانفعالات والتعاسة المرتبطة بالضغوط، وهي من أفضل الوسائل لمواجهة المواقف التي تدرك أنها ليست قابلة

للسيطرة عليها. وكأسلوب للمواجهة الفعّالة، ولأن معظم أمهات الأطفال المصابين بالسرطان يركزون على المرض نفسه كمصدر لمتاعبهم وتوترهم ومعاناتهم، لذلك من الأفضل البدء مع الأمهات من خلال التركيز على "المشكلات التي يرونها مهمة، كما ويؤكد الباحثان (نيلسون) (وبراونلي) ضرورة قيام المرشد باستخدام أسئلة المواجهة مع أمهات الأطفال المصابين بالسرطان . (نيلسون، بروناي، 2008)

8. تنمية الدعم الأسري والاجتماعي لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان:

وهي عملية ديناميكية لزيادة التأثير المتبادل بين الأمهات وشبكة العلاقات الاجتماعية التي تمدهن بالدعم في المواقف الاجتماعية المختلفة. ويؤكد (لاروكو) أنه على الرغم من وجود مظاهر مختلفة ومتعددة للدعم والمساندة الاجتماعية، والتي يتمثل بعضها في المساعدة المالية والمشاركة الوجدانية أو العاطفية والتفاهم، وتوفير المعلومات والإرشاد والتوجيه، إلا أن معظم نتائج الدراسات والبحوث السابقة في هذا المجال تركز على الدعم الوجداني أو العاطفي لأهميته ولأنه يمثل أهم بعد في حياة الإنسان. (السواط، 2008).

9- التحصين ضد التوتر لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان:

تم تطوير هذا الأسلوب من قبل meichenbaum (1985) لمساعدة الأفراد الذين لديهم مخاوف مرضية تسبب لهم الكثير من القلق خاصة في المواقف الضاغطة ويزود هذا الأسلوب الأمهات بمجموعة من المهارات للتكيف مع الحالات المستقبلية، ويتكون من ثلاثة مكونات هي :

أ_ تثقيف الأمهات حول طبيعة ردود الفعل الناتجة عن التوتر.

ب_ والتدريب على مهارات التكيف المعرفية والجسدية.

ج_ مساعدة الأمهات على تطبيق هذه المهارات عند التعرض للموقف الضاغط. وتشتمل هذه العملية على مواجهة الأمهات للمثيرات التي تبعث على القلق وذلك في جلسات إرشادية بهدف تعميم ردود الفعل الجديدة المعدلة المكتسبة أثناء الإرشاد، على المواقف التي يتوقع ان يواجهها بعد الإرشاد. (باولو، 2002)

المبحث الثاني الضغوط النفسية

إن الضغط هو جزء من الحياة فإنه من المستحيل تماما تجنب الضغط، ومن الممكن أن يكون الضغط خفيفاً أو معتدلاً أو قوياً ، ومع ذلك يمكن أن يؤدي إلى مشاكل مختلفة. مثل ردود أفعال معينة تختلف من شخص لآخر، يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على صحة الفرد ، مما يجعله أكثر عرضة للمرض. أيضا كثيرا من الضغوط يكون لها تأثير سلبي على العلاقات مع العائلة والأصدقاء، بغض النظر عن مدى الضغط النفسي وتأثيره على الفرد.(الصغير،2010) مفهوم الضغط النفسي:

المعنى اللغوي لكلمة ضغط : ورد بعدة أشكال في المعاجم وذلك حسب الاستخدام والموقف الذي اقترن به ، فيقال : ضغطه ضغطاً أي غمزه إلى شيء كحائط أو غيره ، ويقال ضغط الكلام إذا بالغ في اختصاره وإيجازه ، حيث يتخلى عن التفاصيل ، ومن تصريفات الكلمة ضاغطة ، مضاغطة ، أي حين يزاحم أحدهما الآخر، والضغطة أيضاً الشدة والمشقة ، والضغطة بالفتح القهر والضيق والاضطراب. (الرازي،1997)

ولقد جاء مصطلح الضغط أساساً من العلوم الطبيعية ، فمن وجهة نظر علم الفيزياء تشير كلمة ضغط إلى قوة خارجية تقع على شيء ما مما يؤدي إلى حدوث رد فعل من ذلك الشيء نتيجة للقوة الخارجية التي وقعت عليه . كما تشير اللفظة أيضاً إلى القوة المضادة التي يواجه بها الفرد ما يقع على جسمه من ضغط واجهاد من قوى خارجية كما تعني أيضاً الإثارة البدنية والعقلية . (العنزي،2004)

أما المعاجم المتخصصة فقد عرفت الضغط بأنه توتر أو صراع أو حالة من التوتر الشديد . (الطريبي ، 1994)

أولاً: تعريف الضغوط النفسية:

اهتم العلماء منذ أواخر القرن الثامن عشر وحتى الآن بمفهوم الضغط النفسي وتفسيره وتعريفه ومسبباته، ولعل من أوائل هؤلاء العلماء وأبرزهم (بيرنارد) حيث تحدث عن الطرق التي تجعل حياة الكائنات الحية أسهل وأبسط بعيداً عن الضغط النفسي، ويعتقد بأن (كانون) هو أول من استخدم مفهوم الضغط النفسي على أساس أنه ناتج عن الخبرات الإنسانية (حداد واخرون،2003).

والضغط النفسي هو رد فعل تكيفي لأي وضع ينظر إليه على أنه تحد أو تهديد للشخص، والضغوط هي ردود فعل الشخص نحو الوضع المسبب للضغط، ويصاحب الضغط النفسي مجموعة من ردود الفعل النفسية والفسولوجية، فالأفراد حين يتعرضون للضغوط النفسية يشعرون بأن هذا الوضع يشكل تحد أو تهديد لهم. هذا التقييم المعرفي يؤدي إلى مجموعة من

الاستجابات الفسيولوجية، مثل ارتفاع ضغط الدم، تعرق اليدين، وزيادة سرعة ضربات القلب. (مكشان، 2006)

إن من الرواد الأوائل الذين قدموا مفهوم الضغوط النفسية Selye (1926) ويعد تعريفه من أوائل التعريفات التي قدمت للضغوط فهو يعرفها على أنها "استجابة الجسم غير المحددة نحو أي مطلب يفرض عليه، سواء كانت هذه الاستجابة إيجابية أو سلبية.

وعرف جراف (1970) الضغوط النفسية بأنها هي إدراك الفرد لعدم قدرته على إحداث استجابة مناسبة لمطلب أو مهام، ويصاحب هذا الإدراك انفعالات سلبية كالغضب، والقلق، والاكتئاب، وتغيرات فسيولوجية كرد فعل تنبهي للضغوط التي يتعرض لها الفرد.

أما لازارس (1993) فيرى أن الضغوط النفسية هي مجموعة من المثيرات التي يتعرض لها الفرد، بالإضافة إلى الاستجابات المترتبة عليها، وكذلك تقدير الفرد لمستوى الخطر، وأساليب التكيف مع الضغط. (دهمش، 2008)

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية التي تصدرها الجمعية الأمريكية للطب النفسي يرى بأن الضغط متغير مستقلا من الاضطراب النفسي يصاحبه، اضطرابات تابعة تسمى اضطرابات التوافق ومنها اليأس والعجز والاكتئاب (عوض، 2001).

ويعرف حداد وآخرون (2003) الضغوط النفسية كأحد الأنشطة النفسية والفسيولوجية التي يقوم بها الإنسان سعيا منه للتكيف مع التغيرات في البيئات الداخلية والخارجية. وهذه الأنشطة ترتبط بكمية ونوعية العلاقة بين المطالب الجسدية الفردية والقدرات النفسية والاجتماعية والبيئة.

أما أبوخطب (2006) فيرى أن الضغوط تتجلى في إطار كلي متفاعل يتضمن الجوانب النفسية، والجسمية، والاقتصادية، والاجتماعية، والمهنية، ويتجلى ذلك التفاعل من خلال ردود فعل نفسية، وانفعالية، وفسيولوجية، لذلك فإن جميع الضغوط تعتبر ضغوطا نفسية الضغوط بأنها التوقع الذي يوجد لدى الفرد حيال عدم القدرة.

وقد عرف الأحمدي (2003) الضغوط على أساس المثيرات الخارجية حيث بين أنها تشير إلى القوى الخارجية التي تسبب تشويها ماديا في هيكل الجسم أو تعطيل وظائفه، وبين بأن هذا التعريف سائد في مجالات الفيزياء والهندسة.

ويرى الزياني (2003) إن الضغوط النفسية هي نمط لاستجابات غير نوعية يقوم بها الكائن الحي نتيجة لأحداث مثيرة تعوق اتزانه وتحبط من محاولاته لمواجهتها، وتشتمل تلك الأحداث التي تبعث الاستثارة على عدد كبير ومختلف من العوامل الداخلية والخارجية والتي يطلق عليها مجتمعة بالضغوط.

وترى الباحثة من خلال العرض السابق للتعريف أن هناك ثلاث مكونات للضغط هي المثيرات، والاستجابة، والتفاعل بين المثيرات والاستجابة، ومن خلال هذه المكونات تعرف الباحثة الضغط بأنه هو التفاعل الذي يحدث داخل الفرد بين المثيرات وبين ردود الفعل الفسيولوجية والنفسية والسلوكية لهذه المثيرات.

النظريات التي حاولت تفسير الضغوط النفسية

ذكر غريب (1998) أن هنالك العديد من النظريات التي حاولت تفسير الضغوط النفسية وهذه النظريات تناولت الضغوط ضمن أطر ومنطلقات مختلفة، مما أدى إلى اختلاف هذه النظريات فيما بينها، وهو ما ستبينه فيما يلي:

أولاً: نظرية سبيلبرجر Spielberg

لا يمكن تناول مفهوم الضغوط عند سبيلبرجر بدون التمعن في نظريته الشهيرة عن القلق على أساس التمييز بين القلق كسمة والقلق كحالة، فقد عرف سبيلبرجر القلق كسمة بأنه: "عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب، يظل كامناً حتى تنبئه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية فتثير حالة القلق، ويتوقف مستوى إثارة القلق عند الإنسان على مستوى استعداده للقلق، أي مستوى القلق كسمة، واعتبر سبيلبرجر سمة القلق مشير إلى الاختلافات بين الأفراد في استعدادهم للاستجابة للمواقف الضاغطة بمستويات مختلفة من حالة القلق .

وأكد "سبيلبرجر Spielberg" على سمة القلق أنها صفة ثابتة نسبياً في الشخصية، وميل ثابت نسبياً لدى الفرد للاستجابة للمواقف الحياتية المختلفة بطريقة يغلب عليها التوتر، وهذه القابلية للقلق تجعل الفرد ينظر إلى العالم المحيط به كمصدر للخطر والتهديد له .

أما القلق كحالة فقد عرفه "سبيلبرجر Spielberg" بأنه عبارة عن: "حالة انفعالية؛ يشعر بها الإنسان عندما يدرك تهديداً في الموقف، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي وتتوتر عضلاته ويستعد لمواجهة هذا التهديد، وتزول عادة هذه الحالة بزوال مصدر التهديد، وهذا يعني أن القلق كحالة، هو غير ثابت بل يتغير من موقف إلى آخر، بحسب شدة ونوع الخطر أو التهديد وتنخفض حسب الموقف.

وربط "سبيلبرجر" بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر الضغط الناتج ضاغطاً مسبباً لحالة القلق، ويستبعد ذلك عن القلق كسمة حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق أصلاً، ويميل الشخص المرتفع في القابلية للقلق إلى إدراك خطر عظيم؛ في علاقاته مع الآخرين؛ التي تتضمن تهديدات لتقديره لذاته وهو يستجيب لتهديدات الذات هذه بارتفاع شديد في حالة القلق أو في مستوى الدافع. (عوض 2001)

ثانياً: نظرية هانز سيلبي: "Hans Selye"

كان هانز سيلبي بحكم تخصصه كطبيب متأثراً بتفسير الضغط تفسيراً فسيولوجياً . وتنطلق نظريته من مسلمة ترى أن الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل ضاغط Stressor يميز الشخص ويضعه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة، وأن هناك استجابة أو أنماطاً معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج، ويعتبر "سيلبي" أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضغط عالمية وهدفها المحافظة على الكيان والحياة .

وحدد "سيلي" ثلاث مراحل للدفاع ضد الضغط، ويرى أن هذه المراحل تمثل مراحل التكيف العام وهي:

1. مرحلة الإنذار أو التنبيه: وفيه يظهر الجسم تغيرات واستجابات عندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه، كازدياد التنفس، وازدياد السكر والدهون في الدورة الدموية، وتشد العضلات لينتهي الجسم لعملية المواجهة، وتعرف هذه التغيرات بالاستثارة العامة.
2. مرحلة المقاومة: وتحدث عندما يتحول الجسم من المقاومة العامة إلى أعضاء حيوية معينة تكون قادرة على الصد لمصدر التهديد، وتخفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى وتظهر تغيرات أخرى تدل على التكيف.
3. مرحلة الاستنزاف: مرحلة تعقب المقاومة إذا استمر التهديد، غير أن الطاقة الضرورية تكون قد استنفدت، وإذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة ومستمرة لفترة طويلة فقد ينتج عنها الوفاة في حالات معينة. (الهالي، 2009)

ثالثاً: نظرية "موراى":

يعتبر موراى أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان، على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك، ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة.

ويعرف الضغط بأنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص يعيق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين، ويميز موراى بين نوعين من الضغوط هما:

أ. **ضغط بيتا**: ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

ب. **ضغط ألفا**: ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالاتها كما هي.

ويوضح موراى أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها، ويطلق على هذا مفهوم تكامل الحاجة. (الأمامي، 2010)

رابعاً: نظرية ريتشارد لازاروس:

وقد نشأت هذه النظرية نتيجة للاهتمام الكبير بعملية الإدراك أو التقييم الذهني ورد الفعل من جانب الفرد للمواقف الضاغطة، والتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث إن تقدير كم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف.

ويعتمد تقييم الفرد للموقف على عدة عوامل منها: العوامل الشخصية، والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية، والعوامل المتصلة بالموقف نفسه. (عبيد، 2008)

ومن خلال العرض السابق للنظريات التي تناولت الضغط النفسية خلصت الباحثة إلى بعض النقاط الهامة التي توضح وتحدد مفهوم الضغوط النفسية، وتشكل مرجعاً هاماً للبرنامج الإرشادي المخصص لخفض الضغوط النفسية:

(1) إن الضغط النفسي يؤثر سلباً على الصحة النفسية لأطفال المصابين بالسرطان , فهناك إجماع على ربطه بالقلق والتوتر والضيق والإحباط وسرعة الاستئثار والتغيرات الفسيولوجية المتعبة.

(2) أن ردود الفعل نحو الضغوط عمليه معقدة جداً , ولا تقتصر على التغيرات الفسيولوجية, أو الانفعالات فقط.

(3) طريقة تفكير الأمهات وأفكارهن المسبقة تلعب دوراً هاماً في نظرتهم للضغوط وتوافقهم معها.

(4) إن أساليب التنشئة الاجتماعية والالتزام بأفكار ايجابية مسبقة (ينشأ الفرد مؤمناً بها) يخفف من وقع الضغوط على الأمهات ونظرتهم لها.

(5) إن ما يعتبر أمر ضاغط بالنسبة لبعض الأمهات لا يعتبر كذلك بالنسبة للأخريات ويتوقف ذلك على سمات الشخصية ، والخبرات الذاتية ومهارت تحمل الضغوط والحاله الصحية، كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالموقف نفسه مثل نوع السرطان الذي أصاب الطفل، ودرجة الورم، وعمر الطفل، وترتيبه في الأسرة.

أنواع الضغوط :

يرى ساوير (2005) أن هنالك نوعين أساسيين من الضغوط هي:

1- الضغوط النفسية الحادة

يحصل هذا النوع من الضغوط عادة عندما يواجه الفرد خطر ما، أو عندما يكون تحت الضغط لإتمام التزام ما، عندها فإن دماغ الفرد يطلق العديد من المواد الكيميائية لزيادة معدل ضخ القلب، وهذا يزيد من ضغط الدم ويجعل الفرد أكثر نشاطاً لمحاربة الخطر أو الهروب منه، والعديد من الأفراد يمكنهم التجاوب والتكيف مع هذه الضغوط القصيرة.

يحصل هذا النوع من الضغوط بسبب:

2- الضغوط النفسية المزمنة

يحصل هذا النوع من الضغوط بسبب حالة ثابتة أو العديد من الحوادث المجهدة التي تحدث للفرد بشكل متتالي، فإذا كان الفرد يعتني بشخص ما مصاب بمرض مزمن بشكل مستمر، أو يواجه مشاكل مع رئيس العمل، أو إذا فقد عمله أو خسر شركته، فإن الجسم يستجيب سلباً لمثل هذه الحالات، ويؤدي التعرض المستمر للمشاعر السلبية إلى إصابة الفرد بالعديد من الأمراض مثل السكري أو الربو، أو مشاكل النظام العصبي أو نظام المناعة.

وأشاركلي(1994) إلى نوعين من الضغوط النفسية، هي :

هي الضغوط الجيدة التي تساعدنا على تحسين:

1- الضغوط النفسية الايجابية

هي الضغوط الجيدة التي تساعدنا على تحسين أدائنا، فعلى سبيل المثال إذا لم يكن هناك ضغط على الفرد نحو الأداء الجيد في الامتحانات أو الأحداث الرياضية، فسيكون من الصعب على الطلاب الدراسة للامتحانات، كما أن الرياضيين لن يتدربوا بالشكل المطلوب. وهناك كمية

معينة من الضغط النفسي الإيجابي يعد ضروريا لمواجهة جميع التحديات كما أنه ضروري لبقائنا على قيد الحياة والتقدم في الحياة..

2- الضغوط النفسية السلبية

عندما يخرج الضغط النفسي عن السيطرة، يصبح ضغطا سلبيا أو سيئا، والذي يظهر الضعف في أجسامنا ويجعلنا عرضة للتعب والمرض، وإذا استمر الضغط في التأثير على الشخص وخرج عن السيطرة، فإن ذلك سوف يؤدي إلى ظهور مختلف التأثيرات السلبية للضغوط.

وذكر عربيات والخرابشة (2007) نوعين من الضغوط هما الضغوط الدائمة والضغوط المؤقتة.

(1) **الضغوط المؤقتة:** هذا النوع من الضغوط يحيط بالفرد لمدة وجيزة، ثم يزول، وعادة ما يكون مرتبط بموقف مفاجئ لا يدوم أثره طويلا، ولهذه الضغوط أثر محدود على الفرد، إلا إذا كانت قدرة تحمله أضعف من الموقف الضاغط..

(2) **الضغوط الدائمة:** هذا النوع من الضغوط يحيط بالفرد لمدة طويلة نسبياً، مثال ذلك تعرض الفرد لمرض مزمن .

أسباب الضغوط النفسية:

ولخصت الشاعر(2013) العوامل المسببة للضغوط النفسية في ثلاثة عوامل رئيسية هي:

(1) **الأسباب البيئية المادية:** نأخذ البيئة بمفهومها الشامل وما يتبع ذلك من عوامل تؤثر في الإنسان كالمناخ والهواء والأرض وما يهمنها في هذه العوامل هو ما يحرك جسم الإنسان للقيام باستجابات حتى يتوافق مع المحيط وهذه العوامل تتغير بتغير الزمان و المكان و الفصول الأربعة، ففي الشتاء يقوم الجسم بإيجاد استجابات مختلفة عن الاستجابات التي يقوم بها في الصيف، وكثيرا ما تخلق حالة البرد الشديد أو الحر الشديد الأذى ببعض الأفراد الذين لا يستطيعون التوافق مع التغيرات، وتشكل هذه التغيرات في الجو عوامل ضاغطة تستدعي استجابات تكيفيه.

(2) **أسباب اجتماعية:** تتضمن الأسباب الاجتماعية كل الحالات النفسية و الانفعالية التي تنتج عن علاقة الشخص بالآخرين في إطار الحياة الاجتماعية العامة، أو في إطار المؤسسات الاجتماعية التي ينتمي إليها، فالضغط النفسي، ينشأ عن مصدر أو سبب اجتماعي ناتج عن علاقة اجتماعية يعطيها الشخص دلالة معينة، مثل فقدان محبوب كأحد الوالدين، والأصدقاء و الأقارب وغيرهم.

(3) **أسباب نفسية:** وهي مجموعة العوامل التي تعود إلى البناء النفسي عند الأشخاص، أي ما تصف به شخصيتهم من ملامح عندما يكون الشخص عصيباً، أو انفعالياً، أو عمليا نشيطاً، أو حساساً، أو انطوائياً، أو منفتح على الآخرين أو واقعياً، وهذا ما أكدته دراسات متعددة، فالأشخاص الذين يتصفون بالعدوانية والشدة والتنافسية يكونون ميالين إلى الإصابة بأمراض القلب أكثر بخمس مرات من الأشخاص الذين يتصفون بالهدوء .

مصادر الضغوط النفسية:

وقد أشار العديد من الباحثين في دراساتهم إلى أن أهم مصادر الضغوط النفسية تتمثل في:

(1) **المشكلات النفسية** : حيث إن تعرض الفرد لمستوى عالي من الضغط عادة ما يصاحبه الشعور بالقلق والاحباط والتعب والإرهاق والاكئاب والتوتر والانفعال والأرق ، وانخفاض تقدير الذات.(الزراد،2000)

(2) **المشكلات الاقتصادية** : فالمشاكل الاقتصادية لها الدور الأعظم في تشتيت جهد الإنسان وضعف قدرته على التركيز والتفكير ، وخاصة حينما يتعرض لأزمات مالية أو فقدان العمل بشكل نهائي إذا ما كان مصدر رزقه فينعكس ذلك على حالته النفسية ، وينجم عن ذلك عدم قدرته على مسايرة متطلبات الحياة ، فقد أوضحت دراسة هابور المذكور في العنزي (2004) أن الأفراد الذين يعيشون مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض ، ويعيشون في منطقة مزدحمة بالسكان ، وأن هؤلاء يعيشون اضطرابات أسرية ، ويعانون من ارتفاع معدل الإصابة بالأمراض النفسية والجسمية.

(3) **المشكلات العائلية (الأسرية)** : إن هناك عدة أسباب داخل الأسرة تعد مصدرا للضغوط النفسية كغياب أحد الوالدين عن الأسرة أو الطلاق ، ومشكلات العنف الأسري، والأساليب التربوية الخاطئة للوالدين .(عبيد،2008)

(4) **الضغوط الاجتماعية** : المتمثلة في سوء العلاقة بالآخرين ، وصعوبة تكوين صداقات اجتماعية ، ويرى علماء السلوك أن العلاقة الجيدة بين الأفراد المبنية على التأييد والثقة والمساندة والتعاون تسهم في خلق بيئة اجتماعية صحية وعكس ذلك سواء كان سوء الثقة أو عدمها قد يؤدي إلى نشو علاقات متوترة ، يسودها الحقد والكراهية وبذلك تصبح العلاقات بين الأفراد مصدرًا من مصادر الضغوط.(القحطاني،2013).

(5) **المشكلات الصحية** : كالأمراض العضوية أو التغيرات الفسيولوجية التي تحدث للفرد وتسبب له إعاقة نحو الوصول إلى الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها أما بشكل دائم أو مؤقت كالإعاقات الجسمية، أو العمليات الجراحية، الأمراض المزمنة أو الصداع ،أو ارتفاع معدل ضربات القلب .(العنزي،2004) .

(6) **المشكلات الدراسية** : المتعلقة بظروف الدراسة مثل صعوبة التعامل مع الزميلات والمعلمات وصعوبة التحصيل الدراسي ، وضعف القدرة على التركيز ، وعدم القدرة على أداء الواجبات المنزلية وال فشل في الامتحانات .(شقيير،1998)

ثانيًا: آثار الضغوط النفسية

يرى sawyer(2005) أن أثار الضغوط النفسية ليست كلها سيئة، فالآثار الإيجابية للضغوط النفسية يمكن أن تشمل غالبية أنظمة الجسم، وتجعل الفرد أكثر يقظة وحيوية، وتزيد من قدرته العقلية كما أن أنظمة الجهاز العصبي تعمل بشكل أسرع، كما أن الآثار الإيجابية للضغوط يمكن أن تجعل الفرد يشعر بسعادة غامرة ويكون أكثر دافعية.

والضغوط النفسية يمكن أن تشكل طاقة ايجابية للفرد، وتنتج ردود فعل إيجابية، فعلى سبيل المثال عندما يكون الفرد في سباق مع الزمن للوفاء بموعد ما، فإن الضغوط يمكن أن تزيد من مستوى طاقته، وتجعله أكثر سرعة للوصول إلى مواعده؛ مكتبه، أو مدرسته، أو امتحانه في

الكلية، وبشكل عام عندما تكون متأخرا عن موعد ما، فإن جسمك يتفاعل بطرق مختلفة مع إشارات الضغوط. وينطبق الشيء نفسه عند مواجهة أي خطر وشيك، فالضغوط تمكن الفرد من تجميع طاقته وتركيزها نحو السلوك المناسب للخطر، كالتصدي له أو الهروب منه. وترى الباحثة أن هذا يتفق مع ما ذكرته بعض الأمهات عن أن الموقف الضاغط الذي يتعرض له أثناء مرض أبناءهن أظهر لديهن جوانب من القوة والصبر والقدرة على العطاء، لم يختبرنها من قبل.

ويذكر الزياتي (2003) أن الضغوط النفسية السلبية تنشأ من إحباط دافع أو أكثر من الدوافع القوية، وهو إحباط ينشأ من عقبات مادية أو اجتماعية، أو اقتصادية أو شخصية، أو نتيجة الصراع بين الدوافع والقيم، غير أن العقبات الخارجية ليست في ذاتها مصادر للإحباط والقلق عند جميع الناس، بل يتوقف تأثيرها على وقعها وصددها في مختلف النفوس، فالبؤس في ذاته لا يحرك الناس بل الشعور باليأس، وبعبارة أخرى ليس المهم هو الموقف الخارجي بل كيفية إدراك الفرد وشعوره.

التأثيرات النفسية والجسدية والسلوكية للضغوط:

ذكر عبد الستار أبراهيم (1998) هناك مجموعة كبيرة من التأثيرات التي تحدثها الضغوط لدى الأفراد الذين يشعرون بها وقد تكون هذه التأثيرات موقفية ومؤقتة أو قد تستمر لفترة طويلة ويتوقف طول مدة بقاء تلك التأثيرات على كل من خصائص الشخص ذاته والموقف المسبب للضغط ، وفيما يلي مجموعة من تلك التأثيرات التي تحدثها الضغوط.

أولاً : التأثيرات النفسية:

وهي مجموعة التغييرات التي تحدث لدى الفرد وتؤثر على مزاجه العام ومنها ضعف الانتباه والتركيز، اضطراب الذاكرة ، ضعف القدرة على الحكم ، والتوتر والغضب وسهولة الاستثارة ، والحزن ، التشاؤم والشعور بالعجز . ولا شك أن تلك التغييرات إذا ما استمرت فترة طويلة فإنها قد تؤدي إلى العديد من النتائج السلبية التي تزيد من مشكلات الفرد التي سببت له مثل هذه التغييرات ، ومن هذه النتائج تدهور مستوى الفرد الأسري والاجتماعي والأكاديمي التحصيلي (سواءً في المدرسة أو في مهارة يسعى إلى اكتسابها ، اضطراب في مجال العلاقات العائلية والاجتماعية) وكل ذلك بالتالي يؤدي إلي المزيد من الضغوط.

ثانياً : التأثيرات الفسيولوجية:

وهي مجموعة من التغييرات التي تحدث في وظائف الأعضاء نتيجة التعرض للضغوط ومن هذه التغييرات نجد زيادة عملية التمثيل الغذائي وذلك لإمداد الجسم بالطاقة اللازمة لمواجهة الضغوط:

- 1) زيادة نشاط عضلة القلب لتمد الجسم بالدم.
- 2) زيادة نشاط الجهاز التنفسي.
- 3) زيادة النشاط العضلي.

ولا شك أن استمرار الضغوط على الشخص يؤدي إلى زيادة نشاط تلك الأعضاء الداخلية وبالتالي زيادة الإجهاد وقد تسبب فيما بعد العديد من المشكلات والأمراض الجسيمة مثل ارتفاع ضغط الدم ، ارتفاع نسبة السكر وقد يؤدي ذلك فيما بعد إلى حدوث جلطات . وفي تجربة شهيرة للطبيب الكندي هانز سيلبي Hans Selye عن تأثير التعرض المستمر للضغوط على مجموعة من الفئران التي عرضها إلى مجموعة كبيرة من المجهادات وجد أن هذه الحيوانات قامت بحشد جميع وظائفها الجسمية فنشطت الغدد وتزايد إطلاق الأدرينالين ونتيجة لذلك تحولت الأنسجة إلى جلوكوز لتمد الجسم بالطاقة التي تجعله في حالة تأهب مستمر ولقد توصل سيلبي إلى أن استمرار التعرض إلى الضغوط سيجعل هذه الحيوانات عاجزة عن المقاومة لمدة طويلة حيث يبدأ بالشعور بالإجهاد والإرهاق.

ثالثاً : التأثيرات السلوكية :

نتيجةً للتغيرات السابقة سواء النفسية أو الجسدية نجد أن هناك مجموعة من التغيرات السلوكية التي تنتج لدي الفرد كرد فعل لعملية الضغوط ، ومنها:

(1) انخفاض مستوى الدافعية.

(2) انخفاض مستوى الإنجاز .

(3) تغيرات في النوم والشهية.

تري الباحثة أن معظم أمهات الأطفال المصابين بالسرطان كانوا يعانون من هذه التأثيرات النفسية والسلوكية والفسولوجية الناتجة عن مرض أبنائهم ، وذكرن بأن هذه التأثيرات غيرت من سلوكياتهم وشخصياتهم ، وأيضا غيرت من تفاعلهم مع أسرهم ، وهذا التغير سبب لهن الكثير من المشكلات الأخرى ، وبالتالي مزيدا من الضغط، فأصبحن يدرن في دائرة من الضغوط وأثارها.

بعض العوامل المؤثرة في التعامل مع الضغوط :

1- العمر :

لا شك أن للمرحلة العمرية التي يكون فيها الفرد تأثير هام في الكيفية التي يتعامل بها مع الضغوط ، فمهارات الطفل في التعامل مع ما يواجهه من مشكلات تختلف عن مهاراته وهو مرهق أو راشد أو شيخ كذلك تختلف أنواع الضغوط باختلاف تلك المراحل . (عوض، 2001)

2- النضج :

إن التعامل الفعال مع الضغوط يتطلب قدرا معيناً من القدرات والمهارات المعرفية وهذه القدرات تنمو مع الفرد من خلال ما يمر به من أحداث وما يقدم له من مثيرات في البيئة التي يعيش فيها ولذلك تتوقف القدرة علي التعامل مع الضغوط بشكل صحي علي كم هذه القدرات والخبرات التي قدمت إليه . (عوض، 2007)

3 - مستوى الثقة بالنفس :

كلما كان الفرد واثقاً من ذاته وقدراته كلما كانت مهاراته في التعامل مع الضغوط أفضل (الهلاي ، 2009)

4 : الاتجاهات والمعتقدات الشخصية :

إن لمعتقدات الفرد واتجاهاته دوراً كبيراً في تعامله مع ما يمر به من مواقف ضاغطة وكلما كانت تلك الاتجاهات إيجابية كلما كانت قدرات الفرد في التعامل مع الضغوط أفضل . (جان،2000)

خامساً : درجة المساندة الاجتماعية :

للعلاقات الاجتماعية دوراً هاماً وفعالاً في قدرة الفرد علي مواجهة ما يمر به من مشكلات ومواقف ضاغطة فكلما شعر الفرد بأن هناك من يهتم به ويسانده وقت الحاجة كلما كانت قدرته على المواجهة فعالة . (المالكي،2013)

سادساً : توقع الضغط :

كلما كان الضغط متوقعاً لدي الفرد كلما كانت قدرته على المواجهة أفضل بكثير من حدوث ضغط غير متوقع ، فالضغوط غير المتوقعة تحدث حالة من عدم الاتزان الانفعالي التي قد يكون لها آثار سيئة لديه إذا لم يتم التغلب عليها من خلال مهارات المواجهة الإيجابية. (عبد العزيز وآخرون،2009)

سابعاً : حداثة الموقف الضاغط :

لا شك أن رصيد الخبرة السابقة يساعد الشخص على المواجهة الفعالة ولكن قد تحدث بعض المواقف الجديدة التي قد تؤثر على حالة أتران الفرد نظراً لحدائثة عهده بها وهنا قد يختبر الفرد مهاراته السابقة في التعامل مع تلك الخبرة الجديدة أو قد يلجأ إلي استشارة المحيطين به ومن هنا يأتي دور المساندة الاجتماعية في مساعدة الفرد على مواجهة تلك المشاكل الجديدة.(عبد العزيز وآخرون، 2009)

مراحل الضغوط النفسية

تمر عملية تعرض الفرد للضغوط النفسية في المراحل التالية:

1- مرحلة الإنذار بالخطر:

في هذه المرحلة يؤدي الضغط إلى تنشيط ميكانيزمات التكيف. فعند مواجهة أي خطر، فإن الجهاز العصبي يرسل مباشرة إشارة إلى الدماغ ينذره بوجود حالة طوارئ، وهذا يؤدي إلى أن جميع أجزاء الجسم المختلفة ووظائفها تنسق معا لمكافحة هذا الخطر ومقاومته أو الفرار من الخطر ومقاومته أو الفرار بعيدا عنه ، كما يتم في هذه المرحلة إفراز مادة الأدرينالين التي تنشط عمل القلب وتمكّن الجسم من الحصول على المزيد من الطاقة وتصبح أطرافه تعمل بشكل أسرع. ويظهر ذلك بشكل واضح في تعبيرات الوجه التي تعبر عن الخوف أو التوتر.

وأجهزة الجسم الأكثر فعالية في هذه المرحلة هي القلب والرئتين، والدماغ، والجهاز العصبي والعضلات، حيث تحفز جميعها لإفراز الهرمونات المختلفة، وأول هذه الإفرازات تبدأ من المهاد الذي يعد من أهم مسكنات الألم "الذي يفرز هرمون الأندورفين التي تفرز طبيعياً من جسم الإنسان. وفي الوقت نفسه يتم إفراز هرمون الأدرينالين من قبل الغدة الكظرية. حيث يسبب هرمون الأدرينالين زيادة مؤقتة في سرعة ضربات القلب، ويشعر بها الشخص كارتجاف في الصدر، وارتفاع ضغط الدم، كما يسبب توترا في العضلات ويجعل التنفس أسرع وأكثر عمقاً. وهناك هرمون آخر أيضا وهو هرمون الكورتيزول، الذي يقوم بتحويل الجلوكوجين المخزن في الكبد إلى سكر في الدم، مما يحفز الدماغ والجسم بأكمله بالطاقة الفورية.

(babu, 2007)

2- مرحلة المقاومة:

ترتفع قدرة الشخص على مقاومة مصادر الضغوط إلى ما فوق الحالة طبيعية في مرحلة المقاومة، وذلك لأن الجسم يزيد من تنشيط مختلف آليات الدفاع الكيميائية والحيوية والنفسية والسلوكية. حيث يكون مستوى الأدرينالين في الجسم أعلى من المستوى العادي خلال هذه المرحلة، والذي يعطي للجسم مزيد من الطاقة للتغلب على مصدر الإجهاد وإزالته، مما يؤدي إلى زيادة توتر العضلات، ونقص فعالية جهاز المناعة، وتراجع تقريبا معظم التغيرات التي حدثت في المرحلة الأولى. (المالكي، 2013)

3- مرحلة الاستنزاف:

وفي هذه المرحلة يؤدي الضغط إلى إنهاك آليات التكيف من خلال الاستخدام الزائد والمستمر لها، وتبدأ مستويات الكورتيزون العالية في إنتاج آثار سلبية، حيث تضعف مقاومة الجسم للأمراض والصدمات، وقد ينهار الكائن الحي تماما. (ساوير، 2004)

أعراض الضغوط النفسية

ذكر عسكر (2003) أن الأعراض المختلفة للضغوط لا تظهر جميعها في وقت واحد أو في شخص واحد، فلكل فرد نقاط ضعف معينة تتأثر أكثر ، ومن أهم أعراض الضغوط النفسية الأعراض التالية :

أولا - الأعراض الجسدية: وتشمل الأعراض التالية:

العرق الزائد، والتوتر العالي ، والصداع بأنواعه ، و ألم في العضلات، وعدم انتظام النوم، و آلام الظهر، وعسر الهضم ،والإسهال، والمغص، ومختلف التغيرات الفسيولوجية.

ثانيا- الأعراض الانفعالية: وتشمل الأعراض التالية

وسرعة الانفعال. تقلب المزاج و العصبية و سرعة الغضب، والعدوانية ،واللجوء إلى العنف ، سرعة البكاء.

ثالثا- الأعراض الفكرية والذهنية: وتشمل الأعراض التالية:

النسيان، وضعف الذاكرة وصعوبة استرجاع الأحداث ، وصعوبة التركيز، وصعوبة اتخاذ القرارات. استحواذ فكرة واحدة على الفرد ، وانخفاض الدافعية والإنتاجية ،انجاز المهام بدرجة عالية من التحفظ.

رابعاً- الأعراض المتعلقة بالعلاقات الشخصية: وتشمل الأعراض التالية

لوم الآخرين، عدم الثقة غير المبررة بالآخرين، تصيد أخطاء الآخرين، زيادة التهكم والسخرية من الآخرين على غير العادة. تجاهل الآخرين.
الضغوط النفسية في الإسلام:

أخبرنا المولى عز وجل بعدم دقة مقاييسنا البشرية لما قد ينفعنا أو يضرنا، يقول تعالى: {وَ عَسَى أَنْتُمْ لَأَعْلَمُونَ} البقرة 216 ويقول تعالى في موضع آخر: {وَ عَسَى أَنْتُمْ لَأَعْلَمُونَ} النساء 19،

تتمثل الضغوط النفسية في الإسلام في الإبتلاءات التي تحيط بالإنسان، وفي التناقض بين قوى الخير والشر، وبين الغرائز والمحرمات، ومن ذلك الشعور بالذنب الذي كثيراً ما يؤدي إلى الشعور بالضغط والقلق والاضطراب، وترتكز الشخصية في الإسلام على القيم الحضارية المنبثقة من تعاليم الإسلام لأن هذه القيم تبقى من العناصر الرئيسية الواقية من الضغط النفسي والمخففة لوطأته عند حدوثه. وقد أكد الكثير من علماء الإسلام على مفعول تعاليم الدين بقصد ترضية النفس واطمئنانها بواسطة التوبة والاستبصار واكتساب الاتجاهات الجديدة الفاضلة، وأن شخصية المسلم تركز على الإيمان بالقضاء والقدر والبر والتقوى وعلى مسؤولية الاختيار، وطلب العلم والصدق والتسامح والأمانة والتعاون والقناعة والصبر والاحتمال والقوة والصحة الخ، وكل هذه الخصال تشجع على إنماء الشخصية واكتمالها بقصد السعادة النفسية الشاملة. فقد أقر القرآن ذلك لقوله تعالى: {وَ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ} (الشمس: 4)

أي أن الإنسان يكابد ويعاني في الحياة، ويقول ابن القيم: "أن الإنسان مخلوق في شدة، بكونه في الرحم ثم في القمط، ثم في الرباط، ثم هو على خطر عظيم عند بلوغه التكليف، ومكابدة المعيشة والأمر والنهي، ثم مكابدة العذاب في النار ولا راحة إلا في الجنة (الطهر اوي، 2008).

إن المؤمن هو أبعد الناس عن الضغط النفسي، لأن الله تعالى زوده بعلاج قوي ألا وهو

تَقْوَاهُ بِتَوْبَةٍ أَوْ نَذْرٍ أَنْ تَتَّقُوا فَإِنَّ ذَلِكَ مِنْ عَزْمِ الْأُمُورِ (ال عمران 186)

فالملاحد ينظر إلى الدنيا على أنها نهاية كل شيء، فلا حياة بعد الموت، وهذا ما يزيد من معاناته ويضاعف الضغوط النفسية التي يتعرض لها، لأنه لا يجد حلاً لمشاكله وهمومه. بينما المؤمن نراه يصبر ابتغاء وجه الله، فهو يصبر ويعالج الضغوط النفسية بكل هدوء ورضا وسعادة، فتجده وهو في أشد حالات الضغط النفسي سعيداً راضياً بقضاء الله وقدره، ولذلك قال الرسول عليه السلام: (عجبت لحال المؤمن، إذا أصابته ضراء صبر فكان خيراً له، وإن أصابته سراء شكر فكان خيراً له) رواه مسلم

ومن هنا ندرك أهمية الإيمان بالله تعالى، فقد توصل باحثون بريطانيون إلى أن الإيمان بالله يخفف من الشعور بالألم. وذكرت صحيفة دايلي مايل البريطانية أن أكاديميين في مركز أكسفورد للعلوم الذهنية في بريطانيا أجروا اختبارات على 12 كاثوليكياً و 12 ملحدًا لفحص تعاملهم مع الألم عبر تعريضهم للصدمات الكهربائية. وتبين أن الكاثوليكيين استطاعوا إعاقة

الكثير من الألم الذي تسببت به الصدمات الكهربائية وكانوا قادرين على تنشيط جزء من الدماغ متعلق بالتحكم بالألم.(صحي، 2003)

واكتشف الباحثون عبر مراقبتهم للجزء الأيمن من الدماغ للكاثوليك أن الآليات العصبية المتعلقة بالتحكم بالألم كانت ناشطة. أما الملحدون فلم تشهد أدمغتهم أي نشاط يتعلق بالتحكم بمستويات الألم التي بقيت كما هي طوال فترة الاختبار.

ويذكر الصغير (2010) ان كما للضغوط النفسية علاجات طبية وطرق نفسية ، أيضا يوجد في الإسلام الحنيف الكثير مما يحد من وطأة هذه الضغوط، ومنها:

1. تقوى الله تعالى والتقرب إليه بالعمل الصالح : لقوله تعالى (يَذَقُّ اللّٰهُ يَجْعَلْ لَّهٗ مَخْرَجًا) الطلاق(2) ووقولن تعليتيق(اللّٰهُ يَجْعَلْ لَّهٗ مِنْ أَمْرِهِ يُسْرًا) الطلاق(4) .

2. الاستعانة بالصبر والصلاة : لأنها تعين الإنسان على مواجهة التحديات والمسؤوليات. يَا قٰلِئِهٖتَعٰلٰى (يٰۤاٰمَنُوْا اسْتَعِيْنُوْا بِالصَّبْرِ وَ الصَّلٰةِ اِنَّ الصَّلٰةَ الصّٰبِرِ يٰۤاٰمَنُوْا) البقرة (153)

3. حسن الظن بالله تعالى : بأنه وحده كاشف الضرفان الله متبعها بفرج ويسر، يقول الله تعالى على لسان يعقوب وعليه النبي صلى الله عليه وآله وسلم (مِنْ رَوْحِ اللّٰهِ اِنَّهُ لَا يَنْسُ مِنْ رَوْحِ اللّٰهِ اِلَّا الْاَقْوَمُ الْكٰفِرُوْنَ) سورة يوسف (87) ويقول عليه الصلاة والسلام في الحديث القدسي: "إن الله يقول: (أنا عند ظن عبدي بي وأنا معه إذا دعاني) رواه الترمذي

4. ذكر الله تعالى بالاعتقاد والقول والعمل سبب لتفريج الهموم واستقرار النفس وطمأنينتها لقولن تعليتيق(يٰۤاٰمَنُوْا اَلَا يَذِكُرُ اللّٰهُ اَلَا يَذِكُرُ اللّٰهُ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوْبُ) الرعد (28) لزوم الاستغفار والدوام عليه، فإنه من أسباب السعادة والطمأنينة النفسية، كما أنه يفرج الكربات ويذهب الهموم والغموم، لقوله صلى الله عليه وسلم : "من لزم الاستغفار جعل الله له من كل فرجا ومن كل ضيق مخرجا ورزقه من حيث لا يحتسب) رواه أبو داود واحمد اللجوء إلى الله تعالى بالدعاء، لأنه يذهب الهموم ويفرج الكرب، لحديث أبي سعيد الخدري رضي الله عنه(دخل رسول الله صلى الله عليه وسلم المسجد ذات يوم فإذا هو برجل من الأنصار يقال له أبو أمامة فقال: " يا أبا أمامة مالي أراك جالسا في المسجد قال: هموم لزممتي وديون يا رسول الله. قال: " أفلا أعلمك كلاما إذا قلته أذهب الله همك وقضى عنك دينك؟" قال: بلى يا رسول الله. قال: " قل إذا أصبحت وإذا أمسيت: اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن ، والعجز والكسل وأعوذ بك من الجبن والبخل، وأعوذ بك من غلبة الدين وقهر الرجال) رواه أبو داود .

5. وكان من دعاء موسى عليه السلام لله تعالى أن يشرح صدره وييسر أمره، ليذهب ما به من هم وغم ، قوله تعالى على لسانه عليه قلاليلام(بِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي ، يَسِّرْ لِي أَمْرِي) طه (25-26)

6. العمل بالأسباب المعينة على النجاح في الحياة، ثم التوكل على الله تعالى والاستعانة به من أجل تحقيق الغايات وحصول أفضل النتائج، فالعمل والتوكل أمران متلازمان لتفادي الضغوط النفسية وآثارها السلبية، يقول الله تعالى (وَلَا يَسْقَىٰ الْإِنسَانُ الْهَٰبَةَ إِلَّا مِمَّا عَمِلَ وَإِلَىٰ اللَّهِ فَهٖ حَسْبُهُ) الطلاق (3) ومن كان الله حسبه فلا يضل ولا يشقى أبداً.

ترى الباحثة أن الإيمان بالله هو السلاح الوحيد والقوي بالفطرة الذي إستعانت به الأمهات في التخفيف من ما تعانيه من مشكلات وضغوط، على الرغم من جهل معظمهن بأساسيات هذا الدين السمح ، فلم يكن يعرفن ماهية الحكمة من البلاء والإختبار في الدنيا، ولم يكن يعرفن جزاء الصبر والصابرين في الآخرة، وبالرغم من ذلك كن يرددن الحمد لله ، لكن بعد جلسات الإرشاد الديني التي تلقينها أثناء البرنامج الإرشادي ألمو بكل ما يههمهم وما كان ينقصهم ، وإتضح لهم جليا المنهج الرباني الكامل والشامل والعاقل ، وأجاب على كل تساؤلاتهن ووساوسهن، مما جعلهن يشعرن بالطمأنينة والسكينة والصبر والرضا ، وازدادو قوة ورغبة في نيل ما ينتظرهم من الثواب العظيم.

المبحث الثالث : مرض السرطان

المقدمة:

كانت المحاولات عبر القرون بعيدة كل البعد عن إيجاد سبب للسرطان ثم إقتربت رويداً رويداً حتى وصلت مع بداية القرن التاسع عشر إلى نظرية الخلية وترمي هذه النظرية إلى أن السرطان ينشأ من تغيرات داخل الخلية ونتيجة لهذه التغيرات تنطلق الخلية بحرية وتتمرد على

قوانين النمو النظامي وتصبح الخلية متغيرة وتعرف بإسم الخلية السرطانية وتنمو وتكون ورمًا يفتك بصحة الإنسان) حيث يتكون جسم الإنسان من مجموعة من الأعضاء والأنسجة والتي تتكون بدورها من ملايين الخلايا هذه الخلايا تختلف عن بعضها من ناحية الشكل والوظيفة لكنها تنقسم وتتكاثر بالطريقة نفسها . وعادة يحدث إنقسام الخلايا بشكل منتظم بحيث يمكن لأجسامنا النمو والإستبدال أو إصلاح الأنسجة التالفة . حسب نظام ثابت ومستقر يتحدد نمطه وفقاً لحاجات الجسم ، الأمر الذي يحفظ سلامته وعافيته. (بوغدارة، 1990)
تعريف السرطان

ذكر مكي (1990) أن كلمة سرطان لا تعبر علمياً عن حقيقة هذا المرض الخبيث ، تقول المراجع القديمة أن القدماء عندما شاهدوا أورام الثدي لدى المرأة شبهوه بحيوان برمائي معروف وسموه بإسمه في لغتهم فقالت عنه العرب (سرطان)
ذكر العالم البريطاني (ويلس) أن الورم هو كتلة غير نظامية من الخلايا يسبق نموها نمو الأنسجة النظامية ولا تبدي أي تعاون مع الأنسجة التي حولها وتستمر في النمو والتوالد حتى حينما ترفع عنها العوامل التي أطلقت العنان لبدء توالدها. (فوزي، 1995)
وأضاف يس وآخرون (1990) أن السرطان ورم خبيث يتمثل بكتلة نسيجية شاذة لا يتناسق نموها مع نمو الأنسجة الإعتيادية إذ تتميز هذه الكتلة بتجاوزها لحدود النمو الطبيعي.
وأن الورم عبارة عن نمو خلايا جديدة في مكان ما من العضوية الإنسانية يؤدي إلى تشكيل كتلة غير طبيعية تشوه النسيج الذي هي فيه ، وهو هذه الخلايا التي ولدت منها تتكاثر دائماً بشكل فوضوي لا يخضع لنظام وليس له هدف ، وهذه الخلايا لا تتوقف عن التكاثر رغم توقف العامل المسبب.

وعليه عرف السرطان بشكل عام على أنه نوع من الإختلال يصيب نظام نمو الخلايا في الجسم فيسبب نموها وتكاثرها بصورة خارجة عن سيطرته فينشر داخل الخلايا السليمة ، ويحدث النمو في البدء في العضو المصاب ثم يمتد إلى الأعضاء المجاورة ويؤدي إلى الموت التدريجي بتوقيفها عن أداء وظائفها الحيوية مما يعكس على بقية أعضاء وأجهزة الجسم ومن ثم تحدث الوفاة. (بيك، 2011)
نشوء السرطان:

تنشأ الخلايا السرطانية عند حدوث إختلال أو عطب بالحمض النووي (DNA) للخلايا الطبيعية وهذا الحمض هو المادة الكيميائية التي تحمل التعليمات الموجهة لنظام ودورة حياة الخلايا ، ويقوم بالتحكم في كل نشاطاتها بما في ذلك تكوين البروتينات والإنزيمات اللازمة للعمليات الحيوية ، مثل عمليات التكاثر والنمو ، كما يحتوي على جميع الشفرات الوراثية ، لذلك نحن نشبه والدينا لأنهما مصدر الحمض النووي بأجسامنا ، وإن كان دوره بالطبع يمتد إلى أبعد من المظهر الخارجي ، وفي معظم الأحوال يتمكن الجسم عند حدوث عطب ما بالحمض النووي من تقديمه وإصلاحه بشكل طبيعي ، لسبب أو لآخر ، وعلى حد ما وصل إليه العلم الحديث لا أحد يعرف على وجه الدقة والتحديد الأسباب الكامنة وراء حدوث مثل هذه الإختلالات والتي تدفع إلى نشوء السرطان ، إلا أنه ثمة عوامل محددة قد تزيد من مخاطر

العُرْضة لنشوءه ، مثل خلل ما بالحمض النووي عن أحد الوالدين كما في حالات الأورام ذات الأصول الوراثية مع أنه وغالبا ما تحدث الإختلالات خلال فترة الحياة وليس قبل الولادة عبر الوراثة إن ثمة أجزاء من الحمض النووي تُعرف بالمورثات أو الجينات والتي يحتوي بعض منها على التعليمات التي تتحكم في آلية النمو والإنقسام ، وبالتالي التضاعف والتكاثر لإنتاج خلايا جديدة ،منها مورثات معينة تحث وتُعدل عمليات إنقسام الخلية ، وتسمى إصطلاحاً بطليعة المورثات الورمية ومورثات أخرى تُبطيء وتكبح الإنقسام والتكاثر ، أو تُعطي التعليمات للإفناء الذاتي للخلية وتسمى بالمورثات الكابحة للتورم وقد يحدث التسرطن نتيجة إختلال أو عطب أو تغير جذري ببنية الحمض النووي ، مما يدفع إلى تشغيل طليعة المورث الورمي دون ضوابط (مما يفقده القدرة على التحكم في نمو الخلية وتكاثرها) أو يُبطل عمل الجينات الكابحة للتورم. عند حدوث قصور في عمل المورثات الكابحة التي تنتج بروتينا معينا يكون مسؤولاً عن توقيف الخلية عند وجود عطب بالحمض النووي ، سواء لإصلاح الخلل أو لإفنائها ذاتياً عند تعذر الإصلاح ، تستمر الخلايا ذات الحمض النووي المعطوب في الإنقسام وإنتاج خلايا مسببة المزيد من العطب في المورثات الأخرى التي يأتي دورها تالياً في العمليات الحيوية والتي تتحكم في نمو وتطور الخلايا وينتهي الأمر بنشوء التسرطن . (عبد الحميد، 2005).

أنواع الأورام:

ذكر عطا (1997) أن الأورام تقسم بناءً على بديهيات عدة إلى أنواع مختلفة:

التقسيم الذي يقوم على سلوك الورم: ورم خبيث – ورم حميد

التقسيم الذي يقوم على أصل النسيج:

ضام – ظهاري وفي الواقع يستخدم التقسيمان معاً فنقول ظهاري حميد و ورم ضام حميد وكذلك بالنسبة للورم الخبيث.

الأورام الحميدة:

ذكر الصبوة وآخرون (2003) أن الأورام الحميدة هي التي تمتاز ببطي نموها وتبقي عادة محصورة في موضع معين وبصورة عامة لا تعتبر مهددة للحياة .

ويمكن أن يضاف إلى هذا الحديث بعض صفات الورم الحميد والتي تميزه عن الخبيث :

1- يحاط الورم بمحفظة تفصله عن الأنسجة المحيطة.

2- يؤثر على الأنسجة المحيطة بالضغط عليها لكنه لا يخترقها ولا يخترق الأوعية

3- الخلايا طبيعية ولا يوجد بها صفات سرطانية .

4- الأعراض يسببها الضغط على الأوعية والأعصاب والقنوات .

5- الحالة العامة للمريض جيدة.

6- إستئصال الورم كافٍ للعلاج حيث لا يرجع الورم بعد الإستئصال.

الأورام الخبيثة :

ذكر بو غدارة (1990) أنها تعتبر مهددة للحياة وتمتاز بأنها تنتشر وقد يكون نموها

بطيء أو سريع وأن الورم الخبيث كما يعلن صراحة عن خبثه ووجهه العبوس وسلوكه السيء

لا يلاقي ترحاباً من أحد فهو الذي يجعل حياة المريض إن عرف ذلك وحياة أقارب المريض

كابوساً مفزعاً وهو الذي يحير الأطباء فلا يستطيعون وقفه عند حده ومنعه من الإنتشار أو منعه من العودة من جديد لنشاطه ولا تعرف حدود ولا قانون يردعه ، يغافل طبيعة الجسم وتتمدد خلاياه ويأخذ في النمو والإنقسام والإنتشار.

ويضيف عطا (1997) أن الأورام الخبيثة عبارة عن تكاثر فوضوي دون هدف من صفاتها:

1. النمو السريع عادة .
 2. لا توجد حدود واضحة إذ لا يمكن تمييزها بسهولة عن الأنسجة المحيطة ولا يوجد غشاء فاصل.
 3. تؤثر على الأنسجة المحيطة بالضغط والإحترق وتحطم وتنتشر داخل الأوعية الدموية.
 4. الخلايا غير طبيعية ويوجد بها صفات سرطانية .
 5. الحالة العامة للمريض غير جيدة إذ يصاب بفقدان الشهية والهزال وفقر الدم .
 6. إستصال الورم عادة غير كافي للعلاج لأن الورم يعود بعد إستصاله مرة ثانية.
- أسباب السرطان:

يقصد بها عوامل الخطورة (Risk factors) وهي تلك العوامل التي تزيد من احتمال العُرْضة لأي مرض مثل السرطان عند شخص ومع أن نشوء بعض هذه الأورام يُعد كنتيجة للتهيؤ والاستعداد الوراثي أو العائلي ، حيث السرطان (يسرى فى العائلة) حسب التعبير الشائع ، وإن كانت الإصابة ليست بالضرورة حتمية وإنما يزيد الإستعداد الوراثي من احتمال العُرْضة لها . وفي كثير من الأحيان لا يعرف للسرطان سبب وينشأتقائياً ، أو لا يمكن إرجاعه لمسبب بعينه . غير أن هنالك عناصر مسرطنة حددها الروضان(2008) تتمثل في الآتي :

1. الإشعاع النووي سواء للأغراض السليمة أو الحربية فهو يقود إلى السرطان وأول الإشارات إلى ذلك قنبلة هيروشيما وناجازاكي فقد كثرت لاحقاً الإصابات بالسرطان خاصة في الأماكن على والأرض التي مركز التفجير النووي.
2. الإشعاع فوق البنفسجي: خاصة في الألبينو والبيض الذين يعيشون فى المناطق الإستوائية المشمسة ، الذين لا يوجد ميلانين يحميهم من الأشعة فوق البنفسجية التي مصدرها الشمس والذي يحدثتلفاً في حمض النواة مما يؤدي إلى تلف دائم في الخلية ويرجحها للسرطن.
3. رادون : هو السبب الثاني بعد التدخين لسرطان الرئة فى أمريكا. وهو عنصر مشع يلوث البيئة والمنازل (خاصة الطوابق السفلى تحت الأرض) ومياه الينابيع في كل بقاع العالم خاصة في المناطق الصخرية.
4. الخلل الهرموني: يزيد من سرعة نمو الخلايا ، كزيادة الإستروجين التي تعزز حدوث سرطان بطانة الرحم والتي تعد من أحسن الأمثلة على ذلك.
5. تأثيرات التعرض لبعض العوامل البيئية: مثل التعرض للمبيدات الحشرية والأسمدة الكيماوية والسكن قرب خطوط الكهرباء عالية التردد.

6. **المواد الحافظة:** وأيضاً بعض الألوان في المأكولات والعصائر الجاهزة ، كما أن درجة الحرارة تشكل عاملاً أساسياً في تحويل المادة إلى مواد أخرى مسرطنة والتخزين لفترة طويلة .

7. **تاريخ العائلة والوراثة وخصائص المورثات :** تلعب دوراً مهماً في بعض أنواع أورام الأطفال ، ومن الممكن لأورام بأنماط مختلفة أن تظهر أكثر من مرة في التسلسل الهرمي لعائلة واحدة ، ولكن السبب وراء إطلاق نشوءها وحدوثها عند طفل محدد من العائلة دون غيره وفي زمن ما ، يظل مجهولاً سواء كان بسبب إختلال المورثات أم التعرض لمواد كيميائية سامة أم التلوث الإشعاعي ، أم تفاعلات مركبة بين كل هذه العوامل أدت إلى تفعيل النمو الورمي الشاذ. الروضان (1997)

الأعراض:

يعدد عبد الحميد (2005) أعراض السرطان لدى الأطفال ويذكر أنه من الصعب تمييز السرطان عند الأطفال بشكل مبكر ، وينبغي دائماً إجراء الفحوصات الطبية الروتينية بشكل دوري ، والتنبه بشكل خاص لأية علامات أو أعراض لا تبدو عادية ، خصوصاً إذا استمرت لفترات طويلة دون أن تستجيب للمعالجات العادية ، ومن الأعراض الشائعة والتي قد تشير إلى وجود نمو ورمي وتثير القلق هي كالتالي:

1. ظهور تضخم أو كتلة مهما كان حجمها وبأي موضع .
2. الشحوب غير المفهوم أو فقدان النشاط .
3. نشوء توعك أو حمى غير مبررين، يستمران لفترات طويلة، دون إستجابة للمعالجات.
4. سهولة ظهور الكدمات على الجلد ، وسهولة النزف من الأنف أو الأسنان أو اللثة دون مبرر واضح.
5. وجود ألم موضعي ومستمر لفترة طويلة .
6. إختلال بالتوازن والترنح الحركي ، أو عرج بالمشي دون سبب محدد .
7. تغيرات فجائية بالعيون أو إختلال مستمر ومتكرر بالرؤية .
8. صداع مستمر يكون مصحوباً بالتقيؤ في أغلب الأحوال .
9. حدوث إنخفاض حاد وسريع بالوزن .

يلاحظ أن مثل هذه الاعراض قد تشير إلى مجموعة واسعة من الأمراض التي تصيب الأطفال، ولا يعني ظهورها بالضرورة وجود نمو سرطاني، غير أنها تُعد مؤشراً أولاً يستدعي ضرورة التقصي وإجراء المزيد من الفحوصات والتحقق من الأمر. (عبد الحميد، 2005) التشخيص:

يتم تشخيص المرض عن طريق أعراضه وثمة مجموعة واسعة من التحاليل والفحوصات والإختبارات التي تُجرى تبعاً لنوع الورم، تبدأ من إجراء عمليات الخزع الجراحي بهدف إستخلاص خزعة من أنجسة الورم جراحياً، ليتم فحصها تحت المجهر بُغية تحديد نوعه وخواصه الحيوية وتمظهر أنسجته، مروراً بتحليل الدم المختلفة ومعدلات كيميائيات سوائل الجسم، وإلتقاط الصور البدنية بطرقها المتعددة، من أشعات مختلفة كالأشعة السينية، والتصوير الإشعاعي الطبقي والتصوير بالموجات فوق الصوتية، إضافة إلى التصوير بالرنين المغناطيسي، وانتهاء بتحليل المورثات الخلوية، وتعداد الخلايا والكيمياء الحيوية، وتستهدف جميع هذه الفحوصات تحديد مختلف جوانب الأورام بدقة، قبل المباشرة بالخطط العلاجية، ومن ثم يُستخدم الكثير منها دورياً اثناء المعالجات وعقب إنتهائها، لمراقبة التطورات المرضية، ومسار المعالجات وتقصي مدى نجاعتها، وتأثيراتها الجانبية المصاحبة، إضافة إلى فعالية أعضاء الجسم الحيوية ومدى تأثرها بالعلاجات. (حماد، 2008)

الأنواع :

1- إبيضاض الدم Leukemia

يُعد هذا النوع من أورام الدم الأكثر شيوعاً لدى الأطفال وأكثر أنواع الأورام إنتشاراً بينهم ، وهو مرض ورمي يصيب أنسجة صنع الدم بالنخاع العظمي الذي ينتج كل الخلايا بالجسم، وكذلك ينتج ثلاث أنواع هامة من الخلايا وهي كريات الدم الحمراء التي تحمل الأكسجين لكل أعضاء الجسم ، وكريات الدم البيضاء التي تحمي الجسم من عدوى الأمراض ، وصفائح الدم التي تساعد على إلتئام الجروح . وهذا النوع يحدث عندما تنتج أعداد كبيرة غير ناضجة من كريات الدم البيضاء وتعمل سريعاً على إحتلال توازن الخلايا الطبيعية والذي يؤدي إلى وجود كريات دم حمراء أو صفائح دم كافية مما يؤدي إلى فقر الدم نتيجة النزيف المتكرر ، وضيق في التنفس، وألم في العظام ، وكثرة الإصابة بالأمراض في وقت قصير ، والإرهاق الدائم ، وظهور تضخم بمواضع مختلفة . وفقدان الوزن ، وقد يصل تأثير هذه الخلايا إلى الجهاز العصبي المركزي عن طريق الدم مما يسبب خلل في الرؤية والتوازن . ويوجد نوعين من هذا المرض تبعاً لأنواع كريات الدم البيضاء وهما : إبيضاض الدم اللمفاوي الحاد، ويكون في شكل أورام في الغدد اللمفاوية التي تحمي الجسم من العدوى. والنوع الثاني هو إبيضاض الدم النخاعي الحاد وهو تسرطن خلايا النخاع الذي يشكل دفاعاً ضد الجراثيم والفطريات ، ويعد أقل شيوعاً من النوع الليمفاوي . إبيضاض الدم مرض معقد وتختلف العلاجات وحالات المرضى إختلافاً كبيراً تبعاً لنوع والعوامل المختلفة لكل شخص. (عطا، 1997)

2- أورام الدماغ والحبل الشوكي Brain & spinal cord Tumors

تُعد أورام الجهاز العصبي بالدماغ والحبل الشوكي ثاني أكثر الأنواع شيوعاً ، وتمثل نسبة تقترب من 15% من الحالات ، وتنشأ معظم أورام الدماغ لدى الأطفال في منطقة المخيخ وجذع الدماغ ما بين 5 – 10 سنوات، بينما مثيلتها عند البالغين تنشأ بمواضع أخرى غالباً بمنطقة المخ ، وتُعد أورام الحبل الشوكي أكثر نُدرة من الأورام الدماغية سواء عند الأطفال أو البالغين. (الصبوة وآخرون، 2003)

3- الأورام الليمفاوية lymphomas

هو أحد أنواع الأورام السرطانية الليمفاوية التي تنشأ وتتطور في أنسجة الجهاز الليمفاوي ، أحد المكونات الرئيسية للمنظومة المناعية بالجسم ، والذي يتكون من أنسجة وخلايا مختلفة ومتعددة الوظائف ، تتكامل معاً كجزء أساسي في الرد المناعي ، سواء في مقاومة العدوى المختلفة ، أو تدمير بعض أنواع الخلايا السرطانية..

وتنقسم إلى نوعين، النوع الأول أورام هودجكن الليمفاوية وقد سميت نسبة إلى الطبيب (توماس هودجكن) أول من قام بتشخيصها في العام 1832م. ومن المعتاد أن تنشأ لدى الأطفال بالفئة العمرية ما بين العاشرة والسادسة عشر على وجه الخصوص، وتُعد نادرة الظهور لدى الفئة العمرية دون الخامسة، كما ترتفع معدلات ظهورها لدى الذكور عنها لدى الإناث. والنوع الثاني الأورام اللاهودجكن الليمفاوية، وقد تظهر عند الأطفال ما بين الطفولة المبكرة وحتى سن المراهقة ، وترتفع معدلاتها عادة لدى الفئة العمرية ما بين 7 إلى 11 سنة .

تجدر الإشارة إلى أن الورم اللاهودجكن لا يُعد تفرعا عن ورم هودجكن كما قد توحى التسمية ، وإنما بالأحرى هو مجموعة من الأورام الليمفاوية التي تتماثل في آلية تكونها ونموها

، وتختلف عن ورم هودجكن ، سواء في أنواع خلاياها أو مظهرها المجهرى ، أو في سلوكياتها وأنماط إنتقالها من مواضع نشأتها، أو في نسق الإستجابة للمعالجات، ويمكن القول أنها تتماثل وتتشابه مع أورام اللوكيميا الليمفاوية حتى يصعب التمييز في بعض الحالات ، وإن كانت تختلف في آلياتها عن خلايا اللوكيميا، إضافة إلى أنها لا تنتشر بكثرة واضحة في الدورة الدموية. (عبد الحميد، 2005)

4- أورام العظامBones Tumors

وهي تنقسم إلى أربعة أنواع ، الأورام الغرنية بالعضلات المخططة والتي تنشأ بشكل رئيسي في الأوتار التي تربط العضلات بالعظام، والغضاريف، والأنسجة الزلالية المحيطة بالمفاصل ، إضافة إلى الشحوم والأنسجة العصبية. أما النوع الثاني فهو الأورام الغرنية بالعظام . وهو أكثر الأنواع شيوعاً ويصيب صغار السن ممن تتراوح أعمارهم بين 15 – 25 سنة ومن المعتاد أن ينشأ بالعظام المحيطة بالركبة على وجه الخصوص ، وفي عظام العضد والفخذ بنسبة أقل دون أن ينبث إلى المفاصل المجاورة إلا في حالات نادرة.

والنوع الثالث هو (الأورام الغرنية بالأنسجة الرخوة)، وقد تنشأ هذه الأورام وتنمو في أي موضع بالجسم ، غير أنها قد تنشأ عن الأطفال وتتطور عادة بمنطقة الجذع (الصدر، الظهر، البطن، الحوض، الأكتاف) والأطراف (الذراعين، اليدين، الأرجل، الأقدام) وقد تنشأ لدى نسبة ضئيلة بمنطقة الرأس والرقبة .

أما النوع الرابع فهو (أورام يوينغ) وقد سميت هذه الأورام نسبة إلى الطبيب جيمس يوينغ (James Ewing) الذي قدم أول دراسة طبية عنها سنة 1921م . تجدر الإشارة إلى أن خلايا أورام يوينغ صعبة التمييز ، ويتشابه مظهرها المجهرى بشكل مربك مع مظهر الكثير من خلايا الأورام الأخرى . غير أنها غالباً تنشأ بعظم العضد والفخذ والحوض ، وقد تنشأ بالصدر قرب الضلوع ، ويجدر بالذكر أيضاً أنها حين تنشأ بالعظام الطويلة تبدأ عادة بتجويف العظم (بخلاف أورام العظام الغرنية التي تنشأ بجسم العظام وتتموضع بأطرافها) ، مع إمتدادها عبر القشرة إلى الأنسجة الرخوة المحيطة بالعظم ، ومن جهة أخرى من المعتاد أن تنتقل هذه الأورام إلى الرئة أو إلى عظام أخرى غير الموصولة بموضع النشأة بالعظام لدى أغلب حالات الإنتقال ، بينما وبدرجة أقل يمكن أن تنتقل إلى الغدد الليمفاوية المجاورة أو الكبد أو نخاع العظمي ، ومن النادر أن تنتقل إلى الجهاز العصبي المركزي أي الدماغ والحبل الشوكي . (بوغدارة ، 1990)

5 - ورم ويلمز الكلوي Wilms Tumor

هو أحد الأورام السرطانية التي تنشأ بالكليتين ، وتسمى أيضاً بورم الأوليات الكلوية أي الناشيء بالخلايا الأولية التي تنضج في مراحل تطورها النهائية لتتحول إلى خلايا كلوية بالغة بالنسيج الكلوي ، وتأتي التسمية نسبة إلى الطبيب الألماني ماكس ويلمز الذي قدم أول مقالة طبية تصف هذا الورم بنهاية القرن التاسع عشر ، ويمثل ورم ويلمز الكلوي حوالي 6 – 8% من مجمل أورام الأطفال في معظم الدول ، ويظهر في أغلب الأحوال بالخمس سنوات الأولى من العمر ، عادة بالسن ما بين الثالثة والرابعة ، وترتفع معدلاته لدى الإناث عنها لدى الذكور.

ومن النادر جدا أن يظهر ورم ويلمز لدى البالغين ، وينشأ في أغلب الأحوال بأنسجة كلية واحدة ويسمى في هذه الحال بالورم الأحادي، وبالكليتين معاً يسمى بالمزدوج أو الثنائي ، ويتم تشخيصه عند أغلب الحالات عقب تضخمه بشكل واضح ، (ولكن أيضا قبل أن ينتقل إلى مواضع أخرى) ، حيث تبلغ كتلة الورم في المتوسط عند التشخيص حوالي 230 جرام ، أي ضعف الكلية نفسها بعدة مرات ، ومن جهة أخرى يمكن للخلايا السرطانية بهذا الورم أن تنتقل إلى أنسجة وأعضاء حيوية أخرى بالجسم ، ومن المعتاد أن يتم إنتقالها إلى الرئتين لدى أغلب الحالات المسجلة ، وقد ينتقل لدى نسبة قليلة من الحالات إلى الكبد أو الدماغ أو العظام ، إضافة إلى إنتقاله إلى الكلية الأخرى بطبيعة الحال ، والجهاز البولي. (أبو النيل،1997)

6- ورم شبكية العين Retinoblastoma

يصيب شبكية العين بشكل مباشر وينتقل إلى بقية أجزاء العين ويسبب خمول في مظهر العين ، وفي الحالات المتأخرة تمتد أجزاء العين إلى الخارج فيختفي الجفن ويصعب إغلاق العين ، ويظهر دائماً عند ولادة الطفل، وغالبا ما يكون السبب وراثياً . (عبدالله، وعبد الفتاح،1995)

العلاج:

ذكر مكي (1990) أن السرطان في المراحل الأولى يكون قابلاً للشفاء التام ، وهذا هو الهدف الأول لعلاج مرض السرطان . أما الهدف الثاني هو تحسين الضوابط وتخفيف الآلام وإزالة العوائق وهو ما يعرف بعلاج التلطيف، وهو ما يلجأ إليه في المراحل المتقدمة للمرض وحينما يكون الشفاء بعيد المنال. ويكون الشفاء مستحيلاً على الأقل في حالتين، الأولى عندما تكون النقائل قد إنتشرت بمواضع بعيدة ومتعددة أي تكون الحالة بالمراحل المتقدمة جداً ، والثانية إذا كان الورم قد تسرب إلى أجزاء غير قابلة للإستئصال الجراحي وهنا في الحالتين يتم اللجوء إلى المداواة بالإشعاع والعقاقير. وهناك عدة أنواع من العلاجات منها:

1- العلاج الجراحي :

إن جراحة السرطان لها قوانين وأسس تختلف بنسبة معينة عن مستلزمات الجراحة العامة ، وعند تشخيص الورم والإستعداد لإستئصاله جراحيا يجب تحديد الآتي:
أ.مرحلة تقدم الورم مع مكان وجوده وأماكن إنتشاره.
ب.نوع التركيب النسيجي وهو الرأي النهائي الذي يستند عليه الجراح.
ج.المضاعفات الناتجة عن تطور الورم.
د.أمراض أخرى يعاني منها المريض مستقلة أو متعلقة بالورم نفسه. (مكي، 1990)

1-العلاج الإشعاعي :

بدأ إستعمال الأشعة في علاج الأورام السرطانية منذ حوالي 80 سنة مباشرة بعد إكتشاف الأشعة السينية (X) حيث تبين أنها توقف عملية إنقسام الخلية مما دفع الأطباء لإدخالها في علاج الأورام لإيقاف عملية نموها الخبيث وتقليل أثرها على الخلايا السليمة.

ولتحديد العلاج الإشعاعي يجب العودة كما في الجراحة إلى معرفة التركيب والنسجي ودرجة تطور الخلية نفسها ، كذلك يراعى أيضاً وضع المريض الصحي وإمكانية تحمله تأثير الأشعة . والعلاج الإشعاعي يستعمل كوحدة مستقلة في حالات معينة خاصة في المراحل الأولى لنمو الورم مثل (سرطان الجلد ، البلعوم). والعلاج الإشعاعي بمشاركة التدخل الجراحي يستعمل قبل التدخل الجراحي وأثناء وبعد التدخل الجراحي . ولعلاج بعض الأورام التي لا تخضع للتدخل الجراحي نظراً لصعوبتها أو لتقدمها طويلاً في الجسم ، يستعمل العلاج الإشعاعي بمشاركة المركبات الكيميائية وذلك مثلاً في بعض أنواع أورام الرئة ، والجهاز الليمفاوي والورم العظمي(عز الدين،2011)

2- العلاج الكيميائي:

هو علاج السرطانات بالأدوية الكيميائية (أدوية مضادة للسرطان) قادرة على تدمير الخلايا السرطانية . ويستخدم حالياً لفظ العلاج الكيميائي للتعبير عن أدوية سامة للخلايا وهي تؤثر على جميع الخلايا المتميزة بالإنقسام السريع ، في المقابل يوجد علاج بأدوية مستهدفة. العلاج الكيميائي يتداخل مع إنقسام الخلية في مناطق شتى ، مثل التداخل عند مضاعفة الحمض النووي ، أو عند تكوين الصبغيات ومن ثم فهو غير محدد الهدف فقد يستهدف الخلايا السرطانية والسليمة على حد سواء ، ولكن الخلايا السليمة قادرة على إصلاح أي عطب في الحمض يحصل نتيجة العلاج . من الأنسجة التي تتأثر بالعلاج الكيميائي والتي تتغير باستمرار أنسجة بطانة الأمعاء التي تصلح من نفسها بعد إنتهاء العلاج الكيميائي . أحيانا يكون تقدم نوعين من الأدوية إلى المريض أفضل من دواء واحد ، ويسمى هذا بتجميع الأدوية الكيميائية . بعض العلاجات لسرطان إبيضاض الدم أو الليمفوما تتطلب جرعات عالية من العلاج الكيميائي وإشعاع كامل لجسم المريض لإستئصال نخاع العظم بكامله مما يعطى فرصة للجسم لإنتاج نخاع عظمي جديد ومن ثم إعطاء خلايا دم جديدة . لهذا السبب يتم التحفظ على النخاع العظمي أو الخلايا الجذعية للدم قبل العلاج تحسباً لعدم قدرة الجسم من إنتاج نخاع جديد ويسمى هذا بتكرار عملية زرع الخلايا الجذعية . في المقابل يمكن زرع خلايا جذعية مكونة للدم من متبرع آخر ملاءم. (جورج، 2012)

زرع النخاع العظمي:

عبارة عن تدمير كامل للخلايا المكونة للدم في الجسم السليم منها والسرطانية بواسطة الأدوية والأشعة ثم بعد ذلك تعوض بخلايا النخاع العظمي المأخوذة من المريض ، أو من متبرع يتشابهه نسيجياً مع المريض . حيث تؤخذ خلايا نخاع العظام من المتبرع وتحقن في دم المريض حتى تصل نخاع العظام وتبدأ بالإنقسام والنمو هناك . يجب مراقبة الحالة الصحية للمريض وذلك بعزلة في غرف خالية من الجراثيم خوفاً من حدوث الإلتهابات لكونه لا يحمل الخلايا المسئولة عن الدفاع عنه كما قد يحتاج إلى نقل دم وعلاج بالمضادات الحيوية في حالة حدوث العدوى . من أهم المشاكل التي يمكن أن تعوق زرع نخاع العظام المزروعة جسم المريض المزروع كي نقل من إحتمال حدوث الرفض . وقد تم إكتشاف طريقة ما زالت قيد

الإختبار يتم فيها إستعمال أجسام مضادة وحيدة المنشأة موجهة ضد الخلايا المسؤولة عن الوظيفة المناعية في المتبرع كي تدمرها وبالتالي تقي المريض من الرفض. (عطا،1997)
3-العلاج المناعي:

يختص الجهاز المنعي بمكافحة العدوى ومحاربة الكائنات الدخيلة والغريبة التي تغزو الجسم ، مثل البكتريا الضاره والفيروسات والسموم وغيرها، وبطبيعة الحال تتقلب الخلايا السرطانية عقب تسربها إلى خلايا غريبة عن الجسم وتستلزم رداً مناعياً، إلا أن الجهاز المناعي لم يتمكن من تدميرها، سواء بسبب فشله في تمييزها كخلايا غريبة، أو لأنه لم يصدر دفاعاً مناعياً قوياً بالدرجة الكافية عقب تمييزها. والعلاج المناعي يسمى أيضا بالعلاج الحيوي إضافة إلى العلاج المُعدّل للاستجابة الحيوية وهو علاج يعتمد على توظيف آليات عمل الجهاز المناعي المختلفة لمعالجة السرطان، خصوصاً الآليات المتعلقة بتمييز الكائنات الدخيلة، وآليات رفع معدلات إنتاج الخلايا المناعية ودعمها في نموها وأداء وظائفها، سواءً لمكافحة الخلايا السرطانية، أو للمساعدة في إدارة التأثيرات الجانبية لعلاجات الأورام ، بإستخدام مركبات حيوية تفرزها خلايا المنظومة المناعية طبيعياً ، ويتم إنتاجها في المعامل على هيئة عقاقير. (مكي،1990)

عندما يكون المريض المزمن طفلاً:

أوضحت تايلور (2008) إن العديد من الأطفال يتكيفون مع التغيرات التي حدثت لهم نتيجة المرض بنجاح ، إلا أن جزءاً منهم لا يفهمون طبيعة تشخيصهم وعلاجهم ، وبالتالي نجدهم كثيراً ما يرتكبون في تعاملهم مع المرض وعلاجه فقد يظهر بعضهم أنواعاً من المشكلات السلوكية بما فيها التمرد والإنسحاب ، وقد يعاني بعضهم من تدني إعتبار الذات، إما لشعور الطفل أن المرض هو بمثابة عقاب له على سلوك سيء كان قد إرتكبه ، أو لشعور بالنقص وعدم التكامل نتيجة المرض . وهذه المشكلات قد تتفاقم إذا لم يكن لدى أفراد الأسرة أساليب فعالة في التواصل وحل المشكلات . وتوجد عوامل يمكن أن تزيد من قدرة الطفل على التعامل مع المرض منها تملكه المعلومات البسيطة على المرض وتشجيعه على العناية الذاتية ، وقد دلت الدراسات على أن إحتفاظ الوالدين بهدوءهما وقت الأزمات ، وممارستها للضبط الإنفعالي وتفهم حالة المريض هي من بين العوامل التي تساهم بشكل إيجابي في أداء الطفل المريض .

يتفق إختصاصي الصحة بشكل عام على أن مصارحة الأطفال بحقيقة مرضهم يقلل التوتر والذنب ، كما أن معرفة الحقيقة تزيد من تعاون الطفل مع علاجه ، بالإضافة إلى ذلك غالباً ما يساعد الحديث عن السرطان على تضامن العائلة ويجعل التأقلم مع المرض أسهل على الجميع.

إدارة الأمراض المستفحلة لدى الأطفال :

تعتبر رعاية الأطفال الذين يعانون من الأمراض المستفحلة من أصعب أنواع الرعاية وأكثرها مشقة ، فمن الصعب تقبل موت الأطفال ، ويجد الفريق الطبي نفسه يتعامل مع طفل مرتبك وخائف ، وكذلك مع والدين أشد إرتباكاً وتعاسة كما أن أسئلتهم قد لا تلقى الأجوبة ، وقد

يدفع الفريق الطبي بالطفل والديه إلى تفاؤل زائف، محاولاً تجنب آلام مواجهتهم بحقية المرض . قد يكون من السهل تبرير عدم إعطاء الطفل المعلومات الصحيحة حول حالته وطبيعة العلاج الذي ينتظره ، على إعتبار أنه ما يزال طفلاً ولن يستوعبها أو أنها ستخفيه . ولكن الواقع يشير إلى أن الأطفال يعرفون عن حالتهم أكثر مما نعتقد .

وفي بعض الحالات يعبر الطفل عن تخيلاته حول الموت من خلال اللعب الرمزي بالدمي (كدفن الدمية أو إقامة الطقوس الجنائزية) ، وبعض هذه المشكلات تتطلب الإرشاد ، وفي تعامله مع الطفل قد يسترشد المعالج بما يصدر عن الطفل من إشارات لمعرفة متى يحدثه ، فيتحدث فقط عندما يرغب الطفل بالحديث ، وبالموضوعات التي يريد الطفل الحديث عنها . وفي كثير من الحالات يكون الإرشاد ضرورياً للعائلة بأسرها ، فقد يوجه كلا الوالدين اللوم إلى نفسه ، وقد يشعر الأطفال الآخرين في الأسرة بالإهمال أو الحرمان من الرعاية فيعترضهم الإرتباك وتشوش الأفكار والشعور بالإستياء من وضعهم الجديد في الأسرة . ومع هذا كثيراً ما يظهر الأطفال نضجاً مثيراً للدهشة ، فيجدون في عملية الموت على صعوبتها معنى لأنفسهم ولأسرهم. (تايلور، 2008)

الإستجابات السلبية والإيجابية للوالدين :

ذكر شقير (2006) المذكور في جورج (2012) أنه ينتج عن صدمة التشخيص كم كبير من المشاعر المختلطة ، ولعل أكثر ردود الفعل شيوعاً هي: الصدمة، الإرتباك ، الإنكار ، الخوف ، الغضب الشعور بالذنب، والحزن ، حيث بعد شرح مطول من الطبيب قد لا يسمع الوالدين سوى أن طفلهم مصاب بالسرطان فقطو غالباً ما يحجب سماع الكلمة "سرطان" كل الحقائق الأخرى.

إن المعارف والأصدقاء والأقارب لهم نصيبهم من الصعوبات في التكيف مع التغيرات التي تطرأ على حالة المريض . هذا قد دلت الدراسات على أن التناقض الوجداني من أهم ردود الأفعال تجاه ذوي مرضى السرطان ، فقد نجد من معارف المريض من يظهر الدفئ والمودة على المستوى اللفظي ، ولكن إيماءاته وتعبيراته الجسديه وكل سلوكه غير اللفظي يعبر عن الرفض والنفور ، ويواجه المريض حديثاً عادة صعوبه في تفسير هذه السلوكيات والتصرف ازاءها .

وفي محاولة لفهم ما يصيب العلاقات الإجتماعية من تغيرات سلبية بعد الإصابة بالأمراض المزمنة يورد ورتمان ودنكل وشات التفسير التالي : يخلق المرض المزمن كالسرطان مثلاً الخوف والنفور لدى أفراد الأسرة المحيطين ، ولكنه في الوقت نفسه يصاحب هذا الشعور وعيهم بحاجة هذا المريض إلى دعمهم ومساندتهم . وربما يؤدي هذا التوتر أو الصراع إلى نتائج سلبية عديدة:

1. تجنب المريض ، أو الحديث الدائم عن المرض ، أو التقليل من أثره، أو التظاهر بالمرح أو الإنشراح وبالتالي تقل المساندة الإجتماعية.
2. تتأثر العلاقات بالأشخاص في الدائرة الإجتماعية الأوسع بهذه الطرق السلبية أكثر من العلاقات بالأشخاص المقربين من المريض.

3. شعور الأشخاص الحميمون للمريض بالتوتر والضيق أو الإنهاك بسبب آلامه المستمرة ، بالإضافة إلى ذلك قد يشعرون بالعجز عن توفير مساندة قد يكونون هم أنفسهم بحاجة إليها ولا يستطيعون تلبيتها.

وذكرت تايلور (2008) أن الأفراد لا يطورون الأمراض المزمنة وإنما العائلات هي التي تفعل ، إذ أن الإضطراب في حياة فرد من أفرادها يؤثر في حياة الأفراد الآخرين حتماً ، ولعل من أهم التغيرات التي تنتج عن المرض المزمن ، هي تزايد إعتمادية المريض على من حوله وبالتالي قد تشعر الأسرة أنها فقدت السيطرة على حياتها ، وقد تواجه صعوبات في التكيف مع هذه التغيرات المفاجئة والمسؤوليات الجديدة إلى أشكال من الإضطراب في السلوك كتبديل الفراش ، والعدائية تجاه باقي افراد الأسرة . وعلى الرغم مما يترتب على وجود مريض مزمن في العائلة من ضغوط وتوترات إلا أن بعضاً من الأفراد يبدوون ردود أفعال إيجابية ، إذ أن بعض الأسر تظهر تقارباً أكثر من ذي قبل وإهتمام أعمق بالعلاقات مع الآخرين . وتأخذ الإستجابة الإيجابية شكلاً روحياً وتنمي العلاقة بالخالق عزّ وجل ، كما أن بعض الأفراد يعيدون ترتيب أولوياتهم ومعتقداتهم تجعلهم قادرين على إستخلاص بعض الفوائد والمعاني والعبر من هذا الحدث.

أمهات الأطفال المصابين بالسرطان

قد تعني إصابة الطفل بمرض السرطان للأسرة فقدان هذا الطفل، حيث أن موت الطفل يكون متوقفاً في أي وقت، خصوصاً في فترة الإنتكاسة لهذا فإن العناية بالطفل المصاب بالسرطان والمهدد لحياته ليست بالأمر السهل على العديد من الأمهات وأفراد أسرة الطفل، حيث يتحمل الأهل أعباء ومتطلبات إضافية للعناية بالطفل تتراوح من المسؤوليات الجسدية والعاطفية والاقتصادية والاجتماعية، وغالباً ما تكون الأم من يتحمل معظم هذه الأعباء، لكونها الأقرب إليه، فهي تتولى الاعتناء به خلال إقامته في المستشفى، وعند رجوعه إلى المنزل، وعلى الأم أيضاً أن تتقبل قسوة الإجراءات التشخيصية والعلاجية حتى لو لم تكن مضمونة النتائج، وعليها التعامل مع الإجراءات الطبية المتكررة، وارتفاع التكاليف المادية للعلاج، وتشنت الأسرة، هذا بالإضافة إلى الأعباء التي تلقى على أفراد الأسرة المختلفين. لهذا يمكن القول إن إصابة الطفل بالسرطان تسبب أزمة للعائلة بأكملها ، وتسبب اضطرابات في العلاقات الأسرية سواء بين الزوج والزوجة، أو بينهما وبين باقي أفراد العائلة، وبالتالي تعرّض توازن العائلة للاختلال. كما يحدث تغيير في الأدوار لبعض أفراد الأسرة، فالأم مثلاً ستضطر للغياب عن البيت لمرافقة طفلها، كما ويتحمل الأب أو الابنة الكبرى أو الإبن الأكبر مسؤولية العناية بباقي أفراد الأسرة، والقيام بالواجبات المنزلية اليومية، كما قد تضطر الأم إلى تقليل نشاطاتها الاجتماعية، وقد تضطر لترك عملها إذا كانت تعمل، وبالتالي يؤثر هذا على الحالة المادية للأسرة ، ويمكن أن تعيش العائلة وتشهد حالة سائدة من التوتر الدائم بسبب قلة الاتصال بالآخرين وانشغالهم بالطفل المريض وخوفهم المستمر على صحته، ويشكّل تشخيص سرطان الطفولة بداية لفترة من الضيق والتوتر الشديدين للأباء والأمهات، الذين يصابون بالصدمة والألم العاطفي، ويواجهون صعوبات في التعامل مع الإجراءات اللازمة والضرورية لتنفيذها

على الأطفال، ولمستويات عالية من البحث عن المعلومات مصحوبة بشعور من عدم السيطرة على الأمور. (الروضان، 1997)

وقد توصلت دراسة kazak (2005) بأن جميع المشاركين باستثناء واحد فقط، من أفراد عينة مؤلفة من مائة وتسع عشرة (119)، من الأمهات واثنين وخمسين (52) من الآباء لأطفال يخضعون للعلاج من السرطان، أبلغوا عن أعراض توتر الصدمة مثل الأفكار الدخيلة والإثارة الفسيولوجية والتجنب. ولدى إجراء مقارنة بين آباء وأمّهات الأطفال الذين يخضعون للعلاج من السرطان، مع آباء وأمّهات الأطفال الذين أكملوا العلاج، تم الإبلاغ عن أعراض الصدمة النفسية، والأعراض المترسبة، والمقحمة، والاستثارة، بشكل أكثر تكراراً، من قبل الوالدين خلال المرحلة الحادة من العلاج، مقارنة بالوالدين بعد العلاج، كما أن الأمهات مقارنة بالآباء سجلن مستويات أعلى من التوتر، وتبيّن أن الآباء والأمهات الأقل تعليماً، وذوات الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض كانوا أكثر عرضة لخبرة توتر الصدمة في أي وقت. وذكر جورج (2012) أن أفراد أسرة الأطفال المصابين بالسرطان يعانون من أشكال مختلفة من المحن والتعاسة المتعلقة بمرض الطفل، فقد يظهر الوالدان مشاعر التشاؤم، وعدم اليقين، والشعور بالوحدة، وتدني تقدير الذات وأعراض توتر ما بعد الصدمة، والتعاسة، وكذلك الحزن المتعلق بتوافق أشقاء الطفل، كما تنعكس هذه المحن والتعاسة على مواقف الآباء من عودة الطفل المريض إلى المدرسة، وقد تؤدي بهم إلى تأخير أو تثبيط سلوك العودة إلى المدرسة على أساس التشاؤم بشأن مستقبل الطفل، بالإضافة إلى ذلك قد يشعر الوالدان بأن الجهد العاطفي والجسدي المرتبط بالعودة إلى المدرسة سيكون بالغ الوطأة بدرجة كبيرة بالنسبة للطفل.

المبحث الرابع : الدراسات السابقة

تمثل هذه الدراسات حصيلة أبحاث في بيئات مختلفة ، منها الدراسات السودانية ،
والعربية، والأجنبية.

أولاً: الدراسات السودانية:

1- دراسة سارة عوض حماد(2008)

دراسة بعنوان (العوامل المؤثرة في درجة الإكتئاب لدى أولياء أمور الاطفال المصابين بمرض السرطان) هدفت هذه الدراسة لدراسة درجة إكتئاب أولياء أمور الأطفال المصابين بالسرطان وعلاقتها ببعض المتغيرات والتي تمثلت في العمر، النوع، السكن، المستوى التعليمي الوظيفة، الحالة المادية، عمر الطفل، نوع الطفل، عدد الأطفال بالأسرة ، نوع سرطان الطفل، فترة المرض، تطور المرض، نوع العلاج. وإستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت العينة من(50) مفحوص. وتم إختبار ((H.A.D.S)) وبعد تحليل البيانات، أوضحت النتائج التالية: لاتوجد علاقة بين درجة الإكتئاب للأباء والأمهات تبعا لمتغير عمر الطفل، لاتوجد علاقة بين درجة الإكتئاب وعدد الأطفال داخل الأسرة، توجد علاقة داله إحصائيا بين درجة الإكتئاب ونوع سرطان الطفل، العوامل الديموغرافية لا تؤثر على درجة إكتئاب أولياء أمور الأطفال المصابين بالسرطان.

2- دراسة مناسك محمد الحسن(2010)

دراسة بعنوان (الأثر النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان) أجريت هذه الدراسة بمستشفى الذرة في الخرطوم، لمعرفة الأثر النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان . تم جمع المعلومات بالمقابلة المباشرة مع الأمهات من خلال المعلومات، ومن ثم تم تحليل البيانات التي جمعت يدويا ، وعرضت النتائج من جداول التكرار والنسبة المئوية، وأوضحت الدراسة أن معظم الأمهات اللاتي لديهن أطفال مصابون بالسرطان تعليمهم ثانوي ويعانون من الإكتئاب الجاد ، ويشعرن بالخوف والقلق على أبنائهم ، معظم الأمهات يتوقعون موت أبنائهم في كل لحظة. وتغير أسلوب حياة هؤلاء الأمهات تغيرا كليا. ومعظم الأمهات يشعرون بالخوف من تأثير المرض على الأداء والتطور الأكاديمي لهم.

3- دراسة وجدان يوسف جورج (2012)

دراسة بعنوان (أعراض الضغوط النفسية لدى امهات الأطفال المصابين بالسرطان وعلاقتها ببعض المتغيرات)

هدفت هذه الدراسة للتعرف على أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان. كما هدفت للتعرف على العلاقة الإرتباطية بين العمر وأعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ،وهدفت أيضا للتعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين أعراض الضغوط النفسية ومستوى تعليم أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، وللتعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية في أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال

المصابين بالسرطان تبعا لنوع سرطان الطفل، وأيضا للتعرف على العلاقة الارتباطية بين أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان وعدد أبنائهن . تكون المجتمع الأصلي للدراسة من أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي (برج الأمل) بالخرطوم ، حيث تم جمع المعلومات بواسطة مقياس لأعراض الضغوط النفسية ، وتم اختيار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة ، وكان قوامها(80) أم تراوحت أعمارهن ما بين (20_51) سنة، أستخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية : تتسم أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بالإنخفاض. لا توجد علاقة ارتباطية بين العمر وأعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان. توجد فروق ذات الدلالة الإحصائية بين أعراض الضغوط النفسية ومستوى تعليم أمهات الأطفال المصابين بالسرطان . لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان تبعا لنوع سرطان الطفل . لا توجد علاقة ارتباطية بين أعراض الضغوط النفسية لدى الأمهات وعدد أبنائهن.

ثانيا: الدراسات العربية:

4- دراسة حمدي أمين زيدان (2001)

دراسة بعنوان (مدى فعالية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان)

دراسة لفحص فعالية برنامج إرشادي في (REBT) جمعي يستند إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي التخفيف من حدة القلق لدى عينة عشوائية مؤلفة من (20) أمماً وأبا لأطفال تتراوح أعمارهم من (8-12) سنة يعانون سرطان الدم (اللوكيميا)، ومضى على تشخيص حالتهم من (شهرين ثلاثة أشهر)، ممن يتلقون العلاج في عدد من المستشفيات الحكومية في مصر. استخدم الباحث مقياس القلق ودليل المقابلة للفريق العلاجي والتقارير النفسية والاجتماعية والطبية للأطفال بالإضافة للبرنامج الإرشادي، وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين نتائج القياسين القبلي والبعدي لصالح البعدي، ما يشير لفاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم.

5_ دراسة جهاد علاء الدين، وعزالدين عبد الرحمن (2011)

دراسة بعنوان (فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان)

هدفت هذه الدراسة لتعرف فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان . تكونت عينة الدراسة من (20) أمماً لأطفال مصابين بسرطان اللوكيميا اللمفاوية الحادة، قسمت عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين: المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها برنامجاً إرشادياً يستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي ، والمجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها أي برنامج إرشادي. أظهرت نتائج تحليل التباين المشترك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية

والضابطة من الأمهات على مقياسي التوتر والتشاؤم، حيث انخفض مستوى التوتر والتشاؤم بدرجة أعلى لدى الأمهات في المجموعة التجريبية بالمقارنة مع الأمهات في المجموعة الضابطة. كما أشارت نتائج المقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى وجود فروق ظاهرة بين متوسطات القياسين البعدي والتتبعي، لصالح التتبعي على بعض المقاييس، فقد ارتفعت الدرجات سلباً على مقياس التوتر في حين انخفضت إيجابياً على مقياس التشاؤم، لكن هذه الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

الدراسات الأجنبية:

6- دراسة سترايساند وزملاؤها (2000)

دراسة بعنوان (فاعلية برنامج إرشاد جمعي للتحصين ضد التوتر ، لضبط التوتر في التخفيف من مستويات توتر أمهات الأطفال المصابين بالسرطان) أجريت هذه الدراسة خلال فترة إقامة الأمهات مع أطفالهم في المستشفى وإجرائهم لعملية زرع نخاع شوكي في أحد مستشفيات الأطفال الجامعية في ولاية فلوريدا . تم توزيع عينة الدراسة (ن= 22) من الأمهات إلى مجموعة تجريبية (ن= 11) التي سيطبق عليها برنامج إرشاد جمع ي للتحصين ضد التوتر، ومجموعة ضابطة (ن= 11) التي تعرضت لبرنامج رعاية نفسية وتجهيز عادي لعملية الزراعة الخاصة بالطفل المريض.

أشارت نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة إلى أن مجموعة الأمهات اللواتي تعرضن لبرنامج الإرشاد الجمعي مقارنة بالأمهات في المجموعة الضابطة، سجلت استخداماً أكبر لإستراتيجيات ضبط التوتر، إلا أن الفروق في مستوى التوتر بين المجموعتين لم تكن دالة.

7- دراسة ساهلر وآخرون (2005)

دراسة بعنوان (فاعلية برنامج إرشادي جمعي باستخدام العلاج المعرفي السلوكي للتقليل من التوتر والقلق والإكتئاب لدى مجموعة من أمهات الأطفال المشخصين حديثاً بالسرطان) هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشاد جمعي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي، باستخدام التدريب على مهارة حل المشكلات، في تقليل مستويات التوتر والقلق والاكتئاب لدى مجموعة من أمهات (ن= 430) الأطفال المشخصين حديثاً بالسرطان في أحد المستشفيات التابعة لجامعة روتشستر بولاية نيويورك ، وقد تم في هذه الدراسة تطبيق برنامجين يستندان إلى المنهج المعرفي السلوكي، استند الأول الذي قدم للأمهات في المجموعة التجريبية (ن= 213)، إلى دمج برنامج الرعاية النفسية والاجتماعية المعتاد تقديمه للأمهات في المستشفى ، مع برنامج التدريب على (UPC) (Problem-solving skills training) مهارة حل المشكلات وذلك خلال ثماني (8) جلسات إرشاد جمعي . واستند ، [PSST] البرنامج الثاني الذي قدم للأمهات في المجموعة الضابطة (ن= 217)، فقط إلى برنامج الرعاية النفسية والا اجتماعية المعتاد تقديمه للأمهات. أشارت نتائج القياسات البعدية إلى أن الأمهات في مقارنة بالمجموعة الثانية (PSST+UPC) المجموعة الأولى أظهرن تراجعاً أعلى بدرجة دالة في معدلات التوتر والقلق (UPC) والاكتئاب، كما احتفظن بهذه المكاسب العلاجية في القياس التتبعي بعد مرور مدة ثلاثة أشهر على تطبيق البرنامج الإرشادي.

8- دراسة دان مادلين جاكسون (2009)

دراسة بعنوان (المعاناة النفسية لأمهات وأباء الأطفال المصابين بالسرطان) هدفت هذه الدراسة لمعرفة الإجهاد الناشيء والإكتئاب وأعراض القلق لدى عينة من آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسرطان ، بلغ عدد الأمهات (153) والآباء (154) . وأظهرت النتائج أن تدني الوضع الإجماعي والإقتصادي يزيد من نسبة المعاناه النفسية . كما أن أكثر فترة يعاني فيها الآباء والأمهات من المعاناة النفسية هي الأربعة أشهر الأولى من تشخيص مرض اطفالهم . وأن الآباء أكثر عرضة لأعراض القلق الإكتنابي.

التعليق على الدراسات السابقة:

1-الدراسات التجريبية التي تحتوي على برامج إرشادية لأمهات الاطفال المصابين بالسرطان.

إتفقت الدراسة الحالية من ناحية تطبيق برنامج إرشادي جمعي على أمهات الأطفال المصابين بالسرطان مع دراسة كل من زيدان (2001) ودراسة علاء الدين وعبد الرحمن (2011) ودراسة سترایساند وآخرون(2008) ودراسة ساهلر وآخرون (2005)، واختلفت عنهم في أنها الوحيدة التي تناولت الضغوط النفسية.

1- الدراسات الوصفية التي لاتحتوي على برامج إرشادية لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان، وهي دراسة حماد (2008) ، دراسة الحسن(2010)، دراسة جورج(2012)

دراسة جاكسون (2009) اتفقت الدراسة الحالية مع هذه الدراسات الوصفية في (العينة) حيث جميع هذه الدراسات تناولت أمهات الاطفال المصابين بالسرطان. واتفقت أيضا مع دراسة جورج(2012) في تناولها للضغوط النفسية. واختلفت الدراسة الحالية مع هذه الدراسات الوصفية في تناولهم لمتغيرات أخرى ، وهي دراسة حماد(2008)التي تناولت الإكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، ودراسه الحسن (2010) التي تناولت الأثر النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، ودراسة دان جاكسون(2009) التي تناولت المعاناة النفسية لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

مدى إستفادة الباحثة من الدراسات السابقة :

1- الإستفادة منها في صياغة الفروض ،والإستدلال بها في الإطار النظري ، ومناقشة النتائج ،

2- تناول جوانب أخرى لم تتناولها الدراسات السابقة .

3- تحديد المنهج الأنسب المستخدم في البرنامج الإرشادي.

4- الكشف عن المزيد من الإحتياجات والمشكلات والمعاناة التي يعاني منها أمهات الأطفال المصابين بالسرطان التي تم التعرض لها في هذه الدراسات.

موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة :

الدراسة الحالية هي الدراسة الوحيدة التي جمعت بين البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي وبين الضغوط النفسية وبين أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

وأنها الدراسة الأولى في السودان من هذا النوع على حد علم الباحثة ، التي تلبي إحتياجات أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ، بتطبيق برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان، حيث الزيادة المطردة لعدد الأطفال المصابين بالسرطان ، وزيادة الضغوط النفسية التي تحيط بنا في الوقت الحالي.

الفصل الثالث

المنهج واجراءات البحث

تمهيد:

تهدف هذه الدراسة إلى تطبيق برنامج إرشادي مقترح لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال السرطان بولاية الخرطوم، ويتضمن هذا الفصل وصفا لمنهج البحث المتبع، ووصف لمجتمع البحث، وأدوات جمع البيانات، والعينة، ثم الإجراءات وأساليب المعالجة الإحصائية. منهج البحث:

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي، وهو المنهج الذي تتمثل فيه معالم الطريقة العلمية بطريقة جلية واضحة، يبدأ بالملاحظة ثم الفرض ويتبعها تحقيق الفرض بواسطة التجربة، يهدف المنهج التجريبي إلى اختبار صحة العلاقة بين سبب ونتيجة، والمنهج هو مجموعة من الخطوات المنظمة والعمليات العقلية الواعية والمبادئ العامة التي تقود أي دراسة علمية مهما كان موضوعها، ومن ثم فالمنهج يجب على السؤال التالي: كيف يمكن حل مشكلة البحث، والكشف عن جوهر الحقيقة، والوصول إلى قضايا يقينية لايشوبها احتمال أو شك. (عبدالرحمن، 2014)

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي الذي يقوم على المجموعة الواحدة ذات القياس القبلي والبعدي، وذكر المليجي المذكور في العيسوي (1999) أن المنهج التجريبي من أكثر الطرق التي يمكن الاعتماد عليها في الحصول على الحقائق، أي ملاحظة الحقائق تحت شروط مضبوطة، وهو يعتبر أكثر المناهج العلمية صلاحية لوصف الظواهر الطبيعية والتنبؤ بها. مجتمع البحث:

يتكون مجتمع هذا البحث من مجموعة من أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي(برج الأمل) الخرطوم، في الفترة ما بين (مارس 2015- يوليو 2015).

ويعرف مجتمع البحث بأنه مجموعة من الأفراد أو الأشياء أو الأحداث اوالعناصر أو المعرفة المحددة مسبقا بحدود زمنية ومكانية ثابتة (علاوي،2000)

المجتمع الفعلي: بلغ عدد أمهات الأطفال المصابين بالسرطان في فترة الدراسة حوالي 70 أمماً ، قامت الباحثة بمساعدة الأخصائيات النفسيات المسؤولات عن القسم بالآتي:

1. حصر الأطفال الذين ترافقهم أمهاتهم فقط، حيث يوجد عدد كبير من الأطفال يرافقهم آباءهم، أو أخوانهم، وايضا كان كثيرا من الجدات ترافقن أحفادهن، وكذلك العمات والخالات.

2. حصر الأطفال الذين ترافقهم أمهاتهم والذين يتراوح أعمارهم ما بين 4-14 عام.

3. حصر الحالات الجديدة التي تم تشخيصهم حديثا بالإصابة بمرض السرطان، والذين ترافقهم أمهاتهم والذين يتراوح أعمارهم ما بين 4-14 عام، حيث كان هناك عدد كبير من الأطفال المصابين بالسرطان قبل أكثر من سنة، أو سنتين، أو ثلاث.

4. في هذه المرحلة وصل عدد الأمهات لحوالي 30 أم ، قامت الباحثة بالجلوس مع كل أم على حدى، والرجوع للملف بمساعدة الممرضات والأطباء المسؤولين عن الحالة لمعرفة خطة سير علاج الطفل ، وكم تبقى له من جلسة، ولتعريف الأم بموضوع الدراسة وهدفها ، وطريقة تنفيذ البرنامج الإرشادي ومدته، وأخذ موافقتها على ذلك.

5. في هذه المرحلة وجدت الباحثة أن عدد من الأمهات لم يكن قادرات على الإنضمام للبرنامج حيث كانت فترة إقامتهن في المستشفى قصيرة ويسكن في مناطق بعيدة ولايستطعن الإلتزام لحضور الجلسات فتم إستبعادهن، وهناك مجموعة أخرى لم تستطع الإنضمام للبرنامج لخطورة الحالة الصحية التي يعاني منها أطفالهن، وتم إستبعادهن، ولكن وهذه المجموعة تحديدا تطوعت الباحثة في أوقات الفراغ وفي الأيام التي لا يكون فيها جلسات إرشادية للمجموعة بأن تقدم لهن مجموعه من الجلسات الإرشادية المتنوعة، والقصيرة، داخل عنابرهن، لحوجتهم الشديدة لذلك.

6. في هذه المرحلة وصل عدد الأمهات إلى 20 أم وهن الأمهات الواتي إنطبقت عليهن كل الشروط، وأبدين رغبة وتعاون شديد للانضمام في البرنامج.

العينة:

طريقة إختيار العينة: تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة القصدية التي عرفها الباقر وآخرون (2002) بأنها هي العينة التي لا يكون لكل مفردة من مفردات مجتمع البحث نفس الفرصة في الإختبار للعينة، وهذه العينات لها إستخداماتها الخاصة، وتسمى أيضا بعينة الملائمة. وتمثلت شروط إختيار العينة بأن تكون الأم هي المرافق الدائم للطفل، وأن يكون عمر الطفل ما بين 4- 14 عام ، وأن يكون الأطفال شخوصا حديثا بالإصابة بمرض السرطان، ولم يمضي على تشخيصهم أكثر من 4 أشهر.

العينة الاصلية التي اجري عليها البرنامج:

ونظراً لقساوة هذا المرض وشدته، وأن كثيرا من الأطفال كانوا في مراحل متأخرة من الورم، توفي أربعة من هؤلاء الأطفال قبل الإنتهاء من البرنامج، فراجع عدد الأمهات إلى 16 أم وهن اللاتي طبق عليهن البرنامج .

العينة الاصلية التي اجري عليها البرنامج:

ونظراً لقساوة هذا المرض وشدته، وأن كثيرا من الأطفال كانوا في مراحل متأخرة من الورم، توفي أربعة من هؤلاء الأطفال قبل الإنتهاء من البرنامج، فراجع عدد الأمهات إلى 16 أم وهن اللاتي طبق عليهن البرنامج .

التكافؤ: يتم إستخراج معامل التكافؤ للعينة المراد تطبيق البرنامج عليها ، وبعد التأكد من مدى مكافئة العينة في كل المتغيرات الديموغرافية يمكن بعدها تطبيق البرنامج على العينة المراد قياسها.

جدول (1) يوضح اختبار (كاي) للتحقق من معرفة التكافؤ في متغير المستوى التعليمي

المتغير	المستوى التعليمي	المشاهد	المتوقع	المتبقي	قيمة (كاي تربيع المحسوبة)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
المستوى التعليمي	اميه	3	5.3	-2.3-	1.625 ^a	2	.444	الفروق في التكرارات غير دالة احصائياً
	اساس	6	5.3	.7				
	ثانوي	7	5.3	1.7				
	المجموع	16						

جدول (2) يوضح اختبار (كاي) للتحقق من معرفة التكافؤ في متغير النوع

المتغير	النوع	المشاهد	المتوقع	المتبقي	قيمة (كاي تربيع المحسوبة)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
النوع	ذكور	8	8.0	.0	.000 ^b	1	1.000	الفروق في التكرارات غير دالة احصائياً
	اناث	8	8.0	.0				
	المجموع	16						

جدول (3) يوضح اختبار (كاي) للتحقق من معرفة التكافؤ في متغير العمر

المتغير	العمر	المشاهد	المتوقع	المتبقي	قيمة (كاي تربيع المحسوبة)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
العمر	اقل من 10	10	8.0	2.0	1.000 ^b	1	.317	الفروق في التكرارات غير دالة احصائياً
	تكثر من 11	6	8.0	-2.0-				
	المجموع	16						

جدول (4) يوضح اختبار (كاي) للتحقق من معرفة التكافؤ في متغير نوع سرطان الطفل

المتغير	نوع سرطان الطفل	المشاهد	المتوقع	المتبقي	قيمة (كاي تربيع المحسوبة)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
نوع سرطان الطفل	في الغدد	5	5.3	-.3-	.875 ^a	2	.646	الفروق في التكرارات غير دالة احصائياً
	فوق الكلى	4	5.3	-1.3-				
	في الدم	7	5.3	1.7				
	المجموع	16						

جدول (5) يوضح اختبار (كاي) للتحقق من معرفة التكافؤ في متغير مده المعرفة بالمرض

المتغير	مدة المعرفة بالمرض	المشاهد	المتوقع	المتبقي	قيمة (كاي تربيع المحسوبة)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
مدته المعرفة بالمرض	اقل من شهر	8	8.0	.0	.000 ^b	1	1.000	الفروق التكرارات غير دالة احصائياً
	اكثر من شهر	8	8.0	.0				
	المجموع	16						

جدول (6) مستوى تعليم امهات الأطفال المصابين بالسرطان

النسبة	العدد التكرار	المستوى التعليمي
18.8	3	اميه
37.5	6	اساس
43.8	7	ثانوي
100.0	16	المجموع

جدول رقم (7) يوضح نوع الطفل المصاب بالسرطان

النسبة	العدد التكرار	النوع
50.0	8	ذكر
50.0	8	انثي
100.0	16	المجموع

جدول رقم (8) عمر الطفل المصاب بالسرطان

النسبة	العدد	العمر
62.5	10	اقل من 10
37.5	6	أكثر من 11
100.0	16	المجموع

جدول رقم (9) نوع سرطان الطفل

التكرار	العدد	نوع سرطان الطف
31.2	5	في الغدد
25.0	4	فوق الكلى
43.8	7	في الدم
100.0	16	المجموع

جدول رقم (10) فترة المعرفة بالمرض

النسبة	العدد	فترة المعرفة بالمرض
50.0	8	اقل من شهر
50.0	8	اكثر من شهر
100.0	16	المجموع

أدوات الدراسة:

أولاً: إستمارة البيانات الأولية:

قامت الباحثة بتصميم هذا الجزء من الدراسة ويشمل على مجموعة من المتغيرات (عمر الأم _ المستوى التعليمي- عمر الطفل _ نوع الطفل _ نوع السرطان- مدة المعرفة بالمرض) ثانياً: وصف مقياس الضغوط النفسية:

قامت الباحثة أولاً بالقرأة الفاحصة لمجموعة من الدراسات السابقة والاطر النظرية والرجوع الى مجموعة من المقاييس التي تناولت ذات الموضوع توصلت الباحثة الى اقتباس وتعديل مجموعة من المحاور وثيقة الصلة بموضوع الدراسة فقد اهدت الباحثة الى اختيار الابعاد

التالية، عبارات من مقياس القلق، عبارات من مقياس الإكتئاب، و مقياس الضغوط النفسية الذي قام بتصميمه عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي(1988) واخيراً توصلت الباحثة الى المحاور التالية في صورتها المبدئية وهي

- 1- محور معاناة الأم النفسية. وبه (18) عبارة في صورته الاولية.
 - 2-محور مشاعر اليأس والإحباط. وبه (17) عبارة في صورته الاولية
 - 3- محور القلق.وبه (17) عبارة في صورته الاولية
 - 4- محور عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المريض.وبه (11) عبارة في صورته الاولية.
- الصدق الظاهري:

استخدمت الباحثة طريقة الصدق الظاهري للتأكد من صلاحية المقياس لتطبيقه ، حيث قامت الباحثة بعرض المقياس على 9 من المحكمين ملحق رقم () وقد ابدا المحكمون ارائهم في المقياس ومدى مناسبة المحاور للمقياس فقد التزمت الباحثة بكل الملاحظات وقد تم تعديل المقياس في صورته الثانية بعد تعديلات المحكمين المكون (60) عبارة.

اجراءات المحكمين:

جدول رقم (11) يوضح العبارات التي أوصى المحكمون بتعديلها في بعد معاناة الأم النفسية:

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
3	أشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت	أشعر بالتعب أكثر مما تعودت بسبب طفلي المريض
10	أستطيع ترك طفلي المريض أن يلعب مع أقرانه بمفرده.	أترك طفلي المريض يلعب مع الأطفال بمفرده
13	أستطيع الخروج من الحالة الإكتئابية بكل سهولة	أخرج من الحالة الإكتئابية بكل سهوله
14	أشعر بأن بالي مشغول طول الوقت	أشعر بأن بالي مشغول طول الوقت بسبب مرض طفلي

جدول رقم (12) يوضح العبارات التي أوصى المحكمون بتعديلها في بعد مشاعر اليأس والإحباط:

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
12	أتوقع أن تزداد الأمور سوءا	أتوقع أن تزداد حالة طفلي المريض سوءا

جدول رقم (13) يوضح العبارات التي أوصى المحكمون بتعديلها في بعد القلق

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
10	أشعر كأن عقابا حل بي	أشعر أن مرض طفلي عقابا حل بي
12	أعاني من الصداع دون سبب	أشكو من الصداع دون سبب

جدول رقم (14) يوضح العبارات التي أوصى المحكمون بتعديلها في بعد عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المريض:

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
2	يضايقني ان ملازمة طفلي الدائم في المستشفى تتعارض مع اهتمامي بإخوته الصغار	ملازمة طفلي الدائم في المستشفى تتعارض مع اهتمامي بإخوته الصغار
4	يؤلمني عدم توفر الدعم المناسب من الدولة لأسرة الطفل المريض.	يؤلمني عدم توفر الدعم المناسب من الدولة للأطفال المرضى

لم يتم حذف أي عبارة من المقياس، وايضاً أوصو بأن تكون الخيارات فردية بدلاً من الخيارات الزوجية، وأوصو بتعديل بعض العبارات. بعد التعديل النهائي للمقياس قامت الباحثة بتطبيقه لمعرفة الخصائص السايكومترية مفتاح التصحيح: فقد قامت الباحثة بتصحيح البيانات وفقاً للخيارات الثلاثية، حيث كانت تعطي الفقرات الإيجابية 1،2،3، بينما تعطي الفقرات السلبية 1،2،3

الخصائص السايكومترية للمقياس:

لمعرفة الخصائص القياسية للفقرات بالمقياس بمجتمع البحث الحالي، قامت الباحثة بتطبيق صورة المقياس المعدلة بتوجيهات المحكمين والمكونة من (60) فقرة على عينة أولية حجمها (20) مفحوصاً تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من مجتمع البحث الحالي، وبعد تصحيح الاستجابات قام الباحث برصد الدرجات وإدخالها في الحاسب الآلي، ومن ثم تم الآتي:
العينة استطلاعية : حيث تم تطبيق المقياس على (20) من أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بغرض التأكد من صلاحية أداة الدراسة واستخدامها لحساب الصدق والثبات.

صدق الاتساق الداخلي للفقرات :

لمعرفة صدق اتساق الفقرات مع الدرجة الكلية للأبعاد الفرعية بالمقياس بمجتمع البحث الحالي، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس الفرعي الذي تقع تحته الفقرة المعنية.

جدول رقم (15) يوضح معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية بالمقياس بمجتمع البحث الحالي (ن=20)

استراتيجيات تحمل الضغوط							
معاينة الام النفسية		مشاعر اليأس		القلق		عدم قدره على التحمل	
البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط
1	.218	1	.807	1	.248	1	.369
2	.323	2	.249	2	.206	2	-(*) .039
3	.145	3	.581	3	.000(*)	3	(*)

.023							
.163	4	.103	4	(*) .000	4	.238	4
.164	5	.129	5	-(*) .071	5	.072(*)	5
.279	6	.192	6	.162	6	.078(*)	6
.195	7	.353	7	.575	7	.018(*)	7
.383	8	.006(*)	8	.573	8	.083(*)	8
.239	9	-(*) .017	9	.259	9	.199	9
(*) .023	10	.162	10	.423	10	.115	10
.741	11	.342	11	.780	11	.379	11
		.099(*)	12	.449	12	.234	12
		.247	13	.154	13	.530	13
		.426	14	.464	14	.530	14
				.460	15	.573	15
				.448	16	.216	16
				.352	17	.242	17
						.351	18

يلاحظ من الجدول السابق أن معاملات ارتباطات جميع الفقرات دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، وان جميع الفقرات تتمتع بصدق إتساق داخلي قوي. عدا الفقرات المشار إليها بال(*) وهي فقرات صفرية وسالبة الارتباط لذلك راي الباحث ان تحذف من المقياس حتي لا تؤثر في الثبات.

معاملات الثبات للمقياس:

لمعرفة الثبات للدرجة الكلية للمقياس في صورته النهائية المكونة من (47) فقرة في مجتمع البحث الحالي، قام الباحث بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ على بيانات العينة الأولية، فبيّنت نتائج هذا الإجراء النتائج المعروضة بالجدول التالي:

جدول رقم (16) يوضح نتائج معاملات الثبات للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية بمقياس بمجتمع البحث الحالي

الخصائص السايكومترية		عدد الفقرات	المقاييس الفرعية
الصدق الذاتي	(ألفا كرونباخ)		
.825	.682	14	معاناة الام النفسية
.904	.819	15	مشاعر اليأس
.717	.515	10	القلق
.876	.768	8	عدم قدره على التحمل
.930	.865	47	تحمل الضغوط

ثالثاً: التطبيق القبلي:

بعد التأكد من صلاحية الفقرات ومدى صدق وثبات الفقرات، قامت الباحثة بتطبيق المقياس على العينة المراد قياسها فقد تم إستخراج الدرجات رابعا: البرنامج الإرشادي:

اعتماداً على الأدبيات والدراسات التي اطلعت عليها الباحثة، والمتعلقة بموضوع الدراسة حول فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان، قامت الباحثة بتصميم البرنامج الإرشادي وصياغة أهدافه وإختيار المنهج المناسب مع أهداف البرنامج وتحديد عدد الجلسات مع تحديد زمن كل جلسة، وتم عرض البرنامج الإرشادي على مجموعة من المحكمين للحكم على صلاحيته .

وأوصى المحكمون بزيادة عدد الجلسات إلى 14 جلسة، وكذلك أوصو بزيادة الزمن إلى 50 دقيقة، والتزمت الباحثة بكل الملاحظات وقد تم تعديل البرنامج الإرشادي في صورته الثانية بعد تعديلات المحكمين .

ويحوي البرنامج الإرشادي المعد لهذه الدراسة في صورته النهائية على 16 جلسة إرشادية، بعد أن تمت إضافة جلستين من قبل الباحثة نظرا لحوجه الأمهات لذلك .

والمنهج المعد لهذا البرنامج هو (الإرشاد السلوكي المعرفي) وهو منهج إرشادي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل، وتتمثل أساليبه العديدة في التدريب على مهارات المواجهة، التحكم في القلق، التحصين ضد الضغوط، أسلوب صورة الذات المثالية، التدريب على حل المشكلات، التدريب على التعليم الذاتي، وقف الأفكار بغرض إحداث تغير معرفي وسلوكي ووجداني لدى المريض. (فضل، 2008)

اهداف البرنامج الإرشادي:

- 1- تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.
- 2- مساعدة الأمهات على التعرف على ماهية الضغوط التي يعانون منها، ومعرفة أسبابها، أثارها.
- 3- مساعدة الأمهات على الإستبصار بمشكلاتهم ، وإستغلال طاقاتهم ، وإكسابهم مهارات معرفية وسلوكية جديدة، والإرتقاء بمستوى التفكير للوصول لدرجة من الصحة النفسية للتكيف مع الظروف التي يعيشها حاليا ، وفي المستقبل .
- 4- توفير الدعم والمساندة لهن، مع توفير جو من الهدوء والسلام النفسي والرضا، لمساعدتها على العطاء ، والقيام بواجبها تجاه طفلها المريض ، وتجاه أبناءها الآخرين، وتجاه أسرتها ككل.

الوسائل والأدوات المستخدمة في تطبيق البرنامج :

- 1 – جهاز حاسوب.
- 2- أفلام وثائقية قصيرة تحفيزية تحكي عن تعايش بعض المرضى مع مرضهم ويعيشون حياة طبيعية دون معانه.

3- أوراق وأقلام لأداء التمارين التي تتخلل الجلسات.
الجدول للبرنامج الإرشادي:

محاور جلسات البرنامج الإرشادي السلوكي:

الجلسة الأولى: (جلسه تمهيدية)

هدفها: التعارف والتعريف بالبرنامج عن طريق محاضرة علمية تعريفية.

تضمنت الجلسة الإجراءات التطبيقية الآتية :

1- أولاً قامت الباحثة في البداية بتعريف نفسها والترحيب بهن والتعريف على الأمهات في مناخ يسوده الود وروح التعاون في 20 دقيقة ، والغرض من ذلك معرفة مستوى الفهم والإدراك لديهن حيث يسهل التعامل معهن وفقاً لدرجة إستيعابهن.

2-قدمت الباحثة معلومات مبسطة عن طبيعة المرض، حيث ساحت الباحثة بالمفحوصات سياحة علمية (لمدة 10 دقائق).

3-عرضت الباحثة معلومات عن الإرشاد، وأهميته، وأهدافه بالنسبة للأمهات الأطفال المصابين بالسرطان (في 15 دقيقة)

4-وقامت الباحثة في ختام الجلسة (في 5 دقائق) في شكل تغذية راجعة مع الأمهات بتلخيص وتقويم ما سبق، وتذكير الأمهات بالجلسة القادمة.

الجلسة الثانية: المناقشة الجماعية

هدفها : المناقشة الجماعية وعرض المشكلات والضغوط التي يعاني منها الأمهات.

وتضمنت هذه الجلسة الإجراءات التطبيقية الآتية:

1-عرضت الباحثة معلومات للأمهات عن ماهية الضغوط النفسية وتأثيراتها على صحة الأم، وكذلك صحة ونفسية الطفل، وكيفية التعامل معها، مع تبادل الرأي حول موضوع المحاضرة بين الباحثة والأمهات، وبين الأمهات مع بعضهن البعض (في 15 دقيقة).

2-قامت الباحثة بمساعدة الأمهات على الاستبصار بمشكلاتهن وما يعانون منه من ضغوط، وتدريب الأمهات على تصنيف وترتيب هذه المشكلات، وأيها يعتبره الأمهات أكثر إلحاحاً وضغطاً وتأثيراً على الأم (في 30 دقيقة) .

3-تلخيص وتقويم وختام الجلسة ، والتذكير بالجلسة القادمة (في 5 دقائق).

الجلسة الثالثة: التعزيز الإيجابي

هدفها: التعزيز الإيجابي للأمهات الأطفال المصابين بالسرطان وتدعيمهن لمنحهن قدراً أكبر من الثقة في أنفسهن.

وتضمنت هذه الجلسة الإجراءات التطبيقية الآتية:

1-قامت الباحثة في هذه الجلسة بتصميم أسئلة تتعلق بالضغوط وكيفية التغلب عليها في شكل مواقف يتعرضن لها أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، وتدع الأمهات يضعن الطريقة المثلى للتخلص من الضغوط ، فقد كانت الباحثة تشجعهن بعبارات المدح والثناء ، وقد إستغرقت هذه المواقف (25 دقيقة).

2- وفي الـ 20 دقيقة الثانية كانت تعرض الباحثة للأمهات التفكير السليم والسلوك المرغوب فيه بحيث يصبح جزء من حياتهن.

3- وفي الـ 5 دقائق الأخيرة تم تلخيص وتقييم وختام الجلسة ، وتذكيرهن بالجلسة القادمة. الجلسة الرابعة: التدريب

هدفها: 1. تدريب الأمهات على تحمل الإحباط

2. والتحكم في الغضب والانفعالات، عن طريق فنية لعب الدور.

وتضمنت هذه الجلسة الإجراءات التطبيقية الآتية:

1- تطلب الباحثة من إحدى الأمهات تمثيل الدور عن الاتجاه أو المعتقد العقلاني (في 15 دقيقة).
2- ثم تضع الباحثة الأمهات في مواقف محبته، ومواقف مثيرة للانفعالات في مشهد واقعي ، وكيفية التغلب عليه وضبط النفس، وإظهار الاستجابة الملائمة بمساعدة الباحثة (في 20 دقيقة).
3- وتم تعريف الأمهات بأن لتجربة لعب الدور أثر في استباق الأحداث قبل وقوعها، وأن الأمهات من خلال قيامهن بلعب أدوار مختلفة تمثل الموقف الذي يمكن أن يؤدي إلى إطراب سيتمكن من أن يستبقن من خلال التفكير في هذه المواقف التغير أو السلوك الذي سيحدث، وهذا يجعلهن يدخلن المواقف الجديدة بثقة أكبر، فضلا عن هذا فإن المشاعر الإيجابية أو السلبية التي تسيطر عليهن بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية مناسبة ستطلق بشكل مباشر (في 10 دقائق) .

4- وفي الخمسة دقائق الأخيرة تم مراجعة الجلسة وربطها بالجلسات السابقة، والتقييم ، والتذكير بالجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة: نماذج سلوكيه

هدفها: عرض نماذج سلوكية جديدة من خلال الاقتداء بالنموذج، وكيفية عمل الواجب المنزلي.

وتضمنت هذه الجلسة الإجراءات التطبيقية الآتية :

1- قامت الباحثة بعرض قصة مفادها أسرة لديها طفل مصاب بالسرطان ، وكيف تتعامل الأسرة مع الطفل ، ويتمثل النموذج في كل من الأب والأم ، وكيف يعاملان طفلهما المصاب بالسرطان، في شكل مسرحية، وبعد عرض المسرحية قامت الباحثة بشرح المواقف الإيجابية في النموذج (في 30 دقيقة).

2- قامت الباحثة بتدريب الأمهات على طريقة تدوين الواجب المنزلي وأهميته، فقامت بتدريبهن على كيفية تعميم التغيرات الإيجابية التي أنجزتها مع المرشدة على أرض الواقع، أي إلى مواقف واقعية ملموسة، وشرح لهم أن الهدف من ذلك هو الاستفادة من الجلسات الإرشادية عن طريق تقوية وتدعيم أفكارهن ومعتقداتهن وسلوكياتهن الصحيحة ونقلها للبيئة الفعلية التي يعيش فيها الطفل وباقي أفراد الأسرة ، (في 15 دقيقة).

3- وفي الخمسة دقائق الأخيرة تم مراجعة ما تم في الجلسة، والتقييم، والتذكير بالجلسة القادمة. الجلسة السادسة: الاسترخاء.

هدفها: التدريب على تمارين الاسترخاء وبيان أهميتها.

وتتضمن الجلسة الإجراءات التطبيقية الآتية:

1-تعريف الأمهات بأن الاسترخاء هو عبارة عن تدريب العضلات على الارتخاء ، وهو وسيلة من وسائل محاربة القلق والتوتر، وعندما نسترخي بشكل منظم فإن كافة التوترات في البناء العضلي للجسم تزول ، وهذا الموقف لا يسمح بوجود مشاعر القلق التي تسبب توترا في العضلات (في 5 دقائق).

2 -تطلب الباحثة من الأمهات بأن يجلسن على الكرسي ويسندن الظهر إليه أو يستلقين على الأريكة، ثم يغمضن أعينهن ، ويوضح لهن بأنهن مقبلات على تعلم خبرة جديدة.

3- تقول الباحثة للأمهات أنني سوف اطلب منكم أن تشدو بعض عضلات جسمك ثم ترخينها ، وأنه نتيجة ذلك قد تشعرن ببعض المشاعر الغريبة كالتململ في أصابع اليد ، أو احساس بالسقوط ، وعليكم أن لا تخفن من ذلك لأن ذلك دليل على أن عضلاتك بدأت تسترخي.

4-تنبه الباحثة الأمهات بأن من الضروري أن تكون أفكارهن كلها مركزة في عملية الإسترخاء وفي المواقف التي تذكرها الباحثة، وفي حال تحول افكار الأمهات بعيداً عن الموضوع الذي يتم تخيله، عليهن الرجوع بالأفكار إلى الموقف قدر الامكان..

5- تنبه الباحثة بأنه يجب المحافظة على عضلات الجسم في حالة استرخاء تام أثناء الإسترخاء

6-نبدأ بعد ذلك في خطوات الإسترخاء حسب الأسلوب الذي إختارته الباحثة.

وتبدأ الإجراءات بالتدريب على الإسترخاء العضلي لمجموعات محددة من العضلات وعددها 12 وهي 1- عضلات أسفل الذراعين 2- عضلات أعلى الذراعين 3- عضلات أسفل الساقين 4- عضلات أعلى الساقين 5- عضلات البطن 6- عضلات الصدر 7-عضلات الكتفين 8- عضلات الرقبة 9- عضلات الوجه 10- عضلات الجبهة (في 25 دقيقة).

7-بعد الإسترخاء وضعت الباحثة الأمهات في وضع استرخاء تام وإعطائهن أفكار إيجابية تقاؤليه مريحه نفسيا، وتطلب منهن أن يتخيلن مواقف سارة وجميلة، ومحاولة إدخالهم في جو مفرح وأكثر إيجابية (في 15 دقيقة).

8- تلخيص ما سبق مع التنبيه على ضرورة تطبيق ذلك بصوره منتظمة،والتقويم، وتذكيرهن بالجلسة القادمة.

الجلسة السابعة: إعادة البناء المعرفي 1.

هدفها: إعادة البناء المعرفي، وتعريف الأمهات بماهية الأفكار السلبية، وأثارها،وكيفية التخلص منها.

وتتضمن الجلسة الإجراءات التطبيقية التالية:

1- تعريف الأمهات أولا بأن الطريقة التي يدركون بها الأشياء والأحداث ، هي التي تسم سلوكهم وتصفه بالإطراب أو السواء، وليس الأشياء والأحداث نفسها و بالتالي فإن الاضطرابات النفسية والسلوكية هي نتاج أخطاء معينة في عادات التفكير أو المعرفة، مما يؤدي إلى تفسيرات خاطئة للمواقف ،وتعريف الأمهات بماهية الأفكار التلقائية (10 دقائق).

- 2- تطوير وعي الأمهات حول سلوكهم وأفكارهم بحيث يتمكن من تحديد سلوكيات معينة تنتج عن الضغط ، و يتعلمن أنواع المثيرات التي تجلب الضغط ، كما يصبح الأمهات أكثر فهماً للأسباب المحددة للمشاعر السلبية وبالتالي مراقبة ما لديهن من أفكار إيجابية وسلبية عن الذات وعن العالم وتحديدها (في 10 دقائق) .
- 3- طلبت الباحثة من الأمهات تحديد موقف يسبب لهن مشاعر سلبية، والبدء في تفكيك هذا الشعور وهذا الموقف عن طريق خطوات مرتبه منظمة كماهي مبينة في الجدول (في 30 دقيقة).

الجدول

1-الموقف - مع من -ماذا كنت تفعل متى كان ذلك -أين كنت	2 -الحالة النفسية بماذا شعرت	3- الأفكار التلقائية (صور ذهنية) بماذا كنت تفكر قبل أن تشعر بهذا الشعور) المشاعر -ضع دائرة على الفكرة المؤثرة	4- الأدلة التي تدعم الفكرة المؤثرة:	5- الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة:	6- الأفكار البديلة/الموازنة أوالمعدلة:	7- قيم حالتك النفسية الآن: أعد تقييم الشعور التي شعرت بها في العمود 2
--	---------------------------------	---	--	--	--	--

4- تطلب الباحثة من الأمهات عمل واجب منزلي بنفس الخطوات التي تمت في الجلسة الإرشادية، ووزعت لهن أوراق عمل خاصة لذلك، وبما أن هناك جزء كبير من الأمهات لا يجيدن الكتابة والقراءة طلبت منهم الباحثة بأن يستحضروا بعضاً من هذه المواقف ذهنياً ومحاولة تفكيكها ، وسوف يتم تدوينها عملياً مع الباحثة في بداية الجلسة القادمة، والتذكير بالجلسة القادمة (في 5 دقائق).

الجلسة الثامنة: البناء المعرفي2.

هدفها: إعادة البناء المعرفي والتدريب العقلي للأمهات على التفكير الإيجابي.
وتتضمن الجلسة الإجراءات التطبيقية التالية:

- 1- مناقشة الواجب السابق (25 دقيقة).
- 2- الاستمرار في التدريب العقلي للأمهات ، والبدء بالتصرف بسلوك لا تشوبه أفكار غير عقلانية ، وتعلم كيفية التفكير بطريقة عقلانية بناءه عن طريق إبدال الأفكار والتفسيرات السلبية بأخرى ايجابية (20 دقيقة).
- 3- تلخيص ما سبق تقويم الجلسة ، والتذكير بالجلسة القادمة(5 دقائق).

الجلسة التاسعة: التدريب.

هدفها: التدريب على مهارة حل المشكلات .
وتتضمن الجلسة الإجراءات التطبيقية التالية:

- 1-أعدت الباحثة مجموعة من المواقف التي تحوي مشكلات تهم الأمهات ، وكن قد تحدثن عنها سابقاً ، وعرضت عليهن هذه المواقف بالترتيب طالبة من كل أم أن تقدم حلاً لهذه المشكلة، وتقوم الباحثة بالتشاور مع باقي الأمهات حول هذا الحل من وجهة نظرهن، عن طريق تعزيز

وتأيد الحلول الصحيحة، وتحديد الحلول الخاطئة، مع بيان لماذا هي خاطئة وشرح أسباب الفشل في حل المشكلات ، (20 دقيقة).

2- البدء بتدريب الأمهات بخطوات علمية ومنظمة كيفية التعامل مع المشكلات وحلها (في 25 دقيقة) كالتالي:

أ- الوعي بوجود المشكلة.

ب- تحديد المشكلة وتعريفها وجمع المعلومات عنها.

ج- وضع البدائل والحلول المناسبة.

د- اتخاذ القرار حول كيفية تنفيذ الحل أو البدائل.

هـ- تقييم فاعلية الحل.

3- تطلب الباحثة في ختام الجلسة من الأمهات أن يقمن بتطبيق الخطوات السابقة كواجب منزلي على مشكلة من المشكلات التي تزعج الأمهات، ومحاولة حلها، والتذكير بالجلسة القادمة في 5 دقائق.

الجلسة العاشرة: تدريبية.

هدفها: التدريب على التنفيس الانفعالي

وتتضمن الجلسة الإجراءات التطبيقية التالية:

1- مناقشة الواجب السابق في (15) دقيقة

2- تدريب الأمهات على التعبير عن المشاعر المكبوتة وما تحويه من غضب، وحزن، وألم، وخوف، في جو من الثقة والأمان والتشجيع، وتعريفهم بأهمية هذا التدريب، وأثاره النفسية والجسدية، وشرح مجموعة من الطرق للتنفيس الانفعالي (الرقص، الموسيقى، الرياضة، الإسترخاء، السباحة، الضحك، الصراخ، البكاء، الصلاة) في (20) دقيقة

2- إكتساب معارف ومهارات وتجارب من بعضهن البعض في (15) دقيقة

4- التذكير بما سبق، وتقويم وختام الجلسة.

الجلسة الحادية عشر: (تدريب) ازالة التشاؤم

هدفها: التدريب على إزالة النظرة التشاؤمية والحث على التفاؤل، والحديث الإيجابي مع الذات. **وتتضمن الجلسة الإجراءات التطبيقية التالية:**

1- إعتبرت الباحثة هذه الجلسة بمثابة مراجعة للأمهات لما تدرين عليه في جلسات إعادة البناء المعرفي، فطلبت الباحثة من الأمهات أن يقمن لوحدن بهذا التدريب، وطلبت منهن تحديد فكرة تشاؤمية، واستحضارها، ومراقبتها، ومراقبة ما ينتج عنها من مشاعر سلبية، ومن أين أتت هذه الفكرة، وما مدى صحتها، في (15) دقيقة

2- وتطلب منهن الباحثة استبدال هذه الفكرة بأخرى إيجابية، واستحضارها، ومراقبة ما ينتج عنها من شعور إيجابي ، وراحة نفسية وجسدية، وكيفية الحديث الإيجابي مع الذات، في 15.

3- تعريف الأمهات بما ورد في القرآن الكريم والسنة النبوية من آيات وأحاديث تنهانا عن التشاؤم وتحث على التفاؤل وتبين أهمية حسن الظن بالله ، في 15 دقيقة .

وقد ورد التطير وهو(التشاؤم) في القرآن في عدة مواضع وهي قوله تعالى بسورة الأعراف "فإذا جاءتهم الحسنة قالوا لنا هذه وإن تصبهم سيئة يطيروا بموسى ومن معه إلا إنما طائرهم عند الله ولكن أكثرهم لا يعلمون)

حث الإسلام على التفاؤل واجتناب التشاؤم في مواقع متعددة من القرآن الكريم كقوله تعالى (فأن مع العسر يسراً، إن مع العسر يسراً) سورة الشرح أية (65) وكذلك قوله تعالى (يريد الله بكم اليسر ولا يريد بكم العسر) سورة البقرة أية 85

قال الرسول عليه السلام(انا عند ظن عبدي بي، وأنا معه إذا ذكرني، فإن ذكرني في نفسه ذكرته في نفسي، وإن ذكرني في ملأ ذكرتني في ملأ خير منهم، وإن تقرب إلي بشبر تقربت إليه ذراعاً، وإن تقرب إلي ذراعاً تقربت إليه باعاً، وإن أتاني يمشي أتيته هرولة) رواه البخاري ومسلم.

4-تلخيص ما سبق،وتقويم الجلسة، وطلبت الباحثة من الأمهات بالقيام بواجب منزلي لتدريبهن على التفاؤل، بنفس الخطوات التي اتبعتها أثناء الجلسة، والتذكير بالجلسة القادمة في 5 دقائق.

الجلسة الثانية عشر: مواجهة الضغوط

هدفها: مواجهة الضغوط والتغلب عليها.

وتتضمن الجلسة الإجراءات التطبيقية التالية :

1-قامت الباحثة بخلق موقف ضاغط وهمي، بخصوص قرارات جديدة أصدرتها المستشفى حول علاج أطفالهن(بأنه تم فرض رسوم على الجرعات المقدمة للأطفال، وكذلك التنويم - وان فترة التنويم في المستشفى سوف تمتد لمدة شهر كامل) وأن اليوم لا يوجد جلسة إرشادية.

2-جلست الباحثة تراقب وتسجل بصمت ردت فعل الأمهات وطريقة تفاعلهم مع الموقف ، وتسجل الاستجابات السلبية والإيجابية ، ومن منهن التي كانت أكثر واقعية وعقلانية، ومن منهن مازالت بحاجة لمتابعة أكثر، واستمر هذا النقاش مدة(15 دقيقة).

3-بعدها قامت الباحثة بتذكيرهن بأن يكن أكثر هدوءاً وتأنياً وتفاؤلاً، وأن يستفدن من ما تعلمنه سابقاً من أساليب معرفية وسلوكية لمحاولة تقبل هذا الموقف والتكيف معه، وأخذت الباحثة تفكر معهن بصوت عالي وتفكك هذا الموقف وتحلله، وتفسره معهن بطريقة إيجابية، وكيفية إيجاد حلول ملائمة،(20 دقيقة)

4-بعدها أخبرت الباحثة الأمهات أن كل ما أخبرتني به لم يكن صحيحاً، ومن تأليف الباحثة، حتى تختبر مدى استفادتهن من الجلسات السابقة، ومدى التزامهن بممارسة ذلك على أرض الواقع، (5 دقائق).

5-وفي ال10 دقائق الأخيرة تمت مناقشة الواجب السابق، والتقويم والتذكير بالجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة عشر: الجلسة الدينية

هدفها: الإرشاد الديني:

وتتضمن الجلسة الإجراءات التطبيقية التالية:

ركزت الباحثة على الإرشاد الديني وتعتبره ركنا أساسيا من أركان الإرشاد النفسي، ولاحظت الباحثة حوجه الأمهات إليه، لجهلهن بالكثير من تعاليم وأساسيات الدين الإسلامي، فقد كان النقاش والتفاعل في هذا الموضوع يمتد مطولا.

1- يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية عن طريق المحاضرة، التي تحوي مجموعة من الآيات والأحاديث التي تدل على نجاح الإيمان بالله في شفاء النفس من أمراضها ، وتحقيق الشعور بالأمن والطمأنينة والرضا، والوقاية من الشعور بالقلق وما قد ينشأ عنه من أمراض نفسية، وكذلك تعريفهن بأهمية الدين في الصحة النفسية وفي علاج الأمراض النفسية، وأن في الإيمان قوة خارقة تمد الإنسان المتدين بطاقة روحية تعينه على تحمل مشاق الحياة، وتجنبه القلق الذي يتعرض له كل الناس.

وأیضا معرفة أن للإيمان تأثيراً عظيماً في نفس الإنسان فهو يزيد من ثقته بنفسه ويزيد قدرته على الصبر وتحمل مشاق الحياة، ويبث الأمن والطمأنينة في النفس، ويبعث على راحة البال، ويغمر الإنسان بالشعور بالسعادة وإن المؤمن بالله إيماناً صادقاً لا يخاف من شيء في هذه الدنيا، فهو يعلم أنه لا يمكن أن يصيبه شر أو أذى إلا بمشيئة الله تعالى، ولا يمكن لأي إنسان أو لأي قوة أخرى في هذه الحياة ان تلحق به ضرراً أو تمنع عنه خيراً إلا بمشيئة تعالى ولذلك فالمؤمن الصادق الإيمان إنسان لا يمكن أن يتملكه الخوف أو القلق .

قال الله تعالى: {بَلَى مَنْ أَسْلَمَ مِنْ سُلْطَانِ اللَّهِ هُوَ مِنْ حَسْبٍ فَلَا جُرْهُ عَنْنَا بِهِمْ لَأَدْوِفَ

عَلَيْهِمْ مَوْءَاظُهُمْ وَلَا يُحِزُّهُمْ نُورٌ } . الاحقاف: الآية (13) . وذلك في 45 دقيقة.

2- ختام الجلسة ، وتلخيص ما سبق ، والتقويم ، والتذكير بالجلسة القادمة في 5 دقائق.

الجلسة الرابعة عشر: الجلسة الدينية

هدفها: إرشاد ديني

وتتضمن الجلسة الإجراءات التطبيقية التالية:

ركزت الباحثة في هذه الجلسة على بعض الأركان والأسس الإيمانية التي تساعد الأمهات على تقوية إيمانهم وصلتهم بالخالق، وهي:

1- الإيمان بالقدر: إن المؤمن الصادق لا يخاف من الأشياء التي يخاف منها معظم الناس عادة وهي الموت، الفقر، المرض، كما انه لا يخاف من مصائب الدهر، وهو ذو قدرة كبيرة على تحمل المصائب، لانه يرى فيها ابتلاء من الله تعالى يجب أن يصبر عليه. فالمؤمن الصادق الإيمان يؤمن بالقضاء والقدر، ويعلم حق العلم أن ما يحل بالناس من سراء أو ضراء انما هو ابتلاء من الله تعالى ليعلم من سيحمده على ما يناله من سراء ومن سيصبر على ما يناله من ضراء، ولذلك فهو لا يجزع اذا اصابه شر، بل يتحمل ويصبر ويحمد الله تعالى، ويدعوه ان يرفع عنه الشر والبلاء.

قال الله تعالى: { كَلْنَفْسٍ دَائِقَةً مَوْ تَوَّابًا وَكُمُ الشَّوِّ الْخَيْرِ فِدْتَهُوَ إِلَيْنَا ثَرْ جَعُونَ } الانبياء: الآية (35). وقال تعالى: { هَذَا صَبْرٌ مُبْتَلًى لِيُؤْتِيَهُمُ اللَّهُ ثَوَابًا كَثِيرًا وَلَا يُلْغِي فِي ذُنُوبِهِمْ لَأَنَّهُمْ صَبَرُوا } الحديد: الآية (22).

قال تعالى: { مَا لَصَدَابَ مِئْصَدٍ بِيَدِهِ لِابْتِلَاءِ ذُنُوبِهِمْ مَن يُؤْمِنُ بِاللَّهِ يَهْدِيهِمْ قَوْلًا بَوَّءَ اللَّهُ بِكُلِّ بَشَرٍ عَمَلِهِمْ } التغابن: الآية (11).

أي ومن أصابته مصيبة، فعلم أنها بقضاء الله وقدره، فصبر واحتسب عوضه الله عما فاته من الدنيا هدى في قلبه يقيناً صادقاً فيعلم أن ما أصابه لم يكن ليخطئه فليعلم أنها من الله فيرضى ويسلم. في 15 دقيقة.

2- الذكر:

ذكر الله تعالى بالتسبيح والتكبير والاستغفار والدعاء وتلاوة القرآن تؤدي إلى تزكية نفس المسلم وصفائها وشعورها بالأمن والطمأنينة، وذكر الله تعالى يشعر المسلم بأنه قريب من الله تعالى وأنه في حمايته ورعايته ويبعث في نفسه الشعور بالثقة والقوة، والشعور بالأمن والطمأنينة والسعادة.

قال الله تعالى: { الَّذِينَ آمَنُوا تَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ } الرعد: الآية (28). قال الله تعالى { نُنَزِّلُ الْقُرْآنَ أَنْزَالًا مَّوَدُّعًا فَتَنزِيلَهُ مِثْلُ مَاءٍ يُسْقِيهِ الشَّجَرَةَ فَتَنزِيلَهُ مِثْلُ شَرَابٍ } وقال الله تعالى: { فَذَاذِكُرُوا أَنِّي كُرْهُكُمْ أَشَدُّ كُرْهُكُمْ وَأَنِّي لِيُحْيِي لِقَوْلِي } البقرة: الآية (152).

يقول الرسول صلى الله عليه وسلم: (ذكر الله شفاء القلوب). ويقول الرسول عليه الصلاة والسلام: (إن الله تعالى يقول انا مع عبدي ما ذكرني وتحركت بي شفثاه) (نجاتي، 1998). (15 دقيقة).

3- الصبر:

إن التحلي بالصبر فيه فائدة عظيمة في تربية النفس وتقوية الشخصية، وزيادة قدرة الإنسان على تحمل نكبات الدهر ومصائبه.. والصبر مفتاح الفرج، والصبر وتقويض الأمر لله فضيلة روحية يعتصم بها الإنسان فيهدأ ويسكن قلبه ويطمئن، والصبر يرضي الرب، والصبر عون نفسي هائل يقي الإنسان من الانهيار أمام الشدائد والبلايا والمصائب، والمؤمن الصابر لا يجزع لما يلحق به من أذى ولا يضعف أو ينهار إذا ألمت به مصائب الدهر وكوارثه، فلقد وصاه الله تعالى بالصبر، وعلمه أن ما يصيبه في الحياة الدنيا إنما هو ابتلاء من الله تعالى ليعلم الصابرين منا. قال الله تعالى: {يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ} {البقرة: الآية(153)}. قال الله تعالى {بَلِّغُوا دِكْرَ اللَّهِ تَوَكَّلُوا بِاللَّهِ حَتَّىٰ يَخْرُجَ مِنَّا آيَاتٌ مِّنَ الْأَمْرِ وَلِالْأَنْفُسِ التَّامَّةِ لَتَبَشِّرَ الصَّابِرِينَ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَهُمُ مِّصْرَبٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاغِبُونَ} {البقرة: الآية(155-157)} (15 دقيقة).

4- وفي الختام تلخيص لما سبق ، وتقويم الجلسة، والتذكير بالجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة عشر: الجلسة الدينية

هدفها: إرشاد ديني

وتتضمن الجلسة الإجراءات التطبيقية التالية:

1- الاستغفار: إن في الاستغفار راحة من العذاب والآلام وإعطاء الأمل الذي يريح الضمير والنفس. وقال الله تعالى: {الَّذِينَ تَتَذَكَّرُونَ أَكْثَرًا نَّحْسَبُ إِنَّ اللَّهَ غَفُورٌ رَحِيمٌ} نوح: الآية (10).

وروي عن النبي صلى الله عليه وسلم انه قال: (من لزم الاستغفار جعل الله له من كل هم فرجاً ومن كل ضيق مخرجاً، ورزقه من حيث لا يحتسب) في 10 دقائق.

2- التوكل على الله : التوكل على الله، وتفويض الأمر إليه، والرضا بمشيئته، والإيمان بقضاء الله وقدره ، زاد روعي مطمئن ومسكن، يمد الفرد بقوة روحية تخلصه من القلق والخوف من المستقبل ، قال الله تعالى: {وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ} وقال الله تعالى: {لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ عَلَى الْفَلَاحِ كَالْمُؤْمِنِينَ} . قال الله تعالى {عَلَى اللَّهِ تَوَكَّلْ إِن كُنْتُمْ مُؤْمِنِينَ} . يزداد الإنسان طمأنينة إذا فوض أمره لله وآمن بقضائه. فإن الله خلق الإنسان والله يعلم من خلق وهو الذي يعرف طرق علاجه ، قال الله تعالى: {الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي يَسْقِينِي وَإِذْ كُنْتُ مِنَ الْغَائِقِينَ} { الشعراء: الآيات (78- 80) (10 دقائق).

3- الدعاء: وهو سؤال الله القريب المجيب والاستعانة به، والتضرع إليه، وابتغاء رحمته، والالتجاء إليه في كشف الضر عن الشدائد إن مجرد افضاء الإنسان بمشكلاته وهمومه والتعبير عنها إلى شخص آخر يسبب له راحة نفسية. وان تذكر المريض النفسي لمشكلاته وتحدثه عنها إلى تخفيف حدة قلقه، وإذا كانت حالة الإنسان النفسية تتحسن إذا أفضى الإنسان بمشكلاته لصديق حميم، أو لمعالج نفسي فما بلك بمقدار التحسن الذي يمكن أن يطرأ على الإنسان إذا أفضى بمشكلاته لله سبحانه وتعالى، وقام عقب كل صلاة بمناجاة ربه ودعائه، والاستعانة به، وطلب العون منه . إن مجرد الدعاء لله تعالى والتضرع إليه يؤدي إلى تخفيف حدة القلق وذلك لأن المؤمن يعلم أن الله سبحانه وتعالى قال في كتابه الكريم: {وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ إِنَّ الَّذِينَ يَسْتَكْبِرُونَ عَنْ عِبَادَتِي سَيَدْخُلُونَ جَهَنَّمَ دَاخِرِينَ} { غافر: الآية (60).

وقال الله تعالى: {وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ} يَبْأُجِبُ دَعْوَهُ فَالِدَاعِ إِذْ لَاعَانَ فَلَا يَسْتَجِبُ يَبْأُجِبُ يَوْمَ يَوْمًا بَلِيغًا لَهُمْ جُزْءٌ شَدُونَ { البقرة: الآية (186). لذلك كان الدعاء لله تعالى يساعد على تخفيف حدة القلق حيث يأمل المؤمن في استجابة الله تعالى له في حل مشكلاته، وقضاء حاجاته، ورفع الهم والقلق عنه. إن مجرد التوجه إلى الله تعالى بالدعاء، وامل الإنسان في استجابة الله تعالى له يؤدي(عن طريق الايحاء الذاتي باحتمال استجابة الله

تعالى لدعائه) إلى تخفيف حدة قلقه . قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : (إذا سألت فأسل الله، وإذا استعنت فاستعن بالله). نسأل الله أن يجعلنا من الذين يتبعون الرسول الأمي كما وصفه الله عز وجل:

{لَقَدْ كَانَ لَكُمْ فِي رَسُولِ اللَّهِ أُسْوَةٌ حَسَنَةٌ لِّمَن كَانَ يَرْجُوا اللَّهَ وَالْيَوْمَ الْآخِرَ
وَذَكَرَ اللَّهَ كَثِيرًا} { الاحزاب : الاية (21) . (10 دقائق).

4- وفيما يلي مجموعة مختاره من الاحاديث النبوية الشريفة التي هي عبارة عن أدعية كان رسولنا الحبيب يدعو بها ، (15 دقيقة).

ما يقوله الرسول الكريم إذا نزل به كرب أو شدة :

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا نزل به كرب أو شدة يقول: اني لا علم كلمة لا يقولها مكروب إلا فرج الله عنه: كلمة أخي يونس عليه السلام: (فنادى في الظلمات أن لا إله إلا أنت سبحانك إني كنت من الظالمين) سورة النبياء الاية(87). ورواه الحافظ في تخريج الاذكار (10/4). وأحمد في المسند (42/5) واسناده حسن وصححه ابن حبان رقم (2370).

وعن علي ابن ابي طالب قال: لقنتني رسول الله صلى الله عليه وسلم هؤلاء الكلمات وأمرني إن نزل بي كرب أو شدة أن أقول : (لا إله إلا الله الكريم الحليم، سبحان الله رب العرش العظيم، الحمد لله رب العالمين). رواه احمد في المسند (94/1) والنسائي في عمل اليوم والليلة رقم (630) وابن حبان رقم (2371). والكرب: الحزن والغم الشديد.

ما يقوله الرسول الكريم إذا أهمه أمر:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا أهمه أمر يقول (سبحان الله العظيم). رواه الترميزي رقم (3432) في الدعوات باب ما يقال عند الكرب. أهمه أمر : أي احزنه، والهم : الحزن، وقد كان الرسول صلى الله عليه وسلم يقول أيضاً (ياحي يا قيوم، برحمتك استغيث) رواه الحاكم في المستند (509/1).

ما يقوله الرسول إذا أصابه هم أو حزن:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا أصابه هم أو حزن يقول : (من أصابه هم أو حزن فليقل: اللهم إني عبدك وأبن عبدك وابن أمتك، ناصيتي بيدك، ماض في حكمك، عدل في قضاؤك أسالك بكل اسم هو لك سميت به نفسك أو أنزلته في كتابك و علمته أحد من خلقك، أو استأثرت به في علم الغيب عندك، أن تجعل القرآن العظيم ربيع قلبي ونور بصري وشفاء صدري، وجلاء حزني وذهاب همي. قال: فما قالها عبد قط إلا أبدله الله عز وجل مكان حزنه فرحاً). رواه أحمد في المسند (391/1) وابن حبان في صحيحه رقم (2372) في الأذكار: باب ما يقول إذا أصابه هم أو حزن.

ما يقوله الرسول الكريم إذا ألم به وجع:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم يعلم أصحابه إذا ألم بهم وجع أو حمى أن يقولوا (بسم الله الكبير نعوذ بالله العظيم من شر عرق نعار، ومن شر حر النار). رواه الإمام أحمد في المسند (300/1) وابن ماجه رقم (6526) في الطب : باب ما يعوذ به من الحمى. نعر الرجل: صاح وصوت. نعر العرق: فاردمه وصوت. النعير: الصراح والصياح في حرب أو شر. والنعار: الكثير النعير.

ما يقوله الرسول الكريم إذا أشتكى:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا أشتكى أتاه جبريل عليه السلام فقال: (بسم الله أرتيك، والله يشفيك من كل داء يؤذيك، ومن شر كل حاسد أو عين، والله يشفيك). رواه مسلم رقم (2186) في السلام : باب الطب والمريض والرقي. ورواه الترمذي رقم (972) في الجنائز: باب ماجاء في التعوذ للمريض. عوذه وقرأ له ليشفى.

ما يقول إذا أصابه مرض:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا أصابه مرض يقول: (الهم رب الناس، اذهب البأس، أشف أنت الشافي لا شاء إلا شفاؤك). رواه البخاري (175/10) في الطب: باب رقية النبي (ص). ورواه ابو داؤد رقم (3890) في الطب: باب كيف الرقي. ورواه الترمذي رقم (973) في الجنائز : باب في التعوذ للمريض.

ما يقوله الرسول الكريم إذا أتته مصيبة:

كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا أتته مصيبة يقول: (إنا لله وإنا إليه راجعون، حسبنا الله ونعم الوكيل). (عبد الرحيم، 1999).

5-ختام الجلسة، وتلخيص ما سبق، وتقويم الجلسة، والتذكير بالجلسة القادمة.
الجلسة السادسة عشر: الجلسة الختامية

هدفها: تقييم البرنامج وإعادة تطبيق مقياس الضغوط النفسية.

وتضمنت الجلسة الإجراءات التطبيقية التالية:

1- شكر أفراد العينة أمهات الأطفال المصابين بالسرطان على المساعدة في تطبيق البرنامج وحسن تعاونهن وتفاعلهن الإيجابي، الذي زاد من حماس الباحثة لبذل الكثير من أجلهن وأجل أطفالهن. (5 دقائق).

2 - تقييم البرنامج من خلال وجهة نظر أفراد عينة الدراسة. في 10 دقائق .

3- تطبيق مقياس الضغوط النفسية كمقياس بعدي. (40) دقيقة.

الإجراءات الميدانية:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس القبلي للضغوط النفسية للأمهات ، وملء إستمارة البيانات الأولية بطريقة فردية ، نظرا لإنخفاض مستوياتهم التعليمية ، وللتأكد من فهمهم لكل فقرة من فقرات المقياس، وبعدها تم تقسيم الأمهات لمجموعتين لتطبيق البرنامج الإرشادي، وبعد ذلك تم تحديد بداية البرنامج ونهايته، وبلغ عدد الجلسات (16) جلسة حيث قامت الباحثة بإضافة جلستين بعد أن رأت حوجة الأمهات لذلك ورغبتهن وتفاعلهن مع البرنامج. وهما (جلسة إرشاد ديني، وجلسة إضافية تدريبية لإعادة البناء المعرفي).

وفي الجلسة الختامية تم تطبيق المقياس البعدي .

وبعد معرفة النتيجة وإنهاء البرنامج تواصلت الباحثة مع الأمهات هاتفيا، لمساعدتهن في الحالات الطارئة، وتذليل العقبات التي تقف في طريقهن ما أمكن. الصعوبات التي واجهت الباحثة وكيفية التغلب عليها:

1 - عدم قدرة بعض الأمهات من مفارقة أطفالهن لحضور الجلسة الإرشادية، لظروف الأطفال الصحية، فقامت الباحثة أحيانا بإقامة جلسة الإرشاد النفسي داخل العنبر، لعدم قدرة الأمهات على مفارقة أبنائهن، وأيضا تم الإستعانة بالأخصائيات النفسيات في المركز للأهتمام بالأطفال ، واللعب معهن في الغرفة المخصصة للعب، حتى يتمكن الأمهات من إتمام الجلسة بهدوء وبدون قلق.

5- موت عدد من الأطفال حيث كان يؤثر ذلك على الأمهات سلبا، ويزيد من حزنهن، وقلقهن، فكان على الباحثة بذل مجهود مضاعف لمساعدتهن للتغلب على ذلك.

المعالجات الإحصائية:

تمت معالجة البيانات عن طريق الحاسب الآلي بإستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS) وبناءً على طبيعة أهداف وفروض البحث تم معالجة البيانات بالطرق الإحصائية التالية:

1. إختبار (ت) لعينة واحدة.

2. إختبار (ت) لعينتين متساوتين مستقلتين.

3. إختبار (انوفا) تحليل التباين الإحادي.

4. معادلة الفاكرونباخ.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة النتائج

في ضوء البحث وفروضه تعرض وتناقش الباحثة ما توصلت إليه من نتائج على النحو التالي:

عرض ومناقشة نتيجة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه (تتسم السمة العامة لمستوى الضغوط النفسية بالإرتفاع لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل بالخرطوم)

جدول رقم (17) يوضح إختبار (ت) لمجتمع واحد لمعرفة السمة المميزة للضغوط النفسية ولمعرفة النتيجة إستخدمت الباحثة إختبار (ت) لمجتمع واحد

نلاحظ من الجدول أعلاه أن النتيجة أثبتت (ان السمة العامة لمستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان إتسمت بالوسطية في جميع المحاور عدا محور القلق حيث

العبارات	حجم العينة	المتوسط المحكي	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
معاناة الام	16	28	27.9375	3.27554	-0.076	15	.940	المعناه تتسم بالوسطية
مشاعر الياس	16	30	31.6875	5.18612	1.302	15	.213	مشاعر الياس وسط
القلق	16	20	17.1875	3.16689	-3.552	15	.003	القلق منخفض
تحمل الاعباء	16	16	16.0625	2.71953	.092	15	.928	تحمل الاعباء وسط
الضغوط النفسية	16	94	92.8750	12.03813	-0.374	15	.714	الضغوط النفسية وسط

إتسمت سمة القلق بالإنخفاض).

وترى الباحثة أن توسط مستوى الضغوط النفسية لدي الأمهات قد يعود لقلة المعلومات لديهم عن طبيعة مرض أبنائهم وخطورته ، بسبب إنخفاض نسبة التعليم لديهم.

وأيضاً تعزي الباحثة ذلك لقسوة الظروف المعيشية والبيئية والإقتصادية ، وإفتقارهم للعديد من الإحتياجات الأساسية وهذا جعلهم أكثر قوة وصلابة في مواجهة مرض أبنائهم، وأن المرض لايسبب لهم ضغطاً كبيراً مقارنة مع ما يعانونه من صعوبات وضغوط في حياتهم.

وأيضاً ترى الباحثة أن ذلك قد يعود لكثرة عدد الأبناء لديهم حيث أن أغلبهم يتراوح عدد ابنائهم ما بين 4 -7 لذلك يمكن أن ينظرو لذلك نظرة إيجابية في حال تدهور صحة الطفل المريض ، بأن لديها مايعوضها هذا الحرمان.

ويؤيد ذلك دراسة عوض(2008) التي وجدت أن الإكتئاب ينخفض لدى أسراالأطفال المصابين بالسرطان التي لديها أكثر من 5 أطفال، بينما يزيد عند الأسر التي لديها طفلان أو أقل

وكذلك رأت الباحثة أن إنخفاض نسبة القلق لدى الامهات لعامل المساندة الإجتماعية التي يتميز بها المجتمع السوداني وخصوصا المجتمعات الريفية البسيطة التي تتميز بالتواصل والتكاتف الإجتماعي والوقوف مع بعضهم في الأزمات حيث يشعر الفرد بالطمأنينة والراحة النفسية مما له أثر كبير في التخفيف من حزن الأمهات وألأمهم وضغوطهم وهذا يتفق مع دراسة المالكي (2013)، وأيضاً يتفق مع دراسة خليل (1996) التي ذكرت أن هناك فرق في

مستوى الألم بين منخفضي المساعدة الإجتماعية ومرتفعيها لصالح مرتفعي المساعدة للمصابين بمرض السرطان .

وكذلك تنظر الباحثة لعدم إرتفاع القلق لدى الأمهات بطريقة إيجابية حيث أن المركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي (برج الأمل) يقدم الكثير من الخدمات التي تعمل على راحة المرضى ومرافقيهم من خلال المعدات الطبية ، وتهيئة العيادات والعنابر بأفضل مايمكن وكذلك المرافق الأخرى ، ومن ضمنها وحدة الإرشاد النفسي التي تهتم كثيرا بالمرضى. وأيضا التعامل الإنساني من القائمين على المركز من كوادر طبية ومهنية أخرى في توفير كل ما يساعد على راحة المرضى ، وأيضا الأمهات المرافقات يتلقين الدعم من بعضهن.

عرض ومناقشة نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه: (توجد فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي) ولمعرفة النتيجة إستخدمت الباحثة إختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي

جدول رقم (18) يوضح إختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي

المتغير	مجموعتي المقارنة	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج																																															
معاونة الام	قياس قبلي	16	27.9375	3.27554	-6.890-	15	.000	توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي																																															
	قياس بعدي	16	21.9375	3.85519					مشاعر الياس	قياس قبلي	16	31.6875	5.18612	-13.828-	15	.000	توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي	قياس بعدي	16	20.1875	3.31097	القلق	قياس قبلي	16	17.1875	3.16689	-5.015-	15	.000	توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي	قياس بعدي	16	12.8750	1.54380	تحمل الاعباء	قياس قبلي	16	16.0625	2.71953	-.529-	15	.604	لا توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي في تحمل الاعباء	قياس بعدي	16	15.6250	2.77789	الضغوط النفسية	قياس قبلي	16	92.8750	12.03813	-9.385-	15	.000
مشاعر الياس	قياس قبلي	16	31.6875	5.18612	-13.828-	15	.000	توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي																																															
	قياس بعدي	16	20.1875	3.31097					القلق	قياس قبلي	16	17.1875	3.16689	-5.015-	15	.000	توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي	قياس بعدي	16	12.8750	1.54380	تحمل الاعباء	قياس قبلي	16	16.0625	2.71953	-.529-	15	.604	لا توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي في تحمل الاعباء	قياس بعدي	16	15.6250	2.77789	الضغوط النفسية	قياس قبلي	16	92.8750	12.03813	-9.385-	15	.000	توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي	قياس بعدي	16	70.6250	8.64002								
القلق	قياس قبلي	16	17.1875	3.16689	-5.015-	15	.000	توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي																																															
	قياس بعدي	16	12.8750	1.54380					تحمل الاعباء	قياس قبلي	16	16.0625	2.71953	-.529-	15	.604	لا توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي في تحمل الاعباء	قياس بعدي	16	15.6250	2.77789	الضغوط النفسية	قياس قبلي	16	92.8750	12.03813	-9.385-	15	.000	توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي	قياس بعدي	16	70.6250	8.64002																					
تحمل الاعباء	قياس قبلي	16	16.0625	2.71953	-.529-	15	.604	لا توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي في تحمل الاعباء																																															
	قياس بعدي	16	15.6250	2.77789					الضغوط النفسية	قياس قبلي	16	92.8750	12.03813	-9.385-	15	.000	توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي	قياس بعدي	16	70.6250	8.64002																																		
الضغوط النفسية	قياس قبلي	16	92.8750	12.03813	-9.385-	15	.000	توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي																																															
	قياس بعدي	16	70.6250	8.64002																																																			

من الجدول أعلاه نلاحظ أن النتيجة أثبتت (وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي في درجات الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل لصالح القياس البعدي في جميع الأبعاد ما عدا بعد تحمل الأعباء حيث لم تثبت وجود فروق).

وهذا يتفق مع دراسات كل من Kazak(1996) Mcdonell (1997) Dahlquist (1996) التي إتفقت على أن توفير النقاشات الجماعية من خلال المجموعات الإرشادية لأسر الأطفال المصابين بالسرطان تقلل من مشاعر التوتر والقلق ، وتحسن من معدلات التوافق النفسي والاجتماعي.

ودراسة Sheard (1999) وهي من إحدى دراسات ما وراء التحليل ، أشارت إلى أن برامج الإرشاد الجمعي مع مرضى السرطان وأسره غالبا ماتكون فعالة وأن كفاءتها لاتقل عن فاعلية برامج الإرشاد الفردي.

وتتفق مع دراسة زيدان (2001) التي توصلت لكفاءة البرنامج الإرشادي في خفض مستوى التوتر والإكتئاب لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان.

وتتفق مع دراسة علاء الدين، وعبد الرحمن(2011) التي تشير إلى فعالية الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من التوتر الجسدي والنفسي لأمهات الاطفال المصابين بالسرطان.

تلاحظ الباحثة أن الأمهات قد تغير لديهن مفهوم المعاناة النفسية ، فانخفض لديهن الشعور بالحزن عند التفكير في حال أطفالهن، وأصبحن أكثر قدرة على تحمل بكاء أطفالهن أثناء العلاج ، وخف شعورهن بالتعب والإرهاق الذي طالما شكوهن منه، وأصبحن أكثر قدرة على ضبط سلوكيات أطفالهن وتحمل طلباتهم، وتركهم يلعبو ويمارسوا حياتهم كما السابق في الفترات التي يكون فيها الطفل قادرا على ذلك، وايضا أصبحن أكثر هدوءا وإتزاناً ، وتوقفن عن نوبات البكاء والعصبية التي كانت في بداية المطاف، وتحسن تجاوبهن مع أسئلة أطفالهن المتكررة ، وأسئلة الأهل والأقارب بطريقة أهدأ وأكثر واقعية.

فقد تحسن نمط التفكير لديهن ، وإنخفضت لديهن الأفكار الوسواسية المحبطة المتعلقة بمستقبل أطفالهم ، وإحتمالية عدم شفائهم أو فقدانهم، وأصبحن أكثر قدرة على السيطرة على هذه الأفكار، واستبدالها بأخرى إيجابية، وأصبحن أكثر تفاؤلا، وتمكن من العودة لحياتهم الطبيعية ، والقيام بمهامهم وإلتزاماتهم تجاه باقي الإخوه وأفراد الأسره ككل، وأصبحن أكثر قدرة على النوم والأكل من السابق.

وخف القلق والتوتر وانخفض لديهن الشعور بالذنب الذي كان يسيطر عليهن، وأصبحن أكثر معرفة ودراية بماهية مرض أبناءهم أسبابه وأنهن لاذنب لهن في ذلك ، وأصبحن أكثر تقديرا لذواتهن، واستطعن التعرف على مشكلاتهن بشكل أوضح ، وأصبحن أكثر تقبلا وتكيفاً مع واقعهن ، وأيضا قلت شكواهم من الصداع الدائم وآلام المعدة وأصبحن أكثر قدرة على الإسترخاء.

أما في بعد القدرة على تحمل أعباء الطفل المريض فلم يكن هناك تغير في قدرة الأمهات على تحمل هذه الأعباء ، فما زالت المتطلبات المادية تؤرقهم ، وأيضا متطلبات طفلها المريض من

مأكل ومشرب وملبس ومراقبة مستمرة، وأيضا متطلبات أخوة الطفل المريض الذي هم في الغالب بعيدين عنها، وهم في حوجة إليها أيضا خصوصا إذا كانوا صغارا.

وترى الباحثة أن عدم التحسن في هذا البعد يرجع أيضا لكمية الإجراءات الطبية، والأشعات والتحاليل المستمرة لفترات طويلة، والتي تشكل عبئا ماديا على الأم والأسرة، وأيضا لكون الأم هي الأكثر قربا لطفلها وتفهما له فهي المسؤولة عن جميع متطلباته ودائمة الملازمة له في كل مراحل علاجه، وهذا يشكل للأم ضغطا نفسيا وجسديا

وهذا يتفق مع دراسة (Steel,2003) التي أثبتت أنه مع مرور الوقت يتراجع توتر الأم وتبدأ مؤشرات التعاسة العاطفية لديهم بالإنخفاض، لآكن يبقى العبء المرتبط برعاية الطفل المصاب بالسرطان مستقرا وثابتا.

وترى الباحثة أن البرنامج الإرشادي أثبت فعاليته في خفض الضغوط النفسية لدى الأمهات، وهذا مما يعني أن البرنامج الإرشادي الذي صمم لهذه الدراسة أظهر فاعلية في التعامل مع أبعاد المقياس، ويدل على أن منهج الإرشاد السلوكي المعرفي ذو فاعلية بما فيه من فنيات متنوعة ومهارات، كمهارات (حل المشكلات) بما فيها من إستراتيجيات وخطوات مناسبة تعلم الأمهات من خلالها معرفة وتحديد مشكلاتهم، وكيفية التعامل السليم معها، وإيجاد الحلول. و(مهارات المواجهه) التي التي ساعدت الأمهات على مواجهة مشكلاتهن، ومواجهة مشاعرهن وأفكارهن المسببة للتعاسة.

و(إعادة البناء المعرفي) الذي ساعدهن على معرفة مكن المشكلة، وعدلن أفكارهن السلبية الخاطئة المتعلقة بمرض أبنائهم ومستقبلهم، والمتعلقة بنظرتهن لأنفسهن ولمن حولهن، والمتعلقة بكل ماواجهنه من مشكلات.

وأیضا كان لمهارات (التفكير الإيجابي، وحديث الذات الإيجابي) دور كبير في إعادة الثقة في أنفسهن، وأصبحن أكثر تفاؤلا وقوة، وزادت عزيمتهن لإكمال علاج أطفالهن مهما واجهن من عقبات وتحديات وإحباطات.

وأیضا (الإرشاد الديني) الذي كان له أثر واضح ومباشر في راحة الأمهات النفسية واطمئنانهن، وذلك من خلال الآيات والأحاديث التي تتناول عظم ما هن فيه من إختبار، وعظم ما ينتظرهم من جزاء، فأصبحن جميعهن يرغبن في ذلك الجزاء العظيم الذي عرفن أنهن لن ينلنه إلا بالصبر، والرضا، والتفاؤل.

وأیضا كان للتفاعل والتعاون الإيجابي الذي إتصف به مناخ المجموعة الإرشادية، والأسلوب الإرشادي المناسب دور كبير في خفض الضغوط النفسية لديهن، حيث تمكنت الأمهات من طرح ومناقشة مشكلاتهن وهمومن بكل سهولة، وتلقائية، واكتسبن مهارات إجتماعية جديدة في التعامل مع الآخرين.

عرض ومناقشة نتيجة الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه (توجد فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير المستوى التعليمي للأمهات) ولمعرفة النتيجة استخدمت الباحثة إختبار (أنوفا) لتحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في متغير المستوى التعليمي للأم. جدول رقم (19) يوضح إختبار ((أنوفا)) تحليل التباين الاحادي لمعرفة الفروق في متغير المستوى التعليمي للام

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الاحتمالية	النتيجة
معاناة الام	بين المربعات	46.771	2	23.385	1.72 6	.216	لا توجد فروق في متغير المستوى التعليمي للام
	داخل المربعات	176.167	13	13.551			
	المجموع	222.937	15				
مشاعر الياس	بين المربعات	11.414	2	5.707	.485	.627	لا توجد فروق في متغير المستوى التعليمي للام
	داخل المربعات	153.024	13	11.771			
	المجموع	164.438	15				
القلق	بين المربعات	2.036	2	1.018	.392	.683	لا توجد فروق في متغير المستوى التعليمي للام
	داخل المربعات	33.714	13	2.593			
	المجموع	35.750	15				
تحمل الاعباء	بين المربعات	.321	2	.161	.018	.982	لا توجد فروق في متغير المستوى التعليمي للام
	داخل المربعات	115.429	13	8.879			
	المجموع	115.750	15				
الضغوط النفسية	بين المربعات	80.036	2	40.018	.500	.618	لا توجد فروق في متغير المستوى التعليمي للام
	داخل المربعات	1039.714	13	79.978			
	المجموع	1119.750	15				

من الجدول أعلاه نلاحظ أن النتيجة أثبتت (عدم وجود فروق في أعراض الضغوط النفسية وسط أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ومتغير المستوى التعليمي).

وهذه النتيجة أنت عكس دراسة كازاك (2003) Kazak التي أثبتت ان الأباء والأمهات الأقل تعليماً، وذوي الوضع الإجتماعي والإقتصادي المنخفض هم أكثر عرضة لخبرة توتر الصدمة في أي وقت. وأيضا نتيجة هذا الفرض اتت عكس دراسة جورج (2012) التي أثبتت أنه توجد فروق بين أعراض الضغوط النفسية ومستوى تعليم الأمهات، فكان الأمهات ذوات التعليم الابتدائي أعلى ضغوطاً من الأمهات ذوات التعليم المتوسط.

وترى الباحثة أن الأمهات ذوات التعليم (الأساس والثانوي) في هذه الدراسة جميعهن معلوماتهن محدودة وبسيطة، ولاحظت الباحثة أنهم يتساوون مع الأمهات الأقل تعليماً، واتضح

ذلك أثناء تطبيق المقياس ، وأثناء الحوارات والمناقشات التي تدار أثناء الجلسات ، فكان هناك قصور لغوي وفكري وإجتماعي.

وترجع الباحثه ذلك إلى أن أغلب الأمهات من مناطق ريفية وبيئاتهم متقاربة وعاداتهم وطباعهم، وهذا يدل على تفوق الجانب البيئي على المستوى التعليمي.

وفي هذا الصدد تشير دراسة أبو النيل (1997) إلى أن جهاز التلفاز يعتبر المصدر الأول للمعلومات عن مرض السرطان بنسبة 100 % . وبما ان جميع الأمهات من المناطق الريفية ومن ذوات الوضع المادي المنخفض ، وقد لا يعد جهاز التلفاز من الإحتياجات الرئيسية لدى الأسرة .

وتلاحظ الباحثة أن الأمهات بجميع مستوياتهم التعليمية (أمي-أساس-ثانوي) لديهم نفس المعاناة وينظرون إلى المعاناة بطريقة واحدة ، وأن مصدر الألم واحد. وترى الباحثة أن هؤلاء الأمهات بجميع مستوياتهن التعليمية يشعرن بالحزن والأسى لحال أبناءهن ويتألمن لألمهم، وجميعهن تواجههن وتزعجن نفس المشكلات المتعلقة بسلوكيات أطفالهن وإنطوائيتهم، ومصيرهم ، وكل الأمهات يحزنن لإنقطاع أطفالهم عن الدراسة. وانه مهما اختلف مستوى الامهات التعليمي يعانين من نفس الأعراض الإكتئابية من بكاء وعزلة وعصبية وتفكير دائم، وأيضا جميعهن يتضايقن من أسئلة أطفالهم التي لا يجدون لها إجابات وكذلك ينزعجن من أسئلة الاهل والجيران عن ماهية المرض وماهو مصيره.

وأیضا جميع الأمهات بمختلف مستوياتهم التعليمية(أمي- أساس- ثانوي) يفكرن بنفس الطريقة السلبية المحبطة، التي تؤثر على شعورهم وسلوكهم ، ولايستطعن التخلص من هذا التفكير، وجميع هؤلاء الأمهات بمختلف مستوياتهم التعليمية فقدن الإستمتاع بكل شيء وفقدن الرغبة في عمل أي شيء، ويبدو لديهم مستقبل أطفالهن غامض، وأيضا يشكون جميعهن من عدم قدرتهن على النوم ، ويعانين من فقدان الشهية.

وتلاحظ الباحثة أن الأمهات أيضا بمختلف مستوياتهم التعليمية (أمي- أساس-ثانوي) يشعرن بالقلق والتوتر والذنب تجاه كل ما يصيب أبناءهن ، وأيضا جميعهن في حالة خوف وإنزعاج دائم ، وتسيطر عليهن أفكار مزعجة لايستطعن التخلص منها حول مرض أبناءهن وفرص بقائهم أحياء، ويعانين جميعهن من الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق.

وجميع الأمهات تقلقهن وترهقهن نفس المتطلبات ما بين مرافقة ورعاية الطفل المريض والقيام بجميع مستلزماته، وما بين مستلزمات بقية أطفالها الذين فارقتهم وهم أيضا بحاجة لها، وأيضا جميع هؤلاء الأمهات بمختلف مستوياتهم التعليمية يشكل انخفاض مستواهم المادي عبئا ثقيلا عليهم ويشغل تفكيرهم.

عرض ومناقشة نتيجة الفرض الرابع :

ينص الفرض الرابع على أنه (توجد فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير نوع الطفل) ولمعرفة النتيجة استخدمت الباحثة إختبار (ت) لعينتين متساويتين في الحجم لمعرفة الفروق بين متغير نوع الطفل.

جدول رقم (20) يوضح إختبار (ت) لعينتين متساويتين في الحجم لمعرفة الفروق بين متغير نوع الطفل

المتغير	مجموعتي المقارنة	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
معاناة الام	ذكر	8	21.6250	4.59619	-0.314	14	.758	لا توجد فروق في متغير النوع
	انثي	8	22.2500	3.24037				
مشاعر الياس	ذكر	8	19.1250	2.64237	-1.314	14	.210	لا توجد فروق في متغير النوع
	انثي	8	21.2500	3.73210				
القلق	ذكر	8	12.7500	1.66905	-0.314	14	.758	لا توجد فروق في متغير النوع
	انثي	8	13.0000	1.51186				
تحمل الاعباء	ذكر	8	14.3750	1.84681	-1.964	14	.050	توجد فروق في متغير النوع لصالح الاناث
	انثي	8	16.8750	3.09089				
الضغوط النفسية	ذكر	8	67.8750	7.80911	-1.302	14	.214	لا توجد فروق في متغير النوع
	انثي	8	73.3750	9.03861				

من الجدول أعلاه نلاحظ أن النتيجة أثبتت (عدم وجود فروق في أعراض الضغوط النفسية وسط أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل ومتغير نوع الطفل في جميع الأبعاد ماعدا بعد تحمل الأعباء لصالح الإناث)

وتلاحظ الباحثة أن أمهات الأطفال الإناث المصابين بالسرطان وأمهات الأطفال الذكور المصابين بالسرطان لديهم نفس المعاناة وجميعهم يشعرون بنفس المستوى من الحزن والألم والغضب، ويشعرون بالكتابة والإنطواء، وأيضا جميع أمهات الأطفال الذكور والإناث يواجهن صعوبة في التعامل مع أطفالهن ومع مشكلاتهم السلوكية وتقلباتهم المزاجية، ولايستطعن التجاوب معهن كما في السابق، وينزعجن أيضا من تدهور حالة أطفالهم الصحية من مضاعفات العلاج، وكذلك يؤلمهم شعور أطفالهم من الذكور والإناث بالإنطوائية وإحساسهم باختلافهم عن بقية أقرانهم.

وأیضا تلاحظ الباحثة أن جميعهن تزعجهن الأفكار المتعلقة بفقدان أطفالهم، والمتعلقة أيضا بإحتمالية إصابة اخوتهم بنفس المرض ويغلب على أفكارهم التشاؤم ويتوقعون الأسوأ، ويعاني أمهات الأطفال من الجنسين بانخفاض الدافعية للقيام بأي نشاط يتعلق بهن أو بأطفالهن، ويعانون من سرعة التعب والإرهاق.

وأیضا تلاحظ الباحثة أن أمهات الأطفال الإناث المصابين بالسرطان وامهات الأطفال الذكور المصابين بالسرطان يشعرون جميعهم بمشاعر القلق والتوتر والتفكير الدائم، ويشعرون بالذنب وأنهن فشلن في رعاية وحماية أطفالهن، وجميعهم تقلقهن ردود أفعال أبناءهن السالبة ذكورا وإناثا تجاه العلاج، وأيضا جميع الأمهات يعانين من التغيرات الفسيولوجية ومشاكل الجهاز الهضمي من غثيان وقيء وآلام في المعدة.

أما فيما يتعلق ببعدها تحمل أعباء الطفل فقد وجدت الباحثة أن أمهات الأطفال الإناث يعانين بدرجة أكبر من أمهات الأطفال الذكور، لكنهما يشتركان في العبء المادي والمعنوي، وعبء اخوتهم الأصحاء الذين هم أيضا في حوجة إليها. لآكن أمهات الأطفال الإناث يرتفع لديهن عبء

التفكير الدائم في مستقبل بناتهن مقارنة بالذكور، وأيضاً يرتفع لدى أمهات الأطفال الإناث عبء أن بناتهن يحتجن لمراقبة أكثر ورعاية، وأيضاً أن الأطفال الإناث يرفضون أن يرافقهن أحداً آخر غير أمهاتهن، وأيضاً أن طلبات الأطفال الإناث وأحتياجاتهم تفوق طلبات الأطفال الذكور. وترى الباحثة أن الأطفال الإناث متعلقين بأمهاتهم بشدة ويرفضون مفارقتها مقارنة بالذكور، وهذا يعود لطبيعة الإناث وملازمتهم الدائمة لأمهاتهن في كل شيء، وأيضاً لاحظت الباحثة أن الأطفال من الإناث يكن أكثر خوفاً من الإجراءات الطبية وأكثر حزناً وبكاءاً من الذكور، وأن الأطفال الإناث الأكبر عمراً يلحون ويلحقون أمهاتهم بالكثير من الأسئلة مقارنة بالذكور، مما ينعكس سلباً على زيادة ضغوط الأم، وقد ذكرنا مجموعة من الأمهات خوفهن من عدم زواج بناتهن الأكبر سناً بسبب مرض أختهم. وهذه النتيجة عكس ما توقعته الباحثة، حيث توقعت الباحثة ارتفاع أعراض الضغوط النفسية لصالح أمهات الأطفال الذكور وذلك لطبيعة مجتمعنا العربي الذي يرى في الذكر السند والعود والإمتداد للأسرة.

عرض ومناقشة نتيجة الفرض الخامس:

ينص الفرض الرابع على أنه (توجد فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بمرج الأمل بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير عمر الطفل) ولمعرفة النتيجة استخدمت الباحثة إختبار (ت) لعينتين متساويتين في الحجم لمعرفة الفروق بين متغير عمر الطفل.

جدول رقم (21) يوضح إختبار (ت) لعينتين غير متساويتين في الحجم لمعرفة الفروق بين متغير عمر الطفل

المتغير	مجموعتي المقارنة	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج																																															
معاناة الام	اقل من 10	10	22.7000	3.49762	1.023	14	.324	لاتوجد فروق في متغير العمر																																															
	اكثر من 11	6	20.6667	4.41210					مشاعر الياس	اقل من 10	10	19.7000	3.33500	-.749-	14	.466	لاتوجد فروق في متغير العمر	اكثر من 11	6	21.0000	3.40588	القلق	اقل من 10	10	12.8000	1.54919	-.243-	14	.812	لاتوجد فروق في متغير العمر	اكثر من 11	6	13.0000	1.67332	تحمل الابعاء	اقل من 10	10	15.0000	2.30940	-1.177-	14	.259	لاتوجد فروق في متغير العمر	اكثر من 11	6	16.6667	3.38625	الضغوط النفسية	اقل من 10	10	70.2000	7.00476	-.246-	14	.809
مشاعر الياس	اقل من 10	10	19.7000	3.33500	-.749-	14	.466	لاتوجد فروق في متغير العمر																																															
	اكثر من 11	6	21.0000	3.40588					القلق	اقل من 10	10	12.8000	1.54919	-.243-	14	.812	لاتوجد فروق في متغير العمر	اكثر من 11	6	13.0000	1.67332	تحمل الابعاء	اقل من 10	10	15.0000	2.30940	-1.177-	14	.259	لاتوجد فروق في متغير العمر	اكثر من 11	6	16.6667	3.38625	الضغوط النفسية	اقل من 10	10	70.2000	7.00476	-.246-	14	.809	لاتوجد فروق في متغير العمر	اكثر من 11	6	71.3333	11.60460								
القلق	اقل من 10	10	12.8000	1.54919	-.243-	14	.812	لاتوجد فروق في متغير العمر																																															
	اكثر من 11	6	13.0000	1.67332					تحمل الابعاء	اقل من 10	10	15.0000	2.30940	-1.177-	14	.259	لاتوجد فروق في متغير العمر	اكثر من 11	6	16.6667	3.38625	الضغوط النفسية	اقل من 10	10	70.2000	7.00476	-.246-	14	.809	لاتوجد فروق في متغير العمر	اكثر من 11	6	71.3333	11.60460																					
تحمل الابعاء	اقل من 10	10	15.0000	2.30940	-1.177-	14	.259	لاتوجد فروق في متغير العمر																																															
	اكثر من 11	6	16.6667	3.38625					الضغوط النفسية	اقل من 10	10	70.2000	7.00476	-.246-	14	.809	لاتوجد فروق في متغير العمر	اكثر من 11	6	71.3333	11.60460																																		
الضغوط النفسية	اقل من 10	10	70.2000	7.00476	-.246-	14	.809	لاتوجد فروق في متغير العمر																																															
	اكثر من 11	6	71.3333	11.60460																																																			

من الجدول أعلاه نلاحظ أن النتيجة أثبتت (عدم وجود فروق في أعراض الضغوط النفسية وسط أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ومتغير عمر الطفل في كل الأبعاد) وتتفق هذه النتيجة مع دراسة حماد (2008) التي اظهرت نتائجها عدم وجود علاقة بين درجة الإكتئاب لأباء وأمهات الأطفال المصابين بالسرطان تبعاً لمتغير عمر الطفل وتلاحظ الباحثة أن أمهات الأطفال المصابين بالسرطان الأقل من 10 سنوات ، وأمهات الأطفال المصابين بالسرطان الأكثر من 11 عام، يعانون من الحزن والتعاسة بنفس الدرجة، ويشعرن بالإنزعاج والإستثارة الدائمة بسبب مرض أطفالهن، ويزاد ألمهن وحزنهن عند بكاء أطفالهن المستمر أثناء العلاج ، وجميع هؤلاء الأمهات سواء كان أطفالهم أقل من 10 أو أكثر من 11 عام يعانون من التفكير الدائم الذي يزعجهم ويدهقهم، وجميع هؤلاء الأمهات يعانين من عدم قدرتهم على فهم مايريده أطفالهن ، ويجدن صعوبة في التعامل معهن كالسابق بسبب مزاجهم المتقلب والمتعكر مما يزيد من معاناة الأم، وجميع أمهات الاطفال الأكبر والأصغر سنا يشعن بالفثور والتعب الشديد. وأيضا جميعهن كن محبطات ويائسات بسبب ما لديهن من معلومات وأفكار غير واقعية عن المرض وعن العلاج، فجميع الأمهات يفكرن بطريقة سلبية تؤثر على مشاعرهن وعلى سلوكهن ، وأيضا تتعكس سلبا على أجسادهن، وجميع سواء كان أطفالهم كبارا

أوصغارا فقدان الإستمتاع بكل شيء ، وفقدن الإهتمام بكل شيء حتى ما يخص مظهرهن ، وكذلك شهيتهن للأكل.

ولقد إرتفع القلق بنفس الدرجة لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان الأقل من 10 أعوام وأمهات الاطفال المصابين بالسرطان الأكثر من 11 عام

فجميعهن لديهم إحساس بالندم والذنب على كل شيء أصاب اطفالهن ، ويلمن انفسهن على كل ما يحدث ، وجميعهن يشعرون بأن هذا المرض عقاب حل بهن ، وأيضاً مما يزيد من قلق الأمهات أيضاً كره الاطفال للبقاء في المستشفى لفترات طويلة، وأن قساوة الإجراءات العلاجية المرتبطة بهذا المرض سواءا للكبار والصغار تزيد من التوتر والقلق لدى الأمهات مما يزيد من حدة الآلام الجسدية لدى الأمهات من صداع وآلام في العضلات ، ومشاكل في الجهاز الهضمي. وأيضاً جميع أمهات الأطفال المصابين بالسرطان الأقل من 10 أعوام وأمهات الاطفال المصابين بالسرطان الأكثر من 11 عام يشكون من أن اعباء ومتطلبات أطفالهم المرضى تفوق كثيراً قدراتهم المادية ، وأن الملازمة الدائمة لأطفالهن تتعارض مع دور الام في أهتمامها بباقي أفراد الاسرة ، وهذا يشكل عبئاً نفسياً لجميع الامهات وتخليهم عن الكثير من الأشياء ، ويحاول جميع هؤلاء الامهات سواء كان أطفالهم كباراً او صغارا من مقاسمة هذه المسؤوليات مع الاهد ما أمكن. أنت هذه النتيجة عكس ما توقعته الباحثة حيث توقعت الباحثة أن تكون الضغوط مرتفعة لصالح الأعمار الأكبر، نظراً لتعلق الام به ، لكثرة إحتياجاته ومتطلباته أثناء العلاج ، ولإنقطاعه عن دراسته، وكذلك لأن الأطفال الأكبر سناً يكونون أكثر إدراكاً لطبيعة مرضهم ، فبالتالي تزداد أسألتهم حول هذا المرض ومثاله ، وأيضاً توقعت الباحثة أن الأكبر عمراً تسوء حالتهم النفسية أكثر من الأصغر عمراً ، مما ينعكس كل ذلك على الأم ويزيد من ضغوطها.

وتعزي الباحثة سبب هذه النتيجة إلى أن عاطفة الأمومة القوية لا تميز بين الطفل الكبير والصغير، وأن الأطفال الأكبر أغلبهم لم يكونو مدركين لطبيعة مرضهم، ولا يشكل هذا المرض ضغطاً كبيراً عليهم ، وذلك يرجع للظروف البيئية والثقافية والإقتصادية التي يعيشونها، وتدني الثقافة الصحية في مجتمعاتهم الريفية البسيطة.

عرض ومناقشة نتيجة الفرض السادس:

ينص الفرض السادس على أنه(توجد فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بمرج الأمل بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير نوع السرطان عند الطفل) ولمعرفة النتيجة استخدمت الباحثة إختبار (أنوفا) لتحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في متغير نوع السرطان عند الطفل.

جدول رقم (22) يوضح إختبار ((أنوفا)) تحليل التباين الاحادي لمعرفة الفروق في متغير نوع السرطان عند الطفل

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الاحتمالية	النتيجة
---------	--------------	----------------	-------------	----------------	----------	------------	---------

لا توجد فروق في متغير نوع السرطان لدي الاطفال	.669	.415	6.694	2	13.387	بين المربعات	معاناة الام
			16.119	13	209.550	داخل المربعات	
				15	222.938	المجموع	
لا توجد فروق في متغير نوع السرطان لدي الاطفال	.273	1.438	14.890	2	29.780	بين المربعات	مشاعر الياس
			10.358	13	134.657	داخل المربعات	
				15	164.438	المجموع	
لا توجد فروق في متغير نوع السرطان لدي الاطفال	.116	2.554	5.043	2	10.086	بين المربعات	القلق
			1.974	13	25.664	داخل المربعات	
				15	35.750	المجموع	
لا توجد فروق في متغير نوع السرطان لدي الاطفال	.915	.089	.786	2	1.571	بين المربعات	تحمل الاعباء
			8.783	13	114.179	داخل المربعات	
				15	115.750	المجموع	
لا توجد فروق في متغير نوع السرطان لدي الاطفال	.419	.930	70.071	2	140.143	بين المربعات	الضغوط النفسية
			75.354	13	979.607	داخل المربعات	
				15	1119.750	المجموع	

من الجدول أعلاه نلاحظ أن النتيجة أظهرت (عدم وجود فروق في أعراض الضغوط النفسية وسط أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ومتغير نوع السرطان) هذه النتيجة تتفق مع دراسة جورج (2012) التي أثبتت عدم وجود فروق في أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان تبعا لنوع سرطان الطفل. وتتفق مع دراسة محمد (2010) التي ذكرت أن معظم الأمهات في برج الأمل في الخرطوم لا يمتلكن المعلومات عن مرض السرطان أو حتى عن طبيعة مرض أبناءهن وكيفية التعامل معه. وأيضا تتفق مع دراسة يعقوب وعلي (2006) التي أظهرت أن أغلبية المترددين على مركز العلاج بالأشعة والطب النووي (برج الأمل) في الخرطوم من ذوي التعليم المنخفض، وهم لا يعرفون طبيعة مرض أبناءهم ويقولون أنهم مصابون بالتهابات. وتختلف مع دراسة حماد (2008) التي أثبتت وجود علاقة بين درجة الإكتئاب ونوع سرطان الطفل لصالح سرطان المخ بنسبة عالية . وترى الباحثة أن أغلبية الأمهات من ذوات التعليم المنخفض ، ومن مناطق ريفيه بعيدة ، ويجهلن الكثير عن التفاصيل المهمة التي تختص بنوع السرطان لدى أبناءهم ، ودرجته، والمرحلة التي وصل إليها، وتغلب عليهم الإعتقادات الخاطئة بأن ما يعاني منه أطفالهم بسبب العين والسحر، حيث تقل لديهم برامج التنقيف الصحي ، وينعدم الإهتمام بالصحة العامة. وتلاحظ الباحثة ان الامهات المصاب اطفالهن بسرطان الدم، والأمهات المصاب أطفالهن بسرطان الغدد اللمفاوية ، والأمهات المصاب أطفالهن بسرطان الكلى، جميعهن لديهن نفس المستوى من الحزن والأسى والمعاناة النفسية الدائمة، ويتألمون بسبب مرض أبناءهن ولايستطيعون الخروج من هذه الحالة ، وجميعهن بإختلاف نوع السرطان لدى أبنائهم يشعرون بالعصبية ويجدن صعوبة في التعامل مع أطفالهم المرضى ومع أزواجهن وباقي أفراد الأسرة ، وجميعهن دائمي التفكير في مصير هذا المرض الذي أصاب أبنائهم وكيفية علاجه ، وجميعهن بإختلاف نوع السرطان لديهن يقفن في حيرة تجاه سلوكيات أطفالهن الجديدة ، من إنطواء ، وعناد، وخوف، وتمرد ، وبكاء ، وجميع الأمهات كذلك يعانين من الإرهاق والفتور، وألام الظهر والعضلات.

وأيضاً جميعهن يشعرن بالإنزعاج طوال الوقت ، وتلاحقهن الأفكار التشاؤمية المحبطة حول فقدان أطفالهن ، وأن كل هذا المجهود الذي يقمن به بلا فائدة، وأن جميع الأمهات بإختلاف نوع السرطان لدى أطفالهن فقدن الإهتمام بكل شيء، ويشعرن بالسخط وعدم الرضا ، وأيضاً جميعهن يشعرن بأن حياتهم كلها مشقة وتعب.

وكذلك تلاحظ الباحثة أن جميع الأمهات المصاب اطفالهن بسرطان الدم، والأمهات المصاب أطفالهن بسرطان الغدد اللمفاوية ، والأمهات المصاب أطفالهن بسرطان الكلى، في حالة قلق وتوتر دائم ويشعرن بالإنزعاج من كل شيء، وجميعهن دائماً يلمن أنفسهن في أي شيء يواجه أطفالهن، ويقلقهن التفكير في مرض أبناءهم ومصيرهم، أيضاً جميع هؤلاء بإختلاف نوع السرطان الذي لدى أطفالهن يقلقهم ويزعجهم ردود فعل أطفالهن السالبة تجاه العلاج، وكذلك تلاحظ الباحثة أن جميع هؤلاء الأمهات يشكون من الأم في الجسم والصداع الشديد.

وجميع الأمهات يشكون من العبء المادي لعلاج أبنائهم، وأن غالبية الأمهات والأباء تركن أعمالهن حالياً لملازمة أطفالهن، وهؤلاء الأمهات بإختلاف نوع السرطان لدى أطفالهم دائمي الملازمة لأطفالهن، والقيام بخدمتهم ومراقبتهم بإستمرار، وهذا يزيد من الأعباء ويجعل الأمهات يتخلون عن جميع الإلتزامات الأخرى تجاه باقي أفراد الأسرة الذين قد لا تراهم لفترات طويلة.

عرض ومناقشة نتيجة الفرض السابع:

ينص الفرض السادس على أنه (توجد فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بمرج الأمل بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ومتغير مدة المعرفة بالمرض) ولمعرفة النتيجة استخدمت الباحثة إختبار (ت) لعينتين متساويتين في الحجم لمعرفة الفروق بين متغير مدة المعرفة بالمرض. جدول رقم (23) يوضح إختبار (ت) لعينتين متساويتين في الحجم لمعرفة الفروق بين متغير مدة المعرفة بالمرض

المتغير	مجموعتي المقارنة	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج																																															
معاناة الام	اقل من شهر	8	21.6250	4.50198	-.314-	14	.758	لا توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض																																															
	اكثر من شهر	8	22.2500	3.37004					مشاعر الياس	اقل من شهر	8	19.7500	3.73210	-.515-	14	.614	لا توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض	اكثر من شهر	8	20.6250	3.02076	القلق	اقل من شهر	8	13.6250	1.68502	2.170	14	.048	توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض لصالح اقل من شهر	اكثر من شهر	8	12.1250	.99103	تحمل الاعباء	اقل من شهر	8	15.8750	3.52288	.349	14	.732	لا توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض	اكثر من شهر	8	15.3750	1.99553	الضغوط النفسية	اقل من شهر	8	70.8750	11.61818	.112	14	.913
مشاعر الياس	اقل من شهر	8	19.7500	3.73210	-.515-	14	.614	لا توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض																																															
	اكثر من شهر	8	20.6250	3.02076					القلق	اقل من شهر	8	13.6250	1.68502	2.170	14	.048	توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض لصالح اقل من شهر	اكثر من شهر	8	12.1250	.99103	تحمل الاعباء	اقل من شهر	8	15.8750	3.52288	.349	14	.732	لا توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض	اكثر من شهر	8	15.3750	1.99553	الضغوط النفسية	اقل من شهر	8	70.8750	11.61818	.112	14	.913	لا توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض	اكثر من شهر	8	70.3750	4.98390								
القلق	اقل من شهر	8	13.6250	1.68502	2.170	14	.048	توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض لصالح اقل من شهر																																															
	اكثر من شهر	8	12.1250	.99103					تحمل الاعباء	اقل من شهر	8	15.8750	3.52288	.349	14	.732	لا توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض	اكثر من شهر	8	15.3750	1.99553	الضغوط النفسية	اقل من شهر	8	70.8750	11.61818	.112	14	.913	لا توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض	اكثر من شهر	8	70.3750	4.98390																					
تحمل الاعباء	اقل من شهر	8	15.8750	3.52288	.349	14	.732	لا توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض																																															
	اكثر من شهر	8	15.3750	1.99553					الضغوط النفسية	اقل من شهر	8	70.8750	11.61818	.112	14	.913	لا توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض	اكثر من شهر	8	70.3750	4.98390																																		
الضغوط النفسية	اقل من شهر	8	70.8750	11.61818	.112	14	.913	لا توجد فروق في متغير فترة المعرفة بالمرض																																															
	اكثر من شهر	8	70.3750	4.98390																																																			

من الجدول أعلاه نلاحظ أن النتيجة أثبتت (عدم وجود فروق في أعراض الضغوط النفسية وسط أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ومتغير مدة المعرفة بالمرض في كل الأبعاد ماعدا بعد القلق لصالح الأقل من شهر)

ونلاحظ من الجدول أعلاه أن أمهات الأطفال الذين تم تشخيص أصابة أطفالهم بالسرطان قبل أقل من شهر، والأمهات الذين تم تشخيص أصابة أطفالهم بالسرطان قبل أكثر من شهر يتعرضن لضغوط يصاحبها الشعور بالحزن والتعاسة والبكاء ، ويشعرن بالتعب والإرهاق والإعياء ، وأيضا جميع الأمهات ينزعجن ويتضايقن من وجودهن مع الناس ويفضلن الوحدة، ولايستطعن الخروج من هذه الحالة الإكتئابية، ويزعجهن ويزيد من معاناتهن ما يواجهه أطفالهن من تغيرات صحية من مضاعفات العلاج ، وهذا يجعل الأطفال دائمي البكاء ومتقلبي المزاج مما يزيد من حزن الأم ومعاناتها.

وأیضا جميع الأمهات تفكيرهن سلبي ومتشائمات ، وتكثر لديهن الأفكار المزعجة التي يصعب إبعادها، ويشعرن بالیأس من المستقبل وأن الأمور لن تتحسن ، وتلاحظ الباحثة أنهن فقدن القدرة على الإستمتاع بكل شيء ولايستطعن إنجاز أي عمل كما السابق، ويشكون من عدم قدرتهم على النوم.

وكذلك كل أمهات الأطفال الذين تم تشخيصهم قبل اقل من شهر، وقبل أكثر من شهر، يرهقهم العبء المادي من تحاليل وأشعة ومواصلات ، وهذا العبء المادي يبدأ من بداية ظهور التعب والإعياء على الطفل .

وجميع الأمهات يتحملن كل متطلبات أطفالهن لوحدهن ولايستطعن مفارقتهن، ويحزنهن عدم إستقرار باقي أفراد الأسرة الذين غالبا ما تتركهم الأم وحدهم مع الأخت الكبرى ، أو مع أحد الأقارب ، أو مع الجيران ، ولاتدري متى ستعود إليهم، ويزداد العبء النفسي عندما يكون من بين أطفالها الذين تركتهم طفل رضيع لايستطيع فراقها.

أما في بعد القلق فنلاحظ وجود فروق بين أمهات الأطفال الذين تم تشخيص أصابة أطفالهم بالسرطان قبل أقل من شهر، والأمهات الذين تم تشخيص أصابة أطفالهم بالسرطان قبل أكثر من شهر لصالح الأقل من شهر، وترى الباحثة أن الأمهات الذين تم تشخيص أطفالهم بالسرطان قبل أقل من شهر يواجهن قلقا أكبر ، حيث أن خبر إصابة طفلهم بالسرطان يعتبر صدمة شديدة ، وتمثل ضغطا حادا عليهم ، ويؤثر عليهن تأثيرا نفسيا وجسديا وسلوكيا واجتماعيا، فبعض هذه التأثيرات تكون موقفية ومؤقتة ، وبعضها قد يستمر لفترة طويلة ، وكان القلق من أبرز هذه الضغوط في تلك المرحلة ، فقد كان مرتفعا .

ولاحظت الباحثة أن الأمهات في هذه الفترة يشعرن بالتوتر وعدم الأمان ، والإنزعاج الشديد ، والعصبية وعدم الهدوء ، وأفكارهم مشتتة وغير متزنة، ولديهم شعور عالي بالذنب والفشل ولوم أنفسهم ، ويشعرن بالحرج والإرتباك عند التحدث مع الآخرين عن مرض أطفالهن ، ويشعرن بالضيق عند التفكير الدائم بمصير أطفالهن وعن طبيعة هذا المرض، وهل يستطيعون من التغلب عليه، وهل لديهم القدرة المادية لذلك.

ويقلقهم أيضا رفض أبنائهم للعلاج وخوفهم من المستشفيات حيث يكون الأطفال في بداية تشخيصهم بهذا المرض قد خضعوا لسلسلة من التحاليل والفحوصات التي لايتحملها الأطفال وتسبب لهم الألم والخوف .

وأيضا يعاني الأمهات في هذه الفترة من التأثيرات من التأثيرات الفسيولوجية الواضحة نتيجة التعرض للضغط والحزن كالصداع المستمر، ومشاكل الجهاز الهضمي، وآلام العضلات ، وإرتفاع ضغط الدم ،

وكذلك لاحظت الباحثة أن مما يقلق كثيرا من الأمهات في كل مراحل العلاج تجربة فراق أبناءهن الأصحاء، كبارا وصغارا، لكن هذا القلق يزداد كثيرا في هذه الفترة الأولى من العلاج وقد ذكرن لي بعض الأمهات أن بالهن مشغول بأطفالهن الأصحاء لدرجة أنهن يفكرن في قطع العلاج والعودة لبقية أطفالهن، حيث هؤلاء الأمهات كن من مناطق بعيدة ، ولايستطيع أطفالهن زيارتهن لضعف الوضع المادي، ولأنه لا يوجد لهم في العاصمة الخرطوم من يلجأون إليه في حال حضورهم.

الفصل الخامس الخاتمة

تلخيص نتائج الدراسة:

- 1- تتسم السمة العامة للضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل بالوسطية في جميع الأبعاد ما عدا بعد القلق فقد اتسم بالإنخفاض.
- 2- توجد فروق بين القياس القبلي والبعدى في درجات الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل لصالح القياس البعدى في جميع الأبعاد ما عدا بعد تحمل الأعباء حيث لم تثبت وجود فروق .
- 3- لا توجد فروق في درجات إختبار الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل ومتغير المستوى التعليمي للأمهات.
- 4- لا توجد فروق في درجات إختبار الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل ومتغيرنوع الطفل في جميع الأبعاد ما عدا بعد تحمل الأعباء لصالح الإناث .
- 5- لا توجد فروق في درجات إختبار الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل ومتغير عمر الطفل.
- 6- لا توجد فروق في درجات إختبار الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل ومتغيرنوع السرطان.
- 7- لا توجد فروق في درجات إختبار الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان ببرج الأمل ومتغير مدة المعرفة بالمرض في جميع الأبعاد ما عدا بعد القلق لصالح الأقل من شهر.

التوصيات:

- 1- الإهتمام بأمهات الأطفال المصابين بالسرطان من قبل الدول والمراكز العلاجية المتخصصة.
 - 2- الإهتمام بالبرامج الإرشادية الجماعية لإمهات أطفال المصابين بالسرطان لما لها من أثر فعال في خفض الضغوط النفسية.
 - 3- عمل برامج إرشادية مكثفة في المناطق الريفية لرفع مستوى الوعي الصحي وتوعيتهم يمثل هذه الأمراض والتعريف بالجهات التي يتم فيها العلاج وضرورة التدخل العلاجي المبكر.
 - 4- تصميم برامج توعية تخص فئة أمهات المصابين بالسرطان بمساعدتهن على كيفية العناية بأطفالهن ذكور واناث.
 - 5- مساعدة الأمهات على معرفة خصائص النمو لدى أطفالهم المرضى في جميع مراحلهم العمرية.
 - 6- رفع مستوى الوعي لدى الأمهات بنوع السرطان لدى الطفل وكيفية التعامل معه.
 - 7- إقامة برامج إرشادية لتخفيف من درجة القلق لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان الذين تم تشخيص أطفالهن قبل أقل من شهر.
 - 8- تزويد المستشفيات والمراكز والأقسام المعنية بهذه البرامج والدراسات.
 - 9- على المرشدين النفسيين أن يهتموا بالإرشاد الديني في كل البرامج الموجهة للمرضى ومرافقيهم لما له من أثر فعال في التخفيف من المعاناة .
- الدراسات المستقبلية المقترحة:**

- 1- فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية لأباء الأطفال المصابين بالسرطان.
- 2- فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية للأطفال المصابين بالسرطان.
- 3- الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض الجسدية.
- 4- الأسباب البيئية لإنتشار مرض سرطان الأطفال في مناطق دون الأخرى

المصادر والمراجع

القران الكريم

السنن النبوية

المراجع

1. أبراهيم، عبد الستار (1998) العلاج النفسي والسلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادينه تطبيقه، الدار العربية للنشر والتوزيع ، القاهرة.
2. ابن منظور، الأفريقي المصري(1990) لسان العرب، دارصادر بيروت، لبنان
3. أحمد، سهير كامل (2000). التوجيه والإرشاد النفسي. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

4. بارسون (1992). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ط2/ ترجمة حامد عبد العزيز الفقي. الكويت: دار القلم.
5. بارلو، ديفيد(2000) مرجع إكلينيكي في الإضطرابات النفسية. ترجمة صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية.
6. الباقر، عمر علي وآخرون (2002) دليل الباحث في كتابة البحث العلمي. الدار السودانية للكتب , الخرطوم.
7. بوغدارة، فوزي عبد القادر(1990) اللأورام، ط1، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع ، مصراتا، ليبيا.
8. تايلور، شيلي (2008) علم النفس الصحي، عمان ، الأردن.
9. جبل، فوزي محمد (2000). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. المكتبة الجامعية. الإزاريطة – الإسكندرية.
10. الخطيب، محمد.(2000). التوجيه والإرشاد النفس. غزة مطبعة مقداد
11. الداهري، صلاح حسين(2000). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي. الطبعة الأولى، دار الكتاب الحديث.
12. الرازي ، محمد بن ابي بكر بن عبدالقادر(1997) مختار الصحاح ، بيروت ، المكتبة العصرية.
13. الزيايدي، محمد احمد؛ والخطيب ، هشام (2001). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان
14. الزراد، فيصل محمد خير(2000) الأمراض النفسية الجسدية(امراض العصر) بيروت ، دار النفائس.
15. الزعبي ، احمد محمد (2003) التوجيه والإرشاد النفسي (أسسه، نظرياته، طرائقه، مجالاته،برامجه) المطبعة العلمية ،دمشق.
16. الزعبي ، احمد محمد (2005) الارشاد النفسي وتطبيقاته _ دار اليمين.
17. زهران ، حامد عبد السلام (1985)التوجيه والإرشاد النفسي, عالم الكتب, القاهرة.
18. زهران ،حامد عبد السلام (1985) علم النفس الاجتماعي، دار الكتب، القاهرة.
19. زهران، حامد عبد السلام(2003) دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، عالم الكتب- القاهرة
20. الزيود، نادر فهمي (1998). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.
21. سمارة، عزيز؛ ونمر، عصام(1992). محاضرات في التوجيه والإرشاد. دار الفكر للنشر
22. شقير، زينب محمود(1998) مقياس مواقف الحياة الضاغطة، في البيئة العربية، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

23. الشناوي، محمد محروس (1996). العملية الإرشادية والعلاجية. دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، الطبعة الأولى.
24. صبحي، سيد (2003): الإنسان وصحته النفسية، الدار المصرية اللبنانية .
25. الصغير، فالح بن محمد (2010). الضغوط النفسية. الرياض: مكتبة صيد الفوائد الإسلامية.
26. الطريبي، عبد الرحمن سليمان (1994) الضغط النفسي مفهومه وتشخيصه وطرق علاجه ومقاومته، الرياض، مكتبة النهضة المصرية.
27. عبد الحميد، محمد عبد الحميد(2005) المسرطنات، الطبعة الأولى، دار النشر للجامعات، المنصورة.
28. عبدالله، عبد الرحمن (2014). محاضرات في مناهج البحث العلمي في المحاسبة. الخرطوم: جامعة النيلين.
29. عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، عمان، دار الصفا للنشر والتوزيع. .
30. عربيات، أحمد عبد الحليم؛ و الخرابشة، عمر محمد (2007). الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطلبة المتفوقون و إستراتيجية التعامل معها. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، دمشق.
31. العزة، سعد حسني (2001) الإرشاد النفسي(أساليبه و فنياته) مطبعة الأرز عمان _ الأردن ط1.
32. عسكر، علي (2003). ضغوط الحياة وأساليب واجهتها. القاهرة، دار الكتاب الحديث.
33. عطا، عبد الفتاح عطا(1997) السرطان أنواعه، أسبابه، تشخيصه، طرق العلاج والوقايه منه، المركز القومي للمطبوعات الصحية، الكويت.
34. عقل، محمود عطا (2000) الإرشاد النفسي والتربوي(المدخل النظرية_الواقع_الممارسة) الطبعة الثانية، دار الخريجي للنشر، الرياض.
35. علاوي، محمد حسن (2002). علم نفس التدريب والمنافسة الرياضية. القاهرة: دار الفكر العربي.
36. عوض، ربيعة رجب (2001) ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة (التشخيص والعلاج) , القاهرة , دار النهضة المصرية .
37. عيد، محمد ابراهيم (2005) المدخل الى علم النفس الاجتماعي، الأنجلو المصرية.
38. العيسوي، محمد عبد الرحمن (1999). موسوعة علم النفس الحديث (مناهج البحث العلمي في الفكر الإسلامي والفكر الحديث)، ط1. المجلد 14، دار الراتب الجامعية/ سوفتير، بيروت، لبنان.
39. غريب، عبد الفتاح (1998) علم الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة

40. الغرير، احمد نايل؛ و ابو اسعد، أحمد عبد اللطيف (2009) التعامل مع الضغوط النفسية، ط 1 ، دار الشروق للنشر والطباعة.
41. فضل، محمد شعبان (2008). العلاج المعرفي السلوكي: الاستراتيجيات والتقنيات. غريان، ليبيا: الدار الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة
42. الفقي، ابراهيم(2009)التفكير السلبي والتفكير الإيجابي. دار الراهية للنشر والتوزيع، مصر.
43. القوسي، عبد العزيز (1982) اسس الصحة النفسية ، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
44. المحارب ، ناصر ابراهيم (2000) المرشد في العلاج الإستعرافي السلوكي،مكتبة الملك فهد الوطنية ، الرياض والتوزيع، عمان، الطبعة الثانية . وهبه، القاهرة، (الطبعة الثالثة .
45. محمد ،عادل عبدالله (2000م) . العلاج المعرفي السلوكي : أسس وتطبيقات ، دار الرشاد ، القاهرة.
46. مرسي، سيد عبد الحميد (2001) . الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني . مكتبة.
47. مكي، فيصل محمد (1990) السرطان مرض العصر الحقيقة والوهم، ط1، منشورات معهد سكيانة.
48. يخلف، عثمان (2001) علم نفس الصحة ، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار التقانة للطباعة. الدوحة.
49. يس، عقيل عيد يس؛ وحفظي، طارق حفطي(1990) السرطان ومسبباته، مطبعة التعليم العالي، العراق.

رسائل الماجستير والدكتوراة والدوريات:

1. إبراهيم ،عبد الستار (1998) الضغوط النفسية- نافذة نفسية علي الصحة والمرض , منشورات كلية الطب ،جامعة الملك فيصل.
2. أبو الديار، مسعد نجاح (2010) . فاعلية برنامج للإرشاد العقلاني - الانفعالي في تنمية التفاوض لخفض حدة الضغوط النفسية لدى عينة من أُسَر الأطفال المعوقين سمعيًا . مجلة العلوم 58-91 ، (3)الاجتماعية، جامعة الكويت.
3. أبو النيل، محمود السيد (1997) العوامل النفسية في مرض السرطان، مجلة علم النفس.
4. أبو حطب، صالح (2006) . الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها كما تدركها المرأة الفلسطينية في محافظة غزة، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الأقصى، غزة.
5. الأحمدى، حنان عبد الرحيم (2003) . ضغوط العمل لدى الأطباء المصادر والأعراض- بحث بمدينة الرياض، مركز البحوث والدراسات الإدارية، الرياض معهد الإدارة العامة،

6. الأمامي، عباس ناجي صفاء (2010) علاقة سمة التفاؤل والتشاؤم بقلق المستقبل لشباب الجالية العربية في الدنمارك مدينة ألبورك. رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك.
7. بالبيد، مفرح عبد الله أحمد (2009). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بالرضا الوظيفي لدى عينة من المرشدين المدرسين بمراحل التعليم العام. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى.
8. بك ،اماني أحمد حمد (2011) فاعلية برنامج علاجي في خفض مستويات القلق والإكتئاب لدى مرضى القلب، دراسة تجريبية ، دراسة دكتوراه، في الفلسفة وعلم النفس، جامعة الخرطوم.
9. بن جابر، البندري محمد سعد (2008). فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن
10. جان، نادية محمد(2000) إستراتيجيات التعايش مع ضغوط الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى طالبات كلية التربية للبنات بالرياض، رسالة دكتوراه، كلية التربية.
11. جورج، وجدان يوسف الحسين (2012) أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال السرطان وعلاقتها ببعض المتغيرات، ببرج الأمل. رسالة ماجستير، جامعة الخرطوم، قسم علم النفس.
12. حداد، عفاف شكري وأبو سليمان (2003). فاعلية برنامج إرشادي جمعي في التدريب على الضبط الذاتي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية. مجلة العلوم التربوية، بحوث ودراسات، الجامعة الأردنية.
13. الحسن، مناسك محمد (2010) الأثر النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان) بالمركز القومي للعلاج بالطب النووي، بالخرطوم، دراسة ماجستير، جامعة الأحفاد.
14. حسيب، محمد حسيب (2003م) . فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، بنها.
15. حماد، سارة عوض (2008) العوامل المؤثرة في درجة الإكتئاب لدى أولياء أمور الأطفال المصابين بالسرطان، دراسة ماجستير، جماعة الأحفاد.
16. حمزة، أحمد عبد الكريم (2001). فاعلية برنامج إرشادي لخفض العنف لدى عينة من المراهقين الذكور من طلاب الثانوي العام، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس، القاهرة.
17. خليل، محمد محمد (1996) المساندة الإجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفضي إلى الموت. مجلة علم النفس دراسة ماجستير مقدمة لجامعة اليرموك، اربد، الأردن.

18. دهمش، بسام صالح سعد علي (2008). ضغوط العمل الإدارية وعلاقتها بالالتزام التنظيمي لدى مديري المدارس الثانوية بالالتزام بالتنظيم بمملكة البحرين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، بيروت.
19. الروضان، بسام م. (2008). الاستشارات الطبية : ما هي الأورام، تاريخ الأورام، أسباب الأورام. مركز معلوم ات الأورام والعلاج بالأشعة، مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، جدة، المملكة العربية السعودية .
20. الزياتي، اعتماد يعقوب محمد (2003) أنماط الشخصية الصبورة وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
21. زيدان، حمدي أمين. (2001). مدى فعالية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
22. السعداوي، نادية عطية (2006) بعض الإضطرابات النفسية وخصائص الشخصية لدى أمهات الأطفال المرضى بأمراض مزمنة، جامعة طنطا ، كلية الآداب.
23. السواط، وصل الله (2008). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في تحسين مستوى النضج المهني وتنمية مهارة اتخاذ القرار لدى طلاب الصف الأول الثانوي بمحافظة الطائف، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
24. الشاعر، جاسم يوسف محمد (2003). الضغوط النفسية التي تتعرض لها المرأة الفلسطينية في محافظة قلقيلية نتيجة للعدوان الإسرائيلي أثناء انتفاضة الأقصى. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية.
25. صالح، نبيل (2008) السرطان أطفال السودان في خطر. جريدة الرأي العام ، الخرطوم.
26. الصبوة ، محمد الصبوة؛ وسهير غباشي، هناء شويح(2003) دور أنماط المساندة النفسية والاجتماعية في التخفيف من حدة بعض الإختلالات النفسية لدى مرضى أورام المثانة السرطانية، مجلة كلية الآداب، جامعة القاهرة.
27. الطهراوي، جميل حسن (2008). الضغوط النفسية وطرق التعامل معها في القرآن الكريم. بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي الدولي الأول القرآن الكريم ودوره في معالجة قضايا الأمة - الجامعة الإسلامية - غزة.
28. الطيب ، احسان ادم (2003) مشكلات المرحلة الثانوية وموجهات للتوجيه والارشاد النفسي، رسالة دكتوراه، الحكمة للنشر .
29. عبد الله، نجيه عبد الله؛ وعبد الفتاح، رأفت عبد الفتاح(1995) العوامل النفسية في أمراض السرطان، دراسة في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان، مجلة علم النفس.

30. عبد الله سلوى عثمان (2009) فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا بولاية النيل الابيض، رسالة دكتوراة، جامعة الخرطوم.
31. عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. دار الصفاء للنشر والتوزيع. عمان. الأردن
32. العجوري، و جاد حسن إبراهيم (2007) فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الإكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بسوء التغذية – رسالة ماجستير، غزة، فلسطين.
33. علاء الدين وعبد الرحمن (2011) جهاد علاء الدين ، وعز الدين عبد الرحمن فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان، رسالة ماجستير، جامعة اليرموك ، الأردن.
34. العنزي، أمل سليمان تركي (2004) أساليب مواجهة الضغوط لدى الصغيرات والمصابات بالأمراض السيكوسوماتية. دراسة ماجستير. جامعة الملك سعود ، الرياض.
35. غيث، سعاد منصور (2011) فاعلية برنامج تدريبي معرفي – سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالقبيلة الساحائية.
36. القحطاني ،عبدالهادي محمد (2013) الضغوط النفسية وعلاقتها بالتفاؤل والتشاؤم وبعض المتغيرات المدرسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة الخبر بالمنطقة الشرقية في المملكة العربية السعودية، دراسة ماجستير. جامعة البحرين
37. المالكي، حنان عبد الرحيم (2013) فاعلية برنامج إرشادي قائم على إستراتيجيات السايكودراما للتخفيف من الضغط النفسي لدى عينة من طالبات أم القرى، كلية التربية، جامعة أم القرى. .
38. مدانات، منار (2008). برنامج إرشاد جمعي في خفض الضغوط النفسية وزيادة الوعي بالحاجات لدى أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في الأردن . رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن .
39. مصلح، عائشة محمد عيسي (2003) . اثر برنامج إرشادي نفسي جماعي في خفض مستوى التوتر لدي طالبات المرحلة الأس اسية العليا بمدارس وكالة الغوث الدولية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
40. المهيزع، ناصر بن محمد مشرف (2003) فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات، المجلة للعلوم الامنية، كلية الدراسات العليا ، قسم العلوم الاجتماعية، دراسة ميدانية الامل بالرياض.
41. الهلالي، عادل عبد الرحمن عبد الله (2009). بعض أساليب مواجهة الضغوط لدى طلاب مرحلتي التعليم المتوسط والثانوي بمدينة مكة المكرمة، دراسة مقارنة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى.

المراجع الأجنبية

1. Babu, Hanish (2007). What is stress & effective stress management techniques. Skyline Harmony Villas, Trichur Dt, Kerala, India
2. Burnard, Philip. (1999). Counseling Skills for Health Professionals, Stanley Thornes (publishers) Ltd., Second Edition.
3. D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1990). Development and Preliminary Evaluation of the Social Problem- Solving Inventory. *Psychological Assessment*, 2,156–163
4. Dahlquist, L., Czyzewski, D.I., & Jones, C.L. (1996). Parents of Children with Cancer: A Longitudinal Study of Emotional Distress, Coping Style, and Marital Adjustment Two and Twenty Months after Diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 541-5
5. Dunn,Madeleine Jackson (2009) ; Psychological distress in Mathers & Fathers of Children With Cancer: Posttraumatic Stress, Depression, and Anxiety Symptoms, *Jornal of pediatrics*.
6. Gil, E. & Jalazo, N. (2008). An Illustration of Science and Practice: Strengthening the Whole Through its Parts. In A. Drewes (Ed.), *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: Evidence-Based and Other Effective Treatments and Techniques*. (pp. 41-68). New York: Wiley & Sons.
7. Goldbeck, L. (2001). Parental Coping with the Diagnosis of Childhood Cancer: Gender Effects, Dissimilarity within Couples, and Quality of Life. *Psychooncology*, 10 (4), 325-35
8. Greenberger ,D, and Padesky, C.A (1995) *Mind over mood : A cognitive therapy treatment manual for clients*. New York : Guilford Press.
9. Kazak, A. E., Simms, S., Alderfer, M. A., Rourke, M. T., Crump, T., McClure, K., Jones, P., Rodriguez, A., Boeving, A., Hwang, W., & Reilly, A. (2005). Feasibility and Preliminary Outcomes from a Pilot Study of a Brief Psychological Intervention for Families of Children Newly Diagnosed with Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30 (8), 644–655.
10. Kazak, A., Alderfer, M., Rourke, M., SimmsStreisand, R., & Grossman, J. (2004).Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Families of Adolescent Childhood Cancer Survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 211–219.

11. Kazak, A., Biancamaria, P., Boyer, B., Himelstein, B., Brophy, P., Waibel, M., Blackall, G., Daller, D., & Johnson, K. (1996). A Randomized Controlled Prospective outcome Study of a Psychological and Pharmacological Intervention Protocol for Procedural Distress in Pediatric Leukemia. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(5), 615-631.
12. LaRocco, J.M., House, J.S., & French, J.R.P. (1980). Social Support, Occupational Stress and Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 202- 218.
13. Longmore, R., & Worrell, M. (2007). Do we Need to Challenge Thoughts in Cognitive Behavior Therapy? *Clinical Psychology review*, 27, 173–
14. McGrath, P. (2001). Treatment for Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia: the Fathers' Perspective. *Australian Health Review*, 24 (2), 135-42.
15. Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training*. Elmsford, NY: Pergamon Press 11-Steele, R.G., Long, A., Reddy, K.A., et al. (2003). Changes in Maternal Distress and Child-Rearing Strategies Across Treatment for Pediatric Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (7), 447-452.
16. Neilson-Clayton, H., & Brownlee, K. (2002). Solution- Focused Brief Therapy with Cancer Patients and their Families. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, (1), 1-13.
17. Neilson-Clayton, H., & Brownlee, K. (2002). Solution- Focused Brief Therapy with Cancer Patients and their Families. *Journal of Psychosocial Oncology*,
18. Othman, A., Blunden, S., Mohamad, N., Hussin, Z., & Osman, Z. (2010). Piloting a Psycho-Education Program for Parents of Pediatric Cancer Patients in Malaysia. *Psychooncology*,
19. Patiño-Fernández, A. M., Pai, A. L., Alderfer, M., Hwang, W. T., Reilly, A., & Kazak, A. E. (2008). Acute Stress in Parents of Children Newly Diagnosed with Cancer. *Pediatric Blood Cancer*, 50 (2), 289-292.
20. Rokke, P., Tomhave, J., & Zelijko, J. (2000). Self- Management Therapy and Educational Group Therapy for Depressed Elders. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (1), 99-119.

21. Sahler, O. J., Fairclough, D., Katz, E., Varni, J., Phipps, S., Mulhern, R., et al (2005). Using Problem- Solving Skills to Reduce Negative Affectivity in Mothers of Children with Newly Diagnosed Cancer: Report of a Multi-Site Randomized Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (2), 272-283
22. Sawyer, R. (2005). *Stress the silent killer*. e-BookWholesaler, Hitech United Australia Pty. Ltd . Hoddle Street Abbotsford ,Melbourne, Australia.
23. Sheard, T., & Maguire, P.(1999). The Effect of Psychological Interventions on Anxiety and Depression in Cancer Patients: Results of Two Meta-Analyses. *British Journal of Cancer,*
24. Stewart j . *Cscoanselling of exceptional children*. Columbus. Ohio: Merril,1986 13 City: McGr- McShane S. L. (2006). *Work-related stress and stress management*. New York aw-Hill Higher Education.
25. Streisand, R., Rodrigue, J., Houck, C., Graham-Pole, J., & Berlant, N. (2000). Brief report: Parents of Children Undergoing Bone Marrow Transplantation: Documenting Stress and Piloting a Psychological Intervention Program. *Journal of Pediatric Psychology, 25*, 331-337.
26. White, C. A. (2001). *Cognitive Behavior Therapy for Chronic Medical Problems: A Guide to Assessment and Treatment in Practice*. Chichester: Wiley
27. Williams, S. M., & Williams, W. H. (2005). *My Family, Past, Present and Future: A Personal Exploration of Marriage and the Family*. MA, Boston: Pearson Custom Publishing.

كلية الدراسات العليا

قسم علم النفس

الدكتور المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أضع بين يديك مسودة للمقياس الذي أرغب في تطبيقه لنيل درجة الدكتوراة في علم النفس ،
ومسودة اخرى للبرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة، وبما لديك من خبرة في هذا
المجال ودراية راجية منك مع الشكر للعناء : إبداء أي إضافهأو حذف أو تعليق ،وتعديل ماتراه
مناسبا لجودة هذه المسوده.

عنوان الدراسة

فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال السرطان وعلاقتها ببعض
المتغيرات.

ببرج الامل لعلاج سرطان الاطفال بالخرطوم

مقياس الضغوط النفسية:

ابعاد مقياس الضغوط النفسية:

اولا: محور معاناة الام النفسية:

الرقم	العبارة	دائما	غالبا	احيانا	لا يحدث إطلاقا
1	أشعر بالحزن الشديد عندما أفكر في حال طفلي				
2	يؤلمني بكاء طفلي اثناء العلاج				
3	أشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت				
4	أواجه صعوبة في التعامل مع طفلي المريض(ضبط سلوكه)				
5	يؤلمني عدم ذهاب طفلي للمدرسة.				
6	يصعب علي التعامل مع مزاج طفلي المتقلب.				
7	يزعجني توتر طفلي المريض حينما أصطحبه إلى الاماكن العامة.				
8	يفلقتي عدم ثقة طفلي بنفسه.				
9	تزعجني إنطوائية طفلي المريض.				
10	أستطيع ترك طفلي المريض أن يلعب مع أقرانه بمفرده.				
11	أبكي لاتفه الأسباب.				
12	أشعر بالعصبية				
13	أستطيع الخروج من الحالة الإكتئابية بكل سهولة				
14	أشعر بأن بالي مشغول طول الوقت				
15	تؤلمنأسألة طفلي المتكرره عن حالته				
16	يؤلمني شعور طفلي بأنه مختلف عن أقرانه				
17	تزعجني كثرة أسألة الاقارب عن مرض طفلي				
18	يؤلمني قلق إخوته من فقدان اخوهم المريض.				

ثانيا: محور مشاعر اليأس والإحباط

الرقم	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	لا يحدث إطلاقاً
1	يؤلمني التفكير في فقدان طفلي المريض.				
2	أشعر بأن الآخرين ينظرون إلي نظرة إحتقار				
3	أشعر أن كل مانفعله مع طفلنا المريض لأفائدة منه.				
4	أشعر أن اسرتي مهدده بالانهيار بسبب مرض طفلي.				
5	أشعر بأن الآخرين لا يهتمون بما أعاني منه.				
6	ينتابني الشعور بأن أحد إخوته سيصاب بنفس المرض.				
7	أشعر أنني فقدت الإستمتاع بكل شيء.				
8	أشعر بالحزن عندما أرى طفلي لا يستطيع اللعب مع أقرانه				
9	أشعر بعدم القدرة على العمل كالسابق (الوظيفة).				
10	أشعر بعدم الرغبة في القيام بأي عمل				
11	يبدو لي المستقبل كئيباً.				
12	أتوقع أن تزداد الأمور سوءاً				
13	أشعر بعدم الرغبة في الحياة.				
14	أعاني من عدم القدرة على النوم.				
15	أشعر بفقدان الشهية للأكل.				
16	أشعر أن مصائب الحياة لن تفارقني				
17	أشعر أن علاج أبنني ميؤس منه.				

ثالثاً: محور القلق.

الرقم	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	لا يحدث إطلاقاً
1	أشعر أنني فشلت في رعاية وحماية طفلي				
2	ألوم نفسي عما فعلته ولم أفعله حتى أصيب طفلي بالسرطان.				
3	أشعر أن مرض طفلي ناتج عن خطأ فعلته أثناء الحمل.				
4	أشعر أنني تأخرت في إحضار طفلي للطبيب.				
5	الوم نفسي لأنني لم ألاحظ عليه علامات المرض باكراً.				
6	أشعر أن نمط المعيشة هو سبب مرض طفلي.				
7	أشعر أنه بسبب ضعف الأوضاع المادية لن يتلقى طفلي العلاج المناسب.				
8	يقلقني أن طفلي يكره المستشفيات.				
9	يقلقني التفكير في ظهور المرض في مكان آخر بطفلي.				
10	أشعر كأن عقاباً حل بي				
11	أشعر أنني منزعجه طوال الوقت				
12	أعاني من الصداع دون سبب				
13	أعاني من ألم مستمر في معدتي				
17	تسيطر علي أفكار مزعجة أعجز عن طردها				

رابعاً: محور عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المريض

الرقم	العبرة	دائما	غالبا	أحيانا	لا يحدث إطلاقا
1	يفلقتني أن متطلبات طفلي المريض تفوق كثيرا قدراتي المادية				
2	يضايقتني ان ملازمة طفلي الدائم في المستشفى تتعارض مع اهتمامي بإخوته الصغار				
3	أشعر أنني تخليت عن الكثير من الاشياء في حياتي بسبب مرض طفلي.				
4	يؤلمني عدم توفر الدعم المناسب من الدولة لأسرة الطفل المريض.				
5	يتخلى افراد أسرتي عن الكثير من الضروريات بسبب طفلي المريض.				
6	أعتقد أن طفلي يحتاج لمراقبة مستمرة.				
7	يصعب على أسرة الطفل المريض وضع خطط للمستقبل.				
8	يؤلمني عدم قدرة طفلي على الإعتماد على نفسه في معظم المهارات.				
9	أعتقد أننا غير قادرين ماديا لإكمال علاج الطفل.				
10	أنقاسم المسؤوليات المتعلقة بطفلي مع الاهل				
11	أشعر ان الصعوبات تتراكم علي بحيث لا أستطيع التغلب عليها				

كلية الدراسات العليا
قسم علم النفس

البيانات الأولية:

الغرض من هذه الإستمارة هو الدراسة البحثية فالرجاء ملئها بقة شديدة حتى نحصل على نتائج دقيقة وواضحة، علماً بأن هذه المعلومات تستخدم فقط لأغراض البحث العلمي، ولن يطلع عليها أحد غير الدارسة.

- 1_ عمر الأم
- 2_ المستوى التعليمي للأم :
أمي..... ابتدائي..... متوسط..... ثانوي.....
جامعي..... فوق الجامعي.....
- 3_ عمر الطفل.....
- 4_ نوع الطفل : ذكر..... أنثى.....
- 5_ نوع سرطان الطفل:
- 6_ فترة إقامته في المستشفى:

العبارات التي أوصى المحكمون بتعديلها:

لم يتم حذف أو إضافة أي عبارة من قبل المحكمين، لكن أوصو بأن تكون الخيارات فردية بدلا من الخيارات الزوجية، وأوصو بتعديل العبارات التالية:
أولاً: في بعد معاناة الأم النفسية:

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
3	أشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت	أشعر بالتعب أكثر مما تعودت بسبب طفلي المريض
10	أستطيع ترك طفلي المريض أن يلعب مع أقرانه بمفرده.	أترك طفلي المريض يلعب مع الأطفال بمفرده
13	أستطيع الخروج من الحالة الإكتئابية بكل سهولة	أخرج من الحالة الإكتئابية بكل سهوله
14	أشعر بأن بالي مشغول طول الوقت	أشعر بأن بالي مشغول طول الوقت بسبب مرض طفلي

ثانياً : بعد مشاعر اليأس والإحباط:

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
12	أتوقع أن تزداد الأمور سوءا	أتوقع أن تزداد حالة طفلي المريض سوءا

ثالثاً: بعد القلق:

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
10	أشعر كأن عقابا حل بي	أشعر أن مرض طفلي عقابا حل بي
12	أعاني من الصداع دون سبب	أشكو من الصداع دون سبب

رابعاً: بعد عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المريض:

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
2	يضايقني ان ملازمة طفلي الدائم في المستشفى تتعارض مع اهتمامي بإخوته الصغار	ملازمة طفلي الدائم في المستشفى تتعارض مع اهتمامي بإخوته الصغار
4	يؤلمني عدم توفر الدعم المناسب من الدولة لأسرة الطفل المريض.	يؤلمني عدم توفر الدعم المناسب من الدولة للأطفال المرضى

مقياس الضغوط النفسية: بعد تصحيح المحكمين

ابعاد مقياس الضغوط النفسية:

اولا: محور معاناة الام النفسية:

الرقم	العبارة	دائما	غالبا	احيانا
1	أشعر بالحزن عندما أفكر في حال طفلي.			
2	يؤلمني بكاء طفلي اثناء العلاج			
3	أشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت			
4	أواجه صعوبة في التعامل مع طفلي المريض(ضبط سلوكه)			
5	يؤلمني عدم ذهاب طفلي للمدرسة.			
6	يصعب علي التعامل مع مزاج طفلي المتقلب.			
7	يزعجني توتر طفلي المريض حينما أصطحبه إلى الاماكن العامة.			
8	يقلقني عدم ثقة طفلي بنفسه.			
9	تزعجني إنطوائية طفلي المريض.			
10	أترك طفلي المريض أن يلعب مع أقرانه بمفرده.			
11	أبكي لاتفه الأسباب.			
12	أشعر بالعصبية			
13	أخرج من الحالة الإكتئابية بكل سهولة			
14	أشعر بأن بالي مشغول طول الوقت			
15	تؤلمني أسئلة طفلي المتكرره عن حالته			
16	يؤلمني شعور طفلي بأنه مختلف عن أقرانه			
17	تزعجني كثرة أسئلة الاقارب عن مرض طفلي			
18	يؤلمني قلق إخوته من فقدان اخوهم المريض			

ثانيا: محور مشاعر اليأس والإحباط

الرقم	العبارة	دائما	غالبا	أحيانا
1	يؤلمني التفكير في فقدان طفلي المريض.			
2	أشعر بأن الآخرين ينظرون إلي نظرة شفقة			
3	أشعر أن كل مانفعله مع طفلنا المريض لأفائدة منه.			
4	أشعر أن اسرتي مهدده بالانهيار بسبب مرض طفلي.			
5	يهتمون بما أعاني منه أشعر بأن الآخرين لا			
6	ينتابني الشعور بأن أحد إخوته سيصاب بنفس المرض.			
7	أشعر أنني فقدت الإستمتاع بكل شيء.			
8	أشعر بالحزن عندما أرى طفلي لا يستطيع اللعب مع أقرانه			
9	أشعر بعدم القدرة على العمل كالسابق (الوظيفة).			
10	أشعر بعدم الرغبة في القيام بأي عمل			
11	يبدو لي المستقبل كئيبا.			
12	أتوقع أن تزداد الأمور سوءا			
13	أشعر بعدم الرغبة في الحياة.			
14	أعاني من عدم القدرة على النوم.			
15	أشعر بفقدان الشهية للأكل.			
16	أشعر أن مصائب الحياة لن تفارقني			
17	أشعر أن علاج طفلي مئوس منه.			

ثالثا: محور القلق.

الرقم	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً
1	أشعر أنني فشلت في رعاية طفلي.			
2	ألوم نفسي عما فعلته ولم أفعله حتى أصيب طفلي بالسرطان.			
3	أشعر أن مرض طفلي ناتج عن خطأ فعلته أثناء الحمل			
4	أشعر أنني تاخرت في إحضار طفلي للطبيب.			
5	الوم نفسي لأنني لم ألاحظ عليه علامات المرض باكراً.			
6	أشعر ان نمط المعيشة هو سبب مرض طفلي.			
7	أشعر أنه بسبب ضعف الأوضاع المادية لن يتلقى طفلي العلاج المناسب.			
8	يقلقني أن طفلي يكره المستشفيات			
9	يقلقني التفكير في ظهور المرض في مكان آخر بطفلي			
10	أشعر أن مرض طفلي عقاباً حل بي			
11	أشعر أنني منزعه طوال الوقت			
12	أشكو من الصداع دون سبب			
13	أعاني من ألم مستمر في معدتي			
14	تسيطر علي أفكار مزعجة أعجز عن طردها			

رابعاً: محور عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المريض

الرقم	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً
1	يقلقني أن متطلبات طفلي المريض تفوق كثيراً قدراتي المادية			
2	يضايقني ان ملازمة طفلي الدائم في المستشفى تتعارض مع اهتمامي بإخوته الصغار			
3	أشعر أنني تخليت عن الكثير من الاشياء في حياتي بسبب مرض طفلي.			
4	يؤلمني عدم توفر الدعم المناسب من الدولة لأسرة الطفل المريض.			
5	يتخلى افراد أسرتي عن الكثير من الضروريات بسبب طفلي المريض.			
6	أعتقد أن طفلي يحتاج لمراقبة مستمرة.			
7	يصعب على أسرة الطفل المريض وضع خطط للمستقبل.			
8	يؤلمني عدم قدرة طفلي على الإعتماد على نفسه في معظم المهارات.			
9	أعتقد أنني غير قادره ماديا لإكمال علاج طفلي .			
10	أتناسم المسؤوليات المتعلقة بطفلي مع الاهل			
11	أشعر ان الصعوبات تتراكم علي بحيث لا أستطيع التغلب عليها			

الصورة النهائية

أولاً: محور معاناة الأم النفسية

الرقم	العبرة	دائماً	غالباً	أحياناً
1	أشعر بالحزن عندما أفكر في حال طفلي			
2	يؤلمني بكاء طفلي أثناء العلاج			
3	أشعر بالتعب أكثر مما تعودت بسبب طفلي المريض			
4	أواجه صعوبه في ضبط سلوك طفلي المريض			
5	تزعجني إنطوائية طفلي المريض			
6	أترك طفلي المريض يلعب مع الاطفال بمفرده			
7	أبكي لأنفه الاسباب			
8	أشعر بالعصبية			
9	أخرج من حاله الإكتئابية بكل سهوله			
10	أشعر أن بالي مشغول طول الوقت بسبب ما أصاب طفلي			
11	تؤلمني أسئله طفلي المتكرره عن حالته			
12	يؤلمني شعور طفلي بأنه مختلف عن أقرانه			
13	تزعجني كثرة أسئلة الأقارب عن مرض طفلي			
14	يؤلمني قلق إخوته من فقدان أخوهم المريض			

ثانيا: محور مشاعر اليأس والإحباط

الرقم	العبارة	دائما	غالبا	أحيانا
1	يؤلمني التفكير في فقدان طفلي المريض.			
2	أشعر بأن الآخرين ينظرون إلي نظرة شفقة			
3	أشعر أن كل ما أفعله مع طفلي المريض لأفائدة منه.			
4	ينتابني الشعور بأن أحد إخوته سيصاب بنفس المرض.			
5	أشعر أنني فقدت الإستمتاع بكل شيء.			
6	أشعر بالحزن عندما أرى طفلي غير قادر على اللعب مع أقرانه			
7	أشعر بعدم القدرة على العمل في وظيفتي كالسابق			
8	أشعر بعدم الرغبة في القيام بأي عمل			
9	يبدو لي المستقبل كئيبا.			
10	أتوقع أن تزداد حالة طفلي المريض سوءا			
11	أشعر بعدم الرغبة في الحياة.			
12	أعاني من عدم القدرة على النوم.			
13	أشعر بفقدان الشهية للأكل.			
14	أشعر أن مصائب الحياة لن تفارقني			
15	أشعر أن علاج أبنائي ميؤس منه.			

ثالثا: محور القلق.

الرقم	العبرة	دائما	غالا با	احيانا
1	أشعر أنني فشلت في رعاية طفلي.			
2	ألوم نفسي عما فعلته ولم أفعله حتى اصيب إبني بالسرطان.			
3	أشعر أنني تاخرت في إحضار طفلي للطبيب.			
4	الوم نفسي لأنني لم ألاحظ عليه علامات المرض باكرا.			
5	أشعر ان نمط المعيشة هو سبب مرض طفلي.			
6	أشعر أنه بسبب ضعف الأوضاع المادية لن يتلقى طفلي العلاج المناسب.			
7	أشعر أن مرض طفلي عقابا حل بي			
8	أشعر أنني منزعه طوال الوقت			
9	أعاني من ألم مستمر في معدتي			
10	تسيطر علي أفكار مزعجة أعجز عن طردها			

رابعاً: محور عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المريض

الرقم	العبارة	دائماً	غالبا	أحيانا
1	يفلقتني أن متطلبات طفلي المريض تفوق قدراتي المادية			
2	يؤلمني عدم توفر الدعم المناسب من الدولة للأطفال المرضى			
3	يتخلى افراد أسرتي عن الكثير من الضروريات بسبب طفلي المريض.			
4	أعتقد أن طفلي يحتاج لمراقبة مستمرة.			
5	يصعب على أسرة الطفل المريض وضع خطط للمستقبل.			
6	يؤلمني عدم قدرة طفلي على الإعتماد على نفسه في معظم المهارات.			
7	أعتقد أنني غير قادره ماديا لإكمال علاج طفلي			
8	أشعر ان الصعوبات تتراكم علي بحيث لا أستطيع التغلب عليها			

برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال السرطان

رقم الجلسة	هدف الجلسة	محتوى الجلسة	تحديد زمن الجلسة بالدقائق
1	التعارف والتعريف بالبرنامج	مقدمة تعارف التعريف بالبرنامج وأهمية الإرشاد بالنسبة للمسترشد تطبيق المقياس القبلي تلخيص وختام الجلسة	5 5 15 15 5
2	محاضرة تعليمية معرفية	مقدمه وتذكير بالجلسة السابقة تعريف الضغوط النفسية ، وشرح علاقة الضغوط بالصحة النفسية والجسدية للأم. سرطان الطفولة تلخيص وختام الجلسة	5 25 10 5
3	عرض المشكلات والضغوط التي تعاني منها الأمهات	مقدمة وتذكير بالجلسة السابقة حوار مع الأمهات ومعرفة مشكلاتهم ، وتبادل الخبرات بين الأمهات تدريب (استرخاء عضلي) تلخيص وختام الجلسة.	5 20 15 5
4	إرشاد ديني(تقوية الجانب الروحي)	مقدمه وتذكير بالجلسة السابقة الحديث عن القضاء والقدر وطبيعة الحياة الدنيا، ومناقشة آيات واحاديث حول الصبر والإبتلاء وجزاء الصابرين، وكيفية التعامل مع الضغوط من منظور إسلامي. تلخيص وختام الجلسة	5 35 5
5	إعادة البناء المعرفي التدريب على مهارات معرفية (الافكار السلبية)	مقدمة وتذكير بالجلسة السابقة ماهية الافكار السلبية؟ اثار التفكير السلبي. مهارة طرد الافكار السالبة (مع واجب مسائي) تلخيص وختام الجلسة	5 10 10 15 5
6	التدريب على مهارات معرفية (النظرة التشاؤمية)	مقدمة وتذكير بالجلسة السابقة مناقشة الواجب النظرة التشاؤمية تدريب على إزالة النظرة التشاؤمية	5 10 10 15

5	(مع واجب مسائي) تلخيص وختام الجلسة		
5 10 15 10 5	مقدمة وتذكير بالجلسة السابقة مناقشة الواجب مهارات التفكير الإيجابي التدريب على حديث الذات الإيجابي (مع تأمل وإسترخاء) تلخيص وختام الجلسة	التدريب على مهارات معرفية (التفكير الإيجابي)	7
5 20 15 5	مقدمه وتذكير بالجلسة السابقة مراحل حل المشكلات اسباب الفشل في حل المشكلات (مع واجب مسائي) تلخيص وختام الجلسة	التدريب على مهارة حل المشكلات	8
5 10 20 5	مقدمة وتذكير بالجلسة السابقة مناقشة الواجب التدريب على مهارات مواجهة الضغوط والتغلب عليها. واجب مسائي. تلخيص وختام الجلسة.	التدريب على مهارة (مواجهة الضغوط والتغلب عليها)	10
5 10 15 10 5	مقدمة وتذكير بالجلسة السابقة مناقشة الواجب تقييم السلوكيات مع تلخيص لكل ماسبق من مهارات علاج لبعض السلوكيات الطارئة على البرنامج ختام ودعاء	الجلسة الختامية تقييم التغيرات التي طرأت على المجموعة	11
20	تطبيق المقياس البعدي	جلسة التقويم البعدي	12

البرنامج الإرشادي في صورته الثانية بعد التحكيم

الزمن	هدف الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
50 دقيقة	1- الترحيب والتعارف 2- التعريف بالبرنامج الإرشادي 3- تعريف مختصر حول مرض السرطان	التعارف	1
50 دقيقة	1- مناقشة جماعية حول الضغوط والمشكلات التي يعاني منها الأمهات	المناقشة الجماعية	2
50 دقيقة	1- التعزيز الإيجابي للأمهات وتدعيمهن لمنحن قدر أكبر من الثقة في أنفسهن	التعزيز الإيجابي	3
50 دقيقة	1- تدريب الأمهات على تحمل الإحباط 2- التحكم في الغضب والانفعالات، عن طريق فنية لعب الدور	التدريب	4
50 دقيقة	1- عرض نماذج سلوكية جديدة من خلال الاقتداء بالنموذج، 2- كيفية عمل الواجب المنزلي	نماذج سلوكية	5
50 دقيقة	1- التدريب على تمارين الاسترخاء وبيان أهميتها .	الإسترخاء	6
50 دقيقة	1- إعادة البناء المعرفي وتعريف الأمهات بماهية الأفكار السلبية وأثارها 2- كيفية التخلص من الأفكار السلبية	إعادة البناء المعرفي	7
50 دقيقة	1- التدريب على مهارة حل المشكلات.	التدريب	8
50 دقيقة	1- التدريب على التنفيس الإنفعالي.	التدريب	9
50 دقيقة	1- التدريب على إزالة التشاؤم 2- الحث على التفاؤل، وحديث الذات الإيجابي.	التدريب	10
50 دقيقة	1- مواجهة الضغوط النفسية والتغلب عليها	مواجهة الضغوط	11
50 دقيقة	إرشاد ديني	جلسة دينية	12
50 دقيقة	إرشاد ديني	جلسة دينية	13
50 دقيقة	1- تقييم البرنامج 2- إعادة تطبيق مقياس الضغوط النفسية	الجلسة الختامية	14

البرنامج الإرشادي في صورته النهائية

الزمن	هدف الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
50 دقيقة	1-الترحيب والتعارف 2-التعريف بالبرنامج الإرشادي 3-تعريف مختصر حول مرض السرطان	التعارف	1
50دقيقة	1-مناقشة جماعية حول الضغوط والمشكلات التي يعاني منها الأمهات	المناقشة الجماعية	2
50دقيقة	1-التعزيز الإيجابي للأمهات وتدعيمهن لمنهجن قدرا أكبر من الثقة في أنفسهن	التعزيز الإيجابي	3
50دقيقة	1-تدريب الأمهات على تحمل الإحباط 2- التحكم في الغضب والانفعالات، عن طريق فنية لعب الدور	التدريب	4
50دقيقة	1-عرض نماذج سلوكية جديدة من خلال الاقتداء بالنموذج، 2-كيفية عمل الواجب المنزلي	نماذج سلوكية	5
50دقيقة	1-التدريب على تمارين الاسترخاء وبيان أهميتها .	الإسترخاء	6
50دقيقة	1-إعادة البناء المعرفي وتعريف الأمهات بماهية الأفكار السلبية وأثارها 2-كيفية التخلص من الأفكار السلبية	إعادة البناء المعرفي1	7
50دقيقة	1-إعادة البناء المعرفي والتدريب العقلي للأمهات على التفكير الإيجابي	إعادة البناء المعرفي2	8
50دقيقة	1-التدريب على مهارة حل المشكلات.	التدريب	9
50دقيقة	1-التدريب على التنفيس الإنفعالي.	التدريب	10
50دقيقة	1-التدريب على إزالة التشاؤم 2-الحث على التفاؤل، وحديث الذات الإيجابي.	التدريب	11
50دقيقة	1-مواجهة الضغوط النفسية والتغلب عليها	مواجهة الضغوط	12
50دقيقة	إرشاد ديني	جلسة دينية	13
50دقيقة	إرشاد ديني	جلسة دينية	14
50دقيقة	إرشاد ديني	جلسة دينية	15
50دقيقة	1-تقييم البرنامج 2- إعادة تطبيق مقياس الضغوط النفسية	الجلسة الختامية	16

المحكمين

- 1- عبد الباقي دفع الله أحمد
 - 2- أبراهيم بخيت عثمان
 - 3- أسماء سراج الدين فتح الرحمن
 - 4- نصر الدين أحمد إدريس
 - 5- صديق محمد أحمد يوسف
 - 6- أبراهيم عبد الرحمن إبراهيم
 - 7- هاجر إدريس يوسف
 - 8- عبد الله محمد عبد الله عجبنا
 - 9- حسين الشريف الأمين
- | | |
|------------------------|-------------|
| جامعة الخرطوم | بروفسور |
| جامعة الرباط الوطني | بروفسور |
| جامعة الخرطوم | أستاذ مساعد |
| جامعة أفريقيا العالمية | أستاذ مساعد |
| جامعة النيلين | أستاذ مساعد |
| جامعة أفريقيا العالمية | أستاذ مساعد |
| جامعة أفريقيا العالمية | أستاذ مساعد |
| جامعة أفريقيا العالمية | أستاذ مساعد |
| جامعة النيلين | أستاذ مساعد |