



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر - بسكرة
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

عنوان الأطروحة:

فعالية برنامج علاجي نفس-اجتماعي في الحد من التظاهرات الاكتئابية لدى
أمهات الأطفال المصابين بالسرطان - دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم
سعدان-بسكرة.

اطروحة مقدمة لنيل دكتوراه العلوم في علم النفس تخصص علم النفس الاجتماعي

إشراف الأستاذ الدكتور:

محمد بلوم

إعداد الطالبة:

فايزة حلاسة

2018 – 2017

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى تصميم وتنفيذ برنامج علاجي نفسي قائم على النظرية المعرفية التي جاء بها "بيك" وقولبتها في وعاء تعديل السلوك، بحيث سعت هذه الدراسة لاختبار التفاعل الواقع ما بين والجوانب النفسية (شعور الاكتئاب) والاجتماعية (وتمثلها التصورات التي تحملها حالات الدراسة عن الصحة والمرض)، وقد ارتئينا ان نخضع هذا الموضوع للدراسة والتحليل وفق المنهج الشبه تجريبي من خلال تطبيق مجموعة من الادوات المتمثلة في مقاييس نفسية، وانطلاقا من نتائج هذه المقاييس تم بناء البرنامج وتحديد محتواه من جلسات وادوات واستراتيجيات انطلاقا من المعلومات التي تم استخراجها من الدراسة الاستطلاعية، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج والتحصل على نتائج كمية والتي توضحت لنا من خلال درجات الحالات على مقاييس الدراسة في القياسين القبلي والبعدي، وقد توصلنا في الاخير الى نتيجة متمثلة في شفاء اربعة حالات من اصل ستة حالات. وتم تفسير هذه النتائج بالرجوع الى الواقع النفسي الاجتماعي لعينة الدراسة .

Abstract:

This study aimed to design and implement a psycho therapeutic program based on Cognitive theory for "Beak" and Stereotyping in a container behavior modification, so this study sought to test the interaction between the psychological aspects of reality (a feeling of depression) and social (represented by the perceptions of the study on the health and disease)It has preferred to succumb to this subject for study and analysis in accordance with the experimental approach through the application of a set of tools of psychological standards, proceeding from the results of these measures was the building of the program and identify the content of the meetings, tools and strategies from the information extracted from the exploratory study, after the completion of the implementation of the program of access to quantitative results which have been made clear to us through the degrees of cases to study in tribal measurements standards conference, and we have come to as a result of the represented in the recovery of four out of six cases. These results were interpreted by reference to the psycho-social reality of a study sample.



شكر و عرفان

للنجاح أناس يقدرّون معناه، وللإبداع أناس يصدّونه، لذا نقدر جهودك
المضنية، فأنت أهل للشكر والتقدير، فوجب علينا تقديرك.. فلك منا كلّ الثناء
والتقدير.

الى صاحب التميّز والأفكار النيّرة، مشرفي وابي الروحي البروفيسور محمد بلوم أذكى
التحيّات وأجملها وأنداها وأطيبها، أرسلها لك بكلّ ودّ وحب وإخلاص، تعجز الحروف أن
تكتب ما يحمل قلبي من تقدير واحترام، وأن تصف ما إحتلج بملئ فؤادي من ثناء
وتقدير، فما أجمل أن يكون الإنسان شمعة تنير دروب الحائرين.. كما اتوجه بالشكر الى
كل ما ساعدني في انجاز هذا العمل البحثي من قريبه او بعيد.



فهرس المحتويات:

الصفحة	الموضوع
	شكر وعرفان
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
	مقدمة
الفصل الأول : مدخل تصوري لموضوع الدراسة	
10	مقدمة-اشكالية
14	تساؤلات الدراسة
14	اهداف الدراسة
15	الضبط الاجرائي لمفاهيم الدراسة
الفصل الثاني : الخلفية النظرية للدراسة	
18	مدخل
18	اولا-الاكتئاب -المفهوم والعلاج
33	ثانيا-التغيرات التي تطرأ على ام الطفل المصاب بالسرطان من الناحية النفسية الاجتماعية
39	ثالثا-العلاج النفسي عند بيك في ضوء بعض المتغيرات النفسية و الاجتماعية
75	خلاصة
الفصل الثالث: الاجراءات المنهجية والتصميمية للدراسة	
78	مدخل
78	الدراسة الاستطلاعية
78	اهداف الدراسة الاستطلاعية
79	نتائج الدراسة الاستطلاعية
80	ادوات الدراسة
91	الدراسة الاساسية
91	منهج الدراسة
91	خطوات الدراسة

91	عينة الدراسة الاساسية
93	تحديد المتغيرات التجريبية
93	التصميم التجريبي
94	البرنامج العلاجي
104	المعالجات الاحصائية
105	خلاصة
الفصل الرابع: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة	
	مدخل
108	عرض نتائج الفرضية الاولى
109	عرض نتائج الفرضية الثانية
110	عرض نتائج الفرضية الثالثة
110	تفسير النتائج على ضوء الفرضيات
162	خاتمة
قائمة المصادر	
الملاحق	

فهرسة الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
1	انواع السرطان التي تصيب الاطفال	64
2	مراحل الافصاح للمريض عن مرضه	70
3	مقارنة بين التوكيدي والغير توكيدي	81
4	معامل الارتباط بين مقياس بيك الثاني ومقياس زونج للتقدير الذاتي للاكتئاب	82
5	معامل الارتباط التجزئة النصفية لمقياس بيك الثاني للاكتئاب	82
6	درجات البدائل	84
7	يوضح معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية للمقياس	85
8	معامل ارتباط بيرسون بين معدل الأسئلة الفردية ومعدل الأسئلة الزوجية للمقياس	86

88	يوضح مصفوفة معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس مصدر الضبط	9
88	يوضح مصفوفة معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس مصدر الضبط	10
89	يوضح معامل الثبات لمقياس مصدر الضبط الداخلي-الخارجي	11
89	يمثل مفتاح تصحيح مقياس مركز الضبط الداخلي /الخارجي (ج.روتر)	12
108	يبين مقياس ويلكوكسون للفروق بين متوسطات درجات المجموعة العلاجية التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب .	33
109	يبين مقياس ويلكوكسون للفروق بين متوسطات درجات المجموعة العلاجية التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس توكيد التوكيدي	34
110	يبين مقياس ويلكوكسون للفروق بين متوسطات درجات المجموعة العلاجية التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مصدر الضبط الداخلي-الخارجي لروتر.	35

فهرس الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
1	شكل يوضح دورة الاكتئاب	32

الفصل الأول

الفصل الأول : مدخل تصوري لموضوع الدراسة

❖ مقدمة -اشكالية

❖ تساؤلات ادراسة

❖ فرضيات الدراسة

❖ اهداف الدراسة

❖ الضبط الاجرائي لمفاهيم الدراسة

مقدمة-اشكالية:

تسعى كل عائلة الى تحقيق الامن والاستقرار النفسي لافرادها،من خلال تقديم الرعاية والدعم واشباع الحاجات الضرورية للفرد لكي يصل الى بر الامان،وأصعب شيء على تلك الاسر ان ترى احد افرادها يتألم وفي نفس الوقت لا تستطيع هذه الاسر ان تضع حدا لمعاناته بأي من الطرق المتعارف عليها في اعراف وتقاليد المجتمع،خاصة ان كان هذا الفرد طفلا مازال يحتاج الى رعاية شبه كليه من اسرته عموما، وابيه وأمه بوجه خاص،وهذه الاخيرة هي العنصر الاكثر تضررا لاحتكاكها الاكبر بالطفل،وان تشخيص ابنها بالسرطان يعد بمثابة صدمة قوية جدا على الام بصورة خاصة وعلى بقية الافراد بصورة عامة،ولاكن الام بشكل خاص هي الاكثر تضررا لأنها تعد نفسها هي المسؤلة عن امان الطفل وحمايته من كل الامراض التي قد تصيبه،وذلك ما يعطينا تفسيراً اوليا لما يعترئها من حزن وحداد واسى كاستجابة لهذه الصدمة وقد تصل الى درجة ظهور بعض اعراض السلوك المرضي،التي تتحدد طبيعتها بحسب الاطار الاجتماعي المرجعي للفرد،كالثقافة،العادات،القيم وغيرها.

وإن اكتساب العناصر الثقافية للجماعة في إطار الصيغة الفكرية والسلوكية والمادية تصبح جزءاً من تكوينه الشخصي للفرد وتلازمه، أي هذه الصيغة إلى نهاية وجوده. تتضمن عملية التنشئة الاجتماعية اكتساب الفرد لثقافة مجتمعه ولغته والمعاني والرموز والقيم والمعتقدات الشعبية، بتمثلاتها للصحة والمرض وكيفية علاجها بالطرق التقليدية المتعارف عليها اجتماعياً والخارجة عن نطاق الطب إلى محاولة الفهم والتعرف على الروابط القائمة بين تمثيلات مرض السرطان والمؤثرات النفسية الناتجة الناتجة عن هذا المرض الكبير، وفي نفس الوقت فهم الدوافع العميقة للبحث عن مختلف العلاجات الخارجة عن نطاق الطب الرسمي خاصة التداوي بالإعشاب مع العلم ان هذا الأخير يشهد تقدماً كبيراً في مجال التشخيص وعلاج السرطان(حمودي:2014،ص3)

كما تؤثر المفاهيم التي يحملها الافراد عن الصحة والمرض عن كيفية استجاباتهم للاعراض المرضية والتي يطلق عليها بالتمثيلات المرضية او المخططات، تشير الى المدركات المنظمة عن المرض والتي يتم اكتسابها من خلال عمليات التنشئة الاجتماعية والخبرات الشخصية ومن الاسرة والاصدقاء الذين تعرضوا لخبرة الاصابة بمرض معين، وتتراوح التمثيلات المتعلقة بالمرض ما بين

الغموض التام وعدم الدقة الى الشمولية، وتتبع اهمتها من حقيقة كونها انها توجه السلوك وردود افعالهم عندما يتعرضون الى اعراض مشابهة ومدى التزامهم بالتوصيات العلاجية (تايلور: 2008، ص406) الصادرة عن الطب الرسمي، او انحرافهم عن هذا المسار وتفضيلهم لطرق علاجية اخرى نابعة اصلا من التراث الشعبي لهؤلائي الافراد والتي تغذيها العادات والتقاليد المتوارثة جيلا بعد جيل.

وان صلب دراستنا الحالية يكمن في المحاولة لفهم العلاقة القائمة بين ما تحمله حالات الدراسة من افكار وتصورات لعزو المرض لمسببات ماوراء طبيعية وبالتالي اتباع طرق استشفاء تحمل نفس الطبيعة كطقوس الزار وزيارة الاضرحة واقامة والولائم او اللجوء الى السحر الابيض، او كما هو متعارف عليها بين المتردبين على هؤلائي الناس بالسحر المضاد او التعزيم، ولان مرض السرطان يحمل طابعا خاص في التصور او المتخيل العربي بصورة عامة والجزائري بصورة خاصة يشير الى العديد من علامات الاستفهام حول هذا المرض، وبالتالي نجد الفرد المصاب به و اسرته يدخلون في دوامة غير منتهية للواقع والمعتقد، فمن جهة نجد الطب ينجح في تقديم تشخيص للمرض ولاكنه يقف عاجزا عن انقاص حياة المصابين به، وهنا يدخل الشك لدى المريض واهله عند النظر الى قول الرسول الكريم: ﴿ان الله خلق لكل داء دواء﴾ وهذا القول يطرح نقاط كثيرة في مدى كفاءة الطب في علاج مثل هذه الحالات، حتى وان وافق الاهدل على علاج الطب الرسمي في مرحلة معينة من المرض فان الاعراض الجانبية الناتجة عن العلاجات الكيميائية تتقاطع مع نقطة اعتقادية قوية جدا بشأن هذا المرض وهي انه راجع الى التباس شيطاني، خاصة في مرحلة ما قبل موت المريض اذا يتحول جسمه الى شبه صورة آدمية في نظر الناس من ضعف ووهن في الجسم، سقوط للشعر وميلان لون الجسم الى اللون الازرق وكل هذه الاعراض لها تفسيراتها الطبية، ولاكن كل هذه التفسيرات لن تكون بنفس التفسيرات التي يعطيها الاسر لهذه الاعراض والتي هي نابعة اصلا من معتقداتهم الشخصية والتي تغذيها وتدعها الجماعات الاجتماعية التي تحيط بهم من وصم بالخزي للمصاب، اذ إنّ تعدد الاعتقادات التي منها ما هو متعارض مع الواقع والبعض منها صعب التحقيق أو ليس لها أساس من الصحة، كل هذا في ظل غياب تحليل موضوعي.

ان التخمينات الأولى تبدو أنها ناتجة من وصمة العار التي تلاحق المصاب بهذا المرض زيادة القلق بدل العقل، وفي العديد من الحالات الجانب الإحساسي يحجب شكلا من التفكير واللامبالاة تدعم الخوف من الموت بإدراكها المخرج الوحيد المتصور. (حمودي: 2014، ص75)

كل هذه العوامل ممكن ان تؤثر على المعاش النفسي لاسرة المصاب ونجد المتضرر الاول من كل هذا هو الام، فنجد انها تظهر مجموعة من الاعراض السريرية التي هي في المقام الاول رد فعل عن صدمة الابلاغ بتشخيص الطفل المصاب بالسرطان بغض النظر عن نوعيته، ولعل اكثر الاعراض شيوعا بنهم هو التظاهر الاكتئابي، ويصنّف اضطراب الاكتئاب النفسي ضمن الاضطرابات النفسية التي تتسم بخلل في المزاج، كما أنه من المشكلات النفسية التي يمكن أن تعوق الفرد عن أداء دوره الاجتماعي، وعن توافقه وارتقائه، والاكتئاب النفسي اضطراب له جوانب انفعالية ومعرفية وبدنية، ويمكن أن يتمثل الاضطراب الانفعالي في الاكتئاب بعدم القدرة على الحب، وكراهية الذات والتفكير في الانتحار، أما الاضطراب المعرفي فيتمثل في انخفاض تقدير الذات، وتشويه المدركات، واضطراب الذاكرة، وتوقع الفشل وخيبة الأمل في الحياة، وعدم القدرة على التركيز الذهني، هذا فضلا عن الاضطراب البدني الذي يتمثل في اضطراب الشهية للطعام، واضطراب النوم، والعجز الجنسي، واضطراب الجهاز العصبي المستقل، والصداع والإرهاك، وكثرة البكاء وتناقص الطاقة (الحمد: 2014، ص3).

وان المعتقدات الأساسية هي التي تستثير تلك الاعراض السالفة الذكر، حيث تتميز المعتقدات كونها خاصة بكل فرد و تقع على المستوى الأكثر عمقا في الجانب المعرفي والتي تم اكتسابها في وقت مبكر من الحياة. وهي تقوم على مفاهيم جامدة ومطابقات الذات،. في ما يلي بعض الأمثلة على ذلك المعتقدات الأساسية الإيجابية: "أنا جذابة"، "أنا ذكية و "الناس يحبونني". وفيما يلي بعض الأمثلة على المعتقدات القاعدة السلبية: "أنا جيد من أجل لا شيء"، "أنا ضعيف"، و "الناس خطيرون"، لا أستطيع أن أثق بأي شخص ". "العالم مكان مخيف ومهيمن".

(Neil A. Rector..p12)

وفي دراساتنا سنعنى بدراسة الاكتئاب الموقفي او الاستجابي ،الذي يظهر لدى حالات الدراسة كرد فعل عن مرض الابن، والذي نتوقع ان يزول مع مرور الوقت اما بتاقل الامهات وتكيفهن مع الوضع الراهن ،او بشفاء الطفل،وبالتالي سنقوم بتناول هذا المتغير من خلال جزئيتين هامتين وهما الضبط والتوكيد،وباعتبار ان التمثلات الاجتماعية للمرض قد تحمل صبغة خارجية للضبط والتوكيد المنخفض وذلك بعزو المرض الى امور غيبية ،وبالتالي يتخذ الاهل موقف سلبي من العلاج المقدم من طرف الطب الرسمي،ونجدهم يقودون اطفالهم الى التهلكة بايديهم،لذلك نجد ان اطفالهم لا يتحسنون وانما هم بذلك يسرعون من وفاتهم ،من خلال عدم الالتزام بخطوات الطب الرسمي،وايقاف العلاج ثم العودة اليه مرة اخرى،بالاضافة الى ادخال المعالجات الغيبية وذلك دون الاخذ بعين الاعتبار الاثار الجانبية او التفاعلات التي قد تحدث من جراء خلط المعالجتين معا في ان واحد،وبالتالي تبقى علامات الاكتئاب باقية على الامهات نظرا لعدم تحسن الحالة الصحية لاطفالهن،ولذلك قمنا بتصميم برنامج علاجي مبني في الاساس من الواقع الاجتماعي المعيش لحالات الدراسة من حيث المحتوى، اما من حيث المبدأ الاساسي، فهو مستند على نظرية بيك للاكتئاب،حيث يقول الصبوه (2012) أنه حدث امتزاج في السنوات الأخيرة بين العلاجين المعرفي والسلوكي، وقد حدث هذا الجمع بينهما في برامج علاجية واحدة لأنه على كلا الجانبين أدرك المعالجون السلوكيون أهمية المعارف والإدراكات والتفكير والمعتقدات والمخططات المعرفية في تشكيل الإصابة بعدد كبير من الاضطرابات النفسية والعقلية والنفس جسمية، وعلى الجانب الآخر وجد المعالجون المعرفيون أهمية ترجمة التغيرات المعرفية إلى تغيرات سلوكية ونتج عن هذا ما يسمى بالعلاج المعرفي-السلوكي.

(فؤاد،ص8)

واعتمادا على منهجية البحث العلمي قمنا بتقسيم هذه الدراسة إلى أربعة فصول :

الفصل الأول: الذي يحمل تصور للدراسة ويضم العناصر التالية: مقدمة-اشكالية، وتساؤلات الدراسة، بالإضافة إلى أهمية الدراسة بشقيها النظري والميداني، بالإضافة الى أهداف الدراسة ،وصولاً إلى التحديد الإجرائية لمفاهيم الدراسة.

أما الفصل الثاني: والذي حمل عنوان الخلفية النظرية للدراسة فقد خصص لعرض الجانب النظري للدراسة والتي ارتأينا أن نقسمها إلى ثلاث اجزاء:

أولاً : الاكتئاب -المفهوم والعلاج

ثانياً: التغيرات التي تطرأ على أم الطفل المصاب بالسرطان من الناحية النفسية الاجتماعية

ثالثاً : العلاج النفسي عند بيك في ضوء بعض المتغيرات النفسية و الاجتماعية

أما الفصل الثالث قد خصص لعرض البناء التقني والمنهجي للدراسة،وقد ضم مجموعة من الخطوات

المنهجية المتعارف عليها بدأ بالدراسة السابقة،وتصميم ادوات الدراسة وتقنينها،مرورا بأشنتاق العينة.

أما الفصل الرابع والخير فقد خصصته الباحثة لعرض نتائج الدراسة الميدانية وقد تضمن العناصر

التالية: عرض نتائج الدراسة ، التفسير النفسي الاجتماعي للنتائج في ضوء تساؤلات الدراسة،وصولاً

الى الخاتمة والتي تحمل مجموعة من المنطلقات البحثية المستقبلية،قائمة المراجع، وملاحق الدراسة.

وانطلاقاً من العناصر التي استعرضناها،قمنا بطرح التساؤلات التالية:

تساؤلات الدراسة:

هل للبرنامج العلاجي فعالية في التخفيف من مظاهر الاكتئاب الاستجابي لدى أمهات الأطفال

المصابين بالسرطان بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي؟

هل للبرنامج العلاجي فعالية في رفع مستوى توكيد الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان

بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي؟

هل للبرنامج العلاجي فعالية في تغيير مصدر الضبط (من الخارجي الى الداخلي) لدى أمهات

الأطفال المصابين بالسرطان بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي؟

فرضيات الدراسة:

للبرنامج العلاجي فعالية في التخفيف من مظاهر الاكتئاب الاستجابي لدى أمهات الأطفال المصابين

بالسرطان بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

للبرنامج العلاجي فعالية في رفع مستوى توكيد الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد

الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

للبرنامج العلاجي فعالية في تغيير مصدر الضبط (من الخارجي الى الداخلي) لدى أمهات الأطفال

المصابين بالسرطان بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

اهداف الدراسة:

-بناء برنامج علاجي نفسي اجتماعي صالح للاستخدام في البيئة المحلية ويتمشى مع البنية الاجتماعية للحالات.

-تطبيق البرنامج العلاجي على عينة الدراسة.

-معرفة الافكار التي تحملها عينة الدراسة حول مرض السرطان وما يترتب عنها من انعكاسات سلبية على معاشهن النفسي.

-التدخل العلاجي على مستوى هذه الافكار في محاولة لتوجيهها نحوى تبنى الصحية منها وتقليل تاثير تلك التي تؤثر سلبا على اتخاذهن قرارات مصيرية بشأن علاج اطفالهن المصابين بالسرطان.

-محاولة التقدم بالحالات نحو حدود السواء من خلال التخفيف من حدة الميول الاكتئابية الارتكاسية التي يظهرنها.

-الخروج بتوصيات واقتراحات والتي نعتقد انها ستكون كنقطة بداية لدراسات لاحقة على المستوى المحلي والعالمي.

الضبط الاجرائي لمفاهيم الدراسة :

التظاهرات الاكتئابية:

ونقصد بالتظاهر الاكتئابي في هذه الدراسة ردات الفعل الارتكاسية لصدمة اصابة الطفل بمرض السرطان،والذي سنقيسه من خلال اختبار بيك الثاني الاكتئابي،في الطور البسيط منه.

مركز الضبط :

نقصد به اجرائيا تلك الدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة على مقياس مركز الضبط الداخلي-

الخارجي لروتر المستخدم في الدراسة الحالية.

توكيد الذات:

اما اجرائيا فهو الدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة على مقياس توكيد الذات المستخدم في الدراسة الحالية.

البرنامج العلاجي النفسي:

نعرف البرنامج العلاجي النفسي الاجتماعي في هذه الدراسة على مجموعة من الخطوات المنضمة والموزعة من خلال مجموعة من الجلسات الاسبوعية، يتم من خلالها تناول مجموعة من الافكار المسببة لمرض الام من خلال تطبيق مجموعة من اليات العلاج النفسي (كالتنفيس، تقديم التغذية الراجعة، الاسترخاء... وغيرها من الاليات، والتي سيتم قولبتها في وعاء مواقف اجتماعية على المستوى الواقعي والتخيلي. والقيام على نظرية بيك للاكتئاب.

امهات الاطفال المصابين بالسرطان:

هن مجموعة من النساء، البالغ عددهن ستة حالات، واللاتي تتراوح اعمارهن ما بين (39-50) سنة، ممن لديهن طفل مصاب بالسرطان، وهن حاليا مرافقات لاطفالهن المرضى، واللاتي تتوفر فيهن مجموعة من الصفات البحثية تم تحديدها من طرف الباحثة والتي سنتعرض لها بالتفصيل في الفصل المنهجي.

الفصل الثاني

الفصل الثاني: الخلفية النظرية للدراسة

مدخل

اولا-الاكتتاب -المفهوم والعلاج

ثانيا-التغيرات التي تطرأ على ام الطفل المصاب بالسرطان من الناحية النفسية الاجتماعية

ثالثا-العلاج النفسي عند بيك في ضوء بعض المتغيرات النفسية و الاجتماعية

خلاصة

مدخل:

يلعب التوجه النظري العلاجي الخاص دوراً مهماً في انتقاء الأدوات، ويمتد التوجه النظري العلاجي من الشكل المبدئي مروراً برفض استخدام الأدوات التشخيصية وانتهاءً باختيار الأدوات التي تمتلك ارتباطاً وثيقاً بالاتجاه العلاجي الخاص. إلا أنه لا بد بشكل عام من التأكيد على أن عدد الأدوات التي تستند بشكل وثيق على نظرية علاجية قليل بالمقارنة مع الأدوات الأخرى، وأن انتقاء مسترشد بالنظرية لأداة ما، "عندما تكون بناءات الأدوات التشخيصية متجذرة في نظرية ما، تتضمن إطار العمل الكلي. فعندما يتم على سبيل المثال استخدام مقياس الاتجاهات المعطوبة لـ "بيك" في علاج استعرافي سلوكي فإننا نغرس التشخيص في نظرية التدخل. (رضوان، 2016، ص501)

العلاج النفسي للتظاهرات الاكتئابية لدى امهات الاطفال المرضى بالسرطان:

سننتظر في هذه الجزئية من الدراسة الى مجموعة من العناصر التي تخص المقاربة النظرية للاكتئاب وتصورها للعلاج النفسي له، ولن نقف الدراسة عند هذا الحد بل سنغوص في تصور المرض اجتماعياً باعتبار ان الاستعارات المعرفية ليست وليدة اليوم بل انها تنمو وتترسخ في شخصية الفرد مع مرور الزمن، وأن للعادات والتقاليد والثقافة دور جوهري في تشكيلها لذلك سنركز على طرح اضطراب الام كرد فعل استجابي الطفل انطلاقاً من محددات معرفية اجتماعية.

اولاً-الاكتئاب -المفهوم والعلاج:

1- مفهوم الاكتئاب:

يعد الاكتئاب حسب بيك اضطراباً يرتبط إلى حد كبير بالجانب المعرفي للفرد مما يفسر وجود النمط السلبي في التفكير، حيث يعرف بأنه يتضمن صعوبة في التفكير وضعفاً في القوى والحركة والحيوية وهبوطاً في النشاط الوظيفي، وقد يكون، له أعراض أخرى كتوهم المرض أو اتهام الذات أو توهم الاضطهاد. (العاسمي: 2012، ص27)

يعرف بيك الاكتئاب على انه اضطراب في التفكير والناحية المزاجية للفرد، وأن الاكتئاب هو نتاج نشاط انماط معرفية سلبية خاصة، والتي يجب تغييرها لتتغير حالة الاكتئاب .

(الشربيني: 2001، ص46).

كما يعرفه ايضا بأنه إستجابة لاتكيفيه مبالغ فيها وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات والأدراكات السلبية للذات أو الموقف الخارجي أو المستقبل أو للعناصر الثلاث مجتمعه. (المجداوي، 2008)

كما يعرف على انه حالة مرضية تركز على نوعين من الاضطرابات، من جهة حدوث تغير كبير في المزاج، والمتمثل في الشعور بالارهاق والاحتقار وتانيب الذات، ومن جهة اخرى تباطئ في النشاط العام والسلوكيات النفس حركية والوظائف الرمزية الحركية. (حلاسة: 2012، ص33)

وان المرض النفسي لا يختلف في جوهره عن ردود الفعل الطبيعية للانسان فلا يوجد منا من لا يعرف القلق والحزن، ولاكن الاختلاف هنا هو اختلاف في الكم والدرجة وغالبا ما ترجع اسباب المرض النفسي الى ظروف بيئية او اجتماعية سلبية او معاكسة (مرفت: ب س، ص 11)

2-انواع الاكتئاب من حيث الدرجة يقسم الى:

الاكتئاب البسيط: وهو صور الاكتئاب واعراضه متوسطة ومحتملة وتأثيراته وأسبابه خارجية من البيئة المحيطة بالفرد وبعضها نفسي وانفعالي ذاتي، وكلها واضحة يمكن التعرف عليها بسهولة وعلاجه سريع وحاسم. (علا: 2005، ص90)

الاكتئاب الخفيف:

عند الإصابة بالاكتئاب الخفيف، يعاني المرء من تعكّر المزاج من وقتٍ إلى آخر، وعادةً ما يبدأ المريض بعد حدثٍ مرهق فيسيطر القلق على المريض ويصبح محبطاً. في الحقيقة، غالباً ما تكون تغيرات أسلوب الحياة كافيةً للإصابة بهذا النوع من الاكتئاب.

الاكتئاب المتوسط:

عندما يُصاب المرء بالاكتئاب المتوسط، يتعكّر مزاجه في شكلٍ دائم، وتظهر عليه بعض أعراض المرض الجسدي، علماً أن هذه الاعراض تختلف من شخصٍ إلى آخر. ولا تسبب التغيرات التي تطرأ على أسلوب الحياة وحدها هذا النوع من الاكتئاب، وغالباً ما يحتاج المرء عند إصابته بالاكتئاب

المتوسط إلى مساعدة طبية.

الاكتئاب الشديد:

يُعتبر الاكتئاب الشديد مرضاً يهدد حياة الإنسان ويترك على الجسم أعراضاً شديدة، لذلك يشعر المكتئب اكتئاباً شديداً بأعراض جسدية وتراوده التوهّمات والهوسات .ولا بدّ أن يراجع المكتئب اكتئاباً شديداً الطبيب بأسرع وقتٍ ممكنٍ تفادياً لخطر القدام على الانتحار. (ماكنزي:2013، صص 36-37) أنواع أخرى منها :

الاكتئاب العنيد المقاوم للعلاج : ويسمى بالاكتئاب الأحادي القطب

الاكتئاب الهياجي: لا يستقر المريض في مكان واحد ويتحرك هنا وهناك , متهما نفسه معبرا عن العجز والضياع , ويحتاج هؤلاء المرضى للرعاية .

اكتئاب سن اليأس: ويصيب الأفراد غالبا في الأعمار المتوسطة والمتأخرة ما بين (40-55) سنة عند النساء وما بين (50-65) سنة عند الرجال

الاكتئاب التفاعلي : ويعد رد فعل للأحداث الخارجية مثل موت عزيز أو فقدان ثروة أو تهديد بفضيحة وهو نتيجة سيكولوجية طبيعية منطقية للأحوال المسببة له (زهران, 1978، ص60)

إن العديد من العاملين في مجال الصحة النفسية، سواء كانوا أطباء نفسيين أم معالجين ومرشدين نفسيين يرون إن اغلب أنواع واكبر نسبة من حالات الاكتئاب حوالي 75% تتدرج تحت النوع المعتدل ، ويرى (بك) أن حالات الاكتئاب المعتدلة لا تتطلب استخدام مضادات الاكتئاب الدوائية، ويؤكد (وانج) (wang,1974) أن الاكتئاب الاستجابي (العصابي) الذي يمثل غالبية حالات الاكتئاب، يتميز بعدم استجابته لمضادات الاكتئاب الدوائية، وان علاجه في الأساس علاج نفسي. (جبوري:2010، ص17)

3-اعراض الاكتئاب:

اعراض تتعلق بالمزاج:تعتبر بمثابة الشكل الاساسي للاضطرابات الوجدانية مثل حدوث مزاج حزين معظم الوقت.ويعتبر المزاج الاكتئابي هو العرض الجوهرى للاضطراب،ويتمثل في الشعور بالكدر والاسى والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه،وكذلك يتميز بتقلب المزاج.

3-الأعراض الانفعالية والعاطفية:

- ✓ هبوط الروح المعنوية والحزن الشديد لدرجة تظهر ملامحه على وجه المريض
- ✓ الإفراط في التشاؤم وطغيان مشاعر خيبة الأمل
- ✓ اللامبالاة وإهمال الذات وعدم الاهتمام بالنظافة
- ✓ عدم التمتع بالحياة كما كان سابقا
- ✓ ظهور مشاعر عدم الرضى واحتقار الذات ونوبات البكاء والميل الى العزلى.

3-2 الأعراض النفسية الحركية:

- ✓ تباطؤ يتجلى في بطئ الحركة وخمول الخطوات وثقلها وقلة الكلام وانحناء الظهر وتدلي الكتفين.
- ✓ تقلص القدرة القرائية والقدرة على تتبع تفكير الآخرين
- ✓ تباطؤ فكري يميزه بطئ في الاستجابة وتردد وانخفاض الصوت عند الكلام.
- ✓ تمركز افكار المريض حول كلامه وآلامه.

3-3 اعراض معرفية:

- ✓ تاخر زمن الرجوع
- ✓ انخفاض التدفق الفكري والتركيز والانتباه والذاكرة
- ✓ الشعور بالنقص والعجز وفقدان تقدير الذات واحتقارها
- ✓ الشعور باليأس والتشاؤم
- ✓ الشعور الدائم بالضآلة والشك في القدرات.
- ✓ انخفاض القدرة على النقد الذاتي.
- ✓ النظرة التشاؤمية نحوى الذات والآخرين
- ✓ الشعور بالاثم والندم
- ✓ الاستسلام وعدم اتخاذ القرارات المصيرية

3-4 اعراض بدنية:

- ✓ تغير في انماط النوم والشهية والاهتمام الجنسي.
- ✓ الارهاق المزمّن الغير مبرر بنشاط ما و الذي
- ✓ لا يغادر المريض ابدا.
- ✓ زيادة او فقدان الوزن
- ✓ حالات الصداع وآلم في الجسم على شكل روماتيزم
- ✓ اضطرابات صدرية على شكل ضيق تنفسي (حلاسة:2012، ص ص 41-42)

3-5 اعراض نفس-اجتماعية:

لعل من ابر ما يميز الشخص المكتئب هو تبني وجهة الضبط الخارجية، التي تتميز بالسلبية والتشاؤم والى غيرها من الاعراض ولاكن قبل التطرق في سمات الضبط الخارجي يجب علينا اولاً ان ندرك مفهومه حسب روتر.

3-5-1 تبني وجهة الضبط الخارجية:

مفهوم مركز الضبط لدى روتر (Rotter):

لقد استند روتر في طرحه لهذا المفهوم إلى افتراض مفاده أن الأفراد تنمو لديهم توقعات عامة تبعا لمدى استطاعتهم الضبط في الأحداث البيئية .حيث يوجد أفراد يدركون أن أفعالهم وطريقة عملهم ولخصائصهم الشخصية الدائمة نسبيا ،تؤثر في شكل معيشتهم وطريقتها فهم يعتقدون بأنهم أسياد على أقدارهم ويتحملون مسؤولية ما يحدث لهم هؤلاء يطلق عليهم فئة الضبط الداخلي، بينما الأفراد الآخرون يدركون أن أسلوب معيشتهم و طريقتها لاحول ولا قوة لهم فيها ،فهم يعتبرون أنفسهم مخلوقات تتحكم فيها قوى خارجية لا يستطيعون التأثير فيها وهؤلاء يطلق عليهم فئة الضبط الخارجي.

كما استند روتر أيضا بصفته عياديا إلى النتائج التي حصل عليها من عمليات العلاج النفسي للمرضى ،ومن نتائج الدراسات حول عملية تعلم الأداء والانطفاء فالتحليل العيادي للمرضى بين أن هناك من يكتسبون من التجارب الجديدة ويغيرون سلوكهم ،بينما آخرون لايتأثرون بها ويهملونها ويرجعون

أسباب حالتهم إلى الحظ أو الصدفة أو الآخرين.

وبينما يشير مفهوم مركز الضبط إلى الجهة التي يعزى إليها السبب في تفسير السلوك ، هل يرجع إلى الشخص نفسه أو إلى مصادر أخرى خارجة عنه ، يشير مفهوم إدراك مركز الضبط إلى مدى قدرة الفرد على ضبط ما يصدر عنه ، وإدراكه أن ما يناله من تعزيز يرتبط بعوامل متأصلة في شخصيته أو يرجعها لعوامل خارجية عنه توجد في بيئته ولا يستطيع ضبطها (معمرية، 2011، ص 87)

3-5-2- سمات فئتي الضبط الداخلي والخارجي:

ولقد وظف روتر (1966) مفهوم مركز الضبط في تفسيره للفروق الفردية في السلوك وإدراك المواقف البيئية بقول: إن وجهة الضبط هي إدراك الفرد للعلاقة القائمة بين سلوكه وما يرتبط به من نتائج، إنه ترجمة لاعتقادات الفرد أن سلوكه وما ينجم عنه من نجاح أو فشل يستند إلى مصادر قد تكون داخلية أو خارجية. " لذا افترض روتر (1966) وصنف الناس إلى فئتين الأولى من ذوي الضبط الداخلي وهم أفراد يعتقدون أن نتائج سلوكهم من نجاح أو فشل يتم إسناده إلى ذواتهم من حيث ارتفاع أو نقص في الإرادة ، كما يتميزون عن غيرهم بالثقة والاتزان الانفعالي والتوافق مع الذات والمجتمع والطموح والسعي وراء تحقيق التفوق، كما إن لهم مستوى عالي من النشاط المعرفي ويبدلون جهودا للسيطرة على البيئة ، وهم أقل قلقا وأكثر ميلا للإنجاز وتحمل للمسؤولية إلى جانب كونهم أكثر اندماجا في العلاقات الاجتماعية كما أنهم يستجيبون أحسن للمواقف الضاغطة. (رشاد ، 1989 ، ص 61).

وحسب تعريف روتر فإن الناس يقسمون إلى فئتين :

أ- فئة الضبط الداخلي:

وهم الأفراد الذين يعتقدون أنهم مسئولون عما يحدث لهم ، بحيث تقول أمال عبد السميع أباضه (1999) "إذا استشعر الفرد وأدرك العلاقة السببية بين الأفعال والنتائج المترتبة عليها (التدعيم) وأن هذه الأفعال والأحداث تقع متسقة مع قدراته وسلوكه الشخصي أو سماته المميزة والدائمة يسمى هذا اعتقاد في الضبط الداخلي" (بدوي ، مفيدة : 2006 ، ص 41)

ويعرف البعد الداخلي بأنه مجموعة العوامل التي يعتقد الشخص بأنها المسببة لنتائج سلوكه من

خير أو شر، وهي ترجع في الوقت نفسه، إلى ذاته وقدراته وجهوده وإرادته ومهاراته وتحكمه في بيئته، حيث أن الشخص في هذا البعد يعتقد بأنه هو المسؤول المباشر عن تصرفاته ونتائج أعماله، وأن ما يحققه من نجاح أو فشل راجع إلى ما يبذله من جهد ومثابرة وإرادة وتصميم، أو إلى نقص فيها. (دروزة 2007، ص 443).

ولقد أثبتت الأبحاث التي أجراها السيكولوجيين أن فئة الضبط الداخلي يتصفون بالخصائص التالية :

- يعتقد أصحاب الضبط الداخلي أنهم يستطيعون تحديد ما سوف يحدث لهم وبالتالي فهم يستطيعون الهيمنة على قدراتهم ومصيرهم . (موسى، 1994، ص 321).

-هم أكثر دافعية ولديهم القدرة على الاستفادة من الفرص و المعلومات ،بالإضافة إلى ذلك ترتبط الدافعية لديهم بعدد من المتغيرات كالضبط الذاتي و الفاعلية في مواجهة الموقف .

- يركزون إهتمامهم بشكل اكبر على تعزيزات المهارة في الأداء وعلى كفاءتهم الداخلية التي تحقق لهم الوصول إلى الأهداف المرجوة ،فقد تبدو الكفاءة الذاتية في النظرة المتفائلة لمتطلبات الحياة و المهارات التي تساعد على إدارة الضغوط و الاستفادة بقدر الإمكان من الموارد المتاحة .

- هم أكثر ثقة بأنفسهم ولديهم مفاهيم إيجابية عن الذات ، وقد ربطت بعض الدراسات بين وجهة الضبط وتقديرات الذات .

-لديهم قدرة أكبر من المهارات المهنية و الكفاءة التدريبية وهم أكثر كفاءة عقلية وتحصيلا أكاديميا (محمود، 2005: ص 21).

ويذكر الباحثون أن المصدر الذي يعزو إليه الأفراد من الفئتين أسباب حصولهم على التعزيز ليس واحدا بل متعدد، فإذا كان الحصول على التعزيز مضبوطا بالعالم الداخلي للفرد، فإن مصادره المحتملة هي:

الذكاء و القدرات العقلية: فالفرد يعتقد انه يستطيع فهم البيئة و ضبط أحداثها لصالحه و هو المسؤول عما يناله من ثواب أو عقاب.

المهارة و الكفاءة: و الاستفادة من الخبرات السابقة للسيطرة على البيئة

السمات الانفعالية و المزاجية: فالفرد يكون اعتقادا حول نفسه بأنه يتوفر على خصائص تجعله يتحكم في الأحداث البيئية و ينال التعزيزات المرغوبة و هذه الخصائص: الثقة بالنفس، الاكتفاء الذاتي الطموح، المثابرة، الجدية (معمرية، 2011، ص87)

-فئة الضبط الخارجي:

ويعرف البعد الخارجي بأنه مجموعة العوامل التي يعتقد الشخص بأنها المسببة لنتائج سلوكه من خير أو شر، وترجع في الوقت نفسه إلى عوامل خارجية فوق طاقته، وخارجة عن إرادته، ولا دخل له فيها، وليس له سيطرة عليها، أو الضبط بها، مثل الحظ والصدفة والقدر والنصيب والناس الآخرين (خالد، 2009، ص 321).

ب -أما أصحاب الضبط الخارجي فيتصفون بالخصائص التالية:

- يلقون مسؤولية وقوع الأحداث على عوامل خارج أنفسهم مثل القدر ،الحظ أو الصدفة أو هناك من نتائج الدراسات التي تفيد بأن الضبط الخارجي يرتبط بدرجة عالية بالمعتقدات الغيبية
- هم أكثر سلبية وعدم المشاركة في انفتاح وأقل تفاعل .
- تتخفف لديهم درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم الخاصة فهم يرجعون الأحداث الإيجابية أو السلبية إلى مادون الضبط الشخصي .

-لديهم استعداد للقلق و الاكتئاب والاستجابة العصابية للضغوط (محمود، 2005، ص ص 31-32)

و يرى روتر أن هناك أنواعا مختلفة لمؤشرات مركز السيطرة الخارجي:

1- قد يكون مرتبط بالحظ و الصدفة و القدر: و هو أن الدنيا معقدة جدا بحيث لا يمكن التنبؤ بها، و لا بأحداثها، وذلك لان الأحداث قد تختلط على الفرد نفسه ، فلا يفهمها و لا يستطيع التنبؤ بها و الضبط فيها.

2-القدر: و يتمثل في عدم مقدرة الأفراد على تغيير مسار الأحداث المقدره لهم سلفا.

3- قوى الآخرين: أي أن هناك آخرين أكثر قدرة و تأثيرا من الشخص ذاته.

و بين روتر وتلاميذه أن هذه الأنواع لمركز السيطرة الخارجي قد تبدو مختلفة و لكنها مرتبطة ببعضها البعض، و يحدث التوجه نحو مركز السيطرة من خلال موقف، أو وضع نفسي تتفاعل فيه خصائص الفرد مع الحدث حيث ينقسم الأفراد تبعا للدرجة التي عندها يتحملون المسؤولية الشخصية عن ما يترتب على الموقف.

و بناء على ذلك فالاعتقاد بالمركز المسيطر يعتمد بشكل أساسي على مدى إدراك الفرد للعلاقة بين السلوك والاستجابات في البيئة، و على مدى شعوره بالمسؤولية اتجاه الأحداث، فجوهر مركز السيطرة هو الاعتقاد بوجود علاقة بين الفعل و النتيجة، حيث يقسم الأفراد تبعا للدرجة التي عندها يقبلون المسؤولية الشخصية لما يحدث لهم.

فعندما يعتقد الفرد أن الناتج الايجابي أو السلبي هو نتيجة منطقية للفعل و السلوك الخاص به فان هذا الفرد يوصف بأنه من ذوي مركز السيطرة الداخلي، في حين إن الفرد عندما يعتقد أن الناتج الايجابي أو السلبي للفعل أو السلوك يعود للأحداث و غير مرتبطة بفعله الخاص بل يرجع إلى قوى خارجية عن ذاته، فان هذا الفرد يوصف بأنه من ذوي مركز السيطرة الخارجي.

هذا وقد أشار (روتر) إلى أن الأفراد و ذوي مركز السيطرة الداخلي العالي، يمكن أن يكونوا من المبتكرين و المجددين في مجال السياسة و الفكر و الفن. (المعاينة، 2007: ص ص 62-64)

3-5-2 تدني مستوى تقدير الذات:

تأكيد الذات هو أن تكون قادرا بالنهوض بنفسك، والتأكد من آرائك ومشاعرك وعدم السماح لأشخاص آخرين دائما أن يوجهوك على طريقتهم. وهذا لا يعني العدوانية. بحيث يمكنك أن تكون حازما دون أن تكون عنيفا أو وقحا. (Chris Williams, 2001: p3)

وان تعريف تأكيد الذات كبعد في كل التصورات التي تعكس رغبة الفرد الشخصية إلى الوقوف والتحدث عن مصالحه الخاصة والأفكار، والسعي إلى أهدافها ومقاومة إملاءات الآخرين.

(Daniel Ames. 2009. p02)

3-5-2-1-محددات توكيد الذات:

و من الملاحظ أن الدراسات الخاصة بوصف توكيد الذات، و أساليب تقويم فعاليته، و طرق تنميته نالت القسط الأكبر من العناية في حين لم يلق الجزء الخاص بمحدداته اهتماما مماثلا، على الرغم من أهمية تلك المحددات في تفسير نشأته و كيفية ارتقائه، فضلا عن إمكانية استثمارها - و بوجه خاص أكثرها إسهاما في تشكيله- و توظيف وعينا بدورها على نحو فعال في تصميم برامج التدريب التوكيدي التي تهدف إلى تنمية هذا السلوك.

و من المفترض أن تتجمع تلك المحددات في أربع فئات تتضمن ما يأتي:

➤ -محددات خاصة بالفرد

➤ -محددات خاصة بالطرف الآخر

➤ -محددات خاصة بالسياق الثقافي - الاجتماعي.

➤ -محددات خاصة بالسياق الموقفى - النوعي. (شوقي، 2003، ص109)

وهناك متغيرات متعددة تساهم في تشكل توكيد الذات وهذه المتغيرات تشمل عدة فئات تحوي كل منها مجموعة من المتغيرات التي يجمعها عنصر معين وذلك من أجل الوصول إلى معرفة طبيعتها ودورها حيث أن محدّدات توكيد الذات تصنف في فئات هذه:

أولا-خصال الفرد:تعتبر خصال الفرد احد مكونات السياق التفاعلي الذي يحدث من خلاله توكيد الذات،والذي يحتوي بدوره عددا من المتغيرات وهي:

1-متغيرات ديموغرافية:فالخصال العامة للفرد كجنسه وعمره وسلطته ومستوى تعليمه وحالته الاجتماعية والاقتصادية تسهم بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في تحديد درجة سلوكه التوكيدي.

2-متغيرات نفسية:تتعدد المتغيرات النفسية التي لها ارتباط وتأثير في توكيد الذات ومن هذه المتغيرات القلق العام والقلق الاجتماعي الذي يعتبرها المنظرون في توكيد الذات إحدى الركائز النفسية لتفسير نشوئه(الجهني، 2011، ص208).

3-القلق العام:

حيث يأخذ الدور الذي يؤديه القلق في حدوث التوكيد أهمية تاريخية يوضح من خلال أعمال

"جوزيف ولبي" ونموذجه في الكف المتبادل، الذي يقوم جزئياً على جهود بافلوف ويفترض وجود علاقة تبادلية بين القلق والتوكيد، حيث إن القلق المرتفع يؤدي كـف توكيد الذات، وبالمثل فإن القلق المرتفع يقلل من القلق، ويحدث ذلك من خلال مبدأ الكف التبادلي، والذي يشير إلى أنه إذا أمكن حدوث الاستجابة التي تكف القلق (التوكيد) في وجود المنبهات التي تستثيره، فإن الرابطة بينهما ستضعف.

4-متغيرات معرفية:

لقد أسهمت الجوانب المعرفية ف تفسير السلوك الاجتماعي بدرجة كبيرة، وبالتالي في تطوير علم النفس، وجعله أكثر اقتراباً من فهم السلوك بصورة واقعية، حيث يتمحور اهتمام الجوانب المعرفية على كيفية توظيف منحنى معالجة المعلومات في تفسير السلوك والتعرف على الطريقة التي يتشكل بها المشاعر والانفعالات من خلال المعنى الذي يضيفه الفرد عليها، وكيف أن الأحداث يتم إدراكها وتفسيرها في ضوء تصورات الفرد، ومعارفه الاجتماعية حولها ويتعدد المتغيرات المعرفية التي تساعد في معرفة وفهم كيفية توكيد الذات. (الشهري، 2005: ص ص 24-26)

5-توقع العواقب:

و تشير إلى القدرة على الاستبصار بما سيحدث كنتيجة مباشرة لتنفيذ فعل معين،فالفرد يقوم بعمل موازنة لعواقب سلوكه المؤكد و من ثم يقرر ماذا سيفعل، و مما يعبر عن تلك الموازنة ما أشارت إليه إحدى الجامعيات من أنها تؤكد ذاتها لإدراكها إن الضرر الناتج عن التعبير عن رأيها سيكون اقل من الضرر الناتج عن كبت مشاعرها و عدم التعبير عنها.

ثانياً خصال الطرف الآخر:

وقد تلعب المتغيرات المتعلقة بالطرف الآخر دوراً في تشكيل توكيد الذات للفرد ومن هذه المتغيرات:

1-نوع الطرف الآخر: إن إدراك الفرد وتقويمه للسلوك التوكيدي لنوع الطرف الآخر الذي يصدر هذا السلوك من شأنه أن يوجه استجابة الفرد اللاحقة، كما أن نوع الطرف الآخر يؤثر في طبيعة استجابة الفرد في المواقف التي يتفاعل معها وفيها.

2-سلطة الطرف الآخر:

حيث تمارس سلطة الطرف الآخر دورا هاما في تحديد توكيد الذات للفرد خصوصا حين يكون الفرد الآخر ممن يتعامل معهم بصورة مباشرة ومتكررة.

وفي دراسة أجراها ميناتويا وسيدلاسيك (Minaitoya & Sedlacek) وجد أن العينة كانت اقل توكيدا مع نماذج السلطة في حين كانوا أكثر توكيدا مع الأصدقاء.

3-الألفة بالطرف الآخر:

طبيعة التفاعل بين الفرد والطرف الآخر أيضا التاريخ السابق للتفاعل له دور هام في تحديد توكيد الذات مع الطرف الآخر حيث أن الألفة بالأخرى ومدى هذه العلاقة من حيث هذه العلاقة عميقة أو سطحية وأيضا من حيث وجهة العلاقة ايجابية حميمية أو سلبية فيها جفاء، أو من حيث التفاعل هل هو مكثف أو منخفض، كل ذلك من شأنه أن يسهم في تحديد توكيد الذات.

ثالثا-الخصائص الثقافية للتفاعل:

تتفاعل مكونات الثقافة وتتعدد وتمارس تأثيرا إجماليا على توكيد الذات فهي مسؤولة عن الفروق في التعبير عن توكيد الذات عبر النوع والعرق والدين، وعن درجة تحمل السلوك المؤكد من الآخر وإدراك ما هو سلوك توكيدي، وتشكيل توكيد الذات للأقليات ودرجة الفهم او سوء الفهم المتبادل عبر الثقافات، فتمارس الثقافة دورها في تشكيل مستوى توكيد الذات من خلال أطراف متعددة كالأسرة والمدرسة والجماعة المرجعية والنظام السياسي والمؤسسة الدينية حيث تقوم هذه المؤسسات مهمتها في التنشئة التوكيدية (الجهني، 2011، ص205)

1-وفرة النماذج التوكيدية في الثقافة:

إننا نتعلم التوكيد من المحيطين بنا كما نتعلم الطيور بناء أعشاشها. ففي الغرب نجد أن ثقافتهم مليئة بنماذج مؤكدة، على شاشات التلفزيون و في ساحات المحاكم وقاعات الدراسة، فانه يسهل على الفرد ملاحظة ذلك و من ثم تمثل ذلك السلوك. و حري بنا الإشارة أننا كأمة إسلامية يذخر تاريخها، وواقعها أيضا بنماذج توكيدية عديدة من الشأن الاقتداء بها ، وأول تلك النماذج رسولنا الكريم صلى الله عليه و سلم، الذي لنا فيه أسوة حسنة، حيث جاهر أمة كاملة باختلافه معها، و سيدنا عمر بن الخطاب

صاحب القول الشهير يعجبني الرجل الذي يستطيع أن يقول لا بملء فيه، و الأحنف بن قيس الذي كان جالسا عند معاوية و عنده جمع من الناس، فدخل رجل من أهل الشام، فقام خطيبا، فكان الأحنف آخر كلامه أن لعن عليا رضي الله عنه، فاطرق الناس، و تكلم الأحنف، فقال ﴿يا أمير المؤمنين إن هذا القائل ما قال أنفا، لو علم أن رضاك في لعن المرسلين لعنهم، فاتق الله، و دع عليا، فقد لقي الله﴾.

(حجازي، 2001، ص338)

رابعا - خصائص موقف التفاعل:

تتعدد المتغيرات التي تحدد مستوى توكيد الذات في موقف التفاعل حيث أن هذه المتغيرات على التأثير على ارتفاع وانخفاض مستوى توكيد الذات فنجد أن لطبيعة الموقف من حيث مستوى الصعوبة تأثير على مستوى توكيد الذات فالمواقف الصعبة تؤدي إلى استجابة منخفضة التوكيد والمواقف السهلة تيسر صدور استجابة مرتفعة التوكيد (الجهني، 2011، ص78)

-يرى الأغا (1996)، أن الاستجابة التوكيدية تتكون من :

الجوانب اللفظية: وتعني الكلمات التي يستخدمها الفرد وتلك المعاني كثيرة وتختلف من فرد لآخر، وكذلك تختلف من مجتمع إلى مجتمع آخر.

الجوانب المعرفية: وتعني العمليات العقلية التي يستخدمها الفرد، بالإضافة إلى الأفكار والآراء التي يستخدمها في تلك الاستجابة.

الجوانب العاطفية : والتي تعني الانفعالات والأحاسيس ومستوى المشاعر، ونغمة الصوت وحجمه، والمسافة النفسية.

الجوانب غير اللفظية: وتعني لغة الفرد، بل ولهجته، والتعبيرات الحركية والإيماءات والإشارات، تعبيرات الوجه، ونظرة العينين. (الأغا، 1996، صص 42-43)

4-النموذج المعرفي للاكتئاب:

يعتبر نموذج بيك من النماذج النفسية المهمة في تفسير الاكتئاب. ويفترض هذا النموذج أن الاضطرابات الاكتئابية تنشأ على أساس الاضطرابات الاستعرافية، حيث تتصف البنى الاستعرافية

بالتشويه بدرجات مختلفة .والتشويهات الاستعرافية)أو الأخطاء الاستعرافية) هي شكل من التمثل غير الملائم للمعلومات وتتصف بكونها استنتاجات عشوائية وتجريدات انتقائية وتعميمات مفرطة ومبالغات وتكثير أخلاقي مطلق وتخصيصات ،الأمر الذي يقود إلى أن يصبح محتوى هذه الاستعارات عند المكتئبين مشحوناً بالنظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل، الذي يطلق عليه بيك تسمية" الثالث الاستعرافي"

ويعتقد بأن هذه المواقف السلبية مسؤولة عن كثير من الأعراض الاكتئابية، وتؤثر على المجال الانفعالي والدافعي والسلوكي(رضوان ،ص5)

إذا الانحرافات المعرفية في الحالات الاكتئابية حسب النموذج المعرفي هي:

- التداخل العشوائي:

و يتمثل في استنتاج خلاصات بدون أدلة، خلاصات مبنية على معلومات ناقصة.

- التجريد الانتقائي:

و يتمثل في التركيز على جزء خارج المضمون و عدم إدراك الشكل و المعني العام للموقف.

-المبالغة في التعميم:

بحيث يعمم الشخص تجربته الحزينة على كل المواقف الممكنة .مثلا إخفاق مهني محدود يصبح

في المستقبل إخفاق معمم على كل المواقف اللاحقة.

بخس الإيجابيات و الانتقاء السلبي:

يتمثل في إعطاء قيمة كبيرة إلى الإخفاقات أو الأحداث السلبية و نقص من قيمة النجاحات و المواقف المفرحة.

الغزو الشخصي:

يفكر الشخص بصفة أتوماتيكية بأنه المسئول الوحيد على كل ما يمكن أن يحدث من أحداث سلبية، و ينتهي به الأمر إلى تحويل الواقع إلى معاش محزن من خلال المخطط الاكتئابي.

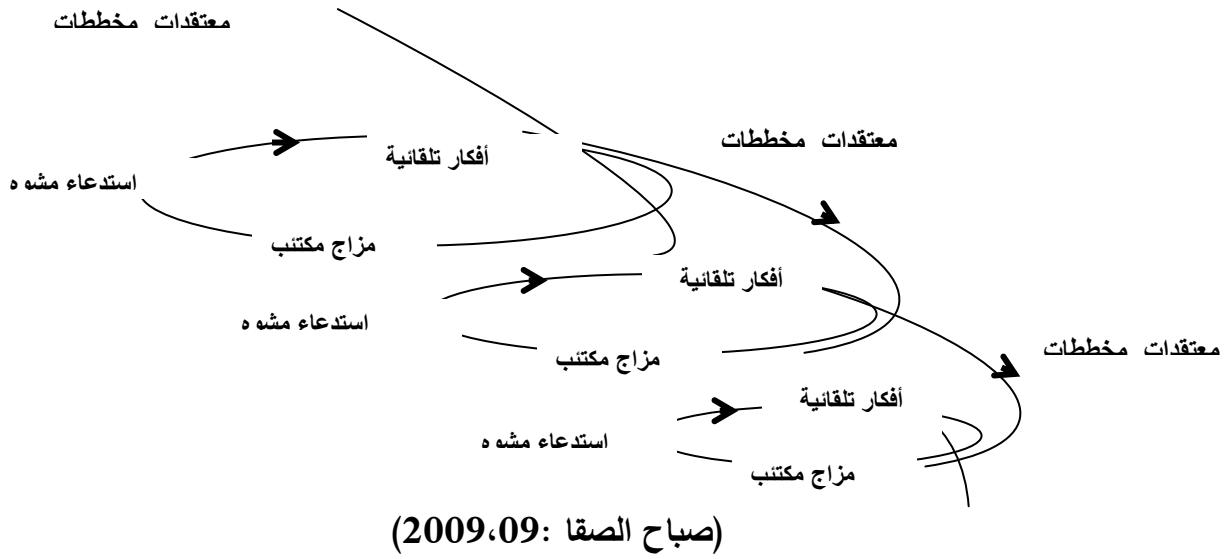
التفكير الاكتئابي:تترجم عياديا بأحداث معرفية التي تكون مجموع هذه التشويهات خاصة التداخل العشوائي أي ينظر الشخص بنمط من التفكير الثنائي إلى الأحداث أو الناس طبقاً لمبدأ الكل أو لا شيء، ليس لديه أي قيمة، ليس لديه ما ينبغي أن يكون لديه، الشخص ينغلق في عدم النشاط و عدم الإنتاج .(برزوان ،2012، ص4)

5- الأسباب النفسية الاجتماعية للاكتئاب:

الاكتئاب هو اضطراب انفعالي يتميز بفقدان تقدير الذات والنظرة التشاؤمية وضياح الامل في المستقبل، بالإضافة الى مشاعر الحزن والذنب ولوم الذات الذي ينتج عن ظروف محزنة وأليمة استجابة لحرمان او خسارة مفاجئة ومن المعروف ان قدرة الانسان على تحمل الاحباط تقل بتكرار المواقف الضاغطة، (الشربيني، 2001، ص40)

هذا وقد تعددت آراء علماء النفس في تفسير أسباب حدوث الاكتئاب، فهناك النظرية البيولوجية والتي ترى أن الخبرات الانفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدماغ ومن ثم فالمشاعر والأفكار والسلوك قد تتغير تبعاً للتغيرات الكيميائية في الدماغ، ويفترض الباحثون أنه في حالة الاكتئاب تكون المواد الكيميائية العصبية مثل: السيروتونين والدوبامين ناقصة في الدماغ، وهذا النقص هو ما يسبب الشعور بالاكتئاب، في حين ترى النظرية التحليلية والتي تعد من أوائل النظريات التي شغلت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه، وعلى رأسها فرويد أن الاكتئاب يحدث نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء بالموت أو الهجر أو الخسارة، فالخبرات الضاغطة الصدمية، التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره، قد تجعله مستهدفاً بشكل أساسي للاكتئاب، بينما تعد النظرية السلوكية أن الاكتئاب ينجم عن تدني مستوى التدعيم الإيجابي وارتفاع مستوى الخبرات السلبية غير السارة، في حين تشير النظرية المعرفية وعلى رأسها بيك **Beck** 1976، أن التشويه المعرفي لدى المكتئبين في خبرات الفشل والنجاح، وتحريف الإدراك والذاكرة، إذ ينخفض نسيان الأحداث السلبية المرتبطة بالتوقعات السلبية وبالشعور بعدم السرور واللذة، ويكثر نسيان الأحداث الإيجابية المتعلقة بالمتعة والسعادة. (دانيا ، الاحمد: 2011، ص771).

6-دورة الاكتئاب:



ثانيا-التغيرات التي تطرأ على ام الطفل المصاب بالسرطان من الناحية النفسية الاجتماعية:

1-تأثير اكتئاب الام على الاسرة والابناء:

يتخلف المناخ الاسري نمط المعيشة داخل الاسرة وما يسود بين افراد من تفاعلات وعلاقات اختلافا شديدا من اسرة الى اسرة،ولعل معاناة احد الوالدين او كليهما من اضطراب نفسي او عقلي مثل الاكتئاب قد يؤثر على المناخ العام لتلك الاسر،ولما كنت نتائج الدراسات تثبت ان النساء هم اكثر عرضة للاصابة بهذا الاضطراب اكثر من غيرهم من الرجال،فان احتمالات اصابة الام تفوق احتمال اصابة الاب،مما يعد امرا خطيرا يهدد سلامة الاسرة،ومايسودها من تفاعلات.

ويقرر هيمن واخرون(1987) ان المناخ الاسري السائد لدى الامهات المكتئبات يختلف بشكل واضح عن المناخ الاسري السائد لدى اسر الامهات السليمات.كما تختلف انماط التفاعلات اللفظية وغير اللفظية السائدة في الاسرة،حيث تبين من خلال ملاحظة البيئة المنزلية للامهات المكتئبات ان المناخ الاسري لديهم كان يتسم بقدر عالي من الاضطرابات والمشكلات الانفعالية،مثل تزايد جو القلق في الاسرة مع سيادة مشاعر العدائية،والسلوكيات البغيضة والمنفرة مما يؤدي الى كثرة المشاحنات والشجارات الاسرية سواء بين الزوجين او بين الابناء او بين الابناء والاباء،نتيجة شعور الام بالياس والحزن والقنوط

وتزايد العدوانية ونوبات الغضب، وكثرة حدوث التهيجات العصبية لديها، وندرة السلوكيات العاطفية التي تعبر عن الفرح والسعادة .

ان اكتئاب الامهات يلقي بضلاله الثقيلة على المناخ الاسري العام، وعلى نمط التفاعلات السائدة لدى الاسرة، كما يتميز هذا المناخ ايضا بقصور العلاقات الاجتماعية مع الاخرين من الاهل والاصدقاء خارج نطاق الاسرة، نظرا لعدم اهتمام الام بالعلاقات الاجتماعية، علاوة على ما تسببه معاناة الام من الاكتئاب من تفضيل الكثير من الاهل والاصدقاء الابتعاد عنها تجنباً للمشاكل، ان المعيشة مع شخص مكتئب قد يمثل عبئا ثقيلا لا يستطيع اي احد تحمله، وخاصة اثناء النوبات الاكتئابية لدى المصاب.
(لموع: 2001، ص ص 73-85).

اما من حيث تاثير اكتئاب الام على الابناء فهو يحدث عن طريق التفاعل الاجتماعي وعبر اليات التنشئة الاجتماعية التي تمارسها الام لتربية الابناء، فهي المصدر الذي يزوده بالعاطفة والرموز التي تعطيه صبغته الانسانية. كما تمكنه من ان يصبح عضوا فاعلا في المجتمع .

ومما لاشك فيه ان الحالة النفسية للام من حيث او المرض تنعكس اثارها بكل وضوح على شخصية الابناء وتكوينهم النفسي، لذا فان معاناة الام بالشعور بالاكتئاب قد يشكل عامل خطورة على الصحة النفسية للابناء، وتجمع اغلبية البحوث والدراسة في مجال الاكتئاب النفسي ان ابناء الام التي تعاني من الاكتئاب هم اكثر عرضة لمخاطر الاكتئاب الوراثي، حيث يعد الاستعداد الوراثي للاكتئاب من احد اهم المؤشرات الدالة والمنبئة بظهور اعراض الاكتئاب لدى الابناء فيما بعد من خلال الانتقال الوراثي ويرى جودمان واخرون (1999) ان هناك مجموعة من الاليات ينتقل من خلالها الاكتئاب من الامهات الى ابنائهم وهي:

- وراثة الاكتئاب

- الميكانيزمات الفطرية والعجز الوظيفي لضبط النشاط العصبي

- التعرض لسلوكيات وادراكات وافكار ومؤشرات سلبية من الام

- البيئة الباعثة على التوتر التي يمضي فيها الاطفال حياتهم. (لموع: 2001، ص ص 76-77).

تختلف المرأة في تركيبها النفسي عن الرجل، حيث ان شخصية المرأة وحياتها بها الكثير من اوجه الخصوصية، واذا تتبعنا حياة المرأة من الطفولة نجد ان البنات اكثر تاثرا بالاضطرابات النفسية مقارنة بالذكور، وفي بداية المراهقة تظهر العديد من العوامل التي تمهد لبناء الاستعداد النفسي للاضطرابات النفسية او العقلية، واذا انتقلنا الى المراحل الاخرى التالية لمرحلة المراهقة فنجد ان المرأة تمر مواقف متعددة بحيث تبدأ بمواجهة المشاكل المتعلقة بالارتباط العاطفي، حيث يعتبر هذا الاخير احد المحطات الهامة في حياتها، ثم تأتي مرحلة التوافق والارتباط الفعلي والانتقال الى الحياة الزوجية.

(الشرييني: 2001، ص 70).

وقد اوردت ميرفت عبد الناصر في كتابها **هموم المرأة**: "ان المرأة اكثر عرضة للاكتئاب من الرجل، واستدللت بان هناك من الدراسات ما وجدت ان هناك عوامل خاصة بالمرأة تكثر او تشجع استعدادها للاصابة به، هما صورة المرأة الضعيفة عن نفسها والتي تعكس الصورة التي يراها الآخرون عنها وتربط اما بانوثتها او بجمالها او بالدور الذي يراه المجتمع الخارجي مناسباً لها. بحيث حصر الوصف الاجتماعي التقليدي للانوثى هو ان تكون سلبية ومستكينة تعتمد على الغير في امورها ولا تستطيع ان تبادر، تثور وتتفعل لاتفه الاسباب وهي بذلك اقل عدوانية وطموحاً من الرجل، والمرأة التي تتمرد على هذا الصفات التي تدعى انثوية فانها تبدو في نظر المجتمع غير عادية ومتشبه بالرجال وتحول السمات الصحية فيها من الاعتماد على النفس والطموح الى مدلولات تشير الى عدم التوازن النفسي". (مرفت: ص 50)

وايضا من السهل القاء اللوم على المرأة في حالة تواجد اي ظروف سلبية في الاسرة فاذا ما كانت هذه الظروف اقتصادية مثلا يكون اسرافها وسوء تصرفها هو السبب، واذا كانت مشاكل متعلقة بالاطفال يكون السبب ايضا في سوء تربيتها... الخ، وهكذا وهذا الاحساس المتراكم بانها مخطئة ايا كانت الظروف يجعل الاحباط حالة مزمنة في حياتها مما يقلل من شأنها ويزيد من اقتناعها بانه لا حيلة لها، وهذا يجعلها في نظر نفسها انها مجرد لعبة في يد الظروف (مرفت، ص 37)

2- الصحة النفسية الاسرية وبناء الاقتدار وحسن الحال:

يمثل الخلو من المرض الحد الأدنى من الصحة النفسية، مما يعرف بحالة السواء العادي او المتوسط، الا ان تحقيق الحالة المثلى من الصحة النفسية للاسرة يتطلب قفزة نوعية تقع مسؤوليتها على

عائق الاسرة ذاتها وكل واحد من اعضائها، ان مشروع ارتقاء الاسرة على مستوى جميع الاصعدة البنيوية والوظيفية والانتمائية، ويمثل مهمتها النمائية الكبرى، ويمثل هذا المشروع في بناء اقتدار الاسرة في محور اول، تحقيق حسن الحال حالها وصولا الى السعادة في محور ثاني، ويقدر ماتجتهد الاسرة في السير في هذا المشروع مزدوج المحاور تبلغ الحالة الفضلى من الصحة النفسية، ولا بد من تكرار القول بانها ليس المسألة ليست مسألة حظوظ توهب، او فرص تقدم عفويا، بل هو مسألة ارادة بناء حياة، ومسؤولية بناء حياة تتصفان بالاقتدار وحسن الحال، ومهما كانت الصعوبات والمعوقات يظل هناك دائما امكانات غير منظورة للعمل والسعي، وتظل هناك طاقات الحياة التي تصر على ان تتحقق (حجازي: 2015، ص 40)

3- بناء الاسرة لاقتدارها الكياني:

يمثل الاقتدار الكياني الوجه النقيض لحالات القصور والاضطراب والعجز، التي اهتم بها علم النفس المرضي تقليديا، ولقد امسى بناء الاسرة لاقتدارها قضية ملحة في العالم الراهن الذي يحكمه قانون القوة في مختلف اصعدة الحياة ومجالاتها ونشاطاتها، وهو يتجلى في الكفاءة الكلية للأسرة وأفرادها التي تتضمن كل منم اللياقة الجسمية (فيما يتجاوز مجرد الصحة الجسمية) ، ويتلازم معها كل من الكفاءة النفسية والاقتدار المعرفي الذي يمثل بطل الساحة راهنا ومستقبلا على الصعيد العالمي، حيث حل محل قوة المال والموارد الاولية، يكمن سر الاقتدار المعرفي في كسر الحدود والقيود امام انطلاق الافكار وتجاوز الروتيني والمألوف في الفكر و الممارسات والتعامل، مما يتم داخل الاسرة بادئ ذي بدء في نوعية علاقتها وتفاعلاتها وتوجهاتها، وتتلازم معها الجدارة المهنية التي تمثل جواز العبور المضمون والأكيد الى الاهلية الاجتماعية من خلال الجودة والإتقان، وهي بدورها تضع اسسها في الاسرة من خلال تربية الجهد البناء وتمثل معيار الاتقان في العمل، هنا تكون الاسرة بصدد بناء الجدارة التي تكملها المدرسة فيما بعد، ويتم ذلك الكفاءة الاجتماعية ورسوخ الهوية والانتماء ، والحصانة الخلقية للأسرة وأفرادها تمثل احد اهم مقومات الاقتدار في علم الانكشاف وآفاق العولمة، ولا تبني الحصانة الخلقية من خلال التحريم والتجريم والتأنيب التي تقيد الطاقات الحية، وانما هي تقوم على اساس مقومات الصحة النفسية الفضلى ومقومات الاقتدار، ولقد اصبح معروفا ان الزواجر والروادع وحرب التخويف لا تشكل حصانة خلقية، اذ سرعان ما تتهاوى امام مختلف المغريات وتقاوم الحاجات، حين تتراخى هذه الزواجر والروادع، على الاسرة ان تتمتع بحصانة ذاتية وان تنمي هذه الحصانة لدى الابناء، بما يمكنهم في الانطلاق في امان في

خوض غمار الحياة الراهنة وتحدياتها وخطارها المتزايدة، وهكذا فإن بناء الأسرة لاقتدارها هو بناء هوية متينة لذاتها تمكنها من الانفتاح الوثاق على الحياة.

والاقتدار هو مرادف للتمكين الشامل في معناه الواسع، حيث يمسك الانسان بزمام مصيره، ويصنع نستقبله ويفرض مكانته، ودوره في الوجود وصولا الى حالة تحقيق حسن الحال، وهو ليست مجرد سمات وخصائص تتوفر لدى فئة من الناس ولا تتوفر في اخرى، بل هو عملية تبنى من خلال اطر اجتماعية وبيئة وسياقات ملائمة، انه ليس معطى ثابت مستقر وانما هو رهن بالتكيف والمرونة التكيفية للأسرة، والتي في اقصاها فيما يطلق عليه "اللياقة التكيفية"، حيث تتمكن الأسرة من تمكين طاقاتها وفرصها.

ويرتبط بناء الأسرة الاقتداري بشبكة علاقاتها المنمية مع الناس الاخرين، وروابطها الاجتماعية، وبحثها عن الروابط والسياقات الاجتماعية المسيرة، ان تغيير معطيات البيئة وشبكة العلاقات من خلال الايجابي منها والاحترار من السلبي، يشكل احد اوجه بناء الاقتدار، كيف تقتش عن مواقع ميسرة وتتعاون مع اناس واسر ذي مهارات ووصفات ايجابية؟ كما ان الفشل في وضعية او علاقات ليس مطلقا كذلك هو الحال مع النجاح، على الأسرة ان تكتشف السياقات التي توفر فرص اطلاق طاقاتها الحية وتوظيف مهاراتها وتثمين فرصها مما يساعدها على بناء اقتدارها، بلاد من التركيز على ماهو موجود منها فقط، على الأسرة ان توسع نطاق مجال جدارتها وكفائتها (بناء اقتدارها)، مما يمنحها فرصا تكيفية اكبر تهئ السبيل امام المزيد من بناء الاقتدار، وصولا الى كسر حواجز الجمود والرتابة، ونسف ماكان يعتبر قدرا مفروضا لامجال لتجاوزه.

بالطبع فان تحديات البيئة قد تكون مقيدة او ميسرة لبناء الاقتدار، حتى في هذه الحالة فان قدرة الأسرة على المجابهة والمثابرة في وجه الظروف الصعبة والعثرات سيجعلها تنمو تدريجيا، بقدر نجاحها في تزويد ذاتها بوسائل المجابهة والمثابرة، وينمو الاقتدار بقدر تمكن الأسرة في التعامل مع التحديات الهامة، فهذه التحديات والظفر في التعامل معها يمثل متطلبا سابقا لتمنيه الاقتدار وبعض خصائصه مثل: الثقة في النفس، ابتداع الحلول، القدرة على التراجع والانكفاء ازاء الوضعيات مسدودة الافاق وعديمة المخارج، اذ تتحول المكابرة عنصر ضعف تدخل الأسرة في مأزق بسبب تدني الحس الواقعي، اذ تتطلب ظرف الحياة احيانا شجاعة التخلي والانسحاب التي تدل على الفطنة في التوجه الذاتي.

الظن هو من يعرف متى ينسحب في المكان والزمان المناسبين، مما يشكل حفاظاً على الطاقات وصيانتها، من الهدر في مساعٍ مسدودة، يحدث المازق الفعلية الذي يلقي بالأسرة في حالة العجز الفعلي حين يتعذر الوصول إلى هدف معين، ويتعذر التخلي عنه في الآن عينه، ويكمن الحل في حالة الانسحاب والتخلي في استبدال وسائل الوصول، مما يدل على الاقتدار في الممارسة، فإذا غلق باب يمكن التفتيش على أبواب أخرى يمكن أن تفتح (حجازي: 2015، صص 94-95)

4- الوظيفة النفسية للأسرة :

ويكمن إجمالها فيما يلي :

توفير الدعم النفسي للأبناء وذلك بمراعاة مرحلتي الولادة والإنجاب وخصوصية احتياجات كل مرحلة، إذ وعلى سبيل المثال لا الحصر، أثبت العلم الحديث أن الجنين في رحم أمه يتأثر بالكثير من المثيرات التي تؤثر على سلوكياته فيما بعد، فالعلاقة الزوجية بين الزوج وزوجته أثناء مرحلة الحمل لها أثرها العميق في التكوين العصبي لدى الطفل وهنا يوصي علماء النفس والبيولوجيا بضرورة إعطاء رعاية خاصة للزوجة الحامل في هذه المرحلة.

ولا يتوقف هذا الجانب هنا فحسب، بل حتى خلال سنوات الإنجاب الأولى أين تزداد أهمية الرعاية النفسية للأبناء في هذه المرحلة من عطف وحنان وتغذية روح الانتماء الوجداني لديهم، ولن يتأت ذلك إلا بخلق ثقافة حوار بناء وإيجابي مع الأبناء.

5- الوظيفة الاجتماعية للأسرة :

لقد فطر الله عز وجل الناس على حب أولادهم قال تعالى : (أَلْمَالُ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَالْبَاقِيَاتُ الصَّالِحَاتُ خَيْرٌ عِنْدَ رَبِّكَ ثَوَابًا وَخَيْرٌ أَمْلاً) (سورة الكهف الآية 46).

من هذا المنطلق تأتي الوظيفة الاجتماعية لتكون حلقة من سلسلة المراحل القبلية للتنشئة وهنا تجدر الإشارة إلى أن الأبناء يحتاجون إلى نوعين من الرعاية (مادية) كالتغذية و(روحية) كالحنان والعطف، كما ذكرنا سابقاً، وفيما يتعلق بجانب التغذية لدى الطفل فقد أكد الله سبحانه وتعالى على هذا

في قوله : (وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ) (سورة البقرة، الآية 233).

وتجدر الإشارة هنا أن العلم الحديث قد أثبت أن الأبناء الذين يرضعون رضاعة طبيعية (حليب الأم) سيتمتعون بصحة جسمية ونفسية وروحية جيدة، بينما الذين يعتمدون في تغذيتهم على بدائل أخرى (حليب اصطناعي، أنواع العصير... الخ) سيكونون أكثر عرضة للأمراض المختلفة هم وأمهاتهم، إلا أن الملاحظ في واقعنا المعيش لاسيما عند الزيجات حديثي العهد فإن هناك إهمال لجانب التغذية الطبيعية، وهذا تحت مبررات لا مبرر لها كالحفاظ على جمال المرأة وصحتها... فأصبح يقدم بدائل غذائية لأطفالهن، وهذا ما انعكس سلبا على صحة وسلامة الأبناء .

وفي هذا المجال فقد دعا الإسلام إلى إيجاد وسط مستقر ينشأ فيه الأبناء بعيدا عن الضغوط النفسية والاجتماعية ، قال ﷺ : "خيركم خيركم لأهله وأنا خيركم لأهلي". اخرج الترميذي.

هذا وقد أكد علماء التربية أن هناك مراحل أساسية للتنشئة الاجتماعية المثلى للأبناء، إذ أن المرحلة الأولى البيولوجية (اصطلح عليها بالمرحلة الطبيعية)، ثم مرحلة التنشئة الاجتماعية الثقافية، ثم أهم مرحلة وهي مرحلة الطفل المبدع، أي الطفل إطار الغد وما يؤديه تجاه أسرته ووطنه وإنسانيته. (عيسات :2008 ، ص160).

6- كيف تساعد الاسرة على شفاء المريض:

ان الجانب الهام لاي ثقافة اسرية هو استراتيجية العلاج الذاتي المستعملة حينما يمرض الناس، حيث يتم التعرف على المرض وتسميته ثم علاجه بواسطة الامهات والجدات، بالتالي فان اشكال العلاج الذاتي تعد ادوارا حقيقية في ثقافة الاسرة ولها تاثير قوي على صحة الجماعة.

ويمكن تضمين الثقافة الاسرية كنظم متغيرة في الرعاية الصحية، من خلال توسيع واثراء ممارسة العلاج العائلي مع الاخذ في عين الاعتبار السياق الايكولوجي والاجتماعي الاوسع، فقد نجح العلاج العائلي في دمج جوانب من العلوم الاجتماعية والسلوكية كما انتقل من نموذج علاجي ثنائي(علاقة مريض-طبيب) الى نظم عائلية لنموذج الرعاية الصحية(علاقة بين اسرة -مريض -طبيب) (خليل:2006 ، صص 154-155).

ثالثاً-العلاج النفسي عند بيك في ضوء بعض المتغيرات النفسية و الاجتماعية:

1- العلاج المعرفي عند بيك:

ويعرف آرون بيك (Aaron T. Beck) العلاج المعرفي الذي يركز على مبادئ النظرية المعرفية، بأنه اتجاه مباشر مبني على إعمال العقل في تصور العالم من حول الفرد، مما يوجه سلوكه، وفيه يساعد المسترشد المرشد على تنظيم طريقة تفكيره وسلوكه للتكيف مع متطلبات الحياة اليومية، وذلك بتحديد الأفكار الخاطئة وتصحيحها، وهو علاج نشط، قصير الوقت، ويركز على المشكلات في الوقت الحاضر هنا والآن.

يسعى العلاج المعرفي الى تعديل السلوك والانفعالات والادراكات باستخدام نهج معين في العلاج موجه نحو هدف محدد باشتراك كل من العمل والمعالج. (p6، Mélanie Joannis)

ويستخدم العلاج المعرفي في العلاج الفردي، والجمعي، والعائلي، وإرشاد الأطفال والمراهقين وبالبالغين، ويركز العلاج المعرفي على الخبرات الداخلية للفرد كالأفكار والمشاعر، والاتجاهات، والأحلام ويتم دائماً إجراء عمليات معرفية لفهم الأحداث الداخلية والخارجية ثم الاستجابة لها بمشاعر ينتج عنها سلوك، وقد يتم إعادة تقييم لهذه العمليات المعرفية وتغيير المشاعر والسلوك بناء على التقييم الجديد. فالأحداث الخارجية ، والمثيرات الداخلية تؤثر في بنية خبرات الفرد وتقود إلى التنوع في الإدراكات وهذا هو المبدأ الأساسي للعلاج المعرفي أي طريقة إدراك الفرد للأحداث في الواقع تؤثر على طريقة شعوره وتصرفه نحوها.

لذا فإنه يتم مناقشة الأفكار واختبارها تبعا للمنطق، ولمدى صلاحيتها وتوافقها مع السلوك الإيجابي، والابتعاد عن السلوك المرضي. (أبوسعيد ، 2011، ص4)

يقدم بيك (Beak 1976) العلاج المعرفي على أنه مجموعة من الأسس والمبادئ التي تؤثر في السلوك حيث أن:

- 1- العوامل المعرفية (التفكير والتخيل والتذكر) لها علاقة بالسلوك المضطرب وظيفياً. (المخططات المعرفية تمثل المعتقدات الحتمية التي يكونها الفرد على عن نفسه وعلى العالم. ،فيتمثل المواضيع في ذاته بشكل منظم ولاكن بمحتوى مشوه (وفقا لتجربة سابقة الموضوع) متسببة في تشوهات منهجية البناء العقلي جديد للاحداث الحالية.(Christine MIRABEL-SARRONM.p22)
- 2- تعديل هذه العوامل يعد شرطاً أساسياً حتى يحدث أى تغيير فى السلوك، إذن فالسلوك المضطرب ناتج عن نماذج تفكير مشوه تم الابقاء عليه مؤكداً أن هناك ثلاثة مفاهيم أساسية هي: الأحداث المعرفية Cognitive Events، والعمليات المعرفية Cognitive Processes، والأبنية المعرفية Cognitive Structures .

ويوضح (مليكة، 1994) العلاج المعرفى-السلوكى بأنه أحد مناهج العلاج النفسى، الذى يهدف إلى تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير فى عمليات التفكير لدى الشخص، عن طريق التدريب على مهارات المواجهة والتحكم فى القلق، والتحصين ضد الضغوط، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على التعلم الذاتى، ويحدث التعديل السلوكى من خلال تغيير المعارف (الاتجاهات، والأفكار، ومفهوم الذات). (فؤاد،ص7)

يقول ماري - كريستين ميرابيل - سارون ان العلاج المعرفي السلوكي من انجح العلاجات لمواجهة الاكتئاب،وتكمن فعاليته في كونه علاج متطور ومواكب لتطورات المجتمع وتطورات المعرفة العلمية والتكنولوجيا الحديثة،وبالتالي هذا التغيير سيجعل من نتائج فنيات التدخل العلاجي المعرفي تساعد الاشخاص المكتئبين بشكل افضل.وذلك من خلال اتباع الخطوات التالية:

-عرض النموذج المعرفي (عاطفة-السلوك)

-تعريف وتحديد الأفكار التلقائية السلبية

-تحديد العمليات المعرفية

-البدء في تقنية التخطيط للإجراءات.(Christine MIRABEL-SARRONM.p22)

1-2 مبادئ لعلاج المعرفي:

a. ذكرت جوديث بيك مجموعة من المبادئ الاساسية للعلاج المعرفي ستوجزها في النقاط

التالية:

2- أن العلاج المعرفي يبني أساساً على التقييم المتنامى والمستمر للحالة ومشاكلها في صيغة مصطلحات معرفية.

3- يتطلب العلاج النفسي تحال علاجي سليم بين المعالج والمتعالج

4- التاكيد على شرط المشاركة الفعالة والتعاون حيث يرون ان العلاج عبارة عن نشاط جماعي.

5- العلاج المعرفي علاج ذو هدف واضح ومتمركز حول مشكلة ما.

6- يركز العلاج المعرفي على الحاضر ويتضمن تركيزاً قويا على المشاكل الانية والمواقف التي تؤلمهم.

7- العلاج المعرفي علاج تعليمي في الاساس اذا يسعى الى تعليم المريض كيف يكون معالج لنفسه.

8- العلاج المعرفي محدد بزمان اذ ان اغلب مرضى الاكتئاب البسيط يتطلب علاجهم من 4 الى 14 جلسة.

9- العلاج المعرفي يستخدم تقنيات وطرقاً مختلفة لكي يثير التفكير والمزاج والسلوك.

10- جلسات العلاج المعرفي مقننة، فمهما كان التشخيص او المرحلة العلاجية فان العلاج المعرفي

مقيد ببنية ثابتة في كل جلسة. (جوديث، 2007، صص 23-30)

تکمن فعالية العلاج المعرفي في كونه:

-منظم

-موجه نحو المشكلة وهدفه

-يعلم استراتيجيات وتطوير المهارات التي قد أثبتت نفسها

يؤكد على أهمية إقامة علاقة صحية تقوم على التعاون بين المعالج والعميل

(Christine MIRABEL.p22)

2- المتغيرات النفسية الاجتماعية المساندة للعلاج المعرفي لبيك:

2-1 التصورات النفسية للمرض:

ان مهمة علم النفس الاجتماعي هي التصورات الجماعية و دراسة مسمياتها و ارتباطها و تمايزها، لكن إلى وقت قريب لم تجد أمنية دوركايم صدى عند الباحثين، إذ أهمل المصطلح لفترة من الزمن إلى أن جدد موسكوفيتشي 1961 تحليلها وألح على خصوصية الظواهر التصويرية في المجتمعات المعاصرة و اعتبر أن مصطلح التصور الجماعي يختلف جذريا عن التصور الفردي، فهو يهدف إلى فهم وتحليل كيف يمكن للمعرفة أن تحول و تغير المجتمع بتكيفها عن طريق " الحس المشترك وقد أعطى موسكوفيتشي أهمية بالغة لنشأة التصورات وانتقالها من المستوى الفردي إلى المستوى الجماعي فيقول: " يجب الأخذ بعين الاعتبار التنوع الأصلي سواء عند الفرد أو الجماعة بالتأكيد على حتمية الاتصال الذي يسمح بتجمع و تلاقي الأفراد و مشاعرنا بحيث أن كل ما هو فردي يمكن أن يصبح جماعي و العكس صحيح و أصبح التصور في العلوم المعرفية الحديثة عبارة عن سيرورات، قواعد و إنتاجات تستثار بالعقل الفردي، تعرض هذه التصورات كبناء يعكس الحقيقة، أين دينامية التصور على الجدلية تعرف كفعل اجتماعي".

و يؤكد هيغل المتواصلة بين النشاط العقلاني و الخصائص المختلفة لمواضيع العالم التي لا يتجلى نتائجها في تجريدات تصويرية مجمدة و إنما في بناءات عقلية ناشطة مشحونة على الدوام بدلالات جديدة، هذه النظرة للنشاط التصويري جرى توسيعها بصورة خاصة في نظرة فأعطي بذلك أولوية بالغة لما هو اجتماعي على الفعل القسدي لهوسرل ما هو فردي و ظهر بذلك مصطلح التصورات الاجتماعية اجتهد الباحثون في إيضاحه و سنتناول أهم رواد هذا المجال النفسي و الاجتماعي.

(خلايفية: 2012، ص30)

ولكن طريقته، وعلى ذهنه في بيئته من الأشياء بناء الفرد يعيد إذ عقلي، بناء هو اجتماعي تصور كل خصوصية التصور الاجتماعي هو تأثره بالظروف الاجتماعية التي يتبلور فيها، وكما ذكرنا سابقا فإن التصورات تتأثر بخصائص كل من الشخص المتصور والموضوع المتصور اللذين بدورهما يتأثران بالأفكار والقيم والإيديولوجيات والمعايير الاجتماعية التي يتم اكتسابها عن طريق الاتصال بالآخرين، وباختصار أنها خصائص اجتماعية مشتركة بين عدة أفراد.

ويرى موسكوفيسي أن التصور الاجتماعي هو مفهوم مشترك يقع بين ما هو نفسي وما هو اجتماعي، بين ما هو فردي وما جماعي، فهو ليس نشاطا نفسيا بحتا وليس صنفا من أصناف التفكير الاجتماعي، إنه الاثنان معا كوجهين لعملة واحدة.

إن التصور هو نمط معرفي خاص يكون فيه الشخص هو الذي يبني الموضوع المتصور ويعيد تشكيل حقيقة ذلك الموضوع هذا من جهة، ومن جهة ثانية فإن التصور هو عملية وإنتاج اجتماعيين فعلية بناء التصور تتم أثناء التفاعل والتبادل والاتصال الاجتماعي، فالنشاط المعرفي للفرد يعطي له طابع اجتماعي، وهذا التطبيع هو الذي يضمن التنظيم الاجتماعي للمعرفة. (خلايفية: 2012، ص 15) كما يعتبر الفرد المتصور إنتاجا معرفيا، تمت تربيته وتكوينه وفقا لمعايير وقيم جماعة الانتماء أو الوسط والمجتمع، وعليه فإن الطابع الاجتماعي للتصورات يصبح أمرا مفروغا منه أثناء التفاعلات الاجتماعية بين الأفراد وأثناء التطبيع الاجتماعي للتفكير، فالتصورات هي نتاج علاقات اجتماعية، وهي ناقلة لقيم وثقافة المجتمع بواسطة اللغة. (الجموعي: 2014، ص ص 172-173)

أن التصورات الاجتماعية تركز على دراسة السلوك الموضوعي للإنسان، وهذا السلوك هو الذي يستطيع الإنسان أن يلاحظه ويقبسه أيضا، وبالتالي فهي تنفي نفيًا قاطعا وترفض التأمل الداخلي أو ما يعرف بالاستبطان، حتى أن أحد أبرز زعماء هذه المدرسة كالعالم واطسون الذي كان يهدف إلى الوصول بعلم النفس إلى مصاف العلوم الطبيعية التي تعتمد على الملاحظة الموضوعية والتي بدورها تخضع إلى معيار التجريب والقياس، ناهيك عن أنه رفع شعار التخلص من لم يكن المفاهيم الغيبية التي تعلق بها النفس كالشعور والوجدان والإدراك... هذا يعني أن يؤمن بالاستجابات الكامنة الضمنية المعرفية، ورغم أن المدرسة السلوكية قد هيمنت ولفترة طويلة من الزمن إلا أن مفهوم التصور الاجتماعي سرعان ما عاد إلى الوجود كأحد أهم مباحث علم النفس الاجتماعي، كما لا ننسى أن من بين الأسباب التي عرقلت مسار تطور التصور الاجتماعي سيطرة النموذج الماركسي الذي يؤمن بأن إنتاج الأفكار والتصورات يرتبط بالنشاط المادي للناس. (شين، 2015، ص 65)

ان التصورات الاجتماعية للمرض تنتظر إلى بداية المرض الاجتماعي يخص الجميع، كما أنها تبحث في تاريخ الفرد والأسرة، وهي تأتي من المعلومات المستقاة من الجسم الاجتماعي وهذه المعلومات هي معلومات علمية أو علمانية سواء كانت حقائق أو قصص من معايير وقيم، فهي توجه أنماط السلوك والمواقف والمعايير والقيم لمواجهة هذا المرض، وهو بالتالي يشكل مشكلة فردية ومشكلة اجتماعية.

فكما ورد لدى هارزليش **Herzlich 9191** في "مقدمة لتحليل التمثيل الاجتماعي للصحة والمرض" درس فيها التصورات أو التمثيلات الاجتماعية للصحة والمرض من خلال مجموعة من القيم والمعايير الاجتماعية، التي تحدد وتضع نموذجاً منطقياً ونفسياً للمرض، كما تحدد معنى للمرض حتى و ان كانت هذه الصورة غير حقيقية أو علمية، ولكن هذه المعارف المتمثلة في تصور أو تمثل المرض تشكل السلوك.

وترتكز دراسة التصورات الاجتماعية خاصة في الدراسات الأنثروبولوجيا الطبية، فعلى الرغم من الاختلاف في المصطلحات وصعوبة تحديدها من قبل المدارس المختلفة إلا أنها تنصب في نفس الدائرة، أين يمكن فهم المرض والمعاناة البشرية ومدى التهديدات الشخصية والاجتماعية التي يشكلها المرض، وكيف يمكن فهم هذا كله في إطار متطلبات الممارسة الطبية كما يمكن اعتبار التصورات الاجتماعية للمرض باعتبارها خدعة أو نماذج معرفية، أو أشكال التعبير الاجتماعية والثقافية التي يحدد المجتمع معنى لها.

كما أكد المفكرون المختصون بالدراسات الاجتماعية الأنثروبولوجية المختلفة الخاصة بالصحة والمرض أن لكل مجتمع من المجتمعات نمط خاص به من الثقافة، لذا نجد أن تعريف المرض يختلف من مجتمع لآخر حسب نمطه الثقافي، وأي تطور اجتماعي في هذا المجتمع إنما يعني في التصور الثقافي للمرض، فمثلاً في المجتمعات القديمة كانوا يعرفون المرض بأنه قوى وروح شريرة تهاجم الشخص وتسكن داخل جسمه وتسبب له الألم وربما الموت، أما في القرون الوسطى فكان يعرف المرض على أنه عقاب للإنسان نتيجة ارتكابه إثم من الآثام، وأن العناية بالمرض في هذه الحالة تكون عن طريق الابتهاالات الدينية وذلك لشفاء المريض، أما اليوم فالمرض يعرف بأنه حالة من المعاناة، والتعريف العلمي: يرى أن المرض هو ألم بيولوجي غير طبيعي أو اضطراب عقلي، بسبب أعراض معينة تظهر على الإنسان، ويتطلب نوع معين من الرعاية (فيروز: 2014، ص ص 90-91)

تعود كلمة السرطان إلى زمن بعيد فهي ذات معنى عام، نشأت على ممر القرون تحمل في بعض الأحيان عدداً كبيراً من الأخطاء وبدون معنى.

ومن هذه المفاهيم الخاطئة التي تواصلت شفها من الآباء إلى الأبناء وهي كلمة دائماً مرادفة بدون شك للموت. إنَّها مفاهيم مملوءة بالرعب والقلق موجودة على مستوى قاعدة الاعتقادات الشعبية حول السرطان.

إذا حاولنا تحديد ما هي الاعتقادات الرئيسية التي ترأس هذا الخوف الكبير أمكن لنا قبول المقولة الشعبية القائلة بأنّ المرض واحد لكن أوجهه متعددة.

مرض يمس جميع الأعضاء وفي أي مكان هذا الإجماع يكسب لوحده دلالة شريرة غير موجودة في بعض الأمراض، زيادة على ذلك يملك هذا المرض خاصية متناقضة ما أنّه ينشأ من تكاثر الخلايا في نفس الوقت تتحطم.

مدرك بأنّه مرض يخرب ويقطع مثل السرطان، في المخيال الشعبي تكون هذا الرمز الذي يمثل فكرة الوحش الذي لا يهزم وقادر على التنقل في أي مكان وإرسال خلاياه إلى أبعد مكان في جسمنا وهذا بدون أن نشك في ذلك. ندرکه عادة بذلك المرض الذي يطور جذوره بعمق ولا يتركه إلاّ بعد أن يكون سببا في نقله من هذا العالم. زيادة على مختلف هذه الاعتقادات تظهر المشاكل الصحية والآلام الكبيرة التي تدعم هذه النظرة الكبيرة من الرعب.

إذا كانت أسطورة السرطان تجد الظروف المساعدة لها قرب الأشخاص الأكثر قلقا، العادات والتقاليد داخل إطار المخيال الشعبي تكون عادة عاملا مساعدا لتثبيت هذه الصورة عن هذا المرض، إضافة إلى تتابع الصمت وعدم الخوض فيه والنعوت المرافقة له تأتي لتدعيم هذا القلق والجهل الكبير المرافق لهذا المرض عامل إضافي آخر لاعتقادات أكثر حماقة.

إنّ تعدد الاعتقادات التي منها ما هو متعارض مع الواقع والبعض منها صعب التحقيق أو ليس لها أساس من الصحة، كل هذا في ظل غياب تحليل موضوعي.

التخمينات الأولى تبدو أنّها ناتجة من وصمة العار التي تلاحق المصاب بهذا المرض زيادة القلق بدل العقل، وفي العديد من الحالات الجانب الإحساسي يحجب شكلا من التفكير واللامبالاة تدعم الخوف من الموت بإدراكها المخرج الوحيد المتصور. (جمال:2014، ص ص 76-77)

2-2- تصور الامهات للمرض:

يعتبر السرطان من أكثر الامراض رهبة ووقعا في نفوس الناس إذ أنه غالبا ما يرتبط هذا المرض في أذهان الناس مع الموت المحتم والمعاناة الشديدة.

ومع أن كثيرا من حالات السرطان تشفى شفاء تاماً ولكن هذا الشفاء لا يتم بدون معاناة أو بدون تأثيرات جانبية من المرض أو العلاج سواء على الصعيد النفسي أو الجسدي أو الاجتماعي أو المادي.

(جازية:ص2)

ان التصورات الاجتماعية للصحة والمرض يفيدنا في وضع استراتيجية شاملة من اجل نشر ثقافة صحية، واستبدال السلوكيات المفضية للاصابة بالمرض بسلوكيات صحية، وفي هذا الصدد اشارت وزارة الصحة الامريكية ان نسبة الوفيات تعود الى مخاطر تعود اساسا بالسلوك.

ان المعلومات العامة حول الصحة والمرض، اذا لم يتم التأثير على نوعيتها، قد تصبح مضللة وتشكل كوابح ثقافية تحول دون الاستفادة من الخدمات الصحية، وتصبح من مهنة العاملين والممارسين بالصحة، الذين عليهم تكيف تعاملهم مع المرضى بناء على التصورات الاجتماعية السائدة (بومدين: 2005، ص45)

فالانتماء الثقافي هو الذي يعطي الفرد الاطار الذي يتم من خلاله تفسير كل الظواهر التي تمس الجسم بشكل خاص المرض واعراضه.

ان الثقافة تتمط استجابات افرادها اتجاه الصحة والمرض، فالذي يثير خوف وقلق البعض في ثقافة ما قد لا يلقي له بال في ثقافة اخرى، فالمريض قد يبني نموذجا تفسيريا في بعض جوانبه بناء فردي، ولاكن هذا البناء التفسيري قد يكون في الغاب منغرسا بعمق داخل الثقافة التي ينتمي اليها الفرد، وهو ما اسماه الباحثون شبكة معاني المرض.

فكل مجتمع اذا يدرك الصحة والمرض وفقا لقيمه وعاداته التي تحدها الثقافة، حتى ان بعض الدراسات ذهبت للقول ان كل ثقافة تنتج مرضاها، ولما كان التصور الاجتماعي لطبيعة المرض واسبابه هو الذي يحدد سلوك الناس في كيفية علاجه او الوقاية منه (بومدين: 2005، ص224)

اذ ان هناك اختلافات ثقافية ثابتة في سرعة تمييز الاعراض ونوعيتها، ففي دراسة اجريت للمقارنة بين الانجليز والمكسيك (Burnman.timbers.hough1984)، تبين ان الانجليز يميلون بدرجة اكبر الى الافادة بعدم تعرضهم الى تكرار الاعراض على عكس المكسيكيين، ان الاختلافات الثقافية في الشعور بالاعراض والاقرار بوجودها عرفت منذ القدم، ولالكن الاسباب التي تكمن وراء هذه الفروقات ليست معروفة مفهومة الى حد ذلك بشكل كامل.

وتؤثر الفروقات في الانتباه في الاحساس بالاعراض، فالأفراد الذين يركزون على انفسهم (اجسامهم وانفعالاتهم، وردود افعالهم بشكل عام)، يكونون اسرع في ملاحظة الاعراض، من اولئك الذي يوجهون انتباههم الى البيئة الخارجية المحيطة بهم، والى مايقومون به من نشاط، وبذلك فان الافراد الذين يؤديون وظائف مملة، ومعزولون اجتماعيا، وملزمون بالبقاء في بيوتهم، او يعيشون لوحدهم، اكثر ميلا لان يفيدوا بوجود عدد اكبر من العيوب الجسمية لديهم من اولئك الذين يعملون في وظائف ممتعة.

(تايلر، 2008، ص 403).

2-3 تصورات السرطان في الجزائر:

كما توصل مصطفى معاوي 2009 في بحث استقصائي حول التصورات المرتبطة بالسرطان في الجزائر الى انه يتم تسمية السرطان في العائلات الجزائرية خنزير (KHENZIR)، والتي تم توارثها من الحقبة الاستعمارية، اذ شبهوها بالوجهة الصوتية بكلمة (CANCER)، وفيه اشارة لرفضه كما يرفض الخنزير لانه حيوان محرم في الشريعة الاسلامية، فمماثلة السرطان بحيوان مشين وشنيع تحول المريض الى شخص منحرف، وهو ما ادى الى العديد من النساء والرجال الى اخفاء اصابتهم بالسرطان وخاصة عند الاصابة في المناطق الجنسية. اين ياخذ المرض معنى في اطار هذه المعتقدات.

وبالرغم من تعدد التسميات التي يطلق الفرد الجزائري على المرض فكل ذلك لا يؤثر بقدر الرمزية التي يحملها ذلك المسمى، وما تحركه من تداعيات اجتماعية حوله، وان تلك النظرة السلبية المتوارثة اجتماعيا حول تبعث في المريض واسرته مشاعر الذنب والقلق والحزن والقلق والحصر... الخ (حافري: 2014، ص 193).

وعليه نلاحظ أن الصورة الحالية لمفهوم السرطان تبقى مهيمنة على المجال المعرفي، مرتبط كذلك بالتمثلات التي تصنفه في سجل المعاناة والموت.

إن تمثلات السرطان ليست ثقافية فقط وإنما اجتماعية أيضا حيث يقول الباحث أن الصور المرتبطة بالسرطان كالمعاناة والتدهور الفيزيولوجي يشكل قاعدة أساسية لتكوين علامة خاصة بهم لأن مظهر المرض يؤدي إلى الانفراد الانعزال وإلى بصمه بوسمة عار. نحن لسنا كالأخرين، لسنا كأصحاء نحن من لا يرغب الناس في رؤيتهم، نحن نخيفهم، لأن المظاهر الفيزيولوجية للمرض تذكر دوما بوضعية الموت، وعليه نتساءل هنا كذلك على التأثير القوي لهذه الاعتقادات على معاش المريض وعلى اختياراته

العلاجية التي قد تساهم في المحافظة على الإحساس بالذنب أم بالمسؤولية اتجاه مرضى لا يستطيعون الحفاظ على روح دفاعية أو موقف إيجابي اتجاه المرض لأنهم يعتبرون أن المحضوضين هم فقط الذين يتمكنون من النجاح. أضف إلى ذلك أن التقييم الزائد لقدرات الأفعال المراقبة الشخصية قد تكون سلبية بحيث لا يمكن التقليل من التعبير عن معاناة المريض إلى تركيبة اجتماعية وإنما نؤكد على أن هذه المعاناة تظهر حينما يتعامل المريض مع معاشه الشخصي اتجاه مرضه والنماذج الاجتماعية للمرض، قد يؤدي الخيال الاجتماعي للسرطان وتمثلاته إلى تكوين خزان لاستقبال الأحكام المهيأة، والتي تساعد على التدهور أو التعامل مع المعاناة الخاصة بالمريض (شدمي: 2014، ص ص 61-62)

3- العادات والتقاليد ودورها في اختيار نوعية العلاج:

يرى المختصون في مجال طب الأسرة والمجتمع انه لكي يمارس طبيب الأسرة والمجتمع عمله بنجاح فان معرفته بالعادات والتقاليد امر لازم، وقد ادى ذلك الى نشوء تخصص جديد يعرف اليوم في الادب الطبي باسم "الانثروبولوجيا الطبية"، وهو تخصص يعني باثر العادات والتقاليد على الصحة عموماً (الشاذلي وآخرون: ص 149)، فلا بد اذا بذل مجهود لمعرفة ودراسة العادات والتقاليد وفهم الثقافة المميزة للمجوعات السكانية.

ففي احدى الرحلات البحثية للكاتب سال المعاون الصحي عن ما اذا كانت الحصبة منشرة في المنطقة، فاجاب بانها تكاد تكون منعدمة، اذا ليس في سجله سوى بضع حالات، وعند زيارة بعض البيوت في القرية اتضح ان الحصبة منتشرة بشكل وبائي، والسبب في خلو سجل المعاون الصحي من الحالات، ان الحصبة من الامراض التي لا يذهب بها الاهالي الى المعاون الصحي أو الى المستشفى، فهي من الامراض التي يدور حولها الكثير من الاعتقاد في المسببات والعلاج، فالأطفال المصابون لا يلامسون الماء ولا يخرجون في ضوء الشمس، ويموت الغالبية العظمى من حدة المرض وضعف المقاومة، من غير ان يعرف المعاون الصحي للباحث عن الوفيات، وذلك مرده اساسا لجهله بالعادات المحلية لتلك المنطقة، والامثلة كثيرة في البلاد العربية.

4- اقبال حالات الدراسة على العلاج البديل على حساب الطب الرسمي:

منذ العصور القديمة الى يومنا هذا اصبح الطب له خاصة تضمن الاستمرارية، والتطور واصبح ينافس الطب الرسمي، رغم التحولات والتغيرات الطارئة على المجتمع، الا ان التصورات الاجتماعية مازالت

تتقاسمها القضايا الغيبية والموضوعية، وهذا راجع الى العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، دون اغفال اهمية الاوضاع التطبيقية التي تلعب دورا بارزا في اساليب مواجهة المرض، ففي المجتمع الجزائري مازال الاقبال على الطب الشعبي بكثرة ودون أي اصطدام او تناقض مع الطب الحديث، اذا يتم بشكل موازي له احيانا او كبديل له احيانا اخرى. (بن تامي: 2013، ص114)

لقد اضاف المخيال الشعبي كل ماله علاقة بقضاء الولي سواء اكانت احجار او تربة او تابوت او مياه فكلها مقدسة، فقد اصبح كل شيء في فضاء الضريح له فاعليته فيجلب الخير ويدفع المكروه، فالحجارة الموجودة داخل الاضرحة تحمل قداسة وطهارة يتم التبرك بها، ويطلب التقديس ايضا الاعلام والاقمشة (الخضراء والبيضاء) التي تغطي التابوت، وهكذا فالتبرك باشياء الوالي يزكي الزائر ويطهره من ذنوبه، كما ان الاشجار المجاورة لضريح الوالي لها حرمتها وقداستها الخاصة فلا يجوز اطلاقا كسرها، حتى الطيور التي ستضل بها محرم صيدها او قتلها، واكثر انواع الاشجار تواجدا في فضاء الضريح هي النخلة، فالنخلة في المخيال الاسلامي الشعبي فيما يخص قدرة هذه الاشجار على شفاء انواع عديدة من الامراض،. (بن تامي: 2013، ص130)

5-العلاجات الغير رسمية التي تبنتها الامهات عينة الدراسة لمواجهة السرطان:

لقد تنوعت العلاجات الغير رسمية التي تبنتها الامهات حالات الدراسة الحالية، والتي لم تخترنها بطريقة اعتباطية وانما كان الاختيار على حسب التصور والافكار الذي يحملنه على طبيعة المرض من حيث المسببات ونجوع العلاج.

5-1 الطب التكميلي:

يستخدم الكثير من مرضى السرطان الطب التكميلي؛ فطبقا لدراسة على الأمريكيين أجريت عام 2007، فإن أكثر من ثلث عدد البالغين، وهو ما يعادل حوالي 38٪، قد استخدموا بعض طرق العلاج بالطب التكميلي. كما أظهرت الدراسات أن غالبية الأشخاص الذين استخدموا العلاج بالطب التكميلي كانوا من مرضى السرطان. وذكر 40٪ ممن تعافوا من المرض أنهم استخدموا الطب التكميلي. وتتشابه معدلات من استخدموا الطب التكميلي في علاج السرطان ومعدلات من يعانون من أمراض مزمنة أخرى، مثل التهاب المفاصل والربو ومرض الأمعاء الالتهابي ومتلازمة القولون العصبي والقرحة. وأشهر الطرق

التي استخدمها الناجون من السرطان كانت العلاج بالأعشاب والمنتجات الطبيعية بنسبة 20%، يليها استخدام طريقة التنفّس العميق بنسبة 14%، ثم التأمل بنسبة 9%.

تقول دراساتٌ أخرى إنّ العلاج بالطبّ التكميلي شائعٌ بين مرضى السرطان، بالرغم من أنّه يُستخدَم على نطاقٍ واسعٍ في حالاتٍ أخرى. كما أظهرت الدراسات أنّ مرضى السرطان غالباً لا يتوقَّعون الشفاء عند استخدامهم طرق العلاج بالطبّ التكميلي، ولكنهم يستخدمونها لتقوية جهاز المناعة وتخفيف الآلام أو لعلاج بعض الآثار الجانبية التي يعانون منها والناجمة من المرض أو عن معالجته. ويقول القليل من مرضى السرطان إنّهم يستخدمون الطبّ التكميلي لأنّهم يئسوا من طرق علاج السرطان المعتادة. وتُعدُّ حماسُهم عند استخدام طرق العلاج بالطب التكميلي ميزةً نافعة، حيث يسعون إلى السيطرة على صحتهم أو يكون لديهم إيمانٌ كبير بالطبّ التكميلي.

وتشير الدراسات إلى أنّ الكثير من مرضى السرطان أو الناجين منه يستخدمون الفيتامينات والمعادن، دون علم مقدّمي الرعاية الصحيّة لهم. (عبد العزيز: 2012، ص135)

5-2 الطب الشعبي:

يعتبر يودر Yoder ان الطب الشعبي عنصراً من الفلكلور، يوجد في ثقافات يذهب التقليد بين بنية صالحة لنموه وازدهاره، بالإضافة إلى المناطق الجبلية المنعزلة التي لا تربطها مع العالم الخارجي وسائل اتصالات أو مواصلات، ضمن الناحية الاصطلاحية حدد يودر مصطلح شعبي على نحو ما حدده ريتشارد فايس التي توصل إلى تعريف لهذا المفهوم، ليس بمعنى الطبقة أو المستوى الثقافي في المجتمع، وإنما كطريقة للتفكير يعيش الأفراد في داخلها، وتتحدد في عالم اليوم مع غيرها من أنماط أخرى للتفكير.

كما يعتبر يودر الطب الشعبي عبارة جميع الأفكار ووجهات النظر التقليدية حول المرض والعلاج، وما يتصل بذلك من سلوك وممارسات تتعلق بالوقاية من المرض، ومعالجته بصرف النظر عن النسق الرسمي للطب الرسمي. (بن تامي ا: 2013، ص105)

ولا نقصد الطب البديل الذي "يستخدم هذا الطب مكان الطب التقليدي أي بديلا عنه والمثال على الطب البديل نجد أن العلاج البديل فيه يستخدم مثلا نظاما غذائيا معيناً لعلاج السرطان بدلا من الجراحة أو الاشعاع أو العلاج الكيميائي والذي يوصي به الطب التقليدي (شين:2014، ص170) يستخدم بعض مرضى السرطان العلاج المكمل (complementary medicine) والعلاج البديل (alternative medicine)، تسمى طريقة علاجية ما بأنها علاج مكمل عندما تستخدم جنباً إلى جنب مع العلاج الرئيسي. وتسمى طريقة علاجية ما بأنها علاج بديل عندما تستخدم بدلاً من العلاج الأساسي. ويعد العلاج بالوخز (acupuncture)، والعلاج بالتدليك، ومنتجات الأعشاب، والفيتامينات أو الأنظمة الغذائية الخاصة، والتخيل، والتأمل، والتنمية الروحية أنواعاً من العلاج المكمل والبديل.

يقول أشخاص كثيرون إن هذا العلاج أشعرهم بمزيد من الارتياح، غير أن بعض أنواع العلاج المكمل والبديل قد تغير من طريقة عمل العلاج الأساسي. وهذه التغيرات ربما تكون ضارة بالمرضى. وهناك أنواع أخرى من العلاج المكمل والبديل قد تكون ضارة إن استخدمت وحدها. كما أن بعض أنواع العلاج المكمل والبديل غالية الثمن، وقد لا يشملها التأمين الصحي بالتغطية.

إن التطورات في الاكتشاف والعلاج المبكرين للمرض تعني شفاء الكثيرين من مرض السرطان، غير أن الأطباء لا يمكنهم أن يتيقنوا من عدم عودة السرطان مرة أخرى. فالخلايا السرطانية التي لم يتم اكتشافها تظل داخل الجسم بعد العلاج، ورغم أن المرض قد يبدو أنه تمت إزالته أو تدميره بالكامل، فإن عودته ممكنة. وهذا ما يطلق عليه الأطباء اسم الانتكاس (دائرة الخدمات الانسانية والصحية الامريكية: 2007، ص 71-75)

ويمكننا تقسيم الطب الشعبي المستعمل إلى قسمين، أولهما "الطب الشعبي الطبيعي" كالكي والتجبير الكسور واستعمال الأعشاب...، وثانيهما يسمى "الطب الشعبي الغيبي او السحري" كالعلاج بالأحجبة القرآنية وزيارة أضرحة الأولياء وضرب معدن الرصاص في الماء، واستخدام البخور، وتذويب معدن الرصاص، وغيرها من الطرق العلاجية الأخرى التي ما تزال تُنافس الطب الأكاديمي، وذلك لتعلق الناس بها واعتقادهم في نجاعتها في علاج كثير من الأمراض (سرقمنة، 2011، ص198)

5-2-1 العلاج بالأعشاب:

يعتمد الطب الشعبي على أن الله تعالى قد خلق لكل داء دواء. لذلك فالأعشاب تنبت في كل مكان، و قد اهتدى الإنسان إلى ما يشفيه منها بالعقل، و اهتدى الحيوان إلى ما ينفعه منها بالغريزة . فهناك الأشجار و الشجيرات و أقسامها التسعة من أزهار و ثمار و أوراق و جذور و بذور و عصائر و لحاء... الخ، استخدمها الإنسان علاج الأمراض. فتارة يستخدم الأوراق، و تارة أخرى يستخدم البذور، و تارة ثالثة الجذور. كذلك فهو يعتمد عليها في حالتها الخام مرة و يستخدم منقوعها مرة أخرى، و يجففها و يضيف إليها عناصر أخرى مرة تالية و هكذا.

و كذلك استخدم الإنسان النباتات الطبية التي تنبت في الأماكن الرطبة و في الظلال، و في المياه الراكدة و الأنهار و البحيرات و المروج و الشعاب. كما اعتمد على لحوم الحيوانات و اجزائها المختلفة من جلود و عظام، و افرازات و غدد و ريش، و استخدم كافة أنواع الحشرات و مخلفاتها التي اهتدى لتجربتها في العلاج، و استخدم أجزاء من جسم الحيوان و مخلفاته في الاستشفاء و منها (مرارة) الأغنام كغلاف لجروح الأعصاب، و الجبن الطري لمنع تورم الجراحات، و الجبن القديم للقروح الرديئة و للمريض بعد العمليات الجراحية. كذلك أحرق السلحفاة كاملة لتتكلس مع الفلفل لإزالة الربو المزمن و السل و(القرحة، و علاج القروح و السرطانات الخبيث) ، لاسيما النباتات و الأعشاب العلاجية. فعرف خواصها و مزاياها و فوائدها الصحية، و أكثر من هذا فقد خصصت عائلات بأكملها في العلاج بالأعشاب، يرثون المعرفة و الخبرة من الآباء و الأجداد، و يريثها منهم الأبناء و الأحفاد. فإذا عجزت النباتات المحلية جلب الأفراد من الخارج ما يكفيهم لحاجاتهم العلاجية (علي:2014، ص ص 1-2)

5-2-1-1 المعالج في الطب الشعبي:

هو ذلك الشخص الذي يحترف الممارسات الطبية سواء كانت سحرية او طبيعية او جراحية، والذي يلجا اليه الشخص بسبب مقدرته على تشخيص الحالة المرضية، وتحديد احتياجها للتعامل معها بالوصفات او الطرق الجراحية او السحرية، وقد تنتقل تلك القدرة العلاجية عن طريق الهبة اللاهية، او بالوراثة، او بالادعاء . (بن تامي، 2013، ص 113)

المعالج الشعبي يعرف ايضا على انه صاحب الكاريزما والقوة التي عادة تمتزج بقوى سحرية ولديه القدرة على ادماج الكذب والخداع واستخدام اعضاء جسده، وحركاته وألفاظه بطرق لا يفهمها المريض لكي

يحيط تفسيراته وممارساته بهالة من الاعجاز والتصديق وقد يصل الامر ان يطلق على هذا المعالج (the cletic) بمعنى العيادة (شين: 2015، ص 221)

5-2-1-2 الخصائص المشتركة بين المعالجين الشعبيين والشامان

يشترك كل من الشامان والمعالجين الشعبيين في كل اقطار العالم في بعض الخصائص والميزات سنذكر بعضها منها:

-إحاطة الشخص بهالة من الغموض والتميز لجذب اكبر عدد ممكن من افراد المجتمع اليه ومن ثم تصديقه.

-يعتمد المعالج الشعبي على عناصر علاجية يستمدّها من الطبيعة ووسائل اخرى سحرية، ويتفوه ببعض الالفاظ والكلمات لدرجة القيام بعدد من الحركات الجسدية التي تكون في اغلبها غريبة وغير مفهومة لدى الشخص المعالج.

-قدرته على تفسير الاحلام وبالتالي تشخيص الحالة المرضية سواءا كانت عضوية او نفسية.

-يصنف المعالجين الشعبيين الى عدد من التصنيفات فمنهم المعالج بالاعشاب، والمتخصص في فك السحر، والمتخصص في علاج الكسور،.. (سعيدة شين: 2015، ص 224)

إن عدم قبول الطب العلمي من طرف بعض المرضى وليدة ملاحظات يومية ويعود هذا إلى تداخل عدة عوامل ذات اعتبارات فلسفية ودينية وأخلاقية ، خاصة الدلالة التي يضعها الإنسان للصحة والمرض وتعدد الاعتقادات والتي يمكن أن تتعارض مع التصور العلمي للطب، هذا ما يؤدي إلى ضرورة تفكير في حدود تغيير ضروري لتفكير طبي نموذجي لكي يتأقلم مع هذه الوضعيات وهذا لتقادي الصراعات. وهذه العوامل قد تجعل المريض واسرته يلجؤون الى علاجات اخرى غير العلاجات الطبية، وهذه العلاجات تختلف من مجتمع الى اخر حسب الثقافة والمعتقدات السائدة خاصة منها التي تخص مخيال الصحة والمرض ومنها نذكر:

5-2-2-2 الطب السحري:

وهو نوع من انواع الطب الشعبي، ويرتبط هذا المفهوم بمرحلة تمر بها المجتمعات والثقافات، يطلق عليها مرحلة ما قبل العملية، يسود فيها نوع من الطب الشعبي الاجتماعي، وتعتمد طرقه واساليبه العلاجية

على ممارسات سحرية والشعوذة، مما أدى الى ظهور مسميات محلية مثل: الساحر ،المعالجين الروحانيين وغيرهم.

ان الممارسات السحرية كانت ولا زالت تستهدف تحقيق رغبات الناس التقليدية المعروفة، وفي مقدمة تلك الاغراض يأتي موضوع شفاء المرض بشتى انواعه، حيث ان هناك اعمال ووصفات سحرية المدونة في الكتب المتخصصة في علاج الامراض، بدا بامراض العيون والحمى والصداع...، ايضا علاج المشاكل الاجتماعية كالخلاف بين الزوجين والطلاق، والانحراف، والحزن الدائم، والامراض النفسية مثل ادخال السرور على الحزين، والتخلص من الاحلام المزعجة والوساوس. ومن بين الطرق المستخدمة في العلاج بالسحر هي: التعويذة او الاحجبة، الرقى الغامضة، وبعض الاعشاب والوسائل الطبيعية.

5-2-2-1 العلاج بواسطة طقوس الزار (الديوان):

يشير مفهوم مصطلح الزار من خلال الطقوس المرتبطة بممارسته، وان هناك بعض الارواح الشريرة او الجن تتواجد مع بعض الافراد (المرضى)، وتطلق على تلك الكائنات الشريرة مسميات متعددة مثل: ابليس، الجن، التابعة، الشيطان ، وهم مخلوقات غيبية تسبب المرض واعتلال صحة الافراد تحت ظروف صحية ونفسية معينة يمرضون بها في حياتهم، مما تتطلب حالتهم المرضية ضرورة اقامة حفلات الزار .

ويقود تلك العملية شيخ الزار او كاهن الزار عند المسيح، والذي يقوم بعملية بكل ثقة لدرجة توحى للمريض بفعالية الطقوس التي يقوم بها ذلك الساحر في تخليصه مما فشل الطب شفائه، ويقوم ذلك القائد بنقل رغبات الجن الى المريض ،من خلال تلبس جني (مزيف- او حقيقي) فيلبس المريض كل ما يأمر به قائد الزار من مال او اضاحي بهدف ارضاء الجن لتنفيذ هي بدورها الطرف الثاني من الاتفاق وهو علاج المريض .

5-2-2-2 العلاج عن طريق زيارة الاولياء الصالحين:

الاولياء الصالحين هم ناس صالحين عاشوا في وقت مضى بين الناس ، وكانوا متفوقين على غيرهم وكانت لهم كرامات مايدل على جدارتهم بلقب الاولياء، والاولياء في المعتقدات الشعبية لديهم كرامات تمكنهم من القيام بممارسة اصناف من المعجزات من بينها: شفاء المرضى، تلبية دعوة من يلوذ به من الناس في أي امر من الامور، ومن اشهر الامراض التي يذهب الناس من اجلها للاولياء الصالحين هي الحمى، الامراض العصبية والنفسية، امراض العيون، والامراض المستعصية مثل السرطان ،بالإضافة الى المشاكل الاجتماعية. (فيروز: 2013، ص ص 136-137)

6-الاعتبارات التي يقوم عليها الطب الغير رسمي:

6-1الثقافة:

لابد من الإشارة إلى مفهوم الثقافة من المفاهيم التي حظيت بتعاريف كثيرة جدا لأنه مركز اهتمام كثير من الباحثين من العلوم الإنسانية والاجتماعية (علم الاجتماع النفس، الأنثروبولوجيا، الاقتصاد، إلخ...) فقد عرفها هارسكوفيتش (Herskofits 1948) تعريفا بسيطا لكنه شامل. لقد قال: "الثقافة هي جانب البيئة أو المحيط الذي هو من صنع البشر".

أما **Bamlund anda raki** فقد عرفها تعريف سلوكيا. لقد قائلا: "الثقافة لا وجود لها ما عدا ما يتجلى منها في سلوك الأفراد الذين ينتمون إليها. وهي مفهوم مجرد مبني على ما يظهر من صفات عامة في سلوك جماعة من الأفراد."

قد بين هوفستيد (Hofstede 1990) أن عناصر الثقافة أربعة هي:

-الرموز (**symbols**) وتشمل اللغة اللفظية و اللباس الذي يلبسه الأفراد و كل ما يعمل على تعزيز ولاء الفرد للجماعة التي ينتمي إليها.

-الأبطال (**Heroes**) و هم الذين يتخذهم المجتمع قدوة للخلف يقتدون بهم و يتعلمون منهم.

-الطقوس (**Rituals**) و تشمل الروتينيات اليومية التي تعبر عن القيم،و هي تدعم القيم و تعززها.

-القيم (**Values**) و هي الجانب الخفي من الثقافة الذي لا يستنتج إلا من خلال سلوك الأفراد. و هي تشكل جانبا واحدا فقط من جوانب الثقافة المختلفة. (محمد مقداد، 2005)

وأكدت الدراسة الاجتماعية والانثروبولوجية على دور الثقافة في قضايا الصحة والمرض، حيث لا يمكن فهمها بمعزل عن البناء الاجتماعي والثقافي، فقضايا الصحة والمرض تتعامل مع كائنات بشرية سواء من المرضى أو اقاربهم، وهي بيئة بشرية مسؤلة الى حد كبير عن اهمية المعنى الوجداني الرمزي التعبيري للعلاقات الاجتماعية والثقافية، ومن ناحية اخرى هناك مجموعة من الاحاسيس التي تدور حول حرمة الجسد وتستمد مقوماتها اساسا من المجتمع والثقافة السائدة فيه، والثقافة هي التي تجيز لهؤلأئي

الذين يمتنون الطب في الاطلاع على الجسم البشري دون غيرهم، وفي دراسة **Klinman** قدم فيها تعريفا للنموذج الطبي الاثنولوجي وميز بينه وبين النموذج الطبي البيولوجي، حيث اوضح ان النموذج الاول ينظر الى الصحة والمرض على انهما مفهومان يحملان دلالات لفظية تتحدد بطرق مختلفة لدى المرضى وعائلاتهم، والمجتمعات المحلية التي يعيشون فيها والممارسين العلابيين الذين يتعاملون معهم، بينما يختزل النموذج البيولوجي مفهومي الصحة والمرض بمعزل عن الشخص وعن السياق الاجتماعي والثقافي، فالنموذج الاثنولوجي ينظر الى هذين المفهومين في ضوء معايير الثقافة والتفاعلات الشخصية في حدود الاطار الذي ينضم انساق المعاني والمعايير الشرعية، كما يتناولهما في ضوء العوامل السلالية والتنظيمية وأوضاع الدور، وتتركز تحليلاته حول الخبرات المرضية الحقيقية للمرض وتبين كيف يتصرف المريض حيال هذه الخبرات اثناء تفاعله مع العائلة ومع شبكة العلاقات الاجتماعية ومع الممارسين، فالمرض يتخذ شكلا منظما بالنسبة للمريض واسرته في اطار الثقافة السائدة العامة والفرعية، على نحو موازي لشبكات المعاني اليومية، وشبكة العلاقات والتفاعلات الشخصية التي يشارك فيها المريض واسرته والتي في اطارها تتحدد التسمية التي تطلق على المرض وانماط التوتر التي تصيب الاسرة بسبب المرض ونظرة الاخرين للمرض واستجاباتهم له (خليل: 2006، ص ص 145-153)

هذا ويمكن أن نشير إلى أن الحديث عن النظام الأسري وعلاقته بالصحة والمرض يقودنا إلى الحديث عن التنشئة الأسرية ومدى ارتباطها بصحة الأم والطفل وكذلك دور المرأة في صحة طفلها، وفي هذا الشأن نقول أن المرأة قد تعرقل برامج الصحة العامة إذا كانت تؤمن بشكل كبير بالقدرية والتي تعني الاعتماد المفرط على القضاء والقدر، كذلك اعتمادها على العادات والتقاليد المتوارثة والتي قد تتضمن وصفات علاجية خطيرة والفصل الثالث كفيل بشرح بعض هذه الوصفات التي لازالت في بعض المجتمعات تمارس على الرغم من خطورتها، ناهيك عن " التمرکز الذاتي للثقافة مثل الاقتناع بأن الولادة بواسطة الداية هي أفضل الطرق ومن الصعب عليهم الاقتناع بالمولدات صغيرات السن. وعليه فالمرأة إذا كانت تعتقد بهذه الأفكار فإننا لا ننتظر من المجتمع أن يقوم بدوره كما ينبغي أو أن يساهم في التنمية الصحية، ولذلك فقد عملت حكومات الدول على الاهتمام بالتنقيف الصحي أو ما يعرف بالثقافة الصحية للمرأة والتي " تمرر إليها وتسدخلها في ذاتيتها منذ بداية حياتها وليس في سن متأخرة من عمرها، فالأسرة كأول جماعة اجتماعية تنتمي إليها أن تضطلع بمهمة تمرير الثقافة الصحية إلى بناتها وأبنائها عن طريق التنشئة الاجتماعية، فالأسرة إذن وعن طريق التنشئة الاجتماعية من شأنها أن تساهم في عملية إتمام

العلاج الطبي والاجتماعي للمريض بما توفره له من وسائل للراحة، فعلى سبيل المثال نجد أن إشباع الأسرة لحاجات المريض النفسية والفسولوجية من شأنه أن يعجل بعملية العلاج، كما أن مساعدة المريض على إشباع حاجاته الثقافية والإبداعية والترويحية أثناء المرض سيسهم في تحقيق الشفاء، ثم يأتي بعد ذلك دور المدرسة، ووسائل الإعلام في نشر الثقافة الصحية والتي تعرف بأنها: المعرفة والاتجاهات ومهارات التفكير العلمي اللازمة للمتعلم والتي تمكنه من الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية ليكون قادرا على التعامل مع مواقف الحياة اليومية بشكل يضمن تحقيق سلامته وتلبية حاجاته، كما لا ننسى الدور الفاعل الذي تقوم به المؤسسات الصحية بكل أنواعها.)

شين:2015، ص ص 142-143)

6-2 التراث الشعبي:

يتجلى التراث الشعبي في عناصر كثيرة منها الفلكلور والموروث الثقافي والمعقدات الشائعة من خرافات وأساطير، ولفظ تراث يعني بشكل عام العناصر الثقافية التي تلقاها من جيل إلى جيل كما تحتل الخرافات والأساطير حيزا مهما في مجال التراث الشعبي وغيرها من الأدب الشعبي كالحكم والأمثال، ويتضمن التراث الشعبي اعتقادات متنوعة منها:

- الاعتقاد بالكائنات العلوية كالجن والعفاريت وأرواح الموتى...وكيفية تعاملها مع الإنسان حولها به أو خروجا منه.

- الاعتقادات الخاصة بالتشاؤم أو بالتقاؤل من أشياء أو أفعال أو التوقي مما يجلب النحس واللعن بهدف استدراج القوى غير المنظورة بقصد إذاء الملعون والتبرك... والعين التي يظن أن بعضها يجلب أثرا طيبا أو رديئا.

- ومنها ما يتضمن الإيمان بالسحر والتعزيم من خلال أحد" الأثر" وعمل الأعمال والخواص السحرية لبعض المعادن والأشكال.

- الاعتقاد بالأولياء والوسطاء والإيمان بالهيبات والقرايين.

- الاعتقاد بالطب الشعبي وفيه مثلا العلاج بالكي والحجامة والرقية والزار.

-منها العادات المرتبطة بدورة الحياة والتي تدور حول الولادة والسبوع، الختان، الخطبة، هدايا العروس، الزفاف، الوضع، المرض، الموت...إلخ.

6-3 الدين:

يمثل الدين ثقافة كاملة لشعب أو حضارة، ليس في كونه مجموعة من نصوص و تعاليم وقيم فحسب، بل ما هو كيان مجسد اجتماعيا ومبلور بالممارسة في أنماط وتقاليد وأفعال، أي من حيث صيرورته نظاما من الممارسات، فضلا عن كونه نظاما من التصورات.

فالدين يعبر عن رؤية العالم للطبيعة والوجود والإنسان وهو أيضا يقدم تصورا للبناء الاجتماعي

الإنساني. (فيروز: 2014، ص ص 80-81)

في بعض الأحيان ضرورة توجيه المعرفة من أجل التحكم في الوضعية بالنظر إلى الآراء المسبقة للمريض.

زيادة على الاعتبارات العائلية الاجتماعية ثقافية تمثل عاملا مشوشا للعلاقات مع المريض لأنها تستطيع في بعض الأحيان تغيير العلاجات المقترحة.

أما الاعتبارات النفسية والتي لا مفر منها في إطار العلاقة بين الطبيب والمريض تسمح بوضع علاقة حسنة من أجل تكفل بالمريض (جمال: 2014، ص 53)

إن التواصل بين الطبيب والمريض يمكن أن يكون جد صعب في عدة حالات، الطبيب والمريض لا يقومان بدورهما، بالنسبة للطبيب بسبب عدم الاهتمام أو نقص في الوقت أما بالنسبة للمريض، فالتواصل جد صعب لأن التصورات والتفسيرات للطبيب والمريض بالنظر إلى علامات المرض المقدمة لا تتقابل.

7- فهم إحساسات المريض وتمثلاته في إطار الطب الرسمي :

بالنظر إلى التنشئة الاجتماعية للمريض وانتمائه إلى الجماعة الثقافية أو العرقية تفسير علامات المرض العضوية أو النفسية بطريقة مختلفة كما هو معمول به في الطب الرسمي.

7-1 الحوار بين الطبيب والمريض ومحدداته الثقافية

إن هذا التنوع الثقافي وهذا التفسير الخاص لمرضه لابد أن يكون معترفا به من طرف الطبيب وهذا عامل مساعد لحوار بناء مع المريض وتكفل جيد.

بعض التمثلات ترتبط بمصادر ثقافية خاصة منها الدينية أو السخرية، إن السلطة الطبية أصبحت محل نقاش خاصة مع كثرة الأمراض المزمنة وثقل الأمراض الكبيرة مثل السرطان والسيدا ... وعجز الطب العلمي في تأمين علاج الأمراض كلها عوامل ساعدت في ظهور سلوكيات استهلاكية آخذة عدة أشكال منها التداوي الذاتي أو التداوي بالطرق التقليدية أو استعمال الطب البديل... إلخ والمحافظة على المرضى بإخضاعهم لمراقبة في ظل احترام ثقافتهم ودينهم وحرمتهم التي تقتضها أخلاقيات المهنة الطبية، كما يك ون من الأفضل بالنسبة للطبيب على علم:

- معرفة التمثلات الرئيسية والسلوك الصحي والمرضى بالنسبة للجماعة الثقافية التي ينتمي إليها المريض.

- يحاول فهم كيف أن المريض يفكر وفي أي نموذج يتموقع في تفسيره لمرضه .

- يتحاور مع المريض وكذلك أفراد عائلته من أجل تكفل جيد. (حمودي:، ص ص 60-61)

3-7 الطقوس:

تعتبر الرموز غالباً عن القيم والمعتقدات التي تدعم بين الحين والآخر عن طريق الطقوس، وهذه الكلمة ذات الأصل اللاتيني **Ritus**، وتعني عادات وتقاليد مجتمع معين، ويرى رونييه باستيد ان للطقس وظيفة الاسترجاع لاصول الاسطورة والدين، ويقول كازانوف **jean cazaneve**: "ان الطقس يظهر كفعل مطابق لعرف اجتماعي يندرج فعاليته على المستوى مافوق الطبيعة، وهو يتجلى بكل خصوصية في العادات والتقاليد العرفية التي تبرز ذاتها، ليس فقط داخل العالم الطبيعي بل وكذلك في علاقة الانسان بالعالم مافوق الطبيعي.

مهما تكن طبيعة الدوافع الدينية او الاجتماعية للطقس فان هناك واحد سيكولوجي، لذلك يجب بالضرورة ان تتوضح الدوافع السيكلوجية التي تتضمنها السلوكيات الطقسية التي تتبعث فجاة في فترات الازمة الاجتماعية، كما يرى اريك فروم 1968 يرى ان الطقس هو عبارة عن تعبير رمزي عن الافكار والمشاعر بواسطة الفعل (رضي: 2013، ص 134-140)

ولقد تمكن الصينيون بمهارة فائقة من دمج الطب الشعبي بالحديث، وادى ذلك الى تحسين قبول الخدمات، مما ادى بالعلماء الغربيين الى الاعجاب بالطب الصيني وحرصهم على بعض الممارسات مثل الوخز بالابر الصينية، اذا ان هناك كليات باكملها في الغرب خصصت لذلك اليوم.

سرطان الطفولة:

يختلف سرطان الطفل اختلافا كبيرا عن سرطان الراشد، من حيث نوع الخلايا الذي تسببه، فهي بصفة عامة سريعة النمو تشبه في كثير من الاحيان خلايا الجنين، هذه الخصائص تجعلها اكثر حساسية للعلاج بالادوية، وهكذا ان غالبية سرطانات الطفولة يمكن شفاؤها. (حريف، 2003، ص 10)

ويشكل تشخيص سرطان الطفولة بداية لفترة من الضيق والتوتر الشديدين للآباء 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، وقد توصلت إحدى الدراسات (Boeving، Alderfer، Hwang، Reilly، and (2005) إلى أن ، 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 وأمهات الأطفال ن = 175، الذين يخضعون للعلاج من السرطان، مع آباء وأمهات الأطفال) ن = 238، الذين أكملوا العلاج، تم الإبلاغ عن أعراض الصدمة النفسية الأعراض المترسبة والمقمة 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، وتبين أن الآباء والأمهات بسنوات أقل من التعليم النظامي وانخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي، كانوا أكثر عرضة لخبرة توتر الصدمة في أي وقت. (جهاد و عبد الرحمن، 2011، ص ص 374-375)

بالنسبة إلى أعراض السرطان فتختلف بين نوع وآخر بحسب العضو المصاب بالسرطان، ففي حالة سرطان الدماغ يعاني المريض تقيؤاً وخللاً في التوازن وآلاماً في الراس ونوبات صرع، وفي حالة سرطان الدم تكون الاعراض فقرا في الدم ونزفاً وآلاماً في العظام والتهابات متكررة، وبالنسبة إلى سرطان الغدد للمفاوية يلاحظ تورم في العنق.

والأهل يلاحظون الأعراض مباشرة عند الطفل ويستشيرون الطبيب في وقت مبكر، أما في حالة سرطان البطن، فنادر ما يلاحظ الورم في بداية المرض. وفي حالات كثيرة يصل الأطفال إلى المستشفى وهم في مرحلة متأخرة من المرض، بحيث لا يعود العلاج مفيداً.

والمرحلة الأولى من العلاج تستدعي بقاء الطفل في المستشفى لتناول الدواء، خصوصاً أنه يكون ضعيفاً بعد تناوله، لذلك قد يصعب عليه خلال هذه الفترة الذهاب إلى المدرسة ومتابعة حياته الطبيعية، لأن لا شيء يمنعه إذا كان قادراً على ذلك شرط تجنب الأوبئة التي قد يتعرض لها والتي تشكل خطراً عليه، ونظراً لدقة حالة الطفل لا بد من التعامل معها بكثير من الحذر عند إخبار الأهل، أما الطفل فيتم إعلامه بمرضه إذا كان تجاوز ثلاث سنوات، وذلك عن طريق قصة مصورة تشرح له حالته بما يتناسب مع عمره، كأن يسمى السرطان ورماً لكي لا يشعر بالخوف ويقال إنه يؤدي جسمه ولا بد من محاربته لقتله، فتكون طريقة الشرح مبسطة وتظهر للطفل وكأنها حرب يشنها ضد المرض للقضاء عليه.

خلال هذه المرحلة يكون الطفل شديد التأثر بالأمراض التي قد يلتقطها نتيجة للجراثيم والبكتيريا، لذلك لا بد من اتخاذ بعض الإجراءات الوقائية الضرورية والابتعاد عن الأشخاص المصابين بأمراض معدية والمحافظة على النظافة العامة، من غسل اليدين جيداً قبل الاهتمام بالطفل المصاب، وغسل يديه وفمه وأسنانه بانتظام كونه عرضة للالتهابات والتقرحات في الفم خلال مرحلة العلاج واستشارة الطبيب مباشرة عند ارتفاع الحرارة، خصوصاً إن مناعة الطفل المصاب بالسرطان تكون ضعيفة.

ولا يوجد نظام غذائي محدد على الطفل إتباعه خلال مرحلة العلاج بل يمكنه أن يأكل ما يشاء كأبي ولد في عمره شرط التركيز على نظافة الطعام وغسله جيداً قبل طهوه، كما أنه من الضروري أن يتجنب الطفل في هذه المرحلة اللحوم النيئة، لأنها قد تحتوي على الجراثيم، بالإضافة إلى ذلك، تحتوي بعض علاجات السرطان على الكورتيزون وفي هذه الحالة لا بد من تخفيف كمية الملح في الطعام. (عيسى، 2012 : ص 136).

1- كيف يبدأ هذا المرض:

يبدأ هذا المرض عادة من خلية واحدة حيث يطرأ عليها تحولات مورثية تؤدي إلى تشوه الخلية وتكاثرها المضطرب العشوائي أي أن الخلية تتكاثر بشكل سريع وتموت بشكل أبطأ من الخلايا الطبيعية وهذا يؤدي إلى تشكل كتلة صغيرة تنمو بشكل عشوائي وتكبر مما يؤدي إلى غزو الأعضاء المجاورة وتدميرها. كما تنمو أوعية دموية تغذي الورم وتكون طريقاً لانتقال الخلايا الورمية لأعضاء بعيدة مما يؤدي لظهور انتقالات ورمية.

ولما كان بإمكان الخلايا السرطانية أن تتكاثر بشكل سريع وذاتي وتعيش فترة أطول وأن تتجنب

دفاعات الجسم والجهاز المناعي فإن هذا يمكنها من غزو الجسم موضعياً وبعيداً (جازية:ص5)

إن الخلية لبنة البناء الأساسية التي تتكون منها جميع الكائنات الحية. ويتكون جسم الإنسان من خلايا، وهذا أمر مشترك بينه وبين سائر الحيوانات من أصغرها كالخميرة حتى أكبر حوت أزرق، وبعض الحيوانات كالخميرة على سبيل المثال تتكون من خلية واحدة، في حين تتكون كائنات أخرى ونحن من بينها من العديد من الخلايا المتنوعة: دم وعظام ومخ وكلى وما إلى ذلك، لجميع الخلايا داخل أي كائن دورة حياة خاصة بها محكومة بعناية. ويحدث السرطان عندما يقع خطأ ما في عملية التحكم في هذه الدورة، يؤدي إلى نمو غير منتظم لمجموعة من الخلايا يمكنها بعد ذلك الانتشار وإتلاف أعضاء أخرى بالجسم، ومن السهل أن نفهم الآن خلية بشرية. وداخل كل كروموسوم ينتظم (dna) فيما يسمى بالجينات، وكل منها يحمل شفرة لبروتين واحد. ويمكننا اعتبار الجينات والكروموسومات أشبه بمكتبة تضم كتبًا، وكل من الكروموسومات الثلاثة والعشرين يمثل كتابًا، وكل من الواحد والعشرين ألف جين يمثل صفحة من التعليمات داخل هذا الكتاب. ومن السهل أن نفهم الآن من الناحية النظرية كيف يمكن لتلف إحدى صفحات التعليمات أن يؤدي إلى تغيرات في خصائص خلية ما. وسوف يتناول هذا الفصل سريعًا أسلوب عمل هذه التركيبات المختلفة وتفاعل بعضها مع بعض، وكيف يمكن أن يتسبب الخلل بها في نشوء السرطان.

تبدأ حياة كل منا ببويضة واحدة مخصبة تتحول في بادئ الأمر إلى مضغة من الخلايا المتطابقة، وبعد ذلك تنمو نموًا مطردًا وتتنظم وتتطور إلى أن تصبح كائنًا مكتملاً معقد التركيب. وتعد العملية التي تتطور بها الخلايا من هذه المجموعة الأولية إلى أنواع فرعية عالية التخصص واحدة من أكثر العمليات تعقيدًا في الطبيعة، ومع ذلك فإنها تحدث باستمرار في كل مكان حولنا وفي داخلنا. ومن الواضح أن هذا الأمر يحتاج إلى شبكة معقدة من الضوابط والموازن. إنها تحتاج من الخلايا إلى التواصل مع جاراتها حتى تتأكد من اتباع مسار النمو الصحيح في الوقت المناسب

وهي تحتاج إلى حذف الخلايا التي لم تعد مطلوبة وإزالتها مع أقل قدر ممكن من التعطل) وهي عملية يطلق عليها اسم الموت الخلوي المبرمج. وأثناء تكون الأعضاء المختلفة، ينبغي عليها أيضًا أن تنمي مواردها الدموية الخاصة بها وأن تحافظ عليها من التلف. ويحتاج ذلك إلى أن تتواصل أنظمة الأعضاء بعضها مع بعض، فمثلًا تتصل الأعصاب بالعضلات التي تتحكم فيها. ويجري التنسيق بين الغدد الصماء) التي تفرز الهرمونات (لتنج منتجاتها في دورات) مثال على ذلك المبيضان (أو استجابة للتوتر) الغدتان الكظريتان. (ويتحقق ذلك من خلال الجينات التي تنشط تارةً وتخدم تارةً على نحو منسق

أثناء نمو الأجهزة العضوية وتطورها. وباكتمال عملية النمو والتكون، يجب صيانة الأنسجة، وإصلاح ما تلف منها، واستمرار الإشراف العام على عموم الجسم، من الإمداد بالعناصر الغذائية ومعالجتها، والتخلص من النفايات، وما إلى ذلك. وكلما فكر المرء في التعقيد المذهل الذي يكتنف كل هذه المهام، لفت نظره أن هذه العمليات تجري على نحو موثوق به للغاية على مدى الكثير من السنوات لدى معظم الناس، وأن السرطان وهو أساساً انقسام خلوي غير منتظم لا يظهر بمعدل أكبر من المعدل الذي يحدث بالفعل (جميس، 2012: ص 33-34).

وفي مايلي نذكر لاهم انواع السرطان التي تصيب الاطفال:

المرض	تعريفه	انواعه	اعراضه	الاختبارات المشخصة	علاجه	انتشاره	احتمال العيش لمدة 5سنوات
اللوكيميا الحادة (سرطان الدم) leucemie aigue	اللوكيميا احد انواع السرطانات الاكثر انتشارا لدى الاطفال، والذي يبدى على مستوى كريات الدم البيضاء	اللوكيميا المفاوية الحادة ILLA اللوكيميا النخاعية الحادة I LMA	شحوب-تعب- اضطراب التنفس-فقدان الشهية-الام في العظام- حمى-ظهور طفح جلدي- حمراء فاتمة(1)فقدان الوزن-تورم عقدة او مجموعة العقد المفاوية	تحليل شامل للدم FSC مسحة دموية محيطية Frottis sanguin peripherique	العلاج الكيماوي العلاج البيولوجي باستعمال الاجسام المضادة العلاج الاشعاعي الادوية المضادة للمضاد (2) زرع نخاع العظام	تمثل اللوكيميا نسبة 32% من الاصابات السرطانية لدى الطفل، وتنقسم الى: LLA-30% LMA-20%	LLA 1 70-80% LMA 40-50%
الاورام اللعاقوية (Les lymphomes)	تتميز بتكاثر عشوائي للخلايا على مستوى العقد المفاوية (3)	المفومات الهدكينية الحبيثة (1)MH المفومات اللاهدكينية (1) LNH	الانتفاخ التدرجي لعقدة او لعدة عقد- اضطرابا لتنفس-حمى- تعب -فقدان الوزن-التعرق الليلي-كبر مساحة منطقة البطن(1)	FSC VS(سرعة جريان الدم) LDH Ka-Ca-Na-phosphat المحض البولي الكرياتين Rx لمنطقة الصدر Us لمنطقة البطن Tomodensitometrie (الصورة الاشعاعية) ECHOGRAPHIE	العلاج الكيماوي العلاج الاشعاعي (3)	تمثل المفومات 13% من الاصابات السرطانية لدى الاطفال وتنقسم الى: MH %40 -60% LNH(1)	% MH80 95%LNH
اورام الجهاز العصبي	اورام تخص مراكز الجهاز العصبي	اورام الجهاز العصبي المركزي(TSNC1)	تختلف الاعراض	IRM بالنسبة لـtsnc بالنسبة لـtsns	في حالة TSNC	تمثل TSNS7%	%55 TSNC TSNS 90%

في حالة تحديد الموقع المصاب او اقل من 50% في حالة عدم تحديد الموقع	من سرطانات الطفل تمثل tsnc 15-20% من سرطانات الطفل	الجراحة بنزع الورم العلاج الاشعاعي اما التروبلاستو مات تجرى لها جراحة ثم العلاج الكيميائي اما في حالة الميتاستازات فيبدأ العلاج الكيميائي مباشرة العلاج الاشعاعي	تحليل شامل للدم Ldh FERITINE RX خاص بالصدر US خاص بمنطقة البطن ECHOGRAPHIE IrmSCANNER Biopsie tumodensitometrie	باختلاف موقع الاصابة-ارتفاع الضغط الدماغى-الام في الراس- تقيئ-اعراض نورولوجية وغدية-وهذا في حالة الاصابة ب-TSNC اما بالنسبة للنوروبلاستوم ات-تورم في منطقة البطن-الم العظام-ضغط نخاعي-حمى	اورام الجهاز العصبي السمبثاوي(TSNS) النوروبلاستومات (1)	(المركزي والمحيطي)	Les tumeurs du système nerveusc
أكبر من 85%	يمثل 5-7% من سرطانات الطفل	علاج دوائي قبل جراحي يتبعه استئصال العضو.	Us لمنطقة البطن نتيجة تحليل البول IRM Echographie صور اشعاعية Thomodensitometrie	اكتشاف فجائي لكثافة صلبة في منطقة تواجد الكلى- ارتفاع الضغط الشرياني-فقر الدم-الام موضعية		اورام تصيب الكلى خاصة النفرونات وتتمثل في تكاثر سرطاني لخلايا اولية (طلانعية) ombnionaire	نيفروبلاستوم Nephroblastomes
أكثر من 95%	تمثل 3-5% من سرطانات الطفل	العلاج الاشعاعي العلاج الكيميائي في حالة الاشكال الخارج شبكية استئصال العين	لا يوجد اختبار التشخيص يعتمد على تواجد الاعراض	الحول مظهر غير طبيعي للعين- مظهرالبؤبؤ الابيض- ومنعكس عين القط ضعف عضلات العين-الام- احمرار-عدم تقلص حدقة العين عند ال		تصيب شبكة العين ناتجة عن تكاثر عشوائي خبيث لخلايا اولية	اورام الشبكية Retinoblastomes
70% في حالة موقع	تمثل 5% من سرطانات	علاج اشعاعي	RX IRM	الام العظام كسور مرضية	السرکومات الاوستيوجينية	اورام تصيب العظام بمختلف انواعها	اورام العظام Tumeurs

osseuses	Osteo-sarcome الاستيوساركوم ساركومات ewing	انتفاخ tumefaction	biopsie	علاج كيميائي علاج جراحي (بتر كلي للعضو)	الطفل	الاصابة 30% في حالة الميتاستازات
ساركومات الانسجة الرخوة Sarcome des tissusous	اورام سرطانية تنشأ من الانسجة الرخوة بالجسم وتشمل العضلات والانسجة الضامة كالأوتار الرابطة والغضاريف الانسجة الزلالية والليفية المحيطة بالمفاصل الشحوم والاوعية الدوموية(1)	تورم او ظهور كتلة متضخمة دون الام او مشاكل جانبية وتقرحات- تضخم العقد المفاوية-تعب- فقدان الوزن- الام في العظام.	لموضعية ومنطقة البطن	الجراحة لنزع الورم العلاج الاشعاعي العلاج الكيميائي	تمثل 6% من سرطانات الطفل	55% في حالة rhabdomyosar come
الموديولوبلاستوم meduloblasto me		اعراض ارتفاع الضغط الدماعي HIC دوار-تقيئ حتى وان كان البطن فارغ الام في الراس-عميوب في الاعصاب الدماعية	لا يوجد اختبار للتشخيص يجب توجيه الحالة لقسم مختص			40-70 %
الاورام الخبيثة للكبد Tumeurs malignes du foie	Les hepatoblastom e Les carcinomes Hepato- cellulaires				تمثل 1% من سرطانات الطفل	

(قابلي حنان، 2011: 58-60)

2-توريث السرطان :

كما هو معلوم فإن الخلية البشرية مكونة من 23 زوج من الكروموسومات نصفها أتى من الأب و النصف الآخر من الأم ولذلك فإن الفرد يرث بعض الصفات المظهرية أو الوظيفية من كلا الأبوين فإذا ما كان أحد هذين الأبوين مصاباً بالسرطان فهل يمكن أن يورثه إلى الابن ؟ حيث أنه كما نعلم فإن

الكروموسومات مكونة من عدد هائل من الجينات التي توجه إنتاج عدد ضخم من البروتينات المسؤولة عن إعطاء الصفات المظهرية والوظيفية المختلفة للفرد حيث أن كل جين يعطي صفة واحدة محددة (بروتيناً واحداً) وأيضاً فإننا نعلم أن الجينات تقوم بدورين أساسيين في ما يخص السرطان حيث أن بعضها يساهم في تكوين السرطان (oncogenes) والبعض الآخر يوقف نمو وتطور السرطان (tumor suppressor genes) فحتى ولو ولد الفرد بجينات سليمة فإن بعضها قد يحصل له طفرة للأسباب التي سبق ذكرها (carcinogens) وتتحول إلى جينات ورمية تؤدي إلى تكون السرطان ولذلك كان من ضمن العوامل الخطرة هو التقدم في العمر والذي يزيد معه مقدار التراكم للجينات الطفرة وبالتالي تكون نسبة الإصابة لدى كبار السن عالية مقارنة بالصغار. هناك بعض الأنواع من السرطانات تورث وتمثل نسبة صغيرة جداً من حالات السرطان ولذلك تظهر هذه السرطانات الموروثة باكراً جداً في حياة الفرد بعكس السرطانات غير الوراثية.

والسرطان مثل الأمراض الشائعة خاصة في البالغين كبار السن فإن بعض العوامل لديها على الأقل أفراد سبق وأن أصيبوا بالسرطان وقد يورثونه إلى النسل كأبي صفة وراثية أخرى مثل لون الشعر أو العينين أو غيرها .

هذه السرطانات تمثل فقط 5% إلى 10% فقط من السرطانات بأنواعها المختلفة ولذلك فإن السرطان بوجه عام لا يعتبر مرضاً وراثياً ولكن الجينات المسببة للسرطان هي التي تورث. غالباً ما تكون هناك بعض أنواع السرطانات التي تكون مرتبطة بعادات عائلية شائعة مثل تدخين السجائر وضرره في تدمير جينات الرنتين وبالتالي حدوث سرطان الرئة والحلق والغم وأعضاء أخرى ولكن الدراسات أكدت أن بعض السرطانات تزيد نسبة ظهورها في بعض العائلات ومثال ذلك المرأة التي لدى إحدى قريباتها من الدرجة الأولى (الأم، الأخت، الابنة) سرطان الثدي فإن احتمال ظهور أو إصابتها بسرطان الثدي يفوق بمرتين المرأة التي تكون قريباتها من نفس الدرجة غير مصابات بسرطان الثدي. حيث أن بعض النساء ورثوا جينات مطفرة مرتبطة بمعدلات عالية من سرطان الثدي والمبيض ولذلك فإن النساء من النوع الأول عند خضوعهم لفحص جيني فإنه لو وجد لديهم جينات طفرة فإن احتمال إصابتهم بسرطان الثدي قبل سن الأربعين تكون عالية جداً. ولذلك فمن الأفضل أن تبدأ بفحص مثل mammogram لاكتشاف السرطان

مبكراً وبالتالي تقليل خطر الإصابة بسرطان الثدي وذلك في عمر الشباب. هناك نوعان من جينات سرطان الثدي المعروفة الطفرة في جين BRCA 1 مرتبطة بسرطان الثدي والمبيض. الأفراد الذين لديهم هذه الطفرة الجينية لديهم أيضاً زيادة في خطر الإصابة بسرطان القولون والبروستاتا. الطفرة في جين BRCA 2 أيضاً مرتبط بخطر عالية للإصابة بسرطان الثدي بالإضافة إلى سرطان المبيض والبنكرياس لدى الرجال والنساء.

أنواع قليلة من سرطانات الطفولة معروفة بأنها أكثر ظهوراً لدى بعض العائلات كسرطانات موروثية نادراً أثناء عمر الطفولة مثل مرض البلاستوما الشبكي، وهو سرطان عيون يظهر لدى الأطفال في سن الثالثة ويصيب الخلايا الشبكية في العين ويمكن علاجه بواسطة الجراحة والأشعة إذا ما تم اكتشافه باكراً بحيث يعيشوا ويكونوا عائلة جديدة سليمة وراثياً حيث أظهرت الدراسات أن هذا المرض يظهر بطريقتين: كمرض موروث أو كمرض يظهر بالصدفة دون علاقة بالوراثة. والأفراد المصابين عن طريقة الوراثة ينقلون المرض لنصف ذريتهم وعلى العكس من المصابين بطريقة غير وراثية فإنهم لا ينقلون المرض إلى الذرية وهناك مثال آخر على السرطان الوراثي وذلك عندما يرث شخص طفرة في جين p35 والمسؤول عن إيقاف نمو الخلايا غير الطبيعية فإنه يكون على مستوى خطورة عالية للإصابة بسرطانات ساركوما وسرطان الثدي واللوكميا وسرطان الغدد والكلية وتعرف هذه الحالة بمتلازمة لي - فروميني . Li- Fraumeni وهناك سرطانات أخرى تنتقل بالوراثة مثل سرطان الكلى (أورام ولمز) ولا يمثل إلا نسبة صغيرة من حالات السرطان وأيضاً فإن بعض السرطانات السائدة بين البالغين قد تورث مثل سرطان القولون والثدي كما ذكرنا ولذلك فإن عامل الوراثة مرتبط بوجود تاريخ للعائلة مع السرطان بالإضافة إلى حساسية الأفراد لأنواع عديدة من السرطان وكل ذلك يتحدد بالقابلية الوراثية والتعرض لعوامل مسرطنة بالبيئة. فمثلاً سرطان الجلد (النوع القاتم) مثال جيد لوجود فروق وراثية بين الأفراد بالنسبة للقابلية والحساسية للمرض حيث يظهر لدى أصحاب البشرة البيضاء بنسبة أعلى بعشر مرات من أصحاب البشرة السوداء حيث أن نسبة وجود بروتين الميلانين (اللون القاتم) بدرجة أكبر في الجلد لأصحاب البشرة السوداء من أصحاب البشرة البيضاء وهذا يعطي لهم حماية أكبر ضد الأشعة فوق البنفسجية UV ولذلك قلنا إن احتمال ظهور سرطان مثل سرطان الجلد (النوع القاتم) مثلاً يتحدد بعاملين هما القابلية الوراثية (لون الجلد) والتعرض لعوامل البيئة (أشعة UV).

عموماً فإن حالات السرطان الموروثة تشكل نسبة بسيطة جداً من السرطانات عامة وهذه السرطان الموروثة تنتقل عن طريق نقل القابلية للإصابة بسرطان معين أو عدة سرطانات بواسطة انتقال الجين المطفر إلى الذرية وهذه الأنواع النادرة عبارة عن سرطانات طفولة وسرطانات بالغين محمولة على جينات منفردة تسبب تكوين السرطان بنسبة عالية تصل إلى 100% في بعض الحالات بالإضافة إلى أن أنواع من الأمراض الموروثة تؤدي إلى تكوين السرطان بطريقة غير مباشرة حيث يتم التأثير على المادة الوراثية للخلية أو التأثير على جهاز المناعة في الجسم ويبدو أن الوراثة تتحكم في وجود بعض الفروق في حساسية الأفراد وقابليتهم للإصابة بالسرطان خاصة الأنواع السائدة منه.

(<https://smq1951.wordpress.com/cancer>)

3-خطوات ومراحل سير عملية اخبار المريض:

وقد سعى Riech (2008) الى تسطير بعض القواعد التي يجب على الطبيب او الممارس المكلف بتبليغ المريض بتشخيص مرضه الالتزام بها وتتمثل في:

-ضرورة الاستماع لقصة المريض(السوابق المرضية الفردية منها والاسرية،معلوماته عن المرض،ومايمكنه استيعابه)

الافصاح عن المرض يكون بطريقة متدرجة مع تاكد الطبيب من حين الى اخر مستوى فهم المريض لما تم تبليغه به،واستعداديته لمتابعة حديثه.

تجنب اغراق المريض بزخم من المعلومات لتجنب ظاهرة التعقيم وتلاشي المريض او اسرته واصابته بالصعق والصمم الانتقائي.

اهمية حضور احد اقارب المريض والذي سيكون بمثابة سند له وإعطائه املا في المستقبل.

ترك فرصة للمريض للتعبير عن نفسه وأرائه،ومشاعره وهدم التسرع في تهدئته وخاصة عدم اسكاته عندما يبدأ بالتعبير في التعبير عن رايه على المعالج طرح الاسئلة اللازمة واختيار الكلمات الصحيحة التي تستثير استجابته حول انفعالاته وإفهام المريض انه يتفهم انفعالاته وانه سيكون معه في رحلته لمحاربة المرض.

وتضيف Bacque (2008) نقطة حساسة غالبا ما يتطرق لها المريض اثناء حوارهم مع الطبيب على مرضه وهي الموت،والتي غالبا ما يتحدث عنها المريض بطريقة تهكمية او في مناخ قلق او

اكتتابي، وعلى الطبيب في هذا الموقف عدم الهرب من الجواب بتطمينه واستصغار المرض بتأكيد الشفاء، بل عليه السماح للمريض بالحديث عن المرض وسماع مخاوفه وانشغالاته حول هذه النقطة. (غنية، 2014، ص 194)

3-1 جدول يوضح مراحل الإفصاح للمريض عن مرضه:

<p>مرحلة قبل ابلاغ المريض</p> <p>من خلال الاجابة على التساؤلات التالية: من هو المريض كيف كانت سيرته قبل التقدم لفحص هل تقدم للفحص مع اقربائه كيف يمكن تخصيص مساحة نفسية خاصة به كيف تبدو العلاقة طبيب-مريض مالذي يشعر به الطبيب ماهي العناصر الكاملة التي يستخلصها الطبيب وراء هذا المريض وضع اطار للعلاقة لموازنة الوضعية والتحضير لخطة علاجية مشتركة.</p>
<p>ما الذي يعرفه المريض</p> <p>بفضل الاصغاء الجيد والنشط، يمكن للطبيب فهم بعض التصورات التي يحملها المريض عن مرضه، عن العلاج، الموت... مالذي يعرفه المريض عن مرضه</p>
<p>ما الذي يمكن للمريض سماعه</p> <p>التقدم خطوة بخطوة في محاولات لاخباره بالتشخيص، وتاجيل الامر ان كان المريض يلجا الى دفاعات صلبة، قلة استعمال المفردات التقنية والطبية واللجوء لاستعمال وصف للمريض يسهل عليه اعطاء صورة عن مرضه</p>
<p>تقاسم المعلومات والافصاح عن الاسم المتداول للمرض</p>

بعد كل سلسلة من المعلومات يقوم الطبيب بالتنوع، التناوب بين الاخبار الموضوعي والعلاقة الذاتية بتفهم المريض حتى يأخذ الافصاح صبغة انسانية، استعمال اللغة المتداولة على ان تكون واضحة وبسيطة، التاكيد من استيعاب المريض للمعلومات من خلال طرح الاسئلة من حين لآخر، عدم تصريف ردود الفعل المبالغ فيها او الاكتئابية ومحاولة تقييمها بما يتم اللجوء اليه عادة لمواجهة ردود الفعل المشابهة

السماح بالردود العاطفية الانفعالية للمريض

وهو ما يجب ان يستمر اثناء كل مقابلة.

التعرف على ردود فعل المريض ومحاولة التعبير عنها بإيجاد الكلمات الصحيحة
تعبير المعالج عن تفهمه الطبي لحالته المرضية وردود افعاله.

تسطير الخطوات العلاجية المشتركة. وبكل شفافية يقدم الطاقم الطبي التي سيشترك في عملية العلاج
تلخيص الوضعية والتحضير للمتابعة العلاجية

تلخيص المقابلة ينتهي بطرح الاسئلة عن رايه، عن مافهمه؟ عن شعوره

مساعدته لتسهيل عملية الافصاح للاهل والمقربين

الاتفاق على الاشتراك في الخطة العلاجية وعدم التخلي عنها

(حافري، 2014، ص ص 194-195)

4- علاج السرطان:

من الطبيعي أن إدراك ضياع فرصة التوصل إلى تشخيص مبكر يمكن أن يسبب لاحقًا مشاكل خطيرة في العلاقة بين المريض والطبيب وغالبًا ما يكون هذا في وقت يكون فيه المريض في أمس الحاجة إلى الطبيب. ويمر أطباء الأسرة بأوقات عصيبة في هذا الصدد، على سبيل المثال: الصداع وآلام الظهر من الأعراض الشائعة بين الناس، وفي الغالبية العظمى من الحالات تكون أسبابها حميدة، وربما لا تحتاج إلا لمداواة الأعراض فقط، دون الحاجة لإجراء أبحاث مستفيضة. غير أنه في بعض الأحيان بالطبع ربما تشير هذه الأعراض إلى ورم كامن بالمخ أو الحبل الشوكي.

بعد إجراء عملية الاختراع والتصوير الملائم للحالة، يجب اتخاذ قرار بشأن أسلوب العلاج الذي سيُتبع مع المريض. وثمة قرار مبدئي مهم، ألا وهو تحديد هل الشفاء محتمل أم لا. فإذا كان العلاج سيصبح في الأساس تخفيفًا للأعراض ينبغي أن يكون هذا من بين العوامل التي تؤخذ في الحسبان عند

اتخاذ القرار، إذ تصبح جودة الحياة هنا ذات أهمية فائقة. أما إن كان يُتَوَقَّع من العلاج أن يحقق الشفاء، فتوجد اعتبارات متنوعة تنطبق في هذه الحالة، فقد أوضحت الأبحاث أن المرضى يتحملون آثارًا جانبية شديدة الوطأة مقابل تمتعهم بفرصة للشفاء من المرض. وسواءً أكان الهدف هو الشفاء أم إطالة العمر المتوقع للمريض أم تخفيف آلامه، توجد مجموعة كبيرة من الأساليب المتاحة التي يمكن استخدامها أي منها وحده أو الجمع بين عدة أساليب معًا. تحتاج القرارات إلى مراجعتها بانتظام، وأن يجري تعديل أسلوب العلاج بما يتفق والآثار الجانبية له ومدى استجابة الورم، بمعنى إن كانت الأمور تسير في طريق التحسن أم لا.

ومن بين المرضى الذين يتطور لديهم السرطان إلى حالة متقدمة (تُسمى عادةً نقيليّة)، تصاب الغالبية بصفة أساسية بمرض عضال لا شفاء منه. وتكون هذه الحالات المتقدمة على شاكلة سرطان الرئة أو القولون أو الثدي أو البروستاتا أو الكبد في مرحلته المتقدمة، وهي أخطر الأنواع المهلكة من السرطان. أما القلة، فيصابون بأمراض قابلة للشفاء بالعلاج الكيماوي، مثل سرطان الخصية، أو الليمفوما، أو اللوكيميا أو بعض سرطانات الأطفال.

ويمكننا أن نرى من واقع هذا التقسيم أن غالبية المرضى الذين تماثلوا للشفاء من السرطان في القرن الحادي والعشرين قد عولجوا بأسلوبين ابتكرًا أصلًا في القرن التاسع عشر، وهما الجراحة والعلاج الإشعاعي. وبدأت التطورات الرئيسية على مستوى العلاج بالعقاقير التي صارت تحتل الكثير من العناوين الرئيسية للأخبار في منتصف القرن العشرين، ومعظمها يعمل على إطالة العمر المتوقع في الحالات المتقدمة، ولا يحقق شفاءً فعليًا للمرضى. وأطباء الصحة العامة يعون هذه الحقيقة، غير أن الجمهور لا يدركها إدراكًا كاملاً. ونتيجة لهذا فإنه في البلدان الأكثر فقرًا، نحصل على أقصى تأثير على السرطان من اتباع أساليب العلاج الإشعاعي والجراحة الأساسية الجيدة (جميس: 2013، ص 60)

ان التأثير الجانبي الأكثر شيوعاً، والذي عادة ما يربط الأشخاص بينه وبين علاج السرطان، هو فقدان الشعر. ومع هذا، لا يفقد جميع المرضى شعرهم نتيجة للعلاج، حيث يعتمد هذا الأمر على نوع العلاج الذي يخضعون له كما أن المرضى لا يختبرون نفس الآثار الجانبية، فبعضهم يعانون بشكل أكبر من هذه الآثار، حتى لو كانوا يتناولون نفس الأدوية.

بسبب النمو والانقسام السريع للخلايا السرطانية، فإن العلاج الكيماوي يعمل على استهداف هذه الخلايا وقتلها. ومع هذا، فإن العلاج الكيماوي لا يمكن أن يفرق بين الخلايا الطبيعية والخلايا السرطانية، لهذا السبب تتضرر الخلايا سريعة النمو الأخرى في الجسم مثل خلايا الشعر.

ولكن الآثار الجانبية مؤقتة، وبمجرد الانتهاء من العلاج الكيماوي تبدأ الخلايا السليمة بالتعافي وستشعر بالتحسن.

ان العلاج الكيماوي يعمل على تخفيض المناعة، ما يجعلك أكثر عرضة لالتقاط العدوى أو الفيروسات. لذلك تجنب الاختلاط بالأشخاص المرضى أو في الأماكن العامة المزدحمة، لأنه سيكون من السهل جداً التقاط العدوى في مثل هذه البيئة.

فيما يلي بعض الآثار الجانبية الشائعة التي يسببها العلاج الكيماوي:

فقدان الشعر-الإرهاق-الغثيان والقيء-فقر الدم-الإسهال-الإمساك-زيادة أو نقصان الوزن-زيادة فرصة الإصابة بالعدوى-زيادة فرصة حدوث نزيف أو كدمات-احمرار أو التهاب أو حكة في الجلد-فقدان الشعر (فقط في المنطقة الخاضعة للأشعة)-الاسهال-صلب في العضلات أو المفاصل-فقدان الشهية-الإرهاق

(<http://www.khcc.jo/ar/section>)

5- دور العائلة أثناء علاج مرض السرطان:

في معظم الأحيان تكون العائلة بأسرها مشاركة عندما يكون أحد أفراد العائلة مريضاً. وكما ذكرنا سابقاً (في البند "هل يريد المرضى أن يعرفوا؟")، يوصى بالتواصل بشكل صادق ومنفتح بين أفراد العائلة ومشاركة الجميع، وفق سنهم وقربهم من المريض، بالمعلومات المتعلقة بالمرض. ويسمح الانفتاح للمريض بأن يعبر عن مخاوفه وأحاسيسه، ويعزز إيمانه وقدرته على التعامل بنجاح مع المرض وأبعاده. للعائلة دور هام في مساعدة المريض على تلبية احتياجاته اليومية، في توفير دعم عاطفي وتشجيع المريض على مواصلة أسلوب حياة سليم بقدر الإمكان، بما في ذلك النشاط الاجتماعي.

وتستطيع العائلة أيضاً مساعدة المريض في اتخاذ قرارات حول مواصلة العلاج. يؤدي المرض أحياناً إلى تغييرات في الأدوار، مما يقتضي تغيير أسلوب حياة العائلة وتوزيع الأدوار بشكل مختلف. إن الطواقم المعالجة هي مسؤولة عن حصول أفراد العائلة على معلومات مفصلة حول الخدمات التي تعطى في المستشفى وفي المجتمع، والتي من شأنها أن تساعدهم في التعامل مع المرض.

يؤثر التوجه الإيجابي والأمل بالشفاء قطعاً على جودة حياة المريض. وعلى الرغم من ذلك، من غير المحبذ كبت الإحساس بالحزن أو عدم اليقين، وهما إحساسان طبيعيين في وضع كهذا.

تجرى اليوم في العديد من المراكز في العالم أبحاث حول تأثير الأوضاع النفسية على الجسم . وأظهرت بعض الأبحاث وجود تأثير معين لأوضاع الضغط والضائقة على وظيفة جهاز المناعة . إن الأبحاث حول تأثير الوضع النفسي على جهاز المناعة هي في مستهل طريقها، ولا تتوفر بعد نتائج قاطعة في هذا الشأن.

تبين الأبحاث الجديدة أن برنامج الإرشاد المعد لمرضى السرطان، والذي يشمل دعمًا نفسيًا واستعمال أدوات من الطب المكمل، كجزء عضوي من العلاج الشامل، يحسن من جودة حياتهم وبقائهم على قيد الحياة . ولوحظ أيضًا ضمن إطار هذا البرنامج انخفاض في نسب عودة المرض . وساهم تقليل مستوى الخوف والاكتئاب لدى المرضى في استجابتهم بشكل أفضل للمعالجة الكيميائية. (قطاس:2010 ص ص60-61)

خلاصة:

ان عدم تفهم العاملين في مجال الصحة الطبية للعادات المحلية والوعي بأبعادها وانتشارها ادى الى احجام الكثير من المواطنين بالخدمات الطبية، ولعله السبب المباشر في تفضيل الطب الشعبي عند العلاج،ولاشك ان للطب الشعبي دورا ايجابيا يمكن ان يستفاد منه في الحد الاقصى،اذا اقتنع العاملون في المجال الصحي بان الطب الشعبي ليس كله شعوذة ودجل،وان الطبيب الشعبي قد يمتاز بمعرفته لعادات وتقاليد ومعتقدات الناس واحوالهم،وعنده المقدرة على كسب ثقتهم ومخاطبتهم على قدر مستوى فهمهم.

الفصل الثالث

الفصل الثالث: الاجراءات المنهجية والتصميمية للدراسة

مدخل

❖ الدراسة الاستطلاعية

❖ اهداف الدراسة الاستطلاعية

❖ نتائج الدراسة الاستطلاعية

❖ ادوات الدراسة

❖ الدراسة الاساسية

❖ منهج الدراسة

❖ خطوات الدراسة

❖ عينة الدراسة الاساسية

❖ تحديد المتغيرات التجريبية

❖ التصميم التجريبي

❖ البرنامج العلاجي

❖ المعالجات الاحصائية

خلاصة

مدخل:

يعتبر الجانب المنهجي في الجزء الاساسي لأي دراسة علمية ،لان فيه تتحدد ملامح وقواعد البحث الاساسية كالمنهج،العينة،والاهم من ذلك استطلاع الميدان،الذي يمكن الباحث من استكشاف وحداته البحثية عن قرب مروراً ببناء ادوات بحثه وتقنياتها حت تصبح جاهزة للاستخدام في الدراسة الاساسية.

1-الدراسة الاستطلاعية:

خصت الدراسة الاستطلاعية لاختيار العينة البحثية،بالإضافة الى تكييف مقياس توكيد على عينة الدراسة الحالية،بالإضافة الى البناء والتقييم للبرنامج العلاجي الذي سيطبق في الدراسة الاساسية، وبعد الاطلاع على الاطر النظرية الخاصة بالعلاج النفسي عموماً والعلاج وفق منحى بيك بصورة خاصة،تم الخروج بالشكل المبدئي للبرنامج الذي ضم مجموعة من الاليات العلاجية،والاطار العام لتطبيقها مع عينة الدراسة،وقد طبق البرنامج على ثلاث حالات اظهرت مجموعة من التظاهرات الاكتئابية لاختبار مدى صلاحيته للاستعمال مع العينة الاساسية للدراسة،وقد اجرينا مجموعة من التعديلات انطلاقاً من نتائج التطبيق التجريبي الاولي ليصدر البرنامج في صورته النهائية .

1-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

يمكن أن نشير إلى أهداف الدراسة الاستطلاعية كما يلي:

-البحث عن العينة المطلوبة لاختبار فروض الدراسة

-التعرف على صعوبات الميدان.

-تصميم وتقنين أدوات تتماشى مع البيئة المحلية.(بناء مقياس توكيد الذات لدى امهات الاطفال المصابين بالسرطان)

-البناء والتطبيق الاستطلاعي للبرنامج العلاجي المستند الى نظرية بيك في العلاج المعرفي لمعرفة أهم

المشكلات التي قد تواجه الباحثة أثناء التطبيق الفعلي وإجراء بعض التعديلات بناء على نتائج هذا التطبيق.

1-2 عينة الدراسة الاستطلاعية:

لقد ضمنت الدراسة الاستطلاعية عينة مكونة من 75 وحدة (امرأة) والذين يتميزون بالخصائص التالية:

عرض خصائص أفراد العينة حسب السن:

النسبة المئوية	التكرار	الفئات العمرية
13.33%	10	33-28
56%	42	39-34
26.66%	20	45-40
4%	3	51-46
100%	75	المجموع

التعليق على الجدول:

من خلال نتائج الجدول الذي يبين التوزيع العمري لعينة التقنين تبين ان غالبيتهم يتوزعون في الفئة العمرية الثانية اي ما بين 34 و39 سنة.

عرض خصائص أفراد العينة حسب عدد الاولاد:

النسبة المئوية	التكرار	عدد الاولاد
9.33%	7	من 1 الى 3
61.33%	46	من 4 الى 6
33.33%	25	أكثر من 7 اطفال
100%	75	المجموع

التعليق على الجدول:

من خلال نتائج الجدول الذي يبين توزيع الافراد العينة حسب عدد الاولاد فقد بلغت اكبر نسبة مؤية والتي قدرت ب61.33% مايقابلها 46 تكرار من مجموع 75 فردا.

عرض خصائص افراد العينة حسب التعامل مع وجود فرد مريض في الاسرة:

الخاصية	التكرارات	النسبة المئوية
يوجد	50	%66.66
لايوجد	25	%33.33
المجموع	75	%100

التعليق على الجدول:

من خلال نتائج الجدول الذي يبين توزيع افراد العينة حسب امكانية وجود فرد مريض في الاسرة ام لا وقد بلغت اكبر نسبة مئوية 66.66% مقابل 50 تكرار، اي ان غالبية افراد العينة قد سبق لهم وان تعاملوا مع فرد مريض .

1-3 نتائج الدراسة الاستطلاعية:

لقد تمخض عن القيام بالدراسة الاستطلاعية نتيجتين هامتين وهما:

الخروج بأدوات الدراسة في شكلها النهائي مرورا بحساب خصائصها السيكمترية والتأكد من صلاحيتها للاستعمال في البحث الحالي.

الخروج بعينة من الحالات (6 نساء) واللاتي تم اختيارهم بعد تطبيق مجموعة من الادوات للتأكد من توفر الشروط التي حددت من قبل الباحثة مسبقا.

ادوات الدراسة :

1-مقياس الاكتئاب:

يعتبر نموذج بيك Beck من النماذج النفسية المهمة في تفسير الاكتئاب، يفترض هذا النموذج أن الاضطرابات الاكتئابية تنشأ على أساس الاضطرابات الاستعرافية، حيث تتصف هذه البنى بالتشويه بدرجات مختلفة والتشويهاً (الأخطاء الاستعرافية)

هي شكل من التمثل غير الملائم للمعلومات وتتصف بكونها استنتاجات عشوائية وتجريدات وتفكير أخلاقي مطلق وتخصيصات انتقائية وتعميمات مفرطة ومبالغات، الأمر الذي يقود إلى أن يصبح محتوى هذه الاستعارات عند المكتبيين مشحوناً بالنظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل، الذي يطلق عليه بيك تسمية الثالوث الاستعرافي، ويعتقد بأن هذه المواقف السلبية مسؤولة عن كثير من الأعراض الاكتئابية، وتؤثر على المجال الانفعالي والدافعي والسلوكي. (رضوان، ص4)

ونحن في هذه الدراسة استخدمنا مقياس بيك الثاني للاكتئاب الذي اعده بيك واخرون-Beck (Brown(Steer- سنة 1966، وقام بتعريبه كل غريب عبد الفتاح غريب(2000)، واعداد الصورة الكويتية بدر الانصاري(2004) والتي تعتبر كصورة محدثة عن الصورة الاولى(BD1) وتتكون القائمة من 21 مجموعة من الاسئلة تضم كل مجموعة بنودا يختار المفحوص بوضع دائرة امام البند الذي يصف شعوره، لقياس شدة الاكتئاب لدى المراهقين والبالغين بدا من 13 سنة فما فوق). (الانصاري، 2006، ص46). وقد تم تقنينه من قبل الباحثة في دراسات سابقة لها على عينة مكونة من 30 امرأة وقد تم التحصل على الخصائص السيكومترية التالية:

1-1- الخصائص السيكومترية لمقياس الاكتئاب:

2-1 حساب الصدق التلازمي:

يتطلب منا هذا النوع من الصدق ان نجد أولاً أداه تقيس نفس السمة التي يقيسها الاختبار الحالي المراد تقنينه وفي هذه الدراسة وجدنا أن اختبار زونج للاكتئاب هو الاقرب من مقياس الدراسة الحالية، فقمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة (ن=30) على الاختبارين وقد وجدنا النتيجة التالية:

جدول رقم(4) يبين معامل الارتباط بين مقياس بيك الثاني ومقياس زونج للتقدير الذاتي للاكتئاب

معامل الارتباط	درجة الحرية	مستوى الدلالة
0.69**	28	0.05

التعليق على الجدول:

من خلال نتائج الجدول نلاحظ ان قيمة الارتباط والتي قدرت ب0.69 وهي قيمة فوق المتوسط،أي ان هذا المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق.

1-3 حساب الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق :

تم التطبيق على نفس العينة ولاكن يطبق في هذه الحالة اختبار واحد مرتين بفاصل زمني قدره 15 يوما،وبعد ذلك يتم دراسة معامل الارتباط بين التطبيقين الاول والثاني،وقد حصلنا على النتيجة التالية:

جدول رقم (5) يبين معامل الارتباط بين درجات التطبيق الاول والثاني لمقياس الاكتئاب

معامل الارتباط	درجة الحرية	مستوى الدلالة
**0.74	28	0.05

التعليق على الجدول :

وقد بين الجدول أن هناك معامل ثبات كبير نسبيا لفقرات المقياس.وذلك نظرا لقوة معامل الارتباط بيرسون.والذي قدرت درجته ب0.74

1-4 حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية:

تم إيجاد معامل ارتباط بيرسون بين معدل الأسئلة الفردية ومعدل الأسئلة الزوجية لكل بعد من أبعاد المقياس، وقد تم تصحيح معاملات الارتباط باستخدام معامل ارتباط سبيرمان -براون للتصحيح.

جدول رقم(6) يبين معامل الارتباط التجزئة النصفية لمقياس بيك الثاني للاكتئاب

عدد الوحدات	معامل الارتباط قبل التصحيح	معامل الارتباط بعد التصحيح	مستوى الدلالة
21	0.613	0.976	0.05

التعليق على الجدول:

من خلال نتائج الجدول لاحظنا ان قيمة المعامل الارتباطي هي قيمة جد مرتفعة،والتي قدرت ب0.96،وبالتالي ومن خلال الرجوع إلى المؤشرات الإحصائية التي قمنا بحسابها والمتمثلة في :

*الصدق التلازمي

*الثبات عن طريق إعادة التطبيق

*الثبات عن طريق التجزئة النصفية

نستطيع أن نقول على هذا المقياس أصبح صالحا للاستعمال لأنه يتميز بخصائص سيكومترية مقبولة و جيدة.

1-5 مفتاح تصحيح المقياس:

تم تصحيح المقياس في ضوء الاختيار من بين اربعة بنود تعبر عن جزئية المحور:

0 - 9 لا يوجد أكتئاب

10 - 15 أكتئاب بسيط

16 - 23 أكتئاب متوسط

24 - 36 أكتئاب شديد

37- فاكثر أكتئاب شديد جدا

2-مقياس توكيد الذات لدى امهات الاطفال المصابين بالسرطان:

2-1 خطوات البناء :

-قامت الباحثة بمراجعة الآراء المختلفة حول مفهوم توكيد الذات ومن ثم الخروج بالتعريف الإجرائي الذي يحدد الأبعاد الأساسية للمقياس.

-تمت مراجعة ما توافر لدى الباحثة من استبيانات أو مقاييس أعدت لقياس توكيد الذات مثل (مقياس طريف شوقي فرج 2003، راثوس 1973، يزيد الشهري 2005، محمد السيد عبد الرحمان 1998.....)

-وبناء على مراجعة التراث النظري في مجال توكيد الذات والتعريف الإجرائي الذي وصفته الباحثة بالإضافة إلى مراجعة الأدوات السابقة الذكر، تم تصميم المقياس والذي ضم في صورته النهائية 21 بندا

2-2 تصحيح المقياس: تم تصحيح المقياس في ضوء الاختيار من بين خمسة بدائل للاستجابة وهي:

جدول رقم (6) يبين درجات البدائل

بدائل الإجابة و وزن الفقرة	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	معارض تماما
الدرجات	4	3	2	1	0

وعليه يصبح ميزان المقياس:

الدرجة الكلية القصوى للمستجيب هي (84)

الدرجة المتوسطة للمستجيب هي (42)

وأدنى درجة كلية للمستجيب هي (0)

2-3 حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

2-4 صدق المقياس:

والصدق هو أهم خاصية من خواص القياس ، فالثبات مثلاً ضروري للاختبار ولكنه ليس بديلاً عن الصدق، والاختبار الذي يعطينا درجة غير مستقرة أو غير متسقة لا يمكن أن يكون صادقاً (الأغا ، 1997: ص 119) ويقصد بصدق المقياس قدرته على قياس ما وضع لقياسه الناحية الأخرى إذا كانت درجة ثبات الاختبار عالية جداً فهذا ليس دليلاً على أن الاختبار يقيس ما وضع لقياسه . ولهذا فإن انخفاض معامل الثبات يحد من الصدق ، ولكن ارتفاع معامل الثبات لا يضمن درجة مرضية من الصدق وبمعنى آخر فإن وظيفة الثبات هي تحقيق استقرار الدرجات الذي يمكن من تحقيق الصدق .

وقد تأكدت الباحثة من صدق المقياس بالطرق التالية:

5-2 صدق الاتساق الداخلي:

تقوم فكرة هذا النوع من الصدق على حساب ارتباطات درجات الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس، وكذلك مع الأبعاد الفرعية له، إضافة للتحقق من ارتباط أبعاد المقياس فيما بينها، ومع الدرجة الكلية للمقياس (حبيب، 1996: ص19)

جدول رقم(7) يوضح معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية للمقياس :

العبرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	العبرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	.547**	0.05	11	.509*	0.05
2	.407*	0.05	12	.300*	0.05
3	*.335	0.05	13	.300*	0.05
4	.557**	0.05	14	.459*	0.05
5	.705**	0.05	15	.333**	0.05
6	.413**	0.05	16	.566**	0.05
7	.420*	0.05	17	.312**	0.05
8	.606**	0.05	18	.382**	0.05
9	.417**	0.05	19	** .347	0.05
10	.484**	0.05	20	.191	0.05
21	.884**	0.05			

التعليق على الجدول:

يتضح من الجدول رقم(7) السابق أن قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01، وهذا يوضح أن لكل بند من بنود المقياس علاقة قوية بالدرجة الكلية، وهذا ما يؤكد اتساق

المقياس .

2-6 الصدق الذاتي:

تم حساب ثبات المقياس وفق طريقة الصدق الذاتي وتقد توصلنا ال النتيجة التالية:

$$\text{معامل الصدق الذاتي} = 0.794$$

2-7 حساب الثبات:

ويقصد به الحصول على نفس النتائج عند تكرار القياس باستخدام الأداة نفسها في الظروف نفسها (الأغا ، 1997 :ص121) ولقد قام الباحثة بحساب معامل الثبات بطريقتين هما :

2-8 طريقة التجزئة النصفية:

تم إيجاد معامل ارتباط بيرسون بين معدل الأسئلة الفردية ومعدل الأسئلة الزوجية للمقياس .

جدول رقم(8) يبين معامل ارتباط بيرسون بين معدل الأسئلة الفردية ومعدل الأسئلة الزوجية للمقياس

عدد البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
21	0.965	0.05

التعليق على الجدول :

وقد بين جدول رقم (8) أن هناك معامل ثبات كبير نسبيا لفقرات المقياس.والذي قدرت درجته ب0.965

2-9- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

ويمثل معامل ألفا متوسط المعاملات الناتجة عن تجزئة الاختبار إلى بطرق مختلفة، وبذلك فإنه يمثل معامل الارتباط بين أي نصفي الاختبار، حيث بلغت قيمته **0.632**.

2-10 الصورة النهائية للمقياس:

بعد إجراء التعديلات النهائية تقلص عدد البنود ليصل إلى 21 بنداً (انظر الملاحق)

3- مقياس مركز الضبط الداخلي-الخارجي لروتر:

ان اول مقياس صمم لقياس مركز الضبط هو مقياس روتر 1966 في دراسته التي هدفت الى توضيح اثر التعزيز والمكافأة على السلوك، وهو ياخذ شكل الاختبار الجبري ويتكون من 23 فقرة كل فقرة تتضمن زوجا من العبارات احدها تشير الى الضبط الداخلي والآخرى تشير الى الضبط الخارجي، وقد أضيفت الى الفقرات السابقة 6 فقرات إضافية وضعت حتى لا يعرف المفحوص هدف المقاس، ليصبح المقياس مكونا من 29 فقرة.

3-1 مفتاح التصحيح:

يتم تصحيح المقياس عن طريق حسابات الإجابات الافراد على الاختيارات الخارجية بحيث تعطى درجة لكل اختيار خارجي وهذا الاختيار يسجل في اتجاه الضبط الداخلي، بمعنى ان الدرجات المرتفعة فيه تنبئ بارتفاع الضبط الخارجي لدى المفحوص .وقام كفاي بتجربة المقياس على البيئة المصرية وذلك بتطبيقه على عينة مكونة من 427 طالبا وطالبة بجامعة الفيوم، وكان معامل ثبات المقياس 0.691 باستخدام تطبيق وإعادة تطبيق في حين بلغ معامل التجزئة النفسية 0.528 وتم حساب الصدق الذاتي للمقياس فبلغ 0.88 (عثمان واخرون: 2008، ص44)

3-2 حساب الصدق:

3-3 صدق الاتساق الداخلي:

اولا:حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس مركز الضبط:

جدول رقم(9) يوضح مصفوفة معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس مركز الضبط:

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضبط الداخلي	.782**	0.05
الضبط الخارجي	** .780	0.05

التعليق على الجدول:يتضح من الجدول السابق أن جميع الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية موضع الدراسة دالة إحصائياً وهذا يشير إلى الاتساق الداخلي للمقياس.

3-4 حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس مركز الضبط:

جدول رقم(10) يوضح مصفوفة معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس مركز الضبط:

الأبعاد	الداخلي	الخارجي
الضبط الداخلي	1	0.520
الضبط الخارجي	0.520	1

التعليق على الجدول:

يتضح من الجدول السابق أن جميع أبعاد المقياس موضع الدراسة دالة إحصائياً من خلال ارتباطها مع بعضها البعض ،وهذا يشير إلى الاتساق الداخلي للمقياس .

3-5 الثبات وفق طريقة التجزئة النصفية :

تم إيجاد معامل ارتباط بيرسون بنفس الطريقة السابقة

جدول رقم(11) يوضح معامل الثبات لمقياس مركز الضبط الداخلي-الخارجي:

عدد البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
26	0.85	0.05

التعليق على الجدول :

وقد بين جدول رقم(11) أن هناك معامل ثبات كبير نسبيا لفقرات المقياس.

3-6 الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

حيث بلغت قيمت معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ 0.741

3-7 طريقة التصحيح وتفسير النتائج :

جدول رقم (12) يمثل مفتاح تصحيح مقياس مركز الضبط الداخلي /الخارجي (ج.روتر) :

الدرجة	الفقرة	الدرجة	الفقرة
أ	16	دخيلة	1
أ	17	أ	2
أ	18	ب	3
دخيلة	19	ب	4
أ	20	ب	5
أ	21	أ	6
ب	22	أ	7
أ	23	دخيلة	8

9	أ	24	دخيلة
10	ب	25	أ
11	ب	26	ب
12	ب	27	دخيلة
13	ب	28	ب
14	دخيلة	29	أ
15	ب		

الفقرات رقم (1 ، 8 ، 14 ، 19 ، 24 ، 27) فقرات تمويه ولم تحسب لها أي علامة.

* الفقرات رقم (2 ، 6 ، 7 ، 9 ، 16 ، 17 ، 18 ، 20 ، 21 ، 23 ، 25 ، 29) تعطى علامة واحدة لكل فقرة عند الإجابة عليها بالرمز (أ) ، وتعطى صفراً عند الإجابة عليها بالرمز (ب).

* الفقرات رقم (3 ، 4 ، 5 ، 10 ، 11 ، 12 ، 13 ، 15 ، 22 ، 26 ، 28) تعطى علامة واحدة لكل فقرة عند الإجابة عليها بالرمز (ب) ، وتعطى صفراً عند الإجابة عليها بالرمز (أ).

- تكون درجة الفرد على المقياس مجموع الدرجات التي تعبر عن اتجاهه الخارجي ومدى الدرجات على هذا المقياس من صفر (والتي تعبر عن عدم وجود اتجاه خارجي لدى المستجيب) إلى 23 (والتي تعبر عن اتجاه خارجي تماماً).

- ويصنف المستجيبون على هذا المقياس إلى فئتين :

الأولى : من (صفر - 8) درجات وهم ذوي مركز الضبط الداخلي .

الثانية : من (9 - 23) درجة وهم ذوي مركز الضبط الخارجي . (حلالة، 2012 :ص61)

-تمت صياغة مجموعة من البنود التي تغطي كل بعد من الأبعاد السابقة .

الدراسة الاساسية:

1-منهج الدراسة:

سنتبع في دراستنا المنهج الشبه تجريبي لانه يصعب على الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية القيام بتجربة مباشرة على الظاهرة المراد قياسها وذلك نظرا لتعقدها وتشابكها، لذلك نلجأ الى الطرق الشبه تجريبية لإخضاع الظاهرة للتجريب.

2-خطوات الدراسة الاساسية:

- ❖ تطبيق ادوات الدراسة(مقياس بيك الثاني للاكتئاب-مقياس توكيد الذات-مقياس مركز الضبط الداخلي -الخارجي-البرنامج العلاجي النفسي الاجتماعي).على حالات الدراسة
- ❖ اجرا القياسات القبلية
- ❖ اختيار عينة الدراسة من بين من يعانون من اكتئاب ارتكاسي خفيف بالإضافة الى مجموعة من الشروط.
- ❖ تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية .
- ❖ اجراء القياس البعدي للحالات
- ❖ تصحيح الاستجابات وجدولة الدرجات ومعاملتها احصائياً، واستخلاص النتائج ومناقشتها في ضوء الاطر النظرية المناسبة. (رضوان: 2016،ص181)

3-عينة الدراسة الاساسية :

ينبغي الباحث أفراد عينته بما يخدم أهداف دراسته وبناء على معرفته دون أن يكون هناك قيود أو شروط غير التي يراها هو مناسبة من حيث الكفاءة أو المؤهل العلمي أو الاختصاص أو غيرها، وهذه عينة غير ممثلة لكافة وجهات النظر ولكنها تعتبر أساس متين للتحليل العلمي ومصدر ثري للمعلومات التي تشكل قاعدة مناسبة للباحث حول موضوع الدراسة. (الطويسي،2001،ص6)

ولذلك تم الاعتماد على المعاينة القصدية،واختيار 6 حالات ليمثلوا العينة النهائية ممن تتوفر فيهن الشروط التالية:

- ✓ ان لا يتجاوز عددهن ستة نساء ممن لديهن طفل واحد مصاب بالسرطان على الاقل.
- ✓ ان لا يتجاوز عدد المجموعة العلاجية 8 نساء.
- ✓ ان تتراوح اعمارهن ما بين (35-49 سنة)
- ✓ ان تكون النساء عينة الدراسة خالية من الامراض النفسية او العضوية التي تتطلب تناول ادوية معينة والتي قد تظلل نتيجة العلاج النفسي.
- ✓ ان لا تكون ام الطفل مطلقة او ارملة.
- ✓ ان لاتكن مما يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة
- ✓ ان لا تكن ممن وصلن الى سن الياس
- ✓ ان تكون النساء عينة الدراسة هي التي تقوم بالعناية بابنها اثناء تواجده في المستشفى (يستثنى بديل الام كالجدة او الخالة او زوجة الاب...)
- ✓ ان تكون من القاطنات بولاية بسكرة
- ✓ بالاضافة الى تحصلهن على درجات اما متوسطة اما تحت المتوسط على مقاييس الدراسة (انظر الملاحق)

عرض خصائص عينة الدراسة الاساسية:

المهنة	نوع السرطان	عدد الاطفال	المستوى التعليمي	السن	الخاصية الحالات
مأكنة في البيت	لوكيميا	4	متوسط	40	الحالة 1
معلمة	لوكيميا	2	ليسانس	39	الحالة 2
مأكنة في البيت	لوكيميا	5	متوسط	44	الحالة 3
خياطة	سرطان العظام	3	جامعي	37	الحالة 4
مأكنة في البيت	سرطان الدماغ	7	ابتدائي	49	الحالة 5
مأكنة في البيت	لوكيميا	8	متوسط	45	الحالة 6

جدول يبين خصائص عينة الدراسة.

5-تحديد المتغيرات التجريبية:

يمكن تصنيف متغيرات الدراسة الحالية في ثلاثة أنواع:

-متغير مستقل :هو المتغير الذي اختارته الباحثة وعالجته بطريقة معينة ليحدث أثره على المتغير الآخر.(ممثل في البرنامج العلاجي)

-متغير التابع:وهو المتغير الذي يلحقه لأثر الذي يحدثه المتغير المستقل.(درجات المقاييس التي تم تصميمها من قبل الباحثة)

-المتغيرات الدخيلة:

ولما كان حصر العوامل المؤثرة في أية ظاهرة من الصعوبة بمكان، فإننا نقدر وجود عدة متغيرات تؤثر على الظاهرة أثناء إجراء التجربة. وقد تكون هذه سبب التغيرات في المتغير التابع وليس المتغير التجريبي، أو قد تعمل إلى جانبه (سامي محمد ملحم، 2004: 389) ولذلك ومن أجل الحكم على قيمة المتغير التجريبي بصورة نقية، فإننا نحتاج إلى ضبط المتغيرات الدخيلة المتمثلة في المستوى التعليمي للوالدين، الجنس، السن، مستوى التحصيل الأكاديمي، المستوى الاقتصادي، منطقة السكن .

5-2-التصميم التجريبي المستخدم في الدراسة:

تصميمات خطوط الاساس المتعددة(نموذج أ-ب):

يتضمن هذا المنحى ثلاثة اساليب مختلفة للمعالجة التجريبية التي تستخدم فيها خطوط اساس متعددة في التصميم التجريبي لدراسة تأثير متغير تجريبي(علاج).ونحن في هذه الدراسة سنختار اسلوب التطبيق المتعاقب للمتغير العلاجي،والذي يعتبر اول نوع من انواع تصميمات خطوط الاساس المتعددة حسب بارلو وهيرسين،حيث يتم تطبيق المتغير العلاجي على عدة جوانب سلوكية للمفحوص،(صفوت، 2008،ص253)،وقد قمنا باختيار هذا الاسلوب دون غيره على اعتبار السلوك الحالي موضوع الدراسة وهو الاكتئاب الارتكاسي يتكون من مجموعة من المهارات الفرعية وهي تدني

التوكيد والضبط، حيث تم التدخل العلاجي لكل مهارة او مكون على حدة بالتتابع المنظم، ولذلك تم التطرق لمعالجة الضبط دون التدخل على مستوى الجوانب الاخرى، وبعد الانتهاء من هذا الجانب ثم ادخال المتغير التجريبي وهو العلاج النفسي على المتغير الثاني وهو التوكيد المتدني، وبعد ذلك تم التعامل مع الاكتئاب الارتكاسي كآخر شئ طبق في العلاج، وبهذه الطريقة نكون انطلقنا من الجزء لاحداث التغيير في الكل.

6- البرنامج العلاجي:

وقد قسمت جلسات البرنامج الى ثلاثة محاور كبرى وهي:

المحور الاول محور التعرف على الافكار (الافكار الخاطئة وتصنيفها):

وقد ضم مجموعة من الجلسات التي تسعى الباحثة من خلالها الى تطبيق مجموعة من المقابلات الاولية التي تراوح عددها ما بين جلستين الى ثلاثة جلسات حسب كل حالة وقابليتها للتجاوب والاسترسال في سرد بعض الجزئيات التي نحتاجها في تطبيق البرنامج العلاجي.

اهداف الجلسات الاولية:

- محاولة بناء علاقة ثقة بين الباحثة والمتعالجات.
- تنمية روح التعاون بينهما
- عرض اهم النقاط الاساسية في حياة الحالة والتي قد تكون مربط الفرس في حالتها الراهنة
- حصر مجموعة المشكلات الرئيسية التي سيتم التعامل معها من خلال جلسات البرنامج
- تحديد نوعية الاليات والاستراتيجيات المناسبة لكل مشكلة (في بعض الاحيان يستلزم استخدام اكثر من استراتيجية واحدة للتعامل مع مشكلة واحدة)
- اعطاء وصف ملخص للحالات عن معاشهن النفسي (استبصار مبدئي)
- تشجيع الحالات على التعبير الحر والمطلق بنوعيه اللفظي والجسدي لان ذلك يدخل في العلاج

-اعطا شرح توضيحي للحالات عن سير جلسات البرنامج وتبيان اهمية التطبيق الانى والبعدى للاستراتيجيات التي تم تعلمها خلال الجلسة والتي ستكون بمثابة واجبات.

المحور الثاني محور التدخل العلاجي على مستوى مسببات مرض السرطان:

بعد تحديد مجموعة الافكار والافكار التي تحملها حالات الدراسة حول اسباب المرض(مرض سرطان الابن) تم تحديد الاكثر تاثيرا في معاش الحالات الراهن، ثم تم تناول كل واحدة من تلك المغالطات الفكرية على حدة على المستوى النظري التخيلي والميداني

وقد هدفت الجلسة الاساسية مايلي:

-اعطاء ملخص عن ما تم تناوله في الجلسة الماضية

-تحديد المشكلة الحالية التي سيتم التعامل معها في هذه الجلسة

وبما ان هذه المشكلات هي متغلغلة في التصور النفسي الاجتماعي للموضوع المسبب للاضطراب الانى فانه على الصعب على الباحثة ان تدحض او تعالج تصورا من خلال جلسة واحدة وبالتالي استعانت بنوع اخر من الجلسات وأطلقنا عليها اسم الجلسات الثانوية وهي عبارة عن مجموعة من الجلسات التي تلي الجلسة الاساسية وتهدف الى محاولة تطبيق الاستراتيجيات العلاجية في موافق مختلفة حت تكون اكثر فعالية وعملية.

تشارك جميع الجلسات سوا كانت اساسية او ثانوية في الهدف العام وهو اوصول المتعالمات الى مرحلة يستطيع فيها التعرف على الافكار الغير منطقية والتي تكون في الغالب سهلة التصديق صعبة التنفيذ لانها تغلغلت في فكرهن، فاذا تمكنت المتعالمات من تبيان مواطن الضعف في هذه الافكار وكيف انها خلفت سلوكا مرضيا لدى الحالات من خلال تطبيق مجموعة من اليات العلاج النفسي مثل(التخييل.الالهاء المعرفي.الحوار السقراطي.....) وهذا يكون على المستوى النظري التخيلي فقط، بعدها ننقل بعدها الى الممارسة الفعلية والتي تتناول مجموعة من الاستراتيجيات الخاصة بها(ك لعب الدور.التنقيس.الواجبات.تفحص الدليل...)

في نهاية الجلسة العلاجية نطلب من المتعالمات ان يقدمن ملخصا عن الامور الجديدة التي تعلمنها مقارنة بالتالي كنا يحملنها، بهدف تحقيق هدف الاستبصار الذاتي.

تزيد المتعاليات ببعض الواجبات العملية ليطبقتها حتى يتم ترسيخ ما تم تطبيقه خلال الجلسة الحالية.

المحور الثالث محور التدخل العلاجي على مستوى تبني علاج ما دون غيره لمرض السرطان:

وقد كان هذا المحور اكثر عملية من المحورين الذين سبقاه، وذلك كون العلاجات المستخدمة لمرض السرطان متاحة امام الحالات بنوعيتها الرسمي والغير رسمي،بالاضافة الى وفرة الحالات والنماذج التي استخدمت اما احد العلاجين او كليهما معا سعيا منهم لانقاذ المصاب به،وبالتالي كانت النتائج تظهر بصورة انية داخل الجلسة الميدانية.وكان العبئ الاكبر في هذه الجلسات يقع على المتعاليات وحصر دور الباحثة في التوجيه فقط،ذلك لان الحالات في هذه المرحلة وصلن الى درجة كبيرة من الوعي بمسببات المرض وطرق العلاج بنوعيتها الغيبي والرسمي وبقي عليهن فقط دحض واحدة والاحتفاظ بواحدة من الافكار حول المرض ومستقبل الشفاء وهذا بالتالي سيؤثر على معاشهن النفسي اما بالايجاب واما بالسلب،وهنا ستظهر فاعلية البرنامج العلاجي الذي طبق معهن.

1-6 اهداف البرنامج العلاجي:

يسعى البرنامج الحالي الى خفض التظاهرات الاكتئابية لدى النساء عينة الدراسة بدرجة اولى عن طريق احداث الاثر الغير مباشر،باعتبار ان الاكتئاب هو سلوك منحرف عن المعيار الاجتماعي حسب نظرية التعلم الاجتماعي وحدث نتيجة تعلم خاطئ ،وهذا التعلم كان على صعيد مجموعة من السلوكات الجزئية المشكلة للسلوك العام والى وهو الاكتئاب وهي:

-الافتقار الى اليات توكيد الذات في مواقف التفاعل الاجتماعي وهذا يقود الى العجز عن فهم دوافع السلوك الذاتي والغيري.

-عزو نواتج السلوك الى ظروف خارجية بعيدة عن مسؤولية الشخص ،والوصول الى التعميم الخاطئ المبالغ فيه يصل الى درجة العجز المكتسب.

وبالتالي سيتم التدخل العلاجي على شكل مواقف اجتماعية واقعية ومختيلة في عدد من الجلسات العلاجية لاحداث تغيير في هاتين الجزئين لينتقل الاثر الى السلوك العام الحاوي لهما وهو التظاهر الاكثابي.

6-3 نمط العلاج المتبع في تطبيق جلسات البرنامج:

يتم العلاج الفردي بواسطة علاج فرد واحد في كل مرة، ويقوم اساسا على قوة وفاعلية العلاقة العلاجية بين المعالج ومريضه، وبعد الانصات النشاط الاساسي للمعالج، ولذلك يجب على المعالج استخدام مستويات متميزة من التواصل مع المريض والتي تسهل المهمة فتترك المريض يتحدث على سجيته وبكل اريحية مع المعالج، ويتم العلاج الفردي في مكان خاص تحيط به السرية التام بين ما يدور اثناء الجلسة العلاجية وفق اسلوب التقبل والاحترام المتبادل والتفاعل الايجابي

ويرى بعض المختصين ان العلاج الفردي يمكن ان يشمل فردين او ثلاثة، كما تتراوح مدة الجلسة العلاجية بين 30-60 دقيقة، ويستعمل هذا النوع من العلاجات مع المشكلات ذات الطابع الشخصي، والذي لا يصلح عرضها امام الاخرين، (الحريري: 2010، ص ص 37-38)

6-4 الاليات العلاجية المتبعة في البرنامج:

6-4-1 الية المحادثة:

ان اعادة النظر في بديهية العلاج بالمحادثة تبدو لنا ضرورية، من خلال امتدادها الى مجالات الارشاد النفسي والباحثة النفسية، ففي هذه المجالات تعتبر العلاج بالمحادثة كنوع من الحكمة في الحياة، التي تتحدد في جوهرها من خلال كونها علاقة مساعدة بشكل عام، بل وحتى العلاقات القائمة في وعاء العلاج بالمحادثة تتحدد بشكل التعامل الانساني في ارقى درجاته.

يتصف تصور العلاج النفسي بالمحادثة بانه يضع التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي بين المعالج والمتعالج في مركز اهتمامه، ويسعى الى تمكين المتعالج من تعديل اسلوبه وسلوكه وخبرته، وتنمية نفسه بحيث يستطيع التعامل بشكل افضل مع مشكلاته الراهنة والمستقبلية، بطريقة اكثر

اتساقاً، بحيث يقول روجر سان العلاج النفسي بالمحادثة عبارة عن شكل منهجي وانتقائي ومؤهل من التواصل اللفظي والغير لفظي والتفاعل الاجتماعي بين شخصين او اكثر، (المعالج-المتعالج) بهدف تخفيض الضرر النفسي الذي يحسه المتعالج، من خلال توجيه جديد له في خبرته وسلوكه يظهر على شكل ادراك لذاته والمحيط الخارجي.

لا يعتبر العلاج النفسي بالمحادثة تقنية يمكن مقارنتها مع اشكال العلاج النفسي الاخرى وانما تعتبر خلاصة من كل الاشكال الممكنة للعمل البناء مع انسان يحتاج للمعالجة النفسية (العلاجية) (إيفا واخرين: ص 122)

6-4-2 الحوار السقراطي :

تقول صباح السقا وهي دكتورة محاضرة في مشفى البشر للأمراض النفسية العصبية في محاضرة نشرتها بتاريخ 2009/4/25 بعنوان العلاج المعرفي لاكتئاب، ان الحوار السقراطي يعدّ من أكثر تقنيات العلاج المعرفي، وأكثرها استخداماً في طرح الأسئلة (ويسمى أيضاً الاكتشاف الموجه oriented Discovery) وليس هناك شكل أو تنسيق محدد أو بروتوكول خاص بهذا الأسلوب، وإنما بديل ذلك يجب على المعالج أن يعتمد على خبرته وإبداعه بصوغ الأسئلة لسابرة التي من المحتمل أن تكشف عن أنماط الأفكار المختلة وظيفياً مثل " ماذا تقصدين " " دعينا نتوقف " هل ترغبين "

6-4-3 التخيل:

ويعرف التصور كما أشرنا إلى ذلك في الفصل الأول على أنه ادراك عقلي بسيط لشيء ما، لأن العقل هو الذي تتمثل لديه ماهية ذلك الشيء بتمامها، فالتصور إذن أحد النعم التي أودعها الله سبحانه وتعالى فينا والتي إذا إستعملت بطريقة صحيحة ستسهم بشكل فعال في الصحة النفسية والفكرية والاجتماعية والجسمانية، وعلى هذا الأساس تؤكد الكثير من الأبحاث على أهمية العلاج بالتصور وفي ذلك ذكر ابن سينا " أن قوة الفكر قادرة على إحداث المرض والشفاء منه، وأن للفكر قوة مؤثرة ليس على جسم الفرد بل على أجسام الآخرين (شين: 2015، ص 211)

يعتمد العلاج المعرفي على قاعدة محورية تعزو سبب الاضطرابات النفسية إلى نشاط المخطوطة غير المتكيفة، والتي يصبح لها القدرة على إزاحة المخطوطة المتكيفة مما يجعل الفرد يطلق العنان لتفسيرات متحيزة تتماشى وما ينتج من أفكار آلية لمخطوطته غير المتكيفة، وهنا يأتي الانشغال الأكبر الذي يتبدى لنا في كيفية تحدي هذه البنية المعرفية ذات الطبيعة الخفية والضمنية ومن هنا جاء الاعتماد على وسائل غير الوسائل اللفظية لتحقيق نتائج علاجية أفضل، ومن بين العلاجات غير اللفظية العمل التخيلي. (وردة: 2011، ص 163)

6-4-4 الممارسة الميدانية :

وتعد الواجبات المنزلية من المكونات الرئيسية للبرامج الإرشادية الجماعية وتمثل الرابط بين كل جلسة وما يسبقها وما يتبعها. وتتمثل الواجبات المنزلية في مجموعة من الأنشطة العقلية والانفعالية والاجتماعية على شكل وظائف منزلية يتم تحديدها في كل جلسة إرشادية ومراجعتها في بداية كل جلسة لتحقيق التقدم في العملية التدريبية (عبد الستار، 1994: ص 114)

6-4-5 الضبط الانفعالي :

يقوم هذا الأسلوب على افتراض أن الإنسان يستطيع ممارسة السيطرة على سلوكه من خلال التحكم بالمتغيرات ذات العلاقة بذلك السلوك المشكل و إحداث تعديلات بتلك المتغيرات الداخلية و الخارجية المؤثرة فيه. (الحراشنة: 2012 ، ص 153).

و هو عبارة عن القدرة الفائقة على ضبط و تنظيم التعبيرات غير اللفظية، و القدرة على إخفاء الملامح الحقيقية للانفعالات و التحكم فيها (يشعر الفرد بانفعالات) مع عمل قناع مناسب للموقف الاجتماعي، و يتميز صاحبه بقدرته على رسم وجه سعيد مثل افتعال نكتة رغم شعوره بالغضب أو الحزن أو القلق، أي انه يجيد ضبط التعبير الظاهري للانفعالات. (محمد على: 2009، ص 76-77).

6-4-6 إستراتيجية توقع النواتج:

- ابتكر هذه الطريقة زوبكي 1958 ، وتهدف إلى تدريب الفرد على حل المشكلات بطريقة إبداعية باستخدام الإجراءات التالية
- * وضع الفرد أمام مشكلة أو هدف ما للوصول إلى حل إبداعي له.
 - * قيام الفرد بتحديد المشكلة .
 - * تحليل المشكلة إلى عناصرها الأساسية .
 - * تحليل العناصر الأساسية إلى عناصر ثانوية .
 - * تحليل العناصر الثانوية إلى عناصر فرعية .
 - * إيجاد العلاقات المتداخلة بين العناصر ككل للوصول إلى نتائج جديدة . (عمران ، 2001 ، ص453)

6-4-7 النمذجة:

هي الفنية القائمة على مراقبة نموذج سلوكي من أجل إيصال معلومات أو صور أو مهارات تساهم في إحداث تغيير في الأنماط السلوكية إما باكتساب سلوك جديد أو تنمية لسلوك حالي أو إنقاص وتعديل سلوك غير مناسب. (عبد الستار، 1978:ص 125)

6-4-8 اسلوب ترديد المشاعر:

يقوم المعالج وفق هذا الاسلوب بترديد مشاعر العميل وذلك للتأكيد له بان المعالج يفهم ويحس بما يحس به المتعالج،وانه يهتم بتفاصيل مشكلته،وهناك مايسمى بترديد المحتوى، ويعني اعادة صياغة كلام المتعالج على لسان المعالج،وهنا يعتمد المعالج على النقاط اهم عناصر الموضوع ويقوم المعالج بطرحها من خلال عباراته هو دون الخروج عن محتوى الفكرة التي طرحها العميل، مثال على اعادة

صياغة المحتوى: يقول احد الحالات: اني امي وابي يبقيان مشغولان عني لفترات طويلة، فابي يذهب الى عمله كثيرا، كما يذهب الى اماكن عديدة، وامي رئيسة مكتب تذهب الى عملها كل يوم، واحيانا تبقى في المنزل.

المعالج: والداك لا يبقيان معك لفترات طويلة. (الحريري: 2010 ،ص210)

مثال على اعادة ترديد المشاعر:

العميل دعنا نخرج من هنا قبل ان يكتشفوا وجودنا، هيا اسرع انعم قادمون

المعالج: صوتك خافت جدا .

ولذلك يجب على المعالج ان يميز بين الافكار والمشاعر ، فالمشاعر تحتاج الى كلمة لوصفها كان يقول اغضبني، احزنني...، اما الافكار في تتطلب جملا لوصفها كان يقول احد ما بانه يشعر بان المعالجين هم اناس جيدين فهو يصف فكره نحوى المعالجين وليس شعوره اتجاههم، وعلى العموم فان الفكر والاحساس هما وجهان لعملة واحدة فقد تصاحب الفكرة مجموعة احاسيس والعكس.

6-4-9 التنفيس:

مسألة التنفسي الانفعالي هي مسألة في غاية الاهمية، وعلى المعالج ان يترك للمتعالج مطلق الحرية في التعبير عن ما يشعر به، دون مقاطعة ودون تخويف، فقد يريد المتعالج الحديث عن اي موضوع لكي يفرغ شحناته الانفعالية كان يتحدث عن الدراسة او العمل ، لذلك فان افساح المجال له سيمكنه من فهم مشكلته.

6-4-10 الاستيضاح:

هنا سيتفسر المعالج من المتعالج عن بعض الامور الغير واضحة والتي تخص موضوع الجلسة والتي يشوبها نوع من الغموض، فان قال المريض انا لا احب هذه المدرسة واني انتضر نهاية

العام الدراسي في اسرع وقت،يتدخل المعالج ويحاول الاستفسار عن سبب ذلك النفور للوقوف على الحل المناسب للمشكلة.

المواجهة بعناية:تهدف هذه التقنية الى ابراز التناقضات النفسية والعاطفية والاجتماعية واللفظية في كلام المتعالج، لكي لا تصبح سمة ملازمة في شخصيته،فالمواجهة هي تقديم التغذية الراجعة الايجابية للمتعالج لمواجهة تلك التناقضات والتخلص منها. (الحريري: 2010 ،ص ص 218-219)

6-4-11 التدريب على إعادة العزو:

قدم فريتز هايدر **Fritz Heider** نظرية العزو في عام 1958 وأشار إلى أن عملية العزو هي العملية التي يتم فيها إرجاع تأثير الأحداث إلى الشخص نفسه ، والى الظروف المحيطة به. أو هي الإدراك الشخصي لأسباب حدث ما. وركز في البحث على الطرق التي من خلالها يمكن للفرد الوصول لتفسير سببي وما يتضمنه هذا التفسير.

وقد ميز علماء النفس الاجتماعي بين نوعين أساسيين من العزو يتم صياغتهما في عقولنا لكي نوضح بهما سلوكياتنا وسلوكيات الآخرين ، وهذان النوعان هما : العزو الداخلي حين نقرر أن هذا الشخص هو المسئول عن سلوكه وهو الذي يوضح السلوك من خلال جانب معين في الشخصية وغالباً ما يكون هذا الجانب يمثل السمة أو النزعة أو الميل لهذه الشخصية ولذلك فإن العزو الداخلي يسمى أحياناً (الميل). أما العزو الخارجي فيوجد حين نقرر أن ظروف هذا الشخص هي المسئولة عن سلوكه أي نوضح السلوك من خلال الموقف أو المحتوى الاجتماعي حول الفرد ولذلك يشار إليه بأنه عزو خارجي موقفي. (عثمان، 2001 :ص 119)

6-4-12 التركيز على تغيير البنية المعرفية :

ويتم ذلك من خلال إعادة التشكيل في الاتجاه الصحيح للبنية المعرفية وتعديل المعتقدات غير المنطقية أو استبعادها وإحلال أخرى منطقية حتى تساعد الفرد على التوافق في علاقاته الاجتماعية

وتدريب الفرد على إصدار المزيد من العبارات الايجابية بدلاً من السلبية. (حلاسة:2014،ص 222)

6-4-13 التدريب على حل المشكلات :

يعمل هذا الأسلوب على تطوير مهارات حل المشكلات 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.(جهاد و عز الدين:2011، ص373)

6-4-14 تفحص الدليل:

هو المكون الرئيس للاختبار التجريبي التعاوني في العلاج المعرفي. فبعد كتابة الأفكار السلبية وتحديد التشوهات فيها، يتم اعتبار مجموعات الأفكار التلقائية فرضية يقوم المعالج والمتعالج بالبحث عن دليل يؤيد فرضيته أو يدحضها، خاصة وأن المتعالج غالباً ما يقدم دليلاً يدعم ويعزز اعتقاده متجاهلاً معلومات أخرى رئيسة، ومركزاً على معلومات قليلة تعزز أفكاره المختلة. وعند ذلك يُسأل المتعالج "ما الدليل على هذه الفكرة؟" لأننا غالباً عندما نشعر بأننا لسنا على ما يرام فإننا نعتقد بأن الأشياء سيئة دون التدقيق في الحقائق والتأكد منها وحينما نتفحصها فإننا سنرى الأشياء من منظور مختلف.

6-4-15 الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية :

وتسمى بأسلوب افتراضي " ماذا لو What if " ويساعد هذا الأسلوب المتعالج على التقويم بنفسه فيما إذا كان يبالي في تقدير الصفة الكارثية للحدث أو للفكرة، وفيه يسأل المتعالجون أسئلة سلبية مثل "ماذا لو لم أستطع " ماذا لو رسبت " فلا يعطون وقتاً لأسئلة مشابهة حرفياً ولكن بشكل إيجابي مثل : ماذا لو نجحت " ماذا لو استطعت" إنهم يبحثون عن إجابة، أو عن وجهات نظر بديلة بشكل مثالي ويظهر ذلك واضحاً في الحوار التالي لأحد المتعالجين " (السقا:2009، ص100).

5-6 طريقة تسيير الجلسات:

وقد تضمنت كل جلسة من جلسات البرنامج العلاجي مجموعة من الخطوات تمثلت بما يلي:

-بدء الجلسة بمناقشة وتلخيص الجلسة السابقة.

-مناقشة الواجب البيتي المعطى.

-مناقشة موضوع الجلسة والقيام بالإجراءات المطلوبة.

- تلخيص الجلسة.

6-6 مكان تطبيق البرنامج:

المؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان ولاية بسكرة.

6-7 المجال الزمني للبرنامج:

لقد تم تطبيق البرنامج العلاجي بمدى كلي قدر بستة اشهر بمقدار جلستين في الاسبوع،وقد حددنا مدة 45الى 60د لكل جلسة،ليصل العدد الكلي للجلسات في نهائية البرنامج لكل حالة على حدة الى 48 جلسة.

8-المعالجات الإحصائية:

يعتبر الإحصاء وسيلة أساسية في أي بحث علمي لأنها تساعد الباحث على تحليل ووصف البيانات لمزيد من الدقة.إن طبيعة الفرضية تتحكم في اختيار الأدوات والأساليب التي يستعملها الباحث للتحقق من فرضياته، وفرضيات دراستنا تتطلب استعمال الأساليب التالية:

لقد قامت الباحثة بتفريغ وتحليل النتائج ببرنامج **SPSS** من خلال الأساليب الإحصائية التالية:

2-اختبار ألفا كرونباخ لمعرفة ثبات فقرات المقياس.

3- اختبار التجزئة النصفية لثبات فقرات المقياس.

4- معامل ارتباط بيرسون لقياس صدق الاتساق الداخلي الفقرات.

5- معامل يلكوكسن لقياس الفروق القبلية والبعديّة .

خلاصة:

لقد قمنا في هذه الجزئية من الدراسة بتصميم مجموعة من الادوات المتنوعة (مقاييس وبرنامج علاجي)، كما قمنا بالتأكد من سلامتها الاحصائية وموائمتها للبيئة المحلية، ونذكر على وجه الخصوص المحتوى الذي ضمه البرنامج العلاجي الذي قمنا بصبه في الاليات التي سنستخدمها مع الحالات، لتكون صالحة للاستخدام في المرحلة البحثية اللاحقة، وهي التي سننطق لها في الفصل الموالي.

الفصل الرابع

البرهان

الفصل الرابع: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

❖ عرض نتائج الفرضية الاولى

❖ عرض نتائج الفرضية الثانية

❖ عرض نتائج الفرضية الثالثة

❖ تفسير النتائج على ضوء الفرضيات

❖ خاتمة

1- عرض النتائج وتحليلها:

للتحقق من الفرض تم حساب مقياس ويلكوكسون **Wilcoxon Test** لعينتين مرتبطتين، والذي يعد من أفضل المقاييس للقياسات المتكررة اللابارامترية، وهو يناظر مقياس ت لعينتين مرتبطتين عندما يكون عدد الأفراد أو الأزواج أكبر من 30 ، إلا أننا في هذه الحالة نستخدم هذا المقياس كبديل لمقياس (T) لعينتين مرتبطتين بسبب عدم توافر شروط استخدام مقياس (T test) بسبب صغر حجم العينة، (فؤاد البهي السيد: 1978، 368)

2- عرض نتائج الفرضية الاولى:

محتوى الفرضية: ﴿ للبرنامج العلاجي فعالية في التخفيف من مظاهر الاكتئاب الاستجابي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.﴾.

جدول (33) يبين مقياس ويلكوكسون للفروق بين متوسطات درجات المجموعة العلاجية التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب .

القرار	قيمة المعنوية	قيمة (w)	القياس البعدي		القياس القبلي		القياس
			متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	
غير داله	0.335	33.000	5.50	33	7.50	45	مقياس بيك الثاني للاكتئاب

**دال عند مستوى 0.01 *دال عند مستوى 0.05 لا توجد اية اشارة (غير دال)

التعليق على نتائج الجدول:

نلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (33) انه لا توجد فروق بين متوسطي القياس القبلي (7.50) والبعدي (5.50) ، كما نلاحظ ايضا ان قيمة (W) المحسوبة (33.000)، وقيمة

المعنوية قدرت ب(0.335) وهي اكبر من 0.05 و 0.01، أي ان الفروق غير دالة احصائيا بين القياسين القبلي والبعدي وان هذا الفرق البسيط يعود للصدفة وليس له أي تفسير إحصائي، وهذا ما يدفعنا لقبول الفرض الصفري اي لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الذكور حول توكيد الذات في القياسين القبلي و البعدي ورفض الفرض البديل.

عرض نتائج الفرضية الثانية:

محتوى الفرضية: ﴿ للبرنامج العلاجي فعالية في رفع مستوى توكيد الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي. ﴾ .

جدول (34) يبين مقياس ويلكوكسون للفروق بين متوسطات درجات المجموعة العلاجية التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس توكيد الذات.

القياس	القياس القبلي		القياس البعدي		قيمة (w)	قيمة المعنوية	القرار
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب			
مقياس توكيد الذات	5.67	34	7.33	44	34.000	0.418	غير دالة

التعليق على نتائج الجدول:

نلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (34) انه لا توجد فروق بين متوسطي القياس القبلي(5.67) والبعدي(7.33)، كما نلاحظ ايضا ان قيمة (W) المحسوبة(34.000)، وقيمة المعنوية قدرت ب(0.418) وهي اكبر من 0.05 و 0.01، أي ان الفروق غير دالة احصائيا بين القياسين القبلي والبعدي وان هذا الفرق البسيط يعود للصدفة وليس له أي تفسير إحصائي، وهذا ما يدفعنا لقبول الفرض الصفري اي لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الذكور حول توكيد الذات في القياسين القبلي و البعدي ورفض الفرض البديل.

عرض نتائج الفرضية الثالثة:

محتوى الفرضية: * للبرنامج العلاجي فعالية في تغيير مصدر الضبط (من الخارجي الى الداخلي) لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي *.

الجدول (35) يبين مقياس ويلكوكسون للفروق بين متوسطات درجات المجموعة العلاجية التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مركز الضبط الداخلي-الخارجي لروتر.

القياس	القياس القبلي		القياس البعدي		قيمة (w)	قيمة المعنوية	القرار
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب			
مقياس مركز الضبط الداخلي-الخارجي لروتر.	7.50	45	5.50	33	33.000	0.334	غير دالة

التعليق على نتائج الجدول:

نلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (35) انه لا توجد فروق بين متوسطي القياس القبلي (7.50) والبعدي (5.50)، كما نلاحظ ايضا ان قيمة (W) المحسوبة (33.000)، وقيمة المعنوية قدرت ب (0.334) وهي اكبر من 0.05 و 0.01، أي ان الفروق غير دالة احصائيا بين القياسين القبلي والبعدي وان هذا الفرق البسيط يعود للصدفة وليس له أي تفسير إحصائي، وهذا ما يدفعنا لقبول الفرض الصفري اي لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الذكور حول توكيد الذات في القياسين القبلي و البعدي ورفض الفرض البديل.

3- تفسير النتائج على ضوء الفرضيات:

من خلال تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الاجتماعي الذي دام على مدار ستة اشهر، بشكل جلسات متفرقة، والذي ضم مجموعة من الاليات التي قد تساعد حالات الدارسة على تجاوز صدمة مرض الطفل بالسرطان، الذي هو في اعتقادهم مرض مميت ولا جدوى من علاجه، وقد تم التوصل الى مجموعة من النتائج بصورة فردية أي لكل حالة على حدة وكان ذلك تحت المنهج العيادي، ولاكن هناك عناصر عديدة اشتركت فيها حالات الدراسة وهو تمثلهن لمرض

السرطان، بالإضافة الى نزوعهن الى العلاجات الغير رسمية ونفورهن من العلاج الرسمي، والذي قد يرجع الى اسباب عدة تنبع من البنية الغير مادية للمجتمع (الثقافة، القيم، المعتقدات... وغيرها)، وكل هذه العناصر لم تشأ الباحثة ان لا تلقي الضوء عليها خاصة وان الدراسة الحالية تقع في مجال علم النفس الاجتماعي، الذي يعني بدراسة الظواهر الاجتماعية في اطار تلك المكونات السالفة الذكر في شكل دينامي.

كما يؤيد ابو النيل هذا الطرح بقوله: "ان الظاهرة الاجتماعية هي ليست نتيجة لمحدد واحد، ولاكنها نتيجة للمحددات المتفاعلة التي تعكس اثر العوامل النفسية الاجتماعية." (ابو النيل: 2009، ص124)، ولذلك ونظرا الى ان هذه الدراسة اقيمت تحت مضلة علم النفس الاجتماعي بدرجة اولى، فقد كان لنا توجه كبير نحوى اضاء الصبغة النفسية الاجتماعية على نتائج الدراسة والتي تكمن في اعطاء تفاسير للسلوكات التي تم رصدها خلال تطبيق البرنامج، ولعل اهمها هو ذلك المكون المعرفي النابع في الاساس من صلب المجتمع والذي لا ينشأ من فراغ، وانما تشكله مجموعة من القوى الاجتماعية بطريقة ضمنية ولا شعورية تصل الى درجة التطبيع، لتبني بعض السلوكات دون غيرها، وبما ان هذا المكون المعرفي النفسي الاجتماعي يضع بصمته على جل سلوكياتنا، والذي يعطيها طابعها الخاص الذي يميز كل شخص عن الاخر حتى افراد المجتمع الواحد، وحتى لا ندخل في دوامه متعددة المجالات، ارتأينا ان نتعامل مع هذا المكون في مجال الصحة والمرض والذي كانت له علاقة تأثير مباشرة على نتائج الدراسة الحالية، وهذا المكون له مجموعة من المحددات والتي تتنوع حسب طبيعة كل مجتمع، والتي تنطلق في عملها فور التصريح للمريض وأهله بأنه مريض بالسرطان، اذ ليس بالأمر الهين معرفة الشخص أنه مصاب بالسرطان هذا يشكل صدمة كبيرة له، فقد يشعر بالخوف، او بالغضب او قلق الموت، وقد يتبادر في ذهن المريض وأهله في بعض الأحيان بعض الافكار مثل أنّ الطبيب أخطأ في التشخيص مثلا، او ان نتائج التحاليل اختلطت على الطبيب وأعطاني تشخيص تابع لمريض آخر وقد لا يصدق جميع هذه المشاعر تريكة وقد لا يستطيع الوقوف على قدميه أولا يستطيع التقاط أنفاسه.

قد يشعر المريض واهله بفقدان السيطرة على نفسه وأنه محكوم عليه بالإعدام عندما يسمع أنه مصاب بالسرطان فجأة يصبح المستقبل مجهولاً.

بالنسبة للمقاربة الظاهرية لكوبلاروس " **Kubleross** " والتي وصف المراحل التي يمر بها المريض، بداية من التصريح بالسرطان حتى الوفاة، لا تشكل بيانا إجباريا لأن الحالات النفسية لمرضى السلطان تختلف من شخص إلى آخر، بدون إغفال عوامل أخرى مثل عامل الدين الذي له دور كبير في تقبل المرض، إلا أنّ الارتباك الذي يشترك فيه جميع مرضى السرطان فهو ارتباك مؤقت لأن المريض يدخل في مرحلة جديدة ومجهولة مع مرض اسمه السرطان. (جابر البنا:1998،ص 175)

ومهما يكن من أمر تبقى إشكالية التصريح عن مرض السرطان فمنهم من يؤيد هذا التصريح،ومنهم من يري بعدم التصريح خوفا من ظهور مضاعفات تضاف إلي مضاعفات السرطان(جابر وف البنا:1998،ص 133).

وبالرغم من كل هذا يتدخل التشريع في تنظيم هذه الحالة لأن إخبار المريض هو في قلب العلاقة الطبية، والمادة 20 من قانون أخلاقيات مهنة الطب تنظم الإجراءات التي تسمح للطبيب بالجواب عن هذه الوضعيات المتعلقة بالمرضى الحاملين لمرض خطير، الطبيب ملتزم في إطار مؤلم، وصعب بالتصريح به إلا أنّ الطريقة والكيفية تلعبان دورا هاما في مواصلة المريض لمشواره مع الطبيب.

تعتبر حالة رفض الواقع آلية من آليات التأقلم بالنسبة للمريض بالسرطان، والتي تساعده على الحفاظ على صحته العقلية. وإنّ المقصود بهذه الحالة هو تصغير الواقع من أجل عدم المواجهة ، قصد ربح قليل من الوقت للتأقلم ، تؤكد المقاربة الظاهرية ل كوبلاروس على ان هذه المرحلة أي حالة رفض الواقع هي المخرج الذي يتبعه غالبية المرضى،فجميع مرضى السرطان يأخذون مخرجا مأسويا لمرضهم حيث يتمثل هذا المخرج في بعض العبارات غير صحيح ، لا ، لست أنا... حيث يتصور المريض موته الخاص. (جابر و البنا:1998،ص ص 155-175)

وبطبيعة الحال سينعكس ذلك الامر على اهل المصاب إما بالتوافق مع الوضع الراهن لابنهم المريض، او ان يظهروا رد فعل غير تكيفي والمتمثل في **الاكتئاب الإستجابي**، وهو من أكثر أنواع الإكتئاب شيوعا لدى مرضى السرطان وذويهم، ويتميز بتقلبات المزاج والنكد وعدم القدرة على إنجاز النشاطات المعتادة (حمادية: 2016، ص 106).

ولعلنا في المجتمعات العربية نتشارك في تلك المحددات ونجد في مقدمتها " ثقافة الصحة والمرض"، و إن العلاقة جد وثيقة بين الأطر الثقافية، والجوانب الصحية، وهناك تأثير متبادل بين الحالة الصحية والمنظومة القيمية السائدة في المجتمع، وقد تتعدد الأنماط الثقافية، وتختلف مكونات المنظومة القيمية داخل المجتمع الواحد، خاصة في مجتمعاتنا النامية، حيث نجد البيئة الريفية وحياة القرية والمدينة، فالنمط الثقافي داخل كل بيئة من البيئات السابقة له دور في صناعة رؤى وتمثلات حول الحالة أو الجانب الصحي.

ولا شك أن أي برنامج صحي يسعى لتطوير الأنماط الثقافية وفق ما يتناسب وطبيعة البناء الاجتماعي، وبالتالي الثقافة التقليدية، ولا بد من الاستغلال السليم لهذه الأنماط، ذلك أنها تشكل عادات وقيم الأفراد منذ نشأتهم، كما يستلزم على أي تخطيط للرعاية الصحية النظر إلى طبيعة حياة أية جماعة أو مجتمع من جانب بساطتها أو تعقيدها، وقياس حياتها الاقتصادية، بين القوة أو التدهور، ومعرفة درجة الوعي الصحي المنتشرة بين الأهالي، كل هذا من أجل ضمان نجاح برامج الرعاية الصحية.

وتؤكد الدراسات الأنثروبولوجية على أهمية العوامل الثقافية في الصحة والمرض والوفاة وكانت الباحثة "دي بندا" قد اشتغلت على محاولة تفسير سبب ارتفاع معدلات وفيات الأطفال في ريف كولومبيا، فوجدت نوعا من اللامبالاة لدى الآباء والأمهات، وهذا السلوك من اللامبالاة ناتج عن قناعات ثقافية، فالآباء يطلبون الخدمات الصحية لأبنائهم المرضى وإذا مات أحد الأطفال كان عزاءهم في ذلك أن مصيره قضى بعدم نموه، وكمثال على آخر، فهناك بعض الأبحاث الأنثروبولوجية أثبتت وجود تباين ثقافي في التعبير عن الألم وتفسير أعراض المرض والتجارب معها بين جماعات البحر المتوسط، فالثقافة عند هذه الجماعات تقدم تفسيراً للمرض، ولأسبابه

وعلاجه، وهي تتعارض مع التفسيرات العلمية للأمراض، وتتناقض مع وسائل العلاج الطبي الحديث .

وفي هذا السياق كان لبعض الأنثروبولوجيين دراسات حول علاقة الدين والقيم الثقافية للممارسات الصحية، وقاموا بدراسة وتحليل الطقوس الخاصة بالميلاد، وطقوس الموت والوفاة وتحليل تصورات الأفراد وقناعاتهم بما لهذه الطقوس من فوائد ووظائف الحماية والوقاية، كما اهتموا كذلك بتأثير القيم على الصحة، ومدى تأثير العادات والأنظمة الثقافية المتعلقة بالغذاء والأكل، إضافة إلى ما يحدثه التغيير الثقافي من تأثيرات على الحياة الصحية .(رحاب: 2014،ص77)

ان الثقافة تنمط استجابات افرادها اتجاه الصحة والمرض فالذي يثير خوف وقلق البعض في ثقافة ما قد لا يلقى له بال في ثقافة اخرى، فالمريض يبني نموذجا تفسيريا هو في بعض جوانبه بناء فردي ،ولكن هذا البناء التفسيري يكون في الغالب يكون منغرسا بعمق داخل الثقافة التي ينتمي اليها الفرد وهو ما اسماه الباحثون بشبكة معاني المرض.

ومجتمعنا الجزائري مثله مثل أي مجتمع يملك تفسير للأمراض والتي نجدها في المخيال الجمعي او تصورات الناس، وبالتالي تصبح الصحة والمرض وسيلة للتعبير عن المعتقدات والقيم التي يؤمنون بها.حتى ان بعض الدراسات ذهبت الى القول بان كل ثقافة تنتج مرضاها.ولما كان التصور الاجتماعي للمرض وأسبابه هو الذي يحدد سلوك الناس في كيفية علاجه او الوقاية منه. وذلك يفسر قول البعض في مجتمعنا : "ان المرض ابتلاء من الله للعبد المؤمن(المؤمن مصاب) او قول البعض الاخر ان الاصابة بالمرض نقمة إلهية عن ذنب اقترف حتى يعتبر المؤمن(المؤمن من اعتبر)(بومدين : 2005 ،ص244)

يوجد العديد من الدراسات المعنية بالتعرف على العوائق التي تواجه المرضى و تحول دون استفادتهم من الخدمات الصحية المتاحة .على الرغم من وجود العديد من الدراسات المعنية بهذا الموضوع.

(Nasser Abu–El–Noor،2011:p1)

فقد وجد سليمان بومدين ان كل من الرجال والنساء يعطون وزنا كبيرا للكرامات التي تنسب للأولياء نظرا لارتباطها بمشكلات الحياة اليومية، فالنذور وزيارة الاضرحة نماذج تجسد نظرة الفرد الى الصحة والمرض. كما وجد في دراسته ان الرجال اكثر ايمانا بجدوى الطب الرسمي عن الطب التقليدي على عكس النساء وهن اكثر ممارسة للأساليب التقليدية المتعلقة بالصحة والمرض ، فالمرأة في المجتمع الجزائري هي الحاضنة والمحافظة على المهارات الاسرية في التشخيص والتداوي الذاتي ، وذلك يدل على ان المسؤولية بالعناية الصحية للأسرة منوطة بالنساء .

وفيما يتعلق بالإمراض العابرة الزكام والام الراس والام المعدة فان الفرد الجزائري يلجا عادة الى للعلاج بمواد موجودة في مطبخه (زيت زيتون ،عسل ،زعتز....) وعندما لا تجدي هذه المواد شيء ازاء الشفاء يذهبون للطبيب بعدها .

وفيما يتعلق بمسرة العلاج يبدأ الفرد بعلاج تقليدي منزلي ثم تليه زيارة الطبيب وفي حال طول المرض وعدم جدوى علاج الطبيب يلجا الفرد الى العلاج التقليدي .

ورغم تأثير كلفة العلاج وغلاء المعيشة وتأثير الاصدقاء والأقارب ومحيط المريض بشكل عام، فان السبب الرئيسي الذي يرسم مسار المريض العلاجي هو البحث عن الشفاء السريع بدرجة اولى ثم تليها في الدرجة الثانية قناعات المريض الشخصية، وبالرغم من الاقبال الهائل على الطب الرسمي الا انه لا يستطيع الاجابة على جميع تساؤلات المرضى وانه لا يصلح لعلاج جميع الامراض ،والتي هي مصنفة تحت مصلته العلاجية كالسرطان والسيدا اما امراض السحر والعين و.... فهي تقع في مجال الطب التقليدي. (بومدين :2005 ،ص ص 244-256)

ان مفهوم المرض وأسلوب مواجهته وتفسيره لا يختلف فقط باختلاف الثقافات بل وانه يتباين داخل الثقافة الواحدة،من جماعة ريفية الى اخرى حضرية وبين الرجال والنساء....الخ.والملاحظ ان مفاهيم الصحة والمرض تتحدد في ضوء مجموعة من الاعتبارات منها المعتقدات الدينية والشعبية ،المتعلقة بوجود الانسان والمخلوقات المختلفة وعلاقتها بالكون وبنى البشر ورؤيا الانسان للحياة والموت والصحة والمرض ،وتأثير الموجودات الطبيعية وفوق الطبيعية

عليه كالجبن والسحر والمس والعين.... وبالتالي يتمثل افراد الثقافة الواحدة تفسير اسباب المرض وكيفية الشفاء منه.

وقد دلت الدراسات ان الانظمة الطبية الغير رسمية شخصية وتفسيرية بمعنى ان تفسيرها لأسباب الامراض يركز اساسا حول بنية المجتمع وما فيه من مؤثرات وضغوط وعلاقات الناس ببعضهم البعض، كالغيرة والتنافس كما انها تفسيرية لأنها تبحث عن تفسير سوء الحظ(المرض) بدل الكشف عن سببه الفيزيقي.

ان هناك مجموعة من المتغيرات الاجتماعية والنفسية التي تتحكم في استجابة المريض للمرض أي الاعتراف بالمرض وطلب المساعدة الطبية او عدم طلبها.

ان المعلومات العامة حول الصحة والمرض اذا ما لم يتم التأثير على نوعيتها قد تصبح مضللة وتشكل كوابح ثقافية تحول دون الاستفادة من الخدمات الصحية، وتصبح من المهمة العاملين والممارسين الصحيين الذين عليهم تكييف تعاملهم مع المرضى بناء على التصورات الاجتماعية السائدة (بومدين:2005، ص ص 45-70).

وتشير النقاط السالفة الذكر الى ضرورة معرفة المعالج بالتصور الاجتماعي والثقافي للمعالجين الذين يشرف على علاجهم، والواقع ان الطب الحديث قد تعرض لانتقادات واسعة من جانب المحللين الاجتماعيين والجمهور، وحتى الاطباء انفسهم وتمثلت هذه الانتقادات فيما يتصل بالتنشئة الطبية لدارسي الطب او السيادة المهنية لهذه الجماعة والتكنولوجيات المستخدمة في الممارسة الطبية وأثارها على الاداء المهني، بالإضافة الى تأثير البناء الاجتماعي والثقافي على الطب ذاته، وعلى ذلك ظهر الاجماع العام من الاطباء وأصحاب القرار ان التأهيل لاجتماعي لطبيب ضروري لابد منها لتحسين التعامل مع المجتمع. والتعرف على حاجته الصحية ومواجهتها بكفاءة وبالتالي ادرك الطبيب صورة الواقع الاجتماعي والخريطة الاجتماعية للمؤسسة الصحية والقيم والتصورات الاجتماعية لدى الجمهور طالب الخدمات الصحية وجماعات الضغط وصلنا الى مستوى من الكفاءة في الاداء المهني. (مكاوي:1998، ص 18).

وان تقديم هذا العلم في اطار اجتماعي ثقافي يفيد طلبة الطب ويبصرهم بالأداء السليم لدور المجتمع وينبههم لوجود عوائق ثقافية واجتماعية تحول دون الاداء المهني الافضل. (مكاوي:1998،ص10).

والواقع ان هناك اجماعا عاما على ان التأهيل الاجتماعي للطبيب ضرورة لا بد منها ليحسن التعامل مع افراد المجتمع بكفاءة ،وتذهب احدى الدراسات الى ان تزويد الطبيب صور الواقع الاجتماعي بالريف مثلا والحظر وتبصيره بكيفية الاداء السوي الكفاء يعد كسبا ونجاحا للنسق الطبي الرسمي في تقديم الخدمة الصحية،على حين يذهب البعض الاخر ان الكفاءة الاجتماعية للطبيب وتكيفه مع الموقف الاجتماعي للمرض شرط اساسي للآداء الهني، فاذا كان على الطبيب ان يقوم بمسؤولياته كطبيب معالج فلا بد ان يتواءم مع الموقف الاجتماعي للمريض ويراعي السياق الاجتماعي للمرض، بينما يطلب نمط ثالث من هذه الدراسات بضرورة حصول الاطباء على قسط اوفر من التأهيل الاكاديمي في علم الاجتماع والانثروبولوجيا للتعرف على العلاقات المعقدة التي تربط بين اعضاء الجماعات، وكذلك التي تربط بينها وبين الجماعات الاخرى في النسق الاجتماعي، علاوة على تعريفهم على تأثير النسق السلوكي المؤسس على شفاء المرضى وعلى قيام العاملين بادوارهم، واتجاهاتهم نحوها اما النوع الاخير من الدراسات ان وجهة النظر الطبية ترد كل الامراض الى الاسباب الفيزيولوجية والبيولوجية .

وكان مبحث اسباب المرض(etology) في كليهما يرد كل الامراض الى هاتين الطائفتين من الاسباب ،على ان تلك النظرة قد تغيرت حاليا حيث ان الاطباء قد اعترفوا بالأسباب الاجتماعية للمرض، وهكذا صار المرض يعرف تعريفا بيولوجيا واجتماعيا باعتباره حالة اضطراب يختل فيها الأداء السوي للجسم البشري ككل، بما فيها التكيف الشخصي والاجتماعي جنبا مع جنب مع الكيان البيولوجي. (مكاوي:1998،ص394).

وتأتي بعد ذلك "المعتقدات" وهي احدى المكونات الجوهرية للثقافة ،اذ يحتاج الإنسان إلى تصورات أساسية للفرد والجماعة والتي تساعده على التكيف والتوافق مع بيئته، وتقوم الثقافة بتقديم

هذه التصورات التي تأخذ شكلا يعرف باسم المعتقدات ومن هنا عندما يفكر الإنسان في العالم وكيف خلق؟ وما مصدر القوة والسلطة فيه؟ وما الذي يجعل الأشياء تسير بخيره أو شره، ويحاول أن يتخذ موقفا يساعد على الحصول على حاجاته ، فيجد في هذه المعتقدات السائدة في مجتمعه ما يعينه على بناء علاقاته مع بيئته الخارجية لكي يضمن تلبية مختلف حاجاته في الحياة، وكذلك لكي يتمكن من تحديد مكانه في العالم وعن مصيره، وعلاقته بجماعته ومجتمعه ومعرفة حقوقه وواجباته ومصلحه ومركزه وما ينبغي أو لا ينبغي في علاقاته الإنسانية وهكذا.

(فيروز: 2014، ص2)

والاعتقاد هو مجموعة من الأفكار الكلية والخاصة بالعالم الطبيعي والاجتماعي والإنساني ويحلل نسق المعتقدات إلى العديد من الجوانب أو من الأنساق الفرعية، مثل الاتجاهات والإيديولوجيات والأديان والعلم .والقيمة نوع من أنواع الاعتقاد تدخل ضمن النسق الكلي للإنسان . وهناك من المعتقدات ذات صبغة إيمانية، وهي تلك المعتقدات التي تتخذ صبغة دينية دون أن يكون لها أساس واضح أو متفق عليه في النص الديني، ومن أمثلة المعتقدات ذات الصبغة الدينية بعض الأحداث أو المفاهيم وهي كثيرة إذ كان البعض ولا يزال يعتقد أن رشق الماء الوسخ على الأرض في الليل هو أمر محرم أو مكروه لأنه مثير للجان(جمع جن)، ومثل ذلك الصفير في الليل، أو قتل طائر البوم، أو القط أو الكلب الأسود.

كذلك من بين المعتقدات الدينية فيما يتعلق منها ببعض القصص للأولياء و الصالحين كقصص الجيلاني، وقصة الخضر التي تعد نوعا من الكرامات وبعضها لا يقره الدين الحنيف، ومن ذلك الكثير.

وليس من الضروري أن يرتبط الاعتقاد بمغزى ديني في كل الأحوال، فبعض الاعتقاد تتناول الواقع ويركز إلى حد ما على الإيمان، وبهذا المعنى فإن العبارات المشتقة من ملاحظات واقعية لا تعتبر معتقدات، بمعنى آخر فإن المعتقد غالبا ما يلبس هالة دينية أو تقديسية والا فإنه اعتقادا عاديا لا يلزم احترامه بالضرورة. (فيروز، 2014، ص ص 74-76)

وقد نجد ان الاشخاص الذين ينزعون نحوى التفسير المبني على المعتقدات الدينية سبب الامراض الى مجموعة من العوامل ،حيث يكمن الأول في ان حدوث المرض له علاقة بالإنسان لاقترافه المعاصي،والدليل في قوله تعالى ﴿لَيْسَ بِأَمَانِيكُمْ وَلَا مَأْتِيهِمْ أَهْلُ الْحَقَائِمِ ۗ مَنْ يَعْمَلْ سُوءًا يُجْزَ بِهِ وَلَا يَجِدْ لَهُ مِنْ حُورٍ لَّهِ وَلِيًّا وَلَا نَصِيرًا﴾ (سورة النساء ،الاية 123)، وايضا في قوله تعالى : ﴿وَمَا أَطَابَهُ مِنَ تُسْبِيَةٍ فَبِمَا كَسَبَتْ أَيْدِيكُمْ وَيَعْفُو عَنْ حَبِيرٍ﴾ (سورة الشورى ،الاية 30)،اما العامل الثاني فيرجع حدوث المرض كفارة لذنوب صدرت من العبد، والدليل في قول النبي صلى الله عليه وسلم: "وَمَا يُصِيبُ الْمُسْلِمَ مِنْ نَصَبٍ وَلَا وَصَبٍ وَلَا غَمٍ وَلَا حُزْنٍ حَتَّى الشُّوْكَةِ يَشَاكُهَا إِلَّا كَفَرَ اللَّهُ عَنْهُ مِنْ خَطَايَاهُ" أخرجه الشيخان.(البخاري ومسلم)

والعامل الثالث: والآخر يعزو حدوث المرض سبب لرفع منزلة المريض في الآخرة و الدليل في قول النبي صلى الله عليه وسلم: "من يرد الله به خيرا يصب منه." وايضا قال صلى الله عليه وسلم: "إذا أحب الله قوما ابتلاهم" صحيح الترغيب و الترهيب حديث رقم (3406) (حمودي : 2014،ص63).

ويتفق كل من جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي (1995) ، كمال مرسي (1995) ، عبد الستار إبراهيم (1998) ،عبد الباسط خضر (2000) ، هانم ياركندى (2003) ، محمد المهدي (2005) علي أن الإرشاد النفسي الديني هو أسلوب توجيه وإرشاد وتربية وتعليم ، وهو أحد المساعدات الإرشادية التي تستخدم كأداة للتغلب على العقبات التي تقف في سبيل التوافق النفسي،وتحقيق الحاجات النفسية والاجتماعية لدى الأفراد،وذلك عن طريق الإفادة من محتوى القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة كأحد المساهمات في تصحيح الأفكار والتصورات الخاطئة .

بينما تشير هانم ياركندى (2003) ،ومصطفى عبد المحسن (2007) إلى أن الأسس التي يقوم عليها الإرشاد النفسي في ضوء الإسلام ، تتمثل في : قابلية السلوك للتعديل ، والجوانب العقلية تعد جزءاً مهماً في تعديل السلوك، وتصرفات الإنسان تقوم على أساس من الوعي والشعور بها ، والمسئولية فردية وجماعية ، والإرشاد والعلاج يكون بدافع من الشخص نفسه ، وإقرار مبدأ الفروق الفردية ، الإرشاد والعلاج علم ثم عمل ، واختيارية القرار وحرية التصرف ، واختلاف

طرائق الإرشاد باختلاف الموقف وحالة الفرد، ويتحدث محمود ابراهيم (1998) ومحمد المهدي (2005) مشيراً لهذه المبادئ قائلاً: "إنها المناقشة الدينية القائمة على النظرة الموضوعية للأفكار واحترام حرية الفرد في التفكير، و يقوم على نموذج تربوي ، حيث إنه في طريقته لإرشاد الأفراد ذوي المشكلات النفسية يولي اهتماماً أكثر لعملية التعلم بجانب عملية التفاعل ، كما يتم التعليم أيضاً من خلال القدوة ، ويقوم على التركيز على " الهنا والآن " على اعتبار أن القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة موجودان في " الهنا والآن ". (امال ابراهيم الفقي، <http://www.bu.edu.eg>)

ان العادات في علاقاتها بالصحة والمرض لها وظيفة تحديد الأساليب العلاجية التي يجب إتباعها، سواء كانت أساليب علاجية تقليدية أو خدمات صحية رسمية، كما يمكن للفرد من خلال العادات والتقاليد أن يحدد نوعية المرض، فيراه مؤقتاً سرعان ما يزول وبالتالي يتخلى عن العلاج الرسمي، وقد يكون غير ذلك فتعمل العادات على دفعه لإجراء فحص طبي رسمي حديث.

إن عادات وتقاليد الحياة اليومية تختلف من الريف إلى المدينة باختلاف المدخل الثقافي لكل بيئة، ففي مجتمعنا الجزائري مثلاً وفي الريف تحديدا نجد وبحكم بعض العادات الكثير من الأفراد عرضة للكثير من الأمراض فالأطفال يستحمون في المياه والبرك غير الصحية والتي بلا شك تسبب لهم مجموعة من الأمراض، كما يقوم بعض العمال بممارسة أعمال دون استخدام الألبسة و الأدوات الواقية، كما تقوم المرأة بغسل الملابس وحتى الأواني في مجاري قد يبرز فيها الإنسان والحيوان.

قد بينا مدى تدخل العادات الفردية والجماعية في تقييم درجة المرض وخطورته وبالتالي تحديد طريقة العلاج . وهل يستوجب الأمر الاستعانة بالخدمات الصحية العصرية، وهذا ما يكشف لنا دور العوامل الثقافية والاجتماعية، وكمثال على ذلك في إفريقيا الاستوائية كان الناس يتطببون بالطب التقليدي وهم على ثقة بذلك، فأراد فريق من الخدمات الصحية هز تلك الثقة وجلبهم إلى العلاج الحديث ، فباءت المحاولة بالفشل والسبب في ذلك هو ارتباط نسق الطب التقليدي بسلسلة من العادات الاجتماعية والمعتقدات الشعبية، وبذلك تغلب أسلوب العلاج التقليدي لارتباطه بالعادات التي لعبت دورا في توجيه سلوك الأفراد الصحة والمرض من خلال مضمون المعتقدات

الشعبية، إن للمعتقدات سلطة أمرية قوية التأثير في حياة الأفراد في جانب شتى من الحياة، وإذا أخذنا جانب الصحة والمرض وجدنا للمعتقدات تأثير في صناعة تمثلات الأفراد للصحة والمرض، وكيفيات التشخيص، وطرق العلاج. (رحاب: 2014، ص 179)

وفي دراسة عبد الرزاق صالح محمود (2007) يتناول البحث طبيعة زيارة الاضرحة والمراقد في مجتمع القرية وقد اختار ضريح عمر مندان أنموذجا، يهدف البحث الى الوقوف على اهم المعتقدات الاجتماعية التي تدفع الفرد القروي الى زيارة الضريح، تكونت عينة البحث من 16 حالة مرضية، واعتمد الباحث في بحثه المنهج التاريخي ومنهج دراسة الحالة، وكانت المقابلة والملاحظة بنوعيتها البسيطة والمشاركة هي ادوات لجمع البيانات في البحث. وقد توصل البحث الى مجموعة من النتائج منها ، ان انخفاض المستوى التعليمي يجعل الفرد القروي جاهلا بأمور العلاج وانعدام الخدمات الصحية جعل زيارة الضريح بديلا عن الذهاب الى المستشفى. وهذا مايفسر توجه جل حالات الدراسات الى هذه النوع من العلاجات نظرا لانخفاض مستواهن التعليمي.

كان الإنسان البدائي منذ بداية وجوده على الأرض يعاني من مشاكل وأمراض ويسعى إلى تحقيق المتطلبات والاحتياجات التي يجدها ضرورية لبقائه وتواجده، وكان يتخلل تفكيره تجاه الأمراض اعتقادات كثيرة منها انه يعزو أسباب الأمراض أو المشاكل التي تصيبه إلى قوى غيبية أو أنه ينسب الكوارث الطبيعية إلى غضب الآلهة، وكان يؤمن بتأثير أرواح الأبطال والكهنة والأولياء وما إلى ذلك، وكان يعتقد إن البشر عامة والأبطال والكهنة على وجه الخصوص عندما يفارقون الحياة فإن أرواحهم تبقى وتشارك الباقين أعمالهم، وتراهم ويمكن أن تؤثر عليهم إذا ما أثاروا غضبها ،من هنا ومن هذا المنطلق أصبح لدى الإنسان معتقدات عديدة ومتنوعة منها أن روح الميت الساكنة في ضريحه أو مرقده يمكن أن تؤثر على الإنسان من ذويه ومن أفراد مجتمعه ويمكن أن تساعد ويمنحه من مرضه ويمكن أن تقيه من الشر والمشاكل على أساس أن هذه الروح تملك قوى خارقة أو أنها تمثل صلة وثيقة بين الإنسان والإله، من هنا جاء تقديس الإنسان للأضرحة والمراقد الخاصة بالأولياء والصالحين والأبطال والخوارق وغيرهم، فأصبح من الصعوبة بمكان الفصل بين الإيمان بالأضرحة وإمكانية تأثيرها والاعتقاد بها أو عدم الإيمان بها

وإنما زيارتها لغاية معينة كأن يكون الأمر متعلقاً بمسألة متوارثة أو بعقلية ذات تفكير بسيط كالعقلية البدوية أو الريفية أو حتى الحضرية.

وفي مجتمعنا اليوم وعلى الرغم من التطور والتقدم التكنولوجي الذي تشهده جوانب الحياة والمؤسسات بما في ذلك الصحية والعلاجية منها إلا أنه مازالت هناك الكثير من الخرافات والبدع التي مازالت مستمرة في المجتمع القروي، فما يؤخذ على العقلية القروية وبعض العقليات في المجتمع الحضري أنها ذات تفكير بسيط وساذج بحيث أنها تؤمن بإمكانية الشفاء من الأمراض إذا ما قام الشخص المريض بزيارة الضريح وطلب الشفاء من صاحب الضريح أو بواسطته، وكذلك تحقيق أمنية له أو جلب الرزق له وغيرها من المعتقدات الشائعة في مجتمعاتنا في الوقت الحاضر. (رحاب:2014، ص ص 119-120)

يندرج العلاج بزيارة الأضرحة والمراقد تحت إطار الممارسات غير المادية حيث يتعامل هذا الجانب من العلاج مع المريض روحياً، لأن هذا النوع من العلاج يتطلب من المريض أن يكون على استعداد نفسي وإلا فإن المعادلة الطبية ستفقد احد جوانبها وهو المستفيد فالثقة الكاملة من العميل أو المستفيد هي التي ترسم طريق النجاح للعملية العلاجية.

وقد تكون زيارة الأضرحة والمراقد كطريقة علاجية هي طريقة صحيحة ولكنها يحتمل أيضاً أن تكون كطقوس دينية أو عقائدية مختلفة فيها مبادئ خاطئة، تعود على صاحبها بالضرر الصحي وتأخر الفائدة العلاجية ولكنها أولاً وأخيراً هي جزء من معتقدات وتقاليد اجتماعية مرتبطة بالموروث الاجتماعي، بحيث أن هذه المعتقدات لا يمكن فصل بعضها عن البعض الآخر لصعوبة إيجاد تبريرات محددة لأي منها منفرداً عن الآخر حيث أنها جزء من المنظومة الثقافية الكبرى للمجتمع والتي يصعب تجزئتها (رحاب:2014، ص ص 123-124). وهذا ما يفسر عدم شفاء ابن الحالة التي تم علاجه عن طريق اتباع طقوس الزار وما يتبعها من حيثيات للعلاج، وبالرغم من معرفة الحالة بعدم جدوى هذا العلاج بعد ملاحظاتها لحالة لبنها التي لم تتحسن بل ساءت كثيراً، ولكنها لم تستطع التعبير عن رفضها لهذا الطقس العلاجي، لأنه يدخل في منظومة معتقدات وتقاليد مجتمعية لا يمكن استهجانها خوفاً من رداً فعل الجماعة الاجتماعية التي تختلف من

مجموعة اجتماعية الى اخرى. ونجد ان هذه الخاصية تشترك فيها اغلبية حالات الدراسة الحالية، واذ اردنا ان نطلق تسمية علمية على هذا السلوك او نصنفه فاننا سنضعه تحتى مضلة الضبط الخارجي، وهو فعلا ما تميزت به حالات الدراسات والذي لم يتغير بصفة ملحوظة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الاجتماعي، الموجه في الاساس لرفع مستوى الضبط الداخلي للاحداث ،

وتعريف المعتقدات الصحية على انها تصورات وإحساسات خطر ،أو إعتقادات حول شدة المرض.

لجأ علماء نفس الصحة لدراسة المعتقدات الصحية كإمكانية للتنبؤ بالسلوك، وهناك عدة نظريات مصنفة ضمن المعتقدات الصحية نذكر منها: نظرية العزو ونظرية التعلم الاجتماعي وغيرها من النظريات (قارة: 2014، ص 56)

وفي نظرة مختصرة حول تطور نموذج HBM (نموذج المعتقدات الصحية ل Irwin (Rosenstock. Godfrey Hochbaum .Stephen kegels) المعتقدات الصحية، فإن النموذج طور في بداية الخمسينيات من قبل علماء النفس الاجتماعي الذين كانوا يعملون في مصالح الخدمات الصحية في أمريكا، طور النموذج ردا على فشل برامج الصحة في علاج مرض السل. ومنذ ذلك الحين عرف نموذج المعتقدات الصحية استكشاف السلوكات الصحية طويلة المدى، وقصيرة المدى.

وهناك عوامل اخرى مرتبطة بالمعالج أشار الى أن نوعية العلاقة بين المريض والطبيب أو المعالج من شأنها ان تعزز عملية تقبل العلاج ،وانه يجب ان ينظر للمريض على اساس انه طرف في العملية العلاجية. وان تشمل العلاقة الامور التالية: طبيعة الشروحات المقدمة من طرف الطبيب فيما يخص الخطة العلاجية، الوقت المستغرق في عملية الفحص، إنتظام الزيارات، الشروحات المقدمة من طرف الطبيب حول الآثار غير المرغوب فيها للدواء. التكلم م المريض حول الصعوبات التي تواجهه في تناول الدواء .

فنوعية العلاقة بين الطبيب والمريض يجب أن تحوي عنصرين أساسين حتى تكون درجة

تقبل المريض للعلاج عالية، وحتى يتقضى المضاعفات المرضية.

ان توفر مساندة إجتماعية للمريض من شأنه أن يعزز من تقبل العلاج، وهذا ما خلص اليه تقرير الملتقى الذي نظمه المنظمة العالمية للصحة حول تقبل العلاج على المدى الطويل.

(قارة: 2014، ص ص60-72)

قد لا يكون بالضرورة المرض هو الذي يظهر هذه الأعراض، فقد تلعب متغيرات أخرى تتعلق بنواحي سمات الشخصية لدى الفرد في ظهورها. فاعتقد الفرد وإيمانه بقدراته تحدد وتتنبئ بسلوكه اللاحق، ومدى قدرته على التحكم فيه. وكما هو معروف فإن الاعتقاد في أي موضوع سواء تعلق بالذات أو بموضوع خارجي، يحدد بدرجة كبيرة السلوك الذي سيتبعه الفرد في الحاضر أو المستقبل. كما أن اعتقاد الفرد وإيمانه بقدراته الذاتية يعمل من خلالها على مواجهة المواقف والتكيف معها، ومدى نجاحها في هذه الخبرات سيعمل لاحقاً على تعزيز هذه السلوكات، وعلى العكس.

وعملية الاستمرار في النجاح ومواجهة المواقف الخطرة (كالمرض) تتوقف على مدى التدعيم أو التعزيز الذي يتلقاه الفرد، فقد يعمل الفرد نفسه على تعزيز سلوكاته بطريقة ايجابية و أجزاء نجاحه في تحطى مرض أو مهنة إلى قدراته الذاتية وجهده المبذول (مركز الضبط الداخلي) وقد يعزو سلوكاته ونجاحه إلى قوى خارجية أو راجعة للحظ والقضاء والقدر والآخرين، وهنا سيكون على عكس الحالة الأولى، فأى سلوك يقوم أو يرتب عليه من نتائج لا يرجعه إلى قدراته، وإنما إلى مصادر أخرى. وهذا ما أطلق بمركز الضبط، حيث قدم مفهومي التحكم الداخلي للتدعيم والتحكم الخارجي للتدعيم في إطار نظرية (Rotter) للتعلم الاجتماعي، وهذا للإشارة إلى الطريقة التي يدرك الفرد مصدر التدعيمات التي يتلقاها.

ومنذ أن ظهر هذا المفهوم وهو يمدنا بنتائج تساعد على دقة التنبؤ بالسلوك الإنساني في المواقف المختلفة، سواء في المواقف العملية التجريبية أو في المواقف الاجتماعية الطبيعية. ثم دخل مجال الصحة، حيث توصلت البحوث والدراسات التي أجريت في هذا الشأن إلى أن السلوك

الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته. أي أن مركز الضبط الصحي الذي يتبناه الفرد في حياته يحدد إلى حد بعيد قدرة الفرد على تقدير ذاته، وكذا توقع سلوكياته، وتخطيه للالتزامات على اختلافها. (عليوة و جبالي: 2014، ص 178)

حيث يرى الباحثان ان مجتمعنا المحلي يتميز بثقافة تسود جميع الطبقات سواء المثقفة أو غيرها، وأن كل ما يحدث هو من فعل أشخاص آخرين أو راجع للحظ والصدفة، خاصة في مجال الصحة، ومن خلال واقعنا نجد أن أغلب ما يقدم لهؤلاء المرضى فيما يخص الوعي الصحي من ملتقيات أو أيام دراسية، لا يدركها الفرد (خاصة الأميين) على أنها لصالحه وعليه أن يثق في قدراته لتجاوز المشاكل الصحية، بل يزيد اعتقاده ويترسخ في ذهنه أن هؤلاء المسؤولين (من أطباء وممرضين و... إلخ) هم المسؤولون عن صحته، وبالتالي يكون الشفاء من طرفهم، وليس من خلال ما يدركه من امتلاكه لقدرات شخصية تؤهله لهذا الفعل أو الالتزام بالسلوك الصحي المناسب.

أما دراسة **Rodolfo 1984** ، فهدفت على معرفة إمكانية التنبؤ بالسلوك الصحي الوقائي بالاعتماد على مركز الضبط الصحي بوجود أو غياب بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية على عينة من 71 من طلبة علم النفس، وتم قياس مركز الضبط الصحي باستبيان مكون من 11 بنداً، يمكنه التمييز بين من يعتبرون أنفسهم مسؤولين عن وضعهم الصحي وبين من يعزون ذلك للظروف والحظ والقوى الخارجية، واستعمال السلوك الفعلي الملاحظ كمحك خارجي، كما تم قياس سلوك العائلة الصحي وسلوك الأصدقاء الصحي، ودلت النتائج على علاقة مركز الضبط الداخلي بالسلوك الصحي، وكذا على علاقة بين البيئة (العائلة + الأصدقاء) وبين السلوك الصحي.

اما بهاء الدين ابراهيم سلامة(2001) يرى انخفاض المستوى التعليمي للعينة وما يصاحبه من جهل يرتبط ارتباطاً وثيقاً بانخفاض المستوى الصحي في المجتمع، فالفرد الذي لا يعرف القراءة أو الكتابة لا يستفيد من الإرشادات والمعلومات الصحية المنشورة في الصحف أو المجلات أو النشرات الصحية، كما أنه غير مبال لسماع أي برامج إذاعية فيما يتعلق بالصحة، وهو غير مبال أيضاً لحضور الاجتماعات والندوات الصحية، بالإضافة إلى ذلك فإن الفرد غير المتعلم تكون

فرصة لإيمانه في البدع والخزعبلات كبيرة، وقد يعتمد في علاجه على تلك الخرافات بصورة أساسية، وهذا يؤثر على الحالة الصحية في المجتمع) ،وعلى نفسه أيضا_(عليوة و جبالي:2014،ص 30)

لقد تحدث طارق بن علي الحبيب سنة 1999 في كتابه مفاهيم خاطئة عن الطب النفسي عن تحفظ الناس عن الطب النفسي لاعتقادهم انه علم غربي وارتباطه بجذور وموروثات غربية،ولقد حاول الانسان على مر العصور ان يعالج نفسه بشتى الوسائل المتاحة له ،وتكون نابعة عن معتقداته وقيمه الروحية.

وذلك ما يجعل الناس بصورة عامة وحالات الدراسة بصورة خاصة يتوجهون نحو العلاجات الغير رسمية ذلك لبتفاوت المعالجات الشعبيين فيما بينهم في حجم الشهرة التي حققوها، واحيانا تتجاوز شهرتهم حدود المنطقة الحالية التي يعيش فيها على مستوى المجتمع الواحد .كذلك قد يعتمد بعضهم على مساعدين لهم في حين يكتفي البعض بشخصهم ،مثل معالج بالاعشاب ،الذي يقوم بالحجامة و تقديم الوصفات الشعبية .

ان الاتجاه نحو العلاج التقليدي يعتبر انعكاس للعوامل البنائية المختلفة في المجتمع الجزائري، وقد اتضح ان سبب بقاء العلاج التقليدي فرضته الضرورة الانسانية بالنظر الى العوامل البنائية التاريخية في المجتمع الجزائري، نجد انها تركت المناخ مناسب لانتشرا العديدي من المعتقدات حوله(العلاج التقليدي).

في الوقت الذي قدمت فيه الثقافة اساليب علاجية مختلفة لمواجهة المشاكل المرضية بالمقابل عجز الطب الحديث عنها.وان ذلك الاعتقاد المسبق بان للجن والشياطين دورا في توجيه الافراد نحو العلاج التقليدي.وأهمية التنشئة والقيم الاجتماعية في توجيه اصابة الجن والشياطين للإنسان وغرس فكرة العلاج التقليدي ضد الشرور المرضية.فاختلط ماهو علمي بماهو اعتقادي اسطوري.

كان يعتقد ان هذه الممارسات تنتشر فقط في المجتمعات الريفية ولاكن اثبتت الدراسات العكس وان هذه المعتقدات تنتشر في كامل القطر الجزائري (الريف و الحضر).

ان العلاج التقليدي او كما يسميه البعض العلاج الشعبي هو مجموعة من الممارسات التقليدية في ميدان التطبيق يتكون من مجموعة من المظاهر كالسحر .الشعوذة الرقية العلاج بالاعشاب(رضا:2013، ص ص10-11)

إن انتشار صور وأشكال الممارسة غير السوية للطب الشعبي ، تمثل نتيجة حتمية لتجاهل منظومة الطب الرسمي والقائمين عليها للدور المنوط بهذا النوع من الطب فى تفعيل برامج ومشروعات الرعاية الصحية المقدمة للأفراد، فعلى الرغم من الاعتراف المجتمعى بالطب الشعبي وممارساته ، مما يكسبه المزيد من الشرعية الاجتماعية والثقافية ، إلا أنه مازال يفقد إلى الشرعية القانونية التى بقدر ما تقنن عملية الممارسة ، توفر الحماية القانونية اللازمة للمعالجين الشعبيين . يعكس الطب الشعبى ذلك التفاعل بين الإنسان والنسق الايكولوجى الذى يعيش فيه ، فمصادر البيئة من حشائش طبية وأحجار ورمال لا يمكن أن تشفى الأمراض وحدها دون وجود الخبرة البشرية فى استخدامها والتعامل معها وتخضعها للاستخدام اليومى بصرف النظر عن صحة هذا الاستخدام أو خطئه ومن الظواهر المعروفة فى كل بلدان العالم أن ممارسة الطب الشعبى سرعان ما تتراجع أمام الطب الرسمي، ففى كل حالة تتوفر فيها وسائل العلاج الحديث نجد من الناس من يبدأ بممارستها و الإقبال عليها وتجريبها ،ثم سرعان ما يثبت كفاءتها وفعاليتها فى علاج كثير من الأمراض التى كان الطب الشعبى يستغرق وقتاً أطول فى علاجها أو يخفق فى تحقيق العلاج المطلوب.

ولذلك أهتم علماء الأنثروبولوجيا بدراسة نظريات المرض فى ثقافات متعددة وأتضح أن هناك علاقة بين المعتقدات الشعبية وبين طرق التشخيص والعلاج، وارتباط ذلك بقدرة المعالجين على توفير فرص العلاج البديل فى ضوء خبراتهم ومهاراتهم السابقة ، ومن ثم فان ممارسة الطب الشعبى تتطلب مهارات وخبرات وتجارب مهنية متخصصة لا يمكن أن يكتسبها المعالجين دون أن يدرّبوا عليها التدريب الكافى من خلال متخصصين أكفاء، وفي دراسة علي المكاوى 1995، بعنوان

"البيئة والصحة وأنماط المرض في محافظة البحر الأحمر" وحاولت دراسة العلاقة بين البيئة والمرض ، حيث تعتبر الصحة انعكاس لبيئة اجتماعية يكتسب منها الأشخاص معرفتهم بقيمة الصحة وفهمهم إياها من خلال المجتمع . ويمثل المجتمع البدوي بيئة خصبة لممارسات الطب غير الرسمي ، نظراً لخلوها تقريبا من الخدمات الصحية الرسمية، حيث يعتمد الممارسون على الوراثة واكتساب الخبرة عن الأباء والأجداد ،والإجراءات العلاجية التي يقومون بها في أى مكان، ويحترف الممارسون القدرة على استخدام العلاج بالأعشاب والكي والتجبير وغيرها من الوسائل العلاجية الأخرى.

تمثل دراسته التي قام بها سنة 1990 إحدى ال دراسات الأنثروبولوجية التي توصلت إلى أن طبيعة البناء الاجتماعى والثقافى السائد فى المجتمع يؤثر على فاعلية تطبيق البرامج والمشروعات الصحية . وأكدت الدراسة على أن لغة التفاهم بين الطبيب والمريض تأتي فى مرحلة متقدمة لتؤكد على أهمية مراعاة الأبعاد الاجتماعية و الثقافية فى الممارسة الطبية . حيث تدل الشواهد على أن المرضى (المسنين) ينصرفون عن الطب الرسمى ويفضلون اللجوء إلى الطب الشعبى حيث يستخدم الأطباء لغة حديثة لا يفهمها المرضى ، ويتعاملون معهم ككيان بيولوجى، على حين يعوض المعالج الشعبى هذا القصور ويعالجه من خلال أسلوب التفاهم والعلاقة الودية والمفردات الشعبية لكل من الطرفين (محمد الصالح: 2002، ص ص 3-10).

وتعد النتيجة التي توصل لها مكايي من بين اهم العوامل التي دفعت حالات الدراسة الى تبني علاجات اخرى غير الطب،والذي يصب في جوهر العلاقة العلاجية وهو اللغة المستخدمة من طرف الفريق الطبي،وتكمن الصعوبة التي واجهتها حالات الدراسة وصعبت عليهن فهم حالة اطفالهن في استخدام اللغة الفرنسية من جهة،وفي حال تحدث الاطباء باللغة العربية قدموا شرحا يضمن مفاهيم متخصصة جدا بذلك المرض،فكيف لحالات الدراسة ان يفهمنها وتعليمهن محدود جدا.وانت توجههن الى المعالجيين الشعبيين وغيرهم يوفر لهم نوعا من الراحة النفسية وعدم الشعور بالعجز والدونية حين دخولهن في حوارات مع المعالج،لانه يستخدم لغة يفهمنها ونابعة من الالفاظ المتداولة لدى عامة الناس.

وبالرجوع الى العلاجات الغيبية التي استخدمتها حالات الدراسة في محاولة لهن لإنقاذ اطفالهن من مرض السرطان ،وبالرجوع الى انواع العلاجات الغير رسمية المتاحة ويمكننا تقسيم الطب الشعبي المستعمل إلى قسمين، أولهما " الطب الشعبي الطبيعي (الكي والتجبير الكسور واستعمال الأعشاب...)"، وثانيهما يسمى الطب الشعبي الغيبي(العلاج بالأحجية القرآنية وزيارة أضرحة الأولياء وضرب معدن الرصاص في الماء، واستخدام البخور، وتدويب معدن الرصاص)، وغيرها من الطرق العلاجية الأخرى التي ما تزال تُنافس الطب الرسمي، وذلك لتعلق الناس بها واعتقادهم في نجاعتها في علاج كثير من الأمراض.

ولعل من أهم الأعشاب المستعملة في العلاج نجد الشيخ لعلاج أمراض المعدة، اما الحلبة،العرعار،البسباس،عرق السوس، الذي يصلح لأمراض النساء، والقرنفل لأمراض الروماتيزم و"الزعر" للزكام ، وعصير التمر" الرب او الدبس " لحيوية ونشاط الجسم، وشحم سنام الجمل لمرضى الربو، وحليب النوق للمحافظة على مناعة الجسم.(سرقمنة:2011،ص 198).

تراعي النظرة الاجتماعية للمرض تلاؤم الاستجابة الانسانية مع الظروف الصحية والمرضية والمعايير المرتبطة بهما والاستجابة لهما،ومن هنا صك علماء الاجتماع الطبي مصطلح سلوك المرض ليصفوا الافعال المتوالية الزمنية، كما طوروا نماذج لدور المريض ودور الشخص في بداية المرض الا ان المفهوم لسلوك المرض يأتي في المقدمة ليعني الطريقة الي يدرك بها الانسان بعض الآلام الاولى للمرض، ويتعرف على التعب او أي علامة اخرى للاعتلال الوظيفي للجسم ويقيمها ويتصرف حيالها وهو سلوك انساني عام في جميع المجتمعات (مكاوي:1998،ص82)

وتدل الدراسات ان السرطان مثل كل الامراض هو ناتج لتفاعلات بين المخلوقات والبيئة المحيطة بها ،ويرى الباحثون انه ناتج لنوعية الحياة كالمأكل والمشرب ،والتدخين والتربة ونواتج الصناعة والاشعاعات وانماط التكنولوجيا السائدة والعادات المسيطرة ،ولذلك يصفه الباحثون بانه مرض اجتماعي ومن ناحية اخرى هناك سلسلة طويلة من العوامل الاجتماعية التي تساعد على الاصابة بالسرطان ،تلتزم معرفتها ضرورة فهم الصعوبات والأوضاع الاجتماعية وانماط السلوك ونوعية الحياة في ظل الظروف والتحويلات الاجتماعية، والدليل على ذلك ان التغيرات الكبيرة في

نوعية الحياة على مدى القرن الماضي قد تسببت في الإصابة الحالية بالاورام، اذا فقد تسببت الاخطاء العالم في الماضي في التعرض للعوامل السرطانية ونحن ننتج في الحاضر آلاف المستحضرات الكيميائية، كل عام باسم التقدم وسوف تعكس اجسامنا في غضون السنوات القادمة كميات من مسببات السرطان.

ومن ناحية اخرى نقول ان الصحة والمرض والخدمات الصحية موضوعات شائعة في كل المجتمعات الانسانية، ومع ذلك فهي تتنوع بتنوع البيئات الاجتماعية والطبيعية والثقافات، وتتنوع ايضا وفقا لنوعية الحياة التي يطرأ عليها التغيير المتلاحق.

وان السرطان نجده يرتبط بنوعية الحياة والانماط الثقافية والسلوكية والغذاء وما يطرأ عن كل ذلك من التغييرات وخاصة الاورام، ان الانماط السلوكية المعتمدة على خلفية ثقافية هي تؤثر على الاجهزة التي تعتمد على الغدد الصماء وتسبب الاورام. ومن الواضح اذا ان الاورام(بانواعها التي تزيد على المئة) في مجتمعاتنا الحضرية الصناعية كأنها تكلفه اجتماعية بشرية للتحويلات الاجتماعية وضريبة ملازمة للتحديث في البناء الاجتماعي والثقافي (مكاوي:1998،ص240)

وان دراسة السلوك البشري من الدراسات الهامة التي تهئى الطبيب لاتقان فن التعامل مع الناس، فالطبيب يتعامل خلال مسار حياته مع اصناف من البشر، منهم زملاء العمل والمرضى وافراد المجتمع من الاصحاء،ولما كان على الطبيب ان يكون فاعلا ومؤثرا في مجتمعه وسيلة للتغيير الى الافضل، فلا بد له من دراسة السلوك البشري واتقان فن التعامل، وهي دراسة لا تنتهي بقراءة فصل من كتاب، بل تقتضيه مداومة الاطلاع والملاحظة والتفاعل والممارسة ومراجعة النفس.

واذا ما امانا بان الغالبية العظمى من الامراض لها علاقة بسلوك الانسان وأسلوبه في الحياة وان احد اهداف الطبيب ان يساعد الناس على تبني الانماط السلوكية الصحية في الحياة ادركنا اهمية ان يطور الطبيب قدرته في التعامل والتواصل والتفاعل مع الناس. اذا على الطبيب ان

يلم بثقافة وعادات وتقاليد المجتمع لكي يساعده ذلك في فهم طبيعة العلاقات الروابط بين المستوى الصحي والعادات والتقاليد (الشاذلي وآخرون، ص ص، 24-25)

تمثل الثقافة جوانب مشتركة من الافكار والتصورات والمعتقدات والسلوكيات التي تشكل حياتنا، كما تتضمن تعريفاتنا عن الصحة والمرض وطريقة الاستجابة للمرض. والشعور بالألم والتعب .

فالثقافة بهذا المفهوم بمثابة خشبة المسرح وسيناريو والإضاءة والإخراج في المسرحية المرض والعلاج، ولها مكانتها المؤثرة في هذه القضية ولاكن ليس بدرجة نهائي او حاسمة وبالرغم من تطور المجال حولها، فان اكثر الانثروبولوجيين المعاصرين يرون ان الثقافة نتاجا جماعيا مشتركا ومتطورا واطرا معيارية قابلة للتشاور، وامكانية تحقيقها بتوجيه وفهم المراد من الحياة اليومية كما يتفقون على ان الثقافة تشمل القيم والاحكام والمحظورات والتفضيلات، والرموز والمعاني والدلالات واللغة والممارسات التي ترشد الى الكيفية التي يعيش بها المرء حياته اليومية، والكيفية التي يردك بها الاحداث التي تقع داخل الممارسة اليومية. وهي شيء مشترك بين جماعة من الناس على الرغم من اختلافهم في تفسير المبادئ والممارسات.

وقد ارتبط مراحل التطور الثقافي بالمرض وخاصة الامراض الوبائية والبيئية حيث كانت معدلات الامراض المعدية منخفضة نسبيا في المجتمعات بحثا عن الطعام بسبب حجمها السكاني الصغير وقابليتها للحركة.

وفي علاقة المرض بالأنماط السلوكية حيث لاكتفي علماء الامراض الوبائية بتصنيف نماذج المرض خلال الزمان والمكان فقط، بل انهم اوضحوا اسباب المرض من خلال البحث عن عوامل الخطر التي تبدو مرتبطة نتيجة المرض. وقد بينوا نوعين رئيسيين من عوامل اخطار المرض. اولها العوامل ذاتية المنشأ كالأضرار الوراثية، وثانيها هو العوامل الخارجية الحيوية مثل الكائنات الحية الدقيقة التي تسبب الامراض المعدية او الامراض الغير حيوية الموجودة في البيئة مثل السموم والكيماويات.

كما ان ثمة تكيفات ثقافية مع المرض تتضمن توظيف السلوكيات والمعتقدات التي تحد من نسبة انتشار المرض والوفيات، وان هناك سلوكيات ومعتقدات لها وظائف وقائية عن طريق تقليل التعرض للكائنات الحية المسببة للمرض بالنسبة للأجزاء المعنية من المجتمع وهناك معتقدات وسلوكيات ومعتقدات اخرى بشأن العلاج الملائم للمريض .وقد اكدت الدراسات الاجتماعية دائما على دور الثقافة في فهم قضايا الصحة والمرض حيث لا يمكن فهمها بمعزل عن البناء الاجتماعي والثقافي.

فقضايا الصحة والمرض تتعامل مع الكائنات البشرية سواء من المرضى او من اقاربهم وهي بيئة بشرية مسؤلة الى حد كبير عن اهمية المغزى الوجداني والرمزي التعبيري للعلاقات الاجتماعية والثقافية، من ناحية ان هناك مجموعة من الاحاسيس تدور حول حرمة الجسد وتستمد مقوماتها اساسا من المجتمع والثقافة السائدة فيه.

فينظر النموذج الطبي الانثروبولوجي الى هذين المفهومين في ضوء معايير الثقافة والتفاعلات الشخصية، وفي حدود الاطار الذي يضم انساق المعاني والمعايير والشرعية. كما يتناولهما في ضوء العوامل السلالية والتنظيمية، وأوضاع الدور وتتركز تحليلاته حول الخبرات المرضية الحقيقية للمرض، وتبين كيف يتصرف المريض حيال هذه الخبرات اثناء تفاعله مع العائلة ومع شبكة العلاقات الاجتماعية ومع الممارسين. فالمرض يتخذ شكلا منظما للمريض واسرته في اطار الثقافة السائدة العاملة او الفرعية(المكانية او المهنية) . (خليل:2006، ص ص 153-156)

إذا كانت منظومة القيم والأفكار والمعتقدات لدى الأفراد جزءا من الثقافة، بحيث تتمثل في أنماط معينة من السلوك والتفكير والمشاعر التي يشترك فيها غالبية أفراد المجتمع، فإنها بهذا المعنى قد تؤثر في تشكيل مفهوم الاعتقاد في مركز الضبط الداخلي -الخارجي .و هذا ما دفع الباحثين في الثقافات المختلفة إلى دراسة مفهوم الإعتقاد في مركز الضبط والاهتمام به، وفي هذا السياق يشير **Rupp and Nowicki (1978)** إلى أن الاعتقاد في الضبط الداخلي الخارجي

يمكن أن يكون مؤشرا على القيم والسلوك الشائع بين الأفراد حسب ثقافتهم وبالتالي يعطي صورة واضحة عن طبيعة المجتمع.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة وثيقة جدا بين مركز الضبط والثقافة، فوجهة الاعتقاد في الضبط وثيقة الارتباط بالبيئة الثقافية التي ينشأ فيها الفرد. ذلك أن الجماعات المختلفة كالأُسرة والمدرسة، والمجتمع تدفع أبناءها من خلال عملية التنشئة الاجتماعية إلى تبني وجهات للضبط تختلف في كل ثقافة عن الأخرى. وهذا يرجع إلى أن كل جماعة أو شعب تؤكد على مجموعة مختلفة من القيم. وهو ما يعني أن الثقافة في مجتمع ما تحدد بنية تكوين الاعتقاد في الضبط الداخلي أو الخارجي داخل هذا المجتمع. كما أن تلك البنية تظهر أنماط واتجاهات السلوك أو العمل السائدة في هن وتعكس في نفس الوقت (القيم والمعايير المجتمعية داخله) (أبو ناهية: 1992).

يتوضح لنا مما سبق، أن هناك مجموعة من العوامل التي تحدد وتوجه مركز الضبط، فمركز الضبط يتطور بتطور السن، ويختلف باختلاف الجنس. كما أن إختلاف الثقافات والأساليب التي تعتمد عليها الأسر في التنشئة الاجتماعية، لها دور فعال في دفع الأفراد إلى تبني نوع معين من الضبط. فالأسر والثقافات التي تشجع على الاعتماد على النفس، وتحمل المسؤولية والاستقلالية واتخاذ القرارات تعتبر من العوامل المساهمة في تبني الضبط الداخلي. في حين ينمو الاعتقاد في الضبط الخارجي، لدى الأسر والثقافات التي تشجع أفرادها على السلبية، والتبعية...إلخ. (وليدة: 2009، صص 55-60)

و تؤثر البيئة و معطياتها على توجه مركز الضبط، فالثقافة السائدة في المجتمع ترتبط بتوجهه، فقد أكدت دراسة **Chiu 1988** أن نمط الثقافة السائدة يؤثر على توجه مركز التحكم، إذ توصلت الدراسة إلى أن المراهقين الأمريكيين يميلون إلى الضبط الداخلي بدرجة أعلى من أقرانهم الصينيين (بومغزوة: 2010، صص 133)

وقد وجدنا في دراستنا ان هناك علاقة ضمنية بين مركز الضبط الداخلي وتقبل العلاج الرسمي، وأنه كلما مال كصدر الضبط الى الوجة الداخلية مالت حالات الدراسة الى التوجه للطب

الرسمي لعلاج ابنائهم وبالتالي احدا تحسن ،والذي سينعكس هذا الاخير على معاشهن النفسي،وننت بين الدراسات التي درست العلاقة بين مركز الضبط الصحي و تقبل العلاج، وهي دراسات أجريت في بيئات مختلفة وعلى عينات مرضية مختلفة (مرضى الألم المزمن الحميد، مرضى السكري، مرضى التليف الكيسي، مرض الضغط الدموي)، حول تقبل العلاج (الإلتزام بالدواء عند مرضى الألم المزمن الحميد(غير السرطان)ومركز الضبط الصحي،هدفت الدراسة الى تقييم الإلتزام بالدواء، وتحديد العلاقة بين مركز الضبط الصحي وتقبل العلاج.وعليه فقد أجريت الدراسة في عيادة الألم العصبي بساو باولو بالبرازيل، على 30 مريضا في مدة 6 أشهر ،إمتدت في الفترة من أفريل 1999 إلى ماي 2000 ، تقبل العلاج صنف من خلال الأخذ الجيد للدواء وذلك في 5 مقابلات على أنه تقبل كلي، تقبل جزئي،(27مريض لديهم تقبل جزئي، و 3 مرضى فقط لديهم تقبل كلي)، تم قياس مركز الضبط الصحي ب Multidimensional Santé Locus de Control (Scale validité et la fiabilité)

وقد توصل الباحث الى النتائج التالية:

-عدم وجود علاقة بين مركز الضبط الصحي وتقبل العلاج، في المقابل وجود علاقة عكسية بين مركز الضبط الصحي الداخلي وبين تقبل العلاج (أي كلما كان مركز الضبط الصحي داخلي، لم يكن هناك تقبل للعلاج) (أخذ الدواء)والعكس صحيح.

و دراسة اخرى بعنوان تأثير المتغيرات النفس-اجتماعية على تقبل العلاج لدى مرضى السكري بالبرازيل." هدفت الدراسة من جهة التحقق من آثار الأعراض الإكتئابية، ومن جهة أخرى معرفة العلاقة بين مركز الضبط الصحي وتقبل العلاج (الإلتزام بالدواء ومراقبة نسبة السكر في الدم) ،وقد تمت الدراسة على 47 مريضا بالسكري (ذكور و إناث)، في عيادة الغدد الصماء التابعة بالبرازيل ، طبق على هؤلاء المرضى UFU للجامعة الفيديرالية. وقد تم الاعتماد على إستبيان الصحة المعد من طرف فريق البحث، يحوي معلومات شخصية واكلينيكية للمرضى.

- BDI إستبيان بيك للإكتئاب

- (MHLC). إستبيان مركز الضبط الصحي،وقد توصل الباحث الى النتائج التالية :

-التوجه في مركز الضبط الصحي لم يظهر أي آثار ملموسة على سلوك تقبل العلاج (أي لا توجد علاقة بين مركز الضبط الصحي بأبعاده وبين تقبل العلاج).

-وجود فروق بين متوسطات (المتقبلين وغير المتقبلين) على مقياس الإكتئاب، فالمرضى 15 الذين يتبعون حمية غذائية بانتظام أظهروا معدلات إكتئاب 10.8 ، في المقابل المرضى 32 الذين لم يلتزموا بالحمية الغذائية أظهروا معدلات إكتئاب 97.18 ، أي أن أعراض الإكتئاب تظهر بعض الآثار على تقبل العلاج (الحمية الغذائية)، وتأثير هذه العلاقة يمكن أن ينتج عنه آثار في السلوكيات المتعلقة بتقبل العلاج.

-دراسة بعنوان العلاقة بين المعتقدات في الضبط و التقييم الذاتي لتقبل العلاج عند المرضى الراشدين المصابين بالتليف الكيسي، فحصت الدراسة العلاقة بين مركز الضبط الصحي وتقبل العلاج عند مرضى التليف الكيسي (Fibrose Kystique) ، وعليه فقد أجريت الدراسة على 31 مريضا راشدا أجابوا على: إستبيان مركز الضبط الصحي (MHLC-C Wallston et al) 1994 -إستبيان تقبل العلاج (F-Adherence questionnaire)

وكانت النتائج كالتالي:

-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعدي ذوي النفوذ (أطباء 0.61 و آخرون 0.45) وبين تقبل العلاج، خاصة بعد الأطباء والتي قد تشجع على تقبل العلاج على المدى الطويل.

-وجود علاقة سلبية بين بعد الحظ وتقبل العلاج 0.33

-لا توجد علاقة بين البعد الداخلي وتقبل العلاج 0.13

و دراسة (Azlin et Hatta) 2004 بعنوان مركز الضبط الصحي، عدم تقبل العلاج الدوائي عند مرضى الضغط الدموي، وهدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين مركز الضبط الصحي والعوامل الإجتماعية، وبين تقبل العلاج (الإلتزام بالدواء المضاد لضغط الدم) عند مرضى الضغط الدموي، وهي دراسة عرضية على 200 مريضا أجريت في الفترة بين 01 جوان إلى 31 ديسمبر، في عيادتين بماليزيا (Kebgangsaan – Bandar) والمستشفى الجامعي، سنهم من 40 سنة إلى 89 سنة، الذكور 97 و الإناث 103 ، أغلب العينة متزوجين، اعتمدت الدراسة على مقياس لتقييم

مركز الضبط الصحي MHLC- forme C ، و الدليل العالمي للمقابلات النفسية والعصبية. كانت النتائج ان معدل عدم تقبل العلاج كان 38.5% ، ووجود فروق في تقبل العلاج (الإلتزام بالدواء)تعزى للمواقع التي أجريت فيها الدراسة(السن، العرق، الجنس، مركز الضبط الداخلي، مركز الضبط الخارجي (أطباء، الحظ).

وان المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية في مركز الضبط الصحي الداخلي، أظهروا درجات منخفضة في تقبل العلاج، بمعنى أنه لا توجد علاقة بين مركز الضبط الصحي الداخلي وبين تقبل العلاج.

المرضى ذوو مركز الضبط الخارجي (أطباء، الحظ)، أظهروا تقبلا جيدا للعلاج، بمعنى أنه توجد علاقة بين مركز الضبط الصحي الخارجي (أطباء، الحظ) وبين تقبل العلاج. -لا توجد علاقة بين (المستوى التعليمي للمريض، المهنة، الحالة العائلية، الدخل الشهري، عدد مرات تناول الدواء مركز الضبط الخارجي) (آخرون)، وبين تقبل العلاج. وتتفق هذه الدراسة تماما مع نتائج الجزئية الخاصة بمركز الضبط واختيار نوعية العلاج. فبالنسبة للحالات التي تغير مصدر الضبط لديهن ولو بصورة قليلة الى الوجهة الداخلية، قد قمنا فعلا بالتخلي عن عزو القدرة الخارقة للمعالجين الشعبيين (الشيخ، الوالي) او الحظ والصدفة والعين وغيرها.

وفي دراسة (Tonekaboni et Morowatisharifabad، Baghianimoghadam، Mazloomي)

بعنوان العلاقة بين مركز الضبط الصحي وتقبل العلاج (الإلتزام بحمية غذائية) على عينة إيرانية من مرضى السكري. " هدفت الدراسة إلى تحديد مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السكري، ودراسة بعض العوامل المساهمة في الإلتزام بالحمية الغذائية.

الدراسة مستعرضة أجريت من جويلية إلى أوت 2006 ، على 120 مريضا بالسكري من ولجمع البيانات تم تطبيق المقياسين الإيرانيين مركز الضبط الصحي لداء السكري، و مقياس الرعاية الذاتية لمرضى السكري. وكانت النتائج:

-امتاز الذكور بمركز ضبط صحي داخلي.

-الإناث كان لديهن مركز ضبط صحي للحظ.

- مركز الضبط الصحي الخارجي يزداد مع التقدم في السن.
- مركز الضبط الصحي الداخلي له علاقة بالمستوى التعليمي.
- إرتباط موجب جيد بين مركز الضبط الصحي الداخلي وبين تقبل العلاج (الإلتزام بالحماية الغذائية).
- إرتباط سلبي بين مركز الضبط الصحي للحظ وبين تقبل العلاج.
- وهناك دراسة اخرى ل (Omeje et Nebo) بعنوان تأثير مركز الضبط على تقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم ،أجريت الدراسة على 100 مريض بارتفاع ضغط الدم 54 (ذكور، 46 إناث)، متوسط،سنهم 42 سنة، مستواهم التعليمي الأدنى هو الثانوي، كلهم متزوجين، يعملون في الجنوب الشرقي المؤسسات الحكومية، تم اختيارهم من المستشفى الجامعي بEnugu نيجيريا وذلك أثناء زيارتهم لأطبائهم.
- (MHLCH (1978) Wallston & Devellis تم تطبيق مقياس مركز الضبط الصحي و استبيان الإلتزام بالدواء المعد من طرف فريق البحثWallston . وقد توصلو الى النتائج:
- 53مريضا ذوي مركز ضبط صحي داخلي .
- 47مريضا ذوي مركز ضبط صحي خارجي .
- توجد فروق دالة في تقبل العلاج (الإلتزام بالدواء) لصالح المرضى ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي، أي أن المرضى ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي كانوا أكثر التزاما، بالدواء من المرضى ذوي مركز الضبط الصحي الخارجي.(قارة:2015،ص ص 99-104)
- ان النظرة التاريخية الثقافية حول مفاهيم الصحة والمرض تبين كيف ان المسببات العامة والمعالجات الشعبية للمرض،وما تحتويه في اعتقاد في تلبس الارواح وسط الشعوب البدائية والاعتقاد في الوساطة الروحية والمزج بين الطقوس والوسائل الطبية في التطبيب والمعالجة.وقد كانت هذه الافكار الكلاسيكية المبكرة المتوارثة من ثقافات عديدة تعتمد عل استحضار ارواح القوى الفوق طبيعية او ارواح قرناء السوء تبدو كأفكار غريبة بالنسبة لأسباب،المرض وأساليب التشخيص.كما اعجب الناس في ذلك الوقت بقصص توظيف العرافين في السحر المضاد لكشف

اسباب المرض.وقد وجد كليمنتس(Clements) توزيع الخصائص الثقافية المتعلقة بالصحة والسيطرة على المرض وهي:

السحر والشعوذة-فقدان الروح-انتهاك المحرمات-اقحام شيء بسبب المرض-اقحام روح داخل المريض.

وان الاسباب التي تنسب المرض والموت الى السحر والشعوذة كانت بمثابة مصادر اولية لمعرفة التفسيرات الثقافية، وكيف ولماذا يزور المرض او الموت بعض اعضاء الجماعة دون الاخرين.وان المرض يزور الشخص الذي يخل بالمعايير الاجتماعية كنتيجة وعقوبة لاخلاله بهذه المعايير. (خليل:2006،ص ص 168-170) .

يسود الاعتقاد أن المرأة أكثر ارتباطا بالسحر من الرجل، وهو ما ذهبت إليه مجموعة من الأبحاث والدراسات المقارنة، على اعتبار أنه ظاهرة عرفت في مجتمعات عديدة، البدائية منها أو المتقدمة في الحضارة، أما عن أسباب هذا الربط فالإجابات تختلف، إلا أنها عمومًا تتركز حول هشاشة مكانة المرأة وإقصائها الاجتماعي والثقافي. من هنا نستطيع أن نؤكد أن السحر ليس مجرد اعتقاد في تحويل الأشياء أو التأثير فيها أو تغيير في طبائعها، وإنما هو قبل كل شيء، حاجة اجتماعية وثقافية ونفسية، يجد الفرد في الإقبال عليه أو ممارسته في حالة سحر المرأة، الحماية الإيمانية والواقعية أيضا. فالشعور بالحرمان والعجز عن مواجهة واقعه الاجتماعي وضغوطه المختلفة، يدفعان هذا الفرد إلى الاستسلام للمعتقدات السحرية وممارساتها العملية، لما يلفيه فيها من قوة على تخفيف آلامه وتجديد آماله وتعزيز قدراته على مواصلة الحياة.

فكلما تضخم إحساسه بالعجز، ابتعد عن التعامل بواقعية مع حياته وهرب بالمقابل إلى ما أسماه هشام شرابي عقلانية السحر من حيث هي عقلانية مشوهة. إلا أنها عقلانية تسهل عليه مواجهة الواقع وتجعله مستساغا، وبهذا يمثل السحر نوعا من الاحتماء التأميني للمستقبل الهش، ما دام يقوم في العمق على مبدأ الجبروت الذي يحطم القيود (أعراب: 2016)

لذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار المعرفة الشعبية حول السرطان حيث تبقى منظمة على شكل تماثلان اجتماعية أو جماعية على شكل صورة ذهنية أم نظرة شاملة عن المرض، منقولة عن طريق الشعوب. إذا فالتماثلات هي أفعال اتصالية تسمح للفرد التعبير كما يعايشه في محيط عدلته الثقافية والاتصال الذي أثر بالأساس على مفهوم المرض وهذا حسب بحث Bensoussan 1991 ، بحيث ترافقت هذه الفكرة مع أبحاث Herzlick معتقدا بأن في التصور الشعبي يبقى السرطان دوما صورة للشيطان حيث السلوك المتستر الماكر والمنافق المشابه لبعض الحيوانات المؤذية كالحية، العنكبوت، السرطان، الضفادع، غير أن الخطورة المقنعة للسرطان تتطلب نظرة أخرى تركز على الأعراض التافهة في إطار سياسة طبية تدفع كل فرد منا النظر إلى جسده نظرة مغايرة لتفحص مختلف العلامات الغير عادية ولو كانت تافهة. حسب التماثلات الشعبية.

السرطان هو تلك الصورة المتطورة للضرر بصمت وبقوة، حيث أن المفهوم الدنيوي يرى بأن الصحة هي مرادف صمت الأعضاء لكن الملاحظ أن السرطان يتبنى هذه الصفة في الجسم قصد تخريب الصحة وليس معالجتها. و خلاصة القول، أن العلامات الأساسية لتمثلات السرطان تركز بالخصوص على العوامل التالية: أن المفهوم المجازي للسرطان يعبر عن اللانظام، عن الفوضى، عن صراع بين قوي النظام وقوي اللانظام فقدان المراقبة بسبب سيرورة الضبط الاجتماعي، ويبقى الموت كرمز لتهديم النظام الطبيعي للجسد.

فالسرطان يحول جسد المريض إلى جسد يتدهور بسبب عنف العلاجات من بتر، فقدان الشعر، الوهن، هي صورة لعدو لأبد محاربهته.

يعتبر **Angé M 1984** بأنه في كل المجتمع ات ينظر للمريض على أنه اختلال بيولوجي بالمفهوم الاجتماعي للكلمة بما أنه يمنع الفرد من تأدية واجبه الاجتماعي، هو اختلال لسيرة المريض الذاتية، هو شكل من التحطيم، كذلك خلل في العالم المعاش للمريض، وتبقى تفسيرات المرض مرتبطة بفك رموز تماثلات الإصابة وطرق علاجها التي تساعد على إعادة التنظيم، وذلك بإعطاء مفهوم للحدث أي المرض. وعليه نلاحظ أن الصورة الحالكة لمفهوم السرطان تبقى مهيمنة على المجال المعرفي، مرتبط كذلك بالتماثلات التي تصنفه في سجل المعاناة

والموت.

إن تمثلات السرطان ليست ثقافية فقط وإنما اجتماعية أيضا حيث يقول الباحث أن الصور المرتبطة بالسرطان كالمعاناة والتدهور الفيزيولوجي يشكل قاعدة أساسية لتكوين علامة خاصة بهم، لأن مظهر المرض يؤدي إلى الانفراد الانعزال وإلى بصره بوصمة عار، " نحن لسنا كالأخرين، لسنا كأصحاء نحن من لا يرغب الناس في رؤيتهم، نحن نخيفهم"، لأن المظاهر الفيزيولوجية للمرض تذكر دوماً بوضعية الموت، وعليه نتساءل هنا كذلك على التأثير القوي لهذه الاعتقادات على معاش المريض وعلى اختياراته العلاجية التي قد تساهم في المحافظة على الإحساس بالذنب أم بالمسؤولية اتجاه مرضى لا يستطيعون الحفاظ على روح دفاعية أو موقف إيجابي اتجاه المرض، لأنهم يعتبرون أن المحضوسين هم فقط الذين يتمكنون من النجاح. أضف إلى ذلك أن التقويم الزائد لقدرات الأفعال المراقبة الشخصية قد تكون سلبية بحيث لا يمكن التقليل من التعبير عن معاناة المريض إلى تركيبة اجتماعية وإنما تؤكد على أن هذه (شدمي: 2015، ص62).

إن تعدد الاعتقادات التي منها ما هو متعارض مع الواقع والبعض منها صعب التحقيق

أو ليس لها أساس من الصحة، كل هذا في ظل غياب تحليل موضوعي.

التخمينات الأولى تبدو أنها ناتجة من وصمة العار التي تلاحق المصاب بهذا المرض زيادة القلق بدل العقل، وفي العديد من الحالات الجانب الإحساسي يحجب شكلا من التفكير واللامبالاة تدعم الخوف من الموت بإدراكها المخرج الوحيد المتصور. (حمودي: 2014، ص72)

وان وصم مرضى السرطان في المخيال الشعبي ليس وليد اليوم بل هو قديم قدم خلق المخلوقات جميعا، ولقد شبه القدماء صفات المرض بالصفات التي يتميز بها الخنزير وهذا التشابه ناتج عن تشابه التسميات (caner)، وهذه التسمية لما كان يهجوها العرب اثناء الفترة الاستعمارية التي كان يسودها الجهل والامية كانوا يلفظونها على شكل كلمة كانسير وهذا المصطلح قريب من كلمة خنزير في الوزن، والخنزير هو ذلك آكل كل شيء وهو نهم كانس كنس الحقل والزريبة

فيأكل القمامات والفضلات والنجاسات بشراهة ونهم، وهو مفترس يأكل الجرد والفئران وغيرها كما يأكل الجيف حتى جيف أقران.

وقد اكد كل من روجرز **Rogers** وكليمنتس **(Clements)** ان هناك ارتباطا بين تصنيف المرض لدى الجماعات البدائية والامية وبين طرائق المعالجة وتطبيب المرض نفسه. فقد تبين ان علاج المرض الذي يعتقد انه نتيجة لاعمال السحر يتضمن السحر ايضا او شيئا يتصل بالسحر كالقوى التي تبطله اما المرض الناتج عن انتهاك المحرمات وهو السب الشائع عند شعوب الاسكيمو يتطلب علاجاً شامنيا(نسبة الى الشامان وهو المعالج)وعندهم تتطلب المعالجة ان يسأل المعالج الروح التي تلبسه ماهي المحرمات التي انتهكت كما يتطلب توضيح وتفسير هذه المشكلة اعتراف المريض بما انتهكه من محرمات.واحيانا يتطلب ذلك العلاج جلد المريض بالسوط وترتيل تعازيم وتراويل معينة او تقديم بعض الاضاحي او القرابين ادخال الرقية الشرعية المزيفة.

وكانت هناك احتفالات يقوم بها الهندوس وشارك فيها المسلمون ايضا في شمال وشرق الهند تبعا لدورة المرض في فصل الربيع وكان الايمان بستيلا ومارياما(كانت كارثة الهند بسبب انتشار مرض الجدري في الفصل الربيع وانحصاره بعد انقضاء الموسم) ونشئت التفسيرات الاجتماعية لهذا المرض فكان البعض ينظر نظرة علمانية له وانه ناشئ بسبب انتشار الجراثيم اما بالنسبة للهنود فكانوا يعتقدون ان الالهتين ستيلا ومارياما هما المسئولتان عن نشر المرض وقدرتهما على التخفيف منه من خلال تقديم القرابين والعادات الاخرى خلال طقوس تقام في فصل الربيع(فصل التي ظهرت فيه الوباء) (خليل:2006،ص ص -172-169).

في بادئ الامر لا تجد الاسر مفرا من الطب الرسمي ليضع لمستة الاولى في مسار المرض،من حيث اجراء التحاليل والفحوصات اللازمة لمعرفة نوعية المرض،الطب هو ذلك العلم الذي يعزل الصحة والمرض عن الشخص المريض ومحيطه الاجتماعي والثقافي.ويعتمد اساسا على الرصيد والمخزون التجريبي للأدوية والعقاقير الكيميائية غالبا في مواجه المرض.مايفقد تلك النظرة في غالب الاحيان جوانب المرض الحسية والاجتماعية والإنسانية وخلفيتها الثقافية المتصلة بالنضرة للصحة والمرض.(فيروز:2014،ص 135)

يستخدم في العلاج الكيميائي العقاقير لتدمير الخلايا السرطانية أو السيطرة عليها، وقد استخدمت العقاقير في علاج عديد من الأمراض السرطانية طوال الأربعين سنة الماضية، ويوجد حالياً أكثر من ثلاثين نوعاً قيد الاستخدام هذا العام.

وتتمو الخلايا السرطانية خارج نطاق سيطرة الجسم، ومن خصائصها سرعة التكاثر . والخلايا سريعة التكاثر لها قابلية أكثر من معظم الخلايا الطبيعية للتعرض لتأثيرات العقاقير، وتعمل العقاقير الكيميائية على إتلاف الخلايا الشاذة مباشرةً وذلك باعتراض قدرتها على الانقسام التكاثر، أو في بعض الحالات بمحاكاة المواد الغذائية الطبيعية على تجويع تلك الخلايا حتى تموت.

ويتم تحديد الطريقة على حسب نوع الأدوية التي يصفها الطبيب، وبشكل عام يتم إعطاء عناصر العلاج الكيميائي بثلاث طرق :عن طريق الفم، أو بالحقن في العضل، أو بالحقن في الوريد .وقد تستخدم طريقة واحدة أو عدة طرق في نفس الوقت أو في أوقات مختلفة.

وتعتمد مدة العلاج وعدد الجلسات العلاجية على عدة أمور وهي :نوع المرض، نوع الدواء، المدة التي يحتاجها الجسم لكي يستجيب للعلاج، مدى تحمل الجسم للأثار الجانبية للأدوية. وتعطى الأدوية على فترات مختلفة يفصل بينها عدة فترات للراحة وبشكل عام، قد تتراوح مدة العلاج من ثلاثة أشهر إلى سنتين ، وعادةً يوضح الطبيب أو اختصاصي التنقيف الصحي برنامج العلاج المتبع. (الملحم:2013).

ولعل هناك بعض الاسباب التي تعد منطقية في نظر حالات الدراسة من الامهات اللتي تتابعن علاج اطفالهن المصابين بالسرطانات بمختلف انواعها،دون ان يكن مدركات للأعراض الجانبية الناتجة عن تلك المعالجات.

قد تتضمن الجراحة، العلاج بالاشعاع، الدواء الكيميائي، العلاج الهرموني أو العلاج البيولوجي (المناعي) أو الجمع بين بعض هذه العلاجات.

كل وسائل علاج السرطان تقتل الخلايا السرطانية، ولكنها تقتل بعض الخلايا الجيدة ولعل ذلك ما يسبب ظهور الاعراض الجانبية مثل:فقدان الشهية، تغيرات في الوزن (سواء خسارة أو زيادة وزن)

قرحة الفم أو الحلق ،جفاف الفم ،الغثيان والقيء ،الاسهال،سقوط شعر الراس،تغير لون البشرة... (ارشادات التغذية لمرضى السرطان:2006)

يعتقد العديد من الناس أن مرض السرطان مؤلم جدا، وقد ينتابك القلق من أن يعاني طفلك من ألم شديد إذا أصيب بالسرطان، وكان هذا يحدث غالبا حتى فترة قريبة. ولحسن الحظ أن ما نعرفه عن الألم وكيفية السيطرة عليه يعني أن سرطان الأطفال ليس مؤلما بالضرورة، والحقيقة أن احد أهم أهداف معالجة سرطان الطفولة هو الحد من الألم قدر المستطاع وبمساعدة الأطباء والممرضين وغيرهم.

هناك ثلاثة مصادر لألام سرطان الطفولة :الألم الناتج عن المرض، والألم الذي تسببه الإجراءات، والألم الذي تسببه المعالجة، وفي بعض الأحيان تكون الإجراءات والمعالجة أكثر إيلاما من المرض نفسه، وقد يصعب على الوالدين والأطفال فهم هذا، لكننا نستطيع العمل معك ومع طفلك للحد من الألم، وقد يتعرض طفلك لأعراض مزعجة أخرى كالدوار والغثيان والحكة والتعب والإعياء والإحباط والكآبة، وتعتبر السيطرة على هذه الأعراض من الأمور الهامة جدا، تحدث مع ممرض طفلك أو طبيبه عن كيفية تخفيف هذه المشاكل.

قد يعاني الأطفال المصابون بالسرطان أيضا من صداع عادي، أو أوجاع في المعدة أو الأوجاع والآلام الأخرى التي يتعرض لها العديد من الأطفال. يشعر العديد من الأطفال ببعض الألم قبل تشخيص السرطان، وغالبا ما يكون هذا الألم السبب في ذهاب الطفل إلى الطبيب .ويعود ألم المرض في اغلب الأحيان إلى ضغط خلايا السرطان على جزء في الجسم ويزول الألم عادة بعد استئصال هذه الخلايا بالمعالجة.

قد يعود ألم المرض إذا عادت خلايا السرطان للظهور ويكون هذا الألم عادة قصير الأمد لان معالجة السرطان التالية ستقضي على الخلايا التي سببت المشكلة .من المهم أن نعرف أن الألم الجديد لا يعني بالضرورة عودة السرطان لطفلك، فقد يكون الألم ناتجا عن شيء آخر. يحتاج الأطفال المصابين بالسرطان إلى العديد من الإبر للتأكد من فعالية المعالجة، وتتضمن هذه الإبر وخز في الأصبع ، لم يكن من الغريب أن يخاف الأطفال المصابون بالسرطان

كثيرا من الإبر .ويقول العديد من الأطفال أسوأ ما في المرض هو الإبر، والواقع أن الخوف يزيد الألم، وكان الأطفال يعانون كثيرا من هذه الإجراءات في الماضي ، من الجيد أن نعرف أن هناك الآن طرقا عدة تمكننا من تخفيف هذا النوع من الألم قد ينجم الألم عن معالجة السرطان أيضا فالتحسن قد يؤلم أحيانا ،فمثلا تؤلم الإبرة في العضل عند دخولها للجلد ،كما تسبب ألما اشبه بلسع عند حقن الدواء .

في بعض الأحيان قد تبدو الآثار الجانبية لأدوية السرطان أسوأ من المرض نفسه ،مثلا قد تؤذي بعض أدوية السرطان الأعصاب لفترة قصيرة. وهذا يمكن أن يكون مؤلما . كما قد تسبب الأدوية أخرى إمساكا وآلاما في البطن. وقد تسبب بعض المعالجات (دواء أو أشعة) تقرحات مؤلمة في الفم. ولحسن الحظ أن السيطرة على الأم المعالجة أصبحت ممكنة حاليا.

(تخفيف الام السرطان عند الاطفال: 2010، ص ص7-10)

ولعل كل هذه المحددات ستحدد وجهة العلاج التي تفضله حالات الدراسة سواء على الصعيد النفسي او الجسدي، وبالتالي فان اغلبية الحالات ابدین رفض العلاج الرسمي واختيار الشعوذة،ذلك لان التفسيرات الشعبية والدينية لأسباب المرض والتجاوب معه تتم من خلال اساليب وممارسات وطقوس ثقافية تمثل الثقافة السائدة في ذلك المجمع الذي ظهر فيه المرض ومن ثما فهي تفسيرات ثقافية للمرض اسباه وعلاجه.

وقد تتعارض هذه التفسيرات مع تفسيرات علمية للمرض كما قد تتناقض مع الوسائل العلاجية للطب الحديث ،وترفض الانتفاع بالخدمة الصحية التي يوفرها فالتهرب من التطعيم ضد الجدري في الهند على سبيل المثال كان يمثل عائقا امام الهنود بسبب ثقافتهم ومعتقداتهم الدينية عن المرض ،وسبب في زيادة انتشار هذا المرض وكذلك الحال بالنسبة للافريقيين في روديسيا في التعامل مع انفلونزا ومع ذلك فهناك نموذج اخر يؤكد على تأثير الثقافة في الاستفادة من الخدمات الصحية في المجتمعات الحديثة نسبيا(خليل:2006، ص 174) ،اذا نجد ان حالات الدراسة يتوجهن بدرجة اولى الى الطب البديل وحسب الكثير من الأنثروبولوجيين فإنه توجد علاقة وثيقة بين الممارسات الطبية والمعتقدات، خاصة عند الشعوب الأمية، وكان الباحث والعالم

الانثروبولوجي" ريفرز "قد قام بدراسة حول (الطب ،السحر، والدين) وقام بدور الطبيب و الانثروبولوجي في الوقت نفسه، وركز على النظر للممارسات الطبية والعلاجية كنسق ثقافي، ذلك أن للمعتقدات الشعبية والطقوس والرموز أثرا على الحالة الصحية للفرد، فبدافع المعتقد قد يفضل المريض العلاج التقليدي، بدلا من الذهاب إلى العلاج الطبي الرسمي الحديث، حتى في حالة توفر الإمكانيات اللازمة لذلك(رحاب: 2014، ص 174).

كما ان المعنى الذي يخذه العرض لدى الفرد يتأثر بمدى شيوعه بين معارف الشخص او بين من هم في مستواه الثقافي.وينتج عن ذلك التوقعات التي تؤثر في تفسير الافراد للأعراض، فالأفراد قد يتجاهلون الاعراض التي لا يتوقعونها في حين قد يضخمون الاعراض التي يتوقعونها، فالنساء الاتي يتوقعون موعد الطمث يفسرن اسباب الاعراض الغامضة التي يتعرضون لها انها اعراض تسبق حدوث الطمث فقط، اما النساء اللاتي يعتقدن بان موعد الطمث مازال بعيدا فقد يتجاهلن نفس الاعراض عند حدوثها (تايلور: 2008، ص 405).

ولعل موضوع التوقعات لدى حالات الدراسة والذي تم رصده من خلال تصارجهن هو موضوع توقع الموت في أي لحظة لاطفالهن المرضى، يرتبط ارتباطا سلبيا جوهريا بحالة الصحة الجسمية لدى الفرد ، حيث يزداد قلق الموت لدى من يعانون من أمراض جسمية فالألم من أهم مصاحبات المرض و المرض يؤدي عادة للموت، والموت يحدث في معظم الحالات نتيجة المرض او من الثلاثية (الألم، المرض، الموت) ترتبط معا بقوة ، إلا أنها لدى الغالبة ليست بالأمر المريح المحبب (عبد الخالق: 1987، ص ص 20-22).

يعتبر التوقع من المحددات الهامة لمركز الضبط، والذي كان له التأثير الاكبر في اختيار نوعية علاج الطفل المصاب بالسرطان من قبل الامهات، والتي انعكست نتائجه على حالتها النفسية والتي تمثلت في الاكتئاب الاستجابي، ونجد ان من الحالات التي تراجع نوعية الضبط لديهن قد تراجعت نسبة الاكتئاب والعكس. وان التآرجح الكبير التي وقعت فيه امهات الاطفال المصابين بالسرطان بين مايعتقدن فيه وبين ما هو موضوعي، هذا الصراع الذي نعتقد انه من احد العوامل

الغير مباشرة المسببة لاكتئابهن وتوترهن، وهو التنافر المعرفي الذي جاء به لفستنجر، وأرونسون 1969.

و قد وصفت المعتقدات المتناقضة كنتائج انفعالية (السلبية والإيجابية) والمرتبطة بهذا التناقض، كالتوتر، والإحساس بعد الراحة، السرور، الصراع، الضغط، دون أن توضح طبيعة تلك الانفعالات أو الأعراض الناجمة عن هذا التناقض، إلا أن بعض دراسات التحليل بينت أن مشاعر عدم الرضا، والحزي، والمشاعر السلبية تميل إلى التجمع كزملة واحدة. لكن هذا التمييز بين تلك الانفعالات المرتبطة بكل من القلق والاكتئاب قد كشفت عنه العديد من الدراسات الإكلينيكية (Beck1989. Higgins، 1967، Camern، 1963، White، 1964)

بين أنواع مختلفة من الاكتئاب كما استطاعت التمييز وبالرغم من الكم الهائل من الدراسات حول العلاقة بين المعتقد والتناقض بين مكونات الذات، إلا أن الدراسات السابقة لم تقدم رؤية منهجية حول طبيعة ونوعية الانفعال الناجم عن هذا التناقض، والتي لا يمكن التنبؤ من خلالها بشكل الانفعال الذي يرتبط بهذا التناقض. بينما النظرية التي صاغها هيغينز ركزت على المؤشرات الانفعالية الناجمة لأشكال التناقض الذاتي للمعتقد (العاسمي: 2012، ص21)

وقد اوردنا بعض الدراسات التي درست علاقة مركز الضبط بالاكتئاب ومن ابرزها دراسة تسينغ 1980 **tesing** بهدف معرفة العلاقة بين الاكتئاب ووجهة الضبط، لعينة من الاطفال تتراوح امارهم ما بين 8-12 سنة، وذلك باستخدام مقياس نويسكي وستراكلاند للضبط، فوجد ان هناك ارتباطا دالا احصائيا بدرجة منخفضة بين وجهة الضبط الخارجي والاكتئاب.

و دراسة ايكن 1982 **aiken** بهدف معرفة العلاقة بين وجهة الضبط و الداخلي الخارجي والاكتئاب لدى عينيتين من طلاب الجامعة باستخدام مقياس روتر للضبط فتوصل الى ان هناك ارتباط دال وموجب بين الاكتئاب ووجهة الضبط الخارجية.

وايضا نجد دراسة ميتلسكي 1982 **metalsky** لاختبار فرض ان الطلاب لديهم ميل لغزو السلبية الى عوامل داخلية وثابتة عامة ويكونون اكثر عرضة للميل الاكتئابي عن الطلاب الذين لديهم لغزو النواتج السلبية الى عوامل خارجية غير ثابتة وخاصة، وقد بلغ عدد العينة 277 طالبا

وطالبة طبق عليهم استبيان اسلوب العزو للكبار ،وقد تحققت صحة الفرضية بالنسبة لبعدي العزو الداخلي والعام ولم تتحقق بالنسبة بالنسبة لبعدي العزو الخارجي. (بوزيد: 2009 ،ص19)

وقد اثبتت العديد من الدراسات ارتباط هذا المفهوم بمتغير اخر وهو مركز الضبط ،ففي دراسة اجراها **مارتن سليجمان** وآخرون وجد وان هناك علاقة بين مركز الضبط والاكنتاب،وفي دراسة اخرى **لبنسي وفولين** وجد وان اسلوب العزو الثابت والعام للأحداث مرتبط ارتباطا دالا مع حدة اعراض الاكنتاب،اما في دراسة **ميتليسكس** فقد توصل الى ان الافراد اللذين لديهم اسلوب عزو خارجي عام للأحداث السلبية يكونون اكثر عرضة للاكنتاب.

وفي دراسة اجرتها **نادية الحسيني(1995)** حاولت التأكد من العلاقة الارتباطية بين وجهة الضبط الداخلية والخارجية والاكنتاب،على عينة قوامها 279 طالبا وطالبة من الصف الاول والثاني والثالث اعدادي،بواقع 142ذكور و155اناث من مدرسة بدر الاعدادية بنين ومدرسة جمال عبد الناصر بنات،وطبقت على العينة الكلية اختبار للاكنتاب من اعداد **ماريا كوفاس(1985)** ترجمة غريب عبد الفتاح،واستبيان مسؤولية التحصيل العقلي الذي وضعه **كريندال(1965)**،واختبار مركز الضبط من اعداد **كليفورد وكلب(1972)** ترجمة **كريندال** وتقنين **مجدي عبد الكريم حبيب**،ومقياس تقدير الذات اعداد **كوبر سميث**،وقد خلصت الباحثة الى انه توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات الطلاب المكتئبين وغير المكتئبين في وجهة الضبط الداخلي-الخارجي لصالح غير المكتئبين،بمعنى ان الاكنتاب ينتشر اكثر عند اصحاب الضبط الخارجي ويعود ذلك الى اصحاب الضبط الخارجي لديهم اعتقاد بعدم قدرتهم على التأثير والتحكم في العوامل الخارجية(عبد القادر:1995، ص192).

اما دراسة **فؤادة محمد علي هدية 1994** بعنوان مركز الضبط الداخلي-الخارجي للمراهقين من الجنسين،ومن بين اهداف الدراسة هو تحديد ما اذا كانت هناك فروق دالة احصائيا بين الاناث والذكور في مركز الضبط،وطبق الباحث مقياس روتر للضبط فقد توصل الى النتيجة التالية وهي ان الذكور كانوا اكثر ميلا للضبط الداخلي بفرق دال احصائيا عن غيرهم من الاناث.كما وجد عبد الفتاح غريب ايضا ان هناك علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين مركز الضبط الخارجي والاكنتاب ،

بعد قيامه بدراسة على عينة قوامها 532 فردا من الراشدين وطبق عليهم مقياسي روتر للضبط الداخلي-الخارجي، وبيك الثاني للاكتئاب. (حلاسة، 2012، ص6)

طالما يمكن من خلال مفهوم الضبط الداخلي والخارجي تصنيف الأفراد وفقا لإدراكاتهم للمواقف، فمما لا شك فيه أن إدراكات الذكور تختلف عن إدراكات الإناث لمواقف الحياة.

ولذا فمن يراجع الدراسات والبحوث السابقة في مجال الضبط الداخلي والخارجي وعلاقة ذلك بالفروق بين الجنسين، نجد انه توجد بعض نتائج الدراسات مثل كاثوفسكي وآخرون 1967 Kathovsky et al، ووجد وفكاو 1983 Gade and Fuqua، ورو ومورفي Rao and Murphy، 1984، وفاليشا وآخرون 1980 Valecha et al، وغيرها من الدراسات التي انتهت إلى أن الإناث أكثر اعتقادا في الضبط الخارجي.

في حين توجد نتائج دراسات أخرى مثل كوبر وآخرون 1981 Cooper et al، انتهت إلى أن الإناث أكثر اعتقادا في الضبط الداخلي .

وهذا ما يتفق مع الدراسة التي أجراها علاء الدين كفاي (1982) ، بعنوان الفروق الجنسية في وجهة الضبط .ولقد بينت النتائج أن الذكور أكثر ميلا إلى الواجهة الخارجية في إدراكهم لمصادر التدعيمات أكثر من الإناث .بالإضافة إلى ذلك انتهت بعض الدراسات إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الضبط الداخلي والخارجي مثل دراسات 1969 Penk، 1985Krovetz، 1974 Moussa (موسى: 1998 ،ص320)

وان توقع الحالات عينة الدراسة بفشل وعدم جدوى الطب الرسمي سيدفعن لا محالة الى البحث عن البديل له، اذ يتحدد تشخيص المرض الى حد بعيد بالمعنى الذي يتخذه العرب وهي العملية التي لا تبدأ في عيادة الطبيب فحسب، بل في محادثات مع اصدقائه وجيرانه وأقربائه وقد اسهب علماء الاجتماع في الكتابة حول شبكة المعالجة الشعبية.وهي شبكة غير رسمية من الاصدقاء وأفراد الاسرة الذين يقدمون تفسيراتهم للأعراض قبل ان يتم البحث عن اي علاج طبي، فقد يذكر المريض لأفراد اسرته او لزملائه ي العمل وهؤلأئي يقومون بدورهم بتقديم وجهات نظرهم الشخصية لتفسير ما يمكن ان تعنيه الاعراض ويتضح ذلك في قول احدهم مثلا :لدى جورج كذا

وكذا. ولاكن تبين عدم وجود قيمة لذلك". وقد يقدم الاصدقاء او الاقارب النصائح بخصوص مدى توفر الحاجة للبحث عن العلاج الطبي.

ويتضح ذلك في قول اخر مثلا "كل ما حصله من مراجعة الطبيب هو الفاتورة الكبيرة." وتوصيات حول ضرورة استخدام طرق مختلفة في المعالجة في البيت، ويظهر ذلك في قول اخر: "ان العسل وعصير الليمون، سيشفى من هذه الاعراض.

وفي كثير من المجتمعات تعبر شبكة العلاقات المرجعية الشعبية هي النموذج المفضل في العلاج اذ يمكن ان يقوم بها احد الاشخاص، فقد تتصرف المرأة الاكبر سنا والتي يكون لها كثيرا من الاولاد بصفتها طبيب شعبي حيث يفترضون بسبب ما لديها من خبرة طويلة انها تملك حكمة خاصة في المسائل الطبية، وفي المجتمعات العرقية تقوم شبكة العلاقات المرجعية احيانا بتشكيل المعتقدات المتعلقة المؤدية للمرض والشفاء، والتي تعتبر من الامور التي تفوق القدرات الطبيعية او الخرافية من وجهة النظر الطبية التقليدية اضافة لذلك فان هذه الشبكات المرجعية غالبا ما تقوم بتقديم وصفات علاجية منزلية يعتبرونها اكثر ملائمة او فعالية من المعالجة الطبية التقليدية.

ومن النتائج التي تقود شبكة العلاقات المرجعية، استخدام كثير من الناس لطرق علاجية غير تقليدية في علاج مشاكلهم الصحية.

ونجد ان هناك عاملا اخر يصب في قلب تمثل المرض وهو الجندر، وبما ان الامهات هن اللاتي يواجهن قرار علاج اطفالهن فان اختيار نوعية العلاج تتوقف عليهن، اذ تستخدم النساء الخدمات الطبية اكثر مما يفيل الرجال فالحمل والولادة يساهمان في احداث الفروق الجندرية الكبيرة ولاكن ليس جميعها في استخدام الخدمات الصحية، وهناك عدد من التفسيرات التي تم تقديمها لبيان اسباب هذه الفروق، من بينها على سبيل المثال ان لدى النساء النيات للحفاظ على التوازن افضل من الرجال فهمن يعبرن عن الشعور بالألم بشكل اكبر من الرجال ويشعرون بالاختلافات في درجات الحرارة فينتبهن الى الروائح بشكل اكبر من الرجال مما يجعلهن اكثر احساسا بما يمكن ان يتعرضن له من اضطرابات جسمية خصوصا البسيطة منها.

اما التفسير المحتمل الاخر للفروق بين الجنسين في استخدام الخدمات الطبية فيعود الى اختلاف المعايير الاجتماعية التي تطبق على الرجال والنساء فيما يتعلق بالتعبير عن الالم والانزعاج ،اذا يتوقع من الرجال ان يعكسوا صورة صلبة عن انفسهم تتضمن القدرة على تجاهل الالم وعدم الاستسلام للمرض في حين ان النساء لا يتعرضن الى نفس الضغوط (تايلور:2008،ص ص 108-109)

بالإضافة الى الطبقة الاجتماعية(الفقر) التي تؤثر ايضا في استخدام الطب الرسمي او اللجوء الى الانواع العلاجات الاخرى،وهذا يرجع سبب نزوع جميع حالات الدراسة الى انواع اخرى من العلاج(الزار-الاولياء-الاعشاب..) وغيرها من العلاجات لانها تعتقد انها اقل تكلفة وأكثر فعالية من الطب الرسمي.

ان افراد الطبقات الدنيا اقل استخداما للخدمات الطبية من الافراد الذين ينتمون الى الطبقات العليا، ويرجع ذلك بشكل جزئي الى ان افراد الطبقات الدنيا يمتلكون مالا اقل لانفاقه على الخدمات الصحية .والوضع الاقتصادي الرديء للأفراد اللذين ينتمون الى طبقات دنيا لا يعتبر السبب الرئيسي المتدني للخدمات الصحية ولاكن ذلك يعود ببساطة الى عدم توفر خدمات طبية كثيرة للفقراء كما هو الامر بالنسبة للأغنياء، وإذا ما توفرت الخدمات فهي على الاغلب غير كافية ولا يوجد عدد كافي من افراد الهيئة الطبية لتقديمها نتيجة لذلك فان عددا كبيرا من الفقراء لا يحصلون على الاطلاق على اي رعاية طبية منظمة.

كما تؤثر العوامل الثقافية في تقرير توجه الفرد للبحث عن العلاج الرسمي وكما اشرنا سابقا فان الافراد الذين يعيشون في المناطق العرقية قد يحملون معتقدات عن المرض لا يمت بصلة الى معتقدات المعنيين المتخصصين في المؤسسة الطبية، مما يجعل هؤلاء ينجئون الى استخدام العلاج الشعبي بدلا من مراجعة الجهات الطبية المختصة.(شيلي تايلور:2008،ص 411)

ولاكن المحددات التي تم التفصيل فيها هي من اصل مجتمعي اي انه لا يستثنى اي واحد منا من الوقوع تحت سيطرتها بصورة كلية او جزئية، ولاكن لماذا غالبية النساء هن اللاتي يدفعن

نحوى المرض النفسي او حتى الجسدي عند تبنيها،على ذلك يجربنا الى محدد اخر وهو طبيعة البنية التركيبية لشخصية النساء دون الرجال،وتلك التي تخص البنية الدماغية والهمينة المخية اليمنى على اتخاذ التي توجه سلوك كليهما.

يلعب الجنس والعمر والحالة الثقافية أو الوضع الاجتماعي أو الوضع الاقتصادي، في حد ذاتها،تدخل في العوامل التي توهل اي شخص الى ان يصاب بالاكتئاب،ولاكن تشير الدراسات الى ان المرأة اكثر عرضة للإصابة من الرجل(Izaias Claro:19).

إن الحاجة إلى خدمات الصحة النفسية في داخل أي مجتمع تختلف من جماعة إلى أخرى حسب إنتشار الأمراض النفسية و توزيعها ، و كمثال على ذلك تبين دراسة الفروق بين الجنسين في غالبية المجتمعات أن المرأة تعاني أكثر من الرجل من الأعراض الدالة على الاضطراب النفسي خاصة الإكتئاب ، و تؤكد كلبرتسون COLBERTSON 1977، أن النساء قد تفوق الرجال من حيث نسبة المعاناة و الإصابة بالإكتئاب بما،يعادل الضعف و أن هذه النتيجة تنطبق على الولايات المتحدة الأمريكية و على المستوى العالمي أيضا ، و تستشهد بدراسات أخرى تبين أن هذه النسبة قد تزيد على ذلك لتصل مستوى الضعف في أقسام عيادات الطب النفسي.

كذلك فاقت نسبة المريضات من النساء،نسبة المرضى من الذكور في كل أشكال اضطرابات الإكتئاب في عيادة خارجية للرعاية الأولية.

و مع ذلك فهناك إختلاف بين الدراسات في تحديد نسب إنتشار الاضطرابات الاكتئابية المختلفة و ذلك تبعا لنوع الدراسة و أهدافها و فيما إذا درست فئات إكتئابية أساسية أم فرعية و حسب الوسيلة التشخيصية المستخدمة ، و تتراوح نسبة الإنتشار أي الحالات الجديدة التي تعرض كل سنة حوالي ألف شخص ، في حال أخذت الدراسات الاكتئابية الخفيفة بعين الإعتبار .

و يقدر الدليل الإحصائي و التشخيصي الأمريكي نسبة خطر الإصابة بالإكتئاب الأساسي خلال مجرى الحياة من 10الى 25 % لدى النساء و بين 5 و 12 % بالنسبة للذكور،و تتأرجح و هناك دلائل تشير أن النساء لهن ميل للانتكاس أكبر من الرجال،الأمر الذي يمكن أن تفسر إرتفاع نسب الإنتشار بين النساء .

و تظهر دراسات أخرى وجود تساوي بين الإنتشار بين الذكور و الإناث ، و يعود هذا إلى تزايد الذكور على التعبير على الحالة الإنفعالية مقارنة بالماضي. و لا تتوفر معلومات دقيقة حول إنتشار الإضطرابات الإكتئابية في المجتمع العربي يمكن الإعتماد عليها بسبب غياب التنسيق في بحوث للصحة النفسية ، و لكن توجد معلومات حول إنتشار أعراض الاضطرابات بنسب مختلفة ، و إنتشارها بين النساء أكثر من الرجال(عبد الستار: 1998، ص145).

و هناك تفسيرات أعطيت حول الأسباب التي أدت إلى إرتفاع معدل الاكتئاب لدى النساء أرجعها البعض إلى التكوين العاطفي للمرأة ، فهي دائما متعلقة بغيرها ، و الرجل كذلك و لكن الفارق في الدرجة و الأهمية ، فهي تتعلق بشدة بأمتها و أبيها و أخوتها ثم بعد ذلك بزوجها و أبناءها و أحفادها . وهي تندمج بقوة في هذه العلاقات أكثر من الرجل و تصبح جزءا هاما من حياتها و بالتالي حين تفقد أيا من هذه العلاقات فانها تصاب بالحزن و الأسى و ربما تصل درجة الإكتئاب.

كذلك التغيرات البيولوجية و التي تتمثل في بدأ أول دورة شهرية في بداية العقد الثاني من العمر ، و المرأة تمر بتغيرات هرمونية تتغير معها كمياء الجسد و المخ و يزداد هذا الوضع مع الحمل و الولادة . و بعد إنقطاع الدورة تعاني من آثار إنخفاض مستوى هرمون الأستروجين في الدم . كل هذه التقلبات البيولوجية لا تدع للمرأة فرصة لإلتقاط أنفاسها و تشكل نوعا من الضغط عليها إذا زاد عن حدود معينة فانه يهيئها للاصابة بالإكتئاب.

كذلك العمل المستمر فالوظائف التي تقوم بها المرأة و التي لا تعرف فترة الراحة لأن متطلبات الزوج و الأولاد لا تنتهي ، و هي لا تأخذ راحة في نهاية الأسبوع و أيام العطل بل تعمل أكثر في هذه الأيام في تنظيف المنزل و إعداد الطعام و هكذا بلا توقف.

و حين يأتي الليل تسهر المرأة لرعاية طفل رضيع أو العناية بطفل مريض ، ثم هي مطالبة بعد ذلك أن تستيقظ في الصباح الباكر و توقظ أبناءها للذهاب إلى مدارسهم ثم تتهيأ للذهاب إلى عملها ، و حين تعود إلى البيت تتجه إلى تحضير الطعام ، حتى إذا فرغت من كل هذه الأعمال

فان عقلها لا يتوقف عن التفكير حول الأشياء المرتبطة بالمنزل و حول زوجها ، فهي التي تعرف كل إحتياجات البيت و الأولاد بكل التفاصيل الدقيقة. (المهدي: 2002،ص 23).

بالإضافة إلى ذلك فان المرأة معرضة بسبب ما ذكرناه من قبل إلى أنواع من و اضطراب إعتدال المزاج ، الإكتئاب ، مثل الإكتئاب الجسيم،كذلك إكتئاب ما قبل الدورة الشهرية،والذي يصيب حوالي 30 ٪ من النساء ، و الإكتئاب و الذي يصيب حوالي 10 ٪ من النساء أثناء الحمل ، و إكتئاب بعد الولادة يصيب 20 ٪ من النساء بدرجاته (لياس: 2006،ص ص 80-84)

وان انخفاض التوكيد يدخل في صلب تصور الدور الاجتماعي للجندر والذي نعتقد انه احد العوامل المهمة في اكتئاب النساء،وهذا الاخير تتحكم به بعض المكونات الاجتماعية الثقافية ،ولعل من اهمها هو دور انجاب الذكور والمحافظة عليها،حيث يتمثل دور المرأة في المجتمع التقليدي بالدرجة الأولى في الإنجاب،وبالأخص الجنس الذكري،فهو جد مطلوب و محبوب عكس الأنثوي،إذ تقول زردومي1970: "ان الوسط التقليدي عادة يستقبل ميلاد الفتاة بلا فرح ولا سرور حتى من طرف الأم التي كانت تتمنى أن يكون مولودها ذكرا فتفضيل المحيط للذكر على الأنثى جعلها تحزن وتخاف من الشتائم التي ستلقاها من طرف الزوج و العائلة

كما أن المجتمع يستحسن الذكر عن الأنثى و المرأة التي تتجب أول مولودها فتاة تستقبل ببرودة من طرف المحيطين،و مجيء البنت إلى الدنيا بمثابة عبء ثقيل يوضع على كاهل العائلة لكن هذه النظرية لا يمكن أن نعممها على كل المجتمع لأنه قد يكون حظ المرأة المنجبة للفتاة هكذا،لكن في بعض الأسر الأخرى يمكن أن يتغاضى الزوج عن المولود الأول إلا في حالة ما إذا أنجبت المرأة الكثير من الفتيات دون الذكور، وهذا ما يفسر درجة الاكتئاب المرتفعة عند النساء عينة الدراسة ،خاصة ان غالبية المصابين هم ذكور ،ف نجد ان العرش بأكمله قد ينتقل اليه قلق و حزن الاسرة النووية عند اصابة المولود الذكر بالمرض،لان جنسه مرتبط برموز اجتماعية قديمة قدم التاريخ منها(ولي عهد العائلة،رمز العزوة والقوة،السند.....الخ)،كل هذه الصفات المبالغ فيها التي يعزوها المجتمع العربي للمولود الذكر تجعل الام تقع تحت طائلة اتهام عرش بأكمله عندما يمرض ابنها فما بالك بالموت.

و بالرغم من التغيير الحاصل في الأسرة الجزائرية من التقليدي إلى النووي إلا أنها لازالت تحتفظ ببعض خصائص و وظائف العائلة التقليدية، فمن المظاهر المعبرة عن التطور ظهور التعليم و العمل بالنسبة للمرأة و الإستقلالية الزوجية و غيرها من مظاهر العصرية. غيران هذا لا ينفي وجود الكثير من العادات و التقاليد المتعلقة بثقافتنا منذ أجيال، فنجد كثيرا من المعاملات و التصرفات ترجع للأنماط السالفة ،و أنهم مازالوا تحت نظام العروشية حيث يشجعون روح الإنتماء و التعاون و الغيرة على الشرف و مظاهره(النيف و الحشمة)مما يجعلهم دوما(زردوم:2006 ص26)

وقد وجد براون واخرون (brown and all) 1975 ان المرأة اكثر اصابة للاكتئاب وذلك يرجع الى مدى التأييد او التدعيم للعلاقات الشخصية المتبادلة ونوعية هذه العلاقات(التدعيم الايجابي للعلاقات الاجتماعية) ،كما ان فقدان الام بالموت او الانفصال قبل سن الحادية عشر و الامومة وتربية ثلاثة اطفال او اكثر قبل سن 14 سنة او اقل قد يؤهلها لتصاب بالاكتئاب مستقبلا .

لم تدخل ظاهرة الاكتئاب ميدان علم النفس التجريبي الا حديثا مع بداية العقد الماضي من القرن الحاضر ويعد كل من ليونسون وونيشطاين وشو (lewinsohn-weinstein-show) علماء نظرية السلوك او التعلم الاجتماعي وأول من وضعوا الاسس التجريبية لظاهرة الاكتئاب.

ولقد حدد جلاسر (glasser)1971 المدعم بانه حدث او مثير او امر يحدث تغييرا ما في السلوك حين يعقب احد اشكال او امثلة هذا السلوك.

ويتحدد التدعيم بمعدل وكيفية تفاعل الشخص مع بيئته، ولقد بينت دراسات عديدة ان معدل حدوث التدعيم الايجابي والتدعيم السلبي كل منهما مستقل عن الاخر، ويفترض نشوء حالات البؤس اما لنقص في التدعيم الايجابي او زيادة في العقاب ويمكن حدوث انخفاض في معدل استجابة ايجابية في ثلاث حالات:

–ربما تكون الاحداث الشارطة للسلوك غير مدعمة وقد تكون بسبب انخفاض فعالية التدعيم

ربما تكون الاحداث التي تدعم السلوك غير متاحة.

ربما تتاح المدعمات ولاكن لكون الفرد يفتقر الى المهارات الاجتماعية اللازمة فانه لا يكون قادرا على احداث تدعيم لهذه المهارات.

وبالعكس فان الافعال المكروهة او العقوبة تلعب دورا في الاكتئاب .عندما تحدث هذه الاحداث بشكل مرتفع،او عندما تتضاعف حساسية الفرد لهذه الاحداث المكروهة،وأخيرا اذا كان الفرد يفتقر الى المهارات الضرورية التي يستطيع بها انهاء او ابطال الاحداث المكروهة.

ففي دراسة تجريبية قام بها ليونسون وآخرون(1979) لبحث العلاقة بين التدعيم والاكتئاب باستخدام اختبار الشخصية المتعدد الواجه(مقياس الاكتئاب) والمقابلة والعوامل الاكتئابية في اختبار جرنكر(1961) (grinker) وجدو مايلي:

يخفض التدعيم الايجابي من السلوك الاكتئابي لدى المرضى المكتئبين

يزيد معدل التدعيم الايجابي وفقا للتحسن في المستوى الاكلينيكي للاكتئاب

يساهم خفض الخبرات المكروهة في خفض المعدل الاكلينيكي للاكتئاب

يظهر تناقض في الخبرات المكروهة لدى معظم الاكتئابيين الذين تحسنا بصورة افضل عنه لدى الاكتئابيين الذين تحسنا بصورة اقل.

فإدراك الفرد أن الأحداث قابلة للضبط وأن أساليب المواجهة التي يستخدمها في مواجهة

هذه الأحداث هي ناجحة، مرتبط بالصحة الانفعالية والجسمية، ويقلل الشعور بالضغط

والمعاناة(بومعزوزة:2011،ص ص 40-44)

وتعد الروابط الاجتماعية والعلاقات مع الآخرين منذ امد بعيد من المظاهر الحياتية التي

تبعث على تحقيق الرضى الانفعالي ويمكن ان تقلل من تأثير الضغط وتساعد الفرد من التعامل

مع الاحداث الضاغطة وتخفف مما يمكن ان يقود اليه الضغط من سواء في الصحة.

وتعرف بأنها الحصول على المعلومات من الاشخاص الذين يشر الفرد نحوهم بالحب والاهتمام والاحترام والتقدير ويشكلون جزءا من الدائرة علاقاته الاجتماعية. ويرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة مثل الوالدين وشريك الحياة والحبیب والأقرب الاخرين والأصدقاء والذين يرتبط معهم بعلاقات اجتماعية ومجتمعية. او حتى الحيوانات الاليفة. ان الافراد اللذين يحصلون على مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية قد يشعرون بضغط اقل عندما يتعرضون لخبرات ضاغطة وقد يتعاملون معها بنجاح اكبر (تايلور: 2008، ص 377)

يؤدي التدعيم الايجابي الكامن او الداخلي الى استثارت البواعث البيوكيميائية على العمل (زيادة الكاتيكول امين) التي تعمل على زيادة النشاط وادخال السرور والتخلص من الانقباض والتاخر النفسي الحركي (عبد الله عسكر)

لقد تبين ان المساندة الاجتماعية تقلل في مختلف الظروف من ردود الافعال الفيزيولوجية والعصبية الصماوية التي تصدر استجابات للضغط، وعادة ما يستند مختصوا علم النفس لدى دراسة هذه الظواهر الى منحى الضغط الحاد. اي عن طريق اخذ الافراد الى المختبر وتعريضهم لمهمات تسبب لهم الضغط (مثل العد العكسي السريع بانقاص 13 في كل مرة، او عن طريق تكليفهم بالحديث امام مجموعة غير متجاوبة من المستمعين) ثم قياس استجاباتهم السمبثاوية والاستجابات الصادرة عن الاجهزة الهيبوثلاموسية والنخامية المنشطة للقشرة الادرينالية (HPA) وقد لوحظ دائما ان هذه الاستجابات كانت اكثر انخفاضا عند وجود رفيق يقدم المساندة مما هو الامر في حالة عدم توفر المساندة، كما تبين ان بمجرد وجود الاعتقاد لدى الافراد بإمكانية الحصول على المساندة او لدى التفكير بالمساندة التي يحصلون عليها في العادة كان يؤدي الى نتائج مفيدة (شلي: 2008، ص 376)

كما ان التأثيرات المهدئة التي تحدث بسبب المساندة التي يقدمها صديق تكون اكبر من تلك التي تحدث عندما يقدمها شخص غريب.

ويمكن للمساندة الاجتماعية ان تقلل من امكانية حدوث المرض وان تسرع في حدوث الشفاء لدى التعرض للمرض وان تقلل من معدلات الوفيات الناجمة عن الامراض الخطيرة،وقد بينت دراسة اهتمت بالحالة الصحية بان الافراد اللذين لديهم علاقات اجتماعية اكثر من الناحية الكمية وأحيانا من الناحية النوعية تكون معدلات الوفيات بينهم متدنية. وان العزلة الاجتماعية تعتبر مصدرا رئيسي للتعرض للموت عند الانسان وبذلك تعتبر الدلالات المادية التي تدل على ارتباط المساندة الاجتماعية بتقليل خطر التعرض للموت على درجة عالية من الصحة.

ويعتمد مدى فعالية المساندة الاجتماعية على كيفية استخدام الفرد لشبكات العلاقات الاجتماعية المساندة فبعض الناس لا يكونون فعالين في انتزاع الدعم الذي يحتاجون اليه من الاخرين (تايلور:2008،ص ص 376-379)

يظهر المريض لا مبالاة نحو الغير، والتي يفهمها المحيط الأكثر قرابة، فهو لا يهتم إلا بنفسه، مرضه، ألمه يصبح المريض عدوانيا بالنسبة للأقارب، المعالجين. ومقابل ذلك تثير هذه العدوانية تناقضا وجدانيا في وسط العائلة التي تلعب دورين في آن واحد، العائلة القادرة على تحمل كل شيء والعائلة القوية التي تدافع وتقاوم من خلال إعطاء أحكام توعظية، والتي لا تساعد المرضى بشيء خاصة أولئك الذين كان لديهم غالبا ضيق من قبل ومن هذه الأحكام " عليك أن تأكل عليك أن تكافح عليك أن تبذل جهد "من أجلنا".

هناك عدد من العوام ل التي تفسر انخفاض أداء المرضى أو تعبهم ويختلط عدم التكفل بسرعة مع تناذر اكتئاب الذي يتطور فيما بعد ويصبح لصالحه(مرزاقه:2009،ص 97) وأحيانا يفشل الشخص المقدم للمساندة من تقديم المساندة المطلوبة وبدلا من ذلك يتصرف بطريقة ابعدها عن المساندة الاجتماعية مما يؤدي الى تفاقم الاحداث السلبية وهذه التفاعلات السلبية قد تسبب اثارا ضارة بالصحة.

ان العلاج بالتدريب على الاسترخاء يتضمن التدريب على الاسترخاء التقدمي للعضلات والتصور الموجه والتأمل الذي يتجاوز حدود الخبرة وهذه الاساليب تعمل على خفض معدل النبض

والقابلية التوصيلية للجلد وتشنج العضلات وضغط الدم ومستويات القلق والتوتر (تايلور: 2008، ص 392).

وقد اقترح ليونسون وآخرون (1968) حلقة التغذية الراجعة للبقاء على المسالك الاكتئابية والتي تشمل (مشاعر البؤس-والاعراض المصاحبة لها-وانخفاض معدل السلوك)نتاجا لانخفاض معدل التدعيم وفي الغالب مهما قدمت البيئة الاجتماعية من تدعيم اجتماعي في شكل مشاركة وجدانية والحماية الزائدة التي تقوي وتبقي على المسالك الاكتئابية، فان هذه المدعمات تعد كنموذج شرطي لقطاع صغير من الاشخاص المكتئبين، في البيئة الاجتماعية مثل الاسرة.وعلى الرغم من كون نظريات التدعيم هي الانموذج الاساسي الذي يرتبط بظهور الاكتئاب كاستجابة لمثير مكروه او نقص التدعيم الايجابي،إلا انها تعد القاعدة الاساسية انظريات التعلم الاجتماعي،والتي تركز على المهارات الاجتماعية والقدرة على اكتساب التدعيم الايجابي من خلال العلاقات الاجتماعية المتبادلة،

ففي دراسة قام بها ينجرن وآخرون (youngern et all 1980) لدراسة العلاقة الوظيفية بين الاكتئاب ومشكلات العلاقات السلوكية المتبادلة حيث قارنوا بين مجموعة من المكتئبين وأخرى من الاصحاء في كل من السلوك اللفظي والغير لفظي وذلك في نمط العلاقات الشخصية المتبادلة في اطار الجماعة وفي التفاعل الثنائي بين فردين.وفي الموقف الخاص بالتفاعل داخل الجماعة تم تقدير الاكتئابيين على انهم اقل من حيث المهارات الاجتماعية.كما انهم يضعون تقديرات سلبية لانفسهم تلك التقديرات تتفق مع التقديرات التي وضعها الآخرون عنهم.

لقد اعتقد بيك (1976) ان مشاعر البؤس والحرمان المصاحبة للاكتئاب تتحرك عن طريق ميل الفرد الى تفسير خبراته ضمن حدود الحرمان والنقص، والانهازم.

يقول بيك ان الشخص المكتئب لديه تحرف ادراكي بدرجة كبيرة(عسكر: 2013، ص ص -

وقد ورد في دراسة لطريف شوقي فرج(2003) بعنوان محددات توكيد الذات-دراسة لحجم ووجهة الآثار، وكانت التساؤلات تدور حول معرفة الآثار الرئيسية لتلك المحددات مجتمعة، ثم كل واحدة منها على حده على مستوى التوكيدية، بينت النتائج انه على الرغم من أن كل المحددات ماعدى التصورات حول عائد التوكيد كانت ذات قدرة تنبؤية دالة بالتوكيد إلا أن ترتيبها كان مختلفا لدى كل من الذكور و الإناث، بغض النظر عن الفروق الفردية النسبية داخل هذا الترتيب تمثلت في الانفتاح على الخبرة-التفكير النقدي-الاقتداء-أسلوب التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة-العائد الفعلي للتوكيد(فرج، 2003، ص108)

ومن الدراسات التي ربطت توكيد الذات بالاكتئاب نجد دراسة تحليلية للعلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى عينات مصرية، هدف الدراسة الحالية إلى دراسة العلاقة بين الاكتئاب وتوكيد، وقد صاغ الباحث مجموعة من الفروض الصفرية والتمثلة في:

لا توجد علاقة سالبة دالة إحصائياً بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى عينات مصرية من المجتمع العام. لا توجد علاقة سالبة دالة إحصائياً بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى عينات من المكتئبين المصريين. لا توجد فروق دالة في حجم العلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى الجنسين في مصر. و سوف تصاغ الفروض التجريبية أو البديلة alternative كالتالي :

توجد علاقة سالبة دالة إحصائياً بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى عينات مصرية .
توجد علاقة سالبة دالة إحصائياً بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى عينات من المكتئبين المصريين.
توجد فروق دالة في حجم العلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى الجنسين في مصر المجموعة الأولى من المفحوصين تكونت من 600 فرد (260 ذكور و 340 إناث) من جامعتي الأزهر وعين شمس وتم تمثيل العديد من التخصصات وسنوات الدراسة الأربع. فلقد تضمنت تخصصات أفراد المجموعة تخصصات مثل : اللغات (عربي ، فرنسي ، لغات شرقية) ، علوم ، رياضة ، تجارة ، كيمياء ، طبيعة ، والتاريخ . اما المجموعة الثانية من المفحوصين تكونت هذه المجموعة من 900 فرد (450 ذكور 450 إناث) كان توزيعهم كالتالي :

150 *طالباً ثانوياً ، 150 طالباً جامعياً ، 150 موظفاً .

150 *طالبة ثانوى ، 150 طالبة جامعية ، 150 موظفة،سوف يستخدم فى هذه الدراسة أداتين : مقياس الاكتئاب ، ومقياس توكيد الذات وقد استخدم منهج وصفي ارتباطي وقد توصل الى مجموعة من النتائج وهي انه توجد علاقة سالبة دالة إحصائياً بين الاكتئاب وتوكيد الذات أن هناك فروقا دالة فى حجم العلاقة بين متغيرى الاكتئاب وتوكيد الذات لدى الجنسين ،وتتضح هذه الفروق فى ارتفاع معاملات الارتباط بين المتغيرين لدى الإناث عنه لدى الذكور ، مما يشير إلى الزيادة النسبية فى أهمية العلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى الإناث عنه لدى الذكور.

(<http://dr-ghareeb.com/researchtm>)

وان من بين العوامل المؤثرة ايضا على المعاش النفسي لامهات الاطفال المصابين بالسرطان،هو مستقبل العلاج ومآله فتتبادر الى اذهانهم بعض الاسئلة مثل "هل يتراجع المرض او يتراجع الشفاء... هل يموت جميع المرضى".

مر التعافي من مرض السرطان من 20/1 حالة الى 1/2 من الحالات حيث يرجع ذلك الى التشخيص المبكر للمرض،كما حققت العلاجات المتوفرة اضافة لذلك تقدما ملحوظا في نسبة علاجات المرض حيث ارتفعت مدة العيش الى خمس سنوات،وهو ماصرح به المعهد الوطني للسرطان بفرنسا(INCA) في تقريره حول الشفاء من السرطانات حيث اظهرت نتائج دراستهم على 320.000 تم تشخيص الاصابة السرطانية لديهم ان 120.000 منهم سيتعافون من المرض،وفيه يوضح البروفيسور (Marananchi)2010 رئيس معهد (INCA) الى توضيح الحدود الفاصلة بين ما هو شفاء وبين ما هو تراجع المرض ويرى بضرورة الاهتمام بعامل الزمن لتوضيح الفرق بين المصطلحين،كما انه ينوه انه لا يوجد سرطان واحد وانما عدة سرطانات ولكل نوع منها معدل نموه وخصائصه،فهناك المآل السيئ والمآل المتوسط والمآل الجيد للمرض،فالشفاء يختص بانواع محددة من السرطانات دون اخرى مع الاخذ بعين الاعتبار مرحلة تقدم المرض او مرحلة تشخيصه ،وللحديث عن الشفاء يجب تتراوح مدة خمس سنوات على الاقل دون ظهور ارتكاسات بعد نهاية العلاج مع الاشارة انه لا يمكن الحديث عما يسمى بالشفاء التام 100%

اما التراجع فيقصد به غياب كل اثار للسرطان بعد العلاج وغياب الاعراض وإشارات المرض.والحديث عن التراجع يكون قبل الانتهاء السنوات 5 اي ان هناك دوما خطر للارتكاس والمعودة السرطان او ظهور السرطانات المتتقلة وعليه فان الشفاء عبارة عن تراجع يمتد من زمن لاكثر من خمس سنوات غير ان بعض الخلايا يمكنها ان تفر من العلاج وتندس خفية بحيث لا يمكن ملاحظتها ،وبالرغم من قلة عددها الا انها تعتبر كافية لإعادة تنشيط سيرورة المرض شيئاً فشيئاً بعد العديد من السنوات، لتكن سببا في معاودة السرطان لاحقا، لذا فان الكثير من الاطباء يترددون في نطق كلمة الشفاء.ويتخوفون من اعطاء الامان للمرض.فالتعافي من السرطان كما يعتبر عليه الاطباء هو اعطاء الامان لخطر (سيف الداموقليسي)، فالخطر يبقى دائما وارد وعليه يجب اتباع الفحوصات لمراقبة بالانتظام بعد نهاية العلاج وعلى المريض المداومة على زيارة الطبيب المختص كل ستة اشهر خلال الخمس سنوات الاولى ثم زيارة واحدة سنويا.

وتؤكد (Poncelet) 2007 بضرورة الاحتراس للمواقف او الظروف الحياتية الغير ملائمة وتحذر من المعاودة للمرض بسبب التعرض لبعض الضغوطات النفسية وتدخل جانب السيكوسوماتي في اعادة تنشيط الخلايا السرطانية النائمة،متسائلة عن تدخل هذا الجانب في ظهور المرض او معاودة ظهوره. (غنية: 2015،ص ص 171-172)

ولكن كيف تتجاوز حالات الدراسة بصفة خاصة والاسر التي لديها ابن مصاب بالسرطان بصورة عامة هذه الازمة؟ ان الجراحة كمنفذ وحيد امام الاسر لانقراض الطفل المريض من الموت تحتل المرتبة الأولى في علاج السرطانات، فهي تسمح عندما يكون التشخيص مبكرا بنزع الورم وفروعه أو التقليل قدر الإمكان من حجم الورم ونزع أكبر عدد ممكن من الخلايا السرطانية وقد تتعدى إلى بتر العضو كليا إذا تطلب الأمر ذلك وهذه الطريقة تسمح بالشفاء الكامل من المرض الذي يكون متبوعا بنوع من الجراحة البلاستيكية أو التجميلية لإصلاح الإقتطاعات التي خلفتها العملية.(حمايدية: 2016 ،ص 68)

خاتمة:

نتج عن العلاجات الحديثة للسرطان اطالة عمر المرضى ولاكن مع خطورة ارتداد المرض، ويذكر هامفريس وزملاؤه ان خطورة ارتداد سرطان الفم والوجه لدى المرضى كبيرة نسبيا بالمقارنة ببقية انواع السرطان، وهدفت دراستهم الى قياس الخوف من ارتداد والاضطرابات النفسية لدى هؤلاء المرضى. وقيس الخوف من الارتداد بسؤال واحد استخدم في دراسات سابقة واستخدم مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب بوصفه مقياسا للاضطراب النفسي وبعد ثلاثة اشهر متتالية للعلاج اكثر من 80% من المرضى عن خوفهم من احتمال ارتداد المرض وانخفض هذا المستوى الى 72% بعد سبعة اشهر وكان الاضطرابات النفسية مرتفعا بعد ثلاثة اشهر من العلاج. (دلال موسى قويدر: 2008) وبالتالي فان شبح عودة المرض سيبقى ملازما لأسر الاطفال الذين تحسنا حتى بعد توقفهم من التردد على المستشفى بصورة متكررة، لان خصائص المرض والتي تتمثل في المكر والغدر والمراوغة قد غرست ونمت مع التصورات الاجتماعية له، ولن تتغير تحت اي ظرف من الظروف، حتى وان مرت سنوات كثيرة على شفاء يبقى هاجس الموت من جراء الاصابة واردا لدى المريض وذويه.

قائمة المصادر

قائمة المصادر:

القرآن الكريم

صحيح مسلم

صحيح البخاري

آرون بيك، جوديث (2007). العلاج المعرفي : الأسس والأبعاد، (ترجمة): طلعت مطر، المركز القومي للترجمة، القاهرة.

الطاهري زهية ومعروف خديجة (2014)، اثر تقنية مجموعة المحادثة لتخفيض من قلق الموت والاكئاب لدى لدى المرضى المصابين بالسرطان، رسالة ليسانس غير منشورة، ورقلة، الجزائر.
أمال الأحمد (2001)، الدافعية للإنجاز الضبط الداخلي - الخارجي، مجلة المعلم العربي، وزارة التربية، سوريا.

الجمعية الأمريكية للسرطان (2013)، كل ماتريد ان تعرفه عن السرطان، ط1، مكتبة جرير الرياض

أحمد محمد عبد الخالق (1987)، قلق الموت، عالم المعرفة، الكويت.

احمد فاروق محمد صالح (2002)، تصور مقترح لدور الخدمة الاجتماعية في مواجهة الممارسة الغير سوية للطب الشعبي مع المسنين دراسة مطبقة في اندية المسنين بالفيوم، القاهرة.

احمد الطويسي (2011)، مجمع الدراسات والعينات، مديرية التربية لواء البتراء.

المهدي محمد عبد الفتاح (2007)، الصحة النفسية للمرأة صور من عيادة نفسية، ط1، دار اليقين للنشر والتوزيع ، مصر.

أيمن غريب قطب ناصر (1994)، حالة تقدير الذات وعلاقته بمركز الضبط المدرك، مجلة علم النفس، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 31 ، مصر

أفنان نظير دروزة (2007)، العلاقة بين مركز الضبط ومتغيرات أخرى ذات علاقة لدى الطلبة الدراسات العليا في كلية التربية في جامعة النجاح، الوطنية مجلة الجامعة الإسلامية سلسلة الدراسات الإنسانية المجلد 15، العدد 1.

- احمد حسن الحراشة وجمال علي الجزائري (2012)، إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، ط1، دار حامد للنشر و التوزيع، عمان الأردن.
- أورطال حوري(2010)، كل ما ادرت أدت معرفته عن السرطان التحديث، جمعية مكافحة السرطان، تعريب: أورينتاتسيا - القدس ، مراجعة وتدقيق باللغة العربية، السيد فاتن غطاس - مدير الجمعية في المجتمع العربي.
- امنة سعيد حمدان المطوع(2011)، المهارات الاجتماعية والثبات الانفعالي لدى التلاميذ ابناء الامهات المكتئبات، رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة.
- آمال إبراهيم الفقي ، فاعلية برنامج إرشادي في تنمية التواصل الاجتماعي لدى مريضات السرطان وأثره على جودة الحياة الأسرية، رسالة ماجستير غير منشورة، بنهي ، مصر .
- ابراهيم بوزيد (2009)، علاقة وجهة الضبط بالياس لدى عينة من العائدين للجريمة، رسالة ماجستير غير منشورة، بسكرة.
- إبراهيم سليمان موسى المصري(2009)، المرشد النفسي بين المهارة والتطبيق ، مجلة دراسات نفسية وتربوية ،الصادرة عن مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية ، العدد2 ،ورقلة .
- ايفا ماريا بيرمان راتيان و يوخن ايكرت و هانس يوأخيم شفارتس ،ترجمة سامر جميل رضوان ،العلاج النفسي بالمحادثة، دار المسيرة الاردن.
- إبراهيم عبد الستار(1994)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب، الكويت.
- بومعزوز نسيمة(2011)، دراسة استراتيجيات المواجه ومركز التحكم لدى مرضى سرطان الثدي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر.
- بشير ابراهيم محمد الحجار(2012)، التوافق النفسي الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، غزة.
- بلغواطي اسماء (2015)، دلالات و تمثلات الصحة و المرض في المجتمع الورقلي مرض السرطان أنموذجا دراسة ميدانية أنثروبولوجية، مذكرة ماستر غير منشورة، ورقلة، الجزائر .

بلحسني وردة(2011)، أثر برنامج معرفي -سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة. دراسة تجريبية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة اطروحة دكتوراه غير منشورة، ورقلة، الجزائر.

بدر الدين عامود (2001)، علم نفس القرن العشرين ، الجزء الاول، منشورات اتحاد الكتاب العرب، دمشق.

بوسكين سليمة (2009)، التأثير الصدمي على الأم نتيجة الإعلان عن تشخيص اضطراب الإجتزارية عند الطفل و امكانية عمل الحداد على صورة الطفل الهوامي، دراسة لعشر حالات عيادية،رسالة ماجستير غير منشورة،الجزائر.

بغيجة لياس(2006)، استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية"الكوبيين" وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركيا،رسالة ماجستير غير منشورة،الجزائر.

بدوي عائشة و زكور مفيدة ،مركز ضبط علاقته بمهارات التعامل مع الضغوط المهنية، عدد خاص بالملتقى الدولي حول المعاناة في العمل،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ،جامعة ورقلة،الجزائر.

إبراهيم محمود أبو الهدى (2011) ،دراسة سيكومترية اكلنيكية لقلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة ومصدر الضبط ، مجلة كلية التربية جامعة ، العدد35،الجزء الثالث، عين شمس.

بن تامي رضا(2013)،الطب الشعبي في المدينة مقارنة سوسيو انثربولوجية،رسالة دكتوراه غير منشورة،وهران.

بشير معمريّة(2012)،مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الاتجاه المعرفي السلوكي،دار الخلدونية للنشر والتوزيع ،الجزائر.

بشير معمريّة(1995)، نظرية التعلم الاجتماعي لروتر،مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية،العدد4،جامعة باتنة،الجزائر.

باشا نوال (2006)، تسيير مرضى القصور الكلوي المزمن واثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين،رسالة ماجستير غير منشورة،الجزائر.

- جابر عبد الحميد جابر واحمد خيرى كاظم (1997)، الوسائل التعليمية و المنهج، دار النهضة العربية، القاهرة.
- جلول أحمد، مومن بكوش الجموعي (2014)، التصورات الاجتماعية مدخل نظري، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية - جامعة الوادي، العدد السادس.
- جييري فيرز، ترجمة على حسن حجاج (1980)، نظريات التعلم، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب، الكويت
- جهاد علاء الدين وعز الدين عبد الرحمان (2011)، فاعلية برنامج ارشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى امهات الاطفال الاردنيين المصابين بالسرطان، المجلة الاردنية في العلوم التربوية المجلد 7 العدد 41.
- دلal موسى قويدر (2008)، الخوف من سرطان الدم وعلاقته بالصدمة النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة، دمشق.
- دانيا الشبؤون، امل الاحمد (2011)، القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين دراسة ميدانية ارتباطية لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع، مجلة جامعة دمشق، المجلد 27، العدد الثالث و الرابع.
- وليدة مرزاق (2009)، مركز ضغط الالم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، باتنة، الجزائر.
- وجاد حسين إبراهيم العجوري (2007)، فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية، رسالة ماجستير غير منشورة، غزة.
- ه ج ايزينك، ترجمة عبد المجيد نشواتي (1996)، علم النفس الحديث ونواتجه الاجتماعية، منشورات وزارة الثقافة سوريا.
- وناسي ماسينيسا (2011)، ادراك المراهقين لاساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاكتئاب، مذكرة ماستر غير منشورة، ورقلة، الجزائر.
- وليم.و. لامبرت و ولاس .إ. لامبرت ترجمة سلمى الملا مراجعة محمد عثمان نجاتي (1989)، علم النفس الاجتماعي، دار الشروق للنشر والتوزيع.

- زردوم خديجة(2006)، المعاش النفسي للحمل عند الامهات العازبات، رسالة ماجستير غير منشورة، قسنطينة، الجزائر.
- زهران حامد عبد السلام(1978) ، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتب.
- حلاسة فايضة(2014)، تقنين اختبار بيك الثاني للاكتئاب، مداخلة مقدمة لليوم الدراسي الأول حول: طرق تصميم أدوات البحث في العلوم الاجتماعية وأساليب التحليل الاحصائي، بسكرة.
- حلاسة فايضة(2012)، التظاهرات الاكتئابية وعلاقتها بمصدر الضبط لدى النساء المطلقات، مذكرة ليسانس غير منشورة، بسكرة.
- حلاسة فايضة(2014)، اثر برنامج تدريبي قائم على السلوك التوكيدي في كل من مصدر الضبط ومهارات الاتصال الشخصي لدى عينة من المراهقين، رسالة ماجستير غير منشورة، بسكرة.
- حسيبة برزوان ، 2012 ، دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي ،دراسات نفسية و تربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية عدد 8 .
- حمودي جمال(2014)، مرض السرطان بين الطب الحديث والطب التقليدي في المجتمع الجزائري -مقاربة أنثروبولوجية طبية منطقة تلمسان أنموذجا ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، غير منشورة ، تلمسان ، الجزائر .
- حسن أبراهيم حسن المحمداوي، 2008، دراسة بعض أعراض الأكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد، مؤسسة النور للثقافة والاعلام
- حبيب مجدي عبد الكريم(1996) ، الخجل لدى عينة من المراهقين، دراسة تحليلية تنبؤية باستخدام بطارية الموقفي، المجلة المصرية للتقويم التربوي، المجلد الرابع، العدد 1، القاهرة
- حافري زهية غنية(2014)، دور لعبة الفيديو رومسيون في التسيير الذاتي للمرض وانعاش التوظيف العقلي لدى المراهق المصاب بالسرطان، اطروحة دكتوراه غير منشورة ،سطييف ،الجزائر .

- حسن بن إدريس عبده الصميلي(1430)،فاعلية برنامج إرشادي عقلاني إنفعالي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية، أطروحة دكتوراه غير منشورة. ،السعودية
- طريف شوقي محمد فرج (2003)،المهارات الاجتماعية والاتصالية،دراسات وبحوث نفسية ،دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة
- يزيد بن محمد بن حسن الشهري (2010)،بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وقياس فاعليته،أطروحة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية، الرياض.
- يزيد بن محمد الشهري (2005)،السلوك التوكيدي لدى أربعة أنماط من مدمني المخدرات دراسة مقارنة، رسالة ماجستير منشورة ،جامعة أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية،كلية الدراسات العليا،الرياض.
- ياسين مسلم محارب أبو حطب (2002)،فاعلية برنامج مقترح لتخفيف السلوك العدواني لدى طلاب الصف التاسع الأساسي بمحافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة ،غزة
- كوام ماكنزي ترجمة زينب منعم (1434) ،الاكتئاب،المجلة العربية.
- كارول فيتز باتيرك وجون شاري ترجمة سهى نزيه كركي،التغلب على اكتئاب المراهقين دليل للابوين،مؤسسة اوبيكان للنشر والتوزيع.
- لطفى الشربيني(2001)، الاكتئاب المرض والعلاج،الناشر منشأة المعارف جلال حذى وشركائه،متوفر في مكتبة المصطفى الالكترونية.
- لويس كامل ابو مليكة(1994)،قراءات في علم النفس الاجتماعي في الوطن العربي،الهيئة المصرية العامة للكتاب،المجلد6،الفصل 17.
- لويس كامل ابو مليكة(1977)،علم النفس الاكلينيكي،ج1 ،الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- لمياء المهداوي (2009)، الدعم الاجتماعي المدرك و مركز التحكم و دورهما في ظهور أعراض الاكتئاب لدى معاقين حركيا من الراشدين ، رسالة ماجستير منشورة ،جامعة الجزائر.

لورنس برفاين، الجامعي ترجمة عبد الحلیم محمود السيد ایمن محمد عامر محمد يحي الرخاوي مراجعة عبدج الحلیم محمود السيد (2010)، علم الشخصية، الجزء 1، ط1، دار الكتاب، المركز القومي للترجمة، العدد 134.

مجدت احمد محمود (2005)، وجهة الضبط والاضطراب النفسي، مجلة الخدمة النفسية، مصر، العدد الثاني، جامعة عين شمس.

محمد السعيد أبو حلاوة (2016)، نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر، محاضرة مقدمة في كلية التربية، جامعة دمنهور، القاهرة، مصر.

مصطفى حجازي (2015)، الاسرة وصحتها النفسية، المقومات، العمليات، الديناميات، ط1، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء.

مصطفى حجازي (2005)، التخلف الاجتماعي، ط9، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء المغرب.

محمد مدحت جابر وفاتن محمد البنا (1998)، دراسات في الجغرافيا الطبية، دار الصفاء للطباعة والنشر الأردن .

مصطفى حجازي (2012)، اطلاق طاقات الحياة قراءات في علم النفس الايجابي، التوزيع للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.

محمد حسن غانم، اتجاهات حديثة في العلاج النفسي.

مغاريبي حليلة (2014)، التحكم الصحي المدرك وعلاقته بقلق الموت لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والخاضعين لعمليات التصفية الدموية، مذكرة ليسانس غير منشورة، البلدة، الجزائر. جوليان روتر ترجمة محمود عليا هنا (1984)، علم النفس الالكتينيكي، درا الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة ط2.

ميرفت عبد الرحيم أبوسعيد، 2011، فاعلية محاضرة إرشادية قائمة على العلاج المعرفي في خفض الميل للعنف بين الطلبة في الجامعات الأردنية، دراسات، العلوم التربوية، المجلد 38،

ملحق 7

- مختار رحاب (2014)، الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع مقارنة من منظور الأنثروبولوجيا الطبية. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 15.
- محمد عبد الهادي الجبوري (2010) ، قياس الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى ابناء الجالية العربية المقيمين في الدنمارك، رسالة ماجستير غير منشورة.
- محمد بلوم و حلانة فايزة (2016)، اليات تصميم اختبار مصدر الضبط العام على البيئة الجزائرية، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 2، العدد 1.
- ماجدة بهاء الدين السيد عبيد (2008) ، الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- ميرفت عبد الناصر، ب س، هموم المرأة، تحليل شامل لمشاكل المرأة النفسية، مطابع ستار برس للطباعة والنشر، الهرم، مصر
- محمد بدر الانصاري، ب س، الصورة السورية لمقياس بيك للاكتئاب، (دراسة ميدانية على عينة من طلاب جامعة دمشق)، كلية علوم التربية وعلم النفس، جامعة دمكوس، عمان.
- محمد السيد ابو النيل (2009)، علم النفس الاجتماعي عربيا وعالميا، ط1، المكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.
- محمد سليمان بني خالد (2009)، مركز الضبط وعلاقته بمستوى التحصيل الأكاديمي لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت ، مجلة الجامعة الإسلامية سلسلة الدراسات الإنسانية، المجلد 17، العدد 2، الأردن.
- محمود خليل الشاذلي عطالله ربيع واخرون، طب المجتمع، منظمة الصحة العالمية والمكتب الاقليمي للشرق الاوسط، اكاديميا.
- ميشال جاير ترجمة سامر جميل رضوان (2012)، المدخل الى المعالجة النفسية التفاعلية الدينامية-طرائق العلاج النفسي الفردي، دار الكتاب الجامعي، الامارات.
- مريم عيسى حسين كرسوع (2012)، مرض السرطان في قطاع غزة، دراسة في الجغرافية الطبية، رسالة ماجستير غير منشورة، غزة.

نيجل هولت وروب لويس ترجمة هناء احمد محمد شويخ، البحوث الكيفية للعلوم الاجتماعية، المكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.

نوال بنت محمد عبد الله زكري (2008)، ما وراء الذاكرة واستراتيجيات التذكر ووجهة الضبط لدى عينة من الطالبات المتفوقات دراسياً والعاديات في كلية التربية بجازان، رسالة ماجستير منشورة، جامعة أم القرى.

نجلاء عاطف خليل (2006)، في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، المكتبة الانجلو مصرية القاهرة.

نبيل بن زينة (2005)، مركز الضبط لدى الطلبة المتفوقين والمتأخرين دراسياً، رسالة ماجستير منشورة، جامعة ورقلة، الجزائر

نصيرة خلايفية (2012)، التصورات الاجتماعية لدور المدرسة لدى الاحداث المنحرفين -دراسة ميدانية بمراكز إعادة التربية أم البواقي، عنابة، سكيكدة - (ذكور-اناث). اطروحة دكتوراه غير منشورة، قسنطينة.

نيكولاس جيمس ترجمة اسامة فاروق حسن (2013)، السرطان مقدمة قصيرة، ط1، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة.

نايف الحمد وحازم المومني (2014)، دور الإرشاد والعلاج بالواقع في خفض الشعور بالاكنتاب النفسي لدى المراهقين، مجلة المنارة، المجلد 20، العدد 1.

سليمان سالم مروان الدادا (2008)، فاعلية برنامج مقترح لزيادة الكفاءة الاجتماعية للطلاب

الخجولين في مرحلة التعليم الأساسي، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة.

سامر جميل رضوان (2014)، التشخيص النفسي الاكلينيكي، منشورات جامعة دمشق كلية التربية، جامعة دمشق .

سامر جميل رضوان (2016)، التشخيص النفسي الاكلينيكي الاسس العامة والتوجهات النظرية، الجزء 1، ط1، دار الكتاب الجامعي، منشورات جامعة دمشق .

سامر جميل رضوان (2016)، التشخيص النفسي الاكلينيكي الاسس العامة والتوجهات النظرية، الجزء 2، ط1، دار الكتاب الجامعي، منشورات جامعة دمشق .

- سهيلة محمود بنات، سعاد منصور غيث، محمد فخري مقدادي، حنان راتب الظاهر، خديجة موسى العلويين،(2015)، فاعلية برنامج تدريبي في تحسين الكفاءة الوالدية المدركة لدى الآباء والأمهات في الأسر الحاضنة، المجلة الاردنية للعلوم الاجتماعية، الجامعة الأردنية، المجلد 8 ، العدد 1 .
- سعيدة شين (2015)،التصورات الاجتماعية للطب الشعبي دراسة ميدانية في منطقة الزيبان، اطروحة دكتوراه غير منشورة، بسكرة، الجزائر.
- سامر جميل رضوان (2000)،الصورة السورية لمقياس بيك للاكتئاب، دراسة ميدانية على عينة من طلاب جامعة دمشق،مجلة العلوم الاجتماعية الكويت، العدد 4.
- سهير كامل احمد (1998)،دراسات في سيكولوجية الطفولة ، مكتبة المصطفى ،الازارطة
- سامي محمد ملحم (2004) ،علم نفس النمو،دورة حياة الانسان،ط1،دار الفكر،عمان ،الأردن
- سامي ملحم (2001)،سيكولوجية التعلم والتعليم الأسس النظرية والتطبيقية، ط1،دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة،عمان ،الأردن.
- سالم حسين عويد الهاللي (2006)،التنبؤ الوراثي بمرض السرطان وبعض الأمراض الأخرى، جزء من متطلبات نيل الدبلوم العالي في الهندسة الوراثية والاحيائيات، بغداد
- سامر جميل رضوان ،ب س،الصورة السورية لمقياس بيك للاكتئاب-دراسة ميدانية على عينة من طلاب جامعة دمشق-عمان
- علي عمّار ،العلاج الشعبي بين الاعتقاد والممارسة دراسة ميدانية منطقة تلمسان نموذجا،جامعة تلمسان،الجزائر .
- عبد الرحمان بن عيد الجهني (2012)،المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالسلوك التوكيدي و الصلابة النفسية لدى طلبة المرحلة الثانوية ، مجلة جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية ،جامعة الطائف،المجلد الرابع،العدد الأول.
- عاشور سرقمنا(2011) ، تاريخ الثقافة والحياة الاجتماعية في الصحراء الكبرى.مجلة الواحات للبحوث والدراسات، العدد15.
- عليوة سمية و جبالي نور الدين (2014)،مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، مجلة الواحات للبحوث والدراسات المجلد 7، العدد 2.

- عبد الله عسكر (2013)، الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، ط1، المكتبة الانجلو مصرية القاهرة ملزمة بالنشر، القاهرة.
- عبد الرحمان جازية (2011)، كيف تحمي نفسك من السرطان، برنامج عمل من اجل علاج السرطان (PACT-IAEA)، طباعة الوكالة الوطنية للطاقة الذرية بالنمسا.
- عبد الحكيم خليل أحمد (2016)، المعتقدات الشعبية والجماليات الأدائية "حضرتا الذكر والزار أنموذجاً، مجلة دراسات في الإنسانيات، جامعة قفصة، العدد 2.
- عبد العزيز حداد (2006)، الاكتئاب وعلاقته باختلال التفكير السنني والتحكم المدرك من منظور معرفي، رسالة ماجستير دكتوراه دولة في علم النفس الاكلينيكي، جامعة الجزائر.
- عماد زغلول (2003) نظريات التعلم، الإصدار الأول، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن
- علي حمادية (2016)، التكفل النفسي بالامراض المستعصية بالوسائط العلاجية والفن، اطروحة دكتوراه غير منشورة، سطيف، الجزائر.
- عبد الكريم عثمان (1981)، الدراسات النفسية عند المسلمين الغزالي على وجه الخصوص، دار غريب للطباعة، القاهرة.
- عبد الرزاق صالح محمود (2011)، صور الطب واساليب العلاج في مضامين الامثال الشعبية (دراسة تحليلية اجتماعية)، مجلة دراسات موصلية، العدد 33.
- فاروق السيد عثمان، (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- فاروق الروسان (2010)، تعديل وبناء السلوك الإنساني، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان المملكة الأردنية الهاشمية.
- فرحات احمد (2012) أساليب المعاملة الوالدية (التقبل-الرفض) كما يدركها الأبناء و علاقتها بالسلوك التوكيدي لدى تلاميذ التعليم الثانوي، رسالة ماجستير منشورة، جامعة مولود معمري تيزي وززو، الجزائر
- فؤاد البهي السيد، (1978)، علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، دار الفكر العربي للطباعة والنشر، القاهرة

فؤاد البهي السيد وسعد عبد الرحمان (1999)، علم النفس الاجتماعي رؤية معاصرة، دار الفكر العربي للطبع والنشر، القاهرة.

فاروق السيد عثمان (2005) سيكولوجية التعلم والتعليم الأسس النظرية والتطبيقية، ط1، دار الأمين، طبع ونشر وتوزيع، مصر.

صوله فيروز (2013)، تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في تفسير المرض وتحديد الانماط العلاج لدى المرضى، مجلة علوم الانسان والمجتمع، العدد 8

صلاح الدين عراقي محمد، و مصطفى علي رمضان (2005)، انفعالية برنامج ارشادي لتحسين جودة الحياة لدى الطلاب المكتئبين، قسم الصحة النفسية ، كلية التربية جامعة بنها، مجلة كلية التربية جامعة طنطا، المجلد الثاني، العدد. 43

صلاح الدين أبو ناهية (1987)، الفروق في الضبط الداخلي الخارجي لدى الأطفال والمراهقين والشباب والمسنين بقطاع غزة، دراسات تربوية تصدر عن رابطة التربية الحديثة، المجلد الثاني، الجزء التاسع، القاهرة

صباح السقا (2009)، العلاج المعرفي-السلوكي للاكتئاب، محاضرة القيت في مشفى البشر للأمراض النفسية العصبية بتاريخ 2009/4/25 .

صولة فيروز (2014)، المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه، دراسة ميدانية بمدينة بسكرة، بسكرة.

صفوت فرج (2008)، علم النفس الاكلينيكي، مكتبة الانجلو مصرية، ط1، القاهرة

صالح فؤاد محمد الشعراوي ، كفاءة العلاج المعرفي-السلوكي للتبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال والمراهقين البوالي "دراسة تجريبية" - كلية التربية- جامعة بنها.

قارة سعيد (2014) ، مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى

المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، اطروحة دكتوراه غير منشورة، باتنة.

قابلي حنان (2011)، الدينامية الابداعية لدى الطفل المصاب بالسرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، تيزي وزو، الجزائر.

- رافدة الحريبي وسمير الامامي(2011)،الإرشاد التربوي والمدرسي في المؤسسات التعليمية، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع،الأردن.
- رياض نايل العاسمي(2012)، تناقضات إدراك الذات وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي والاكتئاب لدى طلاب جامعة دمشق،مجلة جامعة دمشق،المجلد 28 ،العدد الثالث .
- ريم محمد يوسف ابو فايد(2010)، فاعلية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي،غزة.
- رشاد علي عبد العزيز موسى (1994)،دراسات وبحوث علم النفس الدافعي، دار النهضة العربية للنشر، القاهرة.
- ريم ابو طالب(2013)، الضغوط لنفسية يعاني منها الطفل المصاب بالسرطان،مجلة الشرق،مجلة اسبوعية تصدر عن مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام، العدد446، السنة الثانية .
- رجاء مكي طبارة (2000)،دراسة نظرية وعملية لتقنيات وميادين علم النفس الاجتماعي،بيسان للنشر والتوزيع ،ط1.بيروت،لبنان.
- شروق خير عوض(2009)،قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان و مرضى السكري ومرضى القلب في منطقة عكا دراسة مقارنة،رسالة ماجستير غير منشورة ،أربد، الأردن.
- شدمي رشيدة (2015)،واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي ،رسالة دكتوراه غير منشورة،تلمسان، الجزائر .
- شاقا فرانكفورت ناشمياز ديفد ناشمياز، ترجمة ليلي الطويل (2004)، طرائق البحث في العلوم الاجتماعية، ط1 ،بترا للنشر للتوزيع، دمشق
- شيلي تايلور ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاكرا داود(2008) ،علم النفس الصحي، عمان ،ط1، دار حامد للنشر والتوزيع.
- تغريد عمران وآخرون،(2001)،المهارات الحياتية،ط1،مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- خليل عبد الرحمان المعاينة (2007)،علم النفس الاجتماعي، ط2،دار الفكر،الأردن
- خيرية عبد الله البكوش (2014)،العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان الزاوية -المجلة الجامعة - العدد السادس عشر -المجلد الثاني.

غريب عبد الفتاح غريب(2005)، دورة تدريبية في الاضطرابات الاكتئابية،نضمتها الجمعية المصرية للدراسات النفسية ومستشفى للطب النفسي(هشام صدق عادل)،القاهرة.

غريب عبد الفتاح غريب(2007)، الاضطرابات الاكتئابية التشخيص عوامل الخطر النظريات والقياس،المجلة المصرية للدراسات النفسية ،العدد 56 ،المجلد 17.

غريب عبد الفتاح غريب(1994)،مفهوم الذات في مرحلة المراهقة وعلاقته بالاكتئاب-دراسة مقارنة بين مصر والامارات العربية المتحدة،نشرت الدراسة في:بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس،مصر،1996.

المراجع الاجنبية:

Chris Williams (2001).Being Assertive ، published by Arnold Publishers، University of Glasgow Medical School, Glasgow, UK

Daniel Ames(2009) .Assertiveness and effectiveness in leadership and interpersonal dynamics ،Columbia Business School, Columbia University, USA.

.Abstract،Research in Organizational Behavior ، Available online 3 August 2009 at www.sciencedirect.com

Nasser Abu–El–Noor(2011). Barriers to Health Care Utilization Facing Prostate Cancer Survivors Living in Gaza StripThe Islamic University Journal (Series of Natural Studies and Engineering) Vol.19, No.1, pp 1 – 21 , 2011, ISSN 1726–6807, <http://www.iugaza.edu.ps/ar/periodical/>

Izaias Claro.DEPRESSION CAUSES, CONSEQUENCES ET TRAITEMENT.

Mélanie Joannis, Thérapie cognitive–comportementale: Qui ? Quand ? et Comment? Principes de Base TCC

Christine MIRABEL–SARRON Thérapies comportementales, cognitives et dépression Voir l'article n° 17 : « Dépression et Psychothérapie dans la vraie vie » (Dr. J–M Thurin), Le Livre Blanc de la Dépression.

Neil A. Rector. La thérapie cognitivo–comportementale : Guide d'information Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada Publié en formats électroniques. ISBN 978–1–77052–298–5

المراجع الالكترونية:

What is Locus of Control:aviball on:

<http://teachinternalcontrol.com/WhatLocusControl.html>

تاريخ الدخول للموقع يوم 2017/4/12 على الساعة 13.00

السرطان، الموسوعة السرطانية الشاملة، متوفر في الرابط التالي:

<https://smq1951.wordpress.com/cancer>

تاريخ الدخول للموقع يوم 2017/3/19 على الساعة 18.30

السرطان، مؤسسة الحسين للسرطان، الاردن، مقال متوفر في الرابط التالي:

<http://www.khcc.jo/ar/section>

تاريخ الدخول للموقع يوم 2017/05/12 على الساعة 12.30

احمد حسن الشافعي، أثر كل من وجهة الضبط والفروق بين الجنسين على الاكتئاب لدى طلبة الجامعة (دراسة امبيريقية) ، منشور على شكل بحث في مكتبة الأنجلو المصرية – القاهرة، متوفر

على الرابط التالي:

<https://www.researchgate.net/publication/273442293>

تاريخ الدخول للموقع يوم 2015/03/18 على الساعة 09:00

Définition de la dépression:aviball on:

http://www.cpmdq.com/drveniez/documents/la_de9pression_de9finition.html
(تاريخ الدخول للموقع 2017-02-10)

هايكو إيرنست، ترجمة سامر جميل رضوان، عودة المكبوت، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، متوفر في الرابط التالي:

<http://www.alba7es.com/Page1238.htm>

تاريخ الدخول للموقع يوم 2014/03/22 على الساعة 10.45
دراسة تحليلية للعلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى عينات مصرية (1987)، مجلة الصحة النفسية، الجمعية المصرية للصحة النفسية، متوفر على الرابط التالي:

<http://dr-ghareeb.com/research.htm>

تاريخ الدخول للموقع يوم 2015/11/25 على الساعة 13.55
اسمهان عزوز و نور الدين جبالي (2014)، فيها مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 19، متوفرة على الرابط التالي:

<http://revues.univ-setif2.dz/index.php?id=1283>

تم الدخول للموقع يوم 2015/10/01 على الساعة 14.20
العنف والمقدس في الاسلام كتاب المحن لابي العرب التميمي انموذجا، متوفر على الرابط التالي:
<https://books.google.com.eg/books>

تم الدخول للموقع يوم 2017/07/20 على الساعة 11.20
الاثار الجانبية الشائعة للسرطان، نشر البحث في مجلة الصحة النفسية-الجمعية المصرية للصحة النفسية، مجلد، 28، متوفر على الرابط التالي:

<http://dr-ghareeb.com/research.htm>

تم الدخول للموقع يوم 2017/06/22 على الساعة 13.00

التوكيدية، نشر بتاريخ 2015/11/17 على الساعة 7:28، في مجلة فكر الثقافية ، حاصلة على ترخيص وزارة الثقافة والاعلام.

تم الدخول للموقع يوم 2017/06/22 على الساعة 17.00

الصحة والمرض، مقال متوفر على الرابط التالي:

http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1993

تم الدخول للموقع يوم 2015/08/15 على الساعة 18.00

احمد حسين الشافعي عجمان (2002)، أثر كل من وجهة الضبط والفروق بين الجنسين على الاكتئاب لدى طلبة الجامعة: دراسة إمبريقية، نشر البحث في مجلة الصحة النفسية-الجمعية المصرية للصحة النفسية مجلد 28. متوفر على الرابط التالي:

<https://www.researchgate.net/publication/27344>

تم الدخول للموقع يوم 2015/12/19 على الساعة 09:30

الأغا عاطف (1996) ، البنية العاملة لبعض المتغيرات الدافعية، لعينة مصرية وأخرى فلسطينية، من طلاب الجامعات الإسلامية، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة الموسوعة السرطانية الشاملة، متوفرة على الرابط التالي:

<https://smq1951.wordpress.com/cancer1>

تم الدخول للموقع يوم 2014/11/12 على الساعة 12.20

العمري عيسات (2009)، التنشئة الاجتماعية للابناء في الاسرة الجزائرية قراءة سوسيو ثقافية و دلالات التغيير القيمي، مجلة الاداب و العلوم الاجتماعية، عدد خاص، متوفرة على الرابط التالي:

URL : <http://revues.univ-setif2.dz/index.php?id=340>

تم الدخول للموقع يوم 2014/10/12 على الساعة 14.20

اسماء بوعود(2014)، العلاج النفسي للاضطرابات النفسية من منظور اسلامي، الاكتئاب انموذجا، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 19، متوفر على الرابط التالي:

URL : <http://revues.univ-setif2.dz/index.php?id=1281>

تم الدخول للموقع يوم 2015/09/17 على الساعة 16.30

الرعاية الطبية ،سلسلة جدران المعرفة، متوفر على الرابط التالي:

Theknowledge_walls@yahoo.com

تم الدخول للموقع يوم 2016/01/23 على الساعة 19.25.

URL : <http://revues.univ-setif2.dz/index.php?id=340>

تم الدخول للموقع يوم 2014/10/12 على الساعة 14.20

باتريك جيه ماكغراث جي ألن فنلي كاثرين جيه تيرنر(2010)، تخفيف الالم السرطان لدى

الاطفال، مؤسسة السديل للرعاية التلطيفية لمرضى السرطان ببيت لحم. متوفر في الرابط التالي:

Website www.sadeel.co.cc النشر المعياري الدولي ISBN 9696071 - 2 - 1

تم الدخول للموقع يوم 2014/06/11 على الساعة 12.00

هاجر الملحم(2013)، ارشادات التغذية لمرضى السرطان، مجلة طبية صفحة اسبوعية باشراف

مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام، العدد 446، السنة الثانية، رقم النشر NIH 2079-06.

تم الدخول للموقع يوم 2017/01/28 على الساعة 22.00

محمد حريف، السرطان عند الاطفال، متوفر في الرابط التالي:

<https://www.researchgate.net/publication/2820743552016>

تم الدخول للموقع يوم 2017/01/21 على الساعة 10.35

حمد مقداد (2005)، القيم الثقافية و دورها في نقل التكنولوجيا، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 2،
متوفر على الرابط التالي: <http://revues.univ-setif2.dz/index.php?id=5> . URL :

تم الدخول للموقع يوم 2017/09/12 على الساعة 22.11

موسوعة الملك عبد الله بن عبد العزيز العربية للمحتوى الصحي، متوفرة على الرابط التالي:

<https://www.kaahe.org/health/ar/13786->

تم الدخول للموقع يوم 2017/08/05 على الساعة 11.45

سليمان بومدين (2005)، التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر حالة مدينة سكيكدة
مجلة شون اجتماعية العدد 88، الشارقة. متوفرة على الرابط التالي:

http://www.univ-tebessa.dz/fichiers/master/master_469.pdf

تم الدخول للموقع يوم 2017/06/30 على الساعة 18.00

علي مكاوي (1998)، دراسات في علم اجتماع الطبي، كتاب متوفر على الرابط التالي:

www.Kotobarabia.com

تم الدخول للموقع يوم 2017/07/1 على الساعة 09:00

علي مكاوي، علم اجتماع الطبي مدخل نظري، كتاب متوفر على الرابط التالي:

www.Kotobarabia.com

تم الدخول للموقع يوم 2017/07/1 على الساعة 10:00

عبد الهادي أعراب (2016)، مقال متوفر في الرابط التالي:

<http://www.mominoun.com/articles>

تم الدخول للموقع يوم 2017/08/10 على الساعة 11:00

عبد الرحمان بن سليمان النملة (2011)، دراسة تحليلية للعلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى عينات مصرية، تاريخ الادراج في الموقع: الأربعاء أبريل 20, 2011 7:54 pm، متوفر في الرابط التالي:

http://www.fikrmag.com/article_details.php?article_id=219

تم الدخول للموقع يوم 2015/08/14 على الساعة 06:00

الأملا حرق

ملحق رقم 1:

مقياس توكيد الذات لدى امهات الاطفال المصابين بالسرطان:

تعلية المقياس:

سنضع بين يديكم مجموعة المواقف التي قد تصادف اي واحد منكم ، والتي تمت صياغتها في عدد من البنود، والمطلوب منكم ان تضعوا علامة (*) امام البند الذي ترونه مناسباً. علماً ان نتائج المقياس لن تستخدم إلا في اطار البحث العلمي.

شكراً لتعاونكم

البنود	موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	معارض تماماً
يبدو أن غالبية الافراد أكثر مني علماً في غالب الامور .					
لا استطيع ان ارفض اقتراح من غيري لانهم ادرى مني .					
عندما لا ينجح العلاج المقدم لابني فاني افقد القدرة على التعبير عن استيائي.					
اخشى ان ارفض اقتراحات غيري كي لا اجرح مشاعرهم.					
حتى لو منت اعلم ان هذا العلاج لن ينفع رغم ذلك اقوم بشراؤه					
هندما يطلب مني المعالجون امراً فاني اقوم به دون نقاش.					
اجد صعوبة في الاستفسار حول فعالية العلاج المقدم لابني.					
اقبل جميع الاقتراحات التي يقدمها غيري بشأن شفاء ابني.					
اعتقد ان الناس يستغلونني في غالب الاوقات					
اخشى الدخول في حوار مطول مع معالج ابني.					
اخشى التعبير عن ما يدور في داخلي حول مرض ابني للطبيب المعالج					
في غالب الاحيان لا افهم المصطلحات العلمية التي يتحدث بها الفريق المعالج لابني					
اترك غيري يتولى اقتراح العلاج المناسب لابني نظراً لخبرتهم في التعامل مع مثل هذه الحالات					

					اتجنب طرح اسئلة لمعالجي ابني خوفا من وصمي بالغباء
					اعتقد ان عامة الناس ليست مؤهلة لاتخاذ قرار يخص علاج مريض ما
					عندما ادخل في حوارات تخص مرض ابني فاني افقد السيطرة على مسار الحوار
					الجا للتعنيف مع متحدثي حتى ادافع عن فكري
					اخاف ان اتدخل في مهام من هم اعلا مني درجة علمية
					أثناء نقاشاتي اشعر أحيانا بالخوف من أن افقد السيطرة على نفسي
					اعبر عن مشاعري بصراحة ووضوح
					افقد القدرة على التعبير عما يدور في داخلي عندما يواجهني موقف يخص مرض ابني

ملحق رقم 2:

مقياس مركز الضبط الداخلي -الخارجي لروتر:

تعليلة المقياس:

نضعبين يديكم مقياس يهدف إلى الكشف عن الطريقة التي تؤثر بها بعض الأحداث المهمة على الناس بمختلف أعمارهم ، وتتكون كل فقرة من عبارتين (أ ، ب)، وتكون الاجابة باختيار احد الفقرتين اما (أ) او (ب) والتي ترونها مناسبة لكم. علما ان نتائج المقياس لن تستخدم الا في اطار البحث العلمي.

شكرا لتعاونكم

بنود المقياس:

1- أ- يقع الأطفال في متاعب لأن والديهم يعاقبونهم كثيرا. ()

- 1-ب- أن سبب اضطراب الأطفال في الوقت الحاضر يعود إلى تساهل آبائهم في معاملتهم. ()
- 2-أ- أن كثيرا من الأمور غير المحببة في حياة الناس تعود أحيانا إلى سوء الحظ. ()
- 2-ب- يعود سوء الحظ إلى الأخطاء التي يرتكبها الناس. ()
- 3-أ- إن أحد الأسباب الرئيسية في الحروب هو عدم اهتمام الناس بالسياسة بما فيه الكفاية. ()
- 3-ب- لن تنتهي الحروب أبدا مهما حاول الناس منعها. ()
- 4-أ- مهما طال الوقت سينال الناس ما يستحقون بالفعل من احترام. ()
- 4-ب- للأسف يضيع حق الفرد سدى مهما حاول استرجاعه. ()
- 5-أ- إن فكرة عدم إنصاف المدرسين للطلاب لا معنى لها. ()
- 5-ب- درجات معظم الطلاب تكون نتيجة للحظ والصدفة. ()
- 6-أ- لولا هضم الحقوق لما استطاع المرأ أن يكون قائدا مؤثرا. ()
- 6-ب- يعود فشل الأفراد المقتدرين في أن يكونوا قادة إلى عدم استغلالهم للفرص المتاحة لهم. ()
- 7-أ- لا فائدة من التعلق الشديد بشخص لا يحبك. ()
- 7-ب- الذين لا يستطيعون اكتساب محبة الناس لا يعرفون كيف يديرون أمورهم مع الآخرين. ()
- 8-أ- تلعب الوراثة دورا هاما في تحديد شخصية الفرد. ()
- 8-ب- خبرات الناس في الحياة هي التي تحدد ما يكونون عليه. ()
- 9-أ- لقد علمتني الحياة أن المقدر لا بد أن يكون. ()
- 9-ب- إيماني بالقدر لا يجعلني عاجزا عن اتخاذ قرار محدد. ()
- 10-أ- نادرا ما يجد الطالب المستعد جيدا للامتحان أسئلة صعبة. ()

- 10-ب-في كثير من الأحيان تكون أسئلة الامتحان ليس لها صلة بالمنهج الدراسي مما يجعل الاستذكار قد ضاع هباءاً. ()
- 11-أ-يعتمد النجاح في الحياة ببذل الجهد وليس للحظ إلا نصيب ضئيل فيه أو ليس له دور على الإطلاق. ()
- 11-ب-يتوقف الحصول على العمل في أن تكون في المكان المناسب وفي الوقت المناسب. ()
- 12-أ-يستطيع الإنسان العادي التأثير في قرارات الآخرين. ()
- 12-ب-لا يستطيع الشخص العادي عمل الشيء الكثير لتعديل قرارات الآخرين. ()
- 13-أ-عندما أخطط لشيء ما فإنني غالباً ما أكون متأكداً من تنفيذه. ()
- 13-ب-ليس من الحكمة دائماً التخطيط للمستقبل البعيد، لأن كثير من الأمور تصبح بصورة أو بأخرى نتيجة للحظ حسناً كان أم سيئاً ()
- 14-أ-هناك بعض الناس سيئين بالفعل. ()
- 14-ب-توجد في كل إنسان أشياء حسنة. ()
- 15-أ-وصولي إلى أهدافي وتحقيقها لا يعتمد على الحظ إلا قليلاً أو لا يعتمد عليه إطلاقاً. ()
- 15-ب-في كثير من الحالات يتساوى اتخاذ القرار عن تدبر وتخطيط واتخاذ القرار عن طريق إجراء القرعة. ()
- 16-أ-يعتمد الحصول على مركز الرئاسة في أن يكون المرء محظوظاً ومتواجداً في المكان المناسب قبل غيره. ()
- 16-ب-يتوقف عمل الناس للأشياء الصحيحة على القدرة وليس للحظ إلا دور بسيط أو لا دور له على الإطلاق. ()
- 17-أ-في عالمنا هذا يكون معظمنا ضحية لقوى لا نستطيع فهمها ولا التحكم فيها. ()

17-ب-يستطيع الناس التحكم في أحداث العالم من خلال إسهامهم بدور نشط في شؤون الحياة.
()

18-أ-معظم الناس لا يستطيعون إدراك المدى الذي تخضع فيه حياتهم لأحداث الصدفة. ()

18-ب-لا يوجد في الحقيقة شيء اسمه الحظ. ()

19-أ-ينبغي على المرء أن يكون دائما مستعدا للاعتراف بأخطائه. ()

19-ب-من الأفضل دائما أن لا يكشف المرء عن أخطائه. ()

20-أ-من الصعب أن تعرف ما إذا كان الآخرون يحبونك بصدق أم لا. ()

20-ب-يتوقف عدد أصدقائك على ما أنت عليه من لطف وحسن خلق. ()

21-أ-على المدى الطويل نجد أنه يحدث من التوازن بين ما يجري لنا من أمور سيئة وأمر
حسنة. ()

21-ب-معظم أنواع سوء الحظ تنتج عن ضعف القدرة أو الجهل أو الكسل أو نتيجة لها جميعا.

22-أ-نستطيع ببذل قدر مناسب من الجهد القضاء على الفساد. ()

22-ب-يصعب على الناس التحكم في الأمور التي يقوم بها الآخرون. ()

23-أ-في بعض الأحيان لا أستطيع أن أفهم كيف توصل المدرسون للدرجات التي يمنحونها
للطلاب. ()

23-ب-هناك علاقة مباشرة بين مقدار ما أبذل من جهد والدرجة التي أحصل عليها. ()

24-أ-يتوقع القائد الجيد من الناس أن يقرروا ما ينبغي عليهم أن يفعلوا. ()

24-ب-القائد الجيد يوضح لكل شخص طبيعة عمله. ()

25-أ-غالبا ما أشعر أن لي تأثيرا ضئيلا على الأشياء التي تحدث لي. ()

25-ب-يستحيل أن أعتقد أن الصدفة أو الحظ لها دور في حياتي. ()

- 26-أ-يعيش بعض الناس منعزلين لأنهم لم يحاولوا أن يكونوا ودودين. ()
- 26-ب-لا فائدة من بذل كثير من الجهد لإرضاء الناس، فإن من يحبونك سيفعلون ذلك دون جهد منك. ()
- 27-أ-تولي المدرسة الثانوية أهمية كبيرة للرياضة البدنية. ()
- 27-ب-تعتبر الرياضة الجماعية أحسن أسلوب لتنمية الأخلاق. ()
- 28-أ-لا يصيبني إلا ما اقترفت يداي. ()
- 28-ب-أشعر في بعض الأحيان أنني لا أملك السيطرة الكافية على الاتجاه الذي تسير فيه حياتي. ()
- 29-أ-لا أستطيع أحيانا أن أفهم لماذا يسلك الآخرون بهذه الطريقة التي يسلكون بها. ()
- 29-ب-أعتقد أن المواطنين هم السبب في النهاية عن تصرفات المسؤولين السيئة. ()

ملحق رقم 3:

مقياس بيك الثاني للاكتئاب:

تعلية المقياس:

يتكون هذا المقياس من واحد وعشرون مجالا، وكل مجال يضم مجموعة من البنود التي تصف مجموعة من الاعراض، طريقة الاجابة تكون باختيار أي البنود تنطبق عليه، وتصف حالته ، بوضع دائرة حول رقم العبارة المناسبة. علما ان نتائج المقياس لن تستخدم الا في اطار البحث العلمي.

شكرا لتعاونكم

البعد الأول (الحزن):

0- لا أشعر بالحزن
1- أشعر بالحزن والكآبة.
2- الحزن والانقباض يسيطران عليّ طوال الوقت، وأعجز عن الفكك منهما.
3- أشعر بالحزن أو التعاسة لدرجة مؤلمة.
4- أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل.
البعد الثاني (التشاؤم من المستقبل):
0- لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل .
1- أشعر بالتشاؤم من المستقبل.
2- لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل.
3- لا أستطيع أبداً أن أتخلص من متاعبي.
4- أشعر باليأس من المستقبل ، وأن الأمور لن تتحسن.
البعد الثالث (الإحساس بالفشل) :
0- لا أشعر بأني فاشل.
1- أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين.
2- أشعر أنني لم أحقق شيئاً له معنى أو أهمية.
3- عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجدّها مليئة بالفشل.
4- أشعر أنني شخص فاشل تماماً (أبا أو زوجاً).
البعد الرابع (السخط و عدم الرضا):
0- لست ساخطاً.
1- أشعر بالملل أغلب الوقت.
2- لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.
3- لم أعد أجد شيئاً يحقق لي المتعة (أو الرضا).
4- إنني غير راض وأشعر بالملل من أي شيء.
البعد الخامس (الإحساس بالندم أو الذنب):
0- لا يصيبني إحساس خاص بالندم أو الذنب على شيء .
1- أشعر بأنني سيء أو تافه أغلب الوقت.
2- يصيبني إحساس شديد بالندم والذنب.
3- أشعر بأنني سيء وتافه أغلب الأوقات تقريباً.

4- أشعر بأنني سيء وتافه للغاية .

البعد السادس (توقع العقاب):

0- لا أشعر بأن هناك عقاباً يحل بي.

1- أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث أو سيحل بي.

2- أشعر بأن عقاباً يقع علي بالفعل.

3- أستحق أن أعاقب.

4- أشعر برغبة في العقاب

البعد السابع (كراهية النفس).

0 - لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.

1- يخيب أمني في نفسي.

2- لا أحب نفسي.

3- أشمئز من نفسي.

4- أكره نفسي.

البعد الثامن (نقد الذات):

0- لا أشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر .

1- أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي.

2- ألوم نفسي لما أرتكب من أخطاء .

3- ألوم نفسي على كل ما يحدث .

البعد التاسع (وجود أفكار انتحارية):

0- لا تتابني أي أفكار للتخلص من نفسي.

1- تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكن لا أنفذها.

2- أفضل لي أن أموت.

3- أفضل لعائلتي أن أموت.

4- لدي خطط أكيدة للانتحار.

البعد العاشر (البكاء):

0- لا أبكي أكثر من المعتاد.

1- أبكي أكثر من المعتاد.

2- أبكي هذه الأيام طوال الوقت ولا أستطيع أن أتوقف عن ذلك.

3- كنت قادراً على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك.

- البعد الحادي عشر (الاستثارة والتهيج وعدم الاستقرار النفسي):

0-لست منزعجاً هذه الأيام عن أي وقت مضى.

1- أنزعج هذه الأيام بسهولة.

2- أشعر بالانزعاج والاستثارة دوماً

3- لا تثيرني ولا تغضبني الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك سابقاً.

البعد الثاني عشر (فقدان الاهتمام):

0-لم أفقد اهتمامي بالناس.

1- أنا الآن أقل اهتماماً بالآخرين عن السابق.

2- فقدت معظم اهتمامي وإحساسي بوجود الآخرين.

3- فقدت تماما اهتمامي بالآخرين.

البعد الثالث عشر (التردد وعدم الحسم):

0-قدرتي على اتخاذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل.

1- أوجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل.

2- أعاني من صعوبة واضحة في اتخاذ القرارات.

3- أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار بالمرّة.

البعد الرابع عشر (تغير صورة الجسم والشكل):

0-لا أشعر بأن شكلي أسوأ من قبل.

1- أشعر بالقلق من أنني أبدو أكبر سناً وأقل جاذبية.

2- أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفراً (منفرة) وأقل جاذبية.

3- أشعر بأن شكلي قبيح (قبيحة).

البعد الخامس عشر (هبوط مستوى الكفاءة والعمل (فقدان الطاقة)

0-أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل.

1- أحتاج إلى مجهود خاص لكي أبدأ شيئاً

2- لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل.

3- أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء.

4- أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق

البعد السادس عشر (اضطرابات النوم):

0- أنام جيداً كما تعودت.
1- أستيقظ مرهقاً في الصباح أكثر من قبل.
2- أستيقظ من 2-3 ساعات أبكر من ذي قبل ، وأعجز عن استئناف يومي.
3- أستيقظ مبكراً جداً ولا أنام بعدها حتى إن أردت.
البعد السابع عشر (التعب والقابلية للإرهاق):
0- لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد.
1- أشعر بالتعب والإرهاق أسرع من ذي قبل.
2- أشعر بالتعب حتى لو لم أعمل شيئاً.
3- أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء.
البعد الثامن عشر (تغيرات في الشهية):
0- شهيتي للطعام ليست أسوأ من قبل.
1- شهيتي ليست جيدة كالسابق.
2- شهيتي أسوأ بكثير من السابق.
3- لا أشعر برغبة في الأكل بالمرة.
البعد التاسع عشر (تناقص الوزن):
0- وزني تقريباً ثابت.
1- فقدت أكثر من 3 كغ من وزني.
2- فقدت أكثر من 6 كغ من وزني.
3- فقدت أكثر من 10 كغ من وزني.
البعد العشرون (تأثر الطاقة الجنسية):
0- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتني الجنسية.
1- أصبحت أقل اهتماماً بالجنس من قبل.
2- قلت رغبتني الجنسية بشكل ملحوظ.
3- فقدت تماماً رغبتني الجنسية.
البعد الواحد والعشرون (لانشغال على الصحة)
0- لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.
1- أصبحت مشغولاً على صحتي بسبب الأوجاع والأمراض ، أو اضطرابات المعدة والإمساك.
2- أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

3- أصبحت مشغولاً تماماً بأموري الصحية.

ملحق رقم 4:

جدول يعرض محكمي البرنامج العلاجي:

الاسم واللقب	الجامعة	التخصص
يوسف عدوان	باتنة	علم النفس
صبرينة قهار	الجزائر 2	علم النفس
كحول شفيقة	بسكرة	علم النفس
هناء شريفي	الجزائر 2	علم النفس
محمد السعيد عبد الجواد أبو حلاوة	دمنهور-مصر	علم النفس
ربيع عامر	مصر	علم النفس

ملحق رقم 5:

استمارة تحكيم البرنامج العلاجي:

في إطار إجراء دراسة ميدانية لأجل تحضير اطروحة علوم تخصص علم النفس الاجتماعي، قامت الباحثة بتصميم برنامج علاجي نفسي اجتماعي مستند الى نظرية روتر في التعلم والعلاج، باعتبار ان كل سلوك متعلم سواء كان مرضي او سوي وكل ماهو قابل للتعلم فهم قابل للعلاج في مواقف التفاعل الاجتماعي اليومية.

لذا نرجو من سيادتكم التكرم بإبداء رأيكم السديد ومقترحاتكم بشأن البرنامج فيما إذا كان صالحاً أو غير صالح، وان تزودونا بكل الملاحظات التي ترون ان من شأنها ان ترفع من جودة هذا العمل البحثي.

وتقبلوا منا جزيل الشكر والامتنان

معلومات البحث

المشرف على الاطروحة

البروفيسور محمد بلوم جامعة يسكرة

عنوان البحث

فعالية برنامج علاجي نفسي-اجتماعي في الحد من
التظاهرات الاكتئابية لدى امهات الاطفال المصابين
بالسرطان.دراسة ميدانية على عينة بمدينة يسكرة

الباحثة

فايزة حلاسة

الكلية

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية -يسكرة

التخصص

علم النفس الاجتماعي

مفاهيم الدراسة:

الميل او التظاهر :

المقصود بهذا المصطلح الميل إلى المبالغة والتضخيم في تقدير الأحداث والمواقف مهما كان نوعها التي يمر بها المكتئبون والتهويل المبالغ به لها بحيث يشعر المكتئب وكأن العالم قد انهار من حوله وأنه لا يمكن التحكم بالمواقف والسيطرة عليها وكأن كارثة قد حلت. (سامر جميل رضوان، ب س، ص5)

ونقصد بالتظاهر الاكتئابي في هذه الدراسة هي الدرجة التي تتحصل عليها عينة النساء قيد الدراسة على مقياس الاكتئاب لدى امهات الاطفال المصابين بالسرطان(تقنين الباحثة) .

العلاج النفسي:

بما ان السلوك المنحرف هو الخروج عن المعايير فان العلاج يكون بمساعدة الفرد لرده الى السلوك المقبول من جماعته او من ذويه او منه هو نفسه،وفي حدود نظرية التعلم الاجتماعي لا نجد ما يحتم وجوب القيام بالعلاج ولا من يقوم به اذا انهما من احكام القيم،كما اعتبر روتر العلاج

النفسى كنوع من التفاعل الاجتماعى المتبادل والمرضى والبناء مع البيئة، والمبادئ والقوانين التى تحكم السلوك فى المواقف القائمة بين الافراد وتنطبق تماما على موقف العلاج. (جوليان روتر) ونقصد بالعلاج النفسى فى هذه الدراسة مجموعة من الاليات المقترحة فى المواقف الاجتماعية المفتعلة داخل محيط العلاج (المستشفى) .

امهات الاطفال المصابين بالسرطان:

هن مجموعة من النساء ،البالغ عددهن 6،والتي تتراوح اعمارهن ما بين 39الى50سنة،ممن لديهن طفل مصاب بالسرطان،وهن حاليا مقيمات اقامة علاجية مؤقتة بصفة دورية ،مع اطفالهم فى المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم سعدان بسكرة،ويشترط فيهم ان يكون سليمات من الامراض العضوية والعقلية.

مركز الضبط:

يتمثل فى مجموعة الافكار التى تحملها امهات الاطفال المصابين بالسرطان والتى تعزو فيها قدرة الاصابة بالمرض والشفاء منه الى قوى غيبية مثل العين والسحر والعقوبة الإلهية.والذي سنقيسه بمقياس مركز الضبط (تقنين الباحثة).

توكيد الذات:

تتمثل فى افتقار الامهات عينة الدراسة الى القدرة على اتخاذ القرارات المناسبة بشأن علاج الطفل المريض،والتذبذب بين العلاج التابع للطب الرسمى والعلاج التابع للطب الشعبى بشقيه الطبيعى والسحري،وعدم قدرتهن على الاعتراض على ما يقدمه الاخرون من اقتراحات بشأن العلاج (معالج-ام الزوج-الاهل والاقارب) .والذي سنقيسه بمقياس توكيد الذات اعداد وتقنين الباحثة.

متغيرات البرنامج:

المغير المستقل:البرنامج العلاجى النفسى الاجتماعى

المغير التابع:مستوى التظاهر الاكتئابى-توكيد الذات-مركز الضبط

المتغيرات الدخيلة: السن-المستوى التعليمي-طبيعة منطقة السكن-عدد الاطفال-طبيعة المرض.

المقاربة النظرية البنائية والتفسيرية للبرنامج:

➤ نظرية بيك للاكتئاب

بيانات المحكم	
الاسم و اللقب	
التخصص	
الدرجة العلمية	
الجامعة	

نموذج تحكيم مقترح برنامج علاجي:

المبررات والاقتراحات	معايير التقييم					عناصر التقييم
	مرفوض	مقبول	جيد	جداً	ممتاز	
						<p>1 اهداف البرنامج العلاجي العامة:</p> <p>يسعى البرنامج الحالي الى خفض التظاهرات الاكتئابية لدى النساء عينة الدراسة بدرجة اولى عن طريق احداث الاثر الغير مباشر، باعتبار ان الاكتئاب الاستجابي هو سلوك منحرف عن المعيار الاجتماعي حسب نظرية التعلم الاجتماعي وحدث نتيجة تعلم خاطئ، وهذا التعلم كان</p>

المبررات والاقتراحات	معايير التقييم					عناصر التقييم
	مرفوض	مقبول	جيد	جيد جداً	ممتاز	
						<p>على سعيد مجموعة من السلوكيات الجزئية المشككة للسلوك العام وهو الاكتئاب وهي:</p> <p>-الافتقار الى اليات توكيد الذات في مواقف التفاعل الاجتماعي وهذا يقود الى العجز عن فهم دوافع السلوك الذاتي والغيري.</p> <p>-عزو نواتج السلوك الى ظروف خارجية بعيدة عن مسؤولية الشخص (عين-سحر-مكتوب)،والوصول الى التعميم الخاطيء المبالغ فيه يصل الى درجة العجز المكتسب وكل هذه العوامل بالضرورة تعزى الى التصورات الخاطئة التي تحملها النساء عينة الدراسة حول المرض والنابعة في الاساس من المخيال الاجتماعي الخاص بالمجتمع الجزائري .</p> <p>وبالتالي سيتم التدخل العلاجي على شكل مواقف اجتماعية واقعية ومتمخيلة في عدد من الجلسات العلاجية لاحداث تغيير في هتين الجزئيتين</p>

المبررات والاقتراحات	معايير التقييم					عناصر التقييم
	مرفوض	مقبول	جيد	جيد جداً	ممتاز	
						لينتقل الاثر الى السلوك العام الحاوي لهما وهو التظاهر الاكتئابي.
						2. نمطي الجلسات المستخدمة: جلسات علاج فردي جلسات علاج جماعي (عدد المجموعة العلاجية تراوح ما بين 2 الى 4 نساء) بما فيهم الحلفاء
						3. الفنيات المستخدمة: العلاج بالمحادثة الحوار السقراطي الالهاء المعرفي الاعلاء والتخفيف من شدة الموقف التخييل اعادة الصياغة المعرفية للاحداث (التدريب على العزو والتوقع) التعزيز الذاتي والاجتماعي الضبط الانفعالي النمذجة الاستبصار التدريب على حل المشكلات الموقفية التدريب التوكيدي والدفاع عن الحقوق الشخصية الواجبات

المبررات والاقتراحات	معايير التقييم					عناصر التقييم
	مرفوض	مقبول	جيد	جيد جداً	ممتاز	
						4. مدة كل جلسة 45 الى ساعة
						5. عدد الجلسات: ضم البرنامج 10 جلسات رئيسية، تتبناها جلسات فرعية تكميلية، مقسمة حسب الظروف النفسية والاجتماعية كل حالة.
						6. ادوات التشخيص القبلي والبعدي: المقابلة النصف موجهة الملاحظة المنظمة المستندة الى محك (ICD) (لسامر جميل رضوان) مقياس مركز الضبط الداخلي - الخارجي (تقنين الباحثة) مقياس توكيد الذات (اعداد وتقنين الباحثة) مقياس بيك الثاني للاكتئاب (وتقنين الباحثة)

ملحق رقم 6:

درجات افراد العينة في القياسات القبلية والبعديّة:

مقياس مركز الضبط		مقياس توكيد الذات		مقياس الاكتئاب		المقياس الأفراد
بعدي	قبلي	بعدي	قبلي	بعدي	قبلي	
11	17	47	45	5	11	1
8	18	42	40	8	10	2
12	19	48	48	7	10	3
7	16	44	42	7	14	4
20	19	43	41	20	12	5
20	18	40	40	22	13	6