جامعـــــة دمـــشـــق
كـــليـــة الـتربـــيـــة
قسـم علـم النـفـس

العجز المكتسب وعلاقته بالاتزان الانفعالي

لدى عينة من مرضى السرطان في محافظة دمشق

رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس التربوي

إعداد

الطالبة : مريم نبيل غصن

إشـــراف

الدكتورة: هند كابور

المُدرسة في قسم علم النفس

العام الدراسي

2017 - 2018 م

1438 -1439 هـ

نوقشت رسالة الطالبة مريم غصن

بعنوان :

العجز المكتسب وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى عينة من مرضى السرطان في محافظة دمشق

وأجيزت يوم الثلاثاء الواقع في ٢٠١٨/٧/٣١ من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم التالية أسماؤهم :

الاسم	الصفة	التوقيع
د. غسان الزحيلي	عضواً	
د. هند كابور	عضواً مشرفاً	
د. مازن ملحم	عضواً	

تم إجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة الماجستير في علم النفس التربوي ــ قسم علم النفس .

شكر وتقدير

أتقدم بخالص الشكر والعرفان للدكتورة الفاضلة هند كابور على ماقدمته لي من عون كبير، اعتزازاً بدورها الكبير في هذه الدراسة، وتقديراً لأسلوبها واحتضانها ورعايتها لي، فلم تبخل عليَّ بجهد أو علم أو وقت لمتابعة تقدم هذه الدراسة، لها مني جزيل الشكر وكامل الاحترام والتقدير على تشجيعها ومؤزراتها طوال فترة الدراسة.

وشكري الجزيل لأعضاء لجنة الحكم الأفاضل لتكرمهم بقبول عضوية لجنة الحكم مقدرةً لهم ماسيبذلونه من جهد ووقت ، وأساتذتي في كلية التربية وأطباء الأورام في مشافي دمشق ، محكمي أدوات الدراسة، وإلى جميع مرضى السرطان على ماقدموه من تسهيلات وتفهم وصبر لأُنهي هذه الدراسة فلهم كل الشكر، مع دعائي وتمنياتي لهم بالشفاء العاجل.

وكل الشكر إلى عمادة كلية التربية بجهازها الإدراي والتدريسي.

ولن أنسى أن أتقدم بالشكر والامتنان إلى عائلتي وأصدقائي وأحبائي لمساندتهم ودعمهم المعنوي لي.

لكم جميعاً أقدم هذا العمل المتواضع.

(الباحثة)

فهرس المحتويات	رقم الصفحة
- شكر وتقدير.	أ
- فهرس المحتويات.	ب- ث
- فهرس الجداول.	ج - د
- فهرس الأشكال.	د - ذ
- فهرس الملاحق.	ذ
الفصل الأول: التعريف بموضوع الدراسة.	12-1
- المقدمة.	3-2
أولاً- مشكلة الدراسة ومسوغاتها.	5-3
ثانياً- أهمية الدراسة.	5
ثالثاً- أهداف الدراسة.	6
رابعاً- أسئلة الدراسة.	6
خامساً- فرضيات الدراسة.	7-6
سادسا- منهج الدراسة.	7
سابعاً- مجتمع الدراسة.	7
ثامناً- عينة الدراسة.	7
تاسعاً- حدود الدراسة.	8
عاشراً- متغيرات الدراسة.	9-8
الحادي عشر- أدوات الدراسة.	9
الثاني عشر- مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية.	11-9
الثالث عشر- القوانين الإحصائية المستخدمة في الدراسة.	12 -11
الفصل الثاني : الدراسات السابقة.	29 -13
أولاً-الدراسات التي تناولت العجز المكتسب.	16-14
ثانياً- الدراسات التي تناولت الاتزان الانفعالي.	21-16
ثالثاً- الدراسات التي تناولت مرضى السرطان.	25-21
رابعاً- التعقيب على الدراسات السابقة.	29-25
خامساً- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.	29
الفصل الثالث: الإطار النظري.	86-30
المحور الأول: العجز المكتسب.	45-30
- تمهيد.	31
أولاً- مفهوم العجز المكتسب.	32-31
ثانياً- تطور ظاهرة العجز المكتسب.	34-32

ثالثاً- بعض النماذج المفسرة للعجز المكتسب.	36-34
رابعاً- أسباب العجز المكتسب.	38-36
خامساً- مكونات العجز المكتسب.	40-38
سادساً- أبعاد العجز المكتسب.	40
سابعاً- آثار العجز المكتسب.	41
ثامناً- سمات ذوي العجز المكتسب.	43-42
تاسعاً- الإرشاد والتحصين من العجز المكتسب.	44-43
- تعقيب.	45- 44
المحور الثاني: الاتزان الانفعالي.	65-46
- تمهيد.	47
أولاً: مفهوم الاتزان الانفعالي.	49-47
ثانياً: أهم التوجهات النظرية في الاتزان الانفعالي.	51-50
ثالثاً: الانفعال وعلاقته بالاتزان الانفعالي .	54-52
رابعاً: الاتزان الانفعالي والنضج الانفعالي.	56-54
خامساً: الصحة النفسية والاتزان الانفعالي.	57-56
سادساً: سمات الشخص المتزن انفعالياً.	59-57
سابعاً: حالات اختلال الاتزان الانفعالي (العُصاب).	62-59
ثامناً: طرق تحقيق الاتزان الانفعالي ودور الإرشاد النفسي في تحقيقه.	64-62
- تعقيب.	64
المحور الثالث - مرض السرطان.	86-65
- تمهيد.	66
أولاً- مفهوم مرض السرطان .	66
ثانياً- تصنيف مرض السرطان.	67-66
ثالثاً- العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان.	70-67
رابعاً: علاج السرطان.	72-70
خامساً- سرطان الدم وسرطان العظام.	75-72
سادساً- سمات الشخصية للمصابين بالسرطان.	76-75
سابعاً- البروفيل السيكولوجي للمريض بالسرطان.	77-76
ثامناً- الآثار النفسية لمرضى السرطان.	79-77
تاسعاً- أنماط التكيف لدى مرضى السرطان.	82-80
عاشراً- علاقة المريض بالسرطان بالطبيب والاخصائي النفسي.	83-82
الحادي عشر- أهمية الدعم النفسي الاجتماعي لمرضى السرطان.	84-83
الثاني عشر-العلاقة بين العجز المكتسب والاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان.	85-84

- تعقيب.	86-85
الفصل الرابع: منهجية الدراسة وإجراءاتها وأدواتها	109-87
أولاً- منهج الدراسة.	88
ثانياً- مجتمع الدراسة وعينتها.	91-88
ثالثاً- أدوات الدراسة: - مقياس العجز المكتسب . - مقياس الاتزان الانفعالي.	106 -91 99-92 106-100
رابعاً- إجراءات تنفيذ الدراسة.	107-106
خامساً- الصعوبات التي واجهت الباحثة.	108
سادساً- الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة.	109-108
الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها.	152-110
أولاً- مناقشة أسئلة الدراسة وتفسيرها.	117-111
ثانياً- مناقشة فرضيات الدراسة وتفسيرها.	150-117
ثالثاً- خلاصة نتائج الدراسة.	151-150
رابعاً- مقترحات الدراسة.	152
قائمة المراجع.	161-153
الملاحق.	174-166
ملخص الدراسة باللغة العربية.	174-172
ملخص الدراسة باللغة الانكليزية.	177-175

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	الجدول (1): فوائد ومضار الانفعالات.	54
2	الجدول (2): صفات الأفراد المرتفعين والمنخفضين في الاتزان الانفعالي.	59
3	الجدول (3): أنماط التكيف لدى مريض السرطان.	82
4	الجدول (4): أعدد أفراد المجتمع الأصلي ونسبهم المئوية.	89
5	الجدول (5): توزع أفراد عينة الدراسة والنسب المئوية تبعاً لمتغيرات الدراسة.	91
6	الجدول (6): البنود التي تم حذفها واضافتها على مقياس العجز المكتسب من قبل السادة المحكمين.	94
7	الجدول (7): التعديلات التي أجريت على مقياس العجز المكتسب من قبل السادة المحكمين.	96-95
8	الجدول (8): معاملات الارتباط بين كل بند مع الدرجة الكلية للبعد الفرعي.	97-96
9	الجدول (9): ارتباط الأبعاد الفرعية مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية.	97
10	الجدول (10): المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت ستيودنت" ودلالتها.	99-98
11	الجدول (11): معاملات الثبات باستخدام معامل سبيرمان–براون.	99
12	الجدول (12): معاملات الثبات باستخدام طريقة معامل ألفا كرونباخ.	100
13	الجدول (13): التعديلات التي أجريت على مقياس الاتزان الانفعالي من قبل السادة المحكمين	102-101
14	الجدول (14): البنود التي تم حذفها واضافتها على مقياس الاتزان الانفعالي من قبل السادة المحكمين .	102
15	الجدول (15): معاملات الارتباط بين كل بند مع الدرجة الكلية للمقياس.	103
16	الجدول (16): ارتباط الأبعاد الفرعية مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية.	104
17	الجدول(17): المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت ستيودنت" ودلالتها	105- 104
18	الجدول (18): معاملات الارتباط بين نصفي المقياس بعد تقسيم المقياس إلى بنود فردية وبنود زوجية.	106

19	الجدول (19): معاملات الثبات باستخدام طريقة معامل ألفا كرونباخ.	106
20	الجدول (20) قيم معامل التحديد والارتباط بين كل من العجز المكتسب والاتزان الانفعالي.	111
21	الجدول (21) نتائج تحليل تباين الانحدار.	112
22	الجدول (22) معامل الانحدار.	112
23	الجدول (23) فئات قيم المتوسط الحسابي(النسبي) ومستوى العجز المكتسب.	113
24	الجدول (24) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث من المرضى على مقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية.	114
25	الجدول (25) فئات قيم المتوسط الحسابي(النسبي) ومستوى الاتزان الانفعالي.	116
26	الجدول (26) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث من المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية.	116
27	الجدول (27) معاملات ارتباط بيرسون بين العجز المكتسب والاتزان الانفعالي.	118-117
28	الجدول (28): قيم (t–test) لدلالة الفروق بين متوسطات المرضى على مقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية حسب متغير الجنس.	119
29	الجدول (29): قيم (t–test) لدلالة الفروق بين متوسطات المرضى على مقياس مقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية حسب متغير الحالة الاجتماعية.	121
30	الجدول (30): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى حسب متغير العمر	123
31	الجدول (31): تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في درجات المرضى تبعاً لمتغير العمر	124-123
32	الجدول (32): نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين.	124
33	الجدول (33): اختبار دونت سي للمقارنات البعدية.	125-124
34	الجدول (34) : قيم (t–test) لدلالة الفروق بين متوسطات المرضى على مقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية حسب متغير الإقامة.	126
35	الجدول (35) : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى حسب متغير مدة الإصابة.	128
36	الجدول (36): تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في درجات المرضى تبعاً لمتغير مدة الإصابة.	129 -128
37	الجدول (37): نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين	129

38	الجدول (38) : اختبار دونت سي للمقارنات البعدية.	130-129
39	الجدول (39) : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى حسب متغير نوع العلاج.	131
40	الجدول (40): تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في درجات المرضى تبعاً لمتغير نوع العلاج.	132
41	الجدول (41): نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين.	132
42	الجدول (42): اختبار شيفيه للمقارنات البعدية.	133
43	الجدول (43): قيم (t–test) لدلالة الفروق بين متوسطات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية حسب متغير الجنس.	135
44	الجدول (44) : قيم (t–test) لدلالة الفروق بين متوسطات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية حسب متغير الحالة الاجتماعية.	137
45	الجدول (45) : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى حسب متغير العمر.	139-138
46	الجدول (46): تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في درجات المرضى تبعاً لمتغير العمر	139
47	الجدول (47): نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين.	140
48	الجدول (48) : اختبار شيفه للمقارنات البعدية.	140
49	الجدول (49) : قيم (t–test) لدلالة الفروق بين متوسطات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية حسب متغير الإقامة.	143
50	الجدول (50): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي حسب متغير مدة الإصابة.	144
51	الجدول (51): تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في درجات المرضى تبعاً لمتغير مدة الإصابة.	145-144
52	الجدول (52): نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين.	145
53	الجدول (53): اختبار شيفه للمقارنات البعدية.	145
54	الجدول (54): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى حسب متغير نوع العلاج.	147
55	الجدول (55): تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في إجابات المرضى تبعاً لمتغير نوع العلاج.	148

56	جدول (56) نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين.	148
57	الجدول (57) اختبار شيفيه للمقارنات البعدية.	149

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	الشكل (1) تجربة سيليجمان على الكلاب.	34
2	الشكل (2) يوضح تفسير سيلجمان وزملاؤه لحدوث سلوك العجز المكتسب.	34
3	الشكل (3) يوضح نموذج هايدر للعجز المكتسب.	35
4	الشكل (4) يوضح نموذج كيلي للعجز المكتسب.	36
5	الشكل (5) بعض عوامل ومصادر العجز المكتسب.	37
6	الشكل (6) نموذج ميرس لأسباب العجز المكتسب.	38
7	الشكل (7) مكونات العجز المتكسب.	39
8	الشكل (8) طريقة سحب العينة العمدية أو المقصودة.	90
9	الشكل (9) المتوسطات الحسابية للمرضى على مقياس العجز المكتسب وأبعادها الفرعية.	114
10	الشكل (10) المتوسطات الحسابية للمرضى على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية.	116
11	الشكل (11) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير الجنس.	120
12	الشكل (12) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.	122
13	الشكل (13) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير العمر (20–39، 40 –59، 60 وما فوق).	125
14	الشكل (14) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير الإقامة (المشفى ، المنزل) .	127

15	الشكل (15) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير مدة الإصابة (أقل من سنة، من سنة إلى ثلاثة سنوات، أكثر من 3 سنوات).	130
16	الشكل (16) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير نوع العلاج (كيميائي – إشعاعي – جراحي).	134
17	الشكل (17) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية من حيث متغير الجنس.	136
18	الشكل (18) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية حسب متغير الحالة الاجتماعية.	138
19	الشكل (19) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية حسب متغير العمر.	141
20	الشكل (20) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية حسب متغير الإقامة	143
21	الشكل (21) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية حسب متغير مدة الإصابة.	146
22	الشكل (22) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية حسب متغير نوع العلاج.	150

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان المُلحق	الصفحة
1	الملحق (1) أسئلة العينة الاستطلاعية.	162
2	الملحق (2) أسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة.	163
3	الملحق (3) مقياس العجز المكتسب بصورته الأولية.	166-164
4	الملحق (4) مقياس الاتزان الانفعالي بصورته الأولية.	167-166
5	الملحق (5) مقياس العجز المكتسب بصورته النهائية.	170-168
6	الملحق (6) مقياس الاتزان الانفعالي بصورته النهائية.	171-170

الفصل الأول : التعريف بموضوع الرسالة

- مقدمة الدراسة.

أولاً: مشكلة الدراسة ومسوغاتها.

ثانياً: أهمية الدراسة.

ثالثاً: أهداف الدراسة.

رابعاً: أسئلة الدراسة.

خامساً: فرضيات الدراسة.

سادساً: منهج الدراسة.

سابعاً: مجتمع الدراسة.

ثامناً:عينة الدراسة.

تاسعاً: حدود الدراسة.

عاشراً: متغيرات الدراسة.

الحادي عشر:أدوات الدراسة.

الثاني عشر: مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية.

الثالث عشر:القوانين الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

- المقدمة :

على الرغم من التقدم الكبير في مجال الطب خلال القرن الحادي والعشرين لا يزال مرض السرطان يحتل موقعاً حساساً في وعي الناس، من حيث إثارته لمشاعر الخوف والقلق والعجز والاستسلام لدى الأشخاص المصابين به ومن حولهم، ولقد تزايد الاهتمام بهذا المرض عالمياً على صعيد البحث والتنقيب لفهم المرض وأسبابه وأعراضه وعلاجه وطرق الوقاية منه، حيث طرأ تطور كبير في علاج سرطانات الدم والأورام الليمفاوية بالذات، بشكل يفوق حتى التقدم الذي حصل في الأورام الأخرى، والذي يتمثل في أن هذه الأمراض كانت مؤدية إلى الوفاة كلها تقريباً قبل الستينات من القرن العشرين، بينما يمكن الشفاء من معظمها اليوم بنسب تتراوح بين 20 إلى 90 %، ولكن بالرغم من هذا التقدم الكبير لا تزال أورام الدم والغدد الليمفاوية تثير الفزع والقلق لدى الكثير من الناس، وذلك يرجع إلى عدة أسباب من ضمنها كون هذه الأمراض تصيب بنسبة أكبر شريحة من صغار السن سواء الأطفال أو الشباب. كما تشير آخر الإحصائيات المقدمة من قبل وزارة الصحة إلى ارتفاع عدد الأشخاص المصابين بمرض السرطان بمعدل 45 ألف حالة «جديدة» سنوياً حيث وصل عدد الوفيات بهذا المرض عام 2012 إلى 2.8مليون وفاة ومن المتوقع أن يتواصل ارتفاعها على الصعيد العالمي ما يناهز 1.13 مليون في عام 2030 حسب منظمة الصحة العالمية (WHO ,2016).

كما أصبح من المؤكد والثابت علمياً أن الحالة النفسية لمريض السرطان من أهم مقومات شفائه ونجاح علاجه، وأن إرادة الشفاء بداخله هي العامل الأساسي الذي يحفز الجهاز المناعي بداخله لكي يتصدى ويقضي على هذا المرض، فإحساس مريض السرطان بالهزيمة، واليأس من شفائه يؤثر سلباً على الجهاز العصبي وخاصة منطقة ما تحت المهاد، التي ترسل وتستقبل إشارات دائمة إلى الجهاز المناعي عن طريق أسطول من الهرمونات التي تسمى بهرمونات الانفعال والتوتر، فتؤثر سلبياً على أسلحة المناعة الأساسية التي تقاوم السرطان. فإن العجز واليأس يعتبران ركيزة معرفية أساسية لمواقف الشدة ويلعبان دوراً مهماً في الفشل في حياة الإنسان، كما أن شعور الفرد بالعجز يجعله غير ثابت من الناحية الانفعالية نتيجة لضعف الأنا لديه، وهذا مايؤكده ليمكس (Limex) بأن إصابة الفرد بمرض السرطان تؤدي إلى اضطراب كل أنشطة الحياة لدى المريض من الناحية الفيزيقية والنفسية والمهنية والاجتماعية نتيجة للضغوط والشدة التي يعانيها، فيشعر المريض بالعجز وتقلب المزاج، وتظهر انفعالات الغضب لديه مما يجعله غير متزن انفعالياً وتشل قدرته على التحكم وإدارة أموره، وتؤثر على جميع العمليات العقلية تأثيراً سلبياً، لذلك فهو بحاجة إلى نوع من بث الطمأنينة في نفسه ودعمه لترتفع معنوياته، ويتحقق له الاستقرار النفسي المُساعد على الشفاء من المرض فالعامل النفسي له تأثيرات قويّة على نفسية المريض فيؤثر على نظرة المريض للمرض بل لها تأثير على الجهاز العصبي والهرمونات، الأمر الذي يعود إيجاباً على تحسّن حالة المريض.(ليمكس، 2013).

ولذلك فإن الدراسة الحالية تهدف لبحث العلاقة بين العجز المكتسب وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان في بعض مستشفيات محافظة دمشق.

أولاً - مشكلة الدراسة ومسوغاتها:

يعد مرض السرطان الآن من أحد أبرز أمراض العصر الحالي، والذي يستقطب اهتمام معظم العلماء وذلك بحثاً عن علاج رادع لهذا الخطر الداهم الذي أصبح يهدد حياة المريض.

لذلك اهتمت المجتمعات الغربية بدراسة أمراض الأورام السرطانية باعتبارها من أهم الأمراض المهددة للحياة، وما يصاحبها من تأثيرات نفسية قد تصل إلى درجة الألم النفسي الشديد، وما يوازي درجة الألم العضوي، الأمر الذي دفع إلى إحداث نقلة نوعية في التعامل مع هذه الأمراض العضوية السرطانية وخصوصاً من الناحية النفسية، ولقد كانت محصلتها قيام فرع من علم الأورام السرطانية والذي أطلق عليه (علم نفس الأورام Psycho-oncology).

ومن أهم الأبحاث الحديثة التي أجريت في هذا المجال، البحث الذي أجرته باربرا أندرسون (Anderson ,B) أستاذة علم النفس بجامعة ولاية أوهايو الأميركية على (115) من السيدات اللاتي أُصبن بسرطان الثدي في المرحلتين الثانية والثالثة، حيث تعاملت مع نصف هذه المجموعة من خلال العلاج النفسي Psychotherapy الذي يساعد المريض على الاسترخاء والإقلال من التوتر، والتكيف مع الانفعال، بينما تركت النصف الآخر ليتلقى علاجه بالأسلوب العادي دون تدخل لتحسين حالته النفسية، ولقد أثبتت نتائج هذا البحث أن المجموعة التي كانت حالتها النفسية أفضل من خلال العلاج النفسي، كانت نسبة هرمونات الانفعال عندها - وخاصة الكورتيزول - أقل بمقدار 20% عن التي لم يتم التدخل لدعمها نفسياً، وذلك بعد 4 - 8 شهور من إجراء الجراحة. (اليافاوي، 2012). وهذا مايؤكد أهمية العلاج النفسي في تحسن الصحة النفسية للمريض والتي تنعكس بدورها على الصحة الجسدية.

كما تشير الدراسات الطبية الحديثة إلى أن انتشار مرض السرطان أصبح ملحوظاً في منطقة الشرق الأوسط في السنوات القليلة الماضية وخاصة في الجمهورية العربية السورية، حيث وجد مركز فيريل للدراسات أن عدد الوفيات بمرض السرطان في سوريا قد بلغ 47 ألف وفاة سنوياً من أصل 87 ألف وفاة بسبب الأمراض الأخرى، وهي تعادل 54% والنسبة العالمية هي 21%، وتعتبر من أعلى النسب في العالم، وأن نسبة الشفاء من السرطان بشكل عام في سوريا هي 31% ، حيث تضاعفت الإصابة بالسرطان بأنواعه في سوريا بنسبة 112% مقارنة بعام 2010، والنسبة العالمية 18% لزيادة الإصابة بالسرطان، أي أن نسبة الإصابة بالسرطان هي أكثر بست مرات من النسبة التي حددتها منظمة الصحة العالمية WHO، وسبب هذا الارتفاع هو نتيجة للحرب وماخلفته من تلوث للبيئة التربة والماء والأغذية غير الصحية وانتشار بعض الأمراض التي تعتبر مؤهبة لحدوث السرطان، والتشخيص المتأخر وتراجع العناية

الطبية الحكومية والخاصة وأيضاً تراجع صناعة الدواء بنسبة 60%، حيث أن نقص الدواء واللقاح يسمح بتفاقم الإصابات والأمراض الأخرى التي قد تكون مرحلة ما قبل سرطانية وتتحول لسرطانية، (شاهين ،2016). كما أن فقدان العديد من أدوية السرطان المكلفة جداً، نتيجةً للحصار الاقتصادي شكل ضغطاً نفسياً وعبئاً مادياً كبيراً على المرضى إضافة إلى تدهور صحة المريض جسدياً في حال عدم قدرته على تأمين وشراء الأدوية اللازمة وأخذها في الوقت المحدد، حيث يضطر المريض لشراء الدواء بعشرة أضعاف ثمنه من الخارج، إن لم يستطع تأمينه من المشفى.

وبالرغم من خطورة هذا المرض إلا أن الدراسات العربية النفسية التي بحثت في هذا الموضوع شحيحة نوعاً ما، ومن هذه الدراسات دراسة أجراها "عبد الله حسن الفقيه " التي تناولت موضوع الأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة كالسرطان، حيث أوصت الدراسة بضرورة جعل الرعاية النفسية لمرضى الأورام جزءاً من بروتوكولات العلاج، جنباً إلى جنب مع الرعاية الطبية للتخفيف من حدة الأعراض النفسية التي يعاني منها هؤلاء المرضى نتيجة إصابتهم بمرض السرطان، مع ضرورة نشر الوعي الصحي بهذه الأمراض والمصاحبات النفسية لها. (اليافاوي، 2012).

إن المرضى بحاجة شديدة إلى الدعم النفسي ولمعاملة خاصة كي يتقبلوا العلاج، فمريض السرطان يَعتبر أن إصابته بمرض السرطان هي المحطة الأخيرة في حياته، فينتابه جملة من مشاعر الإحباط واليأس والعجز المكتسب فيصبح شخصاً متردداً، قلقاً من الموت، صاحب ميول عُصابية، مكتئب ومتقلب انفعالياً، وقد يرى أن لا جدوى من العلاج، كما أن المفعول القوي للأدوية العلاجية وآثارها على الجسد ومايرافقها من ألم شديد يلعب دوراً في تقلب الانفعالات لديه، فإن معايشته للألم تمس مجموعة الأبعاد (الجسدية، النفسية، الاجتماعية والروحية) وبالتالي ذلك كله له تأثير سلبي على صحته النفسية وقد تسرع في وفاته.

ولقد أشارت الكثير من نظريات علم النفس إلى أن تحكم الفرد بذاته وباتزانه الانفعالي يتأثر بالعوامل البيئية الخارجية، فإن الأحداث والظروف الصعبة والضاغطة نسبياً، قد تشكل تأثيراً سلبياً على حياة الفرد بكل نواحيها وخاصة النفسية والاجتماعية (ابراهيم وجميل، 2015، 3). وإن الشخص المتزن انفعالياً أقدر على التوافق والتكيف السليم مع الظروف المعيشية ويمتلك آلية مناسبة لمواجهة الضغوط الحياتية.

كما أيّدت ذلك نتائج الدراسة الاستطلاعية التي قامت بها الباحثة على عينة من مرضى السرطان التي تضمنت عدة أسئلة مغلقة والمذكورة في الملحق (1)، حيث طُرحت على (12) مريضاً من مرضى سرطان الدم والعظام، وخَلُصت النتائج إلى أن68 % من المرضى يشعرون بفقدان الأمل والعجز أمام تحديات هذا المرض ورحلة علاجه، وأن62% يشعرون بعدم القدرة على ضبط ذواتهم والتحكم بانفعالاتهم بسبب ضغوط الحياة المُعاشة نتيجة إصابتهم بالسرطان التي أثرت على حياتهم في مختلف النواحي.

وانطلاقاً من قلة الدراسات التي تناولت مرضى السرطان من الناحية النفسية عربياً وعدم وجود أية دراسة على الصعيد المحلي، ولأهمية موضوع الاتزان الانفعالي الذي يعد بعداً من الأبعاد الأساسية للشخصية،

ولدوره في تنظيم وضبط النشاط النفسي للمريض من حيث الصمود أمام التقلبات الوجدانية والتحكم في مشاعره أمام ذاته والآخرين، وتصريف تلك الانفعالات بالطريقة المناسبة دون الإضرار بالكيان العام للشخصية، ونظراً لما عاشته الباحثة عن كثب من المعاناة التي يمر بها مريض السرطان، سواء كانت معاناة جسدية أو نفسية أو اجتماعية والآلام المبرحة التي سببها العلاج، لخطيبها الذي أُصيب بسرطان الدم وتوفي بعد ثلاثة أشهر من تلقيه العلاج الكيماوي، وأيضاً من معايشتها لمشوار والدها العلاجي المصاب بسرطان العظام منذ ثمانية عشر عاماً، فكان ذلك دافعاً قوياً للباحثة لدراسة هذه العينة من الناحية النفسية وذلك لأهمية العامل النفسي في التغلب على هذا المرض.

ومن خلال ما سبق ونظراً لأهمية الأفكار التي طُرحت سوف تقوم الباحثة بالدراسة الحالية وحددت مشكلة دراستها بالسؤال التالي: **ماطبيعة العلاقة بين العجز المكتسب والاتزان الانفعالي لدى عينة من مرضى السرطان في محافظة دمشق؟**

ثانياً ـ أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة الحالية من عدة اعتبارات نظرية وتطبيقية أهمها:

2-1- قلة الدراسات العربية حول ظاهرة العجز المكتسب مقارنة بالظواهر الأخرى ونظراً لعدم وجود دراسة سابقة تربط العجز المكتسب والاتزان الانفعالي معاً محلياً وعربياً لدى مرضى السرطان (في حدود علم الباحثة)، مما يبرر أهمية هذه الدراسة حيث يتوقع أن تُسهم في تسليط الضوء على الدور التي تلعبه العوامل النفسية في الصحة الجسمية.

2-2- جدة الدراسة على الصعيد المحلي ولاسيما فيما يتعلق بالعينة المستهدفة بالدراسة وهم مرضى السرطان، حيث لا توجد دراسات سابقة تناولت هذه الفئة من الناحية النفسية التي تلعب دوراً هاماً في علاجه، وأيضاً قلة الدراسات التي تهتم بالجانب النفسي لدى مرضى الأمراض العضوية بشكل عام، والمهددة للحياة بشكل خاص.

2-3- الكشف عن مستوى الشعور بالعجز المكتسب لدى مرضى السرطان بصفتهم معرضون للشعور بالعجز أكثر من غيرهم نظراً لخطورة المرض وما ينتج عنه من آثار سلبية فكرياً ونفسياً تُشعره بالعجز، وبالتالي تقف عائقاً أمام قدرته على التحكم بانفعالاته وتقبله للمرض.

2-4- يمكن أن تسهم نتائج الدراسة كذلك في توجيه أنظار العاملين في المجالات التربوية والنفسية إلى العمل على إعداد برامج إرشادية تسهم في دعم المرضى نفسياً، وعلى أهمية إنشاء فرق دعم نفسي داخل المستشفيات مكون من أطباء نفسية عصبية وأخصائيين نفسيين للتعامل مع الحالات المرضية الصعبة، والتي قد تطول مدة علاجها وبالتالي يساعد ذلك على خفض مستوى الشعور بالعجز المكتسب ورفع مستوى الشعور بالاتزان الانفعالي لدى المرضى وخاصة مرضى السرطان.

ثالثاً –أهداف الدراسة:

تتلخص أهداف الدراسة في المحاور التالية:

3-1- تعرف مستوى العجز المكتسب لدى أفراد عينة الدراسة.

3-2- تعرف مستوى الاتزان الانفعالي لدى أفراد عينة الدراسة.

3-3- تعرف القيمة التنبؤية بالعجز المكتسب لدى أفراد عينة الدراسة استناداً إلى درجة الاتزان الانفعالي.

3-4- تعرف طبيعة العلاقة الارتباطية بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب، ودرجاتهم على مقياس الاتزان الانفعالي.

3-5- تعرف دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب في ضوء المتغيرات التالية: الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، الإقامة، مدة الإصابة ونوع العلاج.

3-6- تعرف دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي في ضوء المتغيرات التالية: الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، الإقامة، مدة الإصابة ونوع العلاج.

رابعاً –أسئلة الدراسة:

4–1– ما درجة القيمة التنبؤية للعجز المكتسب لدى أفراد عينة الدراسة استناداً إلى درجة الاتزان الانفعالي؟

4–2– ما مستوى العجز المكتسب لدى مرضى السرطان عينة الدراسة ؟

4–3– ما مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان عينة الدراسة ؟

خامساً – فرضيات الدراسة:

5–1– لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب ودرجاتهم على مقياس الاتزان الانفعالي.

5–2– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً للمتغيرات التالية: الجنس (ذكور، إناث)، الحالة الاجتماعية (عازب، متزوج)، العمر (20–39، 40 – 59، 60 وما فوق)، الإقامة (في المشفى، في المنزل)، مدة الإصابة (أقل من سنة، من سنة إلى ثلاثة سنوات، أكثر من 3 سنوات)، ونوع العلاج (كيماوي، إشعاعي، جراحي).

5-3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً للمتغيرات التالية: الجنس (ذكور، إناث)، الحالة الاجتماعية (عازب، متزوج)، العمر (20-39، 40 – 59، 60 وما فوق)، الإقامة (في المشفى، في المنزل)، مدة الإصابة (أقل من سنة، من سنة إلى ثلاثة سنوات، أكثر من 3 سنوات)، ونوع العلاج (كيماوي، إشعاعي، جراحي).

سادساً – منهج الدراسة: تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي.

سابعاً – مجتمع الدراسة:

يتألف المجتمع الأصلي للدراسة من المرضى المصابين بمرض السرطان وقد اختارت الباحثة المرضى المصابين بسرطان الدم وسرطان العظام في بعض مشافي محافظة دمشق وهما مشفى البيروني الجامعي العامة ومشفى القديس لويس (الفرنسي) الخاصة.

وبالرجوع للسجلات العامة للمرضى في المشفيين لعام 2016، وُجد أن عدد مرضى المصابون بالسرطان في مشفى البيروني الجامعي هو (7357) مريضاً، بينما عدد المرضى في مشفى القديس لويس هو (160) مريضاً، حيث بلغ عدد المجتمع الأصلي لجميع مرضى السرطان (7517) مريضاً في المَشفيين و(1448) مريضاً عدد المجتمع الأصلي لعينة الدراسة.

ثامناً –عينة الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة سُحبت عينة قصدية مؤلفة من (125) مريضاً ومريضة من المصابين بمرض السرطان (الدم والعظام) الذين يتلقون العلاج في (مشفى القديس لويس، مشفى البيروني الجامعي) في محافظة دمشق بحيث تكون ممثلة للمجتمع الأصلي.

تاسعاً- حدود الدراسة:

الحدود البشرية:

شملت عينة الدراسة بعض مرضى السرطان (سرطان الدم والعظام) في بعض مشافي محافظة دمشق والبالغ عددهم (125) مريض ومريضة.

الحدود المكانية:

تم تطبيق أدوات الدراسة في بعض مشافي محافظة دمشق (مشفى القديس لويس الفرنسي الخاصة و مشفى البيروني الجامعي العامة).

الحدود الزمانية:

تم تطبيق المقاييس على أفراد العينة في الفترة الواقعة بين 15-11-2017 و28- 2- 2018 .

الحدود الموضوعية:

وتتناول العلاقة بين العجز المكتسب بالاتزان الانفعالي، وقياسهما من خلال الأدوات المُعدة والمستخدمة من قبل الباحثة وفق المتغيرات التالية: (الجنس- الحالة الاجتماعية- العمر- نوع الإقامة – مدة الإصابة ونوع العلاج)، وكذلك وفق الخصائص السيسكومترية لأداوت الدراسة.

عاشراً- متغيرات الدراسة:

تتكون متغيرات هذه الدراسة من:

-**المتغيرات الارتباطية : المتغير المستقل:** العجز المكتسب وهو المتغير الذي يؤثر في المتغير التابع في حال وجود علاقة ارتباطية بينهما، و**المتغير التابع:** الاتزان الانفعالي وهو المتغير الذي يتأثر بالتابع المستقل.

-**المتغيرات التصنيفية** وهي:

- الجنس (ذكور، إناث).

- الحالة الاجتماعية (عازب، متزوج).
- العمر(39-20، 40 – 59، 60 وما فوق).
- مكان إقامة المريض (المشفى، المنزل).
- مدة الإصابة (أقل من سنة، من سنة إلى ثلاثة سنوات، أكثر من 3 سنوات).
- نوع العلاج (كيماوي، إشعاعي، جراحي).

الحادي عشر- أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بإعداد الأدوات الآتية:

11-1- مقياس العجز المكتسب.

11-2- مقياس الاتزان الانفعالي.

حيث قامت الباحثة بالتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياسين وجعلهما صالحين للتطبيق على أفراد عينة الدراسة.

الثاني عشر- مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية:

12-1- العجز المكتسب learned helplessness :

يعرفه سيلجمان (Seligman) بأنه الخبرة المتمثلة بعدم إمكانية السيطرة على النتائج مما ينتج عند الأشخاص تطوراً معمماً في توقعاتهم بعدم إمكانية السيطرة المستقبلية والتي تنتج الاستسلام أو السلبية وعدم الرغبة بالمحاولة. (قدوري،2016، 14).

وتعرف الباحثة العجز المكتسب بأنه حالة من الاستسلام يشعر بها الفرد المصاب بالسرطان نتيجة إصابته بمرض خبيث وعدم قدرته على تقبل المرض الذي أصابه، مما يجعله يشعر بالعجز، اليأس والخوف من الموت والمستقبل الغامض فلا يملك القوة للقيام بمهامه اليومية ولا الصبر لتحمل آلام العلاج، وذلك لإيمانه بعدم جدوى العلاج وفقدان الأمل بالشفاء التام من السرطان.

- يعرف العجز المكتسب إجرائياً:

هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها المريض نتيجة إجابته على مقياس العجز المكتسب المستخدم في الدراسة الحالية وفق الأبعاد التالية : الأسباب الداخلية والخارجية، الثبات وعدم الثبات، الشمولية والمحدودية.

12-2- الاتزان الانفعالي Emotional Stability :

الاتزان: يعني أن الانسان لديه قدر من الطاقة الثابتة نسبياً تتمثل بالحالة المتوسطة للسيطرة على التوتر ويحاول العودة إليها عقب إي منبه مثير للاضطراب، هذه العودة إلى الحالة المتوسطة هي عملية الاتزان التي تؤدي إلى ثبات السلوك وانتظامه. (هول وليندري، 1978، 398).

يعرف (سويف 1966) الاتزان الانفعالي بأنه هو ذلك الأساس أو المحور الذي ينظم جوانب النشاط النفسي الذي نسميه الانفعالات أو التقلبات الوجدانية، من حيث تحقيقها لشعور الشخص بالاستقرار النفسي، أو باختلال هذا الاستقرار وبالرضا عن نفسه أو باختلال هذا الرضا وبقدرته على التحكم في مشاعره أو بإفلات زمام السيطرة من يديه. (ربيعة،2015، 21-22).

أما تعريف الباحثة للاتزان الانفعالي فهو قدرة المريض على التحكم في ذاته والسيطرة على دوافعه وانفعالاته، وتناول الأمور بصبر وتعقل ومواجهة المرض وتقبله ومحاولته التعايش مع آثاره والعلاج بهدوء أعصاب وحسن التصرف، فيسعى المريض لعيش اللحظة الحاضرة في مواجهة ظروف وأحداث الحياة الضاغطة والتعامل معها نتيجة العجز الذي أصاب جسده دون تعرض صحته النفسية إلى الاضطراب وذلك بهدف تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي بينه وبين الآخرين.

ويحدد الاتزان الانفعالي إجرائياً: بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المريض نتيجة إجابته على مقياس الاتزان الانفعالي الذي تم استخدامه في الدراسة الحالية وفق الأبعاد التالية: الثقة بالنفس، تحمل آثار المرض، الاسترخاء وضبط الذات.

12-3- سرطان الدم، اللوكيميا أو ابيضاض الدم(Leukemia) : هو عبارة عن تكاثر لخلايا الدم، وعادة ما يكون هذا التكاثر لخلايا الدم البيضاء، حيث أن عددها في الدم يزيد عن الحد الطبيعي وهومن 5 آلاف الى 10 ألاف خلية لكل ملم، ففي سرطان الدم يكون عدد الخلايا من 15 ألف الى 30 ألف خلية لكل ملم. وقد يصل هذا التكاثر الى أكثر من 100 ألف خلية لكل ملم أو حتى أن يكون أقل من 5 ألاف خلية لكل ملم (أي أقل من العدد الطبيعي). (أبو فرسخ ،2014).

12-4- **سرطان العظام (Bone cancer):** هو سرطان عنيف، يبدأ تكوينه من خلايا بدائية متحولة وعند بدايته يكون طبقة عظمية أولية ومن ثم تنمو إلى أن تصبح ورم خبيث. (أبو فرسخ، 2014).

12-5-مرضى السرطان (Cancer patients) :

يقصد بهم عينة من المرضى المُشخصين بمرض السرطان (الدم والعظام) من قبل أطباء مختصين في الأورام السرطانية من خلال فحوصات وتحاليل مخبرية والذين يتلقون العلاج في قسم معالجة الأورام في بعض مشافي محافظة دمشق.

الثالث عشر- القوانين الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية المعلمية من أجل التحقق من صحة أسئلة الدراسة وفرضياتها وتتمثل في الآتي:

- **مقاييس النزعة المركزية.**
- **معامل الارتباط بيرسون .**
- **اختبار ت ستودنت (T-Test)** لعينتين مستقلتين.
- **تحليل الانحدار الخطي (Multiple Regression Model)** والذي يستخدم للتنبؤ بقيمة المتغير التابع **Dependent**، من خلال مجموعة من المتغيرات المستقلة **Independent**.

- **اختبار تحليل التبايُن الأُحَادي One way Anova test .**
- **معادلة ألفا–كرونباخ.**
- **معادلة سبيرمان براون .**

كما تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي المتمثلة بالمتوسطات الحسابية والنسبية والانحرافات المعيارية.

الفصل الثاني : الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات التي تناولت العجز المكتسب.

ثانياً: الدراسات التي تناولت الاتزان الانفعالي.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت مرضى السرطان.

رابعاً: التعقيب على الدراسات السابقة.

خامساً: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.

أولاً: دراسات تتعلق بالعجز المكتسب:

1- الدراسات العربية المرتبطة بالعجز المكتسب وعلاقته ببعض المتغيرات:

1/1- دراسة الحسين (2012)، سورية:

عنوان الدراسة: العجز المكتسب وعلاقته بأساليب التفكير " دارسة ميدانية لدى طلبة الصف السابع الأساسي في مدارس محافظة ريف دمشق ".

هدف الدراسة:معرفة العلاقة بين العجز المكتسب وأساليب التفكير لدى طلبة الصف السابع الأساسي في مدارس محافظة ريف دمشق، ومعرفة الفروق بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس العجز المكتسب ومقياس أساليب التفكير تبعاً لمتغيري (التحصيل الدراسي، والجنس).

عينة الدراسة: تكونت من (1500) طالب وطالبة. (785) طالب و(715) طالبة في مدارس محافظة ريف دمشق في الجمهورية العربية السورية.

أدوات الدراسة: – مقياس العجز المكتسب، ومقياس أساليب التفكير (من إعداد الباحثة).

نتائج الدراسة: – وجود مستوى من العجز المكتسب لدى طلبة صف السابع في محافظة ريف دمشق بدرجة متوسطة (1.89)، توجد علاقة ارتباطية سلبية بين متوسطات إجابات اعينة البحث على مقياسي أساليب التفكير والعجز المكتسب. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة البحث في مقياس العجز المكتسب ومقياس أساليب التفكير تبعاً لمتغير الجنس.

2/1- دراسة صديق (2009) السعودية:

عنوان الدراسة : الشعور بالوحدة النفسية وأساليب عزو العجز المتعلم، لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية في العاصمة المقدسة.

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى تعرف العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية وأساليب عزو العجز المتعلم لدى أفراد عينة البحث.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (417) طالباً في قسمي (الشرعي والطبيعي).

أدوات الدراسة : استخدمت الأدوات الآتية : مقياس الوحدة النفسية (قشقوش ،1988) تقنين عابد على البيئة السعودية، ومقياس أساليب عزو العجز المتعلم (إعداد الفرحاتي ،1997) تقنين (صباح الرفاعي على البيئة السعودية).

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية وأساليب عزو العجز المتعلم بأبعاده المختلفة، وإن مستوى أساليب عزو العجز المتعلم ومستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد العينة كان ضعيفاً، ولا توجد فروق بين إجابات أفراد العينة على مقياس أساليب العجز المتعلم وفقاً لمتغيري (العمر والصف الدراسي) .

3/1- دراسة بخاري (2006) السعودية:

عنوان الدراسة : التفاؤل والتشاؤم وأساليب عزو العجز المتعلم لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين طالبات جامعة أم القرى في مفهومي التفاؤل والتشاؤم وأساليب عزو العجز المتعلم تبعاً لمتغير التخصص الدراسي والسن والحالة الاجتماعية.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (400) طالبة من طالبات جامعة أم القرى من تخصصات مختلفة.

أدوات الدراسة:استخدمت الأدوات الآتية : القائمة العربية للتفاؤل و التشاؤم إعداد(عبد الخالق، 1996) ، مقياس أساليب عزو العجز المتعلم إعداد (الفرحاتي، 1997) تقنين (الرفاعي، 2002).

نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق بين الطالبات في مفهومي التفاؤل والتشاؤم وعزو العجز المتعلم، عدم وجود فروق بين الطالبات في مفهومي التفاؤل والتشاؤم وعزو العجز المتعلم تبعاً للمستوى الدراسي والحالة الاجتماعية.

4/1-دراسة باحكيم (2003) السعودية:

عنوان الدراسة : علاقة توقعات النجاح والفشل بأساليب عزو العجز المتعلم لدى طلاب وطالبات جامعة أم القرى في مكة المكرمة.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على توقعات النجاح والفشل بأساليب عزو العجز المتعلم لدى طلاب وطالبات جامعة أم القرى في مكة المكرمة، وتعرف الفروق في توقعات النجاح والفشل وأساليب عزو العجز المتعلم في ضوء بعض المتغيرات (العمر، الجنس، المستوى الدراسي، التخصص).

عينة الدراسة : تألفت عينة البحث من (299) طالباً و(303) طالبة من جامعة أم القرى .

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة مقياس توقعات النجاح من إعداد منى البلبيسي (1991) ومقياس أساليب عزو العجز المتعلم من إعداد صباح الرفاعي (2002) .

نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين توقعات النجاح والفشل وأساليب عزو العجز المتعلم، وعدم وجود فروق بين توقعات النجاح والفشل وأساليب عزو العجز المتعلم بين مختلف المستويات الدراسية (أول – ثان – ثالث – رابع) لدى الطلبة، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب العجز المتعلم بين الجنسين لصالح الطالبات.

2- الدراسات الأجنبية المرتبطة بالعجز المكتسب وعلاقته ببعض المتغيرات:

1/2- دراسة روزيل (Rozell et al, 1998)، الولايات المتحدة الأمريكية:

Gender differences in the factors affecting helpless behavior and performance.

عنوان الدراسة: الفروق الجنسية وأثرها على العجز السلوكي الأدائي.

هدف الدراسة: اختبار أثر كل من جنس الطالب وهويته على العجز السلوكي والأدائي في المرحلة الجامعية.

عينة الدراسة: تكونت من (84) طالب وطالبة من المرحلة الجامعية.

أداة الدراسة: – مقياس لأساليب العزو من إعداد الباحث، أداء بعض المهام الصعبة.

نتائج الدراسة: أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود آثار ذات دلالة إحصائية للعجز المكتسب تبعاً لمتغير الجنس.

2/2– دراسة ماكين (Mckean, 1994)، الولايات المتحدة الأمريكية:

Using multiple risk factory to assess the behavioral, cognitive and affective effects of learned helplessness.

عنوان الدراسة: أثر العوامل الخطرة المتعددة السلوكية والمعرفية والوجدانية في العجز المكتسب.

هدف الدراسة: هدفت إلى تعرف أثر العوامل العاطفية والمعرفية على العجز المكتسب عند الطلاب.

عينة الدراسة: تكونت من (56) طالباً و (122) طالبة من طلاب جامعة جنوب أوهايو، حيث بلغ متوسط أعمارهم (20) سنة.

أداة الدراسة: استخدم مقياس العجز المكتسب لـ نيلسن (1988).

نتائج الدراسة : أهم ما توصلت إليه هذه الدراسة أنها:

كشفت الارتباطات الإحصائية عن وجود علاقة بين العوامل (العاطفية والمعرفية) والعجز المكتسب، ولم يكن هناك أثر لمتغير الجنس على العجز المكتسب.

ثانياً – دراسات تتعلق بالاتزان الانفعالي:

1–الدراسات العربية المرتبطة بالاتزان الانفعالي وعلاقته ببعض المتغيرات:

1/1– دراسة المومني (2016) ، الأردن:

عنوان الدراسة : العوامل الاجتماعية الديموغرافية المتنبئة بالاتزان الانفعالي لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك.

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى الكشف عن العوامل الاجتماعية الديموغرافية المتنبئة بالاتزان الانفعالي لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (1276) طالباً وطالبة من طلبة مرحلة البكالوريوس في جامعة اليرموك ، تم اختيار العينة بطريقة عشوائية.

أدوات الدراسة : استخدم الباحث مقياس الاتزان الانفعالي المعد من قبل روبيو وأوجادو وهوتيجز وهيماندر (Rubio,Aguado,Houtanges & Hernandez , 2007)، بعد التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس.

نتائج الدراسة : أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الاتزان الانفعالي لدى طلبة جامعة اليرموك جاء متوسطاً، وفيما يتعلق بالأبعاد، جاء بُعد الاكتئاب في المرتبة الأولى، تلاه بُعد العدائية، ثم بُعد التوت، وجاء بُعد الانفعالية في المرتبة الأخيرة، وفيما يتعلق بأبعاد مقياس الاتزان الانفعالي، أظهرت النتائج أيضاً أن التوتر والعدائية و الاكتئاب، والانفعالية، كانت أقل لدى الأفراد الذين حجم عائلاتهم متوسطاً من الأفراد الذين حجم عائلاتهم كبيرة، كما أظهرت النتائج أنه كلما زاد الدخل الشهري قل الاكتئاب لدى الفرد، وأنه كلما تقدم الفرد بالعمر قلت الانفعالية لديه، وأن الذكور أكثر انفعالية من الإناث.

2/1- دراسة ابراهيم وجميل (2015) ، العراق:

عنوان الدراسة : أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقتها بالاتزان الانفعالي لدى اللاجئين السوريين في مدينة أربيل.

هدف الدراسة: قياس مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ومستوى الاتزان الانفعالي لدى اللاجئين السوريين في مدينة أربيل والتعرف على الفروق في مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاتزان الانفعالي وفق متغيرات (الجنس، العمر، المستوى التعليمي).

عينة الدراسة: تكونت العينة من (617) لاجئاً سورياً في مدينة أربيل.

أدوات الدراسة: مقياس هارفارد لإصابات وأعراض ما بعد الصدمة ومقياس الاتزان الانفعالي من إعداد الباحثتان.

نتائج الدراسة: يتمتع أفراد العينة بمستوى من أعراض اضطراب الشدة ما بعد الصدمة بنسبة 33% وبمستوى من الاتزان الانفعالي بنسبة 69% . وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في أعراض اضطراب الشدة ما بعد الصدمة وعلى مستوى الاتزان الانفعالي وتوجد فروق بحسب الفئات العمرية والمستويات التعليمية .

3/1- دراسة عطية (2014) ، الأردن:

عنوان الدراسة : الاتزان الانفعالي وعلاقته بضبط الذات لدى طلبة جامعة اليرموك.

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى الكشف عن الاتزان الانفعالي وعلاقته بضبط الذات لدى طلبة جامعة اليرموك.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (749) طالباً وطالبةً من طلبة جامعة اليرموك.

أدوات الدراسة : استخدم الباحث مقياس الاتزان الانفعالي والمكون من (54) فقرة، موزعة على مجالين، ومقياس ضبط الذات و المكون من (35) فقرة ، وتم التحقق من مؤشرات صدقهما و ثباتهما.

نتائج الدراسة : أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الاتزان الانفعالي لدى طلبة جامعة اليرموك جاء بدرجة متوسطة. وجاء مجال التحكم والسيطرة على الانفعالات في المرتبة الأولى، وبدرجة متوسطة، في حين جاء مجال المرونة في التعامل مع المواقف والأحداث في المرتبة الثانية، وبدرجة متوسطة.

كما بينت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتزان الانفعالي ككل، وفي مجال المرونة في التعامل مع المواقف والأحداث، تعزى لمتغير الجنس، لصالح الذكور. وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتزان الانفعالي ككل، وفي المجالات، تعزى لمتغيري المستوى الدراسي والتخصص. وبينت النتائج وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاتزان الانفعالي، ومستوى ضبط الذات لدى طلبة جامعة اليرموك، حيث كانت جميع قيم معاملات الارتباط بين مجالات الاتزان الانفعالي، والاتزان الانفعالي ككل، ومستوى ضبط الذات دالة إحصائياً.

4/1- دراسة السبعاوي (2007)، العراق:

عنوان الدراسة : قياس الاتزان الانفعالي لدى طلبة معاهد اعداد المعلمين والمعلمات الذين تعرضت أسرهم لحالات الدهم والتفتيش والاعتقال من قبل قوات الاحتلال الأمريكي وأقرانهم الذين لم يتعرضوا لها في مدينة الموصل ، " دراسة مقارنة ".

هدف الدراسة: قياس مستوى الاتزان الانفعالي لدى طلبة معاهد إعداد المعلمين بشكل عام والتعرف على الفروق في الاتزان الانفعالي وفق متغير الجنس وكذلك التعرف على الفروق في مستوى الاتزان الانفعالي لدى طلبة معاهد اعداد المعلمين والمعلمات الذين تعرضت أسرهم لحالات الدهم والتفتيش والاعتقال من قبل قوات الاحتلال الأمريكي وأقرانهم الذين لم يتعرضوا لها .

عينة الدراسة: تكونت العينة من (750) طالباً وطالبة من معهد إعداد المعلمين والمعلمات في مدينة الموصل.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس الاتزان الانفعالي للمسعودي (2002).

نتائج الدراسة: وجود علاقة ارتباطية غير دالة بين متغير الاتزان الانفعالي ومتغير الجنس لصالح الإناث. وعدم وجود فروق إحصائية ذات دلالة بين متوسط درجات الجانحين والجانحات على مقياس الاتزان الانفعالي وفقاً لمتغيرات نوع الجنحة وتكرار التوقيف والمستوى التعليمي للحدث.

5/1- دراسة ريان (2006) ، فلسطين:

عنوان الدراسة : الاتزان الانفعالي وكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر بمحافظات غزة .

هدف الدراسة: الكشف عن العلاقة بين الاتزان الانفعالي وكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر بمحافظات غزة.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (530) طالباً وطالبة من طلبة الصف الحادي عشر بمحافظات غزة من التخصص العلمي والأدبي.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس الاتزان الانفعالي من إعداده .واختبار السرعة الإدراكية من إعداد أنور الشرقاوي (1983) واختبار القدرة على التفكير الابتكاري من إعداد سيد خر الله وممدوح الكناني (1987).

نتائج الدراسة: لا توجد علاقة ارتباطية غير دالة بين الاتزان الانفعالي والسرعة الإدراكية لدى أفراد العينة. وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات منخفضي ومرتفعي الاتزان الانفعالي على اختبار السرعة الإدراكية واختبار التفكير الابتكاري لدى أفراد العينة، ولا توجد فروق في الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغيري التخصص الدراسي والجنس.

6/1- دراسة بني يونس (2005)، الأردن:

عنوان الدراسة: علاقة الاتزان الانفعالي بمستويات تأكيد الذات عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية".

هدف الدراسة: الكشف عن كل مستويات الاتزان الانفعالي ومستويات تأكيد الذات، وإيجاد العلاقة بينهما،عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية.

عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة العينة (134) طالباً وطالبة من طلبة الجامعة الأردنية والمسجلين للفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي (2002- 2003).

أدوات الدراسة: مقياس الاتزان الانفعالي الذي استعمله (العبيدي، 1992)، وأداة للكشف عن مستويات تأكيد الذات (مقياس ولبي،1973).

نتائج الدراسة: وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج، من أهمها : أن هناك اختلافاً دالاً إحصائياً في مستوى الاتزان الانفعالي يعزى إلى متغير الجنس، وهناك اختلافاً دالاً إحصائياً في مستوى تأكيد الذات يعزى إلى متغير الجنس، وذلك لصالح الذكور في كليهما. وأظهرت النتائج أن مستوى تأكيد الذات المتوسط تقاطع بشكل واضح مع كل من مستوى الاتزان الانفعالي المتوسط والمرتفع، وأن هناك ارتباط دال إحصائياً بين مستويات تأكيد الذات ومستويات الاتزان الانفعالي حيث بلغ معامل ارتباط (0,314).

7/1- دراسة العدل (1995)، مصر:

عنوان الدراسة: الاتزان الانفعالي وعلاقته بكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري.

هدف الدراسة: معرفة العلاقة بين الاتزان الانفعالي من جهة وكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري من جهة أخرى .

عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة (325) طالباً وطالبة بالصف الثاني ثانوي بمدينة الإسماعيلية، (138) طالباً و (187) طالبة وقد تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

أدوات الدراسة: مقياس الاتزان الانفعالي من إعداد الباحث، واختبار السرعة الإدراكية من إعداد أنور الشرقاوي وآخرين، واختبار التفكير الابتكاري: أعدها باللغة العربية عبد السلام عبد الغفار علي، وأساس بطارية جيلفورد الأصلية. واختبار الذكاء المصور: إعداد أحمد ذكي صالح (1978).

نتائج الدراسة: وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج، من أهمها :

1) وجود علاقة ارتباطية بين درجات الطلاب في الاتزان الانفعالي ودرجاتهم في اختبارات التفكير الابتكاري عدا الأصالة.

2) لا توجد علاقة ارتباطية بين الاتزان الانفعالي والسرعة الادراكية.

3) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلاب والطالبات على مقياس الاتزان الانفعالي لصالح الطالبات.

2-الدراسات الأجنبية المرتبطة بالاتزان الانفعالي وعلاقته ببعض المتغيرات:

1/2- دراسة بروس وآخرون (Brose& others,2013)، ألمانيا :

Life contexts make a difference: emotional stability in younger and older adults.

عنوان الدراسة: سياقات الحياة تحدث فرقاً: الاتزان الانفعالي لدى البالغين الأصغر سناً والأكبر سناً الراشدين.

هدف الدراسة: التعرف إلى الفروق في مستوى الاتزان الانفعالي بين عينة من الطلبة الجامعيين وعينة من الأشخاص الراشدين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (101) طالب وطالبة من طلبة الجامعات الألمانية وعينة مكونة من (103) راشدين من الجنسين.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثون استبيان الاتزان الانفعالي من إعدادهم.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاتزان الانفعالي بين أفراد الدراسة، لصالح الراشدين ، كما أظهرت النتائج إلى أن مستوى الاتزان الانفعالي لدى الطلبة الجامعيين جاء متوسطاً، بينما كان مرتفعاً لدى الراشدين.

2/2- دراسة آليم (Aleem,2005)، الهند :

Emotional Stability among College Youth

عنوان الدراسة: الاتزان الانفعالي لدى الطلبة الجامعيين.

هدف الدراسة: التعرف إلى مدى انتشار الاتزان الانفعالي بين الطلاب الذكور والإناث.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (100) طالب وطالبة ومنهم (50) طالباً و(50) طالبة من طلبة الكليات المختلفة في مدينة نيودلهي.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث استبيان الاتزان الانفعالي (ESQ) المطور من قبل Psycom Services (1995).

نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاتزان الانفعالي تعزى لمتغير الجنس، لصالح الذكور.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت مرضى السرطان:

1-الدراسات العربية المرتبطة بمرضى السرطان:

1/1- دراسة براهمية (2016) ، الجزائر:

عنوان الدراسة : الألم النفسي لدى مرضى السرطان .

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان، ومعرفة الفروق في مستويات الألم النفسي تبعاً لتغير الجنس، السن ونوع العلاج.

عينة الدراسة : أجريت الدراسة على عينة مكونة من 230 مريضاً.

أدوات الدراسة : استعمل الباحث مقياس الاكتئاب،القلق والضغط (DASS21) لغرض جمع البيانات.

نتائج الدراسة : أظهرت نتائج الدراسة إلى أن حوالي(69.68 %) يعانون من اكتئاب و(04.63 %) من قلق منخفض, بينما(82.47 %) لديهم ضغط متوسط، وتبين أن هناك فروقاً دالة في مستوى الاكتئاب، القلق والضغط وفقاً للسن وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور، كما اتضح وجودها في مستوى الضغط لحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي، في حين لم تسجل أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقاً للسن.

2/1- دراسة قواجلية (2013) ، الجزائر:

عنوان الدراسة : قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان.

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى التعرف على معاناة الراشد المصاب بمرض السرطان من قلق الموت وتحديد مستوى قلق الموت لديهم .

عينة الدراسة : اعتمدت الدراسة على (3) حالات من المصابين بمرض السرطان ، وتراوحت أعمارهم بين (35 – 48) سنة.

أدوات الدراسة : الملاحظة ،المقابلة العيادية ، مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر.

نتائج الدراسة : أظهرت النتائج أن الراشد المصاب بالسرطان يعاني من قلق موت، حيث أن الحالات الثلاثة يشتركون في تجنب اللقاءات العائلية والاجتماعية، كما يشتركون أيضاً في إحساسهم بالنقص. وتبين أن حياتهم النفسية بعد اكتشافهم للمرض تتسم بالقلق والإحباط والخوف من الموت يضاف إلى ذلك الانفعال

والاكتئاب. حيث وجد أن الحالات الثلاثة لديهم قلق موت مرتفع ولا يوجد فروق دالة إحصائياً وفق متغير الجنس، فالحالات الثلاثة (امرأتان ورجل) يعانون من قلق موت مرتفع.

3/1- دراسة بركات (2006) ، فلسطين:

عنوان الدراسة : سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان.

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى التعرف على سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان دراسة مقارنة بين المصابين بالسرطان في بعض سمات الشخصية الانفعالية : الاكتئاب، قلق الموت، الانبساط، الانطواء، الاتزان، الاندفاع، الاضطرابات الانفعالية والتفاؤل والتشاؤم.

عينة الدراسة : بلغ حجم العينة 48 فرداً مصاباً بالسرطان و48 فرداً من غير المصابين.

أدوات الدراسة : استخدم الباحث عدة مقاييس وهي :مقياس الاكتئاب من إعداد الباحث ، مقياس قلق الموت لعبد الخالق (1987)، قائمة آيزنك للشخصية، مقياس الاضطرابات الانفعالية لنيال وإبراهيم (1994)، ومقياس سيلكمان للتفاؤل والتشاؤم.

نتائج الدراسة : كانت أهم نتائج الدراسة أن سمات الشخصية الانفعالية تتوافر لدى المصابين بالسرطان حسب الترتيب التالي: الاضطرابات الانفعالية، قلق الموت، الانبساط – الانطواء، الاتزان – الاندفاع، الاكتئاب، التفاؤل والتشاؤم. وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين وغير المصابين في الاضطرابات الانفعالية وقلق الموت والتشاؤم لصالح المصابين وكذلك فروق بين المصابين تعزى لمتغير الجنس على قلق الموت، والاضطرابات الانفعالية، والتفاؤل، والتشاؤم لمصلحة الإناث.

4/1- دراسة إبراهيم (2003) ، المملكة العربية السعودية:

عنوان الدراسة : الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان.

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى التعرف على الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان ومقارنة بمثلهم الأصحاء.

عينة الدراسة : 150 مريض سعودي و 150 شخص أصحاء.

أدوات الدراسة : استخدم مقياس الحالة المزاجية " لبيك" واختبار تفهم الموضوع.

نتائج الدراسة : وجدت الدراسة أن مرضى السرطان أكثر اكتئاباً وقلقاً وخوفاً ووسواساً قهرياً وعداوة وذهانية من الأصحاء، كما وجد فروقاً بين أنواع السرطان المختلفة مما يدل على أن نوع السرطان يؤثر في الحالة النفسية.

5/1- دراسة الحجار(2003) ، فلسطين:

عنوان الدراسة : التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات (السلوك الديني، العمر، مستوى دخل الأسرة، المستوى التعليمي ونوع العلاج).

هدف الدراسة : التعرف على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات (السلوك الديني، العمر، مستوى دخل الأسرة، المستوى التعليمي ونوع العلاج).

عينة الدراسة : تكونت عينة البحث من 60 مريضة مصابة بسرطان الثدي.

أدوات الدراسة : قام الباحث بإعداد اختبار التوافق النفسي والاجتماعي، كما استخدم اختبار السلوك الديني من إعداد عبد الكريم رضوان.

نتائج الدراسة : أظهرت النتائج أن مريضات سرطان الثدي يعانين من آثار سوء التوافق المترتبة على أعراض ومضاعفات سرطان الثدي وخاصة في البعد الجسدي، والنفسي، الإجتماعي، الإنسجامي، ثم الأسري على التوالي، كما أن مريضات سرطان الثدي يرتفع لديهن السلوك المتعلق بالسن والسلوكيات الدينية أكثر من السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية. وأيضاً لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة تعزى لمتغير العمر ونوع العلاج.

2-الدراسات الأجنبية المرتبطة بمرضى السرطان:

1/2- دراسة إيل وآخرون(ELL K & Others, 2001)، الولايات المتحدة الأمريكية:

A longitudinal analysis of psychological adaptation among survivors of Cancer.

عنوان الدراسة : تحليل طولاني للتكيف النفسي بين الناجين من السرطان.

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى التعرف على طرق التعامل الوظيفي، النفسي، والاجتماعي مع السرطان عند المرضى باختلاف العمر.

عينة الدراسة : شملت العينة (159) مريضاً أكبر من 65 سنة، و(94) مريضاً أقل من 65 سنة، تم تشخيصهم بأنواع سرطان مختلفة هي: الثدي، القولون، الرئة.

أدوات الدراسة : استخدم الباحثون مقياس التوافق المتعدد والمقابلات للوصول إلى النتائج على مدى ثلاثة شهور ثم سنة بعد التشخيص بالسرطان.

نتائج الدراسة : أظهرت النتائج أن كبار السن (فوق ٦٥ سنة) لم يكونوا متضررين بشكل جدي من المدة التي يأخذها التوافق الجيد أو طرق التعامل مع المرض.كما يتضح من الدراسة أن كبر السن يلعب دوراً إيجابيا في القدرة على التوافق.

2/2- دراسة ماريستي وآخرون (Marasate R.et al, 1992)، السويد :

Anxiety & depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy.

عنوان الدراسة : القلق والاكتئاب لدى مرضى سرطان الثدي عند بدء العلاج الإشعاعي المساعد.

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى قياس مستوى القلق والاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي يتلقين علاجاً إشعاعياً.

عينة الدراسة : تكونت من 133 مريضة مصابة بسرطان الثدي تم تحويلهم لتلقي العلاج الإشعاعي بعد العلاج الجراحي.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثون مقياس للقلق والاكتئاب (HAD).

نتائج الدراسة:

18 مريضة 14% ظهرت لديهن درجة تشير إلى قلق مرضي.

مريضتين 1.5 % أظهرن بالاكتئاب الواضح.

وتظهر الدراسة أن كلاً من القلق والاكتئاب يزداد لدى المصابات بسرطان الثدي اللواتي يتم معالجتهن بالعلاج الإشعاعي وذلك بعد العلاج الجراحي.

3/2-دراسة ماهون وآخرون (Mahon @ others,1990) ، الولايات المتحدة الأمريكية:

Psychosocial adjustment to recurrent cancer.

عنوان الدراسة : التوافق النفسي والاجتماعي للسرطان المتكرر.

هدف الدراسة : التعرف على أشياء ثلاثة تتعلق بتكرار الإصابة بالسرطان وهي :

كيف يصف المرضى معنى الإصابة بالسرطان مجدداً؟ ، وهل ينظر الأشخاص إلى تكرار الإصابة وكذلك التشخيص الأولي بشكل مختلف؟، وما هي المشاكل الرئيسية التي تتعلق بتكرار الإصابة بالسرطان؟.

عينة الدراسة : شملت العينة (40) مريضاً تم تشخيصهم بتكرار الإصابة بالسرطان خلال الثلاثين يوماً.

أدوات الدراسة : استخدم الباحثون مقياس (تأثير الحدث) (IES)، ومقياس التوافق النفسي والاجتماعي تجاه المرض (PAIS) وكذلك المقابلة حيث أثارت تصورات عن حدوث التكرار والاختلافات بين تشخيص التكرار والتشخيص الأولي.

نتائج الدراسة : كانت النتائج كالتالي:

78 % من العينة أظهروا أن تكرار الإصابة كان مؤذياً ومؤثراً سلبياً أكثر من التشخيص – المبدئي.

كما أن تكرار الإصابة بالسرطان يؤدي لدى معظم المصابين إلى زيادة الغضب بصورة أكبر من الذي أصابهم عند التشخيص بالسرطان في المرة الأولى، الشيء الذي أدى إلى ضعف التوافق.

4/2- دراسة لوفر وآخرون (Lover RR, & Others,1989) ، الولايات المتحدة الأمريكية:

Side effects & emotional distress during cancer chemotherapy.

عنوان الدراسة : "**الآثار الجانبية والضغوطات النفسية خلال العلاج الكيميائي للسرطان**".

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى تقييم الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي، والضغوط النفسية لدى مريضات سرطان الثدي.

عينة الدراسة : شملت العينة (238) مريضة سرطان الثدي.

أدوات الدراسة : تمت مقابلة العينة (5) مرات خلال الجرعات الستة الأولى للعلاج.

نتائج الدراسة : ظهرت الأعراض التالية لدى المريضات: غثيان، تساقط الشعر، وإرهاق على أكثر من 80 % من المريضات.عند الجرعة السادسة، 46 % من المريضات بدأن يفكرن بالتوقف عن العلاج، ولكن عدداً قليلاً منهن أبلغ الطاقم الطبي بذلك. وعلى العكس، فإن الضغط النفسي كان أقل حساسية للعلاج مع مرور الزمن. و يلاحظ أن العلاج الكيميائي له أعراض جانبية تؤثر بشكل كبير على الوضع الجسدي للمرأة، وبالتالي يؤثر نفسياً واجتماعياً.

رابعاً: التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال العرض السابق لمجموعة الدراسات السابقة التي اهتمت بموضوع العجز المكتسب، والاتزان الانفعالي ومرض السرطان مايلي:

4-1- من حيث موضوع الدراسة:

بلغ عدد الدراسات السابقة بحسب موضوعاتها (24) دراسة، منها (6) دراسات سابقة متعلقة بالعجز المكتسب، و(9) دراسات متعلقة بالاتزان الانفعالي، و(9) دراسات تناولت مرض السرطان وهي تتقاطع بشكل أو بآخر مع موضوع الدراسة الحالية، ولكل من هذه الدراسات سماتها ونتائجها الخاصة.

4-2- الأهداف:

تنوعت أهداف الدراسات السابقة التي تناولت العجز المكتسب تبعاً للغرض الذي سعى الباحثون إلى تحقيقه، ويمكن تحديد أهم هذه الأهداف في التالي:

هدفت دراسة الحسين(2012) إلى معرفة العلاقة بين العجز المكتسب وأساليب التفكير لدى طلبة الصف السابع الأساسي في مدارس محافظة ريف دمشق، ودراسة صديق(2009) هدفت إلى دراسة الشعور بالوحدة النفسية وأساليب عزو العجز المتعلم، لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية في العاصمة المقدسة.أما دراسة بخاري (2006) فهدفت إلى دراسة التفاؤل والتشاؤم وأساليب عزو العجز المتعلم لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة، وهدفت دراسة باحكيم (2003) إلى دراسة علاقة توقعات النجاح والفشل بأساليب عزو العجز المتعلم لدى طلاب وطالبات جامعة أم القرى في مكة المكرمة. وفيما يخص الدراسات الأجنبية التي تناولت العجز المكتسب : دراسة روزيل (1998) التي هدفت لمعرفة الفروق الجنسية وأثرها

على العجز السلوكي الأدائي، بينما هدفت دراسة ماكين (1994) إلى معرفة أثر العوامل الخطرة المتعددة السلوكية والمعرفية والوجدانية في العجز المكتسب.

وقد تنوعت الدراسات التي تناولت الاتزان الانفعالي في أهدافها أيضاً وتركزت أهم هذه الأهداف فيما يلي:

دارسة المومني (2016) هدفت الدراسة إلى الكشف عن العوامل الاجتماعية الديموغرافية المتنبئة بالاتزان الانفعالي لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك، أما دراسة ابراهيم وجميل (2015) هدفت إلى قياس مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ومستوى الاتزان الانفعالي لدى اللاجئين السوريين في مدينة أربيل، كما هدفت دراسة عطية (2014) إلى الكشف عن الاتزان الانفعالي وعلاقته بضبط الذات لدى طلبة جامعة اليرموك، وهدفت دراسة السبعاوي (2007) إلى قياس مستوى الاتزان الانفعالي لدى طلبة معاهد إعداد المعلمين، بينما دراسة ريان (2006) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الاتزان الانفعالي وكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر بمحافظات غزة، بينما هدفت دراسة بني يونس (2005) إلى الكشف عن كل مستويات الاتزان الانفعالي ومستويات تأكيد الذات، وإيجاد العلاقة بينهما،عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية، وهدفت دراسة العدل (1995) إلى معرفة العلاقة بين الاتزان الانفعالي من جهة وكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري من جهة أخرى .وفيما يخص الدراسات الأجنبية التي تناولت الاتزان الانفعالي : هدفت دراسة بروس وآخرون (2013) إلى التعرف إلى الفروق في مستوى الاتزان الانفعالي بين عينة من الطلبة الجامعيين وعينة من الأشخاص الراشدين، بينما هدفت دراسة آليم (2005) إلى التعرف لمدى انتشار الاتزان الانفعالي بين الطلاب الذكور والإناث.

أما فيما يخص الدراسات التي تناولت مرضى السرطان: هدفت دراسة براهيمة (2016) إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان، ومعرفة الفروق في مستويات الألم النفسي تبعاً لتغير الجنس، السن ونوع العلاج، كما هدفت دراسة قواجلية (2013) إلى التعرف على معاناة الراشد المصاب بمرض السرطان من قلق الموت وتحديد مستوى قلق الموت لديهم، بينما هدفت دراسة بركات (2006) إلى التعرف على سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان دراسة مقارنة بين المصابين بالسرطان في بعض سمات الشخصية الانفعالية : الاكتئاب، قلق الموت، الانبساط، الانطواء، الاتزان، الاندفاع، الاضطرابات الانفعالية والتفاؤل والتشاؤم. كما هدفت دراسة إبراهيم (2003) إلى التعرف على الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان ومقارنة بمثلهم الأصحاء، وهدفت دراسة الحجار (2003) إلى التعرف على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وفيما يتعلق بالدراسات الأجنبية التي تناولت مرض السرطان : هدفت دراسة إيل وآخرون (2001) إلى التعرف على طرق التعامل الوظيفي، النفسي، والاجتماعي مع السرطان عند المرضى باختلاف العمر، بينما هدفت دراسة ماريستي وآخرون

(1992) إلى قياس مستوى القلق والاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي يتلقين علاجاً إشعاعياً، أما دراسة ماهون وآخرون (1990) هدفت دراسة التوافق النفسي والاجتماعي للسرطان المتكرر، أما دراسة لوفر وآخرون (1989) هدفت إلى تقييم الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي، والضغوط النفسية لدى مريضات سرطان الثدي.

4-3- العينة:

اختلف حجم العينات من دراسة لأخرى فقد اشتمل بعضها على عينات كبيرة، في حين اشتمل بعض منها على عينات صغيرة. فيما يخص دراسات العجز المكتسب تم الدراسة على عينات من فئات عمرية مختلفة وتدرجت في مستوياتها العلمية من الجامعة إلى المرحلة الثانوية والمرحلة الإعدادية. ومن هذه الدراسات دراسة : (الحسين: 2012، صديق: 2009، بخاري : 2006، باحكيم: 2003، Rozell et al:1998، Mckean: 1994). أما في مجال الاتزان الانفعالي تمت الدراسة على عينات مختلفة من طلبة الجامعة وطلبة المرحلة الثانوية ودراسة طبقت على اللاجئين السورين ودراسة على المعلمين. ومن هذه الدراسات دراسة: (المومني: 2016، ابراهيم وجميل : 2015، عطية : 2014، السبعاوي: 2007، ريان : 2006، بني يونس: 2005، العدل: 2005، Brose :2013،Aleem: 2005). وتشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة التي تناولت مرضى السرطان في أن عينة الدراسة هي مرضى السرطان ودراسة الجانب النفسي للمرض على المريض وخاصة الجانب الانفعالي فلقد درس (بركات :2006) سمات الشخصية الانفعالية للمرضى بما فيها الاتزان الانفعالي لدى المرضى، وأغلب الدراسات طُبقت على مرضى سرطان الثدي، بينما الدراسة الحالية طُبقت على مرضى سرطان الدم وسرطان العظام.

4-4- الأدوات:

بالنسبة لأدوات الدراسات السابقة فقد تم استخدام الاستبيان بصورة رئيسية في أغلب تلك الدراسات، فقد استخدم كل من صديق (2009) وبخاري (2006) وباحكيم (2003) مقياس أساليب عزو العجز المتعلم (إعداد الفرحاتي ،1997) تقنين (صباح الرفاعي على البيئة السعودية). أما فيما يتعلق بالاتزان الانفعالي استخدم المومني (2016) مقياس الاتزان الانفعالي المعد من قبل روبيو وأوجادو وهوتيجز وهيماندر (Rubio,Aguado,Houtanges & Hernandez 2007 ,)، أما السبعاوي (2007) استخدم مقياس الاتزان الانفعالي للمسعودي (2002)، بينما استخدم بني يونس (2005) مقياس الاتزان الانفعالي الذي استعمله (العبيدي، 1992)، كما استخدم آليم (2005) استبيان الاتزان الانفعالي (ESQ) المطور من

قبل Psycom Services (1995)، بينما أعد كل من ابراهيم وجميل (2015)، ريان (2006) والعدل(1995) وبروس وآخرون (2013) مقياس للاتزان الانفعالي .

4-5- النتائج:

تنوعت نتائج الدراسات السابقة بتنوع أهدافها ويمكن أن نذكر أهم هذه النتائج فيما يلي:

أشارت كل من دراسة الحسين (2012) ودراسة روزيل (1998) بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة البحث في مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الجنس، بينما وجدت دراسة باحكيم (2003) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب العجز المتعلم بين الجنسين لصالح الطالبات، كما أظهرت نتائج دراسة صديق (2009) عدم وجود فروق بين إجابات أفراد العينة على مقياس أساليب العجز المتعلم وفقاً لمتغير العمر، بينما وجدت دراسة بخاري (2006) عدم وجود فروق بين الطالبات في مفهومي التفاؤل والتشاؤم وعزو العجز المتعلم تبعاً للحالة الاجتماعية.

كما أوجدت دراسة المومني (2016) أن مستوى الاتزان الانفعالي لدى طلبة جامعة اليرموك جاء متوسطاً، وأن الذكور أكثر انفعالية من الإناث، بينما أظهرت دراسة ابراهيم وجميل (2015) ودراسة ريان (2006) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على مستوى الاتزان الانفعالي وتوجد فروق بحسب الفئات العمرية وأظهرت كل من دراسة بني يونس (2005) ودراسة العدل (1995) ودراسة آليم (2005) وجود فروق في الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغيري الجنس. ولقد أشارت نتائج دراسة بروس وآخرون (2013) إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاتزان الانفعالي بين أفراد الدراسة، لصالح الراشدين ، كما أظهرت النتائج إلى أن مستوى الاتزان الانفعالي لدى الطلبة الجامعيين جاء متوسطاً،

وأشارت نتائج دراسة براهمية (2016) أن هناك فروقاً دالة في مستوى الاكتئاب، القلق والضغط وفقاً للسن وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور، كما اتضح وجودها في مستوى الضغط لحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي، في حين لم تسجل أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقاً للسن. بينما دراسة بركات (2006) كانت أهم نتائج الدراسة أن سمات الشخصية الانفعالية تتوافر لدى المصابين بالسرطان حسب الترتيب التالي: الاضطرابات الانفعالية، قلق الموت، الانبساط – الانطواء، الاتزان – الاندفاع، الاكتئاب، التفاؤل والتشاؤم. وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين وغير المصابين في الاضطرابات الانفعالية وقلق الموت والتشاؤم لصالح المصابين وكذلك فروق بين المصابين تعزى لمتغير الجنس على قلق الموت، والاضطرابات الانفعالية، والتفاؤل، والتشاؤم لمصلحة الإناث. وأوجدت دراسة

الحجار(2003) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة تعزى لمتغير العمر ونوع العلاج. وأشارت دراسة إيل وآخرون(2001) أن كبار السن (فوق ٦٥ سنة) لم يكونوا متضررين بشكل جدي من المدة التي يأخذها التوافق الجيد أو طرق التعامل مع المرض.كما يتضح من الدراسة أن كبر السن يلعب دوراً إيجابيا في القدرة على التوافق. أما دراسة ماريستي وآخرون (1992) أظهرت أن كلاً من القلق والاكتئاب يزداد لدى المصابات بسرطان الثدي اللواتي يتم معالجتهن بالعلاج الإشعاعي وذلك بعد العلاج الجراحي.

ولقد وضعت هذه الدراسات وتمَّ الاطلاع عليها للاستفادة من منهجيتها في دراسة الموضوع والاطلاع على الجوانب التي تم التركيز عليها في هذه الدراسات وعلى المتغيرات التي تمت دراستها، لمحاولة إيجاد متغيرات جديدة لم تُدرس من قبل ولها أهمية في الدراسة.

خامساً: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

- تتجلى أوجه الاتفاق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

- ❖ تشترك الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أنها تسعى لمعرفة مستوى العجز المكتسب، وكذلك سعيها للكشف عن مستوى الاتزان الانفعالي، ودراسة الجانب النفسي للأمراض المزمنة كمرض السرطان.
- ❖ تشترك الدراسة الحالية مع الدراسات التي تناولت مرض السرطان في صغر حجم العينة.
- ❖ إن الدراسات السابقة قدمت إطاراً نظرياً أغنى معلومات الباحثة خاصة فيما يتعلق بإعداد المقاييس وتطبيقها.

- تتجلى أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

- ❖ تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أنها تناولت العجز المكتسب والاتزان الانفعالي وأثر هذين المتغيرين على مرضى السرطان .
- ❖ مايعطي خصوصية لهذه الدراسة أنها تعتبر الدراسة الأولى على المستوى المحلي في سوريا، إذ أنه لم يتم العثور على دراسة واحدة تجمع المتغيرين معاً في حدود علم الباحثة، كما أنها الدراسة الأولى التي تدرس الجانب النفسي لمرضى السرطان في سوريا.
- ❖ قامت الباحثة بإعداد مقاييس الدراسة (مقياس العجز المكتسب ومقياس الاتزان الانفعالي) بما يتناسب مع عينة الدراسة (مرضى السرطان).

الفصل الثالث: الإطار النظري

المحور الأول : العجز المكتسب.

- تمهيد.

أولاً: مفهوم العجز المكتسب.

ثانياً: تطور ظاهرة العجز المكتسب.

ثالثاً: بعض النماذج المفسرة للعجز المكتسب.

رابعاً: أسباب العجز المكتسب.

خامساً: مكونات العجز المكتسب.

سادساً: أبعاد العجز المكتسب.

سابعاً: آثار العجز المكتسب.

ثامناً: سمات ذوي العجز المكتسب.

تاسعاً: الإرشاد والتحصين من العجز المكتسب.

تعقيب.

تمهيد:

يتعرض الفرد في حياته إلى العديد من المشكلات والتحديات التي تتطلب منه مواجهتها والتي تقع في طريقه كعائق لتحقيقه أهدافه، وهذا يدفع به إلى إنتهاج كافة السبل لتخفيف آثارها السلبية، ومع المحاولات قد ينجح أو يفشل، إن تكرار فشل ردود فعله قد يدفع به إلى انخفاض دافعيته للمبادرة في كيفية السيطرة على المواقف، أو يدرك إنعدام حيلته إتجاهها وهذا ما يضطر به إلى الاستسلام لهذه التحديات اعتقاداً منه بعدم جدوى المحاولات وهذا ما يسمى بالعجز المكتسب الذي يفضي بالإنسان إلى انعدام الأمل ويفقده القدرة على التحكم في مجريات الأحداث.

وسيتم من خلال هذا الفصل إلقاء الضوء على ظاهرة العجز المكتسب من خلال التعرف على مفهومه وتطور هذه الظاهرة وبعض النماذج المفسرة لها ، والتعرف على الأسباب، المكونات، الأبعاد وآثار العجز المكتسب، وطرق واستراتيجات الإرشاد والتحصين من العجز المكتسب.

أولاً: مفهوم العجز المكتسب:

أشار سيلجمان(Seligman) في تفصيلات نظرية العجز المكتسب التي وضعها إلى أن العجز المكتسب هو " حالة نفسية تنتج عندما تكون الأحداث أو النواتج غير مسيطر عليها، أي ليس في مقدور الفرد القيام بأي شيء حيالها، وبلغة إجرائية نقول: عندما لا يكون الكائن قادراً على تقديم استجابة مؤثرة أو عاجزاً عن السيطرة بأفعاله على النواتج – فشل أو نجاح – فإن النتيجة ستكون العجز "، بمعنى آخر فإن الفرد العاجز هو ذلك الذي يؤمن، أو آمن، أو تعلم، أو يعتقد بعدم قدرته على السيطرة على المتغيرات المؤثرة في حياته، أي تخفيف معاناته، والحصول على الرضا، أي أن العجز يظهر في الحالات التي يؤمن فيها الفرد بأن لا حول ولا قوة له إزاء مواقف الحياة، ويفقد الأمل في السيطرة عليها لصالحه، وفي هذا الصدد بحثت نظرية العجز المكتسب الأسباب التي توصل الفرد إلى حالة من الاعتقاد بعدم جدوى المحاولة، ووجدت أن فقدان السيطرة والاعتقاد بعدم فاعلية الاستجابات التي يقدمها الفرد للسيطرة أو لتغيير النتائج – الرغبة في الحصول على التعزيز – يقوده إلى الانسحاب واللامبالاة ومن ثم الشعور بالعجز المكتسب.(ضاهر، 2013 ، 57).

ويرى أبو حلاوة أن العجز المكتسب استجابة شرطية متعلمة تخلق أو تفضي إلى قصور معرفي، دافعي، وانفعالي لدى المبتلى بها، تصل به إلى الدخول في حالة عامة من التبلد السلوكي العام مع الاعتقاد بعدم جدوى أي مجهود أو محاولة للتعلم أو للتغلب على المشكلات الحياتية البسيطة، مما يرتب نفوراً من الذات واستهجاناً مكبوتاً لها يولد بذاته انسحاباً تدريجياً من فعاليات وأنشطة التعلم والعلاقات الاجتماعية.

وعندما يصل الإنسان إلى حالة يشعر بأن إمكاناته الداخلية وقواه لا تمكنه من تغيير الوضع الراهن فإن ذلك يشعرهم بالعجز، ويظهر العجز االأعراض التالية: انخفاض الحافز، الشعور باللاقوة والشعور بانعدام

الأمل. وهي حالة شديدة الشبه بحالة الاغتراب بمعناه السيكولوجي، كما ترتبط بحالة الافتقاد إلى ما يسميه "ألبرت باندورا" بالافتقاد إلى الفعالية الشخصية أو فعالية الذات. (أبو حلاوة،2010، 3).

ويصف سيلجمان(Seligman) العجز المكتسب على أنه: "حالة تظهر فيها ثلاثة أنواع أساسية من الاضطراب: اضطراب دافعي يبدو في انخفاض دافعية الفرد في محاولة التحكم بالأحداث واضطراب معرفي يظهر في ضعف قدرة الفرد على التعلم من خبراته السابقة، واضطراب انفعالي، يظهر في انفعالات سلبية مثل القلق والغضب، ويحتمل أن تكون هناك مؤشرات تدل على الاكتئاب واليأس نتيجة عدم القدرة على التحكم في الأحداث وهي حالة نفسية تتسم بنقص معرفي وردود أفعال اكتئابية.

وأما تايلور فترى أن العجز المكتسب يجعل الفرد يصل نقطة الشعور بالقهر من خلال المطالب البيئية في تجربة فاشلة لتحقيق أمر يريده.

ويرى أبرامسون (Abramson) أن الشعور بالعجز شعور مكتسب، وفقاً لأنموذج العجز الذي يتبعه الفرد، والذي يؤدي إلى انخفاض مستوى تقديره لذاته، وذلك عندما يتسم الإطار المرجعي بالسلبية في تفسيره لعملية العجز لدى الشخص المكتئب. (الحسين ، 2012، 14).

كما عرف ميكيولينسير (Mikulincer) العجز المكتسب بأنه " حالة تأتي للشخص عندما يدرك بأن الأحداث أو المواقف التي يمر بها تحدث بشكل إجباري أي مهما بذل من جهد فالنتيجة حتماً تبوء بالفشل، وبالتالي يصبح الشخص عاجزاً عندما يعزو الأحداث إلى شيء بعيد عن جهده".

وقد ذكر هيرتو وسليجمان (Hiroto & Seligman) أن الأشخاص يقعون في مصيدة العجز، عندما يدركون عدم قدرتهم على التحكم، واعتقادهم في التحكم الخارجي، وينتابهم الشعور باليأس والعجز، ويتسم بناؤهم المعرفي بالتشوه واللاعقلانية. (بخاري ، 2006، 41).

ثانياً: تطور ظاهرة العجز المكتسب:

صيغ مفهوم العجز المكتسب في فترة الستينات والسبعينات من القرن العشرين عن طريق مارتن سيلجمان (Seligman) في جامعة بنسلفانياعام 1965، حيث كان مارتن سيلجمان وزملاؤه يقومون بأبحاث حول الإشراط الكلاسيكي. وفي حالة تجربة سيلجمان، كان يرن جرساً ثم يعطي صدمة خفيفة للكلب وبعد عدة مرات، رد الكلب على الصدمة حتى قبل حدوثها وذلك بمجرد أن سمع الكلب الجرس، كان رد فعله وكأنه قد صُدم بالفعل.

ولكن، حدث شيء غير متوقع، حين وضع سيلجمان (Seligman) كل كلب في صندوق كبير تم تقسيمه إلى الأسفل بسياج منخفض، فإن الكلب يمكن أن يرى وأن يقفز فوق السياج إذا لزم الأمر، كانت الأرض على جانب واحد من السياج مكهربة، ولكن ليس على الجانب الآخر من السياج، ثم وضع سليجمان (Seligman) الكلب على الجانب المكهرب وأدار صدمة خفيفة، وتوقع أن يقفز الكلب إلى الجانب غير

الصادم من السور بدلاً من ذلك، استلقى الكلاب وكان الأمر كما لو أنها تعلمت من الجزء الأول من التجربة أنه لا يوجد شيء يمكنها فعله لتجنب الصدمات، لذلك تخلت عن الجزء الثاني من التجربة. وصف سيلجمان حالتها بأنها عجز مكتسب، أو عدم محاولة الخروج من وضع سلبي لأن الماضي علمك أنك عاجز، كما هو واضح في الشكل (1). فبعدما وجد سيلجمان (Seligman) أن الكلاب لم تقفز السياج للهروب من الصدمة، حاول في الجزء الثاني من تجربته على الكلاب التي لم تكن من خلال جزء الإشراط الكلاسيكي للتجربة، حيث قفزت الكلاب التي لم تكن قد تعرضت سابقاً للصدمات بسرعة فوق السياج للهروب من الصدمات. هذا ما أخبر سيلجمان (Seligman) أن الكلاب التي ترقد وعملت بلا حيلة قد تعلمت حقيقة أن العجز من الجزء الأول من تجربته.(Boyd,2015).

ومن ذلك نجد أن سيلجمان وجد أن الحيوانات التي تلقت صدمات كهربائية دون أن يكون لها القدرة على تجنبها أو الهروب منها كانت غير قادرة على التصرف في مواقف تالية يمكن تجنبها أو الهروب منها. ولتوسيع دلالة هذه النتائج بالنسبة للبشر وجد سيلجمان ومساعدوه أن دافعية الإنسان للمبادأة بالاستجابة تقل بنقص قدرته على ضبط والتحكم فيما يحيط به.

وأظهرت نتائج عديدة من الدراسات اللاحقة أن العجز المكتسب يُخرب أو يعوق مسار الارتقاء النفسي العادي ويؤثر بالسلب على القدرة على التعلم ويفضي إلى معاناة الإنسان من الاضطرابات الانفعالية خاصة القلق والاكتئاب ، ويمكن أن يكون له تأثير مدمر خاصة إذا أكتسب في مرحلة عمرية مبكرة إذ يؤثر بصورة نوعية شديدة السلبية على إحساس الطفل بقدرته على السيطرة على الظروف البيئية وإدراتها ومعلوم أن إحساس الفرد بقدرته على السيطرة على بيئته مطلب أساسي للنمو الانفعالي السوي في المراحل العمرية التالية. (أبو حلاوة،2010، 3-4).

وترى ضاهر أن مفهوم الأسلوب التفسيري لنظرية العجز المكتسب هو الفيصل في إيجاد الفروق بين الأفراد عند تفسيرها للأحداث، ويختص بالإجابة عن التساؤل التالي: لماذا يصبح بعض الأفراد عاجزين عن التعرض لمشكلات غير قابلة للحل والبعض الآخر غير عاجز؟ حيث أن العجز المكتسب هو حالة نفسية يشعر بها الفرد المكتسب حينما يبلغ درجة من الوعي السالب أو ضمور الثقة بالنفس، وانعدام الحيلة، وغياب الكفاية الذاتية لتحقيق الأهداف وإنجاز المهام المنوطة به، وهو محصلة للفشل المتكرر في اكتساب خبرات مؤلمة سابقة ، أو نتيجة الإخفاق في ضبط الانفعالات الناشئة عن الأحداث والمؤثرات الخارجية، حتى يفقد الرؤية الناجعة في تقدير الذات، وتضعف قدرته في السيطرة والتحكم على المواقف الضاغطة، فيغلب عليه اعتقاد بأن لا فائدة من جهده في تخطي الأحداث الضاغطة، وعدم تأثير تلك الجهود في النتائج، يعني أن الشخص لا يستطيع أن يتحكم في أسباب حدوث النتائج، مما يجعله يتوقع العجز، فتغيب عنه ملامح استشراف المستقبل.(ضاهر،2013، 61-62).

الشكل (1) تجربة سيليجمان على الكلاب.

(الكلب الذي قد صُدم في السابق ولم يحاول الهروب من الصدمات في التجربة لاحقة)

ثالثاً: بعض النماذج المفسرة للعجز المكتسب :

3 -1 / نموذج سيلجمان وزملاؤه Seligman & Others :

يوضح هذا النموذج أن العجز المكتسب يبدأ من عدم الاقتران بين الاستجابة والنتائج مراراً بإدراك الفرد استقلالية الاستجابة عن النتيجة مع الموقف، فيضع الفرد تفسيراً سببياً لحدوث هذه النتيجة، وبالتالي يؤثر هذا التفسير على توقع استقلالية الاستجابة والنتيجة مع مواقف جديدة في الحياة، وفي الأخير يتحدد طبيعة ونوع العجز.

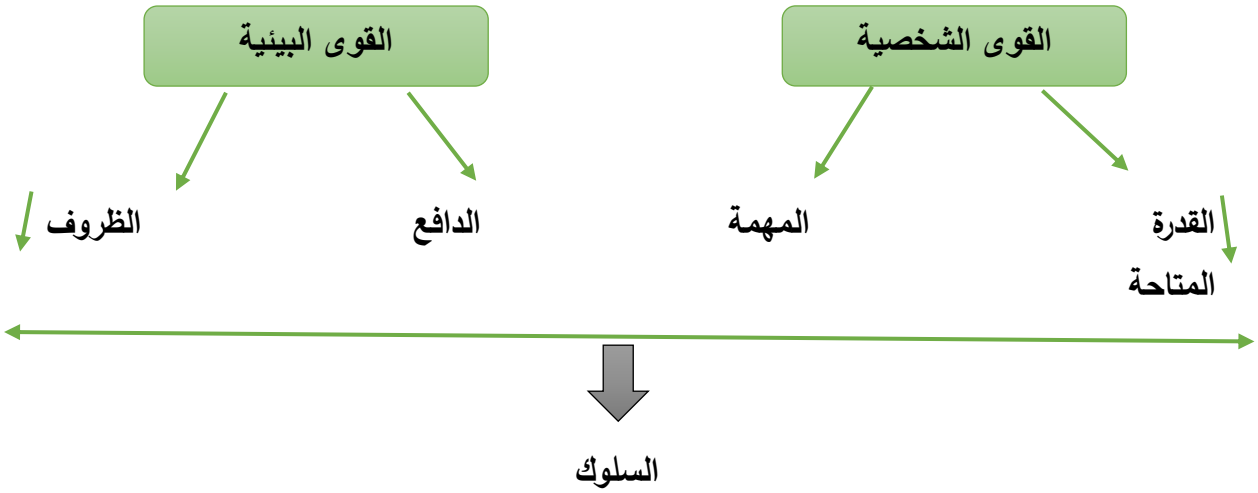
الشكل (2) يوضح تفسير سيلجمان وزملاؤه لحدوث سلوك العجز المكتسب.

إن الشكل (2) يوضح ماتركز عليه هذه النظرية في تفسيرها للعجز المكتسب لدى الفرد، فاهتمت هذه النظرية بأسلوب إدراكه للموقف الذي سيستخدمه بتعميم في تفسير الأحداث المستقبلية، وكل ما سبق سيظهر في أدائه. (قدوري، 2016 ، 15).

3 -2 / نموذج تفسير هايدر Hieder :

يتجه هايدر في تفسيره للعجز المكتسب لدى الأفراد بأن سلوك العجز هو نتيجة للقوى الشخصية والقوى البيئية، أي أن التحكم في النتائج يعتمد على تفاعل قوتين هما القوى البيئية والقوى الشخصية، كما أن أسباب النجاح والفشل التي قدمها هايدر هي القدرة، وسهولة أو صعوبة المهمة، ويعد الحظ في كثير من الأحيان عامل للنجاح والفشل وهذا يعني أن إدراك التحكم في النتائج نابع من عوامل القدرة والجهد والحظ والمهمة.

تتمثل القوى الشخصية في القدرة والذكاء، والقوى البيئية تتمثل في المهمة والظروف المحيطة بها لإنجازها، فإذا كانت إحدى القوتين سواءً الشخصية أو البيئية ضعيفة فالسلوك الذي يمكن حدوثه هو سلوك العجز، وحتى وإن تم اختزال إحدى القوتين فإن السلوك سيظهر كذلك وهذا مايوضحه الشكل التالي:



الشكل (3) يوضح نموذج هايدر للعجز المكتسب.

يختصر الشكل (3) نظرية هايدر في تفسيره لسلوكيات العجز المكتسب الذي يرجعه إلى ضعف أو انعدام إحدى القوى، كما يرجع ذوو العجز المكتسب أسباب النجاح والفشل إلى عوامل خارجية كالحظ مثلاً. (قدوري، 2016، 15 - 16).

3 -3 / نموذج تفسير كيلي Kelley :

يفسر هذا النموذج العجز المكتسب من خلال التمييز بين الحالة التي يكون عليها الفرد والآخرون حين لا يمكنهم التحكم في نتائج الأحداث التي تسمى بعجز عام، والحالة التي يكون عليها الفرد دون الآخرين لا يستطيع التحكم في نتائج الأحداث التي تسمى بالعجز الشخصي. وهذا ينطوي على مدى اتفاق الفرد

والآخرين في نتائج الأحداث، فإذا اتفقت نتيجة الفرد في إنجاز مهمة ما مع نتائج الآخرين في نفس المهمة، ففي هذه الحالة نقول أنه عجز عام ومعلومات الاتفاق مرتفعة، أما إذا اختلفت نتيجة الفرد مع الآخرين في إنجاز نفس المهمة فهو في هذه الحالة عجز شخصي ومعلومات الاتفاق مع الآخرين منخفضة، ويتضح ذلك في الشكل التالي:

الشكل (4) يوضح نموذج كيلي للعجز المكتسب.

يتضح من الشكل (4) نموذج كيلي في تفسير العجز المكتسب، حيث اتخذ كيلي مدى اتفاق نتائج أحداث الفرد بنتائج أحداث الآخرين كمعيار للعجز الشخصي الذي يشعر به الفرد، وكذلك يتضح من الشكل بأنه في حالة العجز العام يكون العزو خارجياً أما في حالة العجز الشخصي فالعزو داخلي.
(قدوري، 2016، 16 – 17).

رابعاً: أسباب العجز المكتسب :

4-1 / أسباب فيزيولوجية:

ربط سيلجمان بين حالات العجز المكتسب وأعراض الاكتئاب وهو يعتقد أن الفرد يعيش حالة من الاكتئاب جراء ظروف الحياة وإحساسه بفقدان السيطرة على كل ما يحيط به ، وإلى عدم الاستجابة المباشرة ويرد ذلك إلى بعض العوامل البيولوجية الناتجة عن إنخفاض مستوى بعض الإفرازات في الدماغ خاصة السيروتونين.

4-2 / أسباب نفسية:

يبدأ العجز المكتسب كمشكلة اتصال بين الطفل وأسرته، فعليه أن يتقبل ما يقوله الآخرون فيما يتعلق بقيمة نفسه، فمع افتقاد الدعم وكثرة الرسائل المتناقضة وتراجع الإنجازات، والتركيز على مايفعله الطفل يصبح الطفل فوراً ضحية للعجز المكتسب وتصبح طريقة تفكيره قاصرة لأنه يردد دائماً القول (ما داموا يقولون أنني لا أستطيع عمل شيء بشكل صحيح فلماذا أحاول).

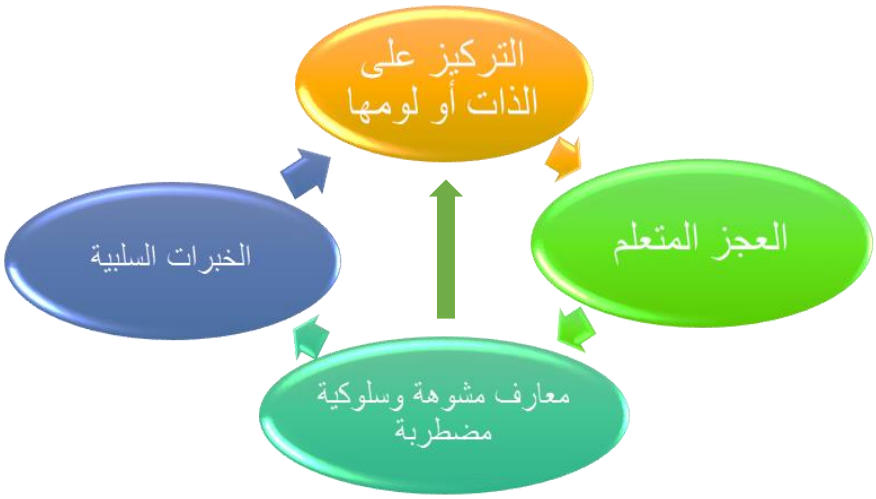
ويضيف (ديان هيس Dien His) عدة كلمات وعبارات لا يجب أن يسمعها الطفل، أو أي شخص آخر في سياق هذا الموضوع ومن بينها: غبي، كسول، مخبول، إخرس، دعني أنا أقوم بذلك، لماذا تذهب إلى المدرسة ؟ أو الرسائل المشوشة مثل : حصلت على هذه العلامات فقط؟ أو من أين أتت هذه العلامة ؟ حيث أن مثل هذه العبارات المتكررة تساعد في تعزيز فكرة الطفل عن نفسه أنه عاجز.

أي أن هذه العوامل تعتبر كعوامل لظهور العجز المكتسب في مرحلة الرشد، كما أنه ممكن أن ينشأ الطفل في أسرة متزنة لكن هناك عوامل بيئية عديدة قد لا يستطيع السيطرة عليها مما يتكون لديه العجز المكتسب كإستجابة تفاعلية قد تتجاوز بالعجز المكتسب إلى اضطراب نفسي كالاكتئاب والقلق. (قدوري، 2016، 19- 20). ويوضح الشكل التالي باختصار ماذكره بعض الباحثين حول عوامل ومصادر العجز المكتسب:

ديان هس - Dien His	• **التقريع بالكلمات السالبة المثبطة للهمم.** • **إشارات السخرية.** • **الرسائل المشوشة كلعبارات المتكررة التي تعزز فكرة الطفل عن نفسه أنه عاجز.**
النموذج الأصلي	• **أغلب العوامل المسببة للعجز تنتج عن اعتقاد الفرد أن استجابته غير فعالة ولا تؤثر في احتمالية النتائج.**
نصار	• **الخبرة السابقة لاستقلالية الاستجابة عن النتيجة.** • **الأهمية النسبية للموقف.** • **عدم القدرة على التمييز بين المواقف التي يستطيع الفرد الاستجابة فيها والمواقف التي لا يستطيع الاستجابة فيها.**
Aramson, et al أبرامسون و آخرون	• **تفسيرات عدة لظاهرة العجز منها النفسير البيولوجي،الاجتماعي والنفسي.** • **الفروق بين الأفراد و أسلوبهم في تفسير الأحداث، ويعزو الأحداث السلبية إلى أسباب ذاتية ثابتة وعامة التأثير، ويعزو الأحداث الإيجابية إلى أسباب خارجية، غير ثابتة ومحدودة التأثير، فإنه سيكون أكثر عرضة للإصابة بحالة العجز المكتسب من الفرد الذي يستخدم أسلوب العزو المعاكس للأسلوب السابق.**

الشكل (5) بعض عوامل ومصادر العجز المكتسب.

ولتوضيح ماسبق قدم ميرس (Meurs) حلقة مفرغة لأسباب وعواقب العجز المكتسب متصلة ، حيث أن جميع العناصر متداخلة في العزو السببي للعجز المكتسب فكل سبب منها يؤدي إلى الآخر، ويتسبب فيه الآخر، بمعنى اتصال لا متناهٍ ومتحد ومتعاضد في إنتاج المشكلة، وهذا ما يوضحه الشكل (6) :



الشكل (6) نموذج ميرس لأسباب العجز المكتسب.

ومن الواضح من خلال الشكل السابق أن جميع العناصر متداخلة في العزو السببي للعجز المكتسب، فكل سبب منها يؤدي إلى الآخر، ويتسبب فيه آخر، بمعنى اتصال لا متناهٍ ومتحد ومتعاضد في إنتاج المشكلة. (ضاهر، 2013، 62- 63).

خامساً: مكونات العجز المكتسب:

يشير بتيرسون وآخرون (Peterson& others, 1993) بأن نموذج العجز المكتسب يتكون من :

1-الاقتران Contingency : أي العلاقة الموضوعية بين النتيجة والاستجابة.

حيث يعرف الاقتران في ضوء التحكم، فالحدث يمكن التحكم فيه عندما تؤثر استجابات الفرد الإرادية على نتائج الحدث (اقتران بين الاستجابة والنتيجة) ولا يمكن التحكم فيه عندما لا توثر استجابات الفرد الإرادية على مترتبات الحدث. أو تحدث النتيجة عندما يؤدي الشخص سلوكيات إرادية معينة بقدر مكافىء لغياب سلوكيات الفرد (تعزيز عدم الاستجابة) ويحدث العجز المكتسب عندما يتساوى تعزيز الاستجابة مع تعزيز عدم الاستجابة. (قدوري،2017، 17).

2-المعرفة Cognition : أي الطريقة التي يدرك ويفسر ويتوقع بها الشخص هذا الاقتران، وتتكون هذه العملية من ثلاث خطوات هي:

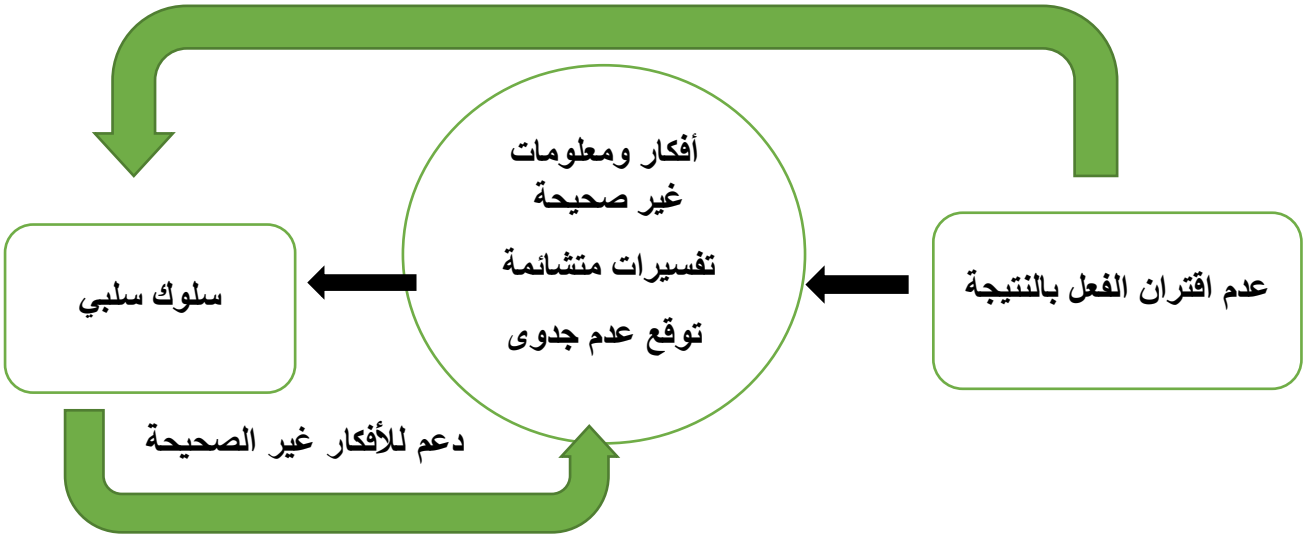
إدراك الشخص بالاقتران أو العلاقة بين الاستجابة والنتيجة.

تفسير الإدراك: فالفشل قد يفسره الشخص على أنه نتيجة للحظ أو القدرة.

تفسير الشخص للتوقع عن العلاقة في المستقبل، فإذا اعتقد أن قدرته هي السبب في فشله تكون لديه توقع بأنه سيفشل ثانية إذا وجد في نفس الموقف.

3- السلوك Behavior : أي النتائج أو الآثار الممكن ملاحظتها لإدراك الاقتران وعدم الاقتران بين النتيجة والاستجابة.

والشكل (7) يوضح مكونات العجز المكتسب:



الشكل (7) مكونات العجز المتكسب.

ويوضح الشكل السابق علاقة عدم اقتران الفعل بالنتيجة مما يؤدي إلى السلوك السلبي مباشرة، وقد يؤدي عدم الاقتران بين الفعل والنتيجة إلى السلوك السلبي من خلال وسيط يسمى الأفكار والمعلومات غير الصحيحة والتي تتركز في:

أ – تفسيرات متشائمة للأحداث.

ب – عدم جدوى للجهد المبذول.

حيث يرى سليجمان (Seligman) أن العجز المكتسب يحدث عندما يتعلم الفرد أن هناك نتائج معينة تحدث بشكل مستقل عن استجابته، كما أن هذا الفرد يتوقع عجزه في المواقف المقبلة وعدم قدرته على التحكم في المواقف المستعرضة عبر حياته، كما أن هذا التوقع يتداخل مع التعلم اللاحق، وفي النهاية يقول الفرد لنفسه: أنا لا أستطيع النجاح أو تخطي الموقف مهما بذلت من جهد، ويصبح سلبياً مستكيناً مستسلماً للمؤثرات الخارجية.

وتأكيداً لذلك يذكر سليجمان أن العجز المكتسب محدد خلال توقع عدم القدرة على التحكم والذي يحدث أحياناًعندما تخبر الفرد عن خبراته السابقة بأن نجاحه في الماضي حدث بشكل منفصل عن جهده، ومن هنا يتعمم عدم قدرته على التحكم في مواقف أخرى. (بخاري، 2006، 39-40).

نستنتج مما سبق أن العجز المكتسب يتكون عندما يدرك الشخص بأنه ليس هناك علاقة بين ردود الفعل والنتيجة، فيتكون لديه توقع بإنعدام تلك العلاقة مستقبلاً، مما سيظهر الاستسلام والخمول في أفعاله وسلوكاته حيث يرى أنه لا جدوى من المحاولة .

سادساً: أبعاد العجز المكتسب:

إن أساليب عزو العجز المكتسب، هو اعتقاد عام لدى الفرد أن هنا انفصالاً بين ما يبذله من جهد، وما يتمتع به من قدرة، وبين الحصول على النتيجة (عدم الاقتران بين الأفعال، والتصرفات، والنتائج) وترتكز على ثلاثة أبعاد، تختلف حول تفسيرات الأفراد للأحداث، فالأسباب تعزى إلى:

أ- الذاتية Internal: متصلة بالفرد وتعمل على تقليل آثار العجز أو الخارجة عنه، وتعمل على زيادة حدة تأثر العجز، فإما أن يعزو النتيجة التي تمخض عنها الموقف إلى شيء خارج عنه كالظروف، والآخرين، وإما أن يعزو النتيجة إلى شيء داخلي وهو ما يعرف (بالذاتية). (بخاري، 2006، 37). وعلى الرغم من أهمية تحمل الأفراد جزء من المسؤولية عن أخطائهم وإخفاقاتهم، يميل ذوي العجز المكتسب إلى لوم أنفسهم عن كل شيء وفي كل الأحوال هو ميل مرتبط بكل من انخفاض تقدير الذات والاكتئاب. (قدوري، 2016، 19).

ب – الثبات Stability: إذا فسر النتيجة بردها إلى سبب ذي طبيعة مستقرة عبر الزمن – (كالقدرة) فإنه يتوقع نتيجة مماثلة في المستقبل وبالتالي فإن أعراض العجز ستكون مزمنة – الثبات عبر الزمن – أما إذا فسر النتيجة بردها إلى سبب ذي طبيعة غير مستقرة – (كالجهد) فإنه يزيد من التوقعات في النجاح، وهو ما يعرف (بالثبات). (بخاري، 2006، 37). أي يشير الثبات إلى الاعتقاد بأن الأحداث السلبية لها طابع الدوام والاستمرار حتى وإن كانت الشواهد والمنطق والخبرة السابقة تشير إلى احتمال أن تكون طارئة أو مؤقتة، أي أن الشخص هنا يرى أن السبب في الحدث عاملاً مستمراً عبر الزمن. (قدوري، 2016، 19).

جـ – الشمولية والتعميم Global : فهي إما تعتبر أسباباً عامة التأثير أي يشمل تأثيرها جوانب مختلفة من حياة الفرد، وبالتالي يكون لها تأثير أكبر في استمرارية العجز وتزيد من حدته، أو أن تعتبر محددة التأثير في جانب خاص بذاته وتقلل بالتالي من حدة تأثير العجز ولا يتعدى تأثيرها نطاق الموقف المحدد الذي أثيرت فيه (الإنجازي أو الاجتماعي) (الشمولية عبر الموقف) وهو ما يعرف (بالشمولية). (بخاري، 2006، 37). حيث يظهر التعميم في ميل الشخص إلى تعميم الجوانب السلبية لأحد المواقف أو الأحداث على المواقف التالية، كأن يقول المرء لنفسه أنا غبي بدلاً من أن يقول لقد رسبت في امتحان الحساب. (قدوري، 2016، 19). يمكن تلخيص أبعاد تفكير ذوي العجز المكتسب بثلاثة جوانب: تظهر في في شخصانية الفرد لأسباب الموقف السلبي أي أنه يرجع سبب المشكلة إلى ذاته، وفي ديمومة الموقف السلبي، أما الجانب الأخير فيظهر في شمولية الجانب السلبي من الموقف على باقي الجوانب وفي كل زمان.

سابعاً: آثار العجز المكتسب:

قد يكون العجز المكتسب نتاج أزمة مفاجئة في حياة الشخص ينجم عنها أضرار عِدّة، البعض منها يستطيع مواجهة تلك الأزمات وتجاوزها بنجاح، والبعض قد يفشل رغم مايبذل من جهد لضبط إيقاع حياته، فيتجذر في التكوين النفسي له، إن كل محاولاته التالية مثل الضبط في المستقبل ستبوء بالفشل مهما كانت نوعية المواقف التي سيواجهها. فيصل به الحال إلى العجز المكتسب، الذي يترك آثاراً واضطرابات عديدة على الفرد العاجز، (ضاهر، 2013، 72).

حيث يرى سيلجمان وزملاؤه أن الفرد المصاب بالعجز يعاني أربعة أنواع أساسية من الاضطراب:

1- الاضطراب الدافعي: يتجلى في انخفاض دافعية الكائن في محاولة التحكم في الأحداث، أي إذا حاول الكائن الحي في البداية ولم يستطع التحكم في الحدث نجده يقلع بسهولة وبسرعة عن المحاولات التالية للتحكم في الحدث، ويذكر سيلجمان أن الدافع لبدء استجابة إرادية في موقف العجز له مصدر واحد هو التوقع بأن الاستجابة ستؤدي إلى الارتياح والإشباع، وفي غياب هذا الدافع فإن الاستجابة الإرادية ستقل بالمثل.

2- الاضطراب المعرفي: ويتجلى في ضعف قدرة الكائن الحي على التعلم من خبراته السابقة والاستفادة من مثيرات الموقف التي تساعده على الهرب أو التجنب، ويعد هذا الاضطراب قلب نظرية العجز المكتسب، وبمعنى آخر ينصب الاضطراب المعرفي على أن العجز استجابة شرطية مكتسبة، فالفرد الذي يكافح لاستعادة التحكم عندما تبوء محاولاته بالفشل، يتعلم ويتمثل العجز وتظهر لديه المعارف المشوهة عندما يدرك أنه لا يملك الكفاية للوصول إلى النتائج المقصودة، ويتوقع أن النتائج غير مساعدة على التنبؤ بها.

3-الاضطراب الانفعالي: ويتجلى في ظهور انفعالات سلبية مثل القلق والغضب والاكتئاب، وانفعال القلق والغضب هما اللذان يظهران في البداية كاستجابة لعدم القدرة على التحكم ثم يفسحان الطريق لظهور الاكتئاب نتيجة استمرار الأحداث التي لا يمكن التحكم بها.

4-الاضطراب السلوكي: ويتمثل في تصرفات الكائن الحي بسلبية وكسل الهمة وفتورها واعتمادية زائدة. ويعتبر العجز المكتسب سلوكياً عن نقص مرات المحاولة نتيجة اعتقاد الفرد أن المكافآت ترتبط بسلوكاته واستجاباته وأنه لا يستطيع التحكم في أسباب حدوث النتائج، ونتيجة لذلك يوجد لدى الفرد نزعة تفضيل عدم بذل الجهد، ويفضل أن يكون سلبياً بدلاً من أن يكون إيجابياً ويستخدم أساليب أقل كفاءة لحل المشكلات على الأغلب، وقد يفشل في إنهاء المهمة مرة ثانية. (الحسين،2012، 38 – 39).ولقد حدد (سيمالسلر وكانبيل وسونار 2003) السمات السلوكية للعجز المكتسب حيث تظهر في السلبية، والإنسحاب، والمماطلة، والإحباط، وانخفاض تقدير الذات، والصعوبة في حل المشكلات.(Cemalcilar&Canbeyli,2003, 66).

ثامناً: سمات ذوي العجز المكتسب:

يلخص سيلجمان (Seligman) خصائص الفرد ذي العجز المكتسب فيما يأتي:

1- لومه المفرط لذاته عند أي فشل يصيبه.

2- تعلمه للسلبية من جراء تفسيره المعرفي المشوه لإيجابيته.

3- اعتقاده في استراتيجيات الحظ والقضاء والقدر.

4- ارتكانه واعتماده عى الآخرين، وإدراكه لتوقع الفشل.

5- مبالغته في طلب الكمال الشخصي، أو ما يسمى بنشدان الكمال المطلق الذي ليس من السهل بلوغه، وبالتالي تتكرر خبرات الفشل التي تهيىء لتعلم سلوك العجز المكتسب.

6- تهويله للسلبيات وتهوينه للإيجابيات، وانتقاؤه السلبي للأحداث.

7- توجهاته في التعلم تتركز في جلب المكافآت الخارجية والتفوق على الآخرين.

8- ينسحب بسرعة عند مواجهة الصعوبات، ويميل للكسل، وينزع إلى عدم المبادرة السلوكية في الموقف.

9- يؤمن بأن أي نجاح يصيبه يأتي من عوامل لا دخل له فيه.

10 - عندما يفشل في أحد الأمور يدرك أنه سيفشل في الأمور المقبلة أو الأمور المستعرضة.

.(Seligman, 1998, 67)

ومن خلال ما سبق يمكن توضيح بعض سمات ذوي العجز المكتسب فيما يأتي:

- الافتقاد إلى التغذية الراجعة التي من شأنها مساعدة الفرد على تعديل أو تغيير أو الاستمرار في التمسك بخطط ملائمة لتحقيق أهداف مرغوب فيها.

- عدم التكامل بين الأنا والأنا العليا، مما يؤدي إلى عدم القدرة على تحقيق أهدافه المرغوب فيها.

- لا يؤدي المهام بيقظة وانتباه كما أنه لا يبصر العقبات، وليست لديه القدرة على تحمّل ما يواجهه من صعاب.

- يظن العاجز أن النتائج رهن بالحظ والمصادفة، ولا يشعر بالزهو إذا حقق هدفاً معيناً، لأنه لم يبذل أي جهد من أجل تحقيقه.

- ينظر إلى السلبيات والأخطاء ويضخمها.

- أقل استخداماً للاستراتيجيات الإيجابية.

- سلبي عند تعامله مع المشكلات.

- انخفاض في الدافعية المهنية وغياب الرغبة في المبادرة بسلوك غير عادي أو طرح فكرة تحمل الجديد أو غير المعروف.

- أكثر إقلاعاً وأقل إصراراً في وجه الفشل.

- افتقاد التواصل البصري المباشر مع الآخرين والنظر إلى أسفل بكثرة.

– عدم الرغبة في اتخاذ القرارات، أو خطوات أو أي التزام آخر. (الحسين، 2012، 39–40).

تاسعاً: الإرشاد والتحصين من العجز المكتسب:

لعل واحدة من أهم المساهمات التي أضافتها نظرية العجز المكتسب هي الفكرة القائلة بأن العجز يتكون عندما يصل الكائن الحي إلى قناعة كاملة بأن سلوكه السابق الذي كان يمنحه القدرة على مواجهة الخبرات المؤلمة وحلها لم يعد الآن مجدياً.

توصل العديد من الباحثين من تجاربهم التي أجريت عن العجز المكتسب أن بالإمكان القيام ببعض الإجراءات السلوكية للوقاية في المستقبل من الاضطراب والإحساس السريع باليأس. والظروف التى تحد من ظهور استجابات العجز المكتسب. وأن الأفراد يمكن تحصينهم ضد العجز المكتسب من خلال تعريضهم لأحداث يمكن التحكم فيها و إكسابهم مفهوم الأمل المُتعلم، حيث وجد" سيلجمان ومائير Seligman & " Maier، في تجاربهما :أن الكلاب التي تلقت صدمات ممكن الهرب منها قبل أن تتلقى صدمات غير ممكن الهرب منها " تحصين " لم ينخفض أداؤها، ولم تظهر عليها أي استجابات تدل على تعلم العجز، وأن إجبار الكائن الحي على التنقل من جانب لآخر داخل الموقف التجريبي يكوّن لديه اقتراناً جديداً بين استجاباته وإنهاء الصدمة" علاج "وهذا يكون كافياً لمنع حدوث استجابات العجز المكتسب.(ضاهر، 2013، 74).وكلما زادت التدخلات المعرفية التي تنمي إدراك الفرد وتوقعه للقدرة على التحكم، زادت إمكانية تحصينه ضد العجز المكتسب، ويحدد سيلجمان بعض فنيات التحصين ضد العجز المكتسب، فيما يلي :

1– إعادة العزو العلاجي .

2– التعرض لظروف النجاح المعتمد على الاستجابة.

3– الإيحاء للفرد بأن عجزه عام وأن الأفراد كلهم في مثل حالته يعجزون عن التحكم .

4– وضع الفرد في مواقف مضمونة النجاح لكي يكتسب القدرة على التحكم، والتعرض للتغذية المرتدة المعتمدة على الاستجابة.

وذكر روث عدد من الاستراتيجيات التي تحصن الفرد من تعلم العجز وهي مايلي:

- تدريبات النجاح والتدريب على إعادة المحاولة، والنظرة الموضوعية للفشل.
- وضع الأفراد في مواقف مضمونة النجاح.
- وضع الأفرد في مواقف لصنع وتنفيذ قرار وبالتالي المسؤولية عن هذا القرار.
- وضع الأفراد في مواقف يستنتجون منها العلاقة بين الجهد والنتيجة.
- تنمية الدافعية الذاتية للأفراد والصلابة النفسية.
- ومن أهم عوامل النجاح في الإرشاد المعرفي في هذه المرحلة : التعاطف والتعزيز الموجب، حميمية العلاقة، وسهولة التواصل.

- إقناع الفرد نفسه بأن التفكير السلبي في الأشياء أخطر من الأشياء ذاتها.
- الإدراك الواقعي للذكاء والقدرة.

كما إن إجراءات الإرشاد التي اتبعها "روث" تؤكد وجود متغيرات وسيطة تؤثر في اكتساب الفرد للعجز عندما يتعرض لصعوبات أو أحداث مؤلمة ومن هذه المتغيرات:

1- توقع الفرد لمدى قدرته على التحكم في النتائج : وهذه تحتاج من المرشد أن يحسن توقعات الأفراد على النجاح وأنهم يمتلكون إمكانية التأثير في الأمور.

2- أهمية التحكم في النتائج لدى الفرد: وهذه تحتاج من المرشد أن يقوم بتنمية دافعية الأفراد عندما يتوجه نحو العمل والأداء بسبب التعزيزات الذاتية التي تتحقق لهم من وراء اندماجهم في هذا العمل مثل أهمية النجاح في الامتحان. (الحسين،2012، 43 – 44).

فإن علاج العجز المكتسب يعتمد على ثلاث ركائز أساسية، وهي ضرورية لمساعدة ذوي العجز المكتسب، وهي كالتالي:

1- أن نفهم بشكل مناسب مكونات العجز المكتسب حتى يتم علاجها.

2- يجب أن نساعد الفرد على اكتشاف المعتقدات الجذرية، وإدراكاته المشوشة والتي أدت إلى تلك المشاعر.

3- يجب تقديم الوسائل والأدوات التي تساعد على التخلص من تلك المعتقدات المشوشة، وبالتالي التقليل من الاضطرابات.

حيث يرى سيلجمان أن علاج العجز المكتسب ليس فقط إعادة اكتشاف قدرة أو طاقة التفكير الإيجابي، وهو لا يحتوي فقط على تعلم أن تقول لنفسك أشياء إيجابية. إن العبارات الإيجابية لوحدها دون توضيح للجوانب السلبية لن يكون لها إلا تأثير ضئيل، هذا إن كان لها تأثير من الأصل. إن العامل الحاسم هنا هو الاعتقاد وتغيير الأشياء المدمرة التي تقولها لذاتك عندما تفشل، وما يتوجب أن نتذكره في العجز المكتسب هو أن إدراك الفرد هو مايجعله يفشل، وأن الطريقة التي يعزو بها فشله هي التي تؤدي إلى ماقد يحدث من اضطراب وفشل، بمعنى آخر أنه ليس فقط العجز والفشل، ولكنه أيضاً الطريقة التي يرى بها ذلك الفشل، وهذا ما قد يكون أحد الأسباب في معالجة العجز المكتسب. يتضح مما سبق أن خطة العلاج المعرفي للتخلص من العجز المكتسب تكمن في تعديل السلوك عن طريق التأثير في عملية التفكير، فللتخلص من العجز يجب التعرف على الأفكار السلبية ومحاولة تصحيحها بأفكار إيجابية، أي تعلم الأنماط التفسيرية الجديدة. (قدوري، 2016، 21- 22).

تعقيب:

نستخلص من هذا المحور أن العجز المكتسب حالة من تدني في الدافعية وتقدير الذات وعدم التحكم في مواجهة الصراعات والمواقف الضاغطة، بالإضافة إلى اعتقاد الفرد بضعف قدرته على مواجهة تلك المواقف

وتوقع الفشل في أداء الأعمال، حيث أن الفرد يكون في حالة عجز مكتسب حين يتيقن بأن أفعاله ليس لها تأثير على النتائج، فبالعودة إلى مكونات العجز المكتسب لا نجد أن الفرد أصبح يعاني من العجز المكتسب فجأة بل هو نتاج لخبرات سلبية ولتكرار الفشل في التخلص من المشكلات التي تعترضه، فيتصور الفرد نفسه بأنه غير قادر على السيطرة على المواقف التي من حوله، وليس هذا فقط بل يتجاوز بتوقعاته عدم السيطرة عليها مستقبلاً .كما ينشأ لديه أساليب تفكير ترتبط بالعجز المكتسب كالذاتية والتعميم وكذلك الشمول، مما يعزز لديه قصوراً معرفيا فتتغير طريقة تفكيره ويصبح غير قادر على إنتاج أو تعلم أفكار جديدة أو بالأحرى إيجابية، كما ينتج لديه كذلك قصور إنفعالي يظهر في مشاعر سلبية من حزن وغضب إستجابة لما يمر به من أزمات، وكذلك قصور دافعي حيث تثبط دافعيته ويصبح غير قادر على أداء أي مهمة أو حتى المحاولة فيها، ومن ذلك يتضح أن العجز المكتسب حالة غير سوية واستجابة شرطية تؤدي إلى قصور في المجالات المعرفية، والسلوكية، والانفعالية، والدافعية وعدم بذل ما يكفي من الجهود للتغلب على المشكلات الحياتية وتؤدي إلى العديد من الآثار والاضطرابات النفسية التي يستوجب علاجها والتغلب عليها.

المحور الثاني : الاتزان الانفعالي.

- تمهيد.

أولاً: مفهوم الاتزان الانفعالي.

ثانياً: أهم التوجهات النظرية في الاتزان الانفعالي.

ثالثاً: الانفعال وعلاقته بالاتزان الانفعالي .

رابعاً: الاتزان الانفعالي والنضج الانفعالي.

خامساً: الصحة النفسية والاتزان الانفعالي.

سادساً: سمات الشخص المتزن انفعالياً.

سابعاً: حالات اختلال الاتزان الانفعالي.

ثامناً: طرق تحقيق الاتزان الانفعالي ودور الإرشاد النفسي في تحقيقه.

-تعقيب.

تمهيد:

إن حياة الفرد لا تمضي على وتيرة واحدة، وإنما هي مليئة بالخبرات والتجارب المتنوعة التي تبعث فيها مختلف الانفعالات والحالات الوجدانية وهكذا نجد أن حياة الإنسان في تقلب مستمر وتغير دائم. حيث يولد الكائن البشري مشبعاً باستعدادات مختلفة للاستجابة لمواقف الحياة التي سيعيشها، يصبغ هذه الاستجابات طابع انفعالي معين يختلف ويتفاوت من فرد لآخر ومن موقف لآخر، لذلك تمثل الانفعالات جزءاً هاماً وأساسياً من البناء النفسي للإنسان، وتعد جانباً مهماً من شخصية الإنسان ومقوماً أساسياً من مقوماتها، ومايميز الإنسان الذي يتمتع بالصحة النفسية وعلى قدر من السواء القدرة على ضبط تلك الانفعالات والتحكم فيها، وتصريفها بالطريقة المناسبة دون إلحاق الضرر بالكيان العام للشخصية، فالأصل أن تتصف حياة الفرد بتوازن بين مطالبها الفيزيولوجية والاجتماعية من جهة والمنبهات الخارجية التي تحيط بها من جهة أخرى.

ومن هنا تأتي أهمية الاتزان الانفعالي في التعامل مع البيئة المحيطة بالفرد، حيث يوجد نوعاً من الموازنة بين العقل والانفعال، فتحقيق الاتزان الانفعالي يعد سمة إيجابية في الشخصية وحالة من التكيف السليم لظروف المعيشة وآلية مناسبة لمواجهة الضغوط الحياتية.

أولاً: مفهوم الاتزان الانفعالي Emotional Stability:

تدور معظم التعريفات للاتزان الانفعالي حول ربطه بالصحة النفسية لدى الأفراد، إذ يعدونه "حالة نفسية تكمن وراء شعور الإنسان بالطمأنينة والأمن النفسي والإكتفاء الذاتي"، مما يعبر عن أهمية الدور الذي يلعبه هذا المفهوم في صحة الأفراد النفسية، وتتباين بحسب وجهات نظر الباحثين ومنطلقاتهم النظرية والمناهج البحثية التي يسيرون عليها.

لذا عدّته معظم نظريات علم النفس هدفاً أساسياً يجب ترسيخه في شخصية الفرد، وهكذا فقد تعددت مسمياته، مثل : (قوة الأنا، الثبات الانفعالي، الاتزان الانفعالي)، ولكن اختارت الباحثة استخدام مصطلح (الاتزان الانفعالي)، لأنه يتضمن ممفهومين مهمين من مفاهيم علم النفس هما "الاتزان" و"الانفعال".

ومفهوم الاتزان (Stability) الذي يشير إلى " أن الإنسان لديه قدر من الطاقة الثابتة في معظم الأوقات، ويكون بمقدار يميل إلى التوزيع بالتساوي داخل الكائن الحي، وهذا القدر الثابت الموزع بالتساوي يمثل الحالة المتوسطة للتوتر داخل الكائن الحي، فالعودة إلى الحالة المتوسطة هو عبارة عن عملية الاتزان". (علي،2011 ،72).

ويرى كاتل (Cattell) أن الاتزان الانفعالي يتمثل بالشخص الهادي الذي يتسم بالثبات الانفعالي وتظهر عليه علامات قليلة من التهيج الانفعالي إزاء أي نوع من المعارضة والغضب ويكون واقعياً في الحياة منضبطاً ذاتياً مثابراً. (Cattell,1961,168-169).

كما يفسر (صالح) الاتزان الانفعالي في قوله : " إن مستوى النموذج الانفعالي يتمثل في الثبات الانفعالي من حيث أن هذا النموذج يمثل سلسلة متصلة من الكميات على بعد واحد يوجد بأحد أطرافه غير المتزن انفعالياً وهو الشخص المتردد القلق صاحب الميول العصابية ، المرتاب والمكتئب ، والمتقلب انفعالياً. أما في الطرف الآخر من هذا البعد فيوجد الشخص البليد انفعالياً ضعيف الحساسية بالمواقف الاجتماعية، الذي لا يهتم بمشاعر الآخرين. أما في الوسط فيوجد الشخص المتزن انفعالياً الذي تتعادل عنده دوافعه العدوانية مع دوافعه الإحباطية. ويصف الصفات الانفعالية بأنها صفات اعتدالية يمكن توزيعها في المنحنى الاعتدالي ". (الخالدي ، 2009 ، 63).

ولقد عرفه (حمدان): بأنه (عبارة عن قدرة الفرد على التحكم والسيطرة على انفعالاته المختلفة، ويكون لديه مرونة في التعامل مع المواقف والأحداث التي تصادفه بحيث تكون استجابته الانفعالية مناسبة أو ملائمة للموقف. (حمدان ،2010، 8).

بينما عرفه (بني يونس) : بأنه أحد الأبعاد الأساسية في الشخصية الذي يمتد على شكل متصل مستمر من القطب الموجب الذي يمثله الاتزان الانفعالي إلى القطب السالب الي تمثله العصابية، وأن أي شخص يمكن أن يكون في أي مكان على هذا المتصل، يمكننا أن نوصفه طبقاً لمكانه، وأن جميع المواقع محتملة،ويمثل الاتزان الانفعالي الشخص الهادىء، الرزين الثابت المنضبط، غير العدواني، المتفائل، الدقيق. (بني يونس، 2012، 333).

فإن صحة الفرد النفسية تتجلى في قدرته على التوفيق مع ذاته ومع بيئته، وبالأخص بيئته الاجتماعية، بحيث تجعله يشعر بالرضى والتمتع بالحياة بعيداً عن الاضطرابات النفسية والاجتماعية، وهذا يحققه الاتزان الانفعالي للفرد،لأن الشرط الأساس للتوافق النفسي والاجتماعي هو الاتزان الانفعالي.

وهذا يدل على أن الاختلال في الاتزان الانفعالي يعني اضطراب الجانب الانفعالي للفرد، وقد يتسبب هذا في خلق اضطرابات اجتماعية في حياة الفرد، لأنه يؤثر في علاقاته مع الآخرين. فالاتزان الانفعالي يمكن عَده سمة تميز الفرد لتقديم استجابة انفعالية مضطربة وسريعة التغيير.

وإذا نظرنا إلى الاتزان الانفعالي من حيث مضمونه التصوري لأتضح لنا أن تحكم الفرد في ذاته وما يتمخض عنه من سيطرة على استجاباته إنما تعني المرونة التي تمكن صاحبها ليس فقط من مواجهة المألوف من المواقف بل الجديدة منها، بل وتبلغ أحياناً إلى إنتاج هذا الجديد إبداعاً وابتكاراً، هذه المرونة نلتقي بها في سيكولوجية التعلم تحت عناوين الذكاء والاستبصار والإبداع، بينما نلتقي بها في الصحة النفسية تحت اسم القابلية للتوافق مع الجديد Adaptability، فإن صميم الاتزان الانفعالي ينحصر في هذه المرونة بحيث يكون لنا أن نتوقع عدم الاتزان الانفعالي عندما نلتقي بالجمود كنقيض للمرونة. (العدل، 1995، 125- 126). ويرى ريان (2006)" أن هذه هي الحتمية التضادية بين الأشياء، فالتوازن لا يكون إلا بوجود قوتين متضادتين. (ريان، 2006، 115).

فالاتزان هو الوسط الذي يمثل العدل بين الأشياء جميعاً، فهو ليس قانوناً للوجود فحسب بل أيضاً للسواء الإنساني بوصفه اتزاناً وسطياً يمثل حقيقة الوسطية في الوجود، بحيث أن هذه الوسطية هي الطريق إلى السعادة في الدنيا والآخرة، اتزاناً انفعالياً يحقق للإنسان التوافق والسواء بما ينطوي عليه من مرونة واعتدال بين الأضداد بغير إفراط وتفريط. (عيد، 1999، 161 – 163).

وترى (المطوع) "أن صميم الاتزان الانفعالي يكمن في تلك المرونة التي تمكن صاحبها من مواجهة جميع المواقف، ليست المألوفة فقط بل الجديد أيضاً، بدرجة يمكن أن تصل إلى حد خلق وابتكار استجابات جديدة، وهو حالة وسط بين التردد والاندفاعية ، ويظهر الاتزان الانفعالي عندما نلتقي بالجمود نقيضاً للمرونة سواء كان هذا الجمود عبارة عن اندفاعية إقدام أو ترددية إحجام" (المطوع، 2001 ، 39) .

ويعرفه سلجادو(Salgado,2004) بأنه الدرجة التي يكون عندها الفرد آمن وغير غاضب وهادىء وواثق بذاته في مقابل غير الآمن والقلق المكتئب ومتهيّج العاطفة. (Salgado,2004, 569).

أما شاترفودي وشاندر (Chaturvedi & Chander, 2012) فيعرفا الاتزان الانفعالي بأنه : القدرة على الاستجابة الايجابية تجاه الظروف المثيرة للقلق والاكتئاب ، والضغوط النفسية. وهو بناء يتكون من مجموعة من المكونات، تتمثل في الهدوء، والتفاؤل، والقدرة على التحمل، والاستقلالية الانفعالية، والقدرة على استخدام المنطق في التحكم بالانفعالات، والقدرة على التعاطف مع انفعالات الآخرين. (المومني، 2016، 5).

فالاتزان الانفعالي للفرد مظهر من مظاهر صحته النفسية، وعامل من عوامل فهم الشخصية السوية، وهو صميم ولب العملية التوافقية برمّتها وبدرجاتها المختلفة فهو يتضمن الأسس العامة للسواء التي تتمثل في المرونة والحرية والكفاية العقلية والارتباط الاجتماعي بالآخرين والشعور بالرضا والسعادة، وهو يعادل قوة الأنا، وأما عدم الاتزان فإنه يعادل العصابية بكل ما فيها من إثارة واندفاع وعدم تحكم وسيطرة على مواقف الحياة المختلفة. (ريان، 2006، 41).

ثانياً: أهم التوجهات النظرية في الاتزان الانفعالي:

اعتقد فرويد (Freud، 1926) أن الاتزان الانفعالي يتجلى في قوة نظام (الأنا/Ego)، والذي يمثل جهاز منظم يسيطر ويدير الشخصية، وهذا الجهاز يقوم بعمله والتحكم على منافذ الفعل والسلوك وتقييم الواقع الخارجي والتفاعل معه، وتحديد أولويات احتياجات الغرائز من الإشباع والخمود، لذا كلما كان هذا نظام (الأنا/Ego) يعمل بشكل منسجم مع الأنظمة الأخرى مثل (الهو / Id) و (الأنا الأعلى / Super Ego) ومع مطالب الواقع كان أقوى وأنجح في توفير الاتزان أو الثبات الانفعالي لدى الفرد. (اسماعيل،2005، 52).

فكلما كانت (الأنا) قوية كان تعرض الفرد للإصابة بالاضطرابات النفسية أقل، لأن الصراع بين أنظمة الشخصية الثلاثة تنشأ بسبب ضعف (الأنا) وعدم قدرتها على التوفيق داخلياً أو خارجياً وبالتالي يؤدي إلى نشوء العصاب وحدوث خلل في الاتزان الانفعالي وبالتالي إلى سلوكيات شاذة، وكلما كانت سلطة (الأنا) قوية كان سلوك الفرد اجتماعياً ومقبولاً أكثر.(خليل، 2007 ، 174). لذا كان فرويد يعتقد أن الصحة النفسية تعني قوة الأنا ونجاحها في تحقيق التوازن بين مطالب الهو والأنا الأعلى والواقع، وبالتالي تحقيق التوازن الانفعالي، بمعنى أن الصحة النفسية تساوي الاتزان الانفعالي.

أما ماسلو(Maslow) الذي يعد زعيم حركة علم النفس الإنساني فقد أكد على أهمية سمة الاتزان الانفعالي من خلال آرائه التي يؤكد فيها أن للإنسان طبيعة جوهرية، وهي أما أن تكون طبيعة خيرة أو محايدة ولكنها ليست شريرة. وأن النمو الصحيح يقوم على تحقيق هذه الطبيعة باتجاه النضج كما أنه يحتاج إلى ظروف بيئية سليمة. فالبيئة غير السليمة أو التي تعيق الفرد ولا تسمح له بتحقيق رغباته وتطلعاته واختياراته قد تجعله عرضة لانهيار الصحة النفسية. (Maslow , 1970 , 277).

وكما أشار ماسلو إلى أن هناك مجموعة من الحاجات التي يسعى الإنسان إلى تحقيقها وأن الشخص الذي لا يستطيع إشباع حاجاته فانه يعجز عن التفكير بطريقة منطقية بسبب ما ينتج عن ذلك من توتر نفسي أو عدم اتزان انفعالي. (Jourard , 1974 , 80).

أما آيزنك (Eysenk) فقد عدَّ الاتزان الانفعالي بعداً من الأبعاد الأساسية في الشخصية. إذ يقول (يشكل بعد الاتزان الانفعالي خطًا متصلاً لا مستمراً يمتد بين نقطتين من القطب الموجب الذي يمثله الاتزان الانفعالي إلى القطب السالب الذي تمثله العصابية، وأن أي شخص يمكن أن يكون في أي مكان على هذا المتصل ويمكننا أن نضعه طبقًا لمكانه، وأن جميع المواقع محتملة، ويمثل الاتزان الانفعالي الشخص الهادئ، الرزين، الثابت، المنضبط، المسالم، المتفائل، الدقيق، أما الشخص الغير متزن (العصابي) فهو سريع الغضب، غير المستقر، العدواني، المنثار، المتقلب، المندفع). (آيزنك ، 1969، 57-61). حيث

افترض آيزنك أن بعض الناس لديهم جهاز عصبي تعاطفي أكثر سرعة في استجابته مقارنة بالآخرين، وبعض الناس يظلون هادئون في أوقات الطوارىء، وبعض الناس يعتريهم الخوف الشديد أو انفعالات أخرى، والبعض يُصاب بالفزع من مجرد حادثة صغيرة، وافترض أن تلك الفئة الأخيرة لديها مشكلة تتمثل في النشاط الزائد لجهازها العصبي التعاطفي، والتي تجعلهم أول المرشحين لاضطرابات عصابية متنوعة. (هريدى،2011، 173).

وتوصل كاتل (Cattel) من خلال دراساته إلى أن هناك عاملاً هو (C) قوة الأنا (Ego Strength) من بين من بين الستة عشر عاملاً التي توصل إليها والتي تشكل حجر الأساس في الشخصية. كما أنها تتصف بالثبات والاستقرار النفسي. (التميمي، 1999 ،53).

كما يرى ألبورت (Alport) أن محور الأمن الوجداني يتمثل فيما يحمله المرء من صورة إيجابية عن ذاته، مما يؤهله لتحمل الإحباطات وتجاوزها إلى آفاق أرحب بأقل خسارة وجدانية ممكنة.(هريدى،2011، 165).

أما النظرية الوجودية فتعتقد أن دراسة الانفعال هو الطريق الوحيد الذي يمكن من خلاله الوصول إلى حقيقة الإنسان، وترى أن الشخص الأصيل (الشخص المتزن) متكامل بشكل جيد وهو قادر على اختيار سلوكه في أي وقت وقادر على تحمل مسؤولية أفعاله والقرارات التي يتخذها وأنه قادر على إيجاد معنى للحياة.

كما أن توجهه الأساسي نحو المستقبل وبكل ما يرتبط به من مجهول أو عدم يقين يقوده إلى فكرة القلق لكنه يتقبل هذا القلق كضرورة لاستمرار الحياة وهذا القبول يأتي من خلال الشجاعة التي يبديها الفرد في مواجهة مستقبله كما أن الشخص الأصيل (المتزن) يبدي قدره على إقامة علاقات حميمية وصادقة قائمة على الحب المتبادل والتعبير الأصيل عنها. (سيدني، 1988، 36).

ويؤكد أدلر (Adler) أهمية العوامل الاجتماعية في تشكيل حياة الإنسان ونموه النفسي، ويعتقد أن النضال من أجل التفوق ينبع من الشعور بالنقص الموجود لدى الإنسان كما أعطى أهمية كبيرة لمشاكل الحياة التي يجب ان يحلها كل فرد وافترض ادلر وجود أربعة أساليب أساسية للحياة يتبناها الناس للتعامل مع المشاكل وهي:

1- يظهر تجاه السيطرة أو التحكم مع القليل من الحس والاهتمام الاجتماعي ويسلك في الغالب دون اعتبار للآخرين.

2- النوع الآخذ وهو الذي يحصل على كل شيء من الآخرين.

3- المتجنب وهو الذي لا يقوم صاحبه بأية محاولة لمواجهة ومكافحة مشاكل الحياة.

4- النوع المفيد اجتماعياً وهو قادر على التعامل مع الآخرين ويعمل بما يقتضيه حاجاتهم.

(شلتز، 1983، 77- 78).

ثالثاً: الانفعال وعلاقته بالاتزان الانفعالي:

نستطيع أن نفهم من كلمة انفعال Emotion بأنه حالة تغيير في الكائن الحي يصاحبها اضطراب في السلوك. وهذا الاضطراب حاد بحيث يشمل الفرد كله ويؤثر في سلوكه وخبرته الشعورية ووظائفه الفسيولوجية الداخلية، وهو ينشأ في الأصل عن مصدر نفسي، ومن أمثلته الخوف والغضب الشديدان.

ويذكر (جولمان 2000) على أن الانفعال بالنسبة للإنسان هو واسطة العاطفة، وبذرة كل انفعال هي شعور يتفجر داخل كل إنسان للتعبير عن نفسه في فعل ما، وهؤلاء الذين يكونون أسرى للانفعال يفتقرون للقدرة على ضبط النفس، ويعانون من عجز أخلاقي، فالقدرة على السيطرة على الانفعال هي أساس الإرادة وأساس الشخصية، وعلى النحو نفسه فإن أساس مشاعر الإيثار إنما يكمن في التعاطف الوجداني مع الآخرين، أي في القدرة على قراءة عواطفهم؛ من أجل تحقيق التوازن العاطفي وليس قمع العواطف.فعندما يكبت الانفعال تماماً فان ذلك يؤدي إلى الفتور والعزلة، أما عندما يخرج عن إطار الانضباط والسيطرة يصبح بالغ التطرف، فانه يتحول إلى حالة مرضية تحتاج إلى العلاج مثل الاكتئاب المؤدي إلى الشلل، والقلق الساحق، والغضب الكاسح، والتهيج المجنون. (الغداني ، 2014، 39- 40).

فالانفعال هو أحد المنظمونات المكونة لبناء الفرد في مظهره الخارجي التي تعبر عن مجموعة من الحركات الناتجة عن اختلال الاتزان ومؤديه إلى تفاقم هذا الاختلال وخروج الإنسان عن حدود النشاط المعدل والمنظم السوي وهذا يدل عليه لفظ (Emotion) أي الحركة التي تتعدى الحدود وتكون أهم المظاهر الانفعالية. (سليمان، 2006، 243).

يعرف حسونة وأبو ناشي الانفعال بأنه " ظاهر نفسية أو حالة شعورية يحس بها الفرد كما يستطيع أن يصفها وأن يميز بينها وبين غيرها فيحس بالفارق بين انتقال الخوف أو الفرح أو الغضب أو الحزن أو المحبة، فلكل أنفعال من الانفعالات مظهر خارجي يميزه عن غيره" (حسونة وأبو ناشي،2006، 28).

بينما يعرفه المياحي "على انه تلك الحالة الوجدانية الثائرة والمفاجئة المصحوبة باضطرابات داخلية وخارجية قد تؤثر على سلوك الإنسان كله جسمياً ونفسياً دون أن تتيح له فرصة التكيف والتوافق مع الموقف الانفعالي" (المياحي، 2010 ، 22).

وأوضح كل من " هومان وآخرين " أن الانفعال يشير إلى مشاعر أو ردود الفعل الوجدانية، والتي هي نتيجة الربط بين المكونات الأربعة الأساسية التالية:

الجانب الفسيولوجي:

ويتضمن تغيرات النشاط في جسم الكائن عندما يستثار هذا الجسم انفعالياً مثل (معدل ضربات القلب، والتنفس).

المكون المعرفي:

ويشير إلى أهمية ألأفكار والمعتقدات والتوقعات في تحديد نمط وشدة الاستجابة الانفعالية.

المكون السلوكي:

ويتضمن أشكال وصور التعبير المختلفة عن الانفعال ، مثل التعبيرات الوجيهة، وأوضاع الجسم، وايقاع الجسم، وايقاع الصوت، والتي تتباين من انفعال لآخر.

الخبرة الذاتية:

وتشمل عناصر السعادة أو عدم السعادة، وشدة الشعور وتعقيده، ولهذه الخبرة دورها في تحديد ما يفضله الشخص ويرغب فيه ما ينفر عنه ". (خليفه وعبدالله، 2011 ، 191).

فالانفعال بوجه عام مظهر لفقدان الاستقرار أو التوازن بين الفرد والبيئة، كما أنه في الوقت ذاته وسيلة لإعادة التوازن، فالانفعال دليل على أن التوافق الذي كان محققاً بين ميول الكائن الحي وبيئته قد تهدد واضطرب وذلك لعجز الأفعال الآلية –فطرية كانت أو مكتسبة عن مواجهة ما يعتري الموقف الراهن من تغيير فجائي أو من صعوبة غير متوقعة. (الغداني، 2014، 41).

وأشار "عبدالكريم وخطاب" إلى الفرق بين الانفعال، والسلوك الانفعالي، والاستجابة الانفعالية، حيث أن الانفعال: هو حالة شعورية مركبة يصاحبها نشاط جسمي وفسيولوجي مميز. بينما السلوك الانفعالي: هو سلوك مركب يعبر إما عن السواء الانفعالي أو عن الاضطراب الانفعالي. أما الاضطراب الانفعالي: حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها الزيادة والنقصان فالخوف الشديد كأستجابة لمثير سخيف حقاً لا يعتبر اضطراباً إنفعالياً بل تعتبر إستجابة إنفعالية عادية وضرورية للمحافظة على الحياة، أما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر اضطراباً إنفعالياً ". (عبد الكريم وخطاب،2010 ،26).

في حين يرى الغداني " أن الانفعال هو اضطراب عميق يظهر من خلال تعرض الفرد لمواقف معينة في الحياة فهو ينشأ عن مصدر نفسي ووجداني حيث يظهر ذلك من خلال آثار المظاهر الخارجية للانفعال لدى الشخص، إلا أنه قد يؤثر في شعور الفرد وخبرته ووظائفه الفسيولوجية مما قد يصاحب ذلك اضطراب الفرد في سلوكه فيؤثر على اتزانه الانفعالي وبالتالي ينعكس ذلك على علاقاته الاجتماعية التي سوف تنطوي تحت تأثير التردد والتوتر والارتباك؛ بينما الاتزان الانفعالي يتوقف على ما وصل إليه الفرد من

نضج انفعالي، فهو السلوك الذي يدل على قدرة الفرد على ضبط انفعالاته والتعبير عنها بصورة ناضجة متزنة بعيدة عن تعبيرات التهور والاندفاع، فالشخصية السوية السليمة لا تتشنج ولا تثور بل تفرض وترفض في إصرار وثبات وهدوء، فالاستقرار الانفعالي هو أن تكون الاستجابة الانفعالية لدى الفرد متوافقة مع الموقف الانفعالي بحيث يدرك هذا الموقف إدراكاً موضوعياً وينفعل له بما يناسبه".(الغداني، 2014، 42، 43).

كما يرى (بني يونس 2009) أن السلوك المعتدل هو الذي يوازن بين الواقع والإمكانات والطموحات. ويوازن بين الداخلي والخارجي، والمحلي والعالمي، وبين الأصالة والمعاصرة، وهو الذي يكون فيه التآلف لا التنافر المعرفي، كما أنه يوازن بين القطبين الموجب والسالب في الشخصية، أي ليس أحدي القطب، وهو سلوك قائم على مبادئ النظام المفتوح (السلبي – الايجابي) معاً، والفاعل – المنفعل، والمؤثر والمتأثر. (الغداني، 2014، 52).

فإن للانفعالات عدة فؤائد وأيضاً لها مضار عدة، يوضحها الجدول (1):

الجدول (1) فوائد ومضار الانفعالات

فوائد الانفعالات	مضار الانفعالات
تحقق الدرجات المعتدلة من الانفعالات العديد من الفوائد بالنسبة للفرد ومنها ما يأتي : ١) تزيد الشحنة الوجدانية المصاحبة للانفعال من تحمل الفرد وتدفعه إلى مواصلة العمل وتحقيق أهدافه . ٢) للانفعال قيمة اجتماعية، فالتعبيرات المصاحبة للانفعال ذات قيمة تربط بين الأفراد وتزيد من فهمهم لبعضهم البعض . ٣) تعتبر الانفعالات مصدراً من مصادر السرور ، فكل فرد يحتاج إلى درجة معينة منها إذا زادت أثرت على سلوكه وتفكيره، وإذا قلت أصابته بالملل . ٤) تهيئ الانفعالات الفرد للمقاومة من خلال تنبيه الجهاز العصبي اللاإرادي . (السيد وآخرون، 1990، 492).	١) يؤثر الانفعال على تفكير الفرد فيمنعه من الاستمرار، كما هو الحال في حالة الغضب أو يجعل التفكير بطيئاً كما هو الحال في حالات الحزن والاكتئاب. ٢) يقلل الانفعال من قدرة الشخص على النقد وإصدار الأحكام الصحيحة . ٣) كما يؤثر أيضاً على الذاكرة فيما يتصل بالأحداث التي تتم أثناء فترة الانفعال . ٤) في حالة حدوث الانفعالات بشكل دائم ومستمر، يترتب عليها العديد من المتغيرات الفسيولوجية، مما يؤدي إلى حدوث تغيرات عضوية في الأنسجة وينشأ في هذه الحالة ما يسمى بالأمراض النفس جسمية أو السيكوسوماتية. (المزيني ،2001، 65).

رابعاً: الاتزان الانفعالي والنضج الانفعالي (Emotion Maturity) :

عرف كاتل (Cattel,1961) النضج الانفعالي بأنه قدرة الفرد على الثبات الانفعالي والذي يتمثل بضعف التهيج الانفعالي تجاه المعارضة والغضب، والواقعية في حياته والانضباط والمثابرة.(عبد،2018، 118).

ويرى (مخول 2000) أن النضج الانفعالي يشير إلى الهدف الذي يتوجه نحو النمو الانفعالي، أو الكمال الذي يسعى النمو الانفعالي من خلال مساره الطويل إلى بلوغه دون أن يبلغه بصورة كلية.

بينما يرى (حمدان 2010) أن مفهوم النضج الانفعالي أشمل وأعم من مفهوم الاتزان الانفعالي ويعرف "انجلش " النضج الانفعالي بأنه الدرجة التي يتخلى فيها الفرد عن السلوك الانفعالي المميز لمرحلة الطفولة ويظهر السلوك الانفعالي المناسب في مرحلة الرشد، وتحدد "هولنجورث" الصفات الرئيسية للشخص الناضج انفعالياً في اثنين:

قدرته على التدرج في استجاباته الوجدانية.

قدرته على تأجيل بعض استجاباته. (الغداني، 2014 ، 60).

ويشير المليجي أن النضج الانفعالي هو " شرط للتوافق الاجتماعي والصحة النفسية. وأن الصلة وثيقة بين النضج الانفعالي والنضج الاجتماعي، فالشخص غير الناضج انفعالياً، يكون مبالغاً في سلوكه الانفعالي، متهوراً، مندفعاً، لا يستطيع من عقد صلات إجتماعية قوية. بينما القدرة على ضبط النفس من أهم عوامل النجاح في الميدان الاجتماعي. ولذا فإن من أهم خصائص الشخص الناضج انفعالياً ما يأتي:

- القدرة على التحكم في انفعالاته، فلا يندفع، ولا يتهور، ولا يثور، بل يرفض ما يريد ويفرض ما يشاء.
- القدرة على كبح جماح شهواته، والسيطرة على نزواته، فهو قادر على تأجيل لذَّاته العاجلة والإرضاء السريع لدوافعه من أجل أهدافه الآجلة.
- تناسب الانفعالات مع مثيراتها، فلا يشطط في غضبه لأسباب تافهة، ولا يبالغ في خوفه فيرتجف ويتشنج.
- هادي ومتزن انفعالياً.
- الاعتماد على النفس والقدرة على تحمل المسؤولية .
- القدرة على الاحتمال: تحمل الأزمات، والنقد، والإحباط والفشل ". (المليجي ، 2000 ،187).

ولتحقيق النضج الانفعالي يرى (حسونة وأبو ناشي 2006) إلى الارتكان إلى المزايا الشخصية الآتية:

الاستقلالية:

وهي عدم الاعتماد على الغير وهي السمة الأساسية لمرحلة الطفولة إلى مرحلة يستطيع فيها الاعتماد على ذاته في اتخاذ قراراته وفقاً لمفاهيمه واعتباراته الخاصة .

الواقعية:

أي القدرة على رؤية العالم رؤية واقعية ، والقدرة على التفكير العقلاني، والقدرة على إستغلال مصادر البيئة بما فيها ذات الفرد استغلالاً منتجاً خلاقاً.

التعاطف:

القدرة على مشاركة الآخرين أفراحهم وأتراحهم برغبة وقناعة، وأن يعطي من نفسه لأسرته وأصدقائه ومجتمعه.

الوعي بالذات وتقدير الذات :

بما يعنيه ذلك من اتجاهات سليمة نحو الذات ويكون قادراً على تحديد مميزاته الذاتية بدقة متقبلاً لجميع خصائصه الذاتية ومقدراً لذاته قيمتها.

التكامل:

فالفرد باعتباره كائناً إنسانياً عليه أن يخبر محيطه ويسير ذاته بحثاً عن تكوين وجهة نظر موحدة له، متكاملة ومتناسقة عن العالم تهب المعنى لأفعاله الفردية ولجميع مظاهر حياته.(الغداني،2014، 61).

ويرى (ريان) أن النضج الانفعالي شرط ضروري من شروط الصحة النفسية، لذا يختلف الناس من حيث درجة اتسامهم بهذا النضج، فيمكن تشبيه ذلك بخط مستقيم يمتد بين نقطتين تمثل إحداهما أعلى درجات النضج والأخرى قدر من الفجاجة وبين النقطتين يحتل سواد الناس مواضع مختلفة. (ريان ، 2006، 32).

خامساً: الصحة النفسية والاتزان الانفعالي:

إن السلوك الانفعالي هو سلوك مركب إما أن يعبّر عن السواء الانفعالي فينشر بذلك الصحة النفسية، وإما أن يعبر عن عدم السواء فتكون ردة الفعل هو الاضطراب الانفعالي .

فيرتبط مفهوم الصحة النفسية بمفهوم التكيف أو التوافق. حيث أن مفهوم الصحة النفسية يتمثل بمدى النضج الانفعالي والاجتماعي أو مدى التوافق بين الفرد ومجتمعه. ويمكن أن نعرف التوافق أو التكيف بأنه العلاقة المرضية للإنسان مع البيئة المحيطة به. ولهذا التوافق جناحان هما الملاءمة أو التلاؤم adaptation والرضا satisfaction يرتبط بالبيئة المادية ومطالب الواقع بجميع جوانبها الاجتماعية والثقافية أو البيولوجية والطبيعية. ولا يتحقق " التوافق" أو لا يكون كاملاً إلا إذا صاحب هذا التلاؤم رضا الإنسان وإحساسه بالسعادة والتقبل النفسي لهذه البيئة المحيطة.

وتعد " الصحة النفسية هي حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهه مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً، بحيث يعيش في سلامة وسلامٍ ".

إن اضطراب الفرد يخلق له الكثير من الفوضى في كافة نشاط الإنسان، وذاك معناه سوء التوافق مع النفس، ومع الآخرين، أي الصراعات والتأزمات، والنكوص والاعتداءات، ومعنى ذلك التخبط وتبديد الطاقات. فالوقاية من الأمراض النفسية ممكنة كالوقاية من الأمراض الجسمية، إلا إن هذا يعتمد على مدى انتشار مبادئ الصحة النفسية. (الغداني، 2010، 66 – 67).

أن هناك عدد من الأمراض النفسية التي يكون مصدرها انفعالات أصابها أحد عاملين هامين، إما إنها إنفعالات متطرفة أرهقت أعصاب صاحبها، ولم يحاول أن يقوم بعملية ضبط نفسي متوازن لها. فالخوف الشديد إذا إستمر قد يتحول إلى مخاوف وهمية يصل إلى مرحلة القلق المرضي أو وسوسة فكرية مستعصية. كذلك الغضب إذا استمر وقويَ يصل إلى سلوك تخريبي قد ينتهي إلى انحراف نفسي وسلوك إجرامي، والعامل الثاني هو محاولة كبت الانفعالات الصحية الفطرية الهامة.

فالكبت الصارم أو القمع القوي لا يميت هذه الانفعالات الفطرية في الإنسان بل يحولها إلى هم وغم وإلى اكتئاب أو عزلة أو تشاؤم وانطواء، وقد ينهي إلى نقمة على النفس كالانتحار. (ريان، 2006، 28–29).

فالاتزان الانفعالي يعتبر مظهراً بارزاً من مظاهر الصحة النفسية، وهو يميز بين الأسوياء وغير الأسوياء. وهو مظهر من مظاهر التوافق الاجتماعي أيضاً والتفاعل مع المجتمع بواقعية ووضوح، أما عدم الاتزان الانفعالي يؤدي إلى العصاب، والعصاب اضطراب وظيفي يضرب الشخصية، ويتمثل بالشكوك الدائمة والمخاوف اللاواعية والوساوس وهو حالة شاذة لحل أزمة نفسية مستعصية، أو تغطية لاضطرابات ومشكلات التكيف لدى الفرد، أو انتهاج مسلك ملتو لتفادي مايؤلمه. ومن هنا كان الاتزان الانفعالي كعملية ضبط لانفعالات الفرد بحيث يتمتع بالمرونة والتروي وهو صميم عملية التوافق والصحة النفسية الإيجابية وهو يشير إلى حالة الفرد النفسية والصحة النفسية السليمة هي تكامل طاقات الفرد المختلفة بما يؤدي إلى حسن استثمارها ومما يؤدي إلى تحقيق وجوده وانسانيته ".(الغداني، 2010، 67 – 68).

سادساً: سمات الشخص المتزن انفعالياً:

للصحة النفسية علامات تنم عنها، ومؤشرات ترشد إليها، ودلالات تدل عليها، وتشير هذه العلامات إلى مظاهر سلوكية محددة يتوافر الكثير منها لدى الشخص الذي يتمتع بدرجة عالية من الصحة النفسية، وهذه المؤشرات هي مؤشرات نوعية منها ما هو ذاتي لا يشعر بها إلا صاحبها ومنها ما هو خارجي يدركه الآخرون، منها: الاتزان الانفعالي ، فيتسم الشخص بالاتزان الانفعالي والثبات الوجداني واستقرار الاتجاهات

ونضج الانفعالات إلى حد بعيد ويعني وجود حالة من التماثل بين نوع المنبه ونوع الانفعال الناتج عنه، فإذا تضايق شعر بالقلق والضيق والهم، وأن قابله شيء سار شعر بالفرح والنشوة.(حامد، 2005، 1).

وفسرت المدرسة السلوكية عدم الاتزان الانفعالي على أنه نتاج لعملية التعلم والتنشئة الاجتماعية للفرد، إضافة إلى الظروف البيئية التي تعيقه عن الإحساس بالأمن المستقبلي أو تضعه دائماً في مواقف اختبار ذات بدائل محدودة، والفرد الذي يتمتع باتزان انفعالي جيد يتصف بـ :

- اكتساب سلوك ناجح ومقبول يساعده على التوافق مع نفسه والآخرين.
- تجنب اكتساب سلوك ضار وغير مقبول اجتماعياً مما يهدد توافقه النفسي والاجتماعي.
- مواجهة المواقف التي يتعرض فيها للمثيرات التي تؤدي إلى التردد والشك والخوف من المستقبل.
- معالجة الأزمات النفسية التي تنشأ عن الصراع الذي نشأ كنتيجة لمواقف الاختيار التي يجد الفرد نفسه في مواجهتها. (جايد، 1998، 17).

ويرى ماسلو(Maslow) أن الشخصية المتزنة تتسم بما يأتي:

1- قدرتها على اتخاذ القرار من دون الاعتماد على الآخرين.

2- لها درجة عالية من قبول الذات والآخرين.

3- تدرك الحقائق بشكل موضوعي.

4- تتسم بالخصوصية وعدم الاستسلام للآخرين.

5- لها القدرة على معالجة مشاكل الحياة بشجاعة.

6- تمتلك علاقات حميمية مع الآخرين ذوي الشأن.

7- يتسم تعاملها مع الحياة بشكل ديمقراطي. (الربيعي، 1994 ، 49).

يرى (الفرجياتي ومحمد) بأنه الشخص المتزن انفعالياً هو الشخص الذي يتصف بالشجاعة في مواجهة المستقبل، وعزمه على اتخاذ القرارات المهمة، وقدرته على السيطرة على انفعالاته، وامتلاكه وجوداً أصيلاً مع الآخرين قائماً على الحب والتفاعل الذي لا يلغى خصوصيته وتفرده معهم. (الفرجياتي ومحمد، 2012، 128). وذكر كل من (السيد ود والوفا) عدة صفات للأفراد المرتفعين والمنخفضين في الاتزان الانفعالي، يوضحها الجدول (2):

الجدول (2) صفات الأفراد المرتفعين والمنخفضين في الاتزان الانفعالي

صفات الأفراد المرتفعين في الاتزان الانفعالي	صفات الأفراد المنخفضين في الاتزان الانفعالي
- متمهلون / متروون. - متسامحون. - مرحون. - هادئون. - لايقعون في أخطاء. - راضون. - يتسمون بالمرونة ، والاستقرار، والاجتهاد. - صعوبة التعرض للاكتئاب . - التوافق. - تحمل الضغوط.	- متقلبو المزاج. - دفاعيون. - سريعو الغضب. - متوترين. - يظهرون انفجار انفعالي عند التعرض لضغوط أو انتقادات. - كثيرو الشكوى والجدل. - شديدو الحساسية. - قليلو التوافق النفسي الموجب. - القلق وعدم الاستقرار/ التزعزع. - العدوانية، والخوف واليأس. - الشك الذاتي. - انخفاض التقدير الذاتي (ارتفاع العصابية). (السيد ود والوفا ، 2015 ، 20)

ونجد من ذلك أن الأفراد ذوي الاتزان الانفعالي المرتفع يكون لديهم درجة أقل من العصابية، ويكون لديهم مستويات أقل من الضغوط، وهذا يتضمن علاقة سالبة بين الاتزان الانفعالي والضغوط، في حين أن عدم الاتزان أو عدم النضج الانفعالي يشير إلى فشل الفرد في تطوير درجة من الاستقلالية أو الاعتماد على الذات والتي نراها لدى الراشد الطبيعي أو العادي.

(Hatywayo;Zingwe;Mhlanga & Mpofu, 2014,863)

كما يعتقد روجرز(Rogers) إن الفرد صاحب الشخصية المتزنة انفعالياً يتصف بما يأتي:

1- له القدرة على إدراك ومعرفة قدراته وإمكاناته بشكل موضوعي.

2- له القدرة على فهم وإدراك ما يحيط به في البيئة.

3- يتسم بالتفتح وبالسعي وراء اكتساب الخبرة من خلال تجاربه الذاتية.

4- شعوره بالحرية وأن اختياراته تنبع من تلك الحرية التي يمتلكها من دون الاعتماد على الآخرين في الوصول إلى أهدافه.

5- شعوره بالثقة بالنفس يجعله قادراً على اتخاذ القرارات اعتماداً على خبراته الذاتية. (الربيعي،1994، 50).

سابعاً: حالات اختلال الاتزان الانفعالي (العُصاب):

يمر الأفراد بحالات من اختلال الاتزان الانفعالي، تلك الحالات قد تكون ظرفية أو قد تستمر لمدة محددة، وقد تكون اضطراباً مهيكلاً في الشخصية.

حالات الاختلال تلك تأخذ عدة أشكال يتسم بها العُصابين ومنها:

-القلق Anxiet :

وهو القلق المرضي، نوع من الخوف الغامض غير المحدد ومجهول السبب، المصحوب بالتوتر والضيق والتأهب وتوقع الأذى وعدم الاستقرار العام، مايعوق الإنتاج ويجعل السلوك مضطرباً. والقلق هو العارض الشائع المشترك في معظم الأمراض النفسية، وقد يغلب القلق ويصبح هو نفسه عصاباً أساسياً ومرضاً قائماً بذاته.

- الاكتئاب Depression :

هو حالة يشعر فيها المريض بكآبة والكدر والغم والحزن الشديد وانكسار النفس دون سبب مناسب أو لسبب تافه فيفقد لذة الحياة، ويرى أن لا معنى لها ولا هدف له فيها فتفقد عزيمته، ويفقد اهتمامه بعمله وشؤونه، ويشعر بتفاهته ويصاحب الاكتئاب عادة التدهور الحركي والصداع وفقد الشهية ونقص الوزن والإمساك والأرق، ويصاحبه أيضاً التردد والبطء في الكلام. كما يبدو فيه الشخص حزيناً مهموماً كثير البكاء يائساً من الحياة، وقد تنتهي به الأمر إلى الانتحار.

- التوتر Tension :

هو شعور ذاتي بعدم الراحة والاضطراب والتململ وعدم الرضا والحيرة وعدم القدرة على التركيز، وعدم الاستقرار والارتجاف وسرعة الحركات والصداع، ويشاهد في القلق والاكتئاب.

- **الفزع Panic :**

وهو توتر طويل وقلق مزمن وخوف فجائي حاد، وشعور بالخطر وعدم الأمن.

- **اللامبالاة Indifference :**

وهي فقدان القدرة على التعبير الانفعالي، فقدان الاهتمام بالأشياء، فالمريض لا يبالي بالمشاعر ولا بالمواقف الانفعالية ولا التعبير الانفعالي وتشاهد اللامبالاة في الاكتئاب.

(زهران،2005، 144-145).

- **البلادة الانفعالية Emotional Hebtude :**

تعد نوعاً من اضطرابات الانفعال، وفي هذه الحالة تبدو انفعالات الشخص متبلدة فقد يستقبل نبأ فقدان أحد المقربين بابتسامة بلهاء كما يستقبل نبأ زواج ابنه بنفس الابتسامة.

- **التناقض الانفعالي Anbivalence :**

وهو شعور ثنائي متناقض في نفس الوقت بالنسبة لنفس المثير، فمثلاً قد يوجد الحب والكره معاً في نفس الوقت نحو شخص ما، وهنا يكبت أحد الانفعالين ويكون غالباً هو الأقل قبولاً. ويشاهد التناقض الانفعالي في الفصام. (ربيعة، 2015، 31).

- **عدم الاستقرار الانفعالي Emotion Instability :**

ويتمثل في ضعف سيطرة الشخص على انفعاله، بحيث تثير انفعاله – سواء السار أو الحزين – أضعف المثيرات، فإذا بالفرد يبكي وينتحب بشدة بمجرد مشاهدة رواية محزنة، أو يفرح لدرجة تخرجه عن وقاره لخبر تافه.

- **مشاعر الذنب الشاذة Abnormal Feelings of guilt:**

وهنا يشعر المريض شعوراً شديداً بالذنب ولوم الذات وتأنيب الضمير على أفعال أو رغبات أو أفكار تتناقض مع التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية. وتشاهد في القلق، والوسواس والقهر وفي الخوف.

إن الحالات المذكورة سابقاً من اضطراب الاتزان الانفعالي تضمنت ثلاث اتجاهات رئيسية هي:

1- **اضطرابات انفعالية متطرفة الإيجابية:** كالمرح، الوجد، والنشوة مثلاً.

2- **اضطرابات انفعالية متطرفة السلبية:** كالقلق والاكتئاب ، التوتر والفزع.

3- **اضطرابات انفعالية غير محددة الاتجاه:** كالبلادة الانفعالية، اللامبالاة، التناقض الانفعالي، عدم الاستقرار الانفعالي، نقص الثبات الانفعالي والانحراف الانفعالي. (ربيعة، 2015، 32- 33).

ثامناً: طرق تحقيق الاتزان الانفعالي ودور الإرشاد النفسي في تحقيقه :

يعتبر الاتزان الانفعالي (Emotional Stability) جوهر الصحة النفسية الإيجابية وعليه يكون الاهتمام بتحسين مستوى الاتزان الانفعالي أحد المطالب الهامة التي تعكس الشخصية السوية. (الشعراوي، 2003، 1).

ومن الطرق التي تعمل على تحقيق الاتزان الانفعالي لدى الفرد، ما يأتي :

1) التعبير عن الطاقة الانفعالية في الأعمال المفيدة، حيث يولد الانفعال طاقة زائدة في الجسم تساعد الفرد على القيام ببعض الأعمال العنيفة، ومن الممكن أن يتدرب الفرد على القيام ببعض الأعمال الأخرى المفيدة لكي يتخلص من هذه الطاقة. (الغداني، 2010، 68).

2) تقديم المعلومات والمعارف عن المنبهات المثيرة للانفعال حيث يساعد ذلك على إنقاص شدة الانفعال وبالتالي التغلب على الاضطراب الذي يحدث للأنشطة المتصلة به، فالطفل الذي يخاف من القطط مثلاً يمكن مساعدته على التخلص من ذلك عن طريق تزويده ببعض المعلومات التي تقلل من هذه الحالة لديه.

3) محاولة البحث عن استجابات تتعارض مع الانفعال، فإذا شعر الفرد نحو شخص ما بشيء من الكراهية لأسباب معينة عليه أن يبحث عن أسباب أخرى إيجابية يمكن أن تثير إعجابه بهذا الشخص وتغير اتجاهه نحوه.

4) عدم تركيز الانتباه على الأشياء والمواقف المثيرة للانفعالات، فإذا لم يستطع الفرد التحكم في انفعالاته عن طريق البحث عن الجوانب الإيجابية والسارة في الشيء مصدر الانفعال يمكنه أن يغير اهتمامه عن هذا الشيء إلى الأشياء والموضوعات التي تساعده على الهدوء والتخلص من انفعالاته وتوتراته.

5) الاسترخاء: يحدث الانفعال عادة حالة عامة من التوتر في عضلات الجسم وفي مثل هذه الحالات يحسن القيام بشيء من الاسترخاء العام لتهدئة الانفعال وتناقصه تدريجي.(حمدان،2010، 40)، ففي حالة الانفعال يفضل أن يدرب الإنسان نفسه على القيام بحالة من الاسترخاء العام، مما يعمل على تهدئة حالة الانفعال. (الغداني، 2010، 68).

6) عدم الحسم وإصدار الأحكام في الموضوعات والأمور المهمة أثناء الانفعال، ففترة الانفعال تمثل حالة من عدم التوازن لذلك يفشل الفرد في رؤية الأمور بشكلها الصحيح ، وبالتالي تكون أحكامه غير صحيحة.

7) أن يدرس الإنسان ما يستطيع تعلمه عن الحياة النفسية الانفعالية للإنسان عموماً، وبذلك يعرف الإنسان مواطن قوته وضعفه، كما يعلم دوافع السلوك ومظاهر الانفعالات وبعض العمليات الإدراكية المصاحبة لذلك.

8) أن يتعلم الإنسان كيف يسيطر على تعبيراته الانفعالية الظاهرية التي تخضع للضبط الإرادي، لذا كان الخلق بالتخلق والطبع بالتطبع والعلم بالتعلم والحلم بالتحّلم والصبر بالتصبر.

9) أن يبتعد الإنسان قدر الإمكان عن المواقف المثيرة للانفعالات الحادة والسيئة غير الخلقية، وكذلك ينبغي تجنب الأشخاص الذين يسببون التوترات الانفعالية السيئة، لأن وجود الإنسان في مواقف الإثارة والاستشارة يتطلب مزيداً من القوة الكابحة لنجاح الضبط الانفعالي الإرادي، وهذا ليس بالسهل لدى كل الأفراد، فالوقاية هنا تتمثل بالابتعاد عن المواقف الحرجة الدافعة لانفعالات غير مرغوبة، خير من الوقوع بتلك المواقف المثيرة ثم محاولة الخروج منها بسلام. (حمدان،2010، 41)، فإذا عجز الفرد عن ضبط انفعالاته في بعض المواقف فيحسن به أن يتجنب هذه المواقف. (الغداني، 2010، 69).

10) أن يحاول الإنسان إذا وجد نفسه في مواقف طارئة مفاجئة مثيرة أن يسحب نفسه انسحاباً نفسياً بتغيير الأجواء المهيمنة عليه انفعالياً.

11) أن يحاول إثارة استجابات معارضة للانفعال: ينجح بعض الناس في التخلص من الخوف إذا لجأوا إلى الصفير أو الغناء، وذلك لأن هذه الأعمال تحدث في النفس حالة من الرضا والسرور وهي حالة معارضة لحالة الخوف، ولذلك لا يلبث الخوف أن يزول تدريجياً.

12) أن يتعلم الإنسان النظر إلى العالم نظرة مرحة : إنك تستطيع أن تتغلب على كثير من الانفعالات الشديدة إذا حاولت أن تبحث في المواقف التي تثير انفعالك عن عناصر يمكن أن تثير ضحكك أو سخريتك أو سرورك. (حمدان، 2010، 39-41).

13) أن يزود الإنسان حصيلة معلوماته عن أنواع الانفعالات وأسباب حدوثها والآثار المترتبة عليها والنتائج التي تنتهي بها إذ أن هذه المعرفة تمكنه من ضبط انفعالاتك. (الغداني، 2010، 69).

❖ دور الإرشاد النفسي في تحقيق الاتزان الانفعالي:

تعد العملية الارشادية هي الركيزة الأساسية التي يستطيع من خلالها الفرد من فهم أعمق لنفسه، ومشاكله وكيفية التعامل معها، فالإرشاد النفسي لايهدف فقط إلى حل المشكلة الانفعالية أو غيرها من المشكلات، بل يرمي إلى تزويد الفرد بفهم أفضل لنفسه والآخرين، ولتحرير جميع طاقاته، وإمكاناته أثناء عملية الإرشاد لإكتساب وجهات نظر صحية نحو ذاته ونحو الناس والحياة والوصول إلى أقصى درجة ممكنه من التناسق لجميع جوانب شخصيته فالإرشاد النفسي يركز على مساعدة الفرد للتغلب على مشكلاته الانفعالية أو تجاوز

قلقه وحيرته، وتعديل سلوكه غير السوي أثناء عملية الإرشاد بدرجة تعيد للفرد تماسكه النفسي، وتنمي فيه القدرة على الاتزان الانفعالي ، وتجنبه حالة الاضطراب النفسي.

حيث توصل روجرز بناءً على فحصه عدد من الدراسات حول آثار الإرشاد النفسي، إلى حدوث تغيرات في مشاعر الفرد، واتجاهاته لذاته وقدراته، وخصائصه بانفعال أقل، وموضوعية أكثر، كما يدرك نفسه بأكثر قدرة على مواجهة مشكلات الحياة، كما تحدث تغيرات في شخصية الفرد في اتجاه نقص القلق، والميول العصابية، والانطوائية، وازدياد في التكامل النفسي، والاتزان الانفعالي، والقدرة على التكيف، والميل الاجتماعي، والثقة بالنفس. (الغداني، 2010، 56-57).

إن أهمية الحاجة للإرشاد النفسي تتمثل في الآتي:

- أن يفهم الفرد نفسه وقدراته وامكانياته وحدود هذه القدرات والإمكانيات.
- يحقق الفرصة لتنمية قراراته وخبراته.
- يجد الفرد لنفسه مهنة في المجتمع يحقق من خلالها قدراته وميوله المهنية.
- يحقق الحاجة إلى الحب والعطف وفهم الغير.
- ينمي أحاسيس الفرد نحو القيم الخلقية والروحية.
- ينمي في نفس الفرد القدرة الذاتية على التكيف للتغير في المجتمع الذي يعيش فيه.

(العبيدي والعبيدي، 2010، 48).

ومما سبق نجد مدى أهمية الاتزان الانفعالي والدور الذي يلعبه في حياة الفرد حيث يرى شاترفيد وشاندر (Chaturved & Chander, 2010) أن الاتزان الانفعالي يُمكن الشخص من تطوير طريقة متزنة ومتكاملة لإدراك مشكلات حياته، وهذه القدرة التنظيمية والتصور المنظم يساعد الفرد على أن يطور تفكير موجه نحو الواقع reality – oriented thinking والقدرة على الحكم والتقويم، فالفرد يطور مشاعر وتصورات واتجاهات تساعده على فهم وقائع الحياة والشروط والظروف التي تسبب مشاعر بائسة في الحياة. ومثل هذا الفهم يحقق قوة أنا مرتفعة high ego strength.

(Chaturved & Chander, 2010,38) .

تعقيب:

إن الاتزان الانفعالي شرط أساسي للصحة النفسية ومؤشر مباشر على سواء الشخصية، فالفرد المتزن انفعالياً مرن وجدانياً حيال المواقف الانفعالية، لديه القدرة على التحكم والسيطرة على انفعالاته المختلفة، ولديه مرونة في التعامل مع المواقف والأحداث الجارية بحيث تكون استجابته الانفعالية مناسبة للمواقف التي تستدعي هذه الانفعالات، وتنتهي بالفرد إلى التوافق مع بيئته وشعوره بالرضا والثقة بالنفس.

المحور الثالث : مرض السرطان.

- تمهيد.

أولاً: مفهوم مرض السرطان .

ثانياً: تصنيف مرض السرطان.

ثالثاً: العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان.

رابعاً: علاج السرطان.

خامساً: سرطان الدم وسرطان العظام.

سادساً: سمات الشخصية للمصابين بالسرطان.

سابعاً: البروفيل السيكولوجي للمريض بالسرطان.

ثامناً: الآثار النفسية لمرضى السرطان.

تاسعاً: أنماط التكيف لدى مرضى السرطان.

عاشراً: علاقة المريض بالسرطان بالطبيب والاخصائي النفسي.

الحادي عشر: أهمية الدعم النفسي الاجتماعي لمرضى السرطان.

الثاني عشر: العلاقة بين العجز المكتسب والاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان.

تعقيب.

تمهيد:

يعد مرض السرطان الآن من أحد أبرز أمراض العصر الحالي، والتي تستقطب اهتمام معظم العلماء وذلك بحثا عن علاج رادع لهذا الخطر الداهم الذي أصبح يهدد حياة الإنسان والسرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تتميز خلاياها بالنشاط العدواني، وقدرة هذه الخلايا المنقسمة على غزو أنسجة مجاورة وتدميرها، أو في أحياناً أخرى الانتقال إلى أنسجة أخرى.

كما يؤكد العلماء أن الجراحة والأدوية المخدرة والأشعة لا تشفي دائماً حتى عندما تستخدم لعلاج مراحل أولية من الإصابة بالسرطان، وذلك لأن هذه الأدوية المعالجة للسرطان وغيرها لها نفس العيب الرئيسي للعلاج بالأشعة فهي غالبا ما تدمر الخلايا الطبيعية إلى جانب الخلايا السرطانية، ومؤثراتها الجانبية يمكن أن تشمل عوارض فسيولوجية حادة مثل القيء والغثيان والضعف والدوخة وتساقط الشعر. (عقاب،2009)، كما لها آثار نفسية شديدة كالعجز والألم والقلق والاكتئاب والخوف والشعور بفقدان الأمل بالشفاء...

أولاً: مفهوم مرض السرطان :

هو عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن المائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشترطة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) التي تتمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، لكن في حالة السرطان يحدث خللاً في المادة الوراثية (DNA)؛ مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها، ومن المعروف أن الخلايا السرطانية تستنزف طاقة الإنسان وإمكاناته. (قواجلية،2013، 42).

ثانياً: تصنيف مرض السرطان :

2-1. الأورام الحميدة (غير السرطانية):

وهي عادة ماتكون مغلفة بغشاء وغير قابلة للانتشار، ولكن بعضها قد يسبب مشاكل للعضو المصاب خصوصاً إذا كانت كبيرة الحجم وتأثيرها يكون بالضغط على العضو المصاب أو الأعضاء القريبة منها؛ مما يمنعها من العمل بشكل طبيعي.

هذه الأورام من الممكن إزالتها بالجراحة أو علاجها بالعقاقير أو الأشعة لتصغير حجمها وذلك كاف للشفاء منها وغالباً لا تعود مرة ثانية.

2-2. الأورام الخبيثة (السرطانية):

الأورام السرطانية تهاجم وتدمر الخلايا والأنسجة بها، ولها قدرة على الانتشار وهي تنتشر بثلاث طرق:

1- انتشار مباشر لأنسجة الأعضاء المحيطة بالعضو المصاب.

2- عن طريق الجهاز اللمفاوي.

3- عن طريق الدم؛ حيث تنفصل خلية أو خلايا من الورم السرطاني وتنتقل عن طريق الجهاز اللمفاوي أو الدم إلى أعضاء أخرى بعيدة؛ حيث تستقر في مكان ما غالباً أعضاء غنية بالدم مثل : الرئة، الكبد أو العقد اللمفاوية متسببة نمو في أورام سرطانية أخرى تسمى بالأورام الثانوية. (قواجلية ،2013، 42 - 43).

ثالثاً: العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان:

كان الاعتقاد السائد في الماضي أن السرطان هو نتيجة خطأ وراثي؛ أما الآن فتشير التقديرات إلى أن (80%) على الأقل من جميع حالات السرطان يلعب فيها العامل البيئي دوراً ما؛ إذ يحدث هذا العامل التغييرات التي تسبب تحول الخلايا الطبيعية إلى سرطانية، وهذا الفهم للتأثير الهائل للعوامل البيئية هو تطور مشجع لأنه يشير إلى أن الاهتمام يجب أن يتركز على تحديد العوامل التي تعرض للإصابة بالسرطان كي يتم تجنبها، ونعني بالعوامل المساعدة الظروف والحالات التي تزيد احتمالات ظهور السرطان، ويمكننا تصنيف هذه العوامل فيما يلي:

3-1.العوامل الفيزيائية:

إن التعرض المفرط لضوء الشمس هو من العوامل العامة المسببة للإصابة بسرطان الجلد، كما أن التعرض للإشعاعات الآيونية من أنواع مختلفة يزيد إلى حد بعيد من خطر الإصابة بالسرطان، فوجود اللوكيميا (سرطان مجموعات خلايا الدم البيضاء) ازداد بشكل هائل بين الناجين من القنبلة الذرية، وقد ظهر بينهم المرض في فترة السنوات الثلاث إلى الخمس التي تبعت الانفجار.

في السنوات الأولى لتطوير تكنولوجيا أشعة "إكس" لم يكن الفيزيائيون الذين يعملون في مجالها على معرفة جيدة بمخاطر هذه الأشعة، ولم يتوخوا نفس الحذر من استعمالها كما يفعل علماء الأشعة اليوم، وكان أمثال هؤلاء الفيزيائيين معرضين للإصابة باللوكيميا بنسبة تبلغ 10 أضعاف نسبة الإصابة بين الفيزيائيين عامة.(Beers, 2008, 1033).

3-2. العوامل الكيميائية:

يُعرف عن الكثير من المواد الكيميائية الصناعية أنها تعرض مستخدميها للإصابة بالسرطان مثل :قطران الفحم ومستحضرات الكريبوسوت (سائل زيتي يستحضر بتقطير القطران) اللذان يسببان سرطان الجلد.

أما المستحضرات الزرنخية فهي أيضا تسبب سرطان الجلد حتى وإن أُخذت عن طريق الفم، كذلك فأصباغ الأنالين قد تؤدي إلى الإصابة بسرطان المثانة في حالة ما إذا تعرض لها الشخص باستمرار، ويُفَترض في هذه الحالة أن المثانة هي العضو المعرض للإصابة لأن المواد المسببة للسرطان يتم التخلص منها عن طريق البول.

وظهر مؤخراً اهتمام كبير بسبب الأدلة المتزايدة على استعمال هرمون الاستروجين الصناعي من قِبل النساء المريضات الذي يزيد من احتمال إصابتهن بسرطان المهبل وعنق الرحم، ومما أيد هذا الاهتمام ملاحظة كون البنات المراهقات اللواتي تلقت أمهاتهن الاستروجين الصناعي خلال أشهر الحمل الثلاثة الأولى معرضات أكثر من غيرهن للإصابة بسرطان المهبل وعنق الرحم، وهكذا يبدو أن هناك انتقال في التأثير من جيل إلى جيل.

أما المشروبات الكحولية فمن الصعب تحديد التأثير الدقيق لها لأسباب عديدة، أولها أن الأشخاص الذين يتناولونها غالبا ما يكونون من مدخني السجائر، وهكذا فإنه عندما يظهر السرطان لا يعود باستطاعتنا الجزم فيما إذا كان بسبب الكحول أو السجائر، وتدخين السجائر مسؤول عن (90%) على الأقل من حالات الإصابة بسرطان الرئة الذي يسبب عدداً اكبر من الوفيات بين الرجال؛ مما يسبب أي نوع من أنواع السرطان.

3-3. العوامل البيولوجية (الفيروسات):

هناك احتمال كبير في إمكانية حدوث السرطان نتيجة فيروس ما أو مجموعة فيروسات؛ فالفيروس الحليمي البشري(HPV) يمكن أن ينتقل من خلال العلاقات الجنسية ويسبب سرطان عنق الرحم، كما نجد فيروس التهاب الكبد "C" الذي يسبب سرطان الكبد، أما فيروس (EBV) فهو يسبب سرطان الجهاز اللمفاوي أو ما يعرف بداء بورلين. (Beers,2008,1035).

3-4. العوامل النفسية والأورام السرطانية:

ظهر فرع جديد من الطب وهو الطب السيكوسوماتي الذي يتناول تأثير الضغوط أو الانفعالات على الاختلال الوظيفي أو المرضي، ويرى "وولف" (Wolef) أن الأمراض السيكوسوماتية ترجع غالباً لضغوط المواقف المختلفة في الحياة، هذه الضغوط التي لا تتفق مع قدرة الفرد الفيسيولوجية أو النفسية، وهي مواقف

يحدث فيها ما يضغط على نفسية الفرد، ويثير قلقه وتوتره حتى تؤثر على أحشائه وإفرازات غدده من الهرمونات والعصارات وغيرها؛ مما يجعل الحالة الانفعالية الحشوية تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحمله الآليات الجسمية الداخلية فتضطرب الوظائف أو تصاب الأعضاء.

ويرى الباحثون أن العامل النفسي لا يعمل لوحده؛ وإنما إلى جانب التغيير الهرموني ويعتبره البعض العامل الغلاب والفعال والمباشر في إحداث الأذى للعضو، ومن ثم فإن هذه الاضطرابات تؤثر على الجهاز العصبي والهرموني والحالة الجسمية للفرد بصفة عامة، وإن تفاعل العامل النفسي مع العامل الوراثي والبيولوجي له أثر كبير في إحداث الاضطرابات الجسيمة. (قواجلية ،2013، 46 – 47).

ويُعتبر العالم " سيمونز" (Simons) 1956 في كتابه الشهير (المظاهر السيكوسوماتية للسرطان) وهو من أبرز العلماء والأطباء الذين درسوا (الجذور النفسية) الكامنة وراء السرطان قد توصل إلى الاستنتاجات التالية:

1.يكون هناك نوع من الصدمات النفسية؛ ما يعجل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض.

2. إن الاضطرابات في الوظائف الغددية تثيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العنيد.

3. إن العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد؛ بالإضافة إلى العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة والعائلة.

4. عدم العزل بين العلاج النفسي والعلاج الطبي، فهما صنفان متلاحمان.

وتمّكن المحللون النفسانيون من خلال نتائج الدراسات المعاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان ملاحظة التالي:

– معظم النساء المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة في تقبلهن لذاتهن.

– معظم المصابات بالسرطان كنا يعانين صعوبة من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالباً ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة.

– معظم المصابين والمصابات يعانون (غيرة دفينة) من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب، وفي أغلب الأحيان كانت عداوتهن مكبوتة. (قواجلية،2013، 47 – 48).

ويرى الدكتور "برنارد" (Bernard) أن هناك أثراً للعوامل النفسية، وحالات القلق، واليأس والخوف والتوتر.

وهذه العوامل التي قد تكون نِتاجاً لأوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الإنسان ومشكلاته؛ مما يترك أثره الواضح في عضوية الإنسان بما فيها ما يزيد من اضطرابات عصبية وهرمونية تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان ونموه أو تطوره. (قواجلية ،2013، 47 – 48).

رابعاً: علاج السرطان:

من المؤكد أن العلاج يختلف حسب نوع الورم فالأورام الحميدة تشفى بالاستئصال التام ولا تعود ثانية، أما بالنسبة للأورام الخبيثة فقد حدث تقدم ملحوظ في العلاج خلال القرن ال 20 ومن أهم العلاجات المتاحة:

أولا/ العلاجات المتاحة والمستخدمة حالياً:

4-1 . العلاج الجراحي:

بدأ استخدامه في القرن التاسع عشر، جاء أول تقرير عن إمكانية شفاء السرطان في عام 1878 ؛ حيث تم شفاء 5% من المصابات بسرطان الثدي واللائي تم علاجهن جراحيا، وحدث التقدم الكبير في سنة 1891 باستخدام الاستئصال الجراحي الجذري لأول مرة في ورم بالثدي (حيث يتم استئصال الثدي كاملا، ومعه الغدد اللمفاوية)، ومع حلول عام 1935 سجل الأطباء إمكانية الاستئصال الجذري الناجح لجميع الأورام. (قواجلية ،2013، 57).

4-2- العلاج الإشعاعي:

لقد اكتشف "رونتجن" (Roentgen) الأشعة الصينية "X-Rays" في عام 1895، واكتشف "بيكورل "Becquerel" النشاط الإشعاعي، واكتشف "ماري كوري "(Marie Curie) " الراديوم في 1898 ، وتم استخدام هذه الاكتشافات في علاج الأورام.

وهو عبارة عن إرسال أشعة سينية عالية ومباشرة إلى الخلايا السرطانية في الجزء المصاب من الجسم وتتم هذه العملية عبر طريقتين:

أ-توجيه أشعة مباشرة من خلال الجلد إلى الجزء المصاب من الجسم.

ب-زراعة مؤقتة لبذور مشعة في الخلايا السرطانية.

وقد يستخدم العلاج الإشعاعي قبل العملية الجراحية لتقليص الورم، ولتخفيف الأعراض مثل الألم، كما يستخدم بعد العملية الجراحية لقتل الخلايا السرطانية التي لم تستأصل أثناء العملية الجراحية.

ومن الآثار الجانبية للعلاج الإشعاعي:

أ-إعياء وتعب خصوصاً بعد العلاج بأسابيع.

ب-مشاكل جلدية في المنطقة المعالجة مثل حكة أو تقشر أو احمرار أو ألم وغالباً ما تكون مؤقتة حتى انتهاء العلاج.

ج-الشعور بتقلص أو انكماش النسيج الداخلي للثدي. (الحجار،2003، 51).

4-3. العلاج الكيماوي:

بدأ هذا في سنة 1943 بعد اكتشاف نجاح المواد الكيماوية السامة التي استخدمت في الحرب العالمية الثانية في علاج الأورام اللمفاوية الهوجيكينية "Hodjikin's, Lyphoma " هذه الأدوية تعمل على قتل الخلايا التي هي في طور التكاثر ، "Cytotoxic Drugs" وعادة يكتفى بالعلاج الكيماوي فقط في سرطان الدم وسرطان الغدد اللمفاوية، وتم استحداث عملية زرع النخاع والتي تتم بعد إعطاء جرعات كبيرة جداً من المواد الكيماوية لتدمر كل خلايا الورم وتدمر كذلك النخاع العظمي للمريض. (قواجلية ،2013، 58).

ويعتمد العلاج الكيماوي على استخدام أدوية مضادة للخلايا السرطانية، وفيها تتأثر جميع خلايا الجسم بهذا العلاج وليس فقط الخلايا السرطانية، ويعطي العلاج الكيماوي بناء على: صحة المريض العامة وتاريخها الطبي، وعمر المريض، ونوع ومرحلة السرطان، وتحمل المريض للأدوية، وتوقعات تطور المرض، ورأي المريض وتفضيله، ويعطي هذا العلاج عن طريق الأوردة، أو العضلات، أو عن طريق الفم، وهو يوصف على فترات يفصل بين كل فترة وأخرى فترة راحة للمريض.

ومن الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي: سقوط الشعر، وغثيان شديد، وقيء، وإجهاد، وضعف عام، وعقم، وتلف الكلى و القلب، مع ملاحظة أن بعض الأغذية قد تساعد الجسد في تجنب التلف الناتج عن العلاج الكيميائي منها فيتامين (ب) .(Brend, 1998: 1136).

4-5. العلاج الهرموني:

ويستخدم في الأورام المعتمدة على الهرمونات مثل مضادات الاستروجين في أورام الثدي ويتم استئصال الخصيتين في أورام البروستات لتقليل هرمونات الذكورة.

ولقد أدى استخدام هذه العلاجات مجتمعة إلى تحسين النتيجة النهائية للعلاج، وأصبحت نسبة الشفاء تشكل حوالي 50 % . (قواجلية ،2013، 58).

4-6 . زراعة نخاع العظم:

ويعني أخذ خلايا السلالية (stem cells) من النجاع العظمي، أو فصلها من دم المريض قبل البدء في العلاج، ثم إعادته له بعد الانتهاء من العلاج للمساعدة على إعادة قدرة الجسم على المقاومة، لأن العلاج الكيماوي أو الإشعاعي يقتل الخلايا السرطانية، إضافة إلى قتل خلايا الدم المكونة للخلايا السلالية. (الحجار،2003، 52).

ثانياً/ العلاجات الحديثة (تحت التجارب):

1. العلاج الجيني: حيث يحاول العلماء عن طريق الهندسة الوراثية أن يتحكموا في الخلل الحادث في الجينات والذي يؤدي إلى حدوث السرطان.

2. العلاج المناعي: لقد ثبت أن الجهاز المناعي له دور كبير في مقاومة السرطان، وذلك بالبحث والقضاء على الخلايا المصابة بالطفرات والتي تتكون يومياً في كل الأشخاص، ولقد فكر العلماء في استخدام معدلات الاستجابة البيولوجية في علاج السرطان. (Biological Response Modifiers). (قواجلية،2013، 58).

خامساً: سرطان الدم وسرطان العظام :

لمرض السرطان أنواع عديدة ومنها (سرطان الثدي، سرطان الرئة، سرطان القولون والمستقيم، سرطان الغدد الليمفاوية، سرطان الدم، سرطان البروستات، سرطان المعدة ، سرطان البنكرياس، سرطان الكبد، سرطان القناة البولية، سرطان العظام، سرطان الجلد، سرطان الدماغ، سرطان البلعوم الأنفي، سرطان الخصية، سرطان المبيض، سرطان بطانة الرحم وسرطان عنق الرحم).

وتم تناول نوعين من أنواع السرطان في هذه الدراسة وهما سرطان الدم القابل للشفاء منه بنسبة عالية، وسرطان العظام وهو سرطان عنيف ونسبة الشفاء منه قليلة مقارنة بسرطان الدم.

5-1 . سرطان الدم:

هو نوع من السرطان الذي تنمو فيه خلايا الدم البيضاء وتتكاثر بصورةٍ لا يمكن التحكم فيها ويسمى أيضاً بمرض (ابيضاض الدم)، حيث تنمو خلايا الدم البيضاء الشاذة وتغزو الأنسجة والدم، ويتوقف معها نخاع العظم عن إنتاج الخلايا الطبيعية مما يؤدي إلى فقر الدم.

أعراضه:

أ- تضخم الطحال.
ب-تضخم الكبد مع تضخم بالغدد الليمفاوية.
ت-فقر الدم وسهولة الإصابة بأية التهابات.
ث-نزيف سريع من أي مكان بالجسم وخاصةً اللثة.
ج- تكرار حدوث العدوى.

أسبابه:

أ- التعرض للمواد الصناعية كالبنزين.
ب-التعرض للعقاقير الكيميائية.
ت-النعرض لمعدلات كيرة من الإشعاع.
ث-الإصابة ببعض الفيروسات في عمر الطفولة.
ج- وجود بعض الاضطرابات الوراثية.
ح- وجود خلل في الكروموسومات.

التشخيص:

أ- عمل تحليل دم خاصةً لفحص خلايا الدم البيضاء.
ب-أخذ عينة من النخاع العظمي.
ت-أخذ عينة من السائل الدماغي الشوكي عن طريق إبرة بين الفقرات الظهرية.

طرق العلاج:

1- العلاج الكيميائي.
2- العلاج الإشعاعي لكامل الجسم.
3- الخضوع لعملية زرع نخاع العظم.

طرق الوقاية:

أخذ الحيطة من عدم التعرض للإشعاعات أو التعرض للمواد الكيميائية المسببة للسرطان.

أنواعه:

1- سرطان الدم اللمفاوي الحاد.
2- سرطان الدم اللمفاوي المزمن.

3- سرطان الدم الحبيبي الحاد.
4- سرطان الدم الحبيبي المزمن.(كرسوع،2012، 39-40).

2-5 . سرطان العظام:

هناك نوعان لسرطان العظام:

أ- سرطان العظام الأولي الذي ينشأ في العظم ذاته :
وهو تضخم يظهر في أي جزء من العظم ويُسمى ورم خبيث في النسيج الضام وهو عبارة عن سرطانات تتكون وتسيطر على العظم، الغضروف، العضلة، أو النسيج الليفي، أو النسج الدسمة أو العصبية.

ب-سرطان العظام الثانوي :
هو السرطان الذي ينتشر من الموضع الأصلي للورم (الثدي، الرئتين ، إلخ...) إلى مكان آخر من الجسم، ويمكن أن تتجزأ الخلايا السرطانية عن الورم الأصلي وتنتقل عبر كامل الجسم عن طريق الدم أو الجهاز الليمفاوي (رغم أن معظم الخلايا السرطانية تنتقل عبر مجرى الدم) وعندما يحدث ذلك يمكن أن تلتصق بموضع جديد من الجسم وتبدأ بالنمو محدثة أوراماً جديدة في المكان الجديد.

أعراضه:

أ- آلام في العظام.
ب-تضخم العظام.
ت-سهولة كسر العظام في مناطق المفاصل.
ث-الإعياء وفقر الدم.
ج- ارتفاع الحرارة.
ح- فقدان الوزن.

أسبابه:

1- التعرض للمواد الكيمائية والإشعاع.
2- الإصابة بورم حميد بالعظام من قبل.

التشخيص:

أ- عمل أشعة سينية لمكان الورم.

ب-عمل أشعة مقطعية.
ت-عمل أشعة الرنين المغناطيسي.
ث-أخذ عينة من الورم وفحصها كعينة مُجمدة.

طرق العلاج:

أ- التدخل الجراحي: باستئصال مكان الورم.
ب-العلاج الكيميائي.
ت-العلاج الإشعاعي.

طرق الوقاية:

أخذ الحيطة من عدم التعرض للإشعاعات والمواد الكيميائية. (كرسوع،2012، 52-53).

سادساً: سمات الشخصية للمصابين بالسرطان:

إن الشخصية التي تتعرض للسرطان هي شخصية من النمط "ج" (Type c)، شخصية تتسم وتستجيب للتوتر والضغوط وأحداث الحياة من خلال الاكتئاب واليأس وانعدام الأمل، والانفعالات السلبية؛ فالأشخاص الذين يرتفع مستوى اليأس لديهم يكون لهم تاريخ طويل من انخفاض الفاعلية والخضوع للأحداث بدون شعور بالنجاح أو المتعة مع انخفاض الشعور بالمسؤولية تجاه الإنجاز، وقابلية شديدة للفشل، وتشير البحوث إلى أن الأفراد الذين يتفق سلوكهم مع هذه الصورة الخاصة باليأس وانعدام الأكل أكثر عرضة للإصابة بالسرطان.

وفي دراسة لكل من بهمسون ورينيكيرم "**Bahmson & Renneekerm**" 1981 توصلا فيها إلى أن الشخصية التي تتعرض للإصابة بالسرطان تمثل شخصاً متساهلاً، مذعناً للآخرين يكبت انفعالاته، منصاعاً، واكتئابياً لا يستطيع التعبير عن توتراته أو قلقله أو غضبه.

ويُعتبر الاكتئاب من أهم السمات الانفعالية التي لاقت اهتمام الكثير من الباحثين لدراسة علاقة الاكتئاب بمرض السرطان. حيث أظهرت الدراسات التي أجراها كل من ويمبوش وجالتيه وفرنسيس (**Wimbuch,2002,Galiettea, Franҫes,2001**) لوجود علاقة بين الاكتئاب والإصابة بمرض السرطان، أما دراسات كاسون ووردن (**Cason, 2003,Worden,1999**) فأثبتت وجود علاقة بين سِمة التشاؤم والشعور باليأس والشعور بالعجز والشعور بالإحباط والإصابة بمرض السرطان.

ونستطيع القول أن الحالة النفسية لا تؤثر في الحالات المتأخرة وتدهور حالة المريض ولكن يمكن أن تؤثر في نمو الأورام السرطانية خاصة عندما يكون الورم في مراحله الأولى، عندئذ يكون للتفاؤل والإقبال على الحياة ومواجهة المرض أثر إيجابي كبير، وقد يشّكل فارقاً حقيقياً بين الحياة والموت.

.(Bruchon & d'autre, 2003, 26)

سابعاً: البروفيل السيكولوجي للمريض بالسرطان:

باحتلال السرطان مكانته ضمن الأمراض الأشد فتكاً للإنسانية أجريت عدة دراسات على هذه الفئة المصابة وسنقف على بعض هذه الدراسات حتى يتسنى لنا فهم طبيعة البروفيل النفسي عند هذه الفئة.

فقد أثبتت العديد من الدراسات أن مرضى السرطان الذين يتقدم المرض لديهم بسرعة يتصفون بالاكتئاب والافتقار للدافع.

ومن إحدى هذه الدراسات دراسة "نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت" (1995) اللذين طبقا فيها اختبار الرسم، وبعد التحليل توصلا إلى نتيجة مفادها أنه توجد صعوبة عند الجنسين في الإتصال الوثيق بالواقع، ويظهر عندهم انهيار الأنا، ويتقبلون الهزيمة على أنها أمرا حتمياً لا مناص منه ويكفون عن المقاومة، كما يتسمون بالفشل في كبت انفعالاتهم ولديهم اضطراب في العلاقة العائلية. (قواجلية ،2013، 53).

كما وجدت دراسة "إبراهيم" التي تناولت الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان، أن مرضى السرطان أكثر اكتئاباً وقلقاً وخوفاً ووسواساً قهرياً وعداوة وذهانية من الأصحاء. (إبراهيم، 2003، 1).

وأظهرت دراسة ماريستي وآخرون (Marasate R.et al) أن كلاً من القلق والاكتئاب يزداد لدى المصابات بسرطان الثدي اللواتي يتم معالجتهن بالعلاج الإشعاعي وذلك بعد العلاج الجراحي. (Marasate R.et al, 1992).

بينما خلصت دراسة ماهون وآخرون (Mahon @ others) التي تناولت التوافق النفسي والاجتماعي للسرطان المتكرر أن 78 % من العينة أظهروا أن تكرار الإصابة كان مؤذياً ومؤثراً سلبياً أكثر من التشخيص – المبدئي. كما أن تكرار الإصابة بالسرطان يؤدي لدى معظم المصابين إلى زيادة الغضب بصورة أكبر من الذي أصابهم عند التشخيص بالسرطان في المرة الأولى، الشيء الذي أدى إلى ضعف التوافق.(Mahon @ others,1990) .

ويرى بريتبارد وآخرون (Breitbart et al.) أن وجود الاكتئاب يزيد من نسبة الانتحار لدى مرضى السرطان، حيث تتضاعف احتمالات الانتحار بين مرضى السرطان عن العامة. فإن الاكتئاب هو عامل

معروف فى نصف حالات الانتحار، كما أن خطر الانتحار يتزايد بمقدار خمس وعشرين مرة بين الأفراد المصابين بالاكتئاب وتتضمن عوامل الخطر الأخرى المتعلقة بالانتحار بين المرضى المصابين بالسرطان مشاعر من قبيل الإحساس بأنهم عبء على الآخرين، وفقدان الاستقلال، ورغبة المصاب فى التحكم فى موته، الأعراض الجسمانية، اليأس، ومخاوف تتعلق بالوجودية، وعدم وجود مساندة اجتماعية كافية، والخوف من المستقبل. (Breitbart et al., 2010).

ثامناً: الآثار النفسية لمرضى السرطان:

إن التأثير النفسي لمرض السرطان على المريض قد يكون مدمراً، فلا تزال كلمة السرطان تستحضر مخاوف الموت والعذاب والتشوه والاعتماد على الغير والعجز عن حماية أولئك الذين نعتبرهم أعزاء علينا، وعادة ما تكون ردة الفعل الفورية عند تشخيص المرض عند الفرد ما هي إلا عدم التصديق والإصابة بالصدمة، ثم تأتي مرحلة الضيق الحاد والهياج الشديد والاكتئاب الذي قد ينطوي على الإنهاك في التفكير بالمرض والقلق والموت، وفقدان الشهية والأرق وضعف التركيز والتذكر والعجز عن القيام بالأمور اليومية الحياتية. (بركات، 2006، 913).

وهناك العديد من الردود الممكنة للتعامل مع المرض، وهذا يختلف بين الناس حيث يعتمد على الظروف المحيطة، ومن الأمثلة على هذه الردود ما يلي:

١-روح القتال: وهي الميل للنظر إلى المرض على أنه تحدي.

٢-العجز: وهي الميل للشعور بالفقد وعدم القدرة لعمل أي شئ في مواجهة السرطان.

٣-القدرية: وهي الميل لقبول الأشياء كما هي وعدم القيام بأي محاولة للسيطرة عليها.

٤-الانشغال بالقلق: وهو الميل للتركيز على الإصابة بالسرطان، والسماح للمرض بالسيطرة وزيادة القلق.

٥-التجنب والانسحابية: أي الميل إلى تجنب الأفكار المقلقة ومنع أي تفكير يتعلق بالمرض. (الحجار،2003، 55).

ومن أهم الاضطرابات النفسية المرتبطة بمرضى السرطان تتمثل في الاتي:

- **الاكتئاب Depression:**

يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية التي تظهر بعد تشخيص المرض وقد يستمر إلى مرحلة ما بعد العلاج والشفاء والمتابعة ويظهر من خلال المزاج المتقلب جداً للمريض ورفضه للمساندة أو الحديث عن مرضه حتى إلى أفراد عائلته.

• اليأس Hopelessness والشعور بالعجز Helplessness:

اليأس والشعور بالعجز يظهر بعد الإصابة بالسرطان ويصبح المريض يائساً جداً من هول الصدمة بإصابته بهذا المرض ويشعر بعجزه حتى عن التعبير عن ذلك.

• الخوف Fear:

مرضى السرطان يعتريهم الخوف لدى سماعهم بالتشخيص ويزداد لديهم الشعور بالرهبة من الموت وذلك لارتباط هذا المرض في الاذهان بالموت فيشعر المريض بأن الحياة قد توقفت لديه بمجرد سماع تشخيصه للمرض وهذا يشمل العائلة ايضا وهو اعتقاد خاطئ ولابد من تصحيح الأفكار بخصوص ذلك والأهم أننا مسلّمون ومؤمنون بالقضاء والقدر خيره وشره.

• التشاؤم Pessimism :

يحدث التشاؤم بنسبه عالية لدي مرضى السرطان وذلك من خلال تركيز اهتماماتهم وحصرها على الاحتمالات السلبية للأحداث القادمة، وتخيل الجانب السلبي، وهذا التشاؤم أو التوقع السلبي للأحداث قد يثبط عزائمهم ويؤثر بشكل سلبي على مراحل العلاج.

• القلق Anxiety:

" القلق انفعال غير سار، وشعور مكدر بتهديد متوقع أوهم مقيم وعدم راحة أو استقرار وغالبا ما يتعلق هذا بالخوف من المستقبل والمجهول بالنسبة لمرضى السرطان. ويصاحب القلق عادة أعراض جسمية ونفسية مختلفة كالإحساس بالتوتر الدائم وكالشعور بالخشية والرهبة من الغد وما سيحمله من مفاجآت خلال رحلة العلاج الطويلة. ولابد من الذكر أن القلق يستمر حتى في مرحلة ما بعد الشفاء والمتابعة ". (زامكة ، 2014).

حيث يعتبر القلق الشكل الأكثر شيوعاً للضغط النفسي، الذي يزيد في أوقات محددة وهي:

١-عند الفحص الأولي للأعراض المشتبه فيها، وذلك لتحديد التشخيص.

٢-عندما ينتهي العلاج الأولي وعندها تقع المسؤولية على عاتق المريض لفحص الأعراض اللاحقة.

٣-عند تكرار الإصابة بالمرض.

٤-عندما يكون مآل المرض ضعيفاً.

٥-عند المرحلة النهائية للمرض. (الحجار،2003، 55).

• الصدمة وعدم التصديق Shock and numbness :

هو الشعور الطبيعي بعد التشخيص للمريض ولأفراد العائلة ومن الممكن ان تنتابهم حالات ذهول لفترات معينه فهم يشعرون في البدء بأن ما حدث أمر غير واقعي أو بسبب خطأ في التشخيص فيقدمون العديد من التبريرات لأنفسهم لرغبتهم في عدم التصديق مما يجعلهم غير قادرين على التفكير وذلك بسبب الخوف من المرض والعلاج.

• عدم القدرة على التفكير Mental slowness :

بعد التشخيص يصبح المريض غير قادر علي الفهم ولا يمكنه استيعاب المعلومات التي يستقبلها ممن حوله سواء الطبيب المعالج أو أفراد العائلة وذلك يشمل الجميع باختلاف أعمارهم ومستوياتهم الثقافية والاجتماعية وهو شعور طبيعي جدا.

• رفض المرض وإنكاره Denial :

بعض المرضى يتعاملون مع المرض بإنكار وجوده اصلاً ويرفضون التحدث عنه مع الآخرين وبعد التشخيص مباشره يشعرون بالرفض بشكل كبير للاعتقاد بأنه خطأ في التشخيص أو خطأ في نتائج الفحص وقد يستمر هذا الإحساس بالرفض حتى أثناء بدء العلاج.

• الغضب Anger :

بعد التشخيص يشعر بعض المرضى بموجات من الغضب موجهه نحو الطاقم الطبي أو بعض أفراد العائلة خصوصا عند تلقي الخبر والشخص الغاضب لا يمكننا لومه بل لابد من تفهم الوضع النفسي الحالي له واعتبار أن هذا الغضب موجه إلى المرض وليس إلى الاشخاص وسيزول بمرور الوقت. (زامكة ، 2014).

تاسعاً: أنماط التكيف لدى مرضى السرطان:

"أن التوافق النفسي يكون سيئاً لدى مرضى السرطان ويقصد به "عجز الفرد عن إشباع حاجاته بطريقة ترضيه وترضي الآخرين، وهذا يعني أن عملية التوافق عملية مركبة من عنصرين أساسيين يمثلان طرفي خط متصل، أحدهما الفرد بدوافعه، وحاجاته وتطلعاته، وثانيهما البيئة الطبيعية، والاجتماعية المحيطة بهذا الفرد بمالها من ضوابط ومواصفات، وما تشمل من عوائق.

ويعني الفشل في التوافق الفشل في تحقيق الاتزان بين الفرد ومحيطه الذاتي والاجتماعي، وينعكس سوء التوافق في فشل الفرد في إشباع حاجاته، وفي خفض التوتر، وحل الصراعات". (الحجار،2003، 25).

ويذكر الحجار عدد من مظاهر التوافق النفسي السيء لمرضى السرطان ومنها :

1-الشعور بالتعاسة:

وهو مظهر أساسي لسوء التوافق، ويرى بعضهم أنه معيار مهم لكشف الاضطراب النفسي، لأن سلوك الفرد الظاهر قد يبدو لدى المراقب الخارجي، وقد أشارت دراسات عديدة إلى أن بعض المظاهر الانفعالية مثل الخوف والقلق والتوجس هي مؤشرات على سوء التوافق، وإذا اشتدت فتدل على اضطراب نفسي.

2-عدم فهم المرء لذاته:

فهم الذات عامل أساسي في التوافق، و مظهر أساسي من مظاهره، ويكون التوافق سلبيا عندما يبالغ الفرد في قدراته، كما و يكون التوافق سلبيا عندما يضع الفرد لنفسه أهداف أقل من قدراته، كما تقود المبالغة في تقدير الذات إلى الفشل في حين يسهم تقديره سلبيا إلى عدم تحقيق الذات.

3-الجمود أو نقص المرونة:

ويعود السلوك الجامد إلى عدم قدرة الفرد على إيجاد أساليب سلوكية بديلة لأنماط السلوك التي اعتاد عليها حتى عند فشلها في تحقيق غاياته، و ذلك بسبب نقص المرونة، حيث يرفض الشخص سيء التوافق تغيير أفكاره، أو طرائق سلوكه للاستجابة للمتغيرات الجديدة في البيئة، وهذا يتضمن ضعفا في الاستفادة من الخبرات حيث لا ينتبه الفرد إلى جوانب مهمة في المواقف التي يمر بها.

4-رفض الذات:

إن تقبل الذات مظهر من مظاهر التوافق الحسن، ورفضها مظهر من مظاهر التوافق السئ، وهذا الرفض للذات قد يؤدي إلى الصراع والقلق، كما أن هناك ارتباطا بين رفض الذات والضعف في ثبات الشخصية.

5-العزلة:

وتظهر عند فشل الفرد في إنشاء علاقات اجتماعية ناجحة، غالبا ما يسبب شعور الفرد بالعزلة إحساسا بالكآبة وفقدان السعادة، و عدم الرضا عن الذات، ويعود ذلك إلى أن الفرد يشبع حاجاته إلى الانتماء والتقدير الاجتماعيين، أي أنه فشل في توافق مثمر مع الجماعة التي يعيش في إطارها.

6-عدم تحمل المسؤولية:

من لا يحسن اتخاذ القرار يعاني من الحيرة والارتباك أمام المواقف التي يواجهها، وهذه الحيرة تجعله عرضة للصراع مما يولد التوتر النفسي، ويجعل الفرد عرضة للقلق و الاضطراب، ويشير عدم القدرة على اتخاذ القرار إلى ضعف في تحمل المسؤولية وضعف في الاستقلالية، وترتبط المسؤولية ارتباطاً وثيقاً بالنضج العقلي و الانفعالي وبالتالي يعني عدم تحمل المسؤولية أن الفرد لم يصل إلى النضج الاجتماعي والوجداني اللازمين. (الحجار،2003، 25 - 26).

كما يرى كليركي Clarke أن العوامل المؤثرة على استجابة المريض الوجدانية تجاه مرض السرطان تتحدد بثلاثة عوامل:

النظرة إلى التشخيص (مثلاً هل هو تحدي أم خطر).

الوعي بالقدرة على التحكم (جزئية أم معدومة).

وجهة النظر تجاه المآل الذي قد يتخذه المرض (جيد أم سيء). (Clarke, 2010).

ويحدد موري وغري (Moorey and Grey,1989) أنماط التكيف لدى مريض السرطان كما في الجدول التالي:

الجدول (3) أنماط التكيف لدى مريض السرطان.

أنماط التكيف	النظرة إلى المرض	السيطرة	مآل المرض
الروح القتالية	تحدي	سيطرة جزئية	جيد
التجنب أو الإنكار	خطر ضئيل للغاية	لا مبالاة	جيد
التسليم بالقضاء والقدر	خطر محدود	غياب السيطرة	غيرمؤكد – مقبول
اليأس والعجز	خطر أو خسارة جسيمة	غياب السيطرة	حتماً سلبي
القلق المسيطر	خطر جسيم	سيطرة غير مؤكدة	غير مؤكد

عاشراً: علاقة المريض بالسرطان بالطبيب والأخصائي النفسي:

يلعب الطبيب دوراً هاماً في حياة المريض بدءاً من لحظة التشخيص بالإصابة مروراً بالمراحل العلاجية التي يمر بها المريض انتهائاً بالشفاء التام من السرطان أو الوصول لحالة مرضية مستقرة نوعاً ما أو مرافقة المريض لآخر أيام حياته. فيجب أن يكون دوره داعماً ومسانداً للمريض وذويه، وأن يكون على إدراك باحتياجات كل المراحل العلاجية وتداعياتها النفسية والجسدية على المريض ومدركاً لأهمية تحضير المريض وأهله نفسياً لتلقي نتيجة التشخيص، هذا الموقف الذي ينظر إليه على أنه موقف صعب جداً على المريض ومن حوله، فهو بمثابة مفاجأة صادمة تثير الانفعالات لأنها تمت دون إعداد مسبق، فعلى الطبيب أن يكون موضوعياً في إعلام الأهل بوضع المريض الصحي بأسلوب لطيف وتدريجي وهنا يأتي أهمية التشبيك بين طبيب الأورام والأخصائي النفسي الذي يقوم بتهيئة المريض لسماع التشخيص فيتوجب على الأخصائي النفساني تهيئة الجو المليء بالأمن والطمأنينة والتقبل، ويحاول من خلاله التعرف على مشاعر وانفعالات المريض، وأفضل طريقة لذلك أن يشعر المريض بالثقة والطمأنينة وكثيراً ما يرتاح مرضى السرطان للإنسان الذي يُصغي إليهم ويهتم بهم؛ فالاهتمام بمشاعر المريض وأفكاره الجديدة المتولدة عن المرض تتيح له فرصة الاطمئنان للأخصائي النفسي.

والتفاعل هنا هو عملية تواصلية قَوامها التحادث بين الطرفين وهذه الأخيرة هي الوسيلة الفعالة في نقل الأحاسيس والمشاعر، وبقدر ما يستوعب الأخصائي مشاعر المريض بقدر ما يكون موضع تفريغ انفعالات المريض الكامنة وراء حديثه. (قواجلية ،2013، 55 – 56).

الحادي عشر: أهمية الدعم النفسي الاجتماعي لمرضى السرطان:

يؤدي الدعم الاجتماعي دوراً هاماً في تحسن الصحة النفسية والعاطفية للفرد، وذلك في التغلب على الضغوط النفسية والاجتماعية التي تنتج عن ظروف ومشكلات ومصاعب الحياة، وكذلك يحقق الاستقرار النفسي، والرضا عن الحياة، بالإضافة إلى السعادة التي يحققها وما يقدمه من تأثيرات إيجابية على الفرد.

وفي الآونة الأخيرة اتخذ الإرشاد النفسي منحى آخر في دراسة البيئة الاجتماعية، ودورها في توفير الدعم والمساندة للفرد حيث تعد الأسرة، والأهل، والزملاء، والأقارب، والجيران، وغيرهم من أعضاء المجتمع الذين لهم حيز مهم في حياة الفرد مصادر غير رسمية من البيئة الاجتماعية، يستطيع الفرد اللجوء إليها في أي وقت طلباً للمساعدة. ويتكون الدعم الاجتماعي من المساعدة، والمؤازرة المادية، والعاطفية، والمعنوية، والمعلوماتية، والمجتمعية التي يحصل عليها الفرد من خلال تعاملاته وعلاقاته الاجتماعية مع الأفراد المحيطين به، ومن المصادر المتاحة في بيئته الاجتماعية.(Hadeed & El-Bassel, 2006).

ومن المحتمل أن يواجه المريض أيضاً بعض المشكلات الاجتماعية التي قد تدخله في حالة من عدم المقدرة على المواجهة، والهروب من نظرات الشفقة من الآخرين، فيسبب له العزلة والشعور بالوحدة، لذا على الأسرة أن تظهر الدعم والمساندة للمريض (Kleponis, 2006).

ويوفر الأدب النظري أدلة قوية على أن الدعم المقدم من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين خاصة من الأسرة والأصدقاء المقربين يعمل على تعزيز الوضع النفسي لدى الفرد، والتقليل من حاجة الفرد للشعور بالتماسك والانتماء، وبالتالي مواجهة الشعور بالوحدة. ومن ناحية أخرى، فإن عدم وجود علاقات اجتماعية إيجابية تؤدي إلى حالة نفسية سلبية، مثل القلق أو الاكتئاب؛ أي أن الحالة النفسية تؤثر في نهاية المطاف على الصحة البدنية سواء من خلال التأثير المباشر على العمليات الفسيولوجية التي تؤثر على الاستعداد للإصابة بالأمراض، أم من خلال الأنماط السلوكية التي تزيد من خطر الاصابة بالمرض والتعرض للموت (Cohen &Wills,1985)(Bisschop Kriegsman, Beekman, & Deeg, 2004).

هذا وتؤدي كل من الأسرة والمجتمع دوراً كبيراً في مواجهة آثار السرطان ، والتقليل من آثاره النفسية على المريض؛ فإصابة الأم / الأب أو الابن/ الابنة أو الأخ/ الأخت بالمرض له الأثر الكبير على جميع أفراد الأسرة؛ إذ يتمثل دور الأسرة في تقديم الدعم والمساندة والتشجيع لمواجهة المرض من خلال الاهتمام

بالمريض، وإبعاده عما يعانيه من قلق وتوتر، فإسهام الزوج في رفع معنويات الزوجة المريضة أو العكس، واحتوائها، ودعمها يسهم في زيادة قدرتها على التغلب ومواجهة المرض. (العزة, 2000 ؛ مديرية مكافحة السرطان، 2006).

فالتماسك الأسري الإيجابي والمرونة الأسرية يدعمان تكيف المريض، ويحسنان حالته النفسية. (Savetina & Nastran,2012,300).

الثاني عشر: العلاقة بين العجز المكتسب والاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان:

تعتبر الحياة اليومية بتعقيداتها المختلفة منشأ الكثير من الصراعات والضغوطات النفسية والاجتماعية التي من شأنها أن تشكل جواً ملائماً لزيادة الاضطرابات التي تؤدي بالفرد من أغلب الحالات أن يكون فريسة سهلة لهذه الصراعات والاضطرابات النفسية على اختلاف درجاتها. حيث يواجه الإنسان العديد من المواقف التي قد تتضمن خبرات غير مرغوب بها، وربما تكون مواقف مهددة لحياته؛ فتتعرض رفاهيته وحياته للخطر نتيجة لذلك، فالأمراض المزمنة، كمرض السرطان– الذي يعد أبرز الأحداث الحياتية الضاغطة– التي لها علاقة بالإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية، حيث يعتبر مرض السرطان أكثر الأمراض رهبة ووقعاً في نفوس الأفراد، إذ أنه غالباً ما يرتبط هذا المرض في أذهان الناس مع الموت المحتم والمعاناة الشديدة. فهو من أشد الأمراض المهددة للحياة Life threatening disease ومن أكثرها إيذاء للنفس والجسد في واحدة من أقسى التجارب التي يمر بها الإنسان طوال حياته.

وترى "فاتح" أنه برغم مما يسببه السرطان من ألم جسدي ونفسي، تبقى ردود الفعل النفسية لدى المرضى عند تشخيص الإصابة بالسرطان هي الأصعب حيث يصاب المريض بقلق وخوف شديد، كما يظهر البعض تظاهرات اكتئابية وفقدان الرغبة في الحياة وخوف من الموت، إلا أن هناك من يحافظ على حالته النفسية المرتفعة ويتعايش مع المرض ويلتزم بالعلاج، ويواجه هذه الاضطرابات محاولاً التكيف معها ومحافظاً على حالة من الاتزان الانفعالي لمواجهة المرض والتغلب عليه. إلا أن هذه الحالة ليست مستقرة، وإنما في تغيير نسبي بين الارتفاع والانخفاض تبعاً لكمية ونوعية الخبرات الضاغطة التي يتفاعل معها المريض، وهذه العملية الدينامية تولد لديه حالة جديدة تمكنه من تحديد مستويات قدرته على تحمل الضغوط المختلفة وهي الصلابة النفسية. (فاتح ، 2015، 1).

ويشير فلور (Flor,1987) إلى أن المريض يصبح قلقاً وخائفاً من أن يفقد حياته المليئة بالنشاط والحيوية والمسؤولية، وأن يفقد علاقته الجنسية ومسؤولياته نحو أبنائه ووالديه وعلاقته مع الأصدقاء، والأهم من كل ذلك خوفه من أن يفقد عمله الذي هو مصدر رزقه. (فائق، 2001 ، 18).

فالسرطان لا يهدد حياة المريض فحسب بل يؤثر على صحته الجسدية والنفسية، وتشخيص الإصابة به تسبب ضيقاً وإجهاداً وألماً للمريض وعائلته، فتتبدل نفسية المريض ويتغير سلوكه وردود فعله فيصبح وكأنه شخص آخر، يتأثر بسرعة من أقل شيء وينفعل بصورة عميقة، حيث نجد أن الكثير من المرضى يشعرون بالعجز المكتسب حيث يجد المريض نفسه في حالة من الاستسلام نتيجة عدم تقبله للمرض الذي أصابه، وعدم قدرته على إنجاز مهامه لنهايتها، وعدم تقبله لصورة جسده فيتدنى تقديره لذاته ونجده يتأثر لنظرة الشفقة من قبل الآخرين له بأنه عاجز وبحاجة للمساعدة الدائمة للاهتمام بأموره الشخصية، فيشعر باليأس وأنه على هامش الحياة لا حول له ولا قوة، وخائفاً من مستقبله الغامض، لا يملك القوة والصبر لتحمل آلام العلاج ومواجهة الواقع، لإيمانه بعدم جدوى العلاج وفقدان الأمل بالشفاء أو صعوبة الشفاء التام من المرض، وبالتالي ينعكس سلباً على صحته الجسدية أكثر وقد تسرع في وفاته، فاستمرار شعوره بالعجز واليأس وعدم قدرته على التحكم في انفعالاته، يترتب عليه العديد من التغيرات الفسيولوجية، مما يؤدي إلى حدوث تغيرات عضوية في الأنسجة وينشأ في هذه الحالة ما يسمى بالأمراض النفس جسمية أو السيكوسوماتية، ويزيد من سوء حالة المريض الصحية الجسدية.

ومن هنا نجد أهمية العامل النفسي في تحسن صحة المريض ومقاومته للمرض، وأهمية أن يتسم المريض بالقدرة على التحكم بانفعالاته فيستطيع مواجهة ظروف وأحداث الحياة الضاغطة والتعامل معها نتيجة العجز الذي أصاب جسده دون تعرض صحته النفسية إلى الاضطراب، فالمريض المتزن انفعالياً هو الذي لديه القدرة على التحكم في ذاته والسيطرة على دوافعه وانفعالاته ومشاعره والتحكم بها، ويتناول الأمور بصبر وتعقل،لا يفقد الأمل في الشفاء، يواجه المرض ويتقبله يصمد ويحاول التعايش مع آثاره وألم العلاج بهدوء أعصاب وحسن التصرف بهدف تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي بينه وبين نفسه أولاً وبين الآخرين ومجتمعه ثانياً.

-تعقيب:

ساعد انتشار مرض السرطان في معظم المجتمعات في توجه الأطباء للبحث عن وسائل لمساعدة المرضى لتخطي أكبر المشكلات التي تواجههم وهي حالة المرض النفسية، حيث عادة يولى الاهتمام فقط بالجانب الطبي وما إلى ذلك من أشياء متعلقة بمرض السرطان، وفي الوقت نفسه يتم تجاهل الجانب النفسي للمريض على الرغم من تأثيراته الإيجابية للقضاء على المرض.

حيث يرى الأطباء أن دور الطب النفسي في التعامل مع مصابي هذا المرض من قبل المحيطين به من أسرته وأصدقائه يعد عاملاً هاماً وباباً للخروج من تلك الأزمة، اذ أن مرض السرطان ليس ككل الأمراض فمن ناحية هو غير معروف السبب، ومن ناحية أخرى هو غير قابل للعلاج إلا في أطواره المبكرة، وتشير أحدث الدراسات العلمية أن الفهم لحقيقة السرطان هو أنه مرض مرتبط بجهاز المناعة، وأيضا مرتبط بالحالة النفسية التي هي أيضا مرتبطة بجهاز المناعة، لذا يجب أن تكون الحالة النفسية للمريض جيدة بالشكل الكافي لتخطي عقبات هذا المرض.

الفصل الرابع : منهجية الدراسة وإجراءاتها وأدواتها

أولاً: منهج الدراسة.

ثانياً: مجتمع الدراسة وعينتها.

ثالثاً: أدوات الدراسة.

- مقياس العجز المكتسب. (إعداد الباحثة).
- مقياس الاتزان الانفعالي. (إعداد الباحثة).

رابعاً: إجراءات تنفيذ الدراسة.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة.

يتناول الفصل الرابع منهج الدراسة وإجراءاتها والمجتمع الأصلي للدراسة وعينتها وأدواتها والإجراءات المتبعة فيها للتحقق من صدقها وثباتها، وكذلك إجراءات تنفيذ الدراسة الحالية وأهم الأساليب الإحصائية المستخدمة فيها سواء كان ذلك في التحقق من صلاحية أدوات الدراسة أو في الوصول إلى نتائجها، وفيما يلي عرض لذلك.

أولاً- منهج الدراسة:

اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي بسبب طبيعة الدراسة التي تتطلب وصفاً للظاهرة المدروسة، وتحليل النتائج التي يتم الحصول عليها إحصائياً، لذا فإن هذه الدراسة تتوقف عند المعلومات الوصفية التحليلية لمدى شيوع العجز المكتسب والاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان، ودراسة العلاقة بينهما، ثم التعرف إلى الفروق في هذه العلاقة في ضوء المتغيرات التالية: (الجنس- الحالة الاجتماعية- العمر- نوع الإقامة – مدة الإصابة ونوع العلاج).

ثانياً- مجتمع الدراسة وعينتها:

2-1- مجتمع الدراسة:

يتألف المجتمع الأصلي للدراسة من مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج في بعض مشافي محافظة دمشق وقد اختارت الباحثة المرضى المصابين بسرطان الدم وسرطان العظام في اثنين من مشافي دمشق وهما مشفى البيروني الجامعي العامة ومشفى القديس لويس (الفرنسي) الخاصة .

حيث يعد مشفى البيروني الجامعي التابع لوزارة التعليم العالي المشفى التخصصي الوحيد في سورية لمعالجة الأورام ويقدم الخدمات الطبية والتشخيصية والعلاجية والمتابعة للحالات الورمية بشكل مجاني إضافة إلى الخدمات التعليمية في تدريب الكوادر الطبية والتمريضية، أما مشفى القديس لويس فيوجد ضمن المشفى عيادات متخصصة بمعالجة الأورام.

ولقد ذكر مدير مشفى البيروني الجامعي "إيهاب النقري" أن المشفى تستقبل حوالي 70%من مرضى الأورام في سوريا حيث يتلقى المرضى كامل علاجاتهم في المعالجة الجراحية الشعاعية والكيماوية (الهندي،2016)، وبالرجوع للسجلات العامة للمرضى السرطان وإحصاءات قسم الأورام في المشفيين لعام 2016، بلغ عدد المرضى في مشفى البيروني (7357) مريضاً، بينما عدد المرضى في مشفى القديس

لويس هو (160) مريضاً، حيث بلغ عدد المجتمع الأصلي لجميع مرضى السرطان (7517) مريضاً في المشفيين و(1448) مريضاً عدد المجتمع الأصلي لعينة الدراسة.

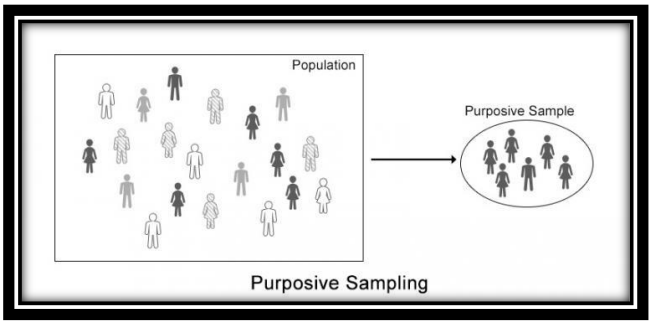
ويوضح الجدول الآتي الخصائص الديموغرافية للمجتمع الأصلي (المرضى المصابين بسرطان الدم وسرطان العظام الذين يتلقون العلاج في مشفى البيروني الجامعي ومشفى القديس لويس) :

الجدول (4) أعدد أفراد المجتمع الأصلي ونسبهم المئوية.

اسم المشفى	عدد مرضى السرطان	سرطان دم	%	سرطان عظام	%	المجموع	%
مشفى البيروني الجامعي	7357	1050	%14.3	365	%4.97	1415	%19.24
مشفى القديس لويس	160	23	%14.4	10	%6.3	33	%20.62
المجموع	7517	1073	%14.28	375	%4.99	1448	%19.27

2-2- عينة الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة سُحبت عينة مقصودة من مرضى السرطان وهي العينة التي استخدمت في اختبار صحة فرضيات الدراسة وللإجابة عن أسئلتها، وقد تكونت من (125) مريضاً بنسبة 8.6% من مجموع المجتمع الأصلي للدراسة البالغ (1448) مريضاً، والذين يتلقون العلاج في اثنتين من مشافي محافظة دمشق، وهما مشفى البيروني الجامعي (العام) في منطقة المزة و مشفى القديس لويس (الخاص) في منطقة القصاع، وتم تحديد نوع السرطان واختيار المرضى المصابين بسرطان الدم والعظام في كِلا المشفيين.



الشكل (8) طريقة سحب العينة العمدية أو المقصودة.

ويلجأ الباحث إلى اختيار العينة العمدية أو المقصودة Purposive sample فيما إذا كان مجتمع الدراسة كبيراً جداً وكانت إمكانياته لا تسمح له إلا بدراسة عينة حجمها صغير جداً بالنسبة لمجتمع الدراسة، في هذه الحالة يتعمد الباحث اختيار مفردات معينة كعينة لمجتمع الدراسة يرى بخبرته السابقة أن هذه العينة يمكن أن تعطي تمثيلاً مقبولاً لمجتمع الدراسة.

وفيها يعمد الباحث في اختيار افراد العينة بحيث يتحقق في كل منهم شروط ويستعمل هذا النوع من العينات عندما يكون الفرد في وحدة كبيرة فتحسب المقاييس التي يعتقد الباحث ضرورة تشابهها في كل من العينة والمجتمع الاصلي ويعتمد هذا على اساس خبرة الباحث وحسن تقديره. (داود وعبد الرحمن ،1990، 85-86) .

وكان توزع أفراد العينة الأساسية والنسب المئوية لمتغيرات الدراسة (الجنس، الحالة الاجتماعية، الإقامة، العمر، مدة الإصابة، ونوع العلاج)، وفقاً للجدول (5) الآتي:

الجدول (5) توزع أفراد العينة والنسب المئوية تبعاً لمتغيرات الدراسة:

(الجنس، الحالة الاجتماعية، الإقامة، العمر، مدة الإصابة، ونوع العلاج).

الجنس			الحالة الاجتماعية			الإقامة		
	العدد	النسبة المئوية		العدد	النسبة المئوية		العدد	النسبة المئوية
ذكور	58	%46.4	عازب	56	%44.8	مشفى	48	%38.4
إناث	67	%53.6	متزوج	69	%55.2	المنزل	77	%61.6
المجموع	125	%100	المجموع	125	%100	المجموع	125	%100
العمر			مدة الإصابة			نوع العلاج		
	العدد	النسبة المئوية		العدد	النسبة المئوية		العدد	النسبة المئوية
39-20	54	%43.2	أقل من سنة	46	%36.8	كيماوي	60	%48
59-40	56	%44.8	من سنة إلى ثلاث سنوات	48	%38.4	إشعاعي	41	%32.8
60 وما فوق	15	%12	أكثر من 3 سنوات	31	%24.8	جراحي	24	%19.2
المجموع	125	%100	المجموع	125	%100	المجموع	125	%100

ثالثاً- أدوات الدراسة:

من أجل الحصول على البيانات والمعلومات اللازمة للدراسة واختبار صحة فرضياتها والوصول إلى نتائجها وأهدافها استخدمت الأدوات الاتية:

1- مقياس العجز المكتسب: إعداد الباحثة.

2- مقياس الاتزان الانفعالي: إعداد الباحثة.

وتم إجراء الدراسة السيكومترية للمقاييس حتى أصبحت مناسبة للتطبيق والاستخدام مع أفراد العينة المستهدفة، وفيما يلي عرض لهذه الأدوات بشكل وافٍ:

3-1: مقياس العجز المكتسب:

لقد مر تصميم مقياس العجز المكتسب بعدة مراحل مخُطَّطة ومنظمة بدقة وفق الأصول العلمية الخاصة ببناء وتصميم المقاييس قبل أن تظهر الصورة النهائية له، وجميع تلك المراحل تؤسس للصدق البنيوي، وهي:

تحديد الهدف العام والأهداف الفرعية للمقياس:

- **الهدف العام للمقياس:** تحديد درجة العجز المكتسب لدى مرضى السرطان أفراد عينة الدراسة.
- **الأهداف الفرعية للمقياس:** تتمثل الأهداف الفرعية للمقياس بما يلي:

1. تحديد درجة الأسباب الداخلية والأسباب الخارجية.
2. تحديد درجة الثبات وعدم الثبات.
3. تحديد درجة الشمولية والمحدودية.

تعيين المحتوى الذي يتصدى له المقياس وعينة السلوك الممثلة بإتباع الخطوات التالية:

تمت مراجعة الأدبيات العلمية والكتابات والآراء النظرية ذات العلاقة بموضوع العجز المكتسب، إضافة إلى مراجعة البحوث والدراسات العربية والأجنبية المرتبطة بموضوع الدراسة ومنها الدراسات الآتية:

-دراسة قدوري (2016) التي تناولت العجز المتعلم وعلاقته بالأفكار الانتحارية والتدين لدى طلبة الجامعة في الجزائر.

- دراسة ضاهر (2013) التي تناولت العلاقة بين السلوك البيئي في مرحلة المراهقة والعجز المتعلم ومهنة المستقبل لدى عينة من الطلبة في محافظة دمشق.
- دراسة الحسين (2012) التي تناولت العلاقة بين العجز المكتسب وأساليب التفكير لدى الطلبة في محافظة دمشق.

- دراسة عثمان (2011) فاعلية برنامج إرشادي لخفض العجز المكتسب وعلاقته بتحسين مفهوم الذات لدى الشباب المتطوعين في القوات المسلحة في محافظة دمشق.
- الاطلاع على مقياس العجز المتعلم إعداد السيد محمود الفرحاتي (1997) بعد أن قام بترجمة مقياس أساليب عزو العجز المتعلم الذي أعده بترسون وآخرون (1982) حيث قام بتعديله وتقنينه على البيئة المصرية.
- حيث اطَّلعت الباحثة على هذه الدراسات والمقاييس التي تضمنتها، وذلك للوقوف على ما انتهت إليه هذه الدراسات والبحوث ولمعرفة أهم المجالات التي تناولتها والجوانب التي تغطيها للاستفادة منها في صياغة مجالات المقياس.

الدراسة السيكومترية مقياس العجز المكتسب:

-صدق المقياس:

يوصف المقياس بأنه صادق عندما يقيس ما يفترض أن يقيسه ويؤدي الوظائف التي يدعي أدائها، وللتأكد من دلالة صدق المقياس استخدام ثلاث طرق وهي:

-صدق المضمون أو المحتوى Content Validity:

يتعلق صدق المضمون أو المحتوى بالتقدير أو الحكم الفني من خبراء متخصصين حول مدى ملاءمة المقياس للصفة المراد قياسها، وهذا يتحقق إذا كان هناك اتفاق عام حول الموضوع واعتبار الباحثين من ذوي العلاقة بأن الفقرات الموجودة في المقياس تغطي أو تشمل كل جوانب المتغيرات أو العوامل المطلوب قياسها، وأنه في العادة يستعين واضع الاختبار بآراء عدد من المختصين لضمان هذا النوع من الصدق. وهذا الأسلوب من الصدق كما يرى علّام (2000, 257) هو بهدف رفع استثارة المفحوصين للحد الأقصى لتقبل المقياس ولضمان تعاون المفحوصين في الموقف الاختباري.

لذا قامت الباحثة بعرض المقياس على عدد من الأساتذة ذوي الخبرة والاختصاص في مجال علم النفس والإرشاد النفسي في كلية التربية بجامعة دمشق ومجموعة من الأطباء المختصين في مجال الأورام وعلاج مرضى السرطان كما في الملحق رقم (2)، وذلك للاستفادة من خبراتهم في الحكم على صحة المقياس ومدى ملاءمته لغرض الدراسة، وطلب من السادة المحكمين الآتي:

- بيان مدى مناسبة البعد لقياس ما وضع لقياسه.
- بيان مدى ملاءمة وصلاحية البنود للأبعاد التي تنتمي إليها، وصلاحيتها على قياس ما وضع لقياسه، والحكم على سلامة صوغها ووضوحها.
- تعديل البنود أو حذفها أو إضافة أخرى إذا تطلب ذلك، والتي من شأنها أن تجعل المقياس أكثر صدقاً.

وبعد مقترحات السادة المحكمين وبناءً على ملاحظاتهم تم إجراء التعديلات الآتية على المقياس:

1- حذف البنود التي لم تحظ بنسبة اتفاق المحكمين بنسبة (80%) فأكثر، حيث تمثل هذه النسبة المعيار المعتمد للموافقة على الرأي في تحديد القيم والظواهر السلوكية ،وإضافة بعض البنود وكانت هذه البنود هي:

الجدول (6) البنود التي تم حذفها واضافتها على مقياس العجز المكتسب من قبل السادة المحكمين.

الرقم	بنود تمَّ حذفها	بنود تمَّ إضافتها
1	المستقبل أمر لا يخضع للسيطرة.	أشعر بالقلق عند التفكير بما يحمله المستقبل من أحداث غامضة.
2	تأثيري على من حولي ضعيف.	شعوري بالعجز جعلني أقوم بسلوكيات غير مرغوبة مع من حولي .
3	أعتمد في اتخاذ قراراتي على الحظ والصدفة.	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات للمشكلات الصعبة التي تواجهني.
4	أعتقد أن مستقبلي ما هو إلا مجازفة (لا تصيب – لا تخيب) ولا دخل لي فيه.	أعتقد أن مستقبلي ريشة في مهب الريح.
5	أشعر أن لي تأثير محدود على الأحداث التي تجري معي في حياتي.	يصعب عليي التحكم بالمشكلات التي تواجهني.
6	دافعي للحياة ليس ذاتياً.	أفتقد شعور الاستمتاع بالحياة.
7	هناك من يخطط لحياتي و أنا لا أخطط لشيء.	أشعر أن قدراتي ضعيفة.
8	أكتشف أن الألم الذي يحصل لي بسبب المرض لا أستحقه.	ما أشعر به من ألم، يجعلني عاجزاً عن إنجاز أي عمل.

2- الصياغة التعبيرية لبعض البنود والتدقيق النحوي لها.

الجدول (7) التعديلات التي أجريت على مقياس العجز المكتسب من قبل السادة المحكمين.

الرقم	بنود المقياس قبل التعديل	بنود المقياس بعد التعديل
1	فشلي في تكوين صداقات في حياتي يؤثر على صحتي.	عدم قدرتي في تكوين صداقات جديدة يؤثر على صحتي
2	شفائي التام أمر مستحيل.	شفائي التام صعب.
3	أجد من الصعب أن أحدد لنفسي ما أريده في المستقبل.	من الصعب تحديد ما أريده في المستقبل.
4	عاجز عن إتمام الأمور لنهايتها.	أعجز عن إتمام الأمور لنهايتها.
5	كل الأشياء المحيطة في حياتي بها عنصر كبير من الحظ.	يلعب الحظ دوراً كبيراً في حياتي.
6	النجاح بدون مساعدة الآخرين مستحيل.	أشعر بالحاجة الدائمة إلى مساعدة الآخرين ودعمهم.
7	أرى أن فرص النجاح غير محسوبة في الحياة.	أرى أن الفرص في الحياة غير متكافئة.
8	فرصي للتفوق ضعيفة مهما بذلت من جهد.	فرصي للتميز ضعيفة مهما بذلت من جهد.
9	أشعر أن تأثيري محدود على الأحداث التي تجري معي لأني غير قادر على التحكم بها.	أشعر أن تأثيري محدود على أحداث حياتي.
10	أشعر أنني على الهامش في دائرة أسرتي بسبب مرضي.	أشعر أنني على هامش الحياة بسبب مرضي.
11	يعتمد النجاح في هذه الحياة على الحظ أكثر من اعتماده على القدرة الحقيقة للفرد.	أرى أن النجاح في الحياة يعتمد على الحظ أكثر من اعتماده على قدرات الفرد الحقيقية.
12	أشعر بعدم القدرة على فعل أي شيء عندما أواجه مشكلات صعبة.	أشعر بعدم القدرة على فعل أي شيء عندما أواجه أي مشكلة.
13	أعتقد أنه لا جدوى من المحاولة فأنا متأكدة من فشلي.	فشلي أمر مؤكد فلا جدوى من المحاولة.
14	أرفض المشاركة في الأنشطة الاجتماعية لاعتقادي بأن الآخرين سينظرون إلي نظرة شفقة.	أفضل عدم المشاركة في الأنشطة الاجتماعية لاعتقادي بأن الآخرين سينظرون إلي نظرة شفقة.
15	أشعر في كل أمور حياتي أن بذل الجهد ليس مهماً في إحراز النجاح.	أشعر أن بذل الجهد في معظم أمور الحياة ليس مهماً في إحراز النجاح.

16	فشلي في الاهتمام بأموري الشخصية يؤثر على علاقتي بمن حولي.	فشلي في الاهتمام بأموري الشخصية يؤثر على علاقتي بمن حولي.
17	أشعر أن مستقبلي غير واضح وغير محدد.	أشعر أن مستقبلي غير واضح.

بعد الأخذ بجميع ملاحظات السادة المحكمين، أصبح المقياس يتكون من (36) بنداً تتوزع هذه البنود على:

- بعد الأسباب الداخلية والأسباب الخارجية (12) بنود (1– 2–3–4–5–6–7–8–9–10–11–12)
ويشير هذا البعد إلى أن الأسباب المدركة إما أن تكون داخلية أي ذاتية وتتمثل في القدرة والجهد ولا يمكن التحكم فيها، أو أسباب خارجية تتمثل في صعوبة العمل، والحظ والصدفة.
- بعد الثبات وعدم الثبات(12) بنود (13–14–15–16–17–18–19–20–21–22–23–24)
ويشير هذا البعد إلى كون السبب ثابتاً أو غير ثابت عبر الزمن، فعزو الفشل للقدرة سبب مستقر، أماعزو الفشل للجهد فهو غير مستقر لا يؤثر على الاحتمالات الذاتية للنجاح المستقبلي.
- بعد الشمولية والمحدودية (12) بنود (25–26–27–28–29–30–31–32–33–34–35–36)
يشير هذا البعد إلى كون السبب سوف يقتصر على ذلك الموقف أو الحدث، أو انه سوف يمتد ليشمل جوانب أخرى.

بدائل إجابة المقياس: تضمن المقياس بدائل إجابة خماسية :

(تنطبق دائماً=5/ تنطبق كثيراً=4 / تنطبق أحياناً=3 / تنطبق نادراً=2 /لا تنطبق =1).

2–الصدق البنيوي بطريقة الاتساق الداخلي Internal Consistency:

طبق المقياس على عينة الدراسة السيكومترية، والمكونة من (40) من مرضى السرطان في محافظة دمشق. قامت الباحثة بحساب قيمة الصدق لكل بند من بنود المقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه هذه البنود. وكانت نتائج التحليل الإحصائي كما في الجدول (8) الآتي:

1–ارتباط كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية للبعد الفرعي: والجدول رقم (8) يبين معاملات الارتباط الناتجة.

الجدول (8): معاملات الارتباط بين كل بند مع الدرجة الكلية للبعد الفرعي.

الأسباب الداخلية والأسباب الخارجية		الثبات وعدم الثبات		الشمولية المحدودية	
البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط
1	.238*	13	.679**	25	.227*
2	.742**	14	.481**	26	.488*

3	.373*	15	.403**	27	.687**
4	.737**	16	.531**	28	.722**
5	.567**	17	.755**	29	.776**
6	.858**	18	.731**	30	.855**
7	.499**	19	.244*	31	.737**
8	.513**	20	.714**	32	.822**
9	.804**	21	.554**	33	.836**
10	.570**	22	.623**	34	.836**
11	.441**	23	.305*	35	.759**
12	.605**	24	.494**	36	.285*

**** = دال عند (0.01)، * =دال عند (0.05)**

يتبين من الجدول السابق أن معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند مع الدرجة الكلية للبعد الفرعي تراوحت بين (0.227**-0.858**) وكانت جميعها ذات دلالة إحصائية عند المستوى (0.05) باستثناء العبارات ذات الرقم (36-25-23-1)، حيث معامل ارتباطهما مع البعد الذي ينتميان إليه دال عند المستوى (0.05). لكن جميع الدلالات أشارت إلى الاتساق الداخلي الجيد لمقياس العجز المكتسب.

وأيضاً قامت الباحثة بحساب ارتباط الأبعاد الفرعية مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية: والجدول رقم (9) يبين معاملات الارتباط الناتجة.

جدول (9): ارتباط الأبعاد الفرعية مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية.

الأبعاد الفرعية	الأسباب الداخلية والأسباب الخارجية	الثبات وعدم الثبات	الشمولية المحدودية	الدرجة الكلية
الأسباب الداخلية والأسباب الخارجية	–	**.689**	**.805**	**.901**
الثبات وعدم الثبات	–	–	**.840**	**.903**
الشمولية المحدودية	–	–	–	**.963**
الدرجة الكلية	–	–	–	–

**** = دال عند (0.01)، * =دال عند (0.05)**

يتبين من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين كل من درجات الأبعاد الفرعية مع بعضها البعض، وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس ككل موجبة ودال إحصائياً وتتراوح بين(**0.963- **0.689). بالتالي كان المقياس على درجة مناسبة من صدق الاتساق الداخلي بين بنوده والأبعاد المكون منها والمقياس ككل.

4-الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية) Discriminant Validate:

يقوم هذا النوع من الصدق على أساس القدرة التمييزية لبنود الاختبار بين المجموعتين المتعارضتين (الفئة العليا والفئة الدنيا) في الجانب او السمة التي يتصدى لقياسها. ومن أجل التأكد من هذا النوع من الصدق تم ترتيب درجات المفحوصين على مقياس العجز المكتسب ترتيباً تنازلياً، وبعدها تم تحديد الفئة العليا 25% والفئة الدنيا 25%، ثم حسب متوسطات هاتين المجموعتين وانحرافهما المعياري، واستخدمت اختبار (ت ستودنت) لبيان دلالة الفروق بين المتوسطين على الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية والجدول رقم (10) يوضح الفرق بين هاتين المجموعتين العليا والدنيا:

جدول (10): المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت ستيودنت" ودلالتها

الأبعاد الفرعية	العدد	الفئات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
الأسباب الداخلية والأسباب الخارجية	15	الفئة العليا	49.4	0.69	21.6	0.000	دال**
	15	الفئة الدنيا	39.5	1.26			
الثبات وعدم الثبات	15	الفئة العليا	46.6	2.27	10.12	0.000	دال**
	15	الفئة الدنيا	38.3	1.25			
الشمولية المحدودية	15	الفئة العليا	48.4	1.34	21.67	0.000	دال**
	15	الفئة الدنيا	35	1.41			
الدرجة الكلية	15	الفئة الدنيا	143.9	2.55	26.47	0.000	دال**

	15	الفئة الدنيا	113.1	2.64			

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، وهذه الفروق لصالح الفئة العليا. أي أن المقياس يتمتع بالصدق ولعباراته قدرة تمييزية جيدة بين المفحوصين.

-ثبات المقياس:

تم التحقق من الثبات باستخدام طرائق التجزئة النصفية والفا-كرونباخ.

1-التجزئة النصفية Split Half:

وهي طريقة تستخدم في التأكد من ثبات المقاييس وذلك بتطبيق المقياس على عيّنة من المفحوصين، ثم تقسيم بنوده أو شطرها إلى نصفين متعادلين، ثم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها المفحوصين على بنود النصف الأول ودرجاتهم على بنود النصف الثاني. ومعامل الارتباط المحسوب بهذه الطريقة هو معامل الثبات.

من هنا تم حساب معامل ثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس العجز المكتسب، وذلك بعد وضع البنود في مجموعتين وفقاً للبنود الفردية والزوجية من حيث الترتيب، مع مراعاة التمثيل الصحيح لكل بعد في التوزيع، والقيمة التي تم التوصل إليها على تمتع المقياس بقدرٍ عالٍ من الثبات، ونتائج التحليل الإحصائي لعملية التجزئة النصفية وحساب الارتباط بين الجزأين تمثلت في الجدول (11) الآتي:

جدول (11): معاملات الثبات باستخدام معامل سبيرمان-براون

الأبعاد الفرعية	سبيرمان براون
الأسباب الداخلية والأسباب الخارجية	0.689
الثبات وعدم الثبات	0.892
الشمولية المحدودية	0.900
الدرجة الكلية	0.955

بينت نتائج التحليل الإحصائي أن معاملات الارتباط بين نصفي المقياس جيدة ودالة إحصائياً، وهذه القيم التي توصلت إليها الباحثة دلت على تمتع المقياس بقدرٍ عالٍ من الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

2-ألفا كرونباخ Internal Consistency:

تم حساب الثبات عن طريق معامل ألفا كرونباخ Cronbach's alphaعلى عينة الصدق والثبات البالغة (40) مريضاً. والجدول رقم (12) يوضح معاملات ثبات ألفا كرونباخ للمقياس.

جدول (12): معاملات الثبات باستخدام طريقة معامل ألفا كرونباخ.

الأبعاد الفرعية	معامل ألفا كرونباخ
الأسباب الداخلية والأسباب الخارجية	0.763
الثبات وعدم الثبات	0.751
الشمولية المحدودية	0.897
الدرجة الكلية	0.928

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات ألفا لكرونباخ تتراوح بين (0.751-0.928) وتدل على درجة ثبات عالية.

3-1: مقياس الاتزان الانفعالي:

لقد مر تصميم مقياس الاتزان الانفعالي بعدة مراحل مخُطَّطة ومنظمة بدقة وفق الأصول العلمية الخاصة ببناء وتصميم المقاييس قبل أن تظهر الصورة النهائية له، وجميع تلك المراحل تؤسس للصدق البنيوي، وهي:

تحديد الهدف العام والأهداف الفرعية للمقياس:

- **الهدف العام للمقياس:** تحديد درجة الاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان أفراد عينة الدراسة.
- **الأهداف الفرعية للمقياس:** تتمثل الأهداف الفرعية للمقياس بما يلي:

1. تحديد درجة الثقة بالنفس.
2. تحديد درجة تحمل آثار المرض.
3. تحديد درجة الاسترخاء وضبط الذات.

تعيين المحتوى الذي يتصدى له المقياس وعينة السلوك الممثلة بإتباع الخطوات التالية:

- تمت مراجعة الأدبيات العلمية والكتابات والآراء النظرية ذات العلاقة بموضوع الاتزان الانفعالي، إضافة إلى مراجعة البحوث والدراسات العربية والأجنبية المرتبطة بموضوع وعينة الدراسة ومنها الدراسات الآتية:

- دراسة المومني (2016) التي تناولت العوامل الاجتماعية الديموغرافية المتنبئة بالاتزان الانفعالي لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك.

- دراسة قواجلية (2013) التي تناولت قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان في الجزائر.

- دراسة السبعاوي (2007) التي تناولت قياس الاتزان الانفعالي لدى طلبة معاهد اعداد المعلمين والمعلمات في الموصل، العراق.

– دراسة ريان (2006) التي تناولت الاتزان الانفعالي وكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري لدى طلبة غزة في فلسطين.

حيث اطَّلعت الباحثة على هذه الدراسات والمقاييس التي تضمنتها، وذلك للوقوف على ما انتهت إليه هذه الدراسات والبحوث ولمعرفة أهم المجالات التي تناولتها والجوانب التي تغطيها للاستفادة منها في صياغة مجالات المقياس.

الدراسة السيكومترية لمقياس الاتزان الانفعالي:

–صدق المقياس Validity:

جرى التحقق من صدق المقياس باستخدام عدة أنواع من الصدق، وهي صدق المحتوى والصدق البنيوي بطريقة الاتساق الداخلي، والصدق التمييزي.

1–صدق المضمون أو المحتوى Content Validity:

تم التحقق من صدق محتوى المقياس (Content validity) بعرضه على مجموعة محكّمين، وكان الهدف من تحكيم المقياس هو:

- بيان ملاحظات المحكّمين لمدى ملاءمة البنود للهدف العام والأهداف الفرعية للمقياس.
- مدى ملاءمة البنود لما وُضعت لقياسه.
- مدى ووضوح التعليمات من حيث المعنى واللغة.
- مدى تغطية البنود للمجالات المدروسة.
- اقتراح التعديلات التي يرونها مناسبة من حذف أو تعديل أو إضافة.

وقدم المحكّمون ملاحظاتهم التي بينوا فيها ضرورة إعادة النظر في صياغة بعض البنود من حيث المعنى واللغة، وحذف بعض البنود، وإضافة بعض البنود. وقد تم الأخذ بالتعديلات التي اتفق عليها (80%) من المحكمين، والجدول الآتية تبين التعديلات التي قدمت من السادة المحكمين.

جدول (13) التعديلات التي أجريت على مقياس الاتزان الانفعالي من قبل السادة المحكمين.

الرقم	بنود المقياس قبل التعديل	بنود المقياس بعد التعديل
1	أتعامل مع أي شخص بسهولة.	أتعامل ببساطة مع الآخرين.
2	أستطيع مواجهة المرض بشجاعة.	أستطيع مواجهة مرضي بشجاعة.
3	أسعى لعيش لحظات كثيرة من السعادة مع من حولي.	أسعى لعيش لحظات من السعادة مع من حولي.

4	عندما أواجه مشكلة ما لا أستسلم بل أشعر بالتحدي لحلها.	عندما أواجه مشكلة ما أبذل جهدي لحلها.
5	أواصل العمل على قدر استطاعتي رغم الألم النفسي و الجسدي.	أواصل العمل على قدر استطاعتي.
6	يمكنني التكيف مع المشكلات الحياتية التي تواجهني مهما كانت.	يمكنني التكيف مع المشكلات التي تواجهني مهما كانت.
7	أصبحت أكثر تعلقاً بالعائلة من قبل.	أصبحت أكثر تعلقاً بالعائلة.
8	أرى بأن مرضي كأي مرض آخر يمكن شفاؤه.	أرى بأن مرضي يمكن شفاؤه.
9	أصبحت أكثر صبراً بعد المرض.	أصبحت أكثر صبراً بعد إصابتي بالسرطان.
10	أتقبل النقد ولو كان في غير محله.	أتقبل الملاحظات التي تتوجه إليّ.
11	أستطيع احتواء الصعوبات بسرعة.	أستطيع التعامل مع الصعوبات.

جدول (14) البنود التي تم حذفها واضافتها على مقياس الاتزان الانفعالي من قبل السادة المحكمين

الرقم	بنود تمَّ حذفها	بنود تمَّ إضافتها
1	يستغرب الكثيرين من قدرتي على مواجهة المرض.	أرى بأن مرضي يمكن شفاؤه.

بعد الأخذ بجميع ملاحظات السادة المحكمين، أصبح المقياس يتكون من (20) بنداً تتوزع هذه البنود على:

- بعد الثقة بالنفس (7) بنود (1– 2–3–4–5–6–7) .
- بعد تحمل آثار المرض (7) بنود (8–9–10–11–12–13–14).
- وبعد الاسترخاء وضبط الذات (6) بنود (15–16–17–18–19–20).

بدائل إجابة المقياس: تضمن المقياس بدائل إجابة خماسية :

(تنطبق دائماً=5/ تنطبق كثيراً=4 / تنطبق أحياناً=3 / تنطبق نادراً=2 /لا تنطبق =1).

2-الصدق البنيوي بطريقة الاتساق الداخلي Internal Consistency:

طبق المقياس على عينة الدراسة السيكومترية، والمكونة من (40) من مرضى السرطان في محافظة دمشق، وتم حساب قيمة الصدق لكل بند من بنود المقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، وتم التوصل إلى النتائج الآتية كما في الجدول (15) الآتي:

ارتباط كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية للبعد الفرعي: والجدول رقم (15) يبين معاملات الارتباط الناتجة.

جدول (15): معاملات الارتباط بين كل بند مع الدرجة الكلية للمقياس.

الثقة بالنفس			تحمل آثار المرض			الاسترخاء وضبط الذات		
البند	الارتباط	الدلالة	البند	الارتباط	الدلالة	البند	الارتباط	الدلالة
1	.531**	0.000	8	.475**	0.000	15	.815**	0.000
2	.226*	0.036	9	.789**	0.000	16	.788**	0.000
3	.852**	0.000	10	.803**	0.000	17	.879**	0.000
4	.638**	0.000	11	.656**	0.000	18	.744**	0.000
5	.391*	0.013	12	.265*	0.029	19	.759**	0.000
6	.523**	0.000	13	.839**	0.000	20	.319*	0.045
7	.567**	0.000	14	.663**	0.000	-	-	-

**** = دال عند (0.01)، * =دال عند (0.05)**

يتبين من الجدول السابق أن معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند مع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (0.319**- 0.879**) وكانت جميعها ذات دلالة إحصائية عند المستوى (0.05) باستثناء العبارات ذات الأرقام (20-12-5-2) لكن جميع الدلالات أشارت إلى الاتساق الداخلي الجيد لمقياس الاتزان الانفعالي.

وأيضاً قامت الباحثة بحساب ارتباط الأبعاد الفرعية مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية: والجدول رقم (16) يبين معاملات الارتباط الناتجة.

جدول (16): ارتباط الأبعاد الفرعية مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية.

الأبعاد الفرعية	الثقة بالنفس	تحمل آثار المرض	الاسترخاء وضبط الذات	الدرجة الكلية
الثقة بالنفس	–	.462**	.710**	.796**
تحمل آثار المرض	–	–	.671**	.876**
الاسترخاء وضبط الذات	–	–	–	.901**
الدرجة الكلية	–	–	–	–

** = دال عند (0.01)، * =دال عند (0.05)

يتبين من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين كل من درجات الأبعاد الفرعية مع بعضها البعض، وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس ككل موجبة ودالة إحصائياً وتتراوح بين(0.462** -0.901**).

بالتالي كان المقياس على درجة مناسبة من صدق الاتساق الداخلي بين بنوده والأبعاد المكون منها والمقياس ككل.

3-الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية) Discriminant Validate:

للتأكد من صدق المقياس عمدت الباحثة إلى إجراء الصدق التمييزي، والذي يعبر كما ذهب ميخائيل (2006, 86) عن درجة الحساسية ومدى قدرة البند على التمييز أو التفريق بين الأفراد في ذلك الجانب أو المظهر من السمة التي يتصدى لقياسها، ولا شك في أن القدرة التمييزية للبنود تتصل مباشرة بصدقها ونجاحها في قياس ما وضعت لقياسه.

من أجل التأكد من هذا النوع من الصدق قامت الباحثة بترتيب درجات المفحوصين (عينة الصدق والثبات) على المقياس تنازلياً، وتم أخذ أعلى 25% (الفئة العليا 12) وأدنى 25% (الفئة الدنيا 12)، ثم حسب متوسطات هاتين المجموعتين وانحرافهما المعياري، واستخدمت اختبارات ستودنت لبيان دلالة الفروق بين المتوسطين على الدرجة الكلية للمقياس والجدول رقم (17) يوضح الفرق بين هاتين المجموعتين:

جدول(17): المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت ستيودنت" ودلالتها

الأبعاد الفرعية	العدد	الفئات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
الثقة بالنفس	15	الفئة العليا	26.7	1.7	7.28	0.000	دال**

	15	الفئة الدنيا	21.5	1.43			
تحمل آثار المرض	15	الفئة العليا	26.10	2.94	9.62	0.000	دال**
	15	الفئة الدنيا	16.7	0.82			
الاسترخاء وضبط الذات	15	الفئة العليا	21.6	1.89	9.38	0.000	دال**
	15	الفئة الدنيا	15.6	0.69			
الدرجة الكلية	15	الفئة الدنيا	73.10	1.35	10.09	0.000	دال**
	15	الفئة الدنيا	55.10	1.66			

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، وهذه الفروق لصالح الفئة العليا. أي أن المقياس يتمتع بالصدق ولعباراته قدرة تمييزية جيدة بين المفحوصين.

-ثبات المقياس:

للتأكد من ثبات المقياس اعتمدت الباحثة أسلوبيّ الثبات بالتجزئة النصفية الثبات باستخراج دلالة والفا-كرونباخ.

1-الثبات بالتجزئة النصفية Split Half:

بعد تطبيق مقياس الاتزان الانفعالي على عينة الدراسة السيكومترية، والبالغ عددها (40) مريضاً، تم وضع البنود في مجموعتين وفقاً للبنود الفردية والزوجية من حيث الترتيب، ومن ثم حساب الارتباط بين درجات المجموعتين، ونتائج التحليل الإحصائي لعملية التجزئة النصفية وحساب معاملات الارتباط بين الجزأين تمثلت في الجدول (18) الآتي:

الجدول (18): معاملات الارتباط بين نصفي المقياس بعد تقسيم المقياس إلى بنود فردية وبنود زوجية

الأبعاد الفرعية	n	بيرسونR	سبيرمان –براون
الثقة بالنفس	40	0.434	0.605
تحمل آثار المرض	40	0.615	0.761
الاسترخاء وضبط الذات	40	0.436	0.607
الدرجة الكلية	40	0.763	0.865

** = دال عند (0.01)، * = دال عند (0.05)

من الجدول السابق تبين أن معامل الارتباط للدرجة الكلية يساوي (0.763)، وبحساب تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان–براون نجد أن معامل الثبات يساوي:

معامل الثبات الدرجة الكلية= (2×R) ÷ (1+R) = (2×0.763) ÷ (1+0.763) = 0.865

وهو معامل ثبات جيد ودال إحصائياً، وهذه القيمة التي توصلت إليها الباحثة دلت على تمتع المقياس بقدرٍ عالٍ من الثبات.

2–الثبات بدلالة إلفا كرونباخ Internal Consistency:

تم حساب الثبات عن طريق معامل ألفا كرونباخ Cronbach's alphaعلى عينة الصدق والثبات البالغة (40) مريضاً. والجدول رقم (19) يوضح معاملات ثبات ألفا كرونباخ للمقياس.

جدول (19): معاملات الثبات باستخدام طريقة معامل ألفا كرونباخ

الأبعاد الفرعية	معامل ألفا كرونباخ
الثقة بالنفس	0.689
تحمل آثار المرض	0.718
الاسترخاء وضبط الذات	0.645
الدرجة الكلية	0.826

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات ألفا لكرونباخ تراوحت بين (0.645/0.826) وتدل على درجة ثبات عالية.

رابعاً– إجراءات تنفيذ الدراسة:

إن القيام بإجراءات هذه الدراسة مر بعدد من الخطوات المنظمة على النحو الآتي:

4-1-الاطلاع على الجانب النظري للدراسة بالعودة إلى أدبيات علم النفس المتعلقة بالعجز المكتسب والاتزان الانفعالي.

4-2-استعراض الدراسات السابقة العربية والأجنبية المتعلقة والقريبة من موضوع الدراسة والاستفادة منها في المنهجية المتبعة.

4-3-إعداد أدوات الدراسة، (مقياسي العجز المكتسب، والاتزان الانفعالي)، والتحقق من صدق المقياسين وثباتها، من خلال عرضهما على المحكمين، وسحب عينة استطلاعية اختيرت بشكل قصدي من مشفى البيروني الجامعي ومشفى القديس لويس.

4-5-تحديد مجتمع الدراسة وعينتها، حيث حُدد المجتمع الأصلي للدراسة بجميع مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج بمحافظة دمشق في (مشفى البيروني الجامعي ومشفى القديس لويس) والبالغ عددهم (7517) ، وتم اختيار المرضى المصابين بسرطان الدم وسرطان العظام والبالغ عددهم (1448) مريضاً، ثم تم سحب عينة مقصودة (125) مريضاً بنسبة (8.6 %) من نسبة مرضى سرطان الدم وسرطان العظام.

4-6-تطبيق أدوات الدراسة على أفراد عينة الدراسة في الفترة الواقعة بين 15-11 -2017 وبين 28- 2- 2018 ثم تمت معالجة النتائج المتعلقة بالفرضيات وذلك في العام الدراسي (2018-2017).

4-7-إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات التي تم الحصول عليها من مرضى السرطان أفراد عينة الدراسة.

4-8-مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الواقع الميداني الذي أحاط بجميع مراحل إعداد وتنفيذ أدوات الدراسة، وفي ضوء المقارنة مع نتائج الدراسات السابقة.

4-9-التوصل إلى مجموعة من المقترحات التي يمكن أن تفيد في مجال خفض شعور بالعجز المكتسب وتحقيق الاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان.

خامساً: – الصعوبات التي واجهت الباحثة أثناء التطبيق:

واجهت الباحثة عدة صعوبات أثناء تطبيقها لأدوات الدراسة منها:

5-1-عينة الدراسة المتمثلة بمرضى السرطان، حيث وجدت الباحثة صعوبة في تطبيق مقاييس الدراسة من حيث الجهد المبذول والوقت المستغرق للإجابة على البنود ، حيث أمضت الباحثة عدة أشهر للوصول إلى عدد العينة وإنجاز تطبيق الأدوات، نظراً لصعوبة تطبيق أكثر من أربعة مرضى في اليوم واحد، وإضافةً للظروف الأمنية التي مرت بها محافظة دمشق خلال فترة التطبيق التي كانت سبباً في إطالة فترة التطبيق أيضاً.

5-2-احتاجت الباحثة أن تقرأ البنود كلها لبعض المرضى وتضع إشارة أمام الإجابة التي يختارها المريض، وذلك لعدم قدرة بعضهم على القراءة والبعض الآخر بسبب وضعه الصحي فالعلاج يؤثر على قدرة المريض على التحمل لذلك فإن تطبيق المقاييس كان يأخذ وقتاً طويلاً لإنجازه.

5-3-ارتباط مقابلة بعض المرضى بموعدهم مع الطبيب وارتباط هذا الموعد أحياناً كثيرة بالعلاج الكيميائي والذي يستمر لفترات طويلة تصل لـ 3 ساعات متواصلة وهذا يرهق المريض ويجعل هناك صعوبة في تطبيق المقاييس.

5-4-رفض بعض المرضى تطبيق المقاييس بسبب وضعهم الصحي السيء وشعورهم بالتعب.

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة:

بعد أن أنهت الباحثة عملية جمع البيانات والمعلومات اللازمة حول متغيرات هذه الدراسة تم ترميزها وإدخالها إلى الحاسب الآلي لاستخراج النتائج الإحصائية إذ تمت الاستعانة بالأساليب الإحصائية ضمن البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (spss) وتمت معالجة البيانات التي تم الحصول عليها من خلال معطيات الدراسة الميدانية، وبالتحديد فإن الباحثة استخدمت الأساليب الإحصائية التالية:

- **مقاييس النزعة المركزية.**
- **معامل الارتباط بيرسون .**
- **اختبار ت ستودنت (T-Test)** لعينتين مستقلتين.
- **تحليل الانحدار الخطي (Multiple Regression Model) .**

- **اختبار تحليل التبايُن الأُحَادي One way Anova test .**
- **معادلة سبيرمان براون.**

كما تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي المتمثلة بالمتوسطات الحسابية والنسبية والانحرافات المعيارية. وتمَّت الاستعانة ببرنامج أكسل (Excel) لتوضيح نتائج الدراسة عن طريق الرسوم البيانية، وأخيراً لابد من الإشارة إلى أن الباحثة اعتمدت مستوى الدلالة (0.05) معياراً لرفض أو قبول الفرضية، وإذا كان الاختبار الإحصائي المستخدم دالاً عند مستوى دلالة (0.01) فإن الباحثة سوف تقوم بالإشارة إلى ذلك للمزيد من الدقة والتوضيح.

الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها

أولاً: نتائج أسئلة الدراسة وتفسيرها.

ثانياً: نتائج فرضيات الدراسة وتفسيرها.

ثالثاً: خلاصة نتائج الدراسة.

رابعاً: مقترحات الدراسة.

يتناول الفصل الخامس لهذه الدراسة المعالجة الإحصائية لأسئلة الدراسة وفرضياتها ثم مناقشتها وتفسيرها في ضوء الواقع الميداني ونتائج الدراسات السابقة، كما يتضمن هذا الفصل تقديم مجموعة من المقترحات التي يمكن أن تفيد في مجال الدراسات النفسية المتعلقة بمرضى السرطان، وفي مايلي عرض مفصل لنتائج الدراسة وفرضياتها وتفسيراتها.

أولاً- مناقشة أسئلة الدراسة وتفسيرها:

السؤال الأول: ما درجة القيمة التنبؤية بالعجز المكتسب لدى أفراد عينة الدراسة استناداً إلى درجة الاتزان الانفعالي؟

للإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة بتطبيق تحليل الانحدار الخطي المتعدد **(Multiple Regression Model)** والذي يستخدم للتنبؤ بقيمة متغير يسمى بالمتغير التابع **Dependent**، من خلال مجموعة متغيرات تسمى المتغيرات المستقلة **Independent**. وبعد إدخال المتغيرات كانت النتائج كما في الجدول (20) والذي يبين قيم معامل التحديد المتعدد.

الجدول (20) قيم معامل التحديد والارتباط بين كل من العجز المكتسب والاتزان الانفعالي

النموذج	قيمة الارتباط R	قيمة معامل التحديد R^2
	0.785	**0.616**

يتبين من الجدول السابق أن قيمة معامل التحديد R^2 قد بلغت (0.616).

إذ يلاحظ من الجدول (20) أن معامل التحديد بين درجة العجز المكتسب والاتزان الانفعالي يساوي (0.616) وهذا يشير إلى أن درجة العجز المكتسب تفسر (61%) من التباين في درجة الاتزان الانفعالي لدى أفراد عينة الدراسة. ولمعرفة ما إذا كانت هناك دلالة إحصائية لتأثير العجز المكتسب في درجة الاتزان الانفعالي لدى أفراد عينة الدراسة، استخدمت الباحثة اختبار تحليل الانحدار البسيط لمعرفة إمكانية التنبؤ بدرجة العجز المكتسب لدى المرضى من خلال مستوى الشعور بالاتزان الانفعالي.

والجدول (21) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

الجدول (21) نتائج تحليل تباين الانحدار

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	مستوى الدلالة
الانحدار	17994.35	3	5998.12	64.82	0.000
البواقي	11195.68	121	92.52		
الكلي	29190.04	124			

يتبين من الجدول السابق من خلال النظر إلى قيمة (f) الخاصة بتحليل الانحدار والبالغة (64.82)، أنها ذات دلالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05، أي أن التباين في العجز المكتسب تباين حقيقي ولا يعود إلى المصادفة.

الجدول (22) معامل الانحدار

النموذج	المعاملات غير المعيارية		المعاملات المعيارية			القرار
	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	بيتا Beta	قيمة t	Sig.	
القيمة الثابتة	211.61	8	–	26.42	0.000	دال**
الثقة بالنفس	-0.659	0.398	-0.116	-1.65	0.101	غير دال
تحمل آثار المرض	-2.78	0.291	-0.660	-9.57	0.000	دال**
الاسترخاء وضبط الذات	-0.715	0.533	-0.104	-1.34	0.182	غير دال

يتبين من خلال الجدول (22) وبفحص الدلالة الاحتمالية لقيمة " ت " لكل بعد من أبعاد الاتزان الانفعالي أن قيمة ت ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في بعد تحمل آثار المرض وغير دالة في بعد الثقة بالنفس وبعد الاسترخاء وضبط الذات.

وبالرجوع إلى الجدول السابق يتبين أن تحمل آثار المرض كان صاحب الأثر الأكبر إذ بلغت قيمة بيتا (-0.660) وهي أعلى من قيم بيتا لجميع الأبعاد وكانت قيمة الانحدار (-2.78) وبلغت قيمة (ت) الخاصة بها (-9.75) على حين بلغت قيمتها الاحتمالية (0.000) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.050) وهذا يعني أن أكثر المتغيرات المستقلة لها القدرة على تفسير التباين في العجز المكتسب هو تحمل آثار المرض، وهذا يدل على أن هذا البعد يسهم إسهاماً دالاً إحصائياً في تباين العجز المكتسب لدى أفراد عينة البحث. ولكن هذا التأثير لمتغير تحمل آثار المرض على العجز المكتسب وبالتالي الإسهام

في تباين العجز ذو تأثير عكسي، وهذا ما يظهر من خلال الإشارة السالبة للقيم الخاصة بمتغير تحمل آثار المرض، أي انه كلما ارتفعت قيمة متغير العجز المكتسب انخفض تحمل آثار المرض لدى أفراد عينة البحث والعكس صحيح.

وترى الباحثة أن عدم قدرة المريض على تحمل ومواجهة المرض يعد ذلك سبباً محورياً من أسباب ضعف ثقة المريض بنفسه وبقدراته، ووصوله إلى حالة العجز والاستسلام للمرض والعكس صحيح فالمريض المتزن انفعالياً لديه القدرة على الاحتمال: تحمل المرض، والنقد، والإحباط والفشل، مما يشعره بدرجة مناسبة من الأمن النفسي تؤهله لأن يشعر بالاستقرار والطمأنينة يستطيع من خلالها مواجهة صعوبات ومشكلات الحياة بسلوك معقول يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي في مختلف المجالات وتحت تأثير مختلف الظروف. وأكد برينهايت (Brunhant) أن الاتزان الانفعالي شرط من شروط السعادة والكفاءة في التعامل مع البيئة المحيطة وأن الفرد كلما كان أكثر انفعالاً كان أقل كفاءة. (ربيعة ،2015، 81).

السؤال الثاني: ما مستوى العجز المكتسب لدى أفراد عينة البحث "مرضى السرطان"؟

للتعرف على مستوى العجز المكتسب لدى أفراد عينة البحث من مرضى السرطان، أعطيت كل درجة من درجات العجز في المقياس الموجه للمرضى قيماً متدرجة وفقاً لمقياس ليكرت خماسي، حيث تم حساب المدى (1-5=4) ومن ثم تقسيمه على عدد الفئات المطلوبة للحصول على طول الفئة (4÷3=1.33) وبعد ذلك إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (بداية المقياس).

واستناداً إلى قاعدة التقريب الرياضي، يمكن التعامل مع متوسطات الدرجات على النحو التالي:

الجدول (23) فئات قيم المتوسط الحسابي(النسبي) ومستوى العجز المكتسب.

فئات قيم المتوسط النسبي	النسبة المئوية المقابلة	مستوى العجز المكتسب
من 1 –2.33	من 20-46.66%	منخفضة
من 2.34 – 3.67	46.67%-73.33%	متوسطة
من 3.68 – 5	73.34%-100%	عالية

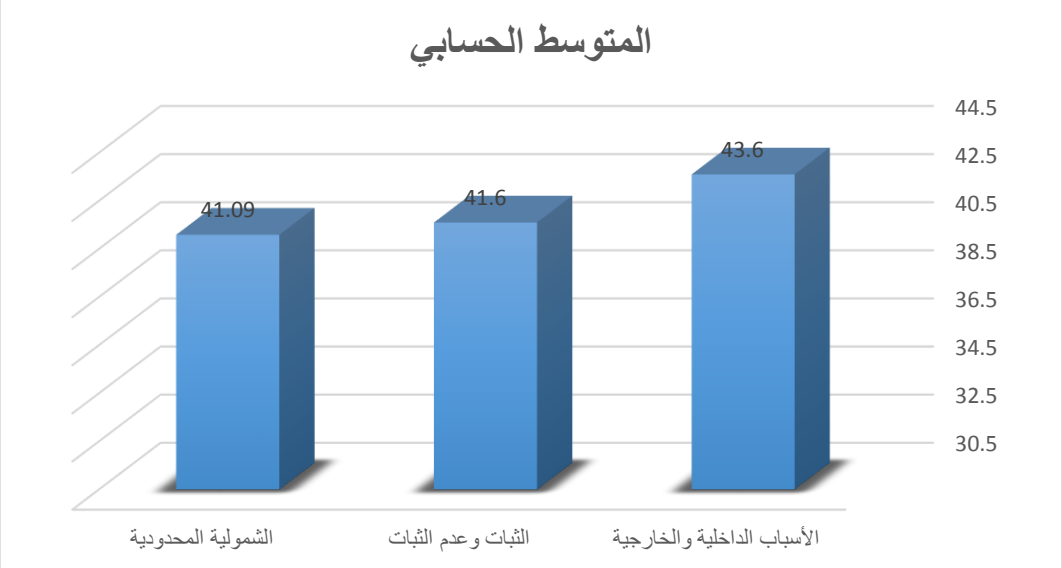
في ضوء الجدول (23) يمكن تحديد مستوى العجز المكتسب في المقياس الموجه لمرضى السرطان لكل بعد من أبعاد المقياس وفيما يلي تفصيلاً بذلك:

الجدول (24) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث من المرضى على مقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية.

الأبعاد الفرعية	عدد البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النسبي	الرتبة	الوزن النسبي	مستوى العجز
الأسباب الداخلية والخارجية	12	43.6	5.58	3.63	1	72.6	متوسط
الثبات وعدم الثبات	12	41.60	4.66	3.47	2	69.4	متوسط
الشمولية المحدودية	12	41.09	6.58	3.42	3	68.4	متوسط
الدرجة الكلية	36	126.29	15.34	3.50	-	70.13	متوسط

المتوسط النسبي= المتوسط الحسابي÷ عدد البنود

يلاحظ مما سبق أن المتوسطات النسبية لمستوى العجز المكتسب في المقياس الموجه للمرضى في كل بعد من أبعاد المقياس تراوحت بين (3.63) لبعد الأسباب الداخلية والخارجية (الفئة المتوسطة) كحد أعلى، وبين (3.42) لبعد الشمولية المحدودية (الفئة المتوسطة) كحد أدنى. وبلغت قيمة المتوسط النسبي لمستوى العجز المكتسب لدى المرضى بشكل عام (3.50) وهو ضمن الفئة متوسطة.



الشكل (9) المتوسطات الحسابية للمرضى على مقياس العجز المكتسب وأبعادها الفرعية

إن العجز المكتسب قد يكون نتاج أزمة مفاجئة في حياة الشخص ينجم عنها أضرار عِدة، البعض منا يستطيع مواجهة تلك الأزمات وتجاوزها بنجاح، والبعض قد يفشل رغم مايبذل من جهد لضبط إيقاع حياته،

فيتجذر في التكوين النفسي له، ويرى أن كل محاولاته لحل مشاكله ستبوء بالفشل مهما كانت نوعية المواقف التي سيواجهها، فيصل به الحال إلى العجز المكتسب.

وترى الباحثة أن شعور مريض السرطان بالعجز المكتسب هو نتيجةً لإصابته بمرض خبيث صعب الشفاء منه وما لعلاجه من آثار مليئة بالآلام سواء الجسدية أم النفسية، والتي تبدأ من لحظة التشخيص بالإصابة وعدم تقبل المرض إلى بداية رحلة المعاناة والأوجاع والخوف من الموت، فيجد المريض أن أحلامه وطموحاته تتلاشى شيئاً فشيئاً، عاجزاً عن الاهتمام بنفسه لوحده مما يجعله يشعر أنه أصبح عبئاً على من حوله، فكل هذه الظروف الضاغطة تجعله مستسلم للأمر الواقع، غير قادر على مواجهة المرض والتعايش مع الواقع المؤلم فيشعر باليأس والإحباط والتفكير السلبي بأنه لن يشفى وموته قريب يشكو من حظه السيء في الحياة كما يلقي اللوم على الآخرين ولظروفه المحيطة به لشعوره بنقص تقدير الذات وأن لا أمل له في النجاح والتميز فيشعر بعدم الرغبة في العمل لعدم جدوى ذلك بسبب مرضه، مما يجعله استسلامياً انهزامياً اتجاه المرض.

وهذا ينسجم مع الأدب النظري الذي أشارت له دويك (Dweck) أنَّ ذوي الشعور بالعجز المكتسب أكثر انسحاباً عند مواجهة الصعوبات، وأكثر توقعاً للفشل، وأقل مبادأة، وأقل تحملاً للمسؤولية، ويدركون أن عوامل النجاح والفشل خارج نطاق تحكمهم، ولا قيمة لجهدهم وسماتهم الشخصية في التأثير على النتيجة، ويدركون أن فشلهم نتيجة لنقص قدراتهم، أو لعوامل خارجية بعيدة عن نطاق تحكمهم، أو تجاهل دور الدافعية، ويدركون الاستقلالية التامة بين سلوك الفرد وتمثله أو انسحابه من المثيرات المؤلمة، ويشعرون أنه مع بذلهم الجهد فإن النتيجة لا تتغير. (Dweck, 1986:1048).

السؤال الثالث: ما مستوى الاتزان الانفعالي لدى أفراد عينة البحث "مرضى السرطان"؟

للتعرف على مستوى الاتزان الانفعالي لدى أفراد عينة البحث من مرضى السرطان، أعطيت كل درجة من درجات الاتزان في المقياس الموجه للمرضى قيماً متدرجة وفقاً لمقياس ليكرت خماسي، حيث تم حساب المدى (1-5=4) ومن ثم تقسيمه على عدد الفئات المطلوبة للحصول على طول الفئة (4÷3=1.33) وبعد ذلك إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (بداية المقياس).

واستناداً إلى قاعدة التقريب الرياضي، يمكن التعامل مع متوسطات الدرجات كما هو موضح في الجدول (25):

الجدول (25) فئات قيم المتوسط الحسابي(النسبي) ومستوى الاتزان الانفعالي.

فئات قيم المتوسط النسبي	النسبة المئوية المقابلة	مستوى الاتزان الانفعالي
من 1 –2.33	من 20–46.66%	منخفضة
من 2.34 – 3.67	46.67%–73.33%	متوسطة
من 3.68 – 5	73.34%–100%	عالية

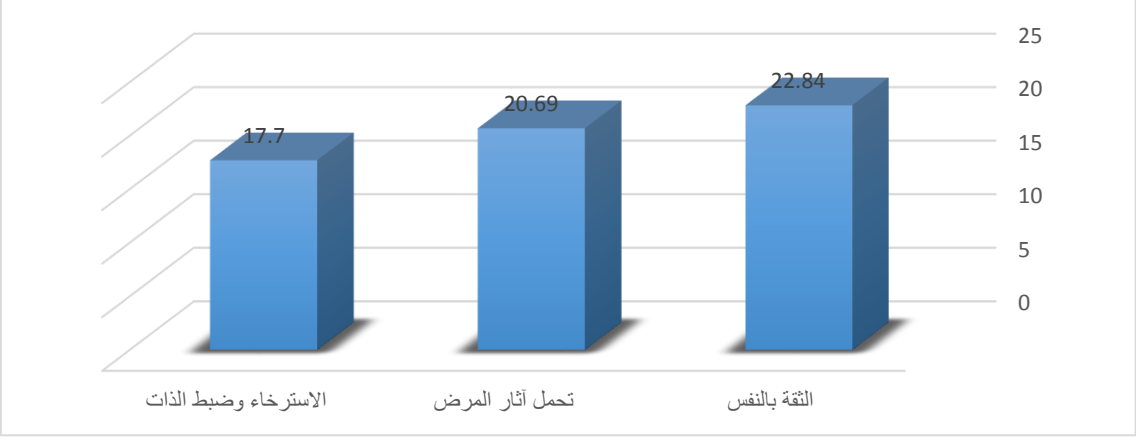
في ضوء هذا الجدول يمكن تحديد مستوى الاتزان الانفعالي في المقياس الموجه للمرضى لكل بعد من أبعاد المقياس وفيما يلي تفصيلاً بذلك من خلال الجدول (26) :

الجدول (26) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث من المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية

مقياس الاتزان الانفعالي	عدد البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النسبي	الرتبة	الوزن النسبي	مستوى الاتزان
الثقة بالنفس	7	22.84	2.71	3.26	1	%65.2	متوسطة
تحمل آثار المرض	7	20.69	3.63	2.96	2	%59.2	متوسطة
الاسترخاء وضبط الذات	6	17.70	2.23	2.95	3	%59	متوسطة
الدرجة الكلية	20	61.24	7.08	3.06	–	%61.2	متوسطة

المتوسط النسبي= المتوسط الحسابي÷ عدد البنود

يلاحظ مما سبق أن المتوسطات النسبية لمستوى الاتزان الانفعالي في المقياس الموجه للمرضى في كل بعد من أبعاد المقياس تراوحت بين (3.26) لبعد الثقة بالنفس (الفئة المتوسطة) كحد أعلى، وبين (2.95) لبعد الاسترخاء وضبط الذات (الفئة المتوسطة) كحد أدنى. وبلغت قيمة المتوسط النسبي لمستوى الاتزان الانفعالي لدى المرضى بشكل عام (3.06) وهو ضمن الفئة متوسطة.



الشكل (10) المتوسطات الحسابية للمرضى على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية.

أن الانفعالات تؤدي في حياة الإنسان إلى حالة من القلق وسرعة الغضب وردود الفعل غير المتوازنة وقد تزداد تلك الانفعالات إلى أن تملأ فضاء الإنسان النفسي فتقل بذلك الفترات التي يشعر فيها الإنسان بالراحة والاطمئنان. وقد تشتد تلك الانفعالات فتؤدي إلى حالة من الاكتئاب إذا صاحبتها ضغوط خارجية أو أزمات أو عوامل تزيد من حدتها وخطورتها، لكن الإنسان يمتلك عادةً القدرة لتعامل مع هذه الانفعالات والتغلب عليها وربما نسيانها. فإن الاختلال في الاتزان الانفعالي يؤدي إلى اضطراب الجانب الانفعالي للفرد، وقد يتسبب هذا في خلق اضطرابات اجتماعية في حياة الفرد، لأنه يؤثر في علاقاته مع الآخرين فيصبح لديه مشكلات في التكيف. ومن هنا كان الاتزان الانفعالي كعملية ضبط لانفعالات الفرد بحيث يتمتع بالمرونة والتروي، وضبط الذات في المواقف المثيرة للانفعال، وكذلك الصمود والاحتفاظ بهدوء الأعصاب وسلامة التفكير حيال الأزمات والشدائد، فهو صميم عملية التوافق والصحة النفسية الإيجابية. وأوجدت النتائج أن مرضى السرطان يشعرون بالاتزان الانفعالي بدرجة متوسطة وذلك قد يعود إلى شعورهم بالمرونة والتقبل لواقعهم ومواجهتهم للمرض وخاصة في ظل الأزمة السورية وماخلفته الحرب من موت فئة كبيرة من الشباب وأيضاً فقدان عدد كبير من الشباب أحد أطراف جسمهم، مما يجعلهم أكثر صبراً وتحملاً لآثار المرض وعيشهم للحظة الحاضرة متقبلين قضاء الله وقدره.

ثانياً: نتائج فرضيات الدراسة وتفسيرها:

الفرضية الأولى: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب ودرجاتهم على مقياس الاتزان الانفعالي.

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس العجز المكتسب وأبعاد مقياس الاتزان الانفعالي، كانت النتائج كما هو موضح في الجدول (27) الآتي:

الجدول (27) معاملات ارتباط بيرسون بين العجز المكتسب والاتزان الانفعالي.

الأبعاد الفرعية	الأسباب الداخلية والخارجية	الثبات وعدم الثبات	الشمولية المحدودية	الدرجة الكلية
الثقة بالنفس	-0.430	-0.702	-0.586	-0.709
	دال**	دال**	دال**	دال**
تحمل آثار المرض	-0.305	-0.627	-0.449	-0.580
	دال**	دال**	دال**	دال**
الاسترخاء وضبط الذات	-0.477	-0.752	-0.464	-0.715
	دال**	دال**	دال**	دال**
الدرجة الكلية	-0.454	-0.768	-0.548	-0.740
	دال**	دال**	دال**	دال**

** = دال عند (0.01)، * = دال عند (0.05)

يتبين من جدول (27) وجود علاقة ارتباطية عكسية سالبة ودالة إحصائياً بين درجات المرضى على مقياس العجز المكتسب ودرجاتهم على مقياس الاتزان الانفعالي على مستوى الدرجات الكلية لمقياسين والمجالات الفرعية، أي أن العجز المكتسب عند المرضى يؤثر بدرجة متوسطة بالاتزان الانفعالي، إذ تراوحت معاملات الارتباط (0.580- و 0.740-) وهي ارتباطات سالبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01). وهذا يؤدي إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة لها التي تقول: **بوجود علاقة ارتباطية سالبة وذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب، ودرجاتهم على مقياس الاتزان الانفعالي .**

وتعزو الباحثة هذه العلاقة السلبية العكسية إلى أن الفرد المصاب بمرض السرطان يخيم عليه خليط من مشاعر اليأس والتوتر والقلق ونقص في تقدير الذات وعدم رضاه عن نفسه نتيجة إصابته بمرض مهدد لحياته وبالتالي ينعكس ذلك سلباً على قدرته في التحكم بمشاعره وانفعالاته، فالفرد المتزن انفعالياً يطور مشاعر وتصورات واتجاهات تساعده على فهم وقائع الحياة والشروط والظروف التي تسبب له مشاعر بائسة ومؤلمة، ومثل هذا الفهم يحقق قوة أنا مرتفعة وتفكيراً سليماً ومرونة نفسية اتجاه المواقف الصعبة التي تواجهه، بينما الذين يفتقدون إلى الاتزان الانفعالي وضبط أنفسهم يعانون من قصور في تفكيرهم أمام مواجهة التحديات في المواقف المختلفة.

ونجد من ذلك أن شعور المرضى بالعجز المكتسب يؤثر على اتزانهم الانفعالي، فإدراك المريض أن حياته وما بها من أحداث ومواقف تكون خارج نطاق سيطرته، فيعجز عن المبادأة في وضع خطط وأهداف مستقبلية وخاصة في ظل الضغوط والمعاناة التي يعيشها فهو يواجه تغيرات هامة في حياته بسبب المرض على الصعيد النفسي والجسدي والاجتماعي، فتتولد لدى المريض النظرة التشاؤمية للحياة والشعور باليأس وبالتالي ينعكس ذلك على اتزانه الانفعالي.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) ستيودنت للعينات المستقلة، حيث حسبت الفروق بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى الذكور" وبين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى الإناث" على **مقياس العجز المكتسب** وأبعاده الفرعية كما هو موضح في الجدول التالي:

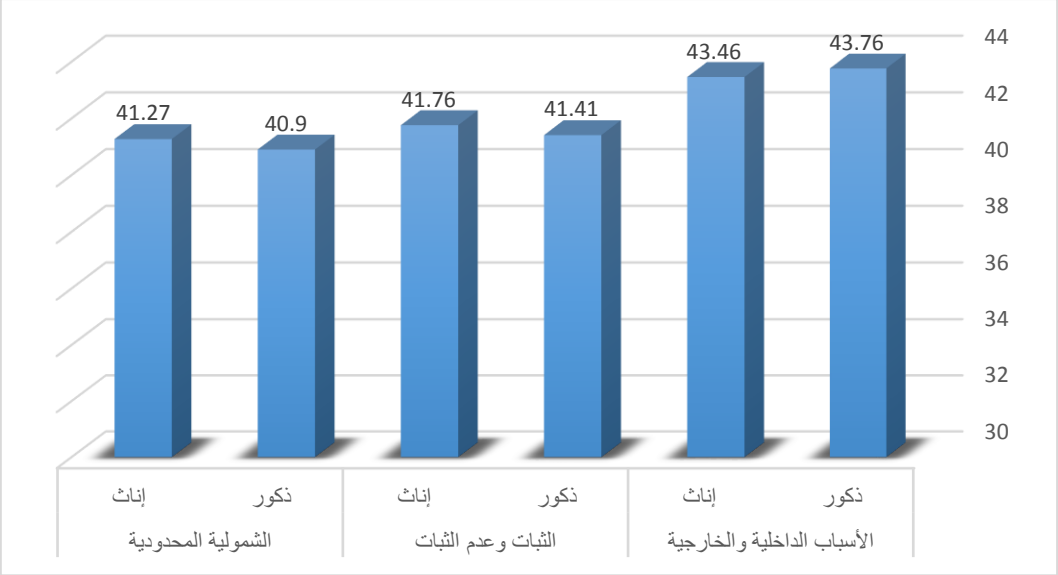
جدول (28): قيم (t-test) لدلالة الفروق بين متوسطات المرضى على مقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية حسب متغير الجنس

الأبعاد الفرعية	الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
الأسباب الداخلية والخارجية	ذكور	58	43.76	5.43	0.295	123	0.769	غير دال
	إناث	67	43.46	5.73				
الثبات وعدم الثبات	ذكور	58	41.41	4.14	-0.415	123	0.679	غير دال
	إناث	67	41.76	5.08				
الشمولية المحدودية	ذكور	58	40.90	6.14	-0.314	123	0.754	غير دال
	إناث	67	41.27	6.98				
الدرجة الكلية	ذكور	58	126.07	14.03	-0.153	123	0.878	غير دال
	إناث	67	126.49	16.50				

يلاحظ من الجدول (28) بأن قيمة (T) للدرجة الكلية وجميع الأبعاد الفرعية لمقياس العجز المكتسب تراوحت بين (0.153 – و 0.415-)، بينما تراوحت القيم الاحتمالية لها (0.679 و 0.878) وهي أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي لها (0.05).

وهذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى الذكور" وبين متوسّطاتِ درجات "المرضى الإناث" على مقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية .

وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية التي تقول: **بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث)**. والشكل (11) يبين التمثيل البياني لطبيعة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث).



الشكل (11) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

إن الرجال والنساء المصابين بالسرطان يكونون عرضة للإصابة بالعجز المكتسب عندما تواجههم ظروف مجهدة للغاية. وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن مرض السرطان له نفس القدر من التأثير على الرجل والمرأة فهم يعانون من نفس المضاعفات النفسية والجسدية ويحصلون على نفس العلاج لهذا السبب مستوى العجز المكتسب متساوي بينهما، فالتحديات والضغوط التي تواجههم والخوف من الألم والعلاج والوفاة والخوف من التخلي عنهم بسبب التغيرات الجنسية أو الإنجابية المحتملة بسبب المرض واحدة بغض النظر عن الجنس. وأيدت كل من دراسة (الحسين، 2012)، ودراسة (روزيل Rozell et al, 1998) ودراسة (ماكين Mckean, 1994)هذه النتيجة من حيث عدم وجود فروق بين الجنسين على مستوى العجز المكتسب، بينما تختلف مع دراسة (باحكيم، 2003) التي وجدت فروق بين الجنسين لصالح الإناث، كما أشارت دويك (Douak,2000) في تفسير الفشل إلى أن الإناث أكثر عرضة لتعلم العجز من الذكور, ويعكس إدراكهن المتباين لإمكانية التحكم بأسباب الفشل و أن هناك فروقاً جوهرية بين الذكور والإناث في تقديرهن الذهني للمواقف التي يدركن أنها ضاغطة مما يجعلهن يشعرن بالعجز عن السيطرة على تلك المواقف.(بخاري، 2006، 44).

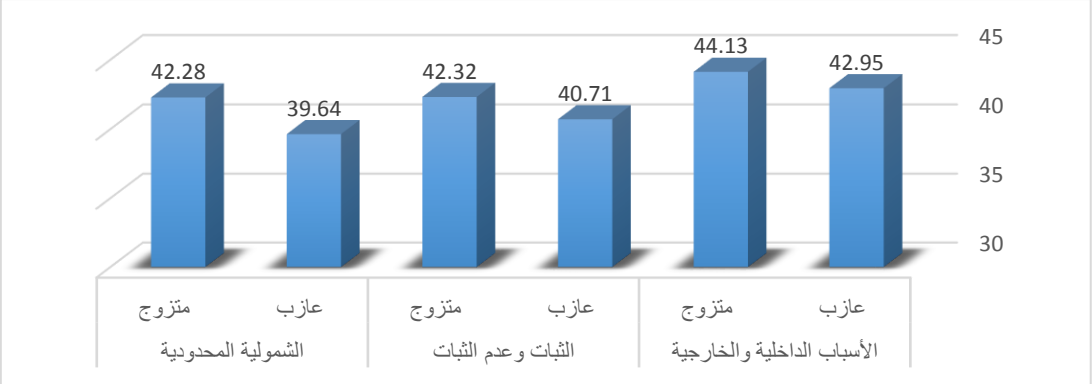
الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (عازب، متزوج).

للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) ستيودنت للعينات المستقلة، حيث حسبت الفروق بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى المتزوجين" وبين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى العازبين" على **مقياس العجز المكتسب** وأبعاده الفرعية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (29): قيم (t-test) لدلالة الفروق بين متوسطات المرضى على مقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية حسب متغير الحالة الاجتماعية

الأبعاد الفرعية	الحالة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
الأسباب الداخلية والخارجية	عازب	56	42.95	5.22	-1.18	123	0.239	غير دال
	متزوج	69	44.13	5.83				
الثبات وعدم الثبات	عازب	56	40.71	4.09	-1.93	123	0.055	غير دال
	متزوج	69	42.32	4.98				
الشمولية المحدودية	عازب	56	39.64	6.45	-2.26	123	0.026	دال*
	متزوج	69	42.28	6.49				
الدرجة الكلية	عازب	56	123.30	14.06	-1.98	123	0.049	دال*
	متزوج	69	128.72	16.00				

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق بأن قيمة (T) لبعدي الأسباب الداخلية والخارجية والثبات وعدم الثبات تراوحت بين (1.18-و 1.93-)، بينما تراوحت القيم الاحتمالية لها (0.239 و 0.055) وهي أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي لها (0.05). وهذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى المتزوجين" وبين متوسّطاتِ درجات "المرضى العازبين" على بعدي الأسباب الداخلية والخارجية والثبات وعدم الثبات وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية بالنسبة لهذه الأبعاد بجزئها الأول والتي تقول: بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى المتزوجين" وبين متوسّطاتِ درجات "المرضى العازبين" على بعدي الأسباب الداخلية والخارجية والثبات وعدم الثبات. ويلاحظ من الجدول (30) بأن قيمة (T) للدرجة الكلية وبعد الشمولية والمحمودية لمقياس العجز المكتسب تراوحت بين (1.98-و2.26-)، بينما تراوحت القيم الاحتمالية لها (0.026 و 0.049) وهي أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي لها (0.05). وهذا يؤدي إلى رفض الفرضية الصفرية بجزئها الثاني وقبول الفرضية البديلة لها والتي تقول: **بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى المتزوجين" وبين متوسّطاتِ درجات "المرضى العازبين" على بعد الشمولية المحدودية والدرجة الكلية لمصلحة "المرضى المتزوجين باستثناء بعدي الأسباب الداخلية والخارجية والثبات وعدم الثبات.** والشكل (12) يبين التمثيل البياني لطبيعة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (المرضى المتزوجين، المرضى العازبين).



الشكل (12) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (المرضى المتزوجين ، المرضى العازبين).

ويمكن أن تفسر هذه النتيجة في أن المريض العازب عاجز عن مواجهة المرض لوحده، الأمر الذي يدفع الأهل للمبادرة إلى الوقوف بجانبه، وتقديم الحب والحنان والعطف والاهتمام، ومساعدته على تحمل مشاق المرض ومراحله العلاجية، بالإضافة إلى دور الأهل المساند والداعم لتقبل التغيرات الجسدية التي تحدث للمريض وتخطي الأزمة النفسية التي يعاني منها، في حين أن المتزوجون قد لا يحصلون على الدعم الكافي من الشريك، فالشريك المريض بحاجة لدعم شريكه وعطفه واهتمامه وأن يشعر بأن رفيق دربه يقف بجانبه بالضراء وسنداً له، حيث إنه من المعروف أن الشخص المتزوج يشعر بالارتياح النفسي الكبير حين يهتم به شريكه أكثر بكثير بشعوره بالاهتمام من ذويه، كما أن المريض المتزوج قد يشعر بالعجز أكثر من المريض العازب بحكم أنه شخص مسؤول عن عائلته وأولاده سواء دور الأم أو الأب فعدم القدرة على إتمام واجباتهم كالسابق اتجاه الشريك الآخر والأبناء يشعرهم بإحباط وعجز أكبر من الشخص العازب سواء من حيث العلاقة الزوجية أو القدرة على العمل والاهتمام بالأبناء، كما أن رؤية الأبناء لأهلهم المرضى ومعايشتهم لمسيرة العلاج المؤلمة تنعكس على شعور الأب أو الأم المرضى، بالعجز واليأس لجعل أبنائهم يقاسمون معهم آثار المرض. وتختلف هذه النتيجة في جزئها الثاني مع دراسة (بخاري، 2006) التي لم تجد فروق في الحالة الاجتماعية على مستوى العجز المكتسب، بينما تتفق مع جزئها الأول وقد يعود ذلك أن كلا المرضى المتزوجين والعازبين يواجهون تحديات وظروف صعبة نتيجة شعورهم بالعجز لعدم قدرتهم على مواجهة المرض والقلق من المستقبل الغامض.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير العمر (20–39، 40 –59، 60 وما فوق).

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" حسب متغير العمر فكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (30).

جدول (30): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى حسب متغير العمر

الأبعاد الفرعية	العمر	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأسباب الداخلية والخارجية	39-20	54	45.87	4.58
	59-40	56	42.93	5.58
	60 وما فوق	15	37.93	4.18
	المجموع	125	43.60	5.58
الثبات وعدم الثبات	39-20	54	43.13	4.81
	59-40	56	40.84	4.48
	60 وما فوق	15	38.93	2.58
	المجموع	125	41.60	4.66
الشمولية المحدودية	39-20	54	44.22	5.63
	59-40	56	40.04	6.42
	60 وما فوق	15	33.80	1.47
	المجموع	125	41.10	6.58
الدرجة الكلية	39-20	54	133.22	13.58
	59-40	56	123.80	15.12
	60 وما فوق	15	110.67	4.12
	المجموع	125	126.30	15.34

للكشف عما إذا كان هنالك فروقاً جوهرية بين المتوسطات تعزى لمتغير العمر، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي **ANOVA** فكانت النتائج كما يبين الجدول رقم (31):

جدول (31): تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في درجات المرضى تبعاً لمتغير العمر

الأبعاد الفرعية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيم F	القيمة الاحتمالية	القرار
الأسباب الداخلية والخارجية	بين المجموعات	785.260	2	392.630	15.609	.000	دال**
	داخل المجموعات	3068.740	122	25.154			
	المجموع	3854.000	124				
الثبات وعدم الثبات	بين المجموعات	265.421	2	132.710	6.683	.002	دال**
	داخل المجموعات	2422.579	122	19.857			
	المجموع	2688.000	124				

الشمولية المحدودية	بين المجموعات	1389.186	2	694.593	21.293	.000	دال**
	داخل المجموعات	3979.662	122	32.620			
	المجموع	5368.848	124				
الدرجة الكلية	بين المجموعات	6602.542	2	3301.271	17.831	.000	دال**
	داخل المجموعات	22587.506	122	185.143			
	المجموع	29190.048	124				

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على الدرجة الكلية لمقياس وأبعاده الفرعية وهذا يعني رفض الفرضية بالنسبة لهذه الأبعاد، وبناء على ما تقدم تم التحقق من تجانس التباين بين المجموعات، وذلك وفق الجدول الآتي:

جدول (32) نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين

الأبعاد الفرعية	قيمة ف ليفين	درجات الحرية 1	درجات الحرية 2	القيمة الاحتمالية
الأسباب الداخلية والخارجية	3.23	2	122	0.043
الثبات وعدم الثبات	3.68	2	122	0.028
الشمولية المحدودية	13.17	2	122	0.000
الدرجة الكلية	14.49	2	122	0.000

يتبين من الجدول السابق أن العينات غير متجانسة، حيث كان مستوى الدلالة أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (0،05) ولحساب الفروق بين المتوسطات ومستوى دلالتها، تم استخدام اختبار المقارنات المتعددة (دونت سي) للعينات غير المتجانسة، حيث اقتصر الجدول التالي في نتائجه على الفروق الدالة بين المستويات في كل بعد، كما هو واضح في الجدول (33):

الجدول رقم (33) اختبار دونت سي للمقارنات البعدية

الأبعاد الفرعية	العمر		متوسط الفروق	القرار
الأسباب الداخلية والخارجية	39-20	59-40	2.94	دال*
		60 وما فوق	7.93	دال*
	59-40	60 وما فوق	4.99	دال*
الثبات وعدم الثبات	39-20	59-40	2.2	دال*
		60 وما فوق	4.19	دال*
	59-40	60 وما فوق	1.90	دال*
الشمولية المحدودية	39-20	59-40	4.18	دال*
		60 وما فوق	10.24	دال*
	59-40	60 وما فوق	6.23	دال*

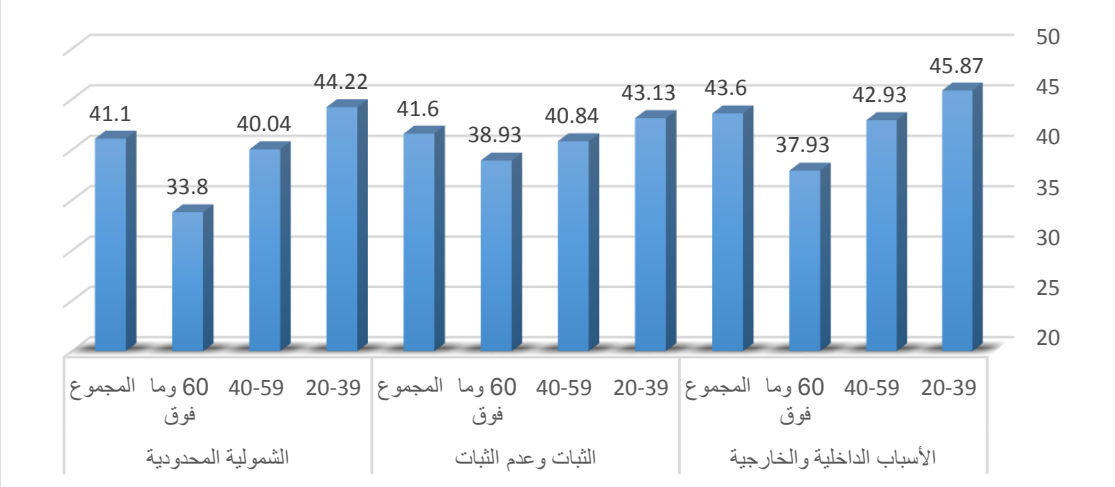
الدرجة الكلية	39-20	59-40	9.41	دال*
		60 وما فوق	22.55	دال*
	59-40	60 وما فوق	13.13	دال*

يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس العجز المكتسب: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس العجز المكتسب من ذوي العمر "20 – 39" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي العمر "40–59" لمصلحة المرضى من ذوي العمر "20–39".

كما يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس العجز المكتسب: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس العجز المكتسب من ذوي العمر "20 – 39" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي العمر "60 فما فوق" لمصلحة المرضى من ذوي العمر "20–39".

ويظهر الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس العجز المكتسب: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس العجز المكتسب من ذوي العمر "40 – 59" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي العمر "60 فما فوق" لمصلحة المرضى من ذوي العمر "40–59".

وهذا يؤدي إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة لها التي تقول: **بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير العمر لصالح المرضى من ذوي العمر "20–39"**. والشكل (13) يبين التمثيل البياني لطبيعة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير العمر.



الشكل (13) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير العمر (20–39، 40 –59، 60 وما فوق).

إن العمر يلعب دوراً هاماً في مدى نضج المريض وما عاشه من خبرات السابقة في قدرته على تحمل تحديات وصعوبات الحياة وتفسر الباحثة نتيجة أن المرضى من ذوي العمر "20-39" هم أكثر شعوراً بالعجز المكتسب بالنسبة لمن هم أكبر سناً منهم، وذلك لأن الأفراد في هذه المرحلة من العمر هم في مرحلة الشباب وهم في عز طاقتهم لتحقيق ذواتهم وأهدافهم ورسم مستقبلهم سواء على صعيد الدراسة أو العمل أو الزواج ، فعند تشخيص الفرد الشاب بإصابته بمرض السرطان تبدأ رحلة المعاناة النفسية والجسدية لديه، فقد يسبب له المرض عدم القدرة على متابعة دراسته أو فقدان لوظيفته، والتغير في شكله الخارجي بسبب آثار العلاج، مما يجعله يميل إلى العزلة كل هذه الضغوط النفسية الكثيرة تؤدي إلى ظهور العجز المكتسب لديه فيجد أن لاحول له ولا قوة، وأن أغلب طموحاته لم يعد قادر على تحقيقها إضافة إلى شعوره بقلق المستقبل وقلق الموت، فيجد نفسه دون دافع للحياة عاجزاً عن تحقيق آماله وطموحاته، بينما المرضى الذين هم في عمر 60 ومافوق هم أقل شعوراً بالعجز فهم أكثر تكيفاً مع المرض وهذا ما تؤكده دراسة " إيل وآخرين "(ELL K & Others, 2001) أن كبر السن يلعب دوراً إيجابياً في القدرة على التوافق النفسي مع مرض السرطان، بينما تختلف مع دراسة (صديق،2009) من حيث عدم وجود فروق في العمر على مستوى العجز المكتسب.

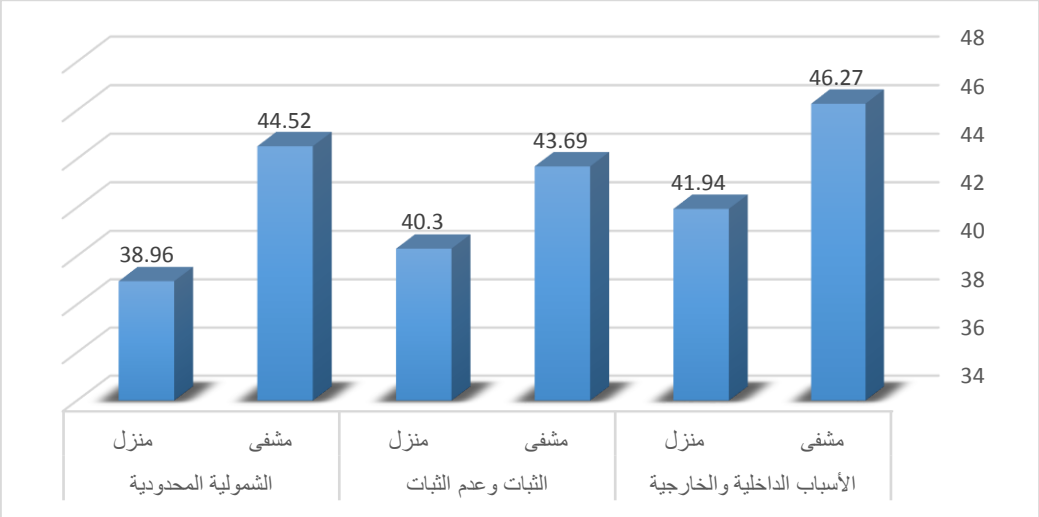
الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الإقامة (في المشفى، في المنزل).

للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) ستيودنت للعينات المستقلة، حيث حسبت الفروق بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى المقيمين في المشفى" وبين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى المقيمين في المنزل" على **مقياس العجز المكتسب** وأبعاده الفرعية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (34): قيم (t-test) لدلالة الفروق بين متوسطات المرضى على مقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية حسب متغير الإقامة

الأبعاد الفرعية	الإقامة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
الأسباب الداخلية والخارجية	مشفى	48	46.27	4.85	4.55	123	0.000	دال**
	منزل	77	41.94	5.37				
الثبات وعدم الثبات	مشفى	48	43.69	3.94	4.21	123	0.000	دال**
	منزل	77	40.30	4.62				
الشمولية المحدودية	مشفى	48	44.52	5.55	5.02	123	0.000	دال**
	منزل	77	38.96	6.29				
الدرجة الكلية	مشفى	48	134.48	12.79	5.17	123	0.000	دال**
	منزل	77	121.19	14.64				

ويلاحظ من الجدول (34) بأن قيمة (T) للدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تراوحت بين (5.17 و 4.21)، بينما كانت القيم الاحتمالية لها(0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي لها (0.05). وهذا يؤدي إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة لها والتي تقول: **بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى المقيمين في المشفى" وبين متوسّطاتِ درجات "المرضى المقيمين في المنزل" على مقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية لمصلحة "المرضى المقيمين في المشفى.** والشكل (14) يبين التمثيل البياني لطبيعة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير الإقامة.



الشكل (14) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير الإقامة (المشفى ، المنزل) .

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن المرضى الذين يضطرون للبقاء في المشفى لأيام وأشهر لتلقي العلاج هم أكثر عجزاً من المرضى الذين يتلقون العلاج في نفس اليوم ويرجعون إلى منزلهم، فالمريض مجبر أن يُقيم في المشفى بسبب وضعه الصحي السيء لأخذ الجرع والعلاج اللازم بالإضافة للألم الجسدي الذي يعاني منه، حيث يشعر باليأس والعجز بعيداً عن منزله وحياته الاجتماعية، عاجزاً عن القيام بأي شيء، فيرى أن المرض يقف عائقاً عن ممارسة حياته بشكل طبيعي.

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير مدة الإصابة (أقل من سنة، من سنة إلى ثلاثة سنوات، أكثر من 3 سنوات).

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" على مقياس العجز المكتسب حسب متغير مدة الإصابة فكانت النتائج كما يوضحها الجدول(35).

جدول (35): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى حسب متغير مدة الإصابة

الأبعاد الفرعية	مدة الإصابة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأسباب الداخلية والخارجية	أقل من سنة	46	45.59	4.73
	من سنة إلى ثلاث سنوات	48	44.65	5.39
	أكثر من 3 سنوات	31	39.03	4.48
	المجموع	125	43.60	5.58
الثبات وعدم الثبات	أقل من سنة	46	42.26	4.86
	من سنة إلى ثلاث سنوات	48	42.83	4.38
	أكثر من 3 سنوات	31	38.71	3.51
	المجموع	125	41.60	4.66
الشمولية المحدودية	أقل من سنة	46	43.17	5.88
	من سنة إلى ثلاث سنوات	48	42.85	6.16
	أكثر من 3 سنوات	31	35.29	4.61
	المجموع	125	41.10	6.58
الدرجة الكلية	أقل من سنة	46	131.02	14.09
	من سنة إلى ثلاث سنوات	48	130.33	14.33
	أكثر من 3 سنوات	31	113.03	10.55
	المجموع	125	126.30	15.34

للكشف عما إذا كان هنالك فروق جوهرية بين المتوسطات تعزى لمتغير مدة الإصابة، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي **ANOVA** فكانت النتائج كما يبين الجدول رقم (36):

جدول (36): تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في درجات المرضى تبعاً لمتغير مدة الإصابة.

الأبعاد الفرعية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيم F	القيمة الاحتمالية	القرار
الأسباب الداخلية والخارجية	بين المجموعات	880.901	2	440.450	18.074	.000	دال**
	داخل المجموعات	2973.099	122	24.370			
	المجموع	3854.000	124				
الثبات وعدم الثبات	بين المجموعات	352.077	2	176.038	9.194	.000	دال**
	داخل المجموعات	2335.923	122	19.147			
	المجموع	2688.000	124				
الشمولية المحدودية	بين المجموعات	1391.873	2	695.937	21.349	.000	دال**
	داخل المجموعات	3976.975	122	32.598			
	المجموع	5368.848	124				

الدرجة الكلية	بين المجموعات	7263.435	2	3631.718	20.207	.000	دال**
	داخل المجموعات	21926.613	122	179.726			
	المجموع	29190.048	124				

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على الدرجة الكلية لمقياس وأبعاده الفرعية وهذا يعني رفض الفرضية بالنسبة لهذه الأبعاد، وبناء على ما تقدم تم التحقق من تجانس التباين بين المجموعات، وذلك وفق الجدول الآتي:

جدول (37) نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين

الأبعاد الفرعية	قيمة ف ليفين	درجات الحرية 1	درجات الحرية 2	القيمة الاحتمالية
الأسباب الداخلية والخارجية	1.38	2	122	0.043
الثبات وعدم الثبات	3.45	2	122	0.035
الشمولية المحدودية	6.54	2	122	0.002
الدرجة الكلية	6.83	2	122	0.002

يتبين من الجدول السابق أن العينات غير متجانسة، حيث كانت مستوى الدلالة أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (0،05) ولحساب الفروق بين المتوسطات ومستوى دلالتها، تم استخدام اختبار المقارنات المتعددة (دونت سي) للعينات غير المتجانسة، حيث اقتصر الجدول التالي في نتائجه على الفروق الدالة بين المستويات في كل بعد، كما هو واضح في الجدول (38):

الجدول رقم (38) اختبار دونت سي للمقارنات البعدية

الأبعاد الفرعية	مدة الإصابة		متوسط الفروق	القرار
الأسباب الداخلية والخارجية	أقل من سنة	من سنة إلى ثلاث سنوات	0.94	غير دال
		أكثر من 3 سنوات	6.55	دال**
	من سنة إلى ثلاث سنوات	أكثر من 3 سنوات	5.61	دال**
الثبات وعدم الثبات	أقل من سنة	من سنة إلى ثلاث سنوات	-0.72	غير دال
		أكثر من 3 سنوات	3.55	دال**
	من سنة إلى ثلاث سنوات	أكثر من 3 سنوات	4.12	دال**
الشمولية المحدودية	أقل من سنة	من سنة إلى ثلاث سنوات	0.31	غير دال
		أكثر من 3 سنوات	7.88	دال**
	من سنة إلى ثلاث سنوات	أكثر من 3 سنوات	7.56	دال**

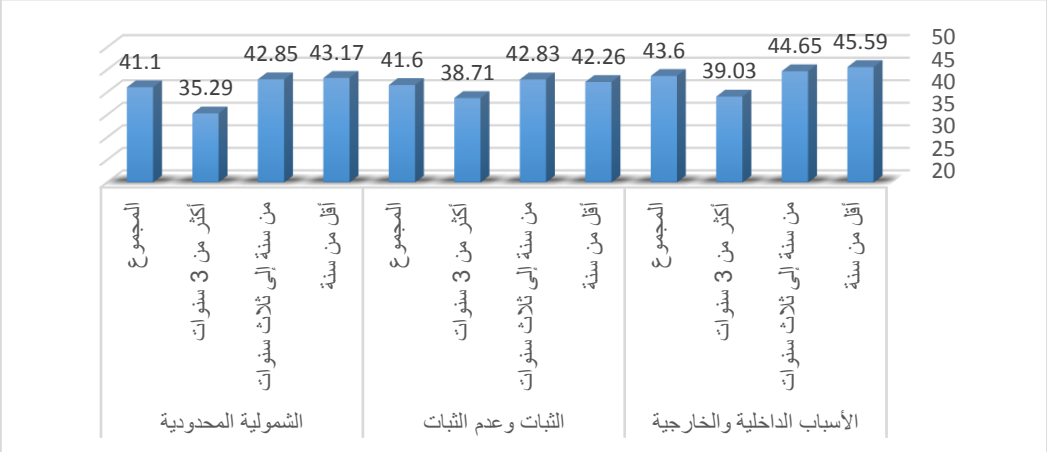
الدرجة الكلية	أقل من سنة	من سنة إلى ثلاث سنوات	0.68	غير دال
		أكثر من 3 سنوات	17.98	دال**
	من سنة إلى ثلاث سنوات	أكثر من 3 سنوات	17.30	دال**

يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس العجز المكتسب: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس العجز المكتسب من ذوي مدة الإصابة "أقل من سنة" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي مدة الإصابة "من سنة إلى 3 سنوات" .

كما يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس العجز المكتسب: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس العجز المكتسب من ذوي مدة الإصابة "أقل من سنة" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي مدة الإصابة "أكثر من 3 سنوات" لمصلحة المرضى من ذوي مدة الإصابة "أقل من سنة".

كما يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس العجز المكتسب: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس العجز المكتسب من ذوي مدة الإصابة "من سنة إلى ثلاث سنوات" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي مدة الإصابة "أكثر من 3 سنوات" لمصلحة المرضى من ذوي مدة الإصابة "من سنة إلى 3 سنوات".

وهذا يؤدي إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة لها التي تقول: **بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير مدة الإصابة لمصلحة المرضى من ذوي مدة الإصابة "أقل من سنة"**. والشكل (15) يبين التمثيل البياني لطبيعة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير مدة الإصابة.



الشكل (15) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير مدة الإصابة (أقل من سنة، من سنة إلى ثلاثة سنوات، أكثر من 3 سنوات).

تعزو الباحثة نتيجة أن المرضى الذين تكون فترة إصابتهم من أقل من سنة هم أكثر عجزاً من المرضى ذوي مدة الإصابة من سنة إلى 3 سنوات و الأكثر من 3 سنوات وقد يرجع ذلك إلى إلى أن مريض السرطان حديث التشخيص يكون في حالة عجز بشكل أكبر من أي فترة؛ لأنه في فترة اكتشاف مرضه يكون بحاجة إلى تقبل حقيقة المرض وتفهمه لما أصابه، وتقبل الآثار الناجمة عن المرض، وبحاجة لمعرفة كيفية مجاوزة المحنة التي يمر بها، وترتيب أموره، وعقد العزيمة والإرادة في مسيرة العلاج.

أما فيما يخص المريض الذي تجاوز فترة الإصابة بالسرطان أكثر من 3 سنوات فقد عايش تجربة صدمة المرض وتدراك الموقف والمحنة التي بها فتقبل الأمر، ومر في مراحل عدة من العلاج وأدرك طبيعة الأمر.

الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير نوع العلاج (كيميائي – إشعاعي – جراحي).

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" حسب متغير نوع العلاج فكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (39).

جدول (39): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى حسب متغير نوع العلاج

الأبعاد الفرعية	نوع العلاج	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأسباب الداخلية والخارجية	كيميائي	60	47.55	3.49
	إشعاعي	41	40.37	4.89
	جراحي	24	39.25	3.96
	المجموع	125	43.60	5.58
الثبات وعدم الثبات	كيميائي	60	44.82	3.62
	إشعاعي	41	39.07	3.53
	جراحي	24	37.88	2.95
	المجموع	125	41.60	4.66
الشمولية المحدودية	كيميائي	60	45.80	4.96
	إشعاعي	41	37.73	4.20
	جراحي	24	35.08	4.89
	المجموع	125	41.10	6.58
الدرجة الكلية	كيميائي	60	138.17	10.04
	إشعاعي	41	117.17	10.50
	جراحي	24	112.21	9.78
	المجموع	125	126.30	15.34

للكشف عما إذا كان هنالك فروق جوهرية بين المتوسطات تعزى لمتغير نوع العلاج، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي **ANOVA** فكانت النتائج كما يبين الجدول رقم (40):

جدول (40): تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في درجات المرضى تبعاً لمتغير نوع العلاج

الأبعاد الفرعية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيم F	القيمة الاحتمالية	القرار
الأسباب الداخلية والخارجية	بين المجموعات	1819.138	2	909.569	54.533	.000	دال**
	داخل المجموعات	2034.862	122	16.679			
	المجموع	3854.000	124				
الثبات وعدم الثبات	بين المجموعات	1215.611	2	607.806	50.362	.000	دال**
	داخل المجموعات	1472.389	122	12.069			
	المجموع	2688.000	124				
الشمولية المحدودية	بين المجموعات	2659.366	2	1329.683	59.872	.000	دال**
	داخل المجموعات	2709.482	122	22.209			
	المجموع	5368.848	124				
الدرجة الكلية	بين المجموعات	16631.951	2	8315.976	80.788	.000	دال**
	داخل المجموعات	12558.097	122	102.935			
	المجموع	29190.048	124				

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على الدرجة الكلية لمقياس وأبعاده الفرعية وهذا يعني رفض الفرضية بالنسبة لهذه الأبعاد، وبناء على ما تقدم تم التحقق من تجانس التباين بين المجموعات، وذلك وفق الجدول الآتي:

الجدول (41) نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين

الأبعاد الفرعية	قيمة ف ليفين	درجات الحرية 1	درجات الحرية 2	القيمة الاحتمالية
الأسباب الداخلية والخارجية	1.10	2	122	0.120
الثبات وعدم الثبات	0.727	2	122	0.485
الشمولية المحدودية	1.31	2	122	0.272
الدرجة الكلية	0.204	2	122	0.816

يتبين من الجدول السابق أن العينات متجانسة، حيث كانت مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (0،05) ولحساب الفروق بين المتوسطات ومستوى دلالتها، تم استخدام اختبار المقارنات

المتعددة (شيفيه) للعينات المتجانسة، حيث اقتصر الجدول التالي في نتائجه على الفروق الدالة بين المستويات في كل بعد، كما هو واضح في الجدول (42):

الجدول رقم (42) اختبار شيفيه للمقارنات البعدية

الأبعاد الفرعية	نوع العلاج		متوسط الفروق	القرار
الأسباب الداخلية والخارجية	كيميائي	إشعاعي	7.18	دال**
		جراحي	8.3	دال**
	إشعاعي	جراحي	1.11	غير دال
الثبات وعدم الثبات	كيميائي	إشعاعي	5.74	دال**
		جراحي	6.94	دال**
	إشعاعي	جراحي	1.19	غير دال
الشمولية المحدودية	كيميائي	إشعاعي	8.06	دال**
		جراحي	10.71	دال**
	إشعاعي	جراحي	2.64	غير دال
الدرجة الكلية	كيميائي	إشعاعي	20.99	دال**
		جراحي	25.95	دال**
	إشعاعي	جراحي	4.96	غير دال

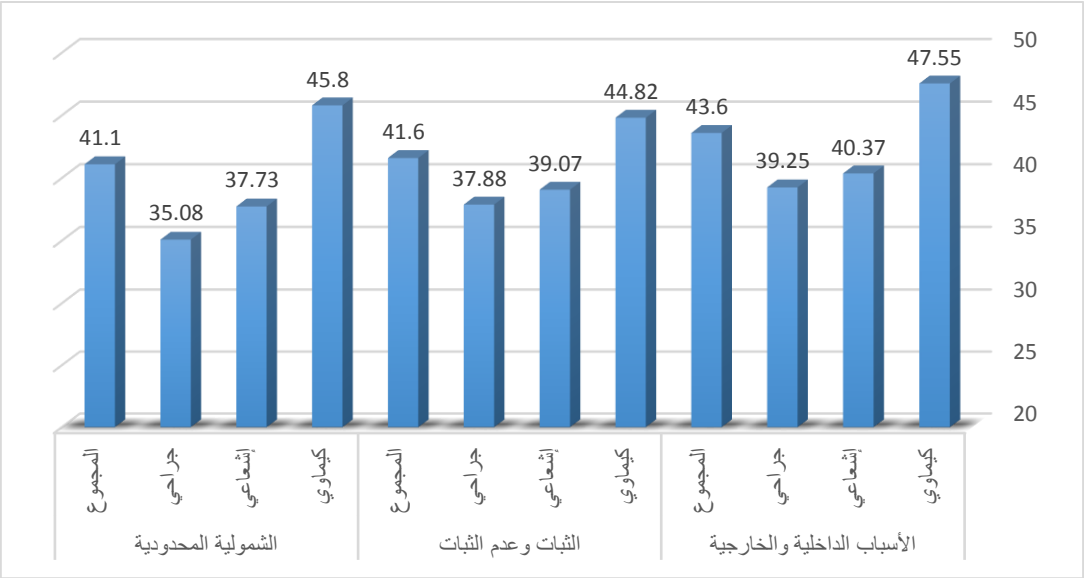
يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس العجز المكتسب: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس العجز المكتسب من ذوي نوع العلاج "إشعاعي" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي نوع العلاج "جراحي".

كما يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس العجز المكتسب : وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس العجز المكتسب من ذوي نوع العلاج "كيميائي" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي نوع العلاج "إشعاعي" لمصلحة المرضى من ذوي نوع العلاج "كيميائي".

كما يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس العجز المكتسب: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس العجز المكتسب من ذوي نوع العلاج "كيميائي" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي نوع العلاج "جراحي" لمصلحة المرضى من ذوي نوع العلاج "كيميائي".

وهذا يؤدي إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة لها التي تقول: **بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده الفرعية**

تبعاً لمتغير نوع العلاج لمصلحة العلاج الكيميائي. والشكل (16) يبين التمثيل البياني لطبيعة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير نوع العلاج.



الشكل (16) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس العجز المكتسب وأبعاده تبعاً لمتغير نوع العلاج (كيميائي – إشعاعي – جراحي).

إن مرحلة العلاج التي يمر بها المريض سواء كان العلاج الكيميائي أو الإشعاعي أو الجراحي هي مرحلة مليئة بالألم والمعاناة الجسدي والنفسي، فالمرض نفسه يؤدي إلى أعراض قد تؤثر على الجسم كله سواء كانت جسدية محضة أو نفسجسمية، مثل ألم في العضلات، الغثيان القيء، إمكانية حدوث اغماءات، وغير ذلك من الأعراض الجسمية. إلا أن آثار العلاج الأكثر إنهاك للجسد هو العلاج الكيميائي فمن آثاره الجانبية على المريض التعب والشعور بالضيق وفقدان للوزن، تغيرات في الجلد والأظافر، التعب والألم، فقدان الشعر والضعف العام. وهذا ماتؤكده دراسة لوفر وآخرين(Lover RR, & Others,1989) بأن العلاج الكيميائي له أعراض جانبية تؤثر بشكل كبير على الوضع الجسدي للمريض، وبالتالي يؤثر عليه نفسياً واجتماعياً. وترى دراسة (براهيمة، 2016) أن مستوى الضغط النفسي كان الأعلى بالنسبة المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي. بينما لم يجد (الحجار، 2003) أية فروق في نوع العلاج لدى مرضى السرطان الثدي.

الفرضية الثامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

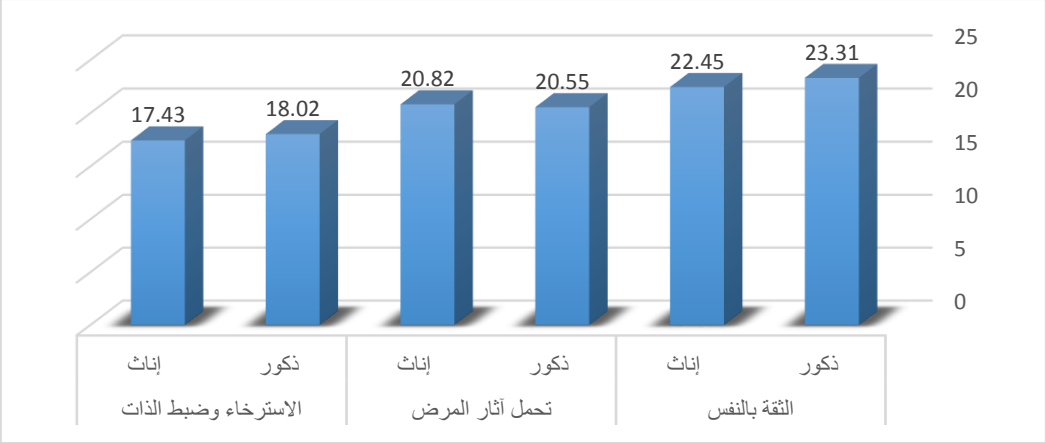
للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) ستيودنت للعينات المستقلة، حيث حسبت الفروق بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى الذكور" وبين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى الإناث" على **مقياس الاتزان الانفعالي** وأبعاده الفرعية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (43): قيم (t-test) لدلالة الفروق بين متوسطات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية حسب متغير الجنس

الأبعاد الفرعية	الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
الثقة بالنفس	ذكور	58	23.31	3.03	1.78	123	0.076	غير دال
	إناث	67	22.45	2.36				
تحمل آثار المرض	ذكور	58	20.55	3.48	-0.411	123	0.681	غير دال
	إناث	67	20.82	3.79				
الاسترخاء وضبط الذات	ذكور	58	18.02	2.37	1.46	123	0.146	غير دال
	إناث	67	17.43	2.09				
الدرجة الكلية	ذكور	58	61.88	7.49	0.926	123	0.356	غير دال
	إناث	67	60.70	6.73				

يلاحظ من الجدول (43) بأن قيمة (T) للدرجة الكلية وجميع الأبعاد الفرعية لمقياس الاتزان الانفعالي تراوحت بين (0.411- و1.78)، بينما تراوحت القيم الاحتمالية لها (0.076 و0.681) وهي أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي لها (0.05).

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى الذكور" وبين متوسّطاتِ درجات "المرضى الإناث" على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية. وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية التي تقول: **بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث).** والشكل (17) يبين التمثيل البياني لطبيعة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث).



الشكل (17) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية من حيث متغير الجنس

تفسر الباحثة هذه النتيجة بأن أفراد العينة من الذكور والإناث يعيشون في ظروف نفسية واجتماعية متشابهة فالمرأة المصابة بمرض السرطان لا تختلف عن الرجل المصاب في التحسس بالأخطار وفي محاولة تحملها المسؤولية والعمل على مواجهة الصعوبات الحياتية والضغوط الناتجة عن معاناة آثار المرض ومما يجعلها تتقاسم الكثير من المشكلات والضغوط النفسية مع الرجل، فهي أم وعاملة ومسؤولة تجاه عائلتها فدورها لا يقتصر على ربة المنزل فقط مما يجعلها كرجل تتحمل أعباء ومسؤوليات كثيرة وهذا مايجعل كل من المرأة والرجل في مستوى متقارب من الاتزان الانفعالي.

تختلف نتيجة هذه الدراسة مع كل من الدراسات التالية : دراسة (بني يونس 2005) من حيث يوجد فروق بين الجنسين على مستوى الاتزان الانفعالي وأيضاً كلاً من دراسة (عطية 2014) و(آليم 2005) اللتان وجدتا فروق دالة إحصائياً لصالح الذكور، كما أن دراسة (المومني 2017) وجدت أن الذكور أكثر انفعالية من الإناث بينما كل من دراسة (السبعاوي 2007) و(العدل 1995) أظهرت وجود فروق على مستوى الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث، وأيضاً دراسة (بركات 2006) كذلك وجدت فروق بين المصابين بمرض السرطان تعزى لمتغير الجنس على قلق الموت، والاضطرابات الانفعالية، والتفاؤل، والتشاؤم لمصلحة الإناث.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (إبراهيم وجميل 2015) ودراسة (ريان،2006) من حيث عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث على مستوى الاتزان الانفعالي. كما ترى دراسة (قواجلية، 2013) أن الحالات الثلاثة التي تناولتها الدراسة (امرأتان ورجل مصابون بالسرطان) يشتركون في تجنب اللقاءات العائلية والاجتماعية ويشتركون في إحساسهم بالنقص، وتبين أن حياتهم النفسية بعد اكتشافهم للمرض تتسم بالقلق والإحباط والخوف من الموت يضاف إلى ذلك الانفعال والاكتئاب.

الفرضية التاسعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (عازب، متزوج).

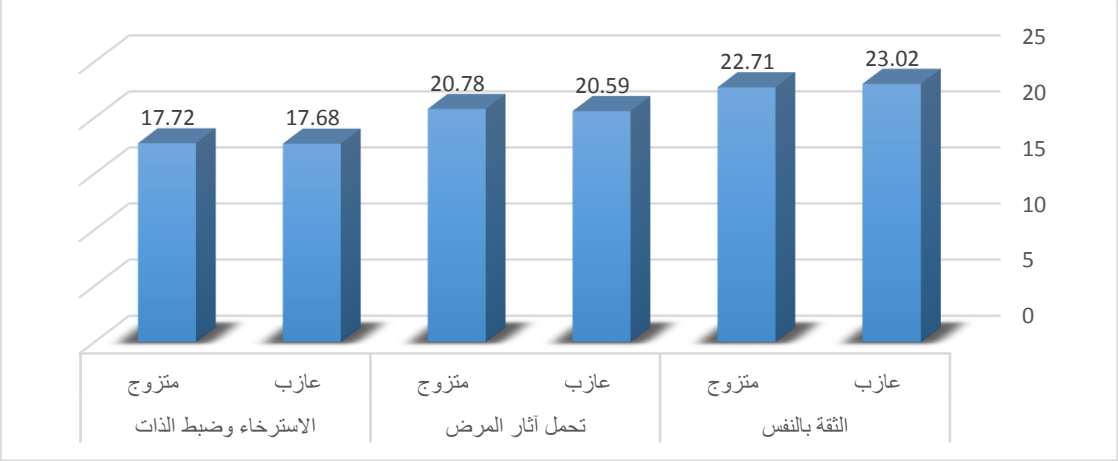
للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) ستيودنت للعينات المستقلة، حيث حسبت الفروق بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى المتزوجين" وبين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى العازبين" على **مقياس الاتزان الانفعالي** وأبعاده الفرعية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (44): قيم (t-test) لدلالة الفروق بين متوسطات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية حسب متغير الحالة الاجتماعية

الأبعاد الفرعية	الحالة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
الثقة بالنفس	عازب	56	23.02	1.99	0.629	123	0.530	غير دال
	متزوج	69	22.71	3.19				
تحمل آثار المرض	عازب	56	20.59	3.25	-0.295	123	0.769	غير دال
	متزوج	69	20.78	3.94				
الاسترخاء وضبط الذات	عازب	56	17.68	1.40	-0.114	123	0.909	غير دال
	متزوج	69	17.72	2.74				
الدرجة الكلية	عازب	56	61.29	4.92	0.053	123	0.958	غير دال
	متزوج	69	61.22	8.49				

يلاحظ من الجدول (44) بأن قيمة (T) للدرجة الكلية وجميع الأبعاد الفرعية لمقياس الاتزان الانفعالي تراوحت بين (0.114- و0.629)، بينما تراوحت القيم الاحتمالية لها (0.530 و 0.958) وهي أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي لها (0.05).

وهذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى المتزوجين" وبين متوسّطاتِ درجات "المرضى العازبين" على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس.وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية التي تقول: **بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.** والشكل (18) يبين التمثيل البياني لطبيعة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (المرضى المتزوجين، المرضى العازبين).



الشكل (18) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية حسب متغير الحالة الاجتماعية

ويمكن أن تفسر هذه النتيجة في ضوء أن كِلا المرضى العازبين والمتزوجين يواجهون تحديات وصعوبات على الصعيد النفسي والاجتماعي جراء إصابتهم بمرض السرطان المزمن الذي يؤثر على حياتهم واتزانهم الانفعالي سواء كان المريض عازب أو متزوج، فالمريض يجد صعوبة في أن يضبط ذاته وانفعالاته أمام تحديات هذا المرض ومن الصعب أيضاً أن يخفي آلامه أمام عائلته سواء والديه أم الشريك وأطفاله، كما يشعر بأنه أصبح عبئاً عليهم، غير قادر على الاهتمام بأموره الشخصية ، فتهتز ثقته بنفسه ويجد نفسه أنه بحاجة لطلب المساعدة لتلبية حاجاته. لذلك نجد أن مستوى الاتزان الانفعالي لدى كل من العازب والمتزوج متقارب.

الفرضية العاشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير العمر (39-20، 40 -59، 60 وما فوق).

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" حسب متغير العمر فكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (45):

جدول (45): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى حسب متغير العمر

الأبعاد الفرعية	العمر	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الثقة بالنفس	39-20	54	22.26	2.17
	59-40	56	22.36	2.42
	60 وما فوق	15	26.80	2.27
	المجموع	125	22.85	2.71
تحمل آثار المرض	39-20	54	19.63	3.74
	59-40	56	20.96	3.13

	60 وما فوق	15	23.53	3.50
	المجموع	125	20.70	3.64
الاسترخاء وضبط الذات	39-20	54	17.37	2.13
	59-40	56	17.27	1.75
	60 وما فوق	15	20.53	2.29
	المجموع	125	17.70	2.24
الدرجة الكلية	39-20	54	59.26	6.68
	59-40	56	60.59	5.56
	60 وما فوق	15	70.87	6.17
	المجموع	125	61.25	7.09

للكشف عما إذا كان هنالك فروق جوهرية بين المتوسطات تعزى لمتغير العمر، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي **ANOVA** فكانت النتائج كما يبين الجدول رقم (46):

جدول (46): تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في درجات المرضى تبعاً لمتغير العمر

الأبعاد الفرعية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيم F	القيمة الاحتمالية	القرار
الثقة بالنفس	بين المجموعات	266.484	2	133.242	25.178	.000	دال**
	داخل المجموعات	645.628	122	5.292			
	المجموع	912.112	124				
تحمل آثار المرض	بين المجموعات	186.194	2	93.097	7.821	.001	دال**
	داخل المجموعات	1452.254	122	11.904			
	المجموع	1638.448	124				
الاسترخاء وضبط الذات	بين المجموعات	136.740	2	68.370	17.258	.000	دال**
	داخل المجموعات	483.308	122	3.962			
	المجموع	620.048	124				
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1625.655	2	812.827	21.550	.000	دال**
	داخل المجموعات	4601.657	122	37.719			
	المجموع	6227.312	124				

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على الدرجة الكلية لمقياس وأبعاده الفرعية وهذا يعني رفض الفرضية بالنسبة لهذه الأبعاد، وبناء على ما تقدم تم التحقق من تجانس التباين بين المجموعات، وذلك وفق الجدول الآتي:

جدول (47) نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين

الأبعاد الفرعية	قيمة ف ليفين	درجات الحرية 1	درجات الحرية 2	القيمة الاحتمالية
الثقة بالنفس	0.779	2	122	0.461
تحمل آثار المرض	1.088	2	122	0.340
الاسترخاء وضبط الذات	1.13	2	122	0.325
الدرجة الكلية	0.408	2	122	0.666

يتبين من الجدول السابق أن العينات متجانسة، حيث كانت مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (0،05) ولحساب الفروق بين المتوسطات ومستوى دلالتها، تم استخدام اختبار المقارنات المتعددة (شيفه) للعينات المتجانسة، حيث اقتصر الجدول التالي في نتائجه على الفروق الدالة بين المستويات في كل بعد، كما هو واضح في الجدول (48):

الجدول رقم (48) اختبار شيفه للمقارنات البعدية

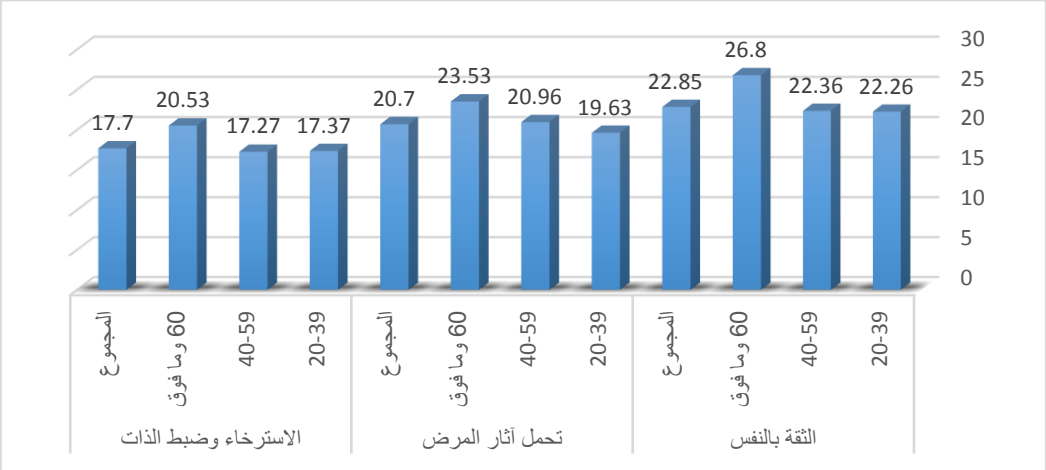
الأبعاد الفرعية	العمر		متوسط الفروق	القيمة الاحتمالية	القرار
الثقة بالنفس	20-39	40-59	-0.097	0.975	غير دال
		60 فما فوق	-4.54	0.000	دال**
	40-59	60 فما فوق	-4.44	0.000	دال**
تحمل آثار المرض	20-39	40-59	-1.33	0.132	غير دال
		60 فما فوق	-3.90	0.001	دال**
	40-59	60 فما فوق	-2.56	0.041	دال*
الاسترخاء وضبط الذات	20-39	40-59	0.10	0.964	غير دال
		60 فما فوق	-3.16	0.000	دال**
	40-59	60 فما فوق	-3.26	0.000	دال**
الدرجة الكلية	20-39	40-59	-1.33	0.527	غير دال
		60 فما فوق	-11.6	0.000	دال**
	40-59	60 فما فوق	-10.27	0.000	دال**

يتبين من الجدول السابق بالنسبة للأبعاد الفرعية التالية والدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي من ذوي العمر "39.20" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي العمر "40-59".

كما يتبين من الجدول السابق بالنسبة للأبعاد الفرعية التالية والدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي من ذوي العمر "39.20" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي العمر "60 فما فوق" لمصلحة المرضى من ذوي العمر "60 فما فوق".

ويظهر الجدول السابق أيضاً بالنسبة للأبعاد الفرعية التالية والدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي من ذوي العمر "59.40" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي العمر "60 فما فوق" لمصلحة المرضى من ذوي العمر "60 فما فوق".

وهذا يؤدي إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة لها التي تقول: **بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير العمر لصالح المرضى من ذوي العمر "60 ومافوق"**. والشكل (19) يبين التمثيل البياني لطبيعة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده تبعاً لمتغير العمر.



الشكل (19) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية حسب متغير العمر

تفسر الباحثة النتيجة أن المرضى من ذوي العمر 60 ومافوق هم أكثر اتزاناً من الناحية الانفعالية لأنهم أكثر نضجاً من حيث ضبط انفعالاتهم والتحكم بها فهم يمتلكون الخبرة في الحياة ومواجهة التحديات والصعوبات التي تواجههم فهم أكثر مرونة وقدرةً على التكيف مقارنةً مع المرضى الأصغر سناً المقبلين على الحياة والذي وقف السرطان عائقاً في تحقيق طموحاتهم وأحلامهم، بينما المرضى المصابين في عمر

متقدم فقد عاشوا واختبروا حياتهم سواء من ناحية الدراسة أو العمل أو تأسيس أسرة مما يجعلهم أكثر ضبطاً لمشاعرهم وتقبلاً لمرضهم. وهذا ما تؤكده دراسة دراسة بروس وآخرين (Brose& others,2013) أن مستوى الاتزان الانفعالي لدى البالغين الأكبر سناً الراشدين مرتفع مقارنة مع البالغين الأصغر سناً ويرى إيل وآخرين(ELL K & Others, 2001) أن كبر السن يلعب دوراً إيجابياً في القدرة على التوافق النفسي مع مرض السرطان. وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (إبراهيم وجميل 2015) من حيث وجود فروق على مستوى الاتزان الانفعالي تبعاً للعمر وتختلف في أن النسبة الأعلى للمتزنين انفعالياً هم من عمر (18- 22) مقارنة بالأكبر سناً (38 ومافوق) .

الفرضية الحادية عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الإقامة (في المشفى، في المنزل).

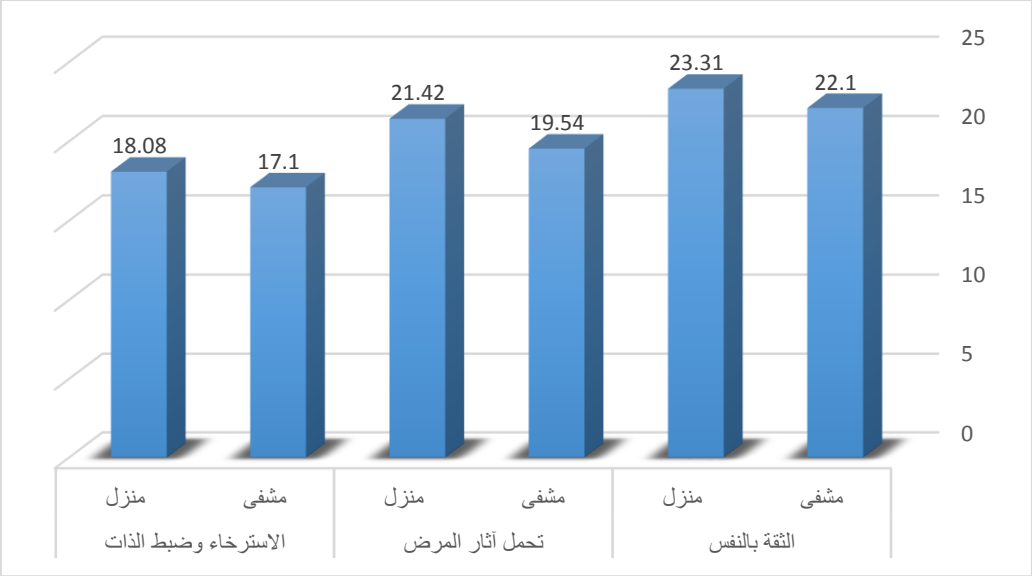
للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) ستيودنت للعينات المستقلة، حيث حسبت الفروق بين متوسّطاتِ درجاتِ " المرضى المقيمين في المشفى" وبين متوسّطاتِ درجاتِ " المرضى المقيمين في المنزل" على **مقياس الاتزان الانفعالي** وأبعاده الفرعية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (49): قيم (t-test) لدلالة الفروق بين متوسطات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية حسب متغير الإقامة

الأبعاد الفرعية	الإقامة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
الثقة بالنفس	مشفى	48	22.10	2.39	-2.47	123	0.015	دال*
	منزل	77	23.31	2.81				
تحمل آثار المرض	مشفى	48	19.54	3.24	-2.88	123	0.005	دال**
	منزل	77	21.42	3.70				
الاسترخاء وضبط الذات	مشفى	48	17.10	2.01	-2.41	123	0.017	دال*
	منزل	77	18.08	2.30				
الدرجة الكلية	مشفى	48	58.75	6.11	-3.22	123	0.002	دال**
	منزل	77	62.81	7.24				

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى المقيمين في المشفى" وبين متوسّطاتِ درجات "المرضى المقيمين في المنزل" على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية لمصلحة "المرضى المقيمين في المنزل" وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية.

ويلاحظ من الجدول (49) بأن قيمة (T) للدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده تراوحت بين (2.41- و 3.22-)، بينما تراوحت القيم الاحتمالية لها بين (0.002 و 0.017) وهي أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي لها (0.05). وهذا يؤدي إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة لها والتي تقول: **بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّطاتِ درجاتِ "المرضى المقيمين في المشفى" وبين متوسّطاتِ درجات "المرضى المقيمين في المنزل" على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية لمصلحة "المرضى المقيمين في المنزل**. والشكل (20) يبين التمثيل البياني لطبيعة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده تبعاً لمتغير الإقامة.



الشكل (20) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية حسب متغير الإقامة

تعزو الباحثة نتيجة شعور المرضى المقيمين في المنزل بالاتزان الانفعالي أكثر من المقيمين في المشفى نظراً لما تلعبه البيئة المكانية المتواجد فيها المريض من دور في شعوره بالراحة النفسية، فيجد المريض نفسه ملتفاً ومحاطاً برعاية أهل بيته، هناك من يسانده ويهتم به ممن يشعر بالراحة والحب معهم وهو في غرفته الخاصة وهذا يولد لديه شعور بالاسترخاء والأمان، أما المريض المقيم في المشفى فيجد نفسه محاطاً بالأجهزة، لا يستطيع النوم بهدوء، مُقيداً وحيداً وكل ماهو حوله يُذكره بأنه مريض وعاجز، مما ينعكس على حالته النفسية والانفعالية فلا يشعر بالراحة ويصعب عليه ضبط انفعالاته والتحكم بها.

الفرضية الاثني عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير مدة الإصابة (أقل من سنة، من سنة إلى ثلاثة سنوات، أكثر من 3 سنوات).

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" حسب متغير مدة الإصابة فكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (50).

جدول (50): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي حسب متغير مدة الإصابة

الأبعاد الفرعية	مدة الإصابة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الثقة بالنفس	أقل من سنة	46	22.67	1.61
	من سنة إلى ثلاث سنوات	48	21.73	2.69
	أكثر من 3 سنوات	31	24.84	3.01
	المجموع	125	22.85	2.71
تحمل آثار المرض	أقل من سنة	46	20.13	3.41
	من سنة إلى ثلاث سنوات	48	19.98	3.87
	أكثر من 3 سنوات	31	22.65	2.90
	المجموع	125	20.70	3.64
الاسترخاء وضبط الذات	أقل من سنة	46	17.50	2.11
	من سنة إلى ثلاث سنوات	48	17.15	2.12
	أكثر من 3 سنوات	31	18.87	2.23
	المجموع	125	17.70	2.24
الدرجة الكلية	أقل من سنة	46	60.30	5.75
	من سنة إلى ثلاث سنوات	48	58.85	7.32
	أكثر من 3 سنوات	31	66.35	6.05
	المجموع	125	61.25	7.09

للكشف عما إذا كان هنالك فروق جوهرية بين المتوسطات تعزى لمتغير مدة الإصابة، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي **ANOVA** فكانت النتائج كما يبين الجدول رقم (51):

جدول (51): تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في درجات المرضى تبعاً لمتغير مدة الإصابة

الأبعاد الفرعية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيم F	القيمة الاحتمالية	القرار
الثقة بالنفس	بين المجموعات	184.331	2	92.165	15.450	.000	دال**
	داخل المجموعات	727.781	122	5.965			
	المجموع	912.112	124				
تحمل آثار المرض	بين المجموعات	157.155	2	78.577	6.472	.002	دال**
	داخل المجموعات	1481.293	122	12.142			
	المجموع	1638.448	124				
الاسترخاء وضبط الذات	بين المجموعات	59.085	2	29.542	6.425	.002	دال**
	داخل المجموعات	560.963	122	4.598			
	المجموع	620.048	124				

الدرجة الكلية	بين المجموعات	1124.497	2	562.248	13.442	.000	دال**
	داخل المجموعات	5102.815	122	41.826			
	المجموع	6227.312	124				

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على الدرجة الكلية لمقياس وأبعاده الفرعية وهذا يعني رفض الفرضية بالنسبة لهذه الأبعاد، وبناء على ما تقدم تم التحقق من تجانس التباين بين المجموعات، وذلك وفق الجدول الآتي:

جدول (52) نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين

الأبعاد الفرعية	قيمة ف ليفين	درجات الحرية 1	درجات الحرية 2	القيمة الاحتمالية
الثقة بالنفس	2.56	2	122	0.077
تحمل آثار المرض	0.893	2	122	0.412
الاسترخاء وضبط الذات	0.058	2	122	0.943
الدرجة الكلية	2.46	2	122	0.090

يتبين من الجدول السابق أن العينات متجانسة، حيث كانت مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (0،05) ولحساب الفروق بين المتوسطات ومستوى دلالتها، تم استخدام اختبار المقارنات المتعددة (شيفيه) للعينات المتجانسة، كما هو واضح في الجدول (53):

الجدول رقم (53) اختبار شيفيه للمقارنات البعدية

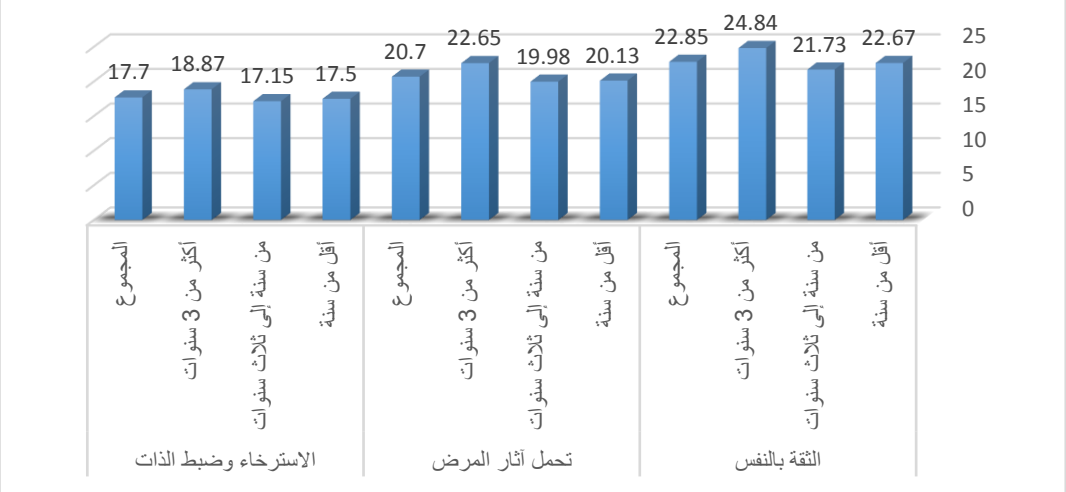
الأبعاد الفرعية	مدة الإصابة		متوسط الفروق	القرار
الثقة بالنفس	أقل من سنة	من سنة إلى ثلاث سنوات	0.944	غير دال
		أكثر من 3 سنوات	-2.16	دال**
	من سنة إلى ثلاث سنوات	أكثر من 3 سنوات	-3.10	دال**
تحمل آثار المرض	أقل من سنة	من سنة إلى ثلاث سنوات	0.15	غير دال
		أكثر من 3 سنوات	-2.51	دال**
	من سنة إلى ثلاث سنوات	أكثر من 3 سنوات	-2.66	دال**
الاسترخاء وضبط الذات	أقل من سنة	من سنة إلى ثلاث سنوات	0.35	غير دال
		أكثر من 3 سنوات	-1.37	دال**
	من سنة إلى ثلاث سنوات	أكثر من 3 سنوات	-1.72	دال**
الدرجة الكلية	أقل من سنة	من سنة إلى ثلاث سنوات	1.45	غير دال
		أكثر من 3 سنوات	-6.05	دال**
	من سنة إلى ثلاث سنوات	أكثر من 3 سنوات	-7.50	دال**

يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الاتزان الانفعالي: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي من ذوي مدة الإصابة "أقل من سنة" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي مدة الإصابة "من سنة إلى 3 سنوات".

كما يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الاتزان الانفعالي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي من ذوي مدة الإصابة "أقل من سنة" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي مدة الإصابة "أكثر من 3 سنوات" لمصلحة المرضى من ذوي مدة الإصابة "أكثر من 3 سنوات".

كما يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الاتزان الانفعالي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي من ذوي مدة الإصابة "من سنة إلى ثلاث سنوات" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي مدة الإصابة "أكثر من 3 سنوات" لمصلحة المرضى من ذوي مدة الإصابة "أكثر من 3 سنوات".

وهذا يؤدي إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة لها التي تقول: **بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير مدة الإصابة لمصلحة المرضى من ذوي مدة الإصابة "أكثر من 3 سنوات"**. والشكل (21) يبين التمثيل البياني لطبيعة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده تبعاً لمتغير مدة الإصابة.



الشكل (21) التمثيل البياني لدرجات أفراد عينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية حسب متغير مدة الإصابة.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة أن المريض الذي تجاوز فترة الإصابة بالسرطان أكثر من 3 سنوات هو أكثر اتزاناً انفعالياً من الذين مدة إصابتهم بالسرطان أقل من ذلك، حيث أن المريض بعد مرور فترة من الزمن

على إصابته بالمرض ومعايشته للألم ورحلة العلاج قد اعتاد على المرض وحاول نوعاً ما التأقلم مع واقعه ومواجهته ومحاولاً ضبط ذاته وانفعالاته أمام الآخرين فقد اختبر تجربة صدمة المرض وتعايش مع معاناته أمام نفسه ومحيطه بينما المريض الحديث الإصابة نجده غير واثق بنفسه عاجزاً عن تحمل الصدمة والعلاج فيفقد قدرته على التحكم بانفعالاته ويشعر بالقلق والخوف والتوتر الدائم.

الفرضية الثالثة عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير نوع العلاج (كيماوي، إشعاعي، جراحي).

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات درجات أفراد عينة الدراسة "مرضى السرطان" حسب متغير نوع العلاج فكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (54).

جدول (54): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرضى حسب متغير نوع العلاج

الأبعاد الفرعية	نوع العلاج	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الثقة بالنفس	كيماوي	46	22.13	2.21
	إشعاعي	48	22.95	3.43
	جراحي	31	24.46	1.59
	المجموع	125	22.85	2.71
تحمل آثار المرض	كيماوي	46	18.97	3.15
	إشعاعي	48	21.73	3.18
	جراحي	31	23.25	3.42
	المجموع	125	20.70	3.64
الاسترخاء وضبط الذات	كيماوي	46	16.88	1.91
	إشعاعي	48	18.59	2.54
	جراحي	31	18.25	1.70
	المجموع	125	17.70	2.24
الدرجة الكلية	كيماوي	46	57.98	5.52
	إشعاعي	48	63.27	7.97
	جراحي	31	65.96	4.90
	المجموع	125	61.25	7.09

للكشف عما إذا كان هنالك فروق جوهرية بين المتوسطات تعزى لمتغير نوع العلاج، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي **ANOVA** فكانت النتائج كما يبين الجدول رقم (55):

جدول (55): تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في درجات المرضى تبعاً لمتغير نوع العلاج

الأبعاد الفرعية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيم F	القيمة الاحتمالية	القرار
الثقة بالنفس	بين المجموعات	93.318	2	46.659	6.952	.001	دال**
	داخل المجموعات	818.794	122	6.711			
	المجموع	912.112	124				
تحمل آثار المرض	بين المجموعات	379.966	2	189.983	18.417	.000	دال**
	داخل المجموعات	1258.482	122	10.315			
	المجموع	1638.448	124				
الاسترخاء وضبط الذات	بين المجموعات	79.413	2	39.707	8.960	.000	دال**
	داخل المجموعات	540.635	122	4.431			
	المجموع	620.048	124				
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1339.322	2	669.661	16.714	.000	دال**
	داخل المجموعات	4887.990	122	40.065			
	المجموع	6227.312	124				

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على الدرجة الكلية لمقياس وأبعاده الفرعية وهذا يعني رفض الفرضية بالنسبة لهذه الأبعاد، وبناء على ما تقدم تم التحقق من تجانس التباين بين المجموعات، وذلك وفق الجدول الآتي:

جدول (56) نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين

الأبعاد الفرعية	قيمة ف ليفين	درجات الحرية 1	درجات الحرية 2	القيمة الاحتمالية
الثقة بالنفس	2.69	2	122	0.075
تحمل آثار المرض	1.5	2	122	0.226
الاسترخاء وضبط الذات	1.81	2	122	0.167
الدرجة الكلية	1.50	2	122	0.225

يتبين من الجدول السابق أن العينات متجانسة، حيث كانت مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (0،05) ولحساب الفروق بين المتوسطات ومستوى دلالتها، تم استخدام اختبار المقارنات المتعددة (شيفيه) للعينات المتجانسة، كما هو واضح في الجدول (57):

الجدول (57) اختبار شيفيه للمقارنات البعدية

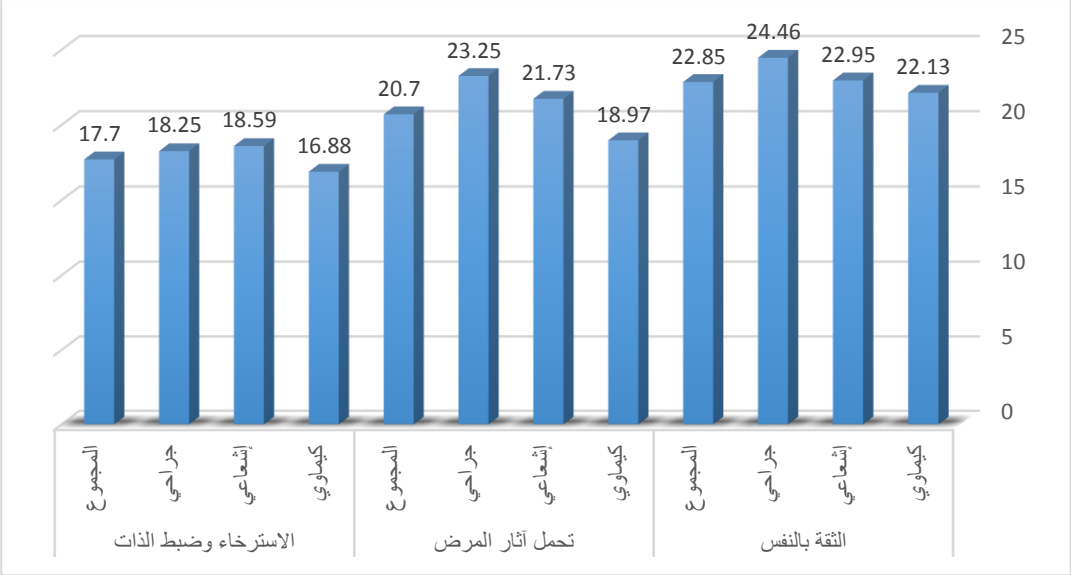
الأبعاد الفرعية	مدة الإصابة		متوسط الفروق	القرار
الثقة بالنفس	كيماوي	إشعاعي	-0.81	دال**
		جراحي	-2.32	دال**
	إشعاعي	جراحي	-1.50	غير دال
تحمل آثار المرض	كيماوي	إشعاعي	-2.76	دال**
		جراحي	-4.28	دال**
	إشعاعي	جراحي	-1.51	غير دال
الاسترخاء وضبط الذات	كيماوي	إشعاعي	-1.70	دال**
		جراحي	-1.36	دال**
	إشعاعي	جراحي	0.33	غير دال
الدرجة الكلية	كيماوي	إشعاعي	-5.28	دال**
		جراحي	-7.97	دال**
	إشعاعي	جراحي	-2.69	غير دال

يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الاتزان الانفعالي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي من ذوي نوع العلاج "كيماوي" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي نوع العلاج "إشعاعي" لمصلحة المرضى من ذوي نوع العلاج "إشعاعي".

كما يتبين من الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الاتزان الانفعالي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي من ذوي نوع العلاج "كيماوي" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي نوع العلاج "جراحي" لمصلحة المرضى من ذوي نوع العلاج "جراحي".

ويظهر الجدول السابق بالنسبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الاتزان الانفعالي: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على مقياس الاتزان الانفعالي من ذوي نوع العلاج "إشعاعي" ومتوسطات درجات المرضى من ذوي نوع العلاج "جراحي".

وهذا يؤدي إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة لها التي تقول: **بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على الدرجة الكلية لمقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير نوع العلاج لمصلحة العلاج الجراحي.** والشكل (22) يبين التمثيل البياني لطبيعة الفروق بين أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعاده تبعاً لمتغير نوع العلاج.



الشكل (22) المتوسطات الحسابية للمرضى على مقياس الاتزان الانفعالي وأبعادها الفرعية حسب متغير نوع العلاج

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الحالة المرضية التي يمكن علاجها بإجراء عملية جراحية لاستصال الورم السرطاني تُشعر المريض بالراحة والأمل بالشفاء التام نوعاً ما وذلك لتخلصه من الكتل السرطانية الموجودة في جسده، مما يشعره أن العمل الجراحي يحد نوعاً ما من حدوث انتقالات وانتشار للمرض في أماكن أخرى، مقارنة بالمرضى الذين لا تسمح حالتهم المرضية بإجراء عمليات خوفاً من تدهور صحتهم أكثر، لذلك فهم أكثر اتزاناً من الناحية الانفعالية من المرضى الذي يتعالجون بالأشعة وخاصة الكيماوي لما له من آثار جانبية تؤثر على الحالة الانفعالية للمريض وصعوبة تحكمه بانفعالاته وتحمله للمرض. وهذا ماتؤكده دراسة (لوفر وآخرون Lover RR, & Others,1989) بأن العلاج الكيميائي له أعراض جانبية تؤثر بشكل كبير على الوضع الجسدي للمريض، وبالتالي يؤثر عليه نفسياً واجتماعياً.

ثالثاً: خلاصة نتائج الدراسة:

خلصت الدراسة إلى ما يلي:

3-1- يمكن التنبؤ بالعجز المكتسب لدى مرضى السرطان أفراد عينة الدراسة استناداً إلى درجة الاتزان الانفعالي.

3-2- توجد درجة متوسطة من العجز المكتسب لدى مرضى السرطان أفراد عينة الدراسة.

3-3- توجد درجة متوسطة من الاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان أفراد عينة الدراسة.

3-4- توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب ودرجاتهم على مقياس الاتزان الانفعالي.

3-5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الجنس (ذكور ، إناث).

3-6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (عازب ، متزوج) لمصلحة المرضى المتزوجين.

3-7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير العمر (39-20 ، 40 – 59 ، 60 وما فوق) لمصلحة المرضى الذين عمرهم بين 20 – 39 سنة.

3-8- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الإقامة (في المشفى ، في المنزل) لمصلحة المرضى المقيمن في المشفى.

3-9- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير مدة الإصابة (أقل من سنة، من سنة إلى ثلاثة سنوات، أكثر من 3 سنوات) لمصلحة المرضى الذين مدة إصابتهم أقل من سنة.

3-10- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير نوع العلاج (كيماوي – إشعاعي – جراحي) لمصلحة المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي.

3-11-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الجنس (ذكور ، إناث).

3-12- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (عازب ، متزوج).

3-13- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير العمر (39-20 ، 40 – 59 ، 60 وما فوق) لمصلحة المرضى الذين عمرهم 60 سنة ومافوق.

3-14- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الإقامة (في المشفى ، في المنزل) لمصلحة المرضى المقيمن في المنزل.

3-15- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير مدة الإصابة (أقل من سنة، من سنة إلى ثلاثة سنوات، أكثر من 3 سنوات) لمصلحة المرضى الذين مدة إصابتهم أكثر من 3 سنوات.

3-16- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير نوع العلاج (كيماوي – إشعاعي – جراحي) لمصلحة المرضى الذين يتلقون العلاج الجراحي.

رابعاً: مقترحات الدراسة:

في ضوء ماتوصلت إليه الدراسة من نتائج ميدانية يمكن تقديم مجموعة من المقترحات التي قد تكون ذات فائدة في محاولة تخفيف أثار المشاكل المرضية على المصابين ومن أبرزها:

4-1- ضرورة الاهتمام بالحالة النفسية لمريض السرطان والإيمان بالأثر الإيجابي للحالة النفسية الجيدة والذي ينعكس من خلال أسلوب التفكير ويؤثر على استجابة المريض للعلاج والتخفيف من الأثر النفسي السيء الذي يجلبه عالم المستشفيات، وتحسين قدرة جهازه المناعي من خلال تخفيف الضغوط التي يسببها له المرض، والعمل على بث روح الأمل والتفاؤل والرغبة في الحياة لمرضى السرطان في الجمهوية العربية السورية من خلال مجموعات الدعم النفسي لما تحققه هذه المعاني من رفع مستوى الأمن النفسي والاتزان الانفعالي لدى مريض السرطان.

4-2- تفعيل دور وسائل الإعلام بشتى أنواعها والقيام بالتوعية الصحية الشاملة لهذا المرض ومسبباته والتركيز على عوامل الخطورة التي تؤدي أو تساعد في الإصابة بالسرطان و أهمية التطعيم ضد الالتهابات التي قد تسبب الإصابة بالسرطان ومكافحة المصادر البيئية المسرطنة، وتثقيف الناس وتوعيتهم لمساعدتهم على التعرف على علامات السرطان الأولى.

4-3- العمل على إعداد برامج إرشادية لخفض مستوى العجز المكتسب ورفع مستوى الاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان.

4-4- نظراً لندرة الأبحاث التي تُعنى بمرض السرطان وخاصة على الصعيد المحلي، يمكن اقتراح بعض الموضوعات التي يمكن دراستها في هذا المجال:

الخصائص النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية.

أثر العلاج المعرفي في التقليل من مضاعفات مرض السرطان.

التوافق النفسي والاجتماعي لدى مرض السرطان وعلاقته بنوع السرطان ودرجته.

الاكتئاب لدى مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات.

أثر التدعيم الديني في تخفيف الضغوط النفسية لدى مرضى السرطان.

مراجع الدراسة

مراجع الدراسة باللغة العربية

مراجع الدراسة باللغة الانكليزية

مراجع الدراسة الالكترونية

أولاً – مراجع الدراسة باللغة العربية.

-إبراهيم، علي حسن.(2003). *دراسة إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة*، كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر.

-ابراهيم، ريزان – جميل ، هيوا. (2015). أعراض اضطراب الشدة مابعد الصدمة (PTSD) وعلاقتها بالاتزان الانفعالي لدى اللاجئين السوريين في مدينة أربيل، *مجلة العلوم الانسانية الالكترونية*، جامعة صلاح الدين، أربيل، العراق.

– أبو حلاوة، محمد السعيد.(2010). العجز المتعلم، كلية التربية، جامعة دمنهور، مصر.

-اسماعيل، آرزو عبد الحميد (2005): *الأسلوب المعرفي التصلب والمرونة وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى طلبة الجامعة*، رسالة ماجستير، جامعة صلاح الدين، كلية التربية، العراق.

-آيزنك، هانز جورجن. (1969). *الحقيقة والوهم في علم النفس*، ترجمة قدوري حنفي، رؤوف نظمي، دار المعارف، القاهرة، مصر.

– باحكيم، شهرزاد بنت أحمد صالح .(2003). *علاقة توقعات النجاح و الفشل بأساليب عزو العجز المتعلم لدى طلاب وطالبات جامعة أم القرى في مكة المكرمة*، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى.

– بخاري، نسيمة .(2006). *مفهومي التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بأساليب عزو العجز المتعلم لدى جامعة أم القرى بمكة المكرمة*، رسالة ماجستير، السعودية.

– براهمية، جهاد .(2016) . *الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية*، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 27، الجزائر.

-بركات، زياد .(2006). سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان –دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، *مجلد جامعة النجاح للأبحاث*،العلوم الإنسانية، مجلد 20 الإصدار.(3).

– بني يونس، محمد .(2005). علاقة الاتزان الانفعالي بمستوى تأكيد الذات عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية ، *مجلة جامعة النجاح للأبحاث*، المجلد 19 ،العدد 3 ، ص.ص.925–952.

-بني يونس، محمد .(2012). *سيكولوجيا الدافعية والانفعالات*، ط3 ، دار المسيرة، عمان ، الأردن.

-التميمي، كاظم. (1999). *خبرات الأسر المؤلمة وعلاقتها بالاتزان الانفعالي لدى الأسرى العراقيين العائدين*، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية، العراق.

-جايد، زيد عبد الكريم.(1998). *الصحة النفسية والرضا الممهني وعلاقتهما بأداء العاملين في المؤسسات الإنتاجية*، أطروحة دكتوراه، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية، بغداد.

-الحجار، بشير.(2003). *التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته ببعض التغيرات*، رسالة ماجستير، كلية التربية بالجامعة الإسلامية، غزة.

-حسونة ، أمل محمد ، وأبو ناشي، منى سعيد. (2006). *الذكاء الوجداني*، ط1، الدار العالمية للنشر والتوزيع، الأهرام.

- الحسين، فريدة .(2012). *العجز المكتسب وعلاقته بأساليب التفكير " دارسة ميدانية لدى طلبة الصف السابع الأساسي في مدارس محافظة ريف دمشق "*. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق.

-حمدان، محمد كمال .(2010). *الاتزان الانفعالي والقدرة على اتخاذ القرار لدى ضباط الشرطة الفلسطينية*، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.

- الخالدي، أديب محمد .(2009) . *المرجع في الصحة النفسية " نظرية جديدة "*، ط1، دار وائل، عمان، الأردن.

- خليفه، محمد، وعبدالله، معتز سيد.(2011).*الدافع والانفعالات*، ط1، دار الزهراء، الرياض.

-داود، عزيز حنا، عبدالرحمن، أنور حسين. (1990). *مناهج البحث التربوي*، دار الحكمة للطباعة والنشر، جامعة بغداد، العراق.

- ربيعة، بن الشيخ .(2015).*علاقة الاتزان الانفعالي بالتدفق النفسي دراسة ميدانية على عينة من أساتذة التعليم الثانوي بمدينة ورقلة*، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر.

-خليل، غفراء ابراهيم (2007): الاتزان الانفعالي وعلاقته بالمسئولية الاجتماعية لدى طالبات المرحلة الاعدادية، *مجلة العلوم النفسية*، عدد 11 ، بغداد، ص.ص 174- 206.

-الربيعي، علي جابر. (1994). *شخصية الانسان تكوينها طبيعتها اضطرابها*، دار الشؤون العامة، آفاق عربية ، بغداد، العراق.

- ريان، محمود.(2006). *الاتزان الانفعالي وعلاقته بكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر بمحافظات غزة*، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، كلية التربية ، فلسطين.

-زهران، حامد عبد السلام. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*، عالم الكتب، ط4، القاهرة.

- السبعاوي، فضيلة عرفات محمد .(2007).قياس الاتزان الانفعالي لدى طلبة معاهد إعداد المعلمين والمعلمات الذين تعرضت أسرهم لحالات الدهم والتفتيش والاعتقال من قبل قوات الاحتلال الأمريكي وأقرانهم الذين لم يتعرضوا لها " دراسة مقارنة ، جامعة الموصل – كلية التربية ، *مجلة التربية والعلم*، المجلد .(15) العدد .(3).

- سليمان، سناء محمد .(2006). *سيكولوجية الفروق الفردية وقياسها*، ط 1، دار عالم الكتب، الأردن.

- السيد ود، نبيل، الوفا، محمد إبراهيم. (2015). التنبؤ بالتفكير الأخلاقي من الاتزان الانفعالي وفاعلية الذات الأكاديمية لدى عينة من طلاب كلية التربية جامعة الأزهر بالقاهرة، *مجلة العلوم التربوية*، العدد الثالث، جـ2.

-سيدني .م. جواردر، لنرزمن (1988): *الشخصية السليمة*، ترجمة حمد الكربولي، موفق الحمداني، مطبعة التعليم العالي، جامعة بغداد، العراق.

-الشعراوي، صالح فؤاد .(2003) . فعالية برنامج إرشادي عقلاني – انفعالي سلوكي في تحسين مستوى الاتزان الانفعالي لدى عينة من الشباب الجامعي . *مجلة الإرشاد النفسي*، جامعة عين شمس، العدد السادس عشر ، ص.ص . 1- 34 .

-شلتز، دوان (1983): *نظريات الشخصية*، ترجمة حمد دلي الكربولي وعبد الرحمن القيسي، مطبعة جامعة بغداد، العراق.

- صديق، محمد .(2009). *الشعور بالوحدة النفسية و أساليب عزو العجز المتعلم لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية في مكة المكرمة*، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.

- ضاهر، حنان .(2013). *السلوك البيئي في مرحلة المراهقة وعلاقته بالعجز المتعلم ومهنة المستقبل لدى عينة من الطلبة في محافظة دمشق*. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق.

- عبد، خنساء.(2018). *التطرف الاجتماعي وعلاقته بالنضج الانفعالي لدى طلبة المرحلة الاعدادية بمعهد الفنون الجميلة للبنين/بعقوبة*، العراق.

- عبد الكريم، أحمد، وخطاب، محمد أحمد .(2010) . *الإرشاد النفسي والاضطرابات الانفعالية*، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمّان، الأردن.

-العبيدي، محمد جاسم ، والعبيدي، ألاء محمد .(2010). *الإرشاد والتوجيه النفسي*، الطبعة الأولى، مركز ديبونو لتعليم التفكير ،عمّان، الأردن.

- عثمان، محمد .(2011). *فاعلية برنامج إرشادي لخفض العجز المكتسب وعلاقته بتحسين مفهوم الذات "دراسة شبه تجريبية لدى الشباب المتطوعين في القوات المسلحة"*. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق.

- العدل، عادل محمد .(1995). الاتزان الانفعالي وعلاقته بكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري، *دراسات تربوية*، جزء 77، ص.ص . 125 -161.

-العزة، سعيد. (2000). *الإرشاد الأسري*. نظريته وأساليبه العلاجية.عمان. دار الثقافة.

-عطية، رمزي محمد. (2014).*الاتزان الانفعالي وعلاقته بضبط الذات لدى طلبة جامعة اليرموك* ، مجلة العلوم التربوية، المجلد43.ص1117 - 1136.

علاّم، صلاح الدين محمود .(2000). *القياس والتقويم التربوي والنفسي*، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي للطبع والنشر، القاهرة.

- علي، علي سامي .(2011). *الميول الانتحارية وعلاقتها بالاتزان الانفعالي لدى المراهقين من الطلبة الاعدادية في منطقة كرميان*، رسالة ماجستير، جامعة السليمانية، كلية التربية الأساسية، العراق.

-عيد، محمد إبراهيم .(1999).الاتزان الانفعالي وعلاقته بالاغتراب ، *الرسالة الدولية للإعلان*، القاهرة، ص.ص . 161 – 189.

-الغداني، ناصر بن راشد .(2014). *أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالاتزان الانفعالي لدى الأطفال المضطربين كلامياً بمحافظة مسقط*، رسالة ماجستير، جامعة نزوى، كلية العلوم والآداب، عُمان.

-فائق، إيمان .(2001). *الاكتئاب والضغط النفسي وتقدير الذات دراسة مقارنة بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات*، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية.

-فاتح، سعيدة.(2015).*الصلابة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي*، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر– بسكرة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.

– الفرجياتي، كريم شريف، ومحمد، ختندان صابر. (2012). النمو الأخلاقي وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى المراهقين المحرومين وغير المحرومين من الوالدين، *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، العدد .(89)، ص ص 118– 188، دمشق.

-قدوري، أحلام .(2016) . *العجز المتعلم وعلاقته بالأفكار الانتحارية والتدين لدى طلبة الجامعة*، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

-قواجلية، آية. (2013). *قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان،دراسة ميدانية بمركز مكافحة السرطان بولاية باتنة*، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

-كرسوع، مريم. (2012). *مرض السرطان في قطاع غزة* ، دراسة في الجغرافيا الطبية، رسالة ماجستير، جامعة غزة، فلسطين.

-محمد، فضيلة عرفات .(2008). قياس الاتزان الانفعالي لدى طلبة معاهدإعداد المعلمين والمعلمات الذين تعرضت أسرهم لحالات الدهم والتفتيش والاعتقال من قبل قوات الاحتلال الأمريكي وأقرانهم الذين لم يتعرضوا لها، *مجلة التربية والعلم*، جامعة الموصل، المجلد .(15)، العدد .(3)، ص.ص 267 – 293.

-مديرية مكافحة السرطان. (2006). *المسح الوطني للمعرفة والممارسات والاتجاهات لدى الإناث الأردنيات. حول الكشف المبكر عن سرطان الثدي. للفئة العمرية 20 سنة فما فوق في الأردن*.عمان. وزارة الصحة.

-المزيني، أسامة.(2001). *القيم الدينية وعلاقتها بالاتزان الانفعالي ومستوياته لدى طلبة الجامعة الإسلامية*، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة ، كلية التربية، فلسطين.

-المطوع، آمنه سعيد حمدان.(2001) . *المهارات الاجتماعية والثبات الانفعالي لدى التلاميذ أبناء الأمهات المكتئبات*، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية.

-المليجي، حلمي. (2000). *علم النفس الاكلينكي*، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.

-المومني، فواز. (2016). العوامل الاجتماعية الديموغرافية المتنبئة بالاتزان الانفعالي لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك، *المجلة الدولية للبحوث في التربية وعلم النفس*،ط(4) العدد (2)، ص.ص276–306 .

-المياحي، جعفر عبد كاظم .(2010) . *الحياة الوجدانية*، كنوز المعرفة، الأردن.

- هول، كالفين، وليندزي، جارنر. (1978). نظريات الشخصية، ترجمة أحمد فرج أحمد ومحمد عثمان نجاتي، ط2، دار المشاريع للنشر، القاهرة.

- هريدى، عادل. (2011). *نظريات الشخصية*، ط2، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

-الوقفي، راضي .(1998) . *مقدمة في علم النفس*، ط 3 ،عمان، دار الشروق .

.ثانياً – مراجع الدراسة باللغة الأجنبية

-Aleem, Sh. (2005). Emotional stability among college youth. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 31.(1-2), 100-102.

-Beers.M.H, 2008, *Encéclopédie médicale*,Edition tipographica varese.

-Brose, a., Scheibe, S., & Schmiedek, F. (2013). Life context make a difference. Emotional stability in younger and older adults, *Psychology & Aging*, 28.(1), 148-159.

-Bisschop, M.I., Kriegsman, D.M., Beekman, A.T., & Deeg, D.J. .(2004). Chronic disease and depression the modifying role of psychosocial resources. *Social Science and Medicine*, 59, 721-733.

-Brenda G.,Mary Jo, Suzanne C..(1998). *Textbook of medical surgical nursing,* 6th edition, Philadelphia. Lippincott Company.

-Breitbart William et al .(2010). *Suicide and desire for hastened death in people with cancer*. In. Depression and Cancer. Kissane D, Maj M, Sartorius N .(eds). Chichester. Wiley.

-Bruchon, Sheitzer, M ; Dantzer, B, 2003*, Introduction a la psycologie de la santé,* 4eme édition, France.

- Cattel, Raymand B. and Scheier, Iven H. .(1961), *The meaning an measurement of Neuroticicm and Anxiety* – New York, Ronald press Compan.

-Cemalcilar Z, Canbeyli R & Sunar D .(2003). *Learned helplessness , therapy, and personality traits* . an experimental study, The Journal of Social Psychology, 143 .(1) 65-81. , Turkey .

-Chaturved, M; & Chander, R. .(2010). Development of emotional stability scale, *Industrial Psychiatry Journal*, 19, 37-40.

-Clarke DM .(2010). *Psychological adaptation, demoralization and depression in people with cancer*. In. Depression and Cancer. Kissane D, Maj M, Sartorius N .(eds). Chichester. Wiley.

-Dweck,C.S .(1986). *Motivational process affecting learning*, American psychologist, 41 .(10), 1040-1048

-Ell K, Nishimoto R, Morvay T, Mantell J, Hamovitch M..(1989) A longitudinal analysis of psychological adaptation among survivors of cancer. *Cancer* January; 63.406-13.

-Hadeed, L., & El-Bassel, N. .(2006). Social support among Afro-Trinidadian women experiencing intimate partner violence. *Violence against Women*, 12 .(8), 220-229.

-Hatywayo,C ;Zingwe,T ;Mhlanga,T & Mpofu, B..(2014). Precursors of emotional stability, stress, and work family conflict among female bank employees, *International Business & Economics Research*, 13 .(4), 861- 866.

-Jourard, S. M: (1974) *Healthy personality*, New York, MC Millan publishing Co. Inc.

-Love RR, Leventhal H, Easterling DV, Nerenz DR. .(1989) Side effects & emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*,Feb1; 63.(3). 604-12

-Marasate R,Brandt L,Olsson H,Ryde BB..(1992). Anxiety & depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. Relations to age & type of surgery. *Acta Onco*. 31.(6).

- Mahon SM, Cella DF, Donovan MI. (1990). *Psychosocial adjustment to recurrent cancer*. Oncol Nurs Forum. May-Jun;17.(3 Suppl).47-52; , from. https.//www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2342982.

-Maslow Abraham H,(1970) :*Motivation and personality* , Harper & Row, New York.

-McKean, Keith Joseph. .(1994). Using multiple risk factors to assess the behavioral, cognitive, and affective effects of learned helplessness. *The Journal of Psychology,* Pp. 177-205.

-Moorey and Grey .(1989). *(Psychological therapy for patients with cancer. a new approach.* Washington. American Psychiatric Press.

-Salgado,J. .(2004). Trnits in Spiel Berger C, .(ed) *Encyclopedia of applied psychology*, 22, 490-509.

-Savetina, M. & Nastran, K. .(2012). Family relationships and post-traumatic growth in breast cancer patients, *Psychiatria danubina*, Medicinska naklada - Zagreb, Croatia, 24.(3), 298-306.

-Seligman ,M (1998). *Learned optimism*. Pocket Book, New York.

ثالثاً - مراجع الدراسة الالكترونية.

- أبو فرسخ، حسام .(2014). *ما هو تعريف سرطان الدم؟* من موقع إلكتروني على شبكة الانترنت.
http.//mawdoo3.com/%D9%85%D8%A7_%D9%87%D9%88_%D8%AA%D8%B9%D8%B1%D9%8A%D9%81_%D8%B3%D8%B1%D8%B7%D8%A7%D9%86_%D8%A7%D9%84%D8%AF%D9%85

-حامد ، مجدي .(2005). علامات الصحة النفسية ، *مجلة الأمل* ،مجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض، العدد ٣٥، من موقع إلكتروني على شبكة الانترنت.بتاريخ 2017/2/6 www.alamal.med.sa

- الخطيب، جمال .(2007). *الدليل العملي للعاملين النفسيين مع مرضى السرطان*.عمّان، الأردن. من موقع إلكتروني على شبكة الانترنت. بتاريخ 2016/12/8 www.hayatnanafs.com

- زامكة، عبلة .(2014). *التعامل مع مريض السرطان*، الرياض، المملكة العربية السعودية. من موقع إلكتروني على شبكة الانترنت. بتاريخ 2016/12/8

http.//www.medicalcom.net/mednews.php?id=139&action=encnews&i=1&actiontype=showitem

- عقاب، إيناس .(2009). *كيف نتعايش مع مرض السرطان؟*، من وقع إلكتروني على شبكة الانترنت.
http.//byotna.kenanaonline.com/posts/10199 بتاريخ 2016/12/8

- قارى ، عبد الرحيم .(2010).*سرطان الدم المرض القابل للشفاء*، من موقع إلكتروني على شبكة الانترنت.**http.//www.eajaz.org/index.php/component/content/article/79 بتاريخ 2016/12/10**

- ليمكس ، آلاين .(2013).*الاستقرار النفسي يعالج ٨٥٪ من مرضى السرطان* ،جريدة الراية ، دوحة، قطر. من وقع إلكتروني على شبكة الانترنت. بتاريخ 2016/12/10

http.//www.raya.com/news/pages/a39ec859-926f-4969-a4a0-1bff590d10dc

- الهندي، هيلانة .(2016) . *تقرير عن مشفى البيروني الجامعي . خدمات طبية وعلاجية مجانية بظروف عمل استثنائية*، الوكالة العربية السورية للأنباء. من وقع إلكتروني على شبكة الانترنت. بتاريخ 2016/12/15 **https.//www.sana.sy/?p=323945**

- الياقاوي ، حنان .(2012).*أهمية الدعم النفسي لمريض السرطان*، من موقع إلكتروني على شبكة الانترنت.-**http.//www.alriyadh.com/712355 Number-twenty-one/668 بتاريخ 2016/12/15 .**

-Boyd, Natalie.(2015). *How Seligman's Learned Helplessness Theory Applies to Human Depression and Stress,* Psychology 104. Social Psychology /Psychology Courses. 11/3/2017.

from.https.//study.com/academy/lesson/how-seligmans-learned helplessness-theory-applies-to-human-depression-and-stress.html

- Kleponis, p. .(2006). Communication in Marriage Retrive March, 2013, from. http.//www.MarritalHealing.com. . 11/3/2017.

- Rozell J Elizabeth. .(1998).*Gender differences in the factors affecting helpless behavior and performance*. The University of Mississippi. , from. . 12/3/2017.https.//www.researchgate.net/publication/289192464_Gender_differences_in_the_factors_affecting_helpless_behavior_and_performance

-World Health Organization.(WHO).*Cancer.*20/02/2016.Available from. http.//www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/ 15/4/2017.

الملاحق

الملحق (1)

أسئلة العينة الاستطلاعية

المتغير	الأسئلة	نعم	لا
العجز المكتسب	هل تشعر بالعجز نتيجة إصابتك بالسرطان؟		
	هل تشعر أنك لا تستطيع أن تسيطر على مجريات حياتك؟		
	هل مرضك يمنعك من القيام بالأشياء التي ترغب بها؟		
	هل تشعر بأن لا حول لك ولا قوة؟		
الاتزان الانفعالي	هل تستطيع أن تسيطر على انفعالاتك أمام الآخرين؟		
	هل أصبحت أكثر صبراً بعد إصابتك بالسرطان؟		
	هل لديك القدرة على الاسترخاء وأخذ الأمور بتروي؟		
	هل تستطيع التكيف مع المشكلات التي تواجهك مهما كانت؟		

الملحق (2)

أسماء السادة المحكمين للمقاييس

الرقم	اسم المُحكم	المرتبة العلمية	الاختصاص	مكان العمل
1	غسان الزحيلي	أستاذ مساعد	علم النفس التربوي	جامعة دمشق– كلية التربية قسم علم النفس.
2	سهاد بدرة	مدرس	إرشاد الكبار وذويهم	جامعة دمشق– كلية التربية قسم الإرشاد النفسي.
3	لينا علي	مدرس	علم نفس التربوي	جامعة دمشق– كلية التربية قسم علم النفس.
4	أنس عجي	دكتور	جراحة عامة	مشفى القديس لويس والمدينة.
5	زاهرة فهد	دكتور	أمراض دم ومعالجة الأورام	مشفى القديس لويس (الفرنسي).
6	مروان بشور	دكتور	معالجة الأورام وآلامها	مشفى البيروني ومشفى الفرنسي
7	فواز ديروان	دكتور	علم معالجة الأورام	مشفى القديس لويس (الفرنسي)
8	محمد يوسف	دكتور	علم الأورام ومعالجتها	مشفى القديس لويس (الفرنسي)
9	مها مناشي	دكتورة	استشارية أمراض دم وأورام	مشفى البيروني ومشفى الفرنسي
10	نضال اسطفان	دكتور	المعالجة الشعاعية والدوائية للسرطان	مشفى القديس لويس (الفرنسي)
11	ينال الخوري	دكتور	جراحة بولية وتناسلية	مشفى القديس لويس (الفرنسي)

الملحق (3)

مقياس العجز المكتسب في صورته الأولية

السيد /ة المحترم :

تقوم الباحثة بدراسة علمية بعنوان " العجز المكتسب وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان".

لذا يرجى منك التكرم بالإجابة عن بنود الاستبيان بوضع إشارة (x) أمام الإجابة التي تناسب رأيك، واختيار إجابة واحدة فقط، وعدم ترك أي بند من بنود الاستبيان بدون إجابة. مع العلم أن هذه الإجابات ستبقى سرية وتستخدم لأغراض البحث العلمي.

المعلومات الأولية :

الجنس: ذكر ☐ ، أنثى ☐ . **الحالة الاجتماعية:** عازب ☐ ، متزوج ☐

الإقامة: في المشفى ☐، في المنزل ☐. **العمر:** 20-39 ☐، 40 -59 ☐ ، 60 وما فوق ☐

مدة الإصابة : أقل من سنة ☐ ، من سنة إلى ثلاثة سنوات ☐ ،أكثر من 3 سنوات ☐ .

نوع العلاج: كيماوي ☐ ، إشعاعي ☐ ، جراحي ☐ .

الرقم	العبارات (العجز المكتسب)	تنطبق دائماً	تنطبق كثيراً	تنطبق أحياناً	تنطبق نادراً	لا تنطبق
1	التقرب من الله يشعرني بالأمان.					
2	حياتي ليست بيدي ولا أستطيع التحكم بها.					
3	فشلي في تكوين صداقات في حياتي يؤثر على صحتي.					
4	شفائي التام أمر مستحيل.					
5	فشلي في كل أموري الشخصية يؤدي حتماً إلى فشلي في المستقبل.					
6	كل شيء في حياة الانسان خارج عن سيطرته.					
7	أجد من الصعب أن أحدد لنفسي ما أريده في المستقبل.					
8	عاجز عن إتمام الأمور لنهايتها.					

9	مرضي يشعرني بأنني لا حول ولا قوة لي.					
10	كل الأشياء المحيطة في حياتي بها عنصر كبير من الحظ.					
11	كفاءتي لا تؤهلني لعمل أي شيء.					
12	المستقبل أمر لا يخضع للسيطرة.					
13	النجاح بدون مساعدة الآخرين مستحيل.					
14	أرى أن فرص النجاح غير محسوبة في الحياة.					
15	فرصي للتفوق ضعيفة مهما بذلت من جهد.					
16	أشعر أن تأثيري محدود على الأحداث التي تجري معي لأني غير قادر على التحكم بها.					
17	أشعر أنني على الهامش في دائرة أسرتي بسبب مرضي.					
18	يعتمد النجاح في هذه الحياة على الحظ أكثر من اعتماده على القدرة الحقيقة للفرد.					
19	أعتقد في صحة القول " اتركها على الله ".					
20	أشعر بعدم القدرة على فعل أي شيء عندما أواجه مشكلات صعبة.					
21	أعتقد أنه لا جدوى من المحاولة فأنا متأكدة من فشلي.					
22	تأثيري على من حولي ضعيف.					
23	أعتمد في اتخاذ قراراتي على الحظ والصدفة.					
24	أعتقد أن مستقبلي ما هو إلا مجازفة (لا تصيب – لا تخيب) ولا دخل لي فيه.					
25	أشعر أن لي تأثير محدود على الأحداث التي تجري معي في حياتي.					
26	أجد من الصعب أن أتمسك بحقوقي.					
27	أرفض المشاركة في الأنشطة الاجتماعية لاعتقادي بأن الآخرين سينظرون إلي نظرة شفقة.					
28	دافعي للحياة ليس ذاتياً.					
29	أشعر في كل أمور حياتي أن بذل الجهد ليس مهماً في إحراز النجاح.					

30	فشلي في الاهتمام بأموري الشخصية يؤثر على علاقتي بمن حولي.					
31	هناك من يخطط لحياتي و أنا لا أخطط لشيء.					
32	النجاح نصيب فئة معينة والفشل نصيب فئة أخرى من الناس.					
33	فشلي في القيام بالأشياء التي أرغب بها سيؤثر على حياتي / علاجي/ صحتي.					
34	أكتشف أن الألم الذي يحصل لي بسبب المرض لا أستحقه.					
35	أشعر بخيبة أمل لعدم قدرتي على مشاركة أسرتي و أصدقائي في بعض الأنشطة الاجتماعية.					
36	أشعر أن مستقبلي غير واضح وغير محدد.					

الملحق (4)

مقياس الاتزان الانفعالي في صورته الأولية

الرقم	العبارات (الاتزان الانفعالي)	تنطبق دائماً	تنطبق كثيراً	تنطبق أحياناً	تنطبق نادراً	لا تنطبق
1	أتعامل مع أي شخص بسهولة.					
2	أرفض مساعدة الآخرين.					
3	أستطيع مواجهة المرض بشجاعة.					
4	أشعر بالثقة عندما أتحدث مع الآخرين.					
5	أسعى لعيش لحظات كثيرة من السعادة مع من حولي.					
6	يلجأ إليّ بعض من أعرفهم ممن يعانون مثلي لأرفع معنوياتهم.					
7	عندما أواجه مشكلة ما لا أستسلم بل أشعر بالتحدي لحلها.					
8	أؤمن بمقولة " أن لكل امرىء نصيباً في الحياة ".					

9	أواصل العمل على قدر استطاعي رغم الألم النفسي و الجسدي.					
10	يمكنني التكيف مع المشكلات الحياتية التي تواجهني مهما كانت.					
11	أصبحت أكثر تعلقاً بالعائلة من قبل.					
12	أرى بأن مرضي كأي مرض آخر يمكن شفاؤه.					
13	يستغرب الكثيرون من قدرتي على مواجهة المرض.					
14	أصبحت أكثر صبراً بعد المرض.					
15	أتقبل النقد ولو كان في غير محله.					
16	أستطيع احتواء الصعوبات بسرعة.					
17	أتماسك عندما أتعرض لصدمة مؤلمة .					
18	لدي القدرة على الاسترخاء وأخذ الأمور بتروي.					
19	أستطيع أن أسيطر على انفعالاتي أمام الآخرين.					
20	أصبحت أرى كل الأمور تافهة.					

الملحق (5)

مقياس العجز المكتسب في صورته النهائية

السيد /ة المحترم :

تقوم الباحثة بدراسة علمية بعنوان " العجز المكتسب وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان".

لذا يرجى منك التكرم بالإجابة عن بنود الاستبيان بوضع إشارة (x) أمام الإجابة التي تناسب رأيك، واختيار إجابة واحدة فقط، وعدم ترك أي بند من بنود الاستبيان بدون إجابة. مع العلم أن هذه الإجابات ستبقى سرية وتستخدم لأغراض البحث العلمي.

المعلومات الأولية :

الجنس: ذكر ☐ ، أنثى ☐ . **الحالة الاجتماعية:** عازب ☐ ، متزوج ☐ .

الإقامة: في المشفى ☐ ، في المنزل ☐. **العمر:** 20-39 ☐ ،40 -59 ☐ ، 60 وما فوق ☐

مدة الإصابة : أقل من سنة ☐ ، من سنة إلى ثلاثة سنوات ☐ ،أكثر من 3 سنوات ☐ .

نوع العلاج: كيماوي ☐ ، إشعاعي ☐ ، جراحي ☐ .

الرقم	العبارات (العجز المكتسب)	تنطبق دائماً	تنطبق كثيراً	تنطبق أحياناً	تنطبق نادراً	لا تنطبق
1	التقرب من الله يشعرني بالأمان.					
2	حياتي ليست بيدي لا أستطيع التحكم بها.					
3	عدم قدرتي في تكوين صداقات جديدة يؤثر على صحتي.					
4	شفائي التام صعب .					
5	فشلي في كل أموري الشخصية يؤدي حتماً إلى فشلي في المستقبل.					
6	كل شيء في حياة الانسان خارج عن سيطرته.					
7	من الصعب تحديد ما أريده في المستقبل.					
8	أعجز عن إتمام الأمور لنهايتها.					

9	مرضي يشعرني بأن لا حول ولا قوة لي.					
10	يلعب الحظ دوراً كبيراً في حياتي.					
11	كفاءتي لا تؤهلني لعمل أي شيء.					
12	أشعر بالقلق عند التفكير بما يحمله المستقبل من أحداث غامضة.					
13	أشعر بالحاجة الدائمة إلى مساعدة الآخرين ودعمهم.					
14	أرى أن الفرص في الحياة غير متكافئة.					
15	فرصي للتميز ضعيفة مهما بذلت من جهد.					
16	أشعر أن تأثيري محدود على أحداث حياتي.					
17	أشعر أنني على هامش الحياة بسبب مرضي.					
18	أرى أن النجاح في الحياة يعتمد على الحظ أكثر من اعتماده على قدرات الفرد الحقيقية.					
19	أعتقد في صحة القول " اتركها على الله ".					
20	أشعر بعدم القدرة على فعل أي شيء عندما أواجه أي مشكلة.					
21	فشلي أمر مؤكد فلا جدوى من المحاولة.					
22	شعوري بالعجز جعلني أقوم بسلوكيات غير مرغوبة مع من حولي.					
23	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات للمشكلات الصعبة التي تواجهني.					
24	أعتقد أن مستقبلي ريشة في مهب الريح .					
25	يصعب عليَّ التحكم بالمشكلات التي تواجهني.					
26	أجد صعوبة في التمسك بحقوقي.					
27	أفضل عدم المشاركة في الأنشطة الاجتماعية لاعتقادي بأن الآخرين سينظرون إلي نظرة شفقة.					
28	أفتقد شعور الاستمتاع بالحياة.					
29	أشعر أن بذل الجهد في معظم أمور الحياة ليس مهماً في إحراز النجاح.					

30	فشلي في الاهتمام بأموري الشخصية يؤثر على علاقتي بمن حولي.					
31	أشعر أن قدراتي ضعيفة.					
32	النجاح نصيب فئة معينة والفشل نصيب فئة أخرى من الناس.					
33	فشلي في القيام بالأشياء التي أرغب بها يؤثر على حياتي.					
34	ما أشعر به من ألم، يجعلني عاجزاً عن إنجاز أي عمل .					
35	أشعر بخيبة أمل لعدم قدرتي على مشاركة أسرتي و أصدقائي في بعض الأنشطة الاجتماعية.					
36	أشعر أن مستقبلي غير واضح.					

الملحق (6)

مقياس الاتزان الانفعالي في صورته النهائية

الرقم	العبارات (الاتزان الانفعالي)	تنطبق دائماً	تنطبق كثيراً	تنطبق أحياناً	تنطبق نادراً	لا تنطبق
1	أتعامل ببساطة مع الآخرين.					
2	أرفض مساعدة الآخرين.					
3	أستطيع مواجهة مرضي بشجاعة.					
4	أشعر بالثقة عندما أتحدث مع الآخرين.					
5	أسعى لعيش لحظات من السعادة مع من حولي.					
6	يلجأ إليّ بعض من أعرفهم ممن يعانون مثلي لأرفع معنوياتهم.					
7	عندما أواجه مشكلة ما أبذل جهدي لحلها.					
8	أؤمن بمقولة " أن لكل امرىء نصيباً في الحياة ".					
9	أواصل العمل على قدر استطاعي.					

10	يمكنني التكيف مع المشكلات التي تواجهني مهما كانت.					
11	أصبحت أكثر تعلقاً بالعائلة.					
12	أرى بأن مرضي يمكن شفاؤه.					
13	أنا راض عن مواجهتي للمرض.					
14	أصبحت أكثر صبراً بعد إصابتي بالسرطان.					
15	أتقبل الملاحظات التي تتوجه إليّ.					
16	أستطيع التعامل مع الصعوبات.					
17	أتماسك عندما أتعرض لصدمة مؤلمة .					
18	لدي القدرة على الاسترخاء وأخذ الأمور بتروٍ.					
19	أستطيع أن أسيطر على انفعالاتي أمام الآخرين.					
20	أصبحت أرى كل الأمور تافهة.					

شكراً لتعاونك مع دعائي لك بالشفاء العاجل

ملخص الدراسة باللغة العربية

تناولت الدراسة العلاقة الارتباطية بين العجز المكتسب وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان في محافظة دمشق. وقد تكونت الدراسة من خمس فصول توزعت وفق مايلي:

* **الفصل الأول:** ويحوي مشكلة الدراسة، وأهميتها، وأهدافها، ومنهجيتها، وأدواتها، وحدودها، وفرضياتها، وأخيراً مصطلحاتها.

وقد تحددت مشكلة الدراسة بمحاولة الإجابة عن السؤال الرئيس التالي:

ماطبيعة العلاقة بين العجز المكتسب والاتزان الانفعالي لدى عينة من مرضى السرطان في محافظة دمشق؟

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى العجز المكتسب والاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان ومعرفة الفروق في المستويات تبعاً لمتغير الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر ، الإقامة ، مدة الإصابة ونوع العلاج.

وكانت فرضيات الدراسة :

1-لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب ودرجاتهم على مقياس الاتزان الانفعالي.

2-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر ، الإقامة ، مدة الإصابة ونوع العلاج.

3-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر ، الإقامة ، مدة الإصابة ونوع العلاج.

***الفصل الثاني:** وخصص للدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع ، حيث تم عرضها و تحليلها، وتوضيح مكانة الدراسة الحالية بين هذه الدراسات، وما استفادت الباحثة منها، ومن ثم مقارنة النتائج التي توصلت إليها الدراسة بنتائج تلك الدراسات.

***الفصل الثالث:** تضمن هذا الفصل الإطار النظري المتعلق بمتغيري الدراسة (العجز المكتسب والاتزان الانفعالي) وخصائص عينة الدراسة المتمثلة بمرضى السرطان والعلاقة بينهما.

***الفصل الرابع:** تناول عرضاً لفرضيات الدراسة، ووصف المجتمع الأصلي للدراسة وعينتها، ومن ثم جرى عرض مفصل لأدوات الدراسة ومراحل إعدادها والتحقق من صدقها وثباتها، والتعديلات التي جرت على الصورة الأولية لها.

علماً بأن عينة الدراسة تكونت من (125) مريضاً من مرضى السرطان المصابين بسرطان الدم والعظام.

وأدوات الدراسة تكونت من مقياسين (العجز المكتسب والاتزان الانفعالي) وهما من إعداد الباحثة.

***الفصل الخامس:** وتناول أسئلة وفرضيات الدراسة وطرائق التحقق منها وعرض النتائج وتفسيرها، وكانت نتائج التحليل الإحصائي كما يلي:

1- يمكن التنبؤ بالعجز المكتسب لدى مرضى السرطان أفراد عينة الدراسة استناداً إلى درجة الاتزان الانفعالي.

2- توجد درجة متوسطة من العجز المكتسب لدى مرضى السرطان أفراد عينة الدراسة.

3- توجد درجة متوسطة من الاتزان الانفعالي لدى مرضى السرطان أفراد عينة الدراسة.

4- توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب ودرجاتهم على مقياس الاتزان الانفعالي.

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (عازب ، متزوج) لمصلحة المرضى المتزوجين.

7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير العمر (20-39 ، 40 – 59 ، 60 وما فوق) لمصلحة المرضى الذين عمرهم بين 20 – 39 سنة.

8- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير الإقامة (في المشفى، في المنزل) لمصلحة المرضى المقيمن في المشفى.

9- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير مدة الإصابة (أقل من سنة، من سنة إلى ثلاثة سنوات، أكثر من 3 سنوات) لمصلحة المرضى الذين مدة إصابتهم أقل من سنة.

10- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس العجز المكتسب تبعاً لمتغير نوع العلاج (كيماوي – إشعاعي – جراحي) لمصلحة المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي.

11- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

12- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (عازب ، متزوج).

13- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير العمر (20-39 ، 40 – 59 ، 60 وما فوق) لمصلحة المرضى الذين عمرهم 60 سنة ومافوق.

14- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير الإقامة (في المشفى ، في المنزل) لمصلحة المرضى المقيمن في المنزل.

15- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير مدة الإصابة (أقل من سنة، من سنة إلى ثلاثة سنوات، أكثر من 3 سنوات) لمصلحة المرضى الذين مدة إصابتهم أكثر من 3 سنوات.

16- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتزان الانفعالي تبعاً لمتغير نوع العلاج (كيماوي – إشعاعي – جراحي) لمصلحة المرضى الذين يتلقون العلاج الجراحي.

وقد وضعت الباحثة مجموعة من المقترحات في ضوء نتائج الدراسة السابقة.

Study Summery in English Language

The study dealt with the correlation between and its relationship learned helplessness to Emotional stability among cancer patients in Damascus governorate.

The study consisted of five chapters, divided according to the following:

The first chapter: *It consists of the problem of the Study, and importance, aims, method, Tools, hypotheses and finally conventions.*

The problem of the study *has identified of trying to answer the following main question:*

What Complexion Bearing is the Learned Helplessness Relationship to Emotional stability on a sample of cancer patients in Damascus governorate?

The study aimed *to detect the level of learned helplessness and Emotional stability in cancer patients and knowledge of differences in levels depending on the gender variable, marital status, age, residence, duration of injury and type of treatment.*

The study hypothesis are:

1- *There are no statistically significant correlation between responses of the study sample group on measurement of the Learned Helplessness and their responses on Emotional stability measurement.*
2- *There are no statistically significant correlation differences between the mean scores of the study sample group responses on Learned Helplessness attributed to the changes (gender variable, marital status, age, residence, the duration of the injury and the type of treatment.)*
3- *There are no statistically significant correlation differences between the mean scores of the study sample group responses on Emotional stability attributed to the changes (gender variable, marital status, age, residence, the duration of the injury and the type of treatment.)*

The second chapter: *It was specified for the previous studies concerned with the subject matter where it has shown and analyzed in addition to clarification of the correct recent study importance among these studies, and what the researcher took advantage of them. Then the results comparison which the study has reached with results of those studies.*

The third chapter: *This chapter includes the theoretical framework for study variables (learned helplessness and Emotional stability) and characteristics of the study sample for cancer patients and the relationship between them.*

The fourth chapter: *It dealt with identifying the study hypotheses and description of population for the study and its sample. After that, it has shown in details for study instruments and stages of their preparation and verification of reliability and validity, as well as the corrections which made in the primary figure. It was known the study sample consisted of (125) patients with cancer of the blood and bone cancer.*

The study tools consisted of three measures (learned helplessness and Emotional stability) prepared by the researcher.

The fifth Chapter: *This chapter dealt with the questions and hypotheses of the study and methods of verification and identifying the results and their interpretation. The results of the statistical analysis were as follows:*

1- It can predict the learned helplessness in cancer patients, the study sample based on the degree of emotional stability.

2- There is a moderate degree of the learned helplessness by cancer patients in the study sample.

3- There is a moderate degree of emotional stability in cancer patients in the study sample.

4- There was a statistically significant correlation between the scores of the study sample on the learned helplessness scale and their scores on the emotional stability scale.

5- There were no statistically significant differences between the average scores of the study sample on the learned helplessness scale according to the gender variable (males, females).

6- There were statistically significant differences between the average score of the study sample on the learned helplessness scale according to the social status variable (single, married) for the benefit of the married patients.

7- There were statistically significant differences between the mean scores of the study sample on the learned helplessness scale according to the age variable (20-39, 40-59, 60 and above) for the benefit of patients aged between 20 and 39 years.

8- There were statistically significant differences between the average scores of the study sample on the learned helplessness scale according to the variable of

residence (in the hospital, at home) for the benefit of patients residing in the hospital.

9- There were statistically significant differences between the average score of the study sample on the learned helplessness scale according to the variable duration of the injury (less than one year, one to three years, more than 3 years) for the benefit of patients who are infected for less than one year old.

10- There were statistically significant differences between the mean scores of the study sample on the learned helplessness scale according to the type of treatment (chemical, radiological, surgical) for the benefit of patients receiving chemotherapy.

11- There were no statistically significant differences between the average scores of the study sample on the emotional stability scale according to the gender variable (males, females).

12- There were no statistically significant differences between the mean scores of the study sample on the emotional stability scale according to the social status variable (single, married).

13- There were statistically significant differences between the mean scores of the study sample on the emotional stability scale according to the age variable (20-39, 40- 59, 60 and above) for patients aged 60 years and older.

14- There were statistically significant differences between the mean scores of the study sample on the emotional stability scale according to the variable of residence (in the hospital, at home) for the benefit of the patients residing at home.

15- There were statistically significant differences between the mean scores of the study sample on the emotional equilibrium scale according to the variable duration of the injury (less than one year, one to three years, more than 3 years) for the benefit of patients who are infected for more than 3 years.

16- There were statistically significant differences between the mean scores of the study sample on the emotional stability scale according to the type of treatment (chemical-radiation-surgical) for patients receiving surgical treatment.

There were some suggestions in light of the previous study results.