الفروق في بعض الاضطرابات النفسية لدى أطفال مرضى السرطان والعاديين

إعداد

أ/ خالد محمد السيد علي مجاهد

المدرس المساعد بقسم الصحة النفسية كلية التربية بنين بالقاهرة – جامعة الأزهر

أ.د/ محمود محي الدين سعيد عشري

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية الأسبق كلية التربية بنين بالقاهرة – جامعة الأزهر

د/ محمد محمد العربي إبراهيم

أستاذ التربية الفنية المساعد كلية التربية – جامعة الأزهر

د/ أحمد عبد التواب كامل

مدرس الصحة النفسية كلية التربية – جامعة الأزهر بالقاهرة

الفروق في بعض الاضطرابات النفسية
لدى أطفال مرضى السرطان والعاديين

خالد محمد السيد علي مجاهد ، محمود محي الدين سعيد عشري ، محمد محمد العربي إبراهيم، أحمد عبد التواب كامل

قسم الصحة النفسية ، كلية التربية، جامعة الأزهر

البريد الالكتروني: khattat00@gmail.com

المستخلص:

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن الفروق في بعض الاضطرابات النفسية (اضطراب التواصل – تقدير الذات المنخفض- الأعراض الاكتئابية – قلق الموت) بين أطفال مرضى السرطان والأطفال العاديين، وتكونت العينة من (80) طفلاً بواقع (50) من أطفال مرضى السرطان بمستشفى دار السلام للأورام بالقاهرة، و(30) طفلاً من الأطفال العاديين بمدرسة المناشي الجديدة للتعليم الأساسي وتراوحت أعمارهم من (12:9 عاماً) بمتوسط عمري (11,05) وانحراف معياري (0,981)، وتم استخدام مقياس اضطراب التواصل ومقياس تقدير الذات المنخفض ومقياس الأعراض الاكتئابية ومقياس قلق الموت، وهم من إعداد الباحثين، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (01) بين متوسطي درجات أطفال مرضى السرطان والعاديين على مقياس اضطراب التواصل الاجتماعي، وعند مستوى (05), على مقياس تقدير الذات المنخفض ومقياس الأعراض الاكتئابية، وكانت الفروق فى اتجاه مرضى السرطان، كما تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين على مقياس قلق الموت، كما اتضح عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أطفال مرضى السرطان الذكور والإناث على مقاييس الاضطرابات النفسية .

الكلمات المفتاحية: الاضطرابات النفسية، اضطراب التواصل الاجتماعي، تقدير الذات المنخفض- الأعراض الاكتئابية، قلق الموت، أطفال مرضى السرطان .

Differences in some mental disorders

For children with cancer and normal patients

Khaled Mohamed Elsaied Megahed, Mahmoud Mohie Eldein Saeed Ashry, Mohamed Mohamed Elaraby Ebraheem, Ahmed Abd Eltawab Kamel

Psychological health Department, Faculty of Education (Cairo), Al ،Azhar University

[1]**Corresponding author E-mail**: **khattat00@gmail.com**

ABSTRACT:

The current research aimed to determine the differences in some psychological disorders (communication disorder , low-self esteem , Depressing symptoms, (concern of death) among the children of cancer patients and normal children, the sample of research was(80) children(50) of them were children cancer patients, and 30 of them were non cancer patients at the Dar Elsalam hospital for cancer in Cairo, their ages were from (9:12) their average age is "11.05" and a standard deviation 0.981 the standards of the communication disorder, low-self esteem , the standard of the depressing symptoms and the standard of concern of death were used and prepared by the researchers. The results showed that there are statistical differences'0.01" between the medium grades of the children of cancer patients and the normal, on the standard of the communication disorder, on the standard of the depressed symptoms for the children of cancer patients, on the standard of the low-self esteem for the children of cancer patients. The results showed that there were statistical differences between the medium grades of the children of cancer patients and the normal., on the standard of concern of death for the children of cancer patients. The results of the research assured that there are no statistical differences between the medium grades of the children of cancer patients the males and females on the standard of the psychological disorders.

Keywords: Psychological disorders, social communication disorders, the low-self esteem, Depressing symptoms, death anxiety, Patient children of cancer.

المقدمة:

يعد مرض السرطان من الأمراض التي يصاحبها العديد من الاضطرابات النفسية وبخاصة بالنسبة للطفل؛ حيث لا يستطيع ممارسة حياته بشكل طبيعي نظراً لتعرضه للكثير من الأدوية الكيماوية التي تؤثر على سلوكه وحالته النفسية.

وفى ضوء ما يتعرض له أطفال مرضى السرطان من علاج كيميائي وإشعاعي على الجمجمة والجهاز العصبى المركزى، والذى يؤثر تباعاً على معظم العمليات والوظائف العقلية المعرفية (Aldridge, Roesch, 2006:116)، مما يؤدى إلى معاناة هؤلاء الأطفال من بعض الاضطرابات النفسية مثل قلق الموت والاكتئاب .

ويتعرض أطفال مرضى السرطان إلى تدهور فى النمو الجسمى حيث يعانى من انخفاض فى وزنه وفقدان شعر الرأس، واحمرار وطفح جلدى، وتقرح فى الفم والحلق، وفقدان القدرة على تذوق الأطعمة وتدمير جزء كبير من الخلايا العصبية والفاقد منها لا يعوض، والشعور بالتعب والاجهاد دائماً وعدم الشعور بالراحة (National Cancer Institute, 2001: 34-39).

ويُعتبر مرض السرطان من الأمراض المُزمنة المُهددة للحياة حيث يُسبب العلاج الشعور بالألم والقلق والضعف، فهى أمور مُرتبطة بالإجراءات الطبية مثل سحب النُخاع العظمى، والعلاج بالأشعة، والعلاج الكيماوى التى تختلف آثاره الجانبية بحسب نوع الدواء المُستخدم وكمية وقوة الجُرعات التى يتلقاها المريض فمن آثاره الجانبية فُقدان الشعر والغثيان والتقيؤ، وهى من الأمور التى تؤثر فى الجانب النفسى للمريض بشكلٍ كبير ومن ثم تظهر العديد من الاضطرابات النفسية لدى مريض السرطان مثل قلق الموت والأعراض الاكتئابية (Canser Council, NSW, 2012).

وتُعد الاضطرابات النفسية من أكثر المشكلات انتشارًا لدى أطفال مرضى السرطان، فقد ذكرت دراسة باركلى (Poder, 2008) أن أعباء المرض عند أطفال مرضى السرطان كانت (93%) لفقدان الشعر و(2%) لصعوبة البلع وفُقدان الطاقة، (5%) كانت على شعور الطفل بالتوتر والألم والصعوبة فى التنفس واضطرابات التواصل الاجتماعي، كل هذه الأمور تفرض على الطفل حالة من القلق والانزعاج المُستمر والشعور باختلافه عن بقية الأطفال، مما يجعله يُفضل العزلة عن الاختلاط بمن هم فى سنه مما يستوجب وجود برامج إرشادية ضرورة مُلحة لهذه الفئة من الأطفال.

مشكلة البحث:

نبعت مشكلة البحث الحالي من خلال ملاحظة الباحثين انتشار العديد من الاضطرابات النفسية لدى أطفال مرضى السرطان (اضطراب التواصل الاجتماعي – تقدير الذات المنخفض – الأعراض الاكتئابية – قلق الموت)، وأن لهذه الاضطرابات انعكاسات عديدة واضحة وأزمات نفسية على الطفل تجعله في حالة قلق وعزلة وضعف في تقديره لذاته مقارنة بالأطفال العاديين مع وجود فروق في هذه الاضطرابات فى إتجاه أطفال مرضى السرطان، وهذا ما أكدته دراسة باركلى (Poder, 2008)، ودراسة (Aldridge, Roesch, 2006:116)، ودراسة nskar & Essen/2008)، ودراسة الخطيب وعوض الصالحي (2003)، وعلى المستوى الفردي فإن الطفل

يشعر بحالة من القصور والضعف عند أدائه للمهام المطلوبة منه، وتبلورت أيضاً مشكلة البحث من خلال زيارة ميدانية لمستشفى أطفال مرضى السرطان والتي لاحظ فيها الباحثون معاناة أطفال مرضى السرطان من هذه الاضطرابات النفسية السابق ذكرها، والمشكلات التي يتعرضون لها من تغير في نمط حياتهم مثل التردد بشكل دائم على المستشفى أو الإقامة المستمرة مما يجعلهم يشعرون بالخوف والقلق والتوتر والاعتماد على الآخرين، وبناء على ما سبق تتضح الحاجة إلى التعرف على الفروق في تلك الاضطرابات النفسية لدى أطفال مرضى السرطان والعاديين، وتتلخص مشكلة البحث في التساؤلات الآتية:

- ما الفروق في اضطراب التواصل بين أطفال مرضى السرطان والعاديين ؟
- ما الفروق في تقدير الذات المنخفض بين أطفال مرضى السرطان والعاديين ؟
- ما الفروق في الأعراض الاكتئابية بين أطفال مرضى السرطان والعاديين ؟
- ماالفروق في قلق الموت بين أطفال مرضى السرطان والعاديين؟
- ما الفروق في الاضطرابات التالية (اضطراب التواصل – تقدير الذات المنخفض- الأعراض الاكتئابية- قلق الموت) لدى أطفال مرضى السرطان وفقاً لمتغير النوع (ذكور- إناث)؟

أهداف البحث

يهدف البحث إلى:

- الكشف عن الفروق في بعض الاضطرابات النفسية بين أطفال مرضى السرطان والعاديين.
- التعرف على الفروق فى بعض الاضطرابات النفسية تبعاً لمتغير النوع (ذكور- إناث) لدى أطفال مرضى السرطان.

أهمية البحث

تكمن أهمية البحث في الآتي:

- **من الناحية النظرية:** تتضح من خلال تسليط الضوء على اضطراب التواصل وتقدير الذات المنخفض والأعراض الاكتئابية وقلق الموت لدى أطفال مرضى السرطان، وإثراء المكتبة العربية بتلك المتغيرات وتأثيرها على هؤلاء الأطفال.
- **من الناحية التطبيقية:** تتضح من خلال معرفة الفروق التي قد تتضح بين الجنسين، وهذا يفيد في عملية التشخيص السليم ومن ثم وضع العلاج المناسب من قبل المختصين .

مصطلحات البحث:

1- الاضطرابات النفسية:

تعرّف الاضطرابات النفسية بالدراسة الحالية بأنها وجود خلل في بعض الجوانب النفسية للطفل نتيجة لتأثره ببعض العوامل مثل عدم فهم جوانب الشخصية، وفقدان معنى الحياة،

والشعور بالضعف واليأس، مما ينتج عنه ضعف فى التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطفل وهى على النحو التالي :

2- اضطراب التواصل الاجتماعي : شعور الفرد بضعف الرغبة في المشاركة مع الآخرين، وتجنب التواصل معهم والعزوف عن التواجد في المناسبات، مع عدم الرغبة في تكوين علاقات اجتماعية، وإحساسه بتجنب ونبذ الآخرين له.

3- **تقدير الذات المنخفض :** نظرة الفرد السلبية لذاته وقدراته، والتي تظهر في عجزه عن القيام بواجباته، وتحقيق أهدافه وطموحاته، والنظرة السلبية للحياة، مع صعوبة القدرة على المواجهة والتحدي، ووجود قصور في فهم جوانب القوة والضعف في شخصيته.

4- الأعراض الاكتئابية : وهي مجموعة من المظاهر السلوكية تؤثر على شعور الفرد، وتتمثل في قلة الانتباه، وتذكر الأحداث الصادمة مع الشعور بالعصبية والتوتر، وفقدان معنى الحياة ، مع وجود اضطرابات في النوم ومشكلات في الوزن وفقدان الشهية .

5-قلق الموت : هو شعور الفرد بالفزع أو الخوف أو الرعب عند التفكير في الموت أو تذكر مواقف مخيفة والشعور بالتشاؤم عند تذكر الحوادث والأزمات، وما يترتب على الموت من آثار نفسية سلبية كالفراق والبعد عن الآخرين.

6- أطفال مرضى السرطان : هم الأطفال الذين تم تشخيصهم بسرطان الدم ويقيمون بمستشفى سرطان الأطفال، ويتراوح أعمارهم من (9-12) عاماً.

حدود البحث :

الحدود البشرية : تم إجراء البحث على مجموعة من أطفال مرضى السرطان ممن تتراوح أعمارهم من

(9-12) عاماً . والأطفال العاديين من مدرسة المناشي الجديدة للتعليم الأساسي.

- **الحدود المكانية :** تم تطبيق البحث بمستشفى دار السلام للأورام بالقاهرة، مدرسة المناشي الجديدة للتعليم الأساسي.
- **الحدود الزمنية :** تم تطبيق أدوات البحث خلال شهر ديسمبر 2021م وشهر يناير 2021م.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولاً: اضطراب التواصل الاجتماعي: (Social Communication Disorder)

ويعرف بأنه صعوبة أساسية في الوظيفة العملية أو الاستخدام الاجتماعي للغة والتواصل، ويظهر من خلال قصور في فهم واتباع القواعد الاجتماعية للتواصل اللفظي وغير اللفظي المحكية في السياقات الطبيعية، وصعوبة في تغيير اللغة وفقاً لاحتياجات المستمع، وفي اتباع قواعد المحادثة وسرد القصص، وينتج عنه قصور وظيفي في قدرات التواصل، والمشاركة الاجتماعية وتنمية العلاقات الاجتماعية الدراسي أو الأداء المهني، ويصنف هذا الاضطراب ضمن الدليل التشخيصي الخامس (DSM - 5) فئة اضطراب التواصل الاجتماعي

لتشخيص الأفراد الذين يعانون من مشاكل التواصل اللفظي وغير اللفظي (2016,287-295 , Taylor & Whitehouse) .

وعرف (Mattila , 2013) اضطراب التواصل بأنه يشير إلى: الأفراد الذين يظهرون قصوراً في التواصل والتفاعل الاجتماعي دون أن يظهروا أية أنماط متكررة من السلوكيات المحدودة وقلة الاهتمامات والأنشطة.

وأشار (Norbury , 2013) إلى أن اضطراب التواصل: إعاقة وقصور في جميع جوانب التواصل المحددة والتي تشمل استخدام التواصل في التبادل والتفاعل الاجتماعي ، ونمط التواصل المناسب للسياق ، واتباع قواعد المحادثة والسرد والفهم الضمني ، أو فهم اللغة الغامضة .

وعرف (McDonald ,Togher , & Code ,2014) اضطراب التواصل الاجتماعي بأنه قصور في مهارات التواصل الاجتماعي والتي تتضمن قصوراً في متطلبات التواصل ، واستماع وفهم الآخرين وفهم وممارسة التواصل، وتنظيم الانفعالات أثناء التفاعلات الاجتماعية ، ومراعاة القواعد الاجتماعية.

المحكات التشخيصية لاضطراب التواصل:

وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة (DSM -5 ,2013) المعايير التشخيصية لاضطراب التواصل الاجتماعي وهي كالتالي :

- صعوبات مستمرة ودائمة في الاستخدام الاجتماعي للتواصل اللفظي وغير اللفظي .
- قصور في استخدام التواصل في الأغراض الاجتماعية مثل تبادل التحية والمعلومات على نحو مناسب للسياق الاجتماعي .
- انخفاض القدرة على تغيير طرق التواصل لتتناسب مع السياق أو مع احتياجات المستمع مثل التحدث بشكل مختلف في الفصل المدرسي مقارنة بالتحدث في ملعب المدرسة والتحدث مع الطفل بشكل مختلف عن التحدث مع الكبار وتجنب استخدام لغة رسمية أثناء التحدث بشكل عام.
- صعوبات في اتباع ومراعاة القواعد أثناء المحادثة وسرد القصص مثل انتظار الدور أثناء المحادثة ومعرفة كيفية استخدام الإشارات اللفظية وغير اللفظية لتنظيم التفاعل .
- صعوبات في فهم واستنتاج ما لم يتم ذكره بشكل صريح أثناء المحادثة(مثل الاستدلالات والاستنتاجات) وعدم فهم المعاني الحرفية أو الغامضة للغة (مثل عدم فهم المصطلحات والتعبيرات والنكات والاستعارات المجازية والمعاني المتعددة التي تعتمد على السياق لتفسيرها وفهمها).
- لا ترجع الأعراض السابقة إلى حالة طبية أو عصبية أخرى أو إلى القدرات المنخفضة في مجالات بنية الكلمة أو القواعد ولا تعزى كذلك إلى اضطراب طيف التوحد والإعاقة الفكرية وتأخر النمو أو اضطراب عقلى آخر.

ثانياً : تقدير الذات المنخفض:

يعد تقدير الذات من مكونات شخصية الفرد، ويوصف تقدير الذات بأنه بناء متعدد الأبعاد مثل (البعد الأكاديمي والبعد العائلي والبعد الشخصي) ويعد تقدير الذات بناء نفسى متعدد الأبعاد والمجالات، وقد يختلف تقدير الفرد لذاته باختلاف هذه الأبعاد والمجالات (Chen,2011).

و يتواجد لدى الأفراد بدرجات مختلفة ومتفاوتة مما يعكس إحساس الفرد بقيمته وكفاءته وبذلك فهو يختلف من فرد إلى آخر أي أن هذا المفهوم عبارة عن خليط مركب من التقييمات والاتجاهات الذاتية للفرد تجاه نفسه (Kavas, 2009) .

وقدعرف كل من (Marcic & Grum ,2011 ,373 :374) مفهوم الذات بأنه مجموعة منظمة من الخصائص والميزات والمشاعر والصور والمواقف والقدرات وعناصر نفسية أخرى. بينما يشير تقدير الذات إلى معتقدات الفرد حول ما يستحقه وهو يعني رضا الفرد عن نفسه فيشعر أنه مستحق للتقدير والاحترام.

ويعتبر تقدير الذات من أكثر المصطلحات استخداما وانتشارا في دراسة الذات (leary 2004,) ، ويعني نجاح الفرد في أن يصبح على الصورة التي يرجوها لنفسه ، وأن يمارس العمل الذي يحبه ، ويحقق له حاجاته الأخرى. واعتبره إبراهام ماسلو أرقي الحاجات الإنسانية عندما صاغ نظريته في الدوافع وشيد هرمه الشهير الذي بدأ قاعدته بالدوافع البيولوجية ثم الحاجة للأمن فالحب والانتماء ثم تقدير الذات، وانتهى بالدافع الأسمى، تحقيق الذات self actualization.

ويعرف (Orth&Robins ,2010) تقدير الذات بأنه: حكم ذاتي على جدارة الشخص، يعبر عنه باتجاهاته نحو نفسه. أما روزنبرغ (Rosenborg) فيعرف تقدير الذات بأنه: الشعور بالقيمة، حيث يرى أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه، إما أن يكون إيجابيا أو سلبيا، يتمثل بشعور الفرد بأنه ذو قيمة، ويحترم ذاته لما هي عليه.

كما يعرف تقدير الذات بأنه التقييم الشامل الذي يعطيه الفرد لنفسه، والذي يعكس نظرته لإنجازاته وقدراته وقيمه وممتلكاته وكيفية استجابة الأفراد الآخرين له (Kavas, 2009) .

ويعرف (Guindon,2002:207) تقدير الذات بأنه الحكم الموضوعي الفعال على مفهوم الفرد عن ذاته ، ويتكون من مشاعر التقدير والتقبل التي تنمو نتيجة استخدام الكفاية والشعور بالإنجاز والضبط الداخلى.

مصادر تقدير الذات :

يذكر (Mruk, 2006, 75: 79) أن هناك أربعة مصادر لتقدير الذات: (القوة Power) ويقصد بها القدرة على التأثير والسيطرة على الآخرين، وهو تعبير يستخدم لوصف قدرة الفرد على إدارة بيئته، و تقدير الأهمية للذات من قبل الأخرين وأن يكون ذى أهمية وفعالية بالنسبة لهم، فعندما يكون الفرد مهملاً قليل القيمة، متروكاً كل هذا يؤثر سلباً على تقدير الذات،

ووصفه أيضا بالتمسك بالمعايير الأخلاقية، والأداء الناجح فيما يتعلق بالهدف فهناك علاقة بين تقدير الذات والنجاح.

وقد قسم عويد المشعان وأمثال الحويلة (2013) مجالات نوعية الحياة إلى أربعة مجالات على النحو الآتي:

أولا: مجال الصحة الجسمية: ويشتمل على إدراك الفرد لنوعية حياته من ناحية جوانب محددة، أهمها: النشاط أو الطاقة، والتعب، والألم، وعدم الراحة، والنوم.

ثانياً: مجال الصحة النفسية: ويتضمن هذا المجال تقدير الفرد النوعية لحياته في عدد من الجوانب، أهمها: المظهر وصورة الجسم، وتقدير الذات والتفكير والتعلم والذاكرة والتركيز والانتباه.

ثالثاً: المجال الاجتماعي: ويشمل العلاقات الشخصية، والدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد.
رابعاً: المجال البيئي: ويشمل الحرية والأمان الشخصي والجسمي، والرعاية الصحية، وبيئة المنزل، ونشاط وقت الفراغ، والتلوث والضوضاء والطقس ووسائل المواصلات.

مكونات تقدير الذات :

يرى عبدالكريم جرادات (2006) أن تقدير الذات يتكون من ثلاثة مكونات رئيسة:

- الشعور بالانتماء: ويعني أن ينتمي الفرد إلى جماعة، ويكون مقبولا فيها ولديه انسجام وتوافق متبادل مع أفراد هذه الجماعة.

- الشعور بالكفاءة : ويتوقف على المستوى الذي يستطيع فيه الفرد تحقيق أهدافه التي تحدد سلوكه، والكفاح من أجل تحقيق هذه الأهداف وإنجازها.

- الشعور بالقيمة: وهي إحساس الفرد بقيمته من خلال تفاعله مع الآخرين، فشعور الفرد بالاهتمام والتقبل من قبل الآخرين يولد لديه إحساسا بالقيمة على نحو يرفع من تقديره لذاته.

ويلعب إدراك الفرد لذاته دورا كبيرا في تشكيل تقدير الذات لديه (Engler, 1991)، ويعتبر الشخص الذي لديه تقدير ذات إيجابي، بأنه الذى يرى نفسه شخصية مهمة وذات قيمة، وأنه يستحق الاحترام والتقدير، كما أنه يؤثر على الناس والأحداث، ويعتبر تقدير الذات أحد متغيرات الشخصية المهمة التي تم تناولها بالبحث والدراسة في علاقتها بالمتغيرات المختلفة لدى الأفراد

ثالثاً :الأعراض الاكتئابية :

تعد الأعراض الاكتئابية أحد الاضطرابات النفسية التي يواجهها الفرد، خصوصًا في العصر الحديث الذي يحتوي على الكثير من الضغوط فالاكتئاب يمثل خبرة سيئة لها آثارها السلبية على الفرد فهو يقف خلف العديد من المشكلات التي يعاني منها الأفراد، وتتضح من خلال الشعور بالحزن واليأس وتدني الطاقة الجسمية والصعوبات المعرفية، بالإضافة إلى الشعور بالذنب وتدني احترام الذات (أحمد عبد الخالق، على كاظم، غادة عيد ٢٠١١)

وقد تناول العديد من الباحثين والمؤسسات دراسة الأعراض الاكتئابية وتعريفها ومنها :أنها اضطرابات نفسية تتصف بحدوث انخفاض كبير في الطابع المزاجي للفرد، وبفقدان

الاهتمام أو الاستمتاع بالنشاطات اليومية، ويحدث تغييرات في الوزن والشهية للطعام، والأرق أو كثرة النوم، والتعب أو فقدان الطاقة والإجهاد، والشعور بالضعف والذنب، وتناقص القدرة على التفكير والتركيز، والتردد وعدم الحسم، والتفكير بالموت والانتحار (American Association Psychiatric, 2000 ,349).

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية إلى أن اضطرابات الاكتئاب تتميز بوجود خمسة أو أكثر من الأعراض الاكتئابية تمتد لأسبوعين على الأقل، يختلف فيها الفرد عما كان عليه نشاطه السابق، وتتضمن الأعراض كلا أو أحد هذين العرضين: مزاج مكتئب، أو فقدان الاهتمام في جميع الأنشطة تقريباً، يرافقه أربعة على الأقل من أعراض الاكتئاب، والسمة الرئيسية للاكتئاب أنها تمتد لفترة أسبوعين على الأقل(American Association Psychiatric, 2013) ، وهذه الأعراض هى :

الأعراض المعرفية: والتى تتمثل فى القدرات المعرفية للأفراد ومنها اضطراب في التفكير والتذكر والانتباه واتخاذ القرارات والتى تؤثر على قدرة الفرد على التعلم والتحصيل، وقد يشعر الفرد بالعجز عن إدارة حياته وحل مشكلاته (Watkins & Hammen , 2018, 34).

الأعراض العاطفية: يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية، والتي لها تأثير على العاطفة أو المزاج؛ ومنها الشعور بالحزن، والمزاج المكتئب ، والشعور بفقدان المتعة في الحياة

الأعراض السلوكية: يؤثر الاكتئاب على النواحي المختلفة من حياة الفرد، وينعكس ذلك على تصرفاته وسلوكه؛ فتضعف قدرته على العمل، وقد يرفُض الذهاب إليه، وتبدو على وجهه علامات الحزن والكآبة، ويتصف أيضا مريض الاكتئاب بالهبوط الحركي، والكسل العامِ، وقد تتدهور حالتُه فتَصل إلى التوقف عن الحركة والكلام والطعام والشراب.

الأعراض الجسدية والآلام العضوية: تعد الأعراض الجسمية من أكثر الأعراض شيوعًا؛ فيكون الفرد المكتئب كثير الشكوى الجسمية ، دون أن يكون هناك أسباب عضوية واضحة لذلك ؛ ومن هذه الأعراض الصداع والشعور بالألم والقولون العصبي وفقدان الشهية والنوم(وفيق مختار٢٠١٧: ٤٤).

رابعاً: قلق الموت

يعد قلق الموت نوع من القلق العام الذي يتميز بمستويات عالية وثابتة من القلق المفرط على العديد من الظروف الحياتية، التي تستمر لأكثرمن أيام أو حتى شهور، وهذه المخاوف هي كبيرة بما يكفي لتسبب مشاكل في الحياة اليومية، وتكون مصحوبة باستجابات فسيولوجية مثل:سرعة خفقان القلب- توتر العضلات والأرق- ضعف التركيز والعصبية (David sue & Othere ,2010, 138).

ويُعرف قلق الموت على أنّه الحالة النفسية التي تصيب الإنسان نتيجة لتجمع مجموعة من العوامل الإدراكية والجسدية والسلوكية، وتؤدي إلى شعور هذا الإنسان بحالة من عدم الراحة النفسية وسيطرة الخوف والتوتر والتردد عليه، ولا يمكن للإنسان القلق تحديد سببه تحديداً دقيقاً وقد يظهر القلق على هيئة توتر واضح على الإنسان، ويبقى هذا التوتر لفترات طويلة نتيجة لشعور هذا الإنسان بأنّه قد يتعرض لنوع من أنواع الخطر، وفي بعض الحالات يكون

الخطر موجوداً بالفعل، وحالات أخرى يكون مجرد تخيّل وأوهام يصاب بها الإنسان، وتؤدّي إلى إصابته بحالة من القلق الشديد، والذي يؤثر سلباً على مجريات حياته , Kimberly Holland) (2016، وقلق الموت هو حالة يعاني فيها الناس من ردود فعل عاطفية سلبية (Brady, 2015)، ويتم فحص قلق الموت من عدة أطر في محاولة لفهمه بشكل أفضل من خلال منظور سلوكي معرفي(Hoelterhoff , 2015).

ويشار إلى هذا المفهوم أيضًا باسم رهاب الموت (الخوف من الموت)، مع تقدم المرض والأعراض المرتبطة به يخشى مرضى السرطان في معظم الحالات من الأبعاد المذكورة لقلق الموت حيث لا يمكن أن يتسبب هذا القلق في حدوث اضطرابات جسدية وعقلية لدى المرضى فحسب بل يؤثر أيضًا على نوعية حياتهم وبالتالي فإن التعرف على العوامل التي قد يكون لها تأثير على نوعية حياة هؤلاء المرضى وتحديدها أمر ضروري. مثل أشكال القلق الأخرى، فإن القلق من الموت يؤثر على الصحة العقلية، وهذه القضية ذات أهمية كبيرة لدرجة أن قلق الموت هو أحد أهم القضايا التي أثيرت في العلاج النفسي وأن الأفراد الذين يعانون من ارتفاع قلق الموت يعانون أيضا من اضطرابات أخرى مصاحبة لها مثل الوسواس القهري ,Karampour (et all. ,2018, 61-63).

يتضح مماسبق أن الأطفال المصابون بمرض السرطان أكثر تعرضاً للاضطرابات السابقة وهي اضطراب التواصل الاجتماعي وذلك أنهم يعانون من صعوبات مستمرة ودائمة في الاستخدام الاجتماعي للتواصل اللفظي، كذلك انخفاض القدرة على تغيير طرق التواصل لتتناسب مع السياق، كما أنهم يعانون من ضعف تقدير الذات وذلك لنظرتهم السلبية لأكثر من جانب والتي منها مجال الصحة الجسمية لديهم حيث أنهم يعانون من مشكلات جسدية، كذلك يشعرون بضعف بالكفاءة الذاتية، كما أنهم يعانون من مشاعر الاكتئاب وقلق الموت وذلك لأن الاكتئاب يؤثر على النواحي المختلفة من حياتهم، كما أن شدة المرض تجعلهم يعانون من قلق الموت بصفة مستمرة.

دراسات سابقة: صنفت الدراسات السابقة إلى المحاور التالية:

المحور الأول : دراسات تناولت اضطراب التواصل لدى أطفال مرضى السرطان

هدفت دراسة (Enskar & Essen ,2008) إلى التعرف على المشاكل الجسمية والنفسية والاجتماعية لدى اطفال السرطان وإجراء مقارنة بين الأطفال المرضى الذين يتلقون العلاج والأطفال المستمرين في تناول جرعات العلاج، وتكونت عينة الدراسة من 39 طفلا تتراوح أعمارهم ما بين (12-7) عام، وتمثلت المشاكل الجسمية في (التعب - سقوط الشعر – القيء- الألم - اضطرابات الأكل) أما المشاكل النفسية والاجتماعية فمتمثلة في المخاوف المرضية عند الحقن، وعند الذهاب للمستشفى، والإحساس بالعزلة بين جدران غرفتة بالمستشفى، والشعور بالوحدة واضطرابات التواصل والقلق والحزن. وقد أظهرت النتائج أن الأطفال الذين يتلقون العلاج أكثر عرضة لمثل تلك الإضطرابات الجسمية والنفسية مقارنة بالمجموعة التي تلقت العلاج ولا يوجد فروق دالة بين الذكور والإناث.

كما أثبتت دراسة (Ohandley et al ,2016) أن أطفال السرطان يظهرون صعوبات اجتماعية وانفعالية وسلوكية متزايدة، فقد يظهر هؤلاء الأطفال قصورًا في التفاعل واضطراب اللغة

النوعي ومعدلات منخفضة من التواصل اللفظي مع أقرانهم، وانخفاض اللعب التفاعلي، وتجاهل الأقران.

فيما ذكرت دراسة (Helland ,2017)أن الأطفال ذوي اضطراب اللغة النوعي أكثر عرضة لخطر التباعد الاجتماعي وانخفاض التحصيل الدراسي، ومشكلات في التعبير عن المشاعر والانفعالات والمهارات السلوكية، حيث أن حوالى (35 - 50 %)من الأطفال ذوي اضطراب اللغة النوعي يعانون من مشكلات في التعبير عن المشاعر والانفعالات والمهارات السلوكي .

المحور الثاني : دراسات تناولت تدنى تقدير الذات لدى أطفال مرضى السرطان:

تناولت دراسة(Von Essen, et al ,2000) تقدير الذات والاكتئاب والقلق بين الأطفال والمراهقين السويديين أثناء علاج السرطان وبعده و معرفة هل الفترة التي تلي إنهاء العلاج تتميز بارتفاع مخاطر حدوث مشاكل (نفسية – اجتماعية) مقارنة بفترة العلاج الفعلية ؟ ، حيث قدم الباحثون مقياساً عن تقدير الذات والاكتئاب والقلق وأجريت الدراسة على عينة مكونة من 51 من الأطفال والمراهقين السويديين، تتراوح أعمارهم بين 8-18 سنة أثناء علاج السرطان (عدد = 16) وبعد العلاج (عدد = 35). والأدوات هي استخدام مقاييس التقرير الذاتي "أنا أعتقد أنني"، وقائمة اكتئاب الأطفال ومقياس القلق الواضح للأطفال و تمت مقارنة البيانات مع البيانات التي حصل عليها آخرون سابقًا عن أطفال سويديين أصحاء، وأظهرت النتائج أنّ الأطفال والمراهقين الذين يتلقون العلاج لديهم مستويات عالية من ضعف تقدير الذات والاكتئاب والقلق مقارنة بمستويات الأطفال الأصحاء. كما توصلت النتائج إلى أن الفترة التي تلي إنهاء العلاج تتميز بارتفاع مخاطر حدوث مشاكل نفسية - اجتماعية مقارنة بفترة العلاج الفعلية.

بينما تصدت دراسة (Ritchie, 2001) للكشف عن تقدير الذات والأمل عند المراهقين المصابين بالسرطان وذلك لمعرفة الاستجابة النفسية والاجتماعية وتجربة العلاج لدى المراهقين المصابين بالسرطان ، حيث قام بدراسة الأداء النفسي والاجتماعي للمراهقين أثناء تجربة العلاج والتكيف طويل الأمد مع الناجين من السرطان والارتباط الوصفي لهذه العلاقات بين مراحل المراهقة والنوع وتقدير الذات والأمل في عينة من 45 مراهقًا مصابًا بالسرطان. والأدوات هي قياس المستوى الملحوظ لتقدير الذات باستخدام قائمة Coopersmith لتقدير الذات، وتم قياس الأمل باستخدام مقياس الأمل للمراهقين. وتوصلت النتائج إلى أنه لم يختلف المستوى الملموس من تقدير الذات والأمل بشكل كبير بين الذكور والإناث بشكل عام، والمراهقون المبكرون والمتوسطون والمتأخرون وبين الذكور والإناث في مرحلة المراهقة.

والخلاصة هي أن هذه الدراسة تساهم في تعزيز معرفة الاستجابة النفسية والاجتماعية وتجربة العلاج لدى المراهقين المصابين بالسرطان. يمكن استخدام هذه النتائج في البحث المستقبلي لتطوير واختبار إجراءات التمريض التي يمكن أن تؤثر على الإحساس المتصور بتقدير الذات والأمل وقد تسمح بالتطور النفسي والاجتماعي المستمر والتعامل الفعال بين هؤلاء المراهقين أثناء العلاج والبقاء على قيد الحياة.

وهدفت دراسة (Bragado ,2008) إلى معرفة مفهوم الذات الجسدية والقلق والاكتئاب وتقدير الذات لدى الأطفال المصابين بالسرطان والأطفال الأصحاء دون تاريخ مرضي بالسرطان و إلى اختبار ما إذا كان الأطفال المصابون بالسرطان الذين يتلقون العلاج الكيميائي

يظهرون مفهومًا جسديًا ضعيفًا للذات، وتقديرا أقل للذات، ومزيدًا من القلق والاكتئاب مقارنة بالأطفال الأصحاء (الذين ليس لديهم تاريخ مرضي بالسرطان) في نفس الفئة العمرية (9-16) سنة) والحالة الاجتماعية ، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 120 طفلاً ، باختبار 30 طفلًا مصابًا بالسرطان و90 طفلًا يتمتعون بصحة جيدة علاوة على ذلك، تم استخدام استمارة تحليل مفهوم الذات وتقدير الذات على التنبؤ بالكرب العاطفي. وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين وكان تقدير الذات هو أكبر مؤشر على الاكتئاب .

المحور الثالث: دراسات تناولت الأعراض الاكتئابية لدى أطفال مرضى السرطان:

حيث هدفت دراسة (Sharon et al :1990) إلى معرفة الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المصابين بالسرطان حديثي التشخيص. وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (59) من الأطفال ممن يتراوح أعمارهم ما بين (3- 18) سنة، حيث قام الباحثون بتطبيق العديد من المقاييس الخاصة بالسلوك من خلال أولياء أمور الأطفال، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة معاناة الأطفال حديثي التشخيص المصابين بالسرطان العديد من المشكلات السلوكية، وأن هناك علاقة بين المشكلات السلوكية للطفل والآباء الذين لديهم اكتئاب. كما أن عناية الوالدين بالأطفال المصابين تقلل من حدة المشكلات والضغوط على الأطفال المصابين بالسرطان .

كما هدفت دراسة (Zaher ,et al, 1994) إلى معرفة مدى تأثير المرض المزمن على خصائص شخصية الأطفال المرضى وأمزجتهم ، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (25) طفلا من الأطفال المصابين بعيوب خلقية (25) طفلا من المصابين بالسرطان (25) طفلا من الأسوياء وتراوحت أعمار الأطفال بجميع العينات من سن (3-6) سنوات طبق عليهم مقياس الشخصية للأطفال ما قبل المدرسة بالإضافة إلى استبيان إدراك ولى الأمر لأمزجة الأطفال من وجهة نظر أمهاتهم .وقد أظهرت الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا في متغيرات المثابرة وعدم التحمل وعدم الانتظام وصعوبات التكيف لصالح الأطفال المرضى،ولا توجد فروق بين الذكور والإناث ، ويعانى أطفال مرضى السرطان أكثر من الأطفال العاديين في كل المتغيرات السابقة .

بينما تصدت دراسة (Mulhern, et al, 1994) إلى كشف العلاقة بين المرض الجسمي والأعراض الاكتئابية حيث قام الباحثون بتقييم حدة الأعراض الجسمية والاكتئابية لدى (92) طفلاً من المصابين بالسرطان تتراوح أعمارهم ما بين(8- 16) عاماً واستخدم الباحثون في هذه الدراسة مقياس الاكتئاب لدى الأطفال ومقياس التقارير الأمومية عن الاكتئاب لدى الطفل وكذلك قائمة ملاحظة السلوك وتقييمات الأم ،

وقد أشارت النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة إلى ظهور أقل من (10%) من أفراد عينة الدراسة أعراضاً أعلى من عتبة تشخيص الإكتئاب المعتدل.كما أبدي (40%) من أفراد عينة الدراسة تغيرات في حدة الأعراض الاكتئابية وفقاً لتغير حدة الأعراض الجسمية. ويتضح للقاريء من خلال الفقرات السابقة أن للمرض المزمن تأثيرا على خصائص شخصية الأطفال المرضى وأمزجتهم ، وأن أطفال مرضى اللوكيميا يعانون من ذلك. كذلك اتضح أن هناك علاقة بين المرض الجسمي والأعراض الاكتئابية بنسبة كبيرة.

وقد هدفت دراسة قام بها (Awad Salhi & Khatib , 2003) إلى قياس مدى الاكتئاب ، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (100) مريض بالغ في مركز الحسين للسرطان موزعين على أنواع السرطان المختلفة (40) ذكور و(60) إناث، تعرضوا لأنواع مختلفة من أشكال العلاج. تم تطبيق مقياس مترجم معدل من مقاييس الاكتئاب المطور، وقد أشارت النتائج إلى أن (70%) من المرضى يشكون من الاكتئاب ، وكانت السمات الأكثر شيوعا لدى العينة هي بالترتيب (القلق- الخوف- الألم - الحزن -الإرهاق). كذلك أشارت الدراسة إلى أن أهم السمات النفسية والعقلية لدى مرضى السرطان هي عادة القلق واليأس بشكل عام. والمرضى الذين هم في أعلى درجات الخطر من اليأس هم أولئك الذين لديهم تاريخ مضطرب وسرطان متقدم ، ويسيطرون بشكل ضعيف على الألم. ويرى البحث أنه من (24_38%) من مرضى السرطان يشكون من مستويات من القلق واليأس.

المحور الرابع: دراسات تناولت قلق الموت لدى أطفال مرضى السرطان:

أجرى (Chen et al: 2000) دراسة على مرضى تم تشخيصهم بأنواع مختلفة من السرطان في تايوان وذلك لقياس القلق والاكتئاب على المرضى الذين يعانون من ألم ، وآخرين ممن لا يشعرون بألم، تألفت العينة من 77 مريضا عانوا من آلام خلال أسبوع مضى، و 126 مريضا ممن لم يعانوا من الآم خلال أسبوع سابق للمقابلة . وكانت العينة من المرضى الذين تبلغ أعمارهم 18 سنة فأكثر ، وهم على علم بطبيعة مرضهم، وكان يشترط في العينة ألا يكون المرض منتشرة إلى الدماغ، وأن يتسموا بالوعي والقدرة على التواصل ، وأشارت النتائج إلى أن نسبة القلق والاكتئاب لدى المرضى الذين كانوا يعانون من الألم 17.7 % - 23.7 % على التوالي ، وهي أكثر من نسبة الذين لم يعانوا من الألم في تلك الفترة والذين كانت نسبة القلق والاكتئاب لديهم على التوالي: % 11.8 - %20.2 .

قام (Limbos et al, 2000) بدراسة تهدف إلى معرفة العلاقة بين الوظائف النفسية وجودة الحياة لدى (36) مريضا بسرطان الرئة قبل نقل أعضاء لهم و (73) تم نقل أعضاء لهم، طبق عليهم عدة مقاييس منها مقياس جودة الحياة، وتقدير الذات لروزنبرج والقلق والاكتئاب، وجدوا أن العينة التي لم تجري نقلًا للأعضاء لهم أفضل شعورا بجودة الحياة، وتقديراً لذاتهم من المجموعة التي أجرت نقلا للأعضاء، وعلى الرغم من ذلك فحالتهم النفسية جميعاً ليست جيدة، حيث أنهم كانوا أقل من المستوى العادي في فترة تقدير الذات بفارق جوهري عند مستوى (0.05).

وأجرى (Gardiner et al ,2010) دراسة عن التعايش مع مرض السرطان الرئوي المزمن المتقدم ، وتكونت العينة من (21) مريضا مصابا بالانسداد الرئوي المزمن بحالاته المتفاوتة من حيث شدة المرض تم مقابلتهم ودراسة حالتهم ، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن المرضى كانت لديهم مخاوف وقلق من الموت، وخاصة فيما يتعلق بكيفية موتهم بسبب ضيق التنفس، حيث كانت هذه الفكرة هي المهيمنة والمؤدية لقلق الموت لديهم.

وقد هدفت دراسة (Hakami, 2010) إلى التعرف على المشكلات النفسية لدى الأطفال المصابين بالسرطان، وتم عمل عدد من المقابلات الكلينيكية مع مجموعة من الأطفال ، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (35) طفلا وكان يتراوح عمر العينة من (6- 17) سنة،

وقد كان من نتائج الدراسة أن الكبت، القلق من الموت يُعدان من أهم الآثار النفسية المترتبة على الإصابة بمرض السرطان.

وقام (Laub Huizenga, 2011) بدراسة عن "دور التعبير العاطفي في كتابات المراهقين من الوالدين مع مرض السرطان و معرفة دور التعبير العاطفي في كتابات الأطفال المراهقين من الآباء والأمهات مع مرض السرطان. حيث أجريت الدراسةعلى عينة مكونة من عدد 40 مراهقا والذين تتراوح أعمارهم من (12- 18) سنة وتم اختيار العينة عشوائيا، وذلك للكتابة في 3 محاور أساسية عن أفكارهم ومشاعرهم بشأن السرطان (حالة تجريبية)، الصحة الجسدية (أي زيارات الطبيب، الغياب المدرسي، الأعراض الجسدية)، والمتغيرات الصحة النفسية (الاكتئاب والقلق، والعاطفة الإيجابية، العاطفة السلبية، الصدمة). واستنتجت الدراسة أن عينة الدراسة تعاني من وجود أعراض للقلق والاكتئاب بدرجة عالية.

ومن الدراسات في هذا المجال دراسة (Spinetta&Malony,2008) بعنوان قلق الموت لدى مرضى السرطان، وكانت العينة مكونة من مجموعتين الأولى مرضى السرطان والثانية وهي المجموعة الضابطة أطفال يعانون من أمراض مزمنة وغير مميتة. وأظهرت النتائج أن الأطفال المصابين باللوكيميا يعانون القلق بشكل كبير ولا توجد فروق بين الذكور والإناث، ويظهرون أيضاً نقص في القدرة على التكيف مع ضرورة الزيارات أو متابعة العلاج الإكلينيكي ويظهرون ازدياداً من القلق مع تكرار العلاج الإكلينيكي وطول فترة المرض.

ويندرج تحت هذه الفئة دراسة (Lubis, Siregar,2015) التي أجريت على عينة مكونة من 46 طفلًا من أطفال مرضى السرطان ، تراوحت أعمارهم بين(5 – 18) عاما بالمقارنة بعينة من الأطفال الأصحاء وذلك بهدف فحص الفريق في نوعية الحياة والتفاؤل والأمل والتسامح وعلاقتها بمشاعر القلق والاكتئاب واليأس لدى هؤلاء الأطفال، وتم استخدام مقاييس التقرير الذاتي الخاصة بنوعية الحياة ، والأمل والتسامح والتفاؤل والقلق والاكتئاب واليأس ، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الأمل ، والتسامح ، والتفاؤل وكل من القلق، والاكتئاب واليأس ، كذلك وجدت فروق بين الأطفال المرضى والأطفال الأصحاء حيث ارتفعت درجات القلق والاكتئاب ، واليأس لدى الأطفال المرضى وانخفضت درجات الأمل ، والتفاؤل ، والتسامح بعكس الأطفال الأصحاء.

تعقيب عام:

- اتفقت معظم دراسات وبحوث المحور الأول على أن أطفال مرضى السرطان يعانون من اضطراب التواصل، وتظهر لديهم أعراض مصاحبة مثل التعب واضطرابات الأكل مقارنة بالأطفال العاديين مثل دراسة (Enskar & Essen ,2008) ودراسة (Ohandley et al ,2016) ودراسة (Helland ,2017) كما أظهرت النتائج أن أطفال مرضى السرطان يعانون من مشكلات في التعبير عن المشاعر والانفعالات وبعض الإضطرابات الجسمية والنفسية مقارنة بالأطفال العاديين.

- تناولت دراسات المحور الثانى العلاقة بين تقدير الذات ومرض السرطان حيث أظهرت النتائج أن أطفال مرضى السرطان لديهم تقدير ذات منخفض مقارنة بالأطفال العاديين ، وأن متغير تقدير الذات هو مؤشر على الاكتئاب أكثر من القلق والخوف وغيره من الاضطرابات النفسية مثل دراسة (Ritchie, 2001) ودراسة (Bragado ,2008) ودراسة (Von Essen, et al ,2000).

- وجاءت دراسات المحور الثالث لمعرفة الأعراض الاكتئابية التي يعاني منها أطفال السرطان ، وكذلك معرفة بعض الاضطرابات السلوكية وتأثير المرض على أمزجة الأطفال ، والعلاقة بين المرض الجسمي والأعراض الاكتئابية مثل دراسة (Sharon et al :1990) ودراسة (Zaher ,et al, 1994) ودراسة (Awad Salhi & Khatib , 2003) .

- وأشارت دراسات المحورالرابع إلى التعرف على بعض المتغيرات التي يعاني منها مريض السرطان ومنها قلق الموت والذي يرجع إلى أن المريض دائماً يشعر بأنه سينتهي عمره جراء أخذ كميات كبيرة من الكيماوي والتي يترتب عليها آثار نفسية سلبية على الطفل بالإضافة إلى متغيرات مصاحبة مثل الاكتئاب والخوف، وهذا ما وجد في دراسة (Chen et al: 2000) ودراسة (Hakami, 2010) ودراسة (Spinetta&Malony,2008) ، (Lubis, Siregar,2015) .

فروض البحث:

يمكن صياغة فروض البحث على النحو التالي:

1- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أطفال مرضى السرطان والعاديين على مقياس اضطراب التواصل فى إتجاه أطفال مرضى السرطان.

2- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أطفال مرضى السرطان والعاديين على مقياس تقدير الذات المنخفض فى إتجاه أطفال مرضى السرطان.

3- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أطفال مرضى السرطان والعاديين على مقياس الأعراض الاكتئابية فى إتجاه أطفال مرضى السرطان .

4- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أطفال مرضى السرطان والعاديين على مقياس قلق الموت فى إتجاه أطفال مرضى السرطان .

5- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أطفال مرضى السرطان الذكور والإناث على مقاييس الاضطرابات النفسية .

إجراءات البحث:

1- منهج البحث: تم الاستناد إلى المنهج الوصفي حيث يُعد المنهج الوصفي والطريقة المقارنة هو المناسب في وصف البحث الحالي؛ نظراً لأنه يتمشى مع طبيعة أهداف هذا البحث.

2- المشاركون في البحث: تم اختيار المشاركين في البحث من أطفال مرضى السرطان بمستشفى دار السلام للأورام بالقاهرة والأطفال العاديين من مدرسة المناشي الجديدة للتعليم الأساسي، وبلغ عددهم (80) بواقع (50) مرضى السرطان ، (30) أطفال عاديين.

3- أدوات البحث: لتحقيق نتائج البحث قام الباحث باستخدام المقاييس التالية:

أ- مقياس اضطرابات التواصل لدى مرضى السرطان إعداد الباحث الأول.

ب- مقياس تقدير الذات المنخفض لدى أطفال مرضى السرطان إعداد الباحثين.

ج- مقياس الأعراض الاكتئابية لدى أطفال مرضى السرطان إعداد الباحثين.

د- مقياس قلق الموت لدى أطفال مرضى السرطان إعداد الباحثين .

وتم التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس:

1- الاتساق الداخلي

قام الباحثون بحساب معاملات الاتساق الداخلي لعبارات كل مقياس فرعي من مقياس الاضطرابات النفسية لبيان مدى الترابط بين عبارات كل مقياس والدرجة الكلية على نفس المقياس، للتعرف على صدق البناء بصورة أدق، وذلك على النحو التالي:

جدول (1) :

معاملات الاتساق الداخلي على مقياس الاضطرابات النفسية لدى أطفال مرضى السرطان (ن=50)

مقياس اضطراب التواصل		مقياس تقديرالذات المنخفض		مقياس الأعراض الاكتئابية		مقياس قلق الموت	
رقم العبارة	معاملات الارتباط	رقم العبارة	معاملات الارتباط	رقم العبارة	معاملات الارتباط	رقم العبارة	معاملات الارتباط
1	,055	1	*,359	1	0,132	1	0,193
2	**0,423	2	,188	2	**0,466	2	*0,405
3	**0,536	3	**0,463	3	*0,344	3	**0,591
4	**0,509	4	**0,453	4	**0,383	4	*0,335
5	0,207	5	0,277	5	**0,485	5	*0,329
6	0,131	6	0,113	6	**0,553	6	*0,279
7	*0,327	7	0,257	7	*0,339	7	0,152
8	0,245	8	*0,296	8	**0,545	8	*0,279
9	*0,395	9	**0,459	9	0,180	9	**0,349
10	**0,546	10	**0,485	10	**0,480	10	0,273
11	098	11	0,249	11	**0,505	11	*0,304
12	**0,473	12	**0,404	12	**0,486	12	**0,456
13	**0,634	13	0,143	13	0,173	13	**0,451
14	0,201	14	**0,614	14	**0,509	14	**0,368
15	**0,379	15	**0,576	15	,063	15	**0,384
16	0,211	16	**0,413	16	**0,391	16	091
		17	**382				

يلاحظ من الجدول (1) أن كل معاملات الارتباط لكل مقياس دالة عند مستوى 0,01 ما عدا العبارة رقم

(1،5،6،8،11،14،16) في مقياس اضطراب التواصل ، وعبارة رقم (2،5،6،7،11،13) في مقياس تقدير الذات المنخفض ، وعبارة رقم (1،9،13،15) في مقياس الأعراض الاكتئابية ، وعبارة رقم (1،7،10،16) في مقياس قلق الموت فجميعها غير دالة وتم استبعادها من المقياس.

2- الصدق:

للتأكد من صدق مقياس الاضطرابات النفسية تم حساب الصدق التمييزي لعبارات مقياس:

وذلك على النحو التالي:

جدول (2) :

معاملات الصدق التمييزي لعبارات مقياس الاضطرابات النفسية لدى أطفال مرضى السرطان (ن= 50)

اضطراب التواصل		تقديرالذات المنخفض		الأعراض الاكتئابية		قلق الموت	
رقم العبارة	معامل التمييز	رقم العبارة	معامل التمييز	رقم العبارة	معامل التمييز	رقم العبارة	معامل التمييز
1	,21	1	,24	1	,18	1	,21
2	,24	2	,24	2	,23	2	,23
3	,22	3	,20	3	,22	3	,23
4	,19	4	,19	4	,19	4	,19
5	,7	5	,18	5	,24	5	,24
6	,5	6	,25	6	,24	6	,25
7	,19	7	,23	7	,24	7	,23
8	,10	8	,22	8	,19	8	,24
9	,24	9	,19	9	,24	9	,24
10	,24	10	,23	10	,24	10	,23
11	,21	11	,24	11	,24	11	,23
12	,21	12	,24	12	,24	12	,24
13	,23	13	,24	13	,23	13	,19

اضطراب التواصل		تقديرالذات المنخفض		الأعراض الاكتئابية		قلق الموت	
رقم العبارة	معامل التميز	رقم العبارة	معامل التميز	رقم العبارة	معامل التميز	رقم العبارة	معامل التميز
14	,12	14	,20	14	,24	14	,12
15	,19	15	,19	15	,10	15	,19
16	,13	16	,20	16	,22	16	,73
		17	,38				

يلاحظ من الجدول السابق تدني قيمة معاملات التميز لبعض العبارات، وتم استبعاد العبارت التي قل معامل التميز لها عن **,19** ، حيث تم استبعاد عبارة رقم (5،6،8،14،16) في مقياس اضطراب التواصل ، كما تم استبعاد عبارة رقم (5) في مقياس تقدير الذات المنخفض، واستبعاد عبارة رقم (1،15) في مقياس الأعراض الاكتئابية . هذا غير مفهوم

3- الثبات:

قام الباحثون بحساب ثبات المقياس من خلال:

طريقة ألفا كرونباخ:

تم استخدام معامل الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات المقياس، والجدول التالي يوضح قيم الثبات لابعاد مقياس اضطرابات التواصل:

جدول (3):

معاملات الثبات لمقياس الاضطرابات النفسية لدى أطفال مرضى السرطان باستخدام معامل ألفا-كرونباخ (ن= 50)

المقياس	معامل الثبات
المقياس الأول: اضطراب التواصل	**0,510
المقياس الثاني: تقدير الذات المنخفض	**0,545
المقياس الثالث: الأعراض الاكتئابية	**0,666
المقياس الرابع: قلق الموت	**0,549

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ مرتفعة نسبياً مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات واستخدامه في الدراسة الحالية .

نتائج البحث

نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أطفال مرضى السرطان والعاديين على مقياس اضطراب التواصل فى إتجاه أطفال مرضى السرطان".وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثون حساب الآتي:

جدول (4):

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة " ت " ودلالتها الإحصائية في الفروق بين أطفال مرضى السرطان (ن= 50) والأطفال العاديين (ن=30) على مقياس اضطراب التواصل الاجتماعي

المقياس	أطفال مرضى السرطان		الأطفال العاديون		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
اضطراب التواصل الاجتماعي	14,780	2,188	12,600	1,958	4,483	,01

يتضح من جدول (4) أن قيمة "ت" للفروق بين أطفال مرضى السرطان والأطفال العاديين في اضطراب التواصل بلغت (4,483) ، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (01,) ؛ حيث أن اتجاه الفروق لصالح أطفال مرضى السرطان ، وقد أرجع الباحثون هذا إلى أنهم يعانون من مشكلات نفسية تجعلهم مضطربين دائماً نتيجة لتواجدهم المستمر داخل المستشفى وتظهر لديهم أعراض مصاحبة مثل التعب واضطرابات الأكل مقارنة بالأطفال العاديين مثل دراسة (Enskar & Essen ,2008) ودراسة (Ohandley et al ,2016) ودراسة (Helland ,2017) كما أن أطفال مرضى السرطان يعانون من مشكلات في التعبير عن المشاعر والانفعالات وبعض الإضطرابات الجسمية والنفسية مقارنة بالأطفال العاديين.

نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض الثاني على أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أطفال مرضى السرطان والعاديين على مقياس تقدير الذات المنخفض فى إتجاه أطفال مرضى السرطان ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثون بحساب قيمة ت كما يلى :

جدول (5):

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة " ت " ودلالتها الإحصائية في الفروق بين أطفال مرضى السرطان (ن= 50) والأطفال العاديين (ن=30) على مقياس تقدير الذات المنخفض

المقياس	أطفال مرضى السرطان		الأطفال العاديين		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
تقدير الذات المنخفض	14,440	2,564	17,100	2,411	2,313	,05

يتضح من جدول (5) أن قيمة "ت" للفروق بين أطفال مرضى السرطان والأطفال العاديين في تقدير الذات المنخفض بلغت (2,313) ، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (,05) ؛ حيث أن اتجاه الفروق في تدني تقدير الذات لصالح أطفال مرضى السرطان ، وهذا يعني أن هؤلاء الفئة يعانون من انخفاض في تقدير ذاتهم وأرجع الباحثون هذا إلى أنهم يتعرضون لتغيرات في وزن الجسم وصورته وسقوط الشعر واصفرار الوجه وغيرها، وهذا يجعل لديهم تقدير ذات منخفض مقارنة بالأطفال العاديين الذين يمارسون حياتهم بشكل طبيعي، وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات وهي دراسة (Ritchie, 2001) ودراسة (Bragado ,2008) ودراسة Von (Essen, et al ,2000).

نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

ينص الفرض الثالث على أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أطفال مرضى السرطان والعاديين على مقياس الأعراض الاكتئابية فى إتجاه أطفال مرضى السرطان ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثون حساب الآتي:

جدول (6):

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة " ت " ودلالتها الإحصائية في الفروق بين أطفال مرضى السرطان (ن= 50) والأطفال العاديين (ن=30)على مقياس الأعراض الاكتئابية

المقياس	أطفال مرضى السرطان		الأطفال العاديين		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
الأعراض الاكتئابية	19,160	2,765	17,633	3,242	2,239	,05

يتضح من جدول (6) أن قيمة "ت" للفروق بين أطفال مرضى السرطان والأطفال العاديين في الأعراض الاكتئابية بلغت (2,293) ، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (,05) ؛ حيث أن اتجاه الفروق في الأعراض الاكتئابية لمرضى السرطان ، وقد أرجع الباحثون هذا إلى أن هؤلاء الفئة عندما يصابون بهذا المرض فإنه يزيد نسبة القلق لديهم إذ يغير نمط حياتهم الشخصية ومع عائلاتهم وأقرانهم، وأيضاً الآثار الناجمة عن العلاج بالإشعاع الكيماوي، وكذلك الخوف من

التغيرات الجسدية، وهذا ما تناوله دراسة (Chen et al: 2000) ودراسة (Hakami, 2010) ودراسة (Spinetta&Malony,2008) ، (Lubis, Siregar,2015) .

نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

ينص الفرض الرابع على أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أطفال مرضى السرطان والعاديين على مقياس قلق الموت فى إتجاه أطفال مرضى السرطان ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثون حساب الآتي:

جدول (7) :

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة " ت " ودلالتها الإحصائية في الفروق بين أطفال مرضى السرطان (ن= 50) والأطفال العاديين (ن=30) على مقياس قلق الموت

المقياس	أطفال مرضى السرطان		الأطفال العاديين		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
قلق الموت	21,300	2,384	21,433	4,910	,163	غ .د

يتضح من جدول (7) أن قيمة "ت" للفروق بين أطفال مرضى السرطان والأطفال العاديين في قلق الموت بلغت (163,) وهي قيمة غير دالة وبالتالي يتضح عدم تحقق هذا الفرض، واختلفت النتائج مع دراسة (Chen et al: 2000) ودراسة (Hakami, 2010) ودراسة (Spinetta&Malony,2008) ، (Lubis, Siregar,2015) ، وقد أرجع الباحثون هذا إلى أن مريض السرطان غالباً ما يفكر في قضايا الموت ومن ثم يكون عرضة أكثر للقلق وتصيبه جملة من مشاعر اليأس والإحباط والشعور بالتشاؤم أكثر من غيره من الأطفال الذين يصابون بالأمراض الغير مزمنة.

نتائج الفرض الخامس ومناقشتها:

ينص الفرض الخامس على أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أطفال مرضى السرطان الذكور والإناث على مقاييس الاضطرابات النفسية ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثون حساب الآتي:

جدول (8):

متوسطات الرتب ومجموعها وقيمة (Z) ومستوى الدلالة في الفروق بين أطفال مرضى السرطان الذكور ن= 13 والإناث= 17

المقياس	الفئة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
اضطراب التواصل	ذكور	24,41	805,50	0,745	غ . د
	إناث	27,62	469,50		
تقدير الذات المنخفض	ذكور	26,27	867,00	0,527	غ . د
	إناث	24,00	408,00		
الأعراض الاكتئابية	ذكور	24,88	821,00	0,422	غ . د
	إناث	26,71	454,00		
قلق الموت	ذكور	25,27	834,00	0,156	غ . د
	إناث	25,94	441,00		

يتضح من جدول (8) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أطفال مرضى السرطان (الذكور والإناث)على مقاييس الاضطرابات النفسية (اضطراب التواصل – تقدير الذات المنخفض – الأعراض الاكتئابية – قلق الموت)، وقد أرجع الباحثون هذا إلى أن أطفال مرضى السرطان (الذكور والإناث) لديهم نفس الخصائص ويتعرضون جميعاً لتلك الاضطرابات بصورة متقاربة وسلوكهم تجاه المرض متقاربة ولا توجد فروق جوهرية وهذا ما ظهر في دراسة (Enskar & Essen ,2008) (Zaher,et al, 1994) (Ritchie, 2001) (Spinetta&Malony,2008) .

التوصيات:

- الاهتمام بفئة أطفال مرضى السرطان وتقديم كل وسائل الدعم وتلبية حاجاتهم النفسية والصحية .
- إنشاء مراكز نفسية داخل المستشفيات الخاصة بالأورام وذلك لتقديم الاستشارة والدعم المتكامل .
- تقديم برامج إرشادية لأطفال مرضى السرطان تركز على الجوانب الترويحية .

بحوث ودراسات مقترحة:

- برنامج ترويحي لخفض الاضطرابات النفسية لدى أطفال مرضى السرطان .
- التعرف على المشكلات النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أطفال مرضى السرطان .
- برنامج إرشادي لخفض قلق الموت لدى أطفال مرضى السرطان .
- برنامج تدريبي في تحسين جودة الحياة لدى أطفال السرطان .

المراجع

أولاً: المراجع العربية

أحمد محمد عبد الخالق ، كاظم على، غادة عيد (2011) . العوامل المنبئة بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينتين من الأطفال والمراهقين بالكويت وعمان، مجلة جامعة دمشق .الأردن ، م ج 27 ، ع 3 ، ص 165 .

عبد الكريم جرادات (2006). العلاقة بين تقدير الذات والاتجاهات اللاعقلانية لدى الطلبة الجامعيين. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، الأردن، 3(1)، 143-153.

عويد المشعان ، أمثال الحويلة (2013). الفرق بين نوعية الحياة لدى طلبة جامعة الكويت وفق الجنس والحالة الصحية. المجلة التربوية، جامعة الكويت، 26 (104)، 15-57.

ثانيا : المراجع العربية مترجمة الى اللغة الإنجليزية

Abdelkareem .G .(2006) Relationship between self-esteem and irrational tendencies with the undergraduates. The Jordanian Journal of Educational Sciences.3(1),143-153.

Adam Childhood Cancer Society (2010). Introduction to childhood cancer. Extracted on: 11/11/2013. Available at the following link: http://www.adamcs.org.

Ahmed. M. A, Kazem. A, Gada. E (2011).The predictive factors of the levels of some of the depressed symptoms with two sample of children and adolescents in Kuwait and Oman, Journal of Damascus University.Jordan, V(27), (3), p 165.

Auied .EL. & Amthal . AL .(2013). The Difference between the type of life of Kuwait University students according to sex and health status . the Educational Journal,26(104),15-57.

ثالثا : المراجع الأجنبية

American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders., (5th Ed). Washington,DC.

Awad, G., Khatib.J. & Salhi, R. (2003). Distress in cancer in-patients in K.H.C.C. Astudy using the Arabic -modified version of distress Thermometer in the King Hussein Cancer Center. Amman, Jordan.

Bragado, C., Hernández-Lloreda, M. J., Sánchez-Bernardos, M. L., &Urbano, (2008). Physical self-concept, anxiety, depression, and self-esteem in children with cancer and healthy children without cancer history. Psicothema, 20(3), 413-419.

Chen, L. (2011). Contingent Self-esteem in Chinese Early and Late Adolescents, Master, Dissertation,Faculty of the Graduate of the University of Kansas

Engler, B. (1991), Personality Theories: an introduction, Boston: Houghton Mifflin Company. Gross, M. (1997). The effects of ability grouping on the academic and social development of gifted children,Seminar paper, GERRIC, UNSW.

Ensker, Karin, R.N. & Essen, Louise, Von (2008). Physical problems and psychosocial function in children with cancer. Paediatric oncology,20,3,37-41.

Guindon, M. (2002). Toward accountability in the use of the self es teem construct: Jou. of Counseling& Development, vol. 80:204-14.

Gardiner, C., Gott, M., Payne, S., Small, N., Barnes, S., Halpin, D., ... & Seamark, D. (2010). Exploring the care needs of patients with advanced COPD: an overview of the literature. Respiratory medicine, 104(2), 159-165.

Helland, W. A., & Helland, T. (2017). Emotional and behavioural needs in children with specific language impairment and in children with autism spectrum disorder: The importance of pragmatic language impairment. Research Developmental Disabilities, 70, 33-39.

Karampour, S., Fereidooni-Moghadam, M., Zarea, K., & Cheraghian, B. (2018). The prevalence of death anxiety among patients with breast cancer. BMJ supportive & palliative care, 8(1), 61-63

Kavas, A. (2009). Self-esteem and health-risk behaviors among Turkish late adolescents.

Kim, H. K., Kim, K. M., & Nomura, S. (2016). The effect of group art therapy on older Korean adults with neurocognitive disorders. The Arts in Psychotherapy, 47, 48-54.

Laub Huizenga, L. A. (2011). Expressive Writing Intervention for Teens Whose Parents Have Cancer (Doctoral dissertation, University of Kansas).

Leary, M. (2004). The self we know and the self we show: Self es teem, self presentation, and the maintenance of interpersonal relationships, in: Brewer, M. & Hestone, M. (eds). Emotion and motivation, U.K: Black well publishing.

Lubis, H & Siregar. (2015). Quality of Life in Children with Cancer and Their Normal Siblings, Pediatric Indonesian, 55(4), 243-248.

Marcic Renata,& Grum Darja KOBAL (2011): Gender differences in self- concept and self-esteem components, Journal of Studia psychologica, 53, 4 pp373-384.

Mattila, M-L. (2013). Autism spectrum disorders an epidemiological and clinical study. Phd.Faculty of Medicine, University of Oulu.

McDonald, S., Togher, L,& Code, C, (2014). Social and communication disorders following traumatic brain injury. New York, Psychology Press.

Mruk Christopher J(2006): Self-Esteem Research, Theory, and Practice Toward a PositivePsychology of Self-Esteem. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Malchiodi, C. A. (Ed.). (2011). Handbook of art therapy. Guilford Press.

Norbury, Courtenay (2013). Practitioner review: Social (pragmatic) communication disorder conceptualization, evidence and clinical implications. Journal of Child Psychology and

Orth, U., Trzesniewski, K., & Robins, R. (2010). Self esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. Journal of Personality and Social Psychology, 98(4), 645-658.

O'Handley, R. D., Radley, K. C., & Lum, J. D. (2016). Promoting social communication in a child with specific language impairment. Communication disorders quarterly, 37(4), 199-210.Psychiatry. 55(3), 204-216.

Ritchie, M. A. (2001). Self-esteem and hopefulness in adolescents with cancer. Journal of Pediatric Nursing, 16(1), 35-42.

Swineford, L., Thurm, A., Baird, G, Wetherby, A., and Swedo, S. (2014). Social (pragmatic) communication disorder: a research review of this new DSM-5 diagnostic category. Journal of Neurodevelopmental Disorders. 6(1):41. doi:10.1186/1866-1955-6-41. Adolescence, 44(173):187-98.

Sharon, L, Manne, et al (1995): predictors of depressive symptomolgy among parents of newly diagnosed children with cancer. Journal of pediatric psychology. Vol. 20 No(2),

Taylor, L. J., & Whitehouse, A. J. (2016). Autism spectrum disorder, language disorder, and social (pragmatic) communication disorder: overlaps, distinguishing features, and clinical implications. Australian Psychologist, 51(4), 287-295.

Von Essen, L., Enskär, K., Kreuger, A., Larsson, B., & Sjödén, P. O. (2000). Self-esteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on and off cancer treatment. Acta Paediatrica, 89(2), 229-236.

Zaher, L. et al. (1994): Chronic illness in lebanese preschoolers : Impact of illness and child temperament on the family. American Journal of orthopsychiaty, vol. 64 (3),p.p396-40.