

نوقشت هذه الرسالة

البناء النفسي لمرضى التلاسيميا وعلاقته ببعض المتغيرات لدى
عينة من المرضى المترددين إلى العيادات الشاملة مقارنة مع
عينة من الأسوياء في محافظة دمشق

وأجيزت يوم الاثنين الواقع في 2015/10/19 من قبل السادة أعضاء لجنة
الحكم التالية أسماؤهم:

الاسم	الصفة	التوقيع
أ. د. رياض العاسمي	عضواً مشرفاً	
د. محمد معروف	عضواً	
د. أحمد الزعبي	عضواً	

تم إجراء التعديلات المطلوبة، وأصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة الماجستير في الإرشاد
النفسي.



جامعة دمشق
كلية التربية
قسم الإرشاد النفسي

**البناء النفسي لمرضى التلاسيميا وعلاقته ببعض المتغيرات لدى عينة
من المرضى المترددين إلى العيادات الشاملة مقارنة مع عينة من
الأسيوياء في محافظة دمشق**

مبحث مقدم لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي

إعداد الطالبة

بشائر مرسى الرباط

إشراف الأستاذ الدكتور

رياض نايل العاسمي

الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي

كلية التربية - جامعة دمشق

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا﴾

صدق الله العلي العظيم

شكر وتقدير

بفائق الاحترام والتقدير أتوجه بالشكر لأستاذي الفاضل ومشرفي الأستاذ الدكتور رياض العاسمي الذي كان منارة تفيض بالنور في طريق إنجاز هذا البحث الذي أعتبره مميّزاً في حياتي الدراسية والمهنية العملية، والذي لم يبخل عليّ بالنصح والإرشاد والتوجيه الدقيق المستمر في سبيل تنويري وتعليمي لإتمام البحث على أكمل وجه.

وشكري الجزيل لرئاسة قسم الإرشاد النفسي وأعضاء لجنة الحكم الأفاضل، الذين سيكون لملاحظاتهم الأثر الهام في استكمال هذا العمل، وكذلك أتوجه بشكري وامتناني لكل أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية الذين دعموني خلال قيامي بتطبيق بحثي هذا.

ولا يفوتني أن أشكر العاملين في العيادات الشاملة، وأخص بالذكر الأستاذ الاختصاصي في العلاج النفسي أحمد زعويط الذي فاض عطاء خبرته عليّ وساعدني كثيراً في إتمام عملي.

وأخص بالشكر كل من كان له مساهمة في دعمي وتشجيعي من إخوة وأصدقاء ومشرفين وأطباء، وزملاء في العمل وبالأخص مركز الرعاية النفسية الشاملة والقائمين عليه من أطباء واختصاصيين.

ولا أنسى فضل أفراد أسرتي وعائلتي الذين أحاطوني بتوقعاتهم الإيجابية، كانت نبع التفاؤل خلال مسيرة بحثي ..

وأولاً ودائماً وأبداً لله الحمد والمنة أن وفقني للقيام بهذا البحث....

الإهداء

إلى العينين الساهرتين على راحتني والنور الذي أبصر به الحياة ..

أمي وأبي

إلى القلوب الدافئة التي أمدتني بالدعم والأمان..

أخواتي وإخوتي

إلى كل من علمني حرفاً ونطقت به علماً..

أهل العلم والفضل

إلى الزهور العطرة التي فاحت بطيبتها محبة وإخاء وفرحاً..

صديقاتي وأصدقائي

إلى تلك الأرواح التي نبضت بالأمل بالرغم من العرض والألم..

فريق نبضة أمل

إلى أولئك الراحلين ولم يغيبوا عني يوماً

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
ب	شكر وتقدير
ج	الإهداء
د	فهرس المحتويات
ح	فهرس الجداول والأشكال
ط	فهرس الملاحق
	الفصل الأول - التعريف بالدراسة
2	مقدمة
5	أولاً - مشكلة الدراسة
7	ثانياً - أهمية الدراسة
8	ثالثاً - أهداف الدراسة
9	رابعاً - فرضيات الدراسة
9	خامساً - حدود الدراسة
10	سادساً - مصطلحات الدراسة
	الفصل الثاني - الإطار النظري
14	أولاً - التلاسيميا
14	أولاً - نشأة مرض التلاسيميا وتطوره
14	ثانياً - التعريف بالمرض
16	ثالثاً - المناطق الجغرافية للتلاسيميا
16	رابعاً - أنواع التلاسيميا

الصفحة	العنوان
21	خامساً - الإجراءات الوقائية من المرض
22	سادساً - الاحتمالات الوراثية لانتقال المرض
22	سابعاً - التدخلات النفسية الاجتماعية في رعاية المرضى
23	ثامناً - التلاسيما والتكوين النفسي للفرد
24	ثانياً - صورة الجسد
25	أولاً - مفهوم صورة الجسد
25	ثانياً - تعريف صورة الجسد
26	ثالثاً - مكونات صورة الجسد
27	رابعاً - تطور صورة الجسد
28	خامساً - العوامل التي تتشكل وتتغير لتكوين صورة الجسد
29	سادساً - أبعاد صورة الجسد
30	سابعاً - الرضا عن صورة الجسد وتحقيق الذات
30	ثامناً - اضطراب تشوه شكل الجسد (Body Dysmorphic Disorder)
31	تاسعاً - صورة الجسد وانعكاساتها على سلوك الفرد في مرحلة الشباب
32	عاشراً - تأثير الأمراض على صورة الجسد
33	ثالثاً - قلق الموت
33	أولاً - مفهوم قلق الموت
33	ثانياً - تعريف قلق الموت
33	ثالثاً - مكونات قلق الموت
34	رابعاً - نظرية الموت

الصفحة	العنوان
35	خامساً- قياس قلق الموت
35	سادساً- قلق الموت كحالة أم سمة
36	سابعاً- أسباب قلق الموت
37	ثامناً- علاج قلق الموت
38	تاسعاً- قلق الموت والثلاسيما
39	رابعاً- أساسيات لفهم البناء النفسي
39	أولاً- معنى التحليل النفسي
40	ثانياً- مبادئ التحليل النفسي
41	ثالثاً- مكونات الجهاز النفسي
41	رابعاً- بناء الشخصية
42	خامساً- مراحل التطور النفسي عند فرويد
44	سادساً- آليات الدفاع الأولية
	الفصل الثالث- دراسات سابقة
52	أولاً- الدراسات العربية
54	ثانياً- الدراسات الأجنبية
57	ثالثاً- تعليق الباحثة على الدراسات السابقة
	الفصل الرابع- منهج الدراسة وإجراءاته
59	أولاً- منهج الدراسة
59	ثانياً- مجتمع الدراسة الأصلي
60	ثالثاً- عينة الدراسة

الصفحة	العنوان
60	رابعاً- أدوات الدراسة
61	- مقياس صورة الجسد
63	- مقياس قلق الموت
67	- اختبار تفهم الموضوع
75	- دراسة الحالة
76	الصعوبات التي واجهت الباحثة
77	خامساً- الأساليب الإحصائية المستخدمة
	الفصل الخامس-نتائج الدراسة وتفسيرها
79	أولاً- عرض نتائج فرضيات الدراسة وتفسيرها
99	ثانياً- مقترحات الدراسة
100	ملخص الدراسة باللغة العربية
	مراجع الدراسة
103	أولاً- المراجع العربية
107	ثانياً- المراجع الأجنبية
110	الملاحق
I	ملخص الدراسة باللغة الانكليزية

فهرس الجداول والأشكال

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
60	جدول (1) توزع أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس	1
62	جدول(2) توزع البنود على مقياس صورة الجسد	2
62	جدول(3)الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس صورة الجسد.	3
65	جدول(4) معاملات الثبات لمقياس قلق الموت	4
66	جدول(5) معاملات ارتباط عبارات مقياس قلق الموت مع الدرجة الكلية للمقياس	5
66	جدول(6) معاملات ارتباط أبعاد مقياس قلق الموت مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية	6
67	جدول(7) الثبات بالتجزئة النصفية وألفا كرونباخ لمقياس قلق الموت	7
79	جدول(8) معاملات الارتباط بين صورة الجسد وقلق الموت وأبعاد كل منهما	8
81	جدول(9) اختبارات ستوديت لمتوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من المرضى على مقياس صورة الجسد وأبعاده وفقاً لمتغير الجنس	9
83	جدول(10) اختبارات ستوديت لمتوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من المرضى على مقياس قلق الموت وأبعاده وفقاً لمتغير الجنس.	10
85	جدول(11) اختبارات ستوديت لمتوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من المرضى والأسوياء على مقياس صورة الجسد وأبعاده.	11
87	جدول(12) اختبارات ستوديت لمتوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من المرضى والأسوياء على مقياس قلق الموت وأبعاده.	12
90	جدول(13) البطاقات المستخدمة من اختبار التات في التطبيق الإكلينيكي.	13
91	جدول (14) يبين أوجه التشابه والاختلاف بين الحالات الأربعة المدروسة على اختبار التات	14
81	شكل (1) الفروق على أبعاد مقياس صورة الجسد بين الذكور والإناث المرضى	15
84	شكل (2) الفروق على أبعاد مقياس قلق الموت بين الذكور والإناث المرضى	16
86	شكل (3) الفروق على أبعاد مقياس صورة الجسد بين المرضى والأسوياء	17
89	شكل (4) الفروق على أبعاد مقياس قلق الموت بين المرضى والأسوياء	18

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
111	نماذج من صور اختبار التات	1
113	نماذج من استجابات المفحوصين على اختبار التات وتحليلها	2
132	مقياس صورة الجسد	3
134	مقياس قلق الموت	4
136	نموذج دراسة الحالة	5
144	تسهيل مهمة من مديرية الصحة	6

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

مقدمة

أولاً- مشكلة الدراسة

ثانياً- أهمية الدراسة

ثالثاً- أهداف الدراسة

رابعاً- فرضيات الدراسة

خامساً- حدود الدراسة

سادساً- مصطلحات الدراسة

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

مقدمة

عُرِفَت الوراثةُ ومفاهيمها التقليدية منذ آلاف السنين ثم تطوّرت تدريجياً إلى أن وضّح ماندل قوانينها المعروفة، وكانت الوراثة تقتصر على دراسة تركيب الجينات وكيفية عملها للتعبير عن نفسها، وعرف كيف أن الصفة الوراثية الواحدة قد تظهر نتيجةً لعمل أكثر من زوجين من الجينات، تنتقل الصفات الوراثية Genetic traits سواء كانت طبيعية أو مرضية من جيل إلى آخر عن طريق انتقال الجينات Genes المحمولة على الكروموزومات ويحدث ذلك أثناء إخصاب بويضة من الأم تحمل نصف عدد الكروموزومات والجينات بواسطة خلية ذكرية تحمل نصف عدد الكروموزومات والجينات من الأب.

ومن خلال دراسات ماندل عن انتقال الصفات الوراثية اتضحت حقائق عديدة، منها أن أي صفة في الفرد يحددها على الأقل عاملان وراثيان أحدهما قادم من الأم والآخر من الأب.

يتوقف ظهور الصفة الوراثية على ما إذا كانت هذه الصفة سائدة بمعنى أن تكون قوية بحيث تظهر مع وجود عامل وراثي واحد فقط يحدد هذه الصفة في الشخص. أو صفة متنحية لا تستطيع أن تظهر إلا مع وجود عاملين وراثيين يحددان هذه الصفة في الشخص (العريض، 2003، 14).

يعدُّ "مرض الثالاسيميا Thalassemia" أو ما يسمى بأنيميا البحر الأبيض المتوسط من أمراض الدم الوراثية التي تلازم الإنسان منذ ولادته وحتى وفاته، فهو مرضٌ مزمنٌ يحدث نتيجة خلل في المورثات المسؤولة عن تصنيع خضاب الدم (الهيموغلوبين Hemoglobin) ونتيجة لذلك تتكسر خلايا الدم باكراً ولا يستطيع نقي العظام تعويض هذا النقص الكبير من كريات الدم الحمراء مما يؤدي لحدوث فقر شديد في الدم يحتاج إلى تعويضه عن طريق نقل الدم (وزارة الصحة السورية، 2009، 1). ثورث الاعتلالات الهيموغلوبينية بنمط الوراثة المانديلية بصفة جسدية متنحية في غالبها، فمن يملك جين غلوبين معيباً واحداً يسمى حاملاً (متغاير الزيجوت) ويكون لا عرضياً وإذا تزوج حاملان فلكل طفل ينجبانه فرصة ¼ لتلقي جين معيب من كل والد ويكون بالتالي متماثلاً الزيجوت.

تصنّف الثلاسيميا اعتماداً على وخامتها السريرية إلى أنماط كبرى ووسطى وصغرى. تكون الثلاسيميا الكبرى وخيمَةً وتعدّ اضطراباً معتمداً على نقل الدم للمحافظة على حياة المريض، بينما تعدّ الثلاسيميا الصغرى خُلة لا عرضيّة. أما الثلاسيميا الوسطى فتتميز بفقر دم معتدل (مع أو بدون تضخم الطحال) لذلك فهي لا تتطلب نقلاً دورياً (منتظماً) للدم (توما، 2013، 16-18).

ومن الأعراض الناجمة عن هذا المرض ضعفٌ شديدٌ في الجسم منذ الطفولة ، وشحوب لون البشرة، وظهور بقعٍ بنيّة اللون على الجلد، فقدان الشهية، وتضخم الطحال، وتفلطح عظام الوجه، وتغير شكل الهيكل العظمي وتراكم الحديد في أعضاء الجسم المختلفة؛ وهذه الأعراض إذا لم تُعالج تُقضي إلى الوفاة في سن مبكرة (قسم التنقيف الصحي البحريني، 2000، 3).

والعلاج الوحيد لمرضى الثلاسيميا الكبرى هو إجراء عمليات نقل دم متكررة بشكل منتظم (كل شهر تقريباً)، والمرضى الذين يعالجون بهذه الطريقة قد ينمون نمواً طبيعياً ويصلون إلى العقد الثالث، إلا أنهم في كل مرة يُعطون فيها دمًا جديداً تتجمع كمية من الحديد في الكلى والكبد والأجزاء الأخرى من الجسم مما يضر بصحتهم، لذا يحتاجون لعلاج آخر وهو التخلص من كمية الحديد المتراكم في أجسامهم بواسطة وضع مضخة تحت الجلد لمدة تتراوح من (8-12) ساعة وذلك لتخليص جسمهم من الحديد المتراكم أو من خلال الأقراص الخالبة للحديد (العريض، 2003، 221).

وأعراض المرض السابقة الذكر وسبل علاجه تخلق تحدياتٍ كبيرةً بالنسبة للمريض وأهله مما ينعكس سلباً على علاقاته الاجتماعية مع أسرته وأقرانه، وعلى حالته النفسية، فضلاً عن التأثير السلبي لمرض الثلاسيميا على متابعة الدراسة، ودخول عالم العمل وحتى تكوين أسرة في المستقبل مما يجعل المريض يمر بإحباطاتٍ متكررةٍ وخبرات مؤلمة منها تدني صورة الجسد لديه وقلقه من الموت (Thalassaemia International Federation, 2008, 147)، ولهذه الخبرات المؤلمة أثراً عميقاً على الجهاز النفسي للفرد، الذي بيّن فرويد أقسامه، فالجهاز النفسي للإنسان يتكون من ثلاثة أقسام: الهو والأنا والأنا الأعلى، فالهو الجزء الفطري الذي لا يراعي المنطق أو الواقع، واللاشعور هو الكيفية الوحيدة التي تسود في الهو، أما الأنا الذي تقع فيه العمليات النفسية الشعورية، فهو يمثل الحكمة وسلامة العقل وهو الذي يقبض على زمام الرغبات الغريزية، ويمثل الأنا الأعلى وهو ما يُعرف بالضمير أي ما هو ساجٍ في الطبيعة الإنسانية، ومهمة

الأنا محاولة التوفيق بين الهو والأنا الأعلى وإذا فشل في ذلك نشأت الاضطرابات العصابية والذهانية (فرويد، 1982، 17).

وتشكل ديناميات الحياة النفسية ما يعرف بالبناء النفسي الذي هو مجموعة من العمليات النفسية المتفاعلة والمؤثرة على بعضها البعض والتي تشكل ما نطلق عليه "البناء النفسي المميز" وتتمثل العناصر المشيدة لذلك البناء في: القلق، الصراعات، ميكانيزمات الدفاع، الحاجات، الذات، العالم الخارجي، العلاقة بالأم، الأنا وصورة الذات والآخر (حشاد، 2001، 40).

ولأن صورة الجسد بمثابة عنصر مهم من عناصر ذلك البناء، ولأن مرض التلاسيميا يسبب الكثير من التغيرات الجسدية عبر مراحل النمو المختلفة والتي قد تكون تشوهات جسدية كان لابد من توجيه النظر إلى هذا المفهوم المعقد، وتناوله بالدراسة والتقصي.

ومرض التلاسيميا بما يتضمنه من مضاعفات تؤثر على الصحة الجسدية للمريض يتسبب بحدوث الوفاة وإذا لم يُعالج المريض المعالجة الفعالة لتراكم الحديد يكون عرضةً لأذيةٍ قلبيةٍ والتي غالباً ما تكون السبب الرئيس للوفاة في العقد الثاني، يموت 80% من المرضى- إن لم يعالجوا- في العقد الأول من العمر (جرجس، 2011، 56). هناك الكثير من الافتراضات التي تفترض ارتباط قلق الموت بحالة الصحة الجسمية، وازدياد قلق الموت لدى من يعانون من أمراض جسمية، وكثيرة هي الدراسات التي حاولت أن تثبت صحة هذين الفرضين؛ إلا أن النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات كانت مفاجئة للباحثين، ففي بعض الدراسات تبين أن من لديهم أمراض جسدية يكونون ذوي مستوى عالٍ من قلق الموت وفي دراسات أخرى تبين أنه ليس هنالك علاقة بينهما، فالعلاقة إذن معقدة بين الصحة الجسمية وقلق الموت. (عبد الخالق، 1987، 110).

وبحسب التحليل النفسي فإن النزاعات والإحباطات المتكررة وصراعات الفرد قد تظهر بشكل أمراض عضوية كالقرحة مثلاً، وقد يصبح المرض كذلك هدفاً لبعض الأشخاص يعبرون من خلاله عن ضيقهم وعن معاناتهم (حرب، 1994، 14-15)، إلا أنه قد يحصل العكس إذ إن أي نقص أو قصور جسماني يُخلق مع الإنسان قد يسبب له شعوراً بالنقص، وقد يكون سبباً في خلق مركب النقص لديه، ووجد "بيران فولف" أن أي اختلاف عن المألوف قد يسبب الشعور بالنقص، ويتكون لدى الشخص عقدة النقص إذا كان هذا الاختلاف في الشكل محل اضطهاد خاص (ماكبرايد، 2001، 17-18)، إذ إن الإصابة بمرض وراثي

في الدم وتدايعات هذا المرض قد تسبب تكوين مركب نقص أوعدة ما، إلا أننا لا نستطيع الجزم بذلك نتيجة الفروق الفردية بين الأفراد في تقبل المرض والتعايش والتكيف معه.

لذلك تركز الدراسة الحالية على فهم التركيبة الإنسانية الفريدة لمرضى الثلاثيميا، بالإضافة إلى فهم أبعادها المختلفة ويترتب على ذلك النظر إلى الإنسان نظرةً كليةً غير مجزأةٍ ومحاولة تحقيق التوازن والتكامل بين قوى الذات لتفسير جوانب السلوك ودينامية الشخصية (الفرماوي، 2000، 68) وهذا يشكل دافعاً للقيام بإعداد دراسةٍ للبناء النفسي لمرضى الثلاثيميا معتمدة على المنهج التحليلي النفسي في كشف التباينات في هذا البناء على المستوى الشعوري والاشعوري من حيث: الصراعات والإحباطات ووسائل الدفاع الأولية بين مرضى الثلاثيميا وبين أفراد أصحاء، باستخدام الأدوات الإكلينيكية كدراسة الحالة واختبار تفهم الموضوع للكبار، والسعي إلى الكشف فيما إذا كان هناك اختلافٌ في النظرة إلى الصورة التي يكونها الفرد عن جسده ومشاعر قلق الموت لدى عينة من المرضى وأخرى من الأسوياء.

أولاً- مشكلة الدراسة:

ينتشر مرض الثلاثيميا وفقاً لإحصائيات عام (2015) بالنسب التالية: حوالي (4.4) مولوداً من كل (10,000) ولادة حية يكونون مصابين بالثلاثيميا في جميع أنحاء العالم، ويتسبب المرض بوراثة الطفرات الجينية في بروتينات سلاسل الهيموغلوبين في الذكور والإناث بنفس القدر من التأثير لأنه يتبع نمط وراثي جسدي لا تؤثر فيه الفروق الجندرية. وما يقرب من (5%) من السكان في جميع أنحاء العالم لديهم طفرة في سلاسل ألفا أو بيتا من جزيء الهيموجلوبين بدون أن تظهر الأعراض على الجميع وهؤلاء يمثلون -الناقلين الصامتين- للمرض.

إنَّ (1.7%) من سكان العالم تظهر لديهم أعراض سريرية نتيجة للطفرات الجينية في بروتينات سلاسل الهيموغلوبين، ويزداد انتشاره ضمن مجموعات عرقية محددة حيث تبلغ نسبة من تظهر عليهم الأعراض (5-30%) من المجموع الكلي (Smith,2015,Html).

تنتشر الثلاثيميا الكبرى بيتا بشكل كبير في الجمهورية العربية السورية باعتبارها إحدى بلدان حوض البحر الأبيض المتوسط ويفاقم المشكلة في المجتمع السوري انتشار زيجات الأقارب، وتشير إحصائيات وزارة الصحة والمشروع الوطني للثلاثيميا لعام (2013) إلى ما يفوق (8300) مريضاً مصاباً بالثلاثيميا الكبرى مسجلين في مراكز الثلاثيميا في المحافظات، معتمدين على النقل الدوري للدم والمعالجة الخالبة

للحديد اللذين وفرتهم الدولة للمرضى مجاناً في مراكز الثلاثسيميا في المحافظات. حيث تشير إحصائيات وزارة الصحة والمشروع الوطني للثلاثسيميا لعام 2013 إلى وجود ما يفوق 8300 مريضاً مصاباً بالثلاثسيميا الكبرى مسجلين في مراكز المحافظات (توما، 2013، 48)

ويُكفُّ علاج مريض الثلاثسيميا في سوريا قرابة النصف مليون سنوياً بحسب مركز الثلاثسيميا، وهذا كله يشكّل عبئاً كبيراً على الدولة وعلى الفرد المريض وأهله، إذ لا يستطيعون تحمّل كلفة العلاج المادية في حال فقدته وهذا قد يسبب لهم ضغطاً وضيقاً نفسياً، ولقد تجلّت مشكلة الدراسة من خلال ملاحظة مجموعة التغيرات الجسدية التي تطرأ على المريض وكيفية مناقشته لأعراض مرضه ووجود مشكلات كامنة بحاجة إلى الدراسة والتقصي لإظهارها إلى السطح، ويؤثر مرض الثلاثسيميا من الناحية النفسية الاجتماعية على ثلاثة مستويات: على الفرد ذاته والنظام الأسري والمجتمع بشكل عام؛ فهو على سبيل المثال يؤدي إلى تغييرات دائمة في الوظائف والمهام الأسرية، وفي طريقة التفاعل الأسري مع المريض مما يخلق طرقاً خاطئة بالتعامل مع المريض (Georganda,1994, html)، وهذا كله ينعكس على البناء النفسي للمريض وإدراكه لصورة الذات والآخر وإدراكه لصورة البيئة من حوله. وتتضمن العوامل النفسية والشخصية التي تلعب دوراً في حياة المريض: صورة الجسد وقلق الموت، ففي دراسة (طافش 2006) تناولت السمات الشخصية لمرضى الثلاثسيميا احتلت سمة النظرة السلبية للحياة وعدم الكفاية الشخصية المرتبة الثالثة والرابعة بينما كان التقدير السلبي للذات وعدم التجاوب الانفعالي في المرتبة الخامسة، وفي دراسة (خورانا 2006 Khurana) كان عدم رضى المرضى عن صورة الجسد من أهم النتائج، وفي دراسة (تويل 2015 TOWEL) تبين أن المرضى يبذلون جهداً إضافياً ليكونوا كالأسياء بسبب ما يعانونه من صراع مستمر بين مشاعرهم لكونهم مختلفين عن الأسياء في الشكل وأسلوب الحياة.

إن الفرد المصاب بالثلاثسيميا الكبرى أو الوسطى ينمو في ظل المعالجة الطبية والاتصال المستمر بمقدمي الرعاية الصحية، لذلك قد يُظهر المريض أو يشعر باختلاف عن أقرانه في مرحلة الطفولة، ويمكن أن يجد صعوبة في بناء تصوّره عن جسمه، وفي عمر أكبر وخصوصاً إذا تأخر البلوغ، فقد يشعر المراهق بمشكلة أنه عالية، ويمكن أن تتفاقم الأزمة العاطفية وتكون فترة المراهقة حرجة وقد يواجه مشاكل في تلاؤمه مع أقرانه الأصحاء في مرحلة الشباب (الأحمد، 1996، 30).

ترافق تشخيص مرض التلاسيميا ولسنوات عديدة بوصمة أثرت على تشكّل صورهم عن أجسادهم هذا المفهوم الذي يرتبط بصورة الذات وتقييم الذات بشكل وثيق، ويسبب وجود المرض مشاعرًا مؤلمةً مختلفةً لدى المرضى كان أوضحها الخوف من الموت، القلق، الغضب والاكتئاب، إذ وصلت نسبة وجود أعراض القلق إلى 67% ونسبة الاكتئاب 62% في دراسة (شاليجرام 2007 Shaligram) وقد لا يكون مشكلةً تواجد مثل هذه المشاعر وإنما يكمن الخطر في عدم الحديث عنها أو التطرق إليها، وإذا لم يعبر الفرد عنها يعاني من مشكلةٍ في التوافق النفسي والتفاعل مع الواقع، فالفرد يطوّر خوفه من الأشياء التي لا يتحدث عنها كخوفه من الموت مثلاً (Georganda,1990,100).

لذلك فإن هذه الدراسة ستسعى إلى استكشاف العوامل النفسية على المستويين الشعوري واللاشعوري، باستخدام المقاييس السيكومترية من جهة، والطرق الإسقاطية وفتيات الدراسة الإكلينيكية من جهة أخرى، ويمكن تحديد مشكلة الدراسة بالتساؤل الآتي:

هل يختلف البناء النفسي لمرضى التلاسيميا عن البناء النفسي لمرضى أسوياء لدى اثنين من مرضى التلاسيميا واثنين من الأفراد الأسوياء كما تقيسه أدوات المنهج الإكلينيكي (دراسة الحالة ومقياس التات الإسقاطي).

ثانياً- أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة الحالية أهميتها من ناحيتين أساسيتين :

أولاً- من الناحية النظرية:

- تتجلى أهمية الدراسة من خصوصية وأهمية الموضوع والفئة المستهدفة فيه، والتي تشمل مرضى التلاسيميا وذلك من خلال تناول آثار المرض عليهم وعلى تكوينهم النفسي والجسمي.
- تقديم تصورٍ نظري حول مرض التلاسيميا ومتلازماته وعلاقته ببعض المتغيرات والجوانب النفسية مما يساهم في خلق مفهوم تصوري حول هؤلاء الأفراد ومعاناتهم وأسره.
- وتعتبر الدراسة الحالية من الدراسات المتعمقة في جانبيين هامين طبيّ ونفسي في آن واحد إذ تتناول أبعاد مرض التلاسيميا من الناحية التكوينية البيولوجية الجينية وتأثيراته النفسية التكوينية، كما تدرس جانبيين نفسيين هامين هما صورة الجسد وقلق الموت.

ثانياً- من الناحية التطبيقية: وتتجلى أهمية الدراسة من الناحية التطبيقية بالاعتبارات الآتية:

- يعدُّ موضوع الدراسة من المواضيع الحديثة والأصيلة التي تمسُّ شريحةً من المجتمع متمثلةً بمرضى التلاسيميا مما يرفع من قدرة الأفراد المحيطين بهؤلاء المرضى على التعامل معهم بشكل أفضل وبطريقة تساهم في تقديم الطمأنينة لهم.
- الكشف عن التباينات في البنية النفسية بين عينة مرضى التلاسيميا وعينة من الأسوياء، إضافة إلى الكشف عن الفروق في صورة الجسد وقلق الموت.
- تحديد ماهية البنية النفسية لمرضى التلاسيميا من خلال اختبارات إسقاطية مما يساعد على الوصول إلى تشخيص للاضطرابات النفسية التي يعاني منها المرضى ويسهم في إعداد خطط وبرامج علاجية نفسية لهؤلاء المرضى.
- تتبع أهمية هذه الدراسة كونها أول دراسة علمية تناولت مفاهيم طبية ونفسية في سورية - في حدود علم الباحثة- توجَّهت نحو دراسة البناء النفسي لمرضى التلاسيميا، حيث لم تلاحظ الباحثة أي دراسة في هذا المجال على المستوى العربي فيما يتعلق بالمفاهيم المدروسة.
- النتائج التي ستتوصل إليها الدراسة الحالية ستكون سبباً في توجيه العديد من الدراسات والبرامج الإرشادية والعلاجية في المستقبل مما يساهم في زرع نواة علاجية داعمة لفئة من المجتمع لا يستهان بها.

ثالثاً- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- 1- الكشف عن العلاقة بين صورة الجسد وقلق الموت لدى عينة مرضى التلاسيميا.
- 2- الكشف عن الفروق في صورة الجسد لدى مرضى التلاسيميا التي تعزى لمتغير الجنس.
- 3- الكشف عن الفروق في قلق الموت لدى مرضى التلاسيميا التي تعزى لمتغير الجنس.
- 4- الكشف عن الفروق في صورة الجسد بين أفراد عينة مرضى التلاسيميا وعينة من الأسوياء من الجنسين.
- 5- الكشف عن الفروق في متوسط درجات قلق الموت بين أفراد عينة مرضى التلاسيميا وعينة من الأسوياء من الجنسين.

6- استكشاف التباين في البناء النفسي بين مرضى ثلاثيميا وأفراد أسوياء من حيث (سمة الشخصية "البطل الذي يتقمص الفرد حالته الشخصية"، الحاجات الرئيسية، الضغوط والعوامل البيئية والمؤثرات الخارجية، أساليب التعامل الوالدية (السيطرة والعطف) وإدراك صورة البيئة وصورة الأم وصورة الأب، شدة الأنا الأعلى، مخاوف الحالة وطبيعة قلقها، طبيعة القمص (النهايات)، والصراعات والإحباطات، وسائل الدفاع المستخدمة) باستخدام الأدوات الإكلينيكية (التشخيصية) اختبار تفهم الموضوع للكبار ودراسة الحالة.

رابعاً- فرضيات الدراسة:

تسعى الدراسة إلى اختبار الفرضيات الآتية:

- 1- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة صورة الجسد ودرجة قلق الموت لدى أفراد عينة مرضى الثلاثيميا.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات صورة الجسد لدى مرضى الثلاثيميا تعزى لمتغير الجنس.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات قلق الموت لدى مرضى الثلاثيميا تعزى لمتغير الجنس.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات صورة الجسد لدى أفراد عينة مرضى الثلاثيميا وعينة من الأسوياء من الجنسين.
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات قلق الموت لدى أفراد عينة مرضى الثلاثيميا وعينة من الأسوياء من الجنسين.
- 6- لا يختلف البناء النفسي لمرضى الثلاثيميا عن البناء النفسي لأفراد أسوياء كما تقيسه أدوات المنهج الإكلينيكي دراسة الحالة ومقياس التات الاسقاطي.

خامساً- حدود الدراسة:

- 1- الحدود البشرية: تتكون عينة الدراسة والتي تم اختيارها بشكل عشوائي من (50) مريضاً ومريضة مصابين بالثلاثيميا الكبرى، والذين تتراوح أعمارهم من (18-30) يتلقون علاجاً بنقل الدم بشكل دوري في مركز العيادات الشاملة و(50) آخرين من الأسوياء (غير المرضى) من طلاب جامعة دمشق.

وستكون العينة التي سيدرس لديها البناء النفسي مؤلفة من أربعة أفراد: اثنان منهما مرضى ثلاثيميا (نكر وأنثى) يقابلهما اثنان من الأسوياء يتم اختيارهم بناءً على درجاتهم المرتفعة والمنخفضة على مقاييس الدراسة ووفقاً لدراسة الحالة.

2- **الحدود الموضوعية:** سيتم في الدراسة الحالية استخدام المنهجين التاليين: المنهج الوصفي التحليلي وذلك باستخدام مقياس اضطراب صورة الجسد وقلق الموت.

واستخدم المنهج الإكلينيكي من خلال تطبيق اختبار التات الإسقاطي ودراسة الحالة.

3- **الحدود الزمانية:** تم إجراء الدراسة الحالية في العامين (2014-2015) استمر التطبيق مدة شهرين: في (آذار-أيار 2014 للدراسة الاستطلاعية) بمعدل يومي في الأسبوع أما فيما يتعلق بالتطبيق العملي للأدوات استغرقت الفترة الممتدة بين (تشرين الثاني -كانون الثاني 2014) للدراسة الوصفية وشهرين للدراسة الإكلينيكية (آذار ونيسان 2015) عدا الوقت المستغرق في الحصول على الموافقات اللازمة لذلك من مديرية الصحة الذي استغرق شهرين في بداية عام 2014.

4- **الحدود المكانية:** قُوبِلَ المرضى في مبنى العيادات الشاملة الكائن في الزهرة الجديدة أما عينة الأسوياء فكانت في جامعة دمشق.

سادساً- مصطلحات الدراسة:

1- البنية النفسية (Psychological Structure) :

يعرف "رابابورت" Rabport البناء النفسي بأنه: تنظيم ثابت نسبياً من الأحداث التي تتطوي على سياق ذي معنى من الأفعال والظواهر العقلية.

بينما يعرف "فردشواتز" shwates.F البناء النفسي بأنه: تنظيمٌ وظيفي يُؤَلد مدًى من التحولات ذات المعنى (العاسمي، 1995، 7).

فالبنية النفسية: هي جملة السمات التي تميز كل فرد بالعينة، وتكشف عن صراعاته وإحباطاته ورغباته وذلك كما نقيسها الأدوات الإكلينيكية (التشخيصية).

2- الثلاثيميا (Thalassaemia) :

عرّفه الاتحاد الدولي للثلاثيميا (Thalassaemia International Federation) بأنه: مجموعة من أمراض الدم، تتميز بنقص في تكوين أحد السلسلتين الأمينيتين (A2B2) ألفا وبيتا اللتين تكوّنا جزيء

خضاب الدم (HBA) المسمّى بالهيموغلوبين، وينتج عن ذلك نقص في إمداد الخلايا الحمراء بالهيموغلوبين وفقّر الدم (Thalassaemia International Federation,2008,14). ويعرّف أيضاً: اضطراباً وراثيّ في خلايا الدم ويوصف بانخفاض مستوى الهيموغلوبين وانخفاض عدد الكريات الحمراء عن المعدل الطبيعي ويرجع السبب في ظهور أعراض الأنيميا كالإجهاد والتعب وغيرها إلى نقص الهيموغلوبين وهي المادة الموجودة في خلايا الدم المسؤولة عن حمل الأوكسجين (وزارة الصحة، 2015، html).

متلازمات الثلاسيميا Thalassaemia Syndrom : مجموعة من الآفات الوراثية تنتقل بصفة جسمية صاغرة، وتتصف بتثبط ونقص تشكل بعض السلاسل الببتيدية التي تدخل في تركيب الهيموغلوبين، تتميز متلازمات الثلاسيميا Thalassaemia Syndroms بدرجات مختلفة من تكون الكريات الحمر اللافعال وفرط الانحلال.

يصيب العيب الوراثي أحد سلاسل الغلوبين وتتمثل الأذية الوراثية بخبن(حذف) أو طفرة نقطية. وهناك طيف واسع من الاضطرابات الوراثية تؤدي إلى متلازمات سريرية متعددة، يُميّز عادةً بين مجموعتين من الثلاسيميا (الثلاسيميا ألفا والثلاسيميا بيتا) حسب نمط السلاسل المتضررة. تؤدي الأذية الوراثية إلى اضطراب نسبة السلاسل ألفا إلى السلاسل غير ألفا، يرافقها قصور كمي في تركيب واحد أو أكثر من الهيموغلوبينات السوية (F,A2,A) حسب السلسلة المصابة (جرجس، 2011، 55).

متلازمات الثلاسيميا Thalassaemia Syndroms : هي اضطرابات وراثية تتميز بنقص إنتاج سلاسل الغلوبين(ألفا وبيتا) ويسبب انخفاض تركيب سلاسل الغلوبين نقصاً في تركيب الهيموغلوبين وفي النهاية ينتج فقر دم صغير الكريات ناقص الصباغ نتيجة عدم فعالية هيموغلوبين الكريات الحمراء، ويمكن اعتبار الثلاسيميا من فاقات الدم المنقصة للتكاثر، وفاقات الدم الانحلالية أو المتعلقة بخضاب شاذ (إسحاق وآخرون، 1994، 596).

3- صورة الجسد (Body Image):

اتفق العلماء وخصوصاً شيلدر وفيشر (Schilder & Fisher) حول هذا المفهوم من "إنه مكوّن أو بناءً متعدد الأبعاد، ومعقّد نوعاً ما، نتيجة لتداخل العديد من العوامل النفسية والاجتماعية والفيزيولوجية والثقافية المساهمة في تشكيله، إضافةً إلى مدركات الفرد التي يحملها عن خصائصه الجسمية الداخلية والخارجية (العاسمي، 2014، 8).

وعرّف **Cash** كاش صورة الجسد بأنها: أفكار الشخص، واعتقاداته، ومشاعره، وتصوراتهِ وإدراكاته واتجاهاته وأفعاله التي تتعلق بمظهره الجسمي عامةً، يشمل ذلك المظهر، والسن، والعنصر، والتوظيفات، والجنس (Cash, 2004, 192).

كما عرّف **Cusack** كوساك صورة الجسد بأنها: اتجاه الذات متعدد الأبعاد نحو جسم الفرد، خاصة حجمه، شكله، وجماله، وعرّفها **Foshay** فوشاي بأنها: وعي الفرد بمظهره مقارنة بنفسه وبالأخرين (الأشرم، 2008، 24).

4- قلق الموت (Death Anxiety):

القلق والخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو متشائماً، ومتوتر الأعصاب، ومضطرباً، كما أن الشخص القلق يفقد ثقته بنفسه، ويبدو عاجزاً عن البت في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز (فرويد، 1962، 3-4).

وقد احتوت الدراسات التي تتناول القلق على عدة أنماط من القلق ومن بينها قلق الموت؛ ويعد التعريف الذي قدمه **تمبلر** من أكثر التعريفات المقتبسة لقلق الموت، إذ يعرفه بأنه "حالة انفعالية غير سارة يعجّل بها تأمل الفرد في وفاته".

وعرّفه **هولتر**: "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت" (عبد الخالق، 1987، 39).

ويعرّف **جوفيندر Govender** قلق الموت: شعور بالرهبة والتوجس أو التعاطف عندما يفكر المرء ماذا سيحدث بعد الموت أو في أثناءه (Govender , 2005, 12).

وستعتمد الباحثة أن قلق الموت هو: مجموعة المشاعر السلبية المؤلمة والمخيفة التي تنشأ لدى الفرد نتيجة التأمل العميق بحقيقة الموت بما يتضمنه من تفكير في تفاصيل الموت وكل ما يتعلق به لديه أو لدى الآخرين، والتوقع المؤلم لما سيحدث بعد الموت.

الفصل الثاني الإطار النظري

الفصل الثاني

الإطار النظري

أولاً: الثلاسيميا (Thalassaemia)

أولاً- نشأة مرض الثلاسيميا وتطوره:

مرض الثلاسيميا مرض منتشر بكثرة خصوصاً في بلاد البحر الأبيض المتوسط والشرق الأوسط وجنوب آسيا، لم يُسجَل ويوصف إلا عام (1925م)؛ ويصيب الأطفال في سن السابعة فيشتكون من الضعف والشحوب واسمرار اللون، وسرعة التنفس عند المشي.

وصفه أحد الأطباء بأنه الحالة التي يتضخم الطحال فيها حتى يكاد ينفجر داخل البطن، ولم يوصف بدقة إلا عام (1925) حيث قام الطبيب توماس كولي من ديترويت بالولايات المتحدة بوصفه في مقالة علمية، أطلق عليه ثلاسيميا thales بمعنى البحر عند الإغريق و Anaemia بمعنى فقر الدم، ودمجت الكلمتان لتعنيان أنيميا البحر الأبيض المتوسط، أو فقر الدم البحري، ثم اكتشف العالم Riette أن هناك نوعاً خفيفاً من فقر الدم مصحوب بالصفراء، وصغر حجم كريات الدم الحمراء، ولوحظ أن هذه الحالة توجد عند والدي الأطفال الذين يشكون من الثلاسيميا ومن ثم عُرف الحاملون للمرض.

في عام (1930) عرّف المرض بالكامل وفي عام (1959) شرح العالم Ingram عن التركيب الجيني للهيموغلوبين وعرّف سبب المرض وطريقة توارثه (العريض، 2003، 216).

ثانياً- التعريف بالمرض:

الثلاسيميا مرض دموي يتميز باضطراب في تشكيل الخضاب بسبب غياب أو نقص إنشاء نمط أو أكثر من سلاسل عديدات بيتيد الغلوبين، مما يؤدي لاضطراب في نسب الخضاب الطبيعي ومن ثم ينقص عمر الكرية الحمراء ويحدث انحلال وفقر دم، والثلاسيميا مرض شائع في دول حوض البحر الأبيض المتوسط (ياسمينه، 1999، 57).

يعتبر الخضاب الطبيعي لدى البالغين مبدئياً الخضاب A والذي يمثل 98% من الخضاب الجوال تقريباً.

يتكون الخضاب A من أربع سلاسل: سلسلتين ألفا وسلسلتين بيتا ويمكن أن يرمز له ب (a2 B2) تتوضع نسختين من مورثات ألفا غلوبين على الصبغي 16 ولا يوجد بديل عن ألفا غلوبين لتكوين الهيموغلوبين.

تتوضع مورثة بيتا غلوبين على الصبغي 11 مجاورة للمورثات التي تحول الشيفرة الوراثية إلى سلاسل مشابهة ل بيتا - غاما- ديلتا غلوبين.

إن التركيب الرباعي (α2δ2) يمثل الغلوبين A2 والذي يشكل 1-2% من خضاب البالغين بشكل طبيعي. والتركيب الرباعي (α2γ2) يمثل الغلوبين F الذي يعد الخضاب الأساسي في الحياة الجنينية ولكنه يشكل أقل من 1% من خضاب البالغين الطبيعي.

تؤدي ألفا تلاسيميا الناجمة عن فقدان المورثة إلى نقص تكون السلاسل ألفا بشكل مبكر ومباشر وعندما تصبح كافة خضابات البالغين حاوية على سلاسل ألفا فإن الألفا تلاسيميا لا تحدث أي تبدلات في التوزع النسبي للخضابات A، A2 و F.

في الأشكال الشديدة ل ألفا تلاسيميا قد تتشكل سلاسل بيتا الرباعية B4 وتسمى الخضاب H. يملك الخضاب H إلفة كبيرة للأوكسجين ولكنه يوصل الأوكسجين إلى النسج بشكل ضئيل وهو خضاب غير ثابت ويخضع لتبدلات تأكسدية في حالات الالتهاب وعند التعرض للأدوية المؤكسدة (سلفوناميد...الخ).

تتجم B تلاسيميا عن التغيرات الوراثية المفاجئة أكثر من فقدان المورثات الكبير وتنتج عن هذه التغيرات الوراثية المفاجئة (الطفرات) عن إنهاء تركيب السلسلة قبل الأوان أو عن اضطرابات استنساخ RNA وفي النهاية تكون النتيجة نقص أو غياب تركيب سلاسل بيتا غلوبين.

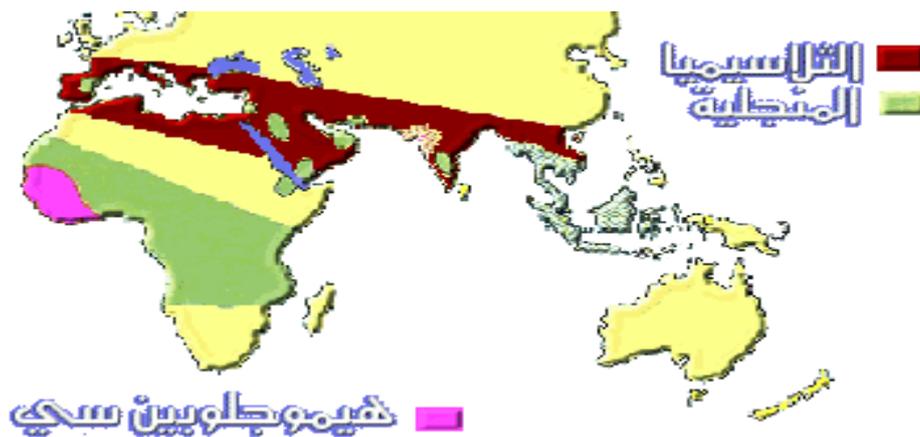
إن الشذوذات الجزئية ل B تلاسيميا هائلة ومتغيرة ويعبر عن الشذوذات التي تؤدي إلى غياب تركيب سلاسل الغلوبين ب B⁰ بينما يرمز للشذوذات المسببة لنقص التركيب ب B+.

ويؤدي نقص تركيب سلاسل بيتا غلوبين في B تلاسيميا إلى زيادة نسب الخضاب A 2 و F بالمقارنة مع الخضاب A بينما تحل الغلوبينات المشابهة ل B (غاما و ديلتا) محل سلاسل بيتا المفقودة. وعند وجود نقص سلاسل بيتا فإن سلاسل ألفا المفرطة الزيادة تصبح غير ثابتة و مترسبة مما يؤدي لأذية أغشية الكريات الحمراء، وتسبب هذه الأذية انحلال الدم داخل النقي الوصفي (تخريب الخلايا الحمراء المتطورة ضمن نقي العظم) بالإضافة إلى الانحلال في الدم المحيطي.

ويصبح النقي المفرط النشاط بشكل وصفي تحت وطأة فاقة الدم الشديدة وعدم فعالية الجملة الحمراء التي تنتج عن تخريب الكريات الحمراء التي في طور التطور يؤدي هذا التضخم الوصفي لعناصر الجملة الحمراء في نقي العظام إلى تشوهات عظمية وترقق عظمي وكسور عظمية (إسحاق وآخرون، 1994، 597).



ثالثاً- المناطق الجغرافية للثلاسيميا:



تلاحظ بشكل شائع بين سكان الحوض الأبيض المتوسط، ونسبي منهم الإيطاليين والسوريين واليونانيين، كذلك فإنها قد تصيب الأمريكيين السود والأفريقيين وسكان الشرق الأوسط، بينما تلاحظ الثلاسيميا البسيطة بشكل كبير في السكان الشرقيين مثل الهند والباكستان وجنوب شرق آسيا كالصين. (Thalassaemia International Federation, 2008, 19).

رابعاً- أنواع الثلاسيميا:

يمكن التمييز بين أربعة أنواع للثلاسيميا تعرف ب ألفا α وبيتا β وغاما γ ودلتا δ ثلاثميا. فقط α و β ثلاثميا هي المهمة سريرياً، و γ و δ تكون مهمة سريرياً فقط عند اشتراكها مع β ثلاثميا (الأحمد، 1996، 2).

تصنف أنواع الثلاسيميا إلى:

- **ثلاسيميا ألفا:** يتكون الهيموجلوبين من أربع سلاسل جينية من النوع ألفا، واثنين من الأب واثنين من الأم، وعند حدوث خلل أو قصور في هذه السلاسل ينتج ما يسمى (ثلاسيميا ألفا)، وتختلف حدتها حسب درجة الخلل، فعند حدوث اختلال في واحد فقط من السلاسل الجينية تسمى (الثلاسيميا الساكنة)، ويعد الشخص حاملاً للجين المصاب، ولا يعاني المصاب أي أعراض ظاهرة؛ وعند حدوث خلل في سلسلتين جينيتين من النوع ألفا تنتج حالة الثلاسيميا ألفا البسيطة، ويعاني الشخص الحامل لهذه الجينات أعراضاً بسيطة جداً، وقد لا تكون ظاهرة لكن يمكن اكتشافها من خلال فحص الدم .

وعندما يكون القصور في ثلاث سلاسل جينية من ألفا ينتج فقر دم شديد وتراوح الأعراض التي يعانيها الشخص ما بين المتوسطة إلى الشديدة، وتسمى الحالة (مرض هيموجلوبين هـ، ويظهر تحليل الدم للمصاب بهذه الحالة كريات دم حمراء صغيرة ومشوهة، ويصاب المصاب بتضخم في الطحال وتشوه في العظام؛ بسبب زيادة نشاطها لتعويض الخلايا الحمراء التالفة، ويحتاج المصاب لنقل الدم ليتمكن من الحياة بشكل طبيعي، وإذا حدث القصور في أربع سلاسل جينية فتسمى الحالة (الثلاسيميا ألفا الشديدة) (Major Alpha Thalassemia)، وتتسبب في وفاة الجنين قبل الولادة أو مباشرة بعد الولادة.

(Chohen,et.2004.14)

- **ثلاسيميا بيتا:**

يمكن تقسيم الثلاسيميا بيتا سريريًا إلى ثلاسيميا بيتا الصغرى، وثللاسيميا بيتا الوسطى، وثللاسيميا بيتا الكبرى.

أ- **ثلاسيميا بيتا الكبرى:** تتميز بغياب الهيموغلوبين A وبنقص تشكله بسبب غياب سلاسل بيتا غياباً تاماً أو بنقص تشكلها.

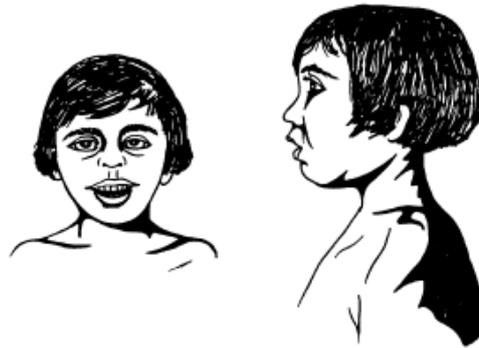
التظاهرات السريرية: تبدأ أعراض المرض باكراً عند الطفل بظهور الشحوب واليرقان في الأشهر القليلة بعد ولادته، أي بعد الوقت الذي تبدأ فيه السلاسل بيتا بالتكون وإنتاج الهيموغلوبين A ليحل محل الهيموغلوبين F، وقد يتأخر ظهور الأعراض عدة أشهر حتى السنتين وهي:

1- فقر دم مزمن مع لون يرقاني وحصيات صفراوية.

2- ضخامة في الكبد والطحال تعود إلى فرط الانحلال وإلى تكون الدم خارج النقي وترسب الحديد

الزائد.

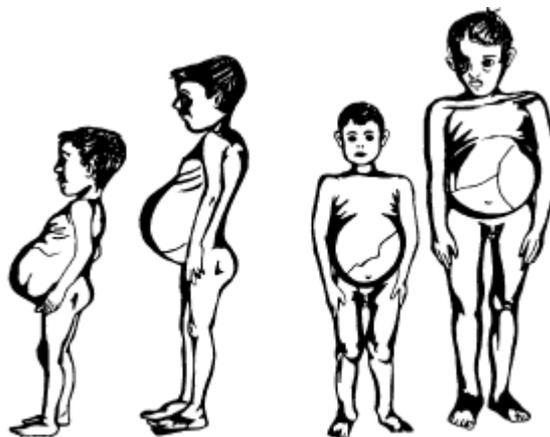
- 3- تراكم الحديد بسبب فرط الامتصاص من جهة ونقل الدم المتكرر من جهة أخرى مما يؤدي إلى الداء الهيموسيديريني والصباغ الدموي، وتليف الكبد وتشمعه والاضطرابات القلبية التي تتميز باضطرابات النظم وضخامة القلب والتهاب التأمور وأخيراً قصور القلب الاحتقاني.
- 4- الأخماج: تكثر الأخماج بالمكورات الرئوية والمستدمية النزلية، والسحائيات، ويحدث الخمج باليرسنية المعوية القولونية. (جرجس، 2011، 55)
- 5- التغيرات في عظام الأطفال الأكبر عمراً، وكبر حجم الرأس، وتمدد عظام الجبهة والجدار الخارجي للجمجمة بشكل واضح، وتمدد عظام الوجنتين بشكل واضح، كبر حجم الفك العلوي، وانحراف الأسنان عن الوضع الطبيعي الفسيولوجي، بروز في الشفة والقواطع المركزية العلوية وبالتالي صعوبة الغلق الطبيعي والسلس للفم، تغيرات العظام السابقة تنعكس على ملامح الوجه لتماثل وتشابه ملامح الوجه للطفل المنغولي عيون مائلة، انبعاج في الجزء الأنفي الأسفل.
- 6- صغر حجم قوام الشخص (حيث يكون معدل النمو البدني طبيعياً تقريباً للصغار، ولكن عملية النمو تتعطل عند البلوغ بسبب الأنيميا المزمنة، تأخر النضج الجنسي، مظهر البشرة برونزي منمش نتيجة للإصابة بالصفراء، بروز البطن وانتفاخه نتيجة لتضخم الطحال والكبد.
- 7- علامات تصاحب تطور الأنيميا فقر الدم عند الطفل ومنها: علامات نقص الأوكسجين المزمنة، الصداع، آلام العظام والمنطقة المعوية والسطح الأمامي السفلي للقفص الصدري، نقص قدرة التحمل لممارسة التمارين الرياضية.
- 8- رغبة متكررة، والزيادة المستمرة لحمض اليوريك في الدم، خلل في عملية البناء والهدم للحديد في الجسم، وهذه تؤثر على القلب والطحال فتؤدي إلى تضخمه إضافة إلى تكوين أنسجة تليفية فيه، وبالتالي إلى تليف الكبد في مرحلة الطفولة.



التغيرات التي تحدث في عظام الوجه

المضاعفات التي قد تحدث نتيجة للإصابة بالثلاسيميا الكبرى:

- مضاعفات قلبية: تضخم في العضلة، خلل /عدم انتظام في ضربات القلب.
 - مضاعفات ذات علاقة بالكبد والغدة الصفراوية: إذ يطور من 70-80% من الحالات مرض كبد مزمن غير محددة الاسباب ربما تعود لاستجابة الشخص للعلاج أو فيروسية أو الترافق بينهما (Thalassaemia International Federation,2008,93).
 - مضاعفات تصيب الطحال، البنكرياس، والعقد اللمفاوية كما يأتي:
 - 1- الطحال: قد يصبح حجمه كبيراً جداً يؤدي إلى انتفاخ وبروز البطن حيث يعيق عملية التنفس والأعمال الوظيفية للأعضاء الموجودة في البطن.
 - 2- البنكرياس: كما بينا في أعراض المرض، فإن الخلل في عملية البناء والهدم للحديد في الجسم تؤثر على البنكرياس وحدوث تليف فيه مما يسبب مرض السكري.
 - 3- العقد اللمفاوية: تصاب بالتضخم في البطن ومناطق أخرى من الجسم.
- (Luckmann, et. al 1987 , 1053)



تضخم الطحال في الحالات الشديدة المرض

العلاج:

- نقل الدم بشكل دوري (كل 3-4 أسابيع) مع محاولة الاحتفاظ بنسبة هيموجلوبين بين 9-14 جرام/دل، بهذا فقط يمكن أن نمنع الكثير من المضاعفات والتغيرات المستمرة والمحافظة على معدل النمو الطبيعي.

مضاعفات نقل الدم: الحساسية، الحكة، الالتهابات مثل التهاب الكبد الوبائي والإيدز، ولكن نتيجة للطرائق الحديثة لفحص الدم قبل إعطائه، فقد قلّت هذه المضاعفات بنسبة كبيرة، كما أن إعطاء الأدوية المضادة للهستامين قلّت من الحساسية (العريض، 2003، 226).

➤ نتيجة لعمليات نقل الدم المتكررة وتكسر الكثير من هذه الكريات الحمراء فإنه عندما يصل المريض إلى العقد الثاني من العمر تكون كمية الحديد قد ترسبت في أنسجة جسمه، وهذا يؤدي إلى تلف الأنسجة واضطراب عمل الأعضاء مثل الكبد والقلب والكلية ويتم التخلص من الحديد الزائد من خلال خالبات الحديد [ديسفرال] والتي تكون إما من خلال وضع مضخة تحت الجلد لمدة تتراوح بين (8-12) ساعة من (3-5) مرات في الاسبوع أو عبر أخذ أقراص، ومن مضاعفات هذا الدواء الحساسية، الشعور بالبرودة، الرعشة أو الحرارة، بطء نبضات القلب، الصداع، لكن المريض عندما يكون تحت المراقبة والعناية تقل هذه الأعراض وتعالج في حينها (Chohen,et.2004.16).

➤ عملية التخلص من الطحال: وذلك إذا أصبحت الحاجة إلى عمليات نقل الدم كثيرة ومتكررة بسبب سرعة الانخفاض في مستوى الهيموجلوبين، ومن فوائدها تقل الحاجة إلى نقل الدم ويقل حجم الكبد وحجم نخاع العظم ويجب أن تعطى المضادات الحيوية قبل العملية وبعدها.

➤ علاج الالتهابات: إذ يكون المريض عرضة للالتهابات بسبب ضعف البنية، وتأثر الطحال، وفقر الدم، لذا يجب تفادي هذه الالتهابات والوقاية منها وعلاجها.

➤ علاج الغدد ومشكلات النمو مثل تأخر النمو ومرض السكري.

➤ أخذ أقراص الفوليت.

➤ زراعة نخاع العظام: يجب أن يتوافر شخص مناسب وقريب حتى يناسب دمه أنسجته الشخص المريض، وإذا نجحت هذه العملية فهو يعتبر علاجاً شافياً، إلا أنها باهظة التكاليف وكثيرة المضاعفات.

➤ العلاج بالجينات، تعديل التركيبة الجينية (العريض، 2003، 233).

ب- ثلاثيميا بيتا الوسطى:

تعرف بأنها فقر دم معتدل الشدة يتراوح فيه نسبة الهيموغلوبين بين 7-10 غ/دل، وهي لا تحتاج إلى نقل الدم، شدة فقر الدم والسير السريري للمرض أقل مما في الثلاثيميا بيتا الكبرى، يترافق المرض سريرياً

بضخامة الكبد والطحال، وتأخر النمو، والسحنة الثلاثية الخاصة، وفرط بيلروبين الدم واتساع الأجواف النقية اتساعاً شديداً إذا لم ينقل الدم، يعتمد التدبير على:

- إعطاء حمض الفوليك بمقدار 1 ملغ يومياً، تجنب اللحوم والأغذية الغنية بالحديد.
- استئصال الحديد في المتقدمين بالسن من المرضى.
- قد يحتاج بعض المرضى إلى نقل الدم.
- قد يلجأ أحياناً إلى استئصال الطحال

ج- ثلاثيميا بيتا الصغرى:

شكل لا عرضي للثلاثيميا الصامتة، يتميز المريض بفقر دم خفيف يكون فيه الهيموغلوبين بين 10-12 غ/دل.

د- ثلاثيميا بيتا ودلتا: تترافق وخلل إنتاج الهيموغلوبين F بنسبة 5-20% في الحالات المتخالفة الزيجات، وتشبه سريريا ومخبرياً الثلاثيميا بيتا الصغرى. ويلاحظ وجود الهيموغلوبين F وحيداً في الحالات المتماثلة الزيجات وتشبه الصورة السريرية الثلاثيميا الوسطى (جرجس، 59، 2011)

خامساً- الإجراءات الوقائية من المرض:

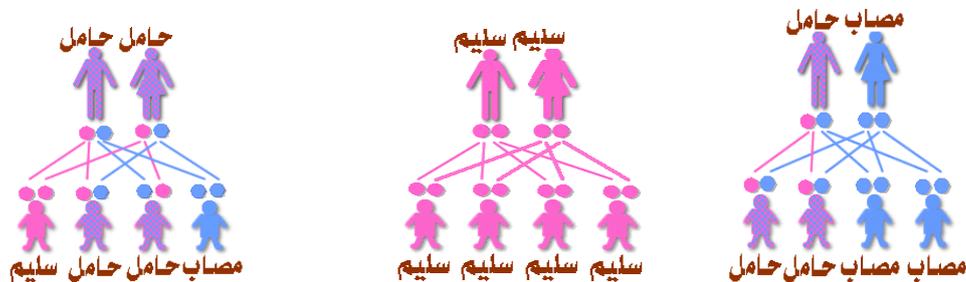
يمكن الوقاية من إنجاب أطفال مصابين بالثلاثيميا الكبرى والتي تتطلب نقل دم للمريض مدى الحياة بإحدى الوسائل الممكنة التالية:

- عمل تحليل دم هيموجلوبين الكترورفوريسيس (Hb-electrophoresis) وبصورة إجبارية للخطيبين قبل الزواج، وبالاطلاع على النتيجة نسبة "HbF" يتم الموافقة أوعدم الموافقة على ارتباط هذين الخطيبين وذلك قبل الزواج.
- عمل دراسة جينية لعينة من دم الخطيبين للتأكد من إصابتهما أو إذا ما كانا حاملين لجينات المرض وإيعاز للخطيبين بنتائج الدراسة بحيث ما إذا كان يسمح بارتباطهما أو لا.
- يتم الارتباط بين زوجين حاملين للمرض في بعض الدول مع علمهما المسبق أو اللاحق بأنهما حاملين للمرض، بحيث يتم الحمل بأسلوب أطفال الأنابيب بإجراء إخصاب بين حيوان منوي وبويضة خارج الرحم، فإذا تأكد أن الإخصاب سليم وأن الجنين سليم يتم بعدها إكمال عملية الحمل داخل الرحم ومن ثم الولادة.

- التشخيص المبدي قبل الولادة بأخذ عينة من السائل الأمنيوني المحيط بالجنين بعد 10 أسابيع من الحمل، أو بأخذ عينة من دم الجنين بعد 20 أسبوعاً من الحمل للتأكد من إصابة الجنين بالثلاسيميا أم لا، حيث يتم حينها الحمل، وعمل إجهاض في حالة التأكد من إصابة الجنين وهذا يتم في الدول التي لا تراعي المبادئ والقواعد الإسلامية في هذه القضية (طافش، 2006، 60).

سادساً- الاحتمالات الوراثية لانتقال المرض:

ينتقل المرض وتظهر الثلاسيميا الكبرى عند اجتماع مورثتين مرضيتين من كل من الأب والأم، أما في حال وجود مورثة واحدة من أحد الأبوين فيعتبر الشخص حاملاً للثلاسيميا.



والوقاية تتم من خلال:

- فحص مواليد وأقارب المريض
 - الفحص قبل الزواج
 - النصح بعدم زواج اثنين حاملين للمرض
 - الفحص أثناء الحمل إذا أمكن احتمال إصابة الأبناء
- إجراء دراسات إحصائية لمعرفة النسبة الحقيقية لحاملي المرض والمرضى وإعطائهم المعلومات الكاملة عن مرضهم وتقديم النصح لهم (العريض، 2003، 233).

سابعاً- التدخلات النفسية الاجتماعية في رعاية مرضى الثلاسيميا:

الثلاسيميا مرض مزمن يرافق المرضى إلى آخر حياتهم ويتطلب العديد من علاجات كما ذكر سابقاً لذا كان من الضروري الأخذ بالاعتبار الجوانب النفسية والثقافية والنمائية والسلوكية المؤثرة في حياة المرضى وذويهم، والتي بدورها تؤثر على نوعية الحياة، والعلاج، والدافع للبقاء. وهذا يفترض تحديات جديدة للتكيف والتوافق النفسي الاجتماعي، مما يجعل الدعم النفسي الاجتماعي مطلباً هاماً تحت هذه الظروف.

كيف تكون التدخلات النفسية ؟

- ينبغي على الاختصاصي النفسي أو العامل الاجتماعي أن يتابع قضايا التشخيص ونقل الدم لأول مرة وبدء برنامج علاج الاستخلاب (تخليص الحديد من الجسم) وأحداث الحياة (الزواج، الحمل، الوالدية).
 - العمل على دمج المرضى في فريق متعدد الاختصاصات وإجراء مقابلات دورية مع بقية الاختصاصيين المسؤولين عن متابعة المرضى.
 - إجراء تقييم شامل للمجالات النمائية النفسية الاجتماعية مثل: 1- العلاقات مع العائلة والأقران والأشخاص المؤثرين، 2- الأداء المدرسي، والعمل من خلال التقييم العصبي والنفسي الاجتماعي.
 - 3- مصاعب ومشكلات المراهقة 4- المشكلات الجنسية 5- تقييم الذات، الهوية، ومهارات التعامل، الاستقلالية 6- البحث من أجل اكتشاف القدرات والطاقات.
 - أن يؤكد الفريق المتعدد الاختصاصات ويركز على إيجابيات التواصل بين المريض والمجتمع والفريق الطبي.
 - مساعدة المرضى ليطوروا اتجاه إيجابي في التعامل مع مرضهم وتطوير مهارات إدارة الذات.
 - مناقشة الصعوبات المتعلقة بالعلاج مع المرضى ومع الأهالي.
 - علاج المخاوف المرتبطة بالعلاج مثل الخوف من نقل الدم.
 - إعلام المرضى بالخدمات النفسية المتاحة لهم.
 - توجيه المرضى إلى طبيب نفسي عند الضرورة.
 - تأمين الدعم النفسي الاجتماعي في الإطار البيئي والثقافي الاجتماعي.
- (Sayani et al, 2009, 30)

ثامناً- الثلاثسيميا والتكوين النفسي للفرد:

يرتبط التكوين النفسي للفرد بالتكوين الفيزيولوجي وسلامة الجسم برباط قوي، وقد يؤدي أي خلل أو اضطراب في هذا التكوين إلى مشكلة في بقية المنظومات، فالطفل الغاضب والعنيد يفقد سيطرته على سلوكه تجاه الضغوط النفسية أكثر من الطفل غير القلق، والأطفال الأسوياء بدنياً ونفسياً أقل عرضة للوقوع في المشكلات النفسية.

ويظهر المريض المصاب بالثلاثسيميا الكبرى أنيميا حادة ومتطورة تسوقه للاعتماد على نقل الدم فيتحسن مؤقتاً ثم تتدهور حالته من جديد؛ وفي دراسة قام بها فريق من منظمة أطباء العالم-اليونان- في

الأردن لمعرفة الخصائص النفسية لمرضى التلاسيميا وعائلاتهم، تبين من النتائج أن معظم المرضى ذو أداءٍ متوسطٍ في المدرسة بسبب وصمة العار والغياب المتكرر، ويعانون من مشاكل في علاقاتهم الاجتماعية ومع العاملين في المشفى، ويشكون من الفقر والنقص في توفر مضخات الديسفيرال، والتوتر في جو العائلة والعزلة الاجتماعية (بهمردي، 2003، 387).

كان معظم مرضى التلاسيميا الكبرى يموتون في مرحلة الطفولة المبكرة، بسبب فشل القلب الناتج عن الأنيميا الحادة، إلا أنه قد يعيش بعض المرضى في الدول المتقدمة لما بعد العقد الثالث من العمر، ولما كان مآل هذا المرض ينتهي إلى الوفاة مع التفاوت في مدّة الحياة إلا أنه أثناء هذه الفترة التي يحيها المصاب تترك الإصابة ندوباً كبيرة في حياة أصحابها فقد يكون النمو لديهم معوقاً، وكذلك قد تجد قصوراً في البلوغ الجنسي، وقلة النشاط واحتمال الإصابة في القلب، وفشل وظيفي في الكبد وغيرها مما يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى هؤلاء المرضى.

ثانياً- صورة الجسد

أولاً- مفهوم صورة الجسد:

يشكل جسد الإنسان المنطلق التعريفي الأول لمفهوم الإنسان عن ذاته، المعبر عنه وهو أداة للإفصاح عما تعتريه طبيعته البشرية من أخلاق وطباع وخصائص نفسية واجتماعية، فصورة الجسد تمثل انعكاساً نفسياً للجانب الوظيفي والعصبي والشكلي للجسم وهذه الصورة تعتبر فكرة الإنسان عن نفسه وعلاقته مع البيئة، فضلاً عن كونها ضابطاً يحدد السلوك الذي يمارسه لفرده.

وتعد صورة الجسد Body image من المفاهيم الأساسية في العلوم الإنسانية بوجه عام، وتحثل مركز الصدارة في الفلسفة المعاصرة والتحليل النفسي بوجه خاص؛ فصورة الجسد لها أهمية فائقة كظاهرة إنسانية لا تقل أهمية عن أي مفهوم آخر من المفاهيم السيكولوجية باعتبارها ظاهرة معقدة ومتعددة الأبعاد، وتتكون من خبرات الفرد واتجاهاته وتصوراتها، إضافة إلى كونها وظيفة دالة لعمليات التعلم الاجتماعي المعرفية كوسيط معرفي للسلوكيات والانفعالات (العاسمي، 2012، 14).

ثانياً- تعريف صورة الجسد:

تشمل صورة الجسم الكثير من التعريفات والمجالات :

فهي تلك الصورة اللاشعورية أو ذلك النموذج اللاشعوري الذي يحمله المرء لشخصيات الطفولة، ويوجه إدراكاته تجاه الآخرين، ويرى فرانسكو أن صورة الجسم في علاقتها بالواقع تمثل جوهر الطاقة النفسية في تكوين الشخصية؛ وقد عرفها "شيلدر" بأنها صورة أجسادنا التي نتصورها في عقولنا، أي هي الطريقة التي يتبدى بها الجسم لأنفسنا أو لذواتنا، وهي شكل موضعي للجسم يعمل كمقياس لتفسير الدوافع الحسية الواردة، والتي نشأت وتطورت عن أحاسيس فردية، وقد أكد "شيلدر" على المظهر البصري لشكل الجسم، فقد لاحظ أن كل لمسة تثير صورة ذهنية عن النقطة الملموسة، علاوة على ذلك فقد تضمن مفهومه المظاهر التالية:

- **العمل والتعبير:** لقد تشكلت صورة الجسد عن طريق اتصال المادة مع المحيط، وتبنى الأفعال على خطة حدسية التي تكون عملية معرفة الجسد، هي ضرورة ملحة.
- **المواقف العاطفية:** وهي الانفعالات الهادئة وسمات الشخصية التي يتصف بها الجسد، والتي تدوم لفترة طويلة بحيث تصبح فيما بعد الموجه للسلوك.

- المظاهر الاجتماعية: فتجربة جسدنا متصلة مع تجارب الأجساد الأخرى عن طريق النموذج الموضوعي، فهناك علاقة اجتماعية مع صور الجسد.

- البناء الشهواني للجسم: وهي المظاهر الحركية والرمزية للجسد والتي يتم الكشف عنها عن طريق التحليل النفسي (العاسمي، 2012، 26).

وعرّفت شقير صورة الجسد بأنها صورة ذهنية عقلية يكوّنها الفرد عن جسده سواء في مظهره الخارجي أوفي مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات (موجبة وسالبة) عن تلك الصورة الذهنية للجسد (شقير، 105، 2002).

ويعرف الكفافي والنيال صورة الجسم بأنها الصورة الذهنية التي نكوّنها عن أجسامنا بشكل متكامل متضمنة الخصائص الفيزيائية واتجاهاتها نحو هذه الخصائص (الكفافي والنيال، 46، 1995-47).

وعرّف كاش Cash صورة الجسم بأنها "أفكار الشخص واعتقاداته ومشاعره وتصوراتهِ وإدراكاته واتجاهاته وأفعاله التي تتعلق بمظهره الجسمي عامة، يشمل ذلك المظهر والسن، والعنصر، والتوظيفات والجنس (Cash, 1997, 2)

ثالثاً- مكونات صورة الجسد:

تضم صورة الجسد مكونين هامين يتمثلان في المثال الجسدي، وهو يعبر عن النمط الجسمي الذي يعتبر جذاباً وملائماً من حيث العمر وثقافة الفرد، أما المكوّن الثاني فهو مفهوم الجسم ويعرّف بأنه الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم فضلاً عن الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه (الكفافي والنيال، 1995، 21-22).

وترى جيمس (James, 1997) أن صورة الجسم تتكون من مكون انفعالي يشير إلى الشعور السار وغير السار، ومكوّن معرفي يشير إلى الرضا عن الحياة.

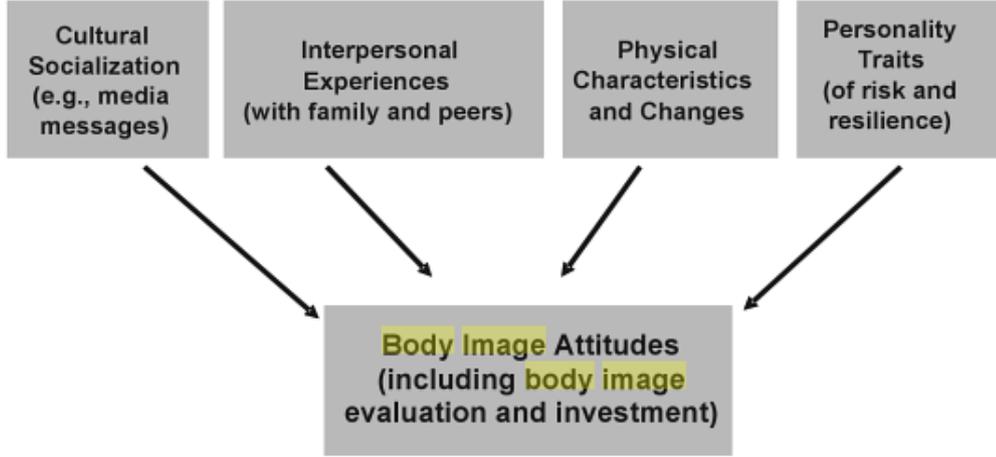
ويمكن تقسيم المظهر الجسمي بشكل عام إلى ثلاثة مكونات:

- مكوّن إدراكي يشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه
- مكوّن ذاتي ويشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم.

- مكوّن سلوكي ويركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة والتعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي.

رابعاً- تطور صورة الجسد:

Body Image Development: Historical Influences



يحدد كاش (Cash,2008,39) نمو صورة الجسد وتطورها من خلال الآتي: تتشكل صورة الجسد بعمر الطفولة حيث تؤثر خبرات الحياة على بعض الأشخاص بشكل إيجابي وتؤدي إلى نمو صورة إيجابية للجسد يكون الفرد راضياً عنها، بينما البعض الآخر يتعرضون لعدم قبول لأجسادهم لذلك فإن أهم العوامل التي تؤثر على نمو صورة الجسد :

- 1- التأثيرات التطورية التاريخية من الماضي تشكل الطريقة التي يدرك بها الفرد صورته عن جسده.
- 2- التأثيرات الحالية والتي تمثل الخبرات والمواقف التي يمر فيها بحياته اليومية والتي تحدد طريقة تفكيره وشعوره وكيفية تفاعله مع مظهره.

وكما في المخطط فإن نمو صورة الجسد يتشكل من خلال تفاعل العوامل التالية: الرسائل الاجتماعية الثقافية والتي تنتقل إليه على شكل رسائل صوتية ومرئية، والخبرات الشخصية الأسرية ومع أقران الفرد وزملائه، والسمات والخصائص الجسدية، والسمات الشخصية المرتبطة بعوامل الشخصية ومرونة الفرد وعوامل الخطورة المرتبطة بسمات شخصيته كل هذه العوامل تصب في تشكيل مواقف صورة الجسد وتقييمها واستثمارها.

خامساً- العوامل التي تتشكل وتتغير لتكوين صورة الجسد:

- القيم الاجتماعية الشائعة فيما يتعلق بشكل وحجم الجسم المرغوب، وهذه القيم تغيرت من القرن الماضي بشكل ملحوظ، فبعد أن كانت البدانة رمز للصحة والقوة أصبحت في الفترة الأخيرة رمز القبح والكسل وعدم القدرة على ضبط النفس.
 - إحساس الشخص تجاه نفسه ومستوى تقديره الكلي لذاته، وكذلك ما يتعرض له من عنف ومن ضرر مادي أو معنوي.
 - تغيرات الجسد المحددة بيولوجياً التي تحدث أثناء البلوغ وأثناء الحمل وكذلك الناتجة عن مرض ما أو جراحة أو حادث أو عاهة (عبود، 2012، 7).
 - الأحاسيس البصرية واللمسية.
 - التجارب العاطفية والقيمة النسبية لتأثيرها على الفرد الذي يكون صورة الجسم بأبعادها المتعددة.
 - الخبرات الاجتماعية، مع التقاطعات الجارية بين انطباعات البعض الآخر حول مظهرنا الجسدي وردود الفعل الشخصية لدينا لهذه الانطباعات.
 - المواقف الخاصة بنا وتقييمنا لأجسادنا على النحو المستمد من المقارنات، وعمليات الاستبطان الخاصة بنا والتجارب الإيجابية والسلبية الماضية (James,1997).
- وتذكر اليزابيث أن هناك عوامل متعددة تؤثر على نمو صورة الجسم وتلخصها بمايلي:

1- عوامل بيولوجية :

تتحدد بشكل كبير بالعوامل البيولوجية والوراثية، وبالتالي قد تلعب الخصائص البيولوجية والوراثية دوراً مهماً في نمو صورة الجسد، كما أن بعض الاضطرابات العصبية أو الخصائص البيولوجية، يمكن أن تؤثر على طريقة إدراك الأفراد لجسمهم مثل الطول وصفات الجلد أو البشرة، وحجم الصدر، وتقاطيع الوجه، والتشوه. لذا فالمحدد البيولوجي لحجم وشكل الجسم يمكن أن يؤثر على إدراك الفرد لجسمه، كما يؤثر على العوامل الأخرى التي يمكن فعلاً أن تسبب صورة سلبية للجسم (الأشرم، 2008، 31).

2- الوالدان والأسرة:

أوضحت العديد من الدراسات دور الوالدين والأسرة في تكوين صورة الجسد، وذلك من خلال ما يظهره الوالدان من اهتمام ورعاية بمظهر أبنائهم والاعتناء بهم والحرص على الحفاظ على وزن ملائم .

ويبرز أثر الوالدين من خلال عمليات النمذجة والتوجيه المباشرة وغير المباشرة أو وجود ثقافة أسرية، تهتم بالوزن والمظهر الجسدي حتى لو كان من منطلق الاهتمام الصحي (ظافر، 2011، 50).

3- الإعلام :

يلعب الإعلام دوراً مهماً في تسليط الضوء على المدى الواسع على الصور المثالية للجسد، وذلك من خلال العروض التلفزيونية لممثلات وممثلتي التلفاز والنجمات والنجوم المشهورين، وهذا كله يؤثر على الشكل أو الهيئة التي يكون الجمهور بها صورته عن أجسادهم (مشاعل، 2009، 23).

4- الأصدقاء / الأقران:

وجد ستايس أن الضغوط الأسرية ليست وحدها التي تروج لاضطراب صورة الجسد، أيضاً ضغط الأقران يؤثر على صورة جسد الشخص، ويذكر كاش أن مشاعر الكفاية الاجتماعية تعتمد جزئياً على كيف يعتقد الفرد إدراك أقرانه لمظهره

5- الثقافة السائدة:

يشير كاش أن صورة الجسد تعكس السياق الثقافي غالباً ويؤثر التكيف الثقافي على صورة الجسد بشكل كبير، فالثقافة ترفع قيمة بعض الأشياء وتخفض قيمة الأخرى، وتحدد ما الجيد وما الجميل والهام وإن التركيز الثقافي على المظهر الخارجي ضار للمجتمع ويؤدي إلى نتائج سلبية تؤثر على صورة جسد الفرد (الأشرم، 2008، 33-35).

سادساً- أبعاد صورة الجسد:

أشار روي (Rowe,1995) إلى وجود ثلاثة أبعاد يدور حولها مفهوم صورة الجسد، وهي:

- الأساس الفيزيولوجي: وهو الإحساسات الصاعدة للمخ عن وضع الجسم وأجزائه، وشكله، والتناسق العضلي بين أجزائه.
- البناء الجنسي: ويشتمل على موضوعات الافتتان بالنفس والجاذبية الجنسية، والاهتمام الجمالي بالجسد من خلال الملابس وأشكال الزينة الأخرى.
- الأساس الاجتماعي: ويحتوي على الموضوعات الاجتماعية المرتبطة بالحجم، مثل الخوف من الخجل، وصورة الجسم للآخرين، والقصور في الحركات الجسمية للآخرين.

وفي مصر أشار عباس وشويخ إلى أن صورة الجسد تشتمل على المكونات التالية: تقييم المظهر العام، والجاذبية الجسمية، وتقييم وزن الجسم، وتقييم الصحة واللياقة الجسمية، والمثاليات والتوقعات، والانفعالات السلبية، وتقييم الطول (العاسمي، 2012، 55).

وحدّد الكفاقي والنيال أربعة أبعاد لصورة الجسد وهي: بعدٌ يرتبط بالوزن وبعد يتعلّق بالجاذبية الجسمية، وبعد يتعلّق بالتأزر العضلي، وبعد يتعلّق بتناسق أعضاء الجسم.

ومما سبق يمكن تقسيم صورة الجسد إلى ثلاثة أبعاد: صورة الجسم المدركة وصورة الجسم الانفعالية وصورة الجسم الاجتماعية. (الكفاقي والنيال، 1995، 64)

سابعاً- الرضا عن صورة الجسد وتحقيق الذات:

للرضا عن صورة الجسد أثرٌ فعالٌ في تحقيق الذات، ويشعر به الفرد عندما تتاح له الفرص لاستخدام كل طاقاته وإمكاناته ومواهبه، وتلعب البيئة دوراً مهماً وأساساً لمساندة الفرد وتشجيعه، كما تتوفر فيها الأهداف التي يتطلب تحقيقها بذلك واستخدام القدرات والإمكانات دون إحباط حتى تتزايد احتمالات النجاح على إمكانات الفشل. ويتميز الشخص الراضي عن ذاته الجسدية بعدة خصائص منها:

- تقبل الذات والآخرين والطبيعة .
- قوة الدافعية النابعة من حب الحياة وتعتبر حافزاً للتفكير والإبداع.
- تجدد مستمر في تقدير ما يستحسنه ويعجبه .
- التجديد والابتكار.

وإن الفرد الذي يتمتع بهذه الخصائص عن ذاته الجسدية يكون قادراً على تحقيق حاجاته ويكون فرداً قوياً وكفوءاً واثقاً من قدراته، فضلاً على مكانته عند الآخرين مما يشعره بالثقة بالنفس، وبالتالي يبدأ بإشباع الحاجة إلى التقدير من قبل الآخرين، متمثلاً بالاهتمام والألفة وغيرها من الصفات الايجابية، وهذا ينعكس إيجابياً على سلوكه وإمكاناته، ويكون ذلك مثالية الجسد وهي الصورة الموجودة في مخيلتنا عما نرغب أن تكون عليه أجسادنا في المظهر والتكوين، وتشمل المؤثرات كلها مثل المعايير الاجتماعية والثقافية (سليم والشعراني، 2006، 152).

ثامناً- اضطراب تشوه شكل الجسد (Body Dysmorphic Disorder) :

- الانشغال بعييب متخيل في المظهر وإذا كان ثمة شذوذ جسدي بسيط فإن قلق الشخص يكون مفرطاً بوضوح.

- يسبب الانشغال ضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى من الأداء الوظيفي .

- لا يفسر الانشغال بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (مثل عدم الرضا عن شكل وحجم الجسد في القمه العصبي(جمعية الطب النفسي، 2004، 122).

وأشار كل كوبر وبروش أيضاً إلى أن تشوه صورة الجسد ظاهرة ذات مجالات متعددة، وتتضمن المجالات التالية:

- ❖ تشوه صورة الجسد: هو عبارة عن زيادة في المبالغة لتصوير المريض (صورته المدركة) عن شكله الذي يختلف عن شكله الحقيقي.
- ❖ عدم الرضا عن حجم الجسد: إن حجم الجسم المثالي من وجهة نظر الفرد يختلف عن حجمه الحقيقي.
- ❖ الاهتمام بالجسد أو القلق تجاه الجسد: حيث يعد شعور الفرد بالسمنة ورؤية جسده سميناً أو قبيحاً أمثلة حية عن اهتمامات المريض ذي التشوه المرضي حول شكله.
- ❖ عدم الحساسية تجاه الأمراض: وتشير إلى عدم قدرة الأفراد على التحديد الدقيق والواضح لإحساسات داخلية متنوعة، مثل الشعور بالجوع، أو التخمة، والآثار المترتبة على ذلك.
- ❖ وفي ضوء ذلك، حاول العلماء شرح التباين بين كيفية رؤية المريض لنفسه وجسده وبين الطريقة التي عليها في الحقيقة. ويقول كوبر أن تشوه صورة الجسد هي عبارة عن عدم التطابق بين الصورة العقلية للجسد التي تشكلت نتيجة لخبرات سابقة والصورة المدركة الحقيقية، وهذا ما يؤدي على تضخيم إدراك الفرد للحقيقة بين ما هو عقلي وبين ما هو واقعي (العاسمي، 2005، 3).

تاسعاً- صورة الجسد وانعكاساتها على سلوك الفرد في مرحلة الشباب:

تمثل هذه المرحلة (19-34) سنة الذروة في نمو القدرات الجسمية حيث يصل القلب والرئتين وبقية أجهزة الجسم إلى مرحلة التكامل الوظيفي، أي إنَّ الإنسان يتفجر طاقة وحيوية ولكن هذه الأجهزة الجسمية يكون أداؤها معرضاً إلى الانحدار نتيجة كثير من العوامل منها الظروف البيئية والتوترات الجسمية، والانفعالية التي قد تسبب السمنة والتي تشعر الفرد بالقلق، والتوتر وعدم الراحة نتيجة لقلة التمثيل الغذائي مع احتياجات الجسم إضافة إلى تأثير الراحة الذهنية والعقلية، وكذلك قلة ممارسة الأنشطة البدنية ولذلك يجب الاهتمام بالصحة الجسدية والنفسية.

وبخلاف ذلك سوف تولد لدى الفرد مشاعر سلبية اتجاه جسده سواء كانت هذه المشاعر موجهة اتجاه الجسد كله أو اتجاه جزء معين منه، وعدم الرضا هو غالباً نتيجة لاختلال صورة جسده، مما يؤثر على حياة الفرد وعلى تفاعلاته الاجتماعية حيث يدفعه الى تجنب المشاركة مع الآخرين ويسبب إحباطاً بالتالي ينعكس على تصرفاته وسلوكه (سليمان، 2005، 189).

عاشراً- تأثير التلاسيما على صورة الجسد (تعقيب الباحثة):

تؤثر الأمراض المزمنة على طريقة إدراك الفرد لذاته ولصورته عن نفسه لا سيما إذا كان هذا المرض يؤثر على الشكل الفيزيقي للجسد، ويعتبر مرض التلاسيما من الأمراض التي قد يتغير فيها الشكل الهيكلي للجسم سواء كان ذلك من خلال الهيكل العظمي، مما يؤدي إلى تشوهات في العمود الفقري أو تسطح العظام الوجهية أو قصر الأطراف، هذا بالإضافة إلى أنه قد يؤثر على لون البشرة وملامح الوجه، مما قد يسمُ أفرادَ التلاسيما بمميزاتٍ شكليةٍ مشابهةٍ مختلفةٍ عن الأشخاص العاديين ، إنَّ ذلك كله يحدث بشكل واضحٍ في حالات المرضى الذين تكون لديهم مضاعفات شديدة للمرض والذين لا يتعالجون بخالب الحديد، هذا كله يستدعي إلى ضرورة النظر والتفحص لمفهوم صورة الجسد لدى هؤلاء الأفراد واختبار وجهة النظر التي تتحدث عن صورة المرضى السلبية لأجسادهم وتأثيراتها السلبية عليهم من خلال نظرتهم الناقدة لأنفسهم وبأنهم غير جَدَّابِين.

والتي قد تجعل من شخصياتهم قلقة ومتوترة باستمرار مما ينعكس على تقييم الذات وربما يسبب عدم القدرة على التأقلم والتكيف فتترافق باضطرابات نفسية أخرى كالكآبة والقلق.

ثالثاً- قلق الموت

أولاً- مفهوم قلق الموت:

ظاهرة الموت من الظواهر الحتمية لكل إنسان في هذه الحياة، وهي سرٌّ من الأسرار الغيبية التي أُلقت بظلالها وبعمق على مجمل حياته وفي مختلف الأعمار، لكن هذه الظاهرة وبالرغم من أهميتها القصوى في حياة الأمم والشعوب، تعرّضت لتفسيرات عكست وجهات نظرٍ متباينةٍ من قبلهم، وتمثلت إمّا بالقبول والترحيب بها كسُنّةٍ من سنن الكون أملاً في الفوز بالخلود في الحياة الآخرة، أو الشعور بالرهبة والهلع والنفور منها، لما يكتنفها من غموض وفناء، ومن فقدان القدرة على التواصل نتيجة التدهور والضياع الذي يعتري الإنسان لحظة دخوله في سكرات الموت.

يعتبر تمبلر من أوائل الباحثين الذين تطرقوا إلى تعريف مفهوم قلق الموت، وذلك من خلال دراسته التي تمثلت ببناء أداة حول علاقة الموت بتدهور الحالة النفسية للفرد المقبل على الموت، حيث أطلق عليها اسم مرحلة اللحظة الأخيرة والتي تتمثل بفقدان القدرة على التواصل نتيجة التدهور والضياع الذي يعتري الذات الإنسانية بسبب دخول الفرد في مرحلة الموت، وقد اتصفت الأداة بصفات سيكومترية جيدة من حيث صدقها وثباتها (الطو وآخرون، 2003، 87).

ثانياً- تعريف قلق الموت:

مع غموض موضوع قلق الموت وإشكاليته فإنه يتعذر الوصول إلى تعريف جامع لهذا المفهوم وسنورد فيما يأتي بعض التعريفات التي وضعها عددٌ من العلماء لقلق الموت إذ يعرّف الحنفي قلق الموت بأنه: رهبة الموت، الخوف من الفناء، كرد فعل لموت شخص عزيز، أو التفكير في ميّت معين، يستحوذ التفكير فيه على الشخص، أو الشعور بالشخص بأنه يتآكل ويتلاشى بالتدريج (الحنفي، 1992، 566).

كما عرّفه (عبد الخالق، 2005، 119) بأنه استجابة انفعالية مكدرّة، ومشاعر شك، وعجز، وخوف تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار، لدى الشخص أو ذويه.

ثالثاً- مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف جاك شورون مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي:

- الخوف من الاحتضار.

- الخوف مما سيحدث بعد الموت.
- الخوف من توقف الحياة.

كذلك ميز "ليستر" من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت تتمثل في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي: الموت/الاحتضار، الذات/الآخرون. ومن ثم تشتمل هذه الجوانب على مايلي:

- الخوف من موت الذات.
- الخوف من احتضار الذات.
- الخوف من موت الآخرين.
- الخوف من احتضار الآخرين.

ولهذا التعدد في الأبعاد المكونة لقلق الموت مزايا عدة، ذلك أن افتراض مكونات متعددة لقلق الموت، يعدُّ أفضل من المكون الأحادي البعد، من حيث ما يترتب عليه من مزايا سيكومترية(عبد الخالق 1987، 44).

رابعاً- نظرية الموت:

النظرية المادية والتي حاولت تفسير الموت، فقد أكد العالم آرثر فندلاي أن الإنسان يتكون من جسم ونفس وروح، فالجسم نراه مادياً والنفس هي العقل أما الروح فهي الجسم الأثيري. إن الجسم الأثيري يطابق في الشكل الجسم الفيزيقي وهي التي تجعل هذا الجسم الفيزيقي يتماسك، وما الموت إلا انفصال الجسم الأثيري عن الجسم المادي (فندلاي، 2008، 78).

ترى هذه النظرية أنَّ الجسم هو الجانب المادي من الإنسان يتكون من ذرات وهذه الذرات متكونة وكما نعلم من الالكترونات وهي الجزء السالب والنواة، التي تحتوي على البروتونات وهي نفس عدد الالكترونات ولكنها تحمل الشحنة الموجبة، والنيوترونات المتعادلة الشحنة، إن نسبة المسافة بين الالكترونات كنسبة المسافة بين الكواكب السيارة وهذه المسافة هي عبارة عن الأثير الذي يحمله الإنسان، واعتماداً على النظريات الفيزيائية فإنَّ هناك عملية تجاذب بين الالكترونات والبروتونات وهذا ما يؤدي إلى استمرار حركة الالكترونات. ولكن توقف الالكترونات عن الحركة يسبب خروج الأثير من الذرة وانسحابه بعيداً عنها هو ما نعني به الموت، فيمكن وصف الموت هنا بأنه انقطاع قوة الحياة عن ملازمة المادة والتي

هي الحركة والاهتزاز وتُعرّف دراسة الموت بعلم الموت Thanatology وقد أخذت الدراسات في هذا المجال بتركيز القياس على السلوك والصحة، والتي تعتبر أن الحزن Grief أو الأسى Mourning (الانفعالي والجسدي) هو ردة فعل للفرد فاقد الحياة (الحلو، 2010، 530).

خامساً- قياس قلق الموت:

يقاس قلق الموت بعدة طرق أهمها المقابلة الشخصية، والطرق الإسقاطية، وقوائم الاختيار، والوسائل الفيزيولوجية، وزمن الرجوع، والتقديرية اللغوية الفارقة، والاختبارات.

سادساً- قلق الموت كحالة أم سمة:

إن قلق الموت نوع من أنواع القلق العام فهل ينطبق عليه مبدأ التصنيف إلى حالة وسمة؟ وللإجابة عن هذا التساؤل فإننا نقول لقد أجريت تجربة تضمنت عديداً من الفحوص المعملية والتجريبية، واستخدمت فيها أربعة أنواع من العلاج ويستنتج بنتجرو وداوسون منها أن قلق الموت يمكن أن يعدّ سمة في مقابل اعتباره ظاهرة "حالة" ومن الممكن أن نفترض نتيجة لذلك حساسية قلق الموت للمواقف والحوادث البيئية المرتبطة بالموت أو التي تذكر به.

تعتبر "سمة قلق الموت" بعداً أو جانباً أكثر ثباتاً وأقل قابلية للتغير والتعديل.

ولكن ما هي العلاقة بين مقاييس قلق الموت وكل من حالة القلق وسمة القلق؟ لقد ظهر أن الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص في مقياس قلق الموت الذي وضعه "تيمبلر" ترتبط بسمة القلق أكثر من ارتباطها بحالة القلق ويؤكد ذلك دراسة أجريت على عينات أمريكية وعلى عينات مصرية وعلى الرغم من وجود ارتباط موجب بين مقاييس قلق الموت وكل من حالة القلق وسمة القلق، فإن مفهوم الحالة والسمة لا ينطبق كثيراً على قلق الموت. ذلك أن حالة القلق على عكس من قلق الموت تختلف من لحظة إلى أخرى ومن موقف إلى آخر باستثناء مواقف الموت الفعلية في الغالب الأعم (عبد الخالق، 1987، 49).

سابعاً- أسباب قلق الموت:

يعدُّ الموتُ أعظمَ غموضٍ وأكبرِ سرٍّ يواجهه الإنسان، ويديهي أن يصاب الإنسان بالخوف والقلق تجاهه، ولهذا القلق أسباب شتى، تختلف باختلاف الأفراد. وهذا يرجع في جانب منه إلى درجة وعي الفرد بموضوع الموت أو إلى زاوية التي ينظر منها الفرد إلى هذا الموضوع، وقد عزا بعض الفلاسفة وعلماء النفس هذا الخوف لأسباب نفسية، فيزيولوجية، اجتماعية، دينية، وقد توضحت هذه الأسباب بما يلي:

- الجانب الانفعالي: ويتمثل بما يلي:
 - المعاناة من أحد الاضطرابات النفسية.
 - الخوف من الوحدة.
 - الخوف من نهاية الحياة.
 - الخوف من العدم.
- الجانب الفيزيولوجي: ويتمثل بما يلي:
 - الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
 - الخوف من الألم عند الاحتضار.
 - الخوف من الموت بطريق بشعة (القتل، الحرق،..الخ).
- الجانب الاجتماعي: ويتمثل بما يلي:
 - توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائماً بما حققها الإنسان، وليس بالعمر الذي قضاها.
 - تأثير الموت في من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة الأطفال الصغار.
 - الخوف من مفارقة الناس.
 - ثقافة المجتمع تجاه موضوع الموت، والتي يمكن أن تؤثر في الأفراد بدرجات متفاوتة.
 - الخوف أن يحزن الأحياء على من يموت.
 - التنشئة الأسرية التي يمكن أن تثبت الخوف من الموت في أفرادها منذ الصغر.
- الجانب الديني: ويتمثل بما يلي:
 - الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.
 - الخوف منة ظلام القبر وعذابه.

- الخوف من العقاب بعد الموت.

- الجانب الفلسفي:

- ثنائية الجسد والروح وانفصالهما وكيفية الوعي بهذه الثنائية كمولد للحياة ومحرك للموت.

- الخوف من الموت نتيجة عدم الفهم الواعي لمعنى الموت.

- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة مفاجئة (صويص، 2011، 65).

ثامناً- علاج قلق الموت:

العلاج الدوائي:

تستخدم فيه مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أو أحد مجموعات ssris مع أحد مضادات القلق، ويستمر العلاج الدوائي من ستة شهور لسنة حسب استجابة الحالة (سالم، 2006، html). وفي إحدى دراسات تمبلر لعلاج قلق الموت تلقى أفراد دراسته علاجاً دوائياً وجمعياً ومهنياً وكانت النتيجة أن قلق الموت ينخفض بعد علاج الاكتئاب دوائياً (عبد الخالق، 2005، 438).

وقد جرت العادة على أن يكون الأطباء والممرضات والعاملون الاجتماعيون، ورجال الدين اللاعبيين الأساسيين في تقديم الرعاية للأشخاص القريبين من الموت، ولكن في الآونة الأخيرة تزايد استخدام علماء النفس لخبراتهم لمساعدة الناس على الوصول إلى ما يسمى الموت الجيد أو بشكل أكثر دقة "موت أقل سوءاً" حيث يمكن لعلماء النفس في هذه الفترة أن يعالجوا الاكتئاب والقلق المرتبط بانتظار الموت.

وقد حددت الرابطة الأمريكية لعلم النفس أربعة أدوار رئيسية لعلماء النفس في مرحلة نهاية العمر:

- قيام علماء النفس السريري بعلاج الاكتئاب عند نشوئه في نهاية العمر فضلاً عن غيرها من مشاكل الصحة العقلية المرتبطة بانتظار الموت.
- علماء النفس أيضاً يمكن أن يساعدوا أفراد الأسرة ومقدمي الرعاية مع تيسير التعبير العاطفي والعمل بفعالية مع قضايا الحزن والخسارة، والإجهاد العصبي.
- مشاركة الأطباء النفسيين في المستشفى وتقديم الرعاية المخففة للآلام.
- يقوم علماء النفس بتعليم الناس على فهم الخسارة والأسى، والحزن وفهم الفروق بين الحزن العادي والاكتئاب السريري في نهاية الحياة (صويص، 2011، 79).

العلاج السلوكي:

يعد قلق الموت نوعاً من أنواع القلق ويصلح لعلاجه ما يستخدم في علاج القلق من طرق فنية محددة. كخفض الحساسية التدريجي أو تمارين الاسترخاء والتأمل والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بأنواعه المختلفة شيوعاً وانتشاراً وهو كذلك أفضلها من حيث إنه يحقق أعلى نسب للشفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة (عبد الخالق، 1987، 204).

تاسعاً- قلق الموت والثلاسيميا (تعقيب الباحثة):

يواجه مرضى الثلاسيميا العديد من التحديات والصراعات الداخلية، وبحسب الدراسات المختلفة فقد تبين أن وجود مرض مزمن يعيش مع الشخص إلى غاية موته يشكل مصدراً للقلق بحد ذاته، وهذا يتقاطع مع وجود مرض كالثلاسيميا، إذ أن مضاعفاته قد تظهر بشكل صارخ، أو قد يسبب الإصابة بأمراض مميتة مثل الفشل الكلوي، أو جلطة أو حتى التهاب الكبد وغيره من الأمراض التي قد تؤدي إلى الوفاة الفجائية وهذا يجعل مرضى الثلاسيميا في ذكرٍ دائمٍ لسيرة الموت أو حتى التفكير المستمر به، وتوقع الأسوأ، وعندما يتوفى أحد المرضى قد تجد البقية يتحسبون أو حتى يتوقعون كيفية حدوث النهاية ويفكرون في طريقة الاحتضار.

أساسيات لفهم البناء النفسي

أولاً- معنى التحليل النفسي:

يستند التحليل النفسي إلى نظرية التحليل النفسي في الشخصية، وهو يعتبر نظرية نفسية عن ديناميات الطبيعة البشرية وعن بناء الشخصية، ومنهج بحث لدراسة السلوك البشري، وهو أيضاً طريقة علاج نافعة وناجحة، ويتميز في التحليل النفسي اتجاهاً:

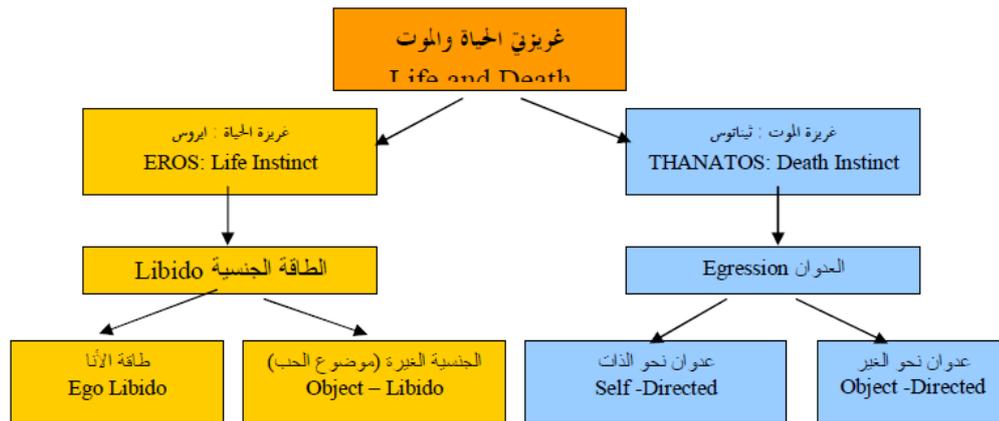
التحليل النفسي الكلاسيكي: المرتبط باسم فرويد Freud الذي يعتبر أول من وضع أساسه.

التحليل النفسي الحديث وفيه أدخل زملاء فرويد وتلاميذه -منهم ابنته "آنا فرويد" تعديلات وتطويرات مستقلة خاصة بهم دخلت معظمها في النظرية الشاملة للتحليل النفسي، ومن الفرويديين الجدد كارل يونغ وادلر وهورني، أوتو رانك، ايريك فروم، وسوليفان.

يلحظ الفرق بين التحليل النفسي الكلاسيكي والتحليل النفسي الحديث تكمن في الاختلافات النظرية

أكثر منها في نواحي العلاج وطريقة التحليل (زهران، 2005، 212)

أهم المسلمات النهائية لتمثل حتمية البايولوجية المتمثلة في غريزتي الجنس والعدوان صلب نظرية فرويد، حيث يرى أنهما مصدر الطاقة الديناميكية في الحياة النفسية، وكما هو الحال في بقية أجزاء النظرية فقد مرت نظريته في الجنس بثلاث مراحل كان آخرها اعتقاده بوجود دافعين متصارعين أحدهما هو الدافع نحو الحياة والآخر نحو الموت والدمار، ويرتبط الأول بالحب والجنس الذي يبدأ مع بدايات الحياة ذلك أنه الأساس في الحياة، ويكون الجنس موجهاً نحو الذات وهذا يظهر في النرجسية في المراحل الأولى وقد تستمر في الحالات المرضية، ثم يوجه نحو موضوعات خارجية مع بدايات المرحلة الأوديبية. والآخر يرتبط بالعدوان أو الدافع نحو الموت والموجه أساساً نحو الذات ثم الآخرين (الغامدي، 2014، 3).



ثانياً - مبادئ التحليل النفسي:

يحكم السلوك الإنساني مبادئ وهي : 1- مبدأ اللذة : الإنسان تحركه الرغبة في اللذة وتجنب الألم، وذلك أن السلوك يرجع في أساسه إلى حالة من التوتر المؤلم وأن الكائن الحي يهدف إلى الأشياء والأفعال التي تؤدي إلى خفض التوتر وبلوغ حالة التوازن، فالإنسان يهدف بطبعه إلى تجنب الألم وتحصيل اللذة.

2- مبدأ الواقع : فالإنسان لا يبحث فقط عن اللذة ولكنه أيضاً مرتبط بحدود الواقع الذي يكشف له أنه في لحظة ما عليه أن يؤجل لذاته العاجلة المباشرة من أجل لذة أخرى أكثر أهمية، فهو إن كان يبحث عن اللذة فهو واقعي في بحثه مما يترتب عليه وجود تدرج في مراتب اللذة فالمبدأ العام الي يميز سلوك الكبار عن السلوك الطفلي حسب فرويد هو مبدأ الواقع مؤداه "أن اللذة المباشرة أو تجنب الآلام في اللحظة الراهنة يمكن أن يؤجل من أجل لذة أكبر ومن أجل التخلص من ألم أعظم في مناسبة أخرى مقبلة".

3- مبدأ إجبار التكرار: يؤكد فرويد فيه دور العادة وتكرار الخبرات القوية التي يمر بها، فما إن يعتاد الإنسان على القيام بنشاط ما بطريقة معينة حتى يميل إلى تكرار هذا النشاط وبنفس الطريقة لدرجة تجعله يؤديه دون كثير من التفكير الشعوري (عباس، 2001، 15).

ثالثاً- مكونات الجهاز النفسي(البناء النفسي):

عندما نتحدث عن البناء النفسي فعلياً هنا أن نتحدث وبعمق أكبر عما أسماه فرويد الجهاز النفسي للفرد، فما يسمى بالحياة النفسية ما هو إلا قسمين: أولاً العضو البدني لهذه الحياة النفسية ومسرح عملها أي المخ (أوالجهاز العصبي) وثانياً أفعالنا الشعورية التي لنا بها معرفة مباشرة.

إن تقسيم الحياة النفسية إلى ما هو شعوري ولا شعوري هو لب التحليل النفسي والأساس الذي يرتكز عليه الذي يجعل من الممكن أن نفهم العمليات المرضية في الحياة العقلية.

ولفظ شعوري يعتمد على إدراك حسي ذي طابع مباشر ويقيني جداً وتبين الخبرة أن العنصر النفسي كالفكرة مثلاً لا يكون شعورياً دائماً فالفكرة التي تكون شعورية الآن لا تظل شعورية في اللحظة التالية مع أنها تستطيع أن تصبح شعورية مرة أخرى تحت شروط معينة.

وقولنا "لا شعوري" يعني أنه كامن ويستطيع أن يصبح شعورياً، غالباً ما نستمد مفهومنا عن اللاشعور من خلال نظرية الكبت ونعتبر المكبوت كنموذج للاشعور(فرويد،1982،25).

وبحسب هذا التقسيم فإننا أمام مجموعة من البناءات النفسية التي تكوّن الجهاز النفسي وأقدم هذه البناءات النفسية ما يطلق عليه اسم الهو أو الهذا ويشمل كل ما يحمله الكائن الإنساني معه عند ولادته، أي في المقام الأول الدوافع الغريزية الصادرة عن التنظيم البدني والتي تجد في الهو أول نمط من أنماط التعبير النفسي (فرويد،1986،8).

رابعاً- بناء الشخصية:

1- الهو هو ذلك القسم من الجهاز النفسي الذي يحوي كل ما هو موروث وما هو موجود منذ الولادة، حيث يحوي الغرائز التي تنبعث من البدن، كما يحوي العمليات النفسية المكبوتة التي فصلتها المقاومة عن الأنا، ففي الهو جزءٌ فطري وآخرٌ مكتسب، ويطيع الهو مبدأ اللذة، وهو لا يراعي المنطق أو الأخلاق أو الواقع، واللاشعور هو الكيفية التي تسود في الهو.

وبتأثير العالم الخارجي الواقعي المحيط بنا، يطرأ على جزء من الهو تغيير خاص، فينشأ عنه تنظيم خاص نسميه الأنا (فرويد،1982،16)؛ ومن الخصائص الرئيسية للأنا: أنه يسيطر على الحركات الإرادية نتيجة للعلاقة السابقة التكوين بين الإدراك الحسي والفعل العضلي كما يقوم

بمهمة حفظ الذات، وهو يؤدي هذه المهمة بأن يتعلم معالجة المثيرات الخارجية فيدخر خبرات تتعلق بها في الذاكرة ويتفادى المثيرات المفرطة في القوة بالهرب ويستقبل المثيرات المعتدلة بالتكيف، وهو يتعلم أخيراً تعديل العالم الخارجي تعديلاً يوصله إلى المنفعة، فالأنا إما أن يسمح للهو بالإشباع أو لا، فقد يؤجّل هذا الإشباع لأحيان وظروفٍ مواتية.

2- **الأنا** يسعى وراء اللذة ويتجنب الألم فهو يخضع لاعتبار التوترات التي تحدثها المنبهات الواردة عليه فيستشعر ارتفاعها ألماً وانخفاضها لذّة، بيد أنّ ما يستشعره لذّة أو ألماً ليس الدرجة المطلقة لهذه التوترات والزيادة المتوقعة في الألم يستجاب لها بنذير القلق، وكراسب من رواسب الطفولة الطويلة تتكون في الأنا مهمة خاصة يطلق عليها الأنا الأعلى (فرويد، 1946، 27).

3- **تمو الأنا العليا** في نهايات المرحلة الأوديبية وذلك كنتيجة للتوحد مع الوالد(ة) من نفس الجنس، ويتم امتصاص القيم الوالدية حول ما هو مقبول أو غير مقبول، وتعمل كقوة ضاغطة على الهو من جانب، وأيضاً على الأنا عندما يبدي تساهلاً في التعامل مع الهو. وإذا نظرنا مرة أخرى إلى نشأة الأنا الأعلى كما وصفناها سابقاً لأدركنا أنه يحدث نتيجة الفترة الطويلة التي يقضيها الإنسان في حالة ضعف واعتماد على الغير أثناء طفولته، ونتيجة عقدة أوديب التي يبدو لكبتها علاقة بظهور مرحلة الكمون التي تعطل نمو الليبيدو، وهكذا نرى أن تمايز الأنا الأعلى عن الأنا لم يحدث بالصدفة، وإنما هو أمر يمثل أهم الحوادث التي مر بها نمو كل من الفرد والنوع (فرويد، 1982، 59).

خامساً- مراحل التطور النفسي عند فرويد:

يرى فرويد أن التطور النفسي للإنسان هو تاريخ لتطور طاقة الحياة فيه، وهو ما أطلق عليه تسمية الليبيدو Libido وعلى الرغم من أن الترجمة الأقرب لها الكلمة طاقة الحياة إلا أن كثير من الكتاب ترجموها على أنه مرادف للجنس.

وقد تتبع فرويد التطور النفسي تبعاً لمواضع تركز الطاقة الليبيدية وميّز بين خمس مراحل للتطور النفسي وهي:

1- **المرحلة الفموية:** تمتد خلال العام الأول من العمر، يكون التعامل للطفل في هذا العمر من خلال عملية الإرضاع ولذة إشباع الجوع لديه، والسمة المميزة لهذه المرحلة هي الأخذ دون

العطاء، ويكون موضوع التعلق هو ثدي الأم ومع انتهاء العام الأول ينتقل مركز الإشباع إلى منطقة أخرى، والأشخاص الذين لا يتمكنون من تجاوز هذه المرحلة بشكل جيد يستمرون في التركيز عليها في حياتهم اللاحقة من خلال النهم في مداعبة الشفاه أو عادات التدخين وقضم الأظافر وغيرها.

2- المرحلة الشرجية: من (2-3) سنوات يكتشف الطفل فيها قدرته على التحكم بعملية إخراج الفضلات مع ما يرافق ذلك من تركيز القائمين على رعايته على تعويده عادات الإخراج والنظافة، وتتبع اللذة من اكتشاف الطفل قدرته على التأثير على الأحداث من حوله (كوجود الأم وعنايتها به) عن طريق ضبط عملية الإخراج وتعتبر السمة النفسية المرافقة لهذه المرحلة هي البخل وتمسك الطفل بأشياءه وعدم رغبته بمشاركة الآخرين له فيها.

3- المرحلة القضيبية: من (4-6) سنوات تبدأ هذه المرحلة باشتداد فضول الطفل التعرف على جسده و يصل إلى التعرف على أعضاء جسمه والخاصة منها فيبدأ بتلمسها ويقود هذا الطفل إلى أن يزداد اهتمامه بالمنطقة ويبدأ في مقارنة نفسه بالآخرين وهنا يبدأ اكتشاف مفهوم الجنس الاجتماعي ومن العقد النفسية المميزة لهذه المرحلة عقدة أوديب بالنسبة للذكر وعقدة الكترا للفتيات، ومن الأساليب النفسية الدفاعية الهامة في نظرية فرويد الكبت

4- مرحلة الكمون: من (6-سن البلوغ) يكون الطفل قد كبت مشاعره وخبرته المؤلمة فيعيش حالة من الهدوء والتوازن، ويتحول فضوله إلى العالم الخارجي، وتكون هذه المرحلة هي الأنسب لتعليم الطفل القراءة والكتابة، وتكون الفرصة سانحة هنا لاستدخال القيم التي يحملها الأبوان وتشكيل الأنا الأعلى.

5- مرحلة البلوغ أو المرحلة الجنسية الراشدة: تبدأ بالفورة الفيزيولوجية ويتم فيها اكتمال دورة العلاقة الحميمة بالجسد والآخر ويصبح الطفل شابا يافعاً.

ومن النقاط الهامة في نظرية فرويد أنه فسّر الاضطراب النفسي على أنه خلل في التطور، فهو واحد من حالتين: التثبيت على مرحلة تطورية معينة مما يجعل نمو الشخص النفسي وعلاقته بالآخرين قد توقفت في أشد حالاتها بساطة وبدائية، وقد تظهر لديه نوازع أنانية وعدوانية مع شيء من الطفالة الواضحة في علاقته بالشخص الذي يرى أنه هو الذي يؤمن حاجاته في هذا العالم.

أما الحالة الثانية فهي النكوص والعودة في حالة مواجهة الصراع والقلق أو الشدة إلى مرحلة سابقة على المرحلة النمائية التي وصل إليها الشخص، فيعود إلى استخدام أساليب تكيف سابقة مثال: كأن يبول لا إرادياً من شدة الخوف، أو يعود إلى حضن أمه، وكلما كان النكوص إلى مرحلة أبكر ازدادت آثاره حدة وخطورة (بركات وبلان ونعيسة، 2005، 38)

سادساً- آليات الدفاع الأولية:

1- الكظم Suppression :

عبارة عن آلية دفاعية تتمثل في امتلاك النفس عند الغضب والتوتر، وهي من الآليات الشعورية أكثر من كونها آلية لاشعورية.

2- التبرير Rationalization:

عبارة عن التفسير اللاحق لسلوك مدفوع لاشعورياً وغامض وإعطائه تفسيراً عقلانياً خارجياً، ويمثل التبرير حيلة دفاعية تقي الفرد من الاعتراف بالأسباب الحقيقية غير المقبولة لسلوكه، أو تحميه من الاعتراف بالفشل أو العجز. وهو عبارة عن إيجاد مبرر منطقي أو عقلي لتصرف ما من أجل صد مشاعر الفشل والذنب وبالتالي التخفيف من مشاعر القلق. ويمكن للعقلنة أن تكون شاملة لكل مستويات السلوك عند الإنسان إلى درجة يتم فيها إفراغ أي تصرف من محتواه الانفعالي، وهي سمة من السمات المميزة للمصابين بأمراض نفسية جسدية، و يغلب استخدام العقلنة في كثير من مواقف الحياة اليومية ليبرر بها المرء تصرفات من قام بها بهدف تخفيف حدة الشعور بالإثم والمسؤولية، أو لتبرير عجزه عن بلوغ أهداف يطمح في الوصول إليها.

3- الإنكار Denial :

هو استبعاد الأجزاء المثيرة للقلق من الإدراك وتعويضها من خلال أفكار الرغبات والأحلام النهارية. إنه حماية من واقع غير مرغوب أو من المشاعر الجارحة المثيرة للقلق وذلك من خلال إبعادها عن ساحة الإدراك.

ويتم في الإنكار صد الواقع المؤلم وعدم الاعتراف به. مثال ذلك "أنا لست مريضاً بالسرطان...، أنا لست مدمناً... أنا لست عاقراً.. إلخ

ويعد الإنكار بوصفه شكلاً من أشكال المواجهة مخففاً من شدة بعض الجوانب المثيرة للقلق والتوتر من الواقع. ويساعد الإنكار في السيطرة على موقف ما من أجل التعامل معه والسيطرة عليه وتجنب

بعض نتائجه، فالشخص الذي عليه إبطال مفعول قنبلة موقوتة يساعده إنكار الخطر ونتائجه من أجل التركيز على الكيفية التي سيتعامل معها مع الخطر، فالإنكار يساعد في صد القلق والاكتئاب الناجم عن صدمة النبوة والتهديد الوجودي المرتبط بها.

4- النكوص Regression :

يتعرض الإنسان في حياته لمواقف إحباط متنوعة .وإذا كان الإحباط قوياً بالنسبة لقدرات المرء، وشعر بالعجز عن التكيف مع الموقف فإنه قد يلجأ إلى شكل من أشكال السلوك التي كان يلجأ إليها في مراحل عمرية أبكر في مواجهة مواقف العجز والخيبة، ويغلب أن يلجأ إلى اختيار السلوك الذي كان ينجح معه في الحصول على بعض الراحة والطمأنينة وهذا ما يحدث عندما يولد أخ جديد لطفل، فلا يستطيع أن يواجه مشاعر الغيرة إلا بأن يلجأ إلى سلوك كان ينجح في الماضي بالاحتفاظ بأمه بقربه. والأمر لا يقتصر على الأطفال فالكبار أيضاً يلجؤون للنكوص ويجبرون بالتالي محيطهم على الاهتمام بهم بعد أن فشلوا في الحصول على الاهتمام بالطرق الأخرى، وكلما كان النكوص إلى مرحلة عمرية أبكر كان خطره في التسبب باضطراب نفسي أكبر، ويلاحظ النكوص في سلوك كبار السن الذين يتصرفون تصرفات صبيانية غير متناسبة مع المرحلة العمرية، ويلاحظ في حالة المرض، ويعد النكوص والتنشيت من السلوكات الشائعة جداً في الأمراض والاضطرابات النفسية والجسدية.

5- الكف Inhibition :

حالة التقيد الوظيفي لأننا من خلال عدم القدرة على ممارسة حركات أو أفعال معينة لأنها اكتسبت معنىً جنسياً وفق نظرية التحليل النفسي(رضوان، 2002، 385).

6- الإسقاط أو الإضفاء Projection :

يظهر الإسقاط من خلال تشويه صورة إدراكية بحيث تختلط الصورة الموجودة في الخارج شيء أو شخص بمكونات داخلية لدى الفرد. نقوم أحياناً بلوم الآخرين على أخطاء ارتكبتها بأنفسنا أو نرى في الآخرين صفات سلبية موجودة لدينا ولا نحبها كالمبالغة في نعت الآخرين بالفساد الأخلاقي، لتغطية خوفنا من دوافع جنسية قوية موجودة لدينا .(والواقع أن الإسقاط آلية شديدة الانتشار إلى حد جعلها أساساً في بناء اختبارات تستطيع النفاذ إلى أعماق الإنسان عن طريق إعطائه مثيرات يغلب أن تثير ميوله

الإسقاطية كاختبار رواية قصص على أساس صور نقدمها للمفحوص اختبار التات أو اختبار بقع الحبر التي نرى فيها كائنات حية وأشكالاً غير موجودة بالأصل.

7- التقمص أو التماهي Identification:

كل إنسان يقلد غيره، وخاصة حين يكون يحبهم ويراهم ناجحين، والتقمص هو تقليد مبالغ به، إنه ليس مجرد تقليد للسلوك، ولكنه كذلك محاولة لأن نكون الآخر "أو أن نعيش كالآخر"، يتقمص المراهقون في كثير من الحالات نجومًا يعتقدون أنهم "أفضل منهم بكثير" لدرجة تجعلهم يقررون أن "يعيشوا مثلهم".

الجذر الأساسي هو إذاً شعور المرء بعدم الرضى عن نفسه وحياته ومظهره الشخصي، ورغبته في تبديلها بحياة أو مظهر شخص آخر.

قد يتجه التقمص نحو شخص معين، أو نحو جماعة معينة، أو حتى نحو مؤسسة بعينها وهو يحاول بهذا أن يغطي عيباً معيناً يشعر به حيال حياته وتصرفاته.

8- التعويض Compensation

لكل إنسان نقاط ضعف ونقاط قوة وقد يعي الإنسان هذه النقاط، أو لا يعيها في أحيان أخرى. وسواء وعى الإنسان نقاط ضعفه أم لا فمن الصعب عليه أن يرضى بها كل الرضى، وفي بعض الأحيان تكون بالنسبة إليه منبعاً لتوتر شديد. من هنا تأتي مكانة التعويض، من حيث أنه محاولة الفرد شعورياً أو لاشعورياً (أن يظهر صفة ما) إيجابية على الأغلب ليغطي بها على وجود صفة لديه لا يرضى عنها، ويعتبر التعويض مفتاحاً مهماً لتكوين أسلوب الفرد في الحياة حسب نظرية ألفرد أدلر في الغالب تكون نتيجة التعويض إيجابية ولكنه في حالات معينة يكون مؤذياً، حين يصبح مبالغاً فيه، وربما يجنح بصاحبه نحو شيء من الانحراف أو الاضطراب.

9- التحويل Displacement :

نملك عواطف متنوعة تجاه الأشخاص، بل والأشياء من حولنا. نعبر عن بعض هذه العواطف، لكننا أحياناً لا نستطيع التعبير عن بعضها الآخر. قد يملكنا الغضب تجاه شخص أقوى منا بكثير مدير العمل مثلاً أو تتوجه عاطفة حبنا نحو شخص لا نستطيع بأي حال الحصول عليه. في مثل هذه

الحالات يقوم الإنسان أحياناً بالتحويل، وهو البحث عن موضوع بديل ليوجه نحوه هذه العاطفة .هنا يصبح موضوع العاطفة شخصاً أو شيئاً يكون أقل خطراً علينا .ومع أن هذا الأمر يوفر علينا مواجهات شاقة في كثير من الأحيان، فإننا حين نعتاده .كسلوك نبدأ في مواجهة مشكلات قد تصل حد الاضطراب.

10-التكوين العكسي Reaction Formation :

إنك لا تستطيع في كثير من الأحيان أن تبدي ما عندك من ميول ونزعات .والرد المعاكس هو أن يظهر شخص ما ميولاً يرضى عنها المجتمع حوله، ويبالغ في ذلك لأنه في الواقع يخاف من أن تظهر ميوله التي يخفيها حتى عن نفسه أحيانا .مثال ذلك هو التطرف في نقد الآخرين والتشهير بسلوكهم الجنسي، في حين يملك هو ميولاً قوية يخشى أن تتملكه أو تظهر أمام الآخرين، ويخفف من توتره من خلال عملية النقد هذه .أو صب اللعنات على الموظفين واتهامهم جميعاً بالرشوة، بينما يمتلك هو في السر مثل هذه الميول ويمارسها .ولئن كان الرد المعاكس مفيداً أحياناً في توفير فرصة أكبر لضبط النفس، فإنه حين يشتد ينقلب إلى تطرف قد يظهر كاضطراب في النهاية.

11- الإعلاء أو التسامي Sublimation :

هو عبارة عن تحويل الطاقة المتجمعة في موضوع يستكره المجتمع، إلى موضوع آخر يتيح الفرصة لتصريف الطاقة في أمر يرضى عنه المجتمع، وهكذا نجد أن تصريف الطاقة الجنسية عن طريق بذل الجهد في الرياضة، أو تحويل الرغبة في جرح الآخرين إلى التسامي باتجاه التخصص بالجراحة، وفي كلا الحالتين فلو استمر الشخص بحبس الطاقة الأصلية دون أن يجد لها منفذاً لتسبب هذا له بدرجة عالية من الصراع والمعاناة. يقف التسامي وراء كثير من أشكال الأدب والموسيقى وفي أشكال من الاتجاه العميق نحو التدين وخدمة الآخرين بإخلاص وتفان، ومن هنا يعتبره فرويد الوحيد الإيجابي تماماً من بين وسائل الدفاع، لأنه لا يقود إلى مظاهر مرضية حتى ولو تعمقنا به.

12-الكبت Repression :

هو أخطر وسائل الدفاع الأولية وأكثرها دراماتيكية، وقد احتل مكانة خاصة لدى المشتغلين بالتحليل النفسي .تأتي هذه المكانة من قدرته على التعامل مع الدوافع القوية التي لا تجدي في مواجهتها وسائل دفاع الأخرى، إضافة إلى كونه أشد وسائل الدفاع تطرفاً، فهو لا يغير موضوع العاطفة، ولا

يفرغ طاقتها بطرائق أخرى، ولا يلتفت للتنفيس عن طاقتها .إنه ببساطة يخفيها كلياً، ويخفي كل ما هو متعلق بها فجأة هذا يعني أن الكبت آلية تحايل جذرية وليس وسيلة بناء ..إنه لا يحل المشكلة بل يهرب منها تماماً، ومن هنا يأتي خطره، لأنه يحاصر مساحات واسعة من الخبرة، مما يجعله مصدر توتر وقلق شديد، وهذا يجعل تورطه في نشأة الاضطرابات النفسية أكبر .

13- العزل Isolation :

تتلخص في عزل أحد الأفكار أو التصرفات وصولاً إلى قطع روابطه ببعض الأفكار الأخرى
أ-تذكر من بين عمليات العزل حالات التوقف المؤقت في مجرى التفكير، أو الصيغ، أو الطقوس، وكل الإجراءات التي تتيح إقامة هوة في التسلسل الزمني للأفكار أو الأفعال.
ب- يدافع بعض المرضى عن أنفسهم ضد فكرة ما أو انطباع من خلال عزله عن سياقها بواسطة توقف مؤقت لا يسمح لأي شيء بأن يحدث، ولا يتم أي فعل.(في الTAT = القفز من فكرة إلى فكرة دون تسلسل منطقي).

14- الإلغاء الرجعي Anulation Retroactive :

هو آلية نفسية يجهد الشخص من خلالها أن تصبح بعض الأفكار، أو الكلام، أو الحركات، أو الأفعال الماضية وكأنها لم تكن أصلاً، وهو يستخدم لهذا الغرض تفكيراً أو تصرفاً لهما معنى مضاداً
قدم فرويد وصفاً للإلغاء، حيث يحلل أفعالاً اضطرارية تحدث على مرحلتين، تلغي الثانية فيها الأولى، ويكمن معناها الحقيقي في كونها يمثلان صراعاً بين توجيهين متعارضين ومتساويين في شدتهما تقريباً، هذا التعارض هو دوماً تعارض ما بين الحب والكره (عباس، 2003، 50-53).

تعقيب الباحثة:

إن تناول موضوع كالبناء النفسي ومعرفة سمات الشخصية للشخص تقتضي من الباحث التعمق في مكونات الفرد وتعقب مراحل نموه ونشوء النمط الخاص فيه وبتفكيره والعوامل التي ساهمت في نشوء نظريته عن ذاته وجسمه، بالإضافة إلى الكيفية التي يتفاعل بها مع البيئة التي تحيطه بالضغوطات والمثيرات، ولا يخفى أنه هناك من الضغوط ما تكون داخلية ومنها ما يكون خارجياً، فقد يكون وجود مرض مزمن كالثلاسيميا مثلاً ضاغطاً على الفرد ومعيقاً له في إشباع بعض الحاجات، أو في تكوين صورة إيجابية عن ذاته، فالأمراض المزمنة بشكل عام والثلاسيميا بشكل خاص يؤثر تأثيراً واضحاً في صورة الفرد عن جسده وإن أي اضطراب أو تشوه فيها لا بد أن يؤثر على تقدير الفرد لذاته.

وبالتالي فإن تحقيق الذات الذي يعتبر في أعلى هرم الحاجات سوف يتأثر، وقد يترافق معه اضطراب في المشاعر، فتنشأ لدى الفرد مشاعر قلق حول كيفية العودة إلى الهدوء والالتزان الداخلي، وتسهم آليات الدفاع الأولية عند كل شخص مريض في التخفيف من تشوه صورته لجسده، وقد ينشأ الصراع وتتكون الإحباطات في حال الفشل في إيجاد وسيلة لإشباع الحاجات، وكثيراً ما نجد لدى المرضى الحاجة إلى تجنب الأذى الذي قد ينشأ بسبب شفقة الآخرين أو تعرضهم للعدوان في بعض المواقف.

إن طرق العلاج وأدواته ووسائله تشكل عموداً أساسياً في البناء النفسي لأنها تمثل إشباعاً لحاجة أساسية وهي الحاجة إلى حماية الذات والحفاظ على الحياة وفي حال عدم توافرها أو نقصها أو عدم أخذها قد يشعر الفرد المريض بالقلق حول مصيره، ولكن في بعض الحالات نلاحظ أن لدى بعض الأفراد المرضى إنكاراً لطبيعة مرضهم أو حتى التقبل والتكيف معه فيتوقفون عن أخذ الدواء مما يسبب لهم بالمضاعفات التي تؤدي إلى الموت أحياناً، وفي مرض كالثلاسيميا فإن شدة المرض بحد ذاتها تسرع أحياناً في المضاعفات، كل ذلك قد يسبب مخاوف حقيقية حول استمرار الحياة وتكون مشاعر قلق حول الكيفية التي تنتهي حياتهم بها، فالكثير من المرضى يصاب بأمراض خطيرة قد تكون مميتة مثل أمراض القلب، أو الفشل الكلوي... إلخ

وبحكم نوعية وآلية العلاج فإن المرضى يتشاركون في لقاءات دورية لتلقي علاجهم المتمثل بنقل الدم، وعند إصابة أو وفاة أحدهم فإن ذلك ينعكس على بقية المرضى بعدة أشكال فالبعض قد يلجأ إلى عزل نفسه ويغلب على مثل هذه المرحلة التفكير بالموت والقلق حول موت الذات واحتضارها أو موت الآخرين

واحتضارهم، والآخر قد يتوقف عن العلاج أو أخذ الدواء كنوع من العقاب أو العدوان على الذات مترافقاً مع التفكير المستمر بالموت، إلا أن بعض المرضى قد يتوافقون مع أعراض ومضاعفات مرضهم وهذا يختلف وفقاً للبيئة والتنشئة الأسرية والنفسية التي تلقاها والتي أشبعت حاجاتٍ أساسية فخفضت من الصراعات والقلق، أو الضغوط.

الفصل الثالث دراسات سابقة

أولاً: الدراسات العربية

ثانياً: الدراسات الأجنبية

ثالثاً: مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل مجموعة من الدراسات ذات الصلة بموضوع البحث في زاوية من زواياه، وتمّ تقسيم الدراسات إلى ثلاثة محاور: المحور الأول يتناول الدراسات المتعلقة بمرضه الثلاثي، والمحور الثاني يتناول الدراسات المتعلقة بصورة الجسم، والمحور الثالث يتناول الدراسات المتعلقة بقلق الموت، ويتضمن كل محور عرضاً للدراسات العربية أولاً، والدراسات الأجنبية ثانياً، وفق التسلسل التاريخي لإجراءها من الأقدم إلى الأحدث، وأخيراً بينت الباحثة مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة.

أولاً: الدراسات العربية:

1- دراسة (جايد والشمس، 2000) في العراق بعنوان: مقارنة استجابات الأطفال المصابين بالثلاثي والأسوياء على اختبار (الكات) الإسقاطي.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة إذا كانت استجابات الأطفال المصابين بالثلاثي تختلف عن استجابات الأصحاء على صور اختبار الكات (C.A.T) الإسقاطي، وأيضاً معرفة المكونات اللاشعورية لشخصياتهم من خلال ما يعبرون عنه في استجاباتهم لصور الاختبار أو ما يسقطونه عليها. عينة الدراسة: تم تطبيق الاختبار على عينة قوامها (21) طفل "ذكور وإناث" أعمارهم بين (8-10) سنوات.

أدوات الدراسة: استخدم لتحقيق الأهداف المذكورة أعلاه اختبار الكات (C.A.T) الإسقاطي نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن استجابات الأطفال المرضى تختلف عن استجابات أقرانهم الأصحاء، فهي تتضمن قصصاً وإشارات لمضامين المرض والمراجعات إلى الطبابة والمستشفى في حين كانت استجابات الأصحاء تتضمن إدراكهم المضامين الواقعية والحسية لتلك الصور، إذ أنهم سردوا قصصاً أكثر واقعية وارتباطاً بما تضمنته تلك الصور.

2- دراسة (بهمردي، 2003) في الأردن بعنوان: الخصائص والاحتياجات النفس اجتماعية للمراهقين بين (12-18 سنة) المصابين بمرض الثلاثي الكبرى وعائلاتهم.

أهداف الدراسة: الهدف الرئيس للدراسة هو محاولة معرفة الخصائص والاحتياجات النفسية - الاجتماعية للمراهقين (12-18) سنة المصابين بالثلاسيميا الكبرى وأمهاتهم. وتشخيص أثر الثلاسيميا الكبرى على نوعية حياة المرضى والأمهات.

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من (41) مريضاً و(23) أماً لطفل مصاب بالثلاسيميا الكبرى يراجعون مستشفى البشير الحكومي في عمان.

أدوات الدراسة: تم استخدام ثلاث أدوات هي المقابلة والملاحظة الميدانية والاستبانة.

نتائج الدراسة: وكانت أبرز نتائج الدراسة لدى المراهقين المرضى ظهور أعراض القلق بشكل حاد على نسبة كبيرة من المرضى في حين أن التكيف الأسري كان الأقل تأثراً؛ كما ظهرت علامات الإنكار على نسبة لا بأس بها منهم، أما أبرز النتائج لدى الأمهات فلم يتأثر التكيف الأسري إلا بشكل بسيط؛ كان القلق من أكثر الخصائص ظهوراً؛ ويساور الأمهات همّ والضيق بخصوص مرض أطفالهن؛ والشعور بالذنب.

3- **دراسة (طافش، 2006) في غزة بعنوان:** دراسة السمات الشخصية المميزة للأطفال المصابين بمرض الثلاسيميا وعلاقتها ببعض المتغيرات.

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على بعض السمات الشخصية المميزة للأطفال المصابين بمرض الثلاسيميا الكبرى بمحافظات قطاع غزة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (74) طفلاً تراوحت أعمارهم من (9-12) سنة منهم (39) ذكور و(35) إناث وهذه العينة تمثل المجتمع الأصلي للدراسة .

أدوات الدراسة: قام الباحث باستخدام أداتي الدراسة و هما، مقياس تقدير الشخصية للأطفال ، استمارة تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة .

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى: أن سمات الاعتمادية وعدم الثبات الانفعالي، وقد احتلتا المرتبتين الأولى والثانية للذكور والإناث ككل، كما جاءت سمات النظرة السلبية للحياة وعدم الكفاية الشخصية في المرتبتين الثالثة والرابعة للذكور والإناث ككل، وبفارق طفيف في الأوزان النسبية لصالح الذكور، بينما احتلت السمات الثلاثة الأخيرة في المقياس وهي: العدوان /العداء، وعدم التجاوب الانفعالي، والتقدير السلبي للذات المراتب الخامسة والسادسة والسابعة للذكور والإناث ككل أيضا.

ثانياً-الدراسات الأجنبية :

- 1- دراسة مورجاني وإساك (Moorjani and Issac,2003) في الهند بعنوان: "المظاهر العصابية لدى مراهقين مصابين بمرض التلاسيميا الرئيسي".
- أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى توضيح المظاهر العصابية لدى مُراهقي التلاسيميا كنتيجة للمرض المزمن.
- عينة الدراسة: وتألفت العينة من ستّة وثلاثين مراهقاً مصابين بالتلاسيميا وأربعين آخرين طبيعيين من (13-18) وبالمنزلة الاقتصادية الاجتماعية نفسها والخلفية العائلية.
- أدوات الدراسة: استخدمت الاختبارات التالية: اختبار لقياس القلق العام، الخوف، القلق الجسدي والهوس والاكتئاب والهستيريا والعصابية بالإضافة إلى إجراء مقابلة لاكتشاف المشاكل بتعمق. وإجراء مقابلة مع آباء المراهقين المصابين بالتلاسيميا لتحديد المشكلات السلوكية المترافقة مع العصابية.
- نتائج الدراسة: وُجد فروق في العصابية بين المراهقين المصابين والطبيين ماعدا الهستيريا حيث تبين أن درجات المراهقين ذوي التلاسيميا أعلى على مقياس العصابية، ومن خلال المقابلات مع الآباء أوضحت مشكلات سلوكية مُختلفة في هؤلاء المراهقين ترافقت مع العصابية.
- 2- دراسة خورانا وآخرون (Khurana et.al;2006) في الهند بعنوان: "الأعباء النفسية الاجتماعية لدى مرضى التلاسيميا) .
- أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى دراسة مظاهر وسمات الحياة النفسية - الاجتماعية لمراهقين هنود مصابين بالتلاسيميا معتمدين على نقل الدم.
- عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من عدد من الهنود المراهقين المصابين بالتلاسيميا.
- أدوات الدراسة: تم إجراء مقابلات مبنية مع كل مفحوص باستخدام جدول يحتوي على أسئلة تتعلق بالأعباء والإرهاق لدى مرضى التلاسيميا في مختلف سمات الحياة النفسية الاجتماعية عند المراهقين المصابين بالتلاسيميا.
- نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى وجود عدم الرضى عن صورة الجسد لدى المفحوصين، وقد أقر المفحوصون أن المرض لم يؤثر على عائلتهم أو علاقاتهم الاجتماعية، عبّر المراهقون عن قلقهم المستقبلي بشأن صحتهم ونهاية حياتهم وتعليمهم، 80% من المفحوصين لم يناقشوا علاقة المرض

بمشكلاتهم مع أقرانهم وأقروا اعتمادهم على والديهم فيما يتعلق بمصروفهم، وتوصلت بذلك الدراسة إلى وجود عبء كبير على المراهقين المصابين.

3- دراسة شاليغرام وآخرون في الهند (Shaligram, & et.al;2007) بعنوان: المشكلات النفسية ونوعية الحياة عند أطفال مصابين بالثلاسيميا.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة تقييم المشكلات النفسية ونوعية الحياة لدى أطفال مصابين بالثلاسيميا في الهند.

عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة (39) طفلاً تراوحت أعمارهم من (8-16) سنة يترددون على مراكز خدمة مرضى الثلاسيميا للرعاية اليومية ونقل الدم.

أدوات الدراسة : تم استخدام مقياس الأمراض النفسية للأطفال المجدول ومقياس نوعية الحياة. نتائج الدراسة : 44% منهم لديهم مشكلات نفسية و74% لديهم درجة منخفضة جداً في نوعية الحياة، كما تبين وجود أعراض قلق مرافقة بنسبة 67% ومشكلات عاطفية واكتئاب محدد بنسبة 62% ومشكلات تصرف بنسبة 49%، وقد علل الأطفال ضعف نوعية الحياة تبعاً لصعوبات حادة نتيجة الضغوط بنسبة 64% وترافقت الضغوط أيضاً بمشكلات في الحركة واكتئاب بنسبة متساوية 33%، وكذلك تم التوصل إلى أن المشكلات النفسية كانت بمثابة عامل تنبؤ ذو دلالة إحصائية بالنسبة لضعف نوعية الحياة كما كانت التأثيرات الجانبية للاستخلاف الخلوي منبئ مستقل بالمشكلات النفسية.

4- دراسة جيلي وآخرون (Gelie, & et.al;2007) في فرنسا بعنوان: هل ينبئ القلق وصورة الجسد والدعم الاجتماعي والتدريب على أساليب المواجهة بالقدرة على النجاة والبقاء على قيد الحياة في مرض سرطان الثدي في فرنسا .

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى معرفة الأثر التنبؤي لكل من القلق، صورة الجسم والدعم الاجتماعي واستراتيجيات المواجهة في الشفاء والنجاة من سرطان الثدي.

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من (75) امرأة مصابة بسرطان الثدي في فرنسا في دراسة تتبعية لمدة عشر سنوات.

أدوات الدراسة: مقياس سمة القلق ومقياس قلق الحالة، استبيان أساليب المواجهة ، مقياس صورة الجسد، ومقياس قلق الموت.

نتائج الدراسة: إن الدعم الاجتماعي العالي ونسبة قلق الحالة المنخفضة يعتبران متغيران منبئان بخطر وقلق الموت عندى مرضى سرطان الثدي.

كما لوحظ أن هناك ارتباطاً دالاً بين قلق الموت وصورة الجسد، حيث يتزايد قلق الموت في النساء اللواتي يسجلن تدني في صورتهم لأجسادهن.

5- دراسة توركاروس وآخرون (Torcharus et al, 2010) في تايلاند بعنوان: العوامل المؤثرة والمرتبطة بنوعية الحياة لدى أطفال ثلاثيميا في تايلاند.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العوامل المتعلقة بنوعية الحياة بين مرضى ثلاثيميا.

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من 315 مريضاً بالثلاثيميا تراوحت أعمارهم بين (5-18) سنة.

أدوات الدراسة: تم إجراء مسح عرضي أجري في ثلاثة مستشفيات مختارة في تايلاند، ومقياس الصحة النفسية التابعة لنوعية الحياة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى أن النقل المتكرر للدم يؤثر سلباً على الصحة النفسية المرتبطة بنوعية الحياة والمهام المدرسية وأكدت ضرورة وجود برامج مساندة اجتماعية ونفسية بين المرضى وتقديم الدعم لهؤلاء فيما يتعلق بالنواحي التعليمية والعلاقات الاجتماعية الأسرية كما أن النتائج التي توصلت إليها الدراسة تؤكد على ضرورة نقل الدم بشكل مبكر وعدم انتظار ظهور الأعراض والمضاعفات المترتبة على ذلك.

6- دراسة ميسينا وآخرون (Messina et al, 2010) بعنوان: دراسة مضبوطة للسّمات والشخصية عند حوامل مريضات بالثلاثيميا.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تناول قضايا الصحة الإنجابية والجنسية التي تتعلق بالنساء الحوامل المصابات بالثلاثيميا الكبرى.

عينة الدراسة: تألفت العينة من 20 مريضة ثلاثيميا اللواتي يحضرن إلى المشفى لنقل الدم بشكل منتظم و مجموعة مضبوطة تتألف من 42 متطوعة حبلية ليست مريضة بالثلاثيميا.

أدوات الدراسة: تم تقييم الشخصية باستخدام اختبار الرورشاخ الإسقاطي وقائمة الأعراض SCL-90-R

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى أن درجة النرجسية والاضطرابات الجنسية لدى الحوامل المصابات

بالثلاثيميا كانت أعلى بشكل دال مقارنة بعينة الحبلية السويات وتبين من خلال الدراسة أيضاً أن سمة

القلق تتفاوت بين عينة الحوامل ذوات الثلاثيميا وأن نسبة كل من القلق والاكتئاب كانت أعلى بشكل دال

عند مريضات الثلاثيميا مقارنة بالمجموعة المضبوطة على الرغم من أن قيم النتائج في كلتا المجموعتين

غير مَرَضِيَّة.

7- دراسة تويل وآخرون (Towel et.al;2015) في الباكستان بعنوان:الخبرات النمائية للأطفال الباكستانيين المصابين بالثلاسيميا بيتا.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تناول خبرات النمو المعاشة لدى الأطفال المصابين بالثلاسيميا الكبرى.

عينة الدراسة: تألفت العينة من 12 طفل تراوحت أعمارهم من 8-12.

أدوات الدراسة: تم تقييم الشخصية باستخدام مقابلات متعمقة وتحليل الظواهر واستبيانات للأهل.

نتائج الدراسة: أن الأطفال الذين يعيشون مع ثلاسيميا بيتا يعانون من صراع مستمر بين مشاعرهم لكونهم مختلفين عن الأسوياء وبين الاستراتيجيات التي يستخدمونها من أجل الكفاح ليكونوا كالأسوياء، وتوصل البحث إلى أن فهم خبرة العيش مع مرض الثلاسيميا من وجهة نظر الأطفال قد تزودنا باستبصار حول خبراتهم الحياتية والتي قد تسد الفجوة في الأبحاث المتوجهة نحو المرضى البالغين الذين يعانون من مرض مزمن.

تعليق الباحثة على الدراسات السابقة :

فإن الدراسات العربية على عينة من مرضى الثلاسيميا كانت قليلة جداً، ومعظمها لم يتناول الموضوع من ناحية تشخيصية بل كانت الدراسات وصفية أكثر والتشخيصية الوحيدة كانت على عينة من الأطفال، ووجدت الباحثة قلة الدراسات المتوجهة نحو الشباب والراشدين من مرضى الثلاسيميا سواء كان ذلك في الدراسات العربية أو الأجنبية.

هنالك العديد من الدراسات الأجنبية التي ركزت على نوعية الحياة لدى مرضى الثلاسيميا وهذا قد يتقاطع مع الدراسة الحالية التي تعتبر صورة الذات وصورة البيئة جزءاً مهماً من الجانب التشخيصي فيها.

ستكون الدراسة الحالية أول دراسة على نطاق الجمهورية العربية السورية توجهت نحو الجانب التشخيصي النفسي لفئة مهمة جداً وهم مرضى الثلاسيميا، كما يتميز هذا العمل بالأصالة نظراً لندرة الأبحاث التي توجهت نحو فئة الشباب إذ أن معظم الدراسات توجهت نحو فئة الأطفال واليافعين مما قد يساهم في سد ثغرة علمية من خلال البحث الحالي، حيث يتم تناول البنية النفسية لمرضى الثلاسيميا ومقارنتها مع البنية النفسية للأسوياء مما يلقي الضوء على زاوية كانت مظلمة تشكل جزءاً من المجتمع ولا يمكن صرف النظر عنها.

الفصل الرابع منهجية الدراسة وإجراءاتها

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: مجتمع الدراسة

ثالثاً: عينة الدراسة

رابعاً: أدوات الدراسة

الصعوبات التي واجهتها الباحثة

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

الفصل الرابع

منهجية الدراسة وإجراءاتها

يتناول الفصل الحالي وصفاً لمنهج الدراسة، مجتمع الدراسة، عينتها، وأدوات الدراسة، بالإضافة للأساليب الإحصائية المستخدمة.

أولاً- منهج الدراسة:

استدعت طبيعة الظاهرة المدروسة وتعدد أبعادها التكامل بين المنهجين الآتين:

المنهج الوصفي التحليلي: وهو المنهج الذي يعتمد على جمع البيانات الخاصة بموضوع الدراسة، بحيث تصنف وترتب بعد ذلك على شكل معلومات تتسم بالوضوح، وتخضع للتحليل والتفسير وتنتهي في آخر الأمر على هيئة معلومات جديدة مفيدة مؤيدة أو لاجية لأخرى سبق وصفها (حمصي، 2003، 183) وقامت الباحثة بتطبيق هذا المنهج من خلال معرفة العلاقة بين صورة الجسد وقلق الموت لدى مرضى الثلاثيميا؛ وتبيان الفروق بينهما في متغيرات الدراسة، وذلك باستخدام الأدوات المناسبة والأساليب الإحصائية التي توصف هذه العلاقات بين المتغيرات المدروسة.

المنهج الإكلينيكي: ويعني الدراسة المعمقة للحالة الفردية في مشكلاتها السلوكية ودوافعها، وعلاقتها بالبيئة، والمواقف التي تثير القلق لديها أو التي تؤثر في صورة الجسد لديها (قطان، 1983، 51) وقد استخدمته الباحثة من خلال التحليل النفسي للقصص التي سردها أفراد عينة الدراسة من خلال اختبار تفهم الموضوع، ودراسة الحالة.

ثانياً- مجتمع الدراسة:

يتكون المجتمع الأصلي للدراسة من جميع مرضى الثلاثيميا المترددين على العيادات الشاملة الكائن في مدينة دمشق، ولا يوجد عدد دقيق حول أعداد المرضى بسبب صعوبة الإحصاء في ظل الظروف الحالية وذلك وفقاً لمديرية الصحة في دمشق، وتشير إحصائيات وزارة الصحة والمشروع الوطني للثلاثيميا لعام (2013) إلى ما يفوق (8300) مريضاً مصاباً بالثلاثيميا الكبرى مسجلين في مراكز الثلاثيميا في المحافظات.

ثالثاً- عينة الدراسة:

هناك ثلاث عينات تمّ التعامل معها في هذه الدراسة هما: عينة الدراسة الاستطلاعية، وعينة الدراسة الأساسية، وعينة الدراسة الاكلينيكية.

1- **عينة الدراسة الاستطلاعية:** تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (30) مريضاً ومريضة من مرضى التلاسيميا، تمّ سحبهم بطريقة عشوائية بهدف التحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة.

2- **عينة الدراسة الأساسية:** تكونت عينة الدراسة الأساسية من (50) مريضاً من مرضى التلاسيميا الكبرى يتلقون العلاج بنقل الدم والعلاج الخالب للحديد، وقد تم اختيارهم بطريقة عشوائية مع مراعاة قدرتهم على المشاركة نظراً لوضعهم الصحي، وللمقارنة بين الأسوياء (عينة من غير المرضى) ومرضى التلاسيميا، قامت الباحثة باختيار (50) فرداً من الأسوياء من طلاب الجامعة غير المرضى للمقارنة بينهم وبين مرضى التلاسيميا، وراعت الباحثة التجانس بين العينتين من حيث الفئة العمرية (18-30) والجنس.

3- **عينة الدراسة الإكلينيكية:** قامت الباحثة بإجراء دراسة الحالة لأربعة أفراد: اثنان مرضى تلاسيميا (ذكر وأنثى) واثنان من الأسوياء (ذكر وأنثى) غير مصابين بالتلاسيميا وذلك من خلال اختيار الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة على مقياس صورة الجسد والذين يعانون من تدني صورة الجسد لديهم، لكي يكونوا موضع دراسة الحالة، ولكي يتم تطبيق اختبار التات الإسقاطي عليهم. ويوضح الجدول الآتي توزع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة:

جدول (1) توزع أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس

التوزع وفقاً لمتغير الجنس		العينة
إناث	ذكور	
25	25	الأسوياء
25	25	المرضى

رابعاً- أدوات الدراسة:

من أجل جمع المعلومات والبيانات والتحقق من فرضيات الدراسة والإجابة على أسئلتها؛ قامت الباحثة ببناء مقياس لصورة الجسد، وذلك بعد الاطلاع على عدد من الأدوات الخاصة التي استخدمت في كثير من البحوث والدراسات السابقة العربية والأجنبية، واستخدمت مقياس قلق الموت لعبد الخالق (1996)

واختبار تفهم الموضوع لموراي ومورجان (1935)، ودراسة الحالة إعداد العاسمي (2001)، وفيما يلي وصف للأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية.

أولاً- الأدوات السيكمترية: وتتضمن:

أولاً- مقياس صورة الجسد:

لتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة ببناء مقياس لصورة الجسد لدى أفراد عينة الدراسة، وقامت بالاستعانة بالعديد من مقاييس الدراسات العربية والأجنبية في بنائه ومنها:

1- مقياس القلق من صورة الجسد (Body Image Concern Inventory) إعداد رياض العاسمي (2005) حيث استعانت الباحثة من هذا المقياس بثمانية بنود من المقياس المؤلف من بعدين هما: (الرضا الذاتي-الرضا الاجتماعي)

2- مقياس تجنب صورة الجسم لروزين وآخرون (1991) (Body Image Avoidance Questionnaire) (BIAQ) ترجمة الدسوقي.

3- مقياس أساليب التعامل مع تحديات وتشوهات صورة الجسد لكاش.

(Coping with body-image threats and challenges: validation of the Body Image Coping Strategies Inventory) لـ Thomas F. Cash .

4- مقياس الأشم (2008) والذي تألف من الأبعاد التالية : صورة الجسم المدركة، صورة الجسم الانفعالية، وصورة الجسم الاجتماعية.

تكوّن مقياس صورة الجسد في صيغته النهائية من عشرين بندٍ ، موزعة على ثلاثة أبعاد، وبدائل إجابة ثلاثية بحسب طريقة ليكرت (موافق، محايد، غير موافق)، وجميع بنود المقياس سلبية باستثناء البند الأول حيث تعطى موافق (ثلاثة درجات)، ومحايد (درجتان)، وغير موافق (درجة واحدة) في العبارات الإيجابية، والعكس صحيح في باقي بنود المقياس، وانطلاقاً مما سبق تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص بالنسبة لكامل عبارات المقياس هي (60) درجة وتدل على صورة جسد متدنية، وأقل درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص هي (20) درجة.

جدول (2)

توزع البنود على مقياس صورة الجسد

صورة الجسد.		أبعاد المقياس	م
أرقام العبارات	عدد العبارات		
16-15-13-12-11-4-3-2	8	صورة الجسد الذاتية	1
17-14-10-5-1	5	صورة الجسد الاجتماعية	2
20-19-18-9-8-7-6	7	أساليب التدخل والتعامل مع تهديد صورة الجسد	3
20 عبارة		المقياس ككل	

التحقق من الشروط السيكومترية لمقياس صورة الجسد:

صدق المقياس: وللتحقق من صدق المقياس اعتمدت الباحثة الطرق التالية:

الدراسة الاستطلاعية (الصدق الظاهري): تم تطبيق المقياس في صورته النهائية على عينة استطلاعية قوامها (30) فرداً بشكل فردي، وهي من خارج عينة الدراسة الأساسية، وذلك بهدف معرفة مدى ملائمة ووضوح فقرات المقياس لدى أفراد العينة، وفي ضوء نتائج العينة الاستطلاعية لم تقم الباحثة بحذف أي عبارة.

الصدق البنوي: حيث تم تطبيق المقياس على عينة بلغت (30) فرداً، وهي من خارج عينة الدراسة الأساسية للتحقق من صدق البناء بدراسة الاتساق الداخلي، ولقد قامت الباحثة للتأكد من الاتساق الداخلي للمقياس، بإيجاد معاملات ارتباط درجات الأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس.

ولقد تبين من خلال معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، أنها ترتبط فيما بينها، حيث كانت جميع نتائجها دالة، عند مستوى (0,01)، وهذا يعني أن المقياس يتصف باتساق داخلي، مما يدل على صدقه البنوي، والجدول الآتي يوضح قيمة معاملات الارتباط:

جدول (3)

الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس صورة الجسد

مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	البعد
0,01	0.911**	صورة الجسد الذاتية
0,01	0.914**	صورة الجسد الاجتماعية
0,01	0.65**	أساليب التدخل مع تهديد صورة الجسد

ثبات المقياس: أُستخرج الثبات الخاص بمقياس صورة الجسد بالطرق التالية:

الثبات بطريقة التجزئة النصفية: قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين البنود الفردية والبنود الزوجية حيث بلغ (0.81) وهو معامل ارتباط عالٍ، يدل على أنه يمكن الوثوق بالمقياس وصلاحيته للتطبيق.

- الثبات باستخدام معادلة "ألفا كرونباخ (Cronbach- alpha):"

تم حساب معامل الثبات الكلي للقائمة باستخدام ألفا كرونباخ، حيث بلغت قيمة هذا المعامل (0.84) وهي قيمة عالية، تدل على أنه يمكن الوثوق بثبات المقياس وصلاحيته للتطبيق.

ثانياً- مقياس قلق الموت عبد الخالق (1996):

- وصف المقياس:

إعداد عبد الخالق (1996)، ويتكون هذا المقياس في صورته النهائية من عشرين عبارة، يجاب عنها على أساس مقياس خماسي ليكرت، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع قلق الموت.

وقام عبد الخالق بوضع المقياس العربي لقلق الموت على عينات مصرية. وقد تمثل وعاء البنود في ناتج سؤال مفتوح موجه إلى طلاب يدرسون علم النفس، وطلب منهم وضع بنود تقيس قلق الموت، ثم نُفّحت البنود وعدّلت الصياغة.

- الدراسة السيكومترية لمقياس قلق الموت في دراسة عبد الخالق (1996):

لتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام مقياس عبد الخالق لقياس قلق الموت والمكون من (20) فقرة موزعة على ثلاثة مجالات وهي:

- 1- مجال الخوف من موت الذات واحتضارها وتقيسه (7) عبارات وهي: (15،10،5،4،1،18،19)
- 2- ومجال الخوف من موت الآخرين واحتضارهم وتقيسه (7) عبارات وهي: (11،8،6،2،17،16،20)
- 3- ومجال التفكير بما سسيحدث بعد الموت، وتقيسه (6) عبارات وهي: (14،13،9،7،3).

تكون مقياس قلق الموت من عشرين عبارة ، موزعة على ثلاثة أبعاد، وبدائل إجابة خماسية بحسب طريقة ليكرت (نادراً، قليلاً، متوسطاً، كثيراً، كثيراً جداً)، تعطى كثيراً جداً (خمس درجات)، كثيراً (أربع درجات) ومتوسطاً (ثلاث درجات)، قليلاً (درجتان) نادراً (درجة واحدة) وانطلاقاً مما سبق تكون أعلى

درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص بالنسبة لكامل عبارات المقياس هي (100) درجة وتدل على قلق موت مرتفع، وأقل درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص هي (20) درجة من قلق الموت المنخفض.

أولاً- صدق المقياس:

من خلال دراسة أحمد عبد الخالق ومن خلال الدراسة السيكومترية على عينات مصرية وعربية وجد ما يلي:

1- الصدق الظاهري: حُسب الصدق الظاهري للبنود بوساطة اثني عشر محكماً متخصصاً في علم النفس والطب النفسي.

2- الاتساق الداخلي مقياساً لصدق المحتوى: حسب ارتباط كل بند على مقياس قلق الموت بالدرجة الكلية على المقياس في صيغته الأخيرة، بعد استبعاد هذا البند من الدرجة الكلية، أي ارتباط البند بالدرجة الكلية على بقية البنود، وقد تراوح معامل الارتباط لدى الذكور بين (0,30- 0,66) وتراوح عند الإناث بين (0,31- 0,59)، وجميع هذه المعاملات ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,001، وتشير إلى اتساق المقياس وصدق محتواه (بنوده) في قياس ما وضع لقياسه.

3- الصدق التلازمي: حُسب معامل الارتباط بين المقياس العربي لقلق الموت ومقياس تمبلر لقلق الموت، في صيغته العربية لدى الذكور وصل إلى (0,68)، في حين وصل عند الإناث إلى (0,62) وتشير هذه النتيجة إلى صدق تلازمي مرتفع للمقياس الجديد.

4- التحليل العاملي لبنود المقياس: طُبّق المقياس على (408) من طلاب الجامعة من الجنسين، وحسبت الارتباطات المتبادلة بين البنود، وحُللت عاملياً، وقد اتفق محك الجذر الكامن واختبار سكري على استخراج ثلاثة عوامل جوهرية، تستوعب (62,1%) من التباين المشترك، وتشير النتائج أن العوامل الثلاثة متسقة اتساقاً مرتفعاً، وتشبعات جوهرية (0,4)، يتراوح عددها بين ثمانية تشبعات وأربعة في كل عامل، وكانت هذه العوامل: مجال الخوف من موت الذات واحتضارها، ومجال الخوف من موت الآخرين واحتضارهم، ومجال التفكير بما سسيحدث بعد الموت.

- الارتباط مع المقاييس الأخرى: ويرتبط هذا المقياس ارتباطاً ذو دلالة إحصائية بكل من: قلق الموت (تمبلر)، واكتئاب الموت (تمبلر وزملاؤه)، وسمة القلق، والوسواس القهري، والاكتئاب، والعصابية

وتشير هذه النتائج إلى الصدق الاتفاقي للمقياس الجديد؛ ويعني أنه مرتبط بدرجة مرتفعة بغيره من المتغيرات التي يجب أن ترتبط به نظرياً (عبد الخالق، 1996، 445).

- **ثبات المقياس:** قام معد المقياس بحساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق وثبات ألفا تتضح في الجدول التالي:

جدول (4) معاملات الثبات لمقياس قلق الموت

ألفا كرونباخ		إعادة التطبيق	
قيمة الثبات	العينة	قيمة الثبات	العينة
0,90	418	0,90	60

الدراسة السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

أولاً: **صدق المقياس:** قامت الباحثة بحساب الصدق بالطرق الآتية:

الدراسة الاستطلاعية (الصدق الظاهري): تم تطبيق المقياس في صورته النهائية على عينة استطلاعية قوامها (30) فرداً، وهي من خارج عينة الدراسة الأساسية، وذلك بهدف معرفة مدى ملائمة ووضوح فقرات المقياس لدى الأفراد، وفي ضوء نتائج العينة الاستطلاعية لم تقم الباحثة بحذف أي عبارة.

الصدق من خلال الاتساق الداخلي:

هو عبارة عن المدى الذي يمكن أن يقرر بموجبه أن المقياس يقيس مفهوماً نظرياً محدوداً، أو سمة معينة، ولعل معامل الارتباط هو أكثر المؤشرات شيوعاً في الكشف عن هذا الصدق (عودة، 1998، 340)، حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياس على العينة نفسها سابقة الذكر، للتحقق من صدق البناء بدراسة الاتساق الداخلي لمقياس قلق الموت، ولقد قامت الباحثة بعدة خطوات للتأكد من الاتساق الداخلي للمقياس:

1. إيجاد معاملات ارتباط درجات العبارات مع الدرجة الكلية للمقياس بشكل عام.

2. إيجاد معاملات ارتباط الأبعاد مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية للمقياس.

ولقد تبين من خلال معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية لكل بعد عدم وجود أي عبارة لم ترتبط مع غيرها، حيث كانت جميع نتائجها دالة، ولهذا لم تقم الباحثة بحذف أي عبارة من العبارات، وذلك كما هو موضح في الجداول الآتية:

- معاملات ارتباط عبارات مقياس قلق الموت مع الدرجة الكلية للمقياس:

جدول (5) معاملات ارتباط عبارات مقياس قلق الموت مع الدرجة الكلية للمقياس

معامل الارتباط	رقم العبارة						
**0,78	16	**0,67	11	**0,76	6	**0,61	1
**0,82	17	**0,71	12	**0,76	7	**0,45	2
**0,76	18	**0,61	13	**0,77	8	**0,57	3
**0,86	19	**0,72	14	**0,75	9	**0,76	4
**0,68	20	**0,87	15	**0,84	10	**0,76	5

(**) دال عند مستوى دلالة 0.01

يُلاحظ من الجدول (5) أن معاملات ارتباط عبارات مقياس قلق الموت مع الدرجة الكلية للمقياس، هي دالة جميعها عند مستوى دلالة (0.01).

- معاملات ارتباط أبعاد مقياس قلق الموت مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية:

جدول (6)

معاملات ارتباط أبعاد مقياس قلق الموت مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية

	ومجال التفكير بما سيحدث بعد الموت	مجال الخوف من موت الآخرين واحتضارهم	مجال الخوف من موت الذات واحتضارها	
0,88**	0,63**	0,70**	1	مجال الخوف من موت الذات واحتضارها
0,90**	0,73**	1		مجال الخوف من موت الآخرين واحتضارهم
0,89**	1			مجال التفكير بما سيحدث بعد الموت
1				الدرجة الكلية

(**) دال عند مستوى دلالة 0.01

ظهر من خلال الجدول (6) أن معاملات الارتباط كلها دال احصائياً عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يعني أن المقياس يتصف باتساق داخلي، مما يدل على صدقه البنيوي.

ثانياً: ثبات المقياس:

أُستخرج الثبات الخاص بالمقياس بالطرق التالية:

ثبات التجزئة النصفية: أُستخرج معامل ثبات التجزئة النصفية على العينة نفسها من التطبيق الأول باستخدام معادلة سيبرمان - براون (Spearman- Brown) حيث تم حساب معامل الارتباط بين فقرات المقياس الفردية والزوجية وبلغ معامل الارتباط (0.768) وهو دال عند مستوى دلالة 0.01. **ثبات ألفا كرونباخ:** وبلغ معامل ثبات ألفا كرونباخ (0.84) وهو دال عند مستوى دلالة 0.01

جدول (7)

الثبات التجزئة النصفية وألفا كرونباخ لمقياس قلق الموت

ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
0.84	0.768

بالنظر الى الجدول السابق يلاحظ أنها معاملات ثبات جيدة ومقبولة لأغراض الدراسة. ويتضح مما سبق أن مقياس قلق الموت يتصف بدرجة جيدة من الصدق والثبات، مما يجعله صالح للاستخدام كأداة للبحث الحالي.

ثانياً: الأدوات الإكلينيكية: وتتضمن:

1- اختبار تفهم الموضوع الإسقاطي (TAT)

2- دراسة الحالة إعداد العاسمي (2001).

1- اختبار تفهم الموضوع:

ظهر الشكل الأول للرائز عام 1935 في عيادة هارفرد النفسية على يد مورغان وموري اللذين استندا إلى مبدأ يتجلى في أن الفرد حين يستجيب لموقف غامض فمن المحتمل أن تظهر خصائص شخصيته وأن يكون أقل مقاومة للروز. ويستخدم هذا الرائز كأداة تشخيصية ووصفية جيدة في دراسة الشخصية السوية والمضطربة وأداة مفيدة في اكتشاف الاتجاهات الاجتماعية والمشاعر، والحضارة التي يعيشها الفرد.... الخ

قام بإعداد هذا الاختبار موراي ومورجان (Murray & morgan,1935) كأسلوب للكشف عن الأفكار اللاشعورية لدى الحالة المدروسة، حيث يعطي رؤية ذات أهمية بالغة حول شخصية المفحوص وبيئته وصراعاته ونزعاته ورغباته، فالسمات الأساسية للشخصية تتجلى بشكل يوضح النزعات الرئيسية، وهذا الاختبار يهتم بانفعالات الفرد ويكشف لنا عن وضعه النفسي الحالي، والمشكلات والصراعات التي تشغله، بالإضافة إلى معرفة رغباته وهمومه وطموحاته (عباس، 1997، 91).

ويتكون الاختبار من ثلاثين صورة باللونين الأبيض والأسود مرسومة على بطاقات، عبارة عن أربعة مجالات متداخلة (الذكور والإناث من المراهقين، الذكور والإناث من الراشدين)، حيث تتكون كل مجموعة منها من تسع عشرة بطاقة، إضافة إلى بطاقة بيضاء (علام، 2000، 633-634).

تتوزع هذه الصور على فئات مختلفة من المفحوصين بينهم الذكور وبينهم الإناث، وبينهم الراشدون إضافة إلى الأحداث (مع وجود صور مشتركة بين كل هذه الفئات)، وحين يطبق الاختبار على فئة ما من المفحوصين يقتصر على عشرين صورة أوبطاقة بينها بطاقة واحدة بيضاء لا يظهر عليها أي رسم أو صورة ويطلب إلى المفحوص أن يتخيل صورة مماثلة لها ويؤلف حولها قصة كاملة. ويوجد شكل لهذا الاختبار خاص بالأطفال تعرض معظم بطاقاته صوراً للحيوانات بدلاً من الصور البشرية ويرمز له بـ(c.a.t) كما توجد أشكال أخرى لهذا الاختبار منها ما هو خاص بالجانيين ومنها ما هو خاص بالملونين وغيرهم.

بعض الصور خاصة بالأولاد (B) وبعض الصور خاصة بالفتيات (G) وبعضها خاص بالرجال (M) وبعضها خاص بالنساء. (F)

الرموز الخاصة بجنس المفحوص:

- (BM): تخص الذكور (أولاد - رجال)
- (GF): تخص الإناث (فتيات وسيدات).
- (M): تخص الذكور فوق سن 14.
- (F): تخص الإناث فوق سن 14.
- (B): تخص الأطفال إلى سن 14.
- (G): تخص البنات إلى سن 14.

- (BG): تخص الصبيان والبنات إلى سن 14.

إسقاط الشخصية في اختبار تفهم الموضوع

إن شخصية الإنسان كانت وما زالت موضع بحث علماء النفس الذين سعوا إلى كشف وسبر أغوار النفس الإنسانية وقد كانت المدرسة التحليلية من خلال رائدها فرويد من أوائل المدارس السباقة في ذلك، حيث سعت إلى تحليل النفس من خلال تقصي احتياجات الفرد ومعرفة أفكاره ومشاعره وما يواجهه من ضغوط، والكشف عن صراعاته ورغباته ونزعاته الدفينة وما يكتنفها من إحباط خلال مراحل حياته النمائية وما يكونه من صورة عن نفسه وعن المستقبل بغية الكشف عن الاضطرابات التي قد يعاني منها، واعتبر التحليليون أنه من الطبيعي أن يعجز الإنسان، والمريض بصورة خاصة، عن وصف معاناته بالدقة المطلوبة، كما أكد التحليليون على صعوبة الفرد في التعبير عن شخصيته ولجؤه إلى الدفاعات والرقابة النفسية العالية التي يمارسها الفرد سواء بشكل شعوري واع أو لا شعوري غير واع مما يجعله يخفي بعض الذكريات ومن ثم نسيانها وكتبتها، فلجأ التحليل النفسي إلى مبدأ تداعي الأفكار لتخطي دفاعات المريض ونهج في ذلك وسائل وطرق متنوعة فمن تفسير الأحلام إلى تداعي الذكريات ومن ثم تحليل الهوامات.

وتعددت تعاريف الشخصية حيث يقول "شن": الشخصية هي التكوين المنتظم أو الوحدة العامة الناتجة من العادات والاستعدادات والعواطف التي تميز فرداً عن المجتمع وتجعل منه وحدة مختلفة عن باقي وحدات المجموعة التي ينتمي إليها.

أما "أولبرت" فقد قال بأن الشخصية هي التنظيم الديناميكي في نفس الفرد لتلك الاستعدادات الجسمية النفسية التي تحدد طريقته الخاصة مع البيئة.

ولا يختلف عن تعريف بيرت القائل بأن الشخصية هي ذلك النظام الكامل من الميول والاستعدادات الجسمية والعقلية الثابتة نسبياً، التي تعتبر مميزاً خاصاً للفرد، وبمقتضاها يتحدد أسلوبه الخاص للتكيف مع البيئة المادية والاجتماعية (عويضة، 1996، 7).

الاختبارات الإسقاطية لقياس الشخصية:

لا شك أن فرويد قد أعطى أهمية جديدة للدراسة النفسية للشخصية المتمحورة حول الفرد وتاريخه مقيمةً تجربة الطفل المعاشة، لقد حمل التحليل النفسي تأويلاً أصيلاً تحت شكل نظرية دينامية متمحورة حول

مفاهيم: اللاوعي، النزوات، الجنسية... فالشخصية هي مكانٌ نفسيٌّ داخلي يتكون دينامياً حسب تاريخ الفرد بممارسة بعض الوظائف الأساسية بالنسبة له.

تنظر الاختبارات الإسقاطية إلى الشخصية كعملية دينامية ويمكن الكشف عن شخصية الفرد نتيجة ما تقدمه من مادة معينة يسقط عليها الفرد حاجاته ودوافعه ومدركاته ورغباته ومشاعره دون أن يفطن إلى ما يقوم به من عملية، وتكون المثبرات في هذه الاختبارات أقل تحديداً في بنائها أي غامضة أو مبهمّة نوعاً ما تقوم على أساس محاكاة مواقف الحياة اليومية وتلاحظ استجابات المفحوص لها بغير معرفته (عباس، 1996، 13).

مرتكزات التفسير:

- 1- القصة التي يعطيها الفرد تختلف من فرد إلى آخر كما تختلف عند الفرد نفسه وقد تحتوي القصة على عناصر عديدة وإجابات مختلفة ونضيف إلى ذلك أن أية إجابة يعطيها المفحوص هي بمثابة إسقاط لأفكاره ومشاعره ونزعاته الكامنة في أعماق لاوعيه. وهذا بالتالي يقتضي التقاط لاوعي المفحوص من أجل النفاذ إلى عمق معاناته الانفعالية والوجدانية.
 - 2- قد يلاحظ أن هناك فكرة أو أفكار معينة تتردد وتكرر في أغلبية القصص مثل هيمنة التصورات الجنسية والعلاقات الجنسية أو تسلط أفكار الموت والقسوة والعدوانية أو بعض المخاوف والخبرات الطفولية وهكذا فإن للأفكار والطريقة التي يعبر بها المفحوص في قصصه أهميتها في تحديد المشكلات أو المعاناة التي تتفاعل في لاوعي المفحوص التي يسردها حول البطاقات.
 - 3- غالباً ما يسقط المفحوص ذاته على الشخصية الرئيسية (البطل) في القصة، أي يسقط أفكاره ومشاعره عليها نتيجة التماهي مع تلك الشخصية ثم بالتدريج يتوصل المفحوص لوجود الشخصيات الثانوية في البطاقة وهنا نحاول معرفة اهتمام المفحوص بهذه الشخصيات وإهماله لها أو تجاهلها، حينما يشير إليها إشارةً عابرةً فهذا يعني سلبية المفحوص ورغبته بالانتهاء وهذا ما نلاحظه في القصص المقتضبة للغاية وغالباً ما تكون وصفيةً أكثر منها تخيلية وهذه دلالة على تحفظه في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.
- إذا شدد المفحوص الاهتمام على تلك الشخصيات الثانوية مهملاً بذلك الشخصية الرئيسية فإن ذلك دلالة على رغبة المفحوص بالمعارضة والعناد وشعوره بالدونية.

4- من المهم أيضا تحديد ما إذا كانت قصة المفحوص تستند على مجمل البطاقة فتدل على واقعية المفحوص ونظرته الكلية للأمور وقدرته على الربط بين الأفكار والأشياء بعكس تعرضه لبعض أجزاء البطاقة وسرد التفاصيل فيها.

في هذه الحالة دلالة رغبة المفحوص في التهرب من مواجهة الموقف ككل والتوجه إلى الأجزاء فقط، لاشك أن قدرة السيكولوجي على تحليل القصص والوصول إلى معطياتها اللاواعية تزداد وتتعمق بازدياد خبرته وممارسته.

وهكذا فإن التحليل يركز على المعطيات التي يدلي بها المفحوص من خلال قصصه حول البطاقات ومن الحوار الذي يقيمه السيكولوجي مع المفحوص حول ما أعطاه وماهي مواقفه وتبريراته لهذه الأمور (عباس، 1993، 41).

يعتمد اختبار تفهم الموضوع في تفسيره للاستجابات على نظرية التحليل النفسي و ذلك من خلال:

- القصة المروية كمؤشر عن اللاوعي:

مجمل المحتويات غير الحاضرة في المجال الواعي الراهن يتكون من المحتويات المكبوتة التي حُظر عليها العبور إلى نظام ما قبل الوعي -الوعي بفعل الكبت.

ومن الخصائص الأساسية لنظام اللاوعي كالتالي:

- تتكون محتوياته من ممثلات النزوات.
- تحكم هذه المحتويات الآليات النوعية للعمليات الأولية وخاصة التكنيف والإزاحة
- بما أنها موظفة بالطاقة النزوية فهي تجهد في العودة إلى الوعي (عودة المكبوت) لكنها لاتستطيع النفاذ إلى نظام ما قبل الوعي إلا في تكوينات تسوية وذلك بعد خضوعها لتحويلات الرقابة.
- إن رغبات الطفولة هي التي تثبت في اللاوعي، إن اللاوعي الفرويدي هو فكرة موقعية ودينامية وعن هذه الأفكار تصدر الأعراض.
- التمثلات اللاوعية (أفكار-ذكريات-صور...) المرفوضة هي تمثلات مكبوتة والمكبوت ليس ذكرى وإنما يصبح هواماً (عباس، 2003، 36).

آلية تفسير النتائج :

طريقة موراي Murray : إن أول مهمة بالنسبة إلى موراي هي التعرف على البطل الرئيسي للقصة، وبعد تحديد البطل دالاً على الشخصية التي يتماهى معها المفحوص ويسقط عليها مشاعره ورغباته ونزعاته. فالقصص التي يستجيب بها المفحوص للصور هي إسقاطات لمشاعره وأفكاره ودوافعه على أشخاص آخرين أو على موضوعات في العالم الخارجي، وهي في هذه الحالة تتمثل في الصور (المثيرات). وطبقاً لمفهوم الإسقاط فإن هذه الأولوية التي تستخدم كعملية دفاعية عن الذات في مواجهة قوى جنسية أو عدوانية، غير مقبولة لاشعورياً من قبل الأنا الأعلى.

1- **الموضوع**: ويشير محتوى القصة إلى الموضوعات الرئيسية الغالبة في القصة، والموضوع يكون عادةً الأحداث التي تدور عليها القصة، فالموضوع هو التكوين الدينامي للقصة، والتي تشمل البطل، الحاجات الأساسية، ضغوطات البيئة والعمل والعالم الخارجي، وما هو موقف البطل تجاه هذه الحاجات والضغوطات (ميخائيل، 2006، 150).

2- **البطل**: الشخصية التي تتمحور حولها الأحداث مبينة مشاعرها، حاجاتها مواقفها وأساليب المواجهة وعادة يتماهى المفحوص بشخصية البطل التي هي من نفس جنسه، وعندما يكثر استعمال الضمائر (هو وهي، هذا) فالمفحوص لديه تززع في صورة الذات (غموض). وفي حال وجود أكثر من شخصية رئيسية فهذا دليل على نزعات متعارضة أو حاجات متعارضة لدى المفحوص (عباس، 2003، 53).

3- **الحاجات الرئيسية للبطل**: هناك الحاجات السلوكية للبطل، ومنها العدوان، التحصيل، التملك، الاستقلال، النشاط الجنسي، الاحتماء، والحاجة إلى تجنب الأذى، والنظام والسيطرة والعطف... لكن حاجات البطل قد لا تكون هي نفس حاجات المفحوص، وإنما مجرد حاجاته على مستوى التخيل، ولهذا ينبغي فهم العلاقة بين الحاجات التخيلية والحاجات السلوكية: فقد تكون بعض الحاجات مرتفعة في مستوى التخيل ومنخفضة في مستوى السلوك، وهي الحاجات التي تعوقها عن التعبير الخارجي الضغوط الحضارية، ومن ناحية أخرى فإن هناك بعض الحاجات قد يعبر عنها تعبيراً ضئيلاً على مستوى التخيل، ولكن يعبر عنها تعبيراً قوياً في السلوك الظاهر بسبب مطالب الواقع.

وفي تحليل حاجات البطل فإذا كان المفحوص يتجنب مثلاً كل إشارة إلى العدوان، فإنه يفعل ذلك نتيجة لحاجته الشديدة إليه، وهي حاجة يتعين ضبطها عن طريق إنكارها، وإذا تجاهل المفحوص في قصته إلى أي شيء ظاهر في الصورة، فهذه دليل إلى وجود حاجة مكبوتة.

4- نظرة المفحوص إلى البيئة أو العالم: مفهوم المفحوص عن العالم هو خليط معقد من إدراك الذات وتحريف فهم المثيرات، يتمثل في صور ذكريات الماضي، ونظرة المفحوص للعالم ممكن أن تكون عدوانية، استغلالية، عطوفة، متفائلة، أو متشائمة... الخ

5- نظرة المفحوص للشخصيات أو النماذج المختلفة: وهنا ينبغي الاهتمام إلى النماذج الوالدية والأقران ومن هم أصغر سناً فكل صورة تسمح للمفحوص أن يخلق موقفاً يمكن فهمه على أنه مشكلة يتعين عليه حلها، ولا بد من تسجيل نظرة المفحوص لهذه الشخصيات سواء كانت عدوانية، انصياعية، اعتمادية، معاقبة، مقيدة، مخيفة، متسلطة، مخرقة (عباس، 1994، 299).

6- ضغوط البيئة وتأثيرها على الفرد: بالإضافة إلى تحديد البطل الرئيسي في القصة ودور الحاجات والدوافع الأساسية المحركة للسلوك، تأتي دراسة الجو المحيط بالبطل والذي يعيش فيه، كما لا بد من دراسة العلاقات المختلفة التي يقيمها البطل مع الشخصيات الأخرى، والضغوط المختلفة التي تصدر عن البيئة، وكيف يدركها المفحوص، فالضغوط هي رأي الفرد في العالم الذي يعيش فيه، وما يحتمل أن يسقطه من آثار في الاستجابات التي تصدر عنه خاصة بالمواقف التي تعرض له، ومن أمثلة ضغوط البيئة: العدوان والسيطرة والنبذ والحرمان..

7- الصراع النفسي: حيث تتجابه عند شخص ما متطلبات داخلية متعارضة وقد يكون الصراع صريحاً بين رغبة ومطلب أخلاقي، أو كامناً يمكن أن يظهر بشكل ملتو، في الصراع الصريح: الصراع بين المراهق وأهله حول بعض الآراء والعادات (صراع صريح)، بينما الصراع الكامن هو في الحقيقة التمرد على السلطة (من أجل تحقيق الذات والاستقلالية).

يفسر فرويد دينامية الصراع النفسي: يتولد في عقل الفرد دافع نفسي لا يقاوم ولكن تظهر معه مباشرة نوازع أخرى قوية معارضة له على أساس أنه دافع فاضح. فإذا حدث مثلاً أن دخل منطقة الوعي دافع أو فكرة يمثل النزوة الجنسية فسرعان ما تجابهه نوازع عاتية في صورة

الضمير للفرد (الأنا الأعلى) من حيث هو تجسيد للمعايير والمثل الأخلاقية والعقائد الدينية للشخص فإنه هو الذي يصدر حكمه على الدافع أو الفكرة مقيماً إياه بأنه فاضح أو مخجل أو مؤلم، وسرعان ما يدخل في صراع معه.

الصراع النفسي يؤدي إلى القلق والخوف اللذين يبقيان طالما يوجد الصراع الذي يوتره، ولا ينتهيان إلا بحل الصراع.

التعارض بين مبدأ الواقع ومبدأ اللذة: يمكننا أن نقول أن القوتين المتصارعتين هما: الجنسية وركن كابت، ويكمن سبب الكبت في الطابع الخاص للتصورات الجنسية الذي يجعلها غير قابلة للتوفيق مع الأنا وبالتالي فهي تولد القلق أو الانزعاج (عباس، 2003، 54)

8- **طبيعة القلق:** لا بد من تحديد أنواع القلق التي يعانيها المفحوص، والتي تتصل بالألم الجسمي أو العقاب أو الخوف من فقدان الحب، والخوف من الوحدة ونقص المساندة، ومن المفيد تسجيل أسلوب المفحوص في حماية نفسه من المخاوف التي تعترضه، والشكل الذي يتخذه هذا الأسلوب، هل هو الهروب من الواقع؟ أو السلبية؟ أو العدوان؟ أو أنه الرغبة في التملك أو النكوص أو مص الأصابع... ويستدل على القلق من درجة التذبذب في خصائص الشكل في القصة، ومن خلال معالجة موضوعات العدوان الظاهر والصراع أو من فقدان أي شيء عزيز على المفحوص (عباس، 1994، 300).

9- **قوة الأنا:** تكمن في قدرته على إقامة التوازن بين المتطلبات النزوية وبين متطلبات الواقع والإشباع المؤجل يعبر عن إمكانية تحمل الإحباط (عباس، 2003، 54)

تقدر قوة الأنا عند المفحوص من خلال دراسة بعض الخصائص وهي: هل يستطيع الاستجابة بقصص ملائمة لما تقدمه الصور، أم يتجاهل الصورة ويذكر قصة ليس لها علاقة ظاهرة بالصورة، وذلك لأنه مشغول بمشكلاته بحيث لا يستطيع من إدراك الواقع. هل له من الكفاة والقدرة على الاستجابة للاختبار بقصص مبتكرة، وهل يستطيع أن يصوغ حبكة للقصة ويتوصل إلى حل للصراعات وما يجري بداخله بشكل واقعي ومتسق.

10- **شدة الأنا الأعلى:** يستدل عليه من خلال التناسب بين طبيعة العقاب وشدة الفعل المرتكب، فالعلاقة بين الجريمة المرتكبة، وقسوة العقاب التي أدت إليه دلالة جيدة لنمو الأنا الأعلى عند المفحوص، كما تساعد على دراسة الظروف التي أدت إلى العقاب ومن الذي أوقعه

بالمفحوص، ومن الواضح أن العقاب المباشر الذي يعبر عن الشعور بالذنب أقوى منه في حالة ترك البطل بعض الوقت دون أن يعاقب، وهنا لا بد من معرفة العقاب على الجريمة أو الفعل العدواني في القصة هل هو مباشر أم مؤجل؟ شديد القسوة أم شديد التساهل؟.

11- الآليات الدفاعية الرئيسية لمواجهة أنواع الصراعات: إن دراسة الدوافع والحاجات بالإضافة إلى دراسة الآليات الدفاعية الرئيسية التي يتخذها المفحوص في مواجهة الصراعات والمخاوف تسمح للمحلل النفسي بتكوين صورة واضحة لبنيان شخصية المفحوص ومن أهم الآليات الدفاعية: الكبت، التبرير، النكوص، التكوين العكسي، الإسقاط. وتوضح هذه الأساليب الدفاعية في محاولات المفحوص في مواجهة الصراع وأنواع القلق المتضمن في القصة (عباس، 1994، 301).

12- نهاية القصة: ينبغي الوقوف على النهاية التي تنتهي إليها القصة المروية في الاستجابة: هل هي نهاية سعيدة موفقة ومتفائلة، تتلاءم مع حاجات البطل ورغباته؟ أم نهاية تعيسة، حزينة ومتشائمة؟ هل هي نهاية مترددة، مبهمة؟ أو هل تترك القصة بدون نهاية. بتعبير آخر، ماهي الوسائل التي يعتمدها البطل في إشكاليته؟ إذا كانت وسائل سحرية، وهمية، فهذه دلالة على الاتكالية وعدم تكامل الأنا. أما إذا كانت الوسائل منطقية وواقعية، فهذه دلالة على تماسك الأنا واستقلاليته، وتشير النهاية الموجبة إلى إشباع حاجات البطل ورضاه، أما النهاية السالبة فتشير إلى عدم إشباع الحاجات (عباس، 2003، 56).

2-دراسة الحالة:

يعرّف عبد الفتاح دويدار "دراسة الحالة" بأنها طريقة عملية وشمولية تتميز بالعمق والفحص التحليلي الدقيق لأي ظاهرة أو مشكلة أو نوع من السلوك المطلوب دراسته لدى شخص أو أسرة أو جماعة بعد فهم الظاهرة فهماً مستفيضاً بهدف الوصول إلى استنتاجات ومبادئ عامة تصلح لوضع تعميمات، ويرى حامد زهران أن دراسة الحالة وسيلة شائعة الاستخدام لتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن العميل وهي أكثر الوسائل شمولاً وتحليلاً وهي تقدم صورة مجمعة للشخصية ككل وبذلك تشمل دراسة مفصلة للفرد في حاضره وماضيه وهي بذلك تصور فعلاً فردية الحالة (دويدار، 1993، 37).

وقد اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على نموذج دراسة الحالة للدكتور رياض العاسمي.

الصعوبات التي واجهت الباحثة أثناء التطبيق:

خلال قيام الباحثة بهذا البحث فقد تعرضت لمجموعة كبيرة من الضغوط والصعوبات منها ما يتعلق بطبيعة العينة أنها تعاني من مرض مزمن تصاحبه أعراض فجائية الحدوث وقد يكون المريض بهذا المرض عرضة للموت الفجائي أو حدوث غيبوبة أو دخول المشفى مما شكل صعوبة في التواصل مع بعض المرضى وإلغاء بعضهم من العينة وقد شهدت الباحثة وفاة اثنتان من مرضى التلاسيميا بسبب المضاعفات ولاحظت تأثير الوفاة السلبي على بقية المرضى، كما أن هناك من المرضى الذين يعانون من التعب أو الوهن فلم يكن لديهم التركيز الكافي للتطبيق وقد تم استبعادهم؛ وبحكم مقابلة الباحثة للمرضى في العيادات الشاملة حيث يتلقون علاجهم وينقلون الدم فإن قسماً منهم كان يعاني من الإرهاق والتعب نتيجة انخفاض مستوى الخضاب قبل نقل الدم وبعضهم قد يعاني من التحسس لنقل الدم لهم وهذا كان أحد المعوقات الأساسية في التواصل مما يفسر صغر حجم العينة.

كما كان من الصعب على الباحثة الحصول على الإحصاء الكامل لعدد المرضى بهذه الفئة العمرية من الهيئات المختصة لاعتبارت تتعلق بمديرية الصحة، وعدم القدرة على إجراء إحصائيات جديدة في ظل ظروف الأزمة الراهنة مما سبب تسرب عدد من المرضى في الأماكن البعيدة أو المضطربة واضطرار بعضهم لنقل الدم في مشافٍ خاصة، وذكرت بعض الأرقام المتعلقة بهذا الخصوص بشكل تقريبي بحسب أعداد المتوافدين أسبوعياً.

وقد كان من التحديات التي واجهت الباحثة خلال تطبيق مقياس التأت إتمام إجراء التطبيق الثاني للاختبار على اعتبار أنه بحاجة إلى أكثر من تطبيق ويتم على دفعتين.

وكننتيجة لهذه الصعوبات المتعلقة بعينة المرضى تم اختيار العينة السوية من طلاب وطالبات الجامعة (فئة الشباب).

ومن بين التحديات ندرة وقلة الدراسات العربية والأجنبية على فئة المرضى الشباب، إذ أن معظم الدراسات تتناول الأطفال والمراهقين.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم استخدام البرنامج الإحصائي spss للإجابة عن أسئلة الدراسة، واختبار فرضياته، حيث تم إجراء التحليلات الإحصائية التالية:

- 1- معامل ألفا كرونباخ لحساب معاملات الثبات.
- 2- معامل الارتباط بيرسون لحساب صدق الدراسة وللارتباط بالتجزئة النصفية، وللتحقق من الفرضيات.
- 3- اختبار (t-test) لعينتين مستقلتين للمقارنات الثنائية لاختبار الفروق.
- 4- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لحساب الفروق.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

يعرض هذا الفصل ما تم التوصل إليه من نتائج في ضوء المعالجات الإحصائية، وتفسير تلك النتائج في ضوء أدبيات البحث والدراسات السابقة التي قد تتفق أو تختلف مع نتائج البحث الحالي.

ثانياً: عرض نتائج فرضيات البحث وتفسيرها:

الفرضية الأولى وتفسيرها:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة صورة الجسد ودرجة قلق الموت لدى أفراد عينة مرضى التلاسيميا.

للتعرف على العلاقة بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة المرضى على مقياس صورة الجسد ودرجاتهم على مقياس قلق الموت، قامت الباحثة بحساب قيمة معامل ارتباط بيرسون، واختبار معنويته كما يوضح الجدول الآتي:

جدول (8)

معامل الارتباط بين قلق الموت وصورة الجسد وأبعاد كل منهما

الارتباطات Correlations				
مجال التفكير بما سيحدث بعد الموت	مجال الخوف من موت الآخرين واحتضارهم	مجال الخوف من موت الذات واحتضارها	قلق الموت	
*0.58	*0.45	*0.70	*0.77	صورة الجسد
* 0.62	0.36	*0.64	*0.74	صورة الجسد الذاتية
*0.50	0.45	*0.60	*0.60	صورة الجسد الاجتماعية
0.39	0.40	*0.63	*0.40	أساليب التدخل مع تهديد صورة الجسد

(* دال عند 0.05)

يتبين من الجدول (8) أن قيمة معامل الارتباط في الدرجة الكلية لكل من صورة الجسد وقلق الموت لدى عينة المرضى كانت (0.77) عند مستوى دلالة (0,05)، وكانت قيمة معامل الارتباط موجبة دالة عند المرضى، أي أنه كلما ارتفعت الدرجة على مقياس صورة الجسد لدى مرضى التلاسيميا فإنهم يعانون من صورة جسد متدنية كلما ازدادت درجة قلق الموت، هذا يدل على رفض الفرضية الصفرية وقبول البديلة التي تقول: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة صورة الجسد ودرجة قلق الموت لدى أفراد عينة مرضى التلاسيميا، وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة جيلي وآخرون (Gelie2007) التي توصلت إلى وجود ارتباط دال بين قلق الموت وصورة الجسد، حيث يتزايد قلق الموت في النساء اللواتي يسجلن تدني في صورتهم لأجسادهن، كما تتفق مع نتائج خورانا (Khuran2006) في وجود صورة جسد متدنية وتعبير عينة الدراسة عن قلقهم حول استمرار حياتهم والقلق بشأن صحتهم.

ويمكن أن تفسر الباحثة هذه النتيجة بحسب النتيجة التي توصلت إليها دراسة جايد والشمس (2000) عند قيامهم بدراسة بين المرضى الأطفال حيث كانت استجابات الأطفال ذات مضامين متعلقة بالمرض منها التغيرات الشكلية بالمرض ومراجعات المشفى والتي تدل على حالة القلق الدائم من الامور المتعلقة بالصحة إذ يعتبر الخوف من نهاية الحياة والمعاناة من أحد الاضطرابات المزمنة من الأسباب الأساسية في نشوء قلق الموت، وعند دراسة الارتباطات بين أبعاد قلق الموت وبين أبعاد صورة الجسد لدى عينة المرضى كانت درجات الارتباط معظمها موجبة دالة ويبينها الجدول السابق بشكل واضح في حين كانت العلاقة بين صورة الجسد الذاتية والخوف من موت الآخرين واحتضارهم والعلاقة بين صورة الجسد الاجتماعية والخوف من موت الآخرين، العلاقة بين أساليب التدخل والخوف من موت الآخرين، والعلاقة بين أساليب التدخل والتفكير فيما سيحدث بعد الموت غير دال عند مستوى دلالة (0.05) ويمكن تفسيرها بانشغال المرضى بقلقهم حول جسمهم مما يخفف عنهم من مشاعر القلق اتجاه الآخرين.

إن مرضاً مزمناً مثل التلاسيميا يسبب العديد من المشاعر والانفعالات ذات التأثير السلبي القوي في حياة الأفراد المرضى، كمشاعر الغضب والمخاوف، ويعتبر الخوف من الموت والاكتئاب والغضب هي الأكثر شيوعاً. (Georganda, 1990, 4)

الفرضية الثانية وتفسيرها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات صورة الجسد لدى مرضى التلاسيميا تعزى لمتغير الجنس.

لدراسة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى التلاسيميا على درجة مقياس صورة الجسد وفقاً لمتغير الجنس، قامت الباحثة بتطبيق اختبار (ت) ستودنت للتعرف على الفروق وفقاً لمتغير الجنس، وكانت النتائج كالتالي:

جدول (9)

اختبار ت ستودنت لمتوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من المرضى على مقياس صورة الجسد وفقاً لمتغير الجنس.

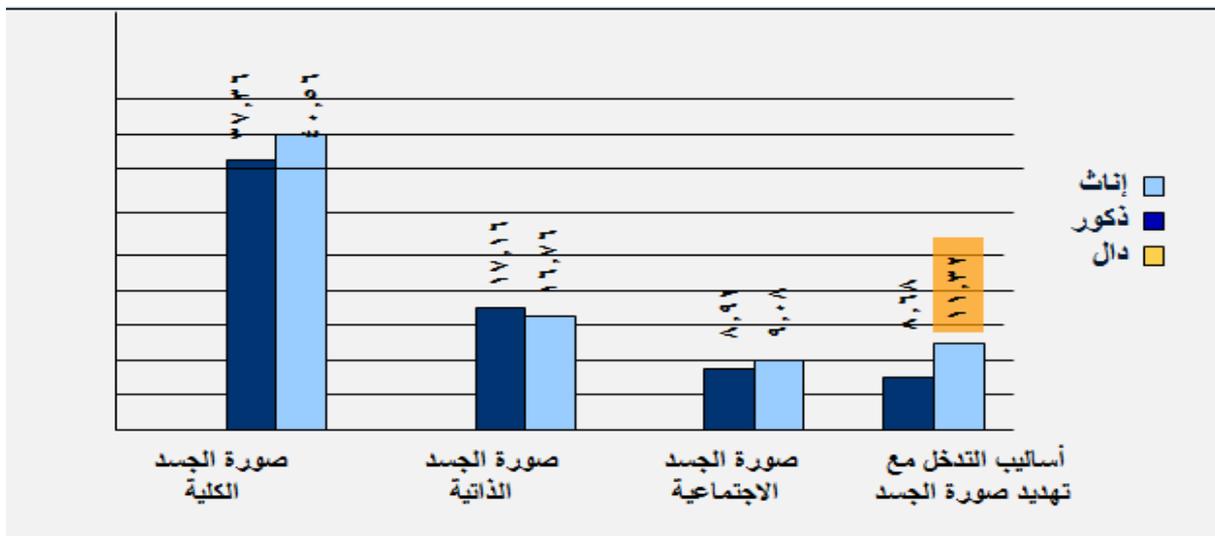
المقياس	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية لصورة الجسد	ذكور	25	37.36	8.892	1.36	24	0.18	غير دال
	إناث	25	40.56	7.676				
صورة الجسد الذاتية	ذكور	25	17.16	3.955	0.376	24	0.70	غير دال
	إناث	25	16.76	3.562				
صورة الجسد الاجتماعية	ذكور	25	8.92	3.341	0.193	24	0.84	غير دال
	إناث	25	9.08	2.465				
أساليب التدخل مع تهديد صورة الجسد	ذكور	25	8.68	2.37	3.599	24	0.001	دال عند مستوى دلالة 0.05
	إناث	25	11.32	2.795				

يبين الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة الذكور بلغت (37.36)، وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لأفراد عينة الإناث (40.56)، وبلغت قيمة ت ستودنت (1.36)، وبلغ مستوى الدلالة (0.18) وهو أكبر من (0,05)، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة، بالتالي نقبل الفرضية الصفرية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى التلاسيميا على مقياس صورة الجسد وفقاً لمتغير الجنس.

تتفق النتيجة التي توصلت إليها الباحثة مع نتائج دراسة (طافش 2006) حيث جاءت سمات النظرة السلبية للحياة وعدم الكفاية الشخصية في المرتبة الرابعة من سمات شخصية المرضى ككل للإناث والذكور وفي المرتبة الخامسة التقدير السلبي للذات والتي تعتبر جانباً هاماً من جوانب تكوين صورة الجسد، وبالتالي لم

يكن هناك فروقات جوهرية بين الذكور والإناث، "ويختلف ذلك مع بعض المرجعيات والدراسات التي تقترض أن الإناث أكثر حساسية وتمحيصاً لصورة أجسامهن عن نظرائهن الذكور فتميل الإناث إلى تعريف أنفسهن من خلال أجسامهن وبخاصة مظهرهن، أو يعرفن أنفسهن من خلال الناس الآخرين، فالجسم فيما يتعلق بالإناث يشكل الأساس للهوية وذلك يختلف عما هو لدى الذكور، فكثير من الذكور يميلون إلى تعريف أنفسهم من خلال الإنجازات في المجالات المهنية والفكرية وتكون علاقاتهم بأجسامهم إلى حد ما علاقة نفعية (حشاد، 2001، 49) ومما ذكر يتفق مع النتيجة التي توصلت إليها الباحثة حيث لم يكن هناك فروقاً جوهرية بين الذكور والإناث على أبعاد مقياس صورة الجسد عدا البعد الأخير وهو أساليب التدخل والتعامل مع تهديد صورة الجسد، حيث كانت الفروق لصالح الإناث، فالإناث يكن غير راضيات عن أجزاء من أجسامهن بشكل أكبر من الذكور، فكلا الجنسين يهتم بملامح الوجه والوزن ويقلق الذكور فيما يتعلق بحجم القضيب بشكل كبير بنفس الطريقة التي تقلق بها الإناث فيما يتعلق بحجم الثدي ولكن الإناث يقلقن بشكل أكبر بكثير فيما يتعلق بحجم الأرداف وشكلها والأرجل والقدمين وفي محاولتهن في تغطية عيوب أجسادهن (حشاد، 2001، 50) ويمكن تفسير ذلك أن أساليب الإناث المصابات بالثلاسيما تختلف عن المرضى الذكور نظراً للفروق في الحساسية بين الجنسين، ولم تختلف في البعدين المتعلقين بالصورة الذاتية أو الصورة الاجتماعية نظراً لتشابههم في الشكل الخارجي الذي يميز مرضى الثلاسيما بصفات شكلية معينة.

شكل (1)



الفروق على أبعاد مقياس صورة الجسد بين الذكور والإناث

الفرضية الثالثة وتفسيرها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات قلق الموت لدى مرضى التلاسيميا تعزى لمتغير الجنس.

لدراسة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى التلاسيميا على مقياس قلق الموت وفقاً لمتغير الجنس، قامت الباحثة بتطبيق اختبار (ت) ستودنت للتعرف على الفروق وفقاً لمتغير الجنس، وكانت النتائج كالآتي:

جدول (10)

اختبار ت ستوديت لمتوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من المرضى على مقياس قلق الموت وأبعاده وفقاً لمتغير الجنس.

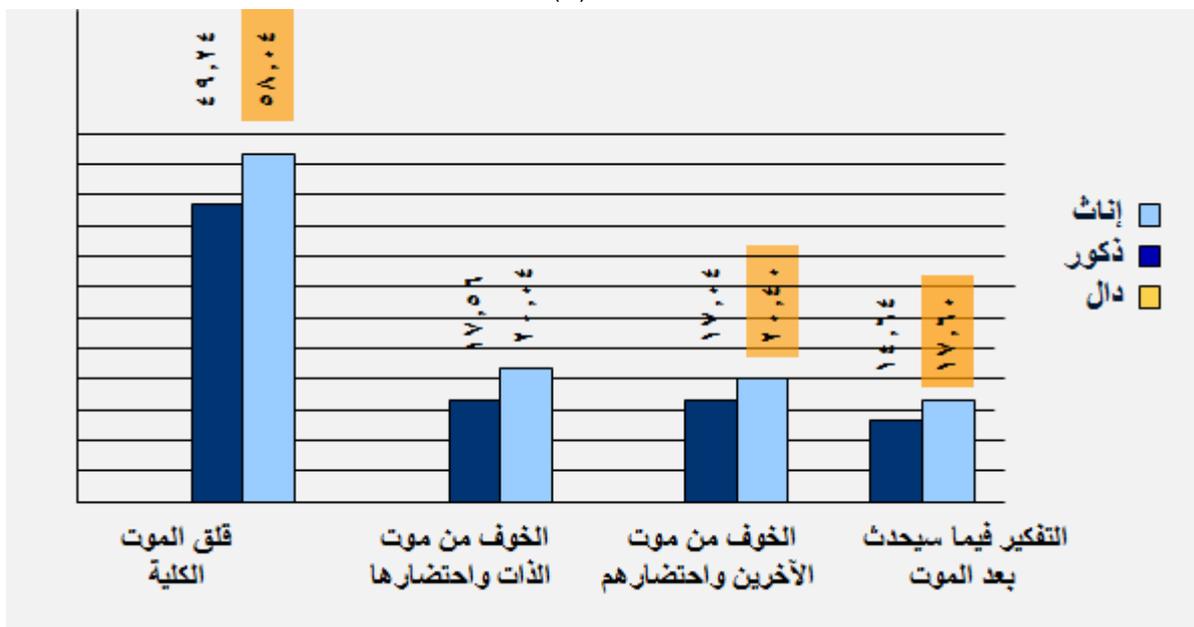
البعد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
قلق الموت	ذكور	25	49.24	12.374	2.39	24	0.02	دال عند مستوى دلالة 0.05
	إناث	25	58.04	13.612				
مجال الخوف من موت الذات واحتضارها	ذكور	25	17.56	4.86	1.787	24	0.08	غير دال عند مستوى دلالة 0.05
	إناث	25	20.04	4.94				
مجال الخوف من موت الآخرين واحتضارهم	ذكور	25	17.04	5.72	2.212	24	0.03	دال عند مستوى دلالة 0.05
	إناث	25	20.40	4.992				
التفكير فيما سيحدث بعد الموت	ذكور	25	14.64	3.414	2.358	24	0.02	دال عند مستوى دلالة 0.05
	إناث	25	17.60	5.268				

يلاحظ من الجدول (10) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (0.02) وهي أصغر من قيمة مستوى الدلالة الافتراضي (0,05)، وهذا يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أفراد عينة الدراسة المرضى في الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس وذلك لصالح الإناث.

كما تبين أن هناك فروق بين الذكور والإناث المصابين بالتلاسيميا في الأبعاد المتعلقة بقلق الموت عدا البعد الأول وهو الخوف من احتضار الذات، إن نتائج الباحثة ربما تلتقي بشكل جزئي مع دراسة طافش (2006) وتختلف معها من حيث النظرة السلبية للحياة التي كان هناك فارق خفيف فيها لصالح الذكور في عينة البحث. كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة ميسينا (2010) Messin التي بينت أن

سمة القلق تتفاوت بين عينة الحوامل ذوات الثلاثيميا وأن نسبة كل من القلق والاكتئاب كانت أعلى بشكل دال عند مريضات الثلاثيميا، وقد أظهرت بعض الدراسات أن نسبة أعراض القلق عند الإناث أعلى منها لدى الذكور، وأظهرت نتائج دراسة قام بها الأنصاري (2002) لقياس مستوى القلق على عينات من طلبة جامعة الكويت عدد أفرادها (2741) طالباً وطالبة فروقاً دالة إحصائياً بين الجنسين، حيث كانت متوسطات الإناث أعلى من متوسطات الذكور على المقياس المستخدم في الدراسة (حمدي والرواد، 2014، 593) وهذا يتفق مع نتائج الدراسة الحالية بشكل جزئي على اعتبار قلق الموت من أنواع القلق التي قد يعاني منها مرضى الثلاثيميا.

شكل (2)



الفروق على أبعاد مقياس قلق الموت بين الذكور والإناث

الفرضية الرابعة وتفسيرها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات صورة الجسد لدى أفراد عينة مرضى الثلاثيميا وعينة من الأسوياء من الجنسين.

لدراسة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى الثلاثيميا وأفراد عينة الدراسة من الأسوياء على مقياس صورة الجسد، قامت الباحثة بتطبيق اختبار (ت) ستيودنت للتعرف على الفروق وفقاً بين المجموعتين، وكانت النتائج كالآتي:

جدول (11)

اختبار ت ستوديت لمتوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من المرضى والأسوياء على مقياس صورة الجسد وأبعاده

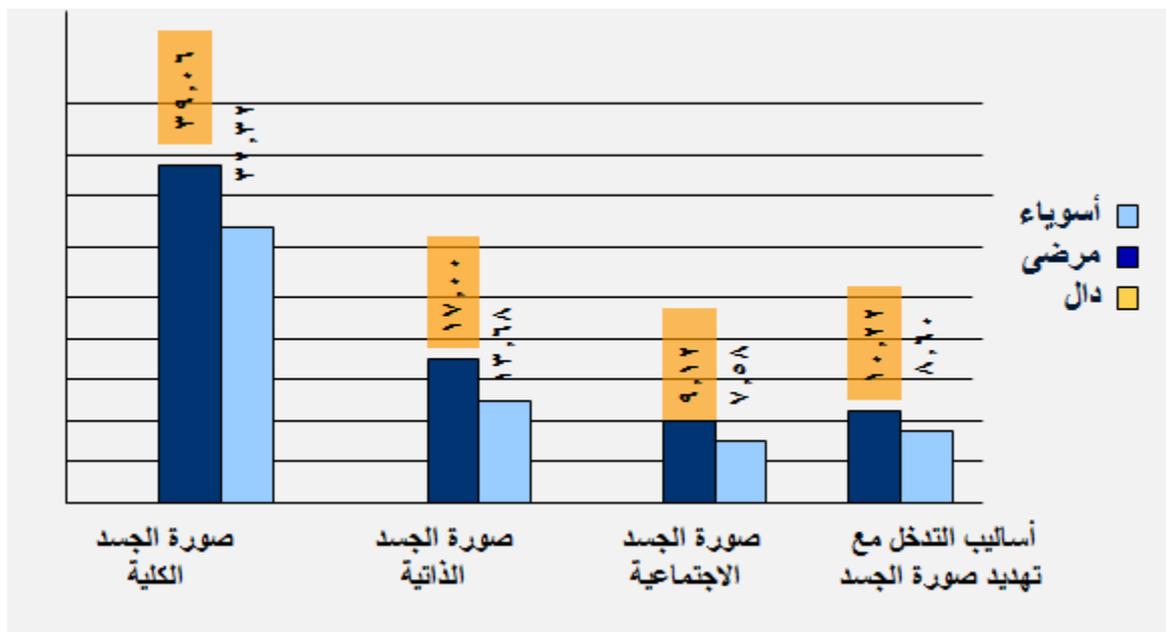
المقياس/ البعد	مرضى* أسوياء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية لصورة الجسد	مرضى	50	39.06	8.20	4.52	49	0.000	دال عند مستوى دلالة 0.05
	أسوياء	50	32.32	6.48				
صورة الجسد الذاتية	مرضى	50	17.00	3.64	4.6	49	0.000	دال عند مستوى دلالة 0.05
	أسوياء	50	13.68	3.53				
صورة الجسد الاجتماعية	مرضى	50	9.12	2.797	2.98	49	0.000	دال عند مستوى دلالة 0.05
	أسوياء	50	7.58	2.287				
أساليب التدخل مع تهديد صورة الجسد	مرضى	50	10.22	2.54	3.54	49	0.000	دال عند مستوى دلالة 0.05
	أسوياء	50	8.60	1.948				

يلاحظ من الجدول السابق، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى التلاسيميا والأسوياء على مقياس صورة الجسد، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (0,000) وهي أصغر من قيمة مستوى الدلالة الافتراضي (0,05)، وهذا يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات صورة الجسد لدى أفراد عينة مرضى التلاسيميا وعينة من الأسوياء من الجنسين.

ويمكن أن تفسر الباحثة انخفاض صورة الجسد لدى المرضى بسبب التغيرات الشكلية الواضحة في العينة المطبق عليها، إذ يفتقر قسم كبير من المرضى في العينة للتوعية حول مرضهم لذلك نجد هؤلاء المرضى أو ذويهم يتهاونون في العلاج الدوائي الخالب للحديد مما يؤدي إلى ظهور المضاعفات الشكلية التي تنعكس على شكل الجسم وتكون مصحوبة بتغيرات في الهيكل العظمي أو شكل الجمجمة وعظام الوجه ناهيك عن توقف النمو أو نقص النمو عند البعض الآخر وهذا انعكس على نتائج الدراسة أيضا بشكل جلي وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة خورانا Khuran (2006) حيث أظهر المرضى المراهقين المصابين بالتلاسيميا عدم رضى عن صورة الجسد لديهم، ويمكن أن تفسر الباحثة ذلك أن الاختلافات الشكلية تساهم بشكل جوهري في الوصول إلى هذه النتائج فمرضى التلاسيميا يبذلون مجهوداً إضافياً

لإخفاء عيوب جسدكم وتتفق دراسة مورجاني وإساك (2003) في ذلك حيث ظهر لدي عينة البحث مشكلات سلوكية مختلفة ترافقت مع عصابية وقلق زائد على أجسادهم ومظهرهم وأثبتت فروقاً بين المراهقين المصابين والطبيعيين في ذلك. وكذلك في دراسة طافش (2006) أظهرت عينة المرضى تقديراً سلبياً لذواتهم والذي يرتبط بشكل وثيق بتقديرهم لصور أجسادهم بشكل ذاتي. أما دراسة تويل وآخرون (2015) فاتفقت أيضاً مع نتائج البحث الحالي إذ يعاني المرضى في عينة البحث لديه من صراع حول كيفية اتباعهم لاستراتيجيات يكافحون من خلالها لبدءوا كالأسياء وقد تكون نتائج هذه الفرضية مختلفة بشكل جزئي مع دراسة خورانا (2006) حول ما يتعلق بالفروق في بعد صورة الجسد الاجتماعية إذ 80% من المرضى لم يعبروا عن وجود علاقة بين مرضهم وأعراضه الجسدية والتكيف والتفاعل مع الأقران ولم يسيروا إلى أن المرض قد أثر على عائلتهم أو علاقاتهم الاجتماعية.

شكل (3)



الفروق على أبعاد مقياس صورة الجسد بين المرضى والأسياء

الفرضية الخامسة وتفسيرها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات قلق الموت لدى أفراد عينة مرضى التلاسيميا وعينة من الأسوياء من الجنسين.

لدراسة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى التلاسيميا والأسوياء على أبعاد مقياس قلق الموت، قامت الباحثة بتطبيق اختبار (ت) ستيودنت للتعرف على الفروق بين الأسوياء والمرضى، وكانت النتائج كالآتي:

جدول(12)

اختبار ت ستوديت لمتوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من المرضى والأسوياء على مقياس قلق الموت وأبعاده.

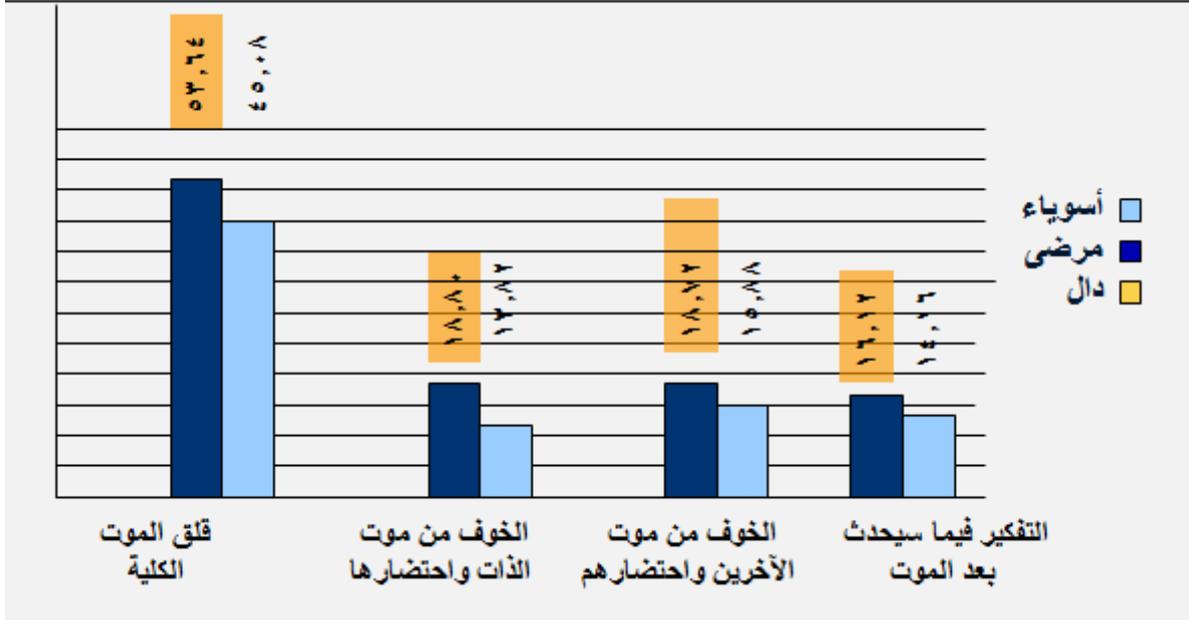
البعد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
قلق الموت	مرضى	50	53.64	13.620	3.3	49	0.000	دال عند مستوى دلالة 0.05
	أسوياء	50	45.08	11.847				
مجال الخوف من موت الذات واحتضارها	مرضى	50	18.80	5.014	5.53	49	0.000	دال عند مستوى دلالة 0.05
	أسوياء	50	13.82	3.832				
مجال الخوف من موت الآخرين واحتضارهم	مرضى	50	18.72	5.58	2.78	49	0.000	دال عند مستوى دلالة 0.05
	أسوياء	50	15.88	4.48				
التفكير فيما سيحدث بعد الموت	مرضى	50	16.12	4.64	2.15	49	0.000	دال عند مستوى دلالة 0.05
	أسوياء	50	14.16	4.39				

يلاحظ من الجدول(12) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة من الأسوياء والمرضى على مقياس قلق الموت، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (0,00) وهي أصغر من قيمة مستوى الدلالة الافتراضي (0,05)، وهذا يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة لها التي تقول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات قلق الموت لدى أفراد عينة مرضى التلاسيميا وعينة من الأسوياء من الجنسين. وكانت الفروق دالة لصالح فئة المرضى؛ عبّر العديد من المرضى عن الحزن الذي ينتابهم عند تذكرهم لأصدقائهم الذين توفوا بشكل مفاجئ إما نتيجة ترسب الحديد على القلب وتوقف القلب أو انحباس السوائل وتعطل الجهاز البولي، وتخوفهم الدائم حول نهاية

حياتهم والقلق المستمر حول كيفية احتضارهم ومصيرهم، وهذا يتفق بشكل جزئي مع نتائج بهمردى (2003) التي وجدت أن القلق من الخصائص النفسية المميزة لمرضى التلاسيميا والتي تؤثر على التكيف، وأوضحت أيضاً دراسة طافش (2006) سمة النظرة السلبية للحياة ولربما قد تكون هذه السمة مدعاة لسيطرة التفكير بالموت أو القلق منه كذلك فإن المرضى في عينة جايد والشمس (2000) أظهروا استجابات ذات مضامين متعلقة بالمرض والمشفى قد تعطي مدلولاً عن قلقهم على حياتهم والإصابة بأمراض مميتة أو استمرارها لدى المرضى مما يفسر النتائج التي توصلت لها الدراسة الحالية وقد أُخبرت الباحثة عدة قصص تتعلق بسيطرة فكرة الموت لدى المصابين بالتلاسيميا عندما يقارنون أنفسهم حتى مع أخوتهم الآخرين مما قد يشير إلى القلق حول موتهم. وبحسب دراسة شاليجرام Shaligram (2007) تبين وجود أعراض قلق بنسبة 67% ومشكلات عاطفية تؤثر بشكل خاص على نوعية الحياة والتي تعبر عن المدى الذي يكون فيه الفرد راض عن حياته، ودور ذلك كعامل منبئ بمشكلات نفسية تتعلق بالحياة. وقد اتفقت دراسة توركاروس Torcharus (2010) أيضاً مع فكرة تأثير الرضا عن الحياة أو نوعية الحياة عند المرضى مقارنة بالأسوياء. مما قد يدعم وبشكل غير مباشر نتائج هذه الفرضية. وفي دراسة ميسينا وآخرون Messina (2010) فإن المصابات بالتلاسيميا كانت لديهم نسبة القلق والاكتئاب أعلى من الأسوياء وهذا قد يدعم الفروق والاختلافات في مفهوم القلق بشكل عام.

ومما يجدر الإشارة إليه أن مرضى التلاسيميا عرضة لأمراض عضوية عديدة منها نقص الكالسيوم ونقص النمو، أو حتى ترسب الحديد في القلب والكلى مما يؤدي إلى تعطل هذه الأجزاء عن العمل والوفاة وهذا يزيد من قلقهم حول الإصابة بأمراض مميتة.

شكل (4)



الفروق على أبعاد مقياس قلق الموت بين المرضى والأسوياء

نتائج الدراسة الإكلينيكية:

الفرضية السادسة:

لا يختلف البناء النفسي لمرضى التلاسيميا عن البناء النفسي لأفراد أسوياء كما تقيسه أدوات المنهج الإكلينيكي دراسة الحالة ومقياس التات الاسقاطي.

قامت الباحثة بتطبيق اختبار تفهم الموضوع على مرحلتين يفصل بينهما أسبوع وذلك بعد أن طبقت نموذج دراسة الحالة على الحالات التي تبين أنها تعاني من درجة عالية على اختبار صورة الجسد والتي تشير إلى تدني صورة الجسد، ودرجة مرتفعة على مقياس قلق الموت، ويتم تطبيق اختبار التات على مرحلتين بحيث تنقسم البطاقات إلى سلسلتين اختارت الباحثة ما يناسب صفات العينة من حيث العمر والجنس يوضحها الجدول التالي:

جدول (13)

البطاقات المستخدمة من اختبار تفهم الموضوع في التطبيق الإكلينيكي

أرقام ورموز بطاقات السلسلة الأولى		
بطاقات خاصة بالذكور	بطاقات خاصة بالإناث	بطاقات مشتركة لكلا الجنسين
3BM	3FG	1
6BM	6FG	2
7BM	7FG	4
8BM	8FG	5
9BM	9FG	10
أرقام ورموز بطاقات السلسلة الثانية		
12M	12F	11
13BM	13FM	14
17BM	17FG	15
18BM	18FG	16
		19
		20

واستبعدت الباحثة (3) بطاقات تطبق على الذكور والإناث الذين تبلغ أعمارهم 14 ومادون وهذا لا يتناسب مع عينة الدراسة الحالية وهي:

13B طفل صغير يجلس على عتبة منزل خشبي

13G طفلة صغيرة تصعد سلماً حلزونياً

12BG قارب مسحوب إلى ضفة نهر في غابة.

وللتفسير قامت الباحثة بمراجعة عدة دراسات وأبحاث تناولت البنية النفسية منها دراسة العاسمي البنية النفسية لدى الأطفال باستخدام الكات (1995) وعز (1996) التي تناولت رائر تفهم الموضوع لدى عينة من الجانحين والجانحات في الجمهورية العربية السورية، وكذلك حربا (2008) التي درست البنية النفسية كما يقيسها اختبار تفهم الموضوع على المدمنات على المخدرات والحشاد (2001): البناء النفسي للأنتى المختنة من خلال تطبيق الروشاخ، بالإضافة إلى الرجوع إلى عدة مراجع في التفسير منها عدة مؤلفات لفیصل عباس (1993-1994-1996-2003) وقد ذكرت جميعها في مراجع البحث، واجتهدت الباحثة في التفسير الإكلينيكي للبطاقات بحسب طريقة موري التي يبينها الجدول التالي، وقد ذكرت بعضاً من نماذج تفسير البطاقات في الملاحق، وقامت الباحثة بتلخيص الفروقات بين الحالات الأربعة في الاستجابات من خلال الجدول (14) التالي:

جدول (14)

أوجه التشابه والاختلاف بين الحالات الأربعة المدروسة

حالة 4 أنثى سوية 25 عاماً	حالة 3 ذكر سوي 22 عاماً	حالة 2 ذكر مريض الثلاسيما 25 عاماً	حالة 1 أنثى مريضة الثلاسيما 20 عاماً	
عدة أبطال (الصبي والفتاة، الشاب، الشابة)	عدة أبطال	عدة أبطال (الأم، الابن ، أنثى، الرجل)	عدة أبطال (أنثى، صبي، أم، ابن)	البطل الرئيسي الذي تقمص الحالة شخصيته
في الصورة (1-3- 4)	20-19-18	(9-8-7-6- 4)	في القصة (1-8)	الحاجات الرئيسية: 1-تجنب الأذى
في الصورة (1) التفكير بعمق للتخلص من مشكلاتها، وفي الإنجاز الدراسي، الرغبة في أن تكون شخص جبار (2- 3)	_____	(2-1)	تسعى إليه من خلال السعي إلى تحقيق النجاح و أعلى الدرجات في الدراسة (1-8)	2 ^{البحث عن الكمال}

<p>من خلال الهروب من واقع اليتيم طفولة معذبة، التمرد على الواقع والإنكار والآخرين (4) تحقير الذكور في (6)</p>	<p>في القصة 18 من خلال التهجم عليه</p>	<p>رغبة من الهروب من الواقع ضيق من نقص الدعم الاجتماعي (3)</p>	<p>من خلال تحقير الذكور (1-8-6)</p>	<p>3- الاعتداء</p>
<p>شعور بالرفض النبذ والخضوع (2) القسوة (3) الكبت و الخضوع (4) تهديد الذات (6)</p>	<p>شعور بالنقص، التفكير بالانتحار والاكتئاب في (3)</p>	<p>شعور بالذنب التفكير بالانتحار وقتل الذات (2-3-8)</p>	<p>شعور بالنقص ولوم نفسها على التقصير</p>	<p>4- العدوان الموجه نحو الذات</p>
<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>(3-4-5)</p>	<p>كانت واضحة في القصص من خلال طلب الخادمة والمساعدة (8-10)</p>	<p>5- الشفقة والاستجداء</p>
<p>نقمة على المجتمع في (1-2) نقمة ضد أفراد جنسها (4) نقمة على الجنس الآخر (6)</p>	<p>نقمة على البيئة الأسرية السلبية والشك 18</p>	<p>نقمة على الماضي ضد المجتمع (9-3-8)</p>	<p>ضد المجتمع في (2) ضد أفراد جنسها (5-10)</p>	<p>6- السلبية</p>

7- الحاجة إلى الاستقلال	في ال (8-2-1)	(6-1)	من خلال سعيه للسفر وتوفير العمل في 19-20	في البقاء لوحدها و محاولة حلها لمشكلاتها بنفسها (4-2-1)
8- الجنس	رغبة إيجابية (9) رغبة سلبية 6	مكبوتة في معظم القصص	رغبة إيجابية مضبوطة بالأنا الأعلى	مكبوتة في معظم القصص وخاصة في (6-4)
الضغوط أو العوامل البيئية والمؤثرات الخارجية	بيئة تعتمد على الكبت وقمع الحرية	بيئة قائمة على سيطرة الرجل و خضوع المرأة وفقد الدعم الاجتماعي	بيئة مهددة ينقصها الأمن والاستقرار في العمل	بيئة غير آمنة، الرفض، الكبت (1-2-3-4-6)
السيطرة	تمثلت بشخصية الأم (5-) (6) وزوج الأخت	تمثلت بشخصية الأب القاسي (4)	تمثلت بشخصية الاب و الجدة في 6	تمثلت بشخصية الأم (2) والأب (6)
العطف	تفتقده الحالة في (1-2-) (5-6-7-10)	يفتقد إلى عطف الأب والأسرة في (3)	بحاجة إلى العطف والدعم الأسري (3)	تفتقده في ال (3-) (4)
صورة الأب	سلبية مهمش، إيجابية أكثر من الأم	سلبية	صورة إيجابية في مواجهته للواقع سلبية في تعرضه للأذى والمرض	سلبية في (1)

سلبية مغيبة في (1) متحكمة في (2)	سلبية تمثلت في (3) خاضعة	سلبية خاضعة (3) إيجابية حنونة	سلبية (1-5-6)	صورة الأم
سلبية معيقة (1-) (4-3-2)	سلبية معيقة و مهدة	سلبية في معظم الصور	سلبية (2-6-8-9)	صورة البيئة
شديدة في (1-3-) (6-4)	شديدة تمثل في ضبط الدافع الجنسي وفي تحمل المسؤولية (19- 20) وكذلك في (3)	ضعيفة في (3-) (8) متوسطة في (9)	شديدة في (1)	شدة الأنا الأعلى
الخوف من الرفض الخوف من الفشل الخوف من الفقد (3)	الخوف من التهديد وفقدان العمل، الخوف من المرض	الخوف من الفقدان والهجر	الخوف من الفشل- الخوف من الوحدة	مخاوف الحالة و طبيعة قلقها
نهاية مفتوحة في (2-1) نهاية سلبية في 4	معظم النهايات سعيدة في القصص (19- 20) سلبية في 18	سعيدة في (1-) (9-2) حزينة مأساوية في (3-6-8)	سعيدة (1-2-3-7-9) وحزينة (8)	طبيعة القصص (النهايات)

صراع بين الإنجاز ومواجهة تحديات المجتمع، وصراع بين تحقيق الذات ومواجهة الرفض، صراع بين الرغبة في الحب و البحث عن وسائل تتناسب مع بيئتها لإشباع هذه الحاجة	صراع في تحقيق الإنجاز و تحقيق الذات و بين تحمله مسؤولية الأسرة وخاصة اتجاه الأب	صراع بين إثبات الذات و تحدي الظروف المعيقة ، صراع بين الإنجاز والاستسلام للألم	صراع داخلي بين السيطرة والخضوع	الصراعات والإحباطات
الهروب - الرفض - التحويل - الكبت	التبرير - الهروب - الإسقاط	إسقاط - تكوص - تبرير - تقمص	تكوص - إنكار - إسقاط - النقل (الإزاحة)	وسائل الدفاع المستخدمة

تعقيب ومناقشة:

إن دراسة الباحثة لأربع حالات (اثنتان من الإناث {مريضة وسوية} واثنتان من الذكور {مريض وسوي}) وبعد المقارنة في الجدول السابق جعل الباحثة تستخلص النتائج التالية:

- إن استجابات قصص مريضة التلاسيميا بشكل مجمل كانت أكثر طولاً منها عند الأنثى السوية، إلا أنها كانت موجزة في بعض القصص ومحدودة، وهذا ربما يشير إلى ملامح اكتئابية عند مريضة التلاسيميا ووجود مثلها في السوية ، أما الحالتان الذكورتان، فقد لوحظ أن استجابات السوي أكثر طولاً منها عند مريض التلاسيميا، وهذا يدل بوضوح على ملامح اكتئابية واضحة عند الفرد المريض، وربما تتفق هذه النتائج مع دراسة ميسينا Messina (2010) التي وجدت أن سمة القلق والاكتئاب أعلى عند مريضات التلاسيميا.

- توحد المفحوصون الأربعة مع عدة أبطال وليس بطلاً واحداً، مع تناسق وتناغم الاستجابات والقصص التي بدت متسلسلة، وهذا يدل على كفاءة اختبار التات في الكشف عن دينامية الشخصية.

- اتسمت شخصية مرضى التلاسيميا (الأنثى والذكر) في الدراسة بالسلبية والشعور بالنقص وتجلي من خلال لوم الذات المستمر والسعي الدائم للكمال اللذين كانا واضحين في حالتي التلاسيميا ولم يظهر في حالتي الأسوياء، بالإضافة إلى مشاعر الذنب والاعتراب، كما اتضح من خلال الجدول (14) وجود الاعتمادية الواضحة والتي عبروا عنها من خلال الحاجة المتزايدة للاستقلال، وتتفق هذه النتائج مع دراسة طافش (2006) التي كانت سمتا الاعتمادية وعدم الثبات الانفعالي في المرتبة الأولى والثانية للذكور والإناث ككل.

- إن التشوه في صورة المرضى عن إدراكهم لذواتهم يرتبط ارتباطاً وثيقاً بصورتهم عن أجسامهم وهذا ظهر بشكل واضح من خلال استجاباتهم على صور البطاقات إذ يظهر أن المرضى كانوا دائماً حريصين على التعبير عن المظهر وشكل أبطال القصة وذكر أعمارهم وهذا لم يظهر بوضوح في حالتي الأسوياء. "وهذا يدفعنا أن نؤكد أنه في كثير من الأحيان يكون المفهوم السالب للذات راجعاً إلى تشوه صورة الجسد واضطرابها وعلى العكس من ذلك، يصاحب الرضا عن صورة الجسم شعوراً إيجابياً نحو الذات فضلاً عن التقدير المرتفع لها، وهي تلازم مراحل العمر المختلفة فهي عملية يدركها الفرد منذ مرحلة الطفولة وحتى مرحلة الرشد وتجدر إلى أنها شائعة لدى الذكور والإناث وإن كانت الإناث أكثر حساسية وتمحيصاً لصورة أجسامهن عن نظرائهن من الذكور" (حشاد، 2001، 49).

- إن اضطراب مفهوم الذات لدى المرضى كان واضحاً في قصصهم عندما ذكروا كلمات مثل: يائس، مصدوم، لن يستطيع تغيير شيء، مهمومة، متشائمة، كئيبة وكانت مثل هذه الاستجابات أكثر تكراراً في قصص حالتي المرضى عنها في حالتي الأسوياء، ونجد ذلك متفقاً مع دراسة طافش (2006) التي أكدت وجود التقدير السلبي للذات في عينة مرضى التلاسيميا بالمرتبة الرابعة.

- ومما يفرق بين حالتي المرضى وحالتي الأسوياء وجود الاستجداء وطلب الشفقة وهذا يتفق مع إحساسهم بالنقص والعجز نتيجة وجود المرض وهذا لم يكن موجوداً في قصص الأسوياء.

- كانت السلبية لدى المرضى موجهة ضد المجتمع بشكل عام أما الأسوياء فكانت نحو الأسرة بشكل خاص، واتفقت الحالتان الإناث في الدراسة الإكلينيكية بوجود سلبية ضد أفراد جنسها بينما كانت هناك نقمة على الجنس الآخر فقط في الحالة السوية الأنثى، واتفقت الحالات الأربعة في الصورة السلبية للبيئة وتعزیه الباحثة في حالتي المرضى إلى فقد بعض متطلبات العلاج والتهديد بالمضاعفات وفقدان الدعم

الاجتماعي المتعلق بذلك وهذا يلتقي مع دراسة توركاروس Torcharus (2010) التي وضحت أن النقل المتكرر للدم يؤثر على الصحة النفسية المرتبطة بنوعية الحياة، وضرورة الحاجة إلى برامج مساندة اجتماعية و نفسية للمرضى، أما في حالتي الأسوياء فالبيئة سلبية نتيجة التفكير بالسفر والبطالة وعدم تهيئة ظروف مناسبة.

- اشتركت الحالات الأربعة في فقدان العطف واتسمت العلاقات الأسرية في الحالات الأربعة بالتذبذب وهذا يتفق مع نتائج دراسة بهمردى (2003) التي وضّحت أن من صفات العلاقات الأسرية في عائلات مرضى التلاسيميا التذبذب، فكانت صورة الأب سلبية، وظهرت إيجابية تارةً وسلبية تارةً أخرى عند استجابة الأنثى المريضة والذكر السوي، في حين كانت صورة الأم سلبية في الحالات الأربعة وإيجابية في إحدى استجابات مريض التلاسيميا الذكر، وهذا لا يتوافق مع نتائج خورانا Khurana (2006) التي لم يؤثر فيها صورة الجسد المتدنية على علاقات المرضى مع عائلاتهم.

- كانت الرغبات الجنسية في استجابات الحالة المريضة واضحة أكثر منها لدى السوية وظهرت مرة برغبة إيجابية ومرةً أخرى سلبية، بينما كانت مكبوتة بشكل واضح عند الأنثى السوية، واختلف ذلك لدى الذكور حيث كانت مكبوتة عند الذكر المريض بينما إيجابية ومضبوطة عند الحالة غير المرضية، وهذا يرجع إلى تأثير المرض على مفهوم الذكر عن جسمه وعن مدى رغبته بالإضافة إلى المعوقات المجتمعية والبطالة التي قد تمنعه من مجرد التفكير في هذه الرغبة فيلجأ إلى كبته.

- إن أبرز المخاوف التي يعاني منها مرضى التلاسيميا هي الخوف من الوحدة أو الهجر والفقدان، وهذا يفسر الدرجة العالية التي حصل عليها مريضاً التلاسيميا في اختبار قلق الموت، أما الحالتان السويتان فقد كانت مخاوفهما تتعلق بالخوف من التهديد، الخوف من فقدان العمل لدى الذكر، والخوف من الرفض أو الإصابة بمرض مزمن لدى الأنثى.

- اختلفت الحالات الأربعة في شدة الأنا الأعلى حيث كانت شديدة في استجابات الحالات الثلاث عدا استجابات مريض التلاسيميا الذكر، فكانت ضعيفة أو متوسطة.

- ظهور العديد من الصراعات والإحباطات كانت تتمثل بمقاومة المرض ومحاولة التغلب على الألم و محاولة السيطرة على الأعراض والبحث عن الإنجاز كمحاولة للتعويض عن النقص، أما الصراعات في

حالي الأسوياء فكانت تتعلق بمصادر خارجية ترتبط بالعمل أو بالحاجة إلى الحب والرغبة في ذلك دون توفر وسائل مساعدة مما سبب الإحباطات المتكررة في استجابات الأسوياء على القصص.

- من وسائل الدفاع المستخدمة في حالي المرضى (النكوص، الإنكار، التبرير، النقل، التقمص، التعويض) وهذا يتفق مع بعض الدراسات التي أجريت على مرضى سرطان يعانون من تشوه في صور أجسادهم واستخدامهم للنكوص والإنكار وكما أظهرت دراسة (Leena- Ritta Puukko 1997) نتائج مماثلة لذلك في حالات مريضات يعانين من اللوكيميا (حشاد، 2001، 260)، أما حالي الأسوياء فكان أبرز الوسائل المستخدمة (الهروب، التبرير، الرفض، التحويل، والكبت).

- وبالمقارنة بين نهايات القصص للحالات الأربعة فقد اتضح اشتراك الجميع بنهايات حزينة وسعيدة، وهذا يدل على إشباع بعض الحاجات لدى البعض وعدم إشباع حاجات أخرى.

مما سبق نلاحظ التناغم بين بعض النتائج الكمية السيكمترية وبين النتائج الكيفية (الإكلينيكية) وبعض الاختلافات التي ظهرت في الدراسة الإكلينيكية، حيث تشابهت عينة الأسوياء الإكلينيكية مع العينة السوية في بعض الصراعات، واختلفت نوعية الضغوط البيئية وحتى الداخلية الذاتية.

الاستنتاجات:

إن النتائج السيكمترية التي خلصت إليها الدراسة تتقاطع مع نتائج الدراسة الإكلينيكية التحليلية، إذ إن انعدام وجود فروق واختلافات في صورة الجسد بين الذكور والإناث المرضى ظهر من خلال استجابات الحالتين المرضيتين في الدراسة الإكلينيكية، إذ ظهر التشوه في صورة الجسد من خلال التعبير عن مظهر وأشكال أبطال قصص اختبار التات بأسلوب سلبي مع التركيز على التفاصيل الشكلية وملامح الجسد، وهذا يؤدي إلى مفهوم وتصوير سلبي عن الذات بدا أكثر وضوحاً في الحالتين المصابتين بالثلاسيميا منه في حالي غير المرضى الأسوياء، وهذا يتوافق مع نتائج الفرضية الرابعة.

وبالمقارنة فإن الاختلاف بين الذكور والإناث على مقياس قلق الموت في عينة مرضى الثلاسيميا لم يكن واضحاً بين الحالتين المصابتين بالثلاسيميا في العينة الإكلينيكية، فقد كانت المخاوف التي عبّر عنها المرضى تتعلق بالخوف من فقدان والهجر، كما أن العدوان الموجه نحو الذات في حالة مريض الثلاسيميا الذكر تجلى بالتفكير الانتحاري و هذا يمثل عرضاً هاماً من أعراض الاكتئاب، ويتعارض مع مشاعر القلق أو الخوف من الموت.

وبالمقارنة أيضاً مع حالتي الأسوياء غير المرضى، فإن المخاوف كانت تتعلق بالحياة الاجتماعية كالخوف من فقدان العمل أو الخوف من التهديد.

ثانياً- مقترحات الدراسة:

- 1- الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في تحفيز الباحثين للقيام بأبحاث على بقية الفئات العمرية من مرضى التلاسيميا من أطفال ومراهقين.
- 2- استخدام النتائج الحالية كوسيلة تشخيصية للكشف عن وجود اضطرابات أخرى لدى عينة الشباب.
- 3- تحفيز ووضع خطط وبرامج إرشادية وعلاجية لمرضى التلاسيميا فيما يتعلق بالمخاوف و القلق، أو تشوهات صورة الجسد لديهم، والاكتئاب.
- 4- تحفيز القيام بتعاون مشترك ما بين الوزارات المعنية بشؤون المرضى ذوي الأمراض المزمنة مثل السكري والتلاسيميا، كأن يكون هناك تعاون بين وزارة التعليم العالي ووزارة الصحة مع رئاسة الجامعة والقائمين بشؤون البحث العلمي.
- 5- وضع برامج تدريبية للمرشدين النفسيين في المدارس الذين يتعاملون مع مرضى التلاسيميا وذلك بهدف رفع جودة التعليم وتحسين مستوى الطلاب ومنع التسرب المدرسي الذي يعاني منه مرضى التلاسيميا وذويهم.

ملفص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة باللغة العربية

تهدف الدراسة الحالية إلى:

الكشف عن العلاقة بين صورة الجسد وقلق الموت لدى عينة مرضى التلاسيميا واستكشاف التباين في البناء النفسي (من حيث الشخصية وإدراك صورة البيئة والصراعات والنزعات والرغبات المكبوتة ومدى تأثيرها على التطور الانفعالي وموقف الفرد تجاه مشكلات الحياة) بين مرضى التلاسيميا وبين عينة من الأفراد الأسوياء باستخدام الأدوات الإكلينيكية (التشخيصية) متمثلة في اختبار التات.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من عينة مقصودة من مرضى التلاسيميا الذين أبدوا إيجابية ورغبة في المشاركة في البحث، والذين يسمح وضعهم الصحي لهم بالتفاعل وبلغ عددهم (50) مريضاً ومريضة، ويقابلهم (50) شاباً وشابة تم اختيارهم من جامعة دمشق.

أدوات الدراسة:

1- مقياس صورة الجسد تم تصميمه من قبل الباحثة بالاعتماد على عدد من المقاييس.

2- مقياس قلق الموت إعداد أحمد عبد الخالق.

3- مقياس التات (اختبار تفهم الموضوع) لموراي.

4- دراسة الحالة من إعداد العاسمي.

منهج الدراسة: اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي وكذلك المنهج الإكلينيكي.

للتوصل إلى نتائج الدراسة قامت الباحثة باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم النفسية والاجتماعية SPSS لملائمتها لطبيعة الدراسة، حيث استخدمت قوانين معامل ألفا كرونباخ والاتساق الداخلي والتجزئة النصفية، ومعامل الارتباط بيرسون، واختبار (ت-ستودنت) لاختبار دلالة الفروق.

نتائج الدراسة:

توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين درجة صورة الجسد ودرجة قلق الموت

لدى أفراد عينة مرضى التلاسيميا.

ملفص الدراسة باللغة العربية

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى التلاسيميا على مقياس صورة الجسد وفقاً لمتغير الجنس.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أفراد عينة الدراسة المرضى في الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس وذلك لصالح الإناث.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من المرضى والأسوياء على مقياس صورة الجسد لصالح المرضى.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات قلق الموت بين أفراد عينة مرضى التلاسيميا وعينة من الأسوياء من الجنسين لصالح المرضى.
- لاحظت الباحثة تناغماً بين بعض النتائج الكمية السيكمترية وبين النتائج الكيفية (الإكلينيكية) وبعض الاختلافات التي ظهرت في الدراسة الإكلينيكية، حيث تشابهت عينة الأسوياء الإكلينيكية مع العينة السوية في بعض الصراعات، واختلفت نوعية الضغوط البيئية والداخلية الذاتية.

مراجع الدراسة

أولاً: المراجع العربية:

- الأحمّد، جهاد (1996). التدابير الحديثة لعلاج فقر دم البحر الأبيض المتوسط (الثلاسيميا) بحث إجازة دكتور في الطب البشري حلب: جامعة حلب.
- إسحاق، عبد الله وآخرون (1994). التشخيص والمعالجة الطبية. إشراف محمد إياد الشطي. الجزء الأول. دمشق: دار المعاجم.
- الأشرم، رضا ابراهيم (2008). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة الزقازيق.
- بركات، مطاع. بلان، كمال. نعيصة، رغداء (2005). الصحة النفسية للطفل. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- بهمردى، ندا نياز (2003). الخصائص والاحتياجات النفس - اجتماعية للمراهقين (12-18 سنة) المصابين بمرض الثلاسيميا الكبرى وعائلاتهم في الأردن. مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية (30)، (13): 384-399.
- توما، حنان (2013). نجاعة أنظمة خلب الحديد في تقليل المضاعفات القلبية والكبدية لدى مرضى الثلاسيميا. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الصيدلة. جامعة دمشق.
- جايد، زيد. الشمس، محمد (2000). مقارنة استجابات الأطفال المصابين بالثلاسيميا والأسوياء على اختبار (الكات) الإسقاطي. بغداد: مجلة العلوم الإنسانية (3).
- جرجس، ميخائيل (2011). فقر الدم الانحلالي الوراثي الناجم عن شذوذ الخضاب في الموسوعة الطبية المتخصصة. (ج.8، ص ص. 56-62) دمشق: هيئة الموسوعة العربية رئاسة الجمهورية.
- جمعية الطب النفسي الأمريكية (2004). المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية. ترجمة تيسير حسون. دمشق: حقوق النشر للمؤلف.
- حرب، طلال (1994). الفشل أسبابه ونتائجه من زاوية التحليل النفسي. بيروت: دار الآفاق الجديدة.
- حربا، نجوى (2008). البنية النفسية كما يقيسها اختبار تفهم الموضوع الإسقاطي وبعض المتغيرات النفسية لدى المدمنات على المخدرات وعلاقتها بنوع المادة المخدرة - دراسة تشخيصية

- على عينة من المتعاطيات في السجون والمشافي السورية. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة دمشق.
- حشاد، إيناس عبد المنعم محفوظ(2001). البناء النفسي للأنثى المختنة (دراسة في التحليل النفسي). رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الآداب. جامعة عين شمس. القاهرة.
- الحفني، عبد المنعم(1992). موسوعة الطب النفسي. القاهرة: مكتبة مدبولي.
- الحلو، بثينة (2010). "قلق الموت لدى كل من الشيوخ والشباب". مجلة كلية الآداب. جامعة بغداد. (95): 530-525.
- الحلو، غسان. الشكعة، علي(2003). أثر انتفاضة الأقصى في مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة الجامعة. دراسة تطبيقية على طلبة جامعة النجاح الوطنية. نابلس. مجلة العلوم التربوية. (88): 80-78.
- حمدي، محمد نزيه. الرواد، نيب محمد (2014). تطوير برنامجي إرشاد جشتالطي وعقلي انفعالي واستقصاء فاعليتهما في خفض القلق لدى طلبة الجامعة. مجلة دراسات العلوم التربوية (41)،(1): 611-592.
- حمصي، أنطون (2003). أصول البحث في علم النفس. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- دويدار، عبد الفتاح.(1993). تقنيات دراسة الحالة في العيادة النفسية. مجلة الثقافة النفسية. (4)،(14): 96-86. القاهرة: دار النهضة العربية.
- الربيعي، محمد (1986). الوراثة والإنسان أساسيات الوراثة البشرية والطبية. عالم المعرفة. العدد 100. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- رضوان، سامر جميل(2002). الصحة النفسية. الطبعة الثانية. عمان: دار المسيرة .
- زهران ، حامد عبد السلام(2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- سالم، محمد شريف (2006). الخوف من الموت من وجهة نظر نفسية. نشرت بتاريخ 2006/2/25 <http://www.maganin.com>
- سليمان، حسين حسن .(2005). السلوك الانساني والبيئة الاجتماعية بين النظرية والتطبيق. الطبعة الاولى. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر.

- سليم، مريم .الشعراني، الهام.(2006) الشامل في المدخل الى علم النفس. بيروت:دار النهضة العربية.
- شقير، زينب(2002).سلسلة الاضطرابات السيكوسوماتية. القاهرة:مكتبة النهضة المصرية.
- صويص، رحمة (2011). قلق الموت وعلاقته بالمساندة الاجتماعية. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. دمشق.
- طافش، أسعد أحمد يونس(2006). دراسة السمات الشخصية المميزة للأطفال المصابين بمرض التلاسيميا وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية الجامعة الإسلامية. غزة.
- ظافر، أسيمة(2010).فقدان الشهية العصبي وعلاقته بصورة الجسد لدى عينة من طلبة جامعة دمشق.رسالة ماجستير غير منشورة.كلية التربية .جامعة دمشق.
- العاسمي، رياض (1995).دراسة إكلينيكية للبنية النفسية للأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة.رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات والبحوث التربوية.جامعة القاهرة.
- العاسمي، رياض(2005).مقياس القلق من صورة الجسد.كلية التربية جامعة دمشق.
- العاسمي، رياض (2014). صورة الجسد المنحى التكاملي للصحة والمرض.دمشق: حقوق النشر للمؤلف.
- عباس، فيصل(1993).إسقاط الشخصية في ضوء اختبار تفهم الموضوع والروشاخ. بيروت:دار المسيرة.
- عباس، فيصل(1996).الاختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها. بيروت: دار الفكر العربي.
- عباس، فيصل(2003).معرفة الشخصية تقنيات تفهم الموضوع والروشاخ.بيروت: دار المنهل اللبناني.
- عباس، فيصل(1994).التحليل النفسي للشخصية. بيروت: دار الفكر.
- عبد الخالق، أحمد محمد (1987).قلق الموت. سلسلة عالم المعرفة. (111) الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

- عبد الخالق، أحمد محمد (2005). سيكولوجية الموت والاحتضار. الكويت: مجلس النشر العلمي.
 - عبد الخالق، أحمد (1996) المقياس العربي لقلق الموت: خطوات إعداده وخصائصه. دراسات نفسية (6)، (4): 443-455.
 - عبود، هيام سعدون (2012). صورة الجسد وعلاقتها بالسلوك العدواني لدى طالبات كلية التربية في جامعة ديالى. مجلة علوم الرياضة. (4)، (4): 131-160.
 - العريض، شيخة سالم (2003). الوراثة ما لها وما عليها سلسلة الأمراض الوراثية. البحرين: دار الحرف العربي.
 - عز، إيمان (1996). رائز تفهم الموضوع دراسة ميدانية تحليلية لاستجابات الفتيان الجانحين والفتيات الجانحات في القطر العربي السوري. كلية التربية. جامعة دمشق.
 - عويضة، كامل محمد. (1996). التحليل النفسي. بيروت: دار الكتب العلمية.
 - العيسوي، عبد الرحمن محمد (1992). علم النفس الإكلينيكي. الاسكندرية: الدار الجامعية.
 - الغامدي، حسين عبد الفتاح (2014). مدرسة التحليل النفسي نظرية فرويد في التحليل النفسي.
- [http:// www.pdfactory.com](http://www.pdfactory.com)
- الفرماوي، حمدي (2000). ركائز البناء النفسي. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر.
 - فرويد، سيجموند (1962). القلق. ترجمة محمد عثمان نجاتي. القاهرة: مكتبة دار النهضة.
 - فرويد، سيجموند (1982). الأنا والهو. ترجمة محمد عثمان نجاتي. بيروت: دار الشروق.
 - فرويد، سيجموند (1986). مختصر التحليل النفسي. ترجمة جورج طرابيشي. بيروت: دار الطليعة.
 - فرويد، سيجموند (1946). الموجز في التحليل النفسي. ترجمة سامي محمود علي وعبد السلام القفاش. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
 - فرويد سيجموند (1982). الأنا والهو. ترجمة عثمان نجاتي. دار الشروق. القاهرة.
 - قسم التنقيف الصحي البحريني. (2000). الفحص قبل الزواج لأجل جيل سليم. البحرين: منشورات وزارة الصحة.

- الكفافي، علاء الدين.النيال، مايسة أحمد.(1995).صورة الجسم وبعض المتغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات "دراسة ارتقائية ارتباطية عبر ثقافية. دار المعرفة الجامعية. الاسكندرية.

- فندلاي، آرثر(2008).على حافة العالم الأثيري أو الحياة بعد الموت. ترجمة السيد نصار.مصر: منشأة المعارف

- ماكبرايد، و ج.(2001). مركب النقص والعقد النفسية. ترجمة حلمي مراد. القاهرة: المؤسسة العربية الحديثة للنشر.

- مشاعل، فاتن(2009). صورة الجسد لدى المرأة وعلاقتها بكل من الاكتئاب والقلق الاجتماعي وتقدير الذات.رسالة ماجستير في علم النفس. كلية التربية. جامعة دمشق.

- ميخائيل، امطانيوس (2006). القياس النفسي (الجزء الثاني). دمشق: منشورات جامعة دمشق.

- وزارة الصحة السورية (2009).يداً بيد للقضاء على التلاسيميا وفقر الدم المنجلي.دمشق:مركز تطوير موارد التعليم.

- وزارة الصحة (2015).أمراض الدم –التلاسيميا.

[http:// www.gov.sa /Health Awareness/Educational content/ diseases /hematology/ pages/ 003.](http://www.gov.sa/HealthAwareness/Educational_content/diseases/hematology/pages/003)

- ياسمينه، نذير (1999). أهمية التشخيص الجنيني الدوري عند الحوامل بالتلاسيميا للحد من الإصابات الخلقية بالتلاسيميا الكبرى.مجلة جامعة دمشق.(15)،(2)،ص.ص(55-70)

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Cash,T.F.(2004).Coping with body–image threats and challenges: validation of the Body Image Coping Strategies Inventory.Journal of Psychosomatic Research. (58):(191–199).

- Cash,T.F.(1997).The body image workbook: An 8– step program for learning to like your looks. Oakland,CA:New Harbinger Publications.

- Cash,T.F.(2008).The Body Image Workbook.second edition. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

- Cohen,A.R.e.t (2004). Thalassemia. American Society of Hematology.
- Gelie,F.C(2007). Do Anxiety, Body Image, Social Support and Coping Strategies Predict Survival in Breast Cancer? ATen–Year Follow–Up Study.**Psychosomatics journal**.(48),(3):(211–216).
- Georganda,E.T.(1994).Psychological Aspects Of Thalassemia.Ioannia, Greece. [http:// www.georganda.com/files/2011/02/Psychosocial–aspects–of–thalassemia.pdf](http://www.georganda.com/files/2011/02/Psychosocial-aspects-of-thalassemia.pdf).
- Georganda,E.T.(1990).The Impact of Thalassemia on Body Image, Self Image, Self Esteem, **Annals of The New York Academy Of Science** Greece: (612):100–120.
- Govender,Mogavania(2005). Death anxiety and attitudes of towards dying patient in a private acute care hospital, **a research report submitted of the faculty of health sciences**, university of the Witwatersand in fulfillment of the master of nursing science.
- James W. Breakey.(1997) Body Image:The Inner Mirror. **JPO**. (9), (3):(107–112)
- Khurana A, Katyal S, Marwaha RK(2006).Psychosocial Burden in Thalassemia. **Indian Journal Of Pediatr**, (73),(10): 877–880.
- Luckmann,Joan, et.al,(1987) **Medical.Surgical Nursing**.Third Edition, W.B Saunders.Company,U.S.A
- Messina G.,Colombo E.,Cassinerio E.,Gesaretti C.,(2010).Pregnant women affected by thalassemia major: a controlled study of traits and personality.**JRMS**. (15),(2):100–106.

- Moorjani J.D. Issac.CH(2006).Neurotic Manifestations in Adolescents With Thalassemia.**Major Indian Journal of Pediatrics**, (73), P.P: 603–607.
- Sayaniet.F et.al(2009).**Guidelines for the Clinical Care of Patients with Thalassemia in Canada**.Canada:Thalassemia Foundation of Canada.
- Shaligram D. Girimaji SC,Chaturvedi SK(2007).Psychological problems and quality of life in children with thalassemia.**Indian Journal Of Pediatr**, (8), (74):727–30.
- Smith,Y (2015). **Thalassemia Prevalence**.
<http://www.news-medical.net/health/Thalassemia-Prevalence>
- Thalassaemia International Federation(2008).**GuideLinesThalassaemia For The 2 Revised Edition Of Clinical Management**. Nicosia:Cuprus.
- Torcharus K. Thavorncharoensap M, Nuchprayoon I, Riewpaiboon A, Indaratna K, Ubol B(2010).Factors affecting health-related quality of life in The children with thalassemia. **BMC Blood Disorders**. (1),(10):4–10.
- Towell T, Cartwright T, Mufti G(2015). Pakistani Children’s Experiences of Growing Up With Beta–Thalassemia Major. **Journal Citation Reports**.
<http://qhr.sagepub.com/content/25/3/386.abstract>.

الملاحق

نماذج من صور اختبار التات



البطاقة (3BM)



البطاقة (2)



البطاقة (1)



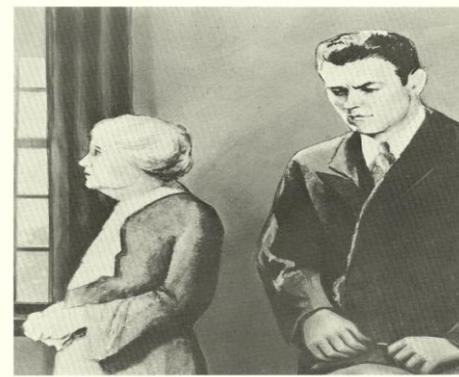
البطاقة (4)



البطاقة (3FG)



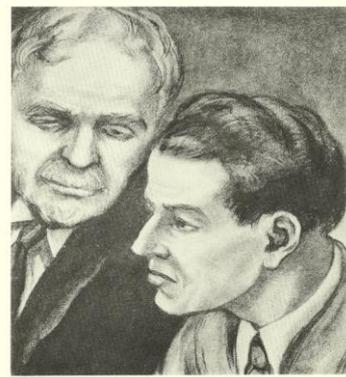
البطاقة (5)



البطاقة (6BM)



البطاقة (6FG)



البطاقة (7BM)



البطاقة (9BM)



البطاقة (9FG)



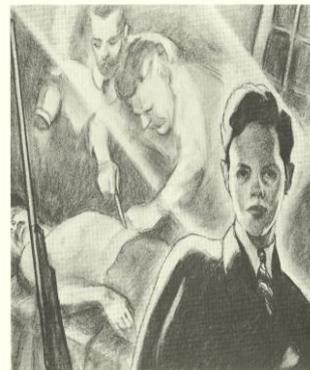
البطاقة (10)



البطاقة (8FG)



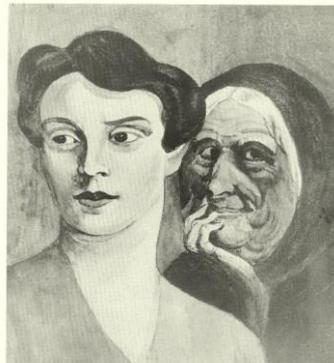
البطاقة (7FG)



البطاقة (8BM)



البطاقة (11)



البطاقة (12F)



البطاقة (12BG)

نماذج تفسير استجابات المفحوصين على اختبار التات

نتائج الدراسة الإكلينيكية وتفسيرها:

الحالات المرضية:

الحالة الأولى (ص.ح):

الدرجة على مقياس صورة الجسد: 49

الدرجة على مقياس قلق الموت: 75

فتاة في العشرين من العمر، لم تصل إلى البلوغ الجنسي كإحدى مضاعفات الإصابة بالثلاسيميا نقص النمو، تعاني من غياب الدورة الطمثية نتيجة عدم نضج الجهاز التناسلي بعد، ترتيبها السادس بين أختوها (4 فتيات و 2 ذكور) وهي توعم غير حقيقي مع أختها المريضة بالثلاسيميا أيضاً، توفيت الأخت الكبرى بمرض الثلاسيميا نتيجة انحباس السوائل وتعطل الكلى عن العمل، وتعيش في منزلهم أختها الثانية (حاملة للمورثة وليست مريضة) التي عانت من مشكلة الطلاق وبعدها عن أولادها ومشاكل أسرية يومية متعلقة بها، وبسبب ظروف الأزمة فقد انتقل إلى العيش معهم أسرة غريبة وهي خالة زوجة أخيها مما زاد من حساسيتها اتجاه التفاعل في المنزل، تعاني من معاملة قاسية ومتوترة من الأم (48) سنة - وهي ربة منزل - حيث تتصرف معها بعنف وتخجل منها ومن مرضها وتمنعها من كثير من الأمور منها استقبال الخاطبين أو حتى الحديث عن الأمور الجنسية، أما والدها (63 سنة - وهو تاجر) فهو إنسان حنون وحكيم على حد تعبيرها لكنها لا تستطيع أن تبوح له بمشاكلها، استطاعت أن تنهي الدراسة الثانوية بنجاح لتدخل معهداً وحصلت على الدرجة الأولى فانتقلت للدراسة في الجامعة، تعاني من كبتها المستمر لمعاناتها إلى درجة شعرت بأنها لم تعد تتحمل فثارت على من حولها بدأت تظهر عصبيتها عليهم، ترغب دائماً في الوصول إلى أعلى المراتب وترى في العلم سبيلاً مساعداً وأسلوباً لراحتها، وتطمح دائماً نحو الأفضل تعتبر من متوسطي الدخل من الناحية الاقتصادية.

وسيرفق بعضاً من استجابات الحالة على اختبار تفهم الموضوع TAT

القصة الأولى البطاقة رقم (1) صبي صغير يتأمل آلة كمان موضوعة على منضدة:

(صبي عمره 11 سنة قاعد مهموم ومعصب أكل خناقة مدري شو آذي أدوة عميتخيل أنه ممكن ياكل قتلة بالمسطرة وهو جالس على كرسي، أكل خناقة لأنه علاماته مو منيحة من أمه وأبوه، وأنسته زعلانة منه وهو قاعد جلسة محاسبة لنفسه وعميفكر شلون يصلح الموقف، كل المؤثرات الخارجية بعيدة عنه ومنفصل صار يفكر إذا ما كمل دراسته رح يسبقوه رفاقته، حط عقله براسه، لهيك رح يرد يرجع يحط برنامج للدراسة ويمشي عليه ويطلع من الأوائل.

تحليل القصة الأولى:

يتبين من خلال تحليل استجابة الحالة حول البطاقة أنها ومن ناحية التحليل الشكلي فهي لم تر الكمان الموجود على الطاولة مما يعني أن هناك مشكلة في إدراك الأحداث من حولها وربما تفسر الباحثة ذلك أنها من بيئة أسرية تعتمد على الكبت والقمع لذلك أنكرت مثل رؤية هذه الآلة، توحدت مع البطل الرئيسي (الصبي) عندما قالت "رح يرجع يدرس ويطلع من الأوائل" لأنها هي من الأوائل في دراستها.

وأبدت شعوراً بالندم والذنب ولوم الذات عندما ذكرت أنستها، وفي ذكرها لوالديها نتيجة التعرض إلى خبرة صدمية (أكل خناقة قتلة وآذي أدوة) وهنا استخدمت ميكانيزم النكوص.

ومن الواضح لديها أن مستوى الطموح لديها عال يتخلله شعور كبير بالمنافسة والسعي لتحقيق النجاح وعدم القبول بالخسارة (حط عقله براسه) وكأنه يعتبر نوعاً من الضعف أو الشعور بالنقص تغطيه من خلال النجاح بالدراسة، لكنها تقوم بمحاسبة نفسها (مما يدل على العدوانية اتجاه الذات) وهذا دليل لحاجة كامنة (الخضوع المكبوت).

أما البيئة الاجتماعية فيتضح أنها مفككة في الأسرة نتيجة الشجارات مع الوالدين واستخدام أسلوب القمع والكبت حيث لم تتجرأ على ذكر السبب من زعل والديه منه واكتفت بالقول أنه "آذي أدوة"، ومن ملامح البيئة الاجتماعية الانفصال عن الأصدقاء والبعد عنهم مما يعطي صورة عن تحدد العلاقات الاجتماعية والعيش ضمن عالم من التخيل وأحلام اليقظة.

القصة الثانية (البطاقة رقم 2) مشهد ريفي في المقدمة امرأة شابة تحمل كتاباً في يدها في الخلف ، هناك رجل يعمل في الحقل:

بنت ساكنة في قرية عالساحل وفي بحرة وراها عمرها 20 سنة عمتعمل مقارنة بين أنها تبقى بالريف وإذا تزوجت رح تعيش بالأرض وتصير فلاحه أو تكمل دراستها وتعيش حياة مدنية، هي متحررة مو عاجبتها الحياة تبعها، إذا تخرجت من الجامعة رح تكون نظرة المجتمع الها مثقفة ورح يتقدمها عريس محرز، بالنهاية قررت تكمل دراستها بس ما بعرف إذا تزوجت أو لا، بس كانت نتائجها من الأوائل وكرمواها.

تحليل القصة الثانية: اندمجت الفتاة مع البطلة عندما جعلتها في نفس المرحلة العمرية (20 سنة)

وعبرت عن شعور بالتردد والحيرة في اتخاذها لقراراتها، كما يتضح أنها تعيش في صراع بين الحياة المدنية المرفهة أو القروية الريفية وهي هنا تستخدم الإزاحة وإسقاط معاناتها من مرضها الثلاثي على موضوع البيئة والدراسة محاولة حل الصراع والعيش كباقي الفتيات من خلال البحث عن إشباع لحاجتها للحب (العريس) مما يوضح وجود حاجات جنسية مكبوتة لدى الفتاة التي تعاني من الفقر العاطفي في الأسرة أيضاً والاهتمام المضخم بنظرة الآخرين، إذ أن صورتها عن جسمها ونفسها متأثرة غالباً وإلى حد كبير بتقييمات الآخرين وهي تكره أن تكون ضعيفة أمامهم لذلك تلجأ إلى الدفاعات السلبية والتي قد لا تنجح، فهي لم تحدد وصولها إلى الحب وإنما فقط سمحت للبطلة أن تنجح في الدراسة لذلك فهي لديها مشاعر يأس تتعلق بموضوع الارتباط.

القصة الثالثة رقم البطاقة (3FG) امرأة شابة تقف مطأطأة رأسها تغطي وجهها بيدها اليمنى و ذراعها الأيسر يستند على باب خشبي:

هي إنسانة مصدومة بشكل مباشر ومهمومة كثير هلا طلعت من الصدمة ماتت رفيقتها وبقيت 3 أيام ما تحكي مع حدا ما صفيها حدا بالدنيا بتبقى متشائمة فترة وبعدها بتتذكر الذكريات الحلوة ويتقرر تستمر بحياتها حتى تحقق أحلامها مع رفيقتها وترتاح روحها.

تحليل القصة الثالثة :

اندمجت الحالة مع بطلنة القصة عندما عبرت عن تعرضها لخبرات صادمة تتعلق بالموت إذ عاشت الحالة خبرة وفاة اختها صاحبة مرض التلاسيميا وأصدقائها في مركز العيادات الشاملة، وقد عبرت عن قوة وحدة في مشاعرها السلبية (تشاؤم والوحدة) "ماصفيها حدا" فهي بحاجة إلى التواصل والكلام مع الآخرين وعند عدم تلبية حاجاتها تلجأ إلى العيش في عالم من الذكريات والأخيلة (الهروب من الواقع) ورسم ملامح واقع خاص بها ومن تحب، وهذه الإسقاطات كشفت عن حاجات مكبوتة لديها أهمها الدعم النفسي والاجتماعي والحاجة إلى الأمان (ترتاح روحها)، وتدل نهاية القصة على قوة الأنا لدى الفتاة إذ أن هذه المرأة الشابة لم تفشل كلياً، وإنما عانت بشكل جزئي من الصدمة ثم تابعت حياتها.

القصة الرابعة رقم البطاقة (4) امرأة تتعلق بكف رجل يدير وجهه عنها كما لو كان يحاول الابتعاد عنها:

في وحدة لافة رجل على رجل وامرأة ثانية من غير الواضح إن كانت عمتبكي أو تضحك، كان متزوجها وحاطط بباله يتزوج وحدة ثانية وقرر أنه يطلقها وخبرها وهي صارت تقول له لو بدك تتركني أنا متمسكة فيك، وتطلب منه البقاء وعدم التعصيب، وتحولت إلى الضحك مع انه كان عميكلها بخبر مزعج، وبالأخير تقبل بالضرة والمهم أنها تكون معه.

تحليل القصة الرابعة:

لم تتحدث الحالة عن الامرأة البعيدة في الغرفة وتجاهلت وجودها فلجأت إلى الإنكار وأسقطت شعورها بالضعف والحرمان العاطفي على الشخصية البطلنة في القصة التي بدأت تبذل ما بوسعها للوصول إلى ما تحتاجه (افتقادها لحاجة الحب) وربما فإن الضغوط التي تواجهها في البيئة (النبد والحرمان) من الحبيب، وعلى الرغم من هذا المستوى العالي من التقبل لمشاركتها غيرها في زوجها إلا أنها تكن مشاعر عدائية ظهرت من خلال التجاهل والإنكار وعدم ذكر أي شي عن المرأة الثانية. كما تعاني من مشكلة في التعبير عن مشاعرها ظهر من خلال التردد في قراءة الشعور (مدري عمتضحك أو عمتبكي) أثناء عملية التطبيق، وفي نهاية القصة يظهر ضعف في الأنا لديها إذ تخضع بسبب الحاجة إلى الاهتمام.

القصة الخامسة رقم البطاقة (5) امرأة متوسطة العمر تقف على عتبة باب نصف مفتوح وتنظر داخل الغرفة

الأم تتفقد أولادها بعد ما راحوا ينامو، سمعت صوت ضحك البنيتين النائمين مع بعض بتروح تفتح الباب وبلاقيهم عميضحكوا وهي بتكون معصبة ومن ثم بتتركهم وتطلع على غرفتها بالطابق الثاني وبتقول لهم اتركوا شي لبرى تحكوه.

تحليل القصة الخامسة:

أسقطت الحالة أمها على بطة القصة وهذا يدل على مدى تأثرها بأسلوب تربية الأم القمعي التي تلاحقها حتى إن ذهبت إلى النوم، فهي تعيش في صراع كبير يرافقها حتى في لحظات الراحة والهدوء لتجد أمها موبخة دائمة لها، وكأنها تعبر عن فقدانها واحتياجها لحنان الأم، وهنا في هذه القصة أدخلت عدة أبطال مما يدل على وجود نزعات متعارضة فهي تتوحد مع شخصية الأم أحياناً وتمثل دور الطفلة في القصة تارة أخرى لتعبر عن حاجتها للعب، وتبدأ الحالة بإظهار معاناتها من خلال الحديث عن شخصيتين غير مو جودتين في الصورة، أختين وهي بذلك تقوم بعملية دمج و توحد بينها و بين أختها التوأم المريضة التي تشكل الدعم الاجتماعي النفسي الأساسي لها في المنزل. وطريقة لعب الأختين و ضحكهما قبل النوم هو حالة نكوصية للطفولة والرغبة في العودة للعب مع أختها، لترفض الواقع المرير الحالي، ونهاية القصة تدل على التمرد والعصيان فالأختان لم تهدأاً والأم توبخ كالعادة وتذهب.

القصة السادسة رقم البطاقة (6FG) امرأة شابة تجلس على حافة أريكة تنظر خلفها إلى رجل أكبر سناً منها يدخل غليوناً ويبدو أنه يخاطبها.

رجل غليظ حاطط بتمو غليون عميحيكي مع امرأة عمرها 30 سنة مالها متزوجة ويستشيرها بشي وهي مو قايمة من أرضه (مالها مهتمة)، وهي ساخرة وإذ بتطلع القصة عن ورثة أكلها أخو هذا الشخص ولم يعطيه حقه وبتصير ها لإنسانة تدله شو يعمل وبالفعل بيطلع كلامها صح.

تحليل القصة السادسة :

كان التوحد في هذه القصة بين شخصية أختها الأكبر المطلقة وبين زوجها الغليظ والفظ الذي تركها مع أنها كانت حكيمة، وهنا تظهر دوافع الكبت في البداية وعدم رغبتها في الحديث لأنه ستتعرض إلى قمع

ممن هم أكبر، ويظهر في كلمة "غليظ" التوجه نحو الذكور باتجاه عدائي ومشاعر عدوانية نحو الذكور وعبرت عن تمرداها بأسلوب عدائي ، وفي منافستها ونقمتها على الذكر تظهر أن بطلة القصة ستبقى حكيمة لآخر حياتها وسيكون الجميع مؤيدا لكلامها، وربما يظهر ذلك كله تمرداها على البيئة التي تقيد من حريتها.

القصة السابعة رقم البطاقة (7FG) امرأة متقدمة في السن على أريكة بجوار فتاة تحادثها أو تقرأ لها ،الفتاة تحمل بيدها دمية و تنظر بعيداً

أم و بنت قاعدين بالأوضة الأم قاعدة عمتقرأ لها قصة والبنت متأمله صافنة وواضعة اللعبة بالعكس ومالها منتبهة شردت الله أعلم وين وبس تخلص من القصة رح تروح تكمل حياتها النفسية بشكل عادي ورح تكمل دراستها ولا كأنه صاير شي.

تحليل القصة السابعة:

يظهر من خلال القصة أن أبطال القصة الفتاة وأمها، توحدت مع الفتاة الصغيرة وعبرت عن حاجتها للاستقلال من خلال عدم الرد وقولها (صافنة متأمله) كدليل على عدم الاهتمام والاكتراث بقصص الأم ، ويظهر هنا صورة الأم السلبية التي تملي القصص دائماً على ابنتها وتغرقها بالمواعظ، كما عبرت افتقادها لحاجة اللعب إذ أن اللعبة موضوعة على العكس، وتلجأ إلى الصمت لتجنب اللوم فهي تسمع إلى النهاية ثم تتابع حياتها بطريقتها مما يدل على رغبات دفيئة في التمرد على الواقع المرير.

القصة الثامنة رقم البطاقة(8 FG) امرأة شابة متكئة على يدها وتنظر إلى البعيد.

امرأة عمرها شي 28 سنة أنهت شغل المنزل وعمتألم من تعبها وتحلم لو عندها شغالة (مدبرة منزل)هي من تقوم بهذه المهام، يأتي زوجها في المساء وينتقح عليه هالشي ويمكن يرد عليها ويمكن يطلع مو فهمان وما يرد عليها.

تحليل القصة الثامنة :

توحدت الفتاة مع شخصية البطلة التي هي أختها المتألمة وعبرت عن شعورها بالألم مما يدل على التأثير الكبير لديها، تحاول البطلة أن تعبر عن حاجتها للسيطرة وتجنب الألم من خلال طلب مساعدة، لكن زوجها الذي يمثل مصدر السلطة قد يرفض، ولجأت إلى التبرير كآلية دفاعية مع التعبير بطريقة

عدوانية(غير فهمان) وعدم رده وتجاهله لزوجته وهذا يوضح الصورة السلبية للبيئة الأسرية، وصورة الذات الضعيفة المتمثلة بالألم والخضوع، كما تلجأ إلى الأحلام مما قد يعطي إشارة إلى وجود أحلام يقظة عند الفتاة.

القصة التاسعة رقم البطاقة(9FG) امرأة شابة تحمل مجلة و حقيبة و تنظر من خلف الشجرة إلى امرأة أخرى شاردة ترتدي ملابس حفلة تركض على الشاطئ

البنات اللاتي تحت مرتبة ولابسة كعب عالي عمدركض خيفة من شي كلب لأنها بالغابة، البناتين عمدركض 19 والثانية رح تتفشكل وهديك البنات اللاتي فوق ما عمدركض ولا عمدركض شي، وبالتالي مالها غير أنها تركض و تركض و تركض، من رعبتها، و بأخر القصة بيحي شخص ممكن يكون أخوها وممكن يكون حبيبها بياخذها وينقذها.

تحليل القصة التاسعة :

يظهر في القصة بطلة تعاني من خطر خارجي كان هو الكلب(الخوف من المجهول) مع عدم تواجده في الصورة مما يدل على وجود ضغوط بيئية متعددة في حياتها، وذكرت عدة أبطال (منها الفتاة التي تراقب ولاتحرك ساكناً) مما يدل على الصورة السلبية للبيئة عدم وجود الدعم في حالات الخطر، وتعاني من الخوف والرعب مما يدل على حاجتها للأمن والأمان، وتعبّر في نهاية القصة عن التخلص من الإحباط بقدوم الحبيب المنقذ مما يدل على وجود رغبات جنسية مكبوتة لديها و تظهر صورة الذات الإيجابية لدى المفحوصة من خلال تعبيرها عن أناقة البطلة أما الصورة الذاتية السلبية فتظهر من خلال الاتكالية هنا من خلال وجود الحبيب المنقذ واعتمادها عليه مع افتقار للدعم الأسري.

القصة العاشرة رقم البطاقة (10) امرأة تسند رأسها على كتف الرجل:

أب كبير بالعمر كان مسافر، واقف مع ابنه، ويس رجوع من السفر صار يقله أنا كثير اشتقتلك ولاعد تتركني وبوسه وعانقه، حضنه كثير وقله أنا بحبك، لذلك قرر الأب أنه إذا سافر في المرة المقبلة أن يأخذ ابنه معه وفي حال ما أخذه ما رح يطول بالسفرة.

تحليل القصة العاشرة:

تعاني الفتاة من مشكلة في إدراك شخصيات الصورة إذ رأت المرأة رجلاً (الابن) وتوحدت معه وربما قد يدل ذلك على الصورة السلبية للذات أو حتى للجنس ورفض الجنس (الأنثى) لأنه يمثل الضعف والخنوع

وأزاحت ذلك نحو الابن كنوع من التحويل مما يدل على وجود صراعات تتعلق بالأدوار المناطة بها كأنثى ووجود نزعات عدوانية نحو الذكور الذين يمثلون مصدر القوة والسيطرة ، لتعبر عن حاجتها للعطف والحرمان بغياب الدور الوالدي الحنون الذي تفنقه و عبرت عنه بالسفر والاشتياق وذكرت أنه أب كبير بالعمر مما يدل على فقر في التواصل بينها وبينه نتيجة الفارق العمري الكبير وعبرت عنه بقولها (يقول له بحبك) مما يدل على الصورة السلبية للأسرة التي تعتمد على كبت المشاعر، ومن الضغوط النبذ والإحباطات المتكررة والرغبة في التخلص من الإحباط من خلال السفر مع الوالد في المرة المقبلة أو عدم إطالة السفر، وتظهر صورة الذات السلبية من خلال الاعتماد والاتكالية على الأب.

الحالة الثانية (ذكور) مريض ثلاثيميا:

الدرجة على مقياس صورة الجسد: 50

الدرجة على مقياس قلق الموت: 69

شاب (م. ع) في السادسة والعشرين من عمره لديه أخ وأخت غير مرضى هو الأصغر في أسرته وترتيبه الثالث، علاقته بأخوته جيدة، أمه في الـ 50 من العمر حنونة ومضحية بحسب تعبيره، هي مصدر الأمان لديه، أما والده (60) فلا يتذكر عنه سوى قسوته وتخليه عنه وعن والدته بعمر صغير (3) سنوات عندما علم بإصابته بالثلاثيميا، وهجر زوجته لإنجابها ابناً مصاباً، يتخلل الأسرة فقر في التعليم والثقافة، الأخ يعمل في ورشة ميكانيك والأخت متزوجة، عاش طفولة معذبة فيها حرمان وكان يعمل وهو صغير ويتحمل ضغوط العمل مع المرض في ورشة ميكانيك ولم يكن أحد يفهم معاناته أو ألمه من مرض الثلاثيميا وتعرض للاستغلال المادي أكثر من مرة، وصل في تعليمه إلى المرحلة الإعدادية وهو الآن يسعى إلى الحصول على الشهادة الإعدادية، يسكن في منطقة فقيرة و بعيدة عن مركز المدينة فيها مظاهر عنف مسلحة، وهو يعاني في تنقلاته وتحركاته للوصول للعلاج مما يشكل عليه ضغطاً كبيراً، معظم أصدقائه هم من المرضى في المركز، ولديه فقر في العلاقات مع الأسوياء، وفي الآونة الأخيرة شكل مجموعة مع أصدقائه لمساعدة الأطفال الذين يعانون من الثلاثيميا، وهو يرى بذلك قمة الإنجاز في حياته، أهم المشكلات التي عبر عنها عدم تفهم الآخرين لاحتياجاته ورغبته في الاستقرار والاستقلال والحصول على عمل يناسب وضعه الصحي، تخلل حياته فشل في أكثر من علاقة عاطفية وسبب له الألم وذلك بسبب المرض.

نماذج من استجابات (م.ع) على اختبار التات:

القصة الأولى البطاقة رقم (1) صبي صغير يتأمل آلة كمان موضوعة على منضدة:

أرى عازف طفل حلمه من وقت كان صغير أنه يصير فنان كبير وعميحاول يطالع شي يعبر عن حلمه ويكسر الدنيا في مشاعر هو عميفكر، أفكاره مشتتة وإذا ما حط نقطة بباله ما رح يوصل لمستقبله.

تحليل القصة :

توجد الشاب مع بطل القصة الطفل لكنه لجأ إلى النكوص عندما قال كان حلمه منذ أن كان صغير، وشكل صورة إيجابية عن ذاته عندما وصف الطفل بالعازف، لم يذكر مشاعره بالتحديد في الصورة مما يدل على استخدام الكبت كآلية دفاع، وحددها بأن لديه مشاعر دون تحديد نوعها، وقد ذكر بأن أفكاره مشتتة مما يدل على وجود عدة صراعات في حياته وتخبطه بينها، وعبر عن الحاجة إلى الانتماء عندما قال يكسر الدنيا ليلفت نظر من حوله له، وتوجد لديه حاجة إلى الإنجاز وطموح عالي عبر عنه من خلال ضرورة تواجد هدف يمشي على خطواته وإلا سيبقى ضائعاً.

القصة الثانية (البطاقة رقم 2) مشهد ريفي في المقدمة امرأة شابة تحمل كتباً في يدها

في الخلف، هناك رجل يعمل في الحقل:

مكان ريفي ما في مدرسة وهي بنت ريفية عمتطلع على أمها ما بدها تكون مثلها بدها تدرس وتشوف حياتها وما تكون البنت ريفية، قلبها حزين على أمها وبدها يصير غير اللي صار بأمها بالبيت والحقل والشغل والأرض (ربة منزل)، بنهاية قصتها رح تدرس وتحقق اللي ببالها (دراسة) -الشخص اللي عميعمل هو الأب.

تحليل القصة:

ذكر الشاب عدة أبطال للقصة ولكن الشخصية المحورية كانت الفتاة الريفية التي تقمص شخصيتها في تمرداها على واقعها الريفي الفقير ورغبتها العالية في الإنجاز وتحقيق النجاح، وعبر عن نظرة سلبية للأم من خلال خضوعها وعدم رغبة بطللة القصة في أن تكون مثل والدتها وهذا يظهر مدى حاجته للاستقلال والبحث عن السيطرة التي رسمها في صورة الوالد الذي جعله مكافحا يعمل في الأرض على الرغم من افتقاده له في الحياة الواقعية وهنا نلاحظ لجوءه إلى الإزاحة.

القصة الثالثة (البطاقة 3b) صبي يجلس على الأرض مسنداً رأسه على ذراعه الأيمن، وعلى الأرض مسدس بجانبه:

رأيتها كبنيت كئيبة صايرة معها مشكلة كبيرة يمكن تكون متجوزة تاركها جوزها ويمكن من أهلها هي عمتبكي كأنه في جنبها مسدس واختلفت القصة صايرة معها مشكلة وقتلت حالها بدها تتخلص من كل الدنيا.

تحليل القصة:

رأى (م.ع) في الصورة امرأة كئيبة بدلاً من فتى وتماهى معها وهي تعبر عن أمه في الواقع حيث تركها زوجها بسبب إنجابها لطفل مريض وتماهيه مع البطلة يدل على شعوره بالذنب اتجاه والدته التي تمثل أكثر شخصية مهمة له في الواقع، وتتعرض لضغوط شديدة غير قادرة على تحملها منها الرفض من قبل الزوج وأهلها والنقص والضياع مما دفعها إلى الخنوع والاستسلام وعدم الصبر من خلال اللجوء إلى البكاء وتعذيب ذاتها (المازوشية) وقد ظهرت دوافع عدوانية لدى المفحوص من خلال العدوان على الذات والانتحار كوسيلة هروب في فقد الدعم والعطف من المحيط الأسري (أهل الأم)، ونهاية قصته غير واقعية وتتم بتجنب الأذى من خلال أذى أكبر منه وهو إنهاء الحياة.

القصة الرابعة (البطاقة رقم 4) امرأة تتعلق بكتف رجل يدير وجهه عنها كما لو كان يحاول الابتعاد عنها.

هدول عيلة كان الشاب يتقاتل هو وأبوه كثير وهي أخته، صار يبكي ومشى من البيت، ألعه أبوه من البيت صار تمسكه أنه لا تروح تترك البيت وطلع بالمستقبل رح يرجع، هي مرت أبوه هي محرضة جوزها على ابنه والمستقبل رح يرجع ويتصالح مع أبوه.

تحليل القصة : ذكر الشاب عدة أبطال في القصة وربما يعبر ذلك عن تكوينه أسرته، توحد المفحوص مع شخصية الشاب الذي يعاني من الرفض الوالدي له (ألعه أبوه) وهو يعاني من اليأس والحزن مما يدل على مواجهته للضغوط البيئية السلبية المتمثلة بالأشخاص المحرضين على القسوة مما يدل على تعرضه لعدوان ومحاولته لتجنب الأذى من خلال الهروب، وكان مصدر العطف الذي تلقاه من قبل أمه وأخته عبر عنه من خلال التماهي مع الشخصية الأنثوية اللطيفة المسايرة التي تلجأ إلى الخضوع والاستجداء كوسيلة لجلب العطف، وظهرت هنا صورة الأب السلبية القاسية والعدوانية، وكذلك الأم ظهرت بصورة سلبية خاضعة ومستسلمة، لكن نهاية القصة تتمثل بواقعية المفحوص وخضوعه لمتطلبات الأنا الأعلى في إرضاء الأب ومحاولته إرضاء الذات للوصول إلى الراحة والسعادة.

القصة السادسة (البطاقة 6BM) امرأة متقدمة في العمر تقف وظهرها لرجل شاب ،والأخير

ينظر إلى الأسفل وتعبير الارتباك باد عليه:

أم وابنها، ولد يحاول يسعى بشي وما عميقدر عليه، أنه يفتح مكتب بتصلحه سفرة بتعترض الأم على هي السفرة بيقول لها: لأ بدي سافر ويبقنعهما أنه بدو يسافر، بتقله مثل ما بدك ساوي وقلبها عميقلوا لا تسافر بيسافر فترة ويتقطع أخباره عن أمه، بيشغل لا بيشغل بمكتب فترة كثير طويلة بيرجع بيلاقي أمه ميتة وبيندم أنه طلع وما كانت أمه موافقة عالطعة.

تحليل القصة:

يتماهى المفحوص مع أبطال القصة هو ووالدته ،فمعظم قصص المفحوص هي عن حياته مع والدته وتعلقها به وخوفها المستمر عليه وقلقها، و في تماهيه مع شخصية البطل العاجز (ما بيقدر عليه) تظهر صورة الذات السلبية) وقد عبر عن حاجته للاستقلال من خلال السفر الذي رفضته الأم مما يدل أنه خاضع لضغط السيطرة من قبل أمه، ويعبر عن خوفه الشديد من التمرد والمواجهة بأن النتائج تكون سلبية وتعرضه للأذى إذ أنه سيعود ويجد والدته متوفية وهنا يظهر بشكل واضح مشاعر الذنب والندم ولوم الذات الذي يحاول التخلص منهما من خلال السفر ومحاولة البعد عن البيئة الضاغطة، كما تظهر حاجته للإنجاز من خلال رغبته في العمل والإنهاك فيه.

القصة الثامنة(البطاقة 8BM) شاب ينظر بعيداً، تظهر ماسورة بندقية في الجانب

الأول،وفي الخلف مشهد معتم لعملية جراحية كما لو كانت صورة حلم يقظة:

قطاعين طرق قاتلين واحد عميفتحوا بطنه لا دقيقة عميدبحوه ويطلعوا شي من بطنه، الطفل هو بطل القصة عنده عصابة بيقنلوا العالم بدو واحد تاني غير هاد ليقنلوه وياخدوا أعضاؤه، شعوره حقد وطمع نهاية القصة رح يمسك الولد مع العصابة ويموت الولد.

تحليل القصة:

تظهر قصة عنيفة فيها ضغوط متمثلة بالخطر والتهديد الحياتي أبطالها مجموعة من المجرمين و يتماهى المفحوص مع شخصية الطفل العاجز (فتبدو لديه ملامح الخضوع والاستسلام، وقد لجأ إلى التبرير كآلية دفاع سلبية حيث برر للمجرمين بأنهم يريدون أخذ أعضائه ، وهنا لجأ أيضا للإزاحة حول مشكلة مضاعفات التلاسيميا ، وقلقه من توقفها عن العمل، وعبر عن مشاعر عدائية من خلال الحقد والطمع ،فهو يعاني من نزعات وصراعات داخلية ربما تعكس صورة البيئة المهددة المتمثلة في منطقة سكنه، وقد انتهت القصة بنهاية حزينة مما يشير إلى وجود عوامل داخلية مثل الاكتئاب وفقدان الأمل وعدم الثقة والقلق.

القصة التاسعة البطاقة (9BM) أربعة رجال بالزي الكامل (أفرول) يتمددون على العشب:

جنود عميحابوا وتعبانين كثير ومرهقين نايمين،تعبانين من الحرب نايمين وما عميفكروا تعب وإرهاق والنهاية، تنتهي الحرب ورح يرجعوا على بيتهم.

تحليل القصة:

يتماهى المفحوص مع شخصية الجنود في هذه القصة وإنما أسقط الواقع الحالي (الحرب) على الصورة، وهذا يمثل ضغط البيئة السلبي (حالة تهديد وخطر) وحاجته للأمن والأمان من خلال اللجوء إلى النوم والبحث عن الراحة، صورة الذات سلبية تمثلت في التعب والإرهاق، إلا أنه بحث عن نهاية مريحة تتمثل في انتهاء الحرب كتعبير عن حاجته للسيطرة ومسك زمام الأمور.

حالات الأسوياء:

الحالة الأولى:

الدرجة على مقياس صورة الجسد:40

الدرجة على مقياس قلق الموت:60

الشاب(ب.م) في الثانية والعشرين من العمر يعيش في أسرة مكونة من سبعة أفراد وترتيبه بين أخوته الرابع (قبل الأخير) لديه ثلاثة إخوة ذكور وأخت أصغر منه، عاش في أسرة متوسطة الدخل في بيئة اجتماعية فقيرة، وقد اضطروا للخروج من منزلهم في ظل الظروف الراهنة بعد تعرضهم للتهديد المباشر، الأم (50 سنة) حنونة وخاضعة وهي تعاني من أمراض مزمنة مثل السكري والضغط، صابرة على ضغوط الحياة والمعاناة، أما الأب(65) عاماً يعمل بالتجارة وهو صاحب محل تجاري وقد وصفه بأنه شخص عصامي معتمد على نفسه كَوَّن نفسه بنفسه،على حسب قوله صارم في تربيته وقد كان يلجأ إلى الضرب في صغرهم، لكنه كان له الفضل الكبير عليهم الآن، عانى على حد تعبيره من دلال الأب لأخوته الأكبر وتمييزه ومقارنته بين أبنائه الذكور، خاصة في فترة المراهقة، وقد كان مستواه الدراسي في المدرسه جيد جداً، كان يتفوق في المواد الرياضية والهندسية وهو الآن في الجامعة، وقد كان يطمح إلى الدخول بفرع أفضل من تخصصه الحالي لكن ظروفه الأسرية القاسية منعتة وشكلت عائقاً،بالنسبة لحالته الصحية فهو في وضع صحي جيد،لديه مشكلة حساسية.

نماذج من استجابات (ب.م) على اختبار التات:

القصة الثالثة (البطاقة 3BM) صبي يجلس على الأرض مسنداً رأسه على ذراعه الأيمن،

وعلى الأرض مسدس بجانبه:

فتاة في الخامسة عشر كانت في صراع مع أهلها ملت من هذا الصراع والمشاجرات جو الأسرة مشحون والخلافات دائمة وهي حزينة بسببهم لا تستطيع الدراسة ولا تستطيع الجلوس معهم لدرجة أنها فكرت في الانتحار وقررت أن تأخذ مسدس أبيها من درجه، لكنها لم تستطع على الإقدام على هذا الفعل لأن ضميرها وخوفها من الله منعها فجلست على الأرض ووضعت رأسها على الكنباية وصارت تبكي.

تحليل القصة: اختار الشاب بطل القصة ليكون فتاة وتماهى معها وربما يعبر عن صورة الذات السلبية في فترة المراهقة 15 عام من خلال تعرضه لصراعات أسرية مستمرة وخلافات وقد كانت البطلة تعاني ولا تستطيع الدراسة وكأنه يعبر عن شعوره بالعجز والملل وربما تمثل صورة الأم السلبية الخاضعة، إلا أنه هو عانى من فترة المراهقة واعتبرها كثييرة قرر فيها الانتحار (تعذيب الذات) وفقدان الأمل، وتمثلت صورة البيئة بالضغوط والمشاجرات والخلافات مما عبر عن حاجته للأمان وافتقاده للانتماء، ونهاية القصة تمثلت في دور الأنا الأعلى وتحكمه العالي الذي منعه من اللجوء إلى إنهاء حياته لكنه يعيش صراع ونزاع داخلي بسبب فقد الدعم اللازم.

القصة السادسة (البطاقة 6BM) امرأة متقدمة في العمر تقف وظهرها لرجل شاب، والأخير

ينظر إلى الأسفل وتعبير الارتباك باد عليه:

وقفت الجدة أمام حفيدها في غرفة المشفى وهي تخبر حفيدها عن الحقيقة المرة بإصابة والده بمرض خطير خبيث وهي تخشى عليه من إدارة أمواله وورثته وتخاف من أعمامه ومما سيقومون بفعله في المستقبل.

وهو يفكر بين دراسته وإكمالها وبين متابعة أعمال والده والانشغال بالمعمل وخلافات العائلة ويشعر بالأسف خاصة أنه يحب فتاة وكان ينوي خطبتها لكنه لم يعد يعرف ماذا سيفعل وتبقى حياته متدهورة لمدة خمس سنوات. ثم يقف على رجليه بعد أن واجه كل الخلافات والتعب ويتزوج من جديد.

تحليل القصة:

تحتوي القصة على عدة أبطال حيث تماهى المفحوص مع شخصية الحفيد الذي يخاف من فقد والده، وقد عبر عن وجود صراعات أسرية مثل الإرث وهذا يوضح وصف الأب بالعصامي والصارم نجده يلجأ إلى

التبرير، ظهرت لديه أيضا الحاجة إلى الجنس عندما عبر عن وجود حب في حياته ولكنه تعرض لضغوط شديدة مثل فقد الدعم مما أدى إلى إحساسه بعدم الأمن والعجز، وتنتهي القصة بنهاية سعيدة بالزواج بعد قدرة شديدة للأنا الأعلى على التحمل وصلت إلى خمس سنوات واستطاع إشباع الحاجة على رغم أنه عازب في الواقع. لكن بعد تعرضه لضغوط من البيئة ومعاناة استمرت خمس سنوات.

القصة الثامنة عشرة البطاقة (18BM) رجل تمسك به ثلاثة أيد من الخلف، أشكال الخصوم غير مرئية:

كان في أستاذ بالمدرسة ناجح والكل يحبوه من الطلاب صاروا يغاروا منه بقية الأساتذة لأنه طلابه يحبوه فقرروا يشكوا عليه فلفقوله تهمة وخلوهم يأخذه للتحقيق وهو صار يصرخ ويعيط ويدافع عن حاله وكان بقمة غضبه ويقولون والله مو أنا، بعد 13 شهر بيطلع ما عليه شي ويرجع الكل بيعتذر منه بيضل طلابه يحبوه بس هو بيصير إنسان حذر وبيخاف من الشهرة والكلام المدح اللي بينحكي عليه.

تحليل القصة: يتماهى المفحوص مع شخصية أستاذ جامعي ونجد أن صورة الذات لديه إيجابية ناجح لكنه يواجه ضغوط من البيئة الخارجية الحاقدة والمؤذية التي تعتدي عليه (وهنا يعبر عن نزعات عدوانية اتجاه المجتمع) مما يؤثر عليه ويتحول إلى شخصية فاقدة للأمان ولديه الحاجة إلى الانتماء، مما يجعله عرضه للصراعات والقلق والإحباط وفقد الثقة بالآخرين ومن ثم يتحول إلى السلبية والشك.

القصة البطاقة رقم(19) صورة غريبة لتشكلات سحب تتدلى على ثلوج تغطي كوخاً في الريف:

بيت مغطى بالثلج ومن البيت الثاني في شاب عميراقب الشبابيك تبع الغرف بيلاقي بالغرفة الأولى الأب والأم قاعدين سوا وبالشباك الثاني بنت بيحبها عمدرس جغرافيا جاي تطلع من باب الأوضة كل يوم بيفكر فيها وهو خايف أنه ما تكون بتحبه.

بعدين بيسافر لبلد ثاني وبيبعثها أهله يخطبونها وبيبعثها طلب سفر وبتروح لعنده وبيعيش حياته بسعادة لأنه هو كان إنسان منيح.

تحليل القصة: في هذه القصة يوجد عدة أبطال ممكا يدل على وجود نزعات داخلية لدى المفحوص إلا أن المفحوص يسقط شخصيته على الصورة لنجد أنه يسكن مقابل محبوبته وهو يقوم بمراقبتها وهو يعبر عن حاجته لأسرة متماسكة من خلال ذكره أن الأب والأم يجلسان سوياً (الحاجة إلى الإنتماء لأسرة

متماسكة، أما ذكره للمحبوبة فهو دليل وجود حاجة جنسية مضبوطة ضمن الأنا الأعلى الذي عبر عنه من خلال إرسال الأهل للخطبة لتنتهي القصة بنهاية سعيدة تعبر عن وجود دعم أسرته له في كبره عند وصوله إلى الإنجاز، وقد ذكر المفحوص السفر وهو عبارة عن آلية دفاع هروب من الواقع السيء بعد تعرضه وأهله للتهديد والخطر في مكان سكنهم وهنا تظهر دوافع الشباب والرغبة في العيش بأمان واستقرار بعيداً عن جو الحرب الداخلي الي تنعدم فيه الفرص.

القصة البطاقة رقم (20) صورة لرجل أو امرأة يسند رأسه إلى عمود مصباح في الليل الدامس:

شاب ساند رأسه عالعمود بالطريق تحت الضو وعميطع عالأرض وصوت المطر والتلج عميضرب عليه وعالأرض وهو عميفكر شو بده يعمل، صارت معه مشكله بالشغل وطلعوه من الشغل لأنه ما نفذ اللي بدهن ياه منه وعميفكر بعيلته بالأوضاع الصعبة مين بده يصبرهم ويدير باله عليهم ويصرف عليهم بينهم كثير ويقتضي يومين كئيب بعدين بيلاقي كل شي صار للأفضل.

تحليل القصة :

يتوحد المفحوص مع الشاب في الصورة وهو متردد يعاني من الإحباط الموجود في البيئة الحالية(ضغوط العمل والتعرض للإهانة والإذلال) وتظهر لديه الحاجة إلى الاستقلال والرغبة في السيطرة وعدم الخضوع عندما قال لم ينفذ اللي بدهن ياه، وكأنها رغبة في التمرد على الواقع، ويظهر لديه العطف والانتماء كحاجة أساسية إذ يشكل التهديد في العمل تهديداً على علاقاته الأسرية وشعوره بالمسؤولية اتجاه الأهل.وتظهر لديه ملامح اكتئابية لكنها لا تستمر طويلاً نظراً لقدرته على التحمل والسعي نحو الأفضل لتنتهي القصة بنهاية سعيدة.

الحالة الرابعة (أنثى) أسوياء:

الدرجة على مقياس صورة الجسد:47

الدرجة على مقياس قلق الموت:66

(ح.س) فتاة جامعية في ال25 من عمرها، ترتيبها الثاني من الفتيات في أسرة مكونة من أب وأم و(6)أبناء (4) إناث و(2) ذكور، وهي لا تعيش مع أسرته بشكل مستمر حالياً وإنما تعيش مع إخوتها

الإناث في سكن جامعي بعيد عن أسرتها التي تسكن في بيئة ريفية، علاقتها بأخوتها الذكور جيدة وهي الأخت الثانية في عائلتها تشعر بأنها تمثل دور الأم من خلال رعاية أخواتها الإناث المقيمين قريبا منها في السكن، وهذا قد يشكل ضغطاً ومسؤولية عليها في المرحلة الحالية، الأب عمره 60 سنة يعمل بالتجارة، حكيم وحازم، الأم حنونة ولكنها ناقدة أحياناً وتحب أداء الأمور على أكمل وجه، تدقق على أبنائها وترفض أن يقوموا بالأخطاء، تصف طفولتها بأنها كانت ممتعة ولطيفة في بيئة ريفية خضراء لكنها كانت تتعرض للتمييز والمقارنة مع أختها الأكبر من قبل المحيطين والأهل، بسبب اختلاف لون البشرة فقد كانوا ينادونها بالسمراء أما أختها فكانت ذات لون أبيض مشرب بالحمرة، مما كان يجعلها تكره الاختلاط والزيارات في طفولتها وتشعر بالغيرة وتحاول دائماً أن تثبت ذاتها وتفوقها في جوانب الحياة المختلفة منها العلم والدراسة، أداؤها المدرسي كان مميزاً وقد كانت تتلقى الثناء الدائم في المدرسة من قبل أساتذتها ومدرسيها، حالياً تشعر بالقلق على صحتها وقد أخبرها الطبيب بضرورة إجراء بعض الفحوص والتحليل لقلقه من إصابتها بإحدى الأمراض المزمنة (الضغط).

استجابات (ح.س) على صور اختبار التات:

القصة الأولى البطاقة رقم (1)

ولد يتيم أمه ماتت، عايش طفولة معذبة كئيبة وقاعد قدام صورة أمه وهو عميفكر بعمق وكيف لازم يطلع، رجع يعمل كونترول بمشاكل حياته، وهو الآن بلحظة استثنائية، هو الآن عميتذكر.

تحليل القصة:

توحدت المفحوصة مع الصبي في الصورة الذي كان يعاني من مشكلة وعذاب في طفولته مما يشير إلى وجود نزعات عدائية نحو الذات أو تعذيب الذات في الطفولة وتعرضه للاعتداء من قبل المجتمع، ولم تر المفحوصة الكمان على الطاولة وكأنها استخدمت آلية دفاعية وهي الرفض لتعبر عن الرفض الذي كانت تتلقاه من المحيطين بها في طفولتها، وبرز ذلك واضحاً في القصة، وقد عبرت عن اليتيم وكأنها استخدمت آلية دفاع وهي الإنكار والتحويل من مصدر الصراع الموجود في البيئة السلبية الناقدة إلى فقد الدعم والتعاطف وهي تعبر عن حاجتها للعطف والاستجداء بالأب والأم، فكانت صورة الأب والأم سلبية غائبة، في خصوص التعرض للإيذاء وضغط البيئة، لكنها قررت التفكير كيف تخرج نفسها من هذا الصراع وهذا دلالة إلى قوة الأنا وقدرة عالية على تحمل الإحباط، وتنتهي القصة بنهاية مفتوحة وأنها

مازالت تتذكر وتفكر، مما يشير إلى الحاجة إلى الإنجاز أو الرغبة في البقاء أو حتى تجنب الأذى والمذلة.

القصة الثانية (البطاقة رقم 2) مشهد ريفي في المقدمة امرأة شابة تحمل كتباً في يدها في الخلف ، هناك رجل يعمل في الحقل: بنت رابحة على جامعتها، أخوها عم يشتغل بالأرض وأمها المتحكمة وهي عمطلع عالبيئة اللي طلعت منها وهي ماشية لقدام ونظرتها نظرة حدا كرهان بيئته وحابة تساوي شي عالوضع، عتوقعاتي رح تتجح بالجامعة ويجوز ترجع للبيئة اللي طلعت منها وفيها.

تحليل القصة:

توحدت المفحوصة مع شخصية القصة البنت لا سيما أنها من بيئة مماثلة وأسقطت أبطال القصة الأخ مثلاً الذي اعتبرته مستسلماً للواقع يعمل في الأرض، أما هي فقد كان لديها تمرد على واقعها وبيئتها، وذكرت أن الأم متحكمة مما يدل على وجود السيطرة وحاجتها إلى السيطرة بسبب خضوعها للأم وهذا يفسر لنا ذكرها أن الأم من النوع الدقيق في التصرف في دراسة الحالة، عبرت المفحوصة عن مشاعر كره للبيئة وهي بذلك تشير إلى ضغوط البيئة السلبية التي تعيش فيها واستخدمت آلية دفاع وهي الهروب دون حتى النظر إلى الوراء مما يشير إلى التجاهل وعدم الاكتراث لردة فعل الأشخاص الموجودين في بيئتها، ولدى المفحوصة حاجة عالية للإنجاز تجلت من خلال قولها (حابة تساوي شي)، وانتهت القصة بنهاية مفتوحة وهو احتمال رجوعها للبيئة نفسها مما يشير إلى نزعات وصراعات وإحباطات مكبوتة.

القصة الثالثة:

صورة بنت تعبانة متعرضة لصدمة مو قدرانة تسند حالها، في حدا بتحبه ومات بالغرابة اللي طالعة منها وكثير زعلانة ومستندة عالباب، هي بهاللحظة ما عمتمتكر حالتها الانفعالية هي مسيطرة عليها بس كأنه ما بدها تتكسر . بالمستقبل رح تكون شخص قاسي أو جبار عندها كبرياء باينة من مسكة إيدها للباب إنها مكسورة ومغطية وجهها ما بدها حدا يشوفها.

تحليل القصة:

استخدمت المفحوصة آلية الإسقاط وتوحدت مع شخصية البطلة، عبرت في القصة عن ضغوط عديدة منها الخوف من فقد أشخاص تحبهم، وهي في الواقع بعيدة عن أهلها في ظل ظروف الأزمة الحالية،

وهذا يعبر عن مخاوف مكبوتة كالخوف من فقد الأهل وعدم القدرة على وصولها إليهم، وتظهر الأنا شديدة القوة من خلال القدرة على التحكم والسيطرة وتحمل الإحباط (تسند نفسها)، وعلى الرغم من قوة الأنا إلا أنها عبرت عن نزعات عدائية اتجاء نفسها تجلت بقولها (شخص قاسي) واستخدمت آليات دفاع مثل الإنكار في تغطية وجهها مابدها حدا يشوفها (هروب) النهاية أنها ستكون قاسية وجبارة دليل على التمرد على الواقع.

القصة الرابعة (البطاقة رقم 4) امرأة تتعلق بكتف رجل يدير وجهه عنها كما لو كان يحاول الابتعاد عنها.

زلمة معصب تحت موقف ضاغط بده يعمل رد فعل وفي وحدة عمتحاول تهديه بس بخبث وهي شخصية قوية أظافرها كشخص شرس ماسكة كتفه، هو بحالة انفعالية، في حدا أهانه وعميهينه وهو شخص عصبي ومو قدران يرد بس هو بالنهاية هو شخص كثير معصب وما عميقدر يفكر وحجر عينه واقف في مراية حدا عميستفزه، ما رح يساوي أي شي بالمستقبل.

تحليل القصة:

توحدت المفحوصة مع بطل القصة الشاب وقد عبرت عن تعرضه لصراعات واستفزاز، وعدم وجود الدعم من قبل المحيط وحتى المرأة التي تقوم بتهديته فهي خبيثة وهذا يعبر عن نزعة عدائية للمجتمع أو الآخرين، وعبرت عن حالته الانفعالية بأنه شخص عصبي لكنه ونتيجة الكبت وبيئة التربية القائمة على الكبت فهو يسكت ولن يقوم بأي شيء مما يدل على الاستسلام والعجز. كما أغفلت المفحوصة الشخصية الثالثة في الصورة الجالسة على السرير مما يدل على حاجات جنسية مكبوتة، وهي ترجع إلى بيئة المفحوصة الريفية الملتزمة. ونهاية القصة انتهت بسلبية مما يدل على إنكار ورفض الواقع والشعور بالعجز.

القصة السادسة:

هي صبية عمتتعرض لضغط من شخص هو ضعيف عندهم وهنن قاعدين بالسهرة وما ضل غير هو وهي بيفاجئها من وراها يحاكيها بخبث وعميضط عليها، وهي متفاجئة بالحكي اللي عمتحكيه. عميهدها بشي انه شافها مع حبيبها ورح يحكي لأبوها، عمتفكر أنه كيف شافها بس هي شخص بريء، هو بالنهاية ما رح يقدر يأثر عليها بيجوز بسبب أنه هي ملامحها بريئة ما رح تكون مع الشخص اللي بتحبه.

تحليل القصة:

اندمجت المفحوصة مع شخصية الفتاة التي تتعرض لتهديد وضغط مفاجئ (دليل على البيئة المهددة) وعبرت عن نزعات عدائية اتجاه الجنس الآخر (يكلما بخبث) ويهددها بأبيها، وهنا تتجلى صورة الأب الحازمة المسيطرة أو السلطوية، وتمثلت صورة الذات لديها عندما قالت ملامح (بريئة) وتعاني المفحوصة من قلق وصراع بين رغبات جنسية مكبوتة لتظهر حاجتها للحب، إلا أنها تثق بنفسها وتظهر هنا قوة الأنا الأعلى والضمير لديها فليس لديها ما تخفيه، وتعتبر النهاية التي انتهت بها القصة حزينة، فلم تستطع الوصول إلى إشباع حاجتها إلى الحب، وبقاء الصراع والإحباط مستمراً.

مقياس صورة الجسد

الاسم : العمر : رقم الهاتف: الجنس:

فيما يأتي مجموعة من العبارات ،اقرأ من فضلك كل عبارة منها بعناية وبين مدى انطباقها أو عدم انطباقها عليك بوجه عام وذلك بوضع إشارة (✓) في الخانة التي تعبر عنك .

لرقم	العبارة	موافق	محايد	غير موافق
	يقول زملائي أنني ذو مظهر جميل			
	أتمنى ان يبدو مظهري أفضل من ذلك			
	أشعر أن أجسام من هم في عمري أكثر حيوية و جاذبية من جسدي			
	لا يعجبني قوام جسمي عندما أقارن مظهري بمظاهر الآخرين			
	استشرت خبير طبي بشأن عيوب جسدي			
	أتردد كثيرا في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية عندما لا أكون راضياً عن مظهري			
	أفكر حول كيفية تغيير مظهري الخارجي			
	أبذل جهدا إضافيا لإخفاء عيوب جسمي			
	أتجنب النظر إلى نفسي في المرآة			
	أحزن بسبب ملاحظات الآخرين عن مظهري			
	عندما أنظر في المرآة أشعر بعدم تناسق ملامح وجهي			

			أشعر بالنقص والضآلة بسبب مظهري	
			هناك الكثير من معالم جسمي أود تغييرها	
			يقول يختلف شكلي كثيرا عن الآخرين	
			أشعر بعدم التناسق بين عضلات وحركات جسمي	
			أخجل من مظهري أمام الآخرين	
			يمنعني شكلي من الاختلاط بالناس	
			أرتدي ملابساً تشتت انتباه الناس عن عيوب جسمي	
			ألبس ملابس فضفاضة	
			أتجنب ارتداء الملابس التي توضح معالم جسمي	

أبعاد المقياس: صورة الجسم الذاتية في البنود (2-3-4-11-12-13-15-16)

صورة الجسم الاجتماعية: (1-5-10-14-17)

اساليب التدخل والتعامل مع تهديد صورة الجسم (6-7-8-9-18-19-20)

مقياس قلق الموت

الاسم : العمر: رقم الهاتف: الجنس:

فيما يأتي مجموعة من العبارات ،اقرأ من فضلك كل عبارة منها بعناية وبين مدى انطباقها أو عدم انطباقها عليك بوجه عام وذلك بوضع إشارة (صح) أمام الخيار المناسب لك .

الرقم	العبارات	نادرا	قليلاً	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا
1	أخاف من الموت عندما يصيبني أي مرض					
2	أخاف من النظر إلى الموتى					
3	أخاف من زيارة القبور					
4	يرعبني احتمال أن تجرى لي عملية جراحية					
5	أخاف من أن أصاب بنوبة قلبية					
6	يفلقتني أن يحرمني الموت من شخص عزيز علي					
7	أخشى أموراً مجهولة بعد الموت					
8	أخاف من رؤية جسد ميت					
9	أخشى عذاب القبر					
10	أخاف من أن أصاب بمرض خطير					
11	ترعبني مشاهدة عملية دفن الميت					
12	يرعبني السير بين المقابر					
13	يشغلني التفكير فيما سيحدث بعد الموت					
14	أخشى أن أنام فلا أستيقظ أبدا					

					يرعيني الألم الذي يصاحب الموت	15
					يزعجني مشاهدة جنازة	16
					يخيفني منظر شخص يحتضر	17
					يسبب لي الحديث عن الموت إزعاجاً	18
					أخاف أن أصاب بالسرطان	19
					أخاف من الموت	20

دراسة الحالة/ الدكتور رياض العاسمي

التاريخ: إجراء دراسة الحالة رقم الحالة

الفاحص الثاني

الفاحص الأول

1- . معلومات عامة :

الاسم الثلاثي :.....الجنس : ذكر / أنثى السن :
محل الإقامة الحالية : الجنسية :
العنوان : رقم الهاتف إن وجد : /
جهة الإحالة : اسم المدرسة / المؤسسة
الصف الدراسي : الشعبة :

2. الأب :

اسم الأب :..... هل هو على قيد الحياة ؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة بنعم : العمر : العمل المستوى التعليمي :
.....
إذا كانت الإجابة ب لا : تاريخ الوفاة : سبب الوفاة :
عدد الزوجات :
ملاحظات أخرى :

.....
.....

3 . الأم :

اسم الأم : هل هي على قيد الحياة ؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة بنعم : العمر : العمل المستوى التعليمي :
إذا كانت الإجابة ب لا : تاريخ الوفاة : سبب الوفاة :
ملاحظات أخرى :

4. الأخوة والأخوات

م	الاسم	الجنس	العمر	المستوى التعليمي	العمل / الدراسة	ملاحظات أخرى
1						
2						
3						
4						
5						

الأخوة بالترتيب بما فيهم الحالة

. عدد اخوته من أمه (إن وجد).....عدد إخوته من أبيه (إن وجد)

عدد الأخوة المقيمين في المنزل

ملاحظات أخرى :

....

5. أقرباء آخرون يعيشون مع الأسرة :

م	الاسم	الجنس	العمر	درجة القرابة	العمل	التعليم
1						
2						
3						
4						
5						

توافق الأب النفسي :

صحته العامة :

العادات (تدخين ، إيمان ، كحول ،)
 اتجاهه نحو المسترشد (بكلمات المسترشد)
 عدد مرات زواجه وتاريخه:
 عدد مرات الطلاق وتاريخه :
 . ميوله واهتمامه :
 . سلوكه العام :
 درجة تعلق المسترشد ب الأب :
 توافق الأم النفسي :
 . صحتها العامة :
 العادات (تدخين ، إيمان ، كحول ، إلخ)
 . اتجاهها نحو المسترشد (بكلمات المسترشد)
 عدد مرات
 زواجها وتاريخه :
 عدد مرات الطلاق وتاريخه :
 ميولها واهتماماتها :
 . سلوكها العام
 درجة تعلق المسترشد بالأم :

 توافق الأخوة النفسي :

م	الاسم	صحته العامة	سلوكه العام	توافقه مع المسترشد	مشكلات نفسية	نظرة المسترشد
1						
2						
3						
4						
5						
6						

الخلفية التاريخية لبيئة المسترشد (العميل) الأسرية والاجتماعية :

المناخ الأسري : صفه لي

البيئة الاجتماعية : صفها لي :

البيئة الاقتصادية : صفها لي

البيئة الثقافية : صفها لي

التقاليد الغالبة المميزة : في البيئة

معلومات عامة عن المسترشد بلغته (

الشكوى (الأعراض) بكلمات المسترشد نفسه :

أ. بداية ظهور الأعراض (الشكوى) :

ب . مسار الأعراض :

ج . الأوقات التي تظهر فيها الأعراض بشكل حاد :

د . الأوقات التي تخف فيها الأعراض :

المشكلات الأسرية التي حدثت في فترة ظهور الأعراض : (موت عزيز ، زواج ، طلاق ، مشكلات اقتصادية ، انتقال من مكان لآخر ، ولادة أخ إلخ)

.....
.....

ملاحظات أخرى :

.....
.....

نشأة الاضطراب الحالي للمسترشد : أ . الشكوى التي يعاني منها المسترشد كما جاءت في تقرير الإحالة :

.....
.....

ب . الشكوى التي يعاني منها المسترشد من خلال كلام أحد الوالدين :

.....
.....
.....

كيف كانت استجابته :

هل التحق الطفل

بإحدى رياض الأطفال نعم لا

..... كم كان عمره :

..... كيف كانت استجابته :

الدخول إلى المدرسة الابتدائية :

..... سنه عند دخول المدرسة :

..... كيف كانت ردود فعله أثناء التحاقه بهذه المدرسة:

.....
.....

..... المدارس السابقة :

..... المدارس الحالية :

..... الصف :

..... المواد التي يحبها :

.....

المواد التي يكرهها :

المستوى

التحصيلي :

الصفوف الدراسية التي أعادها:

الصعوبات الأكاديمية :

الصدقات في المدرسة (كثيرة ، قليلة ، عميقة) :

علاقته بالأصدقاء : (سيئة ، عادية ، جيدة)

المشكلات السلوكية في المدرسة : (غياب متكرر ، هروب ، عدوانية ، انطواء ، نشاط زائد الخ)

بداية ظهورها أسبابها :

المواقف التي تظهر فيها :

كيفية التغلب عليها :

الهوايات وأنواع النشاط في المدرسة (ثقافي ، اجتماعي ، رياضي ، فني) ...

التعاون بين الأسرة والمدرسة :

نظرة الأسرة لدور المدرسة والتعليم :

الطموحات المستقبلية للمسترشد

• المظهر الحالي للمسترشد والسلوك العام :

أ. العادات الحركية : (التحكم وفرط الحركة أو نقصها : لوازم ، طقوس حركية ، ترديد الحركة

ب. المظهر العام للمسترشد : (الهيئة ، الملابس ، تعبيرات الوجه)

ج. الحالة المزاجية الدائمة : (المرح ، الكآبة ، اللامبالاة القلق ، متوتر .) محتوى التفكير من حيث :

الوضوح

الاتجاه

الهدف :

نوعه:

استبصاره بمشكلاته :

. فهم المشكلة وطبيعتها :

القدرات التحصيلية الحالية :

المادة	التقدير	وسيلة التقدير مع ذكر النهاية العظمى والصغرى للتقدير

القدرات العقلية العامة والخاصة والمقاييس النفسية :

أولاً . القدرات العقلية العامة :

القدرات العقلية العامة (الذكاء)	اسم المقياس	النتيجة	التاريخ	اسم الأخصائي

ثانياً . القدرات العقلية الخاصة :

القدرات الخاصة	القدرة اللفظية	العددية	الميكانيكية	المهارات اليدوية	مهارات أخرى

ثالثاً . المقاييس النفسية :

اسم المقياس	مادة المقياس	النتيجة	التاريخ	ملاحظات أخرى	اسم الأخصائي

مستوى الوعي :

- . الوعي بالزمان : ساعة ، أسبوع ، شهر ، سنة
- . الوعي بالمكان : أين نحن الآن ، في أي مدينة تسكن
- . الوعي بالأشخاص : من أنا ، من هم الأشخاص الذين تقابلهم هنا
- الوضع الصحي والفحوص الطبية

الحوادث	نزلات البرد	العمليات الجراحية	الأمراض المزمنة	سلامة الجسم

العلاقات الاسرية :

- . اذكر من فضلك العلاقة الأسرية داخل منزلكم من حيث التفاهم والحب والكرهية بين افراد الأسرة.
- . المعاملة الأسرية (من حيث الطاعة ، القسوة ، المساواة ، الإلفة)
- الصراعات النفسية :
- النوم والأحلام :
- ملاحظات أخرى :
- تقرير الحالة

اليوم :

المرشد النفسي

التاريخ :

التوقيع

ملخص الدراسة باللغة الانكليزية

ABSTRACT:

Current research aims to identify the relationship between body image and death anxiety and discover the differences in psychological structure (personality, environment perception, conflicts, Repressional desires and tendencies and their effects on emotional development and how individual makes his attitude from life problems) in a sample of thalassemia patients and non patient people using clinical tools (Tat.and case study)

The research sample:

The research sample consisted of calculated sample of (50)thalassemia patients who accepted to be involved in study and (50) people from damascuse university students.

Research Methodology: descriptive analytical method and clinical method.

Search Tools:

1. A measure of Body Image making by the researcher based on many measures.
2. Death Anxiety scale by Ahmad Abd Al khaleq.
3. Thematic Apperception Test (TAT).
4. Case study model by dr.Reyad Assemi

To arrive at the results of the research, the researcher using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) and psychological suitability for the nature of the search. Where laws were used (Cronbach's alpha) coefficient and internal consistency and the method returns, (Pearson) correlation coefficient, Student (T-Test) to test the significant differences.

Search Results:

The researcher concluded the following:

1. There is a statistically significant correlation at the significance level of (0,05) among the sample members on a scale of body image and grades on a scale of death anxiety.
2. There are no statistically significant differences at the level of (0,05) between the average scores of thalassemia patients respondents on a scale of body image depending on gender variable.
3. There are statistically significant differences at the level of (0,05) between the average scores of thalassemia patients respondents on a scale of death anxiety depending on gender variable.

4. There are statistically significant differences at the level of (0,05) among the average scores of thalassemia patients and non patients respondents on a scale of body language.

5. There are statistically significant differences at the level of (0,05) among the average scores of thalassemia patients and non patients respondents on a scale of death anxiety.

The researcher noticed harmony between psychometric some quantitative results and how the (clinical) results and some of the differences that have in the study, where the normal clinical sample were similar with the normal sample in some conflicts, and varied environmental quality and internal pressures resume.

Search Suggestions:

1. catalysing researchers to make more researchs on thalssemia children and adolescent.

2.developing appropriate clinical tools with cronic illnesses

3.using these results as diagnostic tool for discovering more disorders in adult patients.

4.making counceling and theraputic plans and programs .

5. raising efficiency among counselors in schools who deals with thalassemia patients to improve the quality of education ,students levels and preventing school dropout witch thalassemia patient and their families suffer from.