مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات

تاريخ الإرسال 2017/11/27 تاريخ القبول 2018/1/31

د. أيمن يحيى عبد الله[1]

الملخص:

تعدّ هذه الدراسة وصفية هدفت إلى تعرف الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن، ومقارنتهم بالأطفال العاديين غير المرضى، وعلاقة هذه الاضطرابات بمتغيرات: الجنس، ونوع السرطان، وفترة المعالجة، ونوع العلاج المستخدم، والعمر. تكونت عينة الدراسة من(98) طفلا وطفلة من مرضى السرطان و(117)من غير مرضى السرطان ضمن المدى العمري(6-15)سنة، وتم استخدام مقياس "وولكر" للاضطرابات السلوكية المترجم للبيئة الأردنية، والذي يتمتع بدلالات صدق وثبات مناسبين. وتم استخدام المتوسطات الحسابية واختبار(ت)، وتحليل التباين الأحادي في عملية التحليل الإحصائي. وأشارت النتائج إلى أن الاضطرابات السلوكية الأكثر وجودا لدى الأطفال مرضى السرطان هي بالترتيب: السلوك الموجه نحو الخارج، ثم تشتت الانتباه، ثم عدم النضج، ثم الانسحاب، وأخيرا العلاقات المضطربة مع الأقران. وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مظاهر الاضطرابات السلوكية لصالح أطفال

([1]) أستاذ مشارك، جامعة إربد الأهلية، كلية العلوم التربوية، قسم التربية الخاصة.
.Ayman_742006@yahoo.com

مرضى السرطان مقارنة بغير مرضى السرطان. وأنه لا توجد فروق ذات دلالة في مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تعزى لمتغيرات: الجنس، ونوع السرطان، وفترة المعالجة، ونوع العلاج المستخدم، والعمر.

الكلمات الدالة: الاضطرابات السلوكية، أطفال، السرطان.

Patterns of Behavioral Disorders in Children with Cancer in Jordan and their Relationship with Some Variables.

Abstract:

This descriptive study aimed to identify the patterns of the behavioral disorders in children with cancer in Jordan, and compared them to children without cancer, and the relationship of these disorders to variables: sex, and type of cancer, and the period of treatment, and the type of treatment used, and age. The study sample consisted of 98 boys and girls of cancer patients and (117) of the children without cancer within the age range (6-15 years), use the "Walker" a measure of behavioral disorders and Jordanian environment Translator, which has connotations of suitable validity and reliability. It was the use of averages and(t- test), and analysis of variance in the process of statistical analysis. The results indicated that the most presence in children patients with behavioral disorders cancer are in order: behavior directed towards the outside, then the dispersion of attention, then immaturity, then withdraw, and finally Relations troubled with peers. and that there are significant differences in behavioral disorders differences in favor of the children of cancer patients compared children without cancer. and that there are no significant behavioral disorders differences in children cancer patients due to the variables: sex, and type of cancer, and the period of treatment, and the type of treatment applied, and age.

Key words: behavioral disorders, children, cancer.

مقدمة:

تعدّ برامج التربية الخاصة عامة في الأردن حديثة نسبيا، و إذا كانت بعض فئات التربية الخاصة قد نالت اهتماما تربويا متميزا، فإن فئة ذوي الأمراض المزمنة وخاصة أطفال مرضى السرطان لم تنل بعد الاهتمام التربوي والنفسي المناسب مثل الاهتمام الطبي بهذه الحالات بوصفهم فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة (ذوي الإعاقات الجسمية والصحية/ الأمراض المزمنة). إن طفلا من كل 330 طفل في أمريكا ممن هم دون 18 عاما قد يتطور لديهم نوع من أنواع السرطان (McDougal,1997). ويعاني أطفال مرضى السرطان بصفة عامة من محدودية خاصة يفرضها المرض بداية وعلاجه ثانيا (كيماوي، وأشعة، وجراحة)، ومن الآثار الجانبية لهذا العلاج ثالثا (قلة المناعة، والعصبية، ...). وعلى أي حال فقد كان سائدا لفترة قريبة أن الإصابة بالسرطان تعني الموت(Cancer equal death) مما يؤدي إلى التعامل مع المريض بأنه يمضي أيامه الأخيرة ، وتبرز معاني الحزن والأسى والتعاطف وإعطائه جميع ما يطلب، بالإضافة إلى الوصول إلى حالة اليأس أحياناً (عبد الله ويحيى، 2010). لكن هذه النظرة قد تكون تغيرت ولو بشكل بسيط، وذلك لأن المعالجة لبعض أنواع السرطان قد تصل أحيانا نسبة الشفاء 70% من الحالات؛ مما جعل بصيصا من الأمل يحدو الأطفال المصابين وأسرهم في إمكانية رجوع هؤلاء الأطفال إلى حياتهم الطبيعية، وممارستها كسائر الأطفال (Bleyer ,1990).

الاضطرابات السلوكية هي شذوذ، وابتعاد سلوك الفرد بشكل متكرر عن السلوك العام المتفق عليه وفقا لمعيار محدد، بغض النظر عن نوع هذا المعيار، وبالرغم من أن العلماء قد اختلفوا في تعريف الاضطراب السلوكي وأن كلا منهم قد اتجه اتجاها محددا واعتمد معيارا محددا لتعريفه، إلا أنهم جميعا لم يبتعدوا عن المفهوم السابق الذكر للاضطراب السلوكي(القاسم وعبيد والزعبي، 2000). وكون ميدان الاضطرابات السلوكية ميدانا جديدا تم البحث فيه في العقدين السابقين على وجه الخصوص، فقد اختلف الاختصاصيون والتربويون في تحديد تعريف واحد واضح له، عدا أنهم قد اختلفوا في التسميات لهذا الميدان، إذ أطلقوا عليه عدة مسميات أو عدة مصطلحات، ومن أكثر التسميات المستخدمة على نطاق واسع والمتعارف عليها منها: سوء التكيف، سوء التكيف الاجتماعي، الاضطراب الانفعالي الشديد، مشكلات التكيف، المرض العقلي، الجنوح، الإعاقة الانفعالية، الإعاقة الاجتماعية، صراعات الأطفال، الاضطرابات السلوكية. وإن الناظر إلى التسميات السابقة يجدها مشتقة من نوع المعيار المستخدم لتحديد السلوك الشاذ ، وإن كثيرا من المسميات السابقة قد ذكرت في التعريفات نفسها كالجنوح (الانحراف أو الشذوذ)، إلا أن أكثر المصطلحات والمسميات المستخدمة بعد مصطلح الاضطرابات السلوكية هو الاضطرابات الانفعالية، إذ يعدّه بعض المختصين مصطلحا مرادفا لمصطلح الاضطرابات السلوكية، ويذهب بعضهم الآخر في تسمية هذا الميدان بميدان الاضطرابات السلوكية والانفعالية (القاسم وعبيد والزعبي، 2000).

أما خصائص المضطربين سلوكيا فإنه من الصعب تحديد نموذج من المشاكل السلوكية يصف جميع الأطفال المضطربين سلوكيا، فمشاكلهم متعددة ومتنوعة، وكل فرد له خصائصه المتميزة أو الفريدة، والاضطراب السلوكي يؤثر بطريقة مباشرة على خصائص الشخصية، كالخصائص الأكاديمية والاجتماعية والعقلية. و يعد السلوك مضطربا إذا اختلف جوهريا من حيث تكراره أو مدته أو شدته أو شكله وبشكل متكرر عما يعدّ سلوكا طبيعيا في ضوء الموقف أو العمر الزمني للفرد أو جنسه أو مجموعته الثقافية. ويظهر لدى الأشخاص المضطربين سلوكيا أو المعوقين انفعاليا جملة من الخصائص، من أهمها: عدم القدرة على التعلم غير ناجمة عن انخفاض في القدرة العامة أو العجز الحسي أو الجسمي، وعدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية طبيعية مع الأقران و المعلمين، والإحساس العام بالكآبة و الحزن، والشكوى من أعراض نفسية– جسمية (مخاوف وآلام) ليس لها جذور جسمية واضحة، واستجابات غير تكيفية و أنماط سلوكية غير عادية في المواقف العادية.

وتصنف اضطرابات السلوك إلى أربع فئات رئيسة وهي:

أ. اضطرابات التصرف (النشاط الزائد، وثورات الغضب، وحب السيطرة، والمشاجرة، ومخالفة قواعد السلوك).

ب. عدم النضج (العجز عن الانتباه والتفاعل مع من هم أصغر سنا والسلبية).

ج. اضطراب الشخصية (الانسحاب الاجتماعي والخجل والقلق والشعور بالنقص).

د. العدوان والانحراف الاجتماعي (السرقة والسلوك العدائي –التخريبي) (يحيى، 2003).

وقد أشار هيوارد (Heward, 2002) إلى أن نسبة ذوي الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية هي 2%.

السرطان (Cancer): مرض يتصف أساسا بنمو الخلايا بطريقة غير محكومة، وينتج السرطان من تغيرات في بعض الخلايا يؤدي إلى نموها بطريقة غير طبيعية. وتكوين السرطان يتم بالتدريج وأثناء هذا الوقت تصبح الخلايا أكثر شذوذا من الخلايا السليمة, وتكتسب قدرة على الانقسام بسرعة غير عادية مؤدية إلى تكوين الأورام الخبيثة(عبد الله ويحيى، 2010).

وهناك مجموعة من العوامل المسببة للمرض، والتي ما زال البحث حولها مستمرا عالميا. و دور الوراثة في التسبب بالسرطان لا يختلف عن دور الوراثة في التسبب بأي مرض آخر. وبغض النظر إذا كان السرطان ولاديا أو مكتسبا لا فرق فهو دائما مسبب أو مرتبط وراثيا ببؤر انتانية خاصة موجودة لدى الأبوين. ولم يتم التوصل إلى الأسباب المحددة للمرض، ولكن من الواضح مثلا أن السرطان ليس نتيجة التعرض لإصابة: صدمة أو مرض مثلا، كما أنه لا ينتقل من شخص لآخر كما تنتقل الأمراض المعدية. (عبد الله ويحيى، 2010). ويؤكد مدانات (2005) أن معظم أسباب الإصابة عند الفئات العمرية التي هي أقل من (18) سنة ناجم عن تغير عشوائي على مستوى الجينات عند الأطفال، مستبعدا العوامل البيئية والأنماط الغذائية في إصابة الأطفال

بالأمراض السرطانية، وأن هذه العوامل دورها محدود، مشيرا إلى أنه يمكن أن يتكون عند الجنين مرض السرطان حسب المعطيات الطبية. السرطان في الأردن يعدّ من الأمراض الأكثر انتشارًا ولا سيما بين النساء، مقارنة مع باقي دول العالم. فالإحصائيات والمعطيات الرسمية تبين أن مركز الحسين للسرطان مثلا يشهد سنويًا حالات من المرضى تقدر بالمئات. وثلث حالات الإصابة بالمرض قابلة للوقاية، حسبما يوضح الأخصائيون، بينما الثلث الآخر قابل للعلاج، والثلث الأخير حالات غير قابلة للشفاء. وأن "الإصابات الجديدة ضمن المعدلات الطبيعية". وفيه أن سرطان القولون والمستقيم يحتلان المركز الأول من حيث الشيوع بين الذكور بنسبة 12%، يليه سرطان الرئة 10% والمثانة 9%، والبروستات 9%، والدم 8 .%وتظهر المؤشرات الأولية للتقرير، أن إجمالي حالات الإصابة بالسرطان المسجلة في المملكة خلال العام 2007 لمختلف الجنسيات بلغ حوالي 3740 حالة، يشكل الأردنيون منها ما نسبته 85%. وحافظت معدلات الإصابة في مختلف محافظات المملكة على معدلاتها السنوية، حيث إن عمان مازالت تحتل المرتبة الأولى، أي ما نسبته 66% من الحالات المسجلة، تلتها محافظات إربد ثم الزرقاء، في حين ما يزال سرطان الثدي يتصدر الإصابات بين الإناث والقولون بين الذكور (السجل الوطني للسرطان، 2007).

وسجلت المملكة خلال عام 2013 نحو 7500 حالة جديدة بالمرض، منها 5400 لأردنيين، و2100 لغير أردنيين من اللاجئين ممّن قدموا إلى المملكة تحت مسمى السياحة العلاجية. وأن أكثر أنواع السرطانات شيوعاً بين الإناث في الأردن،

هو سرطان الثدي، وبنسبة 38% من إجمالي حالات السرطان لدى الإناث(السجل الوطني للسرطان، 2013).

إن النسبة الأكبر من الأطفال المصابين بالسرطان هم مصابون بسرطان لوكيميا الدم بنوعيه. حيث تبلغ 39%، يليه سرطان الدماغ 15%، ثم ليمفوما10%، ..) (McDougal,1997. أهم الأنواع المختلفة للسرطان: يوجد حوالي مائة نوع من السرطان, تنشأ من أنواع مختلفة من الخلايا السليمة. والمصطلحات المستعملة في تقسيم و تسمية السرطان مصطلحات معقدة , و تنتمي معظم أنواع السرطان إلى ثلاث مجموعات رئيسة هي:الكارسينوما تمثل حوالي 90% من حالات السرطان لجميع الأعمار. والساركوما (وهي نادرة في الإنسان). واللوكيميا (الليمفوما) تنشأ خلاياها الأصلية من خلايا الدم والخلايا التي تكون جهاز المناعة على التوالي. والحقيقة أن معظم أنواع السرطان الشرسة تظهر خلال عمر الطفولة. ولكن لحسن الحظ، فإن نسبة إصابة الأطفال بالسرطان مقارنة ببقية الأعمار قليلة. فبدلا من سرطان الرئة والثدي مثلا نجد أن سرطان الدم وجهاز المناعة تمثل نصف حالات السرطان التي تظهر أثناء مرحلة الطفولة(عبد الله ويحيى، 2010). وبالنسبة للأهداف الأولية لعلاج السرطان فهي الشفاء وإطالة أمد الحياة وتحسين نوعية الحياة. وتبدأ رعاية مرضى السرطان بشكل أساس بإدراك طبيعة المرض مع خدمات مناسبة للتشخيص والعلاج. هذا ويعدّ الهدف النهائي من المعالجة هو استئصال السرطان بشكل تام، وبعد أن يتأكد تشخيص السرطان، وتكتمل كل الاستقصاءات الأخرى اللازمة. يقدم الطبيب للمريض النصح

بشأن الخطوة التالية. لكن من المهم أن تأخذ خطة الرعاية الشاملة بالحسبان الأعراض البدنية والصحة النفسية وصحة العائلة وغير ذلك من الظروف الاجتماعية. توجد عدة طرق ممكنة للعلاج بمجرد تشخيص السرطان، ويعتمد اختيار الطريقة المناسبة للعلاج على نوع السرطان ومدى تقدم مرحلة المرض. لقد أصبح علاج السرطان قياسيا أكثر من ذي قبل، لكن الظروف الفردية تبقى مهمة. وهناك ثلاثة أنواع رئيسة لعلاج السرطان: الجراحة ، والأدوية الكيماوية، والمداواة بالأشعة، وزراعة النخاع، والجراحة بشكل عام هي العلاج الأكثر فعالية في الشفاء من السرطان. لكن أنواع السرطان المختلفة تداوى بطرق مختلفة. وهناك نوعان رئيسان من العلاج بالأدوية للسرطان: علاج كيميائي سام للخلايا، وعلاج هرموني. ومن الصعب في الغالب التنبؤ بالاستجابة للعلاج بالأدوية. والمداواة بالأشعة عالية الجرعة غالبا ما تحمل خطر حدوث تأثيرات جانبية طويلة المدى (مركز الحسين للسرطان، 2005). وتتحقق فرصة الشفاء الفضلى عند كثير من المرضى اليوم بائتلاف من المعالجات (الكيماوي، والأشعة، والجراحة، والزراعة). لقد تحقق تقدم كبير في علاج بعض أنواع السرطان لا سيما لوكيميا الطفولة التي يمكن شفاؤها بالعلاج في معظم الحالات. أما بالنسبة للأنواع الأخرى من السرطان، فإن احتمال الشفاء يعتمد على تشخيص المرض في مرحلة مبكرة من تكوينه، وقبل الانتشار من مكانه الأصلي. وقبل (30) سنة كان كل طفل مصاب باللوكيميا اللمفاوية الحادة تقريبا يموت من المرض، ولكن حاليا أكثر من (60%) يمكن أن يشفوا لا سيما إذا تعالجوا في مراكز متخصصة. لكن تبقى بعض أنواع اللوكيميا أصعب في

العلاج من غيرها (اللوكيميا النخاعية الحادة أخطر من اللوكيميا اللمفاوية الحادة ونسبة الشفاء فيها متدنية أكثر) (عبد الله ويحيى، 2010). ويؤكد مدانات (2005) أن نسبة الشفاء من سرطان الدم في حال الكشف المبكر تصل من (70–80%) ، وقد تتجاوز لتصل إلى(90%) ضمن البرامج العلمية.

وأشار ماكدوجال (McDougal, 1997) إلى أنه قد تظهر لدى بعض أطفال مرضى السرطان الاتكالية، تغيرات بالشعور العاطفي، ضغط داخلي، مشاكل سلوكية، صعوبات تتعلق بالمدرسة، الانسحاب الاجتماعي (نتيجة تكرار الغياب عن المدرسة والأصدقاء). مما يؤكد على ضرورة الكشف المبكر، والدمج الاجتماعي، واستخدام استراتيجيات ذوي صعوبات التعلم. إن من أهم الأشياء أن يرجع الطفل إلى روتينيته وحالته الطبيعية، ولا سيما في فترات قلة العلاج أو بعد انتهائه، فالمدرسة للطفل كالعمل للبالغ في الأهمية. أما خارج المدرسة فقد يحدث لبعضهم اليأس، وتدني مفهوم الذات. لذلك كان لا بد للأهل والمدرسين والأصدقاء ومتخصصي علم النفس المدرسي وغيرهم ممن لهم ضروري في تفهم حاجات وصعوبات هؤلاء الأطفال ومساعدتهم في العودة للعيش حياة طبيعية في البيت والمدرسة والشارع. وبدون التدخل في هذه الحالات قد يؤدي ذلك إلى آثار سلبية، وعودة متأخرة لهؤلاء الأطفال إلى حياتهم الطبيعية، فكان لا بد من مجهود متكامل من جميع الأطراف لإعادة ترتيب حياة الطفل المصاب بالسرطان. لقد أشارت مادان–سوين وسكسون Madan–Swain& Sexson ,1993)إلى أن لدى أطفال مرضى السرطان المعالجين صعوبات في القدرات المفاهيمية العليا، ووظائف

التذكر، والتآزر البصري البياني، والمهارات الدقيقة، وقد يكون لدى بعضهم ضعف انتباه، واضطراب زيادة النشاط، وتأثيرات على التركيز لديهم. وأشار كل من لانسكي، لست و ريتر (Lansky, List & Ritter,1986) إلى تجارب لمدارس خاصة بأطفال لوكيميا الدم عالجت مشاكلهم، وتم تدريسهم مع بعضهم، مما جعل ذلك يحد من مشاكلهم الاجتماعية وهم يرون أطفالا مشابهين لهم في التأثيرات الجانبية للعلاج، و في الصعوبات المختلفة من: سقوط الشعر، والانتفاخ، والغثيان والقيء، والإرهاق، والقلق، والخوف.

ويشار هنا إلى جهود ودراسات متميزة في هذا المجال، ففي دراسة عبد الله (2013) التي هدفت تعرّف صعوبات التعلم لدى عينة من 100 طفل من أطفال مرضى السرطان الذين يراجعون مركز الحسين للسرطان في عمان بعمر (6–12)سنة. ولتحقيق الهدف من الدراسة تم استخدام مقياس مايكل–بست المقنن على البيئة الأردنية. أشارت النتائج أن نسبة صعوبات التعلم بين أطفال مرضى السرطان كانت (19%) وهي أكبر من النسبة العادية، وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال مرضى السرطان في صعوبات التعلم تبعا لمتغير نوع السرطان لصالح سرطان الدماغ، ولمتغير نوع العلاج لصالح الجراحة والأشعة والكيماوي، ولا توجد فروق ذات دلالة تبعا لمتغير: الجنس، وفترة العلاج، والعمر.

وقام أيضا عبد الله ويحيى (2008) بإجراء دراسة هدفت تعرّف التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية و النفسية لأطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن

وكذلك تعرّف بعض المتغيرات التي قد يكون لها علاقة في التأثيرات المختلفة لدى هؤلاء الأطفال مثل: الجنس، والعمر، وطول فترة العلاج، ومكان الإقامة، ومستوى تعليم الوالدين، وكذلك هدفت تعرّف أثر برنامج إرشادي مقترح لتحسين هذه التأثيرات. أما مجتمع الدراسة فقد تكون من جميع الأطفال المصابين بمرض لوكيميا الدم (سرطان الطفولة) المقيمين والمراجعين في مركز الحسين للسرطان في مدينة عمان. وقد تكونت عينة الدراسة من (100) طفل وطفلة من الأطفال المقيمين والمراجعين لمركز الحسين للسرطان، والذين سمحت أحوالهم النفسية وظروف علاجهم بإجراء مقابلات معهم وبحضور أولياء أمورهم.وقد تم استخدام مقياس التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية لأطفال مرضى لوكيميا الدم. وقد ظهر أن البعد الجسمي حصل على أعلى مجموع، ثم البعد النفسي، ثم يليه البعد المعرفي، وأخيرا البعد الاجتماعي. وقد أشارت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن تعزى لمتغير: الجنس، والعمر، وطول فترة العلاج، ومكان الإقامة، ومستوى تعليم الوالدين؛ وذلك لتشابه خصائص هؤلاء الأطفال وتشابه آليات التعامل معهم في مجتمعاتنا، وتقديم أنواع الدعم المختلفة لهم، بغض النظر عن مستوى تعليم الوالدين.

وفي دراسة أبو السندس (2002) والتي هدفت تعرّف أهم المظاهر النفسية والاجتماعية لدى الأطفال المصابين باللوكيميا وأسرهم بالإضافة إلى خصائصهم من خلال استبانة صممت خصيصا لغايات هذه الدراسة، وطبقت على جميع الأطفال

المقيمين والمراجعين في مركز الأمل(الحسين حاليا)، وعلى عينة من مدينة الحسين الطبية، بالإضافة إلى إجراء مقابلات مع ذويهم، العينة مكونة من (50) طفلا أعمارهم عند التشخيص (5–14)سنة. توصلت إلى: أنه تحمل الأمهات المسؤولية الكبرى في رعاية أطفالهن من المرضى، وإلى الدور الهام الذي يقوم به الآباء في مساعدة زوجاتهم فيما يتعلق بأطفالهم، كما تواجه الأمهات صعوبات عديدة في التوفيق بين واجباتهن ورعاية أطفالهن المرضى، وتبين عدم وجود تأثير كبير للمرض على العلاقات الاجتماعية في أسر الأطفال المرضى، وأظهرت بأن الأطفال المصابين يكرهون الذهاب إلى المستشفى على الرغم من حبهم للأطباء والممرضات، ومعظمهم لا يحب البقاء وحده ويحب الاختلاط بالآخرين ولا سيما مع أصدقائهم الذين لم تتغير معاملتهم لهم سلبا بعد معرفتهم بمرضهم، ومعظم الأطفال يعانون الملل بسبب إجراءات العلاج الطويلة، وهناك قلق كبير عندهم من موضوع التغيرات التي تحصل في أجسامهم مثل سقوط الشعر، ومعظمهم أصبح يغضب بسرعة، ويبكي أكثر بعد إصابتهم بالمرض. وأخبر معظمهم أنهم يحبون الذهاب إلى المدرسة، ولا يعانون من عدم التركيز في دراستهم.

وفي دراسة رضوان (1994) التي هدفت إلى دراسة المشكلات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالحصول على الخدمة العلاجية لسرطان الطفولة. وقامت الباحثة بدراسة وصفية للمشكلات النفسية والاجتماعية والمعوقات المرتبطة بالحصول على الخدمة العلاجية بسرطان الطفولة مستخدمة عينة: مائة طفل وأسرهم من الأطفال الذين

يعالجون في مصر، ومستخدمة مقياسا خاصا بالمشكلات المرتبطة بالحصول على الخدمة العلاجية. وقد توصلت الباحثة إلى: أن مشكلة القلق تقع في المرحلة الأولى بين قائمة من المشكلات النفسية، وأن الوالدين كليهما يعانيان من مشكلة القلق أثناء إصابة أحد أبنائهما بهذا المرض، ولكنها لم تفرق بين الآباء والأمهات من ناحية درجة القلق لدى كل منهما. وأن مرض السرطان يضيف أعباء اجتماعية واقتصادية على الأسرة بأكملها ولا سيما الوالدين، مثل فقد الأمن، ونقص الثقة بالنفس، وضعف الإيمان. وأن مرض السرطان من الأمراض التي تحتاج إلى متابعة علاجية مستمرة، مما يجهد الأسرة اقتصادياً حيث لا يستطيع الوالدان المواءمة بين احتياجات الأسرة ومتابعة حالة الطفل المريض.

هدفت دراسة نازاري، كوبائي، شفيع، حاجي، كاشاني، باهرامينيا، انساري، اليبور (Nzari, Koupaaei, Shafiee, Haji, Kashani, bahraminia, Ansari & Alipour, 2014) إلى معرفة أهم المشاكلات العاطفية/السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من سرطان الدم الليمفاوي الحاد. إذ تم دراسة (100) طفل من الذين تتراوح أعمارهم (6–12) سنة عولجوا بالكيماوي و 100 من أقرانهم غير المصابين مماثلين لهم في العمر والجنس. تم الطلب من أولياء الأمور تعبئة نموذج كبكل. أظهرت النتائج أنه لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات فيما يتعلق بالخصائص العامة. وأشارت النتائج إلى أن المشاكل الجسدية، والمشاكل السلوكية هي الأكثر لدى المرضى مقارنة بأقرانهم الأصحاء، والباقي متقاربة. وتؤكد النتائج ضرورة

إجراء المزيد من البحوث حول الوضع النفسي والاجتماعي للأطفال المصابين بالسرطان في المستقبل.

وهدفت دراسة فيروزي ورحمات (Firoozi & Rahmat,2013) تعرّف الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المصابين بسرطان الدم الليمفاوي الحاد، وهم الذين يتعالجون بأحد أنواع العلاج الكيماوي. تم مقارنة بعض السلوكات لديهم عن طريق تطبيق مقياس بيك للاكتئاب، 110 أطفال مرضى بالسرطان(57ذكور و53إناث) مع116 طفلا غير مريض بالسرطان لكنهم مقيمون في المستشفى (72ذكور و44إناث). لم يكن هناك تناقض بين مجموعة السرطان وغير المصابين بالسرطان في القلق والاكتئاب. أظهرت البيانات أن هناك علاقة قوية جدا بين مدة الإقامة في المستشفى وتعطيل السلوك في كليهما. واقترحت هذه الدراسة لمقدمي الخدمات الصحية وضع المقترحات للحد من المشاكلات السلوكية بسبب طول الإقامة في المستشفى.

وفي دراسة قام بها الخطيب وعوض والصالحي (Awad, Khatib& Salhi,2003) التي هدفت إلى قياس مدى الاكتئاب لدى عينة مكونة من(100) مريض بالغ في مركز الحسين للسرطان موزعين على أنواع السرطان المختلفة (40) ذكور و(60) إناث، تعرضوا لأنواع مختلفة من أشكال العلاج. تم تطبيق مقياس مترجم معدل من مقياس الاكتئاب المطور بواسطة شبكة السرطان الشاملة الوطنية الأمريكية. وقد أشارت النتائج إلى أن (70%) من المرضى يشكون من الاكتئاب الظاهر أعلى من خمسة على المقياس، وكانت السمات الأكثر شيوعا لدى العينة هي بالترتيب: القلق،

ثم الخوف، ثم الألم، ثم الحزن، ثم الإرهاق. كذلك أشارت الدراسة إلى أن أهم السمات النفسية والعقلية لدى مرضى السرطان هي عادة القلق واليأس بشكل عام. المرضى الذين هم في أعلى درجات الخطر من اليأس هم أولئك الذين لديهم تاريخ مضطرب مؤثر(مرضي) وسرطان متقدم ، ويسيطرون بشكل ضعيف على الألم. ويرى البحث أنه من (24_38%) من مرضى السرطان يشكون من مستويات من القلق واليأس.

وكذلك الدراسة التي قام بها كل من نول ، ليروي، بكوسكي ، روجوش ، كلكارني (Noll , LeRoy , Bukwsky , Rogosh and Kulkarni , 1991) بعنوان العلاقات بين الرفاق والتأقلم عند الأطفال المصابين بالسرطان. فقد جاءت لتقييم التكيف النفسي والاجتماعي للأطفال المصابين ، إذ كان عددهم 24 طفلا، وفي الفترة العمرية ما بين (8–18) سنة، وقد تمت مقارنة الأطفال المصابين بالسرطان بمجموعة ضابطة من الصف المدرسي نفسه، وعلى الرغم من أن الرفاق أظهروا في التقرير الخاص بهم أن الأطفال المصابين بالسرطان يملكون سمعة اجتماعية أكثر من العزلة الاجتماعية، و ليس هناك اختلافات كبيرة بالنسبة لشعبيتهم، وعدد الأصدقاء، والوحدة مقارنة بالعاديين. وقد أوصت الدراسة بأن هناك حاجة لعمل إضافي لتحديد المتغيرات المرتبطة بالمريض مثل: العمر عند التشخيص، والجنس، والوقت منذ التشخيص، والتي ستسمح بظهور صورة أكثر وضوحا للقدرات، والدور الاجتماعي لهؤلاء الأطفال.

أما الدراسة التي قام بها كل من سبيريتو ، ستارك، كوبيلا، دريجان ، اندروكيتس، هويت (Spiritto , Stark , Cobiella , Drigan , Androkites

and Hewett, 1990) حول: التأقلم الاجتماعي للأطفال الذين عولجوا بنجاح من السرطان فتمت مقارنة (56) طفلا مصابين بأنواع مختلفة من السرطان في أعمار ما بين (5–12) سنة بعينة ضابطة من الأطفال الأصحاء. وقد كان عدد الإناث المصابات (27) والذكور (29). وكل الأطفال المصابين عولجوا في الفترة العمرية ما بين (2–5) سنوات. وكان من أبرز نتائج الدراسة أن الأطفال المرضى قد أظهروا مشاعر أكبر للعزلة من المجموعة الضابطة. وقد أوصت الدراسة بتطبيق النتائج التي تم التوصل إليها على عينة أخرى من الأحياء المصابين بالسرطان وعينة ضابطة، واستعمال مناهج تقييم أكثر شمولا لأسئلة التأقلم الاجتماعي .

من خلال الأدب والدراسات السابقة نلاحظ الربط الكبير بين السرطان ووجود السلوكات المختلفة لدى الطفل المصاب بالمرض، لكن هذه الدراسات والخاصة بالاضطرابات السلوكية بوصفها مشكلة أو إعاقة مصاحبة لدى الأطفال مرضى السرطان لا توجد في بيئتنا الأردنية، حيث كان يتم طرح هذه المظاهر السلوكية لديهم بمعزل عن مفهوم الاضطرابات السلوكية، والتي هي إحدى فئات ذوي الاحتياجات الخاصة؛ لذلك كانت هذه الدراسة عن مدى هذه الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان من خلال تطبيق مقياس "وولكر" الخاص بالاضطرابات السلوكية، ومن ثم مقارنتهم بالأطفال غير المرضى، وعلاقتها ببعض المتغيرات: الجنس، ونوع السرطان، وفترة العلاج ، ونوع العلاج المستخدم، والعمر.

مشكلة الدراسة:

يتميز سلوك الأطفال مرضى السرطان نتيجة المرض والعلاجات والتدخلات المختلفة المستخدمة فيه ببعض الخصائص والاضطرابات التي قد تنتج عن المرض نفسه أو آثار العلاج أو عن تأثير البيئة المحيطة بهم والتي تدفعهم إلى هذه السلوكات غير التكيفية التي تصبح ملازمة لهم، وأيضا بسبب قلة الدراسات التي تتناول الاضطرابات السلوكية (التي هي إعاقة بمفردها) وعلاقتها بفئة الأطفال مرضى السرطان من وجهة نظر تربوية وليس فقط نفسية(عبد الله ويحيى، 2010)؛ لذلك كان لا بد من تعرّف هذه السلوكات ومن ثم تحديدها، والتي هي شكل من أشكال الاضطرابات السلوكية المستمرة لديهم، والتي قد توجد كلها أو بعضها سواء بشكل كبير أو صغير، لذلك كانت هذه الدراسة التي غرضها الرئيس تعرّف الاضطرابات السلوكية لدى الطلبة أطفال مرضى السرطان من خلال تطبيق مقياس"وولكر" الخاص بالاضطرابات السلوكية لفئة (6-15)سنة والتي أغفلتها كثير من الدراسات، ولا سيما الدراسات العربية والأكثر إغفالاً في مجتمعنا الأردني، ومقارنتها بالأطفال غير المرضى بالسرطان، لذلك لزم التربويون الاهتمام بهذه الفئة الكبيرة من الأطفال، لأن المرض يكون تأثيره بداية صحيا وجسديا، ثم ينتقل نفسيا واجتماعيا وربما معرفيا أو تربويا وعلى تكيفهم النفسي، وقد يؤثر على أجهزة أخرى كالجهاز العصبي، مما يترك لديهم محدودية لمجاراة زملائهم غير المصابين. إن الغرض الرئيس من هذه الدراسة هو تعرّف واقع الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن ومقارنتهم بغير المرضى، وعلاقتها

ببعض المتغيرات: الجنس، والعمر، ونوع السرطان، ونوع العلاج، وفترة العلاج. والإجابة عن الأسئلة التالية:

1. ما هي أهم مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن مقارنة بالأطفال غير المرضى بالسرطان في الأردن ؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq .,.5$) في مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن تعزى لاختلاف متغيرات: الجنس، أو العمر، أو نوع السرطان، أو نوع العلاج، أو فترة العلاج ؟

تعريفات مصطلحات الدراسة:

- الاضطرابات السلوكية: اصطلاحاً: هي شذوذ وابتعاد سلوك الفرد بشكل متكرر عن السلوك العام المتفق عليه وفقا لمعيار محدد، بغض النظر عن نوع هذا المعيار (القاسم وعبيد والزعبي، 2000). أما إجرائيا: فهم الطلبة الذين لديهم السلوكات غير التكيفية التي يقيسها مقياس "وولكر" للاضطرابات السلوكية المترجم والمقنن على البيئة الأردنية والمستخدم في هذه الدراسة في الأبعاد التالية: السلوك الموجه

نحو الخارج، والانسحاب، وتشتت الانتباه، والعلاقات المضطربة مع الأقران، وعدم النضج.

- أطفال مرضى السرطان: اصطلاحا:السرطان مرض يتصف أساسا بنمو الخلايا بطريقة غير محكومة، وينتج السرطان من تغيرات في بعض الخلايا يؤدي إلى نموها بطريقة غير طبيعية. وتكوين السرطان يتم بالتدريج وأثناء هذا الوقت تصبح الخلايا أكثر شذوذا من الخلايا السليمة, وتكتسب قدرة على الانقسام بسرعة غير عادية مؤدية إلى تكوين الأورام الخبيثة(عبد الله ويحيى، 2010). أما إجرائيا: فهم الأطفال الذين تم تشخيصهم بنوع من أنواع السرطان ويتعالجون بمركز الحسين للسرطان (فئة الدراسة: 6-15سنة ، المرحلة الأساسية والمتوسطة).

أهمية الدراسة:

- **النظرية:**

- في الأردن تشير إحصائيات السجل الوطني للسرطان (2002) إلى أن متوسط عدد حالات الإصابة المسجلة سنويا (3430) حالة منها حوالي (350) طفلا. أما إحصائيات السجل الوطني للسرطان(2013) فقد سجلت المملكة خلال عام 2013 نحو 7500 حالة جديدة بالمرض، منها 5400 لأردنيين، و2100 لغير أردنيين من الاجئين ممن قدموا إلى المملكة تحت مسمى السياحة العلاجية.

- إن نسبة الشفاء التام لبعض الأنواع من السرطان قد تصل أحيانا بين الأطفال إلى70%، ومن ثمَّ الرجوع إلى ممارسة حياتهم الاعتيادية بعد انتهاء فترة العلاج.
- يتم في هذا النوع من المرض استخدام بروتوكولات علاج طويلة (كيماوي، وأشعة، وجراحة، وزراعة نخاع) قد تصل إلى 3 سنوات، وإذا حدثت انتكاسات مرضية قد تصل إلى فترات أطول من ذلك بكثير؛ مما قد يؤثر على خصائصهم.
- كما قالت كازاك (Kazak ,1994) إن بعض من يتعالجون للسرطان قد يرسبون في الدراسة أثناء العلاج، وتكون لديهم قوة محدودة، ولا سيما إذا تم إهمال بعضهم ممن يحتاجون لخدمات أخرى كعلاج طبيعي، طبي، نطق، خدمات تعليمية؛ فيحتاجون إلى برامج تدريس خاصة .
- للعلاجات الكيماوية تأثيرات جانبية مختلفة على الأطفال جسميا ونفسيا و...الخ، ولا سيما مع الفترات الطويلة للعلاج قد تؤثر على الجهاز العصبي المركزي، ومن ثمَّ قد تؤثر على قدراتهم المعرفية والعقلية مما قد يؤدي إلى نقصان حاصل نسبة الذكاء (I.Q) (Mulhern,1994).

- **العملية:**

- توفر هذه الدراسة قاعدة عريضة من المعلومات للأسر والمهتمين والمسؤولين والتربويين والقائمين والمجتمع بصفة عامة على تربية أطفال مرضى السرطان ممن لديهم اضطرابات سلوكية.

- قلة الدراسات في العالم العربي عامة والأردن خاصة التي تتناول أحد أنواع الأمراض المزمنة (السرطان) وعلاقتها باضطرابات السلوك.
- يؤمل من هذه الدراسة أن تدفع بالعاملين في ميدان التربية الخاصة إلى تطوير البرامج المختلفة المقدمة لأطفال مرضى السرطان الذين لديهم اضطرابات سلوكية، وبالتالي تحسين نوعية الخدمات المقدمة لهم.

محددات الدراسة:

- الحدود الزمانية: 2014/12/1 حتى 2015/4/1.
- الحدود المكانية: أطفال مركز الحسين للسرطان(وهو أكبر مركز في الأردن يقدم خدمات علاجية شاملة لهؤلاء المرضى).
- الدراسة خصت أطفال مرضى السرطان بعمر(6-15)سنة (المرحلة الأساسية والمتوسطة) الذين شخصوا بنوع من أنواع السرطان، ويعالجون في مركز الحسين للسرطان .

منهجية الدراسة: وصفية.

- **العينة:** مكونة من (98) طفلا وطفلة من الأطفال مرضى السرطان يراجعون مركز الحسين للسرطان في عمان وقت إجراء الدراسة بطريقة عشوائية. يقابلهم (117) من أطفال المدارس غير المرضى.

- **أداة القياس:** تم تطبيق مقياس "وولكر" المترجم والمقنن على البيئة الأردنية (بخصائصها السيكومترية) روعي فيه الصدق والثبات في الأبعاد التالية: السلوك الموجه نحو الخارج، الانسحاب، وتشتت الانتباه، والعلاقات المضطربة مع الأقران، وعدم النضج.
- صعوبة إجراء المقابلات مع الأطفال أو أسرهم بسبب أوضاعهم الطبية والنفسية والاجتماعية أحيانا.

أهداف الدراسة:

- تعرّف مدى وجود مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان ومقارنتهم بالأطفال غير المصابين بمرض السرطان ضمن المدى العمري(6-15)سنة.
- تحديد مساهمة متغيرات: الجنس، ونوع السرطان، ونوع العلاج المستخدم، وفترة العلاج، والعمر على وجود مظاهر الاضطرابات السلوكية لديهم.
- سد النقص في الدراسات المتعلقة باضطرابات السلوك لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن والمجتمع العربي بصفة عامة.

الطريقة والإجراءات:

هذه الدراسة وصفية هدفها تعرّف مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن، ومقارنتهم بالأطفال غير المرضى، وتحديد مساهمة

متغيرات: الجنس، ونوع السرطان، وفترة المعالجة، ونوع العلاج المستخدم، والعمر. تكونت عينة الدراسة من(215) من أطفال مرضى السرطان(98) و (117) من غير مرضى السرطان ضمن المدى العمري (6-15)سنة. ولتعرف مظاهر الاضطرابات السلوكية تم استخدام مقياس "وولكر" للاضطرابات السلوكية المترجم، والذي يتمتع بدلالات صدق وثبات مناسبين لبيئة الأردنية. وتم استخدام المتوسطات الحسابية واختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي في عملية التحليل الإحصائي.

مجتمع الدراسة:

أطفال مرضى السرطان في الأردن، وأجريت الدراسة على أطفال مرضى السرطان ضمن المدى العمري(6-15) سنة (المرحلة الأساسية والمتوسطة) الذين شخصوا بنوع من أنواع السرطان(سرطان الدم، أو الدماغ، أو الغدد، أو أخرى)، ويعالجون في مركز الحسين للسرطان (حيث يعالج مركز الحسين للسرطان70-80% من حالات السرطان لدى الأطفال في الأردن). وتم مقارنتهم بأقرانهم من غير مرضى السرطان.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من(215) طفلا وطفلة، (98) من أطفال مرضى السرطان ممن سمحت ظروفهم ووافق أولياء أمورهم وأكملوا الاستبانة، ضمن المدى العمري(6-15)سنة. وتم مقارنتهم ب(117) من طلبة المدارس العادية تم اختيارهم بطريقة عشوائية

من ثلاث محافظات هي: عمان، والزرقاء، وإربد. حكومية ولا سيما (النعيمة، وابن زيدون، والأرقم، والفاروق، والخنساء، والحسن). كما يوضح ذلك الجدول رقم(1):

متغيرات الدراسة:

أ-المتغيرات المستقلة:

1- تصنيف الطفل(الطالب): 1-مريض بالسرطان 2- غير مصاب بمرض السرطان

2-الجنس: 1-ذكر، 2-أنثى

3- العمر: 1-(6-11) سنة ، 2-(12-15) سنة

4- نوع السرطان: 1-الدم، 2-الدماغ ، 3-الغدد، 4- أخرى (عظام، رئة، مثانة، ..).

5- فترة العلاج: 1-(صفر-3) سنوات، 2-(أكثر من3) سنوات

6-نوع العلاج المستخدم:1- الكيماوي، 2-الزراعة ، 3-الجراحة والأشعة، 4-الأشعة والكيماوي، 5- الجراحة والأشعة والكيماوي.

ب-المتغير التابع: مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال.

أداة الدراسة:

تم تطبيق مقياس "وولكر" المترجم والمقنن على البيئة الأردنية للاضطرابات السلوكية. لقد تم إعداد الصورة الأصلية للمقياس وولكر (Walker Problem Behavior Identification Checklist)، من قبل وولكر سنة1976 بهدف تعرّف

الأطفال ذوي المشكلات أو الاضطرابات السلوكية، وقد صمم هذا المقياس، لكي يستخدم في الصفوف الأساسية والمتوسطة (walker,1976). ويتكون هذا المقياس في نسخته الأصلية من (50)فقرة صنفت عن طريق الملاحظة وبطريقة إجرائية، وتشير هذه الفقرات إلى أشكال من السلوك غير التكيفي، والذي يمكن أن يظهره الطلبة في المدارس وهذه الفقرات موزعة على خمسة أبعاد فرعية هي:

1-السلوك الموجه نحو الخارج (Acting –out): ويشمل هذا البعد التحدي والعدوانية، كما يشمل هذا البعد الفقرات التالية: (1 ، 4 ، 12، 16 , 18 ، 21 ، 27 ، 30 ، 31 ، 32 ، 35 ، 38 ، 39 ، 46).

2-الانسحاب (Withdrawal): ويشمل هذا البعد السلوك التجنبي والأداء المقيد، كما يشمل هذا البعد الفقرات التالية:(15، 29، 37، 42، 45).

3-تشتت الانتباه (Distractibility): ويشمل هذا البعد قصر فترة الانتباه والمهارات الدراسية غير المناسبة وعدم المتابعة، كما يشمل هذا البعد الفقرات التالية:(3 ، 6 ، 9 ، 10، 13 ، 14 ، 19 ، 24 ، 41 ، 49 ، 50).

4-العلاقات المضطربة مع الأقران (Disturbed Peer Relation): ويشمل هذا البعد مفهوم الذات السلبي والمهارات الاجتماعية غير المناسبة، كما يشمل هذا البعد الفقرات التالية:(5، 7، 23 ، 25 ، 26 ، 28 ، 34 ، 40 ، 43 ، 48).

5-عدم النضج (Immaturity): ويشمل هذا البعد الاعتمادية ، كما يشمل هذا البعد الفقرات التالية: (2 ، 8 ، 11 ، 17 ، 20 ، 22 ، 33 ، 36 ، 44 ، 47) . (walker,1976)

كلما كان الوزن الذي تأخذه الفقرة عاليا كانت هذه الفقرة تقيس سلوكا سلبيا أكثر شدة والعكس صحيح، أما في حالة غياب الفقرة، أي عدم وجود السلوك لدى المفحوص فتعطى وزنا أقل. وأخيرا لاستخراج الدرجة الكلية يتم جمع الدرجات كلها، مع الأخذ بعين الاعتبار بأن الدرجة المرتفعة تشير إلى وجود درجة من الاضطراب والعكس صحيح (walker,1976). ولقد قامت الناطور(1991) بتعريب مقياس "وولكر" واستخرجت معاملات صدق وثبات له على عينة أردنية، إذ استخرجت للصورة المعربة دلالات صدق المحكمين للمقياس، إذ تم الاستئناس برأي (10) من المختصين في مجال التربية وعلم النفس، ولقد تراوحت نسبة الاتفاق بين هؤلاء المختصين بين 80-100%. كما تم استخراج دلالات صدق البناء للمقياس، وذلك من خلال استخراج معامل ارتباط كل فقرة مع البعد الذي تنتمي إليه ومع الدرجة الكلية للمقياس. إذ كانت معاملات ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الأول مع الدرجة الكلية لهذا البعد: بين(0,29-0,70) ومع الدرجة الكلية للمقياس بين (0,27-0,60). أما بالنسبة للبعد الثاني فتراوحت للبعد وللمقياس على التوالي: بين (0,46-0,76) و(0,11-0,48). وللبعد الثالث أيضا: بين (0,31-0,73) و(0,16-0,66). أما الرابع فتراوحت بين (0,30-0,73) و(0,32-0,64). وأخيرا البعد الخامس فتراوحت بين (0,37-0,67) و

(0,18–0,56). أما بالنسبة لمعاملات ارتباط الدرجات الفرعية الخمس للمقياس مع الدرجة الكلية فقد تراوحت بين (0,66–0,89) ، وجميع معاملات الارتباط هذه دالة إحصائيا عند مستوى($\alpha \leq 0.05$)، وهذا يعكس درجة من الاتساق الداخلي للمقياس، ومن ثمَّ فإن هذا الاتساق يشير إلى درجة مقبولة من صدق البناء. وأما بالنسبة لمعامل الثبات، فلقد استخرج ثبات المقدرين للمقياس على عينة تكونت من (30) مفحوصا، ومن ثم حسب معامل الارتباط بين التقديرين لأفراد العينة وبلغ معامل الارتباط بهذه الطريقة (0,78)، كما استخرج معامل الثبات للمقياس للعينة ككل باستخدام معادلة كرونباخ ألفا إذ بلغ معامل الارتباط (0,93)، وتعدّ معاملات الثبات هذه مؤشرا مقبولا لثبات المقياس.

وفي الدراسة الحالية فقد تم التثبت من دلالات صدقها وثباتها كما يلي:

دلالات صدق المحتوى: وذلك باللجوء إلى عدد من المحكمين بلغ عددهم(12) من المختصين في مجال التربية الخاصة من حملة شهادة الدكتوراة والماجستير ومن ذوي الخبرة للتأكد ما إذا كانت الأداة مناسبة، وارتأت لجنة المحكمين أن هذه الأداة مناسبة كما هي للاستخدام كما أشار كل من(walker,1976) و(الناطور، 1991).

دلالات ثبات الأداة: وللتأكد من الثبات تم إيجاد معامل الثبات لمقياس "وولكر" عن طريق إعادة الاختبار على عينة تكونت من (28) مفحوصا موزعين على صفوف الثالث والرابع والخامس والسادس والسابع والثامن والتاسع بالتساوي، إذ طلب من معلمين لديهم معرفة كافية بهؤلاء الطلبة الذين تم اختيارهم بشكل عشوائي من كل صف تقدير

هؤلاء الطلبة على المقياس، وبعد أسبوعين طلب من المعلمين أنفسهم إعادة تقدير الطلبة الذين تم اختيارهم بوصفهم عينة مرة أخرى. ثم حسب معامل الارتباط بين التقديرين لأفراد العينة وبلغ معامل الارتباط بهذه الطريقة (0,81)، كما تم استخراج معامل ثبات المقياس للعينة ككل باستخدام معادلة كرونباخ ألفا وبلغ معامل الارتباط (0,95). وتعدّ معاملات الثبات هذه مؤشرا مقبولا لثبات هذا المقياس كما أشار إلى ذلك كل من (walker,1976) و(الناطور، 1991).

أما آلية تطبيق المقياس واحتساب الدرجات عليه فهي تتم باحتساب الدرجة لكل بعد من الأبعاد درجة، وللمقياس ككل، وتم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاضطرابات السلوكية لمعرفة الأبعاد والفقرات الأكثر وزنا. كان للخيارات في الاستبانة الأوزان التالية: درجتان إذا كانت الإجابة (نعم)، درجة إذا كانت الإجابة (لا)، وإذا لم توجد إجابة على الفقرة أو تردد المعلم أو ولي الأمر في الإجابة عنها يتم استثناؤها. وكلما كان الوزن كبيرا دل ذلك على وجود الاضطرابات بشكل كبير، وكلما تدنى الوزن دل على قلة وجودها. وعلى ذلك فإن العلامة المرتفعة لمجموع الفقرات تشير إلى وجود الاضطرابات بدرجة كبيرة لدى الطفل والتي تتراوح بين (100)كحد أعلى و(50) كحد أدنى للمقياس ككل.

الإجراءات والتحليل الإحصائي: هذه الدراسة وصفية هدفت تعرّف مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان ومقارنتهم بأقرانهم من غير المصابين بمرض السرطان، وعلاقتها ببعض المتغيرات: الجنس، ونوع السرطان، وفترة

المعالجة، ونوع العلاج المستخدم، والعمر. ولتحقيق ذلك فقد تم تقديم كتاب رسمي للمدير العام لمركز الحسين للسرطان بالسماح بجمع المعلومات موضوع الدراسة، وبعد العرض على اللجنة المؤسسية العلمية(Institutional Review Board(IRB ، تم الموافقة على إجراء البحث، بعد توقيع الباحث على تعهد خاص بالمركز، وبعد إعداد نموذج موافقة ولي أمر الطالب على المشاركة في الدراسة. ومن خلال قسم المعالجة النفسية والاجتماعية في المركز، تم مقابلة الأطفال وأولياء أمورهم في عيادات الأطفال أو مكان الإقامة في قسم الأطفال في المستشفى، أو الكيماوي أو الأشعة وبمساعدة من الأخصائية في مركز الحسين لتطبيق المقياس (حيث إنه يتم سؤال والد أو والدة الطفل عن مدى وجود فقرات المقياس لدى الطفل)، بعدها يتم تعبئة المقياس من قبل أحد والدي الطفل، وتكون التعبئة ذاتية من ولي الأمر. وليس من الضروري وجود الطفل أو التفاعل معه. وذلك في الفترة:2014/12/1 حتى 2015/4/1. وفي الوقت نفسه تم توزيع المقياس في البيئة نفسها على الطلبة غير المصابين بمرض السرطان، وتم استثناء الاستبانات التي لم تكتمل فيها المعلومات، وبعدها تم إجراء عملية التحليل الإحصائي. ومن ثم تحليل البيانات الناتجة عن تلك المقابلات. ويتم معالجة هذه البيانات إحصائيا عن طريق: إيجاد التكرارات و النسب المئوية، وباستخدام اختبار (T-test)، وتحليل التباين الأحادي (ANOVA).

نتائج الدراسة ومناقشتها

يتناول هذا الجزء عرضا للنتائج التي توصلت إليها الدراسة ومناقشتها وفقا لأسئلتها المطروحة في هذه الدراسة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما هي أهم مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن ؟

إن أهم مظاهر اضطرابات السلوك لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن مرتبة تنازليا من الأكثر توافرا إلى الأقل هي:1-البعد الأول (السلوك الموجه نحو الخارج) وقد كان له أكبر متوسط (1,45). وهذا يؤكد وجود صفات الغضب والمزاجية والتمرد واللوم، وهو يتوافق مع كل من (عبد الله ويحيى، 2008) و(أبو السندس، 2002) و (McDougal , 1997) التي أكدت على وجود هذه الاضطرابات السلوكية ولا سيمّا الغضب والعصبية والمزاجية، والتي قد يرجع سببها إلى آثار العلاج الكيماوي أو الأشعة التي قد تؤثر على الجهاز العصبي المركزي التي تستمر لفترات زمنية طويلة، وحتى بعد انتهائها قد يتبقى لها آثار، ناهيك عن عمليات الجراحة التي قد تؤثر في بعض الجوانب العصبية كالدماغ، وأيضا طبيعة تعامل الوالدين مع الطفل من الحماية الزائدة و الدلال التي تترك آثارا في التنشئة بعيدة المدى. وكانت الفقرة (38) (يحتاج إلى دعم وموافقة الآخرين على مهمات يحاول أن يقوم بها أو ينجزها) هي الأعلى بمتوسط (1,76). وهذا يرجع كما ذكرنا لوجود مشاكل جسدية في البداية مثل الألم وتساقط الشعر والحرارة وغيرها نتيجة المرض، ويتبعها آثار نفسية من مفهوم الذات والقلق

والخوف، وهذه بدورها تكون آثارا اجتماعية من انسحاب وعزلة وعدوانية وعدم ثقة في التعامل مع الآخرين والاعتمادية، مما يجعله يحتاج الدعم بأنواعه المختلفة الطبي والنفسي والاجتماعي والتربوي والديني كما أشارت لذلك دراسة (عبد الله ويحيى، 2008). ومن ثم تلتها الفقرة(31)(يبدو لديه تقلبات مزاج سريعة (مكتئب في لحظة وفرح جدا في لحظة أخرى)) بمتوسط (1,70). وهذا أيضا راجع للعلاج وآثاره من كيماوي وأشعة والفترات الطويلة التي يؤثر بها، ونمط التنشئة ووجود استجابات بديلة لدى الطفل، مما يجعل هذه الصفة من أكثر الصفات ظهورا في الأدب النظري والدراسات السابقة القديمة والحديثة مثل Van) (Dongen and Sanders ,1986 و (عبد الله ويحيى، 2008). ومن ثم الفقرة (35) (يرد بغضب وعنف عندما يستثيره أو يضايقه الأطفال الآخرون) بمتوسط (1,63). وهذا راجع أيضا إلى آثار العلاج الجسمية والنفسية، وعدم وجود المهارات المختلفة للتعبير عن المشاعر أو عدم وجود التفهم المناسب والدعم وتقبل الآخرين كما أشارت لذلك. ومن ثم الفقرة (4) (يكون هستيريا ومتضايقا وغاضبا عندما لا تسير الأمور كما يريد) بمتوسط (1,61). وهذا له علاقة بالبعد الأول الأكثر تأثيرا في هذه الاضطرابات، وهو السلوك الموجه نحو الخارج، مما يسترعي انتباها قويا من المربين والتربويين لهذا الاضطراب السلوكي الذي قد يؤثر لرجوع الطفل لطبيعته العادية بعد الشفاء التام من السرطان وهي كما ذكرنا قد تصل إلى 80% من الحالات.

2–البعد الثالث (تشتت الانتباه) بمتوسط (1,43). ويشمل قصر فترة الانتباه والمهارات الدراسية غير المناسبة وعدم المتابعة كما أشار لذلك كل من (عبد الله، 2013) و) (Mulhern,1994) (Kazak,1994 الذين أكدوا على وجود مشاكل في الانتباه والتركيز والغياب المتكرر عن المدرسة وعدم القدرة على المثابرة وقد يتدنى لديهم نسبة الذكاء وقد يرسبون وقد تكون لديهم نسبة صعوبات التعلم أعلى من العاديين، وهذا راجع لعدة أسباب منها الآثار الجسدية للمرض ومن ثم النفسية، هذه الاثار تؤثر على الجوانب التربوية المرتبطة بالدراسة والمدرسة، وقد ذكرت دراسات مثل دراسة (Lansky,List & Ritter,1986) إلى تجارب في بعض الدول الأخرى بوجود مدارس خاصة بهذه الفئة وتدخل تربوي مناسب لهم، وحتى حديثا في مركز الحسين للسرطان تم تعيين معلمتين من وزارة التربية لمتابعة بعض هؤلاء الأطفال بالإضافة للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين. وكانت الفقرة (6) (يظهر المثالية (حريص على أن تسير الأمور بالشكل الصحيح تماما)) الأعلى بمتوسط (1,65). وهذا راجع إلى عدم وجود المهارات الأساسية في التعامل مع أمور الحياة المختلفة التي لم تتطور بشكل اعتيادي وقريب من البيئة الواقعية للأطفال.

3– البعد الخامس (عدم النضج) بمتوسط (1,33). ويشمل هذا البعد الاعتمادية أو الاتكالية والبكاء والقلق والألم والكوابيس وهذا يتوافق مع كل من (رضوان، 1994)و(Awad, Khatib& Salhi,2003) و(McDougal , 1997) والذين تظهر لديهم هذه الاضطرابات نتيجة تكرار الجلوس في المستشفى وأخذ العلاجات لفترات

طويلة بأنواع مختلفة، وطبيعة تعامل المحيطين بالطفل مثل: الشعور بالحزن مع الطفل، وإظهار الأسى، والعمل على تحقيق ما يريد، مما يجعل هذا الطفل اعتماديا تنشأ لديه بعض المخاوف لاحقا نتيجة الوحدة.

4- البعد الثاني(الانسحاب) بمتوسط (1,26). يشمل هذا البعد السلوك التجنبي والأداء المقيد كما ذكرت ذلك (Spiritto , Stark , Cobiella , Drigan , Androkites , and Hewett, 1990)

و(McDougal , 1997) والذي يرجع لبقائه لفترات طويلة بعيدة عن بيئته الطبيعية المدرسة والأقرباء والأصحاب ولا سيمّا مع وجود انتكاسات مرضية أو إجراء زراعة قد تستمر لثلاث أو أربع سنوات.

5- البعد الرابع (العلاقات المضطربة مع الأقران) بمتوسط (1,24) .ويشمل هذا البعد مفهوم الذات السلبي والمهارات الاجتماعية غير المناسبة كما أشار لذلك كل من (Awad, Khatib& Salhi,2003)و

(McDougal , 1997) وهذا راجع لضعف التواصل الاجتماعي واكتساب هذه المهارات التي يجب أن يحصل عليها هذا الطفل في هذه المرحلة النمائية بسبب ظروف المرض الطويلة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن مقارنة بالأطفال غير المرضى بالسرطان في الأردن ؟

للإجابة عن هذا السؤال تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و قيم (ت) لاضطرابات السلوك لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن مقارنة بالأطفال غير المرضى بالسرطان، ويظهر ذلك في الجدول رقم (3).

يتبين من الجدول (3) أنه توجد فروق في المتوسطات الحسابية لصالح الأطفال مرضى السرطان (67,9) مقارنة بالأطفال غير المرضى(61,5) في الاضطرابات السلوكية ككل، وعلى كل بعد، وعند تطبيق الاختبار (ت) لفحص هذه الفروق بين المتوسطات الحسابية للمقارنة بين مرضى السرطان والأطفال غير المرضى كانت قيمة (ت) ذات دلالة إحصائية. وهذا يؤكد إلى ما أشار إليه كل من (عبد الله، 2013) و (Noll , Leory , Bukwsky , Rogosh , and Kulkarni , 1991) و (Spiritto , Stark , Cobiella , Drigan , Androkites , and Hewett, 1990) التي أشارت إلى اختلاف ذي دلالة بين أطفال مرضى السرطان والعاديين من الفئة نفسها في الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية وحتى التربوية، ويرجع إلى طبيعة المرض وما يترتب عليه من آثار مختلفة وكيفية تعاطي المحيطين بالطفل معه؛ مما يجعلنا نشير إلى ضرورة الاهتمام بهذه الفئة بوصفها فئة من ذوي الاحتياجات الخاصة (الجسمية والصحية/الأمراض المزمنة) وعدم الاكتفاء بإظهار مشاعر الشفقة أو الحزن

عليهم دون التحول لتقديم الدعم النفسي والاجتماعي والتربوي، وحتى المادي وقد يتبعه تعديلات بيئية تقلل من أثر هذا المرض عليهم، وذلك بسبب أن غالبيتهم يشفون شفاء تاما من المرض، ومن ثمَّ يعودون للحياة الطبيعية التي يجب أن تتحقق لديهم الاستقلالية الشخصية والاجتماعية والمهنية ويكونون أفرادا صالحين في المجتمع وهذا هدف التربية الخاصة. وقد كانت أبعاد مقياس وولكر لدى الأطفال غير المرضى مرتبة تنازليا من الأعلى للأقل، هي كالتالي: تشتت الانتباه، ثم السلوك الموجه نحو الخارج، ثم عدم النضج و العلاقات المضطربة مع الأقران، وأخيرا الانسحاب. وهذا الترتيب يختلف عن الأطفال المرضى بالسرطان حيث البعد الأول لديهم السلوك الموجه نحو الخارج أما غير المرضى فهو تشتت الانتباه وهو يرتبط بالدراسة لديهم. أما البعد الأخير لدى أطفال مرضى السرطان فهو العلاقات المضطربة مع الأقران، أما الأطفال غير المرضى فهو الانسحاب.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$.,.5) في مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن تعزى لاختلاف متغيرات: الجنس، أو العمر، أو نوع السرطان، أو نوع العلاج، أو فترة العلاج ؟

للإجابة عن هذا السؤال تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و قيم (ت) لمظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير الجنس، ويظهر ذلك في الجدول رقم (4).

يتبين من الجدول (4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير الجنس. وهذا يتوافق مع كل من (عبد الله، 2013) و(عبد الله ويحيى، 2008) و(الشمايلة، 1994) والذي يرجع إلى أن آثار المرض الجسدية متشابهة ولا تختلف بين ذكر وأنثى وكذلك طبيعة الارتدادات النفسية والمجتمعية والتربوية متقاربة في المجتمع.

أما فيما يرتبط بمتغير نوع السرطان، فقد تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير نوع السرطان، ويظهر ذلك في الجدول رقم (5).

يتضح من الجدول أن هنالك فروقا ظاهرية في المتوسطات الحسابية في مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير نوع السرطان لصالح الدماغ. و للتحقق من أن هذه المتوسطات ذات دلالة إحصائية تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One – Way ANOVA) وإيجاد قيمة (ف) والدلالة الإحصائية، ويبين الجدول رقم(6) نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق بين المتوسطات حسب متغير نوع السرطان.

يتبين من الجدول (6) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاضطرابات السلوكية تبعا لمتغير نوع السرطان. وهذه تختلف مع دراسة (عبد الله، 2013) والتي أكدت على وجود فروق لصالح سرطان الدماغ ولا سيمّا في مجال صعوبات التعلم أو الجوانب التربوية. تتوافق مع ما أشارت إليه (الشمايلة،

1994) بعدم وجود فروق ذات دلالة، وقد يعزى ذلك لتشابه ظروف الإقامة في المستشفى والغياب عن الأهل والمدرسة والعلاجات المختلفة، مما يجعل مظاهر الاضطرابات السلوكية التي يشترك فيها جميع أطفال السرطان متشابهة، كما هو واضح في الجدول رقم(5).

أما فيما يرتبط بمتغير فترة العلاج، فقد تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و قيم (ت) لمظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير فترة العلاج، ويظهر ذلك في الجدول رقم (7).

يتبين من الجدول (7) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير فترة العلاج. وهذا يتوافق مع دراسة كل من (عبد الله، 2013) و(عبد الله ويحيى، 2008) وهذا يرجع إلى عوامل مختلفة متناقضة لدى الطفل أثناء السير في العلاج، بداية الصدمة والألم نتيجة التغييرات المفاجئة والتركيز في العلاجات، ومع مضي الزمن– الذي لا شك أنه يزيد الآثار السلبية– قد يحصل لدى هذا الطفل وعائلته والمحيطين نوع من الاستقرار والرتابة والتأقلم مع آثار المرض الجسدية والنفسية والاجتماعية، مما قد يؤدي للتقبل النسبي وثبات مظاهر الاضطرابات السلوكية.

أما فيما يرتبط بمتغير نوع العلاج، فقد تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير نوع السرطان، ويظهر ذلك في الجدول رقم (8).

يتضح من الجدول أن هنالك فروقا ظاهرية في المتوسطات الحسابية في مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير نوع العلاج المستخدم الجراحة والأشعة. و للتحقق من أن هذه المتوسطات ذات دلالة إحصائية تم استخدام تحليل التباين الأحادي(One – Way ANOVA) وإيجاد قيمة (ف) والدلالة الإحصائية، ويبين الجدول رقم(9) نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق بين المتوسطات حسب متغير نوع العلاج.

يتبين من الجدول (9) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مظاهر الاضطرابات السلوكية تبعا لمتغير نوع العلاج المستخدم. وهذا يختلف مع دراسة (عبد الله، 2013) التي أشارت أنه لصالح نوع العلاج(الأشعة والكيماوي والجراحة) وإن كان في هذه الدراسة فروق بسيطة لهذا النوع من العلاج (الجراحة والأشعة) ولكنها ليست ذات دلالة، وهذا أيضا يؤكد أن المقياس المستخدم في هذه الدراسة "وولكر" مقياس يركز على الجوانب أو الاضطرابات السلوكية أكثر من الجوانب الضيقة بوصفه بعداً نفسياً أو تربوياً خاصاً عكس الدراسة السابقة.

أما فيما يرتبط بمتغير العمر، فقد تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و قيم (ت) لمظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير العمر، ويظهر ذلك في الجدول رقم (10).

يتبين من الجدول (10) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير العمر. وهذا يتوافق

مع دراسات كل من(عبد الله، 2013) و(عبد الله، 2008) وهو أن المرض لا يفرق بآثاره بين الصغير والكبير وإن كان أثره أكبر على الصغار ولكن ليس ذي دلالة كما هو واضح في الجدول(10).

الخلاصة:

خلصت النتائج إلى أن الاضطرابات السلوكية الأكثر وجودا لدى الأطفال مرضى السرطان هي بالترتيب: السلوك الموجه نحو الخارج، ثم تشتت الانتباه، ثم عدم النضج، ثم الانسحاب، وأخيرا العلاقات المضطربة مع الأقران. وأن الاضطرابات السلوكية الأكثر وجودا لدى الأطفال غير مرضى السرطان هي بالترتيب: تشتت الانتباه، ثم السلوك الموجه نحو الخارج ، ثم عدم النضج والعلاقات المضطربة مع الأقران، وأخيرا الانسحاب. وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مظاهر الاضطرابات السلوكية لصالح أطفال مرضى السرطان مقارنة بغير مرضى السرطان. وأنه لا توجد فروق ذات دلالة في مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تعزى لمتغيرات: الجنس، ونوع السرطان، وفترة المعالجة، ونوع العلاج المستخدم، والعمر.

التوصيات:

بناء على ما خلصت له نتائج الدراسة، فإن الباحث يوصي بما يلي:

- ضرورة الاهتمام بهذه الفئة من الأطفال كإحدى فئات ذوي الحاجات الخاصة – الإعاقة الجسمية والصحية–الأمراض المزمنة.
- ضرورة تقديم الخدمات المختلفة لهم التربوية والنفسية والاجتماعية في المستشفيات وأماكن تقديم الخدمات التربوية.
- ضرورة إجراء دراسات متخصصة في الاضطرابات السلوكية لدى هذه الفئة من الأطفال كاضطراب زيادة النشاط واضطراب عجز الانتباه.
- تأكيد ضرورة تضافر جميع الجهود الرسمية وغير الرسمية، الحكومية والخاصة في نجاح التأهيل لأطفال مرضى السرطان.
- حث وسائل الإعلام المختلفة والمهتمين بنشر الوعي حول هذه الفئة من الأطفال وتغيير الاتجاهات والأفكار الخاطئة نحوهم.
- دعوة المرشدين والمعلمين و الإداريين في المدارس إلى تفهم التأثيرات المختلفة لدى أطفال مرضى السرطان.

المراجع:

- الشمايلة، سمية. (1994). ***دراسة مسحية للمشكلات التكيفية لدى الأطفال غير العاديين ذوي الأمراض المزمنة (الفشل الكلوي، والصرع ، والتلاسيميا، وسرطان الدم)***. رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان–الأردن.
- رضوان، حياة. (1994). ***دراسة المشكلات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالحصول على الخدمة الاجتماعية لسرطان الطفولة***، بحث منشور، المؤتمر الثالث لكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، المجلد الثاني، مطبعة جامعة القاهرة .
- مدانات، فارس. (2005). ***لقاء مع رئيس الجمعية الأردنية لأورام الأطفال***. صحيفة الدستور، رقم العدد 13700 ، السنة التاسعة والثلاثون ، الأربعاء 7 أيلول 2005 ، الجزء الأول ، ص.4. عمان –الأردن .
- مركز الحسين للسرطان. (2005). ***أنت والمعالجة الكيماوية***. عمان– الأردن .
- مركز الحسين للسرطان. (2005). ***ما الذي يجب أن تعرفه عن السرطان***.عمان – الأردن .
- أبو السندس، شادية. (2002). ***التكيف النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الأردنيين المصابين باللوكيميا وأسرهم***. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان .
- السجل الوطني للسرطان. (2007). ***تقرير***. عمان _الأردن .
- السجل الوطني للسرطان. (2013). ***تقرير***. عمان _الأردن.
- القاسم، جمال و عبيد، ماجدة و الزعبي، عمار. (2000).***الاضطرابات السلوكية***.ط1، دار صفاء، عمان–الأردن.

- الناطور، ميادة. (1991).***علاقة التنشئة الأسرية والجنس والتحصيل والاضطرابات السلوكية عند أطفال الرابع والخامس والسادس في منطقة عمان***. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية .

- عبد الله، أيمن ويحيى، خولة. (2010).*التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان*.دار المسيرة.عمان–الأردن.

- عبد الله، أيمن ويحيى، خولة. (2008). التأثيرات المعرفية والاجتماعية والجسمية والنفسية لدى أطفال مرضى لوكيميا الدم في الأردن وتطوير برنامج إرشادي لتحسين تلك التأثيرات. *مجلة دراسات نفسية تربوية /مجلة محكمة نصف سنوية –تصدر عن مختبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية– جامعة قاصدي مرباح ورقلة، العدد الأول ، ص: 1–71.الجزائر.*

- عبد الله، أيمن. (2013). صعوبات التعلم لدى أطفال مرضى السرطان في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات.

- ***ورقة بحث مقدمة إلى مؤتمر التربية الخاصة وصعوبات التعلم في الوطن العربي المحكم المنعقد في جامعة اليرموك بالتعاون مع اتحاد الجامعات العربية (22–23 تشرين أول2013).ص:71–*** **102**.الأردن.

- يحيى، خولة .(2003). **إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**. عمان: دار الفكر .

المراجع الأجنبية

- Awad ,G., Khatib,J.& Salhi,R.(2003). ***Distress in cancer in-patients in K.H.C.C***. Astudy using the Arabic –modified version of distress Thermometer in the King Hussein Cancer Center. Amman– Jordan.
- Bleyer,W.A.(1990). The impact of childhood cancer in the United States and the world. ***Cancer Journal for Clinicians, 40,355-367.***
- Firoozi, Manijeh & Rahmat, Abbas(2013). Behavioral disturbances in children with acute lymphoblastic leukemia. ***Life Science Journal 2013;10(1):2897-2902.***
- Heward,w.(2002). Exceptional children: ***An introduction to special education***. New Jersey ,Engle wood cliffs: Prentic-Hall.
- Kazak,A.E.(1994). ***Implications of survial: Pediatric oncology patients and their families*** .In D. J. Bearison &R.K. Mulhern (Eds.) , Pediatric psychooncology: Psychological perspectives on children with cancer (pp.171-193).
- Lansky ,S. B .,List ,M. A. & Ritter-Sterr. (1986). Psychological consequences of cure .***Cancer,58,529-533.***
- Madan-Swain, A. & Sexson,S.B.. (1993) .School reentry for the child with chronic illness. ***Journal of Learning Disabilities , 26 , 115-125.***
- McDougal , Sarah,(1997). ***Children with cancer ;Effects and Educational Implicatons.*** Indiana University ,U.S.A.
- Mulhern ,R.K.(1994). ***Neuropsychological late effects***. In D. J. Bearison &R.K. Mulhern (Eds.) ,Pediatric psychooncology: Psychological perspectives on children with cancer (pp.99-121).
- Noll , Robert B., LeRoy,sarah, Bukowski,William M., Rogosch,Fred A.& Kulkarni,Roshni (1991). Peers Relationships and Adjustment in Children with Cancer. ***Journal of Pediatric Psychology. 16 , 307-326*** .

- Nzari,S.,Koupaaei,M.,Shafiee,A.,Haji,Z.,Kashani,G.,bahraminia,E.,Ansari,M.&Alipour,A.(2014). Emotional/Behavioral Problems in Children with Acute Lymphoblastic Leukemia: A Case-Control Study. ***Int J Hematol Oncol Stem Cell Res. 2014; 8(2): 14–20.***
- Spiritto , Anthony, Stark,Lori J., Cobiella,Connie, Drigan,Rosemary, Androkites,Arlene & Hewett,Kathy. (1990). Social Adjustment of Children Successfully Treated for Cancer. ***Journal of Pediatric Psychology. 15 , 359-371*** .
- Van Dongen , Melman & Sanders ,Woudstra.(1986). Psychosocial Aspects of Childhood Cancer : Review of Literature . ***Journal of Psychology and Psychiatry. 37, 145-180 .***
- Walker,Hill,M.(1976).***Walker Problem Behavior Identification Checklist,*** Revised ,WPS University of Oregon .

الملاحق

الجدول رقم (1) : توزيع أفراد العينة على مستويات المتغيرات المختلفة .

المتغير	العدد الكلي	مستويات المتغير	العدد
نوع الاطفال	215	1-مرضى السرطان	98
		2-غير مرضى السرطان	117
الجنس(مرضى السرطان)	98	1-ذكر	51
		2-انثى	47
العمر (مرضى السرطان)	98	1-(6-11 سنه)	71
		2-(12-15 سنه)	27
الجنس (غير مرضى السرطان)	117	1-ذكر	60
		2-انثى	57
العمر (غير مرضى السرطان)	117	1-(6-11 سنه)	68
		2-(12-15 سنه)	49
نوع السرطان (مرضى السرطان)	98	1-الدم	42
		2-الدماغ	14
		3-الغدد	14
		4- اخرى	28
فترة العلاج (مرضى السرطان)	98	1-(صفر-3سنه)	68
		2-(اكثر من3سنوات)	30
نوع العلاج (مرضى السرطان)	98	1- الكيماوي	55
		2- الزراعة	2
		3- الجراحه والاشعه	10
		4- الاشعه والكيماوي	12
		5- الجراحه والاشعه والكيماوي	19

الجدول رقم(2):المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان مرتبة تنازليا حسب أبعاد مقياس وولكر المترجم للبيئة الأردنية.

التسلسل	البعد	المتوسط	الانحراف المعياري
1	السلوك الموجه نحو الخارج(البعد الاول)	1,45	3,33
2	تشتت الانتباه(البعد الثالث)	1,43	2,47
3	عدم النضج(البعد الخامس)	1,33	2,02
4	الانسحاب(البعد الثاني)	1,26	2,24
5	العلاقات المضطربة مع الاقران(البعد الرابع)	1,24	1,18
	الكلي	1,36	

الجدول رقم (3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت) الجدولية لمظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان في الأردن مقارنة بالأطفال غير المرضى بالسرطان.

الاضطرابات السلوكية	نوع الطلبة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة(ت) الجدولية	مستوى الدلالة
ككل	مرضى السرطان	98	67,9	9,18	4,8	0,00
	غير مرضى السرطان	117	61,5	10,29		
البعد الاول (السلوك الموجه نحو الخارج)	مرضى السرطان	98	20,3	3,33	5,3	0,00
	غير مرضى السرطان	117	17,8	3,58		
البعد الثاني (الانسحاب)	مرضى السرطان	98	6,3	1,18	2,8	0,00
	غير مرضى السرطان	117	5,8	1,10		
البعد الثالث (تشتت الانتباه)	مرضى السرطان	98	15,7	2,47	4,1	0,00
	غير مرضى السرطان	117	14,2	2,68		
البعد الرابع(العلاقات المضطربة مع الأقران)	مرضى السرطان	98	12,4	2,24	2,1	0,00
	غير مرضى السرطان	117	11,8	2,25		
البعد الخامس (عدم النضج)	مرضى السرطان	98	13,3	2,02	5,3	0,00
	غير مرضى السرطان	117	11,8	2,05		

الجدول رقم (4):المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت) الجدولية لمظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير الجنس.

الاضطرابات السلوكية	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة(ت) الجدولية	مستوى الدلالة
ككل	1-ذكر	51	66,6	9,60	1,45	0,15
	2-انثى	47	69,3	9,58		

الجدول رقم(5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير نوع السرطان.

الاضطرابات السلوكية	نوع السرطان	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ككل	1-الدم	42	67,74	9,44
	2-الدماغ	14	69,93	7,85
	3-الغدد	14	64,00	7,31
	4-اخرى	28	69,04	10,02

الجدول رقم(6): نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق بين المتوسطات حسب متغير نوع السرطان.

الاضطرابات السلوكية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمه ف	مستوى الدلالة
كـــكل	بين المجموعات	307,75	3	102,58	1,23	0,30
	داخل المجموعات	7862,01	94	83,64		
	المجموع	8169,76	97			

الجدول رقم (7):المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت) الجدولية لمظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير فترة العلاج.

الاضطرابات السلوكية	فترة العلاج	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمه(ت) الجدولية	مستوى الدلالة
ككل	1-(صفر-3)سنوات	68	68,04	9,12	0,25	0,80
	2-(اكثر من 3سنوات)	30	67,53	9,45		

الجدول رقم(8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير نوع العلاج.

الاضطرابات السلوكية	نوع العلاج	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ككل	1- الكيماوي	55	66,78	8,38
	2- الزراعة	2	59,50	7,78
	3- الجراحه والاشعه	10	72,20	12,38
	4- الاشعه والكيماوي	12	66,50	10,15
	5- الجراحه والاشعه والكيماوي	19	70,58	8,32

الجدول رقم(9): نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق بين المتوسطات حسب متغير نوع العلاج .

الاضطرابات السلوكية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمه ف	مستوى الدلالة
كـــكل	بين المجموعات	554,65	3	138,66	1,69	0,16
	داخل المجموعات	7615,11	94	81,88		
	المجموع	8169,76	97			

الجدول رقم (10):المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت) الجدولية لمظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مرضى السرطان تبعا لمتغير فترة العلاج.

الاضطرابات السلوكية	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمه(ت) الجدولية	مستوى الدلالة
ككل	1-(6-11)سنه	71	68,45	9,35	0,99	0,33
	2-(12-15)سنه	27	66,40	8,71		