

ارتباط التكيف الاجتماعي للوالدين الفاقدين لأبنائهم جرّاء الموت المفاجئ بدرجة ردود الفعل النفسية لديهم ولدى جيل الفقيد: دراسة اجتماعية في الضفة الغربية والقدس *

د. صلاح الدين علي وتد **

أ. روان موسى مصطفى ***

* تاريخ التسليم: ٢٧ / ٨ / ٢٠١٣م، تاريخ القبول: ٥ / ١٠ / ٢٠١٣م
** أستاذ مساعد/ قسم الخدمة الاجتماعية/ كلية الآداب/ جامعة القدس/ أبو ديس/ فلسطين.
*** ماجستير في الخدمة الاجتماعية/ جامعة القدس/ أبو ديس/ فلسطين.

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى محاولة التعرف إلى مدى ارتباط التكيف الاجتماعي لدى الوالدين الفاقدين لأبنائهم من الضفة الغربية والقدس جراء الموت المفاجئ بحدّة ردود الفعل النفسيّة للفاقدين وجيل الفقيد. وقد أُستخدِم منهج المسح الاجتماعيّ لمناسبته لهذا النوع من الدراسات، وتكوّنت العينة من (٢٩٨) من الآباء والأمهات الذين فقدوا أبنائهم جراء الموت المفاجئ، ووافقوا على المشاركة في البحث موزعين على مناطق: القدس، وبيت لحم، والخليل، ورام الله، و نابلس، وأريحا، ما بين مدن وقرى ومخيمات في الضفة الغربية والقدس. وُصممت استبانة أعدت لغرض البحث الحالي، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين حدّة ردود الفعل النفسيّة لدى الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ، وبين تكيف الوالدين الاجتماعيّ، وكذلك وجود فروق في مدى تكيف الوالدين الاجتماعيّ جراء فقدان أبنائهم تُعزى إلى جيل الابن الفقيد، فتبيّن أنّ الأهالي الذين يعانون من مستويات حادة جداً من ردود الفعل النفسيّة جراء موت أبنائهم موتاً مفاجئاً يكون تكيفهم الاجتماعيّ أقلّ ممن لديهم مستويات ردود الفعل النفسيّة أقلّ حدّة، وأنّ الأهالي الفاقدين لأبنائهم في جيل الشباب أقلّ تكيفاً من الأهالي الفاقدين لأبنائهم في أجيال أخرى.

The Extent of the Social Coping of Bereaved Parents Who Lost an Offspring Due to Sudden Death in the West Bank and Jerusalem in Relation to the Extent of Their Religiosity and the Death Circumstances

Abstract:

The present study aims at acknowledging the extent of social coping among bereaved parents who have lost an offspring due to sudden death in the West Bank and Jerusalem and its relation with the level of parents' religiosity and the circumstances of the offspring's death. The accumulative approach, with its both parts the descriptive and the deductive, has been used for this study and the sample consist of 298 mothers and fathers who lost their offspring due to sudden death. They have all agreed to take part in this study. The sample members have come from different areas in Jerusalem; Bethlehem; Hebron; Ramallah; Nablus; and Jericho, in addition to villages and camps in the West Bank and Jerusalem. A questionnaire has been especially designed for the purpose of this study.

The results indicate that there are significant differences among the parents' coping in terms of religiosity. For as, the parents who were more religious, were also more accepting compared to the parents who were less religious. Moreover, the results also indicate that the parents who lost an offspring due to sudden death such as martyrdom, drowning, and killing were less accepting and coping compared to the parents who have lost an offspring to illness and other causes.

تهدية:

يعدّ الفقدان من بين أشدّ الحالات الضاغطة التي تواجه الإنسان نتيجة لما ينطوي عليه الفقدان من تأثيرات وأبعاد مختلفة على جوانب حياة الفاقدين الجسدية، والنفسية، والمعرفية، والسلوكية. وعندما يتعلق الفقدان بالموت المفاجيء، فإنه يكون أكثرها ألماً وحرزناً (اسبينولي، ٢٠٠٧)، حيث تتفاوت حدة ردود الفعل وطول مدتها، وتتفاوت تبعاً لها الفترات الزمنية اللازمة للتكيف (McMahon & Gladena, 2000).

فاعتبر ميلر (Miller, 2008) أنّ الموت المفاجيء يعدّ من بين أشدّ الحالات الضاغطة التي قد تُعرض الفاقدين للخطر، فالأزمة تحدث تغيرات سلبية في حياة الإنسان، وتنعكس على جميع مجالات حياته (Park & Helgeson, 2006)، وأحياناً قد تظهر استجابات مرضية أكثر تطرفاً (Barakat, Alderfer & Kazak, 2006).

إنّ ردود فعل الإنسان تتأثر بمدى ردود فعل أسرته ومدى تكيفها في مواجهة الفقدان، وقد أشار ميلر (Miller, 2006; 2008) في دراستين له إلى أنّ معظم أفراد العائلات الفاقدة يفقدون السيطرة على أنفسهم وعلى أمور حياتهم. وكثيراً ما تتعلق استجابات الفاقدين في الأسرة بنوعية القرابة مع الفقيد. وعليه، فإنّ انعكاسات موت الابن تختلف عن انعكاسات موت الأب، أو الزوجة، أو الزوج (Moore, 2008). واعتبرت ساندرس (Sanders, 1989) أنّ فقدان الابن جراء الموت المفاجيء من أشدّ أنواع الفقدان تعقيداً نتيجة لما قد يعانيه الوالدان من أعراض صحية، وجسدية، ونفسية، والإصابة باكتئاب حاد.

لقد ترك موضوع موت الابن جانباً في دراسات الفقدان، غير أنّ البحث العلمي في هذا المجال قد تجدد وتوسع في السنوات الأخيرة. ففي السابق كثرت قيود البحث في ما يتعلق بدراسة موضوع الفقدان بسبب الرفض الذي كان يثيره هذا الموضوع عند الأهل من التعاون مع الباحثين فضلاً عن عدم رغبة الباحثين للخوض فيه، وبخاصة، وأنّ موت الابن مشحون بالمشاعر، ويتطلب من الباحث طاقات وجهوداً نفسية أكثر (Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2002).

ويختلف تكيف الأسر في مواجهة الفقدان والثكلان بعضها عن بعض: فمنها من يكون تكيفها سليماً ومنها من يكون تكيفها سيئاً (أبو زيد، ١٩٨٧؛ والرفاعي، ١٩٨٨؛ وإسبنولي وعويضة، ٢٠٠٧؛ وجبريل، ٢٠٠٢؛ وعبد الحق، ١٩٨٩؛ Rubin, 2000 Norman, 1998). وتتعلق مستويات ردود الفعل والتكيف في مواجهة موت الأبناء عند الأسر والأفراد بعوامل شخصية، وديمغرافية مختلفة، واجتماعية، وصحية، وثقافية، كما يتفاوت تأثيرها من فرد

إلى آخر (, Stroebee, Hansson, Stroebe, & Schut, 2002) ، ومن بين هذه العوامل جيل المتوفى.

لقد أشارت الأدبيات النظرية إلى أن التكيف الاجتماعي للفقدان قد يرتبط بحدة ردود فعل الفاقدين النفسية (Stroebe, Hansson , 2002) وقد تحدث الأزمة الضخمة تغيرات سلبية في حياة الإنسان وتنعكس سلباً على مستويات تكيفه (, Calhoun, & Tedeschi, 2006) ، وقد يرتبط التكيف للفقدان بجيل الفقيد، حيث يعدّ الجيل من بين العوامل المهمة المرتبطة في مجالات مختلفة في حياة الإنسان، ففي عدد من الحالات يعدّ مؤشراً خطيراً، ويرتبط كذلك بمراحل النمو الشخصي، ودورة حياة الأسرة، فقد أشارت الأدبيات النظرية إلى ارتباط جيل الفقيد بمدى تكيف الوالدين في المراحل اللاحقة لوفاته، فموت الأبناء في جيل الشباب يكون أكثر حدة كون الوفاة حدثت في غير وقتها المتوقع عند الأهل خلافاً لدورة حياة الأسرة (McGoldrick, Walsh, 2004) ، وإذا توفي الأبناء في جيل الصبا والشباب، فإنّ حزن الأهل يكون أشدّ بحيث يصعب عليهم التكيف لفقدانه، وخاصة إذا توفي سبب الموت المفاجيء (Stroebee, Hansson, Stroebe, & Schut, 2002 McGoldrick, Walsh, 2004) .

إنّ تجربة المجتمع الفلسطيني مع الفقدان مريرة وقاسية، فالخصوصية التي يتميز بها هذا المجتمع مع الفقدان تمتد على مدار عقود طويلة، كما أنّ الظروف غير الطبيعية التي يعيشها والمتمثلة في الضغوطات وكثرة الاحتياجات، وتزايد التحديات مقارنة مع قلة الموارد، وغياب التدخل المهني، وضآلة الدعم الرسمي وغير الرسمي، مع ارتفاع الحالات التي تعاني من مستويات مختلفة في حدة ردود الفعل ومستويات متدنية في التكيف العام والتكيف مع الفقدان بشكل خاص، ولا سيما إذا كان جرّاء الموت المفاجيء. قد تزيد من معاناة الأهالي الفاقدين، وترفع حدة ردود فعلهم عند ثكلان أبنائهم ويبدو أنّ لحالات الفقدان يوجد عدم تكيف مستمر نتيجة لحدة ردود الفعل الذي يتركها الفقدان لدى الوالدين، وفقدان العدد الكبير من الشباب بظروف مختلفة نتيجة الظروف التي يعيشها المجتمع الفلسطيني، ومن هنا برزت مشكلة الدراسة التي تنحصر في التعرف إلى العلاقة بين حدة ردود الفعل النفسية لدى الأهالي الفاقدين لأبنائهم جرّاء الموت المفاجيء في الضفة الغربية والقدس وبين تكيف الأهل الاجتماعي وكذلك، الفروق في مدى التكيف الاجتماعي للأهل تعزى إلى جيل الابن حين يتوفى. ورغم تجربة المجتمع الفلسطيني مع الفقدان وثلكل الأعراف، فإنّ البحث العلمي في مجال الفقدان بشكل عام في المجتمع الفلسطيني نادر جداً، وفي مجال فقدان الأبناء جرّاء الموت المفاجيء يكاد يكون معدوماً، وكذلك لم يتمّ التطرق إلى ارتباط التكيف لثكل وفقدان الأبناء بحدة ردود الفعل النفسية للأهل وجيل الفقيد حين

توفى. لذلك تكمن أهمية هذه الدراسة في التعرف إلى العلاقة بين حدة ردود الفعل النفسية لدى الأهالي الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ بالتكيف الاجتماعي، وكذلك ارتباط التكيف بجيل الفقيد. وقد تكون لنتائج البحث وجوه عملية وتطبيقية لتطوير طرق تدخل خاصة بالفقدان في المجتمع الفلسطيني على مستوى الفرد والجماعة والمجتمع، والتكيف له، وكذلك إضافة المعرفة حول خاصية الفقدان في المجتمعات المحتلة بشكل عام، وفي المجتمع الفلسطيني بشكل خاص. وتزود أصحاب المهن الإنسانية بالمعرفة اللازمة للتدخل في مواجهة استجابات الفقدان والتكيف له.

وتهدف هذه الدراسة إلى محاولة التعرف إلى مدى ارتباط التكيف الاجتماعي لدى الوالدين الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ من الضفة الغربية والقدس بحدّة ردود الفعل النفسية لديهم وجيل الفقيد من أبنائهم.

الخلفية النظرية:

يعرف ابن منظور في معجم لسان العرب (١٩٩٣) الفقدان: " بالموت والفاقد من النساء هي التي يموت زوجها أو ولدها أو حميمها"، ويقترن الفقدان بالثكل الذي عرفه ابن منظور: "بالموت والهلاك وفقدان الحبيب وفقدان الرجل والمرأة ولدهما"، فيعدّ الفقدان من بين أشدّ الحالات الضاغطة التي يواجهها الإنسان في حياته، لما له من أبعاد مختلفة في جوانب حياة الفاقد المختلفة. وقد يتصل الفقدان بثكلان ووفاة أحد أعزائه ومعارفه أو أقرابه. ولدى موت أحدهم، فإنّ العلاقة معه تتحول من علاقة واقعية إلى علاقة مبنية على الذكريات و الحلم (عبد الخالق، ١٩٨٧).

والموت بالنسبة للمسلم المؤمن هو خروج الروح من جسم الإنسان والانتقال إلى مرحلة الحياة الأخرى التي تكون فيها الحياة خالدة إلى ما لا نهاية، وتكون الروح في حالين: إمّا في النار، وإمّا في الجنة. وذلك حسبما قدم الإنسان في حياته. ويؤمن المسلمون بأنّ الروح هي من علم الغيب عند الله. وأنّ الإنسان ميت لا محالة، وأنّ الله هو الذي يقضي متى سيموت الإنسان في قوله تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ لَهُ مُلْكُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ يُحْيِي وَيُمِيتُ وَمَا لَكُمْ مَن دُونِ اللَّهِ مِنْ وَلِيٍّ وَلَا نَصِيرٍ﴾ (التوبة ١١٦)، وفي قوله تعالى: « كَلْ نَفْسٍ دَانَقَةَ الْمَوْتِ وَإِنَّمَا تُوَفَّقُونَ أَجُورَكُمْ يَوْمَ الْقِيَامَةِ فَمَنْ زُحِرِحَ عَنِ النَّارِ وَأُدْخِلَ الْجَنَّةَ فَقَدْ فَازَ وَمَا الْحَيَاةُ الدُّنْيَا إِلَّا مَتَاعُ الْغُرُورِ﴾ (آل عمران: ١٨٥).

يظهر الموت بمظاهره المختلفة عند كثير من الناس، إضافة إلى وجود أشكال مختلفة للموت ومواقف مؤدية إليه. فوقع الموت المتوقع على الفاقدين في الحالات المرضية عند وجود مقدمات للموت يختلف عن الموت المفاجيء. وقبل تناول واستعراض الأبحاث

التي تطرقت إلى فقدان الناجم عن الموت المفاجئ والمتوقع، لا بد من التطرق إلى بعض النظريات التي حاولت تفسير ردود الفعل والاستجابات، والتكيف للفقدان.

النظريات التي تفسر الفقدان:

توجد العديد من النظريات التي تحاول تفسير مجرى وسير مراحل الفقدان والحداد، وتحاول كل نظرية من جهتها أن تفسر الاستجابات العادية والمرضية المختلفة، الناتجة عن الفقدان والثكلان.

نظرية التحليل النفسي:

تفترض هذا النظرية أن الشدة أو الصدمة قد تعيد تنشيط صراع نفسي قديم غير محلول، وانبعثت أو تجدد الرضا الطفولي، الأمر الذي ينتج عنه النكوص واستخدام الآليات الدفاعية مثل: الكبت والإنكار، والإلغاء. وينبعث الصراع من جديد حين يحدث الموقف الصادم مترافقا مع محاولات الأنا أن تسيطر على الموقف لتخفيف القلق (Freud, 1957).

وبالمقابل، فإن إحدى أهم نقاط القوة لنظرية التحليل النفسي يكمن في التعامل مع الأشخاص الفاقدين، حيث الحاجة ملحة لفهم الفرد وشخصيته، وهو ما يمكن أن تقوم به هذه النظرية بمضامينها عن بناء الشخصية، وذلك من خلال فهم النسق الثلاثي للشخصية (الهو، والأنا، والأنا العليا)، والتي يجب أن تبقى في حالة توازن لتجنب آليات الدفاع غير الصحية. وبالتالي، يمكن الاستنتاج بأهمية هذه النظرية وإمكانية اللجوء إليها، واستخدامها، وتوظيفها كإطار نظري مفيد لشمولية الظاهرة التي يتم التعامل معها ووصفها (علي، ١٩٩٥).

نظرية المحبة والعلاقات الإنسانية:

على الرغم من أن نظرية المحبة الإنسانية انبثقت عن النظرية التحليلية، فإنها تتركز في الماهية الاجتماعية، وتدعي بأن ميل الناس لربط علاقة حب قوية مع الآخرين هي قضية غريزية. وفي هذا الإطار، يمكن النظر إلى الانفصال والابتعاد كأنه من دون رغبة، والذي قد يؤدي بدوره إلى ضائقات واضطرابات في النفسية، وفي الشخصية (Bowlby, 1982; Parkes, & Weiss, 1983; Silverman, 1982).

نظرية التدخل في الأزمات:

جرى تطوير "نظرية الأزمة" على يد كابلان (Caplan, 1964) والتي تُعرّف بأنها: "مجموعة من المفاهيم المتعلقة بردود أفعال الأشخاص عندما يواجهون مواقف غير

مألوفة"، وقد تكون هذه المواقف على هيئة كوارث طبيعية، أو فقدان معنى ما، أو تغييرات في البناء الاجتماعي، أو تغييرات في دورة الحياة (Ell, 1996). ونظراً لقابلية مفاهيم نظرية الأزمة للتطبيق على كل من الفرد والأسرة على حد سواء، فقد درس تغيير حياة الأسرة تحت تأثير الأزمة (Ell, 1995). ونظراً للمفاهيم الخاصة بالبناء الأسري وتفاعله وأدائه الوظيفي، ولأن لها صلة وثيقة مباشرة بالتعامل مع وحدة الأسرة التي في موقف الأزمة (الخولي، ٢٠٠٠؛ أبو سكيبة وخضر، ٢٠١١)، فإن نظرية الدور لها مكان مهم في نظرية الأزمة فيما يتعلق بتحليل أدوار الأسرة (الصدقي، وعبد الخالق، ٢٠٠٤). وبما أن الأزمة تخلق حالة حادة من الذعر، فإن الإنسان الفاقد قد يتعرض إلى خطر عدم الانتظام المتزايد. وذلك لأن فقدان يزيد من استخدام أساليب ذات أشكال في المواجهة والدفاع. فالموت قد يتيح الفرصة للتعرف، ومعالجة ما كان قبل ذلك في اللاوعي، لذلك فإن الحالات الحياتية الضاغطة تدرك مثل حالة تحفز على النمو والتغيير (الصدقي، وعبد الخالق، ٢٠٠٤).

النظرية الوظيفية:

هناك عدد من المفاهيم التي تشكل الأساس النظري للنظرية الوظيفية وهي: مفهوم الإنسان، وعلاقته بالوسط المحيط به، وبناء الشخصية، وخبرة الولادة، وديناميكية النمو، وديناميات السلوك، فمن خلال بعض هذه المفاهيم قد نستطيع تفسير ارتباط التكيف الاجتماعي للفاقدين لأبنائهم بحدّة ردود الفعل النفسية، وارتباط ذلك بالقدرات الكامنة لدى الإنسان (الصدقي وعبد الخالق، ٢٠٠٤).

وتعدّ النظرية الوظيفية الإنسان كائناً بيولوجياً، ونفسياً، واجتماعياً بطبيعته، ولد مع طاقة نفسية أسماها النفس أو الإرادة. وترى هذه المدرسة أن الإنسان في علاقته بالبيئة المحيطة به قادر على إحداث تعديل كلي في حياته وبيئته. وأن الإرادة هي طاقة كامنة متحفزة للنشاط، وبالرغم من أنها ساكنة فإنها تنشط فقط، وتبلغ ذروة نشاطها عند التحدي، وفي مواقف الألم، مثل حالات الثكلان والفقدان، وقد ترفع لدى الفاقد القدرة على المواجهة والتكيف. وفي الوقت نفسه، فإنه بنمو الفرد تكتسب الإرادة جانباً سلبياً (إحباطياً) يسميه - رانك كما جاء في الصدقي وعبد الخالق (٢٠٠٤) - بالإرادة المضادة التي تعوق نشاط الإرادة نفسها، وهي تنشأ ضد إرادة الآخرين أو ضد الواقع، والصراع بين إرادة الفرد وبين الواقع المحيط به بما في ذلك إرادة الآخرين أمر موروث في التكوين البيولوجي للإنسان. ومن عناصر هذا الصراع جهود الفرد التواكفية والنزعة المرضية للعودة إلى رحم الأم، وهذه قد تنشأ لدى الفرد بعد أن يفقد أحد أعزائه، ويزيد ذلك في إحباطه وعدم القدرة على التكيف السليم.

وينظر الموظفون إلى عملية النمو الإنساني على أنها نضال مستمر. وتتم عملية النمو على ثلاث مراحل وهي: مرحلة الاتصال التي تشكل رغبة الفرد بالتواصل والارتباط مع الآخرين، ومرحلة الاتصال التي يتم فيها التواصل والارتباط مع الآخرين، ومرحلة الانفصال، وهي آخر مراحل العلاقة وأكثرها إيلاماً نظراً لما يصاحبها من افتقاد للإشباع الذي كان يتحقق بصورة أسهل وأيسر أثناء مرحلة التوحد، (Hajek, Sidak, & Sen, 1999) وهذه المرحلة قد تمثل حالة الفقدان لدى الوالدين الفاقدين لأبنائهم حيث تكون شديدة ومؤلمة، إلا أن هذا الألم والتحدي ينشط الإرادة ويدفعها إلى التحرك لمواجهة بحيث يستطيع الفرد أن يستغني عما كان يحققه له التوحد من إشباع. ويساعد ذلك برفع مستوى المواجهة والتكيف لدى الفاقدين.

وبعد التطرق إلى النظريات التي عالجت وتناولت تفسير الفقدان وانعكاساته على الفاقدين، يتوجب بالضرورة التمييز بين حالات الموت المفاجيء، والموت المتوقع، وردود الفعل الناجمة عن كل واحدة منهما.

الموت المفاجيء والمتوقع:

اعتاد المهتمون بحياة الإنسان تصنيف حالات الموت من حيث وقوعها إلى نوعين: حالات موت متوقعة، وحالات موت غير متوقعة. ويعد كل من إبروين (Eberwein, 2006)، ورفائيل، ومديسون (Raphael & Maddison, 1976) أن هناك أهمية قصوى للموقف الذي تحدث به حالة الموت، وفيما إذا كانت متوقعة أم مفاجئة. وكانت الأدبيات النظرية قد كشفت عن ثلاثة مواقف لحالات الموت وهي:

١. الموت المفاجيء غير المتوقع.
٢. الموت نتيجة مرض مزمن قصير المدى.
٣. الموت نتيجة مرض مزمن طويل المدى.

الموت المفاجيء:

الموت المفاجيء أو ما يسمى بموت الفجأة، ويأتي بصورة مباغتة، ويجد الفاقدين غير مستعدين لمواجهة، فتتبع عنه حالات من الصدمة، والحزن، والأسى، والأعراض المرضية المختلفة (بيكمان، ٢٠٠٣). إن الظروف والمواقف التي يحدث بها الموت المفاجيء قد تتصل بمواقف وأحداث تتميز بالعنف، أو بانهيار مفاجيء مع محاولات يائسة للإنعاش، ويشير كل من باريس (Paris, 2000) و ميلر (Miller, 2008) إلى أن الأمراض الفتاكة،

والأمراض الصحية الصعبة، والتعقيدات، والمضاعفات التي تحدث خلال إجراء عمليات جراحية معقدة قد تؤدي كذلك إلى الوفاة غير المتوقعة. إن هذه الوفيات قد تحدث حال وقوع المرض أو بعد ذلك بأيام عدة، وقد يحدث الموت المفاجيء حين وجود المتوفي بعيداً عن أهله وبلده، فيحتمل أن يقع في المستشفى أو في الشوارع، أو في مؤسسة، أو في ورشة عمل، أو في مركبة. فيري ميلر (Miller, 2008) أن الموت المفاجيء يعد من بين أشد الحالات الضاغطة التي قد تعرض الفاقدين للخطر، وقد يؤدي بهم ذلك إلى مضاعفات سلبية مكثفة، وضاغطة، ومستمرة، وربما إلى استجابات مرضية دائمة. ويشير كل من مكلود (Macleod, 1999) و ميلر (Miller, 2003) في أبحاث أجريها حول طبيعة ردود فعل العائلات التي فقدت، ولداً لها بسبب القتل، إلى أنه كلما زادت المعلومات حول الفقيد وظروف وفاته، كلما زاد الضغط الملاحظ على أفراد العائلة. ويمكن تفسير ذلك، بأن العائلة قد تتعرض إلى خبرات مأساوية ومروعة عندما يطلب منها التعرف إلى الفقيد خاصة عند العثور على بقايا جثته، هذا عدا عن أن خاتمة عملية التعرف عادة ما تنطوي على انعكاسات مزدوجة: فمن ناحية تتأكد الأسر من أن فقيداً قد مات، وبالتالي إنهاء أي أمل بأن يكون فقيدهم ما زال على قيد الحياة، ومن ناحية ثانية فإن شكل الجثة وملابس الوفاة قد تعمق الأسى وتعيق التكيف للفقيد. وفي بحث أجرته ساندرس (Sanders, 1983) حاولت فيه التمييز بين مظاهر ردود الفعل الناجمة عن الموت المفاجيء، فوجدت أن موجات فورات الغضب كانت عند من فقد قريب بموت مفاجيء كبيرة جداً وحادة، بالمقارنة مع من فقد أقاربه بموت متوقع. وتشير نتائج البحث إلى أن حالات الموت المفاجيء وغير المتوقعة قد سببت لدى الفاقدين فقدان السيطرة على عالمهم الداخلي. ولقد وجدت ساندرس أنه بعد مرور فترة قليلة على فقدان تبين أن من فقدوا قريباً بشكل مفاجيء أكدوا على وجود معاناة جسدية بخلاف من فقدوا قريباً بموت متوقع حيث تحسن وضعهم بشكل ملموس.

الموت والأسى المتوقع:

مصطلح "الأسى المتوقع" (Anticipatory grief) عادة ما يصف حالة الهلع والخوف من الفراق التي تمر بها أسر المرضى الذين يشهدون الموت البطيء والمؤلم، نتيجة معاناتهم من أمراض صعبة. فالتهيؤ والاستعداد النفسي عند الأقارب لتوقعهم وفاة أحبائهم قد تسهل من حدة الحزن والهلع بعد الوفاة، وتقلص من مخاطر وقوع استجابات رئيسية مرضية، واجتماعية ونفسية. فتوقع فقدان بحد ذاته يساعد على المواجهة والتغلب على فقدان (Stroebe, & Hansson, 2002).

لذا نرى أن خبرة فقدان نتيجة الموت تختلف من حالات موت مفاجيء، وحالات موت متوقع، الذي يمكن الفاقدين من الفرصة للتهيؤ للمواجهة.

استجابات وردود الفعل لدى الفاقدين البالغين:

إنّ الحالات الضاغطة التي تتصل مع الفقدان، والثكلان، والفجعة التي تنتج عن الوفاة تستدعي استجابات وردود فعل، نفسية، وجسدية، ومعرفية، وسلوكية، وقد تختلف حدّة هذه الاستجابات وردود الفعل باختلاف الحالة، والحدث، والموقف فأشار مور (Moor, 2007) إلى أنّ استجابات الكبار للفقدان كثيرة ومتعددة. وعلى الرغم من اتباع أساليب مختلفة لوصف ردود الفعل والاستجابات جرّاء الفقدان منذ القدم، فإنّ البحث المنهجيّ الأول في موضوع الموت المفاجيء أجري بواسطة لندمن (Lindemann, 1944) من خلال مشاهداته ومتابعاته الإكلينيكية للناجين من حادثة حرق القطارات في لندن (Coconut Grove) حيث وصف بصورة منهجية مراحل الفقدان المركبة، وفصل أعراضها المرضية والحزن والهلع من جرائها. فلقد وصف أعراض الفقدان والحزن البسيطة "Uncomplicated Grief" كأعراض تظهر في آن واحد وهي تضم:

١. آلام جسدية.
٢. الانشغال بهيئة المتوفى.
٣. الشعور بالذنب.
٤. العدوانية.
٥. فقدان أنماط السلوك المعتادة.
٦. اتجاه الفاقدين نحو ردود فعل مرضية

وأدت الدراسات التي أجريت منذ ذلك الحين بدورها إلى تراكم كم كبير من المعرفة في وصف مراحل الفقدان، وإلى أنّ الاستجابة للفقدان بعد موت قريب ليست موقفاً أو حادثة وقعت لمرة واحدة، وإنما هي سلسلة أحداث متواصلة تكون مراحل الفقدان (Bowlby, 1980; Parkes & Weiss, 1983).

التكيف مع الفقدان:

إنّ مفهوم التكيف هو مفهوم بيولوجي أصلاً، ويعني عملية التلاؤم التي تقوم بها الكائنات الحيّة في سبيل البقاء والتعايش مع البيئة، فالتكيف بهذا المعنى يعني: عملية الصراع بين الكائن الحيّ وحاجاته، وبين شروط البيئة المحيطة، وهو صراع يهدف للوصول إلى التلاؤم بين هذه الحاجات وهذه الشروط، ومن هنا فالإنسان مطالب بأن يتصف بالمرونة في مواجهة هذه الظروف ليصل إلى التكيف والتلاؤم معها (Norman, 1998).

وقد ورد العديد من التعريفات للتكيف منها تعريف إيسنك (Eysenk, 1972) الذي فسر التكيف بأنه: "حالة من الإشباع التام لحاجات الفرد من جهة وظروف البيئة من جهة أخرى، وإيجاد حالة من الانسجام التام بين الفرد والبيئة المادية والاجتماعية". أما مفهوم التكيف بالمعنى النفسي، فيشير إلى أن التعديلات التي يحدثها الكائن الحي سواء أكان في البيئة أم في الوظيفة ليتمكن من البقاء في بيئة جديدة أو بيئة متغيرة. (جابر، الكفافي، ١٩٨٨: الخالدي، العلمي، ٢٠٠٩).

ومن خلال التعريفات السابقة، يمكن الاستنتاج أن عناصر التكيف العام، تتلخص في أنه عملية مستمرة ديناميكية بين الفرد والبيئة، وأنه عملية متغيرة السلوك وتعديل في البناء النفسي، وهو علاقة انسجامية بين الفرد والبيئة، تحتاج لاستقبال خبرات جديدة ومتعلمة. و للتكيف أهمية في بناء العلاقات الاجتماعية، وهناك نوعان من التكيف هما: التكيف السليم والتكيف السيء.

يتمثل التكيف السليم بمجموعة من المظاهر السلوكية مثل المحافظة على الشخصية المتكاملة، وفهم الفرد لطبيعة سلوكه، وتغلبه على انفعالاته وفشله، والمشاركة الاجتماعية، والإحساس بالمسؤولية أو الانسجام بين أهداف الفرد وجماعته، والثبات النسبي على بعض سلوكياته والاتزان الانفعالي (الرفاعي، ١٩٨٨: فهمي، ١٩٧٩). فالتكيف الإيجابي يكون من خلال تحقيق الفرد لأهدافه ووصوله إلى غاياته واتباعه لدوافعه وحاجاته عن طريق قيامه ببعض الأنماط السلوكية التي ترضيه ويرضى عنها المجتمع. أما الشكل الثاني، فهو التكيف السيء وهو: عجز الفرد عن إشباع حاجاته ودوافعه بطريقة مرضية لنفسه ويرضى عنها المجتمع. ويرجع العجز إلى أسباب وراثية، وبيئية، وانفعالية (عبد الحق، ١٩٨٩).

ولقد أشارت الأدبيات النظرية إلى محاولة تحديد مراحل الحداد التي يحتاجها الفرد من أجل المرور بها والعودة للحياة الطبيعية، لكنها اختلفت في وصفها (Stroeb and Schut's, 1999).

مراحل الفقدان:

لا يوجد اتفاق بين الباحثين على كيفية وصف مراحل الفقدان وتصنيف مظاهرها سواء في الموت المفاجيء أم المتوقع. ولهذا السبب، توجد نماذج عدة تحاول وصف مراحل الفقدان هي:

١. النموذج الذي يتطرق إلى الفقدان مركباً من عدة مراحل.
٢. النموذج الذي يتطرق إلى الفقدان مكوناً من مركبات وأجزاء.

٣. النموذج الذي يتطرق إلى الفقدان مهمات.

فالنموذج الشائع الأكثر انتشاراً واعتماداً هو الذي يتطرق إلى الفقدان مركباً من سلسلة من المراحل. كنموذج كوبليير- روس (Kübler- Ross, 1969) وهو المكون من خمس مراحل والمعروفة بدورة الحزن، ونموذج بولبي (Bowlby, 1980) الذي وصف الفقدان على أنه يمتدّ على أربع مراحل:

١. فترة تشوش الحواس.

٢. مرحلة التشوق الجارح للفقيد والبحث عنه.

٣. مرحلة البلبلة واليأس.

٤. مرحلة التنظيم من جديد.

وآخرون مثل وتكنز (Watkins, 1992) قلّصوا مراحل الفقدان إلى ثلاثة مراحل:

١. مرحلة الصدمة.

٢. مرحلة المواجهة.

٣. مرحلة التغلب والسيطرة.

المرحلة الأولى - الصدمة:

وتبدأ هذه المرحلة عند تلقي خبر الفقدان وتستمر لفترة زمنية قد لا تكون طويلة. ولا يدرك الفاقد في هذه المرحلة، بشكل معرفي، مدى كارثته وهول خسارته من خلال حصول فجوة بين التفكير المنطقي للفاقد وبين مشاعره. ولذلك فإنّ استجاباته الشعورية تكون بالعادة أكثرها عفوية، وكلما كانت الكارثة مفاجئة وغير متوقعة أكثر، كلما كانت الصدمة أشد حدة. فالاستجابات الشعورية تتجه نحو الحدة والتطرف، أو تتخذ توجهها عكسياً، فقد يستجيب الفاقد بذهول وعدم استجابة ما قد يعوق قدرتهم على مواجهة أزمة الفقدان أو بالمقابل إصابة الفاقد بإجهاد الصدمة (McMahon & Gladena, 2000).

المرحلة الثانية - المواجهة:

هذه مرحلة بطيئة وصعبة وطويلة، وتبدأ عادة بالاشتياق المؤلم والانشغال في الذاكرة والخيال الذهني، وأصعب فترة تكون من الأسبوع الثاني إلى الأسبوع الرابع بعد الجنازة. وفيما يأتي بعض المشاعر القوية التي قد تظهر في هذه الفترة، والتي قد تمتد إلى ثلاثة أشهر، وتبدأ بالتلاشي عند استكمال مدة ستة أشهر إلى سنة كما وصفتها مكماهون وغلادينا (McMahon & Gladena, 2000).

١. الاستيقاق المولم لدرجة التحدث مع الشخص الميت.
٢. الانشغال في موضوع الموت (لا يمكن التفكير بأي شئ آخر).
٣. ذكريات حول الفقيد.
٤. خيالات ذهنية عن الفقيد.
٥. الشعور بأن الشخص الميت موجود في الغرفة (Price, 2005)
٦. الحزن.
٧. سقوط الدموع وحدها وبشكل تلقائي عند تذكر الفقيد.
٨. فقدان القدرة على النوم.
٩. فقدان القدرة على التركيز.
١٠. فقدان الشهية.
١١. العصبية الدائمة.
١٢. الكسل.

يتمثل التحول والخروج من هذه المرحلة في لحظات قليلة من الشعور بالعودة إلى الحياة الطبيعية ووجود لحظات اهتمام بشيء ما، وأمل لشيء قد يحدث غداً، ووجود لحظات قصيرة من الشعور بالراحة. وكلما تكررت هذه المشاعر بشكل كثيف وبقوة وعمق، كلما اقترب الفاقد أكثر للمرحلة الثالثة وهي مرحلة السيطرة والانتظام من جديد (McMahon & Gladena, 2000).

المرحلة الثالثة – الانتظام من جديد:

الانتظام من جديد والعودة إلى الحياة الطبيعية تكون خلال فترة سنة كاملة من الفقدان، وبشكل عام، فإن معظم الذين فقدوا أشخاصاً مقربين يبدأون بالعودة إلى الحياة الطبيعية بعد مضي حوالي ستة أشهر، مع أن كثيرين يقولون أن الحياة لا تعود أبداً طبيعياً كما كانت بعد انقضاء هذه المدة (أبو بكر، كيفوركين، عويضة، ضبيط، ٢٠٠٤).

قد يحدث خلل في مراحل الفقدان السابقة، بحيث تأخذ شكلاً مرضياً، أو تكون مبالغ فيها أو تأخذ فترة أطول من المفترض أن تأخذه، ويحدث ذلك في غياب المساندة الاجتماعية (علي، ١٩٩٥).

استراتيجيات التكيف مع الفقدان:

ردود أفعال الناس في مواجهة الأزمات تختلف من شخص لآخر، ولا يوجد طريقة واحدة مناسبة لجميع الحالات أو جميع الأشخاص في مواجهة الأزمات، فهذه الردود تتعلق بتجارب الشخص، وبقدراته الكامنة، وبالحدث نفسه، وبالظروف والخصوصيات التي يمرّ بها الشخص «المنكوب» بالأزمة. بيد أنه من المعروف أن جميع الأشخاص يملكون موارد وقدرات كامنة للمواجهة والتكيف، ويستخدمونها بشكل عام لمواجهة ضغوطات الحياة اليومية (إسبنولي، عويضة، ٢٠٠٧). في حالة فقدان أحد الأبناء، فإنّ الخلل في العمل والتصرفات قد يكمن بشكل قوي خلال الأسابيع الأولى للفقدان، وقد يستمر لأشهر عدة (Rubin, 2000)، ولكن طرق التكيف مع الفقدان والطرق التي يتم تذكر الفقيد بها هي أهم من ذلك خاصة؛ لأنها قد تبقى جزءاً من شخصية الفاقد طوال فترة حياته. (Rubin, 1999)

استجابات الأسرة لحالات الفقدان وتكيفها:

تواجه الأسرة العديد من التحديات التي يتطلب منها التكيف معها من جديد بوساطة إعادة التوازن الأسري، فتمرّ الأسرة في دورة حياتها بحالات ضاغطة مختلفة منها: العادية العابرة والمتوقعة مثل: ضغوطات العبور من مرحلة إلى مرحلة في دورة حياتها، ومنها تلك الحالات غير المتوقعة والمفاجئة التي قد تعجز الأسرة عن مواجهتها، وتكون بمثابة أزمة مستعصية من قبيل: الصراع، والعنف، والفقدان. وعندما يتعلق الفقدان بالموت، فقد يكون من بين أشد أنواع الفقدان حدة على الفاقد، وأكثرها أسى إذا كان الموت مباغتاً. والموت المفاجيء هو من بين الأزمات التي تشوش مجرى حياة الأسرة، وتحدث خللاً مباشراً في توازنها، ويؤدي أحياناً كثيرة إلى عجزها عن المواجهة حين تأتي الأزمة دون أن تكون الأسرة مستعدة لها، فيتشوش الاستقرار والتوازن العاطفي فيها، وتظهر عليها موجات الصدمة التي قد تطول أعراضها إلى سنوات. وتعود ردود الفعل إلى ظروف الموقف الضاغط التي تواجهه الأسرة.

وينعكس الفقدان في الأسرة على إعادة بناء النسق الأسريّ بأنساقه الفرعية من جديد، وإعادة تحديد الأدوار، وتوزيع الأعباء فيها من جديد، وقد يتطلب نقل الأعباء التي قام بها الفقيد من قبل إلى أحد أفراد الأسرة الآخرين أو توزيعها عليهم جميعاً أو أنّ الأسرة ستكون بحاجة إلى دعم خارجي للقيام بدور الفقيد، مما يتطلب إعادة تأهيل الأسرة وتكيفها في ظل الظروف الضاغطة من جديد.

وقد أكّدت دراستان أجراهما ميلر (Miller, 2006, 2008) على أنّ معظم أفراد العائلات الفاقدة يفقدون السيطرة على أنفسهم وعلى أمور حياتهم، ولكنهم من خلال دعمهم لبعضهم

بعضاً، ودعم المجتمع المحيط بهم، فإنهم يكونون بذلك يتدربون على السيطرة من جديد على حياتهم.

موت الأبناء في الأسرة:

كثيراً ما تتعلق استجابات الفاقدين على فقدان بنوعية القرابة مع الفقيد. ويمكن الاستنتاج بأن انعكاسات موت الابن تختلف عن انعكاسات موت الأب أو الزوجة أو الزوج، بل لربما تكون أكثر حدة منها (Moore, 2008; Rubin, & Malkinsson, 2001). من الطبيعي أن يكون فقدان والأسى مؤلماً، لكن أغلب الناس تشعر بأن موت الأبناء هو الأكثر حدة بين حالات فقدان الأخرى، وذلك لتعارضه مع توقعاتنا في دورة حياة الأسرة. يشير مور (Moor, 2008) إلى أن الموت في الواقع هو حدث محزن، ولكن موت الابن هو حدث صعب ومأساوي أكثر بالنسبة للابوين لأن الأبناء- بغض النظر عن أعمارهم- ليس من المفترض أن يموتوا قبل والديهم. وبالتالي، فإن موت الابن قبل ميعاده حدث مأساوي وشديد. فمن الأساسيات المعروفة منطقياً في حياة الإنسان هي أن لا يعيش المهتم أكثر من المهتم به (لا يدفن الأب ابنه)، وأن لا يبكي الكبير على الصغير بل العكس (Neimeyer, 2000).

وعندما يموت أحد الأبناء فإن الأهل يصابون بأنواع عدة من الصدمات أولها صدمة فقدان، ثم صدمة تأنيب الضمير، وصدمة عدم القدرة على الحفاظ على ابنهم، ولذلك يحاولون حماية الأبناء الباقين من خلال الحماية الزائدة. (Blatt, 1994)

إن ردود فعل الوالدين عند وفاة أبنائهم كانت دائماً صعبة وحادة ومتأزمة، ومليئة ططافحة بالألم. وفي هذا السياق، يشير الباحثون، اوستيرفايس، سولومون وغرين (-OS terweis, Solomon, & Green, 1984) إلى أنه على الرغم من أن استجابات جميع أنواع فقدان متشابهة، إلا أن انعكاسات موت الولد قد تختلف عن أنواع الوفيات الأخرى، وأشار كل من جراسيك (Girasek, 2005) وروبين (Rubbin, 1993) إلى أن انعكاسات فقدان الابن على الوالدين قد تستمر طيلة حياتهم. فبعضهم فقط يستطيعون العودة إلى حياتهم الطبيعية، بينما بعضهم الآخر لم يتغلبوا قط على انعكاسات فقدان بحيث يصبحون منهكين لا طاقة لديهم عدا عن معاناتهم من مستويات مختلفة من الأرق، والكآبة، والاكتئاب، وصعوبات في النوم وعدم التكيف الدائم (Johnson, 1987; Moor, 2008; Sanders, 1989). لهذا فإن التكيف لحالات فقدان الأبناء قد يرتبط بردود الفعل الناجمة عن وفاتهم، ولكن حالات التكيف هذه قد تتباين باختلاف جيل الابن الفقيد.

ارتباط التكيف الاجتماعي للفاقدين بجيل الابن المتوفي:

يعدّ الجيل من بين العوامل المهمة المرتبطة في مجالات مختلفة بحياة الإنسان، ففي عدد من الحالات يعدّ مؤشراً خطراً سواء تعلق بجيل الإنسان نفسه أم بالآخرين، ويرتبط كذلك بمراحل النمو الشخصي، ودورة حياة الأسرة، فلقد أشارت الأدبيات النظرية إلى ارتباط جيل الفقدان بمدى تكيف الوالدين في المراحل اللاحقة لوفاته، فموت الأبناء في جيل الشباب يكون أكثر حدة كون الوفاة حدثت في غير وقتها المتوقع عند الأهل خلافاً لدورة حياة الأسرة (McGoldrick, Walsh, 2004) ،

والمرور بمراحل الفقدان عليه يكون بطيئاً، بما لجيل المراهقة والشباب، من أهمية لدى الوالدين، ما قد يعوق التكيف معه، وبخاصة أنّ الاستجابة للفقدان بعد موت قريب ليست موقفاً أو حادثة واحدة حدثت لمرة واحدة، وإنما هي سلسلة أحداث متواصلة، والتي تكون على طوال مراحل الفقدان (Bowlby, 1980; Parkes and Weiss, 1983; Rando, 1984) ولقد أشار كل من الباحثين راندو (Rando, 1983) وروسكين (Roskin, 1984) في دراساتها إلى أنّ استجابات الأهل طويلة الأمد في فقدان الشباب تتميز بأنماط تختلف عن الاستجابات نحو فقدان الآخرين، فإنّ تربية الأبناء والعناية بهم، تستدعي موارد كثيرة من الأهل، فعند وصولهم جيل البلوغ يصبحون أمل أهلهم في تلقي الدعم منهم والتفاخر بهم على اعتبار أنّهم التحصيل الشخصي الذي يرفع مكانتهم، ويرفع مستوى التقدير الاجتماعي لديهم علاوة على أنّهم يشكلون استمراراً للأهل (Neimeyer, Keese, & Fortner, 2000) وحمل اسمهم، وخاصة أنّهم في جيل الزواج أو الإقبال على الزواج، فيتوقع الأهل زواج أبنائهم والاحتفال بهم، بيد أنّ موتهم المفاجيء يأتي ليتناقض مع هذه التوقعات الإيجابية كافة التي تتناقض مع دورة الحياة (Stroebe, Hansson, Stroebe, Schut, 2002) وتكون بمثابة خيبة أمل صادمة لهم (Belsky, 1988). وأنّ فقدان الشباب في الأسرة قد يفقدها التوازن (الصادقي، وعبد الخالق، ٢٠٠٤).

إنّ مجمل العرض النظري يأتي بنا إلى افتراض مفاده وجود علاقة بين حدة ردود الفعل النفسية لدى الوالدين جرّاء موت أبنائهم المفاجيء وبين تكيفهم الاجتماعي. فالأهالي الذين يفقدون أبناءهم يتألمون ويفجعون وتختلف مستويات تكيفهم، فالأهالي الذين يعانون من مستويات غير حادة في ردود فعلهم النفسية يتألمون ويقاسون نتيجة الفقدان، ولكن الأهالي الذين يعانون من ردود فعل حادة أكثر، تزيد سيوروات تكيفهم صعوبة أكثر، وتسير مراحل الفقدان أو دورة الحزن بشكل بطيء أكثر (Park, & Helgeson, 2006). فلقد أشارت الأدبيات النظرية إلى أنّ التكيف الاجتماعي للفقدان قد يرتبط بحدّة ردود فعل

الفاقدين النفسية (Stroebe, Hansson , 2002). كما أشارت الأدبيات النظرية إلى وجود فروق في مستويات التكيف الاجتماعي لدى الأهل تُعزى إلى جيل الابن الفقيد حين توفي، فيعدّ الجيل من بين العوامل المهمة المرتبطة في مجالات مختلفة بحياة الإنسان، ففي عدد من الحالات يعدّ مؤثراً خطراً سواء تعلق بجيل الإنسان نفسه أم بالآخرين، ويرتبط كذلك بمراحل النمو الشخصي، ودورة حياة الأسرة، فلقد أشارت الأدبيات النظرية إلى ارتباط جيل الفقيد بمدى تكيف الوالدين في المراحل اللاحقة لوفاته، فموت الأبناء في جيل الشباب يكون أكثر حدة كون الوفاة حدثت في غير وقتها المتوقع عند الأهل خلافاً لدورة حياة الأسرة (McGoldrick, Walsh, 2004)، ومجمل هذه الافتراضات تدعنا نطرح سؤال البحث المركزي الآتي: هل يرتبط التكيف الاجتماعي لفاقدي أبنائهم جراء الموت المفاجئ من الضفة الغربية والقدس بحدّة ردود الفعل النفسية لديهم، وبجيل فقيدهم؟

الفرضيات:

توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين حدة ردود الفعل النفسية وبين مدى التكيف الاجتماعي لفاقدي أبنائهم جراء الموت المفاجئ. فكلما زادت حدة ردود الفعل، قلّ التكيف الاجتماعي للفقدان لديهم.

توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في تكيف الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ تُعزى إلى جيل أبنائهم حين توفوا. أهالي الأبناء في جيل المراهقة والشباب أقلّ تكيفاً من أهالي الأبناء الصغار.

إجراءات الدراسة:

يعتمد هذا البحث على منهج المسح الاجتماعي، لأنّه يتناسب مع الموضوع قيد المعالجة.

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من أبناء وأمّهات فقدوا أبنائهم (الأبناء في البحث الحالي هم الأبناء الذكور والبنات الإناث) جراء موت مفاجئ في المجتمع الفلسطيني في القدس والضفة الغربية.

عينة الدراسة:

لقد واجه الباحثان صعوبة في تحديد المجتمع الأصلي من أهالي الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ لعدم توافر المعلومات الكافية عنهم، ولذلك تمّ اتباع أسلوب «كرة

«الثلج» للتعرف إلى أكبر عدد ممكن من الأهالي الفاقدين لعدم وجود أسماء أبنائهم في قوائم شبه منظمة. وبسبب عدم الحماس لدى الأهالي المشاركة في مثل هذه الأبحاث، حيث أشارت الأدبيات النظرية والدراسات إلى عدم وجود حماس، بل معارضة لدى الفاقدين في المشاركة في أبحاث فقدان، نظراً لما يثيره هذا الموضوع من حساسيات وحسابات عند الأهل (Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2002). وتبعاً لذلك تم استخدام العينة المتاحة. فلقد تم الوصول إلى عينة مكونة من (٢٩٨) من الآباء والأمهات الذين فقدوا أبنائهم جرّاء الموت المفاجئ، ووافقوا على المشاركة في البحث موزعين على مناطق: بيت لحم، والخليل، ورام الله، ونابلس، وأريحا، والقدس. ما بين مدن، وقرى، ومخيمات.

الجدول (١)

توزيع مجتمع البحث بالأرقام والنسب حسب مكان السكن، وعمر الابن حين توفي (N=٢٩٨) :

مكان السكن	العدد	النسبة المئوية
قرية	١٤٤	٤٨,٣
مدينة	١٠٥	٣٤,٦
مخيم	٥١	١٧,١
عمر الابن حين وفاته		
من ٠ - ٣ سنوات	٥٩	١٩,٨
من ٤ - ٦ سنوات	١٧	٥,٧
من ٧ - ١٢ سنة	٣٣	١١,١
من ١٣ - ٢١ سنة	١١٣	٣٧,٩
٢٢ سنة فأكثر	٧٦	٢٥,٥

أداة الدراسة:

استخدمت استبانة جرى إعدادها بواسطة معدي هذا البحث لهذا الغرض. ولقد أعتد في بناء الاستبانة على جملة من المصادر على النحو الآتي:

المادة النظرية والدراسات السابقة التي تناولت موضوع فقدان ابن أو ابنة جرّاء موت مفاجئ والمواد التي تختص بردود الفعل النفسية، إضافة إلى المواد التي تختص بالتكيف الاجتماعي.

استشارة المتخصصين في هذا الموضوع.

فلقد شملت فاتحة الاستبانة على البيانات الشخصية، حيث تضمنت تفاصيل حول الوالدين، والابن المتوفى مثل: السن، ومكان السكن، والتحصيل العلمي، والحالة الاجتماعية، والديانة، وعمر الابن حين توفى، وتاريخ الوفاة، وجنس المتوفى. ومن ثم احتوت الاستبانة على فقرات تتعلق بالفقدان، وحدة ردود الفعل والتكيف للفقدان مثل: "ما زلت أشعر بالفقدان كحادثة صاعقة وصادمة في حياتي"، و "وفاة ابني تشعرنني بالغضب"، و "وفاة ابني/ ابنتي جعلتني أعاني من العزلة"، و "وفاة ابني/ ابنتي أثرت علي بشكل سلبي على علاقتي بأقاربي"، و "ابتعد عن كل ما يذكرني بابني/ ابنتي المتوفى"، وتتم الإجابة عليها على سلم من (١ - ٥) بحيث إن الخانة (١) تشير إلى أن ما جاء في الجملة هو صحيح دائماً، والخانة (٢) صحيح غالباً، والخانة (٣) صحيح، والخانة (٤) غير صحيح غالباً، والخانة (٥) غير صحيح بتاتا.

وللتعرف إلى مدى صدق أداة الدراسة في قياس ما وضعت لقياسه عرضت على عدد من المحكمين المتخصصين، وبلغ عدد المحكمين (٧) محكمين، وقد جرى حذف عدد من الفقرات وتعديلها، وإعادة صياغة بعضها، وإضافة فقرات أخرى في ضوء آراء المحكمين وتعليقاتهم وملحوظاتهم.

في البداية وُزعت (٢٠) استبانة وعبئت بوساطة المشاركين في الدراسة، وفُحص الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة بواسطة ألفا كرونباخ، وتبين أن قيمة ألفا كرونباخ عالية بحيث تتيح تمرير الاستبانة على جميع المشاركين في عينة الدراسة، وبعد الانتهاء من تعبئة جميع الاستبانات، فحص الاتساق الداخلي لجميع فقرات الاستبانة، حيث تبين أن قيمها جاءت كما هي مبينة في الجدول (٢) أدناه.

الجدول (٢)

الاتساق الداخلي لفقرات ومحاور الاستبانة بما يخص ردود الفعل النفسية، والتكيف الاجتماعي، حسب معامل اختبار ألفا كرونباخ.

ردود الفعل النفسية	$\hat{\alpha} = ٠,٨٣١$
التكيف الاجتماعي مع الفقدان	$\hat{\alpha} = ٠,٧٧٩$
الاتساق العام للاستبانة	$\hat{\alpha} = ٠,٧٢٦$

مراحل الدراسة:

بعد إعداد الاستبانة وتحكيمها والموافقة عليها بصيغتها النهائية، حددت المدن، والقرى، والمخيمات التي مررت فيها الاستبانة إلى الأهالي الذين فقدوا أبناءهم جراء

الموت المفاجيء، ولقد أبدى كثير من الفاقدين من الأهل عدم حماسهم للمشاركة في البحث، وعدم رغبتهم في التعامل معه، ربما خوفاً من إثارة مشاعر سابقة لديهم تتعلق بأعزائهم، ولتجاوز هذه العقبة، فقد تمّ الوصول إلى الأهالي الذين أبدوا استعداداً للمشاركة في البحث من خلال طريقة استطلاع مدى استعدادهم، وأيضاً بوساطة خبرة الأهالي وعلاقتهم بالأهالي الآخرين المستعدين للمشاركة.

واستغرقت عملية تعبئة الاستبانة بين (٢٠ - ٣٠) دقيقة لكل استبانة على حدة، مع ضرورة ملاحظة أنّ إطالة الوقت كانت تعود إلى المشاعر التي كانت تطفو، وتُستحضر عند التعبئة، واضطرار العينة للتوقف عن التعبئة. وفي مقابل تلك العقبات والعثرات التي جرى تجاوزها، ولم يبذل الأهل أدنى صعوبة في فهم عبارات الاستبانة، أو استعصاء الفقرات على الفهم نظراً لسهولة ووضوحها. فتمّ جمع (٢٩٨)، وامتدت فترة جمع البيانات إلى أربعة أشهر.

النتائج:

أشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين حدة ردود الفعل النفسية لدى الفاقدين لأبنائهم جرّاء الموت المفاجيء وبين تكيف الوالدين الاجتماعي، وكذلك وجود فروق في مدى تكيف الوالدين الاجتماعي جرّاء فقدان أبنائهم تُعزى إلى جيل الابن الفقيد، فتبين أنّ الأهالي الذين يعانون من مستويات حادة جداً من ردود الفعل النفسية جرّاء موت أبنائهم موتاً مفاجئاً يكون تكيفهم الاجتماعي أقلّ ممن لديهم مستويات ردود الفعل النفسية أقلّ حدة، وأنّ الأهالي الفاقدين لأبنائهم في جيل الشباب أقلّ تكيفاً من الأهالي الفاقدين لأبنائهم في أجيال أخرى. وهذه النتائج برهنت صحة الفرضية (١) والفرضية (٢).

١. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين حدة ردود الفعل النفسية، وبين مدى التكيف الاجتماعي لفاقدي أبنائهم في الموت المفاجيء. فكلما زادت حدة ردود الفعل، قلّ التكيف الاجتماعي لديهم.

وأشارت نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون «Pearson Correlation» إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين حدة ردود الفعل النفسية، والتكيف الاجتماعي للفقدان عند الوالدين الفاقدين لأبنائهم جرّاء الموت المفاجيء، $r = -0.597$; $p < 0.01$ أي أنّه كلما زادت حدة ردود الفعل عند الأهالي الفاقدين لأبنائهم، كلما قلّ التكيف الاجتماعي لديهم. مما يشير إلى كون التكيف الاجتماعي يتغير حسب مستوى حدة ردود الفعل النفسية

عند الأهالي الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ. هذه النتائج تأتي لتبرهن صحة الفرضية الأولى.

٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكيف الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجيء، تُعزى إلى جيل أبنائهم حين توفوا. وأهالي الأبناء في جيل المراهقة والشباب أقل تكيفاً من أهالي الأبناء الصغار. لقد أشارت نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه (One-way ANOVA) واختبار (Tukey) لمعرفة مصادر الفروق كما هو مبين على الجدول (٣).

الجدول (٣)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لمدى التكيف الاجتماعي عند الفاقدين أبناءهم بسبب الموت المفاجئ تُعزى إلى جيل الابن/ة حين توفي (N=298).

الجيل	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	F (4,293)
٣-٠	٥٩	٣,٥١	٠,٤٤٦	*١٠,٩٤٠
٦-٤	١٧	٣,٦٩	٠,٤٤٢	
١٢-٧	٣٣	٣,٤١	٠,٤٢٥	
٢١-١٣	١١٣	٣,١٨	٠,٤٥٤	
فوق ٢٢	٧٦	٣,١٨	٠,٤٠٣	

* P<0.01

إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مدى التكيف الاجتماعي لفقدان الأبناء في الموت المفاجئ تُعزى إلى جيل الابن/ة حين توفي. (F (4,293) = 10.940; p<0.01) وتشير نتائج اختبار (Tukey) إلى أن متوسطات التكيف الاجتماعي لدى أهالي الأبناء في جيل المراهقة والشباب (١٣-٢١، و٢٢ وما فوق) أقل من متوسطات أهالي الأبناء من الأجيال الصغيرة (٣-٠، ٤-٦، و٧-١٢). مما يدل على ان الأهل الذين فقدوا أبناءهم في جيل المراهقة أو الشباب أقل تكيفاً من الأهالي الذين فقدوا أبناءهم في أجيال أصغر.

النقاش:

يمكن اعتبار هذا البحث بحثاً طلائعياً واستكشافياً في ميدان دراسة فقدان في المجتمع الفلسطيني، وارتباط التكيف الاجتماعي لدى الوالدين الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ بحدّة ردود الفعل النفسية لديهم، وجيل أبنائهم حين توفوا. خلص البحث إلى العديد من الفوائد والتوصيات التطبيقية والبحثية في استخدام نتائج البحث،

وفتح المجال إلى إجراء الدراسات المختلفة حول الجوانب المختلفة للفقدان في المجتمع الفلسطيني.

وقد ناقش البحث ارتباط التكيف الاجتماعي لدى الأهل عند فقدان أبنائهم جراء الموت المفاجئ بحدّة ردود الفعل النفسيّة لديهم، وتبيّن أنّ مستويات التكيف للفقدان الأبناء تكون بطيئة أكثر، وتلاقي صعوبات أكثر لدى الأهالي الذين يعانون من ردود فعل نفسيّة حادة، أكثر من الذين لديهم ردود فعل نفسيّة أقلّ حدة. (Stroebe, Hansson , 2002) وتبيّن أيضاً أنّ جيل الابن المتوفي حين وفاته يرتبط بتكيف الأهل، حيث تبيّن أنّ الأهالي الفاقدين لأبنائهم في جيل المراهقة والشباب أقلّ تكيفاً من الأهالي الفاقدين لأبنائهم في أجيال أخرى. فإنّ موت الابن في ريعان الشباب هو مأساة للأسرة بأكملها بحيث يعدّ محزناً للغاية، وينتج عنه حزن طويل الأمد يقلل من فرص التكيف للفقدان (Cook & Oltjenbruns, 1989) ، وإذا توفي الأبناء في جيل الصبا والشباب، فإنّ حزن الأهل عليهم يكون أشد، ويصعب عليهم التكيف لفقده لشعورهم بخسارته كمورد ذي قيمة في دعم الأسرة واستمرارها (Stroebe, Hansson, Stroebe, & Schut, 2002 McGoldrick & Walsh; 2004).

وفيما يأتي نناقش النتائج حسب مواضيعها.

◀ العلاقة بين حدّة ردود الفعل النفسيّة لدى الوالدين الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ وبين تكيفهم الاجتماعيّ

لقد أشارت الأدبيات النظرية إلى أنّ التكيف الاجتماعيّ للفقدان قد يرتبط بحدّة ردود فعل الفاقدين النفسيّة، (Stroebe, Hansson , 2002) وقد تحدث الأزمة الضخمة تغيرات سلبية في حياة الإنسان وتنعكس سلباً على جميع مجالات حياته، وعلى مستويات تكيفه (Park & Helgeson, 2006) وبناء على ذلك قمنا بنص الفرضية الأولى التي ادّعت وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين حدّة ردود الفعل النفسيّة، وبين مدى التكيف الاجتماعيّ لفاقدي أبنائهم جراء الموت المفاجئ. فكلما زادت حدّة ردود الفعل، قلّ التكيف الاجتماعيّ للفقدان لديهم.

وأشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين حدّة ردود الفعل النفسيّة والتكيف الاجتماعيّ للفقدان عند الأهالي الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ، مما يدل على كون التكيف الاجتماعيّ يتغير حسب مستوى حدّة ردود الفعل النفسيّة عند الأهالي الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ. فالأهالي المفجوعون بشكل حاد جداً نتيجة موت أبنائهم الشباب، تكون ردود فعلهم حادة جداً، لذا يكون تكيفهم الاجتماعيّ

من جديد أصعب بكثير من الأهالي الذين تكون ردود فعلهم أقل (Stroebe, & Hansson, 2002) ، كون الأزمة الضخمة الناتجة عن الوفاة تحدث تغيرات سلبية في حياة الإنسان، وتزيد من احتمالات اختلال التوازن وعدم التكيف والاستقرار (Calhoun & Tedeschi, 2006) وكونها تستدعي استجابات مرضية أكثر حدة وتطرفاً وصعوبة. قد تعوق التكيف للفقدان وتطيل مدته، وربما تجعله مزمناً بسبب أن الصدمة التي يحدثها الموت المفاجيء تكون قوية جداً في الغالب الأعم، ولا تبقى مجالاً للمواجهة والمقاومة، وتعوق استعادة القدرة على القيام بالأداء الوظيفي، كما كانت عليه الحال قبل الفقدان، وقد يمتد ذلك حتى سنوات طويلة بعد الوفاة (Miller, 2008) على اعتبار أن الاستجابات للفقدان بعد الموت المفاجيء قريب ليست موقفاً أو حادثة واحدة حدثت لمرة واحدة، وإنما هي سلسلة أحداث متواصلة تكون مراحل الفقدان (Bowlby, 1980; Parkes, & Weiss, 1983; Rando, 1982; Raphael, 1984; Worden, 1984). علاوة على ذلك، توجد ردود فعل قوية يصعب جداً على الفاقدين التكيف معها لفقدان أعزائهم بسبب الموت المفاجيء في حالات اضطراب ما بعد الصدمة (Barsky & Klerman, 1983) فإنه لا يمكن التخفيف من حدة الصدمة وتكيف الفاقدين لها إلا إذا تلقوا العلاج من قبل متخصصين (الخالدي، العلمي، ٢٠٠٩). ولقد عززت النتائج التي أشارت إلى وجود علاقة بين حدة ردود الفعل النفسية والتكيف الاجتماعي لدى الأهل نتائج دراسة ميلر (Miller, 2008) على أن معظم أفراد العائلات الفاقدة يفقدون السيطرة على أنفسهم، وعلى أمور حياتهم عند ارتفاع وتيرة مشاعر الحزن والأسى، ويزيد من عدم تكيفهم، كما تعزز النتائج ما أشارت إليه أبحاث كل من جراسيك (Girasek, 2005) وروبين (Rubbin, 1993) إلى أن انعكاسات فقدان الولد على الوالدين قد تستمر طيلة حياتهم وان بعضهم فقط يستطيعون العودة إلى حياتهم الطبيعية، بينما بعضهم الآخر لم يتغلبوا قط على انعكاسات الفقدان، وأصبحوا منهكين ويعانون من مستويات مختلفة من الأسى والكآبة وصعوبات في النوم.

◀ ارتباط التكيف الاجتماعي للفاقدين لأبنائهم بجيل الفقيد:

يعدّ الجيل مؤشراً خطراً سواء تعلق بجيل الإنسان نفسه أم بالآخرين، ويرتبط كذلك بمراحل النمو الشخصي، ودورة حياة الأسرة، فلقد أشارت الأدبيات النظرية إلى ارتباط جيل الفقيد بمدى تكيف الوالدين فيما بعد، فموت الأبناء في جيل الشباب يكون أكثر حدة وون الوفاة حدثت في غير وقتها المتوقع عند الأهل خلافاً لدورة حياة الأسرة (McGoldrick & Walsh, 2004) ، وبناء على ذلك قمنا بنص الفرضية الثانية التي أدعت بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في تكيف الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجيء تُعزى إلى جيل أبنائهم حين توفوا.

أهالي الأبناء في جيل المراهقة والشباب أقلّ تكيفاً من أهالي الأبناء الصغار. فأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مدى التكيف الاجتماعي لفقدان الأعمام في الموت المفاجئ تُعزى إلى جيل الابن/ة حين يتوفى، والتي أشارت إلى أنّ تكيف الأهل في جيل المراهقة والشباب أقلّ من تكيف الأهل الفاقدين لأبنائهم في أجيال أخرى، مما يدل على أنّ الأهل الذين فقدوا أبناءهم في جيل المراهقة أو الشباب قد يواجهون صعوبات في التكيف، لأنّ حادث الموت غير متوقع، ولأنّ فقدان الابن قد يفقد الأسرة مورداً تعتمد عليه، ويترك فراغاً للدور الذي متوقع القيام به في خدمة الأسرة. وهذه النتائج تعزز ما جاء في الأدبيات النظرية والدراسات التي أشارت إلى حدة ردود الفعل لدى الأهالي المتزامن مع الصعوبة في مواجهة الفقدان لجيل المراهقة والشباب، ومن ثمّ البطء في المرور بمراحل الفقدان ما قد يعوق التكيف معه، وبخاصة أنّ الاستجابة للفقدان بعد موت قريب ليست موقفاً أو حادثاً واحدة حدثت مرة واحدة، وإنما هي سلسلة أحداث متواصلة وتكون على طوال مراحل الفقدان. (Bowlby, 1980) وتعزز هذه النتائج التي أشارت إلى ارتباط التكيف للفقدان بالجيل، مما أشارت إليه دراسات كل من راندو (Rando, 1986)، وروسكين (Roskin, 1984).

إنّ استجابات الأهل طويلة الأمد في فقدان الشباب تتميز بأنماط تختلف عن الاستجابات نحو فقدان آخرين. كما تعزز هذه النتائج ما أشارت إليه نتائج دراسة اوستيرفايس، وسولومون وغرين (Osterweis, Solomon, & Green, 1984) التي أشارت إلى أنّ انعكاسات موت الابن قد تختلف عن أنواع الوفيات الأخرى، ويعود ذلك إلى سن جيل الابن، لأنّ الاستجابات لموت رضيع "ابن يومه" تختلف عن الاستجابات في حالة وفاة شاب حيث تكون مشاعر الأسى والحزن أشد وأقسى، وأنّ التكيف لها يكون أصعب وأبطأ. فكون الأبناء الشباب وصلوا جيل البلوغ بعد أن أنفق الأهل عليهم الموارد الكثيرة حيث كانوا مستهلكين لموارد الأسرة، ووصلوا إلى مرحلة البلوغ، وأصبحوا أمل أهلهم في تلقي الدعم منهم والتفاخر بهم على اعتبار أنّهم التحصيل الشخصي الذي يرفع مكانتهم، ويرفع مستوى التقدير الاجتماعي لديهم علاوة على أنّهم يشكلون استمراراً للأهل (Neimeyer, Keese, & Fortner, 2000)، وحمل اسمهم، وخاصة أنّهم في جيل الزواج أو الإقبال على الزواج، فيتوقع الأهل زواج أبنائهم والاحتفال بهم، بيد أنّ موتهم المفاجئ يأتي ليتناقض مع هذه التوقعات الإيجابية كافة، التي تتناقض مع دورة الحياة (Stroebe, Hansson, Stroebe, & Schut, 2002) وتكون بمثابة خيبة أمل صادمة لهم (Belsky, 1988). وقد ترد الفروق في مستويات تكيف الأهل لفقدان الأبناء في الأجيال المختلفة إلى

التجارب المشتركة لكلا الوالدين مع الابن الشاب، حيث تكون من ناحية الديمومة الزمنية والكتافة أكثر من الأطفال حيث إن الشباب يتولون مسؤوليات مساعدة الأب والأم، وهم يقومون بأعمال الصيانة والمساعدة المنزلية للأم، والأم في العادة تظهر نوعاً من المشاعر الخاصة تجاه الشباب من أبنائها على اختلاف جنسهم، فهي تبني أحلاماً تجاههم وتجاه مستقبلهم، وزواجهم، وتخرجهم. وفقدان الشباب في الأسرة قد يفقدها التوازن (الصدقي، وعبد الخالق، ٢٠٠٤). وطبقاً لنظرية الأزمة، فإن موت إنسان مهم لدينا يخل بالتوازن للقائم عند الفاقد، كما أن الفقدان يدرك كأنه حادث أو موقف حياتي معيب ومؤلم. (MC- Mahon & Gladena, 2000)

الصعوبات التي واجهت الدراسة:

١. لم يمثل جميع الأهالي الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجيء بسبب عدم توافر المعلومات عنهم، فلم يمثل الأهالي المعروفين كفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجيء بسبب عدم موافقة بعضهم على المشاركة في البحث. ولذلك أتبع أسلوب "كرة الثلج" للتعرف إلى أكبر عدد ممكن من الأهالي الفاقدين لعدم وجود أسماء أبنائهم في قوائم شبه منظمة كالشهداء.
٢. لقد اقتصر البحث على أهالي الفاقدين من الضفة الغربية والقدس دون إشراك الفلسطينيين في غزة، وفي الداخل، وفي الشتات.
٣. إن التمعن في تفاصيل الاستبانة قد يثير العديد من المشاعر المدفونة من غضب، وحزن، وربما فوران الأعصاب التي ترتبط مع الفقدان بشكل حتمي، الأمر الذي منع بدوره العديد من الأهالي من المشاركة في البحث.

التوصيات:

في ضوء الإطار النظري والعملية لهذه الدراسة، ونتائجها، ومناقشتها توصي الدراسة بما يأتي:

١. تصميم البرامج الإرشادية والعلاجية وتقديمها للأهالي الفاقدين، والتي تعمل على تنمية قدراتهم على مواجهة ما يتعرضون له من مشكلات من خلال تدعيم صلابتهم النفسية وتقويتها من خلال مؤسسات الصحة النفسية، والإرشاد النفسي والاجتماعي الحكومية، وغير الحكومية.

٢. تحسين كفاءة العاملين في مجال الرعاية الاجتماعية والخدمات النفسية من أجل مساعدة الأهالي الفاقدين لأبنائهم في موت مفاجئ بشكل مهني ومدروس لمواجهة مثل هذه الحالات.

٣. ضرورة استخدام المعرفة الناتجة عن هذه الدراسة وتوظيفها في التدخل لدى الأهالي الفاقدين لأبنائهم في المجتمع الفلسطيني.

٤. ضرورة القيام بإجراء أبحاث مستقبلية تهتم بالأهالي الفاقدين، وبخاصة في مجتمع مثل المجتمع الفلسطيني الذي يفرض عليه الاحتلال، وظروف الحياة الأخرى مواجهة فقدان بشكل كبير.

٥. إجراء دراسات مشابهة تتناول متغيرات أخرى لم تتناولها الدراسة الحالية مثل: أقارب الفقيد وإخوته وأصدقائه، والتطرق إلى عوامل ثقافية ودينية.

المصادر والمراجع:

أولاً - المراجع العربية:

• القرآن الكريم.

١. أبو بكر، خولة، كيفوركيان، نادرة، عويضة، ساما، ضبيط، غلياس (٢٠٠٤). النساء والنزاع المسلح والفقدان "الصحة النفسية للنساء الفلسطينيات في المناطق المحتلة". مركز الدراسات النسوية.
٢. بيكمان، بايولا (٢٠٠٣). استراتيجيات العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة. (ترجمة السرطاوي، عبد العزيز وخشان ايمن). دبي: دار القلم.
٣. جابر، عبد الحميد، والكفافي، علاء الدين. (١٩٨٨) معجم علم النفس والطب النفسي. القاهرة: دار النهضة العربية.
٤. جبريل، موسى، حمدي، نزيه، داوود، نسيمه، أبو طالب، صابر. (٢٠٠٢) التكيف والرعاية الصحية والنفسية. عمان: منشورات جامعة القدس المفتوحة.
٥. عبد الحق، عماد حسين. (١٩٨٩) المشكلات التكيفية التي تواجه طلبة الثانوية العامة (التوجيهي). في المدارس الحكومية في محافظة نابلس، رسالة ماجستير غير منشورة). نابلس: جامعة النجاح الوطنية.
٦. الخالدي، عطا الله فؤاد، العلمي، دلال سعد الدين (٢٠٠٩). الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق. ط١. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
٧. عبد الخالق، واحمد محمد (١٩٨٧). قلق الموت. الكويت: عالم المعرفة.
٨. الخولي، سناء (٢٠٠٠). الأسرة والحياة الأسرية. الإزرايطة: دار المعرفة الجامعية.
٩. أبو زيد، أحمد (١٩٨٧). سيكولوجية الذات والتوافق. الإسكندرية: دار المعرفة.
١٠. الرفاعي، نعيم. (١٩٨٨) الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف. دمشق: جامعة دمشق.
١١. إسبنيولي، هالة، وعويضة، ساما (٢٠٠٧). النساء والنزاع المسلح والفقدان "تجربة النساء الفاقات في الدعم النفسي المتبادل". مركز الدراسات النسوية.
١٢. أبو سكينه، نادية، حسن وخضر، منال، عبد الرحمان (٢٠١١). العلاقات والمشكلات الأسرية. عمان: دار الفكر.

١٣. الصديقي، سلوى، وعبد الخالق، جلال الدين (٢٠٠٤) . نظريات علمية واتجاهات معاصرة في طريقة العمل مع الحالات الفردية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
١٤. علي، إسماعيل علي (١٩٩٥) . العلاج القصير في خدمة الفرد والتدخل في مواقف الأزمات: دار المعرفة الجامعية.
١٥. فهمي، مصطفى. (١٩٧٩) التكيف النفسي. دار الطباعة الحديثة، مكتبة مصر.
١٦. ابن منظور، جمال الدين (١٩٩٣) . لسان العرب. بيروت: دار الكتب العلمية.

ثانياً - المراجع الأجنبية:

1. Barakat, L. P. , Alderfer, M. A. , & Kazak, A. E. (2006) . Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 413.
2. Barsky, A., & Klerman, G. (1983) . Overview: hypochondriasis. *Bodily complaints and somatic styles. American journal of psychiatry*, 140, 275-283.
3. Belsky, J. (1988) . *Clinical implications of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
4. Blat, S. J. (1994) . *Therapeutic*. New York: Plenum Press.
5. Bowlby, J. (1980) . *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: sadness, and depression*. New Yo Basic Books.
6. Calhoun, L. G. , & Tedeschi, R. G. (2006) . *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
7. Caplan, G. (1964) . *Principles of preventive psychiatry*. New York, Basic Book.
8. Cook, A. S. , & Oltjenbruns, K. (1989) . *Dying and grieving: Lifespan and family perspectives*. New- York: Holt, Rinehart and Winston.
9. Doostgharin, T. (2009) . *Children affected by earthquakes and their immediate emotional needs*. *International Social Work* 52 (1) 96- 106.
10. Eberwein, K. E. (2006) . *A mental health clinician's guide to death notification*. *International Journal of Emergency Mental Health*, 8, 117-126.
11. Ell, K. (1996) . *Crisis theory and social work practice*. In F. J. Turner (Ed) , *Social work treatment*. New York: The Free Press. (chap 8, pp: 168- 190).

12. Eysenck, H. J. , (1972) . *Encyclopedia of Psychology, Vol. (I)* , W. Aronld. R. Meill Search, Press. London.
13. Freud, S. (1957) . *Mourning and melancholia, Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press. (Original work published 1917)*
14. Girasek, D. C. (2005) . *Advice from bereaved parents: On forming partnerships for injury prevention. Health Promotion Practice, 6*, 207-213.
15. Hajek, J. , Sidak, Z. , & Sen, P. K. (1999) *Theory of rank tests. San Diego, Calif: Academic Press.*
16. Johnson, S. (1987) . *After a child dies—Counseling bereaved families. New York: Springer Publishing Company.*
17. Keesee, N. J. , Currier, J. M. , & Neimeyer, R. A. (2008) . *Predicators of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. Journal of Clinical Psychology, 64*, 1145–1163.
18. Kübler- Ross, E. (1969) . *On death and dying. New York: Macmillan*
19. Lindemann, E. (1944) . *Symptomatology and Management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 101*, 141- 149.
20. MacLeod, M. D. (1999) . *Why did it happen to me? Social cognition processes in adjustment and recovery from criminal victimization and illness. Current Psychology, 18*,18- 31.
21. Mc GoldricK. M. &Walash. F. (2004) . *Atime to Mourn: Death and the family life cycle. In F. Walsh. & M. McGoldrick (Ed.) . Living beyond loss: death in the family (chap2. pp: 27- 45) . New York: W. W. Norton & Company.*
22. Mc Mahon, Gladena (2000) . *Coping with life's traumas, London: Published by New leaf.*
23. Miller, L. (2003) . *Family therapy of terroristic trauma: Psychological syndromes and treatment strategies. American Journal of Family Therapy, 31*, 257- 280.
24. Miller, L. (2006) . *Practical police psychology: Stress management and crisis intervention for law enforcement. Springfield, IL: Charles C. Thomas.*
25. Miller, L. (2008) . *Counseling crime victims: Practical strategies for mental health professionals. New York: Springer.*

26. Moore, Ami R. (2008) . *Older Poor Parents Who Lost An Adult Child To Aids In Togo, West Africa: A Qualitative Study*. Omega, 56 (3) 289- 302.
27. Neimeyer, R. , Keese, B. V. , & Fortner, M. (2000) . *Loss and meaning reconstruction: Propositions and procedures*. In R. Malkinson, S. Rubin, & E. Witztum (Eds.), *Traumatic and non- traumatic loss and bereavement: Clinical theory and practice* (pp. 197_230) . Madison, CT: Psychosocial Press/International Universities Press.
28. Norman (1998) . *Psychology of adjustment: understanding ourselves and others*. New York: Published by D. Van, Nostrand company.
29. Paris, J. (2000) . *Predispositions, personality traits, and posttraumatic stress disorder*. Harvard Review of Psychiatry, 8, 175- 183.
30. Park, C. L. ,&Helgeson, V. S. (2006) . *Introduction to the special section: Growth following highly stressful or traumatic life events—Current status and future directions*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 791- 796.
31. Parkes, C. M. and Weiss, R. S. (1983) . *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
32. Price, T. J, Back, Ann (2005) . *Grief dreams*, San Francisco: Published by Jossy- BASS
33. Raphael, B. , & Maddison, D. C. (1976) . *The care of bereaved adults*. In O. W. Hill (Ed) , *Modern trends in psychosomatic medicine*. London: Butterworth.
34. Raphael, B. (1984) . *The Anatomy of bereavement*. London: Hutchinson.
35. Rando, T. A. (1986) . *Parental bereavement: An exception to the general conceptualizations of mourning*. In T. A. Rando (Ed.) , *Parental loss of a child* (pp. 45- 58) . Champaign, IL: Research Press.
36. Rando, T. A. (1984) . *Grief, dying and death: Clinical intervention for caregivers*. Champaign, IL: Research Press.
37. Roskin, M. (1984) . *Emotional reactions among bereaving Israeli parents*. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 21, 73- 84.
38. Rubin, S. (1993) . *The death of a child is forever: The life course impact of child loss*. In M. S. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds) , *Handbook of bereavement* (pp. 285_299) . Cambridge: Cambridge University Press.
39. Rubin, S. (1999b) . *The Two- Track Model of Bereavement: Overview, retrospect and prospect*. Death Studies, 23 (8) , 681_714.

40. Rubin, S. (2000) . *Psychodynamic perspectives on treatment with the bereaved: Modifications of the therapeutic\transference paradigm*. In R. Malkinson, S. *Clinical theory and practice* (pp. 117_141) . Madison, CT: Psychosocial Press\International Universities Press.
41. Rubin, S. , & Malkinson, R. (2001) . *Parental response to child loss across the life- cycle: Clinical and research perspectives*. In M. Stroebe, R. Hansson, W.
42. Sanders, C. M. (1983) . *Effects of sudden vs. chronic illness death on bereavement outcome*. *Omega*, 13 (3) , 227- 241
43. Sanders, C. (1989) . *Grief: The morning after*. New York: John Wiley & Sons.
44. Silverman, P. R. (1982) . *Transitions and models intervention*. *Annals of the Academy of political social science*, 464, 174- 187.
45. Siryk, K. B. (1981) . *Identification of High- Risk College Students*. Draft Conference Journal Enouncement Paper 150.
46. Song, J. , Floyd F. J. , Seltze, M. M. , Greenberg, J. , & Hong, J. (2010) . *Long- Term Effects of Child Death on Parents' Health- Related Quality of Life: A Dyadic Analysis*. *Family Relations*, 59 (3) , 269 – 282.
47. Spitzer, R.L. , Gibbon, M. , Skodol, A. E. , Williams, J. W. , First, M. B. (2002) . *Dsm- Iv- Tr Casebook: A learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders, furth edition*. Washington: American Psychiatric Association.
48. Stroebe, & H. Schut (Eds.) , *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 219- 240) . Washington, DC: American Psychological Association Press.
49. Stroebe, Margaret, Hansson, Robert (2002) . *Handbook of bereavement research*. Washington: American Psychological Association.
50. Stroebe, M. , & Schut, H. (1999) . *The dual process model of coping with bereavement: Rational and description*. *Death studies*, 23, 197- 224.
51. Watkin, C. E. (1992) . *Psychotherapy supervision and the separation-indivuation process: Autonomy versus dependency issues*. *The Clinical Supervisor*, 10 (1) , 111- 121.
52. Worden, J. W. (1982) . *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (1st ed.)* . New York: Springer.
53. Yang , W. , Staps, T. , & Hijmans, E. (2010) . *Existential Crisis and the Awareness of Dying: The Role of Meaning and Spirituality*. *Omega*, 61 (1) 53- 69.