جامعة، المجلد 18 العدد 1 (2014/1435)، 184-151

ارتباط حدة ردود الفعل لدى أهالي الفاقدين لأبنائهم من الضفة الغربية والقدس جراء الموت المفاجئ بالنوع الاجتماعي للوالدين وجيل الفقيد

صلاح الدين علي وتد* وروان موسى مصطفى**

تلخيص

تهدف هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على مدى ارتباط حدة ردود الفعل النفسية لدى الوالدين الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ بالنوع الاجتماعي للوالدين وجيل الابن الفقيد حين توفى. وتم استخدام المنهج الكمي على شقيه الوصفي والاستدلالي لمناسبته لهذا النوع من الدراسات، وتكونت العينة من 298 من الآباء والأمهات الذين فقدوا أبنائهم جراء الموت المفاجئ ووافقوا على المشاركة في البحث موزعة على مناطق: القدس، وبيت لحم، والخليل، ورام الله، ونابلس، وأريحا، ما بين مدن وقرى ومخيمات في الضفة الغربية والقدس. صممت استبانة أعدت لغرض البحث الحالي، وأشارت النتائج إلى وجود فروق في ردود الفعل النفسية لدى الوالدين جراء الموت المفاجئ لأبنائهم، تعزى إلى النوع الاجتماعي للوالدين حيث تشتد لدى الأمهات اكثر من الآباء، والى جيل الفقيد، حيث تشتد أكثر لدى فاقدي أبنائهم من جيل الشباب.

تمهيد

يعتبر الفقدان من بين أشد الحالات الضاغطة التي يواجهها الإنسان نتيجة لما ينطوي عليه من تأثيرات عميقة وأبعاد مختلفة على جوانب حياة الفاقدين الجسدية والنفسية والمعرفية والسلوكية، فضلا عن مستوى تواصل الفاقد مع المجتمع (Doostgharin, 2009). وعندما يتعلق الفقدان بالموت المفاجئ، فإنه يكون أكثرها ألمًا وحزنًا (اسبنيولي، 2007). حيث تتفاوت حدة ردود الفعل وطول مدتها (McMahon, 2000). يعتبر كل من الباحثين ميلر (Miller, 2008) ورفائيل (Raphael, 1984) أن الموت المفاجئ يعد من بين أشد الحالات الضاغطة التي قد تعرض الفاقدين للخطر بدءا من عدم انتظام معرفي ووصولا إلى صدمة شعورية حادة. وجملة القول أن الأزمة الضخمة تحدث تغيرات سلبية في حياة الإنسان وتنعكس على جميع مجالات حياته (Calhoun & Tedeschi, 2006; Park & Helgeson, 2006)، وأحيانا

* أكاديمية القاسمي وجامعة القدس.

** جامعة القدس.

قد تظهر استجابات مرضيّة أكثر تطرّفًا مثل: الشعور بالأسى، أو انعدام الشعور بالحزن وكذلك الأسى المؤجل (Barakat, Alderfer & Kazak, 2006) وفقدان السيطرة على أنفسهم وعلى أمور حياتهم (Miller, 2006; 2008).

وكثيرا ما تتعلق استجابات الفاقدين في الأسرة بنوعية القرابة مع الفقيد. وعليه، فإن انعكاسات موت الابن تختلف عن انعكاسات موت الأب أو الزوجة أو الزوج (Moore, 2007). واعتبر كل من راندو (Rando, 1986) و ساندرز (Sanders, 1989) أن فقدان الابن من أشد أنواع الفقدان تعقيدا نتيجة لما قد يعانيه الوالدين من أعراض صحية جسدية ونفسية والإصابة باكتئاب حاد ويعمق الحزن والأسى.

لقد ترك موضوع فقدان الولد جانبا في دراسات الفقدان، غير أن البحث العلمي في هذا المجال قد تجدد وتوسع في السنوات الأخيرة. ففي السابق كثرت قيود البحث على أبحاث الفقدان بسبب الرفض الذي كان يثيره هذا الموضوع عند الأهل من التعاون مع الباحثين فضلا عن عدم رغبة الباحثين للخوض فيه خاصة أن موت الولد مشحون بالمشاعر ويتطلب من الباحث طاقات وجهود نفسية أكثر (Stroebee, Hansson, Stroebe & Schut, 2002).

وتتعلق مستويات ردود الفعل والتكيف في مواجهة موت الأبناء عند الأسر والأفراد بعوامل شخصية، وديمغرافية مختلفة، واجتماعية، وصحية وثقافية، كما ويتفاوت تأثيرها من فرد إلى آخر. (Stroebee, Hansson, Stroebe, & Schut, 2002) ومن بين هذه العوامل: النوع الاجتماعي للفاقد، وجيل المفقود. اما من حيث النوع الاجتماعي، فان المجتمع يتقبل ان تقوم المرأة بالاستجابة وبصورة حادة للفقدان والتي يمكن ان تنهار نفسيا وتتوقف عن الاداء (Kenny, 2003). وفي المقابل، فان القيم الاجتماعية المرتبطة بالذكورة تحتم على الرجل التكيف السريع وعدم تعبيره عن مشاعره بصورة صريحة وواضحة (Murphy, 2009; Martikainen & Valkonen, 1996; Miller, 2008). لذلك يتوقع ان تكون استجابات المرأة للفقدان وللفجيعة اشد واقسى من الرجل. اما من حيث جيل الفقيد، فقد اعتبر كل من اوسترويز وسلمون وجرين (Osterweis, Solomon & Green, 1984) ورفائيل (Raphael, 1984) بان فقدان الأولاد في جيل المراهقة هو أكثر الاجيال التي تستدعي استجابات حادة، فالحزن والاسى على فقدانهم يكون شديد جدا اكثر من أي جيل اخر. فان

وفاة الابن في ريعان الشباب مأساة للأسرة بأكملها (Cook & Oltjenbruns, 1989) لأن فقدان عنصر الشباب في نظر الأسرة والمجتمع، يعتبر خسارة لمورد اساسي يضمن قوة الأسرة والمجتمع واستمرارهما (Neimeyer, Keese & Fortner, 2000). مع اهمية التنويه بأن فقدان الشباب في الأسرة قد يفقدها التوازن. (الصديقي، وعبد الخالق، 2004؛ Stroebee, Hansson, Stroebe & Schut, 2002). لذلك يتوقع ان تكون ردود الفعل عند وفاة ولد شاب أكثر حدة من ردود الفعل عند وفاة المهمين من الأقرباء في أجيال أخرى.

إن تجربة المجتمع الفلسطيني مع الفقدان مريرة وقاسية، وقد ترك هذا الفقدان أثرا سلبيا كبيرا على الأسرة والمجتمع، كوحدة متكاملة من الناحية النفسية، والمعرفية، والسلوكية، والاجتماعية. فالخصوصية التي يتميز بها المجتمع الفلسطيني مع الفقدان تمتد على مدار عقود طويلة، كما ان الظروف غير الطبيعية التي يعيشها هذا المجتمع، والمتمثلة في الضغوطات وكثرة الاحتياجات وتزايد التحديات مقارنة مع قلة الموارد، وغياب التدخل المهني، قد يزيد من معاناة الأهالي الفاقدين ويرفع حدة ردود فعلهم عند ثكلهم لأحد أبنائهم، ورغم تجربة المجتمع الفلسطيني مع فقدان الأعزاء، إلا أن البحث العلمي لم يتطرق إلى الفقدان في المجتمع الفلسطيني بشكل عام، ولا إلى فقدان الأبناء جراء الموت المفاجئ بشكل خاص والتطرق إلى ارتباط حدة ردود الفعل النفسية بالنوع الاجتماعي للوالدين وجيل الفقيد حين توفى. لذلك، تكمن اهمية هذه الدراسة في التعرف على الفروق في حدة ردود فعل الوالدين النفسية تعزى إلى النوع الاجتماعي للوالدين (أب/أم)، وجيل الابن حين توفى في الضفة الغربية والقدس. وقد تكون لنتائج البحث وجوه عملية لتطوير طرق تدخل خاصة بالفقدان في المجتمع الفلسطيني على مستوى الفرد والجماعة والمجتمع، وإضافة المعرفة حول خاصية الفقدان في المجتمعات المحتلة بشكل عام وفي المجتمع الفلسطيني بشكل خاص.

تهدف هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على مدى ارتباط حدة ردود الفعل النفسية لدى الوالدين الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ بالنوع الاجتماعي للوالدين وجيل الابن الفقيد حين توفى.

الخلفية النظرية

يعرف بن منظور في معجم لسان العرب (1993) 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"، فيعتبر الفقدان من بين اشد الحالات الضاغطة والصادمة التي يواجهها الإنسان لما له من ابعاد مختلفة في جوانب حياة الفاقد الجسدية، والنفسية، والمعرفية والسلوكية ومستوى تواصله مع المجتمع. وقد يتصل الفقدان بفقدان مادي، أو معنوي يتمثل بفقدان الإنسان لأعضاء في جسمه أو قدراته أو ممتلكاته أو بفقد التواصل مع الآخرين، أو ثكل ووفاة احد معارفه أو أقاربه ومحبين له. ان من اشد انواع الفقدان حدة على الفاقد عندما يتعلق الفقدان بالموت، وقد يكون من أكثرها شدة وألما اذا كان الموت مفاجئا. فبموت الإنسان تنتهي حياته وينقطع التواصل المباشر معه، ورغم اختلاف أسباب وقوعه، إلا أن الموت يعتبر الحقيقة التي يؤمن بها الناس على اختلاف عقائدهم وأديانهم وخلفياتهم الثقافية. ويبقى الناس عديمي الحيلة أمام حقيقة الموت، ولدى موت أحدهم، فان العلاقة معه تتحول من علاقة واقعية إلى علاقة مبنية على الذكريات والحلم (عبد الخالق، 1987).

يظهر الموت بمظاهره المختلفة عند العديد من الناس، إضافة إلى وجود أشكال مختلفة للموت ومواقف مؤدية إليه. فإن لكل حالة من حالات الموت والفقدان المختلفة، يوجد لها خصوصياتها وطابعها وسماتها، كما ويوجد لكل حالة أيضا أهميتها وحيثياتها وأبعادها الاجتماعية، والنفسية، والجسدية، والسلوكية على الفاقدين والثكالى. فوقع الموت المتوقع على الفاقدين في الحالات المرضية عند وجود مقدمات للموت يختلف عن الموت المفاجئ. وقبل تناول واستعراض الأدبيات العلمية التي تطرقت إلى الفقدان الناجم عن الموت المفاجئ والمتوقع، لا بد من التطرق إلى بعض النظريات التي حاولت تفسير ردود الفعل والاستجابات خلال مراحل الفقدان.

النظريات التي تفسر مراحل الفقدان

نظرية التحليل النفسي

تفترض هذه النظرية أن الشدة أو الصدمة، قد اعادت تنشيط صراع نفسي قديم غير محلول، وانبعاث أو تجدد الرضى الطفولي الامر الذي ينتج عنه النكوص واستخدام للآليات 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).

يعاب على التحليل النفسي اهماله لواقع الحرب الكارثي، وتركيزه على الشخصية قبل الصدمة باعتبارها العامل الأساس في تحديد احتمالات تطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وهو الأمر الذي بات يعتبر موضع شك أو رفض الآن (Stroebee, Hansson, Stroebe & Schut, 2002).

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 الأعلى) والتي يجب أن تبقى في حالة توازن لتجنب آليات الدفاع غير الصحية (علي، 1995).

نظرية التدخل في الأزمات:

جرى تطوير "نظرية الأزمة" على يد كابلن (Caplan, 1964) والتي تعرف بأنها: "مجموعة من المفاهيم المتعلقة بردود أفعال الأشخاص عندما يواجهون بتجارب غير مألوفة "، قد تكون هذه التجارب على هيئة كوارث طبيعية أو فقدان معنى ما أو تغييرات في البناء الاجتماعي أو تغييرات في دورة الحياة. ونظرا لأن مفاهيم نظرية الأزمة قابلة للتطبيق على كل من الفرد والأسرة على حد سواء، فقد تمت دراسة تغير حياة الأسرة تحت تأثير الأزمة (Ell, 1996). فحسب نظرية الأزمة، فان موت إنسان مهم لدينا، يخل بالتوازن القائم عند الفاقد، كما أن الفقدان يدرك باعتباره حادثا أو موقفا حياتيا معيبا ومؤلما يثير مشاكل شخصية حصلت في

الماضي، وكانت راقدة في سبات وانها تعيق قدرة الإنسان على الأداء. وبما أن الأزمة تخلق حالة حادة من الذعر، فان الإنسان الفاقد قد يتعرض إلى خطر عدم الانتظام المتزايد. وذلك لأن الفقدان يزيد من استخدام أساليب ذات أشكال في المواجهة والدفاع. فالموت قد يتيح الفرصة للتعرف ومعالجة ما كان قبل ذلك في اللاوعي، لذلك فان الحالات الحياتية الضاغطة تدرك كحالة تحفز على النمو والتغيير (الصديقي وعبد الخالق، 2004).

نظرية المحبة والعلاقات الإنسانية

على الرغم من أن نظرية المحبة الإنسانية انبثقت عن النظرية التحليلية، إلا أنها تتركز في الماهية الاجتماعية وتدعي بان ميل الناس لربط علاقة حب قوية مع الاخرين هي قضية غريزية. وفي هذا الاطار، يمكن النظر إلى الانفصال كانه بدون رغبة، والذي قد يؤدي بدوره إلى ضوائق واضطرابات نفسية واضطرابات في الشخصية (Bowlby, 1980; Parkes &Weiss, 1983; Silverman, 1982).

بعد التطرق إلى النظريات التي تناولت تفسير الفقدان وانعكاساته على الفاقدين، يتوجب بالضرورة التمييز بين حالات الموت المفاجئ والموت المتوقع وردود الفعل الناجمة عن كل واحدة منهما على انفراد.

الموت المفاجئ والمتوقع

إن خبرات البشرية بموت وثكل من حولهم، باختلاف ظروف وفاتهم جعلهم يدركون بان هنالك حالات موت متوقعة وحالات غير متوقعة. ويعتبر كل من ابروين (Eberwein, 2006) ورفائيل ومديسون (Raphael & Maddison, 1976) أن هناك أهمية قصوى للظروف التي تحدث بها حالة الموت، سواء كانت مفاجأة أو متوقعة (Sanders, 1983). وكانت الأدبيات النظرية قد كشفت عن ثلاثة مواقف لحالات الموت حسب دوستهارين (Doostgharin, 2009) وهي: الموت المفاجئ غير المتوقع، والموت نتيجة مرض مزمن قصير المدى، والموت نتيجة مرض مزمن طويل المدى.

الموت المفاجئ:

الموت المفاجئ، يأتي بصورة مفاجئة، ويكون الفاقدون غير مستعدين للقائه ولمواجهته وقد تنجم عنه حالات من الصدمة والأعراض المرضية المختلفة (بيكمان، 2003). إن الظروف والمواقف التي يحدث بها الموت المفاجئ قد تتصل بمواقف وأحداث تتميز بالعنف، أو بانهيار مفاجئ مع محاولات يائسة للإنعاش، فإن الموت المروّع والمأساوي يتوقع أن ينجم عن المواقف التالية، كما أشار إليها كل من ميلر (Miller, 2008) وباريس (Paris, 2000): القتل (killing)، وقوع كارثة (destruction)، التمثيل (تشويه) في الجسم (mutilation)، حوادث (accidents)، العنف (violence)، والانتحار (suicide). ويضيف كل من باريس (Paris, 2000) وميلر (Miller, 2008) أن الأمراض الحادة (الفتاكة)، والأمراض الصحيّة الصعبة، والتعقيدات، والمضاعفات التي تحدث خلال إجراء عملية جراحية معقدة قد تؤدي إلى الوفاة. وقد يحدث الموت المفاجئ عند البالغين أيضا بسبب السكتة الدماغية (C.V.A) أو أمراض حادة في القلب. إن هذه الوفيات قد تحدث حال وقوع المرض أو بعد ذلك بعدة أيام، وقد يحدث الموت المفاجئ حين يكون المتوفى بعيدا عن أهله وبلده، فيحتمل أن يقع الموت في المستشفى أو في الشوارع.

توجد لعامل المفاجأة في الموت أبعاد مختلفة على مستوى ردود فعل الفاقدين. فيعتبر رفائيل (Raphael, 1984) أن الموت المفاجئ يعد من بين أشد الحالات الضاغطة التي قد تعرض الثكلى للخطر، وقد يؤدي بهم ذلك إلى مضاعفات وانعكاسات سلبية مكثفة، وضاغطة، ومستمرة، وربما إلى استجابات مرضية دائمة. وقد نوه ميلر (Miller, 2008) في دراسة له حول مدى تكيف الأسرة في فقدان أحد أبنائها بسبب القتل وطريقة تبليغ الخبر إلى بروز ردود فعل حادة جدا عند التبليغ عن الوفاة، ووصفت الأسر الفقدان بأنه فجائي، غير متوقع، وعنيف، وصادم ومستمر، ولا يمكن الهروب منه. ولقد تضمنت ردود الفعل استجابات مثل: فوران الغضب والحزن والشعور بالأسى. وتبيّن من نتائج البحث أيضا أن الخبر الأول عن القتل هو بمثابة ضربة قوية لشخصيتهم، وعادة ما يشغل الفاقدون أنفسهم في البداية بطبيعة الإصابة ومظاهرها الجسدية (Macleod, 1999).

وفي بحث أجرته ساندرس (Sanders, 1983) حاولت فيه التمييز بين مظاهر ردود الفعل الناجمة عن الموت المفاجئ، وجدت بأن موجات فورات الغضب كانت عند من فقد قريبا بموت مفاجئ كبيرة وحادة جدا بالمقارنة مع من فقد أقاربه بموت متوقع. نتائج البحث تشير إلى أن حالات الفقدان المفاجئ وغير المتوقعة قد سببت لدى الفاقدين فقدان السيطرة على عالمهم الداخلي. ولكي يمكن الوقوف على اهمية عامل المفاجأة في حالات الموت وتمييزه عن حالات الموت الأخرى، فانه من المهم التطرق إلى ردود الفعل عند الذين فقدوا ذويهم بشكل متوقع.

الموت والأسى المتوقع:

مصطلح "الاسى المتوقع" (Anticipatory grief) عادة ما يصف حالة الهلع والخوف من الفراق التي تمر بها (تخبرها) اسر المرضى الذين يشهدون الموت البطيء والمؤلم. فالتهيؤ والاستعداد النفسي عند الأقارب لتوقعهم وفاة أحبائهم قد تسهل من حدة الحزن والهلع بعد الوفاة، وتقلص من مخاطر وقوع استجابات مرضية رئيسية، واجتماعية ونفسية (Stroebee & Hansson, 2002; Stroebe & Schut, 1999). وخلاصة القول أن خبرة الفقدان نتيجة الموت تختلف من حالات موت مفاجئ وحالات موت متوقع، الذي يمكن الفاقدين من الفرصة للتهيؤ وللمواجهة (Yang, Staps & Hijmans, 2010) .

استجابات وردود الفعل لدى الفاقدين البالغين:

أشار مور (Moor, 2007) إلى أن استجابات الكبار للفقدان كثيرة ومتعددة. وعلى الرغم من اتباع اساليب مختلفة لوصف ردود الفعل والاستجابات جراء الفقدان والثكل منذ القدم، إلا أن البحث المنهجي الأول في موضوع الموت المفاجئ أجري بواسطة لندمن (Lindemann, 1944) من خلال مشاهداته ومتابعاته الإكلينيكية (العلاجية) للناجين من حادثة حرق القطارات في لندن (Coconut Grove) حيث وصف بصورة منهجية مراحل الفقدان المركّبة، وفصل أعراضها المرضيّة والحزن والهلع من جرّائها. فلقد وصف أعراض الفقدان والحزن البسيطة "Uncomplicated Grief" كأعراض تظهر في آن واحد وهي تضمّ:

آلام جسدية، الانشغال بهيئة المتوفى، الشعور بالذنب، العدوانية، فقدان أنماط السلوك المعتادة، واتجاه الفاقدين نحو ردود فعل مرضيّة.

أدت الدراسات التي أجريت منذ ذلك الحين بدورها إلى تراكم كم كبير من المعرفة في وصف مراحل الفقدان، وإلى أن الاستجابة للفقدان بعد موت قريب ليست موقفا أو حادثة واحدة حدثت لمرة واحدة، وإنما هي سلسلة أحداث متواصلة والتي تكون مراحل الفقدان (Parkes & Weiss, 1983; Rando, 1986; Raphael, 1984; Sanders, 1980) ساندرس تدعي بأن الفقدان هو سلسلة متعدّدة المحاور من الاستجابات الجسديّة، والنفسيّة، والمعرفيّة، والسلوكيّة، المختلفة، تتفاعل مع عوامل شخصيّة وثقافيّة مختلفة، وترى أنه من الضروري وصف الاستجابات والتكيّف للفقدان من خلال وصف مراحل الفقدان عند الثاكلين. إلا أن الأدبيات النظرية تشير إلى وجود اختلاف جذري على أساس فردي في مفهوم الفقدان والحزن، وفي التقدم والمرور من مرحلة إلى أخرى (Stroebee, Hansson, & Schut, 2002).

مراحل الفقدان

لا يوجد اتفاق بين الباحثين على كيفية وصف مراحل الفقدان وتصنيف مظاهرها سواء في الموت المفاجئ أو المتوقع. ولهذا السبب، توجد عدة نماذج تحاول وصف مراحل الفقدان (Calderwood, 2011) هي: النموذج الذي يتطرق إلى الفقدان كمركب من عدة مراحل، النموذج الذي يتطرق إلى الفقدان كمركبات وأجزاء، والنموذج الذي يتطرق إلى الفقدان كمهمات. من بين هذه النماذج:

نموذج كوبلير- روس (Kübler-Ross, 1969) المكون من خمس مراحل معروفة بدورة الحزن وهي:

1. النكران.
2. الغضب.
3. المساومة.

4. الاكتئاب.
5. القبول.

فالنموذج الشائع الأكثر انتشارا واعتمادا هو الذي يتطرق إلى الفقدان كمراحل مركبة من سلسلة من المراحل. بولبي (Bowlby, 1980) وصف الفقدان على أنه يمتد على أربع مراحل:

1. فترة تشوّش الحواس.
2. مرحلة التشوق الجارح للفقيد والبحث عنه.
3. مرحلة البلبلة واليأس.
4. مرحلة التنظيم من جديد.

وتكنز (Watkins, 1992) قلص مراحل الفقدان إلى ثلاث مراحل:

1. مرحلة الصدمة.
2. مرحلة المواجهة.
3. مرحلة التغلب والسيطرة.

المرحلة الأولى: مرحلة 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 فإن 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 توجها عكسيا، فقد يستجيب الفاقد بذهول وعدم استجابة ما قد يعيق قدرتهم على مواجهة أزمة الفقدان أو بالمقابل إصابة الفاقد بإجهاد الصدمة (McMahon & Gladena, 2000) وتتميّز هذه المرحلة بعدة أعراض. كما وردت في دليل DSM4 لدى كل من شبيتزير، غيبون، سكودول، ويليامز وفيرست (Spitzer, Gibbon, Skodol, Williams, & First, 2002) وهي كالتالي: الصدمة، الإنكار وعدم تصديق، وتكون عند سماع خبر الوفاة للمرة الأولى، ضعف

الذاكرة وضعف التركيز، الخوف، الإجفال، التعرق، اضطرابات في النوم، والأفكار والصور الداخلية.

بالإضافة لأعراض أخرى لاضطرابات ما بعد الصدمة قصيرة المدى (PTSD) والتي تتراوح مدتها من يوم إلى ثلاثة أيام.

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 يلي 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 (McMahon & Gladena, 2000).

الاشتياق المؤلم لدرجة التحدث مع الشخص الميّت، الانشغال في موضوع الموت (لا يمكن التفكير بأي شيء آخر)، ذكريات حول الفقيد، خيالات ذهنية عن الفقيد، الشعور بأن الشخص الميت موجود في الغرفة (Price, 2005)، الحزن، سقوط الدموع وحدها وبشكل تلقائي عند تذكر الفقيد، فقدان القدرة على النوم، فقدان القدرة على التركيز، فقدان الشهية، العصبية الدائمة، والكسل.

يتمثل التحول والخروج من هذه المرحلة في لحظات قليلة من الشعور بالعودة إلى الحياة الطبيعية ووجود لحظات اهتمام بشيء ما، وأمل لشيء قد يحدث غدا، 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، فان معظم الذين فقدوا أشخاصا مقربين يبدأون بالعودة إلى الحياة الطبيعية

بعد مضي حوالي ستة أشهر، مع أن الكثيرين يقولون أن الحياة لا تعود أبدا طبيعية كما كانت بعد انقضاء هذه المدة (أبو بكر، كيفوركيان، عويضة، ضبيط، 2004).

تتلخص المرحلة الثالثة فيما يلي:

1. تقبل الموت.
2. تضاؤل الحزن تدريجيا.
3. المقدرة على تذكر خبرات سابقة مع الفقيد مع الشعور بالسعادة وليس الحزن.
4. العودة إلى الحياة والفعاليات الطبيعية.

قد يحدث خلل في مراحل الفقدان السابقة، بحيث تأخذ شكلا مرضيا، أو تكون مبالغا فيها أو تأخذ فترة أطول مما من المفترض أن تأخذه، ويحدث ذلك في غياب المساندة الاجتماعية (علي، 1995).

من الممكن أن يصاحب مراحل الفقدان أعراض نفس جسمانية مثل ضيق في التنفس، الغضب والاكتئاب، ارتفاع ضغط الدم، اضطرابات النوم، والكوابيس، ألم المعدة، ضعف الشهية، فقدان الرغبة بالنشاط، العدوانية، السكري، مشاكل في الرئتين والقلب، الآم في الصدر والشعور بوجود كتلة في البلعوم وكأنها تؤدي إلى الاختناق، آلام في الظهر والكتفين، الصداع والدوار (McMahon & Gladena, 2000; Miller, 2008).

استجابات الأسرة لحالات الفقدان:

يتصل الفقدان في الأسرة بفقدان مادي أو معنوي. وعندما يتعلق الفقدان بالموت، فقد يكون من بين أشد انواع الفقدان حدة على الفاقد، وأكثرها أسى إذا كان الموت مباغتا. فتظهر على أعضاء الأسرة الفاقدة أعراض نفسيّة جسديّة لفترة ما قبل التكيف مع الفقدان، وتشمل هذه الأعراض: القلق، والاضطراب، والغثيان، واضطرابات بالأفكار، وفقدان ذاكرة نسبي، واضطرابات بالتركيز، واضطرابات أخرى. وينعكس الفقدان في الأسرة على إعادة بناء النسق الأسري بأنساقه الفرعية من جديد، وإعادة تحديد الأدوار، وتوزيع الاعباء فيها من جديد، وقد أكدت دراستان أجراهما ميلر (Miller, 2006, 2008) على أن معظم أفراد

العائلات الفاقدة يفقدون السيطرة على أنفسهم وعلى أمور حياتهم، ولكنهم من خلال دعمهم لبعضهم البعض، ودعم المجتمع المحيط بهم فإنهم يكونون بذلك يتدربون على السيطرة من جديد على حياتهم.

وكثيرا ما تتعلق استجابات الفاقدين في الأسرة على الفقدان بنوعية القرابة مع الفقيد لأن الحاجات والمسؤوليات تجاهه والآمال منه والتوقعات من كل نوع من هذه العلاقات تختلف، لذلك فإن الأبعاد والانعكاسات الشخصية والاجتماعية الناتجة عن كل نوع من الوفيات يختلف. ويمكن الاستنتاج بأن انعكاسات موت الابن تختلف عن انعكاسات موت الأب أو الزوجة أو الزوج، بل لربما تكون أكثر حدة منها (Moore, 2007). ولقد حظيت دراسة موت الزوج بالاهتمام أكثر من اي من أنواع الفقدان الأخرى؛ خاصة أن الحروب تركت الكثير من الأرامل؛ وكذلك بسبب كون النساء تعمر أكثر من الرجال. وفيما بعد حظيت دراسة موت الأبناء باهتمام أكثر من قبل الباحثين، الذين اعتبروا موت الأبناء كأحد أشد أنواع الفقدان الما وشدة كونه غير متوقع وتبنى عليه امال وطموحات الوالدين كما ذكرنا سابقا.

موت الأبناء في الأسرة:

اعتبر كل من راندو (Rando, 1986) وساندرس (Sanders, 1989) أن فقدان الابن من أشد أنواع الفقدان تعقيدا، وقد يعاني الوالدين جراءه من أعراض صحية جسدية ونفسية والإصابة باكتئاب حاد. إن المنزلة المرتفعة للأبناء باعتبارهم يمثلون كل شيء بالنسبة لوالديهم، فهم نتاج جهود الماضي، وآمال المستقبل، مصدر للحب والهناء والسعادة، فموت الولد ليس متوقعا، ويكون عند حدوثه بمثابة صدمة حادة لوالديه.

ويشير مور (Moor, 2007) إلى أن الموت في الواقع هو حدث محزن، ولكن موت الابن هو حدث صعب ومأساوي أكثر بالنسبة للأبوين لأن الأبناء - بغض النظر عن اعمارهم - ليس من المفترض ان يموتوا قبل والديهم. وبالتالي، فإن موت الابن قبل ميعاده حدث مأساوي وشديد (Song, Floyd, Seltze, Greenberg & Hong, 2010). فمن الأساسيات المعروفة منطقيا في حياة الإنسان هي أن لا يعيش المهتم أكثر من المهتم به (لا يدفن الأب ابنه)، وأن لا يبكي الكبير على الصغير بل العكس (Keesee, Currier, & Neimeyer, 2008; Neimeyer

(Keese & Fortner, 2000 عندما يموت أحد الأبناء فإن الأهل يصابون بعدة أنواع من الصدمات أولها صدمة الفقدان، ثم صدمة تأنيب الضمير وصدمة عدم قدرتهم الحفاظ على ابنهم ولذلك يحاولون حماية الأبناء الباقين من خلال الحماية الزائدة (Blatt, 1994). وفي بحث قام به ميلر (Miller, 2008) حول ردود فعل الوالدين بعد موت ابنهم في حادث مروع وجد بأن معظم الآباء والأمهات قد عانوا من ضوائق نفسية طويلة الأمد منها أعراض ما بعد الصدمة والتي لم تختفِ على مر الزمان. ولذلك فإننا نجد الوالدين يمددون إجازة حدادهم الرسمية بواسطة إجازات شخصية أو مرضية من أجل إعطاء أنفسهم وقتا أكثر للحداد. إن فقدان الابن لا فقط يثير المشاعر الصعبة ولكنه أيضا يعمق الحزن ويحيي الأسى (Barr, 2004; Kohner & Henley, 2001).

العوامل ذات الصلة مع استجابات وردود فعل الأسرة الفاقدة:

تتعلق الاستجابات وردود الفعل نتيجة مواجهة الضغوط والأزمات لدى الفرد والأسرة بعوامل شخصية، واجتماعية، وصحية وثقافية وديمغرافية مختلفة، ويتفاوت تأثيرها من فرد إلى آخر. من بينها: السمات الشخصية، والنوع الاجتماعي، والحالة الاجتماعية، والجيل، والمكانة الاجتماعية، والمستوى الدراسي، ومدى التدين، ودرجة القرابة مع الميت. وقد اعتبر النوع الاجتماعي للفاقد وجيل الفقيد، ذو اهمية كبرى في ردود الفعل الناتجة عن الفقدان فقد تختلف ردود فعل الام في حدتها عن ردة فعل الأب، ومن حيث الجيل، فقد تختلف الاستجابات بعد وفاة رضيع أو شاب أو متوسط السن أو من كبار السن. فيما يلي نتطرق إلى ارتباط النوع الاجتماعي للوالدين وجيل الفقيد مع استجابات وردود فعل الاهل.

النوع الاجتماعي للوالدين

على الرغم من ان الاتجاهات المتواصلة نحو العمل على مساواة المرأة بالرجل لا زالت تمر في فجوة كبيرة بسبب وجود فروقات ومميزات خاصة لكل من الذكر والأنثى في شتى مجالات الحياة بشكل عام وفي حالات الفقدان بشكل خاص كالخوف من الموت والاستجابات جراء الفقدان، إلا أن جملة من الأبحاث والدارسات حاولت التصدي لردود فعل كل من الرجل

والمرأة في السياق الاجتماعي. يشير رفائيل (Raphal, 1984) إلى أن المجتمع يتوقع من الرجل أن يكون قويا ومتماسكا في الوقت الذي تتوقع القيم الاجتماعية من المرأة أن تكون "ضعيفة" شعوريا، وغير متمالكة لنفسها. فالمجتمع يتقبل تلك المرأة التي تستجيب بصورة حادة للفقدان والتي غالبا ما تنهار نفسيًا وحتى تتوقف عن الأداء. لذلك فإن قدرة الرجل على المواجهة تصبح أكثر من قدرة النساء.

وكشف مورفي (Murphy, 2009) ان الفروق بين الرجال والنساء في استجابات أعراض ما بعد الصدمة في مدتها، بأن مدة الاستجابة عند النساء أطول عن مدتها لدى الرجال، بينما لم يجد فروقا في ظهور أعراض ما بعد الصدمة لدى الوالدين. وقد عزز الباحث روجرز (Rogers, 1995) هذه النتيجة عندما أظهرت دراساته بأن النساء تضررت أكثر من الرجال وهذا ما توصل إليه أيضا الباحثان مارتيكانن وفالكونن (Martikainen & Valkonen, 1996).

إن اغلب الأبحاث التي حاولت دراسة علاقة مدى الكآبة بالفقدان وجدت أن النساء مثلت المستويات العالية من الكآبة نسبة إلى الرجال (Jacobs, Kasl, Ostfeld, Berkman, & Charpenter, 1986). وقد اعتبر ميلر (Miller, 2008) ان الاعراض النفسية، والنفسية الجسدية تظهر عند النساء اكثر من ظهورها عند الرجال عند فقدان ولد في حالات مروعة.

جيل الفقيد

الكثير من الأبحاث تحاول ان تركز على متغير الجيل في دراسة الظواهر الاجتماعية، الا ان الأبحاث في المجالات المختلفة لا تتفق فيما بينها حول علاقة عامل الجيل بهذه الظواهر. ولكن اذا نظرنا إلى جيل المتوفي، فان اختلاف الجيل قد يستدعي ردود فعل مختلفة، فأن وفاة طفل رضيع، أو مسن تستدعي ردود فعل، وتثير الحزن، والألم، ولكن موت الشاب المفاجئ قد تكون اكثر حدة، واكثر كثافة، فأشار كل من اوستروايز وسلمون وجرين (Osterweis, Solomon & Green, 1984) بان فقدان الأولاد في جيل المراهقة هو أكثر الاجيال التي تستدعي استجابات حادة، فالحزن والأسى على فقدانهم يكون شديد جدا اكثر من أي جيل

آخـر. وأشـار نفـس البـاحثين، بانـه وعلى الـرغم مـن أن اسـتجابات جميـع أنـواع الفقـدان متشابهة، إلا أن انعكاسات موت الولد قد تختلف عن أنواع الوفيات الأخرى، ويرجح أن يعود هـذا الأمـر والاختـلاف إلى سـن الولـد وظروف وفاتـه، لان الاسـتجابات لموت رضيع لا يتجـاوز عمره الايام المعدودة تختلف غالبا عن الاستجابات في حالة وفاة شاب. ولقد أشار كل من راندو (Rando, 1983) وروسكين (Roskin, 1984) وورتمان و وسيلفير (Wortman & Silver, 1987) إلى أن استجابات الأهل طويلة الأمد في فقدان الشباب تتميز بأنماط تختلف عن الاستجابات نحو فقدان آخرين.

ان فقدان عنصر الشباب يعتبر خسارة لمورد أساسي لضمان قوة الأسرة، هذا أولا. اما ثانيا، فانه قد يعود إلى أهمية الدور الذي يلقى على كأهل الأبناء في استمرار كينونة العائلة وعدم انقراضها، فالإنسان يعطي الحياة للأطفال الذين يعطون بدورهم معنى لهذه الحياة من أجل التأكيد على استمرارية النوعية (Neimeyer, Keese, & Fortner, 2000).

إن مجمل العرض النظري يأتي بنا إلى افتراض مفاده وجود فروق في ردود الفعل النفسية لفاجعة فقدان الأبناء جراء الموت المفاجئ تعزى إلى النوع الاجتماعي للوالدين(أب/أم) فالآباء الذين يفقدون أبناءهم جراء الموت المفاجئ قد يتألمون ويعانون من الفاجعة، ولكن الأمهات اللواتي يموت أولادهن جراء الموت المفاجئ تكون فاجعتهن اشد واقسى، ويطول المهن اكثر، فقرب الأم من أولادها خلال قيامها بدورها كأم، وحرصها على تحقيق هذا الدور خلال الإنجاب، والمحافظة على الأولاد، واحتكاكها بمتروكاته، تجعل شعورها بالخسارة أشد وأقسى من الأب (Rogers, 1995). وهذا ما ينسجم مع توقعات المجتمع من الأم على أنها ضعيفة وحنونه وعاطفية أكثر من الرجل، وهو على خلاف التوقع من الآباء بان يكونوا جديين وعقلانيين وخشنين اكثر من الام (الحيدري، 2003 ;Kenny, 2003). ولقد اشرنا كذلك إلى أن حدة ردود الفعل النفسية لدى الوالدين جراء الموت المفاجئ قد تتأثر بجيل الأبن المتوفي. فيعتبر الجيل من بين المتغيرات المهمة المرتبطة في مجالات مختلفة بحياة الإنسان، وفي عدد من الحالات يعتبر مؤشر خطر سواء تعلق بالإنسان نفسه أو بالآخرين، وهو يرتبط كذلك بدورة حياة الأسرة، والحالات الضاغطة التي تمر بها الأسرة،

فلقد أشارت الأدبيات النظرية إلى وجود علاقة بين جيل الابن المتوفي وبين حدة ردود الفعل لدى الأهل، فموت الأبناء في جيل الشباب والمراهقة قد يكون أكثر حدة (Cook & Oltjenbruns, 1998; Rando, 1986; 1993)، كون الوفاة حدثت في غير وقتها المتوقع عند الأهل خلافا لدورة حياة الأسرة (McGoldrick, Walsh, 2004). ولأن فقدان عنصر الشباب يعتبر خسارة لمورد أساسي يضمن قوة الأسرة والمجتمع واستمرارهما (Neimeyer, Keese & Fortner, 2000). ومجمل هذه الافتراضات تدعنا نطرح سؤال البحث المركزي التالي: هل توجد فروق في حدة ردود الفعل النفسية لدى الوالدين تعزى إلى النوع الاجتماعي للوالدين (أب/أم) والى جيل الابن حين توفى.

الفرضيات

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في حدة ردود الفعل لدى الفاقدين لأبنائهم جرّاء الموت المفاجئ حسب النوع الاجتماعي للوالدين (أب/أم). حدة ردود الفعل عند الأمهات أكثر شدة منها عند الآباء.
2. توجد فروق ذات دلالة احصائية في حدة ردود الفعل لدى الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ حسب جيل أبنائهم حين توفوا. فكلما كان الأبناء المتوفون في جيل المراهقة والشباب، تكون حدة ردود الفعل لدى الأهالي الفاقدين لأبنائهم أكثر من ردود فعل الأهالي الفاقدين للأطفال الصغار.

إجراءات الدراسة

يعتمد البحث الحالي على المنهج الكمي بشقيه الوصفي والاستدلالي، الذي يتناسب مع الموضوع قيد الدراسة.

مجتمع الدراسة:

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

عينة الدراسة:

لقد واجهت الباحثان صعوبة في تحديد المجتمع الأصلي من أهالي الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ لعدم توفر المعلومات الكافية عنهم، ولذلك تم اتباع اسلوب "كرة الثلج" للتعرف على اكبر عدد ممكن من الأهالي الفاقدين لعدم وجود أسماء أبنائهم في قوائم شبه منظمة كالشهداء. وبسبب عدم الحماس لدى الأهالي المشاركة في مثل هذه الأبحاث حيث أشارت الأدبيات النظرية والدراسات

السابقة إلى عدم وجود حماس بل معارضة لدى الفاقدين المشاركة في أبحاث الفقدان على المستوى العالمي والمحلي نظرا لما يثيره هذا الموضوع من حساسيات وحسابات عند الأهل (Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2002). وتبعا لذلك تم استخدام العينة المتاحة. فلقد تم الوصول إلى عينة مكونة من 298 من الآباء والأمهات الذين فقدوا أبنائهم جراء الموت المفاجئ، ووافقوا على المشاركة في البحث موزعة على مناطق: القدس، وبيت لحم، والخليل، ورام الله، و نابلس، وأريحا. ما بين مدن وقرى ومخيمات.

جدول رقم 1: توزيع مجتمع البحث بالأرقام والنسب حسب مكان السكن، عمر الابن حين توفى ونوع الوالدين (N=298):

مكان السكن	العدد	النسبة المئوية
قرية	144	48.3
مدينة	105	34.6
مخيم	51	17.1
عمر الابن حين وفاته		
من 0 – 3 سنوات	59	19.8
من 4- 6 سنوات	17	5.7
من 7- 12 سنة	33	11.1

من 13 – 21 سنة	113	37.9
22 سنة فأكثر	76	25.5
نوع والد الابن المتوفى		
أب	147	49.3
أم	151	50.7

أداة الدراسة

تم استخدام استبانة التي جرى تصميمها وإعدادها بواسطة معدي هذا البحث لهذا الغرض، ولقد تم الاعتماد في بناء الاستبانة على جملة من المصادر العلمية. ولقد شملت الاستبانة على البيانات الشخصية مثل السن، مكان السكن، التحصيل العلمي، الحالة الاجتماعية، الديانة، مدى التدين، عمر الابن حين توفى تاريخ الوفاة، سبب الوفاة، علاقة القرابة مع المتوفي، جنس المتوفي، عدد أفراد الأسرة، ترتيب المتوفي بين أفراد الأسرة. ومن ثم احتوت الاستبانة على فقرات تتعلق بالفقدان وحدة ردود الفعل والتكيف للفقدان مثل "لا زلت اشعر بالفقدان كحادثة صاعقة وصدمة في حياتي" و "وفاة ابني/ابنتي تشعرني بالغضب" و "وفاة ابني/ابنتي جعلتني أعاني من العزلة". ومتغيرات أخرى تتم الإجابة عليها، على سلم لكرت من 1- 5 بحيث أن الخانة (1) تشير إلى أن ما جاء في الجملة هو صحيح دائما، والخانة (2) صحيح غالبا، والخانة (3) صحيح، والخانة (4) غير صحيح غالبا، والخانة (5) غير صحيح بتاتا.

للتعرف على مدى صدق أداة الدراسة في قياس ما وضعت لقياسه تم عرضها على عدد من المحكمين المختصين، وبلغ عدد المحكمين 7 محكمين، وقد جرى حذف وتعديل بعض الفقرات وإعادة صياغة بعضها، وإضافة فقرات أخرى في ضوء أراء المحكمين وتعليقاتهم وملاحظاتهم.

في البداية تم توزيع وتعبئة 20 استبانة بواسطة المشاركين في الدراسة، وتم فحص الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة بواسطة الفا كرونباخ، وتبين أن قيمة الفا كرونباخ عالية بحيث تتيح تمرير الاستمارة على جميع المشاركين في عينة الدراسة، وبعد الانتهاء من تعبئة جميع

الاستبانات، تم فحص الاتساق الداخلي لجميع محاور الاستبانة حيث تبين ان قيمها في محو ردود الفعل النفسية 0.831 = à وقيمتها الكلية بلغت 0.726= à.

مراحل الدراسة

بعد اعداد الاستبانة وتحكيمها والموافقة عليها بصيغتها النهائية، حددت المدن والقرى التي تم فيما بعد تمرير الاستبانة فيها إلى الأهالي الذين فقدوا أبنائهم جراء الموت المفاجئ.

لقد أبدى العديد من الفاقدين من الأهل عدم حماس للمشاركة في البحث، وعدم رغبتهم في التعامل معه ربما خوفا من اثارة مشاعر سابقة لديهم تتعلق بذويهم. ولتجاوز هذه العقبة، فقد تم الوصول إلى الأهالي الذين ابدو استعدادا للمشاركة في البحث من خلال طريقة استطلاع مدى استعدادهم وأيضا بواسطة خبرة الأهالي وعلاقتهم بالأهالي الآخرين المستعدين للمشاركة.

استغرقت عملية تعبئة الاستبانة بين 30-20 دقيقة لكل استبانة على حدة، مع ضرورة ملاحظة ان إطالة الوقت كانت تعود إلى المشاعر التي كانت تطفو ويتم استحضارها عند التعبئة، واضطرار العينة للتوقف عن التعبئة. وفي مقابل تلك العقبات والعثرات التي جرى تجاوزها، لم يبد الأهل أدنى صعوبة في فهم فقرات الاستبانة، أو استعصاء الأسئلة والفقرات على الفهم نظرا لسهولتها ووضوحها. امتدت فترة جمع البيانات على طوال أربعة اشهر.

النتائج

تشير النتائج كما هو مبين في نتائج فرضيات الدراسة كما يلي:

الفرضية الأولى: توجد فروق ذات دلالة احصائية في حدة ردود الفعل لدى الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ حسب النوع الاجتماعي للوالدين (أب/أم). حدة ردود الفعل عند الأمهات اكثر شدة منها عند الآباء.

لقد أشارت نتائج اختبار التباين T-test كما هو مبين على جدول رقم 2.

جدول رقم 2: المتوسطات والانحرافات المعيارية لمستوى حدة ردود الفعل عند الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ حسب النوع الاجتماعي للوالدين(أب/أم) (N=298).

نوع الوالدين	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	t(296)
أب	147	3.38	.810	*3.733
أم	151	3.72	.783	

*p<0.05

إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في حدة ردود فعل الأهالي لفقدان أبنائهم جراء الموت المفاجئ تعزى إلى النوع الاجتماعي للوالدين (t(296)=3.733;p<0.05). متوسطات مستوى حدة ردود الفعل عند الأمهات أعلى من ردود الفعل عند الآباء. مما يدل على ان حدة ردود الفعل لدى الأهالي جراء الموت المفاجئ قد تتعلق بنوع الوالد (أب/أم) وان حدة ردود الفعل عند الأمهات الثاكلات لأبنائهن اشد من حدة ردود الفعل لدى الآباء الثاكلين لأبنائهم. هذه النتائج تبرهن صحة الفرضية الأولى.

الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة احصائية في حدة ردود الفعل لدى الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ حسب جيل أبنائهم حين توفوا. فكلما كان الابناء المتوفون في جيل المراهقة والشباب، تكون حدة ردود الفعل لدى الأهالي الفاقدين لأبنائهم اكثر من حدة ردود فعل الأهالي الفاقدين للأطفال الصغار. لقد اشارت نتائج اختبار التباين احادي الاتجاه (One-way Anova) واختبار (Tukey) لمعرفة مصادر الفروق كما هو مبين على جدول رقم 3.

جدول رقم3: المتوسطات والانحرافات المعيارية لمدى حدة ردود الفعل عند الفاقدين للموت المفاجئ حسب عمر الابن/ة حين توفي (N=298) :

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F(4,293)
0-3	59	3.40	.874	
4-6	17	2.85	1.023	
7-12	33	3.47	.783	5.187*
13-21	113	3.65	.758	
فوق 22	76	3.72	.718	

*P<0.01

إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى حدة ردود الفعل عند الأهل جراء الموت المفاجئ لأبنائهم تعزى إلى جيل الولد حين توفي ($F(3,294)=5.187;p<0.05$). وللمقارنة أشارت نتائج اختبار (Tukey) إلى أن متوسطات حدة ردود الفعل لدى أهالي المتوفين في جيل المراهقة والشباب (13-21، و 22 وما فوق) اكثر شدة من حدة ردود الفعل لدى أهالي الأجيال الصغيرة (4-6، و0-3، و7-12). حيث تبين بان حدة ردود الفعل النفسية عند الأهالي جراء الموت المفاجئ قد تتحدد حسب جيل الولد المتوفى، وان الأهالي الذين يفقدون أبناءهم في جيل المراهقة والشباب تكون حدة ردود فعلهم اشد من ردود الفعل لدى أهالي الأبناء في الأجيال الصغيرة. جاءت هذه النتائج لتبرهن صحة الفرضية الثانية.

النقاش

يمكن اعتبار هذا البحث بحثا طلائعيا واستكشافيا في ميدان دراسة الفقدان في المجتمع الفلسطيني، وارتباط حدة ردود الفعل النفسية لدى الأهل الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ مع النوع الاجتماعي للوالدين وجيل الابناء المتوفين حين وفاتهم. خلصت الدراسة 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 حدة ردود الفعل النفسية لدى الأهالي عند فقدان أولادهم جراء الموت المفاجئ مع النوع الاجتماعي للوالدين أي جنس الأب والأم، وتبين أن ردود فعل

الام اكثر حدة من نظيرتها عند الاب. فالآباء الذين يفقدون أبنائهم جراء الموت المفاجئ قد يتألمون ولكن الأمهات اللواتي يفقدن أولادهن يكون المهن اشد واقسى، وأن الضرر اللاحق بهن أوسع وأعمق فقرب الأم من أولادها خلال قيامها بدورها كأم، وحرصها على تحقيق هذا الدور خلال الإنجاب والمحافظة على الأولاد، واحتكاكها بمتروكاته تجعل شعورها بالخسارة اشد واقسى من الاب(Rogers, 1995)، وينسجم ذلك مع توقعات المجتمع من الام على انها ضعيفة وحنونه وعاطفية اكثر من الرجل، وهو على خلاف التوقع من الآباء بان يكونوا جديين وعقلانيين وخشنين اكثر من الام (الحيدري، 2003). فأن المجتمع يتوقع من الأم أن تعبر عن مشاعرها وما ينطوي عليه ذلك من بكاء وعويل ونحيب وحتى انهيار عصبي والانهيار أمام التحديات التي تتمثل بصعوبة المواجهة(Kenny, 2003) وتبين أيضا بان جيل الابن المتوفي حين وفاته يرتبط مع حدة ردود الفعل النفسية لوالديه، حيث تبين بان حدة ردود الفعل لدى الأهل الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ في جيل المراهقة والشباب اكثر حدة لمن فقدوا أبناءهم في عمر اصغر، فان وفاة الابن في ريعان الشباب مأساة للأسرة بأكملها بحيث يعتبر محزنا للغاية وينتج عنه حزن طويل الأمد (Cook & Oltjenbruns, 1989) لأن فقدان عنصر الشباب يعتبر خسارة لمورد أساسي يضمن قوة الأسرة والمجتمع واستمرارهما (Neimeyer, Keese, & Fortner, 2000) فيما يلي نناقش النتائج حسب مواضيعها.

ارتباط حدة ردود الفعل النفسية لدى الأهالي الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ حسب نوع الوالدين(أب/أم)

لقد أشارت الأدبيات النظرية إلى أن حدة ردود فعل الأمهات ربما تكون اكثر شدة من ردود فعل الآباء لكون المرأة الأم عاطفية أكثر من الرجل (Miller, 2008) ولكون علاقتها مع الأبناء أقرب من الأب الرجل (Rogers, 1995) ولكونها تحقق لها دور الأمومة. وبناء على ذلك كنا قد نصصنا الفرضية الأولى. والتي ادعت بوجود فروق ذات دلالة احصائية في حدة ردود الفعل لدى الفاقدين لأبنائهم في الموت المفاجئ حسب نوع الوالدين (أب/أم).

حدة ردود الفعل عند الأمهات اكثر شدة منها عند الآباء. فأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في حدة ردود فعل الأهالي لفقدان أبنائهم جراء الموت المفاجئ حسب نوع الوالد (أم/أب)، والتي أشارت إلى أن حدة ردود فعل الأمهات اشد من حدة ردود الفعل لدى الآباء. الشيء الذي ربما يدل على ان حدة ردود الفعل عند الوالدين قد تتغير حسب نوع الوالد. فالآباء الذين يفقدون أبنائهم جراء الموت المفاجئ قد يتألمون ولكن الأمهات اللواتي يفقدن أولادهن يكون المهن اشد واقسى. هذه النتائج تعزز ما جاء في الأدبيات النظرية التي أشارت إلى ارتباط حدة ردود الفعل لدى الأهالي بجنس الوالد بكون الوالد أب ام أم أي ذكر أم أنثى، لأن الأعراض الظاهرة لدى المرأة الفاقدة اكثر من الرجل، فأشار ميلر(Miller, 2008) ان الاعراض النفسية، والنفسية الجسدية تظهر عند النساء اكثر من ظهورها لدى الرجال عند فقدان ولد في حالات مروعة. ووجد روجرز (Rogers, 1995) بان النساء تتضرر اكثر من الرجال عند فقدان أعزائها جرّاء الموت المفاجئ، ويدعم ذلك دراسة كل من جاكوبس، كاسل، اوستفيلد، بيركمان وكاربينتر (Jacobs, Kasl, Ostfeld, Berkman, & Charpenter, 1986) حول علاقة مدى الكآبة نتيجة الفقدان، حيث وجدت بأن النساء مثلت المستويات العالية من الكآبة نسبة إلى الرجال.

ربما تنسجم ردود الفعل لدى الرجل والمرأة لفقدان الأعزاء مع توقعات المجتمع من الرجل والمرأة في المواقف المختلفة، توقعات مختلفة ومتباينة من التفاعل مع الصدمة والتعاطي معها. فتوقعات المجتمع من الام تقوم على انها ضعيفة وحنونه وعاطفية اكثر من الرجل، وهو على خلاف التوقع من الآباء بان يكونوا جديين وعقلانيين وخشنين اكثر من الام (الحيدري، 2003). فالمجتمع يتوقع من الام ان تعبر عن مشاعرها وما ينطوي عليه ذلك من بكاء وعويل ونحيب وحتى انهيار عصبي والانهيار امام التحديات التي تتمثل بصعوبة المواجهة. بيد ان توقعات المجتمع من الرجل تتمثل في ان يبقى متماسكا وقويا وصلبا امام الفقدان دون ان يعبر عن مشاعر الفقدان لديه بالبكاء والعويل مثل الام. وهذا ما يشير اليه الباحثان كني (Kenny, 2003) ورفائيل (Raphal, 1984) بان المجتمع يتقبل المرأة التي تستجيب بصورة حادة للفقدان والتي تنهار نفسيا وتتوقف عن الأداء، كما يتوقع من

الأب أن يسيطر على نفسه وأن يتصرف برباطة جأش، وأن لا يعبر عن حزنه بطريقة حرة حيث ترى الثقافة العربية دموع الرجال شئيا مشينا وغير متوافق مع صفات الرجولة. وزبدة القول بان القيم الاجتماعية المرتبطة بالذكورة تحتم على الرجل التكيف السريع وعدم التعبير عن مشاعره بصورة صريحة وواضحة (Martikainen, & Murphy, 2009 ;Valkonen, 1996; Miller, 2008).

ويمكن الاعتقاد كذلك بانه كون الأم ربة بيت واستدعاء وجودها بشكل دائم في البيت والاحتكاك بالأشياء التي تتعلق بالفقيد اكثر من الرجل، مثل غرفته، ملابسه، سريره، خزانة ملابسه، وكل الموجودات التي تذكرها به، خلافا للأب الذي يخرج للعمل كل يوم ويرى الزملاء والأصدقاء ويكون اقل احتكاكا والتصاقا بها. تجعل الام اكثر تعرضا لها وتفاعلا معها، فالتعبير عن الفقدان يكون اكثر صراحة وجهورية من الاب غالبا. ولقد أشار كل من مور (Moor, 2007) واوستيرفايس، سلمون وغرين (Osterweis, Solomon, & Green, 1984) أنه رغم أن مراحل الفقدان مليئة باستكمال مهام معينه أو البداية بها من جديد، فإن الأعراض المرافقة لفترة الفقدان لا تختفي، فالاستجابات وردود الفعل للفقدان والاسى قد تظهر عند ذكر اسم الفقيد وعند الاحتكاك بمعداته المتروكة (Anniversary Reaction). كما يمكن الاعتقاد بان ربط الإنجاب لدى الأم بتحقيق دور الأمومة، يشعرها بفقدان هذا الدور عند وفاة أبنائها ولذلك يكون شعورها بالخسارة والألم اكثر. فالأم العربية تقدس هذا الدور لما له من مكانة اجتماعية عالية في المجتمع العربي (الحيدري، 2003، الخربوطلي، 1959)، وهو الذي قد يكسب الأم منافع عاطفية ومكانه اجتماعية أكبر من نظيراتها غير المنجبات، علاوة أن كل ولادة جديدة تعزز هذه المكانة. وعلى العكس تماما من ذلك فان كل وفاة لاحد أبناءها قد يقلل من هذه المنافع.

ارتباط حدة ردود الفعل لدى الأهل جراء الموت المفاجئ بجيل الابن حين وفاته

يعتبر الجيل من بين المتغيرات المهمة المرتبطة في مجالات مختلفة بحياة الإنسان، وفي عدد من الحالات يعتبر مؤشر خطر سواء تعلق بالإنسان نفسه أو بالآخرين، وهو يرتبط

كذلك بدورة حياة الأسرة، والحالات الضاغطة التي تمر بها الأسرة، فلقد أشارت الأدبيات النظرية إلى وجود علاقة بين جيل الابن المتوفي وبين حدة ردود الأهل، فموت الأبناء في جيل الشباب والمراهقة قد يكون اكثر حدة (Cook & Oltjenbruns, 1989; Rando, 1986) كون الوفاة حدثت في غير وقتها المتوقع عند الأهل خلافا لدورة حياة الأسرة (McGoldrick, Walsh, 2004). وبناء على ذلك قمنا بنص الفرضية الثانية. والتي ادعت بوجود فروق ذات دلالة احصائية في حدة ردود الفعل لدى الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ حسب جيل أبنائهم حين توفوا. فكلما كان الابناء المتوفون في جيل المراهقة والشباب، تكون حدة ردود الفعل لدى الأهالي الفاقدين لأبنائهم اشد من ردود فعل الأهالي الفاقدين للأطفال الصغار. فأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في حدة ردود الفعل عند الأهل جراء الموت المفاجئ لأبنائهم تعزى إلى جيل الولد حين يتوفى. والتي أشارت إلى أن حدة ردود فعل الأهالي الفاقدين لأبنائهم في جيل المراهقة والشباب اكثر من حدة ردود فعل الأهالي الفاقدين للأطفال الصغار. مما يدل على ان حدة ردود الفعل النفسية عند الأهالي جراء الموت المفاجئ قد ترتبط أيضا بجيل الولد المتوفي، فالأهالي الذين يفقدون أبناءهم جراء الموت المفاجئ يتألمون، ويحزنون ويصيبهم الضيق والاسى مهما كان جيل أبنائهم، لكن الأهالي الذين يتوفى أولادهم جراء الموت المفاجئ في جيل المراهقة والشباب قد تكون حدة ردود فعلهم والمهم ومعاناتهم اشد واقسى من حدة ردود الفعل لدى الأهالي الذين يفقدون أبناءهم في الاجيال الصغيرة. هذه النتائج تعزز ما جاء في الأدبيات النظرية التي أشارت إلى أن فقدان الأهالي لأبنائهم في جيل المراهقة والنضوج تتبعه استجابات نفسية وصحية واجتماعية حادة من الحزن والاسى. فان وفاة الابن الشاب أو الكبير هو مأساة للأسرة بأكملها بحيث يعتبر محزنا للغاية وينتج عنه حزن طويل الأمد (Cook & Oltjenbruns, 1989; Rando, 1986)، فأشار الباحثين اوسترفايس، سلومون وغرين (Osterweis, Solomon, & Green, 1984)بانه وعلى الرغم من أن استجابات جميع أنواع الفقدان متشابهة، إلا أن انعكاسات موت الولد قد تختلف عن أنواع الوفيات الأخرى، ويرجح أن يعود هذا الأمر والاختلاف إلى سن الولد وظروف وفاته، لان الاستجابات لموت رضيع لا

يتجاوز عمره الأيام المعدودة تختلف غالبا عن الاستجابات في حالة وفاة شاب. ويدعم ذلك ما أشارت إليه دراسات راندو (Rando, 1986); وروسكين (Roskin, 1984); وورتمان وسيلفير (Wortman & Silver).

1987 ,) إلى أن استجابات الأهل طويلة الأمد في فقدان الشباب تتميز بأنماط تختلف عن الاستجابات نحو فقدان آخرين بأنها أشد وأقسى. وهذا ما ينسجم مع القيمة التي يوليها الأهل والمجتمع لجيل الشباب على أنه عماد المجتمع وعماد الأسرة في مواجهة التحديات، وفقدان عنصر الشباب يعتبر خسارة لمورد أساسي لضمان قوة الأسرة والمجتمع، واستمرار كينونة العائلة وعدم انقراضها، فالإنسان يعطي الحياة للأطفال الذين يعطون بدورهم معنى لهذه الحياة من أجل التأكيد على استمرارية النوعية (Neimeyer, Keese & Fortner, 2000).

واستطرادا يمكن القول أيضا، بأن جزءا مهما من الطاقة البشرية للأهل تنتهي عندما يموت ابن لأي أسرة، حيث يكون الفقدان مزدوجا. وقد ينعكس هذا سلبا على الجميع: الفرد والأهل والمجتمع (Rubin, 1993). فضلا عن ان المجهود الكبير الذي قدمته الأسرة في تربية الأبناء حتى نضجوا فيباغتهم الموت ليحصد أحدهم وليسلبهم من الأسرة في الوقت الذي يتوقع منهم ان يظهروا نتاج مجهودهم وقطف ما زرعوه مع أهمية التنويه بأن فقدان الشباب في الأسرة قد يفقدها التوازن. (الصديقي، وعبد الخالق، 2004 Stroebee, Hansson, Stroebe & Schut, 2002;).

محددات الدراسة:

1. لم يتم تمثيل جميع الأهالي الفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ بسبب عدم توفر المعلومات عنهم، فلم يتم تمثيل كافة الأهالي المعروفين كفاقدين لأبنائهم جراء الموت المفاجئ بسبب عدم موافقة بعضهم على المشاركة في البحث. ولذلك تم اتباع اسلوب "كرة الثلج" للتعرف على اكبر عدد ممكن من الأهالي الفاقدين لعدم وجود أسماء أبنائهم في قوائم شبه منظمة كالشهداء. وتبعا لذلك تم استخدام العينة المتاحة. لذلك فان التوصية الأهم في هذا المجال تتعلق ببذل مجهود أكبر للوصول إلى عدد أكبر من المشاركين الممثلين للعينة في الأبحاث المستقبلية.
2. لقد اقتصر البحث على أهالي الفاقدين من الضفة الغربية والقدس دون إشراك الفلسطينيين في غزة والداخل وفي الشتات. لذلك نوصي أن تشمل الأبحاث القادمة جميع شرائح المجتمع الفلسطيني في شتى أماكن تواجده.
3. لم يأخذ البحث بالحسبان المتغيرات الديموغرافية مثل الوضع الاقتصادي للأسرة، المكانة الاجتماعية، وكذلك العلاقة السابقة مع الفقيد، والعادات والتقاليد، ربما تكون لها علاقة مع متغيرات الدراسة. لذلك نوصي أن تأخذها الأبحاث القادمة بالحسبان.

التوصيات

1. ضرورة القيام بإجراء أبحاث مستقبلية تهتم بالأهالي الفاقدين خصوصا في مجتمع مثل المجتمع الفلسطيني الذي يفرض عليه الاحتلال وظروف الحياة الأخرى مواجهة الفقدان بشكل كبير.
2. إجراء دراسات مشابهة تتناول متغيرات أخرى لم تتناولها الدراسة الحالية مثل أقارب وإخوة وأصدقاء الفقيد ومقارنة نتائجها بنتائج الدراسة الحالية.
3. 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.

ببليوغرافيا

المراجع العربية

ابن منظور، جمال الدين. (1993). **لسان العرب**. بيروت: دار الكتب العلمية.

أبو بكر، خولة، كيفوركيان، نادرة، عويضة، ساما، ضبيط، غلياس. (2004). **النساء والنزاع المسلح والفقدان "الصحة النفسية للنساء الفلسطينيات في المناطق المحتلة"**. مركز الدراسات النسوية.

اسبنيولي، هالة؛ وعويضة، ساما. (2007). **النساء والنزاع المسلح والفقدان "تجربة النساء الفاقدات في الدعم النفسي المتبادل"**. مركز الدراسات النسوية.

بيكمان، بايولا. (2003). **استراتيجيات العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**. (ترجمة السرطاوي، عبد العزيز وخشان أيمن). دبي: دار القلم.

الحيدري، إبراهيم. (2003). **النظام الأبوي وإشكالية الجنس عند العرب**. بيروت: دار الساقي.

الصديقي، سلوى، وعبد الخالق، جلال الدين. (2004). **نظريات علمية واتجاهات معاصرة في طريقة العمل مع الحالات الفردية**. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الخالق، وأحمد محمد. (1987). **قلق الموت**. الكويت: عالم المعرفة.

علي، إسماعيل علي. (1995). **العلاج القصير في خدمة الفرد والتدخل في مواقف الأزمات**: دار المعرفة الجامعية.

References

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*(4) 413-419.

Barr, P. (2004). Guilt- and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. Psychology and Psychotherapy: *Theory, Research and Practice, 77,* 493-510.

Blat, S. J. (1994). *Therapeutic*. New York: Plenum Press.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*: Vol. 3. Loss: sadness, and depression. New York: Basic Books.

Calderwood, K.A. (2011). Adapting the transtheoretical model of change to the bereavement process. Social Work. *56*(2) 107-118.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, Basic Book.

Cook, A.S., & Oltjenbruns, K. (1989). *Dying and grieving: Lifespan and family perspectives*.New-York: Holt, Rinehart and Winston.

Doostgharin, T.(2009). Children affected by earthquakes and their immediate emotional needs. *International Social Work 52 (1)* 96-106

Eberwein, K. E. (2006). A mental health clinician's guide to death notification. *International Journal of Emergency Mental Health, 8,* 117-126.

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).

Freud, S. (1957). *Mourning and melancholia, Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press. (Original work published 1917)

Jacobs, S, Kasl, S. V, Ostfeld, A. M., Berkman, L., & Charpentier, P. (1986). The measurement of grief: Age and sex variation. *British of Medical Psychology, 59,* 305- 310.

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.

Kenney, J. S. (2003). Gender roles and grief cycles: Observations on models of grief and coping in homicide cases. *International Review of Victimology, 10,* 19–47.

Kohner, N., & Henley, A. (2001). *When a baby dies: The experience of late miscarriage, stillbirth and neonatal death.* London: Routledge.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of acute grief. *American Journal of Psychiatry, 101,* 141-149.

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.

Martikainen, P., & Valkonen, T. (1996). Mortality after death of a spouse in relation to duration of bereavement in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health, 50,* 264- 268.

Mc Goldric K. M. & Walash. F. (2004). *A time to Mourn: Death and the family life cycle*. (2004). In F. Walsh. & M. McGoldrick (Ed.). Living beyond loss: death in the family (chap 2. pp: 27-45). New York: W. W. Norton & Company.

Mc Mahon, Gladena (2000). *Coping with life's traumas*, London: Published by New leaf.

Miller, L. (2006). *Practical police psychology: Stress management and crisis intervention for law enforcement*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Miller, L. (2008). *Counseling crime victims: Practical strategies for mental health professionals*. New York: Springer.

Moore, A. R. (2007). Older poor parents who lost an adult child to aids in Togo, West Africa: A qualitative study. *Omega, 56*(3), 289-302.

Murphy, Shirley, Braun, Tom , Tillery, Linda , Cain, Kevin, Johnson, Clark , Beaton, Randal .(2009). PTSD among bereaved parents following the

violent deaths of their 12- to 28-year-old children: A longitudinal prospective analysis. *Journal of Traumatic Stress, 12* (2), 273-291.

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.

Neimeyer, R. A., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist, 46*, 235-251.

Osterweis, M., Solomon, F. and Green, M. (Eds). (1984). *Bereavement reactions, Consequences, and Care*. Washington: National Academy Press.

Paris, J. (2000). Predispositions, personality traits, and posttraumatic stress disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 8,* 175-183.

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.

Parkes, C.M. and Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.

Price, T.J, Back, Ann (2005). *Grief dreams*, San Francisco: Published by Jossy-BASS.

Raphael, B. & Maddison, D. C. (1976). *The care of bereaved adults*. In O. W. Hill (Ed), Modern trends in psychosomatic medicine. London: Butterworth.

Raphael, B. (1984). *The Anatomy of bereavement*. London: Hutchinson.

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.

Rogers, R. G. (1995). *Marriage, sex, and mortality. Journal of Marriage and the Family, 57,* 515- 526.

Roskin, M. (1984). Emotional reactions among bereaving Israeli parents. Israel *Journal of Psychiatry and Related Sciences, 21,* 73-84.

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.

Sanders, C. M. (1980). A comparison of adult bereavement in the death of aspouse, child, and parent. *Omega, 10,* 303-320.

Sanders, C.M. (1983). Effects of sudden vs. chronic illness death on bereavement outcome. *Omega, 13*(3), 227-241

Sanders, C. (1989). *Grief: The morning after*. New York: John Wiley & Sons.

Silverman, P.R. (1982). Transitions and models intervention. *Annals of the Academy of political social science, 464,* 174-187.

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.

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*, (4th edition). Washington: American Psychiatric Association.

Stroebe, Margaret, Hansson, Robert (2002). *Handbook of bereavement research.* Washington: American Psychological Association.

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). *The dual process model of coping with bereavement*: Rational and description. Death studies, 23, 197-224.

Watkin, C. E. (1992). Psychotherapy supervision and the separation-indivuation process: Autonomy versus dependency issues. *The Clinical Supervisor, 10*(1), 111- 121.

Wortman, C.B., & Silver, R. C. (1987). Coping with irrevocable loss. In G. R. Vandenbos & B. K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, crises and catastrophes: Psychology in action* (pp. 189- 235). Washington, DC: American Psychological Association.

Williamson, S. A., Knight, R. A, Lightman, S, & Hobbs. (1987). Differential effects of bendorphin fragments on human natural killing. *Brain Behavior and Immunity, 1,* 329-335.

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.

The connection between bereaved families' severity of their reaction to the loss of an offspring in the West Bank and Jerusalem due to sudden death according to the gender and the age of the deceased

This study aimed to acknowledge the level of connection and the severity of the psychological reaction among the bereaved parents who lost an offspring due to sudden death according to gender and the age of the deceased at the time of death. A cumulative approach was used in its both sections: the explanatory and leading methods were utilized for this kind of studies. A sample of 298 participants was accumulated, made of fathers and mothers who lost an offspring due to sudden death and agreed to participate in this study. The sample was divided according to region. Jerusalem, Bethlehem, Hebron, Ramallah, Nablus, and Jericho, in addition to villages and refugee camps in the West Bank and Jerusalem. A questionnaire was designed especially for this study. The results indicated that there was a significant difference in the psychological reaction among the bereaved parents who lost an offspring due to sudden death according to gender of the parent where it's more severe among the mothers than the fathers. As to the age of the deceased at the time of death, it is more sever among the parents who lost an offspring at the age of youth or adulthood.

.