جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم–

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي والصحة العقلية

أثر الصلابة النفسية على قلق الموت لدى المصابات بالسرطان

دراسة عيادية لأربع حالات من ولاية مستغانم

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالبة: **بن خليفة مريم**

أمـــام لجنـــــــــة المنـاقشـــــــة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
بن جديـة محمد	أستاذ التعليم العالي	رئيسا
عثمان عزالدين	أستاذ مساعد (أ)	مشرفا ومقررا
عبوين سميـــة	أستاذة مساعدة (أ)	مناقشا

السنة الجامعية 2017-2018

تاريـــخ الإيـداع: .....

نوقشـت يـــوم 2018/06/24

إمضـــاء المشرف بعد
الاطلاع على التصحيحات

قـابلـة للإيـــــداع بالمكتبـــة

الإهداء

إلى من غرس فينا الحب و العطاء، إلى من علماني معنى الوفاء إلى أبي العزيز وإلى أمي العزيزة باركالله في عمرهما وألبسهما لباس الصحة و العافية.

إلى كل أفراد عائلتي أختاي الحبيبتين وسام و أنيسة ، إلى إخوتي لأعزاء عبد الغفور وعبد الرحيم وحاج أحمد و زوجته نبيلة ،إلى عصافير الجنة ريّان و الوليد.

وإلى كل من تجمعني بهم صلة الرحم والقرابة.

إلى من وجودهم يسعدني، إلى أخوات لم تلدهم أمي بل جمعتني بهم مواقف الحياة إلى أعز أصدقائي راضية ، يمينة، زهرة ،آمنة، صارة و فاطمة.

إلى كل زملائي طلبة الماستر(2) علم النفس العيادي والصحة العقلية.

إلى كل من يحبهم قلبي و يغفل عن ذكرهم قلمي أهدي لكم ثمرة جهدي.

و في لأخير أهدي عملي هذا إلى كل مصابة بالسرطان، إلى كل من تعاني في صمت ألم المرض والعلاج. أسأل الله الكريم الشفاء لكُن جميعا.

مريم

شكر و تقدير

رب أوزعني أن أشكر نعمك علي، الحمدلله الذي وفقني لنور العلم وأعانني على إتمام هذا العمل.

أتوجه بأسمى آيات الشكر و التقدير إلى أستاذي الفاضل، الدكتور " **عثمان عز الدين** " الذي تكرم علي بقبول إشراف هذه المذكرة، ولم يبخل علي بنصحه وتوجيهه.

كما لا أنسى تقديم الشكر لجميع أساتذة كلية العلوم لاجتماعية وكل أساتذة قسم علم النفس خاصة أساتذة علم النفس العيادي ، لأستاذ "**ميموني مصطفى** " ، لأستاذ "**بن أحمد قويدر**" لأستاذ "**فواطمية محمد**" ، لأستاذة "**مسعود ليلى**" ، لأستاذة "**زريوح آسيا** " ،لأستاذة "**بوريشة جميلة** " ، لأستاذة "**حمزاوي زهية**" ، خاصة لأستاذة "**عبوين سمية**" على قبولها مناقشة مذكرتي.

وأخص بالذكر لأستاذ الكريم، " **بن جدية محمد** " على مساعدته لي في مشوار دراستي في الماستر ودعمه وتوجيهه لي ، وكذلك قبوله مناقشة مذكرتي . باركالله لكم جزيل عطاءكم.

كما أتقدم بالشكر لجميع عمال وعالات الجامعة و المكتبة خاصة العيد و أمينة على حسن صبرهم ومساعدتهم لنا.

كما لا أنسى أن أشكر لأخصائيتين النفسانيتين " ليليا" و "مشرية ".

وفي لأخير، أشكر كل من ساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذا البحث العلمي، إلى كل من لم تسعهم مذكرتي وغفل عن ذكرهم قلمي و لم ينساهم قلبي.

شكرا جـ زيلا

بن خليفة مريم

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن أثر الصلابة النفسية في التخفيف من قلق الموت لدى المريضات المصابات بسرطان الثدي و عنق الرحم. ومن أجل التحقق من صحة فرضيات الدراسة استخدمت الباحثة المنهج العيادي المتمثل في دراسة الحالة بالاعتماد على كل من الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية و كذا مقياس الصلابة النفسية و مقياس قلق الموت .

حيث طبقت الدراسة بولاية مستغانم ، على عينة تكونت من أربعة حلات ؛ حالتين مصابتين بسرطان الثدي وحالتين مصابتين بسرطان عنق الرحم يتراوح سنهن بين (26 و 51 سنة) ولقد توصلنا للنتائج التالية :

- تتمتع الـ حلات المصابات بسرطان الثدي و عنق الرحم بصلابة نفسية.
- ارتفاع نسبة قلق الموت عند الحلات المصابات بسرطان الثدي وعنق الرحم.
- تؤ ثر الصلابة النفسية في تخفيف قلق الموت عند الحلات المصابات بكل من سرطان الثدي وعنق الرحم.

الكلمات المفتاحية : الصلابة النفسية ، قلق الموت ، سرطان الثدي ، سرطان عنق الرحم.

Résumé

Cette étude vise à détecter l'effet de la résilience psychologique pour soulager l'angoisse de la mort chez les patientes atteintes d'un cancer du sein et du col utérin. Afin de valider les hypothèses utilisées, nous avons adopté la méthode clinique en examinant plusieurs cas d'atteinte par la maladie. Pour cela, nous avons choisi les méthodes directes d'observation et d'entretien cliniques rapportées aux échelles de résilience psychologique et d'angoisse liée à la mort.

L'étude est réalisée dans le territoire de la wilaya de Mostaganem et concerne quatre cas : deux atteints d'un cancer du sein et deux autres d'un cancer du col de l'utérus avec une tranche d'âge variant de 26 à 51 ans.

Les premiers résultats de cette étude montrent que :

- Il y'a un niveau de résilience pour ces femmes

- un haut degrée d'angoisse de la mort comme un symptôme majeur

- La résilience psychologique a un impact sur la réduction de cette angoisse .

Les mots clefs : La résilience psychologique , L'angoisse de la mort , Cancer du sein, Cancer du col de l'utérus

Abstract

The current study aims to detect the impact of Hardiness Psychology on reducing Death Anxiety in patients with Breast cancer and cervix cancer; in order to validate the hypotheses of this study, we has used the clinical approach of studying case, based on both clinical observation and clinical interview; as well as; the measure of the Hardiness psychology and the death anxiety.

This study has been applied in Mostaganem on four women, two of them suffer from the beast cancer and the others have a cervix one, with ages ranging from 26 and 51.

The first results are follow:

*There is a level of hardiness psychology for these women

*A high degree of Death anxiety as a major symptom.

*Hardiness psychology has an impact on reducing this anxiety.

Key words: Hardiness Psychology, Death Anxiety, Breast cancer, Cervix cancer (cervical cancer).

قائمة محتويات الدراسة

الإهداء	أ
كلمة شكر وتقدير.....	ب
ملخص الدراسة	ت
ملخص الدراسة باللغة الأجنبية.....	ث
محتويات الدراسة	ج
قائمة الجداول.....	ذ
قائمة الأشكال.....	ر
قائمة الرموز.....	ز
المقدمة	01
الفصل الأول : المدخل العام للدراسة	
1. إشكالية الدراسة.....	06
2. فرضيات الدراسة	08
3. دوافع اختيار الموضوع.....	09
4. أهمية اختيار الموضوع	10
5. أهداف اختيار الموضوع	10
6. صعوبات البحث.....	10
7. ..المفاهيم الإجرائية..... ..	10

الفصل الثاني : الصلابة النفسية	
تمهيد	13
1. نبذة تاريخية	14
2. تعريف الصلابة النفسية	15
3. نشأة مصطلح الصلابة النفسية في ضوء نظريات علم النفس.....	17
4. أبعاد الصلابة النفسية.....	21
5. أهمية الصلابة النفسية	25
6. مميزات ذوي الصلابة النفسية المرتفعة..... ..	26
7. خصائص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة.....	28
8. محددات الصلابة النفسية.....	29
خلاصة	31
الفصل الثالث : قلق الموت	
تمهيد.....	33
1. تعريف القلق	33
2. القلق عند مدارس علم النفس.....	35
3. تصنيف القلق.....	38
4. الأشكال العيادية للقلق	41
5. موضوعات القلق..... ...	44
6. سيكولوجيا الموت	46
7. قلق الموت.....	47
1.7 تعريف قلق الموت	47
2.7 أسباب قلق الموت.....	49
3.7 أنواع قلق الموت.....	50

4.7 أعراض قلق الموت.....	51
5.7 النظريات المفسرة له.....	52
6.7 علاج قلق الموت	53
خلاصة.....	56
الفصل الرابع : مرض السرطان	
تمهيد..... ...	58
1.نبذة تاريخية عن السرطان.....	58
2. تعريف علم الأورام	59
3.تعريف مرض السرطان	59
4. تركيبة الورم وخصائصه..... ..	60
5. تصنيف الأورام وتسميتها.....	62
6. العوامل المؤدية للإصابة.....	67
7. أنواع السرطان	72
8. علم النفس الأورام	80
خلاصة	84
الفصل الخامس: منهجية البحث	
تمهيد	86

1. الدراسة الاستطلاعية.....	86
1.1 أهدافها	86
2.1 إجراءاتها	86
3.1 أدوات الدراسة.....	87
4.1 الصعوبات..... .	93
2. الدراسة الأساسية..... ...	93
2.1 منهج الدراسة.....	93
2.2 حدود الدراسة.....	94
3.2 عينة الدراسة.....	94
4.2 الإجراءات.....	94
5.2 الصعوبات..... .	95
خلاصة	96
الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج	
تمهيد.....	98
1. عرض الحالات.....	98
1.1 عرض الحالة الأولى	98
2.1 عرض الحالة الثانية.....	105
3.1 عرض الحالة الثالثة	111
4.1 عرض الحالة الرابعة	117

2. التحليل العام لنتائج المقابلات.....	123
3.مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات..... . .	125
1.3 عرض نتائج المقاييس للحالات الأربعة..... .	125
2.3 مناقشة الفرضية العامة.....	127
3.3 مناقشة الفرضية الفرعية.....	128
– مناقشة الفرضية الفرعية الأولى.....	128
– مناقشة الفرضية الفرعية الثانية	128
– مناقشة الفرضية الفرعية الثالثة	129
– مناقشة الفرضية الفرعية الرابعة.....	129
خلاصة	130
الخاتمة	131
التوصيات.....	132
قائمة المراجع.....	133
قائمة الملاحق.....	140

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	تصنيف القلق حسب Mini –DSM IV	40
02	المظاهر الجسدية للقلق	41
03	الفرق بين الأورام الحميدة و الخبيثة	63
04	لأنواع الرئيسية للسرطان	65
05	المراحل لأربعة لتطور السرطان	66
06	توزيع البنود على لأبعاد اللاثة لمقياس الصلابة النفسية لسرطان	89
07	مفتاح تصحيح لأبعاد اللاثة الفرعية للصلابة النفسية	90
08	سير حصص المقلبلات مع الحالة لأولى	99
09	سير حصص المقلبلات مع الحالة الثانية	106
10	سير حصص المقلبلات مع الحالة الثالثة	112
11	سير حصص المقلبلات مع الحالة الرابعة	118
12	توزيع قلق الموت للحلات لأربعة	125
13	توزيع الصلابة النفسية للحلات لأربعة	126

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	هرم ماسلو للحاجيات	21
02	شكل توضيحي للخلية العادية والخلية السرطانية	64
03	مراحل تطور الخلية السرطانية	67

قائمة الرموز

الرموز	الدلالة العلمية
ADN	"حمض نووي صبغي" مكون مهم للخلية والحامل للمعلومة الوراثية
Anti – onco	مورثات كابحة تعمل على تثبيط عمل Proto–onco عند إنتاج عدد معين من الخلايا.
Cancer	مصطلح طبي يشمل كل أنواع أمراض الجسم المتعلقة بسرعة تكاثر و انتشار الخلايا المصابة
VHB	إلتهاب الكبدB (Hépatite B) مرض معد يصيب الجسم
VIH	فيروس نقص المناعة البشري الذي يعتبر السبب الرئيسي للإصابة بالآيدز أو السيدا.
VPH	فيروس الورم الحليمي البشري الذي ينتقل عن طريق العلاقات الجنسية .
IRM	التصوير بالرنين المغناطيسي وسيلة مهمة من وسائل التصوير الطبي للتشخيص الدقيق للمرض.
Proto–onco	مورث خلوي جيني يسمح بإنتاج البروتين من أجل عملية التكاثر الخلوي.

المقدّمة

تختلف إدراكات و تفسيرات لأفراد نحو الصعوبات و المشاكل التي يواجهونها باختلاف اتجاهاتهم في الحياة. فيراها البعض عقبة تحول دون العيش المتزن فيتخذون حيالها سلوكات لاتكيفية ،تنتهي في أغلب الأحيان بالسقوط في المرض. بينما يرى البعض لآخر بأن أساس النمو في الحياة هو لانخراط في الصراع كنوع من التحدي عن طريق تبني طرق تكيفية تساعدهم ليس فقط على مواجهة الموقف الضاغط بل تتجاوزه إلى مواصلة التطور و لاستمرار في الحياة بطريقة إيجابية.

ولقد اهتمت الدراسات الحديثة في علم النفس العيادي و علم النفس لإيجابي بدراسة مواطن القوة و كيفية محافظة لإنسان على صحته النفسية والجسمية في عصر أصبحت الضغوطات هي المظهر الأساسي الذي يُعبر عن معاناة الجسد و الروح باعتبارهما وحدة لا تتجزأ عن بعضها البعض.

من هذا المنطلق، كانت "الصلابة النفسية" متغيرا إيجابيا للمواجهة و معيارا أساسيا للوصول للتوافق النفسي و لاجتماعي المفضي إلى استبعاد المرض، حيث تعرف لأمراض بمختلف أنواعها على المستوى السيكوسوماتي بأنها معاناة نفسية نتجت عن خلل في المبنى النفسي واستقرت رمزيا على الجسد المصاب. كما يعتبر السرطان من أبرز لأمراض التي تهدد كيان لأفراد ضمن النسق الصحي العالمي، فهو اخلال يمس التركيبة الجينية للخلايا التي

تنمو بشكل مفرط وتنتشر في كل جزء من أجزاء الجسم متسببة في ظهور اضطرابات جسدية و نفسية عديدة من أهمها حالة قلق الموت.كما تقترن التصورات الغالبة نحو هذا المرض بالموت المحتم في المخيال الذاتي للفرد المصاب أو المخيال لاجتماعي لأفراد المحيطين به.

يترك السرطان، باعتباره خيانة قام بها الجسد، جرحا نرجسيا على نفسية الفرد وخاصة لدى المرأة التي تعتبر لأنوثة و الجمال مصدرا مهما لهويتها. فبين الرفض التام للواقع المعاش ومحاولة التأقلم والتفكير في المصير المجهول، يقع المريض في صراع نفسي حاد يتسبب في التدهور السريع لوضعه الصحي، أو قد تتدخل عوامل أخرى تكون بمثابة حاجز وقائي يحافظ على الجسد و يساعده على مقاومة المرض والتي غالبا ما تكون متأصلة في ذات الفرد كالتزامه وتحكمه في المواقف وتحديه للمرض، أو تنبع كسند عائلي أو اجتماعي.

انطلاقا مما ذُكر، استلهمنا موضوع دراستنا و الموسوم:" بأثر الصلابة النفسية على قلق الموت عند المصابات بالسرطان". لإجابة عن هذا التساؤل؛ اعتمدنا على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة. وكبحث علمي قائم على أسس منهجية وموضوعية، تنقسم دراستنا إلى جانبين أساسيين نظري و تطبيقي. يشتمل الجانب النظري على ثلاثة فصول حيث خصص الفصل لأول لدراسة متغير الصلابة النفسية بطرح شامل يبدأ بنبذة تاريخية عن المصطلح، ثم تقديم التعاريف المقترنة بالمفهوم، و الخصائص والمحددات وأهم النظريات المفسرة له. و حظي الفصل الثاني بدراسة القلق بشكل عام، ثم التعريج إلى متغير قلق

الموت بذكر أهم تعريفاته، أسبابه، و التفسيرات النفسية له و كيفية علاجه.كما ارتكز الفصل الثالث على مرض السرطان كمتغير مستقل للدراسة فتضمن ألا الطرح الطبي لأنواع السرطان و خاصة سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم؛ فشمل تعريفه، و أنواعه وأسبابه، ثم كيفية تشخيصه.و تناول شطره الثاني المجال النفسي في علم النفس لأورام بالإضافة إلى العلاج و التكفل النفسي بالمريض.

يحتوي الجانب التطبيقي باعتباره الوسيلة المدعمة للجانب النظري على فصلين أساسيين.

تمحور الفصل الخامس في منهجية البحث انطلاقا من الدراسة لاستطلاعية إلى الدراسة لأساسية، و لإجراءات المتبعة من أداة المقابلة و مقياسي الصلابة النفسية و قلق الموت.

أما الفصل السادس فقد احتوى على عرض و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات المطروحة و انطلاقا من الدراسة النفسية للحلات لأربعة والتي انقسمت إلى عرض للحالة، و تحليل المقلبلات و عرض نتائج المقاييس المطبقة مع التحليل العام للمقلبلات، ثم التحقق من الف رضيات. و اكتملت دراستنا بالخاتمة وجملة من لاقتراحات وقائمة المراجع والملاحق.

إشكالية الدراسة

شهد العصر الحالي انتشارا مروعا لأمراض المزمنة بنسب مختلفة بين الجنسين وبين مختلف لأعمار حيث تثير تعقيدات تمس حياة الفرد و حياة المحيطين به. يعتبر مرض السرطان حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة (OMS,2015) من أكثر هذه لأمراض المزمنة التي تتسبب في وفاة 8.8 مليون شخص عبر العالم. يصنف سرطان الرئة في مقدمة هذه لإصابات بمعدل (1.69) مليون إصابة، يليه سرطان الكبد بحوالي (788000) حالة، ثم سرطان المستقيم بحوالي (754000) حالة، فسرطان الثدي بقرابة (571000) حالة عالميا.

يعرف إيوينج (Ewing) السرطان بأنه نماء ذاتي نسبي للنسيج (**أحمد هناء شويخ، 2007 :** 31).فهو نمو شاذ وغير طبيعي للخلايا التي تنتشر بدورها بطريقة سريعة عبر كل أعضاء الجسم عن طريق الجهاز اللمفاوي و الدموي تؤدي في أغلب الأحيان إلى الموت المحتم. ترجع لإصابة بالسرطان إلى العديد من العوامل منها ما يتعلق بالوراثة ، والبعض لآخر ينحصر في العوامل السلوكية مثل إتباع عادات غذائية خاطئة أو السلوكات الجنسية المنحرفة بلإضافة إلى العوامل البيئية التي تشمل الخطر لإشعاعي بأنواعه والتلوث. كما أثبتت الدراسات الدور الفعال للعوامل النفسية ولاجتماعية كنمط الشخصية و الضغوطات المختلفة التي تزيد من احتمالية لإصابة به وانتشاره. (**شيلي تايلور، 2008 : 817**).

تنتشر أنواع من السرطان بكثرة عند الرجال مثل سرطانات الرئة، والكبد والبروستات والبنكرياس و الشرج، بينما تتعرض النساء لإصابة بسرطانات الغدة الدرقية و المستقيم والثدي و عنق الرحم. حيث أظهرت إحصاءات وزارة الصحة والسكان (2015)بالجزائر بلوغ حوالي 1288 حالة لسرطان عنق الرحم في حين وصل سرطان الثدي إلى 11000 حالة سنويا متقدما على مجموع الحلات التي تصيب النساء.

كما ترتبط تصورات المرأة العازبة أو المتزوجة إزاء المرض بالخوف من فقدان العضو في حالة استئصال الثدي الذي يعتبر رمزا للجمال و لأنوثة و مصدرا للغذاء لأمومي. أما في حالة فقدان عضو حساس كالرحم الذي يحدد و يغير دورها البيولوجي و العاطفي، فإنه يترك جرحا نرجسيا عميقا تصاحبه العديد من لاضطرابات النفسية كالقلق، ولاكتئاب ،واضطرابات النوم؛ إلى جانب

الشعور بالنقص و فقدان الأمل في تحقيق الأهداف الآنية و المستقبلية كالحمل والإنجاب والرضاعة التي تعتبر معالم فطرية أساسية تمر بها المرأة في حياتها لتحقيق هويتها الذاتية والاجتماعية.

من الدراسات التي تناولت سرطان الثدي وعنق الرحم، دراسة "شين وآخرون" (Chen & al , 1995) حول العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة (كوفاة الأقرباء مثلا أو فقدان الوظيفة أو تغيير غير مرغوب فيه طرأ على حياة المريض قبل أن يصاب بالمرض) و سرطان الثدي لدى مجموعة من المريضات المصابات بسرطان الثدي. حيث تمت مقارنتهن بمجموعة سليمة من النساء من حيث تعرضهن لأحداث ضاغطة قبل ستة أشهر، أي قبل ظهور المرض وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن نسبة تعرض المصابات بسرطان الثدي لضغوط الحياة هي 12 أضعاف تلك المتواجدة لدى المجموعة السليمة. بينما خلصت دراسة (Farooqi , Y .N & Chaudley 2012,) بأن معظم المصابات بسرطان الثدي و عنق الرحم يشعرن في نهاية المطاف بالقلق و الاكتئاب عند تلقي التشخيص وذلك بسبب الخوف من الألم و التخلي عنهم أو الجراحة والخوف من تغيير في صورة الجسد أو حتى من الموت الوفاة. أما دراسة (Pereira & al , 2012) على المرضى الذين يعانون من تكرار ظهور المرض، فقد أسفرت نتائجها على ظهور أعراض ما بعد الصدمة، بينما الذين تلقوا العلاج الكيميائي فكانوا أكثر عرضة لخطر الإصابة بالاكتئاب و القلق و الخوف من الموت من غيرهم.

من الدراسات التي تناولت موضوع قلق الموت دراسة (ماجدة خميس، 1994) حيث أوضحت النتائج حصول عينات مرضى السكري و السرطان و ضغط الدم و الربو و التهاب المفاصل على درجات أعلى بشكل دال إحصائيا من العينة الضابطة. مما يشير الى علاقة قلق الموت بالأمراض العضوية.

لا حظنا من خلال الدراسات السابقة أن السرطان يؤثر بصورة سلبية على اتجاهات المريض نحو الموت مما يجعله يعاني من قلق الموت. لكننا نجد في بعض الدراسات أن العديد من المرضى رغم ضغط المرض والعلاج إلا أنهم لا زالوا يحافظون على صحتهم الجسمية والنفسية وهذا هو الدور البا رز الذي تقوم به الصلابة النفسية باعتبارها مصدرا مهما للمقاومة و للوقاية.حيث انبثق

مفهوم الصلابة النفسية من علم النفس الإيجابي الذي يسعى لدراسة قُوى وفضائل النفس و قِيمها. ويُعرف (Carver et Scheier, 1987) الصلابة النفسية بأنها ترحيب الفرد وتقبله للتغيرات أو الضغوط التي يتعرض لها، حيث تعمل الصلابة النفسية كمصد أو واق ضد العواقب الجسمية السيئة للضغوط التي ينظر إليها كنوع من التحدي وليست تهديدا.

هدفت دراسة "كوباسا و آخرون" (Kobassa & al, 1983) إلى معرفة أثر الصلابة النفسية و علاقتها بتخفيف وقع الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية، حيث تكونت العينة المدروسة من 259 فردا تراوحت أعمارهم بين 32 – 65 سنة وقد توصلت إلى نتائج مفادها أن الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة لا تخفف من واقع الأحداث الضاغطة على الفرد فقط، بل تمثل مصدرا للمقاومة والصمود و الوقاية من الأثر الذي تحدثه الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية كما توصلت إلى وجود إرتباط دال بين بعدي التزام و التحكم والإدراك الإيجابي والواقعي للأحداث الحياتية الشاقة. و تؤكد دراسة " جاد كينز وآخرون" (Judkins et al, 2006) الدور الفعال الذي تلعبه الصلابة النفسية في التخفيف من الضغوط حيث تناولت هذه الدراسة الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغوط والمرض لدى عينة من 616 ممرضة و أوضحت النتائج أن التدعيم في بيئة العمل و التدعيم الذاتي بالإضافة إلى الصلابة النفسية و مهارات المواجهة الفعالة تعد كمتغيرات شخصية لمواجهة الضغوط والمرض. كما تتفق دراستنا مع الدراسات السابقة في أن الصلابة النفسية عامل حيوي للمحافظة على الصحة وبان قلق الموت اضطراب أساسي يمس حياة المصاب بالسرطان أيا كان نوعه. وأنه توجد علاقة بين الضغوط والاضطرابات السيكوسوماتية، وتأثير عامل الصلابة النفسية على تخفيفها. و خلافا للدراسات السابقة الأخرى فقد تناولت هذه الدراسة موضوع قلق الموت مع عينة من مرضى السرطان.

ومما سبق ذكره ارتأينا طرح التساؤل العام الآتي:

- هل تؤثر الصلابة النفسية على تخفيف قلق الموت لدى المصابات بمرض السرطان؟

و منه نطرح مجموعة من التساؤلات الفرعية:

- هل لدى المصابات بمرض السرطان درجة عالية من قلق الموت ؟
- هل تتمتع المصابات بمرض السرطان بمستوى منخفض من الصلابة النفسية ؟

- هل تؤثر الصلابة النفسية على درجة قلق الموت **لدى المصابات تعزى لمتغير أنواع السرطان ؟**
- هل تؤثر الصلابة النفسية على درجة قلق الموت عند المصابة بالسرطان تعزى لمتغير السن ؟

فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

- تؤثر الصلابة النفسية على **تخفيف** قلق الموت لدى المصابة بمرض السرطان.

الفرضيات الجزئية:

- لدى المصابة بمرض السرطان درجة عالية من قلق الموت.
- تتمتع المصابة بمرض السرطان بمستوى منخفض من الصلابة النفسية.
- تؤثر الصلابة النفسية على درجة قلق الموت **لدى المصابات تعزى لمتغير أنواع السرطان**
- تؤثر الصلابة النفسية على درجة قلق الموت عند المصابة بالسرطان تعزى لمتغير السن.

إن **اختيارنا لموضوع الدراسة** لم يكن وليد الصدفة ، بل كان ناتجا عن رغبتنا في مواصلة البحوث التطبيقية التي بدأناها خلال مشوارنا الجامعي حول السرطان ومن بين الدوافع الموضوعية التي دفعتنا لاختيار موضوعنا هو انتشار مرض السرطان في الآونة الأخيرة بشكل كبير في العالم عامة والجزائر خاصة، قلة الدراسات النفسية مقارنة بالمجال الطبي في بلادنا. محاولة لفت الانتباه بضرورة التكفل النفسي بهؤلاء المرضى ،وكذا مرافقتهم في فترة حساسة من حياتهم. التركيز على مصطلح الصلابة النفسية، نظرا لشح الدراسات النفسية عليه كدافع أخير.

كما تظهر **أهمية دراستنا** في كونها تعمل على معرفة مدى تأثير الصلابة النفسية كعامل قوة إيجابي في مواجهة المرض و قلق الموت كضغط ناتج عن السرطان ، من خلال إجراء دراسة نفسية عيادية . والتركيز على العوامل المؤدية لقلق الموت ونظرة المريض إليه كونه الاضطراب

لأساسي الذي يعاني منه. كما تنصب أهمية دراستنا في تسليط الضوء على النساء المصابات بسرطان الثدي وعنق الرحم وإعطاء نظرة حول معاشهن النفسي، ومحاولة إبراز الدور الهام الذي تلعبه الدراسات الحديثة في مجال " علم النفس لأورام" و أهمية مرافقة العلاج الطبي بالعلاج النفسي.

وكل بحث علمي يسعى لتحقيق أهدافه المسطرة، و **أهداف دراستنا** نلخصها ألا إثراء البحث العلمي و البحوث الجامعية بمتغير الصلابة النفسية وقلق الموت. ثانيا التعرف على مستويات الصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي وعنق الرحم ،وكذا درجات قلق الموت لديهن. ثالثا التحقق من الدور الذي تلعبه الصلابة النفسية وكيفية تأثيرها في درجات قلق الموت من أجل إحداث التوازن النفسي ومواصلة التكيف مع المرض.

و من بين **الصعوبات** التي واجهت بحثنا ، قلة المراجع العربية المتناولة لموضوع الصلابة النفسية ، كما يعد عدم التزام الحلات بالمواعيد المقدمة لها ثاني العراقيل. بالإضافة إلى تغير مسار دراستنا التطبيقية وعدم تناول جميع خصائص العينة بالدراسة بسبب عدم توفر الحلات و ضيق الوقت بسبب تجميد تربصات لأخصائيين النفسانيين والمتربصين بشكل مفاجئ ، لأمر الذي دفعنا إلى التخلي عن عينة الدراسة في مستشفى وهران.ناهيك عن وفاة حالة بعد مرور مدة من الدراسة النفسية معها .

المفاهيم لإجرائية للدراسة :

1. الصلابة النفسية:

عامل من عوامل الصحة النفسية، يعبر عن القدرة على مقاومة الضغوط والمشاكل ومواصلة النمو و التطور.

2. قلق الموت :

الدرجة التي تحصل عليها مريضة السرطان في مقياس " قلق الموت " لمعمرية بشير.

3. سرطان الثدي :

نمو شاذ وغير طبيعي لخلايا الثدي ، يتم تشخيصه من خلال الأعراض الظاهرة على مستوى الثدي .

4. سرطان عنق الرحم :

من الأمراض الشائعة التي تصيب الجهاز التناسلي للمرأة، وهو نمو شاذ وغير طبيعي لخلايا عنق الرحم.

تمهيد :

اهتم علم النفس الإيجابي كتوجه وقائي بالدراسة العلمية لمكامن القوة والفضائل التي تُمكن الأفراد و المؤسسات وكذا المجتمعات من لازدهار. يعتبر مفهوم الصلابة النفسية La résilienceمن المفاهيم الأساسية التي تسعى لتحقيق التوافق مع الخبرات السلبية بما في ذلك الأمراض الخطيرة التي تهدد حياة لإنسان.

1) نبذة تاريخية عن المصطلح :

يرجع أصل المصطلح إلى الفيزياء و علم المادة، حيث تشير الصلابة إلى قدرة المادّة على مقاومة الضغوط و الرجوع إلى أصلها. ولقد تم استعمال المصطلح في ميادين عديدة ففي ميدان القانون تعني الصلابة التنازل و النقض، و في علم البيئة فهي القدرة على تحديد سلالة ما أو استرجاعها. أما في الأنتربولوجيا فتشير إلى إمكانية بعض السلالات أو المؤسسات أو الأنظمة الحفاظ على آثار ميراثهم ، بينما في ميدان الطب تشير إلى الشفاء التلقائي و استئناف الحياة الطبيعية.

دخل مصطلح الصلابة النفسية ميدان العلوم لإنسانية و خاصة حقل علم النفس في بداية خمسينات القرن العشرين مع التيار الأنجلوساكسوني على يد "إيمي ويرنر" (Emmy werner) 1950 التي قامت بدراسة طولية لعينة مكونة من 698 طفل بدون عائلة و بدون تعليم في إحدى جزر "هاواي " والذين تعرضوا لمختلف الضغوط و الصدمات أبرزها العدوان الجسمي. بعد لاثين سنة؛ نجح 28 % منهم في التغلب على المحن وتجاوزها دون أن يظهر عليهم أي نوع من الاضطرابات النفسية الحادّة، ما جعلها تطلق عليهم اسم *" الأطفال ذوي الصلابة "* .

كما ساهمت أعمال "سوزان كوباسا" (Suzan Kobassa, 1979) في تطوير هذا المصطلح حيث قامت بعدة دراسات استهدفت معرفة المتغيرات النفسية التي تكمن وراء احتفاظ الأشخاص بصحتهم الجسمية و النفسية رغم تعرضهم للضغوط مشتقة أعمالها من الفلسفة الوجودية التي ترى بأن الفرد في حالة سيرورة مستمرة من خلال التركيز على المستقبل وليس الماضي وبأن دافعية الفرد تنبع أساسا من البحث عن المعنى والهدف في الحياة. و قد أشارت كوباسا إلى أن الأشخاص الأكثر صلابة هم الأكثر صمودا و مقاومة و إنجازا و ضبطا داخليا والأكثر استمتاعا بتحديات الحياة .

تناول العديد من علماء النفس موضوع الصلابة النفسية و كان من أبرز هؤلاء "مايكل روتر" (Michael Rutter)، "نورمان غارميزي"(Norman Garmezy) و "جايمس أونتوني" (James Anthony) متأثرين في ذلك بما طرحه "هينكل" (Hinkel) من تلخيصه لأبحاث هولهان (Holhan) على مدى عشرين عاما عن التغير لاجتماعي و المرض ، و التي أشار فيها إلى أن هناك بعض الأشخاص عاشوا مواقف حياتية قاسية و تعرضوا لأزمات مختلفة إلاّ أنهم ظلوا محتفظين بصحتهم الجسمية والنفسية .

ولقد ذاع صيت مصطلح (la résilience) في الأوساط الفرونكوفونية بفضل أعمال "بوريس سبريلينك" (Boris Cyrulnik, 1999) بفرنسا، و الذي كان يرى بأن الصلابة النفسية مصطلح حيوي في الحياة يحمل في مضمونه معنى مواجهة المصير (Anti–destin) ، حيث يعرفها على أنها عملية معقدة يستطيع، من خلالها، الأفراد الذين تعرضوا لانكسارات مختلفة في الحياة أن يواجهوها و أن يتغلبوا عليها (**Serge Tisseron ,2011**: 19).

2) تعريف الصلابة النفسية (La résilience Psychologique)

لغة:

1/ يُقال صلُب بمعنى اشتد و قوي على المال و غيره.

و حسب (**إبراهيم أنس و آخرون:** 159)؛ فإنه يُقال في وجهه صلابة أي صفاقة و صفة الجسم الذي يحتفظ بشكله و حجمه.

2/ صلُب ، صلابة أي صلبا ، صلُب الخشب أي أشتد و قوي ، وصلابة أي قساوة. فيُقال صلابة الطين أي قساوة و مقاومة كما تعني مقاومة التعب و القدرة على الاحتمال . ويُقال برهن عن صبر و صلابة أي ثبات على قرار أو موقف و عزيمة لا تلين على مواصلة ما بدأ به. ويُقال تحمل مصائبه بصلابة أي رباطة جأش و شجاعة في تحمل الألم (**أنطوان نعمة و آخرون ، 2000** : 845)

اصطلاحا :

اقتبست كلمة (Résilience) في اللغة الفرنسية حسب (**Serge Tessron, 2011**: 9) من اللفظ اليوناني (Resilire) المتكون في الأصل من الفعل (Salire) الذّي يعني القفزو(Re) التي تعبر عن حركة إلى الوراء . كما يذكر (**Bailly , 2006** : 223) بأن المفهوم الشائع لـ" Résilience " هو لارتداد والقفز للوراء وإعادة أخذ الوضعية أو بمعنى القوة على استئناف الشكل أو الموقف الأصلي بعد لالتواء أو الضغط .

تنوعت التعاريف التي تناولت مصطلح الصلابة النفسية و هي كالآتي:

- **تعريف كوباسا** (Kobassa , 1979):

" نمط شخصية يُميز بين الأفراد الذين لديهم قابلية الإصابة بأمراض الضغوط و الأفراد الذين لا تتأثر صحتهم بالضغوط التي قد يتعرضون لها في حياتهم المهنية أو الاجتماعية " **(عثمان يخلف، 2001**: 84).

- **تعريف بوريس سيريلنك** (Boris Cyrulnik , 2001) :

" هي القدرة على النجاح ، العيش و التطور لإيجابي بطريقة مقبولة اجتماعيا بالرغم من وجود مختلف الضغوطات ".

- **تعريف تيكي** (Tyckey, 2006):

" هي قدرة الفرد أو الجماعة على النمو الجيد و التوجه لإيجابي نحو المستقبل مع وجود اضطرابات و صدمات حادة و خطيرة بسبب ظروف معيشية صعبة "

- **تعريف أنتوفوسكي:**

" مصدر مقاومة يمكن من خلالها معالجة لآثار المحتملة للضغط " **(خيرة شويطر وآخرون، 2015**: 52).

- **عرفها مادي:** (Maddi,2004)

"بأنها بناء متكون من ثلاث مركبات كالأتي : الإلتزام ، التحدي و التحكم والتي تعمل على تحويل الظروف المجهدة إلى فرص للنمو " (68 : **Kalantar.J et al , 2013**)

- **تعريف آنو**(Anaut , 2003 :33) :

" تعني فن التكيف مع مختلف المواقف (شروط بيولوجية أو نفسية اجتماعية) عن طريق تطوير قدرات لها علاقة مع المصادر الداخلية (نفسية) و الخارجية (المحيط الاجتماعي واللائقي) حيث تسمح بربط البناءات النفسية المعتدلة و الاندماج الاجتماعي " .

كما تحدد الصلابة النفسية من جانبين، إذ تدل من وجهة النظر الأنجلوسكسونية على فكرة الارتداد بحركة دينامية للأمام من أجل الخروج من المأزق و بناء المستقبل، أما النظرة الفرنكوفونية فتحدد المصطلح من جهة الرجوع أو العودة إلى الذات .

نستنتج من التعاريف المدرجة وجود اخلاف في مفهوم الصلابة النفسية بحيث يركز البعض على أنها مرتبطة بالشخصية، بينما يرى البعض الآخر بأنها عامل مهم للمقاومة ويركز آخرون على أنها عملية تسمح بالتكيف مع المواق ف الضاغطة من لال تبني مفهوم القدرة والمواجهة وأنهالا تخص الفرد فقط. في المقابل، تلتقي جميع التعريفات في نقطة واحدة و هي أن الصلابة النفسية تشمل كل الخصائص المذكورة وأن لها دورا مهما كونها عامل وقاية يساعد على التخلص من المشكلات ومواصلة التكيفلاستمرار النمو والتطور.

3) نشأة مصطلح الصلابة النفسية في ضوء نظريات علم النفس :

تبلورت الصلابة النفسية من إسهامات نظريات علم النفس كلآتي :

1.3التحليل النفسي :

1.1.3نظرية التعلق : (John Bowlby)

يركز مصطلح التعلق "Attachement " على البناء اللائقي منذ السنوات الأولى للحياة بين الوالدين والطفل خاصة الأم. يعرف "بوولبي " (Bowlby, 1951) التعلق على أنه بناء

الروابط العاطفية الأولى أو الحماية النفسية بين الأم و الطفل أو الشخص الذي يأخذ مكان الموضوع الأول و هو الأم.كما يسمح لارتباط الناجح بين الأم و لابن ببناء لإحساس بالثقة بالنفس و الأمان الذي يساعد الطفل على مواجهة كل المواقف لانفصالية و خبرات الحياة والصدمات الخارجية التي ترفع من نسبة تكيفه، و قد أطلق "بوولبي" (Bowlby, 1951) على مفهوم التعلق مصطلح *الطمأنة القاعدية* التي تعتبر مفتاحا أساسيا للصحة النفسية. وتلعب نوعية التعلق دورا أساسيا في حياة الطفل و تطوره من لال التركيز على إمكانية إعطاء معنى لأحداث الحياة بمساعدة الوالدين و الأقارب.

إن مفهوم التعلق عند (22 : **Serge Tisseron,2011**)، محدد جينيا وليس بالتغذية و الجنس، فهو غريزة أولية عند لإنسان مثل الحيوان. فإشباع حاجيات الطفل الأساسية من تغذية و رعاية جسدية و عاطفية وحب وتلبيةلاستجاباته تجعله يشعر بالحماية حيث يصبح هذا نموذجا بنّاءا على جميع العلاقات مع الآخر. بينما يُولدُ الإهمال و التخلي والإساءة اضطرابا حادّا في اللاقة اللاثية طفل – والدين والتي بدورها تُؤثر على شخصيته في مرحلة الرشد، حيث تذكر "Christaine Jouvet " بأن هاته اللاقة تنتج عن تفاعلات الفرد مع الأشخاص المفتاحيين(clefs) كنماذج للتعلق و خاصة في مراحل الطفولة.

2.1.3 نظرية فاعلية الذات لباندورا (Bandura) :

تعتبر نظرية فاعلية الذات من أهم المفاهيم في علم النفس الحديث، فهي تلعب دورا حيويا في دفع السلوك و استمراره وتوجيهه . حيث أشار "باندورا" (Bandura, 1979) إلى أن قدرة الفرد على التغلب على الأحداث الصدمية و الخبرات الضاغطة تتوقف على درجة فاعلية الذات لديه والتي تنمو من لال إدراك الفرد لقدراته و إمكاناته الشخصية ومن تعدد الخبرات التي يمر بها في حياته و التي تساعده في التغلب على المواقف الضاغطة التي تواجهه.كما يعتمد السلوك

لإنساني بشكل أساسي على ما يعتقده الفرد عن خلفيته وتوقعاته و مهاراته السلوكية فقد تعمل فاعلية الذات كسند للفرد من خلال إيمانه بإنجاز مهمة أو مجموعة من المهام كنوع من التحدي أو كمعيق ذاتي عندما يشكك الفرد في قدراته .(**محمد عبد العزيز مفتاح ، 2010** : 161).

كما أن فاعلية الذات نتاج الخبرات بين تفاعل الفرد وبيئته خاصة الخبرات الماضية، فهذه الأخيرة تنعكس بدورها على خبرات الفرد المستقبلية إيجابا أو سلبا تاركة أثرا قويا على مستوى دافعية الفرد. حيث تقوي الثقة بالنفس والتحكم في الذات من خبرة سيطرة الفرد على الحدث ، بالإضافة إلى تأثير البنية الفيزيولوجية أو لانفعالية أو الوجدانية على الفاعلية الذاتية وعلى مختلف مجلات وأنماط الوظائف العقلية والمعرفية والحسية باعتبارها جزءا من سمات شخصية الفرد .

كما يرى بعض علماء النفس أمثال " قيدني و هانوس " (Guedeney,Hanus, 2006) بأن الصلابة النفسية تبدأ من المقاومة (La résistance) من خلال محاولة الفرد مواجهة الصدمات للمحافظة على تطوره ، حيث تصبح الصدمات إطارا للعودة إلى الذات من خلال إعطاء معنى للتجربة التيلا تعبر فقط عن مفهوم التجاوز للموقف الضاغط في تلك اللحظة فقط بل تصبح في صورة لدونة و مرونة نفسية ،تسمح للفرد بتبني خيارات إستراتيجية كلما وقع في حالة من عدم التوازن النفسي. وعليه تصبح الصلابة النفسية حاملة لمعنى الحصانة (L'invulnérabilité)، حيث أكد "دلاج" (Delage, 2001) بأن الفرد المصدوم يستعمل مصادر ذاتية و خارجية لتعويض موضوع الفشل(318 : **Moussa Fatima,2010**).

2.3 النظرية المعرفية السلوكية:

نجد مصطلح التكيف متداولا لدى لاتجاه المعرفي السلوكي ، حيث أن الفرد يتلقى وضعيات ضاغطة في حياته ،ولمواجهتها يتبنى هذا الأخير وضعية التكيف كشكل دفاعي معرفي يعرف ب"المواجهة" (coping). تكون المواجهة متمركزة حول الوضعية الضاغطة من أجل خفض

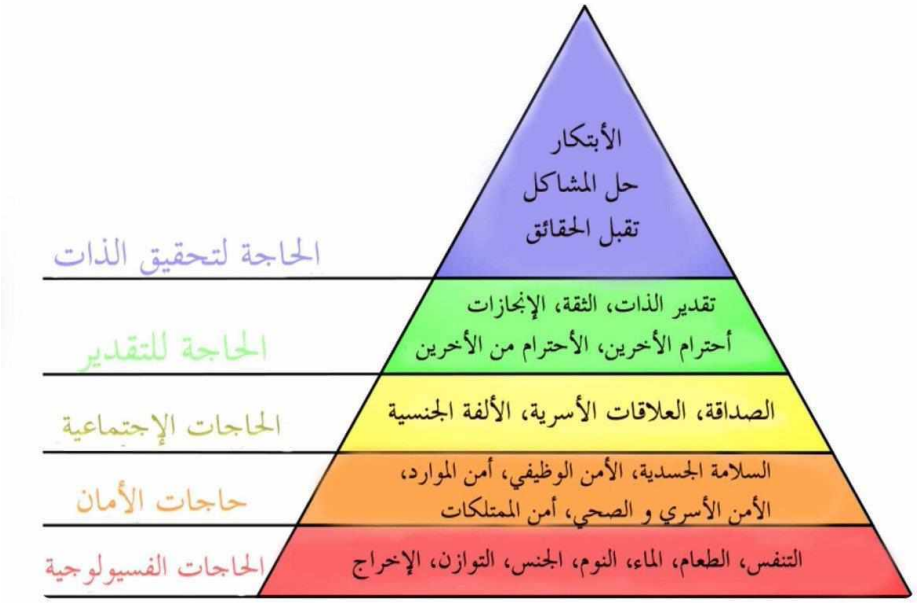
مصدر الضغط وحول الحالة لانفعالية للفرد أمام هذه الوضعية.و تعتبر الصلابة النفسية استثمارا لسلوك متكيف ناتج عن العلبة السوداء، فيقوم الفرد أمام هذه الصدمات باستعمال إستراتجيتين مهمتين تقوم الأولى على تحليل الو ضعية الضاغطة من خلال تصور جميع لإيجابيات والسلبيات المحتملة بينما تركز لإستراتيجية الثانية على التساؤل و البحث عن الوسائل الممكنة لإدارة الموقف(26 : **Serge Tisseron ,2011**).

يستعمل الفرد "إستراتجيات المواجهة" كأساليب يتعامل بها من أجل تجاوز المحن و الظروف الضاغطة بحيث تصبح العمليات المعرفية عوامل حماية ضد الموضوع المهدد. فتوظيف الأفكار لإيجابية،محاولة إيجاد أكبر قدر من الحلول لحل المشكلة،تغيير المخططات حسب ما يفرضه الموقف الجديد وكذا الثقة بالنفس؛ يساهم في عملية التحكم المعرفي لمواجهة الضغوطات. حيث يذكر تايلور (**2008:** 421) بأن الأفراد الأكثر صلابة هم الذين يستعملون إستراتيجيات التعامل الفعالة كالبحث في المشكلة و المساندة لاجتماعية، فحسب (**درايدن، 2006** : 45) اعتماد السلوكيات البناءة الناتجة في أغلب الأحيان عن تقبل الفرد لذاته ولقدراته، يسمح بمواجهة الصعوبات و مواصلة التطور. كما يؤكد "ويليام و آخرون" (William et al, 2014)، بأن الصلابة النفسية تركز على أساليب المواجهة كوسيلة لتبني الصحة النفسية و الجسمية . (491 : **Kardum I ,& al.2012**).

3.3 النظرية إنسانية :

يذكر "ماسلو و روجرز" (Maslow & Rogers) بأن بعض الأفراد رغم تعرضهم للضغوط و لإحباط لديهم القدرة على تحقيق مستوى عال من الصحة النفسية و تحقيق ذواتهم رغم تعرضهم للضغوط و لإحباط. ففكرة " ماسلو" تظهر فيما أطلق عليه " هرم ماسلو للحاجيات"

الذي يُشير إلى أن الفرد يسعى دائما عن إرضاء حاجاته انطلاقا من القاعدة الفيزيولوجية وصولا إلى قمة الهرم أي تحقيق الذات .



الشكل رقم (1) : هرم ماسلو للحاجيات

فمفهوم التطور عند "ماسلو' مرتبط بإشباع كل مرحلة من مراحل الهرم ، بداية بالحاجيات الغريزية التي توفر الأمن النفسي ، الذي بدوره يساهم في لانخراط في الحياة لاجتماعية وبناء اللاقات مع الأخر وبالتالي الوصول لتقدير الذات وتحقيقها.

نستنتج مما ذكر بأن الصلابة النفسية هي بناء نفسي ، سلوكي ، معرفي، اجتماعي يعمل على وقاية الفرد من شتى الضغوطات، و ضمان تطوره بشكل نفسي سليم.

4) أبعاد الصلابة النفسية :

يمثل لالتزام، و التحكم و التحدي الأبعاد الأساسية القابلة للقياس و المكونة للصلابة النفسية والتي سنقوم بإدراجها كلآتي :

1.4 الإلتزام:

يرتبط الالتزام ارتباطا وثيقا بالدور الوقائي للصلابة باعتبارها مصدرا لمقاومة مثيرات الضغوط ويشير هذا المصطلح إلى إحساس الناس بروح المسؤولية نحو ذواتهم ونحو الآخرين والأحداث المحيطة بهم في حياتهم الزوجية ، الأسرية ، المهنية و الاجتماعية. حيث يفسر الالتزام بأنه إيمان الفرد بذاته من خلال لإءه لمبادئه و قيمه التي يحملها، و لاعتقاده بأن لحياته هدفا و معنى يعيش من أجله (**عثمان يخلف 2001** : 210). و أشارت شهرزاد نوار ونرجس زكري **(2015)** حسب (Johnson et Samson, 1978) إلى أن غياب هذا المكون يؤدي للإصابة ببعض الاضطرابات النفسية و الجسدية. و من أهم أنواعه:

1.1.4 الالتزام نحو الذات :

هو اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته و تحديده لأهدافه و قيمه الخاصة في الحياة.

2.1.4 الالتزام نحو العمل :

هو اعتقاد الفرد بقيمة العمل وأهميته لديه أو لدى الآخرين و اعتقاده كذلك بضرورة الاندماج والعمل بكفاءة لتحقيق الإنجازات.

3.1.4 الالتزام القانوني :

يتمثل في قبول الفرد للقوانين و الخضوع للعادات السائدة في مجتمعه .(**عادل عبدالله، 1998** :290).

4.1.4 الالتزام الديني :

يعرفه صالح الصنيع (**2002:** 92) بأنه التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح، وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمرالله به والانتهاء عن إتيان ما نهى عنه. فهو التزام الفرد بما ورد في

القرآن و السنة من قيم و مبادئ وقواعد إسلامية.كما يختلف التعريف الإجرائي لبُعد الالتزام الديني باخلاف الديانات.

5.1.4 لالتزام لاجتماعي :

يتمثل في شعور الفرد بالمسؤولية تجاه مجتمعه ومشاركته في الأنشطة لاجتماعية مع لآخرين، فالفرد الملتزملا يشعر بلاغتراب نحو نفسه و نحو مجتمعه .

2.4 التحكم :

يفهم على أنه الضبط أو السيطرة ولقد أستخدم مفهوم التحكم الذاتي في مجلات علم النفس المختلفة منذ أكثر من عشرين عاما لإشارة إلى املاك الفرد توقعات للنجاح وإلى ميله إلى لاعتقاد بأن لديه القدرة الكافية لتحقيق ميوله، رغباته و طموحاته. حسب لازاروس (Lazarus, 1996) فإن الفرد ذو الضبط الداخلي يؤمن بكفاءته و قدرته على ضبط النتائج في عالمه الخاص، وله توقعات إيجابية فيما يتعلق بالثقة ولاعتماد على لآخرين (**خيرة شويطر و آخرون ، 2015** : 52). و لقد بينت الأبحاث التي ركزت على مكونات الصلابة بأن توافر لإحساس بالقدرة على الضبط الداخلي يكون من أهم مكونات سمة الصلابة التي تساعد على التنبؤ بصحة أفضل (**شيلي تايلور ، 2008** : 422).

1.2.4التحكم السلوكي :

يشير إلى الفعل و التصرف قصد التقليل من آثار الضغوط السلبية، ويتضمن ذلك سلوكيات من شأنها التخفيف من شدّة الضغوط. فالتحكم السلوكي هو القدرة على المواجهة الفعالة و بذل الجهد مع دافعية كبيرة لإنجاز و التحدي.

2.2.4 التحكم المعرفي :

هو القدرة على استخدام إستراتيجيات معرفية محكمة قصد التخفيف من تأثير الضغوط ، و يعد التحكم المعرفي من أهم صور التحكم التي تُقلّل من الآثار السلبية للمشقة إذا ما تمّ على نحو إيجابي من خلال استخدام بعض العمليات الفكرية بكفاءة ،كالتفكير في الموقف و إدراكه بصورة إيجابية و متفائلة، وكذا التفسير المنطقي والواقعي مع استخدام الأفكار والصور الذهنية السارّة. فالشخص يستخدم التحكم المعرفي كإستراتيجية عقلية مثل التركيز في أمور تساعده على المحافظة على انتباهه أو عمل خطة للتغلب على المشكلة.

3.2.4 التحكم المعلوماتي :

يعبر عن محاولة الفرد الحصول على معلومات كافية حول طبيعة الموقف الضاغط وأسبابه ونتائجه، و تعمل هذه المعلومات على تخفيض حدّة الخوف الذي يبديه الفرد من المجهول وذلك من خلال تحسين قدرته على التنبؤ بالنتائج المحتملة.

4.2.4 التحكم في القرار :

يشير إلى إمكانية لاختيار بين البدائل و الخيارات المتاحة و الممكنة من خلال التعامل مع الموقف إما بإنهائه،أو تجنبه أو محاولة التعايش معه. ولهذا يرتبط اتخاذ القرارات بطبيعة الموقف نفسه و ظروف حدوثه .(**عثمان يخلف** ، **2001** : 90)

3.4 التحدي :

يشير إلى ميل الفرد إلى إدراك التغيرات التي تحدث في حياته على أنها فرص أو حوافز يمكن استغلالها لتحقيق النمو الذاتي بدلا من اعتبارها تهديدا لاستقراره و وجوده. يسمح بعد التحدي للفرد بالتكيف مع مواقف الحياة الجديدة و تقبلها، بكل ما فيها من مستجدات سارة أو محزنة

باعتبارها أمورا طبيعية لا بدّ من حدوثها من أجل النمو و الارتقاء.حيث تساعد هذه الخاصية على التكيف السريع في مواجهة الحياة الضاغطة المؤلمة و على التخلق بمشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة كحالة المرض المزمن.

نستنتج بأن الأبعاد المكونة للصلابة متداخلة فيما بينها لتكون مفهوما شاملا يسعى لتحقيق التوازن النفسي للفرد أمام الأزمات والعقبات التي قد تواجهه الآن أو مستقبلا.

5) أهمية الصلابة النفسية :

أظهرت العديد من الدراسات ، أهمية الصلابة النفسية في كونها:

- مصدر سيكولوجي فعال لمقاومة الضغوط و مواجهتها و لاحتفاظ بصحة نفسية وجسدية جيدة.
- أساليب مواجهة (coping) ، حيث ذكر فولكمان و لازاروس (Folkman & Lazarus, 1987) بأنها هي المصدر الذي يواجه به الفرد الحدث الضاغط. حيث تسمح الصلابة النفسية للفرد بإتباع أساليب مواجهة نشطة لمقابلة المشكلات ، تحمل المسؤولية ، التحكم الذاتي وتفادي الأساليب التجنبية.(32 : **Marie Santiago Delefosse , 2002**)
- التأثير على المستوى الإدراكي للفرد، حيث تعدل إدراكه للأحداث ، ف لإدراك الجيد يؤدي لتبني استجابات تكيفية أكثر مع المواقف المختلفة .
- تعتبر عامل حماية من الأمراض الجسمية من لال إتباع السلوكيات الصحية ،ومن لاضطرابات النفسية من لال مقاومة لإحباط والقلق.
- مركب من مركبات الشخصية القاعدية التي تقوم على الطمأنة القاعدية من أجل التمتع بصحة نفسية جيدة (**أديب خالدي ،2009** :45).

نستنتج بأن الصلابة النفسية تحقق للفرد الشعور بلاستقرار و لاكتفاء الذاتي الذي يمثل القدرة على التحكم الداخلي من أجل السيطرة على المواقف الضاغطة وتحديها للمحافظة على الصحة النفسية والجسمية.

6) مميزات ذوي الصلابة المرتفعة :

تعتبر الصلابة النفسية محكا من محكات الصحة النفسية السليمة باعتبارها مصدر وقاية و مقاومة من الضغوط والقلق و لإحباط و الأعراض النفس–جسدية، حيث عدد أديب خالدي (**2009** : 46) مجموعة من الخصائص التي تتميز بها الشخصية الصلبة وهي :

- لإنجازية
- أكثر مقاومة
- الضبط الداخلي
- لالتزام نحو الذات و لآخر.
- المبادأة
- النشاط التلقائي
- المرونة
- الواقعية
- قلة لاضطراب
- التحرر من الإثارة الانفعالية الحادّة
- الكفاءة والمهارة
- النظرة لإيجابية .
- إقامة علاقات اجتماعية فعالة و تحقيق توافق اجتماعي.

- تحدي المواقف الضاغطة .

كما أضاف "كارديم وآخرون" (490 : **Kardum I & al , 2012**) بعض الخصائص لذوي الصلابة النفسية المرتفعة ضمن جوانب مختلفة و هي كالتالي:

أ) الجانب لاجتماعي:

- يتمتعون بمستوى عال من التحمل وجاهزية أفضل لإدارة الإجهاد الناتج عن العمل.
- الرضى الوظيفي.
- مستوى عال من جودة الحياة .
- اتخاذ الخطوات الحاسمة من أجل مواصلة النمو .
- المساندة لاجتماعية.
- البحث عن الدعم البناء .

أ) الجانب العقلي المعرفي :

- مواجهة الحياة بأساليب تكيفية .
- استكشاف الجوانب التي يمكن لاستفادة منها في الحاضر و المستقبل
- عدم تعميم الخبرات السابقة خاصة في حالة الفشل .

ج) الجانب النفسي :

- التوافق مع الذات .
- قوة الأنا.
- الخلو من الأمراض العصابية .
- الفاعلية الذاتية (**مفتاح محمد عبد العزيز ، 2010** : 161)

د) **الجانب الوجداني :**

- لاتزان لانفعالي.
- غياب الوجدانية السلبية .
- لابتعاد عن المشاعر السلبية كالكآبة والسلوكية كالعدوانية (**تايلور** ، **2008** : 422)

كما تعتبر اللاقة بين لاضطراب النفسي و الصلابة النفسية علاقة عكسية، إذ أن الأفراد الأكثر صلابة نفسية أقل عرضة لإصابة بلاضطرابات عند مواجهتهم للمواقف الضاغطة. حيث تظهر عملية التوافق بشكل مستمر مع متطلبات الحياة عكس الأشخاص ذوي الصلابة النفسية الضعيفة. كما أن الصلابة النفسية مرتبطة ارتباطا وثيقا بتحقيق الذات بحيث أن الأشخاص الأقل صلابة نفسية هم الأكثر نقدا لذواتهم و تعميما لخبرات الفشل .

7) خصائص ذوي الصلابة المنخفضة:

يتميز الأفراد ذوي الصلابة المنخفضة بخصائص و منها ما يلي:

- عدم الشعور بقيمة الحياة
- عدم القدرة على التحمل و الصبر
- قلة المرونة في اتخاذ القرارات
- فقدان التوازن
- سرعة الغضب و الحزن الشديد و الميل للاكتئاب
- عدم لالتزام بمبادئ معينة حيال نفسه و مجتمعه .
- تبني آلية التجنب .
- عدم القدرة على التحكم الذاتي .

- عدم التجديد وتفضيل ثبات الأحداث .
- السلبية.
- أسلوب المواجهة التراجعي.

8) محددات الصلابة النفسية:

تختلف مستويات الصلابة النفسية من فرد إلى آخر بسبب تدخل عدة عوامل متعلقة بالفرد بحد ذاته وأخرى بسبب احتكاكه بالآخرين، كالعائلة أو المحيطين به في بيئته الاجتماعية والثقافية و تعرف هذه االعوامل ب"عوامل الحماية ". ويعرفها روتر(Rutter, 1990) "بأنها العوامل التي تعمل على تعديل ردود الأفعال للوضعيات التي تمثل خطرا على الفرد (facteur de risque) وذلك بتخفيض أثر الخطر و الاستجابات السلبية عليه" . كما يضيف غارميزي (Garmezy, 1991) من خلال دراسته حول عالات تعاني من عدم لاستقرار والتفكك ومشكلات التواصل بين أفرادها ، بأن درجة الصلابة النفسية تتعلق بعوامل الحماية المتمثلة في:

1.8 عوامل الحماية المتعلقة بالفرد:

- الطبع النشيط المرح
- روح المبادرة
- متغير الجنس و متغير السن: الطفولة، المراهقة، الرشد
- القدرات المعرفية مثل: عامل الذّكاء (Q.I) و القدرة على التخطيط و حل المشكلات
- مركز تحكم داخلي
- تقدير الذات (من خلال حب الذات و النظرة لإيجابية لها)

- الثقة بالنفس
- لاستلالية
- القدرة على التخطيط (326 : **Moussa Fatima , 2010**)
- املاك روح المسؤولية
- نظام من المعتقدات (لإيمان والأخلاق)
- القدرة على الاستعمال التكيفي للآليات الدفاعية لتكون مرنة
- الكفاءة في إدراك اللاقات لاجتماعية .

2.8 عوامل الحماية المرتبطة بالعائلة :

- الدعم العائلي
- التربية لإيجابية
- توفير لاستقرار بين أفراد الأسرة
- اللاقات الحميمية مع الوالدين (الحب و الحنان المقدم لأبناء)
- التواصل لإيجابي مع الوالدين .

3.8 عوامل الحماية خارج العائلة :

ترتكز هذه العوامل على اللاقات لاجتماعية الخارجة عن نطاق الأسرة و المتمثلة في اللاقات مع الأصدقاء، الجيران و غيرهم.أو كما سمتهم (Claudia Samson, 1997) بالمشرفين " les tuteurs " فهي تركز على أهمية لاتصال مع الشخص الذي يستطيع فهم مشاعر الفرد و تقديرها و مساعدته على التطور سواء كان صديقا، أستاذا، أو زميلا (**Serge Tisseron ,** 34,35 : **2011**). و لهذ ا فإن الصلابة النفسية لا تقتصر على العوامل الداخلية بل هي امتزاج بين ما هو نفسي اجتماعي و ثقافي.

خلاصة:

نستنتج من هذا الفصل بأن الصلابة النفسية مفهوم متعدد الأوجه، يتبناه الفرد في سياق صادم و يظهر في سلوكات متكيفة تساعده على مواجهة المواقف اللاتكيفية وتخطيه إياها إلى الأمام. تكون عادة ناتجة عن سيرورة نفسية التي تعتمد على التجارب اللاشعورية وما قبل الشعورية و تكون متأصلة من النماذج الأولى في حياة الفرد أو تكون آنية مع الحدث نفسه من خلال إستراتيجيات التعامل التي يستعملها الفرد من خلال إدراكه للموقف و تفكيره في الحلول.

تمهيد:

يعتبر القلق من المشاعر الأولية و الاستجابات الفطرية لدى الكائن الحي التي تصدر عن الحزمة العصبية اللاإرادية بسبب مثير يهدّد الفرد، و هو السبب الرئيسي لجميع الأعصبة الحادة. ويعتبر "قلق الموت" من أهم أنواعه كونه حالة من الخوف الغامض إزاء كل ما يتعلق بالمجهول أو بالموت.وعليه نتطرق في بداية هذا الفصل إلى القلق و أهم عناصره بصفة عامة، ثم نعرج إلى دراسة قلق الموت و أهم أشكاله و أسبابه.

1) تعريف القلق:

لغـة:

قلق الشيءُ : قلقا أي حركه .

قلق قلقا:لم يستقر في مكان واحد أو على حال واحد، فهو قلق

ويُقال أقلق الهَمُّ فُلانا:أزعجهُ

القلقُ حالةُ انفعالية تتميزُ بالخوف مما قد يحدث **(إبراهيم أنيس و آخرون:** 756)

يعرف معجم الموسوعة أوزو (Dictionnaire Encyclopédique Auzou, 2008) القلق بأنه :

1- "توتر ناتج عن الخوف و الشك بصفة عامة".

2- "حالة من الاضطراب النفسي يكون مزمنا بسبب خوف غير محدد من خطر واقعي أو خيالي، و يكون مرفقا باضطرابات جسدية كضيق في الحلق و إحساس بالاختناق".

إصطلاحا:

القلق كلمة مشتقة من اللفظة اليونانية Angustia التي تعني الضيق، و في اللغة الفرنسية Angoisse تعني الانقباض (étroitesse). ظهر هذا المصطلح عند سجموند فرويد (Sigmund Freud) (2001 : 488) باللغة الألمانية "Angst" للدلالة على ضيق في التنفس الذي يحصل داخل القفص الصدري، الّذي يظهر كآثار تابعة للبنية الحقيقية الموجودة في حالات الصدمات النفسية .

- يعرف المعجم العربي لتحديد المصطلحات النفسية القلق على أنه " انفعال غير سار وشعور مكدر بتهديد و هم مقيم و عدم الراحة و الاستقرار. و هو إحساس بالتوتر و الشدّ وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل، فهو استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطرا حقيقيا و التي قد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد يستجيب لها كما لو كانت ضرورات ملحة أو مواقف تصعب مواجهتها" **(علي عبد الرحيم صالح ، 2014** : 256)
- تعرف جمعية علم النفس الأمريكية (APA) القلق بأنه " خوف أو توتر أو ضيق ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولا إلى درجة كبيرة، ويعد مصدره كذلك غير واضح و يصاحب كلا من القلق و الخوف تغيرات فسيولوجية " (**عادل شكري محمد كريم، 2006**: 20) .
- يرى عبد الحميد محمد شاذلي (**1999**: 117) بأن القلق " حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث و يصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية"
- كما يُعرفه عادل شكري محمد كريم (**2006**: 21) بأنه" خبرة انفعالية غير سارة قد يكون له صفة الدوام النسبي ويسمى هنا *سمة القلق*، وقد يتسم بالتلاشي السريع ويسمى *حالة القلق* "

- يعرف ميشال غودفرايد (**Michel Godfryd, 2009** : 09) القلق بأنه " إحساس مؤلم من عدم الارتياح العميق من خطر وشيك يجعل الفرد في حالة عجز ويتميز عن الحصر(Anxiété) كونه يكون مرفقا بأعراض جسدية كخفقان القلب، الغثيان، الإحساس بالاختناق، التعرق و الإسهال" .

قد يرد مصطلح القلق كمرادف للحصر في بعض المراجع العربية، حيث يذكر جميل صليبا (**1982** : 475) بأن كليهما يعبران عن مفهوم واحد و هو الضيق النفساني والجسماني الناشئ عن تصور شر قريب الحدوث. أما الفرق بينهما فيتجلى في أن الحصر(Anxiété) تكون درجة الخوف فيه أقل، و إذا ازدادت يُصبح قلقا، و لهذا تعتبر درجة الخوف هي المعيار الفاصل بينهما.

نلاحظ من التعاريف المذكورة بأن القلق انفعال أساسي مكتسب يُولد لدى الفرد مشاعر سلبية يطغى عليها الخوف و عدم الارتياح من شيء مجهول لا يستطيع تحديده.

2) القلق عند مدارس علم النفس :

لم يكن مفهوم القلق مألوفا عند علماء النفس حتى الثلاثينات من القرن العشرين وذلك من خلال كتابات (فرويد)، حيث تدّرج مفهوم القلق بين مدارس علم النفس كلا حسب المبادئ المكونة لاتجاهه؛ وفي ما يلي سنعرض بعض التفسيرات التي تناولت مفهوم القلق .

1.2 مدرسة التحليل النفسي:

ترى بأن القلق ناتج عن التعارض و الصراع القائم بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى وعجز الأنا عن التفريق بينهما ويعود هذا العجز إلى خبرات الطفولة و الشعور بالذنب، فكبت الرغبة الجنسية أو إحباطها هو المنشأ الأساسي للقلق. يرى (فرويد 1926) القلق على أنه إشارة إنذار تفعلها النزوات الليبيدية التي تفجر عمل الميكانيزمات الدفاعية، فهو نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد ويكونه خلال المواقف التي يصادفها **(Pierluigi Graziani, 2003** : 8)، كما أن التغيرات الجسمية الداخلية و الخارجية المرافقة له تميزه عن باقي الانفعالات غير السارة كالشعور بالإحباط أو الغضب.

أما " كارمن هورني " (Carmen Horney) فتحدده بأنه عبارة عن خبرات مهددة لأمن الفرد تنشأ عن مواقف أو أحداث مؤلمة تبدأ منذ المراحل الأولى للطفل كالغيرة الأخوية أو العقاب الأخوي. أما العوامل الثلاثة المكونة للقلق عند (**سوسن شاكر مجيد 2015:** 183) فهو الشعور بالعجز و الشعور بالعداوة و كذا الشعور بالعزلة. بينما ذكر" آدلار" (Adler) بأن كلا من الشعور بالنقص الجسدي و المعنوي تجاه الذات، و التفاعل الدينامي بين الفرد و المجتمع هما السببان الرئيسيان المكونان للقلق. و لقد ركّز" رانك " (Rank) على أهمية *"عقدة الولادة "* باعتبارها أول نموذج للقلق حيث يرى بأن الجنين يعيش حياة نفسية بدائية و هو في بطن أمه، و تشكل الولادة أكبر صدمة له لأنها تفصله من عالم مليء بالأمن إلى عالم تعمه الضجة. فتجربة الانفصال الأولى مع الأم تُعاش بصفة تكرارية كلما غاب موضوع الحب (الأم) الذي يعتبره مصدر إشباعاته.

يتضح لنا أن اتجاهات مدرسة التحليل النفسي تركز على الصراعات القائمة في الجهاز النفسي كمولد أساسي للقلق وهذا منذ الولادة و السنوات الأولى التي تضم العلاقة بين الطفل وأمه.

2.2 المدرسة السلوكية :

تنظر هذه المدرسة للقلق على أنه استجابة مكتسبة اشراطية تخضع لقوانين التعلم، فهو استجابة لعملية تعلم سابقة ناتجة عن تعرض الفرد لمواقف مؤلمة وسيئة كالخوف و التهديد والتي تؤدي إلى ظهور اضطرابات انفعالية و تكيف غير ناجح. كما يركز السلوكيون على الأساليب التربوية المتبعة من طرف الوالدين كالحماية المفرطة التي تُعزز الشعور بالخطر عند الطفل في كل مرة يتعرض فيها لمواقف خارجية، بالإضافة إلى إختلالات الأوعية الدموية للجهاز العصبي مع مراعاة الدور المهم الذي يلعبه الاستعداد الوراثي.

3.2 المدرسة لإنسانية :

تُرجع هذه المدرسة القلق إلى الخبرة التي يعيشها الفرد حينما يهدد شيء ما مفهومه لذاته حيث حدد "ماسلو" سلم الحاجيات الإنسانية حسب أهميتها إلى أن تصل إلى تحقيق الذات. كما يؤدي عدم بلوغ تلك الحاجات في المستويات الأربعة الأولى إلى حدوث القلق مما يدفع بالفرد إلى محاولة إشباعها بغية استعادة التوازن. كما ركز "ثورون" على أن قلق الفرد ليس ناشئا من خبرات الماضي بل يكمن في خوفه من المستقبل و ما قد يحمله من أحداث تهدد حياتهن و هو عند " رييس" حالة عاطفية غير مريحة تتصف بتوقع الشر و التوتر باعتبار أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك تماما نهايته الحتمية، وأن توقع حدوث الموت فجأة يعد التنبيه الأساسي للقلق عند الإنسان (**سوسن شاكر مجيد، 2015** :179).

نلاحظ بأن التفسيرات المقدمة من طرف علماء النفس التحليليين قد اعتمدت على إسقاط الصراع النفسي المعاش في الماضي على خبرات الحياة أي أن القلق دفاع ضد الصراع، وهذا ينافي ما جاء به أنصار التيار الإنساني الذي يربط القلق بالنظرة المستقبلية وبفشل تحقيق الكيان الوجودي للذات؛ بينما يركز السلوكيون على عملية التعلم الفاشلة على إنتاج القلق وتعميمه .

3) تصنيف القلق:

يصنف القلق بصفة عامة في علم النفس المرضي إلى:

1.3. القلق السوي:

يسمى أيضا بالقلق العادي أو الموضوعي بحيث يكون هذا النوع من القلق خارجي المنشأ حيث يظل مصدره معروفاً و مرتبطاً بالبيئة أين يستطيع الفرد ، إدراك وتمييز الأشياء التي تهدد أمنه. مثل المشاكل العائلية أو الاجتماعية. يقف القلق مع المشاكل العائلية أو الاجتماعية كرد فعل لضغط نفسي متعلق بفكرة نجاح عمل جديد و يكون أقرب للرهاب (الفوبيا).

2.3. القلق المرضي :

يعتبر القلق المرضي أو القلق العصابي داخلي المنشأ لا يدرك الفرد مصدره وهو خوف مزمن و غامض ليس له مبرر موضوعي و لا يمكن تجنبه أو تجنب مصدره بحيث تكون أسبابه لاشعورية غير معروفة ومجهولة ،و يكون مصحوبا بأعراض جسمية ونفسية (**سامر جميل رضوان، 2009** : 273)

3.3. القلق الثانوي :

يتميز هذا القلق بكونه عرضاً لمرض قائم بذاته سواء كان المرض جسديا كاضطراب الغدة الدرقية أو كعرض مشترك تقريبا لكل الاضطرابات النفسية الأخرى (**حامد زهران، 2005** : 485).

وذكرت إيمان عباس الخفاف (**2013** : 297) و حسب "سبيلرجر" (Spielerger, 1969) بإنه يمكن تصنيف القلق إلى مستويات:

أ) المستوى المنخفض :

هو المستوى الذي يحدث فيه التنبيه العام للفرد، حيث ترتفع درجة الاستعداد والتأهب لمواجهة الأحداث الخارجية.

ب) المستوى المتوسط :

هو المستوى الذي يصبح فيه الفرد أقل قدرة على السيطرة بحيث يفقد السلوك مرونته ويحتاج الفرد لبذل المزيد من الجهد للمحافظة على تكيفه أمام الموقف.

ج) المستوى العالي :

في هذا المستوى من القلق، تصدر عن الفرد سلوكات غير ملائمة ولا تكيفية حيث لا يستطيع التمييز بين السلوكات الضارة و غير الضارة نتيجة لفقدان التركيز و الانتباه مع وجود سرعة في التهيج.

أما الدليل الأمريكي الرابع للأمراض (DSM– IV MINI) فيصنفه إلى:

Attaque de panique	هجمة الهلع
Agoraphobie	فوبيا الأماكن الواسعة و المزدحمة
Trouble panique sans Agoraphobie	اضطراب الهلع غير المصحوب رهاب الأماكن الواسعة
Trouble panique avec Agoraphobie	اضطراب الهلع المصاحب لرهاب الأماكن الواسعة
Agoraphobie sans antécédents de trouble panique	رهاب الأماكن الواسعة بدون سوابق لاضطراب الهلع
Phobie spécifique (auparavant phobie simple)	الفوبيا النوعية (البسيطة)
Phobie sociale (trouble anxiété sociale)	الفوبيا الاجتماعية
Trouble obsessionnel – compulsif	اضطراب الوسواس القهري
État de stress post – traumatique	حالة القلق ما بعد الصدمة
État de stress aigu	حالة القلق الحاد
Trouble d’anxiété généralisée (incluant le trouble hyper anxiété de l’enfant)	اضطراب القلق العام
Trouble anxieux dû à une infection médicale générale	اضطراب القلق المرتبطة بالوضع الصحي

Trouble anxieux induit par une substance	اضطراب القلق المرتبط بالمادة
Trouble anxieux non spécifié	اضطراب القلق غير المحدد

الجدول رقم (1): تصنيف القلق حسب DSM– IV MINI لـ (200– : **Guelfi, J.D, et al, 1996** 218)

4) لأشكال العيادية للقلق :

يبرز القلق على شكل مظاهر عيادية عديدة منها ما هو جسدي و نفسي أو سلوكي.

1.4) المظاهر الجسدية: وتنقسم بدورها إلى سبعة أنواع:

المظاهر الجسدية		
Douleurs et courbatures	آلام و أوجاع	**العضلية**
les crampes	تصلب عضلي	
Contraction musculaire	تقلص العضلات	
Voix mal assurée	تغير في درجة الصوت	
	توسع أو تقلص في حدقة العين	**الحسية**
	برودة اليدين و الأطراف	
	التنميل	
les boufées de chaleur ou de froid	الهبات الساخنة أو الباردة	
Sensation de faiblesse	الشعور بالضعف و التعب	
Sensation de picotement	الارتعاش	

	عدم وضوح الرؤية	Vision brouillée
	طنين الأذنين	Bourdonnement d’oreilles
القلبية	عدم انتظام دقات القلب	tachycardie
	سرعة في نبضات القلب	palpitation
	آلام شديدة في منطقة الصدر	Douleurs dans la poitrine oppression
	نبضات في الشرايين	Battements des vaisseaux
التنفسية	الشعور بالضيق و الانقباض	Poids sur la poitrine
	زيادة معدلات التنفس	Hyperventilation
	التنهد الكثير	Soupirs
	بحة في الصوت	Dyspnée
المعدية	عسر الهضم	Indigestion
	تشنجات في البطن	Crampes abdominales
	فقدان الشهية	Anorexie
	النهم العصبي	Boulimie
	إسهال	Diarrhée
	إمساك	Constipation
	جوع أو عطش إنتيابي	Soif où faim paroxystique
	فقدان الوزن	Perte de poids

Myocloniephrénoglottique	رنين في العضلة	
Borborygmes	قرقرة	
Aménorrhée	انقطاع الطمث	**التناسلية البولية**
Cycles douloureux dans la menstruation	دورات مؤلمة في الطمث	
Apparition d'une frigidité	اضطرابات جنسية وظيفية كالبرودة الجنسية	
Miction fréquente	التبول المتكرر	
Difficulté à uriner	صعوبة في التبول	
bouche sèche	جفاف الفم	**الجهاز العصبي الإرادي**
Gorge sèche	جفاف الحلق	
Accès de rougeur où pâleur	احمرار الوجه أو شحوبه	
Vertiges	الدوار و الدوخة	
Nausée	الغثيان	
Tendance à la sudation	الميل للتعرق	

الجدول رقم (2): المظاهر الجسدية للقلق (Haynala et al, 1997:63)

2.4) المظاهر النفسية:

* الخوف الشديد من شر مرتقب (الخوف من الفقدان مثلا).

* انعدام الثقة في النفس.

* الاكتئاب.

* الإنهاك النفسي.

* مشاعر فقدان الإحساس بالواقع و فقدان الاتصال بالناس و المحيط.

* توهم المرض.

* اضطرابات النوم خاصة الأرق و الكوابيس.

* التردد في اتخاذ القرارات.

* تغير في القدرات المعرفية كعدم القدرة على الانتباه و الإدراك واضطرابات التفكير.

3.4) المظاهر السلوكية :

* العرات **(Tic)**

* قضم الأظافر

* الاندفاع

* الميل إلى العدوان

* الاستثارة و الهياج.

وعليه نلاحظ بأن القلق بإعتباره حالة إنفعالية ،تتسبب في ظهور أعراض تمس الجانب الجسدي ، النفسي والسلوكي للفرد تجعله في حالة من اللاتوازن.

5) موضوعات القلق :

يرتبط القلق أساسا بالموقف المُولد له حيث نجد العديد من أنواع القلق ، ونذكر أهمها :

1.5. القلق الواقعي:

يظهر عند الفرد كلما أحس بخطر خارجي (واقعي) يهدد استقراره، فهو استجابة تلقائية يبديها الشخص في كل مرة يجد نفسه فيها في وضعية صدمية أو أنه قابل لتكرارها من جديد فينتج عنه استجابات أو ردود أفعال (**جان لابلانش و آخرون، 1989** : 412) كالهروب، الدفاع والهجوم، وحتى السكون أو التخشب وذلك حسب طبيعة الموقف.

2.5. القلق المرضي:

لا يدرك الفرد في هذا السياق مصدر القلق، حيث يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر غير المحدد، و يتميز هذا النوع من القلق بنوبات حادة بشكل مستمر و تتطور بفعل الشدة والمدة لتشكل ما يعرف بنوبات القلق المزمنة أو المرضية (**Michel Godfryd, 2009**:9)؛ وقد يتحول إلى سمة من سمات الشخصية .ومن وجهة نظر (فرويد) حول الجهاز النفسي وكيفية توظيفه؛ فإن القلق ناتج عن الكبت، فشحنة الطاقة الغير المستثمرة و الغير موزعة سواء كانت ذات منشأ داخلي تؤدي إلى متطلبات عمل عبر كل الهيآت المكونة للجهاز النفسي و إذا كانت خارجية المنشأ ، استثمار الطاقة الليبيدية يكون حول مواضيع خارجية. كما يدفع عدم إشباع الليبيدو بصفة متواصلة حسب (8 : **Pierluiigi, Graziani, 2003**) في ما بعد إلى ظهور ميكانيزم الكبت الذي يعتبر المصدر الأساسي للقلق.

3.5 . القلق الأخلاقي:

يشير موضوع القلق الأخلاقي إلى الخبرة الانفعالية التي تنشأ عبر الشعور بالذنب أو الخجل نظرا لتعارض السلوك مع القيم و المعايير الأخلاقية الدينية أو الاجتماعية، بحيث يكون مصدره الأنا الأعلى ليتحول إلى صراع نفسي داخلي وليس صراعا مع النزوة أو الواقع (**بن علو، 2003** :88). بالإضافة إلى هذه الأنواع، نجد مثلا القلق المعروف بـ " قلق الامتحان " الذي

يصيب المتعلم قُبيل الامتحانات و كذلك " القلق الدافع " الذي يساور كل إنسان يقدم على تجربة جديدة أو عمل مهم.

كما ذكر أديب خالدي (**2009** : 132) بأن القلق قد يحذو إلى أن يحس الفرد بهواجس سوداوية وأفكار وسواسية قهرية و بأن الموت يتربص به في كل مكان وخلال أي نشاط مع سيطرة الخوف العميق و هذا ما يعرف ب "قلق الموت" الذي يكون متغيرا مهما في هذه الدراسة. و قبل هذا؛ يستلزم التعريج على ظاهرة الموت أو علم الموت "Thanatology"بصفة عامة ونظرة علم النفس إليه.

6) سيكولوجيا الموت:

يميل الإنسان بطبيعته إلى الخوف من المواقف المجهولة و الغامضة حيث يعتبر الموت أبرزها، فنالت ظاهرة الموت بصفتها الوجودية اهتمام العديد من علماء النفس مع بداية السبعينات. استعمل "فرويد" كلمة "Thanatos" الإغريقية التي تعني الموت للتعبير عن نزوات الموت كمصطلح مقابل لكلمة "Eros" التي تشير إلى نزوات الحياة، تعمل غريزة الهدم أو الموت بشكل خفي في اللاشعور، وتهدف إلى تفكيك الارتباطات و هدم الأشياء أي إعادة الكائنات الحية إلى حالة غير عضوية. تناول المعجم الفلسفي (**مصطفى حسيبة ، 2008** : 209) مفهوم "الموت على أنه حالة توقف الكائنات (الحية) نهائيا عن النمو والإستقلاب والنشاطات الوظيفة الحيوية مثل التنفس و الأكل والشرب والتفكر والحركة..."، أي أن الموت في مفهومه العام يعبر عن نهاية الحياة بيولوجيا و انتقال الفرد من الحياة العضوية (الفطرية)إلى الحياة غير العضوية. كما ذكر (Lindley et Davis, 1999) بوجود أربعة أنماط من الموت وهي الموت الوظيفي الذي تتوقف فيه جميع الوظائف الجسمية، ثم الموت الحيوي الذي يتميز بعدم الشعور، بالإضافة

للموت النفسي و فيه يتقبل الفرد الموت و يتقهقر داخليا وأخيرا الموت الاجتماعي الذي ينسحب فيه المريض وينفصل عن الآخرين(**أحمد هناء شويخ 2007** : 117).

كما تختلف اتجاهات الأفراد نحو الموت تبعا لاختلاف مواقفهم و منطقتهم ودوافعهم، حيث ميز "شروت" (Shrut, 1957) بين ثلاثة مفاهيم للموت، و هي بوصفه وسيلة يحاول الفرد بها بلوغ أهداف معينة و جوانب إشباع من البيئة كما في حالة التهديد بالانتحار، و الموت بوصفه انتقال إلى حياة أخرى بحيث ينظر إليها على أنها حياة مجيدة أو حياة رهيبة شنيعة ينتظرها الشخص بهدوء أو خوف، و كذلك الموت بوصفه نهاية نتوقعها.حيث يعتبر الجنس البشري هو الوحيد الذي يعرف أنه سيموت وذلك من خلال التجربة، و قد أشار "آرنست بيكر" (Ernest Becker) إلى أن الموت مرتبط ارتباطا كليا باكتشاف معنى للحياة وفاعليتها، و أن إنكار الموت و كراهيته هو المحرك الأساسي للحياة عند الفرد حيث يتبنى الأفراد لمواجهة الموت مفهوما يتضمن إعطاء معنى للحياة حاملا معه قيمه الدينية أو العرقية داخل الجماعة ما يعزز لديه مفهوم تقدير الذات (14 : **Carlo Strenger ,2013**). كما يذكر" هيدجر" بأن تأمل الفرد في الموت هو أصلا إدراك لوجوده وأن الوجود نحو الموت إنما هو قلق في حد ذاته فالتصورات المنبثقة عن فكرة الموت تُولد اليأس و القلق لدى الفرد (**Nobert Silamy,** **2010**:183)، إذ أن قلق الموت ناتج من حالة خوف غامض عن كل ما يتعلق بموضوع الموت والتفكير السلبي نحوه.

7) قلق الموت:

1.7. التعريف:

- يرى" تمبلر" (Tembler) بأنه "حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته".

- يعرفه "هوتلر" (Hotller) على أنه " استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور و الانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت ".
- حسب أحمد محمد عبد الخالق (**1987** : 39)؛ ينظر إليه "ديسكتاين" (Diskteine) على أنه هو ذلك " التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة ".
- يعرفه محمد عبد الخالق بأنه " نوع خاص من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدّرة ومشاعر شك و عجز و خوف تتركز حول كل ما يتصل بالموت و الاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه، ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة، هذه الحالة الانفعالية الغير السارة و أن ترفع من درجاتها " **(بشير معمرية 2009** : 68)
- يؤكد عادل شكري محمد كريم (**2006** : 27) بأن قلق الموت " حالة انفعالية سلبية وهواجس مضايقة تنتاب الفرد عند التفكير في الموت أو التأمل في حقيقته أو توقعه و يعجل بذلك أحوال معينة مثل المرض أو فراق عزيز بالموت أو بالإشراف عليه ".
- تعرفه "إيمان زايد" بأنه " حالة من الخوف و التوتر الشديد المتمركز حول الموت سواء كان موت الشخص أم أحد الأشخاص الأعزاء لديه، مما يجعله يصل إلى درجة عدم التوافق ويسبب له مشكلات نفسية متعددة " **(هناء أحمد شويخ، 2007** : 117) .
- كما تعرفه أمل مبروك (2011 : 99) بأنه " ليس مجرد خوف عادي، بل هو قلق و حصر دفين إزاء الذات ممتزج بمشاعر الجزع والرهبة، فهو انقطاع عنيف عن الحياة " .

تتفق التعريفات على أن قلق الموت هو حالة انفعالية مكدرة ناتجة عن تصورات الفرد حول مواضيع متعلقة بالموت كالمرض أو الفقدان. كما يجدر بنا **التفريق بين قلق الموت و الخوف من الموت** إذ يظهر أن المفهومين يحملان نفس المعنى. يتضمن قلق الموت الخوف من الموت

الذي يعتري الإنسان منذّ القدم ولكن يختلف عنه كونه ردّ فعل لاشعوري لغريزة الموت التي تعبر عن الرغبة في الرحيل أو عدم الرغبة في الوجود و يكون داخلي المنشأ، أما الخوف من الموت فهو رد فعل شعوري لخطر مهدد للحياة و يكون شعورا خارجي المنشأ (**Bouregba. A,** 426: **Telbet .T , 2008**).

2.7 . أسباب قلق الموت:

تختلف أسباب القلق من الموت باختلاف نظرة الأفراد وخبراتهم حوله حيث يرجع "جاك شورون" (Jacques Choron) أسباب الخوف من الموت إلى الخوف من حدث الموت نفسه و الانقطاع عن الوجود و الخوف مما سيحدث فيما بعد (**محمد حسن غانم ، 2006** : 125) كما يرى "شولتز" (Shultz) أن الخوف من الموت يعود في الأساس للحظة الموت كألم بيولوجي يتمثل في الخوف من المعاناة البدنية و الآلام عند الاحتضار، أين يصبح الألم جزءا أساسيا من قلق الموت خاصة عند المرضى، كما يرتبط الإذلال نتيجة للألم الجسمي بمفهوم الألم النفسي الناتج عن الوضع الصحي و الظروف المحيطة. كما أن التفكير بأن توأم النوم سيكون آخر محطة تتوقف فيها أهداف الفرد تسبب له القلق، فالحياة لا تقاس بالعمر بل بما حققه الإنسان وكذا تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته خاصة الأطفال (**أحمد محمد عبد الخالق، 1987:** 213). يعمل قلق الموت بشكل لاشعوري وينشط أفكارا مختلفة عن فكرة العدم و فقدان الذّات وفقدان الحياة بشكل عام وحتى العقاب الإلهي لدى المتدينين خوفا من المصير الذي ينتظرهم، كما أنه ينتج سلوكيات تكون مصممة لإنكار الموت (**محمد محمد العمر و علي النحيلي، 2016** : 48).

توجد أسباب أخرى مؤثرة على مدى الخوف من الموت، كضعف الإيمان والإصابة بالأمراض الخطيرة و يتركز خوف المريض في أنه يصبح عالة على المجتمع بسبب العجز والاعتماد على الآخرين في قضاء حاجاته الأكثر خصوصية مع تطور المرض. تزيد حدّة القلق لدى الفرد مع تقدمه في السن و شيوع المعتقدات في المجتمع حول فجأة الموت والاحتضار و الآلام المصاحبة له والنتائج الصادمة عن الوضعيات الاقتصادية و السياسية والحروب و الكوارث الطبيعية، إضافة إلى التعبيرات المقدمة للموت التي تعكس مقدار القلق المرتبط به. تحمل بعض التعبيرات معاني ايجابية كالرحيل عن الحياة و الذهاب للجنة واجتماع الشمل في الحياة الأخرى أو النوم، بينما يتضمن بعضها الآخر تعبيرات سلبية كالانفصال، الفقدان، العقاب أو الصدمة. تولد تمثلات الفرد اتجاه الموت (**محمد أحمد إبراهيم سعفان، 2008** : 7)، الشعور بالقلق و بفقدان الأمل و الفشل في الاستمرار في الحياة وتصوره بأن الموت هو دماره و نهايته.

نستنتج بأن تصورات الفرد حول موضوع الموت بصفته نهاية للحياة أو بداية لحياة أخرى ينمي درجات القلق لدى الأفراد، وأن هذا الإحساس يتفاوت بين الفرد السليم و الفرد المريض و من هم في مرحلة الشباب أو الشيخوخة.

3.7 أنواع قلق الموت :

يذكر " تمبلر" (Tembler, 1976) بأن درجة قلق الموت تحدد من خلال عاملين أساسيين يتمثل الأول في حالة الصحة النفسية بوجه عام،إذ أن المضطربين نفسيا ترتفع لديهم درجات قلق الموت بينما يتمثل العامل الثاني في خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت كالجنس و التقدم في العمر والمرض، و لذلك ينقسم قلق الموت إلى نوعين:

- **قلق الموت الحاد:**

تظهر أعراضه في زمن قصير و ترتبط بخبرات الحياة القريبة كموت قريب أو مرض شديد.

- **قلق الموت المزمن:**

يتميز بشدّته وطول مدّته وازدياد معاناة المريض به و يكون ملازما للمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة الخطيرة بشكل عام (**أحمد محمد عبد الخالق، 1987** : 19).

وعليه نلاحظ بأنه يعتمد في التمييز بين النوعين السابقين على حدّة القلق و طول مدّة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص.

4.7 أعراض قلق الموت:

- باعتبار قلق الموت نوعا من أنواع القلق، نجد تداخلا بين الأعراض الجسدية في الجدول الإكلينيكي لكليهما و من أبرز الأعراض التي يعانيها الفرد حسب "فقيري تونس" (**2015**: 78)

- الإصابة بضيق التنفس و الإصابة بالصداع و الآلام الجسدية المختلفة وتوهم المرض (مختلف الشكاوي التي لا أساس لها من الصحة)، وكذلك اضطرابات النوم و بخاصة الأرق.

- سيطرة النظرة التشاؤمية القاتمة للحياة على الأعراض النفسية، بالإضافة إلى سيطرة الانفعالات السلبية المتمثلة في البكاء و الحزن العميق والشعور بالهواجس السوداوية و كثرة الأفكار القهرية الوسواسية المتعلقة بالموت إلى درجة الفزع.

- ميل المريض إلى الانطواء و الانعزال عن العالم و تجنب المواقف التي لها علاقة بالموت كالجنائز بصفة خاصة، أو حتى التحدث عن الموت والحوادث المسببة له حيث تصبح الكآبة الشديدة و الاكتئاب عرضين أساسيين في الجدول الإكلينيكي لقلق الموت.

يتبين لنا بأن القلق يتشارك في أعراضه مع قلق الموت إلا أن هذا الأخير ترتكز أعراضه على النظرة السلبية الناتجة عن فكرة الموت.

5.7 النظريات المفسرة لقلق الموت:

أ) نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد (Freud) بأن قلق الموت حالة يكون فيه الأنا غير قادر على تقبل الموت فالقلق في العصاب الصدمي ناتج عن قلق الموت الذي ينظر إليه على أنه قلق يهدد الحياة. (**Jean Sauret, M ,2000** : 48). أما "ميلاني كلاين" (M. Klein) فترجع قلق الموت إلى التهديد النزوي الناتج عن نزوة الموت الموجودة في اللاّشعور منذ الولادة، و كذا الصراع القائم بين نزوتي الحياة و الموت. فبالنسبة لها يعتبر قلق الموت هو أساس كل قلق يصيب الفرد في حياته وأنه أساس كل الأفكار و التصورات العدائية الناتجة عن النزوات العدوانية. بينما "آدلر" (Adler) فيرى بأن الوعي المبكر بالموت و الخوف منه يساهم في مفهوم الدونية وعقدة النقص، كما يضيف بأن المرض العقلي يكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت . كما يرى "فيلفل" (Felfel) بأن معظم أنواع القلق الأخرى ما هي إلاّ مظهر خادع لقلق الموت. في حين يُركز "بيكر" (Beeker) على أن مشكلات التكيف و الاضطرابات المزاجية التي تضم الاكتئاب و الفصام و العصاب و الانحرافات الجنسية تصنف في إطار واحد هو الخوف من الموت. أما ايريكسون (1963) فيشير إلى أن الخوف من الموت مرتبط كذلك بافتقاد تكامل الأنا و يدعم (Durlak, 1973) هذه الفكرة بأن المعدل المنخفض للخوف من الموت مرتبط كذلك

بالأفراد الذين شعروا بهدف الحياة و غرضها و بالتالي حققوا نوعا من التكامل (**عادل عز الدين الأشول، 1998** :266).

من هنا نلاحظ بأن المفهوم التحليلي في تفسيره لقلق الموت يركز على الدور الأساسي الذي تلعبه غريزة الموت بوصفها غريزةً للهدم تُساهم في ظهور قلق الموت.

ب) النظرية السلوكية:

تقف هذه النظرية موقف الضد أمام الفرويدية، حيث تركز على أن القلق سلوك ناتج عن وضع الإنسان في مواقف يكون الهروب فيها أو تجنب المواقف المستكرهة غير ممكن فالموت كف تام ودائم للشعور والوعي والتوقف البيولوجي للمخ و كل الوظائف الحركية والحسية الأخرى.

ج) النظرية لإنسانية:

تذهب هذه النظرية إلى القول بأن الإنسان يُدرك نهايته وأن الموت قد يحدث في أيّة لحظة ففجائية الموت و اليقين بوجود النهاية هو المثير الأساسي للقلق عند الفرد ، الذي يخاف من فقدان ذاته و هويته. فالمنظور الإنساني يعتقد بأنه لا أحد يعتقد في أعماقه بموته الشخصي رغم أنه جزء لا يتجزأ من حياتنا و عن دوافعنا النرجسية في الحياة. (**Marie Claire Célérier, 1979** : 23).

6.7 العلاج :

يعتبر قلق الموت نوعا من أنواع القلق العام و يُستخدم لعلاجه ما يطبق لعلاج القلق، حيث يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أنجع العلاجات التي تقلل من حدّة القلق. من خلال التركيز على إضعاف عامل الخوف، و كذا مناهضة المعتقدات الخاطئة حول فكرة الموت و ذلك باستخدام تقنيات عديدة أهمها الاسترخاء.

1.6.7 لإسترخاء:

أ- تعريف لاسترخاء :

يعرف غريغ ويلنكسون (**2013** : 54) الاسترخاء بأنه تقنية ممتازة تمكن من الاستفادة منها عند الشعور بالضغط النفسي، إذ أنه يساعد على تقليص القلق والتغيرات النفسية .

ب- أنواع لاسترخاء:

الاسترخاء الذّاتي: تعني التركيز الذّاتي حيث أن الشخص يقوم بالتركيز على نفسه ليقوم بعملية الاسترخاء.

لاسترخاء السوفرولوجي: يستعمل مع الأفراد الذين يعانون من الأمراض السيكوسوماتية أعراض ما بعد الصدمة و كذا اضطرابات النوم من أجل تخفيض الألم و المعاناة ، وتقوم هذه التقنية على مساعدة الفرد على التحكم في كل أجزاء الجسم والعقل و الروح ؛ من أجل تحقيق التوازن.(72 : **Vanessa Saab et al , 2005**).

لاسترخاء التصاعدي: ويعرف كذلك بالاسترخاء الجاكوبسوني الذي يركز على العلاقة الموجودة بين المعاش النفسي و الانفعالي و درجة التوتر من خلال تطبيق تمارين عديدة من القدمين إلى الرأس.

التأمل: عبارة عن استغراق في الذات عن طريق الصمت و الإصغاء الداخلي والاسترخاء مثل تمارين اليوغا.

2.6.7 تقنية المقصد المتناقض:(Intention Paradoxale)

تعتبر فنية " **المقصد المتناقض** "من التقنيات المستعملة مع المرضى الذين يعانون من القلق والمخاوف المرضية وحتى حالات الوسواس القهري، و هي من فنيات العلاج بالمعنى لفرانكل

(Frankl,V, 1947) الذي يعتبر علاجا قصير المدى يتم فيه تشجيع المريض على مواجهة قلقه وإبدال اتجاهه نحوه أي استدعاء استجابة مضادة للتخلص من استجابة القلق، و هذا ما يسميه جوزيف ولبي طريقة " الكف بالنقيض" (**فيصل محمد خير الزراد، 2008** : 27)

حدّدت "مانياسيك" (Maniacek,1982) خمسة مراحل لممارسة التقنية العلاجية كما يلي:

أولا : مرحلة الاتصال التي يتم فيها تبني العلاقة العلاجية القائمة على توفير جو من الثقة المتبادلة بين المعالج و المريض .

ثانيا: مرحلة تقدير الموقف و فيها يتم التعرف على نوع القلق، أسبابه و الظروف التي ساعدت على ظهوره من خلال القيام بدراسة حالة مفصلة تشمل التاريخ الطبي الشخصي والعائلي.

ثالثا : مرحلة التدخل و ذلك من خلال تطبيق تدريبات تقوم على محاولة عمل الشيء الذي يخافه المريض بصفة مقصودة، حتى يستطيع التحرر من مخاوفه عن طريق التدريبات التي سيقوم بتطبيقها المريض في البيت طوال فترة العلاج.

رابعا : مرحلة إعادة البناء من خلال تفسير الأحداث و محاولة إيجاد حلول لإخراج المريض من الدائرة و ملأ الفراغ الذي أدّى للقلق.

خامسا : مرحلة إعادة التقييم و الانتهاء، وفيها يحدد المعالج التناقضات التي يواجهها المريض في الحاضر و خططه المستقبلية وكذا الاستفادة من تجارب الماضي. (**بشير معمرية، 2012: 97 ، 98)**

نستنتج بأن العلاج السلوكي يعتبر الحل الأنسب للتقليل من حدة القلق أو التخلص منه نهائيا من خلال تقنيات الاسترخاء، كما أن العلاج المعرفي له دور فعال في تغيير التفكير السلبي لموقف الموت لتكملة صورة العلاج.

خلاصة:

نستنتج مما سبق ذكره بأن قلق الموت يعتبر من المفاهيم الأساسية المرتبطة بالدرجة الأولى مع الأمراض وخاصة مرض السرطان. فالتصورات التي يتبناها الفرد عن الموت تحت تأثير انتماءاته الاجتماعية والثقافية قد تخلق ظروفا تعجيزية ، في نفسية المريض وأسرته ما يضعف عامل المقاومة لديه . ويجعل قلق الموت العامل الأساسي لتدهور صحته النفسية والجسمية.

تمهيد :

يعتبر السرطان مرض القرن العشرين و هو من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا على المستوى العالمي و يصيب أي جزء من أجزاء الجسم فيحدث به تورما أو إنتفاخا ينتهي في غالب الأحيان بانتشار الخلايا السرطانية. نتطرق في هذا الفصل إلى أهم المعطيات المتعلقة به من تفسيرات طبية سواء نشأته، أنواعه وحتى أهم العلاجات المقدمة و هذا ما يتضمنه علم الأورام بصفة عامة. كما سنتناول أيضا الجانب النفسي بإعتباره عاملا مهما ،يؤثر بالدرجة الأولى على المصاب وكل المحيطين به وهذا ما يسعى علم النفس الأورام كعلم قائم بذاته إلى دراسته.

1) نبذة تاريخية عن السرطان:

يعتبر السرطان من الأمراض التي كانت و مازالت تهدد حياة الأفراد في العالم حيث تعود بداية اكتشافه لمخطوطات الحضارة المصرية القديمة و ذلك منذ 3000 سنة قبل الميلاد. تناولت النصوص الطبية لمختلف الحضارات مفاهيم متعددة للمرض و اقتصرت على وصف بعض أعراضه أو أسبابه. ذكر أبو قراط في الحضارة اليونانية مصطلح" carcinoma / cacinos" للدلالة على مرض السرطان، أما الحضارة الإغريقية فأطلقت عليه اسم " onco –archeology" .كما لم يكتف علماء الحضارة الإسلامية فقط بذكر كلمة "الورم أو الورم الخبيث" بل عمدوا إلى ذكر أعراضه و بأنها جزء من المرض وليست ناتجة عن الخطيئة أو كل ما هو روحاني. مع بداية القرن العشرين و التطورات الحاصلة في مجال الطب؛ تأسس ما يعرف بعلم الأورام (Oncologie) كعلم قائم بذاته للبحث في أسباب هذا الداء وكذا العوامل المؤدية إليه و أعراضه وكيفية علاجه.

2) تعريف علم الأورام:

أشتق مصطلح 'علم الأورام' من اللغة اليونانية، و هو لفظ متكون من:Oncos بمعنى"*كتلة ورم* ،حجم" وlogy فتعني *"علم"* .يعتبر علم الأورام فرعا من فروع الطب يختص بتشخيص وعلاج و كيفية الوقاية من السرطان حيث أنه يتضمن:

*علم الأورام الطبية الذي يستعمل العلاج الكيميائي، العلاج الهرموني، و بعض المخدرات لعلاج السرطان.

*علاج الأورام بالأشعة.

*علم الأورام الجراحي (**National Cancer Institute , 2001**)

3) تعريف مرض السرطان:

لغة: يطلق لفظ السرطان على:

1- حيوان بحري من القشريات العشريات الأرجل

2- برج في السماء

3- خط من خطوط العرض في الجغرافيا

4- ورم خبيث في الطب يتولد في الخلايا الظاهرية الغددية، و ينتشر في الأنسجة المجاورة .

(إبراهيم أنيس و آ خرون : 427)

اصطلاحا:

اشتقت الكلمة من اللفظ اليوناني carcinomas أي السلطعون البحري وهو حيوان يتسم بضخامته في وسط جسمه و امتداد مخالبه، وهو أول شكل ملاحظ لذلك المرض(**هناء أحمد شويخ، 2007** : 31)

- حسب (Elaine Marieb, 1993)؛ " السرطان هو ورم خبيث و توسعي (غاز) لديه القدرة على الانتشار في كل أعضاء الجسم و هياكله بواسطة الدورة الدموية أو السائل اللمفاوي"
- حسب جان أوقدان (347: **Jane Ogden, 2008**) " السرطان هو نمو غير محدد للخلايا غير الطبيعية التي تكون ما يعرف بالورم أو نيوبلازم " .
- أما شيلي تايلور(**2008:** 811) يرى بأن السرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن 100 مرض يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة، وينتج السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية ADN التي تعتبر الجزء المسئول على نمو الخلايا و تكاثرها. في الحالة العادية؛ تتكاثر الخلايا بشكل بطيء ومنتظم، أما في الحالة المرضية فيحدث خلل على مستوى هذه المادة ما يؤدي إلى تسارع زائد في نمو السرطان و انتشاره.

نلاحظ بأن السرطان ناتج عن إختلالات في التركيبة الجينية للخلايا مما يولد نموا عشوائيا وسريعا و التي تظهر على شكل كتلة تنتشر من منطقة معينة إلى مناطق أخرى في الجسم بفضل الجهاز الدموي.

4) تركيبة الورم وخصائصه:

يتكون النسيج الورمي من:

- الخلايا الورمية و هي خلايا تتكاثر بشكل غير عادي (مرضي)
- النسيج المدعم « storma » و هو نسيج غير ورمي(لا يحمل الجينات المرضية السرطانية) و يظهر في جميع أنواع السرطانات، حيث يعمل كإطار تمر من خلاله الأوعية الورمية لتزويد الخلية الورمية بالغذاء.

وتتميز الخلية الورمية بثلاثة خصائص :

أولا/خاصية التكاثر المفرط(clonalité):

تعرف خلية الورم بأنها قابلة للتناسل من خلال ظاهرة الاستنساخ، إذ أن خلية أولية واحدة لديها القدرة على إنتاج كَمٍّ هائل من الخلايا بشكل متضاعف وسريع. يتخذ الورم في عملية تطوره أشكالا عديدة حيث نجده يتطور من مجموعة من الخلايا ويُسمى "polyclonate" أو من بعض الخلايا "oligoclonale" ، أو من خلية واحدة "nomoclonale"

ثانيا/التشابه بين الكتل النسيجية الورمية و النسيج لأصلي العادي:

تحتوي الخلية الورمية من حيث تركيبتها على نفس مركبات الخلية العادية من بروتينات وأحماض نووية و غيرها. يؤدي الورم السرطاني من جانب التركيبة الوظيفية نفس الأدوار التي يقوم بها النسيج العادي كوسيط بين الخلية و وظيفة العضو أو بين تجمع الأنسجة المكونة للعضو.

ثالثا/القدرة على النمو ولإستمرارية:

تتكون الخلية من نوعين من المورثات يسمى أحدهما بجينات les proto-oncogénes والثانية تعرف بجينات les anti-oncogénes حيث يقومان بالتحكم في النمو و الانقسام الخلوي. تعمل الأولى على إنتاج البروتين و تنظيم التكاثر الخلوي و تجديد الأنسجة المسنة وإصلاح التشوهات التي تحصل على مستوى الخلية. أما الثانية فتعمل كمثبط لعمل الأولى وهكذا تحدث عملية تجديد الخلايا على مستوى الجهاز اللمفاوي بحيث أن أي خلل على مستوى المادة الجينية ADN خاصة les anti –onco مما يزيد من نشاط البروتين و يحدث ما يعرف بالتكاثر الخلوي الفوضوي أو النمو الشاذ و المتواصل للخلايا (45 :**J.M.Mosnier , 2005**).

وعليه يتبين لنا بأن تركيبة الخلية الورمية تتميز بخصائص تمكنها من إنتاج بعضها البعض بشكل مستمر وبصورة مماثلة للأنسجة الأصلية، و هذا ما يسهل عليها عملية التناسل الخلوي و الانتشار السريع.

5) تصنيف لأورام وتسميتها:

تصنف الأورام بشكل عام إلى نوعين أساسين هما:

1.5 **لأورام الحميدة** (Bénignes) :

هي أورام تنمو في النسيج الأصلي لعضو معين و تكون محاطة في الخارج بغلاف يحدها عن الأنسجة المحيطة بها، و هي بطيئة النمو ويكون الانقسام الخلوي منظما و لا يخرب الخلايا المجاورة لها.

2.5 **لأورام الخبيثة** (Malignes):

تعرف بالخلايا السرطانية و بأنها أكثر خطورة من الأورام الحميدة وبقدرتها على النمو واكتساح الخلايا الأخرى و الانتشار السريع في المناطق التي لم تظهر فيها في المرة الأولى حيث تعرقل إمداد الدم إليها مما يسبب تقرحا أو نزيفا، و تعرف هذه العملية ب"عملية الانتشار" أو "métastases" **(Jane Odgen,2008**: 347).

كما يوجد اختلاف بين الأورام الحميدة و الأورام الخبيثة من حيث الشكل و الوظيفة نلخصها في الجدول التالي:

الجدول رقم (3): الفرق بين الأورام الحميدة و الأورام الخبيثة

الأورام الحميدة	**الأورام الخبيثة**
موضعها محدد بغلاف خارجي	غير محددة بغلاف خارجي
مغلقة encapsulée	غير مغلقة
تشبه النسيج الأصلي(لا يوجد اختلاف)	تشبه بالتقريب الأنسجة الأصلية
خلايا منظمة و ثابتة	خلايا غير منظمة(خلايا سرطانية)
بطئ في النمو	سرعة النمو
لا تدمر للخلايا أو الأنسجة المجاورة	تدمر الخلايا و الأنسجة المجاورة
لا تعود من جديد بعد الإستئصال، و لا تصبح خلايا سرطانية.	استئصالها صعب، و إمكانية العودة من جديد
لا تنتشر في الجسم	تنتشر في مناطق الجسم المختلفة

(J.F mosnier.AL .2005 :50)

و تتسبب عملية الانتشار في ظهور أورام سرطانية أخرى غير الأورام الأولى وتسمى بالأورام الثانوية حيث تنفصل خلية أو مجموعة من الخلايا عن الورم السرطاني الأول، وتتخذ هذه الأخيرة ثلاثة طرق للانتشار:

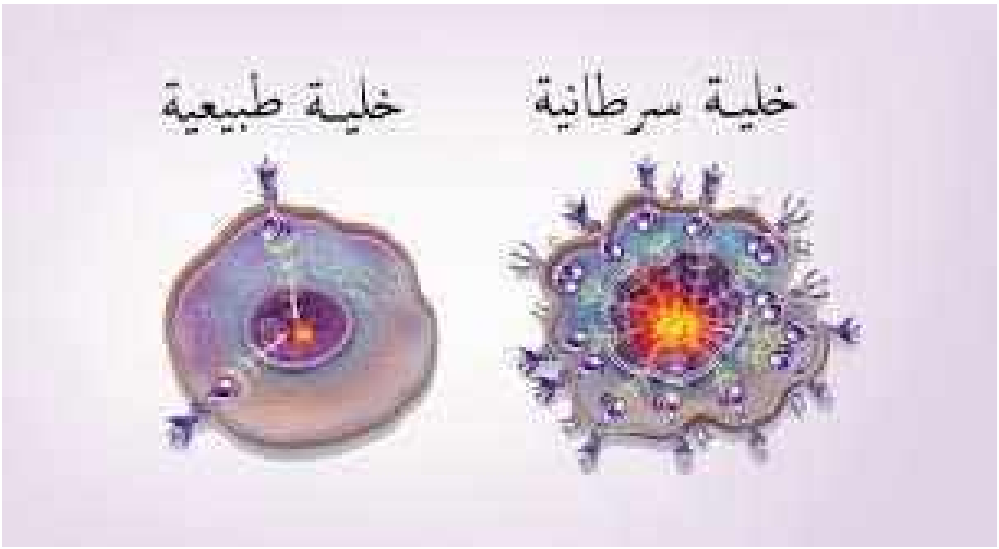
1- الانتشار المباشر نحو الأنسجة و الأعضاء المحيطة بالعضو المصاب

2- الانتشار عن طريق الجهاز اللمفاوي، ويعدّ هذا الجهاز من الأجهزة التي تساعد جسم الإنسان على التخلص من الفضلات و الأجسام الغريبة؛ ووظيفته الأساسية هي نقل اللمف في الجسم وهو

سائل يحتوي على الخلايا البيضاء التي تمثل خلايا الجهاز المناعي في الجسم .والخلايا اللمفاوية T المتواجدة بالغدة الزعترية التي تقع فوق القلب و هي التي لها دور في تدمير الخلايا السرطانية.

3- الانتشار عن طريق الدم .

يكون الانتقال عن طريق الدم و الجهاز اللمفاوي نحو أعضاء بعيدة في الجسم خاصة المناطق (الأعضاء) الغنية بالدم كالكبد و الرئة (**زلوف منيرة ، 2014** :23). و يوضح الشكل الأتي الخلية العادية والخلية السرطانية :



الشكل رقم (3) :شكل توضيحي للخلية العادية و الخلية السرطانية

يذكر الأطباء و المتخصصون في علم الأورام أمثال (**Morrére, J.F & Bouillet T ,**) 55: **2012** في تصنيفهم و تسميتهم للأورام خاصة السرطانية على نوع الأنسجة التي ظهر فيها الورم والمرحلة (أو ما يعرف بدرجة الورم).

3.5. التصنيف النسيجي:

يعتمد هذا التصنيف على النسيج الذي ظهر فيه الورم لأول مرة.و الجدول الأتي يبين الأنواع الرئيسية للسرطان ،نسيجها الأصلي وموقعها.

الجدول رقم (4) : لأنواع الرئيسية للسرطان

لأنواع الرئيسية للسرطان	النسيج لأصلي للسرطان	الموقع
Adénocarcinome	النسيج الغددي Epithélium	الثدي، الكبد، الرئة، البروستات، المبيض، الغدة الدرقية، المعدة، القولون، الغدة اللعابية، الكلية
Carcinome epidernoide	Epithélium mapiglin البشرة،الجلد،النسيج المخاطي)	الجلد، الرئة، الجهاز الهضمي، الحنجرة، بلعوم، تجويف الفم
Sarcome	نسيج الهيكل العظمي و العضلات	العظام، الغضاريف، الأوعية ، النسيج الذهني
Lymphome de hodgkin	الخلايا اللمفاوية (B , T)	العقد، الطحال
Lymphome non hodgkin	الخلايا اللمفاوية (B , T)	العقد، الجهاز الهضمي، البشرة ،المخ، الأعضاء التناسلية ، الرئة
Leucémie	خلايا نخاع العظامblastes	الدم
Myélome	خلايا نخاع العظام plasmocytes	نخاع العظام

4.5. التصنيف المرحلي :

يرتكز على درجة انتشار الورم بالاعتماد على نظام (TNM) المقترح من طرف الإتحاد العالمي ضد السرطان (UICC) و هو النظام الأكثر استعمالا في مجال علم الأورام، حيث تشير" **T**" إلى الورم، و "**N** " إلى الغدة و " **M**" إلى الانتشار.

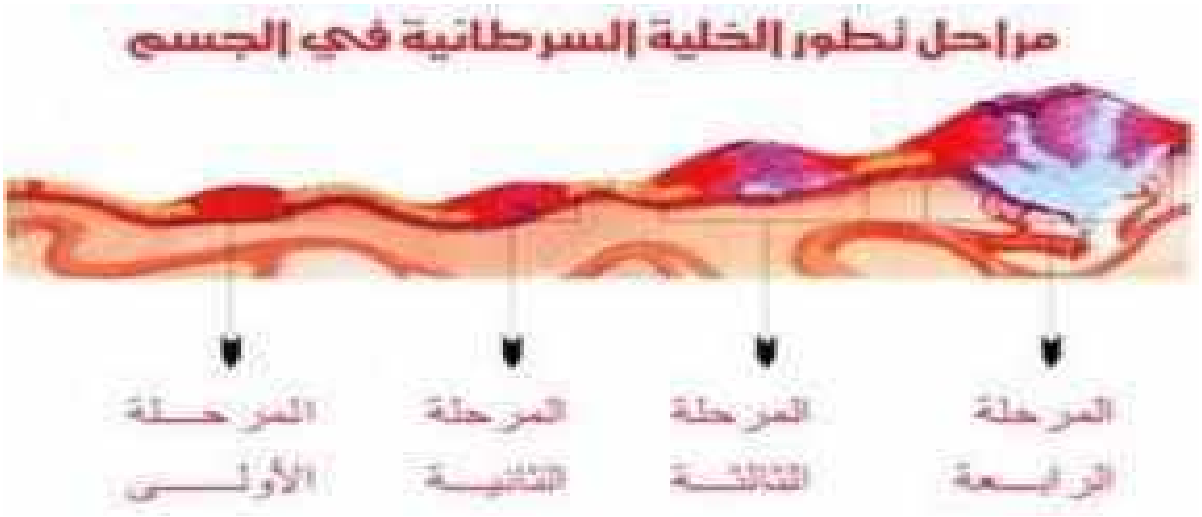
يحدد الورم البدائي وفقا لحجمه و امتداده و يصنف من T1 إلى T4 ،حيث تعتبر T1 وT2 أوراما صغيرة أما T3 وT4 أوراما كبيرة، بينما تصنف العقد اللمفاوية على أساس عددها حجمها و امتدادها من N0 إلى N3، أما الانتشار فيصنف حسب وجوده أو عدم وجوده من M0 إلى M1. وعليه يتطور المرض عبر أربع مراحل كالأتي :

الجدول رقم (5) : المراحل الأربعة لتطور السرطان

المرحلة الأولى	يكون الورم وحيدا وفريدا من نوعه، و صغير الحجم (t1 n0 m0)
المرحلة الثانية	ورم ذو حجم محلي (n0 m0 t2)
المرحلة الثالثة	غزو الغدد اللمفاوية للمناطق المجاورة لها(t1 n1 m0)
المرحلة الرابعة	يكون امتداد الورم و انتشاره كبيرا نحو الأعضاء الأخرى(t2 n1 m1)

(J.M.Mosnier ,2005 : 60)

يمكن تسمية السرطان وفقا للمنطقة التي يتواجد فيها، حيث يسمى الورم على أساس موضعه في الجسم في حالة عدم انتشاره، أما في حالة انتشاره لأعضاء أخرى يأخذ الورم السرطاني تسمية العضو الذي ظهر فيه لأول مرة، فإذا انتشر المرض من الثدي الى الرئة يسمى بسرطان الثدي **(هناء شويخ، 2007 :** 30)



الشكل رقم (4) : مراحل تطور الخلية السرطانية

من خلال ما ذكر نستنتج بأنه يوجد اختلاف شكلي بين التصنيفات السالفة الذكر، ولكن الهدف يبقى واحدا وهو التشخيص الدقيق للمرض.

6) العوامل المؤدية لمرض السرطان:

رغم التطور الحاصل في ميدان علم الأورام، لم يعرف بعدُ السبب الحقيقي للإصابة بالمرض بل رجح العلماء وجود العديد من العوامل المشتركة فيما بينها تساهم في إصابة الفرد بهذا المرض.

1.6 الاستعداد الوراثي:

أظهرت بعض الدراسات بأن بعض السرطانات تتوافر في نفس العائلة و تُورث في أغلب الأحيان من الأب إلى الأبناء و خاصة سرطان الثدي و أورام شبكية العين **(زلوف منيرة،2014** :26).

وحسب (32: **P.Lôo et al ,2003**) فقد أكد"schwarzenberg" في دراسة قام بها بأن العوامل الهرمونية الداخلية وخاصة الهرمونات الجنسية هي المتهم الأول في تكوين السرطان خاصة سرطان البروستات لدى الرجال والثدي عند النساء.

تلعب الهرمونات الخارجية دورا هاما في الإصابة بسرطان عنق الرحم و المهبل الغدي كتناول أدوية معينة مثل حبوب منع الحمل في مراحل معينة خلال سنين الإنجاب أو عدم الإنجاب و

الرضاعة الطبيعية وكذا محاولات منع الإجهاض باستعمال الدواء الهرموني (**زلوف منيرة** ،29) حيث بين المقال الصادر عن جريدة الخليج بتاريخ 2015/05/10 (**www.alkhaleej . ae**) اعتبار تناول أقراص الهرمونات البديلة مثل livial و tibolone لعلاج أعراض سن اليأس أو منع نشوء مرض هشاشة العظام من المسببات الأساسية للسرطان كما ترتفع نسبة الإصابة بهذا المرض عند الأفراد الذين يعانون من نقص في المناعة سواء كان وراثيا أو مكتسبا من وقع العلاج مثل حالات زرع الكلية. فإصابة الجهاز المناعي ببعض الفيروسات كفيروسHIV (السيدا) أوHépatite B (VHB) تضعفه وتمهد إلى ظهور المرض بشكل سريع.

2.6 العوامل السلوكية:

تعتبر هذه العوامل حيوية في نشأته، و في مقدمتها التغذية حيث يشير Smith et (Jacobson,1989) بأن نسبة 35% من السرطانات مرتبطة بها، وفي هذا الصدد يضيف "باموكو" (Pamukcu, 1989) أن الطعام الذي يحتوي على مادة Pteridiumaquilium ثبُت أن له دورا كبيرا في ظهور الأورام السرطانية، وكذا مادة (Saccharine) الموجودة بمواد النكهة و الرائحة التي لها علاقة بظهور أورام المثانة البولية بشكل خاص (**هناء شويخ أحمد ،2007** :36). ترفع البدانة من نسبة الأستروجينات الداخلية خاصة إذا كانت متبوعة بنقص في ممارسة التمارين الرياضية واستعمال حمية غذائية صارمة ضد الأغذية الغنية بالدهون وعدم تناول الأغذية الغنية بالفيتامينات والألياف النباتية (192 : **A.Haynal et al, 1997**).

3.6 العلاقات الجنسية المبكرة و الكحول:

تساهم العلاقات الجنسية المبكرة والمتعددة في إنتشار السرطان بنسبة 3% خاصة في حالة سرطان الرحم ، كما توجد علاقة ترابطية بين نشأة الأورام و عامل نوعية و مدة استهلاك الكحول والتدخين المفرط الذي يتسبب في ظهور سبعة أنواع من السرطانات وخاصة سرطان الحنجرة والبلعوم و تجويف الفم (ORL) وسرطان الكبد بنسبة 30% للتدخين و7% للكحول (**Jane ogden ,2008** : 349) .

4.6 العوامل إلإشعاعية:

يظهر خطر هذا العامل في سرطان الجلد و الدم، و التعرض لأشعة الشمس ومختلف الأشعة الناتجة عن التفاعلات النووية و الكيميائية و كذلك الأشعة العلاجية المؤينة (أشعة x وgamma) التي أظهرت الدراسات بأنها تساهم بنسبة 5 % في ظهور المرض (**Roger Lacave , 2005** : 288) بالإضافة إلى الأشعة التشخيصية المستعملة للكشف عن جنس الجنين.

تتدخل عوامل أخرى مرتبطة بالجوانب العرقية و الجغرافية حيث أن النساء ذوات العرق الأبيض أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي من ذوات العرق الأسود والأمريكيات أكثر عرضة من الأسيويات بالإضافة إلى عامل السن وخاصة في المراحل المتقدمة من العمر حيث بينت دراسات بأن الجسم بعد 35 سنة من العمر يصبح أكثر عرضة للإصابة بالأمراض الفيروسية، كمرض" باجت Pajet " الذي يصيب الحلمة بالإضافة إلى انقطاع الطمث وتأثيرهما القوي في ظهور سرطان الثدي.

5.6 العوامل النفسية:

تلعب هذه العوامل دورا بارزا في ظهور الأورام السرطانية حيث بيّن (Leshan et Worthington) حسب (**صالح معاليم، 2008** : 121) وجود أربع عوامل نفسية تعزز الإصابة بالمرض:

- فقدان شخص له مكانة هامة في حياة المصاب.
- عدم قدرة العميل (المريض) على التعبير عن عدوانيته.
- وجود صراع مبكر له علاقة مع صورة أحد الوالدين تجسد في صورة سرطان.
- وجود إضطرابات نفسية وجدانية ظاهرة.

عرّف جان لابلانش و ج . ب. بونتاليس (**1985** : 300) الصدمة النفسية على أنها حدث ذاتي في حياة الشخص يتسم بالشدة وبعجز الجهاز النفسي أمامها. وحول الدور البارز الذي تلعبه؛ ذكرت "روزين ديبري" (Rosine Debray) بأن للأحداث الصادمة التي يمر بها الفرد في حياته تأثير قوي على أعضاء الجسم حيث يُعاش مفهوم الحداد أو فقدان الموضوع سواء كان حقيقيا أو مفترضا كصدمة نفسية مبكرة أو دائمة تُثبَت كاختلال نفسي جسدي حيث يصبح المرض معاناة وألما عاشه الجسد وعليه تمثل قيمة العرض حماية ضد المعاناة النفسية. (**Marina Papageorgirou ,2002** : 186) . كما يقترن ظهور السرطان بمدة زمنية قدرها ستة إلى اثني عشر شهرا من التعرض للصدمة وأضاف (Boris Sirbey) بأن فكرة العلاج النفسي للسرطان ما هي إلا تهيئة للمريض على العمل مع ذاته قصد فهم الصدمة التي أدّت للسرطان. لذلك وجب معرفة أصل الصراع الكامن الذّي ينشط داخل الذات وعلاجه بطريقة نفسية و جسدية، و في حالة تجاوز هذا الصراع يستطيع الجسد التخلي عن الورم السرطاني.

بينت العديد من الدراسات وجود علاقة بين ظهور السرطان و نمط الشخصية ومن أهمها دراسة آيزنك (Eysenck , 1991) الذي يفترض وجود نمط من السلوك يؤثر بطريقة مباشرة على جهاز المناعة. يكون هذا النمط مسئولا عن هذا المرض بحيث يتميز بكف التعبير عن الحاجات الشخصية وخاصة في حالات الدفاع عن النفس و كبت مشاعر العدوان والكراهية و كذلك المرور بأحداث صدمية أليمة وخبرات القلق والتوتر، مع فقدان العلاقات الشخصية والاجتماعية. يضاف إليه سوء التوافق الجنسي و الحاجة للأمن والاستقلالية والشعور بالذنب واللّوم الدائم للذات. وأكدّ (Temoshok ,1987) في دراسته حول السرطان بأن الخصائص السالفة الذكر تتطابق مع نمط السلوك (type C) أو كما يسميها آيزنك الشخصية المستعدة للإصابة بالسرطان "Personnalité prédisposée au cancer"(**سامر جميل رضوان ،2009** :174).وفي نفس السياق ولتأكيد دور الشخصية أمام مرض السرطان بشكل خاص، تؤكد "فلاندرز دنبار" (Dumber .f) في دراسة قامت بها حول المريضات المصابات بسرطان الثدي الدور الذي يلعبه العامل الداخلي وخاصة ما يعرف باتجاهات و اعتقادات المريض نحو الصحة والمرض، حيث تلعب هذه الاتجاهات و السلوكات الإيجابية نحو حياة المريض و بدنه وكيفية إدراكه لها دوراً مهماً في تطور المرض بشكل بطيء (**محمود السيد أبو النيل، 1994** : 306). كما تشير Trill (MD, 2012) في دراسة لها ضمن الجمعية الأوروبية لطب الأورام إلى أن معدلات انتشار الاكتئاب بين مرضى السرطان وصلت إلى 58 % و خاصة الذين تلقوا العلاج الكيميائي (**جهاد براهمية و نادية بوشلالق ، 2016** : 310).

ظهر مع بداية الثمانينات، علم النفس العصبي المناعي (psycho–neuro immunology) الذي يعمل على كشف تأثير العوامل النفسية الناتجة عن مختلف ضغوطات الحياة على وظيفة جهاز المناعة (**سامر جميل رضوان، 2009:** 178). حيث تسبب نوعية وشدة الضغوط النفسية

و الاجتماعية تغيرات فيزيولوجية على مستوى الخلايا اللمفاوية المكونة للجهاز المناعي فتضعف مقاومتها للأجسام الغريبة التي تدخل الجسم و خاصة عند غياب الدعم العائلي والاجتماعي منذ السنوات الأولى للطفولة و سنوات الرشد. يساهم هذا الوضع في ظهور السرطان أو تطوره بشكل سريع، كما يظهر تأثير العامل النفسي في الجوانب السلوكية التعويضية التي يتخذها الفرد لتخفيض نسبة القلق الذي ينتابه كالتدخين أو المخدرات و دورهما في ظهور المرض. يجعل الارتباط الواضح بين العوامل البيولوجية الجسدية والعوامل النفسية الاجتماعية السرطان مرضا سيكوسوماتيا.(**نجية إسحاق عبد الله، رأفت السيد عبد الفتاح، 1995** : 142).

مما سبق ذكره نلاحظ بأن مرض السرطان ما زالت مجهولة أسبابه، ولكن يبقى تضافر العوامل البيولوجية النفسية ،الاجتماعية والمحيطية التفسير الوحيد الذي لا يمكن الفصل بين أجزائه .

7)أنواع السرطان :

توجد العديد من أنواع السرطان كسرطان الرئة، الكبد و المستقيم التي تحتل المراتب الأولى عالميا (www.Esmo.org) إلى جانب سرطان الثدي وعنق الرحم اللذان ستقوم دراستنا بالتطرق إليهما بشكل مفصل كونهما من أهم متغيراتها.

1.7. سرطان الثدي (Cancer du Sein)

1.1.7 تعريف سرطان الثدي :

يعتبر سرطان الثدي من الأمراض الشائعة بين النساء حيث أنه يصيب أكثر من 1,38 مليون حالة عالميا سواء قبل أو بعد سن اليأس، أين يصنف في المرتبة الرابعة وهو النوع الذي تناولته الطالبة الباحثة بالدراسة إلى جانب سرطان عنق الرحم. في تقرير قام به (INSP , 2015) بالجزائر، يتربع هذا النوع من السرطانات القائمة سنويا بعدد يفوق أحد عشر ألفا (11000)

إصابة جديدة من أصل 45000 بمتوسط عمر لا يفوق 35 سنة مقارنة بمتوسط العمر العالمي الذّي يكون بعد 55 سنة.

يلعب الثدي دورا جماليا في أنوثة المرأة و شكل جسمها، ودورا وظيفيا متمثلا في صنع الحليب لرضاعة الأطفال. يتكون الثدي من المادة الذّهنية (الشحم) و من الغدد المرتبة على شكل فصوص، ومن القنوات الحليبية و اللبنية. تملأ الشحوم الفراغات الموجودة بين القنوات والفصوص و هي مسئولة عن إنتاج الحليب الذي ينتقل عن طريق القنوات إلى حلمة الثدي. كما تتأثر أنسجة الثدي بالهرمونات الأنثوية المتمثلة في الأستروجين و البروجيسترون طوال دورة الحياة إبتداءاً من مرحلة الولادة فالرضاعة ثم البلوغ. يظهر السرطان على شكل ورم دائري غير منتظم في خلايا غدّة الثدي و في أي جزء من أجزائه، وغالبا ما يكون في الجهة العلوية الخارجية من الثدي.

2.4.7 أعراضه :

يظهر سرطان الثدي بأعراض جسدية عامة ، تكون مرفقة بأعراض نفسية كالأتي:

أ) لأعراض الجسدية :

- التهاب الثدي
- ظهور ورم مِؤلم أو غير مِؤلم في الثدي، يظهر في البداية على شكل أكياس
- انكماش الحلمة
- تجعد الجلد المغطي للورم
- انتفاخ العقد اللمفاوية
- سيلان الحلمة بسائل أبيض أو أخضر أو الدم في بعض الأحيان
- تضخم الثدي و تغير في حجمه .

ب) الأعراض النفسية :

أشارت منيرة زلوف (**2014**: 36) إلى الدراسة التي قام بها " ديغوقاترز وزملائه" بأن 47 % من المصابات بسرطان الثدي تظهر لديهن الأعراض التالية:

- الخوف من الموت.
- الخوف من التشوه.
- القلق.
- الخوف من الألم.
- فقدان الاهتمام.
- اضطرابات في الدور الاجتماعي.

3.4.7. أنواعـه:

توجد العديد من أورام الثدي بنوعيها الحميدة و الخبيثة التي تغزو بشكل عام الأنسجة المحيطة بالقنوات الحليبية أو منطقة الثدي ككل، كما يمكنها أن تنتشر لأعضاء أخرى خاصة نحو العظام و الكبد إذا لم تتم عملية الإستئصال العلاجي بشكل مبكر و من أهمها نجد :

1. **سرطان لأقنية (Carcinome Canalaire)** الذي تعمل فيه الخلية السرطانية بإختراق جدار القنوات الحليبية و هو الأكثر إنتشارا.
2. **سرطان الفصوص (Carcinome Lobulaire)** حيث تظهر الخلايا السرطانية في الفصيصات المتجهة غلى الفص أين تخترق جداره و تنتشر في الأنسجة المجاورة لـه.

3. **السرطان الإلتهابي (Carcinome Inflammatoire)** تظهر أعراضه على شكل التهاب في الثدي، و احمرار الثدي، بالإضافة إلى اكتساب جلد الثدي لونا برتقاليا مع ارتفاع درجة حرارته (**محمد ناجح لأغبر ،1999**: 115)

توجد أنواع أخرى كسرطان الثدي النخاعي، و سرطان الثدي المخاطي إلى جانب سرطان الثدي الأنبوبي. كما نجد "مرض باجت" (La maladie de Paget) الذي يصيب الحلمة حيث يظهر كجرح صغير لا يندمل أبدا نظرا لغزو الخلايا السرطانية، بالإضافة إلى ظهور حبيبات حمراء في الحلمة، وتصبح هذه الأخيرة صلبة و سميكة وتكون مرفقة بالحكة.

4.4.7 التشخيص :

تهدف مرحلة التشخيص إلى نفي فرضية وجود السرطان أو التحقق منها وبالتالي معرفة المرحلة التي هو فيها من أجل معرفة إمكانية التكفل و العلاج. كلما كان التشخيص مبكرا كلما كانت نسبة نجاح العلاج مرتفعة و جودة الحياة لدى المريض أكبر. من أهم التقنيات المستعملة نجد:

1. **الفحص الذّاتي: (Auto – Examen)**

يكون الإطار الوقائي في أغلب الأحيان موجها من طرف طبيب عام أو مختص، فتقوم المرأة بفحص منطقة الثديين كلية وبشكل خاص تحت الإبطين بنفسها للتأكد من عدم وجود أكياس (les kystes) . و عموما كما تشير (INC , 2016) يبدأ هذا الفحص بعد سن العشرين على الأقل مرة كل شهر أي بعد حدوث الدورة الشهرية.(401: **W.Maltin,2007**).

2. **التصوير الإشعاعي للثدي: (La Mammographie)**

تقوم على تصوير الثدي بالأشعة السينية، وأخذ صورة لأنسجته وينصح به المعهد الوطني للسرطان بفرنسا (INC) بعد سن الخمسين، مرتين في كل عام أو عامين على الأقل.

3. **الموجات الفوق الصوتية: (Echographie)**

يستخدم لرؤية طبيعة العقدات اللمفاوية إذا كانت صلبة أو سائلة ،و التي تم اكتشافها على الماموجرام خاصة تحت الإبط . فهي إختبار تكميلي يستعمل مباشرة بعد التصوير الإشعاعي للثدي .

4. **الخزعة: (La biopsie)**

تقوم على أخذ جزء من أنسجة العضو بواسطة إبرة رفيعة عن طريق الجلد (سحب الخلايا) من أجل تحليلها تحت المجهر، وفي هذا النوع من السرطانات تسمى La biopsi Mammaire

5. **التصوير بالرنين المغناطيسي: (IRM)**

تستعمل بعد الفحوصات التشخيصية السابقة التي تعتبرها (INC, 2016) فحوصات مبدئية وتستعمل في حالة الشك بوجود المرض. يسمح التصوير بالرنين المغناطيسي بمعرفة نوع السرطان (خبيث أو حميد) من خلال الصورة التي تظهر على الكمبيوتر حسب ارتداد الموجات المغناطيسية.(351: **Jane Ogden,2008**)

5.4.7 . العـلاج :

يتم علاج الأورام الحميدة في الغالب من خلال إستئصالها جراحيا دون اللجوء إلى العلاجات المكملة، أما في حالة الأورام الخبيثة فترتبط العلاجات بحجم الورم و ، موقعه في الثدي ونسبة إنشاره مع مراعاة الوضع الصحي العام للمصابة و سنّها ومن أهمها نجد:

- جراحة الثدي La chirurgie Mammaire
- العلاج الإشعاعي Radiothérapie
- العلاج الهرموني Hormonothérapie

يعتبر أحد الثديين أو كليهما، و المبيض و بطانة الرحم أكثر الأعضاء المهددة في حالة الإنتكاسة أي ظهور السرطان مرّة أخرى.

5.7 . سرطان عنق الرحم: (Cancer du Col–Utérus)

1.5.7 تعريف سرطان عنق الرحم:

يعتبر عنق الرحم العضو الذّي يربط بين الرحم و المهبل، و يصيب سرطان عنق الرحم الجهاز التناسلي للمرأة خاصة بعد تخطيها سن الأربعين. تبلغ الإصابة به حوالي مليون حالة عبر العالم، كما ذكرت إحصائيات منظمة الصحة العالمية (OMS,2014) بالجزائر بأن هذا المرض يصيب حوالي 1288 امرأة سنويا بمختلف الأعمار و يصنف في المرتبة الثالثة على المستوى الوطني.

يظهر سرطان عنق الرحم كنمو شاذ لخلايا عنق الرحم سواء في الجزء الخارجي منه أو الداخلي أو كليهما معا، حيث يصيب نسيجا مهيئا قد تعرض من قبل لأمراض متكررة. تنتشر الخلايا السرطانية نحو الرحم أو المهبل أو الإتجاهين معا أو نحو أعضاء بعيدة عبر الجهاز اللمفاوي أو الدموي.

2.5.7 أعراضه :

يتميز سرطان عنق الرحم بعدم ظهور أعراضه إلاّ في مراحل متقدمة من تطوره وتشمل:

- النزيف الدموي المتقطع الناتج عن التقرح خاصة بعد انقطاع الطمث.
- النزيف المهبلي بسائل عديم اللّون و الرائحة في البداية، و مع الوقت يأخذ هذا الأخير لون الدم و الرائحة تصبح كريهة.
- الدورة الشهرية الغير المنتظمة، مع زيادة في كميتها و طول مدّتها.
- الإسهال.
- الإمساك.

- فقدان الوزن.

- زيفات بولية (الطرح).

- الآلام المتكررة خاصة أسفل الظهر و تقلصات في منطقة الحوض أو في المثانة البولية أو الأمعاء في حالة إنتشاره إليها و الضغط عليها (**زلوف منيرة،:2014** 40)

3.5.7 العوامل المؤدية لإصابة بسرطان عنق الرحم :

يذكر (165 : **Jean-Albert Gastaut , 2011**) بوجود بعض العوامل التي لديها علاقة مباشرة مع ظهور سرطان عنق الرحم بصفة خاصة وهي :

- العلاقات الجنسية المبكرة قبل 30 سنة، والتي تكون ممارسة مع مختلف الأطراف لكلا الجنسين.

- الإلتهابات و الفيروسية المزمنة، حيث يعتبر فيروس VPH(Virus du papillome humain) وVIH (Virus de l'immunodéfience humaine) الأرضية التي تنتج هذا المرض.

- ضعف الجهاز المناعي و الحالة الصحية العامة بسبب أمراض أخرى.

- الولادات المتكررة.

- الإسقاطات المتكررة.

- غياب أو نقص النظافة.

- العادات السلوكية الخاطئة في التغذية و غياب السلوكات الرياضية.

- التدخين و الإدمان.

- غياب الفحوصات الدورية الإكلينيكية عند الطبيب المختص.

4.5.7 التشخيص :

يتم تشخيص سرطان عنق الرحم عن طريق :

1. **الفحص الخلوي: (Examen Cytologique)**

يقوم به طبيب مختص في أمراض النساء، حيث يتم فحص عنق الرحم لمعرفة ما إذا كان هناك ورم و طبيعة حجمه، وما مدى نسبة انتشاره لباقي أعضاء الحوض. يعتبر فحصا مجهريا للخلايا التي يفرزها جسم باطن الرحم و عنق الرحم التي تتجمع من السائل المهبلي و من سطح عنق الرحم، و يسمى أيضا ب "اختبار البابا" نسبة لمخترعه "جورج نيكوا بابا".

2. **تحاليل الدم و البول :**

تجرى هذه التحاليل لمعرفة الحالة الطبية العامة للمريضة خاصة إذا كانت هاته الأخيرة تعاني من فقر الدم أو التهاب الكبد.

3. **الفحوصات التصويرية:**

تستعمل لمعرفة مدى انتشار الورم، باستعمال التصوير بالرنين المغناطيسي و كذا التصوير الإشعاعي لمنطقة الرحم.

5.5.7. العلاج:

يرتكز علاج سرطان عنق الرحم على العلاج الموضعي كونه هو المناسب للسرطانات اللمفاوية، مع مراعاة سن المريضة و قدراتها ورغبتها في الإنجاب وحالتها الصحية العامة. يتم التشخيص المبكر من خلال:

- العلاج الوقائي من خلال التطعيم ضد فيروس VPH و VHB.

(**Roger Lacave, 2005** :321)

- العلاج الجراحي من أجل المحافظة على عملية الإخصاء خاصة لدى المريضات الأقل من 40 سنة مثل La colpohystérectomie و la trachélectomie و la conisation .
- العلاج الإشعاعي La radiothérapie pelvienne
- العلاج الكيميائي من خلال إستعمال الأدوية والعقاقير مثل Les cytotoxiques

يتضح لنا أن كل نوع من أنواع السرطان له أعراض خاصة تميزه عن الآخر، و تسمح للمختصين بالكشف المبكر من خلال الوسائل الطبية المتاحة وبالتالي يكون العلاج فعالا ونسبة الشفاء عالية.(: Nathalie Broutet et al , 2017).

8) علم النفس لأورام :La psycho –oncologie

هو تخصص علمي جديد ظهر في أواخر السبعينات يضم علم الأورام، علم النفس والطب النفسي، حيث يقوم بدمج الأبعاد النفسية و الاجتماعية في كل مرحلة من مراحل التشخيص والعلاج و التكفل و حتى الوقاية من مرض السرطان (إبتداءا من إعلان الخبر فمرحلة العلاج ، فمرحلة الراحة أو الإنتكاسة ،إلى نهاية الحياة) لتحقيق الراحة النفسية للمريض و كل عائلته. و يعتمد علم النفس الأورام كونه علما متعدد التخصصات على كل الطاقم الطبي و شبه الطبي و المختص العقلي و المختص النفساني في مجال علم الأورام (**Sophie Lantheaume,** 14 : **2017**). كما يقوم علم النفس الأورام على دراسة محورين أساسيين هما:

1/ البحث في ردود الأفعال النفسية و الاجتماعية للمريض المصاب بالسرطان، والأفراد المحيطين به بالإضافة إلى البحث في العوامل الوراثية و المناعية والنفسية الاجتماعية التي ساهمت في ظهوره وتطوره.

2/ التركيز على جانب التكيف النفسي للمريض و الجانب العائلي بالتركيز على التمثلات الذّهنية حول المرض وكذا نظرة المجتمع. يضاف لذلك، الاهتمام بالاضطرابات والأعراض المرضية للمصاب ،والتي يسببها المرض أو العلاج المقدم (**Marie Frédérique et Sylvie Pucheu ,2015** :10).

حسب شذمي رشيدة (2015 : 30،31) يتبنى علم النفس الأورام الأهداف التالية:

. التكفل النفسي و تسيير شدّة الانفعالات.

. إعادة بناء روح المقاومة التي تؤثر على الاستجابة للأدوية العلاجية.

. المرافقة العلاجية المساهمة في الشفاء.

. التقييم والأخذ بعين الاعتبار التأثير النفسي للعلاجات و ذلك عن طريق مقياس التكيف الذهني للسرطان (MAC).

. تعلم تقنيات تسيير الانفعالات.

. الإعتراف بالجسد (صورة الذات).

. تحسين جودة الحياة.

1.8 التطورات النفسية لدى مريض السرطان:

يعرف مريض السرطان العديد من المراحل للوصول لمرحلة التكيف النفسي مع المرض التي ترتبط بالدرجة الأولى بالأعراض التي تشكل صدمة نفسية للمريض. فتكون تصوراته منذ اللحظة الأولى التي يتم فيها الإعلان عن المرض مرتبطة بالخوف من المرض (خاصة الألام التي تنتج عن تقنيات العلاج) والموت وكذا الغموض نحو المستقبل الذي يمثل أكثر الضغوط النفسية التي يعاني منها المصاب بنسبة 41% (**شيلي تايلور، 2008** : 626). يقابل المصاب بالسرطان ذلك بإنكار المرض و الألم معا، و في هذا الصدد تذكر "إليزابيث كوبلر روس" (E. Kübler

Ross, 1975) بأن مريض السرطان في عملية تكيفه مع المرض أو كما سمته الموت يمر بخمسة مراحل :

أولا الإنكار حيث ينكر و يرفض التصديق بأنه مريض وقد يبر

ر ذلك بأن الأطباء غير أكفاء في عملية التشخيص أو حتى رفض العلاجات المقدمة.

ثانيا مرحلة الغضب والتي تكون مرفوقة بانفعالات سلبية أهمها البكاء، وكذا الإسقاطات المتكررة لغضبه على الآخر(لماذا أنا ؟ و ليس الآخر ؟).

ثالثا المساومة و المقايضة في هذه المرحلة يغير الفرد من اتجاهاته ويحاول أن يساوم قدره فقد يسأل الإله (مصدر خلقه) بمهلة من الوقت لكي يعود مرة أخرى إلى الأنماط السلوكية القيمية الخيرة و بالتالي يبدأ في تغيير أسلوب حياته **(عادل عز الدين لأشول ، 1998 :** 287).

رابعا الاكتئاب الذي يعتبر مرحلة مهمة لاكتمال عملية الحداد (Le deuil préparatoire) ،وقد تستمر لمدة عام (154: **Charlotte .M et Adeline Vanek Dreyfus,2004**)

خامسا مرحلة التقبل أين يجد المريض نفسه في مواجهة التشخيص و كذا العلاج والأعراض الثانوية الناتجة عنه.

تضيف (Jane Ogden , 2008:200) بأن للتمثلات الاجتماعية و الثقافية دورا مهما في تقبل المرض و التعايش معه، فالتصورات الشائعة عن السرطان كونه مرضا "مدمرا مرعبا " يضعف الجسد و يُغيرُه بحيث تنشأ لدى المصاب بناءات معرفية مشوهة تؤثر على نظرته لذاته. تتمثل هذه النظرة في الشعور بالذنب و نظرة الآخر إليه كونه ضحية يجدرُ الإشفاق عليها. ترمز الثقافة إلى تجربة الفرد المعاشة مع المرض، و عليه تصبح معتقدات المريض (خاصة الدينية) ودور الأسرة و المجتمع هي المكونات المؤثرة على المعاش النفسي للمريض فإما أن يُقاوم أو يدخل في مرحلة الإنتكاسة "Rechute" حيث تصبح آلياته الدفاعية أقل مرونة (**M.S**

25: **Delfosse,2002**). تظهر لدى المريض أعراض انفعالية أهمها القلق وبخاصة قلق الموت و فقدان الأمل،و التي يمكن أن تكون مرفقة بأعراض عقلية حيث بيّن (Massie et Holland , 1989) بأن 30% من مرضى السرطان يمرون باضطرابات في التكيف واضطرابات في المزاج خاصة القلق و الاكتئاب الذي ينتج عنه أعراض إكلينيكية أخرى أهمها فقدان الشهية والتعب و فقدان الرغبة في الحياة و بالتالي التطور السريع للمرض و الدخول في المراحل النهائية. تظهر الأعراض النفسية المصاحبة لهذا المرض بصورة خاصة على مستوى الجرح النرجسي الذي تحدثه حيث يصعب إعادة تمثيل صورة الذات لدى المريض و خاصة مع تذبذب صورته الجسمية بسبب العلاجات في حالة استئصال الثدي (mastectomie) أو سقوط الشعر مثلا. يضاف لذلك الاضطرابات الجنسية واضطرابات الشهية و النوم، فهذا كله يُحدث تذبذبا على مستوى الهوية أين يتوجه المريض نحو الانعزال و الشعور بالغربة.

2.8 التكفل و العلاج النفسي:

يقوم **التكفل النفسي** لمريض السرطان بالدرجة الأولى على إعادة البناء النرجسي الذي يعتبر أساسا للحياة النفسية و الهشاشة الجسدية أو النفسية الناتجة عن النكوص للمراحل الأولى من العمر حيث يركز التحليل النفسي على أهمية العلاقة أم –طفل و تأثيرها على المرض.

كما يقوم **العلاج النفسي** بالتوازي مع العلاج الدوائي بالتركيز على:

– مهارات المريض الخاصة "Coping skills" التي تحفز على استعمال أساليب مواجهة متكيفة.

– العلاجات الجماعية التي تسمح للمريض بالتعبير عن مشاعره وإشراك تجربته مع المرض مع تجربة الآخر التي تعمل على إحداث نوع من التوازن على معاشه النفسي.

– تقييم أبعاد جودة الحياة في عملية الدعم النفسي، و المتمثلة في مراقبة الألم والتمثلات الجسدية و الاستقلالية في الحياة اليومية مع القدرة على العمل. كما يراعى في ذلك نوعية العلاقات مع

الآخر و العلاقات الجنسية، و كيفية استغلال أوقات الفراغ وكذا الرضى عن العمل العلاجي و صورة الذات للحصول على صورة نسبية لجودة الحياة مع تطور المرض (**J. A Gastaut,** 175,176: **2001**.

خلاصة:

نستنتج ممّا سبق ذكره في الفصل بأن مرض السرطان بأنواعه يعدّ من الأمراض المزمنة التي يحتاج فيها المريض للعلاج الطبي و النفسي، في وقت واحد من أجل التكيف وممارسة نشاطات الحياة بشكل عادي فالتكفل النفسي بهاته الشريحة و كذا بالمحيطين بها خاصة الأسرة يزيد من نسبة وعي المريض ومقاومته للمرض وهذا ما وصلت إليه الكثير من الدول المتقدمة بينما ما زال التصور السلبي لشبح السرطان في البلدان المتخلفة و في بلادنا مقترنا بالحكم بالإعدام على المريض ما يعجل في تدني الصحة النفسية والتدهور الصحي لديه.

تمهيد :

لا ينفصل الجانب التطبيقي عن الجانب النظري في أي موضوع دراسة خاصة في مجال البحث النفسي العيادي. بعد عرض تفصيلي لمتغيرات الدراسة تناولت الطالبة الباحثة هذا الفصل في شقين أساسيين ، تمثل الأول حول الإجراءات المنهجية للدراسة، بينما تناول الشق الثاني عرض النتائج و مناقشتها على ضوء الفرضيات المقدمة و تقديم الاستنتاج العام.

1) الدراسة الإستطلاعية :

قبل البدء في أي دراسة ميدانية لا بدّ من التطلع إلى الظروف المحيطة بمجتمع البحث الذي يتم فيه إجراء الدراسة الأساسية للموضوع. لذلك اعتبرت الدراسة الاستطلاعية الركيزة الأولية للقيام بالبحث الميداني.

1.1. أهدافها :

- التعرف على مجتمع الدراسة
- تحديد فرضيات الدراسة
- اختيار العينة حسب الموضوع
- تطبيق أدوات الدراسة

2.1. إجراءاتها :

بعد استلام طلب تسهيل المهمة من إدارة الجامعة (قسم علم النفس) توجهت الطالبة الباحثة إلى المؤسسة الإستشفائية الجامعية 1 نوفمبر بوهران، حيث قامت بجمع المعلومات والتعرف على الحالات المصابات بالسرطان للاستمرار في إجراء الدراسة الاستطلاعية. اشتملت

عينة الدراسة على 6 حالات تمّ اختيارها بطريقة قصدية من مصلحتي الجراحة العامة و الولادة على أساس الجنس و السن و نوع الإصابة ومدتها.

نظرا لعدم توفر خصائص العينة في هذه الحالات و الحصول على نتائج منخفضة لمقياس قلق الموت، وما شهدته المؤسسة الإستشفائية من تجميد لكل نشاطات أطبائها النفسانيين المرتبطة بالطلبة المتربصين؛ اضطرت الطالبة الباحثة إلى مغادرة و ترك المستشفى و تبني دراسة استطلاعية أخرى ببلدية مستغانم و بلدية حجاج، حيث تكونت العينة من 4 حالات.

3.1 أدوات الدراسة :

1.3.1 الملاحظة العيادية:

تعتبر الملاحظة العيادية من أهم أدوات البحث العلمي التي تستعمل لجمع البيانات وتحديد خصائص الحالات. تعرف الملاحظة العلمية (حامد ، 2012 : 137)، على أنها توجيه الحواس لمشاهدة سلوك معين أو ظاهرة معينة، و تكون بطريقة مباشرة تتناول المظهر الخارجي و السميولوجية العامة و كل الاستجابات الانفعالية و الحركية بالإضافة إلى كل التعبيرات اللفظية و غير اللفظية، أو بطريقة غير مباشرة

2.3.1 المقابلة العيادية :

تعتبر المقابلة العيادية وسيلة من وسائل الفحص العيادي. تكون المقابلة محادثة موجهة وغير مقننة بحيث يجريها الدارس بين أفراد عينته من أجل الحصول على معلومات تخدم موضوع بحثه العلمي. يراها (محمد خليل وآخرون ، 2011 : 250) بأنها أداة لجمع المعلومات تمكن الباحث الدارس من الإجابة عن تساؤلات البحث أو اختبار فروضه. ترتبط

هذه الأداة بالأخصائي النفساني الذي يهدف إلى استخدامها لجمع المعلومات الكافية عن الحالة و بناء العلاقة العلاجية القائمة على الثقة و السرية التامة.

3.3.1 المقاييس المستعملة في الدراسة :

تم استعمال كل من مقياس الصلابة النفسية و قلق الموت المقننين على البيئة الجزائرية من طرف الباحث " معمرية بشير " كونهما يخدمان متغيرات الدراسة. من أجل تدعيم نتائج المقابلات العيادية، تم تطبيق المقياس الأول لغرض تحديد مستوى الصلابة النفسية لدى المريضات المصابات بالسرطان، أما الثاني فكان الهدف من استخدامه هو الكشف عن درجات قلق الموت لديهن .

أ مقياس الصلابة النفسية :

1- وصف المقياس :

صمم المقياس ابتداء من طرف عماد محمد أحمد مخيمر (2002) على البيئة المصرية و يتكون في أصله من 47 بندا. تم تقنينه في البيئة الجزائرية من طرف " بشير معمرية " الذي قام بإضافة بند واحد ليصبح المقياس في صورته النهائية متكونا من 48 فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد وهي (الالتزام) ، (التحكم) ، و(التحدي) ليضم نمط الإجابة على سلم ليكارت أربع بدائل (لا ، قليلا ، متوسطا كثيرا) تتراوح أوزانها ما بين (0 إلى 3) درجات مع محافظتها على نفس الأوزان لكون كل المتغيرات موجبة، و يُجاب عنها بشكل تقريري.

تنقسم الفقرات بين الأبعاد الثلاثة كالآتي:

1- الالتزام: يتكون من 16 بندا.

2- التحكم : يقيسه 15 بندا، و أضاف " بشير معمرية " بندا واحدا ليصبح مجموع البعد 16 فقرة.

3- التحدي : يحتوي على 16 بندا.

الجدول رقم (6) : توزيع البنود على لأبعاد الثلاثة

البعد	الفقرات
الالتزام	1، 4، 7، 10، 13، 16، 19، 22، 25، 28، 31، 34، 37، 40، 43، 46
التحكم	2، 5، 8، 11، 14، 17، 20، 23، 26، 29، 32، 35، 38، 41، 44، 47
التحدي	3، 6، 9، 12، 15، 18، 21، 24، 27، 30، 33، 36، 39، 42، 45، 48

2- تصحيح المقياس : يتم تصحيح البدائل الأربعة كالأتي :

لا ← درجة 0

قليلا ← درجة 1

متوسطا ← درجة 2

كثيرا ← درجة 3

تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين (0- 144) و يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع الصلابة النفسية و كلما انخفضت الدرجة انخفض مستوى الصلابة النفسية.

نظرا لعدم وجود مفتاح تصحيح يعطينا الدرجة بصفة مضبوطة، اقترحت الباحثة تعديل مفتاح التصحيح، لتصبح مستويات الدرجة الكلية كالأتي:

- إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (0- 48) فهذا يعني أن مستوى الصلابة النفسية منخفض .

- إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (49 – 96) فهذا يعني أن مستوى الصلابة النفسية متوسط.

– إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (97 –144) فهذا يعني أن مستوى الصلابة النفسية مرتفع.

كما تم إضافة مفتاح للأبعاد الثلاثة (الالتزام ، التحكم و التحدي) ، من أجل توظيفه لتدعيم النتائج المتحصل عليها بدقة :

الجدول رقم(7) مفتاح الأبعاد الثلاثة الفرعية

	منخفض	متوسط	مرتفع
الالتزام	16–0	32–17	48–33
التحكم	16–0	32–17	48–33
التحدي	16–0	32–17	48–33

3– الخصائص السيكوميترية للمقياس :

قُنن مقياس الصلابة النفسية على البيئة الجزائرية من طرف " بشير معمرية " حيث تكونت عينة التقنين من 392 فردا توزعت على 191 من الذكور و 201 من الإناث وتراوحت أعمار الذكور بين (15 – 50 سنة) بمتوسط حسابي قدره 20.73 إنحراف معياري قدره 4.78 . تم سحب العينة من كلا الجنسين (الذكور و الإناث) من تلاميذ وتلميذات مؤسسات التعليم الثانوي بولاية باتنة، وطلبة و أساتذة و موظفين من كليات جامعة الحاج لخضر بباتنة، ومن مراكز التكوين المهني و التكوين شبه الطبي لنفس الولاية. تم تطبيق هذا المقياس من طرف الباحث " بشير معمرية" شخصيا واستغرقت مدة تطبيقه من جانفي إلى مارس 2011

4– صدق و ثبات عينة الدراسة :

تم حساب معامل الصدق من خلال الصدق التمييزي، الإتفاقي ، التعارضي والاتساق بين الأبعاد و الدرجة الكلية . بينما تم تقدير الثبات عن طريق إعادة تطبيق الاختبار (0,61) وبواسطة معامل ألفا لكرونباخ .

تبين من خلال معاملات الصدق و الثبات التي تم حصوله عليها، أن مقياس الصلابة النفسية يتميز بخصائص سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية مما يجعله صالحا للاستعمال سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي .

ب) مقياس قلق الموت :

1- وصف المقياس :

صمم الباحث (بشير معمرية) إستبيان قلق الموت لدى الراشدين من خلال الدراسات السابقة العربية و الأجنبية في هذا المجال، و حاول تقنينه على البيئة الجزائرية. تكونت عينة دراسته من 1017 فردا (336 ذكر) و(681 أنثى)،وكل عينة من الجنسين تحتوي على عينين فرعيتين أخريين وفقا للعمر، حيث تكونت العينة الأولى من 683 فردا منهم 241 ذكورا و442 إناثا، تراوحت أعمارهم بين 17 و25 سنة ، وبلغ متوسط أعمار الذكور 25,72 والانحراف المعياري قدره 1,64. أما متوسط عمر الإناث فبلغ 25,31 و الانحراف المعياري قدره 1,76 تم جمع أفراد هذه العينة من طلاب جامعة الحاج لخضر بباتنة وجامعة باجي مختار بعنابة وجامعة ورقلة و من تلاميذ مؤسسات التعليم الثانوي و التكوين المهني ومن الإداريين والمهنيين بمدينة باتنة. استغرقت مدة تطبيق الاستبيان من شهر فيفري 2003 إلى شهر جوان 2005.

يتركب المقياس في نسخته النهائية من 34 بندا تمت صياغتها بأسلوب التقرير الذاتي و يجاب عنها ضمن أربعة بدائل هي : لا ، نادرا، أحيانا، و غالبا . يتم تطبيق الاختبار أساسا بطريقة

جماعية ويمكن كذلك تطبيقه بطريقة فردية، و تكون الإجابة عنه بوضع المفحوص لعلامة × أمام واحدة من الاختيارات الأربعة السابقة.

2- **تصحيح المقياس :**

يمنح المفحوص عند التصحيح درجة الصفر إذا كانت الإجابة ب (لا) ودرجة 1 إذا أجاب المفحوص ب (نادرا)، و درجة 2 إذا كانت الإجابة ب (أحيانا) ، و درجة 3 عند الإجابة ب (غالبا). تتراوح الدرجة النهائية التي يحصل عليها الفرد في الاستخبار من 0 إلى 102 إذ يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مشاعر قلق الموت و انخفاض الدرجة إلى انخفاض مستوى قلق الموت.

قامت الطالبة الباحثة بتعديل مفتاح التصحيح لضبط درجات قلق الموت لتحديد مستواه بدقة كالأتي :

- إذا كان مجموع درجات قلق الموت يتراوح بين (0- 34) ، فهذا يدل على انخفاض مستواه.
- إذا كان مجموع درجات قلق الموت يتراوح بين (35- 68)، فهذا يشير إلى مستوى متوسط.
-إذا كان مجموع درجات قلق الموت يتراوح بين (69- 102)، فهذا يشير إلى مستوى مرتفع.

3- الخصائص السيكومترية للمقياس :

لقد تم حساب معاملات الصدق و الثبات كالتالي:

تم حساب الصدق بثلاث طرق: الصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي، صدق المحك بأسلوب التلازم، والصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية .

تم حساب معامل الثبات من خلال حساب معامل الاتساق عبر الزمن بأسلوب تطبيق وإعادة تطبيق الاستخبار، بطريقة التجزئة النصفية بأسلوب فردي/زوجي، وكذا معامل ألفا لكرومباخ تشير الطالبة الباحثة و من باب الأمانة العلمية، إلى أنها قامت بإجراء تعديل بسيط في وصف المرض في الفقرة "22" التي كانت في أصلها (أخاف أن أموت بمرض خطير كالسيدا) والتي أصبحت (أخاف أن أموت بمرض خطير كالسرطان) تكيفا مع متغيرات البحث.

4.1 صعوبات الدراسة الاستطلاعية :

تسريح المريضات من الجناح الخاص بالسرطان بمصلحة الولادة بالمؤسسة الإستشفائية الجامعية بوهران بسبب طول مدة إضراب الأطباء المقيمين و ذلك بعد إجراء عدة مقابلات وعدم تمكننا من متابعة الحالات كونهن يقطن بولايات بعيدة .

عرقلة سيرورة التربصات بسبب التجميدات.

2) الدراسة الأساسية :

1.2 منهج الدراسة :

تختلف طبيعة المناهج المستخدمة في علم النفس باختلاف المواضيع و طبيعة المشكلة التي يعالجها الباحث. تم تحديد المنهج من خلال موضوع الدراسة وطبيعتها و الأهداف المرجُو تحقيقها .

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الصلابة النفسية لدى المريضات المصابات بالسرطان وأثرها على تخفيف قلق الموت لديهن. في هذا الصدد؛ ارتأينا استعمال المنهج العيادي لأنه يناسب طبيعة الموضوع، حيث يركز هذا النوع من المناهج على الدراسة المعمقة للفرد.

و يعرفه (**عبد الرحمن الوافي، 2010:** 64) كذلك على أنه " الطريقة أو المنهج الذي يستعمل لدراسة الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها و قد تدخل ملاحظة أساليب سلوكية معينة و استخلاص سمات شخصية خاصة، والهدف منه هو فهم شخصية فرد معين و تقديم المساعدة إليه "

يعتبر (**محمد عبد السلام البواليز و ناجح رشيد ، 2004** : 133) دراسة الحالة بأنها الركيزة الأساسية له و للدراسة الكيفية بصفة عامة، بحيث تقوم على جمع البيانات العلمية المختلفة المتعلقة بأي وحدة سواء كانت فردا أو مجتمعا، وتساعد على الفهم الشامل للحالة من خلال الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المفحوص .

2.2 حدود الدراسة

1.2.2الحدود المكانية :

تمت الدراسة الأساسية بمقر إقامة الحالات في كل من دائرة مستغانم و دائرة الحجاج.

2.2.2 الحدود الزمانية :

استغرقت الدراسة الأساسية ثلاثة أشهر من 2018/03/15 إلى 2018/05/18

3.2 عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من حالات مصابات بمرض السرطان، و تم اختيارهن بطريقة قصدية على أساس متغير نوع الإصابة و السن فقط نظرا لعدم توفر كل الخصائص السالفة الذكر (الجنس ، السن ، مدة الإصابة). تناولت الطالبة الباحثة حالتين (37) سنة و (51) سنة مصابتين بسرطان الثدي و حالتين (26) سنة و(48) سنة مصابتين بسرطان عنق الرحم.

4.2 الإجراءات :

- اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية بعدد أربع حالات.
- إجراء خمسة مقابلات مع كل حالة مع تطبيق مقاييس الدراسة (الصلابة النفسية و قلق الموت)
- إجراء مقابلة أخيرة مع كل حالة بهدف شكرها على حسن الاستقبال و التعاون وتقديم بعض التدعيمات و التوصيات (خاصة في ما يخص كيفية التعايش اليومي مع المرض).

5.2 صعوبات الدراسة :

واجهتنا العديد من الصعوبات الميدانية، تلخصت في ما يلي:

- ضيق الوقت
- رغبة الطالبة في دراسة أنواع أخرى من السرطان غير سرطان الثدي كون هذه الدراسات التي تناولته كثيرة ولكن نظرا لضيق الوقت و الانتشار المخيف لهذا النوع من المرض لم يتوفر للباحثة هامش حرية أوسع من اجل الاختيار.
- رفض بعض أزواج المريضات إجراء المقابلات في مقر سكناهم و رفض البعض الآخر التعامل نهائيا مع الأخصائي النفساني.
- حدوث حالة وفاة بعد ثلاث مقابلات .

خلاصة :

تم التطرق لخطوات الدراسة الاستطلاعية التي مكنت الباحثة من اختيار الحالات وكذا ضبط المنهج و الأدوات المستعملة للشروع في الدراسة النفسية التي سيتم من خلالها تفسير النتائج و مناقشتها و هذا ما سيتناوله الفصل الموالي.

تمهيد :

ينقسم هذا الفصل إلى جزئين، يضم جزئه الأول عرض حالات الدراسة من جمع للبيانات الأولية و سير حصص المقابلات و تطبيق المقاييس (الصلابة النفسية و قلق الموت) بينما يحتوي الجزء الثاني على مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج المتحصل عليها .

اعتمدت الطالبة الباحثة على إجراء مجموعة من المقابلات حددت فيه الموضوع والزمان والمكان حيث تم تطبيق مقياس الصلابة النفسية في جلسة خاصة مع كل حالة. فيما يخص مقياس قلق الموت، فقد تم توظيفه على شكل أسئلة نصف موجهة مقسمة و متضمنة في كل المقابلات، حيث روعي فيه الجانب النفسي و المشاعري للحالات و الإحتراز من الوقوع في الذاتية و ذلك لما تحمله عباراته من حساسية. كانت مباشرة التطبيق ابتداء من الجلسة الثانية مع كل حالة ، و توزع على ثلاث حصص.

1) عرض الحلات:

1.1 الحالة لأولى :

1.1.1 البيانات لأولية :

لاسم : م.ف

الجنس: أنثى

الحالة المدنية: متزوجة وأم لأربعة أطفال

الحالة لاجتماعية: ماكثة بالبيت

المستوى الدراسي: سنة ثالثة ثانوي (شعبة علوم)

مكان لإقامة: بلدية حجاج – ولاية مستغانم –

الحالة الاقتصادية: جيدّة

الترتيب بين إخوة: الثانية من بين خمسة أطفال

مدّة إصابة بالمرض: منذ سنتين

نوع الإصابة: سرطان الثدي

2.1.1 سير المقابلات :

نوضح في الجدول التالي سير حصص المقابلات مع الحالة الأولى :

◊الجدول رقم (8) يمثل سير حصص المقابلات مع الحالة لأولى

المقابلة	تاريخ إجرائها	المدّة	الهدف
1	2018/03/15	30 دقيقة ابتداء من 13سا مساءا	التعارف
2	2018/03/22	45 دقيقة ابتداء من 10 سا صباحا	تاريخ المرض
3	2018/03/23	45 دقيقة ابتداء من 14 سا مساءا	
4	2018/04/01	50 دقيقة ابتداء من 12:30 سا مساءا	المعاش الحالي
5	2018/04/08	45 دقيقة ابتداء من 14:00 سا مساءا	التركيز على العلاقات الزوجية و الاجتماعية
6	2018/04/16	35 دقيقة ابتداء من 13:30 سا مساءا	تطبيق مقياس الصلابة النفسية

3.1.1 سيميولوجيا الحالة

البنية المورفولوجية :

. متوسطة القامة، ذات بشرة سمراء، عينان سوداوان، شعر أسود، و بنية ممتلئة.

. المظهر الخارجي: مرتبة المظهر، تناسق في ألوان ملابسها.

العرض و التعبير

. العاطفة و الانفعال: حالة عاطفية متزنة

. اللغة: تتكلم بطريقة هادئة و بلغة حزينة عند ذكر مرضها. كان التواصل معها سهلا .

السلوكات ا لغريزية :

.الشهية : لا تعاني الحالة من اضطرابات الشهية

.النوم : تعاني الحالة من صعوبة في النوم والتفكير الكثير قبل النوم

المزاج : مزاجها ثابت

الأفكار: متسلسلة ومتناسقة مع الموضوع

4.1.1 عرض الحالة :

تم التعرف على الحالة في زيارتها الأولى لها بمنزلها يوم 2018/03/15، و أخذ موافقتها بالتحدث إليها و معاودة زيارتها لها في بيتها، مع التركيز على حفظ الأسرار و أخلاقيات المهنة، حيث تجاوبت الحالة بكل سهولة و لطف و لم تظهر أي اعتراض.

تبلغ الحالة (م.ف) 37 سنة من العمر و هي متزوجة و أم لأربعة أطفال (ولد و3 بنات) وهي مقيمة ببلدية حجاج (ولاية مستغانم) في سكن مستقل مع زوجها وأبنائها. تظهر الحالة متوسطة القامة سمراء البشرة، وذات عينين سوداوين وبنية نوعا ما ممتلئة مع هندام نظيف متناسق الألوان.

كانت الحالة تجلس وجها لوجه أمام الطالبة الباحثة أثناء المقابلات، و كانت تطغى على وجهها الابتسامة طوال الجلسة و أحيانا يتخلل وجهها شحوب. كانت تجيب عن الأسئلة بكل طلاقة لفظا أو عن طريق إيماءات وجهها والإشارات بيديها وذلك للتعبير عن أحاسيسها ومشاعرها. كان حمل الأم بها مرغوبا فهي المولودة الثانية بعد أخيها، حيث أنها لم تعاني من أي مشاكل خلال مراحل نموها. وصل مستواها الدراسي إلى السنة ثالثة ثانوي حيث صرحت الحالة بانقطاعها عن الدراسة لفترة وجيزة جراء دخول أمها للمستشفى بعد تدهور حالتها الصحية بسبب إصابتها بالسكري " أنا حبست قرايتي في وحد الوقت لخاطرش ماما دخلت لسبيطار راكي عارفة أنا لكبيرة فيهم ". بعد تحسن والدتها، تابعت الحالة دراستها عن طريق المراسلة " كملت بالمراسلة بصح خسرت الباك " ، ولم يمنعها هذا من مواصلة مشوارها الدراسي، حيث التحقت بمركز التكوين المهني لنيل شهادة في الإعلام الآلي " مور لي خسرت سجلت ديراكت في مركز التكوين المهني، بغيت نخدم سكرتار نعاون روحي"

تظهر الحالة ذات مزاج منبسط، ولديها تواصل جيد مع المحيطين بها، حيث كانت تعيش مع والديها و إخوتها الأربعة في علاقة يسودها الحب و الاهتمام والاحترام. كما أضافت الحالة (م) بأنها تعيش حياة زوجية سعيدة مفعمة بالتفاهم والمحبة، و لم يتغير شيء في حياتها حتى و هي في عزّ مرضها " بغاني محمد وراني معزة في دارو، كيما كنا نهار اللّول ما زالنا بالعكس مع المرض زادت المحبة و ما زالو واقف معايا وقفة الرجال ".

أما عن علاقتها مع أبناءها، تؤكد الحالة بأن أبناءها مصدر سعادتها، و لكنها تواجه مشاكل مع ولدها البكر الذي تغيرت سلوكاته في الفترة الأخيرة " إسلام وليدي تبدل بزاف، ما راهش باغي يقرا " . و تعيش الحالة مع أسرتها الصغيرة ظروفا معيشية جيدّة حيث أنها لم تشتكي أبدا، نظرا لكفاية زوجها لمتطلباتهم، حيث صرحت قائلة " راجلي تاجر لاباس علينا، الحمدالله كافيين غير

الصحة والسلامة ". هي لا تعاني من أي اضطرابات في الشهية كما أن طبيعة الأحلام عندها خالية من الكوابيس، ولكنها تعاني من صعوبة في النوم حيث يسيطر عليها التفكير الكثير قبله، حيث صرحت "تخمام تاع الدنيا كلها يجيني قبل ما نرقد" .

تقول الحالة عن مرضها بأنها أصيبت به منذ سنتين تقريبا (2016)، و أنها هي الأولى التي تعرضت لهذا المرض في عائلتها مقارنة بأفراد جيلها؛ حيث أحست بوجود كيس يؤلمها على مستوى ثديها و تغير في حلمته أثناء إرضاع ابنتها الصغيرة، أين ألحت عليها والدتها بزيارة الطبيب الذي طلب منها إجراء فحوصات طبية، حيث صرحت " كنت نرضع ونحس بالسطر ومع الأيام زاد عليا، وبنتي نحسها متشبعش، ماما نبهتني نحبسهالها ونروح للطبيب ". تسلم الزوج بنفسه تقرير التحاليل و لم يستطع ابلاغها، لكن ملامح الحزن في وجهه جعلتها تحس أن هناك أمرا ما " أنا كنت نسقسيه على النتيجة يقولي مزال بصح كي يهدر عينيه يدمعو أنا شكيت ". كانت الصدمة كبيرة عند تلقيها الخبر وصاحبته بدهشة و قلق و بانفعالات قوية كالبكاء و الصراخ باعتبارها تفريغات عاطفية والدهشة مما يدل في نفس الوقت على إنكارها و عدم تقبلها للمرض " كي سمعت الخبر نصدمت ، هبلت بالبكاء ، علاش وكيفاش أنا ؟ وهاداك المرض". على إثرها، رفضت الحالة مراجعة المرض مرة ثانية فإنعزلت في غرفتها لمدة يومين كاملين " بلعت على روحي و الدنيا صغارت في عينيا "، وهنا توقفت الحالة عن الكلام لفترة ثم أجهشت بالبكاء قائلة " كوشمار بصح الحمد الله". مع دعم الزوج لها، تقبلت الحالة (ف) مرضها الذي كان الكشف عنه مبكرا مما ولّد لديها نوعا من الأمل في الشفاء حيث أنها قامت بإجراء عملية جراحية في فرنسا وأجرت حصصا للعلاج الكيميائي التي نتج عنها بعض التغيرات على مستوى جسدها كسقوط الشعر و شحوب الوجه؛ الشيء الذي سبب لها تذبذبا على مستوى صورتها الجسدية بل و حتى صورتها أمام أولادها، حيث تنهدت بعمق وقالت بصوت حزين " يمات

صعاب فاتو ، كنت ما نقدرش نشوف روحي في المرايا بلا خمار، كنت منعرفش روحي و حتى ولادي هابوني فالبداية ". كما أن التصورات التي تحملها الحالة عن مرضها إقترنت بالموت حيث صرحت " نخاف يلا نخلي ولادي وماما، هذا المرض ما يتامنش"، سبب لها الخوف من الانفصال وفقدان الذات اضطرابات نفسية عديدة أهمها القلق الذي ظهر جليا خلال المقابلات وكذا اضطراب النوم.

5.1.1 تحليل المقابلات :

من خلال تحليل الملاحظة و مضمون المقابلات العيادية، توصلنا إلى أن تجاوب الحالة (م) البالغة من العمر 37 سنة منذ بداية الحصص كان تجاوبا مقبولا وهذا ما يدل على تقبلها للمقابلات مع الباحثة النفسانية. ظهر بأن لديها إدراكا جيّدا لمرضها من خلال معرفتها بأعراضه " سطر ، والحمى فيه و خطرات في جسمي" . كما أن إصابتها بالمرض شكلت لها صدمة حادة قابلتها منذ الساعات الأولى من إعلان خبره بالذهول و الرفض الذي تمثل في ردود أفعال عنيفة كالصراخ و البكاء وضرب الجسد و كأنها تلقي اللوم على نفسها. لا زال تأثير الصدمة ظاهرا على ملامح وجهها و رجفة يديها و كذا نبرة صوتها " نصدمت بزاف حتى وليت نوم في لكوشمار " مما يجعلنا نرصد أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عقب معرفة إصابتها به، وتعتبر الكوابيس الليلية محاولات من الأنا لإرصان خبرة معينة وصادمة في أغلب الأحيان.

بدأت مرحلة الحداد عندها بالرفض و عدم التقبل الذي نتجت عن الجرح النرجسي و الخوف من الفقدان " خفت يلا ينحولي صدري كامل " الذي سبب لها تذبذبا على مستوى صورتها لذاتها وأنوثتها المتمركزة في جسدها، فالمكون النرجسي للثدي الذي يعدّ رمزا للجمال والأمومة أصبح مهددا بهذا المرض. أثرت التغيرات الناتجة عن العلاج الكيميائي عليها بشكل سلبي وولدّت لديها شعورا بالنقص الذي خفض من مستوى تقديرها لذاتها وساهم في بروز تظاهرات اكتئابية "

تكرهي روحك ،تكتائبي تحسي روحك مراكيش كيما كنتي ، مراكيش كيما لخرين كاينة حاجة ناقصتك". و عليه نلاحظ بأن الحالة ربطت تمثلاتها الجسدية بالآخر الذي يعتبر جزءا مهما في نظرتها لذاتها.

على الصعيد العلائقي؛ أصبحت آلية التجنب عندها هي المنفذ الوحيد للتنفيس عن القلق و التوتر الذي جعلها في بداية الأمر تقوم بتصرفات مضرة بصحتها " كي كثرت الهدرا ، رفدت روحي و رحت للحمام 2 خطرات ، عاد الطبيب حذرني بصح كونترا عليهم ". و قد فرضت التصورات الاجتماعية والثقافية نفسها على معاشها النفسي مما جعلها تتبنى لاحقا سلوكات دفاعية في علاقاتها مع الآخرين باستثناء أفراد أسرتها.

بقيت الحالة تتمسك بعلاقة جيدة مع زوجها، إذ أنه كان وما زال سندها، ولكنها تحمله مسؤولية ما آل إليه ابنها الذي أصبحت تصرفاته خارجة عن سيطرتها كما قالت " هو سبابودايمن يقولو نتا يلي بسبابك مرضت ماماك"، فالتبريرات التي قدمها الزوج و مشاعر اللوم التي أسقطها على ابنه المراهق، جعلت هذا الأخير يحس بالشعور بالذنب و كذا مشاعر الحقد تجاه الأب حيث صرح قائلا " هاداك ماشي بابا ميبغينيش " . أضحى تذبذب العلاقة بينهما يزيد من مستوى القلق لدى الحالة " أنا غير القلق تع المرض زادوني هما بصح أنا دايرة كلشي، خليتهم و رحت"، حيث أصبحت مشاعر لوم الذات و تأنيب الضمير تسيطر عليها وتحملها مآل العلاقة بين ابنها و والده، كونها فقدت دورها أمام أسرتها في فترة معينة.

كما تعاني الحالة من اضطراب على مستوى حياتها الجنسية، حيث أن القلق والتغيرات الجسمية و الهرمونية أنقص من نشاط الليبيدو ما سبب لها نقصا في الرغبة الجنسية. بالرغم من هذه الوضعيات، فإن الخالة تتعايش الحالة مع مرضها الذي تعتبره ابتلاءا من الله تعالى، حيث أن تركيزها على الجانب الديّني كان ملاحظا مع مرور المقابلات معها " المرض هذا ربي

عطاهولي و هو يلي يشافيني " ، و الذي تعتبره مفتاحا تخطت به أصعب الظـروف و غيّر من نظرتها الأولية للمرض وعزّز من تقبلها له " صبرت وراني صابرة والحمدّ الله يلي يبغيه ربي يبتليه، دروك الحمد الله راني متقبلاتو ماشي كيما نهار لول" وساهم حتى في تحديها له " راني غالباتو بcourage" .

2.1 الحالة الثانية :

1.2.1 البيانات الأولية :

الاسم : ز.س

الجنس: أنثى

الحالة المدنية: متزوجة وأم لبنتين.

الحالة لاجتماعية : عاملة بالمركز البيداغوجي للأطفال الصم و البكم .

المستوى الدراسي: سنة ثالثة ثانوي (شعبة علوم)

مكان لإقامة : بلدية حجاج – ولاية مستغانم –

الحالة لاقتصادية : جيدّة

الترتيب بين لإخوة: الثالثة

مدّة الإصابة بالمرض: منذ 5 أشهر

نوع لإصابة : سرطان الثدي

2.2.1 سير المقابلات :

يوضح الجدول التالي سير حصص المقابلات مع الحالة الثانية :

الجدول رقم (9) يلخص سيرورة المقابلات مع الحالة الثانية

المقابلة	تاريخ إجرائها	المدّة	الهدف
1	2018/03/15	30 دقيقة إبتداءا من 14 سا مساءا	التعارف
2	2018/03/22	50 دقيقة إبتداءا من 11 سا صباحا	تاريخ المرض
3	2018/04/02	50 دقيقة إبتداءا من 9 سا صباحا	المعاش الحالي
4	2018/04/08	45 دقيقة إبتداءا من 9 سا صباحا	الجانب العلائقي
5	2018/04/10	45 دقيقة إبتداءا من 9 سا صباحا	
6	2018/04/16	35 دقيقة إبتداءا من 11 سا صباحا	تطبيق المقياس

3.2.1 / سميولوجيا الحالة :

البنية المورفولوجية :

. متوسطة الطول، بشرة بيضاء مائلة للشحوب، عينان بنيتان، متحجبة، نحيفة.

. المظهر الخارجي: مرتبة المظهر مع تناسق في الألوان

العرض و التعبير:

. العاطفة و الإنفعال : لديها اتزان

. اللغة : تتكلم بطريقة واضحة وهادئة ، صوتها خافت

السلوكات الغريزية :

. الشهية: نقص الشهية

. النوم : عدم القدرة على النوم ، كثرة الكوابيس

المزاج : مزاجها ثابت

الأفكار : متسلسلة ومتناسقة مع الموضوع

4.2.1 عرض الحالة :

تبلغ الحالة (ز. س) 52 سنة من العمر، متزوجة وأم لبنتين، تُقيم ببلدية حجاج في سكن مستقل مع أسرتها الصغيرة. هي عاملة بالمركز البيداغوجي للأطفال الصم و البكم و لديها مستوى اقتصادي جيّد .

تظهر الحالة متوسطة القامة، نحيفة، ذات بشرة بيضاء شاحبة وعينين بنيتين تغطيهما الهالات السوداء، لم تفارق الإبتسامة وجهها، حيث كان تجاوبها فعّالا وتجيب بكل صراحة وحرية وتعبر عما يخالجها من شعور، بل و تُبادر لمعرفة أي جديد عن مرضها.

كان حمل الأم بها مرغوباو كانت المولودة الثالثة بعد أخويها. تعرضت الحالة لعدّة سوابق مرضية أثناء نموها حيث صرحت قائلة " أنا كنت مراضّة في صغري نعقل كان عندي 11 سنة درت عملية تع باندسيد و لحلاكم ميخطونيش ". بعد فشلها في امتحان الباكالوريا، التحقت الحالة بمعهد الفنون الجميلة بالجزائر العاصمة و مكثت به لمدة ثلاثة أشهر، ثم أشرفت على قسم للأطفال الصم والبكم بمركز " حجاج" حيث قالت " الحمد لله أنا نبغي خدمتي و راضية بيها، وتوحشتها بزاف " حيث أنها متوقفة عن العمل بسبب مرضها إتباعا لنصائح الطبيب .

تملك الحالة تواصلا جيدا مع كل أفراد أسرتها و مع الأخريين المحيطين بها، حيث صرحت " قاع ناس تبغيني، أنا جاية اجتماعية و نبغي ناسي و حبابي ". تعتبر الحالة بأن زواجها ناجح رغم كل الظروف التي مرت بها هي و زوجها في بداية حياتهم وحتى الآن؛ إذ أنها الزوجة الثانية بعد طلاقه الأول نتيجة تعرضه لخيانة زوجية " طليقتو خدعاتو وكان عندها زوج بنات توفاو " حيث

ذكرت الحالة بأن عقدة الخيانة كانت سببا في الشجارات بينهما "العقدة تع زواجو قعدت فيه، كان يشك بزاف " ولكن مع مرور الوقت وتفهمها لوضعه تغيرت العلاقة إلى الأحسن " صبرتلو و وقفت معاه كي كنا وكيرانا ". تقول الحالة بأنه رغم عزوفها عن الزواج لصدمة عاطفية و تأخر سن زواجها و إلا أن الله عوضها بدفء أسرّي " أنا حتى ولات في عمري 42 سنة باش تزوجت، و من قبل كنت مخطوبة مع واحد 10 سنين و صبرت عليه وفالتالي خدعني". كما ذكرت الحالة بأن زوجها هو سندها الأساسي لمواجهة المرض " فلحق واقف معايا ، تلقايه يسقسي على أي شيء عندو علاقة بمرضي "، كما أنه يقوم بتعويض دورها في الاعتناء ببناته خاصة في فترة العلاج الكيميائي " هو باباهم و هو أمهم قايم بيهم سورتو كيزيد علي الحال". قالت الحالة عن علاقتها الحميمية مع الزوج بأنها لم تكن متكافئة وبأنها لم تكن تأخذ كفايتها من الإشباع الجنسي كون الزوج يعاني من اضطراب وظيفي جنسي يتمثل في سرعة القذف" راح لطبيب مي حتى حاجة ماتبدلت " وبعد مرضها صرحت الحالة بأن العلاقات الجنسية بقيت قائمة بينهما ولكن نقصت وتيرتها " كلشي قعد كيما راه عاد ساعدني المرض".

تعاني الحالة (ب.س) من فقدان الشهية و قلة الأكل خاصة بعد إصابتها بالمرض " أنا لماكلة من بكري قليلة عندي و دروك chimio كمل عليا نولي كما لمتوحمة ". كما أنها تعاني من اضطراب في النوم و خاصة الأرق الناتج عن الآلام الجسمية الناتجة عن إنتفاخ ذراعها و كبر الكيس الموجود في رأسها " منرقدش دراعي يساطر ، وتاني لحبة لي في راسي حاستها كبرت ".؛ وكثرة الكوابيس ما جعلها تكره ساعات الليل " راني نخاف من الرقاد على جال لكوشمار".

قالت الحالة بأنها أصيبت بمرضها تقريبا منذ ستة أشهر و أن تاريخ أسرتها شهد سوابق مرضية بالسرطان " أنا بابا مات بسرطان تع الكبد"، حيث أنها كانت تعاني من ألم أسفل إبطها الأيسر، وأنه بعد فترة ظهر على مستوى ثديها الأيسر انتفاخ و احمرار و ارتفاع في درجة حرارته

" ولالي حمر و الحمى فيه و السطر بزاف ". دفعها هذا الأمر إلى القيام بفحص طبي أين طلب الطبيب منها القيام بالتحاليل biopsie، و التي قامت بإجرائها مباشرة في صبيحة اليوم الموالي. كانت الصدمة كبيرة عليها و على أسرتها عند إخبارها بأن نتائج الفحوصات سلبية مع إثبات وجود ورم خبيث منتشر في كامل ثديها. قامت الحالة بإنكار ذلك وعاودت الفحوصات التي نتج عنها ردة فعل قوية تمثلت في الصراخ و البكاء والرفض المطلق " راكم غالطين، أنا ما عندي والو " . تم إجراء العملية الجراحية في ذلك الأسبوع لا زالت الحالة تعاني من القلق الناتج عن تشوه صورة الجسد " كي نحط يدِي في صدري ومانلقا والو نتقلق بزاف " وخوف من الموت خاصة في هذه الفترة(حصص العلاج الكيميائي) هذا ما لاحظناه و ما صرحت به الحالة " مانيش باغية نموت دروك و نخلي بناتي و ماما مريضة شكون بيهم" . كما أنها تعاني من اضطراب الوسواس القهري T.O.C الذي ظهر جراء الآثار الجانبية للعلاج حيث صرحت عند زيارتها " شوفي بشرة تاعي راهي بدات تكحال راني عارفة غادي نموت ". كما أن التصورات الثقافية و الاجتماعية حول المرض زادت من ارتباكها و شكوكها "هاد الخطرة هاديك الفلسطينية لي تغني قالو ماتت بيه وهي في لاج تاعي وليت نشك" . سبب العلاج لها تغيرا على مستوى الصورة الذاتية كتغيرات واضحة في الجلد و الأظافر، فقدان الشعر، فقدان الوزن والتعب " مانيش نبغي المرايا déjà قلعتها و toujours دايرة foular، نحس روحي غير فاشلة وأنا موالفة غير ندور " .

أضافت الحالة بأنها تعرضت للعديد من الصدمات النفسية في حياتها حيث قالت بنبرة حزينة و خافتة " موت ختي chokani " حيث تذكر الحالة بأن أختها الصغرى التي كانت بمثابة ابنتها ماتت بطلقة رصاص غير متعمدة من طرف أخيها الشرطي الذي كان ينظف سلاحه " هداك النهار كحل، هو كان قاعد ينقي في سلاحو حتى سماعنا حس تع رصاص وماما تعيط كي

دخلنا لقينا خيتي عايمة في دمها ". رصدنا تغيرات في إيماءات وجهها ونبرة صوتها وكذا رجفة يديها، حيث صرحت باكية " كن صبت كن قتلتو في هاديك الدقيقة ". كما أضافت بأن موت أبيها المفاجئ بسرطان الكبد زاد من حزنها وسبب لها أزمة دخلت بسببها المستشفى كونها كانت حاملا " كي مات بابا مابغاوش يخبروني ، كنت بالحمل . ندريت بزاف جرحي مكانش باري من ختي و زاد بابا ".

5.2.1 تحليل المقابلات :

نستنتج من خلال سيرورة المقابلات بأن الحالة (ز) تتعايش بصعوبة مع مرضها خاصة في هذه الفترة الحساسة الموازية لنهاية حصص العلاج الكيميائي الذي تعتبره صدمة ثانية " صدمة لولى كان الخبر تاعو و العملية ، و دروك la chimio يواك الحمد الله نتعالجو بيه بصح تتبدلي كامل و تعيشي مقلقة" . يبرز هذا مدى تأثير الأعراض الجانبية للعلاج من سقوط للشعر و شحوب للوجه والتعب الدائم على معاشها النفسي وعدم قدرتها على مقاومة الإحباط " تلقي صدرك مكاش و شعرك طايح، خطرات نخاف من روحي كي نكون بلا خمار" كما يبين وعيها التام بأعراض مرضها.

أصبح العلاج حلا يقيها من انتشار السرطان وفي نفس الوقت يسبب لها صدمة نرجسية أدّت إلى تذبذب في علاقتها مع جسمها و في تقديرها لأنوثتها مما أدى إلى إحساسها بالغربة تصدع على مستوى الهوية لديها " ما تعرفيش روحك شكون نتي ، تلقي روحك مختلفة وmême المحيط يزيد يقلقك ،غير في داري لي نريح مجتمعنا ظالم ، بصح الحمد الله " . تسقط الحالة مشاعر اللوم على المجتمع الذي يحمل تصورات مرعبة عن المرض كآلية لتجنب القلق و الهروب من الواقع المعاش. تعاني الحالة كذلك من أفكار و هواجس وسواسية إزاء المرض الذي ترى بأنه أصبح الحدّ الفاصل بين حياتها و موتها، فأي عرض جديد يظهر يزيد من حدّة القلق

لديها و يجعلها تعاني من اضطراب في النوم " نادلي الحب في دراعي وراه يساطر بت قاعدة نتوسوس قلت cancer رجع " فالخوف من الانتكاسة سبب أساسي في معاناتها النفسية وحزنها.

كما أن الحالة تتلقى شتى أنواع الدعم النفسي و الاجتماعي بدءا بأسرتها " jamais خلاوني وحدي كميكونش راجلي و بناتي نلق ماما و عجوزتي " إلى الطاقم الطبي " طبيب تاعي معاوني ، نحسو يفهمني" حيث رصدنا وجود تواصل إيجابي في العلاقة العلاجية بينها و بين طبيبها، بالإضافة إلى تعاملها مع المريضات التي تلتقي بهن أثناء الحصص العلاجية فتتقاسم تجربة المرض مع الأخريات " كي تشوفي هموم الناس تنساي همك أنا نقول حمدالله جاني غير في صدري وراه مستور" و ساهمت في تقبلها لمرضها و رفعت من مستوى تقديرها لذاتها. كما أن التزامها بالمواعيد الطبية وتحكمها في سلوكاتها "باش نريح بلخف يليق منديعش حصص تاوعي " وتمسكها بالمبدأ الديني" أنا غالية عند ربي حمدالله قاع واش شفت ومازال صابرة " و كذا صلابة شخصيتها رغم تعرضها للعديد من الصدمات الحادّة في حياتها " راني موالفة بالطيحات مابقاش قَد ليفاتْ الحمد الله ،و يلا ربي كاتبلي الموت نموت واقفة خير"، بالإضافة إلى تحديها للمرض الذي يظهر في عدم تخليها عن تأدية واجباتها كزوجة وكأم " واقفة مع عايلتي، بناتي وحد عنها sisiéme وزاوج فيهم bem نحفظهم و نطيبلهم ، هما ميبغونيش نتعب بصح انا نبغي داري ونتحدا كلشي " سهل من توافقها النفسي و تقبلها للعلاج وتفاؤلها بحياة جديدة " أنا مْرا بزاف déjà coquete, راني سجلت باش ندخل ندير sport غادي نرجع كيما كنت زمان ول خير ملي كنت ".

3.1 الحالة الثالثة :

1.3.1 البيانات لأولية :

لإسم : د.ف

الجنس: أنثى

الحالة المدنية : عزباء

الحالة لاجتماعية : ماكثة بالبيت .

المستوى الدراسي: سنة أولى متوسط

مكان لإقامة : حي 200 مسكن – بلدية مستغانم–

مدّة الإصابة بالمرض : 10 أشهر

نوع لإصابة : سرطان عنق الرحم

2.3.1 سيرالمقابلات :

الجدول التالي جامع للمقابلات التي تم إجراؤها مع الحالة الثالثة :

الجدول رقم (10) يمثل سير المقابلات مع الحالة الثالثة

المقابلة	تاريخ إجرائها	مدّة إجرائها	الهدف
1	2018/03/03	30 دقيقة من 10 سا صباحا	التعرف على الحالة
2	2018/03/07	45 دقيقة من 13 سا مساءا	تاريخ المرض
3	2018/04/10	50 دقيقة من 14 سا مساءا	المعاش الحالي
4	2018/04/14	45 دقيقة من 17 سا مساءا	الجانب العلائقي
5	2018/04/16	30 دقيقة من 11 سا صباحا	تطبيق المقياس

3.3.1 سيميولوجيا الحالة

البنية المورفولوجية و المظهر الخارجي :

مقعدة، هزيلة البنية، بشرة بيضاء شاحبة، عينان بنيتان، مرتبة المظهر، تناسق في ألوان الملابس.

العرض و التعبير :

. العاطفة و الإنفعال : لديها اتزان

. اللغة : تتكلم بصوت خافت و بطريقة واضحة وهادئة

السلوكات الغريزية :

. الشهية : تعاني من نقص في الشهية

. النوم : صعوبة في النوم

المزاج : مزاجها ثابت

الأفكار : متسلسلة ومتناسقة مع الموضوع

4.3.1 عرض الحالة

تبلغ الحالة " ف.ب" 26 سنة من العمر، عزباء، تقيم بحي 200 مسكن ببلدية مستغانم و ذات مستوى تعليمي سنة أولى متوسط، كما أنها الأولى في أسرتها من حيث الترتيب، لها مستوى اقتصادي متدني فأبوها متوفى و أمها ماكثة بالبيت .

تظهر الحالة هزيلة البنية، ذات بشرة بيضاء شاحبة، عينان خضريتان و علامات التعب ظاهرة على وجهها وفي عينها، لغتها واضحة وتتكلم بصوت هادئ حيث كان تفاعلها مع الطالبة الباحثة مقبولا و تجيب عن الأسئلة بكل صراحة. تبدو انفعالاتها مطابقة لكلامها و خاصة عند الحديث عن مرضها و الواقع الصحي الذي يعيشه المرضى في المستشفيات.

تعدّ أمها الزوجة الثالثة لأبيها المتوفي، حيث أن حمل أمها بها كان مرغوبا فيه كونها المولود الأول. منعتها أعراض مرض الصرع من مواصلة دراستها بالإضافة إلى إصابتها بضعف حركي

ألزمها الكرسي المتحرك في اغلب أوقات تنقلاتها بعد سماع خبر وفاة أبيها. تعرضت الحالة لتاريخ مليء بالسوابق المرضية حيث أجريت لها ثلاث عمليات جراحية " درت وحدا تع باندسيد، وحدا قلعولي لوفار تاعي و هاد الخطرة لماتريس" ؛كما لا زالت تعاني من نوبات الصرع الخفيف .

عن علاقتها بأسرتها، تصرح الحالة بأن تواصلها جيد مع والدتها و أختها " ماما وختي هما العرق لي بقا يضرب في حياتي" . أما عن علاقتها مع إخوتها من أبيها فهي تعتبرهم أجانب وتنكر قرابة الدم بينهم لما تلقته منهم من إجحاف و عدم الإحساس بالمسؤولية " ميجوش بصح نهار يلي يجو عرفي بلي مشكل جا معاهم ". تصرح الحالة بأن وضعها الصحي يرجع بالدرجة الأولى إليهم ،" هوما سباب لي راني فيه اليوم بغاو يخرجونا من الدار ومن هديك الخلعة ملقيت روحي "، فهي تسقط كل مشاعر اللوم والغضب الذي بدا واضحا في إيماءات وجهها من احمرار و تقطب للحاجبين " شنقول حسبي الله و نعم الوكيل".

تبدو " ف" فتاة اجتماعية حيث تربطها علاقات قوية يملأها الحب و الاحترام المتبادل مع جيرانها و المحيطين بها " تلقايها فلبراني والله أنا قاع جوارينا وحبابنا يبغوني وناس الله يبارك"، فهؤلاء يتسارعون يوميا لمنزل الحالة للاطمئنان عليها و مواساتها.

تصرح الحالة عن مرضها بأنها أصيبت به منذ 10 أشهر حيث كانت تعاني من نزيف مهبلي دموي حاد في فترات خارجة عن أيام دورتها (الطمث) مما أدى إلى إصابتها بفقر الدم " تالمو كنت ندمي بزاف حكمتي لانيمي" بالإضافة إلى أعراض أخرى كفقدان الوزن بشكل سريع و الآلام المتكررة أسفل الظهر.

جعلها هذا الوضع إلى القيام بزيارة الطبيب الذي وصف لها أدوية ولكن دون جدوى، حيث استمرت الأعراض في تصاعد مما اجبرها على إعادة زيارة طبيب آخر الذي طلب منها بعض

التحاليل و لكن لعدم كفاية الأم تأخرت الحالة في إجرائها رغم أن أخاها الأكبر من أبيها يعمل في سلك الحماية المدنية " كي تجي فيك واحد ما ينفعك خويا بومبيي وأنا مغبونة" . عند ظهور نتائج التحاليل التي دفع أجرتها جارهمن " جارنا هو لي داني و خلصلي من عندو ماننساش خيرو "، كان وقع الصدمة عليها و على والدتها و أختها قويا "tchokit قولي هبلنا قاع واش في و نزيد تاني كونسار"؛و هذا ما يبين إنكار الحالة للمرض و عدم تقبلها له. كما صرحت الحالة بأن صدمتها لم تنته بعد، فالطبيب طلب منها إجراء عملية جراحية مستعجلة لاستئصال كلي للرحم " الرحم وعنق الرحم" حيث توقفت الحالة لبرهة وأجهشت بالبكاء .

صرحت الحالة عن حصص العلاج الكيميائي الذي تلقته كغيرها من المرضى بأنه سبب لها قلقا و توترا خاصة بسبب التعب الناتج عنه و إحساسا بالتشاؤم من خلال تصورها للاحتمالات السلبية التي ظهرت في حوارها الداخلي مع نفسها(monologue) " نتقلق كي نتفكر بلي غادي نعيا بزاف chimio، وكينهدر بيني وبين روحي nadigouta تحسي دنيا كحلة ". كما أضافت الحالة بأن المرضى لايتلقون الدعم اللازم من الطاقم الطبي في مصلحة العلاج " كارثة تروحي باش تعالجي، تخرجي و أنت مريضة فوق مرضك" . فالأنا الجماعي الذي تتقاسمه مع الآخر الذي يشاركها الوضعية نفسها زاد من معاناتها النفسية ومشاعر الآسى لديها " الحمد الله رانا صابرين" . كما أنها تعاني من صعوبة في النوم ونقص في الشهية وكذا النسيان الكثير " تامنيني ننسى بزاف ".

5.3.1 تحليل المقابلات

تعاني الحالة "ف" البالغة 26 سنة من العمر من مرض سرطان عنق الرحم منذ 10 أشهر محاولة التعايش معه. نلمس من هذه الحالة حدادا نرجسيا للعضو المستأصل (رفض فقدان العضو) وكذا التصورات التي تحملها فتاة عزباء عن عضو حساس كالرحم الذي يُكمل صورتها الأنثوية و يهيئها مستقبلا لدور الأمومة " ديجا شكون يقبل بوحد مريضة و زيد متجيبش دراري في بلادنا". أصبحت فكرة الزواج و تأسيس أسرة مخططا مستحيلا يزيد في تعكر مزاجها وقلقها الدائم، إلى جانب التغيرات الجسمية كسقوط الشعر الناتجة عن العلاج الكيميائي التي سببت لها عدم تقبل صورة الجسد وتشوهات في صورة ذاتها؛ أدّت كلها إلى ظهور اضطرابات في المزاج تمثلت في تظاهرات اكتئابية حسب الأعراض التي ذكرتها الحالة " تقدري تقولي فت بمرحلة وين تمنيت ا لموت و كرهت كلشي و الله يجعل ربي يسمحلي على هاد الهدرة ".

يدل الشعور بالذنب والرغبة في نهاية الحياة على عدم تقبلها للمرض. تبرز من جهة أخرى مشاعر الإحساس بالدّونية كتبريرات عن علاقتها مع ذاتها أي غضب نحو الذات التي لم تتقبلها لأنها عاجزة " منقارعش للمحال من "ف" مادارتلي والو ومتقدر دير والو " . كونت النظرة السلبية للذات والمعاش النفسي إزاء الإعاقة والسرطان لديها شعورا دائما بالقلق الذي عزّز فقدان الأمل في الحياة و الرغبة في الانعزال كمحاولة تعويض للإحباطات المتكررة الناتجة عن التصورات الاجتماعية " كي نخرج يبقاو يشوفو فيا بخزرة تع شفقة ". كما أن التوتر القائم بين أمها و إخوتها كون لديها مشاعر الحقد والكراهية وتحميل والدها المتوفى كامل المسؤولية " الله يرحموهو راح وحنا باقيين نخلصو مع ولادو " .

إلتمسنا ملامح التحدي في الحالة التي تحاول الصمود و مقاومة المرض من أجل والدتها وأختها " في طوعهم نوقف ونتحدى روحي و خاوتي " حيث أنها عاودت حصص إعادة التأهيل الحركي و

تمسكت بالجانب الديني الذي غيّر من نظرتها لذاتها و للمرض " الحمد الله ربي كتبلي هاد الشيء تبدلت دروك حاسة روحي راضية وقانعة ".

4.1 الحالة الرابعة

1.4.1 البيانات الأولية :

الإسم : ع. و

الجنس: أنثى

الحالة المدنية : مطلقة

الحالة لاجتماعية : ماكثة بالبيت .

المستوى الدراسي: سنة ثالثة ابتدائي

مكان الإقامة : حاسي ماماش–مستغانم–

مدّة الإصابة بالمرض : 5 أشهر

نوع لإصابة : سرطان عنق الرحم

2.4.1 سيرالمقابلات :

الجدول التالي جامع للمقابلات التي تم إجراءها مع الحالة الرابعة:

◊ **الجدول رقم (11) يمثل سيرورة المقابلات مع الحالة الرابعة**

المقابلة	تاريخ إجرائها	المدّة	الهدف
1	2018/04/30	25 دقيقة من 10 سا صباحا	التعارف
2	2018/05/06	50 دقيقة من 13 سا مساءا	تاريخ المرض
3	2018/05/09	45 دقيقة من 10 سا صباحا	المعاش النفسي و العلائقي
4	2018/05/13	40 دقيقة من 14 سا مساءا	تطبيق المقياس

3.4.1 سيميولوجية الحالة

البنية المورفولوجية و المظهر الخارجي :

طويلة القامة، بشرة بيضاء شاحبة، عينان سوداوين، هزيلة، مرتبة المظهر، تناسق في الألوان.

العرض و التعبير :

. العاطفة و الإنفعال : إنفعال مطابق للموقف

. اللغة : تتكلم بطريقة واضحة وهادئة، بحة صوت منخفضة

السلوكات الغريزية :

. الشهية : تعاني الحالة من اضطراب في المعدة

. النوم : الأرق ، كثرة الكوابيس

المزاج : مزاجها متقلب

الأفكار : متسلسلة ومتناسقة مع الموضوع

4.4.1 عرض الحالة

تبلغ الحالة " ع. و" 48 سنة من العمر، مطلقة و أم لثلاث أطفال، تقطن ببلدية حاسي ماماش مستغانم في سكن مستقل بمستوى اقتصادي متدني، مستواها التعليمي بلغ السنة الثالثة ابتدائي، يتيمة الأم ولها أخت وأخ .

تبدو الحالة طويلة القامة، هزيلة البنية ذات بشرة شاحبة و لها تجاعيد حول العينين و على مستوى الكفين، تتكلم بنبرة هادئة يملؤها الحزن وعلامات التعب ظاهرة عليها. أبدت الحالة نوعا من الكف في البداية وبعد إخبارها بأن المقابلات ستتم في سرية تامة، بدأت الحالة تتجاوب مع الباحثة بصدر رحب و صريح و قد تمت جميع المقابلات وهي مستلقية على سريرها.

تصرح الحالة بأن طفولتها كانت سعيدة حيث كان حمل أمها بها مرغوبا كونها البنت البكر " أمَ الله يرحمها كانت تموت علي ، يحسرا على زمان لعبنا و جرينا كانوا يمات شابين " . وعن دراستها أشارت الحالة بأن الظروف المعيشية الصعبة لم تمكنها من مواصلة تعليمها كونها كانت تسكن في قرية معزولة " كنا نسكنو بعيد على الدوار متقدريش تروحي وحدك "

تقول الحالة بأن لد يها تواصلا جيدا مع أبناءها الذين ضحت من أجلهم بعد طلاقها " كي طلقني خدمت في الحمام باش نوكلهم خبز حلالي نعقل ولدي صغير كان عندو 4أعوام" و عن أسباب طلاقها تذكر الحالة بأن زوجها السابق كان مدمنا على الخمر حيث كانت تتعرض لمختلف الإهانات و العدوانية مما سبب لها اضطرابا في الغدة الدرقية " كان ظالمني و بسبابو جاني مرض القنطة كان معيشني غير في المشاكل". أضافت الحالة بأنها تكفلت بإخوتها بعد موت أمها التي كانت وفاتها أكبر صدمة لها حيث قالت و الدموع في عينيها" كي ماتت ما مأمنتش نخلعت لدروك منيش صابرة عليها ". في المجال العلائقي؛ صرحت الحالة بأنها كانت تتجنب العلاقات الاجتماعية إلا في حيز معين بسبب المشاكل والتحرشات التي تعرضت لها كونها امرأة مطلقة " عانيت ولاد و بنات الحرام كاين بزاف بصح الحمد الله ربي كان معايا و كبرت وليداتي"

. أضافت بأنها لا تعاني الآن من هذه المشـ اكل " ليوم حمدالله جواريني مسقمين كنت مغبونة في لحوش لولْ". ذكرت الحالة كذلك بأن لديها علاقة جيدة مع بنتيها البكرتين فهما جدّ مقربتين منها " حمد الله راهم في ديارهم بصح ميخلونيش نهار وحدي " . عند سؤالها عن علاقتها بابنها؛ توقفت الحالة لبرهة و تغيرت إيماءات وجهها " عطاني ربي ولد واحد بغيتو يكون راجل الدّار بصح خرجلي مارج "، حيث صرحت بأن هذا الأخير لا يعرف المسؤولية ويطلب منها المال بشكل مستمر كونه مدمنا " ما كانش علابالي بلي يشرب كان يقولي دراهم دخان برك " وأضافت بأنه كان حادّ الطباع ومتسلطا على أختيه وعدوانيا معهما لذلك اضطرت على تزويجهما في سن مبكرة بسببه " مساكين كان شاويهم بلا سبّب مشاكل كل يوم علا جالو خطاب اللّول لي جا عطيتو والحمد الله راهم هانيين "

تعاني الحالة من الأرق خاصة في الصباح " نوض 4 منزيدش نرقد " صرحت بأن مواضيع أحلامها في غالبيتها مرتبطة بالمرض " مناماتي غير عليه سورتو ، نومو ترتقلي في بلاصا وحدا خرا نود مقلقة والرجفة حاكمتني " وأحيانا بالفراغ العاطفي الذي تعيشه " وخطرات نوم روحي باغية نتزوج ".

عن تجربتها مع المرض، ذكرت بأنها كانت مصابة بسرطان الكبد منذ سنة تقريبا وأنها شفيت تماما و رجعت لحياتها الطبيعية بعد ما عاشت فترة من الألم جراء ما تلقته من أحداث كانت الصدمة أولها حيث قابلت الخبر بالرفض و الإنكار " مكانش واحد فالدنيا يتقبل هداك الخبر " لتجد نفسها بعدها في مواجهة مع العلاج الكيميائي الذي خلق لها تصورا مختلفا و جديدا عن جسدها تغلب عليه النظرة السلبية والاغتراب عن الذات " تبغي تهربي من روحك صعيبة كلشي يتبدل " . كان دعم أبناءها لها و يقينها برحمةالله هو الذي ساعدها على تجاوز مرحلة حساسة

كان الـ قلق من الموت أساسها " كنت نحس بالقلق كي نتفكر الموت بصح الحمد الله رحمت ربي واسعة " .

تعاني الحالة من مشاكل في النوم و النوم المتقطع " نرقد بسيف ، و نبقى غير نفطن منعقلش ليلة رقدت بلا منفطن " الذي غالبا ما يكون نتيجة للقلق و التوتر، إلى جانب النسيان.

فيما يخص شهيتها للطعام، صرحت الحالة بأنها تعاني من اضطرابات في المعدة فهي لا تكثر من الأكل تجنبا لنوبات القولون العصبي " ناكل على قدي ليستوما ضرني " .

5.4.1 تحليل المقابلات

عاشت الحالة "ع" البالغة من العمر 48 سنة طفولة بريئة ملؤها الدفء العاطفي والاحترام المتبادل بين أفراد أسرتها رغم ظروف الحاجة و العوز " جامي مانسى هدوك لياامات الحلوين ، كونا فوقارا بصح هانيين " . تسبب طلاقها و موت أمها في صدمة نفسية حادّة، كما أن المشاكل التي لم تجد متنفسا والكبت المتواصل تجسد في العضوية على شكل اضطرابات غددية في أول الأمر. كما لعبت الضغوطات التي كانت تُمارس عليها من الآخرين دورا مهما في إحساسها بالاغتراب النفسي وبأنها مهمّشة عن الثقافة التي وُلدت وترعرعت فيها؛ ما كوّن لديها نظرة سلبية تجاه المجتمع و تجاه ذاتها كونها مطلقة " تكرهي ساعت الطلاق والناس يلي ماتحسش بيك ". كما شكل لها فقدان الأمان و الحماية فراغا على المستوى النفسي والعلائقي " ملي راحت ما دنيا خوات في قلبي"، و هو الأمر الذي مهدّ لظهور السرطان.

رصدنا بأن المعاش النفسي للحالة أصبح أكثر هشاشة جراء الانتكاسة، مما جعل الأنا يعيش التهديد مرتين. حيث أنها وجدت صعوبة في التكيف مع وضعها الصحي الجديد " قالي طبيب منيش في dangi راه فلبدي بصح مقدرتش ندخلها في راسي" . رغم الكشف المبكر لسرطان عنق

الرحم وإمكانية الشفاء التام؛ يبقى الخوف العرض الانفعالي الرئيسي المسيطر عليها والذي أدّى إلى ترسيخ أفكار وسواسية عن الفقدان زادت من حدّة القلق لديها " القلق زادني بسباب تخمام ". يظهر الشعور بالذنب كتبرير لإصابتها بالمرض مرّة أخرى بسبب مزاجها الصعب " أنا زْمان كْواني وكْويت الناس بلساني وراني نْخلص فيها الحمد الله " . كما أن علاقتها مع ابنها جسدت امتدادا لعلاقتها السابقة مع أب إبنها(ترى صورة الأب في ابنها) الذي تسقط عليه كل مشاعر اللّوم وتعتبره المسؤول الأساسي عن الوضعية التي آل إليها الابن" طلاق كان محتم، بصح دراري علاش سمح فيهم ".

تؤكِد هذه الوضعية وجود مشاعر حقد دفينة تظهر على شكل عدوانية تجاه الابن الذي ذكرت بأنه من المفترض أن يكون سندا لها " نضربو و نحاوزو برا كيجيني سكران كون نصيب نقتلو، باش نلقاه في كتافي لقيتو زايدني الهم و لغبينة" ممّا أدّى لاشعوريا لاستعمال آلية التكوين العكسي والتي ظهرت في قولها " ولدي نعاملو بصح لي راه في قلبي خليه على ربي"

ساهمت إعادة تجربة الجرح النرجسي في تعزيز أعراض ما بعد الصدمة و ظهور أعراض على مستوى المزاج شملت الأعراض الاكتئابية "كرهت الدنيا دوك يعاود يصرالي كيما صرالي المرة الأولى " و اضطرابات النوم التي أصبحت تعبر عن عودة المكبوت. إذ أن النزوات الجنسية التي لم تشبع على مستوى الواقع وجدت مساحة أخرى ممثلة في الأحلام.

لاحظنا بأن الحالة تتميز بالصبر و روح المثابرة التي تجسدت في مقاومتها لكل الظروف الصعبة التي واجهتها منذ صغرها و الى اليوم. صرحت الحالة بان حصص العلاج الكيميائي رغم ما تسببه من أعراض جسدية كالتعب وفقدان للشعر وتغير في الصورة الجسدية وما ينتج عنها من تذبذب على مستوى صورة الذات إلاّ أنها تعوّدت عليه وأن فقدانها لرحمها أزعجها في البداية ولكن رِؤيتها للأخريات خاصة الأصغر منها سنا جعلها تتكيف مع الوضعية " أنا الحمد

الله راني بوليداتي ، يشفوني صغارات ليعاد جايين لدنيا". رغم المعاناة النفسية التي فرضتها الحياة عليها و المرض بصفة خاصة إلا أنها صرحت بأن هذا هو قدرها وسوف تعيشه حتى آخر نفس من حياتها " الحمدالله هدا مكتوبي و راضية بيه حتى نلقا مولايا" وأن وأنها لن تتخلى عن التزامها نحو ذاتها و نحو أسرتها ومجتمعها إذا أقتضى الأمر " علمتني أمّا مهما يصرالي نوقف و نْدير الخير ، وانا ما دام عيني تشوف ضَو منسمح ني في داري ني في روحي "

2) التحليل العام للمقابلات مع الحلات لأربعة :

من خلال الملاحظات العيادية وتحليل مضمون المقابلات مع الحالات الأربعة نستنتج من خلال دراستها وجود نقاط مشتركة بينهن:

تعتبر الصدمة النفسية سببا مفجرا للسرطان بأنواعه من جهة، و من جهة أخرى برزت كرد فعل انفعالي حيث تفاوتت درجاتها من حالة إلى أخرى في الشدّة و ذلك لعدم تهيئهن لتلقي الخبر و كبداية لمرحلة الحداد التي تعتبر عملا نفسيا للوصول إلى التقبل وإعادة التوازن النفسي.

كما يظهر بأن هناك تشابه في الأعراض بين الحالات الأربعة ،خاصة عرض القلق والذي برز في أشكال متنوعة: كان أولها أعراض قلق ما بعد الصدمة من خلال إعادة التجربة على مستوى المجال الهوامي. كما نجد قلق الموت واضحا عند كل واحدة منهن سواء في مرحلة ما قبل الانتكاسة أو في الانتكاسة ذاتها، ونلاحظ قلق تشوه صورة الجسد الذي ظهر خاصة عند المصابات بسرطان الثدي بعد القيام بعملية البتر، أما الحالة الثالثة فتعيش قلقا عصابيا حول مصير مستقبلها كونها عزباء وترغب في تكوين أسرة

مرت كل حالة منهن باضطرابات في المزاج شملت أعراضا اكتئابية بنسب متفاوتة سواء كمرحلة مهمة من مراحل الحداد أو كنتيجة للإحساس بالنقص و الدّونية نتيجة للتغيرات التي يفرضها

العلاج عليهن. كما لاحظنا وجود أعراض ثانوية للوسواس القهري ناتجة عن الخوف من المرض و الانتكاسة، بالإضافة إلى اضطرابات الشهية والنوم و خاصة الأحلام التي كانت تعبر عن عودة المكبوت وإضطرابات في الذاكرة تشمل النسيان، كأعراض ناتجة عن الصراع النفسي الذي يعشنه أو كأعراض جانبية يفرضها العلاج الكيميائي .

يتضح بأن جميع الحالات تعرضن لتجربة الجرح النرجسي كنتيجة لفقدان موضوع الحب الرمزي المتمثل في العضو المستأصل على مستوى الجسد، ممّا أحدث لديهن تذبذبات على مستوى نظرتهن لذواتهن و الشعور بالنقص والدّونية و كذا نظرة الآخرين إليهن والشعور بالذنب مما دفعهن الى تبني سلوكات تجنبية.

نجد الإنكار و الرفض و الانعزال في المرحلة الأولى من المرض من أهم الآليات الدفاعية المشتركة بينهن أضافة الى الإسقاط .و المقاومة و خاصة لدى الحالة الرابعة.

فيما يتعلق بتصورات الحالات تجاه السرطان؛ نجد في البداية مقترنة بالعقاب الإلهي و تكفير الذنب، ولكن مع تقبلهن للمرض و تعايشهن معه تغيرت تمثلاتهن إلى كونه فرصة للأجر وبأنه هدية من الله.

فرغم تعرضهن لشتى الظروف القاصية التي فرضتها عليهن الحياة و تجربتهن مع المرض ما زلن يتعايشن ويتكيّفن مع المرض كنوع من المقاومة . ويعود ذلك إلى عوامل أخرى أهمها:

- نمط الشخصية الذي يتميز بالصبر.
- الدعم الأسري الذي ساهم في بداية الأمر في تخطيهن للخبر الصادم،ثم مرحلة العلاج عند تقبل التغيرات المفاجئة التي ظهرت على المريضات في صورتهن الجسدية .فالسند الأسري عزز تقبل صورة الجسم ورفع من مستوى تقدير الذات .
- المساندة الاجتماعية من الأصدقاء،خاصة المريضات اللاتي يعشن أو عايشن نفس التجربة

- الفريق الطبي.

3 . مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

1.3 عرض نتائج المقاييس للحلات لأربعة :

قمنا بعرض النتائج عبر التحليل الكمي لكل من مقياس الصلابة النفسية و مقياس قلق الموت في الجدولين الآتيين :

◊ الجدول رقم (12) يوضح توزيع قلق الموت للحلات لأربعة

الحلات	درجة قلق الموت		
	منخفض	متوسط	مرتفع
الحالة لأولى		54	
الحالة الثانية			70
الحالة الثالثة		46	
الحالة الرابعة		44	

يوضح **الجدول (12)** بأن الحالة الأولى تحصلت على الدرجة 54 نقطة والتي يُبين مفتاح التصحيح على أنها درجة متوسطة ، أما الحالة الثانية فوصلت إلى الدرجة 70 ما يشير إلى ارتفاع مستوى قلق الموت ؛ كما عرفت الحالة الثالثة الدرجة 46 وتدّل على أن قلق الموت متوسط بينما كانت الدرجة 44 هي التي تحصلت عليها الحالة الرابعة والتي تبين أن درجة قلق الموت لديها متوسطة.

وعليه من خلال نتائج الموضحة في الجدول أعلاه وكذا استنتاج المقابلات مع الحالات الأربعة؛ نجد بأن الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على أن لدى المصابات بالسرطان درجة مرتفعة من قلق الموت تحققت .

أما الجدول الآتي فيوضح توزيع الصلابة النفسية بالتركيز على أبعادها الثلاثة " الالتزام التحكم و التحدي "

◊ الجدول رقم (13) يوضح توزيع الصلابة النفسية للحلات لأربعة

ا لحلات	**درجة الصلابة النفسية**			**المجموع**	**ملاحظة**
	الإلتزام	التحكم	التحدي		
الحالة لأولى	42	43	42	127	مرتفعة
الحالة الثانية	38	35	40	133	مرتفعة
الحالة الثالثة	37	32	37	106	مرتفعة
الحالة الرابعة	28	26	24	78	متوسطة

يوضح **الجدول رقم (13)** بأن الحالة الأولى نالت الدرجة 127 والتي تعبر عن وجود صلابة نفسية مرتفعة ، ونفس الشيء بالنسبة للحالة الثانية التي تحصلت على 133 وهي درجة مرتفعة كذلك ، كما عرفت الحالة الثالثة الدرجة 106 وتدل على ارتفاع درجة الصلابة النفسية ، أما الحالة الرابعة فإن الدرجة كانت 77 وتدل على صلابة نفسية متوسطة .

كما لاحظنا من خلال **الجدول رقم (13)** بأن أبعاد الصلابة النفسية توزعت درجاتها بين الحالات الأربعة بنسب مختلفة حيث أن الدرجات المتحصل عليها في بُعد الالتزام وكذا بُعد

التحدي كانت متساوية بالنسبة للحالتين الأولى والثالثة وهي درجات مرتفعة أما عن درجات بُعد التحكم فنجد بأنها أقل من البُعدين الأولين عند الحالتين الثانية والثالثة . بينما نجد بأن الحالة الرابعة تحصلت على أدنى الدرجات في كل الأبعاد مقارنة بالحالات الثلاثة الأولى .

2.3.مناقشة الفرضية العامة

التي تنص على أن "للصلابة النفسية أثر في تخفيف قلق الموت لدى المصابات بالسرطان"

نستنتج من خلال توزيع الدرجات لـكلا المقياسين وتحليل المقابلات، نلاحظ أنه يوجد تقارب بين الدرجات حيث يظهر تأثير الصلابة في تخفيف مستوى قلق الموت بالنسبة للحالتين الأولى والثالثة، من خلال ارتفاع درجات الصلابة النفسية و دنو درجات قلق الموت إلى المستوى المتوسط القريب من المنخفض وهنا تتحقق الفرضية العامة .

أما بالنسبة للحالتين الباقيتين ، وجدنا أن الحالة الثانية تملك ارتفاعا في الصلابة يقابله ارتفاع في درجات قلق الموت ،و قد يعود هذا إلى:

الصدمات النفسية المتكررة التي عاشتها الحالة ، والتي بقيت أعراضها ظاهرة ، بل تفاقمت لتشكل لها خوفا دائما من الانتكاسة ومن المرض حتى بوجود العلاج والدعم الأسري والاجتماعي. هذا ما بينته نتائج المقابلات معها ، وهذا ما يتطابق مع دراسة التي قام بها (**Pereira & al** , 2012) على المرضى الذين يعانون من تكرار ظهور المرض ، أسفرت نتائجها بأن هؤلاء المرضى تبدو عليهم أعراض ما بعد الصدمة أما الذين تلقوا العلاج الكيميائي فكانوا أكثر عرضة لخطر الإصابة بالاكتئاب و القلق عن غيرهم..

أما الحالة الرابعة كان مستوى درجات الصلابة و قلق الموت متوسطا وهنا لم تحقق الفرضية العامة. ويفسر هذا الأمر بأن هناك تدخل لعوامل أخرى:

– الصراعات الأسرية ، خاصة علاقة الحالة مع إبنها التي أضحت جرحا يمس أمومتها.

– كما تعتبر العوامل الاقتصادية سببا مهما في توليد الضغط والمعاناة النفسية سواء قبل ظهور السرطان أو بعده خاصة و أنها في مرحلة الانتكاسة .

–كما أن الحالة أبدت مقاومة كبيرة في عدة جلسات، هذا ما تبين لنا من خلال نتائج المقابلات قد يعود ذلك لفقدانها للأمان ، وعدم ثقتها بالآخر وهذا ناتج عن الظروف القاصية التي عاشتها و لم تستطع التحكم فيها.

فبناءا على نتائج المقياسيين و نتائج المقابلات فان الفرضية القائلة:" أثر الصلابة النفسية على قلق الموت لدى المصابات بالسرطان قد تحققت عند الحالتين الأولى و الثالثة و لم تتحقق عند الحالتين الثانية و الرابعة.

3.3. مناقشة الفرضيات الفرعية :

تنص **الفرضية الفرعية لأولى** على أنه توجد لدى المريضات المصابات بسرطان الثدي أو عنق الرحم درجة عالية من قلق الموت وعليه، نستنتج من خلال النتائج المسجلة في الجدول رقم (11) وكذا التحليل العام للمقابلات الذي أظهر بأن جميع الحالات يعانيين من قلق الموت خاصة الحالة الثانية التي لديها ارتفاع في درجاته. وهذا يتوافق مع دراسة **(ماجدة خميس** 1994) قلق الموت حيث أوضحت النتائج حصول عينات مرضى السكري و السرطان وضغط الدم و الربو والتهاب المفاصل على درجات أعلى بشكل دال إحصائيا من العينة الضابطة ، مما يشير إلى علاقة قلق الموت بالأمراض العضوية.وبالتالي الفرضية القائلة" توجد درجة عالية من قلق الموت لدى المصابات بالسرطان" والتي تحققت مع الحالات الأربعة ،خاصة الحالة الثانية.

كما نستنتج من خلال النتائج المسجلة في الجدول رقم(12) و كذا التحليل العام للمقابلات مع الحالات الأربعة، بأن **الفرضية الفرعية الثانية** التي تنص على وجود صلابة نفسية عالية لدى

المصابات بالسرطان قد تحققت. وهذا يتوافق مع دراسة كوباسا و آخرون" **Kobassa &** al, (1983) حول معرفة أثر الصلابة النفسية و علاقتها بتخفيف وقع الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية، والتي أسفرت نتائجها على أن الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة لا تخفف من واقع الأحداث الضاغطة على الفرد فقط، بل تمثل مصدرا للمقاومة و الصمود والوقاية من الأثر الذي تحدثه الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية .

وانطلاقا من نتائج المقياسين و المقابلات فإن الفرضية القائلة ' بوجود الصلابة النفسية لدى المصابات " قد تحققت.

أما عن **الفرضية الفرعية الثالثة** التي تنص على أن للصلابة النفسية أثر في قلق الموت يعزى لمتغير نوع السرطان تحققت، كونه لا يوجد فرق بين ما إذا كانت المرأة مصابة بسرطان الثدي أو عنق الرحم.باعتبار السرطان ضغطا يعرقل عملية النمو والاستمرارية وهذا ما يطابق الدراسة التي جاء بها (2012, **Farooqi , Y .N & Chaudley**) بأن معظم المصابات بسرطان الثدي و عنق الرحم في نهاية المطاف يشعرون بالقلق و الاكتئاب عند تلقي التشخيص وذلك بسبب الخوف من الألم و الجراحة و الوفاة ، الخوف من التخلي عنهم بسبب التغيرات الجنسية أو الإنجابية المحتملة الخوف من تغيير في صورة الجسد وعدم القدرة على العمل و اضطراب في العلاقات الأسرية. وعليه بناءا على نتائج المقابلات والمقاييس ، فإن الفرضية التي تنص على أن "للصلابة النفسية أثر في تخفيف قلق الموت يعزى لنوع السرطان" قد تحققت مع الحالات الأربعة.

بينما توضح النتائج ،بأن **الفرضية الفرعية لأخيرة** التي ترجع تأثير الصلابة على قلق الموت إلى عامل السن تتحققت نوعا ما. فتأثير الصلابة كان واضحا على درجة قلق الموت بنسبة خاصة للحالتين الأولى و الثالثة مهما كان عمرهن. وهذا يتطابق مع دراسة كوباسا وآخرون

(**Kobassa & al**،1983) حول معرفة أثر الصلابة النفسية في تخفيف وقع الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية على عينة من 259 فرد تراوحت أعمارهم بين 32–65 سنة حيث توصل إلى نتائج مفادها أن الصلابة بأبعادها الثلاثة تخفف من واقع الضغوط على الفرد وتمثل مصدر للمقاومة والصمود.

ومن خلال نتائج المقابلات و المقياسين ، تحققت الفرضية " تؤثر الصلابة النفسية على تخفيف قلق الموت يعزى لمتغير السن".

خلاصة:

نستنتج من خلال دراسات الحالة التي قمنا بها مع الحالات الأربعة بأن الصلابة النفسية تؤثر في تخفيف قلق الموت لدى النساء المصابات بسرطان عنق الرحم والثدي .. وكذا الفرضيات الفرعية التي أكدت وجود درجات من قلق الموت و معاناة الحالات منه، كما إستنتجنا الدور الفعال للصلابة النفسية في تخفيفه مهما كان نوع السرطان وسن المصابة .

الخاتمة

نستنتج مما تم التطرق إليه في الدراسة النظرية و التطبيقية لموضوع البحث، و الذي يهدف إلى معرفة تأثير الصلابة النفسية على قلق الموت لدى المريضات المصابات بسرطان الثدي و سرطان عنق الرحم. من خلال تطبيق أدوات المنهج العيادي من ملاحظة و مقابلة عيادية و تطبيق لمقياس الصلابة النفسية و قلق الموت . فمرض السرطان يتسبب في ضغوطات نفسية و اجتماعية كبيرة في مجتمعنا بسبب غياب الثقافة الصحية التي لا طالما ربطت هذا المرض بالموت رغم التطور الحاصل في ميدان الطب و التكنولوجيا . فقلق الموت التي يتجلى في الإحساس الدائم بدنو الموت و التفكير المستمر في المستقبل يسهل في تطور المرض إلى مراحل متقدمة و يزيد من وتيرة القلق و الإضطرابات النفسية التي تؤدي إلى تدهور الصحة النفسية و الجسدية كونهما لا ينفصلان عن بعضهما البعض. ولهذا كان تبني إستراتيجيات تعزز ثقة الفرد بذاته و بالمرض بحد ذاته ضرورة من أجل مقاومته والحصول على التكيف النفسي و الاجتماعي الذي يحافظ على الإستقرار النسبي للصحة النفسية ، وهذا ما تسعى إلى تحقيقه الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة المتمثلة في الإلتزام و التحكم و التحدي كعامل وقائي و مخفف للضغوط .

ومن أهم النقاط التي توصلت إليها دراستنا هي أنه توجد لدى المصابات بالسرطان سواء كان سرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم يتمتعن بمستوى من الـ صلابة النفسية، والتي تعتبر مصدرا في مقاومتهن للمرض حتى في حالة الانتكاسة التي تعتبر أخطر المراحل المرضية. بالإضافة إلى معاناتهن من المضاعفات النفسية التي يسببها الا ضطراب. ولكن الالتزام الديني الذي يعتبر مصدرا مهما يستقيه الفرد من موروثه الثقافي خاصة ثقافتنا العربية الإسلامية. بالإضافة إلى

تطلعهن لحياة أفضل رفع من مستوى التحدي من اجل الاستمرارية والتطور في الحياة، وهذه لأخيرة لا تكمل فقط في العيش بل في كيفية التعامل والتعايش من خلال تحكم الفرد في نفسه وفي الظروف التي تواجهه ولالتزام بمبادئ تختزل الطريق أمامه للوصول إلى أهدافه. وفي لأخير نوصي بمجموعة من التوصيات للباحثين الذين يرغبون في مواصلة البحث العلمي في هذا المجال .

التوصيات

- ضرورة إنشاء مراكز خاصة للتكفل بمرضى السرطان.
- تعيين أخصائيين نفسانيين مختصين في علم النفس الصحة و علم النفس لأورام في لأجنحة الخاصة بهذا المرض في المستشفيات.
- التركيز على التهيئة النفسية للمريض قبل " لإعلان" عن الخبر.
- لاهتمام بالجوانب لإيجابية كعامل مهم في تعزيز الصحة النفسية مثل المساندة لاجتماعية.
- مساعدة لأسر على تقبل المريض، كونها تمثل مصدرا مهما في عملية العلاج النفسي.
- نقترح تفعيل برامج علاجية معرفية سلوكية للتخفيف من حدة قلق الموت والتكفل النفسي بمرضى السرطان .
- من خلال الدراسات السابقة التي صادفناها أثناء دراستنا ، نقترح التركيز على التفسيرات السيكوسوماتية للسرطان من منظور المدرسة الباريسية ،و كذا دراسة علاقة السرطان بالفصام
- تكملة دراسة موضوعنا باعتماد متغيرات ال جنس ، مدة لإصابة بالمرض والحالة لاجتماعية.
- البحث في لأسباب وراء انتشار السرطان في الجزائر بأضعاف النسب العالمية.

قائمة المراجع

- أحمد محمد عبد الخالق،(2009) : **قلق الموت** ، عالم المعرفة ،ب ط ، الكويت 1987.
- أديب محمد الخالدي، (2009) : **المرجع في الصحة النفسية (نظرية جديدة)**، دار وائل النشر، ط3 عمان.
- الأزرق بن علو ، (2003) : **كيف نتغلب على القلق** ، دار قباء ،ب ط ، مصر.
- أمل مبروك،(2011) : **فلسفة الموت**، دار التنوير للطباعة و النشر و التوزيع، ب ط بيروت لبنان.
- إيمان عباس الخفاف،(2013) : **الذكاء الإنفعالي (تعلم كيف تفكر إنفعاليا)** ، دار المناهج للنشر و التوزيع ، ط1 ، عمان .
- بشير معمرية ،(2009) : **دراسات نفسية في (الذكاء الوجداني لاكتئاب،اليأس،قلق الموت،السلوك العدواني،لانتحار)**،المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، ط1، مصر.
- بشير معمرية، (2009) : **دراسات في المشكلات النفسية و السلوكية لأطفال والراشدين** المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، ط1، مصر.
- جاك شورون ، (1981) : **الموت في الفكر الغربي** ، ت . كامل يوسف حسين، عالم المعرفة ، ب ط ، الكويت .
- حامد عبد السلام زهران ، (2005) : **الصحة النفسية و العلاج النفسي** ،عالم الكتب للنشر و التوزيع، ط4، القاهرة.
- حسين فايد، (2003) : **لاضطرابات السلوكية (تشخيصها،أسبابها،علاجها)** ،مؤسسة طيبة للنشر التوزيع ،ب ط، القاهرة.
- خالد حامد (2012) : **منهجية البحث في العلوم لإجتماعية و لإنسانية** ، جسور للنشر ط2 الجزائر .
- زلوف منيرة ، (2014) : **دراسة تحليلية لإستجابة لإكتئابية عند المصابات بالسرطان** دار هومه للطباعة و النشر و التوزيع ، ط1 ، الجزائر.

- سامر جميل رضوان،(2009) :**الصحة النفسية** ، دار المسيرة للنشر و التوزيع والطباعة، ط3 ، عمان ،الأردن.

- سوسن شاكر مجيد،(2015) : **اضطرابات الشخصية(أنماطها و قياسها)**،دار الصفاء للنشر و التوزيع، ب ط،عمان.

- شيلي تايلور ،(2008) : **علم النفس الصّحي**، دار الحامد للنشر و التوزيع ، ط1 عمان الأردن.

- صالح معاليم ، (2008) : **محاضرات في لأمراض النفسية الجسدية** ، ديوان المطبوعات الجامعية ب ط ،الجزائر .

- عادل شكري محمد كريم ، (2006) : **سلوك النمط(أ)دراسة في علم النفس الصحة** دار المعرفة الجامعية ، ب ط ،الإسكندرية،مصر.

- عادل عبد الله محمد (1998) : **إختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين** ، مكتبة الأنجلو المصرية ب ط ، القاهرة.

- عادل عز الدين الأشول (1998) :**علم النفس النمو من الجنين إلى الشيخوخة** مكتبة الأنجلو المصرية ، ب ط ، القاهرة ، مصر .

- عبد الحميد محمد شاذلي،(1999) : **الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية**، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر و التوزيع، ب ط ، الإسكندرية.

- عبد الرحمن الوافي (2010) : **المختصر في مبادئ علم النفس** ، ديوان المطبوعات الجامعية ط4، الجزائر .

- عبد السلام عبد الغفار، (2007) :**مقدمة في الصحة النفسية**، دار الفكر، ط1 ،عمان.

- عبد اللطيف حسين فرج ،(2009) : **لاضطرابات النفسية (الخوف،القلق،التوتر،لانفصام،لأمراض النفسية لأطفال)** ، دار الحامد للنشر والتوزيع ،ط1،المملكة العربية السعودية.

- عثمان يخلف، (2001) : **علم النفس الصحة لأسس النفسية و السلوكية للصحة**، دار الثقافة للطباعة والنشر و التوزيع ، ط1، قطر.

- غريغ يلكنسون ، ت. زينب منعم (2013) : **الضغط النفسي** ، ط1 ، السعودية

– فيصل محمد خير الزّراد (2008) : **اللاج النفسي السلوكي** ، دار العلم للملايين، ط2 لبنان .

–محمد السيد أبو النيل، (1994) : **لأمراض السيكوسوماتية(المجلد الثاني) دراسات وبحوث عربية و عالمية**،سلسلة علم النفس،دار النهضة العربية، ط1 ، بيروت.

– محمد حسن غانم، (2006): **دراسات في الشخصية و الصحة النفسية**، القدوة والمثل الأعلى– سيكولوجية المسنين –مشكلات النوم–أطفال الشوارع، دار غريب للطباعة والنشر، ب ط، القاهرة.

– محمد عبد السلام البواليز، ناجح رشيد القادري (2004) : **منهج البحث لاجتماعي** دار صفاء للنشر والتوزيع ، ط1 ، عمان ،الأردن .

– محمد عبد العزيز مفتاح (2010): **مقدمة في علم النفس الصحة**، دار وائل للنشر، ط1 عمان، الأردن.

– محمد ناجح الأغبر(1999): **لأمراض المناعية**، المجمع الثقافي للنشر والتوزيع ط1، أبو ظبي.

– مصطفى حسيبة ،(2009) : **المعجم الفلسفي** ، دار أسامة للنشر والتوزيع ،ط1، عمان الأردن.

– هناء أحمد شويخ ، (2007) : **أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام– السرطانية مع تطبيقات على حلات أورام المثانة السرطانية** ، إيتراك النشر و التوزيع ط1 مصر.

– ويندي درايدن ، (2006): **كيف تتقبل و تكتشف ذاتك How to accept your self** دار الفاروق للنشر و التوزيع ، ط1 ، القاهرة ، مصر .

❖ المعاجم و القواميس

- إبراهيم أنيس وآخرون ، **المعجم الوسيط** ، الجزء الثاني ، ط2 ،ب زمان ، ب مكان.
- جان لابلانش وج .ن.بونتاليس ، (1985) : **معجم مصطلحات التحليل النفسي**. ت مصطفى حجازي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، ط1 ، لبنان.

- جميل صليبا، (1982): **المعجم الفلسفي بالألفاظ العربية و الفرنسية ولإنجليزية و الاتينية** ج1، دار الكتاب اللبناني، لبنان.
- علي عبد الرحيم صالح، (2014): **المعجم العربي لتحديد المصطلحات النفسية** دار الحامد للنشر و التوزيع، ط1، عمان، الأردن.

❖ **الرسائل الجامعية**

- تونس فقيري (2015) ، **علاقة سلوك النمط (أ) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات – دراسة ميدانية بمركب أم طفل بدار الولادة الحضرية بمستشفى الشهيد بشير بن ناصر بالوادي** ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة .

- رشيدة شذمي (2015) ، **واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي** أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي ، جامعة أبي بكر بلقايد ، تلمسان.

❖ **المجلات العربية**

– بشير معمرية (2007 ، صيف و خريف) : العوامل النفسية في مرض السرطان ، المجلة العربية للعلوم النفسية ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ، العدد (15 / 16) .

– بشير معمرية (2012 ، ربيع و صيف) : معنى الحياة – مفهوم أساسي في علم النفس الإيجابي ، المجلة العربية للعلوم النفسية ، جامعة الحاج لخضر، باتنة العدد (35/34) .

– جهاد براهمية و نادية بولشلالق (2016 ، ديسمبر) : الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية ، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر) العدد (27).

– خيرة شويطر و نادية يوب مصطفى الزقاي (2015 ، ديسمبر): الصلابة النفسية لدى الأمهات العاملات بقطاع التعليم بوهران – دراسة سيكومترية وصفية دراسات نفسية و تربوية ، مخبر تطوير الدراسات النفسية والتربوية ، جامعة وهران ، العدد (15) .

– شهناز نوار و نرجس زكري (2016 ، سبتمبر) : الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري –دراسة ميدانية بمدينة ورقلة ، مجلة العلوم النفسية و التربوية جامعة ورقلة ، العدد (2) (2) .

– صالح ابن إبراهيم الصنيع (2002) : العلاقة بين مستوى التدين و القلق العام لدى عينة من طلاب جامعة الإمام محمد ابن سعود الإسلامية بالرياض ،مجلة الملك سعود العلوم التربوية والدراسات الإسلامية ، مجلد (14) .

– محمد محمد صابر العمر و علي النحيلي (2016): قلق الموت وعلاقته بالأمن النفسي (دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة كلية التربية في جامعة دمشق)، مجلة جامعة البعث، المجلد (38)، العدد (38).

❖ القواميس باللغة لأجنبية

Julien Daniel Guelfi et al(1996) : Mini DSM-IV. Masson. Paris.

Laplanche et j.b.Pontalis (1984) : Vocabulaire de la psychanalyse. éditions PUF. Paris.

Nobert Silamy (2010) : dictionnaire de psychologie. Édition Larousse. Paris.

Philippe Auzou (2008**) :** dictionnaire encyclopédique Auzou. éditions philipe Auzou. Paris.

❖ الكتب باللغة الفرنسية

Anaut marie (2003) : La résilience, Surmonter les traumatismes .VUEF. Paris**.**

Bacqué Marie Frédérique et Sylvie Pucheu(2015) : Psychothérapies Analytiques En Oncologie. édition Claire Viader. Paris.

Carlo Strenger (2013) : La peur de l'insignifiance nous rend fous. éditions Belfond .France.

Célérier Marie Claire (1997) : Psychothérapie des troubles somatiques Dunod . Paris.

College Pierce (1996): Human physiology-Stuart IRA Fox- wm.c. Brown publishes .fifth edition.USA.

Delefosse Marie Santiago(2002) :la psychologie de la santé perspectives qualitatives et cliniques.édition Pierre Mardaga .1ère édition. Belgique.

Freud Sigmund (2001) : Introduction à la psychanalyse. éditions Payot et rivages .Paris .

Gastaut Jean Albert et al(2001) : VIH/ SIDA et CANCERS .Ellipses éditions marketing. Paris.

Godfryd Michel (2009) : Vocabulaire psychologique et psychiatrique. Que sais-je ? .éditions Point Delta. 6ème édition. Liban.

HAYNALA.al (1997) : Médecine Psychosomatique aperçus psychosociaux. 3ème édition .Masson . Paris

Kacha Farid et Legros Jean Jacques (2005) : Le stress Entre bien être et souffrance .Berti éditions .Alger.

Lôo Pierre et *al*. (2003) : Le Stress Réaction Adaptation de l'organisme aux aléas existentiels. 3ème édition. Masson .Paris . **Margaret w.maltin (2007)** : **P**sychologie Des Femmes. éditions de Boeck Université. Paris.

Marie Jean Sauret (2000) : Freud et L'inconscient. Edition Milan. France.

Marieb Elaine N. (1993) : Anatomie et physiologie humaines, ERPI éditeur, 2ème édition, France.

Morrère Jean françois et *al* (2012) : Le cancer pour les nuls.1ére édition . **T**errasson édition paris.

Moussa Fatima (2010) : Psychothérapies, Pathologies Limites et Résilience (Données récentes et évaluation) .Casbah éditions .Alger .

Nathalie Broutet et al (2017) : La lutte contre le cancer du col de l'utérus (Guide des pratiques essentielles),OMS , 2ème éditions , Genève.

Ogden Jane (2008) : La psychologie de la santé .éditions de Boeck Université. 1eréditions. Paris.

Pierluigi Graziani(2003) : Anxiété et Troubles Anxieux. édition Nathan/Veuf. Paris.

Roger Lacave . al (2005) : Cancérologie Fondamentale .éditions John libbey eurotext . Paris.

Sauret Jean Maria (2000) : Freud et L'inconscient. édition Milan. Paris.

Tisseron Serge (2012) : La résilience. Que sais-je ?- 4ème édition. Liban.

❖ المجلات و الدوريات باللغة لأجنبية

Bouregba A. et Lebret T., (2008) : Les angoisses de mort et la peur de mourir,l'accompagnement de la fin de vie.Science direct. Progrès en Urologie,Suppl. 7, p : 426–429.Elsevier Masson.

Kalantar .J .Khedri , L. Nikbarkht ,A et Motvalian ,M(2013) : Effect of psychological Hardiness training on mental health of students , Intrenational Journal Of Academic Research inbusiness and social sciences 3(3) 68.173.

Kardum ,I.Hudek- Knerzevic , J & Krapic , (2012) : The Structure of Hardiness , its measurement invariance across gender and relationships with personality traits and mental health outcomes . Psychological topics 21 (3), 488-507.

Marina Papageorgeoriou(2002) : Épitre à ceux qui saumatisent de Rosine Debray , Revue Française de psychosomatique , puf, i (n 21).

❖ المواقع لإلكترونية

www.ESMO.org (11/04/2018 -14h) .
www .Alkhaleej. ae (11/04/2018- 10h30).
www.e. cancer.fr (14/05/2018)

قائمة الملاحق

الرقم	العنوان
01	مقياس الصلابة النفسية
02	مقياس قلق الموت

مقياس الصلابة النفسية

لإسم.....

العمر.....

المهنة.....

المستوى التعليمي.....

الحالة لإجتماعية.....-

المستوى الإقتصادي.....

مدة لإصابة بالمرض.....

التعليمة

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن رؤيتك لشخصيتك و كيف تواجه المواقف و الضغوط في الحياة.
إقرأ كل عبارة منها وأجب عن ها بوضع علامة × تحت كلمة {لا- قليلا-

متوسطا-كثيرا} ، وذلك حسب انطباق العبارة عليك . أجب عن كل العبارات.

العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1/ مهما كانت الصعوبات التي تعترضني فاني أستطيع تحقيق أهدافي				
2/ أتخذ قراراتي بنفسي ولا تملى علي من مصدر خارجي				
3/ أعتقد أن متعة الحياة تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها				
4/ قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لمبادءه و قيمه				
5/عندما أ ضع خططي المستقبلة أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها				
6/ أقتحم المشكلات لحلها ولا أنتظر حدوثها				
7/معظم أوقاتي أستثمرها في أنشطة ذات معنى و فائدة				
8/ نجاحي في أموري حياتي يعتمد على جهدي و ليس على الصدفة و الحظ				
9/ لدي حب إستطلاع و رغبة في معرفة الجديد				
10/أعتقد أن لحياتي هدفا ومعنى أعيش من أجله				
11/أعتقد ان الحياة كفاح و عمل وليست حظا و فرصا				
12/ أعتقد أن الحياة التي ينبغي أن تعاش هي التي تنطوي على تحديات و العمل على مواجهتها				
13/ لدي مبادئ و قيم ألتزم بها و أحافظ عليها				
14/ أعتقد أن الشخص الذي يفشل يعود ذلكلأسباب تكمن في شخصيته				
15/ لدي القدرة على التحدي و الثابرة حتى أنتهي من حل أي مشكلة تواجهني				
16/لدي أهداف أتمسك بها و أدافع عنها				
17/ أعتقد أن الكثير مما يحدث لي هو نتيجة لتخطيطي				
18/ عندما تواجهني مشكلة أتحداها بكل قواي و قدراتي				
19/ أبادر بالمشاركة في النشاطات التي تخدم مجتمعي				
20/أنا من الذين يرفضون تماما ما يسمى بالحظ كسبب للنجاح				

21/أكون مستعدا بكل جدارة لما قد يحدث في حياتي من أحداث و تغيرات				
22/ أبادر بالوقوف إلى جانب لأخرين عند مواجهتهملأي مشكلة				
23/ أعتقد أ ن العمل و بذل الجهد يؤديان دورا هاما في حياتي				
24/ عندما أنجح في حل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى				
25/ أعتقد أن لإتصال بلأخرين و مشاركتم إنشغلاتهم عمل جيد				
26/ أستطيع التحكم في مجرى أمور حياتي				
27/ أعتقد أن مواجهة المشكلات اختبار لقوة تحملي و قدرتي على حلها				
28/إهتمامي بالأعمال و الأنشطة فوق بكثير اهتمامي بنفسي				
29/أعتقد أن العمل السيء و غير الناجح يعود إلى سوء التخطيط				
30/ لدي حب المغامرة و الرغبة في استكشاف ما يحيط بي				
31/أبادر بعمل أي شيء أعتقد أنه يفيد أسرتي أو مجتمعي				
32/أعتقد أن تأثيري قوي على الأحداث التي تقع لي				
33/ أبادر في مواجهة المشكلاتلأني أثق في قدرتي على حلها				
34/أهتم بما يحدث حولي من قضايا و أحداث				
35/أعتقد أن حياة الناس تتأثر بطرق تفكيرهم و تخطيطهم لأنشطتهم				
36/ إن الحياة المتنوعة و المثيرة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي				
37/ إن الحياة التي نتعرض فيها للضغوط ونعمل على مواجهتها هي التي يجب أن نحياها				
38/ إن النجاح الذي أحققه بجهدي هو الذي أشعر معه بالمتعة و لإعتزاز وليس الذي أحققه بالصدفة				
39/ أعتقد أن الحياة التي لا يحدث فيها تحدٍ هي حياة مملة				
40/ أشعر بالمسؤولية تجاه لأخرين و أبادر إلى مساعدتهم				
41/ أعتقد أن لي تأثيرا قويا على ما يجري لي من أحداث				

42/ أتوقع التغيرات التي تحدث في الحياة ولا تخيفنيلأنها أمور طبيعية				
43/ أهتم بقضايا أسرتي و مجتمعي و أشارك فيها كلما أمكن ذلك				
44/ أخططلأمور حياتي ولا أتركها للحظ و الصدفة و الظروف الخارجية				
45/إن التغير هو سنة الحياة و المهم هو القدرة على مواجهته بنجاح				
46/ أبقى ثابتا على مبادئي و قِيمي حتى إذا تغيرت الظروف				
47/ أشعر أني أتحكم فيما يحيط بي من أحداث				
48/ أشعر أني قوي في مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث				

مقياس قلق الموت

لإسم و اللقب :.....

العمر :..... الجنس:.....

المستوى التعليمي :.....

التخصص العلمي:.....

المهنة:.....

تعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن مشاعر الناس حول الموت .إقرأ كل عبارة على حدة ، ثم أجب بوضع علامة أمامها و تحت كلمةلا أو نادرا أو أحيانا أو غالبا .أجب عن كل العبارات لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة ، فلإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك .

	العبارات	لا	نادرا	أحيانا	غالبا
1	أقلق من الموت.				
2	أقلق حين يتحدث الناس عن الموت.				
3	يفزعني أنه مهما طال عمري أني سوف أموت				
4	أشعر بالقلق عند موت أحد أقاربي.				
5	يقلقني أن أموت في حادث				
6	يقلقني ما ينتظرني بعد الموت.				
7	يقلقني أن أموت فجأة				
8	أخشى أن أموت بطريقة مأساوية				
9	يقلقني أن أموت عندما يحين أجلي				
10	أخاف أن تجرى لي عملية جراحية فأموت بسببها.				
11	يقلقني أن أموت في كارثة طبيعية(زلزال أو فيضان ملا)				
12	أتجنب زيارة مريض بمرض خطير.				
13	يفزعني أن يقتلني شخص ما.				
14	أصاب بالقلق عندما أجد نفسي أمام شخص يحتضر.				
15	أخشى أن أموت مقتلا.				
16	أتجنب القيام بلأعمال الصعبة تجنبا لخطر الموت				
17	أخاف أن بسكتة قلبية				
18	عندما أصاب بمرض أخشى أن أموت بسببه.				
19	أشعر بالقلق عندما أتذكر الموت				
20	أتجنب السفر خوفا من الموت في حادث				
21	أشعر بالقلق عند موت أحد الجيران				
22	أخاف أن أموت بمرض خطير كالسرطان				
23	أخشى أن تقوم حرب مدمرة فأموت فيها.				
24	أقلق عند سماعي بخبر موت شخص .				
25	يفزعني أن تنتقل إلي عدوى مرض قاتل .				
26	أتجنب التواجد وحدي في غرفة مات فيها أحد لأشخاص				

27	أخشى أن أموت أثناء النوم.				
28	يقلقني أني سوف أموت في أي وقت				
29	أخشى أن أموت بسكتة دماغية.				
30	يفزعني أن أموت حرقا بالنار.				
31	أتجنب زيارة المقابر.				
32	أصاب بالرعب عندما أشاهد شخصا ميتا.				
33	أقلق عندما أشاهد صور الموتى في صفحات الوفيات بالجرائد				
34	أخشى أن أموت بتسمم غذائي.				