



جامعة عبد الحميد ابن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي والصحية العقلية.

المعاش النفسي لدى ممرضي مصلحة الاورام السرطانية

دراسة ميدانية بمركز مكافحة السرطان بولاية بشار

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالبة (ة): فتحي أمينة.

أمام لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الرتبة	الصفة
أ. دويدي سامية	أستاذ مساعدة (أ)	رئيسا
د. غاني زينب	أستاذ محاضر (ب)	مشرفا و مقررا
أ. مسعودي ليلي	أستاذ محاضرة (أ)	ممتحنا

السنة الجامعية 2019-2020

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي والصحية العقلية.

المعاش النفسي لدى ممرضي مصالحة الاورام السرطانية

مكافحة السرطان بولاية بشار دراسة ميدانية بمركز

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالبة(ة): فتحي أمينة.

أمام لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الرتبة	الصفة
أ.دويدي سامية	أستاذ مساعدة (أ)	رئيسا
د. غاني زينب	أستاذ محاضر(ب)	مشرفا و مقرا
أ. مسعودي ليلي	أستاذ محاضر(أ)	ممتحنا

إهداء

أحمد الله عز وجل على منه و عونه لإتمام هذا البحث.
الى أبي الغالي على قلبي أطال الله في عمره،
الى أمي أعز ملاك على القلب و العين جزاها الله عني خير الجزاء في الدارين،
إليهما أهدي هذا العمل
إلى أخي ميلود و اختي سارة الذين تقاسموا معي عبء الحياة ،
والى كل ممرضي مصلحة الاورام السرطانية ، و الى كل عائلتي ،
وإلى كل أصدقائي و أخص بالذكر ربيعة، أم كلثوم، روميصة، فاطيمة، مروة، خولة،
كما أهدي ثمرة جهدي لجميع أساتدتي الافاضل الذين كلما تظلمت الطريق أمامي لجأت إليهم فأناروها
الى وكلما دب اليأس في نفسي زرعوا فيا الأمل لأسير،
إلى كل أساتذة قسم علم النفس بجامعة مستغانم ،
إلى كل أساتذة قسم علم النفس بجامعة بشار وأخص بالذكر البروفيسور سعودي عبد الكريم،
و إلى كل من يؤمن بأن بذور نجاح التغيير هي في ذواتنا و في أنفسنا قبل أن تكون في
أشياء أخرى...

قال الله تعالى : " إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم...."

الآية 11 من سورة الرعد

شكر و عرفان:

قال رسول الله صلى الله عليه و سلم:

"من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

صدق رسول الله صلى الله عليه و سلم

الحمد لله على إحسانه و الشكر له على توفيقه و إمتنانه و نشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له
تعظيما لشأنه و نشهد أن سيدنا و نبينا محمدٌ عبده و رسوله الداعي إلى رضوانه صلى الله عليه و على آله و
أصحابه و أتباعه و سلم.

بعد شكر الله سبحانه و تعالى على توفيقه لنا لإتمام هذا البحث المتواضع أتقدم بجزيل الشكر إلى الوالدين
العزیزین الذین أعانوني و شجعوني على الإستمرار في

مسيرة العلم و النجاح، و إكمال الدراسة الجامعية و البحث، كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى من شرفني
بإشرافها على مذكرة بحثي الأستاذة الدكتورة " غاني زينب " الذي لن تكفي حروف هذه المذكرة لإيفائها
حقها بصبرها الكبير علي، ولتوجيهاتها العلمية التي لا تقدر بثمن، و التي ساهمت بشكل كبير في إتمام و
إستكمال هذا العمل،

إلى كل أساتذة قسم العلوم الاجتماعية خاصة علم النفس

كما أتوجه بخالص شكري و تقديري إلى كل من ساعدني من قريب أو من

بعيد على إنجاز و إتمام هذا العمل.

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي و على والدي و أن أعمل صالحا ترضاه

و أدخلني برحمتك في عبادك الصالحين"

الطالبة: فتحي أمينة

ملخص البحث:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبيعة المعاش النفسي لدى ممرضى مصلحة الاورام السرطانية العاملين بمركز مكافحة السرطان بولاية بشار. وذلك من خلال فهم ما يعيشه ممرضى مصلحة الاورام السرطانية من ضغوط وإضطرابات نفسية. والتعرف على إنعكاسات العمل التمريضي بمصلحة الاورام السرطانية على الصحة الجسمية والنفسية للممرضين. ومن أجل التحقق من صحة فرضيات الدراسة، قمنا بإستخدام المنهج العيادي الذي يتضمن دراسة الحالة وذلك باستخدام التقنيات المتمثلة في: الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية النصف موجهة بالإعتماد على دليل المقابلة المصمم من طرف الباحثة. بالإضافة إلى استخدام المقاييس النفسية المتمثلة في: مقياس الصحة النفسية ومقياس القلق حالة وسمة لسبيلبرجر ومقياس الوسواس القهري لبييل براون. حيث دامت الدراسة الأساسية من أواخر شهر ديسمبر 2019 الى 19 فيفري 2020 وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من 3 حالات من أصل 7 تم اختيارهم بطريقة قصدية يتراوح سنهم بين (22-30). بحيث تم التوصل إلى النتائج التالية:

يتميز المعاش النفسي لدى ممرضين مصلحة الاورام السرطانية بوجود قلق متعلق بالمرض والصحة و الموت والمستقبل.

يتميز المعاش النفسي لدى ممرضين مصلحة الاورام السرطانية بوجود وسواس قهري يظهر على شكل أفكار تسلطية حول المواضيع المتعلقة بالمرض و الصحة.

Abstract :

The current study aims to reveal the psychological pension of the Oncology Authority nurses working in the Cancer Control Center in Bechar province. This is done through understanding the stresses and psychological disorders experienced by the oncology department nurses, and identifying the implications of the nursing work for the Cancerous Tumors Authority on the physical and psychological health of the patients. In order to verify the validity of the study hypotheses, we used the clinical approach that includes the case study by using the following techniques : clinical observation, the semi-clinical interview directed by relying on the interview guide designed by the researcher. In addition to the use of psychological scales including: the mental health scale, the anxiety scale, whether a transient condition or personality trait of Spielberger and the Liel Brown obsessive-compulsive scale. The basic study lasted from late December 2019 to February 19, 2020, and the study was applied to a sample consisting of 3 cases out of 7 that were chosen intentionally (their ages range between (22-30). So that the following results were reached:

The psychological pension of Cancer Service nurses is characterized by the presence of anxiety related to illness, health, death and the future.

The psychological pension of Cancer Care nurses is characterized by the presence of obsessive-compulsive disorder that appears in the form of controlling thoughts about issues related to illness and health.

فهرس المحتويات

أ	الاهداء
ب	شكر و عرفان
ت	ملخص الدراسة
ث	فهرس المحتويات
د	قائمة الجداول
د	قائمة الاشكال
01	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الاول: إشكالية الدراسة	
03	1. الاشكالية
05	2. فرضيات الدراسة
06	3. دوافع إختيار الموضوع
07	4. أهداف الدراسة
07	5. أهمية الدراسة
10	6. تحديد مصطلحات البحث (المفاهيم الاجرائية)
الفصل الثاني: المعاش النفسي	
11	تمهيد
11	1. تعريف المعاش النفسي.
13	2. محددات المعاش النفسي.
13	3. أنواع المعاش النفسي.
15	4. القلق.
	1. تعريف القلق

17	2. النظريات المفسرة للقلق	
23	3. مستويات القلق	
23	4. أنواع القلق.	
26	5. أعراض و تشخيص القلق حسب DSM5 و cim10	
27	6. علاج القلق	
29	1. تعريف الوسواس القهري.	5. الوسواس القهري
31	2. النظريات المفسرة للوسواس القهري	
36	3. أسباب الوسواس القهري.	
37	4. أنواع الوسواس القهري.	
38	5. أعراض و تشخيص الوسواس القهري حسب DSM5 و CIM10.	
40	6. علاج الوسواس القهري	
41		خلاصة
الفصل الثالث: ممرضي مصلحة الاورام السرطانية		
43		تمهيد
43	I. التمريض	
43	1. تعريف التمريض	
44	2. القائمين على الرعاية التمريضية و مهامهم.	
45	3. أهداف و مجالات التمريض	
48	4. الوضع القانوني للتمريض	
51	5. دور الممرض في مكافحة الامراض المزمنة	
53	II. السرطان	
53	1. تعريف السرطان	
53	2. أنواع السرطان	
57	3. أسباب الاسرطان	

58	4. أعراض السرطان
58	5. علاج السرطان
60	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية	
62	تمهيد.
62	I. الدراسة الاستطلاعية
63	1. مكان الدراسة
63	2. مدة الدراسة
64	3. مواصفات الحالات المدروسة.
64	4. التقنيات المستعملة.
72	5. نتائج الدراسة الإستطلاعية.
72	II. الدراسة الأساسية.
72	1. مكان الدراسة.
73	2. مدة الدراسة.
73	3. مواصفات الحالات المدروسة.
74	4. المنهج المتبع.
75	5. التقنيات المستعملة.
75	6. صعوبات الدراسة.
76	خلاصة
الفصل الخامس: عرض الحالات المدروسة	
78	تمهيد
78	1. عرض الحالة الأولى
88	2. عرض الحالة الثانية

97	3. عرض الحالة الثالثة
106	خلاصة
الفصل السادس: عرض النتائج و مناقشة الفرضيات	
108	1. تحليل نتائج المقابلة و المقاييس و الإستنتاج العام للحالة الأولى
110	2. تحليل نتائج المقابلة و المقاييس و الإستنتاج العام للحالة الثانية.
112	3. تحليل نتائج المقابلة و المقاييس و الإستنتاج العام للحالة الثالثة.
115	4. استنتاج عام حول الحالات المدروسة.
116	5. مناقشة الفرضيات.
125	الإقتراحات
127	خاتمة
129	قائمة المصادر و المراجع

قائمة الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول	رقم
25	الفئات الفرعية للقلق	01
56	الفرق بين الأورام الحميدة و الخبيثة	02
66	مستويات شدة إضطراب الوسواس القهري	03
68	مفتاح تصحيح حالة القلق	04
69	مفتاح تصحيح سمة القلق	05
69	فئات و مستويات القلق	06
70	أبعاد و بنود مقياس الصحة النفسية	07
71	مفتاح تصحيح مقياس الصحة النفسية	08
72	المصالح المتواجدة بمركز مكافحة السرطان	09
74	خصائص الحالات المدروسة	10

78	سير المقابلات مع الحالة الأولى	11
87	النتائج المتحصل عليها في مقياس الصحة النفسية للحالة الأولى	12
88	نتائج تطبيق مقياس القلق حالة و سمة للحالة الأولى	13
88	نتائج تطبيق مقياس الوسواس القهري للحالة الأولى	14
89	سير المقابلات مع الحالة الثانية	15
95	النتائج المتحصل عليه في مقياس الصحة النفسية للحالة الثانية	16
96	نتائج تطبيق مقياس القلق حالة و سمة للحالة الثانية	17
96	نتائج تطبيق مقياس الوسواس القهري للحالة الثانية	18
97	سير المقابلات مع الحالة الثانية	19
105	النتائج المتحصل عليه في مقياس الصحة النفسية للحالة الثالثة	20
105	نتائج تطبيق مقياس القلق حالة و سمة للحالة الثالثة	21
106	نتائج تطبيق مقياس الوسواس القهري للحالة الثالثة	22
115	مقارنة بين نتائج الحالات المتحصل عليها من خلال المقابلة و المقاييس النفسية	23

قائمة الأشكال:

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	نموذج تعلم لسلوك الوسواس و الأفعال القهرية	33

قائمة الملاحق:

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
01	دليل المقابلة	136
02	مقياس الصحة النفسية	140
03	مقياس القلق حالة و سمة لسبيلبرجر	144
04	مقياس الوسواس القهري لبيبل براون	148
05	رخصة إجراء التربص الميداني	150

مقدمة:

يعتبر العمل في سلك التمريض من بين أهم المهن عرضة للضغط إلى جانب التخصصات الأخرى المتواجدة في المستشفيات باعتباره المحتك الأول بالمريض. ولهذا فإن الممرض يتعرض للعديد من الضغوطات النفسية كالقلق والتوتر التي لها أثر فعالا في شخصية الممرض، التي قد تؤثر على طبيعة المنهج العملي الذي يسير عليه في عمله والمصلحة التي يعمل بها كمصلحة العلاج الكيميائي و الاورام السرطانية بمركز مكافحة السرطان باعتبارها أكثر المصالح حساسية .

فالعامل في هذه المصلحة من المهن المعرضة للاضطرابات النفسية فبقدر ما هي مهمة إنسانية إلا أنها ذات خطورة محضة. فالمرضى العاملين بهذه المصلحة يتكون يوميا مع مواد كيميائية تتسم بدرجة عالية من الخطورة تتطلب إجراءات وقائية صارمة تجعلهم يشعرون بالخوف الدائم عند استلامها و تقديمها للمرضى خوفا من الإصابة بإشعاعاتها. بالإضافة الى احتكاكهم اليومي بمرض مآل صاحبه الموت الحتمي وما يسببه من خوف من انتقال العدوى اليهم. بالإضافة الى الضغوط الصادرة من ذوي المرضى، الشيء الذي يجعلهم دوما يشعرون بالقلق و الاحباط مما قد ينعكس عليهم سلبا في حياتهم .

وعليه سوف نتطرق خلال هذه الدراسة البحثية إلى إبراز والتعرف على المعاش النفسي كونه يعد من أهم المصطلحات الواسعة والحديثة في مجال علم النفس والتي تصف لنا الاحساس الباطني الخفي للفرد فالمعاش النفسي يرتبط بالحالات النفسية التي تنتاب الشخص و تعتربه لمدة غير محددة جراء انفعالات أو أحداث أو ظروف ضاغطة حادة يواجهها في حياته كالأزمات المزمنة مؤثرة بذلك على علاقاته وطموحاته وانجازاته المستقبلية أو الحاضرة وتتولد لديه جراء كل هذا مخلفات نفسية سلبية كالقلق، الوسواس، الشكوك، الخوف....

وعليه فقد اعتمدت الباحثة في تخطيطها مسطرة الضوء على أهمية الصحة النفسية للممرض بمصلحة الأورام السرطانية. لأن مرض السرطان من أهم الأمراض التي تستحق توفير كافة أنواع الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية وبالخصوص المرضى في سبيل تقديم العون والمساعدة لهؤلاء المرضى .

الفصل الأول: "مدخل الدراسة"

1. الإشكالية.

2. الفرضيات.

3. أهداف ودوافع اختيار الموضوع.

4. أهمية الدراسة.

5. المصطلحات الإجرائية.

1. الإشكالية:

تتميز الصحة النفسية بتجاربها مع ما تقتضيه الظروف الحياتية لكل فرد . كما تتأثر أيضا بعوامل عدة تساهم في سلامة الجهاز النفسي و صحته أو في سوء سلامته وسير نشاطه بشكل وثيق بالسلامة الفزيولوجية و الجسدية،وقد تلعب الاضطرابات الجسمية دورا رئيسيا في نشوء اضطرابات نفسية ،ويختلف تأثير هذه الاضطرابات من مرض الى آخر فالمرض المزمن يختلف في تأثيره على النفسية من حيث الشدة والدرجة على المرض الذي يمكن علاجه .

فالعالم اليوم يقع في دوامة الأمراض التي أصبحت شائعة في حاضرتنا و تتفاوت من بلد الى آخر في درجة انتشارها و أسبابها و نسبتها فنظرا للتطور الذي مس جميع النواحي الاجتماعية و الاقتصادية و ظهور التصنيع وزيادة التحضر مع الأغذية المتنوعة التي ترافقها عادات غذائية سيئة لدى الفرد، مما أدى الى ظهور مشاكل صحية منها تفشي الأمراض الخطيرة التي أصبحت تسمى بأمراض العصر كأمراض القلب والقصور الكلوي و ضغط الدم و السكري و السيدا والسل والسرطان. حيث أصبح هذا الاخير يمثل أكبر مشكل صحي على الصعيد العالمي عامة و على الصعيد الوطني خاصة،اذ يعد مرض السرطان من الامراض التي تشهد انتشارا كبيرا بين كل الفئات العمرية فهو يصيب أي جزء من أجزاء الجسم.وما يزيد خوف الناس أن كلمة السرطان كلمة مرعبة تشير الى داء خطير، فسماع أي شخص أنه مصاب بمرض السرطان لا يعني له ذلك إصابة بمرض بل يعني له الحكم عليه بالموت القريب .

ومع كل هذا الانتشار الرهيب لهذا المرض الذي قتل ملايين البشر إلا أن الانسان بدوره لجأ الى مكافحته بعدة طرق ،بحيث أنشأت الدول العديد من المؤسسات و المصالح و المراكز الإستشفائية الخاصة بالتكفل بهذا المرض و التي تعمل على توفير الأدوية و الخدمات لمعالجة المرضى من خلال تقديم الرعاية العلاجية و الوقائية التأهيلية .

و قد اخترنا هذا الموضوع بسبب التماسنا للعديد من التساؤلات التي كان لابد البحث عن إجابة لها وذلك من خلال بحثنا في إطار نيل شهادة الماستر المتمثل في "المعاش النفسي لدى ممرضي مصلحة الأورام السرطانية" حيث لاحظنا أن الصحة النفسية للممرض تساهم في نجاح العملية التمريضية ،وفي محاولتنا للإجابة على السؤال المطروح ألا

وهو " ما طبيعة المعاش النفسي لدى ممرضي مصلحة الأورام السرطانية؟" مررنا بالعديد من الدراسات التي رأينا أنها تناولت موضوع الممرضين، وعلى رأسها دراسة "فضلون الزهراء" سنة (2019) حيث كان الهدف الرئيسي هو الكشف عن واقع معاناة الممرضين في المستشفيات الجزائرية والضغوطات النفسية والاجتماعية لمعاناة الممرضين حيث تراوحت عينة الدراسة من 20 مبحوث، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى ابراز أهم المظاهر النفسية والاجتماعية لمعاناة الممرضين.

و من المعروف منذ فترة طويلة أن القطاع الصحي وعلى وجه الخصوص العمل في المستشفيات يشكل بيئة عمل مرهقة جدا لموظفيها مما قد يؤدي الى ظهور بعض المشاكل الصحية لدى العمال سواء جسمية أو نفسية. فنجد دراسة "طايبي نعيمة" (2013) علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والنفسجسمية على عينة مكونة من 227 ممرض وممرضة من مؤسسات صحية بالجزائر فقد أظهرت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين مستويات الاحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى الممرضين.

ونجد أيضا دراسة "إبتسام أبو العمرين" (2008) التي خلصت إلى التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية والتعرف على الاختلافات في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين واستكشاف العلاقة بين الصحة النفسية والأداء المهني حيث طبقت على عينة مكونة من 201 ممرض وممرضة منهم 109 ذكور، و92 إناث فقد توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة بين مقياس الصحة النفسية ومقياس والأداء المهني.

أذ تعد مهنة التمريض من المهن الصعبة و الشاقة، بما تتسم به هذه المهنة من خصائص وما يرتبط بها من واجبات تفرض على العاملين فيها أوضاعا قد تكون مصدرا لظهور بعض الاضطرابات النفسية وفي هذا الصدد نجد دراسة "Leechan" سنة (1980) التي خلصت نتائجها أن العزلة النفسية وانخفاض القدرة على الحب وإقامة العلاقات تؤدي إلى تقليص الكفاح من أجل الصحة ولذلك فإن قدرة الصحي على العمل من أجل صحة المريض العقلية والجسدية يمكن أن تتأثر كثيرا بمعتقداته واتجاهاته نحو السرطان. وقد أثبتت دراسة "نجية تواتي" سنة (2017)

التي قامت بها على المرضين العاملين في المستشفيات الجامعية بحيث بلغ عددهم 131 ممرض من أصل 177 من أجل الكشف عن مختلف الاستراتيجيات المستعملة من طرف المرضين العاملين بمصالح معالجة السرطان لمواجهة المشكلات الناجمة عن الضغط المهني في بعض المؤسسات الاستشفائية في الجزائر فتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في استراتيجيات مواجهة تعزى لمتغير السن لدى المرضين العاملين بمصالح معالجة السرطان لأبعاد مقياس استراتيجية مواجهة ماعدا الدعم الاجتماعي إذ توجد فروق دالة إحصائية في تعامل أفراد العينة مع مصادر مع مصادر الضغوط المهنية تعزى لمتغير الأدمية المتعلقة بالبعدين: إيجاد الحلول للمشاكل والبحث عن الدعم الاجتماعي. ومن خلال بحث أجرته "طوبال فطيمة" سنة (2019) للتعرف على مستوى الضغط المهني على عينة مكونة من (46) من المرضين العاملين بالصحة العمومية فقد كانت النتائج أن المرضين يظهرن مستوى معتبر من الضغط المهني حيث تبين أن ممرضين يظهرن المستوى المنخفض من الحرية في اتخاذ القرار يؤدي إلى زيادة الضغط المهني ، كذلك المساندة الاجتماعية الضعيفة تؤدي إلى زيادة الضغط المهني لديهم ، وكل هذا يدل على ارتفاع الضغوط المهنية لدى المرضين.

اعتمادا على هذه الدراسات التي أظهرت لنا الجانب المبهم من دراستنا ، ومن هذا المنطلق بدأ الاهتمام بهذا الجانب لمحاولة البحث عن الجانب النفسي لدى المرضين ، وهذا الأساس الذي أدى إلى قراءات عديدة لموضوع دراستنا وطرح تساؤلات عدة التي كان لها الفضل كتمهيدا لدراستنا فقد بلورت الباحثة هذه التساؤلات وصياغتها على النحو الآتي :

← ما طبيعة المعاش النفسي للمرضين العاملين بمصلحة الأورام السرطانية؟

ومنه نطرح التساؤلات التالية:

← هل يتميز المعاش النفسي لدى المرضين العاملين بمصلحة الأورام السرطانية بوجود قلق؟

← ل يتميز المعاش النفسي لدى المرضين العاملين بمصلحة الأورام السرطانية بوجود وساوس قهرية؟

2. الفرضية العامة:

← لدى الممرضين العاملين بمصلحة الأورام السرطانية معاش نفسي سلبي.

الفرضيات الجزئية :

- يتميز المعاش النفسي لدى ممرضين مصلحة الاورام السرطانية بوجود قلق.
- يتميز المعاش النفسي لدى ممرضين مصلحة الاورام السرطانية بوجود وسواس قهري.

3. دوافع إختيار الموضوع:

● مصلحة الأورام السرطانية لمستشفى تراي بوجمعة من أهم المصالح التي تتوفر بالمستشفى الكبير لولاية بشار كونها أول مصلحة جهوية بالجنوب الغربي كانت تستقطب العديد من ولايات الجنوب وهذا قبل افتتاح بعض مراكز الصحية للسرطان بالجنوب .

● بحيث أن توفر التجهيزات المادية و البشرية من أطباء مختصين و ممرضين و نفسانيين قاموا بتسخير جهودهم و خبراتهم العلمية و التكوينية خدمة لهته الحالات ذات المصلحة الأولوية و الضرورية في التكفل الصحي و المعاشي ، بحيث كانت الميدان الذي قامت فيه الباحثة بدراستها في طور ليسانس لرسالة تخرجها بحيث قام الطاقم الطبي باحتوائهم وانضمامهم الى برنامج عملهم المتواصل و المتجدد وفق برنامج علمي مسطر من قبل مسؤول المصلحة و ذلك بتشارك جميع الأفكار و الآليات التي تسعى الى تحسين المعاش الصحي لجميع المصابين وعلى رأسهم الاخصائية النفسية فكان التواصل و المرونة في العمل التي عشتها طيلة فترة تواجدي بالمصلحة نقطة وركيزة لمواصلة التفكير في موضوع جديد يخدم المصلحة بشكل خاص و يحدد مهاراتي البحثية من اجل اكتساب معارف موضوعية و علمية تكون سباقة لإثراء المكتبة العلمية الجامعية .

● أن العلاقة الوظيفية للعمل جعلتنا نبنى رابطة قوية من أغلب العاملين والحالات التي زرتها و تعاملت معها تحت اطار نفسي متخصص و في حدود الممارسة النفسية الموضوعية للباحث لأن خبرتي في التطوع مع الجمعيات المتكفلة بمرضى السرطان تختلف عن الممارسة النفسية داخل المصلحة بحيث أن العمل وفق اطار قانوني و فريق عمل

متخصص جعلني اختار موضوعي بشكل دقيق حماية و حفظا على جميع خصوصيات و اسرار فريق العمل و الحالات الاجتماعية المصابة .

- مما سبق تجلت نظرتي و ملاحظتي في جملة من النقاط المهمة التي يسعى اليها العامل كونهم أنهم متفانون و مخلصون في تقديم أي شيء لراحة العميل غير أنهم موجودون تحت ضغوط وظروف حرجة لا تسمح لهم أحيانا بالشعور بقيمة الجهد الذي يبذلونه و الرضا إضافة الى غياب آليات تيسير العمل واستراتيجيات التحفيز والدافعية من أجل تجديد طاقتهم وتعاملهم مع القلق والاجهاد الذي يشعرون به والذي يعبرون عنه عن حاجتهم الى أوقات ارتياح خاصة وشاملة تلبى جمع احتياجاتهم من أجل الاستمرار بنفس جديد و تقديم الأحسن ، فالمعانة في هذه المصلحة هي معانة ذات قطبين جسدي ومعنوي متواصل وهذا كل وراء غياب ظروف و أوقات الراحة المناسبة .
- طلب الممرضة الرئيسية بمصلحة الاورام السرطانية من الباحثة أن تقيم عليهم الدراسة لأنهم أكثر حاجة اليها . وهذا ما دفعني الى القيام بهذه الدراسة .

- لفت الانتباه لفئة مهمة في المجتمع عامة و في المؤسسات الإستشفائية والمصلحة خاصة.
- عدم الاهتمام بفئة الممرضين العاملين بمصلحة الاورام السرطانية سواء من الناحية الجسدية أو النفسية.
- المعانة النفسية و الجسدية للممرضين العاملين بمصلحة الأورام السرطانية.

4. أهداف الدراسة:

- التعرف على المعاش النفسي للممرضين بمصلحة الاورام السرطانية .
- محاولة فهم ما يعيشه الممرضين من ضغوط و اضطرابات نفسية في مصلحة الاورام السرطانية.
- محاولة إيجاد حلول و استراتيجيات للتخفيف من حدة الاضطرابات.
- التعرف على إنعكاسات العمل التمريضي بمصلحة الاورام السرطانية على الصحة الجسمية و النفسية للممرضين.
- توضيح الجانب النفسي لدى ممرضيه بمصلحة الاورام السرطانية.

5. أهمية الدراسة:

- يعد الموضوع من المواضيع النفسية وبالتالي فهو يمثل على أقل تقدير إثراء البحث العلمي لا سيما لعلم النفس العيادي الذي يعد تخصصاً فنياً في الجامعة.
- يكسب الموضوع أهميته أيضاً من أهمية الشريحة المهمشة ألا وهي المرضى العاملين بمصلحة الأورام السرطانية. والذين يساهمون في تقديم الخدمات التمريضية والإنسانية للمرضى. وللقيام بهذا الدور على أكمل وجه يجب أن تتمتع هذه الفئة بمستوى عالٍ من الصحة الجسدية والنفسية.
- تسليط الضوء على هذه الدراسة في المصلحة والولاية -بشار-.
- يعد البحث من بواكير البحوث في البيئة المحلية على حد علم الباحثة، والذي يمكن أن يفتح الباب للدراسات والبحوث المستقبلية في هذا المجال.

6. التعاريف الإجرائية:

المعاش النفسي (إجرائياً):

هو ذلك الواقع النفسي أو الحياة الداخلية الذي تشعر به حالات البحث من المرضى والمرضات بمصلحة الأورام السرطانية. وهذا الواقع النفسي قد يحمل مشاعر و مخلفات سلبية تتمثل في القلق و الوسواس القهري.

القلق:

هو اضطراب نفسي يكشف عنه من خلال مقياس سبيلبرجر للقلق حالة و سمة، ودراسة الحالة من خلال المقابلة والملاحظة.

الوسواس القهري:

هو اضطراب نفسي يكشف عنه من خلال مقياس بيل براون للوسواس القهري ، ودراسة الحالة من خلال المقابلة والملاحظة.

المرضى:

يقصد بهم الشبه الطبيين الذين تابعوا تكويناً في إحدى المدارس أو المعاهد العليا لتكوين الشبه الطبي (الحاصلين على شهادة الكفاءة المهنية في التمريض)، العاملون بمصلحة الأورام السرطانية بمركز مكافحة السرطان لولاية بشار. الذين لديهم مهام محددة (تحضير العلاج الكيميائي وتقديمه، تقديم الأدوية، الحقن بالإبر والتضميد) ويتراوح سنهم ما بين 20-30 سنة، أما الجنس فهم من الذكور والاناث، وفيما يخص الاقدمية نجد (بين سنتين خبرة الى أربعة) ونجد كذلك (الجدد)، أما الحالة الاجتماعية: عزاب.

التمريض:

خدمة و طريقة لتقديم المساعدة للبشر وليس سلعة مادية وتشتق مهنة التمريض من الأعمال التي يتم إختيارها عمداً من قبل الممرضات والمرضى والقيام بها من أجل مساعدة الأفراد والعناية الذاتية وتكفل بذلك شكل مستمر من أجل المحافظة على الحياة والصحة والشفاء من الأمراض والاصابات ومن أجل التعامل مع المؤثرات.

مصلحة الأورام السرطانية:

إحدى المصالح الاستشفائية الهامة والحساسة بمركز مكافحة السرطان بولاية بشار، والتي تقدم خدمات صحية بإشراف طاقم طبي متكون من أطباء ذوي خبرة وممرضين وأخصائيين نفسانيين وأخصائي التغذية وعمال إداريين ومهنيين لإستقبال المرضى المصابين بالسرطان كما أنها مجهزة بكافة الوسائل المادية والأجهزة الطبية والصيدلانية.

الفصل الثاني: "المعاش النفسي".

تمهيد.

1. تعريف المعاش النفسي.

2. محددات المعاش النفسي.

3. أنواع المعاش النفسي.

4. القلق.

5. الوسواس القهري.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد المعاش النفسي من أهم المواضيع السائدة وذلك نظرا لتغير الحالة النفسية للفرد والوسط البيئي الذي يعيش فيه وما يسببه من تأثيرات مباشرة له. مما قد يؤدي الى ظهور بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق و الوسواس القهري. و قبل التطرق الى ذلك سنتقدم بعرض بسيط عن المعاش النفسي إبتداء من مفهومه و أنواعه و محدداته.

1. تعريف المعاش النفسي :

مصطلح المعاش النفسي (الحقيقة الداخلية) يرجع بالتأكيد الى المحتويات المختلفة للنفس: الأفكار، التمثيلات، الاوهام، الرغبات، العاطفة، القلق،... الخ الواعية وخاصة اللاواعية، لكنها تمثل خاصة أو بشكل خاص ماهو واقعي وحصيح بالنسبة للفرد ، بمعنى آخر، حياته النفسية خاصة وحيادية وذات معنى وقيمة ، بالنسبة للشخص في القيمة الحقيقية للواقع، مبدئيا، الحيادية الخاصة.

هذا الواقع النفسي أو كما يسمى بالمعاش النفسي الفردي لا يمنع من معرفة و التأكد و الإحساس بالحقيقة الخارجية ، فهي عادة ما تسمح بتقبل الحدود المعاكسة لهذه الاخيرة ، مثلا ، نستطيع تحيل والحلم بالقيام بالسرقة مثل الطائر، أو أننا نظير مثله، مع اننا نعلم جيدا أن هذا الأمر مستحيل غير قابل للتحقيق، هذه الأحلام تسمح لنا بتحمل الاحباطات والضعغوط المفروضة علينا في الواقع.

أحيانا هذا الواقع النفسي هو الذي يفرض علينا تدمير الاندماج مع الحقيقة القصوى، المعنى الحقيقي للتدمير لدى الفرد مثل الذي يحدث مثلا لدى المريض الفصامي الذي يهذي لكي يتحصل على رغباته وأوهامه في الواقع (أن يتمثل في أنه الرب). أو قد يجعل من نفسه طائرا قادرا على الطيران بحيث نجده يفكر أن سوف يطير في وضعية مسطحة الا أنه سيتصادف مع الواقع المتأسف .(بمسك به).

إذن مصطلح المعاش النفسي يبرز تأثير العمليات والمحتويات اللاوعي بما يخص موضوع أفعاله وسلوكياته(وعلى

هذا النحو، فإن موضوع سلوكه لا يتحرك بمجرد إقناع وعيه) (Camilo et natalie et nicolas et alain et stéphane ,2014).

التعبير الذي استخدمه فرويد لوصف حالة الرغبات والتخيلات اللاواعية فيما يتعلق بالواقع المادي. تشكل

العمليات غير الواعية حقيقة واقعة يمكن أن يتعارض تماسكها الداخلي مع الواقع الخارجي.(Pierre fedida,1974)

و يستخدم فرويد هذا المصطلح للإشارة غالبا الى ذلك التماسك و تلك الصلابة التي يكون عليها البناء

النفسي الذي يتصل بالرغبة اللاشعورية وما يتصل بها من تخيلات وهو بذلك لا يعني مجرد الإشارة لواقع نفسي كنظام

خاص قابل للبحث العلمي ، و إنما يشير في مقام أساسي لذلك الا وهو الجانب النفسي الذي يقوم مقام الواقع

بالنسبة للفرد و قد يتخذ من الواقع الخارجي متكئا لبنائه مما رأى معه فرويد أنه لا يوجد بعد ما يمكننا من التحقق

من وجود أية فروق بين أن تكون الأحداث الطفلية وليدة التخيل أو الواقع .

و تجدر الاشارة الى أن الواقع النفسي يرتبط بالاشعور فهو لا يتجاهل الواقع الخارجي فحسب بل يستبدله

بالواقع النفسي، و كأن الواقع النفسي من زاوية أخرى يشير الى الرغبات اللاشعورية و العمليات الأولية.(فرج و

السيد، ب/س، 482)

و كما سماه محمود عواد بالحيز الحياتي السايكولوجي، و هو المفهوم الأساسي في علم النفس الطبولوجي،

يشير الى مجموعة الحقائق و الوقائع التي تقرر سلوك الفرد عند أي لحظة معينة (كورت ليفن)، و يدل على الصعيد

الدينامي الى مجموعة الأحداث الممكنة في سلوك الفرد و تجربته ، فكل شيء في بيئة الفرد و محيطه و لدى الفرد ذاته

يقوم بممارسة أي تأثير على سلوكه الحاضر وإمكانيات سلوكه. (محمود عواد، 2010، 262)

ويعرفه "سيرو" sureau: على أنه الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة أو موفق ما. وهذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف والوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته هذه الوضعيات سواء كانت دائمة أو مؤقتة. (زرديم خديجة، 2006، ص 15).

و يعرفه جابر وكفائي في التحليل النفسي على أنه الواقع الداخلي لخيالات المريض ورغباته ومخاوفه وأحلامه وذكرياته وتوقعاته كما يتميز عن الواقع الخارجي للأحداث الفعلية و الخبرات. (جابر وكفائي، 1993، 3054)

اذن فالمعاش النفسي هو كل ما يحسه الفرد داخل اعماقه وما يعيشه باطنيا وهو الصورة التي يعيشها الفرد مع نفسه وما يترتب عنها من أحاسيس ومشاعر تنعكس على سلوكه.

2. محددات المعاش النفسي :

1.2. المحيط النفسي الداخلي للفرد:

ويتضمن الفرد وما ينطوى عليه بناؤه النفسي من دوافع وخبرات وقيم وميول وقدرات وعواطف.

2.2. المحيط الخارجي:

ونقصد به كل ما يحيط بالفرد من بيئة طبيعية وبيئة إجتماعية (الاسرة- عمل- المدرسة... الخ).

3. أنواع المعاش النفسي:

1.3 المعاش النفسي الإيجابي :

و يتمثل المعاش النفسي الإيجابي (جملة المشاعر والأحاسيس والإنفعالات السارة وما يصاحبها من تصورات وأحكام إيجابية بخصوص الذات أو الآخرين أو الحياة بصفة عامة) كنتيجة للتكيف والتوافق النفسي الذي يحقق الفرد من خلال سلوكه وطريقة معالجته للمشكلات. ليكون أكثر فعالية مع الظروف والمواقف الاجتماعية. ويبرز على

شكل مشاعر إيجابية :الامن الانفعالي-تقدير الذات -تفائل والشعور بالسعادة والتقبل والرضى وتحقيق الذات- والقبول الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي.

1.1.3. تعريف التكيف Adaptation:

هو تلك الجملة المتفاعلة و المستمرة (ديناميكية) يمارسها الفرد الإنساني شعوريا والاشعوريا و التي تهدف الى تغيير سلوك ليصبح اكثر توافقا مع بيئته و مع متطلبات دوافعه. (بطرس،2008،ص101)، كما يعد التكيف عملية ديناميكية لتفاعل الفرد مع المحيط تستهدف إقرار التوازن بين الفرد من جهة والمحيط من جهة أخرى. (الخالدي،2009،ص21)

2.1.3. تعريف التوافق النفسي : ajustement التأقلم

جوردون Gordon : بأنه محاولات الفرد للتحقيق نوع من العلاقات الثابتة والمرضية مع بيئته .
"جود"good:عملية اكتشاف وتبني أساليب من السلوك تكون ملائمة للبيئة أو للتغيرات فيها.
(حشمت ، 2006 ،ص 44)

3.1.3. التفاؤل optimisme :

ويرى كلا من "كارفر" و"شاير" (scheier and corver) بأنه النظرة الإيجابية ولإقبال على الحياة والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل بإضافة إلى احتمال حدوث الخير أو الجانب الجيد من الأشياء بدلا من حدوث الشر أو الجانب السيئ.

أما"ستيك"(stipek 1981):التوقعات الذاتية الإيجابية عن المستقبل الشخصي للأفراد.(الانصاري،1998،ص15-14)

كما يرى "دويستر": الميل الى توقع أفضل النتائج.(البرزنجي، 2010 ،ص27)

4.1.3. تقدير الذات :

يرى "كوبر سميث" على أنه تقييم الفرد لنفسه وذلك التقييم الراسخ الذي يعبر على الاتجاه سواء بالقبول أو بالرفض ويشير الى مدى إعتقاد الفرد في قدراته و نجاحه و قيمته. (جمعة، 2007، ص 35)

يرى "الدريني" و"سلامة" و"كامل" (1981) أن تقدير الذات هو حاجة كل فرد الى أن يكون له رأيا طيبا عن نفسه و عن احترام الآخرين له والى الشعور بالجدارة وتجنب الرفض او النبذ أو عدم الاستحسان. (عايدة ذيب عبد الله مُجَدِّد، 2010، ص 76) أي هو تقدير عام يضعه الفرد لنفسه وبنفسه متضمنا إيجابيات و السلبيات التي تدعوه لإحترام ذاته أو العكس .

5.1.3. الأمن الإنفعالي :

يعرفه حامد عبد السلام زهران :الأمن النفسي هو حالة يكون فيها لإشباع الحاجات مضمونا، وغير معرض للخطر مثل الحاجات الفزيولوجية، والحاجة الى الأمن، والحاجة الى الحب والمحبة والحاجة الى الإلتناء والمكانة، والحاجة الى التقدير، والحاجة الى إحترام الذات، والحاجة الى تقدير الذات وأحيانا يكون الى إشباع الحاجات دون مجهود، وأحيانا يحتاج الى السعي وبذل الجهد لتحقيقه، والأمن النفسي مركب من اطمئنان وثقة في الذات، والتأكد من الإلتناء الى جماعة آمنة. (ابريعم، 2020، ص13)

6.1.3. التفاعل لإجتماعي :

أبو نبيل (1985): نوع من التفاعل بين شخصين أو أكثر حيث يتعدل ويتأثر بسلوك اخر. (أبو النيل، 1985، ص225).

و يجري هذا التفاعل عادة عبر وسيط معين (لغة، أعمال، أشياء) يتم خلال ذلك تبادل وسائل معينة ترتبط بغاية أوهدف محدد، وتتخذ عمليات التفاعل أشكالا ومظاهر مختلفة تؤدي إلى علاقات إجتماعية معينة. (عدنان ويسام، 2006، ص90)

كما يعرفه عادل عبد الله (2000) : بأنه قدرة الفرد على التحرك نحو الآخرين وإقباله عليهم و حرصه على التعاون معهم والاتصال بهم و التواجد وسطهم و الإنشغال بهم والاهتمام بأمورهم و العمل على جذب إهتمامهم وإنتباههم نحوه و مشاركتهم إنفعاليا وللتواصل معهم والسرور لتواجده بينهم. (مُجد علي، 2010، ص 95)

2.3. المعاش النفسي السلبي :

و تتمثل أهم صور المعاش النفسي السلبي في مختلف المشاعر و الأحاسيس و التصورات المرتبطة بها و التي تظهر في العديد من الأشكال كالأحباط و الإكتئاب و عدم الرضا التَّشاؤم والقلق و الوسواس القهري.

1.2.3. التَّشاؤم:

عبد الخالق 1998 : التوقع السلبي للأحداث اليلبية القادمة و الذي يجعل الفرد ينتظر حدوث الأسوء و يتوقع الشر و الفشل و خيبة الأمل و يستبعد ماعادا ذلك إلى حد بعيد (شويخ، 2007، ص 125).

2.2.3. الإكتئاب:

مصطلح يستخدم لوصف مزاج أو أعراض أو زملة أعراض للإضطرابات وجدانية و تشمل الحالة المزاجية للإكتئاب في الشعور باليأس والكآبة والحزن و إنقباض الصدر ويتجسد الإضطراب الإنفعالي في عدم القدرة على الحب وكراهية الذات إلى الدرجة التي تصل الى التفكير في الموت والإنتحار(معمرية، 2009، ص 60-61).

أما بنسبة للوسواس و القلق فهما أساس الدراسة الحالية و عليه سنتطرق إليهم في العناصر التالية 4-5 .

4. القلق :

1.4. تعريف القلق :

هناك العديد من التعاريف التي حاولن تعريف القلق من بينها:

✓ تعرفه موسوعة علم النفس والتحليل النفسي القلق بأنه : "شعور و الخشية من المستقبل دون سبب معين

يدعو للخوف". (الحفني، 2005، ص 58).

✓ وحدد معجم علم النفس و الطب النفسي مفهوم القلق بأنه : "شعور عام بالفزع والخوف من شر مرتقب و كارثة توشك أن تحدث". (جابر و كفاي، 1998، 187).

✓ عرفه سيبيلجر (spielberger , 1996) : بأنه حالة إنفعالية مؤقتة يشعر بها الانسان عند ادراكه لموقف يهدد ذاته و ينشط جهازه العصبي الإرادي ويشعر بالتوتر، فيستعد لمواجهة هذا التهديد.

✓ عرفته الرابطة الامريكية للطب النفسي بأنه : "الخشية أو الخوف من شر أو خطر مرتقب أو التوتر أو الارتباك أو الاضطراب أو عدم الارتياح من توقع الخطر، و يمون مصدر القلق غير معروف أو غير مفهوم الى حد كبير". (دبور و الصافي، 2007، ص 278).

✓ عرفه المطلب القريطي بأنه حالة انفعالية مركبة غير سارة تمثل إختلافا أو مزيجا من مشاعر الخوف المستمر والفزع والرعب والانقباض والمهم نتيجة نتيجة توقع شر وشيك الحدوث أو الإحساس بالخطر والتهديد من شئ ما مبهم غامض يعجز المرء عن تنبيه أو تحديده على النحو الموضوعي. (بشرى إسماعيل، 2004،)

✓ و يعرف ايضا عل أنه حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث في المستقبل ، وهي من خصائص مختلف الاضطرابات النفسية والقلق الأساسي هو الذي ينشأ في الطفولة ويتميز بالشعور والوحدة وقلة الحيلة وعدوانية البيئة. (شحاتة و النجار وعمار ، 2003، ص 239) .

كما تعرف القواميس القلق على أنه :

- إنشغال البال بحدث غامض .
- حالة من الإضطراب المفرط الغير مبرر .
- حالة من الإنزعاج . (روبين داينرت ، 2006، ص 36).
- عبارة عن ردة فعل الفرد على الخطر الناجم عن فقدان أو الفشل الواقعي أو المتصور، و المهم شخصيا للفرد، حيث يشعر بالتهديد جراء هذا فقدان أو الفشل . (رضوان، 2007، ص 266)

- خبرة انفعالية مؤلمة يتوقع فيها الانسان الخطر أو أنها توجس مؤلم ستشعر معه الانسان أن حدثا خطيرا يوشك أن ينزل به وغالبا ما يجهل الانسان طبيعة الخطر الذي ستشعر تهديده على النحو المحدد. (فوزي، 2001، ص 109).

ونستنتج من التعريفات السابقة أن القلق هو :

- ✓ حادث نفسي طبيعي يعاني منه الأفراد في فترات ومناسبات مختلفة من حياتهم.
- ✓ شعور بالتهديد، وهو من هذه الناحية مرتبط بإدراك الفرد للحالة التي تنطوي على التهديد.
- ✓ يكون القلق مصحوب بمجموعة من الاحساسات والتغيرات الفزيولوجية والجسمية.
- ✓ اختلف علماء النفس في تعريف القلق وتنوعت تفسيراتهم له وعلى رغم من ذلك اتفقوا على أن القلق إشارة تنذر الفرد بوجود خطر يهدد ذاته، وأنه نقطة بداية الامراض النفسية.

2.4. النظرية المفسرة للقلق :

تعددت النظريات المفسرة لاضطراب القلق، وقد يرجع هذا التعدد أو الاختلاف إلى التوجهات النظرية المتنوعة التي تهتم بتفسير هذا الاضطراب، فيرى بعض علماء تلك النظريات أن اضطراب القلق يرجع إلى عوامل وراثية، ويرى البعض الآخر أن اضطراب القلق يرجع لبث الرغبات في اللاشعور. بينما يذهب فريق ثالث إلى أن اضطراب القلق يرجع إلى أنه تعلم خاطيء ويجب علاجه باعتباره سلوكًا مضطربًا بينما يعتبر البعض أن اضطراب القلق يرجع إلى جوانب معرفية ومعتقدات مشوهة. وأخيرًا هناك من يرى هذا الاضطراب يرجع إلى إدراكات سلبية من جانب الشخص ذاته للعالم المحيط به. وبناء على ذلك سوف نعرض هذه النظريات المتنوعة التي اهتمت بتفسير القلق:

1.2.4. القلق في التحليل النفسي: فسر اصحاب النظريات النفسية القلق تفسيرات مختلفة، وأرجعوه لعوامل

مختلفة. كل حسب الاتجاه الذي يتبناه. و من أهم هذه النظريات مايلي:

سيغموند فرويد: يعتبر فرويد أول من بحث موضوع القلق بحثًا مستفيضاً، وكان له في دراسة القلقة نظريتان

:فسر القلق في الاولى على أساس أنه حينما تمنع الرغبة الجنسية من إتخاذ طريقها الطبيعي الى التفرغ و الاشباع، فإن

الطاقة الليبيدية تتحول الى طاقة فيزيولوجية بحتة. أما النظرية الثانية أكد أن القلق يؤدي الى كبت هذه الرغبات ، وأن القلق العصابي هو العامل المسبب لنشوء الأمراض العصابية.

أوترانك: أكد رانك على أهمية دور الأم في حياة الطفل ، حيث إهتم بما يسمى "صدمة الميلاد" و اعتبرها أساس نظرية إنفصال الطفل عن أمه خروجها من الرحم ، حيث بسبب الميلاد صدمة شديدة للوليد. وينشأ عن هذه الخبرة المؤلمة الشعور بالقلق. (الحويلة، 2010، ص45) بحيث أوضح أوترانك أن الانسان ينتقل من قلق لآخر وأن الانسان يعيش في حياته متأرجحا بين قلق الحياة وقلق الموت. ويرى أن الانسان اذا فشل في تحقيق التوازن أثناء تأرجحه هذا فإنه يدخل دائرة القلق العصابي والمرضي. (ملاك، 2018، ص94)

أدلو: يرجع نشأة القلق النفسي الى أنماط التربية الخاطئة التي يتلقاها الطفل في الأسرة، وأن إستدماج المشاعر يمكن أن يظهر بوساطة العوامل الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي مع المجتمع. (فرج، 2009، ص132).

كارين هورني: أرجعت هورني القلق لدى الفرد الى العوامل الثقافية، وكذلك الى اضطراب العلاقة بين الوالدين والأبناء، وترى أن القلق نتاج إجتماعي ناجم عن البيئة الاجتماعية للإنسان.

إريك فروم: أن مبعث القلق هو ذلك الصراع بين حاجة الفرد الى التقرب من والديه و بين حاجته الاستقلال عنهما فحينما يحاول الاستقلال يشعر أنه ضعيف الإمكانيات في مواجهة مسؤوليات حياته و غير قادر على تحمل المسؤولية.

سوليفان: يعتقد سوليفان أن شخصية الطفل تتكون من خلال التفاعل الدينامي مع البيئة المحيطة به، فتربية الطفل وتعليمه تؤدي إلى إكسابه بعض العادات السلوكية التي يستحسنها الوالدان، والتي تثير في نفس الطفل الرضا الطمأنينة. ويرى سوليفان أن القلق هو حالة مؤلمة للغاية تنشأ من معاناة عدم الاستحسان في العلاقات البينشخصية. (الديناميات والتسجيلات الشخصية) ويعتقد أن القلق حين يكون موجودًا لدى الأم تنعكس آثاره على الوليد، لأنه يستحث القلق من خلال الارتباط العاطفي بين الأم ووليدها، ويذهب سوليفان إلى أن هدف الإنسان هو خفض هذا التوتر الذي يهدد أمنه. وتنشأ التوترات من مصدرين: توترات ناشئة عن حاجات عضوية،

وتوترات تنشأ عن مشاعر القلق، وخفض التوترات الناشئة عن القلق يعتبر من العمليات الهامة في نظرية سوليفان والتي أطلق عليها مبدأ القلق والقلق في نظر سوليفان هو أحد المحركات الأولية في حياة الفرد، والقلق بناءً وهدام في الوقت نفسه (عثمان، 2001، ص 22-23). وهذا يعني أن القلق له جذور في عدم استحسان الناس المهمين في عالم العلاقات الشخصية المتداخلة للطفل. (فرويد، 2002، ص71)

2.2.4 القلق في المدارس السلوكية:

المدرسة السلوكية التقليدية: ينتمي هذا التيار الفكري الى دولارد وميلر وشافر وشوبن والسلوكيون لا يستخدمون مفاهيم التحليل النفسي من شعور ولا شعور فقد رفضوها صراحة ثم هم لا يتحدثون عن الشخصية في ضوء الهي والأنا والأنا الأعلى فالشخصية في نظرهم عبارة عن تنظيم من عادات معينة يكتسبها الفرد أثناء نشأته ولكن على الرغم من الاختلافات بينهم الا أنهما يشتركان في أن القلق يرتبط بماضي الانسان وما واجهه في هذا الماضي من خبرات، وهما يتفقان أيضا على أن الخوف والقلق كلاهما استجابة انفعالية من نوع واحد وأن الاختلاف بين الإثنين يكمن في أن الخوف ذو مصدر موضوعي يدركه الفرد ليس واعيا بما يثير قلقه.

فالقلق في السلوكية يظل مرتبطا بالصراع لا يختلف في ذلك كثيرا عن التحليل النفسي وأن نمو الصراع هنا شعوريا يبعث بإستثارته الكدرة ودافعيته القوية المسالك من المحاولات والأخطاء و يتمخض إحداها عن خفض التوتر فيكون التعزيز وأيما كان هذا السلوك سويا أو عصابيا يتخذ صورة من صور الأعراض المرضية فإن الفرد ينجح في تجنب القلق. وطالما أن الصراع ينطوي على إستشارة قوية كدرة يتميز بالدفاعية الشديدة فإنه يتحتم هنا التمييز بين مستويات مختلفة من التوتر الناشئ عن هذا الصراع.

شافر: يرى أن القلق المرضي إستجابة مكتسبة تنتج عن القلق العادي تحت ظروف ومواقف معينة ثم تعمم هذه الإستجابة بعد ذلك على مواقف أخرى مثلا قد يتعرض الفرد منذ طفولته لمواقف يحدث فيها الخوف والتهديد نتيجة لعدم إشباع، ويترتب على ذلك مثيرات إنفعالية من أهمها عدم الارتياح الانفعالي وما يصاحبه من توتر وعدم إستقرار. (الشريبي، 1998، ص58)

المدرسة السلوكية الحديثة: ويعرف وولبي القلق على أنه طراز أوطرز من الاستجابة الاوتونومية والتي هي بشكل تخصصي مميز جانبا من الاستجابة الكائن الحي للاستشارة المزعجة فالمثيرات التي كانت سابقا عاجزة عن إبتعاث القلق يمكن أن تكتسب القدرة على إبعائه اذا ما أتيح لها ان تؤثر على الكائن العضوي في الوقت الذي يكون القلق مبتعثا لدية نتيجة لمثيرات أخرى ولكن ليست المثيرات الواضحة هي واحدها التي تحدد تشريط الاستجابات القلق بل أيضا الخصائص البيئية المماثلة الموجودة مما يعنى أنها دائمة الحضور في هذه الحالة الأخيرة يعاني الفرد من القلق المنتشر وحيث أن كل خاصية من الخصائص البيئة أن لم تكن جميعها تدخل في الخبرات الممكنة للفرد يمكن توقع متى إرتبطت إحدى هذه الخصائص البيئة باستجابات القلق أن يغدو المريض بشكل دائم وبصورة واضحة ويبدون سبب قلقا أي يعاني الفرد القلق المنتشر.

ويعتبر وولبي أن الأعراض المرضية هي إستجابات تجنب قلق وهو لا يفرق بين القلق و الخوف ويعتبرهما مترادفين وهذه وجهة نظر يمثلها كل من ليفيت وولبي وايزيك وهم يرون أن الخوف و القلق يمثلان شيئا واحدا حيث يمكن إعتبار كل منهما مرادفا للاخر ومتحدا معه في المعنى . (إبراهيم، 2013، ص174)

يعطي علماء التحليل النفسي أهمية للظروف الإجتماعية المحيطة بالفرد ويرون أن القلق ينشأ من إكتساب الفرد بدافع الخوف نتيجة لارتباط استجاباته للألم الناتج عن العقاب . يرون أن الشعور بالذنب يؤدي الى حالة صراع تنتهي بالإحساس بالقلق، وهم يغفلون مستقبل الفرد بما يحتويه من توقعات فشل وإحباط وما لذلك من أثر كبير في نشأة حالات القلق النفسي. (العتيبي، 2016، ص ص 23-24).

مورو : و من هذه الأساليب السلوكية التي تؤدي الى التخفيف من حدة القلق ما يسمى بالحيل الدفاعية كالتهريب و الإسقاط و التقمص و الإعلاء و النكوص و التحويل الى غير ذلك هذه كلها حيل دفاعية عقلية . وهذه الحيل العقلية في رأي دولارد و ميلر عبارة عن أساليب سلوكية متعلمة تدعمها من أجل خفض التوتر الناشئ بدوره عن أساليب التربية الخاطئة . (زغير، 2016، ص ص 31-32)

تمثل المدرسة الإنسانية إمتداد للفكر الوجودي، ولذا يرى الإنسانون أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، ولهذا فإن المثير الأساسي للقلق كما يرون هو فشل الفرد في تحقيق أهدافه وفشله في اختبار أسلوب حياته وخوفه من إحتمال حدوث الفشل في أن يحيا الحياة التي يريدتها، وأنه هو الكائن الوحيد الذي يدرك أنه سوف يموت يوما ما وفي لحظة ما، ويزداد قلق الإنسان إذا ما فقد بعضا من طاقته وقدرته لإعتلال في الصحة أو إصابة لا شفاء له منها أو إذا تقدم به السن، حيث يعني ذلك انخفاض الفرص المتاحة أمامه.

ولعل من أهم من يمثل هذا الفكر هو " ماسلو " Maslou و " روجرز " Rogers بحيث يعتقد ماسلو أن الكائنات الحية البشرية تهتم بالنمو بدلا من عملها على تجنب الإحباطات وإعادة التوازن، وعلى هذا الإعتقاد وضع نظريته الشهيرة هرم الحاجات إلا أن عدم تحقيق هذه الحاجات لا يمكن أن يؤدي إلى القلق، كما يرى " روجرز " أن الانسان يشعر بالقلق حين يجد التعارض بين إمكانياته وطموحاته، أو بين الذات الواقعية الممارسة وبين الذات المثالية، وباختصار فإن القابلية للقلق تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الكائن العضوي وبين مفهوم الذات. (فرج، 2009، ص 139 - 140)

4.2.4. النظرية المعرفية:

يعتبر " جورج كيلبي " من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزنا في تفسير الشخصية في حالتي السواء والمرض حيث يرى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات وهذا يعني أن تعرض الإنسان للقلق يمكن تفسيره أكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة، كما يرى أن العمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسيا بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث على اعتبار أن عملية القلق ليست إلا عملية توقع من الخوف من المستقبل.

يرى " بيك " Beak أن القلق انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيرا معبرا عن تقويم أو تقديم لخطر محتمل، ويرى أن أعراض القلق والمخاوف تبدو معقولة للمريض الذي شوه تفكيره موضوعات الخطر والتي قد

تعبّر عن نفسها من خلال تكرار التفكير المتصل بها، وانخفاض القدرة على التمتع أو التفكير المتعقل فيها وتقويتها بموضوعية. (فرج، 2008، ص ص 141-142)

5.2.4. نظرية سييلبرجر حالة السمة:

عن وجود نوعين "Kattle, chayre" كشفت الأبحاث التحليلية العاملة لـ"كاتل وشاير Stat ansciety حالة و القلق سمة Trcat anasciety من مفاهيم القلق أطلق عليها سمة القلق والنوعان الأخيران أكثر أنواع القلق شيوعاً في التراث النفسي.

وتصور حالة القلق كظرف أو حالة انفعالية ذاتية موقفية ومؤقتة أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعي ويشعر بها كل الناس في مواقف التهديد مما يؤدي إلى تنشيط جهازهم العصبي المستقل، ويهيئهم لمواجهة مصدر التهديد، وتختلف شدة الحالة تبعاً لما يستشعره كل فرد من درجة خطورة في الموقف الذي يواجهه كما تزول بزوال مصدر الخطورة والتهديد وتتغير حالة القلق في شدتها وتذبذب عبر الزمن تبعاً للموقف المهدد للفرد.

ويعتقد "سييلبرجر" Spielberg أن سمة القلق تشير إلى الفروق الثابتة نسبياً في القابلية للقلق تشير إلى الاختلافات بين الناس في ميلهم إلى الاستجابة تجاه المواقف التي يدركها كمواقف مهددة، وذلك بارتفاع شدة القلق وسمة القلق تتأثر بالمواقف بدرجات متفاوتة، حيث أنّها تنشط بواسطة الضغوط الخارجية التي تكون مصحوبة بمواقف خطيرة ومحدودة (عثمان، 2001، ص ص 25-26).

ترى الباحثة أنه يختلف علماء النفس في تفسيرهم لمفهوم القلق تبعاً لاتجاهاتهم النظرية، فمنهم من يركز على القلق كعصاب ناتج عن الخبرات المكبوتة كما في نظرية التحليل النفسي، ومنهم من يركز على عملية التعلم وتعميمه كما في النظرية السلوكية، ومنهم من يركز على أن عدم تحقيق الذات من أهم أسباب القلق كما في المدرسة الإنسانية، ومنهم من يركز على البنية المعرفية لدى الأشخاص كما في المدرسة المعرفية.

ونستخلص أن أصحاب النظريات النفسية فسروا القلق تفسيرات مختلفة و أرجعوه لعوامل مختلفة، الكل حسب الاتجاه الذي يتبناه. ومن هنا وجدت الباحثة أن هذه النظريات والتفسيرات السابقة لا تعمل بمعزل عن

بعضها، بل في تكامل وتفاعل مستمرين. فإدراك الموقف وتقييم خطورته - الفعلية أو المتخيلة - يولد سلسلة من العمليات العقلية والفكرية ثم الانفعالية، التي تنشأ بدورها الجوانب الفسيولوجية الذي تنسب إليه كل الأعراض المصاحبة للقلق.

3.4. أسباب و مستويات القلق :

1.3.4. أسباب القلق:

قد تظهر الأعراض القلق عقب تعرض الشخص لموقف معين مثل حادث سيارة او نزاع مع شخص اخر أو أزمة مالية. فيكون من المتصور هذه الحالات ان هذه المواقف هي السبب في القلق. لأن الأعراض بدأت في الظهور عقب، هذه الأحداث التي تبدو وكأنها السبب في القلق. وما هي إلا بمثابة حلقة أخيرة كانت (القشة التي قسمت ظهر البعير). فهناك من العوامل المختلفة والمتداخلة التي تتفاعل مع بعضها البعض ما مهد لظهور الاضطراب النفسي، ومن اهم هذه العوامل :

- التكوين النفسي للفرد وخصائص الشخصية التي يتميز بها.
- الاستعداد للإصابة بالقلق و الاكتئاب او غيره من الامن النفسي عند التعرض لأي ضغط خارجي يمكن لغيره تحمله ، بفعل الفروق الفردية .
- انتقال القلق بالوراثة عبر الأجيال .
- التنشئة المربكة وعلاقات الاسرة والعمل وضغوط الحياة المختلفة. (الشربيني ، 2010، ص ص48-

(49) بتصرف

2.3.4. مستويات القلق:

يقسم القلق إلى ثلاثة مستويات رئيسية هي:

✓. المستويات المنخفضة للقلق: حيث تحدث حالة من التنبه العام واليقظة، ويزداد الانتباه والحساسية للأحداث

الخارجية، وتزداد القدرة على مقاومة المخاطر، ويصبح الفرد في حالة من الترقب لمواجهة خطرٍ محيطٍ حيث يكون القلق هنا إنذاراً لخطرٍ على وشك الحصول.

✓. المستويات المتوسطة للقلق: هنا تحدث حالة من الجمود وعدم التلقائية على السلوك، ويصبح كل شيء جديد

نوفاً من التهديد، وتنخفض القدرة على الابتكار، ويبدل الفرد جهداً للقيام بالسلوك المناسب لمواقف الحياة المختلفة.

✓. المستويات العليا للقلق: يحدث انهيار للتنظيم السلوكي للفرد ويلجأ إلى أساليب أكثر بدائية، فلا يتصرف

بالسلوك المناسب للموقف، أو يبالغ في سلوكياته ويظهر خللاً فيها. (فرج، 2009، ص 145-146)

4.4. أنواع القلق:

قسم فرويد القلق الى ثلاثة أنواع:

1.4.4. القلق الواقعي: الذي ينتج من اخطار واقعية موجودة في العالم الخارجي للفرد. يكون مصدره خارجياً و

موجوداً فعلاً. (زهران، 2002، 485) ويسمى بالقلق العادي وهو احد الوظائف الهامة والتي تعمل على بقاء

الانسان وله وظيفة هامة وهي تجنيد كل طاقات الإنسان الجسدية والعقلية لمواجهة الموقف المثير للقلق وذلك عن

طريق رفع التنبيه الذهني في المنطقة المادية البصرية والمحيطية في الدفاع. فالقلق في حد ذاته ظاهرة طبيعية واحساس

وشعور وتفاعل مقبول ومنتوق تحت ظروف معينة وأحياناً يكون للقلق وظائف حيوية تساعد على النشاط وكذلك

على حفظ الحياة. (رؤوف، 2013، ص43)

2.4.4. القلق الأخلاقي: هو عبارة عن الخوف من الضمير وينتج صراع مع الانا الأعلى. (القبالي،

2008، ص47). و يأتي نتيجة الإحساس بالذنب النابع من تانيب مستمر من الانا الأعلى (الضمير) على أفعال

بسيطة حدثت او أفعال لم يعبر عنها بعد. (عويضة، 1996، ص27)

3.4.4. القلق العصبي: هو عبارة عن خوف من خروج رغبات الهو عن الإنضباط. (المرجع نفسه، ص27) وهو نوع

من القلق له يدرك المصاب به مصدر علته وكل ما هناك انه يشعر بحال من الخوف الغامض، ويعرف القلق العصبي بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية و جسمية. ورغم أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية الا أنه في حالة المرضية تكون أسبابه عضوية أو فيسيولوجية المنشأ (endogenons) (الخالدي، 2009، ص69).

4.4.4. القلق حالة و القلق سمة :

✓ قلق الحالة (State Anxiety) بأنه "الاستجابة الإنفعالية التي تظهر على الفرد الذي يدرك موقفا محدد على أنه خطر عليه شخصا، أو مخيف بغض النظر عن وجود أو عدم وجود (شيء) حقيقي يمثّل ذلك الخطر".

✓ سمة القلق (Trait Anxiety) بأنها "الإختلافات الفردية المستقرة نسبيا بخصوص القلق، الناتجة عن الإستعدادات لإدراك مدى واسعا من المواقف المثيرة على أنها خطر أو تهديد، والنزعة نحو الاستجابة لها". (صالح، 2015، ص166).

5.4.4. القلق الثانوي : هو القلق كعرض من اعراض الاضطرابات النفسية الانفعالية الأخرى علما بأن القلق من

الأعراض المشتركة في جميع الأمراض النفسية. (عبد الباقي، 2010، ص150)

6.4.4. القلق الناتج عن الأمراض العضوية: **organic anixisty** : ويحدث عند إصابة بعض الأشخاص

بأمراض مزمنة أو مستعصبة و ليس كل من أصيب بتلك الأمراض يصاب بهذا القلق لكنه يكون عرضة للإصابة إذا توفرت فيه بعض السمات الشخصية و الإنفعالية المضطربة أو غير السوية. (عبد الباقي، 2010، ص150).

• يمكن ان يكون القلق شاملا بحيث يتخلل جوانب عديدة من حياة الفرد، ويمكن ان يكون هائما طليقا free floating غير محدد الموضوع و يسمى القلق العام أو المعمم **generaleged** : هو القلق الذي لا يرتبط بموضوع او موقف معين لكنه غامض و غير محدد . يطلق عليه عصاب القلق **neurosis Anxiety** هو حالة من الانزعاج يعاني منها الفرد و تسيطر عليه مواقف عديدة في حياته اليومية و هذا النوع من القلق تفاعلي و متزايد،

و تطول فترة المعاناة منه أقلها ستة أشهر ، و يعتبر الإنزعاج المزمن من الأعراض الأساسية في تشخيص هذا النوع من القلق . (عبد الباقي،2010،ص150). ومن ناحية أخرى يمكن أن يكون محدد spisific بمجال معين أو موضوع خاص أوتثيره مواقف ذات قدر من التشابه كالامتحان و الجنس ومواجهة الناس والمرض و الموت . (إبراهيم 2013،ص163).

وفي الدليل التشخيصي الخامس للإضطرابات العقلية يشتمل القلق الى فئات فرعية و هي كالتالي :

الجدول رقم(01) الفئات الفرعية القلق.

اضطراب القلق الاجتماعي .	قلق الانفصال .
اضطراب الهلع .	الصمات الانتقائي .
اضطراب القلق بسبب حالة طبية	الرهاب النوعي .
اضطراب قلق محدد آخر .	رهاب السباح .
أضطراب قلق غير محدد .	اضطراب القلق المعمم .
	اضطراب القلق المحدث بمادة/دواء

4.5. أعراض وتشخيص القلق :

1.4.5 أعراض القلق:

يمكن تصنيف أعراض القلق إلى نوعين هما (دافيد شيهان1998):

← الأعراض البدنية :

ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب-نوبات من الدوخة والإغماء-تنميل في اليدين أوالذراعين أو القدمين-

غثيان أو إضطراب المعدة- الشعور بألم في الصدر- فقد السيطرة على الذات-نوبات العرق التي لا تتعلق بالحرارة

أوالرياضة البدنية-سرعة النبض أثناء الراحة-الأحلام المزعجة-التوتر الزائد .

← الأعراض النفسية :

نوبة من الهلع التلقائي-الإكتئاب وضعف الأعصاب- الإنفعال الزائد-عدم القدرة على الإدراك والتميز - نسيان الأشياء- إختلاط التفكير- زيادة الميل إلى العدوان.(عثمان ، 2001 ، ص30)

2.4.5. معايير تشخيص القلق حسب DSM5:

← اضطراب القلق المعمم **Generalized anxiety disorder** :

— قلق زائد و إنشغال (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل، حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثلاً أداء في العمل أو المدرسة).

— يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال.

— يصاحب القلق و الانشغال (ثلاثة أو أكثر) من الاعراض الستة التالية (مع تواجد بع الاعراض على الاقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر الاخيرة).

✓ تملل أو شعور بالتقييد أو أنه على الحافة.

✓ سهولة التعب.

✓ صعوبة التركيز أو فراغ العقل.

✓ استثارة.

✓ توتر عضلي.

✓ اضطراب النوم.

— يسبب القلق أو الانشغال القلبي أو الأعراض الجسدية إحباطاً هاماً سريريا أو انخفاضاً في الاداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء.

— لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدم عقار ،دواء) أو لحالة طبية أخرى.

- يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر، كالقلق أو الانشغال حول حصول هجمات الهلع في اضطراب الهلع، التقييم السلبي، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، العدوى و الوسواس الأخرى كما في الوسواس القهري، و ما يذكر بالأحداث المؤلمة، كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وليس الانفصال عن شخص متعلق به، كما في اضطراب قلق الانفصال، اكتساب الوزن كما في القمه العصبي، الشكاوى الجسدية، في اضطراب العرض الجسدي، ظهور العيوب المتصورة في اضطراب تشوه شكل الجسم، وجود مرض خطير، في اضطراب قلق المرض، أو محتوى الاوهام في الفصام أو الاضطراب التوهمي.

(حمادي، 2015، ص 177-178)

الدلائل التشخيصية:

يشترط أن يعاني الشخص من أعراض قلقية أولية في أغلب الأيام و لمدة عدة أسابيع متصلة على الأقل، و عادة لعدة شهور. و تشتمل هذه الأعراض عادة عناصر من:

- ✓ توجس (مخاوف بشأن مشاكل في المستقبل إحساس بالانفعال، صعوبة في التركيز، الشعور بعدم الكفاية لدرجة أنه على شفير الهاوية الخ).
- ✓ توتر حركي (تململ، صداع عصبي، رعشة، عدم القدرة على الإسترخاء).
- ✓ زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل (دوار، عرق، سرعة ضربات القلب أو سرعة التنفس، إحساس بإنزعاج شرسوفي (أعلى البطن)، دوخة، جفاف الفم، الخ).
- ✓ وعند الأطفال قد تكون الحاجة الى التطمين المتكرر وتكرر الشكاوي الجسدية هي الأعراض الغالبة.
- ✓ و الظهور العابر لأعراض أخرى (تستمر كل مرة لمدة أيام قليلة) خاصة أعراض الاكتئاب، لا يستبعد تشخيص الاضطراب القلبي العام كتشخيص أساسي، و لكن يشترط الا يستوفي الشخص كل شروط النوبة الاكتئابية (-F32)، أو الاضطراب القلبي الرهابي (F40)، أو اضطراب الهلعي (F41.0) أو الاضطراب الوسواسي القهري (-F42). يشمل :

– عصاب القلق، تفاعل القلق، حالة القلق.

ولا يشمل: الوهن العصبي. (المرجع نفسه، ص178)

6.4. علاج القلق :

هناك عدة وسائل مختلفة يتم إستخدامها لعلاج القلق و تشمل:

العقاقير، الوخز بالإبر، التحليل النفسي، العلاج الجماعي، التنويم المغناطيسي، الإيحاء الذاتي، العلاج السلوكي، العلاج بالصددمات الكهربائية، المعالجة المثلية، بشكل أساسي ثمة ثلاثة أنواع من العلاج :

1.6.4. العلاج الطبيعي: مثل العلاج بالصددمات الكهربائية أو الجراحة النفسية، فقط في معظم الحالات الخطيرة

و عادة ما تكون هناك مشكلات أخرى .

أما طرق العلاج التي تثبت أنها تؤدي الى تحسن مستمر، فهي طرق العلاج النفسي لذلك فالطرق التي يتم شرحها تندرج ضمن هذه الفئة و تقدم مجموعة من الوسائل التي يمكن إستخدامها للتغلب على القلق.

2.6.4. العلاج النفسي: والمقصود به التفسير والتشجيع والاستمتاع الى صراعات المريض والتوجيه.

3.6.4. العلاج السلوكي المعرفي: وفيه يدرّب المريض على الاسترخاء بشكل منتظم و تحسين المهارات الاجتماعية و تقويتها وتغيير محتوى وأسلوب التفكير.

يُقدم خاصة لفئة القلق المرتبط بالخوف المرضي، حيث يُدرّب المريض على الإسترخاء من خلال التمرينات العضلية والتنفسية أو تحت تأثير عقاقير الإسترخاء، ثم تعريضه لمنبهات تزداد شدتها تدريجياً، حتى يستطيع المريض مواجهتها وهو في حالة استرخاء دون ظهور علامات القلق، وهنا ينطفئ الترابط الشرطي المرضي، ليحل محله الترابط الشرطي السوي، ومن الحالات التي عُولجت به: خواف الأماكن المتسعة وخواف الحيوانات. (عكاشة، د/س، ص15)

4.6.4. العلاج الاجتماعي: يقصد به تغيير الوضع الاجتماعي سواء العائلي أو في العمل عندما تحتم الضرورة

ذلك.

5.6.4. العلاج الكيميائي : وهو يكون بالمهدئات لفترة بسيطة لا تزيد عن ستة أسابيع، وبمضادات الاكتئاب. فقد أظهر عدم فاعليته في علاج القلق، فغالبا ما يدمنه الشخص و تكون له آثار جانبية غير مستحبة كما يمكن أن يكون خطيراً. ومع ذلك يمكن أن يكون العلاج الطبي المناسب ضرورياً عندما تكون هناك مضاعفات مثل حالت الاكتئاب والذهان التي تحتاج الى علاجها .

(https://books.google.dz/books?id=L_ZPDwAAQBAJ&lpg=PA1&hl=fr&pg=PA1#v=onepage&q&f=false)

5. الوسواس القهري :

1.5. تعريف الوسواس القهري Obsessive compulsive Disordou :

✓ الوسواس لغة : هو الشيطان والفعل وسوس ، فيقال : وسوس الشيطان إليه، وله وفي صدره وسوسة وسواسا، وهو حديث النفس بما لا نفع فيه ولا خير. (مجمع اللغة العربية، 1985، ص1033)

✓ القهر لغة : في اللغة العربية من قهره قهار، غلبه فهو قاهر وقهار، و يقال أخذهم قهار من غير رضاهم، و فعله قهار: بغير رضا، وأقهر الرجل، صار أمره إلى القهر القهرة بضم القاف يقال: أخذت فلانا قهرة : اضطرار والقهار اسم من أسماء الله الحسنى ، و القهار الغالب لا تحد غلبته شيء. (عبد الخالق، 12، 2002،

هناك العديد من التعاريف التي عرفت الوسواس القهري وهي كالتالي:

هو فيه يكرر الفعل أو تكرار الفكرة ، بالرغم من أن المريض يعرف جيدا، أنها فكرة غير معقولة وغير مقبولة، ويحاول مقاومتها، ولكن هذه المقاومة تسبب له قلقا شديدا ثم سرعان ما تفشل. (الميلادي، 2006، ص72)

يعرف بأنه فكر متسلط وسلوك جبري يظهر بتكرار لدى الفرد ويلزمه ويستحوذ عليه ولا يستطيع مقاومته، رغم وعيه بغبابته وعدم فائدته وسيشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بالحاح داخلي للقيام به. (موسى، 2017، ص14-15)

سمي الوسواس القهري بإسم الوسواس القهري العصبي لمدة عقود، والآن سمي اضطراب الوسواس القهري ويعتبر أحد أنواع القلق النفسي. إذا أن القلق هو محور هذا الاضطراب والأفعال والأفكار هي التي تزيد أو تخفف من درجة القلق، ومع أن هؤلاء المرض قد تكون أفكارهم وأفعالهم غريبة ولكنهم لا يفقدون إتصالهم بالواقع ويعرفون أن هذه الأفكار غير منطقية وخطأ. بحيث يعرف الوسواس بأنه أفكار وخواطر ودوافع أو صور ملحة لم يخترعها المريض ولا تلقاها من الخارج بل هي موجودة في تفكيره وتجعله منزعجا منها ويحاول رفضها أو مقاومتها وإهمالها ولكنها تعاوده من جديد .

أما الأفعال القهرية فهي سلوكيات تبدو هادفة ولكنها متكررة حسب قواعد أو نمط معين، وهذا الفعل ليس بالضرورة هو نهاية المطاف. (سرحان، 2008، ص12)

و يعرف على أنه اضطراب عقلي يتميز بأفكار سخيفة ومتكررة وغير قابلة للسيطرة (الوسواس) التي تنتج القلق، والتي تليها سلوكيات متكررة (قهرية) تهدف إلى تقليل القلق. يمكن النظر إلى الوسواس القهري على أنه حالة يعاني فيها الشخص المصاب في كثير من الأحيان من حوافز لا تقاوم لأداء طقوس متكررة (قهرية) يمكن تعريف الوسواس القهري على أنه الانقطاع في ذهن الأفكار أو الدوافع أو الصور غير القابلة للتغلب عليها والمتكررة. في الوسواس القهري ، تعمل الطقوس المتكررة على مواجهة القلق الذي تسببه الهواجس.

(valdimir kalinin,2014,p3)

عصاب وسواس القهري: يتم بالأفكار الثالثة غير مرغوب فيه (الوسواس)، والقيام بالأفعال القهرية النمطية الطقوسية غير المعقولة، مثل غسل اليدين بين الحين والآخر، أو فرك اليدين ولعق الشفاه باستمرار، وهدفها التغلب على القلق إطفاء مشاعر الذنب (فقد يكون غسل اليدين بسبب الشعور بالذنب لممارسة العادة السرية). نكوص الى مشاعر الثنائية من الحب والكراهية الأبوين، أو نوع من العودة الى مكبوث ويصاب به الأشخاص الذين عاشوا في ظروف لا تعرف الارتياح الغريزي والانفعالات. (الحفني، 1993، ص 542.543)

وبذلك ترى الباحثة أن أصحاب التعاريف اتفقوا على أن الوسواس القهري يأتي على هيئة أفكار وسواسية وأفعال قهرية، كما اتفق جميعهم على عدم معقولية تلك الأفكار لدى الإنسان وتفاهتها وأنها تعرقل عليه حياته وتجعله غير منتج في حياته اليومية، ولكن من الملاحظ انقسام أصحاب التعاريف إلى فريقين أحدهما أتى على ذكر المقاومة التي يبديها المريض اتجاه الأعراض الوسواسية والأفعال القهرية، والفريق الآخر لم يتطرق إلى ذكرها، مع العلم أن المقاومة في استجابة أساسية للمريض الوسواسي وعدم ذكر المقاومة في بعض التعاريف يجعلها ضعيفة وغير شاملة. وكذلك منهم من فرق بين الوسواس والأفعال القهرية، ومنهم من لم يفرق بينهما والذين لم يفرقوا يقعون في مشكلة وهي أن الوسواس القهري يتكون من أفكار وسواسية وأفعال معا دون أن يأتي أحدهما متفردة، وذلك بنا في ماجاءت به المراجع العلمية المتخصصة في وصف اضطراب الوسواس والأفعال القهرية .

2.5. النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري :

تفسير الوسواس والافعال القهرية في ضوء بعض نظريات علم النفس :

1.2.5 نظرية التحليل النفسي:

- يذكر أن " فرويد "freud عزل الوسواس القهري عن بقية الأمراض في عامي(1894-1895) كمرض قائم بذاته ويتضمن السلوك القهري لدى فرويد، على نحو نموذجي، الإلتقان المتكرر بشكل نمطي طقوس لطائفة في السلوك اليومي، كالذهاب للسرير، وغسل اليدي، وتغيير الملابس الخ
- وفي ضوء نظرية التحليل النفسي فإن هناك ميكانيزمات ترتبط باضطراب الوسواس القهري ، حيث وصف " فرويد ثلاث آليات (حيل) دفاعية تحدد شكل وكيفية الوسواس القهري والتي تمثلت في العزل، والأبطا ، والتكوين العكسي، وهذه الميكانيزمات ضرورية للدفاع ضد الدفاعات الشرجية السرية.
- وهكذا يتضح أن الوسواس والسلوك القهري لدى النظرية التحليلية ما هما إلا أعراض لصراعات نفسية داخلية المنشأ، نتيجة خبرات الفرد في المرحلة الشرجية يجد الفرد فيها طريقة آمنة نسبيا للتعبير أفكاره ومساعدته

المكبوتة. (جودة ، 2005، ص 25)

2.2.5. النظرية السلوكية: نجد ضمن هذه النظرية كل من :

- نظرية الاشراف الكلاسيكي: ترجع الى كل من بافلوف و واطسون حيث يرى أن سلوك الشخص (الفرد) نتيجة علاقة بين المثير و الاستجابة . بحيث يرى أصحاب هذه النظرية أن الوسواس تمثل مثيرا شرطيا للقلق، ويتكون السلوك القهري عندما يكتشف الفرد أن سلوكا معيناً يخفف القلق المرتبط بالفكر الوسواسي، وتخفيف القلق بهذه الطريقة يعزز السلوك القهري ويثبته ويصبح نمطا سلوكيا متعلما. ويرى بافلوف أن هذا الإضطراب ناتج عن اشتراط مرضي، حيث تلازم المثيرات الخارجية يولد استجابات وعادات مرضية. (عطوف، 1986، ص253).

اذ أن تفسير المشكلة تنحصر في خوف الشخص من إنتقال العدوى إليه فيسيطر عليه الفكر الوسواسي المتعلق بالعدوى و المرض وقد تتطور المشكلة من فكرة الى فعل قهري تتمثل في طقوس الهروب . من الملامسة أو النظافة المتكررة بعد الملامسة . أن تفترض النظرية الحدث للصادم هو بداية المرض ،ولكن بعد تحليل تاريخ إضطراب الوسواس فلوحظ أن ضغوط الحياة اليومية بشكل عام أكثر من ربطها بالحدث الصادم.

- نظرية الإشراف الإجرائي: نجد على رأسها سكينر فقد ركز على الاستجابة والنتائج أي على ما يحدث بعد السلوك الاجرائي هو أن السلوك يمثل مجموعة من الاستجابات وكل استجابة تعتبر مثيرا لاستجابة تالية لها متأثرة بها. مع اختلاف التأثيرات الإجتماعية من بيئة الى أخرى.وعلى سبيل المثال: شخص يعتقد أنه قد يؤدي هذا الى ظهور استجابة تتمثل في غسل اليدين عدة مرات والنتيجة تتمثل في خفض القلق، وبالتالي فإن الوسواس القهري ماهي الا سلوك متعلم تم دعمه و تعزيزه عن طريق النتائج لخفض القلق أو الخوف .

كما يرى ريتشمان أن الشخص يلجأ الى الفعل القهري لتجنب عقوبة اجتماعية أو عقاب ذاتي الذي قد يترتب عليهم الشعور بالذنب ،اذ أن ه يتسم بالحساسية المفرطة والخيبة وتوقع العقاب فإن فكرة التجنب السلبي لديهم غير فعالة وفي حالة التجنب الايجابي تكون هادفة لأنها تسعى الى خفض التوتر والقلق (النظافة).

إضافة الى "مورر" Mowrer (1960) قدم توضيح للوسواس القهري عن طريق التعلم بالنموذج والتجنب في خفض التوتر والخوف وعلى سبيل المثال: مريضة تخاف الجراثيم والتلوث تقوم بالتجنب ايجابي يتمثل في غلق النوافد

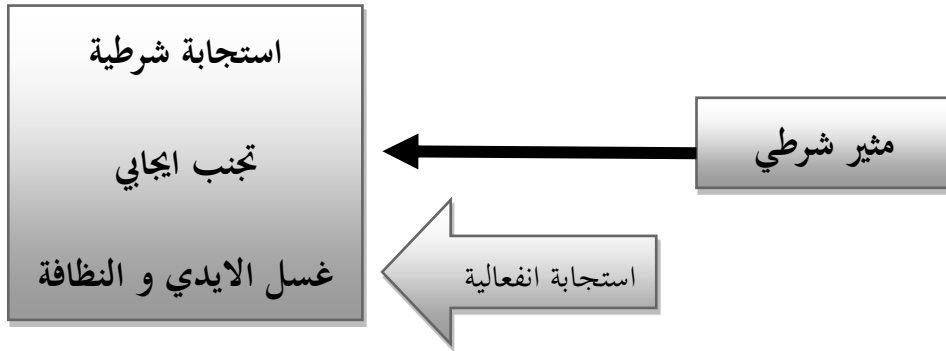
وتجنب الذهاب للأماكن الندسة والغسيل المستمر، أما التجنب السلبي يظهر جليا في بقاء الحالة في المنزل والهروب والقيام بطقوس الاغتسال لأنه المنفذ الوحيد لخفض حالات التوتر.

و يمكن تقديم نموذج تعلم لسلوك الوسوس و الأفعال القهرية كالاتي :

الشكل رقم(01)نموذج تعلم لسلوك الوسوس و الأفعال القهرية.



و عندما يفشل التجنب السلبي يكون نموذج التجنب الإيجابي كالتالي:



في المثال السابق تبين أنه في حالة فشل التجنب تظهر إستجابة إنفعالية شرطية في صورة قلق لكن لدينا آراء متعارضة في هذا الإتجاه، فالبعض يذهب إلى أن الوسوس والأفعال القهرية تزيد من القلق والبعض الآخر يذهب إلى أنها تخفض القلق خاصة نظرية الإشرط الكلاسيكي. (سعفان، 2003، ص21)

3.2.5. النظرية المعرفية :

من بين ممثلي هذه النظرية "أرون بيك" beck و"ألبرت أليس" albert alis.

حيث يرى بيك أن العمليات المعرفية لها علاقة بالسلوك المختل وظيفيا فهو ناتج عن نماذج تفكير منحرفة، و يفترض كذلك أن الأفراد لا يضطربون بسبب الأحداث وإنما بما يرتبط بهذه الاحداث من أفكار،لدى فإن العلاج هو

اعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض. وأن الاضطرابات الانفعالية تحدث بسبب خلل في التفكير. وبالنسبة لهم أن الفرد يميل الى الاهتمام بالغير و تدمير الذات اذ أن هذا يتوقف على الطريقة التي يفكر بها الشخص.

"ماك و ويلرشن" m.fall and wellershein يرون بأن مريض الوسواس له أفكار خاطئة تهدد كيانه وتؤدي أدائه الوظيفي والحل دائما هو ممارسة الطقوس السحرية منها لخلق حالة الراحة.

وعلى غرار كل ما ذكره يرى أنصار النظرية المعرفية أنه يمكننا أن تصرف عن عقولنا الأفكار الغير مرغوب فيها الا أنه لا يمكننا ذلك خاصة مريض الوسواس القهري مادام مضمونه مثيرا للقلق .وأن الجميع لديهم أفكار متكررة غير مرغوبة تزداد حدة في حالة الضغط وتكرر بشكل عنيف حينها يصبح الطقس القهري معزز كنتيجة لخفض الألم والشعور بالراحة في كل مرة.

4.2.5. نظرية التعلم الاجتماعي : تنتمي هذه النظرية السلوكية المعرفية من روادها :

"البرت بانادورا" A. banadura الذي في تفسيره للسلوك الوسواسي على أنه مكتسب متعلم يرجع الى الخبرات الأولى من الطفولة والسماوات الوالدين دور هاما في ظهور الاضطراب الوسواسي وذلك من خلال أسلوب التنشئة الاجتماعية كالنقد و الحماية الزائدة و غيرها . كذلك غالبا ما نجد بعض المجتمعات التي تؤيد فكرة أو بالاحرى تفضل وجود سمات النظافة التدقيق و المراجعة .

في حين يعتقد "مليكامن و راڤي" (1982) أن السلوك القهري يعود الى المسؤوليات المنوطة للشخص اضافة الى الدور الجنسي و الفروق بين الجنسين وتطورها فقهر الاغتسال للادوات المنزلية، الملابس، الارضيات يزيد لدى النساء أكثر .

بينما "راتشمان" Rachman يرى بأن الأحداث البيئية تساهم في تطور الاضطراب كالأسرة التي تتميز بمعايير صارمة كالشديد والتدقيق على الأشياء كما أن الأباء الذين يظهر لديهم أفعال قهرية متعلقة بالنظافة فإن أطفالهم لديهم قابلية للوسوسة مقارنة مع الأباء الذين يظهرون أفعال قهرية خاصة بالمراجعة .

كما أن الأفعال القهرية تختلف حسب طبيعة التحكم الوالدي، فسلوك التنظيف القهري يظهر في الأسر التي يمارس فيها الوالدان أسلوب الحماية الزائدة أما سلوك المراجعة القهرية يظهر في الأسر شديدة القسوة ذات المستوى المعيشي المرتفع .

و يعتقد راشتمان "Rachman أن مشاعر الذنب تولد قهر المراجعة ومشاعر تولد قهر الاغتسال.

و من وجهة نظر تيرنر و آخرين (1979) أن سلوك المراجعة يرجع الى الحساسية الزائدة للنقد.

وقدم "ديفيد" و آخرين سمات آباء الأطفال المصابين بالواسواس القهري بأنهم يتميزون بالنظام والترتيب و البخل و العناد كما يمكن تصنيفهم الى فئتين :

الاولى : تكون عنيدة ، مكتئبة، سريعة ، الغضب .

الثانية : متذبذبة ، غير منضبطة ، مطيعة .

5.2.5. النظرية البيولوجية :

ترجع هذه النظرية الاضطراب الى عوامل الوراثة أو أسباب فسيولوجية كعدم اكتمال نمو الجهاز العصبي لدى الاطفال كذلك وجود المرض بطريقة دورية و في هيئة نوبات متكررة مع اضطرابات الموجات الكهربائية في الدماغ و الاصابة بأمراض الجاز العصبي كالصرع النفسي الحركي ppm .

اذ أن العامل البيولوجي و الفسيولوجي يقوم على أساس وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ حسب مكانها في المخ تتير دوائر كهربائية تؤدي الى الفكرة أو الحركة نفسها و تبقى في حالة نشاط مستمر، و نستطيع افتراض أساس بيولوجي للواسواس و الأفكار القهرية في أن الشخص يرث و يكتسب أنماطا سلوكية كافية تحتزن في العقد القاعدية والتي تنفجر عن حدوث عطب في وظائف الجزء الاسفل من الفص الجبهي وأن المسارات الموصلة بين الفص الجبهي و العقد تعمل من خلال الناقل العصبي السيروتونين .

وقد يظهر الاضطراب بسبب الوراثة والبيئة معا أي الخبرات السلبية أو التربية الخاطئة كالتسلط فإن المريض يصبح غير عقلائي في الأفكار هنا يحدث تفاعل دينامي في نشأة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وبالتالي فإن الوراثة والبيئة متكاملان بمعنى الاستعداد الوراثي مع ضغوط بيئية شديدة تؤدي الى ظهور الأعراض.(سعفان،2014، 81-104)

ويتضح من عرض النظريات المفسرة للوسواس القهري ، أنها تختلف من حيث الأسباب المؤدية لاضطراب الوسواس القهري، تبعاً للإطار النظري لكل منها، ففي الوقت الذي ترى فيه النظرية التحليلية أن السبب يعود إلى التثبيت في المرحلة الشرحية، يلاحظ أن النظرية السلوكية ترجع السبب إلى المنبه الشرطي في إطار نظرية التعلم، أما النظرية المعرفية فإنها تعزو أسباب اضطراب الوسواس القهري إلى العوامل المعرفية.ونستخلص أن أصحاب النظريات النفسية فسروا الاضطراب تفسيرات مختلفة و أرجعوه لعوامل مختلفة، الكل حسب الاتجاه الذي يتبناه .ومن هنا وجدت الباحثة أن هذه النظريات والتفسيرات السابقة لا تعمل بمعزل عن بعضها؛ بل في تكامل وتفاعل مستمرين.

3.5 أسباب الوسواس القهري:

1.3.5. الوراثة :

وهنا لانعني بالوراثة إنتقال الفعل بالجينات و إنها من خلال تواجد الابناء مع الأباء فيكتسبون منهم هذا المرض أو طريقة نشأته فإذا فكانت الأسرة مصابة بالوسواس فإن الطباع والأعراض القهرية المصاحبة للمرض تنتقل لأفراد الأسرة.

2.3.5. التنشئة الاجتماعية الخاطئة :

✓ حيث تلعب التربية المترنمة الصارمة وتنعت الوالدين والقسوة الزائدة على الأبناء والكره والذين والقمع وغيرها من الأساليب الخاطئة وكل هذا يؤدي الى العناد والعصيان لدى الطفل وإن يحرص إهتمامه وتفكيره في نفسه كما تظهر قيمة التأثيرات الوالدين في تكوين الأعراض القهرية لدى الطفل.

✓ والتدريب الخاطيء المتشدد المتعسف على النظافة والاخراج من الطفولة .الشعور بالألم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير،وسعي المريض لاشعوريا الى عقاب ذاته، ويكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزي و إراحة للضمير (فمثلا يمكن أن يكون غسيل الأيدي القهري رمزا الغسيل النفس وتطهيرها من الإثم المصل بخطيئة أو بغريزة مكبوتة) .

✓ تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المرض الوسواس القهري.(زهران،2001، ص 510) .

✓ يعتقد أن مرض الوسواس القهري يرتبط بنقص مستوى السيروتونين بشكل أساسي، وتساعد الأدوية التي ترفع من مستوى السيروتونين في الدماغ على تحسين أعراض الوسواس القهري.(حقيقة المرض النفسي اعرف مرضك النفسي وتخلص منه الى الابد خنساء من النعيم، موقع.)

✓ الأمراض المعدية الخطيرة أو المزمنة كالسرطان والسل والتيفونيد وغيرها مما يؤدي الى وجود أفكار متسلطة تبدو في سلوك الخوف لدى المريض .

✓ وقد تكون من أسبابه أيضا إستخدام حيلة التكوين العكسي ومثال ذلك محاولة الفرد إيجاد سلوك مبالغ فيه تجاه شيء كان يبادل شعورا معاكسا لما يحس به الأن مثلا (الام التي لا ترغب بوجود طفل لها وتحاول إنزاله وهو جنين تعمل على إحاطته بحب كبير بعد أن يأتي). (الداهري،2005،ص ص75-76).

✓ الخوف وعدم الثقة بالنفس، و العبث.

✓ يعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس يمثل مثيرا شرطيا للقلق وإذا ارتبط الفكر الوسواسي بمثير غير شرطي للقلق فإنه يصبح أيضا مثيرا للقلق ويتكون السلوك القهري عندما يكتشف الفرد أن سلوكه معين يخفف القلق المرتبط بالفكر الوسواسي،و تخفيف القلق يعزز هذا السلوك القهري و يثبته ويصبح نمطا سلوكيا متعلما.(زهران،2001، 511)

✓ سيغموند فرويد إعتبر أن بعض الحالات الوسواس القهري ترجع الى خبرة جنسية مثالية سلبية تكبت وتظهر فيما بعد معبرا عنها بأفكار تسلطية وسلوك القهري.

✓ وقد أرجع البعض المرض الى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ تسبب دوائر كهربائية تؤدي الى نفس الفكرة أو السلوك تماما كما تشرح الأسطوانة وتكرر نفس النغمة. و هذه البؤرة على اتصال دائم بالدوائر الكهربائية الأخرى في لحاء الدماغ تقاوم هذه البؤرة وتكف من نشاطها.

✓ من حيل الدماغ الرئيسية في عصاب الوسواس القهري. حيلة التكوين العكسي. وحيلة الالغاء أو الابطال.

✓ تحاول حيلة العزل تطويق ومحاصرة الانفعالات والاندفاعات المثيرة للقلق تسعى لعزلها وتحاول كبتها وحفظ الفرد من هذا القلق. واذا نجحت هذه حيلة جزئيا فقط وكان العزل غير كامل ، فإن بواقي هذه الانفعالات وفلول تلك الاندفاعات تتسلل مسببة الفكر الوسواسي والسلوك القهري. (زهرا، 2001، ص 511)

ويتضح من عرض النظريات المفسرة للوسواس القهري ، أنها تختلف من حيث الأسباب المؤدية لاضطراب الوسواس القهري ، تبعاً للإطار النظري لكل منها ، ففي الوقت الذي ترى فيه النظرية التحليلية أن السبب يعود إلى التثبيت في المرحلة الشرجية، يلاحظ أن النظرية السلوكية ترجع السبب إلى المنبه الشرطي في إطار نظرية التعلم ، أما النظرية المعرفية فإنها تعزو أسباب اضطراب الوسواس القهري إلى العوامل المعرفية.

4.5. أنواع الوسواس القهري:

1.4.5 الأفكار الوسواسية : التي تعاود الحدوث للفرد بإصرار وإلحاح، وفي الغالب ماتكون أفكار غير سارة بل أفكار مزعجة .

2.4.5. أفعال قهريّة أوقسرية أو استحوادية: حيث يجد الفرد نفسه عماقا الى تكرار بعض الافعال أو الأعمال النمطية الطقوسية .

3.4.5 خليط من الأفكار الوسواسية مع الأفعال الاستحوادية: كالاقتقاد و بيان الفرد يحصل جرائم المرض ، مع الميل القهري لغسل اليد باستمرار.. فالافكار الوسواسية والأفعال القهريّة تحدث بصورة تكرارية ، ولا يمكن للفرد أن يتحكم فيها شعوريا . يلجأ إليها الفرد لحماية نفسه من الهجمات الحصر . وعندما تعاق يشعر الفرد بحصر شديد وترتبط هذه الأعراض بمشاعر العدوان والدوافع الجنسية أو سلوك إصلاح الذات كالاستقامة والطهارة والشعور

بالواجب والعقاب. ومن السهل تشخيص هذه الأعراض، وهي قريبة من وعي المريض. (العيسوي، 2004، ص93)

يمكن أن يأتي بعدة صور أو أنماط أو أعراض، منها:

- ✓ طقوس التنظيف ومخاوف التلوث .
- ✓ طقوس التدقيق أو المخاوف على السلامة .
- ✓ طقوس التكرار و التصرفات التعدد القهري .
- ✓ طقوس البطن القهري.
- ✓ الوسواس الخرافية والتصرفات القهرية .
- ✓ طقوس الادخار أو التخزين. (الجبوري والجبوري، 2014، ص294).

5.5.5 أعراض و تشخيص الوسواس القهري حسب DSM5 و CIM10 :

1.5.5 أعراض الوسواس القهري :

الأفكار أو التصورات و الأفعال لا تعتبر وساوس مرضية إلا اذ توفرت فيها الشروط التالية:

- تكرر بشكل غير عادي أوغير منطقي ودون هدف أو مبرر له، ويكون ذلك على مستوى الوعي أو الشعور، ويأخذ شكلا نمطيا (Stereotyped) حيث نلاحظ التكرار بنمط معين.
- لا يستطيع الفرد مقاومة ذلك.
- الأفكار والتصورات أو الأفعال تكون خالية المعنى أو القيمة أو الهدف.
- تسبب اضطراب في وظائف الفرد الحياتية والوظائف الشخصية، ويكون هذه الاضطراب على شكل إستجابة تجنبيهية تصنع حدوث مالا تحمد عقباه من وجهة نظر مريض.
- معاناة المريض للقلق والخوف والتوتر.

– يلاحظ جهود المريض على مدى سنوات للتخلص من ذلك بدون فائدة والخوف من تحول الفكرة أو الاندفاع بالسلوك الى حقيقة فيرتكب الفرد جريمة أو حادثا. وأعراض نوبة الوسواس تكون متقطعة تظهر بين الحين والآخر على شكل نوبات، والمدة الفاصلة بينها تكون أقل شدة و أما للمريض. (الزراد، 2005، ص55)

2.5.5. الدلائل التشخيصية لإضطراب الوسواس القهري :

حسب DSM5:

من أجل الوصول الى تشخيص مؤكد يجب أن تتوفر أعراض وسواسية ... أو أفعال قهري... أو كلاهما في أغلب الايام لمدة اسبوعين مستمرين على الأقل وأن تكون مصدرا للإزعاج او لتشويش الانشطة المعتادة وتتميز الأعراض الوسواسية بالمميزات التالية :

- يجب ادراك أنها أفكار المريض أو نزواته الخاصة .
- يجب ان يدرك هناك فكرة أو فعل واحد على الأقل لا يزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح حتى اذا كانت هناك أفكار أو أفعال اخرى توقف المريض عن مقاومتها.
- يجب ألا تكون الفكرة او تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدرا للمتعة (لا يعتبر مجر تخفيف التوتر او القلق متعة بهذا المعنى)

- يجب أن تكون الأفكار أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج .

حسب ICD10 :

من أجل الوصول الى تشخيص مؤكد يجب أن تتوفر أعراض وسواسية أو أفعال قهرية أو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعين مستمرين على الأقل، وأن تكون مصدرا للإزعاج أو لتشويش الأنشطة المعتادة ، وتتميز الاعراض الوسواسية بالمميزات التالية :

- يجب إدراك أنها أفكار المريض أو نزواته الخاصة.

■ يجب أن يكون هناك فكرة أو فعل واحد على الاقل لايزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح، حتى اذا كانت هناك أفكار أو أفعال أخرى توقف المريض عن مقاومتها.

■ يجب أن لا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدرا للمتعة (لا يعتبر مجرد تخفيف التوتر أو القلق متعة بهذا المعنى).

■ يجب أن تكون الأفكار أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج.

يشمل :عصاب قهري: عصاب وسواسي و عصاب وسواسي قهري.

التشخيص التفريقي:

■ بين اضطراب الوسواس القهري وبين الإضطراب الاكتئابي صعبا، وذلك لأن نوعي الأعراض كثيرا ما يجتمعان معا

وفي نوبة حادة من الاضطراب تعطى الاولوية في التشخيص للاضطراب الذي ظهرت أعراضه أولا . أما اذا توفر

الإثنان دون غلبة أي منهما ، فمن المفضل إعتبار الاكتئاب هو التشخيص الاولي.

■ وفي حالة الاضطرابات المزمنة تعطى الأولوية للاضطراب التي تستديم اعراضه في غياب الإضطراب الآخر .ولا

تحول نوبات الملح العا رضة أعراض الرهاب الخفيفة دون إستخدام هذا التشخيص . ولكن ظهور أعراض وسواسية

في وجود الفصام ، أو متلازمة تويت او اضطراب نفسي عضوي يجب أن يعتبر جزءا من هذه الحالات.

■ وبالرغم من أن الأفكار الوسواسية قد تتواجد في نفس الوقت مع الأفعال القهرية إلا أنه من المفيد أن يمكن تحديد

أيهما أكثر وضوحا في بعض المرضى ، ذلك لأنهما قد يستجيبان لعلاجات مختلفة. (عكاشة،1999،154 -

(153)

6.5. علاج اضطراب الوسواس القهري:

1.6.5 العلاج النفسي :للكشف عن الأسباب وإزالتها وتفسير طبيعة الاعراض ومعناها الرمزي والاشعوري، وعلاج

الشرح والتفسير وتنمية البصيرة بالنسبة للعوامل والديناميات والمخاوف وما يصاحبها من حيل ووسائل دفاع لا شعورية

،وعلاج المعونة والمساندة والتشجيع والتطمين والتقليل من الخوف و تجنب مثيرات الوسواس و مواقفها وخبراتها وإعادة الثقة بالنفس،و العلاج بإزاحة (أي إزاحة الفكر الوسواسية و السلوك القهري بأفكار بناءة وسلوك مفيد).

2.6.5.العلاج السلوكي: لإزاحة الأعراض وبصفة خاصة للتخلص من المخاوف المصاحبة وخاصة باستخدام

أسلوبي الكف المتبادل والخبرة المنفرة،والعلاج بالعمل(في حالة الكبار)،والعلاج باللعب(في حالة الصغار).(زهران،2007،ص513)

3.6.5.العلاج الإجتماعي:العلاج البيئي مثل تغيير المسكن أو العمل(نفس المرجع).

4.6.5.العلاج الطبي : تم تطوير العديد من الادوية الحديثة المضادة للإكتئاب،الفعالة لأعراض الوسواس القهري

خلال ثلاثة أشهر من العلاج.وتؤثر هذه الأدوية الحديثة جميعها على سيروتونين الناقل العصبي للدماغ.

وكان الكلوميبرامين(Anafranil)هو الدواء الاول من ذلك القبيل،"مضاد للوسواس القهري"وتوجد أدوية أخرى عديدة فعالة للوسواس القهري تشمل العقاقير التالية:

الفلوكسيتين (Prozac)، و فلوروكسامين (Luvox)، السيرترالين (Zoloft) الباروكسيتين (Paxil)، والسيتالوبرام (celexa) (باير،2010، ص78)

5.6.5.العلاج الديني:ينطلق العلاج الديني الموجه للوسواسي المسلم من الآية الكريمة {وَأِمَّا يَنْزَغَنَّكَ مِنَ الشَّيْطَانِ

نَزْغٌ فَاسْتَعِذْ بِاللَّهِ إِنَّهُ هُوَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ} [فصلت الآية-36]. وعليه فإن توجيه هذا الفرد إلى ذكر الله ، سواء

بالاستماع إليه في مجالس استماع القرآن الكريم ، تلك المجالس التي تتطلب آدابا خاصة كالطهارة : طهارة البدن

والثوب والنفس ، والخشوع والتوجه إلى الله والتفكر في معاني كلامه ، أو تلاوة القرآن الكريم في مجالس التلاوة . كما

أن توجيهه إلى أداء الصلاة بما فيها من تلاوة وخشوع وحركات ، وبما تحمله من توجه مباشر إلى الله سبحانه وتعالى

حيث يدعو الإنسان المضطرب ويطلب منه العون . . . وتوجيهه إلى الصيام والزكاة وغير ذلك من العبادات

الإسلامية يمكن أن يكون عوناً له في التخلص من وساوسه.

إن العلاج الديني لا يقف عند هذا الحد، إنما يتوجه من خلال التربية القرآنية إلى توجيه الوسواسي للتخلص من كثير من السمات والعادات التي يشب عليها كالصلابة وعدم المرونة والمغالاة، مما يساعد أيضا في سرعة الشفاء.

خلاصة الفصل:

ومن هنا نستنتج أن المعاش النفسي هو الواقع النفسي أو مجموعة حالات نفسية تنتاب المصاب أو تعتريه لمدة غير محددة مؤثرة على مختلف علاقاته بذاته وبالآخرين به وهذا الواقع النفسي أو الحالة النفسية تحمل مشاعر و مخلفات نفسية سلبية تتمثل في القلق ، الاكتئاب ، انخفاض تقدير الذات و غيرها

الفصل الثالث: "ممرضي مصلحة الاورام السرطانية"

تمهيد.

I. التمريض:

1. تعريف التمريض.
2. القائمين على الرعاية التمريضية ومهامهم.
3. أهداف التمريض و مجالات التمريض.
4. الوضع القانوني للتمريض.
5. دور الممرض في مكافحة الأمراض المزمنة.

II. السرطان:

1. تعريف السرطان .
2. أنواع السرطان.
3. أسباب السرطان.
4. أعراض السرطان.
5. علاج السرطان.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

إن مهنة التمريض هي إحدى المهن المحورية في النظام الصحي والتي تسير كل التطورات والتغيرات التي تحدث من حولها، وإدراك المجتمعات لهذا التطور عزز من حق المنتفعين بالمطالبة بتوفير رعاية صحية لهم وتقييمها بشكل متميز، بحيث تكون شاملة لكافة الجوانب المتعلقة بصحة الإنسان.

فليس هناك خلاف على أهمية ومكانة مهنة التمريض بمصلحة الاورام السرطانية، فهي من المهن التي تتعامل مع المريض المصاب بالسرطان في أوقات ضعفه والتي يكون فيها في أشد الحاجة إلى من يأخذ بيده ويولي حاجاته البدنية والنفسية والعاطفية، فيفيض عليه من رعايته ليخفف عن آلامه ويخرجه من إحساسه بالضعف ويعيد إليه ثقته بنفسه وبالحيوة.

I. التمريض:

1. تعريف التمريض:

علم وفن ومهارة يتم من خلالها تقديم الخدمات الصحية لمجتمع ما، فهو علم لأنه يعتمد على كثير من العلوم الأساسية كعلوم التشريح ووظائف الأعضاء وهو فن ومهارة لأنه يتطلب دقة في العمل وسرعة في البديهية والأداء مع الإخلاص. (الخطيب، 1408، ص6)

وهو القدرة على العناية بالإنسان الصحيح وتجنبيه الإصابة بالمرض، والعناية به عندما يمرض، وذلك بتحمل احتياجاته الشخصية، أو مساعدته على أن يقوم بنفسه بأداء هذه الاحتياجات. إذ كان قادرا على ذلك. والاشترك معه لتوفير أسباب راحته وطمأنينته، بتقديم قواعد التمريض الفني على أسس علمية، وفقا لمتطلباته.

في نصف الثاني من القرن 20، يتضمن العناية بالفرد، جسمانيا، ونفسيا وروحيا، إجتماعيا، اقتصاديا

للمحافظة على صحته ومساعدته على استعادتها إذا كان مريضا.

يعرف أيضا بأنه علم وفن ومهارة ويعني الشفاء بتقديم الرعاية الكاملة أو بمعنى آخر له جانبان:

✓ الجانب الفني.

✓ الجانب المعنوي (النفسي والاجتماعي). (حسن، 1980، ص7-9)

ويعنى أوضح فهو يعني بإمداد المجتمع بخدمات معينة علاجية في طبيعتها تساعد على بقاء الفرد صحيحا، كما تمنع المضاعفات الناتجة عن الأمراض والإصابات.

تعرفه جمعية التمريض الأمريكية ANA (1980) بأنه هو خدمة مباشرة تهدف الى استيفاء حاجات الفرد والاسرة والمجتمع في الصحة والمرض، وهو مجموعة الاستجابات الإنسانية للمشكلة الصحية الفعلية أو المحتملة.

أما تعريف CNA (1984) للتمريض أو ممارسة التمريض بأنه تحديد ومعالجة الاستجابات البشرية الفعلية أو المشاكل الصحية المحتملة وتشمل ممارسة والإشراف من الوظائف والخدمات التي تقدم بشكل مباشر أو غير مباشر، في التعاون مع عميل أو Porvider الرعاية الصحية بخلاف الممرضات، يكون لهم أهداف تعزيز الصحة، والوقاية من المرض، والتخفيف من المعاناة، واستعادة الصحة والتطور الأمثل للصحة المحتملة وتشمل جميع جوانب، وأضاف CNA وصف ممارسة التمريض بأنها دينامية، ورعاية، مساعدة. العلاقة التي تساعد الممرض العميل على تحقيقها والحفاظة عليها.

✓ التمريض هو رعاية

✓ التمريض هو فن .

✓ التمريض هو علم .

✓ التمريض محوره العميل.

✓ التمريض كلي.

✓ يهتم التمريض بالنهوض بالصحة والصيانة الصحية .

✓ التمريض مهنة مساعدة.

✓ وصف الرعاية بأنها جوهر التمريض وهو مفهوم معقد له جوانب متعددة عاطفي معرفي ، أخلاقي.(الزامل

، 2005، ص ص 14-15)

2. تعريف بالقائمين بالرعاية التمريضية (المرضى) و مهامهم:

1.2. تعريف الممرض:

هناك العديد من التعاريف التي عرفت الممرض وهي كالآتي:

ذلك الشخص الذي يقوم بتقديم الخدمات التمريضية سواء أكان هذا الشخص قد أكمل دراسة التمريض في كلية متوسطة أو جامعة أو تدرّب على تقديم الخدمات التمريضية أثناء عمله في أحد المستشفيات أو المراكز، الصحية، وبإاءة عليه فإن الممرض هو ذلك الشخص الذي يسمح له بتقديم خدمات تمريضية تهدف إلى إقامة الصحة و العناية بالمريض.(جعير ،د/س، ص138)

إن الممرض يتعامل مع إنسان في حاجة إلى رعاية صحية و نفسية للمحافظة على حياته ،و الحفاظ على حياة النفس البشرية من أرقى صور الإنسانية.

إن ممارسي مهنة التمريض يقومون بأنبال الأعمال الإنسانية و لذا فإن عليهم القيام بخدمة المريض بطريقة جيدة نظرا لما قد يصيبه من حالات ومؤثرات نفسية نتيجة للمرض ،فيكون أكثر حساسية منه في حالته السليمة ،وعليهم أن يكونوا صبورين وبشوشين في خدمة المريض وأن يتعلموا طرق كسب تعاونه في تنفيذ العلاج ،ويتأتى ذلك من خلال دراسة النواحي المختلفة للمريض سواء الثقافية أو النفسية أو الدينية أو الاجتماعية.(بوطبال و قريوع، 2017، ص33)

2.2. مهام الممرض:

هناك العديد من المهام المنوطة بالممرضين منها مايلي:

1.2.2. التمريض: القيام بأعمال وفعاليات وواجبات الممرض من تطبيق علمي وعملي لتوصيات وتعليمات الأطباء بالإضافة إلى تقديم المساعدة الخاصة بالمريض وتقديم الطعام والشراب والأدوية في موعدها وقياس القبض والحرارة باستمرار بالإضافة إلى توفير الجو النفسي المريح للمريض.

2.2.2. الوظائف الإدارية والتعليمية: وهي وظائف يشغلها الممرضون مثل مدرسي التمريض في الكليات والمدارس الطبية ومديرة التمريض أو جناح.

3.2.2. التثقيف الصحي: القيام بأعمال التثقيف الصحي بالمحاضرات و الندوات والنشرات إلى جانب رعاية الأمومة والطفولة عن طريق تثقيف الأمهات حول عمليات الحمل والولادة.

4.2.2. الحملات العامة: مثل حملات التطعيم ضد الأمراض السارية والوبائية وتطعيم الأمهات والأطفال ضد الأمراض الخاصة.

5.2.2. الصحة المدرسية وخدماتها: القيام بالفحوصات بمساعدة الأطباء الدورية لطلبة المدارس السنوية للطلبة لطلبة وحملات التطعيم الخاصة بالأعمار التي على مقاعد الدراسة. (قدري، سوسن، ماري، 2008، ص 157)

3. أهداف و مجالات التمريض:

1.3. أهداف التمريض:

1.1.3 تعزيز الصحة: **Promoting Healthing and Welling** حالة من الرفاه والعافية وهذا

يعني الانخراط في المواقف والسلوك الذي يعزز نوعية الحياة وتنظيم الإمكانيات الشخصية، قد يشمل ذلك أنشطة فردية ومجتمعية لتعزيز نمط الحياة الصحي، مثل تحسين التغذية واللياقة البدنية، ومنع إساءة استخدام المخدرات والكحول، وتقييد التدخين، ومنع الحوادث والإصابات في المنزل ومكان العمل.

2.1.3.3. Preventing Inllness: منع المرض للحفاظ على الصحة المثلى عن طريق منع المرض

وتشمل أنشطة التمريض التي تمنع المرض التطعيمات، رعاية ما قبل الولادة و الرضع، و الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا.

3.1.3.3. Restoring health: استعادة الصحة جميعها تركز على العميل المريض و تمتد من الاكتشاف

المبكر للمرض من خلال مساعدة العميل خلال فترة الشفاء.

تشمل أنشطة التمريض ما يلي:

- ✓ توفير رعاية مباشرة للشخص المريض.
- ✓ إجراء إجراءات التشخيص و التقييم.
- ✓ التشاور مع المختصين في الرعاية الصحية الأخرى حول مشاكل العميل.
- ✓ تعليم العملاء عن أنشطة الاسترداد.
- ✓ إعادة تأهيل العملاء إلى المستوى الوظيفي الأمثل.

4.1.3.3. Carz of dying: العناية بالمريض Carz of dying: إنه ينطوى على إرضاء و رعاية الأشخاص من جميع الأعمار

الذين يموتون. الرعاية التمريضية من هذه الأنشطة تعمل في المنازل والمستشفيات و مرافق الرعاية الممتدة بعض الوكالات.

2.3.3. مجالات التمريض:

من المعلوم أن مهنة التمريض منذ نشأتها اهتمت برعاية المرض من الناحية الصحية الجسدية والنفسية، لكن مع تقدم العلم وتطوره توسعت مجالات التمريض وتنوعت المهام التي تقوم بها الممرضة في خدمة الإنسانية وكان لابد من التخصص فكان في نواحي معينة من العمل التمريضي:

- الممرضة العلاجية: هي تلك التي تعمل في المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات وتلازم الأطباء أثناء علاجهم للمرض وهناك بعض منهن يتخصصن بالأقسام الجراحية وبعضهن يتخصصن في العناية المكثفة، وأخرى

يلتحقن بمستشفيات مختصة بنوع واحد من الأمراض مثل: الأمراض الانتقالية، والأمراض العصبية ومستشفيات التوليد والأمراض النسائية، ومستشفيات الأطفال ومستشفيات العيون.

• **ممرضات العمل في المجتمع:** وهذه الفئة تعمل على الإرشاد الصحي للأفراد ورفع مستوى المعيشة في المجتمع ومن أولئك: ممرضة الصحة العامة، الزائرة المنزلية ممرضة المجتمع الصناعي، ممرضة المدرسة، وممرضة العجزة والعناية المسنين (ونجد أن هذا الاختصاص يتطلب تدريباً خاصاً)، كما أن للممرضة هنا بهذا المجال مكانة مرموقة في المجتمع، فهي تشكل الصلة بين عامة الناس وبين باقي العاملين في الحقل الصحي من أطباء ومساعدين وفنيين ويتوقف الكثير على حسن تصرفها ولباقتها في تأدية واجباتها المهنية.

• **ممرضات الحالات الطارئة و الممرضات في جمعيات الهلال الأحمر .**

• **الممرضات المعلمات (اللواتي تخصصن في التعليم بالمعاهد و الكليات).**

• **ممرضات الأسنان.**

وقد تطورت مهنة التمريض لتشمل اختصاصات فرعية مهمة، فهناك ممرضو التخدير في غرف العمليات و الممرضون من القابلين القانونيين في أقسام التوليد، وممرضو الإنعاش لمرضى القلب و الجراحة ، و كذلك الممرضون المختصون في مجال أمراض معينة، مثل الأمراض الحبيثة والأمراض النفسية و أقسام الخداج و حديثي الولادة.(بريك وداود، 2008، ص142)

4. الوضع القانوني للتمريض حسب الجريدة الرسمية:

حسب المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المؤرخ في 20 مارس 2011 المتضمن القانوني الأساسي يخضع الممارسون الشبه الطبيون (الممرضون) كغيرهم من مستخدمي الصحة العمومية للقواعد الواردة في النظام الداخلي الخاص بالمؤسسة الاستشفائية التي يعملون بها فضلاً عن الحقوق والواجبات التي يتمتعون بها في إطار التشريع والتنظيم المعمول بها.

1.4. الحقوق: للمرضى والمرضات حقوق مهنية وانسانية وكذلك حقوق وظيفية من أجل توفير المرض المناسب

لتقديم الرعاية التمريضية الصحيحة للمرضى والمستفيدين والمجتمع وتشمل هذه الحقوق ما يلي:

- ✓ الحق في الراتب بعد أداء الخدمة.
- ✓ الحق في الحماية الاجتماعية.
- ✓ حق الاستفادة من الخدمات الاجتماعية.
- ✓ حق الراحة والعطل القانونية كالاتفاضة من غيابات خاصة مدفوعة الأجر في إطار المشاركة في التظاهرات العلمية.
- ✓ الحق في التكوين تحسين المستوى.
- ✓ الحق في الترقية الصنفية. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 12، المؤرخة بتاريخ 20 مارس 2011، ص 13).
- ✓ وجود تشريعات العمل الواضحة والتي تساعد الممرض لمعرفة مسؤولياته وواجباته الوظيفية والمهنية.
- ✓ معرفة حقوقه وواجباته وسياسات و أنظمة المؤسسة التي يعمل لديها.
- ✓ أن تكون بيئة العمل آمنة وتتوافر فيها سبل الحماية الصحية.
- ✓ توافر المراجع الإدارية والفنية التمريضية الواضحة والميسرة.
- ✓ توفير الاستقلالية الإدارية للممرضين المرتبطة بالمرجع الإداري الأعلى في المؤسسة أو المستشفى أو القطاع.
- ✓ حق الممرض في أن يكون قد تلقى التعليم التمريضي في الجامعات أو الكليات المؤهلة للتعليم بأعلى جودة علمية.
- ✓ حق الممرض في متابعة التحصيل العلمي الأكاديمي.
- ✓ إتاحة الفرصة له للمشاركة في العمل النقابي المهني وتعزيز تواصله مع النقابة والتزامه بأنظمتها وقراءتها وما يصدر عنها.

- ✓ حق الممرض فى احترام كرامته.
- ✓ حق الممرض فى توفير الظروف الاجتماعية والاقتصادية الجيدة فى حياته الخاصة والمشجعة للعمل والتي تلبي احتياجاته بمستوى كريم.
- ✓ توفير فرص التعليم المستمر والتشجيع عليها وتمكين الممرض من المشاركة فيها.
- ✓ توفير سبل العمل المناسبة للممرض إنسانيا ووظيفيا.
- ✓ الحفاظ على قيم الممرض ومعتقداته واحترامها.
- ✓ توفير الأمن الوظيفي وخلق حالة الاستقرار للممرض فى وظيفته.
- ✓ الحفاظ على خصوصيات الممرض الشخصية والوظيفية وعدم المساس أو التدخل فيها إلا بمحدود ما يتعلق بالعمل.
- ✓ توفير سبل الراحة وعدم إجهاد الممرض بما يجعله غير قادر على توفير الرعاية التمريضية المناسبة للمرضى.
- ✓ عدم طلب مهام لا تتعلق بـجب ارت الممرض أو واجباته المهنية وذلك حفاظا على نوعية الرعاية المقدمة للمريض.
- ✓ الاهتمام برضا الممرض عن ظروف عمله وحقوقه وقياس مدى رضاه بشكل دوري والعمل على تحقيق أعلى درجات الرضا لديه.
- ✓ حق الممرض فى إبداء الرأي وتقديم الاقتراحات لغايات تحسين وتطوير نوعية العمل.
- ✓ حق الممرض فى تولي المهام الإدارية.
- ✓ توافر الحوافز المادية والمعنوية للممرض.
- ✓ وجود فرص التطوير والتدريب بشكل عادل بين الممرضين وبين الممرضين وزملائهم من باقي المهن.
- ✓ توفير الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية للممرض بما يضمن سلامته وسلامة أفراد أسرته الصحية. حق الممرض فى توافر الأجهزة والمعدات والوسائل اللازمة لأداء عمله.

✓ تعزيز دوره في الرعاية الشاملة وتعزيز روح العمل الجماعي مع باقي أعضاء الفريق الطبي من زملائه. (محمود،

1976 ، ص 23-24)

2.4. الواجبات:

✓ الممرضون المؤهلون : يكلف الممرضون المؤهلون بتنفيذ الوصفات الطبية والعلاجات الأساسية ويسهرون على حفظ الصحة وسلامة العتاد وترتيبه.

✓ الممرضون الحاصلون على شهادة الدولة : زيادة على المهام المسندة إلى الممرضين المؤهلين ، يكلف الممرضون الحاصلون على شهادة دولة بتنفيذ الوصفات الطبية والعلاجات المتعددة، وبهذه الصفة يكلفون بما يلي:

● المشاركة في المراقبة العيادية للمرضى وطرق المداومة المطبقة.

● تشجيع بقاء المرضى في إطار حياتهم العادية وإدماجهم وإعادة إدماجهم فيها.

● المشاركة في نشاطات الوقاية في مجال الصحة الفردية والجماعية.

← ممرضو الصحة العمومية : يكلف ممرضون الصحة العمومية بما يلي:

● المساهمة في حماية الصحة الجسمية والعقلية للأشخاص واسترجاعها وترقيتها.

● إنجاز علاجات التمريض المرتبطة بمهامهم على أساس وصفة طبية أو بحضور طبيب وبناءا على بروتوكولات استعجاليه مكتوبة في الحالات الاستعجالية القصوى.

● مراقبة تطور الحالة الصحية للمرضى وتقييمها ومتابعتها.

● القيام بالعلاج وتخطيط النشاطات المرتبطة به ومسك وتحسين الملف العلاجي للمريض.

● استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا.

● الممرضون المتخصصون للصحة العمومية : زيادة للمهام المسندة للممرضين في الصحة العمومية، يكلف

الممرضون المتخصصون للصحة العمومية حسب تخصصاتهم بما يلي:

— تنفيذ الوصفات الطبية التي تتطلب تأهيلا عاليا، لاسيما العلاج المعقد والمتخصص.

- المشاركة في تكوين الشبه الطبيين.
- الممرضون الممتازون للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للمرضين المتخصصين للصحة العمومية يكلفون بما يلي:
- إعداد مشروع المصلحة وإنجازه بالاتصال مع الفريق الطبي.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- ضمان متابعة نشاطات العلاج وتقييمها.
- مراقبة نوعية وسلامة العلاجات والنشاطات الشبه الطبية.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج والنشاطات شبه الطبية.
- استقبال المستخدمين والطلبة المتربصين المعنيين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم. (المادة 39 من الجريدة الرسمية لمهنة التمريض، 2011، ص ص. 13-14)

5. دور الممرض في مكافحة الأمراض المزمنة:

لكي يستطيع الممرض تقييم موقف الأمراض غير السارية، وخاصة الأمراض المزمنة في المجتمع، لا بد من جمع البيانات الآتية:

← التقييم:

- ✓ طبيعة المرض المنشر-أسبابه وأعراضه وعلامته وطرق تشخيصه وعلاجه.
- ✓ معدل الإصابة والوفاة من هذه الأمراض.
- ✓ العوامل التي تؤثر على توزيع المرض بين السكان، مثل السن، والنوع والوظيفة واتجاه الأفراد ووعيهم الصحي نحو الأمراض المزمنة.
- ✓ مدى توفر الخدمات الصحية اللازمة لمكافحة وعلاج الأمراض المزمنة.

✓ تقييم حالة المنزل لتحديد إمكانية تقديم الرعاية للمستفيد في المنزل أم لا.

✓ تقييم مدى كفاءة وقدرة أسرة المريض على تقديم الرعاية المطلوبة.

← التخطيط:

✓ بناء على المعلومات والبيانات التي جمعها الممرض، فإنه من الممكن:

✓ تحديد حجم المشكلة أو المشاكل الخاصة بالمستفيدين.

✓ تحديد احتياجات المستفيدين والمجتمع ككل وترتيبهم حسب الأهمية.

✓ وضع أهداف واقعية يمكن تحقيقها لحل المشكلة وتلبية احتياجات المريض والمجتمع ككل، ويتم تحديد هذه

الأهداف بالاشتراك مع المسؤولين في نفس المجال.

✓ التنسيق بين خطة العناية التمريضية والخدمات و الخدمات الأخرى التي يجب أن تقدم للمستفيد مثل العلاج

الطبي أو العلاج الطبيعي والتأهيلي.

← التنفيذ:

✓ يساعد الممرض في الاكتشاف والتشخيص الدقيق للأمراض المزمنة وذلك بالملاحظة والتأكيد على أهمية

الكشف الطبي الدوري ورفع الوعي الصحي للمجتمع بأعراض وعلامات الأمراض المزمنة وأهمية الاكتشاف

المبكر والعلاج.

✓ تحويل المستفيد إلى المراكز الصحية المختصة لتشخيص حالته وتقرير العلاج المناسب له.

✓ تقديم العناية التمريضية والتثقيف الصحي للمستفيد وأسرته في العيادات والمراكز الصحية والتأهيلية المختصة.

✓ تقديم العناية التمريضية المنزلية وتشمل:

● زيارة المستفيد بانتظام والتأكد من أنه وأسرته قادرين على تنفيذ ما نصح به الطبيب أو الممرض، ومن أن

المريض يتناول الدواء الموصوف له بانتظام.

- تعليم أفراد أسرة المستفيد كيفية العناية به وأهمية إتباع القواعد الصحية، وأهمية الراحة والترفيه، وكيفية توفير بيئة صحية بالمنزل، وعدم مخالطته بأمراض معدية، والمعاملة الحسنة وتوفير الهدوء النفسي... إلخ
- تشجيع المستفيد وحثه على الاستقلالية والاعتماد على النفس في القيام بالأنشطة اليومية مثل الأكل والنظافة والحركة، وذلك في حدود إمكانيته، كذلك المشاركة في حياة العادية والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية.
- تعليم أسرة المستفيد كيفية ملاحظته والتبليغ إذا طرأ أي تغيير على حالته، وتقديم المساندة والدعم المعنوي للأسرة والمستفيد لحمايتهم عاطفياً ونفسياً من التفكير في المرض ونتائجه ومساعدتهم على التكيف تبعاً للمريض وأن يجيوا حياة مثمرة.
- يجب على الممرض حث المريض على أهمية الكشف الدوري للوقوف على تقدم حالته الصحية.
- على الممرض متابعة الحالات للوقوف على درجة تكيف المرض وحالتهم المرضية. وأن يكون على معرفة بالإمكانيات المتاحة بالمجتمع لتأهيل المعوقين ليستطيع أن يحولهم إليها.

← التقييم:

- ✓ تهدف عملية التقييم إلى العناية التمريضية المقدمة للمريض وذلك بقياس النجاح الذي حققته الخدمات التمريضية في تلبية احتياجات المريض وتقديم حالته الصحية والنفسية وبذلك يكون الممرض قد أنجز الأهداف المرجوة. (نخبة، 2006، ص 377-378)

II. ماهية السرطان:

1. تعريف السرطان:

هناك العديد من التعريف للسرطان وهي كالآتي:

اشتق اللفظ الانجليزي للسرطان من الكلمة اليونانية "كارسينوما" أي "السلطعون البحري"، وهو حيوان يتسم بضخامة في وسط حجمه، وامتداد محالبه، وهو أول شكل ملاحظ لذلك المرض، ولم يستطع الأطباء وضع تعريف

محدد لمرض الأورام السرطانية حتى العشرينيات من القرن العشرين، ولكن مع تقدم العلم أمكن لبعض الباحثين وضع تعريفات لهذا المرض.

فقدم "أيونج" Ewing تعريف بسيطاً لمصطلح السرطان بأنه النماء ذاتي نسبي للنسيج ويقتصر الأطباء على استخدام مصطلح النماء على الأورام السرطانية الخبيثة.

ويرى "جبرائيل" (1983) أن مرض الأورام السرطانية اسم يطلق على كل الأورام التي لها ميل غلى الاستمرار أو إلى النمو، والتي تَهلك الأنسجة السليمة ولها صفة المعادة بعد فترة تطويل قليلاً أو كثيراً. (شويخ، 2007، ص 31-32)

فالسرطان وفقاً للمراجع الطبية: استخدم في المجال الطبي مصطلح السرطان بداية لوصف الأعراض الأربعة :
التورم، الحرارة والالم، والاحمرار وإعتمد في الأصل لتسمية الأورام السرطانية الرئوية ثم عمم بعد ذلك ليشمل كل أشكال الأورام الخبيثة. (mie , 1997 , p29).

لا يعد مرضاً واحداً بل هو مجموعة من الأمراض تحدث من خلال تغيير في الخلايا الجسمية، وتسبب نمواً غير منتظم، وتكون معظم الخلايا السرطانية من كتلة أو كومة، وبالتالي يعرف مرض الأورام السرطانية بأنه ورم ناتج عن تحول أو تغيير يصيب الخلايا البشرية، والورم هو كتلة من الأنسجة الناتجة عن نمو خبيث غير طبيعي.
(Lynda, 1995 , p338)

و يعرف أيضاً على أنه: مجموعة من أمراض الأورام الخلووية تتميز بالنمو غير المنتظم للخلايا وغزوها للأنسجة المجاورة، وعادة ما تكون قادرة على الانتشار إلى مناطق أخرى أو أعضاء أخرى من الجسم بواسطة عملية
التفشي. (جابر وكفافي، 1993، ص 513)

وهو عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن المائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة. وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA)، التي تمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا و تكاثرها. فخلايا جسم الانسان تتكاثر بشكل منتظم و بطيء، لكن في حالة السرطان يحدث خلل في المادة

الوراثية الجينية (DNA)، مما يؤدي الى تسارع زائد في نموها و انتشارها، ومن المعروف أن الخلايا السرطانية، بعكس خلايا الجسم الاخرى، لا تفيد الجسم، وإنما تستنزف طاقاته وإمكاناته. (تايلور، 2008، ص 660)

تعرفه الموسوعة العربية الميسرة (1986) السرطان بأنه ورم خبيث ناتج عن تحول أو تغير خبيث يصيب الخلايا البشرية ، ولا يعرف على وجه التحديد سبب هذا التغير في نمو الخلايا وتكاثرها، والذي يحدث في هذا المرض هو أن الخلايا البشرية يصيبها تغير مرضي يجعلها تنمو وتكاثر بسرعة وبطريقة غير منظمة وتغزو الأنسجة المجاورة لها أو المحيطة بها ثم تنتشر عن طريق الأوعية الليمفاوية والأوعية الدموية إلى الغدد الليمفاوية وأعضاء متعددة من الجسم. (البكوش، 2014، ص 137)

و في تعريف آخر: السرطان هو اسم شامل لمجموعة من الأمراض تتميز بوجود ورم خارج عن السيطرة في الخلايا، وهي بنيات صغيرة تتركب منها الأعضاء والأنسجة في الجسم. وتعمل هذه الخلايا بشكل مختلف، لكنها تتجدد بطريقة متشابهة، عن طريق الانقسام، من أجل معالجة الأنسجة المتضررة أو بناءها. عادة ما يكون انقسام الخلايا العادية منتظمًا و مضبوطًا. مقابل ذلك، العملية في الخلايا السرطانية تخرج عن السيطرة، وهي تواصل الانقسام والتكاثر من دون توقف. وتشير الأبحاث العلمية المتقدمة اليوم إلى علاقة بين مرض السرطان وبين المادة الجينية المنتقلة بالوراثة. وتُنسب هذه العملية لمجموعتين من الجينات: الجينات المثبطة للسرطان، وهي جينات تقينا من السرطان، والجينات المكوّنة للسرطان الموجودة عادة في حالة "سبات". "عندما" تستيقظ "الجينات المكوّنة للسرطان في الخلية، نتيجة للتدخين، التعرض غير المراقب للشمس وما شابه ذلك، فإنها تحوّل الخلية الطبيعية إلى خلية سرطانية. (حوري، 2010، ص 7)

و يعرف أيضا: على الرغم الاعتقاد غالبا بأن السرطان هو مرض واحد، فإن الكلمة تشير إلى مجموعة من الأمراض التي تبدأ في الخلايا الوحدات الأساسية للحياة في الجسم. (هارتمان ولوبرينزي، 2005، ص 18)

يتضح من مجموع التعاريف السابقة أن السرطان هو مجموعة من الأمراض المزمنة التي تصيب خلايا الجسم

السليمة لتصبح خلايا سرطانية.

2. أنواع السرطان:

توجد أنواع مختلفة للسرطانات التي وجب على الباحثة التطرق إليها بدءا بالتسميات التي تطلق على أي نمو غير طبيعي فيما يلي:

1.2.. الورم Tumor: هو أي نمو أو تضخم غير طبيعي، أو ظهور كتلة غريبة في الجسم، ويعتبر الورم مرادف لكلمة تنشؤ Neoplasme ولكن يقصد بالورم التنشؤ الصلب، وتوجد تنشؤات غير صلبة مثل الليوكيميا لا تنتج أوراما.

2.2. التنشؤ Neoplasme: هي كلمة انجليزية، تعتبر أكثر دقة من كلمة ورم، وتعني تكاثر الخلايا ذات الطفرات الجينية والخلايا المنشئة نوعان:

1.2.2 تنشؤ ورم حميد Begnin: وهو تنشؤ يتصف بأن نموه وتكاثره محدود وغير غازي ولا يتميز بالانتشار، يمكن استئصاله دون أن يعود للنمو ثانية في أغلب الأحوال والأهم من ذلك أنه نادرا ما يعد مهددا للحياة.

2.2.2 تنشؤ ورم خبيث Malignant: هو ما يقصد بالسرطان وهو النوع الخطر، الذي يتميز إضافة إلى البنية والنمو الشاذين بالمقدرة على غزو الأنسجة أو الأعضاء الحيوية سواء المجاورة لموضع نشوئه أو البعيدة والتأثير عليها وأحيانا تدميرها وذلك لمقدرة خلايا على اختراق الأنسجة والانتشار والانتقال من مواضع نشوئها إلى مواضع أخرى بالجسم وفي الأغلب يتم انتقالها إلى المواضع البعيدة عبر الدورة الدموية والجهاز اللمفاوي. (مرازة، 2009، ص 86)

• الجدول (02): يوضح الفرق بين الأورام الحميدة والخبيثة.

الأورام الحميدة	الأورام الخبيثة	توضع الورم
يدفع بالنسيج الطبيعي جانبا	يغزو النسيج الطبيعي المحيط به لا يكون محاطا بمحفظه واضح	
يكون محاطا بمحفظه واضح الحدود.	محاطا بمحفظه و تكون حدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي.	

مدى انتشاره	يقتصر على الكتلة الورمية و نموها.	قد يؤدي الى حدوث التوضعات في العقد اللمفية القريبة و البعيدة كما يصيب الورم أعضاء أخرى.
سرعة النمو	بطيئة.	قد تكون سريعة أو بطيئة.
النتيجة	عادة حميدة.	قد تكون مميتة إذا لم يعالج الورم.
العلاج	الجراحة الشافية.	قد لا تكون الجراحة وحدها شافية وتحتاج الى علاج كيميائي أو شعاعي داعم.

ويوجد حوالي مائة نوع من السرطان السرطان التي انشأ من أنواع مختلفة من الخلايا السليمة، وكما ذكرنا من قبل. فإن المصطلحات المستعملة في تقسيم وتسمية السرطان مصطلحات معقدة، بحيث تنتمي معظم أنواع السرطان إلى ثلاثة مجموعات رئيسية:

✓ **كارسينوما:** تمثل حوالي 90% من حالات السرطان وتنشأ خلاياها الأصلية من خلايا الجلد أو الخلايا المبطنة لبعض الأعضاء الداخلية مثل الرئة، المعدة، الأمعاء الدقيقة، أو من خلايا بعض الغدد مثل الثدي والبروستاتا.

✓ **السااركوما:** وهي نادرة في الإنسان، تنشأ خلاياها الأصلية من بعض الأنسجة المتشابكة أو المترابطة مثل أنسجة العضلات والعظام.

✓ **الليوكيميا:** تنشأ خلاياها الأصلية من خلايا الدم والخلايا التي تكون جهاز المناعة على التوالي.

وكل هذه الأنواع في المجموعات الثلاثة الرئيسية تنقسم بدورها إلى أنواع فرعية حسب موقع ظهورها بالجسم مثل:

— كارسينوما الرئة، كارسينوما الثدي... إلخ.

— بالرغم من وجود أنواع كثيرة من السرطان. فإن عددا قليلا فقط يتكون في جسم المصابين، وفي الواقع فإن 80

من الحالات تظهر فقط في 11 عضوا من أعضاء الجسم مثل: الجلد، الرئة، القولون، البنكرياس. (كوبر وشبلي

3. أسباب السرطان:

سواء كان هناك خلل جيني أم لم يكن، فهناك مسببات معروفة للسرطان وتنقسم إلى أربعة أقسام:

1.3. الاستعداد العائلي: وخاصة في حالة سرطان الثدي والمعدة والقولون.

2.3. جسيمات مسرطنة: الأشعة البنفسجية وبعض المعادن ذات الألياف، تقوم النظائر المشعة بعمل ثقوب

للحامض النووي عند تعريضه لها مما يتسبب في الخلل في تنظيم الجينات، تأتي النظائر من الأشعة السينية، الأشعة الكونية التي تصل إلى الأرض ومن غاز الرادون (موجود بشكل طبيعي في الأرض بنسب متفاوتة). وذلك عن طرق غير مباشر، أما الأشعة فوق البنفسجية والتي تأتي من الشمس فتسبب في ترابط بعض البروتينات في الحامض النووي في الوقت الذي لا يجب أن تكون كذلك مما يتسبب في خلل في الحامض النووي، بعض المعادن ذات الألياف مثل (الاسبستون) تسبب في تدمير مباشر للحامض النووي بسبب كبر حجمها.

3.3. مسرطنات بيولوجية: مثل الفيروسات أو البكتيريا حيث تسبب في خلل في حتى تتحول إلى خلية سرطانية

، من الأمثلة على الفيروسات (هيومان يابيلوما) حيث يتسبب في سرطان عنق الرحم، وفيروس الكبد الوبائي (هيباتينز ب) والذي يتسبب في سرطان الكبد والبكتريا مثل (هيليكوباكتريلياوروري) و الذي يتسبب في سرطان المعدة.

4.3. مواد كيميائية مسرطنة: مثل (ألتروبيرون) الموجود في سجائر الدخان و(الفنيل كلوريد) المستخدم في

الصناعات البلاستيكية حيث ترتبط جزئياً مع الحامض النووي متسببة في الخلل. (الشرفاء، 2011، ص 19)

4. أعراض السرطان:

يسبب السرطان عدة أعراض مختلفة تختلف حسب نوعية وحسب سن وجنس الفرد المصاب:

- تورم أو تكثر في الثدي أو غيره من أجزاء الجسد.
- ظهور شامة (Mole) جديدة بالجسم أو تغير يطرأ على شامة موجودة بالفعل.
- قرحة لا تلتئم.

- خشونة في الصوت أو سعال لا ينتهي.
- تغيرات في عادات المثانة أو الأمعاء.
- شعور مزمن بعدم الارتياح بعد تناول الطعام.
- زيادة الوزن أو فقدانه دون سبب.
- الشعور بالضعف أو التعب الشديد.

في الكثير من الأحيان لا ترجع تلك الأعراض للإصابة بالسرطان وقد تنتج أيضا على وجود أورام حميدة أو غيرها من المشكلات، وعادة لا يسبب السرطان ألما في بدايته. (العقيل، 2013، ص ص 18-29)

5. علاج السرطان:

في الواقع هناك عدة أساليب لعلاج السرطان ويعتمد الاختيار بينها على حجم الورم ودرجته ومدى انتشاره في المنطقة المصابة وتشمل وسائل علاج سرطان الثدي ما يلي:

1.5. التدخل الجراحي: يعتمد أساسا على حجم الورم ومدى انتشاره، وسواء في المنطقة المحيطة بالعضو أو في أجزاء أخرى من الجسم. وفي هذه الحالة يتم استئصال الورم فقط إذا كان محدودا أو يستأصل الثدي ككل في حالة ما كان الورم منتشرا بشكل كثيف في جميع أنسجة العضو.

تحتل المرتبة الأولى في علاج السرطانات، فهي تسمح عندما يكون التشخيص مبكرا بنزع الورم وفروعه أو التقليل قدر الإمكان من حجم الورم و نزع أكبر عدد ممكن من الخلايا السرطانية وقد تتعدى إلى بثر العضو كليا إذا تطلب الأمر ذلك و هذه الطريقة تسمح بالشفاء الكامل من المرض. (حميدة، 2015، ص 98)

1.1.5. أنواع الجراحة :

1.1.1.5. الجراحة التشخيصية Diagnostic surgery:

يتم إجرائها لغرض استخلاص عينات من الأنسجة المشتبه فيها لتشخيصها، لتحديد نوع الورم و خواصه.

2.1.1.5 الجراحة التصنيفية Surgery stagin:

هي جراحة تشخيصية تساعد في تصنيف الاورام و تحديد مراحلها بتحديد حجم الورم و امتداده و رقعة انتشاره.

3.1.1.5 الجراحة العلاجية Surgery curative:

أي الجراحة بغرض تحقيق الشفاء، والتي تستهدف استئصال كامل للنسيج الورمي. (مزلق، 2013، 229)

2.5. العلاج الكيميائي: هو علاج يستهدف الخلايا السرطانية لقتلها، ويعطى بشكل دوري من خلال الحقن

الوريدي ويمكن أن يلي هذا العلاج إجراء الجراحة بحيث يتم القضاء على الخلايا السرطانية التي قد تكون متبقية بعد استئصال الورم من المنطقة المصابة.

3.5. العلاج الهرموني: يستهدف العلاج الهرموني في عرقلة الخلايا السرطانية عن استقبال الهرمونات الهامة لنموها مثل

الاستروجين. ويتم هذا العلاج من خلال إخضاع المريضة لبعض العقاقير التي تغير من وظيفة الهرمونات أو عن طريق استئصال الأعضاء المنتجة لهذه الهرمونات مثل المبايض. (ثابت، 2017، ص 14)

4.5. العلاج المناعي: استخدام الآليات الطبيعية الموجودة في الجسم حيث توجه هذه الآليات لمحاربة وقتل الخلايا

السرطانية، وقد يستخدم بعض المواد المعملية لحفز جهاز المناعة لاستخدام آلياته ضد المرض، ويسمى بالعلاج الحيوي (البيولوجي) بالرغم من محاولة استخدام المناعة الجسمية، هناك بعض الأعراض الجانبية المشابهة لأعراض الأنفلونزا، الشعور بالحرقان في الجزء المتضرر أو بارتفاع الحرارة لا تستجيب إلى مخفضات الحرارة.

5.5. العلاج الإشعاعي: يستخدم العلاج الإشعاعي طاقة الإشعاع المكثفة لقتل أو لتقلص الخلايا السرطانية. ويأتي

الإشعاع خارجيا باستخدام مواد مشعة خارج الجسم ويستمر العلاج لفترة تمتد من ثلاثة إلى 9 أشهر. أما عن آثاره الجانبية تتمثل في: التهاب الجلد والتعب والتهاب المسالك البولية والغثيان والإسهال.

يعتبر العلاج الإشعاعي علاج موضوعي يستخدم لتدمير ما يمكن أن يكون قد تبقى من الخلايا السرطانية بعد

الجراحة. (البخار، 1435، ص 24)

خلاصة الفصل:

تضمن هذا الفصل مفاهيم عامة حول التمريض الذي يعتبر من أصعب المهن خاصة في مصلحة الاورام السرطانية ، من خلال التطرق إلى مفهوم التمريض ، و تعريف بالقائمين على الرعاية التمريضية و مهامهم ،وأهداف ومجالات التمريض، ودور الممرض في مكافحة الامراض الخطيرة و الوضع القانوني.بالإضافة تم التطرق أيضا الى مفاهيم عامة حول مرض السرطان الذي مازال يثير الخوف في نفوس الأفراد، من خلال التطرق إلى مفهوم وتصنيف السرطان وأنواعه، وأسباب السرطان بالإضافة إلى أعراضه، وطرق علاجه.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

لدراسة التطبيقية

تمهيد.

I. الدراسة الاستطلاعية:

1. مكان الدراسة.
2. مدة الدراسة الاستطلاعية.
3. مواصفات الحالات المدروسة.
4. التقنيات المستعملة.
5. نتائج الدراسة الاستطلاعية.

II. الدراسة الأساسية:

1. مكان الدراسة.
2. مدة الدراسة.
3. مواصفات الحالات المدروسة.
4. المنهج المتبع.
5. التقنيات المستعملة.
6. صعوبات الدراسة.

خلاصة الفصل.

تمهيد :

بعد التطرق إلى الجانب النظري الذي يعتبر أساس أي دراسة علمية، سوف يتم التحدث في هذا الفصل عن الاجراءات المنهجية المتخذة لمعالجة موضوع الدراسة ميدانيا، وذلك انطلاقا من عرض الدراسة الاستطلاعية وما اشتملت عليه من خطوات ومراحل في سبيل تهيئة واختيار الظروف والمقاييس الملائمة للقيام بالدراسة الأساسية و التي تم تناولها بعد ذلك من حيث وصف المنهج المعتمد، والعينة والادوات المستخدمة وخصائصها السيكموترية، ثم اجراءات تطبيق الدراسة .

I. الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية كدراسة أولية وهي صورة مصغرة للدراسة يتم من خلالها التعرف على مجتمع وعينة الدراسة ومكان أجراءها من أجل تطبيق الادوات المستخدمة في الدراسة الاساسية ،بحيث تعد من أهم الخطوات الميدانية التي تمكن الباحث من معرفة إمكانية إجرائه للبحث وتساعده على الوقوف أمام الصعوبات والمشاكل التي قد تواجهه أثناء القيام بالدراسة الاساسية.

وقد إعتمدنا في دراستنا الإستطلاعية على جمع المعلومات تم الحصول عليها من خلال المقابلات التي أجريناها مع الأخصائية النفسانية ورئيس المصلحة المتواجدان بمصلحة الاورام السرطانية بمستشفى ترابي بوجمعة بولاية "بشار".

وقد مكنتنا هذه الدراسة من التعرف على مختلف الحالات الموجودة بالمصلحة وأعطت لنا فكرة عن الحالات التي سيتم التعامل معها والتي تخدم موضوع دراستنا، حيث أننا عشنا مع الحالات خلال فترة التبرص بالمستشفى، وقمنا بملاحظة تصرفاتهن وسلوكاتهن داخل الجناح المخصص لهن، فكان الإحتكاك بهن في بداية سهل نظرا لمعرفة الباحثة لأفراد العينة وذلك من خلال الدراسة السابقة لها بنفس المصلحة في طور ليسانس، بحيث كانت الدراسة السابقة

نقطة بداية لدراسة الحالية. بالتالي فالدراسة الاستطلاعية قد وجهت بحثنا ومكنتنا من تحديد إشكالية البحث وأبعاده، كما ساعدتنا على صياغة الفرضيات بشكل دقيق ومحدد.

■ أهداف الدراسة الإستطلاعية:

- استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث بدراستها والتحكم أكثر في الإطار العام الذي يختبر فيه الفرضيات.
- جمع المعلومات الكافية عن حالات الدراسة وتحديد حالات الدراسة .
- إجراء مقابلة مع الاخصائية النفسانية الناشطة بالمصلحة لمعرفة أهم التظاهرات والانعكاسات النفسية الشائعة بين المرضى العاملين بالمصلحة.
- تطبيق دليل المقابلة بشكل أولي قصد التعرف على مدى فهمهم وتحاويمهم على الأسئلة.
- تطبيق المقاييس بشكل أولي على المرضى العاملين بالمصلحة الاورام السرطانية من اجل التعرف على مدى فهمهم وتحاويمهم على البنود.
- التعرف على ظروف التطبيق والصعوبات التي ترافقه من أجل تفاديها في الدراسة الاساسية.

1. مكان الدراسة الاستطلاعية:

- تمت الدراسة بمؤسسة الاستشفائية تراي بوجمة 240 سرير بمصلحة الاورام السرطانية بولاية "بشار"، وذلك قصد الاحتكاك من المرضى العاملين بالمصلحة والتقرب منهم لملاحظة تصرفاتهم وكل ما يجري أثناء قيامهم بالرعاية التمريضية .

2. مدة الدراسة الاستطلاعية:

- بعد التحصل على ترخيص من إدارة قسم علم النفس بجامعة عبد الحميد ابن باديس بولاية مستغانم. قمنا بالتوجه إلى الولاية (بشار) وبالتحديد مع عطلة فصل الشتاء، بحيث توجهت الباحثة إلى المستشفى قصد إيداع الترخيص بالتربص في مصلحة الأورام السرطانية بمستشفى 240 سرير "تراي بوجمة" بولاية "بشار".

بحيث انتظرت الباحثة لمدة أسبوع لاستلام رخصة الدخول الى المصلحة أي التحقت يوم 2019/12/22 الى يوم 2019/12/25 لانه يوم 2019/12/26 كان مبرجا للترحيل المصلحة الى مركز مكافحة السرطان ب"بشار". بحيث قامت الباحثة بجمع المعلومات اللازمة والتقرب من الحالات في هذه الفترة بحيث لم تكون كافية مما جعل الباحثة الالتحاق بالمركز بعد الانتهاء من إمتحان السداسي الاول مباشرة .

3. مواصفات العينة:

لقد تم إختيار عينة الدراسة قصديا عددهم 7 ممرضين (ISB)، يتراوح سنهم ما بين 22-30 سنة يمارسون المهنة التمريضية بمصلحة الاورام السرطانية بمستشفى 240 سرير.

4. التقنيات المستعملة في الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج العيادي لمعرفة مدى ملائمة هذا المنهج والتقنيات المراد إستعمالها في الدراسة الاساسية، بحيث تمثلت هذه التقنيات في دراسة الحالة والمقابلة بالمشاركة والمقابلة العيادية (دليل المقابلة) والملاحظة العيادية ومقياس الصحة النفسية ومقياس القلق حالة وسمة سبيلبرجر ومقياس الوسواس القهري بيل براون.

1.4. دراسة الحالة: والتي تعتبر من أشمل أساليب البحث وتجميع المعلومات بإستخدام وسائل مختلفة مثل المقابلات العيادية والملاحظة والمقاييس والإختبارات.

2.4. الملاحظة بالمشاركة: تشير الى إجراء يدخل فيه المشاهد في تنظيم أو جماعة إجتماعية لكي يتسنى له تحقيق خبرة مباشرة بأعمالها. وتتميز المشاهدة بالمشاركة بوجود فترة زمنية من التفاعل الإجتماعي المكثف بين الباحث والناس الذين يقوم بملاحظتهم في مواقعهم الخاصة ويتم أثناء هذه الفترة جمع البيانات بطريقة منظمة بعد الحصول على إذن بذلك. (باركر وأخرون، 1999، ص18).

3.4. الملاحظة العيادية: تعد وسيلة من وسائل جمع المعلومات المتعلقة بالسلوكيات الفرد الفعلية ومواقفه ومشاعره واتجاهاته. وتم استخدام هذه التقنية بهدف مشاهدة سلوك الحالة كما هو عليه في الواقع، وكذا تحديد جوانب النشاط

أو السلوك الذي نريد ملاحظته. و تعني الملاحظة التبحر في ظاهرة ما، أو فكرة ما، أو إدراك شيء أو ظاهرة ما عن طريق الوصف لها. التبحر والغوص في حقائق الشيء الذي يساعد الباحث في تنمية مواهبه الفكرية واستعداداته الذهنية الخلاقة، والتي يمكن إستخدامها في الكشف عن حقائق جديدة. (عمر، 2009، ص65)

4.4. المقابلة العيادية: يعرف "بنهجام" المقابلة بأنها المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد. غير مجرد الرغبة في المحادثة لذاتها. ويضيف "أنجلش" في السياق نفسه أنها محادثة موجهة يقوم بها شخص مع شخص آخر أو أشخاص آخرين، هدفها إستشارة أنواع معينة من المعلومات لإستغلالها في بحث علمي وللإستعانة بها على التوجيه والتشخيص والعلاج. (عمر، 2009 ، ص 93). بحيث قامت الباحثة بتجريب دليل المقابلة النصف موجهة المصمم من طرفها الذي يحتوي على 6 محاور المتمثلة في: (البيانات الشخصية-التاريخ النفسي و الصحي-الحالة الصحية الأنية-المعاش النفسي-المجال العلاقات-المجال المهني). أنظر ملحق رقم 01.

5.4. المقاييس أو الإستخبارات: حيث يعرف على أنه أداة لجمع البيانات المتعلقة بموضوع بحث محدد عن طريق إستمارة يجرى تعبئتها من قبل المستجوب. (ابراش، 2009، ص269)

1.5.4 مقياس الوسواس القهري : هو اختبار من أجل تقييس مدى شدة أعراض الاضطراب الوسواس القهري (OCD) ويهدف لتحديد شدة الوسواس ومدى تغيره مع الوقت والعلاج .

← محتوى المقياس :

ويعتمد المقياس على 10 متغيرات في وضع المريض، وإعطائها علامةً تقديريةً من صفر وحتى 4 حسب شدة الأعراض، وأول 5 متغيرات تكون عن الوسواس، والمتغيرات الـ 5 الثانية تكون عن الأفعال القهرية، وهذه المتغيرات أو الأسئلة تكون على النحو التالي:

✓ **الوقت الضائع في الوسوسة:** يختار المريض من بين أربع خيارات، إما أقل من ساعة في اليوم، أو من ساعة إلى ساعتين في اليوم، أو من 3 إلى 8 ساعات في اليوم، أو أكثر من 8 ساعات في اليوم.

- ✓ مدى تعارض الوسوسة مع الأنشطة اليومية: يختار المريض بين خيارات أربعة وهي: لا يوجد تعارض، أو تعارض خفيف، أو تعارض واضح، أو تَسبب خلل في النشاطات الاجتماعية، أو تَسبب خلل بليغ.
- ✓ مدى مقاومة المريض للوسواس: إما أنه يبذل جهدًا دائمًا للمقاومة، أو يبذل بعض الجهد، أو يستسلم ولا يقاوم، أو يستسلم بإرادته.
- ✓ مدى قدرة المريض على التحكم والسيطرة على الوسواس: فإما أن تكون سيطرةً تامةً، أو متوسطةً، أو قليلةً، أو لا يوجد سيطرةً على الوسواس فحينها يصفُ المريضُ حالته بأنه لا يصرف الانتباه عن الوسواس ولو للحظات قليلة.
- ✓ التوتر والقلق المصاحب للوسواس: إما أن يكون خفيفًا وليس مزعجًا، أو متوسطًا، أو شديدًا في أغلب الوقت، أو توترًا بليغًا دائمًا.
- ✓ مقدار الوقت الذي يمضيه في القيام بالأفعال القهرية: إما أن يختار أقلَّ من ساعة في اليوم، أو كثيرًا ما يقوم بالأفعال، أو معظم ساعات اليوم، أو دائمًا فلا يمرُّ ساعةً دون أن يقوم بها.
- ✓ مدى تعارض الأفعال القهرية مع الأعمال اليومية: إما أن يكون تعارضًا خفيفًا، أو تعارضًا واضحًا، أو تعارضًا بسبب خللٍ كبيرٍ في أداء النشاطات الاجتماعية، أو سبب العجز التام.
- ✓ مدى الضيق الذي يشعر به المريض عند ممارسة الأعمال القهرية: إما أن يكون بسيطًا، أو متوسطًا لكن يمكن تحمله، أو واضحًا ومزعجًا، أو ضيقًا شديدًا يُسبب العجز. مدى المقاومة التي يبديها المريض للأفعال القهرية: إما أنه يحاول بذل المقاومة معظم الوقت، أو يعمل بعض المحاولات، أو يستسلم لكلِّ الأفعال القهرية دون مقاومتها، أو يستسلم بإرادته التامة.
- ✓ مدى قدرة المريض على التحكم والسيطرة على الأفعال القهرية: إما أن يكون لديه سيطرةً تامةً، أو أحيانًا يوقف الأفعال القهرية بصعوبة، أو يقوم بتأخيرها فقط ثم يفعلها، أو نادرًا ما يستطيع إيقافها أو تأخيرها.

تطبيق المقياس: يطبق المقياس فرديا ، و مدة تطبيقه لا تتجاوز 15 دقيقة، بحيث يطلب من المجيب أن يضع علامة () داخل مربع الاجابة التي تنطبق عليه، ولا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما الاجابة الصحيحة هي التي يعبر بها الشخص عن شعوره الحقيقي بحيث يجيب الممرض على هذه الأسئلة بما شعر به خلال أيامه الماضية .

طريقة التصحيح: ويعطى له علامة على كل سؤال من صفر إلى 4 حسب شدة الحالة عنده، فتكون الحالة المفرطة علامتها كاملة من 40، وهي تمثل أشد حالات الوسواس القهري، ثم تبدأ رحلة العلاج التي تشمل العلاج النفسي والدوائي والمتابعة الدورية مع الأخصائي النفسي .

الجدول رقم (03) مستويات شدة اضطراب الوسواس القهري.

المعدل في بيل براون للوسواس القهري	شدة اضطراب الوسواس القهري
7-0	خفيف جدا.
15-8	خفيف.
23-16	متوسط.
31-24	ملحوظ.
40-32	شديد.

- 7-0: أعراض وسواس قهري خفيفة جدا. في الغالب لا تحتاج الى العلاج إلا إذا كان معدلا قليلا لأنك تتجنب مواقف كثيرة أو لديك أفعال قهرية فقط أو وسواس فقط.
- 15-8: أعراض خفيفة والتي من المحتمل أن تتعارض في حياتك بطرق ملحوظة. (إذا كان لديك وسواس أو أفكار فهذا يعنيشدة متوسطة).
- 23-16: أعراض متوسطة، إحراز 16 نقطة هو الحد الأدنى المطلوب لدخول دراسات علاج اضطراب الوسواس القهري.
- 31-24: أعراض ملحوظة والتي من المحتمل أن تفسد نوعية حياتك بصورة كبيرة.

- 32-40: أعراض شديدة والتي من المحتمل أن تسبب عجزا بالغا. قد تحتاج الى علاج يقوم به اختصاصي في اضطراب الوسواس القهري.

2.5.4. مقياس القلق لسيلبرجر حالة و سمة (State –Trait Anxiety Inventory): بحيث هو عبارة

عن بنود، عن مجموعة من البنود تعمل على قياس حالة القلق وسمة القلق، ل"سيلبرجر" وآخرون (1970)، ترجمة وإعداد الصورة العربية "البحيري عبد الرقيب، أحمد (1985).

هدف المقياس: يهدف الرائد إلى جمع بعض الصفات الانفعالية العقلية والصفات الحسية الحركية للفرد، ويسمح بتحديد وضعية بالنسبة للأفراد الجماعة التي ينتمي إليها، كما يهدف إلى معرفة حالة وسمة القلق لدى الفرد، ويساعد على التقرير السريع الصادق لدرجة القلق. (سيلبرجر، 1985، ص4)

وصف المقياس: إن هذه القائمة من أكثر القوائم تقدير القلق، وأوسعها إستخداما في البحث العلمي، والممارسة العيادية لأنها تتصف بجميع الخصائص السيكومترية للمقياس الجيد وتتكون القائمة من صورتين، وكل صورة تحتوي على عبارة.

الصورة الأولى: تقيس حالة القلق التي يعيشها المفحوص في الوضعية الآنية، بحيث لها 20 عبارة مصاغة، صياغة إيجابية تحدد درجة القلق، وتسلسل من 01 إلى 04 بخصوص الموجبة أما السالبة تسلسل من 04 إلى 10. وإذا كانت العبارة الموجبة فهي تعبر عن انخفاض درجة القلق، وتتبع هذه الإجابات الترتيب الآتي : مطلقا، دائما، غالبا، دائما. (مقدم، 78، 1993)

الصورة الثانية : تقيس سمة القلق وهي حالة ثابتة نسبيا فنجد أنها مصاغة في ثمانية عبارات إيجابية، واثني عشر الباقية سلبية. يقابل كل منها أربع اجابات ، تحدد درجة القلق والتسلسل حسب تسلسل الصورة الأولى وتتبع هذا الترتيب : مطلقا، أحيانا، غالبا، دائما.

تعليمات :

تعليمية الصورة الأولى: إليك مجموعة من العبارات التي يمكن أن تصف ذاتك، إقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (X) في الدائرة المناسبة التي تبين ما تشعر به حقيقة لأن هذا الوقت بالذات ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة، لا تضع وقتا طويلا أمام كل عبارة بل قدم الجواب الذي يصف مشاعرك الحالية بشكلها الأفضل.

تعليمية الصورة الثانية: إليك مجموعة من العبارات التي تصف ذاتك، اقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (X) في الدائرة المناسبة التي توضح كيف تشعر عموما، ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة، لا تضع وقتا طويلا، قدم الإجابة التي تصف شعورك.

كيفية تطبيق المقياس:

صمم هذا المقياس ليطبق بطريقة فردية أو جماعية كما يمكن للفرد أن يطبقه على نفسه بنفسه، أما فيما يخص الوقت فإن تطبيق الإختبار على الكليات يتطلب من 06 دقائق إلى 08 دقائق للإنتهاء من كل مقياس (الحالة، وسمة) حوالي 15 دقيقة للإنتهاء من الصورتين معا، يطبق أولا مقياس حالة القلق، ثم يعقبه تطبيق مقياس سمة القلق.

طريقة التصحيح:

كما وضعنا سابقا عن تنقيط العبارات الموجبة، و العبارات السالبة فالموجبة من 04 إلى 01، أما السالبة فتنتقط من 01 إلى 04 والجدولان التاليان يوضحان ذلك .

الجدول رقم(04) يوضح كيفية تصحيح حالة القلق.

العبارات	أرقامها	مجموعها	تنقيطها و ترتيبها			
			مطلقا	قليلا	أحيانا	كثيرا
السالبة	3,4,6,7,9,12,13,1 4,17	09	1	2	3	4

1	2	3	4	11	1,2,5,8,10,11,15, 16,18,19,20	الموجبة
				20	المجموع	

الجدول رقم (05) يوضح كيفية تصحيح سمة القلق.

تنقيطها و ترتيبها				مجموعها	أرقامها	العبارات
كثيرا	أحيانا	قليلا	مطلقا			
4	3	2	1	12	2,3,4,5,8,9,12,14, 15,17,18,20	السالبة
1	2	3	4	08	1,6,7,10,11,13,16 19,	الموجبة
				20	المجموع	

الجدول رقم (06) فئات و مستويات القلق

الفئة	الدرجة	مستوى القلق
1	20-0	خالية من القلق
2	40-20	قلق طبيعي
3	60-40	قلق فوق متوسط
4	80-60	قلق شديد

(<https://www.psyco-dz.info/2019/09/Spielberger.html>).

3.5.4. تعريف مقياس مظاهر الصحة النفسية: هو مقياس يقيس كل جوانب الصحة النفسية، ويهدف الى التعرف على مدى امتلاك الفرد بعض المظاهر السلبية كالقلق والوسواس والإكتئاب وهذا ما يصب في المعاش النفسي السلبي، ومنها بعض المظاهر الإيجابية كالتفاعل والقبول الاجتماعي وتقدير الذات وهذا ما يصب في المعاش النفسي الإيجابي. واقتبس هذا المقياس من طرف البروفيسور "سعودي عبد الكريم" الذي قام بتكيف و تقنين المقياس على المجتمع البشاري، وتوقف الباحث عند مقياسين استنبط منهما مقياس جديد يتماشى وأهداف الدراسة . لأول مقياس الصحة النفسية الذي استعمله " إبراهيم صالح الصنيع" في دراسته "اثر حفظ القرآن الكريم على الصحة النفسية" ومقياس " قائمة كورنل " اقتباس وإعداد كل من "عماد الدين إسماعيل " و"سيد عبد الحميد مرسى" الذي يقيس الصحة النفسية كمفهوم يعني البرء من الاضطرابات النفسية . وبعد الإطلاع على المقياسين اقتبس واعد الباحث مقياس مظاهر الصحة النفسية كمقياس الهدف منه قياس حالة الصحة النفسية عند المستجوب اعتمادا على التعريف الإجرائي المعطى للصحة النفسية.(سعودي،2013،ص97)

أبعاد وفقرات المقياس :

تقدير الذات : وتمثل نظرة الفرد واتجاهه نحو ذاته ومدى تقديره هذه الذات من الجوانب المختلفة كالدور والمركز الأسري والمهني.

التفاعل الاجتماعي: ويعني تفاعل الفرد داخل مجتمعه.

القبول الاجتماعي: ويعني تقبل الفرد للآخرين وتقبلهم له.

الاكتئاب : وهو مجموع الأعراض التي تشير إلى العزلة والانطواء المرضية.

القلق : وهو مجموع الأعراض التي تشير إلى وجود حالة من التوتر والوضع الغير طبيعي للشخص.

الوسواس: ويتمثل في الأفكار والأفعال التي لا يستطيع أن يتخلص منها الأفراد مهما حاول. (سعودي،2013

،ص97-98)

جدول رقم (07) أبعاد وبنود مقياس الصحة النفسية

المظاهر	البعد	أرقام العبارات في المقياس
المظاهر الاجيائية	تقدير الذات	6-5-4-3-2-1
	الأمن الانفعالي	13-12-11-10-9-8-7
	التفاؤل	19-18-17-16-15-14
	القبول الاجتماعي	40-39-38-37-36-35
	التفاعل الاجتماعي	44-43-42-41
	المهارات الاجتماعية	50-49-48-47-46-45
المظاهر السلبية	الاكتئاب	31-30-22-21-20
	القلق	34-29-28-25-23
	الوسواس	27-26
	الخوف	33-32-24

طريقة الإجابة على لمقياس :

لقد اختار الباحث طريقة المصفوفة التي تتيح مجموعة من الاختيارات للمفحوص ، وعمد الباحث إلى اختيار هذا النموذج المستمد من مقياس " ليكرت" للاتجاهات نظرا لخصائص الصحة النفسية عدم الثبات والنسبية والتقريبية ، ما استدعى إعطاء اختيارات للمفحوص حتى يعبر بكل حرية عن وضعه النفسي الصحيح . هذه الاختيارات هي (أوافق بشدة ، أوافق ، متردد ، لا أوافق ، لا وافق بشدة).. (سعودي، 2013، 114)

مفتاح مقياس مظاهر الصحة النفسية :

جدول رقم (08) مفتاح تصحيح مقياس الصحة النفسية

العبارات	رقم العبارات	موافق بشدة	موافق	لا ادري	غير موافق	غير موافق بشدة
عبارات ايجابية	4-10-12-15-18 19-21-22-23-24 25-26-27-28-29 32-33-35-38-39 41-43-46-47-48 50	4	3	2	1	0
عبارات سلبية	1-2-3-5-6-7 8-9-11-13-14 16-17-20-30 31-34-36-40 42-44-45-49	0	1	2	3	4

كيفية تطبيق المقياس:

قمنا بتوزيع المقياس على ممرضين ومصحة الاورام السرطانية بمركز مكافحة السرطان بولاية بشار، بعد اعطاء تعليمات المقياس و كيفية الاجابة عن البنود، و لكن تلقينا بعض الصعوبات التي تمثلت في صعوبة الاجابة على أسئلة المقياس أثناء المقابلة نظرا لظروف عمل الممرضين القائمين بالرعاية التمريضية بالمصلحة التي سبق ذكرها، وهذا ما جعلنا نقدر ظروفهم المهنية بحيث قاموا بالإجابة على المقياس في الوقت الذي يكون فيه الممرض باستطاعته الاجابة بأريحية .

5. نتائج الدراسة الاستطلاعية :

من خلال إجراء الملاحظة والمقابلات العيادية مع الحالات فقد لاحظنا أن المرضى العاملين بمصلحة الأورام السرطانية أبدوا قبول كبير لهذه الدراسة ، كما تبين أن المرضى بحاجة ماسة للدعم والمساعدة والاستشارة النفسية. لأنه بعد تحليل المقابلات الأولية والمقاييس النفسية ظهر للباحثة نوع من التناقض والمقاومة عند بعض المرضى .

II. الدراسة الاساسية:

1. مكان الدراسة :

تم ترحيل مصلحة الأورام السرطانية من مستشفى تراي بوجمة 240 سرير الى مركز مكافحة السرطان بولاية "بشار". وذلك يوم الخميس الموافق 2019/12/26.

مركز مكافحة السرطان ببشار: فتح أبوابه بداية من العام الماضي 2019 ويمتد على مساحة 7 هكتارات ويقع شمال "بشار" و يحتوي على 140 سرير في إطار المخطط الوطني لمكافحة السرطان، توجد به عدة مصالح هي:

الجدول رقم(09)يمثل المصالح المتواجدة بمركز مكافحة السرطان.

المصلحة SERVICES	الخدمة
مصلحة طب الأورام السرطانية	\
العلاج بالأشعة	\
الطب النووي	لا يعمل
مصلحة أمراض الدم	لا يعمل
مصلحة جراحة الأورام	\
مصلحة التصوير الإشعاعي الطبي	\

\	مصلحة التخدير و الإنعاش
\	مخبر مركزي
\	الصيدلية

مصلحة الأورام السرطانية (ONCOLOGIE MEDICALE) :

البنية المادية : قاعة الانتظار ، مرحاض ، غرفة تغيير الملابس ،مكتب الطبيب، مكتب الممرضين ، قاعات العلاج الخاصة بالنساء و الخاصة بالرجال ، صيدلية ، مخبر لشبه طبيين ، مكتب الاخصائين النفسانيين ، مكتب أخصائية التغذية.

البنية البشرية: رئيس المصلحة ، الأطباء (5)، الممرضين (7)، الاخصائين النفسين (3)، بيولوجيين(7)، مساعد الممرض (15).

2. مدة الدراسة:

تم إجراء الدراسة في فترة ما بين 2020/02/16 إلى 2020/02/19 ثم من 2020/03/17 الى 2020/04/30. و لكن بسبب الظروف التي تمر بيه البلد في إطار جائحة العالمية كورونا (كوفيد-19) تم توقيف إجراءات التبرص الميداني مما نتج عنه عدم قدرتنا على إكمال الإجراءات الميدانية المبرمج لها من خلال الدراسة الاستطلاعية.

3. مواصفات الحالات المدروسة:

ومن خلال المقابلة و الملاحظة التي اجرتها الباحثة أثناء الدراسة الاستطلاعية تم إختيار العينة على حسب ما تبين لنا من خلال المقابلات الاولية ونتائج المقاييس الاولية. حيث طبقت الدراسة على شريحة الممرضين ISP العاملين في مركز مكافحة السرطان ببيشار، بحيث اقتصرت الباحثة دراستها على 3 حالات من أصل 7 كلهم يعملون

في مصلحة الأورام السرطانية. وذلك نظرا لما تمر به البلاد جراء هذه الجائحة بحيث تغير برنامج عمل الممرضين ،وهذا ما دفع بالباحثة لإلغاء دراسة الحالة الرابعة.بحيث تم استخراج عينة الدراسة الاساسية من خلال الجنس و السن و طبيعة المهنة والخبرة و الحالة الاجتماعية :

الجدول(10) يمثل الحالات المدروسة و خصائصها

الحالات	الحالة الاولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة
الاسم	أ.ب	ش.ن	ب.ا	ز
الجنس	ذكر	انثى	انثى	انثى
السن	30	23	23	22
الحالة المدنية	عازب	عازبة	عازبة	عازبة
المهنة	ممرض ISP	ممرضة ISP	ممرضة ISP	ممرضة ISP
الخبرة	6سنوات	سنتين	جديدة	جديدة

ومن خلال المقابلة والملاحظة التي اجرتها الباحثة أثناء الدراسة الاستطلاعية تم اختيار العينة على حسب ما تبين لنا من خلال المقابلات الاولى ونتائج المقاييس الاولى.

4. المنهج المتبع :

لا تخلو أي دراسة من الاعتماد على منهج من أجل القيام بدراسة وفق قواعد وأسس، وجاء في لسان العرب: طريق نهج : بين واضح ومنهج الطريق وضحه، والمنهاج كالمنهج، وفي التنزيل: (لكل جعلنا منكم شرعة و منهاجا).سورة المائدة- الآية 48 (العسكري،2004،ص11)

ولقد تم في دراستنا الحالية إستخدام المنهج العيادي الذي يعد من المناهج العلمية المستعملة في دراسة الحالات الفردية و ذلك وفق ما يخدم الظاهرة المراد دراستها و فهم أعمق و أشمل للحالات المدروسة.

بحيث أول من إستعمل تعبير المنهج العيادي في علم النفس هو ويتمر « witmer » كان للمنهج العيادي بالنسبة اليه غايات عملية هي إستباق ثم معالجة للضعف والاختلالات الفعلية لدى الافراد ثم إهتمام بصورة خاصة بالأطفال الذين يجدون مصاعب مدرسية غير عادية. (سليم، 2004، 98)

تم استخدام المنهج العيادي أوالإكلينيكي وهذا لأنه الأنسب لدراستنا وحسب Lagache هو تناول السيرة من منظورها الخاص، وكذلك التعرف على المواقف وتصرفات الفرد إتجاه وضعيات معينة، محاولا بذلك إعطاء معنى للتعرف على بنيتها وتكوينها، كما يكشف عن الصراعات التي تحركها محاولات الفرد لحلها. (2003،p16،

(Chahraoui et Benoni

ويعتمد المنهج العيادي على عدة تقنيات وفي دراستنا قمنا باختيار تقنية دراسة الحالة .

دراسة الحالة: هي كل المعلومات التي تجمع عن الحالة، والحالة قد تكون فردا أو جماعة. وهي تحليل للموقف العام للحالة ككل وهي منهج لتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت بوسائل جمع المعلومات الاخرى عن الحالة وعن البيئة. وهي بحث شامل لأهم عناصر العميل. وهي وسيلة لتقديم صورة مجمعة شاملة للشخصية ككل عن طريق المقابلة والملاحظة ومؤتمر الحالة والإختبارات والمقاييس والسيرة الشخصية وصولا الى دراسة متصلة للفرد في حاضره وماضيه. (أحمد وسلطان، 2016، ص23)

5. التقنيات المستعملة :

- المقابلة بالمشاركة و الملاحظة العيادية.
- المقابلة العيادية بالإعتماد على دليل المقابلة الذي صمم من طرف الباحثة يحتوي على ستة محاور (البيانات الشخصية- التاريخ الصحي والنفسي للحالة- الحالة الصحية الأنية- المعاش النفسي- مجال العلاقات-المجال

المهني). (أنظر الملحق رقم 01)

- مقياس الصحة النفسية. (أنظر الملحق رقم 02)
- ومقياس القلق حالة وسمة سبيلرجر. (أنظر الملحق رقم 03)
- ومقياس الوسواس القهري بيل براون. (أنظر الملحق رقم 04)
- وذلك بعدما قمنا بتجريب الادوات التي سبق ذكرها قصد تعرف مدى فهمها وتوافقها مع الدراسة الحالية وقد قامت الباحثة بتعريف كل من الادوات في الدراسة الاستطلاعية .

6. صعوبات الدراسة:

تم إختيار مكان الدراسة بولاية "بشار" وذلك بحكم أن الباحثة تقيم بنفس الولاية . وهذا بعدما اعتدنا بأنه في السنة الثانية ماستر وبالتحديد في السداسي الاخير يخصص لإعداد المذكرة فقط وهذا ماهو متعارف عليه في شتى الجامعات، ولكن ظهر لنا إشكال وهو تعويض دراسة مقياس أساسي الذي تم نسيانه سهوا من طرف الإدارة، مع تأكيد هذه الاخيرة لضرورة الحضور لدراسة هذا المقياس.

الوقت الذي خصص للقيام بالدراسة الأساسية كان مبرحاً بعد إمتحانات السداسي، مما جعل منا اعطاء مواعيد للمقابلات مع المرضين قصد إتمام الدراسة الأساسية. لكن ظهر ما لم يكن في الحسبان وقوع الإدارة في خطأ وكما صرح به رئيس القسم على أنه كان سهوا وهو نسيان دراسة مقياس أساسي، وبالتالي إضطرينا للبقاء لتعويض هذا المقياس ودراسته حضوريا. وهذا ما سبب في عرقلة مواعيد المقابلات المبرجة مع المرضين وذلك بتأخير لمدة شهر ونصف تقريبا. وبالتالي إضطرينا الى تأجيل الدراسة الأساسية الى عطلة الربيع. لكن بسبب الظروف التي تمر بيه البلد في إطار جائحة العالمية كورونا (كوفيد-19) وامثال والمرسوم التنفيذي رقم 20-69 المؤرخ في رجب 1441 الموافق لـ 21 مارس 2020 المتعلق بتدابير الوقاية من انتشار فيروس كورونا. تم توقيف إجراءات التبرص الميداني مما نتج عنه عدم قدرتنا على إكمال الإجراءات الميدانية المبرمج لها من خلال الدراسة الاستطلاعية . حتى نتمكن من إعطاء استنتاجات نهائية.

عدم القدرة على إستكمال الدراسة على العينة المقصود دراستها وذلك نظر للغير برنامج عمل الخاص بالمرضى العاملين بمصلحة الاورام السرطانية بمركز مكافحة السرطان ببشار، ونظرا للقوانين والجراءات التي إتخذتها المؤسسة لضمان حماية مستخدميها من عاملين ومرضى.

خلاصة:

لقد تم التعرض في هذا الفصل بعرض المنهج المتبع في الدراسة، وطريقة القيام بالجانب التطبيقي من خلال الشرح والتفصيل في كل خطوات الدراسة وتفسير إختيار لكل خطوة في الدراسة الإستطلاعية، كما تطرقنا إلى حدود الدراسة ومجموعة الدراسة وشروط إنتقائها، والفصل في التقنيات المستعملة في البحث هذا وتعليل وتبرير إختيارها، بالإضافة إلى عرض كيفية تنقيط وتصحيح الكل من المقاييس الثلاثة مقياس الصحة النفسية ل د سعودي عبد الكريم ومقياس القلق لسبيدجر ومقياس الوسواس لييل براون، وذلك بغية الوصول إلى نتائج موضوعية قابلة للتحليل والمناقشة.

الفصل الخامس:

"عرض الحالات"

تمهيد:

1. عرض الحالة الأولى.

2. عرض الحالة الثانية.

3. عرض الحالة الثالثة.

خلاصة

تمهيد:

من خلال هذا الفصل سوف نقوم بعرض الحالات الدراسية سنقوم في هذا الفصل بعرض الحالات المدروسة، حيث سنقوم بعرض كل حالة على حدى، مع عرض نتائج المقاييس المطبقة مع كل حالة. والتي تم بتحديد سير إجراء المقابلات العيادية، وعرض المقابلات من خلال عرض المعلومات الضرورية للمعاش النفسي وتحليلها وتحليل مقياس الصحة النفسية للحالات ومقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس سبيلبرجر للقلق حالة وسمة.

1. عرض الحالة الاولى:

1.1. تقديم الحالة: (أ)

أحمد فتى عازب يبلغ من العمر 27 سنة، يقيم ببلدية "بني ونيف"، يعمل ممرض (ISP) بمصلحة الأورام السرطانية بمركز مكافحة السرطان بولاية "بشار"، ينتمي الحالة الى أسرة صغيرة متكونة من الاب والأم والإخوة، بحيث الأب على قيد الحياة ومتقاعد والأم مائكة بالبيت، أما بالنسبة للإخوة هم 4 بنات و3 أولاد وهو السادس من بين إخوته. مستواهم الاقتصادي متوسط، أما بالنسبة للمستوى الدراسي ثانوي.

سيميولوجية الحالة:

اللباس: مرتب ونظيف الهدام . ملامح الوجه: بشوش وسريع الانفعال.

الاتصال: كان سهلا مع الحالة، بحيث كان متعاوننا معنا .

اللغة: لغة بسيطة ومفهومة بحيث كان يتحدث بالدارجة (العامية).

الجدول رقم(11): سير المقابلات مع الحالة الأولى.

المقابلة	المدة	تاريخ ومكان المقابلة	الهدف
الاولى	24د	2019-12-18	التعريف بالباحثة الأخصائية النفسانية. جمع المعلومات. كسب ثقة العميل.
		240 سرير. بمكتب الاخصائية	

	النفسانية.		
الهدف التعرف على التاريخ الصحي و النفسي للحالة(طفولة-مراهقة-الى يومنا هذا)،والتعرف على الحالة الصحية الآنية.	2019/12/24	د45	الثانية
التعرف على المعاش النفسي والجانب العلائقي للحالة.تقديم مقياس الصحة النفسية.	2020-02-16	د45	الثالثة
التعرف على المجال المهني وتقديم مقياس القلق ومقياس الوسواس القهري.	2020-02-17	د45	الرابعة

2.1.1. محتوى المقابلة:

خلال إجراء المقابلات مع الحالة (أ) لاحظنا أنه غير مرتاح ومتحفظا نوعا ما ،وبعد التعريف بأنفسنا وبموضوع دراستنا وتأكيدنا على السرية التامة للمعلومات وما هي إلا لغرض علمي محض فتقبل الحالة وأبدى نوعا من التفهم لهذه الدراسة، ومنه بدأ في التعاون معنا بكل سلاسة وطلاقة.

وفي البحث عن التاريخ الصحي والنفسي للحالة تحدثنا مع العميل عن طفولته فقد أشار الحالة إلا أن طفولته لم تكن جيدة في قوله: "طفولة طووووووويلة وتعبي" لأنه عندما ولد كانت أمه مريضة مما أدى الى ابتعاده عن أمه لمدة 6 سنوات وهذا ما تبين من خلال قوله لنا: "من زدت كانت شيبانية مريضة 6 سنين ما شفتهاش، راكي عارفة داك الوقت الإمكانيات" وهذا التحسر على الطفولة التي لم يقضيها مع أمه بسبب المرض وما يؤكد هذا قوله: "ااه على طفولة هههه" بنبرة صوت مختلفة تدل على الحسرة واستخدام الضحك كآلية دفاعية (المقاومة).

وأشار الى أن طفولته كانت تحتاج الى العديد من الأمور حسب قوله: " ماكانتش مليحة وكان خاصها بزاف صواالح" بحيث لم يحصر احتياجات طفولته لمرض أمه بل للمحيط الذي يعيش فيه لم يكن مناسب للعيش

بأريحية وهذا ما جاء في قوله "مكانتش مليحة وخاطي مرض واليدة غير واش لونتراج ماشي مليح" وهذا دليل لعدم الرضا بالوضع المعيشي. وما تلاحظه الباحثة أنه يبحث عن طريق آخر للإستمتاع بطفولته .

وبالإضافة إلى عدم استقراره في بيت واحد حسب تصريحه: "كنت كل يوم في دار منا ومنا بصح دروك الحمد الله"، ثم انتقلنا إلى مرحلة المراهقة التي تميزت غالبا بالدراسة لأن الحالة كانت لديه فكرة وهي "نقرا باش نوصل للمبتغى نتاعي". وهنا تبين لنا أن الوضع الدراسي كان شبه مستقر لأنه في نفس الوقت كان الحالة يتاجر المخدرات من أجل اقتناء ما يريد وما يحتاجه في هذه المرحلة وكما قال الحالة: "أنا كنت نسكن في بني ونيف ونورمالو غير نقولك بني ونيف راكي تعرفي المعيشة تما كيدايرة، كنا نخدمو لكيف من صغرنا كنا نريسكو من صغرنا" فبيع المخدرات بالنسبة للحالة يرجع الى طبيعة العيش بالمنطقة بحيث يرى أنه في ذلك الوقت كان يرى بيع المخدرات هو المستقبل.

استمر في بيع المخدرات (الكيف المعالج) لمدة 4 سنوات وبعدها رجع الى الطريق الصحيح وهذا ما يؤكده قوله: "قعدت واحد 4 سنين هكا وعاود قبضنا طريق" وهنا تبين أنه كان رفقة أصدقائه في قوله: "ماشي غير أنا قاع صحاي" أي ليس بمفرده بل مع اصدقائه كانوا يتاجرون، وما نلاحظه على أن الحالة استخدم ميكانيزمات دفاعية أهمها التبرير والتعميم. فهذا يرجع إلى الظروف وخصص بالذكر أبيه الذي لم يهتم بهم من جميع النواحي: "ماشي كافي" و أيضا "تأكل وتشرب وترقد" أي أن الأب كان يلبي حاجاتهم البيولوجية فقط، لدى كان الحالة يعمل لعيش حياة كباقي الرفاق وهنا نرى أن الحالة يقوم بمقارنة نفسه بالآخرين بحيث كان يحب التجول في فصل الصيف وهذا حسب تصريحه: "نخدمو باش نعيشو كيما قاع لولاد نمشو نحوسو نتفججو شويا..."

وكما أن الحالة يحمده الله عز و جل على أنه تغير وترك هذا الطريق وجاء في قوله "دروك نحمد الله لي هادوك صوالح فت عليهم في الصغر وماشي دروك". وهذا ما نرجعه الى نضج الحالة ووعيه بعد مروره بخبرات جعلته يدرك ما هو أصح له.

يبدو أن الحالة كثير المرض لمعاناته من مشكل في القلب حيث قال "كان عندي بروبلام كاردياك". يتمتع الحالة بطابع اجتماعي: "عادي تلقائي قاع مع ناس وكلشي". في حين نراه ينزل عن الأشخاص الذين يسببون له الازعاج في قوله: "باب لي يجيك منه ريح سده واستريح شي من ناس بعدهم خير من قريهم". إذ أن الحالة قلق وهذا يبدو في كلامه وتصرفاته أثناء العمل وإيماءاته أما بالنسبة لجوابه عن سؤالنا قال "حياتي قاع ما كنتش نتقلق غير دروك لي وليت نتقلق". وخاصة من العمل في هذه المصلحة "المهنة هادي خطرات نكون ألاز ومرات مال ألاز". وبالإضافة الى طبيعة العمل الاحتكاك بالدم أو يكون عند الحالة مريض قلق أو يكون المرافق للمريض قلق وهذا ما يتبين من خلال قوله: "كي نلقا ناس مليحة يهدرو مليح وقاع نكون ألاز وكي تلقا لعكس تولي ماشي ألاز". فترى اعتراف الحالة بقلقه الحالي ويخفي قلقة الماضي، وكذلك تبين لنا أن لديه قلق من موضوع المرض والموت، وبالنسبة للخوف لا يخاف من أي شيء حسب ما صرح به. لكن ظهر نوع من تناقض في حديثه: "نخاف نمشي لطبيب" إذ أنه سريع الانفعال وهذا يظهر في قوله: "نتنارفا علا صوالح ما يستهلوش" وللتوضيح أكثر انه ينفعل مع أي كان وبغض النظر عن المكان اي سواء في العمل أو في الشارع.

لاحظت الباحثة أعراض الحزن عليه إلا أنه قال: "والو منحزنش"، يرى العميل نفسه أنه كان يفكر بشكل سليم وعادي. و قال "والو نورمال أودي كلشي نورمال"، ولكن اثناء حديثنا عن موضوع المرض إرتقمنا أن الحالة لديه معتقدات خاطئة وهي خوفه من المرض ويستبعده كل البعد لأنه يخاف زيارة الطبيب لأنه تراوده فكرة أنه مصاب بالسرطان، وربطه المرض بالموت مع أنه ينام جيدا. ومن هنا يتضح أن تكرار كلمة: "والو" التي تعني "لا شيء مع عدم النظر بصريا وكثرة الحركة عند الإجابة على هذه الاعراض الى استخدام أسلوب مقاومة من طرف الحالة.

فالصحية الآنية للحالة جيدة فعند سؤالنا عن صحته قال: "الحمد لله" لكن الحالة لا يقوم بأي فحوصات طبية، ويقول أنه لا يشعر بأي ألم ولا يشتكي من أي مرض. وعند سؤالنا ماذا لو مرضت في الوقت الحالي كيف تكون ردة فعلك؟ بحيث أجابنا وقال: "أنه لا يجب المرض لا في نفسه و لا لأفراد أسرته" ثم تساءل الحالة عن أي مرض نقصد؟ أجابناه أي مرض كان، حيث اضاف الحالة نوعا منا لتوضيح وهو يظهر في قوله: "المرض هو من عند

الله بصح نتمنى نمرض بأي مرض الا هاد سارفيس الله يبعده علينا وعليكم " وفي نفس الوقت قال "و اذا جات من عند الله مرحبا بيها " وهنا تبين لنا نوع من التناقض في الكلام وكذا لم يقول مرض السرطان بل قال: "هاد سارفيس". وهذا ما نفسره على أن الحالة يظهر نوعا من الخوف والقلق من المرض، وفي حالة المرض يأخذ الحالة الدواء البديل في قوله: "ناكل دواء لعرب حتى اذا ما نفعكش ما يضركش". وهذا بالرغم من أن الحالة يعمل في مجال طبي إلا انه يفضل العلاج البديل.

بالنسبة للنصائح فهو لا يأخذ بنصائح الأطباء بعين الاعتبار على حسب الطبيب أو الشخص الذي يقدم له النصيحة وكما قال: "أنا نشوف واش يخرج عليا"، الحالة يحافظ على صحته وذلك يتبين من خلال السلوكيات والتصرفات التي يقوم بها لا يقوم بأي نظام غذائي خلاف القيام بالرياضة. يعاني الحالة من مشكل صحي آخر هو الشقيقة ويقول الحالة أنه ليس لديها دواء عليه يقوم بالابتعاد عن الضوء والامور المزعجة. وتبين لنا هنا أن هذا العرض "الشقيقة" هو عرض نفسي محض ويمكن أن نرجعه اما للقلق أو الأفكار الوسواسي.

المعاش النفسي للحالة:

تقدير الذات: الحالة غير راض عن العمل الذي يقوم به ويقول "رائي ندير لي عليا ولكمال على ري، قبل كنت راض ودروك لا كلشي تبدل" الذي يرجع الى التغير الذي حصل في المصلحة.

وبالنسبة للمظهر لم يعد يهتم به كثيرا مقارنة بالأيام الماضية، بحيث أصبح لدى الحالة أولويات أهم من اللباس وهذا ما يؤكد: "ماوليتش نتم به بزاف صغر صغر ولكبر يتبدلو بزاف صوايح ويزيدو بزاف صوايح وحدك تتبدل معنتها الوقت هو لي بدلني" وما لاحظناه ان الحالة نظيف ومرتب الهندام ومتناسق في الالوان وحتى بالنسبة للتجميل مهتم بجميع الجوانب ونستخلص من قوله أنه لا يقصد عدم الاهتمام بالمظهر بل عدم تبدير المال في هذه الأمور، ويرى أنه من الافضل ادخار واستهلاك هذه الاموال في الامور ذات قيمة، وهذا يرجع الى الحس بالمسؤولية.

إضافة الى الاهتمام برأي الآخرين له: "ما نتأثرش بهدرة الغاشي ومانسمعش بيهم ولي بغا يجي معايا مرحبا

ولي ينتقدني راه غير يضيع في وقته". مع عدم الاعتماد على غيره في أي عمل يقوم به.

الامن الإنفعالي: حالة غضب وانفعال لأتفه الأسباب وتعامل مع الآخرين بمبدأ المعاملة بالمثل.

التفاؤل: الإحساس بالخوف من المستقبل في قوله: "مانيش عارف واش راه جاينا منا لقدام" بحيث لديه العديد من

الاهداف التي يريد الوصول اليها إلا أنه دائما نجد لديه نوعا من الظن السيء: "ما عرفناش شكون يوقفنا فطريق"

ومن بين الاهداف اقترح فكرة اضافة تقنية العلاج بالموسيقى لأن الحالة لديه موهبة العزف على الآلات الموسيقية

لكن لم يتم قبوله على حسب نظره: "طرحت الفكرة باه ندير نشاطات موسيقية مع المرضى ايا ما مشاش قاع

راكي عارفة ثقافة نتاعنا".

لا يشعر الحالة بأنه أقل حظا من الآخرين ولكن حسب تصرفاته وبعض الاقوال يتبين العكس وهذا ما جاء في قوله:

"شاف سارفيس بدلوها ب "أ" علاه فاش خير منا هو ". (التناقض في الكلام) وهذا بعد ما كان رئيس المصلحة

الحالي صديق مقرب من الحالة وهذا الاخير غير راض على تغيير رئيسة المصلحة الاولى بصديقه المقرب ويرى أن انتقاء

زميله لم يكن قانونيا أي لم يخضع للمعايير الترفوية.

القبول الاجتماعي: أصدقاء الحالة يثقون به وهو كذلك يثق بهم ويرى نفسه بأنه محل ثقة لأصدقائه ويقول

الحالة "خاطي نتاع سارفيس صحاي نتاع برة واه نقولك بصح انا غير خلي لبير بغطاه وراكي تشوفي كلشي

بعينك" وهذا ما يشير ويؤكد لنا بأن الحالة لديه مناقشات مع أصدقاء العمل وحسب ملاحظتنا لأحوال المصلحة

هناك تغيير جذري.

ويرى الحالة بأنه محبوب من طرف معارفه ويقول الحالة " أنه لي بغاه ما بناله قصر ولي ما بغاه ما حفر له قبر

" يعتقد أنه هناك من لا يجبه ويقيم هذا على أنه أمر عادي و لا يضيف ولا ينقص منه شيء.

التفاعل الاجتماعي: الحالة من السهل عليه إقناع الآخرين في رأيه حيث قال: " شحال من مرة اقنعت المرضى ما

بيغوش يديرو دواء ولا كاش عفسة نقنعهم نورمال". وقال أنه يشعر بأنه قام بإنجاز كبير "نحس روجي بنادم". كما

أنه لا يشك في قدراته في التعامل مع الآخرين. وليس لديه أي مشكل في التعرف على أشخاص آخرين "المعرفة مليحة بصح لواحد يميز" أي أنه ليس كل من هب ودب يتعرف عليه.

المهارات الاجتماعية: الحالة لا يهتم بحضور الاجتماعات سواء كانت عائلية أو مهنية، والحالة أسس هو وزميله جمعية "المجتمع المدني" وهي الآن في الخدمة وكما قال الحالة "أنا الخير نعرف وين نديره ومعامن نديره والحمد لله أسست جمعية انا و صاحبي و راني نخدمو فيها وقاع لي يطلب مني كاش خدمة منرجعهمش." وهنا يتبين ان الحالة لديه مهارات اجتماعية لا بأس بها و اجتماعي لدرجة ما.

الاكتئاب: الحالة سعيد عندما يكون مع الاشخاص الايجابين "نكون سعيد من نكون مع صحابي قعدة زينة وقاع" وليس سعيد عندما يكون في العمل ودائما أنتظر وقت انتهاء العمل "من نكون نخدم منكونش مليح ومنكونش فرحان و كل مرة و كيفاش" وحسب قول الحالة أن أيامه تكون جيدة عندما تكون أمه وأبيه بخير وعندما يحقق ما يريد الوصول إليه وقال " دروك كل نهار وكيفاش مرات غير فنهار تفوت ب 100 مورال خطرة طالع خطرة هابط والحمد لله".

القلق: الحالة لا يحب المرض ولا يعطيه قيمة وقال الحالة: "كيما أنا عندي مرض بصح والله ما نتسنت له" (الازاحة). بالإضافة إلا أن الحالة تتبادر لديه بعض الافكار المتمثلة في أنه في يوم من أيام سوف يمرض بالسرطان وحسب قوله "نتحسسه بزاف غير توجعني ليستوما نقول هذا هو". و يصرح الحالة أن لديه مشكلات تؤرقه وهي أنه لم يذهب لأداء الخدمة الوطنية هذا ماجاء في قوله: " عندي مشكلة العسكر مازال ما مشيت حاب نجيها من طريق". بالإضافة الى مشكل الزواج "حاب نتزوج بصح مازال ما لقيت الفرصة".

الحالة يواجه الامور التي تزعجه إما بالمواجهة هذا الأمر والتغلب عليه أو بالتناسي وعدم التقرب منه وهذا لضمان راحة الحالة.

الأكل: ليست لديه مشكلة في الأكل بحيث يأكل في أي وقت هذا ما يؤكد قول الحالة: "ناكل في كل وقت وعلى حساب فريجيدار واش فيها ههههه" والحالة يأخذ 5 وجبات في اليوم (قهوة-كاسكروط-فطور-لاتاي-

عشاء) و لا يقوم بأي نظام غذائي تحت شعار "المهم نشبع ههه". وما لاحظناه أيضا عندما وقعت وفاة بالمصلحة اتجه الحالة مباشرة نحو الأكل وبشكل شرس أي بسرعة أكل تفاحتين على توالي مع 3 بيض مسلوق وردد كلمة "ما شبعتش كاين شي حاجة تتكل" وهذا أسلوب تفريغي.

النوم: ينام جيدا 10 ساعات بالتقريب "أنام على 10 نتاع ليل نرقد نطيح كاو نوض مع صبح نصلي و نعاود نزيد نرقد شوي".

الوسواس: تراوده فكرة إصابة أحد الأفراد بالسرطان أو عدوى من أي مرض آخر، أو ماذا أفعل إذا توفى والدي؟ وهذه الحالة منذ بداية عمله بهذه المصلحة. بحيث لا يمكنه السيطرة على هذه الافكار عندما تراوده هذه الافكار يقوم بأي عمل لكي ينسى الامر. "نمشي نخدم لاتولي ولا نهدر مع صاحبي نديرو فيها ماتش ولا".

العلاقات الأسرية: بالنسبة لإخوته الذكور فهم متوفيين أما أخواته الاناث: علاقته معهم عادية "مليحة" ثم ظهر نوع من التناقض في الكلام في قوله: "ما مداخلش مع دارنا كيما متوقعين نتوما". و يرجع الحالة هذا الوضع الى الفارق السني بينه وبين إخواته" وقال: "أختي صغيرة بيني وبينها 7 سنين علايبيها مخلي داك القدر بيناتنا"، ونفس الشيء مع والده يحترمه ويقدره ويقول بيني وبين أب 60 سنة و قال: "حتى فالهدرة كي تهدر معاه ميفهمكش و يرجعوها قلة حياء ولا ايا راني هاك عايش" تضارب الأجيال.

يعاني الحالة من مشكل الزواج فهو يريد أن يتزوج ولكن بسبب عدم التداخل بين أفراد العائلة لم يجد الحالة كيف يوصل المعلومة اليهم.

العلاقات: تبدو علاقاته جيدة مع البعض وغير جيدة مع البعض ،بالنسبة لخارج المؤسسة فهي جيدة وليس لديه أي إشكال عكس داخل المؤسسة كما قال: "ماشى مش مليحة مع واحد من مليحة ومع واحد من شوي سيرتو كي تبدل سارفيس" "يصراو لمشاكل ونقاشات مع الاصدقاء" وهنا في هذا الحال تبين لنا أن الحالة هو من يتقدم لمصالحة ذلك الشخص إلا أنه قال: " ماشى ديما من عندي على حساب الشخص إذا كان ظالم ولا ظالمني" وحسب قول الحالة أنه ليس لديه أي مشكل مع المرضى.

الدعم والمساندة: "عندي على من تتكى ماشي اهنا فسارفيس عندي صاحبي أنا وياه وقفة وحدة"

المجال المهني: يشير الحالة الى أنه لم يكن هناك أي دافع لاختيار هذه المهنة. كان يرغب في الدراسة بكلية الطيران، لكنه لم يكن لديه الحظ في هذا التخصص. عند رجوعه الى الولاية أخبره أحد الاشخاص أن هناك امتحان في الشبه طبي، وعليه قام الحالة بدفع ملفه وامتحان وفاز في الامتحان ويقول الحالة: "هاد الخدمة جات محل صدفة كنت ندبر على خدمة فوت على الله رجحت دخلت"، وعندما تم تعيينه في هذه المصلحة لم يكن لديه أي معلومة عن هذه المصلحة "ماسقسيت عليها ما والو"، بحيث كان عند الحالة نوعا من التخوف من هذه المصلحة ولكن بالمقابل كان يرى الشيء الجميل في هذه المصلحة وهو التوقيت "تخدم يومين تريح 5 أيام" فقد كانت بداية الحالة في هذه المصلحة صعبة نوعا ما لأنه حسب قوله عند دخوله للمصلحة دخل في فصل الصيف وجد الاغلبية في عطلة وهذا مما دفعه للعمل مباشرة مع المرضى "دمروني ديراكت" ولكن وجد من ساعده وعلمه ووقف بجانبه "لقيت لي يعاوني باش تكاليفيت" بالرغم من ذلك لا يفكر في استمرارية العمل في هذه المصلحة وهذا ما يؤكد في تصريحه: "لوكان تتوفر لي الفرصة بعد سيمانة ولا شهر قاع نقدر نبدل سارفيس بشرط يكون فيه نفس التوقيت نتبدل نورمال" والسبب الذي يدفعه الى التغيير هو أنه يرى بأن العمل في المصلحة خطير وحسب قوله: "ماكانش لي يبغي يعرض نفسه للخطر" ويرى أن العمل في مصلحة "الاورام السرطانية ماشي نفسها كيما الأمراض المعدية". ويرجع الأمر حتى لجماعة العمل ويقول: "قروب لي نخدم فيه يلعب دور كبير" وقال لنا: "شوفوا غير مابين هادي عامين سارفيس كي كان مالفري مكناش بزاف بصح لقروب كان فيه لومبيونص راكي شفتيه نورمالو" وهنا أبدى الحالة نوعا من المقارنة بين الوضع الذي كانت فيه المصلحة قبل التغيير وبعد التغيير وهو يفضل المصلحة كما كانت من قبل. (مشكل شخصي).

الخبرة التي أخذها الحالة من خلال تعامله مع المرضى وهي "تعلمت نقرا بنادم من دخلة نتاعه المريض نشوفه نعرف كيفاش نهدر معاه".

المشكلات و الصعوبات التي يواجهها الحالة أثناء القيام بعمله:

لديه مشكل في المعاملة مع الأطباء والممرضين ككل وهذا ما يؤكد قول الحالة "شيونية نتاع الطبة، رانا نعانو غير مع طبة". وتدخل الأطباء في طريقة عمل الممرض "أنت طبيب خدم خدمتك وأنا فرملي نخدم خدمتي بيناتنا ورقة و صاي" و هذا ما يسبب إزعاج للممرضين ويرجعون الأمر الى المنسق وهذا ما اشار اليه الحالة في أقواله: "كيما المنسقة لي كانت عندنا قبل راكي تعرفيها ،ماكانتش تبغي طبيب يدخل في خدمة فرملي وهذاك تنسيق كان مليح بزاف ،صبح كي تجيك طبيبة روطار و زيد متعرفش نهدر واش باغيا تتسنا منك" ومن هنا يظهر أن الحالة منزعج من النظام الذي يسير عليه العمل في هذه المصلحة و يؤكد على المعاملة.

ويضيف أنه غير راض لدرجة كبيرة عن الخدمات التي تقدم داخل المصلحة لأنه يرى أنه هناك تقصير من طرف الزملاء الجدد "يليق دايمن تكاكيه" ويقول أيضا أنه يجب على الفريق أن يكون اليد فاليد أي ممرض يكمل ممرض. شكر من طرف الممرض على اهتمامها بهذه الفئة المهمشة وقال "صافي بليزير كي لقيت فرصة باش نهدر ونتمنى لوكان يجيبوك نخدمي معانا". ويقول أيضا "كنت نطلب من الأخصائية نتاع المصلحة باش نحكيها وتفهمني ووو... بصبح هي كي نكون خدام هي تكون ليبر وهي ماشية مكتابش" وهنا تبين أنه طلب من الاخصائية برجة مقابلة معه لكن بسبب ظروف العمل لم يقوم بها وهو في هذه اللحظة ظهر عليه نوعا من الأريحية وعليه قدم لنا عبارات الشكر والامتنان .

3.1. عرض نتائج المقاييس النفسية:

1.3.1. مقياس الصحة النفسية:

الجدول رقم(12) النتائج المتحصل عليها في مقياس الصحة النفسية.

المستوى	الدرجة الجزئية	الأبعاد	
يميل الى العالي	24/19	تقدير الذات	المظاهر الإيجابية
يميل الى العالي	28/17	الأمن الانفعالي	
يميل الى العالي	24/17	التفاؤل	
متوسطة	24/12	القبول الإجتماعي	

يميل الى الضعيف	16/10	التفاعل الإجتماعي	
يميل الى العالي	24/16	المهارات الاجتماعية	
يقرب المتوسط	20/9	الاكتئاب	المظاهر السلبية
يقرب المتوسط	20/9	القلق	
فوق المتوسط	8/5	الوسواس	
يميل الى العالي	12/9	الخوف	
فوق المتوسط	200/123		الدرجة الكلية

التعليق على الجدول:

نلاحظ من خلال عرض نتائج مقياس الصحة النفسية المطبق على الحالة (أ) نرى أن الحالة لديها معاش نفسي فوق المتوسط، بحيث تحصلت الحالة على درجات تميل الى المستوى العال فيما يخص المظاهر الإيجابية وهي تقدير الذات، الأمن الإنفعالي والتفاؤل والمهارات الاجتماعية. بحيث تميل درجة التفاعل الاجتماعي الى المستوى الضعيف وبالنسبة للقبول الاجتماعي تحصل على درجة متوسطة، وكذلك بالنسبة للمظاهر السلبية تحصل الحالة على مستوى ما يقرب المتوسط فيما يخص الاكتئاب والقلق، أما بالنسبة للوسواس فتحصل على مستوى فوق المتوسط، وبالنسبة للخوف تحصل على مستوى يميل الى الاعلى. ونلاحظ أيضا أن الحالة تحصلت على درجة كلية تقدر ب123 من 200 وهي في العموم فوق المتوسط وهذا ما جعلنا نقول بان الحالة لديها معاش نفسي لا بأس به من خلال تطبيق مقياس الصحة النفسية.

2.3.1. مقياس القلق حالة و سمة لسبيلبرجر:

الجدول رقم (13) نتائج تطبيق مقياس القلق حالة و سمة .

الدرجة	مستوى القلق
44	فوق المتوسط.
50	فوق المتوسط.

التعليق على الجدول: نلاحظ أن الحالة تحصل على مستوى القلق بدرجة تتراوح بين 44 درجة و50 درجة المحصورة في المجال (40-60) أي ذو مستوى فوق المتوسط وبذلك حسب مفتاح تصحيح المقياس يدرج ضمن الفئة الثالثة.

3.3.1. مقياس الوسواس القهري لبييل براون :

الجدول رقم (14) نتائج تطبيق مقياس الوسواس القهري للحالة.

الدرجات	الدرجة الكلية	الشدة
9	14	خفيف
5		

التعليق على الجدول :

نلاحظ أن الحالة تظهر عليه أعراض خفيفة للوسواس القهري حسب تقييم المقياس المعدل بييل براون للوسواس القهري. وهذه الأعراض من المحتمل أن تتعارض في حياة الحالة بطرق ملحوظة. (وإذا كان للحالة وساوس وأفكار يمكن أن نعطيها شدة متوسطة وهذا ما سوف تأكده لنا المقابلة).

2. عرض الحالة الثانية:

1.2. تقديم الحالة: (ش)

شيماء فتاة عازبة تبلغ من العمر 23 سنة، تعمل ممرضة (ISP) بمصلحة الأورام السرطانية بمركز مكافحة السرطان بولاية "بشار"، تنتمي الحالة "ش" إلى أسرة صغيرة مكونة من الأب والأم والإخوة. بحيث الأب على قيد الحياة ومتقاعد والأم مأكثة بالبيت، أما بالنسبة للإخوة هم 4 بنات وولد والحالة "ش" ترتيبها الرابعة بين أخوتها. مستواهم الاقتصادي متوسط، ذات مستوى الدراسي جامعي حيث أكملت دراستها الجامعية بالتخصص (بيولوجي) بحيث مسارها الدراسي سواء فالابتدائي أو المتوسط أو الثانوي كانت متفوقة وخاصة في المواد العلمية .

سيمولوجية الحالة:

اللباس: مرتب ونظيف.

ملامح الوجه: بشاشة الوجه، الابتسامة، احمرار الخدين، في بعض الاحيان يبدو عليها القلق والتوتر .

الاتصال: كان سهل، لأنها كانت متعاونة معنا أي متجاوبة.

اللغة: لغة بسيطة ومفهومة بحيث كانت تتحدث بالدارجة وفي بعض الاحيان بالفرنسية.

الجدول رقم(15): سير المقابلات مع الحالة الثانية.

المقابلة	المدة	تاريخ ومكان المقابلة	الهدف
الاولى	20د	2019-12-18	التعريف بأنفسنا من أجل السرية. جمع البيانات عن الحالة. كسب الثقة.
الثانية	45د	24.12.2019	بمصلحة الاورام السرطانية بمستشفى 240 سرير . بمكتب الاخصائية النفسانية
الثالثة	40د	2020-02-16	بمصلحة الاورام السرطانية بمركز مكافحة السرطان. بمكتب الاخصائية النفسانية
الرابعة	45د	2020-02-17	بمصلحة الاورام السرطانية بمركز مكافحة السرطان. بمكتب الاخصائية النفسانية.

2.2. محتوى المقابلة:

في بداية المقابلة كانت الحالة تشعر بالفرح والابتهاج بالحوار معنا، حيث كانت تنتظر هذه اللحظة التي تلتقي

بها بالأخصائية النفسانية، لتفهمها طبيعة هذا الحوار. تعاونت معنا بكل سلاسة وطلاقة إلا أنه في بعض الاحيان

كانت تبدو قلقة، متوترة وكثيرة الحركة. فخلال حديثنا مع العميلة سردت لنا معاشها قبل طرح الأسئلة هذا ما جعل

الباحثة الاستغناء عن ترتيب أسئلة دليل المقابلة.

عاشت الجالة (ش) طفولة جيدة كما أنها تتمنى الرجوع إلى تلك اللحظات حسب تصريحها: "كانت مليحة بزاف... مكنتش قاع نرقد ماما ظل تزقي عليا وانا قاع منشبعش من لعب ... "ماخلت مالعبت...".

"أه تمنيت لوكان رجعت هادوك ليام".

أما مرحلة المراهقة تميزت بنوع من التغيرات حسب قولها: "تبدلو بزاف صوالح..". ويبدو واضحا أن الحالة غير راضية من خلال أقوالها على هذا التغيير في قولها: "تمنيت لوكان بقيت كيما كنت قبل أفضل" إذ تنسب الحالة هذا التغيير إلى ابنة عمها التي كانت تحبها وقريبة منها لأنها أقامت الحالة علاقة بشخص دامت سنتين وهي في عمر 17 سنة لكنها انفصلت عنه و انقطعت العلاقة هذا ما أدى بظهور مشاكل صحية ونفسية لديها موضحة في قولها: "من تخاطيت معاه موليتش نقدر نرقد" كانت تنام على الساعة 4 صباحا وتستيقظ على 7 صباحا أي بمعدل فارق 3 ساعات ما جعلها تشعر بتأنيب الضمير والشعور بالذنب خاصة في الليل وقت النوم. "علاش أنا؟ ياك ما أنا؟ لوكان درت...". أيضا ظهرت لديها مشاكل في التغذية بحيث تمثلت في نقص الشهية و الدوار مما سبب لها فقر الدم. وحسب تصريحها أنها كانت تتجنب الناس ولا تحب الضوضاء: "نتقلق بزاف سيرتو لغاشي نتقلق كي نشوف لجمع ومنجمش للحس بزاف" كانت تفضل أن تبقى لمفردها .

أما فيما يخص الدراسة كانت تلميذة متفوقة ومجتهدة إذ تقول: "أنا كنت قارية مالقري كانوا عندي مشاكل فالدار وعلايها بنت عمي كانت عندنا بسك كنت نقرها" وهذا ما يبين لنا أن المشاكل العائلية لم تأثر على دراسة الحالة.

وخلال اجراء المقابلات تبين أن العملية لا تهتم بالجانب الصحي هذا ما يؤكد قول الحالة "أنا لا أقوم بفحوصات طبية" متوقعة أنها بحالة جيدة فهي تهمل هذا الجانب مادامت لا تشعر بألم فحتى إن مرضت لا تقوم بالفحوصات وهنا تبين لنا نوع من التناقض في الكلام كما أنها لا تأخذ بعين الاعتبار النصائح و الارشادات الطبية لا من الطبيب أو صديق في العمل أو أي شخص كان، وما لاحظته الباحثة الاهمال المفرط في صحتها لأنها لا تأخذ الدواء وإذا أخذته يومين أو ثلاثة أي لا تداوم الدواء بجدية. إلى جانب ذلك مشكل النوم لديها لازال موجود الى

يومنا هذا مع اختلاف الأسباب ففي السابق كانت لا تنام بسبب قطع العلاقة مع X أما الآن السبب يرجع إلى بعض الأفكار المزعجة التي تراودها عند وضع رأسها للنوم كأنها تتوقع في يوم من الايام سوف تمرض بمرض ما على حد قولها: "كيفاش يديرو دارنا؟ ولا يمرض واحد فدار كيفاش ندير أنا" وخصصت بذكر أمها و تؤكد على مرض أمها .

أما حالتها النفسية فهي ترى نفسها عادية"هي ماشي رايني قاع ضايعة ومانيش قاع مليحة cava" "على حساب الوقت و gosto". إلا أن التعب والقلق واضح من خلال سلوكيات التي تقوم بها الحالة كتتحرك الأرجل والضحك المفرط وحتى وهي تروي عن أمور سلبية.

ويظهر التعب من خلال ملامح وجهها في ظهور الهالات السوداء وشعور الحالة بالدوار بين حين وآخر حتى أثناء حديثنا مع الحالة لاحظنا تكرار بعض العبارات: "نتقلق-يقلقوني-يجينوني-نخاف" .

إن الحالة ترى نفسها قادرة على القيام بجميع المهام لوحدها وترى أن جسمها و صحتها تساعد على القيام بجميع النشاطات. وهي تستمتع بعملها بالرغم من التعب والقلق "الله غالب هادي هيا الخدمة".

الحالة لا تحب المرض وحتى إذا مرضت تبقى تنتظر الشفاء بسرعة و هنا يتبين نوع من التناقض في كلامها: "مين تمرض مانتقلق ماوالو نبقي نستنى غير وقتاش نبرا و cbon" ونفس الشيء عندما يمرض أحد أقربائها في قولها: "ندير قاع لي نجم عليه المهم غير يراوو ينوضو لاباس لديارهم وولادهم". ظهر أنه ليس لديها أي مشكل في الأكل أو في عملية الإخراج بالرغم من أخذ الحالة 7 وجبات يوميا كلما تحس بالجوع تأكل إلا عند الغضب وهذا ما تبين في قولها "ناكل غاية غي من نكون مقلقة a par ca معنديش إشكال"

حالة النوم لديها جيدا بحيث تتراوح عدد ساعات النوم لديها 10 ساعات إلا أن أحلامها غريبة متكررة ودائما تتساءل لماذا يتكرر هذا الحلم. وهو أن الحالة ترى كلبا "يعض و ينبش فيا" بحيث فسرتة الحالة على أنه غيرة وحسد من الأقارب والأعداء و ترى الحالة أنه هناك العديد من الاشخاص الذين يحسدونها وهذا ما يؤكد قول الحالة "بزاف ناس نشوفهم يتبعوا فيا" وكما انها تعلم من هم وما أكدته الحالة ان الغيرة والحسد من العائلة والاصدقاء

فقط وأضافت الحالة "ماما ظل تقولي وتنصحي وتحذري بسك ماما الحاجة لي تقولهالك عرفيها كايئة منها، كانت تظل تقولي صحاباتك ما فيهمش الخير وما ييغولكش الخير" هذا ما يبين درجة تعلق الحالة بأمها وإيمانها بها وبأقوالها. بالإضافة الى أن أم الحالة "ش" تقوم برقية ابنتها وذلك عن طريق أخذ ملابسها للراقي. وجلب بعض الادوية التي تطرد الحسد وتبعد الشر عن ابنتها و هذا كله نرجعه للخلفية الثقافية للحالة وأمها وتعزز الحالة في قولها بأنها دائما تحلم بالأمر السيئة "jamais حلمت حلم شباب" وفي نفس الوقت تقول أنها متفائلة إتجاه حياتها القادمة وطموحة ولديها أحلام تسعى لتحقيقها وهذا ماتؤكدده الاقوال "نتمنى نزيد نكمل قرايتي" و"نخدم و ندير لوطو نسافر نتزوج.." و كل ما يهملها في هذه الدنيا الهناء فقط.

علاقتها الأسرية جيدة في الحالة الراهنة مع أمها وأخواتها وعمتها الصغرى وخالات والاحوال والجددة من طرف الام. وغير جيدة مع الأب و العمة الكبرى والأعمام. وما يؤكد علاقة الاب مع الابنة قول الحالة "منتفاهمش معاه بزاف ملي كنت صغيرة بيني وبينه صباح الخير ومسلخير" والحالة حاولت التقرب منه في العديد من المرات لكنه هكذا هو طبعه و"نبغي نهدره ونحكي معاه هو ما يعطينيش لوكازيو""الله غالب هكذا داير" وعند تحدثت الحالة عن أبيها ظهر عليها تغير في ملامح وجهها مما ظهر في شكل عبوس وأيضا تغير في نبرة الصوت. ومن هنا تبين لنا بأن الحالة متعلقة بأمها وأختها وهذا ما ياكده قولها "عندي الام نتاعي نغيها و تبغيني و قاع تبغينا لاهي ولا أختي لكبيرة زعما واش نقولك ربي يخليهم ليا وخالص"

بحيث قامت الحالة بمقارنة بين الام و الاب و بين عائلة الام و الاب بحيث قالت "ماما خير من بابا في بزاف صوالح بابا عمره ما حن علينا ولا يحوس واش بينا" "عكس ماما لي ديما واقفة معانا" ويتبين بأن الحالة متعطشة لحنان أبيها و تقول بأن ابيها لا يهملها شيء سوى يعمل ويصرف"ناكلو نشربو و نرقدو" وهذا ما نرجعه الى غياب الحب والعطف والرعاية وعدم الرعاية والاكتراث من طرف الاب.

عندما كان يحدث مشكل بالبيت بين الاب والام كان الاب يذهب بعيدا عنهم ويتركهم لوحدهم مع أمهم والام كانت تجد إلا بناتها، وهنا أشارت الحالة الى مرض أمها السكري يرجع للمشاكل بينها وبين الأب. وحسب

اقوال الحالة يتبين لنا بأن عائلة الام أفضل من عائلة الاب والحالة تكره جدتها والدة أبوها والسبب أنه كان هناك نقاش بين الجدة و أمها.

علاقتها مع إخوانها :

الأخت الكبيرة ← جيدة "نفهمني و نفهمها".

الأخت الثانية ← جيدة "تبغيني تحكي لي و ديما تزوجت صغيرة ما قعدتش معنا بزاف".

الأخت الوسطى ← متوسطة "تغير تشوفي نخدم و مرتبطة و تشوف قاع ناس يبغوني ،تغير تشوفي نضحك

نزرق نلعب شي أوكازيو يجوني و هي ما يجوهاش هي معقدة من هاد coté "

الاخ صغير ← عادية نشارشيه و نصحه خطرة على خطرة.

توقعات الاسرة: يتوقعون من ابنتهم أن تكون ناجحة و محققة لجميع أحلامها وقالت الحالة العائلة كلها تتمنى ان

تراها ناجحة "ندير واش ما داروش هما"

الحالة إجتماعية بطبعها سواء داخل أو خارج المؤسسة لديها في الدراسة و في العمل "انا تاع قاع ناس "نضحكو

نزرقو نتلاقو..."

علاقتها مع جماعة العمل لأبس بما ينتابها بعض التوترات و قالت الحالة "نقاشات فيها فيها" و هذا ما

نرجعه الى الجو المهني السائد في المصلحة.

علاقتها مع المرضى جيدة كل المرضى يحبونها و تعاملهم باحترام إلا أنها لا تتحكم في انفعالاتها وقت الغضب

أو القلق. و ما أكد لنا هذا موقفها مع أحد المرضى قال لها: "ما تبيكينيش انت باينة فيك ما تعرفيش تبيكي"

بطريقة غير لائقة فالحالة لم تتقبل أسلوبه فأصبحت كلما ترى ذلك المريض لا ترعاه حتى وإن كانوا كل المرضين

مشغولين فهي لا تقابله و لا تقدم له الدواء حتى يأتي أحد المرضين.

واشارت لنا الحالة أنها أصبحت تعاني من بعض الصعوبات في تفاعلها الاجتماعي وعلاقتها ككل مثلا

صعوبة في تكوين الصداقات وصعوبة في الاحتفاظ بهم .وترجع الحالة هذا الامر الى نفسها بحيث ترى نفسها طيبة

القلب كما قالت: "أنا نيتي هي سبائي" ومن هنا نرى أن الحالة كثيرة اللوم لنفسها وترجع كل ما تمر به من خيبات الى حسن نيتها. وتشير الى أنه كان لديها العديد من الاصدقاء لكنهم خيبو ظنها وفي العديد من المرات. "ما يشدوش السر وماشي كونفيونص، كنت حاسبتهم كونفيونص خرجولي لفعات" ارجعت الحالة مشكلها العلائقي لهذا السبب. ونحن ارتقينا بأن هذا الامر عزز من طرف الام. وذلك من خلال غرس أفكار خاطئة وهذه الاخيرة ترتب عنها معتقدات خاطئة اكتسبتها الحالة عن طريق التنشئة الاجتماعية بفعل التعزيز من طرف الأم حيث كلما كانت الحالة تقيم علاقة مع أحد الاصدقاء. وهذا المعتقد هو أن كل أصدقاء الحالة يحسدونها ولا يحبون الخير لها .

الحالة لديها صديقة واحدة بالمصلحة هي التي تلجأ اليها في حالة التوتر.

الحالة لا يهتمها رأي الاخرين بها بل يهتمها رأي أختها وأمها " **ma par ca** ما يهمنيش "

أشارت الحالة أنها دائما في حالة قلق وتوتر مستمر نتيجة العمل، خاصة في مجال العلاقات وذلك يظهر في شكل تناوشات مع بعض الاصدقاء لأسباب تافهة في العمل أو مع المرضى والبيت خوفها من نقل عدوى الى أفراد عائلتها وخاصة أمها التي تعاني من بعض الامراض المزمنة.

وأشارت الحالة أيضا الى والتي تجد فيها راحتها وحل لبعض الامور وهي "نبغي ألعاب الصراحة ونسمع لمداحات ونشطح ومين داك نبكي" بحيث تقوم الحالة بهذه التصرفات للتخلص من المعاناة والكبت والضيق الذي تشعر به لأنه وسيلة لتفيس عن حالة الإحباط واليأس الذي تشعر به نتيجة لهذه الضغوط.

المعاش النفسي للحالة:

تقدير الذات: خلال سير المقابلات لاحظنا الحالة منظمة الهندام ومرتبة كما أنها تهتم بمظهرها الخارجي، راضية ولا تعتمد على غيرها إلا في الأمور الضرورية.

الأمن الانفعالي: الحالة لا تغضب لأنفه الأسباب إلى في بعض الحالات تغضب خاصة أنها تعرضت لموقف مع مريض في المصلحة وفي حالات نادرة ما يظهر عليها هذا الانفعال، بحيث تبدو عادية كما أن الحالة تتعامل بمبدأ المعاملة بالمثل مع الآخرين.

القبول الاجتماعي: الحالة لديها أصدقاء لكن لديها صعوبة في الاحتفاظ بهم هذا يرجع إلى اعتقادها الخاطيء المعزز من طرف الأم بأن كل أصدقائها لا يحبون لها الخير وهذا ما يجعل الحالة تبحث عن نقاط الضعف فيهم بالإضافة إلى أن أصدقاء الحالة يثقون بها ، و "ش" تشعر أنها محل ثقة وفي نظرها أنها شخص محبوب من طرف الجميع.

التفاعل الاجتماعي: الحالة اجتماعية بطبعها متفاعلة مع سواء داخل أو خارج المؤسسة لديها أصدقاء في الدراسة و في حسب قولها "انا تاع قاع ناس" نضحكو نزعقو نتلاقو... " ومن السهل عليها اقتناع الآخرين ولا تشك في قدراتها عندما تتعامل معهم.

المهارات الاجتماعية: تشارك الحالة في النشاطات الجموعية وتقوم بمساعدة كل من يطلب منها يد العون.

الاكتئاب: ليس للحالة أية أعراض للاكتئاب فهي تعيش حياتها بصفة عادية.

القلق: استخلصت الباحثة أن الحالة شيماء قلقة نوعا ما حسب تصريحها وأقوالها وتصرفاتها التي تما الإشارة إليها في محتوى المقابلة أعلاه وكدليل على ذلك تكرارها لبعض العبارات في قولها: "نتقلق-يقلقوني-يجينوني-نخاف".

الخوف: يظهر لدى الحالة شعور بالخوف من المرض، الموت والخوف من المجهول للحالة أو في عائلتها وهنا نستنتج أن الحالة ينتابها شعور بالخوف في مواقف لا تستدعي للخوف خاصة الأمور المتعلقة بصحتها وأسرتها

الوسواس: الحالة تراودها بعض الأفكار المزعجة المتمثلة في موت أو مرض أحد والديها والخوف من نقل العدوى لهم وهذا منذ بدايتها العمل في هذه المصلحة، بحيث لا يمكنها أن تسيطر على هذه الأفكار. المجال المهني: عند تحصل

الحالة على شهادة البكالوريا كانت تفكر مباشرة في العمل فتوجهت إلى المدرسة العسكرية وبحيث لم يتم قبولها ثم توجهت مباشرة إلى مهنة التمريض التي جاءت محل صدفة لأن الحالة لم تكن تعلم عن المهنة أي شيء. بعد تحصلها

على شهادة التمريض تما تعيينها بمصلحة الأورام السرطانية بحيث الحالة لم تكن تعلم أي شيء عن هذه المصلحة وهذا يظهر في قولها: "دفعت النار". بدايتها كانت عادية لأنها تلقت توجيه ودعم من طرف الطاقم الطبي المتواجد في

المصلحة بحيث اكتسبت خبرة المتمثلة في مهارة التعامل مع الناس، ولم تتلقى أية مشاكل على غرار الموقف الذي تعرضت له مع المريض كما أنها لا تنوي تغيير المصلحة.

3.2. عرض نتائج المقاييس النفسية:

1.3.2. مقياس الصحة النفسية:

الجدول رقم(16) النتائج المتحصل عليها في مقياس الصحة النفسية.

ملاحظة	الدرجة الجزئية	الأبعاد	
متوسط	24/16	تقدير الذات	المظاهر الإيجابية
متوسط	28/16	الأمن الانفعالي	
متوسط	24/12	التفاؤل	
متوسط	24/16	القبول الإجتماعي	
متوسط	16/8	التفاعل الإجتماعي	
متوسط	24/12	المهارات الاجتماعية	
متوسط	20/12	الاكتئاب	المظاهر السلبية
متوسط	20/10	القلق	
متوسط	8/4	الوسواس	
ضعيف	12/3	الخوف	
متوسطة	200/109	الدرجة الكلية	

التعليق على الجدول: نلاحظ من خلال عرض نتائج مقياس الصحة النفسية المطبق على الحالة (ش) نرى أن الحالة

لديها معاش نفسي متوسط، بحيث تحصلت الحالة على درجات متوسطة فيما يخص المظاهر الإيجابية وكذلك في

المظاهر السلبية ما عدا الخوف الذي تحصلت فيه على درجة ضعيفة .

ونلاحظ أيضا أن الحالة تحصلت على درجة كلية تقدر ب 109 من 200 وهي في العموم متوسطة وهذا ما جعلنا

نقول بان الحالة لديها معاش نفسي متوسط.

2.3.2 مقياس القلق حالة و سمة لسبيلبرجر:

الجدول رقم (17) نتائج تطبيق مقياس القلق حالة و سمة .

الدرجة	مستوى القلق
50	فوق المتوسط.
51	فوق المتوسط.

التعليق على الجدول : نلاحظ أن الحالة تحصلت على مستوى القلق بدرجة تتراوح بين 50 و 51 فوق المتوسط وبذلك حسب مفتاح تصحيح المقياس تدرج ضمن الفئة الثالثة.

3.3.2 مقياس الوسواس القهري ل بييل براون :

الجدول رقم(18) نتائج تطبيق مقياس الوسواس القهري للحالة

الدرجات	الدرجة الكلية	المستوى
5	7	خفيف جدا
2		الأفعال القهرية.

التعليق على الجدول : نلاحظ أن الحالة تظهر عليها أعراض خفيفة جدا لإضطراب الوسواس القهري حسب تقييم المقياس المعدل بييل براون للوسواس القهري.

3. عرض الحالة الثالثة:

1.3. تقديم الحالة: (ب)

بشرى فتاة عازبة تبلغ من العمر 23 سنة، تعمل ممرضة (ISP) بمصلحة الأورام السرطانية بمركز مكافحة السرطان بولاية "بشار"، تنتمي الحالة "ب" الى أسرة صغيرة متكونة من الأب والأم والأخوة . بحيث الأب على قيد الحياة موظف والأم أستاذة التعليم الثانوي، أما بالنسبة للأخوة هم 2 بنات وولد والحالة "ب" تأخذ المرتبة الاولى في الترتيب الأخوي. مستواهم الاقتصادي متوسط، أما بالنسبة للمستوى الدراسي فهو جيد حيث أنها تكمل دراستها الجامعية

بالتخصص (بيولوجي تخصص التغذية) بحيث مسارها الدراسي سواء فالابتدائي أو المتوسط أو الثانوي كانت متفوقة وخاصة في المواد العلمية. وبالإضافة الى أنه لم نتبع تسلسل وترتيب أسئلة دليل المقابلة وذلك لأن الحالة كانت تسرد معاشها في بعض الاحيان قبل أن نسألها.

سيمبولوجية الحالة:

اللباس: مرتب ونظيف.

ملامح الوجه: بشاشة الوجه، الابتسامة، يبدو عليها التعب.

الاتصال: كان سهلا مع الحالة، بحيث كانت متعاونة معنا أي متجاوبة.

اللغة: لغة بسيطة ومفهومة بحيث كانت تتحدث بالدارجة و في بعض الاحيان بالفرنسية.

الجدول رقم(19): سير المقابلات مع الحالة الثالثة.

المقابلة	المدة	تاريخ ومكان المقابلة	الهدف
الاولى	20د	2019-12-18	التعريف بالأخصائية النفسانية. جمع البيانات الشخصية. كسب ثقة العميلة.
الثانية	45د	22.12.2019	هدفها التعرف على التاريخ الصحي و النفسي للحالة(طفولة-مراهقة-الى يومنا هذا)، التعرف على الحالة الصحية الانية.
الثالثة	60د	2020-02-16	التعرف على المعاش النفسي (الحالة النفسية الأنية) والجانب العلائقي للحالة. تقديم مقياس الصحة النفسية
الرابعة	45د	2020-02-17	التعرف على المجال المهني و تقديم مقياس القلق و مقياس الوسواس القهري.

	النفسانية.		
--	------------	--	--

2.3. محتوى المقابلة:

قمنا بعمل أربع مقابلات مع الحالة، حيث لم نعلم على ترتيب وتسلسل الاسئلة المدرجة في دليل المقابلة، لأن الحالة هي التي طلبت الجلسة مع الأخصائية النفسانية(الباحثة) لأنها كانت في كل مرة تطلب من الأخصائية العاملة بالمصلحة الجلسة ولكن لم يسعفها الحظ كما قالت: "كل مرة كنت نقول (ع) يخص ديري معايا جلسة"، بحيث بدت الحالة نوعا من القبول والسرور لأنها سوف تقابل الاخصائية (الباحثة) بعدما سألت إحدى صديقاتها عن الاخصائية (الباحثة).

شكوى الحالة كانت تدور حول نفسها وعلاقتها مع والديها وصديقتها المقرب، ثم تحدثت لنا عن دراستها وعن المهنة التي تمتنها وسبب اختيارها لها وكل ما يتعلق بحياتها.

فيما يخص الجانب العلائقي فعلاقتها مع جدتها وخالاتها جيدة وهذا بحكم أن الحالة تربت وترعرعت في بيت الجدة وذلك نظرا لظروف عمل أمها اضطرت لتركها عند الجدة وكما صرحت الحالة بأن علاقتها مع أمها غير جيدة ومع أبيها جيدة، وهذا ما يؤكد قول الحالة: "علاقتي مع بابا مليحة بصبح ماما مامدصرتهاش بسك مكانتش دايتها فيا ديجا كانت قايسني عند جداتي" وهذا ما يبين لنا أن الحالة تشعر بأن أمها تخلت عنها في تلك الفترة التي يكون الطفل بحاجة لاحتكاك بأمه وتشبع من حبه وعطفها له. وهذا ما نفسره بأن الحالة كانت تعاني من حرمان عاطفي، إضافة الى أن الحالة اصبح يتبادر في ذهنها سؤال وهو "علاش غير أنا لي حطتني عند جداتي؟" بحيث أشارت لنا في جوابها عن السؤال هذا نوعا من المقارنة بينها وبين أخواتها "خوتي كامل رباتهم وحدها غير أنا لي قاستني عند جداتي" هنا أن فضول الحالة هو ما دفعها الى الشك والبحث عن السبب الحقيقية و المقنع لترك أمها لها في بيت الجدة، وهذا ما جعل من الحالة افتراض بعض الاجابات لتساؤلها من تلقاء نفسها حيث قالت "مرات نشك ونبقى نبكي" وهنا يتضح لنا ايضا بأن الحالة تعاني من تلك الافكار والشكوك التي تراودها مما كان يجعلها تبكي.

ويتضح أن الحالة لم تلقى الاهتمام كما ينبغي من طرف أمها وهذا ما يؤكد القول "حتى ماما ما تديهاش فيا معندهاش هاديك العقلية نتاع بنتي مالكي مراكي تعجبي اليوم معندهاش، الا هدرتلي تعلقلي على المظهر انتاعي"

أما بالنسبة لعلاقتها مع أخواتها فهي متوترة وبتناجها بعض الصراعات وذلك بسبب اختلاف التنشئة بين الإخوة والحالة وهذا ما يؤكد قول الحالة "حتى علاقتي مع خوتي ماشي هي بسك لوكان تشوفي تقولي قاع ماشي خوتي، ديفيرونص كبير بيناتناكي شغل أنا أوفار عليهم" ومن هنا نرى أن الحالة تقارن بينها وبين إخوتها بالإضافة الى اعطائها تقييم حول نفسها وتعطي انطباع حول إخواتها أنهم مختلفين عنها. وهي غير راضية عن هذا الوضع العلائقي. وفيما يخص توقعات الأسرة حول الحالة فهم لا يبدون لها أي توقع ولا ينتظرون منها أي شيء خاصة أمها وأخواتها وهذا ما يؤكد قول الحالة: "ماما وخواتاتي ما يتسناومني والو، أما بابا ميحوسش يفهم في هاذ المجال".

تميزت فترة المراهقة انتقلت الحالة للعيش مع أسرتها أي مع الاب والأم والإخوة وذلك بعدما توفيت جدتها وزواج خالاتها هذا ما جعلها تنتقل الى عائلتها بحيث أشارت لنا بأنها لم تتأقلم الحالة مع أسرتها وهذا ظهر من خلال الانتقادات الموجهة للحالة من طرف الأم "أنت مالكي دايرة هكا" بحيث صرحت الحالة أن النقاشات والصراعات كانت مع الأم وفي بعض الاحيان مع الإخوة وهذا ما سوف يؤكد قول الحالة: "خوتي كي يشوفوها تزقي عليا. كي نقولهم شي حاجة ولا ننصحهم ما يديروش عليا بسك يخافو من ماما" وهذا ما ترجمه الحالة الى ذلك الاختلاف. وتضيف إلا أن حتى الأقارب يتساءلون لماذا الحالة "ب ليس بمثل الإخوة الاخرين.

وتبين أيضا بأن الاخت الصغرى للحالة هي أقرب شخص لها في العائلة. والحالة لا تتلقى السند والدعم من العائلة وهذا ما يؤكد قول الحالة "لي كانو يدعموني ويساندوني كامل بعدو عليا جديتي الله يرحمها وخالاتي ربي يهنهم" وهذا ما يوضح لنا بأن الحالة تولد لها شعور بفقدان السند والدعم من طرف المقربين اليها مما جعلها تبحث عن مصدر آخر للدعم. وبالتالي هذا دفع الحالة للبحث عن أصدقاء أندك لتعويض مصدر الدعم (من طرف الجدة و الخالات). وفي نفس الوقت أشارت لنا الحالة انها تعودت على هذا الأمر ما يدل على التناقض في الكلام حيث

قالت: "شفتي مع الوقت ولات عندي حاجة عادية" و أضافت أيضا أن الحالة كانت لديها صديقة واحدة والآن لم تعد لديها وذلك لأن الحالة تعرضت لخيانة من طرف صديقتها مما جعل من الحالة تخاف من مشاركة معاناتها مع الآخرين خوفا من تكرار ما وقع لها من قبل (إفشاء أسرار الحالة) وهذا ما نفسره بفقدان ثقة الحالة في الاصدقاء. و أصدرت الحالة "تنهيدة الاله.." وهذا ما يدل على حجم معاناة الحالة فيما يخص علاقاتها.

فهي غير راضية عن حياتها بدون دعم ومساندة سواء من طرف الأسرة أو الاصدقاء، لكنها راضية عن نفسها و هذا يؤكد قولها: "مانيش راضية على هاد المعيشة معندي علامن نتكا، راني موقفة روحي" والحالة تتمنى أن يكون لديها أصدقاء أوفياء لكن بدت نوعا من فقدانها للأمل في هذا المجال حيث قالت: "لوكان غير جات عندي صحبة زينة و دعم بصح الله غالب بغاها الله". وللتوضيح أكثر أن الحالة لديها معارف و ليس أصدقاء مقربين. وترى أن فترة مراهقتها على أنها كانت مليئة بالمشاكل.

فيما يخص العزلة صرحت (ب) أنها تفضل الاعتزال في بعض الأحيان وذلك بسبب التجارب الحياتية التي عايشتها الحالة مثال على ذلك التجربة والتي تتمثل في إفشاء أسرار وأمور شخصية خاصة بالحالة من طرف صديقتها المقربة، وهذا ما يؤكد قولها: "تجيني بزاف نبغي نقعد وحدي" "كي تصرالك قصة ما تزيدش تعاودي"، للحالة قدرة على التحكم في المواقف والعواطف والانفعالات إلا أنها تعاني من عدم انتظام أوقات النوم بحيث أنها تنام عندما تشعر بأنها بحاجة للنوم. بحيث تنام الحالة مباشرة بعد خروجها من العمل وعند استيقاظها تبقى يقظة الى الساعة 4 صباحا ثم تنام و تستيقظ على الساعة 7 صباحا للتوجه الى العمل، إذ يوجد لديها مشاكل في التفكير كشكوكها حول سبب تركها عند الجدة، وبعد وفاة جدتها عانت من نوبات الحزن جراء فقدانها للأم البديلة ولم يكن لديها خوف في ذلك الحين. كان لديها توتر في مرحلة الطفولة والمراهقة وكان بسبب تلك الصراعات والخلافات بينها وبين أفراد أسرتها. عانت الحالة بأمراض عادية في مرحلة الطفولة كغيرها من الأطفال في تلك المرحلة.

وهي تعاني الحالة من فقر الدم منذ 10 سنوات ،بحيث قامت بعدة محاولات لعلاج الأنيميا إلا أنها كانت تشفى ثم يعود اليها المرض في تصريحها:"ندير دوايات نبرا و نعاود نمرض جربت قاع دوايات و لدروك مانيش بارية"، وتعاني من "raa" روماتيزم منذ 3 سنوات:"راني ف 3 سنين نتمشى غير ب extanciline .

الحالة تقوم بفحوصات طبية في جميع الحالات إلا فيما يخص الأنيميا،بحيث تبدو الحالة متخوفة من نتائج التحليل الخاصة بالهرمونات التي تكشف سبب انخفاض فقر الدم وهذا ما يؤكد قول الحال : "قالولي لازم تروحي سارفيس نتاع ليماطو باه يديرولك bilan نتاع الهرمونات بسك قالولي بالاك تكون عندك كاش حاجة وأعراضها كيما لانيمي أيا مدرتهاش بسك خفت لا يديرولي تعيار نتاع النخاع العظمي" و تبين لنا أيضا أن الحالة تقصد بـ "شي حاجة" سرطان الدم ،أما بالنسبة للحالة لا تأخذ أدويتها بانتظام في حالة المرض. وهذا ما يتبين من خلال قولها:"كي نفوت يعطوني دواء ناكله غير ليامات لولا غير قيمة مانبرا و نجبسه..مع أنا حتى لبروقرام نتاع الماكلة نتاعي مش منظم بنيسيلين كي نفطر وكي نتعشى أيا كي نخرج من لخدمة نوصل لدار 4ولا5 لوكان ناكل وحدة نعاود نتعشى على 9ولا 10نعاود نزيد ناكل زاوجة كي شغل درت لادوز"و يتضح أن الحالة تبرر عدم أخذها للدواء بانتظام الى عدم انتظام مواعيد الأكل.ومن خلال ملاحظتنا للحالة إرتقمنا أنها لا تأخذ أي وجبة أثناء قيامها بعملها وذلك بسبب تخوف الحالة من انتقال العدوى أو المرض وترجعه ايضا لعدم النظافة.تضيف الحالة على أنها لا تحافظ على صحتها باستمرار و هذا ما جاء في قولها:"منحافظش حتى نطيح بصح نعاود نقول لوكان غير استحفظت"هذا يدل على عتاب و ندم الحالة على عدم اهتمامها بنفسها ،ويتضح أيضا أن الحالة تقوم بتنفيذ كل النصائح والإرشادات والتعليمات الطبية التي يقدمها لها الطاقم الطبي سواء أطباء أو ممرضين "على حساب الشخص لي بنصحني"

المعاش النفسي للحالة:

تقدير الذات :حسب ما تبين لنا أن الحالة لديها تقدير ذات يميل الى المستوى العالي و ذلك من خلال رضا الحالة عن العمل الذي تقوم به وهذا ما يؤكد قولها:"راضية على خدمتي بسك أنا كي ندير حاجة نديرها من نيتي ومرات

نعاود الحسابات غير باش نخدمها نيشان". وبالإضافة الى أن الحالة لا تعتمد على غيرها في معظم الأعمال التي تقوم بها بحيث قالت: "ما نعمدش على ناس غير كي نكون فالخدمة مع لشارج نقول لوحدة فالبنات شوفيلي لمريضة هادي ولا بابا نقوله يخرجلي كاش وراقي". والحالة لا يهمها رأي الاخر حول نفسها ولا تهتم لأي انتقاد يوجه إليها إلا إذا كان الشخص مقرب للحالة و تعيره اهتمام و هذا ما يتضح من خلال قول الحالة: "كي ينتقدوني نحوس نعرف علاه الا كانوا صح نتفهم واذا كانوا غالطين نفهمهم وعلى حساب الشخص لي ينتقديني" بالإضافة الى أن الحالة تهتم بمظهرها الخارجي لدرجة أن هذا الاهتمام يسبب لها نوعا من النقاشات والمشاكل مع الأم وهذا ما يؤكده قول الأم على لسان الحالة: "مزيا بناقي ماجاونيش كيفك غير نتاع لبسة".

بالنسبة للأمن الانفعالي للحالة لا تغضب لأتفه الأسباب وهذا ما ظهر لنا من خلال تصرفاتها والمواقف التي مرت بهم فالحالة لديها نوعا من التحكم الانفعالي ليس لديها خوف من المستقبل .بحيث تسعى الحالة لتحقيق بعض الاهداف والمشاريع إلا أنها متخوفة من العراقيل التي سوف تواجهها و هذا ما جاء في قول الحالة "نوض نصلي فليل نبقا ندعي غير ربي يجيب الخير بصرح مرات نقول بلي علاش ندير هاد الحسابات و كلشي راه مسطرمن عند ربي". الحالة تريد أن تقوم بفتح صالون تجميل لأن الحالة لديها اهتمام كبير في هذا المجال ويوائمها مع طبيعة المهنة. الا أن الحالة تشعر بأنها أقل حظا من الآخرين وهذا ما يؤكده قولها "مرات نشوف روجي بلي معنديش زهر بربور ناس لخرين".

القبول الاجتماعي:أصدقاء الحالة يثقون بها وهي تشعر بأنها محل ثقة بالنسبة للآخرين. و هذا ما يتبين من خلال قول الحالة "يجوني يحكولي بصرح أنا منحكيش و منثيقش" و هذا مايشير لنا أيضا الى أن الحالة فقدت الثقة من الاخر بسبب المشكل الذي سبق ذكره في عنصر العلاقات.

التفاعل الاجتماعي: اتضح لنا بأن الحالة ليس بالأمر السهل عليها اقناع الطرف الاخر .بالإضافة أن الحالة لم تعد تتعرف على أصدقاء جدد وذلك بسبب الخيبات التي تعرضت لها سابقا والحالة لا تشك في قدراتها عندما تتعامل مع الآخرين.

المهارات الاجتماعية: الحالة لا تحضر الاجتماعات العائلية إلا إذا كان موضوع يتعلق بمصير الحالة. وهذه الأخيرة تشارك في النشاطات الاجتماعية المتمثلة في التطوع في الجمعيات التابعة للصحة مثل (جمعية الفجر - جمعية الحياة)

وهذا ما يؤكد قول الحالة: "الجمعيات يعطون لي نمشي ومعديش مشكل وحتى من يقصدوني جوارين يكون عندهم شي مريض نروح نورمال"

الاكتئاب: الحالة تشعر بالسعادة في حياتها وهي توضح بأن السعادة هي من تخلقها لنفسها بالرغم من مرارة الحياة و الخيبات والمشاكل التي تواجهها الحالة. وتبين لنا هنا أن الحالة تقوم ببعض السلوكات قصد التنفيس والتفريغ ومثال الذي ذكرته الحالة: "مثلا كي نروح لدار نطلق لمداحات ونبدأ".

الحالة لا تتحمس للذهاب الى العمل. "نعجز نروح الخدمة بكري بصح نهار لي نكون شاربة مكياج جديد ولا قش جديد نوض و نتحمس".

القلق: الحالة لديها قلق من إصابة أحد والديها بمرض ما. و ما يزعج الحالة أكثر هو مراودة بعض الافكار مقلقة تدور حول المرض وهي أنها تتخيل احد والديها أصيبو بالسرطان وهذا ما يؤكد قول الحالة: "لوكان نشوف غير كاش امرأة مع بنتها نتخيل روعي في بلاصتها ونبدأ نقول كيفاش ندير ولا يموت شي واحد نفس الاحساس وراكي شفقي لبارح واش صرا (موت مريضة) والله ما ساهلة قاع لي راهم هنا يخدمو يكذب عليك لي يقولك مانيش نخمم هاك بسك كل مرة كي اعترف بيها واحد"

قامت الحالة بتعميم حالتها على جميع المرضين العاملين بالمصلحة. و أضافت الحالة على انها تنزعج كثيرا من هذا المشكل (المرض) بحيث قالت "منجمش نخرجهم من راس هاد الصوالح يديرونجوني".

الوسواس: لدى الحالة أفكار وسواسية حول الموت والمرض وحسب قولها "نخاف ماما ولا بابا يمرضو ولا اخواتي" وهذا ما نفسره بأن الحالة تقوم باستخدام أسلوب دفاعي وهو الإسقاط حيث يعرفه شحاتة على أنه: حيلة لا شعورية تتلخص في أنه ينسب الشخص عيوبه ومناقصه ورغباته المكروهة ومخاوفه المكبوتة الى غيره من الناس والأشياء وذلك تنزيها لنفسه وتخفيفا عما يشعر به من القلق أو الخجل أو النقص أو الذنب. (شحاتة، 2013، ص130) بحيث

أضافت الحالة أنه بحكم عملها في مصلحة الاورام السرطانية واحتكاكها الكبير بالمرضى لم تعد تكثر لهذا المرض و هذا ما يؤكد القول "أما أنا مع لي راني نخدم فهاد سارفيس موليتش دايتها فهاد المرض" ومن هنا تبين لنا ايضا محاولة إخفاء الحالة لخوفها من هذا المرض وذلك بمحاولة تبريرها لنا وتأكيدا أنها لا تخاف من هذا المرض عكس ما قالته لنا من قبل، من هنا نفسر تناقض كلام الحالة على أنها تستخدم أساليب دفاعية مختلفة لتخفيف من القلق الذي يسببه لها هذا الموضوع، وذلك من أجل التكيف مع الواقع المعاش.

وتضيف الحالة أنها تشعر في بعض الاحيان بالألم في الجهة اليمنى على مستوى الصدر، و هذا يجعل من الحالة طرح التساؤل حول لماذا هذه الآلام؟ وهذا ما جعل من الحالة استشارة الطبيبة وعليه قامت هذه الأخيرة بتوجيهها الى طبيب الجلد من أجل وضع "la biopsy" ومن هنا تراودت لدى الحالة بعض الشكوك المتمثلة في أنها مصابة بسرطان الثدي و هذا ما يظهر من خلال ردة فعلها "واش واش راكي معني واش تقصدي زعما" و هذا التصرف يؤكد لنا خوف الحالة من المرض .

أضافت الحالة على انها تنزعج كثيرا من هذا المشكل (المرض) بحيث قالت: "منجشم نخرجهم من راسي هاد الصوالح يديرونجوني، نحاول ننسى هاد الافكار بصح في الغالب ديما يغلبوني" وهذا يفسر على أن الحالة غير قادرة على المسيطرة على هذه الأفكار المزعجة.

و يظهر من خلال تصرفات الحالة أن لديها أفعال متكررة تتمثل في إعادة مراجعة مقادير الدواء.

الخوف: الحالة تصرح أنها لا يتناها شعور بالخوف من موقف لا يستدعي للخوف وما لاحظناه من خلال تصرفاتها و ردات فعلها اتجاه مواقف معينة عكس ما صرحت به الحالة.

المجال المهني: ما دفع الحالة لاختيارها لمهنة التمريض هو أنها كانت تبحث عن عمل أقرب من الطب و ذلك بعدما كانت تدرس بجامعة "الشلف" تخصص biologie alimentaire لمدة سنة وبسبب تعرضها لظروف منعتها من إتمام دراستها ما جعل منها توقف الدراسة والبحث عن العمل.

بعد تعيين الحالة بالمصلحة لم يكن لديها أي تصور حول هذه المصلحة، إلا أنه انبعث لدى الحالة شعور بالخوف والقلق. وذلك بعدما اصدمت الحالة ببعض الآراء من طرف المحيط الخارجي "خطيك واش داك لهداك سرفيس صعيب" وقالو أيضا "خطيك من سبيطار قاع".

بالرغم من التخويف الذي تعرضت له الحالة إلا أنها وصفت بدايتها في المصلحة بأنها عادية. كما أن اكتسبت خبرة من خلال احتكاكها مع المرضى و تتمثل هذه الخبرة في فنيات التعامل مع المرضى وحتى مع الطاقم الطبي و الآخرين. بالإضافة الى أن الحالة تفضل الاستمرار في العمل بالمصلحة بالرغم من تواجد بعض الصعوبات المتمثلة في عدم رضا الحالة عن السيرورة التنظيمية للعمل. أما عن الخدمات التي تقدمها الحلة داخل المصلحة فهي راضية عنها لأنها ترى نفسها منصفة في عملها هذا ما نفسره على أن الحالة لديها ضمير مهني وتتمتع بحس المسؤولية، بالإضافة إلى أن الحالة راضية على الخدمات التي تقدمها.

3.3. عرض نتائج المقاييس النفسية:

1.3.3. مقياس الصحة النفسية:

الجدول رقم (20) النتائج المتحصل عليها في مقياس الصحة النفسية.

ملاحظة	الدرجة الجزئية	الأبعاد	
تميل الى الاعلى	24/21	تقدير الذات	المظاهر الإيجابية
متوسط	28/13	الأمن الانفعالي	
فوق المتوسط	24/14	التفاؤل	
قريب من المتوسط	24/11	القبول الإجتماعي	
متوسط	16/9	التفاعل الإجتماعي	
فوق المتوسط	24/15	المهارات الاجتماعية	

متوسط	20/10	الاكتئاب	المظاهر
قريب من المتوسط	20/9	القلق	السلبية
متوسط	8/4	الوسواس	
ضعيف	12/3	الخوف	
متوسطة	200/109	الدرجة الكلية	

التعليق على الجدول: نلاحظ من خلال عرض نتائج مقياس الصحة النفسية المطبق على الحالة (ب) نرى أن الحالة لديها معاش نفسي متوسط، بحيث تحصلت الحالة على درجات متوسطة والفوق متوسطة وتميل الى الأعلى فيما يخص المظاهر الإيجابية وكذلك في المظاهر السلبية ما عدا الخوف الذي تحصلت فيه على درجة ضعيفة. ونلاحظ أيضا أن الحالة تحصلت على درجة كلية تقدر ب 109 من 200 وهي في العموم متوسطة وهذا ما جعلنا نقول بأن الحالة لديها معاش نفسي متوسط .

2.3.3. مقياس القلق حالة و سمة لسبيدبرجر:

الجدول رقم (21) نتائج تطبيق مقياس القلق حالة و سمة .

الدرجة	مستوى القلق
36	قلق طبيعي
46	قلق فوق المتوسط.

التعليق على الجدول: نلاحظ أن الحالة تحصلت على مستوى القلق بدرجة 36 في قلق حالة محصورة في مجال ما بين 20-40 أي ضمن الفئة الثانية بحيث يعتبر القلق في هذه الحالة قلق طبيعي، أما بالنسبة للقلق كسمة فتحصلت الحالى على درجة 46 أي محصورة في مجال بين 40-60 أي ضمن الفئة الثالثة بحيث يعتبر مستوى القلق في هذه الحالة فوق المتوسط وهذا حسب مفتاح تصحيح المقياس.

3.3.3. مقياس الوسواس القهري ل بييل براون :

الجدول رقم(22)نتائج تطبيق مقياس الوسواس القهري للحالة

المستوى	الدرجة الكلية	الدرجات	
خفيف	15	9	الأفكار الوسواسية.
		6	الأفعال القهرية.

التعليق على الجدول : نلاحظ أن الحالة تظهر عليها أعراض خفيفة للوسواس القهري حسب تقييم المقياس المعدل

بييل براون للوسواس القهري. و هذه الاعراض من المحتمل أن تتعارض في حياة الحالة بطرق ملحوظة .(و اذا كان

للحالة وسواس وأفكار يمكن ان نعطيه شدة متوسطة وهذا ما سوف تأكده لنا المقابلة).

الفصل السادس:

"عرض النتائج ومناقشة الفرضيات"

1. تحليل نتائج المقابلة و المقاييس و الإستنتاج العام للحالة الأولى

2. تحليل نتائج المقابلة و المقاييس و الإستنتاج العام للحالة الثانية.

3. تحليل نتائج المقابلة و المقاييس و الإستنتاج العام للحالة الثالثة.

4. استنتاج عام حول الحالات المدروسة.

5. مناقشة الفرضيات.

تمهيد:

سنقوم في هذا الفصل بعرض النتائج المتوصل اليها من خلال التقنيات المستعملة، وهذا لمناقشة الفرضيات على ضوء الدراسات السابقة.

1. تحليل المقابلة ونتائج المقاييس مع الحالة الأولى:

كشفت نتائج المقابلة النصف الموجهة أن الحالة (أ) يعاني من القلق وهذا بعد إستناد الباحثة على الدليل التشخيصي الخامس DSM5 وذلك لتصنيف الأعراض الظاهرة على الحالة:

- ✓ نوبة قلق تولد شعور بضائقة حادة تعيق مجرى الحياة العادية بحيث تأثر على سير الحياة المهنية.
- ✓ نوبة قلق مصحوبة بمجموعة أعراض: صعوبة الدخول في النوم، مشاكل في الأكل وإضطرابات علائقية، الهيجان العاطفي، الخوف، التعرق، الصداع والإنزعاج من الأضواء، التوتر والحزن والحسرة، تضارب نبضات القلب، صعوبة في التركيز.

✓ إنزعاج من ال مرض و ربطه بالموت وهذا ما يجعل من الحالة التخوف من المرض.

وهذا ما تأكده نتائج مقياس القلق كحالة بحيث تحصل على مستوى فوق المتوسط بحيث يدرج ضمن الفئة الثالثة للقلق كحالة، وتحصل على مستوى فوق المتوسط في مقياس القلق كسمة بحيث يدرج ضمن الفئة الثالثة للقلق كسمة.

أما في مقياس الصحة النفسية تحصل على درجة تقدر ب9من20 في مظهر القلق أي بمستوى يقرب الى المتوسط بحيث تمثل هذه الدرجة المتحصل عليها درجة جزئية، أما فيما يخص الدرجة الكلية للمستوى الصحة النفسية للحالة تقدر ب123من200.

ومن هنا يتبين بأن الحالة يعاني من القلق خاصة في الأمور التي لها علاقة بمستقبله وصحته. وهذا ما نرجعه للطفولة القاسية للحالة ومعاناته والصعوبات التي واجهها آنذاك، وكذلك إصابته بمرض القلب و معاناته جراء مرض والدته، مما جعل من الحالة التخوف من المستقبل وما يحمله من طيات (التاريخ المرضي للحالة و الام).

بالإضافة الى تخوف الحالة من مرض أحد الوالدين خوفا من فقدان ومن جهة أخرى تخوف الحالة من التكاليف و المصاريف العلاجية في ظل إمكانيات المتوفرة في البلاد والقدرة الإقتصادية. وهذا في حد ذاته يشكل عبئا نفسيا ثقيلا. ومن هنا يتبين أيضا أن الحالة يشعر بالقلق الزائد على سلامته وسلامة أسرته ويشعر دائما بالقلق بشأن حدوث أمر ما غير محمود بالرغم من عدم وجود خطر واضح. وهذا ما نرجعه أيضا أن الحالة لديه إحساس بالمسؤولية إتجاه والديه و ماهو قادم مستقبلا.

بالإضافة الى شعور الحالة بالهياج والإنفعال بسبب الضغوط الحياتية المختلفة وهذا نتيجة تراكم الحالات المتوترة و الضاغطة في حياة الحالة.

وتبين أيضا من خلال الملاحظة أن الحالة عندما سمع بخبر وفاة إحدى المريضات بالمصلحة أصدر سلوكيات غير طبيعية المتمثلة في الأكل بشراهة وإفراط في الحركة و هذا ما يفسر بأن الحالة يتوجه للأكل للتنفيس و التفريغ.

أما بالنسبة للوسواس القهري ظهر لنا من خلال المقابلة مجموعة من الأعراض المتمثلة في:

✓ خلل في التفكير وذلك من خلال مراودة فكرة مرض أحد أفراد أسرته بالسرطان أو جلبيه لهم

العدوى من أي مرض.

✓ محاولة الإستبعاد هذه الأفكار من أجل التكيف.

✓ صعوبة الدخول في النوم بسبب هته الأفكار المزعجة.

✓ الخوف من زيارة الطبيب.

ونضيف أيضا أن الحالة تحصل على درجة 14 في مقياس الوسواس القهري بحيث نصفها بأنها متوسطة لأنه في المقابلة وجدنا لدى الحالة أفعال وأفكار وسواسية بحيث هذه الأعراض من المحتمل أن تتعارض في حياة الحالة بطرق ملحوظة.

من خلال المقابلة والملاحظة وتطبيق المقاييس تبين بأن الحالة يستخدم مجموعة من الميكانيزمات الدفاعية وذلك قصد التكيف مع العالم الخارجي (المحيط). وفي نفس الوقت يتبين بأن الحالة يعيش في صراع نفسي داخلي. ومن هنا نستنتج أن الحالة يتمتع بمعاش نفسي سلبي يظهر في شكل قلق متعلق بالمرض والصحة والمستقبل و وساوس فكرية ناتجة عن القلق وهذا بعد إستنادنا على الدلائل التشخيصية حسب DSM5 التي تم ذكرها سابق في الفصل الثاني.

2. تحليل المقابلة و نتائج المقاييس مع الحالة الثانية:

كشفت نتائج المقابلة النصف الموجهة أن الحالة (ش) يعاني من القلق وهذا بعد تعرفنا على وقائع والأحداث التي مرت بها "شيماء"، بحيث ظهرت لديها مجموعة من الأعراض وهذا بعد إستناد الباحثة على الدليل التشخيصي الخامس DSM5 وذلك للتصنيف الأعراض الظاهرة على الحالة:

نوبة قلق مصحوبة بأعراض: صعوبة في التركيز، اضطرابات في الأكل، إحساس بالتوتر، تأنيب الضمير، التعب، اضطرابات علائقية، تملل الساقين، شعور بالدوار، إفراط في الأكل، صعوبة الدخول في النوم، أحلام المرعجة، أفكار وسواسية مرعجة، عدم القدرة على مقاومة الأفكار المرعجة نشعور بالذنب، اضطراب علائقي، التعب، ضيق التنفس، الخوف من المستقبل، توقع حدوث خطر (موت-مرض)

✓ نوبة قلق تولد شعور بضائقة حادة تعيق مجرى الحياة العادية بحيث تأثر على سير الحياة المهنية.

✓ إنزعاج من المرض وربطه بالموت وهذا ما يجعل من الحالة التخوف من المرض.

وهذا ما تأكده نتائج مقياس الصحة النفسية أنه لديها أعراض قلق متوسطة بحيث تحصلت في مقياس

الصحة النفسية على مستوى متوسط بدرجة تقدر ب20/10.

وتحصلت أيضا في مقياس القلق حالة وسمة لسيلبرجر على مستوى الفوق متوسط بدرجة 50 في القلق

كحالة، أما القلق كسمة تحصلت على الدرجة 51 بمستوى فوق المتوسط أي الحالة تندرج ضمن الفئة الثالثة للقلق.

وهذا ما نرجعه للطفولة القاسية للحالة ومعاناتها والصعوبات التي واجهتها آنذاك، وكذلك معاناتها من مرض

ضيق التنفس ومرض والدتها بالسكري، مما جعل من الحالة التخوف من فقدان الأم ووذلك نظرا لتعلقها بأمها بقدر

درجة تعلق الحالة بأمها يكون قلق الانفصال (الفقدان) أقوى. عكس ما هو الحال مع أب الحالة فيظهر جليا إضطراب

العلاقة بينها وبين الأب الذي يظهر في غياب دور الأب وهذا حسب ما صرحت الحالة أثناء المقابلة بحيث بدت

منزعجة من أبيها الذي تراه أنه غير مهتم بهم وهذا ما تفسره هورني أن القلق ينشأ في السنوات الأولى من حياة الطفل

نتيجة إضطراب العلاقة بين الطفل ووالديه وهذا الإضطراب هو الذي يسبب للطفل حرمان من الحب والعطف، وهذا

ما يؤدي الى ظهور الكره والعدوان عند الطفل نحو والديه وهذا ما تبين لنا من خلال أقوال الحالة. ويضيف وولي في

هذا الصدد أنه كلما كانت العلاقة بين الأب والطفل غير أمينة وملؤها الكره وعدم العطف والحنان كلما نشأ الطفل

في بنية مضطربة، فإنها تدفع بالطفل الى الشعور بالكراهية لأبيه والغيرة من إخوانه وهذا ما يسئ الحالة النفسية للطفل

مما يجعل من الطفل يعيش في قلق.

وتبين أيضا من خلال الملاحظة أن الحالة عندما سمع بخبر وفاة إحدى المريضات بالمصلحة كانت تبدو

متحكمة في إنفعالاتها و في بعض الأحيان يبدو عليها التوتر وذلك في شكل إرتجاف و إرتعاش.

أما بالنسبة للوسواس القهري ظهر لنا من خلال المقابلة مجموعة من الأعراض المتمثلة في:

✓ الخوف من زيارة الطبيب.

✓ الخوف من نتائج التحاليل الطبية.

✓ فكرة إصابة أحد أفراد أسرة الحالة بالسرطان.

✓ التفكير في العواقب التي تترتب عن فقدانها لأحد والديها و خاصة الأم و الأخت.

✓ المعتقدات الخاطئة حول المرض والموت.

✓ عدم القدرة على مقاومة الافكار المزعجة.

أما فيما يخص مقياس الوسواس القهري فقد تحصلت الحالة على درجة 5 فيما يخص الأفكار الوسواسية ودرجة 2 فيما يخص الأفعال القهرية بمجموع 7 إذن فأعراض الوسواس القهري خفيفة جدا ويمكن أن نقول أن الحالة لديها أفكار وأفعال قهرية وهذا ما تبين لنا من خلال الملاحظة والمقابلة ومقياس الصحة النفسية، بحيث تحصلت في مقياس الصحة النفسية على درجة متوسطة تقدر بـ 8/4 وهذا ما نرجعه بأن الحالة تحاول تجنب كل ما يشعرها بالقلق والخوف أي ما نسميه بأسلوب مقاومة قصد التكيف وتجنب الصراعات الداخلية للحالة. بحيث هذه الاعراض من المحتمل أن تتعارض في حياة الحالة بطرق ملحوظة.

استنتاج عام للحالة:

من خلال المقابلة تبين أيضا بأن الحالة تتمتع بمعاش نفسي يميل الى السلبي، بحيث تبين بأن الحالة تعاني من القلق إتجاه المواضيع المتعلقة بالمرض والموت والمستقبل والخوف نفس الشيء بالنسبة للوسواس القهري إرتيننا أن الحالة لديها أفكار وسواسية قهري بحيث ظهر هذا للباحثة من خلال تحليلها للمقابلة وذلك من خلال ظهور بعض التناقضات في أجوبة الحالة من حين لآخر. بحيث يتبين من خلال ما سبق أن الحالة تستخدم آليات دفاعية وذلك قصد التكيف مع الواقع وهذا ما يسمى بالمقاومة. وهذا ما نرجعه الى العوامل البيئية الناتجة عن عادات وتصرفات مكتسبة مع الوقت. (التاريخ العائلي للحالة)، بالإضافة طبيعة العمل بالمصلحة والاحتكاك الدائم مع مرضى السرطان. بالإضافة أن الحالة تتعرض لعدد من الضغوط وهذا ما يجعلها تشعر بالتوتر الدائم مما يجعلها تتعرض لإجهاد عصبي مستمر. بعد الاستناد على الدلائل التشخيصية إرتيننا أن الحالة لديها قلق متعلق بالمرض والمستقبل والموت وهذا نظرا للتاريخ المرضي للحالة والوضعية المعيشية والظروف المهنية والمعتقدات الثقافية للحالة.

3. تحليل المقابلة ونتائج المقاييس مع الحالة الثالثة:

كشفت نتائج المقابلة النصف الموجهة ان الحالة (ب) تعاني من القلق وهذا بعد اعتماد الباحثة على الدليل التشخيصي الخامس DSM (أنظر في الفصل الثاني التصنيف).

بحيث ظهر لدى الحالة مجموعة أعراض:

✓ نوبة قلق مصحوبة بعدد من الأعراض: مشكل في النوم، مشكل في الأكل، مشكل في التفكير، مشكل في العلاقات.

✓ شعور بنوبة من القلق تولد شعور بضائقة حادة تعيق مجرى الحياة العادية والمهنية والمستقبلية.

✓ حالة من الانزعاج والتشويش، انشغال البال بشيء غامض.

✓ التغيرات المزاجية، الحزن، الحساسية الزائدة تجاه النقد (الأم والأصدقاء).

✓ توقع مستمر لحدوث كارثة دون وجود أي خطر حقيقي (إصابة بالسرطان).

✓ الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية: روماتيزم R.A.A منذ عشر سنوات وأمراض أخرى ألا وهي فقر الدم ونقص المناعة.

بحيث تحصلت الحالة على مستوى قريب من المتوسط بدرجة تقدر ب9 من 20 في مظاهر القلق بمقياس الصحة النفسية.

وتحصلت أيضا على مستوى عادي للقلق كحالة بدرجة تقدر ب36 في مقياس "سبيلبرجر" في صورته الأولى "قلق حالة". أما في صورته الثانية "القلق سمة" تحصلت على الدرجة 46 بمستوى فوق المتوسط أي الحالة تندرج ضمن الفئة الثالثة للقلق حسب مفتاح تصحيح المقياس.

ومن هنا تبين بأن الحالة لديها أعراض واضحة تدل على وجود القلق وهذا ما نرجعه لطفولتهما القاسية نتيجة تعرضها للعديد من المشكلات والصراعات النفسية أثناء فترة الطفولة وكذا المراهقة بحيث مرت بأحداث صعبة متمثلة:

سوء العلاقات الأسرية خاصة بين الأم و الحالة و ذلك بسبب عدم الإهتمام والإهمال من طرف الأم بحيث وضعت إبتها عند الجدة و هذا منا نتج عنه العديد من الإختلالاتو نجد من بينها: إضرابات العلائقية و نخص بالذكر بين الأم و الحالة وبين والحالة وإخوانها وما يترتب عنه من إستنتاجات وأراء سلبية و ما يجعلها تقارن نفسها

بإخوانها(إختلاف الأساليب و القواعد التربوية)وهذه المشاكل الأسرية التي تواجهها الحالة داخل اطار الأسرة قد تؤدي بإصابة الحالة باضطرابات القلق بالإضافة أن الحالة تعرضت لخبرات مؤلمة في حياتها متمثلة في :خبرة عاطفية مؤلمة التخلي عن صديقتها المقربة بسبب إفشاء أمورها الخاصة مما جعل من الحالة فقدان الثقة بالأصدقاء، والتخلي عن صديقها المقرب الذي كان يقدم لها الدعم بعد موت جدتها وإبتعاد خالاتها عنها،هذا ما يجعل الحالة تشعر بمشاعر سلبية متراكمة قد تسبب في تراكم الضغوطات .بالإضافة الى شخصية الحالة و كل هذا يساهم في ظهور الإختلالات النفسية المتمثلة في أن الحالة تعيش في حلقة مفرغة للقلق.

أما بالنسبة للوسواس القهري ظهر لنا من خلال المقابلة بعض الأعراض وهي:

- ✓ الخوف من القيام بالتحاليل الطبية خوفا من نتائج التحاليل.
- ✓ المعتقدات الفكرية الخاطئة (ربط المرض بالموت).
- ✓ أفكار حول إصابة أحد أفراد أسرتها (الأب ، الأم ،الاخوة) بالسرطان.
- ✓ عدم القدرة على مواجهة هذه الأفكار المزعجة.
- ✓ الخوف من أمور لا تستدعي الخوف واستمرارية التفكير بها في ظل لا يوجد أي خطر حقيقي يستدعي للخوف.
- ✓ عدم انتظام في النوم وصعوبة الدخول في النوم.
- ومن خلال الملاحظة :
- ✓ اعادة التأكد من كمية الدواء الموصوفة.
- ✓ اعادة التأكد من عملها.
- ✓ الحالة منظمة في جميع الجوانب سواء ف لباسها أو كلامها أو عملها.

انهيار الحالة عند سماعها بخبر وفاة الذي وقع داخل المصلحة بحيث أنها قامت بتفريغ شحنتها السلبية عن طريق البكاء مع فقدان تام للشهية. كما قالت: "كنت دايرتها كيماجدي" وهنا الحالة أنها تعوض الحنان الذي فقدته منذ وفاة جدتها وهذا ما يؤكد لنا بأن الحالة لديها حرمان عاطفي وتفتقر مصادر الدعم و المساندة.

✓ ونضيف أيضا أن الحالة تحصلت على درجة 15 في مقياس الوسواس القهري بحيث نصف أعراض الوسواس القهري على أنها متوسطة حسب مقياس تصحيح "بيل براون". وتحصلت أيضا على الدرجة الجزئية في مقياس الصحة النفسية لمظهر الوسواس على درجة متوسطة تقدر ب4 من 8 بحيث هذه الأعراض يمكن أن تتعارض في حياة الحالة بطرق ملحوظة.

استنتاج عام للحالة:

من خلال المقابلة والملاحظة ونتائج المقاييس تبين أن الحالة تستخدم العديد من الميكانيزمات الدفاعية وذلك من أجل التكيف وفك الصراعات النفسية التي تعاني منها الحالة. ومن هنا نستنتج أن الحالة متمتعة بمعاش نفسي سلمي متمثل في القلق المتعلق بالمرض والصحة والمسقبل والخوف من العدوى والوسواس الفكري ينتج عنها بعض الأفعال القهرية الذي تبين من خلال الأفكار والأفعال الوسواسية وهذا ما نرجعه الى العوامل البيئية الناتجة عن عادات وتصرفات مكتسبة مع الوقت.(التاريخ العائلي للحالة)، بالإضافة الى طبيعة العمل بالمصلحة والاحتكاك الدائم مع مرضى السرطان. بحيث أن الحالة تتعرض لعديد من الصراعات الأسرية مما يسبب لها ضغوط قد تعرقل سير حياتها العادية والمهنية وما يجعلها تشعر بالتوتر الدائم مما يجعلها تتعرض لإجهاد عصبي مستمر.

4. استنتاج العام حول الحالات المدروسة:

الجدول رقم(23) يقارن بين نتائج الحالات المتحصل عليها من خلال المقابلة و

المقاييس النفسية.

الأبعاد	أحمد	شيماء	بشرى	إستنتاج
المظاهر الإيجابية	تقدير الذات	24/19	24/16	24/21
	الأمن الانفعالي	28/17	28/16	28/13
	تفاؤل	24/17	24/12	24/14
	القبول الإجتماعي	24/12	24/16	24/11
	التفاعل الاجتماعي	16/10	16/8	16/9
	المهارات الإجتماعية	24/16	24/12	24/15
بالنسبة ل أحمد تحصل على درجات متوسطة تميل الى أعلى فيما يخص المظاهر الايجابية. و شيماء تحصلت على درجات متوسطة عموماً، أما بشرى فقد تحصلت على درجة متوسطة تميل الى الأعلى. وهذا بعد مقارنة محتوى المقابلة بنتائج المقاييس النفسية.				
المظاهر السلبية	الإكتئاب	20/9	20/12	20/10
	القلق	20/9	20/10	20/9
	الوسواس	8/5	8/4	8/4
	الخوف	12/9	12/3	12/3
نرى بأن الحالات أ-ش-ب تحصلوا على درجات متوسطة فيما يخص المظاهر السلبية، بحيث كانت مشاعرهم السلبية متقاربة نوعاً ما مع الأخذ بعين الاعتبار الفروقات الفردية بين الحالات. (الدرجة الكلية				
200 109 123				
نرى بأن الحالات لديهم معاش نفسي متوسط يميل الى السلبي و هذا بعد إجراء المقابلات والتعرف على الأحداث والوقائع التي يمر بها الحالات والتعرف على الحالات النفسية التي يمررون بها تم إستخراج الأليات الدفاعية التي يستعملونها للتكيف مع الواقع. وبعد تطبيق المقاييس النفسية للقلق والوسواس القهري والإستناد على DSM5 لتصنيف الاعراض والتأكد من وجودها.				
السن-الميلول والتوجهات-الجو الأسري -العائلي-الجو المهني والخبرة المهنية والرضا عن المهنة- التنشئة الإجتماعية-المعتقدات والتصورات الثقافية.				

5. مناقشة الفرضيات:

1.5. مناقشة الفرضية العامة:

نصت الفرضية الرئيسية الى "أن لدى المرضين العاملين بمصلحة الأورام السرطانية معاش نفسي سلبي" وقد أشارت النتائج المتحصل عليها من خلال الملاحظة العيادية والمقابلة نصف موجهة وتطبيقنا لمقياس الصحة النفسية الى "أن المعاش النفسي لدى ممرضى مصلحة الاورام السرطانية سلبي" هو ماثبت تحقق الجزئي للفرضية الرئيسية علما أن القلق كان ظاهراً في جميع الحالات والجداول رقم(12)،(16)،(20) توضح الدرجات الكلية و الجزئية لمقياس الصحة النفسية للحالات التي تم تفرغ نتائجها .

بالنسبة ل"أحمد" تحصل على درجات متوسطة تميل الى أعلى فيما يخص المظاهر الايجابية، وشيماء تحصلت على درجات متوسطة عموماً، أما بشرى فقد تحصلت على درجة متوسطة تميل الى الأعلى، وهذا بعد مقارنة محتوى المقابلة بنتائج المقاييس النفسية.

نرى بأن الحالات أ-ش-ب تحصلوا على درجات متوسطة فيما يخص المظاهر السلبية، بحيث كانت مشاعرهم السلبية متقاربة نوعاً ما مع الأخذ بعين الاعتبار الفروقات الفردية بين الحالات.(السن-الميل والتوجهات-الجو الأسري -العائلي-الجو المهني والخبرة المهنية والرضا عن المهنة-التنشئة الاجتماعية-المعتقدات والتصورات الثقافية).

وهنا يمكن القول بأن درجات المظاهر الإيجابية مرتفعة على المظاهر السلبية في مقياس الصحة النفسية، مما يدفعنا لطرح التساؤل:هل لممرضى مصلحة الأورام السرطانية معاش نفسي إيجابي؟إذن لديهم معاش نفسي متوسط يميل الى السلبي وهذا بعد مطابقة نتائج المقاييس مع نتائج المقابلة والتعرف على الأحداث والوقائع التي يمر بها الحالات والتعرف على الحالات النفسية التي يمررون بها تم إستخراج الأليات الدفاعية فقد عرفها سامر" بأنها استراتيجيات نفسية يأتي بها العقل الباطن بهدف التلاعب بالأفكار والتحايل على العواطف أو تشويه الواقع وتغييره، وذلك لحماية النفس من المشاعر السلبية(سامر،2007،ص238).بحيث يلجأ إليها الحالات

"أ" و"ش" و"ب" بشكل لاواعي لمنع التوتر الناتج من الصراعات النفسية الداخلية للتكيف مع الواقع وعلى سبيل المثال نجد من بين الميكانيزمات الدفاعية المستعملة من طرف الحالات: العقلنة، التبرير، الاسقاط، الانكار، الازاحة والاببدال والتعميم لدى الحالات.

وهذا ما يؤكد بأن مستوى الصحة النفسية لدى المرضى العاملين بمصلحة الأورام السرطانية سلبي وهذا بعد التأكد من وجود مظاهر سلبية للصحة النفسية تعرقل سير الحياة العادية للمرضين .

وما يمكننا إرجاعه الى العديد من العوامل التي تأثر سلبي على مستوى الصحة النفسية بحيث نجد الأسرة كعامل أولي يساهم بشكل كبير في تحسين أو ضعف الصحة النفسية للمرضين، بحيث نجد المرضى "أ" و"ش" و"ب" يعيشون حياة مضطربة في طفولتهم ومراهقتهم نتيجة لوجود خلافات عائلية وعدم التكامل الأسري وسوء التنشئة الإجتماعية وعدم وجود الإهتمام وهذا ما يمهّد الى ظهور مظاهر القلق والوساوس القهرية.

وما يمكننا أيضا إرجاعه الى طبيعة العمل بمصلحة الأورام السرطانية التي تؤثر على صحتهم النفسية وتولد لهم شعور بالقلق إتجاه المرض والصحة والمستقبل و وساوس من أفكار فكرية متعلقة بالمرض والموت والعدوى وأفعال وسواسية متعلقة بالصحة الجسمية، وذلك من خلال الإحتكاك الدائم بمرضى السرطان وعدم الرضا المهني مما يظهر في عدم التوافق المهني والشخصي . وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة "الشافعي" سنة (2002) التي أظهرت انخفاض مستوى التوافق المهني لدى المرضى والمرضات لدى العاملين بمسشفيات قطاع غزة. (أبو العمرين، 2008، ص111). وهذا يرجع الى ميول ورغبات وتوجهات المرضى والبيئة

وقد بينت نتائج الدراسة الحالية أن المرضى العاملين بمصلحة الأورام السرطانية بمركز مكافحة السرطان بولاية بشار بأنهم يتمتعون بمستوى متدني من الصحة النفسية أي بمعاش نفسي سلبي، بحيث تظهر الأليات الدفاعية للقدرة على التكيف مع الواقع ومواجهة الضغوط والظروف الحياتية الصعبة التي يعيشونها.

وهذا يتعارض مع نتائج دراسة "إبتسام أبو العمرين" سنة (2008) التي هدفت إلى التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى المرضى والمرضات العاملين في المستشفيات الحكومية فقد بينت النتائج إلى أن المرضى

والمرضات يتمتعون بمستويات عالية من الصحة النفسية حيث بلغت نسبتها لدى المرضين 87.82 % وهي نسبة عالية ومطمئنة تظهر قدرات عالية على التكيف مع الظروف الصعبة التي تعيشها.

2.5. مناقشة الفرضيات الفرعية:

1.2.5. مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

بعد العرض لنتائج الدراسة المتحصل عليها، ومن خلال الأدوات المستخدمة الملاحظة والمقابلة ومقياس القلق ل"سبيلبرجر" للحالات المدروسة سنتطرق لمناقشتها على ضوء فرضية الدراسة الجزئية الأولى. فقد أشارت الفرضية الجزئية الأولى إلى المعاش النفسي لدى المرضين العاملين بمصلحة الأورام السرطانية يتميز بوجود قلق وقد دلت نتائج المقابلة والمقاييس فعلا على صحة الفرضية ويمكن تفسير هذه النتيجة على ضوء أن جميع الحالات المدروسة تعاني من اضطرابات نفسية المتمثلة في القلق عند الحالات (أ)، (ب)، (ش) فكانت الدرجات حسب ما هو موضح من خلال نتائج الحالات في مقياس سبيلبرجر في الجداول رقم (13) و(17) و(21) وهو قلق متعلق بالموت والإصابة بالمرض والمستقبل فهو قلق متعلق بالصحة الجسمية في حين يظهر في صورة خوف من المرض سواء لنفسه أو الأقارب.

فقد أشار "بن يوب كمال" سنة (2014) في نتائج دراستهما أن عمال مصلحة حفظ الجثث يعانون من قلق الموت واضطرابات نفسية أخرى. وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة "Gull, and Freeman" سنة (1978) في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة التي توصلت إلى أن المرضين والمرضات يحاولون تلبية حاجات المرض النفسية فإنهم يشعرون بعدم القدرة على القيام بذلك بسبب الخوف من المرض والموت وقلة المعرفة حول العلاقات الشخصية وقلة مهارات الاتصال. كما وجد "مُجد النجار" سنة (2016) بأن قلق المستقبل لدى المرضين والمرضات مرتفع. ثم إن ما لاحظناه على الحالات من مشاعر قلق متكررة دائما فيما يخص المرض والموت وهذا ما نرجعه إلى المعتقدات الثقافية الخاصة بالمجتمع المتمثلة في ربط المرض بالموت بحيث يوضح "مكاوي" أن مفهوم المرض وتصوره يختلف من مجتمع إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى نتيجة خضوعه لمجموعة من الاعتبارات منها

المعتقدات الشعبية ورؤية الانسان للحياة والموت والصحة والمرض فالمعتقدات السائدة في الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد تؤثر تأثيرا واضحا على تقييم الناس لأعراض وتفسير أسبابه وتحديد الجهات لتقييم الناس. (مكاوي، 1994، ص46)

من هنا نرى أن لكل مجتمع من المجتمعات مجموعة من المعتقدات بالرعاية الصحية البعض منها له تأثير ايجابي والبعض الآخر سلبي، وغالبا مايرتبط بالمعتقدات السائدة في المجتمع وبالبيئة وبمستوى التعليمي ومن هنا نرى أنه بالرغم أن للحالات مستوى تعليمي عالي إلا أن لديهم معتقدات خاطئة حول مفهوم الصحة والمرض والموت اضافة إلى أن الحالات "أ"، "ش"، "ب" يعملون بمجال الصحة.

بحيث نجد الحالة "أ" يظهر لديه القلق والخوف من المرض والموت هذا ما يؤكد قوله: "نخاف نمشي للطبيب" ،وقوله: "مرض بأي مرض إلا هذ السارفيس الله يبعده علينا وعليكم". وفي تصريحه: "ناكل دواء العرب حتى إلا مانفعكش ما يضر كرش".

بالإضافة الى أن الحالة "ش" و "ب" لا تقومان بالفحوصات الطبية والتحليل هذا خوفا من النتائج ويظهر ذلك في قولها: "أنا لا أقوم بفحوصات طبية" إضافة إلى تصورات عيش الحالة دون عائلتها والعكس وهذا يظهر في قولها: "كيفاش يديرو دارنا ولا يمرض كاش واحد في الدار كيفاش ندير أنا".

وبالنسبة إلى الحالة "ب" نجد لدى الحالة قلق إصابة أحد والديها بأمراض من بينها السرطان ونجد معظم تخيلاتهما حول هذا الأمر وهذا ما يؤكد قول الحالة: "لو كان نشوف غير كاش مرأة مع بنتها نتخيل روعي في بلاصتها ونبدا نقول كيفاش ندير لو كان يموتو والديا نفس الاحساس". وهذا ما نجده أيضا عند الحالة "أ" و"ش" من خوف من إصابة الأم.

ومن الممكن أن نرجع القلق إلى مشاكل طبية أي أن يرتبط القلق بمشكل صحي ومن أمثلة المشكلات الطبية نجد مرض القلب الذي يعاني منه الحالة "أ" ومشكل اضطراب الجهاز التنفسي الذي نجده عند الحالة "ش" ومشكل الروماتيزم وفقر الدم لدى الحالة "ب" بالإضافة إلى الضغط العصبي بسبب المرض في هذه الحالة يمكن أن

يتسبب في الإصابة بحالة صحية أو مرض خطير في الشعور بالقلق الشديد إزاء أمور مثل العلاج والمستقبل هذا مظاهر عند الحالة "أ".

بالإضافة إلى عامل تراكم الضغوطات الأسرية و المهنية والحياتية والتي تتمثل في المواقف الحياتية كالشعور بالضغط بسبب العمل أو الشعور الدائم بالقلق بسبب سوء الأحوال العائلية وعدم الرضا بالوضع المعيشي وهذا ما نجده عند جميع الحالات "أ" و "ش" و "ب".

2.2.5. مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

بعد العرض لنتائج الدراسة المتحصل عليها، ومن خلال الأدوات المستخدمة الملاحظة والمقابلة ومقياس الوسواس ل"بييل براون" للحالات المدروسة سنتطرق لمناقشتها على ضوء فرضية الدراسة الجزئية الثانية.

فقد أثبتت صدق الفرضية الجزئية الثانية مفادها "أن المعاش النفسي لدى ممرضين مصالحة الاورام السرطانية يتميز بوجود وسواس" تحققت هي كذلك بشكل جزئي حيث تظهر في شكل وسواس فكرية متعلق بقلق الموت والإصابة بالمرض عند الحالة الأولى والثانية وكذلك الثالثة فقد دلت نتائج المقابلة والمقياس فعلا على صحة الفرضية ويمكن تفسير هذه النتيجة على ضوء أن جميع الحالات المتطرق إليها تعاني من الوسواس.

فكانت الدرجات حسب ما هو موضح من خلال نتائج الحالات في مقياس بييل براون في الجداول رقم (14) و(18) و(22) التي تدل على وجود وسواس فكرية متعلقة بالصحة الجسمية في حين يظهر في صورة خوف من المرض أو الموت سواء لنفسه أو الأقارب.

ويمكن تفسير هذه النتيجة على ضوء الحالات المدروسة بحيث نجد أن الحالة الأولى "أ" لديه أفكار وسواسية ظاهرة بشكل ملحوظ في المقابلة بحيث تدور حول احتمالية الإصابة بمرض السرطان وهذا ما نرجعه إلى التاريخ المرضي للحالة والذي يتمثل في مرضه بالقلب من صغره ومرض والدته. وهذا الأخير ما تسبب في استبعاد الحالة عن أمه منذ ولادته لمدة 6 سنوات وذلك خوفا من العدوى مما تولد عنه شعور بالخوف من فقدان أو الانفصال ومما يترتب عنه أيضا مراودة بعض الأفكار الوسواسية وكل هذه العوامل تؤدي إلى ظهور الوسواس الفكرية المتعلقة

بالمرض أما فيما يخص بالأفعال فنجد أن الحالة ليس لديه أفعال قهرية بل نجد لديه أفكار مزعجة ينتج عنها سلوكيات تجنبيهية وذلك من أجل التكيف واستبعاد كل ما يزعج ويجلب قلق المرض.

أما بالنسبة للحالة الثانية "ش" لديها أفكار وسواسية ظاهرة بشكل ملحوظ في المقابلة والمقياس بحيث تدور حول احتمالية إصابة أمها أو أختها بالسرطان وهذا منذ التحاق الحالة بالمصلحة مما قد نرجعه إلى الاحتكاك الدائم بالمرض ومحاولة البحث عن المستجدات فيما يخص هذا المرض.

ومما قد نرجعه أيضا إلى التاريخ المرضي للحالة الذي يتمثل في مرضها بضيق التنفس وألام في الصدر مما يجعل من الحالة تعتقد أن حياتها تحت تهديد للإصابة بأي مرض وفي نفس الوقت مرض والدتها بالسكري ولديها نفس المشاعر اتجاه والدتها بالإضافة إلى تعرض الحالة إلى إساءة عاطفية في مرحلة المراهقة. بحيث لديه معاش اجتماعي فهو في غالب الأحيان تغلب عليه الصراعات والنقاشات العائلية بين الأم والأب ومما قد يؤثر سلبا عن الحالة النفسية للحالة وهذا ما نتج عنه شعور الحالة بعدم الرضا بالوضع المعيشي ونرجعه كذلك إلى المعتقدات المكتسبة الأم والأخت لأن الحالة لديها تعلق شديد بالأم إلى درجة الإيمان بها وبكل ما يصدر منها وهذه المعتقدات والأفكار خلفتها الثقافة السائدة بالمجتمع.

ربط المرض بالموت والحسد والعين وهذا ما تبين من خلال قول الحالة: "لا يهمني رأي أحد **Apar** ماما ولا أختي" "ماما تديلي قشي عمد الراقي وتجيبي دوايات يطرديو العين". ومن هنا يتبين لنا التوجه والمعتقدات والتصورات وهذه المعتقدات والتصورات تجعل من الحالة دائمة الشك في هذه الأمور و المتعلقة بالمرض والعين والحسد بالإضافة إلى أن الحالة نجد لديها صعوبة في الاحتفاظ على الأصدقاء ظنا منهم أنهم يغيرون ويحسدونها أي أن الحالة تعاني من اضطراب في العلاقات وليس لديها أصدقاء وهذا ما نرجعه لعدم الاستقرار النفسي الاجتماعي. وهذه العوامل كلها تساهم في ظهور هذه الوسواس الفكرية المتعلقة بالمرض والموت.

أما بالنسبة للأفعال الوسواسية القهرية فهي غير موجودة لدى الحالة بحيث نجد لديها سلوكيات تجنبية ناتجة عن شعور الحالة بالقلق اتجاه المواضيع التي تم ذكرها سابقا وذلك قصد استبعاد كل ما يشعر الحالة بالألم أو الانزعاج من أجل التكيف مع المحيط الخارجي بحيث تظهر السلوكيات هذه في:

- تجنب الذهاب إلى لطبيب .
- عدم الاهتمام بالصحة الجسمية.
- استبعاد التطبيب العصري والتوجه إلى التقليدي.

أما بالنسبة الحالة الثالثة:

لديها أفكار وأفعال وسواسية مرتبطة بالمرض، أي تحتمل إصابتها بمرض السرطان وذلك نظرا لتاريخها المرضي بحيث أنها كانت ولا تزال تعاني من فقر الدم منذ 2007 بالإضافة الى روماتيزم الدم بحيث قامت الحالة بجميع المحاولات لعلاج فقر الدم تتعافى ثم يرجع المرض من جديد وهذا ما يجعلها دائما تفكر بأنها مصابة بسرطان الدم و يجعلها دائمة الشك والبحث عن مستجدات حول مرض السرطان.بالإضافة الى أن الحالة لديها نقص المناعة وهي تعمل بمصلحة حساسة متخصصة للتكفل بمرضى السرطان فهذه العوامل والتجارب تساهم بشكل كبير في ظهور الوسواس إما في شكل أفكار أو أفعال ومن بين الأفكار والأفعال نجد:

- تخيل الحالة بإصابتها بمرض السرطان أو مرض أحد أفراد أسرتها.
- تخيل الحالة إصابتها بعدوى معينة. وهذا ما يجعلها تكرر غسل يديها من حين لآخر سواء في العمل أو المنزل،بالإضافة الى عدم أكل الحالة داخل المصلحة.
- ترى الحالة بأنها تشكل خطرا للآخرين.
- الخوف من الوقوع في الأخطاء خاصة في العمل فهي تعيد تأكد من المقادير المحددة في الوصفات الطبية .تأكد من جميع أعمالها و نشاطاتها.
- تساؤلات ذهنية قبل دخول في النوم و مراجعة جميع الاحداث الوقائع التي مرت بها في اليوم.

من خلال دراستنا لموضوع المعاش النفسي لدى ممرضي مصالحة الأورام السرطانية، بعد الإستعانة بالدراسة الإكلينيكية وتطبيق المقابلة النصف موجهة والمقاييس النفسية المتمثلة في مقياس الصحة النفسية ومقياس سبيلبرجر للقلق حالة وسمة ومقياس الوسواس القهري ليليل براون و بعيدا عن كل التعميم، فقد تم التوصل الى نتائج الدراسة مفادها " أن الممرضين العاملين بمصلحة الأورام السرطانية لديهم معاش نفسي سلبي" ناتج عن الصراع والإحباط باستخدامهم لميكانيزمات الدفاع المتعددة للتخفيف من معاناتهم و هذا ما يعرقل سير حياة الممرض سواء في جميع المجالات سواء المهنية أو الإجتماعية أو الأسرية.. الخ. والذي يؤدي بدوره الى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية الخطيرة من بين هذه الاضطرابات الوسواس القهري والقلق الناشئ عن التجربة المرضية التي يعيشها الممرض مع وعيه بخصوصية كل مرض، وعن الإحتكاك الدائم لهذه الفئة بمرضى السرطان. وهذه الاضطرابات تظهر على شكل انفعالات موجهة نحو الذات ونحو الاخرين مما يهدد علاقاته الأسرية و الإجتماعية.

ومن هنا تبرز أهمية وجود اخصائي نفسي على مستوى مصلحة الأورام السرطانية محل الدراسة لدوره الفعال الذي يلعبه في تحسين الحالة النفسية لدى هذه الشريحة من الممرضين.

الاقتراحات

الاقتراحات:

- ✓ توفير العدد الكافي من المرضى والمرضات لتمكينهم من أداء واجباتهم على أكمل وجه.
- ✓ العمل على تحسين صورة التمري في المجتمع الجزائري عامة، وذلك عن طريق وسائل الإعلام المسموعة والمرئية.
- ✓ الإهتمام بهذه الشريحة وتقديم الدعم النفسي اللازم لهم، وذلك من خلال عمل برامج تهتم بخفض أو علاج هذه الإختلالات النفسية.
- ✓ وضع برنامج علاجي لتعزيز الصحة النفسية للمرضين العاملين بالمراكز المتخصصة للمكافحة السرطان خاصة والعاملين في المصالح الإستشفائية عامة.
- ✓ ضرورة توفير أخصائيين نفسانيين خاصين بالعمال على مستوى كل مصلحة، مع توفير تدريب خاص للأشخاص المؤهلين والعاملين في مجال العلاج النفسي.
- ✓ حث الباحثين في علم النفس العيادي وعلم النفس التنظيمي وعلم النفس الإيجابي على الإهتمام بشريحة التمريض وإجراء المزيد من الدراسات العلمية للإرتقاء بمهنة التمريض.
- ✓ دراسة المواضيع التالية دراسة عيادية على المرضى: الصلابة النفسية-جودة الحياة-نوعية الحياة ودراسة موضوع تصورات وتمثلات المرض لدى مرضين دراسة أنتروبوعيادية بتقنية EMDR.

الختامة

الخاتمة:

يعد التمريض من المهن المعرضة للضغط فبقدر ماهي مهمة إنسانية الا أنها لا تخلو من المخاطر. فالمرضى العاملين بهذه المصلحة يتعاملون يوميا مع مواد كيميائية تتسم بدرجة عالية من الخطورة تتطلب إجراءات وقائية صارمة تجعلهم يشعرون بالخوف الدائم عند إستلامها وتقديمها للمرضى خوفا من الإصابة بإشعاعاتها. بالإضافة الى إحتكاكهم اليومي بمرض مأل صاحبه الموت الحتمي وما يسببه من خوف من إنتقال العدوى اليهم .

وفي ظل الظروف القاسية والغير طبيعية التي يمر بها المرضى العاملين بمصلحة الأورام السرطانية بمركز مكافحة السرطان بشار من زيادة الأعباء والضغوطات الحياتية المختلفة، يتوجب على الممرض أن يتصرف بشكل طبيعي ويقوم بواجباته على أكمل وجه وتلبية إحتياجات وطلبات المرضى وتخفيف ألامهم وتوفير سبل الراحة لهم حتى ولو كان ذلك على حساب الراحة الشخصية للممرض. وفي الوقت نفسه يتوجب الإهتمام والرعاية السيكولوجية والطبية للمرضى والمرضى في آن واحد لأنهم في إحتكاك دائم فيما بينهم وتربطهم علاقة التأثير والتأثر، تأثر سواء بالسلب أو الإيجاب. وهذا الامر يجعلهم دوما يشعرون بالقلق والاحباط مما قد ينعكس عليهم سلبا على معاشهم النفسي. وكان هذا هدف دراستنا الحالية، ولمعرفة ذلك قمنا بالمقابلات العيادية مع الحالات والتعرف على معاشهم النفسي وتقييم الأعراض الإكلينيكية وملاحظة سلوكياتهم وإستعملنا المقاييس النفسية للصحة النفسية والقلق والوسواس القهري. وكذلك قمنا بتحليل النتائج المتحصل عليها من خلال هذه الأدوات وتوصلنا الى أن المعاش النفسي لدى ممرضى مصلحة الأورام السرطانية سلبى حيث يظهر في شكل قلق ووسواس فكرية فكرية متعلقة بالمرض والموت والمستقبل. إلا أن هذه المظاهر تختلف من حالة الى أخرى نظرا للفروقات الفردية بينهم وذلك حسب الظروف الحياتية المعاشة (الاسرة أو العمل) والجنس والخبرة المهنية ونمط الشخصية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

I. الكتب والمذكرات والمجلات باللغة العربية:

1. أبراش إبراهيم (2009)، المنهج العلمي و تطبيقاته في العلوم الاجتماعية، ط1، عمان: دار الشروق.
 2. أبو نيل ومحمود السيد (1985)، علم النفس الاجتماعي، ج2، بيروت: دار النهضة العربية.
 3. أحمد ابو أسعد وسلطان النوري (2016)، دراسة الحالة في إطار جديد، ط1، مركز ديونو لتعليم التفكير، عمان. بيروت.
 4. أحمد عكاشة 1999، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الإضطرابات النفسية و السلوكية ICD10 منظمة الصحة العالمية للمكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، مصر .
 5. أحمد عكاشة ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
 6. أنور الحمادي ، الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية DSM5.
 7. أورطال حوري (2010)، كل ما أردت معرفته عن السرطان ولم تجرؤ على السؤال، ط1، جمعية مكافحة السرطان، القدس.
 8. إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي
- https://books.google.dz/books?id=L_ZPDwAAQBAJ&lpg=PA1&hl=fr&p
- <https://acofps.com/vb/52723.htm/g=PA1#v=onepage&q&f=false>
9. الحفني عبد المنعم (2005)، موسوعة علم النفس موسوعة الطب النفسي، مجلد1، لبنان: دار نوبوليس.
 10. الشيخ كامل مُجَّد العويضة (1996)، الصحة النفسية من منظور علم النفس، ط1، لبنان: دار الكتب العلمية.
 11. إيمان فوزي (2001)، في الصحة النفسية، ط1، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
 12. بطرس حافظ بطرس (2008)، التكيف و الصحة النفسية للطفل، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع و الطباعة

13. بشار جبارة جبارة الأغا(2009)، دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي، رسالة مقدمة لقسم علم النفس بكلية التربية بالجامعة الإسلامية بغزة كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم لنفس
- <https://www.manaraa.com/upload/fa09bd71-4077-4b5a-b5c8-2c29ef788b68.pdf>
14. بدر مُجَّد الأنصاري،(1998)، التفاؤل والتشاؤم-المفهوم والقياس والمتعلقات، ط1، الشويخ: لجنة التأليف و التعريب والنشر .
15. بشير معمريّة(2009)، دراسات نفسية في الذكاء الوجداني -الاكتئاب-اليأس-قلق الموت-السلوك العدواني-الانتحار، ط1، ج2، القاهرة: المكتبة العصرية.
16. بشرى اسماعيل(2004)، ضغوط الحياة والإضطرابات النفسية، دط، الاسكندرية: مكتبة الأنجلو المصرية.
17. جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفاي،(1993)، معجم علم النفس والطب النفسي، ج6، القاهرة: دار النهضة العربية.
18. حسن شحاتة وزينب النجار جاهد عمان(2003)، معجم المصطلحات التربوية والنفسية، ط1، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
19. حسين أحمد حشمت ومصطفى حسين باهي،(2006)، التوافق النفسي والتوازن الوظيفي، ط1، الأهرام: الدار العالمية للنشر والتوزيع.
20. حويّلة (2010)، القلق و الاسترخاء العضلي -المفاهيم و النظريات و العلاج-، ط1، القاهرة: دار ايتراك للطباعة و النشر .
21. خيرية عبد الله البكوش (2014)، العلاقة بين الأمل و الشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان ،المجلة الجامعة، العدد السادس عشر .

22. ذكريات عبد الواحد البرزنجي (2010)، التفؤؤل و التشؤؤم و علاقته بمفهؤم الذات و موقع الضبط ، ط1، عمان: دار الصفاء للنشر و التوزيع.
23. رانيا عدنان و رشام بسام (2006)، التنشئة الإجتماعية، ط1، عمان: دار البداية.
24. رشيد محمد زغير (2016)، علم النفس العيادي ، ط1 ، عمان : دار أسامة للنشر و التوزيع .
25. رحاب العتيبي (2016)، المعالج الشخصي ، ط1، أي - كتب، لندن.
26. روبين داينز(ت) بدر الفاروق (2006) ، إدارة القلق ط1 ، القاهرة: دار الفاروق للنشر و التوزيع.
27. زردوم خديجة (2006)، المعاش النفسي للحمل عند الأمهات العازبات , جامعة منتوري, فسنطينة.
28. سامية خالد ابريعم (2020)، سيكولوجية الأمن النفسي. جامعة العربي بن مهدي. دار التعليم الجامعي ، أم بواقي. الجزائر.
29. سامر جميل رضوان (2007)، الصحة النفسية ، ط2، عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
30. سبيلبرجر جورستش (1985)، ترجمة الدكتور مُجد سعد الدين، الدرس قائمة حالة وسممة القلق، ط1 ، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
31. سرحان وليد يوسف (2008)، الوسواس القهري، ط1، عمان: دار مجدلاوي.
32. سعد جلال (1992). في الصحة العقلية - الامراض النفسية و العقلية و الإنحرافات السلوكية . ط2. القاهرة: دار الفكر العربي .
33. سعودي عبد الكريم ،علاقة الدين الاسلامي بالصحة النفسية ، اطروحة دكتوراه، غ.م ، قسم علم النفس وعلوم التربية : كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة وهران ، 2013.
34. سليمان عبد الواحد إبراهيم (2013)، الشخصية و اضطراباتها النفسية ، ط1، مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع.
35. سيغmond فرويد. ت. مصطفى غالب (2002)، في سبيل موسوعة نفسية- الاحلام- بيروت لبنان: دار و مكتبة الهلال.
36. صالح حسن الدايري (2005)، مبادئ الصحة النفسية ، ط، دار وائل للنشر التوزيع ، عمان.

37. عايدة ذيب عبد الله مُجَّد (2010)، الانتماء و تقدير الذات في مرحلة الطفولة ،ط1، عمان: دار الفكر.
38. عبد اللطيف الدبور وعبد الحكيم الصافي (2007). الإرشاد المدرسي بين النظرية والتطبيق. ط1. عمان: دار الفكر للنشر.
39. عبد اللطيف فرج حسين (2009). الاضطرابات النفسية الخوف و القلق..
40. عبد السلام زهران ،الصحة النفسية و العلاج النفسي، ط3، القاهرة: دار عالم الكتب.
41. عبد المنعم الميلادي، الأمراض والاضطرابات النفسية، دط، مؤسسة شباب الجامعة الاسكندرية، 2006.
42. عبد الناصر موسى (2017)، مرض الوسواس القهري (أسباب – أعراض – الوقاية والعلاج)، ط1، دار خالد الحيايني للنشر والتوزيع ،عمان .
43. عبد المنعم الحفني (1993)، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. ط4 ، مطبعة الاطلس ،القاهرة.
44. عبد الرحمان مُجَّد العيسوي، الصحة النفسية من المظور القانوني منشورات الحلبي الحقوقية ،لبنان ،2004.
45. عبد السلام (1998) ، الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتب ، ط 4 القاهرة.
46. عبد الخالق (2002) . الوسواس القهري: التشخيص والعلاج . مطبوعات جامعة الكويت ، مجلس النشر العلمي : لجنة التأليف والتعريب والنشر .
47. عطا الله فؤاد الخالدي ودلال سعد الدين العلمي، (2009)، الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق، ط1، عمان: دار صفاء للنشر و التوزيع.
48. علا عبد الباقي إبراهيم (2010)، الخوف و القلق التعرف على أوجه التشابه و الاختلاف بينهما و علاجهما و إجراءات الوقاية منهما ط 1 ، القاهرة : عالم الكتب.
49. علي محمود كاظم الجبوري، د، كريم فحزي هلال الجبوري (2014)، الصحة النفسية علما تطبيقيا ، ط1، دار رضوان للنشر و التوزيع ،عمان.
50. فاروق السيد عثمان (2001)، القلق و إدارة الضغوط النفسية ، ط1 ، دار الفكر العربي القاهرة.

51. فرج عبد القادر طه و د.محمود السيد أبو النيل واخرين، معجم علم النفس والتحليل النفسي، ط1، د.سنة، بيروت: دار النهضة العربية للطباعة و النشر.
52. فيصل مُجّد خير الزراد(2005)، العلاج النفسي السلوكي، ط1، لبنان: دار العلم للملايين.
53. قاسم حسين صالح.(2015) الاضطرابات النفسية والعقلية نظرياتها،أسبابها،طرائق علاجها، ط1، عمان الاردن: دار دحلة للنشر والتوزيع.
54. لطفي الشرييني، (2010)،المرجع الشامل في علاج القلق د.ط, لبنان-بيروت:دار النهضة العربية .
55. لين س هارتمان، تشارلز لوبرينزي (2005)، سرطانات الثديو الأعضاء التناسلية، الوقاية، المعالجة. التكيف، دليل سرطانات النساء، ط1، الدار العربية للعلوم.
56. لي باير (ت) ،الوسواس القهري علاجه السلوكي و الدوائي، 2010، د.ط، دمشق: مكتبة الأسد.
57. مايسة جمعة (2007)، تعاطي المخدرات بين مشاعر المشقة وتقدير الذات، ط1، القاهرة: مكتبة الدار العربية للكتاب.
58. مجمع اللغة العربية ، 1985، المعجم الوسيط،الجزء الثاني ، مصر.
59. مُجّد النوي مُجّد علي(2010)، مقياس التفاعل الاجتماعي، ط1، الاردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
60. مُجّد شحاتة ربيع،(2013)، علم نفس الشخصية.ط/1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
61. مقدم عبد الحفيظ (1993)، الإحصاء والقياس النفسي والتربوي، بدون طبعة، ديوان المطبوعات الجامعية.
62. هناء أحمد شويخ (2007)، أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، ط1، القاهرة
63. نسيمه ملاك(2018).الضغط النفسي وقلق الامتحان وعلاقة كل منهما بظهور السلوك العدواني لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي-دراسة ميدانية في ولاية تيزي وزو نموذجاً.رسالة دكتوراه.كلية العلوم الاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة مولود معمري. تيزي وزو.
64. يحيى القبالي(2008)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط1، عمان:الطريق للنشر والتوزيع.

1. Aime : gentyne de la cellule , dicinnaire encyclopedies ,Paris ,(1997).
2. Camilo Charron, Nathalie Dumet, Nicolas Guéguen,[Les 500 mots de la psychologie](#) ,2 eme edition paris,2014.
3. Chahraoui Khadidja et Benoni (2003): Methode evaluation et recherche en psychologie clinique , Paris.
4. [Jean Laplanche](#) et [J.-B. Pontalis](#), [Vocabulaire de la psychanalyse](#) , Paris, P.U.F., 1984 (8e édition) 1967.
5. Lynda juall carpenito , plans de soins et dossier infirmier, second edition, arrangement with J.B.lippincott Company ,1995.
https://books.google.dz/books?id=MOHBTVsCazwC&pg=PA388&dq=plans+de+soins+et+dossier+infirmier+cancer&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwjg_vjG7aTrAhUsSBUIHTj1AT0Q6AEwAHoECAgQAg
6. Pierre fedid, dictionnaire abérgé,comparatif et critique des nations principales , psychanalyse, librairie larousse ,paris(1974).
7. Vladimir kalinin,obsessive-compulsive disorder-the old and the new problems, intech design eam ,croatia ,2014.
https://books.google.dz/books?id=SiShDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=obsessive+compulsive+disorder&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwiSqba5_qTrAhUZTRUIHUXdBU8Q6AEwAnoECAEQAg

الملاحق

دليل المقابلة:

بيانات شخصية:

تاريخ المقابلة:	مدتها:	الساعة:
الاسم واللقب:	تاريخ و مكان الميلاد:	
الجنس:	الحالة الاجتماعية:	
عدد الاخوة (الترتيب):	المستوى الدراسي:	
المستوى الاقتصادي:	مهنة الاب و الام:	
المهنة:		

التاريخ الصحي والنفسي للحالة :

احكي لي عن طفولتك و عن فترة المراهقة؟

اذكر لي بعض الذكريات التي رويت لك عن صحتك في الطفولة؟

هل عانيت احد هذه الاعراض : العزلة الهيجان العاطفي.....مشاكل في التفكير... مشاكل في النوم

.....الحزن.....الخوف.....التوتر ...

الحالة الصحية . (الانية):

كيف هي حالتك الصحية الان؟

هل تقم بفحوصات طبية؟ ماهي و لأي غرض؟.....

هل تاخذ دوائك بانتظام في حالة المرض؟ نعم ام لا

هل تقوم بتنفيذ كل النصائح و الارشادات و التعليمات الطبية التي يقدمها لك الطاقم الطبي باستمرار؟ نعم
ام لا

هل تحافظ على صحتك باستمرار؟ نعم ام لا كيف؟.....

هل تعاني من مشاكل صحية اخرى؟ ماهي؟ منذ متى؟

المعاش النفسي (الحالة النفسية الانية):

تقدير الذات :

- هل أنت راض عن العمل الذي تقوم به؟
- هل تهتم كثيرا بمظهرك الخارجي؟ نعم ام لا؟ (الملاحظة)
- ماذا تفعل عندما ينتقدك الاخرين؟
- هل تعتمد على الغير في معظم اعمالك التي تقوم بها؟

الأمن الانفعالي:

- هل تغضب لاتفه الاسباب؟ وكيف تتعامل مع الاخرين؟

التفاؤل:

- هل لديك احساس بالخوف من المستقبل؟ وكيف تسعى الى تحقيق اهدافك في الحياة؟ وهل تشعر
أنك اقل حظ من الاخرين؟

القبول الاجتماعي:

- هل تفضل ان تكون بمفردك؟
- هل اصدقائك يثقون بك؟ هل تشعر بانك محل ثقة اصدقائك؟
- هل انت شخص محبوب بالنسبة لمعارفك؟

التفاعل الاجتماعي:

- هل من السهل عليك اقناع الآخرين؟ هل تشك في قدراتك عندما تتعامل مع الآخرين؟
- كيف يكون شعورك عندما تتعرف على صديق جديد؟

المهارات الاجتماعية:

- هل يمكنك حضور الاجتماعات العائلية؟
- هل تشارك في النشاطات الاجتماعية مثل العمل الجماعي الخيري؟

الاكتئاب:

- هل أيامك مليئة بالسعادة؟
- هل تتحمس للعمل بمجرد استيقاظك صباحاً؟

القلق:

- ما هو رد فعلك عندما تمرض بمرض ما؟ او يمرض احد اقربائك؟ اصدقائك؟
- هل هناك مشكلات ما تؤرقك؟ نعم ام لا؟ ماهي؟.....
- هل تعاني من اي مشكلات الاكل او النوم او الاخراج؟ نعم ام لا؟ منذ متى..... (المدة)
- كيف تواجه الامور التي تزعجك؟

الوسواس:

- هل سبق ان روادك افكار عن موضوع ما و لم تستطيع التخلص منها؟
- هل يمكنك السيطرة على بعض الافكار التي لا تستطيع التخلص منها؟
- هل تستطيع التخلص من الافعال التي تكررهاباستمرار؟

الخوف:

- هل ينتابك الشعور بالخوف من المواقف التي لا تستدعي الخوف؟

مجالات العلاقات:

العلاقات الاسرية:

- كيف هي علاقتك بافراد اسرتك؟
- من هو الشخص المقرب اليك داخل الاسرة؟
- صف لي توقعات اسرتك نحوك و اسلوب تعاملهم معك
- هل تتلقى الدعم النفسي و السند من الاسرة؟ نعم ام لا؟ و هل انت راض؟

العلاقات الاجتماعية:

- هل لديك اصدقاء؟ نعم ام لا؟ هل انت راض عن هذه الصداقة؟
- هل تفضل ان تكون بمفردك؟
- من الاشخاص الذين تلجأ لهم لطلب المساعدة عند وقوعك في مشكلة ما؟
- هل لديك مشكلات و خلافات مع الاخرين؟.....

المجال المهني:

- ماهو الدافع لاختيارك هذا التخصص؟
- ماهو تصورك او شعورك عندما تم تعيينك من قبل المؤسسة في هذه المصلحة؟
- كيف كانت بداياتك في هذه المصلحة؟
- ما هي الخبرة التي اكتسبتها من خلال تعاملك مع المرض و المرضى؟
- هل تفكر في استمرارية العمل في المصلحة ام تنوي تغييرها؟ ما الذي يدفعك لذلك؟
- المشكلات و الصعوبات التي تواجهها اثناء القيام بعملك؟
- هل انت راض عن الخدمات التي تقدمها داخل المصلحة؟.....

مقياس الصحة النفسية

تعليمات الاختبار:

أخي المجيب أخي المحيية :

إليك بعض العبارات التي تقيس بعض جوانب الشخصية ويلى كل عبارة خمس اختيارات
اقرأ هذه العبارات جيدا وضع علامة (X) في الخانة التي تعبر فعلا وبصدق عن رأيك .
لا يوجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة .

علما أن النتائج لا يطلع عليها سوى الباحث و لا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي .

رجاء الإجابة على كل العبارات .

شكرا على تعاونكم الباحث

الجنس :

ذكر: أنثى:

العمر:

من 18- 35 من 36 - 45 من 46 فما فوق

المستوى الدراسي :

ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

مقر السكن :

الرقم	العبرة	أوافق بشدة	أوافق	أوافق أحيانا	لا أوافق بشدة	لا أوافق
01	تفتقدني الثقة بالنفس.					
02	أتمنى لو كنت شخصا آخر.					
03	يغيبني أن ينتقدني الآخرون بسبب عيب في جسمي .					
04	أنا راض عن أي عمل أقوم به .					
05	أشعر بعدم الرضا عن مظهري الشخصي.					
06	اعتمد على الغير في معظم الأعمال التي أقوم بها .					
07	كثيرا ما أشعر بأنني لا أستطيع الفهم انتباه الآخرين.					
08	أحسب بسهولة و لأتفه الأسباب.					
09	تراودني فكرة أن الناس يوافقوني في كل ما أقوم به .					
10	لا يقلقني ما يقوله الناس عني طالما أنني متيقن من كونني على صواب					
11	أتعامل مع الناس في الحب والكراهة بمبدأ المعاملة بالمثل.					
12	أتحكم في مشاعري أثناء فقدان شخص عزيز.					
13	أشعر بالارتباك والخوف عندما التقى بشخص مهم في المجتمع.					

				مررت بفترات شعرت فيها بأنني عديم النفع.	14
				أنا في الغالب متفائل أكثر من كوني متشائم .	15
				ينتابني خوفه خامض من المستقبل.	16
				أشعر بأن حظوظي في الحياة أقل من الآخرين .	17
				أستطيع تحقيق أهدافي في الحياة بمشيئة الله .	18
				كل من حولي يكتنون لي الاحترام الكبير .	19
				أعيش معظم أيامي سعادة ومرحاً .	20
				أود في الكثير من الأوقات البعد عن الدنيا وما فيها .	21
				أتجنب الاستجابة لكثير من الدعوات .	22
				أصابه بتوتر لأتفه الأمور التي تزعجني .	23
				أخافه من بعض الأمور رغم بساطتها .	24
				أصابه ببعض الضيق في القلب والصدر كلما واجهته صعوبة ما .	25
				أجد نفسي أكرر باستمرار بعض الأفعال ولا أستطيع التخلص منها	26
				تسيطر على بعض الأفكار لا أستطيع التخلص منها .	27
				أعاني من اضطرابات في المعدة لا أعرف سببها.	28
				تتكرر معي نوبات الإسهال في الكثير من المرات.	29
				أحس أنني أمتلك طاقة ونشاط كبيرين في معظم الأوقات.	30
				أستيقظ كل صباح وأنا متحمس لمباشرة عملي .	31
				أخافه من بعض المواقف التي لا تستدعي الخوفه .	32

					أتجنب بعض المأكولات خوفاً من الإصابة ببعض الأمراض.	33
					أسعى لمواجهة صعاب الحياة بكل قوة وحزم .	34
					أنا محبوب من معظم من عرفهم.	35
					في الغالب أفضل أن أكون بمفردي ولا أحب الاختلاط بالآخرين .	36
					إرضاء الناس غاية لا تدرك فالأفضل الابتعاد عنهم .	37
					أجد نفسي محل اهتمام من الآخرين .	38
					أسعى لإشراك من هم اقرب مني في بعض الأعمال التي أقوم بها.	39
					معظم أصدقائي لا يثقون بي	40
					أجد سهولة كبيرة في إقناع الآخرين برأيي .	41
					أتجنب مصاحبة الخلب معارفي لأنهم أذنبون .	42
					اشعر بالارتياح إذا تعرفت على زميل أو صديق جديد .	43
					ينتابني الشك في قدرتي على التعامل مع الآخرين .	44
					اعترف أنني افتقر إلى بعض قدرات النجاح في هذه الحياة.	45
					أقوم بدور فعال في الجماعات التي انظم إليها .	46
					احترم وجهة نظر من أشاركهم في بعض الأعمال .	47
					أحرص دائما على حضور الاجتماعات العائلية .	48
					انزعج إذا لم يشركني الآخرون في القرارات التي تهتم القريبين من	49

					احرص على حضور أي اجتماع استدعى إليه.	50
--	--	--	--	--	--------------------------------------	----

ملحق رقم 03 "مقياس القلق حالة و سمة لسبيلبرجر"

رائز القلق لسبيلبرجر

- تعليمة الصورة الأولى (الخاصة بحالة القلق) :

إليك مجموعة من العبارات التي يمكن أن تصف ذاتك، إقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (X) في الدائرة المناسبة التي تبين ما تشعر به حقيقة لأن هذا الوقت بالذات ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة،

لا تضيع وقتا طويلا أمام كل عبارة بل قدم الجواب الذي يصف مشاعرك الحالية بشكلها الأفضل.

الإسم و اللقب :

تاريخ و مكان الازدياد:

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما
1	أشعر بالهدوء.				
2	أشعر بالأمان				
3	أشعر بالتوتر				
4	أشعر بالأسف				
5	أشعر بالإطمئنان				
6	أشعر بالإضطراب				
7	أشعر بالإنزعاج لإحتمال وقوع كارثة				
8	أشعر بالراحة				
9	أشعر بالقلق				
10	أشعر بالسرور				
11	أشعر بالثقة بالنفس				

				أشعر بالنزفة	12
				أشعر بالثوران	13
				أشعر بتوتر زائد	14
				أشعر بالاسترخاء	15
				أشعر بارضى	16
				أشعر بالضيق	17
				أشعر بانني مستشار جدا (لدرجة الغليان) .	18
				أشعر بالسعادة العميقة	19
				أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين	20

- تعليمة الصورة الثانية (سمة القلق)

إليك مجموعة من العبارات التي تصف ذاتك، اقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (X) في الدائرة المناسبة التي توضح كيف تشعر عموماً، ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة، لا تضع وقتاً طويلاً ، قدم الإجابة التي تصف شعورك.

الإسم و اللقب :

تاريخ و مكان الإزدياد :

الرقم	العبارات	مطلقاً	أحياناً	غالباً	دائماً
1	أشعر بأنني أدخل السرور على الآخرين.				
2	أتعب بسرعة.				
3	أشعر بالملل إلى الكفاء.				
4	أتمنى لو كنت سعيداً مثلما يبدو الآخرين.				
5	أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع التغلب عليها.				
6	أشعر بالراحة.				
7	أنا هادئ الأعصاب.				
8	أشعر بأن المصاعب تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها.				
9	أشعر أنني أقلق بسرعة.				
10	أنا سعيد.				
11	أميل إلى تصعب الأمور.				

				ينقصني الشعور بالثقة في النفس.	12
				أشعر بالأمان.	13
				أحاول تجنب مواجهة الأزمات والصعوبات.	14
				أشعر بالحزن.	15
				أشعر بارتياح.	16
				تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقتي.	17
				تؤثر في خيبة الامل بشدة لا أستطيع أن أبعدها عن ذهني.	18
				أنا شخص مستقر.	19
				أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أكر كثيرا في اهتماماتي وميولي الحالية.	20

ملحق رقم 04: "مقياس الوسواس القهرس"



مقياس ييل براون للوسواس القهري
Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

اسم المريض: رقم الملف: التاريخ:

رجاء .. ضع علامة (✓) على يمين الجملة التي توضح معدل حدوث كل بند خلال السبعة أيام الماضية بما فيها وقت هذه الجلسة.

١- مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية

لا يوجد	٠	<input type="checkbox"/>
أقل من ساعة في اليوم ، أو تتكرر أحيانا (بمعدل ٨ مرات فأقل يوميا)	١	<input type="checkbox"/>
من ساعة إلى ٣ ساعات في اليوم، أو تتكرر كثيرا (أكثر من ٨ مرات في اليوم لكن معظم ساعات اليوم خالية من الأفكار الوسواسية).	٢	<input type="checkbox"/>
من ٣ إلى ٨ ساعات في اليوم ، أو تحدث كثيرا جدا (تحدث أكثر من ٨ مرات في اليوم وفي معظم ساعات اليوم)	٣	<input type="checkbox"/>
أكثر من ٨ ساعات في اليوم ، أو تحدث بشكل دائم (أكثر من تحملها ونادرا ما ماتمر ساعة بدون وساوس كثيرة)	٤	<input type="checkbox"/>

٢- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية.

لا يوجد	٠	<input type="checkbox"/>
تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن النشاط العام لا يتأثر.	١	<input type="checkbox"/>
تعارض واضح في النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه.	٢	<input type="checkbox"/>
تسبب خللا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية.	٣	<input type="checkbox"/>
تسبب خللا بليغا.	٤	<input type="checkbox"/>

٣- مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية.

لا يوجد	٠	<input type="checkbox"/>
خفيف (أحيانا) ، ليس مزعجا.	١	<input type="checkbox"/>
متوسط (غالبا) ومزعج ولكن يمكن السيطرة عليه.	٢	<input type="checkbox"/>
شديد (أغلب الوقت) ومزعج جدا .	٣	<input type="checkbox"/>
توتر بليغ (دائم) لحد الإعاقة تقريبا .	٤	<input type="checkbox"/>

٤- مقدار الجهد الذي المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة).

لا أبذل جهدا حتى أقاوم دائما (أو أن الأفكار قليلة جدا بحيث لا حاجة للمقاومة).	٠	<input type="checkbox"/>
أحاول أن أقاوم معظم الوقت.	١	<input type="checkbox"/>
أبذل بعض الجهد حتى أقاوم.	٢	<input type="checkbox"/>
أستسلم لكل الأفكار الوسواسية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.	٣	<input type="checkbox"/>
أستسلم كلية وبارادتي للأفكار الوسواسية كلها.	٤	<input type="checkbox"/>

٥- مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية

سيطرة تامة.	٠	<input type="checkbox"/>
سيطرة كبيرة، عادة يمكنني أن أوقف أو أصرف انتباهي عن الوسواس عند بذل بعض الجهد والتركيز .	١	<input type="checkbox"/>
سيطرة متوسطة، بعض الأحيان أستطيع إيقاف أو صرف انتباهي عن الوسواس.	٢	<input type="checkbox"/>
سيطرة قليلة، نادرا ما أنجح في إيقاف الوسواس، أستطيع فقط صرف الانتباه بصعوبة.	٣	<input type="checkbox"/>
لا سيطرة ، نادرا ما أستطيع صرف الانتباه عن الوسواس ولو للحظات قليلة.	٤	<input type="checkbox"/>

مجموع الدرجات = ()

٦- مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية

٠	لا شيء	<input type="checkbox"/>
١	أقل من ساعة في اليوم ، أو تقوم بالأفعال أحيانا (لا تزيد عن ٨ مرات في اليوم)	<input type="checkbox"/>
٢	من ساعة إلى ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيرا (أكثر من ٨ مرات في اليوم ولكن معظم الساعات تخلو من الأفعال القهرية)	<input type="checkbox"/>
٣	أكثر من ثلاث ساعات في اليوم ، أو تقوم بالأفعال كثيرا جدا (أكثر من ٨ مرات في اليوم وخلال معظم ساعات اليوم).	<input type="checkbox"/>
٤	أكثر من ٨ ساعات في اليوم أو تقوم بالأفعال بشكل دائم (أكثر من أن تحصيها ونادرا ماتمر ساعة لا تقوم فيها بالأفعال)	<input type="checkbox"/>

٧- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية

٠	لا يوجد	<input type="checkbox"/>
١	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ، ولكن النشاط العام لا يتأثر	<input type="checkbox"/>
٢	تعارض واضح مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه	<input type="checkbox"/>
٣	تسبب خللا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية	<input type="checkbox"/>
٤	تسبب عجزا كبيرا	<input type="checkbox"/>

٨- مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية

٠	لا يوجد	<input type="checkbox"/>
١	قلق بسيط عند الامتناع عن القيام بالأفعال .	<input type="checkbox"/>
٢	يظهر القلق لكن يمكن تحمله.	<input type="checkbox"/>
٣	قلق واضح ومزعج للغاية.	<input type="checkbox"/>
٤	قلق شديد يسبب عجزا بليغا.	<input type="checkbox"/>

٩- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)

٠	أبذل جهدا حتى أقاوم دائما (أو أن الأفعال القهرية قليلة بحيث لا حاجة للمقاومة)	<input type="checkbox"/>
١	أحاول أن أقاوم معظم الوقت	<input type="checkbox"/>
٢	أعمل بعض المحاولات للمقاومة.	<input type="checkbox"/>
٣	استسلم لكل الأفعال القهرية بدون محاولة للسيطرة عليها ، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.	<input type="checkbox"/>
٤	أستسلم كلية وبارادتي لكل الأفعال القهرية.	<input type="checkbox"/>

١٠- مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية

٠	سيطرة تامة.	<input type="checkbox"/>
١	عادة ما أوقف الأفعال القهرية بصعوبة	<input type="checkbox"/>
٢	أحيانا أستطيع إيقاف الأفعال القهرية بصعوبة.	<input type="checkbox"/>
٣	أستطيع بصعوبة أن أؤخر - فقط - الأفعال القهرية لكن يجب على القيام بها حتى النهاية.	<input type="checkbox"/>
٤	نادرا ما أستطيع أن أؤخر القيام بالأفعال القهرية ولو للحظات.	<input type="checkbox"/>

مجموع الدرجات = ()

مجموع الدرجات الكلي = ()