



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بن أحمد وهران-2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والارطفونيا

تخصص علم النفس العيادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تحت عنوان

فعالية تقنية الإسترخاء في تخفيف قلق الموت لدى

النساء المصابات بسرطان الثدي

(دراسة إكلينيكية لحالتين)

من إعداد الطالبة: زين سارة

نوقشت أمام لجنة الأساتذة :

الصفة	المؤسسة الحامية	الإسم و اللقب
رئيسة	أحمد بن محمد	أ: لصقع حسنية
مشرف ومقرر	أحمد بن محمد	أ:خلفي محمد
عضو مناقش	أحمد بن محمد	أ:بولجراف بختاوي

السنة الجامعية :

2021 - 2020

كلمة شكر

الحمد لله حمدا كثيرا يليق بمقامه وعظيم سلطانه وصلي اللهم على سيدنا محمد خاتم الأنبياء والمرسلين

نشكر الله على فضله وتوفيقه لنا، والقائل في محكم تنزيله " وإذ تأذن ربكم لئن شكرتم لأزيدنكم " صدق الله العظيم

بقلب يغمره الشعور بالتقدير والوفاء، أتقدم بشكري الخالص والعميق مقرونا بجزيل الامتنان إلى كل من تقدم وأثرى جوانب هذه المحاولة البحثية سواء بنصح أو برأي أو بتوجيه فلکم مني أسمی عبارات الشکر.

كما أجد من الواجب علي أن أشكر أستاذي الفاضل والمشرف "خليفة محمد" على قبوله لهذا العمل ولا يجب أن أنكر فضله ومجهوده ودعمه في كل مراحل البحث وحضوره الدائم المنعم بالنصائح الجليلة والقيمة، وإلى جميع الأساتذة الكرام الذين لم يبخلوا بعلمهم ومعرفتهم وعلى رأسهم الأستاذة "طباس نسيمة"

وأیضا أشکر الأخصائية النفسانية "كالي مريم" التي استقبلتني في المؤسسة الاستشفائية بوهران ولم تبخل علي بالعلم والمعرفة

وشكر خاص للحالات التي تعاونت معي في أصعب الظروف كما لا أنسى كل من شجعتني بالكلمة الطيبة وبالثناء من الأصدقاء والصدقات التي قضيت معهم مشوار الدراسة بكل حب وإخلاص خاصة صديقاتي الوفيات " بوجمعة فراح، بن ديدي كوثر، شباح أمينة، فرح ضحی، قادم رشيدة " لكم مني فائق التقدير والاحترام والشكر

شكرا للجميع

الإهداء

بسم الله والحمد لله الذي رزقني العقل ووهبني التفكير وحسن التوكل عليه الذي سهل لي السبيل لإنجاز هذا العمل المتواضع، لك الحمد كما نقول وخيرا مما نقول، وصل اللهم وبارك على الصادق الأمين محمد سيد الأولين والآخرين أفضل الصلاة وأزكى التسليم.

أهدي ثمرة عملي وجهدي المتواضع إلى أعظم عاطفة في الوجود إلى بهجة القلب وصفاء الحب، رجائي في اليأس وقوتي في الضعف إلى من علمتني معنى الحياة، إلى نور حياتي، إلى التي ربنتي لوحدها فأحسننت تربيتي، إن القلب يهواها والعمر فداها، ركيزتي في الحياة إلى من لراحتي سهرت ولسعادتني سعت، ولهذا اليوم اشتاقت إلى "أمي الغالية" لؤلؤة الفؤاد التي علمتني كيف أعيش بتفاؤل وفتح عينايا نحو الأفق، التي أفطمتني على الصبر من أجل تجاوز الصعاب وتحقيق الأهداف، أتمنى لها دوام الصحة والعافية، إليك يا نور عيني حفظها الله وأطال عمرها.

إلى من شاركتني رحم أمي وساعدتني في الأيام أختي الوحيدة "وردة" حفظها الله وأطال في صحتها لإعانة أطفالها وزوجها

إلى زوجي المستقبلي "محمد" حفظه الله الذي ساندني في السراء والضراء

إلى أختي التي لم تنجبها أمي "فرح" ساندتني بالدعاء وهي في أصعب أيامها مشقة أتمنى لها زواج سعيد ومبارك فيه لكي مني أسمى التهاني.

إلى جميع أقاربي وأحبابي من قريب أو بعيد إلى كل من أسدى لي نصيحة وأنار لي طريقي وأسعني كلمة طيبة

إلى كل طلبة ماستر 2 علم النفس العيادي دفعة 2021

إليكم جميعا أهدي هذا العمل المتواضع

زين سارة

ملخص الدراسة:

الكلمات المفتاحية: الاسترخاء، سرطان الثدي، قلق الموت.

إشكالية البحث: تواجه المرأة خلال رحلة حياتها العديد من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، تستلزم مواجهتها من أجل التكيف مع النفس ومع معطيات البيئة التي تعيش فيها.

إن من أهم تلك التجارب الغير مرغوب فيها هي الإصابة بمختلف الأمراض وخاصة المستعصية منها والتي تحمل مداوات الموت، ومن أبرزها الأمراض المزمنة وخاصة مرض سرطان الثدي الذي يأتي في المقدمة والذي يصيب النساء على حد سواء، حيث تكمن خطورته في كونه وربما خبيثا يتمثل في النمو الغير المنتظم لخلايا الثدي، كما يتميز هذا المرض بآثاره و تبعاته التي يخلقها على صحة المريض ومن حوله، فالمرأة المصابة بسرطان الثدي تعيش تحت رحمة ضغوط نفسية عديدة منها الخوف والقلق والموت.

إن شعور قلق الموت هو حقيقة موجودة عند كل مريض سرطان، وهو إشارة خطر بالغة الأهمية، ويزداد نشاط قلق الموت باقتراب الموت الذي تفرضه حالات المرض الشديد.

وللتخفيف من حدة الاضطرابات النفسية التي تنتج جراء سرطان الثدي فهناك أساليب عدة للعلاج المعرفي السلوكي والأسلوب المتميز والأكثر فاعلية هو أسلوب الاسترخاء والذي حقق نجاحا باهرا كونه يسمح لتعلم المصاب سلوك جديد مضاد للتوتر ويساعد على مواجهة الضغوطات النفسية كما أوضحت عدة دراسات.

ومن هنا تطرح دراستنا الحالية الاشكالية التالية:

" ما مدى فاعلية تقنية الاسترخاء في التخفيف من قلق الموت لدى النساء المصابة بسرطان الثدي؟ "

وللإجابة عن هذا التساؤل هناك عدة تساؤلات فرعية:

- هل لدى المصابات بسرطان الثدي درجة عالية من قلق الموت؟
- هل توجد فعالية لتقنية الاسترخاء في تخفيف العزلة والانسحاب وتجنب الآخر كعرض مصاحب لقلق الموت عند مرضى سرطان الثدي؟
- هل لتقنية الاسترخاء دور فعال في تخفيف حدة قلق الموت وتعديل في اضطرابات مزاجهم؟

فرضيات البحث العامة:

توجد فعالية لتقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة قلق الموت لدى النساء المصابة بسرطان الثدي.

الفرضيات الفرعية:

1. لدى المصابات بسرطان الثدي درجة عالية من القلق الموت.
2. توجد فاعلية لتقنية الاسترخاء في تخفيف العزلة والانسحاب وتجنب الآخر كعرض مصاحب لقلق الموت لدى مرضى سرطان الثدي.
3. لدى تقنية الاسترخاء دور فعال في التخفيف من حدة قلق الموت لدى مرضى سرطان الثدي وتعديل مزاجهم.

منهجية البحث:

إعتمدنا في دراستنا على المنهج الاكلينيكي وذلك لمعرفة البيانات الهامة عن المصاب بالاضافة إلى الوضع الاقتصادي والاجتماعي الذي تعيشه كل حالة، كما اعتمدنا على أدوات المنهج العيادي من دراسة الحالة ومقابلة وملاحظة عيادية، حيث شملت هذه الدراسة على حالتين باعتبارهم مصابات بسرطان الثدي وذلك من أجل تدعيم النتائج للقياس القبلي والبعدي الذي حصلنا عليها.

أهم النتائج المتوصل إليها :

بعد تحليل نتائج الدراسة الاستطلاعية وربطها بالمقابلات العيادية والدراسات السابقة، تحققنا من فرضيات البحث كالاتي: إثبات صحة الفرضية العامة التي تنص على أنه يوجد فاعلية لتقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة قلق الموت لدى مرضى سرطان الثدي، وتبيان وإثبات الفرضية الأولى التي تنص على أن لدى المصابات بسرطان الثدي درجة عالية من قلق الموت.

حيث من خلال المقابلات والملاحظات اتضح لي أنهم يعانون من ارتفاع قلق الموت والتوتر والخوف الدائم وهذا ما تم تسجيله من تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر.

كما تم إثبات صحة الفرضية الثانية التي تنص على أنه توجد فاعلية لتقنية الاسترخاء في تخفيف العزلة والانسحاب وتجنب الآخر كعرض مصاحب لقلق الموت عند مرضى سرطان الثدي.

وتم إثبات صحة الفرضية الثالثة التي تنص أن لتقنية الاسترخاء دور فعال في التخفيف من حدة قلق الموت وتعديل اضطرابات مزاجهم وهذا ما لاحظته بعد تطبيق تقنية الاسترخاء، والتنفس، والتخيل على الحالتين.

قائمة المحتويات

- كلمة شكر أ
- الإهداء ب
- ملخص الدراسة ج
- قائمة المحتويات و
- قائمة الجداول ي
- مقدمة 1
- **الفصل الأول: الجانب النظري "مدخل إلى الدراسة"**
- إشكالية الدراسة 4
- فرضيات الدراسة 7
- دوافع اختيار موضوع الدراسة 8
- أهمية الدراسة 9
- أهداف الدراسة 9
- صعوبات الدراسة 10
- التعريف الاجرائي لمصطلحات الدراسة 10
- **الفصل الثاني: الاسترخاء**
- تعريف الاسترخاء 13
- أهداف الاسترخاء 14
- فوائد الاسترخاء 14
- مبادئ الاسترخاء العامة 15
- إجراءات الاسترخاء 16
- أنواع الاسترخاء 17



- خطوات التدريب على الاسترخاء 18
- عمليات الاسترخاء السريعة 19
- النظريات المفسرة للاسترخاء 22
- أنواع الأساليب الاسترخائية 23

• الفصل الثالث: قلق الموت

- الجزء الأول: القلق 30
- ماهية القلق 30
- النظريات المفسرة للقلق 31
- معايير تشخيص القلق 33
- الجزء الثاني: قلق الموت 33
- تعريف قلق الموت 33
- نبذة تاريخية لقلق الموت 34
- قلق الموت وقلق الاحتضار 34
- مكونات قلق الموت 35
- العوامل المحددة لقلق الموت 36
- أعراض قلق الموت 38
- أنواع قلق الموت 39
- مظاهر قلق الموت 40
- علاقة المرض بقلق الموت 41
- النظريات المفسرة لقلق الموت 41
- علاج قلق الموت 43

• الفصل الرابع: سرطان الثدي:

- الجزء الأول: السرطان 48

- نبذة تاريخية عن السرطان 48
- مفهوم السرطان 48
- تصنيف السرطان 49
- أعراض السرطان 49
- الجزء الثاني: سرطان الثدي 50
- مما يتكون الورم؟ 50
- التركيبة البنيوية للثدي 50
- تعريف سرطان الثدي 51
- أعراض سرطان الثدي 52
- مراحل ظهور سرطان الثدي 53
- أنواع سرطان الثدي 54
- أسباب سرطان الثدي 55
- تشخيص سرطان الثدي 57
- علاج سرطان الثدي 58

• الفصل الخامس: الجانب التطبيقي "الإجراءات المنهجية للدراسة"

- الدراسة الاستطلاعية 62
- منهج الدراسة 63
- أدوات الدراسة 63
- دراسة الحالة 63
- المقابلة العيادية 64
- الملاحظة العيادية 64
- مقياس قلق الموت 65
- تقنية الاسترخاء 67
- عينة الدراسة 68

- الحدود الزمانية والمكانية 68
- التعريف بالمؤسسة 68
- **الفصل السادس: عرض نتائج دراسة الحالات**
- عرض الحالات العيادية 72
- عرض وتحليل نتائج تطبيق المقياس 78
- عرض وتحليل نتائج تطبيق تقنية الاسترخاء 85
- ملخص عام للمقابلات 87
- **الفصل السابع: مناقشة نتائج فرضيات الدراسة**
- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات 90
- الخاتمة 94
- التوصيات والاقتراحات 95
- قائمة المراجع والمصادر 97
- الملاحق 103

قائمة الجداول:

الصفحة	العنوان	الجدول
67	جدول يوضح سير مقابلات مع الحالة الأولى	01
73	جدول يمثل سير حصص الاسترخاء للحالة الأولى	02
78	جدول يوضح سير المقابلات مع الحالة الثانية	03
81	جدول يمثل سير حصص الاسترخاء للحالة الثانية	04
86	جدول يوضح النتائج العامة للمقابلة النفسية مع الحالتين	05
87	جدول يوضح نتائج الحالتين على مقياس قلق الموت قبل وبعد تطبيق التقنية العلاجية	06

المقدمة

المقدمة:

يعتبر سرطان الثدي أحد الأمراض المزمنة شيوعا وخطورة وجاء تصنيفه من فئة الإصابات الأكثر تعقيدا نظرا لانتشاره السريع، كما ينجم عنه العديد من المشكلات التي تولد اضطرابات نفسية عند المصاب لا سيما في مواجهته مع حقيقة الموت بحيث تجعله يعيش مجموعة من ردود الأفعال الصدمية التي تغير مجرى حياته الخاصة إذ لم يجد الدعم النفسي والمساندة الأسرية في تغلبه على الداء، حينها يقع ضحية له، كونه مصابا بمرض مزمن تدوم آثاره لفترة طويلة، فتولد في نفسه خوفا وتوترا وقلقا من الموت، وعلى الرغم من وجود أساليب وقائية للحد من بعض مخاطر الإصابة بسرطان الثدي، إلا أن تلك الأساليب لا يمكنها أن تخلص كل الحالات خاصة التي تم اكتشافها متأخرا، مما ينتج عن تشخيص مرض سرطان الثدي تغيرات انفعالية ومعرفية وإرادية يعاني منها المرضى ومن بين هذه الاضطرابات الأكثر انتشارا هو قلق الموت حيث أول فكرة تخطر في أذهانهم هي الموت، وكذلك تعاني من مستويات مرتفعة من أعراض الاكتئاب.

وقد جاءت هذه الدراسة كمحاولة للتخفيف من حدة قلق الموت لدى المصابة بسرطان الثدي، وعملت الباحثة على إيجاد علاجات تساعد في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية المصاحبة لقلق الموت، ومن هذه العلاجات المتعددة نجد الاسترخاء بحيث هو توقف كامل للانقباضات وتقلصات العضلة المصاحبة للتوتر ومن بين التقنيات المختارة : العلاج بالاسترخاء التنفسي، والاسترخاء التخيلي، لمعرفة فاعليته في تخفيف حدة قلق الموت.

فلاسترخاء أهمية بحيث تكون مدة العلاج قصيرة المدى، نلاحظ بسرعة تحسن لدى الحالة في حياتها وتعايشها مع المرض وتخفيف التوافق النفسي والاجتماعي ولتحقيق هدف البحث قمنا بتقسيم فصول الدراسة الحالية على النحو التالي كما يخدم مسارها العلمي:

الجانب النظري يحتوي على أربعة فصول تعرض كالتالي: الفصل الأول كمدخل لدراسة تضمن فيه تحديد الاشكالية الدراسة و فرضيات الدراسة، أهداف البحث والأهمية، دوافع اختيار موضوع الدراسة وكذلك المفاهيم الاجرائية لمتغيرات الدراسة وفي الأخير الصعوبات التي واجهتها الباحثة في ميدان البحث.

الفصل الثاني يحتوي على مفهوم الاسترخاء وأهدافه وفوائده إضافة إلى مبادئ وأنواع وإجراءات الاسترخاء وخطوات وعمليات والنظريات المفسرة للاسترخاء، أنواع الاساليب الاسترخائية و خلاصة الفصل.

الفصل الثالث كان مخصصا لدراسة قلق الموت يحتوي على جزئين:

جزء الأول خاص بالقلق تناولت فيه ماهية القلق وأنواعه ونظريات مفسرة له، ومعايير تشخيص القلق والعلاج، أما الجزء الثاني خاص بقلق الموت تطرقت فيه إلى دراسة مفهوم قلق الموت ونبذة تاريخية عنه، ثم قلق الموت وقلق الاحتضار ومكونات قلق الموت إضافة إلى العوامل المحددة لقلق الموت ثم المواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت وأعراض وأنواع قلق الموت ثم علاقة المرض بقلق الموت والنظريات المفسرة لقلق الموت وعلاجه وفي الأخير الخلاصة.

الفصل الرابع: يضم هذا الفصل سرطان الثدي حيث يقسم إلى جزئين:

الجزء الأول خاص بالسرطان، نبذة تاريخية عنه، مفهوم السرطان، وتصنيفه وأعراضه، أما الجزء الثاني فيتناول سرطان الثدي ومما يتكون الورم، والتركيبية البنيوية للثدي، تعريف سرطان الثدي، أعراضه ومراحل ظهوره، أنواعه وأسبابه، وتشخيص سرطان الثدي، وعلاجه، ثم الخلاصة

وتكملة للجانب النظري قمنا بالجانب التطبيقي الذي يتضمن الفصول التالية:

الفصل الخامس: خصص هذا الفصل للإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، حيث تناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية، أدوات الدراسة، المنهج المتبع، عينة البحث، الحدود الزمانية والمكانية، مقياس قلق الموت، وتقنيات الاسترخاء التنفسي والتخيلي.

الفصل السادس: خصص هذا الفصل لعرض الحالات وتحليل النتائج، ملخص عام لمقابلات الحالتين، عرض نتائج مقياس قلق الموت، عرض نتائج تقنيات الاسترخاء قبل وبعد التطبيق.

الفصل السابع: خاص بمناقشة وتحليل نتائج البحث، استنتاج عام، الخاتمة، التوصيات والاقتراحات، قائمة المصادر والمراجع، الملاحق.

الفصل الأول

" تقديم موضوع الدراسة "

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. دوافع اختيار موضوع الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. أهداف الدراسة
6. صعوبات الدراسة الأساسية الميدانية
7. التعريف الاجرائي لمصطلحات الدراسة

إشكالية البحث:

بعد تطور الطب وتراكم الأبحاث في مجال الصحة النفسية أصبح من المستحيل الفصل بين الجانب الجسدي والجانب السيكولوجي فالإنسان وحدة جسمية نفسية، إذ أن النفس والجسد وجهان لعملة واحدة، أي إصابة في التكامل الجسدي يؤثر على الجانب النفسي، فالصحة النفسية تتأثر كثيرا بالصحة الجسدية، وقد يتعرض الإنسان إلى أمراض عضوية خطيرة ومزمنة تؤثر سلبا على جانبه السيكولوجي، من بين تلك الأمراض نجد السرطان. (زلوف، 2014، ص13)

يعتبر مرض السرطان من الأمراض السيكوسوماتية المعاصرة، حيث يصيب أي جزء من أجزاء الجسم ويحدث إشعاعا وتورما وتبدأ الخلايا بالتكاثر بشكل غير طبيعي، تعمل الخلايا السرطانية على غزو الأنسجة السليمة وتنتشر فيها السرطانات المتنوعة وتتلها، وإذا ما وصلت خلايا الورم السرطاني إلى الدورة الدموية في الجسم مسببة بداية نشأة السرطان في مواقع مختلفة من الجسم كسرطان القولون وسرطان المثانة وسرطان عنق الرحم وسرطان الكبد وسرطان الثدي، حيث أن هذا الأخير يصنف في مقدمة أمراض السرطان المتنوعة، وهو داء خبيث ناتج عن تكاثر غير طبيعي لخلايا الثدي، ويعد من أخطر أنواع السرطانات المهدة لحياة الكثير من النساء، والذي يزيد من خوف الناس أن كيمة السرطان كلمة مرعبة تشير إلى داء خطير فشل الأطباء في معرفة أسبابه، و الخلية السرطانية لا تتوقف عن النمو بعد أداء مهمتها وبلوغ اكتمالها الطبيعي على العكس من الخلايا السليمة، ونظرا لحاجتها إلى الفداء فإنها تدمر أعضاء الجسم الحيوية مما يتسبب العجز والموت. (خير الزراد، 2000، ص477 – 487) .

والسرطان داء ارتبط اسمه مع اسم الموت حتى يساويه رعبا وفزعا وأصبح كل من يسمعه يشعر بالقلق والخوف، فالإحصائيات تكشف لنا سنويا عن العدد الكبير من المصابين بمرض السرطان وهذا ما زاد من حدة قلقهم، فما زال التأثير النفسي للإصابة بالسرطان على المريض يستحضر لديه المخاوف والعذاب التي يدخله في أجواء القلق والتفكير في المرض والموت، وطبيعة البشر تجعلهم يخافون الموت وهم في كامل صحتهم وكيف لو أصابهم المرض، ولا سيما إن كان خطيرا مما يسبب لهم الضغوط النفسية ويجعلهم دائمي القلق والتفكير فيه.

فالمعاناة النفسية لدى مرضى السرطان لها جوانب كثيرة منها من درسها العلماء والباحثين، ومنها ما لم يعطى حقها في البحث، ولعل من هذه الجوانب التي حظى بأهمية كبيرة هو قلق الموت ومدى انتشاره لدى مرضى السرطان. (بوسي، 2018، ص4)

فالأعراض العضوية تنتج ردود أفعال سيكولوجية وبالتالي تغير مجرى حياة المريض على الصعيد النفسي والعضوي، فهذا التأثير والضغط يولد القلق فنجد أبحاث ماكربيت قوستو Macreaet Coste (1985) بينت وجود ارتباطات إيجابية بين المشكلات الصحية وقلق الموت حيث يفقد المريض القدرة على التحكم في نشاطاته وأعماله بفعل المرض الذي يعاني منه، مما يحدث خلافاً في تقدير الذات ويسهم في تفجير قلق الموت لديه، حيث يعرفه " هولتر " أنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل الفرد أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.(عبد الخالق، 1987، ص38)

وخاصة إذا تعلق بإصابة المرأة بسرطان الثدي سواء كانت عازبة أو متزوجة، الذي يعتبر من أخطر وأكثر الأمراض التي يخافها الناس فهو حدث مفاجئ ومؤلم لدى المرأة حيث يؤدي بها إلى حدوث تغيرات مورفولوجية اجتماعية ونفسية.

يمثل سرطان الثدي أكثر الأمراض المنتشرة لدى النساء بين 30 و 60 سنة وأول أسباب وفاتهن في الوطن العربي، إذ يؤدي حدوث ورم وآلام، نسب الإصابة بين الجنسين هي امرأتين مقابل رجل واحد، يكتشف عنه بواسطة البحث الطبي الذي يظهر على شكل ورم دائري غير منتظم ويرتكز غالباً في الجهة العلوية الخارجية من الثدي، يكون الورم في بداية الأمر محصوراً على الثدي، ولكن عندما يصل قطره إلى 50 سم يبدأ بالانتشار عبر المجرى الدموي. (منيرة، 2014، ص35)

فمفهوم القلق من المفاهيم المرتبطة بالإصابة بالأمراض السرطانية وتعد ظاهرة معقدة من حيث هناك الكثير من الاضطرابات النفسية المتشابهة ذات صلة بها، ويعد القلق حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد الناتج عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها، وتتضمن حالة القلق الشعور بالضيق وانشغال الفكر وعدم الارتياح حيال مشكلة متوقعة أو على وشك الوقوع. (نوري القمش، 2007، ص255)

ويمكن للقلق وردود أفعاله أن تظهر كأعراض جانبية للأمراض الجسدية كما هو الحال عند المرأة المصابة بسرطان الثدي، إذ يصبح لديها شعور بالعجز وفقدان الأمل الذي يجعلها تحس أن المجتمع ينظر إليها نظرة مختلفة مما يعرضها إلى نكران المرض والتوتر والاكتئاب والخوف والقلق من الموت، وفي هذا الصدد نجد أن ارتباط أعراض قلق الموت بالأمراض العضوية كانت محل العديد من الدراسات منها "دراسة حنان عماري، 2013" تضمنت الدراسة قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي وقد اعتمدت الباحثة من أجل تأكيد صحة فرضيتها على المنهج الإكلينيكي، مستعملة الملاحظة العيادية والمقابلة إضافة إلى تطبيق اختبار قلق الموت وذلك على عينة مكونة من ثلاث حالات (عازبة و 2

متزوجات)، وتوصلت إلى مجموعة من النتائج مفادها ارتفاع درجة قلق الموت وكذلك الشعور بالدونية متمثلاً في الاتجاه السلبي نحو الذات، والذي يرتبط بالحزن والتشاؤم وعدم الثقة بالنفس وبالآخرين، وكذلك هناك دراسة لـ J.M Gruilland M.F Gauss et Etalia المرتبطة بسرطان الثدي وظهور قلق الموت والاكتئاب سنة 1986 على عينة شملت 100 امرأة مصابة بسرطان الثدي مقارنة بـ 100 امرأة غير مصابة.

وقد ينتج هذا القلق بسبب الاستعداد الوراثي وباختلاط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية، وكذلك الاستعداد النفسي العام والشعور بالتهديد الداخلي والخارجي، بالإضافة إلى مواقف الحياة الضاغطة، وأسفرت النتائج على وجود 15% من المريضات يعانين من قلق الموت ونسبة 10% يعانين من قلق نفسي ونسبة 42% يعانين من القلق الفزيولوجي.

فالأعراض النفسية تصبح واضحة من الخوف والتشوه والحزن والقلق والصراعات تعتبر من أهم أعراض قلق الموت الذي يمكن أن يظهر كاضطراب نفسي لدى المرأة عند إصابتها بسرطان الثدي.

لاحظنا من خلال الدراسات السابقة أن السرطان يؤثر بصورة سلبية على اتجاهات المريض نحو الموت مما يجعله يعاني من قلق الموت.

من هنا يجب توفير مجموعة من الأساليب المناسبة في علاج المرأة المصابة بسرطان الثدي من كل الجوانب سواء من الجانب الطبي الذي يكمن في العلاج بالأدوية والعلاج الكيميائي أو العلاج المناعي، كما يجب أن يرافقه الجانب النفسي من العلاج لمساعدة المرأة على تجاوز صدمة الإصابة أو البتر والتخفيف من حدة القلق، ومن بين التقنيات العلاجية الذي يستطيع المعالج النفسي الاستناد إليها نجد العلاج المعرفي السلوكي الذي يعتمد على فكرة أساسية مفادها أن السلوك الغير مرغوب فيها مصدر المشاعر والانفعالات الناتجة بدورها عن عملية التفكير، فإذا استطاع الفرد توجيه تفكيره بشكل سليم فإنه لن ينتج عنه مشاعر سلبية وبالتالي لن يكون سلوكه غير مرغوب.

ومن بين الأساليب المستخدمة في هذا العلاج نجد العلاج بالاسترخاء باعتباره من أهم التقنيات التي تساعد في تنمية القدرة على التركيز والحشد السريع للطاقة من خلال إثارة اليقظة والتنشيط، مما يسهل التحكم في التوتر والقلق والسير الأمل للحياة الانفعالية. (شمعون، 1996، 127)

ويرجع الفضل الأول في استخدام الاسترخاء إلى Jacobson ويهدف إلى الوصول بالعمل إلى حالة استرخاء مضادة لحالة القلق وانفعالاته الحادة ودليل "جاكسون" في ذلك أن الحالات الانفعالية ترتبط

ارتباط وثيق بعملية التقلص العضلي ومن هنا استنتج أن هناك علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي وبين الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد فإذا زال التوتر العضلي ينخفض القلق.

وتبرز أهمية التدريب على الاسترخاء في إحداث توازن للجهاز العضلي المستقل، فالاسترخاء العضلي المتصاعد والتأمل والتنويم المغناطيسي كل هذه التقنيات تعمل على خفض نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي.

وللاسترخاء فوائد فسيولوجية ونفسية عدة تتمثل في الشعور بالهدوء وزيادة الثقة بالنفس وتقدير الذات وزيادة التركيز والانتباه وتقوية الذاكرة. (طه، 2008، ص155، 156، 157)

ومن بين الدراسات التي تناولت تقنية الاسترخاء لدينا Carl Simonto (1970) أول من أثبت أهمية الاسترخاء والتطور الإيجابي على الدماغ والجهاز المناعي وقد وضع العلاقة بين السرطان والاسترخاء ومدى فعاليته في التطور الإيجابي من أجل القدرة على التأثير على ذهن المريض الذي يؤدي إلى الراحة النفسية وبالتالي زيادة النشاط للمفاوي الذي سيقاوم الخلايا السرطانية بشكل أفضل. (أشرف محمد، 2003، ص16)

وانطلاقاً من هذه الدراسات نستنتج بأنها تشترك في بعض النقاط وهو الكشف عن التأثيرات النفسية عند النساء المصابات بسرطان الثدي وظهور قلق الموت، وجاءت دراستنا كتكملة وتوضيح أكثر لهذا الموضوع وهذا ما يجعلنا نطرح الإشكالية التالية:

التساؤل العام:

ما مدى فاعلية تقنية الاسترخاء في التخفيف من قلق الموت لدى النساء المصابة بسرطان الثدي؟

مجموعة التساؤلات الفرعية:

1. هل لدى المصابات بسرطان الثدي درجة عالية من قلق الموت؟
2. هل توجد فعالية لتقنية الاسترخاء في تخفيف العزلة والانسحاب وتجنب الآخر كعرض مصاحب لقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي؟
3. هل لتقنية الاسترخاء دور فعال في التخفيف من حدة قلق الموت وتعديل في اضطرابات مزاجهم؟

فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة: توجد فعالية لتقنية الاسترخاء التخفيف من حدة قلق الموت لدى النساء المصابة بسرطان الثدي.

الفرضيات الجزئية:

- لدى المصابات بسرطان الثدي درجة عالية من قلق الموت
- توجد فعالية لتقنية الاسترخاء في تخفيف العزلة والانسحاب وتجنب الآخر كعرض مصاحب لقلق الموت عند مرضى سرطان الثدي
- لدى تقنية الاسترخاء دور فعال في التخفيف من حدة قلق الموت لدى مرضى سرطان الثدي وتعديل اضطرابات مزاجهم.

دوافع اختيار الموضوع:

دوافع ذاتية:

- تعاطف مع مرضى سرطان الثدي.
- وجود حالة مرضية صديقة لي في العمل.

دوافع موضوعية:

- الانتشار الكبير لمرض سرطان الثدي.
- المعاناة النفسية والجسدية لدى مرضى السرطان الثدي.
- التكفل بمرضى سرطان الثدي نفسياً وليس طبياً فقط.
- التأثيرات السلبية التي يخلقها المرض للمريض.
- إشباع فضولي العلمي وهو التقرب من هذه الفئة في موضوع بحثي ومعرفة آثار ومظاهر قلق الموت.
- التعرف أكثر على تقنية الاسترخاء وتطبيقها.

أهمية الدراسة:

في الآونة الأخيرة أصبحنا نسمع كثيرا عن مرض السرطان، ويعتبر سرطان الثدي الأكثر انتشارا وشيوعا لدى نساء العالم ورغم انتشاره إلا أنه لا زال هناك تهميش لهذه الفئة من المجتمع، لذلك تتحد أهمية الدراسة الحالية في الجانب الذي تتصدى لدراسته وهو الكشف عن مدى فاعلية تقنية الاسترخاء في خفض مستوى قلق الموت لدى مرضى سرطان الثدي بالإضافة إلى إظهار ضرورة التكفل النفسي بهذه الفئة من المجتمع والاسترخاء يعتبر من العلاجات النفسية القصيرة المدى وتقنية جديدة وله أهمية كبيرة.

الأهمية النظرية:

تهتم هذه الدراسة بموضوع له أهمية من الوجهة النظرية حيث أنها تلقي الضوء على طبيعة الاضطرابات النفسية، فعلى الرغم من تنوع حركة البحث العلمي والتجريبي في مجال اضطرابات القلق وبالخصوص قلق الموت لدى المرضى، وبالتحديد مرض السرطان، إلا أن البحوث والدراسات في المجتمعات العربية نادرة في تناولها العلاج السلوكي المعرفي في خفض قلق الموت، كما أن هذه الدراسة قد تسهم في زيادة رصيد المعلومات والحقائق المتوفرة عن اضطراب قلق الموت لدى مرضى سرطان الثدي، كما تتناول هذه الدراسة فعالية تقنية الاسترخاء في تخفيف من حدة قلق الموت لدى هذه العينة.

الأهمية التطبيقية:

تتبع أهمية الدراسة تطبيقيا من أهمية الأسلوب العلاجي المستخدم وهو تقنية الاسترخاء في اضطرابات قلق الموت لدى مرض السرطان، والذي كشفت فيه الدراسات السابقة عن أهمية هذه التقنية وأنها ذو فعالية في علاج هذا الاضطراب النفسي، وبالتالي يؤثر بالإيجاب على اتجاهات المرضى نحو ذاتهم ونحو الآخرين وسيساعدهم على التكيف مع مرض السرطان والتعايش معه وقد يخلق لديهم الدافعية للعلاج، ويخفف من مستوى قلق الموت لديهم.

كما أن هذه الدراسة قد تفتح المجال لدراسات أخرى تحاول الاستفادة من تقنية الاسترخاء في البيئة العربية بصيغة عامة، كما قد تقيد الاختصاصيين النفسيين بأهمية هذه التقنية في خفض قلق الموت وغيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى.

أهداف الدراسة:

4. معرفة مدى فاعلية تقنية الاسترخاء المقترح في التخفيف من القلق لدى مرض سرطان الثدي.

5. تعليم مرضى السرطان بعض التقنيات والاستراتيجيات لمواجهة قلق الموت وجميع الاضطرابات النفسية المترتبة عن الاصابة بمرض سرطان الثدي، وذلك بتعديل الأفكار الآلية السالبة الخاطئة واللامنطقية التي تصاحب المرضى طوال فترة مرضهم بهدف خلق وزرع أفكار منطقية وإيجابية تمكنهم من التعايش مع المرض وبذلك التخفيف من حدة قلق الموت لديهم.
6. معرفة الحالة النفسية التي يخلقها قلق الموت لدى مرضى سرطان الثدي.
7. معرفة ما إذا كان هناك فروق في درجة التخفيض من قلق الموت الناجم من تطبيق تقنية الاسترخاء .
8. محاولة التحقق من الفرضيات التي قمت بصياغتها والوصول إلى مظاهر وآثار تقف عن مشكلة قلق الموت لدى مرضى سرطان الثدي.

صعوبات الدراسة الأساسية الميدانية:

- تسريح المريضات من الجناح الخاص بسرطان الثدي بالمؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهراو وذلك بعد إجراء عدة مقابلات وعدم تمكني من متابعة الحالات.
- عرقلة سيرورة التربصات بسبب جائحة الكورونا.
- سوء معاملة ممرضات الجناح أثناء فترة التربص.
- ضيق الوقت نتيجة حضور الحالات إلا مرة واحدة في الأسبوع مما استدعى لي الذهاب إلى منازلهم لمتابعة إجراءات الدراسة.

التعريف الإجرائية:

- **قلق الموت:** هو الدرجة التي تحصل عليها المرأة المصابة بسرطان الثدي في مقياس قلق الموت، والتي تعبر عن مدى شعورها بالموقف.
- **سرطان الثدي:** هو ورم خبيث يتكون على مستوى الثدي ناتج عن انقسام فوضوي ينجم عنه البتر.
- **تقنية الاسترخاء:** تقنية علاجية تتمثل في حالة عامة من الارتخاء العضلي الذي يؤدي إلى الراحة النفسية والجسمية.

الفصل الثاني " الإسترخاء "

1. تعريف الاسترخاء
2. أهداف الاسترخاء
3. فوائد الاسترخاء
4. مبادئ الاسترخاء العامة
5. إجراءات الاسترخاء
6. أنواع الاسترخاء
7. خطوات التدريب على الاسترخاء
8. عمليات الاسترخاء السريعة
9. النظريات المفسرة للاسترخاء
10. أنواع الأساليب الاسترخائية

تمهيد:

يسعى الفرد لإزالة التوتر والقلق والانفعال والغضب، أو التخفيف من المعاناة اليومية ومحاولة الوصول إلى الراحة النفسية والجسمية، فقد ظهرت تقنية الاسترخاء التي يعود ظهورها إلى سنوات سابقة والتي كانت تهدف إلى التخفيف من هذه الضغوطات والتوترات في مدة زمنية قصيرة.

والفكرة الأساسية لعملية الاسترخاء هي وضع المريض في حالة استرخاء على أن تقدم له في هذه الأثناء المثيرات التي أدت إلى قلقه أو خوفه المرضي، ويرجع الفضل الأول في استخدام الاسترخاء للتخلص من حالات الانفعالات إلى العالم جاكوبسون (Jacobson) والذي اهتم بدراسة الاسترخاء العضلي في عام 1938، حيث ظهرت له مجموعة من الكتب والدراسات كان أبرزها عن الاسترخاء التصاعدي المدرج وهناك عدة أنماط للاسترخاء منها الاسترخاء التأملي، والاسترخاء التخيلي، حيث يتم تخيل مشهد يبحث عن الهدوء، والاسترخاء بالموسيقى والاسترخاء بمساعدة شرائط الاسترخاء، والاسترخاء بتمارين التنفس، والاسترخاء بسماع القرآن فيه شفاء للصدر وبه تطمئن القلوب، وقد تناولنا في هذا الفصل مفهوم الاسترخاء وأهم أهدافه ومبادئه والنظريات المفسرة لهذا الأسلوب وتحدثنا عن التقنيات المستعملة في التدريب على الاسترخاء وما هي المواضيع التي يستخدم فيها؟

1/ مفهوم الاسترخاء:

لغة: استرخى، استرخاء (رخى) بمعنى صار رخوا وتسترخي به الحالة بمعنى حسنت وتسهلت بعد شدة وضيق. (المنجد الأبجدي، ص63)

اصطلاحاً: هو طريقة علاجية من العلاجات النفسية ووسيلة خفض التوترات الانفعالية المرتبطة بالحالات النفسية مثل: الربو، التشنج، القرحة، تخفيف من الأرق وفقدان الشهية (عبد المنعم، 1999، ص185)

التعريف النفسية للاسترخاء:

يعرفه أنش شكشك (2009) أنه التوقف الكامل لكل الانقباضات العضلية المصاحبة للتوتر والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري أو النوم وهو يعني استرخاء العضلات والتقليل من توترها يؤدي إلى التقليل من الانفعالات المصاحبة للآلام والمتاعب الجسدية والنفسية. (أنش شكشك، 2009، ص183)

يعرفه سويني (sweeney) أنه حالة أو استجابة مدركة إيجابية يشعر فيها الشخص بالتخلص من التوتر أو الاجهاد (كامل راتب، 2004، ص123)

كما يعرفه Coycedo مفهوماً عاماً للاسترخاء بأنه تناسق الجسد والروح وهو حالة خالية من التوتر والغضب والخوف المزعجة وتنتشر فيها حالة من الهدوء. (عثمان فاروق، 2001، ص174)

يعرف غريغ ويلنكسون الاسترخاء بأنه تقنية ممتازة تمكن من الاستفادة منها عند الشعور بالضغط النفسي، إذ أنه يساعد على تقليل القلق والتغيرات النفسية .

ويعتبر جاكوش أول من قرر أهمية الاسترخاء كإجراء مقابل، أو مضاد للقلق، وكان يرى أن خبرة الشخص الانفعالية تنتج عن تقلص أو انقباضات العضلات، واقترح الاسترخاء ليسكن الحالة المعاكسة أو المضادة لحالة التوتر والانفعال، بعبارة أخرى هناك علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي والاثارة الانفعالية وفي تأييده لهذه الفكرة قال جاكوش أن معدل النبض وضغط الدم، يترفعان في الحالات الانفعالية وينخفضان بالاسترخاء العميق. (العسيوي، 1997، ص152)

حسب قاموس le Robert: الاسترخاء هو تقليل التوتر أو التخلص منه أو حتى طريقة علاجية للاسترخاء والتحكم في وظائف الجسم من خلال عمليات نفسية نشطة. (le Robert, 2008, p11)

عرفه الدكتور Durand de Bousingen: الاسترخاء العلاجي على النحو التالي " طرق الاسترخاء هي عمليات علاجية محددة جيدا تهدف إلى الحصول على الاسترخاء العضلي والنفسي لدى الفرد بمساعدة التمارين المساعدة. (Durand de Bousingen,R, 1971, P11)

2/ أهداف الاسترخاء:

يمكن للفرد أن يستعمل الاسترخاء عند الشعور بالتوتر من الانفعالات والقلق النفسي أو الخوف، ويلاحظ أن أساليب الاسترخاء الأساسية قد مورست منذ أمد بعيد كوسيلة لتخفيف حدة التوتر والضغط والتحكم في الذات ولقد حققت تلك الأساليب نتائج طيبة ومنها:

- تقليل ضربات القلب وضغط الدم ومعدل التنفس.
- زيادة القدرة على التحكم في انفعالاتنا.
- زيادة موجات ألفا والدفاع ذات الصلة بالاسترخاء العميق.
- تزايد تحكنا في قدرتنا العقلية.
- انخفاض سريع في كيميائيات الدم المتعلقة بالقلق.
- تساعد في تنمية الانتباه. (محمد الصيرفي، 2008، ص241)

3/ فوائد الاسترخاء:

1. زيادة الأداء التحصيلي والتحكم في العمل وعدم التأثر بالضغط العصبي
2. تطوير الانتباه والتركيز وخفض السلوك السلبي. (بن عكي، 2009، ص180)
3. تطوير الثقة بالنفس من خلال ضبط الذات والتوازن الروحي.
4. الاسهام في خفض مستويات الضغط والقلق والوصول إلى مستويات عالية من الشعور بالراحة النفسية والهدوء والأمان. (علاوي محمد، 2002، ص217)
5. التخفيف من شدة الارهاق الخارجي والكفاح الداخلي للنفس.
6. تحسين القدرات العقلية. (أبو عوض سليم، 2007، ص12)
7. يفيد الاسترخاء في مقاومة التعب شريطة أن تتعلم كيف ترخي العضلات المتعبة المتوترة وكيف تريحها.

8. تهدئة الآلام والأوجاع وتقليلها، خلافا للتوتر الذي يزيدها.
9. الاسترخاء عون الانسان في علاقته مع الناس. (رقية فيصل، 2011، ص32،31)

5/ مبادئ الاسترخاء العامة:

تعتبر مبادئ الاسترخاء مدخلا هاما لاكتساب مهارات التدريب على الاسترخاء بثتى أنواعه وأهمها:

1. الكلمات:

يجب الانتباه إلى استخدام الكلمات والتعبير وتعليمها للمعالج والتي منها:

- أترك عضلاتك مسترخية.
- دع عضلاتك لمساء.

ويجب لفت الانتباه إلى استخدام كلمة "دع" وليس "اجعل أو حاول"، اللتين تتضمنان معنى الجهد بينما تدل كلمة دع إلى استجابة إرادية وليست جبرية، إذ تعتبر قاعدة هامة، لما للكلمات من أهمية ايجابية.

2. الوقت:

هناك أفراد يتعلمون الاسترخاء بسرعة، وبعد تدريب قليل لتحقيق ذلك يجب ما يلي:

- عرض تعلم الاسترخاء ببطء، أو بإيقاع في بداية التعليم التدريبي، مع وقفات لجعل الخبرة الذاتية متكاملة.
- عرض السرعة في عرض الكلمات الإيجابية الاسترخائية.
- جعل الكلمات تتابع ببطء و بتلقائية طبيعية فنتنقل من إحياء إلى آخر مع فواصل زمنية.

3. مراعاة الفروق الفردية:

يجب مراعاة الفروق الفردية في فهم تقنية الاسترخاء، وتفسير هذه الخبرة، وأهدافها وفوائدها، وأيضا الإحساسات التي قد يشعر بها المرضى عندما يتقنون الاسترخاء. (محمد حمدى، 1990، ص185)

4. إدراك علامات التوتر:

يتعين على المعالج ملاحظة علامات التوتر والاسترخاء، السعال والتنفس غير المنتظم والتشنج العضلي، غالبا ما تدل على عدم نجاح الأسلوب أو التقنية المستعملة.

5. الابتعاد عن السلبية:

الانتباه إلى خصوصية كل فرد، فالجمل التي يمكن أن تكون بالنسبة لنا سارة، قد تجعل المفحوص يتفاعل ويضطرب.

6. تنبيه المفحوص إلى أهمية بقائه يقظا وواعيا أثناء الاسترخاء:

ينبغي على الفاحص أن يرسم صوته ليوحى بالهدوء وإعطاء المفحوص الوقت الكافي لفهم التوصيات وتنفيذها. (العيسوي، 1997، ص187)

7. لا يلجأ المعالج إلى تدريبات الاسترخاء والمريض في حالة تعب أو نعاس أو بعد الاستيقاظ من النوم.

8. يجب تشجيع المريض على ممارسة تقنية الاسترخاء في المنزل، في العمل، في السيارة، بحيث تتكون لديه عادة الاسترخاء.

9. التدريب يكون ببطء وبايقاع في بداية التعلم مع عدم السرعة في استخدام تقنية الاسترخاء.

10. التوصية بالحفاظ على أن تكون كافة عضلات الجسم في حالة استرخاء مع إغماض العين.

11. في الجلسات الأولى يسمح للمريض بين الحين والآخر بفتح عينيه وخاصة في حالة الخوف أو الشك، أو عندما يكون المريض من الجنس الآخر حيث قد يتصور الإغراء أو التهديد الجنسي (الحالات الهستيرية) كما أن بعض المرضى ينتابهم الشعور بالخوف من فقدان إحساسهم بأطرافهم والحس بالانجراف حيث لا يستطيعون السيطرة على ذواتهم (فقدان السيطرة على المثانة) مثلا. (خير الزراد، 2000، ص540، 541)

6/ إجراءات الاسترخاء:

يتم استخدام إجراءات الاسترخاء لدى المرضى لتحقيق أهداف علاجية مختلفة:

- **الوقاية من الإرهاق:** تخفض إجراءات الاسترخاء مستوى الاثارة الفيزيولوجي وينتج تمايزا انفعاليا، وتفيد هذه المركبات غير النوعية في التأثير على تنظيم الإرهاق وتؤثر بصورة ملائمة على التعامل مع الإرهاقات.

- **مواجهة الإرهاقات الحادة:** يمكن استخدام إجراءات الاسترخاء بصورة هادفة من أجل التهيؤ للمواجهة بصورة أفضل على الإرهاقات الحادة التي تنجم عن المرض المزمن وعلاجه، وعليه تعتبر إجراءات الاسترخاء جزء تكاملي من التأثيرات الخاصة للمواجهة على القلق والألم في الإجراءات الطبية المؤذية.

- **مواجهة الإرهاقات المزمنة:** تنفيذ إجراءات الاسترخاء في مواجهة الارهاقات طويلة الأمد التي تظهر كعاقبة أولية وثنائية للأمراض المزمنة، وتستخدم في معالجة الألم المزمن، وقد أثبتت إجراءات مختلفة من الاسترخاء صلاحيتها في التطبيق على الأطفال واليافعين مع العلم أنه يجب أخذ معايير التفريقية للحالة. (سامر جميل، 2009، ص613، 614)

7/ أنواع الاسترخاء:

- **الاسترخاء الذاتي:** يعني التركيز الذاتي حيث أن الشخص يقوم بالتركيز على نفسه ليقوم بعملية الاسترخاء.
- **الاسترخاء السوفولوجي:** يستعمل مع الأفراد الذين يعانون من الأمراض السيكوسوماتية، أعراض ما بعد الصدمة وكذا اضطرابات النوم، من أجل تخفيض الألم والمعاناة، وتقوم هذه التقنية على مساعدة الفرد على التحكم في كل أجزاء الجسم والعقل والروح من أجل تحقيق التوازن.
- **الاسترخاء التصاعدي:** يعرف كذلك بالاسترخاء الجاكسوني الذي يركز على العلاقة الموجودة بين المعاش النفسي والانفعالي ودرجة التوتر من خلال تطبيق تمارين عديدة من القدمين إلى الرأس.
- **التأمل:** عبارة عن استغراق في الذات عن طريق الصمت والإصغاء الداخلي والاسترخاء مثل تمارين اليوغا. (خليفة، 2018، ص53، 54)
- ولقد أشار ben son إلى أن الاسترخاء التأملي له تأثير على الجهاز العصبي السمبثاوي وأن التأمل يتطلب توفير بيئة آمنة وهادئة ووضع مريح مع التركيز على كلمة يركز فيها الفرد ويشير بنسون إلى أن التأمل المتصاعد يعمل على خفض ضغط الدم المرتفع وخفض معدل ضربات القلب ومعدل التنفس واستهلاك الأكسجين. (طه، 2008، ص160، 161)
- **طريقة كووين (Coné):** تركز هذه الطريقة إلى مبادئ التحليل النفسي وتحديد تلك المتعلقة بدور اللاوعي، وبقدرته على تحريك الطاقة النفسية من خلال خيالات ممكنة التحول إلى أفعال، وقد أنشأ كووين طريقته هذه في عام 1920 وأسماها بالطريقة الاسترخائية التي تحتوي عناصر التنويم المغناطيسي الذاتي.
- تقتضي هذه الطريقة أن يقوم المريض صباحا بعقد عشرون عقدة في حبل مع إبقاء عينيه مغمضة، بعدها تبقى المرحلة الثانية من العلاج وتسمى بالمرحلة التدايفية نحو البقاء. (محمد أحمد، 1991، ص142)

- **التنفس البطني العميق** : عندما يكون التنفس طبيعيا والفرد في حالة استرخاء يتمدد البطن في حالة الشهيق و يسترخي أو ينخفض في حالة الزفير، فإذا وضعت يدك على بطنك ستشعر بامتداد البطن للخارج عند دخول الهواء. (عسكر، 2003، ص197)

8/ التدريب على الاسترخاء: (relaxation training)

يعد التدريب على الاسترخاء أحد الأساليب المستخدمة ضمن بعض برامج تعديل السلوك المعرفي، مثال ذلك فنية السلحفاة ومنهج ضبط النفس وطبقا للنتائج التي قام بها ريكر (Richter) فإنه لا توجد كثير من الدراسات التي استخدمت التدريب على الاسترخاء بصورة مضبوطة بيد أن نتائج بعض الأبحاث تتضمن تقارير تشير إلى نجاح هذا الأسلوب في خفض النشاط الزائد والقلق العام، وقد خلص ريكر إلى أن استخدام التدريب على الاسترخاء في المدارس يمكن أن يحقق المزيد من النجاح إذا استخدم لفترات طويلة وبصفة خاصة لو امتد ليشمل المعلمين إلى جانب الطلاب. (فواز فتح الله، 2007، ص109، 110)

خطوات التدريب على الاسترخاء:

التدريب التالي هو نموذج لتدريب كامل يمكن أن يستغرق ما بين (20 - 30 دقيقة) خاصة في بداية ممارسة تمارين الاسترخاء، وخلال الأسبوع الأول إلا أنها تقل، وخطوات التدريب كالتالي:

1. اختر حجرة هادئة أو مكان مريح يمكن أن تمدد جسمك عليه ويمكن أن تمارس الاسترخاء وأنت جالس أيضا، أغمض عينيك وأنت مستلق في ذلك الوضع المريح، وجسمك في حالة ارتخاء.
2. إبدأ بالتركيز في عضو واحد وليكن ذراعك الأيسر، ثم أغلق راحة يدك اليسرى بمنتهى القوة وردد لنفسك بصوت غير مسموع وبذهن صافي غير مشتت أنني أقبض راحة يدي اليسرى الآن بقوة وكل انتباهي وتفكيري وتركيزي في عضلات قبضة يدي وهي تتوتر وتشد بقوة.
3. لاحظ أن عضلات اليد وعضلات مقدمة الذراع الأيسر تتوتر وتنقبض بشدة يجب أن تلاحظ هذا التوتر وأن تشعر به وتحسه جيدا ... وأن يستغرق ذلك ما بين ثوان تقريبا.
4. ثم توقف عن هذا وأرخ يدك اليسرى تماما، ثم ضعها على مكان مريح أو على وسادة قريبة، أو مددها بجوار جسمك.
5. وأشعر بالفرق بين حالة التوتر وحالة الاسترخاء في عضلات الذراع مرددا لنفسك بصوت داخلي "أنا أشعر الآن بالاسترخاء الشديد في عضلات يدي اليسرى واستمتع بهذا " .

6. استمر في هذا مدة حوالي 10 ثواني تقريبا ثم كرر الخطوتين 2 و 3 بنفس الطريقة.
7. الآن سننتقل إلى اليد اليمنى، كرر ما قمت بالنسبة لليد اليمنى تماما.
8. لاحظ الآن الاسترخاء التام والشعور بالتنميل في كلا الذراعين.
9. اثني راحتي اليدين إلى الخلف واستشعر التوتر في المعصم وظهر اليد ... ثم عد بمعصميك مرة أخرى للوضع الطبيعي.
10. أغلق كفك بإحكام مرة أخرى مرة أخرى واثنها عكس الاتجاه السابق.
11. اثن مفصلي الكوعين وكفك مغلقتان بشدة محاولا لمس كل كتف بقبضة اليد المغلقة ثم عد إلى الاسترخاء.
12. الآن نصل إلى عضلات الكتفين ونتابع بنفس الأسلوب.
13. والآن نصل إلى عضلات الوجه انقباض وتوتر العضلات بشدة ثم ارخاؤها.
14. ونصل إلى عضلات الرقبة الأمامية، إنقباض ثم إرخاء مع التكرار.
15. اقبض عضلات البطن بشدة ثم الاسترخاء ثم التكرار.
16. إثن العمود الفقري بأن تقوس ظهرك مرة للأمام وأخرى للخلف مع التكرار.
17. مدد ساقيك واقبض عضلات الفخذين بشدة ثم الاسترخاء ثم التكرار ثم معا.
18. شد عضلات بطن الساق واجعلها مشدودة الأصابع وحركها للأمام وللخلف ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء وكرر التمرين كما سبق ذكره.
19. وعند الانتهاء من التمرين ستشعر بالاسترخاء في جسمك بأكمله مع الشعور بالهدوء الشديد والسكينة.
20. وفي النهاية يمكنك أن تفتح عينيك الآن، وأن تنهض لتمارس حياتك بصورة طبيعية بعد أن تكون قد تخلصت من توترك بدرجة كبيرة. (مجدى أحمد محمد، 2008، ص418، 420)

وإذا ما قرر المرشد استخدام طريقة تقليل الحساسية التدريجي فعليه تقديم عرض للأسلوب ووصف ما سيجري باختصار للمسترشد، لقد حدد موريس (1986) ثلاث خطوات هي:

- 1) التدريب على الاسترخاء.
- 2) تطوير هرم القلق.
- 3) تقليل التحسس التدريجي. (عبد الله يوسف، 2013، ص30)

عمليات استرخاء سريعة:

هناك عدد من الأساليب السريعة يوصي بها كيث سينرت بأن تكون جزءا من حياة الفرد اليومية ويعتبرها رد أفعال على حالة التوتر التي يمكن رصدها من خلال المؤشرات التالية:

- الشعور بالضييق.
- الشدة في العضلات أو ألم في الرقبة والأكتاف.
- شدة أو ألم في عضلات المعدة.
- ألم في الجبهة.
- جفاف في الحلق والصعوبة في البلع.
- جفاف الأنف.

وهذه الأساليب السريعة بإيجاز هي:

1. **غفوة سريعة (Catnap):** أخذ غفوة سريعة في حدود عشرة دقائق لاستعادة النشاط من (6-10) مرات كل مرة حوالي عشر دقائق.
2. **التخيل أو التصور (Uisualization):** عند الشعور بالضغط أو التوتر إغلاق عينيك وكأنك موجود في أحد الأماكن المحبة لنفسك، تشم روائح طبيعية من الأزهار، تسمع تغريد الطيور (عبارة عن وقت مستقطع بمساعدة الخيال)
3. **التنفس (breather):** عندما يكون الفرد في حالة من التوتر بسبب الضغوط فإنه يتنفس بسرعة وبصورة سطحية، ولمواجهة ذلك قم بأخذ شهيق وأنت تعد من 1 إلى 8، ففترة ثبات مصاحب بالعد نفسه يليها زفير بنفس الأسلوب، أي تقوم بعملية تنفس بطيئة بمراحلها الثلاث، كل مرحلة تعد فيها من 1 إلى 8 ، إرجع للتنفس بالطريقة الاعتيادية لبضع دقائق ثم كرر الطريقة المذكورة.
4. **التنفس من البطن (abdominal breather):** الاستلقاء على الظهر وبعد فترة راحة لمدة دقائق قليلة تقوم بعمليتي الشهيق والزفير بصورة تماثل خطوات الأسلوب السابق، تقوم بذلك مع الضغط على البطن وأنت تنفخ الهواء للخارج (زفير) وتحس بارتفاع يدك مع إدخال الهواء.
5. **تدليك الجبهة (Forhead massage):** غلق العينين وتدليك الجبهة وخلف الرقبة بحركات دائرية من أطراف الأصابع، تذكر أن أصابعك بمثانة عدة لعملية إسعاف أولية تساعدك على إرخاء العضلات المشدودة أو المتوترة.
6. **الخروج من الروتين (Getting Out of a Rut):** استخدام طرق جديدة في تنفيذ الأمور العادية كاستخدام اليد اليسرى في الكتابة أو الأكل (العكس للشخص الآخر)، المشي على الجانب

أو الخلف، تغيير الطريق الذي تستخدمه للذهاب إلى العمل، وإضافة أي عنصر جديد في سلوكك أو في علاقاتك مع الآخرين.

7. **مغني الحمام (the Bathroom singer):** الغناء بصوت عال من خلال ترديد نغمة أو أغنية تحبها مع حرارة الماء يساعد على الاسترخاء حتى للأفراد الجسدين أو من هم في حالة شديدة من الضيق.

8. **مارس هواياتك (practice your hobbies):** اندمج في هواية محببة إلى نفسك كلما وجدت نفسك في ضيق أو قلق، فالتحكم فيما تقوم به يعطيك نوعاً من الاسترخاء، فالفائدة للإنسان تأتي بالدرجة الأولى من العمل الذي يستمتع به.

9. **مدد التوتر (Stretch Away tension):** من خلال تمارينات التمدد، الوقوف بصورة مستقيمة والذراعان متشابكتان في الخلف ولف الجسم لليمين والشمال مع التمدد، الانحناء للأمام مع مد الذراعين للخلف والتقوس للخلف مع مد الذراعين كما في الرسوم التوضيحية، وتؤدي هذه الحركات مع التنفس بعمق، شهيق وزفير.

10. **الاستجابة بالاسترخاء (Relaxation response):** من خلال أسلوب الاسترخاء التدريجي أو أي أسلوب يحقق الغرض ألا وهو الوصول لحالة يغيب فيها الشد العضلي، نذكر العناصر المطلوبة: مكان هادئ، إغلاق العينين، ترديد عبارة محايدة ولكن محببة، تنفس عميق، والاستمرار في التمرين لمدة لا تقل عن عشرين دقيقة. (عسكر، 2003، ص193، 196)

9/ النظريات المفسرة للاسترخاء:

التفسير الفسيولوجي للاسترخاء:

هناك العديد من أجهزة الجسم لها تأثير على حالة الضغط أو الاسترخاء من ذلك الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي) الذي يتفرغ في عمله إلى مجموعتين يقوم كل منهما بعمل العصبي الذاتي (اللاإرادي) الذي يتفرغ في عمله إلى مجموعتين يقوم كل منهما بعمل مضاد للآخر وهو جهاز السيمتاوي والباراسمباوي، رغم أن الجهازين متضادين في عملهما إلى أنهما يحققان المحافظة على التوازن جيد، هناك من بين الأجهزة الغدد الصماء والغدد اللانقوية والهرمونات.

أيضا جهاز العضلات الهيكلية التي تتوقع أن تتخلص من توتر العضلات الهيكلية، يؤثر على الصفاء الذهني والهدوء العقلي، بمعنى الجهاز العصبي يعتبر الوسيط للتخلص من الضغط والتوتر. (ناصر، 2018، ص19)

وبالتالي عن طريقة الاسترخاء يتعلم الفرد كيفية التحكم في عضلاته وانفعالاته ويتمكن من البقاء هادئاً ومتحرراً من التوتر والشد العصبي أو العضلي والقلق.

10/ التفسير السيكولوجي للاسترخاء:

هناك العديد من المحاولات هدفت لتفسير السيكولوجي للاسترخاء أهمها:

1. النظرية المعرفية:

إن خبرتنا مع الضغوط والقلق ترتبط بدرجة كبيرة بالطريقة التي نفسر بها الأحداث في حياتنا، فعلى سبيل المثال قد نقيم مواقف تبدو غير هامة على أنها مهددة لنا، ويرى بعض أخصائي الطب النفسي أن بعض الضغوط النفسية الشديدة تحدث نتيجة أنماط التفكير الخاطئة التي تجعل الفرد يضطر لتشويه نظرتة للأمور والأحداث، لذلك يجب مواجهة مثل هذه المواقف بأن يتعرف الفرد على معتقداته الغير منطقية واستبدالها بتفسيرات منطقية موضوعية صحيحة. (راتب كمال، 2007، 155)

كما أن التوتر يعطل الاسترخاء الطبيعي ويؤجله، فهو في حد ذاته طاقة سالبة مكتومة لا بد لها أن تخرج، فبدلاً من الاستخدام الخاطئ للطاقة الحيوية فإن ممارسة الاسترخاء تظهر كل طاقة إيجابية وتخفف التوتر الجسمي الذي ينشأ من التوتر الذهني. (رقاد سمية، 2014، ص96)

2. النظرية السلوكية:

مقابل النظرية المعرفية هناك نظرية سلوكية التي ركزت على متغيرات السلوك القابلة للملاحظة، وترى أن السلوك مشروط بحوادث البيئة وإن هذه الحوادث تقود الفرد أن يتصرف بطريقة يمكن التنبؤ بها.

ويتميز السلوك المقابل للملاحظة بعلاقتين رئيسيتين هما: المثير والاستجابة، حيث يمكن التنبؤ بالاستجابة على أساس المثير كما يمكن التنبؤ بالمثير على أساس الاستجابة. (ناصر، 2018، ص20)

3. النظرية السلوكية المعرفية:

سلوكنا يوجه بدرجة كبيرة من خلال حديث الذات الذي يحدث داخل عقولنا، انه حوار داخلي بين أنفسنا بغرض تفسير العالم الذي نعيشه، فإذا كان الحديث مع الذات إيجابياً فإن النتيجة توجب السلوك

بشكل إيجابي ويقود ذلك إلى إنجاز الهدف، ويزيد الثقة وأما إذا كان الحديث مع الذات سلبيا فإن توجه السلوك بشكل سلبي ويقود إلى مشاعر الضعف والوهن والإحباط، ويعتمد المدخل المعرفي السلوكي على مراحل ثلاث:

المرحلة الأولى: تعلية تهدف إلى تطوير الوعي بالأفكار والمشاعر والسلوك ويتعرف الفرد عن حديثه مع الذات.

المرحلة الثانية: يقوم الفرد بإعادة بناء حديثه مع ذاته بغرض تحويل استجاباته السلبية إلى إيجابية، وقد يستخدم مهارات نفسية لتحقيق ذلك كالاسترخاء، خاصة الاسترخاء العقلي.

المرحلة الثالثة: استجابات جديدة تطبق في الواقع من خلال التصور العقلي وهذه الطريقة تستخدم لمواجهة الضغوط وقد تثبت فعاليتها في نطاق واسع بالنسبة لحالات التوتر الزائد والقلق. (راتب كامل، 2004، ص132، 133)

أنواع الأساليب الاسترخائية:

الهدف من الاسترخاء هو الدمج المتوازن بين النفس والجسد، وفي جميع هذه الحالات من التوازن والتناسق بين الشعور والجسم يكمن سر الاسترخاء، وما يؤدي به من الانفراج النفسي قادا على أداء نشاطاته بكل حيوية وبطاقة متجددة، وأهم هذه الأنواع:

طريقة التنفس العميق : Respiration

التنفس البطني يسمى أيضا التنفس الاسترخائي والذي يتنفس المرء فيه بعمق، بأسلوب بطئ الإيقاع مع كل شهيق يستخدم المرء عضلات البطن لسحب الأكسجين إلى داخل الرئتين نظرا لأن القلق أو الاستشارة الذاتية تنطوي في الغالب على تنفس سريع وقليل من الهواء، فإن التنفس البطني يقلل من القلق باستبدال هذا النمط من التنفس بنمط أكثر استرخاء. (فيصل محمد، 2014، ص596)

طريقة تمرين توليد الأفكار الاسترخائية الذاتي: Autogenic

تكمّن هذه الطريقة في الاسترخاء العضلي التدريجي من خلال الإيحاء الذاتي الشفوي، يمكن الحصول على استرخاء عميق بتعلم الاحساس بالثقل والحرارة وفي حجرة نصف مظلمة، هادئة بحيث يكون الشخص ممدود ومغمض العينين من أجل الشعور بالاسترخاء ومن ثم تعطى التعليمات من قبل المعالج. (مطيع رنين سليمان، 2001، ص328، 329)

طريقة تدريب وعي الجسم:

دع المقعد الذي تجلس فيه يحملك جيدا، وعادة عندما نجلس على المقعد نظل واعيين أننا نحمل أجسامنا إذ لا نتق تماما أن المقعد يحمل الجسم إلا بعد فترة قليلة، لذا ركز انتباهك على المقعد واستشعر أنه يحمل أطرافك، وظهرك، وكتفيك، ورأسك، اخلق الثقة في أن المقعد يحمل جسمك، ومن ثم دع جسمك ينساق بذاته أسفل المقعد وتدرجيا.

طريقة التأمل Meditation:

التأمل تقنية علاجية يلجأ إليها الكثيرون لخفض شدة الإجهاد النفسي وقد تبين أن للتأمل آثار فسيولوجية و عصبية مهمة ولها تأثيرات في تحقيق الإسترخاء وبعث الحيوية والنشاط في الجسم وفي زيادة الطاقة والقدرة على التركيز، والتأمل يساعد على إقامة علاقات أفضل مع التخلص من مشاعر القلق والتوتر والضغطات النفسية، هي عملية تهدف إلى تدريب الذهن والحفاظ على الطاقة الجسمية والنفسية والعقلية بعيدا عن الضعف والتشتت أو الضياع .

كما تبين أن التأمل هو من التقنيات العلاجية الطبيعية التي تساعد في الخلاص من آلام الرأس المزمنة ومن الأمراض النفسية والجسدية ويعزز التأمل القدرة على التركيز من أجل التخلص من زيادة الوزن كذلك يساعد على مواجهة القضايا الإنفعالية والعاطفية.

وللتأمل عدة تقنيات يختار منها ما يناسب الفرد وحالته ومنها: تقنية التنفس وعملية التركيز وترديد كلمة يتم التركيز عليها في الذهن بالإضافة إلى تقنية التخيل أماكن توحى إلى الهدوء والسكينة وهناك كذلك تقنية إستخدام الألوان بمعنى يختار العميل اللون الذي يحبه ويقوم بتركيزه في ذهنه وهناك أيضا تقنية المشي لأن هناك البعض يفضل المشي أثناء التأمل من أجل تركيز على حركات الجسم.

تدريب إرخاء العضلات:

استخدام التنفس البطني.

وتر العضلات في كل مرة عند الشهيق (عد العدد واحد) ومن تم أرخ العضلات خلال الزفير (غد أربع مرات) كل خطوة من هذا التدريب تحتاج على أقل تقدير إلى خمس دورات تنفسية

تدريب الاستجابة الاسترخائية المهدنة (تشارلز ستروبل):

- استشعر بذاتك (الضغط على الاسنان، توتير الرقبة ..) .
- ابتسم لذاتك وقل (ما هذا الشيء الأحمق الذي أفعله لجسدي)؟

- خذ نفسا سهلا عميقا وعد أربعة نحو الداخل وأربعة نحو الخارج (شهيق وزفير).

(فيصل محمد، 2014، ص 146، 147، 148، 149، 150)

طريقة الاسترخاء العميق للعضلات:

هو الاسترخاء الإيجابي النشط نعني به إسترخاء أكثر تعمقا، وأكثر تركيزا على عضلاتنا، من تلك الاسترخاءات التي تصاحب الأنشطة المجددة للقوى فالشخص في الاسترخاء الايجابي يتعلم أن يضع عضلاته الواحدة بعد الأخرى، في مناطق جسمه المختلفة، كعضلات الوجه، جبهة، لسانه، عينه، رقبته، ظهره، الخ..

فإذا استطاع أن يحدد مكان هذه العضلة جيدا، فإنه يتعلم أن يرخي هذه العضلة أي يجعلها مسترخية.
(سيد سليمان، 2011، ص112، ص113)

طريقة جاكسون (الاسترخاء التصاعدي):

تركز هذه الطريقة في التحكم الحضرية العضلية وهي تجعل المريض يشعر بتقلصات عضلية، ويعمل على خفض التوتر والتقلص العضلي حيث وضع جاكسون العلاقة بين المعاش النفسي والانفعالي ودرجة التوتر.

وتمر هذه الفنية بمراحل:

1. الوعي بوجود الإجهاد والتوتر .
2. شد الجسم وتعزيز الشعور بالإجهاد و التوتر.
3. إراحة الجسم.
4. الشعور بالاسترخاء.

وتتمثل أهداف الاسترخاء التصاعدي في التخلص من التوتر، فالاسترخاء الكامل يتحقق عندما يصل إلى نقطة الصفر، إضافة إلى إكتساب القدرة على الاسترخاء والقدرة على الاستجابة لرموز الاسترخاء في الوقت. (ناصر خديجة، 2018، ص26، 28)

طريقة السوفولوجيا:

تعرف السوفولوجيا على أنها بيداغوجية الوجود "كاسيادو" وحسب كاسيادو فإنها العلاقة بين ما نحس به، ما نشعر به، ما نفعله.

كما وتعرف على أنها علم يدرس الوعي عند الانسان وكذا انسجاماته، وهي أيضا تطبيق أو ممارسة بتدخل مجموعة من التقنيات وكذا الطرق باستخدام الجسم وتتمثل أهم مبادئها في التمييز والتفريق بين حالات ومستويات الادراك وتمثلت طرق إستخدامها وتقنياتها في:

1. مقاومة الألم والنشاط (الأفضل حصة انفرادية).
2. إزالة الألم بالأساس (التحريك أو التمرکز للجسم من أجل تسهيل الادراك).
3. السفروني على أساس حيوي.
4. سوفولوجيا تقدم إيجابي.
5. سوفولوجيا مع البديل الحسي.

أما فيما يخص مبادئ إستخدام السفولوجيا فهي كما يلي:

- مبدأ الحقيقية الموضوعية للواقع (يعني تطوير واقعا الموضوعي وذلك من أجل التكيف مع مختلف الوضعيات).
- مبدأ قابلية التكيف (يجب على المختص أن يضبط تقنياته من أجل تكيف المفحوص معها).
- مبدأ المخطط الوجودي كحقيقة تعاش (جلسات تدريب والهدف يبقى كل شيء هو الحياة اليومية والوجود).
- مبدأ التحالف(التجمع) السفروني (العلاقة الخاصة التي تكون بين المختص وتلميذه).

(زتشي عبد الحفيظ، 2013، ص300، 304)

طريقة الاسترخاء المتواصل:

استرخاء العضلات بشكل متواصل يجلب للجسم استعادة النشاط وللنفس الراحة، وفيما يلي الإرشادات الضرورية لذلك:

- 1) إجلس بهدوء وبوضع مريح.
- 2) اغمض عينيك .
- 3) ارخ عضلاتك إلى أقصى حد تستطيعه.
- 4) تنفس بشكل عميق من أنفك فقط.
- 5) إستمر على ذلك كله لمدة 10 إلى 20 دقيقة.
- 6) لا تفكر ولا تقلق حول ما إذا كنت قد حققت استرخاء عميقا أم لا.
- 7) امنح القلق وقتا ليأخذ دوره ويؤدي مفعوله.

8) كن واثقا من النتائج.

9) عاود العملية يوميا.

10) اطرد من ذهنك ومن ساحة عقلك اي توتر. (ديانا هيلز، روبرت هيلز، 1999، 336)

خلاصة الفصل:

يعتبر الاسترخاء مهارة نفسية تحتاج إلى التدريب والممارسة حتى يتمكن الفرد من تعلمها، فهي وسيلة علاجية وتدريبية تسمح بالوصول إلى التحكم في الوظائف الفزيولوجية والتي بدورها تتحكم في بعض الآليات الذهنية، ولا يتحقق هذا إلا بالتدريب المستمر والمنظم للوصول إلى الراحة النفسية.

كما يعتبر الاسترخاء علاج سلوكي يساعد في تنمية القدرة على التركيز والحشد السريع للطاقة من خلال إثارة اليقظة والتنشيط، كما أنه له فوائد فسيولوجية ونفسية عدة تتمثل في الشعور بالهدوء وزيادة الثقة بالنفس وتقدير الذات وزيادة التركيز والانتباه وتقوية الذاكرة.

الفصل الثالث

"قلق الموت"

أولاً : القلق

1. ماهية القلق

2. أنواع القلق

3. النظريات المفسرة للقلق

4. معايير تشخيص القلق

ثانياً: قلق الموت

1. تعريف قلق الموت

2. قلق الموت وقلق الاحتضار

3. مكونات قلق الموت

4. نبذة تاريخية لقلق الموت

5. العوامل المحددة لقلق الموت

6. أعراض قلق الموت

7. أنواع قلق الموت

8. مظاهر قلق الموت

9. علاقة المرض بقلق الموت

10. النظريات المفسرة لقلق الموت

11. علاج قلق الموت

تمهيد:

يعد القلق عصب الحياة النفسية وسمة مميزة لهذا العصر، حيث يمثل واحدا من أهم الاضطرابات المؤثرة على الناس في كافة أنحاء المعمورة، حتى أطلق بعض علماء النفس على العصر الذي نعيش فيه إسم عصر القلق، ولقد بينت الإحصائيات أن واحدا من كل أربعة أشخاص يتعرض لواحدة أو أكثر من اضطرابات القلق، وقد أصبح القلق سمة سائدة لدى الأطفال وكبار السن والشيوخ إذ نجد أسباب ودوافع عديدة للقلق .

يعتبر القلق من المشاعر الأولية والاستجابات الفطرية لدى الكائن الحي التي تصدر عن الحزمة العصبية اللاإرادية بسبب مثير يهدد الفرد، وهو السبب الرئيسي لجميع العصبية الحادة، ويعتبر قلق الموت من أهم أنواع القلق بصفة عامة كونه حالة من الخوف الغامض إزاء كل ما يتعلق بالمجهول أو بالموت وعليه نتطرق في بداية هذا الفصل إلى القلق وأهم عناصره، ثم نتطرق إلى دراسة قلق الموت وأهم أشكاله وأسبابه.

أولا القلق:

ماهية القلق:

ولكي ندرك ماهية القلق لابد من التعرض للتعريفات المختلفة له، ولأنه متداخل بشكل كبير في كافة نواحي الحياة نجد أن تعريفاته متعددة نورد منها:

التعريف اللغوي:

القلق في اللغة العربية: حالة إنفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث، وهو قلق الشيء قلقا أي يحركه، وقلق قلقا: لم يستقر في مكان واحد ولم يستقر على حال، واضطرب وإنزعج فهو قلق.

التعريف السيكولوجي:

يعرف القلق بأنه: انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد أو هم مقيم وعدم راحة واستقرار وهو كذلك إحساس بالتوتر والشد وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطرا حقيقيا والتي قد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت ضرورة ملحة أو مواقف تصعب مواجهتها. (فهمي علي، 2009، ص60، 61).

تعريف ريتشارد سوين: (1988) للقلق:

هو حالة انفعالية غير سارة يستثيرها وجود الخطر، وترتبط مشاعر ذاتية من التوتر والخشية والتغيرات الفسيولوجية الناتجة عن القلق، وتتضمن الجهاز العصبي السمبثاوي والبارسمبثاوي كما تتضمن إتساع الحدقة وازدياد العرق في الكفين، إزدياد نبضات القلب، أو التنفس السريع، والحالة هذه تسمى بحالة القلق وهي خبرة عابرة تتفاوت من حيث الشدة وتذبذب من وقت لآخر.

تعريف دليل التشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها للجمعية الأمريكية للطب للقلق:

هو القلق الزائد، والهم الذي يظهر في كثير من الأيام وليس لفترات محددة ويستمر لأكثر من ستة أشهر، ويرى الفرد المصاب أنه من الصعب السيطرة على هذا القلق ويتميز اضطراب القلق بأنه قلق شديد غير واقعي وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول إثنين أو أكثر من ظروف الحياة والذي يستمر لمدة ستة أشهر وأحيانا لا يرتبط القلق بشيء محدد أو موقف أو حادث ولكن يبدو وأنه سمة ثابتة

لحياة الفرد اليومية ويستخدم لتشخيص اضطراب القلق لوصف هذا التصنيف من الخبرات المرتبطة بالقلق (حامد بن أحمد، 2013، ص37، 38).

نظريات تفسير القلق:

التحليل النفسي والقلق:

كان فرويد Freud من أوائل علماء النفس الذين لفتوا الانتباه إلى أهمية القلق وحاول أن يصل إلى تفسير اضطراب القلق، من خلال اهتمامه بدراسة ظاهرة القلق التي كان يشاهدها في معظم حالات العصبية التي كان يعالجها فقد ميز فرويد نوعين من القلق هما: **القلق الموضوعي و القلق العصابي.**

وكما هو معلوم أن تفسير فرويد للقلق مر بمرحلتين:

المرحلة الأولى: (1916- 1917): حيث فسّر القلق على أساس أنه تمنع الرغبة الجنسية من الإشباع فإن الطاقة النفسية المتعلقة بالدافع الجنسي " الليبدو " لدى الفرد تتحول إلى قلق بطريقة فسيولوجية.

المرحلة الثانية: (1936): أكد أن جميع مخاوف المرضية في أساسها هي رغبة جنسية غير مقبولة وخوف من العقاب، وهو عبارة عن خوف من الخصاص، وقد أبدل فرويد هذا الخوف ب "الخوف المرضي" ورأى أن قلق الأنا هو ما يحدث أولاً وهو الذي يسبب الكبت ولا ينشأ القلق أبداً من الليبدو.

لقد اهتم فرويد بدراسة ظاهرة القلق وحاول أن يعرف السبب ولهذا ميز بين نوعين من القلق:

- **القلق الموضوعي:** هذا النوع من القلق أقرب من السواء، وهو قلق ينتج من إدراك الفرد لخطر ما في بيئته ويكون القلق في هذه الحالة وظيفة إعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه أو تجنبه أو اتباع أساليب دفاعية إزاءه. ولاحظ أن هذا النوع من القلق يثار بفعل مثير واقعي، في البيئة الخارجية، ولهذا فإن القلق أقرب من الخوف.
- **القلق العصابي:** هذا النوع ينشأ دون أن يعرف له سبباً محدداً وهو يتسم بالغموض، وقال فرويد ينشأ عن كبت الرغبات الجنسية في اللاشعور، مما يؤدي إلى إثارة منطقة لحاء المخ فيشعر الفرد بالقلق، وبذلك جعل مصدر القلق فسيولوجياً لا نفسياً.

إن هذا النوع من القلق يأخذ أشكالاً ثلاثة هي:

- قلق عام
- قلق المخاوف المرضية.
- قلق الهستيريا.

القلق الخلفي: هذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحذير أو لوم " الأنا الأعلى" للأنا، بمعنى عندما يأتي الفرد أو بفكر في الآتيان بسلوك يتعارض مع قيم ومعايير التي يمثلها جهاز " الأنا الأعلى"، ويتمثل هذا القلق في مشاعر الخزي والإثم والخجل والاشمئزاز، ويصل هذا القلق إلى درجته القصوى في بعض أنواع الاعصبة، كعصاب الوسواس القهري. (حامد بن أحمد ضيف، 2013، ص67، 68)

المدرسة السلوكية والقلق: تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي، فعلماء المدرسة السلوكية لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، بل إنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، ويصبح هذا المثير الجديد قادرًا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي. (أشرف محمد عبد الغني ومحمد سيد، 2003، ص94)

ويعتبر " وولبي" أن الأعراض المرضية هي استجابات تجنب القلق وهو لا يفرق بين القلق والخوف ويعتبرهما مترادفين وهذه وجهة النظر يمثلها كل من "ليفيت وولبي وأيزنك" وهم يرون أن الخوف والقلق يمثلان شيئًا واحدًا حيث يمكن اعتبار كل منهما مرادفًا للآخر ومتحدًا معه في المعنى. (سليمان عبد الواحد، 2012، ص147)

القلق لدى المعرفين: يشير كلارك وآخرون إلى أن خبرات الطفولة المؤلمة تجعل الطفل يكون صيغة سلبية اجمالية عن الذات - self négative - تظهر في تركيز الطفل انتقائيا وتخيله، وترديده للأفكار التي تتضمن توقعًا للمخاطر والتهديد، مما يجعله يحرف كل الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر للخطر، فيصبح الخوف من الخطر كأمن الموقف، أو خطر قادم من المستقبل، وهذا التوقع المستمر للخطر يتدخل في تقييم الفرد للمواقف المثيرة للقلق تقييما موضوعيا فهو يببالغ في تقدير الخطر الكامن في الموقف، ويقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر، مما يجعله في حالة قلق مستمر، وهذا جعل بيك "beck" يعتقد أن توقع الكوارث وتوجس الفرد هو مؤشر هام ذو دلالة للتنبؤ بالقلق. (أسامة فاروق، 2012، ص334)

تشخيص القلق: تتضمن عملية تشخيص حالة القلق خطوات متسلسلة يمكن إجمالها فيما يلي:

1. **فحص طبي شامل:** الغرض من استبعاد أي أمراض طبية أو مشاكل جسمية تسبب هذه الأعراض.
2. **استبعاد الحالات المرضية الأخرى:** التي قد تظهر بصورة مشابهة مثل الاضطرابات الذهانية لمرض الفصام ومرض الهوس الاكتئابي.
3. **تأكيد الأعراض:** من خلال معايير المستخدمة في المقاييس وقوائم الشطب
4. **تشخيص حالات الفوبيا إن وجدت.** (مصطفى نوري قمش، 2007، ص268)

المواصفات المعتمدة لتشخيص حالة اضطراب القلق العام في DSNIV:

← قلق مفرط أو غير واقعي على شئئين أو أكثر من أمور الحياة كقلق على مصير الأطفال دون مبرر واقعي واستمرار ذلك لمدة ستة أشهر أو أكثر يكون في أغلب أيامها مشغول بتلك الحالات من القلق.

← أن لا يكون القلق ثانوي لأمراض نفسية كالرهاب الاجتماعي.

← لا يحصل القلق فقط أثناء الإصابة بمرض نفسي مثل اضطراب المزاج أو أحد الذهانات.

← حصول ستة أعراض على الأقل من الثمانية عشر أعراض التالية (ولا تشمل هذه الأعراض التي تحصل فقط أثناء نوبة الفزع): أعراض التوتر الحركي، وزيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي.

← لا يمكن إثبات أن السبب الأعراض عضوي (مثل زيادة النشاط الغدة الدرقية). (نظام أبو حجلة، دون سنة، ص25،24)

ثانياً: قلق الموت

1/ مفهوم قلق الموت: من أبرز التعريفات القاموسية نجد التعريف المقدم في معجم مصطلحات علم النفس (2008) حيث يتم الإشارة إلى قلق الموت على أنه نوع من القلق المترتب على القلق العضوي، والمتسبب في ألم أو إصابة، ويستمر مع الشخص لمدة طويلة، كما أنه نوع من الاكتئاب يختلط فيه القلق من الموت بترقبه.

ويعرف قلق الموت على أنه شعور الفرد الدائم بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه في يقظته ومنامه، في حركته وسلوكه وتفكيره، الأمر الذي يجعله حزينا محسورا ومتوجسا على مجرد العيش على نحو طبيعي. (أحمد يحيى عبد النعيم، 2014، ص58)

تعريف هولتر: (Holter) هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.

تعريف تمبلر: (Templer) هو حالة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه.

تعريف ديكستين لقلق الموت: هو التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة.

(أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص38)

تعريف عبد الخالق لقلق الموت: نوع خاص من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدره ومشاعر شك وعجز وخوف وتتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه، ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترفع من درجتها. (معمرية، 2007، ص212)

2/ نبذة تاريخية عن قلق الموت:

تتبع جذور دراسة قلق الموت من فحص مسألة الموت وقد اهتمت جميع الديانات بموضوع الموت، فلهذا الأخير أهمية مركزية في كل ديانة وفي كل شيء فكري وفلسفة متماسكة. إن الوعي بالموت له تاريخ طويل، حيث استخدم النوم على انه أخ التوأم للموت، كما أن القرآن صور النوم بأنه الوفاة الأولى للإنسان في الحياة غير أنها مؤقتة، في صورة الأنعام: " وَهُوَ الَّذِي يَتَوَفَّاكُم بِاللَّيْلِ وَيَعْلَمُ مَا جَرَحْتُم بِالنَّهَارِ ثُمَّ يَبْعَثُكُمْ فِيهِ لِيُقْضَىٰ أَجَلٌ مُّسَمًّى ثُمَّ إِلَيْهِ مَرْجِعُكُمْ ثُمَّ يُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ " (60).

إن الوعي بالموت له تاريخ طويل، وفي العصر الوسيط زادت معدلات الوفيات وانخفضت معدلات الإعمار، و على الرغم من أن علم النفس قد نشأ في أحضان التقاليد الاجتماعية و الفلسفية حيث كان الموت مشكلة بارزة، فإن العلم الجديد كانت لديه أولويات أخرى لبحثها، ومع ذلك ففي عام 1836 وضع " فنتر" كتاب صغير عن "الحياة بعد الموت"، كما قام ستانلي هول بدراسات رهاب الموت أو مخاوف الموت سنة 1915، كما اهتم علم الاجتماع بالموت، كتاب دوركايم عن "الانتحار" إلى جانب اهتمام الأنثروبولوجيا أشد اهتمام بالموضوع ذاته، وفي عام 1901 قدم مشينكوف و هو حاصل على جائزة نوبل في البيولوجيا الطبية مصطلح "علم دراسة الموت والاحتضار"، وفي الخمسينيات بدأ الاهتمام بشكل مفصل بالموت من قبل علم النفس والمجالات القريبة منه، وفي عام 1970 أسست مجلة "النهاية": مجلة الموت والاحتضار، و هناك أيضا مجلة علم الموت والاحتضار، ومجلة "التربية المتصلة بالموت"، و قد ارتبط تطور دراسات قلق الموت بتطوير أدوات القياس الموضوعي، فوضع بويار مقياس الخوف من الموت، وقدم تمبلر مقياس قلق الموت ونشره عام 1970 و هو من أفضل المقاييس المتاحة. (أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص39، 40)

3/ قلق الموت وقلق الاحتضار:

حاول بعض الباحثين في هذا المجال التمييز بين قلق الموت وقلق الاحتضار حيث يشير الأول إلى قلق متصل بالموت بوصفه "فعلا منتهيا" لا رجعة فيه، بينما يشير قلق الاحتضار إلى نوع من القلق الموجه إلى المرض الأخير الذي يعاني منه المريض على فراش الموت، وما يستتبعه من آلام ومعاناة

يتصور بعض ذوي القلق المرتفع أنها مبرحة وعنيفة، أي أن قلق الاحتضار يحدث نتيجة للخوف من هذه العملية الغير منتهية، وما يتنازع الشخص فيها من أمل في أن لا يكون هذا المرض الأخير، أو اليأس والقنوط من الشفاء لأن هذه المرة ليست ككل مرض ... إلخ

وقد يغذي هذا القلق بعض الاعتقادات الدينية المتصلة بخروج الروح من الجسد، وما يستلزمه من كرب ومشقة وهلع، وعلى الرغم من أنه يمكن التفرقة على أساس نظري بين قلق الموت وقلق الاحتضار فإن معظم الباحثين يعدون الأخيرة أحد مكونات الأول وليس بعد منفصلا عنه. (عبد الخالق، 1987، ص42،43)

4/ مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف "جاك شورون" مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي:

- الخوف من الاحتضار.
- الخوف مما سيحدث بعد الموت.
- الخوف من توقف الحياة.

كما ذكر "كفانو" في كتابه "مواجهة الموت" وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة إلى الموت، وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي:

- عملية الاحتضار.
- الموت الشخصي
- فكرة الحياة الأخرى.
- النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر.

أما "ليفتون" فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون مما يلي:

- التحلل أو التفسخ .
- الركود أو التوقف.
- الانفصال.

كذلك ميز "ليستر" من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي: الموت، الاحتضار، (الذات، الآخرون).

ومن ثم تشتمل هذه الجوانب على ما يلي :

- الخوف من موت الذات.
- الخوف من احتضار الذات.
- الخوف من موت الآخرين .
- الخوف من احتضار الآخرين.

ولهذا التعدد في الأبعاد المكونة لقلق الموت مزايا عديدة، ذلك أن أفترض مكونات متعددة لقلق الموت يعد أفضل من المكون الأحادي البعد، من حيث ما يترتب عليه من مزايا سيكومترية دلت عليه البحوث السابقة. (أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص 45، 46)

5/ العوامل المحددة لقلق الموت:

هناك عاملين يحددان درجة قلق الموت هما:

1- حالة الصحة النفسية التي يتمتع بها الفرد بشكل عام:

فالمرضى السيكا تريين يميلون للحصول على درجات مرتفعة في قلق الموت أكثر من الأشخاص الأسوياء، إن مؤشرات الاضطراب وعدم التوافق – لدى الأسوياء وغيرهم – ترتبط إيجابياً مع مقياس قلق الموت، كما استخرج إرتباطاً سلبياً بين قلق الموت والهدف من الحياة، كما تثبت هذه النظرية أن المرضى الذين عولجوا من أعراض الإكتئاب بالعقاقير المضادة للإكتئاب قد تناقص قلق الموت لديهم؛ حيث ارتبط التناقص في قلق الموت لديهم إيجابياً بالتناقص في الإكتئاب.

2- خبرات الحياة التي تعرض لها المرء المتصلة بموضوع الموت:

ويستند هذا العامل الثاني في المقام الأول على مبادئ التعلم والتأثيرات البيئية، إذا تعلمت الخوف من الموت عن طريق أساليب التنشئة الوالدية، ثم وفقاً لمبادئ التعلم ممن يحيطون بالشخص، وتعرض المرء لمواقف ومثيرات تحدث أثراً نفسياً سلبياً ومؤلماً للمرء خصوصاً في فترة الطفولة؛ مما يجعل تكرار الموقف أو المثير باعثاً للخوف لدى الفرد. (ريم عوض محمد، 2019، ص352)

يهاجم قلق الموت الصغار والكبار بسبب الاختلاف في التصور والايديولوجية، وهناك مجموعة من العوامل المسببة لقلق الموت وهي:

- القلق حول الإصابة بمرض مميت.

- القلق حول وفاة شخص عزيز.
- القلق حول التعرض لحادث مميت.
- القلق حول المقابر وشكلها.
- القلق حول ضعف مناعة الجسم.
- القلق حول التفكير في الموت كثيرا.
- القلق حول إمكانية الاختطاف والقتل عن عصابة منحرفة.
- القلق حول أماكن الموت أثناء إجراء عملية جراحية.
- القلق من حوادث السيارات المؤدية إلى الموت السريع.

وهناك في الحقيقة أشكال وصور كثيرة لقلق الموت، وثمة دراسات عديدة، دراسة إيريلاند، 1999 والتي تطرقت إلى عرض مقياس إسقاطي على قلق الموت لدى عينة من الأطفال المصابين بالإيدز. (رشيد حميد، 2016، ص104، 105)

مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت:

يصف "أديتا بيلور" بعض هذه المواقف:

الخوف:

وجد الخوف مع وجود الوعي بالموت؛ وهو في الغالب عرض نتيجة وعي المجتمع بالموت واعتباره ظاهرة اجتماعية غير أن هذا الخوف المبرر هو طبيعي إيجابي ومثير للرغبة في الحياة؛ في حين أن الخوف القهري من الموت كثيرا يؤدي إلى حالات حصر حادة.

القلق:

إن الموت باعتباره موضوع حصري حدث عند الإنسان قلق، يتعلق بمصيره السلبي، ويرى "فريد" أن قلق الموت هو رد فعل أمام وضعية خطيرة لا يستطيع الفرد صدها، والقلق هنا يأتي من إدراك الفرد لقرب نهايته من جهة وتأكده من وجود حياة أخرى بعد الموت من جهة أخرى، وبالتالي يحاول من خلال ذلك إخفاء حتمية هذه النهاية للوجود ويخفي خوفه من الموت نفسه، وهذا الأخير يؤدي إلى انتظار يائس للموت ويزداد تأكد ذلك عندما يرى الفرد موت الآخرين.

الربط بين القلق والموت:

إن الموت باعتباره نهاية للحياة؛ إذ يلعب دورا كبيرا في ظهور القلق عند الإنسان وتعزيزه؛ فالتصور غامض ومبهم زيادة على اعتباره جزئية مطلقة؛ أي أنها شخصية فردية.

إن بعض التظاهرات التي يتقمصها الإنسان تعتبر بشكل واضح عن هذا القلق والدفاعات التي يستعملها مثل: العودة الأبدية، الانتحار، الرفض المرضي للموت. بتكرر قلق الموت فكل هذه التظاهرات كما يقول " مالا شيران" (Malachirene) عند الإنسان ويضيف كذلك ما يغذي القلق هو الشيء المجهول عندا لموت. (آية قواجلية، 2013، ص27، 28)

6/ أعراض قلق الموت:

1. أعراض بدنية :

- التوتر الزائد .
- الأحلام المزعجة.
- سرعة النبض أثناء الراحة .
- فقد السيطرة على الذات.
- نوبات العرق.
- غثيان أو اضطراب المعدة .
- تنميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين .
- نوبات في الدوخة والإغماء .
- ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب.

2. أعراض نفسية:

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الاكتئاب .
- الانفعال الزائد.
- عدم القدرة على التمييز.
- اختلاط التفكير
- زيادة الميل للعدوان.
- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة.
- سرعة الغضب والهيجان وتوتر الأعصاب.
- العزلة والانسحاب من العالم وانتظار لحظة الموت.

- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفرع.

3. أعراض عصبية ونفس عصبية

- اضطرابات النوم واليقظة

- اضطراب السلوك.

- حصر .

- اختلاج.

4. أعراض تنفسية وجسمية أخرى:

- اضطرابات في التنفس .

- ضيق في التنفس.

- تمزق الغشاء الفمي الرقيق.

- اضطرابات البلع.

- اضطرابات هضمية.

- إمساك.

- قيء.

5. أعراض معرفية:

- التطرق إلى الأحكام وجعل كل المواقف باتجاه واحد يميل إلى السوداوية

- التسلط والجمود

- الميل إلى الاعتماد على مفاهيم أقوى منهم

- تبني الأفكار والمعتقدات المطلقة

- سرعة الغضب والهيجان

- العزلة وانتظار الموت (آيت قواجلية -2013-47)

7/ أنواع قلق الموت:

يذكر تمبلر (Templer 1976) بأن درجة قلق الموت تحدد من خلال عاملين أساسيين يتمثل الأول في حالة الصحة النفسية بوجه عام، إذ أن المضطربين نفسياً ترتفع لديهم درجات قلق الموت بينما يتمثل العامل الثاني في خبرات الحالة المتصلة بموضوع الموت كالجنس والتقدم في العمر والمرض ولذلك ينقسم قلق الموت إلى نوعين:

1- قلق الموت الحاد:

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

2- قلق الموت المزمن:

يتميز بشدته وطول مدته وازدياد معاناة المريض به ويكون ملازماً للمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة الخطيرة بشكل عام (أحمد عبد الخالق، 1987، ص17).

3- قلق الموت الوجودي:

هو من أقوى أشكاله يشمل الخوف من الفناء الشخصي وهذه المخاوف أتت نتيجة لاكتساب اللغة البشرية مما أدى إلى التمييز بين الذات والآخرين، وإلى الوعي الكامل بالهوية الشخصية، والقدرة على توقع المستقبل، ويعمل هذا النوع من القلق في أغلب الأحيان بشكل لاشعوري، وينشط سلوكيات وأفكار متنوعة وواسعة، والتي تصمم بشكل لاشعوري لإنكار الموت، ويدافع البشر ضد هذا النوع من قلق الموت من خلال النكران، وينفذ من خلال مجموعة واسعة من الآليات العقلية والسلوكيات الجسدية. وقد صمم الإنسان آلية أساسية للتعامل مع مخاوف الموت الوجودية، وهي تعتمد على النكران بأشكال لا تعد ولا تحصى. وهذا النكران يعتمد على أنواع متنوعة مثل: كسر القواعد، انتهاك الإطارات والحدود، الاحتفالات الهوسية، العنف الموجهة ضد الآخرين، محاولات كسب ثروات هائلة أو قوة. (ريم عوض محمد، 2019، ص355،

(356

8/ مظاهر قلق الموت:

توصف بعض العمليات إلى أن مظاهر قلق الموت لدى الفرد تتمثل في:

- الخوف من فقدان الأسرة
- الخوف من فقدان الأصدقاء.
- الخوف من فقدان الجسم
- الخوف من السيطرة على النفس
- الخوف من فقدان الذات
- الخوف من المجهول
- الخوف من الوحدة
- الخوف من الضعف. (عبد المنعم، 2014، ص60)

9/ علاقة المرض بقلق الموت:

إن الألم من أهم مصاحبات المرض وكما اعتدنا على أن نلاحظ أن المرض يفضي في بعض الحالات إلى الموت، وأن الموت يحدث في معظم الحالات نتيجة المرض، فإن الثلاثية (الألم، المرض، الموت) ترتبط معا برابط متين غير أن هذا الرباط غير مريح ولذا فمن الطبيعي أن نخاف من الموت.

إن المرض يتضمن تهديدا مضاعفا ضد حياة الفرد نفسها، حيث أن الغالبية يتفكرون ويتشغلون بالقضايا الوجودية والأخلاقية حول الموت والفناء، وتكثر مثل هذه الأسئلة عندما يصاب الشخص بمرض حاد.

ومن هذا المنطلق فإن إصابة المرأة بسرطان الثدي ربما تزيد من تفكيرها في المخاطر التي تتولد نتيجة ذلك، ولعل من أخطرها إثارة لقلق الفرد هي أن المرض الذي أصابه قد ينهي حياته في أي لحظة، مما يثير خوف الفرد من موته الخاص، وهذا يؤثر في سلوكياته وتصرفاته وعلى مجرى حياته ويجعل الفرد أكثر تفكيراً وانشغالا بما قد يولده المرض من مخاطر على شخصيته.

يعاني مريض السرطان بشكل عام بسبب غموض مصيره الصحي وخوفه من المستقبل المجهول والغامض وما قد ينتظره من مضاعفات مرضه، وما يسبب له من شعور غير مريح ويظهر ذلك من خلال الأرق وكثرة الكلام وعدم القدرة على الاستقرار نتيجة كثرة التفكير في مرضه.

وقد حاول العلماء تعرف المراحل التي يمر بها قلق الموت نتيجة إصابة الأفراد بأمراض خطيرة كالسرطان ، اقترح Abengo Zar & Buneno وجود خمس مراحل نفسية وهي الإنكار والغضب والمساواة والحزن والقبول .

إن الخوف من الموت يؤدي دورا بارزا في إحداث الاضطرابات مثل خفقان القلب، ضيق في التنفس، الغثيان.

بالإضافة إلى المرضى عندما يخضعون للمعالجة فإنهم يعانون من المستويات العالية من الإجهاد، والإجهاد الإضافي للمرضى يؤدي بهم إلى القلق والاكتئاب المرتبط بالخوف من الموت وهذا يؤثر على حياتهم اليومية. (شروق خير عوض، 2009، ص19، 20)

10/ النظريات المفسرة لقلق الموت:

1. نظرية التحليل النفسي:

يعتقد فرويد أن قلق الموت هو أساس كل قلق و يرى رواد التحليل النفسي أن قلق الموت يُكون بمثابة حالة يكون فيها الأنا غير قادر على تقبل الموت وإذا استندنا إلى ما جاء به فرويد فيما يخص التفريق بين القلق العصبي و قلق الموت فإنه أشار إلى أن قلق الموت له ميكانيزم أساسي يقع بين الأنا و الأنا الأعلى. (مباركي، 2015، ص13)

2. النظرية السلوكية:

يعتبرون القلق بمثابة خوف من ألم أو خطر أو عقاب يحتمل أن يحدث لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر لكنه يختلف عن الخوف في أن الخوف يشبه موقف خطر مباشر أمام الفرد، والقلق الخوف العادي وقد يرتبط بالموت إذا ازداد عن حده. كذلك إن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت والخوف أو الحزن أو الغضب فإن هذه التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات الجسمية، إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال. (راجع، 1994، ص15، 20، 25)

3. النظرية الانسانية:

تذهب هذه النظرية إلى القول بأن الانسان يدرك نهايته وأن الموت قد يحدث في أي لحظة فجائية، الموت واليقين بوجود النهاية هو المثير الأساسي للقلق عند الفرد الذي يخاف من فقدان ذاته وهويته، فالمنظور الانساني يعتقد بأنه لا أحد يعتقد في أعماقه بموته الشخصي، رغم أنه جزء لا يتجزأ من حياتنا وعن دوافعنا النرجسية في الحياة. (بن خليفة مريم، 2018، ص53)

4. نظرية الذات كارل روجر:

يرى أن الوعي بالاقتراب من الموت يهدد هؤلاء الأشخاص الذين يحمون أنفسهم ضده مع ذلك فإن فكرة روجر على الانفتاح الكامل للخبرة عند الأشخاص المثاليين تغير من موقع الموت بوصفه تهديدا أساسيا كما يوافق Maslow في قوله أن الشخص الذي يحقق ذاته من بين أن لديه خوفا منخفضا من الموت. (عبد الخالق، 1978، ص12)

5. النظرية المعرفية:

يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبهم بأمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدوث المنطق يكون بموجبها خطأ نسبيا وحتما التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلقا لموت بمفاهيم معرفية جديدة .

6. النظرية المعرفية السلوكية:

أمثال " أليس " Ellis فيعتبر الاضطرابات السيكلوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار الغير عقلانية، حيث يرون أن السلوك يتحدد بالاعتقادات و الأفكار التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها في اكتساب أفكار منطقية استنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسرد طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت. (آية قواجلية، 2013، ص 27-36)

7. نظرية التعلم الاجتماعي:

يتحدث دولارد وميلر (Dollard & Miller) أن القلق كونه شكلا من أشكال الخوف الذي يكون مصدره غامضا، ويعتقدان أن أساس القلق صراع داخلي وإدراك الفرد للمثير حيث أن هذا المثير يتحكم بدرجة القلق، فالإنسان يستجيب للمثيرات المكروهة أو الخطر فيتجنب هذه التهديدات، وبما أن الموت تهديد حقيقي ولا مفر منه، ولا يمكن مواجهته والموت مرادف للتلاشي، فبنشأ قلق خطير يطلق عليه قلق الموت. (محمود، 2015، ص 361)

8. نظرية تمبلر في قلق الموت:

تعرف نظرية تمبلر بنظرية العاملين في قلق الموت، ووفقا لهذه النظرية فإن درجة القلق من الموت يرجع إلى محددتين أساسيين هما:

- الحالة العامة للصحة النفسية لدى الفرد.

- خبرات الحياة المرتبطة بالصحة الجسمية.

وبالنسبة للعامل الاول (حالة الصحة النفسية للفرد) وجد أن المرضى النفسيين يميلون للحصول على درجات مرتفعة على قوائم قلق الموت، وذلك مقارنة بالأسوياء، من ناحية أخرى ظهرت مؤشرات الاضطرابات وعدم التوافق لدى الأسوياء والغير أسوياء، مرتبطة ارتباطا إيجابيا مع قلق الموت. أما بالنسبة للعامل الثاني (خبرات الحياة المتصلة بالصحة الجسمية) فوجد أن قلق الموت يرتبط بتدهور الصحة الجسمية أو التكامل البدني، كما أن الخبرات الحياتية التي يواجهها الانسان حول الموت ومثيراته المختلفة هي التي تحدد درجة القلق من الموت لديه.

11/ علاج قلق الموت:

يعد قلق الموت أحد أنواع القلق، ويصلح لعلاجه ما يستخدم في علاج القلق العام، والعلاج السلوكي من أكثر الطرق شيوعاً لهذا النوع من القلق حيث أنه يحقق أعلى نسبة شفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة. وقد أجريت دراسات حديثة على طلبة يدرسون التمريض بهدف التعرف على نتائج العلاج السلوكي في تقليل الحساسية و التدريب على الاسترخاء مقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع. وقد ظهرت فاعلية تقليل الحساسية و الاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي استخدمت بالمقارنة بالمجموعة التي لم تتلقى علاج، وأنسب علاج لقلق الموت هو الاسترخاء باعتباره حالة هدوء تنشأ في الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية شديدة أي جهد جسدي شاق، فقد يكون الاسترخاء غير إرادي عند الذهاب للنوم، أو يكون إرادي عندما يتخذ المرء وضع مريح و يتصور حالات باعثة للهدوء.

وقد أجريت عدة دراسات في هذا الميدان، حيث كان العلاج جماعياً فمثلاً اعتمد " تمبلر" على نظرية العاملين في قلق الموت، يعني أن درجة قلق الموت تحدد عن طريق عاملين:

- الصحة النفسية بشكل عام .

- تجارب الحياة المتصلة بموضوع الموت.

حيث يرى أنه إذا كان قلق الموت المرتفع مصاحباً أو لا لحالة مرضية أكثر شمولاً كالإكتئاب، أو عصاب القلق، أو الوسواس القهري، فإن هذه الاضطرابات يجب أن تعالج بالعلاج السلوكي، أو المواد الكيماوية باستخدام المسكنات و المهدئات و العقاقير المضادة للقلق التي تخفف نسبة القلق و التوتر. (أحمد محمد

عبد الخالق ، 1987، ص228)

خلاصة الفصل:

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

ورغم هذا وكما أشرنا سابقاً فإن الانعكاسات النفسية للأمراض المزمنة على المرضى تعتبر وخيمة وهذا ما تؤكدته معظم الدراسات، فقد تصل إلى موت المريض، لهذا وجب التكفل النفسي بمرضى سرطان الثدي، ومن أجل جودة حياة مرتفعة لدى المريض وتجنب المضاعفات السلبية للمرض.

الفصل الرابع

" سرطان الثدي "

أولاً: السرطان

1. نبذة تاريخية عن السرطان

2. مفهوم السرطان

3. تصنيف السرطان

4. أعراض السرطان

ثانياً: سرطان الثدي

1. مما يتكون الورم

2. التركيبة البنيوية للثدي

3. تعريف سرطان الثدي

4. أعراض سرطان الثدي

5. مراحل ظهور سرطان الثدي

6. أنواع سرطان الثدي

7. أسباب سرطان الثدي

8. تشخيص سرطان الثدي

9. علاج سرطان الثدي

تمهيد:

يواجه الانسان في حياته العديد من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب بها، وربما تكون مواقف مهددة لحياته، فتعرض رفايته وحياته للخطر نتيجة لذلك، فالأمراض المزمنة كمرض السرطان الذي يعتبر من أبرز الأحداث الضاغطة التي لها علاقة بالإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية، ويصنف سرطان الثدي في مقدمة أمراض السرطان المتنوعة التي تصيب النساء في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء، وعلى الرغم من وجود الأساليب الوقائية للحد من بعض مخاطر الإصابة بسرطان الثدي، إلا أن تلك الأساليب لا يمكنها التخلص من معظم الحالات، إذ توجد حالات لا يجرى تشخيصها إلا في مراحل متأخرة.

يعتبر داء سرطان الثدي خبيث جدا وهو ناتج عن التكاثر العشوائي والغير طبيعي لخلايا الثدي، يهدد حياة المريضة ويسبب لها حالة من الخوف والقلق والحزن وبهذا يصعب رؤية الحالة مستقرة نفسيا نتيجة الحساسية الزائدة وشعورها بالخلج والإحراج جراء استئصال أحد الثديين أو الاثنين، وبالتالي خصصنا هذا الفصل عن التحدث عن سرطان الثدي وكل ما يتعلق به وذلك بطريقة مفصلة.

1- نبذة تاريخية عن السرطان:

يعتبر السرطان من الأمراض التي كانت ومازالت تهدد حياة الأفراد في العالم حيث تعود بداية اكتشافه لمخطوطات الحضارة المصرية القديمة وذلك من 3000 سنة قبل الميلاد.

تناولت النصوص الطبية لمختلف الحضارات مفاهيم متعددة للمرض واقتصرت على وصف بعض أعراضه أو أسبابه، ذكر أبو قراط في الحضارة اليونانية مصطلح "carcinoma l cacinos" للدلالة على مرض السرطان، أما الحضارة الإغريقية فأطلقت عليه اسم "onco- archeology" كما لم يكتف علماء الحضارة الإسلامية فقط بذكر كلمة الورم أو الورم الخبيث، بل عمدوا إلى ذكر أعراضه وبأنها جزء من المرض وليست ناتجة عن الخطيئة أو كل ما هو روحاني.

مع بداية القرن العشرين والتطورات الحاصلة في مجال الطب تأسس ما يعرف بعلم الأورام (Oncologie) كعلم قائم بذاته للبحث في أسباب هذا الداء وكذلك العوامل المؤدية إليه وأعراضه وكيفية علاجه. (بن خليفة مريم، 2018، ص58)

مفهوم مرض السرطان:

السرطان هو داء خبيث تتحول فيه الخلية الطبيعية بطريقة ما غير معروفة نسبيا داخل خلية مشوشة، تنمو نمو شاذا وفوضويا، وتتكاثر إلى الأبد إن لم تستأصل أو تباد، وهذا النمو والتكاثر الدائم يوجد على شكل كتل لحمية كبيرة من الخلايا السرطانية تعمل على غزو الأنسجة السليمة وتنتشر فيها السرطانات المتنوعة وتتلفها، وإذا ما وصلت خلايا الورم السرطاني إلى الدورة الدموية في الجسم فإنها تدفع وتنتشر عن طريق هذه الدورة الدموية أو اللمفاوية في أي مكان من الجسم مسببة بدايات نشوءات سرطانية في مواقع مختلفة في الجسم. (منيرة، 2014، ص19)

مفهوم آخر للسرطان:

هو مجموعة متشابهة من الأمراض وليس مرضا واحدا، والسرطان يبدأ في الخلايا، والخلية هي وحدة الحياة الأساسية في جسم الكائن الحي.

ويتكون الجسم من عدة أنواع من الخلايا، وفي الوضع الطبيعي فإن الخلايا تنمو وتنقسم لتشكيل خلايا جديدة فقط عندما يحتاج الجسم لذلك، وهذه العملية المتتابعة تساعد على بقاء الجسم في صحة، ولكن أحيانا تواصل بعض الخلايا عملية الانقسام عندما لا تكون هناك حاجة لخلايا جديدة وهذه الخلايا الإضافية تشكل كتلة من الأنسجة يطلق عليها اسم "الورم" والأورام بدورها تكون إما حميدة أو خبيثة.

يتصف الورم الخبيث بطاقة غير محدودة النمو الخلايا المستمر، وتمتد هذه الخلايا إما محليا وتغزو النسيج الطبيعي المجاور أو تنتقل عبر الأوعية الدموية أو اللمفاوية إلى أماكن أخرى من الجسم وتؤسس بؤرا جديدة نامية تسمى البؤر السرطانية، والتي بدورها تدمر الأعضاء الجديدة. (عبد المنعم، 2014، ص10)

في الجزائر هنا 13000 حالة جديدة تم تشخيصها و 3500 حالة وفاة كل عام.

يمثل سرطان الثدي وحده ما يقارب من نصف السرطانات (47.3%) التي تصيب نساء في بلدنا. (Bannour, buriki, 2018, p10)

تصنيف السرطان حسب يوسف الشرفاء:

1. الأورام الحميدة (الغير سرطانية): وهي عادة ما تكون مغلقة بغشاء وغير قابلة للانتشار ولكن بعضها قد يسبب مشاكل للعضو المصاب خصوصا إذا كانت كبيرة الحجم، وتأثيرها يكون بالضغط على العضو المصاب أو الأعضاء القريبة منها، مما يمنعها من العمل بشكل طبيعي. (يوسف الشرفاء، 2008، ص18)

2. الأورام الخبيثة (السرطانية): تهاجم الأورام السرطانية الخلايا والأنسجة وتدمرها، ولها القدرة على الانتشار، وهي تنتشر بثلاث طرق:

- انتشار مباشر لأنسجة الأعضاء المحيطة بالعضو المصاب.
- عن طريق الجهاز اللمفاوي.
- عن طريق الدم، حيث تنفصل خلية أو خلايا من الورم السرطاني وتنتقل عن طريق الجهاز اللمفاوي أو الدم إلى أعضاء أخرى بعيدة. (يوسف الشرفاء، 2008، ص19)

أعراض السرطان:

السرطان في بدايته لا يسبب أي ألم أو انزعاج واضح، ولا يشاهد و لا يعرف بوجوده إلا إذا كان فوق سطح الجسم يمكن مشاهدته بالعين، ومن أهم أعراضه ما يلي:

- تصلب الأنسجة.
- تشوه العضو المصاب.
- النزيف.
- الألم: يكون بتوسع الورم عبر الدورة اللمفاوية.

هناك بعض الأعراض المرضية التي قد ينتج عنها نوع من أنواع السرطان، والأهم يجب أن يسرع المريض إلى الطبيب حتى يتأكد إن كان سرطاناً أم لا، إذ العلاج المبكر هو فرصة ذهبية للشفاء، أما إذا اتضح أنه ليس سرطاناً فيجب توضيح الرؤية للعلاج الصحيح وتمثل هذه الأعراض التشخيصية فيما يلي:

- وجود ورم في مكان ما من الجسم وليس من الضروري أن يكون مؤلم.
- وجود جرح ليس له سبب ظاهر ولا يلتئم رغم مرور فترة علاج مقبولة.
- وجود أي إفراز دموي أو إفراز مصحوب بالدم أو بلون الدم من أي فتحة من فتحات الجسم (الأنف، المهبل، الشرج). (زلوف منيرة، 2014، ص23، 24)

2- سرطان الثدي:

تمهيد:

سرطان الثدي هو السرطان الأكثر شيوعاً لدى النساء، وتسجل في كل عام حوالي 41 ألف إصابة جديدة بسرطان الثدي في الولايات المتحدة، وأكثر من مليون إصابة حول العالم. وعلى الرغم من أن سرطان الثدي أكثر إنتشاراً لدى النساء إلا أنه يصيب الرجال أيضاً ففي بريطانيا تسجل 300 إصابة للرجال بسرطان الثدي سنوياً.

سرطان الثدي هو ثاني أكثر أنواع السرطانات شيوعاً وخامس سبب رئيسي للوفاة به.

(kabel. A .M ,2015,p2)

مما يتكون الورم:

من الصفات الأساسية في تكوين السرطان أن الورم يبدأ من خلية واحدة تنقسم بسرعة غير عادية وبذلك فإن جميع الخلايا في ورم معين تتكون نتيجة لانقسام ونمو خلية واحدة أصلية ولأن هذه الخلايا تستمر في الانقسام لإنتاج خلية جديدة، وكما ذكرنا سابقاً أن تحول الخلايا السليمة إلى خلايا سرطانية لا يتم في خطوة لكن بالتدرج في سلسلة من التغيرات الحيوية حتى تكتسب في نهاية الصفات السرطانية التي توجد في خلايا أورام الخبيثة (كوبر، 2004، 31).

التركيب البنوي للثدي:

إن الطريقة الأنسب لفهم تركيب داخل الثدي هي عبر مقارنته بشجرة مقتلعة من جذورها، فتعرف أوراق (الشجرة) الثدي "بالفصيصات" فهي تنتج "الحليب" الذي يتم تصريفه إلى أغصان شجرة الثدي. لتشكيل

شبكة صغيرة من القنوات، ويتم تصريف هذه بدورها في ما بين 12 و15 قناة كبيرة تفرغ على سطح الحلمتين وتشبه الحلمة هنا جذع الشجرة.

وكما هو الحال في الشجرة، فإن شبكة القنوات متداخلة ومعقدة ولا تقسم إلى أجزاء محددة بشكل منتظم كما هو الحال في فاكهة البرتقال مثلاً.

ويحتوي الثدي أيضاً على أوعية دموية وليمفاوية، فتنتقل الأوعية الليمفاوية السائل الليمفاوي من أنسجة الثدي إلى عقد ليمفاوية على مقربة من الثدي. وتوجد العقد الليمفاوية التي يتوجه إليها معظم السائل الليمفاوية في الثدي. وتعرف بالعقد الإبطينية وتتوجه كمية صغيرة من السائل إلى داخل نحو الصدر.

تعريف سرطان الثدي:

مفهوم الجمعية الأمريكية لسرطان الثدي :

هو ورم خبيث يسبب نمواً غير طبيعي لخلايا الثدي، وعادة ما يظهر في القنوات والغدد الحليبية للثدي، ويمكن أن تنتشر إلى الأنسجة المحيطة به أو إلى أي منطقة في الجسم ويحدث سرطان الثدي لدى النساء وقد يحدث أيضاً لدى الرجال. (شقراني، رافع الكركي، 2015، ص86).

مفهوم آخر لسرطان الثدي :

هو عبارة عن ورم يسبب الغدد الثديية لتبدأ الخلايا الورمية في الانقسام إلى أن تكون ورم يهاجم الخلايا السليمة وهذا ما قد يتسبب في ظهور خلايا سرطانية تمس جميع أنحاء الجسم وتعتبر هذه المرحلة من المرض وقد وصلت إلى مرحلة التوضيح وهذه الأورام الخبيثة تسعى إلى تخريب الأنسجة المجاورة عن طريق الغدد الليمفاوية أو عن طريق الدم. (ملهب فاطمة، لوافي سامية، 2011، ص29).

تعريف القاموس الفرنسي لسرطان الثدي:

هو ورم خبيث ينتج عن التكاثر العشوائي والغير الطبيعي لمجموعة من خلايا الثدي والتي تؤدي إلى تدمير النسيج الأصلي ثم يغزو الأنسجة المحيطة، وتنتقل أحياناً إلى أماكن أخرى من الجسم خاصة الكبد والرئتين والعظام الذي يؤدي إلى الموت في غياب العلاج. (la rousse medical, 1999, p425)

أعراض سرطان الثدي:

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

الأعراض الجسدية:

كتلة في الثدي: يعتبر ظهور كتلة في الثدي السبب الأكثر شيوعاً لإحالة المرأة إلى عيادة مختصة، وهنا تجدر الإشارة إلى أن معظم الكتل في الثدي ليست سرطانية وواحد فقط من أصل 8 نساء يثبت أنهن يعانين من كتلة خبيثة.

الأكياس: يتقدم الثدي في العمر، تمتلئ أوراق شجرة الثدي، أي الفصيصات بالسوائل، وتعرف هذه الكتل المليئة بالسوائل بالأكياس، وهي أكثر انتشاراً لدى النساء اللواتي تتراوح أعمارهم ما بين 40 و50 عاماً.

عادة تكون الأكياس طرية الملمس ومتحركة، ولكنها في بعض الأوقات تكون صلبة جداً. ويمكن لصورة الموجات فوق الصوتية تحديد الفرق بين الكيس والكتلة الصلبة. وعلى الرغم من أنه نادراً ما ينمو السرطان في الأكياس، تفحص صور الموجات فوق الصوتية جدران الكيس للتأكد من إذا كانت تحتوي على سرطان.

الكتل الحميدة المتمركزة أو العقد: تشعر الكثير من النساء بوخز وتكتل في الثدي قبل بداية الطمث، وتنتج معظم العقدة المتمركزة عن تغيرات مرتبطة بالدورة الشهرية .

التغيرات في جلد الثدي: تشمل هذه التغيرات تعرجات بشرة الثدي وتجدها وانتفاخها (فيما يعرف بالبشرة البرتقالية) وتعتبر التعرجات (الغمازات) النوع الأكثر شيوعاً من التغيرات المرافقة للسرطان.

إنقلاب الحلمة: يمكن أن تسحب الحلمة إلى الداخل نتيجة مرض في الثدي بعد أن تقصر قنوات الثدي، وهو أمر يحدث لدى النساء بعد تقدمهم في السن ولا يعني إنقلاب الحلمة على وجود سرطان.

ألم وتورم الثدي والالتهابات: إن ألم الثدي كان العارض الأساسي في الإصابة ولا يعود أصل معظم الألام الثدي إلى الثدي نفسه، بل إلى أضلع وعضلات تحته. إن تورم الثدي واحمرار لونه والشعور بالوخز يعني ذلك عادة أنك مصابة بالالتهاب وفي حالات قليلة جداً يشير التورم والالتهاب في الثدي إلى الإصابة بنوع نادر من تناول السرطان يعرف بسرطان الثدي (ديكسون، 2013، ص 38، 43)

الأعراض النفسية:

لقد بينت دراسة ديغوفاتر وزملائه أن 47 % من المصابات بسرطان الثدي مهما كان نوعه يظهرن اضطرابات نفسية حسب معايير DSM، كما أن التشخيصات الأكثر انتشارا لها علاقات بالاضطرابات التكيف، الاكتئاب، القلق، ويمكن جمع المظاهر النفسية في ما يلي:

- الخوف من الموت
- الخوف من التشوه
- الشعور العام بالحصر
- الخوف من الألم
- اضطرابات الدور الاجتماعي
- فقدان الاهتمام (منيرة، 2014، 36)

مراحل ظهور سرطان الثدي:

يمكن تصنيف سرطان الثدي إلى مراحل، وثمة 5 مراحل أساسية، من المرحلة صفر إلى المرحلة 4 وجمع هذا التصنيف بين السرطانات ذات درجة الخطر المتشابهة، والتي يمكن علاجها بطرق متشابهة.

المرحلة صفر: المرض في مرحلة مبكرة جدا:

تشير هذه المرحلة أن السرطان غير غاز في الثدي وهناك نوعان من السرطانات في المرحلة صفر:

- 1- السرطانة اللابدة في القنوات: وتعرف أحيانا بالسرطانة داخل القنوات والسرطان الغير الغازي أو ما قبل السرطان.
- 2- السرطانة اللابدة في الفصيصات: وتعرف أيضا بالتنشؤ الفصيصي.

وفي المرحلة صفر تكون الخلايا غير الطبيعية منتشرة خارج القنوات أو الفصوص لغزو نسيج الثدي المحيط بها .

المرحلة 1: المرض في المرحلة المبكرة:

لتصنيف المرض على أنه في المرحلة 1، يجب أن يكون قياس السرطان أقل من سنتيمترين في العرض ويجب أن ينحصر السرطان في الثدي، مما يعني أنه لم ينتشر إلى الغدد الليمفاوية أو أي مكان آخر من الجسم.

المرحلة 2: المرض في مرحلة مبكرة:

يجب أن يكون حجم الورم أكثر من 5 سنتيمترات

المرحلة 3: سرطان الثدي المتقدم موضعياً:

يجب أن توجد أدلة على إنتشاره إلى الخارج:

البشرة المحيطة بالثدي.

منطقة العقد الليمفاوية.

جدار الصدر.

المرحلة 4: مرض نقيلي:

في هذه المرحلة يكون السرطان أصبح نقيلاً أي انتشر إلى خارج الثدي والعقد الليمفاوية إلى مناطق أخرى من الجسم وفي بعض الحالات الغير الشائعة، تكون المريضة قد أصبحت في المرحلة 4، حين تصل للمرة الأولى إلى المستشفى.

و حين يعود السرطان فهو غالباً ما يصيب الثدي أو جدار الصدر، في ما يعرف بالعودة الموضعية، وقد يظهر بعد عودته في مناطق أخرى من الجسم غير الثدي ومنطقة تحت الإبط (ديكسون، 2013، ص82، 83، 84)

أنواع سرطان الثدي :

توجد العديد من أورام الثدي بنوعها الحميدة والخبيثة التي تغزو بشكل عام الأنسجة المحيطة بالفتوات الحليبية أو منطقة الثدي ككل، كما يمكنها أن تنتشر لأعضاء أخرى خاصة نحو العظام والكبد إذا لم تتم عملية الإستئصال العلاجي بشكل مبكر ومن أهمها: الغازي والغير غازي.

سرطان الثدي الغازي:

سرطان الثدي الغازي أو الارتشاحي هو سرطان ينتشر من موضع نشأته في الثدي إلى الأنسجة المجاورة، وحوالي 75% إلى 80% من سرطانات الثدي هي سرطانات غازية، وثمة العديد من الأنواع.

سرطان الأقينة الغازي: هو نوع الأكثر شيوعاً من أنواع السرطان الثدي الغازي، هو يصف السرطان الذي بدأ في القنوات اللبينية وانتشر خارج جدار القنوات وغزى الأنسجة المجاورة وقد ينتشر أولاً إلى العقد الليمفاوية المجاورة أو أجزاء أخرى من الجسم وحوالي 80% من سرطانات الثدي الغازية هي سرطانات الأقينة الغازية (إدارة الكاليفورنيا، 2016، ص7).

سرطان الفصوص: حيث تظهر الخلايا السرطانية في الفصيصة المتجهة على الفص أين تخترق جداره وتنتشر في الأنسجة المجاورة له.

السرطان الالتهابي: تظهر أعراضه على شكل إتهاب في الثدي، وإحمرار الثدي، بالإضافة إلى اكتساب جلد الثدي لونا برتقاليا مع ارتفاع درجة حرارته (محمد ناجح الأغير، 1999، ص115).

سرطان الثدي الغير الغازي: ينمو سرطان الثدي من الخلايا التي تشكل بطانة فصوص الثدي، وتعرف الخلايا السرطانية التي تنحصر في الفصوص أو القنوات بالخلايا اللابدة أو الغير الغازية وهي تنقسم إلى نوعين:

سرطان لابدة في القنوات:

يمكن للخلايا في بطانة قنوات الحليب المسؤولة على نقل الحليب إلى الحلمتين أن تنمو بشكل مفرط حتى تبدو سرطانية، ولكنها تبقى محصورة في قنوات الحليب كانت هذه الحالة نادرة جداً، ولكنها باتت تدريجياً أكثر شيوعاً منذ بدأ استخدام صورة الأشعة للثدي.

خلايا غير غازية سابقة سرطانية:

إن السرطان اللابدة في القنوات هي شكل إبتدائي من سرطان الثدي، توصف أحياناً بالسرطان بين القنوات أو السرطان غير غازي ويعني ذلك أن الخلايا السرطانية في داخل قنوات الحليب لا تملك القدرة بعد على الانتشار في مناطق أخرى من الثدي أو خارجه فصمة أنواع عديدة من السرطان اللابدة في القنوات (ديكسون، 2013، 64، 65).

أسباب سرطان الثدي:

لتحديد مفهوم السرطان الثدي الذي أسبابه حقيقية وشكله التكويني الخاص كانت ومازالت موضوع العديد من الأبحاث وأسبابه تبقى غامضة في حين أن تطور البحوث سمعت بالكشف عن تعدد العوامل من أهمها:

السوابق المرضية الشخصية:

النساء اللاتي تعانين من مرض وجود كيس على مستوى الثدي لديهن قابلية الإصابة بمرض سرطان الثدي بنسبة عالية

العوامل الوراثية:

الخطر يكون في حالة سوابق سرطانية في الثدي لدى الأقارب من العائلة الأمومية والخطر مقدر بحوالي 2.5 في حالة رابطة قرابة من الدرجة الأولى (أخت أم بنت) وبحوالي 1.5 في حالة رابطة قرابة من الدرجة الثانية.

العوامل الهرمونية:

سرطان الثدي وبروزه مرتبط بصفة وثيقة بالنشاط الهرموني للمرأة:

- بلوغ مبكر أي ظهور الحيض قبل 13 سنة.

- عقم أو حمل متأخر بعد 35 سنة.

- سن اليأس المتأخرة بعد 55 سنة.

العوامل النفسية:

العلاقات العائلية السيئة: إن الفقد المفاجئ للعلاقة الحميمة والارتباط العاطفي يجعل الشخصية أكثر عرضة للإصابة بالسرطان، فلذلك تصاب المطلقة أو الأرملة بسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم بنسبة أكبر من المتزوجة حتى ولو كانت العلاقة الزوجية سيئة فهي أفضل من عدم وجود أي علاقة.

السن:

يعتبر السن هو عامل الخطر الأكثر أهمية لسرطان الثدي، حيث نجد نسبة انتشاره تزداد ما بين 30-70 سنة وخاصة في الفئة العمرية من 45-50 سنة كما أنها تقل قبل 20 سنة (عمار نبيلة، 2015، ص47، 48، 49).

عوامل أخرى محيطة:

تناول الأدوية المسببة للسرطان إذ يكون خطر ظهور السرطان الثدي بنفس درجة لدى مستعملات وغير المستعملات للإستروجين والبروجيستيرون كمانع للحمل ولكن نسبة الخطر ترتفع بسبب مدة

الاستعمال قبل الحمل الأول والاستعمال عند النساء المصابات بالأورام الحميدة. (la rousse medical, 2000, p161)

كتب الانفعالات:

في الدراسات الإستشراافية (matticek etal، 1982) بينت أن الأفراد الذين تم تقييمهم على أنهم عقلانيون، غير انفعاليون يظهر عندهم وبشكل كبير خطر الإصابة بالسرطان، وتطوره أكثر من غيرهم وبعض الدراسات أشارت إلى أن العائق الانفعالي أكثر ظهورا عند المصابين بالسرطان وأنه مرتبط بدرجة أقل بالبقاء على قيد الحياة، كما أن المريضات اللواتي يظهرن قبل نتائج النزعة أنهن أميل إلى احتواء غضبهن هن الأكثر عرضة من غيرهن بالإصابة بورم سرطاني (bruchon-schweitzer.r) (dantzer.2003.pp189.192)

تشخيص سرطان الثدي:

يعتبر الكشف المبكر من أهم الخطوات في العلاج إذ لم يسمح بتجنب تطور الإصابة، ومع التطورات الحاصلة في التكنولوجيا فإن الوسائل المستعملة في التشخيص في تطور هذا لا يمنع المرأة من المساهمة في الكشف عن مرض من أعراض سرطان الثدي عن طريق الفحص الذاتي للثدي بصفة دائمة بعد الدورة الشهرية ومن أهم التقنيات:

1. الفحص الذاتي:

هو القيام بالممارسة الذاتية لفحص الثدي لاكتشاف التغيرات التي يمكن أن تحدث في الأنسجة المكونة له، وفي العادة يتم فحص الثدي عن طريق اللمس بمعدل مرة في كل شهر بعد عشر أيام تقريبا من حدوث الدورة الشهرية، في كل من وضع الوقوف والاستلقاء وأحيانا ما يساعد الفحص الذاتي للثدي (seb) عند القيام بغسل الجسم وأثناء الاستحمام بالماء الساخن، على زيادة إمكانية الكشف عن الأورام وتتضمن الممارسة الصحية في الفحص الذاتي، التأكد من جميع أنسجة الثدي، بما في ذلك حلمة الثدي ومنطقة تحت الإبطين، وعلى الرغم من أهمية الفحص الذاتي في الكشف عن السرطان عموما، فإن عددا قليل نسبيا من النساء يمارسه وعددا قليلا من النساء اللواتي قمن به أي يمارسنه على نحو سليم (شيلي تايلور، 2008، 2014)

2. الفحص الاكلينيكي:

في أغلب الأحيان تأتي المرأة للفحص عندما تجد ورم قاسي اللمس وغير مؤلم متواجد غالبا في مستوى الأعلى الخارجي من الثدي، وفي بعض الأحيان عند فحص الإبط نجد عقدة قاسية ومتحركة على مستوى

العنق، وفي بعض الأحيان نجد سيلان دموي عن طريق فتحة الحلمة أو حروق على مستوى رأس الثدي.

- الأشعة الثديية:

تظهر الأورام وتساعد على التأكد فيما يخص الحدود الخاصة بشكل هذا الورم، وهل لديه تفرعات إلى داخل الغدة أو البشرة تكون غليظة. (عروج فضيلة، 2017، ص 128، 129).

علاج سرطان الثدي:

إن علاج سرطان الثدي يعتمد على الحالة الفردية للمرض حيث يقوم الطبيب باختيار التقنية المناسبة لذلك سواء كانت الجراحة أو العلاج بالأشعة إستنادا إلى نوع وحجم وموضع وامتداد الورم، ونقسم العلاج إلى نوعين علاج طبي وعلاج نفسي.

ويعتمد علاج سرطان الثدي على الجراحة أو العلاج الاشعاعي أو العلاج الكيميائي أو في العلاج الهرموني. (Howlader, N ,Noone,1975, p15)

1. العلاج الطبي:

العلاج بالجراحة:

تتمثل إجمالي في استئصال الورم جراحيا، قديما كان الاستئصال يتضمن الورم وكل المنطقة المجاورة له، لكن وكما هو الحال بالنسبة لسرطان الثدي قد لا يستلزم الأمر نزع العضو كله فبتقدم التكنولوجيا والتقنيات الجراحية والأدوية كمضادات حيوية قوية أصبح التركيز فقط على الورم (منيرة، 2008، ص38).

2. العلاج الكيميائي:

وهو استخدام الأدوية المضادة للخلايا السرطانية، وفيها تتأثر الجسم بهذا العلاج وليس فقط الخلايا السرطانية، ويعطى العلاج الكيماوي بناء على ذلك:

صحة المريض العامة وتاريخها الطبي، وعمر المريض ونوع ومرحلة السرطان وتحمل المريض للأدوية، توقعات تطور المرض، رأي المريضة وتفضيلها، ويقدم هذا الدواء عن طريق الأوردة أو العضلات أو عن طريق الفم، وهو يوصف على فترات يفصل بين كل فترة وأخرى فترة راحة للمريضة (عروج فضيلة، 2017، 130).

3. العلاج الإشعاعي:

هو عبارة عن إرسال رسالة أشعة سينية عالية ومباشرة إلى الخلايا السرطانية في الجزء المصاب من الجسم وتتم هذه العملية عبر طريقتين:

توجيه أشعة مباشرة خلال الجلد إلى الجزء المصاب من الجسم.

زراعة مؤقتة لبذور مشعة في خلايا السرطانية.

وقد يستخدم هذا العلاج الإشعاعي قبل العملية الجراحية لتقليص الورم، ولتخفيف الأعراض من الألم، كما يستخدم بعد العملية الجراحية لتقتل الخلايا السرطانية التي لم تستأصل أثناء العملية الجراحية (عروج فضيلة، 2017، 130).

4. العلاج النفسي:

العلاج النفسي يسعى بأشكاله المختلفة بما فيها العلاج الفردي والجماعي والأسري وأساليب الدعم لتلبية الاحتياجات النفسية والاجتماعية والمعلوماتية لمرض السرطان، ويتبع العلاج الفردي مع مرض السرطان نموذج العلاج النفسي المكثف إذ يحاول المعالج التركيز على قضايا محددة يواجهها مريض السرطان بدلا من محاولات القيام بتحليل طويل المدى للشخصية.

ولعل من بين أكثر المسائل شيوعا والتي تظهر أثناء العلاج الفردي هي ظاهرة الخوف من عودة الأعراض أو الألم أو الخوف من فقدان أعضاء الجسم كنتيجة لعمليات جراحية بالإضافة إلى مشكلات على صعيد العلاقات الاجتماعية وكذلك مشكلات التواصل مع العائلة (شيلي، 2008، ص828).

تشدد المعالج النفسية للدكتورة بولاحريقة على أهمية التعايش الايجابي مع مرض سرطان الثدي لدى المرأة، وعلى أهمية العلاج النفسي في الموضوع معتبرة أنه مؤكد والثبات علما أن الحالة النفسية لمريضة سرطان الثدي، من أهم مقومات شفائها ونجاح علاجها منه، وهي المحفز للجهاز المناعي بداخلها لكي تتصدى وتقضي على هذا المرض الخبيث، بالإضافة إلى دور المجتمع والعائلة في الوقوف إلى جانبها ومنحها الشعور بالقوة والإرادة.

والعلاج النفسي للمرأة المصابة يساعد في تقديم الدعم والمساندة طوال رحلة العلاج تبدأ بعد تشخيص المرض فتتوالى الأحداث بشكل سريع وهنا تظهر ردود الفعل المختلفة بالنسبة للمريضة وعائلتها وتبدأ التساؤلات عن كيفية مواجهة هذه الظروف الجديدة التي توكّل على نوعية الحياة الخاصة بهم (بولا

حريقة، www.masrawy.com)

خلاصة الفصل:

يعد سرطان الثدي من الأمراض شديدة الخطورة على جسم الانسان وما يعتريه من انتكاسات وعلاجات كيميائية وإشعاعية إضافة إلى مظاهر الألم والبؤس والحرمان وانعكاس كل ذلك على الصحة النفسية للمرأة كالاكتئاب والقلق ومن الناحية الاجتماعية أيضا كاضطراب الدور الاجتماعي خاصة فيما يتمثل في إدراكها لمدى قدرتها على أداء وظائفها الاجتماعية وممارستها لأدوارها المختلفة كزوجة وأم وبالتالي التهديد بالخلل الوظيفي لها.

إضافة إلى الصدمات النفسية التي ترافق خبر الإصابة بهذا المرض والخشية من تشخيصه ولا ننسى صورتها عن ذاتها نتيجة فقدانها جزء مهم من جسدها (الثدي)

كما يجب أن ننوه بدور التدخل النفسي المبكر في التخفيف من حدة الضغوط النفسية الناتجة عن صدمة الإصابة بالسرطان وتحسين نوعية حياة المريضات قدر الإمكان ولا يجب أن نهمل دور المساندة الأسرية والاجتماعية خاصة وبالتالي من الواجب الاهتمام بهذه الحالات، وذلك من خلال الدراسات التي تهتم بالناحية النفسية والاجتماعية لهذه الفئة.

الفصل الخامس

" الإجراءات المنهجية للدراسة "

1. الدراسة الاستطلاعية

2. منهج الدراسة

3. أدوات الدراسة

• دراسة الحالة

• المقابلة العيادية

• مقياس قلق الموت

• تقنية الاسترخاء

4. حدود الدراسة

• الحدود المكانية

• الحدود الزمنية

• تعريف بالمؤسسة

5. عينة الدراسة الميدانية

تمهيد :

يعتبر الجانب التطبيقي أهم جانب من جوانب البحث، فمن خلاله نتأكد من صحة أو خطأ الفرضيات التي قدمناها في بداية الدراسة، إذ يستوجب علينا القيام بدراسة ميدانية بالإضافة إلى الدراسة النظرية لأن كل بحث نظري يشترط تأكيده ميدانياً.

ويعتبر الجانب التطبيقي من أهم خطوات البحث العلمي، بدايتها الدراسة الاستطلاعية لأجل تجريب وقياس أداة الدراسة.

حيث يتم في هذا الفصل عرض المنهجية التي اتبعتها الباحثة لإنجاز هذا البحث التي تتضمن الإجراءات والخطوات المختلفة المتبعة في ذلك من أجل اختبار فرضيات البحث، حيث تطرقت إلى تعريف شامل إلى الدراسة الاستطلاعية ومفهوم المنهج المستخدم في هذا البحث بالإضافة إلى شرح الأدوات المستعملة والتي تشمل المقابلة النفسية والملاحظة العيادية والاختبار المستخدم هو اختبار الموت لدونالد تمبلر بالإضافة إلى فعالية تقنية الاسترخاء

الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى والمهمة في القيام بأي بحث علمي، فهي تساعدنا في التعرف واختبار عينة الدراسة، كما أنها اختبار أدوات القياس التي ينوي استخدامها في الميدان، فهي خطوة تسهل عليه هذه الدراسة.

لقد قمت بهذه الدراسة الاستطلاعية مروراً بمراحل عدة تمت على النحو التالي:

- في بادئ الأمر تم الاتصال بالمسؤولين الإداريين من أجل الحصول على الموافقة لإجراء الدراسة الميدانية في مستشفى الجامعي (بلاطو بوهران)
- ثم قمت مع الأخصائية النفسية بجولة استطلاعية استكشافية داخل المستشفى .

الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

- البحث على عينة الدراسة.
- الاطلاع على قاعة فارغة لكي أخصصها للتطبيق تقنيات الاسترخاء المخاطرة والأنسب تطبيقها مع الحالات.
- تحديد أوقات العمل بالتنسيق مع الأخصائية النفسانية وبالدرجة الأولى حسب مواعيد العلاج الكيماوي للحالات.

- وفي الأخير تقديم تقنيات الاسترخاء التي قمت بإختيارها على حسب العينة للاستشارة مع الأخصائية النفسانية لمساعدتي على تطبيق الصحيح.
- على ضوء الدراسة الاستطلاعية يمكن تحديد ما ستستغرقه الدراسة الميدانية من وقت.

منهج الدراسة:

تقتضي طبيعة الدراسة تحديد منهج يتلائم معها ويخدمها في تحليل نتائجها، وفي هذه الدراسة قمت باختيار المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة بإعتباره ملائماً لطبيعة الموضوع ومتغيرات الدراسة، ولأنه يمكننا من الإحاطة الشاملة لتفاصيل الدراسة الدقيقة، فدراسة الحالة تتيح للباحث جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والمعطيات الخاصة بعينة الدراسة وإعطاء صورة متكاملة عن الشخصية.

المنهج الإكلينيكي:

بصفته يعالج الحالات الفردية بطريقة علمية موضوعية فحسب p.pichot ETJ.Delay ينعدم المنهج الإكلينيكي من كل القوانين كما في روائز الذكاء حيث يسمح بإعطاء علامات تتطلب بدورها وضع فرضيات تستلزم التحقيق.

ويعتمد المنهج الإكلينيكي على وقائع أساسية في حياة الفرد التي يقوم بإستخدامها على إفتراض أن الشخصية الراهنة هي نتاج عملية نمو متصلة، ترتبط بها أحداث الماضي التي تمدنا بمعلومات عن أي تأثيرات تعرض لها الشخص مع أبعادها الإستجابية مما يستدعي ربط المادي بالحاضر(فضيلة، 2017، 141، 142).

مفهوم المنهج العيادي: حسب " morisse klane " مورييس كلان

المنهج العيادي هو الطريقة التي تنظر إلى السلوك من المنظور الخاص، فهي تحاول الكشف عن مكنون الفرد والطريقة التي يشعر بها ويسلك من خلالها موقف وهذا بكل ثقة (عطوف، 1981، ص394).

أدوات المنهج العيادي:

1. دراسة الحالة:

دراسة الحالة تهدف ضمن ما تهدف إليه إلى الإحاطة المعرفية الشاملة بتفاصيل شخصية الحالة من حيث المنظور الدينامي، والترابطي، والتاريخي، فنجد العديد من العلماء أكدوا على منحي دراسة الحالة من حيث الأهمية والشمولية في عملية التشخيص الإكلينيكي (أديب محمد، 2015، 201).

وتهدف دراسة الحالة للوصول إلى فهم أفضل للعميل وتحديد وتشخيص مشكلاته وطبيعتها وأسبابها وإتخاذ التوصيات النفسية والإرشادية والتخطيط للخدمات الإرشادية اللازمة (متولى، 2014، 201).

2. المقابلة العيادية: INTERVIEW

تعتبر المقابلة إستبiana شفويا يقوم من خلاله الباحث بجمع معلومات وبيانات شفوية من المفحوص، يكتب الباحث بنفسه إجابات المفحوص في المقابلة وللمقابلة أداة هامة للحصول على المعلومات من خلال مصادرha البشرية (كايد وعبد الرحمان، 2005، 121).

تعتبر المقابلة العيادية من أهم الطرق التي يلتجئ إليها المختص النفسي أثناء الفحص العيادي، وهي تقنية تقتضي وساطة لغوية من نوع خاص، حيث يتطلب الأمر توفر بعض الشروط الخاصة بكيفية الاستمتاع للخطاب وكيفية تحريضه ودعمه والسماح له بالتطور كما يتطلب من المختص النفسي توفر لديه المهارات والقدرات الخاصة بالملاحظة الذاتية وبالتحكم في المشاعر (زروالي، 2014، 23).

وفي دراستنا هذه اعتمدنا على المقابلة الموجهة وفي هذا النوع من المقابلة يقوم الباحث بإختيار مجموعة من الأسئلة التي يرغب طرحها على عينة الدراسة، ومن لم يقوم بطرح هذه الأسئلة بشكل مباشر، وذلك من أجل الحصول على المعلومات التي يبحث عنها.

3. المقابلة العيادية:

إجراء يقوم به الباحث أو الطالب ليحصل على معلومات من خلال ملاحظة السلوك المعين للأشخاص الذين يلاحظهم في مواقف معينة (علي هادي، 2010، 137).

يمكن تعريف الملاحظة على أنها الانتباه إلى ظاهرة أو حادثة معينة أو شيء ما بهدف الكشف عن أسبابها وقوانينها (ملحم، 2007، 276).

هناك عدة أنواع في الملاحظة من أهمها:

الملاحظة المباشرة: الأخصائي النفسي يلاحظ مباشرة سلوكيات الأفراد داخل المقابلة العيادية

الملاحظة الغير مباشرة: الأخصائي النفسي يلاحظ السلوكيات بطريقته مباشرة فقط عمل بالتقارير التي أكدها الآخرون أو يقوم بدراسة سطحية لجمع المعلومات أو البيانات (الشيباني، عمر، 1999، 131).

مقياس قلق الموت:

هو عبارة عن استبيان يتضمن قائمة من الأسئلة التي تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي دونالد تمبلر (Donald Timbler) ولقد ترجم إلى لغات عديدة منها العربية والاسبانية وحتى اليابانية والهندية واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة من الذكور والإناث من ثقافات مختلفة وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من 16 إلى 85 سنة ومتغيرات عديدة كالسن، الجنس، درجة التدخين، الصحة الجسمية والعقلية وأنواع أخرى من السلوكيات، لذا فهو يعد واحدا من أكثر المقاييس انتشارا في البحوث، طبق ها المقياس لأول مرة في 1970 وأختير مقياس قلق الموت للاستعمال في هذا البحث العينة المصابة بسرطان الثدي التي تجعل فكرة الموت حاضرة بالحاح وبقوة لأن مريض السرطان يشعر بأن أدواره في الحياة قد انتهت وينتظر فقط الموت.

الخصائص البيومترية للمقياس:

بدأ تكوين المقياس بوضع 40 بندا ثم إختيارهم على أساس منطقي كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت وهي عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة والجثث والدفن ثم مر المقياس بمراحل متابعة حتى وصل إلى 15 بندا وهي الصورة النهائية للمقياس ويحتوي المقياس على (9) بنود تصحح ب "نعم" و(6) تصحح ب "لا" وقد إتضح بأن وجهة الاستجابة للموافقة تستوعب قدرا قليل من التباين في هذا المقياس وقبست هذه الوجهة بمقياس (كوش كيستون) الذي يعتبر أفضل مختصر يتكون من 15 بندا لوجهة الاستجابة بالموافقة وقد أوضحت دراسة " تمبلر " عدم وجود ارتباط جوهري بينهما وبين مقياس وجهة الاستجابة المتعلقة بالجاذبية الاجتماعية كما تقاس بمقياس (مارلوكروان)

ثبات الاختبار:

لقد قام أحمد عبد الخالق بترجمة مقياس قلق الموت إلى العربية وطبقت النسختان (العربية والإنجليزية) مع عينة من طلاب بقسم اللغة الإنجليزية وقد وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والانجليزية إلى 0.87 بالنسبة للذكور والإناث (ن=43).

وهذا حسب ثبات إعادة الاختبار بالصورة العربية وكان الفاصل الزمني بين الاختبار وإعادته أسبوعا واحدا في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى 0.70 بالنسبة للذكور (ن=44) و0.73 بالنسبة للإناث (ن=56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة.

صدق الاختبار:

لقد قام "تمبلر" بتقديم صدق المقياس مستخدماً عدة طرق منها مقارنة درجات المرض في المجال السيكاتري ممن قرروا أن لديهم قلقاً عالياً من الموت بدرجات سيئة ضابطة من مرض السيكاترين الذين قرروا أنه لا يوجد لديهم قلق الموت وقد استخرجت فروق جوهرية بين درجات الفريقين مما يشير إلى صدق المقياس كذلك الارتفاع الجوهري بين المقياس ومقياس "بوبر" للخوف من الموت.

طريقة تصحيح وتطبيق المقياس:

يمكن تطبيق مقياس "تمبلر" فردياً أو جماعياً كراسة الأسئلة على التعليلة التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

- إذا كانت العبارة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (ص).
 - إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ).
- تسجل إجابة المفحوص على الكراسة ذاتها وتتضمن هذه الكراسة كتابة سن الفحوص المستوى الدراسي، ويطلب من المفحوص قراءة التعليلة لإزالة الغموض أو سوء الفهم وعموماً لا يقوم الفاحص بتحديد مدة إنتهاء الاختبار مع مراعاة أن لا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.
- يشمل هذا المقياس كما سبق الذكر 15 بنداً (9) منها تصحح "نعم" و(6) تصحح ب "لا" ويكون التنقيط بإعطاء:

- نقطة (01) للبنود التي تصحح ب(ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح .
- نقطة (01) للبنود التي تصحح ب(خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ .
- صفر(00) للبنود التي تصحح ب(ص) وأجاب عليها المفحوص بخطأ .
- صفر(00) للبنود التي تصحح ب(خ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح .

جدول رقم(1) بوضع سلم إختبار قلق الموت لدونالد تمبلر:

14	1	1	1	10	09	08	04	01	البنود التي تصحح ب(ص)
/	/	/	15	07	06	05	03	02	البنود التي تصحح ب(خ)

يفرض هذا المقياس أن درجة (0) تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن لأي مفحوص أن يحصل عليها أما درجة يمكن الحصول عليها.

يتم تقدير وجود القلق أو عدمه بأسلوب الدرجة الفاصلة وهي كالآتي:

1. الدرجة التي تتراوح ما بين (06-0) تشير إلى عدم وجود قلق الموت.
2. الدرجة التي تتراوح بين (08-07) تشير إلى وجود قلق موت متوسط.
3. الدرجة التي تتراوح بين تشير إلى وجود قلق موت مرتفع. (عبد الخالق، 1987، ص77).

تقنية الاسترخاء:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي الاختصاص الذي إنبثق منه العديد من أشكال العلاج النفسي، فقد بدأ في الخمسينيات، وتزايد إستعماله في الثلاثين سنة الأخيرة.

هنالك أساليب عدة للعلاج المعرفي السلوكي، والأسلوب المتميز والأكثر إنتشارا وفاعلية هو أسلوب الاسترخاء والذي حقق نجاحا باهرا على مستوى العلاج النفسي، كونت الأسلوب الوحيد الذي يعطي فرصة للمعالج النفسي للإيحاء والتداعي الحر.

لتعلم سلوك جديد مضاد للتوتر وإعطاء قدرة للإنسان على تجاوز الضغوطات النفسية وتجديد الطاقة الإيجابية لمواجهة متطلبات الحياة.

ولأن هذه التقنية تقوم على مسلمة قوامها أن الاسترخاء يساهم بشكل كبير في تحقيق الراحة النفسية والجسمية، فإن تدريب مريضة سرطان الثدي عليه سيققل من توترها ويعمل على تخفيف قلق الموت لديها من خلال الإيحاء لها بإستثمار قدراتها، طاقتها، ونقاط قوتها والتغلب على نقاط ضعفها، وهناك عدة طرق للاسترخاء إذ قمت في هذه الدراسة بتطبيق تقنيتين من الاسترخاء هما:

- تمارين الاسترخاء التخيلي: david kayossel

- تمارين الاسترخاء التنفسي: « schultz » (انظر إلى الملحق رقم 03-04).

حدود الدراسة الأساسية: تميزت بما يلي:

- **الحدود المكانية:**

ثم إجراء دراسة بمستشفى وهران الجامعي بمصلحة قسم العلاج الكيماوي.

- **الحدود الزمانية:**

استغرقت الدراسة مدة شهرين. بالمدة الممتدة من 04 أبريل 2021 إلى 04 جوان 2021.

- **التعريف بالمؤسسة:**

المؤسسة التي أجريت فيها الدراسة الميدانية هي مستشفى وهران الجامعي وهو مستشفى تابع لجامعة وهران في الجزائر ويتسع ل 600- 2000 سرير مهتم:

1. بالرعاية المتخصصة للمرضى.

2. التكوين الطبي والشبه الطبي.

3. البحث في الميدان الطبي:

قمت بهذه الدراسة الميدانية في مصلحة قسم العلاج الكيماوي، يوجد بها جانبين (نساء- رجال) يوجد قاعة الإستقبال ومكتب إداري ومكتب للأخصائية النفسانية وقاعة للفحص الطبي ويوجد في المصلحة الثانية أخصائية نفسانية وعشرة أطباء وتحتوي المصلحة على 36 مريضا نساء ورجال.

عينة الدراسة الأساسية الميدانية:

طبقتنا دراستنا الأساسية التي تكونت من عينة ثم إختيارها بطريقة قصدية وهذا عن طريق إجراء مقابلات عيادية مع الحالات وتطبيق قياس قلق الموت ل "تمبلر" وكذلك تطبيق تقنية الاسترخاء .

تتكون العينة من:

1. حالتين مصابتين بسرطان الثدي.

2. حسب متغير السن (50-60) سنة.

3. الوضع الإقتصادي لحالات العينة.

4. الحالة الإجتماعية التي تعيشها كل حالة.

خلاصة الفصل:

لقد تم التطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية للجانب الميداني التي توضح جل الخطوات والإجراءات المعتمدة في هذه الدراسة، وهي مرحلة مهمة جدا بحيث تسهل علينا الدراسة مع الحالات وجمع البيانات اللازمة عنها وكذلك تطبيق مقياس قلق الموت وتقنية الاسترخاء والتي يتم على ضوءها تفسير النتائج ومناقشتها، وهذا ما سنتطرق إليه في الموالى لهذه الدراسة.

الفصل السادس

" عرض نتائج دراسة الحالات "

1. تمهيد

2. عرض الحالات العيادية

3. عرض نتائج الدراسة

تمهيد:

في هذا الفصل هدفنا تسليط الضوء إلى دراسة فئة جد حساسة المتمثلة في النساء المصابات بسرطان الثدي لمعرفة الآثار النفسية والجسدية التي يخلفها هذا المرض وبعد التطبيق مقياس قلق الموت وحساب النتائج المتوصل إليها في القياس القبلي وبعدها تطبيق تقنية الاسترخاء النفسي والتخيلي على العينة مع تكرار تطبيق القياس البعدي لمقياس قلق الموت حيث احترمت في الدراسة الأساسية الجانب النفسي والمشاعري للحالتين سيتم فيما يلي عرض الحالات العيادية ونتائج المتوصل إليها.

عرض الحالات العيادية:

الحالة الأولى:

البيانات الأولية :

الإسم: ط. يا

الجنس: أنثى

السن: 54

الحالة المدنية: مطلقة

عدد الأبناء: لا يوجد

المستوى التعليمي: ثانوية

المهنة: خياطة، الخبرة: 30 عام

الوالدين: الأب على قيد الحياة، الأم: متوفية

ترتيب العائلة: الخامسة من اصل (2 ذكور – 8 بنات)

مكان الميلاد: معسكر

الإقامة: وهران

السكن: ملك للأب

الوضع الصحي: السكري

نوع الإصابة: سرطان الثدي

جدول رقم (1) يبين سير المقابلات والملاحظات للحالة الاولى:

الملاحظة	العمل المنجز خلال المقابلة	تاريخ ومدة ومكان المقابلة
الحالة كانت متعاونة معي ولم تبدي أي انزعاج مني، رحبت بي وكانت سعيدة.	كانت المقابلة الاولى بمثابة اتصال أولي مع الحالة وفيها حدث التعارف بيننا، هدفت في هذه المقابلة الى كسب ثقة الحالة وجمع البيانات الأولية مع احترام حرية تعبيرها والإفصاح عما يجول في خاطرها وصرحت لها أن ما يحدث بيننا يبقى سر.	المقابلة الأولى 2021- 04 -8 من 08:30 الى 09:05 اجريت المقابلة بغرفة الأخصائية النفسانية بالمستشفى
كانت ملاحظتي حول هذه الحصة هو أن الحالة تعاني من انفعالات سريعة ولها بعض اضطرابات المزاج أهمها البكاء خصوصا عند التحدث عن زوجها وعدم الاهتمام بها.	هدفت هذه المقابلة إلى بناء العقد العلاجي مع الحالة حيث تم الاتفاق على تسيير حصص المقابلات ومدتها كما تم تطبيق مقياس قلق الموت، وأن هذه العملية لا تكتمل إلا بمساعدتها لي، كما تم في هذه المقابلة شرح التقنية العلاجية المستخدمة والهدف منها تمارين الاسترخاء التنفسي والتخيلي، وكانت إجابة الحالة على هذا العقد بالقبول والموافقة عليه. وبعدها انتقلنا إلى التاريخ المرضي للحالة والجانب العلاقي	المقابلة الثانية 2021-04-15 من 09:00 - 10:15 أجريت المقابلة في المستشفى
كانت الحالة في هذه المقابلة جد حزينة كذلك علامات اليأس والألم نتيجة تخلي الزوج عنها وهي في امس الحاجة له، بالإضافة إلى تصوراتها المقترنة بالموت.	هدفت هذه المقابلة إلى استكمال نقائص حول المعاش النفسي للحالة وعن فترة طلاقها من زوجها وهي مصابة بالمرض وعن معاناتها النفسية والجسدية	المقابلة الثالثة 2021-04-22 من 8:30 – 09:45 أجريت المقابلة في المشفى

المقابلة الرابعة 2021-04/22 من 14:30 إلى 15:45 أجريت المقابلة بمنزلها نظرا لضيق الوقت	حددت هذه المقابلة لتطبيق مقياس قلق الموت على الحالة. (القياس القبلي)	لاحظت في بداية المقابلة أن الحالة تحاول إخفاء بعض الأمور عني لكن لما طبقت الاختبار عليها اتضح لي أنها خائفة من الموت بشكل كبير عكس ما كانت تقول لي
---	---	--

وصف الهيئة العقلية:

1. البنية المورفولوجية:

- قصيرة القامة، ذات بشرة بيضاء، عيان بنيان، شعر أصفر وبنية هزيلة جدا.
- المظهر الخارجي: تناسق في ألوان ملابسها، نظيفة المظهر.

2. السلوكيات الغريزية:

- النوم: تعاني من أرق دائم وتفكير عميق حول المستقبل.
- الشهية: على حسب المزاج أحيانا شراهة وأحيانا فقدان تام.
- المزاج: سريعة البكاء خصوصا عندما تتذكر ما فعله الزوج بها، الانسحاب الاجتماعي، العزلة، الخمول، والتوقف عن العمل.

3. العرض والتعبير:

- اللغة: واضحة وسليمة ومثقفة.
- الأفكار: منطقية ومترابطة بحيث تتناسق مع الحوار.
- الذاكرة: تذكر الأحداث الغريبة والبعيدة جدا.

تقديم الحالة الأولى:

تبلغ الحالة (يا) 54 سنة من العمر، مطلقة وليس لها أطفال، تقيم بولاية وهران (كاسطور) في سكن مستقل مع الأب والأخ، تمارس مهنة الخياطة بمحل خاص بها ولديها مستوى اقتصادي جيد. تظهر الحالة هزيلة البنية، ذات بشرة بيضاء، عيان بنيان، علامات التعب، ظاهر على وجهها، لديها مستوى ثقافي جيد، تتكلم بصوت منخفض جدا هادئ وكانت تجيب على الأسئلة بكل طلاقة، تبدوا انفعالاتها مطابقة لكلامها وخاصة عند الحديث عن مرضها وما فعله زوجها والواقع الصحي الذي يعيشه مرضى سرطان الثدي في المستشفيات.

كان حمل الأم مرغوب فيه ولم يكن هناك أي مشاكل خلال فترة نموها لأن أمها كانت تحب الإنجاب. بعد ما تعرفت على الحالة جيدا وقمت بتسجيل جميع بياناتها الشخصية، هنا انتقلت إلى طرح الأسئلة المتعلقة بتاريخها المرضي، سألتها على فترة الإصابة ومدة معاناتها من هذا الاضطراب ومدى تأثيره عليها، صرحت قائلة: "كانت أعاني من آلام في أسفل إبطي الأيسر وبعد فترة ظهر على مستوى ثديي الأيسر انتفاخ واحمرار وارتفاع في درجة حرارته" "ولالي حمر والحمى والسطر فيه بزاف" وهذا ما دفعني للقيام بفحص طبي بعدما تشاورت مع زوجي لأنني لم أكن مطلقة بعد وفي اليوم الموالي ذهبت إلى الطبيب وطلب مني القيام ببعض التحاليل biopsie وبالفعل أجريتها في اليوم الموالي.

كانت الصدمة كبيرة علي أصبت بالدهشة والحيرة والخوف والارتباك، أصبحت أصرخ وأبكي من شدة عدم تقبل الأمر والرفض للإصابة.

تحليل المقابلة:

أثناء إجراء المقابلة مع الحالة لاحظت علامات القلق والتوتر والانزعاج باعتبارهما تفريغات عاطفية والحيرة والدهشة مما يدل على إنكارها وعدم تقبلها للمرض حيث قالت "عاودت درت فحوصات وقتلهم

راكم غالطين ما عندي والو" هذا يعني أن الحالة كانت تحت صدمة قوية، ولكن تجاوزت هذه الصدمة بعد ما طمأنها الطبيب أن اكتشافها المبكر للإصابة يمكن علاجه فالورم كان كتلة جد صغيرة وغير منتشرة.

لكن لا زالت الحالة تعاني من حالات القلق والتوتر الناتج عن تفكيرها في الموت خاصة في فترة حصص العلاج الكيميائي، هذا ما لاحظته وصرحت به الحالة: "مانيش باغية نموت دروك ونخلي دارنا وراجلي أنا نبغيه بزاف"، كما أن الحالة تعاني من اضطراب الوسواس القهري الذي ظهر جراء الآثار الجانبية للعلاج حيث قالت: "عندي شعال راني ندير العلاج شوفي البشرة تاعي بدأت تكحال راني عارفة غادي نموت صاي ما راجلي باغي يطلقني لخاطر هبلته معايا بكلمة غادي نموت" كما لاحظت أن الحالة متمسكة بفكرة الموت وتصورات هذه الفكرة تجول في أعماق أفكارها قالت: "جرتي ماتت وما بغيتش نروح نعزي لخطر مانيش باغية نشوف الجنازة والجثة الله غالب نخاف". سألت الحالة من ساندك في المرض؟ قاتلي "من غير دارنا حتى واحد حتى راجلي غير سمع بيا بلي مرضت تبديل عليا وما حشمش وطلقني لخطر ش خاف ندير العملية ونولي ناقصة كيما النسا اللخرين". صرحت الحالة عن عدم إجراء العملية وأنها لا زالت تتعالج حتى اليوم وهي في متابعة مستمرة مع العلاج الكيميائي، وأخذ حقنة كل 20 يوم.

لاحظت أن العلاج أدى إلى تغيير على مستوى الصورة الذاتية للحالة كتغيرات واضحة في الجلد والأظافر، فقدان الشعر، فقدان الوزن والتعب، فقدان الشهية، قالت "مانيش نبغي مرايا ديجا قلعتها ودايما دايرة شال نحس روجي غي عاجزة وما عندي طاقة لوالو توحشت المهنة تاعي بزاف بصح ما نجمش نحل الحانوت لخطر ما وليتس نبغي نتلقى مع حتى واحد"، هنا لاحظت أن الحالة أصبح لها مزاج مكتئب مع ذكر الأعراض السابقة بالإضافة إلى العزلة والانطواء، وفقدان الاهتمام بالعالم الخارجي.

إضافة إلى تعرض الحالة للعديد من الأحداث الصادمة كتخلي الزوج عنها وهي في أصعب مراحل حياتها قالت: " شوكاني مين طلقني تما وين زدت مرضت" بكاء شديد "كون صبت كون قتلته في هاديك الدقيقة".

الإحباط النفسي الشديد بسبب هذا المرض أثر على نفسية الحالة، إضافة إلى صدمة طلاق زوجها كان سبب في صعوبة تعايش الحالة مع المرض خاصة مع الفترة الحساسة لمتابعة حصص العلاج الكيميائي الذي تعتبره صدمة ثالثة (مرض، طلاق، علاج كيميائي) هذا ما جعل الحالة تعيش حالة خوف وقلق دائم من الموت قالت لي: " خطرات نخاف من روعي مين نشوف روعي" هنا ومن خلال كلامها نستنتج وعيها الكامل بأعراض مرضها.

سألت الحالة عن علاقتها مع جيرانها، قالت: " يا بنتي ما نبغي حتى واحد يشوفني الناس يزيدو يفلقوك، نبغي نريح وحدي ونخمم وحدي في صوالي بصح الحمد لله" هنا الحالة تسقط مشاعر اللوم على المجتمع كآلية لتجنب القلق والهروب من الواقع المعاش، كما أصبحت الحالة ترى أي عرض جديد يظهر يزيد من حدة قلق الموت لديها وهذا ما جعل لديها اضطرابات في النوم ودخولها في كوابيس ليلية. بعد عدة مقابلات قمت بتطبيق قياس قبلي على الحالة لمقياس قلق الموت " لثمبلر" فكانت نتائج المقياس مرتفعة جدا وبعدها قمت بتطبيق تقنية الاسترخاء التنفسي والتخيلي على الحالة وقد أبدت إعجابها خاصة حول تقنية الاسترخاء التخيلي وكانت هذه أول تجربة لها معي وبفضل مساعدتها وتفهمها في الأخير وبعد مجهود طويل انخفضت حدة قلق الحالة وتوترها وانفعالاتها القوية واستطاعت تحدي المرض الذي ظهر في عودتها إلى ميدان عملها وانخراطها مع أصدقائها والمجتمع وإضافة إلى ذلك تأدية واجباتها في منزل أبيها وإعانة أخوها وبهذا هزمت قلقها وخوفها من الموت.

عرض نتائج تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر (قياس قبلي):

بعد تطبيق الاختبار على الحالة (يا) وجدت أن الحالة تحصلت على 13 درجة، وهي درجة مرتفعة تشير إلى وجود قلق الموت مرتفع وهذا ما قد لاحظته أثناء المقابلات بحيث كانت رافضة فكرة الإصابة بالمرض وكذلك لديها مشاعر الاحباط واليأس بالرغم من مساندة ودعم الأهل لها.

عرض نتائج الحالة قبل جلسات الاسترخاء:

- ظهور اضطرابات نفسية ناتجة عن القلق والخوف من الموت.
- أرق واضطرابات النوم والشهية.
- تصور سالب عن الذات.
- انخفاض الدافعية والشعور بالإجهاد لأقل مجهود.
- توتر دائم وفقدان جزئي للشهية.
- الانسحاب الاجتماعي.
- انفعالات قوية (بكاء، صراخ، دهشة، حيرة، ارتباك ...)

سير حصص الاسترخاء مع الحالة الأولى:

الملاحظات	التدريبات المبرمجة	التاريخ والمدة	جلسات المقابلة
في الأول كانت الحالة غير مرتاحة صعوبة في تطبيق تقنية نتيجة القلق	- تعريف بتقنية الاسترخاء والتنفس. - عبارة عن حصة تمهيدية للتدريب	2021/05/02 من 09:00 إلى 10:00	المقابلة 5 أجريت بقاعة المستشفى
- هناك تحسن في التنفس - تحسن نفسية الحالة - صعوبة في الاسترخاء على مستوى عضلات الظهر والبطن	- تدريب ثاني على تقنية الاسترخاء التنفسي - التفريق بين شدة الإرخاء في العضلة - واجب منزلي	2021/05/09 09:00 إلى 10:15	المقابلة 6 أجريت بقاعة المستشفى
- تجاوب كبير مع تدريبات التنفس - تنفس جيد وصحيح	- شد العضلة 5 ثواني وإرخائها 10 ثواني - واجب منزلي	2021/05/16 من 13:30 إلى 14:45	المقابلة 7 أجريت بقاعة المستشفى
- تنفس صحيح وجيد - وارتياح الحالة.	- تكرار شد العضلة بطريقة صحيحة	2021/05/18 من 09:00 إلى 10:10	المقابلة 8 أجريت بقاعة المستشفى

المقابلة 9 أجريت بمنزل الحالة	2021/05/23 من 11:00 إلى 12:00	- تطبيق تقنية الاسترخاء التخييلي. - حصة تمهيدية + التدريب على التقنية)	- تجاوبت الحالة معي بشكل جيد وقد أعجبتها التقنية.
المقابلة 10 أجريت بمنزل الحالة	2021/05/25 من 09:00 إلى 9:55	- تطبيق القياس البعدي لمقياس قلق الموت.	- لاحظت انخفاض التوتر والانفعالات التي كانت تبدو في أول لقاء. وانخفضت تصورات الحالة نحو قلق الموت.
المقابلة 11 أجريت بمنزل الحالة	2021/05/27 من 14:05 إلى 14:50	- حصة ختامية مع الحالة وتقديم بعض النصائح للتعيش مع المرض.	- تحسن جيد لدى الحالة

جدول رقم 2 يمثل جلسات الاسترخاء مع الحالة الأولى

عرض نتائج تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر (قياس بعدي) على الحالة :

لاحظت انخفاض في حدة قلق الموت وهذا ما أثبتته مقياس الموت لتمبلر حيث تحصلت الحالة على (08) درجة تشير إلى وجود قلق الموت.

عرض نتائج الحالة الأولى بعد جلسات الاسترخاء:

← اختفاء أعراض فقدان الشهية واضطرابات النوم.

← اختفاء الآلام التي كانت تعاني منها.

← تحسن المزاج الاكتئابي.

← الشعور بالراحة النفسية.

← زوال التصور السلبي عن الذات .

الحالة الثانية:

البيانات الأولية:

الإسم: ن.ر

الجنس: أنثى

السن: 54

الحالة المدنية: أرملة (الزوج متوفي منذ 5 سنوات)

عدد الأبناء: 4 (2 بنات و2 ذكور)

المستوى التعليمي: المتوسطة

المهنة: مأكنة في البيت.

الوالدين: متوفيان

ترتيب العائلة: الخامسة من اصل 8 إخوة.

مكان الميلاد: تلمسان

الإقامة: وهران

السكن: بيت ملك

الوضع الصحي: الضغط الدموي، والغدة الدرقية والروماتيزم.

نوع الإصابة: سرطان الثدي

جدول رقم 3 يبين سير المقابلات والملاحظات للحالة الثانية:

الملاحظة	العمل المنجز خلال المقابلة	تاريخ ومدة ومكان المقابلة
الحالة كانت متفاهمة ومتجاوبة معي ورحبت بي شكلا لكن مضمونا كانت في البداية متوترة.	كانت المقابلة الأولى بمثابة اتصال أولي بيني وبين الحالة وفيها قدمت نفسي، حيث تركت للمفحوصة المجال للتعبير عن كل أفكارها وآلامها بالإضافة أخذ المعلومات الأولية وتاريخها الشخصي.	المقابلة الأولى 2021/05/14 من 09:40 إلى 10:05 أجريت المقابلة بغرفة الأخصائية النفسانية بالمشفى.
في هذه الملاحظة لاحظت أن الحالة تعاني من أرق وإحباط كبير وذلك لمرورها بفترة اكتئاب حادة هذا ما جعلها تشعر بانخفاض الدافعية وفقدان الطاقة والشعور بالإجهاد لأقل مجهود.	في هذه المقابلة هدفت إلى السعي وراء كسب الثقة التامة للمرأة المصابة بسرطان الثدي، وفي هذه المرحلة تم عقد علاجي مع المفحوصة، وتم تطبيق القياس القبلي باستخدام مقياس قلق الموت وأن العملية الجراحية لا يمكن أن تكتمل إلا بمساعدة ومشاركة المفحوصة مع الأخصائية كما تم الاتفاق على التقنية التي توظف في العملية العلاجية والهدف منها تخفيف قلق الموت الذي تعاني منه، كما تم توضيح تقنيات الاسترخاء التي سأستخدمها (تمارين الاسترخاء التخيلي والتنفسي)، وافقت الحالة على هذا العقد وقبلت. وبعدها انتقلنا إلى تاريخ المرضي للحالة والجانب العلانقي	المقابلة الثانية 2021/05/18 من 09:20 إلى 10:10 أجريت المقابلة في الغرفة الأخصائية بالمستشفى
كانت الحالة سريعة البكاء عند التحدث عن مرضها. كذلك تتحصر لعدم قدرتها على المشي والتفكير العميق في الموت.	هدف المقابلة كان حول تكملة الحصة الثانية ومعرفة بعض المعلومات المتبقية حول المعاش النفسي للحالة وجمع المعلومات التي تخص الحالة عن مرضها.	المقابلة الثالثة 2021/05/21 من 13:00 إلى 13:50 أجريت المقابلة بمنزل الحالة وذلك تحت طلب خاص منها
في البداية قلق شديد ومزاج حزين وشعور بضيق باعتبارها تفریغات عاطفية والحيرة والدهشة مما يدل في نفس الوقت إنكارها وعدم تقبل المرض واستعملت الحالة آلية الإنكار من أجل الابتعاد عن كل مصادر التي تسبب القلق والخوف لكن في الواقع عكس ذلك	في هذه المقابلة حددت فيها تطبيق القياس القبلي لمقياس قلق الموت على الحالة	المقابلة الرابعة 2021/05/22 من 10:00 إلى 11:05 أجريت المقابلة في منزل الحالة

وصف الهيئة العقلية للحالة:

1- البنية المورفولوجية:

- متوسطة القامة، ذات بشرة بيضاء، عيان سوداوان ، شعر أشقر وبنية هزيلة وضعيفة.
- المظهر الخارجي: تناسق في ألوان ملابسها، نظيفة المظهر.

2- السلوكيات الغريزية:

- النوم: تعاني من أرق دائم وتفكير عميق قبل النوم، والنهوض باكرا.
- الشهية: تعاني من اضطرابات الأكل (فقدان الشهية بشكل يومي)
- المزاج: مزاجها متقلب سريعة البكاء خصوصا عند التحدث عن المرض.
- أعراض اكتئابية: فقدان الرغبة في ممارسات النشاطات اليومية، العزلة ، الانسحاب.

3- العرض والتعبير:

- اللغة: تتكلم بنبرة هادئة وحزينة.
- الأفكار: ترابط الأفكار بحيث تتناسق مع الموضوع، كان التواصل معها سهلا.
- الذاكرة: لا تتذكر الأحداث البعيدة

تقديم الحالة الثانية:

تم التعرف على الحالة في زيارتها الأولى بقاعة العلاج الكيماوي يوم 2021/05/14 وأخذ موافقتها بالتحدث إليها، مع التركيز على حفظ الأسرار وأخلاقيات المهنة، حيث تجاوبت الحالة بكل السهولة ولطف ولم تبدي أي اعتراض.

تبلغ الحالة (ر) من العمر 54 سنة أرملة وهي أم لأربعة أولاد (2 ذكور، و2 إناث) وهي مقيمة بوهران في سكن ملك مستقل.

كانت الحالة أثناء المقابلات تجلس وجها لوجه أمام الباحثة، وكانت على وجهها الابتسامة في بداية الجلسة، وبعدها يتخلل وجهها الشحوب، وكانت تجيب على الأسئلة بكل طلاقة وذلك حتى تصرح بكل ما يجول في أعماقها من مشاعر و أحاسيس.

قمت بالتعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية من إسم وسن و عدد أبناء و الحالة المدنية وترتيبها في العائلة ومحل إقامتها، وصرحت الحالة أن حمل الأم بها كان مرغوبا فيه ولم تعاني من أي مشاكل خلال مراحل نموها ثم انتقلت إلى طرح الأسئلة المتعلقة بتاريخها المرضي، سألتها عن فترة الإصابة، ومدة معاناتها من هذا الاضطراب ومدى تأثيره عليها .

فيما يخص مدة الإصابة تذكر الحالة أنها مريضة منذ حوالي 3 سنوات تقريبا وعن كيفية اكتشافها للمرض صرحت أنها أحست على مدى فترة زمنية بألم حاد على مستوى الثدي أدى إلى شكها في المرض نظرا لاطلاعها من قبل حول المرض والدور الذي تلعبه وسائل الإعلام في التعريف بالمرض، إضافة إلى موت أحد أقربائها بنفس المرض وهي في سن صغيرة جدا، قررت الحالة زيارة عيادة أحد الأطباء ونصحها بإجراء فحوصات mammographie والتحاليل اللازمة خاصة بعدما صرحت لي وقالت "خفت كي ولات حلمة الثدي تخرج سائل غريبا" وبعد قراءة الفحوصات تأكد وبشكل نهائي أن الحالة تعاني من سرطان الثدي في الجهة اليسرى ولكن اكتشافه المبكر أدى إلى عدم بتر الثدي ويمكن علاجه بالأدوية والحقن والعلاج الكيماوي.

تحليل المقابلة:

أثناء إجراء المقابلة مع الحالة لاحظت علامات القلق ظاهرة على وجهها رغم ذلك وافقت على إجراء هذه المقابلة، بعدها تبين لي أنها تعاني من صدمة نفسية نتيجة إصابتها بالمرض وعدم تقبلها، لما سألتها كيف كانت ردة فعلك نتيجة تلقيك الخبر قالت: "خفت بزاف وشا بكيت بزاف كل ما نتفكر نبكي ما نجمتش والله"، ثم قلت لها من ساندك في المرض؟ ردت علي " بنتي الصغيرة هي اللي وقفت معايا،

المرض هذا عياني بزاف وليت نحس روحي ثقيلة على ولادي" ولما سألتها عن أول شيء فكرت فيه قالت " خمنت في ولادي مزالهم صغار مزال ما زوجتهم غاضوني بزاف ما كنتش حاسبة غادي نمرض وعندهم غي أنا" ، صرحت الحالة عن عدم إجراء العملية لأنها تعالجت لما كانت الكتلة صغيرة طبقت 3 حصص من العلاج حتى زال تماما، "كنت ندير لاشيمي لمدة عام وكل 20 يوم ندير تلقيح".

وبعد فترة من الصمت قالت: " كنت حاسبة روحي ريحت حتى عاودت ولالي وتمشالي في العظم وأثر عليا بزاف حتى ما قدرتش نمشي خلاص هذي مدة شهرين راني بالكرسي المتحرك، صاي راني عارفة روحي غادي نموت صاي" ومن خلال الحديث مع الحالة تبين أنها تعاني من قلق الموت وذلك لخوفها من الموت حيث قالت: " الموت حق بصح راني خايفة على ولادي نموت ونخليهم كيفاه يعيشو بلا بيا وهو ما متعلقين بيا بزاف"

الإحباط النفسي الشديد بسبب هذا المرض أثر على نفسية الحالة إلا أنها تقبلت المرض نوعا ما وتحاول مقاومته بالإضافة إلى الإرهاق وأعراض اكتئابية بالإضافة إلى الضغوطات النفسية ومرورها بأحداث صادمة ك وفاة الأخ ثم بعد فترة زمنية موت الزوج كذلك وهنا كانت أكبر فاجعة لها.

ثم تابعت طرح الاسئلة عليها فسألتها كيف هي شهيتها ونومها فأجابت " كلشي تبدل عليا الرقاد ما ولاش يجيني ونبقى نخم ونعاود والماكلا ما وليت ناكل والو من ريحت منه وليت عادي في حياتي بصح مين عاود ولالي أثر عليا بزاف وليت نخاف بزاف نموت في أي لحظة، بكاء شديد توتر إنزعاج قلق شديد أبدته الحالة وهنا طرحت عليها من رغبتها في العلاج قالت:" يا بنتي درت وحد القوة كبيرة كنت نبغي نداوي كنت خايفا نموت لخاطر لافامي تاعي ماتت بيه لخاطر استهزات بروحها عليها خفت بزاف" بعدها سألتها كيف تتعاملين مع الأحداث المقلقة؟ فأجابت: " ما نجم نسمع والو كون غي واحد يبقى يصرخ نتقلق بزاف وممكن فليل يجيني كوايبس، في خطرات يجي في بالي صاي ما نقدر نتمشى للأبد أنا فيا وسواس وحساسية بصح ها لي جبتا في روحي وفي صحتي"

وبعدها قمت بقياس قبلي على الحالة لمقياس الموت لتمبلر فكانت النتائج مرتفعة جدا وبعدها قمت بتطبيق تقنية الاسترخاء التنفسي والتخيلي على الحالة كان في الأول هناك صعوبات لكنني استطعت في الأخير تجاوز الصعوبات بمساعدة وتفهم الحالة وفي الأخير وبعد مجهود طويل انخفضت حدة القلق الحالة وتوترها وخوفها من الموت وأصبحت تفكر بمنطق وإيجابية.

عرض نتائج تطبيق مقياس قلق الموت لتمبلر (قياس قبلي):

بعد تطبيق الاختبار على الحالة (ر) وجدت أن الحالة قد تحصلت على (15 درجة) وهي درجة مرتفعة تشير إلى وجود قلق الموت مرتفع وهذا ما قد لاحظته أثناء المقابلات بحيث كانت تتكلم عن الموت وخوفها منه بشكل مبالغ فيه وهذا ما أثر عليها نفسيا.

عرض نتائج الحالة قبل جلسات الاسترخاء:

- ارتفاع في شدة قلق الموت.
- اضطرابات النوم والأرق.
- توتر دائم وفقدان يومي للشهية.
- اضطرابات المزاج مختلط بين مشاعر الحزن والآلام في الجسم وإحساس بتعب دائم والصداع.
- فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي. (رفض الاتصال)
- الانسحاب الاجتماعي
- انقباض الصدر والشعور بالضيق.
- الشعور بالوحدة
- تصورات مقترنة بالموت.
- فقدان الاهتمام بالمستقبل.
- تصور سالب عن الذات

- الشعور بالخمول المستمر وانخفاض الدافعية والشعور بالاجهاد لأقل مجهود.
- انفعالات قوية (البكاء، الصراخ، البكاء بكثرة)

سير حصص الاسترخاء مع الحالة الثانية:

ملاحظات	التدريبات المبرمجة	التاريخ والمدة	الجلسات
- استعداد الحالة وتطبيق كل تعليماتي الموجهة إليها. - صعوبة في تطبيق تقنية التنفس.	- التعريف بتقنية الاسترخاء والتنفس - التدريب على تقنية الاسترخاء التنفسي	2021/05/23 من 9:15 إلى 10:15	المقابلة الخامسة أجريت بقاعة مخصصة من طرف ومساعدة الأخصائية المشرفة علي
- تنفس صحيح - هناك بعض صعوبات في إرخاء عضلات البطن	- محاولة ثانية لتطبيق تقنية الاسترخاء التنفسي - التفريق بين الشد والإرخاء في عضلة البطن.	2021/05/25 من 14:10 إلى 15:05	المقابلة السادسة أجريت بمنزل الحالة حيث خصصت غرفة لتطبيق التقنية خالية من الإزعاج
- تنفس جيد وصحيح - تطبيق التقنية بشكل صحيح - الشعور بالراحة والارتياح للحالة	- تقنية شد العضلة 5 ثواني وإرخائها 10 ثواني	2021/05/26 من 13:10 إلى 13:55	المقابلة السابعة أجريت بمنزل الحالة
تحسن واضح على الحالة وقد تجاوزت معي بشكل جيد وصرحت لي أنها تنتظر لقائي بفارغ الصبر	- تطبيق تقنية الاسترخاء التخلي	2021/05/28 من 09:20 إلى 10:30	المقابلة الثامنة أجريت بقاعة بالمشفى
انخفاض القلق والتوتر والخوف من الموت لدى الحالة	- تطبيق القياس البعدي لمقياس قلق الموت	2021/05/29 من 09:00 إلى 09:30	المقابلة التاسعة أجريت بمنزل الحالة
تحسن جيد لدى الحالة	- حصة ختامية مع الحالة وتقديم بعض النصائح للتعايش مع المرض	2021/05/30 من 13:30 إلى 14:05	المقابلة العاشرة أجريت بمنزل الحالة

جدول رقم 4 يمثل جلسات الاسترخاء مع الحالة الثانية

عرض نتائج تطبيق مقياس قلق الموت لتلمبر (قياس بعدي على الحالة):

لاحظت انخفاض في حدة قلق الموت وهذا ما أثبتته مقياس قلق الموت لتلمبر حيث تحصلت الحالة

على (07 درجة) تشير إلى وجود قلق موت متوسط.

عرض نتائج الحالة الثانية بعد جلسات الاسترخاء:

- انخفاض في مستوى قلق الموت حيث اختفت تلك التصورات المقترنة بفكرة الموت.

- تحسن المزاج الاكتئابي.
- الاهتمام بالعالم الخارجي والعودة إلى النشاط والحيوية.
- زوال أعراض فقدان الشهية واختفاء اضطرابات النوم.
- إختفاء أعراض التوتر والتصور السلبي عن الذات.
- الشعور بالراحة النفسية وزوال الصداع والتعب.

ملخص المقابلات مع الحاليتين:

جدول رقم 5 يوضح النتائج العامة للمقابلة النفسية مع الحاليتين

محتوى المقابلات الحالات	الجانب الأسري	الجانب النفسي	الجانب الاجتماعي
الحالة 1	- تقبل العائلة للمرض - اهتمام ودعم كبير من طرف العائلة - أوضاع اقتصادية جيدة - جو عائلي مستقر - طلاق بعد الإصابة	- قلق وتوتر شديد - عزلة وانطواء - حالة نفسية سيئة - إكتئاب حاد - خوف من الموت	- عدم القدرة على مواجهة الأقارب البعيدة والجيران - انقطاع الاتصال مع العائلة القريبة والبقاء بمفردها
الحالة 2	- تقبل واهتمام من طرف العائلة - جو عائلي مضطرب - وفاة الزوج - تفكك أسري - أوضاع متردية	- توتر وإجهاد - تعب نفسي - إحباط - قلق شديد وخوف - اكتئاب	- عدم القدرة على التصريح بالمرض ومواجهة الآخرين من غير الأبناء فقط - خوف اجتماعي

من خلال الجدول الذي يوضح النتائج العامة للمقابلة النفسية للحاليتين نلاحظ أن الحالة الأولى وفي المحور الذي يخص الجانب الأسري كان هناك تقبل من طرف العائلة أما الزوج كان هناك رفض جاء على شكل عدم التقبل مما أدى إلى نقل الحالة إلى أسرتها مصرحا على عدم القدرة على علاجها وبعد مدة من العلاج الكيماوي طلقها، في مقابل ذلك ومع مرور الزمن وتطور المرض حظيت الحالة الأولى باهتمام كبير من العائلة ودعم مادي مما أدى إلى جو عائلي مستقر عكس الحالة الثانية التي كانت تعيش جو عائلي مضطرب خاصة بعد وفاة الزوج مما أدى إلى تفكك أسري، هذا لا ينفي تقبل المرض والاهتمام من الأبناء والعائلة بعد وفاة الزوج.

أما الجانب النفسي للحالة الأولى فقد دل على جملة من الاضطرابات النفسية أهمها القلق الشديد والتوتر والخوف من الموت والعزلة والانطوائية بالإضافة إلى تغيير في السلوكات الغريزية كفقدان الشهية التام والأرق والمزاج المتقلب، مما أدى بالحالة الأولى إلى الاكتئاب خاصة بعد الطلاق وصل إلى اكتئاب حاد.

والأمر نفسه بالنسبة للحالة الثانية صدمة عند تلقيها الخبر وصاحبته الدهشة وقلق وانفعالات قوية بالإضافة إلى المزاج الاكتئابي المختلط مع مشاعر الحزن والآلام والشعور بالوحدة وفقدان الشهية وصداع وتعب واضطراب في النوم خاصة الخوف من الموت.

أما المحور الاجتماعي للحالة الأولى تمثل في انقطاع الإتصال تماما بالآخرين وتحول إلى عزلة مخيفة وكذلك عدم القدرة على مواجهة الأقارب والتصريح بالمرض تفاديا للكلام الغير اللائق منهم وهذا في نظرتها بالإضافة إلى الصرعات النفسية خاصة بعد الطلاق وهي في وضعية حرجة.

أما الحالة الثانية فعانت بالشعور بالوحدة والانسحاب الاجتماعي وكذلك فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي والرفض التام في الاتصال مع الأقارب وعدم التصريح بالمرض خوفا من الشفقة والتعاطف الزائد عن حده إضافة إلى تساقط شعرها وهذا ما جعلها تقتصر في علاقاتها الاجتماعية على المقربين فقط.

الفصل السابع

" مناقشة نتائج فرضيات الدراسة "

مناقشة نتائج فرضيات الدراسة:

هدف البحث الحالي إلى قياس مدى فاعلية تقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي، حيث طبقت التقنيات المخاطرة (الاسترخاء التنفسي والتخيلي) وأثبتت فاعليتها من خلال النتائج المتحصل في القياس القبلي والبعدي لمقياس قلق الموت، الذي أثبت تحقق فرضيات من خلال الدرجات المتحصل عليها لحالات البحث، ومنه تتطرق الباحثة لمناقشة وتحليل نتائج هذه الفرضيات ومواصفات أفراد معينة والدراسات السابقة.

مناقشة نتائج الفرضية العامة:

إن الفرضية العامة القائلة: أن توجد فاعلية لتقنية الاسترخاء في تخفيف من حدة قلق الموت لدى النساء المصابات بسرطان الثدي.

من أجل اختبار صحة الفرضية العامة، قامت الباحثة بدراسة حالتين مصابتين بسرطان الثدي، بحيث من خلال المقابلات والملاحظات، اتضح أن تقنية الاسترخاء لها دور فعال في التخفيف من حدة قلق الموت، وفي هذا الصدد أوضح هارون الرشيدى 1999 بأن الاسترخاء يعتبر فعال على مستوى النفس-جسمي، كما يمكن للدور الفعال للاسترخاء في تقليل الاستثارة المرتبطة بالضغط النفسية، ويضيف هارون بأن تطبيق مهارة الاسترخاء يوميا يقلل إلى حد كبير من التأثيرات السلبية لهذه الضغوط ويجعل الفرد قادرا على التحكم فيها، وهناك كذلك دراسة كارل سيمونتو 1970 أول من أثبت أهمية الاسترخاء والتطور الايجابي على الدماغ والجهاز المناعي وقد وضع العلاقة بين السرطان والاسترخاء ومدى فعاليته في التطور الايجابي من أجل القدرة على التأثير على الذهن المريض الذي يؤدي إلى الراحة النفسية. وبالتالي الاسترخاء هو تقنية أكثر ملائمة بحيث يساعد في خفض من التوتر وقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي.

وعليه نقول أن الفرضية العامة تحققت بحيث توجد فاعلية لتقنية الاسترخاء في تخفيف من حدة قلق الموت لدى النساء المصابات بسرطان الثدي.

مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تنص هذه الفرضية على ما يلي: لدى المصابات بسرطان الثدي درجة عالية من قلق الموت .
من أجل اختبار صحة الفرضية الجزئية الأولى قامت الباحثة بعرض النتائج الحالتين في جدول الجدول رقم (6) يوضح نتائج الحالتين على مقياس قلق الموت قبل وبعد تطبيق التقنية العلاجية :

درجة قلق الموت		الحالات
القياس البعدي	القياس القبلي	
8	13	1
7	15	2

يوضح الجدول (6) أن الحالة الأولى تحصلت على الدرجة 13 درجة والتي تبين مفتاح التصحيح على أنها درجة مرتفعة، أما الحالة الثانية فوصلت إلى الدرجة 15 ما يشير إلى ارتفاع مستوى قلق الموت.

ومن الدراسات السابقة حول سرطان الثدي نجد دراسة وينجات 1993 توصل إلى أن من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى مرض أورام الثدي السرطانية قلق الموت، أضافت دراسة سينهاونيجان على عينة من مرضى أورام الثدي، السرطانية قوامها 125 مريضاً تتراوح أعمارهم من 30 إلى 60 سنة.

أن المشتقة الإنفعالية المرتفعة لدى مرضى أورام الثدي تعد منبهاً فعالاً بارتفاع قلق الموت لديهم (خديجة، 2018، ص5).

وعليه من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه وكذلك استنتاج نقول أن تحققت بحيث المقابلات لدى المصابات بالسرطان الثدي درجة مرتفعة من قلق الموت.

مناقشة نتائج الجزئية الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على ما يلي: توجد فاعلية لتقنية الاسترخاء في تخفيف العزلة والانسحاب وتجنب الآخر كعرض مصاحب قلق الموت عند مرضى سرطان الثدي.

من أجل اختبار صحة الفرضية الجزئية الثانية قامت الباحثة على مناقشة هذه الفرضية بناء على ضوء ما تم عرضه من نتائج يمكن القول أن تقنية الاسترخاء التنفسي والتخيلي أدت إلى إحداث تغيير مستوى قلق الموت وكذلك تخفيف وزوال العزلة والانسحاب كعرض مصاحب لقلق الموت بعد تطبيق تقنية الاسترخاء حيث أدت إلى تغيير على مستوى العلاقات الاجتماعية وهذا يدل على نقص ملحوظ على مستوى العلاقات الاجتماعية مما يؤكد على نجاح التقنية العلاجية حيث أن المرضى عدلوا من تفكيرهم وافترساتهم واعتقاداتهم حول قلق الموت وهذه النتيجة تؤكد ما توصلت إليه الدراسات السابقة والدراسة الحالية التي أظهرت نتائجها فاعلية تقنية الاسترخاء في التخفيف من العزلة والانسحاب وتجنب الآخر كعرض مصاحب لقلق الموت، وفي هذا الصدد أوضح دراسة أرنتر (2003) أن فنية التدريب على

الاسترخاء أظهرت تحسنا أفضل من العلاج لمعرفي السلوكي وفي فترة قصيرة جدا (أمال، 2018، ص 10).

بالتالي نقول أن الفرضية الجزئية الثانية تحققت بحيث أن توجد فاعلية لتقنية الاسترخاء في تخفيف العزلة والانسحاب وتجنب الآخر كعرض مصاحب قلق الموت عند مرضى سرطان الثدي

مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على أنه توجد فاعلية لتقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة قلق الموت لدى مرضى سرطان الثدي وتعديل اضطرابات مزاجهم.

في ضوء ما تم عرضه من نتائج يمكن القول أن تقنية الاسترخاء أدت إلى تحسن في تخفيف من حدة قلق الموت وتعديل مزاج اضطرابات مزاج حالات الدراسة وما يدل على ذلك نتائج القياس البعدي لمقياس قلق لموت (جدول رقم 6) ، إذ هدفت هذه التقنية إلى تحسين مزاج المريض وجعله أكثر حيوية ونشاط، وهذا ما سعت إليه الباحثة هو تغيير شخصية المريضة والتخفيف من آلامها ومعاناتها النفسية ومن الفنيات التي أثبتت فعاليتها في الدراسة هي الاسترخاء التنفسي والاسترخاء التخيلي حيث مكنت المصابة أن تسترخي وترتاح دون أن يكون قلقا أو تفكير في شيء مقلق وهذا ما إتفقت عليه دراسة أمثال الحويلة وأحمد محمد عبد الخالق (2002) التي هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية التدريب على الاسترخاء في خفض مستوى القلق وأوضحت نتائج الدراسة وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي وهذه النتيجة تؤكد ما وصلت إليه نتائج الدراسات السابقة والدراسة الحالية (بوسى، 2018، 11)

بالتالي نقول أن الفرضية الجزئية الثالثة تحققت بحيث أن توجد فاعلية لتقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة قلق الموت لدى مرضى سرطان الثدي وتعديل اضطرابات مزاجهم

مناقشة عامة لفرضيات الدراسة:

كمناقشة عامة لكل هذه الفرضيات وإنطلاقا من جميع النتائج المتحصل عليها من خلال التطبيق القبلي والبعدي لمقياس قلق الموت على الحالتين المصابة بسرطان الثدي وإنطلاقا من الفرضية العامة المطروحة توجد فاعلية لتقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة قلق الموت لدى النساء المصابات بسرطان الثدي يمكننا القول:

أن التقنية العلاجية للاسترخاء التخيلي والتنفسي الذي تم تطبيقها على الحالتين قد أحرزت نتائج ذات أثر إيجابي وأبرز فاعليته بشكل كبير ويرجع هذا النجاح إلى: حرص الباحثة على كسب ثقة المرضى وخل

جو من الود والتفاهم معهم، إضافة إلى الأسس التي إعتمدت عليها في التطبيق وكيفية التعامل مع هذه الشريحة من المجتمع ومساعدتها في تخفيف من إضطراباتنا النفسية والجسدية.

الخاتمة:

بناء على ما توصلت إليه الباحثة من خلال الدراسة التي تم التطرق إليها بجانبها النظري والميداني، بعد تحليل نتائجها وربطها بالمقابلات العيادية والدراسات السابقة، كان لنا أن نتحقق من فرضيات البحث كالاتي: تبيان وإثبات صحة الفرضية الأولى التي تنص على ما يلي: لدى المصابات بسرطان الثدي درجة عالية من قلق لموت، وإثبات الفرضية الثانية التي تنص أنه توجد فاعلية لتقنية الاسترخاء في تخفيف العزلة والإنسحاب وتجنب الآخر كعرض مصاحب لقلق الموت لدى مرضى سرطان الثدي، كذلك إثبات صحة الفرضية الثالثة التي تنص على أنه توجد فاعلية لتقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة قلق الموت لدى مرضى السرطان وتعديل اضطرابات مزاجهم.

وفي ختام هذه الدراسة المتواضعة لا يسعنا إلا أن تكون إضافة إلى جملة الدراسات السابقة وأن تساهم في إثراء معلومات الطالب المتمدرس في علم النفس العيادي.

توصيات واقتراحات:

- تزويد المؤسسات الإستشفائية العمومية بالأخصائيين النفسانيين.
- زيادة مراكز مكافحة السرطان وتوعية بالآثار النفسية الناجمة منه.
- الاهتمام بالمرضى المصابين بسرطان الثدي وتقديم الدعم النفسي لهم والمتابعة المستمرة.
- تنظيم محاضرات في التقنيات العلاجية وإجراء دورات تكوينية وأيام دراسية حول أهمية المتابعة النفسية لمرضى السرطان.
- التشجيع على الازدواجية العلاجية بالتكفل في مثل هذه الفئة (سرطان الثدي) ونقصد بها التكفل (الطبي والنفسي).
- إجراء دراسة حول تأثير الاسترخاء على متغيرات أخرى.
- إقامة الندوات والمؤتمرات العلمية التي تهتم بقضايا الطالب الجامعي.
- توعية المرأة عن أهمية الكشف المبكر لتجنب مضاعفات المرض وخطورته.
- توعية الأسرة والمجتمع وخاصة الزوج إذ وجد بخطورة المرض وأثره على نفسية المريضة.
- ضرورة إنشاء جمعيات تهتم بمرض السرطان بكل أنواعه في كامل التراب الوطني، من أجل مساعدة المرضى في حل مشاكلهم المختلفة أهمها النفسية والمادية خاصة للطبقة المعوزة.

قائمة

المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

1. فيصل محمد خير الزراد، الأمراض النفسية جسدية ، دار النفاش، بيروت، طبعة أولى، 1420هـ، 2000م.
2. أبو عوض سليم، التوافق النفسي للمسنين بـ (2007)، دار أسامة للنشر، الأردن.
3. أحمد يحي عبد المنعم، (2014)، المكتب العربي للمعارف، القاهرة، الطبعة الأولى، كتاب قلق الموت من السرطان .
4. اديب محمد الخالدي الصحة النفسية، ، الطبعة الأولى، (2009) ، دار وائل النشر، العراق
5. أديب محمد الخالدي، علم النفس الأكلينيكي في التدخل العلاجي ، عمان، دار المسيرة، الطبعة الاولى، عمان، (2015)
6. أريج خليل محمد القيق، قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة المسنين، (2016) ، مذكرة تخرج ماستر، تخصص الصحة النفسية والمجتمعية، الجامعة الإسلامية، غزة.
7. أسامة كامل راتب، النشاط البدني والاسترخاء مدخل لمواجهة الضغوط وتحسين نوعية الحياة، 2004، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
8. أشرف محمد عبد الغني شريت ،محمد السي حلاوة، الصحة النفسية بين النظرية والتحقيق (2003)، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية. ب ط.
9. إعداد كلية الدراسات العليا في الصحة ولاية سان دييجو، (2016)، دليل المرأة نحو علاج سرطان الثدي، دار النشر قسم خدمات الرعاية الصحية بالكاليفورنيا.
10. أنثى شكسيك، الأمراض النفسية والعلاج النفسي، ط1ن، دار الشروق، عمان، 2009
11. آية قواجلية، (2012-2013) قلق الموت لدى الراشد المصاب بسرطان الثدي، دراسة ميدانية، لمركز مكافحة السرطان بولاية، باتنة مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم نفس عيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
12. بشير معمريّة، (2007) بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء الرابع، منشورات الحبر الجزائر.

13. بن خليفة مريم، 2018، مذكرة أثر الصلابة النفسية على قلق الموت لدى مصابات بالسرطان، تخصص علم النفس عيادي والصحة العقلية، ماستر
14. بن عكى أميرة، (2009)، إنعكاسات أساليب الاسترخاء والتصور الذهني على الأداء الرياضي لدى رياضي الكاراتيه دو، رسالة ماجستير، التربية البدنية والرياضية، الجزائر.
15. بولا حريقة، علاج مريضة سرطان الثدي جزء كبير منه نفسي.
16. حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، الطبعة الثالثة (1997) .
17. حنان شقراني وياسمين رافع الكركي، (2015)، الدعم الإجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد12، العدد 01، الأردن.
18. خميس محمد سليم، (2011) ، الاسترخاء كألية لإحتواء القلق النفسي لدى مرضى الربو قسم علم النفس، جامعة ورقلة، الجزائر.
19. دافيد شيهان، ترجمة عزت شعلان، (1998) مرض القلق، (ط1) الكويت، عالم المعرفة
20. دعائم صحة الفرد النفسية ، محمد السيد هابط، (1987) ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، دون طبعة .
21. ديانا هيلز، روبرت هيلز، العناية بالعقل والنفس، 1999، الطبعة الأولى، الدار العربية للعلوم، بيروت لبنان .
22. رابح أحمد عزة (1994) ، أصول علم النفس، مكتب المصري الحديث، الإسكندرية.
23. رزقي رشيد(2019)، بناء وتجريب مدى فعالية برنامج التكفل النفسي بمرض القصور الكلوي المزمن، دراسة عيادية تجريبية بولاية باتنة، شهادة دكتوراه تخصص علي ذعيادي
24. رشيد حميد زغير، (2016)، علم النفس العيادي، دار أسامة للنشر، الأردن، عمان الطبعة الأولى.
25. رقية فيصل خليل، (2011)، هندسة العقل الباطن خفيا وأسرار، الطبعة الأولى، دار البداية، عمان
26. ريم عوض محمد الشهري، الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى القلب، ، 2019، مجلة البحث العلمي في التربية، العدد العشرون (ج10) تخصص الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة الطائف.
27. زتشي عبد الحفيظ، السفرولوجيا كتقنية جديدة للتخفيف من قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، المجلد1، العدد2، جوان (2013)، جامعة الجزائر(2).
28. زروالي لطيفة،(2014)، علم النفس المرضى للراشد، منشورات دار الأديب، الجزائر ذ.ط.

29. زلوف منيرة، دراسة تحليلية للإستجابة الإكتئابية عند المصابات بسرطان الثدي، دون طبعة، دار هومة، (2014)، الجزائر
30. سامي محمد ملحم، (2007)، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، طبعة الخامسة، دار المسيرة، عمان.
31. سعاد وردة، (2009)، سرطان الثدي وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي، مذكرة ماجستير تخصص علم النفس العيادي، جامعة الجزائر2.
32. سميح نجيب الخوري، (1999)، دليل المرأة في حملها لأمراضها، ط1، دار الأفاق للنشر، الأردن
33. شروق خير عوض، قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلق في منظمة عكا، تخصص علم النفس الإرشادي والتربوي، (2009)، جامعة اليرموك، عمان.
34. الشيباني، عمر تومي، (1999)، مناهج البحث الإسلامي، طرابلس، الشركة العامة للنشر والتوزيع.
35. طه عبد العظيم حسين، استراتيجيات تعديل السلوك، ، 2008، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، ذ.ط.
36. عبد الباسط متولي، (2014)، أدوات البحث العلمي وخطة إعداده، دار الكتاب الحديث، طبعة1، القاهرة.
37. عبد الرحمان العيسوي، العلاج النفسي، دار الرتب الجامعة، لبنان، (1997)، ص152.
38. عبد الرحمان سيد سليمان، (2011)، المخاوف الاكتساب والعلاج، ط1، القاهرة.
39. عبد الله يوسف أبو زعيزع، الإتجاهات النظرية في الإرشاد والعلاج النفسي، (2013)، الطبعة الأولى، زمزم للنشر والتوزيع، الأردن.
40. عبد المنعم حنفي، (1999)، موسوعة الطب النفسي، ط2، مكتب مديولي، مصر
41. عروج فضيلة، 2017، دراسة عيادية لحالة إجهاد وما بعد الصدمة لدى العازبات مبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان، تحت إشراف أحمد زين، مذكرة دكتورة
42. عطوف محمود ياسين، (1981)، علم النفس العيادي، دار العلم للملايين، بيروت.
43. علاوي محمد حسن، (2002)، علم النفس التدريب والمنافسة الرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة.
44. علي عسكر، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، (2003)، دار الكتاب الحديث، الطبعة الثالثة، الكويت.
45. علي هادي جبرين، (2010)، أساسيات البحث ومشاريع التخرج وكتابة التقارير في الإدارة، دار الصفاء، طبعة1، عمان.

46. عمار نبيلة، الإكتئاب لدى نساء المتزوجات المصابات بسرطان الثدي اللواتي يترواح أعمارهم ما بين 24-35، تخصص علم نفس عيادي، جامعة العقيد، البويرة
47. عماري حنان (2013) قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي دراسة عيادين لثلاث حالات بمركز مكافحة السرطان، باتنة
48. فاروق عثمان، (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة. ذ.ط
49. فطيمة دبراسو، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي.
50. فواز فتح الله الزامني، الاضطرابات السلوكية، (2007)، دار الكتاب الجامعي، لجنة التعريب والترجمة، غزة فلسطين.
51. فيصل محمد خير الزراد، محمد علي عيسى سعد، تعديل السلوك المبادئ والإجراءات، ط1، دار الفكر، عمان، (2014).
52. قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، تخصص علم النفس عيادي، (2013).
53. كايد عبد الحق، ذوقان عبيدات، عبد الرحمان عدس، (2005)، البحث العلمي، دار الفكر، الطبعة التاسعة، عمان.
54. مايك ديكسون، سرطان الثدي، (2013)، الطبعة الأولى، المجلة العربية، مكتب فهد الوطنية، الرياض
55. مباركي اسماء (2015) قلق الموت عند الراشد الصاب بالقصور الكلوي المزمن دراسة إكلينيكية لثلاث حالات بالمؤسسة العمومية إستشفائية ابن زهر، قالمة (رسالة ماجستير)، جامعة محمدخضير، بسكرة، الجزائر...
56. مجدي أحمد عبد الله، الطب النفسي للأطفال بين النظرية والتطبيق، (2008)، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
57. محمد أحمد النابلسي، مبادئ العلاج النفسي ومدارسه، (1991)، ط1، دار النهضة العربية، بيروت.
58. محمد الصيرفي، الضغط و أساليب معالجة القلق الإرادي، مؤسسة حورس الدولية، (2008)، الإسكندرية.
59. محمد العربي، التدريب العقلي في المجال الرياضي، شمعون، ، مركز الكتاب للنشر، الطبعة الأولى، القاهرة، سنة (1996).
60. محمد حمدي الحجار، فن العلاج في لطب النفسي السلوكي، دار العلم للملايين، بيروت، ط1، 1990، ص185.
61. محمد عبد الخالق أحمد، (1987) قلق الموت، (ط) الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون

62. محمد ناجح لأغير، (1999)، الأمراض المناعية، المجتمع الثقافي لنشر، ط1، ابو ظبي .
63. محمود ضحى عادل (2015)، قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن ،أهداف الحياة والنزعه الإستهلاكية، مجلة الإسناد.
64. مطيع رنيف سليمان، الأمراض النفسية المعاصرة، ط1، دار النفاس، بيروت، (2001).
65. ملهب فاطمة، لوافي سامية،(2011)، قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي مستغانم، المنجد الأبجدي، طبعة خامسة، دار المشرق، لبنان.
66. المنجد الأبجدي، طبعة الخامسة دار المشرق ش.م.م بيروت.
67. ناصر خديجة، مذكرة فاعلية الإسترخاء في بتقبل الصورة الجسمية والخفض من حدة القلق لدى مريضات سرطان الثدي أحادي البئر، ، (2018) ، شهادة الماستر، كلية العلوم الإنسانية وإج، شعبة علم النفس.
68. نظام ابو حجلة الطب النفسي التشخيص والعلاج، ، دون سنة وطبعة، الجامعة الأردنية، كلية الطب، دار زهران للنشر، الأردن
69. وقاد سمية، دور العلاج النفسي الجماعي وتقنية الاسترخاء في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات، 2014، رسالة ماستر، تخصص علم النفس العيادي والباتولوجي.
70. يشيلي تايلور ، علم النفس الصحة، ، (2008)، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
71. يوسف الشرفاء،(2008) ، الوقاية من الأمراض السرطان للتخلص من سموم الجسم، الطبعة الأولى، دار الثقافة، الأردن
72. يوسف آمال، فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف قلق الموت لدى مرضى السرطان، ، علم النفس الاكلينيكي، جامعة العربي بن مهدي، أم البواقي، (2018)، شعبة علم إج.
73. يوسف محمد عامر، الشيخ (2009) العلاج الهرموني لسرطان الثدي، الطبعة الأولى، دار الفرقد للطباعة، سورية ودمشق

مراجع بالفرنسية:

1. La rousse medical, 1999, libraire la russe, paris, France, 1eme ed.
2. Kabel.A.M, borak.F.H, (2015), breast Cancer, insights into risk, factors, pathogene sis. diognousis and manamement, J , Cancer Res treat, 3(2), 28,33.

3. La robert, (2008), le nouveaueur de la longe fraoçase , eyrolles pans, duraud de bousi ngen, (1971), la relaxation Quesais je presses université France, pars.
4. Bannour, I, buriki, R, Zrari, F, la hmoul.T, Homchi, H, Kommouwn, belajosie la.s.et al, (2018), brease Cancer in the maghreb, tunis med,96,(10-11).
5. Howlader.N. Novme, A, krape ho, M, cancer, (1975) (2017), previous version. Seer cancer stat sties, review le (03/5/2020).

قائمة الملاحق

الملحق رقم (1) : دليل المقابلة:

محاورة المقابلة:

- المحور الأول : المعلومات الشخصية:

الإسم:

السن:

المستوى الدراسي:

الحالة الإجتماعية:

المستوى المعيشي:

عدد أفراد الأسرة:

عدد الأخوة:

الترتيب بين الأخوة:

الحالة المدنية للوالدين:

نوع الاضطراب:

المحور الثاني: الإصابة بالمرض

1. مدة إصابتك بالمرض؟
2. كيف بدأ المرض؟
3. كيف كانت ردة فعلك لما تلقيتني خبر مرضك؟
4. ما أول شيء فكرت به؟
5. من ساندك في مرضك؟
6. ما كانت معلوماتك حول هذا المرض، قل قمت بسؤال الطبيب؟
7. كيف تحسني نفسك بعد ما تابعتني العلاج الكيماوي؟
8. شكون لي قريب ليك في العائلة؟
9. كيف هي علاقتك بالجيران؟
10. تتقلقي من الناس يسقسوك على المرض؟
11. هل لديك صعوبات في القيام ببعض الأعمال المنزلية؟
12. هل نومك عادي؟

13. كيف هي شهيتك وهل تغيرت بعدد الإصابة؟
14. هل لاحظت تغيير في حياتك بعد وقبل الإصابة؟
15. هل تفضلين البقاء لوحده أم مع العائلة؟
16. كيف هي رغبتك في العلاج؟

المحور الثالث: الحالة النفسية:

1. هل لديك مخاوف؟
2. هل لديك إحساس بالذنب؟
3. إذا مرت عليك أحداث مؤلمة في حياتك هل بإمكانك أن تحكي عنها؟
4. كيف تتعاملين مع الأحداث المقلقة؟
5. هل تعانين من كوابيس ليلية؟
6. هل تخافين من الموت؟
7. هل تخطر في بالك فكرة الموت الدائم؟
8. هل تتضايقين عندما الناس يتكلمون عن الموت؟

الملحق رقم(2): الشروط التي يجب أن تتوفر في المعالج قبل البدء في الاسترخاء:

- الرغبة في الاسترخاء ومحاولة مساعدة المعالج على إنجاح تطبيق الاسترخاء وبالتالي الحصول على نتائج إيجابية، خفض التوتر مثلاً.
- توفر درجة من التركيز النفسي الداخلي
- سليم من الأمراض العقلية.
- الهدوء الجسمي والامتناع عن الحركة.
- يجب على المفحوص أن يذهب إلى دورة المياه قبل بدأ الجلسة تفادياً لأي تعطيل في العلاج الاسترخائي.
- يجب خلع الحذاء، كما يجب أن يتم ترخيته جميع الملابس وخلع أي شيء ثقيل خاصة عن منطقة الرقبة والوسط.
- يجب أن لا تعقد الجلسة مباشرة بعد تناول الوجبات، لأن هذا من شأنه أن يبطأ عمل الجهاز الهضمي

الملحق رقم (3): تمارين الاسترخاء التنفسي:

1. خذ نفسا عميقا وأبقه في صدرك لبعض الوقت (1.2.3) أرخ عضلات بطنك ودعها تتمدد وتمتلئ بالهواء...

2. اخرج الهواء تدريجيا من صدرك وعد في ذهنك إلى 5 .

3. 5...4...3...2...1

4. الآن كرر العملية مرة أخرى شهيق 30 ثانية زفير أحسب 5 .

5. خذ استراحة 1..2..3 أعد الكرة مرة أخرى

6. تتابع هذا التمرين حوالي 8 مرات حسب الحالة (عندما يشعر بأن رأسه ثقل نوعا ما)

7. هذا التمرين يمنحك نوعا من الطاقة لاحقا، نتيجة تشبع الخلايا بالأكسجين

يستحسن القيام به صباحا

الملحق رقم(4): تمارين الاسترخاء التخيلي:

- إغمض عينيك....
- خذ نفسا عميقا.....حافظ على تنفس هادئ واسترخي
- فكر في مكان تشعر فيه بالأمن والراحة النفسية....إبحث في ذاكرتك عن مكان تشعر فيه بالراحة النفسية
- عندما تجد هذا المكان أعط إشارة بطرف إصبعك
- (عند الإشارة)
- حسنا... تخيل هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمن والراحة النفسية
- في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمن والراحة النفسية تسمع أصواتا مختلفة ركز على هذا الصوت
- في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمن والراحة النفسية قد تشم روائح مختلفة ركز على هذا الشعور
- في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمن والراحة النفسية قد تستشعر بطعم ما ركز فيها لتستشعر هذا الطعام
- في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمن والراحة النفسية تحس بلمس يشعرك بالأمن والراحة ركز في هذا الملمس
- في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمن والراحة النفسية ترى أشخاص تتحرك ركز مع هذه الحركة
- في هذا المكان الذي تشعر فيه بالأمن والراحة النفسية ترى أشياء تشعرك بالراحة والأمن
- تسمع أصوات تشعرك بالأمن والراحة
- تشم روائح تشعرك بالأمن والراحة
- تتذوق طعم يشعرك بالأمن والراحة
- تحس بلمس يشعرك بالأمن والراحة
- تتابع حركة تشعرك بالأمن والراحة
- ركز حواسك جميعا في تخيل هذا المكان سينتابك شعور جميل حاول أن تركز هذا الشعور في جزء من جسمك..... أشر بأصبعك إلى هذا المكان ..دع هذا الشعور يمتد شيئا فشيئا إلى كل أطراف جسمك.
- ركز في هذا الشعور وإجعله يكبر ويزيد مع كل نفس يدخل ... يكبر ويزيد تابع التنفس
- إستمتع بهذه الوضعية وعندما تحس أنك أكتفيت خذ نفسا عميقا وإفتح عينيك تدريجيا
- ما بعد التمرين
- أعط إسم لهذا المكان الآمن
- الأشياء، الروائح، الأصوات، الملمس، الأذواق، الحركة

- صف شعورك، أعطه إسما

الملحق رقم(5): مقياس قلق الموت ل "دونالد تمبلر"

الجنس:

السن:

- التعليم:

1. إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير، ضع دائرة حول (ص)
2. إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير، ضع دائرة حول (خ)

عبارات الاختبار:

خ	ص	1- أخاف كثيرا من الموت
خ	ص	2- نادرا ما تخطر لي فكرة الموت
خ	ص	3- لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت
خ	ص	4- لا تخاف أن تجري عملية جراحية
خ	ص	5- لا أخاف إطلاقا من الموت
خ	ص	6- لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص
خ	ص	7- لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت
خ	ص	8- أتضايق كثيرا مع مرور الوقت
خ	ص	9- أخشى أن أموت موتا مؤلما
خ	ص	10- إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا
خ	ص	11- أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية
خ	ص	12- كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا
خ	ص	13- أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة
خ	ص	14- يزعجني منظر جسد ميت
خ	ص	15- أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني