وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران 2
كليّة العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و الأطوفونيا

التخصص :علم النفس العيادي و الشواذ

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي و الشواذ

تأثير قلق الموت على مريض السرطان عند الانتكاسة

من اعداد :

بلغيت كريمة

تحت اشراف :

أ. طالب سوسن

السنـــة 2017- 2018

بسم الله الرحمن الرحيم

دعـــــــــاء

الحمد لله الذي بعزته و جلالته تتم الصالحات

الله اني اسألك الثبات في الامر ، و أسألك عزيمة الرشد ، و أسألك شكر نعمتك و حسن عبادتك.

و أسألك لسانا صادقا ، و قلبا سليما

و أعوذ بك من شر مال تعلم و أسألك من خير ما تعلم و استغفرك مما تعلم انك علام الغيوب

اللهم أعنا على ذكرك و شكرك و حسن عبادتك

اللهم اجعلني صبورا و اجعلني شكورا اللهم اجعلني في عيني صغيرا و في عين الناس كبيرا

اللهم اني أعوذ بك من علم لا ينفع و قلب لا يخشع و دعاء لا يسمع نفس لا تشبع

اللهم اني أعوذ بك من شر ما عملت و من شر ما أعمل

اللهم اغفر لي ذنوبي و خطيئتي و عمدي.

الإهـــداء

الى روح القلب ، و نبض الحنان ، الى بلسم جراحي من صبرت و كافحت معي في هذه الحياة الى أعظم انسانة في حياتي

" والدتي الحبيبة " و التي اتمنى من الله عز وجل ان يرزقها الشفاء و العافية .

الى من سار معي منذ بداية الطريق حتى هذه اللحظة و كان دافعا لي لكل نجاح ،

الى من بذل كل غال و نفيس ليسعدني في هذه الحياة ، الى مصدر الامان و راحة البال " والدي الحبيب " الى اللذين امر الله ببرهما و طاعتهما فقال جلا و علا : " و أخفض لهما جناح الذل من الرحمة ، و قل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا ". ***(الاسراء 24)***

الى والدي الكريمين ....

الى اختي حبيبتي ***" نزيهة "*** ، الى من ساندتني في التقدم العلمي الذي وصلت له بتوفيق من الله ، ثم بفضلها .

الى اختي العزيزة ....

الى الغد المشرق باذن الله الى فلذة كبدي ، ابنتي ***"جمانـــة"*** ، الى التي اردت ان اتقدم في الحياة و أرتقي لأجلها.

أهدي هذا العمل المتواضع الذي اسأل فيه الصواب أن يكون نافعا لي و لغيري من الطلاب و طالبات العلم و لكل من أطلع عليها ، و لا أنسى بالتوفيق للأصدقاء المخلصين انشاء الله.

خاشعي نورة ، الوافي خيرة ، حاجي منصورية و قسم السنة الثانية ماستر

علم النفس العيادي و الشواذ.

الشكـــــر

الحمد لله رب العالمين، وصلي على سيدنا محمد وعلى أله وصحبه أجمعين.... وبعد .

أشكر أولا و أخيرا الله سبحانه و تعالى على نعمته العظيمة،

و أحمده على فضله علي إتمام الدراسة و أرجوا الله أن ينفع بها كل من يطلع عليها

و يسريني أن أتقدم بأوفر و أبلغ معاني الشكر لكل من ساعدني في إعداد هذا العمل ،و أخص بالذكر الأستاذة الكريمة و المشرفة " طـالب سوسـن " على قبولها تأطيري والتي أعطت الدراسة الكثير من وقتها و جهدها و كان دعمها لي معنويا و موجها و مرشدا منذ بداية هذه الدراسة حتى إتمامها بشكلها النهائي .

و لا أنسى التوجه بالشكر الى قسم الأورام السرطانية بالمستشفى الجامعي – وهران بلاطو – و الى الأخصائيين النفسانيين الذين ساعدوني على ايجاد عينة الدراسة و العمل في جو كل ألفة ، محبة و تضامن .

كما اتزوجه بجزيل الشكر للحالة " المرأة " التي عملت معها، و أسأل الله عز و جل ان يرزقها الشفاء القريب.

كما أشكر جميع اساتذة علم النفس الذين درست عندهم لمدة سنتين متتابعين في الماستر " علم العيادي و الشواذ " ، و شركاء الدراسة في نفس الاختصاص.

فجزا الله الجميع كل خير ،،،

كريمة

الملخص:

هدف البحث الى دراسة تأثير قلق الموت على مريض السرطان عند الانتكاسة لدى امرأة تبلغ من العمر 43 سنة، وذلك بتوظيف المنهج العيادي ، و باستخدام المقابلة و الملاحظة العيادية، و ثم تطبيق مقياس قلق الموت لأحمد محمد عبد الخالق لحالة واحدة بالمستشفى الجامعي بوهران .

و كانت إشكالية البحث على النحو التالي :

- هل يؤثر قلق الموت سلبا على مريض السرطان عند الانتكاسة و انبثقت منها فرضية ألا و هي :
- يؤثر قلق الموت سلبا على مريض السرطان عند الانتكاسة .

وقد خرج البحث بالنتائج التالية :

تحققت الفرضية العامة التي مفادها أن قلق الموت يؤثر سلبا على مريض السرطان عند الانتكاسة ،فقد حصلت الحالة على درجة 14 و التي تقع في المجال [09-15] في مقياس قلق الموت ، و الذي يشير الى مستوى مرتفع ،مما يدل على التأثير الشديد لفكرة الموت على الصحة النفسية لمريض السرطان المنتكس .

محتويـــات البحـــث

- الإهداء.....أ
- كلمة الشكر.....ب
- ملخص الدراسة.....ج
-محتويات البحث .....د
- مقدمة.....01

الفصل الأول :مدخل الى الدراسة

I .1 دوافـــع اختيـــار الدراسة: 04
I .2 الإشكاليـــة الدراسة: 04
I .3 الفرضية الدراسة: 05
I.4 أهداف الدراســـة : 05
I.5 أهمية الدراســـــة: 05
I.6 التعـــاريف الإجرائية : 06
I.7 الدراســـات الســـابقة: 06

الفصل الثاني :السرطان

تمـــهيـــد :.....09
II . 1 تعريف مرض السرطان: 10
II . 2 نشأة السرطان: 11
II.3 مسببات السرطان: 13

II .4 أعراض السرطان:.....14
II .5 أنواع السرطان: 15
II . 6السرطان كمرض سيكوسوماتي :.....16
II . 7التشخيص و الكشف عن مرض السرطان :.....18
II .8 العلاج الطبي والوقاية من مرض السرطان: 19
خلاصـــــة:.....22

الفصل الثالث: المعاش النفسي لمريض السرطان

تمهيـــــد :.....24
III.1 سمات الشخصية للمصابين بالسرطان: 25
III.2 الإضطرابات النفسية المصاحبة للسرطان: 26
III.3 ميكانيزمات الدفاع لدى مريض السرطان: 28
III.4 الاستجابات النفسية عقب الاصابة بالسرطان: 28
III.5 الصدمة النفسية عند مرضى السرطان: 31
III.6 مفهوم انتكاسات مرض السرطان.....33
III .6 أسباب انتكاسات مرض السرطان.....33
III.7أهداف التدخل النفسي عند مرضى السرطان :.....35
III.8 علاقة مريض السرطان بالطبيب والاخصائي النفساني : 36
خلاصـــــة 39

الفصل الرابع : قلق الموت

تمهيـــد 41
1.IV تعريف قلق الموت: 42
3.IV. نبذة تاريخية عن قلق الموت: 42
IV. 4 مكونات قلق الموت: 43
5.IV أسباب قلق الموت: 44
6.IV أعـراض قلـق المـوت: 45
IV .7 مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت: 47
IV .8 النظريات المفسرة لقلق الموت: 48
IV .9 علاج قلق الموت: 49
خـــــــــلاصة:.....51

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة

تمـــهيـــد:.....53
V. 1 الدراسة الاستطلاعية:.....54
V. 2 منهج الدراسة :.....55
V .3 أدوات الدراسة :.....55
1.3 دراسة الحالة 55
2.3 الملاحظة العيادية 56
3.3 المقابلة العيادية 56
4.V الاختبارات النفسية 57
1.4 مقياس قلق الموت 57
2.4. طريقة التصحيح 58

5.V حالة الدراسة.....59

الفصل السادس : دراسة الحالة

تمهيد 61
1.VI.عرض الحالة 62
2.VIعرض و تحليل المقابلات 64
3.VIخلاصة المقابلات.....72

الفصل السابع: مناقشة نتائج البحث على ضوء فرضية

مناقشة الفرضية 74
خاتمـــــــة 76
توصيات و اقتراحات 77
قائمة المراجـــع 78
الملاحق

المقدمـــــة :

يعتبر مرض السرطان ،مرض من الأمراض العديدة التي مازالت تعيق حياة الفرد، وتؤرق الأطباء على المستوى الطبي ، فلطالما ارتبط في أذهان الناس بكل ما هو مهدد لحياة الانسان ،و الأمر الذي استلزم التفكير فيه بغية التقليل منه بالاعتماد على العلاجات القائمة ، فكلما كان الكشف مبكرا ،كلما كانت احتمالات تعرض المريض لعوامل الإحباط و الصراع و الاضطرابات النفسية أقل كالاكتئاب ،الخوف المرضي أو قلق الموت .حيث يعتبر هذا الأخير اضطرابا يتجلى في أعراض إكلينيكية دقيقة ، يظهر على شخصية الفرد،ويرتبط ارتباطا وثيقا بالضغوط التي يتعرض لها في حياته الحاضرة ،كما قد عجزت البحوث الطبية في كشف خفايا هذا المرض ،مما أظهر صعوبة في مكافحته خاصة أن السرطان ذو طبيعة انتكاسية في معظم الحالات وقد ركزت في بحثي هذا على العوامل النفسية و المعاش النفسي الناتج عن انتكاس هذا المرض ،فقد يولد ذلك قلق الموت فيظهر بشدة على مريض السرطان المنتكس أكثر من الشخص الذي يصاب به للمرة الأولى في حياته ،فهو قد يسبب معاناة نفسية حادة تساعد على استفحال هذا المرض أكثر.

ولقد زاد معدل الاهتمام بمرض السرطان في الجزائر لماله تأثير على الصحة النفسية للفرد ،اذ أن المصاب لا يعاني من الناحية العضوية فقط بل يتعدى الى النواحي النفسية نتيجة القلق ،و بالأخص قلق الموت عند انتكاسة مريض السرطان، و بالتالي قلقه على مصيره الصحي ، فيعيش مأزقا نفسيا حادا يؤثر سلبا على علاقته بالمحيط ،ولقد احتوت دراستي على جانبين :

الأول نظري و الثاني تطبيقي ،حيث اشتمل الجانب النظري على أربعة فصول ،وقد خصصت الفصل الأول كمدخل للدراسة بما فيه أهمية الدراسة ،اشكاليتها ،فرضياتها ،أهدافها،دوافع اختياريها الى الدراسة السابقة و التعريفات الإجرائية.

أما الفصل الثاني فكان تحت عنوان السرطان ،بحيث قدمت فيه تعريف السرطان كمرض سيكوسوماتي ،يليه التشخيص و الكشف عن مرض السرطان ، ثم العلاج الطبي و الوقاية من مرض السرطان ، بينما احتوى الفصل الثالث و المعنون ب" المعاش النفسي لمريض السرطان "

و الذي احتوى على سمات شخصية المصابين بالسرطان ،و الاضطرابات النفسية المصاحبة له، ثم الميكانيزمات الدفاعية التي يستعملها مرضى السرطان ،و الصدمة النفسية ، ثم الاستجابات النفسية عقب العلم و الإصابة به يليه مفهوم انتكاسة مرض السرطان و أسباب انتكاسه ،ثم أهداف التدخل النفسي عند مرضى السرطان ،وفي أخر الفصل تطرقت الى علاقة مريض السرطان بالطبيب و الأخصائي النفسي ، أما الفصل الرابع فكان تحت عنوان قلق الموت و تضمن كل من

تعريفه نبذة تاريخية عنه، مكوناته ،أسبابه و أعراضه ،تليه مواقف الفرد المتميزة و المتناقضة تجاه الموت ،ثم النظريات المفسرة لقلق الموت ، وفي الأخير تطرقت الى علاج قلق الموت .

كما تضمن الجانب التطبيقي الفصل الخامس بعنوان الإجراءات المنهجية للدراسة من خلال التعريف بالمنهج المعتمد ألا و هو المنهج العيادي ،وذكر أدوات الدراسة ،ثم يأتي الفصل السادس بعنوان "دراسة الحالات أتطرق فيه الى الحالتين المعتمدتين في الدراسة،كل حالة على حدى ثم الفصل السابع و الأخير تحت عنوان "مناقشة البحث في ضوء فرضياته ، في الأخير أرفقت الدراسة بخاتمة ،توصيات و اقتراحات و قائمة مراجع و ملاحق .

الفصل الأول :

مدخل الدراسة

- 1. دوافـــع اختيـــار الدراسة
- 2. الإشكاليـــــــــة
- 3. الفرضيـــــــة
- 4. أهداف الدراســـة
- 5. أهمية الدراســـة
- 6.الدراســـات الســـابقة
- 7. التعـــاريف الإجرائية

I.1 دوافـــع اختيـــار الدراسة:

ـ أول ما جذبني للبحث في هذا الموضوع، هو تأثري الكبير بانتشار مرض السرطان بكثرة خاصة بين الأشخاص المقربين لنا، كما أننا أصبحنا نسمع كثيرا بانتكاس مريض السرطان، حتى بالنسبة لتلك الأورام القابلة للشفاء .

ـ من أهم العوامل التي دفعت بي لهذا البحث ، هي معرفة درجة الشعور بالقلق و بالذات قلق الموت عند شخص اطمأن لحاله بعد تماثله للشفاء ، ثم فجأة ينتكس و يعاوده المرض مرة أخرى ، و يشعره بان حياته مهددة .

ـ أردت أن أعرف أيضا أن كانت الاستجابة النفسية بشكل سلبي لدى المصاب بمرض السرطان عند انتكاسه، ستزيد من تدهور صحته الجسدية.

I. 2 الإشكاليـــــــة:

قد يتعرض الفرد للإصابة بالمرض في حياته ، و هذه الإصابة قد تؤدي به الانتقال من الحالة المستقرة إلى الحالة غير المتزنة ، و اللاتوافق النفسي ، و هذه المعاناة و المآسي النفسية و الجسدية تغير مجرى حياة المريض على كلا الصعيدين النفسي و العضوي .

و من بين هذه الأمراض السرطان ، حيث يتبادر إلى الأذهان من الوهلة الأولى فكرة الموت ، و مما لا شك فيه أن مرض السرطان ينتج عنه آلام جسدية و نفسية تنعكس على حالة المريض ، فدرجة الألم التي يشعر بها المريض تتحكم فيها عدة عوامل من بينها نوع الإصابة و درجتها ، مرحلة التطور التي وصل إليها المرض و كذلك عوامل نفسية عديدة، لا سيما بعد عجز البحوث الطبية في الكشف عن خفايا هذا المرض ، مما اظهر صعوبة كبيرة في مكافحته خاصة و انه ذو طبيعة انتكاسية في معظم الحالات ، فقد أكدت الدراسات على وجود علاقة موجبة بين قلق الموت و المرض العضوي ، فالأمراض العضوية تنتج ردود أفعال سيكولوجية مختلفة ، و بالتالي تغير مجرى حياة المريض على الصعيد النفسي و العضوي ، حيث تؤكد هذه الإصابة بالأمراض الصلة الوثيقة بين جسم المريض و نفسيته . فهذا التأثير و الضغط يولد القلق ، حيث نجد أبحاث (ما تريت قوستو ، 1985) بينت وجود ارتباطات ايجابية بين المشكلات الصحية و قلق الموت ، حيث يفقد المريض القدرة على التحكم في نشاطاته و إعماله بفعل المرض الذي يعاني منه ، مما يحدث خلالا في تقدير الذات ، و يسهم في تفجير قلق الموت لديه ، الذي عرفه (سيجمو ندفرويد S.Freud) . " بأنه رد فعل لخطر خارجي معروف يتملك

الانسان ، و يسبب له الكثير من التوتر و الضيق و الألم و الانزعاج " (السيد عثمان ، 2001 : 18) .

ـ و يرى (مسكويه) : " أن الخوف من الموت لا نجده إلا عند من يرى الموت حقيقة ، أو لأنه يظن أن بدنه إذا انحل و بطل تركيبه فقد انحلت ذاته و بطلت نفسه بطلان عدم ، و أن العالم سيبقى موجودا ، و ليس بموجود فيه ، كما يظنه من يجهل بقاء النفس و كيفية الميعاد ، أو لأنه يظن أن الموت الم عظيم غير ألم الأمراض التي ربما تقدمه اذت إليه أو كانت سبب حلوله ، أو لأنه يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت ، أو لأنه متحيز لا يدري أي شيء يقدم بعد الموت (طارق و آخر ، 2000 : 80) .

و مما سبق ذكره و في إطار الدراسات السابقة ، يمكن طرح التساؤل التالي:

ـ هل يؤثر قلق الموت سلبا على مريض السرطان عند الانتكاسة ؟

I .3 فرضية الدراسة :

ـ يؤثر قلق الموت سلبا على مريض السرطان عند الانتكاسة .

I.4 أهداف الدراســـة :

يتمثل الهدف الرئيسي من دراستي هذه، معرفة معاناة مريض السرطان المنتكس من قلق الموت، و يمكن ذكر أهم الأهداف كما يلي:

- ✓ المساهمة في دراسة الحالة النفسية لمريض السرطان عند انتكاسته أي التعرف على هذا المرض من حيث الجوانب النفسية.
- ✓ تحديد مستوى قلق الموت لدى مريض السرطان المنتكس .
- ✓ الاتصال أكثر بالميدان و الملاحظة المباشرة للحالات و تطبيق الاختبار .
- ✓ التعرف على الاختلاف في مستوى قلق الموت من مريض لآخر.

I.5 أهمية الدراســـــــة:

نجد أن المرض الجسمي له تأثير كبير على حياة الفرد خاصة من الناحية النفسية فماذا إذا ما قلنا " السرطان " و بالأخص عندما يشفى منه الفرد ، و بعد مدة ينتكس ، حيث يرى المريض نفسه يتحمل عناء المرض طيلة حياته الذي يقيد حريته و تكيفه مع العالم الخارجي ، مما قد ينجر عنه آثار نفسية و خيمة ، لذلك تكمن أهمية هذه الدراسة في الكشف عن معاناة مريض السرطان المنتكس و المشاكل النفسية التي يخلفها هذا المرض.

I.6 التعـــــاريف الإجرائية :

1.6.I. مريض السرطان:

هو كل شخص تم التأكد من إصابته بمرض السرطان ، و ذلك عن طريق تشخيص و إيداع ملفه الطبي بالمصلحة الاستشفائية للأورام السرطانية .

I.6.2 الانتكاسة:

هي معادوة الإصابة بمرض السرطان ، بعد أن تم علاجه سابقا عند نفس الشخص ، حيث يفترض انه قد شفي منه أو على الأقل استقرت وضعيته .

I.6.3 قلق الموت:

هو الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس قلق الموت الذي وضعه تمبلر .

I.7 الدراســـــات الســـــابقة:

أ- دراسات حول قلق الموت:

- يذكر (ليستر ester ، 1967) أن الأشخاص الذين هم في صحة نفسية سيئة ينظرون إلى قلق الموت نظرة ايجابية ، و أن كبار السن يخافون من الموت بدرجة اقل ماداموا في صحة جيدة ، في حين أن كبار السن ممن لديهم أنشطة قليلة لشغل وقت فراغهم كانوا أكثر خوفا من الموت ، و أن الخوف من الموت اقل لدة الأشخاص الذين يقيمون في بيوت رعاية المسنين (رمضان زعطوط عبد الكريم قريشي ، 2005 : 63) .
- كما أوضحت دراسة (جيزيل ، 1982) وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الموت و مرض ارتفاع ضغط الدم .

و أوضحت دراسة (باول Paul ، 1983) وجود علاقة موجبة بين قلق الموت و كل من مرض السكري ، و مرض التهاب المفاصل .

- كما توصل (كسبر Cesar ، 1989) إلى علاقة موجبة بين قلق الموت و مرض الربو ، كما كانت هناك الكثير من الدراسات التي توصلت جميعها إلى علاقات دالة موجبة بين قلق الموت و مرض السرطان .
- و في دراسة (ماجد خميس ، 1994) أوضحت النتائج حصول جميع عينات مرض السكر و السرطان و ضغط الدم و الربو ، و التهاب المفاصل على درجات أعلى بشكل دال إحصائيا من العينة الضابطة .

و يلاحظ أن الدراسات التي تناولت علاقة الموت بالأمراض العضوية أجمعت على وجود علاقة دالة موجبة مما يشير إلى أن قلق الموت يزداد لدى من يعانون من أمراض جسمية (محمد عبد الوهاب ، مسعود محمد ، 2000 : 83) .

ب- *دراسات حول السرطان :*

- درست (بونيما ، bonnemas ، 1998) و آخرون الآثار النفسية و الطبية لاستئصال الثدي لدى 125 مريضة بسرطان الثدي ، 62 إقامة كلية ، 63 إقامة طويلة بعد الجراحة طبق عليهن مقياس الوظائف النفسية و مقياس تقدير الذات ، قلم يجدوا فروقا بين اللاتي مكثن مدة طويلة أو قصيرة بالمستشفى في عدم الثقة و القلق و الوحدة و اضطراب النوم و فقدان السيطرة أو ضعف تقدير الذات (محمد جبر ، 2004 : 83)

- درس (جاسم الخواجة ، 2000) معرفة اثر العوامل النفسية على الإصابة بالسرطان على 130 مريضا و مريضة بالسرطان ، تراوحت أعمارهم بين 12 - 64 عاما بمتوسط 41,75 و انحراف معياري 14,96 باستخدام مقاييس النمط (أ) و إستراتيجية التعايش مع الضغوط و قائمة الأحداث الحياتية و وجد ارتباطا ايجابيا بين نمط الشخصية (أ) و الإصابة بالسرطان (محمد جبر ، 2004 : 88) .

- درس " علي حسين إبراهيم " 2003 الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان على 150 مريضا سعوديا ، و مثلهم أصحاء باستخدام مقياس الحالة المزاجية لبيك و اختبار تفهم الموضوع ، فوجد أن مرضى السرطان أكثر اكتئابا و قلقا و خوفا و سواسا قهريا و عوادة و ذهانية من الأصحاء ، كما وجد فروقا بين أنواع السرطان المختلفة مما يدل على أن نوع السرطان المختلفة مما يدل على أن نوع السرطان يؤثر في الحالة النفسية (محمد جبر، 2004 : 85) .

الفصل الثاني :

مرض السرطان

- ❖ تمـــهيـــد
- 1. تعريف مرض السرطان
- 2. نشـــــأة السرطان
- 3. مسببات السرطان
- 4. أعراض السرطان
- 5.أنواع السرطان
- 6.السرطان كمرض سيكوسوماتي
- 7.التشخيص و الكشف عن مرض السرطان
- 8ا.لعلاج الطبي والوقاية من مرض السرطان
- ❖ خلاصة

تمـــهيـــد :

يعتبر السرطان من الأمراض الخطيرة التي هددت حياة العديد من الأشخاص من مختلف أنحاء العالم ،إذ أن عدد الوفيات الناتجة عنه في تزايد مستمر ،و هو مرض يمس كل الفئات العمرية الا أن خطورته تختلف من حالة الى حالة أخرى ، و ذلك حسب طبيعة الورم هل هو حميد أو خبيث وكذلك حسب مراحل تطوره في جسم الانسان ، و لهذا ارتأيت أن أخصص له فصل خاص به بداية بالتعرض الى تعريفه ، نشأته مسبباته ،أعراضه و أنواعه وصولا الى أماكن انتشاره و تعريفه كمرض سيكوسوماتي و في الأخير استعرضت التشخيص و الكشف المبكر عنه و العلاج الطبي و الوقاية منه .

II . 1 تعريف مرض السرطان:

إن كلمة سرطان هي مصطلح طبي يشمل مجموعة واسعة من الأم ارض التي تتميز بنمو غير طبيعي للخلايا التي تنقسم بدون رقابة ولديها القدرة على اختراق الأنسجة وتدمير أنسجة سليمة في الجسم، وهو قادر على الانتشار في جميع أنحاء هذا الأخير.

هو عبارة عن تورم ناتج عن نمو نسيج من الخلايا خرجت عن الطابع العادي لنظرتها فأخذت تنمو بصفة عشوائية. يحدث النمو في البدء في العضو المصاب وابتداء من إصابة أولية ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل الشعريات الدموية أو البلغمية التي تنقلها إلى مختلف أنحاء الجسم حيث تبني مستعمرات سرطانية تكمن عشرات السنين. ومن المعلوم أنه في الحالة الطبيعية يتمكن جهاز المناعة في الجسم من مواجهة أي عدوان على الجسم ولكن في مثل هذه الحالات لا يتمكن من إيقاف هجمة السرطان وهذا ما يشكّل سر لم يتم كشفه لحد الآن. هذا الورم الخطير والخلية السرطانية لا تتوقف عن النمو بعد أداء مهمتها وبلوغ اكتمالها الطبيعي على العكس من الخلايا السليمة ونظرا لحاجتها إلى الغذاء فإنها تدمر أعضاء الجسم الحيوية مما يسبب العجز والموت. (خير الزارد،2111: 478.)

وهو مرض تتكاثر فيه الخلايا دون ضبط أو نظام، ويتلف النسيج السليم، ويعرض الحياة للخطر، وهو المرض الرئيسي الذي يسبب الموت في عديد من دول العالم، وكما أنه يصيب البشر فإنه يصيب معظم أنواع الحيوانات والنباتات. يوجد ما يقارب مائة نوع من أنواع السرطان، تهدد البشر في كافة الأعمار وخاصة الأشخاص ذوي الأعمار المتوسطة وكبار السن، ويصيب الجنسين على حد سواء ويمكن أن يحدث المرض في أي جزء من أج إزاء البدن، كما يمكن أن ينتقل إلى أجزاء أخرى ومهما يكن فإن أكثر الأعضاء تعرضا للإصابة هو :

الجلد، وجهاز الهضم والرئتان، وعنق الرحم والثدي. لم يتم إلى حد الآن تحديد السبب المباشر أو كيف ينشأ مرض السرطان بالضبط، ولكن لاحظ العلماء أن بعض العوامل تؤدي دوار فعالا في إحداث المرض وتسمى هذه العوامل:

العوامل المسرطنة أو ***المسرطنات***، وتتضمن القط ارن الموجود في التبغ وضروبا أخرى من مواد كيميائية وبعض أنواع الإشعاعات)كالأشعة فوق البنفسجية(، وفي العديد من الحالات يمكن

منع حدوث السرطان بتجنب عامل معروف أو التخلص منه، فالامتناع عن التدخين مثلا يمكن أن يمنع حالات كثيرة من سرطان الرئة. ويعتقد العلماء أيضا أن بعض الأشخاص يمكن أن يرثوا الاستعداد لتشكيل سرطان. وبدون معالجة مناسبة وجيدة فإن معظم أنواع السرطان تكون مميتة، وفي الماضي كانت طرق المعالجة تعطي آمالا ضئيلا في الشفاء وقد تحسنت طرق تشخيص وعلاج هذا المرض منذ عام 1930، أما اليوم فإن نحو نصف المرضى المصابين بالسرطان قد يعيشون 5 سنوات بعد المعالجة والأشخاص الذين يصبحون خالين من السرطان خلال تلك المدة الطويلة بعد المعالجة، يكون حظهم كبير في البقاء معافين من هذا المرض، ولكن ما أزل الأمر يتطلب كثير من الأبحاث لإيجاد السبل الجيدة للوقاية والعلاج.(سرحان، 21).

II . 2 نشأة السرطان:

ظلت بيولوجيا السرطان لوقت طويل مقتصرة على علم التشريح وعلى فحص الخلايا عبر المجهر، وقد شهدت السنوات الأخيرة تحولا نوعيا في الأبحاث المتعلقة بتكون السرطان، وشيئا فشيئا بدأ العلماء باكتشاف الطفرات الجينية المسببة لنشوء هذا الداء، وهي العيوب التي تطرأ على مستوى المخزون الوراثي للخلية متسببة في تعطل آليات التحكم في انقسام الخلية، وفي سنة (1988) تمكن الباحثان "*فوكلشتاين*" و"*كينزلر*" (Voklechtain&kinzler) من تحديد أهم الطفرات الجينية التي تؤدي إلى نشوء سرطان الأمعاء الغليظة، وفي سنة (1999) نشر فريق البحث "*فاينبرغ*" في مجلة "*لايتشر*" دراسة تشكل علامة بارزة في تاريخ علم السرطان، حيث أظهر أنه يمكن تحويل خلية بشرية عادية إلى خلية سرطانية في المختبر بمجرد إدخال بضعة تحويرات متتالية على جيناتها، حيث يقدر عدد الجينات التي تصنف كمسببة أو مسهلة لنشوء السرطان بأكثر من 200 جينا، وهي تتفاعل فيما بينها في صورة متشابكة وبالغة التعقيد، كما أن طريقة تفاعلها تتباين من ورم إلى آخر ومن مريض إلى آخ (السويسي، 2010: 23) .

وتكمن مهمة جهاز المناعة في التعرف على أي كائن غريب عن الجسم، سواء كان بكتيريا أو فيروسيا أو فطريا، وفي المقابل فإن الخلايا السرطانية هي في الأصل خلايا عادية مثلها مثل بقية خلايا الجسم، لذلك فإن جهاز المناعة لا يتعرف عليها على الأقل في المراحل الأولى لتكون السرطان ،كما أن لدى بعض الأنواع من السرطانات القدرة على صناعة بروتينات خاصة تسمى

"الأجسام الورمية" حيث يتعرف عليها جهاز المناعة ويهاجمها، لكنها قلما تنجح لأن أغلب أنواع السرطان تفرز مواد مثبطة للمناعة. (السويسي ،2010: 29) .

إذن فالسرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن المائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة ،وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) التي تمثل في خلايا الإنسان الجزء المسئول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا الجسم تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، لكن في حالة السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA)، مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها. (تايلور، 2008 : 811).

بعبارة أخرى تنشأ الخلايا السرطانية عند حدوث خلل أو عطب بالحمض النووي الريبو النووي (DNA) للخلايا الطبيعية (DNA) هو مادة كيميائية تحمل التعليمات الموجهة لنظام ودورة حياة الخلايا، حيث يقوم بالتحكم في كل نشاطاتها بما في ذلك تكوين البروتينات والأنزيمات اللازمة للعمليات الحيوية كالأيض، التكاثر، النمو، كما يحتوي على جميع الشفرات الوراثية وأجزاء منه تحمل المورثات أو الجينات)، ويحدث السرطان نتيجة اختلال أو عطب أو تغير جذري ببنية الحمض النووي، مما يفقده القدرة على التحكم في نمو الخلية وتكاثرها أو يبطل عمل الجينات الكابحة للتورم. (مرازقة ،83:2008)

لذا ينشأ السرطان عن خلايا شاذة تنمو وتتكاثر دون تحكم تسمى ب "الورم"(Tumeur)، حيث يضغط على الأنسجة المجاورة، ويمكنه أن يغزو ويدمر الخلايا الطبيعية ماعدا خلايا سرطان ابيضاض الدم (حيث لا تكون كتلا ورمية وتنشأ في الأعضاء المنتجة للدم كالنخاع العظمي والجهاز الليمفاوي). (مرازقة ،2008 : 82) .

وتزداد خطورة السرطان عندما يغزوا الخلايا والأنسجة الأخرى المجاورة له، فغالبا ما يقضي عليها ويدمرها، لأنه يعرقل إمداد الدم إليها، مما قد يؤدي إلى النزيف والتقرح، ولعل أسوء مظاهر السرطان هي تلك المجموعات الصغيرة من الخلايا السريعة التي تنفصل عن التورم الأصلي وتنتقل إما بواسطة الدم أو بواسطة السائل اللمفاوي (هو سائل قلوي شفاف عديم اللون تقريبا يتألف من بلازما الدم وكريات الدم البيضاء) إلى أجزاء أخرى من الجسم، حيث تتجمع في النهايةا وتتكاثر وتتحد لتكون ورما ثانيا رئيسيا كالورم الأصلي في مكان آخر من الجسم وتسمى ب "العملية الانبثاقية " Métastasis " وبما أن أي خلية في الجسم تقريبا معرضة للإصابة بالسرطان فإن أي عضو من أعضاء الجسم معرض للإصابة بها. (الدليمي ،2009: 599) .

أما عن كيفية انتشاره في الجسم، ففي المرحلة الأولى يكون السرطان منحصرا في العضو الذي نشأ فيها، حيث تستمد الخلايا السرطانية ما تحتاجه من أوكسجين ومواد مغذية من الأنسجة المجاورة لها، ومع تطور الورم تزداد الخلايا السرطانية شراسة، ويكتسب بعضها القدرة على الانفصال تماما عن الورم الأصلي، والانتقال عبر الدورة الدموية إلى أجزاء أخرى من الجسم

،حيث تستقر هذه الخلايا وتبدأ في التكاثر من جديد لتكون ورما ثانيا مشابها للورم الرئيسي وتسمى الأورام الثانوية ب "التزرعات" "الانبثاقات" (Métastasie) ويمثل نشوؤها مرحلة حاسمة في تطور السرطان، حيث يشير إلى الانتقال من المراحل الأولى التي يكون فيها الورم قابلا للاستئصال الجراحي أو العلاج بالأشعة إلى مرحلة متقدمة تتناقص فيها حظوظ التعافي من المرض. (السويسي، 2010: 28) .

ومنها يمكن للخلايا الورمية أن تخرج عن محيطها، وتنتقل إلى أعضاء أخرى بالجسم لتواصل نموها الشاذ والغير طبيعي، ويسمى هذا الانتقال ب "الانتشار" (الانبثاث) (Métastasis). (مرازقة ،83:2008) .

3.II مسببات السرطان: تتمثل فيما يلي:

1 .3. II تلوث البيئة:

تشير الإحصائيات إلى أن نسبة(80%) من مسببات السرطان يلعب الإنسان دورا كبيرا فيها .

2.3.II العوامل الطبيعية :

الإشعاعات المتأتية من المستشفيات، اليورانيوم ،التفجيرات النووية التي تسبب أنواعا عدة من السرطان.

3.3.II العوامل الكيميائية:

التدخين، صناعة الأسيتوس، أول أكسيد الكربون الناتج عن الاحتراق غير الكامل للوقود تسبب سرطان الرئة. (جبر ،32:2004) وتبين الإحصائيات إلى أن التبغ يتسبب في (80- 90 %) من مجمل الوفيات الناجمة عن سرطان الرئة، وفي حوالي(30 %) من مجمل الوفيات الناجمة عن السرطان في البلدان النامية. (السامعي ،2011: 26). كما تلعب الحمية دورا في تطور مرض السرطان، إذ أن السرطانات الأكثر شيوعا بين الأفراد الذين يعانون من سوء التغذية المزمنة، وبين أولئك الذين يستهلكون نسبا عالية من الدهون ،والذين يستخدمون بعض المحسنات التي تضاف للأطعمة مثل: نيترات الصوديوم، البوتاسيوم ،الكحول...وغيرها. (تايلور 2008: 814).

4.3.II العوامل البيولوجية:

بعض الفيروسات تسبب سرطان الكبد والثدي والدم، بعض الطفيليات كالبلهار البولية تسبب (80%) من سرطان المثانة.

II.3.5 العوامل النفسية:

أكدت البحوث دورها في الإصابة بالسرطان، حيث يموت بالسرطان(60%) من المكتئبين بالمستشفيات العقلية، وارتفعت نسبة الإصابة بسرطان الثدي بين المريضات نفسيا أكثر مما هي عليه في المجموع العام للسكان.

II.3.6 العوامل المادية:

لا يزال السرطان كغيره من الأمراض غير المعدية، يعاني من نقص هائل في التمويل، ففي الوقت الراهن تتسبب الأمراض الغير معدية بما نسبتهم(60%) من الوفيات على النطاق العالمي، ولكنها لا تتلقى سوى (1%) من التمويل المتاح للصحة على صعيد العالم. (السامعي ،2011: 07).

II.3.7 العوامل الوراثية:

فقد دلت الدراسات الحديثة على وجود أساس وراثي لبعض أنواع السرطانات بما فيها سرطان القولون والثدي، مما يساعد في تقييم عوامل الخطورة لدى العديد من أفراد العائلة، ولكن دراسة تاريخ العائلة لا تعطي دائما دلالة على وجود استعداد جيني موروث للسرطان، فإلى جانب الجينات هناك العديد من السمات التي يتم توارثها في العائلة عبر التنشئة الاجتماعية كالحمية الغذائية، نمط الحياة التي قد تؤثر في نسبة حدوث مرض ما. (شيلي تايلور، 2008: 814).

II. 4أعراض السرطان:

II.4.1 أعراض ناتجة عن النمو السريع والغير طبيعي للخلايا:

تؤدي وتيرة النمو السريع والغير طبيعي للخلايا السرطانية إلى إستهلاك طاقة الجسم بشكل كبير، واستنزاف موارده لتغذية هذه الوتائر المتسارعة للنمو على حساب احتياجات بقية أعضاء الجسم ووظائفها الحيوية، وهذا قد يسبب:

- فقدان الدم.
- الإنهاك والتعب.
- النحافة ونقص الوزن.

- فقدان الشهية.
- عسر الهضم.
- إمساك أو إسهال.
- ارتفاع الحرارة غير عادي مع ضعف الحالة العامة للجسم.

2.4.II أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب: وتتمثل في:

- زيادة غير طبيعية في معدلات العمل ،مثال ذلك: الإفراز الزائد لبعض الغدد كالغدة الدرقية ،البنكرياس.
- نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل.
- القيء والسعال.

3.4.II أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى:

- الغزو المباشر أي أن تنمو الخلايا مخترقة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة" Métastasis "
- حدوث تمزقات في الأوعية الدموية ومن ثم نزيف.
- ضغط على المناطق العصبية وحدوث آلام شديدة.
- نفث دم متكرر، نزيف رحمي، نزيف شرجي.
- تقرحات جلدية وتقرحات مخاطية.

II. 5 أنواع السرطان:

- يوجد47 نوع من السرطان أشهرها:
  - ❖ سرطان الثدي."Breast cancer " .
  - ❖ سرطان الرئة. "Lung cancer" .
  - ❖ سرطان البروستاتة."Prostate cancer " .
  - ❖ سرطان الجلد."Melanoma of skin" .
  - ❖ سرطان البنكرياس. "Pencreas cancer" .
  - ❖ بالإضافة إلى سرطان الكبد" Liver " والمعدة "Stomath" والغدد اللمفاوية " Lymphomas"

وسرطان الدم "Leukimia "، ويعد سرطان البروستاتة أخطر أنواع السرطان عند الرجال، حيث" يسبب الوفاة ل(41%) من المرضى، ثم سرطان الرئة حيث يسبب الوفاة (13 %) من المرضى، بينما أخطر أنواعه عند الإناث سرطان الثدي حيث يتسبب في وفاة (31%) من المرضى، ثم سرطان الرئة حيث يسبب الوفاة ل(13%) منهن طبقا لإحصاء (1996). (جبر ،2004 :31/32) .

6.II السرطان كمرض سيكوسوماتي:

1.6.II الأمراض السيكوسوماتية:

لا يعدو أن تكون بعض الانفعالات كالغضب والقلق والفرح والحزن وما ينجم عنها من تغيرات فيزيولوجية مثل ازدياد ضربات القلب، إصفرار الوجه واحمراره، عوارض إقلابية وهستيرية وغيرها ولكن كل هذه الإنفعالات والصدمات النفسية إذا استمرت تؤدي إلى سوء التكيف وبالتالي أم ارض عضوية والتي تظهر أعراضها في إضطرابات جسدية وما يصطلح على تسميتها " الأمراض السيكوسوماتية" وتعرف لدى الأطباء أنها تلك الأمراض الجسدية التي تحدث من جراء خلل في وظيفة عضو ما أو تلف في جزء من أج إزاء الجسم نتيجة إضطرابات نفسية مزمنة والتي لا يفلح معها العلاج الطبي التقليدي وحده ولا ينجح إلا بإرفاقه بعلاج نفسي يكشف الأسباب النفسية المقنعة بعوارض جسمية.

وتختلف الأمراض السيكوسوماتية أيضا في درجة خطورتها حسب نوعية الإختلال النفسي والجسدي وحسب إظطراب تنظيمه، وهي عموما تشمل : ارتفاع ضغط الدم، الصراع النصفي، القرحة المعدية، أم ارض القلب، والسرطان بأنواعه.

2.6.II أهم الدارسات التي تناولت العلاقة بين الظروف الشديدة والإصابة بالسرطان :

هناك عدة د دارسات متعلقة بد ارسة الحالات الإنفعالية والعاطفية الباعثة عن الإصابة بالسرطان من أهمها:

- دارسة *"Elida Evans"* "وهي طبيبة عقلية استخلصت أن معظم المصابين بالسرطان التي درستهم قد فقدوا علاقة مهمة قبل ظهور المرض فاستثمروا هوياتهم في دور أحد المواضيع أو الأشخاص) شخص، منزل، عمل...(على خلاف تطور

فرديتهم، إذ عندما يلغي هذا الإستثمار ارجع إلى الذات فيواجه بقدرات داخلية قليلة.

- دارسات "*William Green*" حيث درس أشخاصا مصابين بسرطان الدم الحاد وامتدت هذه الدارسات حوالي 15 سنة حيث لوحظ أنهم فقدوا علاقة مهمة في تاريخ الحالة لهؤلاء وهذا بسبب الموت أو التهديد خاصة الأم وهناك عوامل أخرى مثل : فقدان أو تهديد بفقدان عمل، الإحالة على التقاعد اجباريا أو الرحيل إلى المنزل الجديد أو سن اليأس لدى المرأة فكلما كانت العوامل الضاغطة للإصابة بالسرطان مما أدت أيضا إلى حالة نفسية من فقدان الأمل بالإضافة إلى صعوبة التعبير عن الأحاسيس السلبية والحاجة للظهور في حالة جيدة.
- وفي نفس المجال يرى البروفيسور "*Klopfer B*" أنه في حالة الزحف السريع لا يتركون طاقة كافية لمقاومة السرطان وهذا بسبب استعمال طاقة كبيرة تكون محجوزة للدفاع عن الأنا أي يكون الشخص في موقع دفاعي مستمر، وقد توصل أيضا "*Lasham*" وهو عالم نفسي قام بد ارسة حديثة عام 1977 إلى إيجاد أربع مكونات في تاريخ الحالة أكثر من 500 مصاب بالسرطان:

أ- يتأثر المصاب بالشعور بالعزلة، فقد للأمل مع وجود علاقات خارجية مكثفة التي تبدو صعبة وخطيرة وهذا يكون في الطفولة والمراهقة.

ب- في مرحلة الرشد كان المصاب قاد ار على إيجاد علاقة مع شخص وأنه وجد إشباع لمواهبه أو في عمله وأصبحت كل حياته.

ج- علاقة أو دور اختفى بسبب وفاة مغادرة الإبن من المنزل استبدال المنزل الإحالة للتقاعد وهذا يؤدي إلى فقدان الأمل فترجع هنا صدمة الطفولة من جديد

د-أحد الصفات المتعلقة بالمصابين هي فقدان الأهل فهم غير قادرين على إظهار أحاسيسهم عندما يكونون مهانين، في حالة غضب أو عدوان ولكن الآخرين يرون أنهم أشخاص رائعين ومتميزين. (العيسوي، 1994: 112:113)

II.7 تشخيص والكشف عن مرض السرطان :

بوسع الطبيب وحده تشخيص السرطان ولكن في العديد من الحالات يستشار الطبيب فقط بعد أن يكون المرض قد انتشر ولذلك يجب أن يوجه إنتباه الشخص لعدد من التغيرات الجسمانية التي يمكن أن تكون عرضا للسرطان ويزيد الكشف المبكر كثي ار من فرص نجاح المعالجة. فالإخبار الوحيد الذي يسمح في بعض الحالات للكشف عن السرطان هو التحاليل التكميلية مثل لأشعة السينية وهذا في حالة سرطان الجلد، الثدي، عنق الرحم، هذه التحاليل ضرورية لكن في جميع الحالات وحده الإختبار المجهري (أخذ عينة من عضو المريض) يسمح بالتأكيد مع يقين تشخيص السرطان وصنفه.

II.7.1 التشخيص الأولي:

تبدأ حوالي % 50 من كل أنواع السرطانات بأجزاء من الجسم يستطيع الطبيب فحصها بشكل روتيني خلال زيارة المريض، ويعتمد الأطباء على التصوير والفحوص المخبرية لفحص السرطانات المشكوك فيها، فمثلا تمكن إحدى تقنيات الأشعة السينية وتدعى تصوير الثدي، الأطباء من الكشف عن سرطان الثدي في مراحله المبكرة وتكشف تقنية أخرى تسمى التصوير المقطعي الحاسوبي عن السرطان في الأعضاء الداخلية مثل : الدماغ والرئتين وفي هذه التقنية يحلل الحاسوب المعلومات الواردة من الأشعة السينية ويوضح صورة منفصلة للعضو على الشاشة ويكشف الأطباء أيضا عن السرطان بواسطة التصوير بالرنين المغناطيسي وتستعمل هذه التقنية حقولا مغناطيسية وموجات الراديو لإنتاج صور للأعضاء الداخلية، ساعد إختبار " ***بابانيكولا*** " على إنقاص نسبة الوفيات من سرطان العنق الرحم وقد سمي هذا الاختبار باسم مكتشفه الطبيب الأمريكي اليوناني المولد ***جورج بابانيكولا*** ، وفي هذا الإختبار يؤخذ سائل من المهبل أو خلايا من عنق الرحم وتفحص بواسطة المجهر ،ويمكن لهذه التقنية أن تكشف عن سرطان الرحم قبل ظهور الأعراض بفترة من 0 إلى 19 سنوات. ويستعمل الأطباء طرقا مماثلة للكشف عن سرطانات المثانة والرئتين في مراحلهما المبكرة.

II.7.2 التشخيص النهائي:

يمكن أن تكشف الطرق المختلفة عن وجود ورم، لكن الأطباء يحتاجون نتائج إختبار خاص يدعى "الخزعة " لتحديد ما إذا كان الورم خبيثا، ولإجراء هذا الإختبار تنزع جراحيا قطعة صغيرة من الورم وتفحص هذه العينة بواسطة المجهر للبحث عن وجود

خلايا سرطانية حيث يكون منظرها مخالف للخلايا الطبيعية وتجرى اختبا رات مشابهة لتشخيص اللوكيميا اللمفوم حيث ينزع نسيج من عضو مكونات للدم أو تؤخذ عينة من الدم ويفحص النسيج أو الدم بواسطة المجهر لمعرفة وجود خلايا سرطانية.

8.II العلاج الطبي والوقاية من مرض السرطان:

1.8.II العلاج :

يقوم علاج السرطان على طرق عدة وتقنيات نذكر منها:

أ- العلاج بالأشعة :

تصدر جزئيات الطاقة الضوئية المستخدمة في المجال الطبي من جهاز الباعث لأشعة X والطاقة التي تبعث بها تبلغ قوتها 20 كيلو فولط وهو ما يفسر قدرتها على إختراق الأنسجة موقفة بذلك عملية التضاعف، كما تحافظ على الأنسجة المحيطة السليمة.

واستعمالها يختلف حسب نوع الورم وموضعه وحساسيته للأشعة وينبغي استعمال الأشعة لقتل أكبر عدد ممكن من الخلايا السرطانية بأقل خطورة للأنسجة السليمة.

وهناك نبطيتان حديثتان من الأشعة هما : المعجل الخطي والسيكلوترون وهما أكثر فعالية في هذا المجال، تنتج المعجلات الخطية، إلكترونات ذات طاقة عالية، تستخدم الآن بكثرة في علاج الأورام الداخلية، أما النيوترونات ذات الطاقة العالية التي تنتجها أجهزة السيكلوترون فقد استعملت تجريبيا في معالجة السرطان المتقدم في ال أرس والعنق والثدي والمريء والرئة والمستقيم.

ب - الجراحة:

تحتل المرتبة الأولى في علاج السرطانات، فهي تسمح عندما يكون التشخيص مبك ار بنزع الورم وفروعه أو التقليل قدر الإمكان من حجم الورم ونزع أكبر عدد ممكن من الخلايا السرطانية وقد تتعدى إلى بتر العضو كليا إذا تطلب الأمر ذلك وهذه الطريقة تسمح بالشفاء الكامل من المرض الذي يكون متبوعا بنوع من الجراحة البلاستيكية أو التجميلية لإصلاح الاقتطاعات التي خلفتها العملية.

ج- المعالجة الدوائية:

تعرف أيضا بالمعالجة الكيميائية وهي طريقة أخرى مهمة لمعالجة السرطان، فقد استخدم أكثر من 60 دواء ضد أنواع من السرطانات.

تنتمي الأدوية والسرطانية إلى مجموعة مختلفة يميز منها:

- **الهرمونات:**

ترتكز هذه الفكرة التي مفادها أن بعض الأورام تبقى معتمدة على الهرمونات الضرورية للنمو والنشاط الوظيفي للنسيج العادي الذي يعتبر أصل ورم وهي ما يعرف بالهرمونات المعتمدة، ونستعمل هذا النوع في سرطانات الثدي والبروستات، وكذلك سرطان الدم وتعطي نتائج مرضية.

- **المواد الكيميائية:**

هي مواد يمكنها التأثير بإفساد جزئيات معقدة لنواة الخلايا السرطانية وذلك بتدخل جذر كيميائي من بينها: Chlorithylamine méthyle-bis ، والفوسفور أميدات هي مواد من تأسيس جزئيات القريبة من المادة المعاقة التي تشكل في الخلية العناصر العادية وتوقف أيضا عملية الأيض.

Asparaginase- وهو إنزيم إكتشف حديثا ويعطي طريقة عمل قريبة من عمل مضادات الأنزيمية L وتعطي أملا كبيرا.

- **المواد المستخرجة من النباتات:**

توقف الإنقسام الكروموزومي لكن طريقة عمل هذه المواد على المستوى الجزيئي غير معروفا تماما و فيبلاستين Vinblastine نستعمل خاصة : كولشسين Colchicine :

- المضادات الحيوية المضادة للإنقسام.
- بعض العلاجات الأخرى.

2.8.II الوقاية من السرطان:

من باب الوقاية من السرطان يمكننا القول أنه هناك عدة نقاط لا بد من مراعاتها للتمكن من الحماية من السرطان أو على الأقل التقليل من حدة الإصابة به. ومن بين هذه النقاط:

- تفادي الإشعاعات مهما كانت نوعيتها، إذ ينصح الأطباء بعدم الإكثار من القيام بالصور الإشعاعية إلا في حالات الضرورة القصوى كما يستحسن أن تكون الفترة الفاصلة بين التصوير الإشعاعي الأول والثاني على الأقل 6 أشهر تفاديا لتأثي الإشعاعات التي تظهر على المدى الطويل.

- إتباع نظام غذائي جيد ومتنوع ومنظم وهذا بتأمين كل المواد الأساسية اللازمة للجسم ويجب التقليل من: الشحوم، تعديل استهلاك المواد الملحية، التقليل من استهلاك اللحوم الحمراء ومراقبة نسبة الكولسترول.

- إحداثا توازن للتقليل من خطر الشحوم وذلك بتناول الألياف والأطعمة النباتية.

- تجنب المواد الكيميائية الضارة وتجنب التدخين.

- عدم تناول الأدوية دون استشارة الطبيب المختص.

- تجنب التعرض لأشعة الشمس لتفادي سرطان الجلد.

- كما ينصح بممارسة النشاطات الرياضية في مختلف الأعمار قصد المحافظة على الجسم والعقل إضافة إلى ما أعلن عنه الإتحاد الأوروبي من إرشادات يمكن بموجبها المساعدة في إنقاص خطورة السرطان : إجراءات فحوص حول الثدي بحثا عن وجود أورام أو دمامل أو تجعدات وإجراءات فحص مسحات عنق الرحم للنساء كل ثلاث إلى خمس سنوات بالإضافة إلى الإرشادات السابقة الذكر. (مصباح :21).

خلاصـــة:

إن السرطان مدفون في غموض الحياة نفسها، ففي أسرار الخلية البشرية يكمن المفتاح الذي يعتقد العلم أنه سيحل لغز السرطان، و اليوم الذي سيكشف فيه هذا اللغز يقترب منا.
الهدف هنا ليس التخويف بل هو التثقيف ،ويخير الانسان أن يسعى للاطمئنان من أن يترك نفسه ، وهو لا يدري أن هناك مرضا ما ينخر في جسده ،و إذا كانت الوقاية خير من العلاج فان الاكتشاف المبكر خير وسيلة للتخلص من هذا الداء العضال ،إذا لم يكن الابتعاد و الوقاية ممكنين.

الفصل الثالث
المعاش النفسي لمريض السرطان

❖ تمهيـــــد

- 1. سمات الشخصية للمصابين بالسرطان
- 2.الإضطرابات النفسية المصاحبة للسرطان
- 3.الميكانيزمات الدفاع لدى مريض السرطان
- 4.الاستجابات النفسية عقب الاصابة بالسرطان
- 5.الصدمة النفسية عند مرضى السرطان
- 6.مفهوم انتكاسة مرض السرطان
- 7. أسباب انتكاسة مرض السرطان
- 8.أهداف التدخل النفسي عند مرضى السرطان
- 9.علاقة المريض بالسرطان بالطبيب والاخصائي النفساني

❖ خلاصة

تمهيـــــد :

يعتبر المرض خبرة ذات أهمية كبيرة خاصة في حياة الانسان لما يتركه من أثار على جميع الجوانب الشخصية البدنية منها و النفسية و العقلية و الاجتماعية ، فما بالك أذا ما كان هذا المرض مرض السرطان ،فمرضى هذا الأخير سواء كانوا رجالا أم نساء أم أطفال هم أفراد المجتمع الذي نعيش فيه، فهم ليسوا مرضى فقط،بل هم أعضاء أيضا في مجتمع ترابطهم مع الآخرين علاقات اجتماعية ،وعليهم مسؤوليات تجاه أنفسهم و أسرهم و مجتمعهم الذي يعيشون فيه .

لذلك عمدت في هذا الفصل الى ذكر سمات شخصية المصابين بالسرطان و الاضطرابات النفسية المصاحبة له و الميكانيزمات الدفاعية التي يستعملها مرضاه ضف الى ذلك الاستجابات النفسية عقب الإصابة به و الصدمة النفسية ،كما قمت بإدخال مفهوم انتكاسة مرض السرطان و أسبابها في هذا الفصل لأن يخدم موضوع دلراستي هذه وفي الأخير تحدثت عن أهداف التدخل النفسي عند هؤلاء المرضى و علاقة مريض السرطان بالطبيب و الأخصائي النفسي .

1.III سمات الشخصية للمصابين بالسرطان:

إن الشخصية التي تتعرض للسرطان هي شخصية من النمط "ج" (Type c)، وهي شخصية تتسم وتستجيب للتوتر والضغوط وأحداث الحياة من خلال الاكتئاب واليأس وانعدام الأمل، والانفعالات السلبية؛ فالأشخاص الذين يرتفع اليأس لديهم يكون لهم تاريخ طويل من انخفاض الفاعلية والخضوع للأحداث بدون شعور بالنجاح أو المتعة مع انخفاض الشعور بالمسؤولية تجاه الإنجاز، وقابلية شديدة للفشل، وتشير البحوث إلى أن الأفراد الذين يتفق سلوكهم مع هذه الصورة الخاصة باليأس وانعدام الأكل أكثر عرضة للإصابة بالسرطان.

وفي دراسة لكل من *"Bahmson & Renneekerm"* 1981 توصلا فيها إلى أنالشخصية التي تتعرض للإصابة بالسرطان تمثل شخصا متساهلا، مذعنا للآخرين يكبتانفعالاته، منصاعا، واكتئابيا لا يستطيع التعبير عن توتراته أو قلقله أو غضبه.

ويعتبر الاكتئاب من أهم السمات الانفعالية التي لاقت اهتمام الكثير من الباحثين لدراسة علاقة الاكتئاب بمرض السرطان.

حيث أظهرت الدراسات (*Wimbuch,2002,Galiettea, Françes, 2001*) التي أجراها كل من (وجود علاقة بين الاكتئاب والإصابة بمرض السرطان ،أما دراسات (*Cason, 2003,Worden, 1999*) فأثبت وجود علاقة بين س□مة التشاؤم والشعور باليأس والشعور بالعجز والشعور بالإحباط والإصابة بمرض السرطان.

إلى *(Desire,Wimbush 2002,Galiettea 2001)*: كما أشارت دراسات وجود علاقة موجبة بين القلق العام وقلق الموت بشكل خاص والإصابة بمرض السرطان.

ونستطيع القول أن الحالة النفسية لا تؤثر في الحالات المتأخرة وتدهور حالة المريض ولكن يمكن أن تؤثر في نمو الأورام السرطانية خاصة عندما يكون الورم في مراحله الأولى، عندئذ يكون للتفاؤل والإقبال على الحياة ومواجهة المرض أثر إيجابي كبير، وقد يشكل فارقا حقيقيا بين الحياة والموت.

.(Bruchon & d'autre, 2003:26)

2.III الإضطرابات النفسية المصاحبة للسرطان:

توصلت الد ارسات التي مست هذا الموضوع إلى تحديد سبعة إضطرابات نفسية رئيسية تتوافق مع السرطان:

- إضطرابات التكيف.
- إضطرابات المزاج ، الكآبة.
-الهذيان.
- إضطرابات القلق العام.
-العته (الخرف).
-إساءة استعمال الأدوية والمؤثرات العصبية والإدمان.
-إضطرابات الشخصية عضوي المنشأ.)HAREL-BIRAUD H., 1995(

3. III الميكانيزمات الدفاعية التي يستعملها مرضى السرطان :

في سياق الأمراض المزمنة يعد الإنكار (Déni) أحد أكثر استراتيجيات المواجهة استخداما ،ووفقا ل **"لفين"** وآخرون**(Levin et al)** يتضمن الإنكار الانفصال النفسي عن المرض، لذا فهو يخفض من الضغوط النفسية الناجمة عن المرض، ويتم التفريق هنا بين أشكال مختلفة من الإنكار، ويمتد المجال من التطرف الشديد فينكر المريض أنه مريض على الإطلاق، إلى الأشكال الأقل تطرفا على نحو التقليل من خطورة المرض وعدم إدراك تأثيراته على الحياة اليومية، وكذا تجاهل المعلومات المتعلقة بالمرض، أما عن العواقب السلبية لهذا الميكانيزم فيتمثل في: التباطؤ في استشارة الطبيب، عدم إتباع التعليمات الطبية، عدم تنفيذ السلوك الصحي المنصوح به، أما فيما يخص الجانب الإيجابي للإنكار فيتمثل في التخفيض من الضغوط الناجمة عن المرض، كما تشير دراسات واسعة حول إستراتيجية الإنكار في أثناء الطور الحاد لمرض ما يكون مفيدا وملائما، إلا أنه يؤثر بعد ذلك على مجرى المرض بشكل غير مناسب إذا استمر لفترة زمنية طويلة لأنه يبطئ من استشارة الطبيب ويقود إلى مشكلات في إتباع التعليمات الطبية. (عودية ولديحي حورية ،2005، ص517)

ويعتبر الإنكار نشاط الواقع في إدراك المعاش كخطر أو ألم، كما أن الإنكار يمكن أن يتواجد في جميع مراحل المرض، مثال ذلك: في حالة تشخيص المرض ("هذا مستحيل"، "أنت تخدعني"، "لا أحس بأي ألم"، "صور الأشعة كاذبة"، "لابد أن أعيد الفحوصات"). (Sylvie Dolbeault et al, 2007, p47)

3.2.4. استراتيجيات المواجهة:

قبل التحدث عن استراتيجيات المواجهة التي يوظفها مريض السرطان، وجب التحدث أولا عن:

❖ **نموذج التلاؤم مع المرض المزمن:**

قام **"كروغر"(Krorer)** بوضع نموذج للتلاؤم مع المرض المزمن بصفة عامة، ومرض السرطان بصفة خاصة، والذي يتضمن الأطوار الآتية:

- **طور الصدمة:** يتمثل في رد الفعل الأولي أمام الإصابة بالمرض، وسيتمر هذا الطور في أغلب الأحيان لحظات قصيرة فقط أي عدة أيام كأقصى حد، ويلاحظ ردود فعل الصدمة في إطار الطوارئ فقط، ولا يكون المريض في حال يدرك فيه شدة المرض أو الإصابة.

- **طور الإنكار:** يعقب الطور الأول، ويساعد الإنكار المريض على أن يتصرف في البداية و كأن شيئا لم يحدث.

- **الطور الاكتئابي:** لابد أن يواجه المرضى في وقت ما بواقع المرض، وتقود هذه المواجهة مع الواقع إلى ردود فعل اكتئابية، فإذا لم يلاحظ رد الفعل هذا فإن ذلك دلالة على أن المرض ما زال غير مدرك بصورة كاملة، وتكون نسبة الانتحار لدى مرضى الأمراض المزمنة في هذا الطور كبيرة جدا.

- **طور التمرد على الاستقلالية:** إذا ما تم تجاوز طور الاكتئاب يعقبه طور التمرد على الاستقلالية، ففي طور الاكتئاب يشعر الإنسان بالعجز وأنه متعلق بالفريق الطبي المشرف علي العلاج إلا أنه في مرحلة ما من مجرى العلاج لابد وأن يقود بنفسه عملية شفاءه، فعندما يغادر المستشفى يتجدد مطلب الاستقلالية، وبما أن هذه الاستقلالية مرتبطة بالمخاوف فإن المريض يرفض هذا المطلب من الفريق الطبي.

- **طور التلاؤم:** أي الطور الأخير في هذا النموذج، يتعلم المريض خلاله دورا جديدا، إذ يرضى بمرضه، ويواجه متطلباته، ويتعلم استخدام مهاراته، استراتيجياته، وإمكانياته المتبقية بصورة أكثر فعالية. (عودية ولديحي حورية ،2005، ص517)

وبالحديث عن استراتيجيات المواجهة يبدو أن بعض استراتيجيات التعامل مع المشكلات المرتبطة بمرضى السرطان فعالة، ففي دراسة ل (603 مرضى) مصابين بالسرطان، استطاع **"دانكل- شيتر"** وزملاؤه**(Dunkel- Schetter et al)**(1992) التعرف على خمسة أنماط من التعامل مع هذه المشكلات: السعي للمساندة الاجتماعية واستخدامها، التركيز على ما هو إيجابي، إقصاء الذات، التجنب أو الهروب المعرفي، التجنب أو الهروب السلوكي، فالتكيف من خلال المساندة الاجتماعية والتركيز على ما هو إيجابي وإقصاء الذات هي أنماط لها علاقة وطيدة بمستويات أقل من الضيق الانفعالي الناجم عن السرطان، وينطبق الأمر على المرضى الذين كانوا يظهرون

مستويات عالية من التفاؤل **(J.E.Epping-Jordon et al)**(1999). (شيلي تايلور، 2008، ص ص823-824)

ففي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل نجد: وضعيات المواجهة، الهجوم، البحث النشط عن المساعدة والمعلومات، أما فيما يخص المواجهة المتمركزة حول الانفعال نجد خواص لنوعين أساسيين من الاستراتيجيات: وضعيات المراقبة الانفعالية، والعجز/اليأس.
(Sylvie Dolbeault et al, 2007, p42)

بالرغم من تلقي مرضى السرطان لقدر كبير من المساندة العاطفية من قبل العائلة والأصدقاء ،إلا أن مسألة المساندة الاجتماعية قد تصبح مشكلة جدية بالنسبة لهؤلاء المرضى، وذلك نظرا لما قد تحمله العلاقات الحميمية أحيانا من نواحي سلبية تؤثر في تكيف المريض النفسي السلبي بدرجة تتجاوز ما يمكن أن تقدمه المساندة العاطفية من فوائد. (شيلي تايلور، 2008، ص821)

إن الدعم الفعال لمرضى السرطان ليس مهما فقط بسبب ما يجنيه المريض من تحسن في درجة تكيفه مع المرض، وإنما لأنه قد يحسن من الاستجابات المناعية للسرطان أيضا، وإذا كان هناك بعض الشكوك حول أهمية المساندة الاجتماعية في حياة مرضى السرطان، فقد أظهرت دراسة حديثة حقيقة فوائده (**Lai et al**,9991) حيث وجدت أن المرضى المتزوجين تمكنوا من البقاء بدرجة تفوق المرضى من غير المتزوجين أومن المنفصلين عن شركائهم أو المطلقين أو الأرامل ،وفي محاولة لمعرفة طبيعة الدعم الذي يقدمه المقربون ومدى تأثيره على مستقبل مرضى السرطان وحياتهم. (نفس المرجع السابق، ص822)

3.1.III الاستجابات النفسية عقب الإصابة بالسرطان:

أ- الفقـــــــدان:

- *فقدان الحياة :* فكثيرا ما كان يُنظر إلى السرطان على أنه حكم محقق بالموت.
- فقدان الصحة وتدهور صحة المريض بدرجات متفاوتة ولا يعود قاد ار على ممارسة النشاط المعتاد.
- *فقدان الدور :* حيث يتراجع الدور الحياتي الذي كان يؤديه المريض : كأب، ابن، أم...
- *فقدان السيطرة :* حيث يفقد المريض سيطرتـه على مقدرات حياته ويصبح جزء كبير منها يخضع لمقتضيات المرض أو العلاج.

- *فقدان الإستقلالية :* يتبع فقدان السيطرة بما يعني زيادة إعتماد المريض على الآخرين.

- ردة فعل المريض على الفقدان، حيث يتمثل غالبا بمشاعر الحزن التي قد تتجاوز الحزن العادي لتصل إلى حالة الإكتئاب المرضي.

- يعتقد أن المصاب بالسرطان عرضة للإكتئاب أربعة أضعاف للشخص الغير مصاب.

ب- عدم الأمان:

-بسبب الخطر الداهم.

-المستقبل المجهول.

-العيش في أجواء غياب التيقن وعدم الثقة في المستقبل من المشاعر التي تتولد بقوة لدى مرض السرطان.

-رد فعل الإنسان على التهديد وغياب الأمان هو القلق والتوتر الذي يمتد من الخوف العادي إلى ليصل إلى أقصى درجات الفزع المرضي بأعراضه النفسية والجسدية.

ج- ميكانيزمات الدفاع:

بالإضافة لميكانيزم الإنكار الذي يعتبر إحدى م ارحل سيرورة الحداد، نجد الميكانيزمات الكلاسيكية من قبيل: النفي ، التجنّب، الإلغاء والعقلنة. (MOREL D: 204-206) .

ج.1 الخوف عند مرضى السرطان:

في مجال قلق الموت أو الخوف منه وضع **تمبلر** "تظرية العاملين" في هذا الصدد إذ افترض أن الخوف من الموت يرجع إلى محددين أساسيين هما:

1) الحالة العامة للصحة النفسية لدى الفرد.

2) خيارات الحياة المرتبطة بموضوع الموت.

ويمكن القول بأن أسباب الخوف من هذا المرض ترتبط سلبيا بمستوى الصحة النفسية لدى الفرد بوجه عام خيارات الحياة المتصلة بهذا المرض في الأسرة أو لدى الأقارب والأصدقاء، ومن ثم يمكن افتراض أن هناك تغييرات مصاحبة بين الخوف من السرطان بدرجة مرتفعة . وكل من انخفاض الصحة النفسية لدى الفرد ووجود أو كثرة حوادث المعاناة والموت هذا المرض في الحياة الواقعية. ولعل من أكثر ما يجعل الخوف من هذا المرض يتزايد هو:

-أن هذه الأمراض تبدأ على هيأة أوارم عادية ومستخفية وغير مؤلمة ولكنها ما تفتأ يتزايد حجما وايلاما بحيث تزحف على الجسم من النقطة التي بدأت منها فتجعل المصاب بها في جحيم من العذاب أليم.

-أن من يصاب بتلك الأمراض يصاب في نفس الوقت باليأس من الشفاء مهما حاول المحيطون به طمأنته وبث الأمل في قلبه بأنه سيحظى بالشفاء.

- أن من طبيعة تلك الأم ارض السرطانية أنها تبث في المصاب بها حالة من الإكتئاب حيث أنها تصيب الإنسان ككل.

-أن مريض السرطان يكون خاضعا لمجموعة كبيرة من المواجهة والعواطف المتضاربة إ ازء المحيطين به.

-أن الإصابة بتلك الأم ارض تعني نهاية العالم بالنسبة للمريض.

أ- الخوف من الموت:

قد يكون لخوف الفرد من الموت نفس السبب الذي يخاف من أجله العزلة، فالموت مظهر من مظاهر العزلة وترتبط العزلة بالموت ارتباطا واضحا، فحادث يعانيه الشخص على انف ارد والفرد يتألم أشد الألم من مظاهر العزلة التي يتصف بها الموت.

ب - الخوف من عودة المرض:

لقد عبر عدد من مرضى السرطان الذين تعرضوا فعلا لانتكاس المرض بعد العلاج عن عدم الشعور بالرضى نحو العلاج الذي تلقوه، ولوم الذات والشعور بالأسى لعدم فعالية العلاج الذي خضعوا له فضلا عن الإحساس بالفشل نحو أسرهم واليأس من الطب والعلاج وفي هذا الصدد يشير **سالكو فسكيس** إلى ضرورة مساعدة المرضى الذين يخافون من ارتداء المرض وتشجيعهم على التعبير عن مخاوفهم ومثل هذا الإجراءات من شأنه أن يقلص المخاطر التي تهدد صحة الفرد النفسية، فليس من شك أن توفير جو من المودة وتهيئة موقف يتسم بالتشجيع والصدق بين المريض والمعالج يسهم في دفع المريض نحو رؤية أكثر موضوعية وعقلانية للموقف، فتنخفض لديه مشاعر الخوف والقلق إزاء الانتكاس.

4.III الصدمة النفسية عند مرضى السرطان:

يعتبر خبر الإصابة بالسرطان شكلا من أشكال الأزمة الكبرى التي تلم بالإنسان ويكون أثره ابتداء يشبه الأثر الذي تتركه الصدمة حيث يمر المريض بنفس أطوارها.

يشير مصطلح الصدمة إلى حوادث شديدة أو عنيفة تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليها.

وتعُرفّ الصدمة بأنها : أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية، وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق أو العجز أو الرعب. وهي حدث خارجي فجائي وغير متوقع يتسّم بالحدةّ، ويفجر الكيان الإنساني ويهدد حياته بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع المختلفة أن تسُعف الإنسان للتكيف معه.

2.4.III مراحل الصدمة عند مرضى السرطان:

- طور الإنكار وعدم التصديق (أول أسبوع).
- الحسرة والحداد : طوار الإنتقال الشديد (أسبوعين)، ويمكن ملاحظة ثلاث محاور رئيسية من المشاعر:

1. محور القلق – الخوف وتمتد المشاعر هنا من التوتر والانفعال لتصل إلى أقصى درجات الفزع.
2. محور الحزن ويبدأ من مشاعر الحسرة والضيق ليصل إلى مستوى الإكتئاب الكامل.
3. محور الغضب :قد يكون الغضب موجها للذات أو ضد الآخرين أو الظروف.

- طور المساومة والتقبل (شهر) : حيث تتحول المشاعر من العموميات إلى المسائل العملية من قبيل الورم الكبير أو الصغير المنتشر من قبيل البحث عن إمكانيات العلاج المتاحة ومن ثم تبدأ الخطوات العملية.
- طور التعايش والتكيف (شهر) : وهو أن يعيد المريض رسم حياته مع مراعاة التغيرات الحاصلة على نمط الحياة، وهناك نوعان من التكيف:

<u>إيجابي:</u> بمعنى القدرة على المواجهة والتصدي للبحث عن الحلول والبدائل.

سلبي: بمعنى الهرب.

3.4.III الصدمة النفسية والعصف بالفرضيات الأساسية في الحياة:

يرتكز وجودنا في الحياة وتوظيف طاقاتنا وفاعليتنا فيها وانتظام علاقاتنا بالبيئة والمجتمع والآخرين والذات على أساس من الفرضيات والنظريات الشخصية التي تسمح بأن نضع أهدافا نتبناها ونخطط لأنشطة نضطلع بها وننظم سلوكنا. وقد تتعرض للانتهاك والعصف من جراء الصدمة وهي:

أ- فرضية المناعة أو الحصانة: قد يبدو أننا نقر بالحوادث والكوارث والصدمات، فالج ارئم شائعة وأم ارض السرطان أو أم ارض القلب تصيب نسبة كبيرة من الناس ومع ذلك فإننا في نفس الوقت نعتقد **" بأن ذلك لن يحصل لي "** فنحن في وجودنا نسلك ونعمل على أساس الخداع أو وهم الحصانة والمناعة، فالناس يميلون إلى المبالغة في تقرير إحتمال أن يخبروا مواقف موجبة في الحياة أو الإقلال من تقدير إحتمال المواقف السالبة، لكن التعرض لصدمة أو خبرة وقوع الفرد ضحية عنف أو جريمة يبدد فرضية الحصانة والمناعة لذلك تتحول فرضية " ذلك لن يحدث لي "إلى إحساس بالقابلية للإنجاح أو السقوط الذي يعم إدراكات الضحايا فيشعرون أنهم لم يصبحوا حصينين وأن أي شيئ يمكنه أن يقع لهم ويصبح هؤلاء غير قادرين على الشعور بالأمن في عالم عدواني وفقدان الثقة بالآخرين.

ب - فرضية أن العالم ذو معنى:

ترتكز هذه النظرية على أننا نعيش في عالم منظم تحكمه معايير ومبادئ منظمة ومستقرة إلى حد كبير ولكي نستخلص معنى عالمنا يجب أن نعتبر أن كل ما يحدث لنا يمكننا التحكم فيه.

3.4.III علاج الصدمة:

هناك نوعان من التكيف كعلاج: كما سبق وأشرنا إليه: الإيجابي بمعنى القردة على المواجهة والتصدي للبحث عن الحلول والبدائل. والسلبي بمعنى الهروب. تعتمد قدرة الإنسان على التكيف إيجابا وسلبا على عدة عوامل منها:

أ- عوامل داخل الإنسان تتعلق بشخصية الفرد وتكوينها الجيني والبيئي والروحاني لشخصيات الأفراد متباينة تباين بصماتهم فما قد يشكل ظرفا مستحيلا لشخص قد لا يبدو كذلك لشخص آخر.

ب- عوامل متعلقة بإمكانية مادية ومسؤوليته، فلا يستوي رد فعل المتمكن ماديا والذي لا يملك من المصادر والأرصدة ما يساعده على مواجهة الظروف مع من يضطر للاستدانة أو لمواصلة العمل المضني.

5.III مفهوم انتكاسة مرض السرطان

أ- العلمي: هو تنامي خلايا سرطانية من جديد في الجسم ، بشكل متكرر و مستمر ، بعد ان تمت مكافحتها بوسائل علاجية ، و يمكن ان يكون هذا التنامي الثانوي للخلايا أمر حتمي في بعض الأنواع السرطانية المتأثرة بنسبة كبيرة من العامل الوراثي ، فهو ذو طبيعة انتكاسية . و قد يحدث هذا التنامي الثانوي في أورام قابلة للشفاء نتيجة تفاعل عدة عوامل أدت الى تفجيره من جديد. (أبوزينة ، 2000 : 27) .

ب - الاجرائي : هو معاودة الاصابة بمرض السرطان ، بعد ان تم علاجه سابقا عند نفس الشخص ، حيث يفترض انه قد شفي منه أو على الاقل استقرت وضعيته .

6.III أسباب انتكاسة مرض السرطان

1.6.III سوء التشخيص :

في معظم الحالات التي يكون فيها التشخيص متأخر للسرطان يجز العلاج الطبي في القضاء على الورم السرطاني ،لأن الورم وصل الى مرحلة الانتشار.

- كذلك في حالة خطأ في تشخيص نوع المرض ، فهنالك بعض الأنواع السرطانية التي تختلط بأمراض أخرى ، مثل سرطان أكثر، مما يؤدي الى نقص فعالية العلاج أمامه (حسن،1984: 250).

2.6.III نوع السرطان

- هنالك بعض الأنواع من السرطان الغير قابلة للشفاء الكلي ، بل تخفف أعراضها فقط مثل السرطان اللمفاوي الحاد .

- هنالك بعض الأنواع التي لا تبدي أي أعراض على الجسم إلا بعد تكاثرها و تناميها ، و هذا ما يقوي نسبة انتكاسها بعد العلاج .

- هنالك بعض الأورام تظهر في المعدة،ولا يمكن إجراء جراحة لنزعها للمحافظة على النسيج الملاصق ، و بالتالي يستعمل معها علاج إشعاعي بطاقة منخفضة ،مما يجعل الخلايا السرطانية تعيش مرحلة كمون و بعد فترة من الزمن تتفطن من جديد و تبدأ في التكاثر .

- هنالك بعض السرطانات التي تعرف أنها قابلة للشفاء، إذا عولجت في بدايتها مثل سرطان المثانة، أما إذا تأخر العلاج فإنها تصبح من الأنواع الغير قابلة للشفاء تماما.

- هنالك بعض الأورام التي تكون لها علاقة بالوراثة، و التي من صفاتها أنها تظهر في أماكن عديدة من الجسم ، و بالتالي بعد علاج الورم الأول تظهر،أورام أخرى في أماكن مختلفة (شوارتز ،1988: 72).

3.6.III طبيعة علاج الخاص بمرض السرطان :

ان الاعتماد على العلاج الكيميائي ، يأتي بنتائج ايجابية في القضاء على الخلايا السرطانية ، إلا أنه في بعض الحالات أين يكون العلاج مطول ، يحدث تجمع للمواد السامة ،التي طرحتها هذه المواد الكيميائية ،وبعد فترة تسبب تنامي خلايا سرطانية جديدة .

في بعض الحالات التي يهمل فيها الفحص الطبي الدوري ،بعد الشفاء من سرطان الفم ، نجد أن وجود بؤرة إنتان في الفم و التي تتعفن بالجراثيم ،و تشكل تقيح قد يفرز في الفم الدم،مما يؤدي الى ظهور ورم سرطاني جديد في الفم .

4.3 تأثير العامل النفسي

إن العامل النفسي لا يتسبب بشكل مباشر في انتكاس السرطان ،الا أنه يساهم في ذلك ،حيث أثبتت دراسات أجريت في فنلندا و السويد لمد 13 سنة ،أن الأشخاص المصابين بالسرطان ز الذين يستجبون بتدهور نفسي كالاكتئاب الحاد، يكونون عرضة لضعف الجهاز المناعي أكثر ،مما يساهم في نقص فعالية العلاج في الجسم ،وهذا ما يقوي نسبة الانتكاسات التي تعمل على تعجيل وفاة هؤلاء المرضى.

-هنالك دراسات مقارنة بين مجموعتين من مرضى السرطان ،حيث أن المجموعة الأولى كانت تعاني انطواء شديد ،وعزلة عن الآخرين ،ويأس أفقد هؤلاء المرضى كل لذة في الحياة، بينما المجموعة الثانية كانت مشكلة جمعية،ذات نشاطات متعددة ،كونوا من خلالها علاقات جيدة مع الناس ،و شعور بالنجاح ،فكانت النتيجة هي أن المجموعة الأولى تعرضت لانتكاسات عديدة ، و تدهورت صحتهم بسرعة فاستسلموا للموت بسهولة الواحد تلوى الأخر .بينما المجموعة الثانية لم تتدهور صحتها بسهولة،وعاش هؤلاء عدة سنوات أكثر مما توقع لهم الأطباء (العيساوي ،1994 :130).

7.III أهداف التدخل النفسي عند مرضى السرطان :

يستند التدخل النفسي إلى تطورين رئيسيين:

-**التطور الأول :** متعلق بتحسن مسار المرض وزيادة عمر المرضى، وذلك بسبب التقدم الحاصل في وسائل الكشف المبكر وكذلك العلاج حيث لم يعد السرطان بمثابة حكم الموت وأصبح أمام المرضى سنوات طويلة ليعيشوها أو يتعايشوا مع المرض خلالها.

-**التطور الثاني:** والمتعلق بسياسة المكاشفة والمصارحة المنبثقة عن ضرورة احترام حقوق المرضى وضرورة المهام بما يتعلق بأوضاعهم.

ويهدف التدخل النفسي والإجتماعي إلى تحقيق هدفين رئيسيين:

1- تحسين نوعية حياة المرضى.

2 - تحسين النتيجة العامة للعلاج.

لا تعني إصابة المريض بالسرطان أن تتحول حياته إلى سلسلة من الأزمات، وإنما يجب مساعدته على تحسين نوعية حياته بكافة مناحيها مثل : تحسين الشهية للأكل، تحسين النوم، تحسين النشاط العام، التقليل من القلق والخوف والشعور بعدم الطمأنينة، التقليل من مشاعر الحزن واليأس ومعالجة الكآبة، مساعدة المرضى على التكيف على الظروف الجديدة، وكذلك مساعدتهم على تجاوز العوائق والإعاقة التي يخلقها المرض.

وفيما يتعلق بالأطفال والطلاب يتم مساعدتهم لتجاوز التأخرات الد ارسية الإضطرابات السلوكية التي تنتج عن المرض أو طول فترة العلاج.

وبغض النظر عن المدة المتاحة للشخص ليحيا والتي لا يعرفها المريض ولا السليم نهدف من التدخل أن نجعل هذه الفترة مثمرة وطبيعية إلى أقصى قدر ممكن، أما الأمر الثاني

المتعلق بكمية الحياة لا نوعيتها فقط هو من الأهداف التي يحاول التدخل النفسي المساعدة فيها عبر عدة محاور:

-تحفيز التكيف الإيجابي وما يستتبع من أخذ العلاج وأسباب الشفاء.

-إبعاد المريض عن بعض العادات السلبية والمرسبة للمرض أو لسوء النتائج مثل: التدخين.

-أثبتت بعض الد ارسات أن الحالة النفسية تؤثر على درجة الشفاء وتزيد من فرص العلاج ،وتستند هذه الد ارسات في تفسيرها لذلك إلى فرع من علوم المناعة ويسمى علم المناعة العصبية النفسية، وهو يرى أن تحسن نفسية الإنسان يرفع من قدرته على المقاومة. فالد ارسات في هذا المجال تقوم بتقييم كل مريض لمعرفة الأثر الذي تركه المرض عليه وذلك بقياس الضيق وهو يعني مجمل المعاناة النفسية والجسدية والإجتماعية والحياتية والروحانية التي يمر بها المريض.

8.III علاقة المريض بالسرطان بالطبيب والاخصائي النفساني :

يبقى دور الأطباء على درجة من الأهمية في أيام العمر الأخيرة، رغم تأكدهم من أن المريض في حالة ميؤوس منها بالمقاييس الطبية، وأن مرضه الحالي سيئ فضي به إلى وفاة قريبة؛ إن دور الطبيب في هذه الحالة يجب أن يكون مساندة المريض وأهله لذا يجب أن يكون على إدراك باحتياجات هذا الموقف ليمهد طريق الميل الأخير في حياة امتدت لآلاف الأميال، وربما كان مرض الموت الذي ينظر إليه على أنه موقف صعب على المريض ومن حوله لا يخلو من ميزة إعداد الجميع نفسيا لتحمل موقف الوفاة.

وذلك مقارنة بالموت المفاجئ للأصحاء من الناس والذي يكون بمثابة مفاجأة مذهلة تثير الانفعالات لأنها تمت دون إعداد مسبق، ولم□ا كان مرض الموت يتضمن كربا هائلا للمريض ومن يقوم على رعايته فإن على الطبيب أن يعمل على تخفيف الموقف بالبحث عن مصادر الإزعاج ومحاولة التعامل عها بما يجعل الأيام الأخيرة محتملة إلى أن ينتهي الموقف بعد أن تسير الأمور بهدوء.

إن القلق هو سيد الموقف في هذه المرحلة الحرجة، قلق المريض وقلق من يقوم على رعايته، وقلق طبيبه أيضا، وهناك أسباب عديدة للقلق، فأهل المريض يعتقدون أنا لتشخيص والعلاج ربما لا يكون سليما، وقد يزيد من قلقهم أن حالة المريض لا تستجيب للعلاج وتستمر معاناته،

وكثير من المشاعر المتضاربة لدى المريض وذويه مثل الرغبة في معرفة حقيقة المرض والخوف من ما تعنيه الحقيقة. (الشربيني ،2010 :233: 243).

وهنا يأتي دور الأخصائي النفساني الذي يقوم بتهيئة المريض لسماع التشخيص فيتوجب على الأخصائي النفساني تهيئة الجو المليء بالأمن والطمأنينة والتقبل، ويحاول من خلاله التعرف على مشاعر وانفعالات المريض، وأفضل طريقة لذلك أن يشعر المريض بالثقة والطمأنينة وكثيرا ما يرتاح مرضى السرطان للإنسان الذي يصغي إليهم ويهتم بهم؛ فالاهتمام بمشاعر المريض وأفكاره الجديدة المتولدة عن المرض تتيح له فرصة الاطمئنان للأخصائي النفساني.
والتفاعل هنا هو عملية تواصلية قوامها التحادث بين الطرفين وهذه الأخيرة هي الوسيلة الفعالة في نقل الأحاسيس والمشاعر، وبقدر ما يستوعب الأخصائي مشاعر المريض بقدر ما يكون موضع تفريغ انفعالات المريض الكامنة وراء حديثه. (الجسماني ،248:1998).

1.8.III عـلاج السـرطـان:

من المؤكد أن العلاج يختلف حسب نوع الورم فالأورام الحميدة تشفى بالاستئصالات ولا تعود ثانية ،أما بالنسبة للأورام الخبيثة فقد حدث تقدم ملحوظ في العلاج خلال القرن الـ 20 ومن أهم العلاجات المتاحة:

أولا/ العلاجات المتاحة والمستخدمة حاليا:

1. **العلاج الجراحي:** بدأ استخدامه في القرن التاسع عشر، جاء أول تقرير عن إمكانية شفاء السرطان في عام 1878؛ حيث تم شفاء $_5\%$ من المصابات بسرطان الثدي واللائي تم علاجهن جراحيا، وحدث التقدم الكبير في سنة 1891 باستخدام الاستئصال الجراحي الجذري لأول مرة في ورم بالثدي (حيث يتم استئصال الثدي كاملا، ومعه الغدد اللمفاوية)، ومع حلول عام 1935 سجل الأطباء إمكانية الاستئصال الجذري الناجح لجميع الأورام.
2. **العلاج الإشعاعي:** لقد اكتشف "رونتجن" (Roentgen) الأشعة الصينية "X-Rays" في عام 1895، واكتشف "بيكورل" "Becquerel" النشاط الإشعاعي، واكتشف "ماري كوري" (Marie Curie) الراديوم في 1898، وتم استخدام هذه الاكتشافات في علاج الأورام.

3. **العلاج الكيماوي:** بدأ هذا في سنة 1943 بعد اكتشاف نجاح المواد الكيماوية السامة التي استخدمت في الحرب العالمية الثانية في علاج الأورام اللمفاوية الهوجيكينية " Hodjikin's, Lyphoma"، وهذه الأدوية تعمل على قتل الخلايا التي هي في طور التكاثر "Cytotoxic Drugs"، وعادة يكتفي بالعلاج الكيميائي فقط في سرطان الدم وسرطان الغدد اللمفاوية، وتم استحداث عملية زرع النخاع والتي تتم بعد إعطاء جرعات كبيرة جدا من المواد الكيماوية لتدمر كل خلايا الورم وتدمر كذلك النخاع العظمي للمريض.

4. **العلاج الهرموني:** ويستخدم في الأورام المعتمدة على الهرمونات مثل مضادات الاستروجين في أورام الثدي ويتم استئصال الخصيتين في أورام البروستات لتقليل هرمونات الذكورة.

ولقد أدى استخدام هذه العلاجات مجتمعة إلى تحسين النتيجة النهائية للعلاج، وأصبحت نسبة الشفاء تشكل حوالي 50%.

ثانيا/ العلاجات الحديثة (تحت التجارب):

1. **العلاج الجيني:** حيث يحاول العلماء عن طريق الهندسة الوراثية أن يتحكموا في الخلل الحادث في الجينات والذي يؤدي إلى حدوث السرطان.
2. **العلاج المناعي:** لقد ثبت أن الجهاز المناعي له دور كبير في مقاومة السرطان،وذلك بالبحث والقضاء على الخلايا المصابة بالطفرات والتي تتكون يوميا في كل الأشخاص، ولقد فكر العلماء في استخدام معدلات الاستجابة البيولوجية " Biological Response Modifiers" في علاج السرطان.(بادويلان:59:31)

خلاصـــــــــة :

تنشأ المشاكل و التعقيدات النفسية لدى مريض السرطان من عدة عوامل قد تكون متضافرة أو منفردة ،وقد تنجم المضاعفات النفسية عن اضطراب الوضع الاجتماعي و الاقتصادي ،البطالة أو كلفة العلاج ،كما وقد تنجم المشاكل النفسية من مضاعفات العلاج أو الخوف من المجهول.

الفصل الرابع

قلــق المــوت

❖ تمهـــيد

- 1. تعريف قلق الموت
- 2. نبذة تاريخية عن قلق الموت
- 3. مكونات قلق الموت
- 4. أسباب قلق الموت
- 5. أعـراض قلـق المـوت
- 6. مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت
- 7. النظريات المفسرة لقلق الموت
- 8. علج قلق الموت

❖ خلاصة

.تمهيـــد

يعد قلق الموت انفعال يتواجد في طيات الشعور، وهو نوع وحيد من القلق؛ حيث يعتبر اضطراب ميتافيزيقي لا يعالج.

فالشيء الوحيد الذي لا يمكننا إخفاؤه هو أن قلق الموت لا يعتبر قلق عادي، أو داء يمكن تشخيصه؛ حيث يعد قلق الموت لا يعرف له موضعا لكن هو قلق على المستقبل في حد ذاته؛ أي قلق على موقف وحدث قبل لا توجد للفرد أي سلطة عليه. فهو كانشغال معتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.

لذلك قد بحثنا في هذا الفصل عن مفهوم قلق الموت و قدمت نبذة تاريخية عنه و ذكرت مكوناته و أسبابه و أعراضه ضف الى ذلك مواقف الفرد المتميزة و المتناقضة تجاهه و النظريات المفسرة له ، وفي الأخير سأتحدث عن علاجه .

IIV. 1 تعريف قلق الموت:

إن الموت يعتبر من العوامل الهامة والتي لا يستهان بها في إحداث القلق الذي يهدد الاستقرار النفسي للإنسان، ومن هنا يمكن القول أن القلق وخصوصا قلق الموت مرتبط بوضعية الموت سواء كان قريبا أم بعيدا بمعنى آخر حسب نوعية الحالة المرضية وحتى النفسية والاجتماعية للإنسان، ومن هنا ظهرت عدة تعاريف لهذا النوع من القلق.

"ارنست بيكر Arneste biker":"يرى أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت".(فاروق السيد عثمان ،2001 :74).

قلق الموت ليس مجرد قلق طبيعي يتركز في موضوع ما ،وكأنما هو داء يمكن تشخيصه او تحديد أعراضه بل هو قلق ميتافيزيقي لا تعرف له موضوعا ولا نجد له باعث حول شيء لابد من عمله بل قلق على المستقبل نفسه أو بالأحرى على حدث مقبل ليس للإنسان عليه سلطة.(مصطفى غالب ،64:1981).

قلق الموت قد يترتب عن القلق العضوي، وهو نوع من الاكتئاب تختلط فيه القلق من الموت بترقبه.(عبد المنعم حنفي، بدون سنة: 179).

IIV .2. نبذة تاريخية عن قلق الموت:

تتبع جذور دراسة قلق الموت من فحص مسالة الموت وقد اهتمت جميع الديانات بموضوع الموت، فلهذا الأخير أهمية مركزية في كل ديانة وفي كل شيء فكري وفلسفة متماسكة.(عبد الخالق ،1987: 39).

إن الوعي بالموت له تاريخ طويل، حيث استخدم النوم على انه أخ التوأم للموت، كما أن القران صور النوم بأنه الوفاة الأولى للإنسان في الحياة غير أنها مؤقتة ،إما في العصر الوسيط فقد زادت شدة معدلات الوفيات وانخفاض معدلات الأعمار.

أما في القرن 19 استكشفوا وجود إمكانية إعطاء فرصة أخرى لحياة الشخص الذي يبدو وانه ميت وذلك عن طريق التنبيه الجل فائي.

ومن هنا نشأت العلاقة بين التكنولوجيا والموت منذ وقت مبكر وعلى الرغم من أن علم النفس قد نشا في أحضان التقاليد الاجتماعية والفلسفية حيث كان الموت يشكل مشكلة بارزة، فقد كان للعلم الجديد أولويات أخرى للبحث. كما اهتم علم الاجتماع بالموت من خلال كتاب "دور كايم Dor kaim" على الانتحار إلى جانب اهتمام الانثروبولوجيا اشد اهتمام بالموضوع ذاته.(احمد محمد عبد الخالق ،1987:41-42).

IIV 3.مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف "جاك شورون Jak chorone " مكونات ثلاثة للخوف من الموت تتمثل في:

- الخوف من الاحتضار.
- الخوف مما سيحدث بعد الموت.
- الخوف من توقف الحياة.
- كما ذكر "كافانوا Kafano " مكونات المخاوف من الموت:
- عملية الاحتضار.
- الموت الشخصي.
- فكرة الحياة الأخرى.
- النسمة السحيقة او المطبقة التي توفرت حول المحتضر.
- كذلك ركز "ليستر Lister " على قطبان هما: الموت والاحتضار وتتمثل مكوناته في:
- الخوف من موت الذات.
- الخوف من احتضار الذات.
- الخوف من الآخرين.
- الخوف من احتضار الآخرين.(منير وهبة الخازن ،1990: 119).

4.IIV أسباب قلق الموت:

تتعدد العوامل التي تدفع للقلق من الموت، فلكل إنسان عامل خاص به؛ حيث يرجع "شرلتز" قلق الموت للأسباب الآتية:

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
- الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسمي.
- الخوف من توقف السعي نحو الأهداف؛ إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان.
- الخوف من تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.
- الخوف من العقاب الإلهي.
- الخوف من العدم.
- أما "بيكر برونر" ي رجع سبب القلق والخوف من الموت إلى:
- كراهية الجثة وغرابتها.
- العدوى الاجتماعية للحزن.
- الاشمئزاز الحضاري.
- الخوف من الصدمة.

أما "مسكويه" فيرجع قلق وخوف الإنسان من الموت إلى:

- يظن أن للموت ألما عظيما غير ألم الأمراض.
- يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت.
- متحير لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.
- يظن أن بدنه إذا انحل وبطل تركيبه فقد انحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم ودثور.
- أن العالم سيبقى موجود وليس هو بموجود فيه.

أما "ما سرمان" في مرجع سبب قلق الموت إلى العديد من الظروف منها:

- المـــــرض.
- الحـــــوادث.

- الكوارث الطبيعية.

أما عن الأسباب لقلق الموت فهي: (عبد الخالق ،1987، :192:191)

- الخوف من نهاية الحياة.
- الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.
- الخوف من الموت بعد مرض عضال.
- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.
- الخوف أن يحزن الأحياء على من يموت.
- الخوف من العقاب على العمال الدنيوية.
- الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.
- عدم معرفة المصير بعد الموت.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه
- الخوف عما يصاحب خروج الروح من الجسد من ألم شديد.

5.IV أعراض قلق الموت:

1.5.IV الأعراض البدنية:

- 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.

2.5.IV الأعراض النفسية:

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الإكتئـــــاب.
- الانفعـال الزائـــد.
- عدم القدرة على التمييز.
- اختلاط التفكيـــر.
- 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 الفزع. (شهان، ترجمة شعلان ،1998: 35).

3.5. IV أعراض عصبية ونفس عصبية:

- اضطرابات النوم واليقظة.
- اضطراب السلـــوك.
- حصـــــر.
- اختـــــلاج.

4.5. IV أعراض تنفسية:

- اضطرابات في التنفس.
- ضيق فـي التنفـس.
- تمزق الغشاء الفمي الرقيق.
- اضطرابات البلـع.
- اضطرابات هضمية.
- إمســـــاك.
- قـــــيء.
-

I .5.5 أعراض عامة:

- تعب عام أو كلي.
- جفاف الجسم.
- فقدان الشهية.
- **اضطرابات بولية**: وهو الاضطراب الأكثر تواترا ويشكل للمريض مصدر عدم الارتياح.

(Délbard Céline et d'autre, 2001: P 21) .

IV .6 مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت:

يصف "أديت بيلور" (Odette Taylor) بعض هذه المواقف بـ:

1. <u>الخـــوف:</u>

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 ا يؤدي إلى حالات حصر حادة (Jean Pierre de large, 1970:28:27) .

2. <u>القلــق:</u>

إن الموت باعتباره موضوعا حصريا يحدث عند الإنسان القلق، ويتعلق بمصيره السلبي ويرى "فرويد" أن قلق الموت هو رد فعل أمام وضعية خطيرة لا يستطيع صدها ،والقلق هنا يأتي من إدراك الفرد بقرب نهايته من جهة، وتأكده من جود حياة أخرى بعد الموت من وجهة نظر أخرى، وبالتالي يحاول من خلال ذلك إخفاء حتمية هذه النهاية للوجود ويخفي خوفه من الموت نفسه، هذا الأخير يؤدي إلى انتظار يائس للموت ويزداد تأكد ذلك عندما يرى الفرد موت الآخرين.

3. <u>الربط بين القلق والموت</u>**:**

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

إن بعض التظاهرات التي يتقمصها الإنسان تعبر بشكل واضح عن هذا القلق والدفاعات التي يستعملها مثل: العودة الأبدية، الإنتحار، الرفض المرضي للموت.

فكل هذه التظاهرات كما يقول "مالاشيران" (Malachirene) بتكرر قلق الموت عند الإنسان ويضيف كذلك ما يغذي القلق هو الشيء المجهول عند الموت. (S.Freud, 1987: 122).

IV .7 النظريات المفسرة لقلق الموت:

IV .1.7 النظرية السلوكية:

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي، وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذن، فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفا.

كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو خوف فإن التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية من مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال.(عزت ،1994: 15: 26).

IV . 1.7 النظرية المعرفية:

يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكو نها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدوث المنطق يكون بموجبها خطأ نسبيا وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة. (Fantaine, 1984, P108) .

IV .2.7 . النظرية المعرفية السلوكية:

أمثال "أليس" (Ellis) يعتبرون الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية؛ حيث يرون أن السلوك بالاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لا 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. ($Spel_{lger,\ 1983:\ 14}$).

IV .8 علاج قلق الموت:

يعتبر قلق الموت أحد أنواع القلق، ويصلح لعلاجه ما يستخدم في علاج القلق، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بمختلف أنواعه؛ حيث أنه يحقق أعلى نسب شفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة.

إذا كان قلق الموت مرتفع عرضا مستقلا نسبيا لدى شخص في حالة من الصحة النفسية أساسا؛ إضافة لخبرات سيئة فإنه يجب أن ينقص بطرق العلاج السلوكي.

وقد أجريت دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف على نتائج العلاج السلوكي في تقليل الحساسية والتدريب على الاسترخاء، مقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع، وقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية والاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي استخدمته مقارنة مع المجموعة التي لم تتلق أي علاج. (عبد الخالق ،228:1987).

1.الاسترخـــاء:

وهو 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 وضعا مريحا ويتصور حالات باعثة على الهدوء أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط. (حسين فايد ،57:2001).

وقد أجريت عدة دراسات في هذا الميدان؛ حيث كان العلاج جماعيا فمثلا اعتمد "تمبلر" على نظرية العاملين في قلق الموت، يعني أن درجة قلق الموت تتحدد عن طريق عاملين:

- الصحة النفسية بشكل عام.
- تجارب الحياة المتصلة بموضوع الموت.

حيث يرى أنه إذا كان قلق الموت المرتفع مصاحبا أولا لحالة مرضية أكثر شمولا كالاكتئاب، عصاب القلق أو الوسواس القهري، فإن هذه الاضطرابات يجب أن تعالج بالعلاج السلوكي أو المواد الكيماوية باستخدام المسكنات والمهدئات والعقاقير المضادة للقلق التي تخفض نسبة القلق والتوتر والتهيج أو استخدام العلاج بالتخليج الكهربائي. (أحمد محمد عبد الخالق ،1987:228).

خـــــــــلاصة:

إن قلق الموت موضوع اهتمام لدى علماء النفس و غيرهم ، سواء كانوا عربا أو أجانب ،و هذا لما له من تأثير فعال على الوظائف النفسية و الجسمية ، و هدا يلاحظ من خلال أعراضه و نتائجه السلبية على مرضى السرطان ، و أهم التغيرات النفسية و الفيزيولوجية التي تطرأ عليها ،و التي يكون دائما السبب الرئيسي فيها هو قلق الموت بمختلف أبعاده و مظاهره.

الفصل الخامس:
الإجراءات المنهجية للدراسة

❖ تمهيد

- 1. الدراسة الاستطلاعية
- 2.منهج الدراسة
- 3. أدوات الدراسة
- 1.3 دراسة الحالة .
- 2.3الملاحضة العيادية
- 3.3 المقابلة العيادية .
- 4.الاختبارات النفسية
- 1.4مقياس قلق الموت
- 2.4طريقة التصحيح
- 5.حالة الدراسة

تمـــهيـــد:

أستعرض في هذا الفصل كل من المنهج المستخدم في الدراسة،ومن تم إعطاء تعريف شامل للمنهج الإكلينيكي ،مع التذكير بفرضيات الدراسة و حدودها من مجال مكاني و زماني و مجال بشري، كذا تعيين عينة الدراسة بالإضافة الى شرح الأدوات المستعملة ، و التي تشمل : الملاحظة العيادية و المقابلة العيادية و الاختبار المستخدم و الذي هو" اختبار قلق الموت " لأحمد محمد عبد الخالق ، حيث قمت بتعريف الاختبار بطريقة تطبيقية و تصحيحية مع التعرف على المكان الذي تمت فيه الدراسة الميدانية، هذا طبعا مع جزء ميداني يضم حالات الدراسة و تحليل ماجاءت به هته الدراسة من نتائج .

V. 1 الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية بمثابة البحث الصغير للوصول الى الفرضيات النهائية للبحث العلمي ،و لهذا يعطيها الطالب أهمية لكونها تجعله أكثر اطلاعا و تساعده على التأكد من مدى صحة اختبار المنهجية المتبعة و تصميمه وخطوات العلاج المتبع (زعتر،2008-2009: 96).

فمن أهم خطوات البحث العلمي الدراسة الاستطلاعية،حيث أن الهدف الأول للباحث من خلالها معرفة الظاهرة المراد دراستها على أرض الواقع قصد التعمق و التقرب أكثر لتفاصيل و جوانب الموضوع ، كما تسمح الدراسة الاستطلاعية أيضا بجمع معلومات أكثر من حالات البحث .

وفي بحثي هذا،ارتأيت القيام بمجموعة من الخطوات الخاصة بإجراءات الدراسة الميدانية ،و حاولت اختيار منهج مناسب لطبيعة الدراسة التي أنا بصددها كذلك قمت باختيار العينات وفقا لمجموعة من الشروط و مجموعة من الأدوات التي تساعدني لتطبيقها على أفراد العينة .

وبداية قمت بزيارة استكشافية للمستشفى الجامعي بوهران قسم الأورام السرطانية .حيث تمكنت من الحصول على العينة التي تتوفر فيها الشروط اللازمة لقلق الموت لدى مريض السرطان المنتكس،بعد الحصول على تصريح بالزيارة من طرف جامعة أحمد بن أحمد وهران (2)،وادارة قسم علم النفس و علوم التربية ، وتم إجراء الجانب النضري لهاته الدراسة ابتداءا من تاريخ 2018/02/11 الى غاية 2018/06/02 ، أما الجانب التطبيقي فكان ابتداءا من 5018/05/02 الى غاية 2018/06/02.

- حضيت باستقبال جيد من طرف أعضاء هذه المصلحة سواء من الطبيب أو رئيس قسم الأورام السرطانية أو الأخصائي النفسي ،وبعدها قمت بتحديد طول هذه الدراسة

V. 2 . منهج الدراسة :

1.2.5 المنهج المستخدم :

-لغـــــة :

- قال الخليل ،نهج الأمر،و أنهج لغتان أي وضح و المنهاج الطريق الواضح ،جاء في المعجم الوسيط نهج الطريق ،وضح استبان ،و المنهاج الطريق الواضح و الخطة المرسومة،ومنه منهاج الدراسة.

- **اصطلاحـــا:**

المنهج خطة يسير عليها الباحث بدءا من التفكير في موضوع البحث حتى ينتهي من انجازه ومن تعريفاته.

المنهـــج :

خطة معقولة لمعالجة مشكلة ما، و حلها عن طريق استخدام المبادئ العلمية المبنية على الموضوعية ،و الإدراك السليم المدعم بالبرهان و الدليل .(خان،2011 : 14-15).

لقد اعتمدت في دراستي هذه على المنهج الإكلينيكي لماله من خصائص تخدم موضوعي .

فالمنهـــج الإكلينيكـــي:

يعتمد على الملاحضة المعمقة للأفراد الذين يواجهون مشاكل معينة، و التعرف قدر المكان على ضروف حياتهم بغية التوصل الى تأويل كل واقعة في ضوء كل الوقائع الأخرى ،ذلك أن الكل يشكل مجموعة ديناميكية لايمكن تبسيطها دون تشويهها و تبريرها (الوافي ،2003 :65).

V .3. أدوات البحث :

1.3دراسة الحالة :

فضلت أن أختار في بحثي طريقة دراسة الحالة التي تعتبر الأهم في جميع الدراسات الإكلينيكية ،و كونها تمتاز بالشمولية قي تطرقها لموضوع الدراسة و اشكاليته ،ودراسة

الحالة كما يعرفها جون روتر (J.ROTTER) هي المجال الذي يتبع للأخصائي النفساني أكبر قدر من المعلومات حتى يتمكن من اصدار حكم نحو الحالة ومن المعلومات ما يأتي من محاور مباشرة مع الحالة ،و الأخر مع المحيط الذي يعيش فيه الحالة (إجلال،1990 :75).

كما تعتبر دراسة الحالة الوعاء العلمي الذي ينضم الأخصائي العيادي فيه جميع المعلومات و النتائج التي يحصل عليها عن طريق الكثير من الأدوات الخاصة بدراسة الفرد.

هذه الطريقة تتضمن تفسير الشخصية للفرد و المشكلات التي يعاني منها،زيادة على البيانات و المعلومات الخاصة بالفرد و بيئته التي عاش فيها في الماضي و الحاضر (زكي ،1962: 130).

2.3 الملاحظة العيادية :

هي وسيلة يستخدمها الباحث العيادي في اكتسابه الخبرات و المعلومات ،حيث نجد الباحث يلاحظ بإتباعه منهج معين ،و يجعل من ملاحظاته أساسا لمعرفة واعية أو فهم دقيق لطاهرة معينة (أبو سميد ،2002 :79).

3.3المقابلة العيادية :

هي الطريقة التي نلجأ اليها عادة للحكم على شخصيات الأفراد حكما سريعا شاملا عن طريق التحدث معهم و مقابلتهم بشكل مباشر (أحمد، 2002 : 33) .وبهذا تعتبر المقابلة العيادية وسيلة للتعرف على التصورات الشخصية و التاريخ الشخصي للحالة وعلى الاعتقادات و الأحداث المعاشة ،وتنقسم المقابلة الى ثلاثة أنواع و هي :

أ - المقابلة الحرة : لجمع البيانات و المعلومات الأولية عن الحالة و كسب ثقتها.

ب- المقابلة النصف الموجهة : لجمع البيانات و المعلومات من التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة .

ج- المقابلة الموجهة (المقيدة) :عند تطبيق الاختبارات أو المقاييس النفيسة .

4. الاختبارات النفسية :

تعتبر الاختبارات النفسية وسيلة للكشف عن الحياة الداخلية للحالة ،وبواسطتها يمكننا الوصول الى الرغبات و أحاسيس الحالة و دوافعها ،و كذا قلقها و بالتالي مختلف الجوانب النفسية التي لا يمكن فهمها من مقابلات مع الحالة .

1.4 مقياس قلق الموت :

هو عبارة عن استبيان يتضمن قائمة من طرف 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 وإلاسبانية 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 التدين،الصحة الجسمية والعقلية وأنواع أخرى من السلوكات، لذا فهو يعد واحد من أكثرالمقاييس انتشار في البحوث، طبق هذا المقياس لأول مرة سنة 1970.

1.1.4 الخصائص السيتومترية للمقياس:

بدأ تكوين الاختبار بوضع 40 بندا، تم اختيارها 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 متتابعة حتى وصل إلى 15بندا، وهي الصورة النهائية للمقياس و يحتوي المقياس على (09) بنود تصحح بـ"نعم" و(06) تصحح بـ"لا"، وقد اتضح بأن وجهة الاستجابة للموافقة تستوعب قدرا قليلا من التباين في هذا المقياس وقيست هذه الوجهة بمقياس (كوش كيستون) الذي يعتبر أفضل مقياس مختصر حيث يتكون من 15 بندا لوجهة الاستجابة بالموافقة، وقد أوضحت دراسة "تمييلر"عدم وجود ارتباط جوهري بينهما وبين مقياس وجهة الاستجابة المتعلقة بالجاذبية الاجتماعية كما تقاس بمقياس (مارلوكراون).

* **ثبات الإختبار**: لقد قام أحمد عبد الخالق بترجمة مقياس قلق الموت إلى العربية و طبقت النسختان(العربية و الإنجليزية) معا مع عينة من طلاب مصريين بقسم اللغة

الإنجليزية،وقد وصل معامل الإرتباط بين الصورتين العربية والإنجليزية إلى 0,87 بالنسبة للذكور والإناث (ن=43) وهذا حسب ثبات إعادة الإختبار بالصورة العربية، وكان الفاصل الزمني بين الاختبار واعادته أسبوعا واحدا، في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى 0,70بالنسبة للذكور (ن=44)، و0,73 بالنسبة للإناث (ن=56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة.

* **صدق الإختبار**: لقد قام "تمبلر" بتقدير صدق المقياس مستخدما عدة طرق منها مقارنة درجات مرض في المجال السيكاتري ممن قرروا أن لديهم قلقا عاليا من الموت بدرجات عينة ضابطة من المرضي السيكاتريين الذين قرروا أنه لا يوجد لديهم قلق الموت، وقد استخرجت فروق جوهرية بين درجات الفريقين، مما يشير إلى صدق المقياس،كذلك الارتباط الجوهري المرتفع بين هذا المقياس ومقياس "بوبار"للخوف من الموت،وكذلك الارتباط الجوهري السلبي بمقياس قوة الأنا "ك" من قائمة (مينيسيوتا).

2.1.4 طريقة تصحيح و تطبيق المقياس:

يمكن تطبيق مقياس "تمبلر" فرديا أو جماعيا،تحتوي كراسة الأسئلة على "التعليمة"التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

- إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (ص)
- إذا كانت العبارة خاطئة اولا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ)

تسجل إجابات المفحوص على الكراسة ذاتها، وتتضمن هذه الكراسة: كتابة سن المفحوص، المستوى الدراسي. ويطلب من المفحوص قراءة التعليمة لإزالة الغموض أو سوء الفهم، وعموما لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الإختبار مع مراعاة أن لاتطول مدته بشكل مبالغ فيه.

يشمل هذا المقياس كما سبق الذكر 15بندا،(09) منها تصحح "بنعم"و(06) تصحح بـ "لا" ويكون التنقيط بإعطاء:

- نقطة(01) للبنود التي تصحح بـ(ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.
- نقطة(01)للبنود التي تصحح بـ(خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.
- صفر(0) للبنود التي تصحح(ص)وأجاب عليها المفحوص بخطأ.

- صفر(0) للبنودالتي تصحح(خ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

جدول رقم (1) يوضع سلم اختيار قلق الموت لدونالد تمبلر:

البنود الي تصحح بـ: ص	**1**	**4**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
البنود التي تصحح بـ: خ	**2**	**3**	**5**	**6**	**7**	**15**	**/**	**/**	**/**

يفرض هذا المقياس أن درجة (0) تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن لأي مفحوص أن يحصل عليها أما درجة (15) فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها.

يتم تقدير وجود قلق الموت أو عدمه بأسلوب الدرجة الفاصلة وهي كالتالي:

- الدرجة التي تتراوح بين (0- 06) تشير إلى عدم وجود قلق الموت.
- الدرجة التي تتراوح بين (07- 08) تشير إلى وجود قلق موت متوسط.
- الدرجة التي تتراوح بين(09- 15) تشير إلى وجود قلق موت مرتفع.

(نور الدين ،2008 :102-105)

1- حالات الدراسة:

اخترت حالة واحدة عانت من انتكاس مرض السرطان .

الجنس	السن	نوع الإصابة
امرأة.	43 سنة	أول مرة أصيبت (الحالة سرطان الثدي) .
		عند الانتكاسة أختلف موضع السرطان حيث أصيبت بورم دماغي

الفصل السادس

دراسة الحـــــالة

❖ تمهيد

- 1. عرض الحالة
- 2. عرض و تحليل المقابلات
- 3. خلاصة المقابلات

تمهيـــــــد

الآن سوف اشرع في دراسة الحالة بشكل مفصل و التطرق الى جميع المراحل التي مرت بها خلال مرضها بالسرطان اول مرة ، و عند انتكاسها كذلك من خلال مجموع المقابلات التي اجريتها مع الحالة و مجموعة من الأسئلة المباشرة للتفاعل مع الحالة اكثر و دفعها الى الكلام و اختبار مقياس قلق الموت .

1.VI عرض الحالة :

1) البيانات الاولية :

الاسم: س

اللقب: ب

السن: 43 سنة

الجنس: انثى

المستوى التعليمي: الثالثة ثانوي

المهنة: ماكثة في البيت

الحالة الاجتماعية: متزوجة و ام لثلاث اطفال

الحالة الاقتصادية: جيدة

2) - جدول جامع للمقابلات العيادية المجراة مع الحالة .

رقم المقابلة	تاريخ اجرائها	مكان اجرائها	الهدف منها	المدة
الاولى	2018-05-02	المستشفى الجامعي بوهران- بلاطو- قسم الاورام السرطانية	الاحتكاك المباشر مع الحالة لكسب ثقتها وجمع المعلومات و البيانات الاولية	**1 سا**
الثانية	2018-05-09	المستشفى الجامعي بوهران - بلاطو- قسم الاورام السرطانية	معرفة المعاش النفسي للحالة و مقارنة معاناتها النفسية عند اختبارها لمرض السرطان أول مرة أصيبت به وعند اختبارها له عند الانتكاسة	**1 سا ونصف**
الثالثة	2018-05-16	المستشفى	معرفة ضرر العلاج الكيميائي على الحالة و قدرتها على التحمل حيث كانت المقابلة قبل و بعد خروجها من جلسة العلاج	**45 د**

الرابعة	2018-05-23	المستشفى	طرح أسئلة بشكل دقيق لاستخراج معلومات عن التاريخ المرضي للحالة في مراحل حياتها ككل من الطفولة الى يومنا هذا	**1 سا و نصف**
الخامسة	2018-05-30	المستشفى	تطبيق مقياس قلق الموت مع الحالة لأحمد محمد عبد الخالق	**1 سا**

3) فحص الهيئة العقلية العامة :

السيميائية العامة للحالة :

الهيئة العامة :

الشكل الفيزيولوجي : قصيرة القامة ، سمينة ، بيضاء البشرة ، ذات عينين بنيتين.

الهندام : مرتب و نظيف.

تناسق الالوان : متحجبة ، و ملابسها ذات الوان غامقة .

الاتصال : كان صعب في بداية الامر لان الحالة لم تكن متجاوبة ، تم سرعان ما صار اكثر سهولة ، عندما انفجرت الحالة بالكلام و البكاء معا.

الملامح و الايماءات : ملامح حزينة جدا ، وهن ، نظرة حزن مع بكاء .

الوجدان و العاطفة : اكتئاب ، قلق ، خوف ، تردد ، توتر .

اللغة و الكلام : غامض ، مشتتة الافكار تحكي عن الحاضر تم الماضي ، تم تعود الى الحاضر ، و هكذا دواليك ، لهجة عامية .

الفهم و الاستيعاب : الحالة اذا ما طرحت عليها سؤال لا تستوعبه ، و تعيد طرحه عدة مرات بحجة عدم فهمها له .

ادراك الزمان و المكان : الحالة مدركة تماما لزمان و مكان تواجدها .

السلوك : تتكلم الحالة باستعمال يديها كثيرا للتعبير عن غضبها و قلقها ، و أحيانا تبدو هادئة و مكتئبة .

العلاقات الاجتماعية : علاقاتها جيدة مع زوجها و اولادها ، و افراد اسرتها الكل ، ماعدا حماتها (أم زوجها) و اخواته فعلاقته معهم متوترة .

VI. 2عرض و تحليل المقابلات :

المقابلة الاولى : اجريت يوم 02-05-2018 بالمستشفى الجامعي وهران و الهدف منها هو جمع الاحتكاك المباشر مع الحالة لكسب ثقتها و لجمع المعلومات و البيانات الاولية عنها ، دامت المقابلة مدة ساعة واحدة .

الحالة س تبلغ من العمر 43 سنة ، تعيش مع اسرتها المتكونة من الزوج و الابناء الثلاثة (ولد و بنتين) ، و هي ربة بين متالية حسب قول زوجها و ابنائها ، يعمل زوجها كمقاول ، الحالة اصيبت اول مرة بمرض السرطان حيث ظهرت حبة متوسطة الحجم في جانب ثديها الايمن و بعد عرض حالتها على الطبيب و القيام بالفحوصات اللازمة ، اكتشف انها مصابة بورم سرطاني خبيث تسكت الحالة عند قيامها بتذكر مراحل مرضها الماضية ، و كأنها تسهو ثم تعود لتواصل حكايتها مع المرض ، فحسب قولها (تشوكيت المرة اللولانية كي قالي الطبيب " يا مادام راه فيك كونسار و يليق نبداو في العلاج ، و عندما عملية ثاني لخاطرش المرض راه طايل فيط شوية ") اذ تعرضت الحالة الى صدمة لتلقيها هذا الخبر ، و بالأخص بعدما تقرر اجراء عملية جراحية عاجلة من اجل استئصال الجانب الايمن من الثدي ، و بالفعل قامت الحالة باجراء العملية ، و قد تمت بنجاح ، ثم خضعت لدورات علاج بالكيميائي سبع (07) مرات ، و بالفعل تماثلت الحالة للشفاء و لكن بعد مرور مدة سنتين و ثلاثة اشهر تقول الحالة بأن المرض قد عاودتها ، بحيث انتكست الحالة مرة اخرى ، و لقد اختلف موضع المرض في هذه المرة حيث ذهب الة منطقة الدماغ (ورم دماغي) ، و في هذه المرة اصيبت الحالة بهستيريا ، حيث لم تتقبل الفكرة ابدا و بدأت بالبكاء و الضحك معا حسب قولها (وليت نضحك و نبكي و نقول للطبيب c’est sur راك غالط ، انا déjà كان عندي في صدري قاع يوليلي هاذا الحبوبة غي تم ، ميروحليش لبلاصة خرا) هذا ما يعرف بالإنكار في علم النفس كميكانيزم دفاعي ، فنظرية الانكار تم بحثها بجدة لاول مرة على يد (آنا فرويد Anna Freud) و قد صنفته كآلية دفاعية للعقل غير الناضج ، لان الانكار بتعارض مع القدرة على التعلم من الواقع و

التعامل معه، و من ناحية اخرى، فعند حدوث الانكار في العقول الناضجة فغالبا ما يكون مرتبط بالموت او الاكراه .

و قد توسعت البحوث التي اجريت مؤخرا الى حد كبير في نطاق و جدول هذا المفهوم و استخدمت (اليزابيت كوبلر روس E.Koupler.R) مصطلح الانكار كأول مرة مرحلة من خمس مراحل نفسية كمريض يحتضر ، و توسعت الفكرة لتشمل ردود فعل الناجين.

المقابلة الثانية : اجريت يوم 09-05-2018 بالمستشفى و الهدف منها هو معرفة المعاش النفسي للحالة و مقارنة معاناتها النفسية عند اختبارها لمرض السرطان اول مرة اصيبت به و عند اختبارها له مرة اخرى عند الانتكاسة و دامت المقابلة مدة ساعة و نصف .

قمت بتخصيص هذه المقابلة لمعرفة الفرق في معاناة الحالة عند اختبارها لمرض السرطان اول مرة و عند الانتكاسة كذلك.

من خلال المقابلة التي اجريتها مع الحالة ، لاحظت عليها انها في حالة توتر كبير و لكن بالرغم من ذلك وافقت على اجراء المقابلة معي مرة اخرى ، بحيث تبين ان الحالة تعاني من صدمة نفسية و معاناة كبيرة نتيجة انتكاسها بورم سرطاني في منطقة اخرى ، حيث لم تتقبل الحالة حقيقة مرضها و ذلك حسب قولها (شوكاني الطبيب كي قالي بلي حكمني هذاك المرض مرى اخرى منيش مأمنة باغية نهبل ، الطبيب كيما دار باه يطمني ماسكتش قوتلو c'est sur راك غالط أنا كان عندي في صدري شاجابه للمخ ، مالك) فالحالة تحاول انكار مرضها و يبدو ذلك من خلال استعمال مصطلحات أخرى لمرض السرطان ، حتى بعد تأكدها من اصابتها ، حيث كانت الحالة تشير الى حالتها بقولها (هذاك لحبوبة ، هذاك المرض) ، و انكارها اللاشعوري للمرض الناتج عن الخوف من الموت ، فالحالة تقول بانها في هذه المرة خائفة من الموت كثيرا حيث تقول (المرة اللولة لي نتبني المرض هذا طمعت بلي نريح خاطر بزاف لي ريحو منه surtout كي قلعولي جيهة من صدري و درت la chimio ، بصح المرة هاذي منكدبش عليك ما أمنتش بغيت نجهل ، خرجت من عقلي ، و أضافت الحالة (الموت بالاجل لو كان يوصلني بلا مرض ، بصح العذاب واعر و هذيك la chimio نحسها تاكلي فل corps تاعي ، و لي أكثر من هاذو قاع ولادي شكون بيهم أختي) و تبدأ الحالة بالبكاء ، فخوف الحالة من ترك ابنائها هو ما زاد من شدة خوفها و قلقها من الموت فهي تحس بأنها لم تحقق اهدافها و

نفسها في الحياة بعد و من بين النظريات التي تفسر ذلك **نظرية الذات** لكارل روجرز ، ka Rojers) على ضوء مفهوم الشخص المحقق لوظائفة يرى ان الوعي بالاقتراب من الموت يهدد هؤلاء الاشخاص الذين يحمون انفسهم ضده مع ذلك فان فكرة روجرز عن الانفتاح الكامل للخبرة عند الاشخاص المتاليين تغير من موقع الموت بوصفه تهديدا اساسيا ، كما يوافقه (ماسلو ، Maslou) في قوله " ان الشخص الذي يحقق ذاته يبين ان لديه خوفا منخفضا عن الموت . (عبد الخالق ، 1998 : 12) و نظرا لكل ما سبق نستنتج ان الحالة تعاني من قلق موت مرتفع لانها تحس بانها لم تحقق شيئا يذكر بعد في حياتها ، و لكن الحالة اظهرت بعض الامل من قولها (بصح الحمد لله كي راجلي مخلانيش ، قايم بيا و بولادي في غيابي و زيد بنتي الكبيرة مازالها صغيرة (17 سنة) كي شغل ولات مرا كبيرة في بلاصتي و ديما يسيو ولادي مساكن و راجلي ينحو عليا) .

المقابلة الثالثة : اجريت يوم 16-05-2018 بالمستشفى و الهدف منها هو معرفة ضرر الكيميائي على الحالة و قدرتها على التحمل ، حيث كانت المقابلة قبل و بعد خروجها من جلسة الكيميائي و قد دامت مدة مقابلتي معها من غير وقت الانتظار 45 د .

في هذه المقابلة عمدت الى مقابلة الحالة قبل دخولها للعلاج بالكيميائي و انتظرتها حتى انتهت منه ، لكي ارى رد فعلها يوم تلقيتها العلاج.

في البداية كانت الحالة متخوفة ، حسب قولها (كل ما يجي نهار لي ندير فيه الدوا نحس قلبي باغي يخرج من بلاصته ، نتفكر الوجع و السم قبل ما نبدا ندير الدوا نحس بالسم في عروقي) تبكي الحالة بحرقة شديدة ، ثم اتى الوقت لاخذ العلاج ، خرجت لانتظار الحالة حتى الانتهاء و بالفعل بعد ساعتين من الانتظار انتهت الحالة من العلاج ، بعدها بربع ساعة دخلت عند الحالة و علامات الالم بادية على وجهها ، فاخبرتها الحمد لله انك قد اخترت حصة من حصص العلاج و ارتحت منها ، فأجابت الحالة (اي راحة ، يا ربي و تصرخ الحالة يا ربي بلاك لو كان نموت خير نتهنى، لو كان ما على ولادي و الله نقعد نعيش يامات لي باقيلي نقية ، و كي يجي أجلي نموت و نتهنى) و ما تفسره **النظرية السلوكية** ، بحيث يرى اصحابها ان القلق بمثابة خوف من ألم أو خطر أو عقاب يحتمل أن يحدث لكنه غير مؤكد الحدوث و هو انفعال مكتسب مركب من الخوف و الألم و توقع الشر ، لكنه يختلف عن الخوف يثيره موقف خطر مباشر مائل أمام الفرد ، و القلق ينزع الى الازمان فهو يبقى و يدوم أكثر من الخوف العادي ، و قد يرتبط بالموت اذا زاد عن حده لا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه اذن فهو يبقى خوف متعلق بالخوف المتنقل لا يجد منصرفا.

كذلك الانسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت او الخوف أو الحزن أو الغضب فان هذه التأثيرات الانفعالية تصحبها تغيرات او اضطرابات جسمية فيزيولوجية ، فتكون بالغة الخطورة اذ تكرر

الانفعال ، و اصبحت الحالة الانفعالية مزمنة ، فقد اتضح ان القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي الى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصحب الانفعال (عزت ، 1994 : 26-125) ، فحاولت التخفيف على الحالة بذكر آيات من القرآن الكريم ، و بالفعل تجاوبت الحالة معي و استغفرت ، و نظرا لتعبها الشديد استأذنت بالمغادرة و تمنيت لها الشفاء و ان تكون أحسن في المقابلة القادمة) .

المقابلة الرابعة : اجريت يوم 23-05-2018 بالمستشفى و كان الهدف منها طرح اسئلة بشكل دقيق لاستخراج معلومات عن التاريخ المرضي للحالة و عن مراحل حياتها ككل من الطفولة الى يومنا هذا ، لم تكن الحالة قد صرحت بها آنفا وعي تفيد في بحثي و قد دامت المقابلة مدة ساعة و نصف.

ابتغيت من هذه المقابلة طرح اسئلة مباشرة من أجل استخراج معلومات أكثر دقة عن الحالة تفيد في البحث ، و التي لم تصرح بها من قبل .

س: السلام عليكم ، واش راكي اليوم .

ج: و عليكم السلام ، الحمد لله كي العادة ختي.

س: اليوم انا غدي نطرح عليك بعض الاسئلة و نتي جاوبيني عليها.

ج: نشاله.

س: ما هو احساسك و انتي في المستشفى ؟.

ج: ماني عايشة ماني ميتة ، كي شغل جسد بلا روح.

س: راهم يعاملوك مليح ، هنا ؟.

ج: هو ما يعاملونا مليح ، بصح الضيقة و القطنة و زيد كي يشدني السم نكره روحي ، نقول كون غي نموت و نتهنا.

س: صحا دوك قولولي المرة اللولة لي شدك سرطان الثدي ، كيفاش حسيتي؟.

ج: المرة اللولة تخلعت، مي كان عندي أمل نريح خاطر بزاف ناس نعرفهم ريحوا منه.

س: و المرة الثانية كي عاودلك واش حسيتي؟

ج: كي عاود رجعلي هاذاك الحبوبة قنطت و قلت صاي هاذي تاليا تاعي c’est sur دوك نموت ، الراس مامعاهش اللعب و انا عاود رجعلي في مخي يا ختي و ..... بكاء.

س: صحا المرة لولة قولتيلي بانتلك حبة تحت باطك كي لولسيس ، و رحت لطبيب و عرفتي و لكن المرة الثانية كي درتي عرفتي ؟.

ج: من بعد ما قاتو عامين و كنت tout les jours مع control وليت نحس بالدوخة و لعيا بزاف ، نولي نشوف اي لكحال حدايا نقعد مدة باه نولي نشوف مليح انا شكيت فـ la tention ، مي كي رحت لطبيب عطاني برية درت scanner على راسي و تما شافولي حبة صغيرة لداخل فراسي ..... ملامح حزن مع بكاء.

س: خبرتي راجلك و عايلتك تم تم ؟ .

ج: واه ، déjà راجلي راح معايا ، كي ردولي résultat ، مام هو حسيتو تشوكا مي محبش يبين حدايا ، ابا بيا ولادي خايفة نموت و نخليهم ، ما هو يقعد راجل باينة كون نموت يروح يعاود الزواج و خلاص ..... بكاء.

س: معليش تحكيلي على الطفولة تاعك كي فوتيها؟

ج: عادي ، تسكت الحالة ، كي شغل عادي ، انا تربيت يتيمة بصح خوالي و جدي كانوا قايمين بيا الحمد لله ، خلاني بابا مولات 4 سنين ، ديما كنت نحس حاجة ناقصتني surtout كي نشوف الصغار مع والديهم لزوج ، surtout كي زادت الام تاعي تزوجت.

س: صحا ، و كي بديتي تكبري كي فوتي مرحلة المراهقة تاعك و القراية ؟.

ج: نورمال كيما قاع البنات ، كونا نقرو ، نضحكوا و نزعقوا ما علابالناش بدنيا ، انا بلغت بكري كنت فايخة مولات 12 عام بلغت بديت نحشم نخرج نلعب برا مع صحاباتي ، كنت نقرا عادي ، مي كي ماديتش الباك حبست.

س: العلاقة بينك و بين الزوج تاعك كيفاش ؟.

ج: انا راجلي داني دراع ، ماه و خواتته ما بغاونيش بغاوله بنت خالته هو لي شحن عليا منهار لي شافني ، تبتسم الحالة و لكن دائما لا تزال ملامح الحزن هي المسيطرة على الحالة .

س: متبدلش منجيهتك ملي مرضتي ؟ .

ج: لا ، هو مسكين دايما يسي ينحي عليا ، المرة اللولة كي قلعولي جيهة من صدري و الله محسسني بلي نقصت قاع ، بصح أنا هو و يشفني و نحس روحي غي ناقصة ، و اليوم كي ولالي المرض وليت نحسو غي مهموم و ساهي و يخمم ، فعلى حد التعبير **(ادلر / Adler)** النقص هو الذي يكون من اعراض عصبية مختلفة بما في ذلك عقدة الدونية (عاقل، 1989 : 57).

س: كي عاود ولالك المرض ، شاهي الحاجة اللولة لي خممتي فيها؟ .

ج: خممت فالموت هاذي الحاجة اللولة ، منبعد كي هدر معاي الطبيب لي راني نداوي عنده و عطاني أمل وليت نخمم فالوجع تاع la chimio و لميزيرية تاع شعري يطيح و نفس الفيلم يتعاود . تتنهد الحالة و تبكي .

س: و هاد المرة كيفاش ، درتي باه عرفتي بلي ولالك المرض ؟ .

ج: كيما كنت قوتلك كولات تشدني الدوخة بزاف حتى لي وليت نطيح كي شغل مصروعة نطيح فالارض ، على هاذيك مور لي عرفت شدوني هنا فالسبيطار .

س: تحبي تقعدي مع الناس و تحكي معاهم كي راكي مريضة ؟ .

ج: نحكي مع الناس لي نريحلهم واه كيم انتي ، بصح كاين ناس منحبهم ما يحبوني قبل قاع ما نمرض ، كيما عجوزتي و سلايفاتي نحسهم سيتشفاو فيا كي عاود ولالي لمرض نبغي نضربهم نحسهم غي ينافقو كي يهدروا معايا ، خاطر محبونيش لوليدهم منهار لول حبولو بنت خالتو ... غضب و دموع ، اذن هذا ما يفسر ظهور لعدوانية لديها ، هذا ما عبرت عنه في قولها (نبغي نضربهم) حيث عرف **(فرويد ، S.Freud)** العدوانية بأنها " ما هي الا تعبير عن غريزة الموت مقابل اللبيدي كمظهر لغريزة الحياة ، حيث يسعى الفرد الى التدمير سواء اتجاه نفسه او اتجاه الآخرين (يحيى ، 2000 : 198).

س: عندك معلومات حول المرض تاعك ؟ .

ج: علابالي هاذ المرة مارايحاش نسلك منو ، خلاص ..... بكاء.

س: متقوليش هاكا ربي برحمتو ، و الاجل بيد الله ، اشاله تريحي ، واش هو طموحك كي تبراي؟ .

ج: يا ودي نبرى برك كلش ساهل منبعد .

س: قولولي راكي تفكري فالموت بزاف ؟ .

ج: هاذاك فاش راني نفكر الليل مع النهار .

المقابلة الخامسة : اجريت يوم 30-05-2018 بالمستشفى الجامعي ـ وهران ـ و الهدف منها شرح و تطبيق مقياس قلق الموت لأحمد محمد عبد الخالق و استغرقت المقابلة ساعة واحدة ، و قد تقبلت الحالة هذا الاختبار بشكل عادي.

1.2.VI مقياس قلق الموت لدونلد تمبلر

الجنس : أنثى **السن :** 43 سنة

التعليمة :

- اذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ، ضع دائرة حول ص.
- اذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ، ضع دائرة حول خ .

عبارات الاختبار :

1- أخاف كثيرا من الموت.	**ص**	خ
2- نادرا ما تخطر لي فكرة الموت.	ص	**خ**
3- لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت.	ص	**خ**
4- اخاف ان لجوء الى عملية جراحية.	**ص**	خ
5- لا اخاف اطلاقا من الموت.	ص	**خ**
6- لا أخاف بشكل خاص من الاصابة بالرصاص.	ص	**خ**
7- لا يزعجني اطلاقا التفكير في الموت.	ص	**خ**
8- اتضايق كثيرا من مرور الوقت.	**ص**	خ
9- اخشى ان أموت موتا مؤلما.	**ص**	خ
10- ان موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا.	**ص**	خ
11- أخشى فعلا ان تصيبني سكتة قلبية.	**ص**	خ
12- كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا.	**ص**	خ
13- اقشعر عندما اسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة.	**ص**	خ
14- يزعجني منظر جسد ميت.	**ص**	خ
15- أرى ان المستقبل يحمل شيئا يخيفني.	ص	**خ**

1.3VI تحليل نتائج اختبار قلق الموت لأحمد محمد عبد الخالق (لدونلد تمبلر) :

- الحصول على درجة (14).

- الدرجة (14) تتراوح بين (09 – 15) و التي تشير الى وجود قلق موت مرتفع.

2.3.VI التعليق على نتائج اختبار قلق الموت لأحمد محمد عبد الخالق:

يتضح من خلال اجراء الاختبار مع الحالة وجود قلق موت مرتفع ، و هذا ما تفسره نتائج الاختبار لأحمد محمد عبد الخالق بعد تطبيقه على الحالة بالحصول على الدرجة (14) حيث تنحصر بين الدرجة (9 – 15) ، فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها في الاختبار ، هذا

ما يفسر عدم تقبل المفحوصة لأوضاعها و عدم قدرتها على التكييف للوصول الى الراحة النفسية ، كما يظهر على المفحوصة التضايق و الانزعاج و الخوف من المستقبل ، ضف الى الشعور بالحزن و الاضطراب ما ساهم في تكوين مشاعر القلق لديها ، فالحالة يائسة تماما من وضعها و محبطة حسب قولها راح نموت هاذ المرة خلاص ... بكاء .

و هناك عدة نظريات تفسر قلق الموت، من بينها نظريات التحليل النفسي.

- **نظرية التحليل النفسي**: قلق الموت هنا يكون بمثابة حالة يكون فيه الأنا غير قادر على تقبل الموت، وإذا استندنا إلى ماجاء به فرويد فيما يخص التفريق بين القلق العصابي وقلق الموت، فانه أشار إلى أن قلق قد يشكل دوما صعوبة بالنسبة إلى التحليل النفسي، ورغم ذلك توصل إلى الميكانيزم الأساسي للموت، من المحتمل أن يجعله قائما بين الأنا والانا الأعلى.(Boutaunier, 1986, p 144).

"ميلاني كلاين Milanie klaine " :"أن الموت وانبهامه يخيف الإنسان ويهدد حياته، وتعتقد أن الخوف من الموت هو أصل كل القلق الذي يصيب الإنسان في حياته أساس كل الأفكار والتصرفات العدائية وحلول هذا المعنى". يقول:" تشكيل Shetikel " "أن الخوف نعانيه متشعب من الخوف من الموت".(محمد نبيل، 1995، ص 165).

3.VI خلاصة المقابلات :

الحالة (س.ب) تبلغ من العمر 43 سنة متزوجة و أم لثلاثة أطفال ماكثة في البيت ، ذات مستوى معيشي جيد أبدت تجاوبا اثناء المقابلة بالرغم من انها كانت رافضة في بداية الامر نظرا لمرارة الظروف ذلك لانها كانت مقيمة في المستشفى لخضوعها للعلاج الكيمائي ، عاشت الحالة مع عائلة امها نظرا لكونها يتيمة الاب ، و قد تزوجت امها مرة اخرى ، لديها مستوى الثالثة ثانوي ، بحيث انها عندما خسرة الباكلوريا لم تعدها على حسب قولها (علاش نعاود لوكان حتى نربح الباك جدي ميخلينيش نعاود خاطر محبنيش نقرى فالجامعة) ، كانت الحالة نعيش سعادة بالرغم من مكوثها في البيت ، بحيث كانت لها علاقات جيدة مع الاهل و الجيران ما عدا حماتها و أخوات زوجها الذين انتقدتهم .

تعرضت الحالة للإصابة بسرطان الثدي أول مرة عندما وجدت حبة متوسطة الحجم في جانب ثديها الايمن ، ثم على اثرها القيام بالتحاليل و الاشعة و اكتشفت الحالة اصابتها بالسرطان إلا انها كانت متأملة في المرة الاولى و بالفعل قد خضعت لاستئصال الجانب الايمن من ثديها و 7 جلسات من العلاج الكيميائي ، بحيث تماثلت للشفاء ، الا انها مالبثت الا مدة سنتين و ثلاثة أشهر حتى انتكست و هذه المرة اختلفت موضع المرض بحيث اصيبت بورم دماغي ، ثم اكتشافه بعدما عانت الحالة من دوار و دوخة شديدة أدت بها الى الاغماء و بعد القيام بالاشعة ، ثم ايجاد ورم دماغي لا يزال في الرحلة الأولى ، الا ان الحالة كانت جد خائفة هذه المرة ، فعلى حد تعبيرها (الراس مفيهش اللعب اختي) ، هذا ما لاحظته من خلال المقابلات تخوف رهيب لدى الحالة و قلق كبير من الموت و ترك أولادها لوحدهم و هذا ايضا ما توصلت اليه من خلال تطبيقي لمقياس قلق الموت مع الحالة و الدرجة المرتفعة التي تحصلت عليها و هي (14 درجة) و التي تنحصر في المجال [09 – 15] و الذي يندرج في ايطار قلق الموت المرتفع .

الفصـــل السابـــــع :

- مناقشة نتائج البحث في ضوء الفرضية
- خاتمة
- توصيات و اقتراحات
- قائمة المراجع
- الملاحـــــق

تناولت الدراسة تأثير قلق الموت على مريض السرطان عند الانتكاسة و قد اعتمدت في ذلك على المنهج العيادي باستخدام المقابلات و الملاحظات العيادية ،وتطبيق مقياس قلق الموت على الحالة

بالمستشفى الجامعي وهران – بلاطو- قسم الأورام السرطانية .

ونصت فريضة البحث على مايلي :

- يؤثر قلق الموت سلبا على مريض السرطان عند الانتكاسة ، وعليه فقد كانت مناقشة الفرضية على النحو التالي :

تحققت الفرضية التي مفادها يؤثر قلق الموت سلبا على مريض السرطان عند الانتكاسة و هذا ما ظهر و اتضح من خلال المقابلات و الملاحظات العيادية ، حيث أن الحالة تتأثر بشكل كبير نفسيا عند ما تراودهما فكرة الموت ما يرفع من معاناتها النفسية و بالتالي يؤثر ذلك على علاجها و زيادة الآلام ،على عكس ذلك عندما نستطيع الرفع من معنوياتها و عندما يعطيها الطبيب بعض الأمل .

و هذا ما اتضح كذلك من خلال حصولها على درجة 14 عندما قمت بتطبيق مقياس قلق الموت عليها التي تقع في مجال [09-15] وهي تشير الى مستوى مرتفع في درجة قلق الموت حسب أحمد محمد عبد الخالق ،وهذا ما اتضح في قولها عند سؤالي لها عن ما إذا كانت تراودها فكرة الموت بحيث أجابتني قائلة (هاذاك فاش راني نخمم الليل مع النهار).

- ولكن لا يمكن تعميم هذه الدراسة لأنها كانت عيادية ، ولم تجرى على عينة من المجتمع .

إلا أنه توجد دراسات تدعم ما توصلت إليه في بحثي هذا من بينهما:

- دراسة (هاقوير ، Haguire) سنة 1978 الذي درس كيف يؤثر انتكاس مرض السرطان عند فئة عالجت بالجراحة الجزئية في استجابة هؤلاء المرضى باضطراب نفسي معين ،فتوصل في النهاية الى استجابة هذه الفئة باكتساب حاد كتغيير عن فقدان الأمل في الشفاء و استحالة مزاولة النشاطات اليومية بشكل طبيعي .

- كما درس كذلك كل من (أفنسIvens "ولنسكي"Leynsky) الاستجابة الاكتئابية عند فئة مصابة بالسرطان خضعت لعلاج كيميائي لمدة طويلة ، مما سهل لديها ظروف الانتكاس ،اضافة الى هذا وجدت عدة دراسات قام بها (دين ، Dean) سنة 1987 و التي أثبتت أن أكثر الاستجابات التي تنتج عن انتكاس مرض السرطان تتمثل في القلق و الاكتئاب كما نجد الباحث (هوكسن ، Hughso) سنة 1988 الذي قام بدراسة حول 90 امرأة أصبن بسرطان الثدي، ثم عولجت عن طريق بتر جزء من الثدي،وبعد سنتين من العلاج تعرضت تقريبا معظم الفئة الى انتكاس السرطان،ورجعن للعلاج من جديد بطريقة مخالفة للأولى و بعد دراسات الباحث (هوكسن ، Hughso) توصل الى أن تلك المجموعة لم تكن تعاني من اكتئاب بمجرد إصابتها بالسرطان ،لكن بعد انتكاس السرطان عندهن أصبح معضم أفراد المجموعة يحسون بأن حياتهم مهددة و فاقدين للأمل و لكل لذات الحياة .(حسن ، 1987 :18).

الخاتمـــــة :

إن ما يمكن استخلاصه من هذه الدراسة هو المعاش المتضرر و المصير المؤلم الذي يعيشه مريض السرطان المنتكس ، بسبب تحمله للألالم العضوية الناتجة عن المريض ، و التي تؤدي بدورها الى ظهور جملة من الاضطرابات قلق الموت الناشئ عن التجربة المرضية التي يعيشها مريض السرطان عندما ينتكس مع وعيه بخطورة المرض ، إضافة الى تفكيره بعدم جدوى العلاج عندما يعاوده السرطان ،ما يؤدي به الى حالة خوف و قلق شديدين ، بالإضافة الى ظهور الانفعال الموجه نحو الذات و نحو الآخرين خاصة أفراد الأسرة ،نتيجة سرعة الاستشارة الناتجة عن المرضى ، و حالة القلق التي يعيشها المريض تحت ضغط الآلام الجسدية و النفسية ، مما ينتج عنه في الأخير إصابة نفسية ناتجة عن إصابة جسدية .
كل ما سبق يقوده الى التفكير في الموت كثيرا ،ما يولد لديه ما يعرف بقلق الموت و الذي يؤثر و بشكل مباشر على مريض السرطان المنتكس ،لذلك تتدهور الحالة النفسية أو تتحسن لديه حسب تفكيره في فكرة الموت و ارتفاع أو انخفاض درجة قلق الموت عنده، وذلك نضرا لما استنتجنه في مقابلاتي مع الحالة ، وتطبيقي لمقياس قلق الموت لأحمد محمد عبد الخالق .

توصيات و اقتراحات

و يمكن التخفيف من الأثار النفسية السلبية و القلق الناجم عن هذه العلة بعدة طرق ، نذكر منها :

- ضرورة تكثيف المتحصيصين النفسانيين في المصالح الخاصة بمرض السرطان من أجل التخفيف من معاناة هذه الفئة .
- تشجيع وسائل الاعلام على توعية الأفراد بضرورة تجنب العوامل النفسية التي تزيد من تدهور الحالة الصحية للمريض .
- ضرورة تبني المختصيين النفسانين العاملين في هذه المصالح لبعض العلاجات النفسية المناسبة لكل حالة لأنها أكثر فعالية مع هذه الفئة .
- تقوية النواحي الدينية لدى المريض و حثه على الصلاة و قراءة القرآن الكريم و الاكثار من الدعاء ،و شد أزره بتذكيره بمدى الأجر و الثواب عند المرض.
- تناول الأدوية الخاصة بعلاج هده العلة تحت توصيات الفريق المعالج .
- ضرورة وجود اتصال بين الأخصائي النفساني و عائلات المرضى، من أجل تدعيم الكفالة النفسية.

قائمة المراجع

اولا : المراجع العربية :

- الكتب :

1) اجلال محمد السري (1990) : علم النفس العلاجي، ط 1 ، عالم الكتب القاهرة.
2) أحمد سالم باد ويلان (2005) : السرطان ما زال الأمل باقيا ، ط 1 ، مؤسسة الريان للطباعة و النشر و التوزيع ، لبنان ، بيروت.
3) أحمد محمد عبد الخالق (1987) : قلق الموت ، عالم المعرفة ، الكويت.
4) أحمد محمد عبد الخالق (1988) : قلق الموت ، د.ط ، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب ، الكويت.
5) توفيق السويس (2010) : السرطان ، الأسباب ، الوقاية ، العلاج ، مطبعة أمين المصمودي.
6) حسن ملحم (1984) : السرطان و الأمراض الانحلالية الخطيرة ، دار القلم للنشر و التوزيع.
7) حسن فايد (2001) : المشكلات النفسية الاجتماعية ، ط 1 ، دار طيبة للنشر و التوزيع ، القاهرة.
8) خلف حسين علي المليمي (2009) : جغرافية الصحة ، ط1 ، دار صفاء للنشر و التوزيع.
9) خولة أحمد يحيى (2000) : الاضطرابات السلوكية و المعرفية ، ط 1 ، دار الفكر ، عمان.
10) دافيد شيهان ، ترجمة عزت شعلان (1998) : مرض القلق ، د.ط ، عالم المعرفة ، الكويت.
11) دوقان عبيدات (2002) : البحث العلمي (البحث النوعي و البحث العلمي) ، ط1 ، دار الفكر ، عمان.
12) راجح أحمد عزت (1994) : أصول علم النفس ، د.ط ، المكتب المصري الحديث ، الاسكندرية.
13) زكي جمال زكي (1962) : اسس البحث العلمي ، ط1 ، دار الفكر العربي ، القاهرة.
14) سامح أبو زينة (2000) : موسوعة الأمراض الشائعة ، د.ط ، دار أسامة للنشر ، عمان.
15) سرحان محمود (بدون سنة) : علاج الأورام و الخلايا الجذعية ، د.ط ، دار الوئام ، الكويت.
16) سمير كامل أحمد (2002) : علم النفس الاجتماعي ، بين النظرية و التطبيق ، د.ط ، مركز الاسكندرية للكتاب ، القاهرة.
17) شيلي تايلور ، ترجمة وسام درويش بريك ، فوزي شاكر طعيمة داود (2008) : علم النفس الصحي ، ط1 ، دار حامد للنشر و التوزيع ، عمان.
18) عبد الرحمن العيسوي (1994) : الأمراض السيكوسوماتية ، دار النهضة العربية ، بيروت.
19) عبد الرحمن الوافي (2003) : المختصر في مبادئ ، علم النفس ، ط 3 ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون ، الجزائر.
20) عبد العلمي الجسماني (1998) : الأمراض النفسية ، تاريخها ، انواعها ، أعراضها علاجها ، ط1 ، بيروت ، لبنان.

21) فاروق السيد عثمان (2001) : القلق ، و ادارة الضغوط النفسية ، ط1 ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر.
22) فيصل خير الزراد (2000) : الأمراض النفس جسدية ، ط1 ، دار النفائس ، بيروت.
23) لطفي الشربيني (2010) : المرجع الشامل في علاج القلق ، د.ط ن دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان.
24) مالكوم شوارتز (1988) : السرطان ماهو ، ترجمة مركز التعريب ، الدار العربية للعلوم ، بيروت ، لبنان.
25) مسعود السامعي (2011) : مكافحة السرطان في العالم النامي (برنامج العمل من أجل علاج السرطان) ، الوكالة الدولية للطاقة الذرية ، النمسا.
26) محمد خان (2011) : منهجية البحث العلمي ، ط 1 ، منشورات مخبر أبحاث في اللغة و الأدب، جامعة محمد خيضر ، بسكرة ، الجزائر.
27) مصباح عبد الهادي (بدون سنة) : أهم مقومات شفاء مرض السرطان ، بيروت ، دار الأمل.
28) مصطفى غالب (1981) : تغلب على الخوف ، ط1 ، مكتبة الهلال.

- القواميس و المعاجم :

1) عبد المنعم حنفي (1997) : موسوعة الطب النفسي ، ط 1 ، مكتبة مدبولي ،القاهرة.
2) فاخر عاقل (1989): معجم علم النفس، ط3 ، دار العلم للملايين ، لبنان.
3) منير وهبة الخازن (1990) : معجم مصطلحات علم النفس ، د.ط ، دار النشر الجامعية.

- الرسائل الجامعية :

1) زعتر نور الدين (2008) : فعالية برنامج علاج نفسي اسلامي مقترح في تخفيض القلق، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس ، جامعة بسكرة.
2) وليدة مرازقة (2008 – 2009) : مركز ضبط الألم و علاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الحاج لحضر ، باتنة ، الجزائر.

- الجرائد و المجلات :

1) جابر محمد جبر (2004) : تقدير الذات و علاقته بالوجود الأفضل لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء ، مجلة دراسات عربية في علم النفس المجلد 3 ، العدد 3 ، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع.
2) رمضان زعطوط (عبد الكريم القريشي (2005) : الاكتئاب المقنع و التكتم و قلق الموت ، دراسات عربية في علم النفس ، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع ، مصر، المجلد 4 ، العدد 3.
3) طارق عبد الركاب و وفاء مسعود محمد (2000) : قلق الموت و علاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة ، مجلة علم النفس ، مصر ، العدد 54.

4) عودية ولد يحي حورية (2005) : دور المساندة الاجتماعية كعنصر من عناصر الاتصال في التخفيف من الضغط النفسي لدى المصابين بمرض الربو الملتقى الدولي حول سيكولوجية الاتصال و العلاقات الانسانية ، جامعة ورقلة ، الجزائر.
5) محمد نبيل عبد الحميد (1995) : قلق الموت و علاقته بكل من دافعية الانجاز و نوعية التعليم ، عينة من طلبة الجامعة ، مجلة علم النفس ، العدد 35.

ثانيا : المراجع الأجنبية

1) Boutaunier (F) (1986) : l'angoisse, 3éme édition maisons, Paris.
2) Bruchou sheitzer, M : Dantzer,B,(2003) : introduction à la psychologie de santé 4éme édition ,France.
3) Delbard céline et d'autre, (2001) : Et si nous parlions ? l'infirmier face à la mort. EPPA, OP DEL .
4) Fontaines et Al (1984) : chimique de thérapies comportementales, de marlayot – Belgique.
5) Pierre de large (1970) : la maitrise de la mort, encyclopédie universitaire.
6) Harel – biraud H (1995) : Manuel de psychologie pour les soignants, Paris, Masson, 2éme édition.
7) Morel.D (1984), Cancer et psychanalyse, paris, befond.
8) S.Freud (1987) : inhibition, symptômes et angoisse micheltat, 6éme édition.
9) Speillger (1983) : conterrparry behavionan thérapy , my file , publishing , company.
10) Sylvie , Dolbeault et al (2007) : La psycho- oncologie , john lilbey eurotext , paris , France.

الملحق رقم 01

س: السلام عليكم ، واش راكي اليوم .
س: اليوم انا غدي نطرح عليك بعض الاسئلة و نتي جاوبيني عليها.
س: ما هو احساسك و انتي في المستشفى ؟.
س: راهم يعاملوك مليح ، هنا ؟.
س: صحا دوك قولولي المرة اللولة لي شدك سرطان الثدي ، كيفاش حسيتي؟.
س: و المرة الثانية كي عاودلك واش حسيتي؟
س: صحا المرة لولة قولتيلي بانتلك حبة تحت باطك كي لولسيس ، و رحت لطبيب و عرفتي و لكن المرة الثانية كي درتي عرفتي ؟.
س: خبرتي راجلك و عايلتك تم تم ؟ .
س: معليش تحكيلي على الطفولة تاعك كي فوتيها؟
س: صحا ، و كي بديتي تكبري كي فوتي مرحلة المراهقة تاعك و القراية ؟.
س: العلاقة بينك و بين الزوج تاعك كيفاش ؟.
س: متبدلش منجيهتك ملي مرضتي ؟ .
س: كي عاود ولالك المرض ، شاهي الحاجة اللولة لي خممتي فيها؟ .
س: و هاد المرة كيفاش ، درتي باه عرفتي بلي ولالك المرض ؟ .
س: تحبي تقعدي مع الناس و تحكي معاهم كي راكي مريضة ؟ .
س: عندك معلومات حول المرض تاعك ؟ .
س: متقوليش هاكا ربي برحمتو ، و الاجل بيد الله ، اشاله تريحي ، واش هو طموحك كي تبراي؟ .
س: قولولي راكي تفكري فالموت بزاف ؟ .

الطالبة بلغيت كريمة

الملحق رقم 02

مقياس قلق الموت لدونلد تمبلر

الجنس : **السن :**

التعليمة :

- إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ، ضع دائرة حول ص.
- إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ، ضع دائرة حول خ .

عبارات الاختبار :

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

لأحمد محمد عبد الخالق