الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية و الأرطوفونيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر 2

تخصص علم النفس العيادي

قلق الموت لدى المصاب بداء السيدا

دراسة عيادية لحالتين في المستشفى الجامعي بوهران

من إعداد:

حدود هند

تحت إشراف:

طباس نسيمة

أعضاء لجنة المناقشة

.....	**رئيسة**	**جامعة وهران 2**
طباس نسيمة	**مشرفة**	**جامعة وهران 2**
.....	**مناقشة**	**جامعة وهران 2**

السنة الجامعية: 2018- 2019

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

أولا وقبل كل شيء أحمد الله عز وجل على توفيقه لي لإنجاز هذا العمل.

أتقدم بالشكر الجزيل والخاص للأستاذة المشرفة "طباس نسيمة" على مرافقتها طيلة مراحل إنجاز هذه الدراسة.

أتقدم بالشكر لجميع الأساتذة والمعلمين منذ بداية المسار الدراسي إلى غاية وصولي إلى الدراسات العليا.

أشكر كل من قام بمساعدتي لإنجاز هذا العمل سواءا من قريب أو بعيد، لكل هؤلاء شكرا.

إهداء

أحمد الله الذي وفقني لهذا ولم أكن لأصل إليه

لولا فضل الله علي أما بعد

أهدي هذا العمل المتواضع إلى أمي و أبي العزيزين

حفظهما الله لي اللّذان سهرا وتعبا على تعليمي في إتمام

هذا العمل من قريب أو من بعيد

وإلى أفراد أسرتي، سندي في الدنيا ولا أحصي لهم فضلا

إلى كل أقاربي و إلى كل الأصدقاء و الأحباب خصوصا

بسعاد إيمان

إلى أساتذتي الكرام و كل رفقاء الدراسة

و في الأخير أرجوا من الله تعالى أن يجعل

عملي هذا نفعا يستفيد منه جميع الطلبة.

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى معرفة الانعكاسات النفسية للفرد لدى المصاب بداء السيدا حيث كانت الاشكالية كالتالي: "ما هي انعكاسات مرض السيدا على الصحة النفسية؟"، وكحل لهذه الاشكالية اقترحنا الفرضية التالية: "يعاني المصاب بداء السيدا من قلق الموت". ولقد شملت الدراسة عينة من المصابين بداء السيدا المتواجدون في المستشفى الجامعي بوهران حيث قمت بدراسة ميدانية على حالتين باستعمال المنهج العيادي لتطبيق مجموعة من الأدوات أولها المقابلة العيادية ثم قمت بتطبيق اختبار "تمبلر" لقياس قلق الموت لدى المصاب بداء السيدا، وكانت النتائج كالتالي:

1. الحالة الأولى 11 من 15.
2. الحالة الثانية 14 من 15.

وهذا ما يشير إلى أن الحالتين تعانيان من قلق موت مرتفع وشديد وهذا نسبة لمجموعة من العوامل المتدخلة في ذلك، كالعلاقة المريض بأسرته، وشدة مرضه، وحالته الاستشفائية، كل هذا يؤثر في ارتفاع درجة قلق الموت.

قائمة المحتويات

شكر وعرفان

إهداء

ملخص الدراسة

قائمة المحتويات

المقدمة 1

الجانب النظري

الفصل الأول: أدبيات البحث

1.اشكالية البحث 5

2. فرضية البحث..... 7

3. أهمية البحث..... 7

4. أهداف البحث..... 7

5. تحديد مفاهيم البحث..... 7

6. الدراسات السابقة 8

الفصل الثاني: داء السيدا

1.مفهوم السيدا 12

2. تعريف الجهاز المناعي ووظيفته..... 13

3. أول ظهور للمرض..... 15

4. مراحل المرض 15

5. طرق انتقال المرض..... 16

6. العوامل المساعدة على انتشار المرض..... 17

7. أعراض السيدا..... 18

8. التشخيص..... 19

9. العلاج..... 20
10. الوقاية..... 24
11. الإحصائيات..... 32

الفصل الثالث: قلق الموت

I. القلق
1. تعريف القلق 37
2. الفرق بين القلق حالة و القلق سمة..... 37
3. القلق السوي والقلق المرضي..... 38
4. أسباب القلق..... 38
5. أنواع القلق..... 40
6. أعراض القلق 40
II. قلق الموت
1.تعريف قلق الموت..... 42
2.مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت..... 43
3.الربط بين القلق والموت..... 43
4. مكونات قلق الموت..... 44
5.أسباب قلق الموت..... 45
6.أعراض قلق الموت..... 46
7.النظريات المفسرة لقلق الموت..... 47

الجانب الميداني

الفصل الرابع: منهجية البحث

1.وصف مكان إجراء الدراسة 51
2.حدود الدراسة..... 51

3.المنهج المتبع للدراسة..... 52
4.أدوات الدراسة..... 54
1.4 المقابلة العيادية..... 52
2.4 فحص الهيئة العقلية..... 53
3.4 اختبار قلق الموت..... 54
5.مواصفات الحالة العيادية..... 56
الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة الأساسية ومناقشتها على ضوء الفرضيات
I. تقديم حالات الدراسة وعرض نتائجها
1.تقديم الحالة الأولى..... 58
1.1.فحص الهيئة العقلية للحالة الأولى..... 58
2.1.أهم جوانب التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الأولى 59
3.1. تطبيق اختبار قلق الموت لتمبلر على الحالة الأولى..... 61
2. تقديم الحالة الثانية..... 61
1.2.فحص الهيئة العقلية للحالة الثانية..... 61
2.2. أهم جوانب التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الثانية..... 62
3.2. تطبيق اختبار قلق الموت لتمبلر على الحالة الثانية..... 64
II.مناقشة النتائج وتفسيرها
1. مناقشة النتائج على ضوء الفرضية..... 65
2.الاستنتاج العام..... 66
الخاتمة..... 68
الاقتراحات والتوصيات 69
قائمة المراجع..... 72
الملاحق.....

المقدمة

إن الفرد في حياته اليومية معرض للإصابة بكثير من الأمراض والفيروسات التي قد تسبب له ضغوطات كبيرة في حياته، إن الراحة العامة حسب OMS " «المنظمة العالمية للصحة" هي الراحة العامة الجسمية والعقلية والاجتماعية وليس فقط غياب الجسم من المرض» وهذا ما يؤكد أن الفرد ليكون جيد في صحته يجب أن يكون الجانب الجسدي والنفسي له في نفس المستوى والاتزان وتكون له القدرة على مواجهة الحياة وضغوطها ويستطيع التغلب على أزماتها والقدرة على التوافق مع نفسه ومع الآخرين من حوله وهذا ما يعد الصحة النفسية.

كما أن الصحة الجسمية هي التي تكسب الانسان الاستقلالية في سلوكاته، وتوفر له الثقة والاطمئنان بما تمنحه له من فرص الانتقال من مكان لآخر وتؤهله ليكون في علاقة تفاعل مع محيطه لأن الفرد كائن اجتماعي يتأثر ويؤثر بالبيئة التي يعيش فيها، وبهذا يكون عرضة للإصابة بأمراض مختلفة وخطيرة التي تخل بتوازنه النفسي والجسمي والعلائقي. وحسب Sillamy: " فالمرض هو تدمر الصحة الراجع لعدم قدرة الجسم على استعمال دفاعاته العضوية ضد الهجومات الخارجية أو لحل صراعاته (Norbert Sillamy, 1992 : 78).

ومن أخطر الأمراض المميتة التي قد تصيب الفرد التي لا محال للشفاء منها وكل طرقها تؤدي إلى نفس المآل الذي هو الموت، نذكر مرض السيدا الذي يدعى مرض "نقص المناعة المكتسب" والذي بمجرد تلقي المصاب به خبر إصابته به يتلقى صدمة كبيرة لأنه يعلم أن نهايته هي الموت الحتمي الذي لا مفر منه، فالإصابة بأي مرض كان يسبب للمريض قلق واضطراب الحياة الشخصية فقلق الموت حسب تمبلر " هو خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه (معمرية، 2007: 212)، لأن مرض السيدا يدخل في جسم الانسان ويحطم جهاز المناعة لديه ويعطله عن أداء وظيفته الحيوية ينتسب لفيروس HIV الذي يشل الخلايا المقاومة للأمراض كالسرطانات.

والسيدا هو الوباء الذي ظهر في الثمانينات من هذا القرن، وهو مرض مميت يصيب الشباب الذين يمارسون اللواط أو المدنون على المخدرات عن طريق الحقن أو الذين ينقل لهم دم به فيروس HIV وتم اكتشاف في الوباء بصورة يقينية سنة 1983، وابتداءا من هذه السنة أصبح هاجس السيدا حديث الناس، خوفا من الإصابة به.

والأرقام المعلن عنها مفزعة حقا 16 ألف حالة يوميا منها 8500 أطفال ومن مجمل 36,1 مليون شخص حامل الفيروس نجد 25,3 مليون من افريقيا السوداء ومع استمرار البحوث والتجارب يبقى الأمل قائما.

لأن المرض لا يعتبر قاتلا في حد ذاته بل الأمراض المصاحبة له التي تفوق 20 مرض، وهذا كل نتيجة التربية الجنسية الخاطئة أو الناقصة في المجتمع وخاصة المجتمعات الاسلامية لأن المرض في الدول الاسلامية يعتبر شيء محرم ودنيء ونوع من الرذيلة وهذا لأن العلاقات الجنسية الغير شرعية في مجتمعنا محرم قطيا، حيث لا يفتح موضوع الجنس في العائلة ومع الأطفال وهذا ما يجعل الطفل ينمو وهو يجهل الكثير عن هذا مما يدفعه لتجربة الجنس مع أي كان ودون خوف من المخاطر التي يمكن أن تترتب عن تلك العلاقات وهذا لإشباع الرغبات المكبوتة والمقموعة خاصة لديه، أي أن الطفل لو علم ماذا تعني العلاقة الجنسية وماذا يمكن أن يترتب عنها من مخاطر صحية بطريقة علمية أكثر لربما كان أوعى ويتفادى ذلك الداء المميت لأن الجانب الديني يمنعنا فقط بصورة أنه حرام دون نقاش لكننا دائما نحتاج إلى تفسير منطقي مقنع.

وعلى ضوء هذا شاركت ولو بالقليل لموضوع داء الإيدز وعلاقته بقلق الموت.

الجانب النظري

الفصل الأول:
أدبيات البحث

1. اشكالية البحث:

إن للمرض انعكاسات بيولوجية وسيكولوجية مختلفة وعامة على الفرد، حيث لا يمكننا عزل الألم الجسدي عن المعاناة النفسية، الارتباط وثيق بينهما وإصابة الجسد تعني إصابة النفس كذلك.

يعد المرض من بين المشاكل التي تشغل الفرد والتي تؤدي به إلى الشعور بعدم الأمن والإحباط نظرا لتغيير الوضعية التي يعيش فيها وقد يكون لهذا الشعور نتائج إيجابية في حالة ما تقبل المريض العلاج وسلبية إذا ما رفضه، لذا يستجيب البعض للمرض إما بالتجاهل التام مواصلة النشاط العادي وبدون حدوث الأعراض النفسية التي تلاحظ على غيرهم من جراء الصدمة، ونلاحظ تغيرات نفسية أخرى مثل الاكتئاب، الشعور بالذنب والقلق وفقدان الأمل (سعد جلال، 1985: 275-276).

كما يعد القلق أكثر الأمراض النفسية انتشارا، والقلق الملاحظ هو قلق الموت فالتفكير في الموت لا يفارق المريض وينمي فيه بسمة قلق الموت التي تعيق أعماله وطموحاته وبناءا على ما سبق يبدو لنا واضحا أن هناك علاقة وطيدة بين اضطراب الصحة الجسمية والصحة النفسية لدى المريض.

ويعد مرض السيدا من الأمراض الأكثر خطورة في هذا القرن لأن مرض مميت لهذا وقع اختباري عليه، فعلامات وأعراض عدوى فيروس نقص المناعة المكتسب متعددة وهي تشمل الآثار من الإصابات بالميكروبات الانتهازية، وبعد حدوث العدوى يمر المصاب بعدة مراحل مرضية قبل أن تصل الحالة إلى المرحلة النهائية، ومتى بدأ مرض السيدا فإنه يستمر لذا فإن هذه الإصابة تؤثر لا محالة على نفسية المريض.

فخطورة هذا الداء تؤدي إلى ظهور معاناة نفسية شديدة والتي تصاحبها أفكار الموت، كون أن هذا المرض غالبا ما يؤدي إلى الوفاة (Lionel Rossout,ibid : 76)، فهذه النظرة السلبية لمرض نقص المناعة المكتسب تجعل المصاب يعيش اضطرابا في حياته اليومية

وعلاقته الاجتماعية، وبما أن حالته تستدعي في معظم الأحيان الإستشفاء وعلى الفترات المتكررة، فهو يعيش قلقا شديد، وخوفا من الموت، فنرى أن المريض غالبا ما يفقد الرغبة في مزاولة اهتماماته ومسؤولياته الحياتية، فهو يفقد طعم الحياة ويختل توازن النفسي والاجتماعي وهذا ما يزيد حالته خطورة وتعقيدا.

من الطبيعي أن يكون الشخص المصاب بفيروس السيدا قلقا، فالقلق ما هو إلا حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف، كما أنها حالة الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء لا يستطيع تحديده بدقة.

والشخص الذي يعاني من قلق تظهر عليه أعراض جسمية عديدة بما أن المريض مهدد بالموت، لا سيما عندما يتطلع جيدا على المريض ووضعيته الصحية وتدهوراتها فإنه حتما سيفكر في الموت بل قد يتحول إلى هاجس لديه.

ولقد أثبت دليل "كورفيل" الطبي وهو مقياس لفرز المضطربين نفسيا أنه كلما كانت الصحة الجسمية متدهورة، كلما زادت شدة قلق الموت، أما "تمبلر" فقد بين سنة 1976 أن درجة قلق الموت يحددها عاملين هما:

1-حالة الصحة الجسمية.

2-خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت.

فقلق الموت وحسب "عبد الخالق" هو القلق العام الذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار (أحمد محمد عبد الخالق: 53).

والقلق والخوف من الموت أمر طبيعي، فكل إنسان يخاف منه لكن بدرجات متفاوتة ونحن بصدد دراسة قلق الموت لدى المصابين بمرض السيدا، ومن خلال ذلك يمكن لنا طرح التساؤل الأساسي:

تساؤل الدراسة: ما هي انعكاسات مرض السيدا على الصحة النفسية للفرد؟

2. فرضية البحث:

يعاني المصاب بداء السيدا من قلق الموت.

3. أهمية البحث:

- أول شيء كان هو تقديم المساعدة للمصاب بإصغاء له أثناء المقابلة ليتمكن من التنفيس والشعور بالراحة.
- الفحص النفسي للحالات المصابة بداء السيدا.
- تسليط الضوء على قلق الموت ومظاهره وآثاره التي يعاني منها المصاب.

4. أهداف البحث:

- تشخيص قلق الموت من خلال إجراء مقابلات عيادية مع الحالات المصابة بداء السيدا.
- تطبيق سلم قياس قلق الموت لدى الحالات.

5. تحديد مفاهيم البحث:

أ. تعريف قلق الموت:

يعرفه "هولنز" بقوله أنه "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت".

بينما يعرفه "ديكستاين" بأنه: "التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة".

ويعد تعريف "تمبلر" من أكثر التعاريف المقتبسة لقلق الموت، إذ يعرفه بأنه: "حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل بوفاته" (أحمد عبد الخالق، 1987: 39-40).

ب. تعريف الإيدز:

هو اختصار لمتلازمة "نقص المناعة المكتسب "وهو مرض ينتج عن فيروس "ال HIV" ومنذ لحظة الإصابة بالفيروس إلى تطور المرض يقضي في المتوسط 10 سنوات (Op.Rarfed h.aids).

فيروس الإيدز هو الفيروس الخلفية Retro Virus وفيروس أل HIV هو حساس للحرارة والمواد الكميائية.

VIH هو اختصار للمرض بالفرنسية Virus de l'immunodéficience humaine.

HIV هو اختصار للمرض بالانجليزية Human immunodeficiency virus (أحمد دردار، 15-16).

6. الدراسات السابقة:

أ. الدراسات على عينات عربية:

دراسة Williams 1980 في مصر على عينة متكونة من 58 طالب وطالبة، حول الارتباط السلبي بين قلق الموت والتدين، أي كلما زاد التدين انخفض قلق الموت، واستخدم 5 مقاييس لكل من قلق الموت والسلوك الديني (المشاركة الدينية والاتجاه الديني) ولقد توصل إلى ما يلي:

- أظهر المفحوصين الشديدين التدين درجة أقل من القلق.
- تحصل أفراد المجموعة منخفضة التدين على أقل درجة من الخوف وعدم الأمان (William,r,L Cole, s religious generaliszed anxiety apprehenion concerning health, journal of psychology, 1968, 75, p 111)

دراسة أحمد سعيدي 1982 في بيروت على عينة متكونة من 103 إمرأة تراوحت أعمارهن بين 18 و30 ممن حاولت الانتحار وأخريات لم يحاولن الانتحار، واستخدام مقياس قلق الموت ومقياس نية الانتحار Suicidal intent scale للواتي حاولن

الانتحار، وتوصل إلى ما يلي: درجات النساء اللواتي حاولن الانتحار، كانت متشابهة مع درجات قلق الموت عند اللواتي لم تحاولن الانتحار (أحمد عبد الخالق، قلق الموت، عالم المعرفة، ص 102).

دراسة Cole 1984 في مصر على عينة متكونة من 178 يهوديا من الذكور حول موضوع فحص العلاقة بين خوفهم من الموت الشخصي واستخدام مقياس "كاتل" للقلق واستخبار الخوف من الموت بالإضافة إلى مقابلة شخصية، ولقد توصل إلى ما يلي: وجود ارتباط بين التدين لدى اليهود بالحساسية المرتفعة تجاه الموت (William,r,L Cole, s religious generaliszed anxiety apprehenion concerning health, journal (of psychology, 1968, 75, p117

دراسة "أحمد محمد عبد الخالق" سنة 1986 في مصر على عينة متكونة من 3 مجموعات من الطلبة الثانويين مصرية، سعودية، لبنانية حول موضوع المتغيرات الاجتماعية والشخصية التي تؤثر في قلق الموت، واستخدام مقياس "تمبلر" لقلق الموت ولقد توصل إلى ما يلي: إن لقلق الموت متعلقات كثيرة ومرتبطة بمتغيرات مختلفة كديمغرافية الحضارية والشخصية بالمرض والصحة الجسمية والنفسية (أحمد محمد عبد الخالق: 129).

ب. الدراسات على عينات أجنبية:

دراسة Meadelton سنة 1936 بانجلترا على عينة متكونة من مجموعة من الطلاب الجامعيين (ذكور و إناث) حول الفروق الفردية بين الذكور والإناث في موضوع الموت، واستخدام استخبار يضم أسئلة يجاب عليها "بنعم أو لا" وأسئلة أخرى حرة "أسئلة مفتوحة" وتوصل إلى ما يلي:

- وجود فروق فردية بين الذكور والإناث.
- الإناث يفكرون أكثر في موتهم ويخفن بدرجة أكبر من الموت.
- تفضل الإناث أن يكن جاهلات بالحياة بعد الموت.

- يعتقد الذكور بوجود مستقبلي بدرجة أقل من الإناث (أحمد محمد عبد الخالق: 95).

دراسة Lester سنة 1967 بالولايات المتحدة الأمريكية على عينة متكونة من 76 مسنا حول العلاقة بين الدين عن المسنين، والقلق من الموت واستخدام مقابلة شخصية ورائز قلق الموت.

الفصل الثاني: داء السيدا

1. مفهوم السيدا « sida » :

هو اختصار لتسمية المرض بالفرنسية Syndrome d`immunodéficience acquise وبالإنجليزية: Mequired immuno- defeciency syndrome

التعريف العام لمرض السيدا: « Sida »

هو مرض فيروسي يؤدي إلى فقدان المناعة حيث تنهار الوسائل الدفاعية الطبيعية في الجسم يتسبب فيه فيروس HIV المسبب للنقص المناعي، وخاصة في عدد الخلايا اللمفاوية أو الخلايا البالعة وحيدة النواة، محدثا شللا في عملها الذي يتمثل في مقاومة العناصر المسببة للأمراض، وبالتالي يصبح المصاب بهذا المرض اللعين عرضة للإصابة بجميع أنواع الفيروسات والبكتيريا أو الطفيليات بالإضافة للتعرض لبعض أنواع السرطان (فتحي دردار، 2000: 9).

والمناعة معناها المقاومة، فالطبيعة تحاول أن تقضي عليك، تحاول ذلك لواسطة المكروبات مثلا (بكتيريا، فيروسات، حشرات، طفيليات... الخ)، وجسم الإنسان يقاوم كل ذلك فإن تغلبت الطبيعة كان الموت وإذا تغلب جسم الإنسان، كان الصحة، وأثناء المعركة في فترة المقاومة هناك مرض فمناعتك أو مقاومتك نوعان:

أ. **المناعة الطبيعية الموروثة** : وهي تولد مع الإنسان

ب.**المناعة المكتسبة:** وهي التي يكتسبها الإنسان أثناء حياته نتيجة للتعرض لمسببات المرض (عبد الحميد عبد العزيز: 5)

إن المناعة تتكون من خطوط دفاع عن الجسم، تبدأ بالجلد كخط دفاع أول، وهو مناعة طبيعية وهو لا يمثل حاجزا بل توجد فيه إفرازات بها بعض المواد التي تقاوم والمكروبات، والخط الدفاعي الثاني والمهم هو الدم، وبه خلايا ملتهمة وهي نوع من كرات الدم البيضاء التي تلتهم البكتيريا وتهضمها وتبطل تأثيرها، وبه أيضا أجسام مضادة تفرزها بعض خلايا الدم وهي أنواع، وكل نوع يختص بمقاومة نوع من البكتيريا وسمومها، وبالدم أيضا خلايا لمفاوية (ت) تلعب دورا هاما في المناعة.

إن انهيار مناعة الشخص المصاب بمرض "الإيدز" تجعل حتى المكروبات التي قد توجد في ظروف طبيعة أماكن متعددة من جسم الإنسان مثل الفم والحلق، الأمعاء وعلى الجلد والتي قد لا تسبب أمراضا في الشخص الطبيعي الذي يحمل جهازه المناعي طبيعيا، تسبب تهديدا لحياة الشخص المصاب بالإيدز (عبد العزيز عبد الحميد: 6)

ما هو فيروس نقص المناعة المكتسب؟

هو عبارة عن عامل مرضي لا يُرى بالعين المجردة وعند دخوله جسم الإنسان يستطيع العيش داخل خلايا هذا الجسم، ويسبب تلفا بطيئا للخلايا سنوات عديدة، إلى أن تظهر بعد مرور فترة تتراوح بين 5 سنوات و15 سنة أو 8 سنوات كمتوسط، وبالتالي قد لا تظهر على الشخص الحامل لهذا الفيروس أية علامة من علامات المرض في بادئ الأمر ويعرف هذا المرض في أشد مراحله: بمتلازمة نقص المناعة المكتسب وهو "الإيدز"

بعض الخلايا التي يتلفها الفيروس هي تلك التي تحمي أجسامنا من الميكروبات والالتهابات والأورام الخبيثة، أي خلايا جهاز المناعة، وعليه فإن إصابة هذه الخلايا بالتلف ستؤدي إلى تكرار الإصابة بالتهابات رئوية وهضمية شديدة وبطبيعة الحال فإن معظم المصابين بالتهاب رئوي مثلا: ليسوا مصابين بمرض نقص المناعة المكتسب ولكن الإصابة بهذا الفيروس تجعل المصاب عرضة لأنواع معينة شديدة ومعاودة من الالتهابات الرئوية بالإضافة إلى التهابات أخرى.

وبإمكان هذا الفيروس أن يضعف أجهزة الجسم الأخرى، وبالإضافة إلى إتلاف الجهاز المناعي، فمثلا إذا هاجم الدماغ فيسبب صعوبة في الذاكرة والتركيز.

2. تعريف الجهاز المناعي ووظيفته:

يقصد به جميع الأعضاء والغدد والخلايا التي تتصدى وتقاوم الأجسام الغريبة التي تغزوا الجسم الإنساني، وتقاوم بالتخلص منا ذاتيا لذا قسمت وسائل الدفاع الطبيعية وأجهزة المناعة الذاتية للجسم وكذلك الجهاز المناعي للجسم (فتحي دردار: 10).

وظيفته: إن الأساس في عمل الجهاز المناعي هو التعرف على أي مادة غريبة عن الجسم، والتخلص منها سواء كانت ضارة أو مفيدة فمثلا الجهاز المناعي يتخلص من الميكروبات التي تسبب الأمراض، وفي نفس الوقت يعتبر العضو المنقول لإنقاذ حياة إنسان غريبا عليه فيحاول التخلص منه وعلى هذا الأساس فالجهاز المناعي لما يقوم بوظيفته يترتب عنها آثار مفيدة وفي بعض الأحيان تترتب آثار غير مرغوب فيها (محمد رفعت "قاموس الإيدز الطبي" دار النشر ومكتبة الهلال، طبعة 1991 ص19)

تعريف الخلايا اللمفاوية: هي إحدى دعائم الجهاز المناعي، وهي خلايا صغيرة قطرها يتراوح بين 8 و16 ميكرون نواتها كبيرة نسبيا غير متجانسة اللون محافظة بالسيتوبلازم غير متميز وتشكل مجموعها بين 10 إلى 15 % من مجموع كريات الدم البيضاء وهي دائمة الدوران وأنسجة الجسم اللمفاوية وهي تعمل كحارس لخلايا الجسم كلها ضد أي أجسام غريبة تفرزها ومن أجل ذلك تتفرع إلى أنواع:

- **الخلايا لمفاوية التائية المساعدة:** وتقوم (TCD4) ولهذا يرمز لها بـ (CD4) تعمل على سطحها المستقبل المميز بتنشيط جهاز المناعة على محاور عدة بإفرازات الليمفاويات.
- **الخلايا اللمفاوية التائية المميتة:** تحمل على سطحها مستقبل مميز (CD8) ولهذا يرمز لها بـ (TCD8) ولها القدرة على تدمير الأجسام الغازية كبكتيريا المباشرة، وتوجد خلايا اللمفاوية المساعدة (TCD4) بنسبة تفوق الخلايا المميتة (TCD8)
- **الخلايا اللمفاوية الذاكرة:** تحتفظ بشفرات هولدان الضد اتي سبق لها أن غزت الجسم من قبل بحيث يتولد رد فعل مناعي مكثف ومبكر في حال تكرار التعرض لهذا المولد، ونظرا لطبيعة عملها فقد تدوم هذه الخلايا لعدة سنين قبل أن تموت وتختص بعض الخلايا اللمفاوية بتصدي للأورام السرطانية والقضاء عليها وتسمى الخلايا القاتلة الطبيعية وتمثل من 20 إلى 30 % من مجموع الخلايا اللمفاوية (محمد رفعت، 1991 :21).

3. أول ظهور للمرض:

تم رصد بعض حالات المرض سنة 1979 لكنه لم يجذب انتباه المجتمع الطبي إلا بعد عامين حيث شخص الدكتور "مايكل غوتليب" هذا الداء في جوان "1981" لكن بعض المختصين يعتقدون أن الإصابة بهذا المرض حدثت قبل هذا التاريخ بكثير اعتمادا على نظرية الحضانة الخلوية للمرض.

كيف نشأ الإيدز؟ وأين؟

لا يزال النقاش محتدا حول منشأ الإيدز ويبدو أن الإنسان أصيب به منذ أكثر من 30 سنة وسبقت إصابة أوساط إفريقيا ببقية الدول مثل أمريكا الشمالية وأوروبا ولكن يبقى السؤال غامضا بلا إجابة. **كيف نشأ الإيدز؟**

ورغم أنه لم يثبت بشكل قاطع منشأ الإيدز، لكن المقترح هو أنه نشأ في الحيوان أولا ثم انتقل إلى الإنسان، ولكن هنا نطرح الأسئلة التالية: كيف ظهر في الحيوان؟ وماهو مصدره؟ وكيف انتقل إلى الإنسان؟ وهناك مقترحات حول نشأته من أنه ناجم عن تحول فيروسي من شكل لآخر وتحت ظروف وشروط غير محددة عند الإنسان نفسه. (سعيد محمد الحفار" وجاء الإيدز" دار الفكر المعاصر طبعة 1992 ص91)

4. مراحل المرض:

وتنقسم إلى ثلاث مراحل:

- **المرحلة الأولى: مرحلة العدوى**

من 1 إلى 12 أسبوع بعد دخول الفيروس يبدأ في التكاثر مدمرا للمفاويات T4 لكن تظهر استجابة مناعة في التكاثر TC و T4 وارتفاع تركيز مضادات الأجسام بسبب انخفاض في التركيز الفيروسي وتظهر عن المصاب أعراض بسيطة ألم في العضلات– أوجاع خفيفة في الرأس– توعك حمى خفيف لكنها تختفي بعد فترة ويبقى المصاب سليما لعدة سنوات.

- **المرحلة الثانية: مرحلة التغيرات في جهاز المناعة وظهور الأعراض**

تبدأ أعراض المرض في الظهور عند المصاب "بالإيدز" بعد مرور 6 أشهر أو عدة سنوات من تاريخ الإصابة، وهذه الأعراض شبيهة بأعراض أخرى مثل "سوء التغذية أو السرطان" ويرافق ذلك انهيار عام للجسم بسبب فقدان المواد الغذائية الأساسية وعدم القدرة على المقاومة.

- **المرحلة الثالثة: مرحلة السيدا أو الأعراض السريرية والتهابات الجرثومية**

وفيها يصل المصاب إلى مرحلة الخطر الأخير التي فيها يحتضر (مرحلة ما قبل الموت) وتتميز هذه المرحلة بانهيار كامل جهاز المناعة المكتسب وانهيار المريض حيث يتعرض لهجمات مجموعة من الأمراض والالتهابات الانتهازية التي يتميز بها وباء السيدا وتصيب الالتهابات الجرثومية تقريبا كل ضحية من ضحايا السيدا، وغالبا ما يؤدي التهاب جرثومي واحد إلى الوفاة وذلك إما لفقدان الدواء الفعال ضد الجرثوم، وإما أن الالتهابات تطغى على المضادات الحيوية المتوفرة.

ولا يشارك هذه الالتهابات من حيث الأهمية سوى "سرطان كابوزي" إلا أنها تمتاز عنه بأنها أخطر منه نسبة لكثرة المضادات التي تسببها. (سعيد الحفار، 1992 : 130).

5. طرق انتقال المرض:

عن طريق العدوى: إن الإيدز مرض معدي وهو يختلف عن الأمراض العدية الأخرى مثل "الأنفلونزا" أو "الحصبة" فالإيدز لا ينتقل بالحكة أو العطس أو الأكل أو الشرب من أواني مشتركة مع المريض، بل تنتقم العدوى من العلاقة الجنسية أو حقن تستخدم بالمشاركة أو نقل دم أحد مشتقاته.

إن الاختلاط بين دم سليم ودم مريض أو مني هو عامل مهم في نقل لفيروس المسبب لمرض الإيدز(40 : 1996, Gerard) .

أكثر الناس عرضة لمرض الإيدز هم:

- ممارسوا اللواط
- مدمنوا المخدرات عن طريق الحقن
- النساء اللاتي يمارسن الجنس مع رجال مصابين بالإيدز
- الأطفال الذين يظهر عليهم الإيدز بعد ولادتهم من أم مصابة بالمرض (عبد الحميد عبد العزيز :19)

6. العوامل المساعدة على انتشار المرض:

ساهمت عوامل عديدة في نشر هذا المرض الخبيث بين فئات واسعة من سكان المعمورة ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- **انعدام الرادع الديني:** وعدمه تماما كالمجتمعات الكافرة والوثنية التي ليس لها دين فكل الديانات تدعوا إلى الفضيلة، أو ضعف الوازع الديني عند عصاة مسلمين الذين انغمسوا في اللهو والمجون واللا أخلاق فكان مصيرهم الهلاك.
- **الاختلاط والإباحية الجنسية:** ومعاشرة أكثر من شريك جنسي عن طريق العلاقات المحرمة مما يؤدي إلى انتشار المرض (فتحي دردار: ص41).
- **البغاء:** فإصابة العاهرة بهذا المرض اللعين يكفي لأن تنقله لكل من يمارس معها الجنس. ورغم الرقابة الطبية على البغاء العلني فغن الخطورة تكمن في البغاء السري الذي تمارسه المحترفات أو اللاتي تضطرهن ظروفهن السيئة لممارسة ذلك.
- **تعاطي المخدرات:** فالفقراء العاطلون من الشباب يهربون من واقعهم المأساوي إلى الإدمان فينتشر الفيروس بينهم عن طريق حقن المخدرات
- **عدم الوعي الصحي:** مثل التعرض لسوائل المصاب وخاصة الدم من جرح أو قروح جلدية

- **السياحة حيث تقوم شركات متخصصة للشواذ:** من طالبي اللذة بترتيب لقاءات بين أوروبيين وأطفال من دول جنوب شرق آسيا غالبا "تايلاند" أو "الفلبين" فينتشر الفيروس
- **وسائل الإعلام والصحف ومجلات خليعة وأفلام سينمائية :** في منتهى الفسق والفجور وبرامج تلفزيونية ماجنة ومسرحيات وأغاني فاسقة تساهم في انتشار الرذيلة وتشجع هذا.
- **الأمية:** ساهمت بدور فعال في نشر الداء، لا سيما في آسيا وإفريقيا بسبب عدم تقدير العواقب لطالبي اللذة والمنحرفين، من الشوا ومراهقين ومدمنين وبغايا
- **خلاعة الوالدين أو أحدهما:** فيشب الأبناء على الرذيلة والمجون إذا كانت القدوة معدومة.
- **عامل الهجرة:** عدم الاستقرار السياسي والكوارث الطبيعية والقوات العسكرية عامل نظام التمدرس الداخلي.

7. أعراض السيدا:

مرض السيدا يصيب أي جهاز من أجهزة الجسم المختلفة، إن أعراضه وعلاماته متباينة لدرجة أنها تحتاج إلى تعاون أكثر من تخصص وتشخيص المرض يعتبر نوع من التحدي للخبرات المختلفة:

- نقص في الوزن لا يستجيب إلى أي تغذية مهما كانت
- عدم القدرة على التركيز ونقص في الإدراك والوعي
- التعرق الشديد وخاصة في الليل مهما كان الطقس باردا
- الآلام في المفاصل وظهور طفحات جلدية
- إحساس مستمر بالتعب والإرهاق
- إسهال غير قابل للعلاج
- تضخم الغدد وخاصة الغدد اللمفاوية

- التهابات قد تكون في كافة أجهزة الجسم بالإضافة إلى الالتهابات الجلدية
- أورام قد تكون سرطانية
- ظهور تأكيل بكافة أنحاء الجسم
- ارتفاع درجة حرارة الجسم
- الصداع. الألم في الحنجرة والسعال
- ضيق التنفس والاضطرابات الرؤية
- التعب الدائم الذي لا يمكن تفسيره
- ظهور القوباء الفيروسية (الهرس) حول مدخل الفم والشرج هي حبيبات وآفات جلدية موجعة جدا.

8. التشخيص:

استنادا للتشخيص على ثلاث أمور:

أ. القصة المرضية:

عن خبراته الجنسية السابقة وتعددها علاقاته الجنسية إن كانت مثيلة أو غيرية تعاطي المخدرات، نقل الدم أو تعرضه لعملية جراحية (طالو، ص 98-1989)

ب. لأعراض السريرية:

- وجود تقرحات بلدية في الأغشية المخاطية يجب أخذ عينات منها وإرسالها إلى المخابر
- فحص اللعاب ومفرزات الجهاز الهضمي
- تحري وجود أعراض أخرى مثل الإصابة بسرطان كابوري

ج. الفحوص المخبرية:

يسحب الدم من المصاب ويوضع في أنبوب اختبار مادة مانعة للتخثر قبل سحب الدم تفصل الخلايا اللمفاوية من دم المصاب بواسطة تشغيل على السرعة تعد الخلايا اللمفاوية بواسطة التأثر المناعي اللا مباشر، ومع استعمال مضادات الأجسام الأحادية النسل تسحب عدد الخلايا اللمفاوية المساعدة وعدد الخلايا المنيطة. (T8/T4 =2) ويجب أن تكون

النسبة في الحالات الطبيعية تساوي اثنان T8 و T8 أما إذا كانت النسبة واحد أو أقل فهذا يعني هبوط في عدد الخلايا المنيطة.

معنى الحمل الإيجابي للفيروس:

ويقع خلط بين المصاب بالإيدز وحامل فيروس الإيدز فكل مصاب هو حامل فيروس الإيدز لكن العكس غير صحيح حامل فيروس "الإيدز" لا يعني أنه مريض بالإيدز وكثير من البشر يحملون الإيدز من سنوات ولكنه ليسوا في أعداد المرض (منظمة الأمم المتحدة، 2001- 07-12)

9. العلاج:

المعالجة الطبية لمريض الإيدز: إن مريض الإيدز لا يعاني من المرض المذكور فقط وإنما يعاني كذلك من مجموعة والإشاعات الانتهازية، بالإضافة إلى التدمير الكلي أو الجزئي أو الخلل الذي يصيب جهاز المناعة لذا يجب أن يكون العلاج على 3 محاور:

- إبادة فيروس الإيدز
- تقوية جهاز المناعة
- علاج الأمراض الانتهازية

الأدوية المستخدمة لإبادة فيروس الإيدز:

- عقار السورامين Suramine ويستخدم هذا الدواء أيضا للقضاء على بعض الطفيليات وله فعالية كبيرة في الحد من قدرة الفيروس إلا أن له 'ثار جانبية خطيرة. (فتحي دردار، 75).
- عقار زيد وفيدين Zidovidane : ويعرف باسم Azidathimidine ويختصر AZT واسمه الكيميائي Azido 3 Deoscy 3 Thmidine، لم ينجح في إبادة الفيروس نهائيل إلا أنه أثبت فعاليته في إيقاف تكاثر الفيروس، كلما أعطي في مراحل مبكرة وقد حدثت وفاة عند بعض المرضى اللذين لم يعطوا من الدواء بينما بقي على قيد الحياة من عولجوا به، وبالرغم من نجاحه في إيقاف تكاثر الفيروس إلا ان له أعراض جانبية (تهلك خلايا

النخاع العظام، تقلص عدد كريات الدم الحمراء والبيضاء، بالإضافة إلى تناقص صفائح الدم ويسبب فقر الدم الشديد ونزيف في حوالي 1/3 من المرضى الذين يتناولونه فضلا عن أنه باهظ الثمن ولابد من استعماله باستمرار. (حسام جعفر، 1998 :71).

- عقار DDI يستخدم لعلاج مرضى الإيدز وحاملي الفيروس، وهو أقل فاعلية من عقار AZT ولكن استخدامها معا يقلل من جرعة AZT الشديد السمية ويزيد من احتمالات تكاثر الفيروس، خاصة بعد أن تبين أن الفيروس يغير تباعا من نطه الجنسي (الموروثات) ويكتسب مناعة المضادات الفيروسية بسرعة شديدة (محمد رفعت، 1991: 80).
- العلاج الثنائي Bithérapie أي مزيج عقار AZT مع عقار DDI مما يسمح بإطالة عمر المصابين حيث استخدامهما معا أعطى نتائج مبشرة بدأ استعماله 1995
- العلاج الثلاثي Trithéraopie اكتشف الطب الصيدلي عام 1996 عقار Antiprotease أو Crixivan وقدم للمرضى مع عقاري AZT و DDI فأدى غلى إنقاص كبير لتكاثر الفيروس، كما خفف نسبته في الدم بشكل ملحوظ، لدى المصابين منذ عدة أسابيع فقط، ولكن لا نعرف فعاليته على المدى الطويل إذا كان بإمكان القضاء على الفيروس نهائيا (حسان جعفر، 1998 :72)
- عقار الإيموثيل Immuthial يحول دون تدمير الخلايا اللمفاوية من قبل الفيروس ويحافظ على بقائها في الدم مما يدعم جهاز المناعة المكتسبة لدى المصاب (فتحي دردار: 79)

العقاقير المستخدمة لتقوية وإصلاح الجهاز المناعي:

إن الخلل المناعي عند مرضى الإيدز يتمثل فقط في تحطيم الخلايا التائية فإنه من الممكن التغلب على هذا المرض، إذا تمكن الباحثون من زيادة الخلايا التائية ومن العقاقير المستخدمة لذلك ما يلي:

- الأنترلوكين 2 (Interleukin 2) فهذه المادة تنشط الخلايا التائية.

- عقاقير تنشيط الفعل المناعي في الجسم : أزميكون Azimexon وعقار سوبرنيوسين Isoprinocine وعقار سيهيتدين Cimetidine و Indomethacine إندومتاثين
- محاولة زرع نخاع العظم في المريض بعد نقله من شخص سليم
- مضادات الأجسام وحيدة النوعية (سعيد محمد حفار، 1992 : 118).

مجموعة المنشطات البيولوجية للمناعة أو منشطات حيوية للمناعة وتشمل المواد الآتية:

- آلفا وجاما أنتارفيرون
- هروانت الغدة الثيموسية (ثيموسين، يقيموبوتين)
- لقاح بكتيريا مختلط

الأدوية المستخدمة لعلاج الأمراض الانتهازية:

تختلف عقاقير علاج الأمراض حسب نوع الالتهاب المصاحب لمرض السيدا

- الالتهاب الرئوي الناتج عن الطفيليات يستخدم لعلاجه ثرايموبريم وسلفامثاكزول
- داء التوكسوبلازما: يقضى عليه بـ السلفادايزين وعقار سبيرمثامين
- داء المبيضات: يمكن علاجه بعقار نيستاتين وعقار أمفتروسين (ب) و عقار كتوكونازول (فتحي دردار : 79)
- داء الهرس: يعالج بـ السكلوفير
- داء المستخفيات: يعالج بعقار أمفتروسين
- داء الدرن: يعالج بـ – ريمفابين
- إيثاميتول
- أسونيازد (Jill, patric « sida et infection » ibid p 165)

المراقبة الطبية لمريض السيدا:

- فحص العيون
- مراقبة السعال غير الطبيعي
- مراقبة شيق التنفس

- مراقبة تغير الحالة العقلية
- مراقبة ارتفاع الحرارة (وسيم مزبك ،1997 : 64)
- الصداع وعلاقته بالجهاز الهضمي
- التهاب ذات الرئة ونتيجة علاجها
- فحص عينة من العقد اللمفاوية ونتائجها
- نقص الوزن ونسبة لوزن الجسم قبل تمكن الفيروس منه
- مراجعة التحسن الحاصل نصف الشهر نتيجة العلاج بعقار AZT
- انتشار سرطان كابوزي وآثاره
- المراقبة كل شهرين لتضخم الغدد اللمفاوية وما يرافق ذلك
- مراقبة معدل انخفاض وارتفاع الخلايا اللمفاوية T4 مع مدى تقدم العلاج (Gérard Bannet « sida comment l'éviter » France 96 p45)
- المراقبة كل 6 أشهر بشكل دائم حتى وفاة المريض لأن الإيدز يصاحب المريض حتى وفاته، بحيث يتم التركيز على حالات الصداع وأثرها على الجهاز العصبي، وسؤال المريض هل يشكو من تعب عام؟ وإذا كانت الإجابة نعم توصف له بعض الفيتامينات والمقويات ومراقبة الأمراض المرافقة للإيدز ومراقبة تسمية الأدوية المستعملة (les jeunes et le hiv / sida « une solution a la crise ONUSIDA » 2002 p 24)

طرق علمية يجري استخدامها في انتظار نجاحها:

- **فصل البلازما:** تستخدم هذه الطريقة لعلاج بعض الأمراض المناعية حيث يزال الدم في الجسم وتفصل كريات الدم البيضاء وتعاد للمريض بينما تلقى البلازما وما تحتويه من مسببات للمرض
- **زرع نخاع العظام:** يأخذ نخاع العظام من شخص سليم ويزرع في مريض الإيدز بهدف تزويده بخلايا سليمة

- **نقل كريات الدم بالبيضاء المركزة للمريض:** بهدف مضاعفة الجهاز المناعي للمريض لزيادة مقاومته للمرض، والمشكلة الحقيقة في الطريقتين الأخريتين التين مازالت تحت التجربة هي احتمال كبير أن يغزو الفيروس المتواجد في الجسم المريض كريات الدم البيضاء السليمة التي يتم تزويده بها (عبد الحميد عبد العزيز: 83)

10. الوقاية:

الوقاية خير من العلاج لا سيما أن أدوية العلاج لمرض السيدا ليست لديها فعالية القضاء على فيروس الإيدز، وإنما كلما تعمل على تنشيطه والحد من تكاثره فقط، والمسببات كلها ناجمة عن الإنسان نفسه الذي انغمس في الشكوك والإدمان والإباحية والخيانة الزوجية والزنا وكافة الخطايا والشرور التي يزينها الشيطان، إلى بعض الحالات التي ينتقل فيها في بداية ظهور المرض إذ تكون طرق العدوى معروفة جدا (فتحي دردار: 93)

رغم استمرار البحوث عن الأدوية ولقاحات للقضاء على هذا المرض فالأمل غير مفقود، لكن تبقى الوقاية هي الطريقة الأثمن لأن الأسباب معروفة ومن اجتنب الفضيلة وانغمس في الرذيلة فمصيره الهلاك والمعاناة خاصة في حالة الإصابة بالإيدز.

الإرشادات والاحتياطات العامة للوقاية من مرض السيدا:

- الاكتفاء بالشريك الزوجي لأنه كلما زاد عدد الشركاء ازدادت احتمالات نقل العدوى سواء الإيدز أو أي مرض جنسي آخر مثل: السلفين أو الزهري أو السيلان
- تجنب الزنا لكلا الجنسين لأنها مصدر البلاء والزنا المحرم شرعا: يقول الله سبحانه وتعالى: "ولا تقربوا الزنا إنه كان فاحشة وساء سبيلا" (الإسراء آية 32) ومن الطبيعي أن تكون الحكمة هي الإلهية بالصراط المستقيم الذي ينبغي أن نهتدي به، ونسير عليه لضمان سلامتنا الشخصية وسلامة أعضاء الأسرة والمجتمع .
- تجنب المعاشرة الزوجية في حالة الشك حتى يثبت العكس أو استعمال الواقي المطاطي (فتحي دردار، "السيدا" : 93)

- الإخلاص للشريك سواء زوجة أو خطيبة في حالة السفر أو المرض الغياب تحت أي ظرف من الظروف، لأن أي انزلاق من أحد الطرفين يعني ضياع الأسرة وإنجاب أطفال مصابين، لذا يجب تفادي المغامرات الجنسية العابرة.
- الاقتطاع: الامتناع عن تعاطي المخدرات بأي طريقة بسبب أضرارها الكثيرة وخاصة عن طريق الحقن الوريدي، حيث تمكن عنه الخطورة في حالة الاستعمال المشترك للحقن.
- عدم ممارسة الجنس تحت تأثير الكحول والمخدرات لأن هذه الأخيرة تفقد وعي الإنسان فيقدم على ممارسة جنسية شاذة فموية أو شرجية أو مهبلية دون استخدام الإجراءات الوقائية خاصة مع المومسات فينتج عنها تبادل سوائل الجسم كالمني والإفرازات المهبلية الحاملة للفيروس
- استخدام الواقي أثناء معاشرة جنسية مشبوهة مهبلية أو شرجية لأنه يخفف بنسبة كبيرة عملية انتقال العدوى، بل هو وسيلة الأكثر أمانا لمنع التقاط الفيروس
- التأكد من تعقيم الأدوات الطبية عند زيارة طبيب الأسنان، فالطبيب قد يسهو وأي خطأ طبي غير مقصود فحياتك هي الثمن (Gerard Bonnet « sida comment l'éviter » f 96 ;p42)
- الاستعمال الشخصي لأدوات الحلاقة وفرشاة الأسنان للرجل واستعمال أدوات العناية بالأظافر ولقط الشعر وفرشاة الأسنان للمرأة، فمن المحتمل انتقال العدوى في حالة وجود جرح بالنسبة للطرفين.
- العمل على تقوية جهاز المناعة لأنه الوسيلة للدفاع بالنسبة للإنسان، وهذا بالتغذية الجيدة والمتوازنة، ممارسة الرياضة والراحة الجسمية والنفسية في حالة التعب، المحافظة على نظافة الجسم، الابتعاد عن الكحول والمخدرات والتدخين.
- في حالة القيام بعملية جراحية أو نقل الدم من أي متبرع وإنما من أقربائك وأصدقائك المخلصين وأكد على عملية التحليل قبل نقل الدم (وسيم مزيك: 68)

- اجتناب الحمل بالنسبة للنساء المصابات بالإيدز ولو عن طريق التلقيح الاصطناعي، لأن الحمل يعني زيادة مضاعفات المرض وإنجاب طفل مريض يولد وهو في حالة صراع مع المرض الذي سرعان ما يؤدي بحياته.
- التمسك بالقيم والمبادئ والأخلاق الفاضلة، وعدم إتباع شهوة الفرج خارج الإطار الزوجي لأن العاقبة ستكون قاسية وبأس المصير. (فتحي دردار : 94).
- تجنب أوكار الفسق والفجور التي تنشط في الغابات والفنادق الوضيعة وقاعات التدليك المشبوهة وعلى السلطة اتخاذ إجراءات رادعة بالإضافة إلى اتخاذ إجراءات صارمة ضد المومسات الذي يمارسن عملهن سريا.
- غلق دور البغاء لأن الرقابة الصحية تطبق على البغايا، المومسات ولا يمكن فرضها على الزبائن لان نتائج التحليل لا يمكن الحصول عليها في الحين كما أن خاصة أنها ليست يومية بل أسبوعية إلى شهرية غالبا (فتحي دردار : 95).

دور القطاع الصحي في الوقاية من مرض السيدا:

للقطاع الصحي دور فعال في الوقاية من مرض السيدا ومنع انتشاره وحصره على المصابين فقط:

- إجراء اختبار مصلي لفيروس الإيدز لدى المتبرعين بالدم
- فحص كل مشتقات الدم من البلازما وغيرها للتأكد من خلوها من الفيروس
- استبعاد المتبرعين بالأعضاء في حالة ثبوت الإصابة بفيروس الإيدز
- استعمال محاقن وغبر وحيدة الاستعمال في أخذ عينات الدم وسوائل الجسم الأخرى
- تعقيم الأدوات الجراحية جيدا قبل وبعد الاستعمال
- إعادة تحليل الدم المستورد أو مشتقاته لضمان سلامة المتلقي
- في حالة زرع الأعضاء والعمليات التلقيح الصناعي يجب التأكد من سلامتها
- التخلص من بقايا إفرازات المصاب في مكان آخر وآمن

- عزل مرضى الإيدز في جناح خاص بهم هذا لا يعني إهمالهم وإنما يبقى المرض محصورا بينهم ولا ينتقل لغيرهم.
- إصدار منشورات طبية وتوزيعها، توضح مخاطر المرض أعراضه وطرق انتقاله والقيام بحملات تحسيسية في المدارس والقرى (العالم الثالث) لشرح ظهور المرض وكل ما يتعلق به (les jeunes et le vih/ sida « une solution a la crie « ONUSIDA ,2000,p 31)

قرارات الهيئة الصحية العالمية:

عقد مؤتمر دولي عن مرض الإيدز بعد اكتشافه بمدة قصيرة في مدينة أطلنطا بالولايات المتحدة الأمريكية من 15-17 أفريل 1958 وكانت توصياته الآتي:

- تشكيل شبكة من المراكز المتعاونة لتثقيف الأطباء والممرضات عن وسائل الوقاية والاستشارة بنصائح الأطباء المتخصصين في وبائيات هذا المرض
- تشجيع وتنسيق مراقبة عالمية لهذا المرض بتوحيد التسجيل ونشر الإعلام على أوسع نطاق
- المشاركة في بحوث إنتاج لقاض للمرض
- توعية الجمهور والعاملين في الحقل الصحي بهذا المرض
- تقييم الخطر المحتمل في كل بلدان العالم (فتحي درار "السيدا"، مرجع سابق، ص 98)

لوسائل الإعلام بمختلف مظاهرها دور فعال في الوقاية من هذا الداء باعتبارها تمس مختلف شرائح المجتمع، لا سيما التلفزيون الذي سيشاهده يوميا كافة الناس متعلمين أو أميين في كافة البلدان يجب أن تساهم وسائل الإعلام في التوعية والوقاية كالآتي:

باعتبارها أكبر مؤثر في البشر، لأن الشخص يقضي أكثر من ساعتين يوميا في المشاهدة فعليه أن يقوم بما يلي:

- عرض بين فترة وأخرى حصص طبية تتناول أخطار السيدا والمضاعفات الناجمة عن هذا الداء
- تنظيم لقاءات مع الأطباء والمرضى ونقل وقائعها للمشاهدين
- نقل المحاضرات والطاولات المستديرة التي تتناول الأمراض الجنسية والمعدية خاصة الإيدز منها.
- منع عرض الأفلام الخليعة التي تتناول قصصها الجنس الرخيص والرذيلة
- نقل الأخبار عن هذا المرض اللعين حتى لا يغيب عن أذهان المواطنين (Jih pathice « sida et infection » Edition masson 96, p170)

شريحة كبيرة من المجتمع تطالع وباستمرار الصحف والجرائد والمجلات لذا يجب أن تعمل ما يلي:

- نشر النصائح والإرشادات للوقاية من هذا المرض
- متابعة مستجدات وتطورات داء السيدا
- نشر القصص ومغامراتهم التي أدت بهم إلى الوقوع في هذا الداء، ليكونوا عبرة لاستخلاص المواعظ والابتعاد عن كل ما يؤدي إلى انحراف الفرد (السيد جميلي، "مرضى الإيدز" دار الشهابة الجزائر 48)
- الابتعاد عن نشر أرقام هواتف الشواذ والمومسات وإعلانات تنظيم اللقاءات بين الشواذ حتى لا يعم الفساد (علما أن الدعاية والإعلانات الجنسية منتشرة في العالم الغربي، ولقد دخلت شبكة الانترنيت هذه الخدمة مما يعني اتساع بؤرة الخطر فيجب التحذير منها ودق ناقوس الخطر)
- الامتناع عن نشر قصص ومغامرات الشواذ حتى يقرأها المراهقون ويتأثرون بها، وما أسرع المراهقون في التقليد من دون وعي أو إدراك للمخاطر التي تتربص بهم (Gerard Bannet « sida comment l’éviter , »)

يستمع الناس إلى برامج الإذاعة في البيت ، في السيارة، في المقاهي وما بين أوقات العمل ذلا يجب أن تساهم في :

- نشر الوعي والتثقيف الصحي فيما يتعلق بالأمراض المعدية وخاصة السيدا
- الامتناع عن بث الأغاني السوقية التي تدعوا إلى الفسق والفجور وعبادة الجنس
- أن تتناول برامج حول الأخلاق الحسنة تدعوا إلى الفضيلة وتنبذ الرذيلة
- إذاعة آخر أخبار السيدا وطرق الوقاية والعلاج (فتحي دردار، "السيدا" مرجع سابق ص 99)

السينما: مازالت قاعات السينما تستقطب شبكة كبيرة من المشاهدين خاصة العاطلين والمراهقين وطلاب الجامعات، وهي أكبر فئات المجتمع لذا على السينما أن ينحصر دورها في التالي:

- الابتعاد والامتناع عن عرض الأفلام الجنسية الخليعة خاصة لمن هم دون سن الرشد
- أن تكون موضوعات الأفلام هادفة أخلاقية وتربوية ويستخلص منها العبر
- منع الاختلاط بين الجنسين داخل القاعات
- فرض رقابة على دورات المياه في قاعات السينما لأن الشواذ يمارسون شواذهم فيها على الخصوص

المسارح: يقترح أن يكون دور المسارح كالتالي:

- منع عرض المسرحيات التي تكون موضوعاتها تتمحور حول الجنس والفجور والشذوذ
- أن تكون موضوعات المسرحيات تثقيفية تتناول موضوعات اجتماعية حول المظاهر السلبية في المجتمع وتتناول مواضيعا تاريخية هادفة
- فرض الرقابة على النصوص المسرحية قبل عرضها، ومراقبتها عند العرض لا يتم الخروج عن السيناريو والحوار المسرحي ويطلق بعض الممثلون العنان لرغباتهم (وسيم مزيك : 69)

دور القطاع التعليمي في الوقاية:

إن المدرسة هي البيئة الثانية التي ينشا فيها الفرد، ويتعلم منها القيم والمثل بعد الأسرة، لذا يجب أن تساهم بدور فعال في الوقاية من مرض السيدا وهذا بتطبيق الاقتراحات التالية:

- إدراج مرض السيدا ضمن المقررات التعليمية في المرحلة المتوسطة والثانوية، وقد أدرجته بالفعل معظم الدول الغربية، وأخذت بحذرها بعض الدول النامية مثل المغرب الأقصى.
- تكليف التلاميذ بإعداد بحوض تخص الأمراض المعدية ولا سيما الجنسية (وخاصة الإيدز)
- تزويد المكتبات بمراجع عن الأمراض المعدية خاصة الإيدز
- عرض أشرطة تربوية عن السيدا وتنظيم معرض ولو مرة في السنة لإدراك مخاطر هذا المرض
- فرض رقابة على التلاميذ الشواذ والمدمنين والعمل على علاجهم لدمجهم من جديد وسط أقرانهم حتى لا يضيع مستقبلهم وتتسع دائرة الفساد (Réré « sida l'épidémie nous échappe » janvier, 1999, p 17)
- كبح الرغبات الجنسية للتلاميذ امراهقين بين 12 و18 سنة بإفراز طاقاتهم في الرياضة والمطالعة، التنزه والأشغال اليدوية والمحلات التطوعية وإبعادهم قدر الإمكان عن المنبهات الغريزية الجنسية (دور البغاء، قاعات السينما التي تعرض الأفلام الخليعة)
- فرض رقابة بصفة غير مباشرة على من هم دون سن الرشد في علاقاتهم حتى لا يختلطوا برفقاء السوء ويجب أن يشترك الأولياء وهيئة التأطير المدرسي من أجل المصلحة العامة.
- توزيع منشورات تثقيفية عن مرض السيدا على التلاميذ
- القدوة الحسنة للهيئة التعليمية من المدرسين وإداريين وعمال الصيانة والتحلي بالمثل السامية والأخلاق الفاضلة (عبد الحميد العزيز: 91)

لماذا الإصابة بالسيدا أو الأمراض الجنسية محدودة في المجتمع الإسلامي:

رغم التفتح الذي أصاب جزء كبير من الأمة الإسلامية، نتيجة للإرث الاستعماري، الغزو الإعلامي والفكري، ومحاولة بعض الأفراد المجتمع الإسلامي مجاراة الغرب ورذائله فإن الأمة الإسلامية لا تزال بخير لكن يجب دق ناقوس الخطر.

فالرسالة الإسلامية وتعاليمها للبشرية الجمعاء وعالجت جميع مظاهر ومواضيع الحياة ونسبة الإصابة بالإيدز والأمراض الجنسية محدودة في مجتمعنا الإسلامي لان ديننا يدعوا إلى:

- **تحريم الشذوذ:**

بمعنى انقاء الدبر سواء في المجامعة الزوجية أو جماع الشاذين ببعضهم البعض والحكمة من هذا التحريم هو أن الدبر موضع أذى وقذارة ، فيكثر فيه تكاثر الجراثيم فهو موطن المرض وأكدت الأبحاث العلمية أن مرض السيدا كثير الانتشار بين اللواطيين، يقول الله تعالى: "نساؤكم حرث لكم فاتو حرثكم أنى شئتم وقدموا لأنفسكم واتقوا الله واعلموا أنكم ملاقوه وبشر المؤمنين" (البقرة، آية 22)

واللواط محرم شرعا : "أتأتون الذكران من العالمين، وتذرون ما خلق لكم ربكم من أزواجكم بل أنتم قوم عادون" (الشعراء 165-166) (السعيد محمد الحفار، وباء الإيدز، دار الفكر المعاصر، ط1، 1992 ص 127)

- **تحريم الزنا:**

قد ثبت بالدليل القاطع أن المومسات والزناة هم أول المسؤولية عن انتقال المرض بينهم وذكر تعالى الفسق في قوله: "ولا تقربوا الزنا إنه كان فاحشة وساء سبيلا." (الإسراء 32)

وتحرم سورة النور البغاء في قوله تعالى : "ولا تكرموا فتيانكم على البغاء، إن أردن تحصن لتبتغوا عرض الحياة الدنيا " (آية 23)

- **الإسلام يدعوا إلى العفة والطهارة:**

بهدف الحفاظ على الأنساب ونقاوة النسل حتى لا تكون الفتنة في الأرض، يقول تعالى: "وقل للمؤمنين أن يغضوا من أبصارهم ويحفظوا فروجهم ذلك أزكى لهم، إن الله خبير بما يصنعون " (سورة النور 31)

ربنا سبحانه وتعالى في سورة النور : "وقل للمؤمنات يغضضن من أبصارهن ويحفظن فروجهن ولا يبدين زينتهن إلا ما ظهر منها، وتوبوا إلى الله جميعا أيها المؤمنين لعلكم تفلحون"

- **تيسير الزواج:**

لما فيه من تحصين النفس واستمرار النسل ولمنع ارتكاب الفاحشة والحرام وغيرها من القواعد والحكم والإسلام لم يحدد قيمة المهر ولا المكانة الاجتماعية لمن أراد الزواج وغنما اشتراط الاستقامة والإيمان ، يقول سبحانه وتعالى: "من آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها، وجعل بينكم مودة ورحمة ، إن في ذلك لآيات لقوم يتفكرون" (الروم 21)

ويقول تعالى : "وانكحوا الأيامى منكم الصالحين من عبادكم وإمائكم إن يكونوا فقراء يغنيهم الله من فضله والله واسع عليم" (النور 32)

11. الإحصائيات:

نظرة عامة عن السيدا في العالم:

تسجل كل يوم 16 حالة عدوى لداء السيدا منها 8500 إصابة يومية تمس الأطفال ومن مجمل 36,1 مليون شخص حامل لفيروس السيدا إلى غاية ديسمبر 2000 تصيب إفريقيا السوداء ودول إفريقيا تحت الصحراء الكبرى هو 25,3 مليون شخص حامل السيدا ويعود تضخم عدد الإصابات في دول إفريقيا إلى ما يلي:

- الحرية الجنسية للمراهقين وانتشار العلاقات الجنسية قبل الزواج
- الأمية حيث يجهل السكان طرق انتقال السيدا

- الفقر أدى بنسبة كبيرة من النساء العازبات وحتى بعض المتزوجات إلى ممارسة البغاء لتوفير الحاجيات الشخصية والأسرية (Gerard Bannet « sida comment l'éviter ? » France 96,p 47)
- لقد أصبح السيدا نجم الأمراض الجنسية المعدية بلا منازع، وأولت له اليوم وسائل الإعلام بمختلف مظاهرها، والمؤسسات الصحية والمدارس والأحزاب السياسية والمسؤولين عناية خاصة في التوعية والتثقيف لحصره ومنع خطره. (jill patric « sida et infection » Edition 96 p 173)

السيدا في الجزائر:

أول سيدا في الجزائر تم تشخيصها نوفمبر بمستشفى باشا بمصلحة الأمراض الجلدية وكانت لمهاجر جزائري مدمن عن طريق الحقن الوريدي.

مجموع حالات السيدا في الجزائر المؤكد حتى 2000/09/30 هو 468 حالة منها 42 حالة جديدة ظهرت في 01 جانفي 2001 إلى سبتمبر 2000 تتوزع كالآتي:

- 121 جزائري قاطن بالوطن
- 200 أجنبي يعيشون في الجزائر في إطار العمل
- 87 شخص من جنسيات غير محددة
- مجموع حاملي الفيروس (ذوي المصل الايجابي) 967 حالة منها 93 جديدة
- تكلفة علاج المصاب بالسيد استويا بالجزائر 100 مليون سنتيم
- تحتل الجزائر العاصمة الصدارة من حيث عدد الحالات
- الذكور والإناث ينشطون جنسيا قبل 15 سنة

أرقام السيدا في الجزائر:

وحسب إحصائيات وزارة الصحة الجزائرية توجد 700 حالة مصابة و 1908 حامل للفيروس ولكن الأرقام التي سجلتها الجمعيات تفوق هذا

- يوجد ما يقارب 30000 ألف حامل للفيروس خصوصا في الجنوب (تمنراست) وبعدها الجزائر العاصمة، وهران، عنابة وبجاية
- سجلت 86 حالة بعنابة مصابة و 90 %من الحالات لاقت الموت و 1500 حامل للفيروس (« l'Algérie face au tabou du sida » Afrik.com)
- المستشفى الجامعي بوهران 200 حالة
- مستشفى القطار يضم 345 حالة مصابة بالسيدا
- 282 حالة وفاة حسب رئيس الجمعية Aids Algérie السيد M. Adeb zeddia
- 675 مصاب بالفيروس منها 336 امرأة و 7 أشخاص من جنسيات أجنبية. يتابعون العلاج الثلاثي Anti– retro– Vitro في 7 مراكز علاجية
- في الأخير تشير الإحصائيات إلى وجود 740 حالة و2092 شخص حامل للفيروس وهذا إلى غاية سبتمبر 2006
- مستشفى سطيف 36 حالة
- تمنراست 32 حالة
- عنابة 14 حالة وقسنطينة 8 حالات
- العدد الإجمالي 5147 مصاب من 1985 و 2009 ويوجد 4129 حامل للفيروس
- ويوجد 16000 و 20000 شخص مصاب يجهل أنه حامل للفيروس HIV (740 cas de saida et 2092 séroposilifs en algérie , 2 décembre 2006)

جهود الجزار في مكافحة السيدا: أهمها

- فحص دم المتبرعين بأعضائهم
- ضمان سلامة عملية نقل الدم
- إنشاء مخبر وطني للمراجعة "فرع في معهد باستور"
- التوعية حول طرق انتقال الفيروس المسبب للسيدا إلى الجسم
- التكفل الطبي والاجتماعي بمرضى السرطان أو حاملي الفيروس
- التكفل بالأمراض الجنسية وتشديد المراقبة عليها
- توفير العوازل الواقيات « préservatif » في الصيدليات
- إنشاء لجنة وطنية لمكافحة السيدا (وسيم مزيك: 70-71)

الفصل الثالث:
قلق الموت

I. القلق:

1. تعريف القلق:

حسب حسين فايدا (فايدا، 2003 : 33- 37) هناك تعاريف عديدة للقلق:

أ. **لغة:** قلق- قلقا: لم يستقر في مكان واحد وقلق لم يستمر على حال وقلق إضطرب وإنزعج فهو قلق وأقلق الهم فلا أزعجه.

ب. **إصطلاحا:** القلق هو حالة من الخوف والتوتر والقلق يصيب الفرد وتوجد ثلاثة أنواع من القلق يمكن أن ترد بسهولة لعلاقات الأنا بالعالم الخارجي و الهو والأنا الأعلى.

القلق ينجم عن محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية أو النقص ومحاولة الحصول على الشعور بالتفوق.

- وتعريف المدرسة السلوكية للقلق: عرفت القلق كما يلي:

على أنه اتجاه إنفعالي أو شعور ينصب على المستقبل، ويتميز بتناوب أو إمتزاج مشاعر الرعب والأمل.

- ويعرف أحمد عبد الخالق: القلق بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديدا غير معلوم المصدر، مع شعور بالتوتر والشد وخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية.

2. الفرق بين القلق حالة و القلق سمة:

أ. **القلق حالة:** هي حالة إنفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط (أو إثارة) الجهاز العصبي اللإرادي أو المستقبل وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص مثيرا معينا أو موقفا على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر.

ب. **القلق سمة:** تشير إلى فروق فردية ثابتة نسبيا في الاستهداف للقلق بوصفه سمة في الشخصية ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة (فايدا، 2003: 47).

3. القلق السوي والقلق المرضي:

أ. **القلق السوي أو خارجي المنشأ:** هو الذي يقوم به الفرد في الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئا يهدد أمنه أو سلامته مثلا: ما تشعر به الأم عند غياب إبنها فترة طويلة عن المنزل.

ب. **القلق المرضي أو داخلي المنشأ:** هو خوف مزمن دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير، ولذلك فهو قلق مرضي ويسمى أحيانا بالقلق الهائم الطليق، ويستخدم وولبى بديلا عن المصطلح الأخير الذي يرى أنه خاطئ – مصطلح القلق الشامل ويرى أنه الأفضل (حسين فايدا، 2003 : 49).

4. أسباب القلق:

هناك أسباب كثيرة للقلق منها ما هي بيولوجية و نفسية و اجتماعية نلخصها كما يأتي (فايدا، 2003: 53):

أ. **العوامل البيولوجية:** تنشأ أعراض القلق النفسي هي زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللإرادي بنوعية السمبثاوي والبراسمثاوي ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورأدرينالين في الدم ومن علامات تنبيه الجهاز السميثاوي أن يرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب وتجحط العينان.....إلخ.

أما ظواهر الجهاز الباراسمبثاوي فأهمها كثرة التبول والإسهال وزيادة الحركات المعوية مع إضطراب الهضم والشهية.

كما تلعب الوراثة دورا هاما في اضطراب القلق، فكثيرا ما نلاحظ أن والدي يعانون من نفس القلق وهذا يدل على إضطرابات البيئة التي نشأ فيها.

ب. العوامل النفسية و الإجتماعية: تعددت أسباب القلق بتعدد النظريات النفسية المفسرة له كما يلي:

- **سيجموند فرويدFreud** : أرجع القلق إلى صراعات داخلية لاشعورية والتي هي عبارة عن قوة داخلية تتصارع مع بعضها البعض ويؤدي تصارعها إلى ظهور الأعراض المرضية وقد ميز فرويد بين نوعية من القلق وهما (القلق السوي والمرضي) ثم شرحها من قبل أثناء تناول تعريف القلق.
- **أدلر Adler** : فقد أرجع القلق إلى شعور الشخص بالنقص ومحاولته التفوق.
- **السلوكيين" دولرد–ميللر–بافلوف"**: يرجعون إضطراب السلوك عامة وإضطراب القلق خاصة إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيشون فيها وتسهم الظروف الإجتماعية التي ينشأ فيها الطفل إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على إستمرارها وبقائها.

كما تلعب الضغوط البيئية دورا هاما في حدوث أي إضطراب أو تفاقمه، وهناك نوعين من الضغوط:

- الضغط المباشر: مثل:

  – فقدان الوظيفة.

  – الطلاق.

  – مرض الإبن.

- الضغط الغير المباشر: الذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين مثل: الرغبة الشديدة في عمل شيء معين مع تحريم قوي في نفس الوقت.

5. أنواع القلق:

قسم المشتغلون بعلم النفس المرضي القلق إلى أنواع هي كما ذكرها علي فهمي (فهمي ، 2009 : 62) كما يلي:

أ. **القلق الموضوعي:** هو النوع الذي يدرك الفرد أن مصدره خارج عن نفسه، وهو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي أو لأذى يتوقعه الشخص ويراه مقدما ومن أمثلة ذلك: رؤية البحار لسحابة قاتمة في الأفق، فإن هذه السحابة تشعره بالفزع لأنها تدل على إعصار قريب.

ب. **القلق العصابي:** يمكن مصدره داخل الفرد نفسه ولكنه لا يعرف له أصلا أو يجد له مبررا موضوعيا أو سبب صريحا واضحا فهو خوف أسبابه مكبوتة لاشعورية، إنه قلق هائم طليق غامض.

ج. **القلق الخلقي:** هذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحذير أو لوم (الأنا الأعلى) (اللأنا) عندما يأتي الفرد أو يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم التي يمثلها جهاز(الأنا الأعلى) أي أن هذا النوع يتسبب عن مصدر داخلي مثله مثل القلق العصابي الذي ينتج من تهديد دفعات (الهو) الغريزية ويتمثل هذا القلق في مشاعر الخزي والإثم والخجل و الإشمئزاز.

6. أعراض القلق:

هناك أعرا ض كثيرة للقلق منها نفسية و جسمية (فهمي علي، 2009: 63):

أ. **الأعراض النفسية:** منها

- سرعة الإثارة العصبية: وهنا يصبح المريض حساس لأي ضوضاء بل يقفز من مكانه عند سماعه لرنين التليفون أو الجرس، ويفقد أعصابه بسهوله ويثور لأتفه الأسباب.
- صعوبة التركيز والنسيان: مع الشعور بالإختناق والصداع والإحساس يطوق يضغط على الرأس ويكون ذلك مصحوبا باختلال في الآلية.

- مخاوف مرضية في أعضاء الجسم لا أساس لها: كالخوف من السرطان أو مرض القلب، هنا يتردد المريض على الأطباء ويحاولون تهدئته وطمأنته من أنه لا يعاني من أي مرض عضوي، ويستريح بعض الشيء ولكن سرعان ما تعود له المخاوف، ويبدأ في زيارة أطباء أخرين.

ويزيد التلف ومن ثم تزيد الأعراض الجسمية مما يعزز خوف المريض من إحتمال وجود مرض عضوي.

- عدم الإستقرار: والشعور بإنعدام الأمن والراحة والأرق الذي يتميز بالصعوبة في النوم أي يرقد الفرد على سريره ويتقلب دون أن تغفل عيناه، وإن نام يصحب نومه أحلام وكوابيس مزعجة مما يجعل سلسلة من العذاب.
- الحساسية المفرطة والشك والتردد والضيق وترقب المستقبل:مما يؤدي إلى تناول العقاقير المنومة أو المهدئة أو شرب الخمر كمحاولة من المريض للتحقيق من أعراضه.

ب. الأعراض الجسمية: أهمها:

- أعراض مرتبطة بجهاز القلب الدوري: ألام عضلية في الناحية اليسرى في الصدر، فرط الحساسية لسرعة كل من دقات القلب والنبض، إرتفاع ضغط الدم.
- أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي: فقدان الشهية أو عسر الهضم وصعوبات البلع والشعور بغصة في الحلق و الإنتفاخ، أو الإسهال أو الإمساك، المغص الشديد وأحيانا الغثيان والقيء.
- أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي: ضيق الصدر وعدم القدرة على إستنشاق الهواء، سرعة التنفس.
- أعراض مرتبطة بالجهاز العضلي والحركي: الألام العضلية بالساقين والذ ا رعين والظهر والرقبة، الإعياء والإنهاك الجسدي، التوتر والحركات العصبية، الرعشة وإرتجاف الصوت وتقطعه.

- أعراض مرتبطة بالجهاز التناسلي: كثرة التبول و الإحتباس، تناقص الإهتمامات الجنسية والخلل في الوظائف الجنسية وربما فقدان المقدرة الجنسية و إضطراب الطمث وعدم إنتظامه.
- أعراض جلدية: كحب الشباب و الإكزيما والبهاق والصدفية وسقوط الشعر.

II. قلق الموت:

1. تعريف قلق الموت:

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 (حنفي، 1997 :179).

تعريف " فرويد" (S.Freud): هو قلق الأنا الأعلى، أي أنه أذى ينتج عن صراع في ميدان التفاعل الإجتماعي الذي يجد صداه في الخوف من فقدان الحب أيضا من أجل إيقاظ شعور التعذيب الذاتي وكبح شهواته (فاروق عثمان، 2001 : 75).

تعريف "أرنست بيكر" (Frnest Biker): يرى أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها، يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هوا لخوف من الموت (السيد عثمان، 2001 :74).

تعريف" تمبلر" (Templer): هو خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه (معمرية، 2007 : 212).

2. مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت:

هناك موقفين مميزين ومتناقضين إتجاه الموت (Jean Pierre de large,1970,p27-28)

- **الخوف:**

وجِد الخوف مع وجود الوعي بالموت، وهو في الغالب عرض نتيجة وعي المجتمع بالموت وِ اعتباره ظاهرة إجتماعية غير أن هذا الخوف المبرر هو طبيعي إيجابي ومثير للرغبة في الحياة، في حين أن الخوف القهري من الموت كثى ا ر يؤدي إلى حالات حصر حاد.

- **القلق:**

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، وتأكد من وجود 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 إنتظار يائس للموت ويزداد تأكد ذلك عندما يرى الفرد موت الآخرين.

3. الربط بين القلق والموت:

إن الموت باعتباره نهاية للحياة، إذ يلعب دورا كبيرا في ظهور القلق عند الإنسان وتعزيزه، فالتصور غامض أو مبهما زيادة على إعتباره 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).

4. مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف" جاكشورون "مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي: (عبد الخالق، 1987: 45-46)

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

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

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

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

- التحلل أو التفسخ.
- الركود أو التوقف.
- الإنفصال.

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

ومن ثم تشتمل هذه الجوانب على مايلي:

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

5. أسباب قلق الموت :

تتعدد العوامل التي تدفع للقلق من الموت، فلكل إنسان عامل خاص به، حيث يرجع "شرلتز" قلق الموت للأسباب الآتية :(عبد الخالق،1987: 191)

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
- الخوف من الإذلال النتيجة 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" يرجع 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 الأم ا رض.
- يعتقد عقوبة تحلله بعد الموت.
- متحير لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.
- يظن أن بدنه إذا إنحل وبطل تركيبه فقد إنحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم ودثور.

أما "ماسرمان" فيرجع سبب قلق الموت إلى العديد من الظروف منها:

- المرض.
- الحوادث.
- الكوارث الطبيعية.

أما عن الأسباب قلق الموت فهي:

- 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 من العقاب على الأعمال الدنيوية.
- الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.
- عدم معرفة المصير بعد الموت.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه.

6. أعراض قلق الموت:

هناك أعراض لقلق الموت منها ما هي بدنية ونفسية (دافيد شهان، ترجمة عزف شعلان، 1998: 35)

أ. الأعراض البدنية:

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

- فقد السيطرة على الذات.
- نوبات العرق.
- غثيان أو إضطراب المعدة.
- تنميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين.

ب. الأعراض النفسية:

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الإكتئاب.
- الإنفعال الزائد.
- عدم القدرة على التمييز.
- إختلاط التفكير.
- زيادة الميل للعدوان.
- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة.
- سرعة الغضب والهيجان وتوتر الأعصاب.
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع.

7. النظريات المفسرة لقلق الموت:

أ. **النظرية السلوكية:** يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو إنفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أماما لفرد، 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 قلقا لموت أو خوف فإن التأثيرات الإنفعالية تصاحبها تغيرات جسمية، قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الإنفعال وأصبحت الحالة الإنفعالية من مزمنة، فقد إتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الإنفعال (راجح، 1994: 15- 26).

ب. **النظرية المعرفية:** يعتبر قلق الموت سلوك إنفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها 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 الإضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالإضط ا رب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة (Fantaine, 1984 : 108).

ج. **النظرية المعرفية السلوكية:** أمثال (Ellis) يعتبرون الإضطرابات السيكولوجية الإنفعالية للفرد كالإكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية، حيث يرون أن السلوك بالإعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لامنطقية إستنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسرد طريقته في التفكير ويتسبب في إضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالإنفعالات بما في ذلك إنفعال قلق الموت (Spellaer, 1983 : 14).

الجانب الميداني

الفصل الرابع: منهجية البحث

1. وصف مكان إجراء الدراسة:

كانت الباحثة تجري المقابلات مع المرضى في مصلحة الأمراض المعدية والوبائية حيث تتكون المصلحه من ثلاث طوابق:

- الطابق الأرضي: الخاص بالإنعاش يمينا وفي الجهة اليسرى مكتب رئيسة الاطباء.
- الطابق الأول: جناح خاص بالنساء يمينا وفي اليسار جناح خاص بالأطفال.
- الطابق الثاني: جناح خاص بالرجال

تقوم بالإشراف على المرضى المصابين بداء السيدا رئيسة الاطباء البروفيسور "موفق علاب نجاة" بالإضافة إلى الطاقم الطبي الذي يضم مجموعه أطباء بارعين وممرضين والأخصائيين النفسانيين الموزعين إلى جناح النساء والأطفال والرجال، أما الممرضون فمنهم من يعمل أثناء النهار ومنهم من يعمل أثناء الليل بالإضافة إلى حراس الباب، وتعتبر المصلحة تابعة لنقل الدم أين يكتشف الحالات المرضية ويتم بعثهم إلى فرع خاص بغرب البلاد، فهو تابع للفرع الرئيسي بالجزائر العاصمة، وكانت الباحثه تجري المقابلات مع المرضى إما في غرفة المريض على سريره أو في مكتب الاخصائي النفساني.

2. حدود الدراسة:

- **الحدود البشرية:** شملت حالات الدراسة عينة من المصابين بالسيدا والذي هو فقدان المناعة المكتسب.
- **الحدود الزمنية:** تم إجراء الدراسة الحالية بالمستشفى الجامعي لوهران للأمراض المعدية والوبائية بولاية وهران.

3. المنهج المتبع للدراسة:

إن كل دراسة علمية تتطلب منهج لأنه هو الذي يحدد مدى موضوعية البحث العلمي والمنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج العيادي:

تعريف المنهج العيادي: ويتناول لسيرة في منظورها الخاص وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنى للتصرف على بنيتها وتكوينها والكشف عن الصراعات التي تحركها.

ويعرف أيضا بأنه منهج لمعرفة التوظيف النفسي الخاص بالشخص في فرديته غير قابله للاختزال وذلك حسب المتغيرات الثلاثة التاريخ الشخصي والبنية الشخصية والوضعيات المختلفة (ملحم، 2005 : 269).

أدوات المنهج العيادي: (ملحم، 2005: 295) اعتمدت الباحثة في بحثها لجمع المعلومات على المقابلة والملاحظة و اختبار فحص الهيئة العقلية و اختبار قياس القلق.

4. أدوات الدراسة:

1.4 المقابلة العيادية:

تعد المقابلة أكثر التقنيات المستعملة في المنهج العيادي لا يمكن الاستغناء عنها عند القيام بأي بحث علمي في مجال تخصصنا، كونها تسمح لنا بالاقتراب من المفحوص وجمع مختلف المعلومات التي تساعدنا على فهم المشكل الحقيقي الذي يعاني منه كما تساعد على التشخيص الجيد وذلك بالاستعانة بنتائج التقنيات الأخرى المطبقة في نفس الوقت مثل الاختبارات النفسية.

المقابلة هي تقنية من تقنيات جمع المعلومات في العلوم الاجتماعية بشكل عام والبحوث الإكلينكية وبشكل خاص: فهي تساعد الباحث على الفهم الشامل للمشكلة التي يدرسها كما تتيح الفرصة للمفحوص التعبير الحر عن آراءه وأفكاره واتجاهاته، والهدف من استخدام المقابلة هو

الملاحظة المنظمة للحالة مع الحصول على معلومات تخص عدة جوانب، والمعلومات التي لها علاقة بموضوع البحث وكل ما يتعلق بالماضي والحاضر.

وقد ارتأينا في بحثنا هذا استعمال المقابلة العيادية النصف موجهة والتي تعتمد على دراسة حالة.

تعريف المقابلة العيادية النصف موجهة:

"هي التي تعتمد على قدرات الأخصائي الذي يقوم بها من خلال خلق جو ملائم من الثقة المتبادلة والمشجعة من أجل التفاعل الايجابي والمستقل، كما تعتمد على شخصية الأخصائي النفسي وخبرته" (رجاء محمود أبو علام، 2001: 427).

2.4 فحص الهيئة العقلية:

يتركز هذا الفحص على الملاحظة المباشرة للاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية والحركية كما يمكن الحصول على معلومات أساسية من المحيط كما يحصل الفاحص على المعلومات الأساسية إما عند طرح المشكلة أو عند إعطائه التفسيرات أو عند تقديمه للتوضيحات التي يراها مهمة ويعتمد على النقاط التالية خلال فحص النظام العقلي:

- **السلوك العام:** المظهر، اللباس، النظافة، التعبير، السلوك خلال الحديث و وخلال الفحص، الإنقطاعات في الحديث، تغيرات السلوك الحركية، مؤشرات القلق كالارتجاف، الاضطراب الحركي، التنفس السريع، الاستثارة والاستجابات الحركية غير مراقبة.
- **النشاط العقلي:** الإنتاجية، التلقائية، التكرار الآلي، كمية الإجابة، الشرود.
- **المزاج والعاطفة:** الاستجابات العاطفية للشخص خلال المقابلة، الاكتئاب، القلق، تضخم الأنا، البلادة، الاحساس بالذنب، أفكار تعكس إحتقار الذات، نزعة الانتحار.
- **محتوى التفكير:** محتوى التعبير، انشغالات تدمير الذات، التلقائية في الإجابات، العدوانية الموجهة نحو الآخرين، شكاوي توهم المرض، أفكار العظمة والاضطهاد.

- **القدرة العقلية:** التوجه الزماني والمكاني، الانتباه، الذاكرة الحديثة والبعيدة، الحساب، القراءة، الكتابة، الفهم، المعارف العامة، والذكاء.
- **الإسبصار والحكم:** القدرة على التكيف بوضع علاقة بين إمكانيات المفحوص على إستيعاب مشكلته والظروف التي ساهمت في ظهور المشكل، مدى درجة إستعابه للسلوكات المتكررة ومميزات شخصية وأسلوب مقاومة المرض أو المشكل، مراقبة الاندفاعية، المخططات السابقة لمواجهة المشكل هل كانت ناجحة. ولتقويم الحكم طرح الأسئلة التالية:
  - ماذا تفعل اذا كنت اول من اكتشف وجود النار في قاعات السينما؟
  - ماذا تفعل اذا ضعت في مدينه لا تعرفها؟ (الزهراء جعدوني: 85)

3.4 اختبار قلق الموت "دونالد تمبلر":

استعملت في هذه الدراسة مقياس قلق الموت هذا لأن المقابلة العيادية لوحدها لم تكن كافية ولا تكون كذلك إلا إذا دعمناها باختبار رائز تمبلر لقياس قلق الموت الذي يرمز له ب Death Anxiety Scale D.M.S

يعتبر مقياس قلق الموت لتمبلر بمثاب استبيان يتضمن قائمة من الأسئلة التي تسمح بجمع بيانات خاصة بالسمة المقاسة والتي هي قلق الموت ومقارنة الأفراد محل الدراسة بعضهم ببعض على أساس التقدير الكمي لهذه السمة.

وضع مقياس تمبلر لقياس قلق الموت من طرف الأمريكي "دونالد تمبلر" وهو نتاج رسالته التي قدمها للحصول على الدكتوراه عام 1967 (احمد محمد عبد الخالق: 68).

وقد بدأ تمبلر في تكوين مقياسه بوضع 40 بند تم اختيارها على اساس منطقي حيث جاءت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة ب قلق الموت وهي الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة ونهائية وكذا الجثث والدفن.

وضع المقياس بمراحل متتابعة وكانت النتيجة استبقاء 15 بندا تمثل المقياس في صورته النهائية وقد أعدت الصورة الجديدة من طرف واضع المقياس نفسه تمبلر.

ترجم هذا المقياس الى عدة لغات منها العربية، اليابانية، الاسبانية والهندية وقد استخدم في عدد كبير من البحوث التي اجريت على عينات من الذكور والإناث المتفاوتة الأعمار من 16 سنة الى 85 سنة من ثقافات مختلفة وكانت النتيجة كالآتي: معدلات السواء تراوحت بين 4,5 و 7 وبلغ معامل ثبات هذا السلم من خلال إعادته بعد 3 أسابيع 0,83 أما الاتساق الداخلي في معادلة Kuder Richardsom وصل الى 0,79 (نفس المرجع : 44)

تعليمة التقنية:

قبل أن نقدم التعليمة للمريض نطلب منه أن يكون موضوعيا وصادقا في إجاباته وأن لإجاباته فائدة كبيرة كي يكون البحث صادقا وعلميا وتعليمة اختبار حسب تمبلر كالآتي:

- 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"

طريقة التنقيط:

بعد الإجابة على جميع البنود من قبل المريض يتم تنقيط الاختبار وجمع النقاط وفق ما حدده واضع الاختبار تمبلر تصحح 9 منها ب "ص" و6 الباقية ب "خ".

ويكون تنقيط بإعطاء 1 نقطة لكل بند كان جوابه صحيحا وإعطاء 0 لكل من كان جوابه خاطئا موافقا لسلم التنقيط التالي: (Corcoran K Mesures for clinical practice, Advision of maemellon publisher)

1= ص	6= خ	11= ص
2 = خ	7 = خ	12 = ص
3 = خ	8 = ص	13 = ص
4 = ص	9 = ص	14 = ص
5 = خ	10 = ص	15 = خ

وفي الأخير يتم جمع النقاط من البند الأول إلى البند الأخير والنتيجة المتحصل عليها تمثل شدة القلق التي يعاني منها المريض (أحمد محمد عبد الخالق : 169).

والجدير بالذكر أن هذا المقياس لا يتبع أسلوب تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية فالأسلوب المتبع لتقدير وجود قلق الموت أو عدمه هوأسلوب الدرجات الفاصلة

و تشير الدرجة التي تتراوح بين 0 و 6 إلى عدم وجود قلق الموت، تشير الدرجة التي تتراوح بين 7 و 8 إلى قلق موت متوسط في حين تشير الدرجة التي تراوح بين 9 و 15 إلى وجود قلق موت مرتفع وكبير جدا (أحمد محمد عبد الخالق قلق الموت مرجع سابق صفحه 172)

5. مواصفات الحالة العيادية:

بحثي يتناول قلق الموت عند المصابين بداء السيدا لذا ستكون دراستي على المرضى المتواجدين بالمستشفى الجامعي بوهران وتشمل مجموعة البحث على حالتين بمستشفى الجامعي وارتأينا أن تكون الحالتين إناث الأولى عازبة والحالة الثانية مطلقة وأم لطفلة.

الفصل الخامس:
عرض نتائج الدراسة الأساسية ومناقشتها على ضوء الفرضيات

I. تقديم حالات الدراسة وعرض نتائجها:

1. تقديم الحالة الأولى:

الاسم: "ن" الجنس: أنثى السن: 23 سنة

المهنة: طالبة جامعية الحالة الاقتصادية: متوسطة الحال

المستوى التعليمي: السنة الثالثة جامعي تخصص حقوق

الحالة المدنية: عزباء نوع الإصابة: داء السيدا

مقر السكن: ولاية وهران السوابق الصحية/ :

1.1.فحص الهيئة العقلية للحالة الأولى:

- **الاستعداد والسلوك العام:**

"ن" نحيفة جدا متوسطة القامة ذات بنية جسمية ضعيفة سمراء البشرة ذات شعر أسود وعينين بنيتن، بشوشة الوجه لباسها نظيف ومرتب، لديها بحة خفيفة وصوتها منخفض ومتقطع نظرا لوضعها الصحي، اجتماعية مع الجميع لكن في البداية كانت خجولة بعض الشيء، لديها صديقات كثر، تحب القراءة والمطالعة (أمنيتي نولي كاتبة كيما أحلام مستغانمي) ولكن في حياته المهنية تريد أن تصبح محامية مشهورة.

- **النشاط العقلي:**

"ن" لديها القدرة على التحاور والتعبير عن أفكارها بشكل جيد لأن تفكيرها جد مرن لأنها تستطيع أن تعيد صياغة الجملة بطريقة أخرى، تفهم جيدا الأسئلة وتجيب عنها بكل ارتياحية ولديها استمرارية في الحديث يبدو عليها الذكاء.

- **المزاج والعاطفة:**

"ن" هي فتاة جد بشوشة حتى أثناء سردها لقصة مرضها ومفارقتها لمقاعد الدراسة واستلقاء على سريرة المشفى أو أثناء حديثها عن عائلتها، لكنها تنقلب فجأة أثناء الحديث عن حبيبها السابق أو جدتها فتتغير ملامحها إلى دموع وقلق وتوتر ولعب بيدها بسرعة، وعند حضور أمها تعود إلى هدوئها وابتسامتها الجميلة التي تقابل بها جميع الأطباء والممرضات والأخصائيين الذين يعتنون بها فهي إنسانة مرحة بطبعها رغم مرضها.

- **محتوى التفكير:**

"ن" لديها أفكار خوف جد كبيرة من الموت (راني خايف نموت فليل يجو صباح يلقوني ميتة) تفكر جيدا قبل الإجابة عن أي سؤال خصوصا الأسئلة التي تمس الجانب المرضي لها وطريقة الإصابة به، لا تحب الإجابة عن معظم الأسئلة الخاصة، ولديها قلق كبير من مصيرها في المستقبل هل ستواجه الموت كل يوم، نفكير سلبي حول مستقبلها وإنهاء دراستها كمحامية كونها طالبة سنة ثالثة جامعي حقوق.

- **القدرة العقلية:**

"ن" لا تعاني من أي مشكل في التوجه الزماني والمكاني كما أنها تتمتع بذاكرة جد قوية وتركيز كبير ونسبة إنتاجها جيد خاصة عند القيام بمقابلة معها وطرح الأسئلة عليها.

2.1.أهم جوانب التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الأولى:

الحالة "ن" هي فتاة في 23 من العمر طالبة جامعية مقبلة على التخرج عاشت طفولتها بعيدة عن والديها مع جدتها التي أخذتها في سن 4 لتقوم برعايتها كونها كانت وحيدة ولهذا دللتها جدا وأعطتها كل ما تحتاج من حنان لتعوضها عن بعدها عن أبويها وهذا ما جعلها تبتعد كثيرا عن والديها ولم تهتم بعلاقاتها معهما وحتى إخوتها بل كانت تعتبر جدتها هي محور حياتها كلها أي أمها أي أنها كانت تعاني من حرمان عاطفي تجاه الأب، وهذا ما دفعها للتعلق

بأول شاب تصادفه وبدا لها متعاطف معها وحنون عليها وهذا في سن 23 حيث بدأ علاقاتها تتطور إلى أن أصبح يطالبها بإقامة علاقات جنسية غير شرعية معه بدافع الحب أو يهجرها كنوع من التهديد لكنها كانت تبرر ذلك بأنه يحبها ولهذا طلب منها ذلك ولتقويه علاقته بها وليتقدم ويطلبها للزواج حسب قولها "كان مطمعني بزواج، من نهار اللي قتله نكمل لقراية التاعي وخطبني، تما بان على حقيقته وما بغاش" وهنا قامت بالانفصال عنه ودخلت في حالة اكتئاب لشدة تعلقها به على قولها "كنت حاسبة دنيا بلابيه ما تسوى والو وظلما" وبعد تلك الحادث توفيت جدتها فجأة مما زاد الحالة اضطرابا وحزن وتدهور حالتها النفسية والجسدية، حسب قول الحالة "وليت غي نوقف نطيح وديما فشلانة ونقصت بزاف" وهذا ما دفع والديها لاصطحابها للطبيب الذي شك في مرضها نتيجة الأعراض التي كانت تعاني منها فبعثها إلى مصلحة الأمراض المعدية والوبائية ليجرى لها التحليل الذي تكتشف بعده إصابتها بداء السيدا وهنا كان نزول الخبر عليها كمصيبة بل فاجعة حيث قالت "أنا مين قاتلي طبيبة بلي راه فيا السيدا صاي لرض لعبت تحتي وقلت موت جاتني هذي هي تاليتي نموت بفضيحة" وبعدها بأيام بدأت بتقبل فكرة الإصابة حيث كانت ترفض تناول الدواء وبعد تقبلها الإصابة لجأت للأدوية كحل وحيد ومع هذا لم تختفي فكرة الموت من ذهنها التي كانت تسبب لها قلق كبير عكر عليها حياتها، وهذا ما دفعني لتطبيق مقياس قلق الموت على الحالة والذي كانت نتيجته 11 من 15 أي أن قلق الموت كان مرتفع لديها وهذا يعني أن الحالة تعاني من قلق موت مرتفع جدا نتيجة للإصابة التي تعاني منها فمرض السيدا هو وباء خطير لا يمكنها الشفاء منه اطلاقا.

3.1.تطبيق اختبار قلق الموت لتمبلر على الحالة الأولى :

الجدول التالي يوضح نتائج اختبار قلق الموت مع الحالة الأولى:

الإجابة ب (ص)	1		3	4	5	6	7		9		11	12		14	15
الإجابة ب (خ)		2						8		10			13		

تحليل الاختبار :

أعطى الاختبار درجة 11 من 15 وهي مرتفعة كدرجة قلق موت وأكثر ما يشير اضطرابها هو كل ما يدور حول الموت: التكلم عن مرض السيدا حيث أنها علقت قائلة "كي يجبدو قدامي على السيدا نتأثر بزاف... ما دابيا ما يجبدوهش قدامي" وأكدت على خوفها فكل الأسئلة التي تعلقت بالموت كالتكلم عنه أو حتى إجراء عملية جراحية أو الإصابة بالسرطان التي قد تؤدي إلى الموت أجابت عليها بنعم، مما يعني أنه لديها قلق موت مرتفع.

2. تقديم الحالة الثانية:

الإسم: "س" الجنس: أنثى السن: 33

المهنة: / مقر السكن: غليزان

الحالة الاقتصادية: متوسطة الحالة المدنية: مطلقة وأم لطفلة

نوع الإصابة: السيدا السوابق الصحية: مرض السل

1.2.فحص الهيئة العقلية للحالة الثانية:

- الاستعداد والسلوك العام :

"س" نحيفة وقصيرة القامة ذات بنية جسمية ضعيفة نظرا للمرض المصابة به، بيضاء البشرة ذات شعر أسود كثيف وعينين عسليتين، قليلة الابتسام، لباسها لا بأس به، نبرة صوتها

حزينة وقليلة الكلام، منعزلة عن البقية، ليست خجولة ليست خجولة ليس لديها صديقات ولا حتى زائرين كثر فقط أختها متشائمة جدا.

- **النشاط العقلي:**

"س" تتمتع بقدر كبير من الأفكار لكن لا تعبر عنها إلا نادرا رغم أنها ذكية.

- **المزاج والعاطفة:**

"س" هي فتاة تبدو عليها ملامح الحزن والقلق، خصوصا عند سردها لقصة إصابتها بالسيدا ومأساتها ولكنها بمجرد ذكر إسم طفلتها تتحول لإنسان بشوشة مبتسمة ومرحة رغم كل المأساة التي عاشتها.

- **محتوى التفكير :**

لديها تخوف كبير في أفكارها من فكرة الموت، تجيب بطريقة تلقائية، لتفكيرها سلبي، نحو مستقبلها ومستقبل ابنتها.

- **القدرة العقلية:**

"س" لا تعاني من أي مشكل في التوجه الزماني والمكاني ويبدو عليها الذكاء وتركيز أثناء إجراء المقابلة.

2.2.أهم جوانب التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الثانية:

الحالة (س) هي امرأة مطلقة وأم لطفلة، متواجدة في المستشفى الجامعي بوهران، نقلت بعد اكتشاف إصابتها بمرض السيدا بأمر من قاضي التحقيق كإجراءات أمنية للمحافظة على سلامة المجتمع، بعدما ألقي القبض عليها في دار دعارة وقيامها بأعمال مخلة بالحياء. وبعد إجراء المقابلة الثانية معها صرحت لي بأنها لم تختر ذلك الطريق بل وجدت نفسها تقوم بذلك لكسب المال، حيث كانت تعيش في طفولتها وضع جد حساس مع والدين مطلقين، مهمشين

من طرف الأب الذي ذهب مع امرأة أخرى وتركهم مع أمهم التي لم يتعلموا منها سوى الفساد والدعارة فكانت هذه الأخيرة تقوم بعلاقات جنسية مع رجال لا تعرفهم من أجل المال وهذا ما علمته لبناتها، حيث قالت الحالة (س) "ماما هي سبابنا كون خدمت femme de ménage وربانتا كون ما خرجناش كيما هاك". وهذا ما تعلمته الحالة منذ بلوغها سن 13 حيث قامت بعدة علاقات مع أشخاص كثر ولم تصب بأي مرض، وعند بلوغها 20 سنة تزوجت من شخص كبير عليها في السن الذي تقبل حالتها كما هي لأنه كان أحد زبائنها وأرادها أن تصبح زوجته فأنجبت منه بعد ثلاث سنوات طفلة صغيرة المدعوة (ن) وبعد إنجابها لإبنتها أصبح الوضع المادي لزوجها يتأزم ويسوء، فقامت الحالة (س) بإقامة علاقة غير شرعية مع جارهم الذي كان لديه مستوى مادي جيد حيث قالت "لكي أجلب المال وأساعد زوجي"، فاكتشف زوجها ذلك وطلقها وأخذ منها الطفلة بعد أن ربح القضية في المحكمة ومن تلك اللحظة أصبحت لا تبالي وتقيم علاقات لتجني المال حسب قولها. بعد ذلك أمسكت بها الشرطة هي وصديقتها في بيت دعارة حيث تم استجوابهما وأخذهما للمحكمة فطلب منهم قاضي التحقيق القيام بإجراء فحوصات حيث اكتشفت إصابتها بمرض السيدا وهذا كان خلال سنة 2014 ومنذ ذلك الوقت وهي مصابة بمرض السيدا حيث قامت بالعديد من الفحوصات التي تؤكد فيه على الإصابة بهذا المرض كما قالت الحالة عندما علمت بأنها قد أصيبت بالسيدا " تغاشيت وحكمتني الدوخة وما قدرتش " nréspiréوهذا لأنها لم تكن تتوقع أن تصاب بذلك المرض نتيجة ممارستها لتلك المهنة لعدة سنوات وقالت بالإضافة إلى ذلك " أنا عرفت بلي ربي راه يعاقب فيا على قاع شدرت في حياتي الحاجة الأولى حرمني من بنتي والحاجة الزاوجة دار فيا هذا المرض اللي غادي يكتلني بلا ما واحد يشفق عليا أنا نستاهل هذا الشيء وعلابالي بلي الموت هي الطريقة الوحيدة اللي غادي تهنى الناس مني بصح راني خايفة نموت" وهذا ما صرحت به بعد عدة مقابلات حيث قالت أيضا بأنها خائفة جدا من الموت وأبدت قلقها الشديد من الموت في عباراتها التالية " راني خايف نموت منشوفش بنتي أنا مانيش باغي نموت بلا ما نشوفها هي دنيتي" وعندما كانت تتكلم عن ابنتها تبتسم وتصبح إنسان متفائل على عكس

حالتها الدائمة ثم تعود إلى حالة الإكتئاب والحزن والخوف من الموت وهذا ما جعلني أطبق عليها مقياس قلق الموت الذي كانت نتيجته 14 من أصل 15 وهذا يعني أن نسبة قلق الموت لديها جد مرتفعة وكانت تظهر القلق والتوتر في تعابير وجهها بشكل واضح. يمكن أن يكون هذا راجع إلى تأثير أعراض المرض عليها ومعرفتها بأنه قاتل، وسوء حالتها الاجتماعية والعلائقية مع أسرتها ومع محيطها كونه عامل أساسي يزيد من ارتفاع نسبة القلق والخوف، خصوصا وأنها كانت تشتاق لطفلتها.

3.2.تطبيق اختبار قلق الموت لتمبلر على الحالة الثانية:

الجدول التالي يوضح نتائج اختبار قلق الموت مع الحالة الثانية:

الإجابة (ص)	1	2	3		5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
الإجابة (خ)				4											

تحليل الاختبار:

بعد إجراء الاختبار لهذه الأم المطلقة تحصلت على درجة 14 من 15 وهي درجة مرتفعة جدا كدرجة قلق لاحظته عليها سرعة الإجابة على الأسئلة المباشرة للموت مثل: أخاف كثيرا من الموت "نعم" ونادرا ما تخطر لي فكرة الموت "لا" وأخاف أن أموت موتا مؤلما "نعم"، وهذا دليل على قلق شديد وخوف كبير من الموت، بإضافة إلى أنها تخشى من المستقبل، والحياة بعد الموت، وتدل هذه الإجابات الصريحة وتعابير وجهها على قلق مرتفع عند هذه الحالة، نظرا لخطورة هذا المرض، وتأثيره على حياتها النفسية والجسمية والعلائقية.

II.مناقشة النتائج وتفسيرها:

1. مناقشة النتائج على ضوء الفرضية:

يعاني المصاب بداء السيدا من قلق الموت

أفراد العينة	السن	درجات قلق الموت
"ن"	23	11
"س"	33	14

نجد أن كلتا الحالتين يعانيان من قلق موت مرتفع وهذا نسبة للنتائج التي تحصلوا عليها بعد تطبيق مقياس قلق الموت عليهما.

نستخلص مما سبق أن مسببات قلق الموت هي نفسها لكن هناك عوامل تنقص من شدته وهي:

- وجود دعم أسري وزيارات العائلية والمتكررة حاملين أخبار جيدة عن باقي أفراد العائلة.
- شدة الإيمان واليدين والتمسك بقضاء الله وقدره، وهذا يتوافق مع نتائج دراسة "لبستر" التي أفادت أن عامل الإيمان والاعتقاد بالله من شأنه أن ينقص الخوف من الموت لأن هذا العامل يتكون له فاعلية كبير إذ لم يدعم بعوامل أخرى تنقص من حدة التوتر والقلق عند المصاب بالسيدا.
- انخفاض المستوى التعليمي والوعي بخطورة المرض.

ومما سبق نصل إلى تفسير قلق الموت المرتفع عند المصابين بالسيدا أساسا نتيجة للعوامل التالية:

- خطورة المرض وتدهور صحة المريض وتأزم حالته.
- الوحدة ونقص أو غياب الدعم الأسري.

- الخوف على مصير العائلة والأولاد بعد الوفاة.

وفي الأخير نشير إلى أن شخصية المريض تلعب دورا مهما في تحديد الاستجابة للمرض حيث قد يتوفر السند الأسري والدعم الطبي، إلا أن المريض لا يتمكن من التحكم في قلقه وهذا يتوقف على نوعية الميكانيزمات الدفاعية التي استعملها.

2. الاستنتاج العام:

من خلال النتائج المتحصل عليها توصلت إلى إثبات فرضيتي وذلك بوجود علاقة وطيدة تربط قلق الموت بخطورة المرض، وهناك عدة عوامل تساعد في تقوية هذه العلاقة بين مرض السيدا وقلق الموت عند المصاب نذكر منها:

من خلال النتائج المتحصل عليها توصلت إلى إثبات فرضيتي وذلك بوجود علاقة وطيدة تربط قلق الموت بخطورة المرض، وهناك عدة عوامل تساعد في تقوية هذه العلاقة بين مرض السيدا وقلق الموت عند المصاب نذكر منها:

- المرض الشديد الخطورة.
- تدهور الحالة الصحية للمريض.
- الظروف الإستشفائية الطويلة والصعبة (موت مرضى آخرين...).
- غياب ونقص السند الأسري.

الخاتمة
الاقتراحات والتوصيات

الخاتمة:

تناولت موضوع البحث مرض السيدا في الجزائر الذي يعتبر من أخطر الامراض التي تفتك بالإنسان مهما كانت صحته جيدة فهو يحطم المناعة للفرد حسب إسمه داء فقدان المناعة المكتسب، ورغم ما توصل إليه العلم و التطور الطبي إلى ذروته لا زال يعد من الأمراض التي لم يعرف لها دواء فعال و لا شفاء تام

حيث أنه مقترن إقترانا شديدا بالموت، بمجرد سماعنا أن الشخص أصيب بهذا الداء تقشعر أبداننا و نجزع، فما بالك بردة فعل الإنسان المصاب به حين يعلن إليه أنه مصاب بمرض السيدا. لا شك من أنه ينهار ويقلق ويبكي خاصة إذا كان واعي لدرجة خطورة المرض فيتضاءل الأمل.

و يغدوا المستقبل بلا شعاع و سيفكر حتما في الموت، وفراقه لكل من يحب وعائلته وأولاده وحتى أصدقاءه وستظل هذه الأفكار تسيطر عليه خاصة عند تفاقم الأوضاع وتدهور صحته.

لهذا كانت الدراسة حول قلق الموت لدى المصاب بداء السيدا، لأن صاحب الإصابة يعاني من توتر ومعاناة نفسية شديدة وخوف كبير من الموت حسب النتئج المتحصل عليها بعد القيام بدراسة ميدانية لحالتين بالمستشفى الجامعي بوهران وهذا يمكن أن يكون راجع لمجموعة من العوامل كالدعم الأسري.

الاقتراحات والتوصيات:

من خلال النتائج المتوصل إليها في هذا البحث، نقترح ما يلي:

1. إعادة نفس الدراسة مع زيادة عدد أفراد العينة بما أن دراستنا اقتصرت على ثلاثة (03) حالالت فقط.
2. تناول هذه الدراسة بتطبيقها على مصابين بمرض الإيدز في مختلف جهات القطر الجزائري وأخذ عينات من مستشفيات مختلفة ومقارنتها بالنتائج المتحصل عليها في وهران.
3. تناول هذه الدراسة مع متغير آخر، بما أن مرض السيدا إصابة خطيرة يترقب المصاب بها الموت فتولد معاناة نفسية شديدة: الاكتئاب مثلا.

ومم سبق ذكره نوصي بما يلي:

1. ضرورة توظيف الأخصائيين النفسانيين في أقسام الأمراض الجنسية والتناسلية حتى يقوموا بمساعدة المصابين بمرض السيدا وهذا لخفض شدة القلق وذلك بالوسائل النفسية المناسبة.
2. تسهيل الظروف الاستشفائية للمرضى وذلك بتمكينهم من زيارة أهاليهم وأطفالهم في فرص قريبة كي لا يزيد من قلقهم فهؤلاء المصابين يعانون من المرض والغربة والوحدة وهذا بغاية توفير السند العائلي.
3. يرجى العمل في قضية الوفايات في المستشفى وتخفيف وطأتها على المرضى وذلك بالحرص عند وفاة أحد المصابية بمرض السيدا وإخفاء الأمر عند باقي المصابين والحذر بغاية التخفيف من قلق الموت عندهم.
4. كما نوصي بتكثيف جهود الأطباء في الاهتمام بالمرضى المصابين بمرض الإيدز ومساندتهم خلال فترة الاستشفاء لاسيما عندما تتأزم الأوضاع وتتدهور حالتهم الصحية.

5. دون أن ننسى دور الجمعيات الخيرية والمراكز مكافحة السيدا الفعال الذي يتيح الفرصة للمرضى بتغيير الجو الاستشفائي الكئيب ورؤية الفرح والسرور في وجوههم، فيجب الإكثار من هذه المساهامات التي من شأنها التخفيف من قلقهم.
6. التكفل الطبي والاجتماعي بمرضى السيدا وحاملي الفيروس وتخصيص ميزانية أكبر لعلاج مرضى السيدا بمستشفى الهادي فليسي (مستشفى وهران) كذلك لأجنحة علاج مرضى السيدا في كل من قسنطينة، عنابة والعاصمة.
7. كما نوصي بضرورة الإكثار من تنظيم الملتقيات حول مرض السيدا، ينشطها أطباء ومختصون بالتنسيق مع المستشفيات، ومصالح الطب الوقائي، ومخابر التحليل ومراكز إعلام وتنشيط الشباب حيث يتم إقامة معارض لصور المصابين وتأثير المرض عليهم، وعرض أشرطة فيديو حول الموضوع بالإضافة إلى عقد محاضرات ينشطها أطباء مختصون، وهذا كله بهدف تحسين وتوعية أكبر كم من الشباب الجزائري والحد من هذه الآفة والتقليل من إصابات مرض السيدا في الجزائر.

ويبقى هدف بحثنا الرئيسي هو ضرورة إحاطة كل مصاب بمرض الإيدز بالتكفل والرعاية النفسية اللازمة التي من شأنها التخفيف من حدة قلق الموت لديهم، وتفاديا لكل المشاكل والاضطرابات النفسية التي قد يخلفها مرضى السيدا على الشخص.

لعل دراستنا هذه تؤدي إلى تحسين الظروف الاستشفائية في الجزائر وتحسين أطبائنا والمختصون النفسانيون وتوعيتهم بخطورة الحالة النفسية التي يعيشها المرضى بالإيدز وأخذ التدابير اللازمة وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لكل حالة مصابة بالإيدز دون استثناء.

قائمة المراجع

الكتب بالعربية:

1. الزارد محمد فيصل (1984)، الأمراض العصابية الذهانية والاضطرابات السلوكية، دار النهضة، بيروت.
2. محمد ابراهيم الفيومي (1985)، القلق الإنساني، مصادره، تياراته، علاج الدين له، دار الفكر العربي، القاهرة.
3. حامد زهران عبد السلام (1974)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
4. جلال سعد (1985)، فس الصحة العلمية: الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربية.
5. عبد الستار ابراهيم (1994)، العلاج النفسي، السلوكي المعرفي الحديث، دار الفخر للنشر والتوزيع، القاهرة.
6. أحمد غرت راجع (1996)، أصول علم النفس، المكتب المصري الحديث، الاسكندرية.
7. أحمد عكاشة (1976)، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو مصرية، طبعة 1.
8. مصطفى غالب (1984)، فسس سبيل موسوعة نفسية "الأحلام، القلق، الجنس، عند فرويد، دار مكتبة الهلال.
9. أحمد محمد عبد الخالق (1987)، قلق الموت، عالم المعرفة.
10. عبد الحميد عبد العزيز، الإيدز، الأعراض والوقاية، دار الفكر العربي، القاهرة.
11. فتحي دردار (2000)، السيدا بين الواقع وآفاق العلاج، جامعة الجزائر.
12. السيد الجميلي، مرض الإيدز، نشر الشهاب، الجزائر.
13. محي الدين طالو العلي (1989)، الإيدز والأمراض الجنسية، نشر دار الهدى، طبعة 2، الجزائر.
14. سعيد محمد الحفار (1992)، وباء الإيدز، نشر دار الفكر المعاصر، لبنان، دار الفكر، سوريا، طبعة1.

15. حسان جعفر (1998)، الأمراض الجنسية والتناسلية، نشر دار المناهل للطباعة والنشر والتوزيع، طبعة 1، لبنان.
16. حسن منوسي (1998)، الصحة النفسية، دار طارق للنشر، طبعة 1.
17. مصطفى غالب (1989)، التغلب على القلق، دار مكتبة الهلال.
18. مصطفى فهمي (1976)، دراسات في سيكولوجية التكيف، مكتبة الخانجي.
19. نعيم الرفاعي (1975)، دراسة في سيكولوجيا التكيف، جامعة دمشق.
20. عطوف محمد ياسين (1984)، علم النفس العيادي، دار العلم للملايين، القسم 1، طبعة1.
21. مصطفى فهمي (1971)، علم النفس الإكلينيكي، دار العلم للملايين.
22. أنور عكاشة (1980)، الطب النفسي المعاصر، دار العلم للملايين، طبعة 2.
23. فخري دباغ (1986)، االموت...اختيارا، دار الطليعة للطباعة والنشر، طبعة 2، بيروت.
24. أرزقي بوعلو (1993)، الإنسان والقلق، ديوان المطبوعات الجزائري، طبعة 1.
25. مصطفى عبد العزيز الشربيني، كيف تتغلب على القلق، دار النهضة العربية للنشر.
26. مصطفى الحجازي (1985)، معجم مصطلحات التحليل النفسي (لابلانش، ج. ، بونتاليس، ب.)، ديوان المطبوعات الجامعية.
27. مصطفى فهمي (1967)، علم النفس العيادي، مكتبة خانجلي، طبعة 2، القاهرة.
28. محمد أحمد عبد الطاهر الطيب (1994)، مبادئ الصحة النفسية، دار المعرفة العلمية، الاسكندرية.
29. مالك سليمان المخول (1981)، علم النفس الطفولة والمراهقة، مؤسسة الوحدة، دمشق.
30. عبد الرحمان العيسوي (1974)، الأعصبة النفسية والذهانات العقلية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

31. عبد المنعم أبو بكر (1986)، عقيدة البعث والآخرة في الفكر الإسلامي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
32. يوسف مراد (1994)، مقدمة إلى دراسة الطب التجريبي لكلود برنارد، الأميرية، القاهرة.
33. ابن مسكوية (1991)، تهذيب الأخلاق وتطهير الأعراق، دار المعارف، بيروت.
34. أحمد عبد الخالق (1985)، استخبارات الشخصية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
35. عبد الحكيم العفيفي (1990)، الاكتئاب والانتحار، طبعة 1، الدار المصرية.
36. محمد عثمان نجاتي (1989)، الكف والعرض والقلق لسجموند فرويد، دار الشروق، طبعة 4.
37. محمد عثمان نجاتي (1985)، الأنا و الهو لسجموند فرويد، ديوان المطبوعات الجزائرية.
38. صالح حسن الداهري (1999)، الشخصية والعلاجات النفسية، دار كندي، الأردن، قباء للطباعة والنشر والتوزيع، طبعة 1، القاهرة.
39. حسن مصطفى عبد المعطي (1998)، علم النفس الإكلينيكي، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
40. محمود زيادي (1971)، علم النفس الإكلينيكي، مكتبة أنجلو مصرية.
41. محمد خليفة بركات (1989)، عيادات العلاج النفسي والصحة النفسية، دار الشروق، بيروت.
42. محمد أحمد النابلسي (1992)، علم النفس الراشد لبيار مارتي، دار المطبوعات، مصر.
43. سعد جلال (1985)، الصحة العقلية، دار الفكر العربية.
44. يعقوب سعيد حافظ (1984)، الاكتئاب، دراسة في الانقباض، دار الحداثة، لبنان.

الكتب بالفرنسية:

1. Hardy (MC). Hardy (P) et Karmies (O): « sémiologie des conduites anexieuses» in encyclopédie médicaux – chirurgicale – psychiatrie, Paris, 1985.
2. Melanie Klein : « essaie de psycgologie », PUF, Paris, 1972.
3. Pierre Marty : « mentalisation et psychosomatique, éd A.D.AG.P, Paris, 1991.
4. P – Debray, P.Messy, Shemitt et autres «neuropsychiatrie infantile», éd Mason, 1981.
5. .Favez Boutonnier : «l'angoisse, 3 eme édition », PUF, Paris, 1963
6. .Alain Fine : « la pulsion de la mort au regard de la maladie somatique», in revue Française de psychanalyse, 1989.
7. Mannoni (O): « les psychanalystes nous parlent de la mort », Tchou, Paris, 1979
8. Heiman (P): « notes sur la théorie des pulsion de vie et des pulsions de la mort », in développements de la psychanalyse – tard Brangér (W), 4 eme éd,
9. PUF, 1980.
10. Pierre Marty : « les mouvements individuels de la vie et de la mort », essaie déconomie psychosomatique éd payet, Paris, 1976.
11. Daniel Brun : « les deuils dans la vie, in traité de psychiatrie » de l'adolescent et de l'adulte, tome 2 France 1986.

12. Daniel Brun : « l'enfant donné pour mort", en jeu de guerison psychique», Bordas, Paris, 1989.
13. Marray.P : « l'éducation de la mort et angoisse de mort », traité de la psychologie, 1974.
14. Shultz, R: «Angoisse de mort », in la mort, théorie, recherche et pratique Pub iowa, 1979.
15. Michel Hanus : « les deuils dans la vie, deuils et séparation chez l'adulte et chez l'enfant », maloine, Paris, 1994.

مواقع الأنترنت:

1. Prise en charge psychologique, 2003 in : in www.gskorg/sida
2. Extrait de l'encyclopedie medicale pratique 1994, 1995, 1996, 1998-learning company me Hachette.com
i. حافظ سيف فاضل "الإيدز" ليس مرض مرعب مادمنا نجهله http://arabpsynet.com
3. Algerie-monde.com 740 cas de sida et 2092 séropositif en Algérie, 2 décembre 2005, La tribune Alger par Karima Makrani
4. Akma.com : L'Algérie face au tabou du sida
5. Bladet.net : 30000 cas de sida en Algerie, Le soir D'Algérie, 24 Juin 2004
6. 740 cas de sida et 2092
7. 2décembre 2006, La
8. Cas de sida et 2092 séropositif en Algérie, 2 décembre 2005, La tribune (Alger)

9. www algerianhouse.com : 4000 اصابة جديدة بفيروس السيدا في الجزائر
10. http/www.radioalgerie.dz : أكثر من 5000 مصاب بداء السيدا في الجزائر

الكتب بالانجليزية :

1. Corcoran (K): «all measures for clinical advision » of camillon publisher, London, 1989.
2. Lester, D: « the lesten attitude toward death scale », psychological. Bulletin, 1974
3. Lester, D: «experimental and correlation all studies on the fear of death », psychological bulletin 1967.
4. Templer D:«the construction and validation of death anxiety scale,» social and behavioral sciences, 1984.
5. Holter.J.W « multidimentional treatment of fear of death », in journal of clinical psychology, 1979.
6. Macarthy .J.B : «death anxiety, the loss of the self» -gardner press- new York, 1980,
7. Dikstein, L.S: «death concern measuments and correlates», psychological reports, 1972.

القواميس:

القواميس بالعربية:

1. محمد رفعت (1991): "قاموس الايدز الطبي"، دار النشر ومكتبة الهلال، لبنان، طبعة
2. محمد رفعت (1987) :" قاموس العائلة الطبي"، دار مكتبة الهلال، بيروت، لبنان، ط1،

القواميس بالفرنسية :

1. Nobert Sillamy : «dictionnaire de la psychologie >> – Larousse – France, 1992
2. G. Delamare : «dictionnaire des termes techniques de médecine >> Vol no ,1Vol n° 2, OPU 1992.
3. Nobert Sillamy : << dictionnaire de la psychologie >> éd Bernard, 1967.

المجلات:

المجلات بالعربية :

وسيم مزيك: الايمز تحت السيطرة، العربي، العدد 458 جانفي 1997، وزارة الاعلام، الكويت

المجلات بالفرنسية :

1. Colette Assouly Piquet : « mort d'un enfant », bulletin de psychologie N° 377, 1996.
2. Rene Guyonnet : sida, « l'épidémie nous échappe » jeune Afrique, 1984, (25 janvier 1999).
3. Gerand Bonnet : « SIDA comment léviter >> la nouvel observateur n° 1151 du (28/11 au 4/12 1986) France.
4. « les jeunes et le VIH/SIDA : une solution a la crise », unicef, onuside et organisation mondile de la santé, 2002.

5. « la lettre de la prévention : direction de la prévention, et programme de planification strategique de lutte contre le SIDA», 2002, no 38, novembre 2001.
6. .P. Marty : « l'enfant et l'adulte dans la théorie de P.M », revue Française de psychosomatique 1991, no 1. 7.
7. « Prise en charge des personnes atteintes par le VIH » par jean dormont 1996 ,N°36.
8. «Reperoire de la lutte contre le sida et sa prise en charge » U.N.F.P.A2006

الجرائد :

Le journal M El Watan, «Sida en Algérie : 50000 seropositifs », 25 juin 2001

الملاحق

الملحق رقم (1) دليل المقابلة العيادية

1. معلومات حول المريض:

الاسم: الجنس: السن:

الحالة المدنية: المستوى الدراسي:

مقر السكن: المهنة:

عدد الأطفال: السوابق الصحية:

2. أسئلة المقابلة العيادية:

المحور الأول:

1. ما هو مرضك؟
2. منذ متى وأنت مصاب؟ كيف بدأ المرض؟
3. ماذا كان رد فعلك وشعورك عند معرفتك للتشخيص؟
4. بماذا يوحي لك مرض السيدا؟
5. هل تراه قاتلا أو قابلا للشفاء؟
6. هل سيكون لك نفس الشعور إذا تعلق الأمر بمرض آخر؟ 7
7. هل تثق في تطور الطب؟ هل تشعر بالأمان؟
8. هل تحسنت حالتك منذ دخولك المستشفى؟
9. هل سمعت من قبل عن هذا المرض؟
10. ماذا تعرف عنه؟
11. هل فكرت من قبل بالإصابة بمرض كهذا؟
12. هل تفكر في الموت؟

13. ماذا يعني لك الموت؟

المحور الثاني:

1. ماذا تعني لك العائلة؟
2. كيف كانت علاقتك بها قبل المرض؟
3. كيف كانت علاقتك بزوجك (زوجتك)؟
4. كيف هي الأن؟
5. هل أثر المرض على علاقاتك الزوجية والعائلية
6. كيف كان رد فعل العائلة بعد تلقيهم الخبر ؟
7. كيف تتوقع رد فعلها؟
8. ماذا تنتظر من المجتمع؟
9. و كيف كانت علاقتك مع الوسط الخارجي؟
10. ما هو أثر إصابتك على نفسيتك؟
11. هل غير ذلك من سلوكاتك؟
12. بماذا تفكر عندما تكون جالسا بمفردك؟

المحور الثالث:

1. هل تنتابك أحلام مزعجة؟
2. ماذا ترى فيها؟
3. هل تعاني من أرق؟ منذ متى؟
4. هل تنام بسهولة؟
5. بماذا تفكر قبل النوم؟ وعند الاستيقاظ؟
6. أتعاني من اضطرابات في الشهية؟
7. هل تعاني من اضطرابات أخرى؟

المحور الرابع:

1. هل كانت لك مشاريع قبل دخولك المستشفى؟
2. كيف تراها الآن؟
3. ماهي المشاريع التي تتمنى تحقيقها عند خروجك؟
4. ماهي الأشياء التي تتمنى لو أنك لم تفعلها؟
5. كيف ترى مستقبلك؟
6. ما هي أمنيتك؟

الملحق رقم (2) فحص الهيئة العقلية

يتركز هذا الفحص على الملاحظة المباشرة للاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية والحركية كما يمكن الحصول على معلومات أساسية من المحيط كما يحصل الفاحص على المعلومات الأساسية إما عند طرح المشكلة أو عند إعطائه التفسيرات أو عند تقديمه للتوضيحات التي يراها مهمة ويعتمد على النقاط التالية خلال فحص النظام العقلي:

- **السلوك العام:** المظهر، اللباس، النظافة، التعبير، السلوك خلال الحديث و وخلال الفحص، الإنقطاعات في الحديث، تغيرات السلوك الحركية، مؤشرات القلق كالارتجاف، الاضطراب الحركي، التنفس السريع، الاستثارة والاستجابات الحركية غير مراقبة.

- **النشاط العقلي:** الإنتاجية، التلقائية، التكرار الآلي، كمية الإجابة، الشرود.

- **المزاج والعاطفة:** الاستجابات العاطفية للشخص خلال المقابلة، الاكتئاب، القلق، تضخم الأنا، البلادة، الاحساس بالذنب، أفكار تعكس إحتقار الذات، نزعة الانتحار.

- **محتوى التفكير:** محتوى التعبير، انشغالات تدمير الذات، التلقائية في الإجابات، العدوانية الموجهة نحو الآخرين، شكاوي توهم المرض، أفكار العظمة والاضطهاد.

-**القدرة العقلية:** التوجه الزماني والمكاني، الانتباه، الذاكرة الحديثة والبعيدة، الحساب، القراءة، الكتابة، الفهم، المعارف العامة، والذكاء.

- **الإسبصار والحكم:** القدرة على التكيف بوضع علاقة بين إمكانيات المفحوص على إستيعاب مشكلته والظروف التي ساهمت في ظهور المشكل، مدى درجة إستعابه للسلوكات المتكررة ومميزات شخصية وأسلوب مقاومة المرض أو المشكل، مراقبة الاندفاعية، المخططات السابقة لمواجهة المشكل هل كانت ناجحة. ولتقويم الحكم طرح الأسئلة التالية:

- ماذا تفعل اذا كنت اول من اكتشف وجود النار في قاعات السينما؟

- ماذا تفعل اذا ضعت في مدينه لا تعرفها؟

الملحق رقم (3) رائز تمبلر لقلق الموت" Death anxiety scale D.M.S "

تعليمة الاختبار:

- 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"

أسئلة الاختبار:

1. أخاف كثيرا من الموت (ص)
2. نادرا مع تخطر لي فكرة الموت (خ)
3. لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت (خ)
4. أخاف من إحتمال أن تجري لي عملية جراحية (ص)
5. لا أخاف اطلاقا من الموت (خ)
6. لا أخاف بشكل خاص الاصابة بالسرطان (خ)
7. لا يزعجني اطلاقا التفكير في الموت (خ)
8. أتضايق كثيرا من مرور الوقت بسرعة (ص)
9. اخشى أن اموت موتا مؤلما (ص)
10. إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا (ص)
11. اخشى فعلا أن تصيبني سكة قلبية (ص)
12. كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا (ص)
13. أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة (ص)
14. يرعبني منظر جسد الميت (ص)
15. أرى أن المستقبل لا يحمل شيئا ويخيفني (خ)