وزارة التعليـــم العـــالي والبـــحث العلمي

جـــامعة محـــــمد خيـضر- بسكرة-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

عنوان المذكرة

قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان

دراسة عيادية لثلاث حالات بمركز مكافحة السرطان - باتنة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالب:

- سامية مشري

إشراف الأستاذة:

- ريحاني الزهرة

السنة الجامعية: 2014/ 2015

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 "**ريحاني الزهرة**" على مرافقتها طيلة مراحل انجاز 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.

ســـــــاميــة

محتويات الفهرس

شكر و عـرفان

محتويات الفهرس

الجانب التمهيدي

الفصـــــل الأول: الإطـــار العام للإشكالية

1. مقدمة – إشكالية 3
2. الفرضيات..... 5
3. دواعي اختيار موضوع الدراسة 5
4. أهمية الدراسة 5
5. أهداف الدراسة..... 6
6. التعريف الإجرائي للمصطلحات 6
7. الدراسات السابقة 6

الجانب النظري

الفصـــــــل الثـــاني: قلـق الموت

تمهيد 10

1. تعريف القلق..... 10
2. النظريات المفسرة للقلق..... 11
3. أسباب القلق..... 12
4. أعراض القلق 13
5. أنواع القلق 14

1.5. تعريف قلق الموت 15

2.5 أسباب قلق الموت. 16

3.5. اعرض قلق الموت.....16

4.5. مكونات قلق الموت.....17

5.5. النظريات المفسرة قلق الموت..... 18

6.5. علاج قلق الموت 20
خلاصة الفصل..... 21

الفصل الثالث: السرطان

تمهيد 23
1. تعريف السرطان..... 23
2. لمحة تاريخية عن السرطان..... 24
3. تصنيف السرطان و أعراضه 25
1.3. تصنيف السرطان 25
2.3. أعراض السرطان 28
4. العوامل المسببة للسرطان..... 31
5. سمات الشخصية المصابة بالسرطان والآثار النفسية الناجمة عنه..... 34
1.5. سمات الشخصية المصابة بالسرطان..... 34
2.5. الآثار النفسية التي تنجم عن السرطان 35
6. تشخيص السرطان وعلاجه 36
1.6. تشخيص السرطان 36
2.6. عــلاج السرطان..... 38
خـــلاصة الفصـــل 41

الجانب الميداني

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد 44
1. التذكير بالفرضيات 44
2. الدراسة الاستطلاعية..... 44
3. منهج الدراسة..... 45

4. أدوات الدراسة 45
1.4. الملاحظة العيادية 46
2.4. المقابلة العيادية 46
3.4. مقياس قلق الموت 47
5. حدود الدراسة 50
6. حالات الدراسة.....50

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1. دراسة الحالة الأولى..... 52
2. دراسة الحالة الثانية 56
3. دراسة الحالة الثالثة..... 60
4. التحليل العام ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.....63
خاتمة 65
توصيات.....66
قائمة المراجع 68
الملاحق

الجانب التمهيدي

الفصل الأول:
الإطـ ـ ـ ـ ـار العام للإشكالية

1- مقدمة – إشكالية
2- الفرضيات
3- دواعي اختيار موضوع الدراسة
4- أهمية الدراسة
5- أهداف الدراسة
6- التعريف الإجرائي للمصطلحات
7- الدراسات السابقة

1.مقدمة إشكالية:

يواجه الإنسان معاناة جسدية تؤثر على نفسيته مما قد يؤدي به الى قلق الموت هذا الإحساس الذي جعل الإنسان يعيش في دوامة الخوف والقلق المستمر.

ويعتبر الموت أكبر هاجس يواجه الإنسان فاتمبلر يرى" انه حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته هو".كما يعرفه هولتر بقوله:"انه استجابة انفعالية تضم مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت". (احمد محمد عبد الخالق،1987،ص39)

وهذا الأخير قد يظهر بظهور الأمراض الجسدية ومن أكثر هذه الأمراض المزمنة المستفحلة شيوعا مرض السرطان الذي ينجم عن التكاثر غير المنتظم للخلايا والتي تكون أنسجة جديدة تنمو دون تحكم أو توقف لتغزو وتدمر الأنسجة المجاورة والبعيدة.(وليدة مرازقة،2008،ص ص2-8)

وهو أيضا يعتبر من أهم الأسباب التي تؤدي الى الوفاة في جميع أنحاء العالم فحسب المنظمة العالمية للصحة تسبب هذا المرض بوفاة 7،9 مليون نسمة سنة2007 أي مايقارب 13% من مجموع الوفيات العالمية. ويعد هذا المرض من الأمراض التي تمس كل المراحل العمرية من الإنسان وتنتشر في كل بلدان العالم وخاصة في البلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل إذ نجد حوالي72% من مجموع الوفيات الناجمة عن السرطان في الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل.

ومن المتوقع أن تتزايد الوفيات الناجمة عن السرطان على الصعيد العالمي فالتقديرات تشير الى أنها ستبلغ 12,5مليون حالة سنة 2030 ومجمل وفيات السرطان التي تحدث كل عام مردها أشكال المرض الرئيسية التالية:

سرطان الرئة (1,4 مليون حالة وفاة في السنة)، سرطان المعدة (866000 حالة وفاة في السنة)، سرطان القولون(667000 حالة وفاة في السنة)، سرطان الكبد(653000 حالة وفاة في السنة)، سرطان الثدي(548000 حالة وفاة في السنة).

أما في الجزائر فتبقى الأرقام تتحدث عن نفسه، فحسب المركز الوطني للصحة العمومية فالسرطان يسبب4,9 حالة وفاة في كل ألف نسمة،وقد وصل عدد المصابين بالسرطان في الجزائر سنة 2014 الى 400098 حالة وفاة. (http://or.wikipidia.org/wiki)

ومما لاشك فيه أن مرض السرطان ينتج عنه ألام جسدية ونفسية تنعكس على حالة المريض فدرجة الألم التي يشعر بها المريض تحكم فيها عدة عوامل من بينها نوع الإصابة ودرجتها، ومرحلة التطور التي وصل إليها المرض وكذلك عوامل نفسية عديدة.

فلقد أكدت العديد من الدراسات على وجود ارتباط بين الإصابة بالسرطان وظهور قلق الموت.ومن هنا نطرح التساؤل التالي:

هل يعاني الراشد المصاب بالسرطان من قلق الموت؟

وتم وضع عدة تساؤلات تتمحور حول هذه الدراسة:

-هل يعاني الراشد المصاب بالسرطان الخوف من الموت؟

-هل يعاني الراشد المصاب بالسرطان من العزلة الاجتماعية؟

-هل يعاني الراشد المصاب بالسرطان الخوف من المستقبل؟

2.الفرضيات:

1.2.الفرضية العامة:

يعاني الراشد المصاب بالسرطان من قلق الموت.

2.2.الفرضيات الجزئية:

-يعاني الراشد المصاب بالسرطان الخوف من الموت.

-يعاني الراشد المصاب بالسرطان من العزلة الاجتماعية.

-يعاني الراشد المصاب بالسرطانالخوف من المستقبل.

3- دواعي اختيار موضوع الدراسة:

- يرجع سبب اختيارنا لهذا الموضوع إلى الانتشار الواسع لمرض السرطان بمختلف أنواعه وانتشاره في أوساط المجتمع.
- الآثار النفسية السيئة التي يتركها العلاج الكيميائي أو العلاجبالأشعة وما يثيره من مشاعر القلق والخوف من الموت.
- قابلية البحث للدراسة من الناحية النظرية والميدانية.

4- أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية الدراسة لكونها تندرج ضمن اهتمامات الباحثين في مجال النفسي والطبي وذلك لتقديم برامج وخطط علاجية من شأنها مساعدة المرضى على التكيف الجيد مع المرض.
- لفت الانتباه لهذه الشريحة والتكفلبها نفسيا وليس طبيا فقط.
- يدرس جانب في شخصية المريض ألا وهو قلق الموت.

5- أهداف الدراسة:

يهدف البحث الذي نحن بصدد القيام به إلى:

- التعرف على مؤشرات قلق الموت(الخوف من الموت، الخوف من المستقبل، العزلة الاجتماعية) عند الراشد المصاب بالسرطان.
- التعرف أكثر على الحالة النفسية لمريض السرطان.
- تحديد مستوى قلق الموت عند الراشد المصاب.

6- التعريف الإجرائي للمصطلحات:

قلق الموت: هو الدرجة التي يتحصل عليهاالحالة في مقياس قلق الموتلمعده دونالد تمبلر.

السرطان: يعرف مرض السرطان على أنه مجموعة من الأورام تظهر وتمس عضو معين بسبب النمو الفوضوي والغير منضبط للخلايا بشكل لا يتناسب مع حاجة النمو، من بينها (سرطان الرئة، سرطان الكبد، الثدي).

7- الدراسات السابقة:

هناك عدة دراسات اهتمت بدراسة السرطان وعلاقته بقلق الموت وبعض المتغيرات الأخرى منها:

دراسة "leshan et wortirgtou"،(1955)، قلق الموت على مرضى السرطان أجريت هذه الدراسة على عينة تتكون من 152 من مرضى السرطان و152 من الأفراد العاديين الذين لا يعانون من أي مرض عضوي ، تم تطبيق أحد الاختبارات الإسقاطية للشخصية في هذه الدراسة وقد أفسرت هذه النتائج عن معاناة مرضى السرطان من قلق الموت وفقدان الاهتمام بالآخرين.

دراسة "Acte et Vanhtonen"، (1971)،قلق الموت والاكتئابعند المصابين بالأمراض الخطيرة (أحد السرطان كعينة من هذه الأمراض).

حيث أجريت الدراسة على مائة مصاب بالسرطان،وأظهرت النتائج أن 85% من أفراد العينة يعانون من قلق الموت والاكتئاب وذلك اعتمادا على مقابلة مقننة.

دراسة "Georgoff"، (1991)، علاقة السرطان بمتغيرات نفسية:أجريت هذه الدراسة على مجموعتين من السيدات، الأولى من المصابات بسرطان الثدي وسرطان الرئة، والثانية تتمثل في السيدات اللائي تم شفاؤهن من سرطان الثدي والرئة، وكان متوسط أعمارهن يساوي 34سنة، وطبق على المجموعتين اختبار الروشاخالإسقاطي، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين المجموعتين لصالح المجموعة الأولى في قلق الموت والكبت والخوف.

الجانب النظري

الفصل الثاني:

قلق الموت

تمهيد

1. تعريف القلق

2. النظريات المفسرة للقلق

3. أسباب القلق

4. أعراض القلق

5. أنواع القلق

1.5. تعريف قلق الموت

2.5. مكونات قلق الموت

3.5. أسباب قلق الموت

4.5. أعراض قلق الموت

5.5. النظريات المفسرة لقلق الموت

5.6. علاج قلق الموت

خلاصة الفصل

تمهيد:

يقال إن هذا العصر هو عصر القلق، وهذا بسبب تعقيد الحضارة وسرعة التعبير الاجتماعي والتفكيك العائلي بالإضافة إلى نمط التربية والضغوطات الأسرية وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية من إغراءات الحياة، وضعف القيم الدينية والخلقية، فالقلق يلعب دورا كبيرا في إفشال انجازات الفرد واختلال قدراته، ويكون لديه أثر سلبي على الصحة النفسية والجسمية فمهما كانت ردود أفعالنا اتجاه الموت وحتى إن كانت نفسيتنا ترفضه فان العقل لا يمكن أن يرفضه كحقيقة ثابتة، فسوف نتناول في هذا الفصل تعريف القلق وأنواعه ، مستوياته، مصادره، النظريات المفسرة له، أسباب وأعراض القلق، قلق الموت، تعريف، مكونات، أسباب، أعراض نظريات. ثم نتطرق بالتفصيل لنوع من أنواع القلق وهو موضوع دراستنا قلق الموت وبدوره سنطرح تعريفه ومكوناته وأسبابه وأعراضه النظريات المفسرة له وأهم طرق علاجه.

1. تعريف القلق:

القلق في المعجم الوسيط: ورد بأن قلق الشيء، قلق حركة، فلم يستقر في مكان واحد، اضطراب وانزعج فهو القلق، والقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث ويسمى الشخص القلق بالمقلاق.

القلق من وجهة نظر علماء النفس: بريء فرويد freud " بأنه: رد فعل لخطر غريزي يشعر أمامه الإنسان بالعجز أو الخوف من العقاب، ويكون مصحوبا بأحاسيس جسمية تتكرر بين حين وآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس أو آلام في المعدة أو زيادة في عدد ضربات القلب (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002، ص 103)

ويعرفه وولمان wollman بأنه: عصاب يتميز بالهم المرتفع الممتد إلى مشاعر الألم والمرتبط دائما بأعراض جسمية (عادل شكري محمد كريم، 2005، ص 104)

ويرى ادلر "Adler": إن القلق شأنه بقية الأمراض النفسية والعقلية ينجم عن محاولة الفرد من الشعور بالدونية أو النقص، ومحاولة الحصول على الشعور بالتفوق.(حسن فايد 2001، ص 45)

2. النظريات المفسرة للقلق:

1.4. نظرية التحليل النفسي: يعد فرويد من الأوائل الذين حللوا القلق، وقد رأى أن في القلق إشارة للانا لكي يقوم يعمل لازم ضد ما يهددها كثيرا ما يكون المهدد هو الرغبات المكبوتة في اللاشعور وهنا إما أن تقوم الأنا بعمل نشاط معين يساعد في الدفاع عن نفسها وأبعاد ما يهددها، وإما أن يتدخل القلق حتى يقع الأنا فريسة المرض النفسي وقد ذكر فرويد ثلاث أنواع من القلق هي :

2.2. القلق الموضوع (الواقعي) : وهو تجربة انفعالية مؤلمة تنجم عن إدراك خطر قائم في العالم الخارجي، وظروف هذا النوع من القلق تأخذ دلالتها الأساسية من خبرات الفرد السابقة ومثال ذلك قلق البحار الخبير حين ينظر إلى سحابة صغيرة تظهر في الأفق ويقدر استنادا إلى خبرته السابقة، أنها إشارة إنذار بإعصار شديد.

3.2. القلق العصابي : وهو قلق شديد لا تتضح معالم المثيرة فيه، ويبدوا على شكل خوف من مجهول، والشخص الذي يشعر بهذا القلق يخاف من خياله، يخاف من الهو (الغرائز) الخاص به.

4.2. القلق الأخلاقي: ويكون مصدره الأنا الأعلى ويبدو في صورة إحساسات بالذنب أو الخجل في الأنا يثيره إدراك خطر آت من الضمير، والقلق الأخلاقي هو قلق موضوعي كالخوف من عقوبة الوالدين. (حنان عبد الحميد العناني،2000، ص116)

5.2. النظرية السلوكية : تنظر إلى القلق على انه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الايجابي والسلبي، ويحصرون القلق في ضوء الاشتراط

الكلاسيكي حيث يرتبط المثير الأصلي، هذا يعني المثير الجديد يرتبط بالمثير الآلي ويصبح المثير الجديد قادرا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، وهذا يعني أن مثيرا محايدا يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف رغم أن طبيعته الأصلية لا تثير هذا الشعور، وعندما ينسى الفرد هذه العلاقة نجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم بدور المثير الشرطي.(اشرف محمد عبد الغني. اميمة محمود ،2003،ص 94)

6.2. المذهب الإنساني: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن القلق هو الخوف من المستقبل وما يحمله هذا الأخير من أحداث قد تهدد مسار وجود حياة الفرد.

فالقلق في نظرهم منشأ توقعات الفرد لما سيحدث له مستقبلا، وليس ناتج ا عن ماضيه فالإنسان يدرك بأن نهايته حتمية بالموت، وتوقع هته الأخيرة هو المثير الأساسي في تواجد القلق عند الإنسان ومما سبق نرى أن المذهب الإنساني يحصر القلق على أنه ينتج عن الخوف من الغد وكذلك من المستقبل ووجود كانسان. (محمد قاسم عبد الله، 2001، ص119)

3. أسباب القلق:

1.3. الاستعداد الفيزيولوجي: تعد أعراض القلق الظاهرة المباشرة لنشاط الجملة العصبية الذاتية المحيطة (ارتكازات المواجهة أو الهروب) الذي يظهر بفعل إثارة التخيلات المخيفة والانفعالات على مستوى العصبية المركزية، تلعب المواد الناقلة العصبية النورادرينالين دورا بارزا في خلق القلق وأضحت الدراسات الحديثة دور الموضع الأزرق Locuxerleur الذي هو امتداد يصل المسالك العصبية بباقي أجزاء الدماغ، وهذا التركيب الدماغي كمركز وسيطي هام في وجود القلق. (محمد حمدي الحجاز، 1998، ص85)

2.3. الاستعداد النفسي: غالبا ما تسرع الشدة الانفعالية نوبة القلق (أي التبادلات الواقعية أو المهددة في العلاقات الشخصية وأحيانا قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد، أو طبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها

الرغبات الملحة، يحث يشعر الفرد بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، وكذلك الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط.(محمد حمدي الحجاز، 1998، ص 80)

3.3. مواقف الحياة الضاغطة: عدم تقبل مر الحياة والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف ومواقف الضغط والحرمان والوحدة، وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة.

4.3. مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة: والمشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة والإرهاق الجسمي والتعب وشذوذ التكوين البدني في الطفولة مما يشعر بالنقص.

5.3. التعرض للحوادث والخبرات الحادة: (اقتصاديا، تربويا، عاطفيا).

6.3. الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيطة الطويلة خاصة الجماع الناقص.

7.3. عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.(حامد عبد السلام زهران ، 2001، ص 485-486)

8.3. الإيحاء سواء كان الذاتي وهو ما يترتب في مخيلة الفرد من أفكار تبعث في نفسه الخوف والقلق أو الإيحاء المكتسب الخارجي المصدر.

9.3. عدم الإشباع الجنسي نجد من أهم الأسباب التي تعزي الفرد بالإصابة بحالة قلق. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص 135)

4.أعراض القلق:

1.4. أعراض نفسية:

- عدم الاستقرار والشعور بالانعدام في اطمئنان والراحة النفسية.
- الحساسية المفرطة وسرعة الاستثارة.

- الخوف الشديد (الفوبيا) ولكن لا يعلم مصدره.
- الاكتئاب والضيق وتوهم المرض.
- عدم القدرة على التركيز والانتباه.
- الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز.
- عدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهروب من مواجهة الموقف.
- الهياج والشك والارتياب والتردد في اتخاذ القرارات.
- التشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي.
- إن هذا الأعراض النفسية تؤدي إلى تدهور قدرة الفرد على الانجاز والعمل كما تؤثر في التوافق الاجتماعي والمهني والأسري.

2.4. أعراض جسمية:

- برودة الأطراف حيث تصبب العرق وارتعاش البدين وارتفاع في ضغط الدم.
- اضطرابات المعدة.
- سرعة ضربات القلب، زيادة عدد مرات الإخراج.
- النشاط الزائد، الدوران والغثيان والقيء، اضطرابات النوم.
- الصداع والاضطرابات الجنسية مثل القذف السريع عند الرجل وانقطاع الدورة الشهرية عند النساء. (ناظم هاشم العبيدي، صالح حسن الداهري، 1999، ص85)

5. أنواع القلق:

– **قلق عادي أو موضوعي:** وهذا النوع من القلق اقرب إلى الخوف، وهو قلق واقعي... خارجي المصدر وموجود بالفعل ويحدث لدى الأسوياء والعاديين مثلا في مواقف الانتظار عملية جراحية.

– **قلق مرضى عصابي:** وهذا هو النوع الذي تقصده كمرض نفسي حيث انه داخلي المصدر لا يمكن تجنبه أو نجنب مصدره، فأسبابه لا شعورية، دوافعه مكبوتة غير معروفة وهو نتاج الصراع القائم بين الدوافع المكبوتة في (الهو) وبين قوى الكبت في (الأنا).(محمد فوزي جيل، 2000، ص 129)

بعد تعرضنا للقلق بصفة عامة سوف نقوم بدراسة أحد أهم أنواعه، ألا وهو قلق الموت، والذي هو موضوع بحثنا، سوف نتطرق إلى أهم تعاريفه وأعراضه والنظريات المفسرة له وكذا العلاج.

1.5. 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 سواءا قريبا أو بعيدا، بمعنى آخر حسب نوعية الحالة المرضية وحتى النفسية والاجتماعية للإنسان، ومن هنا ظهرت عدة تعاريف لهذا النوع من القلق :

ارنست بيكر Arneste Piker: يرى أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصف جميعا في إطار واحد هي'' الموت ''. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص74)

قلق الموت ليس مجرد قلق طبيعي يتركز في موضوع ما، وكأنما هو داء يمكن تشخيصه أو 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،1981 ، ص64)

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

2.5. أسباب قلق الموت:

يرى بعض الفلاسفة المسلمين أمثال" **ميسكويه Miskuih**" أن الخوف من الموت لا نجده إلا عند من يدري الموت حقيقة أو لأنه يظن أن بدنه إذا انحل أو بطل تركيبه انحلت ذاته، وبطلت نفسه بطلا وعدم ودثور، وان العالم سيبقى موجودا وليس هو بموجود فيه كما يظنه من يجهل بقاء النفس وكيفية المعاد، أو لأنه يظن أن الموت ألما عظيما غير الم المرض أو الأمراض التي سبقته. وأدلت إليه وكانت سبب حلوله، ولأنه يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت ولأنه متخير لا يدري على أي شيء سيقدم بعد الموت، ولأنه سيأسف على ما يخالفه من المال، وهذه كلها يمكن أن نلخص الأسباب السيكولوجية لقلق الموت عند الأخر. (احمد محمد عبد الخالق، 1987، ص213)

ويرى" **شولتز** Choltasse " أن قلق الموت يظهر الأسباب التالية :

- خوف الفرد من المعاناة البدنية والألم عند الاحتضار، كذلك الكف عن السعي نحو الأهداف فحياة الإنسان تقاس بما استطاع تحقيقه.
- الخوف من تأثير الموت على من سيتركهم الشخص.
- الخوف من العقاب الإلهي والعدم .

وكذلك يرى" **ماسرمان** Masrman"، سببه العديد من الظروف كمرض الحوادث والكوارث الطبيعية وغيرها.

كما يرى" **بيكر بروتر**Biker Proter**"** ارجع عوامل قلق الموت إلى نوبات كالعدوى الاجتماعية للحزن والانزعاج الحضري، الخوف من الصدمة وكراهية الجثة وكذا التعفن. (احمد محمد عبد الخالق،1987 ، ص ص213-214)

3.5.أعراض قلق الموت:

لقلق الموت أعراض نذكر منها:

- الميل إلى توقع الشر والمصائب اللذان يفقدان صاحبهما الثقة بنفسه .
- هلاوس الاضطهاد المرتبطة بالموت .
- توتر الأعصاب وسرعة الغضب .
- عدم القدرة على التركيز والارتباك والتردد في إيجاد القرارات .
- العزلة والانسحاب وانتظار الموت .
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع. (احمد محمد عبد الخالق ،1987 ص ص 42_43)

4.5. مكونات قلق الموت:

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

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

مكونات المخاوف من الموت Kafano " :كما ذكر" كافانوا

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

على قطبان هما :الموت والاحتضار وتتمثل مكوناته في Lister " :كذلك ركز" **ليستر**

- الخوف من موت الذات.
- الخوف من احتضار الذات.
- الخوف من الآخرين .
- الخوف من احتضار الآخرين. (احمد محمد عبد الخالق،1987، ص ص45-46)

4.5. النظريات المفسرة لقلق الموت:

1.4.5.نظرية التحليل النفسي: قلق الموت هنا يكون بمثابة حالة يكون فيه الأنا غير قادر على تقبل الموت، وإذا استندنا إلى ما جاء 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، P14)

"**ميلاين كلاين**"Milaine klaine " : إن 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"**شيتكيل** Shetikel ": "أن الخوف معانيه متشعبة من الخوف من الموت" (محمد نبيل،1995 ، ص165)

2.4.5.نظرية الذات":"**كارل روجرز** " : على ضوء مفهوم الشخص المحقق لوظائفه يرى أن الوعي بالاقتراب من الموت يهدد هؤلاء الأشخاص الذين يحمون أنفسهم ضده مع ذلك فان فكرة روجرز عن الانفتاح الكامل للخبرة عند الأشخاص المثاليين تغير من موقع الموت بوصفه تهديد أساسيا، كما يوافقه" **ماسلو**Maslow" في قوله": أن الشخص الذي يحقق ذاته من بين أن لديه خوفا منخفضا من الموت. (احمد محمد عبد الخالق،1998 ص12)

3.4.5.النظرية الوجودية" **بيكر، هايدجر، فرانكل**": ترى بان القلق من الموت خاصية إنسانية أساسية ومن الواضح أنها مسألة حساسة للأفراد المتقدمين في العمر، وقد ركزت هذه الأخيرة على أهمية الموت وسلموا بأن الفرد يجب أن يتقبل حتمية الموت ونهايته لوصفه حقيقة مطلقة يتعين عليه في النهاية أن يجد معنى لوجوده الإنساني في حقيقة موته هو

افتراض "**منكوفسكي** Minkofeski **وماي** May": أن الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة مواجهة الموت أو عدم الوجود.

- يرى **مارتن** Marten " **و"هايدجر** Haidjer : في كتابه "**الوجودية والزمن**" أن الموت تهديد بعدم الوجود ومن ناحية أخرى فان التحقيق من عدم الوجود في المستقبل يعد شرطا مسبقا لفهمها الكامل لحياتنا، كما يعتبر شرطا مسبقا لتحرير أنفسنا من القلق ثم يعد الموت أساس حرية الفر.(احمد محمد عبد الخالق، 1998 ، ص11)

4.4.5.النظرية السلوكية : فلم يعيروا أي اهتمام للمعنى الرمزي للعرض في الاضطرابات السيكوسوماتية ذلك أنهم يركزون بالدرجة الأولى على العامل الموقفي، وهم يعتبرون القلق بمثابة خوف من الم أو خطر أو عقاب يحتمل أن يحدث لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر لكنه يختلف عن الخوف يثيره موقف خطر مباشر مائل أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمان فهو يبقى ويدوم أكثر من الخوف العادي، وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده لا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذن فهو يبقى خوف متعلق بالخوف المتنقل لا يجد منصرفا.

كذلك إن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو الخوف أو الحزن أو الغضب فان هذه التأثيرات الانفعالية تصحبها تغيرات أو اضطرابات جسمية فيزيولوجية فتكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصحب الانفعال(راجح احمد عزت،1994،ص ص26- 159)

5.4.5.النظرية المعرفية: إن المشكلات العصابية تعكس أخطاء نسبية في الحكم ويعتبر قلق الموت بناء على ذلك سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق يكون بموج بها خطا نسبيا وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغير

بنيوي للفكرة، من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطرابات النفسية المتمثلة في قلق الموت بمفاهيم معرفية. (Fontaine Et Al , 1984, P 108)

6.4.5.النظرية المعرفية السلوكية :أمثال" **أليس**Ellis" فيعتبر الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار الغير عقلانية.

حيث يرى" **أليس**Ellis" : إن السلوك يتحدد بالاعتقادات والأفكار التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لا منطقية استنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسود طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت. (Spellger ,1983, p14)

5.5. علاج قلق الموت:

يعتبر قلق الموت أحد أنواع القلق، ويصلح في علاجه ما يصلح في علاج القلق والعلاج السلوكي وهو أكثر الطرق لعلاج لمختلف أنواعه حيث انه يحقق أعلى نسب الشفاء من كل الطرق العلاجية المتاحة.

إذا كان قلق الموت مرتفع عرضا مستقلا نسبيا لدى شخص في حالة من الصحة النفسية أساسا، إضافة لخبرات سيئة فانه يجب إن 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 فاعلية تقليل الحساسية والاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي استخدمته مقارنة مع المجموعة التي لم تتلقى أي علاج. (احمد محمد عبد الخالق،1987، ص228).

كما يعتبر الاسترخاء حالة هدوء تنشأ في الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية جديدة أي جهد جسدي شاق... أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من خلال النشاط. (حسين فايد،2001، ص57)

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

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

حيث يرى انه إذا كان قلق الموت المرتفع مصاحبا أولا لحالة مرضية أكثر شمولا كالاكتئاب، عصاب القلق أو الوسواس القهري، فان هذه الاضطرابات يجب أن تعالج بالعلاج السلوكي كالمواد الكيميائية والمهدئات والعقاقير المضادة للقلق التي تخفض نسبة القلق والتوتر والتهيج أو استخدام العلاج بالتنبيه الكهربائي. (احمد محمد عبد الخالق،1987، ص228)

خلاصة الفصل:

إن قلق الموت هو مفهوم واسع ومعقد، وموضوع اهتمام كبير لدى علماء النفس وغيرهم، وهذا ما يفسر اختلاف الآراء ومعانيه ومكوناته، وهذا لما له من تأثير فعال على الوظائف النفسية والجسمية، وهذا ما لاحظناه من خلال أعراضه ونتائجه السلبية على الراشد المصاب بسرطان، والتي يكون دائما السبب الرئيسي فيها هو قلق الموت بمختلف أبعاده ومظاهره.

الجانب الميداني

الفصـــــل الرابـــع:

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1. التذكير بالفرضيات
2. منهج الدراسة
3. الدراسة الاستطلاعية
4. أدوات الدراسة
   1.4. الملاحظةالعيادية
   2.4. المقابلة العيادية
   3.4.مقياس قلق الموت
5. حدود الدراسة
6. حالات الدراسة

تمهيد:

سنتطرق في هذا الفصل إلى الجانب الميداني والذي سنعرض فيه منهجية البحث المتمثلة في تحديد المنهج المتبع والدراسة الاستطلاعية وزمن ومكان إجراء البحث والأدوات المستعملةفي البحث وكيفية إجرائه.

1. التذكير بالفرضيات:

1.1. الفرضية العامة:

يعاني الراشد المصاب بالسرطان من قلق الموت.

2.1. الفرضيات الجزئية:

- يعاني الراشد المصاب بالسرطان الخوف من الموت.
- يعاني الراشد المصاب بالسرطان من العزلة الاجتماعية.
- يعاني الراشد المصاب بالسرطان الخوف من المستقبل.

2.الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من بين الخطوات المهمة التي تسبق الدراسةالأساسية لموضوع معين، حيث تهدف إلى جمع المعلومات،فهي تعتبر أول خطوة يقوم بها الباحث من اجل اختبار صحة الفرضية المطروحة، وللبحث عن حالات الدراسة.

لقد تمت الدراسة الاستطلاعية في مركز مكافحة السرطان ببانتة للقيام بالدراسة الميدانية، بعد الحصول على تصريح من طرف جامعة محمد خيضر ببسكرة، فتوجهت بتقديم طلبي إلى المركز فحظيت باستقبال جيد من طرف رئيسة المصلحة والأخصائية النفسانية والممرضين، فشرحت سبب زيارتي فتمت الموافقة فوجهت إلى الأخصائية النفسانية

التي قدمت لي المساعدة اللازمة فاخترت الحالات التي تخدم موضوعي من المصابين بالسرطان، وقبل بدء المقابلة وتطبيق الاختبار قدمت نفسي وغرض قدومي، فلقينا من جميع الحالات الرضا والقبول.

3. منهج الدراسة:

1.3.المنهج:

خطة معقولة لمعالجة مشكلة ما، وحلها عن طريق استخدام المبادئ العلمية المبنية على الموضوعية، والإدراك السليم المدعمة بالبرهان والدليل. (محمد خان،2011، ص ص14-15)

تم الاعتماد على المنهج العيادي الذي يقوم على دراسة الحالة إذ يسمح بدراسة مفصلة لكل حالة على حدى.

2.3. المنهج الاكلنيكي:

يعرفه " موريس كلان" بأنه:" الطريقة التي تنظر إلى السلوك من المنظور الخاص فهي تحاول الكشف عن مكنون الفرد والطريقة التي يشعر بها ويسلك من خلالها موقف وهذا بكل ثقة".(عطوف محمد ياسين،1981،ص349)

4. أدوات الدراسة:

1.4. الملاحظة العيادية:" هي وسيلة يستخدمها الباحث العياديفي اكتسابه للخبرات والمعلومات، حيث نجد الباحث يلاحظ بإتباعه منهج معين، ويجعل من ملاحظاته أساسا لمعرفة واعية أو فهم دقيق لظاهرة معين".(ذوقان عبيدات، 2002، ص79)

كماهي أداة هامة يعتمد عليها المرشد النفسي في متابعة السلوك من خلال مواقف الفرد في ظروف وأزمنة مختلفة.

2.4. المقابلة العيــادية:

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 المنضمة للحالة مع الحصول على معلومات تخص عدة جوانب، والمعلومات التي لها علاقة بموضوع البحث وكل مايتعلق بالماضي والحاضر.

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

1.2.4. 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،ص427).

وقد جاءت محاور المقابلة كمايلي:

المحور الأول:الخوف من الموت

1.هل تخاف من المرض الذي تعاني منه؟

2.هل تتقبل المرض الذي تعاني منه؟

3.هل تتعايش معه؟

4.هل تستطيع النوم؟

المحور الثاني: العزلة الاجتماعية

1. هل تعاني من الوحدة بعد الإصابة؟

2. هل تغيرت حياتك بعد الإصابة؟

3. هل كونت علاقات مع المرضى في المستشفى؟

4.ماهو إحساسك وأنت في المستشفى؟

المحور الثالث:الخوف من المستقبل

1.ماهي أمنياتك في المستقبل؟

2.هل تعتقد أن المستقبل أمر يستدعي الخوف؟

3.هل تخاف من الفشل في تحقيق أحلامك بعد الإصابة؟

3.4. مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر:

هو عبارة عن اختبار يتضمن قائمة من الأسئلة التي تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي "دونالد تمبلر"ولقد ترجم إلى لغات عديدة منها العربية والاسبانية وحتى اليابانية والهندية، واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة من الذكور والإناث من ثقافات مختلفة، وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من 16 الى85 سنة ومتغيرات عديدة كالسن، الجنس، ودرجة التدين، الصحة الجسمية والعقلية وأنواع أخرى من السلوكات، لذا فهو يعد واحد من أكثر المقاييس انتشار في البحوث، طبق هذا المقياس لأول مرة سنة 1970 .

1.3.4. الخصائص السيكومترية للمقياس:

بدأ تكوين الاختبار بوضع 40 بندا، تم اختيارها علي أساس منطقي، كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت وهي عملية الاحتضار الموت بوصفه حقيقة مطلقة والجثث والدفن ثم مر المقياس بمراحل متتابعة حتى وصل إلى 15 بندا وهي صورة النهائية للمقياس ويحتوي المقياس على (9) بنود تصحح ب "نعم" و(6) تصحح ب "لا"، وقد اتضح بان وجهة الاستجابة للموافقة تستوعب قدر 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 "تمبيلر"عدم وجود ارتباط جوهري بينهما، وبين مقياس وجهة الاستجابة المتعلقة بالجانب الاجتماعي.

2.3.4. ثبات الاختبار:لقد قام احمد عبد الخالق بترجمة مقياس قلق الموت إلىالعربية وطبقت النسختان (العربية والانجليزية) معا مع عينة من طلاب مصريين بقسم اللغة الانجليزية، وقد وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والانجليزية إلى 0,87 بالنسبة للذكور والإناث (ن = 43)، وهذا حسب ثبات إعادة الاختبار بالصورة العربية.

وكان الفاصل الزمني بين الاختبار وإعادته أسبوعا واحدا، في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى0,70 بالنسبة للذكور (ن=44)، و0،73 بالنسبة للإناث (ن=56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة.

3.3.4.صدق الاختبار: 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 المرضى النفسيين الذين قرروا انه لا يوجد لديهم قلق الموت، وقد استخرجت فروق جوهرية بين درجات الفريق بينما 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).

.

4.3.4.طريقة تصحيح وتطبيق المقياس:

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

- 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).

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

5.3.4.طريقة التنقيط:

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

جدول رقم(1) يوضح سلم اختبار قلق الموت

البنود التي 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 ادني 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 الموت متوسط.
- الدرجة التي تتراوح بين (09-15) تشير إلى وجود قلق الموت مرتفع.

(زعتر نور الدين ،2008،ص ص 102-105)

5.حدود الدراسة:

المجال المكاني:تم إجراء هذه الدراسة الميدانية في مركز مكافحة السرطان بباتنة، وبالتحديد مصلحة العلاج بالنشاط الإشعاعي والعلاج الكيميائي بعد الحصول على تصريح بالزيارة من طرف جامعة محمد خيضر بسكرة.

المجال الزمني: تم إجراء الدراسة في الفترة الممتدة للجانب النظري من 12/3/2015 إلىغاية 16/4/2015 أما الجانب الميداني من 21/4/ 2015 الى غاية نهاية التربص.

المجال البشري: اعتمدت الدراسة على ثلاث حالات مصابين بأنواع مختلفة من السرطان، تتراوح أعمارهم بين(42-54) سنة

6.حالات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على ثلاث حالات من المصابين بأنواع مختلفة من السرطان، حيث تتراوح أعمارهم بين (42-54) سنة، والمتواجدة بمركز مكافحة السرطان بباتنة.

كما اعتمدنا على خصائص معينة في حالات الدراسة وهي موضحة في الجدول التالي:

رقم الحالة	الجنس	السن	الحالة الاجتماعية	الحالة الاقتصادية	المستوى التعليمي	مدة الإصابة	نوع الإصابة
الأولى	أنثى	53	متزوجة	متوسطة	جامعية	عام ونصف	سرطان الرئة
الثانية	ذكر	54	متزوج	جيدة	جامعي	8أشهر	سرطان الكبد
الحالة الثالثة	أنثى	42	عازبة	ضعيفة	امية	عام	سرطان الثدي

الفصل الثالث:

السرطان

تمهيد

1. تعريف السرطان

2. نبذة تاريخية عن نشوء السرطان

3. تصنيف السرطان وأعراضه

1.3. تصنيف السرطان

2.3. أعراض السرطان

4. العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان

5. سمات الشخصية المصابة بالسرطان والآثار النفسية الناجمة عنه

1.5 سمات الشخصية المصابة بالسرطان

2.5 الآثار النفسية التي تنجم عن السرطان

6. تشخيص السرطان وعلاجه

1.6 تشخيص السرطان

2.6 علاج السرطان

خلاصة الفصل

تمهيد:

أن ما نلاحظه في عصرنا الحالي ظهور بعض الأمراض الخطيرة وبشكل متزايد ومستمر مما يعرقل حياة الفرد وبالخصوص المحيطين به بالعموم، ولعل من أخطر هذه الأمراض مرض السرطان الذي يهدد الصحة الجسمية للإنسان، فنجد السرطان يتمثل في مجموعة من الأورام التي تمس عضوا أو أعضاء الجسم وذلك بسبب التكاثر الفوضوي والغير المنتظم للخلايا بشكل لا يتناسب مع حاجته للنمو، وفي هذا الفصل سنتطرق الى لمحة تاريخية عن السرطان، ومختلف التعاريف المقدمة له، مع تشخيص وتحديد الأعراض التي تؤدي إليه، والعوامل المسببة له وأيضا معرفة سمات الشخصية المصابة بالسرطان والآثار النفسية التي تنجم عن هذا المرض واهم طرق علاجه.

1.تعريف السرطان:

تنوعت مضامين التعاريف التي عرفت السرطان، فمنها التي سعت لوصفه ومنها التي بينت أعراضه وعلاماته ومنها أظهرت خصوصياته البيولوجية، الهيستولوجية والكيميائية.

وبدأ التعريف واضحا بين تعاريف القرون السابقة وتعاريف التي وضعت بفضل ما وصل إلية العلم في يومنا هذا، غير أن كل واحد منها يسعى لتحديد ماهية هذا التظاهرة وتحديد خصوصياته وتميزها عن الظواهر الأخرى

حيث نجد "مالكوم شوارتز " (1988) يعرف السرطان " تغيير عام لمجموعة كبيرة من الأمراض التي تتميز بالنمو الفوضوي والغير المنضبط للخلايا".(مالكوم شوارتز،1988ص9)

ويعرفه أيضا " عبد اللطيف محمد ياسين " (1988) "على انه تكاثر خلوي فوضوي سريع وغير منظم يعمل فقط من أجل التكاثر وسرقة المواد الغذائية من الجسم، وإن نظرنا

إلى الخلية السرطانية من خلال المجهر فأننا نرى بأن الخلايا تشبه العضو الذي نشأت منه ولكن شكلها مشوه ومحرق".(عبد اللطيف محمد ياسين،1988، ص 49)

نستخلص مما سبق أن السرطان عبارة عن انقسام عشوائي وغير عادي للخلايا التي لديها القدرة على تهديم الأنسجة السليمة والانتقال إلى التنظيم البدني.

2. لمحة تاريخية عن السرطان:

عكس ما هو معروف عن السرطان، فهو ليس مرض حديث الظهور، ناشئ من الحاضر الجديدة فقد أظهرت الأبحاث "**الباليوباتولوجية** " أنه أصاب الإنسان والحيوان على حد السواء في القديم.

فآثاره وجدت منذ بداية الإنسانية (عظام أو مومياء) وذلك في كتابات أبو قراط بالتعريفات حول هذا المرض الخبيث كانت حول الأورام السطحية خاصة أورام الثدي، ثم الأورام الداخلية بفضل التطور الأبحاث في وسائل التشخيص مثل تشريح جثة سنة (XVIII) وأبحاث " مورقاني " مخترع طريقة Anatomie chimique macrosxpique.

أعتبر السرطان مرضا شاملا إلى غابة (XVIII)، أين توضح أنه مرض موقع محدد وقد هيمنت فكرة أن السرطان عيب خاص ومتميز يصيب الأنسجة المختلفة خاصة خلال النصف الأول من القرن (XIX) فيتخلى عنها تدريجيا، وتحل محلها فكرة أن الخلل راجع للخلية.

عولج السرطان في القديم بواسطة الجراحة، وفي سنة1895 اكتشفت الأشعة X، بينما سنه 1898 أكتشف الراديوم الذي دعا إلى ظهور العلاج بالأشعة مازالا يستعملان إلى الحد الآن. وفي سنة 1945 عرف ميلاد العلاج الكيمائي الهرموني الذي عرف تطورا ملحوظا إلى يومنا هذا.(جمعون ياسين،2012،ص85)

3.تصنيف السرطان وأعراضه:

1.3.تصنيف السرطان:

" الورم هو تكاثر خلايا عضو معين في الجسم بشكل تلقائي غير منظم وخارج ضوابط وقوانين العضوية". (ناجح الأغبر، 1999، ص195)

فالسرطان يمثل فئة الأورام الخبيثة Tumeurs Molignes والأورام الحميدة Tumeurs Bénignes.

1.1.3.الأورام الحميدة Tumeurs Bénignes:

هو عبارة عن تكاثر نسيج جديد الذي يحتوي على عناصر خلوية ذات تنظيم عادي بنيتها النسيجية تكون مماثلة بشكل كبير للنسخة الأصلية، وعادة تمتاز بتطور تلقائي ونمو بطيء، ويمكن التنبؤ بها إلا في حالات أين تؤدي إلى تعقيدات ميكانيكية أو أيضية ومن أنواع الأورام الحميدة نذكر:

- أورام حميدة ظاهرية Tumeurs bénignes épithéliales.
- أورام حميدة للجهاز العصبي Tumeurs Bénignes Du Système Nerveuse.
- أورام حميدة ناجمة من الخلية الوراثية Tumeurs Bénignes De La Cellules.

2.1.3. الأورام الخبيثة Tumeurs Molignes:

في الغالب هي كبيرة الحجم وحدودها غير واضحة، وقد تكون مقترحة، كما نلاحظ وجود مناطق متنخرة ونافذة، لا يحتوي على محفظة كاذبة والخلايا لا تشبه الخلايا الأصلية للنسيج، تكون ذات حجم كبيرة ونواة كبيرة وصبغياتها زائدة الإنقسامات الخلوية وسريعة

الانتشار، ويحتمل عودة ظهور بعد العلاج، وقد تسبب الموت للمصاب بها.(إبراهيم الخطيب،1997، ص106)

كما تنتقل إلى أماكن بعيدة عن طريق خاصية الانتشار، والتي تتم بـ 3 طرق:

- الانتشار الموضوعي عن طريق الامتداد في العضو نفسه، وكذلك الأعضاء المجاورة له.

- الانتشار عن طريق الأوعية اللمفاوية ويصل للغدد اللمفاوية المختلفة.

- الانتشار عن طريق الأوعية الدموية حيث تنتقل الخلايا السرطانية عن طريق الدورة الدموية إلى معظم أعضاء الجسم، وهكذا تتشكل ما يسمى بالسرطانات الثانوية. (ناجح الأغبر،1999، ص195)

إذ يكمن الفرق بين الأورام الحميدة والخبيثة في خاصية الاجتياح والانتشار والخلايا الثانوية التي تتواجد في حال وجود الأورام الخبيثة، أما مدى خطورة الورم فلا تكمن في طبيعة الإستولوجية، فالورم الحميد قد يكون خطرا على حالة تطوره السريع وتأثيره على وظيفة عضو إذا كان تشخيصه متأخرا وكان بتره مستحيلا بسبب موقعه الحساس والعكس بالنسبة للورم الخبيث.

الجدول رقم(1)

الفرق بين الأورام الحميدة والخبيثة

الخصائص	الورم الحميد	الورم الخبيث
توضع الورم	– يدفع النسيج الطبيعي جانبا – يكون محاطا بحافظ واضح الحدود	– يغزو النسيج الطبيعي المحيط به. – لا يكون محاط بحافظ وتكون حدوده مختلفة مع النسيج الطبيعي
سرعة النمو	– بطيئة	– قد تكون بطيئة أو سريعة
مدى الانتشار	– يقتصر على الكتلة الورمية ونموها	– قد يؤدي إلى حدوث انتقال عبر العقد اللمفاوية القريبة والبعيدة – يصيب الورم عدة أعضاء
النتيجة	– عادي، حميدة	– قد تكون وخيمة ومميتة إذا لم يتم علاجها
العلاج	– الجراحة تكون شافية	– قد لا تكون الجراحة وحدها شافية وتحتاج إلى علاج كيميائي أو شعاعي دائم.

(موريس ستون، د ن، ص 105)

2.3. أعراض السرطان:

1.2.3. تناذر (أنف –حنجرة–بلعوم) الذي قد يظهر في:

- اضطرابات البلع.
- صعوبة في حركة اللسان مع آلام حادة.

2.2.3. تناذر رئوي:قد يكون مرتبطا بـ:

- سعال
- ضيق في التنفس.
- خاصة رعاف أو نفث دم متكرر الذي هو وحده عرض يستوجب دق ناقوس الخطر.

3.2.3. تناذر هضمي:قد نجد:

- غثيان أو تقيء.
- نزيف هضمي.
- إمساك متناوب مع إسهال.
- آلام في البطن.

4.2.3. تناذر تناسلي: يشمل

- آلام على مستوى الحوض.
- سيلان متقرح من حلمة الثدي.
- نزيف الرحم الذي مهم كان بسيطا لابد أن يشكك في إمكانية الإصابة بسرطان تناسلي.

5.2.3. تناذر عصبي: نجد

- آلام بين الأضلاع.
- آلام على مستوى الفقرات القطنية. (D.Belpemme, 1976,p87)

6.2.3. أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب:

إن الخلايا السرطانية لا تؤدي وظائفها الطبيعية إنما تؤديها بشكل مضطرب على هيئة:

- زيادة غير طبيعية في معدلات العمل مثل: الإفراز الزائد لبعض الغدد كالغدة الدرقية أو البنكرياس.
- نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل مثلما يحدث بالفشل الكلوي أو الرئوي أو قصور الكبد أو تحلل مكونات الدم.
- القيء، السعال.
- قد تجمع هذه الخلايا بسبب النمو السريع مشكلة كتلة تحتل حيزا ليس لها فتعرقل عمل العضو المصاب، كأن تتشكل كتلة في الأمعاء فتحدث بها انسداد أو كتلة في داخل الرأس تضغط على المناطق الأخرى فتعطلها.

7.2.3. أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى:

- – الغزو المباشر، أي أن تنمو الخلايا مخترقة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة وفي طريقها قد تصطدم بأي شيء يقف في طريقها.
- – حدوث تمزقات في الأوعية ومن ثمة نزيف.
- – ضغط على المناطق العصبية وحدوث آلام شديدة.
- نفث دم متكرر، نزيف رحمي، نزيف شرجي.(Scheitzer et autre, 2003, p3)

وفي ما يلي نعرض الجدول التالي:

الجدول(2)

أعراض السرطان بنسب مئوية

الأعـــــــــراض	النسبة المئوية
فقدان الوزن	77%
أعراض عصبية حركية للأم	71%
الضعف	47%
الأرق	29%
عدم التحكم في التبول والتبرز	23%
الغفوة	10%
الشلل	8%
أعراض هضمية، فقدان الشهية	67%
الإمساك	47%
الغثيان القيء	40%
صعوبة في البلع	23%
الإسهال	4%
أعرا ض تنفسية، السعال	50%
أعراض أخرى، انتفاخ مرضي في نسيج ما تحت الجلد أو في أعضاء أخرى مثل الرئة	31%
نزيف الدم	14%

(موريس ستون، د ن، ص 105)

4.العوامل المسببة للسرطان:

تمت خلال العقود الأخيرة دراسة وبائية حول العالم بهدف البحث عن العوامل التكوينية للسرطانات، وبرمجة كيفية مكافحة مختلف أسباب هذه الأخيرة، وقد سمحت هذه الدراسات بتوضيح مختلف أبعاد المؤثرة على توزيع أنواع السرطان نلخصها كما يلي:

1.4. العوامل البيولوجية:Les Facteurs Biologique

1.1.4. الوراثة:

بالرغم من أغلب أنواع السرطان غير متوارثة إلا أن البعض منها يوصف بذلك مثل سرطان الثدي، عند الطفل خاصة بعد التعرف على التناذرات الإكلينيكية واكتشاف العينات المسببة.

2.1.4.العوامل الهرمونية:

إن الهرمونات تساهم في تسريع نمو معظم السرطانات دون أن تكون السبب المباشر للمرض (تشكل المرض)، حيث تؤثر على نشاط الفرد فيحدث اضطراب.

2.4.العوامل الفيزيائية:Les Facteurs Physiologique

إن الإشعاعات كالأشعة السينية أو الذرية، والأشعة فوق البنفسجية، تسبب عدد كبير من السرطانات نذكر منها سرطان الثدي، الرئة والبلعوم.(B.Horrni،2001، p15).

3.4.العوامل الكيميائية:Les Facteurs Chimiques

1.3.4. العوامل الكيميائية ذات التأثير المباشر:

وهي مسرطنات ضعيفة التأثير ومنها ما يستعمل في معالجة السرطان نذكر مثلا السايكوفوساميد والكورامبوسيل، والتعرض لها قد يسبب سرطانا آخر خاصة سرطان الدم.

2.3.4. العوامل الكيميائية ذات التأثير الغير المباشر:

وهي المسرطنات قوية التأثير مثل:

الكربونات الهيدروجينية المتعددة الحلقات الموجودة في زيت النفط التي تسبب سرطانا في أي مكان من الجسم أو BENJIDINE المسبب لسرطان الكبد والمثانة. (ناجح الأغبر،1999 ص99)

4.4.العوامل السلوكية:

1.4.4.التدخيـن:

مسؤول عن 90%من السرطانات الرئوية، كما إن خطر الإصابة يبقى نفسه إذا ما دخنا بكثرة ولمدة طويلة أو مع تفريق فترات التدخين و إذا ما بدأنا في سن مبكر، و حتى الأفراد الذين يعيشون في وسط يحتوي على مدخنين أو مدخن، يزداد احتمال إصابتهم بسرطان الرئة و القصبات الرئوية. (Maris Pierre,2003,P162)

2.4.4. الكحول (L'alcoolisme):

تساهم في انتشار السرطان و خاصة سرطان الرئة، الحنجرة ، البلعوم و الكبد بالإضافة إلى سرطان الثدي عند المرأة التي تتعاطى الكحول بكميات كبيرة.

3.4.4. العادات الغذائية (Alimentation):

إن الدراسات البيولوجية تبني على أساس أن الاستهلاك العالي للدسم خاصة الحيوية تساهم في ظهور عدة سرطانات مثل سرطان الثدي، القولون و البروستات كما توجد أغذية تحمي من السرطان نذكر على سبيل المثال الخضر والفواكه الطازجة والفيتامينات (E.C.A)

4.4.4. التعرض للشمس:

إن للأشعة فوق البنفسجية دور كبير في تزايد نسبة الإصابة بسرطان الجلد.

5.4.4. الممارسات الجنسية:

للممارسات الجنسية سواء كانت صحيحة أو خاطئة دور هام في الإصابة بالسرطان بالإضافة إلى دور الفيروسات المتعلقة بالممارسات الجنسية مثل Human

RapillomaVirus) المسبب لسرطان عنق الرحم والإصابة بسرطان شرجي لدى الممارسين للجنسية المثلية.

5.4. العوامل النفس اجتماعية:

وضعت من القدم فرضيات عدة أبرزت دور العوامل النفس الاجتماعية في ظهور السرطان،ولعل أقدمها تلك الخاصة بـ "Galien"AD 2000 القائلة: بأن النساء ذوات الطبع الميلانخولي أكثر عرضه للإصابة بسرطان الثدي مقارنة بذات الطبع الدموي،أما "Gendrom" فرأى أن النساء اللواتي يظهرن اكتئاب حاد أو حصرا (Anxiété) فإن ذلك يرفع من احتمال إصابتهم بالسرطان، و قد لاحظ "buy" أن السرطانات الخبيثة تصيب النساء اللواتي لديهن الشكاوي الهستيرية و العصبية، وكما تبرز أهمية عمل الحداد من خلال ما جاء به "Amussat" وبروز الاكتئاب كعامل مهم مؤثر على نمو السرطان من خلال أعمال(Piaget) سنة 1870.

وخلال العقود الكثيرة أدت الاضطرابات السيكوسوماتية بالعديد من الباحثين الإكلينيكيين لتوجيه اهتمامهم ببعض الوظائف النفسية غير الباثولوجية لتبين نوع الهشاشة أو نوع المقاومة المرتبطة بالاضطرابات السوماتية،فالتفكير العلمي،الاكتئاب الأساسي والصدمة النفسية،الفرح والتفاؤل مرتبطة بالسرطانات.

و من بين العوامل النفس اجتماعية المرتبطة بالسرطان نذكر:

- الضغط
- الاكتئاب
- التشخيص المبكر والتوتر المصحوب لانتظار فعاليته
- دور الشخصية والتكيف
- وفاة الشريك
- دور الدعم العائلي والاجتماعي بالإضافة إلى فقدان الأمل.

5. سمات الشخصية المصابة بالسرطان والآثار النفسية الناجمة عنه:

1.5. سمات الشخصية المصابة بالسرطان:

إن الشخصية التي تتعرض للسرطان هي شخصية من النمط'' ج'' وهي شخصية تتسم وتستجيب للتوتر والضغوط وأحداث الحياة من خلال الاكتئاب واليأس وانعدام الأمل والانفعالات السلبية، فالأشخاص الذين يرتفع اليأس ليدهم يكون لهم تاريخ طويل من انخفاض الفاعلية والخضوع للأحداث بدون شعور بالنجاح أو المتعة مع انخفاض الشعور بالمسؤولية تجاه الانجاز، وقابلية شديدة للفشل، وتشير البحوث إلى أن الأفراد يتفق سلوكهم مع هذه الصورة الخاصة باليأس وانعدام عن الأكل الأكثر عرضة بالسرطان. (Bruchon &d'autre,2003،p26)

حاول بعض الباحثين إدراج السرطان ضمن الأمراض الجسمية التي تقوم الشخصية بدور مهم في إحداثها، ولقد بدأت هذه المحاولات منذ أن أشار الطبيب الإغريقي "جالينوس" إلى أن إحتمال إصابة المرأة الكئيبة بالسرطان يفوق احتمال إصابة المرأة المتفائلة بالمرض نفسه، ويؤكد "لاشمان" (1972) أنه منذ القرنيين الماضيين أثبتت الملاحظات الأولية التي أجريت على المرضى السرطان، أن هؤلاء المرضى كانت لديهم استجابات إنفعالية سلبية وإكتئاب وحزن ويائس أو فقدان العمل في الفترة التي تسبق المرض.

ولقد أشار "باجيت"(1870) منذ أكثر من قرن أن الشعور "بالقلق وخيبة الأمل" يزداد بزيادة إنتشار الورم السرطاني في الجسم، وتبعه "سنو"(1893) بدراسته التي أجراها على مرضى السرطان الثدي، وتبين له أن معايشة هؤلاء من أحداث أليمة من إكتئاب الحزن وفقدان الأمل وبالتالي إلى إصابتهم بالمرض.

أما "فرويد" (1950) فقد أفضى إلى ملاحظات مشابهة، وتبعه "إيفان"(1926) بدراسته التي أجراها على (مئة مريض) أسفرت على أن فقدان العلاقات الحميمية هو ما أدى إلى إصابتهم بالسرطان.

فـي حـين أشـار "فـوك" 1931 إلـى دور الاكتئـاب وفقـدان الأمـل (شـيلي تـايلور، 2008 ص811)

2.5. الآثار النفسية التي تنجم عن السرطان:

للسرطان أثار نفسية عديدة، تظهر عل المريض في حد ذاته وعلى المحيطين به، كما نجد أثار نفسية تابعة للعلاج حيث إنا فتره العلاج تعتبر وضعية جديدة بالنسبة للمريض يصعب التكيف معها وهذا ما يزيد من معاناته النفسية

ومن بين الآثار النفسية للسرطان نذكر ما يلي:

1.2.5 الخوف من الموت:

يبدأ الخوف من الموت بمجرد سماع كلمة السرطان كونه مرض يقتل ببطء، وما يزيد من حدة الخوف هو مجرد الألم خاصة إن لم يتلق المريض الكفالة اللازمة.

2.2.5. الخوف من تغير الصورة الجسدية:

قد يحدث اختلال في شخصية المريض جراء اضطرابات الصورة الجسدية التي قد تخلفها الجراحة والأشعة والعلاج الكيميائي، والتي قد تؤدي إلى الانتحار لدى الكبار والى الاكتئاب الشديد لدى الأطفال.

3.2.5. الشعور بالقلق:

غالبا ما يكون هذا الخوف مربوطا بالحاضر والمستقبل، وذلك في حالة عدم تفهم المريض بطبيعة مرضه وتطوره، كما يسعى المريض للبحث عل ربط سببية منطقية لما يعيشه من مصائب وألام والتي تؤدي به في نهاية المطاف إلى الإحساس بتأنيب الضمير.

4.2.5. اللامبالاة:

إن مرض السرطان يؤدي إلى تغيير عميق وشامل لحياه الفرد، فتظهر لديه أعراض فقدان اللذة التي كان يشعر بها سابقا مثل عدم الاهتمام بما حوله فيصبح المريض عدوان اتجاه المحيطين به.

5.2.5. التعب والاكتئاب:

في اغلب الأحيان تظهر هذه الاستجابات عل شكل فقدان الثقة بالنفس ونادرا ما يتطور هذا الاكتئاب إلى اكتئاب شديد الخطورة لكن هذا لا يمنع من التكفل به.(Gustave ,2002,p18-19)

6. تشخيص السرطان وعلاجه:

1.6. تشخيص السرطان:

غالبا ما يتأخر تشخيص السرطان بسبب تطوره الصامت، وقد يتم ذلك أحيانا خلال فحص طبي واختبار دموي، ويقوم التشخيص على فحص إكلينيكي.

يبدأ باستجواب دقيق مع جس لكل أعضاء الجسم ومناطقه الخاصة كالجلد، منطقة البطن، الأمعاء والعقد اللمفاوية، كما يجب القيام بفحوصات دقيقة بالنسبة لمناطق الإدخال أو الإخراج بالفتحة الشرجية.

كما تجري عدة فحوصات لتحديد نوع الورم، إذا كان السرطان حميدا أو خبيثا ويتم ذلك بالطرق التالية:

- استئصال الورم جراحيا و فحصه هذا ما يجري مع جميع الأورام الجلدية البسيطة ليزيل الورم كليا إن كان حميدا، أو تواصل الفحص إذا كان خبيثا.(ناجح الأغبر،1999،ص202).

- أو بإجراء البيوبسيBiopsie: وهو اختبار تشخيصي جد دقيق يشخص السرطان ويحدد نوعه، ويتم ذلك بأخذ عينة من الورم أو من الورم الانتقالي وفحصه وتسمح هذه التقنيات

الحديثة التقليص من اللجوء إلى الجراحة للقيام بالاختبار، فقد صار من الممكن الوصول إلى الورم عن طريق الجبس (Lalpitation) أو التصوير الطبي وتجري بعدها فحوصات متعددة على الجزء المأخوذ لتحديد نوع وخطورة الورم.(R) Encarta,Microsoft, 2009)).

وتجري كذلك فحوصات دموية والأخرى بالأشعة وفحوصات مناعية ونذكر البعض منها:

1.1.6.الفحص بالأشعة:

- الفحص بالأشعة السينية
- الفحص بالأشعة الصوتية
- الفحص بالرنين المغناطيسي الذي يتم الكشف بواسطته عن أورام أولية أو ثانوية يعمل حجمها 2 مم، مهما بعدت عن سطح ومثله في ذلك في حالة أورام المخ والأعصاب.

2.1.6. الفحوصات الدموية:

التي تكشف عن بعض المواد التي تفرزها بعض الأورام السرطانية وتسمى علامات الأورام (Tumorraux marquers) مثل:

- ارتفاع أنزيم (phosphatasce) في الدم في الحالة سرطان الكبد والعظام.
- وجود انتجين (CEP) (Antigen Carcinoem pryonie) في دم مرضى سرطان القولون.
- وجود البروتين (AFP) أي (Prostatic Specific Antiger) وأنزيم(Acid(Phosph بنسبة مرتفعة عند مرضى سرطان البروستات.
- وجود أنتحين CA19، CA125عند مرضى سرطان المبيضين وسرطان الجهاز الهضمي.

- ارتفاع نسبة البروتين (5.HIAA) أي (5 AIDHYDROSCY INDOL ACTIC)عند مرضي سرطان الأمعاء، وتبرز هذه العلامات عند تشخيص عودة ظهور السرطان وتطوره.
- إجراء مسح لعنق الرحم Le Frottis Du Columérin يسمح باكتشاف الورم مبكرا وبالتالي ينقص من خطورته.(ناجح الأغبر، 1999، ص 202)

2.6. عــلاج السرطان:

1.2.6.العلاج الطبي:

1.1.2.6.العلاج الجراحي: بدا استخدامه في القرن 19 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 سنه1891 باستخدام الاستئصال الجراحي والجذري في أول مرة في الثدي (حيث يتم استئصال الثدي كاملا ومعه الغدد اللمفاوية)،ومع حلول عام 1935سجل الأطباء إمكانية الاستئصال الجذري الناجح لجميع الأورام.

2.1.2.6. العلاج الإشعاعي: لقد اكتشف "رونتجن Rountjen "الأشعة الصينية "X_Rays"، واكتشف " بيكبورل Becpuerel "النشاط الإشعاعي، واكتشف "ماري كوري" الراديوم في سنة1898، وتم استخدام هذه الاكتشافات في علاج الأورام.

3.1.2.6. العلاج الكيميائي: بدا هذا في سنة 1943، بعد اكتشاف نجاح المواد الكيميائية التي استخدمت في الحرب العالمية الثانية الأورام اللمفاوية الهوجيكينية وهذه الأدوية تعمل على قتل الخلايا التي هي في طور التكاثر وعادة يكتفي بالعلاج الكيميائي وسرطان الغدد اللمفاوية، وتم استحداث عملية زرع النخاع التي تتم بعد إعطاء جرعات كبيرة جدا من المواد الكيميائية لتدمر كل خلايا الورم وتدمر النخاع العظمي للمريض.

4.1.2.6. العـلاج الهرمـوني:ويسـتخدم فـي الأورام المعتمـدة علـى الهرمونـات مثـل مضادات الايستروجين في أورام الثدي، ويتم استئصال الخصيتين في أورام البروستات لتقليل هرمونات الذكورة.

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

5.1.2.6. العـلاج الجينـي: حيـث يحـاول العلمـاء عـم طريـق الهندسـة الوراثيـة إن يتحكموا في الخلل الحادث في الجينات والذي يؤدي إلى حدوث السرطان.

6.1.2.6. العلاج المناعي: لقد ثبت أن الجهاز المناعي له الدور الكبير في معالجة السرطان ذلك في البحث والقضاء على الخلايا المصابة بالطفرات والتي تتكون يوميا في كل الأحوال، ولقد فكر في استخدام معدلات الاستجابة البيولوجية " réponse modifiers biological" في علاج السرطان.(احمد سالم بادويلان،2005،ص ص59-61).

بالإضافة الى العلاج الطبي يكون هناك دور فعال للأخصائي النفسي من خلال المتابعة وهذا يظهر في:

2.2.6.التكفل النفسي:

نظرا للمعاناة التي يعيشها المصاب بالسرطان عامة وذلك ابتداء من مرحله التشخيص الى غاية نهاية العلاجات الطبية، فهو بحاجة ماسة للمساعدة من اجل اجتياز هذه الوضعية وما يخلفه المرض من انعكاسات على المصاب والذي يتم من خلال الكفالة النفسية.

ففي ما يخص العلاج النفسي، فنجد العلاج النفسي الفردي الذي يعتبر الطريقة الأكثر تطبيقا مع المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة وتظهر لديهم مشاكل نفسية عديدة

وتهدف العلاجات الفردية أساسا إلى النقاط التالية:

- دعم المريض ومساعدته على التنفيس عل مشاعره.
- القضاء على الأزمات النفسية المعاشة من طرف الفرد.
- تكييف المريض مع مرضه وعلاجاته الطبية المختلفة.(Fisher ،2002 ،P337).

وبالإضافة إلى العلاجية الفردية هنالك العلاجية الجماعية، فالجماعة يمكن أن تكون جماعة من المرضى، كما يمكن أسرة المريض، ففي الحالة الأولى (جماعة من المرضى) تطبق عادة تقنيات معرفية سلوكية من استرخاء، أما في الحالة الثانية، أين تشكل الأسرة المجموع ويكون هنا العلاج يهدف:

- إعادة تنظيم البنية العائلية بمعنى تنظيم الأدوار.
- تطوير الاتصالات المباشرة والنقاشات مع الإفراد.
- مساعدة الأفراد على التعبير عن المشاعر السلبية كالشعور بالعجز، اليأس والإحساس بالمسؤولية والإعياء والتعب من حالة المريض، بالإضافة إلى المشاعر الناجمة عن تغيير الأدوار.
- محاولة إيجاد حلول تكيفيه بتقديم اقتراحات من طرف الأسرة.

ومن جهة يرى "جمال الخطيب" أن التدخل النفسي الاجتماعي في حالة مرضى السرطان يجب أن يستند إلى تطورين رئيسيين:

التــطور الأول:

متعلق بتحسن مسار المرض وزيادة عمر المرضى وذلك بسبب التقديم الحاصل في وسائل الكشف المبكر وكذلك العلاج، حيث لم يعد السرطان حكم الموت وأصبح أمام المرضى سنوات طويلة ليعيشوها أو ليتعايشوا مع المرض خلاله.

التطـور الثانـي:

متعلق بالكشف والمصارحة المنبثقة عن ضرورة احترام حقوق المرضى وضرورة إعلامهم بما يتعلق بأوضاعهم، ويهدف التدخل النفسي والاجتماعي إلى تحقيق هدفين رئيسين:

- تحسين نوعية حياة المريض.
- تحسين النتيجة العامة للعلاج.

لا تعني إصابة المريض بالسرطان أن تتحول حياته إلى سلسلة من الأزمات، وإنما يجب مساعدته عل تحسين نوعية حياته بكافة من مناحيها مثل تحسين الشهية للأكل، تحسين النشاط العام، التقليل من الخوف والقلق والشعور بعدم الطمأنينة والتقليل من مشاعر الحزن واليأس ومعالجة الكآبة، مساعدة المرضى على التكيف مع الظروف الجديدة، وكذلك مساعدتهم على تجاوز العوائق والإعاقات التي يخلفها المرض.

(http p://www.hayatnafs.com/specialtopics/guidliesworkers-cancer patints.htm 3/04/2015.h.12:00)

ولكي تكون الكفالة النفسية فعالة لابد أن يكون المريض على دراية كاملة بما يعانيه لكي يستطيع أن يقوم بمواجهته، والمعالج الذي لا يستطيع أن يقدم استفسارات عن المرض وعن أسئلة المريض لا ينجح في تحقيق الكفالة.

خـــلاصـــة الفصل:

من خلال هذا الفصل يمكن أن نقول بأن السرطان مرض خبيث لا سن محدد له بل يصيب كل الفئات العمرية على حد سواء، مما يجعل المصابين بـــه عرضة لخطر الموت

إلى العديد من الضغوطات النفسية التي تهدد حياة المريض وتعيق حياة المحيطين بـــه.

الفصل الخامس

تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

1. دراسة الحالة الأولى
2. دراسة الحالة الثانية
3. دراسة الحالة الثالثة
4. التحليل العام و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

1. دراسة الحالة الأولى

1.1. تقديم الحالة الأولى:

الاسم: (س) **الحالة الاجتماعية:** متزوجة وأم لخمسة أطفال

السن: 53سنة **الحالة الاقتصادية:** متوسطة

الجنس: أنثى **المستوى التعليمي:** جامعي

المهنة: ماكثة في البيت **مدة الإصابة:** عام ونصف

الأمراض السابقة: لا توجد **نوع الإصابة:** سرطان الرئة

2.1. ملخص المقابلة مع الحالة:

الحالة (س) تبلغ من العمر 53 سنة من مدينة باتنة متزوجة وأم لخمسة أطفال، الحالة الاقتصادية متوسطة، كانت تعمل في سلك التعليم لمدة تسع سنوات، ثم توقفت عن العملوهي الآن ماكثة في البيت، وزوجها تاجر، وهي مصابة بسرطان الرئة، وقد أصيبت بهذا المرض منذ عام ونصف، حيث تبين في بداية المرض أنه مجرد سعال عابر ثم تضاعف الأمر وازدادت الحالة سوءا، وعند معاينة الطبيب وإجراء الفحوصات، تبين أنها مصابة بورم خبيث في الرئة وهو في انتشار، توجهت الى مركز مكافحة السرطان، وهي تتلقى العلاج الكيميائي وهذا ما زاد من معاناتها.

3.1. تحليل المقابلة مع الحالة:

اتضح من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة والملاحظة العيادية أن الحالة انصدمت بمرضها الذي لم تتوقعه إطلاقا وهذا ما أكدته في قولها: "ماامنتش حسيت الأرض دور ودوخت وكي فطنت بقيت غير نبكي"، وقد لاحظنا أن الحالة تعاني من الخوف وهو ناتج عنالخوف من تطور المرض واستفحاله وذلك في قولها: "ماتقبلتوش سيرتو عالول

علابالي فيه ريسك ومعناه راح نموت".وأيضا عن مصير الإصابة بهذا المرض، يعني هل يوجد علاج شافي له واتضح ذالك في قولها: "راني ديما نقول للطبيب إذا كاين دوا ولا حل قولي".

الحالة تعاني التفكير الدائم بحالتها المرضية، مما يؤدي أحيانا لأعراض قلق ظاهرة وذلك حسب تصريحها: "نتقلق ونزعف كي نخمم في المرض نتاعي"، وقد أكدت الحالة أنها تعاني من أفكار لا عقلانية في الليل، في قولها: " في الليل نعود نخمم في حوايج أنورمال نشوف غير الموت قدامي سيرتو كي يحكمني سطر"،كما لاحظنا أيضاان الحالة تعاني من الأرق وذلك حسب قولها: "ونرقد ونفطن في الليل، نومي مكسرابنتي"، هذا ما يشير إلى أن حالتها النفسية مضطربةمابين الخوف والقلق والأفكار السلبية المتمحورة حول الموت.

كما تؤكد الحالة أن حياتها كلها محصورة حول مرضها الآن " ولاة حياتي كامل مرض" فهي تواجه خطر الموت وذلك من خلال البحث عن مخرج يخلصها من حياتها هاته، وفي حديثها عن تغير معاملتهم لها بعد الإصابة، صرحت الحالة: "كامل واقفين معايا سيرتو راجلي ولاتي ديما معايا راه ساعات يخلي خدمتوا ويجي معايا لسبيطار والحاجة ألي نسخف عليها يجيبهالي الحق نتاع ربي مبصح الله غالب ديما حاسة حاجة ناقصتني"، رغم المساندة العاطفية من الزوج والأبناء إلا أنها تشعر بنوع من النقص في حياتها وعدم الرضا.

وهذا ما زاد من قلقها وحزنها،إذ تشعر بالضعف والوحدة من خلال قولها: "حسيت روحي نشفهم مرات نبغي نقعد وحدي تغيضني روحي شوفي واش كنت واش واليت"، أي أن الحالة تحس بالشفقة.

صرحت الحالة أنها أصبحت لا توفق بينواجباتها المتمثلةفي القيام بالمهام المنزلية والقيام بالعلاج الذي يستنفذ طاقتها ووقتها في قولها: "نعيا بزاف وما نقدرش نكمل الخدمة"

وكمحاولة للهروب من التفكير في حالتها المرضيةالتي يملاها التوتر والضغط النفسي والذي يسببه الخوف من الموتأصبحت الحالة تكثر من النوموالطبخكما في قولها: "وليت نشتي نطيب وساعات نرقد فوق اللازم".

كما لاحظنا أن الحالة لا تتقبل الالتزام بالعلاج الذي ينتابها بسبب الخوف من المستقبل وهذا بقولها: "راني خايفة بزاف لا نموت ونخلي ولاتي"، وهذا اعتراف صريح من الحالة أنها تخاف بشدة من الموت ولا تعرف كيف ستخرج من هذه الحالة خاصة أثناء العلاج الكيميائي حيث تأثيره القوي يجعلها ترى الموت حيث صرحت: "كيما نذير دوا نحس روحي راح تطلع".

ونجد أيضا المستشفى لا يساعدها البتة على نسيان مرضها بل يعمق جراحها وأفكارها السوداء عن المرض في قولها وهي تبكي: "كرهت سبيطار ما نقدرش نقعد فيه... حتى روحي...بكاء"، كما صرحت الحالة أن ليس لديها أصدقاء في المستشفى وهو ما يبين تحاشيها وتهربها من الكلام من خلال قولها: "ما نحب نحكي مع حتى واحد ربي يشفيهمويشفيني وخلاص"، فعدم تكوين الصداقات مع المرضى وذلك تجنبلمعاناتهم التي تشعرها بالقلق والخوف الشديد وتجعلها غير مرتاحة من خلال قولها: "ما نحب نحكي مع حتى واحد لخاطر راهم يهدروا غير على لمرض".أما عن أمنياتها فتتمنى الحالة أن تستعيد حالتها السابقة وأداء عمرة في قولها: "نتمنى نرجع كيما كنت بكري مع تنهيد ربي يعطيني صحتي ونذير عمرة".أما الخوف من فشلها في تحقيق أحلامها فقد صرحت المفحوصة:"الي تمنيتوا لمرض ماخلاني نخمم فيه حتان راح نقول نفشل ولا لا"

4.1 تطبيق الاختبار وتحليله مع الحالة:

1.4.1. تطبيق اختبار قلق الموت لتمبلر على الحالة الأولى:

الجدول رقم (1) يوضح نتائج إختبار قلق الموت مع الحالة الأولى

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

2.4.1. تحليل نتائج اختبار قلق الموت لتمبلر على الحالة الأولى:

اتضح من خلال الجدول وجود قلق الموت مرتفع عند الحالة الأولى وذلك نتيجة لحصولها على الدرجة (13) حيث تنحصر بين الدرجة (9-15)، فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها في الاختبار، وبالتالي الحالة تعاني من قلق الموت مرتفعوهذا ما ظهر من خلال الملاحظة، إذ أنها أجابت بنعم على كل البنود التي تثبت وجود قلق الموت(10،11،12،14،1،4،8،9) وهو ما يثبت أن الحالة تسيطر عليها فكرة الخوف من الموت وكذلك الخوف من المستقبل، وعدم قدرتها على التكيف ومعايشة المرض ومحاولة الهروب منه، ووجود قلق الموت مرتفع عند الحالة راجع الى معاناتها من مرض السرطان.

5.1 التحليل العام للحالة:

من خلال المقابلة العيادية النصف الموجهة التي دعمتها الملاحظة العيادية ونتائج اختبار قلق الموت تم التوصل إلىأن الحالة تبدو عليها ملامح الحزن والضيق جراء خوفها من الموت بسبب إصابتها وهو ما يطابق تحصلها على درجة مرتفعة في اختبار تمبلر لقلق الموت وهذا ما راه يودلكسي: "أن القلق هو إدراك الفرد بان حياته محدودة ولابد أن تنتهي بالموت".(عادل شكري محمد كريم،2005، ص85).

كما لاحظنا أن الحالة تحاول تجنب المرض والهروب منه وهذا ما أطلق عليه "هيجنز أندلر": "أسلوب التوجه نحو التجنب"ويقصد به محاولة الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة أو أن يكتفي بالانسحاب منها".(حسين فايد،2001،ص8).

حيث حاولت الحالة أن تهرب وتتجنب الأشياء التي تذكرها بمرضها كالمستشفى وتكوين علاقات مع المرضى رغم الدعم الاجتماعي لكي تتمكن الحالة من مواجهة ضغوط المرض وأثاره بما فيها الموت.

فالحالة تخاف من المستقبل وذلك ظاهر في عدم إجابتها عن تساؤل الذي يدور حول الخوف من الفشل في تحقيق أحلامها بعد إصابتها، وظهور كل هذه المؤشرات دليل على أن الحالة تعاني من قلق الموت بسبب المرض.

2. دراسة الحالة الثانية

1.2.تقديم الحالة الثانية:

الاسم: (م) **الحالة الاجتماعية:** متزوج وأب لأربعة أطفال

السن: 54سنة **الحالة الاقتصادية:** جيدة.

الجنس: ذكر **المستوى التعليمي:** جامعي.

المهنة: أستاذ بالمتوسطة **مدة الإصابة:** 8 أشهر

الأمراض السابقة: لا توجد **نوع الإصابة:** سرطان الكبد

2.2.ملخص المقابلة مع الحالة:

الحالة (م) يبلغ من العمر 54 سنة متزوج يعيش في أسرته المتكونة من أربع أولاد،زوجته ماكثة في البيت، عمل كأستاذ في التعليم المتوسط في تدريس اللغة العربية ثم ترقىإلى مستشار عام للتربية، ذو مستوى اقتصادي جيد، وهو مصاب بسرطان الكبد، ظهر المرض منذ ثمانية أشهر، حيث تعرض إلى وعكة صحية تبين من خلالها بعد إجراء عدة فحوصات انه مصاب بورم خبيث على مستوى الكبد دون أن يكون الورم قد تنقل إلى عضو آخر، فقام بإجراء عملية جراحية، وتم إرساله الى مركز مكافحة السرطان بباتنة للقيام بالعلاج الكيميائي والإشعاعي.

3.2. تحليل المقابلة مع الحالة:

من خلال المقابلة العيادية النصف الموجهة والملاحظة العيادية يظهر على الحالة التوتر والخوف من المرض الذي تعاني منه، حيث كانت هذه الملامح ظاهرة على وجهها كالاحمرار، و التعرق، وعض الشفاه لمرات، فقد صرحت الحالة "راني ما نيش مليح ابنتي".

فالحالة لم تتوقع أبدا الإصابة بهذا المرض مما جعلها تدخل في حالة من القلق والخوف وهذا ما يظهر في قولها: " نهار اللي سمعت بهذا المرض قلقت وخفت منوا"، وقد بدا على الحالة عدم تقبله للمرض في بداياته ثم رضخ لأمر الواقع إذ صرح قائلا: "ما تقبلتوش المرة الأولى ومن بعد قلت حاجة نتاع ربي رانا أوكل ماشين ليها اليوم ولا غدوة".

رغم كل هذا الحالة تعاني من الخوف من المستقبل إلا أن الحالة لا يفكر في نفسه بل يفكر في أولاده وهذا حسب قوله: "صحتي في الحق رشات راني نخمم في ولادي ومرتي كيفاه راح يعيشوا بلا بيا"، حيث أن الحالة يمعن كثيرا التفكير في إصابته التي تجعله يخاف من الموت بالإضافة إلى تخوفه على أولاده في المستقبل بدونه، وهذا انعكس عليه من خلال الأرق والكوابيس التي تظهر في نومه قائلا: مانقدرش نرقد مليح في الليل غير التخمام والزعاف و كيما نجي نرقد باه نرتاح من تخمام نشوف روحي ميت".

فالآلام والمعاناة الجسدية التي تعاني منها الحالة زادت من شدة خوفها وتفكيرها في الموت قائلا: "كيما يجيني السطر نقول راح نموت ضرك".بالرغم من الخوف الشديد إلا أن الحالة لم تتغير حياتها باستثناء مرضها وهذا ما أكده في قوله: "ما تبدل والو في حياتي غير مرضي والروحان للسبيطار". أما في المستشفى الحالة تشعر بالقلق والتفكير المستمر بالمرض، مع التحدث والتعرف على المرضى حيث صرحت في قولها: "ا نقلق في سبيطار و تخمام يكثر عليا... تعرفت على مرضى ياسر هنا ونحكي معاهم نورمال ".

ويظهر على الحالة أنها لم يعاني من الوحدة واهتمام زوجته وأهله به جعله يطمأن نوعا ما ويظهر ذلك في قوله: "الحق نتاع ربي مرتي قايمة بيا ملي مرضت وكامل فاميلتي واقفة معايا". فالحالة مازالت اجتماعية مع العائلة والأصدقاء وذلك في قوله: "راني نخرج ديما مع مرتي و ولادي انحوس ونروح نريح مع صحابي قعدات كيما أيام زمان" مما يشير الى أن الحالة لا تعاني من الوحدة والعزلة وهذا من خلال التواصل الاجتماعي والبحث عن حلول.

فالحالة محب لعمله وممارسته للنشاطات الرياضية لتخفيف من التفكير في حالته المرضية في قوله: " مازلت نقعد مع صحابي في الخدمةونحب نلعبsport. أما أمنياتها أن تشفى مع خوفها من الفشل في تحقيق طموحاتها وهذا من خلال قولها: "نطلب من ربي نرتاح وراني خايفة نتاع صح ما نديرش واش تمنيت".

4.2. تطبيق الاختبار وتحليله مع الحالة:

1.4.2. تطبيق اختبار قلق الموت لتمبلر على الحالة الثانية:

الجدول رقم (2) يوضح نتائج اختبار قلق الموت مع الحالة الثانية

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

2.4.2. تحليل نتائج اختبار قلق الموت لتمبلر على الحالة الثانية:

اتضح من خلال نتائج جدول اختبار قلق الموت لتمبلر بأن الحالة تعاني من قلق الموت، هذا ما تبين من خلال حصولها على الدرجة(12) حيث تقع بين الدرجة (9-15) التي تشير إلى وجود قلق الموت مرتفع من خلال الإجابة على بنود الاختبار، وهذا دليل على شعورها بعدم الأمان من خلال الانفعالات الزائدة وهذا ما يتطابق مع ما لاحظناه في بداية المقابلة حيث أن الحالة ينتابها خوف شديد من المرض وذلك ما جعلها تبحث عن دعم وسند ومن هنا نستخلص أن الحالة تعاني قلق الموت المرتفع وهذا راجع الى معاناتها من المرض.

5.2. التحليل العام للحالة:

من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة المدعمة بالملاحظة العيادية والنتائج التي تحصلنا عليها من اختبار قلق الموت، أن مستوى قلق الموت لديها مرتفع فقد تحصلت على الدرجة (12) على مقياس قلق الموت لتمبلر، إن الحالة تعاني من الخوف شديد من الموت والقلق

منذ إصابتها بهذا المرض وهذا ما أكده "ثوران": "إن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك تماما أن نهايته حتمية وان الموت قد يحدث في أي لحظة وان توقع حدوثه فجأة يعد التنبيه الأساسي للقلق عند الإنسان".(حنان عبد الحميد العناني،2000، ص67).

وما جعلها تنسى مرضها السند والدعم من طرف الأهل والأصدقاء ومحاولة مواجهتها من خلال حب العمل وممارسة الرياضة، وبالتالي الحالة لا تعيش في عزلة اجتماعية. فهي في تواصل مع المحيط الذي تعيش فيه، فالمساندة الأسرية (أي ترابط الأسرة) وإدراك الفرد المصاب بدفء الوالدين إلى إمكانية وجود أنظمة المساندة الاجتماعية تشجع الفرد على مواجهة الضغوط والتخفيف من حدة وقعها.(حسين فايد، 2006، ص98)

ومنه المفحوص يعاني من قلق الموت المرتفع لإصابته بالسرطان الكبد الذي اثر على نفسيته فقد اتسمت حالته بالإحباط والقلق والخوف الشديد على مستقبله، خاصة في تحقيق أحلامه.

3.دراسة الحالة الثالثة :

1.3.تقديم الحالة الثالثة:

الاسم: (ح) **الحالة الاجتماعية:** عازبة

السن: 42 سنة **الحالة الاقتصادية:** ضعيفة

الجنس: أنثى **المستوى التعليمي:** أمية

المهنة: ماكثة بالبيت **مدة الإصابة:** عام

الأمراض السابقة: فقر الدم **نوع الإصابة:** سرطان الثدي

2.3.ملخص المقابلة مع الحالة:

الحالة (ح) تبلغ من العمر42 سنة مقيمة بمدينة باتنة وهي الثانية من بين أخواتها الستة،غير متزوجة ،ماكثة في البيت،والديهامتوفيان،وهي ذات مستوى اقتصادي منخفض ومستواها التعليمي أمية، وهي مصابة بالسرطان الثدي منذ عام، تقوم بالعلاج بمركز مكافحة السرطان بباتنة فهي تعيش في ظروف السيئة، وهي الأخت الكبرى في الأسرة وتقيم عند أختها، تحملت المسؤولية منذ طفولتها فقد خافت الحالة وقلقت جراء ظهور حبة صغيرة في ثديها ثم بدأت الحبة تسيل إلا أنها لم تكن مبالية بها لكن ما إن بدأت تحس بالوجع فسارعت بالذهاب إلى طبيب جلد فانصحها بإجراء تحاليل فظهر أن لديها ورم خبيث في ثديها فقامت باستئصالها لكن بعد أشهر عادت الحالة كما كانت، فالتحقت بالمركز مكافحة السرطان بباتنة لتخضع للعلاج الكيميائي فهي لم تجد أي سند عند سماعها بإصابتها بالمرض وهذا ما زاد من معاناتها .

3.3.تحليل المقابلة مع الحالة:

من خلال المقابلة النصف موجهة واعتمادنا على الملاحظة العيادية مع الحالة اختبار تبين أنها عاشت في ظروف سيئة فالحالة قلقة وتعاني فعلا من إصابتها بالسرطان وذلك كان ظاهر في بكائها وتضايقها عند بداية الحديث عن مرضها "راني خايفة نموت" ، رغم

جهلها عن ماهية هذا المرض في البداية وبمجرد معرفة خطورته شعرت بالخوف والقلق الشديد وهذا اتضح في قولها: "تقلقي وتخافي بسيف عليك منوا"، كما نجد أن الحالة لم تتقبل الإصابة بالمرض وهذا ما أكدته بقولها: "ماتقبلتوش راه قلقني وتعبني وقتي راح غير في دوا وسبيطار"، إذ أن عدم تقبلها للمرض جعلها تجد صعوبات في التعايش مع خطورة هذا المرض مع مايحمله من تعقيدات فقد قلب حياتها رأس على عقب.

فالحالة تعيش في قلق مستمر عند التفكير في مرضها حيث صرحت في قولها: "خايفة نموت وراني نتقلق بلا سبة ونحاول ديما ما نخممش فيه بزاف بصح ما نقدرش".

وعليه فالمرض ترك صدمة قوية على الحالة لدرجة أنها عجزت عن مقاومة القلق والأفكار التي يثيرها المرض، إذ أنها أصبحت تعاني من عدة اضطرابات تظهر في فقدان الشهية، الأرق الشديد والكوابيس وهذا حسب تصريح المفحوصة"ما ناكل ما نرقد مليح غير تخمام ونشوف غير لمنامات لموش مليحة".

فالحالة تعاني من الوحدة وهذا ما جعلها تفقد الأمل فبالرغم من معاناتها من انخفاض المستوى المعيشي، إلا أنها أصبحت لا تتحمل حياتها على هذه الصورة فعند الحديث عن عائلتها ومعاملتهم وخاصة الاضطهاد الذي تعيشه الحالة من طرف أختها فلا احد يساندها فهي تشعر باللامبالاة الناس لها حتى أقربهم لا قبل ولا بعد الإصابة بالمرض صرحت قائلة: "ولي ضرني كي نقلهم عاونوني يقولولي وش يخصك راكي تشربي وتاكلي ودوا رانا نخلصولك فيه وكان موتي ماعندكش على من راح تخمي لا راجل لا ولآد".

فالحالة لا تستطيع القيام بالمهام المنزلية نظرا لتأثير العلاج الكيميائي ومعاناتها منه وذلك حسب قولها: "كيما ندير دوا نحس بالدوخة والفشلة وقلبي يدور عليا".

عند قيامها بالأعمال المنزلية وهذا في قولها "ما نقدرش نكمل القضية نتاع الدار وزيد ديما وحدي نقعد" فالحالة تعاني من العزلة وقد اتضح أيضا أن الحالة تكره المستشفى ومن فيه وهذا بقولها: "كرهت السبيطار واسم السبيطار والطبيب والناس اللي فيه اوكل"، فهي لم

تكون مع المرضى حيث تتجنب وتتهرب من الحديث معهم كونهم يتكلمون دائما عن مرضهم.فصرحت في قولها: "لا لا راه الي زاد اللي زاد كرهني في لسبيطار حكاياتهم غير على لمرض".مما نستنتج إن لديها حالة من العزلة الاجتماعية .

أما عن أمنياتها فهي تتمنى أن تعود إلى حالتها السابقة في قولها "راني بغيت نرتاح من كل شئ هموم الدنيا ومرضي والله يا بنتي العزيزة غير حاجة ربي ما تضرك قد ما يضرك لعبد لي معاك" وعن خوفها من الفشل في تحقيق أحلامها صرحت الحالة: " ألي تمنيتوا من بكري راح مازالت صحتي زادت كملت "

4.3. تطبيق الاختبار وتحليله مع الحالة:

1.4.3. تطبيق اختبار قلق الموت لتمبلر على الحالة الثالثة:

الجدول رقم (3) يوضح نتائج اختبار قلق الموت مع الحالة الثالثة

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

2.4.3. تحليل نتائج اختبار قلق الموت لتمبلر على الحالة الثالثة:

يتضح من خلال الجدول الممثل للحالة الثالثة وجود ارتفاع في درجة قلق الموت وذلك بحصولها على الدرجة (13)حيث تقع بين الدرجة (9-11) التي تشير إلى وجود قلق الموت مرتفع من خلال الإجابة على بنود الاختبار وهذا ما يفسر عدم تقبل المفحوصة لأوضاعها وعدم قدرتها على التكيف للوصول إلى الراحة والاطمئنان، حيث يظهر قلق الموت هنا مرتفع بصفة مباشرة من خلال العوامل المفجرة شملت الوضع المادي والصحي كما تبين أن الحالة تعيش في حالة خوف وقلق مستمر.

5.3. التحليل العام للحالة:

من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة التي أجريت مع الحالة والملاحظة العيادية والنتائج المتحصل عليها من اختبار قلق الموت لتمبلر أن الحالة غير مرتاحة وتعاني من

قلق الموت مرتفع فقد تحصلت على درجة(13) وهذا ما جاء في الجدول، لهذا ظهر على الحالة الخوف من الموت والقلق الشديد فحسب النظرية النفسية الفرويدية:" القلق هو شعور غامض و غير سار بالتوتر".(خولة احمد يحي،2000،ص198).

فالحالة تشعر بالنقص والضياع وباللامبالاة الناس لها حتى من أقرب الناس، وهذا ما ذكرته "كارين هورني":"هته الانفعالات نابعة من شعور الفرد بالعجز والضعف والحرمان الذي ينموا تدريجيا من خلال تأثير المحيط ".

(حنان عبد الحميد العناني،2005، ص117)

كما أن ملامح الحزن والقلق عبرت عنه بالبكاء المستمر طيلة المقابلة هذا دليل على عدم تقبلها لحقيقة وضعها الحالي، حيث يعرف"وولمان wolman" الاكتئاب على أنه الإحساس بمشاعر الحزن واليأس والعجز والنقص وهل هذه الأعراض يمكن أن تعبر عن اضطرابات عديدة وعامة يمكن لهذه المشاعر أن تحدث لدى الأفراد الأسوياء.

(http//iraqshia.net/vb/show thread) 23.04.2015.13: 15.

كما أن الحالة تعاني الخوف من المستقبل وهذا بسبب الظروف القاسية التي تعيشها وما زاد من قلقها فهي لم تستطيع التكيف مع البيئة المحيطة بها، فالحالة تعاني من قلق الموت.

4. التحليل العام و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

من خلال النتائج المتحصل عليها في دراستنا للحالات الثلاث المصابة بالسرطان وإجرائنا وتحليلها للمقابلات العيادية واعتمادنا على الملاحظة العيادية ونتائج المتحصل عليها من اختبار قلق الموت لتمبلر أن الحالات الثلاث لديها مستوى مرتفع في قلق الموت، إذ أن كل الحالات تحصلت على درجة مرتفعة في اختبار تمبلر لقلق الموت والتي تراوحت درجتهم بين (12-13). ومنه نستنتج أن الفرضية الأولى تحققت والتي مفادها يعاني الراشد المصاب بالسرطان الخوف من الموت عند الحالات الثلاث، أما الفرضية الثانية فتحققت مع

الحالتين الأولى و الثالثة والتي مفادها يعاني الرشد المصاب بالسرطان من العزلة الاجتماعية ،فقد ظهر ذلك في الانطواء والقلق والخوف من الموت عند الحالتين، لكنها لم تتحقق مع الحالة الثانية والتي أثبتت ميول لإقامة علاقات اجتماعية وبالتالي تحقيق التكيف الاجتماعي، كما تحققت الفرضية الثالثة مع الحالات الثلاث والتي مفادها يعاني الراشد المصاب بالسرطان الخوف من المستقبل، وبهذا تم التعرف على الحالة النفسية للمصاب بالسرطان.

وفي الأخير توصلنا إلى أن الفرضية العامة والتي مفادها: يعاني الراشد المصاب بالسرطان من قلق الموت قد تحققت في دراستنا.

خاتمة:

من خلال هذه الدراسة نستخلص أن مرض السرطان من أخطر الأمراض التي واجهتها الإنسانية، كون هذا الداء ليس له علاج واضح بالرغم من وجود بعض العلاجات الفعالة على بعض أنواع السرطان والذي يؤدي بدوره إلى ظهور جملة من الأثار النفسية التي يتركها هذا الداء والتي يصعب على المريض التخلص منها، ومن بين هذه الأثار نذكر منها قلق الموت الذي يعتبر أهم أثر ناتج عن هذه التجربة المرضية والتي يعيشها المريض مع وعيه بخطورة المرض وعدم جدوى العلاج.

جاءت نتائج هذه الدراسة تثبت تحقق الفرضية العامة قيد الدراسة بأن الراشد المصاب بالسرطان يعاني من قلق الموت، وارتفاع مستوى قلق الموت ظهر عند الحالات الثلاث من خلال ما جاء في المقابلات ونتائج الاختبار، حيث نجد الفرضية الاولى تحققت بأن الراشد المصاب بالسرطان يعاني الخوف من الموت عند الحالات الثلاث، و الفرضية الثانية تحققت بأن الراشد المصاب بالسرطان يعاني من العزلة الاجتماعية عند الحالة الاولى والثالثة لكن لم تتحقق مع الحالة الثانية لانه استطاع تحقيق التكيف الاجتماعي، اما الفرضية الثالثة فاتحققت عند الحالات الثلاث بأن الراشد المصاب بالسرطان يعاني الخوف من المستقبل.

وبغض النظر عن النتائج المتحصل عليها فاتحققها يبقى نسبيا، لأنها قابلة للنقد والنقاش وخصوصا وأنها متعلقة بمجموعة البحث وظروف إجرائه.

يمكن القول أن متغيرات هذه الدراسة جديرة بالبحث وتستدعي الإهتمام والتعمق من أجل فهم هذه الفئة من المجتمع فمازال الأمل قائما.

توصيات ومقترحات

خلال ما توصلت اليه الدراسة من نتائجنقترح مايلي:

1- الاهتمام بالمختص النفسي ودوره في مصلحة مكافحة السرطان الذي يرفع همة المريض في مواجهة الوضع واتباع تعليمات الطبيب بدقة.

2-المساهمة في تطبيق العلاج النفسي الجماعي في مختلف المستشفيات.

3-البحث عن استراتيجيات المواجهة للتخفيف من قلق الموت لدى المصابين بمرض السرطان.

قائمةالمراجع

1/المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم الخطيب، (1997)، **اساسيات علم الأورام**، ط1، دار اليازودي العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
2. إبراهيم ماجدة خميس، (1996)، **قلق الموت لدى بعض المرضى العضويين.**
3. أحمد سالم بدويلان، (2005)، **السرطان مازال الأمل باقيا**، ط1، مؤسسة الريان للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، بيروت.
4. أحمد محمد عبد الخالق، (1987)، **قلق الموت**، ب.ط، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
5. احمد محمد عبد الخالق، (1998)، **قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده**، المجلة العربية للعلوم الانسانية، العدد64.
6. أحمد محمد عبد الخالق، (1998)، **الصدمة النفسية**، ب ط، مطبوعات جامعة الكويت.
7. أديب المحمد الخالدي، (2009)، **المرجع في الصحة النفسية نظرية جديدة**، العراق ط3.
8. أشرف محمد عبد الغني، أميمة محمود، (2003)، **الصحة النفسية**، ب.ط.
9. أمال محمد عبد المنعم، (2006)، **الإرشاد والتفسير مواجهة الضغوط النفسية**، ط1 مكتبة الشرق للنشر والطبع، القاهرة.
10. بدري محمد الأنصاري، (1996)،**سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان**، مجلة الأبحاث للعلوم الإنسانية، جامعة الكويت.
11. جاسم محمد عبد الله المرزوقي، (2008)، **الأمراض النفسية وعلاقتها بأمراض العصر**ط1، دار العلم والإيمان، الإسكندرية.
12. جاك شورن، ت. كامل يوسف، (1978)، **الموت في الفكر الغربي سلسلة علم المعرفة**، الكويت.

13. جمعون ياسين،(2012)، **تأثير قلق الموت على إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان**، مذكرة مكملة لشهادة الماستير في علم النفس العيادي، جامعة البويرة.

14. حامد عبد السلام زهران، (1997)، **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط2، عالم الكتب للنشر والطباعة، القاهرة.

15. حسين فايد ،(2002)، **الإضطربات السلوكية (تشخيصها، أسبابها، علاجها)**، ط1 دار طيبة للنشر والتوزيع ، القاهرة.

16. حسين فايد، (2006)، **دراسات في الصحة النفسية**، ب.ط، دار طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة .

17. حسين فايد، (2001)،**المشكلات النفسية الإجتماعية**، ط1، دار طيبة للنشر والتوزيع القاهرة.

18. حنان عبد الحميد العناني، (2000)، **الصحة النفسية**، ط1، دار الفكر والطباعة والنشر والتوزيع.

19. خولة احمد يحيى، (2000)، **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، ط1، دار الفكر عمان.

20. ذوقان عبيدات، ت.سهيلة أبو السميد، (2002)، **البحث العلمي (البحث النوعي والبحث العلمي)**، ط1، دار الفكر، عمان.

21. راجح أحمد عزة، (1994)، **أصول علم النفس**، ب.ط ، المكتب المصري الحديث الإسكندرية .

22. رجاء محمود أبو علام، (2001)، **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية**، ط1 دار النشر للجمعيات، مصر.

23. زعتر نور الدين،(2008)، **فعالية برنامج علاج نفسي إسلامي مقترح في تخفيض القلق**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، جامعة بسكرة.

24. زياد بركات،(2006)، **سمات الشخصية المستهدفة- دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض**، مجلد جامعة النجاح بأبحاث.

25. سامر رضوان، (2002)، **الصحة النفسية**، ط1، دار المسيرة للنشرة والتوزيع والطباعة.

26. شيلي تايلور، ت. وسام درويش وفوزي شاكر، (2008)، **علم النفس الصحي**، ط1 دار حامد للنشر والتوزيع، الاردن.

27. عادل شكري محمد كريم، (2005)، **المخاوف المرضية (قياسها، تصنيفها تشخيصها)**، ب ط، دار المعرفة الجامعية.

28. عبد الكريم قاسم أبو الخير، (2002)، **التمريض النفسي**، ب ط ، دار وائل للطباعة والنشر، الأردن .

29. عبد اللطيف محمد ياسين، (1988)، **السرطان أسبابه والوقاية منه**، ط1، القاهرة

30. عبد اللطيف محمد ياسين، (1988)، **السرطان أسبابه والوقاية منه**، ط1، المكتب للنشر والتوزيع، القاهرة.

31. عبد المنعم الحنيفي، (1992)، **موسوعة الطب النفسي**، ط1، مكتبة مدبوتي، القاهرة.

32. عطوف محمود ياسين، (1981)، **علم النفس العيادي**، دار العلم للملايين، بيروت.

33. فاروق السيد عثمان، (2001)، **القلق وإدارة الظغوط النفسية**، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.

34. مالكوم شوارتز، ت. أبو سعد، (1988)، **السرطان ما هو وأنواعه**، ط1، الدار العربية للعلوم، لبنان.

35. محمد الأنصاري بدر، (1996)، **الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان**، ط1 كلية العلوم الإجتماعية.

36. محمد حمدي الحجاز، (1998)، **مدخل إلى علم النفس المرض**، ط1، دار النهضة القرطوبية، للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت.

37. محمد خان، (2011)، **منهجية البحث العلمي**، ط1، منشورات مخبر أبحاث في اللغة والأدب، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.

38. محمد فوزي جيل، (2002)، **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**، ط2، المكتبة الجامعية الأزاريطة الإسكندرية، المكتبة الجامعية.

39. محمد قاسم عبد الله، (2001)، **مدخل إلى الصحة النفسية**، ط1، دار الفكر والطباعة للنشر والتوزيع.

40. محمد نبيل عبد الحميد،(1995)، **قلق الموت وعلاقته بكل من دافعية الإنجاز ونوعية التعليم**، عينة من طلبة الجامعة، مجلة علم النفس، العدد 35.

41. مصطفى غالب، (1989)، **التغذية العلاجية**، ط1، مجموعة النيل العربية، القاهرة.

42. مصطفى غالب، (1981)، **التغلب على الخوف**، ط1، مكتبة الهلال.

43. موريس ستون، ت. فوزي بشير، (بدون سنة)، **الحقيقة الواضحة عن السرطان**، ط1، دار العصرية للنشر، بيروت.

44. ناجح الأغبر، (1999)، **الامراض المناعية منشورات المجتع الثقافي**، ط1، إ.ع المتحدة.

45. ناظم هاشم العبيدي، صالح حسن الداهري، (1999)، **الشخصية والصحة النفسية** ط1، دار الكندي للنشر والتوزيع.

46. وليدة مرازقة، (2008)، **مركز ضبط الالم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة، جامعة باتنة.

المراجع باللغة الأجنبية:

1. B.Horrni,(2001), **cancérologie et hématologie**, Edition Masson, paris.
2. Bautaunier, (f) (1986), **l'angisse**, 3em édition maisons, paris .
3. D.Belpemme, DEJB. Bailliére,(1976),**Cancerlogie Générale**.
4. FicherG.N, (2002), **traite de psychologie de samte edition** Dunod, paris .
5. Fontains et Al ,(1984), **chimique de thérapies compartementables**, de marlayat , Belgique .
6. Gustave N,(2002), **psychologie de la santi sous**, la diraction round,paris.
7. Marie Pierre ,Lovallois, (2003) , **La rousse medicale nouvelle** ,edition,quabec.
8. Scheitzer N Daly et d'autre,(2003),**cancerologe clinique**,6eme edition,masson,paris.
9. Speillger,(1993), **contenparrnv behavionan therapy**,my file,publishing company.

المواقع الإلكترونية:

1. http://www.hayatnafs.com/specialtopics/guidlinesworkers-cancer patints .htm.
2. (R) Encarta. Microsofit (2009).
3. http://ira qshia.net/vb/Show thread.

الملاحق

الملحق رقم (1)

محاور المقابلة:

المحور الأول: الخوف من الموت

1. هل تخاف من المرض الذي تعاني منه؟
2. هل تتقبل المرض الذي تعاني منه؟
3. هل تتعايش معه؟
4. هل تستطيع النوم؟

المحور الثاني: العزلة الاجتماعية

1. هل تعاني من الوحدة بعد الإصابة؟
2. هل تغيرت حياتك بعد الإصابة؟
3. هل كونت علاقات مع المرضى في المستشفى؟
4. ما هو إحساسك وأنت في المستشفى؟

المحور الثالث: الخوف من المستقبل

1. ماهي أمنياتك في المستقبل؟
2. هل تعتقد أن المستقبل أمر يستدعي الخوف؟
3. هل تخاف من الفشل في تحقيق أحلامك بعد الإصابة؟

الملحق رقم (2)

مقياس دونالد تمبلر لقياس قلق الموت

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	ص	خ
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 من احتمال أن تجرى لي عملية جراحية.	ص	خ
5- لا أخاف إطلاقا من الموت.	ص	خ
6- لا أخاف بشكل خاص بالإصابة بأي مرض خطير.	ص	خ
7- التفكير في الموت لا يزعجني إطلاقا.	ص	خ
8- أتضايق كثيرا من سرعة مرور الوقت.	ص	خ
9- أخشى أن أموت موتا مؤلمتا	ص	خ
10- إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا	ص	خ
11- أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية	ص	خ
12- كثيرا ما أفكر كم هي الحياةقصيرة فعلا	ص	خ
13- أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن حرب عالمية ثالثة	ص	خ
14- يرعبني كثيرا جسد الميت	ص	خ
15- أرى أن المستقبل يحمل شيئا يخيفني	ص	خ

المقابلة كما وردت مع الحالة الأولى:

المحور الأول: الخوف من الموت

س: هل تخاف من المرض الذي تعاني منه؟

ج: ما أمنتش وحسيت الأرض تدور ودخت وكيما فطنت بقيت غير نبكي راني ديما نقول للطبيب إذا كاين دوا ولا حل قولي لاخاطر نتقلق ونزعف كي نخمم في المرض نتاعي.

س: هل تتقبل المرض الذي تعاني منه؟

ج: ماتقبلتوش سيرتو علاولى علابالي بلي فيه ريسك ومعناه راح نموت، وكيما نذير الدوا نحس روحي راح نموت وروحي راح تطلع، وكيما نروح نعيا بزاف ومانقدرش نكمل الخدمة.

س: هل تتعايش معه؟

ج: ولات حياتي كامل مرض.

س: هل تستطيع النوم؟

ج: في الليل نعود نخمم في حوايج أنورمال سيرتو كي يحكمني السطر، نبقى غير نرقد ونفطن في الليل نومي مكسر يا بنتي.

المحور الثاني: العزلة الاجتماعية

س: هل تعاني من الوحدة بعد الإصابة؟

ج: كامل واقفين معايا سيرتو راجلي وولادي راهم ديما معايا، ساعات يخلي خدمتو ويجي معايا للسبيطار والحاجة اللي نسخف عليها يجيبوهالي الحق نتاع ربي. بصح الله غالب ديما حاسة حاجة ناقصتتني، وهي نحس روحي نشفهم.

س: هل تغيرت حياتك بعد الإصابة؟

ج: وليت نشتي نطيب بزاف وساعات نقعد فوق اللازم،

س: هل كونت علاقات مع المرضى في المستشفى؟

ج: نبغي نقعد وحدي لاخاطر تغيضني روحي شوفي وش كنت واش وليت.

س: ماهو احساسك وانت في المستشفى؟

ج:كرهت السبيطار لاخاطر نتفكر فيه غير الموت.

المحور الثالث: الخوف من المستقبل

س: ماهي أمنياتك في المستقبل؟

ج: نتمنى نرجع كيما كنت بكري ...تتهيد...ربي يعطيني صحتي ندير عمرة ان شاء الله.

س: هل تعتقد أن المستقبل أمر يستدعي الخوف؟

ج: إيه يا بنتي.

س: هل تخاف من الفشل في تحقيق أحلامك بعد الإصابة؟

ج: الي تمنيتوا لمرض ماخلاني نخمم فيه حتان راح نقول نفشل فيه ولا لا

المقابلة كما وردت مع الحالة الثانية:

المحور الأول: الخوف من الموت

س: هل تخاف من المرض الذي تعاني منه؟

ج: نهار الى سمعت بهذا لمرض قلقت وخفت منوا ...و كيما يجيني سطر نقول راح نموت ضرك

س: هل تتقبل المرض الذي تعاني منه؟

ج: ما تقبلتوش لمرة لاولى ومبعد قلت حاجة نتاع ربي رانا، اكل ماشين ليها اليوم ولا غدوة

س: هل تتعايش معه؟

ج: في الحق صحتي رشاة و راني نخمم في اولادي و مرتي كيفاه راح يعيشوا بلا بيا

س: هل تستطيع النوم ؟

ج: مانقدرش نرقد مليح في الليل غير التخمام و الزعاف و كيما نجي نرقد باه نرتاح من التخمام نشوف روحي ميت

المحور الثاني العزلة الاجتماعية

س: هل تعاني من الوحدة بعد الإصابة؟

ج: الحق نتاع ربي مرتي قايمة بيا ملي مرضت وكامل فاملتي واقفة معايا... راني نخرج ديما مع مرتي و اولادي نحوس ونروح نريح مع اصحابي قعدات كيما ايام زمان و نقعد مع اصحابي في الخدمة ونحب نلعب سبور

س: هل تغيرت حياتك بعد الإصابة؟

ج: ما تبدل والو في حياتي غير مرضى وروحان لسبيطار

س: هل كونت علاقات مع المرضى في المستشفى؟

ج:نعرف مرضى بزاف هنا ونحكي معاهم نورمال

س: ماهو إحساسك وآنت في المستشفى؟

ج:نقلق في سببيطار والتخمام يكثر عليا

المحور الثالث: الخوف من المستقبل

س: ماهي أمنياتك في المستقبل؟

ج: نطلب من ربي نرتاح

س: هل تعتقد أن المستقبل أمر يستدعي الخوف؟

ج: ايه حاجة باينة

س: هل تخاف من الفشل في تحقيق أحلامك بعد الإصابة؟

ج: راني خايف نتاع الصح ما نديريش وش تمنيت

المقابلة كما وردت مع الحالة الثالثة

المحور الأول: الخوف من الموت

س: هل تخاف من المرض الذي تعاني منه؟

ج:راني خايفة نموت وراكي تقلقي وتخافي بسيف عليك منوا

س: هل تتقبل المرض الذي تعاني منه؟

ج:ما تقبلوش راه يقلقني ويتعبني وقتي راح غير في سبيطار ودواء

س: هل تتعايش معه؟

ج:لا خايفة نموت ... بكاء...وراني عدت نتقلق بلا سبة ونحاول ديما ما نخممش فيه بزاف

س: هل تستطيع النوم؟

ج:ما ناكل ما نرقد مليح غير تخمام ونشوف غير منامات مش مليحة

المحور الثاني: العزلة الاجتماعية

س: هل تعاني من الوحدة بعد الإصابة؟

ج:ديما وحدي حتى قبل ما نمرض ولي ضرني ماليا كي نقلهم عاونوني يقولي وش يخصك راكي تشربي وتاكلي دوا رانا نخلصولك فيه وكان موتي ماعندك علاه تخمي ما عندك لا راجل لا ولاد

س: هل تغيرت حياتك بعد الإصابة؟

ج: وكيما ندير الدواء نحس بالدوخة والفشلة وقلبي يدور عليا عدت ما نقدرش نكمل قضية نتاع الدار وزيد ديما نقعد وحدي

س: هل كونت علاقات مع المرضى في المستشفى؟

ج: لا لا راه لي زاد كرهني في السبيطار حكاياتهم غير على المرض

س: ما هو احساسك وانت في المستشفى؟

ج: كرهت السبيطار واسم سبيطار والطبيب والناس الي فيه الكل

المحور الثالث: الخوف من المستقبل

س: ماهي أمنياتك في المستقبل؟

ج:راني بغيت نرتاح من كل شئ هموم الدنيا و مرضي والله يا بنتي العزيزة غير حاجة ربي ما تضر قد ما يضرك العبد لي معاك

س: هل تعتقد أن المستقبل أمر يستدعي الخوف؟

ج: صمت. صح وتبكي

س: هل تخاف من الفشل في تحقيق أحلامك بعد الإصابة؟

ج: الي تمنيتو من بكري راح مازالت صحتي زادت كملت