



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر * بصرة *

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

عنوان المذكرة

قلق الموت لدى الراشد

المصاب بالسرطان

دراسة ميدانية بمركز مكافحة السرطان - بولاية باتنة -

مذكرة محملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس - تخصص العيادي -

تحت إشراف الأستاذ:

د/ نبيل مناني

إعداد الطالبة:

- آية قواجلية

السنة الجامعية 2012/ 2013

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرفان

عانيت الكثير من الصعوبات...

وها أنا اليوم والحمد لله أودع سهر الليالي وأمحو تعب الأيام، واختتم مشواري

الدراسي بين دفتي هذا العمل المتواضع، فالحمد لله الذي وفقني

في إتمام هذا العمل

ولأنه من لا يشكر الناس لا يشكر الله.

فالشكر الجزيل للدكتور

"د. مناني نبيل"

الذي تكبّد عناء الإشراف على هذا البحث ولم يبخل علي بنصائحه

كما ارفع أسمى آيات الشكر والتقدير إليه

واطلب من الله عز وجل أن يوفقني لما فيه الخير

آية

الفهرس

الصفحة

العنوان

الجانب النظرى

الفصل الأول: طرح إشكالية الدراسة

- 21/مقدمة إشكالية
- 32/أهمية الدراسة ودوافع اختيارها
- 43/أهداف الدراسة
- 54/ التحديد الإجرائى للمصطلحات
- 55/الدراسات السابقة

الفصل الثانى: قلق الموت

- 10تمهيد
- 10أولا/ القلق
- 101.تعريف القلق
- 132.مستويات القلق
- 143.تصنيف القلق

15	.....4.أسباب القلق
18	.....5.النظريات المفسرة للقلق
22	.....6.أعراض القلق
24	.....7.علاج القلق
26	.....ثانياً: قلق الموت
26	.....1.تعريف قلق الموت
27	.....2.مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت
28	.....3. نظرة الراشد إلى الموت
29	.....4.مكونات قلق الموت
30	.....5.أسباب قلق الموت
32	.....6.أعراض قلق الموت
35	.....7.النظريات المفسرة لقلق الموت
37	.....8.علاج قلق الموت
39	.....خلاصة الفصل

الفصل الثالث: السرطان

41	.....تمهيد
42	.....1. مفهوم السرطان

42	.....2.تصنيف السرطان
43	.....3.العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان
48	.....4.أعراض السرطان
51	.....5.سمات شخصية المصابين بالسرطان
53	.....6.البروفيل السيكولوجي للمريض بالسرطان
53	.....7.الآثار النفسية لمريض السرطان
55	.....8.علاقة المريض بالسرطان بالطبيب والأخصائي النفسي
57	.....9.علاج السرطان
59	.....خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

62	.....تمهيد
62	.....الفرضيات
62	.....المنهج المستخدم
63	.....أدوات الدراسة
63	.....1.3.الملاحظة
64	.....2.3.المقابلة العيادية

64	.....3.3. مقياس قلق الموت
68	.....4. حدود الدراسة:
69	.....5. حالات الدراسة
70	.....6. الدراسة الاستطلاعية

الفصل الخامس: تحليل ومناقشة النتائج

73	.....1.دراسة الحالة الأولى
73	.....1.1.تقديم الحالة الأولى
73	.....2.1.ملخص المقابلة
74	.....3.1.تحليل المقابلة
75	.....4.1.تحليل الاختبار
76	.....5.1.التحليل العام
78	.....2.دراسة الحالة الثانية
78	.....1.2.تقديم الحالة الثانية
78	.....2.2.ملخص المقابلة
79	.....3.2.تحليل المقابلة
80	.....4.2.تحليل الاختبار
81	.....5.2.التحليل العام
83	.....3.دراسة الحالة الثالثة

83	.....1.3. تقديم الحالة الثالثة
85	.....2.3. ملخص المقابلة
84	.....3.3. تحليل المقابلة
85	.....4.3. تحليل الاختبار
86	.....5.3. التحليل العام
88	.....4. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
91	.....خاتمة
93	.....قائمة المراجع

الملاحق

الجانب النظري

الفصل الأول:

طرح إشكالية الدراسة

1/ مقدمة إشكالية.

2/ أهمية الدراسة ودوافع اختيارها.

3/ أهداف الدراسة.

4/ التحديد الإجرائي للمصطلحات.

5/ الدراسات السابقة.

1/ مقدمة إشكالية:

يعاني الإنسان العديد من الهواجس ومنها هاجس الموت، هذا الشعور لطالما حاول الإنسان الهروب منه وعدم التفكير فيه، وذلك لما له من مشاعر مكرهة تشعر الإنسان بالضعف قلة حيلته، ألا وهو "قلق الموت" الذي شغل حيزا مهما من تفكير الفلاسفة والمفكرين.

فيُعد الموت أعظم غموض وأكبر سر يواجه الإنسان ويصيبه بالقلق، يرى "مسكويه" (Miskwih) أن الخوف من الموت لا نجده إلا عند من يرى الموت حقيقة، أو لأنه يظن أن بدنه إذا نحل وبطل تركيبه فقد انحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم، وأن العالم سيبقى موجودا وليس بوجود فيه كما يظنه من يجهل بقاء النفس وكيفية الميعاد، أو لأنه يظن أن الموت ألم عظيم غير ألم الأمراض التي ربما تقدمه، أدت إليه وكانت سبب حلولة، أو لأنه يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت، أو لأنه متحيز لا يدري أي شيء يقدم بعد الموت. (طارق محمد عبد الوهاب، وآخر، 2000، ص 80).

ومن الأمراض السيكوسوماتية المعاصرة مرض السرطان الذي يعتبر مرض القرن؛ حيث يصيب هذا المرض أي جزء من أجزاء الجسم ويحدث به انتفاخا وتورما، وتبدأ الخلايا بالتكاثر بشكل غير طبيعي والذي من يزيد خوف الناس أن كلمة سرطان كلمة مرعبة تشير إلى داء خطير فشل الأطباء حتى الآن في معرفة أسبابه وتفسيره.

ومما لاشك فيه أن مرض السرطان ينتج عنه آلام جسدية ونفسية تتعكس على حالة المريض، فدرجة الألم الذي يشعر بها المريض تتحكم فيها عدة عوامل من بينها: نوع الإصابة ودرجتها، مرحلة التطور الذي وصل إليها المرض، وكذلك عوامل نفسية عديدة. فلقد أكدت العديد من الدراسات على وجود علاقة موجبة بين قلق الموت ومرض السرطان.

ومما سبق ذكره يمكن طرح التساؤل العام والمتمثل في:

"هل يعاني الراشد المصاب بالسرطان من قلق الموت؟"

تم وضع عدة تساؤلات تتمحور حولها هذه الدراسة:

- هل يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان؟

- هل يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان حسب

متغير الجنس؟

- هل يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان حسب

نوع الإصابة؟

2/ أهمية الدراسة ودوافع اختيارها:

تكمن أهمية هذه الدراسة في موضوع أصبح هاجس الكثير من الناس وكونه يُعتبر مرض العصر وكذلك نظرا لما يسببه من عذاب كبير للمريض والأفراد المحيطين به وذلك نتيجة للآلام النفسية والجسدية التي ترافقه.

ويمكن ذكر الدوافع التي أدت بي إلى اختيار هذا الموضوع في ما يلي:

* انتشار مرض السرطان بصورة ملفتة للإنتباه.

* المعاناة النفسية والجسدية لدى مرضى السرطان.

* سوء علاقة المريض بالمحيط والأسرة.

* عدم جدوى العلاج الطبي في الحد من معاناة المريض.

* رفض المريض لفكرة العلاج لما يصاحبه من تأثيرات سلبية.

3/ أهداف الدراسة:

يتمثل الهدف الرئيسي من دراستي هذه في معرفة معاناة الراشد المصاب بمرض

السرطان من قلق الموت، ويمكن ذكر أهم الأهداف في ما يلي:

* التعرف أكثر على الحالة النفسية لمريض السرطان.

* المشاكل النفسية التي يخلفها هذا المرض لدى المصاب بالسرطان.

* تحديد مستوى قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان.

4/التحديد الإجرائي للمصطلحات:

- **قلق الموت:** وهو استجابة الحالات على اختبار قلق الموت لمعده أحمد محمد عبد الخالق وذلك بوضع دائرة حول (ص) أو (خ) والتي تعبر عن مدى شعورهم بالمواقف.

15/ الدراسات السابقة:

1.5. دراسات حول قلق الموت:

*يذكر "ليستر"(Lester) سنة 1967 أن الأشخاص الذين هم في صحة نفسية سيئة ينظرون إلى قلق الموت نظرة إيجابية، وإن كان كبار السن يخافون من الموت بدرجة أقل ما داموا في صحة جيدة، في حين أن كبار السن ممن لديهم أنشطة قليلة لشغل وقت فراغهم كانوا أكثر خوفا من الموت؛ وأن الخوف من الموت أقل لدى الأشخاص الذين يقيمون في بيوت رعاية المسنين. (رمضان زعطوط، عبد الكريم قريشي، 2005، ص63).

*وفي دراسة أعدها "ميدلتون"(Middletown) سنة 1997 بعنوان "الفروق بين الجنسين في قلق الموت" اختار الباحث عينة من طلبة الجامعة وطبق عليهم إختبار يقيس قلق الموت، وكانت استجابات بعض العبارات بـ: "بنعم" أو "لا" والبعض الآخر كانت تقديرية، والبعض الثالث كان من النوع المفتوح، وقد بينت النتائج أن الإناث عند مقارنتهم بالذكور كن يفكرن بالموت الذاتي بصورة أكبر، وقد ذكر 25% من عينة الذكور أنهم لا يرغبون في الموت أبدا في حين ذكر ذلك 63% منهم.

(محمد نبيل عبد الحميد، 1995، ص/ص. 108-109).

*وفيما يخص علاقة قلق الموت بالأمراض العضوية أوضحت معظم الدراسات وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الموت والعديد من الأمراض العضوية، فقد أوضحت دراسة "باول" (Paul) سنة 1983 وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الموت وكل من مرض السكر، ومرض التهاب المفاصل، كما أوضحت دراسة "جيزيل" (Gisele) سنة 1982 وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الموت ومرض ارتفاع ضغط الدم ولذلك توصل "كسير" (Cesar) سنة 1989 إلى علاقة موجبة بين قلق الموت ومرض الربو، كما كانت هناك الكثير من الدراسات التي توصلت جميعها إلى علاقات دالة موجبة بين قلق الموت ومرض السرطان.

وفي دراسة "ماجدة خميس" سنة 1994 أوضحت النتائج حصول جميع عينات مرض السكر والسرطان وضغط الدم والربو والتهاب المفاصل على درجات أعلى بشكل دال إحصائياً من العينة الضابطة.

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

5.2. دراسات حول السرطان:

*درست "بونيمما" (Bonnema) سنة 1998 وآخرون الآثار النفسية والطبية لاستئصال الثدي لدى 125 مريضة بسرطان الثدي، 62 إقامة كلية، 63 إقامة طويلة بعد الجراحة

طبق عليهن مقياس الوظائف النفسية ومقياس تقدير الذات، فلم يجدوا فروقا بين اللاتي مكثن مدة طويلة أو قصيرة بالمستشفى في عدم الثقة والقلق والوحدة واضطراب النوم وفقدان السيطرة أو ضعف تقدير الذات. (جبر محمد جبر، 2004، ص83).

*درس "علي حسين إبراهيم" سنة 2003 الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان على 150 مريضا سعوديا، ومثلهم أصحاب باستخدام مقياس الحالة المزاجية لبيك واختبار تفهم الموضوع، فوجد أن مرضى السرطان أكثر اكتئابا وقلقا وخوفا ووسواسا قهريا وعداوة وذهانية من الأصحاء، كما وجد فروقا بين أنواع السرطان المختلفة مما يدل على أن نوع السرطان يؤثر في الحالة النفسية. (جبر محمد جبر، 2004، ص85).

* درس "جاسم الخواجة" سنة 2000 معرفة أثر العوامل النفسية على الإصابة بالسرطان على 190 مريضا ومريضة بالسرطان، تراوحت أعمارهم بين 12-64 عاما بمتوسط 41.75 وانحراف معياري 14.96، باستخدام مقاييس النمط (أ)، وإستراتيجية التعايش مع الضغوط وقائمة الأحداث الحياتية، ووجد ارتباطا إيجابيا بين نمط الشخصية (أ) والإصابة بالسرطان. (جبر محمد جبر، 2004، ص 88).

4. مكونات قلق الموت.

5. أسباب قلق الموت.

6. أعراض قلق الموت.

7. النظريات المفسرة لقلق الموت.

8. علاج قلق الموت.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

إن مفهوم الموت يرتبط لدى الكثيرين بانفعالات عنيفة ومشاعر واتجاهات سلبية تجمع معا مكونة ما يسمى بـ"قلق الموت".

وتكمن صعوبة تحديد ماهية الموت في أن معناه يكمن في سياق الحياة فليست هناك إجابة محددة وقاطعة عن ماهية الموت ولكن يبدو أنه على الأقل يمكن الإجابة عن بعض المشكلات النفسية الناتجة عن الخوف من الموت.

أولا/ القلق

لقد تعددت التعاريف المحددة للقلق واختلفت باختلاف الاتجاهات النظرية للعلماء.

1/ تعريف القلق:

* يعرف "فيصل خير الزراد" القلق بأنه "شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد، ومن هذه الإحساسات الجسمية الشعور بفراغ في فم المعدة أو الضيق في التنفس أو الشعور بضربات القلب، والصداع والشعور بالدوار بالإعياء وكثرة الحركة أحيانا".

(عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 128).

* كما يعتبر "حامد زهران" القلق بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية".

(طه عبد العظيم حسين، 2007، ص 14).

* يعرف "هلجارد" (Hilgard) القلق بأنه: "حالة من ترقب وتوقع الشر أو عدم الراحة والاستقرار، التي ترتبط بالشعور بالخوف ويؤكد أن موضوع القلق يكون أقل تحديدا عن موضوع الخوف ومن ذلك حالة توقع خطر غامض أو مبهم".

(عبد الرحمان العيسوي، دس، ص 74).

* حسب "فرويد" (S.Freud) القلق هو: "شيء ما يشعر به الفرد أو الإنسان أو حالة انفعالية نوعية غير سارية لدى الكائن العضوي، ويتضمن مكونات ذاتية وفيزيولوجية

وسلوكية تتكرر بين الحين والآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس أو آلام في المعدة أو زيادة في عدد ضربات القلب. (عبد الكريم أبو الخير، 2002، ص 103).

* حسب "دافيد شيهان" (D.Chehan) القلق هو: "رد فعل للضغط النفسي أو الخطر؛ أي عندما يستطيع الفرد أن يميّز بوضوح شيئاً يهدد سلامته". (حسين فايد، 2001، ص 49).

* حسب "ثورن" (Thorn) "قلق الفرد يكمن في خوفه من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجوده، فالقلق ينشأ عما يتوقعه الفرد من أحداث في المستقبل؛ أي أن القلق ليس ناشئاً عن خبرات الماضي؛ فالإنسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك تماماً أن نهايته حتمية وأن الموت قد يحدث له في أي لحظة، وأن توقع حدوث الموت فجأة يعد التنبيه الأساسي للقلق عند الإنسان. (أديب محمد الخالدي، 2006، ص 197).

* يعرف معجم "أكسفورد" (Oxford) القلق على أنه: "إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل". (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 127).

* يُعرّف القلق حسب قاموس "علم النفس الطبي" على أنه: "يعبر عن ألم وتعب داخلي ناتج عن الشعور بالخوف من شيء مجهول غير حاضر وكذا توقع خطر خارجي لا يملك الفرد

أمامه أي وسيلة للمواجهة". (Dictionnaire de la psychologie médicale, 1998, P74)

2/ مستويات القلق:

تشير الدراسات العديدة إلى وجود القلق في حياة الإنسان بدرجات مختلفة، تمتد ما بين القلق البسيط الذي يظهر على شكل الخشية وانشغال البال، والقلق الشديد الذي يظهر على شكل الرعب والفرع.

ويوجد هناك مستويات للقلق هي:

1.2. المستويات المنخفضة للقلق:

يحدث حالة التنبيه العام للفرد ويزداد تيقظه وترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر، ويكون الفرد في حالة تحفز لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد، ولهذا يكون القلق في هذا المستوى إشارة إلى إنذار لخطر على وشك الوقوع.

2.2. المستويات المتوسطة للقلق:

يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة؛ حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائيته، ويستولي الجمود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة، وتكون استجاباته وعاداته هي تلك العادات الأولية الأكثر ألفة، وبالتالي يصبح كل شيء جديد مهدداً، وتنخفض القدرة على الابتكار ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص/ص 145، 146).

3.2. المستويات العليا من القلق:

يتأثر التنظيم السلوكي بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة ولا يستطيع الفرد التمييز بين الميزات الضارة وغير الضارة، ويرتبط بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي.

(عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص 115).

3/ تصنيف القلق: يُصنف القلق إلى:

***القلق الموضوعي العادي:** هذا النوع من القلق يُطلق عليه أحيانا القلق الواقعي أو القلق السوي، ويحدث هذا في مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شيء، مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان أو بالصحة أو انتظار نبأ هام أو الانتقال من القديم إلى الجديد ومن المعلوم إلى المجهول أو من المألوف إلى الغريب أو وجود خطر قومي أو عالي أو من حدوث تغيرات اقتصادية أو اجتماعية.

***حالة القلق أو القلق العصبي:** وهو داخلي المصدر وأسبابه لاشعورية مكبوتة غير معروفة، ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه، وهو يعوق التوافق والإنتاج والتقدم والسلوك العادي.

***القلق العام:** وهو القلق الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامضا وعائما.

*القلق الثانوي: وهو القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى، حيث يُعتبر القلق عرض مشترك في جميع الأمراض النفسية تقريبا.
(حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 485).

4/ أسباب القلق:

تتعدد أسباب القلق بتعدد وجهات النظر لرواد علم النفس عندما يتحدثون عن العوامل التي تؤدي إلى القلق، فهناك من يركز على القلق كمصاب ناتج عن الخبرات المكبوتة، وهذا ما نجده لدى المنظرين في المدرسة التحليلية؛ بينما يركز السلوكيين على عملية التعلم وتعميمه، أما الإنسانيون فيرون أن عدم تحقيق الذات من أهم أسباب القلق.
ومن جانب آخر أشارت نتائج البحوث إلى أن الأسباب وإن كانت موضوعية ومثيرات داخلية فإنها تختلف؛ إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي ذكر لأهم أسباب القلق بصفة عامة.

1.4. الاستعداد الوراثي: تعد الوراثة من أهم الأسباب التي تؤدي إلى القلق؛ حيث تؤكد بعض الأبحاث الحديثة أثر العوامل الوراثية في ظهور القلق، ومن هذه الأبحاث تلك التي أجريت على التوائم؛ حيث تبين أن التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي، والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة متشابهة يؤدي إلى ظهور أعراض القلق لدى التوأمين.

كما أظهرت دراسة الأسر أن 15% من أبناء وإخوة مرض القلق يعانون من نفس المرض.

2.4. العمر: تعد المرحلة العمرية أحد العوامل التي تؤثر في نشأة القلق؛ حيث يزداد القلق مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك ضموره لدى المسنين؛ فيظهر القلق لدى الأطفال بأعراض مختلفة عنه لدى الراشدين، فيكون الخوف لدى الأطفال على شكل خوف من الظلام ومن الحيوانات، أما القلق في المراهقة فيكون بشكل الشعور بعدم الأمن والخجل، وعادة تضعف أعراض القلق في مرحلة النضج لتظهر في مرحلة سن اليأس والشيخوخة، ويمثل القلق واحدا من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للاضطرابات الوظيفية.

4.3. الاستعداد النفسي العام:

تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، ويعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، وعدم تقبل مُر الحياة وزجرها، كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة.

4.4. العوامل الاجتماعية:

تعتبر العوامل الاجتماعية وفقاً لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق؛ إذ تؤكد أهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لإحداث القلق، ولاشك أن حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددتها وتشعب جوانب الحياة المقلقة خاصة في عصر اتسم بالقلق، وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية في عصر اتسم بالقلق، وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية، والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، وأساليب تعامل الوالدية القاسية، وتوفر النماذج القلقة ومنها الوالدين، وال فشل في الحياة ومن ذلك الفشل الدراسي. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص/ص 151، 152).

5.4. وهناك عوامل تنشأ عن أسباب القلق:

- أ- انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وشعور الطفل بالنبذ.
- ب- المعاملة التي يتلقاها الفرد تؤدي إلى نشوء القلق.
- ج- تشير "كارل هورني" كذلك إلى البيئة وما تحويه من تعقيدات ومتناقضات وحرمان وإحباط كل ذلك يجعل الفرد يشعر بأنه في عالم متناقضات مليء بالغش والخداع. (محمد جاسم محمد، 2004، ص 244).

5/ النظريات المفسرة للقلق:

تعددت النظريات المفسرة للقلق وذلك بتعدد المدارس النفسية والتي كانت تُجمع تحت لوائها مجموعة من العلماء البارزين في علم النفس، وفيما يلي تعداد بعض النظريات التي حاولت تفسير القلق:

1.5. نظرية التحليل النفسي:

من بين مرجعيات هذه النظريات، نذكر "فرويد" (S.Freud) الذي يعتبر رائد مدرسة التحليل النفسي ومن أوائل علماء النفس من تحدثوا واهتموا بدراسة ظاهرة القلق؛ إذ يقول: "لست بحاجة إلى أن أعرفكم بالقلق، فكل منا قد عانى مرة هذا الإحساس، أو على الأصح هذه الحالة الانفعالية بطريقته الخاصة؛ غير أنني أعتقد أن السؤال الذي يُطرح كما ينبغي هو: لماذا يعاني العصبيون على الأخص قلقا أكثر وأشد بكثير من بقية الناس".
(أرون بيك، ترجمة عادل مصطفى، 2000، ص 147).

وقد ميز فرويد بين نوعين من القلق:

▪ **القلق الموضوعي:** يكون مصدره خارجيا؛ حيث يعرفه فرويد على أنه ردة فعل

لخطر خارجي معروف "وقد أطلق فرويد على القلق الموضوعي هذه المسميات:

أ.القلق الواقعي.

ب.القلق الحقيقي.

ج.القلق السوي. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 129).

فهذا النوع من القلق يعتبر رد فعل خارجي معروف، فمصدر هذا الخطر ينبع من العامل المحيط بالفرد، وهو محدد فعلا وواضح المعالم لدى الإنسان، فيوضح فرويد أن القلق ما هو إلا مجموعة ردود أفعال؛ حيث هو توقع صدمة من ناحية، ومن ناحية أخرى تكرار للصدمة في صورة مخففة. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص 20).

■ **القلق العصابي:** يعرف فرويد القلق العصابي على أنه "شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد". (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 130).

فالقلق العصابي خوف غامض غير مفهوم ولا يستطيع الشخص الذي يشعر به أن يعرف سببه فيأخذ هذا القلق، بتربص **لكي يتعلق بأية فكرة أو أي شيء خارجي؛ أي أن القلق يميل عادة إلى الإسقاط على أشياء خارجية وعلى هذا فالقلق العصابي هو رد فعل لخطر غريزي داخلي. (طه عبد العظيم، 2007، ص 16).

2.5. النظرية السلوكية: يركز السلوكيون الراديكاليون إجمالاً على عملية التعلم؛ ويؤكدون بأن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما السلوك السوي، ويركز الأوائل من السلوكيين من أمثال "واطسون" (Watson) على أن عمليات التعلم تتم عن

طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي، وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق ويصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعا مكتسبا.

(عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 135).

فالسلكيون الجدد لا يركزون على الصراعات الداخلية، كما يرى الفرويديون، وعلى هذا يؤكد "ولبي" (Walbe) أن السلوك العصابي سلوك متعلم يتم اكتسابه عن طريق التعلم، وأن القلق هو نوع من أنواع السلوك العصابي المتعلم، ومن ثم يمكن خفضه عن طريق التشريط المضاد؛ فحين تظهر المثيرات الشرطية لا ترتبط بالقلق المضاد للاستجابة الطبيعية مع وجود القلق المضاد ضعف القلق بالتدرج لدرجة أن المثيرات التي تحدث القلق ينتهي مفعولها وتحل محلها الاستجابة الطبيعية.

وبذلك صاغ "ولبي" مبدأ العام وهو ما يُعرف بالكف النقيض أو المتبادل.

(طه عبد العظيم، 2007، ص 35).

3.5. النظرية المعرفية:

يمثل علم النفس المعرفي اتجاهها قويا في علم النفس المعاصر؛ حيث أثر على العديد من المنظرين من مدارس مختلفة.

يعتبر "جورج كيلي" (G.Kelly) من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزنا في تفسير الشخصية في حالتها السواء واللاسواء؛ حيث يرى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات.

وهذا يعني أن تعرض الإنسان للقلق يمكن تفسيره بأكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة، كما يرى أن العمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسيا بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث، على اعتبار أن عملية القلق ليست إلا عملية توقع وخوف من المستقبل.

(عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 142).

يعتبر النموذج المعرفي عند "بيك" (A.Beek) أكثر النماذج المعرفية لتفسيرات للقلق؛ إذ يعتبر الخلل في التفكير الواقعي هو المكون الأساسي لمرض القلق وتتألف مظاهر الاضطراب الفكري المميزة لمريض القلق فيما يلي:

أ. أفكار متكررة عن الخطر: فمريض القلق هو دائما في قبضة أفكار لفظية وصورية تدور حول حدوث وقائع مؤذية.

ب. نقص القدرة على "مجادلة" الأفكار المخيفة: قد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار، ولكن قدرته على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم معاقة، ومهما بلغ هذا الشك، فإن الأرجحية عنده تظل في صف هذه الأفكار.

ج. تعميم المثير (المنبه): يتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق؛ بحيث يمكن لأي صوت أو حركة أو تغير بيئي أن يدرك بوصفه خطرا.

(أرون بيك، ترجمة عادل مصطفى، 2000، ص 125).

6/ أعراض القلق:

يمكن تقسم هذه الأعراض إلى أعراض جسدية وأعراض نفسية وأعراض سيكوسوماتي.

1.6. الأعراض الجسمية:

وتظهر هذه الأعراض على أعضاء متعددة جدا فتشمل القلب وارتفاع في نبضاته وتقلصات مؤلمة له، وارتفاع ضغط الدم، كما تشمل الجهاز الهضمي والتنفسي فيشعر المصاب بالقلق بصعوبة في البلع أو الإحساس بغصة بالإضافة إلى ضيق التنفس أو السرعة، ويشعر باضطراب معوي؛ مما قد يحدث غثيانا أو إسهالا أو إمساكا، والجهاز العضلي يتأثر كذلك حيث تحدث تقلصات عضلية مؤلمة في الساقين والذراعين وآلام في الصدر بالإضافة إلى إحساس جلدي بالحرارة والتعرف والتنميل، وكذلك برودة الأطراف، واضطرابات في النوم والصداع وفقدان الشهية، وتجدر الإشارة إلى أنه كلما زادت حدة القلق زادت هذه الأعراض وتعددت.

2.6/ الأعراض النفسية:

وأولها الخوف وهو مقترن تماما مع القلق، وقد يتجاوز إلى خوف مفرط حين يشتد القلق، ويصاب المريض بالتوتر والتهيج العصبي وسرعة الانفعال والغضب ويفقد الشهية

للطعام، وتوقع الأذى والمصائب، وعدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهرب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة بالإضافة لهذا كله تحدث للقلق بعض الأعراض العقلية مثل ضعف التركيز وكثرة النسيان والأوهام المرضية الجسمية، وفي حالات حادة ينتاب المريض شعورا بانفصال الجسد عن البيئة وانفصال الذات عن الجسد.

3.6. الأمراض السيكوسوماتية:

ويُقصد بذلك الأمراض العضوية التي تنشأ نتيجة بسبب معاناة القلق النفسي والانفعالات الشديدة كما يُقصد بذلك الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض إلى حالات القلق النفسي والتوترات الشديدة، وفي مثل هذه الحالات يكون علاج القلق والانفعالات أساسيا لشفاء المريض ومن أجل صحته العامة ومن أهم هذه الأمراض: ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، جلطة الشرايين التاجية، الربو الشعبي، الروماتيزم، الربو الشعبي، الروماتيزم، البول السكري، قرحة المعدة.

(عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص/ص 153، 154)

17 علاج القلق:

إن أهم ما يُتخذ تمهيدا للعلاج هو تقصي تاريخ المريض تفصيلا وفحصه فحصا شاملا ثم نتقدم بعد ذلك في علاجه كما يلي:

1.7. العلاج النفسي:

ويهدف لتطوير شخصية المريض حتى يصير أكثر تكيفا، وهو أهم أنواع العلاج في هذا المرض ويشمل الإيحاء والحث والتوضيح، وقد نلجأ إلى العلاج السلوكي بتغيير عادات المريض وطبيعة استجابته للمثيرات.

2.7. العلاج الاجتماعي:

ويتركز في تكيف حالة المنزل والعمل حتى نخفف عن كاهل المريض بعض أعبائه التي تزيد من حالته.

3.7. العلاج العضوي:

وذلك بالعقاقير المهدئة، وكذلك علاج الأعراض المصاحبة كفقد الشهية وغيرها، ويراعي ألا يكون هذا العلاج أساسيا أو وحيدا، ونستعمل هنا المهدئات الخفيفة عادة.

ويلعب المرشد أو الأخصائي بمراحل العلاج دورا كبيرا في تخفيف القلق أو مساعدة الحالة للتخلص من حالة القلق التي انتابته، من خلال تخفيف حدة آثار القلق السلبية أو التأقلم والتكيف مع حالته أو مساعدته في الخروج من الحالة بسلام، وإيجاد أساليب

وسلوكيات تتخلص من ضغط تلك الحاجة غير المشبعة والأسباب المؤدية للقلق.
(إبراهيم سالم الصيخان، 2010، ص/ص 72، 73).

ثانيا/ قلق الموت

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

فالشيء الوحيد الذي لا يمكننا إخفاؤه هو أن قلق الموت لا يُعتبر قلق عادي، أو داء يمكن تشخيصه؛ حيث يُعد قلق الموت لا يُعرف له موضعا لكن هو قلق على المستقبل في حد ذاته؛ أي قلق على موقف وحدث قبل لا توجد للفرد أي سلطة عليه.

(عبد المنعم الحنفي، 1997، ص 179).

▪ تعريف هولتر (Holter):

هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.

▪ تعريف "تمبلر" (Templer):

هو خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه. (بشير معمريّة، 2007، ص 212).

▪ تعريف "أرنست بيكر" (Ernest Biker)

يرى أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها، يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص 74).

▪ تعريف "فرويد" (S.Freud):

هو قلق الأنا الأعلى؛ أي أنه أذى ينتج عن صراع في ميدان التفاعل الاجتماعي الذي يجد صداه في الخوف من فقدان الحب أيضا من أجل إيقاظ شعور التعذيب الذاتي وكبح شهواته. (Larent Pauk Assoum, 2002, P 76).

2/ مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت:

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

*الخوف:

وُجد الخوف مع وجود الوعي بالموت؛ وهو في الغالب عرض نتيجة وعي المجتمع بالموت واعتباره ظاهرة اجتماعية غير أن هذا الخوف المبرر هو طبيعي إيجابي ومثير للرجبة في الحياة؛ في حين أن الخوف القهري من الموت كثيرا ما يؤدي إلى حالات حصر حادة. (Jean Pierre de large, 1970 , P 28,27).

*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، وتأكده من جود حياة أخرى بعد الموت من وجهة نظر أخرى، وبالتالي يحاول من خلال ذلك إخفاء حتمية هذه النهاية

للوجود ويخفي خوفه من الموت نفسه، هذا الأخير يؤدي إلى انتظار يأس للموت ويزداد تأكد ذلك عندما يرى الفرد موت الآخرين.

***الربط بين القلق والموت:**

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

إن بعض التظاهرات التي يتقمصها الإنسان تعبر بشكل واضح عن هذا القلق والدفاعات التي يستعملها مثل: العودة الأبديّة، 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, P 122)

3/ نظرة الراشد إلى الموت:

تختلف النظرة إلى الموت تبعا لموقف صاحبها ومنطقه ودوافعه، واعتمادا على عدد من التغيرات الشخصية، وقد أورد "ليستر" سنة 1967 (David Lester) ثلاثة مفاهيم للموت كما يراها الراشدون وهي:

1. الموت بوصفه وسيلة يحاول بها الفرد تحقيق أهداف معينة، وجوانب إشباع من البيئة كما في حالة التهديد بالانتحار.

2. الموت بوصفه انتقالاً إلى حياة أخرى، والتي قد ينظر إليها على أنها حياة رهيبة فضيعة أو حياة رائعة ينتظرها الشخص بخوف أو بهدوء.

3. الموت بوصفه نهاية نتوقعها. (بشير معمرية، 2009، ص/ص 68، 69).

4/ مكونات قلق الموت:

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

1. الخوف من الاحتضار.

2. الخوف مما سيحدث بعد الموت.

3. الخوف من توقف الحياة.

كما ذكر "كفانو" في كتابه "مواجهة الموت" وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية

بالنسبة إلى الموت، وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي:

1. عملية الاحتضار.

2. الموت الشخصي.

3. فكرة الحياة الأخرى.

4. النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر.

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

1. التحلل أو التفسخ.

2. الركود أو التوقف.

3. الانفصال.

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

ومن ثم تشتمل هذه الجوانب على ما يلي:

1. الخوف من موت الذات.
2. الخوف من احتضار الذات.
3. الخوف من موت الآخرين.
4. الخوف من احتضار الآخرين. (أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص/ص 45، 46)

15 أسباب قلق الموت:

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

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
- الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسمي.
- الخوف من توقف السعي نحو الأهداف؛ إذ تقاس الحياة دائماً 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" يُرجع سبب القلق والخوف من الموت إلى:

• كراهية الجثة و غرابتها.

• العدوى الاجتماعية للحزن.

• الاشمئزاز الحضاري.

• الخوف من الصدمة.

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

- يظن أن للموت ألما عظيما غير ألم الأمراض.

- يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت.

- متحير لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.

- يظن أن بدنه إذا انحل وبطل تركيبه فقد انحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم

ودثور.

- أن العالم سيبقى موجود وليس هو بموجود فيه.

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

• المــــرض.

• الحــــوادث.

• الكوارث الطبيعية.

أما عن الأسباب لقلق 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 أن يحزن الأحياء على من يموت.
- الخوف من العقاب على العمال الدنيوية.
- الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.
- عدم معرفة المصير بعد الموت.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه
- الخوف عما يصاحب خروج الروح من الجسد من ألم شديد.

(أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص/ص 191، 192)

6/ أعراض قلق الموت:

1.6. الأعراض البدنية:

- التوتر الزائد.
- الأحلام المزعجة.

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

2.6. الأعراض النفسية:

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

- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع.

(دافيد شهان، ترجمة عزف شعلان، 1998، ص 35).

3.6. أعراض عصبية ونفس عصبية:

- اضطرابات النوم واليقظة.

- اضطراب السلوك.

- حصر.

- اختلاج.

4.6. أعراض تنفسية:

- اضطرابات في التنفس.

- ضيق في التنفس.

- تمزق الغشاء الفمي الرقيق.

- اضطرابات البلع.

- اضطرابات هضمية.

- إمساك.

- قيء.

5.6. أعراض عامة:

- تعب عام أو كلي.
- جفاف الجسم.
- فقدان الشهية.

6.6. اضطرابات بولية: وهو الاضطراب الأكثر تواترا ويشكل للمريض مصدر عدم

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

7/ النظريات المفسرة لقلق الموت:

1.7. النظرية السلوكية:

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

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

2.7. النظرية المعرفية:

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

2.7. النظرية المعرفية السلوكية:

أمثال "أليس" (Ellis) يعتبرون الاضطرابات السيكلوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية؛ حيث يرون أن السلوك بالاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لا منطقية استناداً لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسرد طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت. (Spellger, 1983, P 14).

8/ علاج قلق الموت:

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

إذا كان قلق الموت مرتفع عرضاً مستقلاً نسبياً لدى شخص في حالة من الصحة النفسية أساساً؛ إضافة لخبرات سيئة فإنه يجب أن ينقص بطرق العلاج السلوكي.

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

* الاسترخاء:

وهو حالة هدوء تنشأ في الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية شديدة أي جهد جسدي شاق، فقد يكون الاسترخاء غير إرادي عند الذهاب للنوم أو يكون إرادي عندما يتخذ المرء وضعا مريحاً ويتصور حالات باعثة على الهدوء أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط. (حسين فايد، 2001، ص 57).

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

• الصحة النفسية بشكل عام.

• تجارب الحياة المتصلة بموضوع الموت.

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

(أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص 228).

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تم التعرف أولاً على القلق من خلال تقديم تعريفات بعض العلماء وذكر النظريات التي حاولت تفسيره وكذا أهم الأسباب المؤدية للقلق ومستوياته نظراً لاختلاف مستوى القلق لدى كل فرد، وتصنيفه وأهم أعراضه وأخيراً علاج القلق. ثانياً تناولت مفهوم قلق الموت وذلك من خلال تقديم تعريفات بعض العلماء ومواقف الفرد الميزة والمتناقضة تجاه الموت؛ إضافة إلى الأسباب والأعراض واعتمدت على أهم النظريات التي حاولت تفسير قلق الموت وأهم العلاجات الواردة.

الفصل الثالث:

السرطان

"Le Cancer"

تمهيد

1. مفهوم السرطان.
2. تصنيف السرطان.
3. العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان.
4. أعراض السرطان.
5. سمات شخصية المصابين بالسرطان.
6. البروفيل السيكولوجي للمريض بالسرطان.
7. الآثار النفسية لمريض السرطان.
8. علاقة المريض بالسرطان بالطبيب والأخصائي النفسي.
9. علاج السرطان.

خلاصة الفصل

تمهيد:

السرطان داء ارتبط اسمه مع اسم الموت حتى صار يساويه رهبة وفزعاً، وأصبح كل من يسمعه يشعر بالقلق والخوف؛ فالإحصائيات تكشف لنا سنويا عن العدد الكبير من المصابين بمرض السرطان وهذا ما زاد من حدة قلقهم.

فالسرطان كلمة ذات صدى مرعب لدى العامة من الناس؛ بحيث أنها أصبحت تشكل هاجسا ارتبط بالعصر الذي نعيشه اليوم. ومن جهة أخرى فإن كلمة سرطان تعني تلك الكلمة المرعبة التي تشير إلى داء خطير، والذي يُعتبر مرض العصر وهذا ما يزيد من خوف الناس والمجتمع منه.

1/ مفهوم السرطان:

هو عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد من المائة رض، يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) التي تتمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، لكن في حالة السرطان يحدث خللا في المادة الوراثية (DNA)؛ مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها، ومن المعروف أن الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الأخرى، وإنما تستنزف طاقاته وإمكاناته.

(شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش، 2008، ص 811).

2/ تصنيف السرطان:**1.2. الأورام الحميدة (غير السرطانية):**

وهي عادة ما تكون مغلفة بغشاء وغير قابلة للانتشار، ولكن بعضها قد يسبب مشاكل للعضو المصاب خصوصا إذا كانت كبيرة الحجم وتأثيرها يكون بالضغط على العضو المصاب أو الأعضاء القريبة منها؛ مما يمنعها من العمل بشكل طبيعي.

هذه الأورام من الممكن إزالتها بالجراحة أو علاجها بالعقاقير أو الأشعة لتصغير حجمها وذلك كاف للشفاء منها وغالبا لا تعود مرة ثانية.

2.2. الأورام الخبيثة (سرطانية):

الأورام السرطانية تهاجم وتدمر الخلايا والأنسجة بها، ولها قدرة على الانتشار وهي

تنتشر بثلاث طرق:

1. انتشار مباشر للأنسجة الأعضاء المحيطة بالعضو المصاب.

2. عن طريق الجهاز اللمفاوي.

3. عن طريق الدم؛ حيث تتفصل خلية أو خلايا من الورم السرطاني وتنتقل عن

طريق الجهاز اللمفاوي أو الدم إلى أعضاء أخرى بعيدة؛ حيث تستقر في مكان

ما غالبا أعضاء غنية بالدم مثل: الرئة، الكبد أو العقد اللمفاوية متسببة نمو في

أورام سرطانية أخرى تسمى بالأورام الثانوية.

(يوسف الشرفاء، 2008، ص 18).

3/ العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان:

كان الاعتقاد السائد في الماضي أن السرطان هو نتيجة خطأ وراثي؛ أما الآن فتشير

التقديرات إلى أن (80%) على الأقل من جميع حالات السرطان يلعب فيها العامل البيئي

دورا ما؛ إذ يحدث هذا العامل التغييرات التي تسبب تحول الخلايا الطبيعية إلى سرطانية،

وهذا الفهم للتأثير الهائل للعوامل البيئية هو تطور مشجع لأنه يشير إلى أن الاهتمام يجب

أن يتركز على تحديد العوامل التي تعرض للإصابة بالسرطان كي يتم تجنبها، ونعني

بالعوامل المساعدة الظروف والحالات التي تزيد احتمالات ظهور السرطان، ويمكننا تصنيف هذه العوامل فيما يلي:

1.3. العوامل الفيزيائية:

إن التعرض المفرط لضوء الشمس هو من العوامل العامة للتعرض للإصابة بسرطان الجلد، كما أن التعرض للإشعاعات الأيونية من أنواع مختلفة يزيد إلى حد بعيد من خطر الإصابة بالسرطان، فوجود اللوكيميا (سرطان مجموعات خلايا الدم البيضاء) ازداد بشكل هائل بين الناجين من القنبلة الذرية، وقد ظهر بينهم المرض في فترة السنوات الثلاث إلى الخمس التي تبعت الانفجار.

في السنوات الأولى لتطوير تكنولوجيا أشعة "إكس" لم يكن الفيزيائيون الذين يعملون في مجالها على معرفة جيدة بمخاطر هذه الأشعة، ولم يتوخوا نفس الحذر من استعمالها كما يفعل علماء الأشعة اليوم، وكان أمثال هؤلاء الفيزيائيين معرضون للإصابة باللوكيميا بنسبة تبلغ 10 مرات نسبة الإصابة بين الفيزيائيين عامة. (Beers, 2008, P1033)

2.3. العوامل الكيميائية:

يُعرف عن الكثير من المواد الكيميائية الصناعية أنها تعرض للإصابة بالسرطان ف:قطران الفحم ومستحضرات الكريبوسوت (سائل زيتي تستحضر بتقطير القطران) يسببان سرطان الجلد.

أما المستحضرات الزرنخية فهي أيضا تسبب سرطان الجلد حتى وإن أُخذت عن طريق الفم، كذلك فأصباغ الأنالين قد تؤدي إلى الإصابة بسرطان المثانة في حالة ما إذا تعرض لها الشخص باستمرار، ويُفترض في هذه الحالة أن المثانة هي العضو المعرض للإصابة لأن المواد المسببة للسرطان يتم التخلص منها عن طريق البول.

وظهر مؤخرا اهتمام كبير بسبب الأدلة المتزايدة على استعمال هرمون الاستروجين الصناعي من قبل النساء المريضات يزيد من احتمال إصابتهن بسرطان المهبل، وعنق الرحم، ومما أيد هذا الاهتمام ملاحظة كون البنات المراهقات اللواتي تلقى أمهاتهن الاستروجين الصناعي خلال أشهر الحمل الثلاثة الأولى معرضات أكثر من غيرهن للإصابة بسرطان المهبل وعنق الرحم، وهكذا يبدو أن هناك انتقال في التأثير من جيل إلى جيل.

أما المشروبات الكحولية فمن الصعب تحديد التأثير الدقيق لها لأسباب عديدة، أولها أن الأشخاص الذين يتناولونها غالبا ما يكونون من مدخني السجائر، وهكذا فإنه عندما يظهر السرطان لا يعود باستطاعتنا الجزم فيما إذا كان بسبب الكحول أو السجائر، وتدخين السجائر مسؤول عن (90%) على الأقل من حالات الإصابة بسرطان الرئة الذي يسبب عددا أكبر من الوفيات بين الرجال؛ مما يسبب أي نوع من أنواع السرطان.

(Beers, 2008, P1035).

3.3. العوامل البيولوجية (الفيروسات):

هناك احتمال كبير في إمكانية حدوث السرطان نتيجة فيروس ما أو مجموعة فيروسات؛ فالفيروس الحليمي البشري (HPV) يمكن أن ينتقل من خلال العلاقات الجنسية ويسبب سرطان عنق الرحم، كما نجد فيروس التهاب الكبد "C" الذي يسبب سرطان الكبد، أما فيروس (EBV) فهو يسبب سرطان الجهاز اللمفاوي أو ما يعرف بداء بورلين.

(Beers, 2008, P1035).

3.4. العوامل النفسية والأورام السرطانية:

ظهر فرع جديد من الطب وهو الطب السيكوسوماتي الذي يتناول تأثير الضغوط أو الانفعالات على الاختلال الوظيفي أو المرضي، ويرى "ولف" (Wolf) أن الأمراض السيكوسوماتية ترجع غالباً لضغوط المواقف المختلفة في الحياة، هذه الضغوط التي لا تتفق مع تكريس الفرد الفيسيولوجي أو النفسي، وهي مواقف يحدث فيها ما يضغط على نفسية الفرد، ويثير قلقه وتوتره حتى تؤثر على أحشائه وإفرازات غده من الهرمونات والعصارات وغيرها؛ مما يجعل الحالة الانفعالية الحشوية تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحملة الآليات الجسمية الداخلية فتضطرب الوظائف أو تصاب الأعضاء.

ويرى الباحثون أن العامل النفسي لا يعمل لوحده؛ وإنما إلى جانب التغيير الهرموني ويعتبره البعض العامل الغلاب والفعال والمباشر في إحداث الأذى للعضو، ومن ثم فإن هذه الاضطرابات تؤثر على الجهاز العصبي والهرموني والحالة الجسمية للفرد بصفة

عامة، وإن تفاعل العامل النفسي مع العامل الوراثي والبيولوجي له أثر كبير في إحداث الاضطرابات الجسيمة. (نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت، 1995، ص/ص 140، 159).

ويُعتبر العالم "سيمونز" "Simons" 1956 في كتابه الشهر (المظاهر السيكوسوماتية للسرطان) وهو من أبرز العلماء والأطباء الذين درسوا (الجنور النفسية) الكامنة وراء السرطان قد توصل إلى الاستنتاجات التالية:

1. يكون هناك نوع من الصدمات النفسية؛ ما يعجل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض.

2. إن الاضطرابات في الوظائف الغدية تثيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العنيد.

3. إن العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد؛ بالإضافة إلى العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة والعائلة.

4. عدم العزل بين العلاج النفسي والعلاج الطبي، فهما صنفان متلاحمان.

* وقد أثبتت دراسات معاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان وتمكّن المحللون النفسانيون من ملاحظة التالي:

- معظم النساء المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة في تقبلهن لذاتهن.

- معظم المصابات بالسرطان كنا يعانين صعوبة من مشاعر سلبية نحو الحمل

والولادة وغالبا ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة.

- معظم المصابين والمصابات يعانون (غيرة دفينة) من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب، وفي أغلب الأحيان كانت عداوتهن مكبوتة.

(بطرس حافظ بطرس، 2008، ص/ص 397، 398).

ويرى الدكتور "برنارد" (Bernard) أن هناك أثرا للعوامل النفسية، وحالات القلق، واليأس والخوف والتوتر.

وهذه العوامل التي قد تكون نتاجا لأوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الإنسان ومشكلاته؛ مما يترك أثره الواضح في عضوية الإنسان بما فيها ما يزيد من اضطرابات عصبية وهرمونية تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان ونموه أو تطوره.

(فيصل خير الزراد، 2005، ص/ص 480، 483).

4/ أعراض السرطان:

مهما تكن الإشارات المنبئة بالمرض ومهما كانت الجداول العيادية فإن تشخيص السرطان لا يمكن أن يكون إلا مرض تشريعي، لكن هناك بعض التظاهرات الوظيفية التي تجعله يظهر في أعراض على شكل تناذرات فتجلب الانتباه وتدفع صاحبها إلى طلب الفحص ونذكر منها:

1.4. تناذر (أنف-حنجرة-بلعوم): الذي قد يظهر في:

- اضطرابات البلع.

- صعوبة في حركة اللسان مع آلام حادة.

2.4. تناذر رئوي: قد يكون مرتبطا بـ:

- سعال.

- ضيق في التنفس.

- وخاصة رعاف أو نفث دم متكرر الذي هو وحده عرض يستوجب دق ناقوس

الخطر.

3. تناذر هضمي: قد نجد:

- غثيان أو تقيء.

- نزيف هضمي.

- إمساك متناوب مع إسهال.

- آلام في البطن.

1.4. تناذر تناسلي: يشمل:

- آلام على مستوى الحوض

- سيلان منقرح من حلمة الثدي.

- خاصة نزيف الرحم الذي مهما كان بسيطا لابد أن يشكك في إمكانية الإصابة

بسرطان تناسلي.

4.5. تناذر عصبي: نجد:

- آلام بين الأضلاع.

- آلام على مستوى الفقرات القطنية.

(Cancérologie Générale, D.Belpemme, DE, JB, Baillière, 1976)

6.4. 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 فتعرق عمل العضو المصاب، كأن تتشكل كتلة في الأمعاء فتحدث بها انسدادا أو كتلة داخل الرأس تضغط على المناطق الأخرى فتعطلها.

4.7. أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى:

- الغزو المباشر؛ أي أن تنمو الخلايا مختزقة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة وفي طريقها قد تصطدم بأي شيء يقف في طريقها.
- حدوث تمزقات في الأوعية ومن ثم نزيف.
- ضغط على المناطق العصبية وحدوث آلام شديدة.
- نفاث دم متكرر، نزيف رحمي، نزيف شرجي.

(Scheitzer et d'autre, 2003, P 3)

15/ سمات الشخصية للمصابين بالسرطان:

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

وفي دراسة لكل من "Bahmson & Renneekerm" 1981 توصلنا فيها إلى أن الشخصية التي تتعرض للإصابة بالسرطان تمثل شخصا متساهلا، مدعنا للآخرين يكبت انفعالاته، منصاعا، واكتئابيا لا يستطيع التعبير عن توتراته أو قلقه أو غضبه. ويُعتبر الاكتئاب من أهم السمات الانفعالية التي لاقى اهتمام الكثير من الباحثين لدراسة علاقة الاكتئاب بمرض السرطان. حيث أظهرت الدراسات التي أجراها كل من (Wimbuch,2002,Galiettea, Frances, 2001) وجود علاقة بين الاكتئاب والإصابة بمرض السرطان، أما دراسات (Cason, 2003,Worden, 1999) فأثبتت وجود علاقة بين سمة التشاؤم والشعور باليأس والشعور بالعجز والشعور بالإحباط والإصابة بمرض السرطان.

كما أشارت دراسات (Desire,Wimbush 2002,Galiettea 2001): إلى وجود علاقة موجبة بين القلق العام وقلق الموت بشكل خاص والإصابة بمرض السرطان. ونستطيع القول أن الحالة النفسية لا تؤثر في الحالات المتأخرة وتدهور حالة المريض ولكن يمكن أن تؤثر في نمو الأورام السرطانية خاصة عندما يكون الورم في مراحله الأولى، عندئذ يكون للتفاؤل والإقبال على الحياة ومواجهة المرض أثر إيجابي كبير، وقد يشكّل فارقا حقيقيا بين الحياة والموت.

(Bruchon & d'autre, 2003, P 26)

6/ البروفيل السيكولوجي للمريض بالسرطان:

باحتيال السرطان مكانته ضمن الأمراض الأشد فتكا للإنسانية أجريت عدة دراسات على هذه الفئة المصابة وسنقف على بعض هذه الدراسات حتى يتسنى لنا فهم طبيعة البروفيل النفسي عند هذه الفئة.

فقد أثبتت العديد من الدراسات أن مرضى السرطان الذين يتقدم المرض لديهم بسرعة عندهم شخصيات تتصف بالاكتئاب والافتقار للدفع.

وخلصت "ماجدة خميس" في دراستها من خلال تطبيق عدة اختبارات إلى أن هناك زيادة القلق والاضطراب، الاكتئاب وقلق الموت فهم أكثر إحساسا بالخوف وهم أقل اهتماما بمظاهرهم الشخصية.

أما دراسة "نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت" التي طبقت فيها اختبار الرسم، وبعد التحليل توصل إلى نتيجة مفادها أنه توجد صعوبة عند الجنسين في الإتصال الوثيق بالواقع، ويظهر عندهم انهيار الأنا، ويتقبلون الهزيمة على أنها أمرا حتميا لا مناص منه ويكفون عن المقاومة، كما يتسمون بالفشل في كبت انفعالاتهم ولديهم اضطراب في العلاقة العائلية. (نجية عبد الله، عبد الفتاح رأفت، 1995، ص 167).

7/ الآثار النفسية لمرضى السرطان:

مازال التأثير النفسي للسرطان على المريض ربما يكون مدمرا فلا تزال كلمة السرطان تستحضر مخاوف الموت والعذاب والتشوه والاعتماد على الغير والعجز عن

حماية أولئك الذين نعتبرهم أعضاء علينا، وعادة ما تكون ردة الفعل الفورية عند تشخيص المرض عند الفرد ما هي إلا عدم التصديق والإصابة بالصدمة، ثم تأتي رحلة الضيق الحاد والهياج الشديد والاكنتاب الذي قد ينطوي على الإنهاك في التفكير بالمرض والقلق والموت، وفقدان الشهية والأرق وضعف التركيز والتذكر والعجز عن القيام بالأمر اليومية الحياتية. (زياد بركات، 2006، ص 913).

يشير كلا من "هولاند وسرلين" إلى أن الأفراد الذين يعانون من الخوف والإصابة بمرض السرطان يتعرضون إلى حالة شديدة من القلق تفسد أدائهم، ويتطور هذا الشكل من رهاب السرطان في أعقاب محنة صحية أو في حالة فقد قريب أو صديق أصيب بالسرطان ويصبح الفرد شديد الحساسية والقلق نحو أي عرض جسدي كان يعاني منه الشخص المتوفى خلال فترة مرضه، ويصبح الفرد حساسا لأي عرض جسدي يطرأ عليه وهو كان يتجاهله في الماضي. (دلال موسى قويدر، ص/ص 51، 52).

ولعل المعتقدات والمزاج الانفعالي لدى مرض السرطان ومواقفهم من الوضع الجديد الذي يعيشونه بعد الإصابة وردود الأفعال النفسية والجسدية تجاه الضغوطات المستجدة على حياتهم جميعها عوامل تساهم في تقاوم المشقة النفسية عند المرضى بالسرطان، وتشير بعض الإحصائيات الطبية إلى أن نسبة تتراوح بين 40% إلى 60% من حالات الإعياء والتعب النفسي عند المرضى بالسرطان لا تتم عن حالات جسدية حيوية، وإنما نابعة عن حالات وظروف نفسية وتصبح حالة المريض أكثر صعوبة عندما يعاني من القلق والرهاب والاكنتاب النفسي؛ إذ تبين الدراسات أن نسبة 15% إلى 25% ن مرضى

السرطان يعانون من أعراض الاكتئاب النفسي، ومن أهم الأعراض: فقدان الاهتمام، صعوبة التركيز الذهني والشعور باليأس واللامبالاة بالإضافة إلى أعراض القلق والخوف من الموت وكلها عوامل تزيد من الضغوطات النفسية لدى المريض.

(زياد بركات، 2006، ص 913).

8/ علاقة المريض بالسرطان بالطبيب والاختصاصي النفسي:

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

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

إن القلق هو سيد الموقف في هذه المرحلة الحرجة، قلق المريض وقلق من يقوم على رعايته، وقلق طبيبه أيضا، وهناك أسباب عديدة للقلق، فأهل المريض يعتقدون أن التشخيص والعلاج ربما لا يكون سليما، وقد يزيد من قلقهم أن حالة المريض لا تستجيب للعلاج وتستمر معاناته، وكثير من المشاعر المتضاربة لدى المريض وذويه مثل الرغبة في معرفة حقيقة المرض والخوف من ما تعنيه الحقيقة.

(لطفى الشربيني، 2010، ص/ص 233، 243).

وهنا يأتي دور الأخصائي النفسي الذي يقوم بتهيئة المريض لسماع التشخيص فيتوجب على الأخصائي النفسي تهيئة الجو المليء بالأمن والطمأنينة والتقبل، ويحاول من خلاله التعرف على مشاعر وانفعالات المريض، وأفضل طريقة لذلك أن يشعر المريض بالثقة والطمأنينة وكثيرا ما يرتاح مرضى السرطان للإنسان الذي يُصغي إليهم ويهتم بهم؛ فالاهتمام بمشاعر المريض وأفكاره الجديدة المتولدة عن المرض تتيح له فرصة الاطمئنان للأخصائي النفسي.

والتفاعل هنا هو عملية تواصلية قوامها التحدث بين الطرفين وهذه الأخيرة هي الوسيلة الفعالة في نقل الأحاسيس والمشاعر، وبقدر ما يستوعب الأخصائي مشاعر المريض بقدر ما يكون موضع تفريغ انفعالات المريض الكامنة وراء حديثه.

(عبد العلي الجسماني، 1998، ص 248).

9/ علاج السرطان:

من المؤكد أن العلاج يختلف حسب نوع الورم فالأورام الحميدة تشفى بالاستئصال التام ولا تعود ثانية، أما بالنسبة للأورام الخبيثة فقد حدث تقدم ملحوظ في العلاج خلال القرن الـ20 ومن أهم العلاجات المتاحة:

أولاً/ العلاجات المتاحة والمستخدمة حالياً:

1. **العلاج الجراحي:** بدأ استخدامه في القرن التاسع عشر، جاء أول تقرير عن إمكانية شفاء السرطان في عام 1878؛ حيث تم شفاء 5% من المصابات بسرطان الثدي واللائي تم علاجهن جراحياً، وحدث التقدم الكبير في سنة 1891 باستخدام الاستئصال الجراحي الجذري لأول مرة في ورم بالثدي (حيث يتم استئصال الثدي كاملاً، ومعه الغدد اللمفاوية)، ومع حلول عام 1935 سجل الأطباء إمكانية الاستئصال الجذري الناجح لجميع الأورام.

2. **العلاج الإشعاعي:** لقد اكتشف "رونجن" (Roentgen) الأشعة السينية "X-Rays" في عام 1895، واكتشف "بيكورل" "Becquerel" النشاط الإشعاعي، واكتشف "ماري كوري" (Marie Curie) الراديوم في 1898، وتم استخدام هذه الاكتشافات في علاج الأورام.

3. **العلاج الكيميائي:** بدأ هذا في سنة 1943 بعد اكتشاف نجاح المواد الكيميائية السامة التي استخدمت في الحرب العالمية الثانية في علاج الأورام اللمفاوية الهموجينية

"Hodjikin's, Lyphoma"، وهذه الأدوية تعمل على قتل الخلايا التي هي في طور التكاثر "Cytotoxic Drugs"، وعادة يُكتفى بالعلاج الكيماوي فقط في سرطان الدم وسرطان الغدد اللمفاوية، وتم استحداث عملية زرع النخاع والتي تتم بعد إعطاء جرعات كبيرة جدا من المواد الكيماوية لتدمر كل خلايا الورم وتدمر كذلك النخاع العظمي للمريض.

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

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

ثانيا/ العلاجات الحديثة (تحت التجارب):

1. **العلاج الجيني:** حيث يحاول العلماء عن طريق الهندسة الوراثية أن يتحكموا في الخل الحادث في الجينات والذي يؤدي إلى حدوث السرطان.

2. **العلاج المناعي:** لقد ثبت أن الجهاز المناعي له دور كبير في مقاومة السرطان، وذلك بالبحث والقضاء على الخلايا المصابة بالطفرات والتي تتكون يوميا في كل الأشخاص، ولقد فكر العلماء في استخدام معدلات الاستجابة البيولوجية " Biological Response Modifiers" في علاج السرطان. (أحمد سالم بادويلان، ص/ص 61، 59)

خلاصة الفصل:

تضمن هذا الفصل مرض السرطان من خلال التعريف على مفهومه والعوامل المساعدة للإصابة بمرض السرطان، وأهم سمات الشخصية للمصابين والبروفيل السيكولوجي للمريض بالسرطان والآثار النفسية التي يخلفها هذا المرض لما له من تأثير بالغ على نفوس المرضى، وأشارت أيضا إلى التصنيف والأعراض الناتجة عن السرطان، ثم علاقة المريض بالطبيب والأخصائي النفسي وأهم طرق العلاج.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع:

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد.

1. الفرضيات.

2. المنهج المستخدم.

3. أدوات الدراسة.

1.3. الملاحظة.

2.3. المقابلة العيادية.

3.3. مقياس قلق الموت.

4. حدود الدراسة:

5. حالات الدراسة.

6. الدراسة الاستطلاعية

تمهيد:

أسعى من خلال هذا الفصل لتبيان المنهجية المتبعة في الدراسة؛ حيث تعتبر مهمة جدا لحسن سير البحث والوصول إلى النتائج المرجوة.

1/ الفرضيات:

• الفرضية العامة:

يعاني الراشد المصاب بالسرطان من قلق الموت.

• الفرضيات الجزئية:

- الفرضية الجزئية (1): يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت لدى الراشد

المصاب بالسرطان (مرتفع، متوسط، منخفض).

- الفرضية الجزئية (2): يوجد اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت حسب

متغير الجنس.

2/ المنهج المستخدم:

لغة: قال الخليل؛ نَهَجَ الأمر وأنهَجَ لغتان أي وضح والمنهاج الطريق الواضح.

جاء في المعجم الوسيط: نَهَجَ الطريق، وضَحَ استَبَانَ، والمنهاج: الطريق الواضح

والخطة المرسومة، ومنه منهاج الدراسة.

لقد اتفقت المعاجم اللغوية على أن المنهج هو الطريق الواضح الذي يتبعه الإنسان

للوصول إلى غاية ما.

اصطلاحاً: المنهج خطة يسير عليها الباحث بدءاً من التفكير في موضوع البحث حتى ينتهي من إنجازه ومن تعريفاته.

المنهج: خطة معقولة لمعالجة مشكلة ما، وحلها عن طريق استخدام المبادئ العلمية المبنية على الموضوعية، والإدراك السليم المدعومة بالبرهان والدليل.

(محمد خان، 2011، ص/ص 14، 15).

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

***المنهج إكلينيكي:**

يعتمد على الملاحظة المعمقة للأفراد الذين يواجهون مشاكل معينة، والتعرف قدر الإمكان على ظروف حياتهم بغية التوصل. إلى تأويل كل واقعة في ضوء كل الوقائع الأخرى، ذلك أن الكل يشكل مجموعة دينامية لا يمكن تبسيطها دون تشويهها وتبريرها.

(عبد الرحمان الوافي، 2005، ص65).

3/ أدوات البحث:

1.3. الملاحظة: إن الملاحظة هي أساس وقاعدة أي نوع من العلاقات سواء اجتماعية كانت أو علاقات عمل، كالعلاقة بين الباحث والمفحوص وفي أي حركة بحث، فهي بذلك فعل مراقبة شخص ما مع تركيز للانتباه على مجمل الحركات التي تصدر من الحالة، وكذا ردود أفعالها السلوكية المختلفة.

يعرف ربحي مصطفى الملاحظة على أنها عبارة عن تفاعل وتبادل المعلومات بين شخصين أو أكثر احدهما الباحث والآخر المستجيب أو المبحوث تجمع معلومات وملاحظة سلوكيات المبحوث. (ربحي مصطفى، 2000، ص102).

2.3. المقابلة العيادية: وهي عبارة عن حوار يدور بين الباحث والشخص الذي تم مقابله، يبدأ هذا الحوار بخلق علاقة وئام بينهما، ليضمن الباحث الحد الأدنى من تعاون المستجيب، ثم يشرح الباحث الغرض من المقابلة وبعد أن يشعر الباحث بأن المستجيب على استعداد للتعاون يبدأ الباحث بطرح الأسئلة التي يحددها مسبقاً، ثم يسجل الإجابة بكلمات المستجيب (ربحي مصطفى، 2000، ص102).

حسب الباحث موريس أنجرس (Maurice Angers) فإن القابلة هي أداة بحث مباشرة تستخدم في مساءلة الأشخاص المبحوثين فردياً أو جماعياً، قصد الحصول على معلومات كيفية، ذات علاقة باستكشاف العلل العميقة لدى الأفراد. (أحمد بن مرسل، 2010، ص114).

3.3. مقياس قلق الموت:

هو عبارة عن استبيان يتضمن قائمة من طرف الأسئلة التي تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي "دونالد تمبلر" (Donald Timbler) ولقد تُرجم إلى لغات عديدة منها العربية والإسبانية وحتى اليابانية والهندية، واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة من الذكور والإناث من ثقافات مختلفة، وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من 16 إلى 85 سنة ومتغيرات عديدة كالسن، الجنس، درجة

التدين، الصحة الجسمية والعقلية وأنواع أخرى من السلوكيات، لذا فهو يعد واحد من أكثر المقاييس انتشار في البحوث، طبق هذا المقياس لأول مرة سنة 1970.

■ الخصائص السيتومترية للمقياس:

بدأ تكوين الاختبار بوضع 40 بنداً، تم اختيارها على أساس منطقي، كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت وهي عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة والجثث والدفن ثم مر المقياس بمراحل متتابعة حتى وصل إلى 15 بنداً، وهي الصورة النهائية للمقياس و يحتوي المقياس على (09) بنود تصحح بـ"نعم" و(06) تصحح بـ"لا"، وقد اتضح بأن وجهة الاستجابة للموافقة تستوعب قدراً قليلاً من التباين في هذا المقياس وقيست هذه الوجهة بمقياس (كوش كيستون) الذي يعتبر أفضل مقياس مختصر حيث يتكون من 15 بنداً لوجهة الاستجابة بالموافقة، وقد أوضحت دراسة "تميلر" عدم وجود ارتباط جوهري بينهما وبين مقياس وجهة الاستجابة المتعلقة بالجاذبية الاجتماعية كما تقاس بمقياس (مارلوكراون).

* ثبات الإختبار: لقد قام أحمد عبد الخالق بترجمة مقياس قلق الموت إلى العربية و طبقت النسختان (العربية و الإنجليزية) معاً مع عينة من طلاب مصريين بقسم اللغة الإنجليزية، وقد وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والإنجليزية إلى 0,87 بالنسبة للذكور والإناث (ن=43) وهذا حسب ثبات إعادة الإختبار بالصورة العربية، وكان الفاصل الزمني بين

الاختبار واعدته أسبوعا واحدا، في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى 0,70 بالنسبة للذكور (ن=44)، و0,73 بالنسبة للإناث (ن=56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة. * صدق الإختبار: لقد قام "تمبلر" بتقدير صدق المقياس مستخدما عدة طرق منها مقارنة درجات مرض في المجال السيكاتري ممن قرروا أن لديهم قلقا عاليا من الموت بدرجات عينة ضابطة من المرضى السيكاتريين الذين قرروا أنه لا يوجد لديهم قلق الموت، وقد استخرجت فروق جوهرية بين درجات الفريقين، مما يشير إلى صدق المقياس، كذلك الارتباط الجوهري المرتفع بين هذا المقياس ومقياس "بوبر" للقلق من الموت، وكذلك الارتباط الجوهري السلبي بمقياس قوة الأنا "ك" من قائمة (مينيسوتا).

▪ طريقة تصحيح و تطبيق المقياس:

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

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

-إذا كانت العبارة خاطئة او لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ)

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

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

-نقطة(01) للبنود التي تصحح بـ(ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

-نقطة(01)للبنود التي تصحح بـ(خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.

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

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

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

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

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

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

-الدرجة التي تتراوح بين (0-06) تشير إلى عدم وجود قلق الموت.

-الدرجة التي تتراوح بين (07-08) تشير إلى وجود قلق موت متوسط.

-الدرجة التي تتراوح بين(09-15) تشير إلى وجود قلق موت مرتفع.

(زعتن نور الدين، 2008، ص/ ص 102، 105)

4/حدود الدراسة:

4.1.المجال المكاني: تم إجراء هذه الدراسة الميدانية في مركز مكافحة السرطان بباتنة بعد

الحصول على تصريح بالزيارة من طرف جامعة محمد خيضر بسكرة.

2.4. لمدال الزماني: تم إجراء الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة من 2013/03/24 إلى

غاية: 2013/04/11 .

3.4.المجال البشري:اعتمدت الدراسة على (03) حالات مصابين بمرض السرطان،حيث

تراوحت أعمارهم بين (35-48) سنة.

5/ حالات الدراسة:

اخترت (03) حالات مصابون بأنواع مختلفة من السرطان.

-الجنس: نساء، رجال.

-السن: 35-48 سنة.

-نوع الإصابة بالسرطان: سرطان الثدي، القولون

6/ الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى والمهمة في القيام بأي بحث علمي، فهي تساعدنا في التعرف واختيار حالات الدراسة.

بعدما حصلت على الإذن من طرف الجامعة بالتوجه إلى مركز مكافحة السرطان بباتنة للقيام بالدراسة الميدانية، توجهت إلى المركز بتقديم طلب من أجل القيام بالدراسة الميدانية، حضيت باستقبال جيد من طرف: رئيسة المصلحة والأخصائية النفسية والمرضين أيضا فشرحت سبب زيارتي لهذا المركز لرئيسة المصلحة فوافقت على ذلك ووجهتني إلى الأخصائية النفسية فاخترت معها الحالات التي تخدم موضوعي، ففي هذه الفترة حصلت على المعلومات التي أحتاجها من خلال هذه الدراسة الاستطلاعية.

الفصل الخامس:

تحليل ومناقشة النتائج

1./دراسة الحالة الأولى

1.1.تقديم الحالة الأولى

2.1.ملخص المقابلة

3.1. تحليل المقابلة.

4.1. تحليل الاختبار.

5.1. التحليل العام.

2./دراسة الحالة الثانية

1.2..تقديم الحالة الثانية

2.2. ملخص المقابلة

3.2. تحليل المقابلة.

4.2. تحليل الاختبار

5.2. التحليل العام.

3.دراسة الحالة الثالثة

1.3.تقديم الحالة الثالثة

2.3.ملخص المقابلة

3.3. تحليل المقابلة.

4.3. تحليل الاختبار.

5.3. التحليل العام.

4. / مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

1/ دراسة الحالة الأولى

1.1 تقديم الحالة:

الاسم: ج	الحالة الإجتماعية: متزوجة وأم ل 3 أبناء
السن: 35 سنة	الحالة الإقتصادية: جيدة
الجنس: أنثى	المستوى الثقافي: أستاذة في المتوسطة
مكان الإقامة: باتنة	الأمراض السابقة: لا توجد
مدة الإصابة: 7 أشهر	نوع الإصابة: سرطان الثدي

2.1 ملخص المقابلة:

الحالة (ج) تبلغ من العمر 35 سنة متزوجة منذ أكثر من 7 سنوات، تعيش أسرتها المتكونة من الزوج و الأبناء الثلاثة، تعمل أستاذة في المتوسطة الحالة الاقتصادية جيدة حيث يعمل زوجها في شركة سوناطراك، ظهر المرض عند الحالة منذ 7 أشهر حيث ظهرت حبة متوسطة الحجم في جانب ثديها الأيمن وبعد زهابها للطبيب وقيامها بالفحوصات الطبية اللازمة اكتشف أنها مصابة بورم سرطاني خبيث، فصدّمت الحالة لتلقيها هذا الخبر وخاصة لما تقرر إجراء عملية جراحية عاجلة وذلك مع استئصال كلي للثدي.

3.1. تحليل المقابلة:

من خلال المقابلة التي أجريتها مع الحالة، لاحظت أن الحالة أثناء المقابلة في حالة توتر كبير بالرغم من ذلك وافقت على إجراء المقابلة، تبين أن الحالة تعاني من صدمة نفسية كبيرة نتيجة إصابتها بورم سرطاني خبيث وعدم تقبلها لحقيقة مرضها وذلك حسب قولها: "صدمني الطبيب كقالي بلي حكمني هذاك المرض، منيش مصدقة ح نهبل أخلاص" فالحالة تكن مشاعر الكره اتجاه الأطباء وذلك يرجع إلى الأسلوب القاسي الذي أخبرها به الطبيب على حقيقة مرضها، وهذا ما ظهر في قولها: "شوكتاتي الطبيب كي قالي عندك هذاك المرض، كرهتو لدرجة متصورش même pas بالعقل قالي عندك Cancer أمدام؛" فالحالة تحاول إنكار مرضها ويبدو ذلك من خلال عدم استعمالها لكلمة "سرطان" حتى معرفتها لحقيقة مرضها، بل كانت تشير إلى حالتها بقولها: "هذاك المرض" و إنكارها للا شعوري للمرض الناتج عن الخوف من الموت وذلك لتجنب الواقع المؤلم، فالحالة دخلت في عزلة اجتماعية وأصبحت تعيش حالة من القلق خاصة مع الناس و يظهر ذلك في قولها: "منحبش يجيوني الناس parce que يهدرولي غير على المرض يلققوا"، أما بالنسبة لقلق الموت فالحالة خائفة من المرض لأنه يؤدي إلى الموت وهذا في قولها: "خايفة من هذا المرض خايفة نموت ونخلي ولادي " خوف الحالة من ترك أبناءها هذا ما زاد من شدة قلقها وخوفها من الموت، فالآلام والمعاناة الجسدية التي تعاني منها الحالة زادت من شدة توترها وتفكيرها بالموت، إلا أن الحالة تظهر بعض الشيء

تقبلها لوضعيتها فاهتمام زوجها بها هذا ما جعلها تطمئن قليلا ويظهر ذلك في قولها: "الحق

راجلي قايم بي أملي مرضت مخليش خلاص ديما يحاول ينحي علي".

4.1. تحليل الإختبار: جدول (02) يوضح نتائج اختبار قلق الموت مع الحالة الأولى:

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

بعد إجرائي لاختبار قلق الموت لقياس درجة حدته؛ وجدت أن الحالة تحصلت على (13) درجة وهي تعتبر مرتفعة، والتي تدل على وجود قلق موت مرتفع وهذا ما أكدته الحالة أثناء المقابلة من قلق وتوتر وهذا راجع إلى خوفها من مفارقة الحياة في أي لحظة وترك أبناءها، وحالتها الصحية المضطربة زادت من حدتها وقلقها.

5.1. التحليل العام للحالة:

من خلال المقابلة التي أجريتها مع الحالة والملاحظة والنتائج المستخلصة من اختبار قلق الموت توصلت إلى أن الحالة أصبحت انطوائية نتيجة إصابتها بورم سرطاني؛ خبيث مما جعلها ترفض الدخول في علاقات اجتماعية وعائلية وذلك حسب قولها "منحبش يحبوني الناس"، هذا ما أطلق عليها "هيجنز وأندلر" "أسلوب التوجه نحو التجنب"، ويقصد به محاولات الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة أو أن يكتفي بالانسحاب منها. (حسين فائد، 2001، ص 88).

كما لاحظت أن الحالة تكوّن لديها الإحساس بالنقص وترفض رؤية الناس لها، وهي في حالتها السيئة نتيجة استئصالها لثديها وسقوط شعرها وذلك قولها: "منحبش يشوفوني الناس وأنا مريضة"، وهذا ما أكده "أدلر"، عندما ربط الإحساس بالنقص بإصابة الشخص بالعاهة؛ حيث يقول: " أن الشخص الذي يعاني من عاهة، فإنه يزداد لديه الشعور بالنقص". (رمضان محمد الفدافي، 1993، ص 149).

تبين لي أيضا من خلال المقابلة أن الحالة منذ إصابتها بالمرض تشعر بالطمأنينة إلا مع زوجها وذلك في قولها "راجلي الوحيد لي ما يحسننيش خلاص بلي مريضة بالعكس يتعامل معاي عادي".

وبالرغم من هذا يبقى الشعور بالحزن من الموت والتفكير في أولادها يلزم المريضة في كل سلوكاتها وأقوالها ويظهر ذلك في قولها: "خايفة نموت أنخليهم" وهذا ما زاد من حدة قلقها".

2/ دراسة الحالة الثانية

2.1. تقديم الحالة:

الاسم: م	الحالة الاجتماعية: متزوجة وأم لـ 06 أبناء
السن: 46 سنة	الحالة الاقتصادية: سيئة
الجنس: أنثى	المستوى الثقافي: التاسعة أساسي.
مكان الإقامة: أريس	الأمراض السابقة: الصرع.
مدة الإصابة: عام ونصف	نوع الإصابة: سرطان القولون

2.2. ملخص المقابلة:

الحالة تبلغ من العمر 46 سنة، متزوجة وأم لـ 46 سنة متزوجة وأم لـ 06 أبناء تعمل خادمة في البيوت؛ حالتها الاقتصادية متدهورة بسبب بطالة الزوج، بالإضافة إلى عدم وجود مسكن خاص، أما عن معاملة الزوج فتقول المريضة أنه يعاملها بقسوة ويضربها باستمرار خاصة إذا لم تأت له بالنقود، فهي دائمة التفكير في أبنائها بعد وفاتها لأنها هي التي توفر لهم متطلباتهم زد على ذلك علاقتهم السيئة بأبيهم. فالحالة ظهر لديها المرض منذ عام ونصف صدمت الحالة كثيرا لهذا الخبر، وهي ترجع بسبب إصابتها بالمرض إلى الضرب المستمرة من طرف الزوج.

3.2. تحليل المقابلة:

من خلال المقابلة التي أجريتها مع الحالة لاحظت أنها يداها ترجفان من شدة القلق والتوتر، صدمت الحالة بالمرض الذي أصابها وذلك في قولها: "سكت حرت واش ندير ولا واش نقول، مبكري العيشة مليحة وزدت مرضت"؛ فالحالة تتأسف على وضعها المزري؛ فهي تكن مشاعر الكره والبغض تجاه زوجها، وذلك عن معاملته القاسية لها، ويظهر ذلك في قولها: "كرهتوني كالشيطان يضال يضرب في بلا سبة ما فيه حتى فايدة" فهي تلوم زوجها وترجع سبب إصابتها بالمرض إلى الضرب المستمر ويظهر ذلك حسب قولها "هو السبة في مرضي"؛ فالحالة الاجتماعية والظروف القاسية التي تعيشها الحالة زادت من شدة قلقها، فلاحظت أنها ظهرت لديها مشاعر سلبية متمثلة في الإحساس بالإحباط واليأس والتشاؤم ويظهر ذلك في قولها "ماتيش عارفة كيفاه تكمل، حاجة ما تفرح في حياتي"؛ فالحالة أصبحت علاقتها متدهورة مع الناس، وأصبحت تحب العزلة وذلك حسب قولها "ما عدتش نشتي نقعد مع الناس، نلقى راحتي كي نقعد وحدي" فمشاعر النقص ظاهرة لدى الحالة، فهي ترفض تماما وصفها بالمریضة، وذلك في قولها "ما نحبش يقولولي راكي مریضة" فالحالة خائفة من الموت لأنها تفكر باستمرار في اولادها لأنها سندهم، وذلك في قولها "خايفة نموت، هذيك الساعة من هو لي بيهم لو كان نخطيهم يضيعو"؛ لاحظت أيضا إنها مضطربة نفسيا بسبب لامبالاة زوجها وعدم

اهتمامه بعائلته، وذلك في قولها: "ماتيش مليحة خلاص من هذاك الراجل، ما هوش لاتي بيينا خلاص".

4.2. تحليل الاختبار:

جدول (03) يوضح نتائج اختبار قلق الموت مع الحالة الثانية:

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

بعد إجرائي لاختبار قلق الموت لقياس درجة حدته؛ وجدت أن الحالة تحصلت على (12) درجة، وهي تعتبر مرتفعة وتدل على وجود قلق موت مرتفع، وهذا ما نستخلصه أثناء المقابلة أيضا من قلق شديد، كما تعاني من إحباط وتشاؤم تجاه المستقبل، وخوفها من الموت الذي ولد لها القلق وهذا ظاهر في الاختبار وذلك نتيجة تفكيرها في أولادها لأنها سندهم في الحياة ومعاناتها القاسية مع زوجها.

5.2. التحليل العام للحالة:

من خلال ما استخلصته من المقابلة التي دعمتها بالملاحظة ونتائج اختبار قلق الموت "لأحمد عبد الخالق" توصلت إلى أن الحالة تعاني كثيرا من إصابتها بهذا المرض، وتبين لي قلقها الشديد على مسؤولياتها التي خلفتها وراءها بسبب المرض والمتمثلة في الأولاد، وذلك في قولها: "الدار كل على، أولادي يشوفو غير لي"، فهي سندهم الوحيد.

فتضحية الحالة في سبيل أولادها ومعاملة زوجها القاسية هذا ما زاد من تفاقم المرض لديها، مع العلم أن الحالة لا تهتم بنفسها بصورة كبيرة بقدر ما تهتم بأولادها وذلك في قولها: "هملت روعي علجال أولادي" فتفكير الحالة المستمر في المصير المجهول لأولادها بعد موتها زاد من حدة قلقها واكتئابها وذلك في قولها: "ديما نخمم على أولادي واش راح يصرالهم من بعدي"، وشعور الحالة بالنقص ظاهر في قولها: "منحبش يشفقو عليّ ويشوفوني مريضة وذليلة" فالإحباط النفسي الشديد الذي سببه هذا المرض نتيجة للآلام العضوية وما تخلفه من آثار على الناحية النفسية للحالة؛ إلا أنها تُظهر بعض

الشيء من تقبلها ومقاومتها للمرض وذلك لتثبت لنفسها وللآخرين قوة شخصيتها ويظهر

ذلك في قولها: "لي جات من عند ربي أكل مرحبا، الشفا كل في يدو".

3/ دراسة الحالة الثالثة

3.1. تقديم الحالة:

الاسم: س	الحالة الاجتماعية: متزوج وأب لـ 05 أبناء.
السن: 48 سنة	الحالة الاقتصادية: متوسطة
الجنس: ذكر	المستوى الثقافي: السابعة أساسي
مكان الإقامة: بانتة	الأمراض السابقة: لا توجد
مدة الإصابة: 07 أشهر	نوع الإصابة: سرطان القولون.

3.2. ملخص المقابلة:

الحالة (س) يبلغ من العمر 48 سنة، متزوج وأب لخمس أطفال، الحالة الاقتصادية متوسطة، فهو يعمل خضار أصيب بهذا المرض منذ 07 أشهر، فالحالة كان يعاني من آلام شديدة في بطنه، وبعد إصرار زوجته على ذهابه للطبيب، ذهب وقام بالفحوصات الطبية اللازمة، فاكتشف الحالة أنه مصاب بسرطان القولون فصدم لسماع هذا الخبر، وذلك أن أخوه توفي بنفس المرض منذ 08 أشهر فالحالة لم يخبر عائلته لكي لا يقلقهم، وبعد أن بدأ العلاج الكيميائي أخبرهم.

3.3. تحليل المقابلة:

من خلال المقابلة التي أجريتها مع الحالة تبين أنه صدم لسمع إصابته بالسرطان وتمثلت صدمته في سكوته التام، ويظهر ذلك في قوله: "كي قالي الطبيب عندك هذاك المرض مقدرتش نهدر، معرفتش واش نقول"، وأصبح الحالة لا يتكلم كثيرا منذ سماعه هذا الخبر كما كان من قبل وذلك حسب قوله: "ملي سمعت هذاك الخبر معتش نهدر بزاف خلاص؛ نهدر غير وين لازم موليتش كيما بكري نهدر مع أولادي نضحك معاهم".

فالحالة بدأ يدخل في عزلة اجتماعية، فتبين لي أنه أصبح يحس بالنقص، ويظهر ذلك من خلال قوله: "إيه يا الدنيا لو كان شفيتني كيفاه كنت بكري الصحة والسمانة وضرك راكي تشوفي فيّ الجلد على العظم"؛ فالحالة يتحسر على ما آل إليه، فهو يعاني من قلق شديد وألم نفسي كلما دخل المستشفى وذلك لأنه يتذكر أخوه الذي توفي، وذلك في قوله: "كي ندخل للسبيطار باش ندير La chimio يجيني خويا بين عينيّ نقلق نبغي ندخل في عقلي".

فتبين لي أيضا أن الحالة يخاف أن يموت موتا مؤلما كأخيه وذلك حسب قوله "خايف نتمرمد كيما خويا ونموت"، وتفكيره الدائم في زوجته وأبناءه وذلك حسب قوله: "كي نموت نخلي المرا، لولاد مزالو صغار".

4.3. تحليل الإختبار:

جدول (04) يوضح نتائج إختبار قلق الموت مع الحالة الثالثة:

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

بعد إجرائي لاختبار قلق الموت وذلك لقياس درجة حدته، وجدت أن الحالة تحصل على (11) درجة وهي تشير إلى وجود قلق موت مرتفع وهذا ما تبين لي أيضا من خلال المقابلة التي أجريتها معه، فموت أخيه بنفس المرض الذي أصابه جعله يفكر كثيرا في الموت وخاصة أنه مات موتا مؤلما هذا ما يجعله يخاف من الموت ويفكر في مصيره المجهول، زد على ذلك تفكيره في أبناء وزوجته.

5.3. التحليل العام للحالة:

من خلال المقابلة المدعومة بالملاحظة والنتائج التي استخلصتها من اختبار قلق الموت تبين لي أن الحالة يتأسف ويتحسر على وضعيته الجديدة، وذلك يظهر في قوله: "إيه كيفاه كنت، وكيفاه وليت" فكلامه هذا يدل على إحساسه بالنقص وهذا ما أكدته "أدلر" عندما ربط الإحساس بالنقص بإصابة الشخص بالعاهة؛ حيث يقول: "أن الشخص الذي يعاني من عاهة؛ فإنه يزداد لديه الشعور بالنقص".

(رمضان محمد القذافي، 1993، ص 149).

ولاحظت أيضا أن الحالة دخل في عزلة اجتماعية ويظهر ذلك في قوله "ما عدت نشتي نخرج ما نشتي نتلاقى مع الناس؛" فالحالة أصبح يجب الانطواء ويظهر ذلك في قوله: " وليت نشتي نقعد وحدي خير، الناس ما يخليوكش تخمم في عقلك".

فالحالة دائم التفكير في مآله ومصيره المجهول وذلك في قوله "ما نعرف كيفاه اللخرة نتاعي"، فهو يربط مصيره كمصير أخوه الذي مات بنفس المرض، وذلك في قوله: "خايف نتمرمد كيما خويا وأنموت"، وتفكيره الدائم والمستمر في أبناءه هذا ما زاد من شدة قلقه وخوفه من الموت.

4/ مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

تتمحور إشكالية بحثي حول قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان؛ حيث انطلقت من فرضية عامة مستخدمة في ذلك المنهج العيادي واعتمدت على أدوات البحث المتمثلة في الملاحظة، المقابلة الإكلينيكية ومقياس قلق الموت.

وبعد دراستي للحالات الثلاث وتحليلي للنتائج وتفسيرها وجدت أن: ما يلفت النظر من خلال المقابلات التي أجريتها مع الحالات الثلاثة هو ذلك المرض ذو الطابع الصدمي الملازم لسماع خبر الإصابة بمرض السرطان.

لاحظت أن ما يشترك في الحالات الثلاث أنهم يتجنبون اللقاءات العائلية والاجتماعية، هذا ما أطلق عليه "هيجنز أدلر": "أسلوب التوجه نحو التجنب"، ويقصد به محاولات الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة أو أن يكتفي بالانسحاب منها. (حسين فائد، 2001، ص 88).

كما يشتركون أيضا في إحساسهم بالنقص، وهذا ما أكده "أدلر" عندما ربط الإحساس بالنقص بإصابة الشخص بالعاهة؛ حيث يقول: "أن الشخص الذي يعاني من عاهة، فإنه يزداد لديه الشعور بالنقص".

(رمضان محمد القذافي، 1993، ص 149).

تبين لي أيضا أن حياتهم النفسية بعد اكتشافهم للمرض تتسم بالقلق والإحباط والخوف من الموت يضاف إلى ذلك الانفعال والاكنتاب.

لم تتحقق الفرضية الجزئية الأولى والتي تنص على وجود اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت؛ فالحالات الثلاث لديهم قلق موت مرتفع؛ أما بالنسبة للفرضية الجزئية الثانية والتي تنص على وجود اختلاف في درجة الشعور بقلق الموت حسب متغير الجنس، فلم تتحقق هي الأخرى فالحالات الثلاث (امراتين ورجل) يعانون من قلق موت مرتفع.

أما بالنسبة للفرضية العامة للدراسة فقد تحققت والتي جاءت كما يلي: "يعاني الراشد المصاب بالسرطان من قلق موت".

خاتمة

خاتمة

إن ما يمكن أن أستخلصه من هذه الدراسة هو المصير المؤلم الذي يعيشه مريض السرطان، بسبب تحمله الآلام العضوية الناتجة عن المرض والتي تؤدي بدورها إلى ظهور جملة من الاضطرابات النفسية الخطيرة التي يصعب على المريض التخلص منها، من بين هذه الاضطرابات "قلق الموت" الناشئ عن هذه التجربة المرضية التي يعيشها المريض مع وعيه بخطورة المرض وعدم جدوى العلاج والذي ينشأ عنه حالة اكتئاب شديدة بالإضافة إلى ظهور الانفعال الموجه نحو الذات ونحو الآخرين خاصة أفراد الأسرة، نتيجة سرعة الاستشارة الناتجة عن المرض، وحالة القلق التي يعيشها المريض تحت ضغط الآلام الجسدية والنفسية، مما ينتج عنه في الأخير إصابة نفسية ناتجة عن إصابة جسدية.

من خلال كل ما سبق عرضه يمكن الإشارة إلى خصوصية وخطورة مرض السرطان، سواء من حيث الأعراض الخاصة، أو من حيث الآثار التي يخلفها على المريض، وهذه الخطورة لا يمكن اقتصارها على نوع دون آخر، لأن كل نوع له أخطاره وأثاره الجانبية الجسدية و النفسية.

قائمة المصادر

و المراجع

قائمة المراجع:

أولاً/ المراجع باللغة العربية:

I/ القواميس:

1. عبد المنعم حنفي، 1997، موسوعة الطب النفسي، ط1، مكتبة مدبولي، القاهرة.

II/ الكتب:

2. إبراهيم سالم الصيخان، 2010، الإضطرابات النفسية والعقلية، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.

3. أحمد سالم بادويلان، 2005، السرطان مازال الأمل باقياً، ط1، مؤسسة الريان للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، بيروت.

4. أديب محمد الخالدي، 2009، المرجع في الصحة النفسية نظرية جديدة، ط3، العراق.

5. أرون بيك، ترجمة عادل مصطفى، 2000، العلاج المعرفي والاضطرابات المعرفية، ط1، دار النهضة العربية، بيروت.

6. بطرس حافظ بطرس، 2008، التكيف والصحة النفسية للطفل، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.

7. بشير معمريّة، 2007، بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء الرابع، منشورات الحبر، الجزائر،

8. بشير عمرية، 2009، دراسات نفسية في الذكاء الوجداني (الاكتئاب، اليأس، قلق الموت، السلوك العدواني، الانتحار)، ط1، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، المنصورة، مصر.
9. حامد عبد السلام زهران، 1997، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم المكتب للنشر والطباعة، القاهرة.
10. حسين فايد، 2011، دراسات في السلوك والشخصية، ط1، المكتب الجامعي الحديث للنشر، القاهرة.
11. دافيد شيهان، ترجمة عزت شعلان، 1998، مرض القلق، د ط، عالم المعرفة، الكويت.
12. راجح أحمد عزت، 1994، أصول علم النفس، د ط، المكتب المصري الحديث، الاسكندرية.
13. شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش، 2008، علم النفس الصحي، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن.
14. طه عبد العظيم حسين، 2007، العلاج النفسي المعرفي (مفاهيم وتطبيقات)، ط1، دار الوفاء للطباعة والنشر، مصر.
15. عبد الحميد محمد الشاذلي، 1999، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، دط، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الاسكندرية.

16. عبد الرحمان العيسوي، د.س، أمراض العصر (الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية)، دط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
17. عبد الرحمان الوافي، 2003، المختصر في مبادئ علم النفس، ط3، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر.
18. عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002، التمريض النفسي، دط، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
19. عبد العلي الجسماني، 1998، الأمراض النفسية تاريخها، أنواعها، أعراضها، علاجها، ط1، بيروت، لبنان.
20. عبد اللطيف حسين فرج، 2009، الاضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال)، ط1، دار حامد للنشر والتوزيع، مكة المكرمة.
21. فاروق السيد عثمان، 2001، القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
22. فيصل خير الزراد، 2000، الأمراض النفس جسدية، ط1، دار النفائس، بيروت.
23. لطفي الشربيني، 2010، المرجع الشامل في علاج القلق، دط، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
24. محمد جاسم محمد، 2004، علم النفس الإكلينيكي، دط، دن.

25. محمد خان، 2011، منهجية البحث العلمي، ط1، منشورات مخبر أبحاث في اللغة والأدب، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.

26. يوسف الشرفاء، 2008، الوقاية من أمراض السرطان والتخلص من سموم الجسم بطريقة الشاولين الصينية، ط1، دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

III / الدراسات العلمية:

27. دلال موسى قويدر، 2008، الخوف من السرطان وعلاقته بالصدمة النفسية، دراسة ميدانية لنيل درجة الإجازة في الإرشاد النفسي، جامعة دمشق.

28. زعتر نور الدين، 2008، فعالية برنامج علاج نفسي إسلامي مقترح في تخفيض القلق، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس، جامعة بسكرة.

IV / المجالات العلمية:

29. جبر محمد جبر، 2004، تقدير الذات وعلاقته بالوجود الأفضل لدى مرضى السرطان، دراسات عربية في علم النفس، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، المجلد الثالث، العدد الثالث.

30. رمضان زعطوط، عبد الكريم قريشي، 2005، الاكتئاب المقنع والتكتم وقلق الموت، دراسات عربية في علم النفس، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، المجلد 4، العدد 3.

31. زياد بركات، 2006، سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان-دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، مجلد جامعة النجاح بأبحاث.
32. طارق عبد الوهاب ووفاء مسعود محمد، 2000، قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة، مجلة علم النفس، مصر، العدد 54.
33. نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت، دس العوامل النفسية في أمراض السرطان، دراسة ميدانية في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان، مجلة علم النفس، مصر، العدد 9.

ثانيا/ المراجع باللغة الأجنبية:

1/ Dictionnaire :

34. Nobert Sillamy, 1999, Dictionnaire de la psychologie, Larousse, Paris.

2/ Livres :

35. Beers. M.H, 2008, Encéclopédie médicale, Edition tipographica varese.

36. Bruchon, Sheitzer, M ; Dantzer, B, 2003, Introduction a la psychologie de la santé, 4^{eme} édition, France.

37. Cancérologie générale, 1979, D. Belpèmmè, Ed, JD, Baillier.

38. Déllbard Céline et d'autre, 2001, Et si nous parlions ? l'infirmier face à la mort, EPPA, Op DEL.

39. Fantaine, 1984, Chimique et thérapie comportementales, ED marlayat, Belgique.

40. Jean Pierre de large, 1970, La métrise de la mort, encyclopédie universitaire.

41. Laurent Paul Assoun, 2002, Revue psychiatrique.

42. Russi G., 2008, **L'immunothérapie**, Institut de la cancérologie, France.
43. Sarah Dauchy et d'autre,2002, **Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs privilégier un traitement etiologique**, Masson, Paris
- 44.Scheitzer, N Daly et d'autre, **Cancérologie clinique**, 6^{eme} édition, Masson, Paris.
- 45.Sigmend Freud,1987, **Inhibition symptome et engoisse**, 6^{eme} édition.
46. Speillger, 1983, **Contenparrny Behavionan thérapy**, My file, publishing, company.

محاوَر المقابلة: المحور الأول: المعلومات الشخصية

الجنس:

السن:

الحالة الاقتصادية:

المستوى الثقافي:

- المحور الثاني: الإصابة بالمرض:

نوع المرض:

وقت الإصابة:

هل عانى المريض من أمراض جسدية أخرى:

هل المفحوص على دراية بإصابته بالمرض:

ما نوع رد الفعل الذي يبديه.

كيف هي علاقاته الاجتماعية بعد إصابته بالمرض.

- المحور الثالث: قلق الموت

هل يخاف المفحوص من الموت.

هل تخطر له فكرة الموت دائما.

هل يزعجه الناس عندما يتكلمون عن الموت.

هل يتضايق كثيرا من مرور الوقت.

الملحق رقم (02):

مقياس "دونالد تمبلر"

الجنس: السن:

التعليمة:

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

عبارات الاختبار:

خ	ص	1. أخاف كثيرا من الموت
خ	ص	2. نادرا ما تخطر لي فكرة الموت
خ	ص	3. لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت
خ	ص	4. أخاف أن تجرى عملية جراحية.
خ	ص	5. لا أخاف إطلاقا من الموت
خ	ص	6. لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاصة
خ	ص	7. لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت
خ	ص	8. أتضايق كثيرا من مرور الوقت

خ	ص	9. أخشى أن أموت موتاً مؤلماً
خ	ص	10. إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيراً
خ	ص	11. أخشى فعلاً أن تصيبني سكتة قلبية
خ	ص	12. كثيراً ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلاً.
خ	ص	13. أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة
خ	ص	14. يزعجني منظر جسد ميت.
خ	ص	15. أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني

الملاحق

الملحق رقم (01):

محاوَر المقابلة: المحور الأول: المعلومات الشخصية

الجنس:

السن:

الحالة الاقتصادية:

المستوى الثقافي:

- المحور الثاني: الإصابة بالمرض:

نوع المرض:

وقت الإصابة:

هل عانى المريض من أمراض جسدية أخرى:

هل المفحوص على دراية بإصابته بالمرض:

ما نوع رد الفعل الذي يبديه.

كيف هي علاقاته الاجتماعية بعد إصابته بالمرض.

- المحور الثالث: قلق الموت

هل يخاف المفحوص من الموت.

هل تخطر له فكرة الموت دائما.

هل يزعجه الناس عندما يتكلمون عن الموت.

هل يتضايق كثيرا من مرور الوقت.

الملحق رقم (02):

مقياس "دونالد تمبلر"

الجنس: السن:

التعليمة:

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

عبارات الاختبار:

خ	ص	1. أخاف كثيرا من الموت
خ	ص	2. نادرا ما تخطر لي فكرة الموت
خ	ص	3. لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت
خ	ص	4. أخاف أن تجرى عملية جراحية.
خ	ص	5. لا أخاف إطلاقا من الموت
خ	ص	6. لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص
خ	ص	7. لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت
خ	ص	8. أتضايق كثيرا من مرور الوقت

خ	ص	9. أخشى أن أموت موتاً مؤلماً
خ	ص	10. إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيراً
خ	ص	11. أخشى فعلاً أن تصيبني سكتة قلبية
خ	ص	12. كثيراً ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلاً.
خ	ص	13. أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة
خ	ص	14. يزعجني منظر جسد ميت.
خ	ص	15. أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني