جامعة يحيى فارس ـ المدية ـ
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم:علوم اجتماعية

قلق الموت وعلاقته بالصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي

مذكرة مقدمة نيل شهادة الماستر تخصص علوم التربية

إرشاد وتوجيه

من إعداد الطالبة:
ـ منيفي رشيدة

إشراف الأستاذ:
– يزيد شويعل

السنة الجامعية: 2017م / 2018م


بسم الله الرحمن الرحيم

www.ensdz.com

شكر وتقدير

الشكر لله له الفضل والمنة على توفيقه لي بلوغ المرام يطيب لي ويشرفني أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان وعظيم الإمتنان للأستاذ الفاضل الدكتور **يزيد شويعل** على تفضله بالإشراف على هذه الرسالة ولما خصني به من وقته الثمين ولما بذله معي من جهد مضني لترى هذه الرسالة النور فقد كان لتوجيهاته وأرائه القيمة ولتعاونه الكبير أعظم الأثر في إنجاز هذا العمل .

كما أتقدم بالشكر للأساتذة المناقشين و لجميع الأساتذة بقسم العلوم الإجتماعية تخصص إرشاد وتوجيه وعلم النفس العيادي منذ أن وطأت أقدامنا جامعة يحي فارس لمدة خمس سنوات طوال إلى أن وضعنا هذه الرسالة.

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

" و قل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون "

صدق الله العظيم

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك....ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك...ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك....ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك

" الله ﷻ "

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار...إلى من علمني العطاء بدون انتظار...إلى من أحمل إسمه بكل افتخار...أرجو من الله أن يمد في عمرك لترى ثمارا قد حان قطافها بعد طول انتظار وسبقت كلماتك نجوم أهتدي بها اليوم وفي الغد وإلى الأبد.... " والدي العزيز "

إلى ملاكي في الحياة..إلى معنى الحب وإلى معنى الحنان والتفاني...إلى بسمة الحياة وسر الوجود، إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب " أمي الحبيبة "

إلى الشموع المنيرة التي تنير ظلمة حياتي، إلى "إخوتي وخطيبي عثمان "

إلي كل من تحمل معي عبئ إعداد هذه المذكرة.

إلى أساتذتي الكرام.

إلى صديقاتي و أخص بالذكر" سمية وخوخة" زينب"

إلى كل من وسعتهم ذاكرتي ولم تسعهم مذكرتي.

رشيدة

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

ـ شكر وتقدير.

ـ إهداء.

ـ فهرس الجداول.

ـ فهرس الأشكال.

ـ ملخص الدراسة .

-مقدمة .	أ
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة .	
01-إشكالية الدراسة	03
02-فرضيات الدراسة	08
03-أهداف الدراسة.....	08
04-أهمية الدراسة.....	09
05-تحديد مفاهيم الدراسة.....	09
الفصل الثاني : قلق الموت	
أولا: القلق	
-تمهيد	12
01-تعريف القلق	12
02-نظريات القلق	13
03-أنواع القلق	15
04-مستويات القلق	15
05-مصادر القلق	16

الفهرس:

06-أسباب القلق	16
07-أعراض القلق	17
08-القلق كحالة وكسمة	18
ثانيا: قلق الموت	
09-الموت	19
10-مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت	20
11-نبذة تاريخية عن قلق الموت	21
12-تعريف قلق الموت	21
13-نظريات قلق الموت	22
14-مكونات قلق الموت	24
15-أسباب قلق الموت	25
16-أعراض قلق الموت	26
17-قلق الموت حالة أو سمة ؟.....	26
خلاصة	27
الفصل الثالث: الصلابة النفسية	
-تمهيد	29
01-مفهوم الصلابة النفسية	29
02-النظريات المفسرة للصلابة النفسية	30
03-بعض المفاهيم المتعلقة بالصلابة النفسية	35
04-أبعاد الصلابة النفسية	38
05-خصائص الصلابة النفسية	39
06-أهمية الصلابة النفسية	41
خلاصة	42
الفصل الرابع : سرطان الثدي	
تمهيد	44

01-تعريف الثدي	44
02-البنية التشريحية للثدي	45
03-وظيفة الثدي	45
04-مفهوم سرطان الثدي	46
05-الأورام التي تصيب الثدي	47
06-تقسيمات سرطان الثدي	47
07-التصنيف المرضي لسرطان الثدي	48
08-أسباب سرطان الثدي	51
09-أعراض سرطان الثدي	53
10-تشخيص سرطان الثدي	53
11-أعراض سرطان الثدي بعد تشخيص الإصابة بالمرض والتدخل العلاجي	54
12-علاج سرطان الثدي	55
13-الوضعية النفسية المرضية لسرطان الثدي	57
خلاصة	61
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة الميدانية	
تمهيد	64
01-منهج الدراسة	64
02-حدود الدراسة	64
03-مجتمع الدراسة	65
04-عينة الدراسة	65
05-أدوات الدراسة	67
06-الأساليب الإحصائية المستعملة	69
خلاصة	70

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج	
- تمهيد	72
01-عرض وتحليل ومناقشة فرضيات الدراسة	72
1-1 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الأولى.....	72
2-1 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية	73
3-1 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثالثة	75
4-1 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الرابعة	77
5-1 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الخامسة	78
6-1 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السادسة	81
7-1 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السابعة	83
02-الإستنتاج العام	84
03-إقتراحات الدراسة	86
-خاتمة	87
-قائمة المراجع	89
- قائمة الملاحق-	
-الملحق رقم (01) مقياس قلق الموت	94
-الملحق رقم (02) مقياس الصلابة النفسية	96
-الملحق رقم (03) نتائج SPSS	99

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	جدول يبين خصائص العينة حسب متغير السن.	65
02	جدول يبين خصائص العينة حسب مدة المرض .	66
03	جدول يبين خصائص العينة حسب الحالة الإجتماعية .	66
04	جدول يوضح العلاقة بين درجات مقياس قلق الموت ودرجات مقياس الصلابة النفسية.	72
05	جدول يبين الفروق في قلق الموت تبعا لمتغير السن.	74
06	جدول يبين الفروق في المتوسطات الحسابية بين الفئات العمرية.	74
07	جدول يوضح الفروق في قلق الموت تبعا لمدة المرض.	75
08	جدول يبين الفروق بين المتوسطات الحسابية لكل فئة .	76
09	جدول يبين الفروق في قلق الموت تبعا للحالة الإجتماعية .	77
10	جدول يبين الفروق في الصلابة النفسية حسب متغير السن.	79
11	جدول يبين مقارنة الفروق الحسابية لكل فئة.	80
12	جدول يبين الفروق في الصلابة النفسية حسب مدة المرض.	82
13	جدول يبين الفروق في الصلابة النفسية تبعا للحالة الإجتماعية .	83

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	شكل يوضح التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للصلابة النفسية.	33
02	شكل يوضح التأثيرات المباشرة للصلابة النفسية.	34

ملخص الدراسة

كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو معرفة العلاقة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى هذه الفئة، كذلك لفت الإنتباه لهذه الشريحة والإهتمام بها نفسيا وليس طبيا فقط، وأخيرا الميل الشخصي لدراسة الموضوع والبحث حوله أكثر. أما فيما يخص أهمية الدراسة فتتجلى في مكانة المرأة المهمة في مجتمعنا ومكانتها الحيوية في الإنجاب فإن أي مرض يصيبها قد يسبب لها ردود أفعال نفسية وسيكلوجية خطيرة، لهذا وجب رعايتها رعاية خاصة من طرف أخصائيين نفسيين ومتابعتها عبر مراحل متقدمة من العلاج .

ولجمع المعلومات حول هذه الدراسة قمنا باعتماد المنهج الوصفي الإرتباطي باعتباره المنهج المناسب لموضوع دراستنا، بحيث يدرس الظاهرة كما هي في الواقع .

وعليه أسفرت دراستنا هذه على النتائج التالية:

- توجد علاقة إرتباطية سالبة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعا لمتغير السن لدى المصابات بسرطان الثدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعا لمدة المرض لدى المصابات بسرطان الثدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعا للحالة الإجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التحكم تبعا لمتغير السن لدى المصابات بسرطان الثدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعا لمدة المرض لدى المصابات بسرطان الثدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعا للحالة الإجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي.

وفي الأخير إنتهت دراستنا باستنتاج عام مع بعض التوصيات والإقتراحات تليها خاتمة متبوعة بقائمة المراجع والملاحق.

مقدمة

مقدمة :

قد يتعرض الفرد للإصابة بالمرض في حياته، وهذه الإصابة تؤدي به للإنتقال من الحالة المستقرة إلى الحالة الغير متزنة واللآ توافق النفسي، وهذه المعاناة والمآسي النفسية والجسدية تغير مجرى حياة المريض على كلا الصعيدين النفسي والعضوي .

ومن بين هذه الأمراض السرطان، حيث يتبادر إلى الأذهان من الوهلة الأولى إلى فكرة الموت وخاصة إذا قلنا سرطان الثدي الذي يصيب المرأة بصفة خاصة أكثر ويهدد أنوثتها وقد يؤدي بها إلى ردود أفعال سيكولوجية كحالة من الإكتئاب وقلق الموت .

فالمرأة المصابة بسرطان الثدي تواجه الخوف من الموت على أنه أكبر غموض يؤدي بها إلى اللإنتقال من الحالة المستقرة إلى الحالة الغير متزنة، هذا الخوف من الموت لطالما حاول الإنسان الهروب منه وعدم التفكير فيه وذلك يكمن في صعوبة تحديد ماهية الموت فليست هناك إجابة محددة وقاطعة عنه مما يؤدي بالفرد إلى الخوف والقلق، كما أن المعاناة المرضية بعد استئصال الثدي تؤدي إلى آلام نفسية وجسدية تغير مجرى حياتها على كلا الصعيدين النفسي والعضوي.

وفي مقابل كل هذا فإن للإنسان دائما إستراتيجيات دفاعية يتفادى من خلالها صدمات الحياة ويستطيع بها التكيف السليم والجيد أوقات الشدة مع بقاء الأمل والثقة بالنفس. ومن أهم هذه الإستراتيجيات الدفاعية الصلابة النفسية وتعني إمتلاك الفرد مجموعة سمات تساعده على مواجهة مصادر الضغوط. منها القدرة على الإلتزام والقدرة على التحدي والقدرة على التحكم في الأمور الحياتية. والصلابة مصدر من مصادر المقاومة الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية خصوصا لدى هذه الفئة من النساء المصابات بسرطان الثدي حيث تتقبل المرأة التغيرات التي تتعرض لها وتطرأ عليها على أنها نوع من التحدي وليست تهديدا. فتركز جهودها على الأمور والأعمال التي تؤدي غرضا معينا وتعود عليها بالفائدة.

وعليه اشتملت دراستنا الحالية على :

-**الفصل الأول** : تم فيه تحديد الإطار العام للدراسة الذي تضمن صياغة إشكالية البحث، فرضيات البحث، أهداف البحث، أهمية البحث، تحديد المفاهيم الأساسية إصطلاحا وإجرائيا.

ـ **الفصل الثاني** : قلق الموت وفيه تناولنا تمهيد، أولا القلق بصفة عامة، تعريفه، نظرياته، أنواعه، مستوياته، مصادره، أسبابه، أعراضه، لينتهي بخلاصة. ثانيا قلق الموت بصفة خاصة وتناولنا فيه الموت، مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت، نبذة تاريخية عن قلق الموت، تعريف قلق الموت، نظريات قلق الموت، مكونات قلق الموت، أسباب قلق الموت، أعراض قلق الموت، وأخيرا خلاصة الفصل .

ـ **الفصل الثالث** : بعنوان الصلابة النفسية تم التطرق فيه إلى أولا تمهيد، مفهوم الصلابة النفسية، النظريات المفسرة للصلابة النفسية، بعض المفاهيم المتعلقة بالصلابة النفسية، أبعاد الصلابة النفسية، خصائص الصلابة النفسية، أهمية االصلابة النفسية، خلاصة الفصل.

ـ **الفصل الرابع** : سرطان الثدي وضم عدة عناصر أولها تعريف الثدي، البنية التشريحية للثدي، وظيفة الثدي، مفهوم سرطان الثدي، الأورام التي تصيب الثدي، تقسيمات سرطان الثدي، التصنيف المرضي لسرطان الثدي، أسباب سرطان الثدي، أعراض سرطان الثدي، تشخيص سرطان الثدي، أعراض سرطان الثدي بعد تشخيص الإصابة بالمرض والتدخل العلاجي، علاج سرطان الثدي، وأخيرا الوضعية النفسية المرضية لسرطان الثدي.

الجانب التطبيقي : ويتضمن فصلين هما:

ـ **الفصل الخامس** : خصصنا فيه إجراءات الدراسة الميدانية وقمنا فيه بعرض تمهيد، ثم منهج الدراسة، حدود الدراسة(الزمنية، المكانية، البشرية)، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، أدوات الدراسة، الأساليب الإحصائية المستعملة، خلاصة الفصل.

ـ **الفصل السادس**: تم فيه عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة المتعلقة بمتغيراتها وتقديم إستنتاج عام مع بعض الإقتراحات وفي الأخير عرضنا خاتمة البحث وذكرنا قائمة المراجع والملاحق .

الجانب النظري

الإطار العام للدراسة

01-إشكالية الدراسة :

مع زيادة نمط الحياة الحديثة وتعقدها وزيادة حدة المنافسة والصراع تفشت الأمراض العضوية وازداد انتشارها وأصبحت من أمراض العصر، كأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم وداء السرطان.

فالأمراض العضوية تنتج ردود أفعال سيكولوجية مختلفة، وبالتالي تغير مجرى حياة المريض على الصعيد النفسي والعضوي، حيث تؤكد هذه الإصابة بالأمراض الصلة الوثيقة بين جسم المريض ونفسه، فهذا التأثير والضغط يولد القلق. نجد أبحاث " **Macreaet Costo** " **(1985)** بينت وجود إرتباطات إيجابية بين المشكلات الصحية وقلق الموت حيث يفقد المريض القدرة على التحكم في نشاطاته وأعماله بفعل المرض الذي يعاني منه، مما يحدث خللا في تقدير الذات ويسهم في تفجير قلق الموت لديه الذي عرفه " **S.Freud**" بأنه رد فعل لخطر خارجي معروف يتملك الإنسان ويسبب له الكثير من التوتر والضيق والألم والإنزعاج.

(فاروق السيد عثمان،2001، ص18)

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

فالسرطان نمو غير اعتيادي للخلايا وبشكل عشوائي غير منتظم في غدة الثدي ويؤدي إلى مهاجمة الأنسجة المحيطة. فهو من أكثر السرطانات شيوعا ومسؤول عن عدد كبير من الوفيات قدرت ب:(1360) حالة بالجزائر فما أكثر.

فالمرأة تعلم في قرارات نفسها أنها الوعاء الذي يحافظ على بقاء النوع فهي المنتجة للحياة وهي وعاء الغريزة الجنسية التي أعطاها المحللون النفسانيون مكانة محورية في توجيه وتحريك السلوك.

بعد إصابة المرأة بالسرطان في ثدييها يصبح لديها الشعور بمعانات نفسية وإحساسها بالعجز وفقدان الأمل الذي يجعلها تشم بأن المجتمع ينظر إليها بالمقلوب مما يعرضها إلى نكران

المرض، التوتر والإكتئاب والخوف من العلاج والقلق. حيث نجد أن إرتباط أعراض قلق الموت بالأعراض العضوية كانت محل العديد من الدراسات منها المرتبطة بسرطان الثدي وظهور قلق الموت والإكتئاب سنة (1986) وقد قام بها كل من " **Etalia M.F.Gausset**" و"**j.M.Guilland**" على عينة تشمل (100) إمراة مصابة بسرطان الثدي مقارنة ب(100) إمراة غير مصابة .

وقد ينتج هذا القلق بسبب الإستعداد الوراثي وباختلاط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية وكذلك الإستعداد النفسي كالضغط النفسي العام والشعور بالتهديد الداخلي او الخارجي بالإضافة إلى مواقف الحياة الضاغطة، والتعرض للحوادث ويظهر القلق في شكل أعراض جسمية تشمل نقص الطاقة الحيوية والنشاط وتوتر العضلات والنشاط الحركي.

أما الأعراض النفسية تشمل القلق العام وعدم الإستقرار والحساسية النفسية الزائدة.

(عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص115-116)

أسفرت النتائج وجود (15%) من المريضات يعانين من قلق الموت ونسبة (10%) يعانين من القلق النفسي ونسبة (4.2%) يعانين من القلق الفيزيولوجي.

والصراعات تعتبر من أهم أعراض قلق الموت الذي يمكن أن يظهر كاضطراب نفسي لدى المرأة عند إصابتها بسرطان الثدي، حيث أظهرت الدراسة الأولى الإرتباط بين مشكلات الصحة بشكل عام وظهور قلق الموت.(http://forum.hamza-psy.Maktooblog.com) أي هو كرد فعل للإصابة.

عرف "**Hollte**" قلق الموت بأنه: إستجابة إنفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والإنشغال المعتمد من تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر المتعلقة بالموت.

(أحمد محمد عبد الخالق.1987، ص98)

من بين تلك المشاعر الذاتية نجد بسهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة التي تفقد الفرد الثقة بنفسه واحساسه بحالة الموت التي تظهر بصورة واضحة في آداء الفرد للمهام حيث تعتبر

من أهم أعراض قلق الموت الذي يمكن أن يظهر كإضطراب نفسي لدى المرأة عند إصابتها بسرطان الثدي.

ومن بين أهم الدراسات التي تناولت موضوع قلق الموت نجد دراسة"**Michael .A.Cole** "والتي توصلت لعدم وجود علاقة بين الحالة الإجتماعية وقلق الموت ولكن وجدت علاقة ترجع للجنس حيث الذكور الغير متزوجين لديهم قلق الموت أكثر إرتفاعا من النساء الغير متزوجات. في حين كانت دراسة **(1988)" James A.thorson And F.C.Powell"** والتي أظهرت نتائجها أن إستجابات الكبار في السن تجاه ما بعد الحياة ممثلة بقلق الموت مرتفعة وأن للعمر تأثيرا على ارتفاع مستوى قلق الموت.

أما دراسة **(1986)" M. Guilland, Gansset** " فقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين قلق الموت والإكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي.

وفي دراسة " **ماجدة خميس**" **(1994)** أوضحت النتائج حصول جميع عينات مرض السكر والسرطان وضغط الدم والربو والتهاب المفاصل على درجات أعلى بشكل دال إحصائيا من العينة الضابطة وعليه 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، ص83)**

وعن دراسة "**الصمادي وغوانمة**" **(2005)** أشارت نتائجها إلى وجود درجة منخفضة من قلق الموت لدى أفراد العينة . كما اشارت النتائج إلى أن المتغيرات التي استطاعت تفسير جزء من التباين في قلق الموت بمستوى دال احصائيا في متغيرات الإلتزام الديني، والدعم الإجتماعي، والجنس، بينما لم تستطع متغيرات العمر، وكمية التدخين، والمستوى التعليمي الإسهام بمستوى دال إحصائيا تفسير التباين في مستوى قلق الموت .

وتعد الصلابة النفسية مصدر من مصادر الشخصية الذاتية ولمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية، حيث ينقل الفرد التغيرات والضغوط اللتي يتعرض لها وينظر لها على أنها نوع من التحدي وليس تهديدات.

(زينب نوفل أحمد راضي، 2008، ص22)

ليظهر الأفراد الذين يتميزون بالصلابة كفائة في استخدام إستراتيجيات التعامل الفعالة النشيطة مثل إستراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكلة، والبحث عن المساندة الاجتماعية، وهم أقل ميلا للتعامل عن طريق التجنب ومن ثم فإن الطرق المهمة التي يتبعها الأشخاص الذين يتميزون بالصلابة لتجنب المرض الذي يمكن أن يتسبب عن الأحداث الضاغطة أولا و من ثم عن طريق تحويل هذه الأحداث إلى أحداث تسبب ضغط أقل.

ساعدت الأبحاث اللاحقة عن زيادة فهمنا لخاصية الصلابة وتأثيرها على الإصابة بالمرض، إذا اقترح بعض الباحثين بأن الصلابة النفسية تعكس غياب الوحدانية السلبية و من هنا تتجلى أهمية الصلابة النفسية بالتمتع بصحة نفسية جيدة .

وبالنسبة للدراسات التي تناولت موضوع الصلابة النفسية نجد **دراسة " كوبازا وأخرون" (1982)** وتوصلت الدراسة إلى نتائج أشارت إلى أن الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة، لا تخفف من واقع الأحداث الضاغطة على الفرد فقط، بل تمثل مصدرا للمقاومة والصمود والوقاية من الأثر الذي تحدثه الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية، في مقابل الشعور بالإغتراب، والتحكم في مقابل الضعف، والتحدي في مقابل الشعور بالتهديد، وجود إرتباط دال بين بعدي الإلتزام والتحكم والإدراك الإيجابي والواقعي للأحداث الحياتية الشاقة وكذلك الأساليب الفعالة التعايشية.

وقام "**هل وآخرون**"**(1987)** بدراسة أسفرت نتائجها عن أن الصلابة ليست مفهوما واحدا بل ثلاثة مكونات منفصلة، وأن بعدي الإلتزام والتحكم يتمتعان بخصائص سيكومترية ملائمة، وأنهما يخففان من أثر الضغوط، وإن كان أثرهما يرتبط بنوعية الموقف، كذلك وجود إرتباطات ذات دلالة بين مقياسي الصلابة النفسية والمقاييس الأخرى، فالأشخاص ذو الصلابة المرتفعة حصلوا على درجات منخفضة على مقياس الخجل والقلق الإجتماعي والوعي بالذات والوعي بالآخرين.(**زينب نوفل راضي،2008)**

في ما جائت دراسة " **كلارك وهارتمان** "التي شارت نتائجها إلى دور الصلابة في تقليل أثر الضغوط وزيادة الصحة النفسية، كما أن الصلابة النفسية والتقييم المعرفي يمكن المساعدة في

التنبؤ بالكرب النفسي، وذلك من خلال درجات الإكتئاب والرضا عن الحياة .

(زينب نوفل راضي،2000)

أما فيما يخص الدراسات التي تناولت متغير قلق الموت والصلابة النفسية معا فإنه لا توجد دراسات سابقة مماثلة لموضوع دراستنا.

ومن هنا نطرح التساؤل الرئيسي لموضوع دراستنا:

- هل توجد علاقة إرتباطية بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي؟

التساؤلات الفرعية :

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعا لمتغير السن لدى المصابات بسرطان الثدي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعا لمدة الإصابة لدى المصابات بسرطان الثدي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعا للحالة الإجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعا لمتغير السن لدى المصابات بسرطان الثدي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعا لمدة الإصابة لدى المصابات بسرطان الثدي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعا للحالة الإجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي؟

02-فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

- توجد علاقة إرتباطية بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي؟

الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت تبعا لمتغير السن لدى المصابات بسرطان الثدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعا لمدة الإصابة لدى المصابات بسرطان الثدي .
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعا للحالة الإجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في الصلابة النفسية تبعا لمتغير السن لدى المصابات بسرطان الثدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعا لمدة الإصابة لدى المصابات بسرطان الثدي .
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعا للحالة الإجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي

03-أهداف الدراسة:

-الهدف الرئيسي من دراستنا هو معرفة العلاقة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي.

– لفت الإنتباه لهذه الشريحة والتكفل بها نفسيا وليس طبيا فقط.

– معرفة الفروق في قلق الموت والصلابة النفسية تبعا لمتغير السن ومدة المرض والحالة الإجتماعية لدى هذه الفئة من النساء المصابات بسرطان الثدي.

-يدرس جانب في شخصية المريضة هو قلق الموت والصلابة النفسية.

– الميل الشخصي لدراسة الموضوع والبحث حوله أكثر.

04-أهمية الدراسة:

بما أن مكانة المرأة مهمة في المجتمع الجزائري ووظيفتها الحيوية في الإنجاب والإهتمام الدائم بمظهرها الخارجي، فإن أي مرض يصيبها خاصة سرطان الثدي يحدث لها تغيرات فيزيولوجية ونفسية تؤثر على حياة المرأة وعلاقاتها المختلفة.

ومن هنا تتضح أهمية هذه الدراسة في أنها تلقي الضوء والإهتمام بهذه الفئة من النساء المصابات بسرطان الثدي، نظرا لما يسببه هذا المرض من عذاب كبير للمريضات على كلا الصعيدين الجسدي والنفسي وتأثيره على الأفراد الأقارب لهن. كما تتجلى أهمية هذه الدراسة في لفت الإنتباه لضرورة الإهتمام بالجانب النفسي لهذه الشريحة من خلال التكفل والمتابعة النفسية من طرف الأخصائيين النفسانيين وتقديم الدعم النفسي والمعنوي من طرف الأسرة وأفراد المجتمع.

05- تحديد مفاهيم الدراسة:

5-1-تعريف قلق الموت:

-**تعريف د. أحمد عبد الخالق لقلق الموت:** هو نوع من أنواع القلق العام غير الهائم أو الطليق والذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والإحتضار لدى الشخص أو ذويه.

(أحمد عبد الخالق 1987،ص38)

وتعرفه الباحثة : بأنه شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه في يقظته ومنامه، في حركته وسكونه وتفكيره، الأمر الذي يجعله جزئيا محصورا متوجسا من مجرد العيش على نحو طبيعي .

ويعرف إجرائيا بأنه حالة نفسية تتحدد بالدرجة التي تحصل عليها المصابات بسرطان الثدي على المقياس المستخدم.

5-2- تعريف الصلابة النفسية:

-عرفتها " **Kobasa,1979;67**" بأنها مجموعة من السمات الشخصية تعمل كمصدر واق لأحداث الحياة الشاقة، وأنها تمثل إعتقادا أو اتجاها عاما لدى الفرد في استغلال كافة مصادره، وإمكاناته النفسية والبيئة المتاحة، كي يدرك أحداث الحياة الشاقة إدراكا غير مشوه، ويفسرها بمنطقية وموضوعية، ويتعايش معها على نحو إيجابي، وتتضمن ثلاث أبعاد وهي: الإلتزام، التحدي، والتحكم.

وتعرفها الباحثة بأنها إمتلاك الفرد لمجموعة سمات تساعده على مواجهة مصادر الضغوط، منها القدرة على الإلتزام والقدرة على التحدي والقدرة على التحكم في الأمور الحياتية .

وتعرف إجرائيا بالدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة في هذه الدراسة من خلال مقياس الصلابة. **(لعماد مخيمر،2002)**

الفصل الثاني: قلق الموت

تمهيد:

يقال إن هذا العصر هو عصر القلق، وهذا بسبب تعقيد الحضارة وسرعة التغير الإجتماعي والتفكك العائلي بالإضافة إلى نمط التربية والضغوطات الأسرية والصعوبة في تحقيق الرغبات الذاتية من إغراءات الحياة، وضعف القيم الدينية والخلقية، فالقلق يلعب دورا كبيرا في إفشال إنجازات الفرد واختلال قدراته، ويكون لديه أثر سلبي على الصحة النفسية والجسمية، فمهما كانت ردود أفعالنا تجاه الموت وحتى إن كانت نفسيتنا ترفضه فإن العقل لا يمكن ن يرفضه كحقيقة ثابتة.

فسوف نتناول في هذا الفصل أولا وبصفة عامة القلق، تعريفه، نظرياته، أنواعه، مستويات القلق، مصادرالقلق، الأسباب والأعراض، القلق كحالة وكسمة، ثانيا وبصفة خاصة قلق الموت، تعريف قلق الموت، نظريات قلق الموت، مكونات قلق الموت، أسباب قلق الموت، وأخيرا الأعراض، لينتهي الفصل بخلاصة.

أولا: القلق

01-تعريف القلق

1-1-التعريف اللغوي:

ـ **القلق في المعجم الوسيط:** ورد بان قلق الشيء ، قلق حركة، فلم يستقر في مكان واحد، اضطرب وانزعج فهو قلق، والقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف ويسمى الشخص القلق بالمقلق.

ـ **القلق في لسان العرب:** بأنه الانزعاج، يقال بان قلقا وأقلقه غيره ويقال اقلقوا السيوف في الغمد أي حركوها في إغمادها.

ـ **القلق في المعجم المفهرس الألفاظ الحديث النبوي :** بمعنى قلقل وروحه تقلقل في صدره، فقد تناوله صلى الله غليه وسلم في قوله" الصبي ونعنيه تقلقل".

ـ **في كتاب الأفعال:** فقد ورد القلق (باعتباره فعلا ثلاثيا) قلق قلقا لم يستقر فهو قلق ومقلاق. اما الفعل الرباعي(قلقل).

ـ القلق من وجهة نظر علماء النفس: يرى "**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 "**wollman**" بأنه عصاب يتميز بالهم المرتفع الممتد الى مشاعر الألم والمرتبط دائما بأعراض جسمية.**(عادل شكري محمد كريم،2005، ص 104)**

ويرى "**Adler**" : أن القلق شأنه شأن بقية الأمراض النفسية والعقلية ينجم عن محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية أو النقص، ومحاولة الحصول على الشعور بالتفوق.

(حسن فايد،2001، ص45)

02- نظريات القلق:

2-1- نظرية التحليل النفسي: يعد فرويد من الأوائل الذين حللوا القلق، وقد رآى أن في القلق إشارة للأنا لكي يقوم بعمل 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، وأما أن يتدخل القلق حتى يقع الأنا فريسة المرض النفسي وقد ذكر فرويد ثلاث أنواع من القلق هي:

ـ القلق الموضوعي (الواقعي):

هو تجربة إنفعالية 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 إستنادا إلى خبرته السابقة أنها إشارة إنذار بإعصار شديد.

- القلق العصابي:

وهو قلق شديد لا تتضح معالم المثير فيه، ويبدو على شكل خوف من مجهول، والشخص الذي يشعر بهذا القلق يخاف من خياله يخاف من الهو (الغرائز) الخاص به.

- 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، ص116-117)

2-2- النظرية السلوكية: تنظر إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والسلبي، ويحصرون القلق في ضوء الإشتراط الكلاسيكي حيث يرتبط المثير الأصلي، وهذا يعني المثير الجديد يرتبط بالمثير الآلي ويصبح المثير الجديد قادرا على استدعاء الإستجابة 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.**(أشرط محمد عبد الغني، أميمة محمود،2003، ص94)**

2-3- المذهب الإنساني: يرى أصحاب هذا الإتجاه أن القلق هو الخوف من المستقبل وما يحمله هذا الأخير من أحداث قد تهدد مسار وجود هذا الفرد.

فالقلق في نظرهم منشأ توقعات الفرد لما سيحدث له مستقبلا، وليس ناتجا عن ماضيه فالإنسان يدرك بأن نهايته حتمية بالموت، وتوقع هاته 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 ووجوده كإنسان.**(محمد قاسم عبد الله،2001، ص119)**

03-أنواع القلق :

1-قلق عادي موضوعي: وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف، وهو قلق واقعي خارجي المصدر وموجود بالفعل ويحدث لدى الأسوياء والعاديين مثلا في مواقف إنتظار عملية جراحية.

2-قلق مرضي عصابي: وهذا هو النوع الذي نقصده كمرض نفسي حيث أنه داخلي المصدر لا يمكن تجنبه أو تجنب مصدره، فأسبابه لا شعورية، ودوافعه مكبوتة غير معروفة وهو نتاج الصراع القائم بين الدوافع المكبوتة في "الهو" وبين قوى الكبت في "الأنا".

(محمد فوزي جبل،2000، ص129)

04- مستويات القلق

هناك على الأقل ثلاث مستويات :

4-1-المستوى المنخفض للقلق: يحدث التنبيه العام للفرد مع ارتفاع درجة الحساسية نحو الأحداث الخارجية، كما تزداد درجة استعداده وتأهبه لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها، ويشار إلى هذا المستوى من القلق بأنه علامة إنذار لخطر وشيك الوقوع.

4-2-المستوى المتوسط للقلق: يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته ويستولي الجمود بوجه عام على إستجابات الفرد في المواقف المختلفة ويحتاج إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المقدرة .

4-3- المستوى العالي للقلق: يتأثر التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة ولا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات الضارة وغير الضارة، ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز والإنتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي.

(عبد الحميد شاذلي ،2001، ص114-115)

05- مصادر القلق:

يجمع الباحثون في موضوع القلق على أنه يظهر إستجابة لخطر مدرك ذاتيا ومحسوس بدرجة ما ويؤكد "**Mowrer**" على المخاطر التي يسببها الألم أو الجروح التي يمكن أن تصيب الجنين.

في حين يؤكد "**S.Freud**" ويشير الى ان مصدر القلق يكمن في توقع الخبرة الذاتية وقد صاغ وجهة نظره سنة 1926 في مقالته المعنونة " **الكبت والقلق**" يتسائل فرويد قائلا: ماهو جوهر وأهمية موقف الخطر؟ **(سامر جميل رضوان،2002، ص232)**

06- أسباب القلق:

6-1- الإستعداد الفيزيولوجي: تعد أعراض القلق التظاهرة المباشرة لنشاط الجملة العصبية الذاتية المحيطة (إرتكاسات المواجهة أو الهروب) الذي يظهر بفعل إثارة التخيلات المخيفة والإنفعلات على مستوى العصبية المركزية، تلعب المواد الناقلة العصبية النورادرينالين دورا بارزا في خلق القلق وأوضحت الدراسات الحديثة دور الموضع الأزرق Locuxer leus الذي هو امتداد يصل المسالك العصبية بباقي أجزاء الدماغ، وهذا التركيز الدماغي كمركز وسيطي هام في وجود القلق.**(محمد حمدي الحجار،1998، ص85)**

6-2-الإستعداد النفسي: غالبا ما تسرع الشدة الإنفعالية 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، حيث يشعر الفرد بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، كذلك الصراع بين الدوافع والإتجاهات والإحباط.**(محمد حمدي الحجاز،1998، ص80)**

6-3-مواقف الحياة الضاغطة: عدم تقبل مر الحياة وبزرها والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف ومواقف الضغط والحرمان والوحدة، وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة.

6-4-مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة والإرهاق الجسمي والتعب وشذوذ التكوين البدني في الطفولة مما يشعره بالنقص.

6-5-التعرض للحوادث والخبرات الحادة: (اقتصاديا ،تربويا، عاطفيا).

6-7-الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيطة الطويلة خاصة الجماع الناقص.

6-8-عدم التطابق بين الذاتية الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.

(حامد عبد السلام زهران، 2001، ص485-486)

6-9-الإيحاء سواء الإيحاء الذاتي وهو ما يترتب في مخيلة الفرد من أفكار تبعث في نفسه الخوف والقلق أو الإيحاء المكتسب الخارجي المصدر.

6-10-عدم الإشباع الجنسي: وهو من أهم الأسباب التي تعزي الفرد بالإصابة بحالة القلق.

(فاروق السيد عثمان،2001، ص135)

07-أعراض القلق:

7-1-أعراض نفسية:

- الحساسية المفرطة وسرعة الإثارة .
- الخوف الشديد (الفوبيا) ولكن لا يعلم مصدره.
- الإكتئاب والضيق وتوهم المرض.
- عدم القدرة على التركيز والإنتباه.
- الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز.
- عدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهروب من مواجهة الموقف.
- الهياج والشك والإرتياب والتردد في اتخاذ القرارات .
- التشاؤم والإنشغال باخطاء الماضي .

إن هذه الأعراض النفسية تؤدي إلى تدهور قدرة الفرد على الإنجاز والعمل كما تؤثر في التوافق الإجتماعي والمهني والأسري.

7-2-أعراض جسمية:

- برودة الأطراف حيث تصبب العرق وارتعاش اليدين وارتفاع في ضغط الدم.
- إضطرابات المعدة.
- سرعة ضربات القلب، زيادة عدد مرات الإخراج.
- النشاط الزائد، الدوران والغثيان والقيئ ،اضطرابات النوم.
- الصداع والإضطرابات الجنسية مثل القذف السريع عند الرجال وانقطاع الدورة الشهرية عند النساء.**(د.ناظم هاشم العبيدي ،صالح حسن الداهري)**

08- القلق كحالة وكسمة :

يذكر "سبيلبيرجر " وزملاؤه أن كثيرا من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينتج عن عدم التمييز في استخدام هذا المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم البنائية Constructs المرتبطة معا برغم أنها مختلفة تماما من الناحية المنطقية. فغالبا ما يستخدم مصطلح القلق لوصف حالة إنفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط (أو إثارة)الجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل. وتحدث حالة القلق State Anxiety عندما يدرك الشخص منبها معينا أو موقفا على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له.

وتختلف حالة القلق في الشدة وتتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة التي على الفرد وتضغط بشدة عليه. ومعنى ذلك أن القلق إما أن يكون حالة أو سمة، ويتضمن قلق الحالة.

ومن خلال ما سبق نقول أن القلق هو نتيجة عدة مخاوف تتملك الإنسان إذا ما أحس بخطر وشيك سيصيبه فيصدر عنه عدة سلوكات غير عادية قد تؤدي به إلى الإنتقال من الحالة المستقرة إلى الحالة الغير متزنة واللا توافق النفسي، وللقلق أنواع عديدة أشهرها قلق الإمتحان، قلق المستقبل، وأخطرها قلق الموت وهذا ما سنتناوله في الجزء الثاني من هذا الفصل.

ثانيا : قلق الموت

09-الموت:

مهما كانت ردود أفعالنا تجاه الموت، حتى وإن كانت نفسيتنا ترفضه فإن العقل لا يمكن له أن يرفضه كحقيقة موجودة وثابتة فالإنسان يعتبر الموت بأنه الشيء الوحيد المشترك بين الجميع، وفيه تتوفر أرفع درجات المساوات.

إذا كان الموت يضع الفرد أمام جدلية صعبة فإن ثقافة مجتمعه الذي ينتمي إليه يفرض عليه قبوله، ومن خلال ذلك يحدد الفرد إدراكاته للموت أولا كموضوع متعدد الجوانب وثانيا كموضوع متجاذب فكل فرد ينظر للموت بنظرة مجتمعه وثقافته ومن أهم التعاريف:

التعريف اللغوي: الموت من مات، يموت موتا أي أحل به الموت وفارقت الروح جسده والموت الشديد نعبر عنه بموت ماتت. الموت الأبيض قديما بمعنى الموت الطبيعي أو الموت فجاة . الموت الأحمر يدل على الموت قتلا، الموت الأسود يدل على الموت خنقا. **(عبد المنعم حنفي ،بدون سنة، ص88-89)**

التعريف النفسي:إن " **S.Freud**" حدد مجموعة من النزوات هذه النزوات تخفف التوتر وتعيد الكائن الحي إلى حالة العضوية وهذه النزوات مع نزوات الحياة. نزوة الموت في كتابه" **Au peladu principdu** " ونظريته كانت كالآتي :

هذه النزوة تمثل الميل الأساسي لكل كائن في العودة بالنسبة للجنحة أي عقاب آخر إلا الموت لأن أي ضرر موجه إلى الأنا القوى السامية ما هو في الواقع إلا جريمة بالنسبة للأقرباء، اللا شعور يسلك سلوك متناقض من جهة هؤلاء الأفراد الذين يشكلون بالنسبة لنا راحة داخلية، قسم مكون للأنا وفي القسم الآخر هم غرباء، حتى لا نقول أعداء .

(S.Freud,1987,pp26-27)

10- مواقف الفرد المميزة والمتناقضة اتجاه الموت:

يصف "**Odette thilaut**" بعض الصفاة:

10-1- الخوف: وجد الخوف مع وجود الوعي بالموت، وهو في الغالب عرض نتيجة وعي المجتمع بالموت واعتباره اجتماعية، غير أن الخوف المبرر هو طبيعي إيجابي ومثير للرغبة في الحياة، في حين أن الخوف القهري من الموت كثيرا ما يؤدي إلى حالات حصر حادة، وهذا انطلاقا من كون الموت موضوعا حصريا معتمد أسماء "**Mawin**" بالعصاب الأنثروبولوجي المثير لحالات قلق وحصر عاديين .**(Jean pierre de large, 1970.pp27-28)**

10-2- القلق: إن الموت باعتباره موضوعا حصريا يحدث عند الإنسان قلقا يتعلق بمصيره السلبي ويرى "**Freud**" أن قلق الموت هو رد فعل أمام وضعية خطيرة لا يستطيع الفرد صدها، والقلق هنا يأتي من إدراك الفرد لقرب نهايته من جهة وتأكده من وجود حياة أخرى بعد الموت من جهة أخرى وبالتالي يحاول من خلال ذلك إخفاء حتمية هذه النهاية للوجود ويخفي خوفه من الموت نفسه، وهذا الأخير يؤدي إلى انتظار يائس وهادئ للموت.

ويكون الخوف من الموت عند كل إنسان بشكل طبيعي، وهذا الآن كل إنسان يتعرض للموت ويزداد تأكده من ذلك عندما يرى الفرد موت الآخرين، وبالتالي فهذا الخوف يكون مبررا أي أن هذا الفرد يخاف من الموت لأنه يعرف ما نهايته. وأن يحرمه من الحياة لذلك يصبح هذا الخوف مثير للرغبة في العيش، غير أن الخوف القهري من الموت يسبب للفرد حالات حصر حادة. ذلك أنه دائم الإنتظار لهذا الموقف خاصة إذا كان في وضعية تكون فيها حياته مهددة.

10-3- الربط بين القلق والموت:

إن الموت باعتباره نهاية الحياة يلعب دورا كبيرا في ظهور القلق عند الإنسان وتعزيزه، فالتصور يبقى غامضا ومبهما زيادة على اعتباره جزئية مطلقة ي فردية شخصيته.

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

يقول "Malachirenc" تبرر قلق الموت عند الإنسان ويضيف كذلك أن ما يغذي القلق هو الشيء المجهول عن الموت.(S.Freud, 1987, p122).

11-نبذة تاريخية عن قلق الموت:

تنبع جذور دراسة قلق الموت من فحص مسألة الموت وقد اهتمت جميع الديانات بموضوع الموت، فلهذا الأخير أهمية مركزية في كل ديانة وفي كل شيء فكري وفلسفة متماسكة. **(أحمد محمد عبد الخالق ،1987، ص39)**

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

أما في القرن 19 استكشفو وجود إمكانية إعطاء فرصة أخرى لحياة الشخص الذي يبدو أنه ميت وذلك عن طريق التنبيه التلقائي .

ومن هنا نشأت العلاقة بين التكنلوجيا والموت منذ وقت مبكر وعلى الرغم من أن علم النفس قد نشأ في أحضان التقاليد الإجتماعية والفلسفية حيث كان الموت يشكل مشكلة بارزة، فقد كان للعلم الجديد أولويات أخرى للبحث.

كما اهتم علم الإجتماع بالموت من خلال كتاب "Dor Kaim" على الإنتحار إلى جانب إهتمام الأنثروبولوجيا أشد اهتمام بالموضوع ذاته.

(احمد محمد عبد الخالق،1987، ص41-42)

12- تعريف قلق الموت:

إن الموت يعتبر من العوامل الهامة والتي لا يستهان بها في أحداث القلق الذي يهدد الإستقرار النفسي للانسان، ومن هنا يمكن القول أن القلق وخصوصا قلق الموت مرتبط بوضعية الموت سواء كان قريبا أم بعيدا بمعنى آخر حسب وضعية الحالة المرضية و حتى النفسية والإجتماعية للانسان، ومن هنا ظهرت عدة تعاريف لهذا النوع من القلق :

يرى "Arneste biker" أن مشكلات التكيف والإضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من 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 تجد له باعث حول شيء لا بد 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 الإكتئاب يختلط فيه القلق من الموت بترقبه.**(عبد المنعم حنفي، بدون سنة، ص179)**

13- نظريات قلق الموت:

13-1-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، فإنه أشار إلى أن القلق قد يشكل دوما صعوبة بالنسبة إلى التحليل النفسي، ورغم ذلك توصل إلى الميكانيزم الأساسي للموت، من المحتمل أن يجعله قائما بين الأنا والأنا الأعلى.**(Boutaumier, 1986, p144)**

يرى" **Melaine 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" **Shetikel**" إن الخوف نعانيه متشعب من الخوف من الموت.

(محمد نبيل ،1995، ص165)

13-**2-نظرية الذات "كارل روجرز"** على ضوء مفهوم الشخص المحقق لوظائفه يرى أن الوعي بالإقتراب من الموت يهدد هؤلاء الأشخاص الذين يحمون أنفسهم ضده مع ذلك فإن فكرة روجرز

عن الإنفتاح الكامل للخبرة عند الأشخاص المثاليين تغير من موقع الموت بوصفه تهديدا أساسيا.

كما يوافقه "**Maslow**" في قوله: إن الشخص الذي يحقق ذاته من تبين أن لديه خوفا منخفضا من الموت.(**أحمد عبد الخالق،1998، ص 12**)

13-3-النظرية الوجودية "بيكر، هايدجر، فرانكل" ترى بأن القلق من الموت خاصية إنسانية ومن الواضح انها 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 إفتراض" **May**" و "**Haydjer**" في كتابه " **الوجودية والزمن** ".

إن الموت تهديد بعدم الوجود ومن ناحية أخرى فإن 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 الفرد. (**أحمد عبد الخالق،1998، ص11**)

13-4-النظرية السلوكية : لم يعبرو أي اهتمام للمعنى الرمزي للعرض في الإضطرابات السيكوسوماتية ذلك أنهم يركزون بالدرجة الأولى على العامل الموقفي، وهم يعتبرون القلق بمثابة خوف من ألم أ و خطر أو عقاب يحتمل أن يحدث لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو إنفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر لكنه يختلف عن الخوف يثيره موقف خطر مباشر مائل أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمات 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 المنتقل لا يجد منصرفا.

كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو الخوف أو الحزن أو الغضب فإن هذه التأثيرات الإنفعالية تصحبها تغيرات أو إضطرابات جسمية فيزيولوجية فتكون بالغة الخطورة إذا تكرر الإنفعال وأصبحت الحالة اإانفعالية مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصحب الإنفعال.

(رابح أحمد عزت 1994، ص26-159)

13-5- النظرية المعرفية: إن المشكلات العصابية تعكس أخطاء نسبية في الحكم ويعتبر قلق الموت بناءا على ذلك سلوك إنفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي قد تخرج عن حدود المنطق يكون بموجبها خطأ نسبي وحتى يتم التخلص من الإضطرابات المعرفية يجب القيام بتغير بنيوي للفكرة، من خلال تزويد الفرد المصاب بالإضطرابات النفسية المتمثلة في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة. **(Fontaine ET Al,1984,p108)**

13-6- النظرية المعرفية السلوكية:

أمثال "**Ellis**" فيعتبر الإضطرابات السيكولوجية الإنفعالية للفرد كالإكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار الغير عقلانية.

حيث يرى "**Ellis**" أن السلوك يتحدد بالإعتقادات والأفكار التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لا منطقية إستنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسود طريقته في التفكير ويتسبب في إضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالإنفعالات بما في ذلك إنفعال قلق الموت. **(Spellger, 1983, p14)**

14- مكونات قلق الموت:

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

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

كما ذكر "**Kafano**" مكونات المخاوف من الموت:

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

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

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

(منير وهبة الحازن،1990، ص119)

14- أسباب قلق الموت:

يرى بعض الفلاسفة المسلمين أمثال "**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، وإن العالم سيبقى موجودا وليس هو بموجود فيه كما يظنه من يجهل بقاء النفس وكيفية المعاد، أو لأنه يظن أن الموت ألما عظيما غير ألم المرض أو الأمراض التي تقدمته وأدت 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 يخلفه من المال.

وهذه كلها يمكن أن تلخص الأسباب السيكولوجية لقلق الموت عند الأفراد.

(أحمد محمد عبد الخالق،1987، ص213)

ويرى "**Choltasse**" إن قلق الموت يظهر من خلال الأسباب التالية:

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

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

كما يرى"**Biker Proter**" أرجع عوامل قلق الموت إلى نوبات كالعدوى الإجتماعية للحزن والإنزعاج الحضري، الخوف من الصدمة وكراهية الجثة وكذا التعفن.

(أحمد محمد عبد الخالق،1987، ص213-214)

15- أعراض قلق الموت:

لقلق الموت أعراض نذكر منها:

- الميل إلى توقع الشر والمصائب اللذان يفقدان صاحبهما الثقة بنفسه.
- هلاوس الإضطهاد المرتبطة بالموت.
- توتر الأعصاب وسرعة الغضب.
- عدم القدرة على التركيز والإرتباك والتردد في ايجاد القرارات.
- العزلة والإنسحاب وانتظار الموت.
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع.

(أحمد محمد عبد الخالق،1987، ص42-43)

16- قلق الموت حالة أو سمة ؟

قام " **Remond Cathal**" بالتمييز لبن حالات الشخصية وسماتها، وطور" **Spal Benger**" وزملاؤه هذا التمييز أو التفريق في مجال القلق موضحين أن حالة القلق (Anxietu State) هي قطاع مستعرض مؤقت في حياة الفرد. واستجابة إنفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والعصبية والإنزعاج. أما سمة القلق (Anxiety Trait) فتدل على إستعداد ثابت نسبيا لدى الناس في تهيئتهم لإدراك العالم بطريقة معينة وفي ميلهم إلى الإستجابة للمواقف العصبية بأسلوب خاص، ولذا فإن الفرد يميل للإستجابة عندما تكون لديه سمة القلق مرتفعة نتيجة تعرضه لخطر مهدد.**(عبد الخالق، 1987، ص29)**

وللإجابة على التساؤل المطروح هل أن قلق الموت حالة أم سمة؟

يذكر كلا من" **Pettinger & Dawson**" أن قلق الموت يمكن ان يعد "سمة" في مقابل إعتبار ظاهره "حالة".إذ تعتبر سمة قلق الموت بعدا أكثر ثباتا وأقل قابلية للتعديل والتغيير. **(Pettinger & Dawson, 1976,P 158)**

وعلى الرغم من وجود إرتباط إيجابي بين قلق الموت وكل من حالة القلق وسمة القلق فإن مفهوم (الحالة) و(السمة) لا ينطبق كثيرا على قلق الموت ولهذا فإن حالة القلق على العكس من قلق الموت تختلف من لحظة لأخرى ومن موقف لآخر باستثناء مواقف الموت الفعلية. **(عبد الخالق، 1987، ص52)**

خلاصة :

إن قلق الموت موضوع إهتمام كبير لدى علماء النفس وغيرهم، سواء كانو عربا أو أجانب، وهذا لما له من تأثير فعال على الوظائف النفسية والجسمية وهذا ما لاحظناه من خلال أعراضه ونتائجه السلبية على المرأة المصابة بسرطان الثدي.

وأهم التغيرات النفسية والفيزيولوجية التي تطرأ عليها، والتي يكون دائما السبب الرئيسي فيها هو قلق الموت بمختلف أبعاده ومظاهره.

الفصل الثالث: الصلابة النفسية

تمهيد:

تعتبر الأزمات المجتمعية والضغوط الدائمة على مختلف الأصعدة السياسية والعسكرية والنفسية وغيرها من الأسباب التي تجعل الأفراد غير سوي نفسيا أو سلوكيا. بحيث يصابون بالإحباط والقلق أو الاضطرابات ويصبحون عدوانيين أو انطوائيين، ولكن في كثير من الأحيان تخلق هذه الأزمات فردا قادرا على التحمل . وبالتالي يشب الأفراد وهم أكثر صلابة واشد تمسكا من نظرائهم الذين لم يتعرضوا لمثل هذه الخبرات والضغوط ومن أهم متغيرات الوقاية أو المقاومة النفسية للآثار السلبية للضغوط متغير الصلابة النفسية التي درسته "**kobasa 1982**" وفيه الأبعاد والمتغيرات المرتبطة بها، ولكن ما السبب الذي يجعل الأفراد الذين يتميزون بالصلابة يتمتعون بصحة جسمية وعقلية أفضل من أولائك الأشخاص الذين لا يتميزون بالصلابة، ولذلك قد يتخذون إجراءات أكثر مباشرة لمعرفة المزيد عن هذه الأحداث، ودمجها في مجريات حياتهم، وللتعلم منها ما يمكن أن يستفيدوا منها في حياتهم.

ويتم في هذا الفصل عرض للصلابة النفسية والذي يتضمن مفهوم الصلابة النفسية، النظريات المفسرة للصلابة النفسية، مفاهيم ذات علاقة بمفهوم الصلابة النفسية، أبعاد الصلابة النفسية، خصائص الصلابة النفسية، بعض المضامين التطبيقية للصلابة النفسية و أهمية الصلابة النفسية، وأخيرا خلاصة.

01-مفهوم الصلابة النفسية:

يعود مفهوم الصلابة النفسية إلى "**Kobasa 1979**" حيث توصلت لهذا المفهوم من خلال سلسلة من الدراسات التي استهدفت معرفة المتغيرات النفسية التي تكمن وراء احتفاظ الأشخاص بصحتهم النفسية والجسمية رغم تعرضهم للضغوط، وقد أعطيت تعريفات متعددة لمفهوم الصلابة النفسية .

1-1- تعريف " عماد مخيمر 1996" نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمة الآخرين من حوله. واعتقاد الفرد أن بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يواجهه من أحداث يتحمل المسؤولية عنها. وان يطرأ على جوانب حياته من تعبير هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا واعاقة له . **(إقبال بنت أحمد عطار،2007,48)**

1-2-تعريف" فنك 1992" هي خصلة عامة في الشخصية تعمل على تكوينها وتنميتها الخبرات البيئية المتنوعة (المعززة) المحيطة بالفرد منذ الصغر.

(زينب نوفل راضي ،21,2008)

1-3- تعريف "لؤلؤ حمادة وحسن عبد اللطيف 2002" بأنها المقاومة والصلابة ذات الطبيعة النفسية وهي خصال فرعية تضم (الالتزام ، التحكم، التحدي). يراها على أنها خصال مهمة له في التصدي للمواقف الصعبة آو المثيرة للمشقة النفسية وفي التعايش معها بنجاح .

(زينب نوفل راضي،21,2008)

1-4- تعريف "كوبازا" هي مجموعة من السمات تتمثل في اعتقاد أو اتجاه عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة الشاقة إدراك غير محرف أو مشوه. ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية ويتعايش معها على نحو ايجابي وتتضمن ثلاث أبعاد وهي الالتزام، التحكم، التحدي.

(زينب نوفل راضي ،21,2008)

من خلال التعريفات السابقة نستنتج أن الصلابة النفسية هي عملية التكيف السليم والجيد في أوقات الشدة والضغوط والصدمات مع بقاء الأمل والثقة بالنفس، والقدرة على التحكم بالمشاعر (التنظيم العاطفي) والقدرة على حل المشاكل وفهم مشاعر الآخرين والتعاطف معهم، وهي امتلاك الفرد مجموعة سمات تساعده على مواجهة مصادر الضغوط ،منها القدرة على الالتزام والقدرة على التحدي والقدرة على التحكم في الامور الحياتية.

02- النظريات المفسرة للصلابة النفسية :

2-1-نظرية "Kobasa , 1983 : 839 - 842"

لقد قدمت كوبازا نظرية رائدة في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية تناولت خلالها العلاقة بين الصلابة النفسية بوصفها مفهوما حديثا في هذا المجال واحتمالات الإصابة بالإمراض وهذا ما يشير إليه دراسة "**سميث 1989**" التي هدفت إلى التأكد

من أن الأشخاص ذوي الصلابة أكثر مقاومة للأمراض التي تحدثها الضغوط، ويرجع هذا الأسلوب لتفكيرهم الكيفي الذي يؤدي إلى خفض مستوى الإثارة الفسيولوجية لديهم. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأشخاص الأكثر صلابة يستخدمون جملا ايجابية في التعبير عن الذات حتى في ظل أكثر الظروف تهديدا ،كما أنهم اقل ظهور للإثارة الفسيولوجية عند انتظارهم لبدء المهمة .(**زينب نوفل راضي ،122,2008**)

واعتمدت هذه النظرية على عدد من الأسس النظرية والتجريبية تمثلت الأسس النظرية في أراء بعض العلماء أمثال"**فرانكال وماسلو وروجرز**" والتي أشارت إلى أن وجود هدف للفرد أو معنى لحياته الصعبة يعتمد بالدرجة الأولى على قدرته على استغلال إمكانياته الشخصية والاجتماعية بصورة جيدة.(**Mtteson 1987:102-104**)

ويعد نموذج "**Lazarus 1961:278-293**" من أهم النماذج التي اعتمدت عليها هذه النظرية حيث أنها نوقشت من خلال ارتباطها بعدد من العوامل، وحددها في ثلاث عوامل رئيسية وهي:

1ـ البيئة الداخلية للفرد.

2ـ الأسلوب الإدراكي المعرفي .

3ـ الشعور بالتهديد والإحباط .

والذي أشارت إليه دراسة "**هولاهان وموسى 1985**" والتي استهدفت الكشف عن العوامل التي تؤثر في الصلابة النفسية، فاسفرت الدراسة عن أن البيئة الأسرية التي تتسم بالدفء والحب وتجعل الفرد أكثر صلابة .

وطرحت "**Kobasa 1983**" الإفتراض الأساسي لنظريتها والقائلة بأن التعرض للأحداث الحياتية الشاقة يعد أمرا ضروريا بل أنه حتمي لا بد منه لارتقاء الفرد ونض جه الانفعالي والإجتماعي وان المصادر النفسية والاجتماعية الخاصة بكل فرد قد تقوى وتزداد عند التعرض لهذه الأحداث، ومن ابرز هذه المصادر الصلابة النفسية بأبعادها الثلاث والذي أشارت إليه كوبازا في دراستها(1979) التي هدفت إلى معرفة المتغيرات النفسية، رغم تعرضه للضغوط

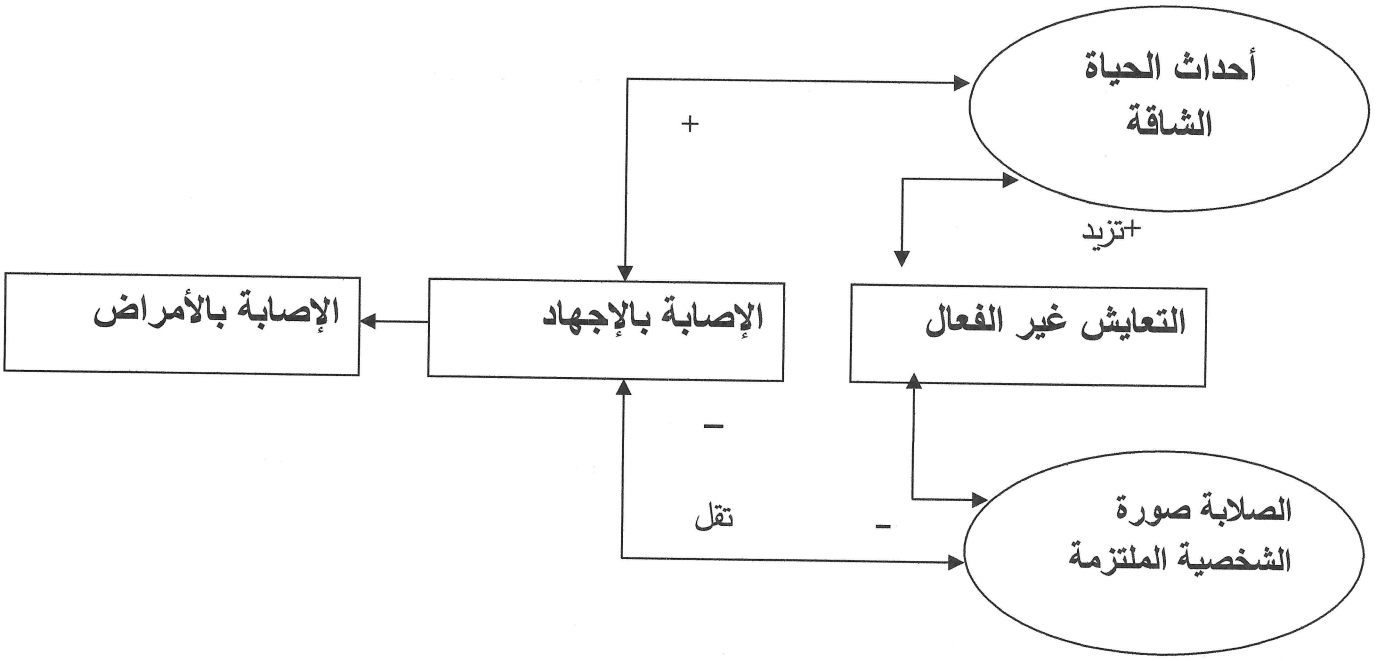
وكان من نتائج الدراسة أن الأشخاص الأكثر صلابة رغم تعرضهم للضغوط كانوا اقل مرضا، كما يتسمون بأنهم أكثر صمودا وانجازا وسيطرة وضبطا داخليا وكفاية واقتدار ونشاطا وطموحا، في حين أن الأشخاص الأقل صلابة أكثر مرضا وعجزوا في الضبط الخارجي كما توصلت الدراسة إلى أن الأشخاص الأكثر صلابة كانوا أكثر مرونة وكفاية واقتدارا ونشاط ومبادئه واقتحاما وواقعية.**(زينب نوفل راضي،2008 ،120)**

وقد فسرت كوبازا الارتباط القائم بين الصلابة والوقاية من الإصابة بالمرض من خلال تحديدها للخصال المميزة للأفراد مرتفعي الصلابة ومن خلال توضيحها للأدوار الفعالة التي يؤديها هذا المفهوم للتقليل من أثار التعرض للأحداث الضاغطة،كما ذكرت كوبازا أن الأفراد الذين يتسمون بالصلابة النفسية يكونون أكثر نشاطا ومبادأة واقتدار وقيادة وضبطا داخليا، وأكثر صمودا ومقاومة لأعباء الحياة المجهدة، وأشد واقعية وإنجاز وسيطرة وقدرة على تفسير الأحداث، كما أنهم يجدون أن تجاربهم ممتعة وذات معنى .

فهذه الفئة من الأفراد تضع تقييما متفائلا لتغيرات الحياة، وتميل للقيام بالأفعال الحاسمة للسيطرة عليها وتؤيد معرفة المزيد من الخبرات لتعلم كل ما هو مفيد للحياة المستقبلية وعلى العكس فان الأشخاص الأقل صلابة يجدون أنفسهم والبيئة من حولهم بدون معنى ويشعرون بالتهديد المستمر، والضعف في مواجهة الأحداث المتغيرة. ويعتقدون ان الحياة تكون أفضل عندما تتميز بالثبات في أحداثها أو عندما تخلو من التجديد ولذلك لا توجد لديهم اعتقادات راسخة، فهم سلبيون في تفاعلهم مع البيئة، وتكون للظروف الشاقة أثر سلبي على الحالة الصحية لهؤلاء الأشخاص لعجزهم عن تحقيق الأثر السيئ الناتج عن التعرض لهذه الأحداث.

وفيما يلي عرض لبعض الأشكال التي توضح تأثير الصلابة على الفرد، توضح منظورا جديدا للتغيرات البناءة في علم النفس الحديث:

-الشكل رقم (01) يوضح التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للصلابة النفسية:



يوضح الشكل (01) أثر الصلابة في صورة الشخصية الملتزمة التي تقلل بشكل مباشر من التأثير السلبي للأحداث الحياتية الضاغطة إذا انخفضت أساليب التعايش غير الفعال . وتضيف كوبازا أن الصلابة النفسية تؤدي أدوارا هامة بالنسبة للفرد تتمثل في :

1/ تغيير الصلابة للإدراك المعرفي للأحداث اليومية إذا ما تم رؤيتها على نحو غير واقعي، فيعتقد الأفراد ذو الصلابة في كفايتهم في تناول الأحداث الحياتية، ومن ثم فهم يرون الأحداث اليومية الشاقة بصورة واقعية.

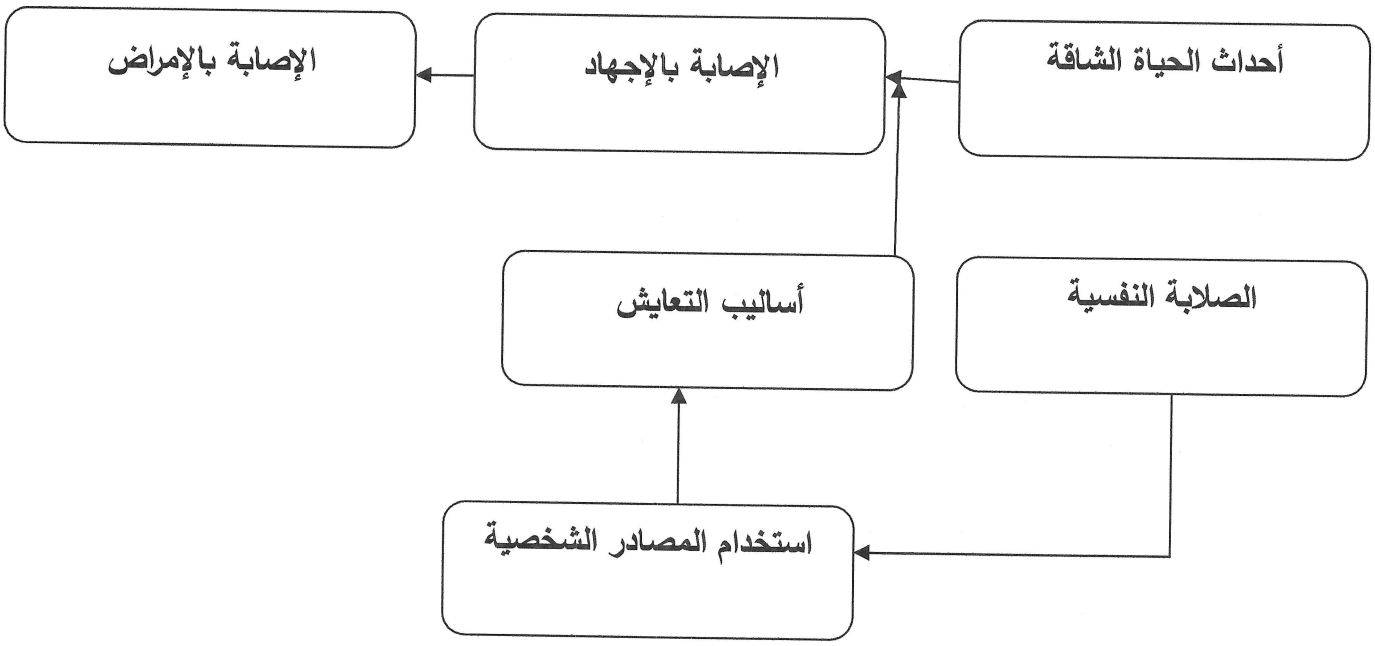
2/ تخفف الصلابة من الشعور بالإجهاد الناتج عن الإدراك السلبي للأحداث وتحول دون وصول الفرد لحالة الإجهاد المزمن وشعوره باستنزاف طاقاته.

3/ ترتبط الصلابة بطرق التعايش الكيفي الفعال، واعتياد استخدام التعايش التجنبي أو الإنسحابي للمواقف.

4/ تدعم الصلابة عمل متغيرات أخرى كالمساندة الاجتماعية بوصفها من المتغيرات الواقعية.

(Kobasa and Madali 1982:169-172)

-الشكل (02) يوضح االتأثيرات المباشرة للصلابة النفسية:



يوضح الشكل (02) أن الصلابة النفسية تعمل كمتغير مقاومة وقائي حيث تقلل من الإصابة بالإجهاد الناتج عن التعرض للضغط وتزيد من استخدام الفرد لأساليب التعايش الفعال وتزيد أيضا من العمل على استخدام الفرد لمصادره الشخصية والاجتماعية المناسبة تجاه ظروف ضاغطة.

- حدوث خلل في معايير الحكم على الأشياء والمواقف .
- الإنغلاق والجمود الفكري .
- إرتفاع درجة النضج الإنفعالي لدرجة حرجة .
- ظهور ما يثير إلى الكذب الدفاعي.

(زينب نوفل راضي 2002)

03- مفاهيم متعلقة بمفهوم الصلابة النفسية :

1ـ قوة الأنا :

قوة الأنا هي الركيزة الأساسية للصحة النفسية ،وتشير قدرة الأنا إلى التوافق مع الذات ومع المجتمع، علاوة على الخلو من الأعراض العصابية والإحساس الإيجابي بالكفاية والرضا. وقوة الأنا هي القطب المقابل للعصابية، حيث يرى الكثير من العلماء أن هناك متصلا يقع في أحد أطرافه قوة الأنا حيث يقع في الطرف الأخر قطب العصابي.

(زينب نوفل راضي 2008 ،43 عن كفافي،1982)

ويبين "**فرج عبد القادر 1993**"على أنها قدرة الشخص على تحقيق التوافق والتي يتخذها دليلا على الصحة النفسية، وعلى مهارة الأنا في علاج صراعاته الشخصية والتعامل معها ومع العالم الخارجي بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح. وقوة الأنا تمثل طاقة الفرد النفسية التي تحدد مدى تحمله للظروف غير المواتية .

ويرى " **أبو ندى 2007**" أن هناك تداخلا بين مفهومي الصلابة النفسية وقوة الأنا مع بعضهما حيث أن قوة الأنا تعمل جاهدة لوقاية الفرد من وطأة الإضطراب النفسي والجسدي عند الأزمات والشدة، وهذا ما وضحته دراسة " **برنارد 1996**" والتي استهدفت التعرف على العلاقة بين الأنا والصلابة النفسية وتقدير الذات والكفاءة الذاتية والتفاؤل وبين سوء التوافق والحالة الصحية. وأجريت الدراسة على عينة بلغت 89 طالبا جامعيا أسفرت عن وجود علاقة موجبة بين الصلابة النفسية وقوة الأنا وتقدير الذات والكفاءة الذاتية والتفاعل وبين القدرة على التوافق والحالة الصحية الجيدة.(**عادل محمود المنشاوي ،2006,13**)

ويتضح من ذلك أن قوة الأنا تتمثل في قدرة الفرد على استمارة كافة المصادر النفسية والمادية والاستراتيجيات العقلية المتاحة لديه. من أجل التوافق مع نفسه والأخرين ممن حوله ومواجهة الضغوط والشدائد بفاعلية.(**زينب راضي ،2008,43**)

2ـ تقدير الذات : هو أحد أهم متغيرات الشخصية والتي تمثل رقابة أو الحصانة في مواجهة الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية للفرد.

فإدراك الفرد بقيمته الذاتية وكفايته فقط اهمم نغير في قدرة الفرد على مواجهة للضغوط فحسب، و لكنه يعتبر أهم متغير في حياة الفرد وشخصيته على الإطلاق ويظل هذا المتغير يؤثر في سلوك الفرد طول حياته إنه لا يمكن دراسة العلاقة بين تقدير الذات والقدرة على مواجهة الناجحة للضغوط دون النظر إلى طبيعة العلاقة بين الطفل والوالدين فإذا كان الولدان يتمتعان بتقدير الذات عال وشعور بالقيمة وتتسم علاقتهما بأبنائهم بالدفء والقبول والاحترام فمن الأرجح أن يشعر الطفل أنه محبوب وذو قيمة مما يجعله أكثر اقتدار وفعالية في مواجهة الضغوط بل ان يشعر بالقيمة والاقتدار يجعلان الفرد يشعر بالثقة والقدرة على النجاح.

كما أشار **(1981)** " **Smith**" إلى أن تقدير الذات يؤثر في تقدير الفرد للضغوط وقدرته على تحملها ومواجهتها كما أشار سميث إلى أن إدراك الطفل للحب والاحترام والاهتمام وإعطاء حرية التعبير والمناقشة يجعله أكثر قدرة على المواجهة، بينما إدراك الطفل عدم القبول أو عدم الجب يجعله يشعر بعدم الفاعلية وعدم القيمة والكفاية .

3 ـ الفاعلية الذاتية : هي إحدى المتغيرات الوسيطة بين إدراك الفرد الأحداث الضاغطة وبين مواجهة الفرد لها ويعرفها " **باندورا**" **(1982)** على أنها اعتقاد الفرد على كفاءته واقتداره، وتمكنه من قيمته الذاتية مما يعطيه شعور بالثقة بالنفس والقدرة على التغلب على مشكلاته والتحكم في أمور حياته وتصبح الفاعلية الذاتية في نفس الوقت مؤشرا لقدرة الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة بكفاية واقتدار وثقة تمكن، والوظيفة الأساسية للفاعلية الذاتية هي تمكين الفرد من التحكم والتنبؤ بأحداث حياته.

ويتكون الشعور بالفاعلية الذاتية في الطفولة المبكرة بانه مقبول وينال استحسان الآخرين لاسيما الوالدين، والقبول والإستحسان من قبل الوالدين يجعلان الطفل يشعر بالقيمة كفاية والاقتدار، فإذا صاحب القبول والقيمة والكفاءة والاقتدار تشجيع من والدان الطفل المبادأة والاستكشاف يتكون لدى الطفل شعور بالكفاءة الجسدية والاجتماعية واللغوية ويتجلى ذلك في اللعب مع الآخرين وحل المشكلات والضغوط وهذا ما أشارت إليه "**مسكتين**"**(1997)** التي استهدفت الكشف عما إذا كانت الصلابة النفسية وجهة الضبط والوعي بالبيئة الأسرية تتنبئي بالتباين في النزعة التفاؤلية وأجريتا لدراسة على عينة بلغت (250) طالبا تقع في الفئة العمرية (34.18) سنة، وأسفرت الدراسة على أن الصلابة النفسية كانت منبئا جيد للتباين في التفاؤلية

وأن وجهة الضبط قد أسهمت في ارتفاع التفاؤلية، كما توصلت الدراسة أيضا أن اتحاد كل من الصلابة النفسية ووجهات الضبط وفهم البيئة الأسرية تمثل (43) من التباين في النزعة التفاؤلية ويشير "**باندورا**"**(1989)** إلى أن الفاعلية الذاتية لا تِثر على انفعال الرفد وسلوكه ودافعتيه فحسب ولكنها تلعب دورا مهما في نجاح الفرد وفشله وف صحته وفي مرضه وفي هذا يجسد نموذج باندورا العلاقة بين اعتقاد الفرد في فاعليته وإدراكه للأحداث الضاغطة من ناحية، وبين القلق والاكتئاب من ناحية أخرى.

وقد ميز" **باندورا** " بين معنيين للفاعلية:

* **الفاعلية الذاتية المتوقعة:** وتعني شعور الفرد بقدرته أو عجزه عن القيام بسلوك معين
* **الفاعلية الذاتية المرجعية:** وهي اعتقاد الفرد بأن السلوك الذي يقوم به سوف يوصله إلى النتائج.

4ـ المناعة النفسية: يعرفها "**مرسي**"**(1998)** بأن مفهوم الفوضى يقصد به قدرة الفرد على مواجهة الأزمات والكروب وتحمل الصعوبات والمصائب ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار ومشاعر وغضب وسخط ...

أنواع المناعة النفسيّة : وتنقسم إلى ثلاثة أنواع:

1ـ مناعة نفسية طبيعية: هي مناعة ضد التأزم والقلق وهي موجودة عند الإنسان المؤمن في طبيعة تكوينه النفسي الذي ينمو معه من التفاعل بين الوراثة والبيئة.

2ـ مناعة نفسية مكتسبة طبيعيا: هي مناعة ضد التأزم والقلق يكتسبها الإنسان من التعلم للخبرات والمهارات والمعارف التي يتعلمها من مواجهة الأزمات والصعوبات السابقة.

3ـ مناعة نفسية مكتسبة صناعيا : وهي تشبه المناعة الجسمية التي تكتسبها من حقن الجسم عمدا بالجرثومة المسببة للمرض يعد الحد من خطورتها وتبقى مناعتها مدة طويلة وتسمى مناعة مكتسبة، وكذالك المناعة النفسية المكتسبة صناعيا يكتسبها الإنسان من تعرضه لموقف للقلق والتوتر والغصب، وإبدالها بمشاعر الفرحة في هذه المواقف، وهذا ما يهدف إليه العلاج السلوكي بالتحصين المنظم.

3-التحكم السلوكي والقدرة على المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز والتحدي.

4-التحكم الإسترجاعي.

ثالثا: التحدي:

تعرف "**كوبازا**"(**1983**) مفهوم التحدي بأنه اعتقاد الفرد بأن التغيير المتجدد في أحداث الحياة هو أمر طبيعي بل حتمي لابد منه لارتقائه أكثر من كونه تهديدا لأمنه وثقته بنفسه وسلامته النفسية.

كما يعرف "**توماكان واخرون**"(**1996**) التحدي بأنه تلك الإستجابات المنظمة التي تنشأ ردا على المتطلبات البيئية وهذه الإستجابات تكون ذات طبيعة معرفية أو سلوكية وقد تجتمع معا وتوصف بأنها استجابات فعالة.

بينما يعرفه "**مخيمر**"(**1997**) بأنه اعتقاد الشخص أن ما يطرأ من تغيير على جوانب حياته هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا مما يساعده على المبادأة واستكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية والإجتماعية التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط بفاعلية ويظهر التحدي في اقتحام المشكلات لحلها والقدرة على المثابرة وعدم الخوف عند مواجهة المشكلات، ويتضح من ذلك أن التحدي يتمثل في قدرة الفرد على التكيف مع مواقف الحياة الجديدة وتقبلها بكل ما فيها من مستجدات سارة أو ضارة، باعتبارهاأمور طبيعة لابد من حدوثها لنموه وارتقائه، مع قدرته على مواجهة المشكلات بفاعلية وهذه الخاصية تساعد الفرد على التكيف السريع في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة المؤلمة وتخلق مشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة .

(زينب نوفل راضي، 30،2008)

05- خصائص الصلابة النفسية:

حصر "**تايلور 1995**" خصائص الصلابة النفسية فيما يلي:

- ❖ الإحساس بالإلتزام أو النية لدفع النفس للإنخراط في أية مستجدات تراجعه.
- ❖ الإيمان بالسيطرة والإحساس أن الشخص نفسه سبب الحدث الذي حدث في حياته أو الشخص يستطيع أن يؤثر على بيئته.

❖ الرغبة في إحداث التغير ومواجهة الأنشطة الجدية التي تمثل أن تكون بمثابة فرص للنماء والتطوير وأكد "**مخيمر**"(**1997**)على هذه الخصائص في دراسة أدبيات الموضوع

حيث قام بالعديد من الدراسات العربية في مجال الصلابة النفسية و أعتمد على هذه الخصائص في دراسته كأبعاد لقياس الصلابة النفسية، استنادا إلى تعريف مقياس الصلابة النفسية الذي طورته كوبازا .

5-1- خصائص النفسية المرتفعة :

توصلت كوبازا من خلال دراستها (1979-1985-1982) أن أصحاب الصلابة النفسية المرتفعة لديهم أعراض نفسية وجسمية قليلة وغير منكين ولديهم تمركز حول الذات ويتمتعون بالانجاز الشخصي وليدهم القدرة على التحمل الاجتماعي وارتفاع الدافعية نحو العمل، ولديهم نزعة تفاؤلية وأكثر توجها للحياة، ويمكنهم التغلب على الاضطرابات النفسية والجسمية وتلاشي الإجهاد.

5-2- خصائص الصلابة النفسية المنخفضة:

أورد "**محمد**"(**2002**) بعض سماتهم مثل إتصافهم بعدم الشعور بهدف لأنفسهم ولا بمعنى لحياتهم، ولا يتفاعلون مع بيئتهم بايجابية، ويتوقعون التهديد المستمر والضعف في مواجهة الأحداث الضاغطة المبعثرة، ويفضلون ثابت الأحداث الحياتية، ليس لديهم اعتقاد بضرورة التحديد والارتقاء، كما أنهم سيلبون في تفاعلهم مع بيئتهم وعاجزون عن تحمل الأثر السلبي للأحداث الضاغطة وأكدت دراسة " **ردوليت وزون**"(**1989**) التي استهدفت الكشف عن الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الصلابة النفسية في إدراك الضغوط والاكتئاب ، وإدراك الضغوط والمرض الجسمي لصالح منخفضات الصلابة حيث كن أكثر اكتئابا و أكثر للضغوط وإحساس بالمرض الجسمي، وعلى العكس من ذلك مرتفعات الصلابة النفسية.

(أمال صادق،119،2008)

06- أهمية الصلابة النفسية:

إن الصلابة النفسية لها أهمية كبيرة في الحياة، هي تقي الإنسان من أثار الضغوط الحياتية المختلفة، وهي تجعل الفرد أكثر مرونة وتفاؤلا وقابلية للتغلب على مشاكله الضاغطة كما وتعمل الصلابة النفسية كعامل حماية الأمراض الجسدية والإضطرابات النفسية فقد أشارت كوبازا إلى أن الصلابة النفسية ومكوناتها تعمل كمتغير سيكولوجي يخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية للفرد فالأشخاص الأكثر صلابة يتعرضون للضغوط ولا يمرضون . **(مخيمر 276،1996)**

وتتفق " **كوبازا وفولمان ولازاروس**" في أن الخصائص النفسية كالصلابة النفسية مثلا تؤثر في تقييم الفرد للحدث الضاغط ذاته وما ينطوي عليه من تهديد لأمنه وصحته النفسية وتقديره لذاته، كما تؤثر أيضا في تقييم الفرد لأساليب المواجهة وهي المشكلات الهروب التجنب، تحمل المسؤولية . **(مخيمر، 1996، 176)**

وقد أكدت البحوث أهمية إدراك الأحداث في الشعور بالضغوط من عدمه فقد وجد كل من "**رودواليت و وزن** "أنه بمقارنة الأشخاص ذوي الصلابة المرتفعة بأقرانهم ذوي الصلابة المنخفضة وجدوهم يميلون أكثر للنظر إلى أحداث الحياة الماضية على أنها كانت ايجابية وكانت لديهم القدرة على التحكم بها.

ويري باحثون آخرون أنه حتى لو قام الأفراد الذين يتمتعون بدرجة عالية من الصلابة النفسية بتقدير الضغوط بأنها تشكل لهم ضغطا بالفعل إلا أن سماتهم الشخصية تظل تعمل كواق من تأثير الضغوط عن طريق تسهيل اختيار أساليب المواجهة التوافقية أو عن طريق كف السلوك غير التوافقي فالأفراد ذو الصلابة العالية نظرا يميلون إلى استخدام أسلوب المواجهة التحويلي، وفيه يقومون بتغيير الأحداث التي يمكن أن تولد ضغوطا إلى فرص نمو نتيجة لذلك نجدهم يتوافقون معا للأحداث الضاغطة بطريقة متفائلة وفعالة .

خلاصة:

حسب البحوث ترتبط الصحة النفسية غاية الإرتباط بالصلابة النفسية والتي رأيناها من الخصائص الهامة للفرد التي تساعده على مواجهة الضغوط وبفصلها يمتلك الفرد الإحساس بالقدرة على مواجهة التحديات لذلك يرى العلماء والباحثين ضرورة تعميق البحوث والدراسات في هذا المجال، للتأكد في الوقت نفسه على العوامل التي حظيت باهتمام مفهوم الصلابة النفسية، أو ما يسمى المقومة عند تلقي الصدمات، والعوامل المساعدة على زيادة الصلابة تصورنا لمعنى الوضع القائم، مقدار الدعم الخارجي الذي نتلقاه، وفي ضوء ذلك تعد الصلابة النفسية مخفف من تأثير الأحداث الضاغطة على الصحة النفسية والجسمية للأفراد .

الفصل الرابع: سرطان الثدي

تمهيد:

تعتبر الخلية هي الوحدة الأساسية للحياة فبفضل التكاثر الخلوي يستطيع الجسم النمو والتطور واستبدال الخلايا الميتة ولكل نوع من الخلايا دورة خلوية مبرمجة ومراقبة (النمو والموت) والسرطان هو مرض الخلية التي تهرب من كل رقابة وتبدأ في الإنقسام والتكاثر بطريقة غير منتظمة بحيث تشكل كتلة تسمى بالورم الخبيث الذي يصيب مختلف الشرائح والأعمار ومن بينه سرطان الثدي الذي يعد من الإضطرابات الجسدية الخطيرة نظرا لما تسببه من آثار جسيمة على نفسية وصحة المصابة به بسبب الآلام التي تعاني منها وكذلك صعوبة العلاج وخاصة في حالات متقدمة من المرض الذي يغيب فيه الأمل والتفاؤل بالشفاء .

وللتمكن من فهم أكثر لهذا الإضطراب سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم سرطان الثدي وكذا التعرف على المستوى المعيشي النفسي والوضعية النفسية للمصابة به.

01-تعريف الثدي:

يوضع الثدي فوق عضلات الصدر التي تغطي الضلوع ويتكون الثدي من 5 إلى 20 فص، تحتوي الفصوص على عدة فصيصات صغيرة تحتوي هذه الفصيصات بدورها على مجموعات من الغدد الصغيرة وهي التي يمكنها أن تفرز الحليب، يتدفق الحليب من الفصيصات من خلال أنابيب دقيقة تسمى القنوات المؤدية للحلمة، الحلمة توجد في وسط منطقة داكنة من الجلد تسمى الهالة(**Areola**) يملأ النسيج الدهني الفراغ الكائن بين الفصيصات والقنوات.

تحتوي الثدييات أيضا على أوعية لمفاوية تؤدي هذه الأوعية إلى أعضاء صغيرة مستديرة تسمى عقد لمفاوية. توجد مجموعات من العقد اللمفاوية بالقرب من الثدي في منطقة الإبط(**Axila**) وفوق عظمة الترقوة وفي منطقة الصدر خلف عظم الصدر(الفص)، وفي أجزاء أخرى كثيرة من الجسم تقوم العقد اللمفاوية باصطياد الجراثيم والخلايا السرطانية، أو المواد الضارة الأخرى.(**Baxer oncology, 2011.page 6**)

02- البنية التشريحية للثدي :

يتكون الثدي من تجمع العديد من الخلايا المفرزة التي تتنظم وتترتب في شكل خصيصات دقيقة أو ما يسمى بالغيبات وهي تقوم بدور الغدد التي تضع وتفرز الحليب الذي ينتقل إلى الحلمة عن طريق شبكة من القنوات والغدد بالنسيج الداعم الدهني والليفي وتغطى بالجلد، ويوضع هذا العضو على عضلة الصدر الرئيسة الواقعة على جدار الصدر.

03- وظيفة الثدي :

ـ إفراز الحليب:

وظيفة الثدي إفراز الحليب لتغذية الطفل، وللبشر ثديان وأثداء البالغات هي القادرة فقط على إنتاج الحليب.

ـ عامل جذب لإثارة الذكورة :

النساء من جنس البشري هن الوحيدات بين الكائنات الحية الثديية والتي يتطور الثدي لديها بشكل كامل ولو كانت المرأة غير مرضعة هذه الظاهرة متعلقة بالظواهر الجنسية وممارسة الجنس خاصة إذا كانت الأنثى غير حامل، فعند تنبيه الثدي أثناء ممارسة الجنس ينطلق هرمون الأكسيستوسين وهذا الهرمون يساعد على وقف إنتاج الحليب عند السيدات المرضعات وهذا لا يحدث عند الحوامل كما أنه يقلص عضلة الرحم الناتجة عن الهرمون بسبب النشوة الجنسية عند السيدات غير المرضعات وغير الحوامل.

(سارة روزنتال ،2001، ص 68)

04-سرطان الثدي:

4-1- التعريف اللغوي للسرطان :

مصطلح من الكلمة **concri** والتي تعني حيوان السرطان، وهو حيوان قشري يعيش معظمه في البحر وبعضه في المياه العذبة، وتسميته العامة السل طعون واستخدم في المجال الطبي بداية لوصف الأعراض الأربعة. الإحمرار، التورم، الحرارة والألم، واعتمد في الأصل لتسمية الأورام السرطانية الرئوية، ثم عمم بعد ذلك ليشمل كل أشكال الأورام الخبيثة.

(Aimé – Genty ,N2(1997)

4-2- مفهوم السرطان :

هو مجموعة من الأمراض التي تزيد عن المائة مرض، يجمع بينهما عدد من العوامل المشتركة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA)، التي تتمثل في خلايا الإنسان والجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها.

فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، لكن في حالة السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها فهي تستنزف طاقاته وإمكانياته. **(شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش 2008، ص811)**

4-3- تعريف سرطان الثدي :

ورم خبيث يتكون من الثدي ويعد من اكثر السرطانات شيوعا عند المراة وفي الجزائر (7000) حالة جديدة تكتشف سنويا.

يصيب سرطان الثدي المرأة خلال مراحل حياتها المختلفة وخاصة اقترابها من سن (55 سنة).**(جمعية مساعدة المرضى المصابين بالسرطان.2011-2010، ص16-18)**

وتعرفه جمعية السرطان الأمريكية :**(American cancer society ,2014)** سرطان الثدي بانه ورم خبيث نموا طبيعيا لخلايا الثدي، وعادة ما يظهر في القنوات والغدد الحليبية

6-1- سرطان باقي في مكانه :

يبقى محصورا في الأنسجة التي ينشأ فيها دون أن يغزو الأنسجة المجاورة.

6-2- سرطان غازي :

يغزو الأنسجة المجاورة مع إمكانية انتشاره إلى أجزاء أخرى من الجسم.

(نفس المرجع، ص19 جمعية البدر)

07- التصنيف المرحلي لسرطان الثدي :

تقدم مرحلة المرض على حساب حجم الورم إذا ما كان السرطان قد انتشر أم لا وعليه قد يتطلب عمل أشعة سينية وأجزاء بعض الإختيارات والتحاليل لمعرفة ما إذا انتشر المرض وماهي أعضاء الجسم التي أصابها فإن الخلايا السرطانية غالبا ما توجد في العقد اللمفاوية في الإبط، العقد اللمفاوية الإبطية (Axillaire) في أغلب الأحيان لا يمكن تحديد مرحلة سرطان الثدي إلا بعد إجراء عملية جراحية لإزالة الورم من الثدي ومن العقد اللمفاوية في الإبط.

ومن مراحل سرطان الثدي ما يلي :

7-1- المرحلة صفر سرطان موضعي: وينقسم إلى:

- السرطان الفصيصي الموضعي (LCIS):

حيث توجد الخلايا في بطانة الفصيص ونادرا ما يتحول السرطان الفصيصي الموضعي إلى سرطان غازي (إجتياحي) ولكن الإصابة بالسرطان الفصيصي الموضعي في أحد الثديين يزيد من خطورة الإصابة بالسرطان بكلى الثديين.

- سرطان القنوات الموضعي (DCIS):

حيث توجد الخلايا غير الطبيعية في بطانة القناة ويعرف هذا النوع من السرطان أيضا بسرطان داخل القنوات (Intraductal) لم تنتشر الخلايا غير الطبيعية في هذه الحالة إلى خارج

القناة، كما لم تلم الخلايا يغزو أنسجة الثدي المجاورة لها في بعض الأحيان، يتحول سرطان القنوات الموضعي إلى سرطان غازي إذا لم يتم علاجه.

7-2-المرحلة الأولى (Stade 1):

مرحلة مبكرة من سرطان الثدي الغازي، حيث لا يتعدى حجم الورم(2cm) عرضا كما أننا نجد في هذه المرحلة بأن الخلايا السرطانية لم تنتشر خارج الثدي.

7-3- المرحلة الثانية (Stade 2): وتتراوح مابين الدرجات التالية :

- ورم لا يزيد حجمه عن (2Cm) عرضا وينتشر الورم السرطاني إلى العقد اللمفاوية في الإبط.
- ورم يتراوح حجمه من (2-5Cm) عرضا لم ينتشر الورم السرطاني إلى العقد اللمفاوية في الإبط.

7-4- المرحلة الثالثة (Stade 3): او مرحلة السرطان الموضعي المتقدم :

تنقسم بدورها إلى ثلاث مراحل :

مرحلة (A) مرحلة (B) مرحلة (C)

- المرحلة (A) وتتراوح مابين الدرجات التالية :

- لا يزيد حجم الورم عن (5Cm) عرضا وهنا ينتشر الورم السرطاني إلى العقد اللمفاوية في الإبط والتي قد تكون ملتصقة ببعضها أو ملتصقة بالبنى(الأنسجة) الإبطية الأخرى، قد يمتد الورم السرطاني إلى العقد اللمفاوية خلف عظم الصدر (القفص).

- يزيد حجم الورم عن (5Cm) عرضا وهنا ينتشر الورم السرطاني إلى العقد اللمفاوية في الإبط سواء أكانت منفصلة أو ملتصقة ببعضها أو ملتصقة بالبنى(الأنسجة) الإبطية الأخرى وربما يكون الورم السرطاني امتد إلى العقد اللمفاوية خلف عظم الصدر (القفص).

- *المرحلة (B) :*

– وهو ورم سرطاني في أي حجم، ينمو في جدار الصدر أو في جلد الثدي، قد يصحب هذا الورم السرطاني تورم في الثدي، أو ظهور عقد (كتل) في جلد الثدي.

– ربما يكون السرطان قد انتشر ايضا الى العقد اللمفاوية في الإبط.

– قد يكون السرطان قد امتد أيضا إلى العقد اللمفاوية في الإبط سواء أكانت الملتصقة ببعضها أو بالبنى (الانسجة) الأخرى وقد ينتشر السرطان إلى العقد اللمفاوية خلف عظم الصدر (القفص).

ـ سرطان الثدي الالتهابي (Inflammatoire Breast Cancer)

وهو نوع نادر من سرطان الثدي يؤدي هذا النوع الى احمرار وتورم الثدي لان الخلايا السرطانية تؤدي لانسداد الاوعية اللمفاوية في جلد الثدي حيث يقوم الطبيب بتشخيص السرطان على انه من نوع سرطان الثدي الالتهابي، ففي هذه الحالة يكون السرطان في مرحلة (B) على الاقل الا انه ربما يكون اكثر تقدما.

- *المرحلة (C) :*

هو ورم سرطاني في اي حجم ،ويكون قد انتشر باي طريقة من الطرق الآتية :

–انتشر السرطان إلى العقد اللمفاوية خلف عظم الصدر(القفص) وفي منطقة الإبط.

–إنتشر السرطان إلى العقد اللمفاوية فوق أو تحت الترقوة.

7-4- المرحلة (..Stade):

هو سرطان نقلي(إنباتي) فيها ينتشر السرطان إلى أجزاء أخرى من الجسم، وأكثر الأماكن انتشارا وشيوعا وهي (الدم، العظام، الكبد، الرئتين، الدماغ) ويكون الورم الجديد نفس نوع الخلايا غير الطبيعية ويسمى بنفس إسم الورم الأصلي وعلى سبيل المثال ولو انتشر سرطان الثدي إلى الدماغ تكون الخلايا السرطانية به في حقيقة الأمر خلايا الثدي السرطانية ويكون المرض

سرطان الثدي انتقالي وليس سرطان الدماغ، ولهذا السبب ففان علاجه يكون علاج سرطان الثدي وليس الدماغ ويسمي الأطباء الورم الجديد بمرض بعيد أو إنتقالي.

08- أسباب سرطان الثدي:

بالرغم من التطورات التي سمحت بمعرفة ميكانيزم تطور السرطان إلا أن أسباب السرطان تظل إلى غاية الآن مبهمة غير أن الدراسات الوبائية لهذا المرض سمحت بالكشف عن عوامل الخطر التي تساهم في حدوث مرض سرطان الثدي .

8-1- العوامل الوراثية:

خاصة إذا تمثلت بإصابة الأم أو إحدى الأخوات، وهي تمثل (5%) من عدد الحالات.

1- إحتمالية الإصابة بسرطان الثدي تكون أعلى في النساء اللاتي لديهن أقارب من الدرجة الأولى (الأم –الأخت– الإبنة) مصابات بهذا المرض ترتفع النسبة إلى الضعف، أما إذا كان الأقارب من الدرجة الثانية (الجدة – العمة – الخالة) سواء من ناحية الأم أو الأب فإن نسبة الإصابة سترتفع ولكن تكون أقل من الحالة الأولى.

2-تغيرات جينية :من(5-10 %)من حالات سرطان الثدي لها صلة بأسباب وراثية تتعلق بتشوهات بعض الجينات ومن أهم هذه الجينات BRCA1 و BRCA2 النساء الاتي لديهن تشوهات في هاذين الجينين يكون عرضة للاصابة بهذا المرض 80%أكثر من النساء الأخريات.

3-التاريخ الشخصي للإصابة بورم خبيث في الثدي أو الرحم أو المبيض، المرأة المصابة بالسرطان في إحدى الثديين ترتفع لديها نسبة الإصابة بالمرض في الثدي الأخرى أو في مكان آخر من الثدي نفسه.

8-2- أسباب نفسية :

العلاقات العائلية السيئة، الفقدان المفاجئ للعلاقة الحميمية والإرتباط العاطفي، يجعل الشخصية اكثر عرضة للاصابة بسرطان الثدي، لذلك نجد المطلقات والأرامل أكثر عرضة للإصابة من المتزوجات.

السخط النفسي وهو الغضب المكبوت خلال فترة زمنية طويلة، والذي يظهر للسطح على شكل ورم، ويكون أحيانا خبيث.

8-3-أسباب هرمونية :

1-الدورة الشهرية: بداية الدورة (البلوغ) قبل من 12 سنة وانقطاعها بعد سن 50 يزيد قليلا من نسبة الإصابة بسرطان الثدي.

2- **المرأة التي لم تحمل أبدا** أو أنجبت طفل الأول بعد سن الثلاثين يزيد قليلا من الإصابة بسرطان الثدي.

3- العلاج الهرموني: في سن اليأس أصبح واضحا أن استعمال هرمون الأستروجين والبروجيستيرون لعدة سنوات لعلاج أعراض سن اليأس يزيد قليلا من الإصابة بسرطان الثدي.

8-4- عوامل غذائية و بيئية :

1-زيادة نسبة الشحوم (الدهون) في الأكل: زيادة الوزن في الجسم تزيد من نسبة الإصابة بسرطان الثدي ولا سيما إذا كانت الزيادة قد بدأت من مرحلة البلوغ.

2- المواد الكحولية تزيد من نسبة الإصابة بسرطان الثدي التي قد تصل إلى مرة ونصف مقارنة بالتي لا يتعاطونه في حالة تناول 5-2 كؤوس في اليوم .

3-التدخين قد يزيد من احتمالية الإصابة بسرطان الثدي.

4-العلاج بالإشعاع في منطقة الصدر في سن صغيرة يزيد احتمالية حدوث سرطان الثدي.

5- تلوث البيئة : تم اكتشاف الكثير من المواد الكيميائية في الهواء والتي تلعب دورا في إحداث السرطان عند الإنسان ومن أهمها (الزرنيخ – البنزدين).

تؤثر هذه المواد الكيميائية على جسم الإنسان مما يزيد من خطر الإصابة ببعض أنواع السرطان خاصة التي تمس الجهاز التنفسي **(A Démaille, page 77, 1989)**

09- أعراض سرطان الثدي :

تعتبر الأعراض أو العلامات التي تدل على بداية الإصابة بسرطان الثدي ولا يشترط وجود جميع هذه الأعراض:

-ألم موضعي في الثدي أو تحت (الإبط) برغم من أن معظم الأورام الخبيثة غير مصحوبة بألم.

-وجود كتلة أو غلطة بالثدي أو تحت الإبط .

-تغير في شكل أو حجم الثدي.

-إفرازات دموية أو غير دموية في الحلمة.

-تغير في مظهر أو لون الحلمة (إنقلاب الحلمة للدلخل بشكل مستمر) تغير في المكان أو الهيئة.

-الشعور بتغيرات في الجلد أو الحلمة من حيث المظهر (تشققات - تهيج - إنكماش- شد للداخل) أو من حيث الإحساس.**(شيلي تايلور ،2008،ص 815)**

10- تشخيص سرطان الثدي :

يستلزم تشخيص سرطان الثدي أكثر من فحص لتشخيص الإصابة به وليس هناك طريقة واحدة موثوقة تماما ومن أهم الفحوصات المستخدمة للتشخيص نذكر ما يلي :

1-الكشف الذاتي الشهري: يجب أن يجرى هذا الفحص عند النساء قبل سن اليأس بعد نهاية الدورة الطمثية ب 15 يوم كل شهر .

2-الكشف بالجس(Palpation) : يستطيع الطبيب معرفة حجم الكتلة وتركيبها وسهولة حركتها بواسطة الجس، فالكتل الحميدة غالبا ما تختلف من الملمس عن الكتل السرطانية.

3-تصوير الثدي (Mammographie): يكشف عن (85 الى 90%) من حالات سرطان الثدي. إن تصوير الثدي للنساء من عمر (35-39) من الأمور الهامة ويعتبر فحصا مرجعيا

للمتابعة فيما بعد والذي هو أشعة الأنسجة الرخوة للثدي حيث تشاهد تقلص في الرقوق الشعاعية في المناطق التي حصلت فيها تبدلات خفيفة.

4-خزعة الثدي: الخزعة أو(سحب الإبرة)عادة ما تكون الخطوة التالية إذ ظهر شيء غير طبيعي في فحص الماموغرام أو الأمواج فوق الصوتية دليلا على ذلك. لأخذ الخزعة يقوم الطبيب بعمل سق في الجلد لأخذ عينة من الأنسجة من المنطقة المشكوك في إصابتها، ثم يرسل العينة إلى مختبر الأمراض للتحليل، إن أخصائي الأمراض يفحص شكل الخلايا والأنسجة تحت المجهر ليرى ما إذا كان هناك دليلا على وجود السرطان.

11-أعراض سرطان الثدي بعد تشخيص الإصابة بالمرض والتدخل العلاجي:

يوجد نوعين من أعراض سرطان الثدي منها النفسية والجسدية:

11-1- الأعراض النفسية:

تصاحب مرض السرطان ببعض الإضطرابات الإنفعالية يبدأ من بداية التشخيص وأول علاج يتلقاه المريض ويمكن جمع المظاهر النفسية المرضية فيما يلي:

أ- **الخوف من الألم:** هذا الخوف معزز بالتكفل الناقص مقارنة بالألم الناتج عن الإصابة.
ب- **الخوف من التشوه:** يظهر هذا الخوف خصوصا عندما تكون هناك برمجة لعملية جراحية، التي يكون العضو موضوعا لها.

ج- **إضطراب الدور الإجتماعي:** في بداية المرض يرى المرض بأنه من نتائج السرطان التي تثير القلق كثيرا من فقدان الإستقلالية وفقدان التأثير في ذواتهم والمحيط الإجتماعي. فمن الصحيح أن السرطان يجري إلى قطيعة في الوضعية الإجتماعية، وفي كثير من الحالات إلى مشاكل مادية، مثل التوقف عن العمل، فقدان الدور العائلي الذي يؤدي بالمريض إلى الشعور بعدم الجدوى.

د- شعور عام بالحصر: هذا الإحساس العام بالضيق، غالبا ما يعود إلى صعوبات إيجاد معلومات تسمح للمريض بفهم مرضه، هذه المعلومات التي ستضع قاعدة لتفسير صعوبات الحياة التي يعيشها، أي أن السرطان هو عقاب لخطيئة ما إرتكبها المريض.

هـ- فقدان الإهتمام : حيث يفقد الإهتمام بالمحيط والذات وكل ما كان مصدر لذة قبل المرض، وما كان يمثل انشغالاته المعتادة. حيث يظهر المريض لا مبالاة اتجاه الآخرين حتى أفراد أسرته المقربين، فلا شيء يهمه إلا مرضه.(**1999ص 18-19 L Hacpille**)

11-2- الأعراض الجسدية :

- **نقص الحركة:** يتمثل في انخفاض في مختلف النشاطات وتباطؤ الوظائف العقلية والجنسية والمناعية وذلك بسبب اختلال الحالة العامة للمريض، ويرجع ذلك إلى تطور الورم أو نتيجة العلاج.
- **الهزال:** عدم قدرة المصاب على الإبتلاع أو البلع مع عسر في الهضم مع فقدان الشهية، وهو علامة واضحة لدرجة تطور المرض.

- **الغثيان والقيء:** يظهر هذان العرضان غالبا بعد العلاج الكيميائي والإشعاعي وكثيرا ما يشتكي المصابون من الإنزعاج وعدم الراحة الذي يتسببان فيه.

- **الألم:** يظهر الألم عند غالبية المصابين وتتحدد طبيعته تبعا لثلاثة أنماط سببية هي : إرتفاع لحجم الورم، توسع الورم، العلاج الكيميائي والإشعاعي اللذان يؤديان إلى آلام حادة.

(الدجاني "س"،1989، ص8)

12- علاج سرطان الثدي (Breast Cancer Trématent) :

تعالج أورام الثدي الحميدة عادة بالإستئصال الجراحي ومن ثم متابعة المريضة حسب تعليمات الطبيب، ولا تحتاج المريضة إلى علاجات مكملة، أما بالنسبة للأورام الخبيثة(السرطانية) هناك طرق علاجية مختلفة، وهي تعتمد على حجم الورم وموقعه في ثدي وكذلك على نتائج الفحوصات المخبرية للخلايا السرطانية ومرحلة المرض. ولمعرفة مدى انتشار مرض السرطان يقوم المريض بأخذ صورة بالأشعة السينية للصدر والهيكل العضلي وأشعة

صوتية للكبد بالإضافة إلى فحص الدم للتأكد من سلامة الكبد والعظام. كما يجب أن تكون طريقة العلاج متوافقة مع سن المرأة ووضعها الصحي العام ومدى قناعتها بخيارات العلاج، ومن حق المريضة التحدث مع طبيبها إذا كان علاجها سيكون ضمن طرق جديدة للتحكم. إذا يعتمد علاج سرطان الثدي على:

1- مرحلة المرض.
2- نوعية الخلايا السرطانية.
3- رغبة المريضة.

إن العلاقة بين الطبيب المعالج والمريضة وأسرتها يجب أن تكون علاقة ثقة وصدق منذ البداية. مع العلم بأنه هناك عدة طرق مبسطة ومقنعة لتوصيل المعلومات إلى المريضة وعائلتها بدون أي تخوف أو مبالغة، ويمكن التبسيط الشديد وإبلاغ المريضة وعائلتها بأخبار غير صادقة ليست من مصلحة المريضة على الإطلاق، وخصوصا أن طريق العلاج غالبا وأحيانا ما يكون شاقا وطويلا وربما تتعرض السيدة لعلاج جراحي وكيميائي وإشعاعي وهذه كلها تتطلب إعدادا نفسيا جيدا وقوة إرادة هائلة وتشجيعا من الجميع.

هناك عدة طرق مختلفة لعلاج أورام الثدي، ومن حق المريضة أن تعرف كل التفاصيل المختلفة، ومن ثم تحدد هي بمساعدة طبيبها وربما أفراد أسرتها أفضل العلاج مع علم المريضة بنوعية العلاج وكيفية إعطائه ومضاره ومحاسنه هو أفضل وسيلة لشحن نفسيتها وتقوية عزيمتها لتقبل العلاج والتغلب على هذا المرض باذن الله.

ومن أهم طرق العلاج نذكر ما يلي :

12-1-العلاج بالجراحة "Survey"

هي من الطرق المتبعة لعلاج سرطان الثدي، وتسمى عملية استئصال الثدي بالجراحة (**Mastectomy**) أما عملية استئصال السرطان من الثدي فتسمى(**Barest cancer surger**) وهذه العملية عادة يليها العلاج بالإشعاع للقضاء على الخلايا السرطانية المحتمل بقاؤها في المنطقة.

12-2- العلاج الكيميائي " Che mo thérapie":

وهو استعمال الأدوية والعقاقير للقضاء على الخلايا السرطانية وفي أغلب الحالات يعالج سرطان الثدي بمجموعة من الأدوية وتعطى هذه الأدوية إما بواسطة الفم أو بالحقن الوريدي أو العضل وفي كل الطرق يعتبر العلاج الكيميائي شامل لأن الأدوية تصل إلى جميع أنحاء الجسم عن طريق مجرى الدم، يعطى العلاج الكيميائي على شكل دورات متقطعة أي فترة العلاج تتبعها فترة نقاهة وهكذا.

12-3- العلاج الهرموني "Hormone thérapie" :

يؤخذ هذا العلاج لمنع وصول الهرمونات التي تساعد الخلايا السرطانية في النمو ويشمل ذلك استعمال العقاقير التي تغير الطريقة التي تعمل بها الهرمونات أو اللجوء إلى استئصال المبايض التي تقوم بصنع الهرمونات ويعتبر العلاج الهرموني أيضا علاج شامل كالعلاج الكيميائي بسبب تأثيره على الخلايا السرطانية في جميع أنحاء الجسم.

12-4- العلاج بالاشعاع "Radiation thérapie" :

وهو استعمال الأشعة ذات طاقة عالية للقضاء على الخلايا السرطانية ومنعها من النمو ويكون الإشعاع إما من الخارج" **External Radiation**" ويصدر من جهاز خارج الجسم أو بوضع مواد إشعاعية في أنابيب بلاستيكية رقيقة مباشرة داخل الثدي ويسمى إشعاع مزروع(**Implement Radiation**) وأحيانا تتلقى المريضة كلا النوعين من العلاج الإشعاعي.**(أحمد سالم بادويلان، ص 59-61)**

13- الوضعية النفسية المرضية لسرطان الثدي:

13-1- الإضطرابات النفسية المرضية لسرطان الثدي:

أ-إضطراب التكيف Trouble de l adaptation:

يسبب السرطان مجموعة من الإستجابات المعرفية الإنفعالية والسلوكية، يحاول المصاب فيها الحفاظ على أعلى مستوى وظيفي ممكن يظهر ذلك من خلال إستجابات المصابين وردود

الأفعال النفسية التي تحصل في كل مرحلة من مراحل المرض والتي تكون ناتجة عن تداخل موحد بين ذكريات التجارب السابقة وإدراك مختلف التهديدات المستقبلية، التي قد تصل وحالة الضيق الإنفعالي الناتجة التي تظهر على شكل قلق واكتئاب تصاحب المصاب منذ المراحل الأولى من المرض وظهور الأعراض الأولى، التشخيص، مرحلة العلاج، مرحلة الإنتكاسة وما ينتج عنها من يأس المرحلة ما قبل النهائية والمرحلة النهائية التي تتسم بأضرار نفسية هامة وهنا يختلف التكيف مع السرطان من حالة إلى أخرى وينتج عنها فقدان الإستقلالية، ويتأثر الدور الإجتماعي للمصابين .

فمن المهم جدا عدم إهماله لتأثير السرطان على حياة المصابة اليومية خصوصا وأن الإضطراب يرفع من احتمالية الإصابة بالإنتحار لدى المصابة .

ب-الحصر Anxiété:

الحصر هو إستجابة تكيفية، وإحساس شاق وغير عادي، وحالة من خوف موضوعه غير محدد، وإحساس لا يتناسب مع الموقف المنسوب إليه، وهو إنفعال شائع لدى المصابين بالسرطان ومحيطهم.

فاستجابة القلق العادية والمرضية تبقى غير واضحة تتوقف على كل من (مدة وشدة) الأعراض، فيكون عبارة عن مرحلة (عادية ، مؤقتة ، تكيفية) والإستجابة لخطر التشخيص عادية تستمر من (7 الى 10) أيام من (الشك، المعاناة، الموت) الذي يسببه السرطان.

وإذا لم ينخفض مستوى الحصر يجب التدخل بالعلاج النفسي وفي بعض الحالات من الضروري اللجوء إلى العلاج الدوائي.

ج-الإكتئاب Dépression:

من الضروري إعتبار السرطان أنه أزمة تتسبب في اضطرابات تمس السلوك، والمزاج المكتئب عند المصابين به، وهذا الأخير له تاثير مباشر على جودة حياة المصاب وعلى قدرته على تحمل علة الخضوع للعلاج، فالإكتئاب له تأثير مباشر على تطور المرض، ما يشير إلى أهمية الوقاية وتشخيص النوبات الكبرى للإكتئاب ويحتاج ذلك إلى وجود عرضين أساسيين مع

استمرارية هذه الأعراض مدة من الزمن ومجموع الأعراض الضرورية في خمس أعراض على الأقل وتتمثل الأعراض الأساسية للإكتئاب في مزاج مكتئب ومستمر من فقدان اللذة، الإهتمام، والرغبة في ممارسة النشاطات، وتستمر الأعراض طوال اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين .

ويبقى الإكتئاب في هذا المجال يشكل تحدي من الضروري التشخيص مرة على الأقل في كل مرحلة من مراحل المرض بالرجوع إلى التقييم الإكلينيكي والبحث على الأقل عن العرضين الأساسيين للإكتئاب فالتكفل النفسي الإجتماعي مهم نركز فيه على التشخيص والتقييم لعلاج مضاعفات الإكتئاب حيث أن لهذا الأخير تأثير مباشر على جودة الحياة المصاب وعلى قدرته على التحمل وخضوعه للعلاج .**(شدمي رشيدة 229، ص 108)**

د-الصدمة النفسية la traumatisme psychique :

تشخيص الإصابة بمرض يهدد حياة المصاب ويعتبر بمثابة حدث صادم قد يؤدي إلى الإصابة بحالة القلق ما بعد الصدمة ، وأول استخدام لمصطلح صدمة كان في المجال الطبي بمعنى إصابة لها تأثير على الجسم بأكمله. نفس المصطلح استخدمه "فرويد " في التحليل النفسي ، مصطلح استخدم هذه المرة في الجانب النفسي يرتبط بالمفاهيم التالية (صدمة قوية وأثار تمس كل الجسم).

يمكن تعريف الصدمة بأنها أحداث يمر بها الفرد في حياته تتمايز شدتها بحيث يصبح الفرد عاجز عن الإستجابة لها بالطريقة المناسبة ، تعطي اضطرابات واثار جانبية مرضية دائما تمس الجانب النفسي. ويرتبط السرطان مباشرة بالخوف من الموت ومن المعاناة، كما يرتبط أيضا بتدهور في الجسم وبفقدان السلامة الجسمية والنفسية .وأثناء الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي يجب دائما الاخذ بعين الإعتبار الوضع الإجتماعي والدور العائلي للمصابة التي تظهر عدم الراحة بالإضافة إلى الخوف من التشوه من فقدان الانوثة، الخوف من الإستئصال،ومن فقدان عضو ذا معنى رمزي بالنسبة لها. مع صعوبة في تقبل التشخيص والخوف من العلاج خصوصا إذا كان العلاج كيميائي له أثار جانبية تمس صورة المرأة الجسمية فهو يؤدي الى الاصابة بصدمة نفسية عميقة تسبب التصادم بين الواقع والمستحيل .

13-2- أزمة الهوية لدى المصابة بسرطان الثدي:

1-المقاربة العيادية لمشكل الهوية لدى المصابة :

لكل امرأة تمثلات خاصة بها مرتبطة بالثدي، وبعد عملية الإستئصال تشعرها بالتشوه وفقدان الوحدة الجسدية فكل من الثدي والسرطان متناقضان فيما بينهما من حيث المعنى فهو مصدر للحياة، بينما السرطان يسبب الموت أو على الأقل بسبب المرض، الخوف، المعاناة، كما أنه يعرض أهمية المصابة الجسدية، صورة الذات وهويتها النفسية، إدراك الذات للتهديد، كذلك تتأثر السلامة الجسدية بسبب الإصابة بالسرطان وعلاجاته المختلفة.

والعلاقة مع الجسم تكون دائما مضطربة بالنسبة لها وبالنسبة للآخرين والسرطان يجبر الجسم على الإنطلاق بشكل دائم للبحث عن معنى للحياة، ليجعل المصابة تعيش تحولات متعددة على مستوى جسمها نوعا ما تكون سريعة التحول تمس بهويتها الجسمية مع احتمالية حدوث ما يعرف بتجريد الهوية مع فقدان القدرة على التحكم في الذات وفقدان الثقة، فبالإضافة إلى الحداد الناتج عن فقدان عضو معين أو وظيفة معينة يظاف إليه العلاج الذي يعرض الهوية الجسدية صورة الجسد(والنفسية) الوعي بالذات للخطر.

2- الإضطرابات التي تظهر لدى المصابة :

أ- إضطرابات الصورة الجسدية لدى المصابة بسرطان الثدي:

هو مصطلح نفسي يشير إلى مجموع التمثلات والإدراكات والمشاعر، الإستعداداتالموجودة لدى الفرد والمرتبطة بجسمه، تكون ناتجة عن التجارب التي عاشها الفرد.

والإصابة بالسرطان وعلاجاتها تدفع المصابة إلى التفكير بشكل مغاير فيما يتعلق بجسمها، والسبب الإضطرابات الحاصلة في الصورة الجسدية، التغيرات المتعددة التي تحصل على مستوى الجسم ومن بينها تساقط الشعر، فقدان أو زيادة في الوزن، ما يؤثر على الحياة الخاصة والجنسية خصوصا بعد استئصال الثدي.

ب-الإضطرابات الجنسية لدى المصابة بسرطان الثدي:

إن فقدان جزء من الجسم (الثدي أو الأعضاء التناسلية) يغير الصورة الموجودة عند المرأة عن ذاتها ويكون ذلك مصاحب بفقدان الإحساس بالإثارة وباللذة الناتجة عن إثارة المناطق الشبقية أثناء العلاقة الجنسية وهنا تشعر المرأة بالإنزعاج لما يشاهد أو يلمس جسمها وعليه من المهم التحدث حول هذا الموضوع وإرثاء الجاذبية على الحياة الجنسية التي تختلف من حالة لأخرى، وهنا نجد الرغبة الجنسية تتناقص بسبب القلق العام الذي تعيشه الحالة، والقلق يكون مرتبط بتطور المرض وآثار العلاج وتغيرات في المظهر الجسمي من التعب، إضطرابات هرمونية، كل ذلك كل ذلك يؤدي غلى نقص هام في الليبيدو هذا يجعل الزوجين اللذان يواجهان السرطان(سرطان الثدي) يعيشون مراحل تزعزع استقرار حياتهم الجنسية ولذلك يجب أن يكون الفريق الطبي على دراية بالنتائج النفسية والجنسية للسرطان وعلاجاته فمن المهم التكفل بهذه الإضطرابات مبكرا، وذلك لمساعدتهن لتتمكن من العودة إلى حياتهن الداخلية بما فيها حياتهن الجنسية.**(شدمي رشيدة 229، 108ص)**

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق وما تم عرضه في هذا الفصل اتضحت لنا بعض المعاليم ألا وهي أن سرطان الثدي من الأمراض السيكوسوماتية المميتة والثانية عالميا بعد أمراض شرايين القلب بسبب الآثار التي تتركها على الصعيد النفسي والجسدي وعلى مسار حياة المصابة به بداية بإجراء عملية استئصال الثدي إلى الخضوع للعلاج الكيميائي...إلخ من العلاجات المكملة مع إحتمال أو إمكانية تطور المرض ووصوله إلى مراحل متقدمة أو حدوث الإنتكاسة بعد الإنتهاء من العلاج كل هذه التغيرات التي تطرأ على المصابة تسبب لها الألم النفسي والضيق وتجعلها في أمس الحاجة إلى تلقي الدعم النفسي واللإجتماعي لتتمكن من مقاومة المرض وتحسين استجاباتها للعلاج لمنع حدوث الإنتكاسة، وهنا تبرز أهمية التدخل النفسي في مثل هذه الحالات في الحصول على العلاج النفسي المناسب حسب مراحل الإصابة.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة

تمهيد:

إن تحديد الإجراءات المنهجية للدراسة هو تدعيم الربط بين مختلف جوانب الدراسة من أجل الوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية للإجابة على التساؤل المطروح في المشكلة المدروسة. وعليه فالجانب الميداني هو تدعيم للجانب النظري ومكمل له، يترجم عدديا البيانات النفسية المتحصل عليها ضمن الدراسة التطبيقية، والمنطلقة أصلا من التراث النظري الخاص بموضوع الدراسة، لذلك تناولنا ضمن الجانب التطبيقي فصلين أحدهما يتناول الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، ويوضح الدراسة الإستطلاعية ، الدراسة الأساسية من حيث المنهج المستعمل ،حدود الدراسة، مجتمع الدراسة وعينة الدراسة ،أدوات الدراسة.

أما الثاني فيتمثل في عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة وتم ضمنه تحليل البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق المقياسين. وعليه الإجابة على تساؤلات الدراسة وبالتالي تأكيد أو نفي الفرضيات التي إنطلقنا منها.

01-منهج الدراسة:

إن المنهج المناسب في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي الإرتباطي، لأن طبيعة العلاقة في الدراسة الحالية تتناسب مع خطوات ومواصفات المنهج الوصفي الإرتباطي، باعتباره مناسبا لأغراض هذه الدراسة التي تهدف إلى الكشف عن وجود علاقة إرتباطية بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي .

02-حدود الدراسة: تحددت الدراسة الحالية كما يلي :

2-1 الحدود الزمنية: أجريت الدراسة في العام الدراسي 2018/2017 في الفترة الممتدة بين شهر مارس/أفريل 2018 .

2-2 الحدود المكانية: تم إجراء هذه الدراسة ضمن حدود ولاية المدية .

2-3 الحدود البشرية: أجريت الدراسة على عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي.

03- مجتمع الدراسة:

تمثل مجتمع الدراسة في عينة من جميع النساء المصابات بسرطان الثدي والتي قدر عددهن ب 36 إمرأة .

04- عينة الدراسة:

لقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية واشتملت على36 إمرأة مصابة بسرطان الثدي .

-الجدول رقم (01) يوضح خصائص العينة حسب متغير السن:

40-30	50-40	60-50	المجموع
11	17	8	36
%30.55	%47.22	%22.22	%100

نلاحظ من الجدول أن الفئة العمرية من (30-40) سنة اشتملت على (11) إمرأة مصابة بسرطان الثدي والتي قدرت بنسبة (30.55%). أما الفئة العمرية (40-50) سنة، فقد اشتملت على (17) أمراة مصابة والتي قدرت بنسبة (47.22%) أما الفئة الأخيرة (50-60) فقد تكونت من (08) نساء مصابات والتي قدرت بنسبة (22.22%). وبهذا يكون العدد الإجمالي هو (36) إمرأة مصابة بسرطان الثدي.

-الجدول (02) يوضح خصائص العينة حسب مدة المرض:

	مدة المرض بالسنوات				
مدة المرض	سنة	سنتين	ثلاث سنوات	أربع سنوات	المجموع
عدد المصابات	13	10	6	7	36
النسبة المئوية	%36.11	%27.77	%16.66	%19.44	%100

نلاحظ من الجدول أن العينة المدروسة وحسب متغير مدة المرض قد انقسمت إلى أربع فئات، الفئة الأولى والتي بلغت مدة المرض لديها سنة واحدة والتي بلغ عددها(13) إمراة مصابة بسرطان الثدي، والتي قدرت بنسبة (36.11%). أما الفئة الثانية والتي بلغت مدة المرض لديها سنتين فقد بلغ عددها (10) نساء مصابات بحيث قدرت ب(27.77%). وبخصوص الفئة الثالثة والتي بلغت مدة المرض لديها (03) سنوات والتي بلغ عددها(06) نساء مصابات فقد فقد قدرت ب(16.66%).وأخيرا الفئة الرابعة التي بلغت مدة المرض لديها (04) سنوات بلغ عددها (07) نساء مصابات وقدرت ب(19.44%).

-الجدول (03) يوضح خصائص العينة حسب الحالة الإجتماعية:

الحالة الإجتماعية	العدد	النسبة المئوية
متزوجة	21	%58
عزباء	15	%42
المجموع	36	%100

نلاحظ من الجدول أن خصائص العينة من حيث الحالة الإجتماعية قد انقسمت إلى متزوجة وعازبة، بحث بلغ عدد المتزوجات (21) إمرأة مصابة بسرطان الثدي والتي قدرت ب(58%). بحيث بلغ عدد العازبات (15) إمرأة مصابة بسرطان الثدي، والتي قدرت ب(42%). وبهذا يكون العدد الإجمالي (36) إمرأة مصابة بسرطان الثدي.

05- أدوات الدراسة : استخدم في الدراسة الحالية مقياسين وهما :

مقياس قلق الموت ، مقياس الصلابة النفسية. واللذان نستعرضهما على النحو التالي :

5-1 مقياس قلق الموت:

تم استخدام مقياس قلق الموت من إعداد الدكتورة زينب شقير (2009) والذي يحتوي على(36) عبارة واختيارين للإجابة وهي (موافق ،غير موافق) والإجابة على جميع العبارات بموافق تعطى درجة (1) ماعدا العبارات :5، 14، 20، 25، 28، 29 تكون الإجابة بغير موافق ويعطي عليها المفحوص (1)، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين صفر و 37 وتشير ارتفاع درجة المقياس إلى ارتفاع نسبة قلق الموت لدى المفحوص وارتفاع مستوى المعاناة لدى مريضة سرطان الثدي في العينة المختارة بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض مستوى قلق الموت وانخفاض معاناة مريضة سرطان الثدي في العينة اللمختارة .

الثبات :

استخدمت الباحثة عدد من طرق الثبات منها :

1-إعادة الإختبار حسب معامل الثبات بطريقة إعادة بعد شهر واحد من التطبيق وكان دالة عند (0.01).

2-التجزئة النصفية وتم حساب معامل الثبات بتقسيم المقياس إلى نصفين الأول ويشمل العبارات من 1-18 ، النصف الثاني العبارات من 19-36 وكان دالة عند (0.01)

الصدق : استخددمت الباحثة عدد من طرق الصدق منها:

1-صدق المحتوى من خلال عرض المقياس على عدد من المحكمين .

2-صدق المعيار تم حسابه بعدد من الطرق .

3- صدق التكوين الفرضي ، استخدم صدق المفردات حيث تم ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس وكانت العبارات دالة عند (0.01).

5-2 مقياس الصلابة النفسية :

وصف مقياس الصلابة النفسية :

يعتبر مقياس الصلابة النفسية الذي أعده مخيمر (2002) أداة تعطي تقديرا كميا لصلابة الفرد النفسية ويتكون المقياس من (47) فقرة تقع الإجابة عليه في ثلاث مستويات هي (دائما ، أحيانا ،أبدا) وتتراوح الدرجة الإجابة دائما يعطي(3) أما إذا كانت أحيانا يعطي (2) وإذا كانت أبدا يعطي (1) وبذلك تصبح درجة المقياس تتراوح ما بين 47-141 درجة حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة إدراك المستجيب لصلابته النفسية ويوجد بين العبارات 15 عبارة تصحح بطريقة عكسية ،وذلك للتقليل من جهة استجابة المفحوص وتتمثل في 7 ،11 ، 16 ،21 ،25 ،28 ،32 و35 ،36 ،37 ،38 ،42 ،46 ،47 .

يتكون المقياس من ثلاثة أبعاد هي :

1-الإلتزام : يتكون من 16 عبارة و وتشير الدرجة المرتفعة ان الفرد أكثر إلتزاما تجاه نفسه واهدافه والأخرون ويتمثل على البنود التالية 1 ،4 ،10 ،13 ،16 ،19 ،22 ،25 ،28 ،31 ،34 ،37 ،40 ،43 ،46 .

2- التحكم :ويتكون من 15 عبارة وتشير الدرجة المرتفعة ان الفرد لديه اعتقاد عال بالقدرة على التحكم في الاحداث ، ويتمثل التحكم على البنود التالية. 2 ،5 ،8 ،11 ،14 ،17 ،20 ،23 ،26 ،29 ،32 ،35 ،38 ،41 ،44.

3- التحدي : ويتكون هذا البعد من 12 عبارة حيث تشير الدرجة المرتفعة على التحدي وتتمثل على البنود التالية .3، 6، 9، 12، 15، 18، 21، 24، 27، 30، 33، 36، 39، 42، 45 .

الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية :

تم حساب الثبات لمقياس الصلابة النفسية بطريقة التجزئة النصفية ووصلت إلى (0.73) كما تم حساب الثبات بمعامل الثبات ألفا كرونباخ ووصلت النتيجة إلى (0.51)

وتم حساب صدق المقياس عن طريق الصدق الذاتي الذي يعتبر الجذر التربيعي لمعامل ألفا كرونباخ ووصلت نتيجته إلى 0.74 .

يتبين من النتائج المتوصل إليها أن المقياس يتمتع بصدق وثبات عالي وبذلك يمكن الإطمئنان لاستخدامه في الدراسة الأساسية .

06-الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

أما بالنسبة للأساليب الإحصائية فقد تم الإعتماد في معالجة البيانات إحصائيا على الحزمة الإحصائية (SPSS) في تحليل البيانات ومعالجتها، التي حصلنا عليها من تطبيق أدوات الدراسة على العينة، حيث تم استخدام المعالجات الإحصائية التالية :

- معامل الإرتباط بارسون.
- تحليل التباين الأحادي ONE WAY ANNOVA.
- إختبار T.TESt للفروق.

خلاصة الفصل :

تطرقنا من خلال هذا الفصل إلى أهم الإجرائات المنهجية التي تمت من خلالها هذه الدراسة، قمنا بتحديد منهج الدراسة وهو المنهج الوصفي الإرتباطي والذي يعتبر من أحسن المناهج ملائمة لموضوع دراستنا، والمتمثل في قلق الموت وعلاقته بالصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي .

كما تم التعرف على مجتمع الدراسة، وأهم الخصائص التي ميزته، مكان إجراء الدراسة، المدة الزمنية للدراسة، والأدوات التي استخدمت في الدراسة الحالية والمتمثلة في مقياس قلق الموت، مقياس الصلابة النفسية .

وبعد ضبط الدراسة قمنا بتطبيق المقياسين على بعض النساء المصابات بسرطان الثدي، حيث تحصلنا على النتائج التالية التي سوف نوردها تباعا في الفصل الموالي.

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

تمهيد :

بعد التأكد من صلاحية أدوات الدراسة تم تطبيقها على عينة البحث المختارة بطريقة قصدية، وكذلك بعد استيفاء كل الطرق المنهجية والعلمية في إنجاز وتطبيق مقاييس البحث بصفة علمية توصلنا إلى عرض وتحليل ومناقشة النتائج و ذلك بالإستعانة بالحزمة الإحصائية SPSS، وعليه سوف نتناول في هذا الفصل عرض ومناقشة وتحليل النتائج في ضوء الفرضيات و الخروج باستنتاج عام للدراسة ثم اقتراحات وأخيرا خاتمة .

01-عرض وتحليل ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة: بعد تطبيق مقاييس البحث سيتم في هذا العنصر عرض وتحليل ومناقشة نتائج كل فرضية على حدة.

1-1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

- توجد علاقة إرتباطية بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام معامل الإرتباط بيرسون لبحث العلاقة بين درجات مقياس قلق الموت، ودرجات مقياس الصلابة النفسية، والجدول التالي يبين ذلك.

-جدول رقم (04) يوضح العلاقة بين درجات مقياس قلق الموت ودرجات مقياس الصلابة النفسية :

	معامل الإرتباط بيرسون	مستوى الدلالة	القرار
قلق الموت الصلابة النفسية	-0.43	0.01	دال
الإلتزام	-0.31	0.05	دال
التحكم	-0.32	0.05	دال
التحدي	-0.38	0.01	دال

نلاحظ من الجدول رقم (04) بأنه توجد علاقة إرتباطية سالبة بين قلق الموت والصلابة النفسية،

حيث بلغت قيمة بيرسون (0.43-) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتعني هذه النتيجة على أنه كلما قل الإحساس بقلق الموت زادت الصلابة النفسية، وبخصوص الأبعاد المكونة للصلابة النفسية، فقد تم التوصل إلى أنه توجد علاقة إرتباطية سالبة بين قلق الموت وبعد الإلتزام، حيث بلغ معامل الإرتباط بيرسون(0.31-)، وتدل على أنه كلما انخفض القلق زادت الصلابة النفسية. كما أنه تم التوصل إلى أنه توجد علاقة سالبة بين قلق الموت وبعد التحكم، حيث بلغ معامل الإرتباط بيرسون(0.32-)، وتدل على أنه كلما انخفض القلق زادت الصلابة النفسية.

أما بالنسبة لبعد التحدي فتم التوصل إلى أنه توجد علاقة سالبة بين قلق الموت وبعد التحدي حيث بلغ معامل الإرتباط بيرسون (0.38-)، وتدل على أنه كلما انخفض القلق زادت الصلابة النفسية.

وعليه جائت هذه النتيجة لتفسر طبيعة العلاقة بين هاذين المتغيرين باعتبار أن كلا منهما يتأثر بالآخر، فقلق الموت بكل أعراضه ونتائجه يؤثر تأثيرا بالغا وكبيرا على هذه الفئة من النساء المصابات، وزيادة الشعور به تقلل من مستوى الصلابة النفسية لديهن، في حين يزيد مستوى الصلابة النفسية لدى هذه الفئة إذا ما قل مستوى الشعور بقلق الموت.

وبهذا فإن العلاقة بين قلق الموت والصلابة النفسية هي علاقة إرتباطية سالبة كلما قل مستوى الشعور بالأول زاد مستوى الشعور بالثاني.

1-2-عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت تبعا لمتغير السن لدى المصابات بسرطان الثدي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين Annova لمعرفة الفروق في قلق الموت تبعا لمتغير السن، والجدول التالي يبين ذلك.

-جدول رقم (05) يوضح الفروق في قلق الموت تبعا لمتغير السن:

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة	القرار
قلق الموت	داخل المجموعات	254.15	2	127.076	5.780	0.01	دال
	بين المجموعات	725.487	33	21.984			
	المجموع	979.639	35				

نلاحظ من الجدول بأنه توجد فروق في مستوى قلق الموت تبعا لمتغير السن حيث بلغت قيمة (F=5.780) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وللتحقق من قلق الموت لكل فئة، تم مقارنة المتوسطات الحسابية، والجدول التالي يبين ذلك:

-جدول رقم (06) يبين الفروق في المتوسطات الحسابية بين الفئات العمرية:

		المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة
1	2	1.57	1.81	0.39
	3	7.13	2.7	0.01
2	1	-1.57	1.81	0.39
	3	5.55	2.01	0.01
3	1	-7.13	2.17	0.01
	2	5.55	2.01	0.01

نلاحظ من الجدول بأن الفئة الأولى (30-40) سنة هي أكثر فئة إحساسا بقلق الموت لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق (1.57) عن الفئة الثانية (40-50) سنة، وب(7.13) عن الفئة الثالثة (50-60) سنة، وجاءت في المرتبة الثانية ذوي الفئة العمرية (40-50) سنة، لأن

متوسطها الحسابي أكبر بفارق (5.55) عن الفئة العمرية (50-60) سنة، والتي جاءت كاقل فئة إحساسا بقلق الموت.2

ويمكن تفسير هذه النتيجة التي مفادها أنه توجد فروق في قلق الموت تبعا لمتغير السن لدى المصابات بسرطان الثدي، على أن مستوى الشعور بقلق الموت يختلف باختلاف الفئات العمرية للنساء المصابات، فالفئة العمرية الأصغر سنا هي الفئة الأكثر عرضة وتأثرا وشعورا بقلق الموت باعتبار أنه نتيجة لمرض خبيث يهدد حياتهن ويحد من من أحلامهن وطموحاتهن وهن في مقتبل العمر، كما أسفرت نتائج هذه الفرضية على أن الفئة العمرية الأكبر سنا هن أقل فئة تأثرا وشعورا بقلق الموت، باعتبار أنهن عشن فترة مقبولة من العمر استطعن فيها إلى حد ما مواجهة العديد من المشاكل والصعوبات وربما الأمراض، لهذا نجد لديهن نوع من التحدي والتحكم في مثل هذه المواقف في الحياة.

1-3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعا لمدة المرض لدى المصابات بسرطان الثدي:

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين T.Test لمعرفة الفروق في قلق الموت تبعا لمدة المرض. والجدول التالي يبين ذلك.

- جدول (07) يوضح الفروق في قلق الموت تبعا لمدة المرض :

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة	القرار
قلق الموت	داخل المجموعات	520.508	3	173.503	12.093	0.01	دال
	بين المجموعات	459.131	32	14.348			
	المجموع	979.639	35				

نلاحظ من الجدول بأنه توجد فروق في مستوى قلق الموت تبعا لمدة المرض لدى المصابات بسرطان الثدي عند مستوى الدلالة (0.01)، وللتحقق من قلق الموت لكل فئة، تم مقارنة المتوسطات الحسابية والجدول التالي بين ذلك.

- الجدول رقم (08) يبين الفروق بين المتوسطات الحسابية لكل فئة :

		المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة
1	2	4.99	1.59	0.004
	3	5.85	1.86	0.004
	4	10.40	1.77	0.001
2	1	-4.99	1.95	0.004
	3	0.80	1.95	0.66
	4	5.41	1.86	0.007
3	1	-5.85	1.86	0.004
	2	-0.86	1.95	0.66
	4	4.54	2.10	0.03
4	1	-10.40	1.77	0.001
	2	-5.41	1.86	0.007
	3	-4.54	2.10	0.039

نلاحظ من الجدول بأن الفئة الأولى والتي تبلغ مدة المرض لديها (1سنة) هي أكبر فئة إحساسا بقلق الموت لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق (4.99) على الفئة الثانية التي تبلغ مدة المرض لديها(سنتين) والتي جاءت في المرتبة الثانية لأن متوسطها الحسابي أقل بفارق(4.99-)من الفئة الأول. أما الفئة الثالثة والتي تبلغ مدة المرض لديها (3 سنوات) فكانت أقل من الفئة الثانية لأن متوسها الحسابي أقل بفارق(5.85-) عن الفئة الثانية. أما عن الفئة الرابعة والتي بلغت مدة المرض لديها (4 سنوات) فقد جاءت في المرتبة الرابعة كأصغر فئة إحساسا بقلق الموت بمتوسط حسابي (10.40-).

مما يعني أنه كلما زادت مدة المرض قل الإحساس بقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي، وهذا لتعود المريضة وتأقلمها مع المرض بمرور الوقت. وكلما قلت مدة الإصابة بالمرض زاد مستوى قلق الموت لدى هذه الفئة من المصابات بسرطان الثدي.ومن خلال النتائج المتوصل إليها نجد بأنه توجد فروق في قلق الموت تبعا لمدة المرض لدى المصابات بسرطان الثدي.

ومن خلال النتيجة المتحصل عليها يمكن تفسيرها على أن مستوى الشعور بقلق الموت يختلف باختلاف مدة الإصابة بالمرض، فالفئة التي مر على مدة المرض لديها فترة طويلة هي أقل فئة شعورا بقلق الموت باعتبار أنها استطاعت مع الوقت أن تتاقلم مع المرض وتتعود عليه ، ولهذا يكون تاثير قلق الموت عليها اقل بكثير من لفئة التي أصابها المرض منذ فترة قصيرة فهي تكون أكثر حساسية وتأثرا وشعورا ، لأنها تعتبر المرض تهديدا خطيرا لحياتها ، وبهذا يكون مستوى قلق الموت لديها مرتفع إلى حد ما.

1-4- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعا لمتغير الحالة الإجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين ل T.Test لدلالة الفروق في قلق الموت

-جدول رقم (09) يبين الفروق في قلق الموت حسب الحالة الإجتماعية :

	متزوجة		عازبة		درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري			
قلق الموت	28.86	4.80	27.90	5.69	34	0.53	0.59 غ دال

نلاحظ من الجدول بأنه لا توجد فروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعا لمتغير الحالة الإجتماعية، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة= 0.53) وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05).

وعليه جاءت النتيجة لتفسر بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تبعا لمتغيرالحالة الإجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي، وهذا باعتبار أن هذا المرض الخبيث " سرطان الثدي" يؤثر على كلا الفئتين سواء المتزوجات كن أو العازبات، لأنه وبطبيعة الحال يعتبر تهديدا لحياة كل منهما.

1-5- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعا لمتغير السن لدى المصابات بسرطان الثدي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين Annova لمعرفة الفروق في الصلابة النفسية تبعا لمتغير السن.والجدول التالي يبين ذلك.

-جدول رقم (10) يبين الفروق في الصلابة النفسية حسب متغير السن :

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستووى الدلالة	القرار
الصلابة النفسية	داخل المجموعات	267.816	2	133.908	2.217	0.12	غ دال
	بين المجموعات	1993.07	33	60.396			
	المجموع	2260.88	35				
الإلتزام	داخل المجموعات	44.245	2	22.123	1.775	0.18	غ دال
	بين المجموعات	411.394	33	12.466			
	المجموع	455.639	35				
التحدي	داخل المجموعات	4.33	2	2.16	0.158	0.85	غ دال
	بين المجموعات	452.417	33	13.710			
	المجموع	456.750	35				
التحكم	داخل المجموعات	65.745	2	32.873	5.285	0.01	دال
	بين المجموعات	205.255	33	6.220			
	المجموع	271.00	35				

نلاحظ من الجدول بأنه توجد فروق في بعد التحكم تبعا لمتغير السن حيث بلغت قيمة (F=2.217) وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.12).

أما من حيث الأبعاد فقد بلغت قيمة F من حيث بعد الإلتزام (F=1.775) وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.18). أما بعد التحدي فقد بلغت قيمة (F=0.158) وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.85). أما عن بعد التحكم فقد بلغت (F=5.285) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

وللتحقق من الصلابة النفسية لكل فئة تم مقارنة المتوسطات الحسابية والجدول التالي يبين ذلك.

- جدول رقم (11) يبين مقارنة الفروق الحسابية لكل فئة :

		المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة
1	2	0.72	3.00	0.81
	3	-6.07	3.611	0.10
2	1	-0.72	3.00	0.81
	3	-6.80	3.33	0.04
3	1	0.07	3.61	0.10
	2	6.80	3.33	0.04

نلاحظ من الجدول أن الفئة العمرية الثالثة (50-60) سنة، هي أكبر فئة تمتعا بالصلابة النفسية لأن متوسطها أكبر بفارق (0.07) على الفئة العمرية الثانية(40-50) سنة، وب (6.80) عن الفئة الثالثة (50-60) سنة. وجاءت في المرتبة الثانية ذوي الفئة العمرية (40-50) لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق(6.80-) عن الفئة العمرية (30-40)سنة، والتي جاءت كأصغر فئة تحكما بالمرض.

وعليه جائت هذه النتيجة لتفسر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التحكم تبعا لمتغير السن لدى المصابات بسرطان الثدي، وأيضا للدلالة على أن مستوى التحكم في المرض يختلف باختلاف الفئات العمرية، فالفئة العمرية الأكبر سنا هي أكثر فئة تحكما في المرض، باعتبار

أنها أكثر نضجا وتقبلا، عاشت فترة من العمر استطاعت فيها ان تكتسب نوع من المواجهة والتحكم في الامور الحياتية.

أما الفئة العمرية الأصغر سنا فهي أقل فئة تحكما في المرض لأنها وفي كثير من الأحيان صعب عليها تقبل المرض.

1-6- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعا لمدة المرض لدى المصابات بسرطان الثدي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين T.test لمعرفة الفروق في الصلابة النفسية تبعا لمدة المرض والجدول التالي يبين ذلك.

- جدول رقم (12) يبين الفروق في الصلابة النفسية حسب مدة المرض :

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة	القرار
الصلابة النفسية	داخل المجموعات	246.518	3	82.173	1.305	0.92	غ دال
	بين المجموعات	2014.371	32	62.949			
	المجموع	2260.889	365				
الإلتزام	داخل المجموعات	69.268	3	23.089	1.912	0.14	غ دال
	بين المجموعات	386.371	32	12.074			
	المجموع	455.639	35				
التحدي	داخل المجموعات	23.018	3	7.694	0.58	0.64	غ دال
	بين المجموعات	433.669	32	13.552			
	المجموع	456.750	35				
التحكم	داخل المجموعات	31.633	3	10.544	1.410	0.25	غ دال
	بين المجموعات	239.367	32	7.448			
	المجموع	271.00	35				

نلاحظ من الجدول بأنه توجد فروق في الصلابة النفسية تبعا لمتغير الحالة الإجتماعية، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة= 2.13)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01). وجاء الفرق لصالح العازبات بمتوسط حسابي بلغ (99.85)، وهو أكبر منه لدى المتزوجات(94.38). وبخصوص بعد الإلتزام فلم نصل إلى أنه توجد فروق تبعا للحالة الإجتماعية، حيث بلغت قيمة

(ت المحسوبة =1.58-) وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05). وهذا ما تبين في بعد التحدي، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة= 1-) وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05).

أما فيما يخص بعد الإلتزام فقد تم التوصل إلى أنه توجد فروق وهذا لأن قيمة

(ت المحسوبة=2.10-)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01). وتبين الفرق لصالح العازبات لمتوسط حسابي بلغ (31.95)، وهو أكبر منه لدى المتزوجات.

تبين إذن من خلال هذه النتائج أن الصلابة النفسية تعتبر من العوامل المهمة في الشخصية سواء عند المتزوجات وحتى العازبات، فالمتزوجات يتمتعن بصلابة نفسية مرتفعة حيث نجد لديهن أعراض نفسية وجسدية قليلة، وغير منهكين ولديهم القدرة على التحكم في الأمور ونزعة تفاؤلية وأكثر توجها نحو الحياة ويمكنهم التغلب على الإضطرابات النفس-جسمية، وهي كلها سمات يتميز بها الأشخاص ذوي الصلابة النفسية.

02-الإستنتاج العام:

في ظل النتائج العامة للبحث ومن خلال هذه الدراسة نستنتج بأن مستوى قلق الموت ومستوى الصلابة النفسية يختلفان من حالة لأخرى لدى النساء المصابات بسرطان الثدي وهذا لتدخل عدة متغيرات كمتغير السن ومدة المرض والحالة الإجتماعية.

ومن خلال نتائج دراستنا الحالية توصلنا إلى ما يلي :

* توجد علاقة إرتباطية سالبة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي. وتعني هذه النتيجة بأنه كلما قل الإحساس بقلق الموت زادت الصلابة النفسية لدى هذه الفئة من النساء المصابات.

03-إقتراحات الدراسة :

في ضوء الدراسات السابقة وما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية، فإن الباحثة تقدم بعض التوصيات التي من شأنها أن تفيد مريضات سرطان الثدي والقائمين على هذه الفئة من النساء.

-يجب تغيير نظرتنا للمرأة التي تؤكد على الجانب الجمالي والإهتمام بالجانب الداخلي فصحتها النفسية تعتبر المؤشر الطبيعي لصحة أي مجتمع.

- تقديم الدعم النفسي والإجتماعي للمريضات في مراحل متقدمة من المرض وليس في المراحل الأولى فحسب.

- تصميم برامج إرشادية لمرضى السرطان تعمل على تنمية مهارات المواجهة ومساعدة المريض على تنمية قدراته في مواجهة المرض والآثار الناتجة عنه لتفادي الإنتكاسة.

- تشجيع المرأة على اللجوء إلى الطبيب في حالة إكتشاف أي ورم بسيط .

- ضرورة تقديم الخدمات النفسية لمريضات السرطان وجعلها جانبا مكملا للعلاج الطبي. وذلك بغية التخفيف من حدة التوتر الإنفعالي وقلق الموت الذي يصاحب المرض وقد يكون مؤثرا على مسار العلاج.

خاتمة :

من خلال ما تناولناه في هذه الدراسة وفي ضوء النتائج المتحصل عليها والتي سعينا من ورائها إلى معرفة العلاقة بين قلق الموت والصلابة النفسية جاءت النتائج بعد تطبيق مقياس قلق الموت ومقياس الصلابة النفسية فثبتت تحقق الفرضية الموضوعة قيد الدراسة.

إلا أنه لا يمكن تعميم النتائج على كل إمرأة مصابة بسرطان الثدي، وذلك للفروق الفردية ومميزات كل إمرأة إضافة إلى عوامل أخرى مختلفة. فسواء بالنسبة لمستوى قلق الموت أو حتى الصلابة النفسية كلاهما يختلف من إمرأة لأخرى نتيجة عدة متغيرات.

ويمكن القول بأن المرأة المصابة بسرطان الثدي تعاني من إضطرابات وضغوطات نفسية كالقلق والتوتر والإنفعال أو بعض المخاوف الأخرى التي يجب التعامل معها وعدم تركها تتفاقم في درجتها خلال هذا الموقف.

وللتخفيف من هذه الآثار يستحسن اللجوء إلى العلاج النفسي للمرأة في هذه المرحلة، فهو يهدف إلى خلق الثقة بالنفس عند النساء المصابات بسرطان الثدي، حيث يتضمن الدعم العاطفي والنفسي ويتم هذا بمساعدة الأخصائية النفسية و من خلال عملها على جعل المريضة أكثر تقبلا للمرض والرغبة في الشفاء من خلال العلاج المقدم لها.

إضافة إلى الإهتمام بالثقافة الصحية والنفسية في كل ما يتعلق بمرض السرطان لوقاية المرأة من الإضطرابات المصاحبة لها.

قائمة المراجع

أولا المراجع باللغة العربية:

قائمة الكتب :

1-أحمد محمد عبد الخالق(1987)، قلق الموت، الكويت، عالم المعرفة، بدون طبعة.

2-أحمد محمد عبد الخالق(1998) قلق الموت، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

3-أديب محمد الخالدي(2009)، الصحة النفسية، دار وائل للنشر، عمان، ط3.

4-أشرف محمد عبد الغني واميمة محمود الشربيني(2003)، الصحة النفسية.

5-جمعية الطب النفسي الأمريكية، ترجمة الدكتور تيسير حسون(2004)، المرجع السريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والأخصائي المعدل للأمراض العقلية

6-حامد عبد السلام زهران(2001)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب للنشر والطباعة والتوزيع، ط3.

7-حسن فايد(2001)، الإضطرابات السلوكية (تشخيصها، أسبابها، علاجها)، دار طيبة للنشر والتوزيع، ط1.

8-حسين فايد(2001)، المشكلات النفسية الإجتماعية، دار طيبة للنشر والتوزيع القاهرة، ط.1

9-حنان عبد الحميد العناني(2000)، الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ط.1

10-راجح أحمد عزت(1994)، أصول علم النفس، المركز النفسي الحديث، مصر.

11-زينب أحمد نوفل راضي، الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء إنتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات، دار وائل، الأردن،(2008).

12-زينب محمد شقير(2002)، الأمراض السيكوسوماتية ، مكتبة النهضة المصرية القاهرة، مصر، الطبعة 1.