وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
كليـــــة العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

التفكير الإيجابي و أثره على الشعور بالأمن النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي

(دراسة عيادية لأربع حالات)

بمستشفى محمد بوضياف –المدية–

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر
تخصص: علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة:
عقابة ليلى

تحت إشراف الأستاذة:
توازي فضيلة

السنة الجامعية: 2018/2019

شكر

من باب قول النبي صلى الله عليه وسلم « **من لا يَشْكُرُ اللَّهَ مَنْ لا يَشْكُرُ النَّاسَ** » **صححه العلامة الألباني.**

أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذة المشرفة **د.توازي فضيلة** على حسن أدبها وتعاملها الإيجابي مع طالباتها وتفانيها في تأدية دورها كمشرفة، ليظهر هذا البحث في صورته النهائية ، فأقول لها جزاك الله خيرا ووفقك لكل خير. كما أتقدم بالشكر الجزيل لأعضاء لجنة التحكيم الأستاذتين **د.رباحي ود.بن يوسف** على تشريفهما لي بالإشراف على المناقشة ، و الشكر موصول للأستاذة

د. بوعيشة فتحية على مساعدتها و دعمها لي خاصة في توفير المراجع ,كما أتقدم بالشكر أيضا للأخصائية النفسانية بمصلحة طب الأورام بمستشفى محمد بوضياف بالمدية **السيدة: موايزية ليلى** على الدعم الذي حضيت به من قبلها و على توجيهاتها العلمية النابعة من حسن أخلاقها و خبرتها المهنية و كل من ساعدني من بعيد أو قريب على إتمام هذا العمل و إخراجه في صورته النهائية .

شكر

(من باب قول النبي صلى الله عليه وسلم « **منلا يَشْكُرُ اللَّهَ مَنْ لا يَشْكُرُ النَّاسَ** » صححه العلامة الألباني.

أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذة المشرفة د.توازي فضيلة على حسن أدبها وتعاملها الإيجابي مع طالباتها وتفانيها في تأدية دورها كمشرفة، ليظهر هذا البحث في صورته النهائية ، فأقول لها جزاك الله خيرا كما أتقدم بالشكر الجزيل لأعضاء لجنة التحكيم الأستاذتين د.رباحي ود.بن يوسف على تشريفهما لي بالإشراف على المناقشة ، و الشكر موصول للأستاذة د. بوعيشة فتحية على مساعدتها و دعمها لي خاصة في توفير المراجع , و كما لا أنسى الصديقة الوفية صبيحة و كل من ساعدني من بعيد أو قريب على إتمام هذا العمل و إخراجه في صورته النهائية

ملخص الدراسة:

عنوان المذكرة :التفكير الإيجابي و الأمن النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي.

تهدف الدراسة الحالية الى التعرف إلى الآثار النفسية التي يمكن أن تتعرض لها المرأة إثر إصابتها بسرطان الثدي و محاولة تكيفها مع وضعها الصحي و ذلك من خلال تسليط الضوء على طريقة تفكيرها الذي يمكن أن يوفر لديها شعورا بالأمن النفسي.

حددت إشكالية الدراسة في التساؤل العام :

ما هو أثر التفكير الإيجابي على مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي ؟

يتفرع من هذا السؤال الفرضية العامة: يؤدي التفكير الإيجابي لدى المصابات بسرطان الثدي إلى الشعور بالأمن النفسي.

وتتفرع منها فرضيات جزئية:

- ❖ لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي تفكير إيجابي.
- ❖ لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي مستوى من الشعور بالأمن النفسي.

.

عينة الدراسة : تكونت العينة من 04 نساء مصابات بسرطان الثدي من مستشفى محمد بوضياف بالمدية , مصلحة طب الأورام , تم اختيارهن بطريقة قصدية.

المنهج والأدوات: اتبعنا المنهج العيادي القائم على المقابلة (نصف موجهة) لطبيعة الموضوع والهدف الذي نسعى إليه.

وباستخدام للمقاييس التالية : مقياس التفكير الإيجابي و مقياس الأمن النفسي.

أهم النتائج: أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- ❖ يمكن أن يكون لدى المرأة بسرطان الثدي تفكير إيجابي
- ❖ يمكن أن تشعر المرأة المصابة بسرطان الثدي بالأمن النفسي
- ❖ يمكن أن نجد لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي نمط تفكير إيجابي مما يؤمن لها مستوى من الشعور بالأمن النفسي.

الموضوع: **الصفحة**

كلمة شكر

الإهداء

ملخص الدراسة.....-

فهرس محتوى .....-

فهرس الجداول .....-

فهرس الأشكال .....-

فهرس الملاحق.....-

المقدمة.....أ.

القسم الأول : الجانب النظري

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

15- الإشكالية.....5

2 – الفرضيات..... 8

3 – أهداف الدراسة..... 9

4 – أهمية الدراسة.....9

5 – تحديد المفاهيم 10

الفصل الثاني : التفكير الإيجابي

تمهيد 15

1 - لمحة تاريخية حول التفكير الإيجابي.....15

2 – مدخل إلى التفكير الإيجابي.....15

3- ماهية التفكير الإيجابي.....16

4 - سمات التفكير الإيجابي مقارنة بالسلبي.....17

5 - أهمية التفكير الإيجابي.....19

6 - _فوائد التفكير الإيجابي.....19

7 _العوامل التي تؤثر على التفكير الايجابي والتفكير السلبي.....19

خلاصة 24

الفصل الثالث: الأمن النفسي

تمهيد.....26

1 مفهوم الأمن النفسي.....26

2 ــ خصائص الأمن النفسي.....26

3 – العوامل المؤثرة في الأمن النفسي.....27

4 – الأمن النفسي و مفهوم القلق.....29

5 –النظريات المفسرة للأمن النفسي.....29

6 – الأمن النفسي من منظور إسلامي.....35

7 – عوامل تحقيق الأمن النفسي.....37

8-الآثار المترتبة على انعدام الشعور بالأمن النفسي 39

خلاصة.....40

الفصل الرابع : سرطان الثدي

المبحث الأول : السرطان من المنظور الطبي

1- المفهوم الطبي لسرطان الثدي.....43

2- تعريف سرطان الثدي و أنواعه.....44

3- أسباب سرطان الثدي.....46

4- أعراض سرطان الثدي 47

5- تشخيص سرطان الثدي حسب المراحل.....49

6- دراسة لعلم الأوبئة الخاصة بسرطان الثدي بالجزائر.....53

المبحث الثاني: سيكولوجية السرطان

تمهيد :.....60

أولا : سيكولوجية السرطان..... 60

1- نظرة عامة.....60

2- تمثلات السرطان.....61

3- الشخصية السرطانية.....63

4- الضغوط النفسية تهدم جهاز المناعة.....66

5- الضغوط النفسية عند مرضى السرطان.....69

أ- المشقة و مرض السرطان 69

ب - الشخصية و مرض السرطان.....70

3- المعاش النفسي لمريض السرطان.....73
4- المكانيزمات الدفاعية 74
5- نظرية هانز سيلي المفسرة للسرطان 77

ثانيا :الوضعية النفسية المرضية لسرطان الثدي.(الإضطرابات النفسية).....78

ثالثا : علم الأورام النفسي.....94

1- تعريف علم الأورام النفسي 94

2- مجال و أهداف علم الأورام النفسي 96

3 - الأبعاد النفسية لعلم الأورام النفسي.....100
أ- الإعلان.....100
ب- الألم.....103
ج- الضيق النفسي 105
د- المرحلة التلطيفية أو النهائية 108

4- علاقة مريض السرطان بالأخصائي النفسي 111

رابعا : العلاجات النفسية المستخدمة للتكفل بمريضة سرطان الثدي.....112

خلاصة.....119

القسم الثاني : الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : الجانب المنهجي

تمهيد:..... 122
1 - منهج الدراسة 122
2-المجال الزماني و المكاني.....123

3 - عينة الدراسة 123

4 -أدوات الدراسة.....129

خلاصة.....134

الفصل السادس :عرض و تحليل و مناقشة النتائج

تمهيد:.....137

1- عرض الحالة الأولى (مع التحليل و المناقشة).....137

2- عرض الحالة الثانية(مع التحليل و المناقشة 144

3- عرض الحالة الثالثة(مع التحليل و المناقشة).....150

4- عرض الحالة الرابع(مع التحليل و المناقشة).....154

الاستنتاج العام.....159

الخاتمة.....164

المراجع.....167

الملاحق.....174

الفصل الرابع : سرطان الثدي

المبحث الأول : السرطان من المنظور الطبي

1. المفهوم الطبي لسرطان الثدي.
2. تعريف سرطان الثدي و أنواعه
3. أسباب سرطان الثدي
4. أعراض سرطان الثدي
5. تشخيص سرطان الثدي حسب المراحل.
6. دراسة لعلم الأوبئة الخاصة بسرطان الثدي بالجزائر

الرقم	جداول	الصفحة
01	السمات و الخصائص الأساسية للتفكير السلبي مقارنة بالإيجابي	18-17
02	حالة سرطان الثدي مرحلة 0	49
03	حالة سرطان الثدي مرحلة 1	50
04	حالة سرطان الثدي مرحلة 2	50
05	حالة سرطان الثدي مرحلة 3	51
06	حالة سرطان الثدي مرحلة 4	52
07	حالة سرطان الثدي مرحلة 5	52
08	الأبعاد العيادية لاضطراب التكيف	81
09	إكلينيكية اضطراب الحصر	83
10	الفرق بين أعراض الحصر و المزاج	84
11	تصنيف درجات التفكير الإيجابي	128
12	تصنيف مستويات الشعور بالأمن النفسي	133
13	نتائج تطبيق مقياس التفكير الإيجابي لدى الحالة الأولى	139
14	نتائج تطبيق مقياس الشعور بالأمن النفسي للحالة الأولى	140
15	نتائج تطبيق مقياس التفكير الإيجابي لدى الحالة الثانية	146
16	نتائج تطبيق مقياس الشعور بالأمن النفسي للحالة الثانية	147
17	نتائج تطبيق مقياس التفكير الإيجابي لدى الحالة الثالثة	151
18	نتائج تطبيق مقياس الشعور بالأمن النفسي للحالة الثالثة	152
19	نتائج تطبيق مقياس التفكير الإيجابي لدى الحالة الرابعة	155
20	نتائج تطبيق مقياس الأمن النفسي لدى الحالة الرابعة	156

الرقم	الأشكال	الصفحة
01	**مختلف مراحل تطور الخلية السرطانية**	**52**
02	**نسبة العيش و الوفيات عند الدول المتطورة و النامية لدى المصابات بسرطان الثدي**	**53**
03	**نسبة انتشار سرطان الثدي في العالم العربي لسنة 2009**	**54**
04	**نسبة انتشار سرطان الثدي في العالم لسنة 2012**	**57**
05	**لسن الأكثر تداولا من 40-50 سنة مع معدل 48 سنة**	**58**
06	**نموذج أعراض التكيف العام**	**77**

فـــهـــــــرس المـــــــلاحـــــــق

الرقم	الملحق	الصفحة
01	استمارة المقابلة نصف موجهة	173
02	مقياس التفكير الإيجابي	175
03	مقياس الأمن النفسي	177

مقدمـــــــــة

مقدمة :

إن التوازن الدآئم بين قوى الإنسان الجسمية و النفسية هو حالة من الصحة الإيجابية التي يتطلع لها كل فرد و يسعى نحوها، أملا في تحقيق السعادة و الرقي و النجاح في الحياة.

لكن الدّنيا دار نقص و ليست دار كمال ، فالإنسان فيها بين سعيد أحيانا و حزين أحيانا أخرى ’,بين صحيح الجسم في آن و مريض في آن آخر، بين أن ينجح في أمور و يفشل في أخرى. لذا توجب عليه أن يدير نشاطه التفكيري و يكيّفه حسب المتغيرات الطارئة نحو الأفضل ، و هذا ما يسمى **بالتفكير الإيجابي** و لا يكون ذلك من خلال تجاهل مواقف الحياة الأقل سرورا، بل بالاستفادة منها و استنباط الحلول نحو تجاوزها بأقل الخسائر، يقوده في ذلك الأمل و التفاؤل و الرضا و حسن الظنّ بالله .

إنّ ما يرتكز عليه التفكير الإيجابي هو مقولة أساسية تقول : **(إنّ الأفكار تحدّد المزاج و بالتالي الحالة الانفعالية و المعنوية)** و إنّ علاج الاضطرابات على هذا الصّعيد ، يتأسس على مدخل كشف الأفكار الضمنية المولدة للانفعالات السلبية ، و تحليلها وصولا إلى تبيان ما قد تضمنته من تحريفات للواقع الموضوعي والذاتي . و حين تتعدل الأفكار باتجاه أكثر إيجابية و وواقعية و توازنا فإنّ الحالة الانفعالية تتعدل بدورها .

و في العملية العلاجية فإنّ التفكير الإيجابي لحسن الحظ أسلوب و مهارة و فن يمكن لنا أن نتعلمه و نتدرب عليه ، و يشهد المتابع للتطور في فنون على العلاج النفسي – في الفترة الراهنة – نقلة جوهرية في عمليّات العلاج النفسي بالتركيز على تدريب و دعم جوانب القوة في الشخصية , و ثبت أنّ هذا التدريب لا يقل قيمة عن مجرد التخلص من أعراض المرض و الاضطراب ، لما يسهم به من تغيير و تطوير في الشخصية ، فمن الفوائد الصحية العقلية و الطبيعية للتفكير الإيجابي خفض نسب الكآبة و زيادة حيوية نظام المناعة و خفض خطر الموت من الأوعية القلبية لأنه يؤدي إلى تزايد قدرات المواجهة التي تخفض من التأثيرات الطبيعية الضارة بالضغط و جعل الحالة النفسية و البدنية أفضل بشكل عام ، مما يساعد على توجه الحياة نحو الإيجابية و العطاء بروح معنوية عالية و هو ما يسمى **بالأمن النفسي.**

ومن هنا هدفت دراستنا إلى محاولة معرفة مستوى التفكير الايجابي و أثره في الشعور بالأمن النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي حيث اعتمدنا على المنهج العيادي الذي ارتئيناه مناسبا و ذلك لملائمته طبيعة البحث و خصوصية العينة القصدية المتمثلة في المصابات بسرطان الثدي و اللواتي يخضعن للعلاج الكيميائي على مستوى مصلحة الأورام السرطانية بمؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف بالمدية حيث يتضمن مجموعة محددة من التقنيات العلمية بهدف الإجابة على التساؤلات المطروحة

لقد تم تقسيم هذا البحث إلى جانبين : نظري و تطبيقي حيث احتوى الجانب النظري على أربع فصول :

الفصل الأول : والذي تناولنا فيه الإطار العام لإشكالية البحث و فرضيته العامة ، ثم تقديم أهمية البحث و أهدافه ' إضافة إلى ذلك تحديد المفاهيم الأساسية لمتغيرات البحث .

الفصل الثاني : التفكير الايجابي ' ماهيته , سماته , أهميته مقارنة بالتفكير السلبي , و العوامل التي تؤثر فيه .

وقد تطرقنا فيه الى ماهية التفكير الإيجابي ' سماته مقارنة بالتفكير السلبي كما تطرقنا لأهميته و فوائده ' إضافة إلى العوامل التي تؤثر فيه.

الفصل الثالث : الأمن النفسي

حيث تناولنا فيه المتغير الثاني للبحث و هو الأمن النفسي' قمنا بتعريفه ية ' علاماته و مظاهره ' أهميته بالنسبة للفرد و المجتمع ' كما تطرقنا إلى أبعاده و الأثار المترتبة على عدم الشعور بالأمن الفسي

الفصل الرابع: حاولنا تقسيمه إلى مبحثين.

المبحث الأول : السرطان من المنظور السيكولوجي : حيث تطرقنا فيه إلى سيكولوجية السرطان و المعاش النفسي لمريضة سرطان الثدي.

المبحث الثاني : تطرقنا فيه إلى المنظور الطبي لسرطان الثدي 'ا أسبابه ' أعراضه ' التشخيص و العلاج

الفصل الخامس: اشتمل هذا الفصل على الجانب المنهجي بما في ذلك المنهج المستخدم في الدراسة و المجال الزماني و المكاني الذي تمت فيه ' التعريف بالعينة و خصائصها ' الأدوات المستخدمة في جمع البيانات (المقابلة النصف موجهة , مقياس التفكير الإيجابي و مقياس الأمن النفسي)

الفصل السادس : احتوى هذا الفصل على عرض و تحليل و مناقشة نتائج الحالات الأربعة انطلاقا من معطيات المقابلة و النتائج المتحصل عليها من المقابلة و تطبيق المقاييس لنصل في النهاية إلى الاستنتاج العام و في الأخير الخاتمة .

الإطـــار العـام للدراســـة

1-الاشكالية.

2-2- فرضيات.

3- أهداف الدراسة.

4-4- أهمية الدراسة.

5-دوافع وأهداف الدراسة.

6-تحديد المفاهيم.

7-دراسات سابقة.

1- الإشكالية :

إن العلاقة بين الصحة النفسية و الصحة الجسمية علاقة وثيقة و مترابطة. إذ أن التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات و الصعوبات المحيطة بالإنسان في جو من التفكير و الإحساس الإيجابي و النشاط و السعادة و الرضا ليعد من أبرز مهمات علم النفس في الوقت الراهن.

فالأحداث الصّادمة عادة أحداث لا يوقف لها على حال و لا يمكن التحكم بها . و هي تحطم إحساسنا بالأمن و تتركنا عرضة للإختلالات النفسية . و هذا ما يحدث خاصة في الأمراض الخطيرة و المستعصية

و الأكثر انتشارا كأمراض السرطان.

و يعتبر السرطان من أهم أسباب الوفاة في جميع أنحاء العالم حيث يصاب واحد من كل ثلاثة أشخاص في العالم بأحد أشكال السرطان و يعتبر سرطان الثدي أكثر أنواع السرطان انتشارا في مجتمع النساء و قد تبين أن هذا المرض يشكل أكثر من 25% من أنواع السرطان ¼ المشخص عندهن.

(kamelbouzid2002.P14)

و السرطان مصطلح عام يشمل مجموعة من الأمراض يمكنها أن تصيب كل أنحاء الجسم و يشار إلى تلك الأمراض أيضا بالأورام الخبيثة, و من السّمات التي تطبع السرطان، التولد السريع لخلايا شاذة يمكنها النمو خارج حدودها المعروفة و اقتحام أجزاء الجسد و الانتشار، إلى أعضاء أخرى .

حيث عرفت الجمعية الأمريكية للسرطان (2014) سرطان الثدي على أنه نمو غير طبيعي لخلايا الثدي يصيب قنوات الحليب ويمتد إلى الخلايا المحيطة بها، وقد يطال أجزاء أخرى من الجسم، وهذا النمو غير الطبيعي هو ورم خبيث يمكن ملاحظته بشكل واضح في المراحل المتقدمة من الإصابة.

(American cancer society, 2014)

و هو يشكل عند المصابة صدمة حقيقية إذ يوحي بفكرة الموت قبل الأوان . مما يؤدي إلى تغير في سلوك المريضة خاصة و أن المرأة تعد من أكثر الأفراد اهتماما بنفسها و التي تولي اهتماما

كبيرا بجسمها ومحاولة دائما الحفاظ على مظهرها الجسدي بطريقة لائقة مهما كان سنها فإصابتها في جزء حساس من جسمها و هو الثدي و الذي يعتبر رمزا لأنوثتها و أمومتها فإن ذلك يمس صورتها الذاتية و يهدد أمنها النفسي.

حيث يعد الأمن النفسي من الحاجات النفسية للإنسان لأنه من خلاله يشعر بالاستقرار

و البعد عن الآلام النفسية و التقبل النفسي و الاجتماعي و الشعور بالكفاءة الذاتية .و يؤدي به إلى حالة من الرضا

و الطمأنينة و السعادة في حياته و الاستعداد لمستقبل أفضل.

(يحي النجار, 2012 : 152)

فهو بمثابة حالة وجدانية شبه دائمة من الطمأنينة و السكينة وعدم القلق و تجنب مشاعر الخوف و إن إشباع الفرد لحاجاته الأساسية و العلاقات الدافئة مع الأشخاص المهمين له و التقبل من المحيطين به و الشعور بالحرية في التفكير و السلوك .

إن شعور الفرد بالأمن يعتمد على العديد من المتغيرات منها شعوره أو عدم شعوره الاغتراب عن الذات القلق من عدم وضوح المستقبل , والذي يؤدي إلى خلل كبير في التوافق الفرد النفسي

و الاجتماعي كما يؤدي إلى اضطرابات في طباعه التي كونها فتصبح غير مناسبة للتعامل مع أفراد المجتمع فيزيد ذلك من شعور الفرد بالوحدة و العزلة و بالتالي شعوره بالاغتراب النفسي و هو عملية تغريب ذاتي يشعر أن شخصيته تغترب **عنه** .

(محمد عبيد ,1998, : 89).

لأن من المؤشرات الدالة على الصحة النفسية الايجابية التي ترتبط بالأمن النفسي الشعور بالطمأنينة

و النجاح في إقامة علاقة مع الآخرين و تحقيق التوافق النفسي و الاجتماعي و الابتعاد عن التصلب والانفتاح على الآخرين.

(ماجد السهلي , 2007 : 115)

و يعتبر النقص أو عدم إشباع حاجات الأمن النفسي عاملا مؤديا إلى الشعور باليأس و القنوط و السخط و الغضب حتى على نفسه ' كما يشعر الفرد أنه يعيش وحيدا و منعزلا عن بقية

أفراد المجتمع و يشعره بالوحدة حتى و إن كان يعيش في مكان يضج بالناس لأنه يعيش منسجما مع عالمه الخاص به دون أن يثق بالأخرين و لا يرتاح للتعامل معهم .

(عبد الرحمان محمد ,1997 : 189)

إن إشباع حاجة الأمن النفسي تضفي على الفرد الناضج القدرة على مواجهة مشاكله بطريقة فعالة دون الإصابة بالإحباط و أنه ليس من السهل أن يقع فريسة للفوضى أو تثبيط همته أو يختل توازنه و هو قادر على الاستفادة من خبرته و تقبل الذات و لديه الثقة بالنفس كما يمكن تأجيل إشباع حاجته و تحمل احباطات حياته اليومية دون لوم الآخرين على أخطائهم أو ممارسة سلوك غير مرغوب فيه.

و بذلك يمكن القول أن النمط التفكير يعتبر من أهم المرتكزات التي تحدد الشعور بالأمن النفسي.

يقول الفيلسوف: كن برتانج: **kin Bertang** " **إن طمأنينة الذهن لا تأتي إلا مع التسليم بأسوء الظروف و مرجع ذلك من الوجهة السيكولوجية إلى أن هذا التسليم يحرر العقل من قيوده**".

(عبد الستارابراهيم، 2008: 56)

فالحالة الوجدانية و المزاجية لها أثر واضح على مستوى الصحة النفسية و الشعور بالأمن النفسي و التي يسيطر عليها في أكثر من الأحيان نمط التفكير بنوعيه الإيجابي والسلبي.

و على الرغم من الدراسات التجريبية العديدة التي تناولت النشاط التفكيري لحل مشكلة ما إلا أنه لا يتوافر وضع تعليمي نموذجي يتضمن مهمة نموذجية لحل مشكلة ما و مع ذلك تشير الدراسات عموما إلى نوع من التفكير الهرمي , يتضمن مجموعة من المراحل المتعاقبة يتبعها الفرد المتعلم في مواجهة المشكلة ’و حيث ان الزمن تقدم بالإنسان لم تعد غايته أن يحي فقط بل أن يحي أفضل مما هو عليه , فقد تعقدت حياته الاجتماعية عما كانت عليه وواجهته العديد من المشكلات التي ارتبطت بهذا التشابك و التعقد مما مثل تحديا لقدراته على التفكير و التي أضحت حتمية بالنسبة للإنسان خاصة في هذا القرن.

إن إدراك الفرد لبيئته السيكولوجية يؤثر في الكيفية التي يدرك بها نتائج الأحداث(السلبية

و الايجابية) التي تواجهه ، فالمفاهيم الإيجابية تولد مشاعر الرضا والثقة بالنفس و الإحساس بالكفاية و الاقتدار على مواجهة الظروف في المواقف المحيطة فيتعامل معها بدون قلق أو خوف كل ذلك يساعد على تنمية مشاعر الأمن و الطمأنينة .

أما المفاهيم السلبية فتقود الفرد إلى إدراك بيئته و الآخرين كمصدر من مصادر القلق و التهديد

و الإحباط و ينعكس ذلك على مشاعر الأمن و الطمأنينة لديه.

(الحسن سناء عبد الأمير، 1994 :94)

إن المتغيرات التي تحيط بالمصابات بالسرطان كثيرة و كل منها تصيغ في تفاعلها نمطا سلوكيا يكاد يكون محتملا أو غير محتمل نظرا للفروق الفردية التي يمكن أن تخضع لها هذه المتغيرات من هذا المنطلق تم طرح التساؤلات التالية:

- ✓ ما مدى التفكير الإيجابي لدى المصابات بسرطان الثدي؟
- ✓ ما مستوى شعور المصابات بسرطان الثدي بالأمن النفسي؟
- ✓ ما مدى تأثير التفكير الايجابي على مستوى الشعور الأمن النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي؟

2- الفرضيات :

- **الفرضية العامة:**

يؤثر التفكير الايجابي لدى المصابات بسرطان الثدي على مستوى الشعور بالأمن النفسي.

- **الفرضيات الجزئية الأولى :**

➢ لدى المصابات بسرطان الثدي تفكير إيجابي تبعا لمتغير السن.
➢ لدى المصابات بسرطان الثدي تفكير إيجابي تبعا لمتغير 'الحالة الاجتماعية(متزوجة/ عازبة).
➢ لدى المصابات بسرطان الثدي تفكير إيجابي تبعا لمتغير المستوى التعليمي
➢ لدى المصابات بسرطان الثدي تفكير إيجابي تبعا لمتغير 'العمل (عاملة / غ عاملة).

- **الفرضيات الجزئية الثانية:**

➢ تشعر المصابات بسرطان الثدي بالأمن النفسي تبعا لمتغير السن.
➢ تشعر المصابات بسرطان الثدي بالأمن النفسي تبعا لمتغير الحالةالاجتماعية (متزوجة/عازبة
➢ تشعر المصابات بسرطان الثدي بالأمن النفسي تبعا لمتغير المستوى التعليمي.
➢ تشعر المصابات بسرطان الثدي بالأمن النفسي تبعا لمتغير 'العمل (عاملة / غ عاملة).

3- أهداف الدراسة :

نهدف من خلال هذه الدراسة إلى التعرف على بعض الجوانب النفسية لمريضة سرطان الثدي من خلال طريقة تفكيرها و تعاملها مع مراحل التكفل الطبي من تشخيص و إعلان و من ثم العلاج

و الآثار المترتبة على ذلك في ظل خبراتها السابقة و قدراتها الشخصية و البيئة المحيطة بها و التي تعتبر عاملا مهما في مساعدتها على التكيف مع المرض.

إن العيش سرطان الثدي يتسبب في ظهور ضغوط لها تأثير نفسي شديد و تشمل في مجملها صورة الجسم تقبل الذات ' توتر على مستوى العلاقات الشخصية, قلق الموت و الخوف من رجوع السرطان (الانتكاسة), قلق المستقبل,و بالتالي هدفت هذه الدراسة إلى:

- ✓ التعرف على الأبعاد النفسية التي تؤثر في مريضة سرطان الثدي.
- ✓ التعرف على الطريقة التي تدرك بها المصابة بسرطان الثدي وضعها الصحي و كيفية تعايشها مع المرض.(طريقة التفكير)
- ✓ التعرف على بعض الآثار النفسية المترتبة من جراء الكيفية التي تدرك بها مريضة سرطان الثدي حاضرها و مستقبلها (مستوى الشعور بالأمن النفسي).

4-أهمية الدراسة:

يهتم الأطباء و السيكولوجيون بالعوامل النفسية في الأمراض المزمنة خاصة أمراض السرطان ' حتى أصبحت الحاجة ملحة إلى المعارف النفسية لتساعد في الوقاية منها و علاجها وإعادة تأهيل المرضى و أصبح من الأهمية التعرف على الآثار النفسية التي بدا لها السيادة الآن على الساحة الطبية .

5- دوافع و أسباب الدراسة :

يتسبب سرطان الثدي في الجزائر بوفاة أكثر من 10 نساء يوميا حسبما صرح به الأستاذ كمال بوزيد رئيس مصلحة الأورام في **جريدة الحرية (2013)** و الجزائر من الدول التي عرفت حداثة علمية حسب تصريحه في المجال الطبي العلاجي وخاصة الأمراض المزمنة الخطيرة كالسرطان إلا أن التكفل النفسي لا زال غائبا فقد كشف عن غياب كلي للتكفل النفسي بالمصابين بالسرطان خلال جميع مراحل المرض ودعا إلى ضرورة إعطاء مكانة خاصة لهذا الاختصاص في **المخطط الوطني لمكافحة السرطان(2015-2019).**

وفي ظل ضعف التكفل النفسي لمريضة سرطان الثدي و في ظل العدد المتزايد للمصابات' ارتأينا التقرب من هذه الفئة و التعرف على بعض الجوانب المتعلقة بمعاشهن النفسي في سعينا إلى إثراء

و لو بصورة متواضعة هذا الميدان بغية تقديم المساندة لهن و التخفيف من معاناتهن.

6- تحديد المفاهيم:

6-1- التفكير الإيجابي :

6-1-1 التعريف الاصطلاحي :

هو الاقتدار المعرفي و فاعلية التعامل مع مشكلات الحياة و تحدياتها و التغلب على محنها و شدائدها، هو توجه يعبئ الطاقات و يستخرج الإمكانات الحاضرة منها من أجل العمل، و يشكل العلاج الناجع للحفاظ على المعنويات و حسن الحال النفسي.

(حجازي ’329:2006)

6-1-2 التعريف الإجرائي : فهو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس التفكير الإيجابي المعد لهذا الغرض من طرف علي تركي نافل القرشي ، الذي يتضمن الأبعاد التالية :

- التوقعات الإيجابية و التفاؤل .
- الشعور العام بالرضا.
- الضبط الانفعالي و التحكم في العمليات العقلية العليا .
- السماحة و الأريحية.
- الذكاء الوجداني.
- تقبل غير مشروط للذات.
- تقبل المسؤولية الشخصية.
- حب التعلم و التفتح المعرفي و الصحي.

6-2- الأمن النفسي :

6-2-1- التعريف الاصطلاحي:

يعتبر مفهوم الأمن النفسي مفهوما شاملا تناولته نظريات علم النفس بصورة مختلفة و ركزت عليه دراسات الصحة النفسية بشكل خاص

فيرى ماسلو MASLOW أن الطمأنينة الانفعالية أو الأمن النفسي يعني شعور الفرد بانه محبوب متقبل من الآخرين له مكان بينهم , يدرك أن بيئته آمنة لا يشعر فيها بالتهديد.

6-2-2- التعريف الإجرائي:

هو مجموع الدّرجات التي يحصل عليها الفرد على فقرات مقياس الأمن النفسي المستخدم في الدراسة.

6-3 سرطان الثدي:

6-3-1 التعريف الاصطلاحي: سرطان الثدي هو نوع من أنواع السرطان الذي يعني انقسام وتكاثر غير منتظم في الأنسجة المكونة لخلايا الثدي.

6-4- مريضات سرطان الثدي:

6-4-1 التعريف الإجرائي:

هن المريضات اللواتي شخصن بسرطان الثدي من قبل أخصائي الأورام (أطباء- متخصصون) من خلال فحوصات إكلينيكية ومخبرية، ومسجلات لدى مصلحة طب الأورام بمستشفى محمد بوضياف.

7- دراسات سابقة:

و هناك بعض الدراسات السابقة التي أشارت إلى هذه المفاهيم:

1- دراسات أجنبية:

دراسة أوزن **(ozen1994)** هدفت للتعرف إلى أنماط التفكير و علاقتها بالقلق و الاكتئاب

دراسة باتريك **(Patric 2001)** هدفت لمعرفة الفروق في أنماط التفكير بين الأفراد الذين يعانون من الإدمان على المخدرات و الذين لا يعانون من هذه المشكلة.

وفي دراسة استرالية لعينة تكونت من 578 امرأة مصابة بسرطان الثدي خضعت لعملية جراحية على مستوى الثدي في فترة ما بين 1 و 3 أشهر، بعد العملية الجراحية استجوبت المريضات، تم قياس مستوى القلق والاكتئاب لديهن، مستوى الاكتئاب مع اليأس وفقدان الأمل وبعد مدة عام كامل آلت الوضعية الصحية إلى التالي:

- 395 امرأة على قيد الحياة بدون رجوع للسرطان.
- 50 امرأة على قيد الحياة مع رجوع للسرطان.
- 133 امرأة توفيت.

وجد أن مستوى القلق والاكتئاب مع اليأس وفقدان الأمل كان مرتفعاً بنسب واضحة عند فئة 133 امرأة متوفاة، وكان أقل في فئة 50 امرأة على قيد الحياة مع رجوع للسرطان، وسجل أقل مستوى عند 395 امرأة على قيد الحياة بدون رجوع السرطان.

(Les Analyses du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC, 2001).

وفي الأخير أوضحت الدراسة عن مدى تأثير الأفكار السلبية في تدهور الوضعية الصحية . وهذا يشترك مع الدراسة التي نحن بصددها في التعرف على مدى تأثير الأفكار على المستوى الإنفعالي والذي بالضرورة يؤثر على الوضعية الصحية كما جاء في هذه الدراسة.

2- دراسات عربية :

- دراسة محمد جبر دريب **(2013)** من جامعة الكوفة 'حيث هدفت للتعرف على دور المناهج الدراسية في تنمية التفكير الإيجابي و مهارات الاستذكار كالتخصص الأكاديمي و المرحلة الدراسية ، و قد اختار الباحث عينة من طالبات كلية التربية للبنات بلغ عددها (360) طالبة حيث خلصت نتائج البحث إلى أن المناهج الدراسية التي تعد طالبات كلية التربية كمدرسات مستقبلا لا دور لها في تنمية التفكير الإيجابي لديهن و أن هذه النتيجة لا تتوافق مع ما تهدف إليه كليات التربية ببغداد مدرسات يتميزن بالتفاؤل و الأفكار الإيجابية، وهذا يعود حسب رأي الباحث إلى أسلوب و استراتيجيات التدريس المتبعة في الكلية) .

(محمد جبر دريب ،129:2013)

- دراسة د.سوزان دريد أحمد و د منتهى مطشر عبد الصاحب **(2014)** حيث قامت الباحثتين بدراسة التفكير الإيجابي و علاقته بالدافعية الأكاديمية الذاتية و الإتجاه نحو مهنة التدريس لدى طلبة كليات التربية

و قد توصلتا إلى أن الدافعية تزداد بتقدم العمر في الجامعة إذ أنها تزداد عبر تقدم المراحل الدراسية،الخبرات التعليمية و المعلومات التربوية و النفسية التي يتلقاها طلبة كليات التربية بدعم الدافعية الأكاديمية الذاتية و الإتجاه نحو مهنة التدريس 'يؤثر نمط التفكير في دوافع الفرد و اتجاهاته.

(د.سوزان دريد أحمد و د منتهى مطشر،138:2014)

- دراسة قامت بها د.خيرية عبد الله البكوشي **(سنة 2014)** قسم علم النفس، كلية الآداب جامعة الزاوية ببغداد، حول إيجاد العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى عينة من مرضى

السرطان، توصلت هذه الدراسة إلى أنه كلما ارتفع الأمل لدى مرضى السرطان كلما انخفض الشعور بالألم لديهم. وتتفق هذه النتائج مع دراسة أوتين وآخرون **(Otten et all 2008)** التي توصلت نتائجها إلى انه كلما كان هناك أمل كلما ساعد على انخفاض الألم.

وتفسير هذه النتيجة تشير إلى أن تقوية أمل المريض في الحياة يساعد على تدعيم عوامل الحياة واستثارة القوة الحيوية. وأن ارتفاع الأمل يعكس نظرة تفاؤلية تبدد اليأس الذي يزيد من شدة الألم وقسوته.

(أحمد عبد الستار، 2014، ص 133).

وعندما يواجه المريض الألم بتفاؤل وأمل في الشفاء تزداد المتانة النفسية للمريض ويشعر بالأمن النفسي ويقوى على تحمل الألم ويضعف الإحساس به، والعكس كلما قل شعور المريض والأمل زاد الشعور بالألم, و هدا ما يشترك مع الدراسة التي نحن بصددها من جانب تأثير الأفكار على الوضعية النفسية والشعور.

كما بينت دراسات أخرى أن هناك عوامل نفسية لها دور فعال في تحمل ومقاومة الآثار السلبية الناتجة عن الأمراض والاضطرابات العضوية منها تقدير الذات **Self esteem** وهي أحد مكونات الصحة النفسية والشعور بالوجود الأفضل **Wellbeing** أحد أساليب الموائمة، وبناء نموذج وظيفي موسع لمواجهة الانفعالات السلبية، فالخبرة الذاتية الإيجابية تؤدي إلى تحسن جودة الحياة وتجعل للحياة قيمة وتحول دون الأعراض.

المرضية، وتنمي المرونة في التفكير وحل المشكلات وتقدير الذات، وتخفف آثار الضغوط الناتجة عن الاضطرابات العضوية والنفسية، ولها أهمية في علاج السرطان.

وتجعل المريض واعيا بها، وتؤدي إلى تقدم فعاليته والتحكم في المرض، لذلك تستخدم بنجاح واسع في بحوث السرطان، وأكدت البحوث على أهمية للحالة النفسية والإرادة القوية تدعم مقاومة المريض للمرض وتساعده على الشفاء، حيث تتأثر مادة هرمونية تسمى **Thyhsans** تسير في الدم وتنشط قوى المناعة، كما أن الانفعالات السلبية تؤدي إلى ارتفاع خلايا ت الكالجة **T.Suffressa** فتضعف المناعة وبنمو السرطان.

(Les Analyses du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC, 2001).

الفصل الثاني : التفكير الإيجابي

تمهيد .

1 - لمحة تاريخية حول التفكير الإيجابي

2 – مدخل إلى التفكير الإيجابي

3- ماهية التفكير الإيجابي

4 - سمات التفكير الإيجابي مقارنة بالسلبي

5 - أهمية التفكير الإيجابي

6 - _فوائد التفكير الإيجابي

7 _العوامل التي تؤثر على التفكير الايجابي والتفكير السلبي

خلاصة

تمهيد:

إن نمط تفكير كل إنسان يساهم في تحديد نمط إدراكه لواقعه ' لماضيه و مستقبله يصل في ذلك عبر عمليات عقلية و معرفية تقوده نحو اتجاه محدد يتم فيها استدعاء الخبرات و المهارات المكتسبة خلال مراحل حياته المختلفة حيث تكون تأثير الظروف البيئية و الاجتماعية المحيطة النصيب الوافر.

1 – نبذة تاريخية حول التفكير الإيجابي :

لم يكن الاهتمام بالتفكير الإيجابي وليد اليوم ، بل اهتم به القدماء و إن كان ليس بالمصطلح نفسه و إنما بمفهوم عريض يمثل بالمصطلح نفثه و إنما بمفهوم عريض يمثل تأثير العمليات المعرفية على السلوك البشري

ومن بين المدارس الفلسفية الغربية التي أبدت اهتمامها بتأثير العمليات المعرفية الغربية التي أبدت اهتمامها بتأثير العمليات المعرفية على السلوك البشري و حالتنا الوجدانية تحتل الآراء الفلسفية للمدرسة الأبيقورية مكان الصدارة ' فقد عبر أصحاب هذه المدرسة مباشرة عن أننا نضطرب لا من الأشياء و لكن من آرائنا عليها ' و ينظر بعض المعالجين لمبادئ الفلسفة الرواقية على أنها فلسفة للصحة النفسية و السعادة الخاصة

2– مدخل إلى التفكير الإيجابي : بعد الحرب العالمية الثانية أعادت جمعية علم النفس الأمريكية لتركيز انتباهها من علم النفس السلبي إلى إيجاد أفضل أبعاد الطبيعة البشرية و علم نفس الإيجابي قبل الحرب البؤرة الرئيسية في علم النفس كانت على العلل أو الخلل و ثبت بأنها كانت خاطئة و هو ما بعرف بعلم النفس السلبي من الناحية الأخرى ' عبم نفس إيجابي تركزت بؤرته على التحسين و معدل الإنتاج في حياة الناس الطبيعيين

(علي تركي نافل القرشي'06:2012)

3_ماهية التفكير

التفكير مفهوم افتراضي يشير إلى عملية داخلية تعزى إلى نشاط ذهني معرف يتفاعلي اتقائي قصدي موجه نحو حل مسألة ما ' أو اتخاذ إجابة شافية لسؤال معين ' و يتعلمه الفرد من ظروفه البيئية المتاحة و لا يمكن ما تلحظه هذه العملية بل يستدل عليها بما يلاحظ من سلوك داخلي أو ظاهري إذا تتراكم فيهما مجموعة الخبرات التي يواجهها الفرد

فعن طريق التفكير نحصل على معلومات جديدة بها نفهم الموجود من الأفكار التي أنتجناها نحن أو حصلنا عليها من الغير فالإنسان يعييش ليفكر و ينمو مع الأفكار إلى أن تتبدل و تتغير مع الوقت فهو يؤمن لأهمية تغيير ما بفكر به حتى تتغير نظرته ببحياة من حوله و يتمكن من عملها أو فشل فيها .

(د. سوزان دريد أحمد ’22:2012)

–يعد د. **نورمان بيل (Normane bel)**أول من أرسى المفاهيم الحديثة للتفكير الإيجابي و قد كان أوب من تنبأ بقوة التفكير الإيجابي و بقدرته على قلب المواقف السلبية و قد كان عنده مرتبطا ارتباطا تاما بمفهوم الإيمان إذ أن الإيمان يجعل كل شئ ممكنا ’ فالإيمان بالله صاحب القوة العظمى هو المصدر الرئيسي للتفكير الإيجابي و هذا ما دعى به **مارتن سليقمان(Marten sligman)** إذ أن الفرد يحمل بداخله القوة و الضعف و بهما تتحدد حياته’ و أكدت **شلي تايلور** (**Shelly** taylor) في كتابها التصورات الإيجابية إن ما يميز الإنسان عن باقي الكائنات نزعته القوية للتفكير الإيجابي خصوصا الأصحاء فملكات العقل تعد وسائل للتفكير الإيجابي

(د. سوزان دريد أحمد ’22:2012)

و جدير بالذكر أن منظّري التيار الإنساني من أمثال ماوسلو و (Mawslo et rogers)يؤكدون على أن الطبيعة الإنسانية طبيعة إيجابية خلاقة تسعى للنمو ’ فالإنسان يولد مزود بالحب و الإرتقاء و لديه قوة لتوجيه حياته و تحقيق الأمل و السعادة

4_سمات التفكير الإيجابي مقارنة بالسلبي:

بعد تحليل العديد من الدراسات التي عينت ببحث نمطي التفكير الإيجابي و السلبي (janson 2002) (paul2004)(paul2004)(moro2004)(Sharma 2003)(Maurizion 2003)(بكار 2003)(الحمادي20)(العوضي2002)أمكن إظهار السمات و الخصائص الأساسية للتفكير السلبي مقارنة بالإيجابي كما هو موضح في الجدول رقم (01)

سمات التفكير السلبي	سمات التفكير الإيجابي
.1_الفرد صاحب التفكير السلبي ذو فكر متصلب غير قادر على (Dogmatism) شديد الجمود التخلص من أرائه حتى لو بدا له خطؤها	1_.بينما صاحب التفكير المرن الايجابي فإنه يُذعن للحق ويتوق إلى (thinking معرفة الجديد من المعلومات سواء كان موافقًا أو

	مخالفًا لها.
2_اللغة التي يستخدمها صاحب التفكر السلبي تميل إلى المغالاة والحدية والقطعية والتعميم، ومفرداته التي يستخدمها قوية وصارمة، ورموزه مغلقة وحاسمة غير قابلة للتعاطي مع الرأي الأخر.	.2_أما صاحب التفكير الايجابي فإن لغته ومفرداته تتمتع بالمرونة قابلة للأخذ والعطاء، قادر على الحوار والمناقشة العلمية، قادر على الدخول في مناقشات وحوارات مثمرة ومفيدة بالنسبة له وللآخرين.
3_ .يتميز بتخلف الطرح وتدني مستوى المقولات والمفاهيم لديه بسبب قناعاته المتصلبة والجامدة.	3_ .يتميز بتخلف الطرح وتدني مستوى المقولات والمفاهيم لديه بسبب قناعاته المتصلبة والجامدة.
4_يتصف الفرد ذو التفكير السلبي بضعف الإحساس الوجداني نحو الآخرين فلا يهمه أن يلقي بالكلام الخشن والجارح نحوهم، دون أن يأبه بما يسببه لهم من أذى لإحساساتهم.	.4_بينما صاحب التفكير الايجابي فيتصف بقدرته الفائقة على اختيار كلامه بحيث لا يجرح الآخر ولا يستهزئ بهم، ويقدم نقده وملاحظاته للآخرين على شكل نقد بناء ومفيد.
5_ .يتصف صاحب التفكير السلبي بالثرثرة وإعطاء انطباع للآخرين بأنه مثقف وأن لديه إجابات لكل سؤال مهما كان نوعه وفي كل المواقف، فهو يستخدم عدد معين من المفاهيم والمصطلحات والمبادئ الجاهزة والمحددة، والتي يستخدمها في كل موقف سواء كانت مناسبة أو غير مناسبة، وبالتالي يكون حديثه لا جدوى منه مليء بالمغالطات العلمية والمنطقية.	5_ .أما ص احب التفكير الايجابي الذي يتصف بفكر مستنير وقادر على إبداء الرأي مع احترام الرأي الأخر، ويستخدم ما يناسب من مفاهيم ومصطلحات للموقف أو موضوع النقاش دون زيادة أو تقصان، وبالتالي يكون حديثه مناسب للموقف ومقنع للطرف الأخر.
.6_يميل صاحب التفكير السلبي إلى إعطاء	6_ .أما الفرد صاحب التفكير الايجابي

المستمعين له صورة مثالية عنه وعن شخصيته	فيحاول قدر الإمكان إعطاء تصور طبيعي وواقعي عن ذاته أمام
تأبى طبائع الناس تحقيقها، ولكن سريعًا ما تتكشف هذه الصورة وسريعًا ما يراه الآخرون على حقيقته، وسبب ذلك ناتج عن نقص في الشفافية وقلة الخبرة بواقع الحال بالنسبة له.	الآخرين، ويقدم نفسه للآخرين بشفافية وبشكل متواضع، لأنه يدرك أن المثالية والكمال ليست من صفات البشر وبالتالي لا حاجة إلى تقنيع شخصيته بما لا يفيد ولا يلزم.
7_يتمتع أيضا صاحب التفكير السلبي بضعف المعالجة وافتقاره للأساليب والحلول الفعالة للمشكلات، بسبب استخدامه للأسلوب التقليدي في البحث والتفكير والذي لا يتناسب مع التصورات الجديدة والمعاصرة.	– .7بينما يتمتع صاحب التفكير الايجابي بامتلاكه لأساليب مبتكرة وجديدة تناسب التطور الحاصل، فهو بذلك يعتبر من الأفراد المبدعين القادر على إعطاء حلول ناجعة وفاعلة للمشكلات المحيطة له ولغيره.
.8_عادة ما يقع أصحاب التفكير السلبي في مواقف من الإرباك ويضعون أنفسهم في ورطات حرجة أثناء النقاشات المختلفة، نتيجة للتناقضات الفكرية حيث لا يمتلكون الخلفية الثقافية الواسعة التي تساعدهم على متابعة النقاش بموضوعية.	.8_بينما يحرص أصحاب التفكير الايجابي بأن لا يحدث ذلك معهم ويساعدهم على ذلك امتلاكهم ناصية من الفكر والثقافة والمرونة الفكرية التي تساعدهم على تجنب مثل هذه المواقف المحرجة

الجدول رقم (01) السمات و الخصائص الأساسية للتفكير السلبي مقارنة بالإيجابي

5_أهمية التفكير الإيجابي : يرتبط الإتجاه العقلي الإيجابي ارتباط وثيقا بالنجاح في كل مجال من مجالات الحياة ' فالإنسان يسعى إلى أن تكون حياته و حياة من حوله مليئة بالسعادة و النجاح المتواصل في شتى مجالات الحياة مهما كان عمره ' أو الزمن الذي يعيش فيه ' و أن تفكير الإنسان بطريقة صحيحة سوف يجعله قادرا على تحويل حياته كلها ' و لكي يغير ظروفه فإنه يتعين عبيه أن يغير السبب و السبب هو الطريقة التي يستخدم بها الإنسان عقله و هو الوسيلة التي يفكر بها و يتصورها في عقله

كما أكد **سليقمان (Sligman 2002)**' على أنّ تنمية الخصال الإيجابية في الشخصية أمر ضرور ي للإنسان فهي بعد حصنا قويا وقائيا ضد الظغوط و نواتجها السلبية , كما لهذه الخصال دورا في تخطي الفشل و تحمل الصعاب و تحرر الفردمن قسوة الماضي

6_فوائد التفكير الإيجابي :

يذكر المؤلفون فوائد عدة للتفكير الإيجابي منها :

- يعزز بيئة العمل بالإنفتاح و الصدق و الثقة و هو سر الأداء العالي
- باعث عبى التغيير و التحرك نحو بيئة عمل إيجابية
- يعتمد على الواقعية و هو العنصر الأقوى لحل المشكلات المستعصية
- يمكن الفرد من اختيار أهدافه المستقبلية
- يحفز على الإبداع و الإبتكار

(د. سوزان دريد أحمد '22:2012)

7_العوامل التي تؤثر على التفكير الايجابي والتفكير السلبي:

7-1 التنشئة الاجتماعية والتحديات التي تواجهها:

تواجه التنشئة الاجتماعية في عالمنا العربي والإسلامي اليوم نوعين من التحديات :أحداهما داخلي بمعنى أنه نابع من المجتمع ذاته وأنظمته ومعاييره ونسقه المختلفة، والآخر خارجي، بمعنى انه مصدره خارج حدود المجتمع المتمثل بالمتغيرات التي تدخل على ثقافة المجتمع من الثقافات الأخرى نتيجة للتفاعل السلبي أو الايجابي) الحمادي(2003 ، لقد كانت التنشئة الاجتماعية في المجتمعات التقليدية محصورة في عدد قليل ومحدود من المؤسسات التربوية والاجتماعية، كالأسرة والمدرسة والجماعة والمسجد والجيرة،بحيث تساند هذه المؤسسات بعضها البعض لتحقيق تنشئة متوازية سليمة، بعيدًا عن التناقض والتصارع والمنافسة فيما بين أهدافها، ولكن مع تطور المجتمعات وهجرة الأسر أو بعض أفرادها من الريف إلى المدن الكبيرة تعددت وسائط التنشئة الاجتماعية، لتشتمل إضافة إلى ما هو موجود، الفيديو والتلفزيون والإذاعة والسنما والمسرح والصحافة والكمبيوتر والانترنت والقنوات الفضائية، والتي تتعارض فيم ا بينها من حيث الأهداف والأساليب والوسائط، وينعكس هذا التناقض والتصارع بين هذه المؤسسات على عملية التنشئة الاجتماعية فتصبح مشوشة، فينعكس كل ذلك على شخصية الفرد ونفسيته فيصاب بالاضطرابات النفسية المختلفة

(حبيب:13'1996)

كما أن تعقد الحياة العصرية ومتطلباتها الأساسية والكمالية التي أصبحت الأخيرة منها نتيجة لهذا التطور أساسية في كثير من الحالات، مما أدى إلى اضطراب العلاقات الأسرية وتفككها، وهذا انعكس ايضًاسلبًا على عملية التنشئة الاجتماعية وتجسد ذلك في الاضرابات العلاقة بين الزوجين، والانفصال أو الطلاق'أو الخلافات الزوجية، أو تعدد الزوجات، كل ذلك يؤدي إلى نتائج وخيمة على الأطفال بسبب غياب الوالد عن البيت، وغياب ألام العاملة وفقدان الأولاد مصدر العطف والحنان والتوجيه والتدبير، فهذا الواقع الجديد للحياة

الأسرية إضافة إلى تدني دخل الأسرة المادي وانحراف معايير الأسرة الاجتماعية وعدم الاستقرار، كل ذلك).
أسهم في تقليص دور الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية .

2-7 الحروب:

لعل القول المشهور في هذا المجال بأن الحروب يصنعها الكبار ويقع ضحيتها الصغار هو أكبر تعبير عن مدى التأثير المعنوي والنفسي لهذه الحروب على الأطفال، حيث تؤكد كثير من الدراسات والبحوث النفسية على أن أخطر آثار الحروب هي التي تظهر على الأطفال من حيث فقدان التوازن النفسي لديهم، وظهور الكثير من المشكلات النفسية كالقلق الشديد والفزع والتعاسة والعدوانية والعصاب النفسي وغير ذلك، وتقول أخصائية الطب النفسي والعقلي نعمة البدراوي في هذا المجال " أن الصدمات التي يتعرض لها الطفل بفعل الإنسان أقسى وأشد مما قد يتعرض له من جراء الكوارث الطبيعية وأكثر رسوخًا في الذاكرة"
ويزداد الأمر صعوبة إذا تكررت هذه الصدمات والخبر ات غير السارة في فترات متقاربة، فتتراكم هذه الخبرات لدى الطفل والشاب على شكل مشكلات نفسية واجتماعية عميقة بخاصة إذا لم يتمكن الأهل أو المجتمع احتواء هذه الحالات من خلال مساعدة الطفل على تجاوز هذه المشكلات، ومن أهم الحالات النفسية والاجتماعية التي يتعرض له ا الطفل والشاب خلال الحرب :سوء التغذية، المرض، التشرد، اليتم، الفواجع بسبب المشاهدة العنيفة، ارتكاب أعمال العنف، العجز والاتكالية.

(زياد بركات' 09:2006)

3-7 المناخ الأسري:

لا يوجد هناك من المؤسسات أو الهيئات التي تستطيع أن تلعب الدور الذي تلعبه الأسرة في حياة الأفراد، ومن أهم السمات المميزة لهذا المناخ الأسري

أ .تشجيع الأبناء على الاستقلالية في التفكير واتباع أسلوب الحوار والنقاش والتفاهم وليس أسلوب إلقاء الأوامر وأسلوب الطاعة العمياء، وذلك من خلال ما تقدمه من شعور بالأمن والاطمئنان للطفل.

ب .التخلص ما أمكن من أساليب التربية غير السوية كالقسوة والتهديد والتوبيخ ، والسخرية والعقاب البدني والمعنوي ، أو التدليل الزائد ، والنبذ والإهمال ، أو التذبذب وعدم الثبات في أسلوب معاملة الأبناء.

ج .توفير مثيرات متنوعة ومختلفة وعديدة أمام الأبناء لإتاحة الفرص ة لديهم للاختيار من بينها ما يناسب قدراتهم وميولهم واتجاهاتهم.

د .تنمية حب الاستطلاع عند الأبناء وتعزيزه لديهم من أجل تطوير قدراتهم العقلية والإبداعية.

4-7 المدرسة:

المدرسة مؤسسة اجتماعية وتربوية تقوم بعمليات التعليم والتربية معًا وهي تقوم بوظيفتين تكادان

تكونان متناقضتين هما :الأولى تتعلق بنقل التراث والمحافظة عليه، والثانية تتعلق بالتغير ومواكبة التطور، والنظام التعليمي الجيد هو الذي يستطيع التوفيق بين هذين الجانبين، ولقد نشأت المدرسة عندما تطورت المجتمعات وتعقدت المعارف وتعددت وأصبحت الأسرة غير قادرة على تحمل أعباء هذه الوظائف بمنفردها، وتمشيًا مع سياسة ديمقراطية التعلم والتعليم عمدت معظم المجتمعات المتقدمة منها والنامية الى توفير مؤسسات تعليمية رسمية يتلقى فيها ابناؤها العلوم والمعارف المختلفة والمتطورة، وبالرغم من أن قيام المدرسة قد سلب المؤسسات التربو ية التقليدية كثيرًا من مهامها، لكنها لا يمكن ان تحل محلها بأي حال من الاحوال، وبقيت تلك المؤسسات وبخاصة الاسرة تعمل في خط متوازي مع المدرسة).

والمدرسة هي المؤسسة التربوية الرسمية الوحيدة التي يمكنها تقديم خدمات تربوية متوازنة للافراد، بمعنى انها تمتاز عن غيرها من المؤسسات بتقديم الخدمات التعليمية والتربوية بشكل مخطط ومنظم حسب العمر الزمني والعقلي للتلميذ، وهذا غير متوفر بأ ٍي من المؤسسات الاخرى على أهميتها، والمدرسة بشكل عام ، مثلها مثل المؤسسات المختلفة، تتكون من مجموعة من العناصر الاساس ية التي تتكامل مع بعضها البعض بنائيًا وتتساند وظيفيًا للحفاظ على استمرارية هذه المؤسسة وبقائها، وهذه العناصر تتفاعل في اطار المدرسة كمؤسسة أو نظام اجتماعي، وهي التي تحدد ما يطلق عليه فاعلية المدرسة ومن هذه الع ناصر المعلم والمتعلم ومدير المدرسة والمنهاج والتقنيات والوسائط المستخدمة والتقويم، وكلما تكاملت هذه العناصر وقامت بوظائفها بشكل سليم كلما قدمت المدرسة خدماتها بالشكل المطلوب، وكلما حصل هناك قصور أو عجز في واحدة أو أكثر من هذه العناصر كلما انخفضت فاعلية المدرسة كمؤسسة تعليمية وتربوية.

7-4 .شعور الفرد بالنقص والدونية:

ويعتبر هذا العامل من العوامل المهمة التي تؤثر في نمط واسلوب التفكير لدى الفرد فتجعله تفكيرًا ايجابيًا أو سلبيًا، وهناك عدة اسباب تؤدي الى احساس الفرد بالنقص والدونية أهمها:

أ . التربية غير السوية :يؤكد معظم علماء النفس على ان التربية والتنشئة الخاطئة لها تأثير خطير في تكوين الفرد النفسي والاجتماعي وتوجيه سلوكه توجيهًا سويًا، فإن قامت التربية والتنشئة على الخوف والتوتر والانفعال والصراع الدائم والمتكرر، فإنها تؤدي الى بلورة شخصية مضطربة لدى الافراد وهذا ينعكس في سلوكه وفي استعداده للاصابة بالامراض النفسية والعقلية، لذا، فإنه لا بد من توفير اساليب تربوية يسودها التعاطف والحنان بين أفراد الاسرة، وتوفير تربية تحترم الفرد وتتقبل مشاعره واتجاهاته

ب .الحرمان والقيود الاجتماعية :ينشأ الفرد في مجتمعاتنا ومنذ الطفولة المبكرة لنظم اجتماعية قمعية تقوم على الحرمان والسيطرة، وتتعدد اشكال هذا الحرمان فقد يكون حرمانًا ماديًا، أو يكون حرمانًا من المكانة والمركز الاجتماعي، أو حرمانًا من ابداء الراي بحرية، كل ذلك يحد من قدرة الفر د على ممارسة التفكير الايجابي المثمر، ويجعله عرضة للضطراب الفكري والتطرف فيه.

ج .هيمنة النظم السياسي المتخلفة : إن الأنظمة السياسية الرجعية المتخلفة تسعى دائمًا إلى إشعار مواطنيها بالعجز والضعف والنقص ، حتى يبقى هؤلاء المواطنين مسلوبي الإرادة وبحاجة إلى هذه الأنظمة ، ولا يفكرون بغير إشباع حاجاتهم الأساسية في الحياة ولا يطالبون بحقوقهم ، وبذلك فإن هذه الأنظمة الحاكمة المتخلفة تصبح حجر عثرة أمام ممارسة الفرد لحريته الفكرية ويبقى تفكيره سلبي وفي حدود ما تقبله هذه الأنظمة وما تسمح به.

7-5..وسائل الاعلام المختلفة:

إن حجم الإقبال على وسائل الإعلام المتطورة بأشكالها المختلفة يتضاعف تقريبًا كل عام وكل شهر وبشكل متسارع، فقد اثبتت بعض الدراسات ان هناك تأثير مباشر وملحوظ للتلفاز والبث الفضائي على سلوك وتفكير المشاهدين، كما وجد تأثير ملحوظ للمشاهدة ال تلفازية في مبادئ الافرد ومدى تقبلهم وقدرتهم على التكيف مع

المعايير الاجتماعية ان سهولة الوصول الى المعلومات الغزيرة جدًا باستخدام تقنيات في متناول الجميع كشبكة الانترنت العالمية، تؤدي الى ركون الافراد الى الوسائل والتقنيات دون ان يستخدم تفكره ، وهنا يجب ان لايفهم محاربة هذه التقنيات ومقاطعتها ، وانما يجب استخدامها بالقدر الذي يؤدي الغرض والهدف ، وان يعتمد الفرد على اساليبه وسماته في التفكير والبحث وان لا يركن الى ما هو سهل.

خلاصة:

التفكير الإيجابي هو التفكير الذي يؤد ي بالفرد إلى المقدرة على حل الأزمات م مشاعر إيجابية متفائلة و رؤية مشرقة و انتقاء استراتيجيات المواجهة الإيجابية و الضبط الشخصي للمشاعر عند مواجهة مختلف التوترات و ضغوط الحياة ' و يتميز كذلك بالقوى و الموارد النوعية الإيجابية التي تدعم السعادة و الرضا عن الحياة

الفصل الثالث: الأمن النفسي

تمهيد

1 مفهوم الأمن النفسي.

2 ــ خصائص الأمن النفسي

3 – العوامل المؤثرة في الأمن النفسي

4 – الأمن النفسي و مفهوم القلق

5 –النظريات المفسرة للأمن النفسي

6 – الأمن النفسي من منظور إسلامي

7 – عوامل تحقيق الأمن النفسي

8 -الآثار المترتبة على انعدام الشعور بالأمن النفسي

خلاصة

تمهيد :

ليست الصحة النفسية مجرد خلو الجسم من المرض و الإظطراب و لكنها حالة يتكامل فيها الشعور بالكفاية و السعادة **و الأمن و الطمأنينة** و السلام النفسي و لو كان ذلك متزامنا مع ظروف اقل سرورا, و بذلك يعتبر الأمن النفسي مؤشرا هاما و دالا على الصحة النفسية حيث تتداخل العوامل الشخصية و عوامل البيئة المحيطة في ذلك ة .

1- مفهوم الأمن النفسي :

يعد مفهوم الأمن النفسي من المفاهيم المركبة في علم النفس و يتداخل في مؤشراته مع مفاهيم أخرى ' فهو يتضمن مشاعر السلامة و الثقة و التحرر من الإرتياب و التوجس , فهو شعور يتولد من خلال عوامل كالدفئ العائلي و تقبل الأباء و الأصدقاء و نمو القدرات و المعارات المناسبة للفرد حسب المرحلة العمرية و ما يتطلبه الواقع من مواجحة للتحديات و الصعوبات الطارئة. فهو حالة من التوافق الإجتماعي ثابتة نسبيا , و تتأثر بحالة الفرد العضوية و العوامل الإجتماعية و الإقتصادية المحيطة به و لذلك فإنها تعتبر من أولى الدوافع التي تحرك السلوك الإنساني و توجهه نحو غايته.

(جبر محمد,85:1996)

2- خصائص الأمن النفسي:

استنادا لما أشار إليه **زهران** أن هناك خصائص للأمن النفسي أظهرتها نتائج عينة من البحوث و **الدراسات على النحو التالي:**

- يحدث الأمن النفسي بعملية التنشئة الإجتماعية، و أساليبها من تسامح، وعقاب، وتسلط، وديموقراطية، وتقبل، و رفض، وحب، وكراهية، ويرتبط بالتفاعل الإجتماعي، و الخبرات و المواقف الإجتماعية في بيئة آمنة غير مهددة.
- يؤثر الأمن النفسي إيجابيا على التحصيل الدراسي و في الإنجاز بصفة عامة.
- المتعلمون و المثقفون أكثر أمنا من الجهلة و الأميين.
- -اللذين يعملون بالسياسة يشعرون بالأمن النفسي أكثر من الذين لا يعملون بها.
- شعور الوالدين بالأمن النفسي مرتبط بوجود الأولاد.
- الآمنون نفسيا أعلى ابتكار من غير الأمنيين.

- ❖ عدم الأمن يرتبط موجبا بالدوجماطية أي التشبث بالرأي و الجمود الفكري بدون مناقشة أو تفكير.
- ❖ – عدم الشعور بالأمن مرتبط بالتوتر، و بالتالي التعرض للإصابة بالأمراض وخاصة أمراض القلب.

(زهران :299,1998)

3- **العوامل المؤثرة في الأمن النفسي:**

3-1- الوراثة مقابل البيئة:

لقد أوضح كاتل أن هناك تأثيرا للوراثة على بعض السمات من خلال بعض الدراسات التي قام بإجرائها في حين ترجع سمات أخرى لعامل البيئة أكثر من الوراثة

(عبد الرحمن، 1998، 509).

أفادت كل من الدراسات (أيزك، سلاتر) إلى أن الظروف البيئية السيئة الدور الرئيسي في تنمية سمة القلق العال، كما أشار كاتل نتيجة لدراسته المعتمدة على التحليل العاملي أن القلق هو أحد محكات الأمن النفسي و يرجع الأثر الأكبر المسبب له إلى البيئة الغير سارة.

(آغا، 11:1998).

كما أشار كاتل إلى أن عاملي الوراثة و البيئة يعملان معا على تقوية أو إضعاف بعض السمات، وفي نفس الوقت قد يتعارض دور الوراثة في التأثير على بعض السمات

(عبد الرحمن، 1998: 509).

كما أن هناك عوامل متعددة تساعد على ظهور القلق و الذي يعتبر أحد محكات الأمن النفسي، منها ما يتعلق بالوراثة و تركيب الشخصية النفسي و البيولوجي، ومنها ما يتعلق بالظروف المحيطة بالفرد.

(سرحان, 44:1999)

كما أنه يمكن الحديث عن الوراثة في إطار الاضطرابات الانفعالية دون استخدام كلمات أو مفاهيم تشير إلى عدم توافر الثقة الكاملة في النتائج التي تم الإطلاع عليها في أبيات الوراثة، واكتفى بالإشارة إلى أن الوثوق في وراثة المظاهر الانفعالية مازال ضوء التجريب، وهذا يدل على أن تأثير البيئة في الشعور بالأمن النفسي لها الأثر الأكبر.

(سعد، 1994: 333)

وهناك العديد من العوامل البيئية المادية و العضوية المختلفة و التي تتمثل في بعض الظواهر الطبيعية و المناخية كالعواصف و البراكين و الأعاصير و الزلازل ...إلخ،التي تهدد حياة الإنسان و بقاءه، وكذلك بعض عناصر البيئة الاقتصادية و السياسية تشكل أيضا مثل هذا التهديد كما هو الحال في الحروب وعدم الاستقرار الاقتصادي وتزايد احتمالات التعرض للأخطار و الحوادث وموجات الإجرام و الفوضى و الأزمات و الانهيار الاجتماعي التي قد تتعرض لها بعض المجتمعات في بعض الظروف.

(موسوعة علم النفس الشاملة، 1999: 23).

وفي ضوء ما سبق يرى الباحث أن عامل البيئة لا ينفرد بالتأثير على مستوى الأمن النفسي وحده، وكذلك عامل الوراثة، لذا لا يمكن اعتبار أحدهما المسبب الرئيسي للأمن النفسي أو انعدام الأمن النفسي و لكن درجة الأمن النفسي تتولد من تفاعل الوراثة و البيئة معا و تأثيرهما المزدوج على الإنسان، فلا يعمل أحدهما باستقلالية تامة عن الآخر و إن كانت هناك احتمالية تأثير أحدهما بصورة أكثر من الآخر في تحديد مستوى الأمن النفسي لدى الإنسان.

3-2- التنشئة الإجتماعية:

إن مهمة توفير الأمن النفسي للفرد و الذي يعتبر من المتطلبات الأساسية للصحة النفسية و التي يحتاج إليها الفرد كي يتمتع بشخصية إيجابية متزنة منتجة على عاتق الأسرة، ويؤكد على أن إدراك الطفل اتجاهات والديه نحوه يعتبر من العوامل المهمة في تكيفه ونموه وشعوره بالأمن النفسي، وأن الطريقة التي يدرك بها الطفل هذه الاتجاهات هي التي تؤثر فعليا في تكيفه.

(زهران، 1977: 410)

إن أول ما يحتاجه الأطفال من الناحية النفسية هو الشعور بالأمن العاطفي، بمعنى أنهم يحتاجون إلى الشعور بأنهم محبوبون كأفراد، ومرغوب فيهم لذاتهم، وأنهم موضع حب و اعتزاز حيث تظهر هذه الحاجة المتكررة في نشأتها خير من قوم على إشباعها خير قيام هما الوالدان.

(الدسوقي، 1979: 137)

و تؤكد الدراسات على أن لخبرات الطفولة دورا هاما في نمو الشعور بالأمن لدى الفرد، وذلك استنادا لما أشار إليه فريق من العلماء، ومن البحوث التي أكدت أثر خبرات الطفولة علة تنمية مشاعر الأمن، ما قام به (**ميوشن)** و آخرون حيث اتضح أن الذين لم يحصلوا على عطف أسري كاف كانوا أقل أمنا، وأقل ثقة بالنفس، و أكثر قلقا، و أقل توافقا من أولئك الذين يحصلون على عطف أسري، كما أكد **(محمود عطا حسين)** على أن

أساليب التنشئة الإجتماعية، و العلاقات الأسرية القائمة على الاحترام المتبادل، وأساليب العادية المتزنة دون إهمال أو نقص تعد شروطا أساسي للطمأنينة الانفعالية عند الأطفال.

وقد أكدت دراسة أجراها (**الريحاني**)، أن قيام الوالدين بتنشئة أبنائهم بأسلوب ديمقراطي متسامح يؤدي إلى تنمية الشعور بالأمن لدى الأبناء بصورة أكثر من استخدام الأساليب المتسلطة.

(الريحاني، 1995: 20)

كما يؤكد آخرون على أهمية دور التنشئة الإجتماعية حيث فسر حالة الأمن النفسي بأنه الإحساس بالطمأنينة الانفعالية، وتمتع الفرد بها نتيجة لعمليات التفاعل الاجتماعي بين الفرد، و البيئة الإجتماعية التي يعيش بها.

4- الأمن النفسي و مفهوم القلق :

أشار (**Dalton , 1961**) إلى أن القلق الذي يسبب للفرد اضطرابات نفسية متعددة يعد مصدرا هاما من مصادر عدم الشعور بالأمن النفسي، و يتوقف على مدى استجابة الفرد للخطر الذي يهدده، فالاستجابة للخطر بطريقة من الطرق (كالهروب الدفاعي، أو الهجوم الإيجابي) قد لا يسبب القلق النفسي للفرد، ولكن إذا عجز الفرد عن الاستجابة للخطر بسلوك غير منتظم فإنه قد يصاب بالقلق النفيس الذي قد يستفحل ليصل إلى درجة كبيرة لا يستطيع الفرد أن يقاومه، ويصبح ملازما له في حياته.

(ديواني وديراني،48:1983)

ويبين الطبيب النفسي **نورمان كاميرون**، أن تعلم الأطفال للقلق، مت خلال قيام آبائهم بالتعامل توحي بأن هؤلاء الأطفال أهل.

5- النظريات المفسرة للأمن النفسي:

*** نظرية سوليفان** (نظرية التحليل النفسي- المدرسة النفسية الإجتماعية)

يعتبر سوليفان أول من صاغ نظرية في نمو الشخصية بين من جاءوا من بعد فرويد ويسمي سوليفان نظريته بالنظرية العلاقات الإنسانية المتبادلة فهو يرى أن الإنسان نتاج لعملية تفاعل مع الغير، و أن الشخصية الإنسانية تتبع من القوى الشخصية، و الإجتماعية التي تؤثر فيها منذ لحظة الميلاد، و أن الإنسان يسعى في حياته إلى تحقيق هدفين هما: التوصل إلى الإشباع (إشباع الحاجات)، و التوصل إلى تحقيق الشعور بالأمن. ويتم تحقيق الأخير عن طريق ما يسمى (بالعمليات الثقافية) و يمتزج الهدف و عمليتهما في

نسيج واحد، واعتبر أن معظم المشكلات النفسية تنشأ نتيجة لصعوبات تعترض الفرد لتحقيق الشعور بالأمن، و الشعور بالأمن عنده يقوم على الشعور بالانتماء، وشعور الفرد بأنه مقبول في الجماعة

(جلال، 1985: 68).

واعتبر سوليفان أن الحصر هو أساس توجيه السلوك الإنساني و ينشأ في الأساس من الأم بحيث ينتقل إلى الطفل، ثم ينشأ في مقتبل العمر بعد ذلك عن طريق الأخطار التي تهدد أمن الشخص، ويلجأ الشخص إلى القيام بوسائل حماية الأمن من أجل أن يتجنب أو يقلل الحصر الفعلي، أو المحتمل إلى أدنى حد ممكن، فيحاول اتخاذ أشكالا مختلفة من الأساليب الوقائية، و الضوابط السلوكية من أجل الحفاظ على الأمن النفسي لديه.

(ك. هول.ج. ليندزين 1989: 187).

كما يرى سوليفان أن التهديد الناشئ عن أخطار خفية أو وهمية تهدد إحساس الفرد بالأمن، و إذا زاد قدرها انخفضت قدرة الفرد على إشباع حاجاته، و أدى ذلك إلى اضطراب علاقاته الشخصية المتبادلة، وكذلك إلى خلط التفكير، و تختلف شدة القلق باختلاف خطورة التهديد و فاعلية عمليات الأمن التي تكون في حوزة الشخص، القلق الذي اعتبره سوليفان أحد المحركات الأولية في حياة الفرد.

(غنيم، 1972: 629).

ويشير سوليفان إلى وجود نوعان من التوتر: توتر داخلي محكوم ولحاجات الفرد

و إشباع هذه الحاجات يخفض التوتر، و النوع الآخر التوتر المحكوم بالقلق الناشئ هن عدم إشباع حاجة الأمن لدى الفرد مما ينعكس على علاقته مع الآخرين.

(الداهري و الصعيدي، 1999: 38).

يتضح مما سبق أن سوليفان اعتبر أن تحقيق الأمن النفسي هو أحد هدفين يسعى الإنسان إلى تحقيقها في حياته و يتم ذلك عن طريق ما يسمى بالعمليات الثقافية، و أن الأمن يتهدد نتيجة لتعرض الفرد إلى أخطار خلفية أو وهمية، و أن القلق الناشئ عن التهديد هو أحد محركات تحقيق الأمن النفسي من أجل تخفيض الحصر الفعلي أو المحتمل إلى أدنى حد ممكن.

* **نظرية كارين هورني** (نظرية التحليل النفسي – المدرسة النفسية الإجتماعية)

تشير كارين هورني إلى أن شعور الفرد بالأمن النفسي يتوقف في الدرجة الأولى على (علاقة الطفل بوالديه) منذ اللحظات الأولى في حياته، ويمكن أن يحدث أمران في هذه العلاقة: أن يقوم الوالدان في إبداء عطفا

حقيقيا، و دفئا نحو الطفل، وبالتالي يشبعان حاجاته إلى الأمن، أن يبدي الوالدان عدم المبالاة بل و عداء لدرجة الكراهية نحو الطفل و بالتالي يحبطان حاجته للأمن.

فالظروف الأولى تؤدي إلى النمو السوي، بينما الظروف الثانية تؤدي إلى النمو العصابي حيث ترى هورني أن أصول السلوك العصابي ينشأ نتيجة لعدم نمو الطفل في جو أسري ينعم فيه بالدفء و الحب من خلال علاقته بوالديه.

(جابر عبد الحميد، 1995: 125).

و قد أشارت هورني إلى أن القلق الأساسي و انعدام الأمن هما من العوامل التي تؤثر في تشكيل الشخصية، لذا فإن الفرد يلجأ إلى عدة أسباب دفاعية حتى تقل من عزلته و عجزه، وقد يصبح الفرد عدوانيا أو مذعنا ليستعيذ أمنه المفقود أو قد يحاول أن يكون لنفسه صورة مثالية.

(الزيود، 1998: 109).

و السلوك العصابي عند هورني يقوم به الشخص من أجل الحصول على بعض الأمن الذي فقده، ولكن هذا الأمن مزيف سرعان ما يزول و ينهار أمام موقف يثير القلق المستمر الذي يتخذ مظاهر سلوكية مثل للحذر، و الخوف، و الشك ....ألخ.وهذا القلق الناشئ عن عدم تحقيق الأمن بسبب الشخص سماته الأصلية ليرمي به بعيدا في عالم مليء بالأوهام وفي ذلك تقول هورني " إن ذاكرة الشخص النفسية و ابتعاده عن حقيقته الأصلية و تلقائيته تجعل سلوكه لا يتبع من خصائصه و سماته و قلقه و نضاله العصابي لاسترجاع أمنه وطمأنينته"

(فهمي، 1968: 34).

يتضح مما سبق أن هورني أرجعت شعور الفرد بالأمن النفسي لعلاقة الطفل بوالديه من اللحظات الأولى في حياته، و أن السلوك العصابي ينشأ نتيجة لاختلال الشعور بالأمن لدى الشخص الذي يلجأإلى ذلك السلوك من أجل استعادة أمنه المفقود.

*** نظرية الفرد آدلر** (نظرية التحليل النفسي– علم النفس الفردي)

تركز نظرية آدلر على المحددات الإجتماعية أكثر من المظاهر البيولوجية للسلوك، و أن الفرد يتجه لتحقيق غايات محددة تتمثل في التخلص من النقص و السعي نحو الكمال الذي يجعل الإنسان يشعر بالسعادة و الطمأنينة

(العزة و عبد الهادي، 29:1999).

يرى **آدلر** أن عدم شعور الفرد بالأمن و الطمأنينة ينشأ نتيجة للشعور بالدونية و التحقير الذي ينشأ منذ الولادة نتيجة المشاعر القصور العضوي أو المعنوي، مما يدفعه إلى القيام بتعويض ذلك القصور إيجابيا (يبذل المزيد من الجهد من أجل الوصول إلى أعلى طموح)، أو سلبيا (باتخاذ أنماط سلوكية تأخذ شكلا من العنف و التطرف الذي لا يقبله المجتمع مما يزيد من حدة القلق لديه) و تعرف هذه الظاهرة (بالتعويض النفسي الزائد).)

ويرتبط الأمن النفسي من وجهة نظر آدلر بمدى قدرة الإنسان على تحقيق التكيف و السعادة التي يتلقاها في ميادين العمل، الحب و المجتمع، ويتم ذلك من خلال قدرة الإنسان على تجاوز قطبية كلية يتصف بها بني البشر، وهي الشعور بالدونية وينطوي على غائية مناسبة في تجاوز عقد النقص المعممة على بني البشر .

(سعد، 1999: 28).

كما يشير **آدلر** إلى أن الشعور بعدم الأمن يعود بصورة كبيرة إلى نوع التربية التي يتلقاها الطفل في أسرته في مرحلة الطفولة و التي لها الأثر الكبير في نشأة القلق النفسي.

(آغا، 1988: 11).

يتضح مما سبق أن آدلر اعتبر أن سعي الفرد لتحقيق الأمن النفسي ناشئ عن الشعور بالدونية و القصور ، و أشار إلى مدى تأثير نوع التربية التي يتلقاها الفرد على شعوره بالأمن، و ان تحقيق الأمن النفسي يتوقف على قدرة الشخص مع الذات ومع البيئة المحيطة. وهذا ما يدل على الأمن النفسي يختلف من شخص إلى آخر

و يتأثر بصورة كبيرة بالبيئة المحيطة و ما تحويه من ظروف اجتماعية، و ثقافية واقتصادية ، وسياسية، وعلى نوعية التربية الأسرية والمدرسية.

*** نظرية السمات (جوردن البورت)**

إهتم البورت بدراسة الأصحاء بدلا من العصابيين و هذا قريب جدا مما نجد، عند **ماسلو**، و اعتبر البورت أن الأمن الانفعالي من مميزات الشخصية السليمة الناضجة، فالأسوياء من الراشدين يتميزون بسماحة كافية تلزمهم ليتقبلوا ، ويتحملوا الصراعات و الإحباطات التي لا يمكن تجنبها في الحياة، كما لديهم صورة موجبة عن أنفسهم، ويقابل هذا ما يحدث عند الشخص الأول الذي تمتلئ نفسه بالإشفاق على الذات، يتميز بصورة سلبية عن نفسه.

(جابر، 1990: 282، 273).

ويرى البورت أن ما يضفي الشعور بالأمن على الشخص الناضج هو قدرته على مواجهة مشاكله بطرق فعالة دون الإصابة بالإحباط، وأنه ليس من السهل أن يقع فريسة للفوضى أو تاثبط همته أو يختل توازنه و هو قادر

على الاستفادة من خبراته الماضية،وتقبل الذات، ولديه الثقة بالنفس و يمكنه تأجيل إشباع حاجاته وتحمل إحباطات حياته اليومية دون لوم الآخرين على أخطائهم أو ممارسة سلوك غير مرغوب فيه.

(عبد الرحمن، 1998: 326).

***النظرية الإنسانية (أبراهام ماسلو)**

قام ماسلو بتقسيم الحاجات الإنسانية في تنظيم هرمي (شكل (1)) إلى خمسة مستويات كالتالي:

الحاجات الفيسيولوجية- الحاجة إلى الأمن- الحاجة إلى الحب و الانتماء- الحاجة إلى تقدير الذات- الحاجة إلى تحقيق الذات. وداخل هذا التقسيم كان لماسلو تقسيم آخر للحاجات وهو: حاجات النقص و القصور- حاجات النمو و الحاجات العليا.وتكشف لنا نظرية ماسلو عن الفروق الجوهرية بين هذين المستويين حيث تبرز الحاجات الدنيا من حيث القوة، والأهمية و أولوية الإشباع عن الحاجات العليا،

و الحاجات الدنيا هي حاجات البقاء، و إشباعها يعني البقاء، أما الفشل في إشباعها لا يعني العجز و القصور.

(السيد، 1990: 27).

كما قام ماسلو بالإضافة مستويين آخرين لهذه الحاجات و هما حاجات المعرفة و الفهم (**need to know** **to undestand**) و الحاجات الجمالية (**Aesthetic needs**) .

(عبد الرحمن، 1998: 482).

كما قام ماسلو قام بتسمية الحاجات الدنيا بحاجات النقص (**Deficieney needs**) وهو يعني بذلك إخفاقه في إشباع أحد تلك الحاجات يجعل الإنسان شعر بالنقص مما يدفعه إلى إزالة هذا النقص بالسعي لإشباع تلك الحاجة، كما سمى ماسلو الحاجات العليا و هي الحاجة إلى تحقيق الذات (**Self Actualization**) و التي تتعلق بالحاجة إلى المعرفة و الحاجات الجمالية بحاجات الوجود (**B-value**) و هذا يتضح بالشكل (1)

ويعتبر هذا الهرم ليس ثابتا لجميع الأفراد فهناك الأفراد الذين يؤجلون إشباع الحاجات العضوية في سبيل مساعدة الأصدقاء أو استكشاف شيء جديد.

(عبد الرحمن، 1998: 438)

وحسب نظرية ماسلو في الحاجات فإن الشخص الذي أشبع حاجاته الفيسيولوجية مهيأ لإشباع حاجاته للأمن و الطمأنينة ، و الذي أشبع حاجات الأمن مهيأ لإشباع حاجات الحب، و الإنجاز و الانتماء، و الاستحسان،

والتقدير وحب الاستطلاع، و الذي أشبع هذه الحاجات مهيأ لإشباع حاجات تحقيق الذات التي يشعر الفرد في إشباعها بالكفاءة و السعادة.

(مرسي، 1999: 8).

كما وضع الحاجة إلى الأمن في الترتيب الثاني في التنظيم الهرمي بعد الحاجات الفيسيولوجية، و أوضح حاجات الأمن تساعد الفرد على تجنب الآلام الموجعة و الإصابة، ولكنها قد تبلغ من القوة بحيث تعيق المزيد من النمو الشخصي، كما يحدث عندما يخضع الإنسان للقوانين إجبارية دكتاتورية مثل التجنيد الإجباري، أو التعرض إلى الضغوطات من قبل مصادر متسلطة كالاحتلال مثلا مما يدفع الشخص إلى القيام بسلوك عنيف تجاه المصادر التي تسبب له فقدان الأمن من أجل الحصول على قدر من الحرية مثل الأعمال الفدائية ضد الاحتلال مثلا مما يدفع الشخص إلى القيام بسلوك عنيف تجاه المصادر التي تسبب له فقدان الأمن من أجل الحصول على قدر من الحرية مثل الأعمال الفدائية ضد الاحتلال " وفي ذلك يقول ماسلو: " إذا خيرنا بين الأمان و النمو فإننا سوف نختار الأمان بالتأكيد".

و بذلك يمكن تحديد ثلاثة أبعاد أساسية أولية للأمن النفسي يتمثل جانبها الإيجابي فيما يلي**(حسب ماسلو)**:

- ❖ الشعور بالتقبل و الحب و علاقات الدفء و المحبة مع الآخرين
- ❖ الشعور بالعالم كوطن و الانتماء و المكانة بين المجهول
- ❖ الشعور بالسلامة و السلام و غيابات مهددات الأمن (الخطر، العدوان، الجوع).
- ❖ كما وضح ماسلو (داوني و ديراني، 1983: 51) أن هناك مؤشرات ثانوية للشعور بالأمن جوانبها الإيجابية فيما يلي:
- ❖ شعور الفرد بأن العالم بيئة سارة.
- ❖ إدراك الفرد للبشر بصفاتهم الخيرة من حيث الجوهر.
- ❖ الشعور بالثقة نحو الآخرين.
- ❖ الإتجاه نحو توقع الخير و الإحساس بالتفاؤل بشكل عام.
- ❖ الميل للسعادة و القناعة.
- ❖ مشاعر الهدوء و الراحة و الاسترخاء و انتقاد الصراع و الشعور بالاستقرار الانفعالي.
- ❖ الميل للانطلاق من خارج الذات والقدرة على التفاعل مع العالم ز مشكلاته بموضوعية ومن التمركز حول الذات.
- ❖ تقبل الذات و التسامح في مواجهة المشكلات بدلا من الرغبة في السيطرة على الآخرين.
- ❖ الخلو النسبي من الاضطرابات العصابية و الذهانية و قدرة نظامية في مواجهة الواقع.
- ❖ الاهتمامات الاجتماعية و بروز روح التعاون و اللطف و الاهتمام بالآخرين.

6- الأمن النفسي من منظور إسلامي:

يرتبط الأمن في المنظور الإسلامي ارتباطا وثيقا بالإيمان بالله و ملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر و القضاء و القدر خيره و شره ، والالتزام بجميع الواجبات الشرعية التي فرضها الله على الإنسان، و انعكاس ذلك على السلوك هو أساس الشعور بالأمن النفسي، ويبدو ذلك جليا واضحا من خلال آيات القرآن الكريم و السنة النبوية المطهرة، فقد ورد ذكر الأمن في القرآن الكريم في مواضع متعددة وتحت مسميات مختلفة فوردت لفظة الأمن في الآيات الكريمة التالية:

قال تعالى: { **فليعبدوا رب هذا البيت {3} الذي أطعمهم من جوع و آمنهم من خوف{4}**

(قريش: 3،4)

{ و إذا جعلنا البيت مثابة للناس و أمنا} (البقرة: 135)

{ و إذ قال إبراهيم رب اجعل هذا بلدا آمنا} (البقرة 126)

{ ومن دخله كان آمنا} (آل عمران: 97)

{ أو لم يرو أنا جعلنا حرما آمنا} (العنكبوت: 67)

{ وضرب الله مثلا قرية كانت آمنة مطمئنة يأتيها رزقها رغدا} (النحل 112)

{ وعد الله الذين آمنوا منكم وعملوا الصالحات ليستخلفنهم في الأرض كما استخلف الذين من قبلهم وليكنن لهم دينهم الذي ارتضى لهم وليبدلنهم من بعد خوفهم أمنا} (النور 55)

وهناك العديد من الآيات التي ورد ذكر الأمن فيها بالألفاظ أخرى مثل الطمأنينة، و السلام، و الهداية، و السكينة...إلخ.

يقول تعالى: **{ ومن يمن بالله يهدي قلبه و الله بكل شيء عليم} (التغابن 11)**

{ يا أيتها النفس المطمئنة {27} ارجعي إلى ربك راضية مرضية} (الفجر 27، 28)

{ هو الذي أنزل السكينة في قلوب المؤمنين ليزدادوا إيمانا مع إيمانهم} (الفتح:4)

يشير على أن الشعور بالأمن النفسي مصدره الإيمان أنه يمكن الجزم بأن كل مؤمن بالله إيمانا صادقا، مهما كانت جنسيته أو هويته أو وطنه أو لونه أو ثقافته أو عادته أو تقاليده فهو أمن لا يشعر إلا بالأمن و الأمان، و

لو اجتمعت مصائب الدنيا فإنها لن تحيده عن الشعور بالأمن، وستتحطم المصائب على صخرة الإيمان في حين لو اختبر غير المؤمن بالله بالابتلاء فإنه ليئوس كفور يبحث عن الأمن في كل مكان لا يجده و لن يجده.

(الشرقاوي، 1982: 115)

وقد ربط الإسلام دافع الأمن بالدوافع الأولية و هذا يتضح في سورة قريش في قوله تعالى: **{ الذي أطعمهم من جوع و آمنهم من خوف}. (قريش:4).**

يقول ابن كثير في تفسير الآية السابقة أي هو رب البيت الذي أطعمهم من جوع، و تفضل عليهم بالأمن و الرخص فليفردوه بالعبادة وحده لا شريك له، ولا يعبدوا من دونه صنما و لا وثنا، ولهذا من استجاب لهذا الأمر جمع لله له بين أمن الدنيا و أمن الآخرة، ومن عصاه سلبها منه.

(ابن الكثير، د.ت: 680

كما أن القرآن العظيم ربط بين الإيمان و الأمن النفسي مبينا ما يحدثه الإيمان، من أمن و طمأنينة في نفس المؤمن لقوله تعالى: " الذين آمنوا تطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب **{ الذين آمنوا ولم يلبسوا إيمانهم بظلم أولئك لهم الأمن وهم مهتدون}** (الأنعام 82).

وقد ورد في السنة النبوية الشريفة ذكر الأمن و الاهتمام بتحقيقه:

و ذلك استنادا إلى حديث الرسول صلى الله عليه وسلم الذي يقول فيه: "**من أصبح آمنا في سربه، معافى في جسده، عنده قوت يومه، فكأنما حيزت له الدنيا بحذافيرها** "**أخرجه الترميذي.**

في هذا الحديث الشريف يشير الرسول صلى الله عليه وسلم إلى ان هناك ثلاثة أسباب رئيسية لشعور الإنسان بالسعادة و هي: الشعور بالأمن في الجماعة، صحة الجسم، و الحصول على القوت، فلا شك أن شعور الإنسان بالأمن النفسي و بالصحة البدنية و حصوله على الحاجات الفطرية الفيسيولوجية إنما هي من مؤشرات الصحة النفسية.

وقد دعت السنة البنيوية إلى إشباع هذه الحاجة الحيوية التي لها تأثير فعال في حياة الفرد الإنساني في مختلف مراحل نموه إلى أن تكون معاملة الناشئين مبينة على التسيير و السكينة و الرحمة و العطف و الرفق.

عن أنس ابن مالك رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " **يسروا و لا تعسروا، سكنوا و لا تنفروا**" رواه البخاري، وعن بن عباس رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "**ليس منا من لم يرحم صغيرنا و يوقر كبيرنا يأمر بالمعروف وينهى عن** المنكر" أخرجه الترمذي.

و في ضوء ما سبق يتضح أن النظرة الإسلامية تختلف في تفسيرها للأمن النفسي عن النظريات النفسية في عدة أمور منها:

- ❖ أن التصور الإسلامي مرتبط بالإيمان في الدرجة الأولى من خلال الالتزام بالأوامر و النواهي الشرعية ومن ثم الإشباع المادي بدون إفراط أو تفريط بينما تعتمد النظريات النفسية في تفسيرها للأمن النفسي على الجوانب المادية الظاهرية كالحاجات المختلفة التي يحصل عليها الإنسان وأنها هي المعنية بتحقيق الأمن للفرد و الجماعة
- ❖ اقتصرت النظريات النفسية في تفسيرها للأمن النفسي على الجوانب المادية الخالية من الجانب الروحي و تناولت تفسير الأمن النفسي من جميع الزوايا بصورة متوازنة شاملة متكاملة لا يطغى فيها جانب على الآخر.
- ❖ تقوم النظرة الإسلامية في تصورها للأمن النفسي بأن مصدر أمن الإنسان من رب العالمين مما يجعله ثابتا في مواجهة الأخطار و التهديدات التي تحدث في الحياة، بينما تقوم النظريات النفسية على أساس وضعي يحمل في طياته نقائص البشر.
- ❖ إن الإسلام تناول الأمن النفسي من جميع الجوانب ولم يميل إلى جانب على حساب الجانب الآخر، كما استند في تفسيره للأمن النفسي إلى مفاهيم الحياة الآخرة و الحساب و العقاب و إرضاء الله عزوجل و الإخلاص له و الإيمان به، و ذلك بعكس النظريات النفسية الأخرى التي لم ترتبط بمفهوم الأمن النفسي بالجوانب الروحية و الأخلاقية بل اقتصرت على الجوانب المادية فقط، فمنها من ركز على الجوانب البيولوجية، ومنها من عزا تفسيره إلى الشعور بالدونية ومنها من ركز على إشباع الحاجات الإنسانية ..إلخ ولكن الإسلام تعامل مع الإنسان كمخلوق مكرم على جميع الخلائق **{ ولقد كرمنا بني آدم وحملناهم في البر و البحر و رزقناهم من الطيبات وفضلناهم على كثير ممن خلقنا تفضيلا}** (الإسراء: 07) وربط الشعور بالأمن بالإيمان كما ربط بين إشباع الحاجات الفسيولوجية بالحاجة إلى الأمن, **{ الذي أطعمهم من جوع و آمنهم من خوف}** (قريش:4). وهذا يدل على أن الإسلام جاء قبل أربعة عشر قرنا بأكثر مما توصل إليه ماسلو في العصر الحديث وهذا يعكس عظمة الإسلام في كل زمان و مكان.

7- عوامل تحقيق الأمن النفسي:

يلجأ الفرد إلى ما يسمى بعمليات الأمن النفسي و هي عبارة عن أنشطة يستخدمها الجهاز النفسي لخفض أو التخلص من التوتر و تحقيق وتقدير الذات و الشعور بالأمن النفسي.

(زهران، 1987: 300)

وتحقيق الأمن النفسي يتعين على الفرد ما يلي:

- إشباع الحاجات الأولية للفرد أساسا هاما في تحقيق الأمن و الطمأنينة النفسية، وهذا ما أكدت عليه النظريات النفسية و التصور الإسلامي بحيث وضعيتها في المرتبة الأولى من حاجات الإنسان التي لا حياة بدونها.
- الثقة بالنفس و التي تعد من أهم ما يدعم شعور الفرد بالأمن و العكس صحيح فأخذ أسباب فقدان الشعور بالأمن و الاضطرابات الشخصية هو فقدان الثقة بالنفس.

(راجح، 1992: 113).

- تقدير الذات وتطويرها و هو أسلوب يقوم على أن يقدر الفرد قدراته، ويعتمد عليها عند الأزمات، ثم يقوم بتطوير الذات، عن طريق العمل على إكسابها مهارات، و خبرات جديدة تعينه على مواجهة الصعوبات التي تتجدد في الحياة.

(الصنيع، 1995: 69).

- العمل على كسب رضا الناس و حبهم و مساندتهم الاجتماعية و العاطفية بحيث يجد من يرجع إليه عند الحاجة، كما أن للمجتمع دور في تقديم الخدمات التي تضمن للفرد الأمن عن طريق المساواة في معاملة دور في تقديم الخدمات التي تضمن للفرد الأمن عن طريق المساواة في معاملة جميع الأفراد مهما كانت مراكزهم الاجتماعية لأن العدل أساس الأمن.

(راجح، 1992: 113)

- الاعتراف بالنقص و عدم الكمال: حيث أن وعي الفرد بعدم بلوغه الكمال يجعله يفهم طبيعة قدراته وضعفها و بالتالي فإنه يقوم باستغلال تلك القدرات الاستغلال المناسب دون القيام بإهدارها من غير فائدة حتى لا يخسرها عندما يكون في أمس الحاجة إليها، ومن هنا فإنه يسعى إلى سد ما لديه من نقائص عن طريق التعاون مع الآخرين، وهذا ما يشعره بالأمن لأن ذلك يجعله يؤمن بأنه لا يستطيع مواجهة الأخطار وحده دون مساعدة الآخرين و التعاون معهم

(الصنيع، 1995: 69).

- معرفة حقيقة الواقع: وهذا يقع على عاتق المجتمع و له الدور الكبير في توفيره و خاصة في الحياة المعاصرة التي أصبح فيها الفرد يعتمد على وسائل الإعلام في معرفة الحقائق المختلفة، و تظهر أهمية هذا الأسلوب في حالة الحروب حيث أن معرفة الحقائق المختلفة، و تظهر أهمية هذا الأسلوب في حالة الحروب حيث أن الأفراد الذين يعرفون حقيقة ما يجري حولهم تجعلهم أكثر صلابة في مواجهة أزمات الحروب على عكس الأفراد المضللون الذين لا يعرفون ما يحدث حولهم.

(نفس المرجع السابق).

- 8- **الآثار المترتبة على انعدام الشعور بالأمن النفسي:**
- إن انعدام الشعور بالأمن يعد من أقوى العوامل و أكثرها شيوعا للإصابة بالاضطراب النفسي.

(راجح، 1977: 113)

و يعد الحرمان من الأمن يختلف تأثيره على الصحة النفسية من شخص لآخر ومن مرحلة عمرية إلى أخرى فإذا حدث الحرمان في مرحلة الرشد فإن تأثيره السيئ قد يكون مؤقتا يزول بزوال أسبابه و توفر الأمن، وقد لا يؤثر على الصحة النفسية إذا استطاع الشخص تغيير مطالب أمنه ولم يشعر بقلق الحرمان أما إذا حدث الحرمان من الأمن في مرحلة الطفولة المبكرة خاصة فإنه يعيق النمو النفسي و يؤثر تأثيرا سيئا على الصحة النفسية في جميع مراحل الحياة لأن الحرمان من الأمن يعني تهديدا خطيرا لإشباع حاجات الطفل الضرورية و هو ضعيف لا يقوى على إشباعها ن فيشعر بقلق الحرمان الذي ينمي سمات التوافق السيئ التي من أهمها سمات القلق و العداوة و الشعور بالذنب.

إن فقدان إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي يؤدي إلى توليد صراع نفسي و اضطراب سلوكي في مرحلة الطفولة ، وقد يؤدي إلى إضعاف ثقة الطفل بنفسه، و التردد قبل الإقدام على أي عمل أو المهاجرة بالرأي، وقد يصل الحد إلى الانكماش و الانطواء على النفس، أو سلوك الطفل سلوكا عدوانيا نتيجة لشعوره بعدم المحبة من قبل الأفراد و البيئة التي يعيش فيها، كما قد يسبب فقدان الطفل الشعور بالأمن فقدان الحاجات النفسية الأخرى، مما يؤدي إلى الانحراف السلوكي للطفل لدرجة قد يصبح خطرا على نفسه مجتمعه.

(يوسف، 1958، 85).

إن الحاجة إلى الأمن هي حاجة نكمن في جذورها في أعماق الطفل وتنمو تدريجيا، ومن الصعب التنبؤ بما ستسفر عنه هذه الحاجة من سلوك في المستقبل، وقد يختلف ذلك من شخص إلى آخر فنجد شخصان يفتقران إلى الأمن، الأول نراه ملتزم بمعايير المجتمع بدقة وممثل بجميع قواعده من أجل الحصول على رضا الناس، في حين الآخر قد تمرد وتزعم عصابة من المجرمين كمحاولة مرضية من جانبية للعدوان على هذا المجتمع الذي حرمه من الشعور بالأمن الذي يحتاجه.

(الزياني، 1980: 185).

يتضح مما سبق أن انعدام الشعور بالأمن قد يكون سببا في حدوث الاضطرابات النفسية، أو قيام الفرد بسلوك عدواني تجاه مصادر إحباط حاجاته إلى الأمن و قيامه باتخاذ أنماط سلوكية غير سوية من أجل الحصول على الأمن الذي يفتقر إليه أو الانطواء على النفس أو الرضوخ و اللجوء على الاستجداء و التوسل و التملق من أجل المحافظة على أمنه، و أن تأثير انعدام الأمن يختلف من شخص إلى آخر ومن مرحلة عمرية إلى أخرى ومن مجتمع إلى آخر.

خلاصة :

الشعور بالأمن و الطمأنينة النفسية من سمات الفرد السوي، وهذا لا يعني أن الشخص السوي لا ينتابه القلق و لا يشعر بالخوف و لا يخبر الصراع، بل أنه يقلق عندما يتعرض لما يثير القلق، و يخاف إذا ما تهدد أمنه، ويخبر الصراع، بل إنه يقلق عندما يتعرض لما يثير القلق، ويخاف إذا ما تهدد أمنه، ويخبر الصراع إذا واجه بعض مواقف الاختيار الحاسمة، أو بعض المواقف التي تتعارض فيها المشاعر، و لكنه في كل الحالات السابقة يسلك السلوك الذي يعمل مباشرة على حل المشكلة و إزالة مسببات التهديد و الصراع و يحسم الأمر باتخاذ القرار المناسب في حدود إمكاناته، فالشعور بالأمن النفسي و الطمأنينة هو القاعدة الأساسية في حياة السوي الانفعالية، وفي المقابل فإن الخوف و القلق و الصراع هي المشاعر التي تشكل أرضية الحياة الانفعالي لغير السوي خاصة العصابي الذي يكون دائم القلق وتتحكم فيه المخاوف وتستبد به المشاعر الدونية و النقص.

.

الفصل الرابع : سرطان الثدي

المبحث الأول: السرطان من المنظور الطبي

1. المفهوم الطبي لسرطان الثدي.
2. تعريف سرطان الثدي وأنواعه.
3. أسباب سرطان الثدي
4. أعراض سرطان الثدي
5. تشخيص سرطان الثدي حسب المراحل
6. دراسة لعلم الأوبئة الخاصة بسرطان الثدي بالجزائر.

تمهيد :

يعتبر السرطان من أكثر الأمراض شيوعاً في الوقت الراهن إذ يرتبط غالباً في أذهان الناس بالموت المحتم والمعاناة الشديدة، لذا فهو يعتبر من أكثر الأمراض وقعاً على النفوس، وأكثرها دراسة من النواحي النفسية والنفس الاجتماعية خاصة سرطان الثدي بسبب ارتفاع نسبة انتشاره والتأثيرات النفسية للجراحة والعلاجات المتبعة.

ولقد خصصنا في هذا الفصل التحدث عن سرطان الثدي بشكل مفصل ليضم تركيب الثدي أورام الثدي، سرطان الثدي أعراضه والعوامل المساعدة على الإصابة به، وطرق علاجه .

كما خصصنا جانباً مهماً يختص بالمعاش النفسي، والمؤشرات النفسية المتعلقة بالمرض.

إضافة إلى العلاج النفسي، علاقة الأخصائي النفسي بمريضه، السرطان وخاصة سرطان الثدي، والعلاج النفسي الممكن.

1.المفهوم الطبي لسرطان الثدي

يأتي سرطان الثدي في مقدمة أنواع السرطان التي تصيب النساء في العالم المتقدم والعالم النامي على حد سواء حسب (منظمة الصحة العالمية، 2013) ويلاحظ ارتفاع معدلات هذا النوع من السرطان في العالم النامي وذلك نتيجة زيادة متوسط العمر وزيادة التوسع العمراني واعتماد أنماط الحياة الغربية، وتضيف المنظمة أنه على الرغم من إمكانية إسهام الإستراتيجيات الوقائية في الحد من بعض مخاطر الإصابة بسرطان الثدي، فإن تلك الاستراتجيات لا تمكن من التخلص من معظم حالات ذلك السرطان التي تظهر في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حيث لا يتم تشخيص هذا المرض إلا ي مراحل متأخرة، وبناء عليه فإن الكشف المبكر من أجل تحسين حصائل سرطان الثدي وتحسين معدلات بقيا مرضاه يظل حجز الزاوية لمكافحة هذا المرض.

للثدي دور هام في أنوثة المرأة وفي شكل جسمها، للثدي وظيفة حيوية تتمثل في صنع الحليب لرضاعة الأطفال تحت تأثير الهرمونات الجنسية المتمثلة في الاستروجين والبروجسترون اللذان يفرزهما المبيض عند سن البلوغ، يتغير شكل وحجم الثدي خلال سنوات المراهقة وطوال سنوات الحياة.

يتكون كل ثدي من 12 إلى 15 قسم يفصل بينهم نسيج دهني، وهذا ما يعطي للثدي الشكل الذي نعرفه، كل قسم بدوره يتكون من فصوص وقنوات، دور الفصوص هو إنتاج الحليب خلال مرحلة الرضاعة، أما القنوات فهي تنقل الحليب إلى الحملة.

يشتمل ثدي المرأة الشابة على نسيج غدي أكثر مما لدى المرأة المسنة مما يجعل ثديها أكثر اكتنازا وحين تتقدم المرأة في العمر تزداد نسبة الدهن في ثدييها فيميل هذان الأخيران إلى التدلي أكثر، يرتكز الثديان على عضلات الصدر خارج القفص الصدري، تنقل الشرايين الدم الغني بالأكسجين إلى الثديين مما تتولى الأوردة تصريف لدم، وتجدر الإشارة إلى أن تصريف الدم عبر الأوردة تمهد الطريق أحيانا أمام انتشار سرطان الثدي عبر الجسم، بحيث يمتلك الثدي أيضا جهازا لمفيا يؤدي دورا أساسيا في تصفية المواد المغذية وهو يتألف من عقد لمفية علما أن العقد الأساسية موجودة في العنق والإبطين والأربية، مرتبط بأوعية تحتوي على سائل اسمه اللمف متدفقا في الجسم عبر هذه الأوعية ، مثلما يتدفق الدم عبر الأوردة والشرايين، والشكل الموالي يبين ذلك.

2-.تعريف سرطان الثدي وأنواعه:

يحتوي كل ثدي على عدد من الفصوص على حوالي 15 و20 فص، وهي على شكل أوراق الأقحوان يحتوي كل فص على فصيصات أصغر في نهايتها عشرات البصيلات القادرة على إنتاج الحليب، ترتبط الفصوص والفصيصات بواسطة أنابيب رقيقة تدعى قنوات اللبنية أو الحليبية وهذه بدورها تؤدي إلى حلمة الثدي، تأتي العضلات أسفل الثدي وتملأ المادة الذهنية الفراغات بين الفصوص والقنوات مما يعطي الثدي طبيعة كتلية غير متجانسة بالإضافة إلى الأوعية الدموية التي تقوم بتغذية خلايا الثدي والأوعية اللمفاوية التي تحمل السائل اللمفي (سائل عديم اللون) الذي يحتوي على الخلايا المناعية التي تساهم في محاربة الالتهابات حسب (Forun sahaonline.com) والأوعية اللمفاوية تؤدي إلى غدد صغيرة مثل حبة اللوز تسمى الغدد اللمفاوية.

توجد تحت الإبط وحول عظمة الترقوة وبداخل الصدر والتي تساهم في محاربة الالتهابات وفي تصفية السائل اللمفاوي من الفضلات، معظم الأوعية اللمفاوية في الثدي تؤدي إلى غدد لمفاوية في الإبط، تتكون الخلية العادية من نوعية من الموروثات أحدهما تسمى بالجينات Les proto-oncogènes والثانية الموروثات الكابحة Les anti-oncogènes وهما يتحكمان في الانقسام والنمو الخلوي علما أن Les proto-oncogènes تنتج البروتينات التي تثير وتنظم التكاثر الخلوي وتجديد الأنسجة المسنة وإصلاح الأنسجة ذات خلل وكذا التشوهات التي تحصل في الخلايا الجديدة، أما الموروثات الكابحة Les proto-oncogènes فهي تعمل كمثبط لعمل Les proto-oncogènes .

وفي حالة حدوث أي تغيير في التركيب الجيني لهذين الموروثات على مستوى الكروموزومات يزيد من كمية أو نشاط ذلك البروتين وعليه يظهر التكاثر الخلوي الفوضوي ويسمى هذا التغير المفاجئ في المورثة بالطفرة الوراثية La mutation ولكي تصبح الخلية العادية خلية سرطانية، يجب حدوث عدة طفرات، وفي حالة سرطان الثدي فإن الأورام السرطانية قد تنتج في النهاية في أي جزء من الثدي ويرى الباحث (عبد الباسط محمد السيد، 2009) أن الكتل السرطانية تكون صلبة وعادة خالية من الألم وهذه الكتل قد تنتج ببساطة عن تغيرات ليفية كيسيه طبيعية أثناء الدورة الشهرية، سرطان الثدي قد يحدث أيضا إفراز مادة صفراء دمية أو سائل رائق من الحلمة.

هناك أنواع متنوعة من سرطان الثدي وهي : السرطان الغدي الكيسي، السرطان الورقاني الخبيث، السرطان النخاعي، السرطان الأنبوبي، هذه الأنواع وأنواع أخرى أقل شيوعا وأقل خطورة من الأنواع الأخرى ومنها: السرطان القنوي الترسبي وهو سرطان ينشأ في بطانة قنوات الحليب ثم يهاجم أنسجة الثدي المحيطة، حوالي 80% من كل حالات سرطان الثدي سرطان قنوي ترسيبي، السرطان الإلتهابي حيث ينشأ الورم في بطانة قنوات الحليب.

وعندما ينمو يسد الأوعية الدموية الليمفاوية حيث يصبح الجلد محمرا سمكا والثدي موجع كثيرا، هذا النوع من السرطان ينتشر بسرعة كبيرة نتيجة لوفرة الأوعية الدموية والليمفاوية المتصلة بحالة الالتهاب، السرطان الموضعي داخل القنوات هذا نوع متمركز من السرطان، حيث أن الخلايا السرطانية تنمو داخل القنوات، قد لا يهاجم الأنسجة الأخرى، السرطان الفصيصي هو كذلك أقل شيوعا من سرطان الثدي بحيث ينشأ في الفصوص ويمثل حوالي 09% من سرطانات الثدي يحدث في كلا الثديين معا في بعض الأحيان، مرض باجي "Paget" الخاص بالحلمة.

يحدث هذا النوع من السرطان عندما تهاجر خلايا السرطان الأساسي إلى الحلمات، وأغلب الأعراض هي الحكة الاحمرار، وحرقان في الحلمة، مرض باجي يعطي إشارة إلى وجود سرطان قنوي مبدئي في أي مكان في أنسجة الثدي، ويمكن لسرطان الثدي أن يكون توسعيا أولا، أما المرض التوسعي بالنسبة لـ(بكمان وآخرين، 2001: 12) فإن سرطان الثدي يبدأ داخل إحدى قنوات الثدي أو إحدى الفصيصات بحيث أن في السرطان التوسعي Invasive يمكن مشاهدة عبور السرطان لجدار القناة أو الفصيصة وصولا إلى نسيج الثدي المحيط أي سرطان الثدي التوسعي، واللافت أن معظم أنواع سرطان الثدي من النوع التوسعي.

أما في المرض الغير توسعي فتبقى أنواع السرطان داخل القنوات أو الفصيصات وتطلق عليها صفة "الموضعي" بحيث يختلف سلوك السرطان الموضعي عن سلوك السرطان التوسعي الأكثر شيوعا، وقد لا يسبب أية مشاكل إضافية بعد استئصاله كما أن معالجه مختلفة عن معالجة النوع التوسعي من سرطان الثدي، إذ انتشر السرطان التوسعي من القناة أو الفصيص حيث نشأ ووصل إلى نسيج الثدي المحيط والمسمى بالانتشار الموضعي، قد يستغرق عدة سنوات أو يحدث بسرعة أكبر وحين يزداد عدد الخلايا السرطانية تتحول إلى كتل أي الورم، ويستمر الورم في النمو إلى أن يصبح في مرحلة ما كبيرا جدا حيث يمكن الإحساس به في نسيج الثدي، ولحجم هذا الورم أهمية كبيرة لتحديد

العلاج، بحيث أن أقل من ثلثي الحالات تقريبا لا ينتشر سرطان الثدي أبعد من الثدي، ويمكن شفاؤه في معظم الحالات بواسطة الجراحة.

3- أسباب سرطان الثدي:

لا يوجد إلى حد كبير إجابة شافية للأسباب سرطان الثدي، ولكن الهرمون الجنسي الأنثوي الاستروجين هو المتهم الأساسي في كثير من الحالات، فالأستروجين حسب الباحث (عبد الباسط محمد السيد، 2009، 101) يحث خلايا أنسجة الثدي والأعضاء التناسلية على النمو، والسرطان ما هو إلا خلل ناتج من النمو الخلوي غير المقيد، أكثر من ذلك بعض العوامل التي تزيد من احتمال الإصابة بسرطان الثدي تتضمن بداءة حدوث الدورة الشهرية قبل عمر التاسعة، انقطاع الطمث بعد سن الخامسة والخمسين، إنجاب الطفل الأول بعد الأربعين، عدم إنجاب أطفال أو إنجاب القليل منهم، شيء واحد مترك في كل العوامل التي تزيد احتمال سرطان الثدي، أنه تم تعرض الثديين لكمية كبيرة من الاستروجين لفترات طويلة.

قد نتحدث كذلك عن العوامل الوراثية خاصة إذا تمثلت بإصابة الأم أو إحدى الأخوات وهي تتمثل 05% من عدد الحالات، قد تصاب المرأة بتغيرات جينية من 05 إلى 10% من حالات السرطان الثدي لها صلة بأسباب وراثية تتعلق بتشوهات بعض الجينات، ومن أهم هذه الجينات BRCA1 وBRCA2 النساء اللواتي لديهن تشوهات في هذين الجينين يكن عرضة للإصابة بهذا المرض 80% من النساء الأخريات ، التاريخ الشخصي للإصابة بورم خبيث في الثدي أو الرحم أو المبيض، بحيث أن المرأة المصابة بسرطان في الثدي ترتفع لديها نسبة الإصابة في الثدي الآخر أو في مكان آخر من نفس الثدي .

كذلك من الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة والتي ثبت نسبة خطورتها هي العوامل الغذائية وزيادة الشحوم أو لدهون في الأكل، زيادة الوزن قد تتسبب في الإصابة بسرطان الثدي ولا سيما بعد مرحلة البلوغ، ضف إلى ذلك السيدات اللواتي لم يحملن أبدا أو أنجبن طفلهن الأول بعد سن الثلاثين يزيد قليلا من نسبة الإصابة بسرطان الثدي، وأخيرا ظهر أن العلاج الهرموني في سن اليأس من هرموني الاستروجين والبروجسترون لعدة سنوات لعلاج أعراض سن اليأس يزيد من نسبة الإصابة بسرطان الثدي، ناهيك عن مادة الكحول والذين يتناولونها بحيث تزيد نسبة الإصابة سرطان

الثدي قد تصل إلى مرة ونصف باللواتي لا يتعاطون هذه المادة مثلها مثل عملية التدخين، كذلك العرق فالنساء ذات العرق الأبيض أكثر تعرضا للإصابة من السود والأسيويات أقل عرضة من الأمريكيات، وأخيرا تجدر الإشارة إلى أن الأشعة في منطقة الصدر في سن صغير يزيد من احتمال حدوث سرطان الثدي وكذا التلوث البيئي.

وخلاصة لما سبق ذكره فإن هناك عدة عوامل سبق وأن ذكرت قد تكون السبب المباشر للإصابة بسرطان الثدي ولكن وحسب بعض العلماء لا يوجد هناك أسباب ثابتة معروفة قد تسبب الإصابة وعليه لا زالت الأسباب مجهولة إلى يومنا هذا.

4- أعراض سرطان الثدي:

يقول الدكتور الجراح في علم الأورام حسام أحمد فؤاد بالمستشفى مصر عن الموقع WWW.tabebak.com أن معظم أعراض سرطان الثدي يمكن أن تظهر في أورام حميدة للثدي ومن الأعراض الأساسية لسرطان الثدي، ظهور جسم غريب (ورم) غالبا غير مؤلم ناشف ومنعرج الحدود في الثدي وتحت الإبط، تغير في شكل أو حجم الثدي، نزول إفرازات من الحلمة غالبا دموية ومن الممكن أن تكون صفراء أو خضراء أو حتى بيضاء تشبه الصديد، تغير في شكل أو لون، إحساس الحلمة أو جلد الثدي مثل تعرج الجلد أو انكماش، ارتداد الحلمة للداخل، ظهور قشور على الجلد أو الحلمة أو تحول الجلد إلى شكل مثل قشر البرتقال، احمرار الجلد أو ظهور أوردة كبيرة عليه، ألم تضخم أو عدم ارتياح في ناحية من الثدي .

في حالة أعراض المرض المتقدم والمنتشر نلاحظ أن هناك آلام العظام، نقص الوزن والهزال، تورم الذراع، تقرحات الجلد فوق الورم، لكن قبل الوصول إلى ثبوت هذه الأعراض إن المرأة حاليا وحسب الحملة التحسيسية مجبرة على القيام بالكشف السنوي وذلك قصد الكشف المبكر وهي حسب مجموعة من الأساتذة في علم الأورام للمستشفى الجامعي.(جمعية مساعدة المرضى المصابين بالسرطان، 2001: 30-31)

تقوم على أساس البحث عن السرطان قبل أن يصبح ملموسا أو يظهر جليا عبر تغيرات تطرأ على الثدي أو الحلمة.

يعتمد الكشف المبكر على الفحص السريري من طرف الطبيب والتصوير الإشعاعي للثدي بحيث أن الاكتشاف المبكر للسرطان يؤدي إلى النجاعة في العلاج وذلك باستعمال علاجات بسيطة وفعالة، وهذا ما يعزز فرص النجاة، وعليه وضعت وزارة التضامن الاجتماعي برنامج للكشف المبكر لسرطان الثدي باعتماد تصوير إشعاعي للثدي مجانا يخص النساء المؤمنات اجتماعيا وذوات الحقوق ممن يفوق سنهن 40 كل سنتين، أن التشخيص المبكر هو الذي تجريه عند ظهور الأعراض الأولى للمرض، أما إذا انتشرت الخلايا السرطانية في مناطق ثانوية فتسمى الانبثاث، إذا انتشر السرطان التوسعي من القناة أو الفصيص حيث نشأ ووصل إلى نسيج الثدي المحيط، يطلق على هذه العملية اسم الانتشار الموضعي، قد يستغرق الانتشار الموضعي عدة سنوات أو يحدث بسرعة أكبر وحين يزداد عدد لخلايا السرطانية، تتحول إلى كتلة (ورم) يستمر الورم في النمو إلى أن يصبح في مرحلة ما كبيرا جدا بحيث يمكن الإحساس به في نسيج الثدي .

وهناك مجموعة من التوصيات طرحها الباحث (عبد البسط محمد السيد، 2009:108) وهو أستاذ التحاليل الكيمائية بالمركز القومي للبحوث رئيس جمعية الإنجاز لعلمي للقرآن والسنة، أن تناول المصابة أغذية قائمة على الفواكه والخضروات الطازجة والحبوب، والبقوليات، والبذور الطازجة، البندق الطازج، المنتجات اللاذعة مثل الزبادي قليل الدسم مهم جدا.

ضف إلى ذلك الخضروات مثل البروكلي، الكرنب، القنبيط والخضروات الصفراء أو البرتقالي، مثل الجزر واليقطين، القرع، البطاطا الحلوة كذلك الخضروات النيئة أو المسخنة، بالنسبة للحبوب استخدام الأرز البني غير منزوع القشرة، الشوفان والقمح، أما الفواكه فيفضل تناول التفاح الطازج، العنب، الكرز، والبرقوق وكل أنواع التوت، البصل والثوم في صور مكملات بفضل شرب المياه المقطر بالبخار، وماء الينابيع ، عصائر طبيعية مصنوعة في البيت أي عصائر الفواكه فيتم تناولها في الصباح وعصير الخضروات في العصر، أما عن الأغذية اللازم تجنبها فهي اللحوم وكل المنتوجات الحيوانية عدم تناول الكافيين، الأطعمة المملحة، أطعمة مكررة مصنعة، دهون مشبعة، ملح، سكر، دقيق أبيض، الإكثار من تناول الألياف يوميا لتمنع الفضلات السامة من أن تمتص إلى مجرى البول وكذلك قشور السيلنيوم وهو مصدر موثوق بع مع عدم تناول مكملات تحتوي على مادة الحديد الذي قد يستخدمه الورم لينمو.

5- تشخيص سرطان الثدي حسب المراحل:

هناك عدة طرق لتقسيم الأورام وذلك حتى يتمكن الطبيب من تحديد مرحلة المرض ومن ثم إعطاء العلاج المناسب حسب المرحلة وتعتمد هذه التقسيمات بالحروف اللاتينية TNM وهي:

1. حجم الورم (Tumeur) ويرمز له T وهي أربع مراحل حسب قطر الورم بالسنتيمترات عند فحص الثدي.
2. حالة الغدد اللمفاوية (Lympho nodes) ويرمز له N هذه أربع مراحل أيضا وتعتمد على حجم اللمفاوية تحت الإبط ووجود خلايا سرطانية بها أم لا.
3. الانبثاث: (Metastase) أو مدى انتشار الورم في أجزاء أخرى من الجسم ويرمز له بـ M وهنا تجد مرحلتين إما ورم محدود في منطقة الثدي أو انتشر في أجزاء الجسم الأخرى.

وانطلاقا من هذا التشخيص يمكننا تقسيم أورام الثدي إلى خمس مراحل وهي حسب (محمود شاهين الأحول، 2014، 10-11-12)

المرحلة 0: STADE 0

حيث يكون السرطان موضعي أو محوصل وهو سرطان غير اجتياحي مبكرا جدا في الثدي لا يغزو الخلايا المجاورة ويمكن استئصاله والاحتفاظ بالثدي أو استئصال الثدي بكامله.

جدول رقم 02: حالة سرطان الثدي مرحلة 0.

الوضعية	TNM
ورم بداخل النتوءات والغدد	TIS أو TO
غدد لمفاوية لا توفر بها خلايا سرطانية	NO
ورم غير منتشر	NO

المرحلة 1: STADE 1

وهي مرحلة مبكرة من سرطان الثدي قد تصاب فيها الأنسجة المجاورة أي أن السرطان لم يتجاوز الثدي.

جدول رقم 03: حالة سرطان الثدي مرحلة 1: STADE 1

الوضعية	TNM
ورم حجمه أقل من 2 سم	T1
غدد لمفاوية لا توجد له خلايا سرطانية	NO
ورم غير منتشر خارج الثدي	NO

قد نعتبرها مرحلة مبكرة أيضا تصافيها الأنسجة لمجاورة وقد ينتشر السرطان وهي تكون على درجتين.

جدول رقم 04: حالة سرطان الثدي مرحلة 2: STADE 2

STADE 2A	TNM
ورم حجمه أقل من 2سم	T1
غدد ليمفاوية توجد بها خلايا سرطانية	N1
أو	
ورم حجمه بين 2-5 سم	T2
غدد ليمفاوية لا توجد بها خلايا سرطانية	NO
ورم غير منتشر خارج الثدي	MO
STADE 2B	
ورم حجمه بين 2-5سم	T2
غدد ليمفاوية لا توجد بها خلايا سرطانية	N1
ورم غير منتشر خارج الثدي	MO
أو	
ورم حجمه أكبر من 5 سم	T3
غدد ليمفاوية لا توجد بها خلايا سرطانية	NO
ورم غير منتشر خارج الثدي	MO

وتسمى مرحلة السرطان الموضعي المتقدم ويكون انتشاره أكثر في العقد الليمفاوية تحت الإبط ربما في الأنسجة الأخر المحاذية للثدي، قد تكون على ثلاث درجات أو مراحل.

جدول رقم 05: حالة سرطان الثدي مرحلة 3: STADE 3

STADE 3A	TNM
ورم حجمه أقل من 5سم	T1-2
غدد ليمفاوية توجد بها خلايا سرطانية تحت الإبط وملتصقة ببعضها أو بالأوعية.	N2
أو	
ورم حجمه أكبر من 5 سم	T1-3
غدد ليمفاوية توجد بها خلايا سرطانية وتكون ملتصقة ببعضها	N1-2
ورم غير منتشر خارج الثدي	M0
STADE 3B	
ورم يمتد إلى الجلد أو إلى عضلات الصدر	T1-4
غدد ليمفاوية توجد بها ورم وقد تكون ملتصقة بها	N0-2
ورم غير منتشر خارج الثدي	M0
الورم في هذه المرحلة ورم متقدم موضعيا أي منتشر إلى الجلد أو إلى عضلات جدار الصدر	
STADE 3C	
ورم بأي حجم	T0-4
غدد ليمفاوية تحت عظمة الترقوية أو دون غدد تحت الإبط غدد ليمفاوية فوق عظمة الترقوية أو بدون غدد تحت الإبط غدد لمفاوية بداخل الصدر مع أم بدون غدد تحت الإبط	N3
ورم غير منتشر خارج الثدي	M0

وهي المرحلة الإنبثاثية ومنها ينتقل السرطان من الثدي لباقي أعضاء الجسم كالعظام والرئة والكبد والدماغ.

جدول رقم 06: حالة سرطان الثدي مرحلة04: STADE 04

الوضعية	TNM
أي ورم أي حجم	T0-4
أي غدد ليمفاوية (لها خلايا سرطانية او لا يوجد فيها)	T0-3
ورم منتشر خارج المنطقة	M1

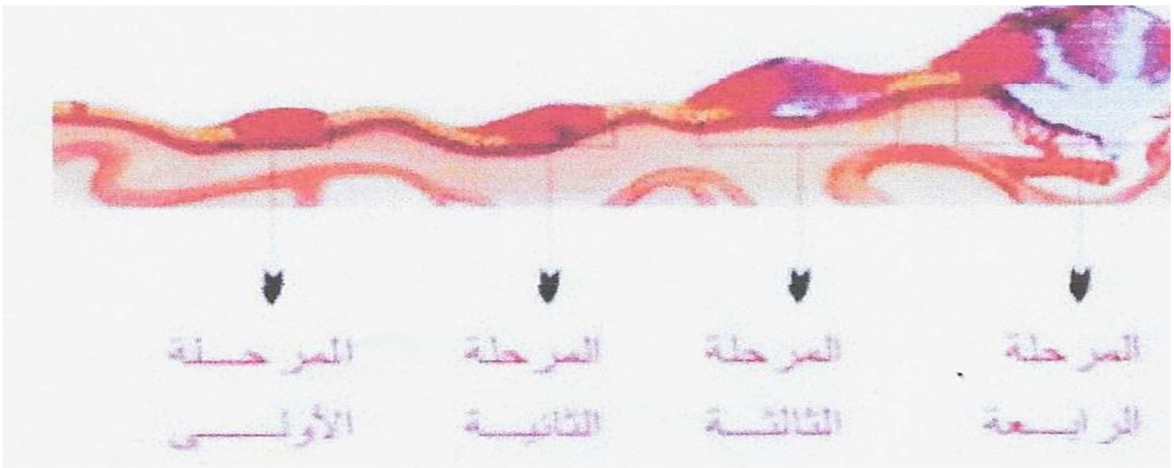
وأخيرا نلاحظ أن الأورام تتدرج من المرحلة 0 حيث ظهور ورم صغير بداخل النتوءات والغدد الحليبية، قد يكون محسوس باليد عند الفحص الذاتي للثدي، وغدد ليمفاوية لا توجد بها خلايا سرطانية.

في المرحلة الرابعة حيث الورم قد انتشر إلى منطقة الثدي إلى خارجه (الرئة، الكبد....) تقاس نسبة النجاح في علاج الأورام السرطانية عادة بالوصول إلى خمس سنوات بعد بدء العلاج واستطاعت الدراسات العالمية ساب نسبة الحياة لمدة 5 سنوات كحد أدنى وهي في الجدول كالآتي:

جدول رقم 07: حالة سرطان الثدي مرحلة05: STADE 05

المرحلة	نسبة الحياة لمدة 5 سنوات
ورم موضعي (المرحلة 0)	100%
المرحلة الأولى STADE I	90%
المرحلة الثانية STADE II A	88%
المرحلة الثانية STADE II B	76%
المرحلة الثالثة STADE III A	56%
المرحلة الثالثة STADE III B	49%
المرحلة الرابعة STADE IV	16%

مراحل تطور الخلية السرطانية في الجسم.



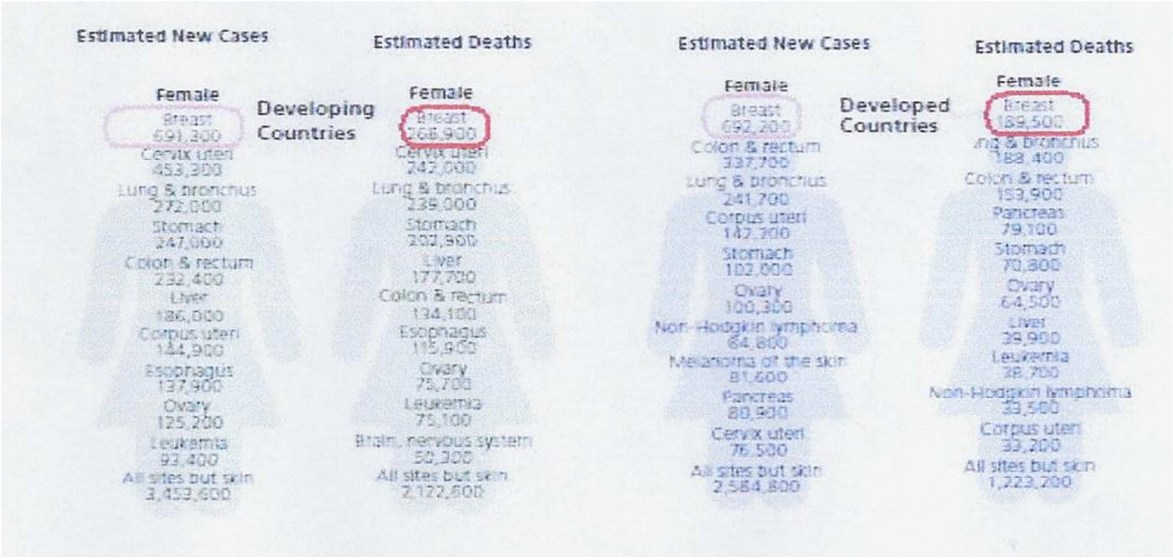
الشكل رقم 01: يظهر مختلف مراحل تطور الخلية السرطانية.

6- دراسة لعلم الأوبئة الخاصة بسرطان الثدي في الجزائر والعالم:

في 06 أكتوبر 2013 يوم السبت بالجزائر العاصمة مجموعة من المختصين قرروا تحقيق دراسة وبائية على المستوى الوطني، وهذا قصد ضبط مختلف مخاطر سرطان الثدي واستخراج الوسائل الوقائية ، وعليه فإن المشاركين في الملتقى الدولي حول سرطان الثدي عند المرأة الشابة أقروا ضرورة القيام بدراسات إيديولوجية خاصة بالجزائر للتعرف على العينة المصابة بهذا الداء، تعريف مختلف الأنماط الخاصة لكل منطقة وكذا عناصر الخطر لدراسة مختلف العناصر الوقائية كذلك .

ومن ضمن معطيات هذا الملتقى جمع المعلومات العامة الخاصة بسرطان الثدي بالجزائر قصد تحقيق برنامج وطني تحسيسي وإعلامي خاص بسرطان الثدي عند المرأة وذلك بسبب ظهور ارتفاع نسبة المصابين بهذا الداء بالجزائر، وأخير ومن ضمن التوصيات هذا الملتقى طرح بنية جديدة للتكفل بالمريضات وذلك بواسطة خلق مراكز مكافحة السرطان والإسراع في بناءها علما أن هذه المراكز متواجدة حسب البرنامج الصحي للوزارة المكلفة.

يعتبر سرطان الثدي السرطان الأكثر تواجدا عند المرأة بحيث أن الدراسة الوبائية العالمية أعلنت أن كل سجلات السرطان العالمية لاحظت أن ارتفاع نسبة السرطان وصلت إلى 50% خلال العشرين سنة الماضية، حسب مليون حالة كل سنة، ويبقى ناقوس الخطر يدق بقوة في الدول العربية وفي تصاعد مستمر في الدول النامية.

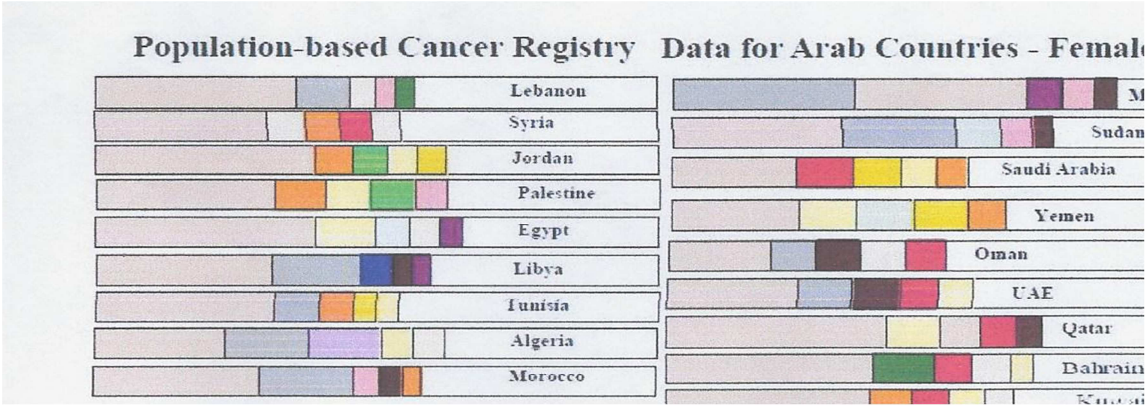


الشكل رقم 02: يبين نسبة العيش والوفيات عند الدول المتطورة والنامية لدى المصابات بسرطان الثدي.

هي إحصائيات قدمها (Manane, Hamdi chrif, 2012) يعبر البروفيسور بلقاسمي (Belgacemi y, 2010 :66) أن سرطان الثدي الأكثر انتشارا في إفريقيا الشمالية وفي الشرق الأوسط مع نسبة انخفاض بين 2 إلى 3 بالنسبة لدول الغرب، هي معطيات ذات نوعية حسنة تم قياسها من طرف UIACR على مستوى 3 دول في إفريقيا الشمالية نسبة لسجلات وطنية معمول بها منذ أكثر من 10 سنوات بالجزائر، تونس، ومنذ 06سنوات بالمغرب.

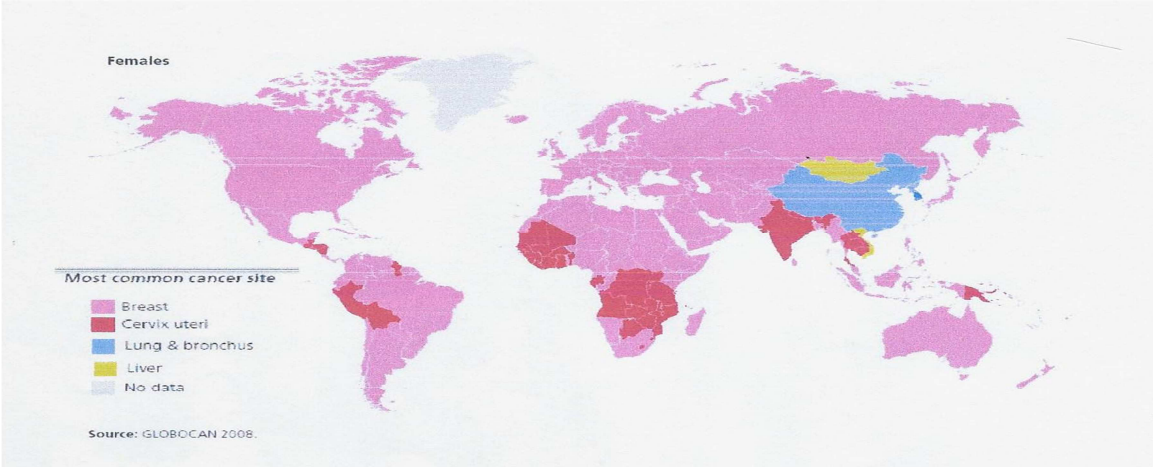
هذه السجلات أثبتت نوع من التفاوت بين الأرقام قد تكون مرتبطة باختلاف الزمن الذي توفرت فيه المراكز المرجعية للتكفل بالسرطان على المستوى الجهوي، إضافة إلى بعض الخصوصيات الإيدميولوجية، والملاحظ أن السرطان الثدي متواجد بنسبة كبيرة عند المرأة الشابة مقارنة بالمصابات في الدول الغربية وعلى مراحل متقدمة من المرض.

هناك تنبؤات في مستوى دول المغرب العربي التي ترى تضاعف في نسبة الحالات إلى عام 2024 مع ارتفاع متوسط السن أثناء التشخيص إلى ما بعد 53 سنة وانخفاض نسبة المصابات ذوات أقل من 35 سنة والتي لن تتجاوز 5% هذا الاضطراب الذي سيمس الدول الإفريقية الثلاث والسابق ذكرهم أثناء 15 سنة القادمة هو في الحقيقة مرتبط بسهولة إجراءات التشخيص وتطور مستوى الحياة لهذه الشعوب، كذلك تقمص العادات الغربية والمستويات الاجتماعية الثقافية لهذه المناطق.



الشكل رقم03: يبين نسبة انتشار سرطان الثدي في العالم العربي لسنة 2009

الملاحظ أن سرطان الثدي يتصدر السرطانات في كل العالم العربي.



هناك دراسات استذكارية لسرطان الثدي بالغرب الجزائري والتي قام بإجرائها عبدو قلوش وآخرون (Abdou klouche et al ,2013) هو بحث يهدف إلى تقييم الصورة الوبائية الدقيقة للمعطيات الحيوية الإكلينيكية والأبعاد التنبؤية لسرطان الثدي بمنطقة وهران، تلمسان، سيدي بلعباس حسب عينة نسبتها 182 حالة مصابة بسرطان الثدي والتي كانت تعالج بمصلحة الأورام بالمستشفى العسكري

الجهوي والجامعي لولاية وهران، أما عن نتائج هذه الدراسة فهي كالآتي:

أن الدراسة الوبائية الاستذكارية على هذه الحالات تمت في مرحلة ما بين 2007 إلى 2012 أدلت على أن السرطان كان نادرا قبل 20 سنة ما بين 40 إلى 50 سنة (سن المصابات) أما عن حجم الورم أثناء التشخيص فكان يتراوح ما بين (20 إلى 50 مم) ومعظم الأورام كانت ذات نوع سرطانات أنبوبية، الضامة مع مرحلة تاريخية متقدمة مرحلة II و III 54 % و 45%، وعليه حسب هذه الدراسة نلاحظ أن الجزائر تبقى نوعا ما متأخرة نسبة لأوروبا والولايات المتحدة الأمريكية أين نجد أن هذه الدول المتقدمة قد اعتمدت على الكشف المبكر منذ20 إلى 30 سنة سبقت وهذا ما أدى إلى تشخيص مبكر لسرطان الثدي المؤهل للانتشار، نتج عنه تحسين نسبة الحياة وانخفاض نسبة الوفيات لدى المصابات.

يضيف سيترادور (seradour, 2011 :257) هناك دراسة قام بها مختصين جزائريين في الصحة وهم البروفيسور، تركي، مقنى وآخرون هي نتائج ظهرت أمام 334 حالة مصابة بسرطان

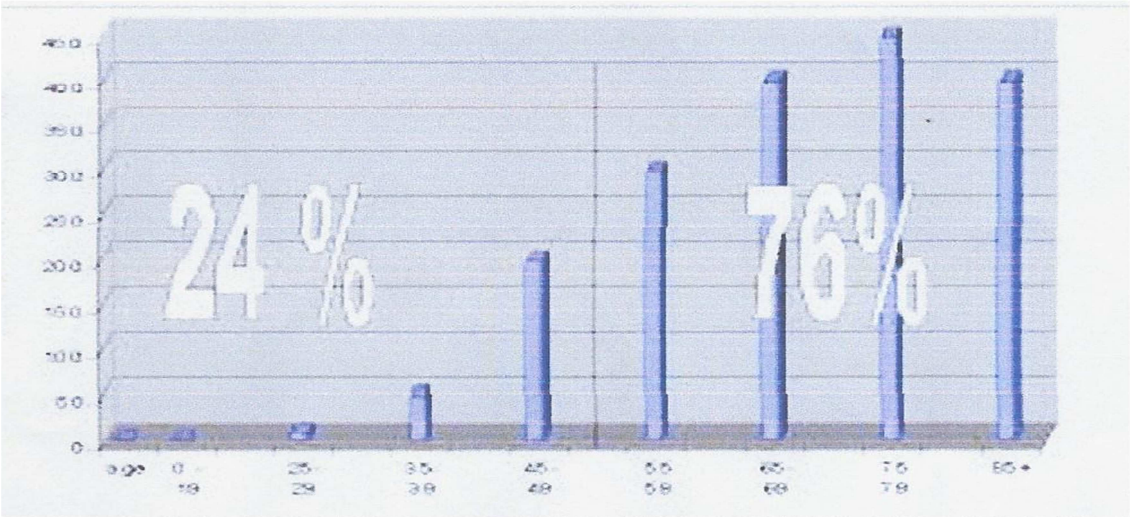
الثدي يتراوح سنهم بين الأعمار المتوسطة أمام 441 حالة شاهدة، النتائج أثبتت أن هناك نسبة عمرية للمصابات تتراوح بين 35 و45 سنة أي 27 % بحيث أن نسب الفحص الشائع هو ورم على مستوى الثدي بنسبة 81%، مع هيمنة لورم خبيث أنبوبي، أمام نسبة 72% وهي سرطانات وصلت إلى المرحلة الثالثة 40%، من الحالات وذلك لأن معظم النساء يتوجهون إلى فحص في مرحلة جد متأخرة من المرض، دراسة عناصر الخطر أثبتت أن الإصابة مست المرأة الشابة وعلاقتها بتناول حبوب منع الحمل وإصابتها بسرطان الثدي.

أما عن درجة الخطر فقد ظهرت بنسبة مضاعفة عند اللواتي كان لديهن سوابق مرضية عائلية الخاصة بالأورام الخبيثة، أدت هذه الدراسة إلى نتائج أدلت أنه رغم توفر وسائل الكشف الطبية لهذا الداء إلا أن الوسيلة الوحيدة المستخدمة في مجتمعنا هي الكشف الذاتي للثدي وعليه فمعظم المرضى يتوجهون إلى الطبيب وقد قاموا بتشخيص ذاتي لحالاتهم ولكن للأسف في مرحلة متأخرة من المرض وعليه فإن الدراسة الوبائية لسرطان الثدي في مجتمعنا قد تساعد على خلق أساليب وقائية ، وتنظيم برامج الكشف للتحسين من متابعة هذه الإصابة في مجتمعنا، يعتبر سرطان الثدي السرطان الأكثر شيوعا عند المرأة بحيث أن في دول الغرب امرأة واحدة من بين 8 تصاب بسرطان الثدي أثناء الحياة، ارتفاع نسبة الإصابة مع السن خاصة أثناء مرحلة اليأس، هناك قراءات بحثية أثبتت أن المرأة الغربية المصابة والتي لا تتجاوز 35 سنة ترجع نسبتها إلى 4% كذلك في إفريقيا الشمالية والشرق الأوسط يعبر سرطان الثدي من الأوائل عند المرأة في هذه المنطقة و المتمثل في نسبة 14 إلى مع 42 إرتفاع واضح ،وعليه تعتبر منظمة الصحة العالمية أن سرطان الثدي موضوع صحي عمومي ذات أولوية أساسية لدى المرأة في هذه المنطقة من العالم.

حسب البروفيسور بلقاسمي (belgacemi et al,2010 :57) فأن موضوعية الحديث في المجال الوبائس مرتبطة بالنقاط التالية: على الوبائي فان المعطيات ليس تامة، على مستوى الجبرية الجينية فأن الدراسات لازالت ناقصة و عرفت أنتقادات منهجية كثيرة ليس لها مجال للمقارنة . على مستوى عناصر الخطورة هناك تهديدات من نموذج حياة دول الغرب من حيث أنخفاض نسبة الولادة و الرضاعة ،تقدم سن الحمل الأول،السمنة....الخ ،وهذا ما أدى إلى صعوبة تحليل الإختلاف بين دول الغرب ودول إفريقيا العربية . و أخيرا على المستوى البيولوجي لا يوجد هناك وضوح ثابت بحيث أن هناك مجموعة من الفرضيات تستلزم شرح واسع بواسطة أبحاث معمقة و مركزة . وفي هذا المجال

فضلنا طرح دراسة وبائية لسرطان الثدي تمت بالمستشفى الجامعي بتلمسان تحت إشراف البروفيسور (megueni et al,2006),هي دراسة تهتم بسرطان الثدي وهدفها الرئيسي هو قياس نسبة الإصابة عند المرأة المتواجدة بامستشفى مصلحة طب النساء وذلك خلال سنة2006.

وإعتمدت هذه الدراسة إلى منهجين الأول وصفي حيث يقيس الحالات المصابة بسرطان الثدي خلال سنة 2006 أما الثانية فهو استبيان يهدف إلى طرح المخاطر المعرضة إليها المرأة قصد الإطلاع على نسبة الانشار ،الحالات عددها 150 امراة في حالة استشفاء بسبب أورام الثدي الخبيث،حيث أن 70 من هذه الحالات تم التأكد من خبث الورم (السرطان) ،الملاحظة أن أكثر من 65 لا تأتي للفحص ‘لا في مرحلة متأخرة،أخذت 40 حالة عشوائيا (الاستبيان) 03 منها تقوم بالمس الذاتي بصفة منتظمة، الملاحظ كذلك أن هناك سرطانات في سن جد مبكر (17سنة–25 سنة) مع وجود إصابات ثنائية الجانب أي أن الثديين مصابين وهن 07 حالات.



الشكل رقم 04: منحنى لظهور السرطان حسب السن في العالم

هذه الإحصائيات ظهرت في أبحاث (Mahane, Hamdi chrif, 2012)

في الجزائر يعتبر سرطان الثدي السبب الأول للوفيات عند المرأة عدد الإصابات من 14.5 حالة لـ 100.000 ساكن في العالم، وعليه فإن هناك 2000 حالة جديدة كل سنة (إحصائيات سنة 2006) حسب هذه الدراسة الوبائية فإن نسبة ارتفاع عدد الحالات المصابة راجع إلى عدة عوامل من بينها:

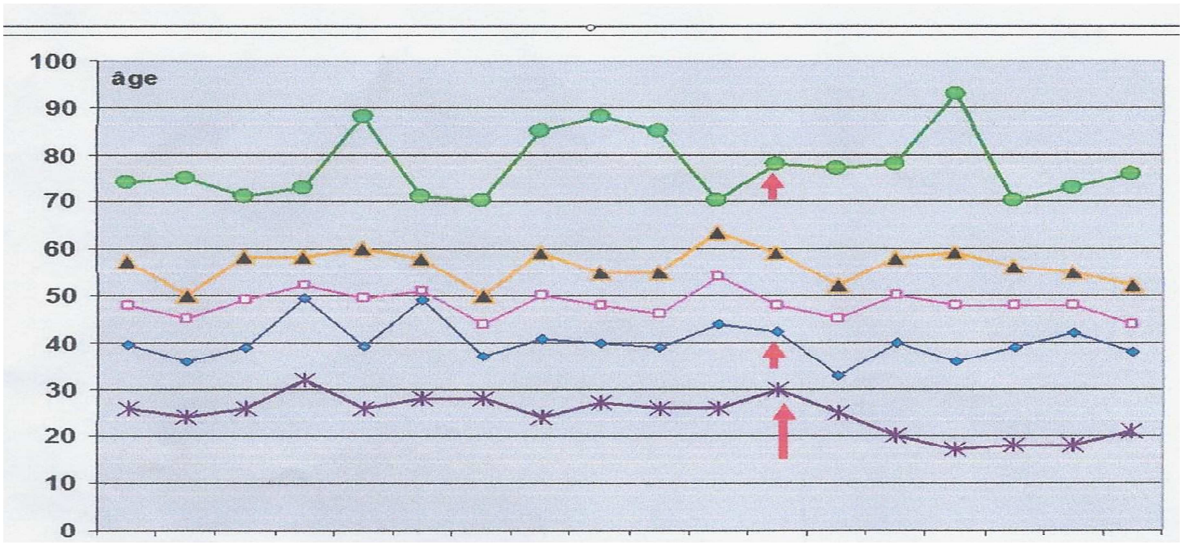
تغيير نمط العيش (الضغط السمنة، التحضر تغذية غنية جدا بالذهنيات وفقيرة من الألياف) الإثارة الإستروجينية تزيد من خطر ارتفاع الحالات المصابة بسبب الحيض المبكر، اليأس المتأخر، مع العلم أن الرضاعة الطبيعية خلال السنتين تخفض بالنصف خطر الإصابة بسرطان الثدي، حيث أن المرأة التي تناولت أكثر من 500 يوم هذه المادة خلال 17 سنة فإن لها نسبة خطر مرتين لكي تصاب بالسرطان، علما أن التشخيص يسهل بما أن الغدد الثديية سهل الوصول إليها بما أنها تحت الجلد وغالبا ما يكون سبب الفحص وجود عقيد Nodule أو سيلان من الثدي تشوه أو التهاب، تكيس صغير، موانع الحمل تعتبر سببا في الإصابة بسرطان الثدي:

56.7% من النساء خضعت لموانع الحمل الفمية

40 %استعملن وسائل أخرى

33% لم يأخذن أي شيء

هذا ما دفع الباحثين غلى البحث عن النسبة العمرية المتوسطة المصابة



الشكل رقم 05: السن الأكثر تداول من 40-50سنة مع معدل 48 سنة.

أولاً: سيكولوجية السرطان

1/نظرة عامة:

خلال العشرية الأخيرة، تقلصت الحدود بطريقة معتبرة بين الصحة الفيزيولوجية والصحة النفسية، وعرف المختصين في علم النفس التداخل بين المختصين، ونجحوا بقوة في الإلحاح عن إقناع الوسط الصحي عن أهمية التداخل بطريقة متناوبة بين المجال النفسي والصحي، وهذا يرجع إلى لفائدة صحة المرضى :فالسرطان مرض مخيف وقاتل الخلايا العادية التي تسهر على الحياة تصبح حاملة للموت وهذا ما يشوش الحالة النفسية، الباحث(Gustave – Nicolas – Fisher, 2013: 80) مختص نفسي في الصحة، هو الذي اكتشف البعد النفسي للضرر المتعدد العوامل في علم النفس السرطان، وهذه نظرة أخرى عن المرض والشفاء، فقد تساءل المؤلف عن النفسية كعامل خطير، فالطبيب يعلم جيدا أنّ الانفعالات تؤثر على الجانب البيولوجي والكيميائي للعضو، حين يعلن الخبر فلابد على المريض أن يخفي مظاهر السّرطان الشهيرة وتقبل هوية جديدة لأن هذا المرض قد يغير جذريا علاقة المريض بذاته وبحياته.

بعد التشخيص يستطيع المختص النفسي لعب دوره كغلاف آمن لابد أن يرافق المريض حتى يحسن نوعية الحياة ويساعده على التكيّف مع الجسد المتعب والحزين، وقد بيّن **G.N Fisher** في عدة أبحاث له بأنّ الروح القتالية أم المحاربة لها تأثير إيجابي على السّرطان ولعلم النفس دوراً أساسي حتى وإن كان المريض يهوي نحو الموت فهي مرافقة تعتمد على الاحترام، تؤمن العجز وتعترف بنوعية الإنسان المشرف على الموت .و يبقى علم النّفس حاضرًا حتى وقت الشفاء يرافق المريض أثناء رجوعه إلى عالم الأصحاء .

نستخلص من هذه المعطيات أنّ علم النّفس متواجد مع مختلف مراحل داء السّرطان وذلك لتفادي الانهيار الكامل للمصاب، النفسي والجسمي.

يعتبر الباحث السابق ذكره **G.N Fisher** أنّ المقاربة النفسية مهمة في عملية علاج السرطان من جهة وعدم ظهور الإنتكاسة من جهة أخرى وذلك لأنّ السّرطان يمكن اعتباره امتحان فردي، طبي منفرد، وهو ليس معاناة جسدية فقط، وتعب، تدهور أو بتر وإنما يغير من نظام يوميات المصاب لكي

تبدأ دوامة العهدة الطبية حيث يفرض على المريض تغيير عاداته , ينقص من نشاطه الاجتماعي ليواجه ذاته والآخرين في مجال يسوده التهديد بالموت.

ومنذ هذه اللحظة يفرض على علم النفس أن يسيّر كل الاضطرابات مروراً بكلّ مراحل إعادة تنظيم النفسية قبل مرحلة الحماية من الانهيار، وقد وضح هذا الانهيار الباحث(**Holland, ,459 1999**) على أنّ " الضيق هو تجربة انفعالية مزعجة، ذات طابع نفسي، اجتماعي أو روحي يؤثر على القدرة لمواجهة السّرطان بطريقة نافذة وعلى مواجهة العلاجات كذلك، و قد تدخل هذه التجربة ضمن مجموعة متجانسة من الإحساس العادي بالهشاشة وبالحزن والضجر إلى حد صعوبات قد تصبح معيقة كالحصر والاكتئاب والعزلة الاجتماعية والنوبة الروحية " .

2/تمثلات السّرطان :

لا يمكننا ضبط مفهوم التماثلات المتعلقة بالسّرطان إلا بعدما نقوم بوقفة هامة تخص مفهوم الثقافة وأول ما ارتأينا اختياره تعريف اليونسكو للثقافة " تعتبر الثقافة في مفهومها الواسع مجموعة من السمات الظاهرة، روحية أم مادية، فكرية أم عاطفية تميّز مجتمع ما أم كتلة اجتماعية وتشمل الفنون والآداب وأسلوب العيش والقوانين الأساسية للإنسان الأنظمة التي تمثل القيم والعادات والاعتقادات". قد نجد تعريفات متعددة كلّ منها تعالج الموضوع المراد دراسته، أما فيما يخص اهتمامنا فهو علاقة الثقافة بالتماثلات المتعلّقة بالأمراض الخطيرة كالسرطان وفي هذا المجال تقول (**MORO.MR, 2011**) إنّ دور الثقافة هو ترميز تجربة الفرد المعاشة، و التي تسمح إلى المعرفة المسبقة للمفهوم، تساعد الفرد على أن يكون جاهزاً لكلّ الظروف هي شبكة لقراءة العالم، متحركة ومرنة لكنها حاضرة دوما رغم وجود خطرا الاندثار بعض الأحيان وللاحتواء في وضعيات الانقطاع. وهناك عناصر عقلانية أم غير عقلانية تعمل على تعديل شدة صدمة السرطان تتدخل في إعداد المجال التكويني النفسي للمرضى وكذا متغيرات انفعالية ومعرفية، والانخراط أم لا في العلاجات المقترحة مع اللجوء الممكن للطب الموازي المصاحب ببعض التحليلات الغير عقلانية كليا.

و عليه يعتبر المختصين في علم الأورام النفسي مثل (**Marx E et al, 2009**) أنّ اكتشاف السرطان يؤدي بالمريض إلى البحث عن المفهوم، سواء عن طريق تفسير الحادثة أم من خلال الوصول إلى مفهوم وتجسيد اعتقادات وفكرة سحرية ومقارنة اجتماعية، وكلّ هذه الاعتقادات والتماثلات التي ساقها

أو حركها السرطان قد تدخل في إطار التكيف مع المرض. حول تجربة المرض يقول **(Kleinmam,1988)** عن الثقافة، أنّ القيم السائدة في الثقافة والنظام الرمزي والروابط الاجتماعية كلها تعدل من معاش المرض إذن يتعلق فهم وتفسير تجربة السرطان بمعرفة وفهم العالم الثقافي للمرضى آخذين بعين الاعتبار المعرفة الشعبية حول السرطان حيث تبقى منظمة على شكل تماثلان اجتماعية أو جماعية على شكل صورة ذهنية أم نظرة شاملة عن المرض منقولة عن طريق الشعوب.

(Marx E et al, 2009 :129)

إذن فالتماثلات هي أفعال اتصالية تسمح للفرد التعبير كما يعايشه في محيط عدلته الثقافة والاتصال الذي أثر بالأساس على مفهوم المرض وهذا حسب بحث **(Herzlick. C et al, 1991: 95)** بحيث ترافقت هذه الفكرة مع أبحاث **(Bensoussan, 2004 :31)** معتقدا بأن في التصور الشعبي يبقى السرطان دوما صورة للشيطان حيث السلوك المتستر الماكر والمنافق المشابه لبعض الحيوانات المؤذية (الحية، العنكبوت، السرطان ، الضفادع) غير أنّ الخطورة المقنعة للسرطان تتطلب نظرة أخرى تركز على الأعراض التافهة في إطار سياسة طبية تدفع كل فرد منا النظر إلى جسده نظرة مغايرة لتفحص مختلف العلامات الغير عادية ولو كانت تافهة.

حسب التماثلات الشعبية، السرطان هو تلك الصورة المتطورة للضرر بصمت وبقوة، حيث أن المفهوم الدنيوي يرى بأن الصحة هي مرادف "صمت الأعضاء" لكن الملاحظ أنّ السرطان يتبنى هذه الصفة في الجسم قصد تخريب الصحة وليس معالجتها.

و خلاصة القول، أنّ العلامات الأساسية لتماثلات السرطان ترتكز بالخصوص على العوامل التالية: أن المفهوم المجازي للسرطان يعبر عن اللانظام، عن الفوضى، عن صراع بين قوي النظام وقوي اللانظام، فقدان المراقبة بسبب صيرورة الضبط الاجتماعي، ويبقى الموت كرمز لتهديم النظام الطبيعي للجسد، فالسرطان يحوّل جسد المريض إلى جسد يتدهور بسبب عنف العلاجات من بتر، فقدان الشعر، الوهن، هي صورة لعدو لابد محاربته.

يعتبر **(Angé M , 1984 :35)** بأنه في كل المجتمعات ينظر للمريض على أنّه اختلال بيولوجي بالمفهوم الاجتماعي للكلمة بما أنه يمنع الفرد من تأدية واجبه الاجتماعي، هو اختلال لسيرة المريض الذاتية، هو شكل من التحطيم، كذلك خلل في العالم المعاش للمريض، وتبقى تفسيرات المرض

مرتبطة بفك رموز تماثلات الإصابة وطرق علاجها التي تساعد على إعادة التنظيم وذلك بإعطاء مفهوم للحدث أي المرض.

وعليه نلاحظ أن الصورة الحالكة لمفهوم السرطان تبقى مهيمنة على المجال المعرفي، مرتبط كذلك بالتماثلات التي تصنفه في سجل المعاناة والموت. إنّ تمثلات السّرطان ليست ثقافية فقط وإنما اجتماعية أيضا حيث يقول الباحث **(Danyl et al, 2008 : 53)** أن الصور المرتبطة بالسرطان كالمعاناة والتدهور الفيزيولوجي يشكل قاعدة أساسية لتكوين علامة خاصة بهم لأن مظهر المرض يؤدي إلى الانفراد الانعزال وإلى بصمه بوسمة عار نحن لسنا كالآخرين، لسنا كالأصحاء نحن من لا يرغب الناس في رؤيتهم، نحن نخيفهم، لأن المظاهر الفيزيولوجية للمرض تذكر دوما بوضعية الموت ,

وعليه نتساءل هنا كذلك على التأثير القوي لهذه الاعتقادات على معاش المريض وعلى اختياراته العلاجية التي قد تساهم في المحافظة على الإحساس بالذنب أم بالمسؤولية اتجاه مرضى لا يستطيعون الحفاظ على روح دفاعية أو موقف إيجابي اتجاه المرض لأنهم يعتبرون أنّ المحضوضين هم فقط الذين يتمكنون من النجاح.

أضف إلى ذلك أنّ التقييم الزائد لقدرات الأفعال المراقبة الشخصية قد تكون سلبية بحيث لا يمكن التقليص من التعبير عن معاناة المريض إلى تركيبة اجتماعية وإنما نؤكد على أنّ هذه المعاناة تظهر حينما يتعامل المريض مع معاشه الشخصي اتجاه مرضه والنماذج الاجتماعية للمرض، قد يؤدي الخيال الاجتماعي للسرطان وتماثلاته إلى تكوين خزان لاستقبال الأحكام المهيأة، والتي تساعد على التدهور أو التعامل مع المعاناة الخاصة بالمريض

3/الشخصية السرطانية:

السرطان نشاط لا اجتماعي حسب النظام البيولوجي فالخلايا السرطانية مؤهلة أن تجد في محيطها الوسائل التي تؤمن لها اللاموت والبقاء، إذن هذا التقدم نحو الموت قد يكون استعداد سري لقبول لها ينزل في الواقع ليعطي الإشارة للعجز، العصيان المحتمل في أي وقت، يعتبر **(Laurent s,2007)** أنّ التسمية السرطانية تشير إلى من يصاب بالسرطان ليختلط للأسف مفهوم الفرد بالموضوع، لأن المرض يؤثر دائما على السيرة الحياتية، هي فرضية دالة على وجود متابعة فردية تبدأ من النظام النفسي إلى

النظام الجسدي دون تفرقه، وهنا كلّ ما هو صحيح يكون حقيقي، حيث لا يستطيع الطب أن يقيس ما هو غير موجود، فالإنسان الحي له هوية تضيف إليها النفسية طابع التفريغ الأصلي.

وتبقى النفس نظام معقد جد حساس متكون من تفاعلات ولم تلجأ إلى المرض بمفهومه العضوي العادي قد يؤدي ذلك إلى الاختلال، إذن من الضروري أن نحترم القناعة والبراهين العلمية ونشترك ونفكر من أجل أي شخص يعاني من سرطان أو من أي إصابة تجعل مستقبله في خطر، وحتى لا تحوله إلى تركيبة بيولوجية لكي لا تتحول البشرية إلى وضعية مريض يواجه ضعفه وإنما يبقى الاعتراف به كإنسان مريض ذات كرامة. ومن هذا المنطلق علينا اخذ بعدا نقديا بناءا يساعد على تغيير نظرتنا اتجاه المريض أو المصاب بالسرطان وذلك على مستوى مختلف المعارف وتطبيقات في مجال البيو طبي لفائدة المريض واحترام ذاته كفرد.

يقول (**Aline S, 2009 :285**) لماذا نجد في الوسط الفرنسي الحالي أن مرض السرطان يدعو الأشخاص المرضى أم الأصحاء لإعادة التفكير في الوحدة الأساسية للإنسان وفي الروابط بين الجسد والروح، فالتساؤلات حول تفسير السرطان تؤدي إلى الكشف عن تركيبة الجسد الخاضع لامتحان المرض مع فحص كل الأشكال السببية المشارة من طرف الناس مع التحليل وذلك بعيدا عن التجارب الفردية التي تأخذ بعين الاعتبار قاعدة التفاعل بين النفسية وجسد المريض وهذا ضمن رؤية روابط الفرد مع عالمه المحدد ثقافيا الموضحة للمرض وتبعا لـ (**Laplantine 1986, Pierret et Herzlick 1986 , 1991**) فالباحثون لم يجعلوا من التكوين النفسي للسرطان كموضوع أساسي لاستثماراتهم ما عدا الأعمال القديمة للمؤرخ (**Pierre Darmon1993**) وعلم الاجتماع (**Sontag Susan**) فالتحليل النقدي يهدف إلى التصريح بأسطورة، بالنسبة للباحث الأول أمّا الثاني فينعت المريض بالمذنب وذلك من خلال التفسير السيكوسوماتي، ولهما الفضل بربط التماثلات بالمنطق الاجتماعي والثقافي بصفة عامة، خلاصة القول أنّ أصل السرطان ينظر إليه كعامل ينمو داخلياً أم خارجياً، قد يكون داخليا من خلال الشخصية ذات مزاج عصبي ذات نوعية وظيفية نفسية صراعية عاطفية والتي لم يتم إخراجه هشاشة انفعالية وضغط نفسي ومن خلال هذه الصنف من الشخصية ونوعية النفسية تفرز الشخصية السرطانية.

فالورم هو نتيجة صنع الشخص، فأصبحت الطباع النفسية كالمادة المتلفة. أما بالنسبة للنموذج الخارجي، يبقى أصل السرطان ينمو خارج الشخص بحيث يرجع المرض إلى المحيط الاجتماعي وإلى الضغط الاجتماعي وإلى الضغط النفسي والأحداث الحياتية التي تؤدي إلى الصدمات.

فالباحث (**Schmoll P, 1981**) يشير إلى أن السرطان كان سبب البحث في موضوع المرض أو شخصية المريض، لم يتم قياس الاهتمام بهذا الميدان إلاّ في الزمن الحديث وذلك بعد أن أشار العالم الفيزيولوجي **H. Selye** إلى بعد انعكاسات الحياة العلائقية للفرد على التوازن العضوي والنظام الهرموني- الاستقلابي- المناعي – ومن بين الأعمال ظهور محاضرتين بالولايات المتحدة الأمريكية 1966-1969 حول الصفات النفسية – الفيزيولوجية للسرطان .

في أوروبا انعقاد مؤتمر علمي دولي تحت إدارة الأستاذ **H.J.F Baltruch** حول الصفات النفسية- الجسدية للسرطان حيث أدخل الباحث **Norbert luttens chlaguer** مفهوم السرطان في السيكوسوماتية مع تطرقه لنظرة تاريخية موجزة للمقاربات السيكوسوماتية منذ أبقراط وقاليان حول السرطان مع دراستهم الخصوصية لأبحاث **G.Grossarth** و **W. Reick** الخاصة بالتحليل النفسي .

G.Groddeck و **Maticek** الخاص بالمدرسة السلوكية، أما من حيث البحث الإحصائي تبين أنه يوجد توازي بين السرطان ونوعية الشخصية ذات الاستعداد للإصابة والمصنفة بـ "المكتئبة" ويبقى هنا مفهوم الاكتئاب ليس العيادي ولكن الاكتئاب الكامن غير محدث، يتماشى ذلك أساسا مع الفرد الذي لم يستطيع الاستقلال عن موضوع رغبته ومن هنا يسترجع الضياع أو الفقدان المحتمل وعليه نسجل أهمية الأبحاث التي أشارت إلى أنّ السرطان يظهر بوضوح عند الأشخاص الذين كانت لديهم تجربة حديثة للحداد المرتبط بفقدان قريب أم عمل بعد الإحالة على التقاعد الغير مقبول.

خلاصة القول فإنّ التجربة التحليلية بينت أنّ العرض وإن كان من نوع عصابي بيولوجي أم سيكوسوماتية مرتبط بمشكل علائقي يظهر ليعوض العبارة التي كانت غير كافية للتعبير عن الرغبة مما يؤدي إلى فشل الاتصال أي فشل البحث عن موضوع الرغبة وقد يترجم ذلك بالمفهوم النفسي الفيزيولوجي كاستحالة إعداد جواب متكامل في حالة وضعية احتياج لذلك.

أما من الجانب العضوي فقد نتكلم عن وضعية لا تكيف جسدي والذي كان بالضرورة مصدرا لعدم التوازن والضغوطات ، وفي نفس المجال لا يمكننا إلا أن نذكر التجربة العلمية التي أعطت نتائج لا نقاش فيها قد تؤكد مفهوم علاقة السرطان بالشخصية، ظهور بعض الأطباء أو نفسانيين الذين قاموا بفك الرموز النفسية البيولوجية للمرض أمثال: **Barbery P, Lamotte t** يقول **(Boris sirbey, :54 2004)** ولإثبات وجود هذه النظرية الدالة على العلاقة بين السرطان والشخصية طلب من الأطباء جمع معطيات عن مرضاهم دون أي معلومات حول ماضي أم شخصية المريض، من خلال تحاليل الأشعة فقط و عن طريق نتائج هذه الأخيرة قاموا بتحليل الصراع النفسي البيولوجي حسب كلّ حالة وبعد هذا البحث تبين أن هذه التحليلات كانت صائبة وصحيحة .

أما بالنسبة لـ (**Reich Wilhelm,1957**) عرض أفكاره حول المسألة في مقدمة كتابه "**Biopathie du cancer**" حيث يقول أنّ الآلية الأساسية في مرض السرطان تتمثل في ضمور تدريجي لنظام الحياة وقد يتوضح ذلك بسهولة أثناء قهر مقاومته على قبول العوامل المهمة الآتية:

1.تقبل مفهوم الإصابة الداخلية.

2.الاعتراف بدور الانفعالات في الإصابة العضوية.

3.الاعتراف بتكوين مواد حية نشيطة بحركات تلقائية من خلال مواد حية أخرى غير حية، وحتى من طاقة العضو الحرة. كل هذا لغرض التحكم على المستوى التجريبي والتقني الذهني، لأننا حين نهتم بالسرطان نواجه مباشرة مشكل التكوين البيولوجي.

4.حين نتفحص الأمراض السرطانية لابد أن نضع ضمن مجهوداتنا العلاجية الاضطراب الجنسي المهاجم للمريض الذي يتفاداه دائما.

5. حين تكون عندنا رؤية بسيطة عن مشاكل السرطان لابد علينا أن نتقبل في النهاية وجود طاقة خارجية أساسية جديدة، خاضعة للقانون الوظيفي الغير ميكانيكي وهي جاهزة بقوة طاقوية سماها Reich بكل بساطة « **orgone** » أي العضوية.

وخلاصة القول أن معطيات W.R قد مزجت بين المجال النفسي وما سماه بـ Orgone أي مادة أم طاقة تأتي حسب رأيته من عالم مادي محض، وعليه فإن هذه الفكرة كثيرا ما دفعت علماء الطب

بوصفه المشعوذ، أما الباحث (**Herzog B, 1993:144**) فهو يستعمل كلمة السلبية أي السلوك المضاد للحياة، البحث اللاشعوري الدائم عن المعاناة والهموم والحوادث بحيث أنّ تطور هذا السلوك قد يكون داخلي أو خارجي فيصبح بالنسبة للآخرين ذلك المريض إذا لم تكن له المراقبة المعنوية الكافية لأقواله وانطباعاته.

فالسلبية تعني إذن رفض الحياة مما يتضمن عدم قبوله الرغبة واللذة والنجاح و تعتبر هذه المرحلة بداية انطلاق مراحل الانفجار، ومن هنا يقول المحلل النفساني **Boris Sirbey** إنّ فكرة العلاج النفسي للمريض بالسرطان هو تحضير المريض على العمل مع ذاته قصد فهم الصدمة التي أثارت السرطان، بحيث إذا ما كان الصراع ما زال ينشط في الذات لابد عليه أن يجد معالجاً قادراً على أن يساعده على تخطي ذلك وتدمير الإحساس السلبي للصراع،

وتستمر هذه العملية بالمتابعة الطبية عن طريق الأشعة لملاحظة تطور الورم وفي حالة ما إذا تجاوز الصراع النفسي يلاحظ الطبيب كيف أنّ الجسد يستطيع التخلي عن الورم السرطاني تدريجياً وبطريقة طبيعية بانحلال الأنسجة الضارة.

وفي نفس المجال نحاول التقرب إلى المختص السيكوسوماتي (**Sami Ali, 2000 :5**) في أحد مقدماته يقول فيها أن المسألة المطروحة من الآن فصاعدا أن السرطان على وشك تكوين طريق مسدود في الحاضر كما في الماضي وذلك من خلال الأحداث التي انتهت بتغيير كل الطباع، وقد كان سبب هذه التغيرات التي كشفت عنها الأحلام والأحاسيس لتصل في النهاية إلى إلغائها من الوظيفة السكوسوماتية، وعليه فإن هيمنة الكبت الطبعي يحدث مع وضع مسافة قصوى مع التجربة العاطفية ليحجب في نفس الوقت الوعي الخاص بالأحلام على حساب الوعي اليقظ أو الفطن، نحن هنا أمام غياب بسيط للأحلام أم ملامسة متفككة للأحلام التي تبقى غير واضحة وبدون محتوى، أم إنتاج للحلم الحقيقي لكن هذا يحصل نادراً بانقطاعه عن الذات أمام فضول وغرابة، وهذا ما أوضحته مجموعة البحث في علم الأورام النفسي الفرنسي **SFPO** (**Dauchy S et al, 2007 : 148**) أنّ المصاب بالسّرطان يواجه صعوبة في تحقيق الذات وهذا ما يدفعه إلى الخضوع للآخر بكل ثقة فذلك التكيف الاجتماعي و حسن المعاملة فيما بينهم ليس إلاّ شعور بالعجز والضعف فيتخذ ذلك النمط من العلاقة كوسيلة لتحقيق ذاته في

حالة تعرضه لضغوطات وصراعات غير قادر على مواجهتها، وعليه فالحالة تلجأ إلى كبت المشاعر السلبية وبالخصوص الغضب والعدوانية.

4- الضغوط النفسية تهدم جهاز المناعة :

تؤثر الضغوط النفسية والحالات الوجدانية السيئة تأثيراً سلبياً على جهاز المناعة لدى الإنسان، مما يجعله أكثر عرضة للإصابة بالأمراض التي يستطيع جهاز المناعة عندما سليماً وقاية الجسم منها.

وتم الإطلاع على أربعين دراسة أجريت بين عامي 1981-1991 حول العلاقة بين الضغوط النفسية الاجتماعية والإكتئاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان، جمعت هذه الدراسات 1053 فرداً بمتوسط عمري قدره 23-39 سنة، قيست عندهم مجموعة من الضغوط النفسية والاجتماعية والإكتئاب، وقيست عندهم كذلك الجوانب الكمية والكيفية للخلايا اللمفاوية المكونة لجهاز المناعة، فتبين من هذه الدراسات أن الضغوط النفسية والاجتماعية والإكتئاب تؤثر سلباً بدلالة إحصائية تتراوح بين 0.05 إلى 0.001 على فعالية الخلايا المكونة للجهاز المناعي وهي الخلايا – ت و لخلايا – ب والخلايا القاتلة.

حيث تبين أن هذه الخلايا نقصت فعالياتها في التصدي للأجسام الغريبة التي تدخل إلى الجسم ، مما ضعف مقاومتها لها ونقصت فعاليتها في حماية الجسم من الإصابة بالأمراض.

(ناصر إبراهيم المحارب، 1993، 349-351)

وفي دراسة لازاروس باتروب وآخرون L. Batrop et al في أستراليا على تأثير فاجعة الموت على الصحة النفسية والجسمية معاً، وخاصة مقاومة الجسم للأمراض، تتبع باتروب وزملاؤه الأزواج الأرامل، بهدف رصد التغيرات الطارئة على وظيفة الجسم المناعية خلال مرحلة وقوع الفاجعة، فاتضح أن جهاز المناعة عند هؤلاء الأزواج قد ضعف ووهن، وخاصة على مستوى الخلايا المناعية من نوع – ت T.Cell وقد تسبب هذا الضعف التوترات النفسية التي تعرضوا لها بسبب فقد أزواجهم.

(محمد الحجار ، 1989، 31).

5- الضغوط النفسية عند مرضى السرطان :

بين الكثير من الدراسات أن هناك أحداثاً ضاغطة في الحياة ترتبط بالإصابة بمرض السرطان الذي يعد أحد الأمراض السيكوسوماتية التي عني بها علم النفس، وتم اعتباره اضطراباً سيكوسوماتيا من الدرجة الثانية Secondary Psychosomatic Disorders مع السل الرئوي.

(نجية إسحاق عبد الله، رأفت السيد عبد الفتاح، 1995، 142)

ويذكر الأطباء والسيكولوجين أن التغيرات الفيزيولوجية التي تصاحب الإنفعال قد تصيب أي عضو في الجسم (القلب أو الرئتين أو المعدة أو الكبد أو القولون أو الجلد وغيره) فالتوتر النفسي الذي لا يجد له مخرجاً وتصريفاً مناسبين يكون مصيره الإنحباس في تغيرات عضوية قد تكون على درجة كبيرة من الخطورة على صحة الإنسان. **(مصطفى زيور، 1986، 245)**

وتبين من العديد من الدراسات كذلك أن العوامل النفسية السيئة تؤثر سلباً في صحة الجسم.

(مايكل أرجايل، 1993، 227)

وفيما يتعلق بعلاقة الأحداث الضاغطة بمرض السرطان نوردها كمايلي:

أ-المشقة ومرض السرطان :

تبين أن الأفراد الذين عاشوا ظروفاً ضاغطة قاسية كالحروب والأسر والسجن، كشفت الدراسات التتبعية مدتها ست سنوات لهؤلاء زيادة نسبة الإصابة بمرض السرطان مقارنة بأفراد عاديين.

(محمود السيد أبو النيل، 1997، 14)

وبينت دراسات أخرى كذلك أن المرضى بالسرطان يكونون قد تعرضوا لضغوط ومشقة يستجيبون لها بالحزن واليأس وفقدان الأمل في السنة أو السنتين قبل الإصابة بالمرض، وكشفت دراسات أخرى علاقة مرض السرطان بفقدان العلاقات العاطفية الحميمية مع الآخرين، بسبب الطلاق أو الترمل أو الفراق، ويستجيبون لهذه الضغوط باليأس والحزن المبالغ فيه.

(محمود السيد أبو النيل، 1997، 14)

وتمت هذه الدراسة على 100 شخص من مرضى السرطان عام 1962، وفي أخرى مقارنة بين مرضى بالسرطان ومصابين بأمراض أخرى، أن المرضى بالسرطان كانوا قد مروا بأحداث أليمة وفقدوا العلاقات الشخصية الهامة وعاشوا خبرات من القلق والتوتر، ولا يستطيعون التعبير عن مشاعر الكراهية والعدوان، فيكتبون تلك المشاعر ولا يجدون لها تصريفاً ومخرجاً ملائماً.

(نجية عبد الله إسحاق، رأفت السيد عبد الفتاح، 1995، 142)

وفي دراسة تفصيلية قام بها ليشان 1959 Leshan على 250 مريضاً بالسرطان مقارنة بعينة ضابطة، تبين منها أن هناك أربعة عوامل تميز مرضى السرطان عن العينة الضابطة وهي: فقدان العلاقات الاجتماعية، العجز عن التعبير بصورة جيدة للدفاع عن النفس، عدم الشعور بالقيمة الذاتية وعدم تقبل الذات، الشعور بالتوتر نظراً لطبيعة العلاقة مع أحد الوالدين أو كليهما.

(في: محمد جاسم الخواجة، 2000، 219)

وفي دراسة عام 1995 في مصر على مجموعة من مرضى السرطان تبين أن من أحداث الحياة الضاغطة لديهم مايلي: الإصابة بمرض جسمي خطير، النقص في الدخل، وفاة عضو في الأسرة، التغير في مسؤوليات العمل، الوقوع في دين كبير البطالة انقطاع العلاقة بشريك الحياة، انقطاع العلاقات الجنسية. (نجية عبد الله إسحاق، رأفت السيد عبد الفتاح، 1995، 148)

وفي دراسة أخرى قامت بها فيفيان عشماوي (2001) تبين منها أن المصابات بسرطان الثدي أقل تحملا لمثيرات المشقة، وانخفاضا في مفهوم الذات، وأقل قدرة على التكيف، وأقل صلابة نفسية، وزيادة في الاضطراب الانفعالي مقارنة بغير المصابات بسرطان الثدي.

(جبر محمد جبر، 2004، 43)

ب-الشخصية ومرض السرطان

بينت دراسات لاشمان 1972 Lashman أن المرضى بالسرطان لهم اتجاهات انفعالية تتسم باليأس والقنوط والشعور بعدم جدوى الحياة، ويكونون قد تعرضوا لأحداث صدمية مؤثرة سابقة على ظهور المرض.(نجية عبد الله إسحاق، رأفت السيد عبد الفتاح، 1995، 142)

وبينت كذلك دراسات دوبسون وكندال 1993 Dobson & Kendall أن الشعور بالعجز واليأس، يعتبر أن ركيزة معرفية تجاه مواقف المشقة حيث يؤديان دوراً هاماً في التهديد بالفشل في الحياة، وبينت دراسة تيموشوك وآخرون 1985 Temoshock & al ارتباط العجز واليأس بالإصابة بأورام

سرطانية، وبين دوبسون 1982 أن إستجابات اليأس إزاء أحداث الحياة الضاغطة تستخدم للتنبؤ بنمو السرطان في دراسة أجريت في يوغوسلافيا.

(محمود السيد أبو النيل، 1997، 14)

ووجدت دراسات أخرى أن المصابين بمرض السرطان يتسمون بالقلق وخاصة قلق الموت والإكتئاب والعجز وانخفاض الدافع ونقص المهارة وقلة بذل الجهد، والتسرع واستعجال الأمور، وضعف الشخصية والاستسلام للهزيمة واعتبارها أمر حتمي، إضافة إلى الجمود والعجز، والاضطراب في العلاقات العائلية.

(محمود السيد أبو النيل، 1997، 16) (نجية عبد الله إسحاق، رأفت السيد إبراهيم،1995، 140).

وتشير بحوث أخرى إلى هناك 60% من المكتئبين في مستشفيات الأمراض العقلية يموتون بالسرطان، وأن نسبة الإصابة بسرطان الثدي يكون بين النساء المريضات نفسياً .

(في: جبر محمد جبر، 2004، 33) .

ووجد كذاك أن الخوف المرضي من الإصابة بمرض السرطان نتيجة وفاة أحد الأقارب به ، يساهم في تطور هذا المرض . (محمود السيد أبو النيل، 1997، 12)

والاتجاه نحو الذات الجسمية والحياة، والاتجاه نحو مرض السرطان نفسه، وما يترتب عنه في بعض الأحيان من استئصال لعضو معين، له علاقة بمرض السرطان، هناك أشخاص يصيبهم الهلع شديد بسبب عدم تقبلهم وتكيفهم مع المرض، فينهارون نفسياً أمامه مما يسهم في سرعة نموه.

(محمود السيد أبو النيل، 1994، 229)

إضافة إلى أن هناك أفراداً متشائمين ينظرون إلى الحياة نظرة سوداوئية قاتمة، وهؤلاء من المحتمل أن يتمكن منهم المرض ويقضي عليهم بسبب افتقارهم للفاعلية الذاتية والتفاؤل بالحياة التي هي من العوامل النفسية المساعدة على التغلب على صعوبات الحياة ومن بينها المرض.

تبين من نتائج دراسة قامت بها نجية إسحاق عبد الله وآخر في مصر على 30 مريضاً بالسرطان نصفهم ذكور ونصفهم إناث متوسط أعمارهم 10-34 سنة، تبين منها أن شخصيات مرضى السرطان تتسم بمايلي:

عدم الواقعية في الاتصال بالبيئة، نقص القدرة على التكيف مع أحداث البيئة، اضطرابات نفسية كالقلق والوسواس ونقص الكفاءة الذاتية، سوء التوافق الجنسي، سوء التوافق العائلي، الحاجة إلى الأمن، الحاجة إلى الأمن، الحاجة إلى الحب والحنان، الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين، الحاجة إلى السيطرة الاجتماعية، الحاجة إلى العدوان، الحاجة إلى الاستقلال، الحاجة إلى الانطواء.

(نجية عبد الله إسحاق، رأفت السيد عبد الفتاح، 1995، 152-155)

وبينت دراسة ج.م الخواجة على 195 مريضاً ومريضة بالسرطان تراوحت أعمارهم بين 12-64 سنة بمتوسط قدره 41سنة، تبين منها أن هناك ارتباطاً موجباً دالاً إحصائياً بين نمط الشخصية-أ والإصابة بالسرطان. (جاسم محمد الخواجة، 2000، 215)

ووجد علي حسن إبراهيم(2003) في دراسته على 150 مريضاً بالسرطان من السعوديين أن مرضى السرطان كانوا أكثر اكتئاباً وقلقاً وخوفاً ووسواساً قهرياً وعداوة وذهنياً مقارنة بالأصحاء.

(في: جبر محمد جبر، 2004، 43)

وأجرى كل من س.سيمونتون، س.سيمونتون ج.كريتون 1978 C.Crieghton Simonton,S & Simonton دراسة عن استخدام العلاج النفسي لمرضى السرطان، تبين منها أن المصابين بالسرطان يتسمون بالخصائص التالية:

1- عدم القدرة على العفو
2- الشعور بالأسى نحو الذات
3- العجز عن بناء علاقات إجتماعية قوية لفترة زمنية طويلة
4- انخفاض مفهوم الذات. (في: جاسم محمد الخواجة، 2000، 220).

ومن أهم ما كتب في علاقة السرطان بالشخصية فصل كتبه السيكولوجي الإنجليزي هـ.ج أيزنك عام 1996 H.J.Eysenk بعنوان الشخصية والسرطان Personality and Cancer راجع فيه مجموعة من الدراسات، تبين منها وجود علاقة قوية بين الإصابة بالسرطان وسمات الشخصية، وناقش إمكانية احتمال أن تكون العلاقة سببية Causal أو إرتباطية Correlational، ولخص أيزنك نتائج الدراسات التي قام بتحليلها موضحاً مجموعة من النقاط كمايلي:

1- تأثير استراتيجيات التعايش والسمات الشخصية على جهاز المناعة إذا ما تعرض الفرد لأحداث شديدة.

2- نؤثر الانفعالات الشديدة والضغوط على جهاز المناعة مما يزيد من احتمال الإصابة بالأمراض الفيزيولوجية.

3- ترتبط كل الاضطرابات الانفعالية الشديدة والاضطرابات العقلية إيجابياً باضطراب جهاز المناعة.

4- ترتبط الخبرات السلوكية التي تشمل الضغوط باحتمال إصابة الفرد باضطراب في جهاز المناعة.

5- تؤثر الخبرات التي تشمل على الأحداث الضاغطة على الجهاز العصبي المركزي، وهي تؤثر بدورها في جهاز المناعة عند الإنسان .

6- تتأثر الهرمونات بالتغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي المركزي مما يؤثر على جهاز المناعة.

7- تؤثر التغيرات الكيميائية الحيوية التي تتوسط الأحداث والتغيرات في الجهاز العصبي المركزي على جهاز المناعة.

8- يزيد العلاج النفسي والاسترخاء والتنويم المغناطيسي من قدرة جهاز المناعة.

(في: جاسم محمد الخواجة، 2000، 220)

6-المعاش النفسي لمريض السرطان

من الواضح أن التأثير النفسي للسرطان قد يكون معمراً، فلا تزال الكلمة تستحضر مخاوف الموت والتشوه والإعتماد على الغير بدنياً والعجز عن حماية أولئك الذين يعتبرهم أعزاء لديه، وعادة ما تكون ردة الفعل الفورية عند تشخيص المرض لدى فرد ما هي عدم التصديق والصدمة.

وقد يحدث المرء نفسه " أن ذلك لا يمكن أن يحدث لي ولابد أنهم أخطئوا عند فحص الشرائح" ثم تأتي بعد ذلك مرحلة الضيق الحاد والاهتياج الشديد، والاكتئاب الذي قد ينطوي على الانهماك والتفكير بالمرض والموت، والقلق وفقد الشهية والأرق وضعف التركيز والعجز عن القيام بالأعمال الروتينية (الرتيبة).

(Timmie.C.halland 2004)

وفي الأحوال المثالية يبدأ المريض بعد أسبوع أو أسبوعين بالشعور بأنهم لم يفقدوا كل شيء وينهمكون في البحث عن خطة للمعالجة وعلى مدى الأسابيع أو الأشهر التالية يتعلمون ببطء كيف يتغلبون على الحقيقة القاهرة للمرض وترتبط الطريقة التي يتكيف بها الناس مع السرطان إلى خد كبير بقدراتهم السابقة على مواجهة مشكلات الحياة وأزماتها.

فالبعض يتغلب على تحديات المرض بأسلوب هادئ وبناء نسبياً في حين قد يدخل آخرون لا سيما أولئك الذين يعانون سلفاً صعوبات نفسية في انهيار (اضطراب) عاطفي.

إنّ هجمات القلق والأرق وضعف التركيز لفقد الشهية للطعام وفقدان الاستمتاع بالنشاطات السوية وصولاً إلى عدم الرغبة بالاستمرار في العيش، كلها علامات لكرب خطير ويجب أن تحظى بعناية واهتمام مسؤول الصحة العقلية، إذا ما استمرت أسابيع عديدة بعد التشخيص الأولي، كما يحتاج الناس إلى معاونة متخصصة إذا ما تعارضت استجاباتهم مع العناية الطبية.

تبين أنّ 47% من الذين شخصت إصابتهم بالسرطان لديهم ضائقة تعدل في مستواها ما يشاهد في الاضطراب النفسي الحقيقي، وإلى حد بعيد فقد كانت أكثر المشكلات شيوعاً هي القلق أو الإكتئاب أو الاثنين معاً.

وتثار أحياناً انفعالات مزعجة بوساطة الأدوية ذات التأثيرات المبدلة للمزاج مثل والأدوية المسكنة للألم، وتعرف مصدر الضائقة مهم حتى يمكن وصف التدخل المناسب فإذا لم تكن الأدوية هي الملومة، عندئذ قد تكون المعالجة النفسية أو أشكال الاستشارات الأخرى فعالة، على الرغم من أننا نضطر غالباً إلى إضافة مضادات الإكتئاب ويتحاشى كثيراً من المرضى الأدوية سواء كانت مضادات للإكتئاب أو مسكنات للألم خوفا من الإدمان ويتحملون بلا مبرر الألم النفسي أو البدني.

7-الميكانزمات الدفاعية:

تقليدياً تمثل الميكانزمات الدفاعية القوة الدفاعية للأنا ضد النزوات الغريزية والأحاسيس المرتبطة بالنزوات حسب (A FREUD,1996) هذه العمليات الدفاعية هي نشاطات لا شعورية للأنا، ويبق تنشيطها عملية لا إرادية، نلاحظ أن هذه الميكانزمات متنوعة ومختلفة ومركبة وممتدة، وهنا نرجع لفكرة Widlocker 1971 التي ذكرها (Ionescu , 1997) " تبقى أفعالنا سواء خارجية، كسلوكيات ظاهرة

أم أفعال ذهنية داخلية ذات وظائف دفاعية بالنسبة لشيء ما، فاعلية الميكانزمات والسيرورات النفسية قد تكون آليات دفاعية".

تبقى الميكانزمات الدفاعية كمصطلحات لازمة تلفت الانتباه لبعض الوظائف النفسية وقد أكد (Ionescu et al 1997) بأن مصطلح الميكانزمات الدفاعية هو تجريد نظري وآخرون أمثال Vaillant et Drake يعتبران بأن الميكانزمات الدفاعية هي قبل كلّ شيء تعبير مجازي، هي وسيلة بسيطة وسريعة لوصف عدة أساليب معرفية، طريقة لتغيير الحقيقة الداخلية والخارجية.

يعتبر سلّم الوظيفة الدفاعية لـ .4 DSM الأكثر تطابقاً في الوقت الحالي لأنّه يمثل حسب (Chabrol H et al ,2004 :12) مرحلة مهمة نحو إدماج المقاربة السكودينامية ، والخطوة التشخيصية هي نتيجة توافق بين المختصين العياديين الذين وحدوا معرفتهم وتجربتهم ليختاروا الميكانزمات الدفاعية المعروضة، وتنظيمها حسب سلّم الدفاع (DSM4)، الميكانزمات الدفاعية هي سيرورة نفسية تلقائية، تحمي الفرد من الحصر أين يكون للفرد وعي بالمخاطر أم بعوامل الضغط الداخلي والخارجي، وفي غالب الأحيان تكون العملية غير واعية وأكّد (DSMIV, 1994:752) بأن الميكانزمات الدفاعية مقسمة إلى:" اصطلاحية وتجريبية" إلى سبع محتويات من الوظيفة الدفاعية: المستوى التكيفي المرتفع يضمن أقصى تكيف لعوامل الضغط. فالدفاع العادي يسمح بالإدراك والوعي بالأحاسيس، بالأفكار وما تأتي به: التوقعات، التتابع، إثبات الذات. الملاحظة الذاتية الضحك، الإعلاء الكبح، وقد تقترب الميكانزمات في هذا المستوى من سيرورة coping الأكثر وظيفية .

ويبقي مستوى الكفّ الذهني الذي يهدف إلى التسوية والرضى، يتكون من الدفاع الخارجي عن الوعي يخص الأفكار والأحاسيس، الذكريات، الرغبات والمخاوف المهددة والمتمثل في النقل، التفكيك، العقلة، عزل العاطفةة التكوين العكسي، التلوي النفسي، الكبت الإلغاء. أن الصورة الذاتية المتذبذبة قليلا والصورة الجسدية وصورة الآخرين تظهر عن طريق الميكانزمات المستعملة لضبط التقدير الذاتي وهي دفاعات نرجسية الاحتقار، المثالية، السلطة المطلقة.

ويبقى مستوى التكذيب يتكون من دفاع يعمل خارج مستوى الوعي لعوامل ضبط الاندفاعات الأفكار والعواطف أين نجد أحاسيس المسؤولية تعود أم لا إلى سبب خارجي كالرفض، الحماية والتعقل.

أما مستوى التذبذب الكبير للصورة يتضمن الدفاع الناتج من تذبذب كثير للصورة الذاتية وصورة الآخرين كالأحلام الانطوائية، التماهي الاسقاطي، انشطار الصورة الذاتية وصورة الآخرين، أما مستوى الفعل يتكون من دفاع بالفعل أم السحب الضعيف، الشكوى المرتبطة بطلب المساعدة مع النبذ أي العدوانية الكامنة. فيما يخص مستوى القطاع التنظيم الدفاعي يتكون من الدفاع الذي يتجسد بفشل التنظيم الدفاعي الذي يثير انقطاع عن الحقيقة الموضوعية (إسقاط هذياني نصف هذياني– تذبذب نفسي).

إذن الميكانزمات الدفاعية تعمل كما يشير إليها اسمها على الدفاع ضد بعض النزوات الغير مقبولة تجاه الحصر المثار، بالخصوص ضد ضياع التقدير الذاتي، والخوف الآتي من بعض الوضعيات المجربة. وقد يحدث أن تكون في بعض الأحيان الحاجيات الفيزيائية الناتجة عن الضغط والمطالب العاطفية أقوى من الفرد فلا يستطيع مواجهتها وبذلك ينتج دفاعات قوية تكون له في بعض الأحيان بمثابة غلاف نفسي صلب يصعب تخطّيه، وتعمل الميكانزمات الدفاعية بطريقة لا شعورية أم شعورية جزئيا على جمع مجموعة الأفعال والاستجابات التي تهدف إلى نقص وحتى إلغاء كلّ تهديد الوحدة البيونفسية للشخص.

وقد وضح الباحث (Margot T, 2005:5). النقاط المهمة الخاصة بالميكانزمات الدفاعية عند المرضى بالسرطان ليذكر أن تجربة المرض قد تكون مصدرا للفائدة الأولية، التي تكون دوما عاملا مسببا أي بمثابة جواب تجاه المشاكل دون أن ننسى الفوائد الثانوية التي تجلب المرض وتسبب بعض الأحيان امتدادا له، وقد يكون مثلاً انتباه الآخرين عطلة العمل، أين توضع الميكانزمات من نوع نكوص– تبعية، كذلك شدة الإصابة، فالمرض يوظف بالخصوص بعض الميكانزمات الدفاعية.

فقد ترجع به المعاناة وبطريقة عنيفة للواقع الجسدي وهذا ما يغير من إدراكاته، من معاشه وأحاسيسه وتعبيراته، ومن استجاباته الواقعية، فقد يركّز المريض على المعاش المؤلم وهنا تساعده الميكانزمات الدفاعية على المواجهة.

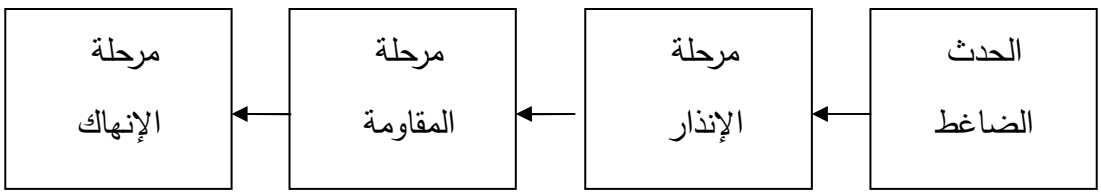
إذن نعترف هنا أن الطريقة التي يواجه بها الشخص المريض السرطان تعتمد علي عدة عوامل وجودية كانضباطه النفسي قبل المرض الاعتماد الجيد أم لا على شبكة دعم، وجود أحداث أخرى كالطلاق، البطالة، لكن يبقي السرطان تجربة جد صعبة وغالبا ما يستسلم المريض للفشل والانهيار، غير أن بعض الأشخاص يتبنّون استجابات معاكسة.

8- نظرية هانز سيلي المفسرة للسرطان:

الفكرة القائلة بأن الضغوط ينشأ من عدم قدرة الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة، وأسلوب تكيفه فيزيولوجيا ونفسياً مع هذه الأحداث، استنتجها العالم هانز سيلي HANS SELYE، واستنتج من دراساته وبحوثه التجريبية العديدة، أن أسلوب مواجهة الإنسان لهذه الأحداث الضاغطة وسوء تكيفه الفيزيولوجي لها قد يصبح مصدراً للضغط، تنشأ عنه مجموعة من الأعراض المرضية والاستجابات الباتولوجية.

وبناء على هذه الفكرة قام سيلي بصياغة وتطوير نظرية عامة، حول الضغط النفسي من وجهة نظر فيزيولوجية، وتتضمن حالة الضغط استجابة غير محددة للجسم تدعى بأعراض التكيف ،وفي هذا الإطار تمر استجابة الضغط بثلاث مراحل:

- **مرحلة الإنذار ALARM REACTION STAGE** : حيث يكون الجسم فيها ومعه الجهاز السمبتاوي بتجنيد كل طاقة الجسم، من خلال إفرازات الغدد لمواجهة أي خطر محتمل قد يهدد توازن وظائفه واستقراره، وما يميز الجسم في نهاية هذه المرحلة هو حالة من استثارة فيزيولوجية قصوى تجند بكل قوة لمقاومة الحدث الضاغط .
- **مرحلة المقاومة RESISTANCE STAGE** : وفيها يحاول الفرد مقاومة مصدر التهديد بتوظيف كل الوسائل وكل ما يملك من طاقة جسمية ونفسية، ويغلب على هذه المرحلة طابع الحفاظ على التوازن الحيوي للأنسجة والأعضاء، ويحاول الجسم أن يتكيف مع الحالة الضاغطة حتى لا تتعرض أعضاؤه لتلف أو تدمير من شأنه أن يعرض حياة الفرد لخطر الموت أو الإصابة بمرض خطير .
- **مرحلة الإنهاك والإعياء EXHAUSTION STAGE** : والتي يكون فيها الجهاز المناعي قد ضعف والجسم عاجز، وفاقد لطاقته التوافقية ولقوته على مواجهة الضغط، وقد يؤدي استمرار الحالة الضاغطة في هذه المرحلة إلى تدمير الأعضاء الداخلية مما قد يتسبب في موته .



شكل رقم 06 : نموذج أعراض التكيف العام (عثمان يخلف ،2001: 48)

ثانيا: الوضعية النفسية المرضية لسرطان الثدي (الاضطرابات النفسية):

يشكل السرطان تهديدا أساسيا وتغيرات مركبة تمس حياة المصابة اليومية، وضعيتها الاجتماعية، محيطها، كل ما تعودت عليه المصابة يتغير .فيستجيب الفرد بالقلق أمام هذه الوضعية التي لا تستطيع تحملها بحيث تتجاوز قدراته وحسب (Lazarus et al 1984) ما يؤثر على جودة حياة الفرد، يتوقف هذا التأثير على الفرد، محيطه، ان الموقف الذي مر ويمر به الفرد له تأثيرات مختلفة، نتكلم هنا عن الضغط المدرك .لمواجهة القلق يلجأ الفرد إلى توظيف قدرات معرفية، سلوكية انفعالية كما يلجأ إلى تبني ميكانزمات دفاعية خاصة به للتكيف مع الوضعية.

تعتبر التجربة الشخصية للفرد في معالجة مثل هذه الوضعيات سواء كانت ناجحة أو فاشلة فينتج عن ذلك أحاسيس إيجابية اتجاه الفريق الطبي إذا كان هذا الأخير في المستوى أو لا وذلك إذا لم يتم إتباع واحترام عقد الشفاء والذي غالبا ما يكون ضمني وذلك له تأثير هام على ثقة المصاب في فريقه الطبي

لذلك فإنه من الضروري التعرف على ردود الأفعال النفسية والتي يمر بها المصاب خصوصا في المراحل الحرجة من المرض.

أ- اضطراب التكيف Trouble de l'adaptation :

تسبب السرطان في مجموعة من الاستجابات المعرفية الانفعالية والسلوكية، يحاول المصاب الحفاظ على أعلى مستوى وظيفي ممكن يظهر ذلك من خلال استجابات المصابين.

حسب(Delvaux et al , 2002 : 67) يهدف التكيف النفسي إلى الحفاظ على الوحدة النفسية والجسمية، إلى تعويض الاضطرابات المختلفة التي يمر بها المصابون .إن ردود الأفعال النفسية التي تحصل في كل مرحلة من مراحل المرض والتي تكون ناتجة عن تداخل موحد بين ذكريات التجارب السابقة، إدراك مختلف التهديدات المستقبلية التي قد تحصل .قد تنجح ردود الأفعال تلك في الوصول إلى التكيف كما قد تفشل .

إنّ حالة الضيق الانفعالي الناتجة تظهر على شكل قلق واكتئاب تصاحب المصاب منذ المراحل الأولى من المرض :ظهور الأعراض الأولى، التشخيص، مرحلة العلاج، مرحلة الانتكاسة وما ينتج عنها من يأس المرحلة ما قبل النهائية، المرحلة النهائية التي تتسم بأضرار نفسية هامة .يختلف التكيف مع السرطان من حالة إلى أخرى .الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSMIV.TR) يضع مجموعة خصائص يصف من خلالها اضطرابات التكيف:

1. ظهور مجموعة أعراض تمس الجانب الانفعالي والسلوكي، هذه الأعراض تكون ناتجة عن عوامل مقلقة معاشه لمدة ثلاثة أشهر.
2. هذه الأعراض أو السلوكيات تكون دالة اكلينيكيا، المعاناة المعاشة تكون هامة مبالغ فيها (الموقف لا يحتاج تلك المعاناة)، التأثير يمس الجانب الاجتماعي والمهني.
3. هذه الأعراض ليست ناتجة عن اضطراب عقلي أو عن حالة حداد.
4. بعد زوال العوامل المسببة للقلق، لا تستمر الأعراض أكثر من 6 أشهر بعد ذلك.

الأمراض السرطانية ينتج عنها فقدان الاستقلالية، ضرورة الخضوع إلى أنواع متعددة من الفحوصات والعلاجات، يتأثر الدور الاجتماعي للمصاب وبهذا من الصعب وضع حدود موضوعية لما هو عادي أو متوقع .إنه من المهم عدم إهمال هذه الاضطرابات لما بها من تأثير على حياة المصابة اليومية خصوصا وإن هذه الاضطرابات ترفع من احتمالية الانتحار لدى المصابة.

(Chantale , R, 1998 : 19)

في دراسة لـ Leveuse Green أجريت في 1972على نساء مصابات بسرطان الثدي في مراحله الأولى :الاتجاهات النفسية المعتمدة من طرف المصابات اتجاه إصاباتهن تم تقييمها ثلاثة أشهر بعد عملية الاستئصال، الهدف من الدراسة كان يقييم الاستجابات النفسية المستمرة وليس تلك المؤقتة لذلك لم يتم التقييم قبل ثلاثة أشهر أين القلق لدى المصابات كان حادا، ثم تحديد الاستجابات في فئات:

1. الفئة السلبية : (الاستجابة التجنبية الإيجابية) تتجه المصابة إلى نفي أو التهوين من خطورة الإصابة.
2. الفئة الثانية : (استجابة مقاومة) تكون المصابة إيجابية، فتعتبر الإصابة كتحدي.
3. الفئة الثالثة : تكون المصابة على دراية بأنها تعاني من السرطان ولكن ردة فعلها تكون جبرية.

فيما يخص النوع الأول هناك يأس، عجز لا يستطيع الفرد تحمل الإصابة فيكون متشائم .أما فيما يخص النوع الانشغال، القلق :تتسم استجابات المصابة بالقلق .هذا القلق يكون واضح ومستمر، عندما تتبعوا المصابات لمدة 15 سنة توصلوا إلى أن 45 %من المصابات اللواتي استجبن بالنفي أو بالمقاومة والتحدي كانت لا زال على قيد الحياة ويتمتعن بصحة جيدة مقارنة بالمصابات اللواتي أثبتن استجابات مغايرة أين كانت النسبة فقط 17% .

إستراتيجية التكيف قريبة من سيرورة التكيف بل يعتبر ميكانزم أساسي له.أما فيما يخص الفرق بين (coping) استراتيجيات التكيف والتكيف فهذا الأخير مصطلح واسع، بينما coping هو مصطلح خاص نقصد به التغيرات الحاصلة في المحيط والتي تشكل تهديد بالسنة للفرد ، بالنسبة (Bruchon, schweitzer. M,2002) أول من استخدم المصطلح كان كل من Laumier, Lazarus في Le coping 1978 هو مجموعة من العمليات تتوسط الفرد ومحيطه الذي يشكل تهدد بالنسبة له بهدف التحكم، تحمل أو الحفاظ من تأثير هذا الأخير على الراحة الجسمية والنفسية للفرد.هناك عدة عوامل تؤثر على إدراك الفرد للوضعيات المقلقة كالعوامل الواقعة للشخصية: كالتفاؤل، الجلدLa résilience ، القدرة على التحمل L'endurance وذلك حسب (Delvaux N et al 2002 ,200).

كل مرحلة من مراحل الإصابة تتميز بردود أفعال نفسية ناتجة عن التدخل المعقد بين الخبرات السابقة، إدراكات المخاطر المستقبلية بالإضافة إلى القدرات الموجودة (الشخصية، الحالة الجسمية، التكفل الاجتماعي) ردود الأفعال تلك قد تؤدي إلى التكيف أو على العكس تؤدي إلى الفشل وبالتالي إلى الضيق النفسي .يمكن إضافة اضطرابات التكيف إلى مفهوم الضيق النفسي، هو حالة ضيق انفعالي "غير عادي" يمكن تشخيصه كما يحدده DSMIV.IR تظهر في اضطرابات التكيف أعراض تكون دالة إكلينيكيا تمس الجانب الانفعالي والسلوكي تؤثر على وظيفة الفرد وتتسبب في معاناة هامة :معاناة أكبر من تلك المتوقعة وذلك حسب Ferreri في مرجع (Graziani, p et al , 2001) ما يميز اضطرابات التكيف.

إنّ الاستجابة (الأعراض المرضية) تتبع عامل مفجر (عامل مقلق) فيما يخص السرطان يصعب وضع حدود موضوعية لتساعد على تحديد الاستجابات العادية من تلك المرضية كما يصعب في هذا المجال وضع محددات خاصة، و لذلك استجابات المصابات غالبا ما تقيم من طرف الطبيب .

الجدول رقم 4.2 بوضع الخصائص التي تساعد على التمييز بين :حالة التكيف محاولات التكيف، اضطرابات التكيف والاضطرابات العقلية الهامة .فيما يخص محاولات التكيف يصفها كل من (Delvaux, N et al , 2002 : 141) بأنه الاستثمار الهدف منه الحفاظ على مستوى تكيف بدون فقدان هام ومستمر لسيطرة على الوضعية الجديدة الناتجة عن الإصابة، هذه المجهودات المبذولة للوصول إلى التكيف يسمح للمصابة بالحفاظ على تقديرها لذاتها وعلى قدرتها على التحكم في الوضعية الحالية والمستقبلية.

الجدول رقم (08) يبين الأبعاد العيادية لاضطراب التكيف

Les troubles de l'adaptation : Critères diagnostiques

Critère d'inclusion	Effort d'adaptation	Troubles d'adaptation	Troubles psychologique Majeurs
Nombre de symptôme	<3	> 3	**>4**
Intensité	+	++	+++
permanence des symptômes	Non	Non	**Oui**
caractère inhabituels des réactions	Non	Oui	**Oui**
conséquence relationnelle	Non	Oui	**Oui**
durée (sem)	<1	>1	**>2**

دراسة لـ (A.N.A.E.S, 2000.:23) تناولت اضطرابات التكيف على عينة من المجتمع العام، توصلت إلى أن اضطرابات التكيف ترفع من خطر الانتحار ومحاولات الانتحار .كما أن اضطرابات التكيف تساهم في مضاعفات الإصابة إلي درجة الخطورة.

ب- الحصر Anxiété :

الحصر هي استجابة تكيفية، إحساس شاق وغير عادي، حالة خوف لكن موضوعه غير محدد، إحساس لا يتناسب مع الموقف المنسوب إليه، هو انفعال شائع عند المصابين بالسرطان ومحيطهم، لكن الحدود التي تفصل بين الاستجابة العادية والمرضية تبقى غير واضحة، يتوقف ذلك على كل من الشدة (شدة الأعراض) والمدة فيكون عبارة عن مرحلة عادية، مؤقتة، تكيفية، استجابة للخطر الذي يسببه

السرطان (الشك، المعاناة، الموت) حسب(Dauchy et al , 2002:19) هي استجابة عادية تستمر من 7-10 أيام بعد التشخيص.

الحصر الناتج عن الاضطرابات التكيف والذي يؤدي إلى الإصابة بالذعر النفسي، تغيرات، هلع قد يحصل للفرد، تدوم لفترة مؤقتة وتكون مرتبطة بالسرطان، تشخيصه، علاجه .الحصر الناتج عن اضطرابات القلق (قلق عام، رهاب . .....) والذي في الغالب يسبق ظهور السرطان وذلك حسب (Kangas M et al , 2005 : 736) إذا كان الحصر مفرط يسبب معاناة دالة إكلينيكيا تؤثر على الوظيفة النفسية، الاجتماعية، المهنية أو مجلات أخرى هامة، يدوم ذلك مدة هامة .تقدم اضطرابات القلق حسب الدليل الشخصي والإحصائي DSMIV.TR كالآتي:

1. اضطراب القلق المعمم.
2. Attaque de panique مع أو بدون رهاب الأماكن المفتوحة :نوبات هلع .متكررة من الهلع
3. الرهاب المخصص :نوبات من القلق تتبع في مواقف أو أمام أشياء معينة.
4. القلق الاجتماعي :قلق ينبع في مواقف اجتماعية.
5. الوسواس القهري :قلق مصحوب بأفكار وسواسية.
6. القلق الحاد :حالة من القلق التفككي الحاد ناتجة عن صدمة معينة.
7. حالة القلق ما بعد الصدمة :قلق مزمن يظهر بعد التعرض لصدمة.

إنّ إهمال حالات الحصر التي يعاني منها المصابون بالسرطان، تؤدي إلى ظهور مضاعفات لعدم الخضوع للعلاج وعدم تقبله :يتأخر المصاب في الحضور للفحص، تجنبه، التوقف عن العلاج، فقدان الثقة في الطبيب أو في العلاج المستخدم .زيادة في الأعراض الجسمية الناتجة عن المرض أو في الأعراض الجانبية الناتجة عن العلاج: غثيان، قيء، ألم مشاكل في الاتصال :طبيب /مصاب ما يؤثر على فهم المصاب للمعلومة .الحصر قد يؤدي إلى ظهور الاكتئاب كما يؤدي إلى تدهور في جودة حياة المصاب وذلك حسب (Stark DPM et al , 2000 : 7) .

الحصر كعرض يصاحب المصاب في مختلف المراحل التي يمر بها أثناء الفحص، في فترة التشخيص والعلاج حسب (Simont M. et al, 1998) قام بدراسة على عينة مكونة من 663امرأة مصابة بالسرطان كانت ستخضع للجراحة فوجد أن 44 % من الحالات تظهر لديهن أعراض التوتر، (52%)تعاني من قلق الموت، (71%) الخوف من عملية البتر.

لكن ولما سبقت الإشارة تعتبر هذه الأعراض عادية تكيفية، استمراريتها أو الزيادة في شدتها تتطلب تكفل بالنسبة لـ(Ford, s et al, 1996 : 1511.) من بين عوامل الخطر التي تؤدي إلى ظهور الحصر هي غياب التواصل مع المختصين (الفريق الطبي) .أشارت دراسات متعددة إلى أن المعلومة المقدمة من طرف المتخصصين من حيث الشكل أو المضمون بإمكانها أن تساهم في الخفض من هذه الاستجابة النفسية .إن الدراسات التي درست حالات الحصر على المصابين بالسرطان تبقى قليلة، أغلبيتها أشارت إلى وجود اضطرابات تسبق الإصابة (الهلع، الرهاب) تظهر أو تعود بعد ظهور السرطان.

جدول رقم (09) يبين اكلينيكية اضطراب الحصر (AFSOS ,2013 : 18)

Diagnostic et clinique en pratique oncologique

La durée distingue	Diagnostic	Moment typique de survenue
Anxiété aigue(qlq min a qlq heures)	-crise d'angoisse réactionnelle -crise d'angoisse situationnelle (qui peut s'inscrire ds un trouble anxieux) -attaque de panique	**Moment transitoire spécifiques : diagnostic, examen et consultations de surveillance (crainte de mauvais résultat, récidive, métastases, chirurgie, instauration d'u nouveau traitement**
Anxiété subaiguë(qlq min a qlq heures	Réaction anxieuse simple	**Elle peut persister 7a10 jours après une mauvaise nouvelle**
	Trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse ou mixte	**Caractéristique des périodes de rémission, peur de la récurrence(syndrome Damoclès)**
	Anxiété symptôme d'un syndrome Dépressif	//
Anxiété chronique (>6mois)	TAG	//
	TROUBLE PANIQUE	//
	TOC – PTSD	//

هناك ثلاث مكونات يتم التعبير من خلالها عن القلق :المكون الجسمي، المعرفي والسلوكي فيما يخص الأعراض الجسمية للقلق فإنه يصعب تمييزها عن تلك الناتجة عن العلاج (الأعراض الجانبية) من:

-أعراض جسمية قلبية من آلام في الصدر، الاختلاجات، عدم انتظام دقات القلب

–أعراض جسمية عضلية /عصبية :ارتجاجات، الإحساس بالدوران.

–هضمية :غثيان، الإحساس بعقدة في المعدة.

–عصبية، إعاشية :جفاف الفم، التعرق.

–أعراض جسدية تنفسية :الإحساس بضغط في الصدر، صعوبة في التنفس، سعال.

–فيما يخص الأعراض المعرفية فهي لم تحدد بدقة :الإحساس بالضغط، الإفراط في الانتباه، الخوف، المبالغة و تضخم الأمور المتعلقة بالمستقبل، هلع، إحساس شديد بعدم الأمن وبالضعف، أفكار لا يمكن للمصاب التحكم فيها متعلقة بالمعاودة، الموت، صعوبة في استخالة المعلومات الجديدة، اضطرابات تمس الانتباه.

–أما عن المكون الثالث، السلوكي يمكن تحديده في الأعراض التالية :حساسة زائدة، اهتياج هروب، أو على العكس انطواء على الذات، كف، اضطرابات في النوم عند الخضوع إلى النوم أو حالات من الاستيقاظ المصحوبة بقلق، كوابيس، سلوكات تجنبيه رهابيه خصوصا المراقبة، رهاب الأماكن المغلقة تظهر أثناء الخضوع لفحوصات IRM أو رهاب الأماكن المفتوحة، رهاب الإبر (الحقن)، سلوكات إدمانية (الإدمان) .

جدول (10) يبين الفرق بين أعراض مزاج الحصر والاكتئاب

Différencier humeur anxieuse et dépression (AFSOS,2013,)

Données	Anxiété	Dépression
Humeur	Appréhension, plaisir gâché par l'inquiétude	**Tristesse, perte de plaisir**
Contenue de pensée	Manque de confiance en soi, doute surmontables si conseils, diversité mais parasites	**Autodépréciation, baisse de l'estime de soi, perte d'espoir, fatalisme, appauvrissement**
Trouble psycho moteur	Pas de ralentissement moteur, agitation anxieuse, logorrhée	**Ralentissement psychomoteur, baisse du débit verbal**
Troubles somatiques	Insomnie d'endormissement, fatigue vespérale	**Insomnie matinale, fatigue matinale**
Comportement sociale	Crainte de la solitude et de l'abandon	**Repli sur soi, retranchement**

لا يوجد إحصائيات محددة لنسبة انتشار القلق عند المصابين بالسرطان فحسب (Mitchell (160 : 2001 , AJ) بالرجوع إلى 70 دراسة اجريت على المصابين بالسرطان تم تحديد النسب التالية:

19.4% : اضطرابات التكيف

10.3% : اضطرابات الحصر

بينما في العلاجات التلطيفية كانت الإحصائيات كالتالي:

15.4% : اضطرابات التكيف

9.8% : اضطرابات الحصر

النسب كانت متقاربة بالنسبة لحالة القلق ما بعد الصدمة، حالات الهلع والقلق المعمم.

في السرطانات المتقدمة توصلت دراسة (Kadan lottick et al , 2005 : 81) إلى أن نسبة القلق المعمم تقدر ب4.8% بينما دراسة (Spencer et al , 2010:9) وجدت أن نسبة اضطرابات الحصر يقدر ب 7.6 %هذا ما يوضح أهمية التشخيص المبكر لاضطرابات الحصر والتكفل بها مبكرا مع أهمية الأخذ بعين الاعتبار الوضعية الجسمية للمصاب فتكون التقنيات مرنة .

فحسب التوصيات الكندية المتعلقة بالتكفل بالحصر والاكتئاب سنة 2011 (**http://www.copo**) توجد أربعة أنواع من العلاجات النفسية المستخدمة :العلاج المعرفي السلوكي، علاجات نفسية تربوية، علاجات لغوية والعلاجات ذات البعد النفسي –جسمي.

إذا لم ينخفض مستوى الحصر حتى بعد العلاج النفسي من الضروري اللجوء إلى العلاج الدوائي: كالمهدئات من نوع(BZD) أولاً، يجب أن يكون العلاج الدوائي مناسب لكل حالة كما يجب تجنب الآثار الجانبية لعلاج الدوائي ولتجنب حالة الفطام لذلك يجب أن تكون مدة العلاج محددة .يمكن اللجوء أيضا إلى مضادات الاكتئاب في حالة الإصابة بالاضطراب الحصر هامة أو بأنواع أخرى من الاضطرابات النفسية والعقلية .استخدام مضادات الذهان في حالة الحصر المصحوب بالهذيانات، الهلاوس، عدوانية.

ج– الاكتئابDépression :

من الضروري اعتبار السرطان على أنه أزمة تتسبب في اضطرابات تمس السلوك، المزاج الاكتئاب عند المصابين بالسرطان، هذا الأخير له تأثير مباشر على جودة حياة المصاب على قدرته

تحمل علة خضوعه للعلاج .للاكتئاب تأثير مباشر على تطور المرض، ما يشير إلى أهمية الوقاية . تشخيص النوبات الكبرى للاكتئاب يحتاج إلى وجود عرضين أساسين يكونان مصحوبان بأعراض ثانوية مع استمرارية هذه الأعراض في الزمن .

مجموع الأعراض الضرورية هي خمس أعراض على الأقل تمثل أعراض الاكتئاب الأساسية هي : مزاج مكتئب (ومستمر) ،فقدان اللذة، الاهتمام، الرغبة في ممارسة النشاطات، تستمر الأعراض طوال اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين .

أما فيما يخص الأعراض الثانوية كما حددها الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية DSMIV.TR هي كالتالي:

- عدم تقدير الذات مع مشاعر الذنب
- عدم الاهتمام العاطفي
- عزلة اجتماعية
- التفكير المتكرر في الموت أو الأفكار الانتحارية
- تغيرات في الطبع :حساسية زائدة، عدوانية
- أرق ليلي أو النوم بشكل مفرط
- اهتياج أو بطئ نفسي حركي
- وهن نفسي
- تراجع الليبيدو
- نقص القدرة على التركيز والتفكير

أما فيما يخص الاكتئاب عند المصابين بالسرطان فإنه يصعب تمييز الأعراض الجسمية الناتجة عن الاكتئاب عن تلك الناتجة عن السرطان والعلاج (تعب، فقدان الشهية، فقدان الوزن) اضطرابات معرفية أو اضطرابات في النوم، تراجع الليبدو ولذلك يجب الاهتمام بالأعراض المعرفية والانفعالية من:

- نقص تقدير الذات (نظرة مأساوية للماضي)
- مشاعر الذنب (مستمرة)
- اللامبالاة.
- فقدان كلي للذة المرتبطة بالحياة اليومية.
- أفكار موضوعها الموت :أفكار انتحارية.

- التشاؤم المرضي ونظرة سلبية إلى الوضعية المرضية.

أما فيما يخص نسبة انتشار الاكتئاب عند المصابين بالسرطان، فإن النتائج التي توصلت إليها الدراسات كانت مختلفة بسبب عدم الاعتماد على أداة واحدة (الأدوات المعتمدة كانت متعددة) ففي دراسة تحليلية لـ (Mitchell, 2011 ,84) لـ 70 دراسة أجريت على عينة مجموعها ن = 10071 فكانت النتائج كالتالي:

- نسبة الاكتئاب بمختلف إشكاله = 16.3 %
- EDM : 6%
- اضطرابات التكيف 32.1% (مجموعة من التجليات الاكتئابية أو الحصر أو السلوكية ناتجة عن أسباب حالية) ولكن شدتها ومدتها ليست كافية حتى تعتبر بمثابة اضطرابات الحصر أو الاكتئاب .تختلف هذه النسبة باختلاف مراحل المرض، تزيد مع تطور المرض (في المراحل المتقدمة) وفي مرحلة الدعم، قامت Mitchell بتحليل 24 دراسة مجموع العينة فيها كانت N =4007 كانت النتائج كالتالي:
- كل الأشكال العيادية للاكتئاب 24.6 % - 29%
- نوبات اكتئابية هامة : 14.3%-16.5%

فيما يخص عوامل الخطر الشخصية في مجال السرطان حسب (AFSOS, 2011 :13) :

- الجنس : أنثى
- التشخيص يكون في سن صغير (15-54 سنة)
- الحالات التي عاشت مواقف مقلقة (سلبية) قبل الإصابة (حداد، خيبة أمل متكررة).

سوابق مرضية عقلية :اكتئاب، محاولات انتحار، إدمان ، (سوابق شخصية أو عائلية) .

خصائص الشخصية :عدم التعبير عن المشاعر والانفعالات، تقدير منخفض للذات نقص الدعم الانفعالي، اتجاه نحو التشاؤم.

أمّا عن عوامل الخطر الاجتماعية، حسب (AFSO, 2011,14) أن العوامل الاجتماعية المؤثرة متنوعة، تؤثر على الوضعية النفسية والعقلية للمصاب بالسرطان:

- الوضعية الشخصية :أعزب، متزوج، مطلق.
- العزلة الاجتماعية.
- مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض.

- الشعور بغياب الدعم الاجتماعي.

فيما يخص عوامل الخطر الناتجة عن السرطان فهي:

- مرحلة متقدمة من المرض.
- المراحل الحرجة :مرحلة التشخيص، مرحلة الإعلان عن المعاودة، مرحلة الدعم.
- وجود أعراض جسمية لا يمكن للمصاب التحكم فيها (الألم ، غثيان، قيء، تعب، الخ).

أمّا عن خصوصية الاكتئاب عند المصاب بالسرطان، فإن الاكتئاب قد يكون ناتج في هذه الحالة عن أسباب طبية مثل:

- اضطرابات متعلقة بالأيض.
- نقص في الفيتامين B 12
- إصابات في الجهاز العصبي المركزي.
- إفراط أو تفريط في عمل الغدة الدرقية.
- عجز كلوي، آلام مزمنة.

أمّا عن تلك الناتجة عن مواد (أدوية) مستخدمة، هناك عدة فرضيات حاولت الربط بين الاكتئاب والإصابة بالسرطان، لكن وكما أشارت الطبيبة العقلية ورئيسة الجمعية الفرنسية لعلم النفس الأورام Sarah Dauchy أنه لا يمكن إثبات أن الاكتئاب يرفع من خطر الإصابة بالسرطان ولا أنه يعيق عملية الشفاء، إذا وجد، الخطر يبقي ظئيل وناتج عن إصابة مزمنة بالاكتئاب .

يجدر الإشارة إلى أن الاكتئاب يؤثر على جودة الحياة (اللجوء إلى سلوكات مضرة) ما يرفع من خطر الإصابة بالسرطان .المصاب في الاكتئاب لا يهتم ولا يخضع للرعاية الطبية، ما يكون سببا في تأخر التشخيص (تشخيص السرطان يكون في مراحل متقدمة) .

فيما يخص الوضعية الاكتئابية عند المصابين بالسرطان، فإن العلاقة تبقى معقدة لأن الأعراض الاكتئابية التي يعاني منها المصاب قد لا تكون ناتجة عن اضطراب الاكتئاب بل سبب المرحلة المتقدمة من السرطان وما ينتج عنها من تعب يسبب المضاعفات(أمراض التهابية) غالبا ما تكون السبب في

إصابة المصاب بحالة اكتئابية مؤقتة، حتى بعض العلاجات المستخدمة تؤدي إلى ظهور حالات اكتئابية، ولكنها تبقى مجرد حالات اكتئابية وليس اضطراب الاكتئاب.

إنّ التكفل النفسي –اجتماعي مهم نركز فيه على تشخيص، تقييم لعلاج مضاعفات الاكتئاب حيث أن هذه الأخيرة تأثير مباشر على جودة حياة المصاب، على قدرته على التحمل، خضوعه للعلاج . يبقى الاكتئاب في هذا المجال يشكل تحدي ويبقى من الضروري التشخيص مرة على الأقل في كل مرحلة من مراحل المرض، نرجع فيه إلى التقييم الإكلينيكي (نبحث على الأقل عن العرضين الأساسيين للاكتئاب حسب (DSMIV TR) أو استخدام المقاييس المخصصة (AFSOS, 2011, 19) يقترح عدة أدوات تستخدم لقياس الاكتئاب، الأكثر استخداما هي :

- مقياس الضيقdétresse الانفعالي : HADS
- محرار الضيق La détresse
- هناك مقاييس تختص في قياس الاكتئاب Beck
- Brief Edinburgh dépression scale

حسب (Liebens f et al ,2001) من الضروري على المختص النفسي البحث عن العناصر التالية :وجود سوابق مرضية غياب الدعم الاجتماعي، استمرارية لاعتقادات السلبية المتعلقة بالمرض، طبيعة المرض مهمة والتنبؤ به أيضا (مستقبل المرض يكون غامض) تظهر هذه الأعراض حتى عند النساء اللواتي تعانين من أورام في مراحلها الأولى، تنتشر هذه الأعراض بنسبة53 % عند النساء اللواتي خضعن لعلاج جراحي لسرطان الثدي .

لا تتأثر أعراض الاكتئاب بسن المصاب ولا بنوع الجراحة التي خضع لها ولا حتى بطبيعة التنبؤ بالمرض، ولكن من الممكن أن يكون للصدمة الناتجة عن الإعلان عن الإصابة بالسرطان مسؤولية كبيرة ينتج عنها الضعف النفسي (لما يواجه المصاب فكرة الموت) .

فيما يخص التكفل، يجب أن يكون التكفل شامل بيولوجي، نفسي واجتماعي، يؤخذ فيها بعين الاعتبار:

- شخصية المصاب (المعاش النفسي)
- الإطار المهني –الاجتماعي والموارد النفس –اجتماعية (الأسرة، العمل، المحيط) الأعراض الجسمية (ألم، تعب، اضطرابات جنسية، غثيان).
- وجود اضطرابات عضوية وعقلية مصاحبة (إعاقات)... .

حسب (Daly – Schveitzer, 2008 ,162) الوصول إلى قرار متعلق بعلاج الاكتئاب يتوقف على احتمالية التحسن التلقائي في 2–4 أسابيع، شدة الاضطرابات الوظيفية، شدة ومدة أعراض الاكتئاب، أما فيما يخص طبيعة التكفل هو من جهة دوائي ونفسي، يقوم بالتكفل النفسي مختص في علم نفس الأورام ثم اللجوء إلى مختص في الأمراض العقلية في الظروف التالية :لما تكون أعراض الاكتئاب ذات طابع خاص :الأفكار الانتحارية استمرارية الأعراض بالرغم من أن المصاب يتناول الأدوية لمدة لا تقل عن أسبوعين .

ظهور مضاعفات جانبية تتطلب إيقاف العلاج المستخدم .عندما تؤثر أعراض الاكتئاب على العلاج :رفض العلاج، تأخيره .لما يعطي العلاج النفسي نتائج إيجابية، في هذه الحالة يضاف العلاج الدوائي :مضادات اكتئاب تزيد من فعالية وسرعة العلاج .يمكن للعلاج النفسي أن يكون فردي أو جماعي، أنواعه متعددة نذكر منها:

- الدعم النفسي
- علاج نفسي تحليلي
- علاج نفسي – تربوي
- علاج نفسي – جسمي

اختيار العلاج يتوقف على:

- شخصية المصاب
- قدرته على التعبير
- الوضعية النفسية – اجتماعية المصاب
- المرحلة التي يكون فيها التكفل
- العلاج الدوائي المعتمد مع المصابين بالسرطان

حسب (AFSOS , 2011 :24) تؤدي مضادات الاكتئاب إلى تحسن الأعراض عند70% من الحالات التي تعاني من نوبات اكتئاب حادة .لا يجب الاعتماد على مضادات الاكتئاب في هذه الحالة كوقاية، إذا وجدت عوامل خطر يجب أن تكون المراقبة مشددة .لا يجب الاعتماد على الأدوية إذا أظهر المصاب عرض واحد فقط جسمي كالتعب .

أحيانا يكون التكفل بطيء وغير كافي :في هذه الحالة يجب تغيير العلاج (إعادة تكييفه). اختيار مضاد يختلف من حالة إلى أخرى وذلك بسبب العوامل الغير مرغوبة (مضاعفات) الدواء حسب ما يفضله المصاب .

لكن وكما أشارت (Daly Schveitzer , 2008 : 159) لا توجد دراسات تقيم العلاج الدوائي عند المصابين بالسرطان، وحوالي 15-20 % من المصابين بالسرطان خضعوا لعلاج دوائي : مضادات الاكتئاب، حوالي نصفهم تحسنوا بعد تناولهم الأدوية، من 10-15%توقفوا عن أخذ الأدوية بسبب آثارها الجانبية، اختيار مضاد الاكتئاب يتوقف علي السوابق الطبية للمصاب ووضعيته الحالية، طبيعة الأعراض . تنقسم مضادات الاكتئاب المستخدمة إلى:

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- La sérotonine(ISRS)
- Les antidépresseurs tricycliques (ATC)
- Les analeptiques a stimulants cérébraux.

د-الصدمة النفسية le traumatisme psychique :

يتم تشخيص حالة قلق ما بعد الصدمة بالرجوع إلى المعايير الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM 4 ، نفس هذه المعايير نعود إليها في حالة الأمراض السرطانية .ففي الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية DSM4 تمت الإشارة إلى أن تشخيص الإصابة بمرض يهدد حياة المصاب يعتبر بمثابة حدث صادم قد يؤدي إلى الإصابة بحالة القلق ما بعد الصدمة. لذكرنا كل منPontalis و Laplanche بأن أول استخدام لمصطلح صدمة كان في المجال الطبي بمعنى إصابة لها تأثير على الجسم بأكمله، نفس المصطلح استخدمه Freud في التحليل النفسي : مصطلح استخدم هذه المرة في الجانب النفسي :يرتبط بالمفاهيم الثلاث التالية :صدمة قوية L'effraction، وآثار تمس كل الجسم .يمكن تعريف الصدمة بأنها أحداث يمر بها الفرد في حياته تتميز شدتها بحيث يصبح الفرد عاجز عن الاستجابة لها بالطريقة المناسبة تعطي اضطرابات وآثار جانبية مرضية دائمة تمس الجانب النفسي .

يرتبط السرطان مباشرة بالخوف من الموت ومن المعاناة، يرتبط أيضا بتدهور في الجسم، وبفقدان السلامة الجسمية والنفسية .أثناء الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي يجب دائما الأخذ بعين

الاعتبار الوضع الاجتماعي والدور العائلي للمصابة التي تظهر عدم الراحة بالإضافة إلى الخوف من التشوه من الفقدان الأنوثة، الخوف من الاستئصال، من فقدان عضو ذو معنى بالنسبة للمرأة، مع صعوبة في تقبل التشخيص مع الخوف من العلاج خصوصا إذا كان العلاج كيميائي لما له من أثار جانبية تمس صورة المرأة الجسمية .

الإعلان عن الإصابة بالسرطان يؤدي إلى الإصابة بصدمة نفسية بسبب التصادم الذي يسببه بين الواقع، المستحيل، حسب (Broquen 1997: 49) كيفما كانت الإصابة الجسمية، إن التمثلات الذهنية الخاصة بهذه الإصابة هي السبب في توتر الحالة، هذه التمثلات لا تتناسب مع تلك الموجودة لدى الفرد المرتبط بذاته للصدمة النفسية الناتجة عن إعلان الإصابة بالسرطان والعلاج يعتبر بمثابة فقدان بمثابة .

فحسب البحث الذي قام به (Lelorain, 2009 : 320) فإن حالة القلق ما بعد الصدمة تعبر عنها المصابات بعد مدة طويلة من تشخيص إصابتهن من الناحية الكيفية والكمية، وأثناء المقابلات .ففي كلتا الحالتين يشمل التغيير في الغالب النقاط التالية :تقدير أكبر للحياة، مشاعر القوة الشخصية ونظرة جديدة للآخرين.

إنّ طبيعة تطور ما بعد الصدمة، نسبة انتشاره والتنبؤ به الخاص بالسرطان مشابه لبقية المواقف المقلقة والمؤلمة التي قد يعيشها الفرد .إن تجليات الصدمة النفسية من الكف الناتج عن المفاجأة والصدمة عدم القدرة على التفكير (غياب التمثلات الذهنية) فيما لا يمكن التفكير فيه فيصبح الجسم حسب Bensoussan 2004) وبعد رحلته الطويلة مع العلاج بدون روح فيحدث ما يسمى بالانفجار النفسي، دمار التداعيات النفسية ما بين النظام والمضمون.

بالنسبة لـ(Nicolleau –Petit .v , 2009 : 31) إذا اعتبرنا أن الإعلان عن السرطان وما يتبعه من علاج طويل له تأثير الصدمة على المصاب والذي يتميز بديمومة، فإن المدة الزمنية التي تتبع العلاج، هي المدة التي تظهر فيها أعراض القلق ما بعد الصدمة .

غالبية المصابات تتفاوضن مع نفسهن حول تاريخهن، صورتهن، علاقاتهن العائلية والحميمية رغباتهن ورغبات الآخرين، بعض الحالات تعيش ما سماه T. Dhomont التفكك الصدمي تصل إلى درجة تفكك الشخصية dépersonnalisation حالة من الانفصال تحول الحالة إلى آلة.

يستمر المصاب بحالة القلق ما بعد الصدمة في تقديم الشكاوى وفي أخذ موضع الضحية أثناء مواجهته للعلاج العنيف والألم الناتج، كالحالة التي عاشت صدمة واستمرت في حديثها من خلال الذكريات المتكررة تجتاح المصابة على شكل كوابيس، أرق ليلي فجائي مع الشعور المستمر بأن هذا العنف بإمكانه أن يتجدد بعد حصول أي مثير فكري.

يركز المصاب على جسمه، يلاحظ أي عرض قد يحصل على مستواه ويعتبره بداية اعتداء محتمل، المعاودة .مشكل الصدمة النفسية الناتجة عن الإصابة بالسرطان تم الاهتمام بها ودراستها في مجال علم الأورام النفسي وذلك بهدف الكشف عن الاضطرابات النفسية التي قد تنتج عن الإصابة بالسرطان (Baillet F , 1998 : 35) هي حالة تزيد من حدة الألم المعاناة.

أما عن الناحية النفسية تعيش الحالة صدمة انفعالية، حالة من الذهول والشك الخوف، القلق الكارثية .هو حالة من القلق الشديد بسبب الوعي بالوضعية مصحوبة بحزن ويأس وغضب مع الشعور بالذنب والعار، لذلك من المهم الاهتمام بعملية الوقاية منذ الإعلان عن الإصابة بالسرطان من أجل التخفيض من شدة الصدمة ولذلك يقول(Reich M , 2008 :841) نقترح بأنه من الضروري الاهتمام بفترة الإعلان عن الإصابة لأنها فترة مهمة تحدد العلاقة التي تربط بين المصاب والطبيب والتي يجب التركيز فيها على التواصل.

يعتبر هذا التشخيص صادم بالنسبة للمصاب وأحيانا بالنسبة للطبيب أيضا ولذلك يجب اختيار الوقت المناسب واحترام رغبات المصابات، أن من بين قضايا بالإعلان عن التشخيص تربية المصاب والطبيب التي تساعد على الوصول إلى التكيف مع الوضعية: الإصابة والعلاج .

أثناء الإعلان عن التشخيص يجب التأرجح ما بين الثنائية :الاقتراب/ الابتعاد مع احترام استقلالية المصاب وحريته .احترام أخلاق وقيم المصاب ضرورية للحفاظ على الثقة ما بين المصاب والطبيب بالنسبة لـ (Bessis F et al , 1991 : 9) من الضروري الاهتمام بالعلاقة التحويلية أثناء الصدمة.

كما أشار إلى أن حالة القلق الذي يظهر على الحالة ليس ناتج عن الوضعية الحالية فقط بل هو تنشيط لقلق مرحلة الطفولة تنشيط لفترات ووضعيات قديمة، لذلك من الضروري التعامل معها

بالطريقة المناسبة التي تستجيب للحاجات النفسية للمصابة، لحالة النكوص التي تعيشها، لحاجاتها الأساسية بما فيها الحاجة إلى الاستقلالية .

إنّ العلاج حسب Winnicott مشاركة جسمية ونفسية ذات أهمية علاجية بالنسبة للمحلل النفسي وللطبيب أيضا، بالرغم من أن وظيفتهما مختلفة، هذا الاتكال العلائقي للمصاب الذي بالإضافة إلى إصابته يعاني من الهشاشة الناتجة عن الصدمة .

من جهة أخرى هذه المرحلة هي مرحلة الافتتاح ضرورية لإيجاد وإنشاء تواصل بدائي يكون من خلال التحويل ، هذا التواصل تم الإشارة إليه من طرف : Ferenczi- Winnicott- Balint- Bion- McDougall والذي من خلاله يصبح من الممكن علاج الصدمات الناتجة عن العلاقات الأولى والتي لم يسبق التعرف عليها، هذه الأخيرة تأثيرها يمس فترة عيش الفرد.

ثالثا: علم الأورام النفسي La Psy-ancologie

1- تعريف علم الأورام النفسي

لقد تطورت دراسة الصفات النفسية المرتبطة بداء السرطان بتوازي مع المجهودات المبذولة في مجال التكفل العلاجي وقد دونت أول المراسيم الأمريكية التي درست التأثير النفسي لمرض السرطان حوالي نصف الخمسينات(1950) ، أما في فرنسا فقد طور الباحث " جان jean Bernard " هذا التخصص في نقطة لقاء الطب وعلم النفس .قبل 1970 اهتم الباحثون حول مختلف المركبات النفسية لمواجهة فكرة الموت وصعوبة توصيل المعلومة للمريض أي الحقيقة الطبية مرتكزين على عدة تساؤلات : متى وكيف نعلن التشخيص كيف نقدم العلاج وتأثيراته الجانبية .إلى أي حدّ يستطيع المريض تحمل الحقيقة المتعلقة بالموت. ما العمل أمام رفض المريض لما أعلن له، إذن أمام ضخامة هذه التساؤلات اليومية تأسست قواعد جديدة في الولايات المتحدة الأمريكية بفضل باحثين كبار مثل HOLLAND CASSLIETH, SPEGIER ، ومنذ ثلاثين سنة والبحث في صدد التطور حول العوامل النفسية الاجتماعية المحيطية والأخلاقية المتعلقة بعلم الأورام .

في1983 ظهرت الجريدة الرسمية (علم الأورام النفسي التي دونت في القارة الأوروبية، وأسست الجمعية النفسية للسرطان سنة 1975) في مرسيليا بفرنسا وأصبحت تسمى بعد ذلك " الجمعية الفرنسية

لعلم الأورام النفسي SFPO 1994 "، يعتبر علم الأورام النفسي تخصص جديد، انتظم في الثمانيات استجابة للاهتمامات المتزايدة حول الأوجه النفسية السلوكية والاجتماعية المرتبطة بمفاجئة السرطان .

وقد ترجم اسم هذا التخصص من الانكليزية PSYCHOONCOLOGY والذي يشهد عن الوضعية المتداخلة بين علم الأورام والطب العقلي وعلم النفس. بحيث أن علم الأورام والطب العقلي وعلم النفس يكون عنصرًا مهماً للعلاجات المقترحة حاليا للمرضى المصابين بداء السرطان والأفراد المحيطين بهم في كل أوقات تطور المرض ابتداءا من إعلان الخبر، مرحلة العلاج، مرحلة الراحة، الشفاء، أو الانتكاسة وأخيرا نهاية الحياة.

لا تتوقف مهمة هذا العلم إلى جانب التكفل أو العلاج فقط بل يهتم أيضا بإشكالية الوقاية والكشف على علم الأورام الجيني وإعادة التأهيل، ونوعية الحياة المتعلقة بالمصاب .

خلال سنوات 1990 كان حضور المختصين النفسيين في مصالح داء السرطان معتمدين على علاجات الدعم soins de support إلى جانب طب الأورام وفي هذا الصدد يقول الباحث (FONDRAS.C:2008 ,149- 153) أنه حضور ضروري للاستماع للمرضى ولأقاربهم بصفة متواصلة وقد أ كدت ذلك الحالة العامة للمرضى في 1998-2000-2004 إذ يتعلق الأمر اليوم بالسماح للمرضى ولأقاربهم بالكلام للقضاء على الصمت والتخفيف من حدة المعاناة, كذلك التقليل من شدة اعتداء هذه المحنة فالكل يهتم بالاستماع وتحمل المريض والاهتمام به أكثر من الاهتمام بالمرض ذاته.

الملاحظ أنه منذ 30 سنة سجل من طرف العيادات والبحث العلمي حول علم الأورام النفسي، مدى تأثير العوامل النفسية على السلوك الناتج، الوصول إلى الكشف، الوقاية, الالتزامات اختيار العلاج، تأخر التشخيص، العلاجات، ضياع الفرص التي تزيد من حدّة الشدة والضيق، الاضطرابات المرضية النفسية، وكل هذا يغير من مفهوم التساوي في العلاج وفي التكفل حسب وضعيات خاصة فردية لكل مصاب.

يهتم علم الأورام النفسي قبل كل شيء بالتطبيق العيادي للمختصين النفسيين وللمختصين في الطب العقلي الممارسين في الفضاءات العلاجية لداء السرطان والمسمى غالبا بعلم الأورام النفسي ويعني

بذلك تطور مجموعة من المعارف النوعية التي تعتمد على البحوث وعلى منهجية الملاحظات والتحليل الخاصة لهؤلاء المختصين الذين يعايشون البعد النفسي الاجتماعي لداء السرطان ويقصد بهم عامة الممثلين المنشغلين في هذا الميدان من أطباء وممرضين أين يستطيع المختصون في المجال النفسي العيادي إضافة خصوصية كفاءتهم العيادية العلاجية.

لقد حاول مختصين في الطب العقلي وعلم النفس الصحة في البلدان الأنجلوسكسونية تنظيم نشاط علم الأورام النفسي، وبدأ هنا مع الأستاذJIMMIE C. HOLLAND وهو أحد الأعمدة والمؤسسين الذين أسسوا ونظموا هذا التخصص وعلم، الأورام النفسي في الولايات المتحدة حسب رأي (DOLBEAULT et al, 1999 : 1554) أما في فرنسا اقترحت الشركة الفرنسية لعلم الأورام النفسي (SFPO) تعريفا قالت فيه :علم الأورام النفسي هو تخصص حديث أول كتاب نشر بالفرنسية في 1989 من طرف البروفيسور (GUEX P ,1989 :173). اهتمت خصوصياته في التكفل بالمريض في وضعية الصدمة التي أفرزها المرض واكتشافه وليس الصعوبات النفسية عامة.

وعليه يعتبر علم الأورام النفسي حاليا تخصصا علميا يساهم في إثراء وتنويع ممارسة المختصين في الصحة النفسية يجمعون فيها عدة مقاربات نظرية تساعد على إضافة عدة أنماط من الأجوبة حول تعقد الوضعيات والتداخلات في علم الأورام النفسي.

2- مجال وأهداف علم الأورام النفسي

إنّ أهم الميادين المدروسة في علم الأورام النفسي في السنوات الأخيرة حسب (Dolbeaultetal 2007 :02-03), هي معاش وتجربة خاصة مع تصورات للسرطان وعلاجاته المعمول بها من طرف المرضى ومحيطهم العائلي وكذا المختصين في الصحة والمهتمين بهؤلاء المرضى من جهة أخرى.

هناك اهتمام اتجاه الأعراض الناتجة عن المرض ونسبة الاضطرابات النفسية المرضية مثل اضطرابات الحصر، قلق ما بعد الصدمة، الانهيار عند الأشخاص المصابين بالسرطان .فالمدرسة البريطانية هي الرائدة في دراسة آليات التكيف المرتبطة بهجمة السرطان ومرحلة العلاجات، ومعظم الطرق العلمية استلهمت من النموذج النفسي الجسدي أو السيكوسوماتي أثناء البحث عن الارتباطات.

أما العلاقات المتبادلة بين العوامل النفسية وتطورات السرطان يفرض علينا الاندماج في الميدان العصبي النفسي المناعي، إذن حسب الحوصلة المقترحة من طرف لجنة البحث للجمعية الفرنسية علم النفس الأورام تحت إشراف (DAUCHY.S , 2008) نستطيع تلخيص أهم محاور البحث العيادي الحالي بالطريقة التالية:

1. تجربة السرطان والتمثلات الذهنية المرتبطة به :التوظيف النفسي المرضي للمرض وأقاربهم (الوضعية العلاجات) تحديد التشخيص أو الكشف عن الاضطرابات النفسية المرضية الانعكاسية وكل الأمراض والأعراض الموجودة.
2. تقييم التكفل في علم الأورام النفسي بالأدوية أو بدونها المساهمة في تقييم التكفل في مجال السرطان وبالخصوص نوعية الحياة.
3. علاقة العلاج بالإعلان، الاتصال، وأخذ القرار.
4. الارتباطات النفسية، مرض السرطان، القيمة التنبؤية لبعض حالات الشخصية، ولبعض السلوكات ودراسة الآليات الكامنة الرابطة بين النفسية والسرطان.

معاناة المعالجين : يأخذ علم الأورام النفسي بعين الاعتبار مختلف الممارسات العلاجية لمن يعمل في مجال السرطان والذي يعتبر أكثر عمقا ويساعد على تطوير معرفة الوضعيات والتساؤلات المتعلقة بالسرطان، حيث أن المؤتمر العالمي لعلم النفس الأورام والذي انعقد في مدريد، جوان 2008 فإن الباحث الاسترالي Davidkissane رئيس قسم الطب العقلي والعلوم السلوكية للسرطان بنيويورك أمريكا وبعد جائزة الأستاذ HOLLAND.J الذي تحصل على جائزة Arthur MSutherland للبحث في مجال علم الأورام النفسي أثار فيها النقاط الثلاثة التي يتضمنها البحث.

ولهذه العوامل الثلاثة تأثير محدد لتاريخ السرطان التطوري تبعا لمسار المريض العلاجي، أضف إلى ذلك أحسن تكفل تشخيصي وعلاجي للانهيار في مجال المرض بالسرطان وذلك نظرا للانعكاسات السلبية على الحالة المرضية وعلى مفهوم الموت المرتبط بالسرطان وهذا حين لا يؤخذ بعين الاعتبار هذا الاضطراب النفسي المرضي.

ويضيف الباحث (KISSANEDW ,2007 : 5689-5690) إنّ أحسن تكفل سواء فيما يخص تشخيص أم علاج الاكتئاب المرتبط بالسرطان وتأثيره السلبي على أسباب المرض ونسبة الموت بسبب السرطان دون الاهتمام بالاضطراب النفسي المرضي كذلك تحسين تفهم العوامل المؤدية إلى عدم تقبل العلاج الخاص بالسرطان.

وفي النهاية المعرفة الجيدة لأثر العوامل الاجتماعية الاقتصادية على أسباب المرض ونسبة الوفيات المتعلقة بالسرطان يعتبر (DATTON, 2008) الصورة النظرية هي الآن ثنائية القطب، حيث تبين مدى دور النفسية في فحص المعلومات اتجاه القلق الناتج عن المرض وهي وضعية عدوانية خطيرة مهددة للمقاومة .

أمّا القطب الأول فإن التفكير المعرفي الرمزي للفرد في مواجهة العناصر الخارجية الخطيرة، وهذا نموذج جدلي يتمثل في تناقض وجهتين الأولى جهاز تصوري داخلي والثانية العنصر مشوش والفاقد للاتزان والخطوة المقصود إتباعها هنا وصف الاستراتيجيات المتبنية لمواجهة التكيف مع الواقع وإدخال كل تهديدات المرض .

فقد اهتم علم الأورام النفسي في دراساته على العوامل النفسية الاجتماعية التي تسهل أم تعرقل التكيف مع المرض وأهمية التفاعل بين العوامل البيولوجية، الحوادث الاجتماعية، الثقافية والنفسية.

أما الأهداف الرئيسية لعلم الأورام النفسي، هو علم يحاول الوصول إلى هدف عيادي تضمن المهمة العيادية المتوجهة نحو المرضى وأقربائهم والتي تعمل على تنظيم علاجات الدعم، يمتد هذا الدعم إلى الفريق المعالج وفي الأخير مهمة التكوين والبحث والمساهمة في المشاريع العلمية .

تدور الأهداف الرئيسية لهذا العلم حول المراحل الثلاث للمرض ألا وهي :التشخيص – العلاجات– المعاودة وهي:

1. التكفل النفسي وتسيير شدة الانفعالات.

2.إعادة بناء وإثارة روح المحاربة التي تؤثر على الاستجابة للأدوية العلاجية.

3.المرافقة العلاجية المساهمة في الشفاء وذلك عن طريق الوسائل التي أثبتت فعاليتها كالعلاج النفسي، والعلاج النفسي الجسدي.

4.التقييم وأخذ بعين الاعتبار التأثير النفسي للعلاجات وذلك عن طريق مقياس التكيف الذهني للسرطان مثل (M.A.C).

5. مساعدة المريض على إعادة بناء وتطوير فضاء دعم حيوي لمواجهة المرض.

6. تعلم تقنيات تسيير الانفعالات.

7. الاستماع والاعتراف بالجسد.

8.إعادة التقييم الذاتي.

9. تحسين نوعية الحياة.

إذن علم الأورام النفسي له صدى عيادي معرف حسب (ANGIOLINIC: 2008) كممارسة ترافق المريض وأهله ومعالجيه. دوره الأول إهداء فضاء للكلام لطرح المعاناة بحيث أن التكلم الانفرادي يسمح بالدرجة الأولى للمريض إعداد جواب في وقته للتقليل من معاناة السرطان على سلوك المريض في مضمون وصفي خاضع لدرجات معرفية سلوكية .تحدد الأبعاد النفسية المعلومات حول السلوك الخاص بالمرضى والميكانزمات الخاصة وحوادث العناصر العضوية وعليه يتم فحص المعطيات والمعلومات الخاصة بالمثيرات الداخلية والخارجية لمواجهة المرض الخطير باعتباره عنصر خارجي مقلق وذلك بتغير المعطيات العادية أمام العنصر الدخيل كالسرطان بواسطة الآلة الرمزية.

بالنسبة لـ (DOLBEAULT,2006 :334) فالمختص في علم النفس الأورام كان مختص نفسي أو طبيب عقلي يعمل بالتعاون مع الفرق يتدخل أثناء صيرورة العلاجات ابتداءا من إعلان التشخيص، الدخول إلى مرحلة الشفاء، إعادة التأهيل بحيث أن هناك عدد من العوامل التي عرفت أنها تزيد من مخاطر الضيق النفسي، وقادرة بدورها على إعطاء عدة اضطرابات نفسية مرضية، فتدخل المختص قد يوضح ما تنتظره المريضة من العلاجات التي غالبا ما تكتشفها في مرحلة لاحقة وتفهم وضعيتها مع المعالجين وتطلب المشاركة في القرارات الطبية، بينما هناك من تبقى في وضعية ساكنة في علاقة تبعية للمعالجين، فالأمثل أن تضبط الأمر بين الطرفين وأن تكون المريضة راضية اتجاه الفرقة المعالجة لها .

وفي حالة ظهور أعراض مسببة للقلق والاكتئاب كان دلك ذات بعد معرفي أو ذهاني، يرجع

التقييم هنا للطبيب المختص في الأمراض العقلية والمختص في علم الأورام النفسي الذي يوجه التعليمات الخاصة بالعلاج الدوائي .ولو أن اللجوء إلى هذا النوع من العلاج ليس بالسلوك الاعتيادي لكنه حاضر في الأوساط الطبية بعد التنسيق بين كل المختصين الذين يتكفلون بالمريضة ويكون هذا التكفل مرتكزا علي عدة أوجه علاجية حسب المشكل أو الاضطراب المطروح .

وبالتالي نستنتج أن ضرورة إدماج البعد النفسي الاجتماعي للعلاجات المسموحة لداء السرطان مهمة و ذلك في كل مراحل التكفل ابتداء بالوقاية المرتبطة بالكشف ثم بالإعلان عن التشخيص وفي النهاية بالعلاجات مهما كان المآل، الشفاء، المعاودة، أم نهاية الحياة .وهذا الأمر يمس كل مجموعة الممثلين المعنيين بهذا المجال :أطباء، ممرضون أم معالجون، ممثلون اجتماعيون وهنا يستطيع المختصين النفسانيين و المختصين في الطب العقلي إضافة خصوصية للكفاءة العيادية للتكفل.

3-الأبعاد النفسية لعلم الأورام النفسي

من الأهداف الأساسية لعلم الأورام النفسي التكفل بالأبعاد النفسية العقلية، السلوكية والأسرية والاجتماعية وعلاقتها بالسرطان، وهذه تركيبة للعلاج المتعدد الخدمات في علم الأورام، هو علم حديث التطور جاء ليستجيب بالخصوص لضرورة الوقاية والعلاج من الانعكاسات السلبية للمرض على نفسية المريض ومحيطه.

كما أنه يساعد المريض على المحافظة على وضعيته يقترح المرافقة المكيفة حسب حاجياته طوال كل مراحل المرض وعليه نحاول ضبط بعض الأبعاد النفسية التي كثيرا ما يتأثر بها المصاب بالسرطان.

أ- الإعلان:

إن إعلان تشخيص مرض السرطان هو فترة مهمة في ربط العلاقة بين المريض والطبيب، يجب أن يرافقها اتصال فعال من نوع رفيع لأن الخبر من هذا النوع غالبا ما يكون سببا للصدمة سواء كان ذلك للمريض وبعض الأحيان حتى عند من يعلن الخبر بحيث أن هذا الإعلان يثير عدة استجابات عند المرضى من عدم التفهم إلى فقدان التحكم عند بعض المرضى.

يقول الباحث (Bensoussan P, 2008 ,28) ورجوعاً للأستاذ Thomas في مقدمة كتابه "الموجز في علم النفس الأورام " أين يذكر بأن للإعلان عواقب قد لا تصدق وقد أصبح العلاج وسيلة تقنية محضة بالنسبة للمرضى المصدومين بخبر التشخيص والذين لابد أن يتحملوا تدخلات علاجية ثقيلة ومعاناة طويلة وغالبا ما تترجم تلك المعاناة عن طريق انقطاع بيوغرافي في حياته الفردية لأنه حسب (Jeanninet al, 2012 : 177) في نفس الوقت، يواجه إشكالية المستقبل والموت، باعتبار السرطان حسب التصور الاجتماعي مرتبط دوما بمفهوم الموت واللاشفاء، وعليه يبقى إعلان السرطان حدث قوي وصادم.

.نقصد هنا بالإعلان هو إيصال وتعريف واقع موضوع وما الذي سيحصل لهذا الواقع إذن هو ليس مجرد إخبار أو توضيح وإنما نقل شيء معقد ومهيأ ولا يبقى إلا إيصالها بطريقة ما نحو صاحبها.

عند وصول الخبر للمريض نلاحظ أن أول استجابة تظهر هو التركيز على تسمية المرض وما يرتبط بها من تماثلات فهو بمثابة انقطاع مفاجئ لكل الاقتراحات والتأويلات الخاطئة التي كان يتبنّاها قبل الإعلان.

إنّ اكتساب خبر سيء كالسرطان، مع واجب البوح به وتبسيطه وتحويله إلى أن يصبح غلظة هي مهمة جد صعبة ومركبة بالنسبة للطبيب، كيف يعلن الخبر دون أن يسبب اليأس المطلق كيف نجد من مخاطر ارتكاب الفعل الانتحاري وكيف نتفادى الموعظة؟ وأول ما يتطلبه الإعلان ذلك المكان الهادئ بحيث يحفز العلاقة الحميمية الذاتية الممكنة، وإعطاء الوقت اللازم للاستماع للمريض وتفهم استجاباته ولاكتشاف ما فهمه عن مرضه وما كان يعرفه من قبل، كذلك أخذ الوقت اللازم لمعرفة ما هي رغبته في معرفة ما يتعلق بمرضه ولماذا ذلك؟ ومع أي من أقاربه يريد مشاركته في هذا الخبر، مع ربط الإعلان بالالتزام الصارم للتكفل بالمرض (علاج متكامل) مع أخذ بعين الاعتبار شخصية المريض، احتياجاته النفسية للوسط، وللألم وللضيق الذي يرافق الوضعية مع مراجعة الأحاسيس الانفعالية للمريض وإعطائه الحق في هذا النوع من الاستجابة التي تتطلب الاعتراف والقبول و أخيرا تحضير نهاية اللقاء بإلزامه تبني سلوك واضح في الوقت اللاحق.

الاستجابة الانفعالية حسب (Dauchy.s, 2009) أثناء الإعلان هي فورية، موجة الصدمة قد تكون فورية أم متأخرة هي غالبا ما تكون اتصال شفوي تتراوح بين نوبة دموع عادية إلى أعراض انهيارية حقيقية قد تكون بعض الأحيان ساكتة، تتعلق هذه الاستجابات بقدرة المريض على الإحساس بالانفعالات (عناء انفعالي) والقدرة على إدراك الانفعالات (الذكاء الانفعالي) الذي قد يترجم بعض الأحيان عن

طريق أعراض كعسر التنفس وهي أعراض معينة للتكيف غالبا لابد احترامها ونادرا ما تطرح هذه الاستجابات من مشاكل إلا إذا أصبحت الأعراض سائدة، في هذه الحالة لابد من الحذر خاصة أمام استجابة الحالات الهادئين جدا الذين صعقهم الخبر وهم إذن في وضعية نفسية مقلقة وتبقى الاستجابة الانفعالية لديهم تتدخل في كيفية إدراك الخبر الذي أحيانا لا يكون له دور تكيفي وإنما انعكاس معرفي .

يضيف الباحث (Fallow F,2005 : 349) أنّ وضعية من يعلن التشخيص وطريقة الإعلان مهمة حتى وإن كان أغلبية المرضى يركزون عن مضمون العبارات المستعملة ويبدون لها أهمية أكبر، في بعض الأحيان يؤول المريض الخبر بطريقة مختلفة انطلاقا من معرفته لمرضه الذي هو في طريق تطوري وأن التحاليل الطبية النسيجية للمنطقة المشكوك فيها إيجابية(+) أي مصابة .

بالنسبة (Bacque MF :2009, 132) تقول "قد أعلم بأنه غالبا ما يكون التدرج في توضيح الوضعية للمريض مرتبط بتسلسل الأحداث فيعد أول شك الملازم لظهور العرض الذي شخص من خلاله السرطان، قد تتطور الوضعية بين إثبات أمر غير عادي ثم الخضوع لاختبارات طبية لازمة للتعرف على الأمر الغير عادي، ثم الفحص الموضح لنتائج التحليلات بحيث ينظر المرضى إلى هذه الأسابيع وهم في انتظار على أنه معاش مقلق جدا وبشع.

كذلك بالنسبة للطبيب الذي ينتظر النتائج وهو في نفس الوقت يواصل مرافقة المريض في هذا الطريق، وهنا تكون الصدمة وقت الإعلان أقل خطورة لأنه لم يعرض لإثارة مفاجئة تهدده بالموت إذن من الممكن الاعتماد عن الطريقة التدريجية في الإعلان علما أننا وجدنا نسبة تتراوح بين 10%إلى 40 %من وضعيات ما بعد الصدمة من الحالات بعد الإعلان عن التشخيص.

فالإشكالية ليست في أن نقول أولا نقول لكن كيف نقول، فقانون أخلاقيات المهنة العالمي يؤكد على أن الطبيب لابد أن يعلن بصدق وبوضوح وتلازم اعتبار شخصية المريض وخطورة الوضعية وتضيف الباحثة (Bacque MF,2011 : 11) لابد من تطور طب البحث عن السرطان ليس لسبب زيادة مرض السرطان وإنما لزيادة نسبة الشفاء وذلك بإصدار قانون لمطالبات عامة، تبادل ونشر المعرفة على المستوى العالمي وذلك لتراجع طابو إعلان السرطان .

وأخيرًا إن إعلان السرطان هي إشكالية تهم كل فرد كل طبيب كل مريض ينام في داخلنا، لا يجب أن نقتصر بالوقوف أمام السرطان فقط بل أمام كل الإصابات الخطيرة والمزمنة من السكري إلى الفصام، وأمام كلّ الوضعيات الطبية الصعبة كالعقم والضمور الدماغي، إذن نحن أمام مشكل حقيقي يخص المجتمع وبالأحرى يخص ثقافة المجتمع.

ب – الألم :

مصدر كلمة ألم باللغة اللاتينية Dolerem وهي معاناة جسدية ومعنوية تعبر عن الألم في أبعاده الجسدية أكثر منها النفسية، وغالبا ما يقترح كلمة معاناة للألم النفسي وذلك لتخصيص كلمة ألم المفهوم المثيرات الضارة. إن الألم السرطاني حسب (DariusE ,2002 ,190) هو عرض مركب يتطلب تقييم معمق أمام كل الفحوصات الطبية حتى يتحدد السبب الفيزيولوجي للألم.

فالمعنى الذي يعطيه المريض للألم السرطاني قد يؤثر على شدة ردود فعله فيتصور أن الألم هو إشارة لتصاعد داء السرطان وبالتالي قد يؤثر على المزاج بصفة معتبرة، ومن جهة أخرى فإن للحصر تأثير على آلية الانتباه، ويصبح المريض أكثر قابلية لكل الإشارات التي تؤدي إلى تغيير في صيرورة المرض.

الألم ظاهرة بشرية بالغة التعقيد، لا تكاد تخلو الحياة منها، لأولى وهلة تبدو كلمة" الألم "كلمة بديهية من بديهيات الحياة، ولكن ما إن تطلب من الإنسان وصف الألم الذي يشعر به فيبدو سؤالا محيرا وغريب .

علوم الطب تعرف الألم على أنه منبه فطري أو طبيعي يظهر للدلالة على وجود حالة غير سوية في الجس م، أو للتنبيه إلى خطر يتهدد الجسم إلاّ أن هذا التعريف كثيرا ما وجد جدلا في أوساط علماء الطب، وعلم النفس والفلاسفة ولغويين، بيان ذلك أن الألم إحساس فردي يختلف شدة أو ضعفا من إنسان لآخر، حتى عند الفرد الواحد ومن وقت لآخر فضلا أن ما يسبب ألما لإنسان قد لا يسبب ألما لإنسان آخر، هذا التناقض يجعل الألم صعبا بل ويوقع من يتصدى لظاهرة الألم في حيرة أكبر من مجرد حيرة التعريف.

فإذا أضفنا إلى ذلك أن الألم قد يكون نفسيا أو عاطفيا، ذهنيا أو جسديا، أدركنا صعوبة الوصول إلى تعريف يرضي جميع الأطراف، إذ نتساءل أين تنتهي حدود الألم النفسي وأين تبدأ حدود الألم الجسمي، وحتى لا نستطرد إلى أبعد من ذلك في موضوع مثير للجدل، فإننا نقتنع بالقول أن الألم ظاهرة

معقدة جدا تشترك عدة عوامل في إثارتها والإحساس بها، والاستجابة لها ويبقى الهدف الطبيعي من هذه الظاهرة هو التنبيه إلى خطر داخلي أو خارجي يهدد الجسم .

إن حضور الألم المرتبط بمرض السرطان يعجل انسحاب المريض عن كل الوظائف الاجتماعية العادية مع تبعية كبيرة للمؤسسات العلاجية بحيث أن هناك دراسات مثل أبحاث .Stam Coll Tait 1985- 1987 بينت أهمية الاضطرابات النفسية المرتبطة بالألم السرطاني مثل اضطراب النوم، فقدان الشهية،الغثيان، تدهور نوعية الحياة بالنسبة لعدة مرضى.

أما بالنسبة للمستوى العصبي البيولوجي فمن المحتمل أن تكون الآليات الخاصة بالاكتئاب دور في تصاعد الألم وقد يظهر الضيق النفسي بسبب تنقل الألم، كذلك مشكل الحصر والاكتئاب .وقد يؤدي الألم كذلك إلى الضيق النفسي أم يزيد منه، مما يعطى كذلك الحصر والاكتئاب فيؤثر على مسار هذه الاضطرابات فيعطي الألم حالة من الشدة، تشاؤم واكتئاب .

وقد تقلص هذه الحالة النفسية من قدرة المريض على مواجهة الألم، كذلك يجب التفريق بين الألم الناتج بعد العملية والألم الذي مصدره القلق والمرتبط بتطور مرض السرطان.

إنّ عدم الارتياح الملازم للألم، يترافق حسب(Delvaux et al, 2002 : 192) بصفة عامة بعدم توظيف العالم، والاختيارات بحيث ينتاب المريض إحساس على أنه يعاقب، ومع الوقت يصبح الألم أقل تسلطا، ويفسر ذلك بصيرورة تغيير انتباه المرضى من التمركز على المرض إلى مجالات قديمة وصنّفت من جديد، فقد تؤدي المعاناة الجسدية إلى وضع صيرورة نفسية خصوصية تجعل الفرد يركز على الحفاظ الذاتي ورفض كلّ ما يؤدي إلى عدم الارتياح وهذه من القيم الشخصية لدى المريض، وفي إطار هذه المعاناة الجسدية المتدهورة تصبح الرغبة في الموت حل بدون أن يرتبط بحالة عيادية اكتئابية .

وقد نشرت دراسة لـ (Bonnard A et al , 2000) تتضمن نتائجها على أن نصف عدد المرضى الذين لديهم أعراض الآلام ما بعد بتر الثدي، وبعد ستة أشهر من العملية تبين أن الاستجابات

المعرفية والعاطفية لديهم قد تأثرت بالحصر وبالتوظيف الجسدي، وكل الاستجابات تجاه الألم الخاصة بالأبعاد النفسية تبقى تابعة للتصورات والمعاني التي ترتبط بها.

إن الديناميكية المتكاملة لعلم النفس الصحة وعلم النفس العيادي، كذلك دراسة الأبعاد المعرفية العاطفية لاستجابات الألم قد أدت إلى تفسير الوظيفة الدفاعية للألم اتجاه إصابة أم ضياع الثدي وذلك عن طريقة صيرورة التوقف المعرفي، وبينت هذه الدراسة مدى أهمية ظاهرة الذاتية المرتبطة بالعوامل الطبية، الاجتماعية والنفسية لهدف التفهم الجيد والتكفل الأحسن.

انطلاقا من هذه التجربة قد تطرح مفهوم استراتيجيات المواجهة أي كيف يمكن لشخص مصاب بالسرطان الاستجابة للألم والتأثير على شدته وأول استراتيجية هي طلب المساعدة من الآخرين، إعادة النظر في الأفكار الغير قادرة علي التأقلم وأن يجعل المصاب لحياته معنى ينطلق منها لمواجهة الآلام وإتباع مسار الأمل كلّ هذه العمليات قد تتوفر على مستوى الرعاية الصحية بحيث ينبغي على الفرقة المتكفّلة بالحالة تشجيع وتيسير الاتصال الفعال مع المريض بحيث أنّ **(معهد الطب الأمريكي،2011: 34)** يؤيد إدراج خبراء الرعاية النفسية والاجتماعية كجزء إدارة ألام السرطان، وتشمل التدخلات النفسية، الاجتماعية والتعليم .

ومن بين أمور أخرى معالجة الاستخدام الصحيح للأدوية المسكنة والتواصل الفعال مع الأطباء، والتعامل و التدريب على بعض المهارات من تغيير الأفكار، العواطف، السلوكات، من خلال التدريب على مهارات مثل حل المشاكل الاسترخاء وإعادة هيكلة المحتوى المعرفي مما يقلل من الضغط النفسي وتحسين نوعية الحياة لمرضى السرطان ، ويقول (AROUA m ,2010 :203) منقول عن العالم العربي ابن رشد في كتابه" **الكليات في الطب**" ابن الرشد: **" إنّ الأشياء التي تطلب الاستدلال عليها هاهنا هي أحد ثلاثة أشياء كما قلنا أما العضو الألم، وأما مرضه وأما سبب المرض، وأعني ها هنا بالسبب الفصل الخاص بالمرض، و الأشياء التي منها يكون الاستدلال على هذه الأشياء في الأكثر هي الأعراض الداخلة على أفعال الأعضاء وانفعالاتها والأعراض اللازمة عنها ".**

ج – الضيق النفسي:

حسب تعريف (Tribolets, 2003 : 86) فالضيق هو إحساس بالترك أو بالتخلي بحيث أن

المريض يحس بأنه في وضعية حرجة .ويعتبر الكشف عن الضيق من أوائل اهتمامات علم الأورام بحيث يقيم كبداية لتحسين الاستجابات لحاجيات الأشخاص المصابين بالسرطان، ويعتبر الضيق في علم الأورام تجربة انفعالية متعددة العوامل، غير ممتعة ذات طابع نفسي اجتماعي، معرفي، سلوكي، انفعالي أم روحي يستطيع التداخل مع القدرة لمواجهة السرطان بكل علاجاته الجسدية وكلّ العلاجات الأخرى.

بالنسبة لـ(Antoine L,2001 :08) يستطيع الضيق أن يعبر على شكل أحاسيس عادية ومألوفة من الحساسية والضيق والخوف إلى درجة مشاكل معيقة كالاكتئاب والحصر والهلع، والانعزال الاجتماعي، وكذا النوبة الوجودية والروحية وانطلاقا من درجة خطورة هذا الاضطراب يعرف حاليا الضيق على أنه العرض السادس مع الحرارة –التنفس – النبض– الضغط الشرياني والألم ، وذلك في سنة 2005 حسب Groff– Bultz وعليه أوصت مديرية محاربة السرطان بكبك كندا بالكشف عن الضيق عند المصابين بالسرطان حسب المعطيات التالية:

1. كل المصابين بالسرطان يجب أن يخضعوا للكشف عن الضيق وذلك بأن تتكلف فرق علم الأورام بوضع نظام جهوي أم عام للكشف الدوري عن الضيق.
2. أن يكون الكشف عن الضيق بمثابة فحص تقليدي يستعمل أثناء المراحل الصعبة للمرض والحساسة.
3. نستعمل عملية الكشف عن الضيق بالوسائل والأدوات المتميزة بالثبات والصدق والتشاور مع كل أعضاء البحث المتعدد الخدمات في طرق الكشف.
4. الوسائل المستعمل للكشف (الضيق) يجب أن تدمج الاحتياجات الستة المتعلقة بالضيق وهي الحاجيات الانفعالية، العملي، الإخباري، الجسدي، الروحي والاجتماعي.
5. اختيار أداة كشف ثابتة يجب أن تستجيب للمقاييس التالية :
   - أداة سبق وأن ظهرت مصداقيتها.
   - أداة ذات استعمال ثابت في علم الأورام.
   - أداة مقاسة عياديا.
6. يبقى الكشف عن الضيق مسؤولية جميع الفرقة المتعددة الخدمات في علم الأورام ولابد تعيين المختصين لأجل تطبيقه.

بالنسبة لـ (Dauchy et al. :2006) أن ربع عدد النساء الشابات المصابات بالسرطان يظهر أعراض للضيق النفسي الحاد، مهما كان نوع العلاج المقترح، وتبقى نسبة الأعراض الانفعالية متغيرة حسب المنشأ الاجتماعي، الثقافي، والتاريخي وبالضبط الخصوصيات الثقافية التي تتميز بنوعية السند الاجتماعي العائلي.

إنّ حدة المرض تساوي معدل الضيق النفسي للمريضات الشابات، أما المريضات الكبيرات في السن فالضيق النفسي لديهن أقلّ حدة، أما أعراض الحصر فهي من نوع أفكار متطفلة متمركزة على المرض، على حصر مسبق مع رفض أو عدمه، انشغالات في مجال حصري خوفا من الانتكاسة، اكتئاب مهم يكشف عنه دوريا في بعض الاضطرابات كاضطراب النوم، الاضطرابات المعرفية، تعب ملح .

وتلخيصا للأعمال التي اهتمت بالعوامل المحتملة الخاصة بالضيق، عوامل الخطر الأساسية للمرض النفسي الاجتماعي والتي ترجع إلى مرض السرطان هي حسب الباحثين **(Nordmann et al, 2009 :44-45)** .

- **العوامل الطبية** :ونشير هنا إلى مراحل المرض نوعية العلاج واختلافاته كالجراحة، العلاج الكيميائي، العلاج بالأدوية، العلاج بالأشعة، العلاج بالهرمونات، العلاج المناعي، كذلك الأمراض الجسدية كالإعاقة الوظيفية، الألم، التعب، الغثيان، القيء، الهجمة الحرارية.
- **العوامل الفردية** :كالسوابق المرضية، النفسية، الشخصية، أم العائلية، العوامل المرتبطة بالشخصية كنوعية التكيف اللاوظيفي، كاليأس، الانشغالات المتعلقة بالحصر، قمع الانفعالات، العلاقة بالمراقبة الخارجية.
- **عوامل بين الأفراد والمجتمعات** :كنقص الاتكاء العاطفي الصادر من طرف الأقرباء، الأسرة، الزوج، الأصدقاء، المجتمع الكبير كالجيران، وسط العمل، الجمعيات، أوساط الديانات، قد يكون سبب في حدوث معاش مقلق .عوامل من الطبيعة الاجتماعية والاقتصادية :نذكر منها سن الشباب، الجنس الأنثوي، هشاشة الحياة الاجتماعية، الاقتصادية ، قانون العازبة أم الأرملة، البعد الجغرافي عن مركز علاج السرطان.

و في النهاية هناك بعض الأبحاث كشفت عن بعض العوامل السلبية المسببة للضيق خارج العوامل التي ذكرت سابقا وبالخصوص الإنكار النفسي العاطفي هو تلاحم يدركه المريض الذي يصبح يواجه المرض وخاضع للتفاعلات الجديدة مع نظام العلاجات ضف إلى ذلك أن هناك عوائق جد سلبية والمتعلقة بمرض السرطان وبالخصوص نوعية الحياة المتدنية الحساسية الكبيرة للألم، الأعراض الجسدية وزيادة خطورة الانهيار والانتحار، كذلك نقص فعالية العلاجات، الصعوبات التكيفية والسلوكية لمواجهة مشاكل الصحة، نقص في الالتزام للعلاج، زيادة مدة الإقامة في المستشفى، زيادة ثمن تكلفة العلاج وأخيراً نقص الأمل في الحياة .

يقول (Holland JC, 1999 :459) أن الضيق هو تجربة انفعالية مزعجة ذات طبيعة نفسية، اجتماعية روحية والتي تؤثر عن قدرة المريض لمواجهة السرطان وعلاجه بطريقة فعالة و تسجل هذه التجربة بالتوازي مع الأحاسيس العادية كالحساسية، الضغط،التخوف إلى درجة صعوبات تجعل المريض غير قادر عن التكيف فيتولد لديه مجموعة من الاضطرابات كالحصر، الاكتئاب والعزلة الاجتماعية حيث اللجوء إلى الأزمة الروحية .

في مجال البحث في علم الأورام النفسي من المستعجل الكشف عن الضيق الانفعالي عند المرضى المصابين بالسرطان ولهذا يوجد عدة أدوات لتقييميه، والمقاييس الأكثر استعمالا لذلك والأكثر تكاملا هي Mini international neuro psychiatrie interview de Scheehan et al(1998) ، والمبتكر من DSMV هذه الأدوات تساعد على قياس أعراض الاكتئاب والحصر منعزلة أم مرتبطة بالضيق الانفعالي.

د- المرحلة التلطيفية أو النهائية:

حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة (**OMS**) فإن العلاجات التلطيفية تهدف إلى تحسين نوعية الحياة للمرضى وعائلاتهم اتجاه عواقب مريض مآله الموت، ومع الوقاية من المعاناة المعروفة مسبقا وكذا المشاكل الجسدية والنفسية والروحية المرتبطة به .

فالمرحلة التلطيفية أم النهائية تبرز العجز والمعاناة، مواجهة حقيقية للموت مما يؤدي إلى صدمة نفسية، هذه الصدمة التي تعطى بدورها الإحساس باللاصدق واللاواقعية تؤدي كذلك بالفرد إلى الشك على مستوى كلّ قناعاته مما يدفعه إلى البحث عن معنى للتجربة المعاشة والخضوع للصدمات التي تبعث فيه مقاطع إدراكية مثل الغموض، عدم اليقين، الشك، والبحث عن معنى ومبني الانتقادات .

في بداية المرض يكون الشخص في حالة رفض ونفي لهذا الداء ثم الغضب والحزن ثم المفاوضات وفي الأخير القبول وكل المراحل تبقى عادية تتطلب المرافقة بكل ود لأن المريض في أمس الحاجة للإحساس بالأمان، ويعرف أن الفرقة المعالجة لن تتخلّى عنه في غالب الأحيان حيث أنه ليس الموت الذي يخيف المريض وإنما الكيفية التي يموت عليها، لأنه يخاف الألم، والتدهور الجسدي، النفسي وفقدان القيمة والوحدة .

إن العلاجات التلطيفية توفر تكفل علاجي نشط وشامل لأشخاص يعانون من مرض خطير و هم في نهاية الحياة، هم في حاجة إلى علاجات متواصلة مهما كان سنهم، وحسب (Matis c,2012) الهدف الأساسي هو تقدير الوقت الباقي، الحفاظ على أحسن نوعية الحياة، الارتياح الممكن عن طريق مراقبة الأعراض المزعجة أهمها الألم وليس الهدف من ذلك زيادة الوجود أو العمر وإنما يعتبر المريض ومحيطه ككل محل انشغالات الفرقة المعالجة و إذا كان المريض في المرحلة التلطيفية، فهذا لا يعني أنه في نهاية الحياة وإنما يتعذر شفاءه.

ونقصد هنا أن العلاجات التلطيفية تتمثل في مرافقة المريض المصاب بمرض خطير، و يكون قرار متابعة العلاجات التلطيفية بعدما يصل التنبؤ بعد ظهور التنبؤ الدال في أن العلاج الخصوصي لن تعطي نتيجة علاجية لكن هذا لا يعني الطبيب يتخلى عن المرض في هذه المرحلة هدف عرضي وذلك لارتياح المريض إلى أقصى درجة وجلب الطمأنينة له والسكون حتى يشتغل الوقت المتبقي له بمواجهة الموت بكل هدوء .الباحث (Duggleby , 2008 73) في مقال خاص بترقية الصحة

العقلية التي تهتم بعلاج الكبار في نهاية الحياة قال أنه من المهم أن نعتني بالصحة العقلية للكبار المصابين بالسرطان في نهاية حياتهم لأنهم يظهرون أمراض نفسية وعقلية كالاضطرابات الخاصة بالحصر والاكتئاب و المعرفية بحيث تظهر بكثافة لديهم في نهاية وهي مرحلة تعرف بالعجز والتدهور بالتدريج إلى حد الموت.

والملاحظ أن علم الأورام النفسي لم يتخلى في اهتماماته عن هذه المرحلة الحرجة وذلك لأن هذه المرحلة تتميز بتطور الألم، الاكتئاب وعند بعض الحالات الهذيان لذلك فقرار العلاجات التلطيفية يؤخذ بالتعاون مع المريض مع الحذر اللازم والممكن وذلك بحضور العائلة وهذا ما أكده البروفيسور J.FHERON في إحدى محاضراته في كلية الطب بـ CAEN فرنسا بأنه إذا كان للعلاج غرض شفائي فهو مرافق بتكفل حذر للأعراض بحيث أن تهدئة الأعراض تبقى أولوية وهذا هو عمق العلاجات التلطيفية أن لا تظهر على شكل تخلي عن المريض أم انسحاب بل هي امتداد طبيعي للعلاقات السابقة

ولابد من حوار صريح، مريح، وذلك بأخذ الوقت اللازم للسماح للمريض يطرح كل الأسئلة التي يرغب فيه .

قد يتصف الطبيب المختص في علم الأورام تجاه المرض على أن الانتقال إلى المرحلة التلطيفية يكون بمثابة الفشل في العلاج وهذا إدعاء في غير محله، بل عليه أن يتعهد بالعلاجات الجيدة للمريض وليس بالضرورة للشفاء .أما عن العلاجات فنحن أمام ثلاثة محاور وهي:

العلاجات القصوى :وهي تدخلات متعددة الخدمات أين ينقل المريض إلى وسط مختص.

العلاجات المريحة :أين يتم تسيير الأعراض.

العلاجات النهائية :نهاية الحياة أم الاحتضار.

يعتبر مجموعة من الباحثين في ميدان علم الأورام النفسي الفرنسي ومن بينهم (Razaviet et al 2002,92) بأن الحداد قد يكون مسبقا وممكنا وهنا قد تكون بعض التبادلات مع محيط المريض، بل عدة مرضى يتوقعون إجراءات الجنازة في المرحلة النهائية فالتدهور غير المنقطع والضعف الخطير المتواصل، الآلام والحمى والاضطرابات الاستقلابية كلها في واجهة الأعراض، وكل هذه الصيرورة الجسدية تنعكس على الحالة النفسية وهنا تطرح عدة إشكاليات أخلاقية فيما يخص هذه المرحلة، مواصلة العلاج أم المساعدة على الموت وهنا تلتقي الإشكالية النفسية والأخلاقية .

وفي يوم الأحد 18 شوال 1429 هـ 19 أكتوبر 2008 (مجلة الشرق الأوسط) وهي ندوة تعقد لأول مرة في منطقة الشرف الأوسط حول الرعاية التلطيفية وأهميتها لمرضى الأمراض المستعصية كشف فيها كل من الدكتور عبد الرحمان جازية، مدير مركز علاج السرطان بالرياض والدكتور عمر شامية استثماري العلاج التلطيفي بقسم الأورام أن الطب التلطيفي هو فلسفة طبية عريقة، ومنهاج طبي كامل ومنظم لتقديم العلاج إلى جانب ما يقدمه الطب التقليدي وذلك للارتفاع بمستوى المريض ومساعدته على ممارسة حياته بطريقة أو أقرب ما تكون للطبيعية، مساعدة المرضى وذويهم على اتخاذ القرارات العلاجية، العلاج بالأدوية المسكنة، علاج مضاعفات السرطان بالجراحة أو بالإجراءات كالتداخل الشبكي مع العلاج النفسي وكذلك استخدام الطب البديل لتسكين الآلام والأعراض كالإبر الصينية أو العلاج الطبيعي، والدعم الاجتماعي والمنزلي .

وعند دراسة أحوال المرضى الذين يعانون من أمراض مستعصية ومتقدمة مثل الأورام ويعانون من فشل عضوي متعدد وضعف عام في الجسم ووظائفه وجد الباحثون والخبراء إن الإنعاش القلبي أو الرئوي لهؤلاء المرضى يؤدي إلى زيادة المعاناة والألم من غير فائدة تذكر.

لذلك اتفق العلماء على أن عدم تقديم الإنعاش القلبي أو الرئوي لهذه النوعية من المرضى هو **باب" درء المفاسد مقدم على جلب المصالح** "وقاعدة **" لا ضرر ولا ضرار "** وجاءت الفتوى رقم 12086 بتاريخ 1409/06/30 هـ من رئاسة إدارة البحوث العلمية والإفتاء والدعوى والإرشاد بأنه إذا كان مرض المريض مستعصياً غير قابل للعلاج بشهادة ثلاثة من الثقاة فلا يستعمل جهاز الإنعاش ويكون هذا القرار طبياً و يقوم الطبيب المعالج بتوصيل هذا القرار للمريض أو أهله بطريقة مناسبة.

4-علاقة مريض السرطان بالأخصائي النفساني:

- توفر أخصائي نفساني على مستوى مصالح الأورام السرطانية أصبح ضرورة حتمية غي معظم المستشفيات الحكومية والخاصة، ناهيك عن باقي المصالح الاستشفائية كمصلحة الطب الداخلي، الكلى ،الأنف، الأذن، الحنجرة، الأعصاب...
- بعد تلمس الفريق الطبي حاجة مريض ما للتكفل النفسي أو إعانة خارجية أو طلب المريض شخصياً.
- يتم تحويل هذا الطلب للأخصائي النفساني والذي يقوم بدوره بتقييم الحالة قبل أن يقترح برنامج المتابعة النفسية.
- إضافة إلى تدخل الطبيب الأمراض العقلية في حالات التناول الدوائي.
- يتم التكفل النفسي لمريض السرطان من بداية إعلان تشخيص المرض إلى مراحل العلاج المتبعة(العلاج الكيميائي، العلاج الإشعاعي، العلاج الجراحي...)

كما يمكن أن يشمل هذا التكفل حتى عائلة المريض مما يسهل عمل الفريق الطبي .

حيث تمثل حالات المرضى مستويات مختلفة وذلك حسب شخصية المريض وحسب الوضعية الصحية التي آل إليها، كما يجب العمل على تجنب التصريح بمعلومات تشق على نفسية المريض عملاً على تفعيل إرادة الشفاء وإبعاده عن اليأس وفقدان الأمل .

كما يجب ترك مساحة من الحرية بين الأخصائي والمريض لفترة طويلة نوعاً ما تسمح لمريض السرطان بالتعبير عن مشاعره ومعاناته في جو من الثقة والألفة .

رابعا: العلاجات النفسية المستخدمة للتكفل بمريضة سرطان الثدي

يعترف الكثير من الأطباء اليوم بضرورة النظرة الكلية للإنسان في تعاملهم مع المرض، فلا ينظرون إلى الجزء المريض فقط، بل يتعاملون أيضا مع الجانب العقلي والروحي، فيهتمون بالجانب الإنساني وبأحداث المشقة وبأسباب المرض والوقاية منه، وقد تبين أن الاهتمام بهذه الجوانب الإنسانية تنشط جهاز المناعة وتدعمه نفسياً.

فالاستجابة للعلاج تكون مجدية للمريض عندما يتضاءل الورم نتيجة شعوره بالوجود الأفضل (السعادة) وجودة الحياة، فقد بينت البحوث ضرورة أن يكون علاج السرطان متكاملاً بين الطب وعلم النفس، فالإنسان كائن متكامل عصبياً ونفسياً وغدياً، كما أثبتت أن العلاج النفسي الجمعي أدى إلى خفض مستوى الضغوط النفسية، وزيادة استخدام أساليب المواءمة الفعالة التي ارتبطت جوهرياً بزيادة حجم الحبيبات اللمفاوية.

(في: جبر محمد جبر، 2004، 13)

وتبين كذلك أن استمرار الرعاية لمريض السرطان خاصة من الأسرة، والارتباط بأفراد ذوي علاقة حميمية، والتكيف مع المخاوف، والتخلص من القلق والاكتئاب، وإحياء روح المقاومة وجودة الحياة لها أهمية أثناء العلاج وتساهم في التحكم في المرض. (جبر محمد جبر، 2004، 34)

وتبين أنه إذا كانت أحداث الحياة الضاغطة والمشقة تسهم في نمو المرض واستمراره وتفاقمه فإنه في مقابل ذاك يمكن أن يسهم المريض في شفائه من المرض أو في بطء تقدمه من خلال تبينه لتوقعات إيجابية والعناية بالذات والوعي بها.

ويذكر الأطباء النفسيون أن معظم أمراض السرطان ليست راجعة للمرض الحقيقي، لكنها راجعة لقلق المريض وفزعه مما ألم به، ومن ثم فإن العلاج التدعيمي أو المساندة في المنزل ضروري وهام لمساعدة المريض على التغلب على مرضه وتداركه.

(محمود السيد أبو النيل، 1997، 16)

ويستخدم الأطباء في هذا المجال أساليب مثل: التدعيم والمساندة، الاسترخاء، التمرينات السلوكية، تحديد أهداف للحياة، إدارة الألم ، بعث التفاؤل، التصور، برامج التغذية.

(محمود السيد أبو النيل، 1997، 17-18)

صحيفة الهدف: ومن الأساليب النفسية لعلاج مرضى السرطان وضع صحيفة الهدف، فعندما يخبر الطبيب مريضه بأن مرضه مزمن، يضع المريض، بمساعدة الطبيب، هدفاً طويل الأمد ومحدداً لاستعادة الصحة إلى ما كانت عليه، والشفاء من المرض الجسمي، ثم يقسم هذا الهدف الكبير إلى أهداف جزئية وقصيرة بما يسمح للمريض بالتقدم والحصول على تغذية راجعة إيجابية، وتتكون صحيفة الهدف لمرضى السرطان من الخطوات التالية لبلوغ الهدف النهائي، وهو التمتع بصحو جسمية جيدة:

1-التصور الذهني:

1. أرى نفسي هادئة هدوءاً كاملاً وصحتي تتألق وأتسم بالثقة والسعادة.
2. أرى خلايا السرطان وقد صارت أضعف وأرى خلايا الدم البيضاء عندي وكأنها فرسان في الحرب تقتل الخلايا السرطانية.
3. أتصور نفسي مشاركاً في هواياتي ومستمتعاً بها .

2-التوكيدية:

1. كل يوم أصير أصح وأصح
2. جسمي لديه القدرة الطبيعية ليشفي نفسه وأساعده في الوصول إلى ذلك
3. أشعر أنني أحسن وقادر على فعل الأشياء التي أرغب في عملها

3-إعادة البناء المعرفي:

1. الاعتراضات : سوف لا أقول إن الذين لا يزوروني لا يحبونني وسوف أكون فخوراً ومعتزاً بأولئك الذين يحبونني.
2. تعديل السلبيات: سوف لا أرتك نفسي تفكر فقط في مرضي وسيحل محل ذلك أفكار إيجابية حول الأشياء التي أحاول تحقيقها مستقبلاً.
3. وضع التفكير الأبيض محل التفكير الأسود: سوف أتوقف عن التنبؤ بحدوث الأشياء السوداء، وأدرب نفسي على التفكير في الأشياء الحسنة الطيبة.

4. الأخيلة: سوف لا أقول لنفسي أن السرطان مجرد شيء لابد أن أتكيف وأتوافق معه، وبدلا من ذلك أزرع في نفسي الاتجاه بأني أستحق التمتع بصحة جيدة.

4 –المساندة النفسية:

لتشخيص السرطان تأثيرات عميقة على المستوى الانفعالي والاجتماعي، الراحة الجسدية وعلى العائلة خلال كل الفترة التي تلت الإعلان، فغالبا ما تحاول المصابة وبعد تجاوز المراحل الحرجة للمرض (الجراحة، العلاجات) أن تسترجع استثماراتها السابقة إلا أنها غالبا ما تجد صعوبة في التوافق بين المرحلتين القبلية والبعدية للسرطان في هذه الحالة نحتاج إلى المساندة النفسية لضبط الاتجاه والتكيف. تبدو بعض استراتيجيات التعامل مع المشكلات المرتبطة بمرض السرطان فعالة قام **Dunkel _ (1992) chetter** بدراسة على 603 مريضة مصابة بسرطان الثدي، قصد التعرف على خمسة أنماط من التعامل مع هذه المشكلات وهي السعي للمساندة الاجتماعية واستخدامها التركيز على ما هو إيجابي، إقصاء الذات التجنب أو الهروب المعرفي أو السلوكي.

فاستنتج أن التكيف من خلال المساندة الاجتماعية والتركيز على ما هو إيجابي وتقدير الذات هي أنماط لها علاقة وطيدة بمستويات المساندة النفسية، والمقصود بها هنا التدخلات العلاجية النفسية التي تسعى بمختلف أشكالها لتلبية الاحتياجات النفسية، الاجتماعية والمعلوماتية لمرضى السرطان.

اهتم (شيلي تايلور، 2008: 828) بهذا الموضوع معتبرا أن المصابين بالسرطان يواجهون مشاكل يمكن تلخيصها فيما يلي :القلق بدرجة عالية والاكتئاب أو الأفكار الانتحارية، خلل في وظائف الجهاز العصبي المركزي نتيجة للمرض والعلاج كضعف القدرة على التركيز مشكلات محددة تنشأ كنتيجة للمرض أو لأساليب التعامل أو ديناميات الأسرة، مشكلات نفسية موجودة سابقا لكنها تفاقمت بسبب تشخيص المرض .

ويعتمد المختص النفساني في محاولته على التركيز عن قضايا محددة يواجهها مريض السرطان وعلى رأسها ظاهرة الخوف عن عودة المرض، الألم أو الموت، الخوف من فقدان أعضاء من الجسم نتيجة للعمليات الجراحية، وكذا المشكلات على صعيد العمل، العلاقات الاجتماعية.

في هذا المجال لا يفوتنا ذكر زعيم العلاجات النفسية الذي يعتبر من الأوائل الذي أعطى أهمية قصوى في العلاج النفسي لمرضى السرطان الباحث Simonton (1970) بحيث أسس مركز خاص بالولايات المتحدة الأمريكية " تكساس" خاص بالعلاجات النفسية لمرضى السرطان ويتابع (141: Fischer G.N, 2013)أن الطبيب يعتمد على المناهج النفسية وإعطاء الحظ الأوفر في الرعاية وإنما هو وحدة نفسية جسدية ذات انفعالات وعواطف نفسية بتوازنها تتحقق الصحة النفسية، معتمدا على منهج الشمولية والتوازي في علاج الجسد والنفس في آن واحد مع مراعاة أربعة أسس رئيسية: الانفعالية، العاطفية، الوجودية والدينية .هي منهجية لا تهدف فقط إلى العلاج وإنما على نسبة تمكن المصاب من جل المشاكل الانفعالية . الهدف الذي تأسس من أجله اختصاص علم الأورام النفسي هو الكشف بالدرجة الأولى على الضيق النفسي Détresse psychologique ومعالجته لتحقيق التوافق النفسي .

تعتبر الأخصائية (Dolbeault S ; 2011) أن هناك عناصر مهمة ومستعجلة لتحقيق التوافق النفسي لدى المصاب بالسرطان وهي: التواصل، تكييف العلاج للمصاب بالسرطان ذات ضعف، الكشف عن نوعية المتابعة للعلاج، أما عن التواصل فالمقصود به الإعلان، وقد عولجت حساسية وأهمية هذا المفهوم في المخطط الفرنسي للسرطان، الذي يعتمد على منهجية P. GUEX للتواصل مع المصاب، ويهتم بعناصر أهمها :التحديد الكمي للمعلومات، تعلم كيفية إعلان الخبر السيئ) الكلمة السلوك(، الكشف عن مختلف الصعوبات النفسية– الاجتماعية ومعالجتها في آنها، تعلم التعامل ما بين "العناية "و"العلاج"، ضبط مختلف الأدوار لكل من :الأولياء، الأسرة المعالجين، الاعتماد على العمل في الجماعة الرجوع إلى الذات ومعالجتها لتقليص التعب.

تعتبر (Dauphin. M, 2013) أنّ المصاب بالسرطان كثرا ما يحتاج إلى التكفل النفسي وذلك لسبب ظهور الكثير من الأعراض منها :القلق، الشعور، الضيق، معاناة نفسية ويأس صعوبة العيش وتقبل العلاج ومضاعفاته، الأحداث الماضية، والتي فتحت سجلاتها من جديد، الرغبة في الحديث عن المرض مع الغريب عوض الأقارب المساندين الشعور باضطراب الهوية، فقدان الاتجاه، اضطراب العلاقات العائلية والاجتماعية، الرغبة في توقيف العلاج، اضطراب النوم.

انطلاقا من هذه الأعراض فالتكفل النفسي يعمل على مساعدة المريض لاسترجاع التوازن تقبل المرضى وقبول العيش معه، استدخال الحدث المروع نفسيا، مرافقة المريض في فهم قلقة الحصر،

الاستجابات، الانفعالات وضغوطاتها، مساعدة المريض على تقييم ذاته طرح القلق ، المخاوف ومختلف التساؤلات التي لم يستطيع التحفيز عنها، مساعدة المريض على استرجاع علاقاته مع الوسط، يرى (Archinard, 2005) أنّ هناك أمل كبير من حيث إمكانية تحسين مآل الحياة لدى المصابة بسرطان الثدي.

اعتمد Marty et Jasman على الوقاية من الإصابة وتطور السرطان بواسطة العلاج النفسي لدى الحالات ذات الاستعداد بالإصابة، أمّا (Forester,1985) فقد لاحظ تراجع في الأعراض النفسية والجسدية لدى المصابة بالسرطان والتي استفادت بالعلاج النفسي.

دراسة قام بها (Spiegel, Bloomet et al , 1989 ,91) على عينة قوامها 86 حالة مصابة بسرطان الثدي انبثاثي، 50 حالة استفادت من العلاج النفسي الأسبوعي، بعد سنة تم تقييم النتائج من حيث مدة عيش الحالات المصابة والظاهر أن نسبة الحالات اللواتي استفدنا من العلاج النفسي تضاعفت فرصة العيش لديهن عن اللواتي لم تسمح لهن الفرصة للاستفادة بالعلاج النفسي.

ذكرتنا هذه الدراسة بطريقة Carl Simonton عند تساؤله عن سبب وفاة بعض المصابين وشفاء البعض الآخر بالرغم من انه كان لهم نفس التشخيص.

استنادا إلى أعمال « Robert Rosenthal » حول" التحقيق الآلي للتنبؤات "أي أننا غالبا ما نتبنى سلوكات أعمال سلبية كانت أم إيجابية تزيد من احتمال تحقيق انتظاراتنا، وبعد اكتشافه بأن الطبيب الذي يؤمن في شفاء مريضه والذي يستطيع إيصال ذلك إليه يحصل على نتائج أكثر من الطبيب الذي لا يؤمن بذلك .

وعليه توصلSimonton إلى طريقة علاجية ما زال استعمالها شائعا في أمريكا وأوروبا المتمثلة في عملية الاسترخاء Relaxation مصحوبة بعملية التصور Vitalisation l'Autocréation d'image mentale وهي الخلق الذاتي لصورة ذهنية .

5 – المساندة الروحية:

إنّ الجانب النفسي يأخذ دورا مهما جدا في تأثيره على التخفيف من المشكلات الخاصة بأحداث السرطان، ويعتبر الجانب الديني والرضا النفسي من الأمور المخففة والتي لها ارتباط بالشفاء من السرطان في كثير من الأحيان .أن تفاعل الجوانب النفسية والدينية في اعتقاد (يعقوب يوسف الكندي، 2003: 364) تساهم في التخفيف أو الشفاء من أمراض السرطان ، ولا شك أن التدين ودرجته يرتبط

بالمستوى النفسي للفرد الذي يخفف من خلاله الضغوط والاضطرابات النفسية التي ترتبط بالمشكلات الصحية الجسدية .

والظاهر أن الدعم الروحي أو الديني لا يعتمد عليه غالبا إلا في المرحلة التلطيفية للمرض وخاصة في دول الغرب، إلا أن الوضع مختلف بالنسبة للمجتمعات المسلمة ونظرا لضعف الدعم النفسي أو المساندة النفسية للمصابات بسرطان الثدي، فالواضح أن أغلبية المرضى يلجؤون إلى التدين لبناء نوع من الاستراتيجيات الدفاعية ضد الانهيار .بالنسبة للبروفيسور Edouard Zarafian في كتابه La force de Guérir « أنه لا يوجد أمر غير المرض حتى يحيي أسئلة حول حقيقة الحياة، مباشرة بعد إعلان المرض، سيمر إلى مرحلة من الوعي أولهما نوع من الرفض والثيران ثم ينتقل إلى البحث عن الفهم ومنها إلى التقبل والبحث عن حقيقة وأصل الحياة، فيبدأ الكشف عن حقائق روحانية، وجودية تنتابها الكثير من التساؤلات :من أنا؟ لماذا جئت إلى هذه الحياة؟ من الله؟ لما الصلاة؟

استند(Joyeux Heral,2004) إلى نفس الفكرة معتبرا أنه عدم الاعتراف بعنصر مهم كالتدين وعلاقته بالعلاج يجعل العلماء هؤلاء من نوع خاص وخارج المنظومة، فهو طريق مهم وأساسي اكتشفته في وجوه مضيئة بالأمل عند المصابين .دراسات أخرى أشارت إلى ارتباط الدين بالجانب المرضى، لقد وضحت الدراسات أن المعتقدات والممارسات الدينية لها علاقة بالصحة العامة للمرأة والتي تؤثر في النهاية على طول مدة الحياة بالنسبة لـ (King .D, 1990 : 112) وذلك نتيجة للوضع الصحي الذي يتمتع به المصاب .

لقد أشار (يعقوب يوسف الكندري، 2003: 210) إلى وجود بعض الدراسات والتي تعتبر أنّ التدين سببا في الوقاية من أعراض الاكتئاب وكذلك التخفيف من أعراض القلق وهذا ما يعكس ارتباط التدين وتأثيره المباشر على الأعراض النفسية التي تنتشر بشكل كبير في المجتمعات المتحضرة، وتفسر (15 , 2008 , Fitch .M)وجود 7 أبعاد معترف بها في علم الأورام وهي العضوية التطبيقية، الإعلامية، السيكولوجية، الانفعالية الاجتماعية والروحية بحيث أن التجارب الانفعالية الأليمة ذات الطبيعية النفسية الاجتماعية (سلوكية معرفية انفعالية) أو روحية قد تتفاعل مع قدرات مواجهة السرطان، أعراضه العضوية علاجاته فينتج عن ذلك أعراض الضيق الناتج عن المشاعر الضعيفة الهشة من ضرر خوف اكتئاب وحصر، العزلة الاجتماعية وكدى نوبة وجودية روحية.

وعليه على المعالجين أخذ هذا العنصر بعين الاعتبار من حيث التقييم والاستجابة بحيث أن نفيها أو تجاهلها وعدم ضمها كدعم العلاج النفسي قد يولد لدى المريض آلام ومعاناة تزيد من شدة الضيق النفسي.

خلاصة:

نستخلص مما سبق أنّ اهتمام العلماء والباحثين لهذا الموضوع قد ظهر منذ القدم وذلك بربط مرض السرطان بأشكال معينة من الشخصية وهي أنماط معينة مهيئة لمرض السرطان متميزين بمعاناتهم النفسية ، إضافة أنه يوجد صعوبة لديهم في التعبير عن توترهم وغضبهم و قلقهم مكتفين بتقديم مظهر ذلك الشخص المبتهج، الهادئ هو مطيع سلبي معبراً عن عواطفه بصورة شاذة وهم ما يعرفون بأصحاب الشخصية السيكوسوماتية « C » وهو نمط يؤهل صاحبه للاستعداد لداء السرطان متصفا بالاستجابة للضغوطات بالاكتئاب واليأس والاحتفاظ بالعواطف السلبية ولجمها.

القسم الثاني : الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : الجانب المنهجي

تمهيد

1-منهج الدراسة

2-المجال الزماني والمكاني

3-عينة الدراسة

4-أدوات الدراسة

تمهيد

إن المنهج في العلم مسألة جوهرية ' كما أن الإجراءات المستخدمة أثناء إعداد البحث و تنفيذه هي التي تحدد النتائج ، هكذا و مهما كان الشخص الذي بقوم بالبحث فهو مطالب باحترام المسعى الذي هو في الواقع طريقة دقيقة و صحيحة و منظمة وفقا لمنطق غير مرن و بكلمات أخرى فهو مسعى صارم و لكي يكون مقبولا و تترتب عليه نتائج ملائمة فإن هذا المسعى يتطلب الصرامة ' يوجد في العلم إذن مثلما مثلما هو الحال في ميادين أخرى ' منهجا ' و هو عبارة عن سلسلة من المراحل المتتالية التي ينبغي اتباعها بكيفية منسقة و منظمة

من خلال هذا الفصل نسعى للتطرق لأهم الخطوات المنهجية المتبعة في الجانب الميداني انطلاقا من مجال الدراسة الزماني و المكاني 'ثم إلى كيفية اختيار العينة ' وصولا إلى المنهج المعتمد في الدراسة بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في جمع البيانات

1- منهج الدراسة :

تختلف مناهج البحث العلمي باختلاف الموضوع و شبكة البحث و لقد اعتمدنا في بحثنا هذا على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة الذي ارتئيناه مناسبا لطبيعة الموضوع وخصصوصية العينة وباعتباره اللأنجح للوصول إلى الغاية من هذا البحث , و دراسة الحالة لها أهمية في العلاج النفسي و قد تعددت أراء العلماء في أساليب دراسة الحالة لكنهم اتفقوا على أنها تستهدف الإحاطة الشاملة بتفاصيل الحالة من التطور الدينامي و الترابطي العلائقي و التاريخي و يؤكد العالم "جوليان " على أنها المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر و ادق قدر من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم في الحالة

إن دراسة حالة أداة قيمة تكشف للأخصائي وقائع حياة شخص معين منذ ميلاده حتى الوقت الحالي و هذه خطوة أساسية في العمل الإكلينيكي بجمع معلومات تاريخية عن المريض و مشكلاته باسلوب علمي منظم و هذا يساعد الأخصائي على وضع الفروض الأولية التي يحاول فيما بعد اختبار صحتها من خبراته التشخيصية السابقة

(محمود الزيادي , 1996, ص 13)

2- المجال الزماني و المكاني :

2-1- المجال المكاني

أجريت الدراسة الحالية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدية (محمد بوضياف)

و التي كان أول ظهور لها عبارة عن قطاع صحي يشمل المستشفيات والعيادات المتعددة الخدمات وقاعة العلاج.

ويعد مرسوم التنفيذي الجديد رقم 140-07 المؤرخ في جمادى الأول عام 1928 الموافق لـ19 ماي 2007) الذي يتضمن إنشاء المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تنظيمها وتسييرها.

تحتوي المؤسسة على 25 مصلحة وحوالي 540 سرير نذكر منها .

و لقد تمت الدراسة حول البحث الحالي على مستوى مصلحة طب الأورام السرطانية حيث تواجدت الحالات اللاتي قمنا بإجراء الدراسة عليها . حيث تم فتح هذه المصلحة منذ أربع سنوات بعدما كانت مجرد خلية استشفائية تقتصر على الإستشارة الطبية فقط دون العلاج.

2-2 المجال الزماني

أجريت الدراسة في الفترة مابين شهر فيفري 2019 إلى غاية شهر ماي

3-عينة الدراسة:

إن الكمال في البحث العلمي هو أن نستعمل لدى كل عناصر مجتمع البحث الذي نهتم بدراسته ' إلا أنه و كلما نجاوز العدد الأجمالي بعض المئات من العناصر كلما أصبح ذلك صعبا ' و قد يصبح من المستحيلات عندما نصل إلى الملايين و ذلك بسبب ما يقتضيه البحث من موارد و تكالبف يمكننا أن نقتصر على المعلومات القليلة الموجودة حول مجتمع معين ' عندما بكون الوصول إليه أمرا صعبا ' أو نظرا إلى القوانين المتعلقة بسرية بعض قوائم الأشخاص ' لابد أن تقوم بسحب عينة من الأفراد 'أي ذلك الجزء من مجتمع البحث الذي تجمع من خلاله المعطيات في ميدان العلم ' نتطلع أن تسمح لنا العينة العينة المتكونة من بعض العشرات ' المئات أو الآلاف من العناصر ' و ذلك حسب الحالة ' و المأخوذة من مجتمع معين بالوصول إلى التقديرات التي يمكن تعميمها على كل مجتمع البحث الأصلي .

يختلف حجم عينة الدراسة من باحث إلى آخر و من دراسة إلى أخرى ' و بشكل عام يمكن القول بأن هناك مجموعة اعتبارات بتوقف عليها اختيار حجم العينة هي :

- درجة تجانس و تباين وحدات مجتمع الدراسة
- طبيعة المشكلة أو الظاهرة المدروسة
- مدى الثقة التي يريد الباحث االإلتزام بها
- الوقت و الجهد و الكلفة اللازمة لاختيار العينة

و تستخدم عادة معادلات و أساليب إحصاسية معينة في تحدبد حجم العينة المراد دراستها

(ربحي مصطفى عليان'14:2000)

من الصعب على الباحث أن يتصل بعدد كبير جدا من المعنيين بدراسته لكي يطرح عليهم الأسئلة و يتحصل منهم على الأجوبة ' فإنه لا مفر من الالتجاء إلى أسلوب اختيار العينة التي تمثل المجتمع الأصلي ' لقد تم اختيار العينة بالطريقة القصدية و هي التي يختارها الباحث عن قصد لأنه يرى أنها تحقق أهداف دراسته بشكل أفضل ، و بالتالي فإنه ينتقي عناصر العينة لأنه يعرف مسبقا أنهم الأقدر على تقديم معلومات عن مشكلة بحثه

لقد اخترنا عينة مكونة من أربع حالات ككن يتواجدن بشكل دوري على مستوى مصلحة طب الأورام بالمؤسسة الإستشافئية محمد بوضياف بالمدية و ذلك لتلقي العلاج الكيميائي بسبب تعرضهن لسرطان الثدي و الذي يشكل عند المصابة نقلة نوعية من حيث نوعية الحياة و استراتيجيات التكيف و التوافق النفسي المساندة الإجتماعية و التحكم الإنفعالي و الصورة الجسدية و التكفل الطبي بالتالي التعرف على جزء من الدينامية النفسية لديهن التي تخدم موضوع البحث

3-1 وصف الحالات :

تتصف الحالات الأربع للبحث بما يلي :

السن:حيث تتراوح أعمارهن بين 26 و 64 سنة حيث تتحدد الأدوار الإجتماعية في الغالب حسب الفئة العمرية و بالتالي يمكن لذلك أن يؤثر على نوعية الحياة.

الجنس :

كلهن إناث لأنه (سرطان الثدي) الأكثر شيوعا عند المرأة

المستوى التعليمي و الثقافي :

و ذلك لما توقعناه من اثر على نوعية الحياة الذهنية للمريضة مهما كان سنها فكلما كان المستوى الدراسي مرتفع كلما أدركت الحالة واقعها الحقيقي و الذي يساعدها على التكيف مع الوضع الجديد

الحالة الإجتماعية :

نتوقع وجود فروق في الوضعية الإجتماعية (عزباء متزوجة) من حيث وحدة المساندة و الصورة المستقبلية

4- أدوات الدراسة :

انطلاقا من كون أداة جمع المعطيات تمثل نقطة تلاقي بين البناء المفهومي لمشكلة البحث من جهة و الواقع المراد دراسته من جهة أخرى , فإنها تستمد و جودها من كونها تسمح للباحث أو الباحثة بالتوجه نحو الواقع لجمع المعلومات الضرورية للإجابة عن مشكلة بحثه

لكل تقنية أداة خاصة لجمع المعطيات فالملاحظة في عين المكان مثلا تتطلب إعداد إطار الملاحظة, أما المقابلة فتتطلب إعداد دليل المقابلة و تستعين بالإستمارة بما يسمى بوثيقة الأسئلة

(موريس أنجرس ,2010,ص 234)

4-1 الملاحظة

لابد من التمييز بين لملاحظة الطويلة المتراخية في المستشفى أو المؤسسة التربوية , وبين الملاحظة المكثفة القصيرة والتي نقصد بيها الملاحظة العلمية ذلك الانتباه المقصود والمنظم للظواهر والحوادث والأمور بغية اكتشاف أسبابها وقوانينها .

والملاحظة العلمية خطوة أساسية و أولية من كل بحث علمي لها خصائصها وشروطها , ومن خصائصها أنها تكون منظمة –موجهة– مركزة على الموضوع والجانب المراد كشفه – وهي ليست عشوائية ولا فوضوية , كما

يشترط ان تكون موضوعية وبعيدة عن التمييز كما يجب أن يكون الملاحظ مؤهلا للملاحظة مستعدا لها وقادرا علها غير قلق ولا متوتر مرتاح النفس منتبه

(فاخر عاقل , 1979, ص 87) .

وحسب رأي "جبيوبان" فانه يتبنى فكرة أن الفحص النفساني ملاحظة قصيرة ومكثفة إذ الفحص هو فعل ملاحظة شخصية يقوم بها الفاحص على المفحوص وتتميز عن غبرها من أشكال الملاحظة , إنها ملاحظة سريعة تشمل حيزا زمنيا مختصرا كي تعطي نتيجة بنفس عمق الملاحظة الطويلة التي تتبع في حالات أخرى

(مصطفى حجازي , 1993 , ص11) .

4-2- المقابلة:

المقابلة الإكلينيكية هي نوع من المحادثة تتم بين المريض والأخصائي النفسي الإكلينيكي في موقف مواجهة حسب خطة معينة غايته الحصول على المعلومات عن سلوك المريض والعمل على حل المشكلات التي يوجهها والإسهام في تحقيق توافقه الشخصي ، وبناءا على ذلك تصاغ الأسئلة التي تهدف إلى الحصول على المعلومات عن تاريخ وخصائص شخصية المريض وطبيعة المشكلة المطروحة .

(عبد السلام عبد الغفار , 1966 , ص79)

وتنطوي المقابلة الإكلينيكية على عناصر أساسية أهمها :

* وجود هدف رئيسي للمقابلة , وهو الذي يحدد الموضوعات التي تدور حولها المناقشة , ويرسم الإطار العام للأسئلة التي توجه خلالها .
* اعتمادا على التبادل اللفظي .
* توفر عنصر المواجهة .

وتهدف المقابلة إلى جمع المعلومات والكشف عن ديناميكية سلوك المريض , ومشكلته هي المحور الأساسي الذي تهدف له المقابلة .

وتعرف على أنها علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر , الشخص الأول هو أخصائي التوجيه والإرشاد حيث يحاول الأخصائي تقديم المساعدة الفنية التي يراها ملائمة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة موجهة أو غير موجهة بل أن الأخصائي لا يقتصر عمله في المقابلة التي يقوم بها على مجرد تقديم المساعدة بل انه يحاول عن طريقها أن يحقق أهدافا متعددة م الشخص الثاني الذي هو المفحوص أو الشخص الشخص الذي يبحث عن حل لمشكلاته .

فهي اتصال مباشر بين شخص يطلع يعبئ المساعدة وبين شخص أو أشخاص يسعون للحصول على هذه المساعدة وهي العلاقة العونية التي تحدد ما الذي يحدث أثناء المقابلة والمساعدة قد تكوم مادية أو آلية أو مجردة أو تقع في مجال المشاعر والانفعالات . **(مصطفى فهمي , ص 499)**

والمبدأ الأول الذي تقوم عليه المقابلة هو الأمانة .

(Alan –Ross p 76)

ويعرفها عطوف محمد ياسين بأنها : "تقنية من تقنيات جمع البيانات في العلوم الاجتماعية بشكل عام أو البحوث الاكيلينيكية على وجه الخصوص وهي وسيلة تزود الباحث بفهم شامل للمشكلة التي تصدى لدراستها حيث أنها تتيح الفرصة للتعبير الحر للآراء والأفكار والاتجاهات " .

(عطوف محمد ياسين , ص 135) .

وهناك المقابلات الأولى أو ما تسمى بالحرة وهي المقابلات التي تكون في البداية , بحيث يتم فيها استيضاح الطلب وجمع المعلومات عن المريض والتعرف عليه . بحيث تعطينا مقابلات الحرة المادة في شكلها الخام ، ويكون فيها التركيز على الاستماع إلى المفحوص . ولكن يجب أن ترتب فيها المواضيع وفق أهمية ويتم فيها التركيز على الملاحظات وجعلها أداة لتحريك المفحوص للحديث عن الأهداف المسطرة للمقابل.

ويؤكد العلماء المختصين ومنهم "هاملتون وروجرز" بأن المقابلة يجب أن ترتكز على عطاء فني ، وثقة متبادلة بين الأخصائي والعميل ويسودها روح الصدق والأمانة والمودة ، وعلى الأخصائي في المقابلة إبراز مشاعره، ولاسيما في الحالات التي تستدعي تعاطف مع العميل تاركا له حرية التعبير سعيا وراء تحقيق الهدف

(أديب محمد الخالدي , 2006 ، ص) .

و هذا ما اعتمدناه خلال إجراء المقابلات حيث كنا نستقبل الحالات في مكتب الأخصائية النفسية و بعد الترحيب بهن كنا نحاول خلق جو من الألفة و الثقة حتى تشعر المريضة بكامل الحرية في التعبير عن مشاعرها و التحدث عن معاناتها.

4-3- المقاييس المستخدمة:

:4-3-1 استمارة البيانات : و هي من إعداد الطالبة بحيث تحتوي على البيانات الأولية كالإسم و السن , الوضعية الإجتماعية(عزباء –متزوجة –أرملة –مطلقة) , سيرورة الطفولة و المراهقة إضافة إلى التكفل الطبي المقترح ' المعاش النفسي للمريضة و الذي يعتمد على الجوانب التالية : التوافق النفسي , صورة الجسد , قلق الموت , قلق المستقبل , تقبل الذات.

مضافا إلى ذلك المستوى الإجتماعي بما في ذلك المساندة الإجتماعية و المستوى الوظيفي و الذي يشمل نوعية النوم و نوعية الأكل.

4-3-2 **الأداة الثانية – مقياس التفكير الإيجابي**

- **وصف إختبار التفكير الإيجابي:** الإختبار الذي تم تطبيقه هو الصورة المختصرة لمقياس إبراهيم الذي يحتوي على (110) فقرة حيث يعد هذا المقياس الأكثر شهرة عربيا ' و قد تم تعديله من طرف الباحث د. علي تركي نافل القرشي و الذي ظهر في صورته النهائية في (30) فقرة بطريقة المقارنة الزوجية ' يجاب عنها باختيار المفحوص إحدى العبارتين ' و قد أعطيت العبارة التي مع الظاهرة وزن (1) ' بينما الفقرة التي هي ضد الظاهرة أعطيت وزن (الصفر)'

الدرجة الكلية لمقياس التفكير الإيجابي	مستوى التفكير الإيجابي
من 00 إلى 09	منخفض
من 10 إلى 19	متوسط
من 20 إلى 30	مرتفع

جدول رقم (11) يبين تصنيف درجات التفكير الإيجابي

و يوضح الملحق (02) الصورة المختصرة للمقياس ، و يتضمن المقياس عشرة أبعاد هي كالآتي :

- التوقعات الإيجابية و التفاؤل :
- الشعور العام بالرضا

- الضبط الانفعالي و التحكم في العمليات العقلية العليا : مهارات الشخص في توجيه انتباهه و ذكرياته و قدراته على التخيل في اتجاهات سليمة و مفيدة تتلاءم مع متطلبات الصحة النفسية و تنمية رصيده المعرفي الملائم لعمليات التوافق النفسي و الاجتماعي
- التفاؤل و التوقعات الإيجابية
- السماحة و الأريحية
- الضبط الإنفعالي و التحكم في العمليات العقلية
- الشعور بالرضاا
- الذكاء الإجتماعي
- تقبل غير مشروط للذات
- تقبل المسؤولية الشخصية
- حب التعلم و التفتح المعرفي و الصحي

الخصائص السيكومترية :

الثبات

ثبات مقياس التفكير الإيجابي إن الثبات هو ضمان الحصول على النتائج نفسها تقريبا ' إذا أعيد تطبيق الاختبار على المجموعة نفسها من الأفراد ، و هذا يعني قلة أثر عوامل الصدفة أو العشوائية في نتائج الاختبار

- **طريقة الاتساق الداخلي** : تعتمد فكرة هذه الطريقة على مدى ارتباط الفقرات مع بعضها البعض داخل الاختبار و كذلك ارتباط كل فقرة مع الاختبار كله ' و كلما كانت الفقرات متجانسة فيما تقيس كان التجانس عاليا فيما بينها و العكس صحيح ' و يعد ثبات معامل ألفا (α) إجراءات الاتساق الداخلي و يرى ننللي (Nunnally)إنه إذا كان معامل ألفا (0.30) فقط للاختبار المؤلف من (40)فقرة فيجب أن يدرس المجرب مشكلة قياسه ثانية و البدء ببناء اختبار جديد و بناء على ما تقدم فإن (معامل ألفا) الذي تحقق في البحث الحالي لمقياس التفكير الإيجابي (الصورة المختصرة)بواسطة معادلة ألفا كرونباخ كان (0.80 و يعد جيد جدا)مقارنة بمعيار ننللي المذكور أعلاه
- **طريقة التجزئة النصفية** : تعتمد هذه الطريقة على تجزئة الاختبار المطلوب تعيين معامل ثباته إلى نصفين (متكافئين) و ذلك بعد تطبيقه على مجموعة واحدة ' و هناك عدة طرائق لتجزئة الاختبار منها

طريقة تقسيم الاختبار إلى نصفين يكون في أحدهما الأسئلة أو البنود ذات الأرقام الفردية ' و في المقابل فإن البنود ذات الأرقام الزوجية تكون في النصف الآخر ' و يتم بعد ذلك حساب معامل الارتباط بين المجموعتين باستخدام معامل ارتباط بيرسون ' و في هذه الحالة نحصل على معامل ثبات نصف الاختبار و عليه يتعين علينا تعديل هذا المعامل الناتج أو تصحيحه حتى نحصل على معامل ثبات نصف الاختبار ككل

(عبد الرحمان '1983: 203-204)

-و في البحث الحالي تم استعمال هذه الطريقة لحساب معامل الثبات ' و تبين أنه (0.65) و هذا يعد لنصف الاختبار مما تطلب تصحيحه بمعادلة سبيرمان –براون*(speARMAN – BROWWN)'*

فكان معامل الثبات بعد تصحيحه (0.79)و هو للاختبار ككل.

الصدق:

- **الصدق الظاهري:** يشير إلى أن الاختبار يتضمن فقرات يبدو أنها على صلة بالمتغير الذي يقاس و أن مضمون الاختبار متفق مع الغرض منه ' و يشسر ايبل (ebel) إلى أنه في حالة استخدام الصدق الظاهري فإن الوسيبة المناسبة هي قيام عدد من الخبراء و المختصين بتقدير مدى تمثيل فقرات المقياس للصفة المراد قياسها ' و قد تم عرض هذا الإجراء في خطوات إعداد مقياس التفكير الإيجابي.
- **صدق البناء** :إن صدق البناء أو المفهوم هو الارتباط بين الجوانب التي يقيسها الاختبار و مفهوم هذه الجوانب ، وقدم كرونباخ و ميهل و يحدد كرونباخ و ميهل البناء بوصفه عزو ما يفترض للناس ' المفروض أن ينعكس في أداء الاختبار ' إذ يتضمن صدق البناء المعنى النظري للمعدلات الإحصائية للاختبار، و يتطلب صدق البناء تجميع و تصنيف أنواع عديدة من الأدلة أكتر من أي أسلوب صدق آخر ' و هناك أربعة طرائق واسعة الانتشار بصدق البناء :
  - الارتباط بين مقياس البناء و المقياس المصمم
  - التمييز بين المجموعات
  - التحليل ألعاملي
  - مصفوفة السمات و الطرق المتعددة

و قد تم إجراء طريقة التحليل ألعاملي و الذي يحاول تحديد المتغيرات أو العوامل الأساسية ' التي تفسر نمط الارتباطات داخل مجموعة من المتغيرات الملاحظة

(د. علي تركي نافل :2012: 272-271)

4-3-3 مقياس الأمن النفسي:

أعد هذا المقياس في الأصل ماسلو **maslow** لقياس درجة السلامة النفسية للفرد , ثم قام بتعديله و إعذاده على البيئة العربية **الديلم و آخرون (1993م)**و كان للفرد منه استخدامه كأداة موضوعية مقننة في تشخيص الأمن النفسي , لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية , و كذلك استخدامه في البحوث النفسية و الطبية النفسية و النفسجسمية .مقياس بحيث يتمكن المفحوص ذاته من تطبيقه, وذلك يمكن تطبيقه فرديا أو جمعيا

تشمل فقرات على 75 عبارة فهو يحتوي على نفس عدد العبارات الأصلية لمقياس ماسلو و هي 75 عبارة و تستغرق الإجابة على المقياس 1المفحوصين من ذوي ا0 دقائق في المتوسط لطلاب الجامعة و من في مثلهم و قد يحتاج تعليم المفحوصين من ذوي التعليم المنخفض و المظطربين انفعاليا لضعف ذلك الوقت بحيث يستغرق في المتوسط 20دقيقة وقد صمم هذا المقاس لكي يخدم الأغراض التالية :

1- التشخيص الإكلينيكي للحالات المرضية
2- البحوث العلمية
3- الدراسات و البحوث التي تتصل بالأمن النفسي سواء في صورته المرضية أو النفسية
4- يفيد هذا المقياس في الإختبار المهني لتلك المهن التي تتطلب حدا من الإظطراب النفسي أثناء آدائها

صدق المقياس : تم حساب المقياس بأكثر من طريقة و هي :

1- صدق المحكمين (صدق المحتوى) و قد أثبتت النتائجدرجة عالية من الإتفاق بين المحكمين و عددهم 25 طبيب نفسي .
2- الصدق الظاهري و هذا ما توخاه واضعوا المقياس عند عملية أعداده و مراجعته فقراته
3- الصدق العاملي حيث تمت عملية التحليل العاملي للمقياس و قد بينت النتائج صدق المقياس العاملي
4- الصدق الذاتي و قد بلغ قيمة **(0.966)** و هو معامل مرتفع إحصائيا و ذلك يعتبر مؤشر على صدق المقياس

ثبات المقياس :تم حساب ثبات المقياس بأكثر من طريقة و هي :

1- معامل الفا كرونباخ و قد بلغت قيمته **(0.935)**و هو معامل مرتفع الدلالة

2- معامل اللإتساق الداخلي

جميع معاملات الإرتباط بين كل عبارة دالة إحصائيا عند مستوى 0.5 و هذا يؤكذ ثبات المقياس كما يدل على صدقه أيضا ' حيث تتراوح قيمة معامل الإرتباط ما بين 0.178 كأصغر قيمة و 0.650 كأبر قيمة

تصحيح المقياس :

تعطى الدرجات االتاليةلاستجابات المفحوص على كل عبارات المقياس :

- دائما = 1
- أحيانا =2
- نادرا =3
- أبدا =4

و ذلك باستثناء العبارات ذات اللأرقام التالية

1,2,4,6,12,13,15,17,19,20,26,25,27,28,30,31,34,37,40,43,45,48,49,5

2,56,57,58,59,62,65,67,68,71,72) فإن التصحيح يتم فيها بطريقة معاكسة على النحو التالي:

- دائما = 4
- أحيانا =3
- نادرا =2
- أبدا =1

و لحساب درجة المفحوص تجمع الدرجات التي حصل عليها من جميع العبارات.

و ينقسم الشعور باللأمن النفسي إلى بعدين :

الأمن الداخلي : و هو شعور الفرد بالهدوء و الإطمئنان و الراحة النفسية و تحرره من الخوف , و عدم شعوره بالنقص و ضعف النفس و شعوره بالقناعة و الثقة بالذات و القدرة على الإنجاز و التكيف مع التغييرات الحياتية و مواجهة الإحباطات بإيجابية

الأمن الخارجي : هو شعور الفرد بالإنتماء و الحماية و الرعاية و الإهتمام من الأخرين و تلقي الدعم و المساندة و التشجيع منهم , و مشاركتهم في الأنشطة التي تحقق لديه هذا الإحساس بالإنتماء.

مستويات تقدير درجة الشعور بالأمن النفسي:

جدول رقم (12) مستويات تقدير الشعور بالأمن النفسي حسب النسب

النسبة	التقدير
من 75 فأكثر	أمن نفسي مرتفع
من 50و حتى أقل من 75	أمن نفسي متوسط
من 50 وحتى أقل من 25	أمن نفسي متدني
من 25 و أقل	أمن نفسي متدني جدا

خلاصة

تطرقنا في هذا الفصل لأهم الخطوات المتبعة لتحقيق أمثل للدراسة التطبيقة المعتمدة على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة أين يتم استكشاف اكبر قدر ممكن من المعلومات و البيانات عن المريضة و عن مشكلاتها و ذلك عن طريق تقنية المقابلة و الملاحظة , كما تم الإستعانة بالمقاييس , مقياس التفكير الأيجابي و مقياس الأمن النفسي من أجل التقدير الكمي للمعلومات و الوصول إلى تفسير و تحليل للنتائج و الحكم على الحالة.

الفصل السادس : عرض و تحليل و مناقشة النتائج

الحالة الأولى

الحالة الثانية

الحالة الثالثة

الحالة الرابعة

الاستنتاج العام

الفصل السادس :

عرض و تحليل و مناقشة النتائج

عرض الحالة الأولى

عرض الحالة الثانية

عرض الحالة الثالثة

عرض الحالة الرابعة

الاستنتاج العام

تمهيد :

تعتبر مرحلة عرض و تحليل و مناقشة النتائج المتحصل عليها من أهم مراحل البحث العلمي حيث يتم استثمار المعطيات المتحصل عليها من خلال المقابلات النصف موجهة و الملاحظات الذي حدثت خلالها و نتائج المقاييس المطبقة على المصابات بسرطان الثدي

عرض الحالات :

1-1 عرض الحالة الأولى :

الإسم : (ف)

السن 64

المستوى الدراسي: السادسة ابتدائي

الحالة الإجتماعية : متزوجة

عدد الأبناء :4

المهنة: ربة بيت

المستوى المعيشي: متوسط

تاريخ التشخيص: ديسمبر 2018

تاريخ إجراء المقابلة: فيفري 2019

1-2- ملخص المقابلات:

تمت المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ف) في مكتب الأخصائية النفسية اين كانت متواجدة على مستوى مصلحة طب الأورام بهدف تلقي العلاج الكيميائي في أسبوعها الثالث ما تم ملاحظته على الحالة من الوهلة الأولى هو قبولها و استعدادها الواضح لإجراء المقابلة معنا حيث كانت الابتسامة تعلو محياها

و هي توافق على ذلك رغم ما يبدو عليها من أثار التعب و الإرهاق من جراء العلاج الكيميائي

و رغم أن ابنها جاء لنقلها إلى البيت إلا أنها طلبت منه أن ينتظرها في الخارج لتجري المقابلة معنا

تستحضر الحالة ذكريات طفولتها و مرحلة شبابها بحنين , فقد نشأت في أسرة متواضعة تشمل والديها و إخوتها الأربع و أخواتها الثلاث , بغض النظر عن الخلافات و الصعوبات التي تواجه كل أسرة جزائرية الحالة لم تحدد حدثا بعينه ذا وقع خاص , تزوجت في سن مبكرة و أنجبت بنتين و ثلاث ذكور و تعيش إلى يومنا هذا رفقة زوجها و أولادها , فحياتها تتسم بالهدوء و الاستقرار على العموم رغم المستوى الاقتصادي المتدني الذي لم يشكل ليها عائقا نحو العيش بسلام إذ تقول أن زوجها كان" **يخلص مليون و كنا عايشين بخير** " مما استلزم عليها الأمر أن تعمل لتساعد زوجها و تكفي متطلبات الحياة و الأبناء , إذ تقول " **الحمد لله خدمت على ولادي و كنت نحب نشوفهم دايما فرحانين** "تصف الحالة ارتباطها بزوجها " **أنا و زوجي متفاهمين صح هو مقلق شوية لكني ا نحاول دايما نبعد على المشاكل اللي يتقلق منها** "

و عند سؤالنا إياها عن بداية معاناتها مع المرض تقول " **حسيت حاجة في صدري بصح ما جاتش في بالي حاج خطيرة**" .

ثم تصف الحالة مشاعرها وقت إعلامها بالتشخيص و حقيقة إصابتها بسرطان الثدي" **قلت نموتو بهذا المرض و لا بغيرو نتقبلو , ندير الدوا و ربي يشفيني , كاينين لي كثر مني**"

لكن الدهشة و عدم استيعاب واقع الحالة من طرف الزوج كان واضحا إذ تقول "كي **سمع زوجي بلي راني مريضة بهذا المرض و لى يبكي و قالي لو كان جات فيا و ماجاتش فيك** "

مما شكل سندا كبيرا للحالة لكن رفضه لإجراء عملية استئصال الثدي كما في قولها" **زوجي ما حبنيش ندير العملية قالي ما تخسريش صدرك يحبني دايما شابة**"" لم يمنعها من المضي قدما و السعي نحو العلاج خاصة و أن الأطباء منحوها و زوجها أسباب تفاؤل تتجلى في الجراحة و العلاج الكيميائي لاحقا و بالفعل تم استئصال الثدي أولا ثم تتابع الحالة العلاج الكيميائي إلى يوم إجراء المقابلة حيث تمت المقابلة الأولى معها أثناء تواجدها على مستوى المصلحة في موعدها الثاني لتلقي العلاج الكيميائي كما تمت المقابلة الثانية موازاة مع الحصة الرابعة.

تقول" **كي درت العملية فرحت و حسيت روحي خفيفة**" لكن معاناتها مع قسوة العلاج الكيميائي بدت واضحة عند استحضارها لتلك اللحظات مما جلب لها نوع من الأحاسيس و المشاعر المؤلمة حيث عبرت

عن ذلك بقولها " **الدوا هذا عياني بزاف كنت نقول دايما هذي هي المرة الأخيرة و ما نزيدش نولي** " إضافة إلى ذلك تقول أنها كلما أحست بألم في جسمها تشك في عدم تشافيها جاء ذلك في قولها " **نقول ما زلت مبريتش**"

ففكرة الموت لم تفارقها خاصة إذا أحست بالألم أو العجز " **كنت دايما نقول لزوجي راني خايفة نموت و نخلي ولادي ولادي ما زالوا يحتاجوني** "

لكن هذا لم يمنعها من إبداء رغبتها في حضور الاجتماعات و المناسبات العائلية إذ تقول " **نحب نقعد مع الناس بصح نعيا**" مما يدل على توافر وحدة اجتماعية مساندة غير الزوج و الأولاد تشعر من خلالها بمشاعر إيجابية .

عانت الحالة (ف) من الأرق طويلا و النوم المتقطع إضافة إلى نقص الشهية و قلة الطعام مما أصابها بفقر الدم و هذا ما عبرت عليه بقولها " **تجيني وقات نرقد ساعة و نقعد قاعدة للصبح ما يجنيش النوم نقعد نخمم في حالتي و في عايلتي , وثاني وليت ما نقدرش ناكل لي ناكلها خاطري يلوحها ما عنديش الشهية**"

1-3-نتائج تطبيق مقياس التفكير الايجابي للحالة الأولى:

جدول رقم (13) يبين نسب أبعاد التفكير الإيجابي

الأبعـــــــــاد	الفقرات	الدرجة	النسبة المئوية
التفاؤل و التوقعات الإيجابية	11-9-4-3-2-1	6	25
الضبط الانفعالي و التحكم في العمليات العقلية	12-7-6-5	3	16
حب التعلم و التفتح المعرفي الصحي	18-10	1	4.16
الشعور بالرضا	16-15-13	2	10.52
تقبل المسؤولية الشخصية	30-29-27-22	3	12.5
السماحة و الأريحية	23-17-8	3	12.5
الذكاء الإجتماعي	24-21-20-19	3	12.5
تقبل الذات غير المشروط	28-26-14	3	12.5
المجمـــــــوع		24	100

بعد تطبيق مقياس التفكير الإيجابي على الحالة (ف) تبين ما يلي :

تحصلت الحالة على درجة 20 كدرجة كلية للمقياس و هذا ما يدل على أنها تتمتع بتفكير إيجابي حيث يظهر أن نسبة التفاؤل و التوقعات الإيجابية احتوت أكبر نسبة تمثلت في 25 **%** يليها الضبط الانفعالي و التحكم في العمليات العقلية العليا بنسبة 12.5**%** تساويها في ذلك تقبل المسؤولية الشخصية السماحة و الأريحية الذكاء الاجتماعي و تقبل الذات غير المشروط , ثم الشعور بالرضا بنسبة 10.52 **%**يليها أقل نسبة تمثلت في حب التعلم و التفتح المعرفي الصحي بنسبة 4.16 **%** نلاحظ من خلال هذه النتائج أن الحالة تتميز بالتفاؤل حيث يغلب على تفكيرها التوقعات الإيجابية الذي يعزز من قدرتها على تقبل المرض و تحمل مشقة العلاج .

1-4 نتائج تطبيق مقياس الأمن النفسي:

جدول رقم (14) يمثل مستوى الشعور بالأمن النفسي للحالة الأولى

الدرجة المتحصل عليها	النسبة	المستوى
76	**%83.4**	**مرتفع**

من خلال تطبيق المقياس الأمن النفسي تحصلت الحالة (ف) على درجة 76 كدرجة كلية للمقياس و التي تمثل نسبة 83.4 **%**حيث يقدر بالمستوى المرتفع مما أكسبها هدوء النفس و الشعور بالطمأنينة و الراحة من خلال شعورها بتقبل الآخرين و خاصة الزوج و شعورها بالانتماء لعائلتها و مساندتهم و دعمهم لها في المواقف الضاغطة التي واجهتها حيث ترى البيئة من حولها بيئة صديقة ودودة و أن الآخرين يحترمونها و يقبلونها و يقدرونها و يقدمون لها الدعم و السند

1-5-تحليل الحالة الأولى في ضوء المقابلة و المقاييس:

من خلال ما ظهر من نتائج المقابلة و المقاييس اتضح أن الحالة تتبنى إستراتجية التفكير الإيجابي حيث يغلب على توقعاتها أفكار إيجابية بنسبة 25 و هي نسبة مرتفعة مقارنة ببقية أبعاد المقياس ظهر ذلك

في قولها عند إبلاغها بالمرض " **قلت نموتوا بهذا المرض و لا بغيرو نتقبلو , ندير الدوا و ربي يشفيني كاينين لي كثر مني**" و يرجع ذلك أيضا إلى حد كبير إلى قدرتها على حل مشكلات الحياة و أزماتها

و تقبل المسؤولية الشخصية و مثال على ذلك لجوئها للعمل لمساعدة زوجها و كسب المال سعيا منها لإسعاد عائلتها و الدليل قولها " **الحمد لله خدمت على ولادي و كنت نحب نشوفهم دايما فرحانين** " **مما أضفى عليها شعورا عاما بالرضا و السعادة** ساعدها أيضا في ذلك تميزها بقدر كبير من الضبط الانفعالي و التحكم في العمليات العقلية العليا حيث تحصلت على نسبة 16**%** يؤكد ذلك قولها " **أنا و زوجي متفاهمين صح هو مقلق شوية لكني نحاول دايما نبعد على المشاكل اللي يتقلق منها** " مما ينبئ أنها تحمل أيضا مجموعة من الصفات الشخصية و المهارات الإجتماعية و الوجدانية التي تمكنها من تفهم مشاعر و انفعالات الآخرين و تقبل إيجابي للاختلاف معهم وهذا دليل أن لديها ذكاء اجتماعي مما يؤهلها لتصبح أكثر قدرة على ترشيد حياتها النفسية و الإجتماعية

كما يظهر أنها تتبنى معتقدات متسامحة عما مر بها من خبرات و ألام نفسية ارتبطت بأحداث المرض مثل استئصال الثدي كقولها " **كي درت العملية فرحت و حسيت روحي خفيفة**" وهذا يدل على السماحة و الأريحية التي تتميز بها , إضافة إلى تقبل غير مشروط للذات و الذي كانت نسبته عند تطبيق المقياس , فهي لم تتضايق أو تتذمر من شكلها الجديد لأن ذلك خارج عن إرادتها كما لم تخفي رغبتها في حضور الاجتماعات و المناسبات العائلية بدليل قولها " **نحب نقعد مع الناس بصح نعيا** " مما ينبئ بتقبل الذات و الرضى بما تملك من إمكانيات و تجنب تحقير الذات أمام الآخرين فتقبل الذات يتضمن جانبا كبيرا من العقلانية كما أن الصورة الجسدية تعتبر بعد من أبعاد الصحة النفسية فهي مؤشر أساسي لتقبل الذات غير المشروط و الملاحظ أن المستوى التعليمي لم يؤثر تماما على هذا البعد و هذا ما اتفقت عليه الدراسات بل أن هناك معطيات أخرى تؤثر إيجابا على الصورة الجسدية لدى المصابة من حيث مدركات جسدها الخيالي من ذلك نذكر المساندة و مشاعر التعاطف و التضامن التي تلقتها من طرف الزوج خاصة عند تشخيصها للمرض دل على ذلك قولها "كي **سمع زوجي بلي راني مريضة بهذا المرض و لى يبكي و قالي لو كان جات فيا و ماجاتش فيك** ".

لكن الصورة الجسدية لدى المصابة بسرطان الثدي لا تتوقف عند استئصال الثدي فقط بل تتعداه إلى سقوط الشعر وفقدان الشهية التي ينتج عنه نقص الوزن و الشحوب و العجز من جراء العلاج الكيميائي

مما يشكل نقلة نوعية تجاه تحدي جديد لم يكن ضمن التوقعات , فالمساندة الإجتماعية يمكن لها أن تساعد المصابة للرجوع إلى الحياة العادية بصحبة المرض و التكيف مع متطلبات العلاج الذي في مجمله يعتبر شاقا على الصعيد الجسمي الفيزيولوجي و على الصعيد النفسي و الذي عبرت عليه بقولها " **الدوا هذا عياني بزاف كنت نقول دايما هذي هي المرة الأخيرة و ما نزيدش نولي** " لكن ذلك لم يمنعها من المضي قدما نحو مواصلة العلاج إيمانا منها في الشفاء ودل على ذلك قولها "**قلت نداوي و ربي يشفيني** " حيث يمكن اعتبار ذلك كمؤشر لحب التعلم و التفتح المعرفي الصحي الذي ظهر من خلال تطبيق المقياس بنسبة كما يتين أيضا بان لديها نظرة إيجابية لأهمية العلاج و الثقة بما يقدمه الأطباء و المعالجون من نصائح و توجيهات في إطار التكفل الطبي الذي يعتبر العلاقة طبيب – مريض عنصر أساسي يولد لدى المصابة طاقة بناءة لتحقيق ديناميكية علائقية محفزة للعلاج تسمح للمريضة التعبير عن انفعالاتها , قلقها و مخاوفها من المستقبل المتعلق بالسرطان و هذا ما أكدته الدراسات ففكرة الموت تجتاح خيالها أحيانا إذا أحست بالألم أو العجز تبين ذلك من خلال قولها" **كنت دايما نقول لزوجي راني خايفة نموت و نخلي ولادي ولادي ما زالوا يحتاجوني** " مما سبب لديها نوع من سوء التكيف ظهر من خلال نوعية النوم و الأكل تضمنته تعبيراتها"" **تجيني وقات نرقد ساعة و نقعد قاعدة للصبح ما يجنيش النوم نقعد نخمم في حالتي و في عايلتي , وثاني وليت ما نقدرش ناكل لي ناكلها خاطري يلوحها ما عنديش الشهية**"

1-6-مناقشة النتائج:

من خلال استثمار المعطيات التي تحصلنا عليها من خلال المقابلة و تطبيق مقياس الأمن النفسي و التفكير الإيجابي تبين أن الحالة تتبنى إستراتجية التفكير الإيجابي التي تأسست على إثرها توقعات إيجابية توحي بتفاؤلها نحو إيجاد مخرج من أزمتها الصحية و التغلب على معاناتها مما يدل أن لديها مهارات في توجيه الانتباه و القدرة على التخيل في اتجاهات سليمة و مفيدة تتلاءم مع متطلبات الصحة النفسية و التوافق الاجتماعي في ظل الدعم و المساندة من المحيطين بها و هو ما أوضحته دراسات التحليل النفسي أيضا التي تؤكد على أهمية العلاقات الشخصية البينية داخل الأسرة في إحساس الفرد بالأمن و الصحة النفسية حيث يرى سوليفان أنها المسؤولة إلى حد كبير عن رسم ملامح شخصية الفرد و عن أسلوبه في إشباع حاجاته و منها الأمن النفسي .

مما أضفى عليها هدوء النفس الذي تلمسناه جليا أثناء المقابلة و السكينة و الطمأنينة التي ظهرت في ملامحها و حركاتها و هو ما يوحي بمشاعر الأمن النفسي لديها .

2- عرض الحالة الثانية :

الإسم : (ب)

السن 42

المستوى الدراسي : الثالثة متوسط

الحالة الإجتماعية : متزوجة

عدد الأبناء :1

المهنة : ربة بيت

المستوى المعيشي : متوسط

تاريخ التشخيص أوت 2018

تاريخ إجراء المقابلة : فيفري 2019

2-1- ملخص المقابلات :

تمت المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ب) في مكتب الأخصائية النفسية اين كانت متواجدة على مستوى مصلحة طب الأورام بهدف تلقي العلاج الكيميائي في موعدها السابع ما تم ملاحظته على الحالة من الوهلة الأولى ترددها الواضح لإجراء المقابلة معنا حيث كان القلق و التوتر باديان عليها كما أبدته حركة يديها الغير منتظمة (تشابك اليدين و إطلاقهما بصيغة متواترة) و النظرات المتوترة(تقطيب الجبين) ترددت كثيرا بالموافقة لإجراء المقابلة معنا بحجة أن زوجها سيأتي قريبا لنقلها إلى البيت (لكنه أتى بعد ساعات طويلة من الانتظار) لم تبدو عليها كثيرا أثار التعب و الإرهاق مثلما بدا عليها التوتر و الانزعاج.

تستحضر الحالة ذكريات طفولتها و مرحلة شبابها بألم , فقد نشأت في أسرة متواضعة تشمل والديها و أخواتها السبعة و أخوها , عاشت خلافات كثيرة وصعوبات مع أسرتها خاصة والدها الذي لم يشكل لديها مصدرا للرعاية و الحماية بل لطالما كان عنصرا مهدد لديها كصورة من صور العنف اللفظي و حتى الجسدي وصلت إلى درجة طردها من البيت لتكمل مسيرة حياتها في بيت أختها التي استقبلتها فيه مدة

إحدى عشر سنة إلى حين تزوجت، استحضارها لتلك الذكريات جلب لها مشاعر مؤلمة جعلتها تذرف الدموع حيث تقول" **واش دار فيا بابا بصح راني مسامحاتو** ،و"تزوجت الحالة و أنجبت طفلا واحدا ذكر يبلغ من العمر عشر سنوات و تعيش إلى يومنا هذا رفقة زوجها و ولدها, و كما يبدو أن حياتها تتسم بالتذبذب و عدم الاستقرار مع زوجها بدليل قولها" **نحسو ماعلابلوش بيا** " لدرجة أنها عانت من أعراض المرض لمدة عام كامل قبل اللجوء للتشخيص و العلاج و لم تصرح بذلك لزوجها بل أخبرت ابنها ذو العشر سنوات جاء ذلك في قولها "**ما قلت حتى الواحد قلت غير لوليدي** "

تصف الحالة ارتباطها بزوجها " **أنا و زوجي ما نتفاهموش على حاجة صغيرة نتفاتنو دايما في المشاكل** "

و عند سؤالنا إياها عن بداية معاناتها مع المرض تقول " **حسيت حاجة في صدري ,وقعدت عام وأنا شاكة وخايفة حتى دهورت حالتي باه رحت للطبيب**"

ثم تصف الحالة مشاعرها وقت إعلامها بالتشخيص و حقيقة إصابتها بسرطان الثدي" **في الأول جاني شوك و ما تقبلتش لكن بعد يامات قلت هذي حاجة ربي ولازم نصبر**"

لكن ردة فعل زوجها لم تكن في مستوى تطلعاتها تقول "كي **سمع زوجي بلي راني مريضة بهذا المرض ما حستوش نخلع عليا و لا تقلق** " ثم تضيف "**بصح بابا كسمع بلي راني مريضة ولى يبكي و قالهم جاتني في العزيزة عليا** " مما شكل عندها نوعا من المساندة .

فالحالة لا تعتبر زوجها كسند و الدليل أن أختها من تكفلت بإحضارها إلى الطبيب و دفع مصاريف الفحص و الأشعة, واصلت الحالة إجراءات العلاج حيث تلقت العلاج الكيميائي على مدار سبع حصص بمعدل حصة كل واحد و عشرون يوما وهي الآن تشعر بتحسن كما تقول "**راني خير ملي كنت , نحس روحي مليحة** " ثم تواصل الحالة فتقول ""**كي قالتلي الطبيبة بلي ما لازمش العملية ديري الدوا و نشوفو ريحت شوية**" لكن رغم تحسن حالتها كما تقول أصبحت تفضل العزلة و ليست لديها الرغبة في حضور الاجتماعات و المناسبات العائلية و يضايقها وجودها في مكان يحضره جمع من الناس لأنها تشعر بأنها مراقبة مما يجلب لها الضيق و الحرج ودليل على ذلك إجابتها على البند رقم 50" **تلح علي فكرة أن الناس يراقبونني في الشارع** " كما لم تبدي خوفها من المستقبل خاصة و هي تفكر في ابنها الوحيد الذي يبدو

و كأنه يُصيغ معنى لحياتها فتقول " **وليدي نحسو كل حاجة في حياتي وليت نخمم عليه في كل وقت بالخصوص كيكون بعيد عليا يكون يقرا و لا يلعب برا و لا ...**

عانت الحالة (ب) من الأرق طويلا و أعراض فقدان الشهية خاصة في بداياتها الأولى مع المرض عبرت عن ذلك بقولها "**وليت ما نرقدش و نبات قاعدة للصباح ، و إذا رقدت بالاك ساعة و لا نص ساعة، ضرك راني شوية ماشي كيما كنت حتى الماكلة راني شوية بديت ناكل ماشي كيما كنت** "

2-2-نتائج تطبيق مقياس التفكير الإيجابي للحالة الثانية:

الأبعـــــــــاد	الفقرات	الدرجة	النسبة المئوية
التفاؤل و التوقعات الإيجابية	11-9-4-3-2-1	0	0
الضبط الإنفعالي و التحكم في العمليات العقلية	12-7-6-5	1	12.5
حب التعلم و التفتح المعرفي الصحي	18-10	1	12.5
الشعور بالرضا	16-15-13	1	12.5
تقبل المسؤولية الشخصية	30-29-27-22	2	25
السماحة و الأريحية	23-17-8	1	12.5
الذكاء الإجتماعي	24-21-20-19	1	12.5
تقبل الذات غير المشروط	28-26-14	1	12.5
المجمـــــــوع		8	100

جدول رقم (15) يبين نسب أبعاد التفكير الإيجابي

بعد تطبيق مقياس التفكير الإيجابي على الحالة (ف) تبين ما يلي :

تحصلت الحالة على درجة 8 كدرجة كلية للمقياس و هذا ما يدل على أنها لا تتمتع بتفكير إيجابي حيث يظهر أن نسبة التفاؤل و التوقعات الإيجابية كانت منعدمة فهي تعتبر نفسها متشائمة و حصلت على أكبر

نسبة فيما يخص تقبل المسؤولية الشخصية بنسبة 25**%** يليها الضبط الانفعالي و التحكم في العمليات العقلية العليا بنسبة12.5**%**

تساويها في ذلك ل الذكاء الاجتماعي , السماحة و الأريحية و تقبل الذات غير المشروط , و الشعور بالرضا وحب التعلم و التفتح المعرفي الصحي نلاحظ من خلال هذه النتائج أن الحالة تتميز بسمة التشاؤم حيث تدرك ذلك ويغلب على تفكيرها التوقعات السلبية و الإحساس بالنقص و الدونية في ظل الخبرات المؤلمة التي عاشتها من الإهمال الوجداني و الإساءة النفسية أدى إلى انخفاض مستوى تقدير الذات لديها

2-3-نتائج تطبيق مقياس الشعور بالأمن النفسي :

جدول رقم (16) يبين مستوى الشعور بالأمن النفسي

الدرجة المتحصل عليها	النسبة	المستوى
29	**26**	**متدني**

من خلال الجدول الكمي الذي يمثل نسبة الشعور بالأمن النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي ظهر أن الحالة (ب) تحصلت على درجة 29 كدرجة كلية للمقياس بنسبة 26**%** و هو ما يعبر عن مستوى متدني من الشعور بالأمن النفسي

2-4-تحليل الحالة الأولى في ضوء المقابلة و المقاييس:

من خلال ما ظهر من نتائج المقابلة و المقاييس اتضح أن الحالة(ب) لا تميل إلى التفكير الإيجابي حيث يسيطر على تفكيرها التوقعات السلبية كما اتضح ذلك من خلال إجاباتها على بنود مقياس التفكير الإيجابي مثال على ذلك "**أموري تسير من سيء إلى أسوا** " "**المصائب مصائب و لا يأتي منها إلا الأسوأ**" "**مهما اجتهدت أعتقد أن المستقبل مكتوب علينا** "**إذا فشلت مرة فسأفشل في كل مرة** "و عند إبلاغها بالمرض تقول " **في الأول جاني شوك و ما تقبلتش** " مما يدل على الدهشة و عدم استيعاب الواقع ثم تلجأ إلى الوازع الديني الذي يواسيها و يلهمها ما تحتاج إليه من صبر ظهر ذلك في قولها "**لكن بعد يمات قلت هذي حاجة ربي ولازم نصبر**" و بالتالي تحاول الحالة إيجاد طرق ووسائل تساعدها على التكيف مع الوضع الجديد مما يسمح لها بإعادة تنظيم انفعالاتها و سلوكاتها و مشاعرها واصلت الحالة إجراءات العلاج التي

تمثلت في العلاج الكيميائي دون الجراحة ' فكان هذا القرار الطبي ملطفا لأجواء انفعالاتها السلبية حيث تقول "**كي قالتلي الطبيبة بلي ما لازمش العملية ديري الدوا و نشوفو ريحت شوية**" **و** بعد ست حصص من العلاج يبدو أن الحالة تتماثل للشفاء فـ**تقول** "**راني خير ملي كنت , نحس روحي مليحة** " و هذا ما أكدته الفحوصات كما جاء في ملفها الطبي لكن رغم ذلك تبقى مشاعر القلق و عدم اللإستقرار و التركيز تسيطر عليها " **وليدي نحسو كل حاجة في حياتي وليت نخمم عليه في كل وقت بالخصوص كيكون بعيد عليا يكون يقرا و لا يلعب برا و لا ...** إضافة إلى ذلك فهي تشعر بالنقص و الدونية و عدم الأريحية مما يجعلها تبدي عدم الرغبة في حضور التجمعات العائلية أو الخروج للأماكن العامة دل على ذلك قولها "**وليت ما نحبش نقعد مع الناس نحس روحي ما زلت مريضة** " و هذا مؤشر على مستوى منخفض من تقبل الذات و الضبط و الانفعالي .

2-5-مناقشة النتائج :

إن الإعلان و العلاج المرتبط بالسرطان يمثل ضغطا انفعاليا و جسديا شديدين ذات تأثيرات نفسية , و فيزيولوجية و نفس إجتماعية مهمة قد تمتد لسنوات حتى و إن ظهر أن هناك تحسن صحي خاصة في غياب المساندة الإجتماعية و في ظل الترسبات الحاصلة إثر الإساءة الانفعالية التي تعرضت لها في طفولتها '

و التي عرفتها هيئة رعاية الطفولة الأمريكية على أنها " إنكار الخبرات الطبيعية التي تزود الطفل بالإحساس بالحب و التقبل و القيمة أو الاضطراب العاطفي العائد إلى استمرار الخلافات في المنزل بسبب عدم الانسجام أو مرض الوالدين العقلي

(أبو درويش ' 2003: 60)

يرى الفرووديون الجدد و منهم كارين هورني أن القلق و الاضطراب النفسي ينشأ لدى الإنسان عندما لا يحصل في طفولته على الحب و الحنان و الرعاية و الأمن الكافيين و يلجأ في مراحل تالية من عمره إلى إتباع أساليب سلوكية مضطربة للحصول على هذا الأمن منها العدوان أو الجنوح أو الانعزال كما تؤكد دراسات التحليل النفسي أيضا على أهمية العلاقات الشخصية البينية داخل الأسرة في إحساس الفرد بالأمن و الصحة النفسية حيث يرى سوليفان أنها المسؤولة إلى حد كبير عن رسم ملامح شخصية الفرد و عن أسلوبه في إشباع حاجاته و منها الأمن النفسي '

فالحاجة إلى الأمن النفسي تعتبر عند ماسلو حاجة أساسية لابد من إشباعها ليستطيع الفرد أن ينمو سليما ' فتوافق الفرد في مراحل حياته المختلفة يتوقف على مدى شعوره بالأمن في طفولته ' فإذا تربى في جو أسري أمن فإنه يميل غلى تعميم هذا الشعور على بيئته الإجتماعية فيرى أنها مشبعة لحاجته ' فيتعاون و يتعامل بصدق مما يجعله يحضى بتقدير و تقبل الأخربين ' فينعكس على تقبله لذلك.

(باشماخ ، زهور حسن عبد الله العلاقة بين الأمن النفسي و الوحدة النفسية لدى عينة من المرضى المرفوضين أسريا و مقارنتهم بعينة من المرضى المقبولين أسريا بمنطقة مكة المكرمة ' رسالة ماجستير غير منشورة , مكة المكرمة جامعة أم القرى 1999)

و يشير الخليل (1991) إلى أهمية الجو العاطفي للأسرة و تأثيره على شعور الأبناء بالأمن النفسي فقد أكد على وجود علاقة بين الجو العاطفي السائد في الأسرة و مستوى تكيف الأبناء النفسي و الاجتماعي

كما أن الحالة تجد في ابنها الوحيد وحدة مساندة في ظل غياب السند و الدعم من قبل الزوج فهي تعيش صعوبة مهمة من جانب الاستثمارات الإجتماعية العائلية مما يجعلها أمام ضغط الشعور بعدم القدرة على حماية ابنها والذي شكل عندها نوع من عدم التركيز والقلق المبالغ فيه الناتج عن الأفكار السلبية و التوقعات الغير سارة و الذي يجعلها غير قادرة على التحرر من أشكال الخوف

و الصراع و التوتر أدى بها إلى انخفاض مستوى الشعور بالأمن النفسي لديها .

عرض الحالة الثالثة :

الإسم : (س)

السن: 26

المستوى الدراسي : الثانية ماستر

الحالة الإجتماعية : عزباء

المهنة : معلمة

المستوى المعيشي : متوسط

تاريخ التشخيص: ماي 2018

تاريخ إجراء المقابلة : أفريل 2019

3-1 ملخص المقابلات :

تمت المقابلة النصف موجهة مع الحالة (س) في مكتب الأخصائية النفسية وكان ذلك خلال موعد لها مع الطبيبة المختصة ، بدت الحالة من أول وهلة مستعدة لإجراء المقابلة معنا فكان النشاط و الحيوية باديان عليها كان مظهرها مرتب و أنيق تعلو الابتسامة محياها .

بدأت الحالة بالتحدث عن نفسها و عن مشوارها الدراسي حيث اختارت التخصص الجامعي الذي كانت تحلم به و هو إدارة أعمال فهي تحلم بإقامة مشروع أقتصادي يدر عليها المال لتحسين مستوى معيشتها و عائلتها لكن المرض فاجئها في هذا السن و لم تتوقع ذلك ، و عند إبلاغها بأنها مصابة بسرطان الثدي أصيبت بصدمة و عدم التصديق و حدثت نفسها بأن ذلك لا يمكن أن يحدث ولابد أنهم أخطؤوا في فحص الشرائح ب" **كي عرفت بلي راني مريضة بهذا المرض م اصدقتش و قلت في نفسي أكيد راهم غالطين** " عاشت الحالة بعد ذلك مرحلة من الضيق الحاد و الاكتئاب الذي ينطوي على الانهماك بالتفكير بالمرض و الموت و ظهرت عليها أعراض القلق و فقدان الشهية و الأرق و ضعف التركيز و العجز عن القيام بأدوارها الإجتماعية **حيث عبرت عن ذلك بقولها** "**وليت نظل نخمم و ما نرقدش فقدت قاع الشهية في الماكلة ماذا بيا ما نشوف حتى واحد و ما نهدر مع حتى واحد نحب نقعد وحدي** " لكنها بعد أسبوع على هذا المنوال شعرت الحالة (س)بأنها لم تفقد كل شيء و باشرت بإجراءات العلاج حيث تقول " **كي خممت بيبني و بين نفسي قلت لازم نداوي و الشفاء بيد ربي و نشاء الله ربي يشفيني بابا و يما و قاع خوتي راهم يدعولي** " **مما يدل على مدى الارتباط بينها و بين أفراد أسرتها و الذي يتيح لها المساندة الإجتماعية المناسبة** ' واصلت الحالة اجراءات العلاج بما في ذلك استئصال الثدي و الذي كان له وقعا شديدا على نفسها لكن التكفل الطبي الذي تلقته كان بمثابة الأثر الملطف ' **تقول** " **الطبيبة لي دارت لي العملية هايلة ' خلاتني نحس بلي عندي أمل نقدر نكمل حياتي نورمال** "

3-2-نتائج تطبيق مقياس التفكير الإيجابي للحالة الثانية:

الأبعـــــــــاد	الفقرات	الدرجة	النسبة المئوية
التفاؤل و التوقعات الإيجابية	11-9-4-3-2-1	5	22.72
الضبط الإنفعالي و التحكم في العمليات العقلية	12-7-6-5	2	9.09
حب التعلم و التفتح المعرفي الصحي	18-10	2	9.09
الشعور بالرضا	16-15-13	3	13.63
تقبل المسؤولية الشخصية	30-29-27-22	3	13.63
السماحة و الأريحية	23-17-8	2	9.09
الذكاء الإجتماعي	24-21-20-19	3	13.63

تقبل الذات غير المشروط	28-26-14	2	9.09
المجمـــــــوع		22	100

جدول رقم (17) يبين نسب أبعاد التفكير الإيجابي

بعد تطبيق مقياس التفكير الإيجابي على الحالة (س) تبين ما يلي :

تحصلت الحالة على درجة 22 كدرجة كلية للمقياس و هذا ما يدل على أنها ا تتمتع بتفكير إيجابي حيث يظهر أن نسبة التفاؤل و التوقعات الإيجابية تمثلت في أكبر نسبة قدرت ب22.72**%** و حصلت على نسب متساوية من الذكاء الاجتماعي و الشعور بالرضا و تقبل المسؤولية الشخصية قدرت ب.13.63**%**. يليها الضبط الانفعالي و التحكم في العمليات العقلية العليا بنسبة 9.09**%** تساويها في ذلك نسبة حب التعلم

و التفتح المعرفي الصحي, نلاحظ من خلال هذه النتائج أن الحالة تتميز بصفة التفاؤل حيث يغلب على تفكيرها التوقعات الإيجابية التي تخدم تطلعاتها نحو تحقيق أهدافها التي تسعى إليها و توجيه قدراتها

و مهاراتها في اتجاهات بناءة ، مما سمح لها بالتكيف مع وضعيتها الصحية و تقبل ذاتها .

3-3-نتائج تطبيق مقياس الشعور بالأمن النفسي :

جدول رقم (18) يبين مستوى الشعور بالأمن النفسي

الدرجة المتحصل عليها	النسبة	المستوى
56	51	متوسط

من خلال الجدول الكمي الذي يمثل نسبة الشعور بالأمن النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي ظهر أن الحالة (سب) تحصلت على درجة 56 كدرجة كلية للمقياس بنسبة 51 و هو ما يعبر عن مستوى متوسط من الشعور بالأمن النفسي.

3-4-تحليل الحالة الأولى في ضوء المقابلة و المقاييس:

من خلال ما ظهر من نتائج المقابلة و المقاييس اتضح أن الحالة (س) تميل إلى التفكير الإيجابي يقودا في ذلك تطلعاتها نحو تحسين مستوى معيشتها و اتضح ذلك من خلال إجاباتها على بنود مقياس التفكير الإيجابي مثال على ذلك "**مصائب اليوم تكون لها فوائد في المستقبل** "**ببعض الجهد سأجعل من المستقبل أفضل من الحاضر** " **لكن هذا لا ينافي ردة فعلها عند أبلاغها بواقعها المرضي الذي كان لها بمثابة صدمة أدت بها إلى عدم التصديق كما جاء ذلك في قولها** " **كي عرفت بلي راني مريضة بهذا المرض ماصدقتش و قلت في نفسي أكيد راهم غالطين** " **لكن ارتفاع الأمل لديها بدد الشعور باليأس**

و العجز مما ساعدها على الخروج من مرحلة الضيق و الاكتئاب التي عاشتها "**وليت نظل نخمم و ما نرقدش فقدت قاع الشهية في الماكلة ماذا بيا ما نشوف حتى واحد و ما نهدر مع حتى واحد نحب نقعد وحدي** " ثم تواصل حديثها " **كي خممت بيبني و بين نفسي قلت لازم نداوي و الشفاء بيد ربي و نشاء الله ربي يشفيني بابا و يما و قاع خاوتي راهم يدعولي** " ' يرى الباحثون وخاصة في مجال العلاج الأسري في حياة الأفراد فيما يتصل بعلاقاتهم و والديهم و أسرهم المنشأة فالجانب الأول و هو الخاص بمدى الارتباط أو المعية الذي يربط الفرد بأعضاء أسرته و الذي يتيح له في وقت من الأوقات المساندة الإجتماعية الموائمة إضافة أن الحالة وجدت في التكفل الطبي في إطار العلاقة طبيب – مريض أفقا جديدا أنشأ لدى المصابة طاقة بناءة محفزة للعلاج" **الطبيبة لي دارت لي العملية هايلة ' خلاتني نحس بلي عندي أمل نقدر نكمل حياتي نورمال** " و الملاحظ أن المستوى التعليمي لدى الحالة أثر عليها من ناحية تعزيز قدرتها على تحقيق

3-5-مناقشة النتائج :

يظهر من خلال المعطيات و النتائج المتحصل بعد المقابلة و تطبيق المقاييس أن لدى الحالة توقعات إيجابية تجاه تحقيق مكاسب في حياتها المهنية فضلا عن مستوى التفاؤل تجاه حياتها

الصحية و الشخصية ساعدها لإيجاد طرق من أجل التكيف و الخروج من أزمتها النفسية و ترشيد قدراتها و مهاراتها بصورة أكثر فاعلية أثمر لديها شعورا بالرضا عن النفس و السعادة في السعي لتحقيق الأهداف العامة في الحياة بما في ذلك مستوى المعيشة و الإنجاز و التعليم .

4- عرض الحالة الرابعة

الإسم : (ح)

السن :52

المستوى الدراسي: لم تلتحق بالتعليم أبدا

الحالة الإجتماعية : متزوجة

عدد الأبناء :09

المهنة : ربة بيت

المستوى المعيشي : متوسط

تاريخ التشخيص : أوت 2018

تاريخ إجراء المقابلة : فيفري 2019

1-2- ملخص المقابلات :

تمت المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ف) في مكتب الأخصائية النفسية اين كانت متواجدة على مستوى مصلحة طب الأورام بهدف تلقي العلاج الكيميائي في أسبوعها الخامس ما تم ملاحظته على الحالة من الوهلة الأولى هو بساطتها و البشاشة التي كانت واضحة على محياها , لم يكن هنداهها منظم كثيرا ، لم تتردد في إجراء المقابلة معنا بل كانت سعيدة لذلك.

تستحضر الحالة ذكريات طفولتها و مرحلة شبابها بحنين , على حسب قولها فقد كانت سيرورة طفولتها و شبابها عادية , ليس هناك حدث تذكره بالتحديد آلمها أو سبب لها معاناة كما تقول " **عشت حياتي عادي**" ثم تضيف " **بعد الزواج بدات المشاكل**"

تصف الحالة ارتباطها بزوجها " **أنا و زوجي دايما دايما في المشاكل , كان يضربني و نروح لدارنا و مبعد نولي ما نقدرش نفارق ولادي**" **ساعفتو على ولادي**"

و تضيف "**كنت نستغاظ**" .

و عند سؤالنا إياها عن بداية معاناتها مع المرض تقول " **حسيت حبة في صدري و قاتلي بنتي لازم تروحي للطبيب** "

ثم تصف الحالة مشاعرها وقت إعلامها بالتشخيص و حقيقة إصابتها بسرطان الثدي" **بكيت و قلت الهم و القلق هو لي دارلي المرض**" ثم تضيف "**و بعد العملية بكيت و فرحت , و قلت حاجة ربي .**

باشرت الحالة إجراءات العلاج فتقول "**راجل بنتي هو لي كان يداوي فيا و يديني للطبيب و يخلصلي الراديوات و الدوا....**", ثم تعبر الحالة عن توقعاتها من وراء العلاج "**توقعت ربي يشفيني لولادي**"

و عند سؤالنا إياها عن رغبتها في حضور المناسبات و الاجتماعات العائلية تقول "**نحب نخرج و نروح للمناسبات**" ثم تضيف " **راجلي تحط بعد المرض ولى ما يقوليش**"

لم تذكر الحالة صعوبات على مستوى النوم و الأكل إلا أثناء الأسبوع الأول من العلاج الكيميائي"

1-3-نتائج تطبيق مقياس التفكير الإيجابي للحالة الأولى:

جدول رقم (19) يبين نسب أبعاد التفكير الإيجابي

الأبعـــــــــاد	الفقرات	الدرجة	النسبة المئوية
التفاؤل و التوقعات الإيجابية	11-9-4-3-2-1	6	25
الضبط الانفعالي و التحكم في العمليات العقلية	12-7-6-5	3	12.5
حب التعلم و التفتح المعرفي الصحي	18-10	1	4.16
الشعور بالرضا	16-15-13	3	12.5
تقبل المسؤولية الشخصية	30-29-27-22	3	12.5
السماحة و الأريحية	23-17-8	3	12.5
الذكاء الإجتماعي	24-21-20-19	2	4.8
تقبل الذات غير المشروط	28-26-14	3	12.5
المجمـــــــوع		24	100

بعد تطبيق مقياس التفكير الإيجابي على الحالة (ف) تبين ما يلي :

تحصلت الحالة على درجة 24 كدرجة كلية للمقياس و هذا ما يدل على أنها تتمتع بتفكير إيجابي حيث يظهر أن نسبة التفاؤل و التوقعات الإيجابية احتوت أكبر نسبة تمثلت في 25 **%** يليها الضبط الانفعالي و التحكم في العمليات العقلية العليا بنسبة 12.5**%** تساويها في ذلك تقبل المسؤولية الشخصية السماحة و الأريحية الذكاء الاجتماعي و تقبل الذات غير المشروط , ثم الشعور بالرضا بنسبة 12.5 **%** ثم الذكاء الاجتماعي بنسبة 4.8**%**يليها أقل نسبة تمثلت في حب التعلم و التفتح المعرفي الصحي بنسبة 4.16 **%**نلاحظ من خلال هذه النتائج أن الحالة تتميز بالتفاؤل حيث يغلب على تفكيرها التوقعات الإيجابية الذي يعزز من قدرتها التحمل و الصبر.

1-4 نتائج تطبيق مقياس الأمن النفسي:

جدول رقم (20) يمثل مستوى الشعور بالأمن النفسي للحالة الأولى

الدرجة المتحصل عليها	النسبة	المستوى
84	92.4	مرتفع

من خلال تطبيق المقياس الأمن النفسي تحصلت الحالة (ف) على درجة 84 كدرجة كلية للمقياس و التي تمثل نسبة 92.4 **%**حيث يقدر بالمستوى المرتفع مما أكسبها مزيدا من الأريحية و التلقائية في الحديث معنا.

1-5-تحليل الحالة الأولى في ضوء المقابلة و المقاييس:

من خلال ما ظهر من نتائج المقابلة و المقاييس اتضح أن الحالة تتبنى إستراتجية التفكير الإيجابي حيث يغلب على توقعاتها أفكار إيجابية بنسبة 25**%** و هي نسبة مرتفعة مقارنة ببقية أبعاد المقياس ظهر ذلك في قولها عند إبلاغها بالمرض مباشرتها للعلاج " **توقعت ربي يشفيني لولادي**" **ربي يشفيني** , كما يظهر على أنها تتميز بقدرتها على الضبط الانفعالي و الذي ظهر عند تطبيق المقياس الخاص بالتفكير الإيجابي حصلت على 12.5**%** مما ساعدها على تحمل قسوة الزوج في سبيل أولادها كما في قولها " **أنا و زوجي دايما دايما في المشاكل , كان يضربني و نروح لدارنا و مبعد نولي ما نقدرش نفارق ولادي ساعفتو على ولادي**"

و نلاحظ أنها محاطة بوحدة مساندة و التي تمثلت في أبنائها و صهرها مثلما جاء في قولها " **حسيت حبة في صدري و قاتلي بنتي لازم تروحي للطبيب** " و تضيف .....

"**راجل بنتي هو لي كان يداوي فيا و يديني للطبيب و يخلصلي الراديوات و الدوا....**", ثم تعبر الحالة عن توقعاتها من وراء العلاج "**توقعت ربي يشفيني لولادي**"

كما نتوقع أيضا أن المستوى التعليمي كان له دور في استيعاب حالتها, كونها لم تلتحق بالتعليم أبدا فتشير بعض الدراسات إلى أنه كلما ارتفع مستوى المرأة المصابة بسرطان الثدي كلما ارتفع مستوى القلق عندها ,لأنها تستطيع أن تدرك واقعها الصحي على حقيقته.عكس من لا تملك أي معطيات معرفية حول الموضوع.

الإستنتاج العام

الإستنتاج العام:

– لقد تمحور الهدف الأساسي للدراسة حول معرفة مدى تأثير التفكير الإيجابي على مستوى الشعور بالأمن النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي ' و التعرف على إمكانية وجود لدى المصابة بسرطان الثدي نمط تفكير إيجابي ' و إمكانية شعورها بالأمن النفسي في ظل واقعها المرضي ' و انطلاقا من النتائج المتحصل عليها من خلال تحليل المقابلات و تحليل نتائج المقاييس المطبقة على الحالات تم التوصل إلى النتائج التالية :

*يمكن أن نجد لدى المصابات بسرطان الثدي نمط **تفكير إيجابي** و بذلك تكون الفرضية قد تحققت ' فالإنسان يتوفرعلى جوانب القوة و الضعف ' وبهما تتحدد حياته و تسير و تتطور ' و إن الخبرات التي تمر بنا تشكل شخصياتنا ' فالشخصية تتمتع بجوانب بعضها غير قابل للتعديل ' و بعضها الآخر قابل للتعديل ' حيث تتركز جهود علم النفس الإيجابي على إثراء القوى الإنسانية لتعديل هذه الجوانب لكونها مدخلا لتحقيق الشعور بالسعادة و الرضا ' وقد آن الأوان أن يسعى علم النفس إلى فهم الإنفعالات الإيجابية ' و يبني جوانب القوة و الفضيلة , و يزود الناس بما يساعدهم على أن يجدوا ما نسميه بالحياة الطيبة و كما سماها أرسطو أيضا .

تقول شيلي تايلور (**shelly taylor1989**) في كتاب لها , بعنوان : **التصورات الإيجابية** : إن ما يميز الإنسان عن باقي الكائنات نزعته القوية للتفكير الإيجابي خصوصا الأصحاء , فملكات العقل تعد وسائل للتفكير الإيجابي المنطقي .

و قد حظيت جوانب الإيجابية في الشخصية باهتمام مجال حديث في علم النفس , ودعواه أن الإنسان يحمل بداخله القوة والضعف و منها و بهما تتحدد حياة الإنسان, ومن الأحسن بكثير الإعتماد على النفس عند مواجهة الصعاب و مشاكل الحياة ..

كما تؤكد ذلك الفرضية القائلة " **إن تقييم الأحداث الحياتية الضاغطة عن طريق الأفكار الإيجابية التي منها التفاؤل و الرضا عن الحياة من شأنه أن يخفف من النواتج السلبية لهذه الضغوط, في حين أن تقييم الأحداث الحياتية الضاغطة عن طريق الأفكار السلبية من شأنه أن يزيد من النواتج السلبية للضغوط** ", و قد أجريت هذه الدراسة على عينة من طلاب الجامعة عددهم (173) فردا من الجنسين ' و طبق عليهم مقياس لتقدير أحداث الحياة الضاغطة الحالية و الماضية من منطلق نوعين من الأفكار (الإيجابية و السلبية) إنتهت الدراسة على وجود ارتباط موجب و دال بين الصحة النفسية و تقييم ضغوط الحياة الحالية عن طريق الأفكار الإيجابية ' مثل التفاؤل و الرضا.)

*أما بالنسبة للفرضية الثانية التي تشير إلى إمكانية أن تشعر المصابة بسرطان الثدي **بالأمن النفسي** , فقد تحققت ' تشير بعض الدراسات إلى أن العلاقات بين أفراد الجماعة و الدفئ الإجتماعي و المساندة الإجتماعية و

الأنشطة التي يمارسها الفرد مع الجماعة لها تأثير قوي في شعور الفرد بالأمن النفسي كما في دراسة **(فال 1997)**

أما الدراسات التي تناولت الأمن النفسي في علاقته بمتغيرات نفسية و شخصية أخرى فقد تنوعت و تباينت نتائجها فبعضها توصل إلى أن هناك ارتفاع في مستوى الأمن النفسي عند المتزوجين ارتفاعا دالا مقارنة بالعزاب كما في دراسة جبر محمد (1996) و هذا واقع نسبي لا يمكن الجزم به .

لقد ظهر أن تأثيرات المساندة الاجتماعية ترجع إلى طبيعة العوامل المتعلقة بالتوافق قد تكون بنود موضوعية (الوفاة، العيش، مدة الحياة ' تداعيات المرض، السلوكيات، الأبعاد البيولوجية، المجال المعرفي، أو البنود الذاتية كالصحة النفسية الانفعالية أو نوعية الحياة)

إن التوافق السيكولوجي يرجع إلى التكيف بمواجهة للمرض يعني غياب ارتفاع الإجهاد النفسي، الحصر، الاكتئاب، وغياب فقدان الدور الاجتماعي، ، المهني بعد ذلك يمكن اعتبار المساندة الاجتماعية خاصة الثقة بوجود منبع المساندة تسمح من جهة بتصغير أثر الضغط النفسي و من ناحية أخرى توفير استراتيجية التكيف اتجاه المرض'

إن تنوع الأدوار الاجتماعية(متزوجة , أم ' عزباء , عاملة , ربة بيت ' المستوى التعليمي) يعتبر عنصر مهم في بناء الهوية وتشجيع مشاعر الذات ' القيم الشخصية و التقديرو و التوازن النفسي, وأن أقارب المريض، يعني الأسرة الواسعة والأصدقاء لا يتأثرون بما بعد السرطان وإنما بزمن الإعلان عن المرض والمعاش أثناء المرض .

إن الموت حاضر كما اتخذ أبعاد واسعة في رمزية السرطان ، حقيقة هذا المرض من الصعب أن يفهمها أقارب المريض وهذا ما يفسر مساندتهم القوية من تفهم ومساعدتهم السيكولوجية له، نفس السلوك يتخذحتى بعد مرحلة السرطان وذلك لعدم تغير تماثلات السرطان و الذي يعني الموت عند الأغلبية .

المساندة هنا تسمح بتحسين إدراك الفرد والخاصة بقدراته لمواجهة المتطلبات المفروضة من الوسط، والتي تعتبر أقل إجهاد مما يوفر قدرا من الأمن النفسي ومن ناحية أخرى إن المساندة يمكن لها أن تتدخل بين تجربة الاستجابة والإجهاد الذي جاء بعد الحدث الإجهادي وبداية صيرورة مرضية سيكولوجية أو فسيولوجية بتقليص أو القضاء على استجابات الإجهاد، هنا يمكن للمساندة أن تقلص الإجهاد بارتفاع قوى استراتيجية التكيف والنتائج التطبيقية الانفعالية للحدث والتقليص من أهميته .هناك الرغبة في المساندة الانفعالية الآتية من عند الأسرة , الزوج وأصدقاء العمل لها مردودية أكبر.

أما بالنسبة للفرضية الرئيسية و التي مفادها معرفة **مدى تأثير التفكير الإيجابي على مستوى الشعور بالأمن** النفسي فقد تحققت .

تواجه مريضة سرطان الثدي بمدى واسع من التحديات , بحيث يؤدي هذا الأخير إلى اضطرابات جسمية كثيرة و متنوعة ' كالإلتهابات المختلفة ' و الشعور بالإجهاد و الغثيان ' و فقدان الشهية ' و الإسهال ' و اظطرابات

الجهاز العصبي المركزي و هبوط في قدرة جهاز المناعة على التنظيم ' و هذا ما يجعل المريض عرضة لأمراض و مضاعفات أخرى **(تايلر ' 2008, ص614)**

إن الشعور بالثقة يتوقف على نوع الأفكار التي تحتل عقولنا في أغلب الأحايين ' و ربما يصح القول أن الوجدان الإيجابي ' الإنفعالت الإيجابية ' المزاج الإيجابي و الإتجاهات الإيجابية 'في الواقع تعتبر المكون الوحيد الأكثر أهمية و الأكثر فعالية في تحقيق ازدهار و السعادة للبشر.

و لم يولي علماء النفس للإنفعالات الإيجابية الإهتمام الكاف إلى أن ظهر علم النفس الإيجابي في التيار الرئيسي لعلم النفس . و في الواقع تركز مثل هذا الإهتمام الضئيل على الإنتباه غلى المشاعر المرتبطة بالإنفعالات الإيجابية مثل البهجة أو السعادة كمؤشر لعدم معاناة الفرد من الإكتئاب .

و تقدم لنا أعمال البروفيسور **باربارا فريدريكسون** معلومات موثقة عن الأدوار التي تلعبها الإنفعالات الإيجابية في حياة البشر ' و توضع أعمالها بصورة عامة تحت مسمى " **نظرية إثراء أو توسيع و بناء الإنفعال الإيجابي**" "**broaden and build theory of positive emotion**"

.و تؤكد أطروحة **فريدريكسون** أن الإنفعال الإيجابي أو الموجب لا يعني ببساطة جودة الحياة و غياب الإنفعلات السلبية بل يمثل قدرة عامة تشجع أو تدفع الإنسان باتجاه تجويد أو تحسين نوعية حياته في ظل شعوره بالطمأنينة و التوافق النفسي وترى فـ**ريديركسون** أنه بينما تضيق الانفعالات السلبية منظور البشروتجعلهم في حالة تركيز على المشكلة الفعلية التي يواجهونها فإن استجابة(الإقدام/الإحجام، الإقبال/الإدبار، الهجوم/الانسحاب) فإن الانفعالات الإيجابية توسع من منظور الرؤية وتدفع البشر باتجاه التفكيرو التصرفات الإيجابية بمعنى آخر ' عندما نخبر انفعالات إيجابية يكون لدينا مستوى عال من المرونة السلوكية و النفسية و بالتالي تسمح لنا بشحن أو تدشين و تجميع كافة مصادرنا السلوكية و النفسية و بالتالي إذا كنا نشعر بأننا على ما يرام ونشعر بالأمن و الطمأنينة نصبح أكثر ميلا للشجاعة و التعلم و الإستكشاف و الإبداع مقارنة بحالتنا عندما نكون في حالة تسيطر علينا المشاعر السلبية

فإن كنا نخبر انفعالاً سلبيا، مثل الخوف، نكون أكثر ميلاً إلى الانسحاب وتجنب المواقف التي تثير هذا الخوف . و عندما نخبر انفعالات إيجابية، نكون قادرين على تجميع وحشد كافة قوانا ومصادرنا الشخصية ممايعود بالنفع على تكويننا وحالتنا الصحية والنفسية ويساعدنا في نفس الوقت على التوافق أو التأقلم مع المجابهة الفعالة لعثرات ومصاعب الحياة.

. إن مهنة الطب لها منافع كثيرة عند اعتمادها على إرادة الجميع وخاصة المريض وأقاربه لتعمل على تراجع هذا المرض .في الحقيقة إن المريض يتمنى تلقي المساعدة ، خاصة من طبيبه المختص لمواجهة الصعوبات السيكولوجية الزوجية أو العلائقية . وكل ذلك يدعم استراتيجية العلاج وفعالية الوصول إلى مرحلة التشافي.

الإشكال وكما طرحته عدة منشورات أن الأطباء يجدون صعوبات مهمة في التعرف على الضيق النفسي عند مرضاهم، مع الميل إلى عدم التقييم, أما المرضى فإنهم يترددون في الحديث التلقائي عن اهتماماتهم النفسية والاجتماعية مع المعالجين تاركين لهم هذا المجالو هناك.لكنه من الأفضل تشجيع المرضى على التعبير وفق مراحل إدراك وضعهم الصحي على النحو التالي :

المرحلة الأولى :التعبير عن الانفعال

المرحلة الثانية :أسئلة اكتشافيه

المرحلة الثالثة :التعبير عن فهم التعاطف الوجداني

- إن تقدم العلاج من ناحية التكفل الطبي و النفسي بالسرطان يرجع إلى تحسين التكفل الإنساني و الإجتماعي للمريض أثناء العلاقة الطبية ' الإستماع ' الإنصات ,' العلاج ' فهي شروط أساسية لتحقيق العلاج المثالي و الذي يتمناه كل و احد منا ' و عليه فإن البحوث الأساسية في علم الأورام و العلوم الإنسانية و الإجتماعية قد اكتسبوا الكثير بتقاربهم هذا الإرتباط و الذي يهدف إلى جعل حالة السرطان في تراجع ' و نقصد هنا مساعدة المريض على تقوية قدراته الخاصة أثناء محاربته الفردية للمرض مع وسط معرفي و علمي المتمثل في الشخص المعالج والفريق الطبي المساعد قصد العلاج و الشفاء .

الخاتمة

الخاتمة :

تعتبر العوامل النفسية ذات دور فعال في تحمل و مقاومة ة الآثار السلبية الناتجة عن الأمراض و الإضطرابات العضوية حيث تشكل بناء لنموذج وظيفي موسع لمواجهة الإنفعالات السلبية في ظل المرونة في التفكيرو حل المشكلات ' فالخبرة الذاتية الإيجابية تؤدي إلى تحسن نوعية الحياة ' و تجعل للحياة قيمة و معنى وتخفف آثار الضغوط الناتجة عن الإضطرابات العضوية و النفسية و لها أهمية في علاج السرطان ا و تجعل المريض واعيا بها و تؤدي إلى تقدم فعاليته و التحكم في المرض لذلك تستخدم بنجاح واسع في بحوث السرطان و تؤكد الدراسات على أهمية الحالة النفسية و الإرادة القوية في تدعيم المريض و مساعدته على الشفاء '

فتبني توقعات إيجابية يسهم إلى حد بعيد في التخفيف من الإجهاد النفسي و الجسمي للمصابة بسرطان الثدي ' ومن النتائج المثيرة في دراسات المخ و الجهاز العصبي تلك التي ارتيطت بدراسة الألم و التي لخص لنا بعضها الكاتب البريطاني "ريتشارد ليبارد" في كتاب له عن السعادة ' فقد تبين وجود فروق واسعة بين حقيقة ما نتعرض له من ألم و ما نشعر به منه ' أي أننا قد نتعرض لألم حقيقي و لكننا لا نشعر ' و قد نعبر عن شعور شديد بالألم بينما يكون الألم الواقع علينا أخف بكثير من الألم الواقع على غيرنا ' و إن إحساسنا بالألم الواقع علينا يختلف من لحظة إلى لحظة و من وقت إلى وقت آخر اعتمادا على أساليبنا المتغيرة من التفكير و الإدراك ' و من الحقائق النفسية أن سرعة الشفاء في أي نوع من الأمراض يتوقف بدرجة كبيرة على الإتجاهات النفسية للمريض

'إن التجارب البحثية و الدراسات السابقة أظهرت أن المصابة بسرطان الثدي كيفما كانت الفئة العمرية التي تنتمي إليها ' و بغض النظر عن مستواها التعليمي أو كانت عزباء أو متزوجة ' سواء كانت عاملة أو ربة بيت فإن التشخيص ' الإعلان و العلاج المرتبط بالسرطان يمثل ضغطا نفسيا و جسديا شديدين ذو تأثيرات نفسية ' فيزيولوجية و نفس اجتماعية مهمة .

لكن تبقى مقومات الشخصية و الخبرات الذاتية والقدرات السابقة على مواجهة المشكلات و أزماتها و العمليات المعرفية هي المحرك الرئيسي للتكيف مع الوضعية المرضية للمصابة الثدي ' و بالتالي فقد تتبنى كل مريضة فلسفة خاصة بها تحاول من خلالها تحقيق التوافق مع نفسها ومع بيئتها المحيطة التي يمكن أن توفر لها عنصر المساندة و عليه فقد نجد نمطين من التفكير إما أن يكون تفكيرها سلبي لها افق

محدود من التوقعات حياتها غير مستقرة ولا تستطيع التحرر من أشكال الخوف و القلق و التوتر و الصراع

و إما يكون تفكيرها إيجابي و الذي عادة يسهم في تطوير مشاعر و تصرفات تتسم بالطمأنينة و الثقة و هدوء النفس و الشعور بالرضا يؤدي بها إلى الإحساس بالأمن النفسي .

المراجع

المراجـــع

الكتب

1. أديب محمد الخالدي' المرجع في الصحة النفسية"، دار وائل للنشر، ط3 ، الأردن، 2009 .
2-أسعد يوسف ميخائيل، الثقة بالنفس، دار النهضة، القاهرة، 1993

3 -باشماخ ، زهور حسن عبد الله العلاقة بين الأمن النفسي و الوحدة النفسية لدى عينة من المرضى المرفوضين أسريا و مقارنتهم بعينة من المرضى المقبولين أسريا بمنطقة مكة المكرمة ' رسالة ماجستير غير منشورة , مكة المكرمة جامعة أم القرى 1999)

4. حامد عبد السلام الصحة النفسية و العلاج النفسي" ، عالم الكتب ، ط 4، ،القاهرة، 2005.

5. حامد عبد السلام الصحة النفسية و العلاج النفسي" ، عالم الكتب' ط 1، ،القاهرة، 1997.

6. حامد عبد السلام زهران، علم النمو الطفولة و المراهقة، عالم الكاتب، القاهرة، 1997

7..يسري عبد المحسن ،القرآن يزيل هموم النفس- ، ط1 ، دار مايو للنشر والتوزيع ، ط1 ، القاهرة ، 2000 .

8. دسوقي كمال , النمو التربوي للطفل

9. ربحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم ، مناهج و أساليب البحث العلمي ، دار الصفاء للنشر و التوزيع ،ط 1 ، عمان ، 2000.

10. زهران حامد , الأمن النفسي دعامة للأمن القومي , دراسات تربوية عالم الكتاب مجلد4 العدد19 القاهرة 1989

11. سامر جميل رضوان ' الصحة النفسية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط 2، الأردن ،2007

12. سعد علي , مستويات الأمن النفسي و التفوق التحصيلي ' مجلة جامعة دمشق المجلد 15 العدد1
13. سلمان الريحاني، أثر نمط التنشئة الاسرية في الشعور بالامن، 1995.

14. سيد صبحي ، الإنسان وصحته النفسية ، الدار المصرية اللبنانية ، ط 1 ، القاهرة 2003 .

المراجـــع

15.عاطف الأغا العلاقة بين المناخ السائد في كلية التربية و بين التوافق الدراسي للطلاب مذكرة لنيل رسالة ماجستير ' كلية التربية , الأزهر , القاهرة

16.عبد الرحمان العيسوي, أصول البحث السيكولوجي،الراتب الجامعية ، ، ط1 ، القاهرة ،بدون سنة .

17.عبد الستار ابراهيم , دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير الإيجابي , دار الكاتب ,ط2, مصر 2008

18.عبد الستار إبراهيم , دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير الإيجابي ,دار الكاتب , ط1, مصر 2008

19.عبد المريد قاسم , أبعاد التفكير الإيجابي ,دراسات نفسية ,قسم علم النفس , كلية الآداب جامعة حلوان مج19, العدد4, 2009

20. فاروق السيد، مقياس الطمأنينة النفسية، مكتبة الخانجي، القاهرة، 1979

21. كمال دسوقي النمو التربوي للطفل و المراهق، دار النهضة العربية القاهرة ،1977

22. ليزاج أيبينوول , ترجمة صفاء يوسف الأعسر , سيكولجية القوى الإنسانية , المجلس الأعلى للثقافة ,مصر ,2006.

23. محمد السيد دراسات في الصحة النفسية دار قباء الجزء الأول , القاهرة

24. محمد قاسم عبد الله ، مدخل إلى الصحة النفسية ،ط4 ، دار الفكر الأردن ، 2008 .

25.محمد مسعود العجمي ، كن إيجابيا تفاعل مع الحياة ، ط 1 ، الكويت ، 1996 .

26.محمد يوسف خليل، أولادنا و الصحة النفسية، الطبعة الأولى، جهاد النشر و التوزيع، عمان،2002

27. مرسي سيد عبد الحميد، الشخصية السرية، الطبعة الأولى، مكتبة وهبة، القاهرة، 1983

28. مصطفى فهمي ، الصحة النفسية –دراسات في سيكولوجيا التكيف ، مكتبة الخانجي، ط 3، القاهرة، 1995 .

29. موريس أنجرس ، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية ، ترجمة بوزيد صحراوي –كمال بشرف – سعيد سبعون، دار القصبة ، ط 2 ، االجزائر ، 2004 .

30. نورمان فينسنت بيل , ترجمة يوسف اسكندر , قوة التفكير الإيجابي , دار الثقافة ,ط7,القاهرة 2000

31. وليد سرحاة , القلق النفسي , مجلة الشريعة العدد394

32 . يوسف مراد ، ميادين علم النفس، دار المعارف ، ط 1، مصر ، 1962 .

الرسائل الجامعية:

33. جودة آمال عبد القادر، مستوى التوتر النفسي و علاقته من بعض المتغيرات، مذكرة لنيل رسالة ماجستير، كلية التربية، غزة، 1998

34. حمودي جمال , تمثلات المجتمع الجزائري لمرض السرطان مقارنة انتروبولوجية طبية , مذكرة تخرج لنيل رسالة ماجستير في الأنتروبولوجيا , جامعة أبي بكر بلقايد , جامعة تلمسان ,2006

35. رحاحلية سميرة ,الكفاءة الذاتية و علاقتها بتقبل العلاج الكيميائي , مذكرة لنيل شهادة ماجستير , في علم نفس الصحة,جامعة الحاج لخضر , باتنة,2010

36. شدمي, واقع الصحة النفسية للمرأة المصابة بسرطان الثدي , مذكرة لنيل رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي , جامعة أبي بكر بلقايد , تلمسان ,2015

37. محمد ساعو ، تأثير السند الاجتماعي على الصحة النفسية عند المصابين بأمراض الغدة الدرقية(دراسة حالة) ، رسالة ماجستير منشورة ، جامعة تيزي وزو الجزائر، 2005.

38. واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي شدمي رشيدة'() 2014-2015تلمسان

الكتب المترجمة:

39.تايلور شيلي، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاكر داوود، دار الحامد للنشر و التوزيع، الطبعة السادسة، عمان، الأردن.

40.نورمان فينسنت بيل , ترجمة يوسف اسكندر , قوة التفكير الإيجابي , دار الثقافة ,ط7,القاهرة 2000

المجلات:

41. الآغا كاظم ولي، القلق و التحصيل الدراسي، مجلة دمشق في العلوم الإنسانية، مجلد 4، العدد 14، جامعة دمشق،1988

42. بشير معمرية ,علم النفس الإيجابي اتجاه جديد لدراسة القوى و الفضائل الإنسانية ,دراسات نفسية , جامعة الحاج لخضر , باتنة

43. بشير معمرية، العوامل النفسية في مرض السرطان، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية،العدد 15-16، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2007.

44. خيرية عبد الله البكوشي العلاقة بين الأمل و الشعور بالألم لدى مرضى السرطان، قسم علم النفس، كلية الآداب و العلوم، صبراتة، جامعة الزاوية، بغداد

45.د. سولاف مشري ' جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي (دراسة تحليلية) 'مجلة الدراسات و البحوث الإجتماعية –جامعة الوادي، العدد08 ، الجزائر ،العدد الثالث ، سبتمبر 2014 .

46. علي تركي نافل القريشي،التفكير الإيجابي و علاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة الخاصة ، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية ، المجلد الخامس عشر –العدد 2، بغداد ، 2012

47.سعد بشار ، تشخيص ومعالجة الأمراض السرطانية في الطب العربي الإسلامي، مجلة الجامعة المجلد 2،العدد 15، القاهرة، 2014.

48.عبد العزيز لطفي الشربيني، الإتجاهات الحديثة من منظور الطب النفسي للأبحاث حول اضطراب الشدة عقب الصدمة، مجلة الثقافة النفسية، المجلد 6، العدد 24، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان،1995.

49.فتحي السيد البغدادي ,فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالسرطان , جامعة المجمعة , المملكة العربية السعودية .

50.قابلي حنان ,الدينامية الإبداعية للطفل المصاب بالسرطان , مذكرة لنيل رسالة ماجستير في علم النفس العيادي , جامعة مولود معمري , 2010

51.محمد جبر دريب 'دور المناهج الدراسية في تنمية التفكير الإيجابي'مجلة كلية التربية للبنات للعلوم الإنسانية'العدد15'السنة الرابعة ، 2013.

52.محمد جبر، بعض المتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالأمن النفسي، مجلة علم النفس، السنة العاشرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب،1995

53.محمد حسن مطوع، التوازن النفسي لطلاب وطالبات المرحلتين الإعدادية والثانوي، مجلات جامعة الملك سعود، المجلد 7، العدد 01

54.وليدة مرازقة , مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتجيات المواجهة لدى مرضى السرطان , مذكرة لنيل رسالة ماجستير في علم نفس الصحة , جامعة الحاج لخضر , باتنة ,2009

55.يحي النجار، فعاليات برنامج الإرشادي لتنمية الأمن النفسي لدى المعوقين حركيا، الجامعة الإسلامية، مجلة الدراسات التربوية و النفسية، المجلد 20 العدد الأول ،الجامعة الإسلامية، 2012.

المعاجم:

56.جان لابلانش، ج .ب، بنتاليس ترجمة مصطفى الحجازي، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ديوان المطبوعات الجامعية، 1985

المراجع باللغة الأجنبية: LA Bibiographie

Livre

57 MOIROT, Origines des cancers, FRANCE,2008

58Professeur Baillet, Cancérologie Niveau DCEM3 Université Pierre et Marie Curie2002-2003

59Professeur Yves Matillon Suivi psychologique des patients ayant été traitées pour un concern du seine non métastasé 2000, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES 2000

Revues :

609Kamel bouzide, la maladie concereuse, en Algérie , réalité pratique, actualité médicale périodique, trimestrielle, N°001,Algérie, 2002 .

Mémoires :

61Sophie LELORAIN, QUALITE DE VIE ET DEVELOPPEMENT DE POSTTRAUMATIQUE PATIENTES EN REMISSIONA LONG TERME D'UN CANCER DU SEIN , Pour l'obtention du grade de Docteur de l'Université de Nantes,Le 2 décembre 2009.

62Stress, dépression et cancer du sein, Les Analyses du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC,N° 225, du 10 mai 2001.

الملاحق

الملحق رقم (01) : دليل المقابلة النصف موجهة

المحور الأول : البيانات الشخصية للحالة

- **الإسم :**
- **الجنس:**
- **السن :**
- **المستوى الدراسي:**
- **الحالة المدنية :**
- **عدد الأولاد:**
- **المهنة:**
- **المستوى المعيشي:**
- **سيرورة الطفولة :**
- **سيرورة المراهقة :**
- **التاريخ المرضي(النفسي – العقلي – الجسمي):**
- **تاريخ الإصابة بالمرض بسرطان الثدي :**
- **تاريخ إجراء المقابلة:**

المحور الثاني : نوع التكفل الطبي

- **علاج كيميائي:**
- **علاج هرموني:**
- **علاج بالأشعة:**
- **علاج جراحي:**
- **علاج مزدوج (كيميائي/جراحي–بالأشعة–جراحي–هرموني / جراحي)**

المحور الثالث: المعاش النفسي

المستوى النفسي:

- **التحكم الإنفعالي**

- **التوافق النفسي**
- **استراتجية التكيف**
- **صورة الجسد**
- **قلق الموت**
- **قلق المستقبل**
- **الخوف من الإنتكاسة**

المستوى الإجتماعي

- **المساندةة الإجتماعية**

المستوى الوظيفي:

- **نوعية النوم**
- **نوعية الأكل**

ملحق رقم (02)استمارة مقياس التفكير الإيجابي

إذا سمحت:

فيما يلي مجموعة من العبارات تصف أساليبنا من التفكير في الشخصية و المواقف الإجتماعية ' كل عبارة منها تتكون من عبارتين فرعيتين (أ)و (ب)' نرجو أن تقرئي كل واحدة منها و أن تقرري أي العبارتين الفرعيتين تنطبق عليك و ذلك بأن تضعي دائرة أو علامة صح على العبارة التي تتفق معها سواء كانت (أ)أو (ب)' و أن تتركي العبارة التي لا توافقك بدون أي علامات .

تذكري أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة ....فما توافقين عليه من عبارات قد لايوافق الآخرون عليها و العكس بالعكس, نرجو أن تعكس إجابتك طريقة تفكيرك في الأمور كما تعبر عنها أي عبارة تختارينها من العبارتين .

ت	الفقرات
1	أ- أعتقدأنني أميل للتفاؤل ب- أعتقدأنني أميل للتشاؤم
2	أ- مصائب اليوم تكون لها فوائد في المستقبل ب- المصائب مصائب و لا يأتي منها إلا الشقاء و الألم
3	أ- أعتقد أن أموري تسير دائما إلى الأحسن ب- أموري تسير من سيئ إلى أسوأ
4	أ- ببعض الجهد سأجعل من المستقبل أفضل من الحاضر ب- مهما اجتهدت أعتقد أن المستقبل مكتوب علينا
5	أ- أستطيع بسهولة أن أغير في أفكار الآخرين نحوي ت- يحمل الآخرون عني كثيرا من الأفكار الخاطئة يصعب علي تصحيحها
6	أ- أعتقد أني صبور ب- أفقد صبري بسهولة
7	أ- تسيطر علي حالات مفاجئة من التوتر بدون سبب ب- عموما أنا إنسان هادئ و لا أنفعل بسهولة
8	أ- لا أنسى أبدا و لا أغفر لشخص يخطئء في حقي ب- أتسامح بسرعة حتى مع من يخطؤون في حقي
9	أ- إذا فشلت مرة فسأنجح في المرة القادمة ب- إذا فشلت مرة فسأفشل كل مرة
10	أ- بيدي أن أجعل حياتي مشرقة ب- الحياة مملة و كئيبة و ليس بيدي ما أستطيع عمله لتغيير الحال
11	أ- إذا نظمت وقتي جيدا فستكون النتيجة مختلفة ب- مهما فعلت فإن النتيجة محتومة
12	أ- بإمكاننا أن نتغلب على ما قد يعترينا من قلق و مخاوف ب- القلق أمر فطري لا يمكن مقاومته مهما بذلنا لعلاجه
13	أ- أميل للمرح و البهجة ب- كل ما حولي يدعوني للسخط و الغضب
14	أ- شكلي مقبول ب-أتمنى لو أنني خلقت جميلة

15	أ- أفعل ما علي و تسيير أموري بما يرضيني ب -أفعل ماعلي و لكن الأقدار دائما ضدي
16	أ- أشعر بالرضا لأن الأمور تسير دائما في صالحي ب- أنزعج بشدة لأن الأمور تسير دائما على غير ما أشتهي
17	أ- أحلم عادة بأشياء سعيدة و سارة ب- أحلامي مزعجة و غريبة
18	أ- أحب أن أقرأ كثيرا عن الأديان و العقائد المختلفة أ- لا أحب أن أقرأ إلا عن عقيدتي و ديني
19	أ – أجد راحة في التعامل مع الجنس الآخر ب-أشعر بالقلق و أتجنب التعامل مع الجنس الآخر
20	أ- مزاجي طيب بغض النظر عن أي ظروف خارجية ب- أنزعج بسهولة عندما يكون الجو حار و رطبا
21	أ-لا تعوقني المادة وقلة الثروة عن الإستمتاع بحياتي ب - لم أولد غنية وهذاهو السبب في معاناتي
22	أ- أعتقد أنه ما مر بي من تجارب مؤلمة علمني الصبر و الحكمة ب- أعاني نفسيا بسبب تجارب مؤلمة في الطفولة
23	أ -أطلب الغفران و أسامح كل من عرضني للمعاناة و الألم في الطفولة ب-لا أستطيع أن أسامح و لن أغفر لمن عرضوني للمعاناة و الألم
24	أ- تصرفاتي مع الناس تتسم بالحكمة و التفهم ب- الآخرون يصفونني بالإندفاع في التعامل مع الناس
25	أ- من السهل علي أن أتفهم المشكلات بين الأشخاص و أحل الخلافات بينهم بيسر ب- يصعب علي أن أجد أسلوبا مناسبا للتوفيق بين أصدقائي عندما يختلفون بينهم
26	أ- أشعر بالراحة عندما يبدي أحدهم مشاعر الحب نحوي و أبادلهم الحب بالحب ب- أشعر بالحرج إذا صارحني أحد بأنه يحبني أو تحبني
27	أ- أنجزت و سأنجز كثيرا من الأشياء القيمة ب-لا اشعر بالرضا عما فعلت بحياتي
28	أ- بإمكاني أن أتقبل ذاتي دون شكوى ب- ألوم نفسي داما و أحاسبها بشدة
29	أ- أعتقد أنني يقظ تماما لحقوقي وواجباتي ب- أجد صعوبة في إنجاز واجباتي في الوقت المحدد
30	أ- يصفني أقاربي و أصدقائي بأنني: أ- شخص مسؤول و يعتمد عليه ب- لا أحقق المتطلبات الإجتماعية على النحو المطلوب

الملحق رقم(03) استمارة مقياس الأمن النفسي

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	نادرا	أبدا
01	أفضل عادة أن أكون بين الناس على أن أكون بمفردي				
02	اتصالاتي الاجتماعية تشعرني بالارتياح				
03	أفتقر إلى الثقة بالنفس				
04	أشعر بأنني أتلقى قدرا كافيا من المديح والثناء				
05	أشعر غالبا أنني مستاء من الدنيا				
06	أرى أن الناس يميلون إلي بالقدر الذي يميلون به إلى غيري				
07	أتكدر لفترة طويلة من جراء مواقف إصابتي فيها الإهانة				
08	أجد الراحة إذا خلوت إلى نفسي				
09	أنا على وجه العموم شخص غير أناني				
10	أميل إلى تجنب المواقف الغير السارة بالهرب منها				
11	أشعر بالوحدة غالبا حتى و انا بين الناس				
12	أشعر أن حظي في الحياة حظ عادل				
13	أتقبل عادة النقد الذي يوجهه لي أصدقائي				
14	أيأس وتهبط همتي بسهولة				
15	أشعر عادة بالرد نحو أغلب الناس				
16	أشعر كثيرا بأن الحياة لا تستحق أن يحياها الإنسان				
17	أنا متفائل بصفة عامة				
18	أعتبر نفسي عصبي المزاج على حد ما				
19	أنا شخص سعيد بصفة عامة				
20	أنا في العادة واثق من نفسي بدرجة كافية				
21	أشعر بالحرج والحساسية في كثير من الأحيان				
22	أميل إلى الشعور بعدم الرضا عن نفسي				
23	أشعر بهبوط في حالتي النفسية				
24	عندما أقابل الناس لأول مرة أشعر أنهم لن يميلوا إلي				
25	أثق بنفسي إلى درجة كافية				
26	يمكنني أن أثق في معظم الناس				
27	أشعر أن لي نفعا وفائدة في الحياة				
28	يمكنني عادة أن أحسن التعامل مع الناس				
29	اقضي وقتا كثيرا في القلق على المستقبل				
30	أشعر عادة بالصحة والقوة				
31	أنا متحدث جيد (أجيد التعبير عن آرائي)				

32	عندي شعور بأني عبء على الآخرين				
33	أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري				
34	أبتهج عادة لما يحصل عليه الآخرون من سعادة أو حظ حسن				
35	أشعر كثيرا أن الآخرين يهملونني في أمور يجب أمن أدعى لها				
36	أميل إلى أن أكون شخصا كثير التشكك				
37	أنظر إلى العالم عادة على أنه مكان مناسب للحياة والعيش				
38	يتكدر مزاجي بسهولة				
39	أفكر في نفسي كثيرا				
40	أشعر أنني أعيش كما أشتهي لا كما يشتهي شخص آخر				
41	حينما تسوء الأمور أشعر بالأسف والإشفاق على نفسي				
42	أشعر بأنني شخص ناجح في العمل أو الوظيفة				
43	أدع الناس عادة يروني على حقيقتي				
44	أشعر أنني غير متوافق مع الحياة				
45	أسير في حياتي وأنا أفترض أن الأمور ستنتهي على ما يرام				
46	أشعر أن الحياة عبء ثقيل				
47	يضايقني الشعور بالنقص				
48	أشعر عامة بأنني في حالة طيبة				
49	أحسن التعامل مع أفراد الجنس الآخر				
50	تلح على فكرة أن الناس يراقبونني في الشارع.				
51	تجرح مشاعري بسهولة				
52	أشعر أنني مستقر ومطمئن في هذا العالم				
53	أنا من الأشخاص القلقين فيما يتعلق الأمر بذكائي				
54	يشعر الناس وهم معي بالطمأنينة وعدم التوتر				
55	لدي خوف مبهم من المستقبل				
56	أتصرف عادة تصرفات طبيعية				
57	أشعر عموما بأن حظي حسن				
58	طفولتي كانت سعيدة				
59	لي عدد كبير من الأصدقاء الحقيقيين				
60	أشعر بقلة الارتياح في أغلب الأوقات				
61	أخاف من المنافسة عادة				
62	بيئتي المنزلية سعيدة				
63	أقلق بدرجة زائدة بسبب مكروه يتحمل وقوعه				
64	كثيرا ما أتضايق من الآخرين وبدرجة كبيرة				
65	أشعر عادة بالرضا والقناعة				

66	كثيرا ما يتحول مزاجي من السعادة الشديدة إلى حزن شديد				
67	أشعر بأني محترم من الناس بصفة عامة				
68	أستطيع أن أعمل في انسجام مع الآخرين				
69	أشعر أنني عاجز عن السيطرة عن مشاعري				
70	أشعر أحيانا أن الناس يسخرون مني				
71	أنا شخص مسترخ بصفة عامة ولست متوترا				
72	أعتقد أن الدنيا تعاملني معاملة طيبة				
73	يضايقني أن ما يجري حولي أو يحدث لي ليس حقيقيا				
74	تعرضت كثيرا للاحتقار				
75	أعتقد أنه كثيرا ما ينظر إلي على أنني شاذ				