

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -
Tasdawit Akli Muḥend Ulḥağ - Tubirett -



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أكلي محمد أولحاج
- البويرة -

شعبة علم النفس

قسم علم النفس وعلوم التربية

تخصص: علم النفس العيادي

مخون المذكرة:

قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الاستاذة:

-حلوان زوينة

إعداد الطالبة:

-قرمي طروب

السنة الجامعية 2021-2022

شكر وتقدير

بسم الله والصلاة والسلام على رسول الله سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم، بداية نتوجه بالحمد الكثير لي الله عز وجل على أن وفقنا لإتمام هذا العمل.

ونتقدم بخالص الشكر والتقدير للأستاذة المشرفة "حلوان زوينة" التي لم تبخل عليا بكل ما لديها من معلومات، وعلى كل ما قدمته لي من نصائح وتوجيهات، وحرصها الشديد على إتمام وإتقان العمل.

كما لا ننسى أن نتقدم بعظيم التقدير والعرفان إلى كل من ساعدنا على إتمام هذا العمل المتواضع من قريب أو من بعيد. ولا يفوتني شكر كل أساتذة العلوم الاجتماعية وبالأخص أساتذة تخصص علم النفس العيادي.

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى:

إلى من حملتني وهنا على وهن، وكانت سندي في الحياة وشمعة تنير دربي، إلى من صهرت وتحملت من أجلي وضحت بجهدا ووقتها لترعاني إلى رمز المحبة والبقاء والقلب الناصع بالبياض، إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أعلى الحبايب أمي الحبيبة.

إلى من أحمل اسمه أرجو الله أن يمد في عمرك لترى ثمارا قد حان قطافها بعد طول انتظارا، إلى بسمه الحياة أبي الغالي.

إلى كل الوجوه البريئة أصحاب النفوس الأبية من الأهل والأصدقاء والمخلصين في كل موقع في هذه الحياة.

إلى زوجي الذي كان له فضل كبير لإتمام هذا البحث، الذي يرجع له الفضل في تشجيعه ودعمه الدائم لإتمام دراستي الجامعية.

إلى من قاسمتها طفولتي وبادلتهما الحب والوفاء، إلى من سكنوا روحي وشاركوني أفراحي وأحزاني، إلى إخوتي وأخواتي، أتمنى لهما مستقبلا عامرا بالنجاح.

أهدي ثمرة نجاحي بالأخص إلى ابنتي حبيبتني وفرحة عمري رهف نورسين متمنية لها النجاح والتألق.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات	الرقم
	شكر	01
	إهداء	02
	فهرس المحتويات	03
	ملخص الدراسة	04
أ	مقدمة	05
	الجانب التمهيدي	06
	الإطار العام للدراسة	07
14	إشكالية الدراسة	08
15	فرضيات الدراسة	09
15	الدراسات السابقة	10
19	تحديد المفاهيم الإجرائية	11
20	دوافع اختيار الموضوع	12
21	أهمية الدراسة	13
21	أهداف الدراسة	14
	الفصل الاول: قلق الموت	15
24	تمهيد	16
25	أولا القلق	17

25	تعريف القلق	18
26	القلق والخوف	19
28	مستويات القلق	20
29	أنواع القلق	21
35	أعراض القلق	22
36	النظريات المفسرة للقلق	23
40	علاج القلق	24
43	ثانيا قلق الموت	25
43	تعريف قلق الموت	26
45	مكونات قلق الموت	27
45	أسباب قلق الموت	28
46	اعراض قلق الموت	29
48	النظريات المفسرة لقلق الموت	30
51	علاج قلق الموت	31
53	خلاصة	32
	الفصل الثاني: السرطان	33
55	تمهيد	34
56	تعريف السرطان	35
57	تصنيف السرطان	36
59	عوامل وأسباب الاصابة بالسرطان	37
63	أنواع السرطان	38

67	أعراض السرطان	39
69	تشخيص السرطان	40
71	علاج السرطان	41
76	خلاصة الفصل	42
	الجانب المنهجي	43
	الفصل الثالث: منهجية البحث وإجراءاته	44
79	تمهيد	45
80	منهجية البحث	47
81	حدود البحث	48
81	مجموعة البحث	49
82	أدوات البحث	50
86	الدراسة الاستطلاعية	51
87	خلاصة البحث	52
	الفصل الرابع: عرض وتحليل النتائج	53
89	تمهيد	54
90	عرض النتائج	55
90	تقديم الحالة	56
90	عرض وتحليل نتائج المقابلة	57
90	عرض وتحليل نتائج الاختبار	58
90	خلاصة نتائج الحالة	59
90	مناقشة النتائج	60

90	المناقشة العامة	61
91	الاستنتاج العام	62
92	خلاصة الفصل	63
	قائمة المراجع	64
	الملاحق	65

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، وكانت الإشكالية تدور حول دراسة معاناة الراشد المصاب بالسرطان من قلق الموت والتعرف أكثر على الحالة النفسية لمريض السرطان والآثار السلبية التي يخلفها المرض على نفسية المصاب ودراسة جانب في شخصية المصاب وهو قلق الموت وكانت الاشكالية تدور حول إن كان يعاني الراشد المصاب بالسرطان من قلق الموت.

ومن خلال هذا التساؤل وضعنا مجموعة من الأهداف في شكل فرضية وهي يعاني الراشد المصاب بالسرطان من قلق الموت.

حيث اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي وتمثلت عينة البحث من حالتين وللتأكد من صحة الفرضيات قمنا باستخدام مقياس قلق الموت "لتمبلر"، وذلك بتطبيقه على مجموعة شملت حالتين بالطريقة القصديّة، وقد اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأدوات منها المقابلة العيادية والملاحظة العيادية ومقياس تمبلر.

باستخدام مقياس قلق الموت "لتمبلر" وذلك بتطبيقه على مجموعة شملت حالتين بالطريقة القصديّة، وقد اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأدوات منها المقابلة والملاحظة العيادية ومقياس تمبلر والمقابلة نصف الموجهة.

مقدمة:

يعتبر القلق من المواضيع المثيرة للاهتمام، التي تعدد تناولها في الدراسات، وذلك لمدى تأثيره السلبي على حياة الفرد.

نجد من بين أنواع القلق، قلق الموت الذي أصبح منتشرا بصفة كبيرة بين مختلف الأفراد، وذلك لما تحمله الحياة من متغيرات متسارعة، فالإنسان بطبيعته يخشى الموت وخاصة عند إصابته بمرض من الأمراض الخطيرة ومن بين هذه الأمراض مرض السرطان الذي يدفع الإنسان إلى التفكير في الموت والقلق منه وهذا باعتباره مرضا قاتلا.

يعتبر السرطان من فئة الأمراض المصنفة الأكثر خطورة وانتشارا، بسبب انتشاره السريع حيث تنتشر الخلايا السرطانية بكم هائل، حيث يصيب هذا المرض أي جزء من أجزاء الجسم ويحدث إشعاعا وتورما وتبدأ الخلايا بالتكاثر بشكل غير طبيعي، كما ينجم عنه العديد من المشكلات عند المصاب لا سيما في مواجهته مع حقيقة الموت.

وقد اشتملت دراستنا على ثلاثة جوانب وهي تمهيدي والنضري والتطبيقي:

الجانب التمهيدي: جاء بعنوان الإطار الهام للدراسة وشمل إشكالية الدراسة والفرضيات والدراسات السابقة والتعقيب عليها، ثم تطرقنا بعد ذلك إلى تحديد مفاهيم الدراسة اصطلاحا وإجراءيا، كما ذكرنا الأسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع، وفي الأخير تطرقنا إلى أهمية وأهداف الدراسة.

الجانب النضري: يحتوي على فصلين:

الفصل الأول: تناولنا فيه موضوع قلق الموت، فاحتوى على جزئين، جزء لموضوع القلق بصفة عامة، كل من تعريفه ومستوياته والفرق بين القلق والخوف وأنواعه وأعراضه وأسبابه والنظريات المفسرة له وطرق علاجه، ثم انتقلنا إلى قلق الموت قمنا بتعريفه وأسبابه وأعراضه ومكوناته ونظرياته والعلاج.

الفصل الثاني: خصص هذا الفصل للسرطان وتناولنا فيه تعريف السرطان وتصنيفه والعوامل التي أدت للإصابة به وأعراضه وأنواعه وكذلك طرق تشخيصه وعلاجه.

الجانب التطبيقي: يحتوي على فصلين:

الفصل الثالث: تطرقنا فيه إلى منهجية البحث فقمنا بتعريف المنهج الذي استخدمناه ودراسة الحالة والخلفية النظرية التي اتبعناها، وحدود وأدوات ومجموعة البحث، والدراسة الاستطلاعية.

الفصل الرابع: المعنون بعرض وتحليل النتائج وشمل تقديم الحالة وعرض نتائج المقياس والمقابلة ثم قمنا بتلخيص نتائج الحلة وفي الأخير مناقشة النتائج.

لينتهي البحث بالاستنتاج العام وخاتمة البحث، ثم قائمة المصادر والمراجع ثم الملاحق المعتمد عليها في البحث.

الجانب التمهيدي

الجانب التمهيدي: الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة.
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- الدراسات السابقة والتعقيب عليها.
- 4- تحديد مفاهيم الدراسة.
- 5- دوافع اختيار الموضوع.
- 6- أهمية الدراسة.
- 7- أهداف الدراسة.

1- إشكالية الدراسة:

إن الإنسان يمر في حياته بمواقف مختلفة تجعله يعاني من عدة هواجس ومن بين هذه الهواجس هاجس الموت، الذي يعد أعظم غموض وأكبر سر يواجه الإنسان ويصيبه بالقلق، فمهما حاول ألا يفكر في الموت إلا أن هناك مشاعر تستثيره إما بشكل إيجابي أو سلبي على حسب طريقة إدراك الموقف، فعند مروره بموقف سلبي يقوم باستجابات أو إصدار سلوكيات غير مرغوب فيها وهذا راجع للمشاعر والانفعالات التي يكون مصدرها التفكير الخاطئ، فتظهر مشاعر سلبية وبالتالي السلوك يكون سلبي.

بمعنى أن الإنسان الذي يعاني من سلوك مضطرب يكون ذلك راجع لطريقة تفكيره الخاطئة ومعتقداته الغير عقلانية، فعند إصابة الإنسان بموقف سيء، مثل الإصابة بمرض ما، فإن تأثير هذا الأخير ليس مرتبط بطبيعة المرض أو خطورته، وإنما طريقة إدراك الإنسان لهذا المرض والمعتقدات التي بناها هي التي تجعل من المرض يؤثر فيه نفسياً ويؤدي إلى ظهور مظاهر نفسية على الفرد، ومن بين هذه المظاهر نجد قلق الموت الذي يجعل الفرد يعاني بشدة، حيث يصاب بقلق شديد مصاحب بخوف اكتئاب، ويشعر أن حياته في خطر، ويكون في مواجهة تامة مع الموت، حيث يعرفه هولتر والذي قام بذكره (معمرية ب، 2007، ص:52): «إن قلق الموت هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت» أي أن هذه المظاهر تجعل الفرد غير قادر على العيش أو ممارسة حياته العادية مما يؤدي إلى ظهور أمراض خطيرة ومن بين هذه الأمراض السرطان.

يعد هذا الأخير من أكثر الأمراض انتشاراً وخطورة، يؤدي إلى الفزع والخوف لكافة أفراد المجتمعات ليس فقط في خطورته وصعوبة الشفاء منه ولكن لزيادة معدلات المصابين به، حيث يتميز هذا المرض بأثاره التي يخلقها على صحة المريض ومن حوله، فالفرد المصاب بسرطان تكون لديه ضغوط نفسية وهو ينتظر المجهول، ذلك المجهول الذي يدعى الموت حيث عرفه (عبد الحميد الرحمان ن، 2010، ص:15): «إن مرض السرطان مجموعة متشابهة من الأمراض وليس مرضاً واحداً، وما يميزه عدم قدرة الجسم على النمو وانتشار الخلايا غير طبيعية دون ضبط أو نضام مما يسبب تلف النسيج السليم، وتعرض الحياة للخطر».

ففي دراسة "هو" (1995) قامت بفحص المشكلات النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية، فتوصلت إلى أنهم يكونوا أكثر قلقاً من الموت وذلك بالمقارنة بالأسياء.

أما دراسة إبراهيم (1995) التي هدفت لمعرفة العلاقة بين قلق الموت والإصابة ببعض الأمراض العضوية، فتوصلت النتائج إلى وجود ارتباطات إيجابية بين قلق الموت والمشكلات الصحية للمريض يفقد القدرة في التحكم في أعماله بسبب المرض الذي يعاني منه الذي يؤدي بظهور قلق الموت لديه.

وكما أشرنا سابقا بأن المريض بالسرطان حالته النفسية المتدهورة تزيد من خطورة مرضه وقد تؤدي به إلى الموت لذلك ونضرا لخطورة السرطان وارتباط اسمه مع اسم الموت حتى صار يساويه رعبا وفزعا وأصبح كل من يسمعه يشعر بالقلق والخوف.

فأردنا من خلال دراستنا معرفة إذا أن مرضى السرطان يعانون من قلق الموت وبناء على ما سبق ذكره نطرح التساؤل التالي:

هل يعاني الراشد المصاب بالسرطان من قلق الموت؟

2-فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

يعاني الراشد المصاب بالسرطان من قلق الموت.

3-الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

1-3 دراسات سابقة حول قلق الموت:

*دراسة (وقادس، مكي م، 2020) عنوان هذه الدراسة هو قلق الموت لدى المقبلين على العملية الجراحية، حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العمليات الجراحية، وتمثلت عينتها (205) مريض ومريضة عبر مستشفيات ولاية الوادي، ولجمع بيانات الدراسة تم تطبيق مقياس قلق الموت من إعداد الباحثين، بإتباع المنهج الوصفي، وبعد تحليل البيانات إحصائيا، كان من أبرز نتائجها:

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية حسب العمر.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المرضى المقبلين على العملية الجراحية حسب نوع العملية.

تعقيب:

إن هذه الدراسة تشابهت مع دراستي في الهدف والمقياس المستخدم واختلفت في المنهج، وحجم العينة فهي اعتمدت على عينة كبيرة، بينما اعتمدت في دراستي على عينة صغيرة.

*دراسة (بوفرة م، شعني ن، 2017) عنوان هذه الدراسة هو قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من المجتمع الجزائري، وكذلك التعرف على الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعاً لمتغير الجنس والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والسن، حيث تمثلت عينتها في (106) فرد بمدينة معسكر، ولجمع بيانات الدراسة تم تطبيق مقياس قلق الموت، بإتباع المنهج الوصفي، وفي الأخير نتائجها كانت:

- وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة.

- توجد فروق دالة إحصائية في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والسن.

تعقيب:

إن دراسة بوفرة وشعني تشابهت مع دراستي في الهدف والمقياس اختلفت في المنهج، حيث استخدمنا المنهج الوصفي بينما انا اعتمدت على المنهج الإكلينيكي.

*دراسة ماجدة خميس (1994) التي ذكرها (محمد عبد الوهاب ط، مسعود محمد و، 2000) هذه الدراسة تهدف إلى معرفة علاقة قلق الموت بالأمراض العضوية، فكانت نتائج جميع عينات مرض السكر والسرطان وضغط الدم والتهاب المفاصل من خلال حصولهم على درجات أعلى بشكل دال إحصائياً من العينة السليمة.

تعقيب:

تفق هذه الدراسة مع دراستي بشكل كبير من خلال الهدف والنتائج المتواصل إليها أنه يوجد قلق الموت عند مرضى السرطان.

2-3 دراسات سابقة حول السرطان:

*دراسة (براهيمية ج، 2016) هدفت هذه الدراسة إلى كشف على مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان، وكذلك التعرف على الفروق في مستويات متغير الجنس، السن، نوع العلاج، وتمثلت عينتها من (230) مريض مراجع لمراكز مكافحة السرطان ولجمع البيانات تم تطبيق مقياس الاكتئاب، القلق، الضغط، بإتباع المنهج الوصفي حيث نتائج الدراسة كانت كالتالي:

- حوالي (68،69%) يعانون من الاكتئاب، و(63،04%) يعانون من قلق منخفض، بينما (47،82%) لديهم ضغط متوسط.

- وجود فروق دالة في مستوى الاكتئاب والقلق والضغط وفقا للسن وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور.

- لم تسجل أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقا للسن.

تعقيب:

هذه الدراسة اختلفت مع دراستي من خلال المنهج والمقياس المعتمد عليه، بينما تشابهت مع دراستي من خلال الهدف لمعرفة المعاناة والألم النفسي لدى مرضى السرطان.

*دراسة علي حسين إبراهيم التي جاءت على لسان (محمد جبر ج، 2004) هذه الدراسة تهدف لمعرفة الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان، حيث تمثلت العينة من (150) مريضا سعوديا ومنهم أصحاب، ولجمع بيانات الدراسة تم تطبيق مقياس الحالة المزاجية لبيك اختبار تفهم الموضوع، فكان من أبرز نتائجها:

- مرضى السرطان أكثر اكتئابا وقلقا وخوفا وعداوة من الأصحاء.

- وجود فروق بين أنواع السرطانات المختلفة مما يدل على أن نوع السرطان يؤثر على الحالة النفسية.

تعقيب:

هذه الدراسة اختلفت مع دراستي من خلال المقياس فهي استخدمت مقياس بيك للاكتئاب واختبار تفهم الموضوع، بينما استخدمت مقياس تمبلر لقلق الموت.

هناك دراسات تناولت فحص المشكلات النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية والتي تطرقت إليها (أحمد شويخ ه، 2007، ص/ص:159،162):

«*دراسة ليديربيرج وآخرون(1995): حيث أشار إلى شيوع الاضطرابات النفسية بين مرضى الأورام السرطانية، وذلك من خلال عمل مسح لعينات كبيرة من المرضى في المراكز الطبية التي يتلقون فيها العلاج، فأسفرت النتائج عن أن 47% من أفراد العينة يعانون الاضطرابات النفسية، ومن أبرز هذه الاضطرابات القلق والأعراض.....»

*وأضافت دراسة "سينها" و "نيجان" (1993): من خلال عينة من مرضى الأورام السرطانية قوامها 125 مريضاً، تتراوح أعمارهم من 30 إلى 45 عاماً، أن المشقة الانفعالية المرتفعة لدى مرضى الأورام السرطانية تعد منبئاً فعالاً بارتفاع قلق الموت لديهم.

*وسجل روس (2003): ارتفاع ملحوظ للخوف من السرطان، والقلق من الموت لدى مرضى أورام البروستاتة، وانخفاض واضح في جودة الحياة لديهم بسبب شعورهم بعدم الجاذبية الجنسية.

*واكتشفت دراسة "كوثاري" وآخرون (1997) شيوع قلق الموت بدرجة جوهرية بين مرضى الأورام السرطانية، وذلك بالمقارنة بكل من مرضى القلب ومرضى الضغط».

تعقيب

هذه الدراسات التي تناولت فحص المشكلات النفسية لدى مرضى السرطان، تتماشى مع دراستي بدرجة كبيرة من خلال النتائج التي تم الوصول إليها فمجملة الدراسات تكاد تجمع في نتائجها على وجود قلق وقلق الموت لدى الأشخاص الذين أجريت عليهم الدراسات (مرضى السرطان).

تعقيب شامل:

بعد استعراض الدراسات السابقة، التي تناولت متغيرات دراستنا نجد أن هناك نقاط اختلاف ونقاط تشابه فيما بينهم إلا أننا لم نتحصل في حدود بحثنا على دراسات تناولت كلا المتغيرين، فمن خلال اطلاعنا على هذه الدراسات فقد تبين لنا أن:

–فيما يخص الدراسات التي تناولت قلق الموت فقد اتفقت جميع الدراسات مع دراستي من خلال الهدف وهو الكشف عن قلق الموت، والتطبيق المستخدم، إلا إنها اختلفت في حجم العينة، والمنهج المعتمد عليه، بحيث كل الدراسات اعتمدت على المنهج الوصفي بينما اعتمدت في دراستي على المنهج الإكلينيكي لأنه الأنسب لهذا

البحث وللدراسة العميقة للحالات ولما له من خصائص تخدم موضوعي، كما أنها اختلفت في النتائج المتوصل إليها فكل دراسة توصلت إلى نتيجة.

-أما بالنسبة للدراسات التي تناولت السرطان كان هدف كل دراسة هو البحث عن المظاهر النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية، أما المقياس فكل دراسة اعتمدت على مقياس.

في حدود علم الباحث لا يوجد أي دراسات أكاديمية عليا مطابقة أو مشابهة لموضوع البحث وعليه لا يتم الاستناد على أي دراسة الآن موضوع " قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان" يعتبر اضطراب لا متغير فقط.

وتأتي هذه الدراسة لتضيف إلى دراسات السابقة، دراسة عربية لعلها تكون ذات فائدة للطلبة وللعاملين والمهتمين بمجال مرض السرطان.

4-تحديد مفاهيم الدراسة:

4-1-قلق الموت:

-اصطلاحا:

يعرفه أحمد عبد الخالق كما جاء على لسان (معمرية ب، 2007، ص:52): «هو نوع خاص من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدره ومشاعر شك وعجز وخوف، تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه».

-إجرائيا:

هي الدرجة التي يحصل عليها الحالة في مقياس قلق الموت.

4-2- مرضى السرطان:**-اصطلاحا:**

ويعرف السرطان (كوبر ج، ترجمة شلبي ر، 2004، ص:16): «السرطان مرض يتصف أساسا بنمو الخلايا بطريقة غير محكومة».

-إجراءيا:

هم مرضى يتم تشخيصهم من قبل أطباء متخصصين في مجال الأورام السرطانية.

4-3-القلق:**-اصطلاحا:**

يعرفه سبيليرجر القلق كما ذكره (محمد المرزوقي ج، 2008، ص:36): «هو انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس بالتوتر والخوف اللامبرر له، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطرا يستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها».

-إجراءيا:

نعرف القلق على أنه حالة انفعالية مؤقتة يشعر به الإنسان عند إدراكه لموقف يهدد ذاته.

5 -دوافع اختيار الموضوع:

لكل دراسة أو موضوع دوافع لاختياره، ووقوع اختياري لموضوع بحثي هذا بعنوان قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان كان للأسباب التالية:

- **دافع علمي:** كسب رصيد علمي وإشباع فضولي حول هذا الموضوع والتقرب من هذه الفئة.
- **دافع شخصي:** الرغبة في دراسة قلق الموت عند الراشد المصاب بالسرطان ومحاولة معرفة معاناته النفسية والجسدية.

- انتشار هذا المرض بصورة كبيرة في وقتنا الحالي.
- محاولة معرفة الواقع النفسي وأسباب الإصابة للمرضى المصابين بالسرطان.
- محاولة اكتساب ثقافة معرفية وصحية عن هذا الموضوع.

6-أهمية الدراسة:

- لفت انتباه العائلة والأشخاص المحيطين بالمرضى المصابين بالسرطان ودعمهم نفسياً والاهتمام بهم خلال فترة المرض.
- قلة الدراسات والبحوث العلمية والعربية في المكتبات الجامعية حول هذا الموضوع.
- تكوين فكرة عن موضوع قلق الموت والتعرف كذلك على مرض السرطان.
- تتحدد أهمية الدراسة بطبيعة العينة فالراشد المصاب بالسرطان هي فئة حساسة تحتاج إلى الرعاية.

7-أهداف الدراسة:

- محاولة إعطاء توصيات واقتراحات وكذلك التنبيه للاهتمام بهذه الشريحة.
- التعرف على قلق الموت الذي يعاني منه الراشد المصاب بمرض السرطان والتعرف على حالته النفسية.
- هدفنا هو معرفة كيف يؤثر قلق الموت على مرضى السرطان.
- معرفة المعاناة التي تعيشها هذه الفئة.
- معرفة إذا كان يوجد قلق موت عند الأشخاص المصابين بالسرطان.
- توضيح بعض الطرق من أجل التخفيض من درجات القلق وتحسينها لدى مرضى السرطان.

الجانِب النظري

الفصل الأول: قلق الموت

تمهيد.

أولاً: القلق

1-تعريف القلق.

2-القلق والخوف.

3-مستويات القلق.

4-أنواع القلق.

5-أسباب القلق.

6-أعراض القلق.

7-النظريات المفسرة للقلق.

8-علاج القلق.

ثانياً: قلق الموت

1-تعريف قلق الموت.

2-مكونات قلق الموت.

3-أسباب قلق الموت.

4-أعراض قلق الموت.

5-النظريات المفسرة لقلق الموت.

6-علاج قلق الموت.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد القلق مرض من أمراض العصر وأكثرها انتشاراً، فقد أصبح هو السمة السائدة عند الأطفال وكبار السن والشيخوخ، فضرره لا ينتهي على الجانب النفسي، وإنما يتعداه ليكون سبباً في كثير من الأمراض البدنية الخطيرة.

ويعد قلق الموت نوع من أنواع القلق العام والخوف من الموت ما هو إلا شعور طبيعي عند الإنسان، ولكن إذا استمر يصبح اضطراب مزمن وحاد يجعل الفرد يعيش في معاناة وألم كبير، بسبب تأثيره على مختلف جوانب الحياة النفسية والجسدية والاجتماعية.

أولاً: القلق

1-تعريف القلق:

1-1 القلق لغة:

يعرف القلق (شاهين أ، 2000، ص:4): «القلق معناه الاضطراب وعدم الاستقرار.

جاء في لسان العرب: القلق (ألا يستقر في مكان واحد).

والذي لا يستقر في مكان واحد لا يوجد عنده طمأنينة أو سكينة.

وجاء في معجم الوسيط القلق: (حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث).

ومما سبق يتضح أن القلق معناه: الاضطراب وعدم استقرار وافتقاد السكينة والطمأنينة».

1-2 القلق اصطلاحاً:

عرف أحمد عبد الخالق القلق كما جاء على لسان (حسن غانم م، 2006، ص/ص:34،35):
«أنه شعور عام بالخشية، وأن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديدا غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر والشدة أو الخوف لا مسوغ من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقف لا تمثل خطر حقيقياً».

حسب (إبراهيم، بدون سنة، ص: 9): «إن القلق هو انفعال يتسم بالخوف والتوجس من أشياء مرتقبة تتطوي على تهديد حقيقي أو مجهول ويكون من المقبول أحيانا أن نقلق للتحفز النشاط ومواجهة الخطر، ولكن كثيرا من المواقف المثيرة للقلق لا يكون فيها الخطر حقيقيا بل متوهما ومجهول المصدر».

عرفت موسوعة التحليل النفسي القلق كما ذكره (محمد المرزوقي ج، 2008، ص: 37): «بأنه شعور بالخوف والخشية من المستقبل دون وجود مبرر لذلك، وهو خوف مزمن، فالخوف هنا مرادف للقلق، إلا أن الخوف استجابة لخطر محدد بينما القلق استجابة لخطر غير محدد».

عرف المحللون النفسيون القلق وهذا ما جاء على لسان (صندقلي ه، 2016، ص:97): «إنه رد فعل لحالة خطر، أي أنه استجابة انفعالية لخطر يكون موجهًا إلى مكونات الشخصية».

حسب (زهران ح، 2005، ص:484): «القلق هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها غامض، وأعراض نفسية وجسمية، ويكون المريض وكأن لسان حاله يقول: شاعر بمصيبة قادمة».

ويشير (كامل أحمد س، بدون تاريخ، ص:78): «إن القلق هو خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر والاضطراب وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر، وينشأ شأنه شأن سائر الانفعالات عن منبه يكون بمثابة نذير بفقدان التوازن بين الفرد والبيئة، ويؤدي إلى سلوك يهدف إلى إعادة التوازن».

ويرى (إيزاك م، ترجمة نجاتي م، بدون سنة، ص:31): «أن القلق هو الانفعال الذي نشعر به عندما نجد أنفسنا محاصرين في ركن ضيق، فنشعر حينها بأننا مهددون، ورغم من أن مصدر التهديد قد لا يكون دائمًا واضحًا لنا، فالشعور بالخطر مرتبط بالشعور بالخوف».

2- القلق والخوف :

هناك أوجه تشابه كبيرة بين القلق والخوف، فأعراض القلق تتشابه مع أعراض الخوف ورغم كل هذا إلا أنها توجد فروق بينهما كما تطرق (محمد عبد الله م، 2000) إلى أهم هذه الفروق وهي:

2-1 الفروق من الناحية الفسيولوجية:

في الخوف الشديد نلاحظ أنه يوجد نقص في ضغط الدم وضربات القلب وارتخاء في العضلات مما يؤدي أحيانًا إلى حالة إغماء، أما في القلق الشديد فنلاحظ زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر في العضلات وعدم الاستقرار وكثرة في الحركة.

2-2 الفروق من الناحية السيكلوجية:

- بالنسبة للتهديد فيكون في القلق داخلي، وفي الخوف يكون خارجي.
 - في القلق يكون الصراع موجود، بينما في الخوف لا يوجد صراع.
 - القلق من حيث التعريف يكون غامضاً، بينما في الخوف يكون محدد.
 - المدة في القلق تكون مزمنة، أما في الخوف يكون حادة
- هناك أوجه اختلاف أخرى بين القلق والموت تشير إليها (السيد عبيد م، 2015)
- إن القلق علاجه صعب خاصة إذا كان عصابياً، أما الخوف فعلاجه يكون سهلاً.
 - إن الخوف حالته مؤقتة، بينما القلق فحالته مستمرة.
 - الإنسان الذي يعاني من القلق يخاف من شيء مجهول لا يعلم سببه، أما بالنسبة للخوف فموضوعه موجود في العالم الخارجي.
 - بالرغم من أن القلق انفعالا مركبا من الخوف إلا أن هناك فرق بينهم تطرق إليه (شاذلي ع، 1999) أن القلق بالرغم من زوال مثيره إلا أنه يبقى غالباً، على عكس الخوف الذي يزول بزوال مثيره، أما من ناحية الصراعات فالشخص المريض بالقلق يعاني بيها، بينما الشخص الذي يعاني من الخوف لا توجد لديه صراعات، القلق يظهر كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ويكون متوقع، بينما الخوف يظهر كرد فعل لوضع مخيف قائم حقيقتاً.
 - يوجد بين القلق والخوف اختلاف طفيف قام بذكره (مكنازي ك، ترجمة أمان الدين ه، 2013) "أن الخوف هو الشعور الذي يتبعنا عندما نختبر بشكل مباشر شيئاً نخشى منه، أما القلق فهو نفكر في الأشياء أو نقلق بشأنها من دون أن نختبرها بشكل مباشر".
 - إن القلق يختلف عن الخوف من خلال أمرين أساسيين كما يعتبر (بشير م، 2007، ص:49):»
- الأمر الأول:** إن القلق خوف من خطر محتمل، كالقلق من شيء مجهول أو غريب أو خفي ويكون غير مرغوب فيه، أما الخوف فيكون من حدث يدركه الفرد ويحدده ويتعرف عليه.

الأمر الثاني: إن القلق خوف مقيد في مجراه الطبيعي فلا يستطيع الفرد أن يستجيب له بالهروب أو تجنب أو الاختفاء، فهو انفعال مزعج نشعر بتهديده لنا في حين نكون مقيدين في أن نفعل شيئاً إزاءه، أما الخوف فلكونه حدثاً ظاهر فيمكن للفرد تجنبه والهروب منه عندما يدركه خطراً، وبهذا المعنى يكون القلق أشد وطأة وإزعاجاً من الخوف، لأنه خوف من خطر لا يستطيع الفرد فعل أي شيء إزاءه».

إن من الناحية النظرية فإن التفرقة بين القلق والخوف تبدو واضحة، لكن من ناحية التطبيق نجد أن هناك خلطاً كبيراً بينهما فهما يتقسمان عدداً كبيراً من العناصر المتشابهة، يصعب التمييز بينهما في حالات كثيرة، ومن بين هذه العناصر كما ذكر (زيدنر م، ترجمة سيد عبد الله م، 2016) أن التقييمات المعرفية للتهديد أو الخطر في المناطق المحيطة، وخواص القلق والتوجس، ومشاعر الاضطراب والتوتر الذاتية.

-الأعراض والتفاعلات الجسدية للجهاز العصبي اللاإرادي.

-الشعور بأن شيئاً ما سيحدث.

-التفاعلات السلوكية المتشابهة مثل الهروب والهجوم.

-القلق كثيراً ما يتبعه الخوف، وعندما ينشط الخوف فغالباً ما يكون القلق هو النتيجة

الانفعالية مثل الهلع الناتج عن نقص التحكم المدرك.

-الخبرات المتكررة للقلق يمكن أن تتولد عنها ردود أفعال للخوف.

3-مستويات القلق:

إن كثرة الدراسات تشير بأن القلق موجود في حياة الإنسان لكن مستواه يختلف من إنسان لآخر فهو يمتد بين القلق البسيط الذي يظهر على شكل انشغال البال والقلق الشديد الذي يظهر على شكل الرعب وهذا ما قام بشرحه (شاذلي ع، 1999، ص: 115): «أن هناك 3مستويات للقلق وهي:

3-1 المستويات المنخفضة للقلق:

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

3-2 المستويات المتوسطة للقلق:

يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته ويستولى الجمود بوجه عام على استجابات الفرد في المواقف المختلفة ويحتاج إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة.

4-3 المستويات العليا للقلق:

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

4-أنواع القلق:

4-1 القلق الموضوعي العادي:

هذا النوع من القلق يتعرض له الناس يوميا في حياتهم بسبب مواقف مزعجة تهدد أمنهم كما وصف (بن علو الاء، 2003) ينبع القلق الموضوعي من ظروف الحياة اليومية ومن الواقع، ويمكن معرفة مسبباته، لأنه يكون غالبا محدودا في الزمان والمكان، فهو مفيد للإنسان لأنه يجعله أكثر انتباها واستعدادا لمواجهة الظروف الطارئة والمواقف التي تهدد أمنه وسلامته وتوازنه الحيوي، فهو يتمثل في المشاعر التي يتوقع حدوثها للإنسان مثل الأشياء المكروهة التي تهدده أو تصيب شخص عزيز عليه، أو الإقدام على إجراء عملية جراحية، أو كل ما يصاحب الإنسان من خوف وحيرة ورهبة في ظروف واقعية ملموسة.

القلق الموضوعي العادي هو أقرب الأنواع إلى الخوف الآن مصدره واضح فحسب (شاهين أ، 2000) للقلق الموضوعي يتصل في مظاهره الرئيسية بالخوف من أمور معينة محددة في المستقبل، بسبب مصدره الذي يكون واضح في ذهن المصاب، ومن أمثلته شعور الفرد بالقلق مثل: تلميذ أمضي عامه الدراسي في اللعب دون الاهتمام بدروسه فيشعر بالقلق عندما يقترب موعد الامتحان.

هذا النوع من القلق يدرك الفرد أن مصدره خارج عن نفسه، ناتج عن أسباب خارجية كالبيئة، وهو مؤقت تسببه مواقف مختلفة هذا ما قاله (سهيل المطيري م، 2005، ص: 279): «هو خبرة انفعالية مؤلمة تنتج عن إدراك مصدر خطر في البيئة التي يعيش بها الفرد، وهناك وجود موضوعي لمصدر الخطر الذي يهدد الفرد في البيئة».

القلق الموضوعي يحفز الإنسان على أن يفهم الموقف ويحلل الأسباب ويزيد من استعداداته وطاقته لمواجهة الخطر كما تطرق إليه (كامل أحمد س، بدون تاريخ، ص: 81): «القلق الموضوعي أو الطبيعي هو رد فعل يتناسب مع كم وكيف التهديد ويدفع الإنسان ليجد طرقا لمواجهة التهديد بنجاح، ولا يوجد فرد يعيش بلا قلق، وبينما يكون قدر محدود من القلق ضروريا للنمو، فإن قدرا كبيرا منه يكون معوقا وبرغم الفرد من تكوين دفاعات عصابية أو ذهانية».

4-2 القلق العصابي (المرضي):

هذا النوع من القلق هو عكس القلق الطبيعي فالمصاب به لا يدرك مصدره (أبو الفدك محمد عزت م، بدون سنة) هو عبارة عن نوبات شديدة من القلق تصاحبها بعض الأعراض وقد ينتقل إلى الإنسان السوي بالوراثة أو بسبب أزمة نفسية معينة، وتمكن الصعوبة في الاكتشاف المبكر له حيث يضل كامنا داخل الشخص ثم يظهر فجأة وبصورة حادة.

القلق المرضي أسبابه لا شعورية ومجهولة ولا يوجد لها مبرر، فهو رد فعل لإدراك ظروف غير واضحة فحسب (بن علو الأ، 2003، ص: 89): «القلق المرضي يلزم الشخص مدة طويلة، أو طوال حياته، وهذا النوع هو موضوع البحث، ويصعب تحديد هذا النوع من القلق، وإنما يستدل عليه عادة من سلوك صاحبه وأسلوب حياته، وقد لا يشعر المصاب بآثاره إلا شعورا غامضا وبعد فترة طويلة».

القلق العصابي هو خوف مزمن دون وجود سبب واضح، مع توفر أعراض نفسية وجسمية لذلك يعتبر قلق مرضي داخلي لهذا يرى (إبراهيم ع، بدون سنة، ص:13): « ويمثل القلق العصابي الطائفة الرئيسية من العصاب، ويعتبر أيضا سمة رئيسية في معظم الاضطرابات العصبية الأخرى، ونجد القلق مستقلا كخاصية رئيسية في الشخصية، ونجده مرافقا لكثير من الاضطرابات الانفعالية الأخرى كالخوف والوسواس والاكتئاب، والقلق العصابي هو انفعال شديد بمواقف وأشياء لا تستدعي بالضرورة للانزعاج، والشخص في حالات القلق العصابي يجد حياته الوجدانية والفكرية والاجتماعية نهبا لهذا الشعور بحيث قد يجد الشخص نفسه عاجزا عن الحركة الإيجابية والتفاعل العادي بالحياة».

للقلق اضطرابات تعتبر من الاضطرابات الانفعالية، حيث ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي Dsm4 الكثير من هذه الاضطرابات المصاحبة للقلق و تتمثل في:

4-2-1 اضطراب القلق العام:

القلق العام لا يفارق المصاب به أين ذهب فهو غير منطقي ومبالغ فيه، كما شرح (بطرس حافظ ب، 2007) أن الأشخاص المصابين بهذا القلق تجدهم قلقين بشكل دائم حتى وإن لم يكون هناك سبب، وإذا كانت نسبة القلق كبيرة فإنها تؤثر على قدرة الإنسان على القيام بالأنشطة الحياتية العادية، وتجدهم غير قادرين على الاسترخاء ويتعبون بسهولة، وتصبح لديهم صعوبة في التركيز والشعور بالتعب والارتعاش والصداع والقلولون العصبي.

4-2-2 اضطراب قلق الخواف (الرهاب أو الفوبيا):

قلق الخواف هو حالة من الخوف المستمر غير قابل للسيطرة عليه من شيء حيث يرى (عسكر ع، 2005) أن الخوف المرضي هو خوفا من موضوعات لا تثير الخوف أصلا لدى معظم الناس، مثل الخوف من الحيوانات الأليفة، والأماكن المفتوحة والمغلقة، والسحاب والمطر، والرياح وما إلى ذلك من موضوعات لا يثير الخوف، حيث يكون الخوف هنا خوفا رمزيا.

إن الرهاب أو الفوبيا هو عبارة عن الخوف من شيء معلوم، وهي تعتبر من أكثر الأمراض شيوعاً، فبرغم من أن المصاب بالفوبيا يرى أن احساسه غير منطقي فلا يقلل من ذلك الخوف حيث يشرح (الشرييني ل، بدون سنة) أنه وصف لحالة معينة تتميز بشعور خوف لا يتناسب مع الموقف الذي يتسبب في هذه المخاوف، فهذه المشاعر مبالغ فيها عن التعرض لشيء ما لا يمكن أن يبرر كل ما يحدث، لكن هذا يكون بدون إرادة الشخص المصاب بهذا الخوف بحيث يحاول تجنب هذا الموقف والفرار بعيداً عنه، فالفوبيا تكون مصحوبة بأعراض القلق ولها آثار على الجسد مثل شحوب الوجه، وتصيب العرق، ورجفة الأطراف، وخفقان القلب بشدة.

4-2-3 اضطراب الوسواس القهري:

هذا الاضطراب هو نوع من الاضطرابات المرتبطة بالقلق ويتميز بأفكار ومخاوف مرضية غير منطقية وتصرفات إجبارية تؤدي إلى تصرفات قهرية وعادة ما تكون عدوانية أو جنسية بحيث يرى (الخواجة ع، 2010) أنها تدور في ذهن المريض بعض الأفكار فهو يدرك أنها غير سليمة لهذا تسبب له الإزعاج، والشعور بالقلق الشديد، ففي أغلب الأحيان يقوم بأفعال متكررة من أجل التخلص من هذه الأفكار ولكنها لا تتركه بل تبقى تردد بداخله وهذا ما يؤدي بالمريض بالدخول في حلقة مفرغة من وسواس فكرية، فمثلاً وسواس النظافة تسيطر على المريض فكرة تلوث اليد فيشعر بالقلق والانعراج برغم من أنه يعلم بعدم صحة هذه الفكرة ولكنه لا يستطيع أن يمنع نفسه من التفكير فيها، فالمريض بالوسواس القهري يعاني من تدخل هذه الأفكار في حياته، حيث أنها تعطله عن عمله وعن الاشتراك في الحياة العملية والاجتماعية.

4-2-4 مرض الخوف الحاد (الذعر):

الخوف المرضي هو اضطراب نفسي يتسم بنوبات الذعر فهي تظهر بدون سبب وتكون متكررة حيث قال (بترس حافظ ب، 2007) أن الخوف المرضي يرتبط بحدوث نوبات متكررة من الذعر، وحالات مفاجئة من الخوف الطاغي من أن يكون في خطر ما ويتزامن هذا الخوف على الأقل مع أربعة من هذه الأعراض مثل العرق أو ألآم في الصدر، غثيان وألآم المعدة، الخوف من فقدان السيطرة، السيطرة، الجنون، أو الموت، ضيق النفس، الإحساس بأن الإنسان في عالم غير حقيقي

أو أنه منفصل عن نفسه، الدوخة أو دوران الرأس، فنوبات الذعر يمكنها أن تصاحب أنواع أعراض القلق المرضية، فارتفاع نوبات الذعر بشكل غير متوقع وتحدث مصاحبة لأعراض أمراض جسمية تشبه أمراض القلب، لذلك فإن الأشخاص الذين يعانون من عرض الذعر المرضي يتوهمون أنهم مصابون من مرض القلب.

5- أسباب القلق:

تختلف أسباب القلق باختلاف المواقف التي يتعرض لها الفرد ومن بين أهم هذه الأسباب هي:

5-1 الاستعداد النفسي:

تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق ومن بين هذه الخصائص التي يشير إليها (زهران ح، 2005، ص:485): «هي الشعور بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، والشعور بالعجز والنقص، وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، وأحيانا قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة، ومن الأسباب النفسية كذلك الصراع بين الدوافع والاتجاهات، والإحباط، والفشل اقتصاديا أو زواجيا أو مهنيا....، والحلول الخاطئة، وكثرة المحرمات (الثقافية)».

5-2 الاستعداد الوراثي:

حسب لويزا وآخرون أن اضطراب القلق له نسبة مرتفعة بين الأفراد الذين تربطهم صلة القرابة وهذا ما تحدث عليه (مصطفى أ، 2011) أن الأبحاث التي تمت على التوائم المتشابهة، وجدوا أن هناك ارتفاع نسبة القلق عند التوائم المتماثلة مما يدل على التأثير الذي يقوم به هذا الاضطراب على العوامل الوراثية.

تعد الوراثة من أهم الأسباب التي تؤدي إلى القلق، حيث يؤكد بعض العلماء حسب ما قاله (بن علو الأ، 2003) أن الوراثة لها تأثير على نوع القلق وشدته، بحيث المولود يأتي إلى العالم وهو مزود باستعدادات، ولهذا نجد منها من يتحمل الأمراض، ومنها من يقع فريسة للاضطرابات النفسية والبدنية.

القلق ينتقل بالوراثة عبر الأجيال وهذا ما أكده (الشرييني ل، 2006، بدون سنة) أن حوالي 17٪ من الأقارب الدرجة الأولى لمريض القلق لديهم حالات مشابهة، وإذا أصاب القلق أحد الأخوة التوائم فإنه يصيب التوأم الآخر غالباً بـ 90٪ من الحالات.

5-3 أسباب بيولوجية:

تختلف الأسباب التي تؤدي إلى القلق حيث يرجع (غانم م، 2006) أن سبب القلق هو زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولاسيما الشق السيمبثاوي، وارتفاع نسبة نواتج أيض النورارينالين وضهور بؤرة نشطة في الفص الصدغي وازدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل، وازدياد ناقل السيروتونين العصبي بسبب القلق وازدياد النشاط الدوماين المرتبط بالقلق.

هناك أسباب أخرى قد تظهر بسبب المجتمع أو الأسرة والتي تكلم عليها (عبد الرحيم صالح ع، 2014) وهي تتمثل في:

- مواقف الحياة الضاغطة الحضارية والثقافية والبيئية، المملوءة بعوامل الخوف والوحدة والحرمان، واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، والوالدان العصبيان القلقان المنفصلان.
- مشكلات الطفولة والمراهقة المتمثلة في الطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل الحماية الزائدة والحرمان والقسوة.
- التعرض للخبرات والحوادث الحادة مثل الإرهاق الجنسي والتعب والمرض، والخبرات الجنسية الصادمة.
- أسباب مرسبة تظهر عند فقدان عزيز، أو اضطراب العلاقة مع الجنس الآخر، أو توقع خيبة الأمل.

- الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيفة الطويلة خاصة الجماع الناقص.

الأسباب التي قد تكون هي سبب في حدوث القلق العصابي أو التفاعلي التي قام بشرحها (سهيل المطيري، 2005) مثل الاضطرابات الجنسية كقلق تأخر الحيض والبرود الجنسي عند النساء ووالعته عند الرجال، والتغيرات البيئية المحيطة بالإنسان مثل تغيرات الاقتصادية اليومية، والإحباطات المتكررة والفشل في تحقيق الأهداف وتحقيق التوازن.

6- أعراض القلق:

للقلق أعراض متنوعة منها نفسية ومنها جسمية ومنها سيكوسوماتية ومعرفية بالإضافة إلى أعراض أخرى، وتختلف من شخص لآخر ومن بين هذه الأعراض:

6-1 الأعراض النفسية:

إن الأعراض النفسية تؤدي إلى تدهور حياة الفرد وقدرته على الإنجاز كما يشير (شاذلي ع، 1999، ص: 117): «إنها تشمل القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل والعصبية والتوتر العام وعدم الاستقرار والحساسية النفسية الزائدة والشك والتردد في اتخاذ القرارات والاكنتاب والهم والشك والارتياب والتشاؤم وسهولة الاستثارة والهياج والانشغال بأخطاء الماضي وتوهم المرض وعدم القدرة على العمل وسوء التوافق الاجتماعي والمهني وشروذ الذهن».

بينما الأعراض النفسية التي أضافها (محمد المرزوقي ج، 2008، ص: 36): «هي الشعور بالخوف والتوجس أو التوتر الداخلي دون أي سبب ظاهر أحيانا أو ضعف القدرة على التركيز الذهني، أو السيطرة على الأفكار المشيرة إلى الخطر على الساحة الذهنية، والتنبيه الذهني للخطر مما يؤدي للأرق خاصة في أول الليل».

6-2 الأعراض السيكوسوماتية:

الأمراض العضوية هي التي تؤدي بالمرضى إلى الخوف والتوتر والضغط بحيث يعتبر (حسين ذ، 2012) أن أعراضها تزيد عند التعرض لانفعالات القلق ومن أهم هذه الأمراض هي

الربو، السرطان، الصدفية، القولون العصبي، روماتيز المفاصل، قرحة المعدة، جلطة الشرايين، ارتفاع ضغط الدم، السكري.

3-6 الأعراض الجسمية:

إن الأعراض الجسمية للقلق من أكثر الأعراض انتشاراً وذلك بسبب ارتباط أعضاء الجسم بالجهاز العصبي اللاإرادي حيث ترى (صندقلي ه، 2016)، أنها تشمل تقريباً كل أعضاء الجسم وتبدأ بالصداع في مؤخرة الرأس أو على الرقبة ويدعى هذا الصداع بالصداع المتوتر مع الشعور بالدوار وعدم التوازن، فالشخص المصاب بالقلق لديه نسبة مرتفعة وسريعة من الحساسية تصل إلى النفور من الأصوات والأنوار الساطعة، أما الأعراض التي جاء بيها (زهران ح، 2005، ص/ص: 486، 487): «أنها تشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد وتصيب العرق وعرق الكفين وارتعاش الأصابع، وبرودة الأطراف وشحوب الوجه، وارتفاع ضغط الدم، والغثيان والقيء والإسهال وزيادة مرات الإخراج والانتفاخ وعسر الهضم وجفاف الفم والحلق وفقدان الشهية ونقص الوزن، وسرعة النبض والخفقان، واضطراب التنفس وعسره ونوبات التنهد والشعور بالضيق في الصدر، واضطراب الوظيفة الجنسية المتمثلة في اضطراب العادة الشهرية عند النساء والقذف السريع عند الرجال والبرود الجنسي».

4-6 الأعراض المعرفية:

تظهر الأعراض المعرفية في عدم التميز والتركيز حسب ما ذكرته (حسين ذ، 2012، ص: 75): «على شكل صعوبة في التركيز وتشتت في الانتباه وعدم تسلسل الأفكار ومنطقيتها، التطرف في الأحكام والأشياء، إما بيضاء أو سوداء».

7- النظريات المفسرة للقلق:

1-7 نظرية التحليل النفسي:

نظرية التحليل النفسي من أقدم النظريات المفسرة للقلق، وعلى رأسها سيغموند فرويد مؤسس التحليل النفسي اهتم بدراسة القلق كما يرى (زيدنرم م، ترجمة سيد عبد الله م، 2016) اعتبر فرويد القلق إحدى الدعائم الأساسية في الممارسة العلاجية، وتوصل إلى النتيجة من خلال خبراته السابقة، إلى

أنه عانى من نوبات القلق والرهاب والاكتئاب، كما أنه اعتاد على تناول الكوكايين من أجل تهدئة ما يعانيه من استثارة وتوتر.

ويرى فرويد أن القلق شعور غير مريح قد يعاني منه شخص ما، مما يدفعه إلى الحد من هذا الشعور أو القضاء عليه، وهذا الشعور ينشأ تلقائياً كلما طغى على النفس وهو من المثيرات الشديدة التي لا يمكن السيطرة ولا التخلص منها.

إن صدمة الميلاد أشار إليها فرويد كما جاء على لسان (حسين ذ، 2012، ص: 80): «أنها هي المصدر الذي يبعث القلق في نفس الفرد، وأنها تشمل على سلسلة من المشاعر المؤلمة التي نتجت عن تغيير بيئة الطفل بسبب ميلاده وانفصاله عن أمه واستقلاله عنها، وهذه الصدمة وما يتولد عنها من مشاعر مؤلمة هي الأساس الأول الذي يمهد لظهور القلق في المستقبل، حيث يصبح كل موقف أو وضعية لها علاقة بالانفصال عن الأم مصدراً للقلق».

لكل من أدلر وكارين هورني وفرويد له وجهة نظر في تفسير القلق ومن خلال هذا تطرق (مصطفى أ، 2011، ص: 333): «أن أدلر يرى أن القلق مثله مثل بقية الأمراض النفسية والعقلية وينجم عن محاولة التحرر من الشعور بالدولية ومحاولة الحصول على الشعور بالتفوق، وأشار فرويد إلى أن القلق هو محور الصراع العصابي، وأن القلق هو العامل الرئيسي للعصاب».

. وأشارت كارين هورني إلى أن الشعور بعدم الأمن النفسي يؤدي إلى القلق، وأطلقت عليه بريسك باسم القلق الأساسي لأنه يعتبر أساس القلق ولأنه يظهر في المرحلة الأولى من حياة الكفل بسبب اضطراب العلاقة بين الطفل والديه.

. وترى هورني أن القلق يرجع إلى الشعور بالعجز والعدوان والعزلة».

إن فرويد ميز بين ثلاثة أنواع لتفسير القلق والذي قام بذكرها (زيدنر م، ترجمة سيد عبد الله م، 2016) إن هذا التمييز يوضح لنا كيف نتعامل مع القلق تكيفياً ومتى يكون ضاراً وهذه الأنواع هي القلق الواقعي الذي يشير إلى الخوف والتوجس من المثير، فهذا النوع من الخوف نشعر به عندما تكون هناك مخاطر حقيقية موجودة، والقلق العصابي هو سمة القلق تشير إلى أن مادة اللاشعور تهدد بالدخول في حيز الشعور، فسمه القلق العصابي تثار عندما تشعر الأنا بأنها مهددة بالطغيان عليها

من خلال الدفعات الشهوانية النابعة من الهو والمتمثلة في الجنس والعدوانية، أما إذا استتارت الطاقة الليبديية، فالأنا تحاول كبت القلق المثار، فالقلق يظهر كرد فعل للأنا اتجاه الصراع الداخلي، أما النوع الثالث هو القلق الأخلاقي هو القلق الأخلاقي الذي يشير إلى معاناة الفرد عندما تكون القيم الذاتية والقواعد الأخلاقية مهددة بالانتهاك، فالقلق الأخلاقي ينشأ من خلال الصراع بين اندفاعات الهو من ناحية والمعايير الأخلاقية والمثلى للمجتمع والتي تمثلها الأنا الأعلى من ناحية أخرى.

7-2 النظرية السلوكية:

قامت هذه النظرية بتفسير القلق على أنه رد فعل متعلم، من خلال تعرض الإنسان لموقف يثير الخوف في فترة من حياته كما وصفته (السيد عبيد م، 2015) القلق يعتبر بنسبة لوجهة نظر السلوكية، أنه استجابة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة، ثم تقوم بتعميم هذه الاستجابة بعد ذلك، أي هو بمثابة استجابة تثار بمثيرات ليس من شأنها أن تثير هذه الاستجابة، فالقلق والخوف يعتبران استجابة انفعالية واحدة، فهذه الاستجابة إذا أثرت عن طريق مثير من شأنه أن يثير الاستجابة اعتبرت الخوف، إما إذا أثرت هذه الاستجابة عن طريق مثير ليس من شأنه أن يثير الخوف، فاعتبرت هذه الاستجابة قلق، فيتعلم الفرد الخوف والقلق من المثيرات المحيطة والخبرة الشخصية.

يفسر السلوكيون القلق على أنه مرتبط مع الخوف وفي نفس الوقت متفرع منه وحسب ما يراه (حسين صالح ق، 2015، ص: 179): «سلوكيون يرون أن أسباب القلق تكون خارجية وعدوا القلق أنه حالة جرى اشراطها كلاسيكيا بتنبهات خارجية، فالقلق في الأصل قد يكون مرتبط بالخوف ومتفرعا منه من خلال عمليات متعاقبة الربط، فهذه العمليات تنتهي بنسيان المصدر الأولي الذي أثار الخوف، ويضل الشعور به مع غموض مصدره، وهذا الذي ندعوه بالقلق».

إن كل من بافلوف وميلر وباندورا يرون أن أسباب القلق هي منعكس شرطي نحو المنبهات المؤلمة أو الخطرة كما وصفه (غانم م، 2006) أنه ينتج من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد، كما يمكن للطفل تعلم القلق من والديه، وتقليد أنماط القلق الخاصة بهما، كما أن القلق يرتبط بمثيرات خارجية مثل الخوف من الحوادث، ثم ينتقل من خلال مثير آخر من خلال الفعل الشرطي

فيؤدي ذلك إلى ظهور الفوبيا، كما للضغوط البيئية أهمية ولكن وحدها لا تسبب القلق ولكن استمرارها وغياب المساندة من البيئة تؤدي إلى فعالية الضغوط وحدوث اضطرابات القلق للشخص. إن ولبي رائد المدرسة السلوكية الحديثة يعرف القلق كما جاء على لسان (زعر ن، 2009، ص:28): «بأنه نمط من أنماط الاستجابة التلقائية وهي جانب من استجابة الجانب العضوي للإثارة المؤذية، فالمثيرات التي كانت سابقا عاجزة عن أبعث القلق يمكن أن تكتسب القدرة على انبعائه، ولكن ليست المثيرات وحدها يمكنها تشريط استجابة القلق بل أيضا خصائص البيئة التي ترتبط باستجابة القلق فيغدو الفرد بشكل دائم وواضح بدون سبب قلقا».

3-7 تفسير النظرية السلوكية المعرفية:

تفسر هذه النظرية ان سبب حدوث القلق هو الفرد في تفسيره الخاطيء لأعراضه الجسمية هذا ما تطرق إليه (محمد المرزوقي ج، 2008، ص: 39): «المبالغة والتهويل في تفسير الفرد لإحساساته الجسمية العادية كالزيادة في ضربات القلب وسرعة التنفس تؤدي إلى إحساس الفرد بأنه في خطر حقيقي قد يؤدي إلى موته إذا لم يتعامل معه بجدية، حيث يفسر الشخص زيادة ضربات قلبه بأنها أزمة قلبية، مما يؤدي إلى زيادة الإحساس بالأعراض السلبية».

4-7 المذهب الإنساني:

إن القلق في وجهة نظر أصحاب الاتجاه الإنساني ناتج من الخوف من الحاضر وكذلك من المستقبل ووجوده كإنسان ما تعتبر (السيد عبيد م، 2015) القلق راجع إلى الخوف من المستقبل، وما يحمله المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، فالإنسان يدرك أن الموت قد يحدث في أية لحظة، ونهايته حتمية، وأن توقع حدوث الموت فجأة هو المثير الأساسي للقلق على الإنسان، حيث أن الإنسان ينتهي وجوده ويتحول إلى الفناء، فالقلق هنا شيء من توقع الإنسان من أنه قد يحدث، وليس ناتجا عن ماضي الفرد، أما آخرون فيرون أن القلق ينتج من شيء يهدد مفهوم الذات أو يهدد إشباع حاجة نفسية للفرد مثل حاجة الإنسان للشعور بالحب أو التقدير.

7-5 تفسير النظرية المعرفية:

ترى هذه النظرية أن سبب القلق يعود إلى سوء التفسير من قبل الفرد لإحساساته الجسمية العادية وأن القلق ناتج من طريقة خاطئة في التفكير تقوم بتضخيم الأخطاء وهذا ما أشار إليه (خليل محمد القيق أ، 2016، ص:18): «إن المشكلات العصابية تعكس أخطاء نسبية في الحكم ويعتبر قلق الموت بناء على ذلك سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق يكون بموجبها خطأ نسبياً، وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة، من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطرابات النفسية المتمثلة في مستوى قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة».

7-6 التفسير الحيوي:

هذه النظرية ترى أن هناك عدة أسباب لتفسير القلق والتي تحدث عنها (محمد المرزوقي ج، 2008، ص: 38): «يؤكد على دور الجهاز العصبي المركزي، فقد يكون القلق ردة فعل غير المتعلمة والتي تنشط من خلال اختلال الوظيفة البيو كيميائية للدماغ في حالة اضطراب الهلع، في حين أن الصور الأخرى للقلق تكون متعلمة، بحيث أن دراسة أولتمس وثومس تشير إلى العامل الوراثي للاضطراب، كما في اضطراب الرهاب والفرع، أما تأثيرات البيئة المحيطة فهي أعظم في حالات المخاوف المرضية المحددة».

8-علاج القلق:

يختلف العلاج تبعاً للفرد المصاب بالقلق وشدته، ومن طرق علاج القلق الأكثر انتشاراً هي:

8-1 العلاج النفسي:

فالعلاج النفسي علاج فعال ويعتبر من أكثر العلاجات استخداماً لأنه يعتمد على التفسير والتشجيع كما شرح (زهرا ح، 2005) أنه يقوم بتطوير شخصية المريض ويزيد من بصيرته ويحقق التوافق باستخدام المشاركة الوجدانية والاقتناع والتنفيس وإعادة الثقة في النفس وقطع دائرة المخاوف

المرضية والشعور بالأمن النفسي، والتحليل النفسي يساعد في إظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور وحل الصراعات الأساسية.

في العلاج النفسي المعالج له دور أساسي لنجاح العلاج وهذا ما جاء على لسان (السيد عبيد م، 2015) من خلال محاولة إقامة علاقة ود بينه وبين المريض ليتمكن من التعبير والترويج عن نفسه، ثم الكشف عن صراعاته المكبوتة من خلال سلسلة من اللقاءات والأحاديث وتفسير الأحلام، ثم محاولة إخبار المريض بحقيقة القلق الذي يعانیه، ودفعه للشفاء بواسطة تشجيعه وتوجيهه والإيحاء الغير مباشر، والعلاج النفسي له عدة أساليب بنسبة إلى مدارس علم النفس المختلفة، والطريقة التي يفضلها المعالج سواء كانت تحليلية أو سلوكية أو معرفية.

2-8 العلاج البيئي:

يتم هذا العلاج من خلال تخفيف الضغوطات البيئية ذات الأثر الملحوظ ومثيرات التوتر وهذا ما تطرق إليه (سهيل المطيري م، 2005، ص: 285): «يعتمد على تعديل العوامل البيئية التي تؤثر على المريض وتخلق لديه الصراع سواء في العمل أو في الأسرة، ومحاولة تعديل اتجاهات أفراد الأسرة نحو المريض بما يساعد على شفائه».

3-8 العلاج الاجتماعي:

يعتبر هذا العلاج نوع من أنواع العلاجات التي تهتم بالأسرة والمجتمع كما ذكر (عبد الرحيم صالح ع، 2014 ص: 203): «ويتركز في تكيف حالة المنزل والعمل، حتى نخفف عن كاهل المريض بعض أعباءه التي تزيد من حالته، وإزالة الأسباب العائلية المسببة للقلق».

4-8 العلاج بالكهرباء:

العلاج بالكهرباء قليل ما يتم استخدامه بسبب تأثيره السلبي على المريض إلا كانت لديه أعراض اكتئاب كما يرى (عبد الله م، 200، ص: 156): «لا يستخدم هذا العلاج إلا في حالات القلق التي يصاحبها أعراض اكتئابية شديدة، ويستعمل فيه الصدمة الكهربائية للمريض تعيد له تنظيم المواد الكيميائية والهرمونات العصبية التي تصل بين قشرة المخ والهيپوثلامس».

5-8 الإرشاد العلاجي والإرشاد الزوجي للقلق:

هذا العلاج يختلف عن باقي العلاجات حيث أنه يتمثل في توجيه المريض وإيجاد حلول لمشاكله كما ذكر (حسين صالح ق، 2015، ص: 202): «من خلال مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها».

6-8 العلاج بالأدوية:

تستخدم عدة أنواع من الأدوية للمساعدة في تخفيف الأعراض ومعرفة إذا كان هناك مشاكل صحية أو عقلية كما ذكر (الشرييني ل، بدون سنة) ومن الأدوية التي تستخدم لعلاج القلق مجموعة العقاقير المهدئة والتي يطلق عليها أحيانا المطمئنات ومنها البنزوديازيبين والديازيبام ومنها أدوية النوبريوم والليريوم وغيرها، بحيث أنها توجد على شكل أقراص وأحيانا شراب أو حقن، والفائدة العلاجية منها هي الأثر المهدئ الذي تتركه على الجهاز العصبي بما يخفف من القلق، كما تسبب في استرخاء بعض عضلات الجسم وتقليل التوتر المصاحب للقلق، وبعض الأدوية يتم استخدامها في السيطرة على أعراض القلق.

7-8 العلاج السلوكي:

يتضمن هذا العلاج عدة طرق تشمل وسائل مختلفة التي ذكرتها (السيد عبيد م، 2015) يتم فيه تعليم المريض على الاسترخاء، من أجل إضعاف القلق، بحيث يتم تعريض المريض إلى مثيرات تسبب له القلق أو الخوف، إما تدريجيا حتى يتعود على مواجهتها، أو دفعة واحدة دون السماح له بالهروب ويسمى هذا الأسلوب بأسلوب الإفاضة.

ثانياً: قلق الموت:

1-تعريف قلق الموت:

يعرف قلق الموت محمد غانم كما جاء على لسان (عبد النعيم أ، 2014، ص:59): «هو استجابة مناعية، مكدره، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه».

فحسب هولتر والذي قام بذكره (معمرية ب، 2007، ص:52): «إنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت».

عرفه تمبلر الذي جاء على لسان (تيسير شعبان بيسو ح، 2006، ص: 31): «حالة انفعالية غير سارة يجعل بها تأمل الفرد في وفاته هو».

عرفه سلطان عويضة الذي جاء على لسان (عبد النعيم أ، 2014، ص: 58): «هو شعور الفرد الدائم بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه في يقظته ومنامه، في حركته وسلوكه وتفكيره، الأمر الذي يجعله حزينا محسورا ومتوجسا على مجرة العيش على نحو طبيعي».

وتعرفه إيمان زايد والذي جاء على لسان (أحمد شويخ ه، 2007، ص: 118): «حالة من الخوف والتوتر الشديد المتمركز حول الموت سواء كان موت الشخص أم أحد الأشخاص الأعتزاء لديه، ويجعله ذلك يصل إلى درجة عدم التوافق، مما قد يسبب له مشكلات نفسية متعددة».

وعرفه ديكستاتين وجاء على لسان (خليل محمد القيق أ، 2016، ص:14): «التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة».

فحسب رمضان زعطوط وآخرون الذي قام بذكره (عبد النعيم أ، 2014، ص: 59): «حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته».

عرفه ابراهيم العيد الذي جاء على لسان (أحمد شويخ ه، 2007، ص:118): «شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه، في يقظة ومنامه، وفي حركته وسكونه، الأمر الذي يجعله جزئياً محصوراً متوجساً من مجرد العيش على النحو الطبيعي».

2- مكونات قلق الموت:

مكونات الخوف من الموت اختلف حولها الفلاسفة كما ذكر (عبد الخالق أ، 1987 ص: 46):

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

1- الخوف من الاحتضار

2- الخوف مما سيحدث بعد الموت.

3- الخوف من توقف الحياة.

كما ذكر "كافانو" في كتابه (مواجهة الموت) وبشكل واضح، مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة إلى الموت، وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي:

1- عملية الاحتضار.

2- الموت الشخصي.

3- فكرة الحياة الأخرى.

4- السمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر.

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

1- التحليل أو التفسخ.

2- الركود أو التوقف.

3- الانفصال.

كذلك ميز "ليستر" من وجهة نظر سيكولوجية، بين جوانب أربعة للخوف من الموت تتمثل في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي: الموت/الاحتضار/الذات /الأخرون، ومن ثم تشتمل هذه الجوانب على ما يلي:

- 1-الخوف من موت الذات.
- 2-الخوف من احتضار الذات.
- 3-الخوف من موت الآخرين.
- 4-الخوف من احتضار الآخرين».

3-أسباب قلق الموت :

تتعدد العوامل التي تدفع لقلق الموت، فلكل إنسان عامل خاص به، حيث يكون سبب قلق الموت حسب (بوفرة م، شعبي ن، 2017، ص179):

«-الخوف من نهاية الحياة.

- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.
- الخوف من الموت بعد مرض عضال.
- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.
- الخوف من أن يحزن الأحياء على من يموت.
- الخوف من العقاب على الأعمال الدنيوية.
- الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.
- عدم معرفة المصير بعد الموت.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه.
- الخوف عما يصاحب خروج الروح من الجسد من ألم شديد».

لقلق الموت مظاهر وجوانب تحدث عنها (بدران د، وأخرون، 2021، ص180): «القلق من الموت له ثلاث جوانب مختلفة: الجانب الأول شعور ذاتي، والثاني خارجي ضاهر يشمل على مختلف التغيرات والحركات والأوضاع، والثالث جانب سيكولوجي، كما أن مظاهر قلق الموت ترجع إلى الخوف من المجهول والخوف من فقدان الأسرة والأصدقاء والجسم، والذات، فالخوف من الموت هو خوف من فقدان الذات، لكن حالة الموت لا أساس لها من الخبرة الشخصية، ومن ثم فهي أبعد من الخيال والتصوير، وليس في مقدور أي شخص أن يتخيل فعلا ما الذي يمكن أن يكون عليه عدم الوجود التام، أو أن يفقد ذاته، ويحدث انعدام الشعور للأبد».

اختلف العلماء في سبب قلق الموت فمنهم من يرى أن سببه وراثي ومنهم طبيعي كما ذكر (وقادس، مكي م، 2020) أسباب قلق الموت من وجهة نظر علماء النفس:

- فيفل أن سبب قلق الموت هو الخوف من الإبادة أو المحق التام وفقد الذاتية.
- أما ماسرمان فأرجع سبب قلق الموت أو الخوف من فقدان الذات إلى الظروف المحيطة بالفرد كالمرض والحوادث والكوارث الطبيعية.
- أما بيكر وبرونر فيرون أن الخوف من الموت هو خوف فطري موروث، فسببه هو دينوي ككراهية الجثة، الاشمئزاز الحضاري.
- أما شولتز فأرجع سببه إلى الخوف من العدم والخوف من المعاناة البدنية والخوف من العقاب الإلهي.

هناك أسباب أخرى لحدوث قلق الموت حددها جاك شوون والذي تطرق إليها (معمرية ب، 2007، ص:53): «وفي البحث عن الأسباب التي تكمن وراء قلق الموت، وضع جاك شوون ثلاثة عوامل رئيسية يبرر فيها أسباب القلق من الموت والخوف منه وهي:

1- ما الذي يحدث بعد الموت.

2- حدث الموت نفسه.

3- الانقطاع عند الوجود».

4- أعراض قلق الموت :

لقلق الموت أعراض كثيرة فمن بين هذه الأعراض الأكثر شهورا وانتشارا والتي تحدث عنها (بدران د، وآخرون، 2021، ص:180)

1-الإصابة بضيق التنفس.

2-سيطرة التشاؤم والنصرة القائمة للحياة.

3-الإصابة بالأرق وتعذر النوم.

4-الإنطواء.

5-الإصابة بالكآبة الشديدة.

6-الإصابة بالصداع، أو الآلام الجسدية المختلفة.

7-الهروب من المواقف التي تتعلق بالموت مهما كانت قرابة المصاب للميت.

8-كثرة الشكوى من الأمراض المختلفة، التي لا وجود لها واقعيا.

9-التحدث عن الموت والحوادث التي تسبب الموت».

هناك أعراض لقلق الموت منها نفسية ومنها بدنية تحدث عنها (خليل محمد الفيق أ، 2016) إن قلق الموت قد يكون عادي أو قد يكون قلق عصابيا، ويمكن تحديد درجته من خلال أعراضه التي تظهر على الفرد، ومن أهم هذه الأعراض.

1-أعراض بدنية: منها التوتر الزائد والأحلام المزعجة، وسرعة النبض أثناء الراحة،

ونوبات العرق، ونوبات الدوخة والإغماء.

2-أعراض نفسية: منها الاكتئاب والانفعال الزائد، والميل للعدوان، وسرعة الغضب

دون أسباب، والعزلة والانسحاب من العالم، وفقدان الثقة بالنفس، الارتباك والتردد

في اتخاذ القرارات.

قلق الموت قد يكون طبيعياً أو مرضياً، فشيء الوحيد الذي يميز ذلك هو ظهور أعراض على الفرد هي التي تحدد إن كان هذا القلق مرضياً أو عصابياً ومن بين هذه الأعراض التي تطرق إليها (أبو عيشة م، 2017، ص:29):

- أعراض عصبية ونفس عصبية منها اضطرابات النوم واليقظة، وترقب أشياء غير موجودة فعلاً.

- أعراض عامة منها فقدان الشهية والتعب

- أعراض تنفسية منها ضيق التنفس والقيء ومشاكل في البلع.

- اضطرابات بولية منها التوتر الذي يزعج المريض وعدم ارتياحه.

5- النظريات المفسرة لقلق الموت:

تعددت النظريات النفسية في تفسير قلق الموت وأسبابه وأعراضه وكيفية علاجه.

5-1- النظرية الإنسانية:

يرى أنصار هذا الاتجاه أن الموت موجودة فعلاً، ويجب على الفرد أن يستغلها بأفضل الطرق ليضع أثره فيها بعد الموت كما ذكر (عبد النعيم أ، 2014، ص/ص: 75،76): «ترى المدرسة الإنسانية وبخاصة علماء الوجودية أن الموت هو تهديد بعدم الوجود، وهو محض وفناء تام للشخصية، وأن الموت يمنع الفرد في تحقيق ذاته، ومن هنا ينشأ الإحباط الوجودي، وأن الإحساس بالمعنى في الحياة والكفاح هو جوهر الدافعية الإنسانية، وهذا له جوهر في تحديد ونوعية جودة الحياة.

ومن هنا ركزت الوجودية على ضرورة تقبل الفرد حتمية الموت ونهايته بوصفه حقيقة مطلقة، وبتعيين على الفرد تحديد معنى الوجود الإنساني في حقيقة موته، وأن الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة مواجهة الموت أو عدم الوجود، وأن حقيقة الموت هي التي تعطي الحياة معنى أكثر من تفريغها للمعنى، وذلك عن طريق إلقاء الضوء على تفرد كل إنسان وفرديته وبواسطة توحد كل فرد بالمجتمع الإنساني».

5-2- نظرية التحليل النفسي:

ترى النظرية التحليلية أن أساس القلق هو الخوف من الموت كما وصف (خليل محمد القيق أ، 2016، ص 17): «يعتقد فرويد أن قلق الموت هو أساس كل قلق، ويرى رواد التحليل النفسي أن قلق الموت يكون بمثابة حالة يكون فيه الأنا غير قادر على تقبل الموت، وإذا استندنا إلى ما جاء به فرويد فيما يخص التفريق بين القلق العصابي وقلق الموت، فإنه أشار إلى أن قلق الموت له ميكانيزم أساسي يقع بين الأنا والانا الأعلى».

فرويد يرى أن الغرائز تتجمع في غريزتين أساسيتين فكل واحدة منهم تعمل نقيضا لعمل الأخرى وهما غريزة الحياة و غريزة الموت الذي جاء بهم (عبد النعيم أ، 2014) فرويد رأى أن النشاط الإنساني كله يتحدد بغرائز وبعدها قسمها إلى فئتين هما غرائز الحياة وغرائز الموت فهذه الأخيرة كان يسميها غرائز التدمير فتقوم بعملها، فكل شخص يموت في النهاية، حيث قال فرويد أن هدف الحياة هو الموت ومن المشتقات الهامة لغرائز الموت الباعث العدوانية، أما الثانية فهي غرائز الحياة تخدم غرض الحفاظ على حياة الفرد وتكاثر الجنس، ومن غرائز الحياة التي أعطاها فرويد أكثر اهتماما هي الجنس، فالغريزة الجنسية ليست واحدة بل غرائز متعددة.

5-3- نظرية تدبر الهلع:

ترجع هذه النظرية تفسير قلق الموت من خلال إنشاء الفرد توقعات وكيف ينظر لنفسه فهذه الأمور تقوم بإظهار استجابات انفعالية خاصة به كما تطرقت (أحمد شويخ ه، 2007) هذه النظرية تصف لنا الطرق التي يوظفها الأفراد من خلال إظهارهم الثقافي لتدبر الهلع والقلق المتزايد بسبب شعورهم بأنهم سيموتون في يوم ما، وترى هذه النظرية أن قدرة الفرد على تكوين توقعات، وصورته عن ذاته تزيد من وعيه بالموت، فهذه النظرية ترجع جذور القلق من الموت إلى دافع حفظ الذات، الذي يشترك فيه الإنسان مع الكائنات الحية لهذا الدافع، فإن الإنسان يؤمن بأن الموت شيء إجباري ولا يمكن الهروب منه.

فهذه النظرية ترى أن مفهوم التخفيضات الثقافية يتكون من الإطار الثقافي العالمي، فهذا الأخير يقصد به أنه مجموع المعتقدات المنتشرة بين الأفراد المتكونة عن البيئة الواقعية، والتي تمدهم بمعنى القيم وثباتها.

فالإطار الثقافي تحت الأفراد على الوعي الكامل بالموت، ومن هنا يزيد القلق عندهم، فمفهوم الذات يزيد من إحساس الفرد بالهلع والخوف والقلق، ومن هنا يجب أن تكون الحاجة ضرورية لتقييم الإطار الثقافي لهؤلاء الأفراد لمعرفة كيفية تدبرهم لهذا الهلع.

5-4- النظرية السلوكية:

هذه النظرية تفسر قلق الموت على أنه مثير قوي، حيث أنها تختلف في حدتها من شخص لآخر كما يعتبر (عبد النعيم أ، 2014) أن هذا المثير القوي يمر به كل إنسان في حياته ويؤدي إلى استجابات مختلفة لدى الأفراد، فيعتبرون الموت أنه الكف التام للوعي أو الشعور، وتوقف المخ عن أداء الوظائف العقلية العليا، فدراسة السلوك المتمثل في استجابات الأفراد الذين فقدوا شخص عزيز عليهم، تتفاوت الاستجابة من الحداد إلى الانتحار.

فدراسة هذه الاستجابات وما يصاحبها من مظاهر، يهدف إلى تشخيص الاستجابة غير سوية وعلاجها، والوقاية منها، أما من ناحية العلاج فالقيام بمساعدة هؤلاء الأشخاص على التغلب على أحزانهم، ومساعدتهم على التكيف مع الظروف الجديدة.

5-6- نظرية ليفتون:

نظرية ليفتون تفسر قلق الموت من خلال عدة أنماط كما قالت (أحمد شويخ ه، 2007) هذه النظرية ترى أن التقليل من هلع الموت أن أساسه الرغبة النفسية يفسره مفهوم البقاء الرمزي، فهذا الأخير يساعد الفرد على مواجهة الإحساس بالموت والانتها، وقدّم ليفتون خمسة أنماط تفسر إدراك الفرد وشعوره بالبقاء الرمزي وهي:

1- النمط العضوي وهو أن الفرد يحس بأنه من الجيل السابق ولديه شعور بأنه سيعيش

ليرى الجيل القادم.

- 2- النمط الإبداعي هو ينتج للفرد شعور بأن عمله له تأثير على مجتمعه وثقافته، وهذا الأثر لا ينتهي بعد وفاته.
- 3- النمط الطبيعي هو إحساس يتمثل في تصور الفرد أنه جزء من الكون ومن الطبيعة وأن كل شيء مستمر بعد وفاته.
- 4- النمط الروحاني هو نمط يعالج إمكانية زيادة التفكير في الموت، فالفرد يعتقد بأن الجسد فان، أما الروح والذات باقيان.
- 5- النمط التجريبي هذا الشعور ينتج من خبرة الفرد في كيفية التعامل مع الحياة.

5-7- نظرية تمبلر:

نظرية تمبلر تنص على وجود عاملين أساسيين في قلق الموت كما تطرق إليه (نفس المرجع السابق) هذان العاملان متمثلان في حالة الصحة النفسية وخبرات الحياة المتصلة بالصحة الجسمية، فالعامل الأول، وجد أن المرضى النفسيين يميلون للحصول على درجات مرتفعة على قوائم قلق الموت مقارنة بالأصحاء، كما أن الارتباط يكون إيجابياً مع قلق الموت من خلال الاضطراب عند الأسوياء وغير الأسوياء، أما العامل الثاني، وجد أن قلق الموت يرتبط بتدهور الصحة الجسمية.

ولقلق الموت محاكاة مميزة وهي:

- 1- هي الفرد يشعر بداخله بقلق الموت.
- 2- هي شعور غير باعث على السعادة.
- 3- شعور الفرد يتمثل في الموت والاحتضار.
- 4- هو وجود فرق بين قلق الموت والخوف من الموت.

6- علاج قلق الموت:

من بين أنواع العلاجات يعتبر العلاج السلوكي أفضل الوسائل الفعالة لمعالجة قلق الموت كما يرى (عبد الخالق أ، 1987، ص:204): «يعد قلق الموت نوعاً من أنواع القلق، ويصلح لعلاج ما يستخدم في علاج القلق من طرق فنية محددة، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بأنواعه المختلفة شيوعاً وانتشاراً، وهو كذلك أفضلها من حيث أنه يحقق أعلى نسب للشفاء من بين كل

الطرق العلاجية المتاحة، وقد أجريت دراسة حديثة على الطلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف إلى ناتج outcome العلاج السلوكي (تقليل الحساسية المنظم والتدريب على الاسترخاء) مقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع، وقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية المنظم والاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي استخدمته، بالمقارنة بالمجموعة التي لم تتلق علاجاً.

العلاج بالاسترخاء يتمثل في تدريب الفرد على الاسترخاء العضلي التام كما أنه واحد من أهم الأساليب المضادة للتوتر وهذا ما جاء في (<https://mashroo3ana.com>) إن العلاج بالاسترخاء يعتبر أحد علاجات قلق الموت حيث يتمثل في حالة هدوء نشأ لدى الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية شديدة أي جهد جسدي شاق.

فقد يكون الاسترخاء غير إرادي عند الذهاب للنوم أو يكون إرادياً عندما يتخذ المرء وضعا مريحاً ويتصور حالات باعثة على الهدوء أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط.

وقد أجريت عدة دراسات في هذا الميدان حيث كان العلاج جماعياً، فمثلاً اعتمد *templar* على نظرية العاملين في قلق الموت، يعني أن درجة قلق الموت تتحدد عن طريق عاملين:

-الصحة النفسية بشكل عام.

-خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت.

خلاصة

نستنتج مما سبق أن الموت يعتبره الكثير أنه مشاعر واتجاهات سلبية تجمع معا لتكون لنا ما يسمى بقلق الموت، فهذا الموضوع كان له اهتمام كبير لدى علماء النفس وغيرهم، وهذا بسبب تأثيره على الوظائف النفسية والجسمية، بحيث يعد قلق الموت من بين المشكلات الصعبة التي تورق الفرد.

كما نستنتج أن كل من القلق وقلق الموت له تأثير سلبي على الشخصية فيجدان من إمكانياتها، لذا يجب الإسراع في علاجهما.

الفصل الثاني: السرطان

تمهيد.

1- تعريف السرطان.

2- تصنيف السرطان.

3- عوامل وأسباب الإصابة بالسرطان.

4- أنواع السرطان.

5- أعراض السرطان.

6- تشخيص السرطان.

7- علاج السرطان.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

مرض السرطان من أكثر الأمراض شيوعا في وقتنا الحالي، فهو يعتبر من مهددات حياة الإنسان، لا يرحم صغيرا ولا كبيرا، كما أن معدلات الإصابة بهذا المرض اللعين تزايدت بشكل كبير حتى أصبح يعد ثاني سبب رئيسي للموت بعد أمراض القلب، فعندما يقوم المريض بتشخيص هذا المرض ينتابه القلق والخوف بشكل يعوقه بالاستمتاع بحياته.

وفي هذا الفصل سنتعرف أكثر عن هذا المرض وأهم أنواعه واعراضه والأسباب المؤدية لحدوثه وطرق علاجه، من خلالها نحاول أن نزيل بعض الغموض حول هذا المرض.

1-تعريف السرطان:

1-1 لغة:

تعرفه (فاسي أ، 2011، ص: 10١٠): «أن أصل كلمة سرطان في اللغة الإنجليزية cancer أشتق من الكلمة اليونانية karkihos لأنه يشبه في خصائصه خصائص حيوان القشري السلطعون، وهذا الاسم اللاتيني أخذ دلالاته باللغة الفرنسية في القرن 17 على معنى الورم الخبيث».

1-2 اصطلاحا:

تعرف موسوعة العربية الميسرة (1986) السرطان كما جاء على لسان (البكوش خ، 2014، ص137) ورم خبيث ناتج عن تحول أو تغير خبيث يصيب الخلايا البشرية، ولا يعرف على وجه التحديد سبب في هذا التغير في نمو الخلايا وتكاثرها، والذي يحدث في هذا المرض هو أن الخلايا البشرية يصيبها تغير مرضي يجعلها تنمو وتتكاثر بسرعة وبطريقة غير منضمة وتغزو الأنسجة المجاورة لها أو المحيطة بها ثم تنتشر عن طريق الأوعية الليمفاوية والأوعية الدموية إلى الغدد الليمفاوية وأعضاء متعددة من الجسم».

ويعرفه حسن كما جاء على لسان (أحمد يحي خ، عبد الله أ، 2010، ص: 63): «هو ورم خبيث يتصف بطاقة غير محدودة لنمو الخلايا المستمر، هذه الخلايا الخبيثة إما أن تمتد محليا أو تغزو وتدمر النسيج الطبيعي المجاور، وإما أن تنتقل عبر الأوعية اللمفاوية والأوعية الدموية إلى أماكن أخرى من الجسم وتؤسس بؤرا جديدة نامية تسمى البؤر السرطانية المنقلة».

ويعرفه (بن عبد الرحمن العقيل م، 2013، ص: 5): «يتكون مرض السرطان داخل الخلايا (cells)، وتلك العناصر الأساسية التي تكون الأنسجة، والأنسجة هي التي تتألف منها أعضاء الجسم (organs)».

ويعرفه رفعت شلبي وتم ذكره من طرف (عبد المنعم أ، 2014، ص: 10): «السرطان ينتج من تغيرات في بعض الخلايا يؤدي إلى نموها بطريقة غير طبيعية، وتكتسب قدرة على الانقسام بسرعة غير عادية مؤدية إلى تكوين الأورام الخبيثة»

وتعرفه (موسى قويدر د، 2008، ص:26): « هو مرض خبيث وضار ينشأ نتيجة لنمو غير سوي للخلايا، فهو على العكس من الخلايا السوية في الجسم، ولا يقف نمو هذه الخلايا عندما تكون على اتصال مع غيرها من خلايا الجسم».

2-تصنيف السرطان:

إن الورم أو النمو الجديد هو كتلة من خلايا تنمو بطريقة غير طبيعية، فهو نوعان قد يكون ورم خبيث أو ورم غير خطير وهو الورم الحميد ويتمثلان فيما يلي:

2-1-الأورام الخبيثة:

الأورام الخبيثة هي السرطان في حد ذاته بحيث تكون الخلايا في هذه الأورام شاذة كما يعرفها (كوبر ج، ترجمة شلبي ر، 2004) إن هذا الورم له القدرة على غزو الأنسجة السليمة المجاورة والانتشار إلى الأعضاء الأخرى، فالخطر الأساسي لمرض السرطان هو قدرة خلاياه على الانتشار وإصابة الأجزاء السليمة من الجسم.

لهذه الخلايا القدرة على النمو والانتشار بسرعة كما أنها تؤثر سلبا على الأنسجة المجاورة وهذا ما قالته (العش إ، 2019) أن الخلايا تنقسم وتتكاثر بصورة غير طبيعية، فتطغى على العضو المصاب، كما أنها تنتشر إلى أعضاء أخرى من الجسم، من خلال الجهاز الليمفاوي والدموي، فعن طريق الدم تقوم خلية من الورم السرطاني بالانفصال من الورم الأولي، وتنتقل إلى أعضاء أخرى وتستنقر فيها مثل الرئة أو الكبد لأنها غنية بالدم، متسببة في نمو أورام سرطانية تسمى بالأورام الثانوية.

الخلايا إن لم تعالج فتستمر في النمو وهذا ما جاء به (رزق ه، علامة م، بدون سنة) ينمو الورم الخبيث على هيئة الورم الأصلي، حيث تبدأ كل خلية بالتكاثر، مما يحول دون حصولها على حاجتها من الدم، فتتحول إلى ورم إضافي، فمن هنا نصح الأطباء أنه كلما كان الفحص مبكر كلما كان الشفاء إيجابيا وناجح، لهذا يجب إجراء فحص دوري ومبكر من أجل ملاحظة أي تغير أو ظهور ورم في الجسم، من أجل استئصال ذلك الورم في بدايته لمنع نمو أورام خبيثة جديدة.

2-2 الأورام الحميدة:

الأورام الحميدة هي نمو غير طبيعي للخلايا، لا تنتشر إلى أماكن أخرى، بحيث تصل لحجم معين ثم تتوقف عن النمو كما وصف (عبد الحميد الرحامنة ن، 2010) هذه الأورام عبارة عن كتلة غير طبيعية من الأنسجة تتشكل في منطقة محددة، تنتج عن نمو متزايد في الخلايا، وهذه الأورام الحميدة يمكن أن تنمو في أي جهاز من جسم الإنسان فهي في البداية تكون صغيرة الحجم بحيث تكون أقل من واحد سم.

هذه الأورام ليس لها خطورة على حياة المصاب ولا تدعو للخوف لأنها غير قابلة للتوسع ويمكن إزالتها كما تشير (عيسى حسين كرسوع م، 2012) أنها تتكون من خلايا سرطانية ويمكن إزالتها بعملية جراحية، وفي أغلب الأحيان لا تعود مرة أخرى ولا تؤثر على الأنسجة المجاورة لها فقليلا ما يكون لها تأثير.

للأورام الحميدة أسباب وأعراض عديدة كما تعتبر (العش إ، 2019) إن الأورام الحميدة هي تجمع الخلايا تتكاثر وتنمو دون وضيفة محددة تقوم بها في الجسم وتصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل العمر، وهي أورام غير ضارة، ولها أسباب غير معروفة، ولديها أعراض مختلفة تعتمد على مكان الورم الذي تتواجد فيه، ويمكن علاجها بالأدوية والاستئصال، وفي غالب الأحيان هذه الأورام تتحول إلى أورام خبيثة.

هذا النوع من الأورام قد يؤثر على الصحة النفسية للمصاب به كما ذكرته (رزق ه، علامة م، بدون سنة) إنه أحيانا ينتج عنه ضغط على مجموعة الأنسجة المحيطة به، كما أنها قد تسبب متاعب للمريض، وهذا النوع من الأورام يفرز مواد هرمونية منها ورم ثلوي وورم دهني يظهر بشكل فقاعات بحجم صغير.

وفقا لما جاء في الموسوعة الطبية التي تطرق إليه (عبد النعيم أ، 2014، ص11): «أن

الجدول التالي يوضح الفرق بين الأورام الحميدة والخبيثة»:

الأورام الخبيثة Malignant tumor	الأورام الحميدة Benign tumor	وجه المقارنة
يغزو النسيج الطبيعي للمحيط به، ولا يكون محاطا بمحفظة، وتكون حدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي.	يدفع النسيج الطبيعي جانبا ويكون محاطا بمحفظة، وواضح الحدود.	وضع الورم
قد تكون بطيئة أو سريعة.	بطيئة	مدى انتشارها
قد تكون مميتة إذا لم يعالج الورم.	عادة حميدة فهي نادرة التهديد للحياة.	النتيجة
قد لا تكون الجراحة وحدها شافية وتحتاج لعلاج كيميائي أو شعاعي داعم.	الجراحة شافية ويمكن استئصالها دون أن تعود للنمو ثانية في أغلب الأحوال	العلاج

3- عوامل وأسباب الإصابة بالسرطان:

للسرطان عدة عوامل مسببة له ولازال البحث مستمرا عليها، فمنها من تكون مستقلة أو متداخلة مع بعضها البعض، ويختلف تأثيرها من شخص لآخر وهذه العوامل هي:

3-1 عوامل وراثية:

إن الأبحاث والدراسات تعتقد أن السرطان ليس وراثيا حيث لوحظ أن الأفراد الذين ينتمون إلى الأسر التي لها تاريخ مرضي في السرطان هم أكثر عرضة للإصابة به وهذا ما قاله (عبد النعيم، 2014) أن تاريخ العائلة وخصائص المورثات لهم دور مهم في بعض أنواع أورام الأطفال، كما يمكن للأورام أن تظهر أكثر من مرة في التسلسل الهرمي لعائلة واحدة، ودور الوراثة في التسبب بالسرطان لا يختلف عن دور الوراثة في التسبب بأي مرض آخر.

إن العلاقة بين السرطان والوراثة لها عدة أشكال، وذلك بسبب تعدد أنواع السرطانات واختلاف أسبابها حيث يرى (الموصلي م، الحياي ف، بدون سنة، ص/ص:21،22): «إن معظم السرطانات المعروفة والشائعة لا تنتقل عن طريق الوراثة، لكن الأبحاث أثبتت دور الوراثة في عدد من الأورام وأهمها ورم أرومة الشبكية في العين التي تورث في أغلب الأحيان من الأب لأبنائه وليس بالضرورة إلى جميعهم، وداء البوليات الكولونية العائلي الذي يورث إلى الأبناء ويتحول إلى سرطان القولون».

3-2 عوامل نفسية:

العوامل النفسية لها تأثير فعال في ظهور وتطور هذا المرض كما تطرق (نفس المرجع السابق) أشار عدد الباحثون إلى وجود علاقة بين السرطان والقلق والإجهاد النفسي، وأن النساء السوداويات أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي مقارنة بالنساء السويات، وأن العوامل النفسية لها تأثير في إحداث الأورام السرطانية إلى حدوث تلف في الغدة التايموسية.

إن نسبة الإصابة بالسرطان مرتفعة من خلال ما جاءت به (مزلوق و، 2014، ص: 226): «إنه يموت بالسرطان 60% من المكتئبين بالمستشفيات العقلية، وارتفعت نسبة الإصابة بسرطان الثدي بين المريصات نفسياً أكثر مما هي عليه في مجموع العام للسكان».

توصل سيمونز إلى نتائج من خلاله كتابه المظاهر السيكوسوماتية للسرطان والتي قام بذكرها (بترس حافظ ب، 2007، ص:397):

- 1- يكون هناك من الصدمات النفسية ما يعجل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض.
- 2- إن الاضطرابات في الوظائف الغددية تنيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة او القلق العنيد.
- 3- إن العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد، بالإضافة إلى العلاج النفسي، والخدمة الاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة والعائلة.
- 4- عدم العزل بين العلاج النفسي والعلاج الطبي فهما صنوان متلاحمان».

3-3 أشعة الشمس:

قد يصاب الأشخاص الذين يتعرضون لضوء الشمس بمرض السرطان مثل سرطان الجلد كما قال (رزق ه، علامة م، بدون تاريخ، ص:12): «من الشائع جدا أن التعرض لأشعة الشمس المباشرة، ولساعات طويلة، يؤدي إلى الإصابة بسرطان الجلد، التي تظهر على شكل بقع بنية بارزة نوعا ما فوق مستوى الجلد الطبيعي، ومن مميزات أنه سريع التوسع والانتشار، وهو غاية في الخطورة، لذا يرى الأطباء والخبراء أن أنسب وقت للتعرض لأشعة الشمس، لاسيما أيام الصيف، وعلى الشاطئ، وهو ما بعد الساعة الخامسة بعد الظهر، مع الحرص على استخدام الواقي الشمسي، الذي قد يجد أحيانا من تقاوم الحالة».

إن التعرض، لبعض الإشعاعات وخاصة أشعة فوق البنفسجية يعتبر من العوامل العامة للتعرض للإصابة بسرطان الجلد وهذا ما ذكره (بن عبد الرحمن العقيل م، 2013، ص: 12): «هي الأشعة فوق البنفسجية التي تنبع من المصابيح الشمسية وغرف التسمير وهي تتسبب في شيخوخة الجلد وتلفه مما يؤدي إلى الإصابة بسرطان الجلد».

3-4 التعرض لأشعة إكس:

إن التعرض لهذه الأشعة لفترات طويلة يزيد إلى حد بعيد إلى خطر الإصابة بسرطان وهذا ما تطرق إليه (رزق ه، علامة م، بدون تاريخ)، هي ضاهرة منتشرة عند الأشخاص في أوساط من ذوي المهن الطبية المتخصصة في مجال التصوير الشعاعي.

3-5 التلوث:

تلوث الهواء الطلق سبب بيئي رئيسي لوفيات السرطان وهذا ما جاء به (نفس المرجع السابق، ص/ص:12،13): «يعتبر تلوث الهواء من أهم العوامل المسببة للإصابة بالسرطان، نظرا لما تحمله من ملوثات بيئية كالبينزين الذي يدخل إلى الجسم عبر تنشق الهواء، وإلى جانب الماء، إضافة إلى عوامل الوسط المهني الذي يشغله المرء».

وقد أثبت الأطباء والخبراء أن هناك ما يعرف بالسرطانات الصلبة التي تصيب الكبد والمعدة، وسرطان الجراب وهو ناجم عن تنشق سواد الدخان، وقد أثبت العالم الفرنسي لوري بورال نظريته، بأن سرطان الحموية أو نظرية حمى السرطان، وهي حالة فيروسية، وقد ساندته في هذا الرأي العالم البيولوجي روس مضييفا، أن هذا الفيروس مسؤول عن سرطان الدم، ناهيك عن المواد الكيماوية والأشعة السينية».

3-6 التغذية:

تعتبر التغذية سبب من أسباب الإصابة بالسرطان وهذا ما قام بشرحه (عبد المنعم أ، 2014، ص:13): «سوء التغذية، فقد وجد العلماء أن هناك ترابطا وثيقا بين الغذاء الغني بالدهنيات والإصابة بسرطان القولون والثدي والبرستات، كما ثبت أن زيادة الوزن قد تساعد على ظهور بعض سرطانات الكلية وسرطان المثانة.

ورغما عن الأسباب السابقة إلا أنه لم يتم التوصل إلى الأسباب المحددة للمرض، ولكن من الواضح أن السرطان ليس نتيجة التعرض للإصابة بمرض، كما أنه لا ينتقل من شخص لآخر كما تنتقل الأمراض المعدية».

3-7 التدخين:

التدخين كان سبب في ظهور العديد من أنواع السرطانات وهذا ما ذكرته (عيسى حسين كرسوع م، 2012) أن التدخين بجميع أنواعه يكون سبب في الإصابة بسرطان الرئة وأمراض شرايين القلب وضغط الدم الذي يؤدي إلى النوبة القلبية، والإصابة بسرطان الفم والحلق والمثانة والبنكرياس، كما يمكن الإصابة به عند الزوجين واحد منهم غير مدخن عند ارتباطه بالزوج من شخص مدخن، وكذلك سرطان الرئة يمان يصيب غير المدخن عندما يكون موجود مع شخص مدخن.

3-8 الكحول:

الكحول وأنواعها تعتبر من أهم الأسباب المؤدية للإصابة بسرطان وخاصة إذا زادت الكمية كما قال (بن عبد الرحمن العقيل م، 2013) إن تناول الخمر لعدة سنوات وبكميات كبيرة قد تزيد من

نسبة الخطورة بالإصابة بأمراض سرطان الفم والحلق والمريء والحنجرة والكبد والثدي، فالمدمن على التبغ يكون أكثر تعرضاً لخطر الإصابة بمعظم هذه الأنواع، كما يرى (شليبي ر، ترجمة كوبر ج، 2004، ص: 80): «أن استهلاك الكحوليات بكمية كبيرة قد يؤدي إلى تليف كبدي مما يؤدي إلى زيادة نسبة الإصابة بسرطان الكبد وهذا نتيجة لزيادة في انقسام الخلايا بعد الضرر المزمن في الأنسجة».

3-9 مسرطنات بيولوجية:

إن إمكانية حدوث السرطان لها احتمال كبير بسبب فيروس أو بكتيريا وهذا ما قام بشرحه (الشرفاء ي، بدون تاريخ، ص: 20): «إن الفيروسات أو البكتيريا حيث تسبب في خلل في الخلية حتى تتحول إلى خلية سرطانية، من الأمثلة على الفيروسات (هيومان بابيلوما) حيث يتسبب في سرطان عنق الرحم، وفيروس الكبد الوبائي (هيباتيتزب) والذي يتسبب في سرطان الكبد وهو أكثر أنواع السرطان شيوعاً بين الرجال في المملكة العربية السعودية، ومن أنواع البكتيريا (هيليكو باكتر بيلوري) الذي يتسبب في سرطان المعدة».

4-أنواع السرطان:

توجد حوالي 100 نوع من أنواع السرطان عند البشر، وسوف نتحدث عن الأنواع لأكثرها انتشاراً ومنها ما يلي:

4-1سرطان الرئة:

إن السبب الرئيسي للإصابة بهذا النوع هو التدخين، فهو صغير الخلايا وسريع النمو والانتشار حيث تشير (سعادي و، 2009، ص: 32): « إنه عرف منذ عشرات السنين أن المدخنين يتعرضون بسهولة أكثر من غيرهم لسرطان الرئة».

وقد ازداد خطر الإصابة بسرطان الرئة مع ارتفاع نسبة تلوث الهواء، وهو أحد الأسباب الرئيسية لموت الرجال والنساء في معظم البلدان الصناعية وبدأت معدلاته تزداد تدريجياً في عدد من الدول الإفريقية والآسيوية».

4-2 سرطان الفم:

هو عبارة عن نسيج سرطاني ينمو في الفم وهو من أخطر الأمراض التي تصيب الجسم وتؤثر على مختلف الأعضاء الأخرى وهو من الأمراض النادرة لكنها خطيرة فحسب (الحسن أ، 2019، ص: 77): «يصيب الرجال أكثر من النساء، وأحيانا يسمى بسرطان تجويف الفم، وقد يصيب الشفاه أو اللثة أو اللسان أو قاع الفم وسقفه».

4-3 سرطان الدم:

هو سرطان يصيب كريات الدم البيضاء ويسمى أيضا ببياض الدم حيث عرفته (عيسى حسين كرسوع م، 2012، ص: 39): «أنه هو نوع من السرطان الذي تنمو فيه خلايا الدم البيضاء تتكاثر بصورة لا يمكن التحكم فيها ويسمى أيضا بمرض (ابيضاض الدم)، حيث تنمو خلايا الدم البيضاء الشاذة وتغزو الأنسجة والدم، ويتوقف معها نخاع العظم عن إنتاج الخلايا الطبيعية مما يؤدي إلى فقر الدم».

4-4 سرطان البنكرياس:

يعتبر من أشد الأنواع فتكا بالمصاب لما يسببه من أعراض مؤلمة حيث يرى (الحسن أ، 2019، ص: 77): «ينتشر سرطان البنكرياس (المعتكلة) في الأشخاص المدخنين بزيادة قدرة ثلاثة أضعاف بالنسبة لغير المدخنين، وهو يختار غالبا المصابين بالسكري عن غيرهم من الأشخاص الأصحاء».

4-5 سرطان الغدة اللعابية:

هذا النوع من السرطان نادر وحسب ما ذكره (رفاعي م، 2003، ص: 84): «تصيب الغدة النكفية في (في 75% من الحالات)، أو الغدة تحت الفك أو تحت اللسان، ومعظم هذه الأورام أورام سليمة وهي تحدث غالبا في النساء في سن مبكرة وتستمر أعراضها لمدة أطول بنسبة للأورام الخبيثة. والعرض الأول للمرض ظهور ورم بطئ النمو أمام الأذن أو تحت الفك سواء في الأورام السليمة أو الخبيثة، ويثير الألم وشلل العصب الوجهي في الحالات المتقدمة إلى طبيعة الورم الخبيثة».

4-6 سرطان القولون والمستقيم:

هو أحد أنواع السرطان التي تنشأ من القولون أو المستقيم بسبب نمو غير طبيعي في الخلايا التي لديها القدرة على الانتشار إلى أعضاء أخرى من الجسم حيث يشير (البدر ي، 2003) أن سرطان المستقيم يكون منتشر عند الرجال أكثر من النساء، وأما سرطان القولون يكون انتشاره عند النساء أكبر من الرجال، فهذا السرطان يستدعي العلاج الطبي لاستئصال الجراحي لجزء من الأمعاء الغليظة أو استئصالها بالكامل، فيعد استئصال الورم، بقطب طرف الأمعاء، وإذا استحال ذلك، تجرى جراحة في القولون لفتح شرح اصطناعي لإحداث ثقب في الجلد، لتركيبة كيس بلاستيكي، وبعد الجراحة تستخدم الأشعة والعلاج الكيميائي لمحاولة منع المرض من الانتقال.

4-7 سرطان الثدي:

سرطان الثدي هو السرطان الذي يتشكل في خلايا الثدي ويأتي بعد سرطان الجلد، قد يصيب الرجال والنساء، إلا أنه أكثر شيوعاً بين النساء وهذا ما تحدثت عليه (سعادي و، 2009) هو من أكثر السرطانات التي تصيب المرأة في المجتمعات الغنية، إلا أنه أقل من سرطان الرئة في نسبة حدوثه، وهو يظهر غالباً بعد سن الخمسين.

سرطان الثدي هو السرطان الذي أصبح منتشرًا مؤخرًا بشكل كبير حيث يرى (تايلور ش، ترجمة بريك و، 2008) أن سرطان الثدي هو السبب الأول عن الموت عند الإصابة بأمراض السرطان بين النساء الأمريكيات، فبرغم من أن 90% من جميع الحالات السرطانية يتم الكشف عنها من خلال الفحص الذاتي من خلال القيام بممارسات ذاتية لفحص الثدي لاكتشاف التغيرات، وفي العادة يتم فحص الثدي بواسطة لمس حوالي مرة في كل شهر، بعد عشرة أيام من حدوث الدورة الشهرية.

4-8 سرطان العين:

سرطان العين هو نمو لخلايا غير طبيعية والتي تكون كتلة في العين أو حولها وهذا ما تم ذكره من طرف (الموصلي م، الحيايالي ف، بدون تاريخ، ص: 75): «هذا السرطان نادر الحدوث، يصيب مقلة

العين أو الأنسجة الحاقية للعين أو الجفون و الملتحمة، وله أسباب وراثية، يعطي أعراضا في ازدواج النضر وجحوظ العين وهو بطئ النمو والانتشار».

4-9 سرطان المعدة:

هو نمو غير طبيعي للخلايا المبطنة للجدار الداخلي للمعدة وهو واحد من الأورام الخبيثة وهذا ما شرحه (الحسن أ، 2019، ص:78): «بواسطة الكشف بالمنظار أو بالأشعة السينية يمكن تشخيص نسبة كبيرة من حالات سرطان المعدة الأولي، ولا بد أن تؤخذ خزعة معوية وتعرض للفحص كي يتم تشخيص المرض».

4-10 سرطان العظام:

هناك نوعان لسرطان العظام فلا يمكننا أن نتكلم عن سرطان الأولي دون أن نتطرق السرطان الثانوي وعليه سوف نتطرق إلى ما جاء به (الشرفاء ي، بدون تاريخ، ص:27): «إن سرطان العظام الأولي الذي ينشأ في العظم ذاته وهو تضخم يظهر في أي جزء من العظم ويسمى ورم خبيث في النسيج الضام وهو عبارة عن سرطانات وتتكون وتسيطر على العظم والغضروف والعضلة أو النسيج الليفي أو النسيج الدسمة أو العصبية وسرطان العظام الثانوي هو السرطان الذي ينتشر من الموضع الأصلي للورم (الثدي، الرئتين... إلخ) إلى مكان آخر من الجسم، ويمكن أن تتجزأ الخلايا السرطانية عن الورم الأصلي وتنتقل عبر كامل الجسم عن طريق الدم أو الجهاز الليمفاوي، وعندما يحدث ذلك يمكن أن تلتصق بموضع جديد من الجسم وتبدأ بنمو محدثة أوراما جديدة في المكان الجديد».

4-11 سرطان الدماغ:

هو انقسام غير طبيعي لخلايا الدماغ سواء في المخ أو المخيخ أو الحبل الشوكي فالإصابة به متزايدة عند كبار السن وخصوصا من تجاوز سن الثمانين حيث شرح (البدري، 2003، ص/ص:565،566): «أنها تصيب غالبية أورام الدماغ أنسجة الدماغ ذاتها، وتسمى بالأورام الدبقية وهي تنقسم إلى أربعة أنواع رئيسية وهي:

1- الورم الدبقي متعدد الشكل، وهو ورم خبيث يصيب الأطفال والبالغين ويمكن أن

ينتشر بسرعة في المخ والمخيخ وعنق الدماغ والحبل الشوكي.

2- ورم الخلايا النجمية، وهو ورم يصيب الأطفال في المقام الأول، في المخيخ وعنق الدماغ.

3- ورم الرداء الفوقاني، وهو ورم آخر من الأورام التي تصيب الأطفال، وينمو في تجويف الدماغ.

ورم الخلايا الدبقية العصبية، وهو ورم بطيء النمو يصيب المادة البيضاء في الفص الأمامي ويصيب الأطفال البالغين».

5- أعراض السرطان :

إن مرض السرطان أعراضه تختلف من نوع لآخر باختلاف نوع السرطان، فالدليل الوحيد للإصابة أو عدم الإصابة به هي القيام بفحوصات الدورية الشاملة، ويكون السرطان قابل للشفاء عند اكتشافه مبكرا ومن بين هذه الأعراض التي جاءت بها (العش، 2019)

-أعراض محددة فهي بوجود عوامل مساعدة ترفع من احتمال الإصابة بالسرطان وهي تتمثل في العمر، التدخين، تناول الكحول، وجود تاريخ وراثي للإصابة بالسرطان، والتعرض لأشعة الشمس.

-خسارة ونقص الوزن بشكل كبير بدون وجود سبب واضح.

-الشعور بالتعب والإرهاق المستمر لفترات من الزمن، دون بذل جهد وهذا دليل على وجود اللوكيميا أو أنواع أخرى من السرطان.

إن المجتمع الأمريكي للسرطان ينصح بوجود سبعة علامات للإنذار المبكر لظهور السرطان، ويجب مناقشة هذه الأعراض عند ظهورها مع الطبيب، ولا تكتشف إلا بعد تقدم المرض، ومن بين هذه الأعراض الأكثر ظهورا لمرض السرطان التي ذكرها (أحمد يحيى، عبدالله، 2010، ص:74):

«تغييرا في الحالة الطبيعية للأمعاء والمثانة.

- وجود مواقع غير قابلة للالتئام.
- نزيفا دمويا أو إفرازات غير طبيعية.
- ظهور ورم أو تضخم بالثدي أو بأي جزء آخر.
- عسر هضم أو صعوبة في البلع.
- تغييرا واضحا في مظهر نتوء أو شامة الجلد.
- وجود كحة أو صوت مبجوح بشكل مستمر.»

هناك أعراض أخرى للسرطان تتشابه مع أعراض أمراض أخرى ومن بين هذه الأعراض التي جاءت بها (العش، 2010)

- نزول الدم لأسباب غير واضحة في البول أو البراز، فهي ليست بسبب الدورة الشهرية أو مرض البواسير، ولفترة زمنية تستدعي مراجعة الطبيب.
- فقر الدم غير المبرر أو لسبب واضح، هناك أسباب كثيرة لفقر الدم، منها نقص الحديد، وما لم يكن هناك سبب واضح لاستمرار فقر الدم، فإنه لابد من إجراء الفحوصات للتأكد.
- وجود كتل في الخصيتين، أو نتوء غير مريح على الخصية، أو وجود خصية متضخمة.
- وجود الكتل أو تضخم الغدد، فهذه الكتل لا تكون ضارة، فبعض الكتل تظهر وتختفي.
- تغيرات في الجلد، مثل تغير اللون إلى الأصفر فهو دليل على سرطان الكبد.
- تغير في لون الأظافر وشكلها، مثل ظهور بقع بنية على الأظافر، أو شحوب اللون.

ومن الأعراض الأكثر احتمالا لمرض السرطان التي جاءت بها (رزق ه، علامة م، بدون سنة، ص:19):

- «- ظهور خراجات غير قابلة للشفاء رغم المعالجة الطبية.
- تعرض الجسم لنزيف دموي زائد عن حده ومتواصل.
- اضطرابات وخلل في وظيفة الأمعاء والمثانة.

- حدوث اضطرابات في عملية الهضم تتحول إلى إمساك مزمن.
 - ضهور تقرحات بلعومية مرفقة بألم تحول دون التمكن من بلع الأطعمة.
 - تحسس أي ورم في الصدر أو الرقبة يظهر بشكل درنات صلبة مختلفة الأحجام، بدايتها غير مؤلمة.
 - تحول سريع وغير متوقع رغم التغذية السليمة.
 - تغيرات جلدية كضهور الثآليل والشامات التي يتضاعف حجمها مع مرور الوقت».
- هناك أعراض تظهر في مرحلة مبكرة، نتعرف من خلالها على مرض السرطان وهذه الأعراض قامت بذكرها (عيسى حسين كرسوع م، 2012، ص:23):

- «وجود صعوبة في التنفس والبلع.
 - أعراض مصاحبة لانتشار السرطان، مثل وجود آلام في منطقة أسفل الظهر وهذه الآلام تكون بسبب سرطان البروستاتا الذي انتشر لفقرات العمود الفقري».
- هناك أعراض أخرى عضوية (جسمية) التي تم ذكرها من طرف (سعادي و، 2009، ص:23):
- تساقط على مستوى الشعر، صداع، التعب، والوهن العام والحمى.
 - ضهور ألم كبير في المرحلة الأخيرة من المرض.
 - العضو المصاب فقدان لوظيفته.
 - انتشار الفيروس في خلايا جسم وتكاثره فيها بالبلايين.
 - انتفاخ وتورم في الخلايا».

6-تشخيص السرطان:

لتشخيص مرض السرطان في مراحله المبكرة يكون أفضل فرصة للتعافي، ففي التشخيص للطبيب دور كبير وهذا ما ذكره (خليل عبد القادر م، 2004، ص: 218): «أنه لتشخيص السرطان مثل أي مرض آخر يجب على الطبيب ملاحظة الأعراض، وحيث أن السرطان قد ينشئ في أي مكان بالجسم فإن الأعراض تختلف باختلاف المكان الذي بدأ فيه أولاً ثم مدى انتشاره في أماكن أخرى.

أثناء الفحص يأخذ الطبيب عينة من الدم والبول، كما أن هناك طرق فحص بالأشعة للعظام والكبد والطحال، كذلك تستخدم الأشعة بالكمبيوتر، وأيضا تأخذ عينة من الأنسجة المتوقع حدوث المرض بها لتحليلها ومعرفة إذا كانت الأورام الموجودة حميدة أو خبيثة، ويمكن بالتحليل أيضا معرفة إذا كان تكوين الورم في أوله وإمكانية استئصاله، أم أنه قد انتشر وأصبح من الصعب استئصاله».

أن وجود أعراض تشير إلى احتمال وجود سرطان فهنا الطبيب يحدد إذا كانت هذه الأعراض راجعة إلى وجود سرطان أم لا، كما يمكنه أن يطلب بعض الوسائل التي قام بذكرها (بن عبد الرحمن العقيل م، 2013)

أولاً: الفحوصات المعملية مثل فحوصات الدم والبول وغيرها من سوائل الجسم تساعد الأطباء على معرفة التشخيص، فوجود كميات كبيرة من بعض المواد قد يحذر بوجود سرطان.
ثانياً: الإجراءات التصويرية من خلال إجراء صور لمناطق الجسم تساعد الطبيب على معرفة إذا كان هناك ورم أم لا، ويمكن إنتاج تلك الصور بعدة طرق منها الأشعة السينية تتمثل في رؤية الأعضاء والعظام داخل الجسم، أو بالأشعة المقطعية حيث تقوم بالنقاط سلسلة من الصور المفصلة لأعضاء الجسم، أو بالأشعة النووية، أو التصوير بالموجات فوق الصوتية، أو التصوير بالرنين المغناطيسي أو بتصوير مقطعي بإصدار البوزيتروني.

ثالثاً: يكون بفحص النسيج (العينة) بواسطة أخذ الطبيب عينة من أجل تشخيص السرطان، فهنا يقوم بنزع عينة من النسيج وإرسالها إلى المعمل، وبعدها يقوم أخصائي علم الأمراض بفحص النسيج تحت المجهر، وهذه العينة تأخذ سواء بإبرة لسحب النسيج أو بمنظار داخلي الذي يستخدمه الطبيب ليرى بعض المناطق من الجسم وإمكانه أن ينزع نسيجا أو خلايا عن طريق هذا الأنبوب، أو بواسطة عملية جراحية تكون بنزع عينة كاملة أو جزء منها.

إن الجمعية الأمريكية لمكافحة السرطان حسب ما جاء في (www.webteb.com) توصي بإجراء فحوصات الكشف المبكر عن مرض السرطان للأشخاص ذوي عوامل خطر بدرجة متوسطة للإصابة بأنواع السرطان الأربعة التالية:

سرطان الثدي: يتم بالكشف عن النساء من العمر أربعين فما فوق.

سرطان عنق الرحم: يتم بالكشف عن النساء من العمر واحد وعشرون فما فوق أو بعد ثلاثة سنوات من الجماع الأول.

سرطان القولون: يتم بالكشف للرجال والنساء من خمسين سنة فما فوق.

سرطان غدة البروستاتا: يتم بالكشف للرجال من خمسين سنة فما فوق.

7- علاج السرطان:

إن علاج مرض السرطان أو منع انتشاره أو حتى القضاء عليه لديه عدة أنواع التي قد يقوم باستخدام البعض منها أو الكل أو واحد، وهذه العلاجات يقوم الطبيب بتقريرها وهي:

7-1 الجراحة:

العمل الجراحي له دور كبير في العلاج كما يرى (عبد النعيم أ، 2014 ص: 20): «كما تعتبر الجراحة من أقدم أنواع العلاج، فهي أكثر فعالية في الشفاء من السرطان، فبعض الأورام تفضل أن تعالج بالجراحة ولا تستجيب للعلاج بالعقاقير أو الأشعة».

في الجراحة تطور العلاج الطبي وهذا ما ذكره (جيمس ن، 2013) أن ابتكار الجراحين تقنيات أقل توغلا في الجسم مثل ثقب المفتاح وهذا من أجل إجراء جراحات دون عمل شقوق جراحية طويلة، واستئصال الأورام تعتبر إحدى الركيزتين اللتين يقوم عليهما علاج السرطان إلى جانب العلاج الإشعاعي.

قبل إجراء أي جراحة يرى (رفاعي م، 2003) إنه يجب القيام بفحوصات للمريض لمعرفة إذا كان الورم محددًا وبالتالي فإن إمكانية الشفاء كبيرة باستئصاله جذريا، أم أن هناك انتقالات ورمية بعيدة، ويجب التأكد من طبيعة الورم الخبيث بأخذ خزعة منه وفحصها نسيجيا.

كل علاج له آثاره الجانبية كما يشير (بن عبد الرحمن العقيل م، 2013) أن الجراحة تتوقف على حجم الورم، وعلى نوعية العملية، حيث أن وقت المحدد للشفاء يختلف من شخص لأخر ومن نوعية جراحة لأخرى ومن الطبيعي أن تشعر بالتعب لبعض الوقت.

عند نهاية العلاج قد تكون العملية الجراحية ناجحة أو غير ناجحة كما وصف (كوبرج، ترجمة شلبي ر، 2004) أحيانا قد يفشل المفعول بسبب انتشار المرض بشكل كبير مثل الانتشار إلى مناطق نائية في جسم المريض أو الغزو الكامل لبعض الأعضاء، وحتى إذا كانت العملية الجراحية ناجحة، قد تؤدي إزالة الورم إلى تشويه شكل الجسم وهذه النتائج لها أثر على المريض وعائلته.

7-2 العلاج الكيماوي:

يعد العلاج الكيماوي أفضل الوسائل الفعالة لمعالجة السرطان وهذا ما تطرق إليه (بن عبد الرحمن العقيل م، 2013) يستخدم فيه العقاقير لقتل الخلايا السرطانية والعلاج الكيماوي يتلقاه المريض عن طريق الفم أو الوريد، فالمريض يتلقى العلاج لمدة يوم أو أكثر، وبعدها يمرون بفترة نقاهة لعدة أسابيع أو أيام قبل جلسة العلاج، فبعض العقاقير تؤثر على الخصوبة، فمن خلالها تعجز النساء عن الحمل والرجال عن الإخصاب، فللعلاج الكيماوي آثار جانبية، فعادة ما يتمكن الطبيب من التحكم فيها أو معالجتها.

العلاج بالأدوية هو إحدى الوسائل العلاجية لمكافحة السرطان حيث يعتبر (كوبرج، ترجمة شلبي ر، 2004) إن علاج السرطان بالجراحة أو الأشعة كان ناجح، وهذه الطرق كثيرا ما يعتمد على مدى انتشار السرطان إلى مناطق نائية بالجسم، ففي وقت تشخيص المرض يوجد سرطان منتشر، فهذه الخلايا المنتشرة عند وجودها يقلل من نجاح العلاج المحلي لهذا يستلزم استعمال أدوية كيميائية من أجل قتل الخلايا السرطانية المنتشرة في الجسم، فالأدوية الكيميائية تعتبر مثلها مثل الإشعاعات تقوم بقتل خلايا سريعة الانقسام قد تكون خلايا سليمة أو خلايا سرطانية والخلايا التي تكون الشعر وخلايا الدم النابعة من نخاع العظمى والخلايا المبطننة للأمعاء الدقيقة.

العلاج الكيماوي لديه ميزات عديدة فالميزة الرئيسية التي تحدث عنها (عبد النعيم أ، 2014) أن لديه القدرة على معالجة الأورام المنتشرة والمنتقلة، كما أن فعاليته المتميزة تعود إلى حقيقة أن الخلايا السرطانية هي أكثر حساسية وأشد تأثرا من الخلايا الطبيعية ويتم تناول العلاج الكيماوي عن طريق

الفم متمثل في سوائل أو أقراص أو كبسولات، أو عن طريق الحقن متمثل في حقنة الظهر أو في شريان رئيسي، أو حقن تحت الجلد، أو عن طريق القسطرات.

3-7 العلاج الإشعاعي:

العلاج بالأشعة هو شكل من أشكال العلاج الموضعي وهو أداة مهمة لعلاج السرطان حيث قال (رفاعي م، 2003) أن المعالجة الشعاعية هي السلاح الثاني الممكن استعماله ضد مرض السرطان، حيث أنه يختلف تأثير الخلايا المختلفة في الورم الواحد، وباختلاف المنشئ يختلف تأثير الأورام بالأشعة، فالأورام تتميز بسرعة الانقسام وهنا تعتبر الأورام الغير متميزة أكثر حساسية من الأورام البطيئة، ويمكن استعمال هذه الوسيلة في معالجة نوع وحجم أو موقع الورم، ويمكن استعمالها بالإضافة إلى وسائل أخرى كتطبيق الأشعة لورم غير قابل للاستئصال من أجل جعله قابل للاستئصال الجراحي أو إنقاص حجمه ويمكن اللجوء إلى هذا العلاج من أجل تخفيف الأعراض الموضوعية في الأورام المنتشرة والتي تكون غير قابلة للاستئصال مثل أورام الرئة والثدي والتخفيف من الألم الناتجة عن الانتقالات العظمية.

يستخدم حزم إشعاع مركزية لقتل الخلايا السرطانية ومن الوسائل التي تستخدم في العلاج الإشعاعي حسب ما قاله (خليل عبد القادر م، 2004) هي أشعة X للحد من الورم وانتشاره ولكن يجب الحذر الشديد عن استخدامها حتى لا تؤثر على الخلايا الأخرى السليمة المحيطة بالورم.

العلاج الإشعاعي عالج الكثير من أنواع السرطانات من خلال ما قام بشرحه (كوبر ج، ترجمة شلبي ر، 2004) أنه كان يفضل كبدل عن الجراحة في علاج الأورام المحلية باستعمال الأشعة من أجل علاج بعض الحالات، ويقوم بعلاج أورام موجودة في أماكن يصعب علاجها بالجراحة مثل سرطان الجلد الموجود في قمة الأنف أو منطقة جفن العين ومنطقة الفم وسرطان الرحم، فهذا العلاج يتم تطبيقه في العمليات الجراحية الصغيرة بدلا من الكبيرة مثل سرطان الثدي عندما يكون في المرحلة المبكرة لا يحتاج الأمر إلى إزالة الثدي كله باستعمال الجراحة فبدل من ذلك يتم إجراء جراحة صغيرة لإزالة الورم الأصلي فقط، وبعد ذلك تستعمل الأشعة من أجل قتل الخلايا السرطانية المتبقية، وكذلك سرطان الخصية يمكن تطبيق الجراحة وبعدها يأتي العلاج بالأشعة.

4-7 العلاج المناعي:

العلاج المناعي واسمه أيضا العلاج الحيوي، يعتبر من الطرق الحديثة لعلاج الأورام، فهذه الطريقة تعتمد على إيجاد طرق لزيادة فعالية وسائل المناعة في الجسم لمقاومة السرطان ومعالجته حيث يرى (رفاعي م، 2003) إنه يمكن تحقيق ذلك من خلال وسائل مباشرة ووسائل غير مباشرة فهذه الأخيرة تحرض نشاط آلية المناعة بصورة عامة في البدن، ويجب توفير بعض الشروط منها أن يكون الجسم قادرا على تشكيل أجسام المناعة، وأن تكون كتلة الورم صغيرة، ففي الوسائل المباشرة من خلال إيجاد أجسام مناعة في البدن لها تأثير خاص ضد ورم معين، أو نقل هذه الأجسام المناعية من شخص شافي من الورم إلى شخص مصاب بنفس ذلك المرض.

يعتبر هذا السلاح أحدث الأسلحة في مكافحة السرطان من خلال ما وصفه (عبد النعيم أ، 2014) هو علاج بتوظيف أليات عمل الجهاز المناعي المختلف، خصوصا أليات رفع معدلات إنتاج الخلايا المناعية وتعزيزها، بغية تحفيز جهاز المناعة، سواء لمقاومة الأمراض ومكافحة العدوى، أو لتدمير الخلايا السرطانية باعتبارها خلايا عدوة وتدميرها.

5-7 العلاج الهرموني:

يستخدم هذا العلاج في للأورام المعتمدة على الهرمونات فهذا العلاج لا يوائم جميع المرضى، وهذا ما ذكره (رفاعي م، 2003) أنه يقوم على أساس تغيير الوسط الهرموني الذي تنمو فيه الخلايا الورمية بحيث أن سرطان البروستات الذي ينمو في وسط تكون فيه الهرمونات المذكورة سائدة على الهرمونات المؤنثة وكذلك بعض حالات سرطان الثدي حيث تسود الهرمونات المؤنثة على المذكورة، وقد أمكن الاستفادة من هذه الظاهرة في التخفيف العلاجي لهذه الأورام.

هناك أنواع معينة من السرطان تتأثر بألية عمل الهرمونات في الجسم مثل سرطان الثدي والبروستات فحسب (كوبر ج، ترجمة شلبي ر، 2004) يصبح التحكم في الهرمونات الموجودة في الجسم وسيلة فعالة في علاج بعض أنواع السرطان، بحيث إن وضايف هرمون الأستروجين حث خلايا الرحم والثدي على الانقسام فبوجود كميات كبيرة من الأستروجين بعلاج سرطان الثدي من خلال منع هرمون الأستروجين من التفاعل بجزيئات الاستقبال الموجودة على سطح خلايا الثدي وفي غياب

هذه الجزيئات لا يمكن تطبيق العلاج بالتاموكسفين، فبرغم من هذه الأخيرة لها تأثيرات الناتجة من الأدوية الكيميائية التي تقوم بتوقف انقسام الخلايا دون أن تميز بين الخلايا السرطانية والخلايا السليمة.

6-7 زرع نخاع العظم:

هو عملية استبدال نخاع المريض بنخاع صحي من المريض نفسه أو من متبرع حيث يشير (عبد النعيم أ، 2014) أن وظيفته تتمثل في إنتاج خلايا الدم، فبسبب إجراء عمليات زرع النخاع العظمي عندما يصبح هذا الأخير عاجزا عن أداء وظائفه وإنتاج خلايا الدم، سواء نتيجة تضرره بسبب السرطان الذي يجعله منتجا لخلايا ورمية أو منتجا لإعداد ضئيلة من خلايا الدم، وهذا من أجل القضاء على الخلايا السرطانية.

7-7 العلاج الموضعي:

يهتم هذا العلاج بمكان واحد من الجسم حسب ما قاله (بن عبد الرحمن العقيل م، 2013) يعمل على إزالة الخلايا السرطانية أو تدميرها في موضع واحد فقط من الجسم، فعملية إزالة ورم ما جراحيا تعد علاجا موضعيا، كما أن الشعاع الذي يقلص الورم أو يدمره يعد أيضا علاجا موضعيا.

خلاصة الفصل:

نستخلص من خلال عرضنا في هذا الفصل أن السرطان مرض خطير يهدد كيان الإنسان، فلهذا الورم الخبيث أسباب عديدة للإصابة به، إلا أن السبب الرئيسي لم يتم التوصل إليه إلى يومنا هذا بالرغم من كل المجهودات المبذولة، والطرق المستعملة في العلاج الطبي وحدها غير كافية بل يجب أن يضاف إليها العلاج النفسي والمساندة النفسية من طرف العائلة والمحيط الاجتماعي.

الجانب المنهجي

الفصل الثالث: منهجية البحث وإجراءاته

تمهيد

1- منهجية البحث.

2- حدود البحث.

3- مجموعة البحث.

4- أدوات البحث.

5- الدراسة الاستطلاعية.

خلاصة البحث

تمهيد:

بعد انتهائنا من عرض الجانب النظري نأتي الآن لعرض الجانب التطبيقي الذي يتمثل في الإجراءات المنهجية وهو يشمل جميع الخطوات التي قمنا بها أثناء إجراء البحث، فكل دراسة منهج تعتمد عليه من أجل التوصل إلى الإجابة عن الإشكالية المطروحة، ونضرا لطبيعة مشكلتنا تبين أنه من المناسب استخدام المنهج العيادي.

1-منهجية البحث:

1-1تعريف المنهج:

إن المنهج كما ذكر (سرحان علي المحمودي م، 2019، ص: 35): «يقصد بالمنهج الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة موضوع ما، هو أسلوب للتفكير والعمل يعتمد على الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة».

أما تعريفه حسب (عبد الكريم م، بدون سنة، ص: 77): «وفي الحقيقة يمكننا القول بأن المنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة وأن العلم الذي يبحث في هذه الطرق هو علم مناهج البحث».

فسبب اعتمادنا على المنهج العيادي ودراسة الحالة لأنه يتناسب مع دراستنا هذه.

1-1-1-تعريف المنهج العيادي:

إن المنهج العيادي كما تطرق (الدليمي ع، صالح ع، 2014، ص/ص: 317، 318): «هو ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يتناول بالدراسة والتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم اختلافا كبيرا عن غيرهم من الناس، مما يدعو إلى اختبارهم إذا كانوا غير أسوياء أو منحرفين وذلك بقصد مساعدتهم في التغلب على مشكلاتهم وتحقيق تكييف أفضل لهم».

1-1-2-دراسة الحالة:

إن دراسة حالة من خلالها نستطيع أن نختبر مواقف وجماعات وأشخاص ومن الممكن أن يصل الباحث إلى تعميمات عن طريق دراسة عدد من الحالات كما تطرق إليه (إبراش إ، 2009، ص: 161): «دراسة الحالة هو بحث متعمق في العوامل المعقدة والمتعددة والتي تسهم في تشكل وحدة اجتماعية ما، وذلك بالاستعانة بأدوات البحث الضرورية لتجميع البيانات».

1-2 الخلفية النظرية:

وعليه الخلفية النظرية التي اعتمدنا عليها في بحثنا هي المعرفية كونها تتوافق مع موضوع بحثنا.

2-2 حدود البحث:

1-2-1 الإطار المكاني:

مركز مكافحة السرطان بولاية البويرة.

2-2-2 الإطار الزمني:

سنة 2021-2022.

3-3 مجموعة البحث:

1-3-1 شروط انتقاء مجموعة البحث:

- أن تكون مجموعة البحث التي قمنا باختيارها تتكون من فئة الراشدين.

- والمرض هو مرض السرطان.

- أن تكون أعمارهم تتراوح بين (35-49) سنة.

2-3-2 خصائص مجموعة البحث:

إن عنصر خصائص مجموعة البحث يتكون من عدة عناصر منها الاسم المستعار بالنسبة للحالة ومنه والحالة الاجتماعية إن كان متزوج أو لا إن كان له أطفال ومستواه الاقتصادي إن كان جيدا أم سيئ، ومستواه الدراسي:

- الاسم المستعار.

- السن.

- الحالة الاجتماعية.

- المستوى الاقتصادي.

-المستوى الدراسي.

-الحالة الاجتماعية.

4- أدوات البحث:

4-1 المقابلة العيادية:

عرفها (عبيدات م، وآخرون، 1999) إن المقابلة هي عبارة عن حوار بين الباحث وشخص أو أشخاص آخرين من أجل الوصول إلى حقيقة أو موقف معين، فالباحث يسعى من أجل تحقيق أهداف الدراسة، بينما يعرفها (عبيدات ذ، وآخرون، 2015) المقابلة هي أداة هامة للحصول على المعلومات، كما أنها تمكن الباحث من إقامة علاقة ثقة ومودة مع المفحوص من أجل الوصول إلى المعلومات المطلوبة، كما أنها تمكن الباحث من دراسة وفهم التعبيرات النفسية للمفحوص ومعرفة مدى تأثيره بالمعلومات التي يقدمها.

كما يشير (عليان ر، غنيم ع، 2000، ص: 102): «المقابلة عبارة عن حوار يدور بين الباحث (المقابل)، والشخص الذي تتم مقابلته (المستجيب)، ويبدأ هذا الحوار بخلق علاقة وثام بينهما، ليضمن الباحث الحد الأدنى من تعاون المستجيب، ثم يشرح الباحث الغرض من المقابلة، وبعد أن يشعر الباحث بأن المستجيب على استعداد للتعاون، يبدأ بطرح الأسئلة التي يحددها مسبقاً، ثم يسجل الإجابة بكلمات المستجيب».

كما يرى (صالح ع، ٢٠١٤، ص: 144): «عبد الغفار 2002: نوع من المحادثة بين المريض والاختصاصي النفسي الإكلينيكي في مواقف مواجهة، حسب خطة معينة غايته الحصول على معلومات سلوك المريض والعمل على حل المشكلات التي يواجهها، ولإسمها في تحقيق توافقه الشخصي، وبناء على ذلك تصاغ الأسئلة التي تهدف إلى الحصول على المعلومات المتمثلة في تاريخ وخصائص شخصية المريض وطبيعة المشكلة المطروحة».

4-2- الملاحظة العيادية:

كما قال (عليان ر، غنيم ع، 2000، ص: 112): «الملاحظة عبارة عن تفاعل وتبادل المعلومات بين شخصين أو أكثر، أحدهما الباحث والأخر المستجيب أو المبحوث، لجمع معلومات محددة حول موضوع معين، ويلاحظ الباحث أفعالها ردود فعل المبحوث».

يعرفها (صالح ع، 2014) تعتبر الملاحظة العيادية أداة من الأدوات التشخيصية لها درجة عالية من الثبات والثقة، ويمكن الاعتماد عليها في الوصول لحقائق واقعية عن العملاء وفي رصد سلوكياتهم، فهي الطريقة المنضمة التي يحاول من خلال المختص أن يجمع معلومات عن سلوك معين وتسجيل ذلك السلوك.

4-3- المقابلة نصف موجهة:

يرى (إبراش إ، 2009، ص: 268): «وفيها يكون الباحث على علم مسبق بشيء من الموضوع ويريد أن يستوضح من المبحوث، وفيها يدعى المستوجب للإجابة على نحو شامل بكلماته وأسلوبه الخاص على موضوع البحث، يقوم هذا الأخير بطرح سؤالاً توضيحياً على المبحوث حتى يتمكن المستوجب من إنتاج حديث حول هذا الجزء من الموضوع.

ويتضمن دليل المقابلة نصف الموجهة الذي أعدناه المحاور التالية:

المحور الأول: العلاقة مع المحيط

الهدف منه معرفة المعاملة الأسرية والاجتماعية مع المصاب.

المحور الثاني: الحالة المرضية

الهدف منه الكشف على صحة المريض (السرطان).

المحور الثالث: الحالة النفسية

الهدف منه الكشف عن قلق الموت.

المحور الرابع: النضرة المستقبلية

الهدف منه معرفة نضرة المريض حول المستقبل وأمنيته.

4-4- مقياس قلق الموت:

4-4-1- تعريف مقياس قلق الموت:

(عبد الخالق أ، 1987) إن مقياس قلق الموت هو عبارة عن مقياس مترجم إلى عدة لغات منها العربية واليابانية والإسبانية والهندية، وهو عبارة عن استبيان يضم مجموعة من الأسئلة لجمع بيانات متعلقة بقلق الموت، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي "دونالد تمبلر"، وقد أستخدم في عدد كبير من البحوث التي أجريت على عينات من الذكور والإناث من ثقافات مختلفة متفاوتة الأعمار من 16 إلى 85 سنة، كما اهتم بعد كبير من المتغيرات منها السن والجنس...، لذا فهو يعتبر من أكثر المقاييس انتشارا في البحوث، بحيث طبق هذا المقياس لأول مرة سنة 1970.

4-4-2- خصائص السيتومترية للمقياس:

(زعتن ن، 2009، ص:91): «بدأ تكوين الاختبار بوضع 40 بندا تم اختيارهم على أساس منطقي كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت وهي عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة والجثث والدفن ثم مر المقياس بمراحل متتابعة حتى وصل إلى 15 بندا وهي الصورة النهائية للمقياس ويحتوي المقياس على (9) بنود تصحح ب "نعم" و (06) تصحح ب "لا" وقد اتضح بأن وجهة الاستجابة للموافقة تستوعب قدرا قليل من التباين في هذا المقياس وقيست هذه الوجهة بمقياس (كوش كيستون) الذي يعتبر أفضل مقياس مختصر يتكون من 15 بندا لوجهة الاستجابة بالموافقة، وقد أوضحت دراسة "تمبلر" عدم وجود ارتباط جوهري بينهما وبين مقياس وجهة الاستجابة المتعلقة بالجاذبية الاجتماعية كما تقاس بمقياس (مارلو كراون)».

4-4-3- اثبات الاختبار:

(قواجلية أ، 2013، ص:65): «لقد قام عبد الخالق بترجمة مقياس قلق الموت إلى العربية وطبقت النسختان (العربية والإنجليزية) معا مع عينة من طلاب مصريين (بقسم اللغة الإنجليزية إلى 0،87 بالنسبة للذكور والإناث (ن=43)، وهذا حسب ثبات إعادة الاختبار بالصورة العربية، وكان الفاصل الزمني بين الاختبار وإعادته أسبوعيا واحد في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى 0،70 بالنسبة للذكور (ن=44)، و 0،73 بالنسبة للإناث (ن=56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة».

4-4-4-4 صدق الاختبار:

(زعتن، 2009، ص:92) «لقد قام "تمبلر" بتقدير صدق المقياس مستخدماً عدة طرق منها مقارنة درجات المرض في المجال السيكاتري ممن قرروا أنه لا يوجد لديهم قلق الموت، وقد استخرجت فروق جوهرية بين درجات الفريقين، مما يشير إلى صدق المقياس، كذلك الارتباط الجوهري المرتفع بين هذا المقياس ومقياس "بوبار" للخوف من الموت، وكذلك الارتباط الجوهري السلبي بمقياس قوة الأنا "ك" من قائمة (مينيسويوتا)».

4-4-4-5 طريقة تصحيح وتطبيق الاختبار:

(قواجلية أ، 2013، ص/ص:66،67): «يمكن تطبيق مقياس "تمبلر" فردياً أو جماعياً، تحتوي كراسة الأسئلة على التعليمات التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

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

-إذا كانت العبارة خاطئة أولاً تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5-الدراسة الاستطلاعية:

للدراسة الاستطلاعية أهمية كبيرة في مساعدة الباحث، حيث الهدف منها هو القيام ببحث مصغر واختيار عناصر البحث وجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حيث يعرفها (رزقي رشيد، 2019، ص: 127): «هي دراسة كشفية للتعرف على الظروف التي يتم فيها إجراء البحث، إذن الدراسة الاستطلاعية هي عبارة عن عملية كشف الظروف المحيطة بالظاهرة وكشف جوانبها وأبعادها».

إن مجموعة البحث غير متوفرة، وذلك بسبب الرفض الذي قابلته الباحثة عند قيامها بالبحث عن حالات الدراسة في عدة مؤسسات استشفائية، لأسباب مختلفة وأهمها الظروف الصحية لجائحة كورونا التي كانت أكبر عائق للقيام بالدراسة الميدانية.

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل قمنا بعرض المنهج المتبع في البحث، وشرح كل خطوات البحث وتفسير اختيار التوجه إلى الدراسة الأساسية، كما تطرقنا إلى حدود البحث المكانية والزمانية ومجموعة البحث، والفصل في الأدوات المستعملة وتبرير لاختيارها، بالإضافة إلى عرض كيفية تطبيق وتصحيح لمقياس قلق الموت لتمبلر، وذلك بغية الوصول إلى نتائج موضوعية قابلة للتحليل والمناقشة.

الفصل الرابع: عرض وتحليل النتائج

تمهيد

-عرض النتائج.

١-تقديم الحالة.

2-عرض وتحليل نتائج المقابلة.

3-عرض وتحليل نتائج الاختبار.

4-خلاصة نتائج الحالة.

مناقشة النتائج.

المناقشة العامة

الاستنتاج العام

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد التعرف على الإجراءات المنهجية التي اعتمدنا عليها، سنقوم بعد ذلك بعرض وتحليل النتائج ومناقشتها، كما سنتطرق إلى عرض نتائج مقياس قلق الموت المطبق على مجموعة من الراشدين، ويكون الهدف من كل هذا هو الإجابة عن فرضية البحث، ونضرا للظروف الصحية التي يواجهها العالم اليوم وبلدنا خاصة، فتعذر علينا القيام بهذا الجانب، وعليه سنكتفي بعرض أهم النقاط التي كنا سنتطرق إليها في هذا الفصل.

عرض النتائج:

1-تقديم الحالة:

في هذا العنصر سنقوم بتقديم المعلومات الشخصية، الاسم، السن، الجنس، كذلك تاريخ الحالة، مع نوع ومدّة الإصابة بالمرض، كما سنذكر المستوى الدراسي والاقتصادي والحالة الاجتماعية هل هي متزوجة أو عزباء، لكل حالة من الحالات التي قمنا بتقديمها.

2-عرض وتحليل نتائج المقابلة:

نقوم بتحليل محتوى ومعطيات دليل المقابلة.

3-عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت:

في هذا العنصر من البحث سنقوم بتقديم نتائج الحالات واحدة تلو الأخرى بعد أن تم التطبيق وتحليل اختبار قلق الموت، وعلى هذا الأساس سنعرض محتوى منتج المفحوص حول الاستبيان التي تم تقديمه له، لقياس درجة حدته إن كانت مرتفعة أو منخفضة أو متوسطة.

4-خلاصة نتائج الحالة:

في هذه المرحلة سوف نقوم بعرض حوصلة للمراحل السابقة مع التحليل لكل حالة والتي نعتمد فيها على النتائج التي قدمها المبحوث خلالها تحليلنا لمقياس قلق الموت ودليل المقابلة، ثم بعد هذا سنقوم بالانتقال إلى الحالة الثانية بنفس الطريقة حتى نكمل جميع الحالات.

مناقشة النتائج:

وهي تناقش كل النتائج المتوصل إليها من الدراسة على ضوء ما تطرقنا عليه في الإطار النظري من الأهداف التي سعينا لتحقيقها والمنهج والأدوات المستعملة لتحقيقها.

المناقشة العامة:

وهي تناقش كل النتائج المتوصل إليها من الدراسة على ضوء ما تطرقنا عليه في الإطار النظري من الأهداف التي سعينا لتحقيقها والمنهج والأدوات المستعملة لتحقيقها.

الاستنتاج العام:

في هذا العنصر من البحث نقوم بدراسة فرضيتنا من حيث مدى صحتها أو نفيها، وإن تحققت أم لا كما نقوم بمقارنة نتائج المتوصل إليها بالدراسات السابقة التي تم توظيفها في الجانب النظري.

حيث يعتبر الاستنتاج العام من أهم مراحل الدراسة والغاية المنشودة من البداية، لذا وبعد قيامنا بدراسة الحالات وعرضها وتحليلها نقوم بدراسة الفرضية المتمثلة في أن السرطان عند الراشد يؤدي الى ظهور حالات قلق الموت بحيث تأكد وتتفي.

خلاصة البحث:

إن موضوع السرطان يعتبر من المواضيع الحساسة، لما يسببه من عذاب كبير للمريض والمحيطين به وذلك نتيجة الآلام النفسية والجسدية التي ترافقه، ففكرة هذا الموضوع كانت من أجل التعرف أكثر على الحالة النفسية لمريض السرطان والرغبة الشخصية في التقرب من هذه الفئة ومعرفة المزيد عنها باعتبار أن موضوع السرطان يدخل ضمن اهتمامنا.

فعند القيام بأي بحث يواجه الباحث صعوبات وعراقيل كثيرة تعيق طريقه، ومن بين الصعوبات التي وجهتها خلال قيامي بالدراسة، هي صعوبة في إيجاد مراجع حول موضوع الدراسة في كلا المتغيرين خاصة متغير قلق الموت كونه موضوع جديد ولم يتم التطرق إليه بصورة كافية، كما أنني واجهت ظروف خاصة وظروف عامة فهذه الأخيرة واجهت كل طلبة منها جائحة كورونا التي كانت أكبر عائق للقيام بالدراسة الميدانية و صعوبة وجود عينة البحث من أجل تطبيق المقياس المستخدم عليها، أما الظروف الخاصة هي أنني في فترة إجرائي للدراسة التي بعنوان قلق الموت عند الراشد المصاب بالسرطان كنت في أيامي الأخيرة من وضع جنيني هذا ما دفعني إلى عدم الالتحاق بالجامعة فكانت من أكبر الصعوبات.

ففي الأخير أطلب من الباحثين الذين يأتوا من بعدنا أن يقوموا بالتطبيقي مثل متطرقنا إليه نحن، من أجل التأكد من صحة الفرضية، وإذا حالفنا الحض وأكملنا دكتوراه سوف نتطرق لهذا الموضوع من كل جوانبه من أجل أن نتحقق من صحة الفرضية.

قائمة المصادر والمراجع

الموسوعات:

1. يوسف البدر(2003)، موسوعة الغذاء الواقي من السرطان، الطبعة الأولى، شركة المطبوعات للتوزيع والنشر، بيروت، لبنان.

الكتب:

2. إبراهيم خليل إبراهيم (2008)، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
3. أبو الفدك محمد عزت محمد عارف (دون سنة)، عالج نفسك من القلق والتوتر، دار الاعتصام.
4. أحمد عبد الهادي شاهين (2000)، مشكلة القلق عند الشباب وكيف عالجه الإسلام، الطبعة الأولى، بدار الكتب المصرية.
5. أحمد محمد عبد الخالق (1987)، قلق الموت، علم المعرفة، الكويت.
6. أحمد يحيى عبد النعيم(2014)، قلق الموت من السرطان، الطبعة الأولى، المكتب العربي للمعارف، مصر الجديدة، القاهرة.
7. الأزرق بن علو(2003)، كيف تتغلب على القلق وتتعلم بالحياة، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة.
8. أسامة فاروق مصطفى (2011)، مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
9. إكرام العيش (2019)، العيش مع السرطان ممكن وليس مستحيلا، دار الخليج للنشر والتوزيع، عمان.
10. إيزاك م. ماركس، ترجمة عثمان نجاتي (دون سنة)، لتعايش مع الخوف فهم القلق ومكافحته، دار الشروق.
11. بطرس حافظ بطرس (2007)، التكيف والصحة النفسية للطفل، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

12. جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي (2018)، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر، الطبعة الأولى العلم والايمان للنشر والتوزيع العمارة الاسكندرية.
13. جيفري كوبر، ترجمة رفعت شلبي (2004)، السرطان دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج، الطبعة الأولى، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
14. حامد عبد السلام زهران (2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الرابعة، عالم الكتاب، نشر، توزيع، طباعة، القاهرة.
15. خولة أحمد يحيى، أيمن يحيى عبد الله (2010)، التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
16. ذوقان عبيدات، وآخرون (2015)، البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه، الطبعة السابعة عشر، دار الفكر ناشرون وموزعون، المملكة الأردنية الهاشمية، عمان.
17. ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم (2000)، مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
18. سهير كامل أحمد (دون سنة)، الصحة النفسية والتوافق، الاسكندرية.
19. شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش بريك (2008)، علم النفس الصحي، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
20. عبد الحميد محمد شانلي (1999)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الاسكندرية.
21. عبد الستار ابراهيم (دون سنة)، القلق قيود من الوهم، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
22. عبد الفتاح الخواجة (2010)، مفاهيم أساسية في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، دار البداية ناشرون وموزعون، عمان.
23. عبد الله عسكر (2005)، الاضطرابات النفسية للأطفال، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
24. عصام حسن الدليمي، علي عبد الرحيم صالح (2014)، البحث العلمي أسسه ومناهجه، الطبعة الأولى، دار الرضوان للنشر والتوزيع، عمان.

المصادر والمراجع

25. علي عبد الرحيم صالح (2014)، علم النفس الشواذ الاضطرابات النفسية والعقلية، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
26. قاسم حسين صالح (2015)، الاضطرابات النفسية والعقلية، نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها، الطبعة الأولى، دار دجلة للنشر والتوزيع، عمان.
27. كوام مكنزي، ترجمة هلا أمان الدين (2013)، القلق ونوبات الذعر، دار المؤلف، الرياض.
28. لطفي عبد العزيز الشريبي (دون سنة)، كيف تتغلب على القلق المشكلة والحل، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
29. -ماجدة سيد عبيد (2015)، الاضطرابات السلوكية، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
30. مجدي أحمد محمد عبد الله (2000)، علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، دار المعرفة الجامعية.
31. محمد الغريب عبد الكريم (دون سنة)، البحث العلمي التصميم والمنهج والاجراءات، الطبعة الثانية، المكتب الجامعي الحديث، اسكندرية.
32. محمد بن عبد الرحمن العقيل (2013)، كل ما تريد أن تعرفه عن السرطان، الطبعة الأولى الجمعية الخيرية لمكافحة السرطان.
33. محمد حسن غانم (2006)، الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
34. محمد سرحان علي المحمودي (2019)، مناهج البحث العلمي، الطبعة الثالثة، مكتبة الوسطية للنشر والتوزيع، صنعاء.
35. محمد عبيدات، وآخرون (1999)، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع.
36. مروان رفاعي (2003)، السرطان مرض قابل للشفاء، الطبعة الأولى، شعاع للنشر والعلوم المحافظة، القاهرة.
37. مضفر الموصللي، فاطمة الحيايالي (دون سنة)، العلاج الكيميائي والنباتي لمرضى السرطان، دار اليازوري للنشر والتوزيع.

المصادر والمراجع

38. معصومة سهيل المطيري (2005)، الصحة النفسية مفهومها، اضطراباتها، الطبعة الأولى، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.
39. منى خليل عبد القادر (2004)، التغذية العلاجية، الطبعة الثانية، مجموعة النيل العربية، القاهرة.
40. موشي زيدنر، ترجمة معتز سيد عبد الله (2016)، القلق، عالم المعرفة المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
41. نيكولاس جيمس (2013)، السرطان مقدمة قصيرة جدا، الطبعة الأولى، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، القاهرة جمهورية مصر العربية.
42. هناء ابراهيم صندقلي (2016)، اضطراب أم مرض نفسي، أسباب، عوارض، علاج، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
43. هناء أحمد شويخ (2007)، أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية، الطبعة الأولى، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر الجديدة، القاهرة.
44. هيام رزق، معصومة علامة (دون سنة)، أسرار الشفاء من السرطان، الطبعة الأولى، دار القلم للطباعة والنشر والتوزيع.
45. يوسف أحمد الشرفاء (دون سنة)، الوقاية من أمراض السرطان والتخلص من سموم الجسم بطريقة الشاولين الصينية، دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع.

الدراسات العلمية:

1. أحمد ابراهيم محمود الحسن (2019)، معالجة موضوعات السرطان في الصحف الأردنية اليومية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الاعلام، جامعة اليرموك.
2. أريج خليل محمد القيق (2016)، قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة النفسية والمجتمعية، جامعة غزة.
3. أية قواجلية (2012)، قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة بسكرة.

المصادر والمراجع

4. حسين ذهبية (2012)، قلق المستقبل لدى الفتاة العانس وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الارشاد والصحة النفسية، جامعة الجزائر (02).
5. حياة تيسير شعبان بسيسو (2006)، بناء برنامج ارشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق، وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان في الأردن، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الارشاد النفسي، جامعة عمان.
6. -دلال موسى قويدر (2008)، الخوف من سرطان الدم وعلاقته بالصدمة النفسية، دراسة ميدانية لنيل درجة الاجازة في الارشاد النفسي، جامعة دمشق.
7. رزقي رشيد (2019)، بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي المزمن، مذكرة مكملة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة باتنة (01).
8. زعتر نور الدين (2009)، فعالية برنامج علاج نفسي اسلامي مقترح في تخفيض القلق، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة بسكرة.
9. فاسي أمال (2011)، الاكتئاب الأساسي لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي في اضطرابات نفس-جسدية، جامعة قسنطينة.
10. محمد سمير محمد أبو عيشة (2017)، نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، جامعة غزة.
11. مريم عيسى حسين كرسوع (2012)، مرض سرطان في قطاع غزة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الجغرافيا، جامعة غزة.
12. مزلقوف وفاء (2011)، استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، جامعة باتنة.
13. ناضم مرزوق عبد الحميد الرحامنة (2010)، الوعي المعرفي بممارسة الأنشطة البدنية لدى المصابات بسرطان الثدي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في التربية الرياضية، جامعة الأردن.

14. وردة سعادي (2009)، سرطان الثدي لدى النساء وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي واستراتيجيات المقاومة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي.

المجلات العلمية:

1. بدران دليلة، وآخرون (2021)، قلق الموت لدى عينة من المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد 19، دراسات نفسية وتربوية، المجلد 14، العدد 2، جامعة الأغواط، سكيكدة، مسيلة.
2. بوفرة مختار، شعنبي نور الدين (2017)، قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات، مخبر الدراسات الاجتماعية والنفسية والأنثروبولوجية، مجلة الرواق، العدد 09، جامعة معسكر.
3. جبر محمد جبر (2014)، تقدير الذات وعلاقته بالوجود الأفضل لدى مرضى السرطان، دراسات عربية في علم النفس، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، المجلد الثالث، العدد الثالث.
4. جهاد براهيمية (2016)، الألم النفسي لدى مرضى السرطان، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 27، جامعة ورقلة (الجزائر).
5. خيرية عبد الله البكوش (2014)، العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان، المجلة الجامعة، المجلد الثاني، العدد 16، جامعة الزاوية.
6. سمية وقاد، محمد مكي (2020)، قلق الموت لدى المقبلين على العملية الجراحية، مجلة العلوم النفسية والتربوية (4)، جامعة وهران 2 (الجزائر).
7. طارق عبد الوهاب ووفاء مسعود محمد (2000)، قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة، مجلة علم النفس، مصر، العدد 54.
8. معمريّة بشير (2007)، تصميم استبيان لقياس قلق الموت للراشدين وتقنيته على عينات من البيئة الجزائرية، بحوث ومقالات، دراسات الجزائر، العدد 5، جامعة باتنة.

المواقع الإلكترونية:

diseases< <https://www.Webteb.Com> 14:02/17/3/2022.

<https://mashroo3na.com> 05:30/4/2022.

الملاحق

الملحق رقم (01):

دليل المقابلة نصف موجهة

-المحور الأول: العلاقة مع المحيط

مع من تعيش؟

كيف كانت علاقتك مع المرضى في المستشفى؟

كيف هي معاملة عائلتك معك؟

-المحور الثاني: الحالة المرضية

ما هو نوع مرضك؟

متى أصبت به؟

ماهي الأمراض الجسدية الأخرى التي تعاني منها؟

-المحور الثالث: الحالة النفسية

ماهو احساسك عندما ترى منظر جسد ميت؟

ماهو شعورك عندما يتكلم الناس عن الموت؟

كيف تخشى أن تموت؟

-المحور الرابع: النظرة المستقبلية

ماهي أمنياتك في المستقبل؟

كيف تعتقد أن يكون مستقبلك؟

كيف تخشى أن ترى المستقبل بعد الإصابة؟

الملحق رقم (2):

مقياس "دونالد تمبلر"

الجنس:

السن:

التعليمة:

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

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

عبارات الاختبار:

(خ)	(ص)	العبارات
		1-أخاف كثيرا من الموت
		2-نادرا ما تخطر لي فكرة الموت
		3-لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت
		4-أخاف ان تجري عملية جراحية
		5-لا أخاف اطلاقا من الموت
		6-لا اخاف بشكل خاص من الاصابة والرصاص
		7-لا يزعجني اطلاقا التفكير في الموت
		8-اتضايق كثيرا من مرور الوقت
		9-أخشى أن أموت موتا مؤلما
		10-ان موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابا كثيرا
		11-أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية
		12-كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا
		13-أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثانية
		14-يزعجني منظر جسم ميت
		15-أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني