

دراسة مقارنة بين مرضى السرطان والأسياء في درجة الشعور بالالاكتئاب  
وقلق الموت. - دراسة في ضوء نظريتي التعلم الاجتماعي، والنظرية  
المعرفية. -

د. علاء زهير الرواشدة  
جامعة البلقاء التطبيقية الأردن

"اجري هذا البحث بدعم من جامعة البلقاء التطبيقية خلال إجازة التفرغ  
العلمي الممنوحة للباحث (علاء زهير الرواشدة) خلال العام الدراسي  
2014/2013

#### الملخص:

هدفت الدراسة إلى معرفة الاختلاف في درجة الشعور بالسماات الانفعالية  
(قلق الموت والاكتئاب) بين مرضى السرطان والأسياء. واحتوت أداه البحث  
على سبع وثلاثين فقره، وتمثلت عينة الدراسة بالنسبة للمرضى: من مرضى  
السرطان المقيمين في مستشفى الملك عبد الله المؤسس، أما الأسياء فتمثلت  
بأبناء المجتمع الأردني واستخدم المنهج الوصفي الذي يصف الظاهرة وصفا  
نوعياً و كمياً، فيما يلي عرضاً لأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- بالنسبة لدرجة الشعور بقلق الموت جاءت أربع فقرات بدرجة كبيرة من أصل 15 فقرة وباقي الفقرات جاءت بدرجة متوسطة.
- بالنسبة لدرجة الشعور بالاكتئاب جاءت سبع فقرات بدرجة كبيرة من أصل 22 فقرة وباقي الفقرات جاءت بدرجة متوسطة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) تعزى لأثر المتغيرات المستقلة على درجة الشعور بقلق الموت والاكتئاب، باستثناء متغير الوضع الاقتصادي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الشعور بقلق والموت والاكتئاب بين مرضى السرطان والأسياء. وجاءت الفروق لصالح مرضى السرطان.

## الكلمات المفتاحية: السرطان ، قلق الموت، الاكتئاب ، النظرية المعرفية ، نظرية التعلم الاجتماعي.

### Abstract:

The study aims at showing how cancer patients and ordinary people react to death. Rates of depression among the two categories have shown to differ and it has been interesting to refer how the two categories approach death. We use cognitive social theory as a method of probing into this little studied subject.

*Keywords :* Cancer, death, fear, depression, cognitive theory, sociological theory of learning

### المقدمة:

حتى النصف الثاني من القرن الماضي كان الاعتقاد السائد بأن مرض السرطان يعني الموت والهلاك، فكان الأطباء يخفون التشخيص عن المصابين، ويبلغون به أسرهم فقط وبالرغم من مرور الوقت والتقدم العلمي المذهل، ما زال التأثير النفسي للسرطان على المريض ربما يكون مدمراً، فلا تزال كلمة السرطان تستحضر مخاوف الموت، والعذاب والتشوه، والاعتماد على الغير، والعجز عن حماية أولئك الذين نعتبرهم أعضاء علينا وعادة ما تكون ردة الفعل الفورية عند الشخص المريض ما هي إلا عدم التصديق والإصابة بالصدمة، ثم تأتي مرحلة الضيق الحاد والهيّاج الشديد والاكتئاب الذي قد ينطوي على الانهماك في التفكير بالمرض، والموت، والقلق، وفقدان الشهية، والأرق، وضعف التذكر والتركيز، والعجز عن القيام بالأعمال اليومية الحياتية.<sup>1</sup>

إن الحالات النفسية السلبية قد تؤثر مباشرة على عملية المرض وذلك من خلال تأثيرها على السلوكيات الصحية ومن أمثلة ذلك (الاكتئاب)<sup>2</sup>، ويعد

<sup>1</sup> بركات زياد، سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان (دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض)، مجلة جامعة النجاح للأبحاث للعلوم الإنسانية، المجلد 20، جامعة القدس المفتوحة. 2006.

<sup>2</sup> علي، سيد فهمي، علم نفس الصحة الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية. 2009: 34

الاكتئاب من أكثر الأمراض شيوعاً في العالم ويصيب ما يزيد عن 10% من سكان الأرض وقد اعتبرته منظمة الصحة العالمية بأنه من الأسباب الرئيسية لإعاقة الناس عن أعمالهم وحياتهم، وهذا المرض يأتي في كل الأعمار، وفي كل الظروف وله أعراض كثيرة قد لا تكون واضحة، وله أشكال عديدة وتصنيفات مختلفة.<sup>1</sup> ومن الحالات النفسية السلبية التي قد تؤثر مباشرة على عملية المرض قلق الموت، وهو انعدام الراحة الفكرية الذي قد تؤدي إلى حالة خاصة من الألم النفسي، ويظهر على الفرد بشكل عصبية (توتر شديد)، يرافقه خوف ليس مبرر يتعلق بتوقع حدوث شيء غامض.<sup>2</sup>، والسرطان مرض يكون في الإنسان، والحيوان، والنبات، ومن أبرز الأطباء والعلماء الذين درسوا الجذور النفسية الكامنة وراء السرطان العالم "سيموتز" في كتابه الشهير (المظاهر السيكوسوماتية للسرطان). وقد توصل إلى أن هناك من الصدمات النفسية ما يعجل بظهور مرض السرطان، وأن الاضطرابات في الوظائف الغدية تثيرها الضغوط الانفعالية وأن العلاج يجب أن يجمع بين العلاج النفسي والطب والعلاج الاجتماعي.

إحصائياً وجد أن رقم ضحايا السرطان في مختلف البلدان يتراوح بين 5-10 بالمائة من مجموع الوفيات العام الماضي.<sup>3</sup> وفي الإحصائية التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية عن مرضى السرطان على مستوى العالم، وجد أن سرطان الرئة وسرطان الثدي أكثر أنواع السرطانات انتشاراً على مستوى العالم، وأشارت المنظمة إلى أن عدد الحالات الجديدة لمرض سرطان الرئة التي يتم تسجيلها على مستوى العالم وصل إلى 1,16 مليون شخص حسب الإحصائية التي استندت إلى بيانات عام 2008. وحلّ سرطان الثدي في المرتبة الثانية بعد سرطان الرئة حيث بلغ عدد الإصابات الجديدة بهذا المرض 1,38 مليون شخص، ثم سرطان الأمعاء 1,23 مليون شخص، وأشارت الإحصائية إلى أن

<sup>1</sup> سرحان، وليد، مشاكل الناس، ط1، مكتبة الدلتا للقرطاسية، الأردن. 2005: 39

<sup>2</sup> العمري، خير الدين شريف، القلق بلباس العصر الحاضر، بغداد. 1986

<sup>3</sup> أبو غنيمة، محمد صبحي، نظرة في أعماق الإنسان على ضوء تفكير جديد في الطب، وزارة الثقافة، الأردن 2010.

إجمالي عدد الحالات الجديدة للإصابة بمرض السرطان عام 2008 وصل إلى نحو 12,7 مليون حالة، فيما بلغت حالات الوفيات نتيجة الإصابة بالسرطان نحو 7,6 مليون .

وأوضحت الإحصائيات أن مرض السرطان يعد أكثر انتشاراً في الدول الأكثر فقراً، وحسب الإحصائيات كان عدد الوفيات بمرض سرطان المعدة 740 ألف شخص، تلاه عدد الوفيات نتيجة الإصابة بمرض سرطان الكبد 690 ألف شخص، وتشير التوقعات إلى أن إجمالي عدد الإصابة بمرض السرطان على مستوى العالم سيرتفع بحلول نهاية عام 2030 ليصل إلى نحو 21,4 مليون شخص<sup>1</sup>.

وفي الأردن تضاعف عدد المصابين بمرض السرطان ، والتوقعات أن يزيد المعدل خلال عشرين سنة، و لربما يصل إلى الضعف أو الضعفين للنسبة الموجودة حالياً ،حيث أشارت إحصائية للمصابين بالمرض في الأردن أن حالات الإصابة بالمرض بلغت 4650 من الأردنيين و 1650 من غير الأردنيين للعام 2008، وسجلت 4400 حالة من الأردنيين و 1500 غير أردنيين للعام 2007.(net2). وفي آخر إحصائية أجراها مركز الحسين للسرطان عام 2010 عدد حالات الإصابة بالسرطان في الأردن بلغت 4800 (net 3) تحاول هذه الدراسة المقارنة بين المصابين بمرض السرطان والأسوياء في درجة الشعور بالالاكتئاب وقلق في ضوء نظريتي التعلم الاجتماعي والنظرية المعرفية؛

ولتحقيق ذلك تم تقسيمها إلى أربعة مباحث وضحنا في المبحث الأول الإطار المنهجي، أما المبحث الثاني فيدور حول الإطار النظري للدراسة وخصصنا المبحث الثالث لتحليل البيانات الميدانية وأما المبحث الرابع والأخير فيتناول نتائج الدراسة.

<sup>1</sup> الموقع الإخباري عمون ،(2010)، 2010/7/5-[www.ammonnews.net](http://www.ammonnews.net)

## المبحث الأول: الإطار المنهجي:

## أولاً: مشكلة الدراسة:

تحاول هذه الدراسة المقارنة في درجة الشعور بين المصابين بمرض السرطان والأسوياء في عدد من السمات مثل (قلق الموت والاكتئاب)، وتحليل ذلك في ضوء نظريتي التعلم الاجتماعي والمعرفية خاصة وأن مرض السرطان من أكثر الأمراض انتشاراً بالعالم، وأعظمها فتكاً بحياة الإنسان. وما يزال هذا المرض يحظى باهتمام الباحثين لما له من آثار جسدية جسيمة على مستوى الأفراد، والجماعات وما يصاحب هذا الأثر من مشقة نفسية كبيرة وعلى ضوء ذلك فإن الدراسة تهدف لمعرفة تلك الفروق المختلفة في الدرجة لا بالنوع بين المصابين والأسوياء .

## ثانياً : تساؤلات الدراسة:

- س1: ما درجة الشعور بقلق الموت لدى عينة الدراسة ؟
- س2: ما درجة الشعور بالاكتئاب لدى عينة الدراسة ؟
- س3: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الشعور بقلق الموت لدى عينة الدراسة تعزى لمتغيرات (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الوضع الاقتصادي، مكان السكن، عدد أفراد الأسرة، الحالة العملية، الحالة الاجتماعية، مكان الإصابة) ؟
- س4: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الشعور بالاكتئاب لدى عينة الدراسة تعزى لمتغيرات (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الوضع الاقتصادي، مكان السكن، عدد أفراد الأسرة، الحالة العملية، الحالة الاجتماعية، مكان الإصابة) ؟
- س5: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بين مرضى السرطان والأسوياء في درجة الشعور بقلق الموت والاكتئاب ؟

## ثالثاً: أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على درجة الشعور بقلق الموت والاكتئاب بين مرضى السرطان والأسوياء في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي والنظرية المعرفية. التعرف على الفروق في درجة الشعور بقلق الموت والاكتئاب بين المصابين والأسوياء في ضوء المتغيرات الآتية: الجنس، العمر، الحالة العملية، المستوى التعليمي، الوضع الاقتصادي، مكان السكن، عدد أفراد الأسرة، مكان الإصابة، الحالة الاجتماعية.

#### رابعاً: أهمية الدراسة ومبرراتها :

تتبع أهمية الدراسة من الاعتبارات النظرية والعملية الآتية:  
إن معرفة أسباب الاختلاف بين مرضى السرطان والأسوياء في الاستجابة يساعد على إيجاد الحلول، ومحاولة إيجاد نوع من التكيف بين المريض والمواقف المختلفة. وذلك لأن بقاء المشكلة دون دراسة قد يؤدي إلى زيادة الانعكاسات، والآثار السلبية المتمثلة بالمشقة الجسمية، والنفسية التي يواجهها المريض منذ تشخيص المرض إلى مرحلة العلاج .  
ومن الممكن أن تستفيد المؤسسات الاجتماعية، والصحية من نتائج هذه الدراسة في بناء برامجها وخططها المستقبلية.

- إن موضوع هذه الدراسة يعتبر، واحد من أهم موضوعات البحث في علم الاجتماع الطبي، والتطبيقي، والمشكلات الاجتماعية، والخدمة الاجتماعية الطبية. إذ أنها تعتبر المريض فرداً من ضمن أفراد المجتمع يجب أن تمتد إليه يد العون والمساعدة، إلى أن نصل به إلى مرحلة الشفاء ويعود إلى الحياة الطبيعية ليساهم مساهمة ايجابية في أداء دوره في المجتمع . وتهتم هذه العلوم أيضاً في المجال الطبي في أي مجتمع من المجتمعات أساساً بالمريض كإنسان له حاجاته الجسمية، والنفسية، والاجتماعية التي تتفاعل معه وتؤثر فيه، فالأخصائي الاجتماعي الطبي يساعد المرضى بمختلف الوسائل التي تمكنهم من استرداد صحتهم، والتغلب على المشكلات والصعوبات التي تعترضهم أثناء مرضهم ، وإدخال الطمأنينة إلى قلوبهم خلال فترة العلاج حتى يتم شفاؤهم.

- ترتبط هذه الدراسة بشكل مباشر في علم الاجتماع الطبي، والخدمة الاجتماعية: حيث تهدف إلى مساعدة المريض على الاستفادة الكاملة من العلاج، ثم مساعدته على التكيف في بيئته الاجتماعية. كما ترتبط أيضا بالجانب التنموي وذلك من خلال العمل مع الأسوياء، لذا يتم البحث في هذا المجال تبعاً للنظام الاجتماعي الاقتصادي الذي ينشأ ويتطور وتعمل في ظله العلوم الاجتماعية، فتعمل في هذا المجال مع المرضى بغية مساعدتهم على التعامل بشكل فعال مع مشكلاتهم الاجتماعية، والانفعالية والعوائق التي تؤثر في المرض، أو تكون سببا فيه بهدف النهوض بالمجتمع. فمن المعروف أن المرض أصبح يشكل مشكلة اجتماعية، ومشكلات عامة على مستوى المجتمع لا بد من وجود فرق تواجهه، كما أن الاهتمام بالصحة له دور في زيادة الإنتاج وتحقيق الرفاهية، إضافة إلى أن المحافظة على صحة الإنسان هو مقياس على تطور وتقدم المجتمع وتنمية الإنسان لا تتأني بتشريعات سياسية، أو تشريعية، أو تكنولوجية لأن تنمية المستوى الاجتماعي والاقتصادي مرتبطان بالتغير والأحداث، حيث يقع ما لم يكن بالحسبان من سلبية تنعكس عاجلاً أو أجلاً على المجتمع. حيث أن مريض السرطان يعتبر من فئة ذوي الحاجات الخاصة فهو يعاني من صعوبات نفسية، وجسمية، ومصطلح الأسي المرتبط بالتوقعات (anticipatory, grief) والمستخدم للإشارة إلى ردود الأفعال العاطفية التي تحدث قبل فقدان شيء عزيز كما هو الحال في المريض المصاب بمرض خطير، فهؤلاء يشعرون بالأسي المرتبط وبالأسي الحقيقي في الوقت نفسه<sup>1</sup>

- وتتبع أهميتها أيضاً من أنها ستلقي الضوء على العوامل المختلفة التي لم تكشفها الدراسات السابقة والمسؤولة عن المشكلة، خاصة وأن الدراسات في هذا الموضوع نادرة على مستوى العالم على الرغم من تزايد نسب الإصابة بمرض السرطان .

<sup>1</sup> الخطيب، جمال، مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، دار الشروق. عمان. 1998

### خامساً: التعريفات الإجرائية:

مرضى السرطان: الأشخاص المصابون بمرض السرطان والذين يتلقون العلاج في مستشفى الملك عبد الله المؤسس. المقيمين وغير المقيمين الأسوياء: الأشخاص غير المصابين بمرض السرطان في المجتمع الأردني. الاكتئاب: الحالة الانفعالية التي يعاني منها المرضى المصابون بالسرطان والأسوياء والتي قد يصاحبها الشعور بالتعب، وخفض مستوى النشاط. قلق الموت: الحالة الانفعالية الناتجة عن انعدام الراحة الفكرية والتي يصاحبها مشقة نفسية نتيجة توقع انتهاء الحياة أو أي مظهر من المظاهر المرتبطة بالموت.

### سادساً: الدراسات السابقة:

#### أ- الدراسات العربية:

1- دراسة " بركات " (2006) بعنوان "سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان: دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين" هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين الأفراد المصابين بالسرطان والأفراد غير المصابين بهذا المرض في بعض سمات الشخصية الانفعالية: الاكتئاب ، قلق الموت ، الانبساط - الانطواء ، الاتزان - الاندفاع ، الاضطرابات الانفعالية ، التفاؤل - التشاؤم ، طبقت لهذا الغرض مجموعة من المقاييس النفسية المتخصصة على عينتين من الأفراد: الأولى عينة من الأفراد المصابين بالسرطان ، وبلغ عددهم (48) فردا والثانية من الأفراد غير المصابين بهذا المرض ، وبلغ عددهم أيضا (48) فردا ، وقد أظهرت الدراسة النتائج الآتية : إن سمات الشخصية الانفعالية تتوافر لدى الأفراد المصابين بمرض السرطان، وجود فروق داله إحصائيا بين الأفراد المصابين بالأورام السرطانية وغير المصابين في -- سمات الشخصية الانفعالية لمصلحة الأفراد المصابين، عدم وجود فروق داله إحصائيا بين الأفراد المصابين بالأورام السرطانية المختلفة في سمات

الشخصية بينما أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية بين المصابين بالأورام السرطانية المختلفة في سمات الشخصية.<sup>1</sup>

**2- في الدراسة التي قام بها "جبر" (2004)** حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين تقدير الذات والوجود الأفضل لدى مرضى السرطان ومقارنته بالأصحاء، وللتحقق من هدف هذه الدراسة تم تطبيق مقياس تقدير الذات والوجود الأفضل على عيّنتي الدراسة والتي شملت (247) مريضاً من المصابين بأنواع مختلفة من السرطان، و(259) شخصاً من الأصحاء الذين لم يسبق لهم الإصابة بأمراض مزمنة. وأظهرت النتائج: أن الأصحاء أكثر تقدراً لذاتهم، وشعوراً بالوجود الأفضل من مرضى السرطان، والعلاقة بين تقدير الذات والوجود الأفضل إيجابية، ولا يوجد فروق جوهرية بين العينات الفرعية لمرضى السرطان باستثناء مرضى سرطان البروستات<sup>2</sup>

**في دراسة قام بها "عوض والخطيب والصالح" في مركز الحسين للسرطان (Awad,khatib,Salhi,2003) بعنوان :** الاكتئاب لدى مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان . هدفت إلى قياس مدى الاكتئاب لدى عينة مكونة من (100) مريض بالغ في مركز الحسين للسرطان موزعين على أنواع السرطان المختلفة (40) ذكور و(60) إناث، تعرضوا لأنواع مختلفة من أشكال العلاج (كيماوي، أشعة، جراحة.....).تم تطبيق مقياس مترجم معدل من مقياس الاكتئاب المطور بواسطة شبكة السرطان الشاملة الوطنية الأمريكية. وقد أشارت النتائج إلى أن (70%) من المرضى يشكون من الاكتئاب الظاهر أعلى من خمسة على المقياس حدد مستوى (5) فأعلى من ذلك حتى (10) أنها تشير إلى اكتئاب عال وكانت السمات الأكثر شيوعاً لدى العينة هي بالترتيب : القلق، ثم الخوف، ثم الألم، ثم الحزن، ثم الإرهاق.

<sup>1</sup> بركات زياد، سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان (دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض)، مجلة جامعة النجاح للأبحاث للعلوم الإنسانية، المجلد 20، جامعة القدس المفتوحة. 2006

<sup>2</sup> جبر، جبر محمد، تقدير الذات وعلاقته بالوجود الأفضل لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء، دراسات عربية في علم النفس، مجلد 3، عدد 2004، 3: 89-11.

كذلك أشارت الدراسة إلى أن أهم السمات النفسية والعقلية لدى مرضى السرطان هي عادة القلق واليأس بشكل عام على الأقل (25%) من مرضى السرطان النزلاء في المستشفيات من المحتمل أن يواجهوا أنواعا من اليأس وعدم الانضباط .. كما أشارت النتائج أنه من (24\_38%) من مرضى السرطان يشكون من مستويات من القلق واليأس ونسبة مشابهة من الخبرات في الحياة تعود إلى التأثيرات النفسية مثل: دور المتغيرات، فقدان القدرة الوظيفية، ومشاكل العلاقات الاجتماعية.<sup>1</sup>

**3 - وفي دراسة "إبراهيم" (2003) والتي هدفت إلى التعرف على أبرز الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان،** تكونت عينة الدراسة من (150) مريضاً سعودياً، و(150) من الأصحاء، واستخدم الباحث مقياس الحالة المزاجية لبليك، واختبار تفهم الموضوع، فوجد أن مرضى السرطان أكثر اكتئاباً وقلقاً وخوفاً ووسواساً قهرياً وعداوة وذهان من الأصحاء، كما وجد فروقاً بين أنواع السرطان المختلفة، مما يدل على أن نوع السرطان يؤثر على الحالة النفسية.<sup>2</sup>

**4 - في الدراسة التي قامت بها "عشماوي" (2001) حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين مثيرات المشقة، والإصابة بسرطان الثدي مقارنة بالأصحاء، وعلاقتها ببعض المتغيرات الإيجابية في الشخصية،** وجدت أن مريضات سرطان الثدي أقل تحملاً لمثيرات المشقة وانخفاضاً لمفهوم الذات، وأقل قدرة على التكيف والمساندة الاجتماعية، وأقل صلابة نفسية وزيادة الاضطراب الانفعالي من غير المصابات بسرطان الثدي، كما كانت العلاقة

<sup>1</sup> عوض والخطيب والصالح في مركز الحسين للسرطان (Awad,khatib,Salhi,2003) ، الاكتئاب لدى مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان <http://al-liwa.com/news.aspx>

<sup>2</sup> إبراهيم، علي حسن، دراسة إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية - جامعة عين شمس. 2003

سألبة بين السمات الإيجابية للشخصية وقدرتهن على تحمل المشقة، بينما كانت العلاقة إيجابية لدى الأصحاء.<sup>1</sup>

5 - وفي الدراسة التي قام بها "الخواجة" (2002) والتي هدفت على التعرف على أثر العوامل النفسية على الإصابة بمرض السرطان، وتكونت عينة الدراسة من (195) مريضاً ومريضة بالسرطان، تراوحت أعمارهم بين (12 - 64) عاماً، وبمتوسط (14,75) عاماً، وانحراف معياري (49,59)، واستخدم الباحث مقياس النمط (أ)، وإستراتيجية التعايش مع الضغوط وقائمة الأحداث الحياتية، ووجد ارتباطاً إيجابياً بين نمط الشخصية (أ) والإصابة بمرض السرطان.<sup>2</sup>

6 - وفي الدراسة التي أجراها "إسحاق و عبد الفتاح" (1995) والتي هدفت إلى التعرف على أحداث الحياة المرتبطة بمرض السرطان، والفروق بين المرضى والأصحاء وديناميات مرضى السرطان عن طريق اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص، واستبيان ضغوط أحداث الحياة ، وجدا ارتباط المرض بالإصابة بمرض جسدي خطير، والاضطراب الصحي، وكان المرضى أكثر تأثراً من الأصحاء في أحداث الحياة المتعلقة بالعمل والدراسة، والناحيتين المالية والصحية والمنزل والحياة الأسرية، ووجد عامل نفسي مهماً للمرض بالسرطان إلى جانب العوامل البيئية والبيولوجية.<sup>3</sup>

7 - دراسة قامت بها "الفرخ" (1989) استخدمت فيها الإرشاد النفسي لعلاج الاضطرابات النفسية لدى مرضى القلب والسرطان بعنوان "مدى فاعلية برنامج إرشادي للتوافق النفسي لمرضى القلب والسرطان". وتوصلت الباحثة الى النتائج الآتية :

<sup>1</sup> عشموي، فيفيان أحمد ، العلاقة بين التعرض لمثيرات الشفقة والإصابة بسرطان الثدي مع إشارة خاصة إلى التأثير المعدل لبعض السمات الشخصية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب - جامعة القاهرة. 2001

<sup>2</sup> الخواجة، جاسم محمد، دراسة العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالسرطان، دراسات نفسية، مجلد 10، العدد 2، 215 - 244. 2002

<sup>3</sup> إسحاق، نجية وعبد الفتاح، رأفت السيد. دراسة في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية للكتاب، العدد (33)، 1995، ص 140، 159،

توجد فروق داله بين متوسط درجات مستوى التوافق النفسي لدى أفراد العينة التجريبية الأولى التي تضم المرضى وإفراد عائلاتهم قبل استخدام البرنامج الإرشادي لأفراد العينة واستخدام البرنامج الإرشادي العائلي لإفراد عائلاتهم ، وبعد الاستخدام لصالح أفراد العينة التجريبية ، توجد فروق داله بين متوسط درجات مستوى التوافق النفسي لدى أفراد العينة التجريبية الثانية التي تضم المرضى وحدهم قبل استخدام البرنامج الإرشادي وبعد الاستخدام لصالح أفراد العينة<sup>1</sup>

8- في الدراسة التي قامت بها "شكري" (1988) والتي هدفت منها إلى الكشف عن الطبيعة الانفعالية والشخصية لدى بعض الفئات من مرضى السرطان، ومعرفة الفروق بين الجنسين، والمناطق التي يسكنها مرضى السرطان، وتكونت عينة الدراسة من (120) مريضاً بالسرطان مناصفة بين الجنسين، وبين سكان الريف والحضر، واستخدمت الباحثة عدة مقاييس منها مقياس تقدير الذات، ووجهة الضبط، ووجدت أن الإناث أقل تقديراً لذاتهن من الذكور.<sup>2</sup>

#### ب- الدراسات الأجنبية:

وفي الدراسة التي قام "بوننما" و"فان ويرسش" و"فان جيل" (Bonnema, Van Wersch, Van Geel, 1998) والتي هدفت إلى معرفة الآثار النفسية والطبية لاستئصال الثدي لدى المصابات بسرطان الثدي، وتكونت عينة الدراسة (125) مريضة بسرطان الثدي، (62) مقيمات كلياً في المستشفى، و(63) أقامت في المستشفى لفترة طويلة بعد إجراء العملية، وطبق عليهن مقياس الوظائف النفسية ومقياس تقدير الذات، فلم يجدوا فروقاً بين اللواتي

<sup>2</sup> الفرخ، كاملة، مدى فاعلية برنامج إرشادي للتوافق النفسي لمرضى القلب والسرطان، رسالة دكتوراه غير منشورة، الأردن، 1989.

أقمن كلياً في المستشفى وبين المقيّمات لفترة طويلة بالمستشفى في عدم الثقة والقلق والوحدة واضطراب النوم وفقدان السيطرة أو ضعف تقدير الذات.<sup>1</sup>

في الدراسة التي قام بها "ليمبوس" وآخرون ( Limbos, et al., 2000) حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الوظائف النفسية وجودة الحياة لدى (36) مريضاً بسرطان الرئة قبل نقل أعضاء لهم و(73) تم بنقل أعضاء لهم، طبق عليهم عدة مقاييس؛ منها مقياس جودة الحياة، وتقدير الذات لروزنبرج، والقلق، والاكتئاب، وجدوا أن العينة التي لم تجر نقلاً للأعضاء أفضل شعوراً بجودة الحياة، وتقديراً للذات من المجموعة التي أجرت نقلاً للأعضاء، وعلى الرغم من ذلك فحالتهم النفسية جميعاً ليست جيدة، حيث أنهم كانوا أقل من المستوى العادي في فترة تقدير الذات بفارق جوهري عند مستوى (0,05) واقترحوا دراسة الوجود النفسي الأفضل لدى مرضى السرطان.<sup>2</sup>

دراسة "ميدنالد" ( Medonald,1986) حول أساليب التغلب على تخيلات الموت والقلق من الموت ، ومعرفة العلاقة بين التخيل الايجابي أو السلبي مع القلق من الموت ، أجريت الدراسة على عينة من (179) مريضاً بالسرطان (108) من الإناث و(71) من الذكور وبلغ متوسط أعمارهم (35,5) وقد أجابوا عن أسئلة تشمل تخيلاتهم عن الموت من خلال الإجابة عن مقياس كولر وليستر عن القلق من الموت Death ScaleOfAnxietycoller&Laster. إضافة إلى استبانته تكونت من فقرات عن رهبة الموت . وقد أشارت النتائج إلى إن درجات المرضى ذوي القلق المنخفض من الموت كان الأكثر ايجابية عن تخيلات الموت من أولئك الذين كانت درجات القلق عندهم عالية وإن درجات القلق من الموت ودرجات

<sup>1</sup> - Bonnema, J., Van Wersch, Van Geel. **Medical and Psychological effects of Early discharge after surgery for breast Cancer:** randomized trail, Clinical Research ED (NLM-Medline), 316(7150); 1267-1271.1998

<sup>2</sup> .Limbos, M., Joyce, D., Chan, C. &Kesten,. **Psychological functioning and quality of life in lung transplant candidates and recipients.** Chest (NLM-Medline). (118. 2: 408),2000

التخيلات المختلفة لم يختلف فيها الذكور عن الإناث على كل المتغيرات وان لمستوى التعليم أهمية في معالجة القلق من الموت.<sup>1</sup>

أما دراسة "جيليلاند وتمبلر" (Gilliland & Templer, 1986) حول علاقة عوامل مقياس قلق الموت بالعوامل الذاتية ، بهدف تأكيد العلاقة بين قلق الموت وبعض الصفات الذاتية للمريض بالسرطان فقد أجريت على عينة تتألف من (120) مريضا تم اختيارهم من المستشفيات (523) ذكرا و (68) أنثى ومتوسط أعمارهم تتراوح بين (18-69) بالإضافة إلى (166) شخصا من العاديين (71) ذكرا و (95) أنثى تتراوح أعمارهم ما بين (18-73) عاما طبق عليهم مقياس قلق الموت Death Anxiety Scale ، ومقياس بيرند للاكتئاب bernald, S. multi Score Depression وأثبتت النتائج إن القلق من الموت متعلم وان أفضل علاج للقلق هو العلاج السلوكي والمعاملة اللطيفة لتقليل الخوف وان لدى المرضى درجات أعلى في القلق من الأشخاص العاديين.<sup>2</sup>

أما دراسة "جريسون" (Greyson, 1983): حول "معاناة اقتراب الموت لدى مرضى السرطان" فقد هدفت إلى معرفة اثر الإرشاد الديني في شفاء المريض الذي يوجد عنده قلق من الموت. وتألفت العينة من (28) مريضا قريبين من الموت في مستشفى حكومي تلقوا برنامجا إرشاديا دينيا وطبقت عليهم المقاييس التالية: مقياس التكيف دينيا "ألپورت" ThAlport Religions ومقياس قلق الموت Death Anxiety Scale ودلائل الراحة Discomfort Indices. وأكدت النتائج أهمية الإرشاد الديني في تحقيق خفض القلق من الموت ودلائل الراحة والتكيف.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Medonald, T. r. Death imagery and death anxiety. journal of clinical psychology. 42, (1), 87-91, 1986

<sup>2</sup> Gilliland, C, J and Templer I. D. Relation ship of death anxiety Scale factors to subjective states. california Schod of professional psychology. omega. 16(21) 1986

<sup>3</sup> Greyson B. Near death experiences and personal values, ANIJ. Psyciatry, 19, 5-14. 1983

وقام "ميلر" ( Miller,1999 ) بفحص فاعلية ثلاث معالجات نفسية مختلفة للاكتئاب عند المرضى ،وبلغ عدد العينة (128) مريضا وضع (50%) منهم في واحدة من المعالجات النفسية التالية :إعادة البناء المعرفي ،والضبط الذاتي ، والتدريب على المهارات الاجتماعية .ووجد الباحث ان إعادة البناء المعرفي والضبط الذاتي اكثر فاعلية من التدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الاكتئاب ، الا ان التدريب على المهارات الاجتماعية مازال معالجة مقبولة.<sup>1</sup>

وفي دراسة أجراها "كوشر" (koosher,1980) بين الأطفال المصابين بالسرطان وكانت حول التأقلم النفسي الاجتماعي الشامل للأحياء المصابين عند المقابلة . فقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن عدداً لا بأس به من الأطفال والذين نجوا من السرطان ، يعيشون آثارا نفسية واجتماعية وأنهم يجدون صعوبة في التأقلم النفسي الاجتماعي كما إن العلاقات الاجتماعية ومهارات مساعدة النفس والدور الفكري عندهم أقل فاعلية من المرضى الذين لديهم تأقلم جيد. وقد تألفت عينة الدراسة من(115) طفلا كانوا مصابين بالسرطان وتراوحت أعمارهم بين سن الولادة و(18) سنة.<sup>2</sup>

#### مناقشة الدراسات السابقة:

من خلال تتبعنا للدراسات العلمية حول موضوع البحث تبين أن هناك فروقا في الاستجابة لمواقف الحياة بين مرضى السرطان والأسوياء وأن هناك عدة عوامل يمكن أن تؤثر في زيادة حدة المرض، مثل بعض السمات الانفعالية كقلق الموت أو الاكتئاب كما ظهر في دراسة (بركات، 2006) وأن التخلص من هذه السمات قد يؤدي إلى زيادة فاعلية العلاج الكيميائي لدى المرضى وتبين أن نمط الشخصية الذي يسلكه المريض يلعب دورا بارزا في زيادة أعراض المرض أو التقليل منها ( الخواجة، 2000) وحاولت بعض

<sup>1</sup> Miller "School based psychosocial intervention for childhood depression acceptability of treatment among school psychologist". Doctorial Dissertation, le high University in 1999 Dissertatone Abstract inter naffional 60 (6) 923 – A.1999

<sup>2</sup> koosher,Greald.Psychological Adjustment among pediatric.1980

الدراسات التي تم التطرق إليها إلقاء الضوء على معاناة اقتراب الموت لدى مرضى السرطان "وأظهرت النتائج إن للإرشاد الديني دورا كبيرا في تحقيق خفض القلق من الموت لدى المرضى كما أظهرت دراسة (جريسون، 1983) كما أن درجة الشعور بقلق الموت عند المرضى تفوق في الدرجة الشعور عند الأسوياء وما سبق ذكره ينطبق أيضا على الاكتئاب واتضح من خلال بعض الدراسات أن ذلك يعود إلى المشقة النفسية التي يخلفها المرض ناهيك عن الآثار الجسدية بالإضافة إلى الأثر النفسي لتناول الأدوية والعقاقير .

1. شملت عينات الدراسات السابقة المرضى والأسوياء (ذكور وإناث ) بمختلف المستويات

2. التركيز على الجانب النفسي استحوذ على اهتمام الباحثين أكثر من الجانب الاجتماعي

3. معظم القائمين بهذه الدراسات هم أطباء صحيين أو نفسيين وقلة هذه الدراسات من قبل أخصائيين اجتماعيين.

4. أن هذه الدراسات جميعها سواء كانت عربية أو أجنبية لم تتطرق إلى العزلة الاجتماعية التي وصل إليها مريض السرطان سواء من ناحية صحية بسبب المرض أو من ناحية اجتماعية بسبب الاتجاهات اتجاه مرضهم ونظرتهم الداخلية لذاتهم والتي تمثلت في تخصيص مستشفيات ومراكز لهذه الفئة من المرضى .

5. تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في موضوعها وعينتها حيث شملت المرضى والأسوياء موزعين على (ريف وحضر) في المجتمع الأردني.

**سابعاً : منهجية الدراسة وإجراءاتها:**

**منهجية الدراسة:**

تتنمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية التي تستهدف تحليل ودراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة مشكلة البحث وذلك بهدف الحصول على معلومات كافية ودقيقة عنها . ومن هنا تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي

الذي يعبر عن الظاهرة موضع الدراسة تعبيراً كمياً إضافة إلى منهج المسح الاجتماعي بالعينة.

### مجتمع الدراسة.

يتكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى السرطان متلقي العلاج في مستشفى الملك عبد الله المؤسس، والأسوياء في المجتمع الأردني .

### = عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (100) مجوثر بواقع، (50) مصاب ، و (50) غير مصاب موزعين الى (25) ذكر و(25) انثى و على (الريف، والحضر) بما يتناسب وطبيعة المنطقة الجغرافية ، وتم الاختيار بطريقة العينة القصدية .

### ادوات الدراسة:

للتعرف على درجة الشعور بالاكنتاب وقلق الموت بين مرضى السرطان والأسوياء. في المجتمع الأردني تم تطوير لاستبانة ولقد اعتمد في الإعداد على:

1.مراجعة الكتب والمراجع العلمية الحديثة والمرتبطة بالموضوع .  
2.مراجعة الأدوات العلمية المستخدمة في جمع البيانات للدراسات العلمية السابقة .

3.الاستعانة بمقياس بيك للاكنتاب .

4.الاستعانة بمقياس زونج للاكنتاب .

5.تصميم استبيان من قبل الباحث .

وتم تحديد فقرات الاستبانة وتعبر كل منها عن قيمة فرعية وذلك بهدف التعرف على توافر هذه الدرجة من وجهة نظر عينة الدراسة ومعرفة اذا كان هناك فروقا بين المرضى والأسوياء في الاستجابة لمواقف الحياة والى أي درجة وتكونت فقرات الاستبانة من (45) فقرة وتم عرض الاستبانة بصورتها الأولية على مجموعه من المحكمين من اجل إبداء ملاحظاتهم وتقديم المقترحات وبذلك تم إجراء التعديلات النهائية ، واشتملت الاستبانة بصورتها النهائية على (37) فقرة وتقاس كل فقرة في الاستبانة بخمسة مستويات (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً ، أبداً ) .

**- صدق أداة الدراسة:**

- صدق المحكمين: تم عرض الاستبيان في صورته الأولية على المحكمين وذلك للتأكد من صلاحية ودقة ووضوح كل عبارة من عباراته وتحديد مدى ارتباطها بأهداف الدراسة وفرضياتها. وقد تم حذف العبارات التي قلّت نسبة اتفاق المحكمين عليها عن 90% كما تم تعديل الصياغة بعض العبارات الأخرى، ومن ثم فقد أصبح عدد عبارات المقياس (37) فقرة، وبعد ذلك تم استخراج الاستبيان بصورته النهائية.

**- ثبات أداة الدراسة:**

للتأكد من ثبات الأداة تم حساب الاتساق الداخلي على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة عددها (10) فردا حسب معادلة كرونباخ ألفا، إذ بلغ 0.89 لكل من الاكتئاب وقلق الموت، والجدول (1) يبين هذه المعاملات، واعتبرت هذه النسب مناسبة لغايات هذه الدراسة.

جدول رقم (1): معامل الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا

| الاتساق الداخلي |           |
|-----------------|-----------|
| 0.89            | قلق الموت |
| 0.89            | الاكتئاب  |

**إجراءات الدراسة:**

بعد التأكد من صدق أداة الدراسة وتحديد العينة المراد تطبيق الاستبانة عليها، تم توزيع الاستبانة على عينة الدراسة وذلك بعد شرح أهدافها والطلب من العينة تعبئتها بدقة وموضوعية .

**الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:**

لقد تم جمع البيانات الخاصة بالدراسة من العينة المستهدفة ومن ثم تم ترميز هذه البيانات وإدخالها إلى الحاسوب وتمت معالجتها باستخدام البرنامج الإحصائي (spss) للعلوم الاجتماعية وللإجابة عن أسئلة الدراسة تم ما يلي :

1. استخدام الإحصاء الوصفي والتحليلي في تحليل نتائج الدراسة لاستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة .

2. ولاستخراج ثبات الأداة تم استخدام معامل ارتباط بيرسون عن طريق الاختبار وإعادة الاختبار
3. تم استخراج التكرارات والنسب المئوية لأغراض حصر العينة .
4. للإجابة على أسئلة الدراسة تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والدلالة الإحصائية T-Test.

تصنيف المتوسطات:

وتم تصنيف المتوسطات وفقاً للمعيار الآتي

|              |                    |
|--------------|--------------------|
| أقل من 2.33  | موافق بدرجة قليلة  |
| من 2.33-3.65 | موافق بدرجة متوسطة |
| أكثر من 3.65 | موافق بدرجة كبيرة  |

**المبحث الثاني: الإطار النظري للدراسة:**

عرف السرطان منذ أقدم عصور التاريخ ، وقد وجد في الموميات المصرية وذكرت أوراق البردي عنه وصفاً دقيقاً وعرفه ابقراط ووصفه وصفاً بارعاً وقال عنه: (أنه ورم ينتج عن مرض الجسم بمجموعه وقد أيدت بتجارب دوروفومولوتكوف أقوال بقراط). غير أن "جالينوس" رأى سببه في الصفراء وظلت نظريته سائدة حتى القرن الثامن عشر.<sup>1</sup>

إن كلمة سرطان دخلت إلى القاموس الطبي عفواً وهي في الواقع لا تعبر علمياً عن حقيقة هذا المرض الخبيث. ونقول المراجع القديمة أن القدماء عندما شاهدوا ورم الثدي لدى المرأة شبهوه بحيوان برمائي معروف وسموه باسمه في لغتهم. فقالت عنه العرب "سرطان" ودعاه الفرنسيون " " "ecrevisse أو cancer والسلافيون "rak" أو "crabe" وقد تحولت هذه الكلمة مع مرور الزمن فيما بعد لتأخذ طريقها إلى مصطلح علمي ساد في معجم الجسم الطبي ولغة الناس عامة مع العلم أنه لا يعكس مطلقاً هذا المرض وحقيقته.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> أبو غنيم، محمد صبحي، نظرة في أعماق الإنسان على ضوء تفكير جديد في الطب، وزارة الثقافة، الأردن. 2010: 39

<sup>2</sup> كرم ميشال، السرطان، معهد الإنماء العربي، بيروت. 1990: 4

وقد يكون لشكله ولطريقة تشعبه وانتشاره صلة كبيرة بتسميته أو تشبيهه بالسرطان ويحدث عندما تخرج خلية واحدة أو مجموعة من الخلايا عن الانضباط والسيطرة المنظمة وتصبح قادرة على توريث هذه الفوضى لغيرها. وتستغل حريتها في الانقسام إلى أقصاها ويتكاثر السرطان مولداً بسرعة مذهلة نسلًا جديدًا مضطرباً ومشوشاً لا يشبع وهو يتصف بنمو غير طبيعي للخلايا وانتشارها. حيث تشير الإحصائيات في العالم أجمع إلى استمرار الزيادة في معدل الإصابات بأمراض السرطان والسبب يعود بالتأكيد إلى زيادة التعرض لمسببات السرطان).<sup>1</sup>

ويعرف السرطان بأنه "تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم وأخذت تنمو بصورة عشوائية ويحدث النمو في البدء في العضو المصاب وابتداءً من إصابة أولية ثم يتخطى الورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل الشعيرات الدموية أو البلغمية التي تنقلها إلى مختلف أجزاء الجسم حيث تبني مستعمرات سرطانية تكمن عشرات السنين".<sup>2</sup>

ويعرف السرطان: بأنه مجموعة متشابكة من الأمراض وليس مرضاً واحداً. السرطان يبدأ في الخلايا، والخلية هي وحدة الحياة الأساسية في جسم الكائن الحي، ويتكون الجسم من عدة أنواع من الخلايا، وفي الوضع الطبيعي فإن الخلايا لا تنمو وتنقسم لتشكيل خلايا جديدة فقط عندما يحتاج الجسم لذلك. وهذه العملية المتتابعة تساعد على بقاء الجسم بصحة جيدة ولكن أحيانا تواصل بعض الخلايا عملية الانقسام عندما لا تكون هناك حاجة لخلايا جديدة. هذه الخلايا

<sup>1</sup> عباس ميادة، كيف نحمي أنفسنا من الأورام، دار البشير، عمان، الأردن. 2002: 23

<sup>2</sup> الشقمانى، مصطفى مفتاح، الفقى، محمد احمد، احداث الحياة والضغط النفسية ودورها في الإصابة الاورام السرطانية (دراسة ميدانية)، مجلة السائل. 2006

الإضافية تشكل كتلة من الأنسجة يطلق عليها اسم المرض، والأورام بدورها تكون إما حميدة أو خبيثة (مركز الحسين للسرطان، 2005).<sup>1</sup> عن

### القسم الاول :عوامل السرطان وأسبابه:

إن أحد المحاور الرئيسية والموضوع الأكثر إلحاحاً الذي يدور عليه البحث ويتركز في الظروف الراهنة هو معرفة مسببات تحول الخلية الطبيعية إلى خلية خبيثة سرطانية بحيث يتكون فيما بعد من مجموعه هذه الخلايا الورم الخبيث وبقي ذلك سراً على البشرية لقرون طويلة خلت.<sup>2</sup> عوامل تكون السرطان تقسم إلى عوامل خارجية وعوامل داخلية، إما العوامل الخارجية فتقسم إلى :

#### أولاً: العوامل البيولوجية:

وهي التي تشتمل على عامل الطفيليات والبكتيريا والفيروسات والجراثيم.<sup>3</sup> فقد أمكن نقل قطعة من نسيج السرطان إلى نسيج صحيح فأحدث فيه سرطان (نوفينسكي) وقد قام الأستاذ "ن.ن. بيتروف" بزرع قطعة من النسيج السرطاني في كلية حيوان فلم تحدث سرطاناً ولكنه بعد أن أضاف إليها بعض المواد الكيماوية (زرنيخ - ايندول) حدث السرطان ومن هنا رأى هذا العالم أن للسرطان أدواراً قبل أن يصل إلى حالته المعروفة ولم يعرف انتقال السرطان بالعدوى يؤيد هذا أن في فرنسا في بيوت العجزة لم يعرف حصول عدوى بالسرطان بين العجزة كما لم يعرف في التاريخ حصول وباء سرطاني، ومع ذلك فالأستاذ (ايفا نوفيسكي) رأى في قبول فكرة الفيروس سبباً معقولاً للعدوى.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> يحيى،خولة أحمد،عبد الله، أيمن يحيى، ،التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان ،دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ،عمان العبدلي.2010

<sup>2</sup> كرم،ميشال، السرطان ،معهد الإنماء العربي ، بيروت.1990: 55

<sup>3</sup> غباري، محمد سلامة ،أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث ،الاسكندرية 2003: 228.

<sup>4</sup> أبو غنيمة، محمد صبحي، نظرة في أعماق الإنسان على ضوء تفكير جديد في الطب، وزارة الثقافة ،الأردن.2010: 41

حيث ذكر العالم (ميشنيكوف) أثناء إلقاء كلمته في ذكرى داروين سنة 1919 في جامعة كامبردج "إن دور الفيروس كأحد المعطيات المقترحة الأساسية في مسميات الأورام السرطانية أصبح أمراً علمياً واقعياً"<sup>1</sup>

### ثانياً: العوامل الكيماوية

اكتشف مؤخراً أن وجود مادة هي (هيدروكربون 4، بنزين 3) تؤثر كثيراً في إحداث السرطان وعرف أن إحدى مركباتها (1، 2، 5، 6 بنزا نتراسة، ن) تحدث السرطان، والساركوم كما عرف أن عزل (4، 3، بنزين) يختلف أثرها في مختلف الحيوانات كما عرف أن مادة من مركبات الهيدروكربون تعد من أكبر العوامل في إحداث السرطان .

وأهم من كل ما قيل اكتشف وجود هذه المادة في الجسم وهي تنشأ عن تطور حامض (أوكسي خوليك) وهذا موجود في العضوية السليمة.<sup>2</sup>

### ثالثاً: العوامل الفيزيائية:

يختلف تأثير الأشعة حسب نوعية الموجات واختلافها<sup>3</sup> وعلى الأخص الأشعة فوق البنفسجية، ومعروف أن سرطان الجلد هو في أهل الجنوب أكثر منه في أهل الشمال حيث يكثر في هؤلاء سرطان المعدة ويكثر في الآسيويين سرطان الفم.<sup>4</sup>

### العوامل الداخلية

<sup>1</sup> كرم، ميشال، السرطان، معهد الإنماء العربي، بيروت، 1990.

<sup>2</sup> أبو غنيمة، محمد صبحي، نظرة في أعماق الإنسان على ضوء تفكير جديد في الطب، وزارة الثقافة، الأردن، 2010: 42.

<sup>3</sup> غباري، محمد سلامة، أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003.

<sup>4</sup> أبو غنيمة، محمد صبحي، نظرة في أعماق الإنسان على ضوء تفكير جديد في الطب، وزارة الثقافة، الأردن، 2010: 42.

**أولاً: العوامل الهرمونية:** وقد ثبت أن هرمون الغدة التناسلية (الاستروجين) الأنثوي (والاندروجين) الذكري تسبب سرطان الثدي وكذلك الغدة الدرقية ودورها في أحداث السرطان.<sup>1</sup>

ثانياً: عوامل الإرث: قال به "كونهايم"، وقال ليب بان ما يورث السرطان هو التأهب له غير أن الأنسة سلاي قامت باختبارات ودراسات واسعة في دار الفأر في شيكاغو فاستطاعت أن تبرهن على أثر الوراثة في السرطان وأن ذلك يكون بأوصاف الصفة المنдлиية الكامنة مع العلم بأن هناك مقاومة طبيعية تبدو بأوصاف الصفة المنдлиية السائدة، بهذا يكون الزواج بين الأسر المريضة بالسرطان مما يدعو إلى إظهار الصفة المقهورة والكامنة في الخلف وفي تزواج شخص يحمل الصفة الكامنة مع آخر سليم تنشط المقاومة لأنها صفة سائدة وتغيب في خلفه وقد شوهد في بعض الإنسان استقرار السرطان بالعضو الواحد.

**القسم الثاني: عوامل نفسية للسرطان:** ويعتبر العالم (سيمونز) في كتابه الشهير المظاهر السيكوسوماتية للسرطان، من أبرز الأطباء الذين درسوا الجذور النفسية الكامنة وراء السرطان وقد توصل إلى الاستنتاجات التالية :

- هناك من الصدمات النفسية ما يعجل بظهور مرض السرطان.
- أن الاضطرابات في الوظائف الغدية تنثيرها وتكلفها الضغوط الانفعالية.
- أن العلاج يجب أن يجمع بين العلاج النفسي والطبي والخدمة الاجتماعية.

وقد ثبت من دراسات معاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان حيث تمكن المحللون النفسيون من ملاحظة التالي:

معظم النساء المصابات بالسرطان كن يعانين من صعوبة في تقبلهن لذاتهن كما هي على علتها

معظمهن كن يعانين من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالباً ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة.

<sup>1</sup> غباري، محمد سلامة، أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية

معظم المصابين بمرض السرطان يعانون نتيجة لفقد أعضائهم من جراء الإصابة من غير شديدة من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب وفي أغلب الأحيان كانت عداوتهم مكبوتة.

### القسم الثالث: أدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي مع مرضى السرطان:

المقصود بأدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي مع مرضى السرطان هو ما يقوم به من أعمال، وما يقدمه من ألوان الرعاية وما يمارسه من أساليب فنية، وما يطبقه من طرق الخدمة الاجتماعية المختلفة وفيما يلي أهم هذه الأدوار:<sup>1</sup>

#### أولاً: أدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المريض:

- تقديم الخدمات اللازمة للمرضى سواء من موارد المستشفى أو من البيئة مثل: المساعدات المالية والخدمات التأهيلية، والأجهزة التعويضية، والخدمات الصحية .
- مساعدة المريض على فهم الأمور المتعلقة بمرضه وكذلك توعيته بأهمية العوامل الوجدانية في المرض.
- مساعدة مريض السرطان على تقبل المرض إذ أن معظم المرضى لا يتقبلونه ولذلك كان لازماً على الأخصائي الاجتماعي أن يبذل كل جهوده لإقناع العميل بتقبل مرضه الذي سيعايشه .
- مساعدة المريض على التعبير عن انفعالاته المكبوتة وتخفيف حدة مشاعره السلبية وخاصة المخاوف والقلق، وخصوصاً الذين في طريقهم لإجراء عمليات جراحية ولذلك لا يجب عمل هذه العمليات إلا بعد استقرارهم نفسياً وهنا تظهر أهمية الأخصائي الاجتماعي الطبي .
- مساعدة المريض على تغيير اتجاهاته غير السليمة وخاصة الاتجاهات الصحية والاجتماعية التي تؤدي إلى الإصابة بالمرض .
- تعديل آراء المريض وأفكاره واتجاهاته ووجهات نظره الخاطئة وتحسين علاقته الاجتماعية بالمحيطين به .

<sup>1</sup> مرجع سابق: 233-237

- إقناع المريض بأهمية العملية الجراحية وخطورة عدم إجرائها وتخفيف مخاوفه وقلقه اتجاهها .
- الاشتراك في تخطيط الأنشطة الاجتماعية للمرضى ووضع البرامج المناسبة لحالة المرضى، وخاصة الذين تطول مدة بقائهم في المستشفى .
- مساعدة المريض على إعادة تكيفه النفسي إزاء المرض وتطوراتهِ حتى يجتاز ظروفه الصعبة التي يمر بها.
- مساعدته على اجتياز أزماته الانفعالية في حالات البتر واستئصال أحد الأعضاء معتمداً على العلاقة المهنية التي كونها مع المريض .
- مساعدة المريض على إعادة تكيفه الاجتماعي وخاصة مع البيئة الداخلية والخارجية أثناء المرض وبعده .
- اكتشاف واستثمار ما لدى المريض من إمكانيات وقدرات وخبرات ومهارات يمكن الاستفادة منها .
- تخليص المريض من الأوهام التي ينسجها حول مرضه وما سيؤول إليه، واستخدام أساليب التوضيح والتفسير والتبصير بما حوله ليعرف بشكل واقعي وظروفه المجتمعية والبيئية وإمكانياتها والحقائق الخارجية المحيطة به كما هي لا أن ينسجها من الخيال.
- ثانياً: أدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي مع أسرة المريض:**
- توعية أسرة المريض والمحيطين به بطبيعة مرضه وكيفية الوقاية منه، وكيفية التعامل مع المريض بما يساعده على إعادة تكيفه النفسي والاجتماعي .
- توضيح الجوانب الاجتماعية الطبية التي تؤثر في حالة المريض لأسرة المريض والمحيطين به وإقناعهم بأهمية تعاونهم لإنجاح العلاج الطبي والاجتماعي .
- مساعدة أسرة المريض على استغلال الموارد البيئية اللازمة لصالح المريض خلال فترة أقامته بالمستشفى وبعد الخروج منها .

-من المسؤوليات التي يمكن أن يقوم بها الأخصائي الاجتماعي مع مرضى السرطان توعية وتنقيف أسرة المريض والمحيطين به ويستخدم في ذلك وسائل الإعلام المتاحة .

- تخفيف مخاوف وقلق أسرة المريض وإقناعهم بأهمية وقوفها بجانبه متماسكة وقوية، وعدم إظهار مشاعر الشفقة والعطف أمامه حتى لا توهن عزمه وتجسم له المرض وحتى لا تصبح عقبة في طريق تقدمه الصحي والنفسي والاجتماعي .

رعاية أسرة المريض أثناء علاجه بالمستشفى وذلك بتقديم الخدمات الاجتماعية اللازمة لها وإنجاز الموضوعات التي كان المريض يتولاها لأسرته مثل القضايا أو المسؤوليات العائلية وغيرها وسد أي نقص ترتب على دخول المريض المستشفى .

### ثالثاً: أدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المجتمع:

التعاون مع الهيئات والمؤسسات المختلفة في حل المشكلات المجتمعية المتعلقة بمرض السرطان .

مساعدة المريض على الاستفادة من موارد المستشفى بأحسن صوره ممكنة .  
إفادة المرضى من الخدمات المجتمعية وتوفير سبل الوقاية من خلال وسائل الإعلام .

المساهمة مع الهيئات الوقائية في إيقاظ وتنوير الرأي العام بحقيقة المرض، وأسبابه وطرق الوقاية منه.

تنظيم حملات التوعية عن المرض والوقاية منه عن طريق النشرات والملصقات والنقاشات وحملات الإعلام

الاشتراك في إجراء البحوث العلمية عن المشكلات الاجتماعية للسرطان وتقويم البرامج الاجتماعية القائمة .

عمل المؤتمرات والندوات والمحاضرات اللازمة للتوعية بخطورة الاتجاهات والعادات الخاطئة التي تؤدي لمرض السرطان .

توعية أصحاب المصانع والورش الموجودة بالبيئة بخطورة مخلفاتها المسببة لمرض السرطان

مساعدة الطبيب عند اللزوم في إجراء البحوث وجمع البيانات التي تساعد على تشخيص بعض الحالات المرضية .

#### القسم الرابع : الصحة Health:

عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة في عام 1948 بأنها : "ليست مجرد خلو الجسم من العاهة أو المرض وإنما هي حاله جسمانية متكاملة.

HEALTH: a state of physical and mental and social well

being not morally absence of diseases.(net4)

يلاحظ أن هذا التعريف أكد الارتباط والعلاقة الوثيقة بين الجوانب الثلاث البدنية والعقلية والاجتماعية للصحة وأن أي خلل في أحدهما يؤثر سلباً في الجانبين الآخرين وبالتالي يؤدي إلى خلل في حالة الصحة.<sup>1</sup>

وهناك تعاريف كثيرة تستند بشكل عام إلى هذا التعريف في الصحة كالتعريف التالي "لهوريلمان" 1995 حيث يرى أن الصحة عبارة عن حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما وتكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدية والنفسية والاجتماعية للشخص متناسبة مع إمكانياته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة أنها حالة من التوازن الواجب تحقيقها في كل لحظة من لحظات الحياة إنها النتيجة الراهنة لبناء كفاءات التصرف والحفاظ عليها التي يمارسها الإنسان نفسه.<sup>2</sup>

#### القسم الخامس: الاكتئاب Depression:

يكاد الاكتئاب يكون العرض الأكثر شيوعاً الذي يدفع المرضى إلى زيارة الطبيب النفسي وقد يتراوح في شدته ما بين الانخفاض المؤقت في الروح المعنوية وهي حالة يتعرض لها الجميع في مواجهة ما يصادفونه من عقبات

<sup>1</sup> خضير، محمد توفيق، مبادئ الصحة والسلامة العامة ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، 2001: 19

<sup>2</sup> علي ،سيد فهمي ، علم نفس الصحة الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، دار

الجامعة الجديدة للنشر ،الإسكندرية. 2009: 24-25

معتادة إلى عذاب من الاستسلام واليأس السوداوي والتي قد تؤدي إلى الانتحار. إن نسبة 20% من البشر يصابون بالاكتئاب في مرحلة ما من حياتهم فهو كابوس العصر الذي تسبب في مأزق هائل للإنسانية حين أخلّ بالتوازن النفسي للإنسان فاختل تكيفه مع نفسه ومع المحيطين به ومع المجتمع بدرجة باتت تهدد مسيرته في الحياة<sup>1</sup>

ويعرف الاكتئاب بأنه حالة اضطرارية لها عواقبها الوخيمة ولا بد من معالجتها عند الفرد المصاب وهذه الحالة بمثابة استجابة لفقدان إنسان عزيز وشيء مهم وأن الشعور بالاكتئاب لهذا الفقدان يقويه في النفس حالات مماثلة حدثت للفرد في طفولته وربما لا تكون فقدان بالمعنى المفهوم فقد تكون حالته انفصال عن شريك الحياة وخيبة أمل فيه وقد تتأني هذه الحالة الاكتئابية عن عجز الفرد من تصريف الغضب فيشعر بالحزن ثم الاكتئاب. ويعرف "احمد زهران" الاكتئاب بأنه (حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عنه الظروف المحزنة الأليمة وتعبّر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لذاته).

تتعدد التعريفات وكلها تشير إلى أنه حالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن وتأخر الاستجابة والميول إلى التشاؤمية وأحيانا تصل حالة الاكتئاب إلى درجة أن الفرد لا يذكر إلا أخطائه وذنوبه ويصل في أغلب الأحيان إلى البكاء الحاد<sup>2</sup>. لا يوجد سبب وحيد يسبب الاكتئاب إذ لا بد من توفر مجموعة كبيرة من العوامل حتى تسبب ظهور الاكتئاب . وقد قسم العلماء الاكتئاب إلى :

- ردة فعل على نائبات الدهر (الاكتئاب الارتكاسي) وهو ما يحدث عندما نفقد السند الإنساني في حياتنا بالموت أو الفراق أو نخسر الأملاك والأموال وتكون هنا المعالجة النفسية هي الفاعلة .

<sup>1</sup> مرجع سابق ص: 85

<sup>2</sup> أالخادي، أديب محمد، مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج، ط1، دار وائل للنشر، العراق، 2006.

- الإصابات النفسية في الطفولة (الاكتئاب العصبي) وهنا كذلك غالباً ما يكون العلاج النفسي فاعلاً ويغلب أن تمتد المعالجة لسنوات عدة.
- الاكتئاب الناجم عن مرض على نحو اضطراب التروية الدموية الدماغية أو الأمراض المعدية أو تناول الأدوية المثيرة للاكتئاب.
- الاكتئاب الذي لا يمكن أن نجد له أسباباً في تاريخ الحياة الراهنة أو الماضية والتي يمكن أن تبرر وجوده (كما يسمى الاكتئاب داخلي المنشأ أو الاكتئاب الآتي من الداخل) وأسبابه متنوعة منها اضطراب الاستقلال في الدماغ ويتألف العلاج على الأغلب من المعالجة الدوائية والتي تطلق عليها تسمية مضادات الاكتئاب .
- توصلت نتائج الجهود العلمية التي بذلها المهتمون بدراسة اضطراب الاكتئاب عند وجود تصنيفات متعددة لهذا المرض ومن بين تلك التصنيفات التصنيف الذي قدّمه "بيك" وحدده بالمظاهر الآتية:
- 1. المظاهر الانفعالية: تتضمن فقدان القدرة على الاستمتاع بمرح الحياة وضعف الثقة بالنفس .
- 2. المظاهر المعرفية: تتضمن سلبية مفهوم المريض لذاته وتوجيه اللوم لنفسه وتضخيم المشكلات وانعدام القدرة على اتخاذ القرار والحسم وضعف الإحساس بالقيمة الذاتية .
- 3. المظاهر الواقعية: تتضمن ضعف القدرة على الانجاز وانعدام الميل نحو المثابرة والطموح لتحقيق أهداف الحياة ومتطلباتها والشلل في الإرادة والرغبة في الهروب من الواقع وتحيين فكرة الموت وتزايد الميول و الاتكالية.
- القسم السادس: نظريات فسرت الاكتئاب وأسبابه:
- التفسير التحليلي - الفرويدي للاكتئاب :
- يعد "سيجموند فرويد" هو المؤسس الفعلي والأب الشرعي لما يسمى بمدرسة التحليل النفسي psychoanalysis ورغم الانتقادات التي وجهت إلى هذه

الطريقة فلقد كان لها من المقومات والتفسيرات المنطقية لبعض لمشكلات ما جعلها تصمد إلى الوقت الحاضر.<sup>1</sup>

ولقد بين "فرويد" أن العلاقة بين الهو والأنا والأنا الأعلى هي علاقة صراع وأن تطور الشخصية وجزء كبير من أمراضها في ما بعد يحدث بسبب هذا الصراع في المراحل المبكرة من العمر. ولقد أثبتت النظرية الفرويدية أن الأمراض النفسية التي تطرأ على الشخص في ما بعد بما فيها القلق والاكتئاب هي في واقع الأمر نتاج لصراعات مبكرة منذ مراحل الطفولة. وأما الاكتئاب فإننا نجد أن النظريات المبكرة للتحليل النفسي تنظر إليه بصفته نتاج للتفاعل أو التصارع بين الدوافع (الرغبات) والجوانب الوجدانية بما فيها من مشاعر الذنب والخسارة في السنوات الأولى من العمر<sup>2</sup>

### النظرية المعرفية:

لقد فسر أرون بيك (Arron Beck) وجهة نظره في النظريات المفسرة للاكتئاب فمن خلال هذه النظريات لاحظ أنه رغم تباينها إلا أنها تتفق في افتراضات أساسية وهي أن الشخص المصاب بالاكتئاب هو ضحية قوى ومؤثرات لا يتبينها ولا يملك التحكم فيها، ويفترض بيك أن الوعي هو مصدر الاضطراب ويوضح ذلك من خلال نظريته المعرفية في أن الفرد يقوم بتحريف الواقع والحقائق بناء على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة. أما المظاهر السلوكية للاكتئاب مثل الخمول والتعب فهي نتاج للمحتوى المعرفي السلبي وهما تعبير عن فقدان المريض للدافعية التلقائية، أما العلامات النمائية للاكتئاب فهي فقدان الشهية أو اضطراب النوم<sup>3</sup>

### نظرية التعلم الاجتماعي:

لقد كان "سيلجمان" أول من أثبت أن الاكتئاب استجابة نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والآمال ولا مهرب منها، أي نراها

<sup>1</sup> عبد الستار إبراهيم، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، عالم المعرفة، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1998.

<sup>2</sup> مرجع سابق، 1998.

<sup>3</sup> مصطفى عادل، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، 2000.

ميؤوس منها. ويمكن أن يتضح تفسير الاكتئاب وفق نظرية التعلم الاجتماعي في النقاط الآتية :

يؤدي الشعور بالاكتئاب وما يصاحبه من أعراض كالشعور بالتعب إلى خفض مستوى الطاقة والنشاط وبالتالي تقل مصادر التدعيم . يؤدي انخفاض مستوى التدعيم بدوره إلى خفض مستوى النشاط أكثر وأكثر . تتوقف كمية التدعيم التي يتلقاها الفرد على ثلاثة مصادر الدعم هي :  
تدعيمات نتيجة لخصائص شخصية الفرد مثل العمر ومستوى الجاذبية للآخرين وانتمائه القومي والجنسي .  
تدعيمات من البيئة وعلى الأخص من الأسرة ومقدار دعمها له وكذلك الإحساس بالأمن ويسر المعيشة  
ج. التدعيمات الناتجة عما تعلمه الفرد أي الدعم الذاتي<sup>1</sup>

#### القسم السابع: القلق Anxiety :

لقد أصبحت الاضطرابات العصبية أو الأعراض النفسية تشكل مشكلة صحية عامة ومنتشرة إذ أن مدى انتشارها يفوق ما يكتب عن الأمراض العقلية وهي الآن تعد من أبرز اهتمامات علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي شيوعا، ومن بين هذه الأمراض النفسية الأكثر انتشاراً والمحددة في دليل التصنيف الدولي الأخير لمنظمة الصحة العالمية نختار اضطرابات القلق، ويعد القلق ظاهرة قائمة. فالإنسان مقدر له أن يعيش القلق الذي ارتبط بحياته وأن وجوده غير ذاته، لذلك فإنه يفكر دائماً في القلق. وجاء القرن العشرين ثم غادر وهو يحمل تسمية (عصر القلق)، والقرن العشرين أطلق عليه هذه التسمية لأن القلق هو طابعه الخاص، وإنسان عصر القلق يعاني دور العوامل النفسية المؤثرة في حياته اليومية ومطالبه الاجتماعية.

فالمجتمعات العصرية لم تعد ضحايا مجاعات، وأمراض وأوبئة ولو أنها متفرقة ومتناثرة في بقاع الأرض. ولكن حلت محلها وتأثير أكثر قسوة جيوش

<sup>1</sup> عبد الستار، إبراهيم ، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، عالم المعرفة، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .1998

فتاكة من الأوبئة النفسية الصعبة تلك هي أعراض القلق، والاكتئاب، والوسواس، والمخاوف، والاضطرابات العصبية الأخرى فضلاً عن انتشار الاضطرابات العقلية، مما عصف بإنسان عصر القلق الشكوك والأوهام.<sup>1</sup>

### مفهوم القلق:

القلق: هو شعور انفعالي سلبي يصاب به الفرد ويرتبط بحالة توقع خطر غامض، ويصاب به مريض السرطان كقلق عام بالإضافة إلى قلق الموت، وقد عرفه معجم علم النفس بأنه حالة من التوتر الجسمي والنفسي في آن واحد، يتميز بالخوف غير المحدد الذي تتراوح درجته بين الحيرة والفرع، وبعض الانطباعات الجسمية المؤلمة مثل ضيق النفس، وهو من الحالات المألوفة في أنواع الأذهان مثل: (الكآبة والعصاب) الوهن النفسي (وعصاب القلق... الخ).<sup>2</sup>

واختلف علماء النفس حول تعريف القلق إلا أنهم اتفقوا على أنه نقطة بداية بالنسبة للأمراض النفسية والعقلية، إلا أن حالة القلق تغلب فتصبح هي نفسها الاضطراب النفسي الأساسي وهذا ما يعرف باسم القلق العصابي، والقلق هو شيء طبيعي يشعر به ويعاني منه أي إنسان خصوصاً في المواقف التي تستدعي ذلك. والقلق أمر مطلوب وصحي لأنه يكون باعثاً للإنسان على بذل مزيد من الجهد حتى ينجح في حياته ولكن إذا زادت درجة هذا القلق على الحد الطبيعي يصبح القلق معوقاً للإنسان، حيث يفقد القدرة على التركيز وينسى المعلومات التي يعرفها، وهنا يكون القلق مرضاً يحتاج للعلاج. وتقدر الإحصاءات أن واحداً من كل أربعة أشخاص تعرض يوماً ما على مدار حياته لواحدة أو أكثر من اضطرابات القلق.<sup>3</sup>

يعرف القلق بأنه انفعال غير سار وشعور مكرر، تهديد أو هم مقيم وعدم راحة واستقرار وهو كذلك إحساس بالتوتر والشد وخوف دائم لا مبرر له من

<sup>1</sup> أ.خالد، أديب محمد، مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج، ط1، دار وائل للنشر، العراق. 194-196، 2006.

<sup>2</sup> سالمى عبد المجيد، خالد نور الدين، معجم مصطلحات علم النفس، ط1، دار المعارف، القاهرة 1998.

<sup>3</sup> علي، سيد فهمي، علم نفس الصحة الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية. 2009: 60-61

الناحية الموضوعية وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطراً حقيقياً والتي قد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت ضرورة ملحة أو مواقف تصعب مواجهتها.<sup>1</sup>

يرى "فرويد" أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم. والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو متشائماً، ومتوتر الأعصاب، ومضطرباً كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه، ويبدو متردداً أو عاجزاً عن البت في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز .

ويعرفه "هيلجارد" (1971) بأنه حالة ترقب أو توقع الشر، أو عدم الراحة أو الاستقرار التي ترتبط بالشعور بالخوف، ويؤكد أن موضوع القلق يكون أقل تحديداً من موضوع الخوف، ومن ذلك فهو حالة توقع خطر غامض مبهم .

كما تعرفه "كارين هورني" (Karen Horney) بأنه رد فعل على خطر غامض غير معروف، ويكون هذا الخطر ذاتياً أو متوهماً، وتهتم هورني بهذا العامل الذاتي، وترى أنه يتكون من شعور الفرد بخطر عظيم محقق به، مع شعوره بالعجز أمام هذا الخطر، وأن شعور الفرد بالعجز يكون متوقفاً على اتجاه الفرد نفسه، ولذلك ترى أن شدة القلق تكون مناسبة لمعنى الموقف عند الفرد.<sup>2</sup>

أما قلق الموت فهو: انعدام الراحة الفكرية الذي يؤدي إلى حالة خاصة من الألم النفسي ويظهر على الفرد بشكل توتر شديد (عصبية) يرافقه خوف ليس له مبرر يتعلق بتوقع حدوث شيء غامض<sup>3</sup>

وعرف "تمبلر" (Templar) قلق الموت بأنه "حالة انفعالية غير سارة تجعل الفرد يتأمل في وفاته هو".

<sup>1</sup> مرجع سابق. 2009: 6

<sup>2</sup> لينزري ، هول، نظرية الشخصية ،ترجمة فرح احمد وآخرين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة . 1971

<sup>3</sup> العمري، خير الدين شريف، القلق بلباس العصر الحاضر، بغداد. 1986

ويعرفه "هولنز" Holnz بأنه: "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت فالموت شغل الفكر الإنساني قديما وحديثا لأنه يشكل النهاية لهذا المخلوق .

إذا فالموت لا يختلف عليه أحد فهو حادث لكل المخلوقات على هذا الكوكب الأرضي ، والله -تعالى - أخبرنا بذلك، قال تعالى : "كل نفس ذائقة الموت وإنما توفون أجوركم يوم القيامة" آل عمران ، أية ( 198 ) ، لذا فإن مشكلة الخوف من الموت مشكلة عامة في المجتمعات الإنسانية تؤثر في سلوك الأفراد وتزداد مع تقدم العمر، أو في حالات الأمراض المستعصية أو المزمنة، ولا شك في أن هناك بعض الجوانب الغامضة في الموت لدى بعض الناس، إذ يعد الموت لديهم أمراً غامضاً، أو أعظم سر يواجههم.

### مظاهر القلق

تصنف أعراض القلق إلى ما يلي :

- الأعراض النفسية وتشمل الآتي :
  - سرعة الإثارة العصبية.
  - صعوبة التركيز والنسيان.
  - مخاوف مرضية في أعضاء الجسم لا أساس لها .
  - عدم الاستقرار.
  - الحساسية المفرطة والشك والتردد والضيق وترقب المستقبل.
- وبطبيعة الحال فإن هذه الأعراض تؤدي إلى تدهور في قدرة الفرد على الإنجاز والعمل كما تؤثر على توافقه الاجتماعي والمهني والأسري.<sup>1</sup> ، بالإضافة إلى القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل والهم والاكتئاب العابر

<sup>1</sup> علي ، سيد فهمي ، علم نفس الصحة الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشر ،الإسكندرية.2009: 64

والتشاؤم والانشغال بأحكام الماضي وكوارث المستقبل والإحساس بقرب النهاية والخوف من الموت وقد يصل الحال إلى السلوك العشوائي غير المضبوط.<sup>1</sup>

ب- الأعراض الجسمية:

- الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة.
- توتر العضلات والنشاط الحركي الزائد.
- التعب والصداع المستمر الذي لا يهدئه الأسبرين .
- تصبب العرق وعرق الكفين وارتعاش الأصابع .
- شحوب الوجه وسرعة النبض والخفقان.
- الآم الصدر وارتفاع ضغط الدم .
- الدوار والغثيان والقيء.
- عسر الهضم وجفاف الحلق وفقد الشهية.
- نقص الوزن وإرهاق الحواس من شدة الحساسية للصوت والضوء.
- اضطراب النوم والأرق والأحلام المزعجة والكابوس .<sup>2</sup>

#### أسباب القلق:

للقلق أسباب عديدة منها :

- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات .
- الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام) والاحباطات والصراعات بين الدوافع والاتجاهات والتوتر النفسي الشديد والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة ومشاعر الذنب والنقص والعجز والخسائر والأزمات المفاجئة والصدمات النفسية .

<sup>1</sup> سوين، ريتشارد، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، علم الأمراض النفسية والعقلية، دار النهضة للنشر والتوزيع، الكويت، 1988.

<sup>2</sup> سوين، ريتشارد، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، علم الأمراض النفسية والعقلية، دار النهضة للنشر والتوزيع، الكويت، 1988.

- مواقف الحياة الضاغطة، والضغوط الحضارية والثقافية الناتجة عن المدنية الحديثة والتغيرات المتلاحقة والبيئة المشبعة بعوامل الخوف والقلق والحرمان وعدم الأمن<sup>1</sup>.

- إن بعض الأمراض العضوية الحادة أو المزمنة تمهد لاستجابة القلق كما هي الحال في الإصابة بالأنفلونزا أو بالأمراض المزمنة التي توهن القوى كالتدرن<sup>2</sup>

- إن نظرية القلق كحالة وسمة تفترض أن: استثارة حالة القلق تشمل علمية أو تتابع أحداثاً مرتبة بصورة وقتية، وتبدأ بالتقدير المعرفي لموقف على أنه خطير أو مهدد للفرد وقد تبدأ هذه العملية بضغط نفسي خارجي مثل التهديد لاحترام الذات، كالذي يحدث عندما يطلب من طالب أن يتلو شيئاً ما في الفصل، أو عن طريق متغيرات داخلية تجعل الفرد يفكر في موقف مخيف أو يتوقعه. وإثارة حالة القلق تضمن سلسلة من الأحداث تبدأ بمثير خارجي، كما يحدث في حالات التهديد، أو بمثير داخلي كفكرة أو حاجة بيولوجية، وإذا قدرت هذه المثيرات بوساطة التقدير المعرفي على أنها خطيرة أو مهددة تتبع استجابة القلق، واستجابة حالة القلق الناشئة قد تبدأ بسلسلة من السلوك يهدف إلى تجنب الموقف الخطر، أو أنها تبعث عمليات دفاعية تغير من التقدير المعرفي للموقف.

أما الفروق الفردية في سمة القلق التي تحدد المثيرات الخاصة التي تقدر من الناحية المعرفية على أنها مهددة، ويتوقع الفرد منها خطر أو استجابة لها يشعر الفرد بحالة القلق<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> علي، سيد فهمي، علم نفس الصحة الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية. 2009: 65

<sup>2</sup> سوين، ريتشارد، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، علم الأمراض النفسية والعقلية، دار النهضة للنشر والتوزيع، الكويت، 1988

<sup>3</sup> البحيري، عبد الرقيب، اختبار القلق، الحالة والسمة للأطفال، دار المعارف، القاهرة. 1982.

### النظريات التي فسرت القلق:

أولاً- نظرية التحليل النفسي: يميز "فرويد" بين ثلاثة أنواع من القلق وهذه الأنواع الثلاث لا تختلف فيما بينها اختلاف نوعياً إذ تشترك كلها في أنها غير مريحة بل مؤلمة ولكنها تختلف من حيث أصل كل منها :

القلق الواقعي: يرى "فرويد" أن القلق الموضوعي يركز أساساً على الخوف الموضوعي فهو ردّ فعل بخطر خارجي معروف أي أن الخطر في هذا النوع من القلق يكمن في العالم الخارجي .

القلق العصبي: هذا النوع من القلق هو خوف مزمن وخوف مزمن دون مبرر مرفوض مع توافر أعراض نفسية وجسمية متعددة ولذلك فهو قلق مرضي ويكون الخطر غير معروف للفرد وراجعاً إلى مصدر داخلي.<sup>1</sup>

3. يرى "فرويد" أن الأنا الأعلى هو مصدر الخطر في حالة هذا النوع من القلق أي أن يكون الفرد خائفاً من أن يعاقبه الأنا الأعلى بسبب ارتكابه عمل ما أو بسبب تفكيره في شيء مضاد لمعايير الأنا الأعلى<sup>2</sup> ويتعارض مع معايير الوالدين أو المعايير الاجتماعية لذلك فالقلق الخلفي ينشأ بصورة أساسية من الخوف من الوالدين وعقابهما

### ثانياً- القلق عند بيرلز:

يعرف "بيرلز" القلق على أنه الفجوة ما بين الآن (now) وبين اللاحق (later) فالأفراد يعيشون القلق لأنهم يتركون الآن ويغدون منشغلين بالمستقبل والأدوار التي سيضطلعون بها والانشغال بالإنجازات المقبلة يولد القلق وهو يتولد من توقع حدوث أشياء سيئة ويتبين للفرد أن هذا النمط من القلق هو مجرد إزعاج أو كدر لا غير وليس بكارثة وإنما هو بداية استعادته لسيطرته على نفسه أي أن القلق هو الهوة التي توجد بين (الآن وحينئذ) فإذا كنت في الآن (now)

<sup>1</sup> زهران، حامد عبد السلام، التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، عالم الكتب، القاهرة. 1978

<sup>2</sup> لينزري، هول، نظرية الشخصية، ترجمة فرج احمد وآخرين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة. 1971

فلا يمكن أن تكون قلقاً إلا إذا انشغلت بالمستقبل كلما ابتعدت عن ركيزة الحاضر المؤكد بأمنه وانشغلت بالمستقبل خبرة القلق<sup>1</sup>.

### ثالثاً- القلق عند ادلر:

يرى "ادلر" (Adler) أن القلق ترجع نشأته إلى طفولة الإنسان الأولى، وإحساساته بالنقص البدني أو النفسي أو الاجتماعي، ومن ثم يحاول الفرد التغلب على هذا النقص بالتعويض، وإذا ما فشلت محاولاته فإنه يسقط في القلق<sup>2</sup> وأن إحساس الفرد بالنقص يؤثر دائماً في حياته النفسية لأنه يحتقر في نظر نفسه ويزيد شعوره بعدم الأمان. ويرى ادلر أن الإنسان السوي يتغلب على الشعور بالقلق عن طريق تدعيم أو تغذية الروابط التي تربط الفرد بالأفراد الآخرين الذي يرتبط معهم بعلاقات مختلفة، وأن الفرد يستطيع أن يتجنب الشعور بالقلق عند نجاحه في تقوية هذه الروابط الاجتماعية، وعند نجاحه في تحقيق درجة معينة من الانتماء للمجتمع الذي يعيش فيه<sup>3</sup>

واعتمدت الدراسة التعريف التالي للقلق وهو تعريف إجرائي من ناحية اجتماعية بما يضمن احتوائه على الإنسان من حيث مادته وهو: القلق حالة أو شعور أو إحساس يمثل ظاهرة سلوكية أو فعلية ناتجة عن تفاعل كل من الجانبين الوجداني (العاطفي) (والمعرفي) الفكري، أي أن القلق له ثلاث مكونات هي:

1- المكون المعرفي (الفكري)

2- المكون الوجداني (العاطفي)

3- المكون السلوكي (الفعل)

وهي نفسها المكونات التي تشترك بها كل من القيم والاتجاهات التي يتبناها الفرد ويعتقد بها لنصل بذلك إلى الإنسان بمادته ومكوناته (العقل، الروح، والجسد) وهي المكونات التي تربطنا دوماً بجموع البشر بإنسانيتنا التي تتخذ

<sup>1</sup> زهران، حامد عبد السلام، التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، عالم الكتب، القاهرة. 1978

<sup>2</sup> كفاي، علاء الدين، الصحة النفسية، ط3، هجر للطباعة والنشر، القاهرة. 1990

<sup>3</sup> علاوي، محمد حسن، القلق لدى الرياضيين، القاهرة، صحيفة التربية الرياضية. 1978

أشكالاً متعددة تتفاعل بعضها مع بعضها الآخر بمقدار استتعارنا لهذا الارتباط والأهم من ذلك هي بوابتنا على أنفسنا..

### القسم الثامن : العلاقة بين القلق والاكتئاب :

هناك تداخلاً كبيراً بين القلق والاكتئاب فإذا كان القلق متصلاً بالمستقبل فإن الاكتئاب متصل بالماضي ومتأثر به ويذكر أنه إذا لم يعلن أحد نهاية عصر القلق فمن المفترض إذا أننا نعيش الآن عصر كل من القلق والاكتئاب ترك القلق والاكتئاب في العديد من الأعراض المعرفية وأيضاً في مشاعر عدم السرور والفشل والانشغال بالذات، والأفكار الوسواسية والشعور بالذنب، حيث يفكر المصابون بالقلق والاكتئاب في عدم كفايتهم ومشكلاتهم ونظرتهم السلبية نحو المستقبل، كما يعانون من وساوس وتوتر، فهم يتميزون بعدم الانتقاء للمعلومات السلبية والأفكار الوسواسية وضعف التركيز على حين نجد الإحساس بخطر وشيك ، واليقظة المفرطة بميزان القلق. وأخيراً فإن اضطراب القلق والاكتئاب بشكل متصل داخل المفهوم الأوسع للاضطرابات الوجدانية<sup>1</sup>

### المبحث الثالث: تحليل البيانات والنتائج:

#### أولاً - خصائص عينة الدراسة .

الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة .

#### جدول رقم (2)

التكرارات والنسب المئوية حسب الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

| النسبة | التكرار | الفئات        |       |
|--------|---------|---------------|-------|
| 50.0   | 50      | مريض          | الفئة |
| 50.0   | 50      | أسوياء        |       |
| 50.0   | 50      | ذكر           | الجنس |
| 50.0   | 50      | أنثى          |       |
| 23.0   | 23      | أقل من سنة 20 | العمر |
| 33.0   | 33      | 21-30 سنة     |       |
| 28.0   | 28      | 31-40 سنة     |       |

<sup>1</sup> كفاي، علاء الدين ، الصحة النفسية، ط3، ا هجر للطباعة والنشر ، القاهرة . 1990.

|       |     |                |                   |
|-------|-----|----------------|-------------------|
| 16.0  | 16  | أكثر من 40 سنة |                   |
| 25.0  | 25  | دون الثانوية   | مستوى التعليم     |
| 23.0  | 23  | ثانوي          |                   |
| 19.0  | 19  | دبلوم          |                   |
| 25.0  | 25  | بكالوريوس      |                   |
| 8.0   | 8   | دراسات عليا    |                   |
| 25.0  | 25  | منخفض          | الوضع الاقتصادي   |
| 69.0  | 69  | متوسط          |                   |
| 6.0   | 6   | مرتفع          |                   |
| 56.0  | 56  | ريف            | مكان السكن        |
| 44.0  | 44  | حضر            |                   |
| 37.0  | 37  | 1-3            | عدد أفراد الأسرة  |
| 31.0  | 31  | 4-6            |                   |
| 32.0  | 32  | أكثر من 6      |                   |
| 41.0  | 41  | عامل           | الحالة العملية    |
| 50.0  | 50  | غير عامل       |                   |
| 9.0   | 9   | متقاعد         |                   |
| 43.0  | 43  | أعزب           | الحالة الاجتماعية |
| 57.0  | 57  | متزوج          |                   |
| 100.0 | 100 | المجموع        |                   |

يتبين من الجدول أعلاه أن الفئتين: مريض وأسوياء حصلوا على تكرار بلغ (50) وبنسبة مئوية (50.0)

بالنسبة للجنس يتبين من الجدول أعلاه أن الإناث والذكور حصلوا على تكرار بلغ (50) وبنسبة مئوية (50.0).

أما بالنسبة للعمر فقد حصلت فئة العمر من 21-30 على أعلى تكرار بلغ (33) وبنسبة مئوية (33.0)، بينما حصلت فئة العمر من 31-40 على تكرار بلغ (28) وبنسبة مئوية (28.0)، بينما حصلت فئة العمر اقل من 20

على تكرار بلغ (23) بنسبة مئوية (23.0)، بينما حصلت فئة العمر أكثر من 40 على تكرار بلغ (16) وبنسبة مئوية (16.0)

أما بالنسبة لمستوى التعليم فقد حصل مستويي التعليم دون الثانوية و بكالوريوس على أعلى تكرار بلغ (25) وبنسبة مئوية (25.0) بينما بلغ تكرار مستوى ثانوي (23) وبنسبة مئوية (23.0) وتكرار مستوى دبلوم (19) وبنسبة مئوية (19.0) وتكرار مستوى دراسات عليا (8) وبنسبة مئوية (8.0)

أما بالنسبة للوضع الاقتصادي فتبين أن الوضع الاقتصادي متوسط حصل على أعلى تكرار بلغ (69) وبنسبة مئوية (69.0) بينما بلغ تكرار الوضع الاقتصادي منخفض (25) وبنسبة مئوية (25.0)، بينما بلغ تكرار الوضع الاقتصادي مرتفع (6) وبنسبة مئوية (6.0)

أما بالنسبة لمكان السكن فتبين أن مكان السكن الريفي حصل على أعلى تكرار بلغ (56) وبنسبة مئوية (56.0) بينما بلغ تكرار مكان الإقامة الحصري (44) وبنسبة مئوية (44.0)

أما بالنسبة لعدد أفراد الأسرة تبين إن الفئة من 3-1 حصلت على أعلى تكرار بلغ (37) وبنسبة مئوية (37.0) بينما حصلت الفئة 4-6 على تكرار بلغ (31) وبنسبة مئوية (31.0)، بينما حصلت الفئة أكثر من 6 على تكرار بلغ (32) وبنسبة مئوية (32.0)

أما بالنسبة للحالة العملية تبين الحالة غير عامل حصلت على أعلى تكرار بلغ (50) وبنسبة مئوية (50.0) بينما حصلت الحالة عامل على تكرار بلغ (41) وبنسبة مئوية (41.0)، بينما حصلت الحالة متقاعد على تكرار بلغ (9) وبنسبة مئوية (9.0)

أما بالنسبة للحالة الاجتماعية فتبين أن فئة متزوج حصلت على أعلى تكرار بلغ (57) وبنسبة مئوية (57.0) بينما بلغ تكرار فئة أعزب (43) وبنسبة مئوية (43.0) .

## جدول رقم (3)

التكرارات والنسب المئوية لمكان الإصابة بالسرطان لدى عينة المصابين

| النسبة | التكرار | الفئات                 |                          |
|--------|---------|------------------------|--------------------------|
| 6.0    | 3       | قولون                  | مكان الإصابة<br>بالسرطان |
| 36.0   | 18      | دم.                    |                          |
| 10.0   | 5       | ثدي                    |                          |
| 16.0   | 8       | عظم                    |                          |
| 32.0   | 16      | أخرى حدد<br>(رئة، رحم) |                          |
| 100.0  | 50      | المجموع                |                          |

يتضح من الجدول السابق أن سرطان الدم احتل المرتبة الأولى بنسبة وصلت إلى (36.0) يليها في المرتبة الثانية الرئة والرحم بنسبة (32.0) ثم حاءات الإصابة بسرطان العظم في المرتبة الثالثة بنسبة (16.0).

ثانياً- النتائج المتعلقة بالسؤال الأول :

ينص السؤال الأول على ما يلي " : ما درجة الشعور بقلق الموت لدى عينة الدراسة؟"

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة قلق الموت لدى عينة الدراسة، والجدول أدناه يوضح ذلك.

**(4) جدول رقم**  
**المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لل فقرات لدرجة قلق الموت لدى عينة الدراسة مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية**

| الدرجة | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | أبداً |    | نادراً |    | أحياناً |    | غالباً |    | دائماً |    | الفقرات                                           | الرقم | الرتبة |
|--------|-------------------|-----------------|-------|----|--------|----|---------|----|--------|----|--------|----|---------------------------------------------------|-------|--------|
|        |                   |                 | %     | ت  | %      | ت  | %       | ت  | %      | ت  | %      | ت  |                                                   |       |        |
| كبيرة  | 1.39              | 3.69            | 5.0   | 5  | 23.0   | 23 | 17.0    | 17 | 8.0    | 8  | 47.0   | 47 | أحاول تجنب التفكير بالموت                         | 1     | 4      |
| متوسطة | 1.55              | 3.54            | 16.0  | 16 | 15.0   | 15 | 12.0    | 12 | 13.0   | 13 | 44.0   | 44 | انزعج عند سماعي أحاديث الموت                      | 2     | 7      |
| متوسطة | 1.53              | 3.48            | 16.0  | 16 | 15.0   | 15 | 15.0    | 15 | 13.0   | 13 | 41.0   | 41 | أود لو يتعد الناس عن استخدام كلمة موت             | 3     | 8      |
| كبيرة  | 1.18              | 4.12            | 4.0   | 4  | 8.0    | 8  | 16.0    | 16 | 16.0   | 16 | 56.0   | 56 | أشعر بالضيق والحزن عندما أرى جنازة                | 4     | 2      |
| متوسطة | 1.46              | 3.64            | 13.0  | 13 | 12.0   | 12 | 16.0    | 16 | 16.0   | 16 | 43.0   | 43 | أخاف أن أنام ولا أستيقظ بعد ذلك                   | 5     | 5      |
| متوسطة | 1.37              | 3.43            | 13.0  | 13 | 12.0   | 12 | 24.0    | 24 | 21.0   | 21 | 30.0   | 30 | أشعر بالقلق إذا نفذ علاج المرض الذي أعانيه من عدي | 6     | 9      |

| الدرجة | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | أبدا |    | نادرا |    | أحيانا |    | غالباً |    | دائماً |    | الفقرات                                                         | الرقم | الرتبة |
|--------|-------------------|-----------------|------|----|-------|----|--------|----|--------|----|--------|----|-----------------------------------------------------------------|-------|--------|
|        |                   |                 | %    | ت  | %     | ت  | %      | ت  | %      | ت  | %      | ت  |                                                                 |       |        |
| كبيرة  | 1.23              | 3.73            | 6.0  | 6  | 11.0  | 11 | 23.0   | 23 | 24.0   | 24 | 36.0   | 36 | أشعر بأنني سافارق الحياة قريباً                                 | 7     | 3      |
| متوسطة | 1.42              | 3.15            | 17.0 | 17 | 21.0  | 21 | 14.0   | 14 | 26.0   | 26 | 22.0   | 22 | أثناء نومي احلم كثيراً بالمرض                                   | 8     | 13     |
| متوسطة | 1.34              | 3.40            | 11.0 | 11 | 16.0  | 16 | 23.0   | 23 | 22.0   | 22 | 28.0   | 28 | أشعر بالضيق عند كل سؤال يطرحه الآخرون علي للتأكد على وضعي الصحي | 9     | 10     |
| متوسطة | 1.28              | 3.18            | 13.0 | 13 | 18.0  | 18 | 24.0   | 24 | 28.0   | 28 | 17.0   | 17 | يتنبأني القلق إذا اضطررت لزيارة مريض في المستشفى                | 10    | 11     |
| متوسطة | 1.43              | 3.17            | 19.0 | 19 | 14.0  | 14 | 21.0   | 21 | 23.0   | 23 | 23.0   | 23 | أشعر أن الموت هو الوسيلة الوحيدة لراحتي                         | 11    | 12     |
| متوسطة | 1.23              | 3.60            | 8.0  | 8  | 10.0  | 10 | 25.0   | 25 | 28.0   | 28 | 29.0   | 29 | لا أشعر بالضيق كوني سافارق الحياة                               | 12    | 6      |
| كبيرة  | .82               | 4.53            |      |    | 4.0   | 4  | 9.0    | 9  | 17.0   | 17 | 70.0   | 70 | أؤمن أن الموت حق وأنه قائم عاجلاً أم آجلاً                      | 13    | 1      |

| الدرجة | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | أبدا |    | نادرا |    | أحيانا |    | غالباً |    | دائماً |    | الفرقات                                 | الرقم | الرتبة |
|--------|-------------------|-----------------|------|----|-------|----|--------|----|--------|----|--------|----|-----------------------------------------|-------|--------|
|        |                   |                 | %    | ت  | %     | ت  | %      | ت  | %      | ت  | %      | ت  |                                         |       |        |
| متوسطة | 1.50              | 2.58            | 34.0 | 34 | 22.0  | 22 | 13.0   | 13 | 14.0   | 14 | 17.0   | 17 | تراودني فكرة الانتحار                   | 14    | 15     |
| متوسطة | 1.45              | 2.90            | 24.0 | 24 | 18.0  | 18 | 22.0   | 22 | 16.0   | 16 | 20.0   | 20 | اشعر بان الآخرين سوف يشعرون بتحسن لو مت | 15    | 14     |
| متوسطة | .88               | 3.48            |      |    |       |    |        |    |        |    |        |    | فائق الموت                              |       |        |

يبين الجدول (4) أن المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (4.53-2.58)، حيث جاءت الفقرة

رقم (13) والتي تنص على "أؤمن أن الموت حق وأنه قادم عاجلا أم آجلا" في المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (4.53)، تلاها في المرتبة الثانية الفقرة رقم (4) ونصها "أشعر بالضيق والحزن عندما أرى جنازة" بمتوسط حسابي بلغ (4.12)، تلاها في المرتبة الثالثة الفقرة رقم (7) ونصها "أشعر بأنني سأفارق الحياة قريبا" بمتوسط حسابي بلغ (3.73)، بينما جاءت الفقرة رقم (14) ونصها "تراودني فكرة الانتحار" بالمرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ (2.58). وبلغ المتوسط الحسابي للشعور بقلق الموت (3.48) مما يدل على أن مشكلة الشعور بالموت تزداد في حالات الأمراض المستعصية والمزمنة.

#### ثالثاً - النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني :

ينص السؤال الثاني على ما يلي " : ما درجة الشعور بالاكتئاب لدى عينة الدراسة؟"

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الاكتئاب لدى عينة الدراسة، والجدول أدناه يوضح ذلك.

(5) جدول رقم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ل فقرات لدرجة الاكتئاب لدى عينة الدراسة مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

| الدرجة | الانحراف المعياري | الم الحسابي | أبداً |    | نادراً |    | أحياناً |    | غالباً |    | دائماً |    | الفقرات                                        | الرقم | الرتبة |
|--------|-------------------|-------------|-------|----|--------|----|---------|----|--------|----|--------|----|------------------------------------------------|-------|--------|
|        |                   |             | %     | ت  | %      | ت  | %       | ت  | %      | ت  | %      | ت  |                                                |       |        |
| كبيرة  | 1.07              | 4.00        | 2.0   | 2  | 7.0    | 7  | 24.0    | 24 | 23.0   | 23 | 44.0   | 44 | اشعر بتحسن في الصباح                           | 16    | 1      |
| كبيرة  | 1.18              | 3.86        | 6.0   | 6  | 7.0    | 7  | 20.0    | 20 | 29.0   | 29 | 38.0   | 38 | أبكي لفترة من الزمن أو أشعر بذلك               | 17    | 3      |
| متوسطة | 1.37              | 3.42        | 11.0  | 11 | 17.0   | 17 | 22.0    | 22 | 19.0   | 19 | 31.0   | 31 | لقد كان نومي في الليلة الماضية مريحاً غير مريح | 18    | 12     |
| كبيرة  | 1.07              | 3.96        | 1.0   | 1  | 11.0   | 11 | 20.0    | 20 | 27.0   | 27 | 41.0   | 41 | أتناول كمية الطعام التي أتناولها عادة          | 19    | 2      |
| متوسطة | 1.50              | 3.46        | 16.0  | 16 | 13.0   | 13 | 18.0    | 18 | 15.0   | 15 | 38.0   | 38 | لاحظت مؤخرًا أنني                              | 20    | 10     |

| الدرجة | الانحراف المعياري | الم الحسابي | أبدا |    | نادرا |    | أحيانا |    | غالبا |    | دائما |    | الرقم | الرتبة |
|--------|-------------------|-------------|------|----|-------|----|--------|----|-------|----|-------|----|-------|--------|
|        |                   |             | %    | ت  | %     | ت  | %      | ت  | %     | ت  | %     | ت  |       |        |
|        |                   |             |      |    |       |    |        |    |       |    |       |    |       |        |
| كبيرة  | 1.39              | 3.68        | 12.0 | 12 | 10.0  | 10 | 15.0   | 15 | 24.0  | 24 | 39.0  | 39 | 21    | 7      |
| متوسطة | 1.48              | 3.37        | 19.0 | 19 | 10.0  | 10 | 16.0   | 16 | 25.0  | 25 | 30.0  | 30 | 22    | 14     |
| متوسطة | 1.46              | 3.08        | 23.0 | 23 | 14.0  | 14 | 14.0   | 14 | 30.0  | 30 | 19.0  | 19 | 23    | 22     |
| متوسطة | 1.37              | 3.18        | 16.0 | 16 | 16.0  | 16 | 24.0   | 24 | 22.0  | 22 | 22.0  | 22 | 24    | 19     |
| متوسطة | 1.21              | 3.33        | 9.0  | 9  | 14.0  | 14 | 32.0   | 32 | 25.0  | 25 | 20.0  | 20 | 25    | 15     |

| الدرجة | الانحراف المعياري | الم الحسابي | أبدا |    | نادرا |    | أحيانا |    | غالباً |    | دائماً |    | الرقم | الرتبة |
|--------|-------------------|-------------|------|----|-------|----|--------|----|--------|----|--------|----|-------|--------|
|        |                   |             | %    | ت  | %     | ت  | %      | ت  | %      | ت  | %      | ت  |       |        |
| متوسطة | 1.34              | 3.11        | 18.0 | 18 | 12.0  | 12 | 29.0   | 29 | 23.0   | 23 | 18.0   | 18 | 26    | 21     |
| متوسطة | 1.19              | 3.20        | 10.0 | 10 | 17.0  | 17 | 31.0   | 31 | 27.0   | 27 | 15.0   | 15 | 27    | 18     |
| متوسطة | 1.19              | 3.23        | 6.0  | 6  | 24.0  | 24 | 30.0   | 30 | 21.0   | 21 | 19.0   | 19 | 28    | 17     |
| متوسطة | 1.17              | 3.46        | 6.0  | 6  | 13.0  | 13 | 34.0   | 34 | 23.0   | 23 | 24.0   | 24 | 29    | 10     |
| متوسطة | 1.21              | 3.32        | 7.0  | 7  | 19.0  | 19 | 31.0   | 31 | 21.0   | 21 | 22.0   | 22 | 30    | 16     |
| متوسطة | 1.19              | 3.17        | 11.0 | 11 | 14.0  | 14 | 38.0   | 38 | 21.0   | 21 | 16.0   | 16 | 31    | 20     |
| متوسطة | 1.25              | 3.61        | 7.0  | 7  | 14.0  | 14 | 21.0   | 21 | 27.0   | 27 | 31.0   | 31 | 32    | 9      |

| الدرجة | الانحراف المعياري | الم الحسابي | أبدا |    | نادرا |    | أحيانا |    | غالباً |    | دائماً |    | الرقم | الرتبة |
|--------|-------------------|-------------|------|----|-------|----|--------|----|--------|----|--------|----|-------|--------|
|        |                   |             | %    | ت  | %     | ت  | %      | ت  | %      | ت  | %      | ت  |       |        |
|        |                   |             |      |    |       |    |        |    |        |    |        |    |       |        |
| متوسطة | 1.25              | 3.38        | 6.0  | 6  | 22.0  | 22 | 25.0   | 25 | 22.0   | 22 | 25.0   | 25 | 33    | 13     |
| كبيرة  | 1.17              | 3.69        | 5.0  | 5  | 10.0  | 10 | 28.0   | 28 | 25.0   | 25 | 32.0   | 32 | 34    | 6      |
| كبيرة  | 1.13              | 3.84        | 2.0  | 2  | 13.0  | 13 | 22.0   | 22 | 25.0   | 25 | 38.0   | 38 | 35    | 4      |
| متوسطة | 1.27              | 3.63        | 3.0  | 3  | 20.0  | 20 | 27.0   | 27 | 11.0   | 11 | 39.0   | 39 | 36    | 8      |
| كبيرة  | 1.41              | 3.74        | 11.0 | 11 | 11.0  | 11 | 16.0   | 16 | 17.0   | 17 | 45.0   | 45 | 37    | 5      |
| متوسطة | .71               | 3.49        |      |    |       |    |        |    |        |    |        |    |       |        |

-3.08) إن المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (5) يبين الجدول  
 اشعر بتحسن في "والتي تنص على (16)، حيث جاءت الفقرة رقم (4.00)  
 ، تلاها في المرتبة (4.00) في المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ "الصباح  
 بمتوسط "أتناول كمية الطعام التي أتناولها عادة" ونصها (19) الثانية الفقرة رقم  
 أبكي "ونصها (17)، تلاها في المرتبة الثالثة الفقرة رقم (3.96) حسابي بلغ  
 ، بينما جاءت الفقرة (3.86) بمتوسط حسابي بلغ "لفترة من الزمن أو أشعر بذلك  
 أنا مكتئب طوال الوقت ولا أستطيع أن اخرج نفسي من هذه "ونصها (23) رقم  
 وبلغ المتوسط الحسابي (3.08) بالمرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ "الحالة  
 مما يعني أن السمة الانفعالية (الاكتئاب) أكثر (3.49) للشعور بالاكتئاب  
 شيوعاً بين الأفراد المصابين بمرض السرطان مقارنة مع الأسوياء ويرى الباحث  
 أن السبب في ذلك عائد إلى الحالة الانفعالية السلبية التي تضاعف الشعور  
 بالألم لديهم.

#### رابعاً- النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

ينص السؤال الثالث على مايلي: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (  $0.05 =$  ) في درجة الشعور بقلق الموت لدى عينة الدراسة تعزى لمتغيرات الجنس، والعمر، ومستوى التعليم، والوضع الاقتصادي، ومكان السكن، وعدد أفراد الأسرة، والحالة العملية، والحالة الاجتماعية؟"  
 للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات  
 المعيارية لدرجة الشعور بقلق الموت لدى عينة الدراسة تبعا لمتغيرات الجنس،  
 والعمر، ومستوى التعليم، والوضع الاقتصادي، ومكان السكن، وعدد أفراد الأسرة،  
 والحالة العملية، والحالة الاجتماعية، ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين  
 المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجداول أدناه توضح  
 ذلك.

## جدول رقم (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لدرجة الشعور بقلق الموت تبعاً لمتغيرات الجنس، والعمر، ومستوى التعليم، والوضع الاقتصادي، ومكان السكن، وعدد أفراد الأسرة، والحالة العملية، والحالة الاجتماعية

| المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة ف | الدلالة الإحصائية | الفئات       |                  |
|-----------------|-------------------|--------|-------------------|--------------|------------------|
| 3.59            | .886              | 1.645  | .203              | ذكر          | الجنس            |
|                 |                   |        |                   | أنثى         |                  |
| 4.07            | .570              | 1.477  | .227              | 20 أقل من    | العمر            |
|                 |                   |        |                   | 21-30        |                  |
|                 |                   |        |                   | 31-40        |                  |
|                 |                   |        |                   | 40 أكثر من   |                  |
| 4.06            | .724              | 1.745  | .148              | دون الثانوية | مستوى التعليم    |
|                 |                   |        |                   | ثانوي        |                  |
|                 |                   |        |                   | دبلوم        |                  |
|                 |                   |        |                   | بكالوريوس    |                  |
|                 |                   |        |                   | دراسات عليا  |                  |
| 4.30            | .487              | 5.322  | .007              | منخفض        | الوضع الاقتصادي  |
|                 |                   |        |                   | متوسط        |                  |
|                 |                   |        |                   | مرتفع        |                  |
| 3.58            | .900              | .884   | .350              | ريف          | مكان السكن       |
|                 |                   |        |                   | حضر          |                  |
| 3.64            | .964              | .077   | .926              | 1-3          | عدد أفراد الأسرة |

|      |           |      |      |           |                   |
|------|-----------|------|------|-----------|-------------------|
|      |           | .953 | 3.46 | 4-6       |                   |
|      |           | .686 | 3.30 | 6 أكثر من |                   |
| .058 | 2.95<br>2 | .846 | 3.03 | عامل      | الحالة العملية    |
|      |           | .799 | 3.78 | غير عامل  |                   |
|      |           | .692 | 3.81 | متقاعد    |                   |
| .324 | .985      | .898 | 3.54 | أعزب      | الحالة الاجتماعية |
|      |           | .877 | 3.42 | متزوج     |                   |

يتبين من الجدول (6) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) تعزى لأثر المتغيرات المستقلة على درجة الشعور بقلق الموت، باستثناء متغير الوضع الاقتصادي، ولبيان الفروق الزوجية الدالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شفوية كما هو مبين في الجدول (22).

#### (7) جدول رقم

المقارنات البعدية بطريقة شفوية لأثر الوضع الاقتصادي على درجة الشعور بقلق الموت

| الوضع الاقتصادي | المتوسط الحسابي | منخفض   | متوسط | مرتفع |
|-----------------|-----------------|---------|-------|-------|
| منخفض           | 4.30            |         |       |       |
| متوسط           | 3.18            | 1.12(*) |       |       |
| مرتفع           | 3.50            | .80     | -.32  |       |

\* دالة عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ )

يتبين من الجدول (7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) بين المستوى الاقتصادي المنخفض والمتوسط، وجاءت الفروق لصالح المستوى الاقتصادي المنخفض. وذلك لما للوضع الاقتصادي المرتفع أو المتوسط من أثر

على نفسية الأفراد مصابين كانوا أم أسوياء حيث يعمل على إشباع حاجاتهم وتحقيق رغباتهم مما يخفف من حدة الأعراض النفسية ودرجة الشعور بالألم المرتبط بما قد يخلف المرض من أعراض بأنواعها المختلفة .

#### خامساً- النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع :

ينص السؤال الرابع على ما يلي " :هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الشعور بالاكتئاب لدى عينة الدراسة تعزى لمتغيرات الجنس، والعمر، ومستوى التعليم، والوضع الاقتصادي، ومكان السكن، وعدد أفراد الأسرة، والحالة العملية، والحالة الاجتماعية؟"

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الشعور بالاكتئاب لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الجنس، والعمر، ومستوى التعليم، والوضع الاقتصادي، ومكان السكن، وعدد أفراد الأسرة، والحالة العملية، والحالة الاجتماعية، ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجداول أدناه توضح ذلك

#### جدول رقم (8)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لدرجة الشعور بالاكتئاب تبعاً لمتغيرات الجنس، والعمر، ومستوى التعليم، والوضع الاقتصادي، ومكان السكن، وعدد أفراد الأسرة، والحالة العملية، والحالة الاجتماعية

| الدلالة الإحصائية | قيمة ف | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الفئات     |       |
|-------------------|--------|-------------------|-----------------|------------|-------|
| .810              | .058   | .735              | 3.49            | ذكر        | الجنس |
|                   |        | .702              | 3.49            | أنثى       |       |
| .205              | 1.562  | .425              | 3.86            | أقل من 20  | العمر |
|                   |        | .741              | 3.45            | 21-30      |       |
|                   |        | .849              | 3.36            | 31-40      |       |
|                   |        | .580              | 3.25            | أكثر من 40 |       |

|      |       |      |      |              |                   |
|------|-------|------|------|--------------|-------------------|
| .543 | .778  | .505 | 3.87 | دون الثانوية | مستوى التعليم     |
|      |       | .784 | 3.75 | ثانوي        |                   |
|      |       | .756 | 3.25 | دبلوم        |                   |
|      |       | .538 | 3.14 | بكالوريوس    |                   |
|      |       | .716 | 3.19 | دراسات عليا  |                   |
| .007 | 5.335 | .388 | 4.12 | منخفض        | الوضع الاقتصادي   |
|      |       | .656 | 3.28 | متوسط        |                   |
|      |       | .952 | 3.27 | مرتفع        |                   |
| .319 | 1.005 | .734 | 3.55 | ريف          | مكان السكن        |
|      |       | .690 | 3.41 | حضر          |                   |
| .779 | .251  | .751 | 3.61 | 1-3          | عدد أفراد الأسرة  |
|      |       | .793 | 3.45 | 4-6          |                   |
|      |       | .579 | 3.38 | أكثر من 6    |                   |
| .221 | 1.539 | .798 | 3.15 | عامل         | الحالة العملية    |
|      |       | .571 | 3.73 | غير عامل     |                   |
|      |       | .379 | 3.66 | متقاعد       |                   |
| .079 | 3.156 | .731 | 3.49 | أعزب         | الحالة الاجتماعية |
|      |       | .709 | 3.48 | متزوج        |                   |

يتبين من الجدول (8) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) تعزى لأثر المتغيرات المستقلة على درجة الشعور بالاكنتاب، باستثناء متغير الوضع الاقتصادي، ولبيان الفروق الزوجية الدالة إحصائيا بين المتوسطات

الحسابية تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شففيه كما هو مبين في الجدول (9).

#### جدول رقم (9)

المقارنات البعدية بطريقة شففيه لأثر الوضع الاقتصادي على درجة الشعور بالاكنتاب

| الوضع الاقتصادي | المتوسط الحسابي | منخفض  | متوسط | مرتفع |
|-----------------|-----------------|--------|-------|-------|
| منخفض           | 4.12            |        |       |       |
| متوسط           | 3.28            | .84(*) |       |       |
| مرتفع           | 3.27            | .85(*) | .01   |       |

\* دالة عند مستوى الدلالة. ( $\alpha = 0.05$ )

يتبين من الجدول (9) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) بين المستوى الاقتصادي المنخفض من جهة وكل من المستويين المتوسط والمرتفع من جهة أخرى، وجاءت الفروق لصالح المستوى الاقتصادي المنخفض.

سادساً - النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس :

ينص السؤال الخامس على ما يلي " :هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بين مرضى السرطان والأسوياء في درجة الشعور بقلق الموت والاكنتاب؟"

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الشعور بقلق الموت والاكنتاب بين مرضى السرطان والأسوياء، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول أدناه يوضح ذلك.

## جدول رقم (10)

لدرجة الشعور بقلق والموت "ت" المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار  
والاكتئاب بين مرضى السرطان والأسوياء

| الدرجة<br>ت<br>الحرية | القيمة<br>ت | الانحراف<br>المعياري | المتوسط<br>الحسابي | العدد | الدلالة<br>الإحصائية |
|-----------------------|-------------|----------------------|--------------------|-------|----------------------|
| 98                    | 8.049       | .728                 | 4.03               | 50    | مريض                 |
|                       |             | .648                 | 2.92               | 50    | أسوياء               |
| 98                    | 6.802       | .543                 | 3.89               | 50    | مريض                 |
|                       |             | .637                 | 3.08               | 50    | أسوياء               |

يتبين من الجدول (10) الآتي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الشعور بقلق والموت بين مرضى السرطان والأسوياء. وجاءت الفروق لصالح مرضى السرطان. كون الثقافة العامة لدى الناس بأن مرض السرطان من الأمراض المؤدية إلى الموت حتما

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الشعور بالاكتئاب بين مرضى السرطان والأسوياء. وجاءت الفروق لصالح مرضى السرطان. ولعل ذلك عائد إلى ما يرافق علاج مرض السرطان من مضاعفات وآثار جانبية كنقصان الوزن ، وفقدان الشهية، وتساقط الشعر ، تؤدي إلى شعور الفرد بالاكتئاب نتيجة التغيرات غير المرغوب بها المصاحبة للمرض وعلاجه.

## المبحث الرابع: نتائج الدراسة

## أولاً - ملخص النتائج ومناقشتها:

فيما يلي وصفاً لأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- بالنسبة لدرجة الشعور بقلق الموت جاءت أربع فقرات بدرجة كبيرة من أصل

15 فقرة وباقي الفقرات جاءت بدرجة متوسطة

-بالنسبة لدرجة الشعور بالالاكتئاب جاءت سبع فقرات بدرجة كبيرة من أصل 22 وباقي الفقرات جاءت بدرجة متوسطة.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) تعزى لأثر المتغيرات المستقلة على درجة الشعور بقلق الموت، باستثناء متغير الوضع الاقتصادي.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) تعزى لأثر المتغيرات المستقلة على درجة الشعور بالالاكتئاب، باستثناء متغير الوضع الاقتصادي.

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الشعور بقلق والموت بين مرضى السرطان والأسوياء. وجاءت الفروق لصالح مرضى السرطان.

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الشعور بالاكتئاب بين مرضى السرطان والأسوياء. وجاءت الفروق لصالح مرضى السرطان.

#### ثانياً- مناقشة النتائج :

للإجابة عن تساؤلات الدراسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات الاستبيان وكانت النتائج على التساؤلات كالآتي:

تبين لنا أن أفراد عينة الدراسة كانوا يعانون من قلق الموت بدرجة متوسطة بمتوسط حسابي بلغ (3,48) وبانحراف معياري بلغ (0.88). وبينت النتائج السابقة درجة اليقين والإيمان عند أفراد العينة بأن مشكلة الموت مشكلة عامة في المجتمعات يمكن أن تزداد مع تقدم العمر أو في حالات الأمراض المستعصية أو المزمنة ويؤكد ذلك نتائج الفقرة التي تنص على "أؤمن أن الموت حق وأنه قادم عاجلاً أو آجلاً والتي جاءت بمتوسط حسابي بلغ (4.53) وبانحراف معياري بلغ (0.82) .

بالنسبة للفقرة التي تنص على "أشعر أنني سأفارق الحياة قريباً جاءت بدرجة كبيرة و بمتوسط حسابي بلغ (3.73) وبانحراف معياري بلغ (1.23)

يمكن تفسير هذه النتائج من خلال التأثير الناتج عن المشقة النفسية لمرضى السرطان بالإضافة إلى المشقة الجسدية وما ينتج عنها من ضعف الأمل في الحياة وتبين هذه النتائج من جهة أخرى مدى وجود اتجاهات سلبية نحو الحياة نتيجة لهذه الإصابة وما يمكن أن يصاحبها من أعراض عضوية للمريض. ويؤكد ما سبق تفسير "إدلر" للقلق، إذ يرى "إدلر" أن القلق ناتج عن إحساس الفرد بالنقص البدني أو النفسي أو الاجتماعي ثم يحاول الفرد التغلب على هذا النقص بالتعويض وإذا ما فشلت محاولاته فإنه يسقط في القلق. وأن إحساس الفرد بالنقص يؤثر دائما في حياته النفسية لأنه يحتقر في نظر نفسه ويزيد شعوره بعدم الأمان. ويقول "بيرلز": أن القلق ينشأ عن التقدير المعرفي لموقف على أنه خطير أو مهدد للفرد وتبدأ هذه العملية بضغط نفسي خارجي أو نتيجة متغيرات داخلية تجعل الفرد يفكر في موقف مخيف أو يتوقعه (بسيو، 2006) وهذا الموقف عند مرضى السرطان هو الموت مم يؤدي بدوره إلى حدوث قلق الموت عندهم .

يؤكد ما سبق رأي بعض الدراسات السابقة التي ربطت قلق الموت بمرض السرطان مثل دراسة "جيليلاند وتيمبلر" (Gilliland&Templer,1986) وتوصلت الدراسة غالى إن القلق من الموت متعلم وإن أفضل علاج للقلق هو العلاج السلوكي والمعاملة اللطيفة لتقليل الخوف وإن لدى المرضى درجات أعلى في القلق من الأشخاص العاديين .

وبالنسبة لدرجة اليقين والإيمان فيؤكد ذلك ما جاء في دراسة "جريسون" (GreyKson,1983) والتي أكدت على أهمية الإرشاد الديني في تحقيق خفض القلق من الموت ودلائل الراحة والتكيف.

أما بخصوص النتيجة الثانية تبين لنا إن أفراد عينة الدراسة كانوا يعانون من الاكتئاب بدرجة متوسطة بمتوسط حسابي بلغ (3.49) و بانحراف معياري بلغ (71). يتضح من النتائج السابقة إن السمة الانفعالية (الاكتئاب) أكثر شيوعا بين

الأفراد المصابين بمرض السرطان مقارنة مع الأسوياء ويرى الباحث إن السبب في ذلك عائد إلى الحالة الانفعالية السلبية وإلى تضاعف الشعور بالألم لدى المصابين بمرض السرطان وهذا ما أثبتته النتائج المتعلقة بالفقرة التي تنص على "ابكي لفترة من الزمن أو اشعر بذلك" حيث جاءت بمتوسط حسابي بلغ (3.86) بينما جاءت الفقرة "أنا مكتئب طوال لوقت ولا أستطيع أن اخرج نفسي من هذه الحالة" بمتوسط حسابي بلغ (3.08) إن دل ذلك على شيء فإنما يدل على مدى المعاناة النفسية التي يخلفها مرض السرطان لدى المرضى نتيجة المرور بفترات الحزن وبفترات التآرجح في المزاج هبوطا وصعودا للعمل على مواجهة ما يصادفونه من عقبات في حياتهم وما يسيطر عليهم من أفكار سوداوية وأوهام مرضية نتيجة للمرض الذي يعانون منه ومن الأمور التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث الاكتئاب عند المرضى تناول الأدوية والعقاقير والمسكنات وهذا ما أكدته النظرية الكيميائية . يؤكد ذلك ما جاء في بعض النظريات مثل نظرية التعلم الاجتماعي حيث أشار سيلجمان إلى أن الاكتئاب استجابة نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع موقف مهدد للطمأنينة والآمال ولا مهرب منها أي نراها ميؤوس منها ويرى "فرويد" المؤسس لمدرسة التحليل النفسي أن الاكتئاب ما هو إلا ضيق وغضب يسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة فيتحول الغضب بفعل آليات الدفاع اللاشعورية التي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود تهديد لها (بسيسو, 2006) .

بالنسبة للنظرية المعرفية فقد أشار "ارون بيك" إلى أن الشخص المصاب بالاكتئاب هو ضحية قوى ومؤثرات لا يملك التحكم فيها . ويقول أن الوعي هو مصدر الاضطراب ويوضح ذلك من خلال نظريته المعرفية في أن الفرد يقوم بتحريف الواقع بناء على مقدمات مغلوطة وافتراسات خاطئة (بسيسو, 2006) .

وهذا ما يحدث مع مرضى السرطان نتيجة الأمل الداخلي بالشفاء حتى إذا ما عادوا إلى الواقع وجدوا أن هناك فجوة كبيرة بين ما هو كائن وما يجب له أن يكون. وهذا يتفق مع ما جاء في دراسة إبراهيم (2003) حيث وجد أن مرضى السرطان أكثر إكتئاباً وقلقاً وخوفاً ووسواساً قهرياً وعداوة من الأصحاء، كما وجد فروقاً بين أنواع السرطان المختلفة، مما يدل على أن نوع السرطان يؤثر على الحالة النفسية، ودراسة "عوض والخطيب والصالحي" في مركز الحسين للسرطان (Awad,khatib,Salhi,2003) حيث أشارت النتائج إلى أن (70%) من المرضى يشكون من الاكتئاب الظاهر أعلى من خمسة على المقياس حدد مستوى (5) فأعلى من ذلك حتى (10) أنها تشير إلى اكتئاب عال.

### ثالثاً - التوصيات:

في ضوء ما تقدم من نتائج، توصي الدراسة بما يلي:

#### - توصيات نظرية:

- إجراء دراسات تهتم بدور الجانب الروحي والديني في خفض الأعراض النفسية لدى المرضى بالسرطان وخصوصاً في البيئات الإسلامية.
- إجراء دراسة مماثلة يتم التركيز فيها على نمط الشخصية مهماً للإصابة بالأورام السرطانية.
- تشجيع الطلبة في أقسام علم الاجتماع و الخدمة الاجتماعية على القيام بمزيد من الدراسات والأبحاث حول هذا الجانب.
- إجراء دراسة حول وسائل العلاج التي اتبعت مع المريض في المستشفيات ومؤسسات العلاج المختلفة.

#### - توصيات علمية:

- تفعيل دور الخدمة الاجتماعية و تأهيل وتدريب الأخصائيين الاجتماعيين والعاملين في المجال الطبي على كيفية التعامل مع مريض السرطان وكذلك فهم دورهم الهام في الوقاية والعلاج من الأمراض السرطانية .

- تفعيل دور الأخصائيين الاجتماعيين لما لهم من دور مهم في مساعدة الأفراد على التغلب على ضغوط الحياة ومشاكلها و تقديم الخدمات لهم والعمل على توسيع مجال الخدمة الاجتماعية وعلم الاجتماع التطبيقي والطبي في إطار علاج هذه الأمراض اكلينيكية وإعطائه درجة من الأهمية تضاهي أهمية العلاج الجسمي .

- مخاطبة المستشفيات ووزارة الصحة لتعيين الأخصائيين الاجتماعيين والباحثين في المجال الطبي، بما ينعكس إيجابا على صحة المريض، من خلال الأدوار العلاجية، والوقائية، والتنموية، التي يقومون بها.

### المراجع العربية:

#### **أولا : الكتب.**

- القرآن الكريم
- إبراهيم، علي حسن،(2003)، دراسة إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية - جامعة عين شمس.
- أبو غنيمة، محمد صبحي،(2010) ، نظرة في أعماق الإنسان على ضوء تفكير جديد في الطب، وزارة الثقافة، الأردن.
- إسحاق، نجية وعبد الفتاح، رأفت السيد (1995). دراسة في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية للكتاب، العدد(33)، 140 - 159
- البحيري، عبد الرقيب،(1982)، اختبار القلق، (الحالة والسمة للأطفال ،ا دار المعارف ، القاهرة .
- بركات زياد،(2006)،سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان (دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض) ،مجلة جامعة النجاح للأبحاث للعلوم الإنسانية، المجلد 20، جامعة القدس المفتوحة.
- جبر، جبر محمد، (2004)، تقدير الذات وعلاقته بالوجود الأفضل لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء، دراسات عربية في علم النفس، مجلد3، عدد3، 11-89.
- ألكالدي، أديب محمد، (2006)، مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) (الفحص والعلاج، ط1، دار وائل للنشر، العراق.

- خضير، محمد توفيق، (2001)، مبادئ الصحة والسلامة العامة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان
- الخطيب جمال، (1998)، مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية -، دار الشروق. عمّن.
- الخواجة، جاسم محمد، (2002)، دراسة العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالسرطان، دراسات نفسية، مجلد 10، العدد 2، 215 - 244.
- زهران، حامد عبد السلام، (1978)، التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، عالم الكتب، القاهرة.
- سالمى، عبد المجيد، خالد، نور الدين (1998)، معجم مصطلحات علم النفس، ط1، دار المعارف، القاهرة.
- سرحان، وليد، (2005)، مشاكل الناس، ط1، مكتبة الدلتا للقرطاسية، الأردن.
- سوين، ريتشارد، (1988)، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، علم الأمراض النفسية والعقلية، دار النهضة للنشر والتوزيع، الكويت.
- الشقمانى، مصطفى مفتاح، الفقى، محمد احمد، (2006)، أحداث الحياة والضغوط النفسية ودورها في الإصابة بالاورام السرطانية (دراسة ميدانية)، مجلة الساتل.
- شكري، مايسة محمد، (1988)، السمات الشخصية والانفعالية لدى بعض فئات مرضى السرطان في الريف والحضر، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.
- عباس، ميادة، (2002)، كيف نحمل أنفسنا من الأورام، دار البشير، عمان، الأردن.
- عبد الخالق، احمد محمد، (1987)، قلق الموت، عالم المعرفة، (سلسله رقم 111)، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. - عبد الستار، إبراهيم (1998)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، عالم المعرفة، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- عشاوي، فيفيان أحمد، (2001)، العلاقة بين التعرض لمثيرات الشفقة والإصابة بسرطان الثدي مع إشارة خاصة إلى التأثير المعدل لبعض السمات الشخصية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب - جامعة القاهرة.
- علاوي، محمد حسن، (1978)، القلق لدى الرياضيين، القاهرة، صحيفة التربية الرياضية.
- علي، سيد فهمي، (2009)، علم نفس الصحة الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية.
- العمري، خير الدين شريف، (1986)، القلق بلباس العصر الحاضر، بغداد.
- غباري، محمد سلامة، (2003)، أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية
- الفرخ، كاملة، 1989، مدى فاعلية برنامج إرشادي للتوافق النفسي لمرضى القلب والسرطان، رسالة دكتوراه غير منشورة، الأردن.

- كرم، (1990)، ميشال، السرطان، معهد الإنماء العربي، بيروت.
  - كفاقي، علاء الدين، (1990)، الصحة النفسية، ط3، هجر للطباعة والنشر، القاهرة.
  - لينزري، هول، (1971)، نظرية الشخصية، ترجمة فرج احمد وآخرين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
  - مصطفى، عادل، (2000)، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ط1، دار النهضة العربية، بيروت.
  - يحيى، خولة أحمد، عبد الله، أيمن يحيى، (2010)، التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان العبدلي.
- المراجع الاجنبية:

- Bonnama, J., Van Wersch, Van Geel (1998). **Medical and Psychological effects of Early discharge after surgery for breast Cancer:** randomized trail, Clinical Research ED (NLM-Medline), 316(7150); 1267-1271.
- Gilliland, C. and Templer, L. D. (1986). **Relation ship of death anxiety Scale factors to subjective states**. california Schod of professional psychology. omega. 16(21)
- Greyson B. (1983). **Near death experiences and personal values**, ANIJ. Psyciatry, 19, 5-14
- koosher, G. and G. (1980), **Psychological Adjustment among pediatric cancer Survivots**. journal of Psychology and psychiarry, 21, 165-175
- Limbos, M., Joyce, D., Chan, C. & Kesten, S (2000). **Psychological functioning and quality of life in lung transplant candidates and recipients**. Chest (NLM-Medline). (118. 2: 408)
- Medonald, T. r. (1986). **Death imagery and death anxiety**. journal of clinical psychology. 42, (1), 87-91
- Miller (1999) **"School based psychosocial into nation for childhood depression acceptability of treatment among school psych ologist"**. Doctorial Dissertation, le high University in 1999 Dissertatone Abstract inter nafional 60 (6) 923 – A

#### المواقع الإلكترونية:

- 1- [www.ammonnews.net](http://www.ammonnews.net). الموقع الإخباري عمون، (2010)،  
[http://al-liwa.com/news.aspx2-](http://al-liwa.com/news.aspx2)  
<http://assaqifa.com>
- 3 - <http://ar.wikipedia.org/wiki>
- 4- [http://www.admcs.org/pedia\\_cancer.htm](http://www.admcs.org/pedia_cancer.htm)