



جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية
شعبة علم النفس



قلق الموت لمرضى السرطان الذين يتلقون العلاج الكيميائي والإشعاعي

لدى عينة من المرضى بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة
لمكافحة السرطان بشير رزقي بالوادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذ (الدكتور):
السعيد نصرات

من إعداد الطالب:
مبارك رشدان

نوقشت المذكرة علنا يوم:

2026 / 06 / 07

أمام لجنة المناقشة المكونة من

الصفة	الجامعة	الرتبة	اللجنة
رئيسا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر " أ "	د. بشير جاري
مشرفا ومقررا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر " أ "	د. السعيد نصرات
ممتحنا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر "ب"	د. سعاد بن بردي

السنة الجامعية: 2025 - 2026



جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية
شعبة علم النفس



قلق الموت لمرضى السرطان الذين يتلقون العلاج الكيميائي والإشعاعي

لدى عينة من المرضى بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة
لمكافحة السرطان بشير رزقي بالوادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذ (الدكتور):
السعيد نصرات

من إعداد الطالب:
مبارك رشدان

نوقشت المذكرة علنا يوم:

2026 / 06 / 07

أمام لجنة المناقشة المكونة من

الصفة	الجامعة	الرتبة	اللجنة
رئيسا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر " أ "	د. بشير جاري
مشرفا ومقررا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر " أ "	د. السعيد نصرات
ممتحنا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر "ب"	د. سعاد بن بردي

السنة الجامعية: 2025 - 2026

شكروعرفان

قال سبحانه وتعالى:

﴿وَقُلْ اَعْمَلُوا فَسَيَرَى اللّٰهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ﴾ [التوبة، الآية 105]

الحمد لله والشكر لله الذي أنزل على رسوله القرآن فأثار به دربنا وعلمنا ما لم نعلم وسدد خطانا في طلب العلم، وسهل أمورنا فأبلغنا هذا المبلغ، ونسأله المزيد مما ننتفع به أمتنا وديننا .

الشكر والشكر الجزيل للأستاذ الفاضل " د . السعيد نصرات " على تقديمه النصائح والإرشادات والمعلومات الكافية التي تجعل من الطالب مسؤولاً واعياً بمسؤوليته .

والشكر الجزيل لكل من قدم لنا المساعدة في مستشفى السرطان بالوادي لإنجاز هذه الدراسة العلمية ولكل الحالات الذين يعانون من مرض السرطان متمنين لهم الشفاء . ولأستاذة التعليم الثانوي جبارية مصطفىاوي على التصحيح اللغوي . ووافر الشكر والتقدير للجنة المناقشة على قبولهم هذا العمل المتواضع فلكم منا فائق الاحترام والتقدير .

ولكل من أسهم في إتمام هذا العمل المتواضع ولو بكلمة طيبة .

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان، وإستكشاف العلاقة بين هذا القلق وطريقة العلاج التي يتلقونها، سواء كانت كيميائية أو إشعاعية. انطلق البحث من فرضية مفادها أن مستوى قلق الموت مرتفع لدى المرضى، وأنه قد يختلف تبعاً لنوع العلاج.

اعتمدت الدراسة على منهج دراسة الحالة بدراسة حالتين من مرضى السرطان بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة لمكافحة السرطان بشير رزقي بالوادي.

وقد شملت عينة الدراسة حالتين حالة تتلقى العلاج الكيميائي وحالة أخرى تتلقى العلاج الإشعاعي لقياس مدى قلق الموت لديهما وهل يختلف قلق الموت حسب نوع العلاج الذي تتعاطاه الحالة. وطبق مقياس تمبلر لقلق الموت لذلك.

وقد أسفرت نتائج الدراسة أن كلتا الحالتين تعانيان من مستوى مرتفع من قلق الموت، وهو ما يثبت الفرضية الأولى فمستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان مرتفع أكيد، وكذلك نفت الفرضية الثانية التي تؤكد أنه يوجد فرق في درجة قلق الموت تبعاً لنوع العلاج الكيميائي أو الإشعاعي لمرضى السرطان، وقد أبرزت هذه النتائج أهمية التكفل النفسي والسلوكي المتكامل إلى جانب العلاج الطبي، نظراً لما له من أثر مباشر في تحسين جودة الحياة وتعزيز التكيف مع المرض.

الكلمات المفتاحية:

السرطان، مرضى السرطان، قلق الموت، العلاج الكيميائي، العلاج الإشعاعي.

Study Abstract:

This study aimed to investigate the level of death anxiety among cancer patients and explore the relationship between this anxiety and the type of treatment they receive, whether chemotherapy or radiotherapy. The research was based on the hypothesis that death anxiety is high among patients and that it may vary depending on the type of treatment. The study employed a case study methodology, examining two cancer patients at the Bashir Rizki Specialized Cancer Hospital in El Oued.

The study sample included two patients: one receiving chemotherapy and the other receiving radiotherapy. The aim was to measure their levels of death anxiety and whether this anxiety varied depending on the type of treatment. The Templar Death Anxiety Scale was used for this purpose.

The results showed that both patients experienced high levels of death anxiety, thus confirming the first hypothesis: that death anxiety is indeed high among cancer patients. The results also refuted the second hypothesis, which asserted that there is a difference in the degree of death anxiety depending on whether cancer patients receive chemotherapy or radiotherapy. These findings highlight the importance of integrated psychological and behavioral support alongside medical treatment, given its direct impact on improving quality of life and enhancing adaptation to the disease.

Keywords: Cancer, Cancer Patients, Death Anxiety, Chemotherapy, Radiotherapy

فهرس البحث

الصفحة	فهرس البحث
-أ-	شكر وعرفان
-ب-	ملخص الدراسة بالعربية
-ج-	ملخص الدراسة بالإنجليزية
-د-	فهرس البحث
-س-	قائمة الجداول
-ش-	قائمة الملاحق
1	مقدمة

الجانف النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

6	أولاً: إشكالية الدراسة
7	ثانياً: تساؤلات الدراسة
7	ثالثاً: فرضيات الدراسة
7	رابعاً: أهداف الدراسة
7	خامساً: أهمية الدراسة
8	سادساً: المصطلحات الأساسية للدراسة
9	سابعاً: حدود الدراسة
10	ثامناً: الدراسات السابقة
11	تاسعاً: التعقيب عن الدراسات السابقة

الفصل الثاني: قلق الموت

14	تمهيد
15	أولاً: تعريف قلق الموت
15	ثانياً: مكونات قلق الموت
16	ثالثاً: أنواع قلق الموت
16	1- قلق الموت الحاد

16	2- قلق الموت المزمن
16	رابعاً: أسباب قلق الموت
17	خامساً: نظريات المفسرة لقلق الموت
17	1- نظرية التحليل النفسي
18	2- النظرية السلوكية
18	3- النظرية الإنسانية
19	4- نظرية تمبلر في قلق الموت
20	سادساً: علاج قلق الموت
21	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: السرطان

23	تمهيد
24	أولاً: تعريف السرطان
24	ثانياً: أنواع السرطان
24	1- من حيث المنشأ
25	2- حسب موقع أو مكان الورم بالجسم
26	ثالثاً: علاج السرطان
26	1- العلاج النفسي
27	2- العلاج الكيميائي
27	3- العلاج الهرموني
28	4- العلاج الاشعاعي
28	5- العلاج المعرفي السلوكي
28	6- العلاج بالتصور الذهني (التخيل)
29	ملخص الفصل

الإطار الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

32	تمهيد
33	أولاً: منهج الدراسة
33	ثانياً: عينة الدراسة
33	1- عينة الدراسة الإستطلاعية
33	2- عينة الدراسة الأساسية
33	ثالثاً: أدوات الدراسة
34	1- مقياس دونالد تمبلر
34	1-1- التعريف بالمقياس
34	1-2- طريقة تطبيق وتصحيح المقياس
34	1-3- الخصائص السيكومترية للمقياس
35	أ- ثبات الاختبار
35	ب- صدق الاتساق الداخلي
35	ج- صدق الاختبار
36	خلاصة الفصل

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضيات

38	تمهيد
39	أولاً: عرض النتائج
39	1- نتائج الحالة الأولى التي تأخذ علاجاً كيميائياً
39	2- نتائج الحالة الثانية التي تأخذ علاجاً إشعاعياً
40	ثانياً: تحليل النتائج وتفسيرها حسب الفرضيات
40	1- تحليل النتائج
40	1-1- تحليل نتائج الحالة الأولى التي تأخذ علاجاً كيميائياً
40	1-2- تحليل نتائج الحالة الثانية التي تأخذ علاجاً إشعاعياً

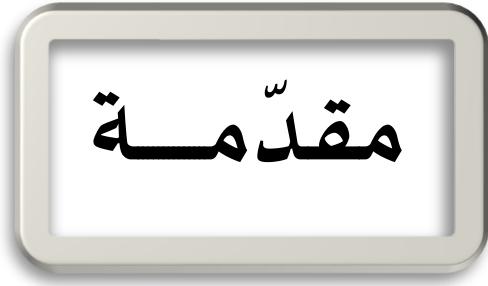
40	2- تفسير النتائج حسب الفرضيات
40	2-1- حسب الفرضية الأولى
40	2-2- حسب الفرضية الثانية
41	ثالثا: المناقشة
43	الاستنتاج العام
44	توصيات عامة
46	قائمة المراجع
50	الملاحق

- قائمة الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول	جدول رقم
34	يوضح البنود التي تصحح ب (ص) والبنود التي تصحح بـ (خ)	01
39	إجابة الحالة الأولى على مقياس قلق الموت لتمبلر	02
39	إجابة الحالة الثانية على مقياس قلق الموت لتمبلر	03

- قائمة الملاحق:

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	مقياس قلق الموت
02	إجابة الحالة الأولى عن مقياس قلق الموت
03	إجابة الحالة الثانية عن مقياس قلق الموت



لقد شهد العالم خلال العقود الأخيرة تطوراً ملحوظاً في مختلف مجالات العلوم الطبية، الأمر الذي أسهم في تحسين أساليب التشخيص والعلاج والوقاية للعديد من الأمراض، غير أن هذا التقدم العلمي لم يمنع من إستمرار إنتشار بعض الأمراض المزمنة والخطيرة التي ما تزال تشكل تهديداً حقيقياً لحياة الإنسان. (مدونة مستشفى الكندي الطبية، 2025)

ويأتي مرض السرطان في مقدمة هذه الأمراض. فقد أصبح السرطان في الوقت الراهن من أبرز المشكلات الصحية التي تستقطب اهتمام الباحثين والأطباء على حدّ سواء، نظراً لآثاره العميقة التي لا تقتصر على الجانب الجسدي فقط، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والاجتماعية للمصابين به. إن تجربة الإصابة بالسرطان تعد من التجارب الإنسانية الصعبة التي قد تغيّر مسار حياة الفرد وتقرض عليه جملة من التحديات النفسية والإنفعالية، خاصة مع ما يرتبط بهذا المرض من تصورات إجتماعية وثقافية تتعلق بالألم والمعاناة وإمكانية الموت. (حسن فقيه، 2003)

كما أن رحلة العلاج، بما تتضمنه من إجراءات طبية متعددة مثل العلاج الكيميائي أو الإشعاعي، قد تزيد من حدة الضغوط النفسية التي يعيشها المريض، الأمر الذي يجعله أكثر عرضة لظهور بعض الإضطرابات الإنفعالية، وعلى رأسها القلق بمختلف مظاهره. (تايلور، 2008)

وقد أكد عبد الخالق (1987) في كتابه قلق الموت أن من بين أشكال القلق التي تحظى باهتمام خاص في مجال علم النفس، يبرز قلق الموت بوصفه إستجابة نفسية طبيعية قد تظهر لدى الأفراد عند مواجهة تهديد حقيقي للحياة. ويزداد هذا القلق وضوحاً لدى المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة مثل السرطان، حيث قد تثير فكرة المرض وما يصاحبه من إحتمالات صحية غير مؤكدة تساؤلات عميقة حول المصير والوجود ومعنى الحياة.

لذلك فقد إهتمت العديد من الإتجاهات النظرية في علم النفس بتفسير هذا النوع من القلق، حيث ربطه التحليل النفسي بالصراع بين غرائز الحياة والموت.... أما الإتجاه الإنساني الوجودي فقد اعتبره تعبيراً عن إدراك الإنسان لحتمية الفناء وسعيه لإيجاد معنى لحياته.... (Robert & Christopher .2024 . 25-27)

بينما نظر إليه الإتجاه السلوكي على أنه إستجابة مكتسبة نتيجة الخبرات المرتبطة بالفقد أو المرض. وكذلك قدم دونالد تمبلر نظريته المعروفة بإسمه نظرية تمبلر في قلق

الموت التي لها نوعا ما إتجاه معرفي سلوكي ذو طابع سيكومتري، حيث إعتبرت هذه النظرية قلق الموت بناءً نفسياً يمكن قياسه بطريقة كمية من خلال مجموعة من المؤشرات الشعورية والسلوكية. كما تأثرت هذه النظرية بشكل غير مباشر ببعض الأفكار الوجودية التي تنظر إلى القلق باعتباره تجربة إنسانية مرتبطة بإدراك الإنسان لحتمية الموت. (عبد الخالق، 1987)

ورغم تعدد الدراسات التي تناولت قلق الموت لدى مرضى السرطان في البيئات المختلفة، إلا أن معظمها ركز على تحديد مستوى هذا القلق أو علاقته ببعض المتغيرات الشخصية أو الإجتماعية، في حين لم تحض مسألة تأثير نوع العلاج الذي يتلقاه المريض بإهتمام كافٍ في العديد من الدراسات. فالعلاج الكيميائي، بما يرافقه من آثار جانبية جسدية واضحة، قد يختلف في إنعكاساته النفسية عن العلاج الإشعاعي الذي يتسم بطبيعة علاجية مختلفة، الأمر الذي يطرح تساؤلاً حول إمكانية وجود فروق في مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان تبعاً لنوع العلاج الذي يخضعون له.

وإنطلاقاً من هذه الخلفية، تسعى الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان، والكشف عن إمكانية وجود فروق في هذا القلق تعزى إلى نوع العلاج المتبع، سواء كان علاجاً كيميائياً أو إشعاعياً، وذلك من خلال تطبيق مقياس دونالد تمبلر لقلق الموت على عينة من المرضى المتابعين للعلاج بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة في مكافحة السرطان بشير رزقي بولاية الوادي.

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة فلم تختلف دراستنا عن باقي الدراسات من الناحية المنهجية حيث تم تنظيمها في جانبين رئيسيين، جانب نظري وجانب ميداني:

يتضمن الجانب النظري ثلاثة فصول، حيث جاء الفصل الأول بعنوان الإطار العام للدراسة، وتناول إشكالية البحث وتساؤلاته وفرضياته، إضافة إلى أهداف الدراسة وأهميتها، كما تطرقنا فيه إلى تحديد المصطلحات الأساسية وحدود الدراسة، ثم عرض أهم الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع دراستنا مع تقديم تعقيب عام عنها.

أما الفصل الثاني فقد خُصص لموضوع قلق الموت، حيث تم في بدايته تقديم تمهيد عام، ثم التطرق إلى تعريف قلق الموت ومكوناته وأنواعه، إضافة إلى عرض أهم أسبابه، ثم إستعراض أبرز النظريات المفسرة له، وصولاً إلى تناول الأساليب المختلفة لعلاج قلق الموت ليختتم الفصل بخلاصة لأهم ما تم التوصل إليه.

وجاء الفصل الثالث بعنوان السرطان، حيث تضمن تمهيداً عاماً حول المرض، ثم تعريف السرطان وأنواعه، سواء من حيث المنشأ أو من حيث موقع الورم في الجسم، كما تم التطرق إلى أهم أساليب علاج السرطان، بما في ذلك العلاج النفسي، والعلاج الكيميائي، والعلاج الهرموني، والعلاج الإشعاعي، إضافة إلى العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتصور الذهني، ليختتم الفصل بملخص لأهم النقاط التي تناولها.

أما الجانب الميداني فقد تضمن فصلين، حيث خُصص الفصل الرابع لعرض الإجراءات المنهجية للدراسة، وتناول منهج الدراسة وعينة البحث، إضافة إلى عرض أدوات الدراسة المتمثلة في مقياس دونالد تمبلر لقلق الموت، مع التعريف بالمقياس وبيان طريقة تطبيقه وتصحيحه، إلى جانب عرض خصائصه السيكومترية من حيث الصدق والثبات .

وقد خصصنا الفصل الخامس لعرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة، حيث تم في بدايته تقديم عرض للنتائج المتحصل عليها، ثم تحليلها وتفسيرها في ضوء فرضيات الدراسة، تليها مناقشة النتائج وربطها بالإطار النظري والدراسات السابقة، وصولاً إلى تقديم الاستنتاج العام، واختتام الدراسة بجملة من التوصيات العامة التي يمكن أن تسهم في دعم الجهود النفسية والعلاجية الموجهة لمرضى السرطان.

الجانِب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

أولاً: إشكالية الدراسة.

ثانياً: تساؤلات الدراسة.

ثالثاً: فرضيات الدراسة.

رابعاً: أهداف الدراسة.

خامساً: أهمية الدراسة.

سادساً: المصطلحات الأساسية للدراسة.

سابعاً: حدود الدراسة.

ثامناً: الدراسات السابقة.

تاسعاً: التعقيب عن الدراسات السابقة

أولاً: إشكالية الدراسة:

شهدت السنوات الأخيرة تفاقم الإصابة بالأمراض المزمنة والخطيرة كضغط الدم والسرطان وغيره، التي أصبحت تهدد حياة الشعوب، فالمرض هو استجابة غير ملائمة صادرة عن ضغط كبير، فبعد أن كان هدفه تكيفاً أصبح الضغط مولداً لاضطرابات خطيرة، وبما أن الإستجابة هي متعددة الأبعاد، فإننا نهتم بالجانب النفسي. (زهران، 2005، 209)

ويعد السرطان من أهم هذه الأمراض وتكمن خطورة الإصابة بهذا الداء في ارتباطه بالعوامل الجينية باعتباره يمس جهاز المناعة الذاتية، فالسرطان ورم خبيث يتصف بطاقة غير محدودة لنمو الخلايا المستمر، وهذه الخلايا الخبيثة إما تمتد محلياً وإما تدمر النسيج الطبيعي المجاور. (بوزار، 2018؛ جعلاب، 2018، 140)

فالسرطان مرض شائع، بل هو شديد الشيوع. في عام 2008، شُخصَ المرض لدى ما يقرب من 12.7 مليون نسمة، توفي منهم 7.9 ملايين شخص، فشكّلوا ما يقرب من 13% من إجمالي الوفيات في ذلك العام ... إن حوالي 70% من تلك الوفيات وقعت في البلدان ذات الدخل المنخفضة أو المتوسطة. ويصيب السرطان كلا الجنسين وجميع الأعراق، الغنية منها والفقيرة على السواء. يخشى الناس من تشخيص المرض، إذ يعتبره المصابون به حكماً بالإعدام. (جيمس، 2011/2013، 10)

وقالت رئيسة جمعية الأمل حميدة كتاب إن الجزائر تسجل سنوياً أربعين ألف حالة إصابة بالسرطان (بودهان، 2014).

حيث يؤدي السرطان من الناحية الصحية إلى اضطرابات كثيرة ومتنوعة كالغثيان وسقوط الشعر وتغيرات الوزن، هذا بالإضافة إلى الناحية النفسية كالقلق والاكتئاب والأرق، وكذلك يعاني مرضى السرطان من الناحية الاجتماعية من بعض الآثار الاجتماعية الضاغطة مثل فقدان الدخل والانعزال الاجتماعي وغيره. (الحبيشي، 2020، 709)

وقد أصبح السرطان من أكثر الأمراض المفككة لحياة كل الأسر والمجتمعات، مما يسهم في تفجير قلق الموت لديهم، وباعتبار الموت نهاية للحياة فيؤدي دوراً كبيراً في ظهور القلق عند الإنسان وتعزيزه فالتصور غامض ومبهما زيادة على إعتباره جزئياً مطلقاً أي أنها شخصية فردية أن بعض التظاهرات التي يتقمصها الإنسان تعبر بشكل واضح عن هذا القلق والدفاعات التي يستعملها مثل العودة الأبدية والانتحار والرفض المرضي للموت فكل هذه التظاهرات كما يقول (مالاشيران) (malachirene) بتكرر قلق الموت عند الإنسان ويضيف

كذلك ما يغذي القلق هو الشيء المجهول عند الموت. (عمر، 2025، 331)

وقد وصف القلق من قبل فرويد أنه نوع من أنواع الإستراتيجيات الدفاعية بعده ردة فعل طبيعية بسبب الخوف من شيء مبهم غير واضح ولا يمكن السيطرة عليه أو وجود توقع خطير مثال على ذلك: الخوف من ترك أو فقدان عزيز أو فقدان النفس بالموت. وتوجد أنواع مختلفة للقلق منها: الفلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي)، وقلق الانفصال، وقلق الموت، وغيرها. إن قلق الموت أصبح الأكثر شيوعاً وانتشاراً، وأضحى حاجساً يهدد الصحة النفسية للفرد، فالحياة بصراعاتها المختلفة وأزماتها المتعددة أصبحت تبعث الكثير من القلق من هذا النوع في ظل الواقع الحالي الذي يعيشه الإنسان من الأمراض المستعصية التي قد تصل إلى عدم وجود أي أمل للشفاء، كمرض السرطان وغيرها من الأمراض والمشكلات النفسية. (الهديفية، 2024، 2)

وبناءً على هذا، أردنا أن تكون هذه الدراسة التي هي بين أيدينا، دراسة أكاديمية علمية لهذه الظاهرة، تتناول على وجه الخصوص إشكالية في غاية الأهمية تتعلق بكشف معالم دراسة علاقة بين قلق الموت وطريقة العلاج لدى مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج الكيميائي أو الإشعاعي، من خلال إستخدام مقياس نفسي معتمد، ضمن إطار علمي منهجي، يُراعي كل الجوانب في آنٍ واحد.

ثانياً: تساؤلات الدراسة:

- 1- ما مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان؟
- 2- هل يوجد فرق في درجة قلق الموت تبعاً لنوع العلاج الكيميائي أو الإشعاعي؟

ثالثاً: فرضيات الدراسة:

- 1- مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان مرتفع.
- 2- يوجد فرق في درجة قلق الموت تبعاً لنوع العلاج الكيميائي أو الإشعاعي.

رابعاً: أهداف الدراسة:

- التعرف على مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان.
- الكشف عن وجود علاقة بين قلق الموت وطريقة العلاج لدى مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج الكيميائي أو الإشعاعي.
- الكشف عن الفروق بين نوع العلاج لدى مرضى السرطان.

خامساً: أهمية الدراسة: تتمثل أهمية هذه الدراسة في فهم العلاقة بين متغيرين أساسيين

أحدهما صحي يتمثل في متغير مرض السرطان الذي لا يقتصر على التأثير الجسدي فحسب، بل يمتد ليشمل الجوانب النفسية المصاحبة له من اضطرابات فتركز بذلك على متغير نفسي وهو متغير قلق الموت؛ من خلال مستوى هذا القلق الذي يعيشه مريض السرطان وتأثيره على حالتهم النفسية وإستجاباتهم للعلاج. حيث تبرز أهمية الدراسة من الناحية النظرية في تدعيم الإطار المعرفي والنظري في مجال الصحة وعلم النفس، من خلال تسليط الضوء على هذه العلاقة وتقديم قاعدة تساعد الباحثين على فهم أعمق لهذه الظاهرة في بيئتنا المحلية. أما من الناحية العملية، فتبرز أهمية هذه الدراسة في مساعدة الأطباء والأخصائيين النفسيين التعرف على الحالة النفسية للمريض، وتسهيل وضع بروتوكولات علاجية وإرشادية تهدف إلى التخفيف من حدة القلق وتحسين جودة حياة المريض، لنصل في الأخير إلى تحقيق التكفل الشامل بهذه الفئة.

سادسا: المصطلحات الأساسية للدراسة:

6-1- تعريف السرطان:

6-1-1- اصطلاحا: هو ذلك المرض الذي تنقسم وتنمو فيه الخلايا بدون توقف لتنتج كتلة من الخلايا... وإن لم تعالج الحالة، فإن هذه الخلايا تبدأ في غزو الأنسجة السليمة وتدخل الجهاز الدموي وتنتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم مما يؤدي إلى عرقلة وظائف الخلايا السليمة وقد يتسبب هذا في موت المريض. (كوبر، 1993/2004، 18)

6-1-2- إجرائيا: هو إصابة الشخص بورم خبيث يتم تشخيصه من قبل الأطباء المتخصصين في هذا المجال، فيعتمدون على مجموعة من الفحوصات لهذا الشخص حتى يشخص بأنه مصاب بورم بداية من الفحص السريري للكشف عن علامات أو أعراض غير طبيعية وبعدها تحاليل الدم لتأكد من وجود مؤشرات من عدمها تدل عن المرض، كما يستخدم كل من التصوير المقطعي المحوسب و التصوير بالرنين المغناطيسي وذلك من أجل تحديد موقع الورم وحجمه وانتشاره داخل الجسم، وبعد هذا يتم أخذ عينة من ذلك الموقع الذي تم الكشف عنه وفحصها في المختبر المخصص لذلك للتأكد من وجود خلايا سرطانية.

6-2- تعريف مريض السرطان:

6-2-1- اصطلاحا: "هم الذين يعالجون بالأدوية الكيميائية التي سببت لهم تسمماً من أعراضه الحمى، والقيء، والإسهال، وتساقط الشعر، وأثرت سلبياً على وظائف بعض أعضاء الجسم مثل الأمعاء الدقيقة والكبد" (كوبر، 1993/2004، 188).

6-2-2- إجرائيا: هم أشخاص يأخذون علاجات في فترات محددة ومنظمة في مراكز السرطان.

6-3- تعريف قلق الموت:

6-3-1- اصطلاحا: وعرفه محمد عيد على أنه هو " شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه، في يقظته ومنامه، في حركته وسكونه، الأمر الذي يجعله حزينا محصورا متوجسا من مجرد العيش على نحو طبيعي" (عمامرة، 2017 و محمد الطاهر، 2017، 91).

6-3-2- إجرائيا: هو الدرجة التي نحصل عليها من خلال تطبيق مقياس قلق الموت لتامبلر الذي ظهر سنة 1970 من طرف عالم النفس الأمريكي دونالد تامبلر والذي كيّفه في ثمانينيات القرن العشرين للبيئة العربية من طرف محمد أحمد عبد الخالق للمفحوص.

6-4- العلاج الكيميائي:

6-4-1- اصطلاحا: "هو علاج باستخدام أدوية خاصة تعرف بالعقاقير الكيميائية المضادة للسرطان تقوم بالقضاء على الخلايا السرطانية تدميرها، وذلك بمعرقلة وتقيض نسق العمليات الحيوية داخلها" (عبد المنعم، 2014، 21).

6-4-2- إجرائيا: هو مجموعة الأدوية المضادة للخلايا السرطانية التي يتلقاها المريض المصاب بالسرطان وفقا لما حدده له الطبيب.

6-5- العلاج الإشعاعي:

6-5-1- اصطلاحا: "العلاج بالأشعة هو شكل من أشكال العلاج الموضعي على غرار الجراحة، وتكمن فاعلية هذا العلاج في مقدرة الإشعاع على تدمير وتفتيت الحمض النووي للخلايا السرطانية" (عبد المنعم، 2014، 22).

6-5-2- إجرائيا: هو ما يتلقاه المريض المصاب بالسرطان من تعرض للإشعاعات وفقا لما حدده له الطبيب.

سابعا: حدود الدراسة:

1- الحدود المكانية: تمت الدراسة في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مكافحة السرطان بشير رزقي بالوادي.

2- الحدود الزمانية: أجريت هذه الدراسة في المدة المحصورة ما بين 2026/01/01 إلى غاية تاريخ 2026/01/31.

3- الحدود البشرية: أجريت هذه الدراسة على عينة من مرضى السرطان المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مكافحة السرطان بشير رزقي بالوادي، وتكونت العينة من حالتين، واحد تعالج بالعلاج الكيميائي والأخرى بالعلاج الإشعاعي.

ثامنا: الدراسات السابقة: وحسب عنوان دراستنا فإننا سوف ندرس علاقة بين قلق الموت وطريقة العلاج لدى مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج الكيميائي أو الإشعاعي:

1- الدراسة الأولى بعنوان: قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات دراسة ميدانية بمدينة معسكر لدكتور بوفرة مختار، والدكتور شعبي نور الدين من جامعة مصطفى اسطنبولي معسكر سنة 2017، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من المجتمع الجزائري، وكذا التعرف على الفروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعا لمتغير الجنس والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والسن، جرت الدراسة بمدينة معسكر حيث تكونت عينة الدراسة من 106 فرد تم اختيارهم بطريقة عشوائية، طبق عليهم مقياس قلق الموت، وتمت المعالجة الإحصائية للبيانات ببرنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية وكشفت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة..
- توجد فروق دالة إحصائية في درجة قلق الموت تبعا لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة قلق الموت تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والسن.

2- الدراسة الثانية بعنوان: قلق الموت عند المسنين المصابين بمرض مزمن من إعداد الطالبة: عباسيني شهيناز من جامعة محمد بن احمد وهران 2 الجزائر، الموسم الجامعي: 2023/2022 حيث هدفت الدراسة الحالية للتعرف على قلق الموت لدى عينة من المسنين المصابين بأمراض مزمنة وذلك من خلال: التعرف على مستوى انتشار قلق الموت لدى المسنين أصحاب الأمراض المزمنة. الكشف على فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في قلق الموت والمصابين بمرض مزمن في ضوء متغير الجنس وزمن الإصابة، وهذا باستخدام المنهج الوصفي على عينة من المسنين (45) مسنا بتطبيق استبيان قلق الموت لدى عينة من المسنين المصابين بأمراض مزمنة وكانت النتائج كالتالي: مستوى انتشار قلق الموت مرتفع لدى المسنين المصابين بأمراض مزمنة بدرجة عالية توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في قلق الموت المصابين بأمراض مزمنة في ضوء متغير الجنس ومدة

الإصابة صحيح.

3- الدراسة الثالثة بعنوان: تقبل المرض وتأثيره على درجة قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان دراسة عيادية لستة (06) حالات، من إعداد الطالبتين بو سليو كوثر نور ويطوس ايناس، من جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة_الجزائر، الموسم الجامعي 2024/2023 هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى تقبل المرض وتأثيره على درجة قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، ومن أجل التحقق من صحة فرضيات الدراسة استخدمنا المنهج العيادي المتمثل في دراسة الحالة بالإعتماد على كل من المقابلة العيادية وكذا مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر. حيث تمت الدراسة، على ستة (06) حالات، (04) حالات مصابات بسرطان الثدي، وحالتين (02) بسرطان البروستات، وقد توصلنا للنتائج التالية:

- تقبل المرض يؤدي إلى انخفاض درجة قلق الموت.
- عدم تقبل المرض يؤدي إلى ارتفاع درجة قلق الموت.

4- الدراسة الرابعة بعنوان: قلق الموت لدى المسنين المصابين بمرض السرطان من إعداد الطالبين: جوال عطاء الله وحميدات محمد من جامعة زيان عاشور-الجلفة، الموسم الجامعي: 2025/2024 حيث اعتمدوا في هذه الدراسة على المنهج العيادي من خلال دراسة ثلاث حالات بمركز مكافحة السرطان بالجلفة مستخدمين أدوات نوعية مثل الملاحظة العيادية، المقابلة النصف موجهة، ومقياس قلق الموت لتمبلر. وقد شمل الإطار النظري مفاهيم قلق الموت نظرياته التفسيرية، أعراضه وأساليب علاجه، إضافة إلى استعراض معمق الموضوع الشيخوخة وأنواعها والمشكلات المرافقة لها.

أظهرت النتائج أن جميع الحالات الثلاث تعاني من قلق موت مرتفع، بدرجات متفاوتة، وأن شدة هذا القلق ترتبط بعوامل متعددة منها: الدعم الأسري القدرة على التكيف الحالة الاقتصادية، والوضع الصحي العام. كما تبين أن المسنين الذين يعانون من الوحدة والعزلة يكونون أكثر عرضة لتضخم هذا القلق مقارنة بمن يتلقون دعماً نفسياً واجتماعياً منتظماً. توصلت الدراسة إلى أهمية التكفل النفسي بهذه الفئة، مع التوصية بتعزيز برامج العلاج النفسي السلوكي داخل المراكز الصحية، وتمكين المسنين من موارد الدعم الاجتماعي والروحي، بما يساهم في تقليل حدة قلق الموت وتحسين التكيف مع المرض.

تاسعا: التعقيب عن الدراسات السابقة: تُظهر الدراسات الأربع المعروضة اهتماماً ملحوظاً

بموضوع قلق الموت في المجتمع الجزائري، وقد تناولته من زوايا متعددة (عينة من المجتمع الجزائري بمدينة معسكر، المسنين المصابين بمرض مزمن، الراشد المصاب بالسرطان، المسنين المصابين بمرض السرطان). ورغم هذا التنوع، إلا أنها تشترك في عدة نقاط وتختلف في أخرى كالتالي:

الهدف: هدفت الدراسات السابقة إلى التعرف على مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان والمسنين المصابين بأمراض مزمنة، ودراسة تأثير متغيرات مثل الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، الدعم الأسري، القدرة على التكيف.

المنهج: استخدمت الدراسات أساليب منهجية مختلفة شملت المنهج الوصفي التحليلي لتقدير إنتشار قلق الموت وعلاقته بالمتغيرات الديموغرافية، والمنهج العيادي (دراسة الحالة) لتحليل تجربة المرضى الفردية، مع تطبيق مقياس قلق الموت لتامبلر والمقابلات النصف موجهة والملاحظة العيادية، حيث شملت دراستنا على منهج دراسة الحالة.

العينة: تراوحت عينات الدراسات بين 45-106 فردًا في الدراسات الوصفية، وبين 3-6 حالات في دراسات الحالة، شملت مرضى السرطان بمختلف الأنواع والمسنين المصابين بأمراض مزمنة، مع مراعاة العمر، الجنس، والحالة الاجتماعية. أما دراستنا فقد ركزت على حالتين.

النتائج: من خلال نتائج جميع الدراسات فقد أظهرت إرتفاع مستوى قلق الموت لدى العينات المدروسة، مع فروق دالة إحصائية حسب الجنس، وتأثر قلق الموت بعوامل الدعم الأسري، القدرة على التكيف، الوضع الصحي، والوحدة أو العزلة. كما تبين أن تقبل المرض يقلل من شدة قلق الموت، بينما يؤدي عدم التقبل إلى زيادته، مؤكدًا أهمية تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمرضى لتحسين التكيف النفسي وتخفيف القلق الموت، وقد أسفرت نتائج دراستنا أن كلتا الحالتين تعانيان من مستوى مرتفع من قلق الموت.

ومن خلال هذا التعقيب يظهر لنا غياب التركيز على نوع العلاج كعامل مؤثر رغم أن بعض الدراسات تناولت مرضى السرطان، إلا أنه لم تدرس أي دراسة أثر نوع العلاج (الكيميائي أو الإشعاعي) على مستوى قلق الموت، وهي الفجوة الأساسية التي تعالجها دراستنا الحالية. **ويمكننا** الاستفادة من اعتماد مقياس تمبلر في قياس قلق الموت لحصوله على نتائج أكثر شمولية، أي أن بعد تطبيقه في البيئة الجزائرية أصبحت خصائصه السيكومترية صحيحة.

الفصل الثاني: قلق الموت

تمهيد

أولاً: تعريف قلق الموت

ثانياً: مكونات قلق الموت

ثالثاً: أنواع قلق الموت

رابعاً: أسباب قلق الموت

خامساً: نظريات المفسرة لقلق الموت

سادساً: علاج قلق الموت

خلاصة الفصل

تمهيد:

كلمة قلق بمعنى (Anxiety) قد استعملت بشكل واضح في القرن العشرين، ولكن الكتابات القديمة تحدثت عن التوجس والتخوف والتفكير المتعب بالأمور وربطت التوتر والخوف بالمرض وقد وصف ابقراط وتلاميذه هذه المشاعر، كما تحدث شكسبير عن القلق في كتاباته، وفرق الخوف من القلق أما روبرت بيرتن فقد كتب في أشكال القلق المختلفة في كتاب (التشريح المنخوليا Anatomy of Melancholy) عام 1621 ميلادي.

واصل كلمة (Anxiety) هو لا تبني من كلمة (Anxietus) والتي تعني العقل المنزعج (Troubled mind)، وقد قام الطبيب النفسي المعروف سير أبوري لويس (Sir Aubrey Louis) ببحث هذه الكلمات في اللقاءات الطبية المختلفة، وفي القاموس الإنجليزي فإنها تعني عدم الراحة وانزعاج العقل من أشباه غير مؤكدة واهتمامات معينة أو رغبة مكبوتة أو رغبة مرضية لها أعراضها، وأرسطو قال أن المرض العقلي ينتج عن إختلالات عصارية، وهذا ما أكدته ابن سينا في قوله أن المرض النفسي ينتج عن خلل في الأخلاط الكيماوية، كما أن فرويد في نهاية القرن التاسع عشر قد وصف القلق العام وكتب عنه الكثير، أما داروين فقد ذكر في كتابه عن أصل الأجناس التفريق بين القلق والإكتئاب، وفي هذا الفصل سوف نتعرف عن قلق الموت.

أولاً: تعريف قلق الموت.

* إذ يعرفه تمبلر بأنه حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته هو.

* كما يعرفه هولتر بقوله: إنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.

* بينما يعرفه «ديكستين» بأنه «التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة». (عبد الخالق، 1987، 38)

* "ويعرف قلق الموت على أنه هو "شعور الفرد الدائم بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه في يقظته ومنامه، في حركته وسلوكه وتفكيره، الأمر الذي يجعله حزينا محسوراً ومتوجساً على مجرد العيش على نحو طبيعي" (عبد المنعم، 2014، 58).

* "ويري البعض أنه "استجابة إنفعالية، مكدره، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه".

* " في حين ذهب البعض بأنه خبرة إنفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه"

* إنه خبرة إنفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه (عبد المنعم، 2014، 59).

** من خلال ما تقدم من تعريفات يمكن أن أضع هذا التعريف لقلق الموت:

" قلق الموت هو تجربة إنفعالية غير سارة يشعر فيها الفرد بالخوف أو التوجس حيال الموت واحتمال حدوثه، سواء لنفسه أو لمن حوله، تؤثر على شعوره وسلوكه وتفكيره."

ثانياً: مكونات قلق الموت: أشارت رحمة صويص (2011)، وأريج خليل (2016) إلى وجود أربع مكونات أساسية لقلق الموت وهي:

- 1- **مكون ديني:** ويتضمن الخوف من ظلام القبر وعذابه، والخوف من المصير الأبدي الذي ربما يكون النار.
- 2- **مكون وجداني:** يتعلق بالجوانب الإنفعالية المرتبطة بالموت من قبيل الخوف من المجهول، والوحدة في القبر.
- 3- **مكون فسيولوجي:** ينطوي على التصورات الخاصة بتحلل الجسد، والآلام الجسمية الخاصة بالاحتضار.

4- **مكون اجتماعي:** يتضح في الخوف على مصير الأبناء بعد الوفاة خصوصا لو كانوا أطفال، ويلاحظ وجود فروق ثقافية في هذا الشأن حيث تؤكد بعض الثقافات على التفكير في مصير أفراد الأسرة بعد رحيل الوالدين أو القائمين على شئونهم حتى لو كان الأبناء كبار بالقدر الكاف. (عشماوي، 2023، 188)

ثالثا: أنواع قلق الموت: أشارت ميرنا ماريو، وعلا حسين (2023) إلى وجود نوعين أساسيين لقلق الموت وهما:

1- **قلق الموت الحاد:** يتمثل في الخوف من الموت لفترة قصيرة مواكبا لوفاة شخص عزيز، وربما تظهر بعض أعراض قلق الموت في هذه الفترة وتنتهي سريعا.

2- **قلق الموت المزمن:** يتضح في الخوف من الموت لفترة زمنية طويلة مع انشغال التفكير بوضوح في الموت. (عشماوي، 2023، 188)

رابعا: أسباب قلق الموت: كثيرة نذكر منها:

- الخوف من الحساب والعقاب.
- الخوف من نهاية الحياة.
- الخوف على الأولاد.
- الخوف من طقوس الموت.
- الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
- عدم تحقيق الأهداف قبل الموت.
- لأن الحياة تحمل عند بعض الناس معاني جميلة.
- الخوف من ترك ملذات الدنيا.
- الخوف من مفارقة الناس.
- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.
- الخوف من الوحدة.
- الخوف من قلة الأعمال الصالحة.
- لارتباط الموت عند الناس بعوامل نفسية.
- لموت أحد الأقارب أو الأقران في سن صغيرة.
- الخوف من المجهول بعد الموت
- الخوف من ملاقاته الله سبحانه وتعالى وعدم الإستعداد للقاء.

- الخوف من الموت قتلا.
- الخوف من الموت بعد مرض عضال.
- الخوف من مفارقة الروح للجسد.
- الخوف من أن الإنسان قبل أن يؤدي العبادات وواجبات الله.
- الخوف من مشاهدة الآخرين لاحتضار الشخص ذاته.
- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة مفاجئة.
- خوف الموت حرقا.
- الخوف من الموت لضعف الإيمان.
- الخوف أن يحزن الأحياء على من يموت.
- التشاؤم عموما من الموت وما يسببه من حالة انقباض لنفس الفرد.
- الخوف من مقابلة ملايين البشر منذ آدم وحتى قيام الساعة.
- لأن الموت وحش يخيف من حولي. (عبد الخالق، 1987، 194)

خامسا: نظريات المفسرة لقلق الموت:

- 1- **نظرية التحليل النفسي:** لقد رأى فرويد أن النشاط الإنساني كله يتحدد بالغرائز، وقد يكون تأثيرها على السلوك ملتويا مقنعا، وقد يكون مباشرا وسافرا فالناس يتصرفون لأن التوتر الغريزي يدفعهم إلى ذلك وسلوكهم وتصرفاتهم تنتقص التوتر. افترض فرويد أنه من الممكن إدراج الغرائز تحت فئتين عامتين: - غرائز الحياة. - غرائز الموت فتخدم غرائز الحياة غرض الحفاظ على حياة الفرد وتكاثر الجنس، ويندرج تحت هذه الفئة الجوع والعطش والجنس، ويطلق على صورة الطاقة التي تستخدمها غرائز الحياة في أداء عملها الليبيدو غرائز الحياة التي أعطاها فرويد أكثر إهتماما هي الجنس والحقيقة أن الغريزة الجنسية ليست غريزة واحدة بل غرائز متعددة، أي أن هناك عدد من الحاجات البدنية المنفصلة تؤدي إلى القيام برغبات شبقية، ولكل من هذه الرغبات مصدره في مناطق مختلفة من الجسم ويشار إليها باسم (المناطق الشبقية).
- أما غرائز الموت أو كما يسميها فرويد أحيانا غرائز التدمير فتقوم بعملها، فكل شخص يموت في النهاية، وهذه الحقيقة دفعت فرويد إلى صياغة قوله الشهير " إن هدف الحياة هو الموت" ومن المشتقات الهامة لغرائز الموت الباعث العدواني، فالعدوانية تدمير للذات، وقد اتجهت إلى الخارج نحو موضوعات بديلة.

فالشخص يقاتل الآخرين وينزع إلى التدمير لأن رغبته في الموت قد عاقتها قوى غرائز الحياة، بالإضافة إلى عقبات أخرى في شخصيته تتصدى غرائز الموت، وقد تبرز غرائز الموت وغرائز الحياة ومشتقاتهما معا فيلزم كل منهما الآخر، فالأول مثلاً يمثل امتزاج الجوع بالتدمير، فيتحقق إشباعهما، بقضم الطعام ومضغه وابتلاعه كما يؤدي الحب بوصفه أحد مشتقات غريزة الجنس إلى حياة الكراهية وهي من مشتقات غريزة الموت. (عبد المنعم، 2014، 74)

2- النظرية السلوكية: بينما يفسر قلق الموت من وجهة نظر السلوكية على أساس أنه مثير قوي يمر به كل إنسان في حياته ويؤدي إلى إستجابات مختلفة لدى الأفراد، والموت على المستوى السلوكي هو كف تام للوعي أو الشعور، وتوقف المخ عن أداء الوظائف العقلية العليا، كما أن دراسة السلوك المتمثل في إستجابات الأفراد الذين فقدوا عائلاً أو حميماً تتفاوت هذه الاستجابات من الحزن والحداد إلى الإكتئاب، أو حتى محاولة الانتحار.

ودراسة هذه الاستجابات وما يصاحبها من مظاهر انفعالية وحركية وانعكاساتها على الصحة النفسية والجسمية والمهنية بوجه عام يهدف إلى تشخيص الاستجابات غير السوية وعلاجها، والتنبؤ بمآلها والوقاية منها، ومن الناحية العلاجية مساعدة هؤلاء الأفراد على التغلب على أحزانهم وإعادة تأهيلهم ومعاونتهم على التكيف مع الظروف الجديدة. (عبد المنعم، 2014، 75)

3- النظرية الإنسانية: بينما يرى أصحاب النظرية الإنسانية أن الموت هو تهديد بعدم الوجود، وهو محض وفناء تام للشخصية، وأن الموت يمنع الفرد من تحقيق ذاته، ومن هنا ينشأ الإحباط الوجودي، وأن الإحساس بالمعنى في الحياة والكفاح هو جوهر الدافعية الإنسانية، وهذا له جوهر في تحديد ونوعية جودة الحياة.

ومن هنا ركزت الوجودية على ضرورة تقبل الفرد حتمية الموت ونهايته بوصفه حقيقة مطلقة، ويتعين على الفرد تحديد معنى الوجود الإنساني في حقيقة موته، وأن الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة مواجهة الموت أو عدم الوجود، وأن حقيقة الموت هي التي تعطي الحياة معنى أكثر من تفرغها للمعنى وذلك عن طريق لقاء الضوء على تفرد كل إنسان وفرديته وبواسطه التوحد كل فرد بالمجتمع الإنساني. (عبد المنعم، 2014، 75)

4- نظرية تمبلر في قلق الموت: تعرف نظرية تمبلر بنظرية العاملين في قلق الموت، ووفقا لهذه النظرية فإن درجة القلق من الموت يرجع إلى محددين أساسيين هما:

1- الحالة العامة للصحة النفسية لدى الفرد.

2- خبرات الحياة المرتبطة بالصحة الجسمية.

وبالنسبة للعامل الأول حالة الصحة النفسية للفرد بوجه عام وجد أن المرضى النفسيين يميلون للحصول على درجات مرتفعة على قوائم قلق الموت، وذلك مقارنة بالأسوياء، من ناحية أخرى ظهرت مؤشرات الإضطرابات وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء مرتبطة ارتباطا إيجابيا مع قلق الموت.

أما بالنسبة للعامل الثاني المتمثل في (خبرات الحياة المتصلة بالصحة الجسمية) فوجد أن قلق الموت يرتبط بتدهور الصحة الجسمية أو التكامل البدني، كما أن الخبرات الحياتية التي يواجهها الإنسان حول الموت ومثيراته المختلفة هي التي تحدث درجة القلق من الموت لديه. (عبد المنعم، 2014، 76)

ومن خلال ما تقدم من النظريات المفسرة لقلق الموت يمكنني القول بأن هذه النظريات المختلفة المفسرة لقلق الموت تركز على دور الموت كمحفز نفسي مؤثر في حياة الإنسان، لكنها تختلف في تفسير مصدر هذا القلق وطبيعة تأثيره. فالنظرية التحليلية ترى أن القلق ينبع من صراع داخلي بين غرائز الحياة وغرائز الموت، حيث تؤدي هذه الغرائز إلى سلوكيات تتراوح بين التدمير الذاتي والعدوانية. في حين تعتبر النظرية السلوكية قلق الموت استجابة لمثيرات داخلية أو خارجية تؤثر على السلوك والمشاعر، وتهدف إلى دراسة هذه الاستجابات لتعديلها وتحسين التكيف النفسي. أما النظرية الإنسانية فتربط القلق بالتهديد الوجودي الذي يحد من تحقيق الذات، مع التأكيد على أن مواجهة الموت واكتشاف معنى الحياة يمنح الفرد دافعا وحيوية أكبر. بينما تركز نظرية تمبلر على التأثير المشترك للصحة النفسية والجسدية وخبرات الحياة المتعلقة بالموت في تحديد درجة القلق، مشيرة إلى أن خبرات الفرد الشخصية تشكل محددا رئيسيا لاستجاباته النفسية. ورغم اختلاف مصادر القلق وطرق تفسيره، تتفق جميع النظريات على أن الموت يشكل عاملا نفسيا جوهريا يؤثر على مشاعر وسلوكيات الإنسان، ويستدعي تفهمه لمساعدة الفرد على التكيف وإيجاد معنى لحياته.

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

إذا كان قلق الموت مرتفع عرضا مستقلا نسبيا لدى شخص في حالة من الصحة النفسية أساسا؛ إضافة لخبرات سيئة فإنه يجب أن ينقص بطرق العلاج السلوكي.

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

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تم التعرف أولاً على مفهوم قلق الموت وذلك من خلال تقديم تعريفات بعض العلماء والأسباب والأعراض وكما اعتمدت على بعض النظريات التي حاولت تفسير قلق الموت وعلاجه.

الفصل الثالث: السرطان

تمهيد

أولاً: تعريف السرطان

ثانياً: أنواع السرطان

1- من حيث المنشأ

2- حسب موقع أو مكان الورم بالجسم

ثالثاً: علاج السرطان

1- العلاج النفسي

2- العلاج الكيميائي

3- العلاج الهرموني

4- العلاج الاشعاعي

5- العلاج المعرفي السلوكي

6- العلاج بالتصور الذهني (التخيل)

ملخص الفصل

تمهيد:

يعيش الإنسان في محيط اجتماعي يمنحه الدعم العاطفي والإحساس بالانتماء، غير أن ذلك لا يحول دون مواجهته لضغوط وتحديات قد تؤثر على صحته الجسدية والنفسية في آن واحد. فالصحة تُعد الركيزة الأساسية التي تمكن الفرد من الاستمتاع بالحياة والتكيف مع متطلباتها، بينما يؤدي فقدانها أو ضعفها إلى تقليل قدرته على مواجهة الضغوط وجعله أكثر عرضة لمختلف الأمراض، سواء كانت جسدية أو نفسية أو نفسجسدية.

وفي مساره العمري قد يتعرض الإنسان لخطر الإصابة بالأمراض المزمنة، ويُعدّ السرطان من أخطرها وأكثرها تأثيرًا على حياته، فيزيد من معاناته ويؤثر سلبيًا على نوعية حياته واستجابته للعلاج. وانطلاقًا من ذلك، فقد خصص هذا الفصل لموضوع السرطان بجوانبه المختلفة، بدءًا من مفهومه وأنواعه وطرق علاجه.

أولاً: تعريف السرطان:

- "هو نمو عشوائي غير متناسق لخلايا نسيج ما، تختلف بشكل واضح عن مثيلاتها في الخلايا الطبيعية ولذا تختلف وظيفتها أيضاً حتى بعد زوال المؤثر، وتعطي كتلة متضخمة تدعى بالورم وتبدأ بالضغط على الأنسجة المجاورة وينتقل إلى الأعضاء الحيوية الأخرى" (عبد الوهاب، 2010، 18).

- هو ذلك المرض الذي تنقسم وتنمو فيه الخلايا بدون توقف لتنتج كتلة من الخلايا وإن لم تعالج الحالة، فإن هذه الخلايا تبدأ في غزو الأنسجة السليمة وتدخل الجهاز الدموي وتنتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم مما يؤدي إلى عرقلة وظائف الخلايا السليمة وقد يتسبب هذا في موت المريض. (كوبر، 2004/1993، 18)

ومن خلال التمعن في التعريفين السابقين للسرطان يمكنني القول بأن السرطان هو: "السرطان هو نمو غير طبيعي وغير منضبط للخلايا يؤدي إلى تكوين كتلة تُعرف بالورم، ما يعيق وظائف الخلايا السليمة وقد يهدد حياة المصاب."

ثانياً: أنواع السرطان:

1- من حيث المنشأ: وتنقسم الأورام إلى نوعين وهما كما يلي:

1-1- الأورام الحميدة (غير الخطير): هو الذي يبقى منحصراً في مكان نشأته الأصلي لا تغزو خلاياه الأنسجة السليمة المجاورة ولا تنتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم، وبما أن الأورام غير الخطيرة تبقى في مكانها الأصلي، فمن الممكن إزالتها بعمليات جراحية. وبناء على ذلك، فإن مثل هذه الأورام بوجه عام لا تشكل تهديداً للحياة فيما عدا بعض الأنواع التي تنمو في المخ مثلاً. (كوبر، 2004/1993، 19)

1-2- الأورام الخبيثة:

- تتكون من خلايا سريعة الانقسام والتكاثر وقد تبلغ حجماً كبيراً في وقت قصير.
- غير مغلف من الخارج بأي غلاف ولذا فإن نموه يكون غير محدد.
- تستطيع هذه الخلايا المكونة للورم من الانتشار والانتقال إلى الأجزاء الأخرى في جسم الإنسان لتكون أوراماً خبيثة، حيث تنفصل الأورام السرطانية من الورم الخبيث الأولي لتتوغل في الأوعية اللمفاوية أو في الأوعية الدموية ويقوم الدم بنقله إلى الأعضاء حيث تتشبت مكونة بذلك خلايا للسرطان ومن هنا تنمو تلك الخلايا لتعطي ما يعرف بالأورام الثانوية.

2- حسب موقع أو مكان الورم بالجسم: وقد ذكرت إكرام (2022) بأن معظم أنواع

السرطان تنتمي إلى ثلاث مجموعات رئيسية:

2-1- الكارسينوما: تمثل حوالي 90 % من حالات السرطان وتنشأ خلاياها الأصلية

من خلايا الجلد أو الخلايا المبطنة لبعض الأعضاء الداخلية نذكر منها (كوبر، 2004/1993، 22):

2-1-1- سرطان العين: فيقول عنه ابن سينا: ((أكثره في الصفاق القرني.

العلامات وجع شديد في عروق العين ونخس قوي يتأدى إلى الصداع وخصوصاً كلما يتحرك صاحبه وحمرة في صفاقات العين وصداع وسقوط شهوة الطعام والتألم بكل ما فيه حرارة وهو مما لا يطمع في برئه وإن طمع في تسكينه وليس يوجع السرطان في عضو من الأعضاء كإيجاعه إذا عرض العين. (قاسم محمد، 2008، 33)

2-1-2- سرطان الأنف: ويقول الرازي عن ذلك: ((يكون في الأنف ثابت وربما

خرج إلى خارج، وربما أفسد شكل الأنف وأهاج الوجع لأنه يمدده، قال أنظر ما كان. قاسياً صلباً كمد اللون رديء المذهب فدواه ولا تقدم عليه بالقطع والجرد لأنها سرطانية. وما كان منها أبيض ليناً مسترطباً لحمياً فعلاجه أن يقطع بسكين دقيقة ثم يدخل فيه بعد ذلك ويجرد نعماً وإن كان ردياً عفناً المذهب كويته بالأدوية والنار)). (قاسم محمد، 2008، 35)

2-1-3- سرطان الخصية: هو أكثر أنواع السرطان انتشاراً بين الرجال في

الأعمار بين (15-35) عاماً. وهو أحد الأسباب الرئيسية المؤدية للموت بين الرجال في هذه الفترة من العمر. علاوة على ذلك، هناك تزايد في حدوث هذا النوع من السرطان، ولكن نسبة الشفاء ترتفع في حال القيام بالكشف المبكر لذا، فإن إجراءات التدخل التي تسعى إلى تحسين فرص الكشف المبكر، تعتبر أمراً في غاية الأهمية.

وعادة ما تظهر أعراض سرطان الخصية على شكل كتل صغيرة غير مؤلمة في المنطقة الأمامية أو على جانبي الخصية أو كلتا الخصيتين. يصاحب ذلك شعور بوجود ثقل في الخصية مع شعور بالحكة في أصل الفخذ، وتجمع السائل أو الدم في الكيس الصفني، والإحساس بالألم في الحالات المتقدمة. (تايلور، 2008/1986، 190)

2-1-4- سرطان الرئة: إذ يمثل 17% من إجمالي الوفيات الناجمة عن الإصابة

بالسرطان، إنه مرض شديد الفتك، حيث تضاعف بين عامي 1975 و2002. وهناك علاقة شهيرة وقوية تربط بين التدخين وسرطان الرئة. وفي أغلب الأحوال، يُشخص سرطان الرئة

في مرحلة متأخرة نسبيا من العمر، ومعنى هذا إذا أن معدلات الإصابة بسرطان الرئة وإتجاه هذه المعدلات نحو الصعود أو الهبوط هي انعكاس لعادات التدخين. وهناك بشكل عام مستويات أقل من الوعي بالقضايا الصحية المرتبطة بالتدخين. (جيمس، 2013/2011، 14)

2-1-5- سرطان الثدي: يُعد سرطان الثدي أكثر أنواع السرطان انتشارا بين النساء، فيشكل 20% من حالات السرطان التي تصيب الإناث، يتزايد احتمال الإصابة بسرطان الثدي زيادة مطردة مع التقدم في العمر، وتشير الأبحاث المعملية على تطوير عقاقير تتدخل في المسارات الهرمونية ومن ثم تعالج سرطان الثدي ومن بين هذه العقاقير تاموكسيفين الذي يؤدي وظيفته أساسا عن طريق حجب آثار هرمون الأستروجين ويمكن اعتباره واحد من أكثر العقاقير فعالية إذ تمكن من إنقاذ حياة ملايين النساء. (جيمس، 2013/2011، 21)

2-1-6- سرطان الكبد: ويرتبط بتلف الكبد المزمن، وفي أوروبا وأمريكا الشمالية يكون السبب بصفة عامة هو معاقرة الكحوليات، وفي بعض مناطق العالم التي يكون السرطان فيها أكثر انتشارا، يكون العامل الأهم هو الإصابة بعدوى فيروس الالتهاب الكبدي الوبائي الذي كان أول من وصفه هو دكتور باروخ بلومبرج عام 1965، الذي نال عن عمله جائزة نوبل. ومنذ بضع سنوات أكدت الدراسات التي أجريت على الأوبئة وجود علاقة تربط بين الالتهاب الكبدي وسرطان الكبد. (جيمس، 2013/2011، 22)

2-2- الساركوما: وهي نادرة في الإنسان، تنشأ خلاياها الأصلية من بعض الأنسجة المتشابهة أو المترابطة مثل أنسجة العضلات والعظام.

2-3- الليوكيميا والليمفوما: تنشأ خلاياها الأصلية من خلايا الدم والخلايا التي تكون جهاز المناعة على التوالي. (كوبر، 2004/1993، 22)

ثالثا: علاج السرطان:

1- العلاج النفسي: يسعى بأشكاله المختلفة، لتلبية الاحتياجات النفسية الاجتماعية والمعلوماتية المرضى السرطان، فالمرضى الذين ينشدون العلاج الفردي بعد تشخيصهم بالسرطان، هم أشخاص يواجهون مشاكل خاصة يمكن تلخيصها بما يلي:

- (1) القلق بدرجة عالية والاكتئاب أو الأفكار الانتحارية.
- (2) الخلل في وظائف الجهاز العصبي المركزي نتيجة للمرض والعلاج كضعف القدرة على التركيز.

(3) مشكلات محددة تنشأ كنتيجة للمرض أو لأساليب التعامل أو ديناميات الأسرة.

(4) مشكلات نفسية موجودة سابقاً، لكنها تفاقمت بسبب تشخيص المرض.

ويتبع العلاج الفردي مع مرضى السرطان نموذج التدخل الموجه للأزمات، وليس نموذج العلاج النفسي المكثف. إذ يحاول المعالج التركيز على قضايا محددة يواجهها مريض السرطان، بدلاً من محاولة القيام بتحليل طويل المدى للشخصية، وسير أغوارها، من خلال العلاج الفردي المكثف. ولعل من بين أكثر المسائل شيوعاً والتي تظهر أثناء العلاج الفردي، هي ظاهرة الخوف من عودة الأعراض أو الألم أو الموت، والخوف من فقدان أعضاء من الجسم.

وهناك أسباب أخرى تدعو إلى ضم أفراد الأسرة للعلاج، وأهمها أن الأسرة يمكنها بالتأكيد مساعدة المريض على التكيف مع المرض، لكن يمكنها أيضاً إجهاض قدرته على التكيف أيضاً. ولذلك فإن بمقدور الأسرة من خلال توفيرها للمساندة الاجتماعية تسهيل عملية التكيف عند المريض، بينما يؤدي الخوف والانسحاب إلى خلق صعوبات إضافية. ومن المشكلات التي تبرز عادة أثناء العلاج الأسري، ما يتعلق بالأطفال؛ خصوصاً المراهقين وما قد يتعرضون له خلال فترة المرض، من تغير في الأدوار وزيادة الاعتمادية. (تايلور، 1986/2008، 672)

2- العلاج الكيميائي: يتمثل العلاج الكيميائي في استخدام عقاقير كيميائية لقتل الخلايا السرطانية وقد يستخدم عقاراً واحداً أو مجموعة من العقاقير، وقد يكون العلاج الكيميائي العلاج الوحيد الذي يحتاجه المريض كأن يتناول بعض العقاقير قبل الجراحة لينكمش الورم أو يتناولها بعد الجراحة لمنع السرطان من العودة، وقد يكون شكل إدراجه بالحقن في الوريد وبعضها يُحقن في العضل أو تحت الجلد أو عن طريق قسطر أو أداة الإدخال الوريدي. (طالب سوسن، 2019، 123)

3- العلاج الهرموني: عبارة عن طريقة معالجة تتم من خلال إضافة الهرمونات أو تعطيلها أو إزالتها. وبالنسبة لحالات معينة (في حالة الإصابة بالسكري أو انقطاع الطمث مثلاً). يتم إعطاء الهرمونات لضبط المستويات المنخفضة للهرمونات. ومن أجل إبطاء نمو سرطانات معينة أو وقفها (مثل سرطان الثدي أو البروستاتا). قد يتلقى المريض هرمونات مخلقة أو عقاقير أخرى لتعطيل الهرمونات الطبيعية بالجسم.

وفي بعض الأحيان، تكون هناك حاجة إلى إجراء عملية جراحية لاستئصال الغدة التي

تنتج هرمونا معيناً، ويطلق عليه أيضاً المعالجة الهرمونية: therapy hormonal و therapy endocrine treatement hormone. (العقيل، 2013، 38)

4- العلاج الإشعاعي: العلاج بالأشعة هو شكل من أشكال العلاج الموضعي على غرار الجراحة، و تكمن فاعلية هذا العلاج في مقدرة الإشعاع على تدمير و تفتيت الحمض النووي بالخلايا السرطانية، و هو المادة الكيميائية التي تحمل المعلومات و الشفرات الوراثية، و تتحكم في العمليات الحيوية اللازمة للتكاثر و النمو، و أداء مختلف الوظائف الخلوية، وبصفة عامة فالخلايا التي تنمو و تتكاثر بوتيرة سريعة، شأن الخلايا السرطانية، هي أكثر حساسية إزاء مفعول الإشعاع و أشد تأثراً، و بطبيعة الحال تتخذ تدابير وقائية أثناء المعالجة الإشعاعية، لحماية أكبر كم ممكن من الأنسجة و الأعضاء الطبيعية السليمة للإشعاع، و تتم عادة حمايتها بإستخدام دروع واقية و بأنماط مختلفة، و بالرغم من هذه الاحتياطات؛ إلا أن بعض الخلايا الطبيعية تتأثر بالإشعاع و إن كانت عموماً قادرة على التعافي بحيوية أكبر نظراً لمقدرتها على إستخدام تقنيات الجسم الطبيعية لإصلاح و ترميم الأضرار الواقعة على الحمض النووي. (عبد المنعم، 2013، 20)

5- العلاج المعرفي السلوكي: هو تدخل معرفي سلوكي يعتمد مع مرضى السرطان ويهدف إلى الحد من حالة عدم اليقين ومشاعر عدم الكفاية، الارتباك، العجز، وفقدان السيطرة وذلك من خلال توفير معلومات عن المرض والتكيف معه، والموارد المتاحة للمرضى، عادة ما يشتمل هذا العلاج التدريب على الاسترخاء ومهارات المواجهة، وإعادة الهيكلة المعرفية وتركز بروتوكولاته على الاعتراف بالأفكار والسلوكيات غير المتكيفة وتغييرها لتخفيف الضائقة وتعزيز الرفاه. (إكرام، 2022، 70)

6- العلاج بالتصور الذهني (التخيل): تم طرحه من طرف Simons وكانت طريقته في علاج السرطان تركز على الاسترخاء والتخيل والرؤية النشطة الإيجابية، والراحة للحصول على السلام الداخلي، إضافة إلى تسيير الإجهاد وتطوير الكفاءة الانفعالية مع تسطير أهداف مستقبلية، وفيه يقوم المريض على تخيل جهاز المناعة كقوة فائقة تكون في حالة حرب لخلايا سرطانية كمدافع أو راميات صواريخ، و يعطي J.Thomas مثلاً عن ذلك بتصور المريض نفسه كسمك قرش يدخل جسمه فيلتهم كل ما يصادفه في طريقه من أورام سرطانية و هذا ما يحفز الشفاء الذاتي، يقوم المريض بهذا ثلاث مرات يومياً مع الاسترخاء وكانت النتائج السريرية المتواصل إليها حسنة. (إكرام، 2022، 70)

ملخص الفصل:

شمل هذا الفصل مرض السرطان، وذلك من خلال تعريفه بإعتباره نموًا غير طبيعي للخلايا، واستعرضنا بعض أنواعه المختلفة حسب مكان الإصابة وطبيعة الخلايا المصابة، إلى جانب ذلك تطرقنا إلى مجموعة من علاجاته المتنوعة كالعلاج الجراحي، والعلاج الكيميائي، والعلاج الإشعاعي، والعلاجات المساندة.

الجانِب المِيداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: عينة الدراسة

1- عينة الدراسة الإستطلاعية

2- عينة الدراسة الأساسية

ثالثاً: أدوات الدراسة

1- مقياس قلق الموت لتمبلر

1-1- التعريف بالمقياس

1-2- طريقة تطبيق وتصحيح المقياس

1-3- الخصائص السيكومترية للمقياس

أ- ثبات الاختبار

ب- صدق الاتساق الداخلي

ج- صدق الاختبار

خلاصة الفصل

تمهيد:

يُعد الجانب المنهجي من أهم الجوانب في البحث العلمي، إذ يوضح الخطوات والإجراءات التي اعتمد عليها الباحث للوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية. ولا يختلف هذا الفصل في دراستنا عن بقية الدراسات السابقة إذ تناول هذا الفصل منهج الدراسة، وعينة البحث، بالإضافة إلى أدوات الدراسة المتمثلة في مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر، مع عرض خصائصه السيكمترية من حيث الثبات والصدق.

أولاً: منهج الدراسة: إن المنهج العلمي عبارة عن أسلوب للتفكير والعمل يعتمد على الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة، ويبدأ المنهج عادة بعد تحديد مشكلة الدراسة أو البحث مروراً بوضع وصياغة الفرضيات واختبارها وتحليلها ومن ثم عرض النتائج ووضع التوصيات.

وسنعمد في دراستنا الحالية على منهج دراسة الحالة لأنه يتناسب مع طبيعة المشكلة والفرضيات، وحالتي البحث. ويعرف منهج دراسة الحالة بأنه منهج يهتم بجميع الجوانب المتعلقة بشيء أو موقف واحد على أن يعتبر الفرد، أو الأسرة، أو المدرسة، أو أي مؤسسة أو هيئة، أو جماعة، أو حتى مجتمع محلي كوحدة للبحث والدراسة ويقوم هذا المنهج على التعمق والشمول في دراسة المعلومات بمرحلة معينة من تاريخ حياة هذه الوحدة، أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها. (متولي، 2016، 133)

ثانياً: عينة الدراسة:

1- عينة الدراسة الإستطلاعية: حيث بعد أن أخذنا الترخيص من إدارة كليتنا كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية بجامعة الوادي، لاستكمال دراستنا، قمنا بزيارات شخصية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة مكافحة السرطان بشير رزقي بالوادي، وقد قابلنا المختص النفسي الذي سيساعدنا في إكمال حيثيات دراستنا، وبعد شرحنا له حيثيات دراستنا قام باختيار حالة ممن يأخذون علاجاً كيميائياً وحالة ممن يأخذون علاجاً إشعاعياً، تم تسليم استمارة تحمل مقياس قلق الموت إلى الحالتين المختارتين ممن يقدمون للمستشفى لتلقى العلاج لمرض السرطان حالة منهم تأخذ علاجاً كيميائياً وحالة أخرى تأخذ علاجاً إشعاعياً، وبعد الحصول على الاستمارات الموزعة على هؤلاء المرضى بسرطان تمت مناقشة وتحليل نتائج هذا المقياس في الدراسة الميدانية الفعلية.

2- عينة الدراسة الأساسية: وقد تم إختيار العينة بطريقة قصدية بناءً على خصائص ومعايير محددة تتوافق مع أهداف دراستنا، وتتكون عينة الدراسة من 02 أشخاص مصابون بمرض السرطان من مرضى السرطان بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة مكافحة السرطان بشير رزقي بالوادي حالة تعالج بالعلاج الكيميائي والثانية تعالج بعلاج إشعاعي.

ثالثاً: أدوات الدراسة: إن أدوات الدراسة هي في غاية الأهمية، فهي بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات التي يحتاج إليها في الميدان لغرض التحقق من صحة أو خطأ الفرضية، أي بها يتوصل إلى ما يبحث عنه. لذلك اعتمدنا في هذه الدراسة على:

1- مقياس قلق الموت لتمبلر:

1-1- التعريف بالمقياس: هو عبارة عن المقياس يتضمن قائمة من الأسئلة التي تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي "دونالد تمبلر" Donal tembler ولقد ترجم إلى لغات عديدة منها العربية والإسبانية وحتى اليابانية والهندية وأستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة من الذكور والإناث من ثقافات مختلفة، وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار 16 - 85 سنة ومتغيرات عديدة كالسن ودرجة التدخين، الصحة الجسمية والعقلية وأنواع أخرى من السلوكات، لذا فهو يعد واحد من أكثر المقاييس انتشارا في البحوث، طبق هذا الإختبار لأول مرة سنة 1970 واختير مقياس قلق الموت للاستعمال في هذه الدراسة لأن مريض السرطان يجعل فكرة الموت حاضرة أي أن قلق الموت هو الإحساس الغالب عند مريض السرطان. (عبد الخالق، 1987، 74)

1-2- طريقة تطبيق وتصحيح المقياس:

- * نقطة (1) للبنود التي تصحح بـ (ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.
- * نقطة (1) للبنود التي تصحح بـ (خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.
- * صفر (0) للبنود التي تصحح بـ (ص) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.
- * صفر (0) للبنود التي تصحح بـ (خ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

جدول رقم 01: يوضح البنود التي تصحح بـ (ص) والبنود التي تصحح بـ (خ)

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

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

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

- 1- الدرجة التي تتراوح بين (0-06) تشير إلى عدم وجود قلق الموت.
- 2- الدرجة التي تتراوح بين (07-15) تشير إلى وجود قلق الموت مرتفع. (عبد الخالق، 1987،

(77)

1-3- الخصائص السيكومترية للمقياس: وكما درسنا في السنوات الماضية بأن

الخصائص السيكومترية للمقياس نقصد بها صدقه وثباته ولما نطبقها على مقياسنا في

دراستنا هذه نجد:

أ- **ثبات الاختبار:** لقد قام أحمد محمد عبد الخالق (1987) بترجمة مقياس قلق الموت إلى العربية وطبقت النسختان العربية والإنجليزية معا مع عينة من طلاب مصريين بقسم اللغة الإنجليزية، وقد وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والانجليزية إلى 0.87 بالنسبة للذكور والإناث $n = 43$ ، وهذا حسب ثبات إعادة الاختبار بالصورة العربية. وكان الفاصل الزمني بين الاختبار وإعادته أسبوعا واحدا، في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى 0.70 بالنسبة للذكور $n = 44$ و 0.73 بالنسبة للإناث $n = 56$ وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة. (ص128)

ب- **صدق الاتساق الداخلي:** وجد أن معاملات الاتساق الداخلي تشير إلى مؤشرات صدق مرتفعة وكافية يمكن الوثوق بها في تطبيق الدراسة الحالية.

ج- **صدق الاختبار:** لقد قام تمبلر بتقدير صدق المقياس مستخدما عدة طرق منها مقارنة درجات مرضى في المجال السيكا تري ممن قرروا أن لديهم قلقا عاليا من الموت بـدرجات عينة ضابطة من المرضى النفسيين الذين قرروا أنه لا يوجد لديهم قلق الموت، وقد استخرجت فروق جوهرية بين درجات الفريقين مما يشير إلى صدق المقياس، كذلك الارتباط الجوهري المرتفع بين هذا المقياس ومقياس "بوبار" للخوف من الموت، وكذلك الارتباط الجوهري السلبي بمقياس قوة الأنا "ك" من قائمة (مينيسوتا)، وقد صدرت عدت بحوث على المستوى العالمي والمحلي تبرهن على صدق المقياس و بطرق متعددة (عبد الخالق، 1987، 69-70).

خلاصة الفصل:

تم الإعتماد في هذه الدراسة على منهج دراسة الحالة بإعتباره الطريقة المؤدية إلى الكشف عن القواعد العامة التي يتبعها الباحث في مجال علم النفس العيادي من أجل الوصول إلى نتائج موضوعية.

أما أدوات الدراسة فتمثلت بتطبيق مقياس دونالد تمبلر لقياس قلق الموت على الفئة المتمثلة في إثنين ممن لديهم سرطان واحد يعالج بالعلاج الإشعاعي والآخر يعالج بالعلاج الكيميائي وذلك من أجل الوصول إلى الهدف من الدراسة والمتمثل في تحديد مستوى قلق الموت لديهم.

الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة

النتائج حسب الفرضية

تمهيد

أولاً: عرض النتائج

ثانياً: تحليل النتائج وتفسيرها حسب الفرضية

1- تحليل النتائج

2- تفسير النتائج حسب الفرضية

ثالثاً: المناقشة

الاستنتاج العام

توصيات عامة

تمهيد:

يتم عرض في هذا الفصل النتائج المتحصل عليها من الدراسة الميدانية حيث تم الوصول إلى بعض النتائج التي تحصلنا عليها من خلال تطبيق مقياس "دونالد تمبلر" لقلق الموت على العينة المتمثلة في إثنين ممن لديهم سرطان؛ الحالة الأولى تعالج بالعلاج الإشعاعي والحالة الثانية تعالج بالعلاج الكيميائي، حيث أن الهدف من جمع المعلومات وعرضها وتحليلها ومناقشتها هو الوصول إلى الهدف المسطر في الدراسة والمتمثل في الإجابة على فرضيات البحث.

أولاً: عرض النتائج:

1- نتائج الحالة الأولى التي تأخذ علاجاً كيميائياً:

الجنس: أنثى السن: 53

جدول رقم 02: إجابة الحالة الأولى على مقياس قلق الموت لتمبلر

14	13	12	11	10	9	8	4	1	البندود التي تصحح ب (ص)
1	0	1	1	0	1	1	1	0	إجابة الحالة الأولى
									البندود التي تصحح ب (خ)
			0	1	1	0	1	1	إجابة الحالة الأولى
								10	مجموع إجابات المفحوص
								15-07	مجال الدرجة
								وجود قلق الموت مرتفع	مستوى الدرجة

2- نتائج الحالة الثانية التي تأخذ علاجاً إشعاعياً:

الجنس: ذكر السن: 36

جدول رقم 03: إجابة الحالة الثانية على مقياس قلق الموت لتمبلر

14	13	12	11	10	9	8	4	1	البندود التي تصحح ب (ص)
1	1	0	0	1	1	1	1	1	إجابة الحالة الأولى
			15	7	6	5	3	2	البندود التي تصحح ب (خ)
			0	1	1	1	1	1	إجابة الحالة الأولى
								12	مجموع إجابات المفحوص
								15-07	مجال الدرجة
								وجود قلق الموت مرتفع	مستوى الدرجة

ثانيا: تحليل النتائج وتفسيرها حسب الفرضيات:

1- تحليل النتائج:

1-1- تحليل نتائج الحالة الأولى التي تأخذ علاجاً كيميائياً: من خلال نتائج تطبيق مقياس قلق الموت لتمبرلر، فقد تحصلت الحالة الأولى على 10 إجابات على المقياس، وهي درجة تتراوح بين (07-15) وهو مجال يشير إلى وجود قلق الموت مرتفع.

1-2- تحليل نتائج الحالة الثانية التي تأخذ علاجاً إشعاعياً: من خلال نتائج تطبيق مقياس قلق الموت لتمبرلر، فقد تحصلت الحالة الثانية على 12 إجابات على المقياس، وهي درجة تتراوح بين (07-15) وهو مجال يشير إلى وجود قلق الموت مرتفع.

2- تفسير النتائج حسب الفرضيات:

1-2- حسب الفرضية الأولى: مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان مرتفع:

من خلال نتائج تطبيق مقياس قلق الموت، والتي تحصلت فيها الحالة الأولى على 10 إجابات صحيحة على المقياس، وهي درجة تتراوح بين (07-15) وهو مجال يشير إلى وجود قلق الموت مرتفع؛ مما يعني أن الحالة الأولى تعاني من قلق موت مرتفع. ومن خلال نتائج تطبيق مقياس قلق الموت على الحالة الثانية فقد تحصلت على 12 إجابة صحيحة على المقياس، وهي درجة تتراوح بين (07-15) وهو مجال يشير إلى وجود قلق الموت مرتفع؛ مما يعني أن الحالة الثانية تعاني من قلق موت مرتفع.

هذا يعني أن الفرضية الأولى تتميز بمستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان مرتفع.

2-2- حسب الفرضية الثانية: يوجد فرق في درجة قلق الموت تبعاً لنوع العلاج

الكيميائي أو الإشعاعي:

من خلال نتائج تطبيق مقياس قلق الموت، والتي تحصلت فيها الحالة الأولى التي تأخذ علاجاً كيميائياً، على 10 إجابات صحيحة على المقياس، وهي درجة تتراوح بين (07-15) وهو مجال يشير إلى وجود قلق الموت مرتفع؛ مما يعني أن الحالة تعاني من قلق موت مرتفع. ومن خلال نتائج تطبيق مقياس قلق الموت على الحالة الثانية التي تأخذ علاجاً إشعاعياً، فقد تحصلت على 12 إجابة صحيحة على المقياس، وهي درجة تتراوح بين (07-15) وهو مجال يشير إلى وجود قلق الموت مرتفع؛ مما يعني أن الحالة تعاني من قلق موت مرتفع، هذا يعني أنه لا يوجد فرق لمستوى درجة قلق الموت تبعاً لنوع العلاج الكيميائي أو الإشعاعي.

ثالثاً: المناقشة:

أظهرت نتائج تحليل مقياس قلق الموت المطبّق على حالي الدراسة بأن كلاهما سجلت درجات تقع ضمن المجال الدال على المستوى المرتفع من قلق الموت؛ إذ تحصّلت الحالة الأولى على 10 درجات، بينما سجلت الحالة الثانية 12 درجة، وتقع نتائج حالي الدراسة ضمن المجال (07-15 درجة) الذي يشير إلى ارتفاع مستوى القلق الموت.

و هذه النتائج تنفي صحة الفرضية التي تفترض وجود إختلاف في مستوى قلق الموت تبعاً لنوع العلاج. لأن النتائج لم تسجل فروق تعزى إلى نوع العلاج المتبع، سواء كان علاجاً كيميائياً أو إشعاعياً،

وتتفق نتائج دراستنا مع ما توصلت إليه دراسات كل من الدكتور بوفرة مختار، والدكتور شعنبي نور الدين كلاهما من جامعة مصطفى أسطنبولي معسكر سنة 2017، التي هدفت إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من المجتمع الجزائري وقد كشفت عن وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة. وكذلك دراسة الطالبة عباسيني شهيناز من جامعة محمد بن احمد وهران 2 الجزائر، للموسم الجامعي 2023/2022 حيث هدفت الدراسة الحالية للتعرف على قلق الموت لدى عينة من المسنين المصابين بأمراض مزمنة، و قد توصلت أن لدى عينة الدراسة مستوى مرتفع من قلق الموت، وكذلك دراسة الطالبتين بوسليو كوثر نور ويطوس ايناس، من جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة الجزائر، الموسم الجامعي 2024/2023 التي هدفت إلى الكشف عن مدى تقبل المرض وتأثيره على درجة قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان و قد كشفت عن وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة، وكذلك دراسة جوال عطاء الله وحميدات محمد من جامعة زيان عاشور-الجللفة، للموسم الجامعي 2025/2024 حول قلق الموت لدى المسنين المصابين بمرض السرطان فأظهرت نتائجها أن جميع الحالات الثلاث تعاني من قلق موت مرتفع.

ويمكن فهم هذه النتائج في ضوء الأطر النظرية المفسّرة لقلق الموت، والتي تتكامل فيما بينها لتقديم قراءة أعمق لطبيعة الظاهرة:

فمن منظور التحليل النفسي، كما أشار إليه سيغموند فرويد، فإن السلوك الإنساني يتحدد عبر دينامية الصراع بين غرائز الحياة وغرائز الموت. وعندما يواجه الفرد مرضاً خطيراً يهدد استمراريته البيولوجية، فإن هذا الحدث الواقعي يستثير بصورة مباشرة هذا الصراع الكامن في البنية النفسية، فتتعرّز نزعة التمسك بالحياة في مقابل حضور فكرة الفناء. ويُعد إرتفاع قلق

الموت في هذه الحالة انعكاساً لشدة هذا الصراع الداخلي، حيث يصبح الموت احتمالاً ملموساً لا مجرد تصور ذهني بعيد. أما غياب الفروق بين نوعي العلاج فيفهم في هذا السياق على أن مصدر القلق لا يرتبط بطبيعة الإجراء الطبي، بل بالدلالة الرمزية العميقة للمرض بوصفه تهديداً للحياة.

ومن زاوية النظرية السلوكية، يمكن تفسير النتائج بإعتبار السرطان مثيراً ضاغطاً قوياً ارتبط في الوعي الجمعي بدلالات الخطر والمعاناة واحتمال النهاية. فالتجارب العلاجية المتكررة، بما تحمله من آثار جانبية وتغيرات جسدية، قد تعزز الاستجابات القلقية من خلال آليات التعلم والاقتران الشرطي. وعليه فإن ارتفاع درجات قلق الموت يعكس إستجابة إنفعالية مكتسبة لمثيرات تهديدية متكررة. كما أن تشابه مستوى القلق بين الحالتين يشير إلى أن كلا العلاجين يشتركان في طبيعتهما الضاغطة وفي رمزيتهما المرتبطة بخطورة المرض، مما يؤدي إلى إستجابات متقاربة.

كما يرى أصحاب النظرية الإنسانية، بأن المرض الخطير يُدخل الفرد في مواجهة مباشرة مع حقيقة الفناء. فالموت هنا لا يفهم فقط كنهاية بيولوجية، بل كشيء موجود يهدد مشروع الحياة ومعناها. إن وعي الفرد بحتمية النهاية، حين يصبح معززاً بتجربة مرضية واقعية كأن يكون أحد أقربائه أثناء مرضه توفي أو أحد جيرانه أو شخص بعيداً سمع به، فيولد ذلك حالة من القلق الوجودي الذي يعكس إدراكه لهشاشة الوجود الإنساني.

ومن هذا المنطلق يمكن اعتبار ارتفاع قلق الموت استجابة إنسانية طبيعية أمام تهديد الوجود، بينما يُفسر غياب الفروق بين العلاجين بأن السبب الحقيقي للقلق هو إدراك الشخص لفكرة الموت نفسها، أي خوفه من النهاية والفناء فقط، لا بنوع الوسيلة العلاجية.

وتبدو نتائج الدراسة أكثر انسجاماً مع ما طرحه Donald Templer في نظريته حول قلق الموت، والتي تربط مستوى هذا القلق بالحالة العامة للصحة النفسية وخبرات الحياة المرتبطة بالصحة الجسمية. فالإصابة بالسرطان تمثل خبرة مباشرة تمس التكامل الجسدي وتُشعر الفرد بتهديد حقيقي لبقائه، الأمر الذي يسهم في رفع مستوى قلق الموت. كما أن الضغوط النفسية المصاحبة للمرض قد تضاعف من حدة هذا القلق. ويؤكد عدم وجود فروق تبعاً لنوع العلاج إن العامل الحاسم يتمثل في إدراك خطورة المرض ذاته، لا في اختلاف أساليب التدخل الطبي.

الاستنتاج العام:

وبناءً على ما تقدم، يمكن القول إن إرتفاع مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان يُعد نتيجة منطقية لطبيعة المرض كتهديد وجودي وصحي في آن واحد، وأن هذا القلق يتجاوز حدود الاختلافات العلاجية ليعكس تجربة إنسانية عميقة تتقاطع فيها الأبعاد النفسية والسلوكية والوجودية. ومن ثم فإن النتائج المتوصل إليها تتسجم مع الإطار النظري المعتمد، وتؤكد أهمية الإحاطة النفسية إلى جانب الرعاية الطبية، بما يسهم في تعزيز التكيف وتقليل شدة القلق المرتبط بفكرة الموت.

ويُستنتج من ذلك بأنه قد ساهمت تحليل النتائج في الكشف عن مستوى قلق الموت لدى الحالات المدروسة، وكذلك في توضيح طبيعة العلاقة بين قلق الموت ونوع العلاج المتبع، مما أتاح فهماً أعمق للأبعاد النفسية المرتبطة بمرض السرطان. وبذلك، تكون الدراسة قد حققت هدفها المتمثل في الإسهام في فهم ظاهرة قلق الموت لدى مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج الكيميائي والإشعاعي.

توصيات عامة:

انطلاقاً من النتائج التي توصلت إليها الدراسة حول قلق الموت لدى مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج الكيميائي والإشعاعي، يمكن إقتراح مجموعة من التوصيات، من أهمها ما يلي:

- ضرورة الإهتمام بالجانب النفسي لمرضى السرطان إلى جانب العلاج الطبي، وذلك من خلال توفير خدمات الدعم النفسي داخل المؤسسات الاستشفائية المتخصصة لمكافحة السرطان.

- إدماج الأخصائيين في مجال علم النفس الإكلينيكي ضمن الفرق الطبية العاملة في المؤسسات الاستشفائية المتخصصة لمكافحة السرطان، بهدف مساعدة مرضى السرطان على التكيف النفسي مع المرض والتخفيف من قلق الموت.

- إعداد وتنفيذ برامج إرشادية وعلاجية موجهة لمرضى السرطان تساعد على تنمية مهارات التكيف النفسي والتعامل الإيجابي مع الضغوط المرتبطة بالمرض والعلاج.

- إقامة دورات لأسر مرضى السرطان في كيفية دعم المريض نفسياً واجتماعياً، لما لذلك من أثر كبير في التقليل من حدة القلق وتحسين الحالة النفسية للمريض أثناء فترة العلاج.

- تنظيم حملات توعوية داخل المؤسسات الاستشفائية المتخصصة لمكافحة السرطان لمرضى السرطان أنفسهم حول الآثار النفسية المصاحبة للمرض، وطرق التعامل معها.

- تشجيع إجراء دراسات وبحوث أخرى في مجال علم النفس الإكلينيكي تتناول قلق الموت لدى مرضى السرطان، مع التركيز على نوع السرطان، مدة الإصابة، وحدثة الإصابة بالسرطان.

وفي الأخير ما لنا إلا أن نرفع أكفنا للمولى عز وجل لعلها ساعة استجابة فنقول: اللهم اشف مرضى السرطان وأنزل عليهم العافية اللهم احفظ صحتهم وقوتهم وخفف عنهم كل ألم يشعرون به وأبعد عنهم كل ضرر يا رب العالمين. اللهم شافي أجسادا ذبلت وأهلكها مرض السرطان إنك أنت الشافي المعافي يا رب العالمين.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- ابراهيم، عبد الستار. (2002). القلق قيود من الوهم. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ابن منظور. (1414هـ). لسان العرب. القاهرة: دار المعارف.
- إكرام، فلاح. (2022). صورة الجسمية وتأثيرها في ظهور الاكتئاب لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي بمستشفى بن زرجب - ولاية عين تموشنت [شهادة ماستر غير منشورة]، جامعة بلحاج بوشعيب-عين تموشنت.
- بودهان، ياسين. (2014، أكتوبر 19). سرطان الثدي يفتك يوميا بعشر نساء بالجزائر، الجزيرة. <https://aja.me/5j4tut>
- بوزار، يوسف وجعلاب، محمد الصالح. (ديسمبر 2018). الإستجابة الإكتئابية والصدمية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي نتيجة الإعلان عن التشخيص، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد الثامن، 139 - 156.
- تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي. (وسام درويش بريك وفوزي شاكرك طعيمه داود، مترجم). دار الحامد للنشر والتوزيع. (العمل الأصلي نشر في 1986)
- جيمس، نيكولاس. (2013). السرطان. (أسامة فاروق حسن، مترجم). مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة. (العمل الأصلي نشر في 2011)
- الحبشي، ابتسام محمد. (2020). الدعم الاجتماعي الأسري لدى مريضات السرطان (دراسة وصفية تحليلية على عينة من مريضات السرطان)، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم، العدد 22، ص 707 - 732.
- حسن فقيه عبد الله (2003) دراسات إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة. تم استرجاعه في 14/03/2026 على الرابط:
http://www.eajaz.org/index.php?option=com_content&view=article&id=835
- الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (2015). خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 (أنور الحمادي، مترجم). الدار العربية للعلوم ناشرون. (العمل الأصلي نشر في 2013)
- زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط 4). عالم الكتب.

- زيدنر، موشي و ماثيوس، جيرالد. (2016). **القلق** (معتز سيد عبد الله والحسين محمد عبد المنعم، مترجم). المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت. (العمل الأصلي نشر في 2010)
- سرحان، وليد والتكريتي، عدنان وحباشنة، محمد. (2013). **سلوكيات 4 القلق** (ط 3). دار مجدلاوي للنشر.
- سرى، إجلال محمد. (2000). **علم النفس العلاجي** (ط 2)، عالم الكتب.
- طالب، سوسن. (2019). **دراسة مقارنة بين تأثير العلاج النفسي والعلاج القرآني والنبوي على مريض السرطان** [أطروحة دكتورا غير منشورة]، جامعه محمد بن احمد 2 وهران.
- عبد الخالق، احمد محمد. (1987). **قلق الموت**. عالم المعرفة.
- عبد المنعم، احمد يحيى. (2014). **قلق الموت من السرطان**. المكتب العربي للمعارف.
- عبد الوهاب، أفنان إسماعيل. (2010). **تأثير مستخلص الكحول الايثيلي الخام لبذور واوراق نبات المعدنوس *crispum Petroselinum* في الفئران البيض وفي بعض الخطوط الخلوية السرطانية** [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة التكنولوجية.
- عشاوي، فيفيان أحمد فؤاد علي. (2023). **المناعة النفسية في علاقتها بالرضا عن الحياة وقلق الموت لدى المسنين المحالين للتقاعد من موظفي الدولة "دراسة مقارنة بين الجنسين**. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين الشمس. 74(3)، 153-257.
- <https://doi.org/10.21608/cpc.2023.306564>
- عثمان، فاروق السيد. (2001). **القلق وإدارة الضغوط النفسية**. دار الفكر العربي.
- عكاشة، أحمد وعكاشة، طارق. (2010). **الطب النفسي المعاصر** (ط 15). مكتبة الأنجلو المصرية.
- العقيل، محمد بن عبد الرحمن. (2013). **كل ما تريد أن تعرفه عن سرطان الرحم، الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان**.
- عامرة، سميرة ومحمد الطاهر، طعيلي. (جوان 2017). **التدين وعلاقته بقلق الموت لدى المرضى المزمنين**. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي. العدد 22. 87-98.

- عمر، إسرائ فكرى حسن حسن. (2025). أبعاد الألكسيثيميا وعلاقتها بأبعاد قلق الموت لدى مريضات السرطان، مجلة كلية الآداب. 64(2). ص 327-349.
<https://doi.org/10.21608/jfab.2025.358598.1242>
- العيسوي، عبد الرحمان محمد. (1992). علم النفس الإكلينيكي. الدار الجامعية.
- غانم، محمد حسن. (2006). الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص - الأسباب - العلاج - المال والمسار). مكتبة الأنجلو المصرية.
- كوبر، جيفري. (2004). السرطان - دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج- ترجمة (رفعت شلبي، مترجم). المكتبة الأكاديمية. (العمل الأصلي نشر في 1993)
- متولي، فكرى لطيف. (2016). دراسة الحالة في علم النفس. مكتبة الرشد.
- محمد، محمود الحاج قاسم. (2008). الأورام والسرطان وعلاجه في الطب العربي الإسلامي. جمعية مكافحة السرطان.
- مجيد، سوسن شاكر. (2015). اضطرابات الشخصية أنماطها قياسها (ط. 2). دار صفاء.
- مدونة مستشفى الكندي الطبية، جبل الحسين، 2025/10/30، التكنولوجيا الطبية ...
محرك التطور في عالم الطب، شارع بئر السبع، عمان، الاردن، تم استرجاعه في
14/03/2026
- مصطفى، أسامة فاروق. (2011). مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- المليجي، حلمي. (2001). مناهج البحث في علم النفس. دار النهضة العربية.
- الهديفية، أسماء بنت محمد بن أحمد. (2024). قلق الموت وعلاقته بالأبعاد الخمسة الكبرى للشخصية لدى مرضى السرطان في محافظة مسقط بسلطنة عمان [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الشرقية.

قائمة المراجع الأجنبية:

- Robert, Kastenbaum & Christopher, M. Moreman. 2024. **Death, Society, and Human Experience**. 13th Edition .Taylor & Francis Group : New York And London.

الملاحق

مقياس " دونالد تمبلر "

الجنس: السن:

التعليمة:

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

إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير، ضع دائرة حول (خ).

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

مقياس "دونالد تمبلر"

الجنس: أ. ح. س. السن: 53 علاج كيميائي
التعليمة:

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

إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير، ضع دائرة حول (خ).

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

مقياس "دونالد تمبلر"

الجنس: ذكر السن: 36 العلاج: إسعافي
التعليمة:

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

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