الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية

مذكرة بعنوان

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض قلق الموت لدى مرضى السرطان الذين تكررعندهم المرض

دراسة ميدانية بمركزمكافحة السرطان (رزقي بشير) بالوادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في شعبة علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:

- صوالح محمد نسرين
- مليك أسماء

تحت إشراف:

أ. د. عمامرة سميرة

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	المؤسسة	الصفة
غراب رحمة	أستاذ تعليم عالي	جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي	رئيسا
عمامرة سميرة	أستاذ تعليم عالي	جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي	مشرفا ومقررا
سعيدي وردة	أستاذ تعليم عالي	جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي	مناقشا

الموسم الجامعي: 2025 / 2026

بِسْمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

الشكر والعرفان

الحمد لله أولًا وآخرًا، حمدًا كثيرًا طيبًا مباركًا فيه، الحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا العمل.

بداية ندعو الله راجيين أن يتم شفاء جميع مرضى المسلمين.

ونتقدم بجزيل الشكر والامتنان لكل مريض أظهر قوة وإرادة في مواجهة التحدي بالصبر والشجاعة،

كل مريض سرطان يعاني في صمت شكرا لأنكم تشرقون رغم الظلام كل يوم تعيشونه هو انتصار صامت

على اليأس يعلمنا أن القوة ليست في العضلات بل في القلب الذي لا يرضى بالاستسلام.

" أنتم جميعا أبطالا "

ولكل عامل بمركز مكافحة السرطان بالوادي يبذل جهدا استثنائيا بروح انسانية ومهنية عالية وتفاني في

الرعاية تجعل الألم محتملا.

لكل دمعة صبر وكل يد تعالج وكل قلب يعطي دون كلل أنمم جميعا أبطالا كل يوم لكم منا التحية والدعاء بالصحة والعافية.

كما نتقدم إلى الأستاذة المشرفة الدكتورة عمامرة سميرة بعظيم امتنانا على ما قدمته لنا من توجيهات ونصائح قيّمة، وعلى صبرها ومتابعتها وتشجيعها المستمر، فلها منا كل التقدير والاحترام وأدام الله عطاءها ونفع بها.

بكل تقدير واحترام نوجه شكرا خاصا للأستاذ الدكتور غربي عبد الناصر الذي لم يبخل علينا بالاستشارة فجزاه الله خير الجزاء.

كما نتوجه بالشكر إلى جميع أساتذتنا الكرام الذين ر افقونا طوال سنوات الدراسة، ولم يبخلوا علينا بعلمهم وتوجيهاتهم، وكان لهم أثر كبير في تكويننا العلمي والمعرفي.

كما نشكر كل من ساعدنا من قريب أو بعيد، ولو بكلمة طيبة أو نصيحة أو دعاء صادق، وأسأل الله أن يجزي الجميع خير الجزاء.

وفي الختام نحمد الله على نعمة التوفيق، ونتمنى أن يكون هذا العمل بداية موفقة لمسار علمي ناجح.

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي من أجل الخفض من حدة قلق الموت لدى مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض حيث اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي باستخدام تصميم المجموعة الواحدة (القياسين القبلي والبعدي)، حيث تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من خمسة حالات من مريضات السرطان تكرر لديهن المرض بمركز مكافحة السرطان بالوادي (رزقي بشير).

حيث طبق مقياس قلق الموت للدكتورة عمامرة سميرة (2017) وبرنامج علاجي مصمم من طرف الطالبتان لتحقيق أهداف الدراسة، وتم التحقق من فرضية الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية عن طريق تطبيق نظام الحزمة الاحصائية للعموم الاجتماعية (SPSS)، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج العلاجي في خفض قلق الموت لدى عينة الدراسة وأثبتت وجود فروق دالة إحصائيا لصالح القياس البعدي.

الكلمات المفتاحية: قلق الموت، مرض السرطان، البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

Abstract

The current study aimed to examine the effectiveness of a cognitive behavioral therapy (CBT) program in reducing the severity of death anxiety, among patients with recurrent cancer. The study adopted a quasi-experimental approach, utilizing a single-group design with pre'test and post-test measurements. The sample consisted of five female patients with recurrent cancer at the Rezki Bachir Anti-Cancer Center in El Oued. To achieve the studies objectives, the Death Anxiety Scale developed by Dr. Amamra Samira (2017) was administered alongside the therapeutic program designed by the researchers. The study's hypotheses were tested using statistical methods via the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The findings revealed that the therapeutic program was effective in reducing death anxiety within the study sample, demonstrating statistically significant differences in favor of the post-test measurements.

Keywords: Death Anxiety, Cancer, Cognitive Behavioral Therapy Program.

الفهـــــارس

فهرس المحتويات

العنوان	رقم الصفحة
شكر وعرفان	
الملخص باللغة العربية	أ
الملخص باللغة الأجنبية	أ
فهرس المحتويات	ج
فهرس الجداول	د
مقدمة:	و
الإطـــار النـــظري الفصل الأول: الإطار العام لمشكلة الدراسة	
اشكالية البحث	8
فرضية الدراسة	11
أهداف الدراسة	12
أهمية الدراسة	12
أسباب اختيار الموضوع	13
التعاريف الإجرائية	13
الدراسات السابقة والتعقيب عليها	14
الفصل الثاني: القلق وقلق الموت	
تمهيد	24
أولا: القلق	25
1. تعريف القلق	25
ثانيا: قلق الموت	26
1. تعريف قلق الموت	26
2. النظريات المفسرة لقلق الموت	28

3. أسباب قلق الموت	30
4. مكونات قلق الموت	32
5. اعراض قلق الموت	33
6. علاج قلق الموت	35
خلاصة الفصل	36
الفصل الثالث: السرطان	
تمهيد	38
1. تعريف السرطان	39
2. أسباب السرطان	40
3. أنواع السرطان	43
4. أعراض السرطان	44
5. علاج السرطان	45
6. السرطان من منظور نفسي	46
7. العوامل المؤثرة على استجابة المريض تجاه السرطان	50
8. التكيف مع السرطان	52
9. علاقة الاخصائي النفساني بمريض السرطان	53
خلاصة الفصل	56
الجانب الميداني الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	59
1. المنهج المتبع في الدراسة	60
2. العينة	61
3. حدود الدراسة	65
3. 1 الحدود المكانية	65
2.3 الحدود الزمانية	65

4. أدوات الدراسة	65
1.1.4 إجراءات إعداد مقياس قلق الموت	65
2.1.4 وصف المقياس وطريقة تصحيحه	66
2.4 البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	72
1.2.4 تقديم البرنامج	72
2.2.4 عنوان البرنامج	72
3.2.4 مفهوم البرنامج	73
4.2.4. الحاجة إلى البرنامج	73
5.2.4. أهمية البرنامج	74
6.2.4. مراحل تطبيق البرنامج العلاجي	74
8.2.4 المكونات الأساسية للبرنامج العلاجي المعرفي	76
9.2.4 أهداف البرنامج العلاجي	77
10.2.4 تقييم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	78
4.5.11. الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	78
5. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة	98
خلاصة الفصل	98
الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها	99
تمهيد	100
1. عرض نتائج الدراسة	100
2. تحليل ومناقشة نتائج الدراسة	104
استنتاج عام	106
قائمة المراجع	108
الملاحق	116

فهرس الجداول

العنوان	رقم الصفحة
جدول رقم (01) يوضح خصائص الحالة الأولى	62
جدول رقم (02) يوضح خصائص الحالة الثانية	62
جدول رقم (03) يوضح خصائص الحالة الثالثة	63
جدول رقم (04) يوضح خصائص الحالة الرابعة	63
جدول رقم (05) يوضح خصائص الحالة الخامسة	64
جدول رقم(06) يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكمية لمقياس قلق الموت	68
جدول رقم (07) يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكمية لمبعد الذي ينتمي إليه لمقياس قلق الموت	69
جدول رقم (08) يوضح معامل ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكمية لمقياس قلق الموت	70
جدول رقم (09) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق الموت وأبعاده	70
جدول رقم (10) يوضح معامل ألفا كرونباخ وتصحيح الطول بمعادلة جتمان لمقياس قلق الموت	71
الجدول رقم (11) يوضح البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	93
جدول رقم (12) الفروق بين أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي في مستوى قلق الموت	101
جدول رقم (13): جدول يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات قلق الموت في القياسين القبلي والبعدي	101
جدول رقم (14) يوضح متوسطات أبعاد مقياس قلق الموت في القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق الموت	102
جدول (15) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسون بين القياس القبلي والبعدي	102
جدول رقم (16) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسون للرتب المرتبطة	103

مقدمـــة

مقدمة:

تعد الأمراض من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات الإنسانية فقد أدى ظهور الأمراض المستعصية على الشفاء، وكذا الامراض المزمنة بشكل واسع ووبائي إلى لفت الانتباه للعوامل السلوكية والنفسية والاجتماعية التي تؤدي دورا مهما في ظهور هذه الامراض وكذا في كيفية مواجهتها.

ويشير تعبير الأمراض المزمنة إلى أي حالة تتضمن قدرا من الاعاقة التي تحدث نتيجة للتغيرات المرضية، والتي تتطلب تدريبا ودافعية من جانب المرضى للعناية بأنفسهم، ومن أكثر هذه الامراض أهمية تلك المهددة للبقاء التي يترأس السرطان قائمتها حيث أثبتت الدراسات الحديثة انتشار هذا المرض في البلدان النامية وغيرها، وتوقعت زيادة نسبة الإصابة به وأنه سيصبح من أكبر المشكلات الصحية فيها.

والإصابة بهذا المرض تعد أحد أكثر الأمراض المزمنة خطورة وانتشارا، حيث يتميز بآثاره وتبعاته التي يخلفها على صحة المريض ومن حوله، ويواجه مرضى السرطان مدى واسع من التحديات بحيث يؤدي هذا المرض الخبيث إلى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة كالالتهابات المختلفة والشعور بالغثيان وفقدان الشهية والإسهال واضطرابات الجهاز العصبي المركزي وهبوط في قدرة جهاز المناعة على التنظيم، وهذا ما يجعل المريض عرضة لمضاعفات اخرى.

بالإضافة إلى الأعراض الجسمية يواجه هؤلاء المرضى أعراضا نفسية تشكل تحديا أكبر لمواجهة هذا المرض الشرس وأخرى اجتماعية لا تقل أهمية عن سابقتها كالقلق والاكتئاب والخوف، الانعزال والوصم الاجتماعيين، فقدان الدخل، التخلي والهجران... والتي قد تكون ناتجة من المرض نفسه أو ناجمة من الاساليب الطبية لعلاج الأعراض كما في العلاج الكيميائي والذي يخلف تداعيات جسمية ونفسية تصل إلى درجة الألم الذي يختلف

عن آلام أي أمراض أخرى كون مرض السرطان شرس تلعب فيه العوامل النفسية أهمية كبيرة، فالفرد المصاب بالسرطان يعيش تحت رحمة تلك الضغوط المختلفة وهو ينتظر المجهول، ذلك المجهول الذي يدعى الموت.

وفي سياق هذا المرض لا يقتصر العبء على الجوانب العضوية فحسب، بل يمتد ليشمل أبعادًا نفسية عميقة ومعقدة، يأتي في مقدمتها قلق الموت بوصفه استجابة انفعالية طبيعية لكنها قد تتحول إلى حالة مرضية معيقة عند اشتدادها أو استمرارها. ويزداد هذا القلق حدّة لدى هؤلاء المرضى عند تكرار المرض أو الإنتكاس، حيث تتجدد مشاعر التهديد الوجودي وتتضاعف المخاوف المرتبطة بالمستقبل وفقدان السيطرة والمعاناة واحتمال الوفاة باعتباره قاتلا لا محالة حسبهم.

فمفهوم القلق من المفاهيم المرتبطة بالأمراض السرطانية، وتعد ظاهرة معقدة حيث هناك الكثير من الاضطرابات النفسية المتشابكة ذات الصلة بها، ويعد انفعالا يتواجد في طيات الشعور ويعتبر الشيء الوحيد الذي لا يمكن اخفاؤه كونه لا يعتبر قلقا عاديا ذلك أنه لا يحدد بموضع لكنه يعد قلقا على المستقبل في حد ذاته، أي قلق على موقف أو حدث لا توجد للفرد سلطة عليه.

وتشير الدراسات النفسية الحديثة إلى أن التجربة السرطانية، خاصة في مراحل الانتكاس أو عودة المرض، ترتبط بارتفاع معدلات القلق والاكتئاب واضطرابات التكيف مما يؤثر سلبًا على جودة الحياة والالتزام العلاجي، بل وقد ينعكس على المسار العلاجي ذاته، وفي هذا الإطار يبرز العلاج المعرفي السلوكي كأحد أبرز التدخلات النفسية المبنية على الدليل، إذ يستهدف تعديل الأفكار غير العقلانية والتصورات السلبية المرتبطة بالموت والعمل على إعادة بناء أنماط التفكير والتفاعل الانفعالي والسلوكي لدى المريض.

ومن هذا المنطلق تكتسب دراسة فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض قلق الموت لدى مرضى السرطان عند عودة المرض أهمية خاصة، نظرًا لما يمكن أن تسهم به من تقديم نموذج تدخل نفسي منظم يراعي خصوصية هذه المرحلة لدى هذه الفئة، ويساعد على تعزيز التكيف النفسي وتحسين جودة الحياة ودعم المسار العلاجي الشامل.

وعليه فإن العلاج المعرفي السلوكي يعد أحد أكثر النماذج العلاجية شيوعا ونجاحا في التعامل مع هذه الإشكالات. ورغم ما أثبتته البرامج المعرفية السلوكية من فعالية في علاج العديد من الاضطرابات النفسية إلا ان تطبيقها مع مرضى السرطان خاصة في مرحلة معاودة المرض لا يزال بحاجة إلى المزيد من البحث والتقصي نظرا لخصوصية هذه الفئة وحساسية وضعها النفسي.

وقد تم التطرق في هذه الدراسة إلى جانبين:

جانب نظري: يشتمل على ثلاثة فصول فصل أول وفيه تم تحديد اشكالية الدراسة وفرضيتها وأسباب اختيار الموضوع وأهداف الدراسة وأهميتها والدراسات السابقة التي لها علاقة مع موضوع الدراسة الحالية والتعاريف الاجرائية الخاصة به.

تم التطرق أيضا إلى فصل ثانٍ خاص بقلق الموت وهو المتغير الأول للدراسة وفيه تم التطرق إلى التعرف على القلق بصفة عامة ، ثم التعرف على قلق الموت من خلال تعريفاته، النظريات المفسرة لقلق الموت، مكونات قلق الموت، أعراض قلق الموت، علاج قلق الموت.

بالإضافة إلى فصل آخر خاص بالمتغير الثاني للدراسة وهو السرطان وتم عرضه من خلال العناصر التالية: تعريف السرطان، أسباب السرطان، أنواع السرطان، علاج السرطان، السرطان من منظور نفسي، التكيف مع السرطان، العوامل المؤثرة على استجابة المريض تجاه السرطان علاقة الأخصائي النفساني بمريض السرطان.

وجانب تطبيقي: وقد اشتمل على فصلين فصل خاص بالإجراءات المنهجية وفيه تم عرض المنهج المتبع للدراسة والعينة والحدود الزمانية والمكانية للدراسة أدوات الدراسة أما الفصل الثاني فقد تعلق بتحليل النتائج وتفسيرها بدءا وعرض نتائج المقياس القبلي والبعدي ومناقشة الفرضية وختم الفصل باستنتاج عام واقتراحات، ثم خاتمة وأخيرا قائمة المراجع والملاحق.

الإطـــار النـــظري

الفصل الأول: الإطار العام لمشكلة الدراسة

1. الاشكالية
2. الفرضية
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. أسباب اختيار الدراسة
6. التعريفات الاجرائية
7. الدراسات السابقة والتعقيب عليها

اشكالية الدراسة

أصبحت الأمراض المزمنة من أبرز المشكلات الصحية التي يشهدها العالم المعاصر بسبب انتشارها السريع وتأثيراتها العميقة التي لا تقتصر على الجانب الجسدي فحسب بل تمتد إلى الجوانب النفسية والاجتماعية للمصابين بها والتي يمثل السرطان أبرزها وأهمها وأكثرها خطورة وانتشارا لما يحمله من دلالات مرتبطة بالألم والمعاناة والموت.

ولأن السرطان يعد أحد أكثر الأمراض المزمنة تهديدا للحياة وأكثرها فتكا ليس فقط بسبب آثاره الجسدية بل لما يثيره من اضطرابات نفسية مختلفة وعميقة تمس البنية الوجودية للفرد إذ يعتبر خبرة ضاغطة تحدث اضطرابا في البناء النفسي نظرا لتبعياته التي يخلفها على صحة المريض ومن حوله فقد ارتبط اسمه مع اسم الموت حتى صار يساويه رعبا مؤديا إلى القلق والخوف الشديدين، إضافة إلى الاحصائيات السنوية التي تكشف الأعداد المرعبة من المصابين به وهذا ما يزيد من حدة القلق والخوف لدى المريض وغيره.

كذلك لأن الطب الحديث ما زال عاجزا عن ايجاد العلاج الشافي لمثل هذه الأمراض على الرغم من التقدم العلمي في جميع المجالات يظل التأثير النفسي للإصابة بالسرطان على مريض السرطان خاصة والمحيطين به عامة يستحضر لديهم القلق والمخاوف من المعاناة والتفكير في المرض والموت، فالفطرة البشرية تجعل الفرد يفكر في الموت وهو في كامل عافيته فكيف لو أصابه المرض لاسيما مرضا فتاكا يسبب ضغوطا نفسية ويجعله دائم القلق والتفكير في الموت.

ويعتبر شعور الموت حقيقة انسانية ثابتة حيث يعد أحد أهم ميكانيزمات الحفاظ على الذات، وهو إشارة خطر بالغ الأهمية حيث يمد الإنسان بالحافز الضروري للتصرف بحذر خوفا على حياته، ويزداد قلق الموت باقتراب الموت الذي تفرضه حالات المرض خاصة

عند الانتكاس أو عودة المرض الذي يتضمن تهديدا مضاعفا ضد حياة الفرد نفسه باعتباره عامل يؤدي إلى الموت.

فالقلق من الموت يفقد المريض القدرة على التحكم في نشاطاته وأعماله بفعل المرض الذي يعاني منه ما يسبب خللا في تقدير الذات، كما يعتبر تجربة نفسية عميقة ومعقدة خاصة عند مريض السرطان حيث يعيش حالة من الترقب المستمر للنهاية وما يرتبط بها من أفكار حول الألم وفقدان السيطرة والفناء، فالحزن والقلق والصراعات من أهم أعراض قلق الموت الذي يمكن أن يظهر خلل في شخصية مريض السرطان.

وقد عرف هولتر قلق الموت بأنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المتعمد في تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر المتعلقة بالموت.

فالمعاناة النفسية لدى هؤلاء المرضى لها جوانب كثيرة منها ما درسه العلماء ومنها ما لم يعطى حقها في البحث ومن الدراسات التي تناولت موضوع قلق الموت لدى مرضى السرطان دراسة النجار 2005 التي أجريت على الاطفال المصابين بالسرطان والتي قام من خلالها بتحليل رسومات هؤلاء الأطفال أين توصل إلى عدم رسمهم لأنفسهم ضمن رسمهم لأطفال العائلة فكانت اجاباتهم " أنني سأموت " أو " أنا ميت " فقد لاحظ أن الأطفال أدركوا الموت بل وتهيؤا له وهي الخبرة التي كانت من أكثر الخبرات التي أثارت دهشة الباحث.

كما أكدت بعض الدراسات أجريت على مئات مرضى السرطان وجدوا أن التوتر والاكتئاب والقلق هي أكثر الأعراض شيوعا لديهم والتي وجدت عند ما يزيد عن نصف المرضى وقد كان الخوف من الموت أبرزها.

كما بينت دراسة للدكتور عبد الحميد آبوزيد 2003 والتي أجريت في ثلاثة مراكز للسرطان تبين أن 47 % من الذين شخصت اصابتهم بالسرطان لديهم ضائقة تعدل في

مستواها ما يشاهد في الاضطراب النفسي الحقيقي وإلى حد بعيد فقد كانت أكثر المشكلات هي قلق الموت، وكذلك القلق من ارتداد الاصابة بنفس المرض والذي يعتبر في مفهوم الأغلبية النهاية أو الموت المحتم.

وخصوصية قلق الموت عند مرضى السرطان الذين عاود عندهم المرض تكمن في كونه لا ينبع من تمثلات خيالية أو تشوهات ادراكية فحسب، بل يكون نابع من تهديد فعلي ناتج عن تجربة انسانية عميقة تتطلب تدخلا لتعديل الأفكار وبناء علاقة مع الوجود ذاته وهذا ما أوضحته بوسبسي في دراستها 2018 حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق الموت لدى مريضات السرطان من خلال تعلمهم لبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

وعليه فإن السرطان يعتبر من الأمراض المهددة لكيان الفرد وحياته النفسية والاجتماعية والصحية فكيف سيكون وضع نفس الفرد ونفس الأسرة المرور بنفس المعاناة للمرة الثانية بنفس المرض وتلقي نفس العلاج مرورا بجميع مراحل السيرورة الأولى من التعافي من مرض السرطان، ومن هنا تبرز الحاجة إلى معرفة حجم استفادة مريض السرطان الذي عاود عنده المرض من برامج الدعم والعلاج النفسي في التحكم في مستويات القلق.

لذلك ومع تناول العديد من الدراسات لموضوع قلق الموت في سياقات عديدة إلا أن معالجته لدى مرضى السرطان الذين عاود عندهم المرض تظل اشكالية لم تأخذ حقها في الدراسة.

ومنه سعت هذه الدراسة إلى استكشاف مدى قدرة البرامج العلاجية المعرفية السلوكية في الخفض من حدة قلق الموت والكشف عن أبعاده، وآليات التأثير فيه ضمن سياق الانتكاس المرضي.

وقد تم طرح الاشكالية التالية:

ما مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض قلق الموت لدى مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض؟

ومنه كان التساؤل الفرعي التالي:

هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان اللذين تكرر عندهم المرض (أفراد العينة) بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس قلق الموت لصالح القياس البعدي؟

فرضية الدراسة:

- توجد فاعلية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في الخفض من حدة قلق الموت عند مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس قلق الموت لصالح القياس البعدي تعزى إلى تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي.

أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة الحالية لمعرفة مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح في الخفض من قلق الموت لدى مرضى السرطان عند عودة المرض.
- تعليم مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض بعض التقنيات والاستراتيجيات التي من شأنها أن تساعدهم في مواجهة قلق الموت وما يترتب عليه من مشكلات نفسية واضطرابات مصاحبة ناتجة عن مرض السرطان وعودته عند نفس المريض وذلك بتعديل الأفكار السلبية واللاعقلانية التي تطغى على المريض طول فترة المرض والعلاج بأفكار أكثر منطقية وايجابية لمساعدته على التعايش والتأقلم مع مرضه وخفض حدة القلق من الموت لديه.

أهمية الدراسة:

تتلخص أهمية الدراسة الحالية في جانبين جانب نظري اهتم بدراسة موضوع له أهمية في تسليط الضوء على طبيعة الاضطرابات النفسية مثل القلق وخصوصا قلق الموت لدى مرضى السرطان خاصة اللذين تكرر عندهم المرض، فعلى الرغم من تنوع حركة البحث العلمي والتجريبي في هذا المجال إلا أن الدراسات العربية تعد نادرة على حد علم أصحاب الدراسة في تناولها للعلاج المعرفي السلوكي لهذه الفئة.

كما أن هذه الدراسة قد تسهم في اثراء البحث العلمي حيث توفر معلومات وحقائق عن اضطراب القلق خاصة قلق الموت لدى فئة من مرضى السرطان (عند الانتكاس أو عودة المرض).

وجانب تطبيقي يوضح أهمية هذه الدراسة من خلال الأسلوب العلاجي المتبع وهو تطبيق برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق الموت عند مرضى السرطان الذين عاود عندهم المرض والذي كشفت الدراسات السابقة عن أهمية هذا النوع من العلاج والذي يؤثر ايجابيا على أفكار واتجاهات المرضى نحو ذواتهم ونحو الآخرين ومساعدتهم على التكيف، وتعد من الدراسات القليلة على حد العلم.

كما قد تفتح هذه الدراسة المجال لدراسات أخرى تحاول الاستفادة من مختلف جوانبها في البيئة العربية.

أسباب اختيار الدراسة:

- الخبرة الميدانية لطالبة وملاحظة المشكلات السرسرية والاتصال المباشر واليومي بالمرضى.

- غياب الاهتمام بمرحلة ما بعد السرطان كالناجين منه أو من تكرر عندهم المرض في الدراسات العربية.
- قلة الدراسات العربية التجريبية عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لقلق الموت عند مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض في حدود العلم.

التعاريف الاجرائية:

قلق الموت:

يقصد به في هذه الدراسة حالة من الخوف والتوتر والانشغال النفسي غير السار الذي يعيشه مريض السرطان الذي عاود عنده المرض نتيجة التفكير في الموت أو فقدان الحياة، ويقاس إجرائيًا بالدرجة التي تحصل عليها الحالة في مقياس قلق الموت المستخدم في الدراسة حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع مستوى قلق الموت، وتشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاضه.

مرض السرطان:

يقصد به في هذه الدراسة المرض العضوي المزمن والخطير الناتج عن نمو غير طبيعي وغير منضبط للخلايا داخل الجسم، والذي قد يصيب عضوًا معينًا أو ينتشر إلى أعضاء أخرى ويؤثر في الحالة الجسدية والنفسية والاجتماعية للمريض في حالة تكرار الإصابة بعد الشفاء، ويُحدد إجرائيًا من خلال التشخيص الطبي المثبت من طرف الطبيب المختص لدى المرضى عينة الدراسة.

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

يقصد به في هذه الدراسة مجموعة من الجلسات العلاجية المنظمة والمخططة القائمة على مبادئ وفنيات العلاج المعرفي السلوكي، والموجهة إلى مرضى السرطان عند عودة

المرض متكون من 10 جلسات تتضمن كل جلسة مجموعة من التقنيات تهدف إلى الخفض من حدة القلق لدى عينة الدراسة.

الدراسات السابقة:

1- الدراسات العربية:

1-1 دراسة ماجدة خميس 1994: حيث أوضحت نتائجها حصول جميع عينات مرض السكر والسرطان وضغط الدم والربو والتهاب المفاصل على درجات أعلى بشكل دال إحصائيا من العينة الضابطة، حيث أظهرت علاقة الموت بالأمراض العضوية وأكدت على وجود علاقة دالة موجبة مما يشير إلى أن قلق الموت يزداد لدى من يعانون من أمراض مزمنة.

1-2- دراسة ابراهيم 1995: هدفت الى معرفة العلاقة بين قلق الموت والإصابة ببعض الأمراض العضوية (السكر، السرطان، ضغط الدم، التهاب المفاصل، الربو)، حيث اشتملت عينة الدراسة على مجموعات سوية (كعينات ضابطة) وأخرى مرضية (مجموعات تجريبية)، تكونت العينة من(102) ذكور و(98) إناثا من مرضى السكر والسرطان وضغط الدم والتهاب المفاصل ومرض الربو وتكونت المجموعة السوية (الضابطة) من (21) للذكور و19 للإناث، وقام بتطبيق مقياس تمبلر لقلق الموت والمترجم إلى اللغة العربية من قبل الباحث احمد عبد الخالق، وقد أشارت النتائج إلى أن جميع عينات المرضى الخمس قد حصلت على متوسطات أعلى من العينة الضابطة في قلق الموت، وقد تقدم مرضى السرطان عن باقي الأمراض يليه بعد ذلك مرضى الربو ويأتي بعده مرضى السكر ثم مرضى التهاب المفاصل الذين يقل القلق لديهم ، كذلك مرضى ضغط الدم، ظهرت فروق جوهرية عند مستوى 0.01 لصالح عينة مرضى السكر من الذكور إذا ارتفع متوسط

درجاتهم عن الإناث، وهذا يعني أن الذكور أكثر قلقا من الموت بنظائرهم من الإناث وفيما عدا ذلك لم تظهر الفروق الجوهرية بين عينتي الذكور والإناث على باقي الأمراض.

1-3 دراسة علي حسين إبراهيم 2003: حيث درس الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان على عينة من 150 مريضا سعوديا، ومثلهم أصحاء باستخدام مقياس الحالة المزاجية لبيك واختبار تفهم الموضوع، فوجد أن مرضى السرطان أكثر اكتئابا وقلقا ووسواسا قهريا وعداوة وذهانية من الأصحاء، كما وجد فروقا بين أنواع السرطان المختلفة مما يدل على أن نوع السرطان يؤثر في الحالة النفسية.

1-4- دراسة زياد بركات 2006: وهدفت هذه الدارسة إلى المقارنة بين الأفراد المصابين بالسرطان والأفراد غير المصابين بهذا المرض في بعض سمات الشخصية الانفعالية (الاكتئاب، قلق الموت، الانبساط، الانطواء، الاتزان والاندفاع، الاضطرابات الانفعالية، التفاؤل والتشاؤم)، وطبقت لهذا الغرض مجموعة من المقاييس المتخصصة على عينيتين من الأفراد الاولى عينة من المصابين بالسرطان و بلغ عددهم 48 فردا، والثانية من الافراد غير المصابين بهذا المرض بنفس العدد 48 فردا حيث أظهرت نتائج الدراسة أن الإناث من المرضى المصابين بالسرطان هن أكثر ميلا نحو قلق الموت المرتفع و نحو الانفعال ونحو التشاؤم.

1-5 دارسة تهاني محمد جبر ياسين 2011: بعنوان قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان، وعلاقه ببعض المتغيرات المختارة من منظور جندري، حيث هدفت هذه الدارسة إلى تقصي مستوى قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان البالغين وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة (الجنس، العمر، المرحلة المرضية والحالة الزواجية)، وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية، تكونت العينة من 154 مريضا (81 ذكورا و 73 إناثا)، تراوحت أعمارهم ما بين (18 22) بمتوسط عمري قدره (50 عاما)، وقد تمّ تطوير مقياس خاص

لقياس لقلق الموت لدى هذه فئة وخلصت الدراسة إلى أن وجود قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة على عوامل المقياس الثلاثة، وانه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور كالإناث على عوامل المقياس بشكل عام.

1-6 – دراسة عمامرة سميرة 2017: هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة التدين وقلق الموت لدى المرضى المزمنين، اعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي، وطبقت الدراسة على عينة قوامها 342 مريضا مصاب بمرض مزمن تمّ اختيارهم بطريقة عشوائية، حيث اشتملت على 133 ذكور و 209 اناث ماكثين بالمؤسسة الاستشفائية. وقد استخدمت الدراسة مقياس التديّن للدكتور فيصل القريشي 2015 ومقياس قلق الموت من اعداد الباحثة وقد اسفرت النتائج عن انتشار التدين لدى المصابين بالأمراض المزمنة بدرجات مرتفعة وانتشار قلق الموت لدى المصابين بالأمراض المزمنة بدرجات منخفضة، كما أوجدت علاقة ارتباطيه عكسية بين التديّن وقلق الموت لدى المرضى المزمنين، كذلك أوجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي التدين ومتوسطات درجات متوسطي التدين في قلق الموت لدى المرضى المزمنين، وجد فروق ذات دلالة احصائية في كل قلق الموت لدى المرضى المزمنين تبعا لمتغير الجنس لصالح الإناث، أوجدت كذلك فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت لدى المرضى المزمنين تبعا لمتغير نوع المرض لصالح مرضى السرطان، اضافة الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت لدى المرضى المزمنين تبعا لمتغير مدة المرض(الازمان).

1-7 دراسة بوسبسي أمال 2018: هدفت إلى تقديم برنامج علاجي معرفي سلوكي موجه لخفض قلق الموت لدى مرضى السرطان، وتدريب عينة البحث على بعض الفنيات المعرفية السلوكية بهدف خفض قلق الموت وجميع الأعراض المصاحبة له من قلق واكتئاب وخوف ومن ثم اختبار مدى فعالية البرنامج العلاجي واتبعت المنهج العيادي، تألفت عينة البحث من حالتين من مرضى السرطان ممن كشفت النتائج أنهما يعانيان من قلق موت مرتفع

مصحوب باكتئاب وتعب نفسي مستخدمة الباحثة مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر وبرنامج علاجي معرفي سلوكي من إعدادها وقد أسفرت نتائج البحث أن للبرنامج العلاجي فعالية في خفض قلق الموت والأعراض المصاحبة له لدى عينة البحث ووجدت فروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي.

كما أن فنية الاسترخاء أظهرت تحسنا أفضل من العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء خلال فترة المتابعة طوال ستة أشهر، وهذه النتائج أكدت على أن العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء فعالتان في خفض مستوى اضطراب القلق.

1-8 دراسة بلعيد باية وقبيلي لويزة 2021: وهدفت الدراسة إلى الكشف عن تأثير قلق الموت نفسيًا على مرضى السرطان، والتعرف على طبيعة العلاقة بين قلق الموت ومرض السرطان، اعتمادا على المنهج العيادي، وقد أُجريت الدراسة ميدانيًا بمركز الأمراض السرطانية أثينا بالجزائر العاصمة، وتكونت العينة من خمس حالات من الراشدين المصابين بسرطان الرئة تم اختيارهم بطريقة قصدية. كما اعتمد على المقابلة العيادية والمقابلة نصف الموجهة ومقياس قلق الموت كأدوات للدراسة، حيث بينت النتائج أن قلق الموت يؤثر نفسيًا على مرضى السرطان خاصة أن المرض في تصور المريض مرتبط بفكرة الموت وقرب النهاية، كما أوضحت أنه توجد علاقة بين الإصابة بمرض السرطان وظهور قلق الموت لدى المرضى المصابين. وأكدت أيضا على أن قلق الموت يعد مشكلة نفسية معقدة وخطيرة لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة والخطيرة مثل السرطان.

1-9 دراسة هاجر السيد حبيب محمد وآخرون 2026: تهدف الدراسة بشكل رئيسي إلى التحقق من فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات السرطان الخاضعات للعلاج، وذلك من خلال مساعدتهن على مواجهة المشكلات النفسية والانفعالية والسلوكية المرتبطة بالمرض والعلاج الكيميائي، مثل القلق والخوف

والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات وصعوبة التكيف مع البيئة الأسرية والاجتماعية. تم الاعتماد على المنهج شبه التجريبي بعينة تكونت من 40 مريضة من مريضات السرطان الخاضعات للعلاج الكيميائي، قُسمن إلى مجموعتين مجموعة تجريبية مكونة من 20 مريضة خضعت للبرنامج المعرفي السلوكي إلى جانب العلاج الطبي، ومجموعة ضابطة مكونة من 20 مريضة خضعت للعلاج الطبي فقط. واستخدم مقياس الصحة النفسية، ومقياس التوافق النفسي، وبرنامج معرفي سلوكي علاجي لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي، وقد طُبق البرنامج خلال 10 أسابيع بواقع جلستين أسبوعيًا، أي بمجموع 20 جلسة علاجية. توصلت النتائج البحث إلى فاعلية البرنامج في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات السرطان في المجموعة التجريبية من خلال التحسن الملحوظ مقارنة بالمريضات اللواتي لم يطبق عليهن البرنامج واللاتي تلقين العلاج الطبي فقط. كما بينت النتائج أن الحالة النفسية لمريضات السرطان تتأثر بالعلاج الكيميائي وبالأعراض الجانبية المختلفة، مما ينعكس على توافقهن مع أنفسهن ومع البيئة المحيطة بهن.

2. الدراسات الأجنبية:

2-1 دراسة Arnetz 2003: حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطرابات القلق، تكونت العينة من 45 مريضا يراجعون العيادات النفسية أين تم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين مجموعة أولى تلقت العلاج المعرفي السلوكي والثانية تلقت تدريبا على الاسترخاء ضمن برنامج متكون من 12 جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعيا، وقد أظهرت النتائج تحسنا ملحوظا لأفراد المجموعتين بعد العلاج مع تحسن أيضا خلال فترة المتابعة.

2-1 دراسة Abbas et all 2022: والتي تهدف إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض النفسية المصاحبة لدى مرضى السرطان أثناء العلاج

الكيميائي، خاصة الاكتئاب والقلق والضغط النفسي وقلق الموت، إضافة إلى معرفة أثره في تحسين الرضا عن الحياة وتقدير الذات لدى هذه الفئة من المرضى.

تم الاعتماد على تصميم تجريبي سريري، حيث أُجريت الدراسة بقسم علم النفس التطبيقي في جامعة Government College University Faisalabad بالتعاون مع قسم الأورام في مستشفى Allied Hospital Faisalabad، شملت الدراسة في بدايتها 90 مريضًا بالسرطان واستوفى 70 منهم معايير الأهلية، بينما أكمل 60 مشاركًا متطلبات الدراسة، وقد وُزع المشاركون إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وتلقى أفراد المجموعة التجريبية جلسة علاج معرفي سلوكي أسبوعيًا لمدة تراوحت بين 3 و4 أشهر، واستُخدم مقياس الاكتئاب والقلق والضغط DASS، ومقياس قلق الموت DAS، ومقياس الرضا عن الحياة SWLS، ومقياس روزنبرغ لتقدير الذات RSES. أظهرت النتائج أن للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية واضحة في خفض أعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان أثناء العلاج الكيميائي، كما ساهم في خفض مستوى القلق والضغط النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأوضحت انخفاضًا دالًا في قلق الموت بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي حيث وجدت فروق دالة إحصائيًا بين القياسات والمجموعات، كما أدى العلاج المعرفي السلوكي إلى تحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى المرضى، كذلك ساعد هذا الأخير في رفع مستوى تقدير الذات لدى مرضى السرطان أثناء العلاج الكيميائي.

2-3 دراسة Blumenstein et all 2022: حيث هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مؤشرات الصحة الوظيفية لدى الناجين من السرطان، خاصة أن مرضى السرطان والناجين منه قد يعانون من آثار صحية ونفسية ووظيفية ناتجة عن المرض والعلاج، مثل التعب، الأرق، الألم، الضعف المعرفي، وتراجع الأداء العام. وقد تم الاعتماد على منهج المراجعة المنهجية والتحليل التلوي، وفق إرشادات PRISMA ومعايير MECIR الخاصة بمراجعات كوكرين. وقد بحثت الدراسة في سبع قواعد بيانات

إلكترونية، إضافة إلى 91 مراجعة منشورة و4 مواقع مهنية، لاستخراج الدراسات التجريبية العشوائية وغير العشوائية التي تناولت أثر العلاج المعرفي السلوكي لدى الناجين من السرطان. وشملت المراجعة 95 دراسة منشورة بين سنتي 1986 و2021، وبلغ مجموع المشاركين 71,205 مشاركًا، مع استخراج 596 حجم أثر من هذه الدراسات، حيث أسفرت النتائج على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الصحة الوظيفية لدى الناجين من السرطان، أيضا أظهرت وجود أثر علاجي دال إحصائيًا للعلاج المعرفي السلوكي عبر مختلف فئات الصحة الوظيفية، كما كان للعلاج المعرفي السلوكي تأثير أقوى في تحسين اضطرابات النوم/الأرق، يليه تأثيره في تخفيف التعب، كما أوضحت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي كان فعالًا في مراحل مختلفة من مسار المرض والعلاج، باستثناء المرضى حديثي التشخيص.

2-4-دراسة Wei et all 2024: تهدف الدراسة إلى تقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تقليل الخوف من تكرار الإصابة بالسرطان لدى مرضى السرطان والناجين منه، باعتبار هذا الخوف أحد أشكال الضيق النفسي التي تهدد الصحة النفسية والجسدية للمريض، خاصة بعد تجربة المرض والعلاج. وقد جاءت هذه الدراسة لمعالجة نقص الأدلة العلمية حول مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من هذا النوع من الخوف، واعتمد الباحثون على مراجعة منهجية وتحليل تلوي وفق إرشادات PRISMA، حيث تم البحث في سبع قواعد بيانات منذ بداية توفرها إلى غاية 31 مارس 2023. وشملت الدراسة التجارب العشوائية المحكمة التي طبقت تدخلات قائمة على العلاج المعرفي السلوكي، والتي تضمنت قياس الخوف من تكرار الإصابة بالسرطان. كما تم تقييم الجودة المنهجية للدراسات باستخدام أداة كوكرين لتقييم خطر التحيز Cochrane Risk of Bias Tool 2، ونتائج الدراسة شملت المراجعة 32 تجربة عشوائية محكمة، كما بلغ عدد المشاركين 1515 من الناجين من السرطان، و1845 من مرضى السرطان الخاضعين للعلاج. وأظهرت نتائج التحليل التلوي

وجود أثر دال إحصائيًا للعلاج المعرفي السلوكي في خفض الخوف من تكرار الإصابة بالسرطان مقارنة بالمجموعات الضابطة، وأكدت الدراسة على أن العلاج المعرفي السلوكي يعد تدخلًا فعالًا للتعامل مع الخوف من تكرار الإصابة بالسرطان لدى المرضى والناجين.

التعقيب على الدراسات:

بناءا على ما تم عرضه من دراسات سابقة يمكن القول بأن منها ما اتفقت مع الدراسة الحالية في المنهج المتبع، واعتماد بعضها (الدراسات الأجنبية) على مناهج حديثة كالمراجعات المنهجية والتحليل التلوي، وتناول متغيرات وسيطة مهمة كنوع المرض، التدين.. وأن النتائج التي توصلت إليها الدراسات (العربية أو الاجنبية) فتتفق معظمها في أن مرضى السرطان يعانون من قلق الموت أعلى من نظرائهم الأصحاء، كما أثبتت جميعها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض ذلك القلق وتحسين التوافق النفسي والاجتماعي.

وقد اشتملت هذه الدراسات على تنوع في العينات من أطفال وبالغين من مرضى السرطان وإن كانت قد اتفقت الدراسة الحالية معها في العينة في مجملها ولكن الاختلاف كان في فئة محددة منها هي مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض، وهي الاضافة التي تثمن هذه الدراسة.

الفصل الثاني: القلق وقلق الموت

تمهيد

أولا: القلق

ثانيا: قلق الموت

2. النظريات المفسرة لقلق الموت

3. أسباب قلق الموت

4. مكونات قلق الموت

5. اعراض قلق الموت

6. علاج قلق الموت

خاتمة الفصل

تمهيد

يشكل القلق أحد أبرز التحديات النفسية في العصر الحديث، حيث يعيش الفرد حالة من الترقب الدائم للمخاطر سواء كانت حقيقية أم متوهمة، ويعد القلق عموما من أكثر الأمراض العصابية الشائعة، كما أنه يعتبر سمة رئيسية في معظم الاضطرابات النفسية الأخرى.

فالقلق في حدّه الطبيعي يمثل استجابة تكيفية تساعد الفرد على الانتباه والاستعداد غير أنه قد يتحول إلى حالة مرضية عندما يتجاوز حدوده المعقولة ويؤثر سلبًا في التوازن النفسي والسلوكي. ومن بين صور القلق الأكثر عمقًا وتعقيدًا يبرز قلق الموت الذي يعكس انشغال الفرد بفكرة الموت وما يرتبط بها من مخاوف. ويزداد هذا النوع من القلق وضوحًا في بعض المواقف الحياتية الحرجة خاصة عند الإصابة بالأمراض الخطيرة أو المزمنة، حيث تصبح فكرة الموت أكثر حضورًا في ذهن الفرد وخبرته الانفعالية. لذلك فإن تناول قلق الموت يقتضي الوقوف عند تعريفه والنظريات التي فسّرته والأسباب المؤدية إليه، فضلًا عن مكوناته وأعراضه وسبل علاجه.

وانطلاقًا من ذلك يهدف هذا الفصل إلى تقديم إطار نظري متكامل حول القلق وقلق الموت ليشكل قاعدة نظرية ضرورية لفهم طبيعة قلق الموت وأبعاده النفسية.

أولا: القلق

1. تعريف القلق:

تباينت تعريفات القلق تبعًا لاختلاف مفاهيمه وتعدد مقارباته النظرية، لذلك نعرض هنا مجموعة من التعريفات وفقًا لهذه المقاربات المختلفة.

القلق لغة

هو الانزعاج، فيقال: قلق الشيء، أي: اهتز، فهو قلق وقلوق، وقلِق الشيء من مكانه وقلقه :أي حرّكه، والقلق أيضًا لا يستقر في مكان واحد (كاظم، 2019، ص 243).

القلق اصطلاحًا

لم تُفرد كتب المصطلحات القديمة تعريفًا خاصًا للقلق بالصورة المتداولة اليوم، لأن دلالته كانت تُفهم آنذاك في إطار تقارب المعنى اللغوي والاصطلاحي. غير أن مفهوم القلق في العصر الحديث أصبح أكثر اتساعًا وتشعبًا وتعقيدًا مما كان عليه عند القدماء إذ تكوَّن له تعريفات عديدة من بينها أنه حالة انفعالية مصحوبة بالخوف أو الفزع تحدث كرد فعل نفسي نتيجة خطر محدق، غير أن هذا الخطر قد يكون غامضًا وغير مبرر مبالغًا فيه، له أعراض نفسية وجسمية عديدة (ورية، 2020، ص 7).

إذ يعرفه الشربيني بأنه إحدى الانفعالات الطبيعية التي يمكن أن يشعر بها أي إنسان إذا تعرّض لمواقف تستدعي هذه الانفعالات، مثل الإعداد لامتحان أو الاستعداد لإلقاء محاضرة أو تهيئة الإنسان لمواجهة الأخطار. (الشربيني، 2010، ص 8).

وقد عرّف المعجم الموسوعي التحليلي النفسي بأن القلق هو الحالة الوجدانية التي يشعر بها المرء إزاء الأخطار المحيطة. المرجع

أما سيغموند فرويد فعرفه على أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له الكثير من الضيق والألم، والقلق هو انفعال مركب من التوتر الداخلي والشعور بالخطر، ويتميز باضطرابات نفسية وعصبية، كما أن الشخص القلق يفقد الثقة

بنفسه، ويبدو مترددًا وعاجزًا عن البتّ في الأمور، وقد يفقد القدرة على التركيز (ميسان، 2022، ص 8).

ويُعرَّفه سبيلبرجر Spielberger على أنه حالة انفعالية غير سارة تصاحبها مشاعر التوتر والخوف والاضطراب، ونشاط في الجهاز العصبي المستقل. (نيفين، 2011، ص 72)

ثانيا: قلق الموت

1. تعريف قلق الموت:

ويُعرَّف قلق الموت من طرف عدد من الباحثين منهم هولتر Hoelter 1979 بأنه استجابة عاطفية تشمل مشاعر شخصية لعدم الارتياح والتفكير المتمركز على الاعتبارات المتعلقة بالموت، مع توقّع وجود أي جانب من جوانب التجربة المتعلقة بالوفاة. (معمرية، 2007، ص 52)

ويعرّفه تمبلر Templer 1972 بأنه "خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه". (معمرية، 2007، ص 52).

تعرف عبد الخالق 1987 قلق الموت بأنه "حالة انفعالية غير سارة جعل ما يتربط الفرد في وفاته". (عبد الخالق، 1987، ص 35)

ويرى "مارسمان Marsman" أن قلق الموت سببه العديد من الظروف كالمرض الحوادث والكوارث الطبيعية وغيرها.

كما يعرفه عبد الخالق بأنه " القلق المرتبط بالموت هو نوع من القلق العام الذي يتمركز حول موضوعات تتعلق بالوفاة والعملية الحياتية الأخيرة للشخص أو لأحبائه. يعتبر القلق المرتبط بالموت أمرا محددا نظرا لأنه يتعامل مع حقيقة مادية وحدث واقعي". (عبد الخالق وآخرون ،1991 ص 178)

وعرفته الباحثة كريمة بن سعد تعريفا إجرائيا في دراستها على أنه تجربة شعورية غير مشجعة تتعلق بالموت والمسائل المتعلقة به، مثل القبر والانقطاع عن الحياة. يقاس هذا القلق من خلال إجمالي النقاط التي يحصل عليها الفرد على بنود مقياس قلق الموت. (بن سعد، 2024، ص 74)

وفي حين عرّفه محمد حد بأنه "شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به أينما كان وأينما اتجه، في يقظته ومنامه، في حركته وسكونه، الأمر الذي يجعله يحيا محصورًا منهوسًا من مجرد العيش على نحو طبيعي". (عبد الحميد، 1995، 104–121)

ويعرّفه واس Wasse بأنه خبرة انفعالية تتضمن الخوف من فقدان الذات وفقدان الهوية وعدم الوجود كلية. (20)

ويلخص تعريف تمبلر ولونيتو Templer & Lonetto بأنه خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد (بن نصر، 2014، ص 92–99)

ويذكر تمبلر Templer 1976 أن درجة قلق الموت تحددها عاملان هما: حالة الصحة النفسية بوجه عام، أما العامل الثاني فهو أن قلق الموت يرتبط بتدهور الصحة الجسمية. (Templer, D. 1976, pp 92-99)

أما تعريف أرنست بيكر Ernest Biker بين أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها، يمكن أن تُصنَّف جميعًا في إطار واحد هو الذعر من الموت. (عثمان، 2001)

ويعتبر قلق الموت أيضا حالة انفعالية غير سارة تتضمن مشاعر سلبية ذاتية من خلال تأمل شعوري في حقيقة مفروضة على الفرد، وهي أجل آتٍ لا قادمة لكن متى وأين وكيف. (حمود، 2015، ص 733).

وقد اعتبر قلق الموت على أنه الإحساس بالنهاية واليأس والقنوط من الشفاء لأي مرض، أو كل ما يثير أحد المخاوف أو الأقارب. (رحيم، 2009، ص 116).

ويقول شقير هو حالة من الخوف الغامض المبهم تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت وما ينتظره الإنسان من مصير بعد الموت، أي أنه حالة انفعالية غير سارة ناتجة عن الخوف الهائم عند الفرد تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت والتقدير السلبي لموقف الموت وما ينتظر بعد الموت من مصير. (شقير، 2009، ص 76)

ومن جهة يرى قلق الموت على أنه حالة تنتج عن الانشغال الفكري الزائد في حقيقة الموت وطبيعته وما سيؤول إليه المرء بعد الموت، فضلًا عما يتضمنه هذا التفكير من تقدير سلبي ومرعب لهذه الحقيقة، فهو قلق بتفكير الفرد السلبي نحو مستقبل وجوده الشخصي. (عودة، 2014، ص 8).

2. النظريات المفسرة لقلق الموت:

1-النظرية السلوكية:

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو انفعال مكتسب من الخوف أو الألم أو توقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف في وجود موقف خطر مباشر حاضر أمام الفرد، والقلق إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف الذي ينشأ سريعًا ويزول سريعًا، ويرجع القلق إلى الحوافز، ولا يظهر أي سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه، إذ إن يقين خوفًا محبوسًا لا يجد له مخرجًا.

كذلك إن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو خوف فإن التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، فقد أصبح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تُصعِّب الانفعال. (سبيح، 2017، ص 15)

2-النظرية المعرفية:

يعتبر قلق الموت سلوكًا انفعاليًا ناتجًا عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، وما يبقى له ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدوث المنطق تكون موجهة خطأ نسبيًا، وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي

لفكرة ما خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة. (سبيح، 2017، ص 15)

3-النظرية المعرفية السلوكية:

أمثال أليس Ellis يعتبرون الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب أو القلق ترجع بالأساس للأفكار غير العقلانية، ويرى أن الاستجابة الانفعالية يكون مصدرها الإنسان في واقع الحياة لا غير، فهي تكتسب عندما لا منطقية استنادًا لنمط خاطئ غير منطقي فيسرد طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت. (سبيح، 2017، ص 15-16)

النظرية الوجودية: (Existentialism Theory)

تركّز النظريات الوجودية على أن الفرد يجب أن يقبل حتمية الموت بوصفه حقيقة مطلقة، وينبغي له أن يجد معنى الوجود الإنساني في حقيقة موته هو، وافترضت أن الرغبة من الموت مصدر بارز للدافعية، وينتج عن تجنب هذه الحقيقة حياة فارغة، ذات معنى غير مفسر. (عبد الخالق، 2002، ص 38)

نظرية إدارة الرعب: (Terror Management Theory)

يعي الإنسان حتمية الموت، وأنه لا مفر منه، ولكنه يؤكد طول البقاء، بل الخلود، وهذا الأمر يستحيل حدوثه، فلا يملك إذًا إلا إدارة العقل للتغلب على الخوف من الموت، إذ لا يملك الشعور بالهلع من القدم، ويؤثر.

اختلفت النظريات السيكولوجية حول تفسير قلق الموت، فإذا كانت نظرية التحليل النفسي أن معظم أنواع القلق ما هي إلا مظهر خادع لقلق الموت، ورأت النظرية السلوكية أن القلق سلوك متعلم ومكتسب، وينتج عن وضع الإنسان في موقف يكون فيه التخلص من المثيرات المزعجة غير ممكن، فكان الإنسان في مواجهة مع الموت، أما النظرية المعرفية فهي تركز على الطريقة التي يفكر بها من لديهم مشكلة القلق، فهم يميلون إلى وضع تقييم غير واقعي للمواقف المخيفة، مما يؤدي فقط للقلق من الموت، وتشرح النظرية

الوجودية بأن الإنسان لا بد أن يقبل حتمية الموت بوصفه حقيقة مؤكدة، وينبغي أن يجد معنى الوجود الإنساني في حقيقة موته هو نفسه، وأخيرًا ترى نظرية إدارة الرعب أن كل يستخدم الوسائل المتاحة في إطار خبرته وثقافته، لمقاومة القلق الذي يسيطر عليه نتيجة إدراكه أنه سيموت لا محالة. (عبد الخالق، 2002، ص 39)

3. أسباب قلق الموت:

- التخوف من الحساب والعقاب.
- الخوف من نهاية الحياة.
- التخوف من طقوس الموت.
- الخوف على الأولاد.
- الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى. (عبد الخالق، 1997 ص 217)
- الخوف من العقاب على الأعمال الدنيوية.
- الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.
- عدم معرفة المصير بعد الموت.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه.
- الخوف مما يصاحب خروج الروح من الجسد من ألمٍ شديد. (صالح، 2015، ص 486).

وفي دراسة أجراها عبد الخالق (1985) في ثلاث بلدان عربية: مصر، السعودية، ولبنان، للتعرّف على أسباب قلق الموت، ومن بين الأسباب التي توصل إليها: الخوف من الحساب والعقاب، الخوف من مفارقة الأهل والأحباب، عدم معرفة المصير بعد الموت، الخوف من النار ومن يوم القيامة، حب البقاء والتمسك بالدنيا، الخوف على الأبناء والأسرة، الرغبة في التمتع أكثر بالدنيا. (البلداوي، 2010، ص 23)

أما " يبكر برونر" يرجع سبب القلق والخوف من الموت إلى:

- كراهية الجثة وغرابتها.
- العدوى الاجتماعية للحزن.
- الاشمئزاز الحضاري.
- الخوف من الصدمة.

أما "مسكويه" فيرجع القلق خوف الإنسان من الموت إلى:

- يظن أن للموت ألما عظيما غير ألم الأمراض.
- يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت.
- متحير لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.
- أن العالم سيبقى موجود وليس هو بموجود فيه.

أما "مسرمان" فيرجع سبب قلق الموت إلى العديد من الظروف منها:

- المرض.
- الحوادث.
- الكوارث الطبيعية.

أما عن أسباب قلق الموت إجمالا فهي:

- الخوف من نهاية الحياة.
- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.
- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.
- الخوف أن يحزن الأحياء على من يموت.
- الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.
- عدم معرفة المصير بعد الموت.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه. (عبد الخالق، 1987، ص 192)

4. مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف جاك شورون مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي:

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

أما ليستر Lister من وجهة نظره السيكولوجية يحدد جوانب أربعة للخوف من الموت:

- الخوف من موت الذات.
- الخوف من احتضار الذات.
- الخوف من موت الآخرين.
- الخوف من احتضار الآخرين. (عبد الخالق، 1998، ص 46).

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

- التحلل أو التفسخ.
- الركود أو التوقف.
- الانفصال.

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

- عملية الاختصار.
- الموت الشخصي.
- فكرة الحياة الأخرى.
- النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المختصر.

5. اعراض قلق الموت:

- الميل إلى توقّع الشر والمصائب اللذان يفقدان صاحبهما الثقة بنفسه.
- هلاوس الاضطهاد المرتبطة بالموت.

- توتر الأعصاب، سرعة الغضب.
- عدم القدرة على التركيز والارتباك والتردد في إيجاد القرارات.
- العزلة والانسحاب وانتظار الموت.
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع. (عبد الخالق، 1987، ص 42-43)

1.5 الأعراض البدنية:

- التوتر الزائد.
- الأحلام المزعجة.
- فقدان السيطرة على الذات.
- نوبات العرق.
- غثيان أو اضطراب المعدة.
- تنميلات اليدين والذراعين أو القدمين.
- ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب.

2.5 الأعراض النفسية:

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الاكتئاب.
- الانفعال الزائد.
- عدم القدرة على التميز.
- اختلاط التفكير.
- الميل للعدوان.
- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة.
- سرعة الغضب والهيجان وتوتر الأعصاب.
- العزلة والانسحاب من العالم وانتظار لحظة الموت.

- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع. (شيهان، 1988، ص 35)

3.5 أعراض عصبية ونفسية عصبية:

- اضطرابات النوم واليقظة.
- اضطراب السلوك.
- اختلاج.

4.5 أعراض تنفسية:

- اضطرابات في التنفس.
- ضيق في التنفس.
- تفرق الغشاء الفمي الرقيق.
- اضطرابات البلع.
- إمساك.
- قيء.

5.5 أعراض عامة:

- تعب عام وإرهاق.
- جفاف الجسم.
- فقدان الشهية.

6.5 اضطرابات بولية: وهو اضطراب أكثر توترًا ويشكل للمريض مصدر عدم الارتياح. (Dellard celine et d'autre.، 2001، p 21)

6. علاج قلق الموت:

يُعتبر قلق الموت أحد أنواع القلق، ويصلح للعلاج بما يُستخدم في علاج القلق، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بمختلف أنواعه، حيث إنه يحقق أعلى نسبة شفاء من بين الطرق العلاجية المختلفة.

إذا كان قلق الموت مرتفعًا مرضيًا عند شخص ما، فحالة من الصحة النفسية أساسًا، إضافةً إلى اضطرابات نفسية فإنه يجب أن يُخضع لطرق العلاج السلوكي.

وقد أُجريت دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرّف على نتائج العلاج السلوكي في تقليل الحساسية والتدريب على الاسترخاء، فمقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع، وقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية والاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي ينتمي إلى أيٍّ منها. (عبد الخالق، 1987، ص 228)

الاسترخاء: هي حالة تمثّل الفرد على إزالة التوتر، فهي خبرة انفعالية شديدة أو حادة لدى المرء، وقد يكون الاسترخاء غير إرادي عند الذهاب للنوم أو يكون إراديًّا عندما يتخذ المرء وضعًا مريحًا، ويتصور حالات باعثة على الهدوء أو يُرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط. (فايد، 2011، ص 57).

أجريت دراسات متعددة على العلاقة بين قلق الموت والراحة، فمثلًا حاولت تمار نظرية العاملين في قلق الموت، أي إن درجة قلق الموت تتحدد عن طريق عاملين:

- الصحة النفسية بشكل عام.
- تجارب الحياة المتصلة بموضوع الموت .

حيث يرى أنه إذا كان قلق الموت المرضي مصحوبًا أصلًا بحالة مرضية أكثر شيوعًا كالاكتئاب، عصاب القلق أو الوسواس القهري، فإن هذه الاضطرابات يجب أن تُعالج بالعلاج السلوكي أو المواد باستخدام المهدئات والعقاقير المضادة للقلق التي تُخفض نسبة القلق والتوتر والتهيج أو استخدام العلاج بالتخليج الكهربائي.(عبد الخالق، 1987، ص 228)

خلاصة الفصل

من خلال ما تم التطرق إليه يُعد القلق من الظواهر النفسية الأساسية التي ترافق الإنسان في مختلف مراحل حياته، إذ يرتبط بمواقف التهديد والضغط وعدم اليقين، وتتعدد صوره بين ما هو طبيعي يؤدي وظيفة تكيفية وما هو مرضي ينعكس سلبًا على التوازن النفسي والسلوكي للفرد. ويؤكد ذلك أن فهم القلق في صورته العامة يمثل خطوة أساسية لفهم الاضطرابات الانفعالية الأكثر تعقيدًا، خاصة تلك المرتبطة بمسائل الوجود والمصير الإنساني التي يعتبر قلق الموت أكثر أشكالها عمقًا وحساسية، لارتباطه المباشر بفكرة الفناء وما تثيره من مخاوف تتصل بانتهاء الوجود.

ومنه فالقلق العام يمتد ليشمل مجموعة من الأعراض كالشعور بالضيق والتوتر والشد النفسي كنوبات الهلع، وتوقع الشرّ تصاحبها مجموعة من الأعراض العضوية كالشعور بالدوار واختلال التوازن، صعوبات في التنفس اضطربات قلبية، في حين تتمثل أعراض قلق الموت في الشعور بالهواجس السوداوية كالأفكار القهرية والوساوس بأن الموت متربص وقد يحصل في أي لحظة كما يسيطر عليه الحزن العميق وعليه فإن العلاقة بين القلق العام وقلق الموت علاقة تلازمية.

الفصل الثالث: السرطان

تمهيد:

1. تعريف السرطان

2. أسباب السرطان

3. أنواع السرطان

4. أعراض السرطان

5. علاج السرطان

6. السرطان من منظور نفسي

7. العوامل المؤثرة على استجابة المريض تجاه السرطان

8. التكيف مع السرطان

9. علاقة الاخصائي النفساني بمريض السرطان

خلاصة

تمهيد

يعد السرطان من أكثر الأمراض المزمنة تعقيدًا وتأثيرًا في حياة الإنسان، لأنه لا يقتصر على كونه اضطرابًا عضويًا ناتجًا عن نمو غير طبيعي للخلايا، بل يمتد أثره ليشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والأسرية للمريض. وقد أصبح هذا المرض من القضايا الصحية الكبرى التي تستقطب اهتمام الباحثين والأطباء والأخصائيين النفسانيين، نظرًا لتعدد أسبابه، وتنوع أنواعه، واختلاف أعراضه وطرائق علاجه. ومن هنا فإن دراسة السرطان تقتضي مقاربة شاملة لا تكتفي بالجانب الطبي، بل تنفتح أيضًا على الأبعاد النفسية والإنسانية المرتبطة بتجربة المرض.

1. تعريف السرطان:

السرطان لغة:

اشتُقّ اللفظ الإنجليزي للسرطان من الكلمة اليونانية "كارسينوما"، أي "السلطعون البحري"، وهو حيوان يتّسم بضخامةٍ في وسط جسمه وامتداد مخالبة، وقد شُبِّه به المرض من حيث شكله وامتداده. (محمد السيد، 2007، ص 14)

ولم يستطع الأطباء وضع تعريف محدّد لمرض الأورام إلا في بدايات سبعينيات القرن العشرين، غير أنّ تقدّم العلم أتاح لبعض الباحثين تقديم تعريفات لهذا المرض مرتبطة بالأبحاث الخاصة به، فقد قدّم أونج تعريفًا بسيطًا لمصطلح السرطان، إذ اعتبره " نماءً ذاتيًّا نسيجيًّا"، ويقتصر الأطباء في استعمال مصطلح النماء على الأورام السرطانية الخبيثة. (هناء، 2004، ص 31)

السرطان اصطلاحا:

عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة مراقبة الجسم وأخذت تنمو بصورة عشوائية. (قجال، عيسرو، 2018 ص 209)

وهو ذلك المرض الذي يصيب خلايا الجسم، مما يؤدي إلى تدهور حالة المصاب تدريجيًا، وقد ينتهي بالوفاة في أغلب الحالات، باستثناء بعض الحالات التي يتم اكتشافها مبكرًا، مثل سرطان الثدي وسرطان الدم لدى الأطفال. (بن عامر، حلاسة، 2017، ص 404)

السرطان هو داء سيكوسوماتي ناتج عن صدمة نفسية صراعية مأساوية مُعاشة في عزلة. (Geerd، 1986، p 22)

وهو مجموعة من الأمراض الورمية المتشابهة في نمط سلوكها، والتي تنشأ في خلايا الجسم. (صخري، 2009، ص 83)

إن مفهوم السرطان أو الورم الخبيث يستخدم بشكل عام للاستدلال على المرض الذي نسميه السرطان، مصطلحا طبيا أو علميا للمرض، فهو النماء الخبيث فتشير كلمة الأورام إلى أي كتلة أو نمو غير طبيعي في النسيج. (الأنصاري، 1996، ص 10)

يُعدّ السرطان مرضًا يتسم بتكاثر غير طبيعي وغير مُنضبط لخلايا الجسم، كما ينعكس تأثيره سلبًا على الحالة النفسية للمريض، نتيجة ما يرافقه من تدهور صحي وشعور بالعزلة الاجتماعية.

ويُعرَّف أيضًا بأنه نموٌّ فوضوي ومستمر لخلايا غير عادية داخل الجسم، حيث تتكاثر خلايا خبيثة لا تخضع للقوانين الفيزيولوجية التي تنظّم وتتحكم في الانقسام الخلوي، مما يؤدي إلى تدمير الأنسجة المجاورة. كما أنه قد ينتشر من نسيج إلى آخر، سواء كان موضعيًا أو غير موضعي (نقائلي)، ويتميّز بقدرته على غزو الأعضاء المجاورة والبعيدة.

ويتكوّن مرض السرطان داخل خلايا الأنسجة، وهي العناصر الأساسية التي تكوّن أنسجة الجسم، ومنها تتألف أعضاء الجسم المختلفة. وتنمو الخلايا بصورة طبيعية ومنتظمة لتكوين خلايا جديدة كلما احتاج إليها الجسم، وعندما تتقدّم الخلايا في العمر فإنها تموت وتحلّ محلها خلايا أخرى جديدة. (محمد بن عبد الرحمن، 2013، ص 5)

والسرطان مرض يتميّز بنمو الخلايا بطريقة غير محكومة، وله أنواع كثيرة ومتعددة، فهو عائلة واسعة تضم أكثر من مئة نوع مختلف من السرطان.(جيفري، 2004، ص 16)

إضافةً إلى تعريفٍ آخر، يُعَدّ السرطان من أمراض القرن العشرين، إذ يمكن أن يُصيب أيَّ جزءٍ من أجزاء الجسم، مُحدِثًا فيه انتفاخًا أو تورّمًا، نتيجة تكاثر الخلايا بشكلٍ غير طبيعي وخارج عن السيطرة. (خير الزراد، 2000، ص 474)

2. أسباب السرطان:

ينشأ السرطان نتيجة خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA)، وهي المسؤولة عن تنظيم نمو الخلايا وتكاثرها. وفي الحالة الطبيعية تنمو خلايا الجسم وتتكاثر بصورة منتظمة غير أنه في حالة الإصابة بالسرطان يحدث اضطراب في هذه المادة الوراثية، مما يؤدي

إلى نمو غير طبيعي وسريع للخلايا وانتشارها. وتمتاز الخلايا السرطانية بخلاف الخلايا السليمة بكونها تستنزف طاقة الجسم وإمكاناته. (شيل تايلور، ترجمة وسام درويش، 2008، ص 811)

تزداد نسبة الإصابة بالسرطان بشكلٍ ملحوظ مع التقدّم في السن، ويُعزى ذلك في الغالب إلى تراكم مخاطر الإصابة بأنواعٍ معيّنة من السرطانات مع مرور الوقت، إضافةً إلى انخفاض كفاءة آليات إصلاح الخلايا كلما ازداد عمر الإنسان. كما تتراكم عوامل الخطر المرتبطة بالسرطان تدريجيًا، مما يزيد من احتمالية ظهوره في مراحل عمرية متقدمة.

ومن جهةٍ أخرى، تُعدّ بعض السلوكات والعوامل البيئية من أبرز أسباب الإصابة بالسرطان، مثل تعاطي التبغ والكحول، وقلة تناول الخضروات والفواكه، والإصابة ببعض الفيروسات كفيروس التهاب الكبد **B و C**، إضافةً إلى فيروس الورم الحليمي البشري، الذي يُعدّ من أهم أسباب سرطان عنق الرحم، خاصةً لدى النساء في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. (وزارة الصحة السعودية، 2014)

ورغم أن الأسباب الدقيقة لظهور مرض السرطان لا تزال غير معروفة بشكلٍ كامل إلا أنّ هناك بعض المسببات والعوامل التي ثبت ارتباطها بالإصابة به ومن أهمها:

التدخين:

من المعروف طبيًا أن التدخين، بجميع أنواعه من سجائر وغليون وتبغ، يُعدّ من أهم أسباب الإصابة بسرطان الرئة، كما يرتبط أيضًا بأمراض الشرايين والقلب وارتفاع ضغط الدم، التي قد تؤدي إلى الذبحة الصدرية أو النوبة القلبية. (الريس، قطرب، 1984، ص 21)، ويُسهم تدخين التبغ كذلك في زيادة خطر الإصابة بسرطان الفم، والحلق، والحنجرة، والمثانة، والمريء، والبنكرياس. (الخفاجي، 1990، ص 77)

كما أن غير المدخنين قد يتعرضون هم أيضًا لمخاطر صحية نتيجة ارتباطهم بأشخاص مدخنين. وفي دراسة للباحث هيل، تبيّن أن خطر الإصابة بسرطان الرئة لدى زوجة المدخن يزداد مقارنةً بمن تعيش مع شخص غير مدخن. (سلطان، 2001، ص

232) كذلك ترتفع معدلات الإصابة بسرطان الرئة لدى الذين يستهلكون كميات كبيرة من السجائر يوميًا، أو الذين يبدأون التدخين في سن مبكرة، أو الذين يلازمون عادة التدخين لفترات طويلة. (منظمة الصحة العالمية، 1983، 124)

شرب الخمر:

إن تناول الخمر يزيد من احتمال الإصابة بالسرطان على طول المسار الذي يسلكه داخل الجسم، بدءًا من الفم، ومرورًا بالبلعوم، والحنجرة، والمريء. وبعد امتصاص الكحول من المعدة والأمعاء الدقيقة وانتشاره في الدم، يزداد خطر تأثيره في الكبد والقولون والثدي وقد يظهر ذلك في شكل أورام سرطانية. (سلطان، 2001، ص 231)

المهنة:

تؤدي المهنة دورًا مهمًّا في الإصابة بالسرطان، إذ ينبغي دراسة طبيعة التعرّض المهني للمواد الكيميائية الخطرة والمحددة المصدر في بيئة العمل. وتُظهر دراسات الحالات أن الرئة والمثانة والجهاز المكوّن للدم من أكثر المواضع تأثرًا بالأخطار المهنية، في حين أن عددًا أقل من السرطانات قد يظهر في مواضع أخرى، مثل سرطانات الأنف والجلد. (الخفار، 1990، ص 104)

الإشعاع:

إن تعرّض صغار السن للإشعاع يزيد من خطر إصابتهم بالسرطان أكثر من كبار السن، لاسيما فيما يتعلق بسرطان الثدي والمعدة. وهناك فئات مهنية قليلة من البشر تتعرض باستمرار لأخطار الأشعة العالية، كما يحدث في مناجم العناصر المشعة، أو لدى المشتغلين باستخدام الطاقة الإشعاعية في الطب، وكذلك لدى المعالجين بالأشعة العميقة. (بلسم، 1984، ص 110)

المبيدات الحشرية:

يرتبط انتشار مرض السرطان بين الصغار أحيانًا بوصول بعض المبيدات، مثل الألدرين إلى الغذاء، وذلك عن طريق الخضر والفواكه المرشوشة بالمبيدات، أو من خلال

الأسمدة المحتوية على هذه المواد، أو عبر تناول ألبان ولحوم حيوانات تغذت على نباتات مرشوشة بهذه المبيدات، ثم انتقلت آثارها إلى أجسام الإنسان.(العروسي، 1999، ص 72)

عوامل البيئة الحضرية:

قد يؤدي السكن بالقرب من مراكز النشاط الصناعي أو محطات الوقود أو خطوط الكهرباء ذات الضغط العالي إلى زيادة التعرض لبعض العوامل البيئية التي قد ترتبط بارتفاع خطر الإصابة ببعض أنواع السرطان.

3. أنواع السرطان:

تُصنَّف الأورام إلى نوعين رئيسيين: أورام حميدة وأورام خبيثة.

الأورام الحميدة:

تتكوّن من خلايا غير سرطانية، ويمكن استئصالها جراحيًا في أغلب الحالات، ولا تعود عادةً بعد إزالتها. كما أنها لا تنتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم، ولا تؤثر غالبًا في الأنسجة المجاورة، ونادرًا ما تُشكّل خطرًا على حياة المصاب.

الأورام الخبيثة:

تتكوّن من خلايا سرطانية تتميّز بقدرتها على الانقسام السريع وغير المنضبط، وتغزو الأنسجة المجاورة وتدمّرها. وإذا لم تُعالج، فقد تنتقل إلى أجزاء أخرى من الجسم عبر الدورة الدموية أو الجهاز اللمفاوي (وهو ما يُعرف بالانتشار أو النقائل). ويمكن الكشف عن هذه الأورام بوسائل تشخيصية متعددة مثل الفحص السريري، والأشعة، والتحاليل المخبرية.

وتتميّز الخلايا السرطانية بقدرتها على النمو والتكاثر بشكل غير طبيعي، حيث تستهلك كميات كبيرة من طاقة الجسم، مما قد يؤدي إلى استنزاف موارده الحيوية اللازمة للقيام بوظائفه الطبيعية. (شريف، 1975، ص 15)

4. أعراض السرطان:

يشير العلماء إلى أن هناك علامات مبكرة تشير للقلق وتدعو للانتباه، وأن هذه العلامات هي التي نتعرف بها على السرطان في مرحلته المبكرة وتفاصيلها كما يلي:

- ظهور نتوءات أو تورم في الثدي – الفم – اللسان – الشفاه – مع عدم شفائها أو التئامها.
- صعوبة دائمة في التبول والتبرز.
- انحباس في الصوت لمدة طويلة، سعال أو صعوبة في التنفس والبلع.
- تغيير سريع في نمو أو لون الجلد أو تغييرات في الجلد.
- عدم التئام الجروح في الجلد أو في الأغشية.
- أعراض عامة مثل التعب والهزل العام (فقدان الوزن)، تساقط الشعر، الألام العامة بالجسم، صداع، تغييرات جلدية (مثل تغير لون الجلد) أو النزف وغيرهما.
- أعراض بسبب تخرّب أنسجة العضو المصاب أو بالضغط على العضو أو الأعضاء المجاورة. مثل سرطان الرئة الذي يمكن أن يسبب سعال (حكة)، مع خروج دم أو سرطان القولون بسبب خروج دم مع البراز مع الألم في منطقة العضو المصاب.
- أعراض مصاحبة لإنتشار السرطان مثل: أن يشتكي رجل كبير في السن من آلام في منطقة أسفل الظهر، وهذه الآلام تكون ناتجة عن سرطان البروستاتا الذي انتشر لفقرات العمود الفقاري وليست من الخشونة. (كرسوع، 2012، ص 13)

5. علاج السرطان:

من المؤكّد أن العلاج يختلف باختلاف نوع الورم، فالأورام الحميدة غالبًا ما تُشفى بالاستئصال التام ولا تعود مجددًا، أمّا الأورام الخبيثة فقد شهد علاجها تقدّمًا ملحوظًا خلال القرن العشرين. ومن أبرز العلاجات المتاحة ما يأتي: (أحمد سالم باباودين، ص 59–61)

أ–العلاج الجراحي:

يهدف التدخل الجراحي إلى استئصال الورم من موضعه بأقصر الطرق الممكنة، مع تقليل التأثير على الأنسجة السليمة. ويتم ذلك بعد التأكد من طبيعة الورم عبر أخذ عيّنة من نسيجه وتحليلها، تمهيدًا لاستئصال أكبر قدر ممكن من النسيج السرطاني، مع الحرص

على تقليل الضرر باستخدام التقنيات الجراحية المتطورة. وقد يشمل ذلك إزالة جزء من الأنسجة أو الأعضاء المجاورة، خاصةً العقد اللمفاوية، لمنع انتشار المرض.

ب-العلاج الإشعاعي:

يعود استخدام الأشعة السينية (X-rays) في المجال الطبي إلى اكتشافها من قبل العالم رونتجن Röntgen 1895، كما اكتشفت ماري كوري Marry Cory عنصر الراديوم سنة 1898، مما أسهم في تطوير العلاج الإشعاعي. ويُستخدم هذا النوع من العلاج لتدمير الخلايا السرطانية أو الحد من نموها عبر تعريضها لجرعات محددة من الإشعاع.

ج-العلاج الكيميائي:

بدأ استخدام العلاج الكيميائي في أربعينيات القرن العشرين، خاصة بعد ملاحظة تأثير بعض المواد الكيميائية السامة المستخدمة خلال الحرب العالمية الثانية على الخلايا سريعة الانقسام. وتعتمد هذه الطريقة على استخدام أدوية تعمل على قتل الخلايا السرطانية أو إيقاف انقسامها، خصوصًا في الأورام التي تتميز بسرعة تكاثر خلاياها، مثل بعض الأورام اللمفاوية وسرطانات الدم.

د-العلاج الهرموني:

يُستخدم هذا النوع من العلاج في الأورام المعتمدة على الهرمونات، مثل الأورام الحساسة لهرمون الإستروجين، كما في بعض حالات سرطان الثدي، أو لتقليل تأثير هرمونات الذكورة في بعض حالات سرطان البروستات.

وقد أسهمت هذه العلاجات في تحسين النتائج النهائية للتكفل بالمرضى، حيث ارتفعت نسب الشفاء بشكل ملحوظ، لتصل في بعض الحالات إلى نحو 50%.

وهناك أيضًا علاجات أخرى ما تزال قيد التطوير أو التجريب، من بينها:

أ-العلاج الجيني:

يحاول العلماء، من خلال الهندسة الوراثية، التدخل في الخلل الحاصل في الجينات، والذي قد يؤدي إلى حدوث السرطان، وذلك بهدف تصحيح هذا الخلل أو الحد من تأثيره.

ب-العلاج المناعي:

يقوم هذا النوع من العلاج على تنشيط الجهاز المناعي لدى المريض وتمكينه من التعرّف على الخلايا السرطانية المصابة بالطفرات والقضاء عليها. ويعتمد على تعزيز الاستجابة المناعية الطبيعية للجسم أو توجيهها بشكل أكثر دقة نحو الخلايا السرطانية، مع مراعاة اختلاف الاستجابة من شخص لآخر.

6. السرطان من منظور نفسي:

من المنظور النفسي لا يُفهم السرطان بوصفه خللًا بيولوجيًا فحسب، بل باعتباره حدثًا وجوديًا ضاغطًا يمسّ معنى الحياة، وصورة الجسد، والإحساس بالأمان، والعلاقات، والمستقبل. وتعبّر بعض الأدبيات العربية عن هذا التحول بقولها إن السرطان "أصبح اليوم مرض مزمن مرتبط بمستقبل مجهول". (بركوش، 2021، ص 2)

كما تصف منظمة الصحة العالمية عبء السرطان بأنه يفرض ضغطًا جسديًا وعاطفيًا وماليًا على الأفراد والأسر والنظم الصحية. لذلك فدراسة السرطان نفسيًا لا تعني إنكار طبيعته العضوية، وإنما تعني فهم أثره في الخبرة الداخلية للمريض ومسار تكيّفه واستجابته للعلاج. (منظمة الصحة العالمية، د.ت)

وفي هذا السياق نشأ علم النفس السرطاني/النفسيات الأورامية (Psycho-oncology) بوصفه تخصصًا يهتم بالأبعاد النفسية والاجتماعية والسلوكية والروحية والوجودية التي يمر بها المريض وأسرته عبر كامل المسار العلاجي. وتؤكد الدراسات الحديثة أن هدف هذا التخصص ليس مجرد تخفيف الانفعال المؤقت، بل ضمان رعاية نفسية-اجتماعية مثلى في جميع مراحل المرض، مع دمج هذا البعد داخل الرعاية الأورامية الشاملة، لا على هامشها.

ولهذا السبب ظهرت الدعوات الدولية إلى التعامل مع الضائقة النفسية بوصفها، أي علامة حيوية سادسة يجب قياسها بانتظام مثل الألم والنبض والضغط (Travado et al., 2026, pp. 253–254).

ويذكر المعهد الوطني الأمريكي للسرطان أن معظم المرضى لا يستوفون معايير اضطراب نفسي نوعي، لكن كثيرين يمرون باستجابات انفعالية صعبة، كما تُعرِّف بعض الدراسات الضائقة بأنها "an umpleasant experience" قد تتداخل مع القدرة على التكيف الفعال مع السرطان وعلاجه. لهذا فالفاصل السريري المهم ليس بين "مريض نفسي" و"غير مريض نفسي"، بل بين ضائقة محتملة قابلة للاحتواء وضائقة مرتفعة تعوق الفهم والقرار والالتزام. (Papadopoulou et al., 2022, p. 419)

أما الاستجابات النفسية الأكثر شيوعًا فتشمل الصدمة الأولى، الخوف، القلق، الإنكار الحزن، الشعور بالعجز، اضطراب النوم، صعوبات التركيز، والانسحاب من الأدوار اليومية. وتشير الأدبيات العربية إلى أن الاستجابات المرتبطة بالسرطان قد تكون معرفية وانفعالية وسلوكية، وأنها تفتعل عند لحظات محورية مثل ظهور الأعراض الأولى، الفحوصات، تأكيد التشخيص، التدهور، أو عودة المرض. (بركوش، 2021، ص 2–3)

ومن الضروري هنا تصحيح فكرة شائعة إذ لا يجوز علميًا اختزال السرطان في "سبب نفسي" مباشر، فالمعهد الوطني الأمريكي للسرطان يذكر بوضوح أن العلاقة بين الضغط النفسي المزمن وحدوث السرطان "is not clear"، أي إن الدليل غير حاسم على أن التوتر النفسي يسبب السرطان مباشرة. (NCI, 2022) لكن الدليل أقوى بكثير عند الكثيرين على أن الضغط النفسي يؤثر في مسار العيش مع السرطان، فهو قد يفاقم الاكتئاب والقلق ويضعف التكيف ويقود إلى سلوكيات غير صحية، ويؤثر في الالتزام بالعلاج وجودة الحياة وربما يساهم – عبر مسارات غير مباشرة ومعقدة – في تدهور بعض المخرجات السريرية عند بعض المرضى. (Durosini & Pravettoni, 2023, p 1)

وتتحدد استجابة المريض النفسية بحسب عدة عوامل متداخلة. فالأدبيات العربية تُرجعها إلى ثلاثة محاور أساسية: كيف ينظر المريض إلى التشخيص، هل يراه تحديًا أم تهديدًا؟ وما مقدار إحساسه بالقدرة على التحكم؟ وكيف يتصور مآل المرض، جيدًا أم سيئًا؟

ويضاف إلى ذلك حالته الجسدية السابقة، وسماته الشخصية، وموارده الاجتماعية، ونوعية تواصله مع الفريق العلاجي. (براهمية، 2018، ص 84)

كما أن بعض الدراسات الحديثة تشير إلى أن الحاجات النفسية–الاجتماعية قد تكون أعلى عند النساء والمرضى الأصغر سنًا وبعض الأنماط السرطانية، وهو ما يؤكد أن الاستجابة للسرطان ليست نمطا واحدًا ثابتًا، بل بناء نفسي–اجتماعي يتشكل من التقييم المعرفي والظروف الواقعية معا. (Vy et al., 2025, pp. 2619–2620).

ويحتل الدعم الاجتماعي مكانة مركزية في هذا المنظور، فالإدراك الذاتي لوجود من يساند المريض عاطفيًا ومعرفيًا وعمليًا يرتبط بنمو نفسي أفضل، ورفاهٍ أكبر، وقدرة أعلى على الاستمرار في الأنشطة والالتزام بالعلاج. (Durosini & Pravettoni, 2023, p. 2)

وفي المقابل قد تصبح البيئة الاجتماعية نفسها مصدر ضغط إذا اتسمت بالوصم أو الشفقة المرهقة أو الإنكار أو التواصل المربك. كما أن جودة التواصل مع الأطباء عنصر حاسم، لأن مناقشة التشخيص والعلاج قد تتحول إلى مصدر ضغط شديد إذا لم تُقدَّم المعلومات في سياق داعم وواضح. وقد أظهرت تقارير الحاجات النفسية–الاجتماعية أن النقص غير المُلبّى لا يتركز فقط في المعلومات الطبية، بل كذلك في التعامل مع مشاعر الحزن، وعدم القدرة على التنبؤ بالمستقبل، والمشاركة في قرارات العلاج.(Thomas et al., 2001, p. 188)

وعلى مستوى التدخل النفسي، تجمع الأدبيات على أن الرعاية النفسية الفعالة لا تقتصر على جلسة مواساة عامة، بل تشمل التقييم الدوري للضائقة، والإرشاد النفسي والتثقيف حول المرض وتقنيات الاسترخاء، العلاج المعرفي السلوكي، العلاج الداعم، العلاج الجماعي والتدخلات الموجهة للمعنى والروحانية عند الحاجة.(بركوش، 2021، ص 11– 13)

وتشير الدراسات العربية إلى أن هذه التدخلات قد تكون فردية أو أسرية أو جماعية وأن من أهدافها تحسين نوعية الحياة ومواجهة المخاوف ودعم التكيف والحفاظ على التكامل الجسدي والنفسي. (براهمية، 2018، ص 88)

كما تذكر بعض المراجعات الحديثة أن CBT والتثقيف النفسي والعلاجات الجماعية والتدخلات المبنية على المعنى أو اليقظة الذهنية يمكن أن تخفف القلق والضائقة وتحسن جودة الحياة على نحو معتبر. (Anghel et al, 2025, pp 8, 14)

7. العوامل المؤثرة على استجابة المريض تجاه السرطان:

يتحدد ذلك بثلاثة عوامل:

أ-النظرة إلى التشخيص: مثالً هل هو تحدى أم خطر.

يقصد بالعبارة هل هو تحدٍّ أم خطر "أن استجابة المريض للسرطان لا تتحدد فقط بطبيعة المرض من الناحية الطبية، بل أيضًا بالطريقة التي يفهم بها هذا التشخيص ويمنحه معنى نفسيًا في داخله. فحين يُبلَّغ المريض بإصابته، لا يكون تأثير الخبر واحدًا عند الجميع، لأن كل مريض يفسره وفق شخصيته، وخبراته السابقة، ومستوى وعيه، ومدى دعمه الأسري والاجتماعي. لذلك قد يرى بعض المرضى أن السرطان مشكلة صحية خطيرة، لكنها قابلة للمواجهة بالعلاج والصبر والمتابعة، فيتعاملون معه على أنه تحدٍّ يحتاج إلى قوة نفسية وتعاون مع الفريق الطبي.

أما إذا نظر المريض إلى التشخيص على أنه خطر يهدد حياته ومستقبله ويعني نهاية الأمل أو فقدان السيطرة، فإن هذه النظرة قد تولد لديه مشاعر شديدة من الخوف والقلق والاضطراب، وقد تدفعه أحيانًا إلى اليأس أو الانسحاب أو رفض العلاج. ومن هنا تظهر أهمية التفسير النفسي للمرض، لأن المعنى الذي يعطيه المريض لتشخيص السرطان يؤثر بشكل مباشر في حالته الانفعالية وسلوكه العلاجي. فكلما كانت نظرته أكثر واقعية وتوازنًا كانت استجابته النفسية أفضل، وكلما كانت نظرته قائمة على التهويل والخوف المطلق ازدادت احتمالات المعاناة النفسية وصعوبات التكيف.(Maj & , Sartorius2011 Kissane)

ب-الوعي بالقدرة على التحكم، جزئية أم معدومة.

يقصد بـ الوعي بالقدرة على التحكم، جزئية أم معدومة مدى شعور المريض بأنه لا يزال يملك قدرًا من السيطرة على ما يمر به بعد تشخيص السرطان. فإذا كان المريض يشعر أن لديه قدرة جزئية على التحكم، فإنه يدرك أن المرض ليس تحت سيطرته الكاملة لكنه في المقابل يستطيع التأثير في بعض الجوانب المهمة مثل الالتزام بالعلاج، اتباع تعليمات الطبيب، تنظيم نمط حياته، طلب الدعم النفسي والاجتماعي، ومراقبة حالته الصحية. هذا الإحساس الجزئي بالتحكم يساعده عادةً على التماسك النفسي، لأنه يشعر أنه ليس عاجزًا تمامًا، وأن له دورًا في المواجهة والتكيف. لذلك يكون أكثر ميلاً إلى التعاون وأقل عرضة للشعور بالاستسلام الكامل.

أما إذا شعر المريض أن قدرته على التحكم معدومة، فإنه قد يرى نفسه تحت رحمة المرض تمامًا، وأن كل ما يحدث له خارج إرادته ولا يمكنه تغييره أو التأثير فيه. هذه النظرة قد تضعف مقاومته النفسية، وتزيد لديه الإحساس بالعجز والخوف واليأس، وقد تنعكس سلبًا على التكيف مع العلاج وعلى حالته الانفعالية عمومًا. فالمشكلة هنا ليست في شدة المرض فقط، بل في شعور المريض بأنه فقد السيطرة على جسده وحياته ومستقبله. ولهذا تعمل المرافقة النفسية على تعزيز إحساس المريض بما يستطيع التحكم فيه، حتى لو كان محدودًا لأن هذا الإحساس يخفف الضائقة النفسية ويقوي قدرته على الصمود.

ج-وجهة النظر تجاه المآل الذي قد يتخذه المرض (جيد أم سيء):

ويقصد بوجهة النظر تجاه مآل المرض التصور الذي يكونه المريض حول النتيجة المستقبلية لإصابته، فإذا كان يتوقع مآلًا إيجابيًا أو قابلًا للتحسن كانت استجابته النفسية أكثر توازنًا، أما إذا كان يتوقع مآلًا سلبيًا ومخيفًا فإن ذلك قد يؤدي إلى زيادة القلق والتوتر واليأس وضعف التكيف مع المرض. (Kissane Maj & , Sartorius2011)

8. التكيف مع السرطان:

إن ثلث مرضى السرطان يعيشون على الأقل خمس سنوات بعد تشخيصهم بالسرطان وقد ينجم عنه العديد من المشكلات في التكيف النفسي للمرض، وذلك بسبب كونه مرضًا مزمنًا تدوم آثاره لفترة طويلة، وقد لا يموت المريض خلال فترة غير محددة من تطور المرض. إن طبيعة المرض وطرق علاجه تفرض قيودًا على نشاطات المرضى الاعتيادية وهذا ما قد يولد العديد من الاستجابات النفسية الاجتماعية الأخرى إضافة إلى الاكتئاب (williamson.2000)

وقد تبين أن مشكلات التكيف تكون بأعلى درجاتها عند النساء اللواتي سبق وأن تعرضن لضغوط حياتية أو اللواتي لم يكن يتمتعن بالمساندة الاجتماعية (Butler. L.D et al, 1999).

والتكيف مع السرطان هو عملية دينامية لا تحدث مرة واحدة، بل تتجدد مع كل انتقالة في مسار المرض من الاشتباه إلى التشخيص، ومن العلاج الفعال إلى فترات الانتظار، ثم المتابعة أو النكس أو الرعاية التلطيفية. (بركوش، 2021، ص 2–3)

ومن الزوايا المهمة أيضًا أن بعض المرضى– خصوصًا الناجين أو من مروا بتجارب علاجية قاسية – قد يعانون أعراضًا شبيهة باضطراب ما بعد الصدمة مثل الاقتحامات الذهنية، والتجنب، وفرط الاستثارة، واضطراب النوم.(NCI, 2025, 1–3)

وللسرطان آثاره وتبعاته الجسمية والنفسية الخطيرة، وتنجم الصعوبات الجسمية عادة عن الألم والضيق الناجمين عن السرطان، خاصة في المراحل المتقدمة والنهائية من المرض، فقد يؤدي السرطان إلى هبوط في قدرة جهاز المناعة على التنظيم، وهذا ما يجعل المريض عرضة لأمراض ومضاعفات أخرى، منها التهابات مجرى التنفس، ويمكن أن تحدث مشاكل صحية يمكن أن تقلل من نوعية الحياة، كما لا يجب تجاهل ما قد يسببه المرض والعلاج أيضا من تعب وإرهاق، مما يشكل إحدى الشكاوي الرئيسية عند مرضى السرطان. (تايلور، 2008، ص 821)

إن التشخيص بمرض السرطان هو أمر يغير الحياة تمامًا، وفي محاولة للحد من الآثار السلبية قد يبتكر الناس طرقًا مختلفة للتكيف مع المرض.

وغالبًا ما يكون رد فعل المرضى هو البحث عن معلومات حول المرض أو الدخول في حالة إنكار من الشائع أيضًا أن يلجأ الناس إلى الروحانيات والدين للحصول على الدعم طوال رحلتهم. (Riba MB et al. 2019)

وقد يعد PTSD بالمعنى التشخيصي، فالتشخيص يتطلب أعراضًا صدمية محددة وشروطًا زمنية ووظيفية واضحة، هذه التفرقة مهمة جدًا حتى لا نُضخّم المعاناة الطبيعية من جهة، ولا نُهمل الاضطراب الحقيقي من جهة أخرى. .PTS PTSD in the Cancer) (4–1 ومن ضمن التداعيات النفسية الأكثر شيوعًا:

- **اضطرابات التكيُّف:** من الشائع حدوث سلسلة من الأعراض والسلوكيات التي يمكن أن تضعف بشكل كبير من الأداء الوظيفي للمريض، أي أداء المهام اليومية التي تسمح له بالاستقلال الذاتي. ومن أمثلة هذه الأعراض: القلق، والاكتئاب، وتغيير في السلوكيات (مثل العدوانية)، والانعزال عن المجتمع.
- **الاكتئاب الإكلينيكي:** يمكن أن يعتمد التشخيص على عرض واحد فقط أو مجموعة منها، مثل: قلة الفرح، والاهتمام بالأنشطة اليومية، واللامبالاة، وتدهور التفكير العقلاني، والتعب والإرهاق، وتغيرات في نمط النوم والشهية، وانخفاض الرغبة الجنسية، والانعزال عن المجتمع.
- **اضطراب القلق:** يحدث عندما يصبح المريض قلقًا باستمرار لعدة أشهر، مما يؤثر على أنشطته اليومية ويمكن أن يقلل من جودة حياته بشكل خطير.

وقد ينجم عن العلاج صعوبات ومضاعفات، فقد إن استئصال الأعضاء يخلق مشكلات تجميلية كما هو الحال في سرطانات الثدي والرأس والعنق التي تستدعي إزالة جزء من المنطقة المصابة، والقلق حول صورة الجسم لا يحدث نتيجة تغير المظهر بعد الجراحة

فقط وإنما بسبب اعتبارات أخرى أيضا تتعلق بالإحساس بأن جسد الإنسان لم يعد متكاملا وقادرا على القيام بوظائفه بشكل سوي. (Cruz N. 2019)

9. علاقة الاخصائي النفساني بمريض السرطان:

ينبغي أن يكون دور الأطباء بالغ الأهمية في حياة المريض الجسدية والنفسية وحتى في أيامه الأخيرة، فرغم تأكدهم من أن حالة المريض ميؤوس منها استنادا إلى المقاييس الطبية، وأن مرضه سيؤدي به إلى وفاة وشيكة، فإن دور الطبيب هنا يجب يرتكز على مساندة المريض وأهله لذا ينبغي أن يدرك متطلبات هذا الموقف ليمتد بجسر العون في الميل الأخير في حياة امتدت لآلاف الأميال وإعداد الجميع نفسيًا لتحمل ذلك الموقف.

ويعتبر القلق سيد الموقف في مختلف المراحل من حياة المريض وذويه منذ بداية التشخيص إلى مرحلة النهاية، فتولد الكثير من المشاعر المتضاربة لدى المريض ومن حوله، مثل الرغبة في معرفة حقيقة المرض والخوف من ما تعنيه الحقيقة ومآل المريض وفعالية العلاج ... (الشربيني، 2010، ص ص 233-234).

وهنا يأتي دور الأخصائي النفساني فهو الذي يقوم بتهيئة المريض لسماع التشخيص فيوجب على الأخصائي النفساني تهيئة الجو الملائم بالأمن والطمأنينة والتقبل، ويحاول من خلاله التعرف على أفضل طريقة لذلك، وأن يشعر المريض بالثقة والطمأنينة، وكثيرًا ما يرتاح مرضى السرطان للإنسان الذي يصغي إليهم ويهتم بهم، فالاهتمام بمشاعر المريض والأفكار الجديدة المتولدة عن المرض تتيح له فرصة الاطمئنان للأخصائي النفساني.

ويؤدي الأخصائي النفسي في الأورام أدوارًا عملية ومحددة كفرز الضائقة مبكرًا، التمييز بين الحزن الطبيعي والاضطراب السريري، مساعدة المريض على فهم مشاعره وبناء معنى للمرض، تدريب الأسرة على أساليب الدعم، تخفيف العزلة، معالجة اضطراب صورة الجسد والجنس والهوية، والتدخل في أزمات الخوف من الموت أو فقدان السيطرة.

(Travado et al., 2026, pp. 253–255)

ولهذا تؤكد وثائق الجودة الحديثة أن الدعم النفسي يجب أن يكون متاحًا طوال المسار السرطاني وأن يمتد كذلك إلى الأسرة ومقدمي الرعاية، لا إلى المريض وحده. NHS (London, 2018, pp. 72–73)

وانطلاقًا من ذلك، تتأكد الأهمية البالغة للدعم النفسي والمرافقة المتخصصة في التخفيف من معاناة مريض السرطان ومساعدته على التكيف مع المرض ومراحله المختلفة، فالعلاقة التي تجمع الأخصائي النفساني بمريض السرطان تعد علاقة أساسية في مسار الرعاية، لما تقوم عليه من مساندة من خلال الإنصات والتوجيه وتعزيز للأمل والقدرة على المواجهة، وعليه فإن التكفل الشامل بمريض السرطان يظل مرهونًا بتكامل الأبعاد الطبية والنفسية بما يضمن تحسين جودة حياته وتدعيم توازنه النفسي، ومساعدته على التعايش الإيجابي مع المرض.

خلاصة الفصل

وفي ختام هذا الفصل يتضح أن السرطان ليس مجرد مرض عضوي يصيب خلايا الجسم وإنما يعتبر تجربة إنسانية شاملة تمسّ الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية للمريض. ولذلك فهو يمثل تحديًا صحيًا ونفسيًا في آن واحد مما يجعل التعامل معه قائمًا على رؤية تكاملية تجمع بين العلاج الطبي والرعاية النفسية.

والإصابة بالسرطان تترك آثارًا نفسية عميقة في حياة المريض ومن حوله فقد تثير لديهم مشاعر الخوف والقلق، الإنكار والحزن واليأس، والتي تمثل جميعها استجابات تختلف من شخص لآخر بحسب مجموعة من العوامل الذاتية والبيئية والاجتماعية. لذلك فإن استجابة المريض تجاه المرض لا ترتبط فقط بطبيعته العضوية، بل تتأثر أيضًا بدرجة وعيه بحالته ونمط شخصيته ومستوى دعمه الأسري والاجتماعي، بالإضافة إلى خبراته السابقة وقدرته على التكيف مع الضغوط، وهو ما يبرز أهمية النظر إلى السرطان من منظور نفسي يراعي خصوصية التجربة الفردية لكل مريض.

الجانب الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. المنهج المتبع في الدراسة

2. العينة

3. حدود الدراسة:

4. أدوات الدراسة:

5. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد

بالإضافة إلى الجانب النظري فلابد من جانب تطبيقي لأي دراسة وذلك للتحقق من الفرضية التي وضعت في بدايات الفصل النظري.

ويتم في هذا الفصل التطرق إلى المنهجية التي اتبعت لإنجاز هذه الدراسة التي تتضمن الاجراءات المتبعة والخطوات المختلفة من أجل اختبار فرضية الدراسة، حيث تم التطرق إلى المنهج المستخدم في هذا البحث، شرح الادوات المستعملة بالإضافة إلى البرنامج العلاجي من حيث أهدافه وأهميته ومراحله وأسسه وفنياته وغيرها.

1. المنهج المتبع في الدراسة

يُقصد بالمنهج الخطة العلمية المنظمة التي يعتمدها الباحث لمعالجة مشكلة بحثية معينة وفق خطوات محددة تقوم على الموضوعية والدقة والاستناد إلى الأدلة والنتائج.

وعليه فقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة بالقياسين القبلي والبعدي باعتباره المنهج الأنسب لطبيعة الموضوع. فالمنهج شبه التجريبي منهج يسمح بالانتقال من الوصف العام للحالة النفسية إلى قياس أثر التدخل العلاجي بصورة أكثر تنظيمًا، كما يتناسب هذا المنهج مع طبيعة العينة الصغيرة حيث يتيح متابعة الحالات بشكل فردي ودقيق، وتحليل التغيرات التي قد تطرأ عليها بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي. فهو يسمح بدراسة أثر متغير مستقل، يتمثل في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على متغير تابع يتمثل في قلق الموت، وذلك من خلال المقارنة بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لدى أفراد الدراسة على مقياس قلق الموت واختبار مدى فاعلية التدخل العلاجي من خلال تنفيذ البرنامج.

وقد تجلت معالم اعتماد هذا المنهج في اختيار عينة مكوّنة من خمس أفراد من مريضات السرطان اللواتي تعرضن لتكرار المرض، ثم تطبيق القياس القبلي عليهن، وبعد ذلك تنفيذ برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على جلسات منظمة حسب أهداف علاجية محددة تضمن. وبعد الانتهاء من البرنامج، تم تطبيق القياس البعدي من أجل التحقق من مدى فاعلية البرنامج في خفض قلق الموت.

2. العينة

اقتصرت عينة الدراسة على عينة قصدية مكوّنة من خمس أفراد من مريضات السرطان اللواتي تعرضن لتكرار المرض. وقد تم اختيار هؤلاء الأفراد بما يتناسب مع طبيعة الدراسة وأهدافها، باعتبار أن البحث يهدف إلى الكشف عن فاعلية برنامج علاجي معرفي

سلوكي في خفض قلق الموت لدى هذه الفئة. مع مراعاة توفر شرط أساسي يتمثل في المعاناة من تكرار مرض السرطان، إضافة إلى الموافقة على المشاركة في الدراسة وتطبيق البرنامج العلاجي. والجداول التالية توضح خصائص العينة.

جدول رقم (01) يوضح خصائص المريضة الأولى

ح 1	ز-أ
العمر	35 سنة
الجنس	أنثى
الحالة الاجتماعية	متزوجة وأم لطفلين
طبيعة العمل	طبيبة مختصة في الصيدلة
التشخيص الأول	شخصت بسرطان الثدي سنة 2023 لأول مرة، تلقت العلاجات اللازمة (كيميائي، إشعاعي، جراحي، هرموني) ودخلت مرحلة المتابعة الطبية وهي المدة المقررة لمتابعة الحالة من قبل الطبيب المختص (5 سنوات).
التشخيص الثاني	منتصف سنة 2025
الحالة النفسية	عدم تقبل للمرض وصعوبة في اتخاذ قرار العلاج بسبب مضاعفات العلاج الكيميائي الشديدة على الجسم والنفس خصوصا تساقط الشعر والحاجبين، كذلك خوفها على مستقبل أبنائها سبب لها قلقا شديدا حول امكانية عدم وجودها بجانب طفليها (قلق من الموت). رفض استئصال الثدي وهو سبب آخر للقلق الشديد وعدم تقبل لصورة الذات.

جدول رقم (02) يوضح خصائص المريضة الثانية

ح 2	ب-ع
العمر	44 سنة
الجنس	أنثى
الحالة الاجتماعية	متزوجة وأم لأربع أطفال ذكور
طبيعة العمل	مديرة مدرسة

التشخيص الأول	شخصت بسرطان الثدي سنة 2020 لأول مرة، تلقت العلاجات اللازمة (كيميائي، إشعاعي، جراحي، هرموني) وانتقلت إلى مرحلة المتابعة الطبية من قبل الطبيب المختص.
التشخيص الثاني	بداية سنة 2025
الحالة النفسية	تقبل للمرض، خوف من العلاج بسبب مضاعفات العلاج الكيميائي الشديدة على الجسم والنفس خصوصا تساقط الشعر والحاجبين. تعاني الحالة في حياتها الطبيعية من ارهاقها من تربية الأبناء الذكور التنسيق بين العمل وضغوطاته وبين متطلبات عائلتها ما سبب لها الكثير من التوتر والضغط. تدهورت حالتها الصحية بعد الحصص الأولى من العلاج الكيميائي بعد تشخيصها للمرة الثانية بمرض السرطان مسببا لها صدمة نفسية جعل معاناتها تفوق قدرتها على التحمل.

جدول رقم (03) يوضح خصائص المريضة الثالثة

ح 3	ب-ط
العمر	50 سنة
الجنس	أنثى
الحالة الاجتماعية	غير متزوجة
طبيعة العمل	معلمة طور إبتدائي
التشخيص الأول	شخصت بسرطان القولون سنة 2022 لأول مرة، تلقت العلاجات اللازمة وانتقلت مرحلة المتابعة الطبية من قبل الطبيب المختص.
التشخيص الثاني	نهاية سنة 2024
الحالة النفسية	عدم تقبل للمرض والعلاج ما جعلها تتنقل بين المناطق المختلفة بحثا عن تشخيص آخر. والخوف من العلاج الكيميائي تحديدا بسبب مضاعفاته الشديدة إلا بتدخل الأهل وإجبارها على ذلك. تعاني في حياتها الطبيعية من إرهاق في عملها مع الأطفال بسبب خصوصية المرحلة التعليمية (التحضيري)، بالإضافة إلى أنها غير متزوجة ومتقدمة في السن ما يسبب ضغوطات نفسية من المجتمع، عانت خلال فترة علاجها من مضاعفات العلاج الكيميائي وكانت تلجأ إلى أنواع علاجات لخفض تلك المضاعفات. وبعد فترة من المتابعة الطبية تصاب بألم الزائدة الدودية وتخضع لعملية مستعجلة لتشخص بعدها مباشرة بعود السرطان مرة أخرى لتصدم وتتوقع الموت لأن فكرة عودة المرض مرتبطة بجسم لا يستطيع المقاومة.

جدول رقم (04) يوضح خصائص المريضة الرابعة

ح 4	ص – ل
العمر	45 سنة
الجنس	أنثى
الحالة الاجتماعية	متزوجة وأم لأربعة أطفال
طبيعة العمل	رئيسة مصلحة
التشخيص الأول	شخصت بسرطان الثدي سنة 2020 لأول مرة، تلقت العلاجات اللازمة وانتقلت إلى مرحلة المتابعة الطبية.
التشخيص الثاني	سنة 2025
الحالة النفسية	تقبل المرض لأول مرة بكل رضا وأبدت قلقها حول العلاج الكيميائي وما يسببه من مضاعفات جسدية ونفسية، انهت جميع مراحل العلاج اللازمة وانتقلت لمرحلة المراقبة الطبية، لم تبدي طوال فترة العلاج أي انزعاج حول حالتها. ولكن عند تشخيصها لثاني مرة بالسرطان أبدت استسلاما دل على مدى مقاومتها ومعاناتها السابقة التي كانت تعانيها داخليا وأكدت على أن النهاية قد اقتربت وأن جسمها لم يعد يستطيع مقاومة علاجات كيميائية أخرى.

جدول رقم (05) يوضح خصائص المريضة الخامسة

ح 5	ص – و
العمر	46 سنة
الجنس	أنثى
الحالة الاجتماعية	متزوجة وأم لخمسة أطفال
طبيعة العمل	ماكثة بالبيت
التشخيص الأول	شخصت بسرطان المعدة سنة 2020 لأول مرة، تلقت العلاجات اللازمة وانتقلت إلى مرحلة المتابعة الطبية.
التشخيص الثاني	بداية سنة 2026
الحالة النفسية	حياة المريضة الطبيعية اتسمت بالهدوء النسبي سوى معاناتها مع أعراض مجهولة قبل تشخيصها بمرض السرطان لذلك كانت نتيجة التشخيص للمرض خطوة ايجابية

	بالنسبة لها ولعائلتها وفرصة لعودتها لحياتها الطبيعية. لذلك عدم التقبل لديها لم يكن للمرض بل للعلاج وخوفها الشديد من مضاعفاته على الجسم والنفس خاصة تساقط الشعر والحاجبين ولأن خبر مرضها لم يذاع فقط كان بين عائلتها الصغيرة وأهلها فقط كان خوفها على صورتها وضعفها أمام أبنائها وعدم استطاعتها على تلبية احتياجاتهم وعلى مستقبلهم حول امكانية عدم وجودها بجانبهم وهو ما يسبب لها توترا وقلقا شديدين (قلق من الموت).

3. حدود الدراسة:

3. 1 الحدود المكانية:

اجريت الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة مركز مكافحة السرطان بالوادي (رزقي بشير) حيث تتخصص المؤسسة في علاج واستشفاء مرضى السرطان وهي تغطي ولايات الجنوب الشرقي وحتى ولايات أخرى من شمال وشرق وغرب البلاد. حيث تمت اجراءات الدراسة على مستوى مصلحة العلاج الكيميائي (استشفائي نهاري) مكان عمل احدى الباحثتان وهي مختصة نفسية بالمصلحة.

2.3 الحدود الزمانية:

امتدت حدود الدراسة وتطبيق أدواتها في الفترة من 2026/01/17 الى 2026/05/15.

4. أدوات الدراسة:

1.4 مقياس قلق الموت للدكتورة سميرة عمامرة سنة 2017:

1.1.4 إجراءات إعداد مقياس قلق الموت:

لبناء مقياس قلق الموت قامت الباحثة بمراجعة ما أمكن الحصول عليه من دراسات ونظريات، والإطلاع على عدد من المقاييس الخاصة والمتعلقة بقلق الموت الاجنبية والعربية مقياس قلق الموت لتمبلر (Death Anxiety Scale (DAS , Templer,1967مقياس

كوليت_ليستر "للخوف من الموت" Collett_Lester Fear of Death 1969(FODS)Scale، ومقياس للاتجاه نحو الموت "ليستر "عام 1974 The Lester Attitude Toward Death Scale "ومقياس الانشغال بالموت "ديكستاين1972 Concern Scale Dickstein "، ومقياس متعدد الأبعاد لمخوف من الموت" هولتر Multidimensional Fear of Death Scale(MFODS) Hoelter1979 واستخبار قلق الموت " كونت 1982 Death Anxiety " Questionnaire (DAQ) Conte، مقياس قلق الموت أحمد عبد الخالق1987 ، ومقياس قلق الموت بشير معمرية 2007 ، مقياس قلق الموت مأمون محمود وادي غوانمه 2003 مقياس قلق الموت ليلي شافع عبد العزيز الكايد 1995 ، ومقياس قلق الموت لمحمد جبر ياسين2011. وقد لاحظت الباحثة أن أغاب هذه المقاييس مصممة لغير المرضى، أي للأشخاص العاديين وأرادت إعداد مقياس خاص بقلق الموت لدى المرضى المزمنين، إذ تمّ أخذ بعض الأفكار والبنود المتعلقة بموضوع الدراسة من هذه المقاييس وتعديلها.

2.1.4 وصف المقياس وطريقة تصحيحه:

يتكون المقياس من 36 بندا واشتمل على ثلاث أبعاد هي:

البعد الأول: الأفكار المختلطة عن الموت: وهو أن يبدو المريض قلقا أو متوترا وإما مطمئنا نتيجة التفكير في الموت بسبب إصابته بمرض مزمن وتكرار هذه الأفكار وسيطرتها.

وهي الفقرات التالية: 1 4 7 10 13 16 19 22 25 28 31 33 35

البعد الثاني: الانشغال بالآلام الجسدية والنفسية: هو شعور المريض المريح أو غير المريض تجاه المرض، وما يولده من مضاعفات.

وهي الفقرات التالية: 2 5 8 11 14 17 20 23 26 29 32 34 36

البعد الثالث: التوقعات المرتبطة ما بعد الموت: وهي مجمل الأفكار التي تراود المريض حول الحياة ما بعد الموت، فإذا كانت هذه الأفكار ايجابية فإن المريض يكون مرتاحا مطمئن النفس، أما إذا كانت الأفكار سلبية فإن المريض يسيطر عليه القلق والخوف.

وهي الفقرات التالية: 3 69 12 15 18 21 24 27 30

مفتاح التصحيح:

البنود الإيجابية تصحح كالآتي:

- لا: 1
- قليلا: 2
- متوسطا: 3
- كثيرا: 4

أما البنود السلبية تصحح عكس البنود الإيجابية كالآتي:

- لا: 4
- قليلا: 3
- متوسطا: 2
- كثيرا: 1

3.1.4 الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الموت:

للتحقق من صلاحية المقياس لقياس ما وضع لقياسه تم اللجوء إلى إيجاد صدقه وثباته للوصول إلى الوثوق بصحة النتائج والبيانات التي يتم جمعها بهذه الأداة وذلك من

خلال تطبيق الأداة على عينة الدراسة الاستطلاعية والتي تكونت من 86 مريضا مصاب بمرض مزمن.

أ-**الصدق:** تمّ حساب بطريقة

صدق الاتساق الداخلي: حيث استخدمت الباحثة صدق الاتساق الداخلي وذلك بحساب الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكمية للبعد.

جدول رقم(06) يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكمية لمقياس قلق الموت

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.495**	0.0001	19	0.530**	0.0001
2	0.628**	0.0001	20	0.487**	0.0001
3	0.589**	0.0001	21	-0.645**	0.026
4	0.486**	0.0001	22	0.241*	0.026
5	0.875**	0.0001	23	0.504**	0.0001
6	0.297*	0.006	24	-0.220*	0.042
7	0.954**	0.0001	25	0.785**	0.0001
8	0.233*	0.03	26	0.492**	0.0001
9	0.863**	0.0001	27	0.212*	0.05
10	0.764**	0.0001	28	0.569**	0.0001
11	0.765**	0.0001	29	0.598*	0.0001
12	0.844**	0.0001	30	0.222*	0.050
13	0.844**	0.0001	31	0.709**	0.0001
14	0.673**	0.0001	32	0.662**	0.001
15	0.708**	0.0001	33	0.619**	0.0001
16	0.572**	0.0001	34	0.560**	0.0001
17	0.339*	0.001	35	0.604**	0.0001
18	0.489**	0.0001	36	0.403**	0.0001

**دال عند 0.01 * دال عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (06) أن جميع العبارات دالة عند مستوى (0.01) أو (0.05)، تراوحت معاملاتها ما بين (0.22، 0.95) وهذا يعطي دلالة على متوسط معاملات الاتساق الداخلي، وتعتبر بنوده صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (07) يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكمية لمبعد الذي ينتمي إليه لمقياس قلق الموت

البعد	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعد	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
ا الإفكار المختلطة عن الموت	1	**0.584	0.001	بعد التوقعات المرتبطة عن الموت	17	**0.522	0.0001
	4	**0.540	0.0001		20	**0.728	0.0001
	7	**0.917	0.0001		23	**0.739	0.0001
	10	*0.288	0.042		26	**0.709	0.0001
	13	**0.863	0.0001		29	**0.391	0.0001
	16	**0.639	0.0001		32	**0.779	0.001
	19	**0.633	0.0001		34	**0.723	0.0001
	22	**0.357	0.001		36	*0.242	0.025
	25	**0.457	0.001		3	**0.512	0.0001
	28	**0.648	0.001		6	**0.424	0.0001
	31	**0.817	0.0001		9	**0.791	0.0001
	33	**0.727	0.0001		12	**0.743	0.0001
	35	**0.601	0.0001		15	**0.793	0.0001
الانشغال بالألام الجسدية والنفسية	2	**0.617	0.0001		18	**0.737	0.0001
	5	**0.905	0.0001		21	**-0.588	0.0001
	8	**0.548	0.001		24	**-0.559	0.001
	11	**0.786	0.0001		27	**0.441	0.0001
	14	**0.728	0.0001		30	**0.348	0.001

**دال عند* 0.01 * دال عند0.05

يتضح من الجدول (07) أن جميع العبارات دالة عند مستوى (0.01)، أو (0.05) وتراوحت معاملات بعد الافكار المختلطة عن الموت ما بين (0.28، 0.86) وبعد الانشغال بالآلام الجسدية والنفسية ما بين (0.24، 0.90)، وبعد التوقعات المرتبطة عن الموت ما بين (0.34، 0.79). وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، وتعتبر بنوده صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (08) يوضح معامل ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكمية لمقياس قلق الموت

البعد	الارتباط معامل	الدلالة مستوى
الموت عن المختلطة الافكار	** 0.947	0.0001
والنفسية الجسدية بالآلام الانشغال	**0.910	0.0001
التوقعات المرتبطة ما بعد الموت	**0.824	0.0001

** دال عند0.01

يتضح من خلال الجدول رقم (08) أن جميع الأبعاد دالة عند مستوى 0.01 وتراوحت معاملاتها ما بين (0.82، 0.94)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، وتعتبر بنوده صادقة لما وضعت لقياسه.

ويستخلص من الجداول (06)، (07)، (08) أن معاملات الاتساق الداخلي تشير إلى مؤشرات صدق مرتفعة وكافية يمكن الوثوق بها.

صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي)

تمّ حساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الأرباعي الأعلى، ومتوسطات مجموعة الأرباعي الأدنى، باستخدام اختبار(ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

جدول رقم (09) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق الموت وأبعاده

المقياس وأبعاده	مرتفعو الدرجات =43ن		منخفضو الدرجات =43ن		درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الافكار المختلطة عن الموت	26.28	4.88	17.74	0.97	84	**11.23	0.0001
الانشغال بالألآم الجسدية والنفسية	28.53	6.24	17.81	2.93		**10.19	0.0001
التوقعات المرتبطة ما بعد الموت	23.72	3.86	16.95	1.15		**11.00	0.0001
الدرجة الكمية	76.86	14.09	54.19	4.9		**9.96	0.0001

**دال عند0.01

يتضح من الجدول رقم (09) أن قيم (ت) كلها دالة إحصائيا عند مستوى (0.01) حيث بلغت قيمة ت (11.23، 10.19، 11.00، 9.96) وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على جميع أبعاد مقياس قلق الموت، والدرجة الكمية للمقياس وهذا يعني أن المقياس صادق.

ب-الثبات: تمّ حساب معامل ثبات مقياس قلق الموت بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، والجدول رقم (10) يبين ذلك.

جدول رقم (10) يوضح معامل ألفا كرونباخ وتصحيح الطول بمعادلة جتمان لمقياس قلق الموت

المقياس	العينة	الفا كرونباخ	معامل جتمان
الدرجة الكلية	86	0.88	0.73

يتضح من الجدول رقم (10) قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ للدرجة الكلية كانت (0.08) وبعد التصحيح للطول بمعادلة جتمان تراوحت الدرجة الكلية فكانت (0.73) وهي قيم مرتفعة تدل على درجة ثبات المقياس. (عمامرة، 2017، ص 117-124)

2.4 البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي: من إعداد الطالبتين

1.2.4 تقديم البرنامج:

يستند البرنامج الحالي للدراسة على النموذج المعرفي الذي قدمه أرون بك ضمن إطار العلاج المعرفي السلوكي الذي يفترض أن قلق الموت لدى مريض السرطان الذي تكرر عنده المرض يكون ناتج عن تشوهات معرفية وأفكار كارثية، حيث يؤكد على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات. ويُعد البرنامج تدخلًا نفسيًا وتعليميًا وتدريبيًا قصير المدى يتضمن جلسات منظمة لتحقيق أهداف معينة.

وهذا النوع من التدخلات العلاجية بمختلف فنياته يهدف إلى تحديد الأفكار التلقائية السلبية المرتبطة بالموت والمساعدة على تعديلها بأفكار أكثر واقعية وتكيفًا ما يؤدي إلى خفض مستوى القلق وتحسين التكيف النفسي لدى مريض السرطان خاصة في حالات تكرار المرض. (الزغليل، 2005، ص. 164).

2.2.4 عنوان البرنامج:

برنامج علاجي معرفي سلوكي مُعدّ للخفض من حدة قلق الموت لدى مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض.

3.2.4 مفهوم البرنامج:

يعرَف البرنامج المقترح للدراسة بأنه مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة التي تسير وفق تسلسل منطقي، وتستند إلى فنيات العلاج المعرفي السلوكي وفق نموذج بيك الذي يركز أساسًا على أهمية الاعتقادات والتفكير في تحديد السلوك المضطرب لدى الفرد، كما يركز على فهم الاعتقادات المشوهة ويستخدم فنيات معرفية لتغيير أساليب التفكير غير السوي لدى المريض، وفي العملية العلاجية يكون الاهتمام منصبا على الأفكار التلقائية التي يكون المريض غير واعي بها، وعلى أنماط التفكير السلبي لديه.

وقد وضح فان أوبن Fan Ouben 1985 أن النموذج الذي قدمه أرون بيك في العلاج النفسي من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأكثره شيوعا، ويعتبر منهجا معرفيًا، في الوقت الذي يركز فيه على معارف ومعتقدات الفرد في الهنا والآن والتي تعتبر سببا في الاضطراب النفسي فإنه يستعين أيضا بالتقنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته، وعن العالم والمستقبل. (بن شيخ، 2019، ص 42)

والبرنامج عبارة على عمل جماعي تنسيقي بين المعالج المعرفي السلوكي الكفء والطبيب النفسي، موجَّه إلى مرضى السرطان الذين تزيد درجة قلق الموت لديهم عن المتوسط، حيث يركز على ما يحملونه من معتقدات ازاء نظرتهم لذواتهم وللمحيط من حولهم وسلوكاتهم وعاداتهم وعلاقاتهم وللمستقبل ككل ولمرض السرطان خاصة وللموت بصفة أدق وأعمق. (بوسبسي، 2018، ص57)

4.2.4. الحاجة إلى البرنامج:

- أظهرت العديد من الدراسات إصابة مرضى السرطان بقلق الموت، وأن هذا القلق والخوف من الموت يؤثران على مسار المرض والعلاج، حيث يؤديان إلى تطور المرض وضعف فعالية العلاج.
- أظهرت كذلك العديد من الدراسات أن العلاج الناجح يرتبط بالتفكير العقلاني والمنطقي للتخفيف من قلق الموت قدر الإمكان.
- في ظل عدم توفر البرامج النفسية الموجهة لمرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض لمواجهة قلق الموت لديهم أو خفضه، فإن الحاجة تدعو إلى إعداد هذا البرنامج لسد النقص الموجود في حدود علم الطالبتان.

5.2.4. أهمية البرنامج:

يعالج البرنامج المستخدم ظاهرة قلق الموت لدى مرضى السرطان، حيث تتجلى أهميته في مدى تأثير مرض السرطان على الحالة النفسية للمريض الذي تكرر عنده المرض، وظهور اضطرابات نفسية وسلوكية لدى عينة الدراسة، ومن أهم هذه الاضطرابات النفسية قلق الموت. لذا يُعتبر هذا البرنامج نموذجًا إرشاديًا وعلاجيًا يمكن أن يساعد المريض على انتهاج أسلوب علمي وعملي لتعديل أفكاره السلبية والخاطئة واللامنطقية حول هذا المرض، واستبدالها بنظرة أكثر أملًا، مع التخفيف من حدة القلق لديه.

كما يساعد هذا البرنامج في التعرف على طبيعة القلق، وبالأخص قلق الموت ومظاهره وأسبابه ومصادره، وذلك لأنه يقدم خدمات إرشادية متميزة لعينة من مرضى السرطان ويعمل على التخفيف من قلق الموت لديهم.

6.2.4. مراحل تطبيق البرنامج العلاجي

يتمثل البرنامج العلاجي في مراحل تلخصت في مايلي:

المرحلة الأولى: وفيها يتم التعارف والتمهيد وتبادل المعلومات الشخصية بين الباحث والمريض، مع تقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه، وتم ذلك في الجلستين الأولى والثانية.

المرحلة الثانية: وتسمى بالمرحلة المعرفية والتي تهدف إلى تقديم خطة للتغلب على اضطراب قلق الموت من خلال عرض المفاهيم النظرية والمهارات المعرفية اللازمة للتحكم في قلق الموت.

المرحلة الثالثة: وهي المرحلة السلوكية، وتهدف إلى تقديم تلك الإجراءات والتدرب على ممارستها بعد تقديم مفهومها النظري، وذلك من خلال الجلسات.

المرحلة الرابعة: وهي المرحلة الأخيرة وفيها تلخص الأهداف البرنامج ويهيئ المرضى لإنهاء البرنامج العلاجي.(بوسبسي، 2018، ص 59)

7.2.4 أسس البرنامج العلاجي:

يتأسِّس البرنامج العلاجي وفق مجموعة أسس مهمة تتمثل في:

الأسس العامة: هذه الأسس العامة تشمل مراعاة مرونة السلوك الإنساني، وحق المريض في القبول دون قيد أو شرط وحقه أيضا في العلاج النفسي. كما راعى الباحث الأسس المهمة التي يقوم عليها العلاج المعرفي السلوكي المتمثلة في قابلية السلوك للتعديل والتغير والتدريب وكذلك ضرورة الاستمرار في جلسات العلاج النفسي.

الأسس النفسية: استمد هذا البرنامج أصوله النفسية من النظرية المعرفية السلوكية وفق نموذج بيك المعرفي مع مراعاة طبيعة الإنسان وأخلاقيات العلاج النفسي، وكذلك من سرية المعلومات.

الأسس الاجتماعية: وتشمل هذه الأسس الاهتمام بالفرد بوصفه كائنًا اجتماعيًا يتأثر ويؤثر في البيئة التي يعيش فيها، وأن الضغوط الاجتماعية لها أثر في شخصية الفرد. وقد استُخدم أسلوب العلاج المعرفي السلوكي لأن هذا الأسلوب ذو فاعلية في علاج الاضطرابات النفسية وبخاصة قلق الموت. (بوسبسي، 2018، ص 60)

الأسس الفيزيولوجية والعصبية: حيث يتم توظيف عدد من الفنيات التي تراعي هذه الأسس التي تساعد الجسم على الوصول إلى حالة الاسترخاء الكامل، ويأخذ في الاعتبار الحالة النفسية والعصبية مع الحرص على تحقيق أهداف البرنامج بشكل يتوافق مع الاحتياجات النفسية للحالات. (طليبة، 2025، ص57)

8.2.4 المكونات الأساسية للبرنامج العلاجي المعرفي:

يتكون البرنامج العلاجي من جلسات حيث يتسم عادة المسار النموذجي للحصة العلاجية بما يلي:

- وضع خطة للجلسة العلاجية تتجلى في تحديد موضوع العمل، أي هل هناك نقاط يريد المعالج أو العميل أن تكون محور اشتغال للجلسة اليومية.
- جمع معطيات الأسبوع، أي ماذا لاحظ العميل، أو ماذا استطاع القيام به مما اتفق عليه مع المعالج في الجلسة السابقة.
- تفسيرات محتملة للمعالج حول اضطرابات العميل، أو حول التقنيات المستخدمة خلال الجلسة.
- تحديد أهداف الجلسة اليومية.
- العمل على الأهداف المختارة وتنفيذها.
- لتخطيط للتدريبات التي يجب على العميل تطبيقها والقيام بها طيلة الأسبوع إلى غاية للجلسة الموالية.

- رجع الصدى المتبادل حول الجلسة العلاجية بين المعالج والعميل (بن شيخ، 2016)

وتتلخص مكونات برنامج الدراسة في:

- تقديم معلومات حول اضطراب قلق الموت مما يساعد المرضى على فهم العمليات التي تكمن وراء الشعور بالضغط النفسي أو القلق والتوتر. فغالبًا لا يدرك مريض السرطان أن لهه دورًا في تعقيد مشكلاته، وبمجرد إدراك هذا الدور يبدأ في التغير نحو الإيجابية، كما أن معرفة ما يحدث له تخفف من إحساسه بالقلق والخوف من الموت.
- تعليم مرضى السرطان مهارات مواجهة قلق الموت، بحيث يتم تدريبهم على بعض المهارات اللازمة للتحكم في اضطراب القلق ومحاولة خفض القلق من الموت.
- وضع بعض المهام السلوكية المنزلية، حيث يتم تحديد الالتزامات في مرحلة مبكرة، مع تقديم التدريب والتوجيه للمريض حيث تكون مسؤولة عن تطبيق تلك المعلومات، بالإضافة إلى ممارسة مهارات تساعده ذاتيًا.

9.2.4 أهداف البرنامج العلاجي:

- مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي كمساعدة في تعديل الأفكار والخفض من حدة قلق الموت لدى مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض.
- تدريب المرضى على فهم العلاقة بين الأفكار والمشاعر.
- تدريب المرضى على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيلات السلبية وإخراجها من حيز التفكير.
- تزويد المرضى بمهارات الاسترخاء.
- مساعدة المرضى في تعديل اتجاهاتهم السلبية من خلال إعادة البناء المعرفي ببدائل للأفكار الإيجابية محل الأفكار السلبية.

- إلزام المرضى بالقيام بكل ما تم تعلمه كواجبات منزلية(بوسبسي، 2018، ص 61)

10.2.4 تقييم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

تم تقييم البرنامج أثناء تطبيقه من خلال المقارنة بين درجات أفراد العينة على مقياس قلق الموت قبل وبعد تطبيق البرنامج بالاضافة إلى بعض المؤشرات التي ساعدت وساندت نتائج الاختبار الكمي والكيفي والمتمثلة في:

- سؤال عينة البحث في نهاية كل جلسة عن مدى استفادتها من الجلسة وتقييمها لها وكانت الإجابات في معظمها تشير إلى أن هناك استفادة قد تحققت لها في الأغلب مثال على ذلك: هل مازلتي تتجنبين الحديث عن الموت أو المرض؟ كم مرة أصبحتي تشعرين بخفقان قلب أو ضيق تنفس عند التفكير في الموت الأن مقابل السابق؟ ماهي أكثر فكرة ايجابية تعلمتها واستبدلت بها فكرة الموت؟ هل ممارسة الانشطة التي كنتي تتجنبينها أصبح اسهل (زيارة مقبرة أو مريض مثلا) فتجيب بـ أصبحت أرى الموت جزءا طبيعيا من رحلة الحياة...

- تصحيح الواجب المنزلي حيث ظهر تقدم أفراد العينة مع تقدم الجلسات حيث كن ينجزن واجباتهم المنزلية بشكل منتظم وصحيح، والاستفادة منها كانت جد واضحة.

4.5.11. الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

فنية التفكير يولد المشاعر: تُعد فنية التفكير يولد المشاعر من الفنيات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي لأنها تقوم على توضيح العلاقة المباشرة بين طريقة تفكير الفرد في الموقف وبين ما يشعر به من قلق أو خوف أو حزن، فالموقف في حد ذاته لا ينتج الانفعال دائمًا، بل إن تفسير المريضة للموقف هو الذي يحدد طبيعة الشعور وشدته. لذلك تُستخدم هذه الفنية مع مريضات السرطان عند تكرار المرض لمساعدتهن على إدراك أن أفكارًا مثل "تكرار المرض يعني أنني سأموت قريبًا " قد تولّد مشاعر شديدة من الخوف وقلق الموت،

بينما يمكن تعديل هذه الفكرة إلى صيغة أكثر واقعية أن يخفف من حدة الانفعال، ويؤكد هذا التصور ما ورد في الأدبيات العربية حول العلاج المعرفي السلوكي، حيث جاء أن المتعالج من خلال ملاحظة أفكاره ومشاعره "يكتشف العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك باعتبارها علاقة تفاعلية"، كما تذكر المبادئ العلاجية أن هذا العلاج "يستخدم سلسلة من التقنيات التي تعدل التفكير والمزاج والسلوك". ومن ثم، فإن تطبيق هذه الفنية داخل البرنامج يساعد الحالة على الربط بين الفكرة التلقائية والانفعال الناتج عنها، ثم تدريبها على تسجيل الفكرة، ومراجعة مدى واقعيتها، واستبدالها بفكرة أكثر توازنًا من خلال واجب منزلي يعتمد على سجل الأفكار. (ركبية، 2022، ص 30)

فنية السهم المنحدر: تعد فنية السهم المنحدر من الفنيات المعرفية المهمة في العلاج المعرفي السلوكي، وتُستخدم للكشف عن المعاني العميقة والمعتقدات الأساسية الكامنة خلف الأفكار التلقائية السلبية، خاصة عندما تكون هذه الأفكار مرتبطة بالخوف من المرض أو الموت. وتقوم هذه الفنية على انتقال المعالج من الفكرة السطحية التي تعبّر عنها الحالة إلى المعنى الشخصي الأعمق، وذلك من خلال طرح أسئلة متتابعة مثل: "إذا كان ذلك صحيحًا، فماذا يعني ذلك بالنسبة لك؟"، إلى أن تصل الحالة إلى الاعتقاد المركزي الذي يغذي قلقها. وقد ورد في أحد المراجع العربية أن السهم المنحدر: "يتضمن تحديد الموقف المشكل بطريقة يوجه فيها المعالج للمريض بعد الحديث عن مشكلته وهو: نفرض أن ذلك حقيقي فعلا، فماذا يعني ذلك بالنسبة لك؟ والهدف من توجيه هذه الأسئلة هو أنها تعمل كمجسات للمعنى الشخصي إلى غاية الوصول للاستنتاج المثمر للعلاج". وبناءً على ذلك، يمكن توظيف هذه الفنية مع مريضات السرطان عند تكرار المرض من خلال الانطلاق من فكرة مثل: "عودة المرض تعني أنني سأموت"، ثم متابعة الأسئلة حتى يتم الكشف عن الاعتقاد العميق المرتبط بالعجز أو فقدان الأمان أو الخوف من النهاية، مما يسمح لاحقًا بإعادة بناء هذا الاعتقاد بطريقة أكثر واقعية وتكيفًا. (بن شيخ، 2019، ص 55)

الأعمدة الثلاثة: تعتبر فنية الأعمدة الثلاثة من الفنيات التطبيقية المهمة في العلاج المعرفي السلوكي، وهي صورة مبسطة من سجل الأفكار، تساعد الحالة على تنظيم خبرتها النفسية من خلال تقسيمها إلى ثلاثة عناصر أساسية الموقف، الشعور، والفكرة التلقائية.

وتفيد هذه الفنية في تدريب مرضى السرطان عند تكرار المرض على ملاحظة العلاقة بين الحدث المثير للقلق، مثل سماع خبر طبي أو انتظار نتيجة فحص، وبين الشعور الناتج عنه، كخوف شديد أو توتر أو حزن، ثم تحديد الفكرة السلبية المصاحبة لذلك، مثل: "تكرار المرض يعني النهاية". وقد ورد في أحد المراجع العربية أن «الأعمدة الثلاثة الأولى من سجل الأفكار» تُفصّل الموقف والشعور والأفكار، وتُستخدم لاحقًا لإعادة تقييم الأفكار، وهذا يوضح أن هذه الفنية لا تهدف فقط إلى تسجيل ما تفكر به الحالة، بل إلى تمهيدها لفهم أن الانفعال لا ينتج عن الموقف مباشرة، بل عن تفسيرها لذلك الموقف. كما تشير حزمة أوراق عمل العلاج المعرفي السلوكي المترجمة عن جوديث بيك إلى أن سجلات الأفكار تقدم للعميل تنسيقًا منظمًا لمراقبة أفكاره وعواطفه وتقييم تفكيره والاستجابة بطريقة أكثر تكيفًا. وبذلك يمكن توظيف الأعمدة الثلاثة داخل البرنامج العلاجي كواجب منزلي بعد الجلسة، حيث تُطلب من المريضة كتابة الموقف الذي أثار قلق الموت، الشعور المصاحب له، والفكرة السلبية التي دارت في ذهنها، ثم تُناقش هذه الكتابات في الجلسة الموالية تمهيدًا لتعديل الأفكار غير الواقعية واستبدالها بأفكار أكثر توازنًا. (بيك، 2000، ص 66)

تحديد الأفكار التلقائية: تعد فنية تحديد الأفكار السلبية من الفنيات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي لأنها تمثل الخطوة الأولى قبل تعديل التفكير أو إعادة بنائه، إذ لا يمكن مساعدة الحالة على تخفيف قلقها ما لم تتعرف أولًا على الأفكار التلقائية غير المفيدة التي تظهر عند مواجهة المواقف المقلقة. وفي سياق هذه الدراسة تُستخدم هذه الفنية مع مريضات السرطان عند تكرار المرض لمساعدتهن على اكتشاف الأفكار التي تغذي قلق الموت مثل: "عودة المرض تعني النهاية"، أو "لن أستطيع المقاومة مرة أخرى"، أو "الموت قريب".

وتوضح حزمة أوراق عمل العلاج المعرفي السلوكي أن تفسير الموقف وليس الموقف نفسه هو الذي يؤثر في عاطفة الفرد وسلوكه واستجابته الجسدية، لذلك يجب أن يتعلم العملاء أولًا التعرف على أفكارهم من خلال سؤال أساسي هو: "ما الذي كان يدور في ذهني للتو؟" كما تذكر الورقة أن مجرد اعتقاد الشخص بشيء لا يعني بالضرورة أنه صحيح، وأن تغيير الأفكار غير الدقيقة يساعد غالبًا على التحسن. (بيك، 2000 ص 30-31)

كما تشير بعض الدراسات إلى أن من الاستراتيجيات التشخيصية في هذا العلاج: المراقبة الذاتية، وتحديد الأفكار الأوتوماتيكية، وتحديد التشوهات المعرفية، وأن إعادة البناء المعرفي تقوم على تحديد الأخطاء المعرفية في تفسير موقف معين وإيجاد بدائل أكثر واقعية وعقلانية. وبذلك تُوظف هذه الفنية داخل البرنامج من خلال تدريب المريضات على مراقبة المواقف التي يرتفع فيها قلق الموت وتسجيل الفكرة السلبية المصاحبة لها، ثم مناقشتها داخل الجلسة تمهيدًا لتعديلها لاحقًا باستخدام سجل الأفكار أو الأعمدة الثلاثة. (بومجان، 2019، ص 41-45)

النموذج المعرفي: إن النموذج المعرفي من الأسس المركزية في العلاج المعرفي السلوكي، إذ يقوم على أن انفعال الفرد وسلوكه لا يتحددان بالموقف في حد ذاته، بل بالطريقة التي يفسر بها ذلك الموقف، ولذلك فإن مريضة السرطان عند تكرار المرض قد لا يتولد لديها قلق الموت من الخبر الطبي فقط، وإنما من الفكرة التلقائية المصاحبة له، مثل "عودة المرض تعني أنني سأموت قريبًا". وتوضح جوديث بيك في حزمة أوراق عمل العلاج المعرفي السلوكي أن النموذج المعرفي يقترح أن "تفسير الموقف، بدلًا من الموقف نفسه، الذي يتم التعبير عنه في الأفكار أو الصور التلقائية، يؤثر على عاطفة الفرد وسلوكه واستجابته الفسيولوجية"، كما تؤكد أن سؤال "ما الذي كان يدور في ذهني للتو؟" يساعد العميل على تحديد أفكاره التلقائية. وانطلاقًا من ذلك، يُستعمل سجل الأفكار كأداة عملية داخل البرنامج العلاجي، حيث يتيح للحالة تسجيل الموقف المثير لقلق الموت، والفكرة

السلبية المصاحبة له، والانفعال الناتج عنها، ثم تقييم مدى صحة هذه الفكرة واستبدالها بفكرة أكثر واقعية وتكيفًا. وتذكر بيك أيضًا أن سجلات الأفكار "توفر تنسيقًا منظمًا للعملاء لمراقبة أفكارهم وعواطفهم وتقييم تفكيرهم والاستجابة بطريقة تكيفية"، لذلك يمكن اعتماد هذه الفنية كواجب منزلي بين الجلسات، بحيث تُطلب من المريضة كتابة المواقف التي يرتفع فيها قلق الموت، وتحديد الفكرة والانفعال، ثم مناقشة السجل في الجلسة الموالية بهدف تعديل الأفكار غير الدقيقة وتخفيف حدة القلق. (بيك، 2000 ص 33)

الحوار السقراطي: وهو أسلوب يتطلب مهارات كبيرة من المعالج فلابد أن يكون يقظا ومتنبها لكي يكون قادرا على طرح سلسلة من الأسئلة المناسبة، فهذه الأسئلة سوف تجعل العميل يعيد بناء الموقف في عقله ويعرف ما كان يحدث بالفعل، وهذا الأسلوب أيضا يشكل نموذجا للعميل ويساعده في اكتساب مهارات مراقبة أفكاره، يستطيع العميل التعرف على أفكاره التلقائية. (بن شيخ، 2019، ص 58)

فنية تعديل الحوار الذاتي: تتمثل هذه التقنية في حوار يجريه الشخص مع نفسه، بهدف توجيهه إلى ما عليه القيام به والتركيز عليه. وهذا النوع من الحوارت العقلية يكسب الفرد القدرة على تفحص أداءاته وتحديد بعض المعلومات والبيانات عن كفاءة عمل هذه الأداءات، كما أن هناك نوع من أنواع التواصل الداخلي والحوارت الهدامة تمثل عمليات الاتصال الداخلي ذات النغمة السلبية، حيث يركز فيها الفرد على الأحداث الحرجة والجوانب الضعيفة والتي يواجه بها نفسه على المستوى العقلي، فيقوم بالتقليل من تدعيم الإيجابية لذاته. لهذا يتمثل دور المعالج في تدريب الأفراد على تغيير حديثهم مع أنفسهم وما يحويه من إنطباعات وتوقعات سلبية إلى حديث إيجابي وآمل. (حدان، 2024، ص166)

المحاضرة المبسطة: ويتم من خلالها تقديم معلومات للحالة عن ماهية قلق الموت، وأثناء البرنامج يقوم الباحث بشرح المفاهيم والمصطلحات الجديدة وبعض التقنيات العلاجية بواسطة المحاضرة المبسطة والمختصرة، والتي تدخل ضمن تثقيف وتعليم الحالة.

تقنية المناقشة والحوار: وهي تقنية معرفية يعالج بها العميل من خلال التبادل والحوار مع المعالج بطريقة ناقدة ومرنة وتعتمد على التعبير الحر وتحديد وتعديل الأفكار والاتجاهات غير المكيفة، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في قيام الباحث بدور القائد والمسير للحوار فيلقي المحاضرة ويدير النقاش.

تقنية الاسترخاء :وتقوم هذه التقنية على مسلمة مفادها أن الاسترخاء يعمل كاستجابة مضادة للقلق، فالشخص لا يمكن أن يكون مسترخيا وقلقا في نفس الوقت فالنقيضان لا يجتمعان بمعنى أن استجابة الاسترخاء تعمل على منع ظهور استجابة القلق.

حل المشكلات: إن أسلوب حل المشكلات منهج يعتمد في تناوله للسلوك على مسلمة رئيسة مفادها أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم وتفاعلات العالم والآخرين به واستجاباتهم له، ويتطلب هذا الأسلوب توجيه المريض بطريقة بناءة وتعليمه استراتيجيات فعالة تمكنه من إحتواء مشكلته الحالية، وإمكانية التغلب على مشاكله في المستقبل. كما يهدف أسلوب حل المشكلة إلى مساعدة المريض على التعرف على المشاكل التي تسببت في الشعور بالأزمة، ومساعدة المريض على تنمية القدرات التي يمتلكها للتغلب على المشكلات، كما يتعلم طريقة منظمة وأسلوب منظم للتغلب على المشكلة الحالية، وتنمية إحساسه بقدرته على التغلب على مشكلته، مع تزويده بطرق تساعده على ذلك في مستقبلا. (حدان، 2024، ص 166)

وقف الأفكار: حيث إن المريض يقوم بإيقاف تيار من الافكار بواسطة منبه مفاجئ سواء كان هذا المنبه حقيقي أم خيالي، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا

التيار من الأفكار مرة أخرى وذلك بما يتم توجيه المريض بشكل متكرر، كما أن المريض يستطيع أن يتعلم استخدام منبه أكثر مرونة، مثل تخيل النداء بصوت عالي قائلا توقف. (بن شيخ، 2019، ص 56)

التدريب على المهارات الاجتماعية: وتعتمد على شبكة العلاقات الاجتماعية التي توفر الدعم المستمر للفرد، سواء كان ذلك أثناء تعرضه لضغوط أو قلق أو توتر أو من خلال إدراكه أن هناك من سيدعمه في حالة احتياجه، هذه المساندة تساهم في تعزيز شعور الفرد بالطمأنينة والثقة بالنفس، وتمنحه الإحساس بالتقدير والاحترام من البيئة المحيطة به، مما يساعده على مواجهة التحديات وحل مشكلاته بفعالية.

يمكن كذلك للمعالج المعرفي استخدام تقنيات سلوكية اخرى من مثل" جدولة النشاط" " التدريب على المهارات "وغيرها في ممارسة العلاج النفسي حيث يستخدم الكثير من هذه التقنيات في اوقات مختلفة في العملية العلاجية من أجل إحداث تغيير في المعرفيات والمشاعر والسلوك. (بن شيخ، 2019، ص 57)

12.5.4. العرض التفصيلي للبرنامج:

يتضمن برنامج الدراسة العلاجي المعرفي السلوكي مجموعة من الفنيات والاستراتيجيات العلاجية المنظمة تهدف إلى خفض مستوى قلق الموت لدى مريضات سرطان تكرر عندهن المرض. وقد صُمم البرنامج في شكل جلسات علاجية متتابعة تراعي طبيعة الحالات واحتياجاتهن النفسية، يتم عرضها كالتالي:

الجلسة الأولى: الزمن (60 دقيقة)

تهدف هذه الجلسة إلى بناء علاقة علاجية إيجابية قائمة على الثقة والتقبل بين الباحثة والمريضة، وتهيئتها للمشاركة في الدراسة لفهم طبيعة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

وأهدافه. كما تهدف إلى توضيح دور كل طرف داخل الجلسات، والاتفاق على مواعيد اللقاءات العلاجية، مع التأكيد على أهمية الالتزام بالحضور وأداء الواجبات المنزلية. كما يتم خلال هذه الجلسة تطبيق مقياس قلق الموت كقياس قبلي قبل الشروع في تنفيذ البرنامج.

مضمون الجلسة: تستفتح الجلسة باستقبال المريضة بطريقة مريحة وهادئة، من خلال التحية والابتسامة وإظهار التقبل، بهدف تخفيف التوتر الأولي وبناء جو علاجي آمن ويوضح للمريضة أن البرنامج العلاجي ليس مجرد لقاءات عادية، بل هو تدخل نفسي منظم يهدف إلى مساعدتها على التعامل مع قلق الموت المرتبط بتكرار المرض لديها.

يشرح للمريضة طبيعة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بصورة مبسطة، مع توضيح أن هذا النوع من العلاج يقوم على فهم العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات، وأن طريقة تفسير المريضة للمرض وتكراره قد تساهم في زيادة الخوف والقلق. كما يتم توضيح أن الهدف من البرنامج ليس إنكار المرض أو التقليل من معاناتها بل مساعدتها على فهم أفكارها السلبية والتعامل معها بطريقة أكثر واقعية وتكيفًا.

يطبق مقياس قلق الموت بعد ذلك كقياس قبلي بهدف معرفة مستوى قلق الموت لدى المريضة قبل بداية البرنامج العلاجي، كما تتيح فرصة لطرح الأسئلة أو التعبير عن انطباعها الأولي حول البرنامج، ثم تختم الجلسة بتشجيعها على الالتزام والمشاركة مع التأكيد على أن التغيير يتم تدريجيًا من خلال التعاون والاستمرارية.

بعد ذلك يتم الاتفاق على العقد العلاجي من خلال الاتفاق على قواعد العمل داخل الجلسات الالتزام بالحضور، احترام السرية، المشاركة الفعالة، التعبير بحرية عن المشاعر والأفكار وتنفيذ الواجبات المنزلية المطلوبة بين الجلسات. كما يتم الاتفاق على مواعيد الجلسات ومدة كل جلسة، بحيث تتراوح مدة الجلسة بين (60–90 دقيقة)، مع تحديد عدد اللقاءات وفق البرنامج العلاجي المعد للدراسة.

يوضح للمريضة أن الواجبات المنزلية تمثل جزءًا مهمًا من البرنامج، لأنها تساعد على تطبيق ما يتم تعلمه داخل الجلسة في الحياة اليومية. كما تبيّن أن هذه الواجبات قد تتضمن تسجيل بعض المواقف التي يزداد فيها قلق الموت، أو كتابة الأفكار التي تراود الحالة عند التفكير في المرض، أو ملاحظة العلاقة بين الفكرة والشعور والسلوك.

الفنيات المستخدمة في الجلسة: الحوار والمناقشة، المقابلة نصف الموجهة، القياس القبلي.

الجلسة الثانية: التثقيف النفسي حول قلق الموت والنموذج المعرفي (60 دقيقة)

تهدف الجلسة إلى مساعدة المريضة فهم قلق الموت في سياقه العلمي وعلاقته بالأفكار والمشاعر والسلوكيات وأن القلق لا ينتج عن المرض أو تكراره فقط بل عن طريقة تفسيره من طرفها. كما تهدف إلى تعريف المريضة بالنموذج المعرفي الذي يربط بين الموقف، الفكرة، الشعور، السلوك، والاستجابة الجسدية.

مضمون الجلسة: تبدأ الباحثة بمراجعة مختصرة للواجب المنزلي السابق، من خلال مناقشة المواقف أو الأفكار التي سجلتها الحالة والتي أثارت لديها قلق الموت. بعد ذلك تقدم الباحثة شرحًا مبسطًا لمفهوم قلق الموت، باعتباره حالة من الخوف والتوتر والانشغال بفكرة الموت، وقد تزداد حدته لدى مريضات السرطان عند تكرار المرض بسبب ارتباط التكرار بالخوف من تدهور الحالة الصحية أو فقدان الأمل.

شرح النموذج المعرفي ويوضح للمريضة أن الموقف الواحد قد يؤدي إلى مشاعر مختلفة حسب طريقة التفكير فيه، فمثلًا عند سماع خبر عودة المرض، قد تظهر فكرة "هذا يعني أنني سأموت قريبًا"، فتنتج عنها مشاعر خوف شديد، توتر، بكاء أو انسحاب. أما إذا تم تعديل الفكرة إلى "عودة المرض أمر صعب، لكنه لا يعني النهاية بالضرورة، ويمكنني متابعة العلاج"، فقد تخف شدة القلق.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة المبسطة، النموذج المعرفي، الحوار والمناقشة.

الواجب المنزلي: يطلب من المريضة تسجيل المواقف التي تثير قلق الموت خلال اليوم أو وقت ظهورها، مع كتابة الموقف، الفكرة التي خطرت في ذهنها، الشعور الناتج عنها، والسلوك الذي قامت به في سجل الأفكار الخاص بالجلسات.

الجلسة الثالثة: تحديد الأفكار التلقائية (السلبية) وتعديلها الزمن (60 دقيقة)

تهدف الجلسة إلى مساعدة المريضة على التعرف على الأفكار التلقائية المرتبطة بتكرار المرض والتي تزيد من قلق الموت، أي تلك الأفكار السلبية التي تظهر تلقائيًا عند مواجهة مواقف مرتبطة بالمرض، مثل نتائج الفحوصات، الألم، العلاج، أو الحديث عن المستقبل. كما تهدف إلى جعل المريضة تدرك أن هذه الأفكار ليست حقائق ثابتة، بل تفسيرات قابلة للمراجعة.

مضمون الجلسة: يراجع الواجب المنزلي وتناقش الصعوبات التي واجهت المريضة خلال مدة التدريب عليه، ثم الشروع في شرح التقنيات التي سيتم استخدامها أثناء الجلسة ومن ثم البدء في استخراج الأفكار التلقائية السلبية المتكررة. يتم التركيز على العبارات التي تعبّر عن الخوف من الموت أو فقدان السيطرة، مثل: "لن أشفى"، "المرض عاد وهذا يعني النهاية"، "لن أتحمل العلاج مرة أخرى"، "سأترك عائلتي وحدهم".

هنا يوضح للمريضة أن هذه الأفكار تظهر بسرعة وبشكل تلقائي، وقد تبدو مقنعة في لحظة القلق، لكنها تحتاج إلى فحص ومراجعة، ثم تدرب المريضة على سؤال نفسها عند ارتفاع القلق: "ما الفكرة التي مرت في ذهني الآن؟"، "ما الذي أخاف أن يحدث؟"، "ما معنى هذا الموقف بالنسبة لي؟"، ومن ثم تعديل تلك الأفكار المشوهة الناتجة عن الادراك المشوه والتفكير غير المنطقي من خلال استبدالها بأفكار ايجابية وأكثر منطقية.

الفنيات المستخدمة: تحديد الأفكار السلبية، الحوار السقراطي، سجل الأفكار.

الواجب المنزلي: يطلب من المريضة استعمال جدول بسيط لتسجيل الأفكار السلبية، يتضمن الموقف، الفكرة التلقائية، درجة تصديق الفكرة من 0 إلى 100، وشدة القلق من 0 إلى 100.

الجلسة الرابعة: العلاقة بين التفكير والمشاعر، الزمن (90 دقيقة)

تهدف الجلسة إلى مساعدة المريضة على فهم أن طريقة التفكير تؤثر في نوع المشاعر وشدتها وعلى أن إدراك المشاعر المؤلمة مثل الخوف والقلق والحزن، لا تنتج فقط عن المرض أو عن تكراره، بل ترتبط بدرجة كبيرة بالأفكار التي تحملها المريضة حول المرض والموت والمستقبل. كما تهدف إلى إدارة الانفعالات والسلوكيات المرتبطة بقلق الموت.

مضمون الجلسة: بداية يناقش الواجب المنزلي وتناقش الصعوبات التي واجهت المريضة خلال تأديته، ثم تشرح التقنيات التي ستستخدم إثناء الجلسة، مساعدة المريضة في التعرف على الانفعالات المصاحبة لقلق الموت مثل الخوف والحزن وأثرها على السلوك مثل الانسحاب التجنب أو التوقف عن العلاج ثم تختار المريضة موقفًا محددًا أثار لديها قلق الموت ويطلب منها تحديد الفكرة التي صاحبت الموقف ثم الشعور الناتج عنها. توضح افكارا "أنا في خطر دائم" تولد شعورًا بالخوف، بينما الفكرة: "أنا أمر بمرحلة صعبة وأحتاج إلى التعامل معها خطوة بخطوة" قد تولد شعورًا أقل حدة، موعد الفحص الطبي"، الفكرة "ستظهر نتائج سيئة"، الشعور "خوف وقلق شديد".

وبعدها تدرب المريضة على تنظيم افكارها ومشاعرها بطريقة واضحة من خلال ربط الموقف بالفكرة ثم الانفعال.

تقدم أمثلة توضح كيف يمكن للموقف نفسه أن ينتج مشاعر مختلفة حسب طريقة التفكير ثم يطلب من المريضة مقارنة أفكار مختلفة حول الموقف نفسه وملاحظة الفرق في الشعور الناتج.

الفنيات المستخدمة: فنية التفكير يولد المشاعر، المناقشة والحوار، الأعمدة الثلاثة، التنشيط السلوكي أمثلة تطبيقية.

الواجب المنزلي: يطلب من المريضة تسجيل المواقف خلال الأسبوع، وكتابة الفكرة المرتبطة بكل موقف، ثم الشعور الناتج عنها، مع محاولة كتابة فكرة بديلة أكثر هدوءًا وواقعية.

ممارسة نشاط ممتع أو مريح لمدة 10 إلى 15 دقيقة في اليوم مثل المشي، التأمل مع تسجيل أثر ذلك على حالتها.

الجلسة الخامسة: تعزيز الحوار الداخلي الزمن (60 دقيقة)

الوصول إلى المعتقدات العميقة المرتبطة بتكرار المرض وقلق الموت.

تهدف الجلسة إلى مساعدة المريضة على اكتشاف المعاني العميقة التي تقف وراء أفكارها السلبية ومساعدتها على تقبل عودة المرض، وذلك من خلال الانتقال من الفكرة السطحية إلى المعتقد الأساسي الذي يزيد من قلق الموت.

مضمون الجلسة: يراجع بداية الواجب المنزلي وتناقش الصعوبات التي واجهت المريضة أثناء تأديته، ثم شرح التقنيات التي ستستخدم أثناء الجلسة ومنها تقنية الحوار الذاتي ودوره السلبي في الشعور الدائم بالقلق تجاه الموت وبالتالي تعزيز قبول المرض بدل مقاومته "عودة المرض تعني أنني سأموت". بعد ذلك تطبق فنية السهم المنحدر من خلال أسئلة متتابعة مثل: "إذا كان هذا صحيحًا، فماذا يعني ذلك بالنسبة لك؟"، "وما أسوأ ما في ذلك؟"، "وماذا يعني هذا عن حياتك أو عن نفسك؟"، ومن خلال هذه الأسئلة قد تصل المريضة

إلى معتقدات أعمق، مثل: "أنا ضعيفة"، "لا أستطيع حماية نفسي"، "سأفقد كل شيء"، "سأترك عائلتي". هنا على المريضة أن تبدأ بفهم هذه المعتقدات على أنها تزيد من شدة القلق، وأن التعرف عليها خطوة مهمة قبل تعديلها ليكون تدريبها على تغيير الحديث مع النفس وما يحويه من انطباعات وتوقعات سلبية إلى حديث ايجابي يملأه الأمل.

الفنيات المستخدمة: فنية السهم المنحدر، الحوار الذاتي.

الواجب المنزلي: يطلب من المريضة التدرب على الحوارات الداخلية الايجابية لمدة 15 دقيقة يوميا للتغلب على السلبية الطاغية لمختلف المواقف خلال الاسبوع والمقارنة بينها وتسجيلها.

الجلسة السادسة: التدريب على الاسترخاء الزمن (60 دقيقة)

بداية يراجع الواجب المنزلي وتناقش الصعوبات التي واجهت المريضة أثناء تأديته، ثم تشرح التقنيات التي ستستخدم في الجلسة وهي تقنية الاسترخاء واهميته وفوائده في التخفيف من القلق، وكذلك علاقة الاعراض الجسدية بالتفكير السلبي والكارثي. ثم تدرب المريضة على التنفس العميق والبطيئ ثم على تقنيات الارخاء العضلي التدريجي وحث المريضة وتشجيعها على أهمية ممارسة الاسترخاء بصورة دائمة لتحقيق نتائج ايجابية دائمة.

الفنيات المستخدمة: تمارين التنفس، تقنية الاسترخاء العضلي.

الواجب المنزلي: يطلب من المريضة ممارسة تمارين التنفس البطني أو الاسترخاء العضلي يوميا لمدة 10 دقائق يوميا.

الجلسة السابعة: تفعيل المساندة الاجتماعية الزمن (90 دقيقة).

تهدف الجلسة إلى تشجيع المريضة على طلب الدعم الاجتماعي المناسب من الأسرة أو الأشخاص المقربين أو ممن تثق بهم.

مضمون الجلسة: تناقش مع المريضة الانفعالات التي تظهر عند التفكير في المرض أو الموت وربطها بالأفكار والسلوكيات الناتجة عنها، حيث يشرح أن القلق قد يدفعها إلى تجنب الحديث عن المرض أو الانعزال، مما يزيد من الإحساس بالخوف والوحدة، ثم يشرح للمريضة مفهوم الدعم الاجتماعي وأهميته في تخفيف القلق بصفة عامة وقلق الموت بصفة خاصة بعد ذلك تساعد المريضة على تحديد سلوكيات بسيطة يمكن القيام بها لتقليل الانسحاب مثل التواصل مع شخص داعم، ممارسة نشاط هادئ، التحدث عن المشاعر مع فرد موثوق، أو طلب المساعدة عند الحاجة.

الفنيات المستخدمة: مهارات الدعم الاجتماعي.

الواجب المنزلي: يطلب من المريضة القيام بسلوكيات إيجابية خلال الأسبوع، مثل التواصل مع شخص داعم أو ممارسة نشاط مريح، مع تسجيل أثر ذلك على حالتها النفسية. كما تطلب منها كتابة أسماء الأشخاص الذين يمكن أن يمثلوا مصدر دعم لها.

الجلسة الثامنة: التدرب على مهارة حل المشكلات الزمن (60 دقيقة)

تهدف الجلسة إلى مساعدة المريضة على تبني مواقف ايجابية تجاه المشكلات واستخدامها للتخفيف من القلق، كما تهدف إلى تدريب المريضة على تعلم استراتيجيات تمكنها من احتواء مشكلتها الحالية أثناء القلق والتغلب على المشكلات المشابهة في المستقبل من خلال تعلم مهارة حل المشكلات.

مضمون الجلسة: بداية براجع الواجب المنزلي وتناقش الصعوبات التي واجهت الميضة أثناء تأديته، ثم تشرح التقنيات التي ستستخدم أثناء الجلسة وهي مهارة حل المشكلات من

خلال تفاعلاتها مع الآخرين وتفاعلاتهم معها، ثم مساعدة المريضة على التعرف على المشاكل التي تسببت في الشعور بالقلق، ومساعدتها على تنمية القدرات التي تمتلكها للتغلب على المشكلة، كما تتعلم المريضة طريقة منظمة وأسلوب منظم للتغلب على المشكلة الحالية، وتنمية إحساسها بقدرتها على التغلب على مشكلتها الحالية وتعلم طرق تساعدها في التغلب على مشاكلها المستقبلية.

الفنيات المستخدمة: مهارة حل المشكلات.

الواجب المنزلي: تطبيق نموذج حل المشكلات لمواقف فعلية والتركيز على الخطوات وتسجيلها.

الجلسة التاسعة: التقييم البعدي وإنهاء البرنامج (60 دقيقة)

تهدف الجلسة إلى مراجعة ما تم تعلمه خلال الجلسات ثم تقييم مدى استفادت المريضة من البرنامج من خلال تطبيق القياس البعدي، ومراجعة أهم المهارات التي تعلمتها خلال الجلسات.

الفنيات المستخدمة: الاسترخاء التنفسي أو العضلي، المراجعة العلاجية، القياس البعدي.

مضمون الجلسة: تبدأ الجلسة بمراجعة عامة لما تم تعلمه خلال البرنامج مثل تحديد الأفكار السلبية فهم العلاقة بين التفكير والمشاعر، استعمال الأعمدة الثلاثة، تطبيق السهم المنحدر وسجل الأفكار. ومن ثم تدريب المريضة على الاسترخاء من خلال التنفس الهادئ والعميق أو شد وإرخاء العضلات مع التركيز على أن الاسترخاء يساعد في خفض التوتر الجسدي المصاحب للقلق، بعد ذلك يطبق مقياس قلق الموت كقياس بعدي، بهدف مقارنة نتائجه بالقياس القبلي ومعرفة مدى التغير الذي حدث بعد تطبيق البرنامج. كما تمنح للمريضة فرصة للتعبير عن رأيها في البرنامج، والصعوبات التي واجهتها والمهارات التي شعرت أنها

ساعدتها أكثر، وفي نهاية الجلسة يتم إنهاء البرنامج بطريقة داعمة والتأكيد على أهمية استمرار المريضات في استخدام سجل الأفكار والاسترخاء، وطلب الدعم الاجتماعي عند الحاجة.

الواجب المنزلي بعد انتهاء البرنامج: يطلب من المريضة الاستمرار في استعمال سجل الأفكار عند ارتفاع قلق الموت وممارسة الاسترخاء بشكل منتظم، والرجوع إلى الأفكار البديلة التي تعلمتها خلال البرنامج عند مواجهة مواقف مرتبطة بالمرض أو الموت.

الجدول رقم (11) يوضح البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

رقم الجلسة	أهداف الجلسة	محتوى وإجراءات الجلسة	فنيات الجلسة	مدة الجلسة
01	تقديم الإطار العام للبرنامج العلاجي وأهدافه وأهميته في الخفض من قلق الموت. تطبيق القياس القبلي.	بناء علاقة علاجية مهنية وإبرام العقد العلاجي، مع توضيح عدد الجلسات ومواعيدها ومدتها، والتأكيد على أن الاستمرار في الجلسات يرتبط بالشعور الحقيقي بالاستفادة. شرح تفصيلي للبرنامج العلاجي وأهدافه وأهميته. تطبيق مقياس قلق الموت لقياس مستوى القلق قبل بداية البرنامج.	الحوار والمناقشة. المقابلة نصف الموجهة. تطبيق مقياس قلق الموت.	60د
02	تعريف المريضات بالقلق كاضطراب وما يصاحبه من آثار نفسية. مساعدة المريضات على التعرف على الأسباب الرئيسة للقلق لديهن. تمكين المريضات من	تقديم منطق العلاج للمريضة من خلال تفسير قلق الموت في سياقه المرضي، وفهم القلق وطبيعته. توضيح علاقة قلق الموت بالأفكار والمشاعر والسلوكيات. شرح التقنيات والوسائل المستخدمة أثناء الجلسة. تحديد الأهداف العلاجية، خاصة تحديد مصادر القلق. مناقشة التجارب الشخصية. الواجب المنزلي: تسجيل المواقف التي تثير القلق خلال اليوم في سجل الأفكار، مع	الحوار والمناقشة. المحاضرة المبسطة. سجل الأفكار.	60د

	تحديد مصادر القلق.	كتابة الموقف، والفكرة التي خطرت في الذهن، والشعور الناتج عنها، والسلوك الذي قامت به المريضة.		
03	تحديد الأفكار التلقائية السلبية وتعديلها.	مراجعة الواجب المنزلي ومناقشة الصعوبات. تقديم شرح للتقنيات والوسائل المستخدمة أثناء الجلسة. تحديد الأفكار التلقائية السلبية المرتبطة بتكرار المرض والموت. تعديل الأفكار المشوهة الناتجة عن الإدراك المشوه والتفكير غير المنطقي، من خلال استبدالها بأفكار إيجابية وأكثر منطقية. الواجب المنزلي: استعمال جدول لتسجيل الأفكار السلبية وتطبيق الأفكار البديلة يوميا.	تحديد الأفكار السلبية. الحوار السقراطي. سجل الأفكار.	90د
04	إدراك المشاعر السلبية المرتبطة بقلق الموت. تنظيم الخبرة النفسية من خلال الموقف والفكرة والشعور. إدارة الانفعالات والسلوكيات المرتبطة بقلق الموت.	مراجعة الواجب المنزلي ومناقشة الصعوبات. عرض التقنيات المستخدمة في الجلسة وشرحها. تدريب المريضات على فهم أن طريقة التفكير تؤثر في نوع المشاعر وشدتها. مساعدة الحالات على التعرف على الانفعالات المصاحبة لقلق الموت، مثل الخوف والحزن والتوتر، وفهم أثرها على السلوك مثل الانسحاب أو البكاء أو تجنب الحديث أو العزلة. تدريب المريضات على تنظيم الأفكار والمشاعر من خلال ربط الموقف بالفكرة ثم الانفعال، مما يساعد على فهم مصدر القلق والتمييز بين الحدث والتفسير الشخصي له. تخفيف الانفعالات السلبية. الواجب المنزلي: تسجيل المواقف المسببة للقلق وكتابة الفكرة المرتبطة بكل موقف، ثم الشعور الناتج عنها باستخدام جدول الأعمدة الثلاثة عند ارتفاع قلق	التفكير يولد المشاعر. الأعمدة الثلاثة. المناقشة والحوار. التنشيط السلوكي. سجل الأفكار.	90د

		الموت. ممارسة نشاط مريح أو ممتع لمدة 10 دقائق مثل المشي أو القراءة عند الشعور بالانفعال السلبي، مع تسجيل أثر ذلك على الحالة النفسية.		
05	تعزيز الحوار الداخلي الهادئ والإيجابي لمساعدة المريضات على تقبل عودة المرض.	مراجعة الواجب المنزلي ومناقشة الصعوبات. شرح تقنية الحوار الذاتي وأنواعه ودوره في الشعور بالقلق تجاه الموت، ثم توظيفه في تعزيز تقبل المرض بدل مقاومته. مساعدة الحالات على تغيير الحوار الذاتي السلبي إلى حوار إيجابي، بما يعزز الأمل وإعادة معنى الحياة. مساعدة المريضة على تفحص أفكارها وتحديد بعض الحوارات الداخلية السلبية والهدامة. التدريب على تغيير الحديث مع النفس وما يتضمنه من توقعات وانطباعات سلبية إلى حديث إيجابي يدعم الأمل. مناقشة ردود أفعال المريضة. الواجب المنزلي: الاستمرار في ممارسة الأنشطة المريحة والممتعة لمدة 10 دقائق يوميا.	الحوار الذاتي. السهم المنحدر.	60د
07	التدريب على الاسترخاء.	مراجعة الواجب المنزلي ومناقشة الصعوبات. تقديم عرض حول الاسترخاء وأهميته وفوائده في التخفيف من القلق. التثقيف حول علاقة الأعراض الجسدية بالتفكير الكارثي. التشجيع على ممارسة الاسترخاء بشكل يومي لتحقيق نتائج إيجابية دائمة. التدريب على التنفس العميق والبطيء. التدريب على تقنيات الاسترخاء العضلي التنفسي لتقليل اليقظة الفسيولوجية المفرطة. الواجب المنزلي: ممارسة تمارين	تمارين التنفس. الاسترخاء العضلي التدريجي.	60د

		التنفس البطني أو الاسترخاء العضلي التدريجي لمدة 10 دقائق يوميا.		
08	تفعيل المساندة الاجتماعية وفهم أهميتها في التخفيف من القلق. تشجيع المريضات على طلب الدعم الاجتماعي المناسب من الأسرة أو الأشخاص المقربين. توعية المريضات بأهمية طلب الدعم من الآخرين ومساعدتهن على بناء علاقات اجتماعية قوية تساهم في تخفيف القلق لديهن.	مراجعة الواجب المنزلي ومناقشة الصعوبات. توضيح أهمية العلاقات الاجتماعية في التخفيف من قلق الموت. مساعدة المريضات على معرفة كيفية طلب الدعم بأنواعه المختلفة. مساعدة المريضات على تطوير شبكة دعم اجتماعي قوية ومستدامة تساعدهن في مواجهة الأفكار السلبية المرتبطة بقلق الموت. الواجب المنزلي: التواصل مع شخص داعم أو ممارسة نشاط مريح، مع تسجيل أثر ذلك على الحالة النفسية، وكتابة أسماء الأشخاص الذين يمكن أن يمثلوا مصدرا للدعم.	مهارات الدعم الاجتماعي. الحوار والمناقشة.	60د
09	التدريب على مهارة حل المشكلات. تدريب المريضات على تعلم استراتيجيات تساعدهن على احتواء المشكلة الحالية والتعامل مع المشكلات المستقبلية. مساعدة المريضات على	مراجعة الواجب المنزلي ومناقشة الصعوبات. التعرف على مشكلات المريضة وتحديدها بطريقة تعاونية، بهدف الوصول إلى قائمة مكتوبة بالمشكلات التي تواجهها وصياغتها بوضوح ودقة. التحدث بحرية عن المشكلة والمواقف الصعبة، ثم إعادة صياغتها بشكل واضح يسمح بالبحث عن حلول. توظيف مهارات المريضة من خلال التعرف على قدراتها في التعامل مع المشكلات. عرض بعض المشكلات المماثلة أو المصاحبة من خلال حكاية	الحوار والمناقشة. حل المشكلات.	60د

	تبني مواقف إيجابية تجاه المشكلات واستخدام ذلك في التخفيف من القلق.	مريض آخر واجه المرض ونجح في التماثل إلى الشفاء. توليد حلول ممكنة دون الحكم عليها. الواجب المنزلي: تطبيق نموذج حل المشكلات على موقف حقيقي، مع التركيز على الخطوات وتدوينها.		
10	التقييم البعدي وإنهاء البرنامج.	مراجعة المهمة المنزلية ومناقشة الصعوبات. مناقشة الجلسات السابقة والوقوف على أبرز النقاط المهمة في البرنامج، خاصة نقاط القوة والضعف. تقييم التحسن ومناقشة التغيرات التي حدثت. توجيه الشكر والتشجيع للمريضة على تعاونها وقدرتها على التقدم في البرنامج وتعلم التقنيات وتطبيقها. الحث على الاستمرار في تنفيذ ما تم تعلمه من فنيات وتقنيات وتوظيفها في الحياة اليومية. إعادة تطبيق مقياس قلق الموت، أي القياس البعدي، ومقارنة النتائج.	الحوار والمناقشة. التقييم بإعادة تطبيق مقياس قلق الموت. الإنهاء.	60د

5. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS V27 لتفريغ البيانات ومعالجتها إحصائيا. ونظرا لطبيعة الدراسة التي تعتمد على قياسين مرتبطين، قبلي وبعدي، للعينة نفسها، تم الاعتماد على الأساليب الإحصائية الآتية:

- معامل الارتباط بيرسون: تم اعتماده في المقياس الأصلي للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين البنود والأبعاد والدرجة الكلية.

- اختبار ويلكوكسون للرتب المرتبطة: Wilcoxon Signed-Rank Test اختبار الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي بسبب صغر حجم العينة وعدم ملاءمة الاختبارات البارامترية.

خلاصة الفصل

تم التطرق في الفصل أعلاه الاجراءات المنهجية المتبعة في البحث العلمي بداية بالمنهج المتبع والذي تمثل في هذه الدراسة في المنهج شبه التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة، وتم تجاوز الدراسة الاستطلاعية كون إحدى الباحثان مختصة نفسية بالمركز ومن ثم التطرق إلى العينة حيث أُعتمدت خمسة حالات من مريضات السرطان، ثم أدوات الدراسة التي أُعتمد عليها في الدراسة وهي مقياس قلق الموت والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المصمم لخفض قلق الموت لمرضى السرطان، وأخيرا الأساليب الاحصائية المتبعة.

الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

تمهيد

1. عرض نتائج الدراسة

2. تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

3. استنتاج عام

4. اقتراحات

تمهيد

بعد الانتهاء من الخطوات المنهجية والاجرائية والأطر النظرية نقوم في هذا الفصل بعرض أهم النتائج المتوصل إليها إحصائيا وتفسيرها ومناقشتها في ضوء ما تم تناوله من مرجعيات منهجية ونظرية وتطبيقية ميدانيا خاصة بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وقلق الموت لدى مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض. وسنتطرق بداية إلى عرض النتائج من خلال ما يلي:

1. عرض نتائج الدراسة:

الفرضية العامة:

توجد فاعلية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في الخفض من حدة قلق الموت عند مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض.

الفرضية الجزئية: والتي استنبطت من الفرضية العامة وهي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس قلق الموت لصالح القياس البعدي، تعزى إلى تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

وعليه وبعد تفريغ البيانات، تم حساب الدرجات الكلية لكل حالة في القياسين القبلي والبعدي وفق طريقة التصحيح المعتمدة. والجدول الآتي يوضح النتائج:

جدول رقم (12) الفروق بين أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي في مستوى قلق الموت

الحالة	القياس القبلي	القياس البعدي	مقدار الانخفاض	نسبة الانخفاض
ب – ط	107	44	63	58.88%
ز – إ	112	52	60	53.57%
ب – ع	107	52	55	51.40%
ص – و	120	54	66	55.00%
ص – ل	108	42	66	61.11%

يتضح من الجدول (12) أن جميع الحالات الخمس سجلت انخفاضا في درجة قلق الموت بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي . وقد تراوح مقدار الانخفاض بين 55 و66 درجة، وهي مؤشرات تدل على تحسن واضح في مستوى قلق الموت بعد البرنامج.

جدول رقم: (13) جدول يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات قلق الموت في القياسين القبلي والبعدي

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	حجم العينة
القياس القبلي	110.80	5.54	5
القياس البعدي	48.80	5.40	5
الفرق بين القياسين	62.00	4.64	5

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات الاستبيان SPSS V27.

تبين من خلال الجدول رقم (13) أن المتوسط الحسابي لدرجات قلق الموت في القياس القبلي بلغ 110.80 بانحراف معياري قدره5.54 ، في حين انخفض في القياس

البعدي إلى 48.80 بانحراف معياري قدره .5.40 وهذا يعني أن متوسط الانخفاض بين القياسين بلغ 62.00 درجة، وهو انخفاض واضح لصالح القياس البعدي.

جدول رقم (14) يوضح متوسطات أبعاد مقياس قلق الموت في القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق الموت

البعد	المتوسط القبلي	المتوسط البعدي	مقدار الانخفاض
الأفكار المختلطة عن الموت	43.80	16.60	27.20
الانشغال بالآلام الجسدية والنفسية	44.20	21.00	23.20
التوقعات المرتبطة بما بعد الموت	22.80	11.20	11.60

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات الاستبيان SPSS V27.

يبين الجدول رقم (14) أن الانخفاض شمل جميع أبعاد مقياس قلق الموت .فقد انخفض متوسط بعد الأفكار المختلطة عن الموت من 43.80 إلى16.60، وانخفض متوسط بعد الانشغال بالآلام الجسدية والنفسية من 44.20 إلى21.00، كما انخفض متوسط بعد التوقعات المرتبطة بما بعد الموت من 22.80 إلى .11.20 وهذا يدل على أن أثر البرنامج لم يكن محدوداً في جانب واحد، بل شمل مختلف مكونات قلق الموت لدى أفراد العينة.

بما أن حجم العينة صغير، إذ تتكون من خمس حالات فقط فقد تم الاعتماد على اختبار ويلكوكسون للرتب المرتبطة Wilcoxon Signed-Rank Test للمقارنة بين القياسين القبلي والبعدي، باعتباره الاختبار الأنسب للمقارنة بين قياسين مرتبطين عندما يكون حجم العينة صغيراً والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (15) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسون بين القياس القبلي والبعدي

المقارنة	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب
الرتب السالبة	5	3.00	15.00
الرتب الموجبة	0	0.00	0.00
الرتب المتعادلة	0	—	—
المجموع	5	—	—

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات الاستبيان SPSS V27.

توضح نتائج الرتب في الجدول رقم (15) أن جميع الحالات الخمس جاءت في اتجاه الانخفاض بعد تطبيق البرنامج، حيث بلغ عدد الرتب السالبة 5، في حين لم تسجل أي حالة ارتفاعاً في درجة قلق الموت بعد التطبيق .وهذا يؤكد أن القياس البعدي كان أقل من القياس القبلي لدى جميع أفراد العينة.

اختبار الفرضية باستخدام اختبار ويلكوكسون

نظرا لأن عينة الدراسة صغيرة، حيث تضم خمس حالات فقط، ولأن المقارنة تمت بين قياسين مرتبطين للحالات نفسها، فقد تم استخدام اختبار "ويلكوكسون" للرتب المرتبطة بدلا من اختبار "ت" للعينات المرتبطة.

جدول رقم (16) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسون للرتب المرتبطة

المقارنة	الرتب السالبة	الرتب الموجبة	القيم المتساوية	مجموع الرتب السالبة	مجموع الرتب الموجبة	Z	Sig.
– القياس البعدي –القياس القبلي	5	0	0	15.00	0.00	−2.032	0.043

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات الاستبيان SPSS V27.

توضح نتائج الجدول رقم (16) الرتب السالبة إلى الحالات التي انخفضت درجاتها في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي، وبما أن عدد الرتب السالبة بلغ 5 في مقابل عدم وجود أي رتبة موجبة، فإن ذلك يعني أن جميع أفراد العينة سجلوا انخفاضا في قلق الموت بعد تطبيق البرنامج.

حيث بلغت قيمة $Z = -2.023$ ، وبلغ مستوى الدلالة التقريبي في SPSS قيمة Sig = 0.043، وهي أقل من مستوى الدلالة .0.05 وعليه يتم رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي.

كما بلغ حجم الأثر التقريبي$r = 0.90$ ، وهو حجم أثر قوي يدل على أهمية الفروق المسجلة.

2. تحليل ومناقشة نتائج الدراسة:

بناء على النتائج السابقة يمكن القول إن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي كان فعالا في خفض قلق الموت لدى مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض (عينة الدراسة)، فقد انخفضت درجات جميع الحالات (5) في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي، كما انخفض المتوسط الحسابي من (110.80) إلى (48.80) وهو ما يؤكد وجود تحسن واضح بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وهذا ما اتفق مع دراسات كل من بوسبسي (2018) التي قدمت برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض قلق الموت لدى مرضى السرطان، وتدريب عينة البحث على بعض الفنيات المعرفية السلوكية بهدف خفض قلق الموت وجميع الأعراض المصاحبة له من قلق واكتئاب وخوف ومن ثم اختبار مدى فعالية البرنامج العلاجي، والتي أثبتت تحسن واضح في خفض قلق الموت والأعراض المصاحبة له، ودراسة محمد وآخرون (2026) التي تضمنت كذلك برنامج معرفي سلوكي يهدف إلى

تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات السرطان الخاضعات للعلاج، وذلك من خلال مساعدتهن على مواجهة المشكلات النفسية والانفعالية والسلوكية المرتبطة بالمرض مثل القلق والخوف والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات وصعوبة التكيف مع البيئة الأسرية والاجتماعية والتي أثبتت فعالية البرنامج لما صمم له.

ويعزى التحسن الجلي الذي ظهر على عينة البحث إلى دقة استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة في البرنامج خاصة،وهو الأمر الذي أكدته دراسات كل من Artnez (2003) Blumenstein et all (2022)، Abbas et all (2022)، Wei et all (2024) التي أثبتت جميعها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من المشكلات النفسية لدى مرضى السرطان، حيث ساعدت تلك التقنيات أفراد العينة على إعادة بناء الأفكار المرتبطة بالموت والمرض، والتعامل مع الأفكار التلقائية السلبية، وتخفيف الانشغال بالألم والمستقبل والمصير بعد الموت وهو ما سعت إليه الدراسة الحالية، كما أن اعتماد تقنيات معرفية وسلوكية مثل تحديد الأفكار السلبية، إعادة البناء المعرفي، سجل الأفكار، وتقنيات الاسترخاء قد أسهم في خفض شدة قلق الموت لدى الحالات الخمس.

وعليه فإن فرضية الدراسة التي تنص على وجود فاعلية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في الخفض من حدة قلق الموت لدى مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض قد تحققت.

استنتاج عام:

من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج للدراسة الحالية في الخفض من قلق الموت لدى مرضى السرطان الذي يعتبر معاناة حقيقية تواجههم والتي تنعكس سلبا على اتزانهم النفسي وتوافقهم الاجتماعي فقد أسهم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي تم تطبيقه على حالات الدراسة بعد تطبيق القياس البعدي عليهم في تحسن ملحوظ في مستويات قلق الموت، وذلك لما تضمنه من تقنيات علاجية فعالة طبقت بدقة مما دل على وجود انخفاض واضح ودال إحصائيا في درجات قلق الموت بين القياسين القبلي والبعدي لدى هذه الفئة.

وفي المجمل أسفرت هذه الدراسة على أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بإمكانه أن يشكل أداة فعالة للمساعدة في التخفيف من قلق الموت لدى مرضى السرطان الذين تكرر عندهم المرض.

اقتراحات:

- يفضل دعم هذه النتائج مستقبلا بدراسات أخرى على عينات أكبر.
- يفضل تطبيق البرنامج على عينات من الجنسين.
- تسليط الضوء بالدراسة على فئة الناجين من السرطان وما تبعه من آثار نفسية واجتماعية.
- تطبيق البرنامج على أمراض مزمنة أخرى.
- اعداد وتطبيق البرامج العلاجية المعرفية السلوكية داخل المراكز الصحية المتخصصة في علاج السرطان لما لها من فعالية في خفض مستويات قلق الموت وتحقيق التوافق النفسي لدى المرضى.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولا: الكتب

1.أحمد، هناء شويخ. (2004). أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية مع تطبيقات على حالة أورام المثانة السرطانية. إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

2.الأنصاري، بدر محمد. (1996). الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان. عالم المعرفة.

3.تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي (وسام درويش بريك، وفوزي شاكر داود، مترجمان؛ ط. 2). دار الحامد للنشر والتوزيع.

4.جيفري، كوبر. (2004). السرطان: دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج (رفعت شلبي، مترجم؛ ط. 2). المكتبة الأكاديمية.

5.الدباغ، فخري. (1983). أصول الطب النفسي (ط. 3). دار الطليعة للطباعة والنشر.

6.رياض، سعد. (2005). الشخصية: أنواعها، أمراضها، وطرق التعامل معها (ط. 1). مؤسسة اقرأ.

7.الريس، نزار، وقطرب، علي، وآخرون. (1984). السرطان أو الخلية المتمردة (ط. 1). مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، إدارة التأليف والترجمة.

8. الزراد، فيصل خير. (2000). الأمراض النفسية الجسدية: أمراض العصر (ط. 2). دار النفائس للنشر والتوزيع.

9. زهران، حامد عبد السلام. (1978). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط. 1). عالم الكتب.

10. الشربيني، لطفي. (2010). المرجع الشامل في علاج القلق. دار النهضة العربية.

11. الشربيني، لطفي، وصادق، عادل. (د.ت.). معجم مصطلحات الطب النفسي. مركز تعريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
12. شقير، زينب. (2009). مقياس قلق الموت. مكتبة الأنجلو المصرية.
13. عبد الباسط، محمد السيد. (2007). السرطان: أسبابه وعلاجه من القديم والحديث (ط. 1). دار الوفاء للنشر والتوزيع.
14. عبد الخالق، أحمد محمد. (1987). قلق الموت. عالم المعرفة.
15. عبد الخالق، أحمد محمد. (1997). الدراسة التطورية للقلق. دار المعرفة الجامعية.
16. عثمان، فاروق السيد. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية (ط. 1). دار الفكر العربي.
17. العسوي، عبد الرحمن. (1988). أمراض العصر. دار المعرفة الجامعية.
18. عطية، أسماء عبد الله. (2008). اضطرابات القلق لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة (ط. 1). مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
19. العقلي، محمد بن عبد الرحمن. (2013). السرطان (ط. 2). الجمعية السعودية لمكافحة السرطان.
20. فايد، حسين علي. (2001). الاضطرابات السلوكية (ط. 1). كلية الآداب، جامعة القاهرة.
21. فرويد، سيجموند. (1989). الكف والعرض والقلق (محمد عثمان نجاتي، مترجم). ديوان المطبوعات الجامعية.
22. فهمي، مصطفى. (1989). الصحة النفسية (ط. 1). المكتب الجامعي الحديث.

ثانيا: المقالات والمجلات العلمية

23. الإشعاع والسرطان. (1984). مجلة بلسم، 11.

24. بن سعد، كريمة. (2024). قلق الموت لدى المصابين بداء الإيدز: دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بتلمسان، مصلحة الأمراض المعدية. مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، 8(1).
25. بن عامر، وسيلة، وحلاسة، فايزة. (2017). السرطان في المخيال الاجتماعي الجزائري: دراسة نفسو أنثروبولوجية. مجلة التغير الاجتماعي، 4.
26. حافظ، ياسمين جميل. (2021). القلق وعلاقته بالطموح لدى طالب المرحلة الثانوية. مجلة دراسات تربوية واجتماعية، 27.
27. خضير، إحسان كاظم. (2019). دراسة مقارنة لقلق المستقبل لدى الطلبة من ذوي شهداء الحشد الشعبي وأقرانهم العاديين في المرحلة الإعدادية. مجلة العميد الفصلية، 10(38).
28. صالح، نسيمة عباس. (2015). دراسة لبيان قلق الموت وعلاقته بأداء مهارة الإرسال بكرة الطائرة لدى طالبات الصف الخامس الإعدادي. مجلة الفتح، 11(62).
29. ضحى، محمود عادل. (2015). قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية. مجلة الأستاذ، 1(215).
30. فايد، محمد نبيل. (1995). قلق الموت وعلاقته بكل من الدافعية للإنجاز والجنس ونوعية التعليم لدى عينة من طلبة الجامعة. مجلة علم النفس، 35، 104–121.
31. عبد الخالق، أحمد محمد، وآخرون. (1991). الفروق في قلق الموت بين مجموعات عمرية مختلفة بين الجنسين. مجلة علم النفس، 2.
32. عبد الخالق، أحمد محمد، والنيال، مايسة. (2002). الدافع للإنجاز وعلاقته بقلق الموت لدى طلاب من دولة قطر. مجلة دراسات نفسية، 12(3).
33. عبد القادر، رحيم، وشنان، علي. (2009). قياس مستوى القلق لدى المسنين المقيمين في دور الدولة للرعاية الاجتماعية وعلاقته بالجنس والعمر والحالة الاجتماعية. مجلة جامعة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية، 34(1).

34. عودة، علي محمد. (2014). دراسة مقارنة في قلق الموت وفقاً لصورة الذات لدى المسنين. مجلة آداب المستنصرية، 64(1).
35. غانم، آمال سلطان. (2001). مرض السرطان في دولة الكويت: دراسة تحليلية في الجغرافيا الطبية. دورية الإنسانيات، 9.
36. قجال، سعيدة، وعيسرو، عقيلة. (2018). الصلابة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 11(1).
37. محمد، الحاج ن. (2019). القلق العام والتشاؤم لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن. مجلة الطفولة العربية، 81، 57–76.
38. محمد، هاجر السيد حبيب، والعتيق، أحمد مصطفى، وعوض، مصطفى إبراهيم. (2026). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات السرطان. مجلة العلوم البيئية، 55(4)، 952–974.
39. معمرية، بشير. (2007). تصميم استبيان لمقياس قلق الموت للراشدين وتقنينه على عينة من البيئة الجزائرية. مجلة الدراسات، 5.

ثالثا: الرسائل والأطروحات

1. أورابح، نسيمة. (2025). فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي في تعزيز الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان: دراسة عيادية لأربع حالات بمستشفى شعبان حمدون مغنية [مذكرة ماستر، المركز الجامعي مغنية].
2. براهمية، جهاد. (2018). الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان: دراسة ميدانية ببعض مراكز مكافحة السرطان بالجزائر [أطروحة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح ورقلة].
3. بلعيد، باية، وقبيلي، لويزة. (2021). قلق الموت لدى مرضى السرطان [مذكرة ليسانس، جامعة أكلي محند أولحاج، البويرة].

4. بن شيخ، رزيقة. (2019). محاضرات في العلاجات السلوكية والمعرفية: مستوى الثالثة علم النفس، تخصص عيادي. جامعة 8 ماي 1945 قالمة.
5. بن عيسى، سمية. (2027). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان [مذكرة ماستر، جامعة وهران].
6. بن نصر، مريم. (2014). قلق الموت وعلاقته بفاعلية الذات والدافعية للإنجاز لدى المميزين [رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة البليدة، الجزائر].
7. بومجان، نادية. (2019/2018). مدخل في العلاج السلوكي المعرفي: محاضرات موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر. جامعة الجزائر 2، قسم علم النفس.
8. حسين، مريم عيسى. (2012). مرض السرطان في قطاع غزة: دراسة في الجغرافية الطبية [رسالة ماجستير، كلية الآداب، قسم الجغرافية].
9. ركبية، سمية. (2022/2021). التدخل المعرفي السلوكي حسب نموذج سيكا للتخفيف من أعراض الصدمة النفسية لدى عمال الرعاية الصحية: دراسة عيادية لحالتين بمصلحة كوفيد 19 بمستشفى محمد بوضياف ورقلة [مذكرة ماستر، جامعة قاصدي مرباح ورقلة].
10. صخري، عبد الحق. (2009). الصلابة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان [رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر باتنة].
11. محدب، رزيقة. (2011). الصراع النفسي الاجتماعي للمراهق وعلاقته بظهور القلق: حالة سمة، دراسة ميدانية بولاية تيزي وزو [رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري].
12. محمد، هدى. (2011). قلق المستقبل والصراع النفسي الاجتماعي للمراهق المتردد وعلاقته بظهور القلق [رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مولود معمري، تيزي وزو].

13. المصري، نيفين. (2011). قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح الأكاديمي لدى عينة من طلبة جامعة الأزهر بغزة [رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة].

رابعاً: المواقع الإلكترونية

14. دليل MSD الإرشادي. (د.ت.). اضطراب القلق المعمم.

15. منظمة الصحة العالمية. (د.ت.). Cancer.

16. وزارة الصحة السعودية. (2014). السرطان: حقائق وإرشادات. https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/EducationalContent/Diseases/Cancer/Pages/Cancer-2014-02-03-001.aspx

خامساً: المراجع الأجنبية

1. Abbas, Q., Arooj, N., Baig, K. B., Khan, M. U., Khalid, M., & Shahzadi, M. (2022). A clinical trial of cognitive behavior therapy for psychiatric comorbidity and quality of life with cancer patients during chemotherapy (CPdC). BMC Psychiatry, 22, Article 222. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03863-w
2. Anghel, T., et al. (2025). Review of psychological interventions in oncology: Current trends and future directions. Medicina, 61(2), Article 279.
3. Blumenstein, K. G., Brose, A., Kemp, C., Meister, D., Walling, E., DuVall, A. S., & Zhang, A. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in improving functional health in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. Critical Reviews in Oncology/Hematology, 175, Article 103709. https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2022.103709
4. Butler, J. (1999). Gender trouble: Feminism and the subversion of identity. Routledge.
5. Cruz, N. (2019). Common emotional manifestations in cancer patients. http://abrale.org.br/manifestacoes-emocionais-comuns-no-paciente-com-cancer
6. Déllbard, C., et al. (2001). Et si nous parlions? L'infirmier face à la mort. EPPA.
7. Durosini, I., & Pravettoni, G. (2023). Patients' representation of oncological disease: Psychological aspects in the cancer journey. Frontiers in Psychology, 14, Article 1087083.
8. Geerd, R. (1986). Genèse du cancer: Cancer maladie de l'âme. ASAC.
9. Kissane, D. W., Maj, M., & Sartorius, N. (Eds.). (2011). Depression and cancer. Wiley-Blackwell.
10. National Cancer Institute. (2022). Stress and cancer.
11. National Cancer Institute. (2024). Depression (PDQ®)–Health professional version.

12. National Cancer Institute. (2025). Adjustment to cancer: Anxiety and distress (PDQ®)–Health professional version.
13. National Cancer Institute. (2025). Cancer-related post-traumatic stress (PDQ®)–Health professional version.
14. Papadopoulou, A., Govina, O., Tsatsou, I., Mantzorou, M., Mantoudi, A., Tsiou, C., & Adamakidou, T. (2022). Quality of life, distress, anxiety and depression of ambulatory cancer patients receiving chemotherapy. Medicine and Pharmacy Reports, 95(4), 418–429.
15. Riba, M. B., et al. (2019). Distress management, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 17(10), 1229–1249. https://jnccn.org/view/journals/jnccn/17/10/article-p1229.xml
16. Templer, D. (1976). Two factors theory of death anxiety note. Essence, 1, 92–99.
17. Thomas, C., Morris, S. M., & Harman, J. C. (2001). What are the psychosocial needs of cancer patients and their main carers? Lancaster University.
18. Travado, L., Signorelli, C., Ashing, K., & Dégi, C. L. (2026). Psycho-oncological care. In D. Verhoeven, C. S. Kaufman, P. G. Roy, & S. Siesling (Eds.), Breast cancer: Global quality care (2nd ed.). Oxford University Press.
19. Vy, H. T., Nghia, D. Q., Nguyen, L. T. N., Binh, V. T. T., Minh, H. T. T., Kinh, H. D., Nam, T. L. T., Bang, H. T., & Trung, L. Q. (2025). Psychosocial support needs and associated factors among cancer patients: A hospital-based, single-center cross-sectional study in Vietnam. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 26(7), 2619–2626.
20. Wei, F., He, R., Yang, X., Hu, Z., & Wang, Y. (2024). Cognitive-behavioural therapy effectiveness for fear of cancer recurrence: Systematic review and meta-analysis. BMJ Supportive & Palliative Care, 15(1), 1–11. https://doi.org/10.1136/spcare-2023-004639

المـــلاحق

الملاحق:

الملحق رقم (01):

الرقم	العبارة	لا	قليلا	متوسط	كثيرا
1	يسيطر عليّ التفكير في الانتقال إلى الحياة الأخرى				
2	أشعر بأني مأجور على ما يصيبني من آلام				
3	يقلقني التفكير فيما سيحدث لي بعد الموت				
4	فكرة قربي من الله يبعد عني الخوف من الموت				
5	أشعر كأن أحوالي ستتدهور إذا اشتد الألم				
6	أخشى من محاسبة الله بعد مفارقة الحياة				
7	التفكير بنهاية الحياة تسبب لي توترا				
8	تضايقني التغيرات الجسدية التي تحدث لي بسبب مرضي				
9	أشعر بالتوتر عندما أفكر في الحياة بعد الموت				
10	الحديث عن الآخرة يثير في ذهني أفكارا مطمئنة				
11	عدم تحسن حالتي الصحية بعد العلاج يزيد من مخاوفي				
12	يقلقني التفكير فيما سيحدث لجسمي بعد الموت				
13	عند سماع أحاديث عن الموت يتولد لدي أفكار مزعجة				
14	أخاف من تدهور حالتي الصحية				
15	يخيفني أنني لن أعود إلى الحياة الدنيا بعد موتي				
16	التفكير في الموت يجعلني أخاف أن أنام ولا أستيقظ بعد ذلك				
17	إحساسي بالألم الشديد يدفعني بالتفكير في نهاية الحياة				
18	بعد الموت أمر مجهول وهذا يقلقني				
19	عند وفاة أحد الأشخاص بمثل مرضي تراودني أفكار تشعرني بالضيق				
20	أخاف أن أدخل غيبوبة حين تسوء حالتي				
21	التفكير في الآخرة يشعرني بالارتياح				
22	تراودني أفكار مخيفة عندما أشاهد صور الموتى في التلفاز				
23	أشعر بالخوف من الموت عندما تحاصرني الآلام				
24	يسعدني التفكير في لقاء الله				
25	قلما تخطر فكرة نهاية الحياة ببالي				
26	أشعر بأن الله يحميني حين يشتد بي الألم				
27	أخاف أن ينساني أهلي بعد موتي				
28	أتقبل فكرة الموت في جميع الأحوال				
29	أشعر بالقلق حيال عدم وجود من يوصلني للمستشفى عندما يشتد بي الألم				

30	يقلقني مصير عائلتي لو حدث لي مكروه				
31	تثبط فكرة الموت عزيمتي حول المستقبل				
32	أخاف من الإصابة بمرض يفقد الأطباء السيطرة عليه				
33	أفقد حيويتي كلما انشغل ذهني بفكرة نهاية الحياة				
34	يجعلني إزمان المرض أخاف من نهاية مؤلمة				
35	التفكير بالموت يفقدني الشعور بالأمان النفسي				
36	أشعر بالرضى رغم ما أعانيه من آلام				

الملحق رقم (02): مخرجات برنامج spss

الجدول رقم :01 بيانات الحالات ودرجات القياس القبلي والبعدي

الحالة	القبلي القياس	البعدي القياس	الانخفاض مقدار	الانخفاض نسبة
ط - ب	107	44	63	58.88%
إ - ز	112	52	60	53.57%
ع - ب	107	52	55	51.40%
و - ص	120	54	66	55.00%
ل - ص	108	42	66	61.11%

الجدول رقم :02 الإحصاءات الوصفية للقياس القبلي والبعدي

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
القبلي القياس	5	107	120	110.80	5.54
البعدي القياس	5	42	54	48.80	5.40
القياسين بين الفرق	5	55	66	62.00	4.64
Valid N (listwise)	5				

الجدول رقم : 03 الإحصاءات الوصفية لأبعاد قلق الموت

Descriptive Statistics

البعد	القبلي المتوسط	البعدي المتوسط	الانخفاض مقدار
الموت عن المختلطة الأفكار	43.80	16.60	27.20
والنفسية الجسدية بالآلام الانشغال	44.20	21.00	23.20
الموت بعد بما المرتبطة التوقعات	22.80	11.20	11.60

الجدول رقم : 04 رتب اختبار ويلكوكسون للعينات المرتبطة

Ranks

Sum of Ranks	Mean Rank	N		المقارنة
15.00	3.00	5a	Negative Ranks	القبلي القياس - البعدي القياس
.00	.00	0b	Positive Ranks	
		0c	Ties	
		5	Total	

a.القياس البعدي أقل من القياس القبلي

b.القياس البعدي أكبر من القياس القبلي

c.القياس البعدي يساوي القياس القبلي

الجدول رقم : 05 نتائج اختبار ويلكوكسون للعينات المرتبطة

Test Statisticsa

القبلي القياس - البعدي القياس	
-2.032b	Z
.043	Asymp. Sig. (2-tailed)

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

ويلكوكسون اختبار نتائج ملخص : 06 رقم الجدول

Sig.	Z	الرتب مجموع الموجبة	الرتب مجموع السالبة	القيم المتساوية	الرتب الموجبة	الرتب السالبة	المقارنة
0.043	-2.032	0.00	15.00	0	0	5	القياس - البعدي القياس القبلي

الجدول رقم : 07 نسبة الانخفاض الكلية في قلق الموت

القيمة	المؤشر
110.80	القبلي القياس متوسط
48.80	البعدي القياس متوسط
62.00	الانخفاض مقدار متوسط
55.96%	الكلية الانخفاض نسبة