

الجَلْد وقلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان دراسة ميدانية

بمصلحة طب الاورام- مستشفى أفلو-

رعي محمد<sup>2</sup>

خيالي بن علي<sup>1\*</sup>

جامعة أحمد زبانة ، غيليزان

جامعة أحمد زبانة ، غيليزان

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية،

مخبر الدراسات الاجتماعية والنفسية والأنثروبولوجية

## Resilience and death anxiety in a sample of cancer patients a field study at the Department of Oncology -Aflou Hospital-

khiali benalia 1,\*

Rebai Mouhamed 2

[benalia.khiali@cu-relizene.dz](mailto:benalia.khiali@cu-relizene.dz)

social, psychological and anthropological studies Lab  
Ahmed Zabana University, Relizane, Algeria

Ahmed Zabana University, Relizane, Algeria  
Faculty of Social Sciences - Psychology

تاريخ الاستلام: 2020/05/25؛ تاريخ القبول: 2021/04/03؛ تاريخ النشر: 2024/02/29

**Abstract.** This field study targets a sample of cancer patients in order to identify the level of both resilience as one of the constructive factors in personality and death anxiety as a destructive force and discover the type of relationship between them and are there differences between patients in the level of resilience and the level of death anxiety due to some variable. In this study, we adopted the comparative descriptive approach, and the research and data collection methods were as follows: clinical interview, resilience scale prepared by (Connor.kathryne and Davidson Jonathan), death anxiety scale by (Donald Tumbler) and this is based on a sample of (38) one cancer patient (12 male, 26 female). We have reached a set of results which are: the realization of hypothesis (there is an inverse relationship between resilience and anxiety about death among the members of the sample) and verification of the second and third hypotheses ( there are differences between the level of resilience and the level of anxiety about death which are attributed to the factors of age, and duration of illness).

**Keywords:** cancer ; relationship ; resilience ; anxiety ; death

ملخص. تستهدف هذه الدراسة الميدانية عينة من مرضى السرطان قصد التعرف على مستوى كل من الجَلْد كأحد العوامل البناءة في الشخصية وقلق الموت كقوة هدامة و اكتشاف نوع العلاقة بينهما و هل هناك فروق بين المرضى في مستوى الجلد و مستوى قلق الموت تعزى إلى بعض المتغيرات. اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي المقارن مدعمين بوسائل البحث التالية:-المقابلة العيادي، سلم الجلد من إعداد كل من (كونور كاترين و دافيدسون جونتان) ، مقياس قلق الموت لي (دونالد تمبلر) ، أجريت الدراسة على عينة مكونة من 38 مصاب و مصابة بمرض السرطان (12 ذكرو 26 أنثى) بمصلحة طب الاورام بمستشفى أفلو وقد توصلنا إلى مجموعة من النتائج تمثلت في تحقق الفرضيات : (توجد علاقة عكسية بين الجلد النفسي و قلق الموت لدى أفراد العينة) وتحقق الفرضية الثانية و الثالثة توجد فروق بين المرضى في مستوى الجلد و مستوى قلق الموت تعزى إلى عاملا السن ومدة المرض  
الكلمات المفتاحية: السرطان ؛ العلاقة؛ الجلد ؛ القلق ؛ الموت

\*corresponding author

## 1. مقدمة

منغصات الحياة كثيرة خصوصاً تلك التي تأتي فجأة ولها قوة تدميرية تحمل خير بداية النهاية تلك الأمراض الخطيرة والمزمنة أو كما تسمى أمراض العصر والتي أصبح الإنسان عاجزاً أمام خطورتها وسرعة انتشارها ومقاومة بعضها للعلاج الطبي وعلى رأسها مرض السرطان نياً الإصابة به يعتبر صدمة عنيفة تعصف بأركان الشخصية كلها. بالإضافة إلى ما يحمله السرطان من تهديد لجوانب ونشاطات مهمة في حياة المرضى تلك الآلام القاسية والعنيفة التي تصاحب المرض وعلاجه. ما يجعل المرضى يدركون أن السرطان قدر أسوأ من الموت، فالاستجابة السليمة للصددمات والمواقف الضاغطة والأمراض المهدة وتخطي الأزمات والمحن واكتساب أكبر للمناعة النفسية، تعززها عوامل عدة وقدرات كامنة في الشخصية تختلف نوعاً وكما حسب كل شخص، تلك القدرات والخصائص النفسية للمريض هي التي لها الدور المهم إضافة إلى المساندة الاجتماعية في إعادة التوازن والتكيف مع المرض وتقبله ومواصلة العلاج وتحمله والنهوض من جديد، ومن بين هذه القدرات الكامنة والاعتقادات الذاتية، الجلد النفسي، والجانب الإيماني والروحي، الصلابة النفسية قوة الينا وغير ذلك، سنحاول من خلال بحثنا هذا التعرف عن دور الجُلد كأحد مكونات المناعة النفسية في التخفيف من حدة قلق الموت. ومعرفة ما إذا كانت هناك فروق بين المرضى في مستوى الجلد وقلق الموت حسب متغير السن ومدة المرض

## 2. الإشكالية

رغم الترف المادي والرعاية الصحية الفائقة والتقدم الطبي في النواحي الوقائية والعلاجية إلا أن الأمراض المزمنة والابوئة وعلى رأسها السرطان في تزايد مستمر ومخيف ويحصد الآلاف في الجزائر والملايين عبر العالم سنويا والذي يأتي بعد أمراض القلب ليشكل السبب الثاني الرئيسي للوفيات في الجزائر ومعظم دول العالم حسب المنظمة العالمية للصحة (2015.Oms). حسب جريدة "الجزائر اليوم" في عددها الأخير لسنة (2017) في ندوة صحفية لي كاتب الدولة الأسبق ( بشير مصيطني) المصاحبة لحفل إطلاق منظومة (اليقظة الصحية) لمبادرة (صناعة الغد) بأن الخارطة الصحية (بناء على نتائج لمكتب الدراسات بوزارة الصحة والسكان) في أفق (2030) تحمل إشارات جديدة يجب الانتباه إليها أولها النمو الديموغرافي السريع وعودة ارتفاع معدلات الأمراض الخطيرة التي لها علاقة بالتغذية وعلى رأسها السرطان والذي قد يشكل المرض رقم واحد في أفق (2030) وهذا ما أكدته تقرير أعدته الرابطة الوطنية لحقوق الإنسان في شهر فيفري (2017) بأن مرض السرطان يحتل المرتبة الثانية بعد أمراض القلب والشرايين في اسباب الوفاة في الجزائر ويؤكد التقرير بأنه يتم تسجيل 45 ألف حالة جديدة سنويا، وهذه النسبة في تزايد مستمر حيث بلغت 49 ألف حالة جديدة سنة 2019 عن نفس المصدر.

السرطان هو عبارة عن مجموعة أمراض التي تزيد عن المائة مرض يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة تنجم عن خلل في المادة الوراثية الجينية DNA والذي يزيد من خوف الناس كلمة سرطان (cancer) (أو Néoplasme) كلمة مرعبة تشير إلى داء خطير فشل الأطباء حتى الآن في معرفة أسبابه الحقيقية وإيجاد العلاج المناسب له. حتى وإن صح أن العلم لم يصل إلى العلاج الحاسم فإنه تقدم خطوات في هذا المجال وكانت أول هذه الخطوات هي الوقاية والرقابة الذاتية والابتعاد عن كل ما يُشكك فيه أنه سبب أساسي أو مساعد لنشوء المرض وتطوره فنشأ ما يسمى بعلم النفس السرطان وعلم السرطان البيئي الذي يهدف إلى الوقاية والابتعاد عن كل أسباب المرض المحتمل انتشارها داخل بيئة الإنسان حيث اتفق العديد من أخصائي السرطان مثل البروفيسور، هنري بور (HENRI BOR) و مورييس بيرو (M.PEROU) وغيرهما أن نسبة تقدر بـ 80% من أمراض السرطان سببها عوامل الحياة اليومية (الهواء الملوث والمشروبات وبعض الأغذية المعلبة والأشعة، تسمم الخلايا بالعقاقير والمبيدات الحشرية والغازات والأسمدة الزراعية وبعض الأدوية والمواد الكيميائية مثل مادة الكاديونيوم التي تطلقها المعلبات والكحوليات والتدخين وعمر الإنسان وغيرها كلها عوامل تساعد على حدوث السرطان الذي لا يظهر مباشرة بل يبقى كامناً لفترة تصل إلى الشهور أو السنوات. ( فيصل الزراد، 2009:ص483)

كما أن عامل المناعة العضوية ضد الأمراض وقابلية الأجسام للإصابة بالسرطان تتأثر بالشدة النفسية وبظروف الحياة والممارسات اليومية ما أشارت إليه أبحاث ودراسات حسب منظمة الصحة العالمية OMS أن نسب ونوعية الإصابات بالسرطان تختلف بين الأجناس ما يعزز لدى الدارسين أهمية ودور العوامل البيئية فسرطان المعدة والرحم أكثر انتشاراً في الدول النامية وسرطان الأمعاء الغليظة أكثر انتشاراً في البلدان الصناعية. ويبدو أن طريقة العيش والعادات الاجتماعية والمعتقدات والتغيرات المناخية المفاجئة وطرق التربية والثقافة السائدة وشخصية الفرد وحياته النفسية هي التي تعزز هذا الاختلاف بين الأجناس في مجمل الإصابات السرطانية ويؤكد الباحثون في الطب النفسي وعلم الأورام على دور العامل الفكري والنفسي في نمو السرطان وأيضاً الحد من تطوره يذكر الباحث الفرنسي المشهور جان (Jean Bernard) المهتم بسرطان الدم (LEUCIMIA) أنه يستخدم في مواجهة السرطان سلاحين هما: الدواء المتطور وسلاح الكلمة التي تساعد على تمشيط التربة المعبأة ببذور الاستعداد للمرض، كما تساعد على الحد من هجمات المرض ( فيصل الزراد، 2009:ص485) وعلى هذا الأساس تأتي شعارات منظمة الصحة العالمية (oms) أكثر تركيزاً على الجنب النفسي والسلوكي عند إحيائها لليوم العالمي لمرضى السرطان مثل شعار (نعم نستطيع التغلب عليه) إشارة منها إلى أن التغلب على هذا الداء لا يكون سوى بالتخلي بالإرادة القوية وأن الجانب النفسي يلعب دوراً مهماً في مواجهة المرض. يعتبر ظهور المرض المفاجئ والمهدد لحياة الفرد حادث صادم للمريض ولي عائلته يفقد المصدوم على إثره توازنه النفسي وتتغير نظرته إلى العالم ويختل نظام الحياة لديه فيصبح في حالة من الذهول والحيرة والخوف والتوتر والقلق والكآبة، وما يزيد من انكساره وتدهور حالته النفسية تبعات العلاج الطبي الكيميائي أو الإشعاعي والذي قد يمتد إلى شهور وسنوات يعاني فيها المريض مضاعفات العلاج الجسدية والنفسية كالشعور بالإجهاد والغثيان وفقدان الشهية والإسهال وسقوط الشعر وفقدان الخصوبة والقدرة الجنسية واضطرابات الجهاز العصبي المركزي وتغيرات الوزن هذا بالإضافة إلى أعراض نفسية كالقلق والاكتئاب والأرق إضافة إلى الآثار الاجتماعية الضاغطة مثل فقدان الدخل والانعزال الاجتماعي والوصمة الاجتماعية ما يؤدي إلى استجابات انفعالية تؤدي إلى تدهور نوعية الحياة لديه، العضوية، النفسية والاجتماعية، و العرض البارز لكل هذه الاختلالات الخوف و القلق، فهما من الانفعالات الإنسانية الأساسية فقد أكد الفيلسوف العربي ((ابن حزم)) على عمومية القلق بوصفه حالة أساسية من حالات الوجود الإنساني و رأى أن غاية السلوكيات الإنسانية هي الهروب من القلق وأن كل أفعالنا وأحاديثنا تهدف إلى تصريفه ، للقلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية و العرض الجوهرى المشترك في الاضطرابات النفسية و الأمراض العضوية ، و حجر الزاوية في كل من الطب السيکوسوماتي ( النفس جسي ) و الممارسة السيکاترية (الطب النفسية) ، وهو كحالة يقوم بدور مهم في عملية توافق الكائن العضوي مع بيئته (عبد الخالق ، 1987:ص 27.25). ولأن المرض في بعض الحالات يؤدي إلى الموت إذا فمّن الطبيعي ان نخاف الموت ولكن المسألة ليست بهذه البساطة فهناك عدة عوامل تتفاعل معا لينشأ عنها ما يسمى بقلق الموت و أهم عامل هو ان يدرك الإنسان ان لحظة النهاية قريبة أي عند تلقي نبأ الإصابة بمرض مميت كالسرطان تكون الصدمة شديدة ، فأكبر صدمة يمكن للإنسان أن يتلقاها هي تلك المواجهة المفاجئة مع الموت .فهي تزيل فكرة التأجيل وتدفعه للتفكير باحتمال موته في أية لحظة أو ضمن فترة معينة من الزمن ( النابلسي، 1991:15).

فالعلاقة قوية بين الأمراض العضوية المستعصية للعلاج وقلق الموت وهذا ما أكدته الكثير من الدراسات مثل دراسة بول (Paul) سنة 1983 و دراسة جيزل (Giselle) سنة 1982 وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الموت وكل من مرض السكر، ومرض التهاب المفاصل، كما أوضحت وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الموت ومرض ارتفاع ضغط الدم و كذلك توصل سيزار (César) سنة 1983 إلى علاقة موجبة بين قلق الموت ومرض الربو، ودراسة قواجلية (2013) بعنوان " قلق الموت لدي

الراشد المصاب بالسرطان - دراسة ميدانية بمركز مكافحة السرطان بولاية باتنة " نتائج الدراسة تمثلت في ان مرضى السرطان الراشدين يعانون من قلق الموت بشكل يؤثر بالسلب علي نسب الشفاء. و هناك الكثير من الدراسات التي توصلت جميعها إلى علاقات موجبة بين قلق الموت ومرض السرطان . (طارق محمد، وفاء مسعود ، 2000 ، ص83) وفي دراسة لي(شروق خير عوض ، 2009) حول قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان و مرضى السكر و مرضى القلب ، كانت النتائج حصول جميع عينات مرض السكر والسرطان وضغط الدم على درجات أعلى في مقياس قلق الموت بشكل دال إحصائيا مقارنة بالأصحاء . ويلاحظ أن الدراسات التي تناولت علاقة الموت بالأمراض العضوية أجمعت على وجود علاقة دالة موجبة مما يشير إلى أن قلق الموت يزداد لدى من يعانون من أمراض جسمية مقارنة بالأصحاء. (طارق عبد الوهاب، وفاء مسعود، 2000)

. كل إنسان سليم أو عليل يخشى الموت -قضية صادقة- ولأن كل شيء يوجد بمقدار كما قال ثورنرايك عالم النفس الإكلينيكي ، وأيضا في قوله تعالى ﴿قد جعل الله لكل شيء قدرا﴾ الطلاق الآية 3 . فما هي نسب هذا التفاوت و ما هي أهم العوامل التي تعزز هذا الاختلاف خصوصا بين المرضى...؟ - لماذا يعجز بعض المرضى عن تقبل المرض ويعشون في دوامة من القلق و الاكتئاب، في حين يتقبل الآخري المرض ويحسنون من نوعية حياتهم و يتكيفون مع الوضع الجديد؟ لماذا تتوقف عجلة الحياة ويتوقف البذل والعطاء عند بعض المرضى ، ويفقدون الأمل في كل شيء و ينتظرون ساعة النهاية؟ في حين نجد عند البعض الآخر سقوط لكن نهوض من جديد والحياة تستمر و الأمل قائم. لماذا ينجح بعض المرضى في تحمل العلاج و مضاعفاته و يداومون على العلاج ، في حين يفشل آخرون؟ - لماذا بعض مرضى السرطان يعيشون أعواما و أعوام وقد تنجح عمليات العلاج لديهم ، و العكس لدى غيرهم ممن يعانون من نفس المرض؟ أكيد نحن كلنا نخشى الموت لكن بدرجات متفاوتة ، ما كشفت عنه الكثير من الدراسات لعلماء النفس اننا لسنا جميعا متساوين في كل شيء فليس لدينا جميعا الدرجة نفسها في الذكاء و القلق و الاندفاع و الاجتماعية و العصبية و السيطرة و المرونة ، وقوة الانا، ومستوى التدين ، الصلابة وغيرها في الوقت نفسه ، وهذا ما يقوم عليه علم النفس ، مبدأ الفروق الفردية . وهذا التفاوت في القوى و القدرات الكامنة يجعل منا أفراد مختلفين و هناك العديد من الدراسات الميدانية التي تناولت بعض من هذه العوامل في الشخصية و علاقتها بمتغيرات مهددة لأمن وراحة الإنسان كالقلق و الاكتئاب و العصاب و الوسواس و العدوانية و تقدير الذات و من بين هذه الأبحاث: دراسة لي كوباسا و اخرون (1983) ودراسة لي جاد كينز و آخرون(2006) على الدور الفعال التي تلعبه الصلابة النفسية في التخفيف من الضغوط و قلق المرض و تمثل أيضا مصدر للمقاومة و الجلد ضد الاحداث الضاغطة . دراسة مولنز و لويز هدفت إلى معرفة الفروق في مستوى قلق الموت حسب السن ،السند الاجتماعي و طول مدة المرض و المستوى التعليمي وكانت هناك فروق لصالح كبار السن ثم المساندة و طول مدة المرض و المستوى التعليمي المنخفض. دراسة ريتشاردسون Richardson(1993) حول علاقة قلق الموت بالسعادة الروحانية وكانت النتائج كلما كانت هناك مستوى مرتفع من السعادة الروحانية كلما كان هناك انخفاض في مستوى قلق الموت.( فقيري تونس ، 2015 ، ص107)

دراسة جبر محمد جبر(2004) حول العلاقة بين تقدير الذات و الوجود الافضل لدى مرضى السرطان حول أثر العوامل النفسية على الإصابة بمرض السرطان فوجد ارتباطا إيجابيا بين نمط الشخصية (أ) و الإصابة بالسرطان .وهناك العديد من الدراسات التي أجمعت كلها على أهمية عوامل الشخصية البناءة في تعزيز المناعة النفسية ضد احداث الحياة الصادمة وضغوطاتها المختلفة . قد ارجع بعض الباحثون قدرة بعض المرضى على مقاومة القلق و تقبل المرض والتعايش معه بشكل إيجابي ، إلى عوامل و خصائص نفسية يتميز به هؤلاء المرضى عن غيرهم تجعلهم قادرين على استرجاع حالة التوازن بعد الصدمة ولا تتأثر كليا نوعية الحياة لديهم، ومن بين هذه القدرات الكامنة و المتعددة الجلد أو كما يطلق عليه الإرجاعية

(الرجوع إلى حالة التوازن النفسي). الجلد مفهوم حديث تناول و من المفاهيم الأساسية في علم النفس الإيجابي ، تعددت الأبحاث و الدراسات حوله منها رسالة دكتوراه لي (سلوى دباش 2019) الجلد النفسي لدى الراشد المصاب بالصدفية من خلال تطبيق اختبار الرورشاخ لي حالة واحدة ، الغرض منها الكشف عن بعض العوامل الحماية التي تساعد الفرد على تطوير و هيكلية الجلد مثل تقدير الذات و آلية التعقل والعوامل الاسرية وأخر خارج الأسرة ، و كان العامل المميز دعم الأسرة خصوصا الأبناء . دراسة (لوصيف لحسن ، 2017) الفينومينولوجية تجربة الجلد في حالة الإصابة بالسرطان من أجل التعرف على أوجه المساعدة التي يحتاجها هؤلاء الأشخاص بالتحديد أثناء خضوعهم للعلاج، و كان الدعم والمساندة من القائمين على الرعاية الصحية والمحيطين بالمريض خصوصا الأسرة ذا أهمية كبيرة و كذلك نفس النتائج توصلت إليها دراسة عيادية حول مؤشرات الجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان من خلال اختبار رورشاخ (عبد الوافي زهير بوسنة ، فضيلة لحرمر، 2016). دراسة (جار الله سليمان 2013) منظور الزمن و علاقته بالجلد في مواجهة الأحداث الصادمة أي اثر الخبرات و التجارب الصدمية الماضية على الحالة الراهنة لدى عينة من المتعرضين لها بمعنى آلية التوظيف النفسي لمخططات معرفية متعلمة عبر مراحل الحياة لمواجهة التجربة الصدمية الحالية. وكانت النتائج لصالح افراد العينة الذين كانت لهم تجارب صدمية أكثر أي انهم اكتسبوا مناعة نفسية.

دراسة سميرة عمامرة ، طعيلي محمد الطاهر (2017) حول التدين و علاقته بقلق الموت لدى المرضى المزمنين ودلت النتائج على وجود علاقة عكسية بين مستوى التدين ومستوى القلق أي كل ما ارتفع مستوى التدين كان مستوى القلق منخفض و العكس صحيح. دراسة (بوفرة مختار ، شعيني نور الدين 2017) حول قلق الموت و علاقته ببعض المتغيرات لدى عينة من المجتمع الجزائري وكانت النتائج أن هناك فروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعا لمتغير الجنس والسن و الحالة الاجتماعية و المستوى التعليمي.

الموت حقيقة من الحقائق الكونية وكل من يتنفس ميت ﴿كل نفس ذائقة الموت﴾ آل عمران(85) ﴿إنك ميت وإنهم ميتون﴾ الزمر(30) و كل البشر يدركون تماما ان وجودهم سينتهي دون معرفة الزمان و المكان و الطريقة التي سوف يموتون بها ﴿ما تدري نفس ماذا تكسب غدا وما تدري نفس بأي أرض تموت﴾ لقمان(34) ويدركون كذلك ان لا مفر من الموت ﴿اينما تكونوا يدركم الموت و لو كنتم في بروج مشيدة﴾ النساء(78) و حقيقة الامر ان تفكير الانسان في الموت في لحظة من لحظات حياته امر حتمي قد تراوده الفكرة بصورة تلقائية ، وقد تبرز امامه دون إرادته عندما يفقد عزيز او يرى جنازة أو يرى شخصا يحتضر أو عند مقبرة ، ولكن الصدمة الكبرى عندما يرى أن الموت بات قريب منه عند تلقيه نبأ الإصابة بمرض مميت كالسرطان ، كيف تكون طريقة الاستجابة و ما نوع الاسلحة التي يواجه بها هادم اللذات و مفرق الجماعات؟ لكن السؤال هل طريقة استجابة المرضى هي نفسها ام انها تختلف تبعا لبعض المتغيرات و عوامل ذاتية معينة وانطلاقا من وجهة النظر هذه و من أجل التعرف أكثر على دور المزيد من العوامل الإيجابية التي يستعملها الأشخاص كجدار حماية ضد الصدمات و الامتيازات جاء بحثنا حول الجلد كعامل إيجابي و علاقته بقلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان محاولين الإجابة عن تساؤلات الآتية: -هل توجد علاقة بين الجلد النفسي و قلق الموت؟ -هل توجد فروق بين المرضى في مستوى قلق الموت تعزى إلى متغيرا ، السن، مدة المرض؟

-هل توجد فروق بين المرضى في مستوى الجلد النفسي تعزى إلى متغيرا، السن، مدة المرض؟

وانطلاقا من التساؤلات السابقة تتحدد فرضيات الدراسة كالاتي:

-توجد علاقة عكسية بين الجلد النفسي و قلق الموت لدى أفراد العينة (مرضى السرطان) .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى الجلد تُعزى الى متغيرا السن و مدة الإصابة
  - توجد فروق ذات دلالة بين المرضى في مستوى قلق الموت تُعزى الى عامل السن و مدة الإصابة
- 3.دوافع الدراسة.

الامراض المزمنة وخصوصا السرطان واقع معاش لدى العديد من العائلات الجزائرية و السؤال المطروح نحن كأخصائيين في مجال علم النفس ماذا يمكننا ان نقدم لهذه الفئة من مجتمعنا التي تعاني صدمة المرض و حدة الألم و مضاعفات العلاج خصوصاً إن كانت تجهل اسباب السرطان و تداعياته و كيفية الوقاية منه و كانت تجهل ايضا أن هناك أمل في الشفاء منه و تنظر إليه نظرة الاستسلام و اليأس و فقدان الامل. ونحن نعلم ان هناك أمل في الشفاء و أن هناك بوادر نجاح في علاجه و بحثنا هو محاولة لاكتشاف بعض من هذه القدرات الكامنة و مكامن القوة لدى هؤلاء المرضى و مدى أهميتها في مقاومة المرض و الاستمرار في العلاج و تحمله و مساعدتهم على حسن استغلالها و تدعيمها عند الأصحاء من عائلات المرضى وبعثها عند الأطفال

#### 4.اهمية الدراسة.

تكمن اهمية الدراسة في خصوصية العينة و في تسليط الضوء على شريحة هامة من مجتمعنا الواسع تعاني في صمت صدمة المرض و مخلفاته النفسية، الجسدية و الاجتماعية. و تكمن اهميتها في الوزن الإكلينيكي لمتغيراتها سواء للمرضى أنفسهم أو للقائمين عليهم ، متغيرات حديثة التناول تنتمي إلى اتجاه جديد المتمثل في علم النفس الإيجابي الذي يركز على مكامن القوة و الفضائل الإنسانية الإيجابية لتعزيز السعادة الشخصية للإنسان و على هذا الاساس دراستنا لها اهميتها من الناحيتين النظرية و التطبيقية

#### 1.4.الناحية النظرية.

- من خلال اطلاعنا على الكثير من الدراسات السابقة وجدنا أن هناك ندرة للأبحاث التي تناولت العلاقة بين هذه المتغيرات خصوصاً لدى فئة المرضى و بذالك تصبح دراستنا إطار نظري لدراسات اخرى في هذا المجال و بشكل أعمق.
- التعرف على أثار و عواقب الامراض المزمنة خصوصاً السرطان و على نوعية الحياة لدى المرضى و تحديد أكثر المشكلات التي يعاني منها هؤلاء.

- فائدة توجيهية و تحسيسية للقائمين و العاملين في المستشفيات من اطباء و ممرضين و كادر إرشادي في كيفية التعامل مع هذه الفئة من المرضى

#### 2.4. الناحية التطبيقية.

- بناءً على النتائج المتوقعة و مدى اتساقها مع المفهوم النظري للجلد و بأن له أثار إيجابية على الصحة النفسية بصفة عامة و على التوافق النفسي للمريض بصفة خاصة ما يفتح المجال للباحثين في مجال علم النفس الإيجابي، خصوصاً في الجزائر، من اجل وضع برامج إرشادية و علاجية موجهة لمختلف الفئات العمرية التي تحتاج الى الرعاية و التكفل النفسي خصوصاً المرضى مستوحاة من نظريات هذا التوجه الجديد في ميدان علم النفس بهدف تعزيز الصحة النفسية لديهم
  - تأكيد العلاقة الإيجابية بين الجلد و الصحة النفسية من شأنه ان يساعد و يشجع المختصين على بناء العديد من البرامج الإرشادية و العلاجية و الوقائية الغرض منها مساعدة الافراد على تخطي المحن و تجاوز الازمات النفسية و الصدمات و اكتساب أكبر للمناعة النفسية من خلال بناء و هيكله سيرورة الجلد من الطفولة و حتى الرشد و ايضا تحديد الخدمات التي بإمكانها تحسين و ضمان حياة كريمة و متوازنة للمريض
5. أهداف الدراسة.

- فهم أكثر للآليات التي تجعل بعض المرضى أكثر مقاومة للصدمات خصوصاً صدمة المرض أكثر من غيرهم والتعرف على مستوى الجلد ومستوى قلق الموت لديهم
- الكشف عن طبيعة العلاقة بين هاذين المتغيرين وكذلك هل هناك فروق بين المرضى في مستويات القلق والجلد حسب متغير، السن وطول مدة المرض
6. مفاهيم الدراسة.
- 1-6. الجلد: لغة: جَلْدٌ، يَجْلُدُ، جَلْدٌ، جمع أجلاد . فلان جَلَدٌ أي جَلَدٌ على تحمل المكاره أي كان له صلابة و صبر على تحملها ، جَلْدٌ في مواجهة الشدائد وقوي (معجم المعاني الجامع) . الجلد يأتي من مصطلح لاتيني (RESALIRE)والذي أستعمل بشكل منتظم في العلوم الفيزيائية حيث يمثل قدرة المواد على مقاومة الصدمات واستعادة الشكل اللائق ( Boris CYRULNIK) وقد أستخدم المصطلح من طرف العديد من علماء النفس بدايات القرن الماضي ونهايته واستخدمه فرويد كنموذج لتوضيح فكرة الانسان القادر على المقاومة في حالة تلقي الصدمة والضربة ثم النهوض من جديد والانطلاق.
- الجلد هو القدرة على التطور ومقاومة الصدمات بشكل سوى في خصم الكرب الناجم عن الظروف المعادية وفي حالة الضيق الشديد.
- الجلد حسب المنظمة العربية للتربية والعلوم (هو الصبر على مكروه وتحمل الألم) و أول استخدام لمصطلح الجلد في علم النفس كان في الولايات المتحدة الأمريكية من طرف (N.Garmézy) عام(1984) وعرفه على انه (إحدى مظاهر المهارات التي يتم تطويرها عند الاطفال على الرغم من تعرضهم لأحداث مجهدة).
- والجلد مفهوم حديث الظهور في العلوم الإنسانية والاجتماعية قاد إلى تغيير الرؤى في علم النفس المرضي وهو طرح جديد لل صعوبات النفسية وكيف ينجح بعض الافراد في تخطي الازمات والصدمات النفسية ومقاومة الامراض ومحاولة إعادة بناء الذات من جديد بالرغم من الظروف المعاكسة. هو بهذا المعنى لا يقتصر على المقاومة بل يشمل على طابع الديناميكية مضمونه ان الفرد المتعرض للصدمة يعيد بناء ذاته (se construire) والتقدم إلى الأمام (rebondit)
- المختصة النفسية ( EMMY.WERNEL ) في عام (1957م) .هي من وضعت الأسس للمصطلح في علم النفس حيث قامت بدراسة تتبعية لحوالي 700 طفل في هاواي يعانون من الهجرة والحرمان العاطفي وصحة متدهورة وسوء معاملة ، وبعد 30 سنة من تتبع الأطفال وجدت أن 72 % منهم تطور بشكل منحرف و كارثي وتفاجأت الباحثة بنسبة 28% منهم تمكنوا من النجاح في حياتهم وتعلموا حرفة و أسسوا عائلات ولم يصابوا بأي اضطراب نفسي ما دفعها إلى البحث عن العوامل التي جعلت هؤلاء الأطفال غير قابلين للتخبطيم. (B-cyruLink, 2012) p8
- كما جاء في كتاب بوريس سيريلنيك وماري أنو.، (Anaut et Cyrulnik, 2014, p145) "أن يتصف الانسان بالجلد لا يعني أنه في منأى عن عوامل الخطر ومنغصات العيش ولكن، عند حلول الخطر يصبح لديه ما يواجهه به بمثابة جهاز مناعة ومقاومة يستخدمه عند اللزوم".
- التعريف الإجرائي للجلد: هو الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس الجلد المستخدم في الدراسة.
- 2.6. قلق الموت. تعريف قلق الموت: يلخص تمبلر ولونيتو: Templer&Lonetto قلق الموت بأنه خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه (مريم بن فطيمة، 2014:ص96) ويذكر تمبلر سنة 1976 أن درجة قلق الموت يحددها عاملان هما: حالة الصحة النفسية بوجه عام، أما العامل الثاني فقد وجد أن قلق الموت يرتبط بتدهور الصحة الجسمية (templer, 1967 p97) ( تعريف هولتر: (holter (1979) قلق الموت هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المتعمد على

تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت، وفي حين عرفه محمد عيد " شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يترصص به حينما كان وأينما أتجه، في يقظته ومنامه في حركته وسكونه، الأمر الذي يجعله حزينا محصورا متوجسا من مجرد العيش على نحو طبيعي" ( بشير معمريه، 2007: ص220) . تعريف أحمد عبد الخالق: " هو نوع خاص من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدره ومشاعر شك وعجز وخوف، وتتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه، ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة، وترفع من درجاتها" (عبد الخالق، 1991:85) يعرف القلق حسب قاموس علم النفس الطب على أنه "تعبير عن ألم وتعب داخلي ناتج عن الشعور بالخوف من شيء مجهول وكذا توقع خطر خارجي لا يملك الفرد امامه أي وسيلة لمواجهة" (médicale, 1998)

التعريف الإجرائي لقلق الموت: الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على المقياس المعتمد للدراسة

### 7. إجراءات الدراسة.

1.7. منهج الدراسة. نحن بصدد دراسة ظاهرة موجودة فعلا ولذلك سوف نعتمد المنهج الوصفي الارتباطي المقارن لكونه أكثر ملائمة لتحقيق أهداف الدراسة و التحقق من فروضها. ميزة المنهج الوصفي هي دراسة الحالة الراهنة للمتغيرات دون التدخل في مجرياتها. استعملنا برنامج spss,v21 لمعالجة البيانات ،مستخدمين الاساليب الإحصائية المتمثلة في المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية واختبار "ت" و اختبار "ف" لمعرفة الفروق بين الفئات المختلفة واختبار بن فروني لتحديد أي من هذه الفئات كانت الفروق لصالحها ومعامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين المتغيرات.

2-7 عينة الدراسة. هم عينة من مرضى ومريضات السرطان القاطنين بمدينة أفلو وضواحيها تتراوح اعمارهم ما بين 21سنة إلى أكثر من 60سنة وأغلب أفراد العينة هم من النساء ويمثلن حوالي 68% من عدد العينة و32من الذكور وكل المرضى تحت العلاج الكيميائي الجدول رقم(1) يبين توزيعهم

الجدول رقم(1):توزيع أفراد العينة حسب متغير السن وطول مدة المرض

السن	الجنس		مدة المرض بالشهر		
	ذكر	أنثى	ش-1-10	ش10-25	ش26+
35-20	2	5	7	0	0
50-36	5	7	6	6	0
+ من 51	5	14	0	9	10
النسبة المئوية	32%	68%	34.5%	34.5%	26%
مجموع	12	26	13	15	10
مج كلي	38	38			

### 3-7. أدوات الدراسة.

#### 1-3-7. المقابلة العيادية .

2-3-7. مقياس الجلد النفسي: Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) أنجز هذا السلم كل من (كونور كاترين و دافيدسون جونتان، 2003)، بهدف تقييم الجلد ويعتبر من أهم الاختبارات التي حازت تطبيقات واسعة في الطب النفسي و علم النفس ويتميز بمستويات عالية من الصدق والثبات، و يضم 25 بندا موزعة على خمسة أبعاد، بعد التحكم في الانفعالات وبعد الكفاءة الذاتية بعد المشاعر الإنجابية ،المساندة الاجتماعية و العامل الديني ، يكون تقييم كل بند من صفر إلى أربعة درجات



حسب سلم ليكرت (من 0= لا أوافق تماما إلى 4=أوافق تماما).و كلما ارتفع وانخفض مجموع الدرجات المتحصل عليها في كل الاختبار دل على ارتفاع أو انخفاض درجة الجدل لدى الفرد. واعتمدنا في دراستنا على النسخة المترجمة والمكيّفة بما يتلاءم و البيئة الجزائرية حسب بعض المختصين من طرف الباحثين الأستاذ د. شرفي محمد الصغير و الأستاذ جار الله سليمان من جامعة سطيف 2

الخصائص السيكو مترية للمقياس.

أ-الصدق (صدق البناء) : قمنا بحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق إيجاد معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس و الدرجة الكلية له باستعمال معامل بيرسون على عينة مكونة من 26 فرد وكانت جميع الفقرات دالة عند مستوى الدلالة (0.01) و قد تراوحت القيم بين (0.65) و(0.85)

ب-الثبات(طريقة الاعداء) : تم التحقق من ثبات الأداة من خلال تطبيقها على عينة استطلاعية مكونة من (30) فرد من كلا الجنسين خارج عينة الدراسة وتم حساب معامل الثبات بطريقة الإعادة بعد اسبوعين حيث بلغت قيمة معامل الثبات (0.87) وهو ذا ثبات عالي

3-3-3. مقياس قلق الموت: من إعداد العالم الأمريكي" (دونالد تمبلر) تُرجم إلى لغات عديدة منها العربية والإسبانية وحتى اليابانية والهندية، واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متعددة من الذكور والإناث و من ثقافات مختلفة، و متغيرات مختلفة و يعد واحد من أكثر المقاييس انتشارا في البحوث، طبق هذا المقياس لأول مرة سنة 1970. ترجمه لأول مرة إلى العربية احمد عبد الخالق (1987) ويشمل هذا المقياس مجموعة من الابعاد المتعلقة بخبرة الموت منها تكرار فكرة الموت ، التفكير المستمر بالموت ، سيطرة فكرة الموت ويتكون من(15) بند موزعة على هذه الابعاد يجب عليها المفحوص بوضع علام (نعم) او (لا) ، (09) منها تصحح(لا) و (06) تصحح ب(نعم) .

نقطة( 01 ) للبنود التي تصحح ب(ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.- نقطة( 01 ) للبنود التي تصحح ب(خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ. صفر( 0 ) للبنود التي تصحح(ص)وأجاب عليها المفحوص بخطأ . - صفر( 0 ) للبنود التي تصحح(خ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح

الخصائص السيكو مترية للمقياس:

أ- الصدق (صدق البناء): بنفس الطريقة السابقة كانت جميع عبارات المقياس دالة عند مستوى دلالة (0.01)وقد تراوحت القيم بين(0.76) و(0.92)

ب-ب-الثبات(طريقة الاعداء):بنفس الطريقة السابقة تم حساب معامل الثبات بطريقة الإعادة بعد أسبوعين حيث بلغت قيمة معامل الثبات (0.90) عند مستوى دلالة (0.00).

بعض الخصائص النفسية لأفراد العينة من خلال المقابلة العيادية .

من خلال المقابلات التي أجريناها مع أفراد العينة، استنتجنا أن هناك فيئتين من المرضى ، فئة كانت لنا سهولة في الاتصال بها تتميز بروح الدعابة والانشراح ، يدخلون في حوارات خاصة معنا يصرحون عن مكوناتهم و آلامهم واهمهم دون قيد أو حرج وذكر الخالق والاستعانة به لا تخلو من حديثهم .لاحظنا أيضا ان جلمهم خصوصا فئة الذكور منهم لم يتخلوا عن مسؤولياتهم المهنية أو الأسرية ،يتميزون بروح الدعابة و بنوع من الصرامة في الوقت نفسه، كنوع من المواجهة ضد المرض و العلاج و مضاعفاته. ولاحظنا ايضا ان لهم وفرة في العلاقات الإيجابية داخل الاسرة و خارجها من خلال الزيارات و مكالمات الهاتف عكس الفئة الثانية، درجاتهم على مقياس قلق الموت كانت دون الوسط ،وعلى مقياس الجدل فوق المتوسط إلى مرتفعة . ما يدعم هذا الاستنتاج ما أشار إليه "إلي"(Eley,S,D & et al,2014) أن مفهوم الجدل النفسي يمكن تعريفه كمركب

نفسى ( تفاعل عوامل ذاتية وأخرى خارجية) حيث أشارت دراسته وجود علاقة ارتباط إيجابية قوية بين الجلد و توجيه الذات و التعاونية و الإسرار و المثابرة و السلبية مع تجنب المؤذي و فروق فردية في التفسيرات و التأويلات الشخصية كما استنتج أيضا أن الجلد النفسي يرتبط مع نموذج من السمات الشخصية مثل النضج، التحكم و تحمل المسؤولية و التفاؤل و روح الدعابة ، الفئة الثانية واجهتنا بعض الصعوبة في الاتصال بهم يتميزون بالحساسية الزائدة و قلة الكلام و التجنب خصوصا مع الأعراب، انطوائيين غير قادرين على التعبير بما يلج في صدورهم لا يتحملون السؤال ينفعلون لأتفه الأسباب على من يحيطون بهم و القائمين على رعايتهم الصحية كنوع من التفريغ الانفعالي للغضب و التوتر و القلق، هذا ما يجعل المحيطين بهم يتجنبونهم لأنهم لا يعرفون كيفية التعامل معهم . و أغلبهم من الفئة العمرية الدنيا و إصابتهم بالمرض حديثة، ترى مظاهر الحزن بارزة على وجوههم و آثار الدموع على خدودهم خصوصا الإناث، فهي من أثر الحدث الصدمي المفاجئ . و تخطي هذه المحنة يتطلب أولا توظيف المصادر الذاتية من أجل إعادة هيكلة وإرصان للجلد النفسي و استحضار العوامل الخارجية و المتمثلة في الدعم و المساندة . و أشارت إلى هذا لزرنيخ و آخرون (Letzring,T,D & et al, 2004) أن قدرة الفرد على ضبط ذاته تعود إلى تعبيراته التي تقطن بداخله و ترتبط بالدافعية لديه و إلى صمود الأنا لديه كما أشارت إلى أن الأفراد ذوي الجلد النفسي يتصفون بأن لهم اهتمامات واسعة في الحياة و مستوى مرتفع من روح المعنوية و المهارة الاجتماعية وهم متحمسون و توكيديون و غير انهمايين أو بلديين انفعاليا .

## 9- عرض و مناقشة النتائج.

### 9-1 عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى.

و التي تنص على وجود علاقة عكسية بين الجلد النفسي وقلق الموت و للتأكد من ذلك تم حساب معامل الارتباط بيرسون و

الجدول رقم(2)

الجدول رقم(2): نوعية العلاقة بين الجلد وقلق الموت		
المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى دلالة
الجلد	-0.973**	0.00
قلق الموت		

نلاحظ من خلال الجدول(2) أن معامل الارتباط بين درجات الجلد النفسي و قلق الموت يقدر ب(-0.937) عند مستوى دلالة(0.00) و بإشارة سالبة ما يعني تحقق الفرضية الأولى وجود علاقة عكسية بين المتغيرين. أي كلما ارتفع مستوى الجلد قل معه مستوى قلق الموت و العكس صحيح .

مناقشة النتائج : تؤكد النتائج أعلاه أن الجلد قدرة كامنة في الشخصية لها عواملها الذاتية و المحيطية المساعدة على ظهورها وقت الضرورة ، مثل نمط المواجهة الفعال ، النظرة الإيجابية ، الروحانية ، الدعم الاجتماعي ، المرونة المعرفية ، التقبل ، الخبرة السابقة للضغوط و القدرة على إعادة هيكلة الأحداث الغير ملائمة ، الصلابة ، ما اشار إليه كل من براوننج و جونسون (Browning, & jhonson, c.2010) و تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة كوباسا و آخرون(1988) ، ودراسة جاد كينز (2007) حول الدور الفعال التي تلعبه الصلابة النفسية في التخفيف من القلق و هي مصدر للمقاومة و الجلد. و هذا ما يؤكد علماء بارزين في مجال علم النفس الإيجابي مثل سيلغمان(Martin Seligman) سيريلانك (B.cyrulink)، ورنار (EMMY.WERNEL) ، (أنو) و غيرهم على دور الجانب النفسي الانفعالي و العلائقي و العوامل النفسية الإيجابية و المعتقدات

الذاتية في خفض التوتر والقلق وتحقيق التوافق النفسي الذاتي كلها عوامل تعمل على تكوين نوع من المناعة النفسية ضد ضغوط الحياة والشدائد والصدمات. عوامل ليست فطرية فحسب بل تكتسب أيضا عبر الزمن وبالتعلم وضمن ظروف بيئية و سيرورات علائقية خاصة ومناسبة وهي بذلك غير ممكنة تحت ظروف معينة وغير مناسبة.

9.2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.

و التي تنص على وجود فروق بين المرضى في مستوى قلق الموت تعزى إلى متغير السن، ومدة المرض .

9-2-1 الفروق في درجات قلق الموت حسب متغير السن: يبين الجدول رقم(3) قيمة "ف" لدرجة قلق الموت لدى المرضى حسب متغير السن التي تقدر ب(51.25) وهي دالة عند درجة حرية (02) بين

الجدول رقم (3) يوضح الفرق في مستوى قلق الموت حسب السن						
القرار	مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة حرية	مجموع مربعات	
دال (توجد فروق)	0.00	51.25	81.21	2	162.43	بين المجموعات
			1.59	35	55.47	داخل المجموعات
				37	217.9	المجموع

المجموعات و(35) داخل المجموعات بمستوى دلالة(0.00) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات قلق الموت بين المرضى حسب الفئة العمرية التي ينتمون إليها. ولمعرفة اتجاه هذه الفروق نعرض الجدول رقم(4)، الذي يتضح من خلاله انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق الذي يعاني منه المرضى و بدرجات متفاوتة حسب المرحلة العمرية التي ينتمون إليها ، فروق بين فئتي أقل من35سنة وفئة(36إلى50سنة) ولصالح فئة أقل من35سنة، وبين فئة (36 إلى 50سنة) وفئة أكثر من51سنة ولصالح الفئة الأقل منها.

جدول(4):اختبار بون فروني لتوضيح اتجاه الفروق للقلق الموت حسب السن			
عمر المريض	35-20 سنة	36-50 سنة	+ من 51 سنة
35-20 سنة		*2.036	*5.180
50-36 سنة	*-2.04		*3.145
+ من 51 سنة	*-5.2	*-3.15	

المناقشة: تبين النتائج أعلاه أنه كل ما زاد العمر زاد انخفاض درجات قلق الموت. ونفس ذلك باختلاف المدركات الذاتية و الخصائص النفسية والاجتماعية للأشخاص بسبب عامل الخبرة والاكتساب، وان الكبار في السن قد يكونون مرو بخبرات صادمة كانت لهم كعامل مناعة وإرسان للجلد وأيضاً العامل الديني والإيماني وهذا ما أشرنا إليه في ملخص المقابلات العيادية و الفرق بين الفئات العمرية الصغرى و الفئات الكبرى وهذا ما أشارت إليه دراسة(thorson, Powell:1991) أن الافراد المؤمنين من الكبار سجلوا درجات منخفضة على مقياس قلق الموت مقارنة بذوي الفئة العمرية الصغرى وان الاعتقاد بالآخرة يعمل كاستراتيجية لمواجهة قلق الموت thorson,powel:1991,p221

9-2-3. الفروق في مستوى قلق الموت حسب متغير مدة المرض.

يبين الجدول رقم(5) قيمة "ف" لدرجة قلق الموت لدى المرضى حسب متغير مدة المرض التي تقدر بي(15.2) وهي دالة عند درجة حرية (02) بين المجموعات و(35) داخل المجموعات بمستوى دلالة(0.00) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة في درجات قلق الموت بين المرضى حسب طول مدة المرض وللمعرفة اتجاه هذه الفروق نعرض الجدول الآتي رقم(6).

يتضح من خلاله انه توجد فروق بين المرضى في مستوى قلق الموت حسب عامل مدة المرض ،فروق بين فئة اقل من10شهر وفئة (11شهر-20ش)ولصالح ذوي مدة المرض الدنيا وبين فئة(11شهر و20ش) وفئة اكثر من 21شهر ولصالح الفئة الأقل

القرار	م.الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة حرية	مجموع المربعات	
دال	0.00	15.2	50.57	2	101.2	بين المجموعات
(توجد فروق)			3.35	35	116.7	داخل المجموعات
				37	217.9	المجموع

مدة المرض بالشهر	1ش-10ش	11ش-20ش	+ 21شهر
1ش-10ش		*2.036	*4.177
11ش-20ش	*-2.344		1.833
21ش+	*-4.177	-1.833	

المناقشة: نستنتج من هذا انه كلما كان الحادث الصادم (نبأ الإصابة ) حديث و في مرحلته الاولى كلما كان القلق مرتفعا و عليه فاستيعاب وامتصاص قوة الصدمة لابد وان يمر بمجموعة من الآليات و المراحل حتى تحدث عملية التكيف و المواءمة. ونشير هنا إلى تحقق الفرضية الثانية وهو توجد فروق بين المرضى حسب متغير السن و مدة المرض 9-3. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: و التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد تعزى إلى متغير السن و مدة المرض 9-3-1. الفروق في درجات الجلد حسب عامل السن: يبين الجدول رقم(7) قيمة "ف" لدرجة الجلد النفسي لدى المرضى حسب متغير السن التي تقدر ب (99.43) وهي دالة عند درجة حرية (02) بين المجموعات و(35) داخل المجموعات بمستوى دلالة(0.00) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الجلد النفسي بين المرضى حسب الفئة العمرية التي ينتمون إليها.

القرار	مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة حرية	مجموع مربعات	
دال	0.00	99.5	6276.8	2	12553	بين المجموعات
توجد فروق			63.2	35	2209	داخل المجموعات
				37	14763	المجموع

ولمعرفة اتجاه هذه الفروق نعرض الجدول الآتي رقم (8)، يتضح من خلاله أن مستويات الجلد النفسي في ارتفاع تناسبي مع التقدم في السن ولصالح الفئة العمرية الأكبر سناً أي كلما زاد التقدم في السن زاد معه ارتفاع في درجات الجلد النفسي في عكس اتجاه درجات قلق الموت

الجدول(8):اختبار بون فروني لتوضيح اتجاه الفروق الجلد النفسي حسب السن			
عمر المريض	35-20 سنة	50-36 سنة	+ من 51 سنة
35-20 سنة		*-18.44	*-45.75
50-36 سنة	*18.44		*-27.3
+ من 51 سنة	*45.75	*27.3	

المناقشة: إن إرساء سيرورة الجلد تتحكم فيه عدة عوامل من بينها عامل الخبرة و الجانب الروحي الذي يبرز و يكتمل في مرحلة الرشد، التقدم في السن تقدم في التجربة الحياتية ومواجهة للعديد من الصدمات و الازمات ، و النجاح في تخطيها هو بمثابة حافز يدفعهم بالمضي قدما ، إضافة إلى الجانب الروحي هذا ما لاحظناه لديهم بأن المرض لا يقتل لكن الأجل هو الذي يقتل و اننا انجزنا ما نستطيع إنجازه وإن كان في العمر بقية سنكمل الباقي فنحن في أعلى المرتفع ، و الدنيا دار فناء و الآخرة دار بقاء.

3-3-9. الفروق في مستوى الجلد حسب متغير مدة المرض: يبين الجدول رقم (9) قيمة "ف" لدرجة الجلد لدى المرضى حسب متغير مدة المرض التي تقدر ب (23.6) وهي دالة عند درجة حرية (02) بين المجموعات و(35) داخل المجموعات بمستوى دلالة (0.00) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الجلد بين المرضى حسب طول مدة المرض

الجدول رقم (9) يوضح الفرق في مستوى الجلد حسب مدة المرض						
	مجموع مربعات	درجة حرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى دلالة	القرار
بين المجموعات	8474	2	4237	23.6	0.00	دال
داخل المجموعات	6288	35	179.7			توجد
المجموع	14763	37				فروق

ولمعرفة اتجاه الفروق نعرض الجدول رقم (10) نلاحظ وجود فروق بين المرضى في مستوى الجلد حسب طول مدة المرض ، فروق بين فئة اقل من 10شهر وفئة (11شهر-20 ش) ولصالح ذوي مدة المرض الاعلى و بين فئة(11شهر-20ش) و فئة اكثر من 21شهرولصالح الفئة الاعلى منها.

المناقشة: تزداد درجات الجلد بتزايد مدة المرض وهذا لأن هناك فترة زمنية غير محددة تختلف من شخص لآخر باختلاف الخصائص النفسية له ينتقل فيها المصاب من مرحلة الصدمة إلى مرحلة الخروج منها. فحسب "أنوا" (2002، anaut). ينقسم الاداء النفسي للجلد إلى مرحلتين مرحلة مواجهة الصدمة ومقاومة الفوضى النفسية نتيجة عامل الفجائية و المباغته و يستخدم فيها الفرد آليات دفاعية طارئة و غير ناضجة لحماية النفس من الانهيار مثل( الإسقاط ، الإنكار ، الخيال ، السلوك السلبي الخ) . والمرحلة الثانية التخلي عن بعض هذه الدفاعات الطارئة لصالح موارد دفاعية أكثر نضجا وأكثر ملاءمة على

المدى الطويل مثل ( الإبداع ، الفكاهة ، التدبر(إعطاء معنى للجرح) ، الإيثار ، التسامي ) ، و الدفاعات الناضجة هي من مميزات و خصائص الأفراد الجلدين. (Anaut, M, 2002 :p13).

### 10. الخلاصة.

إن التجربة التي يمر بها المصابون بالسرطان من الصعب ترجمتها إلى كلمات فكيف يمكننا ان نترجمها إلى أرقام ولكن بحثنا هذا كان يستلزم حوار من نوع خاص شعاره أتركه يتحدث أتركه يعبر. السؤال الوحيد الذي كان يطرح في صيغة أمر. أخبرنا عن الأشياء التي تعلمتها من هذه التجربة الخاصة ليطلع عليها آخرون يعيشون نفس الوضعية ثم نستمتع إليه بكل صدق و إمعان. ثم نقدم له الاستبيان مع الشرح. و تنتهي الجلسة مع نهاية الحصة الكيميائية. النتيجة المستخلصة في الأخير وهي أن الجلد كقدرة عامل مهم لتحقيق التوازن النفسي وهو تركيب لمجموعة من الخصائص الذاتية و المحيطية(الدعم و المساندة) التي تلعب دورا في تكوينه و بلورته و إعادة رسكلته عبر الزمن و على هذا الأساس يجب على المحيطين بالمرضى ان يكونوا مساندين إيجابيين ، يُحسنون الإجابة و السؤال و الإصغاء بإنسانية و ذكاء ، ولا تتوفر هذه المزايا إلا عند أخصائي نفسي متمرس. وعلى ضوء النتائج السابقة يمكن عرض بعض الاقتراحات :

-تبني نموذج وطني يساهم فيه الباحثين الأكاديميين و العيادين و التربويين في الممارسات السريرية و التربوية هدفه هيكلة و بناء سيرورة الجلد من خلال إعداد برامج تتضمن تكييف العشر طرق التي حددتها الرابطة الأمريكية لعلم النفس بما يتلاءم و هويتنا و التي تتضمن مجموعة من المحددات تؤدي إلى بناء و هيكلة الجلد النفسي خصوصا في المراحل العمرية الأولى ، إضافة إلى مجموعة مصادر أخرى تساعد على بلورة الجلد و تقويته وهي الأسرة و المجتمع و المدرسة المعتقد الديني و القدرات الذاتية .

إعطاء أولوية للصحة الجسدية خصوصا وقد أصبح عصرنا اليوم عصر الأوبئة و الأمراض من خلال تبني مشروع برنامج نفسي تربوي وطني يهتم بالصحة النفسية و الجسمية، فالتربية الصحية المدرسية و السلوك الصحي أصبح ضرورة قصوى و دعامة أساسية من أجل مجتمع سليم.

### الإحالات و المراجع

#### أولا المراجع العربية :

\* القرآن الكريم

أحمد عبد الخالق ، مایسة النيبال. (جانفي، 1991). الدافع للإنجاز و علاقته بقلق الانبساط . دراسات نفسية العدد4، الصفحات 198-178.

آية قواجلية. (2013). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان -جامعة بسكرة -الجزائر.

بشير معمري. (2007). بحوث و دراسات متخصصة في علم النفس. منشورات الحر-الجزائر، الصفحات 212-232.

بوفرة مختار، شعني نور الدين. (ديسمبر، 2017). قلق الموت و علاقته ببعض المتغيرات. مجلة الرواق مخبر الدراسات الاجتماعية و النفسية و الأنثروبولوجية -جامعة غيليزان-.

تونس فيقر. (2015). علاقة سلوك النمط(أ) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات. جامعة قاصدي مرياح -ورقلة-.

جارالله سليمان. (2013). منظور الزمن و علاقته بالجلد في مواجهة الأحداث الصادمة . رسالة دكتوراه.

طارق عبد الوهاب و وفاء مسعود محمد. (2000). قلق الموت و علاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة. مجلة علم النفس -مصر- العدد54.

لوصيف لحسن. (جوان، 2017). تجربة الجلد في حال الإصابة بالسرطان دراسة فينومولوجية. مجلة أبحاث نفسية المجلد4-العدد10-، الصفحات 159-179.

- محمد احمد عبد الخالق. (مارس 1987). قلق الموت. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب – الكويت -  
 مريم بن فطيمة. (سبتمبر، 2014). قلق الموت وعلاقته بفاعلية الذات والدافعية للإنجاز والجنس ونوعية التعليم لدى عينة من طلبة  
 الجامعة. مذكرة ماجستير جامعة البليدة -الجزائر، الصفحات 99-9.
- محمد أحمد النابلسي، الصدمة النفسية، علم النفس الحروب والكوارث، دار النهضة، بيروت، لبنان  
 عبد الوافي زهير بوسنة -فضيلة لحمير. (2016). مؤشرات الجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية  
 العدد 20-، الصفحات 175-187.
- فيصل محمد خير الزراد. (2009ط2). الامراض النفسية-الجسدية امراض العصر. بيروت-لبنان: دار النفاثس للطباعة والنشر و  
 التوزيع.
- سلوى دباش. (2019). الجلد النفسي لدى الراشد المصاب بالصدفية من خلال تطبيق اختبار رورشاخ.  
 سميرة عمارة، طعيلي محمد الطاهر. (2017). التدين وعلاقته بقلق الموت لدى المرضى المزمنين. العلوم النفسية و التربوية -جامعة  
 الواد-شروق خير عوض.(2009)، قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان و مرضى السكر و مرضى القلب، رسالة ماجستير جامعة  
 اليرموك، اربد-الأردن-

. ثانيا. المراجع الأجنبية.

- Anaut Marie Professeur de Psychologie, Psychologue clinicienne, Université Lumière-Lyon2  
 A été publié par Cairn.info le 01/01/ 2014 <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>
- Anaut, M. (2002). Résilience, transmission élaboration du trauma dans l'écriture des enfances  
 blessées. Revue Perspectives Psy. Paris. Volume 41, n° 5, 380-388
- Browning, K.B., and Johnson D. C., (2010) : Key facts on Résilience, Naval Center for  
 Compact and Operational Stress (NCCASC), [www.Nccoscnavy.mail](http://www.Nccoscnavy.mail)
- Connor. K, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor Davidson  
 Resilience Scale (CDRISC), Depression and Anxiety 2003; 18: 76-82.
- Cyrulnik, Boris, 2012, Pour Quoi La Résilience ; dans résilience connaissance de base, Odile  
 Jacob, paris France
- Cyrulnik Boris, 2014, Interaction Précoces Et Niche Sensorielles, dans, 1er congrès mondial  
 sur la résilience, Odile Jacob paris France
- Dictionnaire de la psychologie médicale.(1998 )
- Eley ,S.D., Cloninger, R., Walters, L., Laurence. Sennett, R., & Wilkinson , D.,(2013):The  
 Relationship between Resilience and Personality Traits in doctor's implications for  
 enhancing well being , Peer J 1: e216: DOI10.7717/peerj.216
- Letzring, T.D., Block, J., & Funder, D.C., (2004): Ego-control & Ego Resiliency :  
 Generalization of self – report scales based on personality descriptions from  
 Acquaintances clinicians, and the self, Journal of Research in Personality, [www.Elsevier.com](http://www.Elsevier.com).(1-28).
- templer.D.(1976) .two factors theory of death anxiety note . Essence, N1 ،pp 92- 99.