

جامعة زيان عاشور – الجلفة-



كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم الفلسفة و علم النفس

قلق الموت وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى السرطان

دراسة ميدانية بمركز مكافحة السرطان احمد بن شريف الجلفة

تحت اشراف :

الدكتور قيرع فتحي

من اعداد :

عبد النبي رانيا بلقيس

بلقصة جيهان سكورة

لجنة المناقشة:

-1

-2

-3

السنة الجامعية: 2026/2025

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ فَرِحِينَ بِمَا آتَاهُمُ اللَّهُ مِنْ فَضْلِهِ ﴾.

إهداء

الحمد لله الذي يجبر الخواطر بعد انكسارها، ويكافئ الصابرين وإن طال الانتظار
اليوم لا أعود إلى الوراء، لأنني أعرف كم كلفني الوصول إلى هنا
لا أفتح أبو آبا أغلقته بوجع، ولا أستدعي وجوهاً خذلتني في منتصف الطريق
هذا التخرج لم يكن حلمًا فقط، بل معركة صامته، خضتها وحدي، وتعلمت فيها أن الصبر
قوة، وأن الاستمرار شجاعة
إلى النور الذي أضاء دربي، إلى العزيز الذي حملت اسمه فخراً، إلى معلمي الأول الرجل الذي
سعى طوال حياته لتكون الأفضل
أبي
إلى من كانت الداعم الأول لتحقيق طموحي، إلى من كانت ملجأ يدي اليمنى
أمي

إلى روح أخي الطاهرة ... نورا في ير افقني دائما دعاء أنت في قلبي لا ينتهي
إلى من يكافح في صمت وشموخ صديق المواقف لا السنين إذا مالت
الدنيا لا يميل والذي لطالما يؤمن بأن الصبر طريق الرجال ... أمين
إلى من شاركني خطوات هذا الطريق إلى يد امتدت لي بصمت دون انتظار
شكر، صانع السعادة صاحب النفس الأبية وقلب آمن بي ها أنا أصل وبك
يكتمل المعنى أبي الثاني خليل
رفيق القلب وصديق الأشياء الجميلة آدم
المستراح والدفع وطيب الحياة
عائلتي
الحمد لله شكرا وحبا وامتنانا على البدء والختام

فَرِحِينَ بِمَا آتَاهُمُ اللَّهُ مِنْ فَضْلِهِ ۖ

إهداء

في هذا اليوم الذي طويت فيه سهر الليالي وقطفت ثمرة النجاح،

أهدي ثمرة جهدي إلي:

أمي الحبيبة

إلى من كانت دعواتها السز الخفي وراء كل خطوة، إلى من غمرتني

بحبها وحنانها، واحتضنتني بقلبها قبل يديها،

أهديك هذا النجاح عربون وفاء وامتنان لا ينتهي.

أبي الغالي

إلى من علمني أن الحياة كفاح، وأن لا طعم للنجاح إلا بالصدق والعمل،

إلى من كان سندي وملهمي وقوتي في كل حين،

أهديك هذا الإنجاز فخراً بك وبما غرسته في من قيم وعزيمة.

إخوتي الأعزاء

إلى سندي في الحياة، ورفاق دربي، وابتسامتي في أوقاتي الصعبة،

شكراً لوجودكم بجاني، لدعمكم وتشجيعكم ومحبتكم الصادقة،

بكم أكتمل طريقي.

قطي العزيز

إلى رفيقي الصامت، وملأذي الدافي، في أيام التعب،

ببراءتك وحيك كنت سبباً في كثير من راحتي وسعادتي،

شكراً على لحظاتك الجميلة التي كانت لي طمأنينة.

أنتم جميعاً جزء من هذا النجاح، وبدونكم ما كان له معنى.

لكم جميعاً أهدي هذا الإنجاز:



شكرو تقدير:

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والذي وفقنا لإتمام هذا العمل المتواضع. نتقدم
بخالص الشكر والتقدير إلى أساتذتنا الأفاضل، على ما قدموه لنا من توجيهات ونصائح
قيمة ساهمت في إنجاز هذا العمل. كما نتوجه بالشكر إلى كل من ساندنا ووقف إلى جانبنا
خلال هذه المسيرة، ولكل من كان له أثر طيب في دعمنا وتشجيعنا. وإلى كل من دعمنا
بكلمة طيبة أو دعاء صادق، لكم منا كل الشكر والامتنان. وفي الأخير، نحمد الله على
البداية والختام، ونسأله التوفيق فيما هو آتٍ.

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى مرضى
السرطان، والكشف عن مستوى كل من قلق الموت والصلابة النفسية لدى أفراد العينة.
ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، حيث أجريت الدراسة
على عينة قصدية مكونة من 40 مريضاً من مرضى السرطان بمركز مكافحة السرطان
أحمد بن شريف بالجلفة. كما تم استخدام مقياس قلق الموت ومقياس الصلابة النفسية من أجل
جمع البيانات وتحليلها. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن تحقق الفرضيات الثلاث، حيث تبين

وجود علاقة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، إضافة إلى الكشف عن مستويات المتغيرين لدى أفراد العينة .
الكلمات المفتاحية: قلق الموت، الصلابة النفسية.

الملخص باللغة الانجليزية:

This study sought to examine the relationship between death anxiety and psychological hardiness among cancer patients, as well as to assess the levels of these two variables within the study population. A descriptive-correlational design was employed to achieve the study objectives. The study involved a purposive sample of 40 cancer patients receiving care at Ahmed Ben Cherif Cancer Center in Djelfa. Data were collected using the Death Anxiety Scale and the Psychological Hardiness Scale.

The findings supported all three hypotheses and indicated a relationship between death anxiety and psychological hardiness among cancer patients. The study also identified the levels of both variables among the participants.



فهرس المحتويات:

<u>الصفحة</u>	<u>المحتوى</u>
1	المقدمة

الباب الاول: الاطار المنهجي
الفصل الاول:

5	اشكالية الدراسة
8	فرضيات الدراسة
8	اهمية الدراسة
9	اهداف الدراسة
9	تحديد مفاهيم الدراسة
10	الدراسات السابقة
16	خلاصة

الباب الثاني: الاطار النظري
الفصل الثاني: الصلابة النفسية

20	تعريف الصلابة النفسية
21	اهمية الصلابة النفسية
24	ابعاد الصلابة النفسية
31	خصائص الصلابة النفسية
35	خلاصة

الفصل الثالث: القلق

38	مفهوم القلق
39	انواع القلق
41	اسباب القلق

42	اعراض القلق
45	النظريات المفسرة للقلق
50	قلق الموت:
50	تعريف قلق الموت
51	اعراض قلق الموت
52	نظريات قلق الموت
56	قلق الموت والعلاج النفسي
57	خلاصة
<u>الباب الثالث: الجانب التطبيقي</u> <u>الفصل الرابع:</u>	
59	الدراسة الاستطلاعية

59	عينة الدراسة الاستطلاعية
59	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية
64	نتائج الدراسة الاستطلاعية
64	التعريف بادوات الدراسة حسب نتائج الدراسة الاستطلاعية
72	اجراءات الدراسة الأساسية
72	المنهج المستخدم
72	مجتمع وعينة الدراسة وكيفية اختيارها
73	عينة الدراسة
73	الأساليب الإحصائية
74	عرض وتحليل ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة
86	الخاتمة
88	قائمة المصادر والمراجع

مقدمة

مقدمة:

السرطان, مرض القرن اكثر الامراض انتشارا و اخطرها عرفتة منظمة الصحة العالمية على انه مجموعة كبيرة من الأمراض الناتجة عن نمو وانقسام غير منضبط لخلايا غير طبيعية, تتجاهل إشارات التوقف.(منظمة الصحة العالمية, 2026)

تبدأ في أي عضو أو نسيج من أنسجة الجسم تقريباً عندما تنمو الخلايا غير الطبيعية بشكل لا يمكن السيطرة عليه، وتتجاوز حدودها المعتادة لتغزو الأجزاء المجاورة من الجسم و/أو تنتشر إلى أعضاء أخرى وتُطلق على العملية الأخيرة تسمية النقيلة. وتمثل النقائل المنتشرة على نطاق واسع وهي أهم أسباب الوفاة من جراء السرطان.

سمي معظم أنواع السرطان وفقاً للعضو أو النسيج الذي تنشأ فيه في الأصل؛ فعلى سبيل المثال، ينشأ سرطان الرئة في أنسجة الرئة، بينما يبدأ سرطان الثدي في خلايا الثدي، في حين يتطور سرطان المفوم داخل مكونات الجهاز اللمفاوي. وعندما ينتشر السرطان من موقعه الأولي إلى أجزاء أخرى من الجسم، مُشكِّلاً أوراماً جديدة في مواقع مختلفة، فإن هذه الأورام لا تُعد أنواعاً مستقلة، بل تحتفظ بالخصائص البيولوجية نفسها للخلايا السرطانية الأصلية، كما تحتفظ بالتسمية المرتبطة بالورم الأولي الذي نشأت منه. فعلى سبيل المثال، إذا انتقل سرطان البروستاتا إلى العظام، فإن الخلايا السرطانية التي تُكتشف في العظام تكون في حقيقتها خلايا من سرطان البروستاتا، وليس خلايا عظمية سرطانية؛ ولذلك يُشخص المرض في هذه الحالة على أنه سرطان بروتستاتا منتشر إلى العظام، وليس سرطان عظام أولي. وفي هذا الإطار، يستخدم الأطباء مصطلحات مثل “السرطان المنتشر” أو “السرطان النقيلي” أو “النقائل” للإشارة إلى هذه العملية التي ينتقل فيها السرطان من موضعه الأصلي إلى مواضع أخرى داخل الجسم.

(saudi cancer society, 7, 2013)

ولهذا يعتبر من أكثر الأمراض التي تثير القلق والخوف لدى الأفراد، ليس فقط بسبب طبيعته البيولوجية المعقدة، بل لما يحمله من دلالات نفسية عميقة، ترتبط غالباً بفكرة المعاناة، فقدان السيطرة، واحتمالية الموت. فبمجرد تشخيص الإصابة، يدخل المريض في سلسلة من

التغيرات النفسية والانفعالية التي قد تؤثر بشكل مباشر على نظرته للحياة، لذاته، ولمستقبله. ومن بين أبرز هذه الاضطرابات النفسية التي قد تظهر لدى مرضى السرطان نجد قلق الموت، الذي يُعتبر استجابة طبيعية إلى حدّ ما، لكنه قد يتحول في بعض الحالات إلى مصدر ضغط نفسي شديد يعيق التكيف مع المرض ويؤثر على جودة الحياة. (science direct.2020)

وهنا يظهر مفهوم الصلابة النفسية كأحد العوامل الإيجابية التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط والأزمات الحياتية، حيث تشير إلى مجموعة من السمات الشخصية التي تمكّن الفرد من التكيف الإيجابي مع الظروف الصعبة، حيث يكون الشخص الذي يتمتع بدرجة عالية من الصلابة النفسية يكون أكثر قدرة على مواجهة مرضه، وأقل عرضة للاستسلام للأفكار السلبية أو القلق المفرط. (NIH,2026)

انطلاقاً من ذلك، تبرز أهمية دراسة العلاقة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، لفهم كيفية تأثير كل منهما على الآخر، والكشف عن الدور الذي يمكن أن تلعبه الصلابة النفسية في التخفيف من حدة القلق المرتبط بالموت. وتكمن أهمية هذا الموضوع أيضاً في كونه يسلط الضوء على الجانب النفسي لمرض السرطان، الذي غالباً ما يتم إهماله مقارنة بالجوانب الطبية والعلاجية. فالعناية بالمريض لا يجب أن تقتصر على العلاج الجسدي فقط، بل ينبغي أن تشمل أيضاً الدعم النفسي.

الاطار المنهجي للدراسة

- اشكالية الدراسة
- فرضيات الدراسة
- اهمية الدراسة
- اهداف الدراسة
- تحديد مفاهيم الدراسة
- الدراسات السابقة
- خلاصة الفصل

اشكالية الدراسة:

يحدث السرطان نتيجة لتحول الخلايا الطبيعية إلى خلايا ورمية من خلال عملية تتسم بتعدد المراحل، والتي تتطور عادةً من آفة ما قبل السرطنة إلى ورم خبيث كامل النمو. (بن قرينة عاتكة, 2017/2018, ص12)

ترجع هذه التغيرات الأساسية إلى التفاعل المعقد لمجموعة من العوامل المختلفة فيما بينها، مما يؤدي إلى إحداث تغيّرات تدريجية في الخلايا السليمة، وهو ما قد يفضي في نهاية المطاف إلى تحوّلها إلى خلايا سرطانية. وعند تقييم خطر الإصابة بالسرطان، تبرز مجموعة من الاعتبارات الأساسية التي ينبغي أخذها بعين الحسبان

لا يعني وجود عامل يُشتبه في كونه مسبباً للسرطان أنه سيؤدي بالضرورة إلى حدوث المرض.

لا ينشأ السرطان نتيجة إصابات جسدية مباشرة، مثل الجروح أو الكدمات.. السرطان ليس مرضاً معدياً؛ فعلى الرغم من أن بعض الفيروسات أو البكتيريا قد تسهم في زيادة خطر الإصابة ببعض أنواعه، إلا أنّ المرض نفسه لا ينتقل من شخص إلى آخر بشكل مباشر.

إن وجود عامل خطر واحد أو عدة عوامل لا يعني حتمية الإصابة بالسرطان، إذ إن عدداً كبيراً من الأفراد الذين يتعرضون لعوامل خطر لا يُصابون بالمرض.. تتباين استجابة الأفراد لعوامل الخطر، حيث يكون بعضهم أكثر عرضة للتأثر بها مقارنة بغيرهم، تبعاً لاختلاف الخصائص البيولوجية والوراثية بينهم. (Saudi cancer society, 2012, ص9).

معظم أنواع السرطان تتأثر بشكل كبير بالعوامل البيئية ونمط العيش، مما يدل على أهمية هذه العوامل في تفسير اختلاف معدلات الإصابة، فقد افترض الباحثون أن نسبة معتبرة من وفيات السرطان في الولايات المتحدة الأمريكية يمكن الوقاية منها من خلال إدخال تعديلات على النظام الغذائي، حيث قُدِّرَت هذه النسبة بحوالي 35%، مع تباين يتراوح بين 10% و70% تبعاً لنوع السرطان. وقد تجاوزت تقديرات تأثير النظام الغذائي في تطور السرطان تلك المرتبطة بالتبغ، والتي بلغت نحو 30%، في حين قُدِّرَت مساهمة الالتهابات بحوالي 10%. كما أظهرت الدراسات التي تناولت أنماط حدوث السرطان لدى السكان المهاجرين إلى بلدان تختلف في أنماط حياتها، أن معظم أنواع السرطان تتأثر بشكل كبير بالعوامل البيئية ونمط العيش، مما يدل على أهمية هذه العوامل في تفسير اختلاف معدلات الإصابة (سامح ابو عامر، 2020، ص39).

يُصاب بالسرطان سنوياً 400 000 طفل تقريباً. وتختلف أنواع السرطان الأكثر شيوعاً بين البلدان، ويمثل سرطان عنق الرحم أكثر أنواع السرطان شيوعاً في 23 بلداً

وقد اظهرت دراسات لمنظمة الصحة العالمية ان السرطان هو سبب رئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم، وقد أزهق أرواح 10 ملايين شخص تقريباً في عام 2020 ما يعادل وفاة واحدة تقريباً من كل 6 وفيات (منظمة الصحة العالمية، 2026).

و على الرغم من التقدم الكبير في تشخيص وعلاج مرض السرطان، إلا أن الاهتمام غالباً ما ينصب على الجوانب الطبية والبيولوجية، في حين يتم إهمال الجانب النفسي للمريض، الذي يُعد جزءاً لا يتجزأ من مسار المرض والتكيف معه. فالإصابة بالسرطان لا تمثل مجرد أزمة صحية جسدية، بل تُعد تجربة وجودية معقدة، تضع الفرد في مواجهة مباشرة مع فكرة الموت، مما قد يثير لديه مستويات متفاوتة من القلق، خاصة ما يُعرف بقلق الموت. ويُعتبر قلق الموت من الظواهر النفسية الشائعة لدى مرضى السرطان، حيث قد يؤثر سلباً على حالتهم النفسية، ويعيق قدرتهم على التكيف مع المرض والعلاج، وينعكس على جودة حياتهم. غير أن استجابة الأفراد لهذا القلق تختلف من شخص لآخر، تبعاً لعدة عوامل نفسية وشخصية، من بينها الصلابة النفسية، التي تُعد من أهم الموارد الداخلية التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط والأزمات. فالصلابة النفسية تمكّن المريض من تبني نظرة أكثر إيجابية تجاه المرض، وتعزز قدرته على التكيف، مما قد يخفف من حدة القلق المرتبط بالموت. ومن هنا تبرز الحاجة إلى دراسة العلاقة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، لفهم طبيعة هذه العلاقة، وتحديد ما إذا كانت الصلابة النفسية تلعب دوراً في التخفيف من هذا النوع من القلق.

-فما مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان؟

-وما مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان؟

-وهل توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى مرضى السرطان؟

-هل توجد فروق في مستوى قلق الموت تبعاً ل (نوع المرض / مدة المرض / متغير

السن/نوع العلاج) ؟

-هل توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية تبعاً ل(نوع المرض/مدة المرض/متغير

السن/نوع العلاج)

فرضيات الدراسة:

-مستوى قلق الموت مرتفع لدى مرضى السرطان.
-مستوى الصلابة النفسية منخفض لدى مرضى السرطان.
-توجد علاقة ارتباطية بين ابعاد الصلابة النفسية(الالتزام,التحكم,التحدي)والقلق لدى مرضى السرطان .

-توجد فروق في قلق الموت تبعا لخصائص العينة(نوع المرض/مدة المرض /متغير السن /نوع العلاج)
-توجد فروق في الصلابة النفسية تبعا لخصائص العينة(نوع المرض /مدة المرض/متغير السن/نوع العلاج)

أهداف الدراسة :

-التعرف على مستوى القلق لدى مرضى السرطان.
-التعرف عن مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان.
-دراسة العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية و القلق لدى مرضى السرطان.
-معرفة ما اذا كانت هناك فروق في كل من قلق الموت و الصلابة النفسية تعزى ل (نوع المرض /متغير السن/نوع العلاج/مدة المرض).

اهمية الدراسة:

-أهمية التكفل بهذه الفئة وهي مرضى السرطان الهشاشة التي تؤول اليها بفعل المرض والظروف التي تواجهها.
-معرفة طبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية والقلق لدى مرضى السرطان .
-تساعد الدراسة على التعرف على اهم العوامل التي تساهم في انخفاض وارتفاع مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان.
-يمكن ان تفيد الدراسة في اعداد برنامج ارشادي لرفع مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان.

تحديد المفاهيم:

تعريف الصلابة النفسية :

لغة:

يقال صلب بمعنى اشتد وقوي على المال وغيره
وحسب (إبراهيم انس وآخرون) فإنه يقال في وجهه صلابة أي صفاة وصفاة الجسم الذي يحتفظ بشكله وحجمه.

اصطلاحاً:

الصلابة النفسية كما عرفها عماد مخيمر هي "نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله". (مخيمر، 1996، صفحة 214)
وتم تحديدها إجرائياً في هذه الدراسة بمجموع الدرجات التي تتحصل عليها عينة الدراسة في مقياس الصلابة النفسية الذي أعده.

تعريف قلق الموت:

يعرف قلق الموت على أنه هو "شعور الفرد الدائم بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه في يقظته ومنامه، في حركته وسلوكه وتفكيره، الأمر الذي يجعله حزينا محسورا ومتوجساً على مجرد العيش على نحو طبيعي (أحمد عبد المنعم، 2014، ص58)

الدراسات السابقة :

الدراسة 01:

دراسة آية قواجلية (2013/2012) حول قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، حيث أظهرت النتائج أن الراشد المصاب بالسرطان يعاني من قلق موت مرتفع، ويرجع ذلك إلى الصدمة النفسية بعد اكتشاف المرض وما يصاحبها من خوف وإحباط واكتئاب، إضافة إلى الشعور بفقدان السيطرة على الحياة. كما اشتركت الحالات في تجنب المواقف الاجتماعية والشعور بالنقص، ولم تتحقق الفرضيات الجزئية المتعلقة باختلاف قلق الموت حسب الحالات أو الجنس، بينما تحققت الفرضية العامة التي تؤكد وجود قلق موت لدى المصاب بالسرطان.

الدراسة 02:

دراسة بن خليفة مريم (2018/2017) حول الصلابة النفسية وعلاقتها بقلق الموت لدى المصابين بالسرطان، حيث توصلت الدراسة إلى أن ارتفاع مستوى الصلابة النفسية يرتبط بانخفاض قلق الموت لدى المصابين بالسرطان، كما أشارت إلى أهمية الصلابة النفسية في مساعدة المريض على التكيف مع المرض ومواجهة الضغوط المرتبطة به.

الدراسة 03:

دراسة بن جاوحدو ناريمان، بوغالم فيروز وعقون مروة (2019/2018) حول قلق الموت لدى مرضى السرطان، وهي مذكرة مكملة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، أجريت دراسة ميدانية بمصلحة طب الأورام بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة. تم استخدام المنهج الإكلينيكي، وأظهرت النتائج أن مرضى السرطان يعانون من قلق موت مرتفع بسبب خطورة المرض وأثاره

النفسية. كما أكدت النتائج تحقق الفرضية العامة وبعض الفرضيات الجزئية المتعلقة بالخوف من الموت والمستقبل، بينما لم تتحقق فرضيات أخرى بسبب اختلاف التكيف الاجتماعي بين الحالات.

الدراسة 04:

دراسة سعيدة قبال وعقيلة عيسو (2018) حول الصلابة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان، حيث توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وبيّنت النتائج أن ارتفاع الصلابة النفسية يساعد المرضى على التكيف بشكل أفضل مع المرض، مما ينعكس إيجاباً على الجانب النفسي المرتبط بالخوف والقلق، بما في ذلك قلق الموت بشكل غير مباشر.

الدراسة 05:

دراسة زين سارة (2021/2020) حول فعالية تقنية الاسترخاء في تخفيف قلق الموت لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، وهي مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، وقد اعتمدت الدراسة على دراسة إكلينيكية لحالتين باستخدام المنهج العيادي. أشارت النتائج إلى أن تقنية الاسترخاء كانت فعالة في تخفيف قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي، حيث أدت إلى تحسن واضح في حالتهم النفسية، ويعود ذلك إلى تمكن الباحثة من بناء الثقة وتوفير جو مريح، إضافة إلى التطبيق الجيد للأسس العلاجية مع هذه الفئة الحساسة.

الدراسة 06:

دراسة سالمية صفاء، شالمط هديل، طبعان آمال ومشيد ميساء (2022/2021) حول الصلابة النفسية لدى النساء المصابات بالسرطان، حيث أكدت الدراسة أن غالبية المصابات يعانين من انخفاض في صلابتهن النفسية، في حين أن قليلاً منهن يتمتعن بصلابة نفسية مرتفعة تساعدهن على التعايش مع المرض.

الدراسة 07:

دراسة نفيسة فاطمة وهول منير (2023) حول الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، المنشورة في مجلة آفاق علمية، المجلد 15، العدد 2، بتاريخ 3 جوان 2023. تم استخدام المنهج الوصفي المقارن، مع تطبيق مقياس الصلابة النفسية. وأسفرت النتائج عن تمتع أفراد العينة بمستوى صلابة نفسية قوي، كما أظهرت عدم وجود فروق في مستوى الصلابة النفسية تعزى لمتغير الجنس.

الدراسة 08:

دراسة بوسليو كوثر نور ويطوس إيناس (2024/2023) حول تقبل المرض وتأثيره على درجة قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، وهي مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، وقد أجريت دراسة عيادية لست حالات. تم استخدام المنهج العيادي، وأظهرت النتائج أن تقبل المريض لمرض السرطان يساهم في خفض قلق الموت، بينما يؤدي عدم تقبل المرض وصعوبة التكيف معه إلى ارتفاعه، خاصة مع وجود صدمة التشخيص وانخفاض تقدير الذات. كما تزيد المراحل المتقدمة للمرض وآليات الدفاع النفسي السلبية من حدة قلق الموت.

الدراسة 09:

دراسة جوال عطاء الله وحמידات محمد (2025/2024) حول قلق الموت لدى المسنين المصابين بمرض السرطان، وهي مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، وقد أجريت دراسة ميدانية بمركز مكافحة السرطان أحمد بن شريف بولاية الجلفة. تم استخدام المنهج الإكلينيكي، حيث تحققت الفرضية الأولى المتعلقة بالخوف من الموت لدى جميع الحالات، كما تحققت الفرضية الثانية جزئياً، إذ تبين وجود عزلة اجتماعية لدى حالتين فقط، بينما أظهرت الحالة الثالثة تكيفاً اجتماعياً وميولاً لإقامة علاقات. أما الفرضية

الثالثة الخاصة بالخوف من المستقبل فقد تحققت لدى الحالات الثلاث، وعليه فإن الفرضية العامة التي تفيد بأن الراشد المصاب بالسرطان يعاني من قلق الموت تحققت.

الدراسة 10:

دراسة زوبية سارة (2025/2024) حول الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وإدارة الألم لدى مرضى السرطان، حيث أظهرت الدراسة وجود علاقة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية من جهة، وإدارة الألم من جهة أخرى، مما يؤكد أهمية الموارد النفسية والاجتماعية في مواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض



خلاصة:

تشير الدراسات السابقة إلى أن مرض السرطان لا يقتصر تأثيره على الجانب الجسدي فحسب، بل يمتد إلى الجوانب النفسية والاجتماعية للمريض. فقد أجمعت معظم الدراسات على أن مرضى السرطان يعانون من مستويات مرتفعة من قلق الموت، كما بينت دراسات أخرى الدور الإيجابي للصلابة النفسية في التخفيف من هذا القلق وتحسين قدرة المريض على التكيف مع المرض. كما أكدت نتائج العديد من الدراسات أهمية المساندة الاجتماعية في تعزيز الصلابة النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى المرضى. وتتفق نتائج الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية وقلق الموت، مثل دراسة بن خليفة مريم (2018/2017) ودراسة بوسليو كوثر ويطوس إيناس (2024/2023)، في أن ارتفاع مستوى الصلابة النفسية وتقبل المرض يساهمان في خفض قلق الموت لدى المصابين بالسرطان. كما أوضحت دراسة زوبية سارة (2025/2024) وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية من جهة، وإدارة الألم من جهة أخرى، مما يؤكد أهمية الموارد النفسية والاجتماعية في مواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض. ومن خلال استعراض هذه الدراسات، يتضح وجود اهتمام

متزايد بدراسة متغيرات الصلابة النفسية وقلق الموت لدى مرضى السرطان، إلا أن الدراسات التي تناولت العلاقة المباشرة بين الصلابة النفسية وقلق الموت ما تزال محدودة، خاصة في البيئة الجزائرية. ومن هنا تبرز أهمية الدراسة الحالية التي تسعى إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية وقلق الموت لدى مرضى السرطان، بما يساهم في إثراء الجانب النظري وتقديم معطيات يمكن الاستفادة منها في المجال النفسي والصحي

الجانب النظري

الفصل الثاني : الصلابة النفسية

-تعريف الصلابة النفسية

- أهمية الصلابة النفسية
- أبعاد الصلابة النفسية
- خصائص الصلابة النفسية
- الأدوار التي يؤديها متغير الصلابة النفسية
- خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد صدمة التشخيص بالمرض من اكبر الصدمات التي قد تواجه الفرد خاصة مع فكرة المعاناة التي يمر بها الفرد في فترة العلاج وهنا يظهر دور الصلابة النفسية التي تكون عنصراً مهماً في مساعدتهم على تقبل المرض والمضي قدماً نحو العلاج . فتساعد المريض على التكيف مع الضغوط، والتحكم في الانفعالات، والنظر إلى المرض كتحدٍ يمكن التعامل معه بدل اعتباره تهديد. كما تعمل الصلابة النفسية على خفض مستويات القلق والاكتئاب التشجيع على الالتزام بالعلاج، مما يجعلها عاملاً أساسياً في دعم الصحة النفسية وجودة الحياة خلال هذه الرحلة الشاقة.

تعريف الصلابة النفسية:

نشأ مفهوم الصلابة النفسية على يد كوبازا Kobassa في عام (1977) وكان التساؤل الرئيس في دراستها هو: كيف لا يتأثر بعض الأشخاص بالرغم من تعرضهم للضغوط، أو ماهي الأسباب التي تساعد بعض الأشخاص على الاحتفاظ بصحتهم النفسية والجسمية بالرغم من تعرضهم للضغوط، وأطلقت كوبازا على السمات التي تميز الأشخاص الذين يقاومون الضغوط بمصطلح الصلابة النفسية، وذكرت أن هناك متغيرات أخرى تساهم في مساعدة الفرد على مقاومة الضغوط النفسية مثل: الوراثة، ومساندة المجتمع، والكفاية المادية، والرعاية الطبية، والصحة الجسمية، واللياقة البدنية (عبد الرحمن، 2017)

وتعرف كوبازا Kobassa الصلابة النفسية بأنها اعتقاد الفرد بفعاليته وقدرته على استخدام كل مصادره النفسية والاجتماعية، لكي يفسر ويدرك أحداث الحياة الضاغطة، وتتكون الصلابة النفسية من مجموعة من الخصائص النفسية الإيجابية منها:

الالتزام، والتحكم، والتحدي

وعرف مخيمر الصلابة النفسية بأنها نوع من التعاقد النفسي تجعل الفرد يلتزم تجاه نفسه وأهدافه وقيمه واتجاه الآخرين من حوله، واعتقاد الفرد بإمكانيته أن يكون متحكماً فيما يتلقاه من أحداث، ويتحمل مسؤولية الظروف التي يتعرض لها، وأن التغيرات التي تطرأ على جوانب حياته ليست تهديد وإعاقة له، إنما هي امر ضروري ويساعده على النمو(العبدلي، 2011-2012)

وعرفها (مجدي، 2007) الصلابة النفسية بأنها قدرة الفرد العالية على مواجهة الضغوط المختلفة بإيجابية، وإيجاد الحلول المناسبة لها ومنع الصعوبات المستقبلية، والتي تعكس مدى اعتقاده وفعاليته على استخدامه الأمثل لكل مصادره النفسية والشخصية والبيئية والاجتماعية المتاحة له؛ لكي يفسر ويدرك ويواجه ظروف الحياة الصعبة، ويحقق الإنجاز والتفوق.

وعرفها الشيخ بأن الصلابة النفسية واحدة من مصادر الشخصية التي تساعد الفرد على مقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من آثارها على صحة الفرد النفسية والاجتماعية والجسمية المتاحة، وأن يستطيع الفرد المحافظة على اتزانه الداخلي والخارجي، الأمر الذي يجعل الفرد قادرًا على تقبل المصاعب والتغيرات التي يتعرض لها، وذلك بواسطة ما يمتلك من تحكم والتزام وتحدي (سلمى، 2024)

أهمية الصلابة النفسية:

إن الصلابة النفسية مركب مهم من مركبات الشخصية القاعدية، التي تقي الإنسان من آثار الضواغط الحياتية المختلفة، وتجعل الفرد أكثر مرونة وتفاؤلاً وقابلية للتغلب على مشاكله الضاغطة، كما وتعمل الصلابة النفسية كعامل حماية من الأمراض الجسدية والاضطرابات النفسية.

وقد قدمت كوبازا عدة تفسيرات توضح السبب الذي يجعل الصلابة النفسية تخفف من حدة الضغوط التي تواجه الفرد ويمكن فهم تلك العلاقة من خلال فحص أثر الضغوط على الفرد وفي هذا الخصوص ترى كل من مادي وكوبازا أن الأحداث الضاغطة تقود إلى سلسلة من الإرجاع تؤدي إلى استثارة الجهاز العصبي الذاتي والضغط المزمن يؤدي فيما بعد إلى الإرهاق وما يصاحبه من أمراض جسدية واضطرابات نفسية وهنا تأتي دور الصلابة النفسية في تعديل العملية الدائرية والتي تبدأ بالضغط وتنتهي بالإرهاق ويتم ذلك من خلال طرق متعددة فالصلابة:

- أولاً: تعدل من إدراك الأحداث وتجعلها تبدو أقل وطأة.
- ثانياً: تؤدي إلى أساليب مواجهة نشطة أو تنقله من حال إلى حال.
- ثالثاً: تؤثر على أسلوب المواجهة بطريقة غير مباشرة من خلال تأثيرها على الدعم الاجتماعي.
- رابعاً: تقود إلى التغيير في الممارسات الصحية مثل إتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة، وهذه بالطبع تقلل من الإصابة بالأمراض الجسمية.

وقد أكدت البحوث أهمية إدراك الأحداث في الشعور بالضغط من عدمه، فقد وجد كل من رودالت وزون zun&rodwalt أنه بمقارنة الأشخاص ذوي الصلابة المرتفعة بأقرانهم ذوي الصلابة المنخفضة وجدوهم يميلون أكثر للنظر إلى أحداث الحياة الماضية على أنها كانت إيجابية وكانت لديهم القدرة على التحكم فيها.

ووجد مادي وكوبازا أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يكونون أكثر قدرة على الاستفادة من أساليب مواجهتهم للضغط بحيث تفيدهم في خفض هديد الأحداث الضاغطة من خلال رؤيتها من منظور واسع وتحليلها إلى مركباتها الجزئية ووضع الحلول المناسبة لها.

ويؤكد الليرد وسميث أن الأشخاص الأكثر صلابة هم أكثر مقاومة للأمراض المدرجة تحت تأثير الضغط بسبب الطريقة الإدراكية التكيفية وما نتج عنها من انحدار في مستوى التحفز الفسيولوجي، وأن لديهم أيضاً مجموعة من الجمل الإيجابية عن الذات أكثر من أولئك الأقل صلابة " والتي تعرف بالالتزام والسيطرة والتحدي" التي ترجع إلى التفاؤل وهي سمة من شأنها أن تقي من الآثار الجسدية المتعددة للضغط.

كما تؤثر الصلابة النفسية على القدرات التكيفية فالأفراد الأكثر صلابة عندهم كفاءة ذاتية أكثر ولديهم قدرات إدراكية من ناحية أن الشخص الصلب يدرك ضغوطات الحياة اليومية على أنها أقل ضغطاً ولديهم استجابات تكيفية أكثر.

ومما سبق يتضح أن الصلابة النفسية تنشئ جدار دفاع نفسي للفرد يعينه على التكيف البناء مع أحداث الحياة الضاغطة والمؤلمة، وتخلق نمطا من الشخصية شديدة الاحتمال تستطيع أن تقاوم الضغوط وتخفف من آثارها السلبية، ليصل إلى مرحلة التوافق، وينظر إلى الحاضر والمستقبل بنضرة ملؤها الأمل والتفاؤل، وتخلو حياته من القلق والاكتئاب وتصبح ردود أفعاله مثالا للاستحسان(العبدلي، 2011-2012، الصفحات 32-33)

أبعاد الصلابة النفسية:

توصلت كوبازا(Kobasa, 1979) إلى ثلاثة أبعاد تتكون فيها الصلابة لنفسية وهي: الالتزام، التحكم، التحدي، ورأيت أنني قد أضيف بعدين هما الصبر، والإيمان بالقضاء

والقدر، وذلك لمناسبتها للبيئة الفلسطينية التي تتميز باعتناق الدين الإسلامي، وسأتكلم عن هذه الأبعاد بشيء من التفصيل كما يلي:

أولاً: الالتزام:

يعتبر مكون الالتزام من أكثر مكونات الصلابة النفسية ارتباطاً بالدور الوقائي للصلابة وصفها مصدراً لمقاومة ميزان المشقة.

تعريف الالتزام:

هو اعتقاد الفرد في حقيقة وأهمية وقيمة ذاته، ويمكن أن يتضح ذلك من خلال قيمة الحياة التي تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم، واعتقاده أن لحياته هدفاً ومعنى يعيش من أجله.

ويعرفه (مخيمر، 1996) أنه نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه، وقيمه والآخرين من حوله.

وتعرفه (جيهان، 2002) بأنه اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته، وتحديد أهدافه، وقيمه في الحياة، وتحمله المسؤولية، وأنه يشعر أيضاً إلى اعتقاد الفرد بقيمة وفائدة العمل الذي يؤديه لذاته، أو للجميع.

من خلال التعريفات السابقة تبين أن الالتزام هو تبني الفرد لقيم، ومبادئ، ومعتقدات، وأطراف محددة، وتمسكه بها، وتحمله المسؤولية تجاهها وتجاه نفسه ومجتمعه، وهذا يعكس مستوى الصلابة النفسية للفرد.

أنواع الالتزام:

تناولت كوبازا (Kobasa، 1979) وآخرون مكون الالتزام الشخصي أو (Jonson، 1991) وجونسون (Precman، 1987) لنفسه، إلا أن بريكمان وويب (Waip، 1967) ذكروا أنواعاً مختلفة للالتزام، فهناك الالتزام تجاه الذات، وهناك الالتزام الاجتماعي، والالتزام الأخلاقي، ويوجد أيضاً الالتزام لديني، والالتزام القانوني.

وكذلك تناولت كوبازا (Kobasa، 1979) مكون الالتزام الشخصي في واقعها حيث رأت أنه يضم كلا من:

1-الالتزام نحو الذات، وعرفته بأنه اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته وتحديد أهدافه وقيمه الخاصة في الحياة وتحديد اتجاهاته الإيجابية على نحو يميزه عن الآخرين.

2-الالتزام تجاه العمل، وعرفته بأنه اعتقاد الفرد بقيمة العمل وأهميته سواء له أو للآخرين، واعتقاده بضرورة الاندماج في محيط العمل وكفاءته في إنجاز عمله، وضرورة تحمله مسؤوليات العمل والالتزام.

وقد تناول (أبو ندى، 2007) الالتزام وصنفه في ثلاثة أنواع وهي:

1/ الالتزام الديني:

حيث عرفه بأنه التزام المسلم بعيد الإيمان الصحيح، وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمر الله به والانتفاء عن إتيان ما نهى عنه "الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر".

2/ الالتزام الأخلاقي:

وقد عرفه جونسون (Jonson, 1991) بأنه "اعتقاد الفرد بضرورة الاستمرار في علاقته الشخصية والاجتماعية"، ويحمل هذا التعريف للالتزام في مضمونه لهذا الشكل معنى الإكراه الذاتي الذي أشار إليه جونسون بوصفه التزاما داخليا يرتبط بالقيود الاجتماعية، إلا أن التزام الفرد بعلاقة ما يرتبط بوجود قيمة أو هدف داخلي تجاه العلاقة ولا يرتبط بالجوانب الأخلاقية الاجتماعية، فالفرد حين يلتزم بمجموعة من العلاقات الاجتماعية الحميمة فإنه يلتزم بها من واقع سعادته بها ورضاه عنها، وهذا المعنى أشار إليه إكلي و اما سيزنبرج 1986 فقد أشار الى رأي مخالف ، حيث إن الفرد يستطيع الدخول في كثير من العلاقات دون التزامه بها، أو استمراره فيها، على الرغم من رضاه عنها، مثل ذلك العلاقات العاطفية، وأيد روزبليت (Rozblet, 1993) كيلي (Keley, 1982) مشيرا إلى أنه قد تبين أن الارتباط بين الالتزام والرضا صفة أساسية، ومن هؤلاء فلتشر (Phtichr)، (Heron, 1987) وهيرون (Kramr) وكرامر (Funshar) وفنشارورزيروف (Rzerve, 1994). (راضي، 2008)

وتعكس هذه التعريفات للالتزام الأخلاقي النظرة الغربية له، وهي نظرة دنيوية بعيدة كل البعد عن الالتزام الأخلاقي، وهي تدعو إلى الانحلال والانخراط في علاقات مشبوهة تسيء إلى الفرد ومجتمعه، فالأصل في الالتزام الأخلاقي هي التزام المسلم بالقيم والأخلاقيات التي

ترجع في أصلها إلى الأديان والعقائد، ومن ثم فالأخلاقيات التي يجب أن يلتزم بها الأفراد في المجتمع المسلم مصدرها القرآن والسنة ورأي العلماء المسلمين والموحدين، فالمسلم يستمد أخلاقه وقيمه من القرآن والسنة ويتعلمها ويلتزم بها فيحيا حياة طاهرة مستقرة

3/الالتزام القانوني:

الذي ارتبطت طبيعته ببعض المهن، وميزت محدداته طبيعة المهن، ومن أبرزها مهمة المحاماة، فنجد أن ممارسي المهنة يلتزمون بالجوانب القانونية بوصف محدود لطبيعتها الشاقة، كما يلتزمون بنفس المحددات القانونية أثناء ممارسة حياتهم الشخصية.

ويشير أبو ندى إلى أن الالتزام قد يأتي مصدره من داخل الفرد نفسه وقد يفرض عليه جبرا كالالتزام القانوني، ومن ثم فلا نستطيع الحسم بكون الالتزام يمثل بعدا عاما أم مجموعة من الأبعاد الفرعية، ولكن كل ما يمكننا الانتهاء إليه هو أن كل المعاني السابقة تتجسد نفسيا في مفهوم الالتزام الذي يعد بدوره أحد مكونات مفهوم الصلابة النفسية.

ويشير أبو ندى إلى أن الالتزام قد يأتي مصدره من داخل الفرد نفسه وقد يفرض عليه جبرا كالالتزام القانوني، ومن ثم فلا نستطيع الحسم بكون الالتزام يمثل بعدا عاما أم مجموعة من الأبعاد الفرعية، ولكن كل ما يمكننا الانتهاء إليه هو أن كل المعاني السابقة تتجسد نفسيا في مفهوم الالتزام الذي يعد بدوره أحد مكونات مفهوم الصلابة النفسية.

ثانيا: التحكم:

أشارت إليه كوبازا (Kobasa، 1979) بوصفه اعتقاد الفرد بأن مواقف وظروف الحياة المتغيرة التي يتعرض لها هي أمور متوقعة ويمكن التنبؤ بها والسيطرة عليها.

ويقول مخيمر بأن التحكم هو اعتقاد الفرد بالتحكم فيما يلقاه من أحداث وأنه يتحمل المسؤولية الشخصية عن حوادث حياته، وأنه يتضمن القدرة على اتخاذ القرارات، والاختيار بين البدائل، وتفسير وتقدير الأحداث والمواجهة الفعالة. (مخيمر، 1996، صفحة 15)

أما (محمد) فتشير إلى أن التحكم هو "اعتقاد الفرد في قدرته على لسيطرة، والتحكم في أحداث الحياة المتغيرة المثيرة للمشقة النفسية سواء أكان ذلك معرفيا أم لا". (محمد، 2002،

صفحة 21)

أشكال وصور التحكم:

يقول (الرفاعي، 2003) أن التحكم يتضمن أربع صور رئيسة هي:

1- القدرة على اتخاذ القرارات والاختيار بين بدائل متعددة:

ويحسم هذا التحكم المتصل باتخاذ القرار طريقة التعامل مع الموقف سواء بانتهائه أو تجنبه أو محاولة التعايش معه، ولذا يرتبط هذا التحكم بطبيعة الموقف نفسه وظروف حدوثه، حيث يتضمن الاختيار من بين البدائل، فالمريض هو الذي يقرر أي الأطباء سوف يذهب إليهم ومتى سوف يذهب، والإجراءات التي سوف يتبعها.

2- التحكم المعرفي المعلوماتي:

استخدام العمليات الفكرية للتحكم في الحدث يجعل التحكم المعرفي، أهم صور التحكم التي تقلل من الآثار السلبية للمشقة إذا ما تم على نحو إيجابي، فيختص هذا التحكم بالقدرة على استخدام بعض العمليات الفكرية بكفاءة عند التعرض للضغط، كالتفكير في الموقف، وإدراكه بطريقة إيجابية ومتفائلة، وتفسيره بصورة منطقية وواقعية، وبمعنى آخر أن الشخص يتحكم بالحدث الضاغط باستخدامه بعض الاستراتيجيات العقلية مثل تركيز الانتباه على مه ضوع الضغط، أم عمل، خطة للتغلب عليه، أي هو قدرة الفرد على استخدام كافة المعلومات المتاحة عن الموقف لمحاولة السيطرة عليه وضبطه، ويختص التحكم بقدرة الفرد على جمع كافة المعلومات عن الحدث أو الموقف والتنبؤ بما سيؤول إليه الحدث، أي توقع الموقف قبل وقوعه، وذلك للتقليل من حدة الحدث، والتخفيف من القلق المصاحب للتعرض له، وتسهيل السيطرة عليه.

3- التحكم السلوكي:

وهو القدرة على المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز والتحدي، ويقصد به التعامل مع المشكلة بصورة فعلية ملموسة، والتحكم في آثار الحدث الصادم بالقيام ببعض السلوكيات المخططة والمنهجية لتعديل وقطع الحدث الصادم.

4- التحكم الترجمي:

ويرتبط التحكم الترجمي بخلفية الفرد السابقة عن الموقف وطبيعته، فهذه لخلفية والمعتقدات تكون انطبعا محددًا عن الموقف، وتعتبره أنه موقف ذو معنى وقابل للسيطرة عليه مما يخفف وقع الحدث الصادم.

ويتضح من ذلك أن التحكم يتمثل في قدرة الفرد على توقع حدوث المواقف الصعبة بناء على استقراره للواقع، ووضعه الخطط المناسبة لمواجهتها والتقليل من آثارها وقت حدوثها، مستثمرا كل ما يتوفر لديهم من إمكانيات مادية ومعنوية واستراتيجيات عقلية، مسيطرا على نفسه، متحكما في انفعالاته.

ثالثا: التحدي:

تعرف كوبازا (Kobaza, 1983) التحدي بأنه اعتقاد الفرد بأن التغير المتجدد في أحداث الحياة وهو أمر طبيعي بل حتمي لا بد منه لارتقائه، أكثر من كونه تهديدا لأمنه وثقته بنفسه وسلامته النفسية. (راضي، 2008، صفحة 29)

ويعرفه توماكا وآخرون (Tomaka, et al, 1996) بأنه تلك الاستجابات المنظمة التي تنشأ ردا على المتطلبات البيئية وهذه الاستجابات تكون ذات طبيعة معرفية أو فسيولوجية أو سلوكية وقد تجتمع معا وتوصف بأنها استجابات فعالة. (محمد، 2002، صفحة 41)

ويقول مخيمر بأن اعتقاد الشخص أن ما يطرأ من تغير على جوانب حياته هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا مما يساعده على لمبادأة، واستكشاف البيئة، ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط بفاعلية. (مخيمر، 1996، صفحة 14)

ويتضح أن التحدي يتمثل في قدرة الفرد على التكيف مع مواقف الحياة الجديدة وتقبلها بما فيها من مستجدات سارة أو ضارة، باعتبارها أمور طبيعية لا بد من حدوثها لنموه وارتقائه، مع قدرته على مواجهة المشكلات بفاعلية، وهذه الخاصية تساعد الفرد على التكيف السريع في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة المؤلمة، وتخلق مشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة. (الشناوي، 2020)

خصائص الصلابة النفسية :

- حصر Taylor (1995:261) خصائص الصلابة النفسية فيما يلي :
- الإحساس بالالتزام أو النية لدفع النفس للانخراط في أي مستجدات تواجههم.
- الإيمان (الاعتقاد) بالسيطرة، والإحساس بأن الشخص نفسه هو سبب الحدث الذي حدث في حياته، وأن الشخص يستطيع أن يؤثر على بيئته.

الرغبة في إحداث التغيير ومواجهة الأنشطة التي تمثل أو تكون بمثابة فرص للنماء والتطوير

خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة:

توصلت سوزان كوبازا من سلسلة دراساتها (1979، 1982، 1983)، وكذلك Salvatore Maddi وآخرون (1998م)، إلى أن أهم خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة كما يلي:

-وجود نظام قيم ديني لديهم يقيهم من الوقوع في الانحراف أو الأمراض أو الإدمان.

-وجود أهداف في حياتهم ومعانٍ يتمسكون بها ويرتبطون بها. الالتزام والمساندة للآخرين عند الحاجة.

-المبادأة والنشاط .

-المثابرة وبذل الجهد والقدرة على التحمل والعمل تحت الضغوط .

-القدرة على الإنجاز والإبداع.

-الميل للقيادة.

-القدرة على الصمود والمقاومة.

-التفاؤل والتوجه الإيجابي نحو الحياة.

-القدرة على اتخاذ القرارات والاختيار بين بدائل متعددة.

-الهدوء والقدرة على التنظيم الانفعالي والتحكم في الانفعالات.

-إدراك التحكم الداخلي.

-التحكم المعرفي، أي القدرة على التفسير والتقدير للأحداث الضاغطة.

- الاعتقاد بأن النجاح في الحياة يعود للعمل والمجهود، وليس للصدفة أو الحظ والظروف

-القدرة على تحقيق الذات.

-إتقان العمل والدراسة.

-الواقعية والموضوعية في تقييم الذات والأحداث، ووضع الأهداف المستقبلية.

-الاستفادة من خبرات الفشل في تطوير الذات.

-الاهتمام بالبيئة والمشاركة الفعالة في الحفاظ عليها.

- توقع المشكلات والاستعداد لها.

- القدرة على التجديد والارتقاء.
 - الشعور بالرضا عن الذات.
 - اعتبار الأحداث الضاغطة أمراً طبيعياً وليس تهديداً لهم.
 - الممارسات الصحية كالنظام الغذائي وممارسة الرياضة وعدم التدخين.
 - تزداد صلابتهم النفسية مع التقدم في العمر، فهي حالة نمو مستمر.
 - اقتحام المشكلات لحلها وعدم انتظار حدوثها.
 - الرغبة في استكشاف البيئة ومعرفة ما يجهلونه.
- التمتع بالصحة الجسمية. وبين كل من De Laire ، و Kozie ، و Christopher أن أصحاب الصلابة النفسية المرتفعة لديهم أعراض نفسية وجسمية قليلة، وغير منهكين، ويتمتعون بالإنجاز الشخصي والقدرة على التحمل الاجتماعي، وارتفاع الواقعية نحو العمل، ولديهم نزعة تفاؤلية وتوجه إيجابي للحياة، كما يمكنهم التغلب على الاضطرابات النفسجسمية وتلاشي الإجهاد (أبو ندى، 2007).

خصائص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة :

تتمثل في اتصافهم بعدم الشعور بهدف لأنفسهم، ولا معنى لحياتهم، ولا يتفاعلون مع بيئتهم بإيجابية، ويتوقعون التهديد المستمر، ويعانون من الضعف في مواجهة الأحداث الضاغطة المتغيرة، ويفضلون ثبات الأحداث الحياتية، وليس لديهم اعتقاد بضرورة التجديد والارتقاء، كما أنهم سلبيون في تفاعلهم مع بيئتهم، وعاجزون عن تحمل الأثر السيئ للأحداث الضاغطة (راضي، 2008، صفحة 42). ويعد الباحث أن الخصائص السابقة لذوي الصلابة النفسية المنخفضة لا تتفق معه من وجهة نظره، كونها سمات تتفاوت بين الأفراد، وتعمل المواقف والأحداث والتدريب على تنميتها تدريجياً؛ لذلك لا يعني أن من انخفضت لديه الصلابة النفسية من الضروري أن يكون لا يشعر بهدف أو معنى لحياته أو يتصف بالسلبية.

خلاصة الفصل:

لابعاد الصلابة النفسية (التحكم,الالتزام,التحدي) دور مهم جدا في تحسن الحالة النفسية لمريض السرطان وتظهر اهميتها عندما يتحدى الفرد صعوبات العلاج بالتحكم في الانفعالات والالتزام بالعلاج وانهاؤه رغم الشقاء و معرفة انه تحدي صعب لكن يمكن اجتيازه وان النتائج المرضية لاتعتمد على الصدق والحظوظ بل على العمل و بذل المجهود.

القلق

الفصل الثالث:

-مفهوم القلق

-انواع القلق

-المحركات التشخيصية للقلق

-اهم التغيرات الحاصلة في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5)

-أسباب القلق

-أعراض القلق

-النظريات المفسرة للقلق

قلق الموت

تمهيد

-تعريف الموت

-تعريف قلق الموت

-اعراض قلق الموت

-نظريات قلق الموت

-قلق الموت و العلاج النفسي

-خلاصة

تمهيد:

يعد القلق جزءاً طبيعياً من حياة الإنسان يؤثر في سلوكه، وهو علامة على إنسانيته وحقيقة من حقائق الوجود، وجانب دينامي في بناء الشخصية ومتغير من متغيرات السلوك، وينشأ القلق عند جميع الأفراد في مختلف مواقف التحدي التي تواجههم، وفي هذه الحالة يعد شيئاً طبيعياً؛ لأنه يشكل دافعاً للفرد لاتخاذ الاجراءات السلوكية المناسبة لمواجهة الموقف، ولكنه يصبح خطراً إذا زادت درجته عن الحد الطبيعي، وعندها قد يرتبط بالاضطرابات السلوكية، وقد يختلف ويتقاطع مع الخوف والصراع والوهم ومواقف الاحباط التي قد يتعرض لها الفرد في حياته.

مفهوم القلق:

تعريف القلق:

لغة:

ورد القلق في المحكم والمحيط الأعظم، بمعنى قلق الشيء قلقاً، فهو قلق. وأقلق الشيء من مكانه، وقلقه: حركه
(بن سيدو، 1958، ص 84)

كما جاء في المنجد (البلعكي، 1973، ص 516) القلق لغة: من كلمة قَلِقَ قلقاً أي اضطرب وانزعج فهو قَلِقٌ ومِقْلَاقٌ، وكلمة أَقْلَقَ أي أزعج.

وجاء القلق في أساس البلاغة بمعنى رجل قلق: نزع. امرأة قلقة ومقلاق (الزمخشري، وورد القلق في لسان العرب بمعنى الانزعاج يقال: بات قلقاً، وأقلقه غيره، وأقلق الشيء من مكانه، وقلقه: حركه. والقلق: أن لا يستقل في مكان واحد (ابن منظور، 1992، ص 323).

اصطلاحاً:

اختلف علماء النفس فيما بينهم في تعريف القلق، وتنوعت تفسيراتهم له، كما تباينت آراؤهم حول الوسائل التي يمكن استخدامها للتخلص منه، وعلى الرغم من اختلاف علماء النفس حول هذه النقاط، إلا أنهم قد اتفقوا على أن القلق هو نقطة بداية بالنسبة للأمراض النفسية والعقلية، وفيما يلي بعضاً من تلك التعريفات:

يعرفه (زهرا، 1997، ص 297) بأنه: "حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية، ويمكن اعتبار القلق انفعالاً مركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر".

أما (كفافي، 1990، ص 342) فيعرفه بأنه: "خبرة انفعالية مُكررة أو غير سارة يشعر بها الفرد

عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد". ويعرفه (عكاشة، 2003، ص134) بأنه: "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي للإرادي، ويأتي في نوبات متكررة، مثل: الشعور (بالفراغ في فم المعدة) أو (السحبة في الصدر) أو (ضيق في الصدر)، أو (الشعور بنبضات القلب)، أو (الصداع)، أو (كثرة الحركة) ... الخ.

(حماد، 2012، ص 22، 23)

أنواع القلق:

قلق عادي أو موضوعي: هو عبارة عن خبرة انفعالية مؤلمة تنتج عن إدراك مصدر خطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد وهناك وجود موضوعي لمصدر الخطر الذي يهدد الفرد في البيئة ويتميز بمستوى معتدل من انفعال خوف يستعين به الفرد على التفاعل الصحيح مع مشاكله وهذا النوع من القلق يعتبره الناس في الأحوال الطبيعية كدر فعل على الضغط النفسي أو خطر عندما يستطيع الإنسانان يميز بوضوح شيء يهدد بأمنه وسلامته. ما أنه ينبع من الواقع ومن الظروف الحياة اليومية ويمكن معرفة مصدره وحصر أسبابه لأنه يكون غالباً محدود في الزمان والمكان وينتج عن أسباب خارجية واقعية معقولة. (النبي، 2012، ص18)

إضطراب القلق العام (Generalised anxiety disorder):

يتميز إضطراب القلق العام بقلق شديد غير واقعي لا يمكن التحكم به تجاه الأمور الحياتية اليومية مثل الصحة والعائلة والأصدقاء والمال والمهنة.

يقلق الأشخاص الذين يعانون هذا الإضطراب بشكل دائم وغير عقلاني بشأن إصابتهم بضرر أو إصابة أحبائهم بضرر، و يترافق هذا القلق بخشية دائمة.

اضطراب الهلع مع أو من دون رهاب الخلاء (Panic disorder with and without agoraphobia):

الأشخاص الذين يعانون هذا النوع من الاضطرابات نوبات من الهلع الشديد جدًا في مواقف لا يشعر فيها معظم الناس بأي خوف. تترافق النوبات بأعراض جسدية مزعجة جدا من الفلق تشبه الشعور بالتعرض لنوبة قلبية. كما يترافق الشعور بالخوف من يختبر الإصابة بالجنون أو بالخوف من أن تسبب النوبة وفاة الشخص نفسه

(“What is an anxiety disorder?” P.2.)

الرهاب المحدد:

يُطلق عليه أيضًا الفوبيا المحددة، وهو خوف مبالغ فيه من موضوع معين، حيث يخاف الفرد من أشياء لا تثير الخوف لدى معظم الناس، ويُعد الخوف من الحيوانات من أكثر موضوعات الرهاب (بن سالم، 2024، ص6)

أسباب القلق:

لحالات القلق عدة أسباب منها :

- 1- الوراثة في بعض الحالات وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
- 2- الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام) والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد واهدافه والتوتر النفسي الشديد والأزمات والمتاعب.
- 3- الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه ، والمخاوف تبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة والشعور بالعجز والنقص وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة.
- 4- الأسباب النفسية الصراع بين الدوافع والإحباط، الفشل وظيفياً أو زواجياً أو مهنيًا .
- 5- مواقف الحياة الضاغطة والضغط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة ومطالبها.
- 6- مطامح المدنية المتغيرة (الناس تعيش عصر القلق) عدم تقبل مد الحياة وجزرها .

7- البيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم وموقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الامن واضطراب الجو الأسري وتفكك الاسرة ، والوالدان العصائيان القلقان أو المنفصلان وعدوى القلق وخاصة من الوالدين.

8- مشكلات الطفولة أو المراهقة أو الشيخوخة ، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي ، الطرق الخاطئة في تنشئة الاطفال مثل القسوة. والتسلط والحرمان والحماية الزائدة واضطراب العلاقات الشخصية مع الاخرين.

(علي , 2009 , ص 60) و (عكاشة , ب ت , ص 218)

أعراض القلق:

ما الذي تشعر به عند ظهور القلق؟

تتسبب بأعراض القلق الاستجابة للمواجهة أو الهرب أو الهلع، وتعتبر أسهل طريقة لتذكر الأعراض هي تصنيفها ضمن أربعة:

1. الأعراض الناجمة عن توتر الجهاز العصبي.

2. الأعراض التي تصيب الصدر والبطن.

3. الأعراض النفسية.

4. أعراض ثانوية.

الجهاز العصبي:

ثمة أربعة أعراض يشعر بها الأفراد بسبب فرط نشاط الجهاز العصبي تحت تأثير القلق.

1. رجفة القلب: الشعور بتسارع دقات القلب.

2. التعرق: وهو ناتج عن تأثير الأدرينالين في الغدد العرقية.

3. الارتعاش: وهو ناتج عن تحفيز الحواس والعضلات لجعلها مستعدة للحركة. فالأمر أشبه بأن تكون مستعداً للانطلاق في حلبة سباق سيارات الفورمولا واحد.

4. جفاف الفم: وهو ناتج عن تأثير الأدرينالين في الغدد اللعابية.

ذلك أن المرء لا يتناول الطعام في ظرف كهذا.

الصدر والبطن:

ثمة أربعة أعراض تصيب الصدر والبطن:

1. **يشعر البعض بصعوبة في التنفس:** ويحدث هذا عادة لأن الجهاز العصبي يُصدر تعليمات إلى الجسم للتنفس بسرعة أكبر، كي يؤمن تدفق الأوكسيجين إلى الأوعية الدموية.

2. **يشعر البعض انهم على وشك الاختناق:** وهذا مرتبط بتأثير الأدرينالين في الهضم أكثر من تأثير هرمونات الخوف في التنفس.

3. **الألم في الصدر:** يشعر المرء بتصلب الصدر نتيجة تسارع نبضات القلب وازدياد سرعة التنفس.

4. **الغثيان أو الألم في البطن أو تقلصات المعدة:** يحدث هذا لأن الجسم قلل ضخ الدم إلى المعدة، إضافة إلى تأثير الهرمونات في عضلات الجهاز الهضمي. ويمكن تصنيف هذا التأثير بين تأثير جسدي وتأثير نفسي. فكل ما يتعلق بعملية الهضم يتوقف تماماً.

الأعراض النفسية:

1. **الدوار، الشعور بعدم الثبات، غشيان البصر، والشعور بالإغماء.**

تظهر هذه الأعراض بسبب تغير ضغط الدم وكمية الأوكسيجين التي يحتوي عليها الدم وتعديل مسارات ضخ الدم أثناء الشعور بالقلق.

2. **الخوف من فقدان السيطرة:** بعض الأفراد لا يفهمون حقيقة ما يحدث لأجسامهم ويخافون من فقدان السيطرة أو الاضطراب.

وهذا فهم خاطئ لعملية فيزيولوجية معقدة يتحكم بها الجسم بشكل جيد.

3. **الخوف من الموت:** وليس مستغرباً أن يظن المرء أنه مصاب بنوبة قلبية أو بعارض صحي خطير عندما يشعر بالألم في صدره وبصعوبة في التنفس وينتابه شعور بالإغماء. فالخوف من أن تكون جميع هذه الأعراض دليل مرض جسدي هو من الأعراض الكلاسيكية لبعض أنواع القلق.

4. **الشعور بالانفصال عن الواقع:** يشعر البعض أنهم منفصلون عن أجسامهم، وأن ما يجري من حولهم يجري مع أشخاص آخرين. وهذا من الأعراض الشائعة للقلق. وتتم ردة الفعل هذه على مستوى اللاوعي، ولا يمكن للإنسان التحكم بها إرادياً. إنها خدعة يقوم بها الفكر. فإذا لم يفكر الإنسان أن الخطر محيط به في الحقيقة، فإن ذلك سيساعده على البقاء أكثر هدوءاً.

ولكن استمرار هذا الشعور لفترة طويلة مزعج جدا. (فكر كيف ستكون الحال إذا عاد طفلك إلى البيت سعيدا مسرورا لرؤيتك، وكنت أنت باردا في لقائه وغير مبالٍ).

الأعراض الثانوية:

1. هبّات الحرارة والارتعاش من البرد: يحدث هذا بتأثير الأدرينالين في الدورة الدموية للبشرة والغدد العرقية، فيحدث الارتعاش من البرد عند الانقباض الأولي للأوعية الدموية، وعندما يُسمح لهذه الأوعية بالاسترخاء وتتدفق عبرها كمية كبيرة من الدماء تحدث هبات الحرارة.

2. الخدر: يحفز الأدرينالين الجهاز العصبي، ويظهر ذلك أحيانا في شكل خدر في الأصابع. كما يمكن أن يسبب تشنج العضلات شعورا بالخدر. (مكنزي، 2013، الصفحات 16-17)

النظريات المفسرة للقلق:

تفسير القلق عند سيجموند فرويد:

يرى فرويد إن القلق هو عبارة عن حالة من الخوف الغامض يختلف عن الخوف العادي الذي مصدره معلوم، وحاول الوصول إلى تفسير معقول يمكن من خلاله معرفة أنواع القلق التي شهدها حين ظن في بداية الأمر إن عدم الإشباع الجنسي وعدم تفريغ تلك الطاقة التي يسميه فرويد (بالليبدو) هيالتي تتحول إلى قلق، هذا التحول الذي يتم بطريقة فسيولوجية بحتة، وتؤكد من القلق العصابي ناشئ من كبت الرغبة الجنسية التي تتحول فيما بعد إلى طاقة تكون سبباً في القلق الذي يعتبر المسبب الأول في ظهور الأمراض العصابية. (Remy, 1980, p. 16)

ثم جاء فرويد بنظريته الجديدة في معرفته بأصل القلق الذي يظهر في الأصل كرد فعل لحالة خطيرة وهو يعود إلى الظهور كلما حدث ظاهرة خطيرة من ذلك النوع. ومن هنا يمكن القول إن قلق الطفل ظهر في بداية الأمر أمام حالة خطر، التي تتكون من تقدير الشخص لقوته بالنسبة لمقدار الخطر، ومن اعترافه بعجزه امامه عجزاً بدنياً إذا كان الخطر موضوعياً، وعجزاً نفسياً إذا كان الخطر غريزياً.

فأصل القلق لدى الإنسان يرجع إلى الصدمة الأولى من حياة الإنسان، من خلال انفصاله عن أمه أثناء عملية الميلاد، هذه الخبرة التي ينشأ عنها القلق الأول تتضمن مشاعر وإحساسات

جسمية مؤلمة، وهى العامل الرئيسي في القلق، وبالتالي يكون رد فعل الطفل ليس الخوف، لأن هذا الأخير يقتضي معرفة مصدره وإن الطفل غير قادر على تحديد وإدراك الخطر، فينشأ القلق ويبدأ الطفل في النمو ويصبح تعلقه بأمه كبيراً، نظراً للثقة الموجودة بينهما، كونها المصدر الرئيسي الذى يسهر على إطعامه وتنظيفه ومراقبته من الإصابة بالأذى وبالتالي مصدر إشباع كل رغباته، وتحقيق حاجاته الضرورية، وزيادة شوق الطفل لأمه من حيث كونها مصدر الإشباع وعجز الطفل عن إشباع حاجاته، هي السبب الرئيسي لقلق الطفل؛ حيث يقول فرويد: إن الموقف الذى يعتبره الطفل خطراً والذى يريد أن يحمي نفسه منه إنما هو حالة عدم إشباع وزيادة التوتر الناشئ عن الحاجة وهى حالة يكون فيه الطفل عاجزاً

تصنيفات فرويد للقلق :

القلق الواقعي : وهو خبرة إنفعالية مؤلمة ترجع إدراك الفرد لموضوع ما في محيط عالمه، على أنه خطر ومهدد.

القلق الموضوعي: هو استجابة مفهومه للخطر، ويشمل حالة انتباه حسي متزايد وتوتر حركي يميزان الاستجابة خطراً ما في للقلق، ويعنى هذا النوع ، ارتباط القلق بمثير موضوعي خارجي يتعلق بألنا ، وينتج عندما يدرك الفرد الواقع أو في البيئة - . **القلق الخلقى :** وهو نوع من الخوف الموضوعي ، حيث أنه يرتبط بموضوع محدد المعالم - . **القلق العصابي:** وهو قلق شديد ال تتضح معالم المثير فيه ، ويبدو على شكل الخوف من المجهول وفي التحليل النفسي فإن هذا النوع من القلق يكون مصدره " الهو "أو الغرائز التي تفشل ألنا بميكانيزماتها الدفاعية في صدها ، بعيداً عن الإدراك. ومن هنا فإن القلق يحدث في ألنا ال شعورياً النظرية السلوكية: (سيجموند، 1962، صفحة 27)

تفسير القلق عند كاتل وسبيلبرجر(Spielberger&Cattle):

بين محمد عودة وكمال إبراهيم (مرسي و محمد عودة، 1994، صفحة 142) إن كل من (كاتل وسبيلبرجر) ر قد ميزا بين نوعين من القلق هما القلق كحالة (State Anxiety) والقلق كسمة (Trait Anxiety)، وفي نظريتهما عرفا القلق كحالة بأنه حالة انفعالية مؤقتة يشعر

بها الإنسان عندما يدركه تهديد في الموقف، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي أو المستقل وتتوتر عضلاته ويستعد لمواجهة هذا التهديد، وبمعنى آخر حسب نوع وشدة التهديد الذي يدركه الإنسان في كل منها فتزداد في مواقف الشدة وتنخفض في مواقف الأمان. (نعيمه، 1993، ص70)

وعرفا القلق كسمة بأنه عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب في معظمه، ويظل كامناً عند الإنسان حتى تنبهه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية، فتثير حالة القلق ويتوقف مستوى إثارة القلق عند الإنسان على مستوى استعداده للقلق أي مستوى القلق كسمة، فعند الشخص صاحب سمة القلق العالية يكون استعداده عاليًا للقلق، ويجعله يدرك التهديد في مواقف كثيرة ويستجيب لها بحالة قلق زائدة لا تتناسب مع ما فيها من تهديد حقيقيًا نجده يقلق بسهولة ولأسباب بسيطة قد تثير القلق عنده. (القريطي، 1998، ص133)

ويرى (سبيلبرجر) إن سمة القلق لا تظهر مباشرة في السلوك بل تستنتج أو يستدل عليها من تكرار ارتفاع حالة القلق وشدتها لدى الفرد على امتداد الزمن ويتميز الأفراد ذو الدرجة المرتفعة في سمة القلق بميلهم إلى إدراك العالم باعتباره خطرًا يهدد حياتهم وهؤلاء الأفراد أكثر تعرضًا للمواقف العصبية. (غريب، 1998، صفحة 356)

نظرية التعلم:

تعتبر هذه النظرية أن القلق هو خوف مرتبط بالمُحَفِّز الخاطئ. فتحن نتعلم أن نخاف من الشيء الخطأ أو نتفاعل بشكل غير ملائم في مواقف معينة ويُصبح الأمر عادة. وكلما فعلنا هذا أكثر تعودنا عليه أكثر. فعلى سبيل المثال، تُنتج نوبات الذعر والمخاوف حلقة مفرغة تبقىها مُستمرة على الدوام. تأتي نوبات الذعر من حيث لا ندري. ويعتقد البعض أنهم يتعرضون لاضطرابات في القلب. فيبدؤون بمراقبة حالة قلوبهم. غير أن مجرد التفكير في قلبك قد يجعله ينبض بسرعة أكبر. وعندما تشعر بقلبك ينبض بسرعة تقوم بإقناع نفسك بانك تعاني فعلا من مشكلة في القلب. ويزداد بذلك قلقك.

قد تخرج المخاوف عن السيطرة بالطريقة نفسها. فإحدى أبسط الأمور التي لا تعجب الأفراد في العناكب هي حقيقة أنه لا يمكن التوقع بها. فكثير من الأفراد الذين يعانون من الخوف من العناكب (رهاب العناكب) لا يقتربون منها، ولا يطبقون حتى النظر إليها. فعدم الاقتراب من العناكب، وعدم النظر إليها يجعلها أكثر غموضاً، وبالتالي مخيفة أكثر فأكثر. ونتيجة ذلك تصبح العناكب أكثر إثارة للقلق، ولا سيما بسبب عدم النظر إليها والاقتراب منها. إن تفادي العنكبوت أو الهرب منها (أو من أي خوف آخر) يزيد من الخوف بطريقة أخرى. فإذا قلقت وسارعت بالهروب من الموقف فأنت تعلم نفسك درسين: العنكبوت يسبب القلق والوسيلة الوحيدة لمسيطرة على الوضع هي الهرب. فأنت تعلم نفسك أن الخوف من العناكب هو جزء من تكوينك. وأما الحقيقة فهي أننا نحن من نخيف أنفسنا، وأنه يمكننا السيطرة على الوضع. كما يمكننا السيطرة على خوفنا من دون الهرب منه. فالهروب من مخاوفنا يجعلها تكبر ويمنعنا من السيطرة عليها. (مكنزي، 2013، الصفحات 26-27)

قلق الموت:

مفهوم قلق الموت:

نختلف ردود فعلنا كبشر اتجاه الموت، حيث أن موت البشر هي قضية ملحة تسيطر على فكر الإنسان منذ مرحلة الطفولة، ويحاول بكل الطرق الدفاعية أن يحارب الموت، حيث تؤثر فكرة الرفض للموت بشكل كبير على جوانب التكيف للإنسان من نواحي عاطفية ونفسية، وبالنهاية فإن على الإنسان أن يتقبل الموت وأيضاً وجود الموت كجزء لا مفر منه في الحياة (Langs, 1997)

• تعريفات قلق الموت بحسب بعض العلماء:

أشار (عبد الخالق، 1987) إلى أن قلق الموت يعتبر نوع من أنواع القلق العام، حيث يشعر بهذا النوع أفراد بدرجة أكبر من غيرهم، وذلك يعود لتكوينهم النفسي الأكثر حساسية من غيرهم، فإن قلق الموت هو خبرة عامة يمكن لأي فرد أن يمر بها وفقاً لتعرضه لظروف أو مواقف حياتية معينة متباعدة فبالنظر فإننا جميعاً نخشى الموت بدرجات متفاوتة ويعرف قلق

الموت على أنه حالة انفعالية غير سارة واستجابة انفعالية تتضمن مشاعر تتمثل بعدم السرور والانشغال

لمتعمد على التأمل أو توقع لأي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت. وقلق الموت هو "الخوف الشديد من الموت، وعادةً ما ينطوي على خوف غير طبيعي حول ما إذا كان الشخص سيظل موجوداً أم لا بشكل من الأشكال بعد الموت الجسدي" (morse,2000,p20)

(خروفة وحسين، 2023، ص. 66)

أسباب قلق الموت:

يرى بعض الفلاسفة أمثال "ميسكويه Miskin" أن الخوف من الموت لا نجده إلا عند من يدري الموت حقيقة، أو لأنه يظن أن بدنه إذا انحل أو بطل تركيبه انحلت ذاته وبطلت نفسه، وإن العالم سيبقى موجوداً وليس هو بموجود فيه كما يظنه من يجهل بقاء النفس وكيفيه المعاد، أو لأنه يظن أن الموت ألماً عظيماً غير ألم المرض أو الأمراض التي قدمته.

وأدلت إليه وكانت سبب حلوله، ولأنه يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت ولأنه متخير ولا يدري على أي شيء سيقدم بعد الموت، ولأنه سيأسف على من يخالفه من المال، وهذه كلها يمكن أن نلخص الأسباب السيكولوجية قلق الموت عند الأفراد. (احمد محمد عبد خالق، 1987، ص213)

ويرى "شولتز Chottasse" أن قلق الموت يظهر الأسباب التالية:

- خوف الفرد من المعاناة البدنية والألم عند الاحتضار، كذاك الكف عن السعي نحو الأهداف فحياة الإنسان تقاس بما استطاع تحقيقه.
- الخوف من تأثير الموت على من سيتتركهم الشخص.
- الخوف من العقاب الإلهي والعدم.

وكذلك يرى "ماس رمان Masser man" سببه العديد من الظروف كمرض الحوادث والكوارث الطبيعية وغيرها.

كما يرى "بيكار بوتر" Bikar porter أرجع عوامل قلق الموت إلى نوبات كالعُدوى الاجتماعية للحزن والانزعاج الحضري، الخوف من الصدمة وكراهية الجثة وكذا التعفن. (احمد عبد خالق، 1987، ص214، 213)

أعراض قلق الموت:

- الإصابة بضيق التنفس.
 - سيطرة التشاؤم والنظرة القاتمة للحياة.
 - سيطرة الانفعالات السلبية ومنها البكاء.
 - الإصابة بالأرق وتعذر النوم.
 - الانطواء.
 - الإصابة بالكآبة الشديدة.
 - الإصابة بالصداع، أو الآلام الجسدية المختلفة.
 - الهروب من المواقف التي تتعلق بالموت مهما كانت قرابة المصاب للميت.
 - كثرة الشكوى من الأمراض المختلفة، التي لا وجود لها واقعياً.
 - التحدث عن الموت والحوادث التي تسبب الموت.
- (سمطاني، برويس، وبدران، 2020، ص. 180)

النظريات المفسرة لقلق الموت:

لقد تعددت المداخل والنظريات النفسية التي تفسر قلق الموت وأعراضه وأسبابه وكيفية علاجه.

قلق الموت من وجهة نظر المدرسة التحليلية:

لقد رأى فرويد أن النشاط الإنساني كله يتحدد بالغرائز، وقد يكون تأثيرها على السلوك ملتويًا مقنعًا، وقد يكون مباشرًا وسافرًا فالناس يتصرفون لأن التوتر الغريزي يدفعهم إلى ذلك وسلوكهم وتصرفاتهم تنتقص التوتر .

إفترض فرويد أنه من الممكن إدراج الغرائز تحت فئتين عامتين:

-غرائز الحياة.

-غرائز الموت

تخدم غرائز الحياة غرض الحفاظ على حياة الفرد وتكاثر الجنس، ويندرج تحت هذه الفئة الجوع والعطش والجنس، ويطلق على صورة الطاقة التي تستخدمها غرائز الحياة في أداء عملها الليبيدو غرائز الحياة التي أعطاها فرويد أكثر اهتماما هي الجنس والحقيقة أن الغريزة الجنسية ليست غريزة واحدة بل غرائز متعددة، أي أن هناك عدد من الحاجات البدنية المنفصلة تؤدي إلى القيام برغبات شبقية، ولكل من هذه الرغبات مصدره في مناطق مختلفة من الجسم ويشار إليها بإسم (المناطق الشبقية). (سهير كامل، 2009، ص34-36)

أما غرائز الموت أو كما يسميها فرويد أحياناً غرائز التدمير فتقوم بعملها، فكل شخص يموت في النهاية، وهذه الحقيقة دفعت فرويد إلى صياغة قوله الشهير "أن هدف الحياة هو الموت" ومن المشتقات الهامة لغرائز الموت الباعث العدواني، فالعدوانية تدمير للذات، وقد اتجهت إلى الخارج نحو موضوعات بديلة. (lerry, 2000)

فالشخص يقاتل الآخرين وينزع إلى التدمير لأن رغبته في الموت قد عاقتها قوى غرائز الحياة، بالإضافة إلى عقبات أخرى في شخصيته تتصدى لغرائز الموت، وقد تمتزج غرائز الموت وغرائز الحياة ومشتقاتهما معاً فيلزم كل منهما الآخر، فالأول مثلاً يمثل امتزاج الجوع بالتدمير، فيتحقق إشباعهما بقضم الطعام ومضغه وابتلاعه، كما يؤدي الحب بوصفه أحد مشتقات غريزة الجنس إلى حياة

الكراهية وهي من مشتقات غريزة الموت.

(Gerzon, 2008).

قلق الموت من وجهة نظر المدرسة السلوكية:

بينما يفسر قلق الموت من وجهة نظر المدرسة السلوكية سى سدس أنه مثير قوي يمر به كل إنسان في حياته ويؤدي إلى استجابات مختلفة لدى الأفراد، والموت على المستوى السلوكي هو كف تام للوعي أو الشعور، وتوقف المخ عن أداء الوظائف العقلية العليا، كما أن دراسة السلوك المتمثل في استجابات الأفراد الذين فقدوا عائلاً أو حميماً تتفاوت هذه الاستجابات من لحزن والحداد إلى الاكتئاب والانتحار، أو حتى محاولة الانتحار. (أسماء لعطية، 2008،

ص57-60)

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

(صالح الداهري، 2005، ص332)

قلق الموت من وجهة نظر المدرسة الإنسانية:

بينما ترى المدرسة الإنسانية- وبخاصة علماء الوجودية- أن الموت هو تهديد بعدم الوجود، وهو محض وفناء تام للشخصية، وأن الموت يمنع الفرد من تحقيق ذاته، ومن هنا ينشأ الإحباط الوجودي، وأن الإحساس بالمعنى في الحياة والكفاح هو جوهر الدافعية الإنسانية، وهذا له جوهر في تحديد ونوعية جودة الحياة. (هناء الشويخ، 2008، ص121)

ومن هنا ركزت الوجودية على ضرورة تقبل الفرد حتمية الموت ونهايته بوصفه حقيقة مطلقة، ويتعين على الفرد تحديد معنى الوجود الإنساني في حقيقة موته، وأن الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة مواجهة الموت أو عدم الوجود، وأن حقيقة الموت هي التي تعطي الحياة معنى أكثر من تفريغها للمعنى، وذلك عن طريق إلقاء الضوء على تفرد كل إنسان وفرديته وبواسطة توحيد كل فرد بالمجتمع الإنساني. (سهام أبو عطية، 2002)

وجدير بالذكر أن النظرية الوجودية قد أشارت إلى أن الموت يحتل دوراً هاماً في التطور العاطفي والإدراكي لدى الأطفال. (Lynn, 2010)

(عبد المنعم، 2013، ص76_77)

قلق الموت والعلاج النفسي:

العلاج السلوكي: من أكثر طرق علاج القلق بأنواعه المختلفة شيوعاً وانتشاراً وهو كذلك من أفضلها، حيث أثبتت الدراسات بأنه يحقق أعلى نسب للشفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة، وقد أجريت دراسة على طلاب التمريض بهدف التعرف على ناتج العلاج السلوكي (تقليل الحساسية المنظم، التدريب على الاسترخاء)، وقد أظهرت طريقة تقليل الحساسية المنظم والاسترخاء المتدرج فعالية لدى المجموعة التي خضعت للعلاج بالمقارنة مع

المجموعة التي لم تخضع لأي تدخل، وكما كانت نتيجة هذه الفنيات السلوكية أكثر فعالية من البرامج التعليمية أو البرامج قصيرة الأمد (عبد الخالق، 1987)

خلاصة:

نستنتج من الفصل ان القلق عرض رئيسي عند مرضى السرطان فحتى الادوية الموصوفة قد تسبب القلق في غالبية الاحيان و لكن قد يصل الى مراحل لا يكون فيها طبيعيا ويؤثر على تقبل العلاج والالتزام به.

الجانب التطبيقي للدراسة

أولاً : الدراسة الاستطلاعية:

تُعد الدراسة الاستطلاعية خطوة أولية مهمة في البحث العلمي، يلجأ إليها الباحث للتأكد من ملائمة ظروف الدراسة الميدانية، والتعرف على الخصائص السيكومترية لأدوات القياس المستخدمة في جمع البيانات، والمتمثلة في مقياس قلق الموت ومقياس الصلابة النفسية. هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى التأكد من صلاحية أدوات الدراسة للتطبيق، والتعرف على مدى وضوح تعليمات وفقرات المقاييس لدى أفراد العينة، إضافة إلى حساب الخصائص السيكومترية للمقاييس والكشف عن الصعوبات المحتملة أثناء التطبيق.

عينة الدراسة الاستطلاعية :

تمثلت العينة الاستطلاعية في 40 مريض ومريضة من مرضى السرطان و الذين تم اختيارهم بالطريقة القصدية من مركز مكافحة السرطان المجاهد العقيد احمد بن شريف

الجلفة حيث تم تطبيق أدوات الدراسة عليهم بصورة أولية بهدف التأكد من سلامة المقياس ووضوح العبارات والتعليمات، بالإضافة إلى التحقق من الخصائص السيكمترية للأداة من صدق وثبات، ومعرفة مدى ملاءمتها لأهداف الدراسة.

خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية :

توزيع أفراد العينة حسب الجنس

جدول رقم (1): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس:

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	04	10%
إناث	36	90%
المجموع	40	100%

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية أفراد العينة من الإناث، حيث بلغت نسبتهن 90% بتكرار قدره 36، في حين بلغت نسبة الذكور 10% فقط بتكرار قدره 04 أفراد.

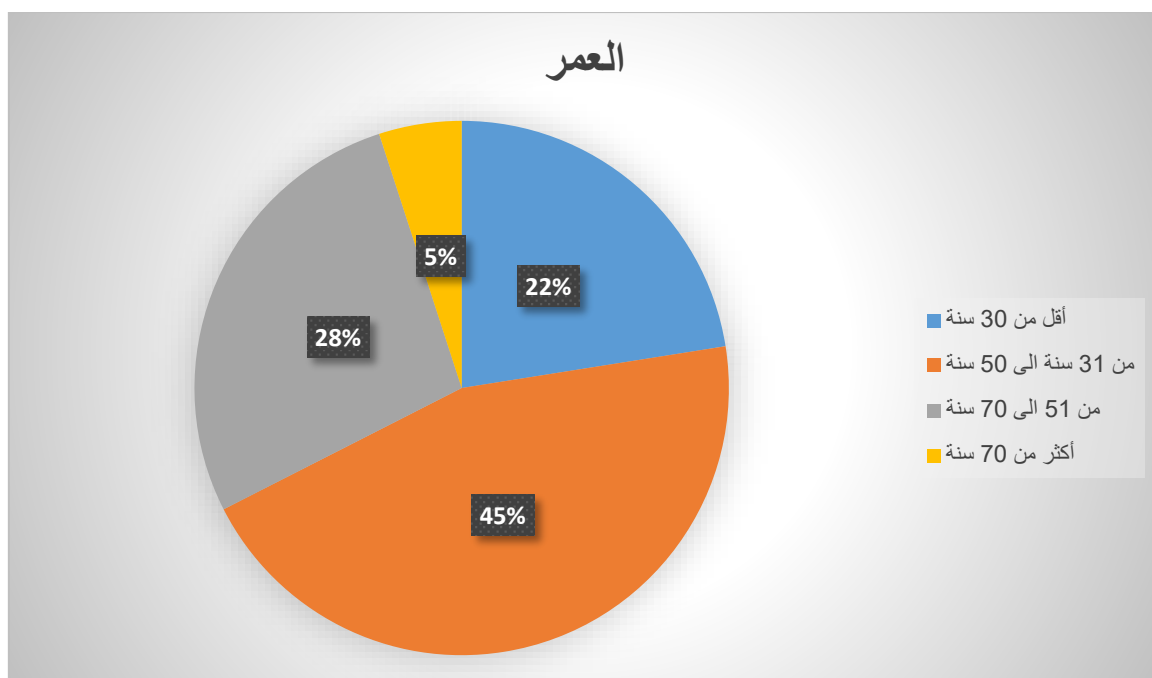
جدول رقم (02): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقاً لمتغير العمر:

الفئات العمرية	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 30 سنة	9	22.5%
من 31 سنة إلى 50 سنة	18	45%
من 51 إلى 70 سنة	11	27.5%
أكثر من 70 سنة	2	5%
المجموع	40	100%

نتيجة التحليل:

نلاحظ من خلال الجدول توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية، حيث سجلت الفئة العمرية الممتدة من 31 سنة إلى 50 سنة أعلى نسبة بلغت 45% بتكرار قدره 18 فرداً، تليها الفئة من 51 إلى 70 سنة بنسبة 27.5% وتكرار 11 فرداً، ثم الفئة الأقل من 30 سنة بنسبة

22.5% وتكرار 9 أفراد، في حين سجلت فئة أكثر من 70 سنة أدنى نسبة قدرت بـ 5% وتكرار فردين فقط.

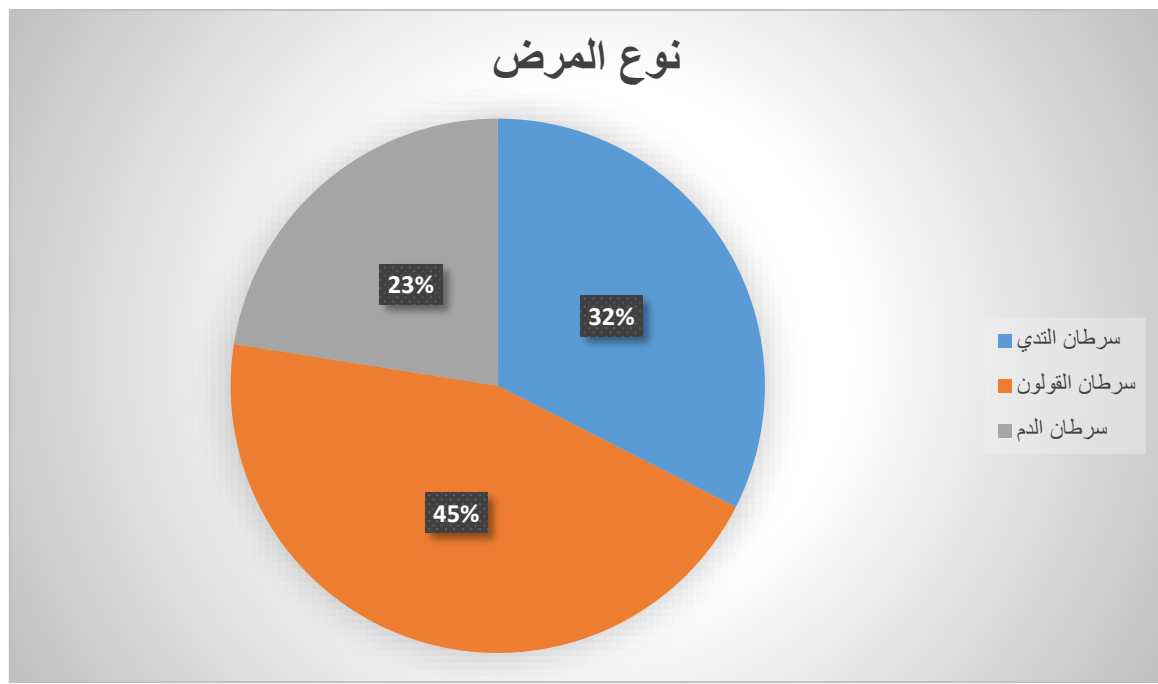


شكل رقم 01 توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير العمر
جدول رقم: (03) توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير نوع المرض

نوع المرض	التكرار	النسبة المئوية
سرطان الثدي	13	32.5%
سرطان القولون	18	45%
سرطان الدم	9	22.5%
المجموع	40	100%

نتيجة التحليل:

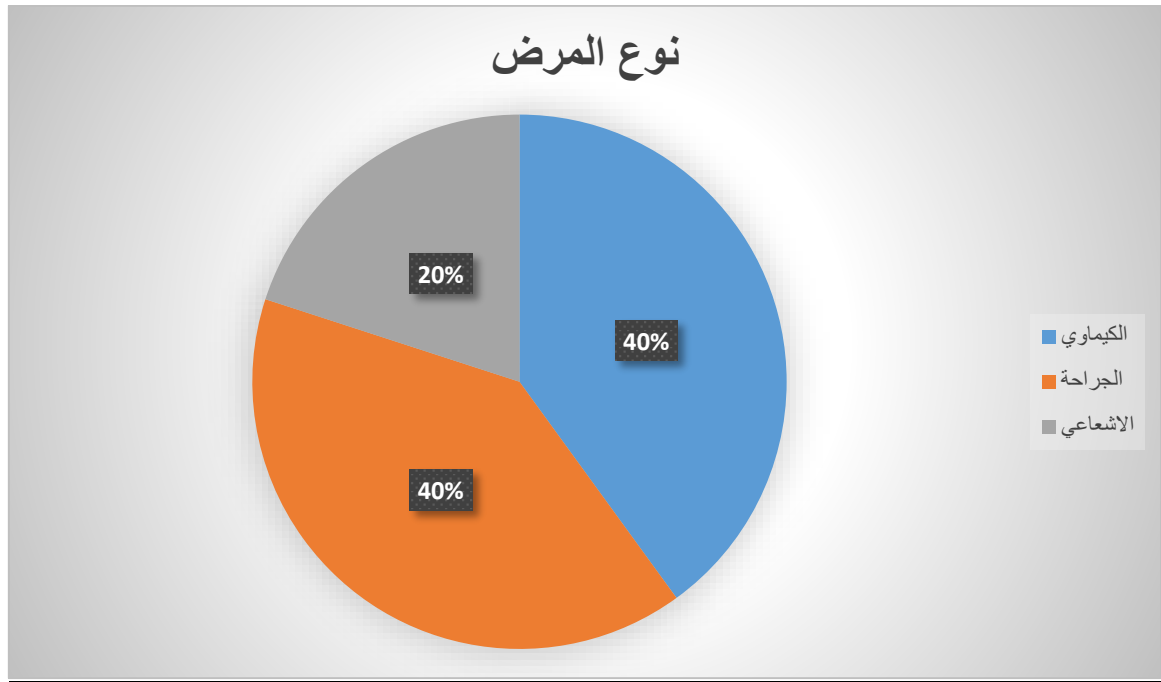
يوضح الجدول توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض، حيث احتل مرض سرطان القولون المرتبة الأولى بنسبة 45% وبتكرار قدره 18 حالة، يليه سرطان الثدي بنسبة 32.5% وبتكرار 13 حالة، في حين جاء سرطان الدم في المرتبة الأخيرة بنسبة 22.5% وبتكرار 9 حالات.



شكل رقم 02 توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير نوع المرض

جدول رقم: (03) توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقا لمتغير نوع العلاج

نوع العلاج	التكرار	النسبة المئوية
الكيميائي	16	40%
الجراحة	16	40%
الاشعاعي	8	20%
المجموع	40	100%



شكل رقم 03 توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقاً لمتغير نوع العلاج

نتيجة التحليل:

نلاحظ من خلال الجدول توزيع أفراد العينة حسب نوع العلاج، حيث بلغت نسبة المرضى الذين يخضعون للعلاج الكيميائي 40% بتكرار قدره 16 فرداً، وهي نفس النسبة المسجلة لدى المرضى الذين خضعوا للعلاج الجراحي، بينما بلغت نسبة المرضى الذين يتلقون العلاج الإشعاعي 20% بتكرار 8 أفراد.

نتائج الدراسة الاستطلاعية:

أسفرت الدراسة الاستطلاعية عن مجموعة من النتائج التي ساهمت في التأكد من صلاحية أداة الدراسة وملاءمتها للتطبيق الميداني، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- التأكد من وضوح عبارات المقياس وسهولة فهمها .
- التحقق من سلامة التعليمات ومدى ملاءمتها للمبحوثين .
- الكشف عن الصعوبات أو النقائص التي قد تواجه الباحث أثناء التطبيق .
- التأكد من صلاحية أداة الدراسة للتطبيق على العينة الأساسية .
- حساب الخصائص السيكومترية للأداة مثل الصدق والثبات .
- تحديد الزمن المناسب للإجابة على الاستبيان أو المقياس .
- إجراء بعض التعديلات الشكلية والمنهجية قبل التطبيق النهائي .

التعريف بأدوات الدراسة حسب الدراسة الاستطلاعية :

بعد الاطلاع على مقاييس الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع الدراسة، تم اختيار أدوات الدراسة بما يتلاءم مع أهداف البحث وطبيعة العينة، حيث تم تكييف بعض العبارات وصياغتها بما يتناسب مع البيئة المحلية وخصائص أفراد الدراسة. كما خضعت هذه الأدوات للتطبيق في الدراسة الاستطلاعية قصد التأكد من وضوحها وصدقها وثباتها، ومدى صلاحيتها للتطبيق على العينة الأساسية.

1-مقياس الصلابة النفسية:

التعريف بمقياس الصلابة النفسية:

يُعد مقياس الصلابة النفسية من إعداد عماد مخيمر (2002)، ويهدف إلى قياس مستوى الصلابة النفسية لدى الأفراد باعتبارها قدرة نفسية تساعد الفرد على مواجهة الضغوط والتكيف معها بشكل إيجابي. ويتكون المقياس في صورته الأصلية من (47) بنداً، وقد تم في بعض الدراسات إضافة بند ليصبح العدد (48) بنداً، حيث يتم الإجابة عن فقراته بأسلوب تقديري يعكس درجة موافقة المفحوص على كل عبارة.

أبعاد المقياس:

يتكون مقياس الصلابة النفسية من ثلاثة أبعاد رئيسية هي:

- الالتزام :ويُقاس من خلال (16) بنداً، ويعكس تمسك الفرد بأهدافه وقيمه .
- التحكم :ويُقاس من خلال (16) بنداً، ويشير إلى اعتقاد الفرد بقدرته على التحكم في الأحداث والضغوط .
- التحدي :ويُقاس من خلال (16) بنداً، ويعكس اعتبار التغيرات والصعوبات فرصاً للتطور والنمو .

طريقة التصحيح والاجابة:

يتم تصحيح المقياس وفق سلم تنقيط رباعي كما يلي :

- لا تنطبق (0) :
- قليلاً (1) :
- متوسطاً (2) :

• كثيرًا (3) :

وبذلك تتراوح الدرجة الكلية نظريًا بين (0 و144)، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى مستوى عالٍ من الصلابة النفسية، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى مستوى منخفض منها.

صدق وثبات المقياس:

تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية من طرف بشير معمريّة (2011)، وقد بينت النتائج ما يلي:

- الصدق: تم التحقق من الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية، حيث أظهرت النتائج فروقًا دالة إحصائية عند مستوى (0.001) بين المجموعات العليا والدنيا، مما يدل على قدرة المقياس على التمييز بين الأفراد مرتفعي ومنخفضي الصلابة النفسية.
- الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين هما :

◦ إعادة التطبيق: وبلغ معامل الثبات (0.823).

◦ معامل ألفا كرونباخ: وتراوح القيم بين (0.714) و(0.831) حسب

العينات، وهي قيم تدل على اتساق داخلي جيد للمقياس .

صدق وثبات في الدراسة الحالية:

صدق الاتساق الداخلي:

تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس الصلابة النفسية من خلال حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية، وذلك للتأكد من مدى تجانس فقرات المقياس وقياسها لنفس السمة النفسية.

الجدول رقم (04): معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية

الأبعاد	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
الالتزام	0.718
التحكم	0.821
التحدي	0.865

تحليل الجدول:

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم () أن جميع معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية كانت موجبة ومرتفعة، حيث تراوحت بين (0.78 و 0.85)، وهي قيم دالة على وجود اتساق داخلي جيد بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، مما يؤكد أن المقياس يقيس نفس البعد العام وهو الصلابة النفسية.

ثبات المقياس:

تم التحقق من ثبات مقياس الصلابة النفسية باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وذلك للتأكد من مدى استقرار الأداة واتساقها الداخلي.

الجدول رقم (05): معاملات الثبات (ألفا كرونباخ) لمقياس الصلابة النفسية

العبارات	معامل ألفا كرونباخ
48	0.858

تحليل الجدول:

يُلاحظ من خلال الجدول رقم (05) أن معاملات ألفا كرونباخ جاءت 0.858 وهي قيمة مرتفعة تدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات، مما يعكس اتساقاً داخلياً جيداً بين فقراته واستقراره في القياس، وبالتالي إمكانية الاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

2- مقياس قلق الموت :

التعريف بالمقياس:

من اعداد سميرة عمايرة بالاعتماد على مجموعة من المقاييس والدراسات السابقة في مجال القلق والموت، حيث تم الاستفادة من أدوات قياس سابقة في صياغة فقرات المقياس وتحديد أبعاده، مع تكييفها بما يتناسب مع البيئة المحلية. وصيغ المقياس في صورته الأولية من (36) فقرة.

أبعاد المقياس

يتكون مقياس قلق الموت من ثلاثة أبعاد رئيسية موزعة على (36) فقرة كما يلي:

- الأفكار المختلطة عن الموت (13) فقرة
- الانشغال بالآلام الجسدية والنفسية (13) فقرة
- التوقعات المرتبطة بما بعد الموت (10) فقرات

-طريقة التصحيح والاجابة:

يتم تصحيح المقياس وفق سلم رباعي (دائمًا – أحيانًا – نادرًا – أبدًا)، حيث تُعطى الدرجات من (1 إلى 4) حسب اتجاه الفقرة، مع عكس الدرجات في البنود السلبية، ثم تُجمع الدرجات للحصول على الدرجة الكلية، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع مستوى قلق الموت.

-صدق وثبات المقياس:

صدق الاتساق الداخلي:

تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي من خلال حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية، وقد جاءت النتائج كما يلي:

• الأفكار المختلطة عن الموت (0.76) :

• الانشغال بالألام الجسدية والنفسية (0.82) :

• التوقعات المرتبطة بما بعد الموت (0.79) :

وتشير هذه القيم إلى وجود اتساق داخلي مرتفع بين الأبعاد والدرجة الكلية، مما يؤكد تجانس المقياس.

-الثبات

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ ومعامل التجزئة النصفية (جتمان)، وقد بلغت القيم كما يلي:

• ألفا كرونباخ (0.88) :

• معامل جتمان (0.73) :

وتدل هذه القيم على تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات والاتساق الداخلي، مما يؤكد صلاحيته للتطبيق في الدراسة الحالية.

صدق وثبات في الدراسة الحالية:

صدق الاتساق الداخلي:

تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس قلق الموت من خلال حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، وذلك للتأكد من مدى تجانس فقرات المقياس وقياسها لنفس البعد العام (قلق الموت).

الجدول رقم (06): معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس قلق الموت

الأبعاد	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
الأفكار المختلطة عن الموت	0.757
الانشغال بالآلام الجسدية والنفسية	0.853
التوقعات المرتبطة بما بعد الموت	0.806

تحليل الجدول:

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (06) أن جميع معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية كانت موجبة ومرتفعة، حيث تراوحت بين (0.75 و 0.85)، مما يدل على وجود اتساق داخلي جيد بين فقرات المقياس وأبعاده، وبالتالي فإن المقياس يتمتع بصدق اتساق داخلي مرتفع.

ثبات المقياس:

تم التحقق من ثبات مقياس قلق الموت باستخدام معامل ألفا كرونباخ.

الجدول رقم (07): معاملات الثبات لمقياس قلق الموت

العبارات	معامل ألفا كرونباخ
36	0.819

تحليل الجدول:

يتضح من الجدول رقم (07) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ بلغت (0.89)، وهي قيمة مرتفعة تدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات والاتساق الداخلي، مما يؤكد استقراره وصلاحيته للتطبيق في الدراسة الحالية.

تمهيد:

يُعدّ فصل عرض وتحليل النتائج من أهم فصول الدراسة، إذ يتم من خلاله عرض البيانات التي تم جمعها ميدانيًا بطريقة منظمة، ثم تحليلها وتفسيرها بالاعتماد على الأساليب الإحصائية المناسبة، بهدف الإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة الفرضيات. كما يساهم هذا الفصل في توضيح العلاقات والفروق بين متغيرات الدراسة، وربط النتائج بالإطار النظري والدراسات السابقة للوصول إلى استنتاجات علمية دقيقة.

إجراءات الدراسة الأساسية :

المنهج المستخدم:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي، باعتباره الأنسب للكشف عن العلاقة بين قلق الموت والصلابة النفسية لدى مرضى السرطان. يُعرّف المنهج الوصفي بأنه: “المنهج الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفًا دقيقًا والتعبير عنها تعبيرًا كميًا وكميًا، من خلال جمع المعلومات والبيانات وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى نتائج علمية دقيقة.” (موريس أنجرس، 2004، ص 98)

مجتمع وعينة الدراسة وكيفية اختيارها:

يتكون مجتمع الدراسة الحالية من مرضى السرطان المترددين على المؤسسة الصحية محل الدراسة خلال الفترة الزمنية المحددة لإجراء الدراسة الميدانية.

عينة الدراسة :

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية، حيث تمثلت في (40) مريضًا من مرضى السرطان، وذلك من أجل ضمان اختيار أفراد تتوفر فيهم الخصائص التي تتوافق مع أهداف الدراسة. وقد جاءت هذه العينة بهدف جمع بيانات ميدانية دقيقة حول موضوع الدراسة، بما يسمح باختبار الفرضيات والإجابة عن تساؤلات البحث، والوصول إلى نتائج علمية يمكن الاعتماد عليها في تفسير الظاهرة المدروسة.

مجالات الدراسة:

أولاً: المجال المكاني:

تم إجراء هذه الدراسة في مستشفى

ثانياً: المجال الزمني:

تمت هذه الدراسة خلال الفترة الممتدة من نوفمبر 2025 الى ماي 2026.

الأساليب الإحصائية:

تمت معالجة البيانات باستخدام برنامج SPSS بالاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري
- معامل ارتباط بيرسون لداسة العلاقة بين متغيرات الدراسة
- اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة الفروق بين المتوسطات
- معامل ألفا كرونباخ

ثانياً: عرض وتحليل ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة

الفرضية الأولى:

نص الفرضية:

"مستوى قلق الموت مرتفع لدى مرضى السرطان".

أسلوب الاختبار:

بغرض اختبار نتائج هذه الفرضية، تم تطبيق مقياس القلق على أفراد عينة الدراسة المقدر عددهم بـ (140) مريض و ذلكمن أجل حساب مستوى القلق لديهم ومقارنته بالمتوسط الحسابي الافتراضي باستخدام اختبار (T) لعينة واحدة وحساب الفرق بين مستوى القلق الفعلي المحسوب المحصل عليه من خلال استجاباتهم على مقياس القلق، والمعبر عنه بالمتوسط الحسابي الفعلي للعينة، والمستوى الفرضي (القيمة الاختبارية) للمقياس يساوي 90 و هذا ما توضحه نتائج الجدول أدناه:

جدول رقم (2): نتائج اختبار " ت " لعينة واحدة لدراسة مستوى قلق الموت لدى مرضى

السرطان

عدد أفراد العينة	القيمة الاختبارية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	الدلالة Sig	درجة الحرية df
40	90	103.90	9.02	9.75	0.000	39

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة المتوسط الحسابي الفعلي لأفراد عينة الدراسة قد بلغت (103.90) بانحراف معياري قدره (9.02)، في حين بلغ المتوسط الفرضي (90 درجة). وباستخدام اختبار (ت) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسطات، وجدنا أن قيمة (T) تساوي (9.75) بدلالة معنوية ($\text{Sig} = 0.000$) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، أي دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (0.01).

وهو ما يمكننا من القول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الحسابي الفعلي لأفراد عينة الدراسة (متوسط استجابات أفراد العينة على مقياس القلق) والمستوى الفرضي للمقياس، وذلك لصالح المتوسط الحسابي الفعلي، أي أن استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس القلق كانت أكبر من المتوسط الحسابي الفرضي، وهذا ما يؤكد أن مستوى القلق لدى مرضى السرطان مرتفع.

وعليه يمكن القول أن مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان مرتفع وبالتالي تحققت الفرضية التي تنص على أن "مستوى قلق الموت مرتفع لدى مرضى السرطان." يمكن تفسير هذه إلى أن ارتفاع مستوى القلق لدى مرضى السرطان لا يُعد أمرًا مفاجئًا، بل يمكن اعتباره استجابة طبيعية للضغوط الشديدة التي يفرضها المرض على حياة الفرد إذ يُعد مرض السرطان من أكثر الأمراض التي ترتبط في ذهن المريض بصورة الخطر والموت والألم، مما يولد صدمة نفسية أولية عند تلقي الخبر، هذه الصدمة لا تبقى لحظية فقط، بل تتحول إلى حالة من القلق المستمر والتفكير المتكرر في تطور المرض ومآله أيضا يمكن تفسير هذه النتيجة بحالة عدم اليقين التي يعيشها المريض، حيث لا يستطيع التنبؤ بمسار المرض أو نتائج العلاج بشكل دقيق، مما يجعله في حالة ترقب دائم وخوف من المستقبل، وهو ما يرفع من مستوى التوتر والقلق النفسي بشكل مستمر.

إن طبيعة العلاجات الطبية مثل العلاج الكيماوي أو الإشعاعي أو الجراحة، وما يصاحبها من آثار جانبية جسدية ونفسية، تلعب دورًا مهمًا في زيادة القلق، حيث يشعر المريض بالإرهاق الجسدي والتغيرات الظاهرة في الجسم مثل تساقط الشعر، فقدان الوزن، أو الألم، وهو ما يؤثر بشكل مباشر على صورته الذاتية ويزيد من هشاشته النفسية فمن خلال

التغيرات الاجتماعية التي يمر بها المريض، مثل فقدان الدور الاجتماعي الطبيعي، أو الاعتماد على الآخرين في تسير حياته اليومية، أو حتى الشعور بالعزلة أحياناً، خاصة إذا كان الدعم الاجتماعي غير كافٍ أو غير مستمر، مما يعمّق الإحساس بالقلق وعدم الاستقرار النفسي كما أن التفكير في الموت أحد أهم العوامل التي ترفع من مستوى القلق لدى مرضى السرطان، خاصة عندما ترتبط التجربة المرضية بفكرة النهاية أو الخوف من تدهور الحالة الصحية، وهو ما يجعل المريض يعيش حالة من التوتر الوجودي المستمر.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة أية قواجلية (2012/2013) التي بينت أن الراشد المصاب بالسرطان يعاني من قلق موت مرتفع، ويرجع ذلك إلى الصدمة النفسية بعد اكتشاف المرض وما يصاحبه من خوف وإحباط واكتئاب، إضافة إلى الشعور بفقدان السيطرة على الحياة كما تتماشى مع دراسة بن جاوحدو ناريمان وآخرون (2018/2019) التي أكدت أن مرضى السرطان يعانون من قلق موت مرتفع نتيجة خطورة المرض وتأثيراته النفسية والاجتماعية، حيث أشارت الدراسة إلى أن الخوف من المستقبل والموت يعد من أبرز مصادر القلق لدى هذه الفئة و تتوافق أيضاً مع دراسة بوسليو كوثر نور ويطوس إيناس (2023/2024) التي أوضحت أن عدم تقبل المرض وصعوبة التكيف النفسي يؤديان إلى ارتفاع قلق الموت، خاصة في ظل الصدمة الأولية للتشخيص وانخفاض تقدير الذات وظهور آليات دفاع نفسية غير فعالة.

كما تدعم هذه النتيجة دراسة زين سارة (2020/2021) التي أظهرت أن التدخلات النفسية مثل الاسترخاء تساعد في خفض قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي، مما يعني أن ارتفاع القلق يكون مرتبطاً بغياب الدعم النفسي أو عدم تطبيق تقنيات المرافقة النفسية بشكل كافٍ يمكن القول إن ارتفاع مستوى القلق لدى مرضى السرطان في هذه الدراسة هو نتيجة طبيعية لتداخل عوامل نفسية وجسدية واجتماعية متعددة، تجعل المريض يعيش حالة مستمرة من التوتر والخوف وعدم الاستقرار النفسي، وهو ما تؤكده العديد من الدراسات السابقة في نفس المجال.

الفرضية الثانية:

نص الفرضية:

"يعاني مرضى السرطان من مستوى منخفض من الصلابة النفسية".

أسلوب الاختبار:

بغرض اختبار نتائج هذه الفرضية، تم تطبيق مقياس الصلابة النفسية على أفراد عينة الدراسة المقدر عددهم بـ (140) مريض و ذلكمن أجل حساب مستوى الصلابة لديهم ومقارنته بالمتوسط الحسابي الافتراضي باستخدام اختبار (T) لعينة واحدة وحساب الفرق بين مستوى القلق الفعلي المحسوب المحصل عليه من خلال استجاباتهم على مقياس الصلابة النفسية، والمعبّر عنه بالمتوسط الحسابي الفعلي للعينة، والمستوى الفرضي (القيمة الاختبارية) للمقياس يساوي 120 و هذا ما توضحه نتائج الجدول أدناه:

جدول رقم: (3) نتائج اختبار " ت " لعينة واحدة لدراسة مستوى الصلابة النفسية لدى

مرضى السرطان

عدد أفراد العينة	القيمة الاختبارية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	الدلالة Sig	درجة الحرية df
40	120	85.40	10.85	9.59	0.000	39

تبين من الجدول أعلاه أن قيمة المتوسط الحسابي الفعلي لأفراد عينة الدراسة قد بلغت (85.40) بانحراف معياري قدره (10.85)، في حين بلغ المتوسط الفرضي (120 درجة). وباستخدام اختبار (ت) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسطات، وجدنا أن قيمة (T) تساوي (9.59) بدلالة معنوية (Sig = 0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، أي دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (0.01).

وهو ما يمكننا من القول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الحسابي الفعلي لأفراد عينة الدراسة (متوسط استجابات أفراد العينة على مقياس الصلابة النفسية) والمستوى الفرضي للمقياس، وذلك لصالح المتوسط الفرضي، أي أن استجابات أفراد عينة الدراسة كانت أقل من المتوسط الفرضي، وهذا ما يؤكد أن مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان منخفض.

وعليه يمكن القول أن مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان منخفض وبالتالي تحققت الفرضية التي تنص على أن: "يعاني مرضى السرطان من مستوى منخفض من الصلابة النفسية." يمكن تفسير انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان إلى أن مرض السرطان من أكثر الأمراض المزمنة التي تحدث اضطراباً عميقاً في التوازن النفسي للفرد، نظراً لما يفرضه من ضغوط مستمرة تتعلق بالألم، العلاج، والخوف من المستقبل و الصدمة النفسية التي تصاحب لحظة التشخيص، إذ إن تلقي خبر الإصابة بمرض خطير ومزمن يشكل حدثاً ضاعطاً يفوق قدرة بعض الأفراد على التكيف، مما يؤدي إلى ضعف في آليات المواجهة النفسية، وبالتالي انخفاض مستوى الصلابة النفسية لديهم كما أن الصلابة النفسية تتطلب درجة من الإحساس بالتحكم في الأحداث، إلا أن مريض السرطان يشعر بفقدان السيطرة على جسده ومسار حياته الصحي، خاصة مع اعتماد العلاج على تدخلات طبية قوية ومستمرة، وهو ما يضعف شعوره بالتحكم ويؤثر سلباً على صلابته النفسية كما يمكن تفسير هذا الانخفاض أيضاً من خلال عنصر الالتزام (Commitment) ، حيث قد ينسحب بعض المرضى من أنشطتهم اليومية والاجتماعية نتيجة التعب الجسدي أو النفسي، مما يقلل من انخراطهم في الحياة ويضعف إحساسهم بالمعنى والدور، وهو أحد أبعاد الصلابة النفسية الأساسية.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة سلايمية صفاء وآخرون (2021/2022) التي توصلت إلى أن غالبية المصابات بسرطان الثدي يعانين من مستوى منخفض من الصلابة النفسية، ويرتبط ذلك بصعوبة تقبل المرض، والخوف من الألم والموت، وغياب الدعم النفسي والاجتماعي. كما تتماشى مع دراسة بوسليو كوثر نور ويطوس إيناس (2023/2024) التي بينت أن عدم تقبل المرض وصعوبة التكيف معه يؤديان إلى ضعف القدرة على المواجهة النفسية، خاصة في ظل الصدمة النفسية الأولى وتشوه الصورة الذاتية وتتفق أيضاً مع بعض نتائج الدراسات الإكلينيكية التي تشير إلى أن المرضى في المراحل الصعبة من السرطان يعانون من ضعف في آليات التكيف النفسي، مما ينعكس على انخفاض الصلابة النفسية لديهم.

في المقابل، تختلف هذه النتيجة جزئياً مع دراسة نفيسة فاطمة وهرول منير (2023) التي وجدت أن أفراد العينة يتمتعون بمستوى مرتفع من الصلابة النفسية، ويمكن تفسير هذا

الاختلاف بطبيعة العينة أو اختلاف الخصائص النفسية والاجتماعية للمشاركين، إضافة إلى اختلاف البيئة العلاجية ومستوى الدعم المتوفر كما يمكن الإشارة إلى أن دراسة سعيدة قجال وعقيلة عيسو(2018) تؤكد أن الصلابة النفسية ترتفع عندما يكون هناك دعم اجتماعي جيد وتكيف أفضل مع المرض، مما يعني أن اختلاف الظروف بين الدراسات يؤدي إلى تباين النتائج.

الفرضية الثالثة:

نص الفرضية:

"توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام، التحكم، التحدي) وقلق الموت لدى مرضى السرطان".

أسلوب الاختبار:

بهدف اختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson) للكشف عن طبيعة العلاقة بين أبعاد الصلابة النفسية وقلق الموت لدى مرضى السرطان، وذلك بالاعتماد على برنامج SPSS.

جدول رقم: (4) نتائج معامل ارتباط بيرسون بين أبعاد الصلابة النفسية وقلق الموت لدى مرضى السرطان

أبعاد الصلابة النفسية	معامل الارتباط Pearson	مستوى الدلالة Sig
الالتزام وقلق الموت	-0.872*	0.001
التحكم وقلق الموت	-0.764*	0.001
التحدي وقلق الموت	-0.571*	0.001
الدرجة الكلية للصلابة النفسية وقلق الموت	-0.689*	0.001

من خلال قراءة الجدول رقم (04)، نلاحظ أن معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد الصلابة النفسية وقلق الموت لدى مرضى السرطان جاءت سلبية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، حيث بلغت قيمة الارتباط بين بعد الالتزام وقلق الموت (-0.872)، وبين بعد

التحكم وقلق الموت (-0.764)، وبين بعد التحدي وقلق الموت (-0.571)، وهي كلها قيم دالة عند مستوى (0.001)، مما يدل على وجود علاقة ارتباطية سلبية قوية إلى متوسطة بين أبعاد الصلابة النفسية وقلق الموت.

كما بلغت قيمة معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وقلق الموت (-0.689)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.001)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الصلابة النفسية ككل وقلق الموت لدى أفراد العينة.

ومن خلال هذه النتائج يمكن القول إن أبعاد الصلابة النفسية ترتبط ارتباطاً عكسياً بقلق الموت لدى مرضى السرطان، حيث كلما ارتفع مستوى الصلابة النفسية انخفض مستوى قلق الموت لدى أفراد العينة، وهو ما يعكس طبيعة العلاقة بين المتغيرين في هذه الدراسة، ويدفع إلى قبول الفرضية المتعلقة بوجود علاقة ارتباطية دالة بين الصلابة النفسية وقلق الموت. ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال أن مرض السرطان يُعد من أكثر الأمراض التي تثير لدى الفرد مخاوف متعددة مرتبطة بالمستقبل والمعاناة واحتمال الوفاة، الأمر الذي يجعل المريض في حاجة إلى قدرات نفسية تمكنه من مواجهة هذه التحديات. فالأفراد الذين يتمتعون بدرجة مرتفعة من الصلابة النفسية يكونون أكثر قدرة على التحكم في انفعالاتهم وإدارة الضغوط التي يفرضها المرض، كما ينظرون إلى المواقف الصعبة على أنها تحديات يمكن التعامل معها بدل اعتبارها تهديدات لا يمكن تجاوزها، وهو ما يساهم في خفض مستوى قلق الموت لديهم.

كما يمكن فهم هذه النتيجة من خلال أبعاد الصلابة النفسية نفسها؛ فبعد الالتزام يساعد المريض على التمسك بأهدافه وعلاقاته الاجتماعية ومواصلة أداء أدواره الحياتية رغم ظروف المرض، مما يقلل من استغراقه في الأفكار المرتبطة بالموت. أما بعد التحكم فيمنح المريض شعوراً بقدرته على التأثير في بعض جوانب حياته واتخاذ قرارات تتعلق بعلاجه ورعايته الصحية، وهو ما يحد من مشاعر العجز واليأس المرتبطة بقلق الموت. في حين يساعد بعد التحدي المريض على تقبل التغيرات التي أحدثها المرض والنظر إليها كخبرة حياتية يمكن التكيف معها، الأمر الذي يخفف من حدة المخاوف المرتبطة بالموت.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة بن خليفة مريم (2017/2018) التي بينت أن الصلابة النفسية تساهم في التخفيف من قلق الموت لدى المصابات بالسرطان، حيث أشارت نتائج دراستها إلى أن النساء الأكثر صلابة نفسيًا كن أكثر قدرة على مواجهة فكرة المرض والموت بشكل أقل قلقًا، مقارنة بمن لديهن صلابة منخفضة كما تتماشى مع دراسة سعيدة قجال وعقيلة عيسو (2018) التي توصلت إلى وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، حيث بينت النتائج أن ارتفاع الصلابة النفسية يساعد المرضى على التكيف بشكل أفضل مع المرض، مما ينعكس على الجانب النفسي المرتبط بالخوف والقلق، بما في ذلك قلق الموت بشكل غير مباشر وتدعم هذه النتيجة أيضًا دراسة زوبية سارة (2024/2025) التي أكدت وجود علاقة بين الصلابة النفسية وإدارة الألم لدى مرضى السرطان، حيث أوضحت أن الأفراد الأكثر صلابة نفسيًا يكونون أكثر قدرة على مواجهة الضغوط الجسدية والنفسية، وهو ما يرتبط بتحسين التكيف النفسي وتقليل الانهيار النفسي الناتج عن التفكير في المرض والموت كما تتفق مع نتائج دراسة بوسليو كوثر نور ويطوس إيناس (2023/2024) التي بينت أن تقبل المرض والتكيف معه يؤديان إلى انخفاض قلق الموت، في حين أن صعوبة التكيف تؤدي إلى ارتفاعه، وهو ما يرتبط بشكل غير مباشر بضعف أو قوة الصلابة النفسية لدى المرضى.

مناقشة عامة:

أظهرت النتائج المتوصل إليها أن مرضى السرطان يعانون من مستوى مرتفع من قلق الموت، وفي المقابل من مستوى منخفض من الصلابة النفسية، كما كشفت عن وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائيًا بين المتغيرين، حيث ارتبط ارتفاع الصلابة النفسية بانخفاض قلق الموت. وتعكس هذه النتائج طبيعة التجربة النفسية المعقدة التي يعيشها مريض السرطان، باعتبار أن المرض لا يقتصر على معاناة جسدية فقط، بل يمتد ليشمل جوانب نفسية وانهيائية عميقة ترتبط بالخوف من المستقبل والمجهول واحتمالية تدهور الحالة الصحية.

ويمكن فهم هذه النتائج في ضوء طبيعة مرض السرطان باعتباره من الأمراض المزمنة والخطيرة التي تفرض على المريض ضغوطًا نفسية وجسدية واجتماعية متعددة. فمجرد

تلقى خبر الإصابة بالمرض يشكل صدمة نفسية قوية قد تزعزع الإحساس بالأمن والاستقرار، وتدفع المريض إلى التفكير المستمر في مصيره الصحي ومستقبله، الأمر الذي ينعكس في صورة مشاعر خوف وقلق مرتبطة بالموت. كما أن المعاناة الجسدية الناتجة عن المرض والعلاجات المختلفة، إضافة إلى التغيرات التي تطرأ على الحياة اليومية للمريض، تجعل من الصعب الحفاظ على التوازن النفسي في كثير من الأحيان.

كما تشير النتائج إلى أن انخفاض الصلابة النفسية لدى المرضى قد يكون أحد العوامل المفسرة لارتفاع قلق الموت لديهم، فالصلابة النفسية تمثل مجموعة من الخصائص التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط والتكيف مع المواقف الصعبة. وعندما يضعف شعور المريض بالقدرة على التحكم في مجريات حياته، أو يفقد الإحساس بالالتزام تجاه أهدافه وأدواره الاجتماعية، أو يعجز عن النظر إلى الصعوبات باعتبارها تحديات قابلة للمواجهة، فإنه يصبح أكثر عرضة للقلق والخوف من المستقبل والموت.

وقد أظهرت النتائج أن بعد الالتزام سجل أقوى علاقة ارتباطية مع قلق الموت، وهو ما يدل على أهمية تمسك المريض بحياته وعلاقاته وأهدافه في الحد من مخاوفه الوجودية. كما تبين أن بعد التحكم يرتبط بشكل واضح بانخفاض قلق الموت، حيث يساعد الشعور بالقدرة على التأثير في بعض جوانب الحياة والعلاج على التخفيف من الإحساس بالعجز واليأس. أما بعد التحدي فقد أظهر هو الآخر علاقة سلبية مع قلق الموت، مما يؤكد أن تقبل التغيرات والتعامل معها بطريقة إيجابية يساهم في تعزيز التكيف النفسي لدى المرضى.

يمكن القول إن الصلابة النفسية تلعب دوراً أساسياً في حماية مرضى السرطان من الآثار النفسية السلبية المصاحبة للمرض، وعلى رأسها قلق الموت. لذلك فإن الاهتمام بالجانب النفسي للمريض لا يقل أهمية عن الاهتمام بالجانب الطبي، إذ إن تعزيز الصلابة النفسية من خلال برامج الدعم النفسي والإرشاد والمساندة الاجتماعية قد يساهم في تحسين قدرة المرضى على التكيف مع المرض، والتخفيف من مخاوفهم وقلقهم المرتبط بالموت، مما ينعكس إيجاباً على صحتهم النفسية وجودة حياتهم.

الخاتمة

يمر مرضى السرطان بالكثير في رحلتهم مع المرض بدءا باكتشاف المرض و الصدمة الذي يسببها كونه من اخطر امراض العصر مرورا ببروتوكول العلاج الصعب و كل ما فيه من ضغط و خوف و ألم و اعراض جانبية قد يسببها الكيماوي او العمليات التي تضطربهم إلى إزالة مناطق من جسمهم وصولا إلى ان كل هذا قد لا يكون كافيا و قد يحتمل المرور بجميع المراحل مرة اخرى هذا ما يسبب القلق و الخوف و الاستسلام في غالب الأحيان للمرض و هنا يظهر دور الصلابة النفسية التي تعد من الخصائص الهامة لدى الفرد لمواجهة أحداث الحياة الضاغطة، والتكيف مع تغيراتها المفاجئة، فحسب البحوث والدراسات التي أجريت حول الصلابة النفسية، تبين أنها تبني لدى الفرد دفاعا نفسيا يخلق نمطا من الشخصية شديد الاحتمال يمكّنه من مقاومة الضغوط والتخفيف من آثارها السلبية، و وظيفة الصلابة النفسية لا تكمن في مقاومة الضغوطات وتخفيف آثارها السلبية وحسب، بل أنها أيضا تمكن الفرد من التحكم في مشاعره وإيجاد حلول لمشكلاته، كما تمنحه المقدرة على الالتزام والتحدي ليصل إلى مرحلة التكيف. وبذلك فإن الصلابة النفسية تمثل مصدر ارتباط قائم بين مقاومة الضغوطات والوقاية من الأثر الذي تحدثه من الأمراض النفسية والجسمية ولا تقتصر وظيفة الصلابة النفسية على مقاومة الضغوط والتقليل من آثارها فحسب، بل تمتد إلى تمكين الفرد من تنظيم انفعالاته، والتحكم في مشاعره، والتعامل مع المواقف الصعبة بطريقة أكثر واقعية وفاعلية، فضلا عن مساعدته على إيجاد حلول مناسبة للمشكلات التي يواجهها، وتعزيز الشعور بالالتزام والمسؤولية، والنظر إلى الصعوبات باعتبارها تحديات يمكن تجاوزها وليست عوائق مستحيلة. ومن ثم، تُعد الصلابة النفسية عاملاً وقائياً يسهم في الحد من الاضطرابات النفسية والجسمية المرتبطة بالضغوط، كما تعزز قدرة مريض

السرطان على التكيف مع المرض، والمحافظة على توازنه النفسي وجودة حياته، رغم ما يفرضه المرض من تحديات.

قائمة المصادر والمراجع:

1. الأزرق، بوعلو. (1993). الإنسان والقلق. القاهرة، مصر: دار سينا.
2. بن جاوحدو، ناريمان، بوغلام، فيروز، وعقون، مروة. (2018-2019). دراسة ميدانية بمصلحة طب الأورام بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي [مذكرة ليسانس، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر].
3. بن خليفة، مريم. (2017-2018). أثر الصلابة النفسية على قلق الموت لدى المصابات بالسرطان: دراسة عيادية لأربع حالات [مذكرة ماستر، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، الجزائر].
4. بوسليو، كوثر نور، ويطوس، إيناس. (2023-2024). تقبل المرض وتأثيره على درجة قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان: دراسة عيادية لست حالات [مذكرة ماستر، جامعة 20 أوت 1955، سكيكدة، الجزائر].
5. جوال، عطاء الله، وحميدات، محمد. (2024-2025). قلق الموت لدى المسنين المصابين بالسرطان: دراسة ميدانية بمركز مكافحة السرطان أحمد بن شريف [مذكرة ماستر، جامعة زيان عاشور، الجلفة، الجزائر].
6. خنفر، فتيحة. (2014). الصلابة النفسية وعلاقتها بمركز الضبط لدى الطالب الجامعي [مذكرة ليسانس، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر].

7. ديني، كريمو، وراسي، فتيحة. (2023-2022). برنامج علاجي لخفض القلق لدى طفل مصاب ببطء التعلم [رسالة ماجستير].
8. راضي، سعد. (2008). الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات [رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة].
9. سادة، سلمان، سلمى. (2024). الصلابة النفسية وعلاقتها بالأمن النفسي لدى طالبات الجامعة [رسالة ماجستير].
10. سعد، رياض. (2005). الشخصية: أنواعها، أمراضها، وطرق التعامل معها. القاهرة، مصر: مؤسسة اقرأ.
11. سلامية، صفاء، شلامط، هديل، طبعان، آمال، ومشيد، ميساء. (2022-2021). الصلابة النفسية لدى المرأة المصابة بالسرطان [مذكرة ليسانس، جامعة 8 ماي 1945، قالمة، الجزائر].
12. سيغموند، فرويد. (1962). القلق (ترجمة محمد عثمان نجاتي). القاهرة، مصر: دار النهضة العربية.
13. العبدلي، خالد بن محمد بن عبد الله. (2012-2011). الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية.
14. عبد النبي، عبد الله، ومحمد، إبراهيم. (2012). فعالية برنامج إرشادي لتحسين مستوى الصلابة النفسية لدى المعلمين [رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، مصر].
15. عبد الرحمن، مصطفى حسن محمود. (2017). الضغوط النفسية لدى طلبة جامعة نجران وعلاقتها بالصلابة النفسية. مجلة وادي النيل للدراسات.
16. عبد المطلب، القريطي. (1998). مقدمة في الصحة النفسية. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.
17. عكاشة، أحمد. (1998). الطب النفسي المعاصر. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
18. العيد، فتيحة، ودرأوي، فتيحة. (2023). الصلابة النفسية لدى طلبة الجامعة. جامعة ابن خلدون، تيارت، الجزائر.
19. غريب، عبد الفتاح. (1998). علم الصحة النفسية. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
20. قجال، سعيدة، وعيسو، عقيلة. (2018). الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السرطان. مجلة دراسات تربوية ونفسية، 11(1).
21. محمد، عودة. (2010). الخبرة الصادمة وأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال غزة [رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة].
22. محمد، عودة محمد، ومرسي، كمال إبراهيم. (1994). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام. الكويت: دار القلم.
23. محمد، عماد مخيمر. (1996). إدراك القبول والرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية. مجلة دراسات نفسية، 6(2).
24. محمد، صبري. (2002). مستوى ونوعية الطموح وأسلوب حل المشكلات كمتنبئات في اضطراب الشخصية [رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، مصر].

25. محمد، نعيمة. (1993). الاختلافات الوالدية في التنشئة الاجتماعية [رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، مصر].
26. نفيسة، فاطمة، وهرول، منير. (2023). الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان. مجلة الآفاق العلمية، 15(2).
27. زين، سارة. (2020-2021). فعالية تقنية الاسترخاء في تخفيف قلق الموت لدى النساء المصابات بسرطان الثدي [مذكرة ماستر، جامعة وهران، الجزائر].
28. زويبة، سارة. (2024-2025). إدارة الألم والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من مرضى السرطان [أطروحة دكتوراه، جامعة سطيف 2، الجزائر]



32-Funk, S. C. (1992). Hardiness: A review of theory and research. Health Psychology.

33- Kobasa, S. C. (1979). Personality and resistance to illness. Journal of Personality and Social Psychology.

34- Kobasa, S. C. (1982). Hardiness and health: A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology.

35- Puyuelo, R. (1980). L'activité de l'enfant. Paris: Éditions Privat.

36-National Institutes of Health. (2026). Health-related hardiness and influencing factors among cervical cancer radiotherapy patients: A cross-sectional study. Retrieved from

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

37-ScienceDirect. (2020). Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. Retrieved from

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1462388920300831>

38- World Health Organization. (2026). Cancer. Retrieved from

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cance>

الملاحق:

فرضية القلق

One-Sample Statistics

Descriptives

N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
				Lower Bound	Upper Bound
القلق 40	103.9054	9.02542	1.42	10.5365	15.6531

One-Sample Test

Test Value = 90

Test-t pour égalité des moyennes						
t	ddl	Sig. (bilatéral e)	Différenc e moyenne	Différenc e écart- type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieur e
9.758 1	39	,000	- 12,90000	1,36015	- 15,75756	- 10,04244
9.758 1	17,79 9	,000	- 12,90000	1,36015	- 15,75988	- 10,04012

فرضية الصلابة

One-Sample Statistics

N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
				Lower Bound	Upper Bound
الصلابة	40	85.4065	10.85545	1.71584	6.5124 7.2654

One-Sample Test

Test Value = 120

Test-t pour égalité des moyennes						
t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
9.5962 4	39	000,	33,70000-	2,13983	38,19562-	29,20438-
9.5962 4	11,768	000,	33,70000-	2,13983	38,37252-	29,02748-

- اختبار علاقة الارتباط بين متغيرات الدراسة (معامل الارتباط بيرسون)

Correlations				
	التحدي	التحكم	الالتزام	القلق

Corrélacion de الصلابة النفسية	,689*	,872*	,764*	,571*
		,001	,001	,001
	40	40	40	40
Corrélacion de الالتزام	,872*	1	,671*	,599*
	,001		,001	,001
	40	40	40	40
Corrélacion de التحكم	,764*	,651*	1	,682*
	,001	,001		,001
	40	40	40	40
Corrélacion de التحدي	,571*	,644*	,507*	1
	,001	,001	,001	
	40	40	40	40

*. Correlation is significant at the 0.05 level (bilatérale)