جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرفاهية الروحية كعامل منبّئ للأفكار الانتحارية لدى المصابين بمرض السرطان

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

من إعداد الطالبتين:

- مخلوف ليتيسيا
- لعريبي ياسمينة

تحت إشراف الأستاذة:

د/ زواني نزيهة

السنة الجامعية: 2024/2023

شكر وتقدير

نشكر الله تعالى ونحمده على توفيقنا في إتمام هذا العمل ونتقدم بخالص الشكر إلى أستاذتنا ومشرفتنا الفاضلة "زواني نزيهة" التي ساعدتنا في انجاز هذا العمل وأمدتنا بتوجيهاتها ونصائحها القيمة فلها منا فائق الشكر والاحترام والشكر موصول أيضا لأعضاء اللجنة الموقرة على قبولهم مناقشة عملنا هذا كما نتقدم بالشكر لإدارة مركز مكافحة السرطان "حمداد محمد" بذراع بن خدة ولاية تيزي وزو بالخصوص الأخصائية النفسانية "حجاز فريدة" على مساعدتنا ومرافقتنا في إتمام هذا العمل.

ولا يفوتنا أن نشكر جميع المرضى الذين لولا مساعدتهم لما استطعنا إتمام هذه الدراسة ونتمنى لهم الشفاء العاجل ولجميع مرضى السرطان.

وكل من ساهم في إنجاز هذا العمل من قريب وبعيد.

مخلوف، لعريبي

الاهداء

الحمد لله شكرا وامتنانا على البدء والختام

أهدي هذا النجاح إلى عائلتي وأخص بالذكر الوالدين الكريمين وإخوتي "سعيد، شريف، مراد"

وأختي "ليلية" وأبنائها "إليان" و"توفيق" وجدتي رحمها الله.

وإلى صديقتي العزيزة التي رافقتني طيلة مشواري الجامعي "لعريبي ياسمينة" فبفضل تعاوننا

استطعنا إتمام هذا البحث القيم.

وإلى صديقاتي العزيزات "حليمة، لينة، فروجة، سميرة، فتيحة".

ليتيسيا

الاهداء

الحمد لله شكرا وامتنانا على البدء والختام

أهدي هذا النجاح إلى عائلتي وأخص بالذكر الوالدين الكريمين وأخواتي "سكورة" و"إيمان" و"مليسة".

وإلى صديقتي العزيزة التي رافقتني طيلة مشواري الجامعي "مخلوف ليتيسيا" فبفضل تعاوننا استطعنا إتمام هذا البحث القيم.

وإلى صديقاتي العزيزات " لينة، فروجة، سميرة".

ياسمينة

ملخص الدراسة

يعد مرض السرطان من الأمراض المزمنة التي من شأنها أن تؤثر على الصحة الجسمية والنفسية للفرد، التي يمكن أن تتطور الى اضطرابات نفسية تؤثر سلبا على نوعية حياة المريض.

تهدف الدراسة الحالية الى التعرف على مستوى التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان، كما تهدف الدراسة الى التعرف على الفروق الموجودة في مستوى متغيرات الدراسة حسب الجنس ومدة الإصابة، العلاقة الموجودة بين المتغيرين وإمكانية التنبؤ بالتفكير الانتحاري من خلال الرفاهية الروحية.

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي، وتطبيق مقياس التفكير الانتحاري ومقياس الرفاهية الروحية على عينة قدر حجمها بـ 60 فرد من الأشخاص المصابين بالسرطان، كما تم الاستعانة بالمنهج العيادي قصد القيام بدراسة الحالة مع 04 حالات.

أظهرت نتائج الدراسة مستوى منخفض في التفكير الانتحاري ومستوى مرتفع في الرفاهية الروحية ببعديها المعنى والايمان باستثناء بعد السلام الذي جاء منخفض. كما توصلت النتائج الى عدم وجود فروق دالة احصائيا في التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية حسب متغيري الجنس ومدة الإصابة. علاوة على ذلك، توصلت النتائج الى وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائيا بين التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية. وكشفت أنه يمكن التنبؤ بشكل سلبي ودال احصائيا بالتفكير الانتحاري من خلال الرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان.

ومنه يمكن اقتراح طرق التكفل القائمة على البعد الروحي في التعامل مع مرضى السرطان، وذلك بالعمل على تطوير استراتيجيات وبرامج مناسبة لتعزيز الرفاهية الروحية، مما يؤثر على نتائج علاج مرضى السرطان ما يزيد من جودة الحياة الصحية لديهم.

الكلمات المفتاحية: السرطان، التفكير الانتحاري، الرفاهية الروحية.

Abstract:

Cancer is a chronic disease that can affect both the physical and psychological health of individuals, potentially leading to psychological disorders that negatively impact the patient's quality of life.

The current study aims to examine the levels of suicidal ideation and spiritual well-being among cancer patients. It also seeks to identify differences in these variables based on gender and duration of illness, explore the relationship between these variables, and determine whether spiritual well-being can predict suicidal ideation.

The study adopted a descriptive approach, utilizing the suicidal ideation scale and the spiritual well-being scale on a sample of 60 individuals with cancer. A case study method was also employed to study 04 cases.

The results indicated a low level of suicidal ideation and a high level of spiritual well-being in terms of meaning and faith, although the peace dimension was low. The findings also revealed no statistically significant differences in suicidal ideation or spiritual well-being based on gender or duration of illness. Moreover, a statistically significant negative correlation was found between suicidal ideation and spiritual well-being. It was also found that suicidal ideation could be predicted negatively and significantly through spiritual well-being among cancer patients.

Therefore, it is suggested to propose care methods based on the spiritual dimension for managing cancer patients. This includes developing appropriate strategies and programs to enhance spiritual well-being, which could positively impact the treatment outcomes and overall quality of life for cancer patients.

Keywords: Cancer, Suicidal ideation, Spiritual well-being.

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
شكر وتقدير	
اهداء	
ملخص الدراسة	
باللغة العربية	
باللغة الإنجليزية	
الفهرس	
فهرس الجداول	
فهرس الملاحق	
مقدمة	
الإطار العام لإشكالية الدراسة	
1-الإشكالية	15
2-تساؤلات الدراسة	18
3-فرضيات الدراسة	18
4-المفاهيم الإجرائية للدراسة	19
الجانب النظري الفصل الأول: السرطان	
تمهيد الفصل	21
1-تعريف السرطان	21
2-تصنيف الأورام	22
3- أنواع السرطان	23
4- العوامل المسببة لحدوث السرطان	28
5- السمات الشخصية لمرضى السرطان	29
6- تشخيص السرطان	30
7- أعراض السرطان	33
8- مراحل تطور السرطان	34

9- الآثار النفسية الناجمة عن السرطان	35
10-علاج السرطان	36
خلاصة الفصل	39
الفصل الثاني: الأفكار الانتحارية	
تمهيد الفصل	41
1-تعريف الانتحار	41
2-أنواع الانتحار	42
3-مراحل الانتحار	44
4-العوامل المؤدية للانتحار	45
5-تعريف الأفكار الانتحارية	46
6-تشكيل وتطور الأفكار الانتحارية	47
7-الوقاية من الانتحار	47
8-الانتحار والسرطان	48
خلاصة الفصل	52
الفصل الثالث: الرفاهية الروحية	
تمهيد الفصل	54
1-تعريف الرفاهية الروحية	54
2-المفاهيم المرتبطة بالرفاهية الروحية	55
3-خصائص الرفاهية الروحية	56
4-النماذج النظرية المفسرة للرفاهية الروحية	57
5-آثار الرفاهية الروحية	61
6-الرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان	62
خلاصة الفصل	63
الجانب التطبيقي الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة	
تمهيد الفصل	66

1-الدراسة الاستطلاعية	66
2-منهج الدراسة	67
3-المعاينة	68
4-حجم وخصائص العينة	68
5-أدوات الدراسة	75
6-زمان ومكان إجراء الدراسة	80
7-كيفيةإجراء الدراسة	80
8-الأساليب الإحصائية	81
الفصل الخامس: عرض النتائج وتحليلها مناقشتها	
1-عرض وتحليل نتائج المعالجة الإحصائية	83
1-1 عرض وتحليل نتائج التساؤل الأول	83
1-2 عرض وتحليل نتائج التساؤل الثاني	85
1-3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى	86
1-4 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية	88
1-5 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة	89
2- عرض وتحليل نتائج المقابلات العيادية	91
2-1 عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى	91
3- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة	97
الخاتمة	102
قائمة المراجع	103
الملاحق	

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	توزيع أفراد العينة حسب البيانات الشخصية والعائلية	68
02	توزيع أفراد العينة حسب الحالة السكنية، الاقتصادية والمهنة	70
03	توزيع أفراد العينة حسب ظروف المرض وأنواع العلاج	71
04	توزيع أفراد العينة حسب نوع السرطان	72
05	توزيع أفراد العينة حسب إصابة أفراد العائلة بالسرطان ونوعه	73
06	خصائص الحالات	74
07	معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لمقياس التفكير الانتحاري	77
08	معاملات ثبات درجات مقياس التفكير الانتحاري	77
09	أبعاد مقياس الرفاهية الروحية	78
10	معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها لمقياس الرفاهية الروحية	79
11	معاملات الارتباط بين الأبعاد، وبين الأبعاد الدرجة الكلية لمقياس الرفاهية الروحية	79
12	معاملات الثبات "ألفا" للأبعاد والمقياس الكلي للرفاهية الروحية	80
13	نتائج الإحصاءات الوصفية لدرجات التفكير الانتحاري	83
14	نتائج الإحصاءات الوصفية لبنود مقياس التفكير الانتحاري	84
15	نتائج الإحصاءات الوصفية لدرجات الرفاهية بأبعادها	85
16	نتائج تحليل التباين المتعدد "ف" لدلالة الفروق في التفكير الانتحاري والرفاهية حسب متغيري الجنس ومدة الإصابة	86
17	نتائج معامل الارتباط "بيرسون" بين التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية	88
18	نتائج اختبار تحليل الانحدار البسيط للتنبؤ الانتحاري من خلال الرفاهية الروحية	89

فهرس الملاحق

الرقم	العنوان
01	استمارة المعلومات
02	دليل المقابلة العيادية النصف موجهة
03	مقياس التفكير الانتحاري
04	مقياس الرفاهية الروحية

مقدمة

تعد الإصابة بمرض يهدد حياة الإنسان ويشعره باقتراب الأجل كالسرطان من أكثر الأمراض تأثيرا على الشخص المصاب؛ إذ تجعله يعيش الكثير من العواقب بعد الإعلان عن التشخيص كالضغط النفسي، القلق، الصراع وفقدان القدرة على السيطرة والتحكم في مجريات حياته. وتختلط مشاعر الشخص المصاب بين الحزن، الأسى، الإحباط والذنب والغضب واليأس والرضا والسكينة.

وقد أوضح المختصون في مجال طب الأورام أن الإصابة بالسرطان تجعل الفرد يعيش أزمة وجودية و روحية؛ إذ يعيد التفكير في وجهة نظره عن الوجود، ويبحث عن الإجابات للأسئلة المتعلقة بالقضايا الوجودية؛ كالبحث عن الهدف من الحياة، أسباب المعاناة ، حقيقة الموت و كل الحقائق المرتبطة بالإيمان بالله. وعلى الرغم من أن ذلك يتيح للفرد الفرصة لاكتساب الوعي الذاتي وتحسين نوعية الحياة، إلا أنه إذا لم يتمكن من الوصول إلى إجابات عن القضايا الوجودية، ولم يشعر بمعنى الحياة وقيمتها، فقد يتمنى الموت و يفكر بالانتحار رغبة في التخلص من المعاناة والألم التي يسببها المرض و التي ترتبط حسب نتائج الدراسات بنوع السرطان ومرحلته.

إلا أن نتائج الدراسات السابقة أوضحت أن التفكير في الانتحار لا يراود كل الأشخاص الذين يصابوا بالسرطان وحتى وإن فكروا في ذلك لا يوجد تخطيط و تنفيذ لذلك؛ مما يشير إلى وجود عوامل حماية قد تسمح بتجاوز هذه الأزمة و مساعدة المريض على تقبل مرضه والتعايش معه.

تعد الرفاهية الروحية من العوامل المعبرة عن المشاعر الإيجابية للفرد اتجاه ذاته والآخرين وفي علاقته مع الله والتي تنشأ من التوافق مع القيم والمعتقدات الروحية. كما أنها من المتغيرات التي تشمل الشعور بالمعنى والهدف من الحياة والتي من شأنها أن تؤثر على كيفية تعامل الأفراد مع الضغوطات والأزمات مثل الإصابة بالأمراض المزمنة. ولهذا يتميز الأشخاص ذوي المستويات المرتفعة من الرفاهية الروحية بجودة حياة مرتفعة من خلال إدراك المرضى للمرض على أنه ابتلاء من الله وعلى المريض أن يتقبله مما يؤدي إلى الشعور بالسلام والراحة وكذلك تعزيز الرغبة في العلاج وتخفيف الضيق المرتبط بالمرض.

إلا أن رغم أهمية هذين المتغيرين في عملية التكفل بالأشخاص المصابين بالسرطان، الا أن لم يتم التوصل إلى دراسات جزائرية اهتمت بدراستهما، ومنه تبرز أهمية هذه الدراسة لتسليط الضوء على ظاهرة

الانتحار في علاقتها بالإصابة بسرطان و منه إثراء أدبيات الموضوع، ومن جهة أخرى قد تساعد نتائج الدراسة على تأكيد أهمية البرامج العلاجية القائمة على المشاعر الإيجابية والمعتقدات الروحية.

وسعيا لتحقيق أهداف البحث، تم تقسيم الدراسة الحالية الى جانبين أحدهما نظري والآخر تطبيقي وقبلهما مقدمة أتبعت بإشكالية البحث والتساؤلات، الفرضيات والمفاهيم الإجرائية للدراسة.

ويلي الإشكالية الجانب النظري الذي يضم ثلاثة فصول، تضمن الفصل الأول مرض السرطان أين تم التعريف بالسرطان، تصنيفه أنواعه ومراحله وأعراضه والعوامل المسببة لحدوثه بالإضافة الى السمات الشخصية لمرضى السرطان، والأثار النفسية التي تنجم عنه وطرق تشخيصه وعلاجه.

يضم الفصل الثاني متغير الأفكار الانتحارية، حيث تم تعريفه وأنواعه ومراحله، العوامل المؤدية اليه تمهيدا للتطرق الى الأفكار الانتحارية وتعريفها وكيفية تشكيلها وتطويرها والوقاية من الانتحار بالإضافة الى الانتحار والسرطان.

ويضم الفصل الثالث متغير الرفاهية الروحية وقد تم في البداية التعريف بالرفاهية الروحية والمفاهيم المرتبطة بها، خصائص الرفاهية الروحية، النماذج النظرية المفسرة للرفاهية الروحية، آثارها والرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان.

أما الجانب التطبيقي للبحث، فقد اشتمل على فصلين، يتناول الفصل الرابع الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة وذلك بالتطرق الى الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة، المعاينة، حجم وخصائص العينة إضافة الى أدوات الدراسة، زمان ومكان اجراء الدراسة، كيفية اجراء الدراسة، والأساليب الإحصائية المستعملة فيها.

ويضم الفصل الخامس والأخير عرض وتحليل نتائج الدراسة، حيث تم عرض وتحليل نتائج كل من المعالجة الإحصائية ودراسة الحالات الأربعة، ليتم مناقشتها استنادا على الدراسات السابقة، ومن ثم انهاء البحث بالخاتمة، مع تقديم توصيات تتعلق بالميدان وكذا اقتراحات بشأن الدراسات اللاحقة.

الإشكالية:

يعد مرض السرطان حسب المنظمة العالمية للصحة(مارس2022) السبب الرئيسي الثاني للوفاة في جميع أنحاء العالم وبالخصوص لدى الحالات المصابة بسرطان الرئة؛ إذ قدرت بـــ 1.80 مليون حالة وفاة بينما سجلت 76900 حالة وفاة بسبب سرطان الثدي. وتتوقع جمعية السرطان الأمريكية أن يصل عبء السرطان العالمي إلى 27,5 مليون حالة سرطان جديدة و 16,3 مليون حالة وفاة بحلول عام 2040. وهذا يمثل زيادة بنحو 50% على التوالي و75% مقارنة لعام 2018. كما تتوقع أيضا أن يصل عدد حالات السرطان الجديدة على مستوى العالم عام 2040 إلى أكثر من 30 مليون حالة (Noviant، Zouaoui، 2023)، بينما تتوقع المنظمة العالمية للصحة (فيفري 2024) إصابة أكثر من 35 مليون حالة في عام 2025 أي بزيادة قدرها 77% عن الزيادة التي سجلت في 2022 والتي كانت 20 مليون حالة.

والجزائر على غرار دول العالم تعرف زيادة في انتشار حالات الإصابة بالسرطان؛ إذ صرحت وزارة الصحة (2023) عن تسجيل 47050 إصابة جديدة خلال سنة 2022، في مقدمتها سرطان الثدي بالنسبة للنساء. ويعد سرطان القولون، المستقيم، بروستات، المثانة والمعدة الأكثر انتشارا لدى الرجال (https://www.aps.dz/ar sante-technologie/13890-2023-2030science)

تعد الإصابة بالسرطان نقطة تحول كبيرة في حياة الإنسان منذ لحظة الإعلان عنها؛ إذ ترتبط مباشرة بالموت وبالتالي يمكن اعتبارها حسب Taylor (2008) نقلا عن خزماطي و الزروق (2022) لحظة إعلان مسبق بنهاية الحياة، مما يجعل الفرد المصاب يعيش العديد من المشكلات النفسية؛ إذ أكدت دراسة المجدلاوي (2012) أن تعرض الأفراد للإصابة بالمرض يحول دون إشباع حاجاتهم الجسمية والاقتصادية، الأمر الذي يحرمهم من العديد من الحاجات ويشعرهم بسوء التوافق والنظرة التشاؤمية نحو المستقبل وعدم الرضا عن حياتهم (طشطوش،2015، ص451).

في نفس السياق، توصلت عدة دراسات إلى معاناة الشخص المصاب بالسرطان من الضغط النفسي، الصراع، الحزن والإحباط(Heinrich وآخرون، 2022) القلق النفسي المرتفع والاكتئاب(Abuelgasim، 2016؛ Hejazi، 2023؛ الصوافية والهنائية، 2023).

ولقد أوضحت عملية استعراض الأدبيات أن الانتحار من العواقب النفسية المرتبطة بالإصابة بالسرطان؛ بحيث بينت الدراسات أن الإعلان عن الإصابة بالمرض يزيد من احتمالية الانتحار كدراسة (Bjorkenstam، Rosen، Ayoubi ، Edberg، 2005) التي توصلت إلى أن مرضى السرطان يتعرضون لخطر الانتحار بشكل أكبر من عامة السكان.

كما أظهرت نتائج دراسة (Misono،Fann، Redman ، Weiss وyuech،2008) المشار إليها في بحث زواني (2024) حول الانتحار لدى المصابين بالسرطان ارتفاع معدل الانتحار بشكل خاص؛ إذ من3,594,750 مريضا تم تحديد 5,838 حالة انتحار بمعدل قدر حسب العمر والجنس والعرق31,4/ 100,000شخص في السنة في المقابل بلغ معدل الانتحار لدى عامة سكان الولايات المتحدة 16,7 لكل 100 ألف شخص في السنة.

وأمام انتشار السلوك الانتحاري لدى الأشخاص المصابين بالسرطان انكب الباحثون للتقصي عن العوامل المرتبطة به. في هذا الصدد توصلت دراسة (Ahn وآخرون،2015) أن المرحلة المتقدمة من المرض أكثر ارتباطا بالانتحار المبكر مقارنة بالانتحار المتأخر وارتبطت مرحلة السرطان بشكل مستقل مع خطر الانتحار المبكر.

كما بينت دراسة(Matwziene و Bulotiene ، 2011) على أن الأعراض البارزة مثل الألم أو ضيق التنفس أو انخفاض النشاط البدني بالإضافة إلى توطين الورم وفترة ما بعد التشخيص تلعب دورا مهما في خطر الانتحار، بالإضافة إلى العوامل الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصادية للأشخاص المصابين بالسرطان وكذا وصمة العار والقلق المدرك من طرف مرضى السرطان (Hagezom، Amare، Demeke،Hibdye،2021).

من جهة أخرى، أكدت نتائج دراسات(Vyssoki وآخرون،2015؛Saad وآخرون،2019؛ Michalek، Gaetano Dos Santos،wojciechowsha، Didkowska، 2023) أن الانتحار لدى مرضى السرطان يختلف مع مرور الوقت منذ التشخيص فقد ينفذ الانتحار بعد الأشهر الأولى أو حتى بعد السنة الأولى من التشخيص، بينما أظهرت دراسة (Misono،Weiss، Fann، Redman وYuch،2008) (وPrak،2021؛ Lui واخرون،2022) أن معدل الانتحار أعلى في السنوات الخمس الأولى بعد التشخيص. ضف إلى ذلك ارتباط المعدل المرتفع للانتحار بجنس الذكور، العرق الأبيض والعمر الأكبر عند التشخيص، الطلاق وعدم التأمين. كما سجلت أعلى مخاطر الانتحار لدى المرضى الذين يعانون من سرطان الرئة والقصبات الهوائية تجويف الفم والبلعوم والحنجرة وكذا المواقع التشريحية للسرطان.

وبالرغم من الآثار النفسية المترتبة عن الإصابة بالسرطان، توصل الباحثون إلى وجود كوكبة من العوامل التي من شأنها أن تساعد المريض على تقبل مرضه والتعايش معه.

ويعد مفهوم الرفاهية الروحية "Spiritual well-being" من بين المفاهيم التي نالت اهتمام المختصين في علم النفس الأورام والذي يقصد به حسب(Lepherd وآخرون،2020) نقلا عن الباز(2023)

على أنه بعد ديناميكي وداخلي للإنسانية من خلالها يبحث الأشخاص عن معنى لحياتهم وهدفهم في الحياة ويستمتعون بعلاقاتهم مع أنفسهم وعائلاتهم ومجتمعهم والطبيعة وسلطة أعلى أو أمور مقدسة.

لقد تبين من خلال استعراض الأدبيات ارتباط الرفاهية الروحية ببعض المتغيرات لدى الأشخاص المصابين بالسرطان كالتفاؤل باعتباره عاملا مساهما في التأثير على الرفاهية الذاتية (Werdani ،2022) الصحة الروحية (Seyedfatmi،Bezaie، Givari، Hosseimi، 2006) انخفاض أعراض الاكتئاب (Gonzalez وآخرون،2014) وجودة الحياة (Jetan وآخرون،2023)

أما في علاقة الرفاهية الروحية بالأفكار الانتحارية، فقد تم التوصل –في حدود البحث الحالي– إلى بعض الدراسات فقط كدراسة (Macclin،Rosenfeld وBreitbrat، 2003) التي هدفت إلى البحث عن العلاقة بين الرفاهية الروحية، الاكتئاب واليأس لدى مرضى السرطان و التي توصلت إلى وجود ارتباطات قوية بين الرفاهية الروحية والرغبة في الموت العاجل واليأس والتفكير الانتحاري وأن الرفاهية الروحية عامل حماية ضد اليأس في نهاية الحياة لدى المصابين بالسرطان.

كما أوضحت دراسات (Chaar وآخرون، 2018؛ Rawdin وآخرون، 2013؛ Schultz وآخرون، 2017؛ Srivastava وآخرون،2016) المشار إليها في دراسة (Ata و kiliç، 2021) الارتباط الايجابي بين الرفاهية الروحية وكل من الأمل والقدرة على فهم المرض وانخفاض الضغط، القلق والأفكار الانتحارية والأفكار عن الموت.

أما في البيئة المحلية فقد تبين من خلال الاطلاع على التراث الأدبي الخاص بمرض السرطان أن هناك اهتمام العديد من الباحثين بهذا الموضوع؛ إلا أن أغلب الباحثين اهتموا بالمشكلات النفسية المترتبة عن الإصابة بالسرطان منذ التشخيص بالتركيز على القلق والاكتئاب (جعلاب وبوزار، 2019؛ شكراوي، 2022؛ زعطوط وعوالي،2018) اضطراب ما بعد الصدمة (حمادي وعايش، 2022) الألكستيميا (فلقير وبودوح، 2019) انخفاض الرفاه النفسي (عليوة وتعولميت، 2022) انخفاض درجات السعادة، حب الحياة والتفاؤل (فارس، 2019). بينما اهتم البعض الآخر ببعض المتغيرات الايجابية كالتفاؤلية (بخوش وأحمان، 2022) الصلابة النفسية (نفيدسة وهروال، 2023).

أما الجانب الروحي لدى الأشخاص المصابين بالسرطان فقد كان من بين اهتمامات بعض الباحثين من خلال التقصي عن أثر التدين الإسلامي في تشكل معنى الحياة (خزماطي والزروق، 2022) والبحث عن دور الذكاء الروحي في اكتساب الوعي الذاتي (زروالي، 2021). كما تم التطرق إلى الروحانية كمورد

للتكفل النفسي بمرضى الأورام السرطانية (عمراوي، 2020) وبناء برنامج قائم على الدعم الروحي لخفض القلق والاكتئاب (علاق، 2014).

من جهة أخرى، جلبت الأفكار الانتحارية انتباه بعض الباحثين، إلا أن أغلب الدراسات التي تم التوصل إليها أنجزت على الشباب خاصة الطلبة الجامعيين في علاقتها مع بعض المتغيرات كدراسة (تلمساني وشكراوي، 2023؛ فاضلي، 2009؛ قينان وبن لعربي، 2021؛ لونيس، 2020) أو لدى المراهقين (أومليلي ودعيش، 2022؛ موسى وسماعيلي، 2019)

أما الدراسات التي اهتمت بدراسة الأفكار الانتحارية والرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان والعلاقة بينهما فلم يتم التوصل إلى دراسات– في حدود البحث الحالي– مما يبرز الفجوة البحثية في البيئة الجزائرية في هذا المجال والحاجة إلى انجاز هذه الدراسة.

وعليه تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان، كما تهدف إلى التعرف على الفروق الموجودة في مستوى متغيرات الدراسة حسب الجنس ومدة الإصابة، العلاقة الموجودة بين المتغيرين وإمكانية التنبؤ بالتفكير الانتحاري من خلال الرفاهية الروحية.

تساؤلات الدراسة:

- ما مستوى التفكير الانتحاري لدى الأشخاص المصابين بالسرطان؟
- ما مستوى الرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان؟
- هل هناك فروق في درجات متغيري الدراسة حسب الجنس ومدة الإصابة؟
- هل هناك علاقة بين التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان؟
- هل يمكن التنبؤ بالتفكير الانتحاري من خلال الرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان؟

فرضيات الدراسة:

- هناك فروق في درجات متغيري الدراسة حسب الجنس ومدة الإصابة.
- هناك علاقة بين التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان.
- يمكن التنبؤ بالتفكير الانتحاري من خلال الرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان.

المفاهيم الإجرائية للدراسة:

الأفكار الانتحارية: هو الإعداد العقلي الواعي من أجل إنهاء الحياة والرغبة في الموت. ويقصد بالأفكار الانتحارية إجرائيا الدرجة التي يتحصل عليها المصاب بالسرطان على مقياس التفكير الانتحاري لموري (1991)؛ إذ كلما كانت الدرجة المتحصل عليها فوق 18 درجة يكون مستوى التفكير الانتحاري مرتفع وكلما كانت أقل من 18 درجة يكون مستوى التفكير الانتحاري منخفض.

الرفاهية الروحية: هو بناء نفسي يشير الى إحساس الشخص المصاب بالسرطان بأهمية دوره في الحياة من خلال علاقاته مع الآخرين وقيامه بمجموعة من الأنشطة الروحية التي تساعد في الشعور بالسلام ومعنى والسعادة والرضا عن حياته. ويقصد بالرفاهية الروحية إجرائيا الدرجة التي يتحصل عليها المصاب بالسرطان على مقياس الرفاهية الروحية لـ (Ahmad وآخرون، 2022) إذ كلما كانت الدرجة المتحصل عليها فوق 24 درجة يكون مستوى الرفاهية الروحية مرتفع وكلما كانت أقل من 24 درجة يكون مستوى الرفاهية منخفض.

الأشخاص المصابين بالسرطان: هم الأفراد الراشدين المصابين بمرض السرطان مهما كان نوعه، وهم على وعي بإصابتهم، ويتابعون علاجهم في مركز مكافحة السرطان بولاية تيزي وزو من الجنسين.

تمهيد

يعتبر مرض السرطان من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا على المستوى العالمي ويصيب أي جزء من أجزاء الجسم ويستطيع أن يمس كل الفئات العمرية من كلا الجنسين، بحيث أنه يشكل خطورة في أذهان الناس ويثير مشاعر الخوف والقلق لدى الكثيرين وذلك يعود الى اكتشاف حالات موت جراء الإصابة بالسرطان مما يجعل الفرد تنتابه مشاعر اليأس والاكتئاب بشكل يعوقه عن أداء وظائفه اليومية والاستمتاع بحياته.

وفي هذا الفصل سيتم التطرق الى تعريف السرطان وتصنيفه وأنواعه والعوامل المسببة له وأعراضه وآثاره وكيفية تشخيصه وطرق علاجه.

1-تعريف السرطان

تعرفه منظمة الصحة العالمية (2022) على أنه مجموعة من الأمراض التي يمكن أن تصيب أي جزء من الجسم، ومن السمات المميزة للسرطان التكاثر السريع لخلايا شاذة تنمو خارج نطاق حدودها المعتادة، وبإمكانها أن تمس بعد ذلك أجزاء مجاورة من الجسم وتنتشر في أعضاء أخرى منه، وتطلق على العملية الأخيرة تسمية النقيلة وتمثل النقائل المنتشرة على نطاق واسع أهم أسباب الوفاة من جراء السرطان.

ويعرف أيضا على أنه التكاثر الفوضوي لبعض الخلايا الطبيعية في الجسم والتي تفلت من الأليات الطبيعية للتمايز وتنظيم تكاثرها. بالإضافة الى ذلك هذه الخلايا قادرة على مس الأنسجة الطبيعية المحيطة بها، ثم الهجرة بعيدا لتشكل النقائل (Métastases) (Prudhomme،Jeanmougin و Morel،2012، ص1).

ونقلا عن دراسة واندلوس (2014) عرفه الباحث البيولوجي فيري أنه النمو الطبيعي للكائن الحي المتعدد الخلايا يتطلب تدخل أجهزة تنظيمية منسجمة تعمل على مراقبة عملية تطور الخلايا، تتحول الأخيرة الى خلايا ورمية وتشكل خطرا على باقي الخلايا الطبيعية والسليمة (واندلوس، 2014، ص18).

كما يعرف أيضا على أنه ورم خبيث ناتج عن تحول أو تغير خبيث يصيب الخلايا البشرية، ولا يعرف على وجه التحديد سبب هذا التغير في نمو الخلايا وتكاثرها والذي يحدث في هذا المرض هو أن الخلايا البشرية يصيبها تغير مرضي يجعلها تنمو وتتكاثر بسرعة وبطريقة غير منظمة وتغزو الأنسجة

المجاورة لها أو المحيطة بها، ثم تنتشر عن طريق الأوعية اللمفاوية والأوعية الدموية إلى الغدد اللمفاوية وأعضاء متعددة من الجسم. (طنينه، الريماوي، 2019، ص11)

فالسرطان ينتج من تغيرات في بعض الخلايا يؤدي إلى نموها بطريقة غير طبيعية، وتكتسب قدرة على الانقسام بسرعة غير عادية مؤدية إلى تكوين الأورام الخبيثة. (عبد المنعم، 2014، ص10)

استنادا إلى التعريفات المتعددة للسرطان، يمكن استنتاج أن السرطان هو مرض يتسم بنمو سريع وغير طبيعي للخلايا الشاذة التي تتجاوز السيطرة الطبيعية على نموها وتمايزها. هذه الخلايا قادرة على غزو الأنسجة المجاورة والانتشار إلى أجزاء أخرى من الجسم عبر الأوعية الدموية واللمفاوية، مما يؤدي إلى تكوين نقائل ويزيد من خطورة المرض، على الرغم من عدم وضوح الأسباب الدقيقة لتغير الخلايا الى خلايا سرطانية، فإن تأثيرها السلبي على وظائف الأنسجة السليمة يسبب أضرارا جسيمة للجسم، مما يجعل السرطان تهديدا كبيرا للصحة وتحديا في مجالات الطب والعلاج.

2-تصنيف الأورام:

تصنف الأورام بشكل عام الى نوعين أساسيين هما:

2-1الأورام الحميدة (Benign Tumor): و تكون عادة مغلقة بغشاء وغير قابلة للانتشار ولكن بعضها قد يسبب مشاكل للعضو المصاب خصوصا اذا كانت كبيرة الحجم وتأثيرها يكون بالضغط على العضو المصاب أو الأعضاء القريبة منه مما يمنعه من العمل بشكل طبيعي.

ويمكن إزالة هذه الأورام بالجراحة أو علاجها بالعقاقير أو الأشعة قصد تصغير حجمها وهي طريقة كافية للشفاء وغالبا لا يحدث الانتكاس.

2-2الأورام الخبيثة (Malignant Tumors): تهاجم الخلايا السرطانية وتدمر الخلايا و الأنسجة المحيطة بها و لها قدرة عالية على الانتشار الذي يكون من خلال انتشار مباشر للأنسجة والأعضاء المحيطة بالعضو المصاب عن طريق الجهاز اللمفاوي والدم حيث تنفصل خلية أو خلايا من الورم السرطاني الأولي وتنتقل عن طريق الجهاز اللمفاوي أو الدم الى أعضاء أخرى، حيث تستقر في مكان ما غالبا في أعضاء غنية بالدم مثل الكبد، الغدد اللمفاوية متسببة في نمو أورام سرطانية أخرى تسمى بالأورام الثانوية. (عبكة، 2013، ص 45-46).

من خلال مما سبق يستنتج أن الأورام تصنف إلى نوعين رئيسيين الحميدة والخبيثة، وكل منهما يتطلب نهجا مختلفا في العلاج. الأورام الحميدة، التي تكون عادة مغلقة بغشاء ولا تنتشر إلى الأنسجة المجاورة، قد تسبب مشكلات صحية إذا كبرت في الحجم وضغطت على الأعضاء القريبة منها، ولكن علاجها عادة ما يكون فعالا ويؤدي إلى الشفاء التام. بالمقابل، الأورام الخبيثة تتميز بقدرتها على تدمير الأنسجة المحيطة والانتشار إلى أجزاء أخرى من الجسم عبر الجهاز اللمفاوي والدم، مما يجعل علاجها أكثر تعقيدا ويتطلب استراتيجيات متكاملة تشمل الجراحة والعلاج الكيميائي والإشعاعي.

3-أنواع السرطان

3-1 سرطان الثدي: (Cancer du sein)

يعتبر انقسام الخلية وتكاثرها خصوصا في المراحل الأولى حتى البلوغ شيئا طبيعيا بسبب نمو الجسم أو التعويض عن الخلايا المفقودة في الجسم أو الخلايا المصابة ومن ثم تتوقف عن الانقسام، أما في حالة الإصابة بالسرطان فإن الخلايا المصابة تتكاثر بصورة مستمرة دون وجود حاجة، وذلك بشكل ونمط غير طبيعي فتنقسم الخلية بطريقة غير طبيعية أو منتظمة، وتتكاثر بشكل يسبب تلفا للخلايا السليمة المجاورة أو تنتقل إلى الخلايا الأخرى في مواقع مختلفة من الجسم.

ولسرطان الثدي عدة أعراض، لذا فإن ظهور أحد هذه الأعراض أو العلامات التالية قد يدل على بداية الإصابة بسرطان الثدي وتتمثل أعراض هذا النوع من السرطان في تغير سطح الحلمة وظهور الاكزيما وتحرشفها، تغير شكل الثدي وظهور تعرجات في جلده، تحرشف وانقلاب الحلمة إلى الثدي، إفرازات من الحلمة، ظهور كتلة في الثدي، زيادة في سماكة الثدي أو الإبط، ألم موضعي في الثدي وانكماش الثدي (شينار، بولحبال، 2021، ص71-70)

3-2 سرطان القولون والمستقيم:(Cancer colorectal)

هو سرطان يقع في منطقة القولون والمستقيم يتميز بانتشار غير طبيعي وغير منظم للخلايا في الأمعاء الغليظة وتشكيل سرطان غدي أو أورام سرطانية، يخترق الورم بعمق ويمكنه أن يصل إلى طبقات مختلفة من الغشاء المخاطي للقولون حتى الغشاء البريتوني(Péritoine) المحيط به، ثم الغدد الليمفاوية هذا التحول معقد، متعدد الجينات، متعدد المراحل ويمكن أن يمتد على مدى عدة عقود (زراقة، صالي، 2021، ص180) وتتمثل أعراضه في الإسهال أو الإمساك وتضيق البراز، وجود الدم في البراز (النزف المستقيمي) لونه أحمر فاتح أو غامق ويشبه القطران، فقدان الوزن المفاجئ الذي يتعذر تفسيره وفقدان الوزن دون أي جهد و الشعور بالتعب بشكل مستمر (منظمة العالمية للصحة، جويلية، 2023).

3-3 سرطان المعدة: (Cancer de l'estomac)

هو التهاب على مستوى المعدة ناتج عن القرحة المعدية تتمثل اعراضه في النزيف الدموي والتقيؤ الذي يكون مصحوب بالدم، نزيف هضمي علوي ونقص في الوزن (ملحم ،1987، ص 252)، صعوبة البلع، عسر الهضم، الشعور بالانتفاخ بعد تناول الطعام، الشعور بالشبع بعد تناول كميات صغيرة من الطعام والشعور بالتعب الشديد وبراز أسود اللون. (WWW.Mayoclinic.org)

3-4 سرطان البروستات: (Cancer de la prostate)

هو السرطان الذي ينشأ في غدة البروستاتة، وهي جزء من الجهاز التناسلي الذكري. وهو عادة يصيب الرجال الأكبر سنا. وإذا تم اكتشاف المرض مبكرا، فقد يعاني المريض من أعراض جانبية محدودة ومؤقتة. لا يشعر الكثير من المرضى بأي أعراض، ويتم تشخيصهم فقط في حال القيام بفحص دم يسمى فحص مستضد البروستاتة النوعي (PSA). وتتمثل أعراضه في تكرر التبول أو مشاكل في التبول، وجود دم في البول، ألم في الظهر أو الساق، فقدان الشهية وألم في العظام في حال انتشار المرض (مركز الحسين للسرطان،2024).

3-5 سرطان الرئة:(Cancer du poumon)

هو نمو بعض خلايا الطبقة المبطنة للقصبة الهوائية بنسبة أسرع من المعدل الطبيعي وبشكل غير منتظم، مما يؤدي إلى تراكمها وحدوث تداخل في عملية إخراج المخاط، وتتطور بعض الخلايا المتضاعفة بسرعة وتصبح خبيثة. وهذه الخلايا تزاحم وتقضي على الخلايا الطبيعية، وتؤدي إلى احتباس المخاط في الرئة. وتؤلف الخلايا السرطانية كتلة أورام تسد القصبة الهوائية، وهو أحد الأسباب الرئيسية لموت الرجال والنساء في معظم البلدان الصناعية ومن أعراضه ضيق في التنفس، صعوبة في إخراج البلغم من القصبة الهوائية، سعال مزمن، خروج دم مع البلغم، نقص كبير في الوزن دون سبب واضح، صوت في الصدر أثناء التنفس وصعوبة البلع نتيجة غط الورم على المريء (كرسوع، 2012، ص 29).

3-6 سرطان الحنجرة:(Cancer du larynx)

هو السرطان الذي يصيب ما نطلق عليه "صندوق الصوت" ويعرف أيضا بسرطان الحلق، ويمكن أن ينتشر للغدد الليمفاوية المحيطة بالرأس والرقبة. (مركز الحسين للسرطان، 2024)

تعتمد أعراض سرطان الحنجرة اعتمادا أساسيا على حجم الورم وموقعه. ومن بين الاعراض الشائعة لهذا النوع من السرطان صوت مبحوح أو أية تغيرات في الصوت لمدة تزيد على 5 أسابيع، التهاب في الحنجرة أو مشكلات في البلع لمدة تزيد على 6 أسابيع، نتوء في الرقبة، ومن بين الأعراض الأخرى مشاكل في التنفس، سعال مستمر وألم مستمر في الأذن (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، ص13).

3-7 سرطان المبيض: (Cancer de l’ovaire)

تبدأ خلايا المبيض في النمو بطريقة غير منتظمة وذلك يؤدي إلى حدوث أورام المبيض الحميدة أو السرطانية. ومعظم سرطانات المبيض تنمو في الخلايا التي تقوم بإفرازات البويضات والبعض الأخر ينمو في الأنسجة التي تقوم بإفراز الهرمونات. ومن أعراضه وجود ورم بالبطن مع ألم، انتفاخ وعسر هضم وغثيان، نقص في الوزن غير معروف السبب، الإحساس بضغط على المثانة والأعضاء الموجودة في منطقة البطن وتغير في طبيعة حركة الأمعاء مثل إمساك أو إسهال (الشرفاء، 2008، ص51).

3-8 سرطان الدم:(Cancer du sang)

هو مرض من أمراض الدم الخبيثة، يتميز بنمو وتكاثر خلايا الدم البيضاء أو سوابقها بصورة لا يمكن التحكم فيها، ويسمى أيضا (بمرض ابيضاض الدم)، حيث تتكاثر في النخاع العظمى، ثم تجتاح الدم وأعضاء أخرى منها العقد اللمفاوية، الطحال وأعضاء أخرى لمفاوية. ويتوقف معها النخاع العظمى عن إنتاج الخلايا الطبيعية، مما يؤدي إلى فقر الدم. (أوجيدان، نايت عبد السلام، 2023، ص135)

تختلف أعراضه من مريض لأخر ولكن هناك أعراض ظاهرية تكون مشتركة بين المرضى والتي تتمثل في الألم المستمر والدائم، دوار، التعب الحاد والصداع، التقيؤ وفقدان الشهية، حمى متواصلة وفساد للوضعية الصحية العامة. كما تظهر أعراض نفسية كالقلق المتزايد والخوف الشديد، الاكتئاب والعدوانية والاندفاعية، النسيان، اضطرابات الذاكرة والإهمال واللامبالاة وعدم القدرة على التركيز في الأعمال اليومية (بطواف، 2018، ص105-106).

3-9 سرطان الدماغ: (Cancer du cerveau)

ورم الدماغ هو نمو غير طبيعي للخلايا في الدماغ وقد تكون حميدة أو خبيثة. الأورام الحميدة لا تحتوي على خلايا سرطانية، وبمجرد إزالتها فإنها نادرا ما تعاود النمو. مع هذا فقد تسبب أورام الدماغ الحميدة مشاكل صحية خطيرة، ويمكن أن تتحول لتصبح خبيثة. أما أورام الدماغ الخبيثة فهي سرطانية، حيث تنمو بسرعة، وتهاجم الأنسجة المحيطة، وعادة ما تهدد الحياة. ومن أعراضه الصداع (يكون شديدا في الصباح)، الغثيان، عدم وضوح أو تغير في الرؤية، تقلصات أو تشنجات في العضلات، تغير في القدرة على الكلام، صعوبة في البلع، صعوبة التركيز، مشاكل في الذاكرة، تغير في المزاج أو الشخصية والإرهاق والخمول. (مركز الحسين للسرطان، 2024)

3-10 سرطان البنكرياس:(Cancer du pancréas)

يبدأ سرطان البنكرياس غالبا في الخلايا المبطنة لقنوات البنكرياس. يعرف هذا النوع من السرطان باسم السرطانة الغدية البنكرياسية القنوية أو سرطان البنكرياس خارجي الإفراز. ويمكن أن يتكون السرطان في الخلايا المنتجة للهرمونات أو الخلايا العصبية الصماوية للبنكرياس، وهذا أقل تكرارا. تسمى هذه الأنواع من السرطان الأورام العصبية الصماوية البنكرياسية، أو سرطان البنكرياس الصماوي.

لا يسبب سرطان البنكرياس غالبا أي أعراض إلا بعد الوصول إلى مرحلة متقدمة. وقد تشمل مؤشرات سرطان البنكرياس وأعراضه حال ظهورها ألما في البطن يمتد إلى جانبي الجسم أو المظهر، فقدان

الشهية، نقصان الوزن، اصفرار الجلد وبياض العينين، أو ما يعرف باليرقان، طفو البراز أو براز فاتح اللون، البول داكن اللون، الحكة، ألما وتورما في إحدى الذراعين أو الساقين قد يكون بسبب جلطة دموية والشعور بالإرهاق أو الضعف. (WWW.Mayoclinic.org)

3-11 سرطان الغدد اللمفاوية:(Lymphome)

هي أورام تنشأ على حساب الخلايا المناعية الليمفاوية وتقسم الليمفوما إلى نوعين رئيسين وهما:

داء هودجكن وغير هودجكن ويبدو أن هذه الأورام في ازدياد مستمر وخاصة في المنطقة العربية وحوض المتوسط مما يشير إلى أسباب بيئية مساعدة لزيادة الحدوث وتعد ليمفوما هودجكن الأكثر تواردا فهي تحدث بنسبة تقارب 75% من الغدد الليمفاوية وهي الأخطر، وكثيرا ما تكون الإصابات في الفئات الشابة في عمر ما حول سن البلوغ. وتتمثل أعراضه في ارتفاع درجة الحرارة والتعرق وخاصة الليلي، نقص الوزن الذي يزيد عن 10% خلال ست أشهر، تضخم في أي تجمع للغدد الليمفاوية غالبا في الرقبة والذي يكون بلا ألم، أعراض انتشار المرض والتي تتمثل في الضغط على الأعضاء الأخرى كصعوبة البلع إذا كانت في الغدد الرقبية التي حول المريء وارهاق وضعف عام.

3-12 سرطان العظام:(Cancer des os)

هناك نوعان لسرطان العظام، سرطان العظام الأولي الذي ينشأ في العظم ذاته وهو تضخم يظهر في أي جزء من العظم ويسمى ورم خبيث في النسيج الضام وهو عبارة عن سرطانات وتتكون وتسيطر على العظم والغضروف والعضلة أو النسيج الليفي أو الأنسجة الدسمة أو العصبية. وسرطان العظام الثانوي هو السرطان الذي ينتشر من الموضع الأصلي للورم (الثدي، الرئتين...الخ) إلى مكان أخر من الجسم، ويمكن أن تتجزأ الخلايا السرطانية عن الورم الأصلي وتنتقل عبر كامل الجسم عن طريق الدم أو الجهاز الليمفاوي (رغم أن معظم الخلايا السرطانية تنتقل عبر مجرى الدم) وعندما يحدث ذلك لا يمكن أن تلتصق بموضع جديد من الجسم وتبدأ بالنمو محدثة أوراما جديدة في المكان الجديد. ومن أعراضه آلام في العظام، تضخم العظام في مناطق المفاصل، الإعياء وفقدان الوزن (الشرفاء، 2008، ص 51).

4-مراحل تطور السرطان

عند تشخيص مرض السرطان من قبل المختصين والأطباء، يتم تحديد مراحل مرض السرطان وذلك بعد المرور بالعديد من الإجراءات التي تتمثل بإجراء العديد من الفحوصات المخبرية والاختبارات الأخرى فيجب تحديد الدرجة أو المدى الذي وصل اليه السرطان أي مرحلته، حيث أن تشخيص المرحلة أمر هام المعرفة ما إذا كان السرطان قد انتشر وتوسع في الانتشار وطغى على عضو اخر في الجسم، أو لم ينتشر وبقي في حدود معينة، وإذا انتشر إلى مدى قد وصل إلى أي من الأعضاء قد أثر، حيث أن تحديد العلاج ونوعه يعتمد على هذا التشخيص. وأن هناك خمس مراحل يمكن أن يمر فيها مرض السرطان كما أوردها (Rosenthal، 2001) وهي كما يلي:

-**المرحلة الصفرية (Stage 0)**: يكون المرض في هذه المرحلة مبكرا جدا، وربما تكون عملية الاكتشاف قد تمت عن طريق الصدفة ويكون الورم غير منتشر بل مستقر في العضو المصاب نفسه، وتكون نسبة الشفاء في هذه المرحلة عالية جدا.

-**المرحلة الأولى (Stage 1)**: يكون المرض في مراحله الأولى أي في البداية، وتكون الخلايا السرطانية متجمعة في العضو المصاب وحجم الكتلة السرطانية تصل إلى أقل من 2سم، وهو غير منتشر إلى خارج العضو المصاب، وتكون نسبة الشفاء في هذه المرحلة عالية.

-**المرحلة الثانية (Stage 2)**: في هذه المرحلة يكون هنالك تمرد الورم بدأ في الانتشار إلى الغدد اللمفاوية خارج العضو المصاب، وهذا الانتشار غير بعيد عن العضو المصاب بل قريب منه.

-**المرحلة الثالثة(Stage 3)** : وهي مرحلة قد تكون متأخرة من الإصابة أو المرض، حيث يزداد حجم الورم ليصل إلى 5سم لكنه لم ينتشر بعد إلى أجزاء وأعضاء أخرى بعيدة عن العضو، وتكون نسبة الشفاء في هذه المرحلة متوسطة.

-**المرحلة الرابعة(Stage 4)** : تكون هذه أخطر مرحلة حيث يكون السرطان منتشرا إلى أجزاء غير العضو المصاب وأصاب أجزاء أخرى من الجسم. حيث تصعب نسبة الشفاء في هذه المرحلة فتصبح قليلة. (الرحمانة، 2010، ص 18-17)

5- أعراض السرطان:

تختلف أعراض مرض السرطان من حالة إلى أخرى تبعا للعضو المصاب بالمرض، فسنتطرق إلى ذكر الأعراض من الجانب العضوي والجانب النفسي:

- **الأعراض الجسمية (العضوية):**

- نقص في الوزن وشحوب في الوجه.

- انتفاخا وتورما وتكاثر بشكل كبير في الخلايا.

- فقد العضو المصاب لوظيفته.

- زيادة في نشاط إفراز الغدد المصابة بالسرطان.

-الام مبرحة في المراحل الأخيرة من المرض.

- اقتحام الفيروس لخلايا الجسم.

- نقص الحركية، وذلك بسبب اختلال الحالة العامة للمريض، ومر ذلك إلى انخفاض الوظائف العقلية والجنسية والمناعية.

- **الأعراض والمظاهر النفسية:**

- أوضح (Kanith، 1978) أن مرضى السرطان يتصفون بارتفاع درجة القلق والاكتئاب وانعدام القدرة على التوافق مع الأحداث.

- كما أوضح بعض الباحثين الدارسين (Simonton وآخرون) أن مريض السرطان يعاني من شعور الحزن والأسى نحو الذات وانخفاض مفهوم الذات لديه، وعجز في بناء علاقات اجتماعية قوية.

- الشعور بالتوتر والقلق والمعاناة النفسية.

- انخفاض مستوى الطموح، نظرة أكثر تشاؤما للحياة، وانخفاض التطلع نحو المستقبل أفضل في الحياة.

- الاكتئاب المرتبط بأسلوب الحياة لدى المرضى والعجز عن تحقيق علاقات أسرية سوية، وعدم الشعور بالألفة والمودة مع الأخرين، بالإضافة إلى مشاعر الكراهية. (سعادي، 2009، ص 24-23)

تختلف أعراض مرض السرطان حسب العضو المصاب ومرحلة المرض. فعلى الصعيد الجسدي، يعاني المرضى من قصور في الوزن، شحوب في الوجه وتورم نتيجة لتكاثر الخلايا السرطانية وغيرها من الأعراض الأخرى أما على الصعيد النفسي يعاني المرضى من القلق، التوتر، الاكتئاب، التشاؤم والتي قد تؤدي على صعوبة في التكيف وصعوبة في بناء العلاقات الاجتماعية.

6- العوامل المسببة لحدوث السرطان:

تمت خلال العقود الأخيرة دراسة وبائية حول العالم بهدف البحث عن العوامل التكوينية للسرطان، وبرمجت كيفية مكافحة أسباب هذا الأخير. وقد سمحت هذه الدراسات بوضع مختلف الأبعاد المؤثرة على توزيع أنواع السرطان، نلخصها كما يلي:

6-1 العوامل الوراثية والجينية:

هناك احتمال لوجود استعداد وراثي عند بعض الناس لظهور الإصابة بالسرطان خاصة عند التعرض لبعض العوامل الخارجية، وهذه العوامل تؤدي إلى تغيير في مادة الحمض الريبي النووي (DNA) في نواة الخلية. وكثيرا ما يظهر السرطان في أكثر من فرد في العائلة نفسها، فسرطان الثدي مثلا قد يحدث عند الأم مثلا وكذلك عند البنات مما يدل على احتمال وجود استعداد وراثي للإصابة بالسرطان، وقد تم اكتشاف بعض الجينات الوراثية التي قد يؤدي الخلل فيها أو غيابها إلى الاستعداد للإصابة بالسرطان. فالجينة الوراثية المسماة "دي أي سي" (DEC) والموجودة على الكروموزوم العاشر قد يؤدي الخلل فيها إلى الاستعداد للإصابة بسرطان الرحم، والجينية الوراثية المسماة (DPCU) والموجودة على الكروموزوم الثامن عشر يؤدي فقدانها أو اضطرابها إلى الإصابة بسرطان البنكرياس، والجينة المسماة (FHIT) والموجودة على الكروموزوم الثالث وكذلك الجينة المسماة (P53) يؤدي فقدانها أو العطل فيها إلى الإصابة بسرطان المرئ والمعدة والقولون والرئة والثدي. (بلخير، 2019، ص104)

بالإضافة إلى هذه العوامل الوراثية والجينية المؤدية للإصابة بالسرطان فإن هناك عوامل أخرى يمكن أن تساعد على حدوث المرض منها.

6-2 العوامل الكيميائية:

وهي مواد تحدث طفرات، تسمى بالمواد المطفرة، وعند تراكم عدة طفرات في الخلية قد تصبح سرطانية وتسمى المواد التي تحدث سرطانات بالمواد المسرطنة هناك مواد محددة مرتبطة بسرطانات محددة مثل التدخين المرتبط بسرطان الرئة و المثانة و التعرض لحجر الأسبوتس قد يؤدي إلى حدوث أورام الميزوثيليوما Mesotheliona، أما الكحول فهو من المواد المسرطنة وغير المطفرة، ويعتقد أن هذه المواد تؤثر على الانقسام الميتوزي وليس على المادة المورثة، فهي تسرع من انقسام الخلايا الذي يمنع أي تدارك لإصلاح أي تلف في المادة المورثة.(مرزاقة، 2009، ص90)

6-3 العوامل الهرمونية:

لوحظ وجود كميات كبيرة من الأستروجونات في الجسم والتي تؤثر في بطانة الرحم والثدي، كما أن نقص كميته قد يتسبب في سرطان (Kausis) وسرطان الفرج (Vulvaire) إلى جانب ذلك، كبت المناعة قد تساعد في عملية التسرطن وظهور أورام لمفية أثناء متابعة علاجات كيميائية وكابتة للمناعة. (واندلوس، 2014، ص23)

6-4 العوامل النفسية:

ظهر فرع جديد من الطب وهو الطب السيكوسوماتي الذي يتناول تأثير الضغوط أو الانفعالات على الاختلال الوظيفي أو المرضي، ويرى (Wolf) أن الأمراض السيكوسوماتية ترجع غالبا لضغوط المواقف المختلفة في الحياة، هذه الضغوط التي لا تتفق مع تكريس الفرد الفيسيولوجي أو النفسي، وهي مواقف يحدث فيها ما يضغط على نفسية الفرد، ويثير قلقه وتوتره حتى تؤثر على أعضائه وإفرازات غدده من الهرمونات وغيرها، مما يجعل الحالة الانفعالية هذه تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحمله الآليات الجسمية الداخلية فتضطرب الوظائف أو تصاب الأعضاء(عبد الله، عبد الفتاح، 1995، ص140).

ويعتبر العالم "Simons" 1956 في كتابه الشهير (المظاهر السيكوسوماتية للسرطان) وهو من أبرز العلماء والأطباء الذين درسوا (الجذور النفسية) الكامنة وراء السرطان، وقد توصل إلى الاستنتاجات التالية:

- يكون هناك نوع من الصدمات النفسية ما يسبب ظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض.

– إن الاضطرابات في الوظائف الغدية تثيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العنيد.

– إن العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد، بالإضافة إلى العلاج النفسي، والخدمة الاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة والعائلة.

– عدم العزل بين العلاج النفسي والعلاج الطبي فهما صنوان متلاحمان.

وقد أثبتت دراسات معاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان، وتمكن المحللون والنفسانيون ملاحظة التالي:

أ– معظم النساء المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة في تقبلهن لذاتهن كماهي على علاتها.

ب– معظم المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالبا ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة.

ج– معظم المصابين والمصابات يعانون (غير دفينة) من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب، وفي أغلب الأحيان كانت عداوتهن مكبوتة. (بطرس، 2017، ص398–397)

تتعدد العوامل التي تساهم في الإصابة بالسرطان، ويشمل ذلك الاستعداد الوراثي والعوامل البيئية المختلفة. الوراثة تلعب دورًا مهمًا في تحديد القابلية للإصابة بأنواع معينة من السرطان، حيث يمكن أن تؤدي الطفرات في جينات محددة مثل DEC و DPCUو FHITو P53إلى زيادة خطر الإصابة بأنواع متعددة من السرطان، مثل سرطان الثدي وسرطان البنكرياس وسرطان المعدة. بجانب العوامل الوراثية، تلعب العوامل الكيميائية مثل المواد المسرطنة، بما في ذلك التدخين والكحول، دورًا هامًا في تحفيز تطور السرطان من خلال تأثيرها على التغيرات الجينية في الخلايا. العوامل الهرمونية أيضًا تساهم في ظهور بعض السرطانات، كما في حالة الأستروجين وسرطان الثدي والرحم. من ناحية أخرى، تشير الدراسات النفسية إلى أن الصدمات النفسية والضغوط الانفعالية قد تؤثر في تسرطن الخلايا، مما يستدعي ضرورة تكامل العلاج النفسي مع العلاج الطبي للتعامل مع السرطان بشكل شامل. هذه العوامل المتنوعة تبرز أهمية فهم التفاعل بين الوراثة والبيئة والجانب النفسي في مكافحة السرطان وتطوير استراتيجيات وقائية وعلاجية فعالة.

7- السمات الشخصية لمرضى السرطان:

إن الشخصية التي تتعرض للسرطان هي شخصية من النمط "ج" (Type C)، وهي شخصية تتسم وتستجيب للتوتر والضغوط وأحداث الحياة من خلال الاكتئاب واليأس وانعدام الأمل، والانفعالات السلبية، فالأشخاص الذين يرتفع اليأس لديهم يكون لهم تاريخ طويل من انخفاض الفاعلية والخضوع للأحداث بدون شعور بالنجاح أو المتعة مع انخفاض الشعور بالمسؤولية تجاه الإنجاز، وقابلية شديدة للفشل، وتشير البحوث إلى الأفراد الذين يتفق سلوكهم مع هذه الصورة الخاصة باليأس وانعدام الأكل أكثر عرضة للإصابة بالسرطان. وفي دراسة لكل من " Bahmson و Renneekerm "(1981) توصلا فيها إلى أن الشخصية التي تتعرض للإصابة بالسرطان تمثل شخصا متساهلا، مذعنا للآخرين يكبت انفعالاته، منصاعا، واكتئابيا لا يستطيع التعبير عن توتراته أو قلقه أو غضبه. ويعتبر الاكتئاب من أهم السمات الانفعالية التي لاقت اهتمام الكثير من الباحثين لدراسة علاقة الاكتئاب بمرض السرطان.

حيث أظهرت الدراسات التي أجراها كل من (Galiettea،Françes؛2001، Wimbuch، 2002) وجود علاقة بين الاكتئاب والإصابة بمرض السرطان. أما دراسات (Worden،1999؛Cason ، 2003) فأثبت وجود علاقة بين سمة التشاؤم والشعور باليأس والشعور بالعجز والشعور بالإحباط والإصابة بمرض السرطان. كما أشارت دراسات (Desire،Wimbush ،2001؛Galiettea،2002) وجود علاقة موجبة بين القلق العام وقلق الموت بشكل خاص والإصابة بمرض السرطان. ونستطيع القول إن الحالة النفسية لا تؤثر في نمو الأورام السرطانية خاصة عندما يكون الورم في مراحله الأولى، عندئذ يكون للتفاؤل والإقبال على الحياة ومواجهة المرض أثر إيجابي كبير، وقد يشكل فارقا حقيقيا بين الحياة والموت. (دايدي، 2017، ص235).

8- الاثار النفسية التي تنجم من السرطان:

مازال التأثير النفسي للسرطان على المريض ربما يكون مدمرا، فلا تزال كلمة السرطان تستحضر مخاوف الموت والعذاب والتشوه، والاعتماد على الغير، العجز عن حماية أولئك الذين نعتبرهم أعزاء علينا، وعادة ما تكون ردة الفعل الفورية عند التشخيص المرضي لدى الفرد ماهي الا عدم التصديق والإصابة بالصدمة ثم تأتي مرحلة الضيق الحاد والهياج الشديد والاكتئاب الذي قد ينطوي على الانهاك في التفكير بالمرض، والموت، والقلق وفقدان الشهية، والأرق، وضعف التذكر، والتركيز، والعجز عن القيام بالأعمال اليومية الحياتية. وقد أوجدت بعض الدراسات الحديثة علاقة بين الإصابة بالسرطان والحالة النفسية للمصاب، فالفرد الذي يتعرض لضغوطات نفسية شديدة تكون خلايا الجسم عنده ضعيفة ومهلهلة، تساعد على حدوث انقسامات واختلالات غير متوازية في هذه الخلايا مما يؤدي إلى الأورام السرطان (طبيلة،2003؛ Martin، 1995؛ Cohen، 1992). كما أن نسبة كبيرة من مرضى السرطان يعانون من التعب والإعياء النفسي (Fatigue) وبخاصة عقب الانتهاء من تلقي المعالجات المختلفة الكيماوية أو الإشعاعية لهذا المرض، وهذا ما يؤثر على كافة الجوانب الحياتية لمرضى السرطان سواء في مشاعرهم نحو أنفسهم أو نحو الاخرين، أو نشاطاتهم اليومية أو أعمالهم.

ولعل المعتقدات و المزاج و الانفعال لدى مرضى السرطان و موافقهم من الوضع الجديد الذي يعيشونه بعد الإصابة، وردود الفعل النفسية و الجسدية اتجاه الضغوطات المستجدة على حياتهم، جميعها عوامل تساهم في تفاقم المشقة النفسية عند المرضى بالسرطان، و تشير بعض الإحصائيات الطبية إلى أن نسبة تتراوح بين (40% – 60%) من حالات الإعياء و التعب النفسي عند المرضى بالسرطان لا تتم عن حالات جسدية حيوية، وإنما نابعة عن حالات و ظروف نفسية، وتصبح حالة المريض أكثر صعوبة عندما يعاني من القلق (Anxiety) والرهاب (Phobia) و الاكتئاب النفسي (Depression). (بركات، 2006، ص913).

9- تشخيص السرطان

عندما يشتبه الطبيب بوجود ورم بعضو في الجسم فإنه يقوم بإجراء فحوصات مختلفة بهدف التأكد من نوع المرض. هل من النوع الحميد (Tumeur Benigne) أو من النوع الخبيث (Tumeur Maligne) وهذا يكون وفق أحد الطرق التشخيصية التالية:

1) الجراحة الاستكشافية (La Biopsie): هنا يتم استئصال الورم جراحيا وفحصه إستولوجيا وهذا يجري في جميع الأورام الجلدية البسيطة، فإذا ثبت أنه من النوع الحميد فإن إزالته كافية، وإذا ثبت أنه من النوع الخبيث فيجب اكمال الفحوصات الطبية، كما يحدث بأخذ عينة من ورم الثدي أو الغدة أو الكبد أو حتى الرئة.

2) الفحص بالأشعة: ويتضمن:

-الفحص بالأشعة السينية (X-Ray) لتصوير حجم الورم وموقعه.

-الفحص بالأشعة الصوتية (Ultra Sound) أي التقاط أصوات أو تموجات صوتية مرتفعة الرنين وبما يمكن التقاط أو تحديد أمكنة الأورام في أعماق الجسد خاصة في المناطق التي لا يمكن لأشعة X أن تصل اليها.

-الفحص بالأشعة المقطعية (C-T-Scan) الذي يستعمل فيه تحليل الحساسية الالكترونية لصور الأشعة السينية المتفرقة للحصول على صور مقطعية عرضية.

-الفحص بالرنين المغناطيسي (M.I.R): ويمكن الاستفادة من تصوير الرنين المغناطيسي لتحليل الأورام الموجودة في الأنسجة المحاطة بالعظم مثل أورام الدماغ أو الحبل الشوكي.

3) اختبار علامة الورم (Tumor Marker Tests): تدعى اختبارات الدم الخاصة بمضادات الورم والأجسام المضادة باسم اختبارات الورم، إذ تقوم الأورام بتحرير مواد محفزة استجابة المضاد (Antibody) في الجسم ويمكن الكشف عنها بفحص الدم مثل:

-ارتفاع أنزيم (AlK=Phosphatase) في الدم في حالة سرطان الكبد والعظام.

-وجود إنتيجين (CEA=Carcunoembrynic antigen) في دم مرضى سرطان القولون.

-وجود بروتين (AFP=Alpha Feto Protein) بنسبة مرتفعة لدى مرضى سرطان الكبد.

وترجع أهمية هذه العلامات السرطانية إلى أنها تساعد في التشخيص وكذلك في الاستجابة للعلاج، وكذلك للدلالة على عودة ظهور السرطان مرة أخرى في نفس العضو أوفي مكان اخر.

وإلى جانب هذه الطرق التشخيصية المذكورة هناك طرق أخرى لها فعاليتها في عملية التشخيص كعملية فحص المعي والمستقيم وغيرها. (بلخير، 2019، ص111-110).

10- علاج السرطان:

10-1- العلاج الكيميائي:

يغطي مصطلح العلاج الكيميائي نطاقا واسعا من المركبات المختلفة ذات الأصول المتنوعة، بدءا بالمضادات الحيوية مرورا بالمستخلصات النباتية وصولا الى المواد الكيمائية المعتمدة على DNA، وجميعها تتدخل في آليات الانقسام الخلوي ونظرا الى أن الأنسجة تكون بها الخلايا في حالة انقسام يؤدي ذلك الى آثار جانبية نمطية مثل الشعور بالغثيان و القيئ وتساقط الشعر وخطر التعرض للعدوى ومع أن هذا يحدث بالفعل أثناء العلاج الكيماوي فالواقع أكثر تنوعا من ذلك فهناك أنواع كثيرة من العلاج الكيميائي تستخدم مع المرضى الخارجيين لا يحدث سوى قدر ضئيل من الغثيان أو تساقط الشعر. (جيمس، 2013، ص70)

10-2- العلاج الإشعاعي:

يستخدم العلاج بالإشعاع أشعة عالية الطاقة من أجل قتل الخلايا السرطانية. ويستخدم الأطباء أنواعا مختلفة، إذ يتلقى بعض المرضى خليطا من العلاجات:

- اشعاع خارجي (External radiation): حيث يصدر الإشعاع من الة ضخمة خارج الجسد، وفيه يزور معظم المرضى المستشفى أو العيادة من أجل العلاج 5أيام من أسبوع ولمدة عدة أسابيع.

- اشعاع داخلي (Internal radiation): وفيه يصدر الإشعاع من مادة إشعاعية توضع داخل بذور أو أنابيب بلاستيكية دقيقة تزرع بالقرب من النسيج. وعادة ما يظل المريض داخل المستشفى، حيث تظل المواد المزروعة في مكانها عدة أيام.

– إشعاع شامل: وفيه يصدر الإشعاع من سائل أو كبسولات تحتوي على المادة المشعة التي تنتشر عبر الجسد بأكمله، حيث يقوم المريض ببلع السائل أو الكبسولات أو يتم حقنه بالمادة. ويمكن استخدام هذا النوع من العلاج الاشعاعي في علاج السرطان أو في التحكم في الالام الناتجة عن انتشار السرطان في العظام. ولا تتم معالجة السرطان بهذه الطريقة حاليا الا في أنواع قليلة من السرطان. (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، ص42–41)

10–3– العلاج الجراحي:

يعتبر الاستئصال الجراحي أقدم طريقة لعلاج الأورام السرطانية ولا تزال هي أكثرها نجاحا خاصة في المراحل المبكرة وقبل تفشي وانتشار الورم. كما تلعب الجراحة دورا مهما في التشخيص وتقييم مرحلة المرض قبل العلاج عبر استخلاص خزعة من أنسجته وتحليلها، ثم القيام بإزالة واستئصال الورم الخبيث من مكانه حتى لا ينتشر إلى بقية الجسم.

وتستخدم الجراحة أيضا كوسيلة لتسهيل العلاجات الأخرى كما في ادخال قسطرة إلى ويد مركزي لتلقي العلاج الكيمياوي أو عند تثبيت مضخة ماصة كابسة (Pompe d’aspiration à piston) لإزالة السوائل المجتمعة باستمرار في منطقة ما في الجسم. (الأرناؤوط، 2016، ص167).

10–4–التدخلات النفسية:

تهدف الى مساعدة مرضى السرطان وأسرهم على تحسين الرعاية الصحية وإدارة الجوانب النفسية والسلوكية للسرطان ومن بين التدخلات المعتمدة نجد:

–العلاج النفسي الداعم: وهو تدخل علاجي يسعى الى مساعدة المرضى على التعامل مع مشاعر الضيق، ويعمل على دعم نقاط القوة الموجودة لدى المريض ومساعدته على التكيف مع مرضه، ويتم ذلك ضمن علاقة الاحترام والثقة المتبادلة بين المعالج والمفحوص.

ويهدف هذا العلاج لإعادة التوازن الانفعالي للفرد بالتنفيس عن انفعالاته ومخاوفه والتكيف مع ما يؤثر على نشاطه اليومي والتوافق مع الظروف الحالية التي لا يمكن تغييرها، ويلجأ فيه المعالج الى تقوية الثقة والأمل وتقدير المريض لذاته خاصة شعوره بكفاءته الذاتية للتخلص من معاناته، يعتمد على اكتشاف الفرد لايجابياته الذاتية أو تلك الموجودة في البيئة المحيطة، فهو علاج يتعامل مع الجزء السليم من

الشخصية وينميها ويترك جزء من المرض لتناول الأدوية مما يزيد من تحسنه بشكل إيجابي وسريع فهو يهتم بالواقع الراهن للمريض ويستعمل في الحالات التي يكون المريض فيها بحاجة الى تقبل مرضه والتعايش معه، ويركز المعالج فيه على الأسس الداعمة لكل مريض بما يتناسب مع حالته وتعديل سلوكاته الصحية عن طريق الفهم والمنطق ليصل لأفضل النتائج، وقد أظهر الطبيب العقلي الأمريكي David shpigel في دراسته 1989 نجاح هذه الطريقة العلاجية مع مريضات سرطان الثدي في مرحلة متقدمة من المرض وأسفرت نتائجها على امتداد مدة العيش قدر الضعفين عند نساء العينة التجريبية مقارنة بنساء لم يخضعن لهذا العلاج كما سجلت نساء العينة التجريبية تحسنا في نوعية الحياة.

-العلاج المعرفي السلوكي (CBT) هو تدخل معرفي سلوكي يعتمد مع مرضى السرطان ويهدف الى الحد من حالة عدم اليقين ومشاعر عدم الكفاية، الارتباك، العجز وفقدان السيطرة وذلك من خلال توفير معلومات عن المرض والتكيف معه، والموارد المتاحة للمرضى.

وعادة يشمل هذا العلاج التدريب على الاسترخاء ومهارات المواجهة وإعادة الهيكلة المعرفية وتركز بروتوكولاته على الاعتراف بالأفكار والسلوكيات الغير المتكيف معها وتغييرها لتخفيف الضائقة وتعزيز الرفاه (براهمية، 2018، ص76-77).

وفي الأخير يستنتج أن استراتيجيات علاج السرطان متعددة ومتنوعة، حيث يتم استخدام مجموعة من الأساليب الطبية والنفسية لتحسين الحالة الصحية للمرضى وتعزيز فرص الشفاء .**العلاج الكيميائي،** على سبيل المثال، يشمل استخدام مجموعة واسعة من المركبات الكيميائية التي تستهدف الخلايا السرطانية من خلال التأثير على عملية الانقسام الخلوي، رغم أنه قد يسبب آثارًا جانبية مثل الغثيان وتساقط الشعر، إلا أن بعض العلاجات قد تقلل من هذه الآثار بشكل ملحوظ .**العلاج الإشعاعي،** من جانبه، يستخدم أشعة عالية الطاقة لقتل الخلايا السرطانية، ويشمل أنواعًا مختلفة مثل الإشعاع الخارجي، الداخلي، والشامل، حيث يهدف كل نوع إلى استهداف الأورام السرطانية بطرق مختلفة لضمان فاعلية العلاج .**العلاج الجراحي،** يظل أحد الأساليب الأساسية لعلاج السرطان، حيث يمكن أن يساهم في استئصال الأورام في مراحلها المبكرة ويعد أداة هامة في التشخيص وتقييم المرض. بالإضافة إلى ذلك، تكتسب **التدخلات النفسية** أهمية كبيرة في إدارة الجوانب النفسية للمرضى، حيث يقدم العلاج النفسي الداعم العلاج من خلال تحسين التكيف مع المرض وزيادة الثقة بالنفس، بينما يركز العلاج المعرفي السلوكي على تخفيف مشاعر القلق والتعامل

مع ضغوط المرض من خلال استراتيجيات مثل التدريب على الاسترخاء وإعادة الهيكلة المعرفية. جميع هذه الأساليب تتكامل لتحسين نتائج العلاج وتقديم دعم شامل للمرضى وأسرهم.

خلاصة الفصل

يعد السرطان من الأمراض المعقدة والخطيرة التي تؤثر بشكل عميق على حياة الأفراد. فهو لا يقتصر تأثيره على الصحة الجسدية فقط أي لا يؤثر فقط على الأنسجة والأعضاء، بل يمتد أيضًا ليشمل الصحة النفسية بحيث يخلق لديه المعاناة، الضغط النفسي، القلق، التوتر، التشاؤم، الاكتئاب والخوف من الموت والذي يتطلب رعاية شاملة تتعامل مع جميع جوانب حياة المريض. وأن استراتيجيات علاج السرطان متعددة ومتنوعة، حيث يتم استخدام مجموعة من الأساليب الطبية كالعلاج الكيميائي، الإشعاعي والجراحي بالإضافة للعلاج النفسي، وأن النجاح في إدارة السرطان يتطلب التنسيق بين العلاجات الطبية والدعم النفسي والاجتماعي لضمان تقديم رعاية متكاملة وشاملة تحسن من جودة حياة المرضى وتساعدهم على التعامل مع هذا التحدي الكبير وتعزيز فرص الشفاء.

الفصل الثاني

الأفكار الانتحارية

تمهيد الفصل:

من بين الظواهر النفسية المنتشرة في المجتمع ظاهرة الانتحار التي تعتبر من أخطر أنواع العنف الموجه نحو الذات وهو عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بالتفكير الانتحاري والمخططات الانتحارية لتنتهي باتخاذ السلوك الفعلي وهذا راجع الى التطورات والتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتي قد تؤدي به الى الشعور بالعجز واليأس وعدم التكيف وهذا ما يجعله يلجأ الى التفكير الانتحاري كوسيلة للتخلص من المعاناة.

سيتم التطرق في هذا الفصل أولا الى تعريف الانتحار، أنواعه، مراحله، العوامل المؤدية إليه. ثم سيتم التطرق الى تعريف الأفكار الانتحارية، وكيفية تشكلها، والوقاية منها. كما سيتم تناول الانتحار لدى المصابين بالسرطان وتوضيح كيفية التعبير عن الأزمة الانتحارية لدى المصابين بالسرطان وعوامل الخطر المؤدية الى السلوك الانتحاري لديهم.

1. تعريف الانتحار

لغويا جاءت كلمة الانتحار من أصل كلمة نحر وقتل، وانتحر الشخص أي ذبح نفسه وقتلها. أما في اللغة اللاتينية، فقد أدخلت كلمة "Suicide" في اللغة الفرنسية من طرف Abbé Desfontaine سنة 1737. وتنقسم الكلمة الى (Sui الذات) و(Caedere قتل) والكلمة بأكملها Suicider أي Tuer soi-même بمعنى قتل الذات.

ومن مرادفات كلمة "Suicide» «autolyse" وهي مصطلح علمي متداول بين الأخصائيين للتخفيف من ثقل كلمة الانتحار أمام المفحوص. ويقابلها باللغة بالألمانية Selbestmord (سهيري، 2013، ص51).

أما اصطلاحا، فقد عرف الانتحار على أنه تعاطي الموت بطريقة قصدية اذ يعتبر كفعل فردي رغم أنه يأخذ طابع اجتماعي أكثر. وعلى هذا الأساس يعد الانتحار ظاهرة مرتبطة بظروف اجتماعية تمس كل المجتمعات.

ولقد عرفه اميل دوركايم (E. Durkheim) على أنه كل حالة موت ناتجة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة عن فعل إيجابي أو سلبي قامت به الضحية بنفسها وهي على يقين بما سينتج عنه. (بوسنة،2008، ص44)

أما Disertori (1975) نقلا عن (بوسنة ،2008، ص78) فقد عرفه على أنه فعل ضد اجتماعي لأنه يقضي على الحياة، ويمكن أن يرجع الى أمراض نفسية كما ينتج عن صعوبة تآلف تعد قبل مرضية للشخصية.

وعرفه بن سماعيل Bensmail (1990) على أنه فعل عدواني موجه نحو الذات، إرادي يؤدي إلى الموت وعندما ينفذ هذا الأخير فانه يحدث شعور بالذنب للمحيطين بالمنتحر، ويبقى الندم حليفهم طيلة حياتهم، لأنهم يعتقدون أنهم ربما لم يفعلوا ما يجب فعله، كي يتجنبوا هذا الحدث المؤلم والدرامي.

كما عرفه Adler على أنه الفعل الناجم من عدم تحقيق الهدف أو المبتغى الذي من المفروض أن يكون مقبول من طرف الآخرين لصالحهم، يتحول ضده وضدهم (بلخير، 2013، ص 82-83).

يتضح من خلال هذه التعريفات المختلفة أن الانتحار ليس مجرد فعل فردي، بل يعكس صراعات داخلية تتداخل مع ظروف اجتماعية وضغوط خارجية. فالانتحار يمتد إلى ما هو أبعد من الشخص المنتحر ليشمل الأهل والأصدقاء والمجتمع ككل، مما يؤدي إلى مشاعر الذنب والندم العميقة بين المحيطين. كما أنه قد يكون نتيجة لأمراض نفسية أو صعوبات اجتماعية تتعلق بعدم تحقيق الأهداف أو التآلف.

2. أنواع الانتحار

يمكن تصنيف أنواع الانتحار حسب التخصصات المهتمة بالموضوع؛ حيث وضع علم الاجتماع تصنيفا وكذلك الطب العقلي وعلم النفس المرضي...، وهذا حسب توجهات العلماء والباحثين فبرزت عدة تصنيفات كما هي مبينة فيما يلي:

1.2. أنواع الانتحار حسب النموذج الاجتماعي:

ميز دوركايم أربع نماذج أساسية للانتحار هي:

-**الانتحار الايثاري أو الغيري Suicide Altruistic:** حيث ينتحر الفرد مدفوعا بإخلاصه للمجتمع، أي انتحار به خير أو لصالح الجماعة.

-**الانتحار الأنانيSuicide Egoistic:** يتضمن هذا النوع مبالغة الفرد في تقدير نفسه، ويرجع الى نسق قيم قوي وتكامل ضعيف للجماعة وإحساس بالغ بالمسؤولية الشخصية.

-**الانتحار الجبري Suicide fatalistic:** وهو انتحار ناشئ عن الإحساس بالعجز في مواجهة الضغوط البيئية

-**الانتحار اللامعياري أو الأنوميSuicide anomic:** ينطوي هذا النوع من الانتحار على التفكك الاجتماعي وينشأ عن اختلال في النظام الاجتماعي، وهو ناتج عن اللامعيارية(عبد المنعم، 2021، ص680).

من خلال هذه النماذج، قدم دوركايم تحليلا عميقا لكيفية تأثير القيم الاجتماعية والهياكل الاجتماعية على قرارات الأفراد بالانتحار مما يسلط الضوء على أن هذه الظاهرة ليست مجرد فعل فردي بل هي نتيجة لتفاعلات اجتماعية معقدة.

2.2. أنواع الانتحار حسب النموذج المرضي

يمكن تمييز في هذا التصنيف الأنواع التالية:

-**الانتحار العصابي Le suicide névrotique**: يوجد الكثير من السلوكات الانتحارية لدى العصابيين لكنها لا تصل الى حد الموت ويمكن أن نميز في هذا النوع ما يلي:

-**الانتحار الهستيري :** تكون هناك محاولات انتحارية كثيرة و متعددة بغرض جلب الانتباه هذا لأن الهستيري يشعر أنه غير مفهوم وغير محبوب حيث تحدث محاولة الانتحار في اطار مسرحي لجلب الانتباه كطريقة للهروب والتأثير في الأخرين.

-**الانتحار الوسواسي :** يكون الانتحار في الأغلب الأحيان بطريقة منهجية دون طبول أو أبواق مثل : الهستيري، واذا لم ينجح فانه يعيد المحاولة حتى بنجح.

- **الانتحار الذهانيLe suicide psychotique:** غالبا ما تكون محاولات الانتحار مصحوبة بالحزن والاكتئاب وهذا موجود في الاذهان حيث تتوفر فيها الشروط الانتحارية ويمكن التمييز بين:

- **الانتحار السوداوي:** الدافع للانتحار السوداوي هو الهذاء حيث يعتبر الحل الوحيد الذي يخرجه من الواقع الصعب والعقاب على أخطائه الغير المسموحة.
- **الانتحار الفصامي:** يعد الانتحار من بين الأسباب الأولى للموت عند الفصاميين فحسب (Caldwell وGottesman، 1990) أن 13 % من الفصاميين ينفذون الانتحار و40%20-% يقومون بمحاولات انتحارية. ويكون الانتحار عند الفصاميين كرد فعل للشعور بفساده وفساد وظائف الواقع، فعندما يقع المريض في الهوامات الهذيانات لا يستطيع أن يجد الطريق نحو الواقع) صندلي، 2012، ص 114-115).

من خلال مما سبق يتضح أن هذه التصنيفات تجمع بين الابعاد النفسية المختلفة لتوفير فهم شامل لكيفية تأثير الاضطرابات النفسية على اتخاذ قرارات الانتحار، مما يشير إلى ضرورة تطوير استراتيجيات علاجية تعالج بشكل شامل الجوانب النفسية والعاطفية لهذه الظاهرة.

3. مراحل الانتحار

حدد الباحث (معمرية، 2012، ص 27) ثلاثة مراحل للانتحار متمثلة في:

1.3. الانتحار في مستوى التصور: أي أن يكون الانتحار في مستوى التفكير والتصور، وهو تصور كامن وضمني حول الانتحار. وهذه المرحلة تقع في بداية المتصل، حيث يتصور الفرد الانتحار كحل المشكلات والخروج من الحياة غير السعيدة، ويتصور الانتحار هو الحل.

2.3. الانتحار في مستوى الرغبة: تكون هنا الأفكار أكثر إلحاحا ووضوحا، حيث يعبر الفرد عن رغبته في انهاء حياته، وتسيطر على مشاعره الرغبة في الانتحار، ويقدم تبريرات لذلك كالفشل، وفراق الأخرين الذين لا يحبونه، وهذه المرحلة تقع في وسط المتصل.

3.3. الانتحار في مستوى التنفيذ: في هذه المرحلة التي تقع في نهاية المتصل، يصل الفرد الى اتخاذ القرار بتنفيذ رغبته، فيقوم بمحاولات للانتحار بالتخطيط واختيار الوسيلة لذلك، وقد تنجح هذه المحاولات.

من خلال هذه المراحل ندرك أن الانتحار ليس عمل مفاجئ، بل يمكن أن يمر بمراحل متعددة. يبدأ بتصورات وتفكير كامن حول الانتحار كحل للمشاكل، يليها مرحلة من الرغبة الشديدة في التخلص من الحياة، وتنتهي بقرار متخذ لتنفيذ الفعل بشكل محدد.

4. العوامل المؤدية للانتحار

1.4. عوامل بيولوجية

حسب علم البيولوجيا توجد هناك احتمالات الوراثة الجينية للانتحار لكن بصورة جزئية وغير حتمية كما تحتاج الى عوامل أخرى غير مؤكدة. وقد دلت دراسة الأدمغة بعد الانتحار على وجود نقص في مادة السيروتونين وخاصة بوظائفها في القشرة الدماغية الجبهية والذي يساهم في افلات السلوك العدواني أو الاندفاعي كما تدل الدراسات أيضا على أن العنف يزيد من الأشخاص الذين سبق لهم أن حاولوا الانتحار وأن السيروتونين الدماغي يتأثر بعوامل بيئية وانخفاض معدل الكولسترول والاكتئاب النفسي وكلها ترتبط بالانتحار.

2.4. عوامل الاجتماعية

تبحث الدراسات الاجتماعية في الأنماط الاجتماعية الثقافية المؤثرة على الانتحار بما في ذلك الاسرة، الثقافة الدين المهنة والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والمجموعات والتنظيمات المختلفة، وذلك مأخوذ من الدراسات البيئية والوبائية التي تبحث عن معدلات الانتحار مع المتغيرات السكانية والطائفية بحيث فسر مورسيلي الانتحار بأنه نهاية عدم وجود المتطلبات الحيوية وبالتأكيد فقدان الأضعف (سرحان، 2012، ص159-160)

3.4. عوامل نفسية

تعد الاضطرابات النفسية كالاكتئاب من العوامل المؤدية إلى الانتحار؛ إذ تسيطر فكرة الانتحار على الشخص المكتئب الذي يصبح لديه قناعة تامة وكاملة بأن الانتحار هو المخرج الوحيد لما هو فيه ما لم يتم مساعدته على نحو سريع ويريد معظم الأشخاص الانتحار للهروب مما يعدونه وضعا غير محتمل ويختلف شكل ذلك الوضع من شخص الى أخر، وربما يكون الهروب، مرض مميت أو مؤلم أو عقاب أو

اذلال أو أعباء تثقل كاهله أو ضغوط من أي نوع لا يستطيع تحملها فيجد أن الانتحار هو الحل الأمثل لموقفه (كاتبي، 2015، ص65)

في هذا السياق، أكدت دراسة (Wierz Licki، 1998) المشار اليها في دراسة (وازي، 2012، ص70) أن محاولة الانتحار مرتبطة الى حد كبير بمتغيرات سلوكية ونفسية معينة أهمها الاكتئاب، الشعور بالوحدة النفسية، ضغوط الحياة الشديد والألم أو شخص عزيز؛ حيث يعتبر الاكتئاب أكبر منبه ودافع لتصور الانتحار.

من خلال مما سبق ذكره نجد أن الانتحار هو نتيجة لتفاعل معقد بين عوامل بيولوجية، اجتماعية، ونفسية. من الناحية البيولوجية، قد تلعب العوامل الجينية ونقص السيروتونين وانخفاض مستوى الكولسترول دورا في زيادة خطرا لانتحار. اجتماعيا، يمكن أن تسهم العلاقات الأسرية السيئة، الثقافة، الدين، وعدم الاستقرار الاقتصادي في دفع الأفراد نحو الانتحار. من الناحية النفسية، يعد الاكتئاب والشعور بالوحدة وضغوط الحياة من العوامل الأساسية التي تزيد من احتمالية الانتحار، حيث يرى بعض الأشخاص الانتحار وسيلة للهروب من الألم أو الأزمات التي يواجهونها. تداخل هذه العوامل بطرق متشابكة يجعل كل حالة انتحار فريدة وتعتمد على ظروف الشخص الفردية.

5-تعريف الأفكار الانتحارية

تعرف الأفكار الانتحارية بأنها تفكير أو اعتزام جاد على الانتحار أو هي نماذج من التفكير التي تؤدي بالفرد لقتل نفسه وتذكر بعض الأسباب والظروف والا شارات التي تساعد في التعرف على احتمال وجود أفكار لدى الشخص وبالتالي احتمال قيام الشخص بمحاولة الانتحار. كما أن الأفكار الانتحارية مصطلح يشير الى أن الحياة لا تستحق أن تعاش. وفي شدتها من أفكار عابرة الى ملموسة وأيضا خطط مدروسة لقتل النفس أو الانشغال الكامل في التدمير الذاتي. (الحلاق وجرادات ،2018، ص112)

يعرف Beck الأفكار الانتحارية على أنها نمط من الأنماط السلبية للتفكير يمكن تصوره واقعا على متصل لقوة كافية تتضمن نية الفرد أو تفكيره أو اندماجه في رغبة بالانتحار اذ يتفاوت مدى أو شدة هذه الرغبة من مجرد أفكار عابرة في ذهن الفرد الى أفكار واسعة وصولا الى التخطيط التفصيلي للانتحار والقيام بالعملية، أو قد تكون محاولات غير مكتملة ويتم اكتشافها بشكل مقصود لغرض لفت أنظار الأخرين

اليه، وقد تكون مقصودة وكاملة وتؤدي الى الموت ويتم انقاذ الفرد في اللحظات الأخيرة. (الشمري وغازي، 2019، ص 14)

فالأفكار الانتحارية تتضمن تفكيرا جادا أو نية قوية لإنهاء الحياة، وتتراوح من مجرد شعور بأن الحياة ليست ذات قيمة إلى وضع خطط مفصلة للانتحار. قد تبدأ هذه الأفكار كتصورات عابرة، لكنها يمكن أن تتطور إلى رغبة شديدة أو حتى أفعال ملموسة. تتنوع شدة هذه الأفكار من تفكير غير جاد إلى محاولات انتحارية قد يكون غير مكتملة أو قد تتطلب تدخلا في اللحظات الأخيرة لإنقاذ الشخص.

6-تشكيل و تطور الأفكار الانتحارية

يشير التفكير الانتحاري الى متصل يبدأ بأفكار انتحارية كامنة ثم يتطور الى أفكار أكثر وضوحا أو تفكير مكثف في الانتحار، ثم الى التعبير عن الميول الانتحاري سواء بالتلميح أو التعبيرات اللفظية أو التلويح بالانتحار بأي شكل من الأشكال، ثم التخطيط للانتحار وفي النهاية الانتحار الفعلي. غير أن تصور الانتحار وادراكه يجمع بين رغبة الفرد في الموت وتنفيذ تلك الرغبة، وهو بذلك عنصر أساسي ضمن السلوكيات الانتحارية والتي من خلالها يمكن الوقوف على الأفكار الانتحارية المتدرجة، كما يعد التفكير الانتحاري من الأفكار البعيدة عن الأفكار التي يؤمن بها الفرد عن الموت والحياة، فتمني الموت والتفكير فيه من عوامل الخطورة التي قد تؤدي الى الانتحار، بل ان مجرد الانشغال بأفكار وموضوعات مميتة يعد مؤشر خطير من مؤشرات الانتحار. (تلمساني وشكراوي، 2023، ص128).

7-الوقاية من الانتحار

يعد الانتحار حسب منظمة الصحة العالمية من المشكلات التي تحظى بالأولوية في برنامج عمل المنظمة الخاص بسد الفجوات فب مجال الصحة النفسية الذي تم اطلاقه في 2008 والذي يتيح إرشادات تقنية مسندة بالبيانات من أجل الارتقاء بمستوى الخدمات والرعاية المتقدمة في البلدان فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات. وقد التزمت الدول الأعضاء في المنظمة بموجب عمل منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية 2013 -2030 بالعمل من أجل تحقيق الهدف العالمي المتعلق بخفض معدل الانتحار في البلدان بمقدار الثلث بحلول عام 2030.

وهناك عدد من التدابير التي يمكن اتحاذها للوقاية من الانتحار على مستوى الفئات الفرعية من المعرضين للانتحار وعلى المستوى الفردي لمنع الانتحار ومحاولات الانتحار. ويوصى في نهج "عش الحياة " (Live Life) الذي وضعته المنظمة للوقاية من الانتحار، بالتدخلات التالية التي تثبت فعاليتها استنادا الى الأدلة:

-تقييد الوصول الى وسائل الانتحار مثل: الأسلحة النارية، وبعض الأدوية

-التواصل مع وسائل الاعلام لعرض مواد إعلامية مسؤولة بشأن الانتحار.

-تعزيز مهارات الحياة الاجتماعية و العاطفية لدى المراهقين.

-ويتعين أن يقترن هذه التدخلات بالركائز الأساسية التالية: تحليل الوضع و التعاون بين القطاعات المتعددة، وإذ كان الوعي، وبناء القدرات، و التمويل، و الوقاية والرصد و التقييم.

-وتتطلب جهود الوقاية من الانتحار التنسيق و التعاون بين قطاعات متعددة في المجتمع، ومنها القطاع الصحي و القطاعات الأخرى مثل: التعليم و الزراعة و قطاع الأعمال، والعدل و القانون و الدفاع و السياسة و الاعلام وينبغي أن تكون هذه الجهود شاملة و متكاملة؛ إذ لا يمكن لأي نهج أن يتحدث بمفرده أثره على مسألة بهذا القدر من التعقيد مثل مسألة الانتحار. (منظمة الصحة العالمية، أوت 2023).

8-الانتحار والسرطان

على الرغم من ثبوت الصلة بين الانتحار والاضطرابات النفسية خاصة الاكتئاب والاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول في البلدان المرتفعة الدخل فان حالات الانتحار تحدث باندفاع في لحظات الأزمة عندما تنهار قدرة المرء على التعامل مع ضغوط الحياة مثل المشاكل المالية الانفصال، الطلاق، الالام والأمراض المزمنة (منظمة الصحة العالمية، 2023).

وبالتركيز على علاقة الانتحار بالسرطان يتبين أن هناك العديد من الباحثين الذين اهتموا بالبحث في هذه الظاهرة، من بينهم(Alencar وآخرون، 2021، ص18854)؛ حيث توصلت أبحاثهم الى ارتفاع معدل الانتحار بخمس مرات لدى المرضى مقارنة بعامة السكان، خاصة لدى المصابين بسرطان الرئة. إضافة الى ذلك توصلت الى أن من العوامل الديموغرافية التي ارتبطت بهذا السلوك هي جنس الذكور

والعمر المتقدم. كما أدى القلق والاكتئاب خاصة بعد الإعلان عن المرض، الى زيادة خطر الانتحار بنسبة 5,1 أضعاف في الأشهر الثلاث الأولى من التشخيص لدى هؤلاء المرضى.

بالإضافة الى دراسة (Zaorsky وآخرون، 2019) التي استهدفت تحديد المرضى المصابين بالسرطان الأكثر عرضة لخطر الانتحار مقارنة بعامة السكان ومرضى السرطان الآخرين باستخدام بيانات المستوى الوطني من برنامج المراقبة وعلم الأوبئة من 1973 الى 2014 الى أن من بين أكثر من 8,651,569 مريضا بالسرطان، انتحر 13,311 منهم، كان معدل الانتحار 28,58 لكل 100,000 شخص وبشكل خاص انتحار الذكور 83% والبيض 92% والأشخاص الذين أصيبوا بسرطان الرئة والرأس والرقبة والخصيتين والمثانة وسرطان الغدد اللمفاوية Hodgkin. الأمر الذي أكده (Heinrichوآخرون، 2022، ص852)؛ إذ على الرغم من التقدم الكبير في علاج السرطان في العقود الأخيرة، لايزال الأشخاص المصابين بالسرطان معرضين لخطر الانتحار.

1.8. كيفية التعبير عن الأزمة الانتحارية لدى مرضى السرطان

بينت دراسة (Reich وRuszniewski، 2012، ص 118) أنه يمكن التعبير عن أزمة الانتحار بعدة طرق:

- قد يكون لدى المريض أفكار انتحارية بطريقة عابرة، كاستجابة تجاه موقف يمكن تحمله بشكل أو بآخر ولكن دون أي رغبة حقيقية في التنفيذ. تتكرر هذه الرغبة غير المستمرة في الموت ويمكن أن تعكس محاولة تكيفية مع الوضعية الطبية.
- تكون الأفكار الانتحارية حاضرة جدًا في خطاب المريض، والذي تتكرر بمرور الوقت مع الرغبة المعلنة في التنفيذ (وضع "خطة انتحارية")، ومن ثم فإنها في أغلب الأحيان تستند على تناذر اكتئابي كبير في سياق معاناة أخلاقية شديدة.
- يمكن التعبير عن الأفكار الانتحارية بشكل عقلاني بعيد عن أي اضطراب نفسي؛ إذ تعبر عن ترجمة لرغبة في السيطرة على المسار القاسي للسرطان أو عدم تحمل الأعراض الجسدية، أو متحكم فيها بشكل سيئ أو غير متحكم فيها بتاتا (مثل الألم الجسدي، وضيق التنفس).
- يمكن التعبير عن أزمة الانتحار بشكل "متنكر" لطلب القتل الرحيم أو الانتحار بمساعدة طبية أو الرغبة في التعجيل بالوفاة، والتي تتسم في استدعاء طرف ثالث (المحيط الأسري، ومقدمي الرعاية) في سياق تقدم المرض وغالباً بعد تدهور الحالة العامة؛ إذ يرغب المريض في الموت قبل حدوثه بسبب التطور الطبيعي للمرض. مع العلم أن المريض الانتحاري بشكل عام لا يستعين بطرف ثالث لتحقيق أهدافه،

وهو ما يميز الانتحار عن القتل الرحيم. ولهذا وجب البحث وراء أي طلب للقتل الرحيم عن معاناة عاطفية كامنة يمكن أن تترجم إلى تعبير عن الموت. وفي كلتا الحالتين، وجب النظر إلى الرغبة في الانتحار والتعبير عن طلب القتل الرحيم على أنهما لحظة أزمة، انهيار لا ينبغي إهمالها.

- يسبق التعبير عن الأفكار الانتحارية الفعل الانتحاري الذي يترجم إما عن طريق محاولة التحلل الذاتي أو عن طريق الانتحار الكامل.
- وجود سلوكات شبه انتحارية تتجسد من خلال سلوكات غير ضارة لا تهدف الى الموت. كالمثال الكلاسيكي لابتلاع عدد قليل أقراص "النوم". في بعض الأحيان يمكن أن تكون عن طريق سلوكات خطر قد تؤدي إلى الوفاة: رفض، التوقف والتخلي عن العلاج، الإفراط في تناول الكحول أو مواد سامة أخرى أو القيادة الخطرة.

حسب (Filiberti وRipamonti، 2002، ص 193) يستند الخطاب الانتحاري للمرضى في معظم الأحيان على سياق معاناة جسدية، نفسية اجتماعية المرتبطة بتطور السرطان. ويرتبط الألم الجسدي، الشعور باليأس، العجز والاكتئاب ارتباطا وثيقا بالتعبير عن التفكير في الانتحار والرغبة في تعجيل الموت خاصة في المرحلة النهائية للمرض.

2.8. عوامل الخطر المؤدية الى السلوك الانتحاري لدى مرضى السرطان

بينت نتائج دراسات (Ahn وآخرون2015، Alencarr وآخرون2021؛ Filiberti وآخرون2001؛ Heinrich وآخرون 2022؛2014 ، Misono 2014 Karasouli، وآخرون2008، Park، Chun وLee، 2016؛ Reich وRuszniewski، 2012) التي اهتمت بتحديد عوامل الخطر المساهمة في التفكير في الانتحار وتنفيذه لدى الأشخاص المصابين بالسرطان إلى وجود كوكبة من العوامل المساهمة في ذلك، منها ما هو مرتبط بالمرض، منها ما هو مرتبط بالتاريخ النفسي للمريض وأسرته، ومنها ما هو مرتبط بالعوامل الاجتماعية، الاقتصادية. كما هي موضحة فيما يلي:

1.2.8. العوامل المرتبطة بالضرر الجسدي الناجم عن الإصابة بالسرطان أو علاجاته:

- تدهور الحالة العامة.
- موقع الورم المحدد: الرئة، الأنف والأذن والحنجرة، البنكرياس، الجهاز العصبي المركزي.
- ضعف السيطرة على الأعراض الجسدية: الألم، التعب المدقع، وضيق التنفس، والغثيان / القيء، والإسهال.
- علاجي المنشأ: العلاج المناعي، والكورتيكوستيرويدات.
- متلازمة الارتباك أو التثبيط الحركي النفسي.

2.2.8. العوامل المرتبطة بالتجربة النفسية المرض (تمثلات سلبية، ترقب قلق ومعاناة مستقبلية) وآثارها اللاحقة:

- السنة الأولى بعد التشخيص؛
- سياق الإعلان التشخيصي "القاسي" أو الانتقال إلى الرعاية المكثفة؛
- سوء التشخيص على المدى القصير والمتوسط.
- محدودية أو غياب الخيارات العلاجية.
- فقدان الاستقلالية و/أو التدهور الجسدي الكبير ورفض الاعتماد على الآخرين وإرادة المريض في الاستقلال الذاتي وضبط النفس.
- انخفاض نوعية الحياة.
- فقدان الكرامة؛
- الشعور بالتبعية وكونه عبئا على محيطه (ثقل العبء).
- لديهم شخصية قوية ومهن إدارية.
- الاعتلال الجسدي المصاحب المؤدي إلى إعاقة مهمة.
- شعور كبير باليأس والإحباط و/أو من العجز.
- الشعور بانقطاع التحالف العلاجي مع الطاقم طبي.
- الرغبة في الحفاظ على السيطرة على المرض ونهاية حياته.

3.2.8. العوامل المرتبطة بالضعف الفردي أو حتى العائلي فيما يتعلق بالتاريخ النفسي أو الصدمات النفسية في مرحلة الطفولة:

- التاريخ النفسي الشخصي لمحاولة الانتحار.
- التاريخ النفسي العائلي لمحاولة الانتحار أو الانتحار.
- تاريخ من الاكتئاب أو اضطرابات المزاج الأخرى.
- اضطرابات الشخصية الموجودة مسبقًا (الحدية، السيكوباتية) مع هيمنة السلوك الاندفاعي وعدم التسامح مع أي شكل من أشكال الإحباط.
- السلوكات الإدمانية (الكحول، المخدرات).

4.2.8. العوامل المرتبطة بالسياق البيئي أو الاجتماعية والاقتصادية:

- جنس الذكور والعمر أكبر من 45 سنة.
- العزلة العاطفية أو الاجتماعية.
- الصعوبات الزواجية أو النزاعات العائلية.

- وفاة أحد أفراد أسرته.
- عدم استقرار المستوى الاجتماعي والاقتصادي (البطالة، الصراع المهني، التقاعد) والمنطقة الجغرافية.
- غياب الأهداف والغايات في الوجود (الحياة المعاشة باعتبارها "لا معنى لها").
- الغياب التام لموضوع الاستثمار الليبيداني.
- مخاوف ومعاناة وجودية.

توضح نتائج الدراسات المختلفة أن التفكير الانتحاري لدى الأشخاص المصابين بالسرطان يتأثر بمجموعة واسعة من العوامل المرتبطة بالضرر الجسدي، والتجربة النفسية للمرض، والتاريخ النفسي الفردي والعائلي، والسياق البيئي والاجتماعي. تساهم التحديات الجسدية الناتجة عن المرض والعلاج، مثل الألم والتعب، في زيادة خطر الانتحار، بينما تؤدي التجارب النفسية السلبية مثل فقدان الاستقلالية والشعور بالإحباط إلى تفاقم هذه المخاطر. إضافة إلى ذلك، تلعب العوامل الفردية مثل تاريخ الانتحار والاضطرابات النفسية، والعوامل الاجتماعية مثل العزلة والصعوبات الاقتصادية، دورًا مهمًا في تحديد احتمالية الانتحار. يبرز هذا التكامل بين العوامل الجسدية والنفسية والاجتماعية ضرورة تبني استراتيجيات دعم شاملة تأخذ في اعتبارها جميع هذه العوامل لتعزيز الرعاية والوقاية الفعالة من الانتحار لدى مرضى السرطان.

خلاصة الفصل

في نهاية الفصل يستنتج أن الانتحار مشكلة نفسية اجتماعية في أن واحد وهي مشكلة معقدة وفي نفس الوقت خطيرة تنعكس سلبا على الأفراد المحيطين به، بما في ذلك الأسرة والأصدقاء والمجتمع بشكل عام. وأن الانتحار ليس عمل مفاجئ، بل يمكن أن يمر بمراحل متعددة يبدأ بتصورات وتفكير كامن، تليها مرحلة الرغبة الشديدة في التخلص من الحياة، وتنتهي بقرار متخذ لتنفيذ الفعل بشكل محدد. فالأسباب وراء الانتحار متعددة، تتمثل في العوامل النفسية مثل الاكتئاب، القلق والشعور بالوحدة، والعوامل الاجتماعية كالعلاقات الأسرية السيئة وعدم الاستقرار الاقتصادي بالإضافة إلى العوامل البيولوجية والجينية التي يمكن أن تلعب أيضا دورا في زيادة خطر الانتحار.

لمعالجة هذه المشكلة، يجب تعزيز الوعي بالصحة النفسية وتقديم الدعم النفسي والعلاجي للأفراد المعرضين للانتحار، بالإضافة إلى تعزيز الشبكات الاجتماعية الداعمة وتقديم المساعدة الفورية لمن يعانون من الأفكار الانتحارية.

الفصل الثالث

الرفاهية الروحية

تمهيد الفصل

تعتبر الرفاهية الروحية Spiritual Well-Being احدى من الجوانب المهمة للصحة النفسية والجسمية لدى الأفراد والتي توفر علاقات متكاملة ومتوافقة بين القوى الداخلية والتي تعرف على أنها القدرة على التصرف وفق المعتقدات الأخلاقية والدينية في الحياة اليومية. ونظرا لأهميتها عمدت منظمة الصحة العالمية لإدراج البعد الروحي كأحد الأبعاد الصحية، كونها تعمل على تحقيق التوافق بين الجوانب النفسية والجسمية والاجتماعية.

و باعتبارها أحد متغيرات البحث سيتم التطرق إلى تعريف هذا المفهوم، المفاهيم المرتبطة به، خصائصه، النظريات المفسرة له، آثارها وأخيرا سيتم تسليط الضوء على الرفاهية الروحية عند الأشخاص المصابين بالسرطان.

1. تعريف الرفاهية الروحية

بعد الاطلاع على التراث السيكولوجي للرفاهية Well-being اتضح أنه من المفاهيم الحديثة نسبيا في علم النفس وهو يمثل أحد المحاور الرئيسية في علم النفس الإيجابي، وفي اللغة العربية هناك اختلاف في ترجمته فحسب (حمادي، كردي، محمد، 2021) تعتبر الرفاهية مرداف للسعادة، بينما يرى آخرون أنه مرداف للوجود الأفضل أو طيب العيش وبعضهم يراه مرادف للرفاهية النفسية أو جودة الحياة أو الحياة الطيبة أو الهناء الشخصي وكلها مصطلحات تدور حول معاني إيجابية في الحياة. ويتضمن كل من ردود الفعل العاطفية والأحكام المعرفية والتي تتكون من ثلاثة عناصر مستقلة ولكنها مرتبطة في الغالب بالرفاه: الشعور الإيجابي المتكرر، والشعور السلبي غير المتكرر، والتقييمات المعرفية كالرضا عن الحياة وبذلك يشمل الرفاهية المزاج والعواطف بالإضافة إلى تقييم الرضا الشخصي عن الجوانب العامة والخاصة لحياة الفرد.

وعرف(Fisherو Gomez، 2003) الرفاهية الروحية على أنها المشاعر الإيجابية والسلوكيات وإدراك العلاقات مع الذات ومع الاخرين ومع الطبيعة والتي بدورها تزود الفرد بإحساس بالهوية والكمال والرضا والحب والاحترام والمواقف الإيجابية والسلام الداخلي والانسجام والهدف والاتجاه في الحياة.

وعرفها (Nolan، Saltmarsh، Leget، 2011) أنها البعد الديناميكي للحياة البشرية الذي يتعلق بالروحانية، بينما عرفها (Abbasi، Farahani-Nia و Mehrdad، 2014) بأنها تأكيد على حياة الفرد

في علاقته مع الله والذات والآخرين والمجتمع والبيئة التي تتسم بالكمال، حتى يشعر بالحيوية والهدف مما يحقق له الرضا.

وأشار (Momennasab، Hazrati،Elham وSareh،2015) إلى الرفاهية الروحية على أنها البحث الدائم عن المعنى والأهداف في الحياة والإدراك العميق لقيمة الحياة واتساع الكون والطبيعة الموجودة. ويضيف (Avci،Duran وEsim،2020) على أنها قوة لا مثيل لها تنسق الأبعاد الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية للأفراد، بهدف التواصل مع الآخرين للحصول على معنى وهدف في الحياة والشعور بالإيمان بقوة أعلى وإقامة علاقة مع تلك القوة، وتعد مؤشرا مهما لجودة الحياة المدركة من قبل الأفراد.

يتضح من خلال التعريفات السابقة أن الرفاهية الروحية تعبر عن المشاعر الإيجابية اتجاه الذات و الآخرين والمجتمع و البيئة وكذا العلاقة مع الله ، وتهدف دائما للحصول على المعنى و الأهداف في الحياة، كما أنها تعمل على تنسيق الأبعاد الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية للأفراد.

2. المفاهيم المرتبطة بالرفاهية الروحية

تبين من خلال استعراض الأدبيات وجود تشابه بين الرفاهية الروحية مع العديد من المفاهيم الروحية المختلفة منها:

-**مفهوم الروحانية (Spirituality)**: هي جانب ديناميكي وجوهري للإنسانية من خلالها يسعى الأشخاص إلى المعنى النهائي للحياة ويحدد من خلالها العلاقة مع الذات والأسرة والآخرين والمجتمع والطبيعة. ويتم التعبير عنها من خلال المعتقدات والقيم والتقاليد والممارسات الدينية (Puchalski، Vitillo، Hull وReller، 2014، ص646).

-**الرعاية الروحية (Spiritual care)**: يقصد بها الرعاية التي تقدم للأفراد في المواقف الصعبة التي تعالج المخاوف الوجودية والألم وتعزز القدرة على الصمود في مواجهة التوتر والخسارة وتجلب الأمل وتؤدي إلى الشعور بمعنى الحياة (O'Callaghanوآخرون، 2020)

-**المواجهة الروحية (Spiritual coping)**: يقصد بها المواجهة المعرفية والسلوكية لإيجاد أو الحفاظ على المعنى والغرض والترابط في مواجهة المواقف المهددة أو المؤلمة (Clark وhunter، 2019، ص p61).

القيادة الروحية (Spiritual leaderships): ويقصد القيم والمواقف والسلوكات الضرورية لتحفيز الذات والآخرين بشكل جوهري بحيث يكون لديهم شعور بالبقاء الروحي (Abdizadeh وKhiabani، 2014، ص9).

وبالنظر إلى المفاهيم سالفة الذكر يتضح أنها تتفق و تتشابه جميعها في إيجاد المعنى للحياة والسعي نحو الارتقاء بها سواء من خلال الممارسات الدينية أو العلاقات الاجتماعية، لكن الرفاهية الروحية تختلف، اذ تمثل مفهوما شاملا ينطبق على جميع جوانب الحياة والتفاعلات الاجتماعية، بينما ترتبط المفاهيم السابقة بسياقات معينة مثل الرعاية، التعامل مع التحديات والضغوط.

3. خصائص الرفاهية الروحية

تتميز الرفاهية الروحية حسب (Fisher، 2011، ص20) بعدة خصائص متمثلة في أنها:

-فطرية (Innate): ورد أن الروحانية موضوعة في قلب التجربة الإنسانية وأنها سمة متأصلة في النفس البشرية تتطور منذ بداية حياة الفرد حسب الظروف السائدة وبالتالي يمكن اعتبار الروحانية عنصرا أساسيا وحيويا للإنسان.

-انفعالية (Emotive): أسلوب أو مهارة في التعبير والتفاعل مع العواطف والمشاعر الداخلية والخارجية بشكل متعمق ومفعم بالتفهم والحساسية. هذا يتطلب من الأفراد القدرة على الاستماع والتعبير بطريقة تتجاوز الجوانب السطحية للحوار، وتلامس الأبعاد الروحية والعاطفية للحياة. الانفعالية ليست مجرد مهارة اجتماعية، بل هي أداة أساسية للقادة والمرشدين الروحيين لفهم ودعم الآخرين في رحلاتهم الروحية والشخصية. وبالتالي، من المهم لأولئك الذين يتولون مناصب نفوذ أن يكونوا حساسين لهذه القدرة وأن يتعاملوا مع المفاهيم الروحانية والصحة الروحية بطريقة تجمع بين الحيادية في التقييم والتعاطف الانفعالي، مما يعزز الرفاهية الروحية للأفراد والمجتمع بشكل عام.

-ذاتية (Subjective): لقد تم النظر إلى الروحانية على أنها شخصية أو ذاتية تفتقر إلى الكثير من الطبيعة الموضوعية التي تعتبر ضرورية للتحقيق فيها عبر المنهج العلمي.

-ديناميكية (Dynamic): بمعنى يجب الشعور به قبل أن نتمكن من تصوره وتمشيا مع هذا الرأي يتم استخدام مصطلحات مثل "النمو الروحي" و"التنمية" للتعبير عن الطبيعة النابضة بالحياة الروحانية. ويمكن النظر إلى الصحة الروحية للشخص على أنها مرتفعة أو منخفضة. أما إذا كانت ثابتة فلا نمو ولا تطور ولا حياة روحية.

ومن خلال النظر في خصائص الرفاهية الروحية نجد أنها جزء أصيل من التجربة الإنسانية، تنمو وتتطور مع الفرد بناءا على الظروف المحيطة، بحيث تتصل بعمق بمشاعر الناس لإنها تعبر عن جوهر وجودهم،

مما يجعلها تجربة شخصية يصعب قياسها علميا. كما أنها ليست ثابتة بل تتطور وتستمر في النمو، حيث يمكن أن تكون الصحة الروحية في حالة من الارتفاع أو الانخفاض حسب مستوى التطور والنمو الروحي.

4. النماذج النظرية المفسرة للرفاهية الروحية

1.4. نموذج ماكدونالد(MacDonald، 2015)

قام ماكدونالد باختبار (11) مقياس متخصص في موضوع الروحانية على 534 طالب جامعي باستخدام تقنية التحليل العاملي للمحور الرئيس principal axis factors analysesوتوصل إلى عامل الروحانية الذي يمكن التعبير عنه من خلال خمسة عوامل فرعية هي:

– التوجه المعرفي نحو الروحانيات: يتعلق هذا البعد بالتعبيرات الروحانية ذات الطبيعة المعرفية الإدراكية. بمعنى المعتقدات والمواقف والتصورات المتعلقة بطبيعة وأهمية الروحانية، بالإضافة إلى إدراك الروحانية باعتبارها ذات صلة وأهمية للأداء الشخصي. ولا يتضمن هذا البعد بشكل علني التدين أو التعبير عن المعتقدات من خلال الوسائل الدينية على الرغم من أنه يبدو مرتبطا بها بشكل كبير.

– البعد التجريبي/الظاهري للروحانية: يتعلق هذا البعد بالتعبيرات التجريبية للروحانية. يتضمن عنوان "التجريبي" التجارب التي توصف بأنها روحية، ودينية، وصوفية، وذروة، ومتسامية، ومتجاوزة للشخصية.

– الرفاهية الوجودية: يتضمن هذا البعد تعبيرات روحانية قد ينظر إليها على أنها مرتبطة بإحساس الوجود الإيجابي. أي أنها تتعلق بالروحانية كما يتم التعبير عنها من خلال الإحساس بالمعنى والغرض من الوجود وتصور الذات على أنها مؤهلة وقادرة على التعامل مع صعوبات الحياة وقيود الوجود الإنساني.

– الإيمان بالمعتقدات الخارقة للطبيعة: هذا البعد من التعبيرات الروحانية يتعلق بالإيمان بالخوارق. ويبدو أن هذا البعد مرتبط في الغالب بمعتقدات الظواهر الخارقة ذات الطبيعة النفسية. (على سبيل المثال الإدراك المسبق، التحريك النفسي) على الرغم من أنها تتكون أيضا من معتقدات تتعلق بالسحر والأشباح أيضا.

– التدين: يتعلق هذا البعد بالتعبير عن الروحانية من خلال الوسائل الدينية. واستنادا إلى النتائج التجريبية يبدو أنه يعكس بشكل أفضل التدين ذو التوجه الغربي (أي أنه مرتبط بالأشكال اليهودية المسيحية للمعتقدات والممارسات الدينية). علاوة على ذلك يبدو أنها تركز على التدين الجوهري بدلا من التدين الخارجي. هذا ولايشمل البعد المعتقدات والمواقف ذات الطبيعة الدينية فحسب، بل يشمل أيضا السلوك والممارسات الدينية (Macdonald، 2000، ص187).

2.4. نموذج المجالات الأربعة (1983,Ellison)

اقترح Ellisonأن الرفاهية الروحية تنشأ من حالة أساسية من الصحة الروحية وهي تعبير عنها وقد أيد هذه الفكرة (Fetching، Miller وShaw،1997) حيث رأوا أن الرفاهية الروحية هي مؤشر على نوعية حياة الأفراد في البعد الروحي أو مجرد مؤشر على صحتهم الروحية، تظهر من خلال مدى عيش الناس في وئام داخل العلاقات في المجالات التالية:

المجال الشخصي: حيث يرتبط المرء بنفسه فيما يتعلق بالمعنى والغرض والقيم في الحياة حيث يمثل الوعي الذاتي القوة الدافعة أو الجانب المتعالي للروح الإنسانية في بحثها عن الهوية وقيمة الذات.

المجال المجتمعي: يظهر في جودة وعمق العلاقات الشخصية، بين الذات والآخرين، فيما يتعلق بالأخلاق والثقافة والدين. ويتم التعبير عنها في الحب والتسامح والثقة والأمل والإيمان بالإنسانية.

المجال البيئي: ويظهر فيماهو أبعد من الرعاية والتنشئة المادية والبيولوجية، إلى الشعور بالرهبة والاندهاش بالنسبة للبعض، أي في فكرة الوحدة مع البيئة.

المجال التجاوزي: أي في علاقة الذات مع شيء ما أو شخص ما خارج المستوى البشري) أي الاهتمام النهائي، القوة الكونية، الواقع المتعالي أو الله). وهذا يتضمن الإيمان والعبادة لمصدر سر الكون (Fisher، 2011، ص21-22).

3.4. نموذج موبيرج (Moperg، 1984)

يرى موبيرج 1984 Moperg أن الرفاهية الروحية مفهوم يتكون من مجالات متعددة وهو قدرة نفسية يتم بناءها داخل النفس الإنسانية على مدى حياة الفرد وهي ترتبط او تتداخل مع العامل الديني بشكل كبير ولكنه ليس مرادفا للدين. وتتألف الرفاهية الروحية من بعدين اساسين أولا الجانب الرأسي والذي يعني العلاقة مع الله، و الجانب الافقي اي العلاقة بمعنى الحياة و الغرض منها و الرضا عنها وعلى هذا الأساس تم صياغة مفهوم الرفاهية الروحية حيث تنشأ علاقة ترابطية بين الشخص و الذات المتسامية العليا عن طريق الجانب الرأسي بالمقابل تنشأ علاقة تدريجية مع المجتمع و البيئة و الشخص نفسه من خلال الثقافة و الأخلاق و التجارب الشخصية المعمقة و بناء الذات و من خلال الوعي الذاتي و من خلال بناء الجانب الرأسي على الجانب الافقي ينشأ لدينا مفهوم الرفاهية الروحية لدى الأشخاص (كرار ،2021،ص72).

4.4. نموذج الرفاهية الدينية- الروحية (Human و آخرون، 2012)

نشر Human وزملائه في سنة (2012) نموذجهم النظري حول الرفاهية الدينية الروحية والتي تعني قدرة الفرد على التجربة ودمج المعنى والغرض في الوجود من خلال الارتباط بالنفس والذات والمجتمع وقوة

متعالية أكبر من الذات. وميز Human وجماعته بين معنيين للروحانية الأول بوصفها خبرة شخصية تتعلق بالخبرات الغيبية غير المحسوسة والتي تدرك بشكل شخصي ومتفرد، والثاني بوصفها مرادفة للسلوك الديني المنظم وفق سياقات وشعائر تقرها مؤسسة دينية معترف بها على الصعيد الاجتماعي. وهو يؤكد في فهم الروحية على المعنى الأول دون الثاني. كما أكد Humanوزملائه على أن الرفاهية الروحية تعطي شعورا بالتكامل بين الأبعاد الأخرى (الجسدي– العاطفي– العقلي) وهي مهمة جدا للصحة النفسية للأشخاص وحدد ست مجالات للرفاهية الروحية متمثلة في:

– **التدين العام General Religiosity** : بمعنى توفر الفرد على القناعة الدينية والإيمان بالخالق والطمأنينة إليه وتوقع العون والإسناد منه. ويتمثل الايمان المرتبط بالمؤسسات الدينية والمجتمعات او التقاليد الدينية (الدين الطقوسي) ويهدف الدين في الغالب إلى إعطاء معنى للحياة. قد تحتوي الأديان على قصص رمزية يقال في بعض الأحيان من قبل المتابعين أنها حقيقة، والتي لها غرض جانبي يتمثل في شرح أصل الحياة والكون وأشياء أخرى. تقليديا يعتبر الإيمان بالإضافة إلى العقل مصدرا للمعتقدات الدينية.

– **الغفران Forgiveness** : ميل الفرد الطوعي والواعي والقائم على قناعات ذاتية لان يغفر للآخرين، ويسامحه أو بحث الآخرين على المغفرة والتسامح بصرف النظر عما إذا كان المتسامح معهم يستحقون الغفران أم لا. هو نكران الذات أو التوقف عن الاستياء أو السخط للتعرض للإساءة أو الشقاق أو الخطأ الملموس أو التوقف عن طلب العقوبة أو التعويض.

– **الأمل الجوهري Hope Immanent:** هو أن يتبنى الفرد وجهة نظر متفائلة بشان مستقبله و حياته و خبراته الشخصية، حيث يتطلع الأشخاص لمستقبلهم بنظرة متفائلة و الاعتقاد بان الحياة نحو الأحسن و الأحداث التي سوف يتم التعرض لها ستكون سعيدة كما انه سوف يعيشها كما ينبغي أن تكون أو كما خططت لها.

– **الارتباط Connectedness:** هو الشعور بالتوحد والارتباط بقوة عليا ما ورائية تتحكم بالحياة والموت والارتباط بأشخاص ذوي مكانة وقدسية، والتعرض لخبرات وجودية خاصة تعزز إيمانه وتزوده بالطاقة الروحية اللازمة لديمومة هذا الارتباط.

– **الأمل المتعال Hope Transcedent:** هو اتجاه انفعالي خاصيته السائدة تمني الفرد بلوغ أهداف محددة وان تكون حياة ما بعد الموت محققة لتمنياته قبلها بشأن أحبته وعلاقاته وأخطائه الدنيوية. ويمكن وصف الامل المتعالي بأنه عكس الخوف الوجودي او القلق الوجودي الذي قد يظهره الناس اتجاه الموت مثال على الامل المتعالي الاعتقاد في الاخرة بوجود الجنة والثواب الحياة الخالدة ورحمة الله.

- **خبرات الإحساس والمعنى Experiences of Sense And Meaning:** وهي المشاركة العلمية لجميع الأحداث والخبرات التي يتعرض لها الإنسان وإضافة المعنى والغرض أو القيمة لهذه الأحداث لتصبح الحياة جديرة بالعيش. (كرار، 2021، ص 6-5)

انطلاقا من النماذج النظرية السابقة، تبنى الرفاهية الروحية حسب نموذج ماكدونالد على الإيمان بالخوارق و المعجزات الدينية و الروحية، بينما ركز نموذج (Ellison) على الاتصال الاجتماعي و البيئي و الشخصي، و التكامل بين الأبعاد الجسدية و العقلية و العاطفية. بالمقابل، رأى (Mobreg) أن الرفاهية الروحية سمة تتطور طوال حياة الشخص مع جوانب رأسية (العلاقة بالآلهة) وأفقية (العلاقات المجتمعية والبيئية والثقافية). أما (Human) فقد وصفها بالقدرة على دمج المعنى والغرض في الوجود من خلال الارتباط بالذات والمجتمع والأبعاد المتسامية.

5. آثار الرفاهية الروحية

تعد الرفاهية الروحية متغير مهم يزيد من المرونة النفسية لدى الأفراد، كما لها تأثير إيجابي على الصحة والأمراض. وقد بينت نتائج الدراسات كدراسة (Duran، Avci وEsim، 2020) أن الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات عالية من الرفاهية الروحية يتمتعون بأسلوب حياة أكثر صحة، ويكونوا أكثر سعادة ورضا عن حياتهم. كما تعمل كإستراتيجية للتكيف و تزيد من حالة العافية الجسدية و العقلية. وحسب (Malekiha وRafiee، 2020) تلعب الرفاهية الروحية دورا مهما في تغيير منظور الفرد للمستقبل، وتعمل على تقليل التأثير السلبي للماضي والاستمتاع بالحاضر كما لها دور في إعداد الفرد للتعامل بفعالية

مع الحياة الصعبة. وهو ما يتفق مع ما جاءت به دراسة (Borzyszkowska وBasinka، 2018) التي ترى أن الرفاهية الروحية مخطط حياة مشبع بالمعنى الذي يشكل التمثيل المعرفي للفرد لحياته وهذا ما يحقق له الكفاءة الذاتية التي تسمح بالتغلب على الصعوبات التي يواجهها.

كما توصلت دراسة (Lovell،Corbett ،Dong وSiddall،2021) إلى أن الرفاهية الروحية والشعور بالمعنى يخففان من الاكتئاب لدى الأشخاص الذين يعانون من الألم المزمن.

وحسب (Heng،Lathiifah وHutabarat،2021) للرفاهية الروحية آثار إيجابية كتحسين الصحة العامة ومعالجة جوانب الصحة الأخرى التي من شأنها تعزيز التوافق والأداء الوظيفي للرفاه النفسي ويرتبط أيضا بجوانب أخرى مثل راحة البال، الاستقرار في الحياة، الشعور بعلاقة أفضل مع الذات والمجتمع والبيئة والله.

فحسب (Kilic، Ata، 2022) فإن المستوى العالي من الرفاهية الروحية يزيد من مستوى الرفاهية النفسية ويقلل من التوتر، كما أنها تزيد من قدرة الإنسان على تحقيق التوافق بين الجوانب النفسية والجسمية والاجتماعية (Hasanshali، Mazaheri، 2016).

كما توصلت دراسة (Karekla، Constantinou، 2010) إلى أن الرفاهية الروحية مورد مهم في مواجهة الشدائد، وذلك عن طريق توجه نحو قوة أعلى لتحقيق التوافق النفسي من خلال الجوانب الروحية التي يمكن الوصول إليها عن طريق الممارسات الدينية.

فالرفاهية الروحية تعد عاملا حيويا في تعزيز المرونة النفسية والصحة العامة للأفراد. حيث تشير هذه الدراسات إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات عالية من الرفاهية الروحية يعيشون حياة أكثر صحة وسعادة، حيث تساعدهم هذه الرفاهية على التكيف بشكل أفضل مع تحديات الحياة وتخفيف التأثيرات السلبية للماضي. علاوة على ذلك، تعزز الرفاهية الروحية من قدرة الأفراد على الاستمتاع بالحاضر وتزيد من كفاءتهم الذاتية لمواجهة الصعوبات، كما تلعب دورا هاما في تحسين الصحة العامة، تقليل الاكتئاب، وتعزيز راحة البال والعلاقة الذاتية والمجتمعية، مما يجعلها عنصرا أساسيا في تحقيق رفاهية نفسية وجسدية متكاملة.

6. الرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان

تعد الرفاهية الروحية أحد الجوانب التي يحتاجها مرضى السرطان بسبب التأثيرات المترتبة عنه والتي تمس جميع جوانب حياة المرضى جسديا ونفسيا وبالتالي فإن الإشباع الروحي لدى مرضى السرطان يمكن أن يحسن نوعية حياتهم ويؤدي إلى الشعور بالسلام والراحة (Naim، Sahrah،Rustam و Dwidiyanti،2023).

كما تعد الرفاهية الروحية مصدر مهم وقوي للتكيف مع مرضهم؛ حيث عادة ما يصلي المرضى المتدينون لإيجاد اتصال مع الروح العليا للحصول على الراحة وتعزيز الرغبة في العلاج (Liu،Cheng ، Li،Wang ،Mao و Chen،2019).

وحسب (Gonzalez واخرون 2014) غالبا ما تصبح الرفاهية الروحية أسلوبا مهما لإدارة التوتر لأن السرطان يهدد الحياة، كما تؤدي إلى انخفاض الضيق المرتبط به، كما تعتبر حسب (Werdani، 2014) عامل مهم لزيادة الأمل لديهم للخضوع لعملية العلاج والاستعداد لمواجهة انتكاس المرض وحتى الاستعداد لمواجهة الموت، كما تزيد الثقة بالنفس نحو الشفاء ومستقبل أفضل.

من جهة أخرى، بينت دراسة (Lin وBauer،2003) أن المرضى الذين يتمتعون بإحساس معزز بالرفاهية النفسية والروحية قادرون على التعامل بشكل أكثر فعالية مع عملية المرض وإيجاد المعنى في التجربة.

وحسب(Scheffold وآخرون، 2019) تلعب الرفاهية الروحية دورا هاما في الصحة العقلية لمرضى السرطان في مراحلهم المتقدمة من خلال التوسط في الارتباط والضيق النفسي وان تطوير فهم أفضل للترابط بين بنيات الرفاهية الروحية والارتباط يمكن أن يساعد في تطوير برامج للسرطان وتدخلات علاجية للسرطان؛ فالرفاهية الروحية تحسن الرفاهية الجسدية والوظيفية والعاطفية و التي تشير إلى إدراك الفرد لهدف الحياة ورضاها، حيث تؤثر المعتقدات الروحية بشكل كبير على قدرة الشخص على قبول المشكلات التي قد تتداخل مع قدرته على العمل بشكل طبيعي مثل التغيرات الجسدية والعاطفية التي يسببها مرض السرطان (Lestari،Sukartini وNihayati،2023).

فالرفاهية الروحية تلعب دورا حاسما في تحسين جودة حياة مرضى السرطان، حيث تساعدهم على التكيف مع تأثيرات الأمراض الجسدية والنفسية من خلال تعزيز شعورهم بالسلام والأمل. تساهم الرفاهية الروحية في إدارة التوتر وتقليل الضيق. مما يعزز الرغبة في العلاج ويزيد من الثقة تجاه الشفاء. كما تؤدي إلى تحسين الصحة العقلية والعاطفية للمرضى، مما يجعلهم أكثر قدرة على التعامل مع التحديات المتعلقة بالسرطان وإيجاد معنى في تجربتهم.

خلاصة الفصل

في الأخير يستنتج أن الرفاهية الروحية هي البعد الأحدث للصحة بحيث تنشأ من الصحة الروحية التي تعني البحث الدائم عن المعنى والأهداف في الحياة والإدراك العميق لقيمة الحياة من خلال الممارسات الدينية والعلاقات الاجتماعية كما أنها تؤدي إلى الشعور بالسعادة وتزيد من درجة الصمود أمام الشدائد والصعوبات التي يواجهها الفرد، ومن خصائصها أنها فطرية جزء اصيل من التجربة الإنسانية، كما أنها ليست ثابتة بل تتطور وتستمر في النمو. فهي تسعى إلى تحقيق التوافق بين الجوانب النفسية والجسمية والاجتماعية.

وقد تبين من النتائج الدراسات السابقة أن الافراد الذين يتمتعون بالرفاه الروحي لديهم جودة حياة أفضل من غيرهم وقدرة أكثر على مواجهة الضغوط النفسية، كما أن للرفاهية الروحية اثار إيجابية على حياة الأفراد بحيث تعزز من التوافق والأداء الوظيفي للرفاه النفسي وهي من بين الجوانب التي يحتاجها مرضى السرطان، حيث تساعدهم على تحقيق التكيف مع التأثيرات الجسدية والنفسية وتعزز لديهم الشعور بالأمل والراحة والرغبة في العلاج.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية المتبعة في البحث

تمهيد الفصل

بعد التطرق لإشكالية البحث، تساؤلاتها، وفرضياتها، وكذا الفصول النظرية للمتغيرات، سيتم تناول الجانب التطبيقي للدراسة، الذي يشمل فصلين، الفصل الرابع الذي يضم الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة والمتمثلة في الدراسة الاستطلاعية، المنهج المتبع، المعاينة وخصائصها، الأدوات المستعملة في الدراسة لجمع المعلومات، زمان ومكان إجراء الدراسة، كيفية إجراء الدراسة بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة. أما الفصل الخامس فسيضم عرض نتائج المعالجة الإحصائية ونتائج دراسة الحالات ومناقشة النتائج، لينتهي الفصل بخاتمة البحث.

1- الدراسة الاستطلاعية

"تعرف الدراسة الاستطلاعية أنها دراسة تمهيدية تسهل للباحث الإلمام بموضوع بحثه وبوجود العينة قبل أن ينخرط بشكل معمق في دراسته. وانطلاقا منها يستطيع أن يقيم مدى قدرته على تطبيق دراسته على أرض الواقع كما أنها تساعدنا من جهة أخرى في ضبط إشكالية الدراسة وتحديد المنهج والأدوات اللازمة لجمع المعطيات وكيفية معالجتها" (بوثلجة، 2016، ص 116).

وعليه هدفت الدراسة الاستطلاعية في البحث الحالي إلى:

- **دراسة قابلية انجاز الدراسة**، للتحقق من هذا الهدف تم التوجه إلى مركز مكافحة السرطان المتواجد بذراع بن خدة؛ حيث تم لقاء الأخصائية النفسانية للمصلحة التي عملت على تسهيل إجراءات الموافقة على إجراء الدراسة على مستوى المصلحة.

- **ضبط متغيرات البحث**، للتحقق من هذا الهدف تم إجراء مقابلة مع 03 حالات تتراوح أعمارهم ما بين 41 إلى 52سنة (امرأتين ورجل). تم تطبيق دليل مقابلة الذي هدف أساسا إلى التعرف على البيانات الشخصية للحالات، ظروف الإصابة بالمرض وكذلك التعرف إلى مدى تواجد الأفكار الانتحارية وعوامل الخطر والحماية المساهمة في تواجدها من عدمها.

تمت الدراسة الاستطلاعية في مصلحة طب الأورام التابع لمركز مكافحة السرطان، الشهيد حمداد محمد مولود بذراع بن خدة ولاية تيزي وزو، وذلك بعد الحصول على تصريح من طرف الجامعة، توجهنا بتقديم طلبنا إلى المركز فحظينا باستقبال جيد من طرف الأخصائية النفسانية، و بعدها تم التوجه إلى قاعة العلاج لإجراء المقابلات مع الحالات، وقبل بدء المقابلات قمنا بتقديم أنفسنا و غرض قدومنا وهذا لكسب ثقتهم، فتلقينا من جميع الحالات الرضا و القبول.

بعد تحليل محتوى المقابلات التي أجريت على الحالات الثلاث (03) المصابة بالسرطان والتي تمثلت في امرأتين مصابتين بسرطان الثدي في مرحلته الثانية الأولى مصابة منذ سنة والثانية منذ ستة أشهر ورجل مصاب بسرطان القولون منذ سنتين. وتوصلنا إلى أنه لم تكن لديهم أفكار انتحارية وهذا راجع إلى وجود عوامل حماية كالدعم الأسري والاجتماعي وحب الحياة بالإضافة إلى إجماع الحالات على أهمية الدين والجانب الروحي والمعتقدات الدينية في مساعدتهم على التعامل مع المرض. ومن هنا تم اتخاذ قرار دراسة الرفاهية الروحية كعامل حماية من الأفكار الانتحارية لدى مرضى السرطان.

أما الهدف الثالث فتمثل في التأكد من صدق وثبات أدوات جمع المعلومات، أي دراسة الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة والمتمثلة في: مقياس التفكير الانتحاري ومقياس الرفاهية الروحية.

للتحقق من هذا الهدف تم أولا ترجمة مقياس الرفاهية الروحية من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، ثم تطبيق مقياس التفكير الانتحاري على عينة من 30 شخصا راشدا (الذكور 14، الإناث 16) تتراوح أعمارهم ما بين (25 – 65) سنة، بينما تم تطبيق مقياس الرفاهية الروحية على عينة من 50 شخصا راشدا، مصابا بمرض مزمن (26 ذكر، 24 إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (22–55) سنة.
بعد حساب الخصائص السيكومترية للمقياسين، تم التأكد بتمتع كل من الأداتين بصدق وثبات عاليين يسمحان بتطبيقهما في البيئة الجزائرية.

2- منهج الدراسة

تم الاعتماد في الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي الذي يهدف الى جمع الحقائق والبيانات عن ظاهرة معينة مع محاولة تفسيرها تفسيرا كافيا، وتصنيف البيانات وتحليلها تحليلا دقيقا ثم الوصول الى تعميمات بشأن الموقف أو الظاهرة موضوع الدراسة وتحديد خصائصها ونوعية العلاقة بين متغيراتها (الدليمي و صالح، 2014، ص149).

كما تم الاعتماد على المنهج العيادي الذي عرفه"Lagache "على أنه تناول للسيرة في منظورها الخاص، وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنى للتصرف على بنيتها وتكوينها والكشف عن الصراعات التي تحركها. كما عرفه "Perron " على أنه منهج لمعرفة التوظيف النفسي الذي يهدف إلى بناء نسق واضح للأفعال الحوادث السيكولوجية التي يكون مصدرها هو الفرد (غازلي، 2012، ص 103).

3. المعاينة

يتمثل المجتمع الأصلي في الدراسة الحالية في الأفراد الذين تم تأكيد إصابتهم بمرض السرطان. وقد تم الاعتماد في الدراسة الحالية على المعاينة الغير احتمالية القصدية والتي يمكن تعريفها أنها "نوع من المعاينة يكون فيها احتمال انتقاء عنصر من عناصر مجتمع البحث ليصبح ضمن العينة غير معروف والذي لا يسمح بتقدير درجة تمثيلية العينة المعدة بهذه الطريقة" (أنجرس، 2004، ص302). وقد تم اختيار عينة الدراسة حسب الشروط التالية:

- أن يتم تأكيد إصابة أفراد العينة بمرض السرطان.
- أن يكون أفراد العينة من كلا الجنسين (ذكور وإناث).
- أن يكون أفراد العينة راشدين.

4- حجم وخصائص العينة

4-1- حجم العينة

شملت عينة الدراسة الإجمالية 60 فردا مصابا بسرطان تتراوح أعمارهم ما بين (21-65) سنة بمتوسط عمري (42.05) وانحراف معياري (10.76).

4-2-خصائص العينة

4-2-1خصائص العينة الإجمالية

يتميز أفراد العينة بمجموعة من الخصائص كما هي موضحة في الجداول التالية:

جدول رقم (01): توزيع أفراد العينة حسب البيانات الشخصية والعائلية.

الخصائص		عدد الأفراد	النسبة المئوية
الجنس	ذكور	31	51,7
	إناث	29	48,3

المجموع		60	100
السن	من 21 إلى 35 سنة	17	28,3
	من 36 إلى 45 سنة	22	36,7
	46 سنة فما فوق	21	35
المجموع		60	100
المستوى الدراسي	ابتدائي	11	18,3
	متوسط	13	21,7
	ثانوي	16	26,7
	جامعي	20	33,3
المجموع		60	100
الحالة العائلية	أعزب	15	25
	متزوج	33	55
	مطلق	9	15
	أرمل	3	5
المجموع		60	100
عدد أفراد الأسرة	5 أفراد أو أقل	37	61,7
	من 6 إلى 10أفراد	17	28,3
	11 فرد فما فوق	6	10
المجموع		60	100

يلاحظ من خلال الجدول رقم (01) أن نسبة الذكور أكثر من نسبة الإناث حيث قدرت بـ 51,7% ، في حين قدرت نسبة الإناث بـ 48,3 %. كما أن نسبة الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 36 و45 سنة وأفراد الذين تتراوح أعمارهم 46 سنة فأكثر جاءت بنسب متقاربة (36,7% ، 35%) على الترتيب، وأقل نسبة هي نسبة الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 21 و35 سنة بنسبة قدرت بـ 28,3%.

يتضح من الجدول كذلك أن عينة البحث شملت كل المستويات الدراسية، إلا أن نسبة ذوي المستوى الجامعي هي البارزة إذا قدرت بـ 33,3%، تليها فئة ذوي المستوى الثانوي بنسبة قدرت 26,7 % ثم فئة ذوي المستوى المتوسط بنسبة21,7%، بينما قدرت نسبة ذوي المستوى الابتدائي بـ 18,3%.

يتبين أيضا من الجدول أن نسبة المتزوجين هي الأكثر بروزا، إذ قدرت نسبتهم بـ 55%، أما نسبة غير متزوجين فقدرت بـ 25%، بحيث سجلت نسبة المطلقين والأرامل أقل نسبة قدرت بـ 15%للمطلقين و5%للأرمل، أما فيما يتعلق بحجم الأسرة، يتضح من الجدول أن الأسر التي يبلغ عدد أفرادها 5 أفراد أو أقل قدرت نسبتها بـ 61,7% وهي أعلى نسبة تليها الأسر التي يتراوح عدد أفرادها من 6 الى10 أفراد بنسبة 28,3% في حين سجلت الأسر التي يفوق عددها 11 فردا نسبة أقل قدرت بـ 10%.

جدول رقم (02): توزيع أفراد العينة الحالة السكنية، الاقتصادية والمهنة.

الخصائص		عدد الأفراد	النسب المئوية
السكن	العيش بمفرده	8	13,3
	مع العائلة	52	86,7
مكان الإقامة	منطقة ريفية	32	53,3
	منطقة حضرية	28	46,7
المستوى الاجتماعي والاقتصادي	ضعيف	8	13,3
	متوسط	43	71,7
	جيد	9	15
المهنة	عمال في قطاع الصحة	3	5
	عمال في قطاع التعليم	8	13,3
	عمال في قطاع الأمن والعدالة	9	14,99
	عمال في القطاع الخاص	10	16,66
	عمال في قطاع التجارة	2	3,33
	عمال في قطاع الخدمات الاجتماعية	8	13,33
	مجموع العاملين	40	66,64
	عاطلين عن العمل	20	33,3

يلاحظ من خلال الجدول رقم (02) أن نسبة الأفراد الذين يسكنون مع الأسرة مرتفعة جدا، إذ قدرت بـ 86,7%مقارنة بنسبة الأفراد الذين يسكنون وحدهم والتي قدرت بـ 13,3%. كما يتضح من خلال الجدول أن نسبة الذين يقطنون في المناطق الريفية جاءت مرتفعة نسبيا مقارنة بنسبة الذين يقطنون بالمناطق الحضرية إذ قدرت (53,3%، 46,7%) على الترتيب.

ويظهر من خلال الجدول أيضا أن أغلب أفراد العينة لديهم مستوى اقتصادي واجتماعي متوسط قدرت نسبتهم بـ 71,7%، تليها نسبة ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي الجيد التي قدرت بـ 15%، أما ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي الضعيف فقد قدرت نسبتهم بـ 13,3%

يتبين أيضا من خلال الجدول أن نسبة الأفراد الذين يمارسون مهنة هي الأبرز حيث قدرت بـ 66,64 % موزعة على مجموعة من القطاعات، القطاع الخاص (16,66%)، قطاع الأمن والعدالة (14,99%)، قطاعي التعليم والخدمات الاجتماعية بنسب متساوية قدرت بـ 13,33%، قطاع الصحة (5%)، قطاع التجارة(3,33%)، أما نسبة الأفراد غير ممارسين لعمل معين فقد قدرت بنسبة بـ 33,3%.

جدول رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب ظروف المرض وأنواع العلاج.

ظروف المرض		تكرار	النسب المئوية
فترة الإصابة بالسرطان	أقل من سنة	19	31,7
	من سنة إلى سنتين	21	35
	3سنوات وأكثر	20	33,3
المجموع		60	100
مرحلة تشخيص الإصابة	المرحلة الأولى	13	21,7
	المرحلة الثانية	35	58,3
	المرحلة الثالثة	11	18,3
	المرحلة الرابعة	1	1,7
المجموع		60	100
نوع العلاج	العلاج الكيميائي	33	55
	العلاج الدوائي	4	6,66
	العلاج الجراحي	15	25
	العلاج الكيميائي والجراحي معا	8	13,33
المجموع		60	100

يلاحظ من الجدول رقم (03) تقارب نسبي لنسبة أفراد العينة من حيث فترة اصابتهم بالمرض، قدرت نسبة الأفراد الذين أصيبوا منذ سنة إلى سنتين بـ 35%، تليها نسبة الذين أصيبوا منذ 3سنوات وأكثر قدرت بـ 33,3%، بينما الذين أصيبوا منذ أقل من سنة قدرت بـ 31,7%.

يتبين أيضا من الجدول أن أغلب أفراد العينة تم تشخيص إصابتهم بسرطان في المرحلة الثانية بنسبة 58,3%، تليها نسبة 21,7% للأفراد الذين شخصت إصابتهم في المرحلة الأولى، ثم المرحلة الثالثة التي قدرت نسبتهم 18,3% ، في حين سجلت نسبة أقل للأفراد في المرحلة الرابعة حيث قدرت بـ 1,7%.

يلاحظ أيضا من هذا الجدول أن أغلب أفراد العينة يتابعون العلاج الكيميائي بنسبة 50%، ويليها العلاج الجراحي بنسبة قدرت بـ 25%، ويليه العلاج الكيميائي والجراحي معا بنسبة 13,33%، وأقل نسبة للعلاج الدوائي الذي قدرت نسبته بـ 6,66%.

جدول رقم(04): توزيع أفراد العينة حسب أنواع السرطان

الجنس	نوع السرطان	التكرار	النسب المئوية
الذكور	البروستات	5	16,12
	القولون	8	25,80
	الرئة	3	9,67
	المعدة	5	16,12
	الحنجرة	2	6,45
	البنكرياس	2	6,45
	العظام	1	3,22
	الدماغ	2	6,45
	الغدد اللمفاوية	2	6,45
	الدم	1	3,22
المجموع		31	100
الاناث	المبيض	3	10,34
	الرئة	2	6,89
	الثدي	21	72,41
	الحنجرة	1	3,44
	الدم	2	6,89

المجموع		29	100

يتضح من خلال الجدول رقم (04) تنوع في أنواع السرطان لدى الذكور مقارنة بالاناث، بحيث أن الذكور سجلو أكبر نسبة في الإصابة بسرطان القولون(25,80%)، تليها المعدة و البروستات بنسبة متساوية قدرت بـ (16,12%)، يليها سرطان الرئة بنسبة (9,67%)، ويأتي بعد ذلك سرطانات الحنجرة، البنكرياس، الدماغ، الغدد اللمفاوية بنسبة متساوية (6,45%)، بينما سرطان العظام و الدم بأقل نسبة قدرت بـ (3,22%). بينما سجلت الاناث نسبة أكبر في سرطان الثدي قدرت بـ (72,41%)، يليها سرطان المبيض بنسبة قدرت بـ (10,34%)، ويأتي سرطان الرئة و الدم بنسب متساوية قدرت بـ (6,88%)، و أقل نسبة سجلها سرطان الحنجرة قدرت بـ (3,44%).

جدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب إصابة أفراد العائلة بالسرطان ونوعه

الخصائص		تكرار	النسب المئوية
إصابة أفراد العائلة بهذا المرض	لا	42	70
	نعم	18	30
الأفراد المصابين	أحد الوالدين	7	11,66
	الإخوة	1	1,7
	الأبناء	1	1,7
	الأقارب (الجد، الأعمام، الأخوال)	9	15
نوع السرطان المصاب به أفراد العائلة	الدماغ	3	16,66
	المعدة	1	1,7
	الثدي	9	50
	البروستات	1	1,7
	القولون	4	22,22

يلاحظ من خلال الجدول رقم (05) أن أغلب أفراد العينة لم يكن لديهم أفراد مصابين بسرطان حيث قدرت نسبتهم بـ 70%، أما أفراد الذين كان لديهم أفراد مصابين فقدرت بـ 18%، حيث كانت نسبة 15% من طرف الأقارب (الجد، الأعمام، الأحوال)، وبنسبة 11,66% من طرف أحد الوالدين وتليها بنسب متساوية والتي قدرت بـ 1,7 %من طرف الإخوة والأبناء.

كما يلاحظ من خلال هذا الجدول أن النسبة الكبيرة لأنواع السرطان الذي أصيب به أفراد العائلة هو سرطان الثدي بنسبة قدرت 50%، ثم يليه سرطان القولون ب 22,22%، يليه سرطان الدماغ بنسبة16,66%، ثم يليه بنسب متساوية سرطان المعدة والبروستات بنسبة 1,7%.

4-2-2 خصائص العينة التي أجريت معها المقابلات

تميزت عينة دراسة الحالة بمجموعة من الخصائص الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (06): يوضح خصائص الحالات الأربعة

	الجنس	السن	الحالة المدنية	عدد الأبناء	نوع المرض	مدة الإصابة
الحالة 1	أنثى	43 سنة	متزوجة	2	سرطان الحنجرة	3 سنوات
الحالة 2	أنثى	40 سنة	متزوجة	3	سرطان الثدي	5 أشهر
الحالة 3	ذكر	33 سنة	متزوج	3	سرطان الدماغ	سنتين
الحالة 4	ذكر	54 سنة	متزوج	2	سرطان القولون	3 سنوات

يلاحظ من خلال الجدول رقم (06) أن عينة الدراسة متكافئة من حيث الجنس فهناك رجلين وامرأتين تراوحت أعمارهم بين 33 إلى54 سنة. كما يتبين أن كل أفراد العينة متزوجين، ولديهم أبناء. كما يتضح اختلاف في نوع السرطان الذي يعاني منه أفراد العينة. أما فيما يخص مدة الإصابة بسرطان فقد تراوحت من 5أشهر إلى 3سنوات.

5- أدوات الدراسة

تمّ الاعتماد في الدراسة الحالية على الأدوات التالية:

1.5. استبيان سسيوديمغرافي

هو الاستبيان الذي يسمح بجمع المعلومات حول موضوع الدراسة والذي ضم 16 سؤال يهدف إلى التعرف على البيانات الشخصية للمفحوصين والمتمثلة في الجنس، السن، الحالة المدنية، المستوى التعليمي، المهنة، المستوى الاجتماعي والاقتصادي ومكان الإقامة، السكن، وأسئلة عن الظروف الصحية (مدة الإصابة، نوع والمرحلة التي تم تشخيص فيها المرض والعلاج الذي تم وصفه بعد الإعلان وما إذا أصيب أحد أفراد العائلة بهذا المرض).

2.5. المقابلة العيادية النصف الموجهة

تم الاعتماد على المقابلة العيادية النصف الموجهة التي تسمح في جمع المعلومات حول موضوع الدراسة وقد تم بناء دليل مقابلة متكون من أربعة محاور وهي:

- **المحور الأول:** يتكون من (06) أسئلة تهدف إلى التعرف على البيانات الشخصية للمفحوصين والمتمثلة في الجنس، السن، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة العائلية، المستوى الاقتصادي.
- **المحور الثاني:** يضم (26) سؤال يهدف إلى التعرف على الظروف الصحية، ظروف الإصابة، ظروف الإعلان، المرحلة التي تم فيها الإعلان عن المرض، العوامل المساعدة أو المعرقلة في التعامل مع المرض، ضف إلى ذلك التعرف على إصابة أحد أفراد العائلة بنفس المرض.
- **المحور الثالث:** يضم (19) سؤال تهدف إلى التعرف على مستوى التفكير الانتحاري لدى المفحوصين، التعرف على نظرتهم للحياة بعد الإعلان وإذا راودتهم مشاعر اليأس من الشفاء، وإذا راودتهم أفكار انتحارية ام لا.
- **المحور الرابع:** يضم (20) سؤال تهدف للتعرف على المعتقدات الروحية للمفحوصين بالإضافة إلى نظرتهم إلى المستقبل.

3.5. مقياس التفكير الانتحاري

تم الاعتماد على النسخة المترجمة لمقياس التفكير الانتحاري لموراي (1991) من طرف مصري حنور (الأنصاري، 2004).

5-3-1 وصف المقياس:

يتكون المقياس من 12 بند وهو أحادي البعد يهدف إلى قياس مستوى التفكير الانتحاري.

5-3-2 طريقة التصحيح

تمنح الدرجة (0) للإجابة على" لا تنطبق على أبدا"، والدرجة (1) للإجابة "تنطبق على قليلا"، والدرجة (2) للإجابة "تنطبق علي كثيرا"، والدرجة (3) للإجابة" تنطبق علي دائما".

كل بند في مقياس ينقط من 0،1،2،3 ويعكس التنقيط في البنود التالية (10،11) حيث تنقط من 3،2،1،0.

5-3-3 طريقة التفسير:

كلما كانت الدرجة المتحصل عليها تفوق درجة18يكون المستوى التفكير الانتحاري مرتفع وكلما كانت تحت 18درجة يكون مستوى التفكير الانتحاري منخفض.

5-4 مقياس الرفاهية الروحية

لقياس الرفاهية الروحية تم استخدام التقييم الوظيفي لعلاج الأمراض المزمنة – مقياس الرفاهية الروحية The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp)الذي يعد أكثر المقاييس استخداما لتقييم هذا المفهوم (Ahmad **وآخرون**، 2022).

5-4-1 وصف المقياس

يتكون المقياس من 12 بند مقسمة إلى (3) أبعاد، كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (09): أبعاد مقياس الرفاهية الروحية.

المقياس	الأبعاد	البنود	المجموع
مقياس الرفاهية الروحية	بعد السلام	1،7،6،4	5
	بعد المعنى	8،5،3،2	4

	بعد الإيمان	9،10،11،12	3
المجموع	3	12	12

بعد السلام: يتمثل في السكينة، الطمأنينة، الارتياح و الهدوء النفسي.

بعد المعنى: يتمثل في الإحساس بوجود الهدف و المعنى للحياة.

بعد الإيمان: يتمثل في القيم و المعتقدات الروحية.

5-3-2 طريقة التصحيح

تمنح الدرجة (0) للإجابة على "لا على الإطلاق"، والدرجة (1) للإجابة "قليلا جدا"، والدرجة (2) للإجابة "إلى حد ما"، والدرجة (3) للإجابة "كثيرا إلى حد ما"، والدرجة (4) للإجابة "كثيرا جدا.

كل بند في مقياس ينقط من 0،1،2،3،4 ويعكس التنقيط في البنود التالية (4،8) حيث تنقط من 4،3،2،1،0.

5-3-3 طريقة التفسير

تقدر الدرجة الكلية للمقياس (48) درجة، وعليه كلما ارتفعت الدرجة عن المتوسط الافتراضي (24) كلما ارتفع مستوى الرفاهية الروحية وكلما انخفضت الدرجة عن المتوسط الافتراضي كلما انخفض مستوى الرفاهية الروحية.

6- زمان ومكان إجراء الدراسة

أجريت الدراسة في شهر أفريل 2024 بمصلحة طب الأورام التابع لمركز مكافحة السرطان، الشهيد حمداد محمد مولود بذراع بن خدة ولاية تيزي وزو.

7- كيفية إجراء الدراسة

تم جمع معطيات الدراسة بمساعدة الأخصائية النفسانية والتي كانت تسهر على تقديمنا إلى الحالات. قمنا بإجراء المقابلات في قاعة العلاج، حيث قمنا بطرح الأسئلة على المفحوصين ودامت كل مقابلة لمدة تتراوح بين 40 إلى 50 دقيقة. وبعدها قمنا بتطبيق المقاييس على المفحوصين، حيث قمنا بقراءة وشرح بنود المقاييس عليهم وقد تمت الإجابة بدوعلى جميع البنود المقاييس حوالي 30 دقيقة لكل حالة.

ولقد قمنا باختيار الحالات حسب وضعهم الصحي الذي يسمح لهم بالاستجابة والتعامل معنا.

8- الأساليب الإحصائية

تمثلت المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

-برنامج الرزنامة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS): تم استخدام البرنامج في إدخال ومعالجة البيانات إحصائيا بعد جمعها تحويلها إلى درجات وتفريغها في جداول.

-معاملات بيرسون لحساب صدق بنود مقياس التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية وأبعادها.

-معامل ثبات ألفا للاتساق الداخلي معامل سيبرمان براون وقائمتان التجزئة النصفية لحساب ثبات المقاييس.

-التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة.

-الإحصاءات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) للتعرف على مستوى التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية وأبعادها.

-تحليل التباين المتعدد للتعرف على دلالة الفروق في التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان حسب متغيري الجنس ومدة الإصابة.

- معامل الارتباط بيرسون Pearson الخطي للتعرف على العلاقة الارتباطية بين التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان.

- تحليل الانحدار الخطي البسيط للتعرف على مدى قدرة الرفاهية الروحية في التنبؤ بالتفكير الانتحاري لدى المصابين بمرض السرطان.

الفصل الخامس

عرض، تحليل ومناقشة النتائج

1-عرض وتحليل النتائج

1-1-عرض وتحليل نتائج المعالجة الإحصائية

1 -1-1 -عرض و تحليل نتائج التساؤل الأول

نص التساؤل الأول على ما يلي:" ما مستوى التفكير الانتحاري لدى المصابين بمرض السرطان ؟"

للإجابة على هذا التساؤل تم حساب الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) لدرجات التفكير الانتحاري لدى المصابين بمرض السرطان.

جدول (13): نتائج الإحصاءات الوصفية لدرجات التفكير الانتحاري

المتغير	عدد الأفراد	الحد الأدنى	الحد الأقصى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معيار تحديد المستوى	المستوى
التفكير الانتحاري	60	0,00	24,00	6,85	5,14	18	منخفض

يوضح الجدول (13) أن مستوى التفكير الانتحاري لدى المصابين بمرض السرطان منخفض، حيث أن المتوسط الحسابي لدرجات التفكير الانتحاري لديهم يقدر بـ (6,85) وهو أصغر بكثير من معيار المستوى المحدد (18)، بانحراف معياري يقدّر بـ (5,14). وبحد أدنى للدرجات يبلغ (0,00) وحد أقصى للدرجات (24,00) لدى المصابين بمرض السرطان.

وبالتالي توصلت نتائج التساؤل الأول إلى مستوى منخفض من التفكير الانتحاري لدى المصابين بمرض السرطان، بمعنى أن المصابين بمرض السرطان ليس لديهم أفكار انتحارية.

وللتدقيق أكثر في نتائج مقياس التفكير الانتحاري تم حساب متوسط الحسابي لكل بند كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (14): نتائج الإحصاءات الوصفية لبنود مقياس التفكير الانتحاري

الرقم	العبارات	العينة	الحد الأدنى	الحد الأقصى	المتوسط	الانحراف المعياري
12	لم تكن الأمور بالغة السوء لكي أفكر في الانتحار	60	0,00	3,00	1,30	0,79
10	كان هناك الكثير الذي يستحق أن أعيش من أجله	60	0,00	3,00	1,05	0,81
6	اعتقد أن أموت راحة	60	0,00	2,00	0,92	0,74
8	تجنبت التفكير في الأساليب التي تدعوني للاستمرار في الحياة	60	0,00	2,00	0,90	0,60
1	انتابتني الرغبة أحيانا أن أموت	60	0,00	2,00	0,75	0,68
11	فكرت أحيانا في الانتحار	60	0,00	2,00	0,40	0,72
9	فكرت فيما يفعله الأخرون اذا ما أقدمت على قتل نفسي	60	0,00	2,00	0,37	0,76
4	فكرت في الانتحار	60	0,00	2,00	0,35	0,55
2	فكرت في بعض الطرق التي اقتل بها نفسي	60	0,00	2,00	0,23	0,55
3	خططت لقتلي نفسي	60	0,00	2,00	0,20	0,48
5	فكرت طويلا في الانتحار	60	0,00	2,00	0,20	0,48
7	فكرت فيما يمكن ان اكتبه في مذكرتي عند اقدامي على الانتحار	60	0,00	2,00	0,18	0,47

يوضح الجدول (14) أن المتوسطات الأعلى كانت للبندين (10، 12) اللذين يدلان على أن أفراد العينة تعاملا مع الإصابة بالمرض بنوع من التقبل حيث تم الإجابة عليها بأقصى الدرجات والتي تشير الى أن لديهم اعتقاد أن الوضعية لا تستحق ان يتعامل معها بالتفكير في الانتحار؛ إذ لديهم العديد من الأسباب

التي تدفعهم بالرغبة بالحياة، وهذا بالرغم من وجود فكرة أن الموت مصدر للراحة التي يمكن أن تكون ناتجة عن الآلام المرتبطة بالمرض ومتطلباته العلاجية كما ظهر في البندين (6، 8).

كما يتبين من الجدول أن المتوسطات الخاصة بالبنود المتبقية والتي تقيس التفكير والتخطيط في الانتحار فقد جاءت منخفضة مقارنة بالبنود السابقة الذكر مما يؤكد المستوى المنخفض التي تم التوصل اليه في الجدول (13). إلا أن ما يجدر الإشارة اليه ان رغم المتوسطات جاءت منخفضة الا ان درجات الإجابة لم تكن القصوى مما يشير الى وجود أفكار انتحارية راودت أفراد العينة بشكل قليل جدا مما قد يفسر وجود فكرة الموت.

2.1.1. عرض و تحليل التساؤل الثاني

نص التساؤل الثاني على ما يلي:" ما مستوى الرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان ؟"

للإجابة على هذا التساؤل تم استخدام الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) لدرجات الرفاهية الروحية بأبعادها (بُعد المعنى، بُعد الايمان، بُعد السلام) لدى المصابين بمرض السرطان.

جدول (15): نتائج الاحصاءات الوصفية لدرجات الرفاهية الروحية بأبعادها

المتغيرات	عدد الأفراد	الحد الأدنى	الحد الأقصى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معيار تحديد المستوى	المستوى
بُعد المعنى	60	2,00	13,00	8,65	2,24	8	مرتفع
بُعد الايمان	60	3,00	16,00	10,42	2,90	8	مرتفع
بُعد السلام	60	2,00	11,00	6,88	1,96	8	منخفض
الرفاهية الروحية	60	9,00	38,00	25,95	6,17	24	مرتفع

يتضح من الجدول (15) أن مستوى الرفاهية الروحية ببُعدي المعنى والايمان مرتفع لدى المصابين بمرض السرطان، بينما مستوى بُعد السلام منخفض. حيث أن المتوسط الحسابي لدرجات الرفاهية الروحية (25,95) أكبر (24)، بانحراف معياري يقدّر بـ (6,17).

كما جاءت مستويات بُعد المعنى مرتفع بمتوسط حسابي (8,65) الذي جاء أكبر من (8) بانحراف معياري يقدر بـ (2,24)، وبُعد الايمان مرتفع بمتوسط (10,42) أكبر من (8)، وبانحراف معياري (2,90). في حين أن مستوى بُعد السلام منخفض بمتوسط (6,88) الذي جاء أصغر من (8)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,96).

توصلت نتائج التساؤل الثاني إلى مستوى مرتفع في الرفاهية الروحية ببُعديها المعنى و الإيمان لدى المصابين بمرض السرطان، بينما تم التوصل إلى مستوى منخفض في بُعد السلام.

3.1.1. عرض و تحليل نتائج الفرضية الأولى

نصت الفرضية الأولى على ما يلي: " توجد فروق في التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان حسب متغيري الجنس ومدة الاصابة.

لاختبار الفرضية تم استخدام تحليل التباين المتعدد دون الأخذ بعين الاعتبار التفاعل بين المتغيرين المستقلين، وذلك للتعرف على دلالة الفروق في التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية حسب متغيري الجنس ومدة الإصابة. كما تم تقدير حجم الأثر (مربع ايتا) للتحقق من حجم الفرق بين فئات الجنس ومدة الإصابة في التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان. وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي.

جدول (16): نتائج تحليل التباين المتعدد "ف" لدلالة الفروق في التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية حسب متغيري الجنس ومدة الإصابة

مصدر التباين	المتغيرات	الفئات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ف"	قيمة p	حجم الأثر (مربع ايتا)
الجنس	التفكير الانتحاري	ذكر	31	6,64	5,19	0,095	0,759	0,002
		أنثى	29	7,07	5,17			
	الرفاهية الروحية	ذكر	31	25,03	6,11	1,368	0,247	0,024
		أنثى	29	26,93	6,19			
	التفكير الانتحاري	أقل من سنة	19	7,05	4,44	0,062	0,940	0,002
		من سنة إلى سنتين	21	6,52	5,55			

مدة الإصابة		3 سنوات وأكثر	20	7,00	5,54			
	الرفاهية الروحية	أقل من سنة	19	24,95	6,29	0,348	0,708	0,012
		من سنة إلى سنتين	21	26,38	5,49			
		3 سنوات وأكثر	20	26,45	6,90			

يوضح الجدول (16) أن الفروق في التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان حسب متغيري الجنس ومدة الاصابة غير دالة احصائياً عند مستوى 0,05، حيث أن الفروق في التفكير الانتحاري حسب الجنس غير دالة عند مستوى 0,05 لأن (F= 0,095; p= 0,759 ; p> 0,05)، فمتوسط الذكور (6,64) مساوي تقريبا لمتوسط الإناث (7,07). كما أن الفروق في الرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان حسب الجنس غير دالة عند مستوى 0,05 باعتبار أن (F= 1,368; p= 0,247 ; p> 0,05)،حيث أن متوسط الذكور (25,03) متقارب مع متوسط الاناث (26,93).

وأن الفروق في التفكير الانتحاري حسب مدة الاصابة غير دالة (F= 0,062; p= 0,94 ; p> 0,05)،لأن متوسطات المصابين منذ أقل من سنة (7,05) والمصابين من سنة إلى سنتين (6,52) والمصابين منذ 3 سنوات وأكثر (7,00) متقاربة في التفكير الانتحاري. كما أن الفروق في الرفاهية الروحية حسب مدة الاصابة غير دالة (F= 0,348; p= 0,708 ; p> 0,05)، باعتبار أن متوسطات المصابين منذ أقل من سنة (24,95) والمصابين من سنة إلى سنتين (26,38) والمصابين منذ 3 سنوات وأكثر (26,45) متقاربة.

أما أحجام أثر متغيري الجنس ومدة الاصابة على التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان جاءت صغيرة جداً، تراوحت بين (0,002- 0,024) وحدات انحراف معيارية، لأنها أصغر من (0,06) تبعاً لتوجيهات "كوهين" Cohen (1988).

أظهرت نتائج الفرضية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0,05 في التفكير الانتحاري و الرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان حسب متغيري الجنس ومدة الإصابة.

4.1.1 . عرض وتحليل الفرضية الثانية

نصت الفرضية الثانية على مايلي: توجد علاقة ارتباطية بين التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان" .

للتحقق من الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون Pearsonالخطي للتعرف على العلاقة الارتباطية بين التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان، فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي.

جدول (17): نتائج معامل الارتباط "بيرسون" بين التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية

المتغيرات	الرفاهية الروحية
التفكير الانتحاري	$-0,68^{**}$
القيمة الاحتمالية p	< 0,001
عدد الأفراد	60

**دال عن مستوى 0,001

يتضح من الجدول (17) أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة قوية دالة احصائيا عند مستوى 0,001 بين التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان، حيث جاء معامل الارتباط "بيرسون" سالب قوي يقدّر بـ (0,68−)، ودال احصائياً عند مستوى 0,001 لأن القيمة الاحتمالية المقدّرة جاءت أصغر من 0,001.

توصلت نتائج الفرضية إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائياً عند مستوى 0,001 بين التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان. وتعني هذه النتيجة بأن الزيادة في الرفاهية الروحية ينخفض التفكير الانتحاري لدى المصابين بمرض السرطان، والعكس كلما انخفضت الرفاهية الروحية يزداد التفكير الانتحاري لدى مرضى السرطان.

5.1.1. عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة

نصت الفرضية الثالثة على ما يلي: "الرفاهية الروحية عامل منبئ بالتفكير الانتحاري لدى المصابين بمرض السرطان."

لاختبار الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط للتعرف على مدى قدرة الرفاهية الروحية في التنبؤ بالتفكير الانتحاري لدى المصابين بمرض السرطان. فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي.

جدول (18): نتائج اختبار تحليل الانحدار البسيط للتنبؤ بالتفكير الانتحاري من خلال الرفاهية الروحية

ملخص النموذج						
معامل الارتباطR	معامل التحديد المعدّل R^2	الخطأ المعياري للتقدير	F	درجة الحرية1	درجة الحرية2	قيمة p
0,69	0,45	0,32	49,71	1	58	0,001 >
التأثير						
	الثابت B	معامل التأثير B	الخطأ المعياري	معامل "بيتا"	قيمة "ت"	قيمة p
الرفاهية الروحية	1,79	−0,57	0,08	−0,68	−7,05	0,001 >

يوضح الجدول (18) أن نموذج الانحدار الخطي للتنبؤ بالتفكير الانتحاري من خلال الرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان دال احصائياً عند مستوى 0,001، حيث أن قيمة "ف" (49,71) عند درجات حرية (1، 58) دالة احصائياً عند مستوى 0,001 لأن القيمة الاحتمالية أصغر من 0,001. وقد جاء معامل الارتباط بين التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية سالب مرتفع يقدّر بـ (0,69)، ويقدّر معامل التحديد بـ (0,45)، والذي يشير إلى أن الرفاهية الروحية تفسّر نسبة تقدّر بـ (45%) من التباين في التفكير الانتحاري.

ويوضح أن معامل التأثير الذي جاء سالب مرتفع يقدّر بـ (0,57−) ودال احصائياً عند مستوى 0,001، لأن قيمة "ت" (7,05−) دالة إحصائيا باعتبار أن القيمة الاحتمالية أصغر من 0,001. وتعني أن الزيادة في الرفاهية الروحية وحدة واحدة يصحبها نقصان بمقدار كبير يقدّر بـ (0,57) أي بنسبة (57%) في التفكير الانتحاري لدى المصابين بمرض السرطان.

ويتم التعبير عن معادلة الانحدار الخطي البسيط كما يلي:

$$Y = 1,79 + (-0,57)\ X$$

التفكير الانتحاري = 1.79+ (0.57−) الرفاهية الروحية

توصلت نتائج الفرضية إلى أن الرفاهية الروحية عامل منبئ بشكل سلبي دال عند مستوى 0.001 بالتفكير الانتحاري لدى المصابين بمرض السرطان. بمعنى أنه كلما ارتفعت الرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان انخفض بشكل دال التفكير الانتحاري.

2-عرض وتحليل نتائج المقابلات العيادية

2-1-عرض وتحليل نتائج مقابلة الحالة الأولى

2-1-1-تقديم الحالة

تبلغ الحالة "خ" من العمر 43 عاما ذات مستوى دراسي ابتدائي ماكثة في البيت، متزوجة لديها طفل عمره 4 سنوات مستواها الاقتصادي ضعيف كون زوجها عاطل عن العمل.

2-1-2-عرض وتحليل مضمون المقابلة

تمت المقابلة مع الحالة"خ" في قاعة العلاج وهي جالسة على السرير تنتظر دورها لتلقي العلاج الكيميائي، وأول ما تم ملاحظته أن الحالة كانت ضعيفة الجسم وبدت قلقة وخائفة، الأمر الذي ظهر من خلال حركات يديها بحيث كانت تضم يديها وتضغط عليهما ثم وضعتهما بين رجليها وضغطت عليهما. أمام هذه الوضعية وقبل البدء في طرح الأسئلة عليها قمنا بتهدئتها وكسب ثقتها من خلال تأكيدنا لها على عدم اضطرارها على الإجابة ان لم تكن مستعدة، وأن المعلومات التي ستصرح بها ستستعمل فقط لأغراض علمية. بعد الحديث معها هزت رأسها مشيرة الى أنها موافقة وقامت بإزالة الكمامة التي كانت ترتديها و بدأت تتكلم عن مرضها وكيف اكتشفته بصوت منخفض كما كانت تتوقف عن الكلام من حين الى آخر.

تلقت الحالة"خ" خبر اصابتها بسرطان الحنجرة منذ 3 سنوات من طرف طبيب مختص في أمراض الأنف والأذن والحنجرة بعدما كانت تعاني من صعوبة في التنفس وسعال مستمر. كانت تظن أنها مصابة فقط بالزكام ولكن من خلال الفحوصات التي قامت بها اتضح أنها مصابة بالسرطان. شكل لها الإعلان عن مرضها صدمة خاصة وأنها كانت لوحدها " **ميدنا تبيب شوكيغ سوسماغ كان أردنغ أوال أيمنغ أر أختر غلاغ ذ La grippe كان أذعدي**" بمعنى أنها عندما أعلمها الطبيب بمرضها انصدمت وبقيت ساكتة ولم تتفوه بكلمة ولم تصدق لأنها كانت تظن أنه زكام وستشفى منه. وتتماشى ردة فعلها مع ما أشار اليه كل من (عبده، 2002) و(الفرخ، 1993) المشار اليها في دراسة (بركات، 2006) حيث عادة ما تكون ردة الفعل الفورية عند تشخيص المرض لدى الفرد، ما هي الا عدم التصديق والاصابة بصدمة.

تم اكتشاف مرضها في المرحلة الثانية، مما دفع بالأطباء الى اجراء عملية جراحية لاستئصال الحنجرة وأخرى على مستوى البطن لإجراء فتحة في المعدة ليتم استخدامها في التغذية عبر الأنبوب لعدم قدرتها

على تناول الأكل عن طريق الفم " **خذمنيي أنس أسنفسغ ذثمقرتو أكذ لتيو المكلا ذق أعبوظو**" بمعنى أنهم فتحو لها قناة تنفس في الرقبة و وضعوا لها أنبوب في البطن للأكل، وأثناء حديثها أزاحت الحجاب عن رقبتها لكي تظهر الأنبوب في رقبتها وأشارت الى الأنبوب الآخر في بطنها وحاولت رفع ثوبها لاظهاره، وهنا توقفت وأجهشت بالبكاء وغطت وجهها بحجابها وبقيت على تلك الحالة مدة أربع دقائق، وهذا ما يبين لنا أن الحالة غير راضية عن حالتها وما وصلت اليه و هذا ما يظهر حسب (مادي، 2011) المشار اليها في دراسة (بولحبال، شينار، 2022) فان الشعور بالضيق والنقص والتوتر لدى مرضى السرطان تعد كمظاهر لعدم تقبل لوضعيتهم.

عند الإعلان للحالة"خ" عن مرضها أحست بالقلق والخوف من الموت وبقيت على تلك الحالة ما يقارب شهر، الا أنها بدأت تتجاوزها بعد بداية العلاج " **ليغ تقلقغ أوقاذاغ أذمتاغ** " بمعنى أن الحالة كانت قلقة وخائفة من الموت، ومن هنا يتضح لنا أن خبر الإصابة بالمرض يشعر الحالة بنوع من القلق والخوف من الموت، وهذا ما يظهر حسب دراسة (Samiali، 2000) بحيث أن الفرد فور تلقيه خبر اصابته بمرض السرطان تبدأ معاناته النفسية ويظهر هوام الموت لتظهر المظاهر النفسية المصاحبة للمرض كالخوف والقلق.

الا أنها حضيت بدعم كبير من طرف عائلتها وكل من يقربها حيال اصابتها بالمرض " **مزرغ كان هلكاغ نغاسن امر ايمولنو أرقزو بدن أر ثمو عاوننيي وذك ايقربن ذق أمسروف أوذاوي ذ Le transport ستريحنيي أتثن صحا**" بمعنى أن الحالة أخبرت عائلتها وزوجها مباشرة بعد الإعلان عن مرضها وتلقت الدعم من طرفهم، بالإضافة الى دعم الأقرباء لها ماديا من تغطية مصاريف النقل الى المركز والعلاج و هذا ما أشعرها بالراحة، ويتبين من خلال ذلك دور الدعم من طرف الأسرة والأقارب على الحالة النفسية للمريض، وهذا ما يؤكده (Madjdovic، 2022) بحيث أن الوضع العائلي المنظم والدعم من الأسرة والأقرباء يؤثر إيجابيا على الصحة النفسية للمريض.

صرحت الحالة"خ" أن هناك سوابق مرضية لهذا النوع من المرض في عائلتها " **يموث ميس نخالي سلهلال أكي ذلمخس أولا ذمي مسكين يموث مزي ذلعمريس 9 سنين سلهلاك أكي ذتعبوطس أثنرحم ربي**" بمعنى أن ابن خالها توفي متأثرا بسرطان الدماغ و ابنها أيضا توفي في متأثرا بسرطان المعدة بعمر 9 سنوات، وهنا بكت الحالة ووضعت يدها على فمها ثم أغمضت عينيها للحظات ثم اعتدلت في الجلوس" **مدمكتغ لموث نمي تيسغ حلو بقوغ أذحبسغ أذاوي**" بمعنى أنها عندما تتذكر موت ابنها تفقد الأمل من

الشفاء وكانت تريد التوقف على العلاج، وهذا يشير الى أن الحالة أثر عليها موت ابنها لدرجة اليأس من الشفاء والرغبة في ترك العلاج، الذي يمكن أن يعبر عن أزمة انتحارية وهذا ما يظهر حسب دراسة (Reich وRuszniewski ، 2012) المشار اليها في دراسة (زواني، 2024) أن عدم الالتزام المتعمد بالعلاج يعد كمحاولة لانهاء الفرد لحياته.

الا أن بفضل دعم الزوج استطاعت الحالة"خ" التخلص من تلك المشاعر والأفكار التي راودتها حول التوقف عن العلاج" **لوكان ماشي ذ أرقزو ثلي أقله حبسغ أذاوي مكن كمسغ La chimiothérapie après opération L'** " بمعنى أن لولا اصرار زوجها لتوقفت عن العلاج الكيميائي بعد اجراء العملية الجراحية، ما يفسر وجود علاقة قوية بين الزوج والحالة باعتباره عنصر الدعم الذي يساعد الحالة على مواجهة المرض ومواصلة العلاج وهذا ما يظهر حسب دراسة (ليليوس وآخرون، 2007)المشار اليها في دراسة (سيكو، عدوان، 2022) أن النساء المصابات بالسرطان اللواتي لديهن مستويات أعلى من الدعم المدرك من أزواجهن يتمتعن بنوعية حياة أفضل واتخذت نهجا أكثر إيجابية تجاه المرض .

شعرت الحالة"خ" بعد اصابتها بالمرض بتغيير في نمط حياتها من حيث أداء واجباتها اتجاه زوجها و ابنها الصغير و ذلك بسبب الألم و التعب الذي خلفه المرض و العلاج "**امي توقرحغ يرن عقوغ مليح نغسن اودك ايقربن تعوننيي ذشغل خدمنيي أين أزمرغ أرا أثخذمغ يرن امي جيغت أر خلتس ثتهلاي ذقس بلى أشتكي أنشتكي اتجيي أذ حسغ امنو Bien**" بمعنى أن الألم والتعب الذي يخلفه المرض جعلها تطلب المساعدة من أقربائها في أداء الأشغال التي تعجز هي عن القيام بها ويقومون بمساعدتها كما أنها تركت ابنها الصغير عند خالته لتهتم به لعدم قدرتها على الاهتمام به طوال الوقت بحيث يقومون بذلك دون تذمر مما يجعلها تحس بالراحة والرضا، وهذا ما يوضح أهمية دعم الأقرباء على الصحة النفسية للحالة وهذا ما يتبين من خلال نتائج دراسة (Keck، 2005) المشار اليها في دراسة (مرازقة، 2019) أن الدعم النفسي يعد أهم أنواع المساندة لمرضى السرطان سواء قدمت من الأصدقاء أو الأزواج بحيث تسمح للمريض بالتعبير عن مشاعره وانفعالاته ومساعدته عند القيام بالأعمال اليومية دون ابداء مشاعر الشفقة و تحسيسه بالعجز أو النقص.

بعد الإعلان عن مرضها تغيرت نظرتها للحياة عن السابق"**مزرغ سلهلكو ولغ سوا لموت** " بمعنى أن الحالة عندما علمت بمرضها لم ترى الا الموت، ما يفسر أن الإعلان عن الإصابة بالسرطان يحمل

معنى الموت لدى المصاب و هذا ما توضحه دراسة (Spire، Poinsot، 2007) أن الإعلان عن تشخيص السرطان يسبب صدمة للمريض في جميع الأحوال لأنه يعد لقاء مع الموت.

الا أن هذه النظرة تغيرت وأصبحت ترى أن للحياة معنى "**bien sur تسع دونيث أزال أر غري بغيغ أذحلوغ فدر نمي** " بمعنى أن الحياة لديها معنى بوجود ابنها الذي أعطى لها سببا للرغبة في الشفاء، وهذا ما يبين أنه عنصر دعم وتحفيز للمريض للرغبة في مقاومة المرض والرغبة في الشفاء.

وأمام رغبتها في الشفاء فان الموت لن يكون الحل لايقاف معاناتها التي خلفها المرض "**أبغغ أر أذمتغ لموث ثقرح بغيغ أذحلوغ أسلغ امي أكذ أرقزو**" بمعنى أنها لا تريد الموت رغم المعاناة لأن الموت موجعة و تريد الشفاء لكي تعود الى حياتها الطبيعية و الاهتمام بابنها الصغير وزوجها.

وما ساعدها على ذلك هو ايمانها بقدرة الله " **لهلاك ذلمكتوب أربي ألش ون ازمرن أثبدل**" بمعنى أن المرض في نظرها قدر الله ولا أحد قادر على تغييره، مايشير الى أن الحالة لديها ايمان بقضاء الله وقدره.

كما أن الحالة"خ" تلجأ الى الصلاة والاستغفار كلما أحست بالقلق مما ساعدها على التخفيف من حالتها " **محسغ ذيمانو تقلقغ أذكرغ أذزلغ يرن ستغفرغ خيلاه**" وهذا ما يبين أن الحالة تلجأ الى السلوكات الدينية والايمان بالله مما يدعم نتائج دراسة (Seyedfatemi، 2006) التي أكدت على أن العلاقة القوية والمباشرة بين الصلاة و الصحة الروحية لدى مرضى السرطان باعتبار الصحة الروحية مورد فعال للتعامل مع الاستجابات الجسدية و النفسية للسرطان.

مما جعلها تشعر بالأمن و الراحة رغم اصابتها بالمرض و المعاناة التي سببها لها "**ون يتفن ذربي أويغلي يرن أين اغكتب ربي سبحانو أثنسعدي**" بمعنى أن من تمسك بالله لن يصيبه مكروه وأننا سنعيش ما قدره الله لنا، ومصدر هذا الشعور هو الايمان بقدر الله ومشيئته و الامل في الشفاء.

صرحت الحالة"خ" أن لديها هدف وتسعى لتحقيقه "**بغيغ أذحلوغ أذ خذماغ أك أين أيديني تبيب لمهم أذحلوغ أذوغالغ أم زيك** " بمعنى انها تريد الشفاء و ستسعى جاهدة لاحترام تعليمات الطبيب لكي تعود كالسابق. بالإضافة الى أنها تنظر الى المستقبل نظرة تفاءل و أمل و رغبة في الشفاء " **بغيغ أذحلوغ أذوليغ مي يك ايديقران مقار أذياوض أك أين اتمني أهث أكن أذزمرغ أذسبزغ أف لفراق نخوياس**" بمعنى أنها تريد الشفاء لترى ابنها الصغير يكبر و يحقق لها كل ما تتمناه ويعوض لها الفراغ الذي تركه ابنها

المتوفي، وهذا ما جعل الحالة تتعامل مع مرضها بكل تفاءل و أمل في الشفاء فهي تتمنى دائما الأفضل على الرغم من موت ابنها، مع الإشارة الى أن الحالة بكت كثيرا و تأثرت عندما كانت تتكلم عن ابنها المتوفي ثم مسحت وجهها و استغفرت الله.

كما أن نظرة الحالة"خ" أثرت إيجابيا على حياتها العائلية و النفسية من حيث طريقة التعامل مع عائلتها ومرضها "**أتحسغ ايمنو أرتحغ متخممغ كان أر حلو سمكل لجها** " بمعني أن الحالة أحست بالارتياح من كل الجوانب كونها تفكر فقط في الشفاء.

2-1-3-عرض وتحليل نتائج المقاييس للحالة الأولى

2-1-3-1-عرض نتائج مقياس التفكير الانتحاري.

توصلنا من خلال تطبيق مقياس التفكير الإنتحاري الى أن الحالة تحصلت على درجة كلية قدرها (5) درجة، مما يشير الى أن الحالة ليس لها أفكار انتحارية على الرغم من الرغبة في الموت والتفكير في الانتحار الذي انتاب الحالة قليلا لاعتقادها أن الموت راحة والتي ظهرت في البنود(1، 6، 11) وهذه البنود تشير الى وجود أفكار انتحارية لدى الحالة رغم انخفاض درجة التفكير الانتحاري لدى الحالة.

2-1-3-2-عرض نتائج مقياس الرفاهية الروحية.

توصلنا من خلال تطبيق مقياس الرفاهية الروحية أن الحالة تحصلت على درجة كلية قدرها (23) درجة على مقياس الرفاهية الروحية وما يدل على ذلك تسجيل درجة منخفضة في بعدي السلام والمعنى بحيث سجل بعد السلام 16/7وبعد المعنى 16/6وهي درجات منخفضة مقارنة بالوسيط الافتراضي (8) على عكس بعد الايمان الذي سجل درجة قدرت بـ 16/10 وهي درجة مرتفعة مقارنة بالوسيط الافتراضي(8).

خلاصة الحالة

تبين لنا من خلال المقابلة ونتائج المقاييس أن الحالة فكرت في الانتحار على الرغم من حصولها على درجة منخفضة على مقياس التفكير الانتحاري وهي درجة قدرت بـ(5) درجة وهذا يتضح من خلال تصريحها أثناء المقابلة رغبتها عن التخلي على العلاج والذي يعبر أن أزمة انتحارية وهذا ما أكدته من خلال بنود المقياس بحيث انتابتها الرغبة في الموت وفكرت أحيانا في الانتحار، كما تحصلت الحالة على درجة متوسطة على مقياس الرفاهية الروحية قدرت بـ (23) درجة وهذا يتضح من خلال تصريحات الحالة

بحيث أنها تصلي وتستغفر كثيرا وهي راضية بما قدره الله لها وهذا ما أكدته من خلال بند المقياس قويت إصابتها بالمرض ايمانها ومعتقداتها الروحية.

3- مناقشة نتائج الدراسة:

توصلت نتائج الدراسة الحالية الى مستوى منخفض من التفكير الانتحاري لدى الأشخاص المصابين بالسرطان ، و الذي تبين أيضا من خلال الإحصاءات الوصفية لبنود المقياس التي جاءت مؤكدة على عدم وجود أفكار انتحارية لدى أفراد العينة، الأمر الذي اتضح كذلك من خلال تصريحات الحالات الأربع و التي بينت غياب الرغبة الحقيقية للموت،؛ بحيث أعربت عن عدم تفكيرهم وتخطيطهم للموت، بالرغم من وجود تعبير الحالة الأولى عن ما أسماه (Reich و Ruszniewski ، 2012، ص 118) بالأزمة الانتحارية من خلال رغبتها عن التخلي عن العلاج.

وقد جاءت النتائج غير متسقة مع نتائج الدراسات السابقة التي توصلت الى أن المصابين بالسرطان يعانون من مستوى مرتفع من الانتحار كدراسات (Apud fang و آخرون، 2014؛ Bernes،Johson، Grove، Srivastatava، Osazuwa-peters و Perkins، 2022؛ Hem، Loge، Haldorsen، Ekeberg، 2004؛ Misono، Fann، Weiss، Redman، Yuech ، 2008)

يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال وجود الدعم والمساندة الاجتماعية، الأمر الذي أكدته الحالات حيث صرحوا بتلاقيهم مساندة اجتماعية سواء من طرف الأسرة و الأصدقاء وزملاء العمل وغيرهم من الأقارب مما جعلها تعد عاملا مهما في تحقيق الصحة النفسية، وهذا ما أظهرته دراسة(يخلف، 2001) التي توصلت إلى أن المساندة الاجتماعية من شأنها أن تخفض من آثار الحياة المرضية على الصحة. كما قد تعود الى المشاعر الايجابية المصاحبة بعد تقبل المرض كحب الحياة والرغبة في العيش رغم الخوف من الموت الذي انتابهم و التي أشارت إليه نتائج الدراسات السابقة كدراسة (Lashman، 1972) المشار إليها في دراسة (شكراوي، 2022) التي أوضحت أن الأشخاص المصابين بالسرطان ينتابهم الخوف والقلق من الموت بسبب المعاناة التي يسببها المرض.

كما قد تعود النتيجة إلى الشعور بالأمل و التفاؤل بالشفاء والرضا عن الحياة الذي صرح به من طرف الحالات و الذي تبين كذلك من خلال بنود المقياس خاصة البند الذي يبين أن أفراد العينة لديهم إدراك أن هناك أمور تستحق العيش من أجلها و بالخصوص العائلة مما دفعهم الى تقبل المرض و الالتزام بالعلاج أكثر. في هذا الصدد أشارت دراسة (بخوش و أحمان، 2022) إلى أن هناك علاقة طردية بين مستوى التفاؤل و الالتزام بالعلاج الدوائي لدى مرضى السرطان.

زد على ذلك، يمكن أن تعود النتيجة الى الإحساس بالمسؤولية والخوف على الأبناء الذي تم التماسه من تصريحات الحالات كونها متزوجة ولديهم أولاد مما دفعهم الى التفكير في مصيرهم و مستقبلهم أكثر من التفكير في حالتهم المرضية . في هذا السياق، أوضحت دراسة (قواجلية، 2012) المشار إليها في دراسة (معوشة، 2023) أن المريض لا يفكر في مرضه والخوف منه بقدر ما يفكر فيما سيحل بعائلته وكذا الاهتمام الزائد بمصيرهم مما يجعله يندرج ضمن مخطط التضحية.

كما يمكن تفسير النتيجة على ضوء بعض الخصائص التي يتميز بها أفراد العينة كالمستوى التعليمي؛ بحيث أن معظم أفراد العينة ذوي مستوى تعليمي جامعي (33,3%) مما يسمح لهم بالبحث عن المعلومات و اكتساب ثقافة صحية كافية مساعدة على مواجهة المرض. كما أن ممارسة مهنة معينة من شأنه أن تساعد في تسديد تكاليف العلاج و رفع معنويات المريض، بحيث يستثمر وقته في العمل كما في الحالة الثانية التي صرحت أن العمل سمح بتحسين نوعية حياتها، وهذا ما يظهر في دراسة (الصدغي، 2000) المشار إليها قي دراسة (قجال و عيسرو،2018) التي توصلت إلى أن السيدات العاملات هن أكثر صلابة نفسية وأعلى في مستويات نوعية الحياة وأكثر كفاءة ذاتية وأكثر تقديرا لذاتهن.

كما يمكن أن يعود سبب انخفاض مستوى التفكير الانتحاري الى كون أغلب أفراد عينة الدراسة شخص مرضهم في مرحلته الثانية (58,3 %) مما يمنح لهم نسبة شفاء عالية. في هذا الصدد، بينت دراسة Vyssokiوآخرون (2015) أن شدة مرض السرطان يزيد من خطر الانتحار، كما أوضحت دراسة(Ahn وآخرون، 2015) أن المرحلة المتقدمة من المرض أكثر ارتباطا بالانتحار المبكر مقارنة بالانتحار المتأخر وارتبطت مرحلة السرطان بشكل مستقل مع خطر الانتحار.

كما خلصت نتائج الدراسة أن مستوى الرفاهية الروحية مرتفع ببعديها المعنى و الايمان بينما تم التوصل الى مستوى منخفض في بعد السلام لدى المصابين بالسرطان. ولقد جاءت هذه النتيجة متماشية مع نتائج الدراسات السابقة التي اهتمت بالرفاهية الروحية والسرطان كدراسةAta و Kiliç(2021) التي بينت أن مرضى السرطان يتمتعون بمستويات عالية من الرفاهية الروحية و يستخدمون الموارد الروحية للتعامل مع مرضهم.

و ما قد يفسر ارتفاع مستوى الرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان هو ما تم التصريح به من طرق كل الحالات التي بينت إدراك أفراد العينة المرض على أنه ابتلاء من الله و ما على المريض

إلا تقبله و التحلي بالصبر و مواجهة المشكلات التي قد تعترضهم أثناء مسار المرض و الذي من شأنه أن يخفف من عبء المرض ومن المشكلات النفسية المرتبطة به. كما اتضح من خلال المقابلات العيادية هو الرجوع إلى الممارسات الدينية التي عملت على مساعدتهم على التعامل مع ضغوطات المرض. إلا أن بالرغم من ارتفاع مستوى الرفاهية الروحية إلا أنه تم التوصل الى مستوى منخفض لبعد السلام الذي يبرز عدم وجود الشعور بالارتياح الكلي اتجاه المرض كون المرض مرادف للموت رغم كل المحاولات التي يقوم بها أفراد العينة للشعور بالراحة و التي قد تعود الى الشعور بقلق الموت الذي عادة ما يرتبط بالإصابة بالسرطان و كذلك نتيجة التفكير المستمر عن مصير أبنائهم.

و قد جاءت هذه النتيجة غير متسقة مع ما أشار إليه (Donovan، 2002؛ Fereshte، 2007) نقلا عن (عبد المنعم، 2014) حيث أوضحا أن المعتقدات الروحانية و لاسيما عند المرضي الذين تم تشخيصهم بأمراض قد تؤدي للوفاة تخفف كثيرا من حدة قلق الموت لديهم، بحيث يشعر الفرد بالسلام والسكينة.

واتضح من نتائج الدراسة الحالية أيضا عدم وجود فروق دالة احصائيا في التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بالسرطان حسب متغيري الجنس ومدة الإصابة.

و لقد جاءت النتائج الحالية لمتغير الأفكار الانتحارية حسب الجنس غير منسجمة تنسجم دراسة (Liu ، 2022) التي توصلت الى أن احتمال انتحار الذكور أعلى من الإناث لدى مرضى السرطان. كما أكدت دراسة (Tang، Zhang، Hu ، Shen وChen ، 2022) أن نسبة المرضى الذين لديهم أفكار انتحارية كانت أعلى لدى الذكور. بالإضافة الى دراسة(Park وChoi ، 2021) التي بينت أن خطر الانتحار كان مرتفعا بشكل ملحوظ لدى الذكور مقارنة بالإناث لدى مرضى السرطان.

كما توصلت نتائج الدراسة الى عدم وجود فروق بين الأفكار الانتحارية حسب مدة الإصابة لدى مرضى السرطان، و قد جاءت غير منسجمة مع دراسة(Michalk، Gaetano dosantes، Wojciewska و Didkowsk ،2023) و (Henson، Brock، Charnock، Wichramasighe، Will، Pitman، 2019) التي توصلت الى أن خطر الانتحار أعلى في الأشهر الستة الأولى بعد تشخيص الإصابة بالسرطان، بالإضافة الى دراسة (Saad وآخرون، 2019) و (Ahn وآخرون ، 2015) الذين أكدوا أن خطر الانتحار يزيد بشكل ملحوظ في السنة الأولى بعد تشخيص السرطان.

وبالنظر فيما يتعلق بدراسة الرفاهية الروحية حسب الجنس ومدة الإصابة لدى المصابين بالسرطان لا توجد فروق دالة على ذلك في دراستنا الحالية، وفي هذا الصدد لم نتوصل الى أي دراسة في حدود البحث التي تناولت هذا المتغير من جانب الجنس ومدة الإصابة.

و قد تعود هذه النتائج الدالة إلى عدم وجود فروق في متغيرات البحث حسب الجنس و مدة الإصابة الى التشابه الموجود لدى أفراد العينة الذي يعود إلى التنشئة الاجتماعية و المعتقدات الدينية السائدة في البيئة الجزائرية.

علاوة على النتائج السابقة، فقد خلصت الدراسة الحالية إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة قوية بين التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بالسرطان وهذا ما يتناسق مع الدراسات السابقة التي أكدت على أن زيادة الرفاهية الروحية يخفض من التفكير الانتحاري لدى مرضى السرطان، منها دراسة (Gaskin-wasson، Walker، Shin و Kaslow ، 2018) التي بينت أن المستويات الأعلى من الرفاهية ترتبط بالمستويات المنخفضة من التفكير في الانتحار وأعراض الاكتئاب واليأس لدى النساء الأمريكيات من الأصل الإفريقي، و وكذا دراستي (Macclin، Rosenfeld وBreithrat ،2023) و (Ripamonti، Giontoli ، Gonella وMiccines ، 2018) التي توصلتا الى وجود ارتباطات قوية بين الرفاهية الروحية والرغبة في الموت العاجل واليأس والتفكير الانتحاري حيث أنها تقلل من شدة الأعراض ومستوى اليأس والرغبة في الموت السريع لدى مرضى السرطان.

كما تم التوصل الى نتائج مفادها أنه يمكن التنبؤ بشكل سلبي ودال احصائيا بالتفكير الانتحاري من خلال الرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان، وتؤكد هذه النتائج العلاقة المذكورة سابقا حيث أن ارتفاع مستوى الرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان يؤدي الى انخفاض التفكير الانتحاري، ونظرا لغياب الدراسات –في حدود البحث الحالي– التي اهتمت بدراسة الرفاهية الروحية كعامل منبئ بالتفكير الانتحاري لدى هذه العينة، فقد تتماشى النتائج الحالية مع الدراسات السابقة التي اهتمت بالرفاهية الروحية و التفكير الانتحاري منها دراسة (Tnriverdi، Bekircan، koç ، 2024) التي أجريت على 150 مريضا تركيا تم تشخيصهم بالاكتئاب من أجل تحديد كيفية ارتباط خطر الانتحار بمستويات الرفاهية الروحية، توصلت من خلالها إلى انخفاض خطر الانتحار، وكذا دراسة Taliaferro، Rienzo، PiggRM، Miller، Dodd(2009) التي أجريت على 450 طالب جامعي بهدف تقييم الصحة الروحية والتدين والأفكار الانتحارية، توصلوا الى أن الرفاهية عامل مهم مرتبط بانخفاض مستويات الأفكار الانتحارية بين الطلاب.

كما أبرزت دراسة (Jetan وآخرون، 2023) الى أن للرفاهية الروحية أثر إيجابي على مرضى السرطان، فكلما زادت الرفاهية الروحية للمريض زادت نوعية الحياة المرتبطة بالصحة التي يعيشها المريض.

الخاتمة

هدفت الدراسة الحالية الى التعرف على مستوى التفكير الانتحاري، الرفاهية الروحية لدى الأشخاص المصابين بالسرطان، كما هدفت التعرف على الفروق في درجات متغيرات البحث حسب الجنس ومدة الإصابة والعلاقة بينهما. إضافة الى تحديد الدور التنبؤي للتفكير الانتحاري من خلال الرفاهية الروحية

بعد جمع البيانات، تحليلها كميا وكيفيا تم التوصل الى انخفاض مستوى التفكير الانتحاري لدى الأشخاص المصابين بالسرطان، ارتفاع مستوى الرفاهية الروحية ببعديها المعنى والايمان باستثناء بعد السلام الذي كان منخفضا. كما توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة احصائيا في التفكير الانتحاري والرفاهية الروحية لدى المصابين بمرض السرطان حسب متغيري الجنس ومدة الإصابة ووجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائيا بين متغيرات البحث مع القدرة التنبؤية للتفكير الانتحاري من خلال الرفاهية الروحية.

بناءا على نتائج الدراسة يمكن تقديم بعض الاقتراحات كآفاق مستقبلية للدراسة متمثلة في:

- القيام بالعديد من الدراسات والبحوث النفسية حول الرفاهية الروحية في مجال طب الأورام.
- فتح تخصص في علم النفس بالجامعات الجزائرية خاص بالأورام وهو ما يسمى علم النفس الأورام"Psycho-Oncology" الذي يهتم بالتعامل مع مرضى السرطان خاصة من الناحية النفسية.
- تطوير برامج علاجية وارشادية قائمة على الجانب الروحي؛ مما يسمح بالقيام بتقييم دوري لحالة الرفاهية الروحية للمرضى، وتحديد التغيرات التي قد تساهم كعوامل حماية أو خطر وتؤثر على الحالة النفسية والوجدانية للمريض. مما يسمح في تحديد التدخلات المبكرة.
- تطوير برامج تدريبية للعاملين في مجال الصحة النفسية في مجال العلاجات القائمة على الجانب الروحي.

المراجع باللغة العربية:

1-الأرناؤوط، مي رمزي. (2016). حقائق عن السرطان: مقدمة في علم السرطانات الحديث. (ط.1). دار الريان للنشر.

2- الباز، نوار أحمد. (2023). النموذج البنائي للعلاقات بين الرفاهية الروحية والمشاركة الاجتماعية والصمود النفسي لدى عينة من المسنين. ***مجلة الارشاد النفسي***، 1(77)،230-148.

3- الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان. (2013). كل ما تريد أن تعرفه عن السرطان.

4-الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان. (2013). كل ما تريد أن تعرفه عن سرطان الحنجرة.

5-الحلاق، إياد سليم، جرادات، نسرين. (2018). الافكار الانتحارية وعلاقتها بعوامل الخطر المرتبطة بالقلق والاكتئاب عند الشباب في الضفة الغربية. ***مجلة العلوم التربوية والنفسية***، 2(26)،129-109.

6-الدليمي، عصام حسن، صالح، علي عبد الرحيم. (2014). البحث العلمي أسسه ومناهجه. (ط.1). دار الرضوان للنشر والتوزيع.

7- الرحمانة، مرزوق عبد الحميد. (2010). الوعي المعرفي بممارسة الأنشطة البدنية لدى المصابات بسرطان الثدي-دراسة مقارنة بين الممارسات وغير الممارسات. [رسالة ماجستير في التربية الرياضة]، الجامعة الأردنية.

8-الشرفاء، يوسف. (2008). الوقاية من أمراض السرطان والتخلص من سموم الجسم بطريقة الشاولين الصينية. (ط.1). دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع.

9-الشمري، صادق كاظم جربو، غازي، حنين حبيب المحنه. (2019). اضطراب الهوية الجنسية وعلاقته بالأفكار الانتحارية لدى طلبة المرحلة الإعدادية. ***مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية***، 27(1)،59-36.

10- الصوافية، جوخة، الهنائية، عبير. (2023). التنبؤ بمستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى السرطان في ضوء بعض المتغيرات. ***مجلة العلوم الإنسانية***، 34(4)، 243-235.

11-أنجرس، موريس.(2006). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية. دار القصبة للنشر.

12-أوجيدان، أمقران، نايت عبد السلام، كريمة. (2023). التنظيم العقلي لدى مرضى سرطان الدم الراشدين. ***مجلة العلوم الاجتماعية***، 17(1)،143-130.

13-أومليلي، حميد، دعيش، محمد امين. (2022). سلوك إيذاء الذات كمؤشر تنبؤي لظهور الأفكار الانتحارية لدى المراهقين. ***مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية***،5(2)،357-345.

14-أوهام، نعمان ثابت. (2009). الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمصابات بسرطان الثدي المبكر في الأردن. [أطروحة دكتوراة في علم النفس]، الأردن.

15-بخوش، سارة، أحمان، لبنى. (2022). التفاؤلية والالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السرطان. ***مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف***،7(1)،652-611.

16-براهمية، جهاد. (2018). الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان. [أطروحة الدكتوراة في علم النفس المرضي]، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

17-بركات، زياد. (2006). سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان: دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض. ***مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)***،20(3)،942-912.

18-بطرس، حافظ. (2017). التكيف والصحة النفسية للطفل. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

19-بطواف، جليلة. (2018). صورة الذات وتمثلات سرطان الدم عند نساء جزائريات مصابات به. [أطروحة دكتوراة في علم النفس العيادي]، جامعة وهران2.

20-بلخير، رشيد. (2013). الاغتراب النفسي الاجتماعي وعلاقته باحتمالية الانتحار لدى الطلبة الجامعيين-دراسةميدانية-جامعة تيزي وزو. [مذكرة ماجيستر في علم النفس الاجتماعي]، جامعة مولود مولود معمري تيزي وزو.

21-بلخير، رشيد. (2019). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتخفيض من درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان. [أطروحة دكتوراة في علم النفس الاجتماعي]، جامعة الجزائر2.

22-بوثلجة، مختار.(2016). الخصائص الأسرية المميزة لأسر الطفل الذي يعاني من فوبيا مدرسية

23-بوسنة، عبد الوافي زهير. (2008). الانتحار: مقاربة نظرية. ***مجلة العلوم الإنسانية***،19(2)،90-75.

24-بوسنة، عبد الوافي زهير. (2008). التصور الاجتماعي لظاهرة الانتحارلدى الطالب الجامعي. [أطروحة دكتوراة في علم النفس الإكلينيكي]، جامعة بسكرة.

25-بولحبال، آية، شينار، سامية. (2022). تقبل المرض وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى مريضات السرطان. ***مجلة المحترف لعلوم الرياضة والعلوم الإنسانية والاجتماعية***، 9(2)، 80-53.

26-تلمساني، فريال حسناء، شكراوي، فتحية. (2023). الافكار الانتحارية لدى الشباب (دراسة ميدانية). ***مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع***، 7(2)، 137-123.

27-جعلاب، محمد الصالح، بوزار، يوسف. (2019). الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي نتيجة الإعلان عن التشخيص. ***مجلة الشامل للعلوم التربوية والإجتماعية***، 2(2)، 18-09.

28-جيمس، نيكولاس. (2013). السرطان مقدمة قصيرة جدا. (ط.1). هنداوي.

29-حافري، زهية غنية، ذياب، لبنى. (2017). الانعكاسات النفسية المرافقة لخبر الإصابة السرطانية وخصوصية الإفصاح عن تشخيص المرض. ***مجلة دراسات في علم نفس الصحة***، 2(1)، 107-90.

30-حمادي، روى احمد إبراهيم، كردي، طارق عزيز، محمد، ثائر جاسم. (2021). الرفاهية الروحية وتأثيرها على أداء العمل الفردي دراسة استطلاعية لآراء عينة من الموظفين العاملين في جامعة تكريت. ***مجلة المثنى للعلوم الإدارية والاقتصادية***، 11(1)، 49-29. 49-29/11-2021/6/10.52113 :Dio

31-حمادي، فتحي، عايش، صباح. (2022). اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان. ***مجلة العلوم القانونية والاجتماعية***، 7(4)، 200-187.

32-خزماطي، امحمد، الزروق، فاطمة الزهراء. (2022). أثر التدين الإسلامي في تشكل معنى الحياة لدى الانسان (مرض السرطان نموذجا) مقاربة تحليلية بين نظرية المعنى لفرانكل والقرآن الكريم. ***مجلة آفاق لعلم الاجتماع***، 12(2)، 61-79.

33-خطار، زهية. (1999). دور المساندة الاجتماعية في التخفيض من درجة الشعور بالاكتئاب لدى المصابات بمرض السرطان. ***دراسات نفسية وتربوية***، 15(1)، 113-82.

34-دايدي، مريم. (2017). نوعية الحياة والنمط السلوكي"ج" عند مرضى السرطان. ***مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية***، 2(8)، 237-227.

35-زرارقة، نور الدين، صالي، محمد. (2021). البروفيل الديموغرافي لمرضى سرطان القولون والمستقيم بمركز مكافحة السرطان سطيف. ***مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية***، 13(02)، 192-179.

36-زروالي، وسيلة. (2021). الذكاء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك كمنبئات بنمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى السرطان. ***مجلة العلوم النفسية والتربوية***، 6(4)، 36-14.

37-زعطوط، رمضان. (2016). نوعية الحياة لدى مرضى السرطان وعلاقتها بكل من الكرب النفسي والتدين. ***مجلة دراسات في علم نفس الصحة***، 1(1)، 83-60.

38-زعطوط، رمضان، عوالي، رويبح. (2018). إدراك المرض وعلاقته باستجابتي القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان. ***مجلة دراسات في علم نفس الصحة***، 3(4)، 102-80.

39-زواني، نزيهة. (2024). الانتحار والسرطان: أي علاقة؟ في كتاب: السرطان، آثاره وآفاق علاجه الحديثة. ط1. دار جودة للنشر والتوزيع. باتنة. الجزائر.

40-سرحان، وليد. (2012). محاضرات نفسية (ط.1). دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

41-سعادي، وردة. (2009). سرطان الثدي لدى النساء وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي واستراتيجيات المقاومة. [رسالة ماجيستر في علم النفس العيادي]، جامعة الجزائر.

42-سكيو، ريمة، عدوان، يوسف. (2022). الدعم الاجتماعي المدرك وفعالية الذات المدركة لدى عينة من مريضات السرطان. ***مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف***، 7(3)، 463-442.

43-سهيري، زينب. (2013). دراسة استطلاعية عن ظاهرة الانتحار والمحاولة الانتحار ***الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية***، 5(10)، 70-49.

44 -شكراوي، فتحية. (2022). تشخيص الاكتئاب من خلال اختبار الروشاخ عند مرضى السرطان. ***مجلة المحترف لعلوم الرياضة والعلوم الإنسانية والاجتماعية***، 4(4)، 181-160.

45-شينار، سامية، بولحبال، آية. (2021). المشكلات النفسية المصاحبة لصدمة الإصابة بسرطان الثدي. ***مجلة المداد***، 11(1)، 79-69.

46-صندلي، ريمة. (2012). الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار) دراسة عيادية على أربع حالات من المراهقين. [مذكرة ماجيستر في علم النفس العيادي]، جامعة فرحات عباس. سطيف.

47-طشطوش، رامي عبد الله. (2015). الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي. ***المجلة الأردنية في العلوم التربوية***، 11(4)، 467-449.

48-طنينه، عماد عزات، الريماوي، عمر طالب. (2019). الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل. ***مجلة التربية والصحة النفسية***،5(1)،22-7.

49-عبد الله، نجية، عبد الفتاح، رأفت. (1995). العوامل النفسية في أمراض السرطان: دراسة ميدانية في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان. مجلة علم النفس. العدد9.

50-عبد المنعم، أحمد يحي. (2014). قلق الموت من السرطان (ط.1). المكتب العربي للمعارف.

51-عبد المنعم، محمد. (2021). العوامل المجتمعية المؤدية للانتحار-دراسة وصفية تحليلية في تفسير الانتحار وأسبابه وسبل الوقاية والعلاج. ***مجلة التربية للعلوم الإنسانية***،2(8)،694-645.

52-عبد الحفيظ، معوشة. (2023). المخططات المعرفية غير التكيفية عند مرضى السرطان. ***مجلة الروائز***،7(1)،406-386.

53-عبكة، حسنين صادق. (2013). أيهما أشد مرض السرطان أم الاكتئاب. دار صفاء للنشر والتوزيع.

54-عروج، فضيلة. (2017). دراسة نفسية عيادية لحالة الإجهاد ما بعد الصدمة لدى العازبات المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان. [أطروحة دكتوراة في علم النفس المرضي]، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.

55- صالح،عزي نعيمة. (2023). مؤشرات الصدمة النفسية لدى المصابين بالسرطان. ***مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية***،11(1)،422-403.

56-علاق، كريمة. (2014). مدى فاعلية برنامج الدعم الروحي بواسطة السوفرولوجيا في خفض القلق والاكتئاب لدى عينة من مرضى السرطان بمستشفى وهران الجامعي. ***مجلة العلوم الاجتماعية***،3(5)،167-148.

57-عليوة، سمية، تعولميت، شراز. (2022). الرفاه النفسي لدى المصابين بأمراض مزمنة (السرطان نموذجا). ***مجلة العلوم القانونية والاجتماعية***،7(1)،736-722.

58-عمراوي، نبيل، عاجب، بومدين. (2020). العلاج النفسي ببروتوكول تطوير وتثبيت الموارد-خفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة والروحانية كمورد للتكفل النفسي بمرضى الأورام السرطانية-دراسة أولية. ***مجلة الروائز***،4(2)،99-85.

59-غازلي، نعيمة. (2012). النسق الأسري وعلاقته بظهور المحاولة الانتحارية. [مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي]، جامعة مولود معمري تيزي وزو.

60-فارس، زين العابدين. (2019). الفروق بين مرضى السرطان والأصحاء في متغيرات علم النفس الإيجابي (السعادة، حب الحياة، التفاؤل). ***مجلة دراسات في علم نفس الصحة***،4(4)،66-54.

61-فاضلي، أحمد. (2009). تصور الانتحار لدى الطلاب المقبلين على التخرج وعلاقته بإدراك الضغط النفسي واستراتيجيات المقاومة. ***مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية***،9(1)،122-89.

62-فلقير، فتيحة، بودوح، محمد. (2019). الألكستيميا لدى مرضى السرطان (دراسة ميدانية بمستشفى العفرون). ***مجلة دراسات وأبحاث المجلة العربية في العلوم الانسانيةوالاجتماعية***،12(1)،1010-1000.

63-قجال، سعيدة، عيسرو، عقيلة. (2018). الصلابة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان. ***دراسات نفسية وتربوية***، 11(1)،221-205.

64-قينان، إيمان، بن لعربي، مختارية. (2021). تصور الانتحار لدى طلبة الجامعة. ***مجلة آفاق للبحوث والدراسات***،4(2)،463-453.

65-كاتبي، محمد عزت عربي. (2015). أزمة الهوية وعلاقتها بالتصور الانتحاري لدى عينة من طلبة التعليم الثانوي في مدارس محافظة دمشق الرسمية. ***مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس***،13(4)،78-65.

66-كرار، موسى حسن، سلام، هاشم حافظ. (2021). الرفاهية الروحية لدى الكوادر التمريضية في مدينة الدينوانية. ***مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية***،391، 23-2.

67-كرار، موسى حسن البديري. (2021). سلوك المساعدة وعلاقته بالرفاهية الروحية، [مذكرة ماجيستر آداب في علم النفس]، جامعة القادسية.

68-كرسوع، مريم. (2012). مرض السرطان في قطاع غزة. [رسالة ماجيستر في الجغرافيا]، الجامعة الإسلامية غزة.

69-لونيس، سعيدة. (2020). تصور الانتحار لدى الشباب الجامعي. ***مجلة المعيار***،25(52)،851-837.

70-مايو كلينك. (2024). سرطان المعدة الأعراض والأسباب.

https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/stomach-cancer/symptoms-causes/syc-20352438.

71-مايو كلينك. (2024). سرطان البنكرياس الأعراض والأسباب.

https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/pancreatic-cancer/symptoms-causes/syc-20355421.

72-مرزاقة، وليدة. (2009). مركز ضبط الألم وعلاقته بإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. [رسالة ماجيستر في علم النفس الصحة]، جامعة الحاج لخضر باتنة.

73-مرزاقة، وليدة. (2019). نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان. ***مجلة دراسات في علم نفس الصحة***، 4(2)، 23-11.

74-مركز الحسين للسرطان. (2024). أنواع السرطان.

https://www.khcc.jo/ar/cancer-types.

75-مزردي،حنان،الشريف حمادي،محمد. (2020). مؤشرات النزعة الترميمية والاسناد الديني التكيفي لدى المصابة بسرطان الثدي. ***مجلة النسمة للبحوث والدراسات***، 11(1)، 152-134.

76-معمرية، بشير. (2012). تصميم استبيان احتمال الانتحار لدى الراشدين وتقنينه على عينات من البيئة الجزائرية. ***مجلة أبحاث نفسية وتربوية***، 1(5)، 46-21.

77-ملحم، حسن. (1987). السرطان والأمراض الانحلالية الخطرة منعها وشفاؤها المؤكد. (ط.1). دار القلم للطباعة والنشر والتوزيع.

78-منظمة الصحة العالمية. (2مارس2022). السرطان.

https://www.who.int/ar/new-room/fact-sheets/detail/cancer.

79-منظمة الصحة العالمية. (38أغسطس2023). الانتحار.

https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide.

80-منظمة الصحة العالمية. (11يوليو2023). سرطان القولون والمستقيم.

https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer.

81-منظمة الصحة العالمية. (1فيفري2024). تزايد العبء العالمي للسرطان وسط تعاظم الحاجة إلى الخدمات.

https://www.who.int/ar/news/item/20-07-1445-global-cancer-burden-growing-amidst-mounting-need-for-services.

82-الأنصاري. (2004). مقياس التفكير الانتحاري لموراي . (مصري حنور، ترجمة)

83-موسى، هبة، سماعيلي، يامنة. (2019). الفروق بين الجنسين في تصور الانتحار حسب مستوى الذكاء الوجداني لدى المراهقين-دراسة ميدانية بمصلحة الملاحظة والتربية في الوسط المفتوح بولاية المسيلة. ***مجلة آفاق علمية***، 11(2)،500-480.

84-نفيدسة، فاطمة، هروال، منير. (2023). الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان. ***مجلة آفاق علمية***، 15(2)،337-318.

85-وازي، طاوس. (2012). ظاهرة الانتحار بين التفسير الاجتماعي والتشخيص النفسي. ***دراسات نفسية وتربوية***، 5(1)،76-62.

86-وندلوس، نسيمة. (2014). أهمية التناول النسقي في الكشف عن المعاناة النفسية والكفاءات الفردية والعائلية لدى مرضى السرطان وعائلاتهم. [أطروحة الدكتوراة في علم النفس العيادي]، جامعة الجزائر2.

87- يخلف، عثمان. (2001). علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة دار الثقافة للطباعة والنشر.

-المراجع باللغة الأجنبية:

88-Abbasi, M., Farahani-Nia, M., &Mehrdad, N. (2014). Nursing students' spiritual well-being, Spirituality and spiritual care. ***Iranian Journal of nursing and midwifery research,*** 19(13),242-247.

89-Abdizadeh, M., & Khiabani, MM. (2014). Implementing the Spiritual Leadership Model in the Health care Industry in Iran. ***International Journal of Business and Management,*** 9(11),92-101.https://dx.doi.org/10.5539/ijbm.v9n11p92.

90-Abuelgasim, KA., Ahmed, GY., Alqahtani, JA., Alaskar, AS., & Malik, MA. (2016). Depression and anxiety in patients with hematological malignancies, prevalence, and associated factors. ***Saudi Medical Journal,*** 73(8), 877-881.doi: https://doi.org/10.15537/smj.2016.8.14597.

91-Ahmad, N., Sinaii, N., Panahi, S., Bagereka, P., Serna-Tamayo, C., Shnayder, S., Ameli, R., & Berger, A. (2022). The FACIT-Sp spiritual well-being scale: a factor analysis in patients with severe and/or life-limiting medical illnesses. ***Annals of Palliative Medicine.***11(12),3663-3673.https://dx.doi.org/10.21037/apm-22-692.

92 -Ahn, MH., Park, SA., Lee, HB., Ramsey, ChM., NA, R., Okkim, S., Kim, JE., Yoon, S., & Hong, JP. (2015). suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. ***Psycho-Oncology***,24(5), 601-607. https://doi.org/10.1002/pon.3705.

93-Alencar, RS., Alves Roncen, LB., De Oliveira Rodrigues, ME., Da Silva, Roo., & Angelini, MC. (2021). Risk Factors related to suicide in patients with lung cancer. ***Brazilian Journal of Health Review,***4(5).18854-18861.Doi:10.34119/bjhrv4n5.31.

94-Ata, G., & Kiliç, D. (2021). Correlation of spiritual well-being with hope and depression in oncology patients: The case of Turkey**.** ***Perspectives in psychiatric care,***58(4),1460-1466. https://doi.org.10.1111/ppc .12950.

95-Barnes, JM., Johnson, KJ., Grove, JL., Srivastava, AJ., Osazuwa-peters, N., & Perkins, SM. (2022). Risk of suicide among individuals with a history of childhood cancer. ***Cancer,***128(3),624-632. https://doi.org/10.1002/cncr.33957.

96-Bjorkenstam, CH., Edberg, A., Ayoubi, S., & Rosen, M. (2005). Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? A nationwide register study in Sweden from 1965 to 1999.***Scandinavian Journal of Public Health***,33(3),208-214. https://doi.org/10.1080/14034940410019226.

97-Borzyszkowska, A., & Basinska, MA. (2018). Personal resources-resiliency, hopeand spiritual well-being in relation to coping Flexibility with stress in alcohol dependent persons. ***Alcoholism and Drug Addiction/Alcoholism I Narkomania,***31(4),243-.https://doi.org/10.5114/ain.2018.83912.

98-Cheng, Q., Liu, X., Li, X., Wang, Y., Mao, T., & Chen, Y. (2019). Improving Spiritual Well-being among cancer patients: impactions for clinical care. ***Support care cancer,***27(9), 3403-3409. https://doi.org/10.1007/s00520-019-4636-4

99-Holden,CE., Wheelwright,S., Harle,A., Wagland.,R. (2021). The role of health literacy in cancer care : A mixed studies systematic review. Plos One, 12(11), 1-26. https://doi.org/10.1371/jornal.pone.0259815

100-Choi, Y., & Park, EC. (2021). Suicide after cancer diagnosis in south Korea: a population-based cohort study. ***BMJ Open,***11(9), 1-9. https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049358.

101-Clark, CC., & Hunter, J. (2019). Spirituality, Spiritual well-being, and spiritual coping in Advanced Heart Failure: Review of the Literature. ***Journal of Holistic Nursing,***37(1),56-73. https://doi.org/10-1177/0898010118761401.

102-Duran, S., Avci, D., & Esim, F. (2020). Association Between Spiritual well-being and Resilience Among Turkish Hemodialysis patients. ***Journal of Religion and Health,***1-13. https://doi .org/10.1007/s10943-020-01000-z.

103-Elham, H., Hazrati, M., Momennasab, M, M., & Sarek, K. (2015). The effect of Need-Based spiritual /Religious Intervention on spiritual well-being and Anxiety of Elderly People. ***Holistic Nursing Practice,***29(3), 136-143.doi:10.1097/hnp.0000000000000083.

104-Filiberti, A., Ripamonti, C., Toits, A., Vittorio Ventafridda, V., De conno, F., Contiero, P., & Tamburini, M. (2001). Characteristics of terminal cancer Patients Who committed suicide during a home palliative care program. ***Journal of Pain and Symptom Management***,22(11),544-553.https://doi.org/10.1016/S0885-3924(01)00295-0.

105-Filiberti, A., & Ripamonti, C. (2002). Suicide and suicidal thoughts in cancer patients. ***Tumori Journal,***88(3), 193-199.doi :10.1177/030089160208800303.

106-Fisher, J. (2011). The four Domains Model: Connecting Spirituality Health and well-being. ***Religions***,2(1),17-28. https://doi.org/10.3390/re/2010017.

107-Gaskin-Wasson, AL.,Walker, KL, Shin,J.,Shin,JL., & Kaslow,NJ. (2018). Spiritual well-being and psychological adjustment: Medited by Interpersonal Needs? ***Journal Religion Health,57(40***), 1376-1391.doi:10.1007/s10943-016-0275.

108-Gomez, R., & Fisher, JW. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being Questionnaire. ***Personality and Individual Differences***,35(8),1975-1991.https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00045-X.

109-Gonzalez, P., Castaneda, SF., Dale, J., Medeiros, EA., Buelna, C., Nunez, A., Espinoza, R., & Talvera, GA. (2014). Spiritual well-being and depressive Symptoms among cancer survivors. ***Supportive Care in Cancer***,22(9), 2393-2400. https://doi.org/10.1007/s00520-014-2207-2.

110-Hasanshahi,M.,& Mazaheri,MA. (2016) the effects of education on spirituality through viritual social media on the spiritual well-being of the public health students of isfahan university of medical sciences in 2015. International journal of community based nursing and midwifery,4(2), 168-175. https://www.ncbi.ntm.gov/pmc/articles/PMC4876785/pdf/IJCBNM.4.168.pdf.

111-Hagezom, HM., Amare, T., Hibdye, G., & Demeke, W. (2021). Magnitude and associated factors of suicidal Ideation among cancer patients at ayder comprehensive specialized hospital, Mekelle, Ethiopia,2019: Cross-sectional Study. ***Cancer Management and Research,***13:4341-4350. https://doi.org/10.2147/CMAR.S268669.

112-Heinrich, M., Hofmann, L., Baurecht, H., Kreuzer, PM., Knuttel, H., Leitzman, MF., & Seliger, C. (2022). Suicide risk and mortality among patients with cancer. ***Nature Medicine.***28: 852-859. www.nature.com/naturemedicine.

113-Hejazi, N. (2023). Psychological anxiety among cancer patients from their point of view. ***El Mesbah Journal in psychology, Education Sciences, and orthophony,***13(1),91-114.

114-Hem, E., Loge, IH., Haldorsen, T., & Ekeberg. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. Jornal of Clinical Oncology,22(20). https://doi.org/10.1200/JCO. 2004.02.052.

115-Heng, PH., Lathiifah, S., & Hutabarat, F. (2021). Relationship Between spiritual well-being and Quality of Life of university x students during covid-19. ***Quaerens***: ***Journal of theology and Christianity studies***,3(2),173-189.https://doi.org/10.46362/quaerens.v3i.53.

116-Henson, KE., Brock, R., Charnock, J., Wickramasinghe, B., Will, O., & Pitman, A. (2019). Risk of suicide after Diagnosis in England. ***Jama psychiatry,***76(1), 51-60.doi:10.1001/jamapsychiatry-2018-3181.

117- Jetan, M., Daifallah, A., Rabayaa, MK., Qadri, R., Nassorah, M., Nouri, A., & Al-Othaman, N. (2023). The impact of spiritual well-being on the quality of life of cancer patients: A Cross-sectional study. ***Integrative cancer therapies,***22: 1-9. Doi: 10.1177/15347354231210841.

118-Karasouli, E., Latchford, G., & Owens, D. (2014). The impact of chronic illness in suicidality: a qualitative exploration. ***Health Psychology and Behavioral Medicine***,2(1),899-908.Doi:10.1080/21642850.2014.940954.

119-Karekla, M., &Constantinou,M. (2010). Religious coping and cancer. Proposing an acceptance and Commitment therapy approach. Cognitive and Behavioral Practice, 17(4), 371-381. Doi :https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.08.003.

120-Lestari, HAS., Sukartini, T., & Nihayati, HE. (2023). Spiritual well-being in breast cancer patients. ***Pediomaternal Nursing Journal,***9(1),26-30. https://dx.doi.org/10.20473/pmnj.v9i1.42247.

121-Lin, HR., & Bauer-Wu, SM. (2003). Psycho-spiritual well-being in patient with advanced cancer: an integrative review of the literature. ***Journal of advanced nursing,***44(1), 69-80.doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02768. x.

122-Liu, Q., Wang, X., Kong, X., Wong, Z., Zhu, M., Ren, Y., Dong, H., Fang, Y., & Wang, J. (2022). Subsequent risk of suicide among 9,300,812 cancer survivors in US: A population-based cohort study covering 40 years of data. ***EClinical Medicine,***44(101295). Doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101295.

123-Lovell, M., Corbett, M., Dong, S., & Siddall, P. (2021). Spiritual well-being in people living with persistent non-cancer and cancer-Related Pain. ***Pain Medicine,***22(6),1345-1352.Doi:10.1093/pm/pnaa414.

124-MacDonald, DA. (2000). Spirituality: Despcription, meausurment and relation to the five factore model of personality. ***Journal of personality,***68(1), 153-197.doi:10.1111/1467-6494-t01-1-00094.

125-Medjedovic, S. (2022). Identifying suicidal Ideation in cancer patients. ***Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences,***10(G),716-723.

126-Malekiha, M., & Rafiee, M. (2020). The Survey Effectivness of time Perspective thearpy on spiritual well-being and Hardiness Parents of Boy students with Reading Disability. ***International Journal of Multi-cultural and Multireligious Understanding,***7(5),138-147**.** https://ijmmu.com/index.php/ijmmu/article/view/1612/1304.

127-Matuiziene, J., & Bulotiene, G. (2011). Suicide risk factors and prevention in cancer patients.1:18-25.

128-McClain, CS., Rosenfeld, B., & Breitbrat, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of- life despair in terminally-ill cancer patients. ***Journal of the Lancet,***361(9369),1603-1607.https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13310-7.

129-Michalek, IM., Gaetano dos Santos, FL., Wojciewska, U., & Didkowska, J. (2023). Suicide after a diagnosis of cancer: Follow-up of 1,4Million Individuals,2009-2019.***Cancers,***15(4315),1-17. https://doi.org/10.3390/cancers15174315.

130-Misono, S., Weiss, N., Fann, JR., Redman, M., & Yuech, B. (2008). Incidence of suicide in persons with cancer. ***Journal of Clinical Oncology,***26(29),4731-4738. https://doi.org/10.1200/JCO.2007.13.8941.

131-Nolan, S., Saltmarsh, P., & Leget, C. (2011). Spiritual care in palliative care: working towardsan EAPC task force. ***European Journal of Palliative care***,18(2),86-89.

132-Noviant, B., & Zouaoui,M. (2023). Le numérique en santé un nouveau levier d'offre de soins en oncologie. Sciences pharmaceutiques. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04344487.

133-O'Callaghan, C., Seach, D., Clayton, JM., Welz, M., Kissane, D., Georgousopoulou, EN., & Michael, N. (2020). Palliative Caregivers Spirituality, views About spiritual care, and Associations with spiritual well-being: A Misced Methods Study. ***American Journal of Hospice and Palliative Medicine***,37(4), 1-9. https://doi.org/10.1177/1049909119877351.

134-Park, SA., Chung, SH., & Lee, Y. (2016). Factors Associated with suicide risk in advanced cancer patients: A Cross-Sectional Study. ***Asian Pacific Journal of cancer Prevention***,17(11),4831-4836.Doi:10.22034/APJSP.2016.17.11.4831.

135-Prudhomme, Ch., Jeanmougin, Ch., & Morel, N. (2012). Processus tumoraux. Maloine.

136-Puckalski, CM., Vitillo, R., Hull's., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. ***Journal of palliat Medicine,***17(60), 642-656.https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427.

137-Reich, M., & Martine Ruszniewski, M. (2012). Le suicide en cancérologie : une question taboue ? ***Canéro digest,***4(3),118-122.Doi :10.4267/2042/47603.

138-Ripamonti, CL., Giuntoli, F., Gonella, S., & Micciensi, C. (2018). spiritual care in cancer patients: a need or option? ***Current Opinion in Oncology,***30(4),218-212.Doi:10.1097/cco.0000000000000454.

138-Rustam, AM., Sahrah, A., Naim.R & Dwidiyanti.A. (2023). Psychospiritual Interventions to improve the spiritual well-being of cancer Patient. ***International conference of psychology: International conference on indigenous treatment and contemporary psychology/ICOP.***

139-Saad, AM., Gad, MM., Al-Husseini, MJ., Alkhayat, MA., Rachid, A., Alfaar, AS., & Hamoda, HM. (2019). Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A Population-Based Study.***Cancer,***125(6), 972-979. https://doi.org/10.1002/cncr.31876.

140-Sami Ali, M. (2000). L'impasse relationnelle temporalité et cancer. 1ére edition. Paris. Ed Dunod.

141-Scheffold, K., Philipp, S., Koranyi, S., Engelman, D., Schulz-Kindermann, F., Harter, M., & Mehnert-Theuerkauf, A. (2019). Spiritual well-being mediates the association between attachment insecurity and psychological distress in advanced cancer patients. ***Support care cancer,***27(1), 4317-4325.doi:10.1007/S00520-019-04744-x.

142-Seyedfatemi, N., Rezaie, M., Givari, A., & Hosseini, F. (2006). Prayer and spiritual well-being in cancer patients. ***Journal of payesh,***15(4),295-304. http://payeshjournal.ir/article-1-732-en.html.

143-Spire, A., & Poinsot, A. (2007). L'annonce en cancérogie. ***Questions de communication,*** 159- 176. https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.7340.

144-Taliferro, LA., Rienzo, BA., Pigg, RM., Miller, MD., & Dodd, VJ. (2009). Spiritual well-being and suicidal college students. ***Journal of American College Health,***58(1), 83-90. https://doi.org/10.3200/JACH.58.1.83-90.

145-Tang, W., Zhang, WQ., Hu, SQ., Shen, WQ., & Chen, HL. (2022). Incidence and risk). Incidence and risk of suicide in patients with lung cancer: a scoping review. ***Support Care Cancer,***30(4),2945-2957. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06604-z.

146-Tanriverdi, D., Berkican, E., & Koç, Z. (2024). The Relationship between psychache and suicide risk with spiritual well-being levels of patients diagnosed with depression. American psychiatric Nurses Association. https://doi.org/10.1177/10783903221079796.

147-Vyssoki, B., Gleiss, A., Rockett, IR., Hackk, M., Leitner, B., Sonneck, G., & Kapusta, ND. (2015). Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? ***Journal Affect Disorders,***175:287-291. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.028.

148-Werdani, YDW. (2022). Spiritual well-being and optimism as contributing factors that influence the subjective well-being of cancer patients. ***Indonesian Journal of cancer***,16(1),16-21. https://dx.doi.org/10.33371/ijoc.v16i1.819.

149-Zaorsky, NG., Zang, Y., Tuanquin, L., Bluethman, SM., Park, HS., & Chinchilli, VM. (2019). Suicide among cancer patients. ***Nature communications.***10(207),1-7. https://doi.org/10.1038/s41467.018.08170.1.

الملحق رقم (2)

استمارة المعلومات:

التعليمة:

سيدي (تي)

نحن طالبتين بجامعة مولود معمري تيزي وزو وبصدد تحضير مذكرة ماستر في علم النفس العيادي. تهدف الدراسة الى التعرف على الآثار المترتبة عن الإصابة بمرض السرطان. وعليه نرجو منكم الإجابة على كل عبارة من عبارات الاستبيانات والأسئلة الموالية بصراحة وصدق وذلك بوضع علامة (x) في الخانة التي تنطبق عليك وعدم ترك أي عبارة أو سؤال بدون إجابة، علما أنه لا يوجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك الشخصي بكل عفوية وصدق. تأكدوا أن إجابتكم ستحظى بالسرية التامة ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

جزيل الشكر على مساهمتك وتعاونك معنا.

- الجنس: ذكر ( ) أنثى( )
- السن:
- الحالة المدنية: أعزب/عزباء ( ) متزوج/ة ( ) مطلق/ة( ) منفصل/ة( ) أرمل/ة ( )
- المستوى التعليمي: ابتدائي ( ) متوسط( ) ثانوي( ) جامعي( )
- المهنة:
- المستوى الاجتماعي و الاقتصادي: ضعيف( ) متوسط ( ) جيد ( )
- مكان الإقامة: منطقة ريفية ( ) منطقة حضرية( )
- السكن: لوحدك( ) مع العائلة( )
- في حالة السكن مع العائلة، عدد أفراد الأسرة: .....
- منذ متى وأنت مصاب بالسرطان: .....
- نوع السرطان المصاب به؟ .....

- في أي مرحلة من المرض تم تشخيص الإصابة به؟ .....

- ما نوع العلاج الذي تم وصفه لكم بعد الإعلان عن التشخيص؟ .....

- هل هناك من أصيب بهذا المرض في عائلتك؟ نعم ( ) لا ( )

إذا كانت الإجابة بنعم، من هم؟ .....

ما نوع السرطان الذي أصيبوا به؟ .....

الملحق رقم (3)

مقياس التفكير الانتحاري:

التعليمة:

فيما يلي قائمة من العبارات المهمة لدى الأشخاص المصابين بمثل مرضك. يرجى قراءتها بتمعن ووضع علامة (+) في خانة الإجابة التي تنطبق عليك والتي تعبر عما شعرت أو فكرت به منذ الإعلان عن اصابتك بالمرض.

الرقم	العبارات	لا تنطبق علي أبدا	تنطبق علي قليلا	تنطبق علي كثيرا	تنطبق علي دائما
01	انتابتني الرغبة أحيانا أن أموت				
02	فكرت في بعض الطرق التي اقتل بها نفسي				
03	خططت لقتل نفسي				
04	فكرت في الانتحار				
05	فكرت طويلا في الانتحار				
06	اعتقد أن الموت راحة				
07	فكرت فيما يمكن ان اكتبه في مذكرتي عند اقدامي على الانتحار				
08	تجنبت التفكير في الأسباب التي تدعوني للاستمرار في الحياة				
09	فكرت فيما يفعله الاخرون إذا ما أقدمت على قتل نفسي				

10	كان هناك الكثير الذي يستحق أن أعيش من أجله				
11	فكرت أحيانا في الانتحار				
12	لم تكن الأمور بالغة السوء لكي أفكر في الانتحار				

الملحق رقم (04)

مقياس الرفاهية الروحية

التعليمة:

فيما يلي قائمة من العبارات التي تعد مهمة لدى الأشخاص المصابون بمثل مرضك. يرجى قراءتها ووضع علامة (x) في خانة الإجابة التي تنطبق عليك والتي تعبر عما شعرت به أو فكرت منذ الإعلان عن إصابتك بالمرض.

الرقم	العبارات	لا على الإطلاق	قليلا جدا	الى حد ما	كثيرا الى حد ما	كثيرا جدا
01	شعرت بالسلام					
02	كان لدي سبب للعيش					
03	كانت حياتي مثمرة					
04	وجدت صعوبة في الشعور براحة البال					
05	شعرت بوجود هدف في حياتي					
06	كنت قادر/ة على الوصول إلى أعماق نفسي للحصول على الراحة					
07	شعرت بالانسجام(الوفاق) مع ذاتي					
08	كانت حياتي تفتقر إلى المعنى والهدف					
09	وجدت الراحة في إيماني ومعتقداتي الروحية					
10	وجدت القوة في إيماني ومعتقداتي الروحية					
11	قويت إصابتي بالمرض إيماني ومعتقداتي الروحية					
12	كنت أعلم أنه مهما حدث مع مرضي فإن الأمور ستكون على ما يرام					