



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة مولود معمري - تيزي وزو -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

النسق الأسري المدرك وقلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي
دراسة ميدانية لخمس حالات بمركز مكافحة السرطان بذراع بن خدة - تيزي وزو -

مذكرة مكملّة لنيل شهادة ماستر في علم النفس الصحة

إشراف:

من إعداد:

أ- د: أيت مولود يسمينة

راحلي ماسيسيليا

مقداد مريم

السنة الجامعية 2024/2023

كلمة شكر

الحمد لله كثيرا نحمده على نعمه التي لا تعد ولا تحصى واشكره على توفيقه لإنجاز هذا العمل أتقدم بالشكر الجزيل لأستاذتنا الفاضلة "ايت مولود يسمينة" على توجيهاتها القيمة لإتمام هذا العمل ومديرية مؤسسة مكافحة السرطان بذراع بن خدة-تيزي وزو- وأخص بالذكر الأخصائية النفسانية "حجاز".

على تعاونهم معنا كما لن ننسى كل من اهتم بنا ووقف بجانبنا ساعدنا من قريب

أو من بعيد بكلمة أو لحظة من وقته لكم منا

جزيل الشكر والعرفان نسأل الله أن يوفقكم إلى كل خير.

'مقداد مريم'

"راحي ماسيسيليا"

إهداء

الى من لا يمكن للكلمات ان توفي حقهما
الى من لا يمكن للأرقام ان تحصي فضائلهما الوالدين حفظكما الله واجل لكم
العتاء في الدنيا والاخرة.
الى اغلي الناس على قلبي اخوتي أدامكم الله فخرا لي
إلى زوجي وعائلته
والي كل من ساعدنا من قريب او من بعيد الي كل من يعرفني ولم تسمح هذه
الورقة أن أذكر أسماءهم.
الي كل هؤلاء اهدي عملي المتواضع هذا.

مقداد مريم

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى التي حملتني ومنحتني الحياة
"أمي الغالية".

إلى الذي دعمني منذ خطواتي الأولى إلى المدرسة
"أبي العزيز".

إلى إخوتي: (مراد, كمال, كريم) وإلى أختي: سامية رفيقة دربي.
كما أهدي عملي المتواضع إلى صديقتي التي شاركنا معا هذا العمل المتواضع
"مقداد مريم"

وإلى كل الزملاء والزميلات وجميع الطلبة دفعة "2024".

كما اتوجه بخالص الشكر إلى كافة أساتذتنا الكرام بقسم العلوم الإنسانية و
الاجتماعية تخصص علم النفس الصحة بجامعة مولود معمري تيزي وزو قطب
تامدة على ما قدموه لنا طيلة فترة دراستنا وإلى كل من قدم لنا تشجيعا مهما بلغت
درجته سواء من بعيد أو من قريب.

راحي ماسيسيليا

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة النسق الأسري المدرك ومستوى قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي.

أجريت الدراسة على خمس (5) من نساء العزبات المصابات بسرطان الثدي أعمارهن تتراوح ما بين (30-42) بمستشفى مكافحة السرطان بذراع بن خدة لولاية تيزي وزوو.

اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي المنصب على دراسة حالة. فيه واستخدمنا أدوات جمع المعلومات المتمثلة في المقابلة العيادية نصف الموجهة اختبار الإدراك الأسري FAT ومقياس قلق الموت المعد من طرف: "لدونالد تمبلر" (1970).

وبعد تطبيق الأدوات وجمع البيانات وتدوينها وتحليلها جاءت النتائج كالتالي:

- حصلنا على نتائج مقياس قلق الموت عند الحالات الخمسة يبلغ (10,6) وهي درجة مرتفعة أي تعادل (70,66) وهذا ما يدل على ان الحالات تعاني من قلق الموت مرتفع بينما وجدنا حالة واحدة من مجموعة دراستنا تعاني من مستوى متوسط الشدة من قلق الموت وهي الحالة الرابعة (شفيعة)، ومن هنا يمكن القول ان الفرضية التي تنص على " ما مستوى قلق الموت الذي تشعر به المرأة المصابة بسرطان الثدي " قد تحققت على مستوى مجموعة الدراسة.

- أدركت النساء المصابات بسرطان الثدي دينامية نسقها الأسري على أنه سيء التوظيف بلغ متوسطه (62) وظهر في متوسط أبعاده في :

- ارتفاع الصراع الظاهر (13)
- الاستعانة بالحلول السلبية (6)
- ضبط النهايات (10)
- نوعية العلاقات (14)
- ضبط الحدود (13)
- الدائرة الغير الوظيفية (3)
- إضافة الى المعاملات السيئة (7) و - الإنفعالات (6)

الكلمات المفتاحية: نسق الأسري، قلق الموت، سرطان الثدي، المرأة المصابة بسرطان

L'étude visait à connaître la nature de la structure familiale perçue et sa relation avec le niveau d'anxiété de mort chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Cette étude a été menée sur cinq (5) cas de femmes célibataires atteintes d'un cancer du sein âgé de 30 à 42 ans à l'hôpital de lutte contre le cancer de Draa Ben Khedda, province de Tizi-Ouzou.

Cette étude s'est appuyée sur l'approche clinique et une méthode d'étude de cas. Nous avons utilisé des outils d'entretiens cliniques semi-dirigés et un ensemble de tests psychologiques, représentés par le FAT et le Death Anxiety Scale : « de Donald Templer » (1970).

Sur la base des résultats que nous avons obtenus lors de l'entretien clinique semi-dirigé, de l'échelle d'anxiété de mort et de l'application du test de perception familiale FAT, et après les avoir analysés et discutés :

Nous avons obtenu des résultats sur l'échelle d'anxiété de mort pour les cinq cas de (10,6), ce qui est un score élevé, équivalent à (70,66). Cela indique que les cas souffrent d'une forte anxiété de mort, alors que nous avons trouvé un cas de notre groupe d'étude souffrant.

D'un niveau modéré d'anxiété La mort, qui est la quatrième condition (préemptive), et à partir de là, on peut dire que l'hypothèse qui indique « quel est le niveau d'anxiété de mort ressenti par une femme atteinte d'un cancer du sein » a été réalisée au niveau du groupe d'étude.

Les femmes atteintes d'un cancer du sein percevaient leur dynamique familiale comme fonctionnant mal, avec un score moyen de (62) et ses dimensions moyennes apparaissant dans :

- Conflit apparent élevé (13)**
- Utiliser des solutions négatives (6)**
- Ajuster les fins (10)**
- Qualité des relations (14)**
- Contrôler les frontières (13)**
- Département non fonctionnel (3)**
- En plus des mauvaises relations (7) et – des émotions (6)**

Mots-clés : système carcéral, angoisse de mort, cancer du sein, femmes atteintes d'un cancer du sein.

الفهرس العام

كلمة شكر

الإهداء

ملخص الدراسة

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الملاحق

مقدمة أ

الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة

- 1- إشكالية الدراسة..... 01
- 2- فرضيات الدراسة 04
- 3- أهمية الدراسة 04
- 4- أهداف الدراسة 04
- 5- أسباب اختيار موضوع الدراسة..... 05
- 6- المفاهيم الإجرائية للدراسة..... 05

الفصل الثاني: النسق الأسري المدرك

- تمهيد..... 08
- 1- تعريف الأسرة 08
- 2- تعريف النسق الأسري..... 09
- 3- وظائف الأسرة..... 10
- 4- أنواع الأنساق الأسرية..... 13

5-	مكونات النسق الأسري	14
6-	مبادئ النسق الأسري	16
7-	السيرورة العلائقية داخل النسق الأسري	17
8-	النظريات المفسرة للنسق الأسري	18
-	النظرية السيبرانية	18
-	نظرية "بيرتالنفى"	19
-	نظرية "باترسون"	20
-	النظرية الإستراتيجية 'هالى'	21
-	نظرية 'فريجينيا ساتر'	22
-	نظرية "بوبن"	23
-	نظرية "سالفدور مينوش"	25
	الخلاصة	30

الفصل الثالث: قلق الموت والنظريات المفسرة له

	تمهيد	32
1-	تعريف قلق الموت	32
2-	أنواع قلق الموت	34
-	قلق الموت الحاد	34
-	قلق الموت المزمن	34
3-	أسباب قلق الموت	34
4-	مكونات قلق الموت	35
5-	أعراض قلق الموت	36
6-	النظريات المفسرة لقلق الموت	37
	خلاصة	40

الفصل الرابع: سرطان الثدي

تمهيد.....	42
1-تعريف سرطان الثدي.....	42
2-البنية التشريحية للثدي.....	44
3-الوظائف الفيزيولوجية للثدي.....	45
4-الامراض التي تحدث على مستوى الثدي.....	46
5-أنواع سرطان الثدي.....	48
6-مراحل سرطان الثدي.....	50
7-عوامل سرطان الثدي.....	51
8-أعراض سرطان الثدي.....	55
خلاصة.....	58

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد.....	61
1-الدراسة الاستطلاعية.....	61
2-منهج الدراسة.....	67
3-مكان وزمان إجراء الدراسة.....	68
4-مجموعة الدراسة.....	68
5-أدوات الدراسة.....	69
6-الإجراءات التطبيقية للدراسة الميدانية.....	80
خلاصة.....	82

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج

تمهيد.....	84
1- عرض وتحليل نتائج مجموعة الدراسة.....	84
1.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى	84
1.2. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.....	88
1.3. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة.....	92
1.4. عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة.....	96
1.5. عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة.....	101
1.6. عرض وتحليل نتائج اختبار FAT لكل الحالات	105
1.7. عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت لكل الحالات	108
2- تفسير ومناقشة النتائج	109
1.2 تفسير ومناقشة نتائج اختبار الادراك الاسري FAT	109
2.2 تفسير ومناقشة نتائج مقياس قلق الموت.....	110
3-الإستنتاج العام.....	112
4- التوصيات والاقتراحات.....	113
الملاحق.....	114
قائمة المراجع.....	128

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
ملحق (1)	دليل المقابلة العيادية	115
ملحق (2)	ورقة تفريغ FAT	120
ملحق (3)	صور إختبار الإدراك الأسري FAT	121
ملحق (4)	مقياس قلق الموت " لدونالد تمبلر "	124

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	نتائج الدراسة الإستطلاعية	62
2	خصائص مجموعة الدراسة حسب السن	69
3	نتائج إختبار الإدراك الأسري FAT للحالة (1)	85
5	مقياس قلق الموت للحالة (1)	87
6	نتائج إختبار الإدراك الأسري FAT للحالة (2)	89
7	مقياس قلق الموت للحالة (2)	91
8	نتائج إختبار الإدراك الأسري FAT للحالة (3)	93
9	مقياس قلق الموت للحالة (3)	95
10	نتائج إختبار الإدراك الأسري FAT للحالة (4)	97
11	مقياس قلق الموت للحالة (4)	100
12	نتائج إختبار الإدراك الأسري FAT للحالة (5)	103
13	مقياس قلق الموت للحالة (5)	104
14	نتائج إختبار الإدراك الأسري FAT لمجموعة الدراسة	105
15	نتائج مقياس قلق الموت لمجموعة الدراسة	108

مقدمة

تعتبر الأسرة المؤسسة الأولى للتنشئة الاجتماعية واللبنة الأولى لبناء المجتمع يتغير تركيبها من مجتمع لآخر ومن زمن لآخر، وقد طرا على الأسرة تغيير سيكولوجي موازي للتغيير الاقتصادي ونظم العيش، تحت تأثير الشروط الاجتماعية الاقتصادية وحتى التكنولوجيا الجديدة، وليست الأسرة دائما وسطا مستقرا متناغما، فالعديد من الطوارئ يمكنها أن تهدد تماسكها كالمرض والموت.

فقد يتعرض الفرد للإصابة بالمرض في حياته هذه الإصابة تؤدي للانتقال من الحالة المستقرة إلى الحالة الغير متزنة والافتقار النفسي، وهذه المعاناة النفسية والجسدية تغير مجرى حياة المريض على كلا الصعيدين النفسي والعضوي، ومن بين هذه الأمراض السرطان، يعتبر أبرز الأمراض التي تهدد كيان الأفراد ضمن النسق الصحي العالمي فهو يمس التركيبة الجينية للخلايا التي تنمو بشكل مفرط

وتنتشر في كل أجزاء الجسم متسببة في ظهور اضطرابات جسدية ونفسية عديدة من أهمها قلق الموت كما تقتزن التصورات الغالبة نحو هذا المرض بالموت المحتم في المخايل الذاتي للفرد المصاب والمخيل الاجتماعي للأفراد المحيطين به، ومن بين أبرز أنواع السرطانات نجد سرطان الثدي الذي يعتبر من أخطر أنواع السرطانات التي يمكن أن تصيب المرأة والذي ينجر عنه بتر الثدي وبالتالي انعكاسا نفسيا شديدا على المرأة المصابة.

من خلال دراستنا التي تمت داخل مركز مكافحة السرطان بذراع بن خدة قمنا بأجراء مجموعة من المقابلات التي تصرح فيها أقوال الحالات، مع إرفاقها بالملاحظات المدونة وتطبيق اختبار قلق الموت لدونالد تمبلر واختبار الإدراك الأسري.

أعطينا بعدا هاما للمرأة المصابة بسرطان الثدي، وضرورة الاهتمام بها وبنفسيتها، ودراسة أهمية تحويلها للأخصائيين النفسيين من اجل رعايتهم نفسيا وتهيتها باتباع تقنيات علاجية حسب البرامج المخصصة لها الذي يساعدها على التغلب على بعض مخاوفها وخفض شدة قلقها من الموت.

ولقد حاولنا أن نسلط الضوء على هذه الأفكار من خلال دراستنا هذه، وتناولنا جوانبها في فصول تضم الفصل الأول المعنون ب: الفصل التمهيدي ويشمل: تحديد إشكالية الدراسة تحديد الفرضيات أهداف وأهمية الدراسة، ثم سنتطرق إلى دواعي اختيار موضوع الدراسة والتطرق إلى التعاريف الإجرائية الخاصة بمتغيرات الدراسة.

ويحتوي الجانب النظري للدراسة والقسم إلى فصول بحثية يضم الفصل الثاني المعنون ب: النسق الأسري المدرك وسيتم التطرق فيه إلى

مختلف تعاريف الأسرة والنسق الأسري، ثم وظائف الأسرة أيضا أنواع ومكونات وأهم مبادئ النسق والسيرونة العلائقية داخل النسق الأسري وأهم النظريات المفسرة للنسق.

أما الفصل الثالث المعنون ب: قلق الموت والذي تطرقنا فيه إلى تعريف قلق الموت أنواعه، أسبابه أعراضه مكونات وأخيرا النظريات المفسرة له.

الفصل الرابع المعنون ب: سرطان الثدي والذي يتضمن كل من تعريفه والبنية التشريحية للثدي، أهم الوظائف الفيزيولوجية والأمراض التي تحدث على مستوى الثدي، ومراحله، نواعه والعوامل المسببة في حدوثه وأهم أعراضه وكيفية تشخيصه.

كما يتضمن الجانب التطبيقي الفصل الخامس: أولا والذي تطرقنا فيه إلى الإجراءات التطبيقية للدراسة الميدانية حيث ذكرنا فيه المنهج المستعان به وإجراءات الدراسة الاستطلاعية وأهدافها المنشودة ونتائجها المتحصلة عليها وعرضنا خصائص مجموعة بحثنا وكذا أدوات جمع البيانات التي استخدمناها في بحثنا والتي تتمثل في المقابلة العيادية النصف موجهة، واختبار الإدراك الأسري ثم مقياس قلق الموت وأخيرا الإجراءات التطبيقية للدراسة الميدانية.

ثانيا: الدراسة الميدانية والتي تم فيها تقديم الحالات وتلخيص محتوى المقابلات مع تحليلها في ضوء ما تمكنا من إيجاده من الدراسات السابقة إلى ذلك تحليل نتائج تطبيق اختبار قلق الموت ونتائج اختبار الإدراك الأسري مع أرفاق الدراسة الميدانية بتحليل عام لكل حالة ومناقشة النتائج المحصل عليها في ضوء الفرضيات.

وفي الأخير أرفقت الدراسة بخاتمة وقائمة المراجع والملاحق علما أن كل فصل من الفصول ضم تمهيد وخلاصة فصل

الجانِب النظري للدراسة

الفصل الأول:

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- أسباب اختيار موضوع الدراسة

6- المفاهيم الإجرائية للدراسة

1- إشكالية الدراسة:

تعد الأسرة أحد النظم الاجتماعية الأساسية وأقدمها وتواجد في كل المجتمعات الإنسانية، فهي نواته التي تعكس تطرفاته (رشوان أحمد، 2006، ص 89).

كما أنها جماعة متماسكة تستجيب للأحداث بطريقة تختلف عن المؤسسات الاجتماعية الأخرى، فالأسرة نسق فرعي لسلسلة من الأنساق، تتفاعل مع الأنساق الأخرى التي يشملها المجتمع، فالأنساق الفرعية جزء من الأنساق العامة فكل فرد يمكن أن يكون جزءا في عدة أنساق فرعية داخل الأسرة، فالزوجة نسق فرعي للنسق الأسري الأكبر، تنتمي إلى نسق فرعي زواجي مع زوجها كما أن المرأة ابنة، زوجة، والدة وغالبا ما تكون كل ما سبق ومن ثم فهي نسق فرعي ثالث، تؤثر على الأسرة عامة

(كفافي علاء الدين، 1999، ص 103).

وبشير "أحمد الفقي" إلى أن العلاقات الأسرية حضت الكثير من اهتمام الباحثين وتناولت الدراسات في المقام الأول أهمية وجود العلاقة الدافئة الصحية وضرورتها لنمو شخصية فرد الأسرة وأثر على كل مظهر من مظاهر النمو النفسي للفرد وطبيعة العلاقة خلال مراحل النمو المختلفة إضافة إلى العوامل الايجابية والسلبية التي تؤثر فيها

(الكندري، 1996، ص 17).

تعمل الأسرة على توفير الجو الهادئ والمناسب من أجل تربية الأبناء وإعدادهم وتحقيق الراحة والاستقرار النفسي والالتزان الانفعالي والذي هو من أهم مظاهر الصحة النفسية. ولتحقيق ذلك لابد من توفير الحوار بين أفرادها فإذا نجحت الأسرة في تحقيق ما سبق اتسم سلوك أفرادها بالتوافق الاجتماعي، أما إذا فشلت فأنهم ينشؤون في جو غير سوي ومنه الميل إلى عدم الاتزان النفسي والمرض الجسدي لذلك يقول (willenure) (1997) أن الأعراض نفهما على أنها إشارات تدل على انزعاج الفرد

(أيت مولود وآخرون، 2018، ص 28).

بمعنى أن هناك علاقة وطيدة بين المرضى ومجرى العلاقات الأسرية، فهناك أنماط علائقية منشطة تعمل على تهئية الأرضية الخصبة لانتاش المرض الجسدي، فالجسد لديه لغة خاصة أن لم يكن ذات صوت إلا أنها ذات دلالة فما علينا إلا فك شفرة الحديث لفهم المقصود بوضع هذا الجسد في سياقة التفاعلي الاسري (أيت مولود وآخرون، 2018، ص 29).

وعليه فقد يتعرض الفرد عامة والمرأة خاصة بالمرض في حياتها مما يؤدي بها للانتقال من الحالة التي تميل للاستقرار إلى حالة اللاتوافق والمعاناة والمآسي التنفسية والجسدية فيتغير مجرى حياتها على كلا الصعيدين النفسي والجسمي.

فسرطان الثدي وما يحمله من أفكار وخصائص ومعلومات من الوهلة الأولى كفكرة/ الموت والذي يهدد أنوثتها وقد يؤدي بها إلى ردود أفعال سيكولوجية سلبية كالاكتئاب وقلق الموت... ليس فقط على المستوى الفردي إنما الأسري ككل، ذلك أن السرطان قد يضع الأسرة في أزمة شديدة ويؤثر على العلاقات الزوجية والأسرية ويؤدي إلى تغيرات جوهرية في الأدوار الاجتماعية التي تقوم بها الأسرة

(Ell, 1996, p173) .

ذلك أن فالعضوية عامة، تنتج ردود أفعال سيكولوجية مختلفة وبالتالي تغيير مجرى حياة المريض على الصعيد النفسي والعضوي، حيث تؤكد الإصابة بالأمراض الصلة الوثيقة بين الجسم والنفس مما يشعر المرأة المريضة بالضغط والقلق، إذ تبين أبحاث "ماكريت" "قوستو" (macreaet costo) عام (1985) وجود ارتباطات إيجابية بين المشكلات الصحية وقلق الموت، حيث يفقد الشخص المريض القدرة على التحكم على نشاطاته وأعماله بفعل المرض الذي يعاني منه، مما يحدد خلا في تقدير الذات ويساهم في تفجير قلق الموت لديه والذي يراه سيقموند فرويد (s freud) بأنه رد فعل لخطر خارجي معروف يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من التوتر والضيق، والألم والإزعاج

(فاروق عثمان، 2001، ص 18).

ويعد سرطان الثدي مرض العصر وأحد أبرز هموم الأنثى، فيعد أكثر السرطانات انتشارات بين النساء فهو نمو غير اعتيادي للخلايا وبشكل عشوائي غير منتظم في غدة الثدي ويؤدي إلى مهاجمة الأنسجة المحيطة مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة الوفيات والتي قدرت 1360 حالة بالجزائر فما أكثر.

فالمرأة تعلم في قرار نفسها أنها الوعاء الذي يحافظ على بقاء النوع فهي المنتجة للحياة وهي وعاء الغريزة الجنسية التي أعطاها المليون المحليلون النفسانيون مكانة محورية في توجيه وتحريك السلوك كما تحمل المرأة المسؤولية الرئيسية عن العناية بأسرتها والتعامل مع متطلبات الحياة اليومية وقد يؤدي ذلك إلى زيادة الضغوط النفسية و التوترالنفسي والقلق وتغيرات في الصورة الذاتية وهذا ما يشعرها بمعاناة نفسية وإحساسها بالعجز وفقدان الأمل ارتبطت أعراض قلق الموت بالأمراض العضوية العديد من الدراسات منها دراسة (all causset)(1986) بسرطان الثدي وظهور قلق الموت والاكتئاب حيث استهدفت عينه تشمل

(100) امرأة مصابة بسرطان الثدي بـ (100) امرأة غير مصابة والنتيجة وجود (15%) من المريضات يعانين من قلق الموت ونسبة (10%) يعانين من القلق النفسي

و 4,2% يعانين من القلق الفيزيولوجي كثيرا ما يعود قلق الموت إلى الاستعداد الوراثي والعوامل البيئية وكذلك الاستعداد النفسي كالضغط النفسي العام كما ينسب للتهديد الداخلي بالإضافة إلى مواقف الحياة الضاغطة، والتعرض للحوادث الصادمة ويظهر القلق في شكل أعراض جسمية تشمل نقص الطاقة الحيوية والنشاط وتوتر العضلات والنشاط الحركي أما الأعراض النفسية فتتمثل في صورة قلق عام وعدم الاستقرار والحساسية النفسية الزائدة (عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص 115-116).

فالأعراض النفسية تصبح واضحة من الخوف والنتشوه، فالأحزان والقلق والصراعات تعتبر من أهم أعراض قلق الموت الذي يمكن أن يظهر كاضطراب نفسي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، حيث أظهرت الأولى الارتباط بين مشكلات الصحة بشكل عام وظهور قلق الموت كرد فعل للإصابة (<http://forum.hamza-psg-maktouklog.com>).

إذ يراه هولتز (hollter) على أنه: استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد في تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر المتعلقة بالموت (أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص 98).

ومن تلك المشاعر الذاتية نجد سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة التي تفقد الفرد الثقة بنفسية وإحساسيه بحالة من الموت التي تظهر بصورة واضحة في أداء الفرد المهام حيث تعتبر من أهم أعراض قلق الموت الذي يمكن أن يظهر كاضطراب نفسي لدى المرأة عند إصابتها بسرطان الثدي.

كما يتناول النسق الأسري المدرك مجمل التفاعلات والنمط العائلي الذي يؤثر في تجربة المرأة المصابة بسرطان الثدي فإذا كان النسق الأسري يحتوي على دعم واستجابة إيجابية المتطلبات البيئية العائلية، فمن المرجح أن يكون لذلك تأثير إيجابي على الصحة النفسية، وعلى عكس ذلك فأن نقص الدعم الأسري وجود توترات عائلية، من شأن ذلك أن تزيد من التحديات التي تواجهها المرأة ويؤثر سلبا على صحتها النفسية والجسدية والاجتماعية، فنجد دراسات في نفس الاتجاه حول الأسرة.

وتأسيسا لما تقدم ارتأت لنا فكرة دراسة النسق الأسري المدرك وقلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، ومن هنا نطرح التساؤلات التالية:

2- فرضيات الدراسة

الفرضيات العامة

1- كيف تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نسقها الأسري؟

2- ما مستوى قلق الموت الذي تشعر به المرأة المصابة بسرطان الثدي؟

الفرضيات الجزئية

وللإجابة على هذا التساؤل العام تم تجزئته إلى تساؤلات فرعية تتمثل في:

1.1 هل تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نسقها الأسري على أنها متصارع؟

1.2 هل تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نسقها الأسري على أنها سيء الحلول؟

1.3 هل تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نسقها الأسري على أنها سيئة النهايات ؟

1.4 هل تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نسقها الأسري على أنها ضاغطة من حيث

طبيعة العلاقات؟

1.5 هل تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نسقها الأسري على أنها سيء الحدود؟

1.6 هل تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نسقها الأسري على أنها سيئة المعاملات؟

3- أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة الحالية أهميتها من أنها تتطرق لفئة حساسة في المجتمع وهي المرأة حيث يؤثر السرطان بشكل عام على جميع جوانب حياتها لذلك يجب تقديم يد العون لها حتى تكون ايجابية في علاجها. إبراز أهمية ودور المساندة الأسرية المقدمة من طرف الأسرة والأصدقاء في التخفيف من حدة الحدث الضاغطة.

كما تتمثل أهمية الدراسة في أهمية المتغيرات التي تناولتها والمتمثلة في قلق الموت الذي شأن ارتفاعه الحد من فعالية العلاج الدوائي الذي تتلقاه المرأة، وكذا النسق الأسري باعتبار أن الفرد يحتك بأسرته مباشرة بعد خروجه من الرحم البيولوجي لينتقلّي تعاليم الحياة أما بطرق صحيحة فتجعل منه فردا يميل إلى الاتزان أو بأساليب مرضية فيكون في سلوكه وهينته وفردا يميل إلى الاضطراب.

4- أهداف الدراسة:

✓ تهدف الدراسة إلى معرفة مستوى الدعم الأسري المقدم لمريضه سرطان الثدي.

✓ معرفة طبيعة إدراك المرأة لدينامية نسقها الأسري.

✓ التعرف على مستوى قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي.

5- أسباب اختيار موضوع الدراسة:

✓ يكمن دافعنا الجوهري من هذه الدراسة الغوص في تفاصيل عن النسق الأسري وقلق الموت عند المرأة المصابة بسرطان الثدي وهو تأثيرنا بمعاناتهم اليومية.

✓ لفت انتباه الأخصائيين لفك شفرة القلق عند مريضات سرطان الثدي، باعتباره تعبير عن الخوف من الموت أكثر ما هو الخوف من المرض بحد ذاته.

✓ تعتبر دراستنا إسهاما وإضافة نظرية تثري البحوث النفسية وخاصة تلك التي تربط بين علم النفس الإيجابي والأمراض المزمنة.

✓ الرغبة الذاتية في تناول هذا الموضوع نظرا لانتشاره بكثرة في الأعوام الأخيرة داخل عائلتنا.

✓ عدم الاهتمام بالجانب النفسي (التكفل النفسي) لدى مريضات سرطان الثدي.

6- المفاهيم الإجرائية للدراسة: تتمثل مفاهيم الدراسة الإجرائية فيما يلي:

5-1) النسق الأسري المدرك:

النسق الأسري هي تلك العلاقات والتواصل الدائم بين الأفراد الذين يمثلون أسرة المرأة المصابة بسرطان الثدي، والتي تتميز بخصائص حسب ما تدركه هذه الأخيرة والتي يكشف عنها اختبار الإدراك الأسري FAT.

5-2) قلق الموت:

هي الدرجة التي تحصل عليها الحالة في مقياس قلق الموت "دونالد تملتر" وهي حالة من التوتر النفسي لنتيجة لتوقع تهديد فعلي يكمن في الإصابة بمرض سرطان الثدي، تنتاب المرأة، يعبر عنها فيزيولوجيا، معرفيا وسلوكيا.

5-3) سرطان الثدي:

هو ورم في الثدي، حيث يتمثل في مجموعة من الخلايا الشاذة التي تنمو معا بطريقة مضبوطة وتجتاح الأنسجة السليمة بالثدي وتلحق الضرر بها وتتحول مجموعة الخلايا السرطانية التامة إلى كتلة ويطلق عليها الورم.

5-4) المرأة المصابة بسرطان الثدي

هي المرأة المقيمة في ولاية تيزي وزو، والتي شخصت بالإصابة بسرطان الثدي من قبل أخصائي الأورام السرطانية، من خلال فحوصات وتحاليل مخبرية، وتخضع للعلاج الكيميائي أثناء اجراء الدراسة.

الفصل الثاني

النسق الأسري المدرك

تمهيد

1 تعريف الأسرة

- تعريف النسق الأسري

2 وظائف الأسرة

3 أنواع الأنساق الأسرية

4 مكونات النسق الأسري

5 مبادئ النسق الأسري

6 السيرورة العلائقية داخل النسق الأسري

7 النظريات المفسرة للنسق الأسري

خلاصة

تمهيد:

الأسرة هي النواة الأساسية التي يقوم عليها المجتمع يمكن من خلالها إنشاء أجيال صالحة وواعية، حيث تعد اللبنة الأساسية التي ينشأ ويتكون فيها الفرد منذ ولادته، وأي غاية نضجه ومن الصعب جدا التخلي عنها أو إنكارها، حيث بعملية تحيل الفرد من مجرد كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي إنساني وذلك من خلال النسق الذي تحكمه قواعد تنظيم العلاقات بين أفرادها ويحافظ على بقائها واستمرارها وتطويرها.

1-تعريف الأسرة

1-1-لغة:

هي الدرع الحصينة وأهل الرجل وعشيرته وتطلق على الجماعة التي يربطها امر مشترك وجماها اسر ومشتقة من الأسر وتعني القيد يقال اسر أو أسيرا أي قيده أخذه أسيرا

(عبد القادر القصير، 1999، ص33).

ويرى عبد المجيد منصور وآخرون (2000) أن الأسرة على الجماعة التي يربطها رابط مشترك، يقال أسرة أسرا أي قيده و أخذه أسيرا ويحمل معنى الأسرة في اللغة على التماسك و القوة، و أسرة الرجل عشيرته رهطه الأدنون لأنه يتقوى بهم

(عبد المجيد منصور، 2000، ص15).

1-2-اصطلاحا:

تعددت التعاريف التي أشار إليها العلماء لمختلف تخصصاتهم من السيسولوجيا الأنثروبولوجيا وحتى في ميدان التربية، واختلفت الأفكار حول إعطاء مفهوم موحد للأسرة، ولكن اتفقت على إن الأسرة هي اللبنة الأساسية لتكوين المجتمع، حيث تعد من ابسط أشكال البناء تنوعا وتداخلا في جملة العلاقات والأدوار والوظائف التي غالبا ما تعرف بها، لذلك اختلف علماء الاجتماع في تعريفهم لها، حيث يمكن ذكر أهمها كما يلي:

الأسرة هي الوحدة الأساسية في كل المجتمعات الإنسانية بغض النظر على الفروق الثقافية، فهي لا تقوم بتلبية الحاجات الأساسية فقط من طعام، مأوى، ملابس فحسب ولكن تلبي حاجاته إلى الحب والانتماء والرعاية وتنقل من جيل للأخر والتقاليد والقيم الثقافية والأخلاقية والروحية السائدة في المجتمع

(توفيق عصام و مبروك صحر، 2009، ص20).

عرفها أيضا نوريار سيلامي بأنها اشتقاق من اللاتينية familia من famili وتعني خادم، والأسرة في البداية جماعة من الخدم والعبيد يعيشون في مسكن واحد، نساء أطفال، خدم يخضعون لسلطة زعيم الأسرة، وهي مجموعة من الأفراد تربطهم ببعضهم روابط الزواج، والدم والتبني، يعيشون معا تحت سقف واحد ويعترفون إذا كانوا ومنفصلين ١ وان اهم منزل مشتركا

(نوريار سيلامي، 2001، ص 197).

ومن وجهة نظر " علم الاجتماع " أن الأسرة هي عربة الوعي حيث تعرفها الدكتورة "سناء خولي" أنها جماعة اجتماعية أساسية دائمة، ونظام اجتماعي رئيسي، وليست أساس وجود المجتمع فحسب بل هي مصدر أخلاق بالدعامة الأولى لضبط السلوك الذي يتلقى فيه الإنسان أول درس في الحياة. ويعرفها "يكون" أنها ارتباط يدوم قليلا أو كثيرا للزوج والزوجة بأطفال أو بلا أطفال، وأيضا ارتباط رجل وامرأة بلا أطفال.

ويضيف علي اسعد من جهته (1993) أن الأسرة وحدة اجتماعية اقتصادية بيولوجية، تتكون من مجموعة من الأفراد الذين تربطهم علاقات من الزواج والدم والتبني، ويوجد في إطار من التفاعل عبر سلسلة من المراكز والأدوار تقوم بتأدية عدد من الوظائف التربوية الاجتماعية الاقتصادية (علي أسعد وطنه، 1993، ص 73).

- مفهوم النسق الأسري

تعددت تعريفات النسق الأسري بتنوع الباحثين في هذا المجال، وفيما يلي سنطرح اهم التعريفات التي تناولها المهتمون بهذا المجال:

• لغة:

أصل الكلمة إغريقي system يستند على فكرة الكل لا يمكن فهمه إلا من خلال دراسة أجزائه في علاقتها ببعضها البعض وفي علاقتها الكلية للأداة، حيث يعرف النسق طبقا لذلك بأنه نظام معقد لعناصر متفاعلة ببعضها البعض (علاء الدين كفاقي، 2009، ص 60).

• اصطلاحا:

هو مجموعة من الأفراد الذين يكونون نسق محدد للأدوار والأفعال الذي يتمثلون بيها، ويكون في حال نمو مستمر ويطور على شكل معلوماتية عن طريق الاتصال

(Djean claudet et all, 1988, P 491).

والنسق الأسري هو النسق الحي المعقد الذي يتميز بالضبط الذاتي، ويعتبر الاستقرار والتغيير لمفهومي ضروري لبقائه، وهو النسق الذي ينظم سير دينامية العائلة، ويحافظ على بقائها واستمرارها وتطورها، حيث يتميز هذا الكل بالدينامية والسيروية العلائقية، والتبادل المستمر بين أفراد الأسرة والمحيط الخارجي ضمن سياق اجتماعي خاص (Al bernhek, k all 2000 ,p93) .

وعرفه عباس محمود مكي (2003) هو مجموعة من العناصر المتداخلة تحكمها قواعد داخلية، ويكون ذلك بالتجربة والخطأ، والتصحيح للأوضاع الشاذة على أساس التبادلات الداخلية اللغوية والغير اللغوية (عباس محمودي مكي، 2003، ص 584).

يعرفه المعجم الإكلينيكي الخاص بالعلاجات الأسرية النفسية على انه مجموعة من الأفراد يكونون نسق، يتكون من أفراد محددى الأدوار والأفعال التي يتمثلون بيها، ويكونون بحالة تطور على شكل معلوماتي عن طريق الاتصال.

كما يعرف "carle la clarite 2003" الأسرة بأنها نظام تحكمه قوانين:

-العلاقات المعينة.

-القواعد المصرح بها والضمنية التي يجب التقيد بها (charte,2003,p91).

ومن خلال ما تطرقنا إليه نصل إلى إن النسق الأسري هو نسق مركب ومعقد في تركيباته حيث يعتبر سلوك أحد أفراد الأسرة نتيجة تفاعل مع الأفراد الآخرين للعائلة أو المحيط الخارجي فالأسرة هي اللبنة الأساسية في تكوين المجتمع.

2-وظائف الأسرة

تقوم الأسرة بمجموعة من الوظائف الجوهرية وهي كلها اجتماعية، ومن اهم الوظائف نذكر ما يلي:

2-1 الوظيفة البيولوجية:

الأسرة هي الوسط الاجتماعي السريع لإنجاب الأولاد فهي بوظيفة الإنجاب وضمان استمرار المجتمع عن طريقها تنتقل الصفات الوراثية من جيل لجيل آخر وعن طريق هذه الوظيفة يمكن للأسرة أن تكون مجددة لطاقت الأمة وما يترتب عن ذلك من حفظ النوع البشري وضمان استمراره

(عفيفي عبد الخالق، 2000، ص 153).

2-2 الوظيفة النفسية:

تعتبر من اهم وظائف الأسرة و من المعروف أن لكل فرد حاجاته السيكولوجية التي ينبغي إن تشبع عن طريق الأسرة إذ يجب إن يتمتع بصحة نفسية سليمة و تلبية حاجاته الاجتماعية من ما كل ملابس... فهي ضرورية للصحة الجسمية السليمة و النمو السليم فلا خلاف في أهمية الخبرات السيكولوجية الملائمة للصحة النفسية و تقوم هذه الخبرات بأبعاد التوترات و القلق و توفير الشعور بالأمن ، هذا يساعد الأفراد بالإشباع العضوي و النفسي فمن خلال هذه الخبرات يتباين في اكتساب الشعور بالأمن و تتضج شخصيته فالأسرة تصاحب الفرد من خلال مراحل نموه و تتعاون مع البيئة المحيطة به في إشباع حاجاته ، لذلك فلها دور كبير في تلبية حاجاته النفسية منذ الطفولة المتمثلة في :

-الحاجة إلى الحب

-إحاطته بالأمن وضبط السلوك

-التقدير

-التوجيه وضبط السلوك

وبناء على ذلك فانه لا يكفي أن تكون الأسرة سليمة متمتعة بالصحة النفسية، وأن تكون عناصرها موجودة وإنما لابد أيضا أن تكون العلاقات السائدة بين هذه العناصر سليمة ولا تعيق الطفل والفرد في نموه النفسي (توفيق عصام ومبروك سحر، 2009، ص67/74).

تلعب الأسرة دورا أساسيا في تشكيل وتكوين شخصية الفرد ونمو ذاته وإذا ما تعرض أحد أفراد الأسرة للازمة فان بقية أفراد الأسرة تعمل على المساندة والمداعمة (عبد اللطيف أحمد، 2008، ص27).

2-3 الوظيفة التعليمية:

الأسرة باعتبارها الجماعة الإنسانية الأولى التي تحتضن الطفل فهي مسؤولة على التنشئة والتنسيق مع الجماعات الأخرى كالمدرسة، البيئة فهي تقوم بمتابعة نمو وعي الأفراد وأيضا تقوم بوظيفة التعليم لكي يتوافق مع مجتمعه فالتربية باعتبارها عملية الأعداد والرعاية في مرحلة الطفولة حيث يقوم كل من الأب والأم برعاية الطفل والعطف عليه وإرساء الأسس الأولية لبناء شخصيته

(الفتاح عبد الجلال، 1979، ص17).

يؤكد "مارتن " أن الأسرة أداة لنقل التراث الثقافي المتعاقب وأداة لتنظيم سلوك الطفل حول الأهداف الثقافية والاجتماعية لتكوين الوازع الخلقى عنده (فرج محمد سعيد، 1980، ص142).

بالإضافة إلى عملية التربية التي تقوم على النمو المتواصل من خلال تنمية الاستعدادات للأفراد ومواهبهم ومن هنا يمكن إجمال الوظائف التربوية التعليمية للأسرة على أنها أداة لنقل الثقافة والإطار الثقافي للطفل كما أنها تختار من البيئة والثقافة ما تراه مهما وتقوم بتفسيره وتقويمه وإصدار الأحكام عليه فالأسرة تقوم بـ:

-تعليم الطفل القيم والمعايير

-اكتساب الطفل أنماط سلوكية

-النقل الثقافي في المجتمع (أبو العينين علي وآخرون، 2003، ص 179-180).

2-4 الوظيفة الاقتصادية:

كانت الأسرة في الماضي تمارس وظيفة الإنتاج داخلها من خلال مشاركة كل أفراد الأسرة الواحدة في العمل فكانت الأسرة تستهلك من إنتاجها ولكن بعد التطور في وسائل الإنتاج صارت الأسرة تعمل في أماكن متفرقة مما أدى إلى تجردها من وظيفتها الإنتاجية و تضائل ووظائفها بسبب اعتمادها التدريجي على مهمة أعضائها لسد احتياجاتهم مما أدى إلى انفصال الأبناء عند البلوغ، و نمو الروح الفردية، وقضي الإنتاج الصناعي على وظيفة الأسرة الاقتصادية في المجتمعات الحديثة و تحولت فيها الأسرة إلى وحدة استهلاكية مما أدى إلى تشتت الأسرة الواحدة و نمو الوحدة و حتى العزلة

(توفيق عصام و اخرون، 2009، ص 82-88).

نستنتج أن للنسق الأسري عدة وظائف منها الوظيفة البيولوجية التي تتضمن حفظ النوع البشري وضمان استمرار النسل وكذلك نجد الوظيفة النفسية التي تلبي حاجيات الفرد السيكولوجية و اكتساب خبرات التي تساعد الفرد في الابتعاد عن التوتر و القلق و اكتسابه الشعور بالأمن و نمو الذات و للأسرة نجد لها دور مهم في الوظيفة التعليمية التربوية إذ تقوم في اكتساب الطفل أنماط سلوكية فهي مسؤولة على التعليم لأنها تقوم بمتابعة نمو وعي الأفراد و من بين كل هذه الوظائف هناك وظيفة اقتصادية تمارس دورا هاما في الإنتاج لان الأسرة تحولت إلى وحدة استهلاكية بسبب اعتمادها التدريجي على مهمة أعضائها لسد احتياجاتهم مما أدى إلى تشتت الأسرة الواحدة.

3-أنواع الأنساق الأسرية

يتحدد نوع النسق الأسري مغلقاً أو مفتوحاً من خلال كل طبيعة وديناميات وتفاعلات داخل الأنساق الأسرية، ومن بين هذه الأنواع كالتالي:

3-1 الأنساق الأسرية المغلقة:

شبهها الباحث "rougeul" بالأنظمة العضوية في الفيزياء كونها منعزلة عن محيطها فهي أنساق لا تقبل إستدخال وإستخراج معلومات للنسق حيث تتسم بالصلابة هذه الأنساق ترفض التبادل بيت الداخل والخارج تتميز بالاتصال المحدود جداً مع الخارج ولها قواعد إجبارية لا بداً للأعضاء الإمتثال لها، كما تنحصر إتصالات أعضاء النسق داخل الأسرة فقط والتركيز على المشاكل والهموم كما أن هذه الأسرة لا تسمح بالإتصال الشخصي لأبنائهم عنها والعلاقات فيها جامدة ومقررة سلفاً لأنها قوانين ميكانيكية لا يمكن لهذا النسق أن يضل حياً ولا نامياً لمدة طويلة بدون الاتصال مع البيئة فتوظيفها للطاقة غير بنائي وغير انتظامي رغم انه لا يوجد نسق أسري مغلق تماماً.

3-2 الأنساق الأسرية المفتوحة:

هي أنساق مجالها مفتوح مع المحيط حيث يكون هناك تبادل بين الخارج والداخل ويحافظ على نفسه من خلال عملية مستمرة ودائمة من المدخلات والمخرجات وهو قادر على ادخار الطاقة وعدم تبذيرها لأنه أكثر بنائية وأكثر انتظاماً، له حدود وقواعد مرنة تسمح له باستقبال متغيرات جديدة كما يتميز هذا النوع بسهولة الاتصال والقدرة على التفاعل مع العالم الخارجي كما نجد داخله تحالفات عدائية بين الأفراد ما يجعل الأنساق أكثر حيوية وأكثر قدرة على النمو (Rougeul, 2003, p11).

نستنتج مما سبق أن يمكننا أن نميز ونحدد نوعين من الأنساق حسب صلتها بالمحيط منها الأنساق الأسرية المغلقة من مميزات الصلابة العضوية ويرجع استقرارها إلى حالة من التوازن المسيطرة فهي منعزلة عن المحيط كما يوجد أنساق أسرية مفتوحة التي تكون في تبادل مستمر مع المحيط ويحافظ على التماسك الجماعي في الوقت ويسعى دائماً إلى تحقيق التكيف والتوافق.

4 مكونات النسق الأسري

تعتبر الأنساق الفرعية البنات الأساسية في بناع النسق الأسري، الأكبر والتقليدية النووية تتكون من أربعة انساق وهي:

4-1 النسق الفرعي الزوجي:

يتشكل عندما ينحدر راشدين من جنس مختلف بهدف إنشاء أسرة، وله وظائف وأدوار خاصة ومهمة لسير الأسرة التي يشترط لتحقيقها التكامل والتكيف المتبادل ويتمثل دور النسق في إشباع الحاجات الانفعالية الأساسية للزوجين فهو المؤسسة الانفعالية التي تقرر الأنماط السيكولوجية الصحية للتفاعل داخل نطاق العائلة مع الأنساق الأخرى.

فحسب "froma" "يعتبر النسق الفرعي الزوجي الصيغة الناجحة للمرحلة الأولى في دور حياة الأسرة، فهو إطار العمل الذي سيبني عليه حياة الأسرة كلها في المستقبل

(روز ماري لامبي وآخرون، 2001، ص 90).

4-2 النسق الفرعي الوالدي:

عند ولادة الطفل الأول ينتقل الزوجين كونهما زوجا وزوجة إلى أم وأب، فهذا يلعب الزوجان دورا جديدا وهو دور الوالدين، ويسند إلى هذا الدور مهام تنفيذية موجهة أساسا وبصفة أولية نحو إطعام الأطفال وتدريبهم على عمليات النظام والنظافة، فالعائلة هي المثل الأول للثقافة، فهي المدرسة الاجتماعية الأولى للطفل (جمال بودلو، 2009، ص 93).

لذلك يستند إلى هذا النسق الفرعي الوالدي اتخاذ القرارات المناسبة مما يستدعي إن يعدل الاستجابة لمتطلبات الأبناء حيث تصبح السلطة مرنة وعلاقية، فالأبوة تستدعي إمكانية التربية والتوجه والمراقبة ونسبة كل عنصر هي مرتبطة بمتطلبات النمو للطفل وكذا بمعاملة الآباء، ويقتضي السير الفعال للآباء والأبناء تقبل فكرة الاستخدام المختلف للسلطة هو من بين المحتويات الأساسية للنسق الفرعي الوالدي (أسيا خرشي، 2009، ص 63).

4-3 النسق الفرعي الأخوي:

إن العلاقات الأخوية تبدأ في نفس الوقت مع بداية العلاقات مع الآباء ففي هذا النسق يتعلم الأطفال كيف يتفاوضون يتنافسون لذا عندما يتدخل الأطفال في علاقة مع أقران خارج العائلة، فهم يحاولون أن يسيروا بنفس طريقة عالم الأخوة فهذه الأخوية عبارة عن مشهد يعيشه الطفل في الخارج ثم يستدخله،

فهذا اللإستدخال للعلاقة الأخوية تسمح بتصورها أمام كل ظاهرة اجتماعية جديدة أو عندما يجد نفسه أمام خطر الانهيار باستخدام نفس الميكانيزمات التي استعملها ذات مرة في علاقته مع الأخوة (كريم مكري، 2008، ص18).

4-4 النسق الفرعي الخارجي:

بالإضافة إلى الأنساق الفرعية التي سبقت الإشارة إليها فإن للأسرة انساق فرعية خارجها تمثل التفاعلات الخارجية للعائلة كجزء من النسق الأسري الذي يواجهه العالم الخارجي. إن الأنساق الفرعية هي أنساق داخل انساق والعضوية في الأنساق الفرعية عادة ما تتدخل معا فكل فرد من العائلة يمكن أن يكون جزءا في عدة انساق فرعية داخل العائلة في نفس الوقت، فالزوجة أحد أفراد العائلة، وهي بهذه الصفة نسق فرعي زوجي مع زوجها (زوج-زوجة) التي تنتهي إلى نسق فرعي آخر (والد-ابن) وهي كذلك تنتمي إلى نسق فرعي آخر (والدة-ابنة) وكل هذه الأنساق الفرعية داخل النسق العائلي الأصلي (علاء الدين عفاي، 1999، ص163).

4-5 الأنساق الفوقية:

يمكن فهم العائلة على أفضل نحو ممكن باعتبارها كلا متكاملا إذا اتبعنا مبدا الكلية، ومن الصحيح تماما أن كل فرد من أفراد العائلة يعد نسقا كاملا في حد ذاته ويوجد هذا النسق الفردي داخل نسق أكبر وهي العائلة النووية التي توجد بدورها في معظم الحالات داخل نسق أكبر المتمثل في العائلة الممتدة هي ذاتها تعتبر نسق فرعي لانساق فوقها كنسق المجتمع المحلي، والأقاليم والأمة بأكملها وهو نسق فوقه تحتها ولما تحتويه من أنساق (علاء الدين كفافي، 1999، ص102).

نستنتج مما سبق ذكره أن للنسق الأسري عدة مكونات وتعتبر الأنساق الفرعية هي أساس بناء النسق الأسري الأكبر وتتكون من أربع أنساق كالنسق الفرعي الزوجي وهو يتشكل عندما يتحد شخصان من جنس مختلف بهدف إنشاء أسرة وله وظائف وأدوار خاصة ومهمة لسير العائلة التي يشترط لتحقيق التكامل والتكيف المتبادل ونجد أيضا النسق الفرعي الوالدي فيه تستدعي إمكانية التربية والتوجيه، المراقبة وهو تلبية حاجيات الطفل من أجل النمو، النسق الفرعي الخارجي تتمثل في التفاعلات الخارجية للأسرة فهو جزء من النسق الأسري الذي يواجهه العالم الخارجي بالدعم والقيم الثقافية كما نجد النسق الفرعي الأخوي الذي يعتبر المخبر الأول للمياه الاجتماعية فمن خلاله يتمكن الأطفال من إقامة تجارب العلاقات مع أقاربهم.

5- مبادئ النسق الأسري

لكل نسق أي كان نوعه عضوي أو اجتماعي مبادئ خاصة به نذكر منها:

5-1 مبدأ الكلية:

إن الروابط التي تضم عناصر النسق هي متقاربة لدرجة انه أي تغيير لاحد عناصرها تحدث تغييرا في العناصر الأخرى لكل نسق بمعنى ليس مجرد حاصل جميع مكوناته كل على حدا، وإنما يشمل أيضا تفاعل هذه الأجزاء مع بعضها البعض مجموع يشكل بذلك كل متكامل وغير مرئي .

(محمد حسن غانم، 2002، ص350).

5-2 مبدأ عدم التجمع:

- النسق لا يكون مختصر لتجميع عناصره لكنه شيء آخر مخالف عن ذلك.
- النسق يستطيع أن يعمل في اغلب الأحيان مستقل عن عناصره التي تشكله.
- النسق بطبيعته معقد خاصة في الأنساق المفتوحة (غزالي نعيمة، 2012، ص23).

5-3 مبدأ المحصلة الواحدة:

يبدأ هذا المبدأ على أنه نفس الانعكاسات يمكن أن تكون لها مصادر مختلفة بمعنى آخر التغيرات الملاحظة في النسق هي ليست محددة فقط بالشروط الأساسية للنسق وإنما أيضا بمختلف طبيعة سياق التغيير (أسيا خرشي، 2009، ص10).

ففي الأنساق الشبيهة بالميكانيكية تكون الحركة الخاصة بدخول المدخلات وخروج المخرجات حركة تتبع طريقا محددا حيث لا ينتج المدخل الواحد سوي ناتجا واحد فقط، وفي الانساق الإنسانية عندما نتحدث عن عناصره فهي تكون في علاقة أو تداخل منعدم الدلالة بين الأشياء مع بعضها بشكل جيد وتتكامل مع بعضها البعض، هذا المبدأ يضمن للنسق الاستمرار والنمو (كريم مكيري، 2008، ص25).

5-4 مبدأ القابلية للحياة والنمو:

أن أي نسق صحي يعمل بطريقة تساعد على المحافظة على نفسه والبقاء حيا أي أن لديه قابلية الحياة والنمو، وفي البيولوجيا تعني قدرة العضو على البقاء حيا والنمو بواسطة إنتاج خلايا جديدة لكي تحل محل الخلايا المفقودة، وبطريقة مشابهة فإن النسق الاجتماعي يضل حيا فقط مداد مستمرا في التغيير وإصلاح نفسه وخلق حالات جديدة ومتعاقبة ومتوازنة بينما يظل محافظا في نفس الوقت على الروابط التي تجعله نسقا متميزا ولا يذوب في غيره من الأنساق.

يحقق النسق هذا النمو في استقلال وتميز من خلال قواعد مختلفة تتيح له إن يضل مفتحا على المدخلات بيئية جديدة وان ينتظم نفسه، وان يتوافق بصورة تجميعية مع الضغوط التي يصطدم بها ومع ذلك فان النسق الذي يفقد القابلية للنمو لا يموت ولكن يتحطم ويتجه نحو العشوائية في سلوكه، فهي صورة من صور الخلل في الطاقة يمكن تسميتها الطاقة المعطلة وزيادة تعني تناقضا في بناء النسق وتمويله (علاء الدين كفاي، 1999، ص 95).

نستنتج مما سبق أن للنسق مبادئ خاصة به كمبدأ الكلية التي تضم عناصر النسق وهي متقاربة وأي تغيير لاحد العناصر تحدث تغييرا في العناصر الأخرى وهناك أيضا مبدأ التجمع الذي لا يكون فيه النسق مختصر لتجمع عناصره ويستطيع النسق العمل مستقلا عن عناصره، كما نجد مبدأ المحصلة الواحدة الذي يذل على أن هذا المبدأ له مصادر مختلفة لان التغييرات والملاحظة في النسق ليست محددة وهذا المبدأ يضمن للنسق الاستمرار والنمو ومبدأ القابلية للحياة والنمو وهذا المبدأ صحي يساعد على البقاء حيا يحقق النمو والاستقلالية.

6-السيرورة العلائقية داخل النسق الأسري

هناك نوع من العلاقات والتواصل داخل النسق الأسري بحيث يتفاعل أفرادها وفق مبادئ وقواعد معينة وهذه السيرورة تتمثل في الاتصال ومن المعروف أنها الأداة التي تربط الناس ببعضهم البعض وتمكينهم من التواصل في الرسائل اللفظية، ويعتبر هذا التواصل ضروري بتطور الأفراد من علاقة ما قبل الزواج إلى العلاقة الزوجية وقد حددت "داليا مؤمن" سنة (2004) نوعين هما:

6-1 - التواصل الوجداني:

يعتبر اشد العلاقات وأكثرها عمقا، فالوقوع في الحب هو اهم الأحداث في الحياة التي تقدر إيجابيا وهي مسألة في الأصل بيولوجية تتمثل في الحاجة إلي ربط الأزواج ببعضهم البعض لفترات طويلة بهدف إنجاب ورعاية الأطفال وأساليب التعاطف بين الزوجين هي أهم الخصائص التي تميز الجماعة الزوجية حيث تقوم ديناميات التفاعل الزوجي على التواصل العاطفي بين الزوجين.

6-2التواصل العقلي:

يتمثل في كل عمليات الاتصال بين شخصين على الأقل ويكون هدفها توصيل المدلول وتعتبر العمليات السلوكية الاجتماعية اتصالات في جوهرها، ويقصد بالتواصل العقلي التواصل بالكلام العادي

للتفاهم حول أمور الأسرة والتعبير عن همومهم وتعد الحياة والإفصاح عن الاهتمامات والطموحات والحاجات، الانفعالات ويتأثر التفاعل الزوجي بمستوى الكلام ومضمونه

(قاسي خليفة، 2011، ص 18-19).

ونلاحظ كذلك أن هناك ارتباط وثيق بين عملية الاتصال والتفاعل، فالإتصال هو شرط أساسي لحدوث التفاعل إذ لا يمكن للفرد أن يتفاعل مع الآخر أو مع الجماعة إذ هو لم يتصل بهم

(النبلسي محمد، 1991، ص 31).

وقد يتعرض النسق الأسري إلى اضطراب في الاتصال، هذا الاضطراب يكون مؤشرا أساسيا لتفاعلات مختلفة الوظيفة داخل الأسرة، لكن وجود اضطراب في الاتصال هذا لا يعني أن نحكم أو نقول عن أسرة أو عائلة أنها مضطربة أو مريضة (خرشي أسيا، 2009، ص 16).

هكذا تعتبر أساليب التواصل داخل النسق الأسري سواء تواصل وجداني أو عقلي مهم جدا بل ضروري لتحقيق دينامية تفاعلية سلمية بين أعضاء الأسرة خاصة الزوجيين.

نستنتج مما سبق أن هناك نوع من العلاقات والتواصل داخل النسق الأسري من أجل التواصل وهو ضروري بين الأفراد من علاقة قبل الزواج إلى العلاقة الزوجية وهناك نوعين من التواصل كتواصل الوجداني والتواصل العقلي فهذا إن التواصل مهما لسير النسق ودومه.

7- النظريات المفسرة للأنساق:

1) النظرية السيبرانية: (La théorie de la cybernétique):

هي علم مركب من مجموع النظريات متعلقة بالاتصالات وتعديل الكائن الحي والآلات. يعتبر "وينور" "N.Wiener" أب السيبرانية الذي أدرك في (1940) من خلال عمله في ضغط آلات القيادة الأوتوماتكية والمدفع الموائى وذلك من خلال الحرب العالمية الثانية، أدرك هذا التماثل ما بين الأجهزة الميكانيكية والجهاز العصبي للإنسان فيما يخص مثلا تنقل المعلومات في خلفة مغلقة، التي من خلالها تعمل الآلة على تقييم نتائج أفعالها وتصحيح أدائها المستقبلي باستخدامها لقدرتها الماضية، لذا أصبحت السببية الخطية (Linéaire) (الموجهة من السبب إلى الأثر). غير صالحة لأن كل أثر له تأثير إرجاعي على سببه بطريقة أخرى يصبح هو الآخر السبب، منه برز مصطلح السببية الدائرية (Causalité)

(circulaire) أو بدقة السياق الدائري للتفاعلات التي على أثرها فقدت مفاهيم السبب والأثر (Cause/Effet) أهميتها عند تحليل بنية التفاعلات (أسيا خرشي، 2009، ص 07).

منه تعني دراسة الاقتصاد في الآلات ومرت نظريته بمرحلتين هما:

أ) - المرحلة الأولى 1980/1940:

في هذه المرحلة جاء بمصطلح التغذية المرتجعة ويرى أن المعلومة في هذه المرحلة تأخذ بشكل حلقة مغلقة في الآلة إذ يستطيع تطويل تأثير حركتها وتصحيح سلوكياتها باستعمال النتائج السابقة، وهذا ما جعل "وينور" ينظر للأسرة بنفس المنظور على أنها مجال متكامل وفي حركة دائرية مستمرة.

ب) - المرحلة الثانية من 1980 إلى يومنا هذا:

هنا يرى "وينور" أنه من خلال وجود نسقين دخلا في تفاعل يكونان نسقا جديدا ودائما وتعتبر الملاحظ جزء قد انضم إلى النسق الذي يضم الاثنين حسب "وينور" أن المعالج والأسرة يشكلان نسقا يسمى النصف العلاجي (Système thérapeutique)، بهذا فقد شدد "وينور" على الأسس المعلوماتية والنظمية لدراسة بنية الأسر (غازلي نعيمة، 2012، ص 38 - 39).

2) نظرية بيرتالانفي (Bertalanffy):

لقد سماها أيضا بالنظرية العامة للأنساق، وفكرته الأساسية هي أن الكل هو الأشياء التي تجتمع وتكون أجزاء من الكل والعكس ليس صحيح لا يمكن دهمه إلا من خلال ذاتية أجزائه في علاقتها بعضها البعض وفي علاقاتها الكلية للأداء (علاء الدين الكفافي، 1999، ص 201).

في هذه النظرية يعرف النسق على أنه مجموعة من العناصر في تفاعل وهذه التفاعلات تكون إما كبيرة (شدة التأثير) أو تكون معقدة أو الاثنين معا ويرى "بيرتالانفي" أيضا أنه بما أن النسق الحي يعرف بالتبادلات المستمرة للمادة أو المعلومة مع محيطه فهو يحتوي على مخرج ومدخل بناء وهدام لعناصره التي تكون منها ويقول (Andelfi) على لسان (Bertalanffy) "أنه كل عنصر هو عبارة عن نسق للتنظم الديناميكي للأجزاء والسياقات التي تتفاعل بصورة متبادلة" (أسيا خرشي، 2009، ص 08).

كل نسق يحتوي على عدة أنساق فرعية، فالنسق العائلي يتكون من النسق الفرعي الأولى (الأسرة الأصلية أي جيل الأجداد) والنسق الفرعي الثاني (الأسرة الفرعية أي الآباء والأبناء) وتوجد أيضا أنساق فرعية أخرى خاصة بالأسرة الممتدة (الأعمام، الأخوة من الرضاعة، الأخوال..... إلخ).

(3) نظرية باترسون: (Gegory Baterson):

لقد سمي باترسون نظريته بنظرية الاتصالات، ووضع لها مبادئ تقوم عليها وهي كالتالي:

(1-3) مفهوم الاتصال: بناء على ما سبق عرف تنقيد حسن الغزة مفهوم الاتصال على أنه عملية تبادل المعلومات أو الخبرات بين الطرفين أو أكثر في نطاق المحيط الاجتماعي وهي عملية اجتماعية ضرورية للاستمرار الحياة ولنقل التراث والحضارة من جيل إلى آخر (سعيد حسن الغزة، 2000، ص 70).

(2-3) مبادئ النظرية:

- ✓ كل اتصال لا يكون موجود إلا في إطار نسق اتصالي.
- ✓ كل نسق من الاتصالات يشكل توضيحا بالنسبة للاتصالات التي تشكله وتأخذ معنى.
- ✓ اتصالات النسق تتأثر من خلال التفاعل مع اتصالات أخرى داخل النسق ويؤثر ذلك أيضا في ذلك للنسق.
- ✓ النسق الاتصالي يسير تحت قواعد يحتويها هو المنطق الخاص بعمله.
- ✓ الظواهر متقاربة تجد مكانها داخل النسق من خلال عمل هذا الأخير.
- ✓ انساق الاتصالات والعناصر التي تشكله هو موضوع الظواهر المتناقضة.

(Machiellie Alex, 2003, P 29).

(3-3) الترتيب في الاتصال:

- الاتصال في المستوى 1: تمثله محتوى الرسالة (Message digital) التي ترسل المعلومة.
- الاتصال في المستوى 2: تمثله الرسالة العملية (Message analogique)
- الاتصال المستوى 3: هو اتصال (Contesctuelle)، إذ لا يحتوي رسالة لأمن النوع الأول ولا من النوع الثاني، هنا لا يمكن تشخيص وترجمة ما يريد أن يعبر عنه.
- إن النوع الأول يحتوي ضمنه النوع الثاني، وهذا ما يسمى بما زاد أو ما بعد الرسالة (Méta message) (غازلي، 2012، ص 27).

▪ (4) النظرية الإستراتيجية "هالي" Halley:

ترجع أصول النظرية الإستراتيجية إلى بداية السبعينات من القرن (20) وارتباطها بجهود وإسهامات كل من "جاي هالي" و "كلوي مادينز"، ينظر هالي إلى المشكلة المقدمة على أنها المشكلة الواقعية ومجازاً لأداء النسق الأسري (أبو سعد، 2011، ص 119).

يفترض "هالي" أن كل نسق يميل إلى الاتزان، ولذلك تلجأ عناصر النسق إلى خلق إتخاذات وتحالفات لتصبح القوة الناتجة عن الاتجاه مكافئة وموازنة لقوى أخرى أي الأسرة. ويرى أن فعالية هذه التحالفات تبرز خاصة في الأسر التي تسودها علاقات زوجية سلبية ونجدها على ثلاث حالات:

4-1) الاتحاد الثابت:

ينشأ في الأسرة التي تسودها علاقات زوجية سلبية، ويلجأ كلا الزوجين إلى خلق تحالفات مع الطفل وذلك لمحاولة خلق علاقة إيجابية معه.

4-2) الاتحاد المعكوس:

نجده في الأسرة التي يكون فيها أحد أو والدين متسلطاً، ويقمع حاجات الوارف في الآخر، لذلك يتخذ الطرف الضعيف مع عنصر ثابت لخلق حالة من التوازن، كما قد تلجأ الأم للاتحاد مع ابنتها من زوجها (سعيدان، 2015، ص 19).

4-3) التحالف مع الجنس المماثل :

إن وجد الطفل مخالف من حيث الجنس للطفل الأول فإن الأب عادة يلجأ إلى الاتحاد مع الذكر بهذا يصبح النظام متزناً فالأب متحالف مع الإبن والأم مع الإبنة إلى أن يكبر الأطفال ويرحلوا عن المنزل وتعود العلاقات الزوجية بين الزوجين (غازلي نعيمة، 2012، ص 30).

4-4) كون الطفل ضحية الأبوين (كبش الفداء) :

إذا اتخذ "كبش الفداء" (Scapegoating)، هي العملية التي يزاح فيها الغضب والعدوان على شخص أو موضوع آخر، عادة ما يكون أضعف أو أقل نقوداً، ولا يكون مسؤولاً عن إحباط الغرض. فمن أجل مصلحة المجموع يمكن التضحية بفرد، ومن أجل مصلحة النسق يمكن أن يظر أحد الأعضاء، وقد ظهر هذا الاتجاه واضحاً في الأسرة المضطربة، حيث تتضمن طفلاً منحرفاً أو ناجحاً الآباء والإخوة يكونون في نسبة إجماع على "فساد" هذا الطفل وعلى عدم إمكانية إصلاحه وتقويم سلوكه وكأنه

ولد فاسدا ويؤدي هذا الطفل خدمات هامة للوالدين المفقودين للتفاهم، والذين يعانون من الصراع والتوتر المستمر بين في علاقتهما فاتخاذ الطفل ككبش فداء هو استغلال الطفل لصالح توترات الوالدين ولتوفير حل المشكلات الوالدية المستعصية (كفافي، 1999، ص 153-154).

(5) نظرية "فرجينيا ساتر" (Virginia Satur):

تعد "فرجينيا ساتر" "Satar.v" رائدة نظرية الاتصال الإنساني حيث تؤكد هذه النظرية على التواصل ومهارات التواصل، لمساعدة أعضاء الأسرة ليصبحوا أكثر وعياً، لذلك ترى ساتر أن الاستراتيجية الجوهرية لفهم كيفية تفاعل أعضاء الأسرة تتم من خلال تحليل عملية التواصل بين أعضاء الأسرة (أبو سعد، 2011، ص 114).

الاتصال: بالنسبة للاتصال داخل الأسرة فتميز "ساتير" بين نمطين من الاتصالات الوظيفية وغير الوظيفية في الأسرة، وترى بأن تخطيط النظام الأسرة يجب أن يبنى على الحرية والمرونة والاتصالات المفتوحة، ترى "فرجينيا ساتر" بأن الطرق التي يوصل بها كل فرد مشاعره للآخرين فقد تكون مقبولة لديهم أو غير مقبولة، إذا كانت غير مقبولة فإن ذلك يؤدي إلى حدوث مشاكل لذلك ركزت على تقدير الفرد لذاته، وعلى نضجه وفي عملية تواصله مع الآخرين فإذا كان تقديره لنفسه غالباً كانت اتصالاته جيدة وإذا كان تقديره لنفسه متدنياً كانت اتصالاته للبيئة (سعد حسن العزة، 2000، ص 73).

حيث ترى أن الأسرة السوية تشجع على تبادل الخبرات بين أعضائها وتشجع كل فرد أن يكون هو ذاته، وأن يشعر بالأمن إما الأسرة غير المتكيفة، فاتصالاتها مغلقة ومفاهيم أفرادها عن ذواتهم مفاهيم مغلقة، والعلاقات داخلها غير مريحة ومتعبة، والأفراد تابعين وغير مستقلين وقوانينها ثابتة وجامدة، وتتحكم في الأطفال عن طريق الخوف والعقاب فينهار نظامها الذي يؤدي إلى نهايتها تماماً (سعد حسن العزة، 2000، ص 90).

إن التواصل الجيد يتطلب مهارة في التعبير ومهارة في الإنصات فالأسرة السعيدة تتمتع بتواصل أكثر وأفضل في تفاعلاتها. أما التواصل المضطرب، يتميز بوجود وسائل المقنعة ويؤدي إلى زيادة التوتر والخلط داخل الأسرة، فاضطراب عملية التواصل لا يعكس فقط مرض الأسرة بل يساهم ويؤدي إلى ذلك المرض (داليا مؤمن، 2004، ص 26-27).

■ ترى "ساتر" أن خبرة الثالوث الأول (الأب الأم، الطفل) هي المصدر الأساسي لهوية الذات، وعلى أساس هذه الخبرة الخاصة بإطار الثالوث الأول يحدد الطفل كيف يتوافق مع العالم. ومقدار الثقة التي يضعها في علاقاته مع الناس.

إن عملية التثليث التي تحدث بين الوالدين والطفل والمراهق تسميها بعلاقة الثالوث الأول، تعتقد أنها هي المحدد الأول لهوية الولد وتقديره وأنماط علاقته.

وحينها يحدث تفكك في العلاقة بين الزوجين في الأسرة فإن الولد الذي يشعر بأنه أكثر اغترابا بما يعود إلى الطفل لكي يشعر معه بالاقتراب الانفعالي، والوقت الذي يفصل فيه الولد الاندماج مع الوالدين في مثلث معتمدا على عمليات الانتقال الانفعالي وأن مكان الولد في المركز معين بين الإخوة له قدر من الأهمية من الناحية الانفعالية.

وفي الفترات التي تعاني فيها الأسرة من القلق، والضغط فإن نقص الاتزان يعتبر عنه الأعراض السلوكية والاضطرابات النفسية وترى أن أكثر أفراد المثلث تعرض للخطر هو المراهق.

(علاء الدين كفاي، 2006، ص 297).

7) نظرية "بوين" (M Bowen):

"ميري بوين" "Mury Bowen" هي أحد رواد مجال أنساق الأسرة تطورت نظريتها بين عامين 1957 و1966، فقد نبعت النظرية من خلال الملاحظات التي لاحظها أثناء تعامله مع الأسرة التي توجد فيها فرد يعاني من مرض الفصام.

لقد تأثرت الباحثة بالمفاهيم النسقية من ناحية علم الأحياء (البيولوجي) بحيث ترى أن الأسرة الإنسانية هي أنساق طبيعية وبحق بأن تسمى بالأنساق الانفعالية.

وقد أوضح "كير" "Kerr" و "بوين" "Bowen" (1988) أن نظرية الأنساق العامة تعتبر نوع من النظريات المظلة (umbrella) التي فرضت نفسها على مجموعة متباينة من الأنساق الطبيعية والناس والأسر يقادون وبوجهون بفعل عمليات مدونة في الطبيعة فالأسرة الإنسانية نسق طبيعي ويحقق أن تسمى "النسق الانفعالي" وترى "بوين" أن الفردية والاقتراب هما عمليتان متقابلتان في العلاقات الإنسانية.

وترى العمليات البيولوجية هي التي تفسر ميل الشخص إما إلى الفردية أو الاقتراب وأن الشخص القادر على أحداث التوازن بين النسقين، الذهني والانفعالي ويكون قادرا أيضا على الانفصال والاضطراب

حينها لا يستطيع الفرد استخدام العقل أو الوظيفة الذهنية في مراقبة وضبط الانفعالات عندما يكون محاطا بمثيرات انفعالية شديدة ناتجة عن العلاقات الأسرية هو الذي يحدد مستوى مدى تكامل ذات الفرد والذي يعني القدرة على إحداث التمييز الواضح بين الذات وذات الآخرين.

وأن الحفاظ على الاتزان بين هذين المبدأ أين يحدد درجة تكامل الذات وصحة الفرد

(علاء الدين كفاي، 2006، ص 322).

ومن أهم مفاهيم نظرية "بوين":

7-1) تمايز الذات:

إن هذا المفهوم يصف الناس من زاوية قدرتهم على الاحتفاظ بكل من النسق الانفعالي والنسق الذهني بعيدين عن الانسجام والخلط بينهم، وأن الناس الذين فشلوا في ذلك واختلط النسقان لديهم يكونون محكومين بالنسق الانفعالي ويجدون أنفسهم مشدودين إلا المعية، والناس الذي يكونون قادرين على الاختيار الذي يناسبهم في خبرات الحياة، فيشير التمايز إلى القدرة على عمل الاختيار الذي يناسبهم في خبرات الحياة.

فالتمايز يشير إلى القدرة على عمل الاختيار لكن لا يعني بالضرورة أن يكون الاختيار صحيحا أو أنه أفضل الاختيارات (علاء الدين كفاي، 2006، ص 326).

7-2) المثلثات:

ترى "بوين" أن المثلث أو الوحدة المتكونة من ثلاثة أشخاص أصغر نسق من العلاقات الثابتة، وفي الجامعات والأسر يكون المثلث هو حجر الأساس في بناء العلاقات كأنه جزء من الطبيعة الغريزية عند الإنسان.

7-3) النسق الانفعالي عند الأسرة النووية:

يتضمن هذا النسق العمليات والأنماط الخاصة بالوظائف الانفعالية في حدود جيل واحد في الأسر، ولكنه يكرر ما حدث بين الأجيال السابقة سوف يتكرر ما حدث في الأجيال القادمة

(غازلي نعيمة، 2012، ص 36).

7-4) عملية الإسقاط في الأسرة:

إن عملية الإسقاط في الأسرة بدأت في الأصل مع القلق عند الأم فيها يخص بعض جوانب أداء أبنائها لوظائفه والذي يستجيب له الطفل بالقلق أيضا.

وهذه الاستجابة تفسر أو تفهم من جانب الأم كم مشكلة عند الأم، وربما تصبح الأم زائدة الحماية في استجابتها للطفل.

إن عملية الإسقاط في الأسرة هي جزء من نشاط كل أسرة ومضمون هذه العمليات يختلف مع أسرة أخرى ويختلف أيضا داخل الأسرة الواحدة من طفل إلى آخر.

7-5) القطيعة الانفعالية:

مفهوم يشير إلى خلق مسافة تحول بين الأسرة والخط أو الاندماج مع أسرة الأصل، ويمكن للقطيعة أن تؤدي إلى فقدان الدعم والعلاقة الإيجابية المحتملة والقطيعة التي تحدث في صورتين هما: المسافة الفيزيائية المادية والانسحاب الانفعالي.

7-6) عملية النقل بين الأجيال:

يركز هذا المفهوم على المستويات الأدنى من التمايز وردود الفعل الانفعالية مع الخط بين النسق الذهني والنسق الانفعالي عندما يحدث ذلك عبر عدد من الأجيال.

7-7) النكوص الجمعي:

قائم على درجة القلق في المجتمع، فقد افترضت أن نفس العملية من النكوص التدريجي إلى الدرجات الأدنى في أداء الوظائف التي تحدث في الأسرة تحدث أيضا في المجتمع (غازلي نعيمة، 2012، ص37).

7-8) وضع الإخوة:

لقد قررت "بوين" (1978) على أنه ليس هناك معلومة مفترضة أكثر أهمية في فهم أداء الأنساق الأسرية لوظائفها لمن وضع الأخوة في الأسرة بين الجيل الحالي والجيل الماضي وتؤكد نظرية "بوين" على أهمية وضع الأخوة الوظيفي حين تشخص ردود الفعل الانفعالية، فالطفل قد يؤدي وظائفه كابن أكبر من زاوية تحمله للمسؤولية أو كاتباً أصغر زاوية الاندفاعية والمخاطر والاعتمادية وقد رأى "بوين" التحولات الطبيعية الوظيفية لأوضاع الأخوة تصلح لاستخدامها كمؤشر على حدوث عملية الإسقاط داخل أسرة الأصل (علاء الدين كفاي، 2006، ص332).

8) نظرية سالفدور مينوش (S.Minanchin):

يرى "مينوش" أن أفراد الأسرة يتفاعلون كل منهم مع الآخر في أنماط يمكن التنبؤ بها والتي يمكن أن تلاحظ وتكرر مع الزمن (داليا مؤمن، 2004، ص 135).

إن وجهة نظر "مينوش" في الأسر سياق علائقي له أنماط بنائية يمكن التنبؤ بها فوضع ثلاثة أبنية تخص أداء الوظائف في الأسرة وهي:

أ- الأنساق الفرعية:

إن الأسرة النووية التي بها الزوجين تضم (4) أربعة انساق فرعية أساسية وكل منها لها وظائف وأنماط تفاعلاته، هذه الأنساق الفرعية هي:

- ✓ النسق الفرعي الزوجي أو نسق الشريكين، والذي يتكون من الزوج والزوجة.
- ✓ النسق الفرعي الوالدي، والذي يتكون من الوالدين كسلطة تنفيذية أو صانعي القرارات في الأسرة.
- ✓ النسق الفرعي الأخوي، والذي يتكون من الإخوة والأشقاء والإخوة غير أشقاء.
- ✓ النسق الفرعي وراء الأسري أو خارج الأسرة والذي يتكون من الأسرة الممتدة والأصدقاء، وشبكة الدعم الاجتماعية (علاء الدين كفاي، 2006، ص 341).

ب) - الحدود:

حسب "مينوش" حدود النسق الفرعي تعتبر كقواعد تحكم أداء من يتمنون إلى النسق الفرعي لوظائفه، كيف ينقذ كل شخص أعماله ومسؤولياته.

توصف الحدود في تفاعلات الأسرة الصحية بأنها واضحة ونفاذة أي: تسمح بالنفاذ وعندما تتميز الحدود بالاضطرابات وتشوه أداء النسق الفرعي لوظائفه تتصف الأسرة بالتشابك والمرضية (علاء الدين كفاي، 2006، ص 344).

ج- الهرمية:

استخدم "مينوش" مصطلح الهرمية لوصف توزيع القوة في الأسرة والعضو الذي يكون في قمة الهرم هو الشخص الذي يجوز معظم القوه العلائقية داخل الأسرة وتؤدي الأسرة وظائفها على نحو جيد عندما تكون الهرمية واضحة بين الوالدين اللذان يشكلان المستويات العليا ثم يليها المراهقون والأطفال الصغار في المستويات الدنيا.

لقد استخدم "مينوش" هذه الأبنية النظرية الثلاثة لوصف ديناميات الأسرة وليحدد القوى التي تؤدي إلى نمو المشكلات في النسق الأسري والأنساق الفرعية ذات الوظائف المحددة تقوم بدور العوامل البنائية في الأسرة.

بهذا يؤمن "مينوش" بالعلاقة الثلاثية (أب، أم، ابن) وائتزان النسق معتمدة على عناصره في تحقيق الاتزان، فكل عنصر له دور بصورة دائمة وهذا يؤدي إلى اختلاف توازن النسق

(Elkain Mony, 1994, P 160).

ومن خلال ما تطرقنا إليه سابقا نستنتج أن نظريات النسق الأسري عديدة ومتنوعة وكل منها وجهة نظر مختلفة ومكملة للوجهات الأخرى.

أولاً: نظرية السيبرانية:

وهي علم مركب من مجموعة النظريات متعلقة بالاتصالات وتعديل الكائن الحي أي حيث يعتبر "وينور" أب هذه النظرية وذلك من خلال عملية في ضبط آلات القيادة والمدفع الهوائي حيث أدرك ذلك التماثل بين الجهاز العصبي للإنسان وبين الأجهزة الميكانيكية وذلك في تنقل المعلومات مثلاً ولهذه النظرية مرحلتين، المرحلة الأولى بين 1940/1980 فيها جاء مصطلح التغذية المرتجعة. يرى فيها أن المعلومات تأخذ بشكل حلقة مغلقة في الآلة حيث تستطيع تطويل تأثير حركتها وتصحيح سلوكياتها وهذا ما جعله ينظر للأسرة بنفس النظرة أي على أنها مجال متكامل وفي حركة دائرية مستمرة أما المرحلة الثانية 1980 إلى يومنا هذا يرى "وينور" أن من خلال وجود نسقين دخلا في تفاعل يكونان نسق جديدا وأن المعالج والأسرة يشكلان نسقا وهذا الأخير يسمى بالنسق العلاجي حيث وضع و "بنور" الأسس المعلوماتية والنظامية لدراسة نسبة الأسرة وشدد فيها.

ثانياً: تأتي نظرية "بيرتالفي":

التي تسمى أيضا بالنظرية العامة للأنساق وأن الفكرة الأساسية هي أن الكل هو الأشياء التي تجتمع وتكون أجزاء من الكل والعكس ليس صحيح ففي هذه النظرية يعرف النسق على أنه مجموع الوحدات وذو علاقة متداخلة أي كل نسق يحتوي على عدة أنساق فرعية، كالأسرة الأصلية والنسق الفرعي الثاني وأنساق الأسرة الممتدة (الأعمام.....).

ثالثاً: فيما يخص نظرية الاتصالات، (نظرية باتسون):

فهي تفسر طرق الاتصالات التي يتواصل بها الأفراد في الأسرة وفي هذه النظرية مبادئ تقوم عليها أي أن كل اتصال لا يكون موجود إلا في إطار نسق اتصالي.

اتصالات النسق تتأثر من خلال التفاعل مع اتصالات أخرى.... إلخ ثم تأتي نظرية الإستراتيجية "لهالي" التي ارتبطها بجهود إسهامات كل من "هالي و كلوي ماديتير" أي ينظر إلى المشكلة المقدمة على أنها مشكلة واقعية ومجار الأداء النسقي، ويفترض أن كل نسق يميل إلى الاتزان لذلك نخلق اتحادات وتحالفات لكي تصبح القوة الناتجة عن ذلك الاتحاد مكافئة وموازنة لقوى الأخرى في الأسرة وأن هذه التحالفات تبرز خاصة في الأسر التي تسودها علاقات زواجية سلبية كما نجدها في ثلاث حالات وهي (الاتحاد الثابت، المعكوس، التحالف مع الحسن المماثل) أو كون الطفل ضحية الأبوين (كبش الفداء).

رابعا: ثم تأتي نظرية "فريجينيا ساتير":

التي تعد رائدة نظرية الاتصال الإنساني حيث تؤكد هذه النظرية على التواصل ومهارات التواصل وذلك لمساعدة أعضاء الأسرة ليصبحوا أكثر وعيا حيث ترى أن الاستراتيجية الجوهرية تكمن في تفاعل أعضاء الأسرة أي تتم في تحليل عملية التواصل فيما بينهم أي أن الأسرة السعيدة تتمتع بالتواصل أكثر وأفضل في تفاعلاتها لذلك ترى أن الاتصال داخل الأسرة السوية يشجع على تبادل الخبرات بين أعضائها وتشجع كل فرد على أن يكون هو ذاته، وأن يشعر بالأمن عكس الأسرة الغير المتكيفة فإن اتصالاتها مغلقة ومفاهيم أفرادها عن ذواتهم مغلقة والعلاقات داخلها غير مريحة ومتعبة أي أن أفرادها تابعين غير مستقلين وقوانينهم ثابتة وجامدة أي تتحكم في الأطفال عن طريق العقاب والخوف حيث ترى "ساتير" الاتصال داخل الأسرة تتميز بين نمطين من اتصالات الوظيفية وغير الوظيفية ترى أن تخطيط نظام الأسر يجب أن يبنى على المرونة، الحرية والاتصالات المفتوحة.

خامسا فيما يخص نظرية "بوين" فإن الفردية أو الانفصال والاقتراب أو المعية هما عمليتان متقابلتان في العلاقة الإنسانية، وحركة البحث عن التوازن بين هذه القوى تعتبر من خصائص كل العلاقات الإنسانية، وأن الوظائف المقابلة التي تشمل الوظائف العقلية أو الذهنية مقابل الوظائف الانفعالية هي بالمثل أيضا تبحث عن التوازن. وأن الشخص الذي يقدر على إحداث التوازن بين هذه النسقين يكون قادرا على الاختيار بين الانفصال والاقتراب وأن الحفاظ على الاتزان بين هذين المبادئ يحدد درجة تكامل الذات وصحة الفرد، كما تؤكد نظرية على أهمية وضع الأخوة الوظيفي حيث تشخص ردود الفعل الانفعالية رأى أن التحولات في الطبيعة الوظيفية لأوضاع الأخوة تصلح لاتخاذها كمؤشر على حدوث عملية الإسقاط داخل الأسرة.

وأخيرا نظرية "سلفدور ميتوش" التي يرى أن أعراض الفرد تمثل وتعبر عن فشل الأسرة في تعديل بنائها. حسب التغيرات البيئية، وأن وضوح مدى من الارتباط والحدود بين داخل الأنساق الفرعية كما أشار إلى صفات كل من النسق المنفتح والمنغلق وحدود النسق.

لذلك طور "مينوس" بعض المصطلحات لوصف أنماط الصلات التي تحدث في استمرار في الأسرة وهي الأنساق الفرعية أي أن لكل نسق فرعي أدواره ووظائفه التي تعبر عامة في كل الأسرة الحدود الهرمية أي أن "مينوش" استخدم هذه الأبنية النظرية الثلاثة لوصف ديناميات الأسرة ليحدد القوى التي تؤدي إلى نمو المشكلات في النسق الأسري والأنساق الفرعية، ذات الوظائف المحددة تقوم بدور العوامل البنائية في الأسرة فالحدود هي ميكانيزمات التي من خلالها تتواءم الأسرة مع الحاجة إلى التوازن بين الثبات والمرونة وأما عن الهرمية فهي المبدأ المنظم والذي ينظم من خلاله النسق الفرع.

خلاصة

من خلال هذا الفصل نتوصل إلى أن النسق الأسري عبارة عن عناصر معقدة ومتفاعلة فيما بينها تخضع لمجموعة من القواعد التي تنظم سيرورتها ووظائفها، إن النسق الأسري هو ذلك الكل المركب من أفراد العائلة وما يحيط بهم.

الفصل الثالث:

قلق الموت والنظريات المفسرة له.

تمهيد

- 1- تعريف قلق الموت
- 2- أنواع قلق الموت
- 3- أسباب قلق الموت
- 4- أعراض قلق الموت
- 5_ مكونات قلق الموت
- 6- النظريات المفسرة لقلق الموت

خلاصة

تمهيد:

يقال أن هذا العصر هو عصر القلق، وهذا بسبب سرعة التغير الاجتماعي والتفكك العائلي بالإضافة إلى نمط التربية والضغوطات الأسرية وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية وضعف القيم الدينية والخلقية. الأمر الذي جعل القلق يحتل مكانة بارزة في علم النفس الحديث إذ يعد مفهوم مركزي في عالم الأمراض النفسية والعقلية والعرض الجوهري المشترك بين الاضطرابات النفسية والجسمية، ومن بينها النساء المصابات بسرطان الثدي وتختلف درجة القلق حسب شخصية المرأة لكن الأصعب من ذلك أن يتحول القلق العادي إلى قلق مرضي ليزامن المرض الجسدي، فتجعل المصابة تحمل فكرة الفراق والحرمان من الاستمرار في الحياة في أية لحظة.

1- تعريف قلق الموت:

هناك عدة تعاريف وحاولنا الإلمام بمفهوم القلق والتي منها نجد:

1-1- لغة:

القلق هو الإنزعاج، ويقال: بات قلقلًا وأقلقه غيره وأقلق الشيء من مكانه أي حركه كما يعرف مصطلح القلق في المعاجم العربية إلى حالة الإنزعاج والحركة المضطربة.

■ أما القلق في المعجم (ويبستر) فيعني بالقلق إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية وهو دائماً يتصف بعلامات فيزيولوجية مثل: التعرق والتوتر ازدياد ضربات القلب

(طارق عبد الوهاب، وآخرون، 2000).

■ في حين جاء القلق في كتاب الأفعال: فقد ورد القلق (باعتباره فعلاً ثلاثياً) قلق قلقلًا لم يستقر فهو قلق ومقلقل، أما الفعل الرباعي (قلقل) فيقال قلقلت الشيء ولقلقلته مقلوب إذا حركته تقلقل إذا اضطراب

(عادل شكري محمد كريم، 2005، ص 102-103).

1-2- إصطلاحاً:

يعرف القلق بأنه حالة توتر شامل ويستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي رمزي قد يحدث ويصحبها خوف غامض وأعراض جسمية نفسية (حسن مصطفى، وآخرون، د.س).

ويرى "فرويد" (Freud) (د.س) القلق بأنه رد فعل لخطر غريزي يشعر أمامه الإنسان بالعجز أو الخوف من العقاب، ويكون مصحوبا أو بأحاسيس جسمية تتكرر بين حين وآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس أو آلام في المعدة أو زيادة في عدد ضربات القلب

(عبد الكريم قاسم أو الخير، 2002، ص 103).

أما قلق الموت حسب ديكستان (د.س) قلق الموت بأنه التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة (عبد الخالق، 2005، ص 38).

عرف "تمبلر" قلق الموت بأنه خبرة أنفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه (بشير معمرية، 2007، ص 212).

وقدم "محمد عبد الخالق" (1987) تعريفا إزاء دراسته، لقلق الموت على عينات عربية وتغربية لمقياس تمبلر لقلق الموت، حيث ينظر لقلق الموت على أنه نوع من القلق العام غير الهائم أو الطليق والذي يركز حول موضوعات متصلة بالموت والاقتصار لدى الشخص أو ذويه، كما يرى أن قلق الموت هو نوع من الخوف المحدد كأنه حقيقة مادية وفعل واقعي.

"أرنست بيكر" (arneste biker) يرى أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد وهو الخوف من الموت

(فاروق السيد عثمان، 2001، ص 74).

نستنتج أن قلق الموت من أنواع القلق العام أي يعتبر أحد أنظمه القلق التي هي أساس القلق وأنه شعور يصاحبه عدم الارتياح أو الأعراض الجسمية للتوتر وقد يكون مركز الخطر داخليا أو خارجيا وأنه انفعال يتواجد في طيات الشعور، حيث يعتبر اضطراب ميتافيزيقي لا يعالج، فالشيء الوحيد الذي لا يمكننا إخفاؤه وأن قلق الموت لا يعتبر قلق عادي، أو داء يمكن تشخيصه حيث يعد قلق الموت لا يعرف له موضعا لكن هو قلق على المستقبل في حد ذاته، أي قلق على موقف وحدث قبل لا توجد للفرد أي سلطة عليها أي أنه شعور الشخص بالفرع أو الخوف أو الرعب عند التفكير في عملية الموت كما يعرف هذا النوع أيضا برهاب الموت.

2-أنواع قلق الموت:

حسب فاروق السيد عثمان فإن:

قلق الموت نوعان حيث يعتمد في التمييز على أساس:

■ حدة قلق الموت شدة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص وهما:

(1) **قلق الموت المزمن:** وهو كل المرض الذي طالت مدته، وازدادت معاناة المريض به.

(2) **قلق الموت الحاد:** هو القلق الذي يظهر في جملة أعراض، تكون عينة ملحة وفي زمن قصير

ويرتبط بخيرات الحياة، كموت قريب أو مرض شديد (فاروق السيد عثمان، 2011، ص75).

نستنتج مما سبق ذكره أن قلق الموت من بين الاضطرابات التي تصاحب الفرد وترافقه في عدة مظاهر حياته خاصة العنيفة منها، وكما تبين أن قلق الموت مرتبط بالفترة العمرية للفرد وبحاله سمة القلق، وأنه نوعان هناك الحاد والمزمن.

3- أسباب قلق الموت :

تتعدد العوامل التي تدفع القلق من الموت، فلكل إنسان عامل خاص به، حيث يرجع "مسكوية" قلق وخوف الإنسان من الموت للأسباب عديدة:

✓ يظن أن للموت ألما عظيما غير آلام الأمراض.

✓ يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت.

✓ يظن أن بدنه إذا انحل وبطل تركيبه فقد أنحلت ذاته، وبطلت نفسه بطلان عدم ودثور.

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

✓ المرض.

✓ الحوادث.

✓ الكوارث الطبيعية.

أما "بيكريرونر" يرجع سبب القلق والخوف من الموت إلى:

✓ كراهية الجثة وعزابتها.

✓ الخوف من العدوى والصدمة.

✓ العدوى الاجتماعية للحزن.

وأوضح "تمبلر" أن قلق الموت يحدده عاملان:

✓ حالة الصحة النفسية بوجه عام.
 ✓ خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت.
 وذلك لأن اكتساب الخبرة في الحياة لا تأتي إلا من خلال الممارسة إلا أن حالة الموت لا أساس في خبرة الشخصية ومن ثم فهي أبعد من الخيال والتصور، وبالتالي فإن الشعور يؤدي الفرد إلى الارتياح والقلق.

كماورد "شولتز" (shrultz) أيضا الأسباب الآتية:
 ✓ الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
 ✓ الخوف من الإذلال نتيجة للآلام الجسدي.
 ✓ توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان ليس بالعمر الذي قضاه فيها.
 ✓ الخوف من العقاب الإلهي خاصة المتديبين.
 ✓ الإشمئزاز الحضاري.

ويذكر عبد الخالق في دراسته لثلاث عينات من بلدان عربية انطلاقا من المقترح التالي:
 الكثير من الناس يخافون الموت، ما هي وجهة نظرك أسباب هذا الخوف؟ فوجد أن القواسم هي القاسم المشترك الأعظم في أسباب القلق بالرغم من طرحهم لأسباب متنوعة أخرى لقلق الموت
 (عبد العباس غضيب الحجامي، 2004، ص 84).

نستنتج مما سبق بأن تصورات الفرد حول موضوع الموت بصفته نهاية للحياة أو بداية (حياة أخرى ينمي درجات القلق لدى لأفراد وأن هذا الإحساس يتفاوت بين الفرد السليم والفرد المريض ومن هم في مرحلة الشباب والشيخوخة، أي أن تزيد حدة القلق لدى الفرد مع تقدمه في السن وشيوع المعتقدات في المجتمع حول فجأة الموت والاحتضار والآلام المصاحبة له والنتائج الصادمة عن الوضعيات الاقتصادية والسياسية والحروب والكوارث الطبيعية إضافة إلى التغييرات المتقدمة التي تعكس مقدار القلق المرتبط به.

(4) مكونات قلق الموت:

حسب أحمد عبد الخالق، فقد حدد الفيلسوف "جاك شون" مكونات ثلاثة للخوف من الموت وهي:
 أ) الخوف من الاختصار.
 ب) الخوف مما سيحدث بعد الموت.
 ج) الخوف من توقف الحياة.

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

(1) عملية الاختضار.

(2) الموت الشخصي.

(3) فكرة الحياة الأخرى.

النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر.

أما "ليفتون" فقد رأى قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون مايلي:

(1) التحلل أو التفسخ.

(2) الركود أو التوقف.

(3) الانفصال.

كذلك "ليستر" من جهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي: (الموت/الاحتضار) (الذات/الآخرين).

ومن ثم تشمل هذه الجوانب على ما يلي:

- (1) الخوف من موت الذات.
- (2) الخوف من احتضار الذات.
- (3) الخوف من موت الآخرين.
- (4) الخوف من احتضار الآخرين (أحمد محمد عبد الخالق، 1997، ص 45-46).

5- أعراض قلق الموت :

هناك أعراض لقلق الموت، منها ماهي بدنية (جسمية) ومنها ما هو (نفسية) تنبؤ من أن الشخص لديه قلق الموت ونجده: (يعتبر قلق الموت أحد الأنظمة القلق التي هي أساس القلق، وأن الأفراد المهيئون بحكم تكوينهم الانفعالي للقلق بصفة عامة هو أشد الأفراد إحساسا بالقلق العام وقلق الموت).

فالقلق العام يمتد ليشمل مجموعة من الأعراض منها:

أ) - أعراض نفسية:

✓ كنوبة الهلع التلقائي.

✓ الاكتئاب.

✓ الانفعال الزائد، الشعور بالضييق والتوتر والشد النفسي، وتوقع الشر سيطرة الحزن العميق على الشخص.

✓ الأفكار القهرية والوسواس بأن الموت يترص به في كل مكان، ينتقل إليه خلال أي نشاط يقوم به ويحصل في أي لحظة.

✓ الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع

(دافيد شهيان ترجمة عزف شغلان، 1998، ص 35).

ب) - أعراض جسمية:

ويصاحب ذلك مجموعة من الأعراض العضوية منها:

✓ الشعور بنوبات الدوخة والدوار والإغماء.

✓ اختلال التوازن.

✓ صعوبة في التنفس والاضطرابات القلبية.

✓ برودة الأطراف.

✓ الإحساس بكثرة تسد الحنجرة.

✓ فقدان السيطرة على الذات.

✓ اضطرابات بولية: وهي الاضطرابات الأكثر توترا وبشكل المريض مصدر عدم الارتياح

(Dellard celine de l'autre, 2001, P21).

يصاحب قلق الموت بعض من الأعراض كالخوف الشديد، ونوبات الهلع وسلوكيات أخرى مرتبطة بالقلق والتي تظهر سواء على نفسية المريض وبدنية (كالقلق، سرعة حركات القلب الغثيان، الدوار، فقدان الشهية ما).

نستنتج أن لقلق الموت أعراض عديدة منها ماهي بدنية ومنها ماهي نفسية، نتنبؤ من أن الشخص لديه قلق الموت .

6- النظريات المفسرة لقلق الموت :

هناك عدة نظريات حاولت تفسير القلق من زاوية دون الأخرى والتي تذكر منها:

6-1) : نظرية التحليل النفسي :

يعتقد "فرويد" أن قلق الموت هو أساس كل قلق، ويرى رواد التحليل النفسي أن قلق الموت يكون بمثابة حالة يكون فيها الآنا غير قادر على تقبل الموت. ويرى أن الغرائز تتجمع في غريزتين أساسيتين

هما أساس الحياة النفسية عند الإنسان، وهما غريزة الموت وغريزة الحياة، وكلاهما تعمل نقيضاً لعمل الأخرى، فغريزة الحياة تهدف إلى استمرار الحياة، أما غريزة الموت دافعها العدوان والتدمير والانتحار. فتتصارع غرائز الفرد وتهدهد بفقد التحكم، وغرائز الموت تعمل على صمت فحسب "فرويد" فإن غريزة الموت إذا ما اتجهت إلى الخارج بدت في صورة رغبة في العدوان والكراهية، وإذا ما اتجهت نحو الداخل بدت في صورة قلق الموت (أحمد عبد الخالق، 1987، مرجع سابق، ص 26).

6-2) : النظرية المعرفية :

إن المشكلات العصابية تعكس أخطاء نسبية في التحكم ويعتبرون قلق الموت بناءً على ذلك سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسية، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض وهذه الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق يكون بموجبها خطأً نسبياً وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة، من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطرابات النفسية المتمثلة في مستوى قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة (Fontaine, 1984, P 108).

6-3) : النظرية السلوكية :

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث لكنه غير مؤكد الحدود وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف وبشره، موقف نظر مباشر ملائم أمام الفرد والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي، وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذن، فهو يبقى خوف محبوس لا يوجد له مصرفاً.

كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو خوف فإن التأثيرات الإنفعالية تصاحبها تغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة إذ تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية من مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغييرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال (عزت، 1994، ص 26، ص 17).

6-4) النظرية البيولوجية:

عرفت "بيشا" الحياة بأنها مجموعة من الوظائف التي تقاوم الموت أما "كلوديرنار" فيرى الحياة هي الموت ويفسر ذلك بقوله أن جميع الوظائف الحيوية هي بالضرورة نتيجة لعملية الاحتراق العصبي فإذن الحياة هي الموت إذن عملية هدم الأنسجة (محمد أحمد عبد الخالق, 1987, ص15).

نستنتج من نظرة العالم "فرويد" فيما يخص النشاطات وسلوكات الإنسان مرتبطة بالغرائز حيث نرى أنه قسم الغرائز إلى نوعين، نجد النوع الأول غرائز الحياة (الجوع العطش، الجنس)، أما في النوع الثاني فهو غرائز الموت، حيث أن الإنسان يعيش طوال حياته في صراع ما بين هاتين الغريزتين.

أما في المدرسة السلوكية نجد أنها ارتكزت في أسلوبها على أن كل ما يصل إليه الإنسان من قرارات أو أفعال هو بسبب مثيرات بيئية، كما أن لكل مثير ينتج عنه سلوك وحيث أن هذه النظرية تفسر الموت على أنه مثير قوي وخبرات يمر كل إنسان بها في حياته يتعرض فيها لعقد شخص عزيز، لكنها تختلف في حداثة من شخص لآخر أي كل إنسان يحسب شخصيته وخياراته الحياتية.

أما النظرية المعرفية ترى أن على الإنسان أن يتقبل حقيقة الموت وينظر له على أنه النتيجة الحتمية المطلقة التي تعطي الحياة معنى، وبالتالي عليه أن يعمل على استثمار حياته وبضع فيها أثره كذلك أن يستقبلها بأفضل الطرق ليضع أثره فيها بعد الموت، فالموت يلتقي الضوء على فردية كل شخص ورحلته في المجتمع.

أما حسب النظرية البيولوجية ترى أن الحياة هي مجموعة من الوظائف تقاوم الموت وهي نتيجة لعملية الاحتراق العضوي إذن الموت هو عملية هدم الأنسجة.

خلاصة:

يعد قلق الموت موضوع اهتمام كبير لدى علماء النفس وغيرهم سواء كانوا عرب أم أجنب... وهذا لما له من تأثير فعال على الوظائف النفسية والجسمية، وهذا ما لاحظناه من خلال أغراضه ونتائجه السلبية على المرأة المصابة بسرطان الثدي. وأهم التغييرات النفسية والفيزيولوجية التي تطرأ عليها والتي يكون دائما السبب الرئيسي فيها هو قلق الموت بمختلف أبعاده ومظاهره.

الفصل الرابع:

سرطان الثدي ووظائفه الجسدية والنفسية

تمهيد

1-تعريف الثدي

تعريف سرطان الثدي

2-البنية التشريحية للثدي

3-الوظائف الفيزيولوجية للثدي

4-أمراض الثدي

5-أنواع سرطان الثدي

6-مراحل سرطان الثدي

7-أسباب سرطان الثدي

8-اعراض سرطان لثدي

خلاصة

تمهيد:

تعتبر الأمراض المزمنة و منها "السرطان «أحد الأحداث الحياتية الضاغطة و التي يمكن أن يواجهها الإنسان و له علاقة بالإصابة بالاضطرابات النفسية و الجسمية من جهة و التي تؤثر على حالتهم النفسية و من بين أنواع السرطانات نجد "سرطان الثدي "و الذي يصنف في مقدمة أمراض السرطان المتنوعة التي يصيب النساء وعلى الرغم من وجود الأساليب الوقائية للحد من بعض مخاطر الإصابة به ألا أنا تلك الأساليب لا يمكنها التخلص من معظم الحالات ،حيث يعد سرطان الثدي في الجزائر في مقدمة الأمراض السرطانية ،حيث أصبح يعتبر هاجسا يهدد مختلف الفئات العمرية.

ومن خلال هذا الفصل سنحاول التفصيل أكثر في موضوع أحد أنواع السرطان ألا وهو سرطان الثدي وذلك من خلال التعريف والأنواع وأسباب وأعراض وطرق تشخيصه وكيفية علاجه.

1-تعريف سرطان الثدي:

هناك عدة تعريفات للسرطان الثدي وحاولنا الإلمام إلى تعريف السرطان

1-1- لغة:

السرطان كلمة يونانية بمعنى(harkinos)ومعناها السلطعون البحري بسبب ضخامة حجم السلطعون في الوسط، ومخالبه الممتدة التي تشكلت تشابها مع الأورام السرطانية

(مالكوم شواتز ترجمة عماد أبو سعد، 1998، ص9).

وهو تكاثر عشوائي غير مضبوط للخلية حيث تنقسم في جميع الاتجاهات و تتكاثر عشوائيا و سريعا بصفة لا تتناسب مع حاجة النمو العادي الخلايا السرطانية تكون كتلة او تضخم يورم سرطاني لكنه لا يكون بضرورة خبيثا، وإنما يلزمه بعض التغيرات في بنية الخلية حتى يتحول إلى ورم خبيث و مع مرور الوقت يبدأ في الانتشار و التوسع، و الانتقال إلى المناطق الأخرى

(Scotte and all,2002 ,p21).

الثدي لغة:

يعتبر الثدي جزءا من الجهاز التناسلي الأنثوي، وهو عبارة عن غدة درقية محورة تقع أمام العضلة الصدرية الكبرى ويلعب دور في العملية الجنسية إضافة إلى إنتاج الحليب

(N Benzidane,2004 ,p05).

الثدي عبارة عن بروز غدي يقع في الجزء العلوي من صدر المرأة تحت قاعدة العنق الأمامية على إرتفاع يمتد من الضلع الثاني إلى السادة ومن عظم الصدر (sternum) إلى الضلع خط الناصق الإيجابي (hémisphères) و هو ذو شكل كروي (lingausculaire) ينتمي الثدي إلى الغدد ذات الإفراز الخارجي وينقسم إلى أربعة أقسام:

- القسم الداخلي العلوي (quadrant supéro intone)
- القسم الداخلي السفلي (quadrant infuriotone)
- القسم الخارجي العلوي (quadrant supéro externe)
- القسم الخارجي السفلي (quadrant infoexterne)

1-2- اصطلاحا:

هو سرطان الذي يضرب الثدي وهو منتشر عند النساء، ولكن يمكن أن يصيب الرجال أيضا بنسبة ضئيلة فسرطان الثدي يظهر على شكل كتلة أو عقدة صغيرة تنمو بسرعة لكنها غير مؤلمة وهذا ما يجعل المريضة لا تزور الطبيب والقيام بالفحص وقد تحدث هذه الكتلة التهابا على مستوى أنسجة الثدي، ويمكن أن تنتشر إلى أعضاء أخرى في الجسم، إذ لم تكن هذه الكتلة ورما حميدا

(yuon kenis et oeages.matlie.1974. p26).

ويعرف أيضا انه ورم خبيث ناتج عن تكاثر عشوائي أو غير طبيعي لمجموعة من الخلايا في الثدي والتي تؤدي إلى تدمير النسيج الأصلي ثم تغزو الأنسجة المحيطة وأحيانا تنتقل إلى أماكن أخرى خاصة الكبد، الرئتين، أو العظام الذي يؤدي إلى موت الحالة في غياب العلاج

(Rousse. Médical .1999.p425).

وحسب العالم "جيسيتار روسف (gustare roussef) "يعرفه انه كتلة أو ورم و هي مؤلمة مع خروج الدم و إفراز الحلمة و يسبب نمو كتلة سرطان علامات أخرى منها سحب الجلد الذي يغطي الثدي من الداخل و قرطحة في استدارة الثدي الطبيعية و أخيرا يسبب الورم تجعدات واضحة و ثابتة في الجلد و بالتالي تؤدي هذه الأسباب إلى قرطحة الحلمة التي كثيرا ما نشاهد في هذا المرض كأنها كتلة من الداخل حتى تصبح في النهاية تحت سطح الجلد ،المجاور للحلمة، ويقال أن هرمون الانتروجين اذ زاد في الجسم عن معدله الطبيعي يؤدي إلى زيادة نسبة حدوث سرطان الثدي (J.saylier et autre.2003.P15).

وتعرفه منظمة سرطان الثدي (breast cancer organization.2003) بأنه عضو غير منتظم لخلايا الثدي ناتج عن تطرفا تاو تغيرات غير طبيعية في الجينات المسؤولة عن تنظيم نمو الخلايا الحفاظ على صحتها (حنان الشقران وآخرون، 2015، ص2).

نستنتج مما سبق أن لمرض السرطان عدة تعريفات، هناك من عرفه على أنه عدة أمراض تمس أي عضو في جسم الإنسان وآخرون يرجعونه إلى تغير خلايا جسمية، أو هو مجموعة من الأورام التي تدمر الأنسجة.

2-البنية التشريحية للثدي:

يتكون الثدي من نسيج غدي وشحوم ومن أنسجة داعمة التي تبدأ بالجلد الذي يشكل غطاء للثدي بحيث تتكون الأثداء (N Benzidane,2004,p06)

1-2-الحلمة Mamelon

وباللغة الإنجليزية (Nippel) تتواجد في منتصف الثدي تحتوي على نهايات قنوات الغدد الثديية، سرية الاستثارة، لها دور في الرضاعة وإفراز اللبن كما تحتوي على ألياف عضلية شديدة الحساسية.

2-2-اللعوة (Areal)

وهي دائرية الشكل توجد حول الحلمة وهي منطقة داكنة اللون على انتفاخات صغيرة تفرز سائل زيتي يساعد على الاختفاء على البشرة (R. Rajon ,2003,p256) .

3-2-النسيج الغدي

يتكون الجزء الداخلي للثدي من الغدد مصفوفة على شكل عنقود مؤلفة من تجمع لحوالي 20 فص (lobe)، وبفضل بعضهما البعض بنسيج ضام

4-2-النسيج الضام الليفي:

هو غني جدا بالأوعية الدموية، ويتألف كل فص من عدة فصيصات غنية بالخلايا الغديات التي تطلق عليها اسم (Acnés Aboéoles) (معريش العربي، 2000، ص14).

5-2-القنوات اللبنية:

عبارة عن أنابيب رقيقة تقع في فصوص النسيج الغدي الذي ينتج اللبن أي هي المسؤولة عن إفراز اللبن.

6-2- الجيوب اللبنية:

تقع تحت هالة الثدي (اللغة) من الداخل مباشرة وتتصل بين الجيوب اللبنية وفي الخارج حوالي عشر قنوات ضيقة تمر من راس الحلمة.

7-2- النسيج الشحمي الدهني:

يتحدد حجم وشكل الثدي بكمية الدهون أو الشحون المتواجدة في الثدي بحيث تزداد كمية الشحوم مع تقدم العمر، هذا ما يجعل الثدي أقل صلابة وأكثر ارتخاء (N.Benzidane,2004,p06).

8-2- العضلة الصدرية الكبيرة:

وتمتد هذه العضلة من الضلع الثاني إلى الضلع السادس للقفص الصدري وتستقر عليها كل مكونات الثدي (معريش العربي، 2000، ص14).

نستنتج أن الثدي يتكون من عدة أجزاء ولكل جزء دور مهم يقوم به، أي أن بنية الثدي جد معقدة، وانه يتكون من عدة فصوص مفصولة عن بعضها البعض بنسيج دهني يعطي للثدي الشكل الذي تعرفه عليه، وان لكل فص فصوص صغيرة تنتهي بحويصلات تنتج الحليب في فترة لرضاعة وكل هذه الفصوص ترتبط بقنوات تصل إلى الحلمة الموجودة في منتصف منطقة داكنة اللون بالثدي.

3) الوظائف الفيزيولوجية للثدي:

يعطي الثدي دورا هاما في مجال الأنوثة التي تحملها المرأة في جسدها حيث شكله وتكوينه تتبع لنمو وفيزيولوجية الغدة التناسلية في الثدي وقافيتين أساسيتان هما:

1-مصدر غذائي (الرضاعة)

تعتبر وظيفة من اجل استمرارية الكائن الحي (الرضيع)، ففي أثناء الحمل يفرز المبيض الأستروجين، البروجسترون اللذان يحملان على تحضير غدد الثدي وتوسيع الحلمة

(Lenaire,2007 ,p860).

بعد الولادة يفرز الثدي الحليب عند ظهور الهرمون الثالث المسمى بالبرولاكتين أي مجهز الحليب وهو ضروري لإنتاج الحليب وهو من المواد القوية التي أمكن استخلاصها من الغدة النخامية

ب-مصدر جيني

إضافة إلى الدور الغذائي الذي يلعبه الثدي نجد الدور الجماعي أو الجنسي بحيث إن الثدي يجعل المرأة تحس بالرغبة الجنسية والحلمة هي المنطقة الأولى للاستثارة الجنسية

(Vero Lenaire,2007,p860)

وعليه، للثدي وظائف فيزيولوجية بحيث يعتبر مصدر غذائي وهذا بإفراز الحليب للقيام برضاعة الطفل الرضيع وانه مصدر جيني بحيث يجعل المرأة تحس بالرغبة الجنسية وان الثدي يلعب دورا هاما في مجال الأنوثة وفي الصورة التي تحملها المرأة في جسدها، حيث تتمثل الوظيفة البيولوجية للثدي في إنتاج الحليب لتغذية الرضيع.

4-أمراض الثدي:

من بين الإصابات التي يتعرض لها الثدي نجد

4-1-ألم الثديين:

يعتبر اكثر الأمراض شيوعا،بحيث من الطبيعي أن تشعر المرأة بألم الثديين قبل بدا الدورة الشهرية ،وذلك نتيجة لتغيرات في الهرمونات المتعلقة بحدوث الدورة الشهرية ولكن قد يكون حدوث الألم بالثدي لحدوث بعض الاضطرابات في الثدي قبل وجود حويصلات أو نتيجة تأثير بعض المأكولات و المشروبات مثل القهوة و معظم الم الثدي ينتهي بسرعة ،ولكن في بعض المأكولات و المشروبات مثل القهوة و معظم الم الثدي ينتهي بسرعة ،ولكن في بعض الأحيان النادر يستمر و يكون علاجه بالعقاقير مثل عقار "الدوتارول" و هرمون يخلق مثل التستسترون و عقار "الداموكسوفين" الذي يبطل مفعول الأستروجين و بذلك يزول الم الثدي (داخشن عجارم،بدون سنة،ص86).

4-2-كيس الثدي (Kystedesien) :

هي عبارة عن أكياس صغيرة مليئة بسائل وتنمو داخل الثدي ويسهل الإحساس بها وسببها غير معروف حتى الآن، و لكن البعض يفسر وجودها وجود بعض الإصابات بالثدي و هذه الأكياس قد تسبب الم الصدر و لتخفيف هذا الألم يقوم الطبيب بسحب هذه السوائل من الكيس عن طريق إبرة معينة و يرسله إلى الفحص المخبري ، و يجب أن يلاحظ الطبيب كمية ولون السائل الخارج من الكيس،وإذا كان السائل

عبارة عن دم معكر، أو إن الكيس سوف يظهر مرة ثانية بعد 12 أسبوع من تفريغ السائل منه ففي هذه الحالة يجب إزالة الكيس جراحيا لأنه قد يكون بداية لظهور سرطان الثدي

4-3-مرض ليفي كيسي (Moladio fibrobys)

هو تطور يحدث للنسيج الموجود في الثدي والذي قد يسبب في الألم الثدي وتصاب أثناء الأيام الأخيرة في الدورة الشهرية (N Benzidane, 2004, p41).

كما انه مرض شائع لدى بعض النساء يكون مصحوب بالألم الثدي، وهو عبارة عن بصيلات متجمعة بالثدي وهذه الأعراض غالبا لا تؤدي إلى حدوث سرطان الثدي، ولكن يتم علاجها بالعقاقير

4-4-تليف الثدي الكتلي:

هي عبارة عن تكتلات صلبة صغيرة غير سرطانية مكونة من الياف وأنسجة غذائية وهي تظهر غالبا في سن مبكرة، وهذه الكتل تتحرك بسهولة ويمكن الشعور بها ولها ملمس ناعم وجامد لأنها تحتوي على الكولاجين وفي الغالب هذه التكتلات تزال جراحيا ولكن سرعان ما تعود مرة ثانية وبعد التأكد من أنها غير سرطانية ن فان الطبيب المعالج لا ينصح بإزالتها مرة ثانية (داخشن عجازم، بدون سنة، ص86).

4-5-إفرازات الحلمة:

هي إفرازات دموية تحدث عادة عن طريق وجود كتل غير سرطانية في القنوات البنية ومعظم هذه الكتل يمكن الشعور بها أو قد يتم اكتشافها بالأشعة على الثديين ويجب إزالتها فورا (داخشن عجازم، بدون سنة، ص86).

4-6-التهابات الثدي : وتنقسم إلى :

أ-التهاب الثدي الحادة:

تكثر عند النساء المرضعات والجراثيم المسببة هي المكورات العقدية، تكون الحلمة متشققة والثدي متضخم ومحمر ومؤلم.

ب-التهاب الثدي بالخلايا المصورة:

غالبا ما يحدث بعد السن الضهي، ويمتاز القنوات اللبنية وانحباس المفرزات فيها، مع حدوث تجمع للخلايا الالتهابية المزمنة حول هذه القنوات المتوسعة ويسبب كتلة في الثدي.

ج-التخثر الدهني:

غالبا ما يحدث نتيجة للمرض وأحيانا بعد العلاج الشعاعي، ثم يحدث تلف والتهاب وتموت الأنسجة ويسبب كتلة في الثدي (عماد إبراهيم الخطيبي، 1997، ص 247).

واعتمادا على ما سبق ذكره تبين لنا أن هناك عدة أمراض تكون على مستوى الثدي أو (تصاب الثدي) ومن المرض الأكثر شيوعا في العالم نجد مرض سرطان الثدي وهو مرض شائع لدي النساء.

5-أنواع سرطان الثدي

للسرطان أنواع متعددة منها:

5-1 السرطان الليفي:

يظهر على هيئة كتلة صلبة ذات حوافز غير منظمة ويميل إلى غزو الأنسجة المجاورة مبكرا ليلتصق بالجلد أو يطلق العضلة الجانبية ويشكل ثلاث أرباع الحالات.

5-2 السرطان الكيسي:

ويكون على شكل كيس في جداره ورم أشبه بنيات الكرنب ويصيب كبيرات السن وهو بطيء وربما يبقى حامدا لسنوات دون أن يقررو الأنسجة المحيطة.

5-3 السرطان النخامي:

نسبة الإصابة به قليلة وينمو سريعا ويبلغ حجما كبيرا حيث يخترق الجلد محدثا تقرحات متعفنة ونازفة.

5-4 السرطان الالتهابي:

التهاب الثدي يبدو ورما والجلد محمرا مستترا، ويحسس الثدي متيس وربما ساخنا وما يميز الورم خروج القيح وعدم ارتفاع الكريات البيضاء في الدم وهذا النوع نادرا.

5-5 سرطان القناة اللبئية:

وتكون أعراضه خروج الدم من الحلمة قبل أن يكون محسوسا باللمس وهذا النوع جيد لان المرأة تتجه إلى الطبيب في المرحلة المبكرة بسبب خروج الدم من الحلمة.

5-6 الورم ذو النوع (غير التوسعي) Réaligne:

هو ورم يتطور وينمو، ولا يتطور إلى النسيج المحيطي فيما انتزع الحلمة فانه لا ينمو ولا يتطور إلا في المكان أو يبعد عن ذلك انه ورم مذكر (ذكر) لأنه يتطور.

5-7 الورم ذو النوع (السرطان التوسعي) Réaligne:

هو ورم له تطور عدواني مفرط وهو يتطور إلى النسيج المحيطي له إمكانية التطور في المكان والمسافة انه ورم أنثوي لأنه يتطور الوقت الذي يتضاعف فيه الورم المتنوع هو من 50 إلى 200 يوم وهو يتطور ما بين 05 إلى 10 سنوات.

5-8 الأنواع السريرية الإكلينيكية:

هذا الورم يتموضع في الربع العلوي الخارجي من الثدي وتتشأ عموما في الخلايا المبطنة في القنوات اللبنية و (5%) من الجيوب المفرزة للحليب المسماة بسرطان الفصيبي ومن هذا السرطان نجد:

أ- السرطان الليفي الصلب:

الذي يمثل ثلاث أرباع حالات، ويظهر على شكل كتلة صلبة لها حواف غير منتظمة يغزو الأنسجة المجاورة مبكرا ويتواجد في الجلد أو العضلة الجناحية.

ب- السرطان النخاعي:

وهو ورم لين بسبب قلة ما يحتويه من البان ينمو بسرعة وبإمكانه أن يخترق الجلد ليحد تقرحات متعفنة ونازفة، ونسبة الإصابة به قليلة مقارنة مع الأنواع الأخرى.

5-9 الأنواع المجهرية:

التيقن من التشخيص النهائي للسرطان ليتم على أساس الفحص المجهرى لعينة الورم وهذا باستعمال الميكروسكوب وتنقسم أمراض الثدي السرطانية حسب الملاحظات المجهرية إلى:

أ- السرطان الفتوي : وهو الأكثر شيوعا ويتميز ب :

- ترصق الخلايا فيما يسبب الفتوات وهذه الخلايا تفرز مادة مخاطية وهذا يذل على أن هذا الورم سريع الانتشار

- تنوع نوعية الخلايا من حيث أشكالها وأحجامها ومدى مكانتها.

ب- السرطان الفصيبي :

لهذا الورم خصائص استثنائية عادة ما تضلل الطبيب وتأخر عملية الشخص، مما يؤثر على عملية العلاج المبكر للمرض ويتميز بنشأته في نقاط عديدة (كلتا الثديين) شكاوى المريضة من الأم الثدي وليس الورم وعند التصوير الإشعاعي لا تظهر الترسبات كليا داخل الورم.

ج-سرطان الغير المترسب:

في الغالب تصاب به المرأة يشخص هذا النوع أحيانا بالصدفة خلال فحص عينة مأخوذة بالإبرة نستنتج أن لسرطان الثدي عدة أنواع أي انه متعدد الأنواع والأشكال وكل نوع مختلف عن الآخر.
(فضيلة عروج، 2017، ص 23/21).

6- مراحل سرطان الثدي:

يمر سرطان الثدي بأربع مراحل تتمثل في:

6-1-المرحلة الصفرة:

ويعني إن السرطان لم ينتقل للأجزاء المحيطة، لذلك يسمى سرطان ثدي غير انتشاري ويمثل حوالي 10-20% من مجموعات سرطان الثدي ولا يعتبر حقيقيا ويوجد نوعين من هذه المرحلة:
أ-النوع الأول:

سرطان في القنوات الناقلة للحليب: وتكون خطورة الإصابة بالسرطان مرتفعة لذلك يحتاج متابعة دقيقة لتطوره.

ب-النوع الثاني:

سرطان في انسجه الثدي: وفيه تخير المرأة بين استئصال جزئي للثدي أو إزالة الثدي بالكامل وذلك بناء على حجم الثدي ومنطقة الإصابة.

6-2-المرحلة الأولى:

وفيها لا يزيد طول الورم السرطاني عن سنتيمترين ولم ينتشر خارج الثدي.

6-3-المرحلة الثانية:

لا يزيد طول الورم السرطاني عن سنتيمترين ولكنه منتشر في الغدد اللمفاوية أو يبلغ طول الورم السرطاني بين 2-5 سنتيمتر ويكون منتشرا في الغدد اللمفاوية أو يزيد طول الورم عن 5 سنتيمتر ولكنه لم ينتشر في الغدد اللمفاوية.

6-4- المرحلة الثالثة: وتنقسم إلى قسمين:

أ- المرحلة الأولى:

ويكون طول الورم السرطاني في الثدي أصغر من 5 سنتيمتر ومنتشر في الغدد اللمفاوية 1 وان طول الورم السرطاني أكبر من 5 سنتيمتر ومنتشر في الغدد اللمفاوية.

ب- المرحلة الثانية:

ويكون الورم السرطاني في الثدي منتشر في المنطقة المحيطة بالثدي وجدار وأضلاع وعضلات الصدر أو يكون الورم السرطاني منتشرا في الغدد اللمفاوية وجدار وعظم الصدر.

6-5- المرحلة الرابعة:

وفيها يكون الورم السرطاني منتشرا في أجزاء أخرى من الجسم مثل: العظام والرئتين والكبد والدماغ أو يكون منتشرا في الغدد اللمفاوية وداخل الرقبة وقرب عظم (هاتمان شارلز، 2005، ص48).

انطلاقا مما سبق نستنتج أن لسرطان الثدي عدة مراحل منها المرحلة الصفرية التي لم ينتقل فيها السرطان للأجزاء المحيطة وله نوعان تتمثل في سرطان قنوات الحليب التي تكون فيه خطورة السرطان مرتفعة و النوع الثاني يسمى بسرطان في أنسجه الثدي وفيه المرأة تختار أما استئصال جزئي أو إزالة الثدي بالكامل ،في المرحلة الأولى يكون طول الورم لا يتعدى سنتيمترين ولم ينتشر بينما في المرحلة الثانية نجد الورم لا يزيد عن طوله لكنه منتشر في الغدد اللمفاوية أي نجد طول الورم من 2-5 سنتيمتر بينما المرحلة الثالثة تنقسم إلى مرحلتين حيث في المرحلة الأولى نجد الورم اصغر أو اكبر من 5 سنتيمتر ولكنه منتشر في الغدد اللمفاوية في حين نجد في المرحلة الثانية الورم منتشر في المنطقة المحيطة في الثدي و عضلات الصدر بينما في المرحلة الأخيرة يكون الورم منتشرا في أجزاء أخرى من الجسم مثل الدماغ ،الرئتين ويكون منتشرا في الغدد اللمفاوية.

7-عوامل سرطان الثدي:

يعتبر سرطان الثدي الأكثر انتشارا لدى الفئات العمرية المختلفة لذلك أدى الباحثين والعلماء إلى البحث للوصول إلى العوامل التي تؤدي لهذا المرض حيث توصلوا إلى انه ليس هناك عامل واحد فقط المسؤول عن حدوثه وإنما يعود إلى تفاعل عدة عوامل مع بعضها البعض عن حدوثه وإنما يعود إلى تفاعل عدة عوامل مع بعضها البعض ومن أهمها:

7-1العوامل الداخلية

أ-العوامل الوراثية:

اظهرت بعض الدراسات دور الوراثة كسبب مؤهل لظهور سرطان الثدي وبرهنت على ذلك بتواجد عائلات تكون فيها نسبة الوفيات عالية نتيجة الإصابة ويرجع ذلك إلى عدة أسباب متداخلة ومنها:

- النقص المناعي الخلقي أو القطري الذي يستطيع أن يكون وراثيا
- التشوهات أو الانحلاللات الروموزية التي تؤدي إلى تغيرات في الجسم ا والى حدوث الإصابة بالسرطان
- تدخل المعطيات الخارجية التي يوجهها الشخص كالعامل الجغرافي أو عامل الزواج مع الأقارب

(نسيمة مزوار، 2006، ص22).

ب-العوامل الهرمونية:

إن جسم الإنسان معرض لعدة تغيرات من خلال المراحل العمرية المختلفة ابتداء من المرحلة الجنينية إلى غاية مرحلة الشيخوخة ومن بين هذه التغيرات يتواجد النشاط الهرموني، والثدي يلعب دور مهم في وظيفة الأعضاء، ومن بينها الثدي كما يؤدي تناول حبوب منع الحمل إلى زيادة الأستروجين في الجسم و ذلك لاحتوائها هرمون الأستروجين إلا أن نسبة الخطر تكون مرتبطة بالسن

(Rochety.et all ,1987 ,p29) .

إذن فان اغلبه سرطانات الثدي لا يوجد عامل وراثي بسيط محدد ولكن لوحظ وجود عوامل هرمونية منها:

- بداية الطمث في سن مبكر اقل من 12 سنة أو في سن متأخر أكثر من 14 سنة
- التأخر في أول حمل للمرأة وذلك بعد سن 30 سنة أو الحمل المبكر قبل 20 سنة
- توقف الطمث المتأخر بعد 55 سنة
- المرأة التي لم تنجب إطلاقا
- قلة استعمال الثدي للرضاعة. (Andrien j .m, 2002, p178-179)

ج-العوامل النفسية :

أن العوامل النفسية لها دور مهما فلا يمكن تجاهلها فهو يؤثر على صحة الفرد والتي تكون عاملا مهيئا أو مفجرا في ظهور الاضطرابات الجسمية ومن اهم الجوانب النفسية لمرض السرطان ما يلي:

- معظم النساء المصابات بالسرطان كان يعانين صعوبة في تقبلهم لذاتهم كما هي علاقتها

-معظم يعانون غير دافئة من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب وفي أغلب الأحيان كانت عداوتهم مكتوبة

-يكون هناك صدمات نفسية ما يجعل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمريض (عطوف محمد ياسين، 1981، ص18).

أوضح "إيزنيك" من خلال دراسته المتعددة في هذا المجال ما يلي:

-تؤثر الانفعالات الحادة على الجهاز المناعي تأثيراً سلباً

-تؤثر الخبرات المؤلمة التي يتعرض الفرد على جهازه العصبي ومن ثم على جهاز المناعة

-تؤثر كل من الاضطرابات السلوكية واختلال نسبة الهرمونات والتغيرات الكيميائية داخل الجسم تأثيراً على عمل الجهاز المناعي بالجسم (زينب محمود شقير، 2002، ص127).

د-أحداث الحياة الضاغطة:

الفرد عندما يتعرض لمواقف إحباط نفسية اجتماعية قد يقوم بتفريغ انفعالاته المتولدة من حالة الإحباط التي يمر بها عن طريق مختلف الأنشطة اللفظية، البدنية، الفكرية، وحتى على مستوى التخيل إن لم يتم عملية التفريغ بإحدى هذه الطرق فتتوجه لتفرغ عن أعضاء الجسم مما يؤدي إلى إصابة عضو معين (حسين فايد، 2006، ص157).

هـ-العوامل الغددية:

تتمثل في الظهور المبكر للعادة الشهرية (12 سنة) أو توقفها المتأخر (55 سنة) خلل في وظائف الغدد وإفرازاتها

العمر أو سن المرأة عند إنجاب أول مولود بعد سن (35 سنة) فمن خلال أبحاث قام مكيان بريان " بها " تبين إن إنجاب الطفل الأول بعد (35 سنة) يزيد من خطورة الإصابة وكذا الحال في عدم الإنجاب إطلاقاً، فالولادة وعملية الرضاعة يلعبان دور الدفاع ضد المرض (تومي سميت، 2001، ص229).

-كذلك حبوب منع الحمل تزيد خطر الإصابة في حالة الاستعمال الطويل الأمد في حين تقل نسبة الخطورة إذا تم تناولها من 10 سنوات

ويلاحظ أيضا إن سرطان الثدي قد يكون أكثر انتشارا عند النساء اللواتي لديهن نشاط جنسي منخفض (العانسات) كما إن الاستعمال طويل لأي علاج أستروجين مخصص لحماية الجسم من تأثيرات سن اليأس ما في ذلك العلاج البديل للهرمونات قد يزيد من خطر الإصابة بالمرض (مايكون سوارتز، 1995، ص120).

7-2 العوامل الخارجية

أ-العوامل الكيميائية:

وهي تعرض المرأة للمواد الكيميائية ومشتقاتها ومركباتها داخل الجسم أو في البيئة المحيطة مثل: التعرض لمادة صبغيات الأنبلين والبتير وباين بالإضافة الى الكيمياويات التي تحتوي على الكربونات مثل الهيدروكربونات كلها تؤدي للإصابة بسرطان الثدي

ب-العوامل الفيزيائية:

وهي تعرض المرأة للعوامل الفيزيائية المشعة خاصة أشعة X والنظائر المشعة مثل عنصر الراديوم المؤدية والتي تحدث خلال في الحمض النووي (ADN) الموجودة في نواة الخلية والتهيج المزمن لها تؤدي للإصابة (سميح نجيب خوري، 1999، ص223).

ج-الفيروسات:

أثبتت الدراسات على وجود نوع معين من الفيروسات تسبب ظهور سرطان الثدي تحتوي على حمض نووي يتسرب داخل الخلايا على شكل طفيليات (أبو السيد عبد اللطيف، 1995، ص172).

هـ-التغذية والدهنيات:

هناك الكثير من الدلائل تشير إلى أن بعض العادات الغذائية السيئة والتدخين من أكثر العوامل المسببة لسرطان الثدي، حيث أشارت بعض التجارب إلى أن نقص فيتامين (D) عند المرأة يساعد الجسم على امتصاص الكالسيوم فيؤدي بدورها انقسام الخلايا والإصابة بسرطان الثدي، وهناك ارتباط وثيق بين الغذاء الدهني والإصابة بسرطان الثدي بنسبة (97%) (منى خليل عبد القادر، 2001، ص219).

*إضافة إلى ما سبق هناك عوامل أخرى عديدة :

-الصدمات النفسية الكيميائية الخطيرة
-تعيش المريضة في عزلة عن العالم الخارجي
-لديها مشاكل مع الآخرين ومع الذات نفسها
والمريضة قبل إصابتها بسرطان الثدي قد تكون مرت ب 3 مراحل:

- (1) -في أول الأمر يحدث انفصال عنيف (Brutale) مع شخص عزيز في الطفولة
- (2) -الانفصال يتكرر في الحقيقة أو بشكل مدلولات غير حقيقية تذكر الموضوع الأول بالانفصال
- (3) -في المرحلة الثالثة غالبا في أقل من سنة بعد الانفصال الثاني يظهر سرطان الثدي (Satel ,p,ettera ,1992 ,p49).

كما أن هناك عوامل كثيرة أخرى وراء حدوث سرطان الثدي ومن أهمها التعرض لمصادر الإشعاع والمبيدات الحشرية واستخدام أجزاء مزروعة في الثدي
(4) -الاستعمال المفرط لصبغات الشعر

نستنتج مما سبق أنه لا توجد أسباب واضحة لسرطان الثدي لكن هناك عوامل وراء حدوث سرطان ومن أهمها ما ذكرناه سابقا نجد التعرض لمصادر الإشعاع، المبيدات، استخدام أجزاء مزروعة في الثدي.... إلخ كما نجد أن الوراثة تعد من العوامل المسببة لسرطان الثدي فهناك أنواع معينة من المرض تجري بوضوح في كثير من العائلات وهذا المرض أكثر شيوعا عند النساء فوق 40 خاصة التي انقطع عليها الطمث.

8- أعراض سرطان الثدي:

في بداية الأمر لا تظهر أعراض تميز ظهور سرطان الثدي إلا متأخرة حينما يصل المرض إلى صورته النهائية أين ينشر عبر كل خلايا الجسم.

1-8-الاعراض الجسمية :

- تهيج جلدي وبروز حلمة الثدي.
- سيلان غير عادي لحلمة الثدي إفرازات تقيحيه أو دموية.
- انكماش الحلمة وانقلاب أحدهما إلى الداخل ولا يمكن عكسها بسهولة.
- ظهور تكتلات أو تقلصات دقيقة في نسيج الثدي أو الإبط.
- الآلام والأوجاع عند لمس الثدي واختلاف الجسم بين الثديين.
- تغيرات بالجلد وتضخم بالعقد اللمفاوية.

-فقدان الشهية ونقص الوزن (www.onz.fr).

8-2-الأعراض النفسية:

إن سرطان الثدي تصاحبه معانات جسدية والإحساس بالعجز وفقدان الأمل هذا الإحساس الذي ينتاب المريضة يعرضها إلى حالة نكران المرض والخوف والتوتر.

-معظم النساء المصابات بسرطان الثدي تعانين في صعوبة تقبلهن لذاتهن.

-المعاناة من المشاعر السلبية نحو الحمل والولادة لان موضع الإصابة الثدي

-الغيرة الدفينة من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب والرضاعة وفي اغلب الأحيان تكون العدوانية مكبوتة وأحيانا أخرى تظهر

إن مريضات سرطان الثدي تعانين من (Simonton) وأوضح "سيمونتوا" الشعور بالحزن والأسى نحو الذات وانخفاض مفهوم الذات لديهن وعجز في بناء العلاقات الاجتماعية (www.jmmjraa.orj.concer).

-الشعور بالتوتر والقلق والمعاناة النفسية لان هذا المرض يهدد حياة المريضة معظم المريضات غير قادرات على التحدث عن أجسامهن المصابة بسرطان الثدي

-انخفاض مستوى الطموح لديهن و الاستسلام للقدر و الميل للانعزال في الانطواء و نظرا لحالة التوتر و القلق و الانفصال و عند الراحة تلجأ المريضة للتخفيف من معاناتها النفسية و آثار الصدمة و تتخلص الميكانيزمات في الإنكار، الإسقاط، الانسحاب الكبت (Brekant, jettcematose,1999.p147).

انطلاقا مما سبق نستنتج أن لسرطان الثدي عدة أعراض منها الأعراض الجسمية التي تظهر على مستوى الثدي والتغيرات بالجلد وانكماش الحلمة وظهور تكتلات على مستوى نسيج الثدي كما نجد أيضا أعراض نفسية للسرطان التي ينتاب المريضة إلى حالة توتر وقلق والشعور بالحزن والمعاناة النفسية والانعزال.

من خلال ما سبق نستنتج ألا تظهر أعراض تميز ظهور سرطان الثدي إلا متأخرة حينما يصل المرض إلى صورته النهائية ينشر عبر كل خلايا الجسم وبالتالي لا تكتشفه المرأة ومع تطور المرض تبرز إهمال الأعراض الجسمية والنفسية التي تتمثل في التهيج الجلدي، أو تغيرات في الجلد أو سيلان غير عادي لحلمة الثدي كما أن هناك أعراض نفسية كمعاناة من صعوبة تقبلهن لذاتهن أو معاناة جسدية والإحساس بالعجز.

كما أن لتشخيص سرطان الثدي مثل أي مرض آخر يجب على الطبيب ملاحظة الأعراض واستعمال الوسائل المساعدة على التشخيص الدقيق أي يعتمد الكشف المبكر على الفحص السريري من طرف الطبيب والتصوير الشخصي للثدي بحيث أن الاكتشاف المبكر لسرطان يؤدي لنجاعة في العلاج وذلك باستعمال علاجات بسيطة وفعالة

خلاصة الفصل:

وفي الأخير نستنتج أن سرطان الثدي من الأمراض التي ينطبق القول عليها الوقاية خير من العلاج فالوعي بإجراء و اتباع مقاييس الوقاية التي تعتبر أهم عامل في عدم الإصابة به و التي تتمثل في القيام بنشاطات تعود بالصحة على المرأة كممارسة الرياضة مع العلم تتصف بقلتها في ثقافتها و اتباع حمية غذائية صحية، لأنه مرض لا يستهان به فهو مرض خطير و سريع الانتشار مهدد لحياة الفرد خاصة المرأة كونها الأكثر معينة لذلك ولهذا فعليهن بالقيام بالفحص الذاتي و الدوري كل شهر و ذلك ضمانا لحياتهن و المتابعة الجيدة للثدي و عليه يجب ننوه على دور التدخل التعيينين و الدعم الأسري من أجل التحقيق من حدة القلق و إعادة التكيف مع المرض.

الجانف التطفق للدراسة المئانفة

الفصل الخامس:

الإجراءات التطبيقية للدراسة الميدانية

تمهيد

- 1- الدراسة الاستطلاعية.
- 2- منهج الدراسة.
- 3- مكان وزمان إجراء الدراسة.
- 4- مجموعة الدراسة.
- 5- أدوات الدراسة.
- 6- الإجراءات التطبيقية للدراسة الميدانية.

خلاصة.

تمهيد:

تعد الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة لجمع البيانات عن الظاهرة المراد دراستها إضافة إلى أنها تدعم الدراسة النظرية والدراسة الاستطلاعية لا تكتسي طابعها العلمي إلا باستنادها إلى التخطيط المنهجي الذي يتماشى مع طبيعة موضوع البحث، لأنها همزة وصل بين الجانب النظري والجانب التطبيقي سنتطرق في هذا الفصل إلى أهم الإجراءات المنهجية المتبعة للإجابة عن تساؤل موضوع البحث، وكيفية التحقيق من صحة الفرضية التي صغناها في بداية البحث وذلك من خلال التعرف على المنهج المتبع وأهم الوسائل التي اعتمدنا عليها لجمع البيانات وكيفية التطبيق.

1- الدراسة الاستطلاعية:**1-1- تعريفها:**

تعتبر الدراسة الاستطلاعية بمثابة البحث الصغير للوصول إلى الافتراضات والفرضية النهائية للبحث العلمي لهذا أعطاها الطالب أهمية لكونها تجعله أكثر اتصالاً وتساعد على التأكد من مادة صحة اختيار المنهجية المتبعة وتصميمه وخطوات العلاج المتبع

(زعتن نور الدين، 2009، ص 96).

حيث من أهم خطوات البحث العلمي الإدراكية الاستطلاعية حيث أن الهدف الأول الباحث من خلال معرفة الظاهرة المراد دراستها على أرض الواقع قصد التعمق والتقرب أكثر لتفاصيل وجوانب الموضوع، كما تسمح الدراسة الاستطلاعية أيضا بجمع معلومات أكثر من حالات البحث.

وفي بحثنا بخصوص المرأة المصابة بسرطان الثدي، حيث ارتأينا القيام بمجموعة من الخطوات الخاصة بإجراء الدراسة الميدانية وحاولنا اختيار المنهج المناسب لطبيعة الدراسة التي نحن بصددتها كذلك قمنا باختيار العينات وفقا لمجموعة من الشروط ومجموعة من الأدوات التي تساعدنا لتطبيقها على أفراد العينة.

قبل القيام بتطبيق الدراسة الأساسية، اتجهنا إلى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في "مكافحة الأورام السرطانية" بدارع بن خدة بولاية تيزي وزو، بعد موافقة مديرة المؤسسة وبمساعدة الأخصائية النفسانية "حجاز فريدة" ذهبنا لاستطلاع الميدان والاحتكاك به للتأكد من وجود مجموعة الدراسة خاصة إمكانية الاتصال بها من جهة، وكذا التطبيق أدوات الدراسة من دليل المقابلة العيادية النصف موجهة واختبار الإدراك الأسري FAT ومقياس قلق الموت.

لتدريب على استعمالها وللتأكيد من وضوح أسئلتها وكان ذلك في الشهر (مارس) من سنة (2024) ونظرا لحساسية الحالات نتيجة لطبيعة المرض، فإن الطبيب المعالج سمح لنا بتطبيق الأدوات على الحالات، قمنا بمقابلة فردية مع الحالة وهي مستلقاة بفراشها وذلك بعد تقديم أنفسنا على أننا متربصات متخصصات في علم النفس الصحة، لاحظنا تجاوب ملحوظ معها مع العلم أنه كنا نتحدث معها باللغة القبائلية ولم نلتمس أي تعارض أو سوء فهم الحالة لأدوات وهذا ما جعلنا تطبقها كما هي دون تعديل أو حذف فقراتها.

1-2- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- ✓ من أجل تجريب وتدريب على أدوات بحثنا التي سوف نستعملها في الدراسة.
- ✓ التعرف على الظاهرة المراد دراستها، وجمع المعلومات والبيانات عليها.
- ✓ استطلاع على العقبات التي سوف تقف في طريق إجرائنا للبحث.
- ✓ صياغة مشكلة بحثنا صياغة دقيقة وعميقة.

1-3- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

1_3_1) تقديم الحالة:

تتمثل الحالة التي التقينا بها خلال استطلاعنا لميدان الدراسة في "صليحة" مع العلم أن اسمها حقيقي وليس مستعارا. تبلغ من العمر 50 سنة ذات مستوى دراسي ابتدائي، عزباء تعيش مع ابن أخيها وبنتي أختها في منزل والديها بعد وفاتهما ومغادرت اخواتها بعد زواجهم.

1_3_2) تحليل دليل المقابلة العيادية:

صليحة امرأة متوسطة القامة خفيفة الروح لكنها تبدو عليها علامات الخجل والارتباك عند التحدث معنا لذلك كانت إجاباتها منخفضة وقصيرة، تسودها الكثير من علامات الحزن والرغبة في (البكاء) كما أن جسمها يبدو عليه التعب والإنهاك.

فعن تاريخ مرضها تقول صليحة أنها أصيبت بمرض السرطان في (2015) وتعرضت إلى العلاج الكيميائي وبتر ثديها الأيمن، وكان ذلك بعد هجرة أخيها الأصغر إلى فرنسا أواخر عام (2013)، حيث بدأت علامات المرض تظهر عليها في (2014)، وكان الخبر بمثابة صدمة "اسخلعي أطبيب ميدينا" (بكاء) وتؤكد صليحة أن الخبر قد هز كل العائلة حيث أن الكل يساندها معنويا وماديا "تعونن إي سيدرمان، أتقلقان فلي" غير أن الوضع لم يبق على حاله بعد امتثالها بالشفاء إذ تقول "رحن أك Surtout ماثوث يما ألم حلفشن أردسن" حيث انتكست حالتها بعد موت أمها عام (2022) التي تبلغ من العمر (87) سنة لذلك تعرضت للبتر والعلاج الكيميائي نتيجة إصابة نفس منطقة الثدي المصابة من قبل صرحت صليحة عن

علاقتها بوالديها قبل وفاتهما أنها كانت مثل الخادمة، تعمل ليل نهار لدرجة أن أباهما منعها من الدراسة بعد حصولها على شهادة التعليم الابتدائي لمساعدة أمها التي كانت تلد كل سنة تعد الحالة الأخت الثانية، لكنها الأكثر مساندة لوالديها اللذان كانا يقومان بأعمال الفلاحة في القرية.

1-3-3 نتائج اختبار الإدراك الأسري FAT للحالة صليحة :

يمثل نتائج "صليحة" في اختبار الإدراك الأسري:

جدول (1)

النقطة	الأبعاد
(11)	الصراع الظاهر
7	- زواجي
4	- أسري
2	- من نوع آخر
(8)	حل الصراع
2	- إيجابي
8	- سلبي
(8)	النهايات
6	- غير مناسب/مشارك
2	- مناسب /غير مشارك
(18)	نوعية العلاقات
5	- أب عامل ضاغط
4	-
2	- أم عامل ضاغط
7	- أخ/ أخت عامل ضاغط
8	- زوج عامل ضاغط
	- نوع آخر
(18)	ضبط الحدود:
4	- انصيهار
5	- عدم الالتزام
5	- تحالف أم طفل
0	- تحالف أب طفل

2	- نسق مفتوح
(4)	الدائرة غير الوظيفة
6	سوء المعاملة
5	- إساءة
1	- إهمال/تخلي
8	الانفعالات
3	- حزن / الاكتئاب
2	- غضب/ عتاب
3	- خوف/ قلق
63	الدليل العلم لسوء التوظيف

سنقوم بتحليل نتائج اختبار FAT للحالة صليحة بناء على نتائج الجدول أعلاه بالنسبة للتحليل الكمي، والأسئلة الثمانية الواردة في كراسة التصحيح بالنسبة للتحليل الكيفي.

أ- التحليل الكيفي: تتمثل الأسئلة الثمانية الواردة في كراسة التصحيح في:

1. هل محتوى البروتوكول كافٍ لوضع فرضيات عيادية؟

يبدو بروتوكول الحالة صليحة واضحاً له بداية ونهاية، رغم قصر خطاب بعض اللوحات إلا أن السرد كان عاملاً. كما أننا لم نلمس إجابات غير اعتيادية ولم يتم استبعاد أية لوحة لذلك يمكن الاعتماد على نتائجها.

2. هل تظهر الصراعات في بروتوكول الحالة؟

بالعودة إلى نتائج الاختبار يبدو أن دينامية أسرة الحالة متصارعة (n=11) وأنه يتوزع بين الأسري (n=4) والزواجي (n=7)

3. في أي مجال يظهر الصراع؟

يبدو أن كل أفراد الأسرة يشاركون في أحداث الصراع إذ يشمل النسق الزوجي (n=7) والذي التمسناه في بعض اللوحات مثل اللوحة الأولى، إضافة إلى النسق الأسري الذي يجمع الأبناء بأوليائهم (n=4)

4. ما هو النمط الوظيفي الذي تتميز به أسرة الحالة؟

يعد ارتفاع معدل الصراع الظاهر إلى كثرة الحلول السلبية أو غيابها أحيانا ($n=8$) رغم محاولة النسق إيجاد الحل الإيجابي للبعض من المواقف ($n=2$).

5. هل يمكن صياغة فرضيات عيادية حول نوعية العلاقات السائدة في أسرة الحالة؟

نرى من خلال نتائج الجدول أن أفراد أسرة صليحة كلهم يشاركون في أحداث مواقف ضاغطة داخل الأسرة، وأن الضغط يتنوع بين مرض الأم (اضطرابات قلبية، اضطراب الغدة الدرقية) ($n=4$) وقهر الأب ($n=5$) إضافة إلى كثرة شجار الوالدين انعكس سلبا على العلاقة فيها بينهم ($n=7$) متناغن، بما تتزوحو سخم جدّي، يرن تثعطيل ذن" إضافة إلى مناوشات الإخوة فيما بينهم ($n=2$) إضافة على الضغط الممارس من قبل الجدة بمرضها وأوامرها ($n=3$).

6. ما هي الفرضيات التي يمكن صياغتها حول النسق على العلائقي للحالة؟

ب- بالعودة إلى نتائج الجدول أعلاه، تبدو أسرة صليحة مليئة بالصراعات والتحالفات مما يعكس عدم التمايز بين الأفراد وعدم الالتزام بالأدوار التي توزع بطريقة مجففة خاصة من طرف الأب الذي يجبر ابنه الأكبر على القيام بأعماله عند غيابه، إضافة إلى نفس الممارسة صرحت بها الحالة عن الأم التي تجبر بناتها خاصة صليحة على القيام بدور الأم عند ذهابهما لأعمال الفلاحة.

كما انعكست نفاذية الجدول هذه في محور سوء المعاملة، إذ كان الأب يشتتم أبنائه وزوجته عند غضبه، إضافة إلى تلاشي الحدود الذي يبدو في الانصهار ($n=4$) وكذا الانفتاح على العالم الخارجي ($n=3$) حيث كانت الجدة تتدخل حتى في العلاقة الزوجية للأب الذي هو ابنها.

7. هل هناك مؤشرات تدل على عدم للتكيف؟

من مؤشرات سوء تكيف الحالة انفعالاتها السلبية المتبعة بالقلق والخوف والحزن والغضب والتي جاءت ممثلة ($n=8$)، إضافة إلى طريقة تطبيق الحلول المقترحة التي جاءت الفكرة معارضة للفعل (بمناسب/غير مشارك) أو (غير مناسب/مشارك)، إضافة إلى العلاقات السلبية التي جاءت منشقة الحدود فيما يعكس شدة نفاذيتها ومنه وكثرة الاعتداء على الآخر.

8. هل يمكن صياغة فرضيات عيادية؟

بالرجوع إلى نتائج المقابلة وشبكة الترميز يبدو بوضوح أن الحالة تعيش ضمن دينامية سيئة التوظيف تجلت في الصراع الظاهر وعدم إيجاد حلول إيجابية تسمح بقمة مما أدى إلى تكراره في الدائرة غير الوظيفية كما تحلت الدينامية المضطربة في تحديد النهايات التي تبدو في عدم موافقة السلوك فكرة الحالة، إضافة

إلى العلاقات السيئة (شتم، ضرب، إهمال....) مرض الوالدين أوامرهما القاسية إضافة إلى عدم الالتزام بالأدوار وانصهار الحدود.

ب) التحليل الكمي:

بالعودة إلى النتائج المدونة في الجدول رقم (1) يبدو أن الحالة تعاني من سوء توظيف عام مرتفع، يبلغ (63) هذا ما يدل على أن الدينامية الأسرية التي تعيش فيها صليحة سيئة إذ تبدو تأثيراتها في درجات أبعاد اختبار الإدراك الأسري التالية:

✓ تبدو الدينامية أسرة الحالة كثيرة الصراعات الظاهرة ($n=11$) والتي تنقسم بين الزوجي ($n=7$) الذي يعكس وجود علاقة شقاق بين الزوجين، وكذلك الأسري ($n=4$) والذي يدل على وجود أيضا علاقة شقاق بين كل أفراد الأسرة غير الزوجين في نسقهما الزوجي لذلك يمكن القول أن أسرة الحالة متصارعة.

✓ وإذا نظرنا إلى طريقة حل هذه الصراعات نجدها سلبية ($n=8$) أكثر مما هي إيجابية ($n=2$) أو غائبة الحل. لذلك نرى كذلك أن أسرة الحالة توظف حولا سلبية مما يدل على أن الصراع سيتكرر.

✓ انعكست هذه الحلول في طبيعة إدراك النهايات التي تدل على طبيعة التدخل الوالدي في تطبيق المبادئ لتصحيح الأخطاء المرتكبة أو تطبيق القرارات الخاصة بالأسرة وعليه أدرك التدخل على أنه حد صارم وغير منطقي.

✓ مقابل المشاركة القهرية للحالة ب (غير مناسب/ مشارك=6) مقابل إدراكها بالحكمة والاعتدال لكن بعدم تنفيذها بنقطتين في بعد (مناسب/ غير مشارك)، وعليه جاء سوء التوظيف بتذبذب النهايات.

✓ لم يتوقف سوء الإدراك فيما سبق الإشارة إليه، إذ امتد ليشمل كذلك نوعية العلاقات التي أدركت على أنها ضاغطة ($n=18$) على مستوى كل أفراد الأسرة (الأب، الأم، الإخوة الزوج (ة)).

اعتبرت الحالة عن سوء ضبط الحدود فيما يخص عدم الاعتدال بين التفتح ($n=2$) والانغلاق ($n=4$) على العالم الخارجي إضافة إلى التعبير عنه بالانصهار ($n=4$) وعدم الالتزام بالأدوار ($n=5$) إضافة إلى اشتراك الابن في الصراع الزوجي الذي ظهر في تحالف أم/ طفل ب ($n=5$) كلها أبعاد تدل على عدم تمايز الحدود وكثرة نفاذيتها.

لقد تكررت بعض الأحداث في أكثر من لوحة والتي عبّرت عنها الدائرة غير الوظيفية ($n=4$) رغم ميل النسق إلى الانفتاح إلا أن كثرة الصراعات (الظاهرة منها والضمنية) مع غياب الحلول أو توظيف السلبية منها أدى إلى عدم التخلص منها.

جاءت طبيعة المعاملات المدركة من قبل الحالة داخل النسق سيئة ($n=6$) تجمع بين الإهمال والتخلي للآباء لأبنائهم ($n=1$) مقابل الإساءة في معاملتهم ($n=5$) مما جعل الحالة تدل سوء دينامية نسقها الأسري بانفعالات سلبية حزن اكتئاب ($n=3$)، خوف/ قلق ($n=3$) وغضب/ عداة ($n=2$)

1_3_4) نتائج مقياس قلق الموت:

الحالة	الدرجة	الشدة
الحالة صليحة	8	متوسطة

بعد تنقظ تطبيق مقياس "قلق الموت" على الحالة وتفرغ نتائجها، تحصلت صليحة على الدرجة (8) وهي نتيجة منحصرة في المجال المتوسط [7-8] مما يدل على أن الحالة ذات شعور القلق موت متوسط.

1_3_5) خلاصة الحالة:

من خلال العودة إلى نتائج المدونة ومعطيات المقابلة نصف موجهة والحصول على نتائج مقياس إدراك مستوى قلق الموت وعلى نتائج اختبار الإدراك الأسري FAT تم استنتاج إن (صليحة) تعاني من مستوى قلق متوسط الشدة يقدر ب(8)، وذلك يبدو عليه من خلال إجابتها على عبارات المقياس أما فيما يخص نسقها الأسري فانها تعيش في نسق أسري مضطرب مرتفع بدرجة (63) والذي ظهر في دينامية اسرة الحالة أي أنها كثيرة الصراعات الظاهرة (11) و التي نجدها تنقسم بين الزوجي (7) و الأسري (4). وهذا مايدل على وجود علاقة شفافة بين كل أفراد اسرة الحالة و اذا نظرنا الى طريقة حل الصراعات نجدها سلبية أكثر مما هي إيجابية أي اسرة الحالة توظف حلول سلبية أكثر وهذا يدل على أن الصراع يتكرر.

2) منهج الدراسة:

المنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف على الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سائل العقل وتحديد معلوماته حيث يصل إلى النتيجة المعلومة باعتبار الطبيعة وخصائص البحث تفرض علينا كباحث ين استعمال منهج معين (أحمد بديّة، دن، ص33). وانطلاقاً من هذه الدراسة اعتمدنا على "المنهج العيادي" الذي يعد أحد المناهج المهمة الأساسية في مجال الدراسات النفسية.

ويعرف (Da la Glabie) أن المنهج العيادي على أنه تناول السيرة من منظورها الخاص وكذلك التعرض على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك التعرف على بنيتها وتركيبها كما يكشف الصراعات التي تحركها ومحاولات الفرد لحلها.

ويقوم هذا المنهج على دراسة الحالة باعتبارها الطريقة الأنسب للفهم الشامل للحالة الفردية وللحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المفحوص، فهي ملاحظة معمقة لموضوع معين قد تستمر أحيانا لسنوات يتم فيها جمع المعطيات من نفس الشخص من كل الجوانب

(حسن مصطفى عبد المعطي، 2003، ص 258).

ويعرفه "موريس كلان Morisse Klane" بأنه الطريقة التي تنظر إلى السلوك من المنظور الخاص فهي تحاول الكشف عن مكنون الفرد والطريقة التي يشعر بها ويسلك من خلالها موقف وهذا بكل ثقة (عطوف محمد ياسين، 1981، ص 349).

3) مكان وزمان إجراء الدراسة:

بعد أن حصلنا على التسهيلات الضرورية من طرف إدارة قسم علم النفس التابع لجامعة مولود معمري قطب تامدة تيزي وزو شرعنا مباشرة في تطبيق أدوات الدراسة في الفترة ما بين (مارس 2024، أبريل 2024)، وذلك بعد التوجه إلى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في مكافحة الأورام السرطانية المتواجد بذراع بن خدة بولاية تيزي وزو، وهي مستشفى ب (140) سريرا.

مؤسسة المستشفى المتخصصة في مكافحة الأورام السرطانية لها مهنة وطنية، فهي توفر تغطية صحية في تخصصها من خلال مختلف ولايات التراب الوطني وتحتوي على أحدث جيل من المنصة التقنية التي تلبي الهدف الرئيسي والاستراتيجي وهو تحمل المسؤولية عالية الرعاية المتخصصة ولا سيما الأمراض المتعلقة بالأورام السرطانية.

4-مجموعة الدراسة:

لتطبيق أدوات الدراسة لابد من تحديد عينة الدراسة التي هي جزء من المجتمع الأصلي يختارها الباحث بأساليب مختلفة تبعا لطبيعة موضوعة الأهداف التي يسعى إليها. وعلى هذا الأساس استعنا في بحثنا بمجموعة بحثية تتراوح عددها (5 حالات) يتم اختيارها بطريقة قصدية (تتمثل في عينة غير الاحتمالية، وهي فرع من فروع اختيار العينة حيث يستخدم طرقا غير عشوائية لاختيار مجموعة من الأشخاص المشاركة في عملية البحث).

❖ خصائص مجموعة الدراسة:

ونشير إلى أن الأسماء مستعارة وليست حقيقية.

من حيث السن:

جدول رقم (1):

خصائص مجموعة البحث من حيث السن

الحالة	الإسم	السن	التكرار	النسبة %
الأولى	زينة	38 سنة	1	25 %
الثانية	ليندة	32 سنة	1	25 %
الثالثة	سارة	32 سنة	1	25 %
الرابعة	شفيعة	42 سنة	1	25 %
الخامسة	سامية	30 سنة	1	25 %
المجموع		5		100 %

من خلال جدول أعلاه يبدو أن أفراد مجموعة الدراسة يبلغون سن (30 و42).

5- أدوات الدراسة:

لقد اعتمدنا في دراستنا على ثلاث أدوات لجمع البيانات وهي: المقابلة العيادية النصف موجهة واختيار الإدراك الأسري FAT ومقياس قلق الموت، نظرا لملائمتها لموضوع دراستنا.

5-1- المقابلة العيادية نصف الموجهة:

كثيرا ما تستخدم في المقابلات البحثية كوسيلة: وهي مقابلة تتميز بنوع من الخصوصية فهي عبارة عن حوار يتحدث خلاله العميل بنوع من الحرية مع تدخل الأخصائي الذي يكون نوعا ما توجيهي عندما يلاحظ خروج المفحوص عن الموضوع فيحاول الأخصائي حصره في إطار الموضوع لكن يترك له حرية الكلام (الخالدي، 2006، ص 19).

استعنا بها في دراستنا لأنها تمكننا من التعامل مع المفحوص مباشرة كما أنها تزودنا بمعلومات دقيقة على الحالة فيما يخص المتغير المراد دراسته ولقد رافقنا بلقائنا للحالة بدليل يتكون من محاور عددها (6) تتميز في:

✓ المحور الأول: البيانات الشخصية.

✓ المحور الثاني: تاريخ الحالة المرضية.

✓ المحور الثالث: الحالة العائلية.

✓ المحور الرابع: الحالة النفسية.

✓ المحور الخامس: قلق الموت

✓ المحور السادس: النظرة المستقبلية.

وكان الهدف من المقابلة في هذا البحث التقرب أكثر من الحالات وجمع أكبر قدر من المعلومات ومن أجل دعم الاختبار والمقياس المطبق في هذه الدراسة.

5-2- اختبار الإدراك الأسري FAT:

يعتبر اختبار الإدراك الأسري وسيلة جيدة لتقصي أولى للكشف عن معالم الاضطراب وانحراف الفرد داخل أسرته، صمم هذا الاختبار الإسقاطي على يد كل من Wayne.M.Sotile وDana وAlescender julian وSusan. H. Henry Sotlile Mary

صدر هذا الاختبار في صورته الأولى بالإنجليزية سنة 1999، تمت ترجمته للغة الفرنسية من قبل مركز علم النفس التطبيقي بباريس سنة 1999

(Wayne.M.S et all, all, 1999, P05).

وتم ترجمته إلى العربية، وكيف في المجتمع الجزائري على يد الباحث مميزات ناصر وفريقه في مشروع بحث خاص باللجنة الوطنية لترقية البحث الجامعي CNEPRU (2010-2012)، بحيث استمد الاختبار اسمه من مدرسة الأنساق التي تعتبر سلوك الفرد الذي يعيش في أحضان هذه الأسرة

(Wayne.M.S et all, 1999, P05).

يشتمل اختبار الإدراك الأسري على (21) لوحة ملونة بالأسود والأبيض تظهر وضعيات وعلاقات ونشاطات أسرية يومية تعكس بصورة عالية تداعيات إسقاطية على العمليات الأسرية، وكذلك ردود فعل انفعالية في علاقاتها مع التفاعلات الأسرية الخاصة .

وعلى ذلك وضع مؤلف المقياس نموذجا يهتم بوصف التفاعلات الجارية بين أفراد الأسرة في كل صورة على حدة مع إعطاء كل صورة اسم خاصا بها، وهي كالتالي:

اللوحة (1): العشاء:

تضم الصورة رجلا وامرأة وثلاثة أطفال (ولدان وبنت) يجلسون حول طاولة أكل، الكبار يتناقشون بينما أحد الأولاد يأكل (ميزاب ناصر، 2007، ص ص 342-344).

اللوحة (2): المسجل:

تظهر الصورة طفلا جالسا أمام مسجل يحمل في يديه قرصا، أمامه مباشرة شخص من جنس أنثوي يمدده بشيء شكله مستطيل.

اللوحة (3): العقوبة:

تظهر طفلا جالسا بجانب مزهرية مكسرة، ماؤها وأزهارها منتثران فوق الأرضية، في الواجهة شخص غامض يحمل شيئا وراء ظهره شكله أسطواني وملتفت إلى الطفل.

اللوحة (4): متجر الثياب:

تعرض امرأة فستان على فتاة صغيرة بينما تعابير وجهها غير واضحة.

اللوحة (5): الاستقبال:

يجلس رجل وامرأة وولد أمام تلفزيون، تضع فتاة يدها فوق زر التلفاز، شخص يقف في آخر القاعة أمام الآخرين ويضع يده على مفتاح باب القاعة نصف المفتوح.

اللوحة (6): تنظيم الغرفة:

شخص من جنس أنثوي، يقف على فنية غرفة نوم أمام ولد جالس فوق سرير متوجه بظهره نحو الملاحظ. درج مفتوح في خزانة ثياب، كرة سلة فوق الأرض، قميص وثياب مرميان فوق السرير مبعثر.

اللوحة (7): أعلى السلالم:

طفل ينظر من غرفة نوم نحو سلالم مضاءة، سرير مبعثر، منبه يشير إلى الساعة 11:30 موضوع فوق طاولة مغيرة.

اللوحة (8): السوق:

أمام محل تجاري، تمر امرأة وولد يحتضنان بعضهما في واجهة المتجر تعرض أحذية ولافتة تشير إلى تخفيضات تحت امرأة أشياء في حقيبة، يسير خلفها ولد وبنت، بيتسمان يوميا بحركات.

اللوحة (9): المطبخ:

رجل جالس إلى طاولة مطبخ يحرك يده، وينظر إلى مذكرة يعملها في اليد الأخرى. تقف امرأة أمام فرن المطبخ تدير ملعقة داخل قدر، على عتبة الباب طفل ينظر إلى هذا المشهد.

اللوحة (10): ميدان اللعب:

يقف ولدان بجانب بعضهما البعض يرتديان ثيابا رياضية، يحمل كل منهما وعصا كرة مضرب، أحدهما يرتدي قفازات في خلف الصورة تجري مقابلة في كرة المغرب.

اللوحة (11): الخروج المتأخر من البيت:

يجلس رجل وامرأة وفتاة قابلة فتى واقف يضع إحدى يديه فوق مفتاح باب الخروج، يشير إلى ساعة حائط عقاربها تشير إلى الساعة 9:00 ليلا (21h).

اللوحة (12): الواجبات:

تجلس شابة خلف مكتب في مواجهة الملاحظ، تحمل في يد قلم رصاص، أمامها فوق المكتب كراس وكتاب مفتوح وراءها يقف رجل وامرأة ينظران من فوق كتفيها.

اللوحة (13): وقت النوم:

شخص غامض جالس في السرير الذي يجلس فيه كذلك رجل مقابل له، إحدى يدي الرجل فوق فخذ الشخص الغامض والثانية فوق ركبتيه (ميزاب ناصر، 2007، ص 342-344).

اللوحة (14): لاعب الكرة:

يقف رجل وفي مواجهة بعضهما، يرتديان قفازات كرة مضرب أحدهما يحمل كرة. فوق مصطبة البيت ولد وقناة ينظران مشهد اللعب، الباب الرئيسي للبيت مفتوح.

اللوحة (15): اللعب:

ولدان وبنت حول لعبة جماعية بجانبهم شجرة عيد الميلاد يقف بجانبهم شخص أنثوي ينظر إليهم في الخلفية شخص آخر ممتد فوق سرير يحمل كتاب مفتوحا.

اللوحة (16): المفاتيح:

يقف رجل وولد أمام سيارة يشير الولد إلى السيارة بيده ويمد الأخرى إلى هذا الرجل الذي يحمل مجموعه مفاتيح.

اللوحة (17): التزين

تظهر امرأة تتزين بأحمر الشفاه أمام مرآة الحمام تقف امرأة أخرى بالباب مقابله لها.

اللوحة (18): النزهة:

يجلس رجل وامرأة في المقعد الأمامي لسيارة، ويجلس ولدان وبنات في الخلف، يضحك أحد الأولاد مع البنات فيصحبهما في وجه بعضهما البعض.

اللوحة (19): المكتب:

تقف فتاة أمام رجل خلف مكتب أمامه أوراق ينظر إليها تضع هذه الفتاة أحد يديها فوق المكتب.

اللوحة (20): المرأة:

يقف طفل أمام امرأة كبيرة ويدير ظهره للملاحظ يعكس هذه المرأة صورة شخص غير واضحة المعالم.

اللوحة (21): الوداع:

يقف رجل وامرأة يضمن بعضهما البعض، إلى جانب قدمي الرجل محفظة يقف ولد وبنات في عتبة باب مفتوح، يحملان كتباً وينظران إلى الزوجين (ميزاب ناصر، 2007، ص ص 342-344).

5-2-1- طريقة تطبيق الاختبار:

نسبة طريقة تمرير (تطبيق) اختيار الإدراك الأسري مع تطبيق التقنيات الاسقاطية الأخرى غير أن التعلية هنا تؤكد أكثر على الإطار المعرفي العاطفي المتمركز حول الأسرة.

يجب أن يكون مكان تمرير الاختبار أكثر إضاءة وسكوناً، وبعيداً عن كل إثارة. كما يجب أن تقدم (21 لوحة). وتدوم مدة تطبيقها في الشكل الكامل من الاختيار ما بين (30-35 د).

يمكن للشكل المختصر من الاختبار أن ينقط بصورة لها دلالة ويسمح بوضع فرضيات عيادية وأن يهتم بتنقيط الأخوة كلمة بكلمة، في أوراق مستقلة (ميزاب ناصر، 2010، ص 13).

5-2-2- شروط تطبيق الاختبار:

أن يكون مكان تمرير الاختبار أكثر إضاءة وسكوناً، وبعيداً عن كل إثارة. كما يجب أن تقدم (21 لوحة)، وتدوم مدة الاختبار الكامل ما بين (30 د و 35 د) ترجمة (ميزاب، 2007، ص 10).

5-2-3-تعليمة الاختبار:

توجه التعليمة التالية عند استعمال الاختبار للمفحوصين الذين تقل أعمارهم 18 سنة على النحو التالي: عندي مجموعة من الصور تبين أطفالا وأسرهم، سأظهر لك واحدة تلو الأخرى، يرجى منك وصف ما يجري في الصورة، وما الذي أدى إلى ذلك، وفي ماذا يفكر ويحس هؤلاء الأشخاص في هذه الصورة، وكيف تنتهي القصة استعمل خيالك، وتذكر بالخصوص أنه لا يوجد جواب صحيح وآخر خاطئ فيما ستقوله، سأقوم بتدوين جوابك حتى لا أنساه.

وفيما يخص دراستنا ولتسهيل فهم التعليمة أكثر قمنا بإعطاء التعليمة بالدرجة الجزائرية، أو اللغة الأمازيغية:

"عندي تصاور لعائلات رايحة نوريهملك وحدة وحدة وقوليلي واش راه صاري فالتصويرة، أوأش راح يصرا، واش يفكر الناس لي فالتصويرة، واش راهم يحسو، وكيفاش تخلص الحكاية. ولازم تعرفي بلي ما كاش جواب صحيح ومكاش جواب خاطئ، أنا راح نسجل واش راكي تقولي باه ماتتساهش".

وقد يدرك الكثير من المفحوصين التعليمة بوضوح لكن البعض منهم يظهر عدم الفهم لما سيقوم به من مهمة. فإذا حدث وأن كانت بعض القصص ناقصة، يجب القيام بتحري إضافي للحصول على أجوبة كاملة حتى يمكن تنقيطها. وللقيام بذلك يجب طرح (5) أسئلة أساسية وهي:

✓ ما الذي يجري حاليا؟

✓ ماذا أجرى سابقا؟

✓ ماذا يحس به/ تحس به؟

✓ في ماذا يتكلم/ تتكلم (أو حول ماذا يتكلم/ تتكلم)؟

✓ كيف تنتهي القصة (ميزاب، 2015، ص ص 30-42).

ولذلك يستحسن إجراء تحري من أجل توضيح إجابة غامضة أو صعوبة التنقيط، كما أنه يستحسن دائما الطلب من المفحوص شرح واضح حول التعرف على الأشخاص الموجودين في الصور أو أن يوضح أكثر المعنى الذي يعطيه لكلمة أو جملة قد تكون غامضة

(ناصر ميزاب، 2015، ص ص 30، ص 42).

5-2-4- الهدف من الاختبار:

إن استعمال هذا الاختبار بهدف في هذا البحث على معرفة مدى إدراك مفحوصي عينة البحث للدينامية الأسرية (من صراعات، انتشار القلق داخل العائلة وتوظيف الحلول السلبية لكل الصراعات) إضافة إلى التواصل والعلاقات (الانغلاق والانفتاح على العالم الخارجي).

5-2-5- كيفية استغلال النتائج: (تنقيط الاختبار):

وضع مؤلفو الاختبار نسقا من الترتيم (Cotation) لكي توضع الإجابات حسب نظريات النسق العائلي، ويسمح هذا الترتيم بتكوين فرضيات حول عمل النسق الأسري انطلاقا من إجابات فرد واحد في الأسرة. سنسمح لنا الأصناف (Catégories) الآتية بوصف وفهم العلاقات والعمليات الدائرة داخل أسرة المفحوصين.

❖ الصراع الظاهر:

- صراع أسري.
- صراع زوجي.
- نوع آخر من الصراع.
- غياب الصراع.
- حل الصراع.
- حل إيجابي.
- حل سلبي.
- غياب الحل.

❖ ضبط النهايات:

- مناسبة / مشاركة
- مناسبة / غير مشاركة
- غير مناسبة / مشاركة
- غير مناسبة / وغير مشاركة

❖ نوعية العلاقات:

- أم = متحالف
- أب = متخالف
- أحد الأزواج = متخالف (0)
- آخر = متخالف
- أم = عامل قلق
- أب = عامل قلق
- أخ / أخت = عامل قلق
- آخر = عامل قلق

❖ ضبط الحدود:

- انصهار
- عدم التزام
- الأم حليف للطفل
- الأب حليف للطفل
- حليف آخر (راشد) للطفل
- نسق مفتوح
- نسق مغلق

❖ الدائرة غير الوظيفية:

❖ المعاملات البيئية:

- المعاملة القاسية
- استغلال جنسي
- انعدام الاهتمام / إهمال
- استغلال ضروريات الحياة.

5-2-6- الخصائص السيكومترية لإختبار FAT:

❖ ثبات الاختبار:

نم إجراء هذا الاختبار في مجتمعات غربية، حيث بني هذا الاختبار الإسقاطي وأجريت عدة مقارنات بين عينات ضابطة وأخرى تجريبية، إلى وجود اختلافات بين أفراد العينة ومن هذه الأعمال ما قام به الانجليزي 1 قينقرش 1987، حيث أجرى دراسة على عينة بلغ أفرادها (44) مغترب إلى مجموعة من الأطفال ما بين (6 سنوات إلى 14 سنة) أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة.

❖ صدق الاختبار:

لقد سجلت دراسات عديدة الإثبات صدق الاختبار من هنا قدرة هذا الأخير على التمييز بين أفراد العينة الضابطة وبين أفراد المجموعة العيادية. كما كان الهدف تلك الدراسات التأكد من نجاح الاختبار في قياس موضوعه نذكر منها:

أ- الدراسة الأولى:

أجرى الباحث لون ذكي (1987) Landiqui مقارنة بين إجابات بروتوكولات لـ (22) فردا ينتمون إلى المجموعة التجريبية و(22) فردا ينتمون إلى المجموعة الضابطة، محددة العوامل (الجنس، السن والمستوى الدراسي)، وهذه العينة التجريبية هم أطفال يظهرون مجموعة من المشاكل والصعوبات، وقد أظهرت هذه الدراسة بأن الاختبار صادق.

ب- الدراسة الثانية:

هي الدراسة التي قام بها الدكتور: ناصر ميزاب (2006-2007) في أطروحة "المعاملة الوالدية بالحدث الجانح وعلاقتها بمفهوم الذات"، حيث اعتمد في دراسته هذه على ثمانية حالات متطرفة منهم (4) جانحين (2) ذكور، (2) إناث مكونين للعينة الضابطة استخراجهم بواسطة تقنية الرباعي الأعلى والأدنى، وهذه الدراسة قام بها في البيئة الجزائرية خاصة لدى أسر الجانحين حيث يدرك.

أجوبة غير معتادة

✓ رفض

✓ نعمة عاطفية

✓ حزب اكتئاب

✓ غضب/ عداوة

✓ سعادة / رضا

✓ نوع آخر الانفعال

2: تحليل إختبار FAT: يعتمد تحليل الإختبار على التحليل الكيفي والكمي كالتالي:

(2) التحليل الكمي:

جمعنا كل القصص (21) لكل حالة على حدى حيث حللناها حسب الأصناف السابقة ودوننا النتائج على ورقة وضعت خصيصا لعملية التفرغ، وقسمت ورقة التفرغ الاختبار موضوعية خصيصا إلى جانب أيسر من الورقة يحمل أصناف الترقيم، وسط الورقة به مجموعة دوائر صغيرة بداخلها أرقام تشير إلى (21) بطاقة، تظل هذه الدوائر لكي تشير إلى الأصناف المرقمة لكل بطاقة أجاب عليها المفحوص، درجات تحليل الوقائع، بعد تفرغ كل البطاقات يتم حساب كل بعدها يتم حساب المعدل العام عن طريق جمع الأعداد الموجودة في السطر الرمادي ويوضع في المكان المحدد له في أسفل الورقة ولقد تمت عملية التفرغ في شبكة الترقيم وذلك بعد قراءة كل القصص التي وردت في البروتوكول واحد بوحدة من اللوحة رقم (01) إلى اللوحة (21)، ولكن نضمن التتقيط المناسب، نقوم بتلوين رقم اللوحة التي ظهر فيها التصنيف وهكذا حتى يتم الترقيم اللوحات على التوالي وبعد نهاية الترقيم الموجود في القسم الرمادي قمنا بحساب مجموع الدليل العام لسوء التوظيف وبناء على هذا الأخير يتم تحليل البروتوكول.

(3) التحليل الكيفي:

إن التحليل الكيفي لبروتوكولات هذا الاختبار يتم بالإجابة على مجموعة من الأسئلة حددت بثمانية

(8) أسئلة تتناول في مجملها توظيف النسق العائلي، والتي تتجسد فيما يلي:

1. هل المحتوى بروتوكول "المفحوص" كاف لوضع فرضيات عمل صادقة؟

2. هل تظهر الصراعات في بروتوكول المفحوص؟

3. أين تظهر الصراعات في بروتوكول المفحوص؟

4. ما هو النمط الوظيفي الذي يتميز به أسر المفحوص؟

5. ما هي الفرضيات التي يمكن صياغتها من النوعية العلاقيه على مستوى الأسرة؟

6. ما هي الفرضيات التي صياغتها عن المظهر النفسي بعلاقتي لهذه الأسرة؟

7. هل هناك مؤشرات تدل على عدم التكيف؟

8. هل توجد في البروتوكول مواضيع تسمح بتكوين فرضيات عيادية مفيدة؟

(Sotile Alexande (1999) ترجمه ناصر مريزاب وفرقة (2007).

5-3- مقياس قلق الموت:

هو عبارة عن استبيان يتضمن قائمة من طرف الأمريكي "دونالد تيمبلر" "Donald timbler" ولقد ترجم إلى لغات عديدة منها العربية الإنسانية وفي البيانية والهندية، استخدم من كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة من الذكور والإناث من ثقافات مختلفة وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من (16) إلى (85) سنة ومتغيرات عديدة كالسن، الجنس ودرجة التدخين، الصحة العقلية، وأنواع أخرى من السلوكيات لذا فهو بعد واحد من أكثر المقاييس انتشارا في البحوث، طبق هذا المقياس لأول مرة سنة (1970).

5-1-1_ تصحيح المقياس:

يمكن تطبيق المقياس "تمبلر" فرديا أو جماعيا تحتوي كراسة الأسئلة على التعليمات التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

- ✓ إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (ص).
- ✓ إذا كانت العبارة خاطئة ولا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ).
- ✓ تسجيل إجابات المفحوص قراءة التعليمية لإزالة الغموض أو سوء الفهم وعموما لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الاختبار مع مراعاة ألا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.
- ✓ يشمل هذا المقياس كما سبق الذكر (15) بندا، (9) منها تصحيح بنعم و(6) تصحيح بـ (لا) ويكون التقيط بإعطاء:

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

جدول رقم (2):

سلم مقياس قلق الموت "لدونالد تمبلر"

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

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

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

- ✓ الدرجة التي تراوح بين (0-6) تشير إلى عدم وجود قلق الموت.
- ✓ الدرجة التي تتراوح بين (7-8) تشير إلى وجود قلق الموت متوسط.
- ✓ الدرجة التي تتراوح بين (9-15) تشير إلى وجود قلق الموت مرتفع.

(زعتن نور الدين، 2010، ص ص 102، 105).

6) الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية:

تم تطبيق المقابلة العيادية مع الحالات بنفس الطريقة، حيث نبدأ بإلقاء التحية وتقديم أنفسنا باللغة التي تحدثها الحالة، إما اللغة العربية (الدرجة) أو اللغة الأمازيغية، حيث قدمنا أنفسنا على أننا باحثون ومختصون نفسانيون، كما ركزنا على أن تكون المعلومات الشخصية سرية، وتحفظ بها، نحن فقط وبمجرد موافقة الحالة، بدأنا المقابلات بحيث لم ننقيد بتسلسل أسئلة محاور المقابلة كما وضعنا في دليل المقابلة واعتبار أن الحالات كانت تتحدث بعفوية عن المشكلات التي واجهتها، كما كنا نصغي بتمعن ونسجل كل الملاحظات والمعلومات والسلوكيات التي تصدر من الحالة: إيماءات، حركات وانفعالات... إلخ (باعتبارها ذات دلالة رمزية للحالة النفسية الداخلية). كما كنا نقوم بطرح الأسئلة باختصار، وفي بعض الأحيان اضطررنا إلى إعادة صياغة الأسئلة بطرق مختلفة نظرا للمقاومة الموجودة ومحاولة بعض الحالات تفادي بعض الأسئلة.

في الحصة الثانية بعدما قمنا بالمقابلة العيادية وبعد إعادة النظر حول المقابلة وكيفية إجرائها ومراجعتها لمعرفة إذا كانت الحالات قد أجابت على كل المحاور، إذا ما كان نقص حول المعلومات نحاول أن نجعلها في هذه الحصة، ثم باشرنا في تطبيق الاختبار وهنا مهدنا للحالات على ما سنقوم به وكنا قد

شرحنا لهم محتوى هذا الاختبار وركزنا على أنه لا توجد إجابة صحيحة ولا إجابة خاطئة، وبعد التأكد من أن الحالة جاهزة للاختبار نقدم التعليمات، ثم نقدم اللوحات (21) ونحن نقوم بتدوين كل ما تقوله الحالة... وإن كان هناك غموض في الإجابات أو حول هويات الشخصيات أو فكرة غير واضحة، كنا نطرح أسئلة مختصرة (من كيف، لماذا؟...) وذلك من أجل إيضاح الفكرة، وبعد الانتهاء قمنا بتفريغ النتائج في ورقة التتقيط، ثم قمنا بحساب الدليل العام لسلوكي التوظيف، وفي الأخير نقوم بمناقشة النتائج استنادا إلى الأسئلة البيانية الخاصة بالاختبار (FAT)

ثالثا قمنا بإجراء مقياس قلق الموت على الحالة حيث شرحنا لهم المقياس وقرأنا لهم التعليمات في حيث لم يفهموا التي نقوم بقراءته وتوضحه أكثر للحالة.

ومن بين المشكلات التي واجهناها في هذه المراحل أن الحالات لم ترجع في الموعد المحدد لاستكمال البحث في حين هناك حالات أخرى لم نستطع التكلم معها نظرا لعدم قدرتها على الأجوبة بسبب الدواء (العلاج الكيميائي).

خلاصة:

في هذا الفصل تعرضنا إلى الإجراءات التطبيقية للدراسة الميدانية حيث ذكرنا فيه المنهج المستعان به وإجراءات الدراسة الاستطلاعية وأهدافها المنشودة، كما عرضنا خصائص مجموعة البحث وأخيرًا أدوات جمع البيانات والتي تتمثل في المقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس قلق الموت واختبار الإدراك الأسري .fat

الفصل السادس:

عرض، تحليل، تفسير ومناقشة النتائج

تمهيد

1) عرض وتحليل نتائج مجموعة الدراسة.

1-1- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى.

1-2- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.

1-3- عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة.

1-4- عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة.

1-5- عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة.

1-6- عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت لحالات الدراسة.

1-7- عرض وتحليل نتائج اختبار FAT لحالات الدراسة.

2) تفسير ومناقشة النتائج.

2-1- تفسير ومناقشة نتائج اختبار FAT.

2-2- تفسير ومناقشة نتائج مقياس قلق الموت.

3) الاستنتاج العام.

4) الاقتراحات.

5) قائمة المراجع.

6) الملاحق.

تمهيد:

بعد أن تطرقنا في الفصل السابق إلى الخصائص المنهجية للدراسة وكذلك الأدوات المستعملة وخصائص مجموعة دراستنا، سنتطرق في هذا الفصل إلى تحليل النتائج التي توصلنا إليها بعد تطبيقنا لأدوات البحث لكل حالة، وفي الأخير نتأكد من صحة الفرضيات المصاغة في الدراسة.

1- عرض وتحليل نتائج مجموعة الدراسة:

ملاحظة: إستبعدنا عرض التحليل الكيفي لمجموعة الدراسة مع العلم اننا إعتدنا عليه في إنتقاء الافراد كما هو موضح في الدراسة الإستطلاعية

1-1- عرض وتحليل نتائج الحالة (1) زينة:

1_1_1 تقديم الحالة:

تتمثل الحالة الأولى في زينة التي تبلغ من العمر (38) سنة، تعمل سكرتيرة في إحدى ثانويات ولاية تيزي وزو، مستواها الدراسي ثالث ثانوي، تعيش مع والديها وأخوها الأكبر تحتل المرتبة الثالثة في نسق أخوي متكون من (5) ذكور و(3) إناث.

1_1_2 تحليل المقابلة العيادية:

تقدمت زينة إلى مركز CAC المتواجد "بذراع بن خدة" لتلقي العلاج الكيميائي بعد تعرضها للجراحة في ثديها الأيمن، قابلناها وهي في حصتها الثالثة، قبل بدأ العلاج إذ كانت تنتظر دورها. كانت زينة أثناءها تبكي وغاضبة لسوء تفاهم حدث بينها وبين إحدى الممرضات وبعد تهدئتها من طرفنا وفي غرفة الإنتظار وشرحها لها ما نود القيام به وافقت (زينة) على المشاركة في بحثنا بإعطائنا المعلومات التي نحتاج إليها.

تذكر (زينة) أن مرضها بدأت أعراضه تظهر منذ حوالي أكثر من سنة وأن تشخيص الطبيب لذلك أحدث صدمة على مستوى العائلة ككل خاصة الأم التي لم تتوقف عن البكاء والحسرة لما قد يحصل لها "يما نثروكان فلي.. ميقلغ سخم أثحبس أرسقمطاون"، تضيف (زينة) أن الأمر أدى بؤمها إلى تدهور صحتها حيث أصيبت بالصدفية وضغط الدم هذه مع العلم أنها تعاني من الروماتيزم الحاد.

تذكر (زينة) أن علاقة والديها فيما بينهم جد مضطربة وأن أباهما تزوج بؤمها كرها فهي ابنة خالته وتقول أن الوقت الذي جمعها بوالديها لا تذكر أنه مريحا إذ كثيرا ما تشوبه الصراعات... "صراحة اعبيت منهم ومن لعياط تعهم".

إذ تتلخص أدوار والديها اتجاه الأبناء في الأوامر والصرامة وعدم تقبل الخطأ أو حتى الرأي لذلك تضيف زينة أن أخواتها المتزوجين لم يتم زواجهم إلاّ بعد اختيار أبوها لشريك حياتها كل واحد منهم الأمر الذي جعل أخواها الأكبر يفضل العزوبية على أن يترك حبيبته إرضاء لأبيه وأن بقاءها عانسا كان بسبب أبيها الذي يريد تزويجها لابن عمها "كرهغث، نت يزوج نك أقمغ سجعفار أبفا ذيم".

وتضيف زينة أن تدخل الأب خاصة لا يتوقف في اختيار شريك الحياة فقط بل يتعدى الى كل ما هو اختيار: كمواصلة الدراسة نوع الأثاث شراء أي شئ للمنزل.....وحتى الثياب اذا كان لا يعجبه فلا يجب أن ارتديه. "... (سكوت مطول مصحوب بالبكاء)... توليغ أدنثو ثروح... بزاف أستنيظ ذ لحفس إلبيغ". لذلك لم نلتمس في كلام زينة الأمل خاصة وأن الطبيب صرح لها أن مرضها صعب جدا حيث قالت: "أرديقم أسرم"، مولغ إمنو ذلمري أدوحشغ". وأن فقدانها للأمل أدى بها الى ترك وظيفتها إذ لا تود الالتحاق بمكتبها بعد انتهاء عطلتها المرضية.

1_1_3 عرض وتحليل نتائج اختبار الإدراك الأسري للحالة (1): (زينة):

تتمثل نتائج الحالة في اختبار الإدراك الأسري بما يلي:

نتائج الحالة زينة في اختبار الإدراك الأسري جدول(4):

الأبعاد	النقطة
الصراع الظاهر	(16)
- زواجي	09
- أسري	8
- من نوع آخر	3
حل الصراع	(7)
- إيجابي	2
- سلبي	7
النهايات	(09)
- غير مناسب/ مشارك	7
- مناسب / مشارك	1
- مناسب / غير مشارك	2

(13)	ضبط الحدود:
3	- انصهار
4	- عدم الالتزام
2	- تحالف أم طفل
1	- نسق مفتوح
4	نسق مغلق
(5)	الدائرة غير الوظيفة
(09)	سوء المعاملة
5	- إساءة
2	- إهمال / تخلي
2	- تناول المواد الروحية
(03)	الانفعالات
2	- غضب / عتاب
1	- خوف / قلق
76	الدليل العلم لسوء التوظيف

❖ التحليل الكمي للحالة الأولى (1): (زينة):

من العودة إلى نتائج المدونة في الجدول رقم (4) يبدو أن الحالة تعاني من سوء توظيف عام مرتفع، يبلغ (76) هذا ما يدل على أن الدينامية الأسرية التي تعيش فيها (زينة) سيئة، إذ تبدو تأثيراتها في درجات أبعاد اختبار الإدراك الأسري التالية:

تبدو دينامية أسرة الحالة كثيرة الصراعات الظاهرة (N=16) والتي تنقسم بين الزوجي (N=9) الذي يعكس وجود علاقة شقاق بين الزوجين، وكذلك الأسري (N=8) والذي يدل أيضا على وجود علاقة شقاق بين كل أفراد الأسرة غير متزوجين في نسقهما الزوجي كما أن هناك صراع من نوع آخر (n=3) ولذلك يمكن القول أن أسرة الحالة متصارعة.

وإذا نظرنا إلى طريقة حل هذه الصراعات نجدها سلبية أكثر (n=7) مما هي ايجابية (n=2) أو غائبة الحل، ولذلك نرى أن أسرة الحالة توظف حول سلبية أكثر و هذا ما يدل أن الصراع يتكرر.

انعكست هذه الحلول في طبيعة إدراك النهايات (n=9) والتي تدل على طبيعة التدخل الوالدي في تطبيق المبادئ أو تطبيق القرارات الخاصة بالأسرة وعليه أدرك التدخل على أنه جد صارم وغير منطقي،

مقابل المشاركة القهرية للحالة بـ (غير مناسب/ مشارك=7) مقابل إدراكها بالحكمة ولكن عدم تنفيذها في هذه (مناسب/ غير مشارك=2) وعليه جاء سوء التوظيف بتذبذب النهايات.

لم يتوقف سوء الإدراك فيما سبق الإشارة إليه، إذ امتد ليشمل كذلك نوعية العلاقات التي أدركت على أنها ضاغطة (n=15) على مستوى كل أفراد الأسرة (الأب، الأم، الأخ).

إعتبرت الحالة على سوء ضبط الحدود فيما يخص عدم الاعتدال بين النسق المنفتح بـ (n=1) والمتعلق (n=4) على العالم الخارجي، إضافة إلى التعبير عنه بالانصرهار (n=3) وعدم الالتزام بالأدوار (n=4) إضافة إلى اشتراك الحالة في الصراع الزوجي الذي ظهر في تحالف أم طفل بـ (n=2) كلها أبعاد تدل على عدم تمايز الحدود وكثرة تفاديتها. ولقد تكررت بعض الأحداث في أكثر في لوحة والتي عبرت عنها الدائرة الغير الوظيفية (n=5).

جاءت طبيعة المعاملات المدركة من قبل الحالة داخل النسق سيئة (n=9) تجمع بين الإهمال والتخلي (n=2) ومقابل الإساءة (n=5) مما جعل الحالة تدل على سوء دينامية نسقها الأسري بانفعالات سلبية (غضب وعداء) (n=2) وخوف وقلق (n=1).

1_1_4 عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت للحالة (1):

جدول رقم(5):

نتائج مقياس قلق الموت للحالة (1):

الشدة	الدرجة	الحالة
مرتفعة	14	الحالة الأولى زينة

بعد تنقيط مقياس "دوبالد تمبلر" لقلق الموت وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول تم الحصول على درجة قلق الموت (14) وهذه الدرجة تدل على مستوى أن قلق الموت عند الحالة (زينة) مرتفع الشدة كونه يقع في المجال المرتفع [9-15] مما يدل على أن الحالة ذات شعور قلق موت مرتفع.

خلاصة الحالة الأولى:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة النصف موجهة والحصول على نتائج مقياس إدراك مستوى قلق الموت وعلى نتائج اختبار الإدراك الأسري FAT تم استنتاج أن الحالة (1)(زينة) تعاني من مستوى قلق مرتفع الشدة يقدر بـ (14)، وذلك يبدو عليها من خلال إجابتها على عبارات المقياس، أما فيما يخص

نسقها الأسري فإنها تعيش في نسق أسري مضطرب مرتفع بدرجة (76) والذي ظهر في دينامية أسرة الحالة. أي أنها كثيرة الصراعات الظاهرة (N=16) والتي نجدها تنقسم بين الزوجي والأسري (N=8) وهذا ما يدل على وجود علاقة شقاقة بين كل أفراد الأسرة الحالة وإذا نظرنا إلى طريقة حل الصراعات نجدها سلبية أكثر مما هي ايجابية أي أن أسرة الحالة توظف حلول سلبية أكثر وهذا يدل على أن الصراع يتكرر.

1-2 عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية: (ليندة)

1-2-1: تقديم الحالة:

ليندة امرأة في (43) سنة خياطة، من عائلة ميسورة الحال فهي الأكبر في سلسلة أخوية تتكون من (10) أخوة منهم (06) بنات و (04) ذكور تعيش مع أمها فقط بعد هجرة أخواتها إلى كندا وفرنسا، مع العلم أن والدها يعيش مع زوجة ثانية في طابق منعزل عن الطابق الذي تسكن فيه هي وأمها. قابلنا ليندة في مركز CAC. أثناء قيامها بالفحوصات الطبية اللازمة لإجراء العملية الجراحية كانت جد قلقة وحزينة جدا وافقت على التفاعل معنا بعد شرح الأخصائية النفسية لها الهدف من دراستنا.

1-2-2 تحليل المقابلة العيادية:

بدأنا مع ليندة بالحديث عن الأجواء الممطرة التي ميزت ذلك اليوم للتخفيف من حدة قلقها وقد شاركتنا الموضوع بإعطائنا معلومات حول مميزات قريتها في مثل هذه الأجواء والتي تراها على أنها أجواء حزينة ومكتئبة وقد ربطت تلك الأحوال بمنزلهم الذي تراه مظلما وأنه يشيد سوادا في الشتاء "يغليد اظلم أبخام أنغ ذ شثوا" استفسرنا عن مرض ليندة فأجابت أنها بدأت تشعر بالآلام في صدرها العام الماضي الا أنها كانت خفيفة وأنها اشتدت هذا العام، وترى أن مرضها جاء بعد زواج أبيها وانفصاله عنهم منذ (2022) لذلك تقول "تت اذ سبينو..... استسميغرا أفشيفيس يرناد ثمطوث أف يما"

وتذكر أن مرضها زاد من حزنها وحزن أمها التي لا تفارق الدموع عينيها، كما أنها جد خائفة من الجراحة التي سوف تقوم بها بعد أيام قليلة.

كانت تتهرب ليندة من سؤالنا عن أخواتها اتجاه مرضها وتجيب فقط أن هجرة أخوتها الذكور جعل من الأب يتمادي ويتمرد عليها وعلى أمها وأنهم لم يحاولوا منعه من ذلك الأمر الذي خلق فجوة شقاق بين الحالة وأخواتها.

وعن علاقة والديها تقول ليندة أنهما مطلقان عاطفيا، وأن أباهما كثيرا ما يعاقب والدتها بقطع الكهرباء أو الماء أو الغاز أو حتى مصاريف المنزل بعد وقوع خلاف بين أمها وزوجة أبيها وتضيف "يكنوا يكرن يسخراري ثيقتديار أنمدن ميدياف أتخيضيغ" بل ويتمنى لها الموت حتى بعد علمه بمرضها تقول الحالة انهم كانوا يعيشون في ضغوط دائمة حتى قبل هجرة اخواتها، بل وأن هجرتهم كانت نتيجة المشاكل التي كان يسببها لهم أبوها كما أنهم كانوا يعيشون برفقة جديها و أن الأجواء كانت أكثر ضغطا ذلك أن جدتها كانت تمثل السلطة التشريعية في المنزل و أن الكل عليه أن يطبق بدون نقاش كما أن سلطتها تشمل كل صغيرة و كبيرة ،تعني كل فرد في الأسرة لذلك لم يهجر أخواتها الأكيد إلا بعد موتها عام (2013) أنهت ليندة كلامها بذكر أن مرضها مثل القنبلة التي زعزت كيانه و أنها ليست مرتاحة نفسيا فإنها تتمنى الموت أحيانا رغم أنها خائفة من ذلك وتضيف أنه للكل مستقبل إلا هي، فحياتها اختصرت الزمن في الحاضر الأبدي الذي لانهاية له في أجواء مثل هذه .

1-2-3 نتائج ليندة في اختبار الإدراك الأسري FAT :

تتمثل نتائج ليندة في اختبار الإدراك الأسري فيما يلي:

جدول (6): نتائج ليندة في اختبار الإدراك الأسري FAT:

النقطة	الأبعاد
19	الصراع الظاهر
9	-الصراع الزوجي
10	-الصراع الأسري
5	-من نوع آخر
7	حل الصراع
2	-حل إيجابي
7	-حل سلبي
7	تحديد النهايات
7	-غير مناسب/مشارك
9	نوعية العلاقات
2	-أم حليقة

2	-أم عامل ضاغط
5	أب عامل ضاغط
2	أخ عامل ضاغط
2	-آخر عامل ضاغط
13	ضبط الحدود
4	-انصهار
5	-عدم الالتزام
3	-تحالف أم /طفل
4	-نسق مفتوح
1	-نسق مغلق
4	الدائرة غير الوظيفية
9	المعاملات السيئة
4	-سوء المعاملة
5	-إهمال/تخلي
4	الانفعالات
4	-خوف/قلق
72	الدليل العام لسوء التوظيف

التحليل الكمي للحالة الثانية :

من العودة إلى نتائج المدونة في الجدول رقم (5) يبدو أن الحالة تعاني من سوء توظيف عام مرتفع يبلغ (N=72) هذا يدل على أن دينامية الأسرية التي تعيش فيها (البندة) سيئة إذ تبدو تأثيراتها في درجات أبعاد اختبار الإدراك الأسري التالية :

تبدو دينامية أسرة الحالة كثيرة الصراعات الظاهرة (N=19) والتي تنقسم بين الزوجي (N=9) الذي يعكس وجود علاقة شقاق بين الزوجين وكذا الأسري (N=10) والذي يدل أيضا على وجود علاقة شقاق بين كل أفراد الأسرة غير المتزوجين في نسقهما الزوجي وأيضا هناك صراع من نوع آخر (n=5) ولذلك يمكن القول أن أسرة الحالة متصارعة.

*وإذا نظرنا إلى طريقة حل هذه الصراعات نجدها سلبية أكثر (n=7) مما هي إيجابية (n=2) أو غياب الحلول ولذلك نرى أسرة الحالة توظف حلول سلبية أكثر مما يدل أن الصراع يتكرر .

*لم يتوقف سوء الإدراك فيما سبق الإشارة اليه، إذ امتد ليشمل كذلك نوعية العلاقات التي أدركت على أنها ضاغطة (N=9) على مستوى كل أفراد الأسرة (الأب، الأم، الأخوة، آخر عامل ضاغط)

*اعتبرت الحالة عن سوء ضبط الحدود فيما يخص عدم الاعتدال بين النسق المنفتح (n=4) ونسق منغلق (n=1) على العالم الخارجي إضافة إلى التعبير عنه بالانصهار (n=4) وعدم الالتزام بالأدوار (n=5)

إضافة إلى اشتراك الحالة في الصراع الزوجي الذي ظهر في تحالف أم/طفل ب (n=3) كلها أبعاد تدل على عدم تمايز الحدود و كثرة نفاذيتها.

*لقد تكررت بعض الأحداث في أكثر من لوحة و التي عبرت عنها الدائرة الغير الوظيفية (N=4) رغم ميل النسق إلى الانفتاح إلى أن كثرة الصراعات (الضاهية منها و الضمنية) مع غياب الحلول و توظيف السلبية منها أدى إلى عدم التخلص منها.

*جاءت طبيعة المعاملات المدركة من قبل الحالة داخل النسق سيئة (N=9) تجمع بين الإهمال و التخلي (n=5) مقابل إلى سوء المعاملة (n=4) مما جعل الحالة تدل على سوء دينامية نسقها الأسري بانفعالات سلبية خوف/قلق (n=4).

1-2-4 عرض وتحليل نتائج قلق الموت:

جدول (7) نتائج مقياس قلق الموت للحالة (2):

الشدة	درجة قلق الموت	الحالة (2)
مرتفعة	12	ليندة

بعد القيام بالتنقيط مقياس "دونالد تمبلر" لقلق الموت وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول تم الحصول على درجة (12) وهذه الدرجة تدل على إن مستوى قلق الموت للحالة (2) ليندة مرتفعة الشدة. وذلك يبدو عليه من خلال إجابتها على عبارات مقياس قلق الموت من مجموع (15) سؤالاً.

خلاصة الحالة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف موجهة والحصول على نتائج مقياس إدراك مستوى قلق الموت وعلى نتائج اختبار الإدراك الأسري FAT تم الاستنتاج أن ليندة تعاني من مستوى قلق الموت مرتفع الشدة يقدر ب (12) إذ تبين لنا أنها تعيش في جو مضطرب وهذا جعلها عدم تخطي الضغوطات وعدم التعايش مع المرض أما ونسق يميل إلى الاضطرابات التي ظهر من خلال الدليل العام لسوء التوظيف المرتفع (N=72) والموزع في الصرعات الظاهرة التي سجلنا فيها (n=19) والحلول السلبية (n=7) وكذلك نوعية العلاقات (n=9) والانفعالات (n=4).

1-3- عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة صارة:

1_3_1: تقديم الحالة:

هي حالة صارة التي تبلغ من العمر (32) سنة معلمة في إحدى متوسطات ولاية تيزي وزو من عائلة متوسطة الدخل هي البنت الثالثة من بين (5) بنات متزوجات باستثناء الحالة. تعيش صارة مع أبيها في شقة صغيرة (F2) برفقة جدّتها التي تقارب (95) سنة، أما عن أمها فقد توفيت منذ (10) سنوات قبل حتى زواج أخواتها نتيجة لتعرضها لصعقة كهربائية أثناء تنظيفها للمنزل قبل شهر رمضان بيومين.

1_3_2: عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية:

بدأت صارة تتلقى العلاج اللازم في المركز بعد تشخيصها لمرضها من طرف طبيب أمراض النساء والتوليد العام الماضي، وهي ملزمة بالقيام بعدة حصص بالعلاج الإشعاعي لمعرفة مدى تراجع المرض بعدما يقرر الطبيب مصير الحالة، من العلاج الكيميائي والجراحي.

تذكر صارة أن المرض كان بمثابة نقطة استوقفتها لمواجهة حياتها "ثتوي لوهم افين إعدان... أند ليغ... أنت نكيني" بل وحتى هويتها خاصة وأنها الوحيدة التي أصيبت بهذا المرض لذلك ترى نفسها أنها مختلفة عن أخواتها حتى في المستوى التعليمي إذ كانت الوحيدة التي واصلت دراستها الجامعية تخصص أدب عربي.

وعن علاقتها بوالديها تذكر "صارة" أنها عادية "Normal.... ذمولان ذيقى" لذلك طلبنا منها أن تقدم لنا شيئاً من التفاصيل عن حياتهم فقالت أن والديها غير متفاهمان لأن أمي أنجبت فقط البنات، وأن أبوها

كان يهدد دائما يهدد دائما أمها بزواجه ثانية لأنها حسب نظره ليست صالحة وحقيقة تزوج بامرأة ثانية ولم يكن طويلا وطلقها لأنها أنجبت هي الأخرى بنتين توأم.

ترى صارة أن علاقتها بأمها أحسن من أبيها الذي ترفض أن تسامح قسوته مع أمها رغم مرضه وتجاوزته سن (75) سنة: "إخدمات أزكاره إيماء La preuve مثل إقزوج مش مثموت ... بل وترى أن والدها يكرر لها لأنها يقول لها دائما أنها تشبه كثيرا أمها لذلك فهي تشعر بالغبن اتجاهه لأنه حسب رأيها لا يستحق أن أخدمه بل يجب أن تأخذه إلى دار العجزة كما طلب من أمها يوم ولادتها بصارة أن تضعها في ميثم الأطفال ببوخالفة.

وعن معاملة أخواتها تذكر "صارة" أنها حسنة بمعنى حسب رأيها أنهن يعشن صراعات عائلية مع أزواجهن أو أولياء أزواجهن "ث دور قزيس، ث ذمولان أبرفازيس كل يوث تلهاد ذلهاميس" وكأن "صارة تقول أنها الوحيدة التي لم تغير السيناريو، فكل واحدة تعيش سيناريو عنوانه الصراع وأن سماعهن بموضوعها لم يغير مجرى علاقتهن لإعلاقتها بأبيها الذي أصبح أكثر ودًا معها "يحبس ألقب أن ايدتلاقب زيك يتعوني ذ جيدة، إتقاغ إقطود شوي مش أمزيك كلش أذك" بل وأصبح يقبل بذهابها إلى منزل خالتها لقضاء عطلة الأسبوع من حين لآخر.

وعن نظرتها المستقبلية تقول "صارة" أنها لا تنوي الزواج من قبل وأنها أصبحت لا تفكر حتى فيه بعدما عرفت بمرضها الذي أصبح محور قلقها بعدما كان تأخر زواجها موضوع حديثها الداخلي.

1-3-3) نتائج "صارة" في اختبار الإدراك الأسري FAT:

جدول رقم (8): نتائج الحالة صارة في اختبار الإدراك الأسري

النقطة	الأبعاد
(09)	الصراع الظاهر
3	- زواجي
6	- أسري
2	- من نوع آخر
(5)	حل الصراع
1	- إيجابي
4	- سلبي
(8)	النهايات
3	- غير مناسب / شارك
3	- مناسب / مشارك

2	- مناسب / غير مشارك
(14)	ضبط الحدود:
3	- انصهار
5	- عدم الالتزام
2	- تحالف أم طفل
3	- نسق مفتوح
1	- نسق مغلق
(3)	الدائرة غير الوظيفة
(05)	سوء المعاملة
2	- إهمال / تخلي
3	- إساءة
2	الانفعالات
3	- خوف / اكتئاب
	- خوف / قلق
64	الدليل العلم لسوء التوظيف

التحليل الكمي:

من العودة إلى نتائج المدونة في الجدول رقم (6) يبدو أن الحالة تعاني من سوء توظيف عام مرتفع، يبلغ (53) هذا ما يدل على أن الدينامية الأسرية التي تعيش فيها (صارّة) سيئة، إذ تبدو تأثيرات في درجات أبعاد اختبار الإدراك الأسري التالية:

تبدو دينامية أسرة الحالة كثيرة الصراعات الظاهرة (N=9) والتي تنقسم بين الزوج (N=3) الذي يعكس وجود علاقة شقاق بين الزوجين، وكذلك الأسري (N=6) والذي يدل أيضا على وجود علاقة شقاق بين كل أفراد الأسرة الغير المتزوجين في نسقهما الزواجي، وأيضا هناك صراعات من نوع آخر (N=2) ولذلك يمكن القول أن أسرة الحالة متصارعة.

وإذا نظرنا إلى طريقة حل هذه الصراعات نجدها سلبية أكثر (N=5) مما هي إيجابية (N=1) أو غائبة تماما، ولذلك ترى أن أسرة الحالة توظف حلول سلبية أكثر مما يدل أن الصراع يتكرر.

ولقد انعكست هذه الحلول في قلب إدراك النهايات ($N=8$) والتي تدل على طبيعة التدخل (مناسب/ غير مشارك)

لم يتوقف سوء الإدراك فيما سبق الإشارة إليه، إذ امتد ليشمل كذلك نوعية العلاقات التي أدركت على أنها ضاغطة ($N=15$) على مستوى كل أفراد الأسرة، حيث أب عامل ضاغط ($N=4$)، أم عامل ضاغط ($N=2$) أخت عامل ضاغط ($N=3$) وآخر عامل ضاغط ($N=3$)

اعترفت الحالة على سوء ضبط الحدود فيما يتجنب عدم الاعتدال بين النسق المنفتح ب ($n=1$) والمنغلق ($n=3$) على العالم الخارجي إضافة إلى التعبير عنه بالانصرهار ب ($n=3$) وعدم الالتزام بالأدوار ($n=5$) إضافة إلى اشتراك الحالة في الصراع الزوجي الذي ظهر في تحالف أم طفل ب ($n=2$) كلها أبعاد تدل على عدم تمايز الحدود وكثرة نقاذتها ولقد تكررت بعض الأحداث في أكثر من لوحة والتي كبرت عنها الدائرة الغير الوظيفية ($N=3$).

وجاءت طبيعة المعاملات من قبل الحالة داخل النسق سيئة ($N=5$) نلامح بين الإهمال والتخلي ($n=5$) ومقابل الإساءة ($N=3$) مما جعل الحالة تدل على وجود دينامية تسقيها الأسري بانفعالات سلبية (حسن/ واكتئاب) ($n=2$) وخوف وقلق ($n=3$).

4_3_1 عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت: للحالة الثالثة: صارة:

جدول رقم (9): نتائج مقياس قلق الموت للحالة الثالثة:

الشدة	الدرجة	الحالة
مرتفعة	10	الحالة الثالثة صارة

- بعد تنقيط مقياس "دونالد تمبلر" لقلق الموت" وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول تم الحصول على درجة قلق الموت (10) وهذه الدرجة تدل على مستوى قلق الموت عند الحالة (صارة) مرتفع الشدة كونها تقع في المجال المرتفع (9_15) وهذا مايدل على أن الحالة ذات شعور قلق موت مرتفع.

خلاصة الحالة:

من خلال نتائج المقابلة النصف موجهة، ونتائج اختبار الإدراك الأسري FAT ومقياس قلق الموت، يتضح لنا أن (صارة) تعيش في جو مضطرب وتسبق ميل إلى الاضطرابات الذي قهر من خلال اختبار الإدراك الأسري، ظهر من خلال الدليل العام لسوء التوظيف المرتفع (N=64) والموزع من الصراعات الظاهرة سجلنا فيها (n=9) والحلول السلبية (n=4) وكذلك نوعين العلاقات.

1-4 عرض و تحليل نتائج الحالة الرابعة : شفيعة

1-4-1 تقديم الحالة:

شفيعة تبلغ من العمر 42 سنة تسكن بذراع بن خدة، مستواها الدراسي الأولى متوسط، تعمل كمراقبة في التعليم مستواها الاقتصادي لباس به، تعيش مع أسرتها المتكونة من أب وأم و(7) إخوة منهم(5) ذكور (1) بنت وهي في المرتبة الوسطى.

1-4-2 عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية:

بدأت لنا شفيعة هادئة ومرتاحة وكانت جد متعاونة معنا، فعن بداية المرض أخبرتنا شفيعة أنها أصيبت بالمرض منذ شهر أكتوبر وهذا بعد اكتشافها لوجود كتلة وآلام في الثدي عند اللمس فذهبت إلى الطبيب قصد عمل الفحوصات، لتثبت هذه الأخيرة بأنها مصابة بسرطان الثدي، كما أخبرتنا أنها تعاني من فقر الدم ونزول الصفائح الدموية لقلوها: هذا عادي لأنني أراقب نفسي عند طبيب المختص بأمراض الدم. وعندما سألتها عما هناك أفراد في عائلتها مصابون بنفس مرضها أخبرتنا أن اخوها وأختها قد توفي بسبب هذا المرض.

أما فيما يخص الحالة النفسية أخبرتنا أنها في البداية كانت خائفة ومتوترة خاصة عند تذكرها لأخوتها التي فقدتهم بسبب مرض السرطان، وإن عند اكتشافها للمرض لم تستطع عدم التفكير في المرض وأنها ستموت بسبب مرضها لقلوها: "سقي سيلغ هلكغ قيمغ اتخيمغ كان ما ذمغ أم اثمغيو". أما الآن فهي لا تشعر بالقلق والخوف حول مرضها وأنها سلمت أمرها لله تعالى لقلوها: الحمد لله على هذا الابتلاء وأنا مطمئنة بأن الأعمار بيد الله سبحانه.

وفيما يخص الحالة العائلية وعلاقتها بأسرتها بأنها علاقة جيدة جدا وهذا لقلوها: "بابا رأيي أم سلطان ترافذغ والو". وأنها القت دعم كبير من عائلتها وأقاربها وانهم قدموا لها دعم والمساعدة معنويا ومديا

لقولها: "حملغ بزاف امولانيو". وذكرت أن عائلتها تميل كثيرا إلى التفتح وان ازداد اهتمامهم لها بعد إصابتها بالمرض وأنها لا توجد أي مشاكل عائلية داخل الأسرة وأنهم مع تواصل دائم حين مجيئها للمستشفى للعلاج، وأما فيما يخص ردة فعل أهلها عند سماعهم بخبر الإصابة بالمرض أنهم كانوا متوترين وخائفين كثيرا، وفيهم يخص علاقتها مع إختوتها أنها علاقة اخويه جيدة مليئة بالحب والدعم لقولها: "فيغثن مليح فلمحنا أكي". كما أنها قالت إنها تعيش مع الأسرة الكبرى لقولها: جدي عمي ولكن كل واحد دار وحدوا. شفيعة تقضي وقت فراغها في البيت مع العائلة الكبرى أو مع صديقاتها لقولها: "نتفغ غار وآكال نغ وأكي ايجن تخميمغ أرا بزا ف أف لهلاك".

أصبحت شفيعة لا تفكر كثير في مرضها، وان عند سماعها لموضوع الموت لا تخاف ل ولا تتوتر ولكنها تتذكر إختوتها وأنها لا تفكر إطلاقا في الموت لقولها: فوضت امري لله. وأنها تشعر بالخوف قليلا من زيادة خطورة مرضها وأن نظرتها للحياة تغيرت لقولها: "خصيي الحاجة". أنهت شفيعة كلامها بأنها تتمنى الصحة والهناء والعودة إلى حياتها قبل مرضها ألا يحرمها الله من عائلتها فهم سند لها.

1-4-3 عرض و تحليل نتائج اختبار الإدراك الأسري FAT للحالة (شفيعة):

تتمثل نتائج شفيعة في اختبار الإدراك الأسري فيما يلي:

جدول رقم (10) نتائج شفيعة في اختبار الإدراك الأسري FAT

الأبعاد	النقطة
الصراع الظاهر	14
-صراع الأسري	8
-صراع زوجي	2
-صراع من نوع آخر	4
-غياب الصراع	8
حل الصراع	11
-حل إيجابي	5
-حل سلبي	6
تحديد النهايات	19

7	-مناسب/مشارك
1	مناسب/غير مشارك
4	غير مناسب/مشارك
7	غير مناسب/غير مشارك
23	نوعية العلاقات
4	-أم حليفة
3	-أب متحالف
3	-آخر متحالف
5	-أم عامل ضاغط
4	-أب عامل ضاغط
5	-آخر عامل ضاغط
16	ضبط الحدود
2	-انصهار
6	-عدم الالتزام
2	-تحالف أم/طفل
1	-تحالف راشد/طفل
2	-نسق مفتوح
2	الدائرة غير الوظيفية
5	المعاملات السيئة
5	-سوء المعاملة
2	-إهمال/تخلي
14	الانفعالات
3	-خوف/قلق
1	-حزن/اكتئاب
5	-غضب/عداوة
1	-نوع اخر من الانفعال
4	-سعادة/رضا
58	الدليل العام لسوء التوظيف

التحليل الكمي للحالة الرابعة شفيعة:

من العودة إلى نتائج المدونة في الجدول رقم (9) يبدو أن الحالة تعاني من سوء توظيف عام مرتفع يبلغ (N=58) هذا يدل على أن دينامية الأسرية التي تعيش فيها (شفيعة) سيئة إذ تبدو تأثيراتها في درجات أبعاد اختبار الإدراك الأسري التالية :

تبدو دينامية أسرة الحالة كثيرة الصراعات الظاهرة (N=14) والتي تنقسم بين الزوجي (N=2) الذي يعكس كثرة الخلافات والنزعات بين عناصر تلك الانساق الأسرية وكذلك الأسري (N=8) والذي يدل على وجود علاقة شقاق بين كل أفراد الأسرة غير المتزوجين في نسقهما الزوجي وأيضا نجد غياب صراع (n=8) وصراع من نوع آخر (n=4) ولذلك يمكن القول إن أسرة الحالة متصارعة.

*وإذا نظرنا إلى طريقة حل هذه الصراعات نجدها سلبية (n=6) تقريبا مما هي إيجابية (n=6) و غياب الحلول ولذلك نرى أسرة الحالة توظف حلول سلبية و حلول إيجابية مما يدل أن الصراع يتكرر. انعكست هذه الحلول في طبيعة إدراك النهايات (N=19) والتي تدل على طبيعة التدخل الوالدي في تطبيق المبادئ أو تطبيق القرارات الخاصة بالأسرة وعليه إدراك التدخل جد صارم وغير منطقي للحالة إذ نجد غير مناسب/غير مشارك (n=7)، مناسب/غير مشارك (n=1) غير مناسب/مشارك (n=4) مناسب/مشارك (n=7) ولذلك يمكن القول إن ترابط العائلة مع الحالة ليست بشكل جيد وأن سوء التوظيف سيئ.

*لم يتوقف سوء الإدراك فيما سبق الإشارة إليه، إذ امتد ليشمل كذلك نوعية العلاقات التي أدركت على أنها ضاغطة (N=23) على مستوى كل أفراد الأسرة (الأب، الأم، الاخوة، آخر عامل ضاغط).

*اعتبرت الحالة عن سوء ضبط الحدود فيما يخص عدم الاعتدال بين النسق المنفتح (n=2) وعدم وجود نسق مغلق على العالم الخارجي إضافة إلى التعبير عنه بالانصهار (n=2) وعدم الالتزام بالأدوار (n=6) إضافة إلى اشتراك الحالة في الصراع الزوجي الذي ظهر في تحالف أم/طفل ب (n=2) و تحالف راشد آخر/طفل (n=2) كلها أبعاد تدل على عدم تمايز الحدود و كثرة نفاذيتها.

*لقد تكررت بعض الأحداث في أكثر من لوحة و التي عبرت عنها الدائرة الغير الوظيفية (N=2) رغم ميل النسق إلى الانفتاح رغم كثرة الصراعات.

*جاءت طبيعة المعاملات المدركة من قبل الحالة داخل النسق سيئة (N=5) تجمع بين الإهمال و التخلي (n=2) مقابل إلى سوء المعاملة (n=5) مما جعل الحالة تدل على سوء دينامية نسقها الأسري بانفعالات

سلبية خوف/قلق (n=3) ودرجة حزن/اكتئاب (n=1) غضب/عداوة (n=5) وهذا دليل على ان هذه العائلة تهيمن عليها المشاعر و اغلبها سلبية مقارنة بانفعالات الجيدة نوع آخر من الانفعال (n=1) سعادة/رضا (n=5).

1-4-3 عرض وتحليل نتائج قلق الموت:

جدول رقم (11) نتائج مقياس قلق الموت للحالة (4) (شفيعة)

الحالة (04)	درجة قلق الموت	الشدة
شفيعة	07	متوسطة

بعد القيام بتنقيط مقياس دونالدو تمبلر لقلق الموت وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول تم الحصول على درجة قلق الموت (7) وهذه الدرجة تدل على أن مستوى قلق الموت عند الحالة الرابعة شفيعة متوسطة كونها تقع تحت المنخفض وذلك يبدو عليها من خلال أجابتها على عبارات مقياس قلق الموت من مجموع (15) سؤال.

خلاصة الحالة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف موجهة والحصول على نتائج مقياس إدراك مستوى قلق الموت لديها متوسط لحصولها على درجة (07) وهذا ما يدل أن الحالة شفيعة لا تعيش عزلة أسرية وهذا ما مكانها من تخطي الضغوطات والتعايش مع المرض ومن هنا نجد أن الأسرة عامل فعال ومساعد في مواجهة الضغوطات والتخفيف لديها متوسط لحصولها على درجة (07) وهذا ما يدل أن الحالة شفيعة لا لديها متوسط لحصولها على درجة (07) وهذا ما يدل أن الحالة شفيعة لا وعلى نتائج اختبار الإدراك الأسري FAT تم الاستنتاج أن شفيعة تعاني من مستوى قلق الموت متوسط الشدة يقدر ب (07) إذ تبين لنا أنها لا تعيش عزلة أسرية وفي ونسق يميل إلى الاضطرابات التي ظهر من خلال الدليل العام لسوء التوظيف المرتفع (N=58) والموزع في الصرعات الظاهرة التي سجلنا فيها (n=) والحلول السلبية (n=6) مقابل للحلول الإيجابية (n=5) وكذلك نوعية العلاقات (n=23) والانفعالات (n=14).

1-5- عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة (سامية):

1_5_1 تقديم الحالة:

سامية التي تبلغ من العمر (30) سنة، عزاء مأكثة بالبيت من عائلة متوسطة الدخل، تعيش مع أسرتها المكونة من، أب، أم، و(4) أخوة. هي البنت الثانية من بين خمس أخوات، مستواها الدراسي ثلاثة ثانوي، تعاني من سرطان الثدي منذ 6 أشهر.

1_5_2 عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية:

اتضح لنا من خلال المقابلة العيادية أن "سامية" تعاني من المرض حوالي (6) أشهر، حيث أنها شعرت بأعراض جسمية معينة قبل حدوث المرض حيث أحست بألم على مستوى ثديها الأيمن وهذا في قولها: "حوساغ اسقراح مليح أم لاماس نغ أم سقنيث.." وبعد ذهابها للطبيب وقيامها بالفحوصات اللازمة اكتشفت أنها مصابة بمرض سرطان الثدي. فانصدمت كثيرا وقد كان إحساسها عند سماع خبر المرض مفرط من التوتر والخوف والخرن والانفعال وهذا حسب قولها: "خلعاغ مليح مليح، شوكيغ، حوساغ كونت تكشرار او.. تكفادونيث ...".

كما ذكرت لنا الظروف المعاشية بعد إصابتها بهذا المرض حيث قالت: "أريغست إمطاون، أوقاداغ أوركبلاغ أرا شغل أقي ... ثما جينيغن كان أد أمثاغ... نغ: "أن يتشوه جسمي أو اقزمن إدمارن إو...". بمعنى أنها خائفة كثيرا أن يتشوه جسمها. وكما أنها لم تتقبل مرضها.

وفيما يخص الحالة العائلية وعلاقتها بوالديها تذكر "سامية" أنها جيدة جدا، وهذا في قولها: "bien" بما، ببا، تقصير مليح"، أمامع إخوتها نفس الشيء قالت: "كيف، كيف، bien نتمسفهام مليح".

أما فيما يخص ردة فعل الأهل عند سماعهم بخبر الإصابة بهذا المرض كانت جد مؤلمة، صدمة لهم، حيث لم يصدقوا ماسمعوا به وهذا في قولها: "أو قادن مليح فلي، أقارن أقلاغ يدم أرساقد...يما تشرو كان ثقرد أرستهلظ أرا لهلاك أم وافي..".

وأما عن معاملة الأهل بعد المرض فصرحت أنها حسنة وممتازة وهذا في قولها: "تحادرن أي مليح خدمن إبي أك أين بغيغ لموهيم كان أد حكوغ". أما عن ما يخص هل هناك صراعات في الأسرة صرحت أن هناك صراع بين أمها وأبيها، كما أن الخلاف له حلول وأن هذه الحلول أراها عادية كما قالت: "نورمال

مشي دابرويلام أمقران. كما أن الحالة قالت تعيش مع الأسرة المصغرة، لكن في بعض الأحيان تقوم بالذهاب إلى بيت جدها (الأسرة كبيرة) حيث في منزل جدها هناك (19) فرد

كما نجد أن أسرة "سامية" تميل إلى التفتح والخروج في نزوات وأعراس لكن هي لا تخرج معهم في كل مرة بل أحيانا وهذا في قولها: "نسرحو مي نك تكوال كان. تكوال أددوغ تكوال ألا." كما أضيفت لنا أنها تميل كثيرا إلى أمها أما من بين ومن بين إخوتها تميل إلى أختها الصغرى.

حملاغ يما مليح أف بابا، ماشى ذاقى إديكار، دغن حملاغ وتما حلا نتشاث اسعيغ ذ نتساث إذ تمداكتت إو.....".

وفيما يخص حياتها النفسية، فالمرض خلف لها مشاعر القلق والعزلة وهذا في قولها: "تقليقاع، أرمي حملاغ أدقيماغ دق أوخام..." وأنها ذكرت لنا أيضا أنها لا تستطيع التعبير عن مشاعرها وهذا في قولها: "لانت كرا نلشغال تلينت كان داخل انو سقرحتت كان داجل او سحاسغ كان وحدي خاس يلا اومي أحكوغ م حملاغ أدمعاع داخلو كان ». كما أنها تلجأ للنوم للتخفيف على نفسها.

أما فيما يخص نظرتها المستقبلية فلم نلتمس في كلامها الأمل حيث قالت أنها لديها طموحات ماضية وهذا في قولها « . ميمغراغ ادغراغ أدكفوغ لقراية أخدم ادعونهغ لغاشي (أدراغ أدسرباغ يدي" لكن (أولاش أك أشو سوطاغ) .كما وأن نظرتها للمستقبل قد تغيرت وأنها تشعر بالخوف من ازدياد خطورة مرضها. "نعم، مليح، مليح."

وأنها ترى الحياة بعد إصابتها بهذا المرض أنها قصيرة جدا، ... "لا ترحم وفي بعض الأحيان أرى أن الموت أرحم من الحياة حين أكون أتألم..."

وأن سامية تتمنى أن تموت وهي دون ألم وهذا في قولها: "تمنيغ أد أمثاغ، أكن أدرتحن أمولا أخطار des fois تغظن إبي مليح، روان ثزليوين فلي، مي نك توالينغ دلخسر كان ادرمن " .

1_5-3 عرض وتحليل نتائج اختبار الإدراك الأسري FAT للحالة الخامسة (سامية):

جدول رقم (12): نتائج اختبار الإدراك الأسري للحالة الخامسة (سامية):

النقطة	الأبعاد
7	الصراع الظاهر
3	- صراع أسري.
1	- صراع زوجي.
3	- نوع آخر من الصراع.
14	- غياب الصراع.
7	- حل الصراع.
4	- حل إيجابي.
3	- حل سلبي.
	- غياب الحل.
7	حل الصراع
4	- إيجابي
3	- سلبي / أو غياب
	لوضع أي حال
6	النهايات
1	- مناسبة / مشاركة
3	- مناسبة / غير مشاركة
2	- غير مناسبة / مشاركة
0	- غير مناسبة / وغير مشاركة
(8)	ضبط الحدود:
1	- انصهار
1	- عدم التزام
0	- تحالف أم للطفل
0	- تحالف أب للطفل
0	- تحالف راشد آخر للطفل
5	- نسق مفتوح
1	- نسق مغلق
0	الدائرة غير الوظيفة
	سوء المعاملة
0	- إهمال / تخلي
1	- إساءة

5	الانفعالات
1	- خوف / اكتئاب
1	- خوف / قلق
42	الدليل العلم لسوء التوظيف

* التحليل الكمي: للحالة الخامسة (سامية)

من العودة إلى النتائج المدونة في الجدول رقم (14) يبدو أن الحالة تعاني من سوء توظيف متوسط يدل (42) وهذا ما يدل على أن الدينامية الأسرية التي تعيش فيها (سامية) مضطربة قليلة إذ تبدو إذا تنبؤاتها في درجات أبعاد اختبار الإدراك الأسري التالية:

تبدو دينامية أسرة الحالة قليلة الصراعات الظاهرة ($N=7$) والتي تنقسم بين الزوجي ($n=1$) والأسري ($n=3$) وبين نوع آخر من الصراع ب ($n=3$) رغما أن هناك غياب الصراع ($N=14$) ولكن يمكن القول على أن أسرة الحالة متصارعة قليلا أو إذا نظرنا إلى طريقة حل هذه الصراعات نجدها إيجابية أكثر ($n=4$) مما هي سلبية ($n=3$). أما فيما يخص نوعية العلاقات وطبيعة الحدود يظهر لنا أن هناك تحالف مع الأم أكثر من الأب ($n=2$) ($n=0$) وأن هناك تحالف آخر ب ($n=1$) ثم هناك ما يبرر أن الأب والأم كعامل ضاغط ($n=2$)، رغم هذا فإن الحالة تدرك نسقها الأسري أنه منفتح ب ($n=5$).

ولقد تبين من تحليل بروتوكول أن الحالة قد تعرضت لمعاملة سيئة ($n=2$) أما فيما يخص الانفعالات ($n=5$) حزن / اكتئاب ($n=1$) أما السعادة / رضا ($n=3$).

1_5_4 عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت: للحالة (الخامسة):

جدول رقم (13): نتائج مقياس قلق الموت للحالة الخامسة (سامية)

الحالة	درجة قلق الموت	الشدة
الحالة الخامسة سامية	10	مرتفع

بعد القيام بتقريب مقياس قلق الموت "دونالد تيمبلر" وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول تم الحصول على درجة قلق الموت (10) وهذه الدرجة تدل على أن مستوى قلق الموت عند الحالة (سامية) مرتفع الشدة كونها يقع في المجال المرتفع [9-15] وهذا ما يدل على أن الحالة ذات شعور قلق موت مرتفع.

خلاصة الحالة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة النصف موجهة والحصول على نتائج مقياس إدراك مستوى قلق الموت، وعلى نتائج اختبار الإدراك الأسري FAT، تم استنتاج أن الحالة (سامية) تعاني من مستوى قلق مرتفع الشدة يقدر بـ (10)، وذلك يبدو عليها من خلال في عبارات المقياس، وكما نجد أن الحالة تعيش في نسق مضطرب قليلاً بدرجة متوسطة للدليل العام لسوء التوظيف (N=42) والذي ظهر فيه الصراع الظاهر بنسبة (N=7) الزوجي (n = 1) والأسري (n = 3). ونوع آخر من الصراع بـ (n=3) لكن مقابل ذلك هناك غياب صراع بـ (n = 14).

1-6- عرض و تحليل نتائج اختبار الإدراك الأسري لكل الحالات لمجموعة الدراسة:

جدول رقم (14): نتائج اختبار الإدراك الأسري لكل الحالات:

الأبعاد	الحالة (1) زينة	الحالة (2) ليندة	الحالة (3) صارة	الحالة (4) شفيعة	الحالة (5) سامية	متوسط المجموع
الصراع الظاهر	16	19	9	14	7	13
- صراع أسري.	08	10	6	8	3	7
- صراع زوجي.	09	9	3	2	1	5
- نوع آخر من الصراع.	3	5	2	4	3	3
حل الصراع	7	7	5	11	5	7
- حل ايجابي	2	2	1	5	2	2
- حل سلبي	7	7	4	8	3	6
ضبط النهايات	9	7	8	19	6	10
- مناسبة / مشاركة	1			7	3	2
- مناسبة / غير مشاركة	2	0	3	1	2	3
- غير مناسبة / مشاركة	7	7	3	4	1	3
- غير مناسبة / وغير مشاركة	0		2	7	0	2
نوعية العلاقات	14	9	15	24	8	14
- أم = متحالفة		2	4	4	2	2

1	0	3				- أب = متخالف
1	0	3				- آخر = متخالف
3	1	5	2	2	2	- أم عامل ضاغط
4	2	4	4	5	5	- أب عامل ضاغط
2	2	1	3	2	3	- أخ عامل ضاغط
1	3				4	- زوج عامل ضاغط
3	4	4	2	2	2	- آخر عامل ضاغط
13	8	15	14	13	13	ضبط الحدود
3	3	2	3	4	3	-انصهار
4	2	6	5	5	4	-عدم التزام
2	2	2	2	3	2	-الأم حليف للطفل
0	0	2		0	0	-حليف آخر (راشد) للطفل
2	3	1	1	4	1	-نسق مفتوح
2	1	2	3	1	4	-نسق مغلق
3	0	2	3	4	5	الدائرة غير الوظيفة
7	2	7	10	9	9	المعاملات السيئة:
4	1	5	5	4	0	- سوء المعاملة
2	1	2	2	5	2	- إهمال / تخلي
2	0	0	3	0	5	- إساءة
1	0	0	0	0	2	- تناول المواد الروحية
6	5	14	05	4	03	الانفعالات
2	1	3		4	1	- خوف / قلق
1	1	1	3	0	0	- حزن / اكتئاب
1		5	2	0	2	- غضب / عداوة
1	3	4		0	0	سعادة / رضا
1	0	1		0	0	نوع آخر من الإنفعال
62	42	58	64	72	76	الدليل العام لسوء التوظيف

- بناء على النتائج المدونة في الجدول أعلاه يبدو أن متوسط الدليل لمعدل العام لسوء التوظيف لمجموعة الدراسة بلغ (62) وهي قيمة مرتفعة 'هذا ما يدل على أن الحالات تمتاز من إرتفاع سوء التوظيف الاسري' وعليه فالفرضية العامة التي تنص على كيف تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نسقها الاسري " قد تحققت على مستوى مجموعة الدراسة. ظهرت سوء الدينامية العلائقية للحالات في الأبعاد التالية:

• (1) الصراع الظاهر:

- بلغ متوسط الصراع الظاهر عند حالاتنا القيمة (13) وهو يتوزع بين الأسري (7) و الزوجي (5) إضافة إلى نوع آخر منه بقيمة (3:n) وعليه فإن الفرضية الجزئية التي تنص على أن: "تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نسقها الأسري على انه متصارع قد تحققت.

• (2) حل الصراع:

- بلغ متوسط حل الصراع عند حالاتنا القيمة (7) وهو يتوزع بين الإيجابي (2) و السلبي (6) وعليه فغن الفرضية الجزئية التي تنص على ان: هل تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نسقها الاسري على أنها سيئ الحلول. قد تحققت.

• (3) ضبط النهايات

- بلغ متوسط النهايات عند حالاتنا القيمة (10) وهو يتوزع بين مناسبة / مشاركة (2:n) مناسبة غير مشاركة (3:n) 'غير مناسبة _ مشاركة (3:n) 'غير مناسبة / غير مشاركة (2:n) وعليه فان الفرضية الجزئية التي تنص على ان تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نساقها الاسري على انها سيئة النهايات قد تحققت.

• 4_ نوعية العلاقات

- بلغ متوسط نوعية العلاقات عند حالاتنا القيمة (14:n) و هو يتوزع ام = متخالفة (2:n) اب = متحالف (1:n) , اخر = متحالف (1:n) ي بين ام عامل ضاغط (3:n) , اب عامل ضاغط (4:n) , اخ عامل ضاغط (2:n) , زوج عامل ضاغط (1:n) , اخر عامل ضاغط (3:n) و عليه فان الفرضية الجزئية التي تنص على ان تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نساقها الاسري على انها ضاغطة من حيث طبيعة العلاقات قد تحققت

• 5/ ضبط الحدود

تبدو الحدود متفشية غير واضحة تكثر فيها الانصهارات ($n=3$) اضافة الى سوء توزيع الادوار ($n=4$) التي توحى بالقاء دور الفرد على الاخر و لو قهرا , كما تمتاز ديناميات الاسر بتحالف الوالدين مع الحالة ضد احد افراد الاسرة كالتالي: التحالف مع الام و الطفل ب ($n=2$), اما عند الحدود بين داخل و خارج الاسرة فنراها انها شبه متزنة اذ تحافظ الاسر على مبادئها بالانغلاق ($n=5$) مقابل التجديد و التنفس الانفعالي بالانفتاح ($n=5$) , و عليه فالفرضية الجزئية التي تنص على ان تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي نساقتها الاسري على انها سيئ الحدود قد تحققت

• 6/ المعاملات السيئة

جاء متوسط المعاملات السيئة ($n=7$) و هي تجمع بين سوء المعاملة بقيمة ($n=4$), اهمال / تخلي ($n=2$) اضافة الى تناول المواد المسكرة ($n=2$) عند الحالة الاولى فقط و عليه فالفرضية الجزئية التي تنص على ان تدرك المرأة المصابة بسرطان الثدي دينامية نسقتها الاسري على أنها سيئة المعاملات قد تحققت على مستوى أفراد مجموعة دراستنا.

1-7 عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت لكل الحالات:

جدول رقم (15) نتائج مقياس قلق الموت لكل الحالات:

لتسهيل ملاحظة النتائج قمنا بتدوينها في جدول جامع كالتالي:

مجموعة الدراسة	درجة قلق الموت	النسبة %	التقدير
الحالة (1) زينة	14	93,3 %	مرتفع
الحالة (2) صارة	10	66,6 %	مرتفع
الحالة (3) ليندة	12	80 %	مرتفع
الحالة (4) شفيعة	7	64,6 %	متوسط
الحالة (5) سامية	10	66,6 %	مرتفع
المجموع	10,6	70,66 %	مرتفع

بناء على نتائج الجدول أعلاه يبدو أن متوسط درجة قلق الموت عند الحالات يبلغ (10.6) وهي درجة مرتفعة أي تعادل (70.66) هذا ما يدل على أن الحالات تشعر بقلق موت مرتفع، وعليه فالفرضية

التي تنص على "ما مستوى قلق الموت الذي تشعر به المرأة المصابة بسرطان الثدي". قد تحققت على مستوى مجموعة الدراسة.

2- تفسير ومناقشة النتائج:

2-1 مناقشة وتفسير نتائج اختبار الإدراك الأسري FAT

أظهرت النتائج أن مجموعة الدراسة ادركت دينامية انساقهم الأسرية سيئة التوظيف تراوحت درجاتها بين (42 إلى 76) وحيث ساهمت في هذا الإدراك عوامل عديدة منها كثرة الصراعات الظاهرة التي كشف عنها اختبار fat إضافة إلى الصراعات الضمنية المصرح بها في دليل المقابلة العيادية .

ومازاد من سوء التوظيف غياب الحلول الإيجابية، كثرة نفاذية الحدود الفردية وحتى الأسرية مما جعل الأدوار مختلة، كثرة التحالفات... ضف إلى ذلك المعاملات السيئة، الممارسة من قبل القوي الذي يمثل عادة النسق العلوي الأبوي على الضعيف المثل من قبل النسق التحتي للأبناء.

هذه الممارسات المرضية بين أفراد الأسرة أقل ما يقال عنها أنها مختلة، "وأن دراسة المرض السيكوسوماتي يتطلب تحليله في سياقه النسقي هذا ما يؤكد الباحث (2001) onnis الذي يرى ان المرض الجسدي ماهو إلا نتيجة لعلاقة تجمع عدة مكونات و مستويات نسقية، بيولوجية، أسرية علائقية..."

(ايت مولود و آخرون، 2018، ص30).

وإذا نظرنا مرة أخرى إلى طبيعة انساق مجموعة دراستنا وجدناها أنها غير واضحة الحدود الأمر الذي جعل من الإعتداء على الآخر حق مشروع بناء على النسق الذي ينتمي إليه المعتدي سواء لفظيا صريحا أو ضمنيا مما جعل توزيع الأدوار غير عادل هذا ما صرح به Minuchin (1996) في قوله "أنها أسر تمتاز بتحالفات مرضية، غياب التفرد و الإستقلالية الأمر الذي يجعل الأحداث تهز بشدة أعضاء الأسرة، صراع الولاء، قرابة متطرفة..." (أيت مولود وآخرون، 2018، ص31).

ضف إلى ذلك رأى Dulos (1669) المدعم لهذا الإتجاه بقوله أنها أسر تمتاز بهاشاشة جسمية عند الإبن و مشاركته في الصراع الزوجي، وأن هذه الأسر تمتاز بتنظيم يوحى بنموذج نسقي مريض يساهم في الجسنة (أيت مولود وآخرون، 2018، ص32).

2-2 عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت لكل الحالات:

كشفت نتائج الدراسة أن حالات من مجموعة بحثنا تعاني من مستوى مرتفع من قلق الموت الحالة الأولى (زينة) الثانية (ليندة) والثالثة (صاره) والخامسة (سامية).

بينما نجد حالة واحدة من مجموعة بحثنا تعاني من مستوى متوسط الشدة من قلق الموت وهي "الحالة الرابعة" (شفيعة).

بداية من الحالة الأولى (زينة) التي تحصلت على درجة قلق الموت مرتفع (14) في مقياس "دونالد تمبلر" ويبدو ذلك واضحا من خلال المقابلة التي أجريت معها فهي تعاني أحيانا من التعب والخوف. وفيما يخص الحالة الثانية (صاره) فقد تحصلت على درجة قلق الموت مرتفع (10) عند تطبيقها لمقياس قلق الموت "دونالد تمبلر" ويظهر ذلك أيضا بشكل واضح من خلال المقابلة وما جاء في إجابتها على أسئلة المحاور فهي لم تتقبل مرضها وخلف لها مشاعر الحزن والعزلة أي أصبح محور قلقها بعد ما كان تأخر زواجها موضوع حديثها الداخلي.

أما الحالة الثالثة ("ليندة") فهي تعاني من مستوى قلق مرتفع من قلق الموت يقدر بـ (12) ويتضح ذلك في المقابلة من خلال ما تعانيه وما يسببها لها المرض من قلق كبير.

أما الحالة الرابعة ("شفيعة") فقد تحصلت على درجة قلق الموت (7) في مقياس قلق الموت "دونالد تمبلر"، وقد ظهر ذلك واضحا من خلال المقابلة التي أجريت معها فهي تعاني أحيانا من الخوف والقلق وهذه أعراض ومميزات قلق الموت لذلك يمكن القول أن ما جاء في المقابلة يدعم وتدعم بنتائج المقياس وهذا لتلقيها الدعم والسند العائلي إضافة إلى المعتقدات الإيجابية والأفكار المنطقية وطريقة التفاعل مع الموقف الضاغط المتمثل في المرض بعقلانية فهذا ما قد يكون سببا في انخفاض مستوى قلق الموت لدى الحالة.

وهذا ما يتوافق مع دراسة (لازاروس وفولكمان 1984) "بأن الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط والقلق تعد المؤثر الأول على صحته النفسية والجسدية" كما أشار (شلي تايلور) "إلى أن الأحداث الضاغطة والقلقة بقدر ما تدرك كذلك فالقلق هو ما ينشأ عن عمليات التقييم التي يقوم بها الفرد.

(شلي تايلور ترجمة وسام دويتش، 2008).

فإدراك الحالة وتقييمها للأحداث القلقة والضاغطة التي تعرض لها بشكل إيجابي هو الذي يساعدها على الحصول على مستوى متوسط من قلق الموت.

ومن خلال المقابلة بين لنا أيضا أنه هنا من يفضل الاندماج مع المجتمع وهناك من يفضل العزلة وذلك بعد المرض فالحالة الرابعة ("شفيعة") تبدو أكثر ارتياحا من الحالات الأخرى بسبب احتفاظها بعلاقتها

مع أفراد المجتمع والاندماج فيه فلا شك أن السند الاجتماعي والرضا بالقضاء والقدر يساهم في الحصول على مستوى متوسط من قلق الموت.

أما الحالة الخامسة ("سامية") فهي تعاني من مستوى مرتفع من قلق الموت بقدر بـ (10) ويتضح ذلك في إجابتها لأسئلة المقياس "لدونالد تميبلر".

وما لاحظناه أيضا بالنسبة لهذه الحالات أن مرضى سرطان الثدي يبدون شعورا بالعجز وتقدير سلبي للذات ويدركون مختلف المواقف أنها مسببة للقلق والضغط مما جعل بعض الحالات تتعزل على الآخرين ويفضلون البقاء بمفردهم في بعض الأحيان الحالة (الثانية والخامسة) وهذا من أجل تجنب المشاكل وهذا ما يتناسب مع دراسة حسب مصطفى عبد المعطي (1989) والتي بينت أن المصابين بالأمراض العضوية، يدركون مختلف أحداث الحياة على أنها مثيرة لقلق الموت إضافة إلى الدور التي تلعبه تلك الأحداث في زيادة التأثير على المرض على الصعيد النفسي والاجتماعي والمعرفي والجسدي.

(حسن مصطفى عبد المعطي، 1994، ص 115).

3- الاستنتاج العام:

بعد أن قمنا بطرح موضوع الإشكالية والفرضيات التي استخلصناها وتطرقنا إلى المقاربات النظرية المختلفة التي حاولنا بها تفسير موضوع الإشكالية العامة "النسق الأسري المدرك وقلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي"، وللإجابة على إشكاليتنا المطروحة قمنا بطرح فرضيات.

فمن خلال نتائج المقابلة العيادية النصف موجهة يتضح لنا أن موضوع النسق الأسري المدرك من أهم الدراسات التي نالت نصيبها الأول في مجال العلوم الإنسانية، كما يمكن القول بأن المرأة المصابة بسرطان الثدي، تعاني من اضطراب وضغوطات نفسية كقلق الموت التوتر أو بعض المخاوف الأخرى التي يجب التعامل معها وعدم تركها تتفاقم في درجتها خلال هذا الموقف وتأثيره على نفسية المرأة المصابة بسرطان الثدي.

ولقد اعتمدنا في دراستنا على الجانب النظري والجانب التطبيقي حيث خصصنا في الأخير فصلين فصل الأدوات المنهجية المقابلة العيادية، ودراسة حالة واعتمدنا كذلك على اختبار الإدراك الأسري وعلى مقياس "دونالد تملير" لقلق الموت.

فمن خلال دراستنا الميدانية توصلنا إلى نتائج متمثلة في أن سرطان الثدي له دور كبير في ظهور قلق الموت عند المرأة المصابة بسرطان الثدي كذلك نسقها الأسري المدرك، وبأن مدة المرض هي التي تتحكم بدرجة قلق الموت من شخص إلى آخر وهي التي تعطي الاختلاف.

كما وجدنا أن كل امرأة مصابة بسرطان الثدي تعاني من قلق الموت متفاوت الشدة حسب تأثيرها في دينامية نسقها الأسري.

4-التوصيات والاقتراحات:

- ✓ المساعدة بالتوجيه والإرشاد فيما يخص الحالة والاهتمام المبكر بها.
- ✓ الاهتمام بالثقافة الصحية والنفسية في كل ما يتعلق بمرض سرطان الثدي لوقاية المرأة من الاضطرابات المصاحبة به.
- ✓ التعاون مع أطباء مرض السرطان بالمستشفيات والعيادات ومراكز مكافحة السرطان.
- ✓ تكثيف برامج التوعية عن طريق وسائل الإعلام المرئية، و السمعية والمقروءة لتوعية المرأة المصابة بسرطان الثدي بضرورة الاهتمام بنفسها، إضافة إلى توعية المحيطين بها قصد دعمها النفسي.
- ✓ عقد دورات تثقيفية لعائلات المصابات بسرطان الثدي خلال اصطحابهن لزيارة الطبيب لمتابعة المرض لتوضيح المتاعب الجسمية والنفسية التي قد تتعرض لها المرأة خلال فترة العلاج.
- ✓ تهيئة المريض نفسياً وتوفير جو هادئ مستقر يشعر من خلاله بالاطمئنان.
- ✓ تنمية الثقة بين المريض والفريق الطبي الذي يقوم بدوره بالتنظيمات ويشرح الحقائق وجدوى المعالجات وخياراتها ويرفع همة المريضة على مواجهة الوضع واتباع تعليمات الطبيب.
- و يبقى المجال مفتوحا لدراسة النسق الأسري وقلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي من خلال دراسات أكثر تعمقا ومعرفة أبعاد وأخرى تخص المرأة المصابة بسرطان الثدي خلال هذه الفترة.

الملاحق

محور الملاحق

ملحق (1) دليل المقابلة العيادية النصف موجهة.

ملحق (2) ورقة تفريغ fat.

ملحق (3) صور الإختبار الأسري fat.

ملحق (4) مقياس قلق الموت

ملحق (1): دليل المقابلة العيادية (النصف موجهة):

المحور الأول: محور البيانات الشخصية:

1- الاسم:

2- السن:

3- الجنس:

4- عدد الإخوة والأخوات: إخوة أخوات

5- ترتيبك في الأسرة:

6- الحالة المدنية: غير متزوجة

7- المستوى التعليمي:

☐ بدون مستوى ✓

☐ ابتدائي ✓

☐ متوسط ✓

☐ ثانوي ✓

☐ جامعي فما فوق ✓

8- المهنة:

9- المستوى الاقتصادي:

المحور الثاني: التاريخ المرضي

1- ما هو إحساسك وأنت في المستشفى؟

.....

2- هل سبق وأن دخلت المستشفى؟

.....

3- هل عانيتي من أمراض أخرى قبل الإصابة بمرض سرطان الثدي؟ ما هي؟

.....

4- منذ متى كشفت هذا المرض؟

.....

5- ها شعرت بأعراض جسمية معينة قبل حدوث المرض؟ ماهي؟

.....

6- هل يمكن ذكر الظروف المعاشية بعد الإصابة بهذا المرض؟

.....

7- منذ متى بدأ لكي هذا المرض؟ (من وفتاش بذاك المرض)؟

.....

8- هل يوجد في عائلتك من أصيب بمرض سرطان الثدي؟ (في حاله نعم من)؟

.....

9- كيف كان ردة فعلك عند تلقيك خبر إصابتك بمرض سرطان الثدي؟

.....

10- رأيك حول المرض؟

.....

المحور الثالث: (الحالة العائلية)

1- كيفاش هي علاقتك بالأسرة ديالك؟

مع الأب:

مع الأم:

مع الأخوة:

2- من أخبر عائلتك بإصابتك بهذا المرض؟

.....

3-كفاش أو ما هي ردة فعل الأهل عند سماعهم بخبر الإصابة بمرض سرطان الثدي؟

.....

4-هل العائلة مع تواصل دائم معك؟

.....

5-كفاش تحسي معاملة الأهل نتاعك بعد المرض؟

.....

6-هل هناك صراعات في الأسرة؟ تحديد مجالها بين من ومن؟

.....

7-هل الخلافات لها حلول؟ ما رأيك في الحلول؟

.....

8-هل تعيشين مع الأسرة المصغرة أو مع الأسرة الممتلئة الأجداد... منذ متى وهما يعيشون
هكذا؟

.....

9-هل تميل أسرتك إلى التفتح الخروج الأصدقاء زيارات التغيير؟

.....

10-من تحبين أكثر من الوالدين؟ والإخوة؟ ولماذا؟

.....

11-هل تتكرر الخلافات في الأسرة؟

.....

12-هل هناك معاملات سيئة داخل الأسرة؟ من طرف من؟

.....

13- هل هناك خلاف بين الوالدين؟ كيف يحل؟ ما هو موقفك اتجاه كل والد؟ أي هي في صف من؟

.....
14- هل هناك من يتعاطى المواد النفسية داخل الأسرة، مخدرات كحول.....؟ من؟
.....

المحور الرابع: محور (الحالة النفسية)

- 1- هل تفكرين كثيرا في مرضك؟
- 2- هل تعرفين أشياء عن هذا المرض؟
- 3- هل يقلقك وضعك الصحي؟
- 4- هل يمكنك التعبير بسهولة عن مشاعرك؟ إذا كان (لا) لماذا؟
.....
- 5- فيما تقضين أوقات فراغك عندما تكونين وحدك؟

المحور الخامس: محور قلق الموت

- 1- كي تسمعي الناس يهدروا فيك واش هو شعورك؟
- 2- تحضري جنائز؟
- 3- واش هو شعورك كي تسمعي بواحد توفي؟
- 4- هل تفكرين كثيرا في الموت؟
- 5- كفاش هي ردة فعلك عندما تكونين مع جماعة يتكلمون عن الموت؟
- 6- تقدرين تكوني في نفس الغرفة لي متواجد فيه الميت؟

المحور السادس: (النظرة المستقبلية)

1- هل لديك طموحات مستقبلية؟

الطموحات الماضية ماهي؟ (نعم) ماذا تشعر؟

ماذا تتمنى؟ (لا) ماذا تشعر؟

2- هل تغيرت نظرتك المستقبل بعد هذا المرض؟

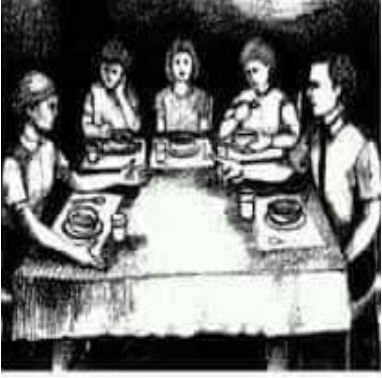
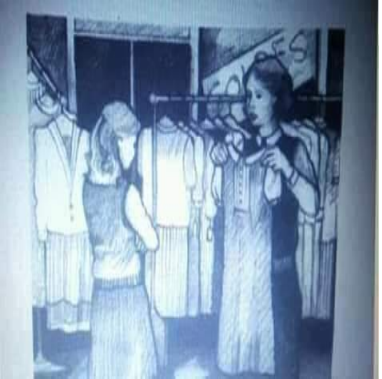
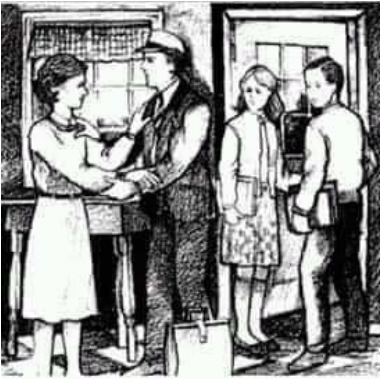
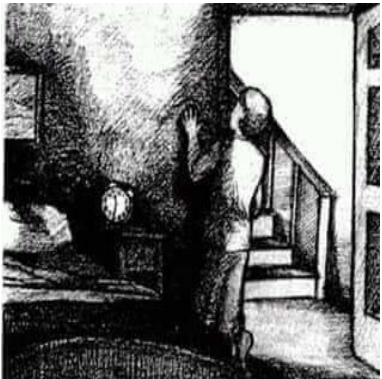
3- هل تشعرين بالخوف من ازدياد خطورة المرض؟

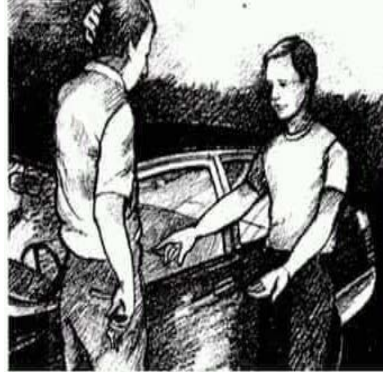
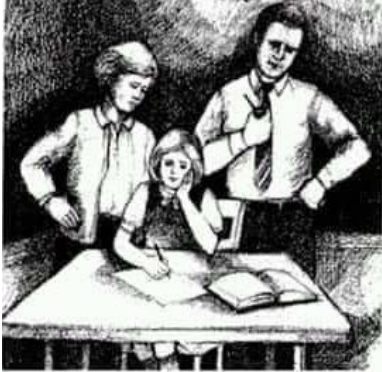
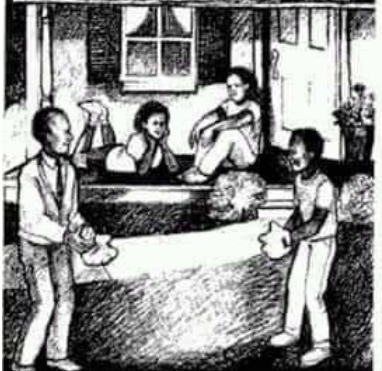
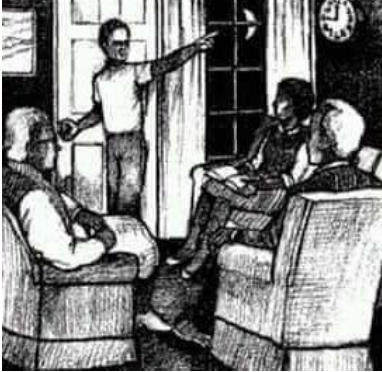
4- كيف ترى الحياة بعد إصابتك بالمرض؟

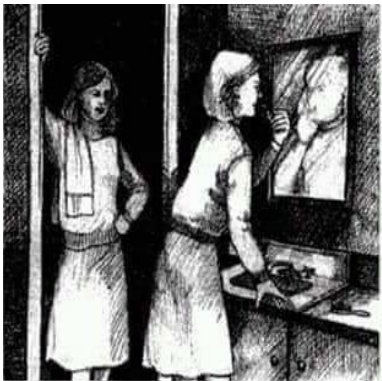
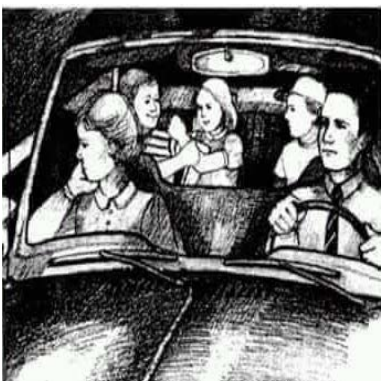
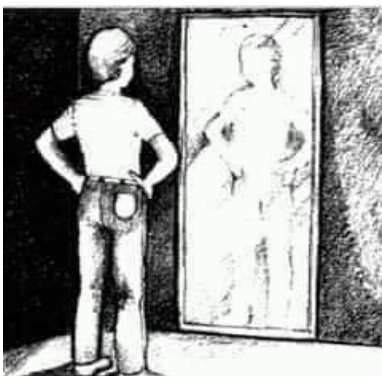
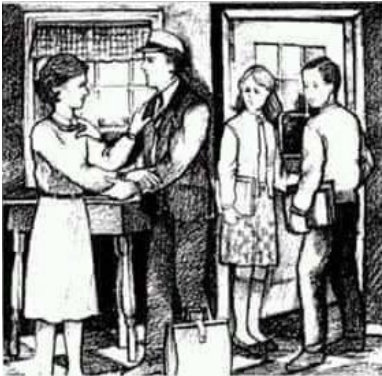
.....

5- ماذا تتمنى؟

FAT ملحق (3) صور الاختبار الأسري

	
اللوحة (1) العشاء	اللوحة (2) المسجل
	
اللوحة (3) العقوبة	اللوحة (4) متجر الثياب
	
اللوحة (5) الاستقبال	اللوحة (6) تنظيم الغرفة
	
اللوحة (7) أعلى السلالم	اللوحة (8) السوق

	
اللوحة (9) المطبخ	اللوحة (10) ميدان اللعب
	
اللوحة (11) الخروج المتأخر من البيت	اللوحة (12) الواجبات
	
اللوحة (13) وقت النوم	اللوحة (14) لاعب الكرة
	
اللوحة (15) اللعب	اللوحة (16) المفاتيح

	
اللوحة (17) التزين	اللوحة(18) النزهة
	
اللوحة (19) المكتب	اللوحة(20) المرأة
	
اللوحة (21) الوداع	

ملحق(4): مقياس قلق الموت "لدونالد تمبلر"

السلام عليكم ورحمه الله وبركاته

يجرى هذا المقياس بغرض بحث علمي لقياس مستوى قلق الموت يرجى منك أن تكون صادقا وصريحا في إجابتك

الاسم:

الجنس: السن:

التعليم:

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

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

عبارات المقياس

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

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

- أبو الفينين وعلي خليل وآخرون (2003)، علوم التربية وكيفية تقديمها، مطابع الهندسة، القاهرة، صفحة 180/179.
- أحمد بديّة، (2000)، أصول البحث ومنهجه، وكالة المطبوعات، الكويت.
- أحمد عبد اللطيف، (2008)، الإرشاد الزواجي الأسري، دار الشروق للتوزيع والنشر، ط1، عمان، الأردن، صفحة 27.
- أحمد محمد النابلسي، (1991)، مبادئ السيکوسوماتیک وتصنيفاته، الطبعة الأولى، بيروت، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.
- أحمد محمد عبد الخالق 1987 'قلق الموت' الكويت ' علم المعرفة 'دون طبعة.
- أحمد محمد عبد الخالق، (1987)، قلق الموت، سلسلة علم المعرفة، الكويت.
- أحمد محمد عبد الخالق، (1998)، قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد 64.
- أحمد محمد عبد الخالق، (2005)، قياس الشخصية، الدار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
- أحمد محمد مبارك الكندي (1996) علم النفس الأسري .ط2. الكويت :مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- أحمد محمد مبارك الكندي، (1992)، علم النفس الأسري، ط2، مكتبة الفلاح، الكويت.
- بشير العلاف، (2009)، الاتصال في المنظمات العامة بين النظرية والممارسة، دار البازوري العلمية، عمان، الأردن.
- بشير معمريّة، (2007)، بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء 4، الجزائر، منشورات الخبر، منظمة الصحة العالمية 2008.

- توفيق عصام ومبروك السحر، (2009)، الرعاية الاجتماعية والأسرية والطفولة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، ط1.
- جمال ابودلو، (2009)، الصحة النفسية، ط1، دار قباء للنشر القاهرة، مصر.
- حسن عبد المعطي، (2003)، الأمراض السيكلوماتية، مكتبة الشرق الأوسط، القاهرة.
- حسن عبد المعطي، (2003)، منهج البحث الإكلينيكي أسسه وتطبيقات، مكتبة القاهرة، ط1.
- الخالدي محمد أديب، (2006)، علم النفس الإكلينيكي، دار وائل للنشر والتوزيع، العراق.
- دافيد شهان، ترجمة عزت شعلان (1998)، مرض القلق، عالم المعرفة، الكويت.
- داليا مؤمن، (2004)، الأسرة العلاج الأسري، دار السحاب للنشر والطباعة، القاهرة.
- راجح أحمد عزت، (1994)، أصول علم النفس، دط، المكتب المصري الحديث، الإسكندرية.
- رشوان، (2003)، الأسرة والمجتمع، دراسة في علم الاجتماع الأسرة، مؤسسة شباب الجامعة، مصر.
- روزماري لامي وآخرون ترجمة علاء الدين كفاي (2001)، الإرشاد الأسري للأطفال ذو الحاجاب الخاصة، ج1، بدون طبعة، دار قباء للطباعة، القاهرة، مصر.
- زعتر نور الدين، (2010)، كتاب القلق، دار الأوراسية، الجلفة.
- سعد حسن العزة، (2000)، الإرشاد الأسري (نظريات والأساليب العلاجية)، ط1، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- سعيد حسن العزة، (2000)، الإرشاد الأسري (نظريات وأساليب العلاجية)، ط1، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- شيلي تايلور، (2008)، علم النفس المرضي، دار الحامد للنشر.

- طارق عبد الوهاب ووفاء مسعود محمد، (2000)، قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة، مجلة علم النفس، مصر، العدد 54.
- عادل شكري محمد كريم، (2005)، المخاوف المرضية (قياسها وتصنيفها وتشخيصها)، دار المعرفة الجامعية، د.ط.
- عباس محمودي، (2003)، مناهات النفس وضوابط علاجها، بيروت، لبنان.
- عبد الجلال الفاتح، (1979)، أصول التربية في الإسلام، المركز الدولي للتعليم الوظيفي للكبار في العالم العربي..
- عبد الحميد محمد الشاذلي '2001' الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية
- عبد الخلق محمد عفيفي، (2000)، الخدمة الاجتماعية المعاصرة في مجال الأسرة والطفولة، مكتبة عين الشمس، القاهرة.
- عبد القادر القصير، (1999)، الأسرة المتضررة في مجتمع المدينة العربية، دراسة الميدانية في علم الاجتماع الحضري والأسري، بيروت، لبنان، النهضة العربية للطباعة والنشر.
- عبد الكريم قاسم أبو الخير، (2002)، التمريض النفسي، عمان الأردن، دار وائل للطباعة والنشر، د.ط.
- عبد المجيد سيد منصور زكرياء أحمد الشريني، (2000)، الأسرة على مشارف القرن 21 القاهرة، دار الفكر العربي.
- العزة سعيد حسن، (2000)، الإرشاد الأسري (نظريات وأساليب الفلاحية)، ط1، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- علاء الدين الكفافي، (2006)، الإرشاد والعلاج النفسي الأسري من المنظور النفسي إيالة شللاتي، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
- علاء الدين كفافي، (1999)، الإرشاد والعلاج النفسي الاتصالي، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
- علاء الدين كفافي، (2009)، النفس الأسري، دار الفكر، القاهرة، د.ط.

- علاء الدين كفاي، (2009)، علم النفس الأسري، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع عمان.
- علي أسعد وطنه، (1993)، علم الاجتماع التربوي، جامعة دمشق، للنشر والتوزيع.
- فاروق السيد عثمان، (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، القاهرة، دار الفكر العربي، ط1.
- فاروق السيد عثمان ' 2001 ' القلق وإدارة الضغوط النفسية ' دار الفكر العربي ط1 القاهرة.
- كريم مكيري، (2008)، التصورات العائلية والتوظيف النفسي لدى المراهقين المصدومين، رسالة ماجستير، منشورة، جامعة الجزائر.
- كفاي علاء الدين، (1999)، الإرشاد الأسري، دون طبعة، دار هناء للشرق، القاهرة.
- لين هارتمان تشارلز، لورنزي (2005)، دليل سرطانات النساء، ط1، الدار العربية للعلوم.
- محمد أديب الخالدي، (2006)، "مرجع علم النفس الإكلينيكي"، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- محمد حسن غانم، (2002)، نظريات الإرشاد وأساليبه، الطبعة 1، المكتبة المصرية للطباعة والنشر الإسكندرية، مصر.
- محمد سعيد فوج، (1980)، البناء الاجتماعي والشخصية، الهيئة المصرية العامة للكتاب الإسكندرية.
- ملكوم شوارتز، (1992)، السرطان ما هو؟ أنواعه ومحاربته، ترجمة علماء أبو سعد لبنان، دار الهدى، الطبعة الأولى.
- ناصر ميزاب، (2005)، مدخل إلى السيكولوجية الجنوح، ط1، دار النشر عالم الكتب، القاهرة.

- نوريار سلامي، (2001)، المعجم الموسوعي في علم النفس ترجمة وجيه الأسعد، ج1، منشورات وزارة الثقافة، دمشق.
- الرسائل والأطروحات:
- سعيدان نادية، (2015)، النسق الأسري وعلاقته بالجنوح عند الفتان الجانحة، (شهادة ماستر) قسم علم النفس، جامعته وهران.
- غازلي نعيمة، (2012)، النسق الأسري وعلاقته بظهور المحاولة الانتحارية لدى المراهق، رسالة ماجستير، غير قسم هم النفس كليه العلوم الإنسانية والاجتماعية منصوره جامعة تيزي وزو، الجزائر.
- ناصر ميزاب، (2007)، المعاملة الوالدية للحدث الجانح وعلاقتها بمفهوم الذات (دراسة مقارنة)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه دولة في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر.
- ناصر ميزاب، (2015)، القياس النفسي النسقي من الخلفية النظرية إلى كيفية التطبيق إلى النتائج (اختبار الإدراك الأسري نموذجاً)، المجلة العربية للعلوم النفسية، العدد 47، الجزائر جامعة مولد محمد تيزي وزو.
- ناصر ميزاب، فصلي فتحة ونايت عبد السلام كريمة وبن سي سعيد نعيمة (2010-2012) ترجمة وتكييف اختبار الإدراك الأسري FAT من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية، تيزي زوز مشروع CNEPRU رقم R00520090002 مرخص من طرف وزاره التعليم العالي والبحث العلمي، جامعة مولود معمري.
- أسيا خرشي، (2009)، التناول النسقي العائلي للاضطرابات المرور إلى الفعل عند المراهق، مذكرة التخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصمي، جامعة الجزائر.

- أيت مولود يسمينة ويعلي زاهية، (2018)، التناول النسقي للمرض السيكوسوماتي دراسة نظرية توضيحية، انطلاقا من تقديم حالة المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، المركز الديمقراطي العربي- ألمانيا- العدد (03)، ص 27، ص 40.
- أسيا خرسى، (2009)، التناول النسقي العائلي للاضطرابات المرور إلى الفعل عند المراهق، مذكرة التخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحي، جامعة الجزائر.
- غازلي نعيمة، (2012)، النسق الأسري وعلاقته بظهور المحاولة الانتحارية لدى المراهق، رسالة ماجستير، غير قسم هم النفس كليه العلوم الإنسانية والاجتماعية منصور جامعة تيزي وزو، الجزائر.
- فضيلة عروج (2017)، دراسة نفسية عيادية لحالة الإجهاد ما بعد الصدمة لدى العازيات المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراة تخصص علم النفس المرضي، جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي.
- قاسي خليفة، (2011)، اضطرابات النسق العائلي المدرك وعلاقته بظهور الجنوح لدى المراهقين البالغين من العمر ما بين (13- 17 سنة)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، قسم علم النفس كليه العلوم الإنسانية والاجتماعية، تيزي وزو، الجزائر.

المراجع باللغة الأجنبية:

1. Albernhek.K. Albern T (2000), Les thérapies familiales systémiques edition Mosson, paris.
2. Brehant, jettcematose (1999), le médecin et le malade devant la nort. Ed tirage. France.
3. Elkaim Momy (1994), la thérapies familiales en changement sou du direction de mony elkaim, édition par syutliebabo muses d'orsay, paris.
4. Ell.K. 1996. Social network.social support and coping with serous illness : the family connection social science and Medicine val
5. Fantaine (1984) clinique et thérapie comportementales, ED Marlayat, Belgique.

6. Jean claud (1988), intervention systématique dans le travail social, édition, paris.
7. Mucchiellie Alese (2003) théorie systématique des communication principes et application veuf. ML, paris.
8. Rougeul (2003), Famille en crise, approche systémique des relation humaines. Georg, paris.
9. Satel et ettera (1992), trouble psychiques encancerotrogie, masanon, paris.
10. Sotile, (1999), Alescander J. wayne m-sotile, susane.E.Hanry et Mary

المواقع الإلكترونية:

1. Breast-cancer. <http://www.selh.com>
2. <http://forunu.hamza-psy.mabetoobloy.com>
3. <http://www.arabpsynet.com/paper/papform.bitn>
4. www.jmmjraa.ory.mba cancer ntm
5. www.onz.fr. hamdi cherif, séminaire sur les maladies, Alger du 01 au 03/04/2003