Journal of Educational and Psychological Sciences
Volume (5), Issue (30): 30 Aug 2021
P: 147 - 161

AJSRP
ISSN: 2522-3399

مجلة العلوم التربوية والنفسية
المجلد (5)، العدد (30): 30 أغسطس 2021 م
ص: 147 - 161

# Death anxiety among women with breast cancer at the National Center for Radiotherapy and Nuclear Medicine in Khartoum

**Soha Mohamed Ali**

**Elrasheed Ismaeil Eltahir**

Faculty of Art || Elneleen University || Sudan

**Abstract:** This study addressed death anxiety among women with breast cancer at the National Center for Radiotherapy and Nuclear Medicine in Khartoum, in order to identify: differences in death anxiety among women with breast cancer according to the variable of performing mastectomy at the Center. Where They used the descriptive method with a sample size 35 women with breast cancer were chosen by the intentional method at the Center, they applied the death anxiety scale on the patients, the data was analysed statistically using statistical package for the social sciences (SPSS). They reached a number of conclusions and recommendation, including: The death anxiety among women with breast cancer at the Center is high, there are statistically significant differences between death anxiety among women with breast cancer at the Center according to the variable of performing mastectomy in favor of those who underwent a mastectomy. Guidance should be offered to the family and especially the husband to how to deal with his injured wife according to her stage and accept the apparent negative emotions and behaviors, and encourage her to express herself.

**Keywords**: Anxiety Death, Infected, Breast Cancer.

# قلق المَوْت لدى المُصَابَاتِ بِسرطانِ الثَّدْي، بالمَرْكَزِ القَوْمِيّ للعِلاجِ بالأَشِعَةِ وَالطِّبّ النَّوَوِيّ بِالخرطوم

**سهى محمد على**

**الرشيد اسماعيل الطاهر**

كلية الآداب || جامعة النيلين || السودان

**المستخلص:** هدفت الدراسة لكشف العلاقة بين الإصابة بسرطان الثَّدْي وقلق المَوْت؛ لدى المصابات بسرطان الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بالخرطوم وذلك بهدف التعرف على: الفروق في قلق المَوْت لدي المصابات بسرطان الثَّدْي وفقاً لمتغير إجراء عملية جراجيه لاسْتِئْصَال الثَّدْي، استخدم الباحثان المنهج الوصفي وبلغ حجم العينة (35) مصابة بسرطان الثَّدْي، تم اختيارهنّ بالطريقة القصدية، وطبق الباحثان عليهن مقياس قلق المَوْت، وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss)، وقد توصل الباحثان إلى النتائج الآتية: يتسم قلق المَوْت لدي المصابات بسرطان الثَّدْي بالمركز القَومِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بولاية الخرطوم بالارتفاع، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق المَوْت لدى المصابات بسرطان الثَّدْي تعزي لمتغير إجراء عملية جراحية لاسْتِئْصَال الثَّدْي لصالح اللائي أجرين عملية جراحية لاسْتِئْصَال الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بولاية الخرطوم، في خاتمة الدراسة قدم الباحثان مجموعة من التوصيات أهمها إرشاد الأسرة وخصوصًا الزوج إلى كيفية التعامل مع زوجته المصابة حسب مرحلتها وتقبل ما يبدو منها من عواطف وسلوكيات سلبية، وتشجيعها للتعبير عن نفسها.

**الكلمات المفتاحية:** قلق – المَوْت- مصابات- سرطان الثَّدْي.

## المقدمة.

ورد في المسح القَوْمِيّ للسرطان الذي أجرته وزارة الصحة الاتحادية لعام (2019) للمصابات بسرطان الثَّدْي حيث بلغ عدد المصابات بسرطان الثَّدْي (1526مصابة) بمعني (127مصابة) شهريًّا (الإحصاء، 2019)، وهو عدد كبير جداً، وعالميا كل 50 ثانية في أحد الأماكن في العالم يموت شخص بسبب سرطان الثدي، أي أكثر من (1700) امرأة ورجل يومياً (www.news un.org, 2019) حيث يصنف سرطان الثدي في مقدمة أمراض السرطان المتنوعة التي تصيب النساء في البلدان ويمكن لسرطان الثَّدْي أن يصيب الرجال ولكن هذا المرض تصاب به النساء بمعدل 100 مرة أكثر من الرجال، أظهرت الدراسات الحديثة أن حوالي 10% من حالات سرطان الثَّدْي تعود مباشرة إلى التغيرات الوراثية المتعلقة بالجينات (Noware, 2000) وحتى الآن لا يعرف سبب مباشر على وجه الدقة، ولكن هنالك عدة عوامل تخلق مناخا منها عوامل وراثية بيولوجية وبيئية وفيزيائية وكيميائية وظروف الحياة والصحة العامة (نحبة من أساتذة الجامعات العربية، 1999)، ويعدُّ الإِنْسَان كائن اجتماعي، فهو يتعرض للتأثيرات المختلفة من الخارج (البيئة الخارجية) ومن الداخل (ذاته) فهو ينمو ويتطور، يضعف ويمرض ويفني، وتختلف أنواع التأثيرات والإصابات باختلاف أعضائه ومكوناته فهنالك إصابات واضطرابات نفسية وهنالك اضطرابات جسدية، كما تختلف أيضاً درجات الإصابة وتزداد درجة القلق والخوف والحذر والاهتمام بحالته ويسعى بكل جهد للتخفيف من المرض ومن الآلاَم، كما يعي الناس تماما بأن وجودهم في هذه الحياة سينتهي عاجلاً أم آجلاً، ومن الممكن القول بأن الخوف من المَوْت أو القلق منه أمر شائع لدى معظم الناس، فهو يقتحم أفكارنا وحياتنا بطرق مختلفة سواء كانت خارجية كموت شخص عزيز أو داخلية كالمرض، وقلق المَوْت من العوامل الرئيسة المؤثرة في الشخصية الإِنْسَانية، وموضوع القلق كان ولا زال من أهم الموضوعات التي تفرض نفسها دائماً على اجتهادات الباحثين في العلوم النَّفْسِيَّة؛ لما له من أهمية وعمق وارتباط بأغلب المشكلات (الدباغ، 2002).

### مشكلة الدراسة:

إن زيادة نسبة الإصابة بسرطان الثدي في العقود الأخيرة والتطور الطبي أدى إلى زيادة فرص بقاء المصابات على قيد الحياة، ويتبع ذلك زيادة في أعداد النساء اللواتي يعشن مع نتائج المرض والتي تشمل ردود الأفعال النفسية للمرض والعلاج وتأثيراته الجانبية وانعكاسه ذلك على حياتهن، فقد بلغ عدد المصابات بسرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي في عام (2019) إلى (1.526مصابة)بمعني (127مصابة) شهرياً و(18مصابة)أسبوعياً، كما أن القلق والاحساس بقرب الموت يثبط نشاط الجهاز المناعي فتقل مقاومة المصابة بسرطان الثدي مما يعني البقاء فترة اطول تحت العلاج وتبعا لسيكولوجية المرأة وما تعانيه جراء الإصابة بسرطان الثَّدْي رأى الباحثان ضرورة دراسة العلاقة بين الإصابة بسرطان الثَّدْي وقلق المَوْت، ذلك من خلال الاجابة على هذا السؤال: هل توجد فروق لدى المصابات بسرطان الثَّدْي في قلق المَوْت بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بالخرطوم؟

### فرضيات الدراسة.

تفترض الدراسة:

1- يتسم قلق المَوْت لدى المصابات بسرطان الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بالخرطوم بالارتفاع.
2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بالخرطوم وفقاً لمتغير إجراء عملية جراحية لاسْتِئْصَال الثَّدْي.

**أهداف الدراسة:**

تهدف الدراسة للتعرف على:

1- الفروق في قلق المَوْت لدى المصابات بسرطان الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بالخرطوم.

2- الفروق في قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بالخرطوم وفقاً لمتغير إجراء عملية جراحية لاسْتِئْصَال الثَّدْي.

**أهمية الدراسة:**

يمكن تقسيم الأهمية إلى:

أ- الأهمية النظرية: تظهر في:

1- تفيد هذه الدراسة في توفير معلومات عن قلق الموت وعلاقته بسرطان الثدي.

2- تسعي هذه الدراسة إلى تفسير العلاقة بين قلق الموت وسرطان الثدي.

3- تتناول هذه الدراسة بعض المتغيرات التي يود الباحثان دراسة تأثيرها على قلق الموت لدي المصابات بسرطان الثدي.

ب- الأهمية التطبيقية: تظهر في:

1- تساعد نتائج هذه الدراسة المرشدين النفسيين في وضع استراتيجيات لتخفيف نسبة قلق الموت لدي المصابات بسرطان الثدي.

2- تساعد نتائج البحث المصابات بسرطان الثدي التخلص من قلق الموت والتعايش مع المرض.

3- تسهم نتائج هذه الدراسة في زيادة الوعي بخطورة قلق الموت لدي المصابات بسرطان الثدي.

**حدود الدراسة:**

- **الحدود الموضوعية:** قلق الموت وسرطان الثدي.
- **الحدود البشرية:** النساء المصابات بسرطان الثدي.
- **الحدود المكانية:** المَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بالخُرْطُوم، السودان.
- **الحدود الزمانية:** العام 2020م.

## 2. الإطار النظري والدراسات السابقة

**أولاً- الإطار النظري.**

**قلق الموت:**

أ- التعريفات الفلسفية للموت:

لقد هتم الفلاسفة قديماً وحديثاً بالمَوْت كظاهرة يصلها الإِنْسَان في مرحلة ما من حياته.

1. فيعرفه أفلاطون: بأنه موت الجسم وانطلاق الروح.
2. ويعرفه أرسطو: هو موت الجسم ومعظم أجزاء الروح (الانفعالات والميول) ويبقى فقط التفكير لأنه أسمى من طبيعة البشر التي نحياها.
3. بينما يرى وليم جيمس: انه موت الجسم وانسلاخ الروح.

4. ويرى سارتر: بأنه توقف كل العمليات العقلية والجسدية، والمَوْت هو الحرية في اختيار البدائل المختلفة للعيش (فندلاي، 1945).

ب- التعريفات البيولوجية:

تجمع كل الأبحاث على أن المَوْت هو توقف نشاط الدماغ بالرغم من استمرار عمل القلب.

أما العالم هندن، 1974م فيرى انه توقف التنفس وتوقف دقات القلب مما يؤدي إلى توقف الدماغ (lugo, 1974).

القلق: هو رد فعل على الضغط النفسي أو الخطر عندما يستطيع الإِنْسَان أن يميز بوضوح شيئاً يتهدد أمنه أو سلامته (شيهان، 1988).

قلق المَوْت: عرفه (هوتلر) بأنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالمَوْت (عثمان، 2001).

أكدت الدراسات في مجال المَوْت واتجاهات الناس نحو المَوْت على أن الفرد كلما تقدم في العمر أصبح أكثر تقبلاً وتهيئاً لفكرة المَوْت؛ وبذلك يقل لدية قلق المَوْت والتوجس منه والعكس، مما دعي الباحثان إلى دراسة قلق المَوْت لدى النساء المصابات بسرطان الثَّدْي بمختلف أعمارهن وحالاتهن الاجتماعية ومعرفة القدر الذي يعانين منه، لتقديم المساعدة اللازمة لهن ورفع قدرتهن على الأداء اليومي والعطاء الدائم كأم أو زوجة أو أخت أو ابنة باعتبارهن يقعن في دائرة قلق المَوْت.

**النظريات التي تحدثت عن قلق المَوْت:**

**نظرية التحليل النفسي:**

تحدثت عن غريزة المَوْت ومازالت قضية جدلية كبيرة بين علماء التحليل النفسي فالتغيرات العادية التي تحدث باستمرار هي عملية تكييف تهدف إلى تحقيق التوازن وتتضمن داخلها غريزة العدوان والجنس وهذين النمطين من الغرائز مزجا معا بشكل طبيعي دون أن يتساوى بالضرورة دور الغريزتين (العدوان والمَوْت) في أي سلوك، فالسلوك الجنسي حتى لو كان الجماع يحمل في طياته بعض من العدوانية وأي سلوك عدواني حتى لو كان قتل يتضمن بعض عناصر الجنس وبالمثل فنحن لدينا الشعور المتناقض بكل من الحب والكراهية تجاه أناس مهمين في حياتنا، والأكل عملية عدوانية كما هو عملية جنسية لأنه يتضمن العض وهدم الطعام لكي يدخله إلى الجسم ويدمجه فيه، وهذا يعني أن سيطرة نمط واحد من الغريزة يمكن أن يحدث نظريا فقط لأن الواقع يشير إلى أنه نادراً ما تقوم غريزة بعمل ما بمفردها بعيداً عن الأخرى (منصور، 1990).

**نظرية رولو ماى:**

مع تقدم القرن العشرين واجهه علماء النفس والمعالجين النفسيين ظاهرة محيرة حيث أصبح التمسك بالعادات والأعراف الاجتماعية أقل مما كانت عليه في عصر (فرويد)، ومع ذلك فإن عدد الأَفْرَاد الذين يسعون في طلب العلاج النفسي في تزايد مستمر، فهم يعانون من مشاكل جديدة وغير مألوفة مثل العجز عن التعبير والتمتع بحرية التعبير عن الذات واغتراب الذات والشعور بالاغتراب وغيرها، ودفع ذلك المعالجين النفسيين إلى البحث عن فلسفة شاملة للطبيعة الإِنْسَانية وهى ما تعرف بالوجودية، ويعتبر (رولو ماى) صاحب النظرية الوجودية وتحدث فيها عن الحضور الوجودي للفرد وهو موضوع شخصي، فلا يوجد من يستطيع أن يخبر شخص آخر كيف أو ماذا يوجد في العالم ويجب على كل شخص أن يكتشف ويؤكد جهده وقيمه الخاصة وهذا الأمر يتحقق فقط إذا عايشنا

الخبرة في كل لحظه بنشاط وتلقائيه، وكلما قوى وجودنا في هذا العالم كلما اصبحت شخصياتنا أكثر سوية ويتحقق ذلك من خلال إثبات وتأكيد وجودنا في هذا العالم حتى في مواجهة الأعراف الاجتماعية والتكيف مع الضغوط والمعايير الوالدية غير الرشيدة وتهديد المَوْت نفسه (عبد الرحمن، 1998).

**أهم جوانب نظريته اللاوجود والقلق:**

على الرغم من تداخل المظاهر الشخصية الذاتية والموضوعية بشكل معقد إلا أن هناك حقيقة مطلقة عن وجودنا في هذا العالم وهي المَوْت الذي لا يستطيع أحد منا أن يهرب منه إطلاقا، أن وجودنا القصير في هذا العالم ربما ينتهي في أي لحظه بسبب الأقدار التي يصعب التنبؤ بها كحادث سيارة، رصاصة مجرم، زلزال، حريق أو أزمة قلبية، أن وعينا بالنهاية الحتمية لكينونتنا والتحطيم السيكولوجي الوشيك والقائم على الرفض والإهانة يثير شعوراً مؤلما بالقلق (عبد الرحمن، 1998)..

فالقلق يتسم بعدم السواء فالشخص الغير سوي: هو الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره مشاعرة ونشاطه ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصياً وانفعالياً واجتماعياً، والا سوية هي حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع تتطلب التدخل لحماية الفرد وحماية المجتمع منه (زهران، 1997).

**نظرية المَوْت:** هناك نظريات تحاول تفسير المَوْت، وأغلب هذه النظريات تتحدث عن عالم ما بعد المَوْت وكيفية الانتقال إليه، وهذا خارج نطاق حديثنا.

أما النظرية المادية والتي حاولت تفسير المَوْت، فقد أكد العالم آرثر فندلاي أن الإِنْسَان يتكون من جسم ونفس وروح، فالجسم نراه مادياً والنفس هي العقل أما الروح فهي الجسم الأثيري، أن الجسم الأثيري يطابق في الشكل الجسم الفيزيقي وهي التي تجعل هذا الجسم الفيزيقي يتماسك، وما المَوْت إلا انفصال الجسم الأثيري عن الجسم المادي.

وتوجد ثلاثة مفاهيم للموت كما يراها الراشدون وهي:

1. المَوْت بوصفة جريمة يتخلص بها الإِنْسَان من حياته.
2. المَوْت بوصفة انتقالاً إلى حياة أخرى، والتي قد ينظر اليها على أنها حياة رهيبة أو فظيعة أو حياة رائعة ينتظرها الشخص بتخوف أو بهدوء.
3. المَوْت بوصفه نهاية نتوقعها (بشير، 2009).

ويرى الباحثان أن مدرسة التحليل النفسي لم تستوعب فكرة قلق المَوْت بشكل عام وإنما اكتفت بتحديد غريزة العدوان التي تتضمن المَوْت وغريزة الجنس ومدى أهميتهما والدور الذي يلعبانه في أي سلوك يقوم به الفرد، على عكس (ماي) الذي تحدث عن الوجود الشخصي للفرد الذي يسعي إليه دوما وكلما قوي وجوده كان أقرب للسواء، وأي تهديد لهذا الوجود يعتبر تهديد للسواء، فالمَوْت سواء كان عن طريق حادث أو مرض أو غيره يعتبر تهديد لوجود الشخص مما يثير لديه قلق المَوْت، ويتفق الباحثان معهما في أن التهديد للحضور الوجودي يثر القلق وأن المَوْت أيضا أمر طبيعي وحتمي يجب أن نتعايش معه ونتفهمه فالدين الإِسْلَامي تحدث عن المَوْت والقلق منه وطبيعة النفس البشرية في الخوف من المجهول والفناء وحب ملذات الدنيا وضرورة مقاومة ومحاربة النفس وأوجد الحل بأن نسلم بأن هذه الحياة الدنيا فانية وأن المَوْت ما هو إلا انتقال لبداية الحياة الخالدة التي يجب أن يعمل ويطمح لها كل مسلم ليجني ثمار حصادة فيها وأن يتمتع بنعم الدنيا دون نسيان زوالها أو زواله.

**القلق والخوف:**

هناك فرق طفيف بين القلق والخوف فالخوف هو الشعور الذي ينتابك عندما يرى أو تختبر بشكل مباشر شيئاً تخشى منه، ويمكن اعتبار القلق نوعا من أنواع الخوف الذي تعانيه عندما تفكر في الأشياء أو تقلق بشأنها دون أن تختبرها بشكل مباشر، لم تعد المشاكل الجسدية قصيرة الأمد تشكل لدينا خوفاً ولا قلقاً ولكننا أصبحنا نقلق بشأن المستقبل وكيفية التعامل مع المشاكل أو الظروف التي قد تنشأ لاحقاً ولم تظهر بعد، وكلمة قلق بالإنكليزية (Anxiety) مشتقه من الكلمة اللاتينية (Anxius) والتي تعنى القلق من أمر غير واضح، ذكر بورجوبا أن قلق المَوْت استجابة لا شعورية تفجرها عدم الرغبة في المَوْت، أما الخوف من المَوْت هو استجابة واعية لتهديد المَوْت أو انفعال ذو مصدر خارجي، وليس من الضروري أن نكون أمام خطر تهديد بالمَوْت لكي نستجيب بقلق المَوْت، وبما أن الاخيرة مصدرة داخلي، كما أضاف بأن قلق المَوْت يقلل من الوعي ويثبت في أغلب الأحيان على حالات القلق بأنواعه، أي أن الأَفْرَاد ذوي القلق المرتفع يكونوا أكثر استعداداً للاستجابة بقلق المَوْت، وكذلك يرى (مسكويه)أن الخوف من المَوْت نجدة عند من يرى أن المَوْت حقيقة أو لأنه يظن أن بدنه إذا نحل أو بطل تركيبة فقد انجلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم، وأن العالم سيبقي موجوداً وهو ليس موجود فيه، أو يظن أن المَوْت ألم عظيم غير ألم الأمراض التي ربما تقدمه أو أدت إليه أو كانت سبب حلوله، أو لأنه يعتقد عقوبته تحل بعد المَوْت (عبد الوهاب، 2000).

**هنالك بعض النقاط الأساسية:**

- يكاد يكون من المستحيل العيش دون قلق أو خوف.
- يمكن اعتبار القلق نوعاً من أنواع للخوف الذي تعاني منه عندما تفكر في بعض الأمور أو تقلق بشأنها أو تخبرها بشكل مباشر.
- أجسامنا مبنية بحيث تتعامل مع الخوف قصير الأمد ولكن عالمنا يفرض علينا قلقاً يدوم لفترات طويلة.
- القلق عبارة عن خوف أو قلق يستمر لفترات طويلة أو أنه أمر هائل مقارنة بالخطر.
- غالباً ما يمكن علاج اضطرابات القلق بفاعلية من دون اللجوء إلى تناول عقاقير طبية (مكنزي، 2013).

**أسباب قلق المَوْت هي:**

1. ما الذي يحدث بعد المَوْت.
2. حدث المَوْت نفسه.
3. الانقطاع عن الوجود.

ويذكر (تمبلر) أن درجة قلق المَوْت يحددها عاملان هما:

1. الحالة النَّفْسِيَّة بوجه عام: فالمضطربون نفسياً عموما ترتفع درجاتهم في قلق المَوْت.
2. خبرات الحياة المتصلة بموضوع المَوْت كالجنس، التقدم في العمر، المرض (بشير، 2009).

**مدى تأثير الأمراض في قلق المَوْت:**

إنَّ الآثار النَّفْسِيَّة للمرض على الأَفْرَاد الناجمة عن الإصابة بأمراض خطره لا ينتهي بانتهاء المرض، فالأَفْرَاد الذين ينجون من المَوْت نتيجة المرور بأزمات وأمراض خطره يستمرون في التأثير بما يسمي بخبرات الاقتراب من المَوْت التي تؤثر في مجرى حياتهم اليومية، وأن فهم مثل هذه الخبرات ضرورة للوصول إلى فهم ووعي الأَفْرَاد، ويؤكد ادلبرت وسترانج أن المرضي واقربائهم كثيراً ما ينشغلون بالأفكار الوجودية وبقلق المَوْت حتى ولو لم يظهر قلق المَوْت بشكل مباشر فإنه قد يبدو من خلال أنواع عدة من المشاعر المرتبطة بخوف من المَوْت، والمشتركة بكثرة بين المرضى وذويهم

مثل: ( الألم، الحزن، اليأس، الخوف الوجودي، القلق الوجودي) مثل هذه الأمور يجب على الأَفْرَاد الذين يتعاملون مع المرضى أن يكونوا على وعي بها من أجل تزويدهم بالمساندة والدعم اللازمين وذلك للوصول إلى تكيف مع المرض، فالأَفْرَاد الذين يتعاملون مع المرضى مثل الأطباء والممرضين لهم دور أساسي في التغلب على الآثار السلبية الناجمة عن المرض مثل الخوف من المَوْت (بشير، 2009).

ثمة علاقة بين القلق ومستوى أداء الأشخاص، فأداء الأشخاص الفكري والجسدي يتحسن مع ازدياد مستوي قلقهم، غير أن هذا الاداء يبلغ نقطه يبدأ فيها بالتراجع مع ازدياد مستوي القلق، وابتداء من هذه النقطة يكون مستوي التراجع سريع جداً، فكلنا بحاجه إلى بعض الخوف فالإفراط فيه يمنعنا من أداء عملنا على أحسن وجه، وتحدثت الباحثة (اليزابيث) أنه في حالة مرض المَوْت يمر المريض بالمراحل الآتية:

1. الإنكار أو العزلة: حيث ينكر الشخص خطورة حالته.
2. حالة الغضب أو السخط: وهي تتمثل في لماذا أنا بالذات؟ بالإضافة إلى غيظ يمكن أن يوجهه إلى أي شيء أو أي شخص.
3. مرحلة المساومة: وفيها يحاول الشخص أن يقيم نوعاً من الاتفاق أو التسوية مع القدر.
4. الاكتئاب: وتحدث هذه المرحلة كلما استمر نضوب الطاقة باستمرار المرض حيث يكون لدي المحتضر احساس بالخسارة الكبيرة والنهاية المحتومة للحالة.
5. بعد أن يمر الشخص بكل هذه المراحل تأتي مرحلة التقبل وينتهي كل شيء.

ركزت (اليزابيث) على استمرار المريض في الأمل والذي يأخذ أشكالاً متعددة (عبد الخالق، 1987).

يرى الباحثان أن سرطان الثَّدْي من الأمراض التي لا ينتهي اثرها النفسي بانتهاء المرض فالمصابة به تظل حبيسة افكار معينة كمعاودة المرض لها مرة اخري في نفس المكان أو مكان آخر لفترة طويلة جداً قد تنتهي بظهور الورم مجدداً، فهذه الدوامة من قلق المَوْت تبدأ بظهور الورم لأول مرة ولا تنتهي إلا بالمَوْت، سواء كان بوصول المصابة للآخر مراحل الورم والمَوْت أو بالشفاء منه ومعاودته لها بعد فترة طويه قد تصل لسنين تظل خلال هذه الفترة دائمة الانشغال بفكرة المَوْت وقد يكون القلق من حدث المَوْت نفسة أو من المعاناة والألم حتى المَوْت ففي النهاية تعاني من قلق المَوْت، وهذه الفئة ليست قليلة مما دعي الباحثان لإخضاعها للدراسة والبحث، وكما سبق أنه في حالة مرض المَوْت يمر المريض بمراحل معينه، فيجب أخدها في عين الاعتبار وتوفير الإرشاد والدعم المناسب لكل مرحلة ولهده الفئه عموما لتقليل المخاوف المرضية وقلق المَوْت لديهن حتي يستطعن ممارسة حياتهن بصورة أقرب للطبيعية أو للتخفيف عنهن (العلاج التلطيفي) حتي تنتهي حياتهن بقلق واكتئاب وضغط نفسي أقل.

**قلق المَوْت والعمر المتوقع ذاتياً:**

يقصد بالعمر المتوقع ذاتياً ذلك العمر الذي يتوقع الشخص أن يعيشه على أساس تقريره الذاتي ومن ناحية أخري فإن العمر المتوقع موضوعياً هو ذلك المبني على أسس إحصائية مستمدة من الإحصاءات العامة للسكان، ولقد اصبح العمر المتوقع ذاتياً بعداً متزايد الأهمية، إذ يمكن أن نفهم من خلاله التوجه العام لدى الفرد بالنسبة للحياة في أي مستوى من العمر الزمني، ومن المفترض هنا أن الفروق في العمر المتوقع ذاتياً ترتبط بالعوامل الموقفة وشخصية الفرد والعوامل الديموغرافية، كما أن التغيير فيه يمكن أن يتخذ معياراً لمدى تقدم البرامج العلاجية، وتقارن عادة متوسطات العمر المتوقع ذاتياً بالإحصاءات العامة للسكان (عبد الخالق، 1987).

**علاج قلق المَوْت:**

يعد قلق المَوْت نوع من أنواع القلق ويصلح لعلاجه ما يصلح لعلاج القلق طرقه وفيناته، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بأنواعه المختلفة شيوعا وانتشاراً، وأفضلها من حيث أنه يحقق أعلى نسب الشفاء من الطرق العلاجية الأخرى، وقد اعتمد (تمبلر) في علاج قلق المَوْت على نظرية العاملين، حيث يرى أنه إذا كان قلق المَوْت المرتفع مصاحباً اولياً لحالة مرضية كالاكتئاب أو عصاب القلق أو الوسواس القهري، فإن هذه الزملة يجب أن تعالج علاجاً عرضياً بالعلاج السلوكي أو العلاج الكهربائي أو العلاج بالعقاقير أياً ما كان اختيار المعالج، أما إذا كان قلق المَوْت المرتفع عرضا مستقلاً نسبيا لدى شخص في حالة من الصحة النَّفْسِيَّة، بالإضافة إلى كونه نتاجا لخبرات بيئية غير مواتية فإنه يجب أن يخفض مباشرة بطرق العلاج السلوكي كتقليل الحساسية المنظم، أن قلق المَوْت المرتفع يعد عند معظم المرضي نتيجة لاضطراب نفسي عام، وخبرات محددة متصلة بالمَوْت وفى هذه الحالة يعالج بطرق مباشرة أو غير مباشرة، وتعتبر التربية المتصلة بالمَوْت وهى تشمل على وسائل سمعية وبصرية وعلى محاضرات وحلقات دراسية وغير ذلك من البرامج التي تهدف إلى خفض قلق المَوْت لدى أصحاب المهن التي تتعامل مع المرضى المحتضرين وخاصه الممرضات (عبد الخالق، 1987).

**إدارة اضطرابات القلق باستخدام تقنية المساعدة الذاتية:**

1. الاستعداد للمشاكل: غالبا ما تبدأ مشاكل القلق بعد حدث مثير للتوتر، فإذا كنت تعاني من أعراض قلق قد تجد أنها تزداد سوءاً عندما تلوح في الأفق أحداث عاطفية أو أحداث مثيرة للقلق، وتكون بعض الاحداث المثيرة للقلق متوقعة مثل ذهاب أولادك إلى الجامعة أو الزواج أو الامتحانات، ولجعل هذه الأحداث أقل إثارة للتوتر فعليك أن تكون أولاً منفتحا وصريحاً حول مقدار التوتر الذي قد تصل إليه وثانياً عليك أن تستعد له.
2. مجموعات المساعدة الذاتية: يمكن أن يكون الانضمام إلى مجموعة أمراً مفيداً إليك، فهناك عدد من الجمعيات الخيرية ومنظمات المساعدة الذاتية التي تدير مجموعات المساعدة للأشخاص الذين يعانون من مشاكل القلق.
3. المساعدة المحوسبة عبر (الكمبيوتر): في الوقت الحالي تم تطوير العديد من مجموعات برامج الكمبيوتر من أجل علاج مشاكل القلق، ويمكن استخدام هذه البرامج في العيادات أو حتى المنازل مثل: مكافح الخوف، مكافح الوسواس القهري، استعادة التوازن، الاعتناء بصحتك.
4. المشروبات الممنوعة: وهي أحد الامور التي يجب الابتعاد عنها، يجد العديد من الأشخاص المصابين بالقلق أن الكحول تجعلهم يشعرون بقدار أقل من القلق وهذا صحيح إلا أنها تجعلهم أكثر اكتئاباً ايضاً، في نهاية المطاف ستجد نفسك تعتمد على هذه المشروبات لتمكنك من المضي في عيش حياتك اليومية.
5. إدارة التوتر: التخفيف من التوتر أمر مهم لنا جميعا، فنحن بحاجة إلى القليل من التوتر ليحثنا على النجاح ولكن الكثير منه ليس جيداً لنا، من المهم أن نتعلم كيف نسترخي بالطريقة الصحيحة.
6. التدليك: وهو تقنية أخرى للاسترخاء وتساعد على تخفيض مستويات القلق التوتر.
7. الضغط الإبري أو (الشياتسو): وهو تقنية تدليك يابانية ترتكز على نظرية الطِّبّ الصيني فيعتقد أن طاقة حياتنا الحيوية أي ا لتشي أو QI تجري في أجسادنا عبر مسارات أو خطوط معينة، وتحصل الأمراض إذا ما تعرضت هذه الطاقة إلى اعتراض أو خلل ما في التوازن، وفي تدليك الضغط الإبري يتم التلاعب بنقاط الضغط في الجسم من أجل إزالة الاعتراض وإعادة التوازن.
8. العلاج بالعطور: يستخدم هذا العلاج زيوت الأعشاب والزيوت الاساسية لتعزيز الصحة النَّفْسِيَّة.

9. العلاجات المكملة: يلجأ الكثيرون في هذه الأيام إلى العلاجات المكملة أو العلاجات البديلة، ففي بعض البلدان يذهب الأَفْرَاد لزيارة معالج مكمل حتى قبل اللجوء إلى طبيبهم العام، وتكمن المشكلة في العديد من العلاجات المكملة هي أنها لا تخضع لبحوث متخصصة تدعم ادعاءات فعاليتها، وهذا لا يعني أنها غير فعالة على الإطلاق ولكن لا يوجد دراسة موثوقة قادرة على تحديد فعاليتها.
10. المساعدة الذاتية المعتمدة على طبيب الصحة العامة: فمن الممكن أن يعرض عليك برنامج يتضمن على المعالجة بالكتب والمطالعة أو تمارين تحسين المزاج أو معلومات حول طريقة إيجاد مجموعة دعم يقودها اشخاص آخرون يعانون من مشاكل القلق (مكنزي، 2013).

**قلق المَوْت في ضوء الفكر الإسْلَامي:**

هناك إبهام زائد عالق بالمَوْت، يغلفه غموض شديد، يحيط به مزيد من التباس، ولا شك في أن الإِنْسَان يخاف من الغامض والمجهول ويغشاهما، فالغموض مثير للكراهية والنفور ولا ريب أن في المَوْت جوانب منفرة، والخوف ضد الكرة، والقلق مكافئ للخوف، ومن ثم فقلقنا من المَوْت أمر طبيعي متوقع، ولقد اجتهد كثير من الفلاسفة والمفكرين في حل اللغز الذي حير الإِنْسَان في كل زمان ومكان ألا هو لغز الحياة والمَوْت، دون ما حسم للمسألة، ونزلت الرسالات السماوية وكان لابد من مواجهة حاسمة وصريحة لقضية الحياة والمَوْت، وهى قضية مركزية في كل ديانة سماوية، تمس جوهر الوجود الإِنْسَاني، وتسبب للإنسان قدراً كبيراً من القلق والخوف وعدم اليقين، ويهمنا في هذا المقام أن نعرض لوجهة نظر الإسْلَام ذلك الدين القيم آخر الديانات السماوية (عبد الخالق، 1987).

يعالج الدكتور محمد أحمد عبد القادر، طرفا المسألة التي نتعرض لها هنا، في رسالة علمية قيمة، من وجهة نظر متخصص في الفلسفة الإسْلَامية إذ يقول: " كم أن للحياة حكمة وغاية وتكتمل الحكمتان في اختبار الإِنْسَان، وامتحانه في حياة اخري باقية" قال تعالي: (تبارك الذي بيده الملك وهو على كل شيء قدير، الذي خلق المَوْت والحياة ليبلوكم أيكم أحسن عملا وهو العزيز الغفور) (الملك: 1-2) أن مفهوم المَوْت في الدين الإسْلَاميّ له بعد آخر، إنه ليس ذلك المجهول الذي يبث الخوف والرهبة في النفوس، ولكنه قضاء الله وحكمته في أن يعيش الإِنْسَان عمراً خالداً في الآخرة، قال تعالى: (وإنا لنحن نحي ونميت ونحن الوارثون) (الحجر: 23)، (وما كان لنفس أن تموت إلا بإذن الكتاب مؤجلا) (آل عمران: 145)، المَوْت في الإسْلَام انتقال بين حياتين وليس نهاية أو خاتمه المطاف، وإنما الآخرة هي دار القرار التي يكون فيها موت مطلقا بل خلود ودوام، ويضيف أنه إذ كانت بعض الفلسفات أو المذاهب قد جعلت من المَوْت هما نحمله قبل لقائه فإن الدين عامة والإسْلَام خاصة قد جعل من المَوْت هدفاً فأستراح الإِنْسَان بعد أن عرف حكمة الله من هذه الحياة ومن المَوْت ٬ حيث أن المَوْت حقيقة فلا داعي إذن للخوف منه، ولا بأس من عدم القلق من لقائه خاصة إذا عرفنا أن كثرة ورود الآيات القرآنية التي تتعرض للموت ليس الغرض منها التخويف والتهديد، ولكن هدفها التقليل من حالة الخوف الإِنْسَاني من المَوْت، طالما أنه قد عرف طبيعته والغاية منه وطالما أنه أدرك حقيقته (عبد الخالق، 1987).

يرى الباحثان ضرورة تطرقها إلى الناحية الدينية (الإسْلَام) نسبه لأن فئة بحثها مسلمة وضرورة تعزيز هذا الجانب لديهن مما سيساعدهن كثيرا في تحمل وتخطي الصعاب التي تواجههن منذ بداية المرض، وذلك لفهم الإسْلَام لطبيعة المرأة وطبيعة النفس البشرية وضعفها في المرض وضرورة رفع الروح المعنوية والحث على المقاومة والصبر حتي تنتهي الازمة، والتحفيز على ذلك بنيل مزيداً من الحسنات والأجر ومزيدا من التغيير على مستوى الفرد الشخصي ورؤيته للحياة بمنظور مختلف عن ما كان قبل المرض أو الازمة، فنجد كثير من القصص والأنبياء يعلموننا الصبر

والتضحية وانها من سنه الحياة والاهم من الازمه وإدارتها هو كيف ستتغير وتمارس حياتك بعد الأزمة وتستفيد من دروس الحياة وأن لا تنغلق وتعيش في حزن وكآبة لبقية العمر، وكل متوقع آت فلابد أن نتوقع الافضل لنحصل علية، وأن ندرك نعمة وجودنا اليوم ونستغلها أفضل استغلال في الطاعة وعمل الخير ومساعدة النفس والغير.

**ثانياً- الدراسات السابقة:**

هنالك العديد من الدراسات التي تناولت مرضى سرطان الثَّدْي من عده جوانب، نذكر منها:

- **دراسة ضو البيت (2014)** قلق المَوْت لدى مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بالخرطوم. هدفت الدراسة للتعرف على قلق المَوْت لدى مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات (النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، مدة المرض، اسْتِئْصَال الخلايا السرطانية) بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بالخرطوم، بلغ حجم العينة (100) فرد من المصابين بمرض السرطان (44) ذكور و(56) إناث، واستخدمت الباحثة مقياس قلق المَوْت، واستخدمت الباحثة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية وتوصلت إلى نتائج نعرض منها النتائج ذات العلاقة بالبحث الحالي وهي يتسم قلق المَوْت لدى مرضى السرطان بالارتفاع، توجد فروق في قلق المَوْت بين المصابين بالسرطان تعزي لمتغير العمر، كما أنه لا توجد فروق في قلق المَوْت بين المصابين بالسرطان تعزي لمتغير واسْتِئْصَال الخلايا السرطانية.
- **دراسة الفكي (2015)** قلق المَوْت والاكتئاب لدى مرضى القلب وعلاقته ببعض المتغيرات بمستشفى الشعب بولاية الخرطوم، هدف البحث إلى التعرف على العلاقة بين قلق المَوْت والاكتئاب لدى مرضى القلب بمستشفى الشعب بولاية الخرطوم، بلغ حجم العينة (100) مريض بالقلب تم اختيارهم بالطريقة الصدفية، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي ومقياسي قلق المَوْت والاكتئاب كأداة لجمع المعلومات، واستخدمت بعض المعالجات الإحصائية المتمثلة في اختبار (ت)، معامل ارتباط بيرسون، اختبار تحليل التباين الاحادي (انوفا)، وتوصلت إلى نتائج نعرض منها النتائج ذات العلاقة بالبحث الحالي وهي أنه يتسم اضطرابي قلق المَوْت والاكتئاب لدي مرضي القلب بمستشفى الشعب بولاية الخرطوم بالارتفاع، كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المَوْت والاكتئاب لدي مرضي القلب بمستشفى الشعب بولاية الخرطوم تعزي لمتغير العمر والحالة الاجتماعية.
- **دراسة النيال (1991)** الفروق في كل من حالة القلق وقلق المَوْت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها، هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق في كل من حالة القلق وقلق المَوْت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها. لدى مرضي ذكور اعمارهم تتراوح بين (29-48سنه)، أُجريت (النيال) دراستها على (23) من المرضي الذكور الذين كانوا يجرون عمليات كبيرة تراوحت أعمارهم بين (29 و48) ومتوسط العمر (م= 21، 36، ع=16، 6) عاما، وقد طبق عليهم مقياس حالة القلق اعداد سبيلبيرجر وزملائه ومقياس قلق المَوْت إعداد رونالد تميلر وترجمة احمد عبد الخالق، واستخدم مقياس حالة القلق قبل إجراء الجراحة بالمقارنة بدرجاتهم على المقياس ذاته بعد إجراء الجراحة، وبعد المعالجات الإحصائية توصلت إلى نتائج نعرض منها النتائج ذات العلاقة بالبحث الحالي وهي الارتفاع متوسط درجات المرضى قبل إجراء الجراحة بالمقارنة لدرجاتهم بعدها في قلق المَوْت.
- **دراسة ياسين، (2011)** قلق المَوْت لدي عينة من مرضي السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة من منظور جندري بالأردن، وهدفت الدراسة الى معرفة قلق المَوْت لدي عينة من مرضي السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة من منظور جندري لدى مرضي سرطان الدم، الرئة، اللوكيميا، وبلغ حجم العينة

(154) (81) ذكور و(73) إناث اختيرت بطريقة قصدية، استخدمت الباحثة مقياس قلق المَوْت من أعدادها، واستخدمت الباحثة معالجات إحصائية كالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية بالإضافة إلى تحليل الانحدار المتعدد التدريجي واختبار فيشر بعد المعالجات الإحصائية توصل إلى نتائج نعرض منها النتائج ذات العلاقة بالبحث الحالي وهي وجود قلق المَوْت لدى أَفْرَاد العينة.

- **دراسة (lee et Maguire, 2002)**، في دراستها لعينة من النساء تتكون من مجموعتين الأولي تضم مجموعة من نساء مبتورات الثدي إثر الإصابة بالسرطان والثانية ضمت مجموعة نساء أجريت لهن عمليات جراحية عامة توصلت الدراسة إلى أن المجموعة الأولي وبعر ثلاثة أشهر من إجراء عمليات بتر الثدي فإن نسبة34% منهن تحصلن على درجات مرتفعة على مقياس القلق والاكتئاب مقابل07% من أفراد المجموعة الثانية، (سعادي، 2009م، ص16).
- **وفي دراسة قام لونيتوا وزملائه (1980):** أكدت وجود علاقة سلبية بين العمر والقلق من الموت واشتملت الدراسة على عينتين، الأولى عينة من منطقة شمال ايرلندا والأخرى منطقة جنوب غرب إقليم أونتاريوا في كندا تمثلت في طلاب جامعة من الجنسين وأسفرت الدراسة على وجود قلق الموت لدي العينتين حيث وجد أن الطلاب الكنديين لديهم انشغال أكبر بالجانب المعرفي لقلق الموت أي خوفهم من أن يموتوا، في حين أنشغل طلاب شمال إيرلندا بمسألة إصابتهم بالسرطان وقصر الحياة ورؤية الجنة (عبد الخالق، 1998).

## 3. منهجية الدراسة وإجراء اتها

**منهجية الدراسة:**

استخدم الباحثان المنهج الوصفي المسحي كونه الأنسب لمثل هذه الدراسة.

**مجتمع الدراسة وعينتها:**

تم اختيار جميع المصابات بسرطان الثَّدْي المقيمات والمترددات على المركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بالخرطوم، خلال فترة جمع البيانات والتي استغرقت 35 يوما وقد بلغ عدد العينة (35) مريضة مصابة بسرطان الثَّدْي، وبلغ عدد اللاتي أجرين عمليه اسْتِئْصَال الثَّدْي (20)، بينما اللاتي لم يجرين اسْتِئْصَالاً عددهن (15)، وتراوحت أعمارهن ما بين (27 إلى 56 سنة)، بمختلف حالاتهن الاجتماعية، استخدم الباحثان مقياس قلق المَوْت من إعداد: أحمد عبد الخالق وقننه محمد عثمان (2006) على البيئة السودانية، مكون من (30) عبارة، بعد التأكد من صلاحية المقياس وتحكيمه واصبحت العبارات (20) عبارة، قام الباحثان بتطبيقه على العينة النهائية المكونة من (35) مصابة بسرطان الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بولاية الخرطوم.

**أدوات الدراسة:**

أولاً: استمارة البيانات الأولية: وهي خاصة بالمفحوصات تحتوي على المتغيرات الآتية:

أ- العمر.

ب- هل تم إجراء عملية جراحية لاستئصال الثدي؟ (نعم أم لا).

ثانياً: المقياس: مقياس قلق الموت. مكون من (20) عبارة.

**الأساليب الإحصائية:**

تمت معالجة العينة الاستطلاعية والعينة النهائية للدراسة بواسطة استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية والاختبارات الإحصائية الاساسية هي:

1. معامل ارتباط بيرسون.
2. معامل الفا كرونباخ.
3. اختبار (ت) لعينة واحدة.
4. اختبار (ت) لعينتين مستقلتين.

**الخصائص السيكومترية للمقياس:**

لحساب معاملات ارتباط الفقرات ومعاملي الصدق الذاتي والثبات لمقياس قلق الموت لدى المصابات بمرض سرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي، قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغ عددها (15) مصابة بسرطان الثدي وباستخدام معامل ارتباط بيرسون العزمي ومعامل الفا كرونباخ برزت نتائج تحليل الاتساق الداخلي لفقرات المقاييس باستخدام برنامج (SPSS)عن أن هنالك عبارات ضعيفة الارتباط لقياس السمة المراد قياسها، وتم استبعادها من المقياس، بعد ذلك عممت الباحثة المقياس على كل مجتمع البحث بعد التأكد من صدقه وثباته وبلغ معامل الثبات (90.6) وبلغ معامل الصدق (95.2).

## 4. عرض نتائج الدراسة ومناقشتها.

- **أولاً- التحقق من صحة الفرض الأول:** "يتسم قلق المَوْت لدى المصابات بسرطان الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بالخرطوم بالارتفاع)".

وللتحقق من صحة الفرض تم إجراء اختبار (ت) لمتوسط مجتمع واحد، وقد أبرزت النتائج التالية كما موضح في الجدول التالي:

**الجدول رقم (1) اختبار (ت) للعينة الواحدة لمعرفة السمة العامة لقلق المَوْت لدى مريضات سرطان الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ.**

| الاستنتاج | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | قيمة ت المحسوبة | القيمة الاحتمالية |
|---|---|---|---|---|---|
| يتسم قلق المَوْت بالارتفاع وعند مستوى الدلالة 0.05 | 45.06 | 7.324 | 34 | 4.085 | 0.03 |

يلاحظ من الجدول رقم (1) السابق والذي يوضح اختبار ت للعينة الواحدة لمعرفة السمة العامة لقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي. حيث يلاحظ أن المتوسط الحسابي (45.06) وقيمة ت (4.085) والقيمة الاحتمالية (0.03) مما يدل على أن السمة العامة لقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي يتسم بالارتفاع وعند مستوى الدلالة 0.05. أوضحت نتائج التحليل الإحصائي لهذا الفرض أن السمة العامة لقلق المَوْت لدى المصابات بسرطان الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ تتسم بالارتفاع بدرجة اعلي من المتوسط كما هو موضح بالجدول السابق.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (ضو البيت، 2014) و(النيال، 1991) و(ياسين، 2011) و( lee et Maguire, 2002) والتي أشارت إلى ارتفاع قلق المَوْت لدي عينة من مرضي السرطان واضاف (الفكي، 2015) على عينة مرضي

القلب وأشارت النتائج إلى ارتفاع قلق المَوْت لديهم، ودراسة ( لونيتوا وزملاؤه، 1980) والتي أشارت إلى وجود قلق الموت لدى عينة من طلبة الجامعات الناتج من خوفهم من الموت ومن الاصابة بالسرطان.

يفسر الباحثان هذه النتيجة بأن قلق المَوْت شعور طبيعي كغيرة من الاحاسيس (الفرح، الحزن، الغيرة... الخ) فحب الحياة وعدم الرغبة في المَوْت ومواجهته هي فطرة فطرنا عليها الخالق، لكين زيادة عن الحد الطِّبّيعي أو عدمه تجعل تدخل الاخصائيين النفسيين مطلوب، ولا سيما إذا كانت هذه الزيادة مرتبطة بوجود خطر مهدد لحياة الفرد كمرض السرطان، فيكون قلق المَوْت حاضرا كرد فعل لهذا الخطر وسرطان الثَّدْي بالإضافة لكونه مهدد لحياة المصابة به فهو ايضا مهدد لأنوثتها وصورتها الجسدية مرحلة تلو الاخرى حتى المَوْت.

- **ثانياً- التحقق من صحة الفرض الثاني:** "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المَوْت لدي المصابات بسرطان الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بالخرطوم وفقاً لمتغير إجراء عملية جراحية لاسْتِئْصَال الثَّدْي)"

وللتحقق من صحة الفرض الثاني تم إجراء اختبار (ت) برزت النتائج التالية كما موضحة في الجدول التالي:

**الجدول رقم (2) اختبار (ت) لعينين مستقلتين لمعرفة ما إذا كانت هنالك فروق في قلق المَوْت لدى المصابات بسرطان الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ وفقاً لمتغير إجراء عملية جراحية لاسْتِئْصَال الثَّدْي.**

| مجموعتا المقارنة | حجم العينة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | قيمة ت المحسوبة | القيمة الاحتمالية | الاستنتاج |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| اللائي أجرين عملية جراحية لاسْتِئْصَال الثَّدْي | 20 | 48.70 | 7.124 | 33 | 1.239 | 0.041 | **توجد فروق دالة إحصائيا لصالح اللائي أجرين عملية جراحية لاسْتِئْصَال الثَّدْي عند مستوى 0.05** |
| اللائي لم يجرين عملية جراحية لاسْتِئْصَال الثَّدْي | 15 | 45.53 | 7.809 | | | | |

يلاحظ من الجدول رقم (2) اعلاه والذي يوضح اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة ما إذا كان هنالك فروق في قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي حسب متغير إجراء عملية جراحية لاستئصال الثدي. حيث يلاحظ أن القيمة (ت) المحسوبة (1.239)، والقيمة الاحتمالية (0.041) مما يدل على انه توجد فروق في قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي حسب إجراء عملية جراحية لاستئصال الثدي لصالح اللائي أجرين عملية استئصال الثدي وعند مستوى الدلالة 0.05.

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي انه توجد فروق في قلق المَوْت لدي المصابات بسرطان الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ حسب متغير إجراء عملية جراحية لاسْتِئْصَال الثَّدْي لصالح اللائي أجرين عملية جراحي لاسْتِئْصَال الثَّدْي كما موضح بالجدول السابق.

اختلفت نتيجة هذا الفرض مع دراسة (ضو البيت، 2014) التي أشارت إلى أنه لا توجد فروق في قلق المَوْت بين المصابين بالسرطان تعزي لمتغير اسْتِئْصَال الخلايا السرطانية، ودراسة (النيال، 1991) التي أشارت إلى ارتفاع متوسط درجات المرضى قبل إجراء الجراحة بالمقارنة لدرجاتهم بعدها في قلق المَوْت، ودراسة (Maguire et، 2002) التي أشارت لارتفاع قلق الموت لدي النساء مبتورات الثدي بعد ثلاثة أشهر من عملية البتر.

يفسر الباحثان نتيجة هذا الفرض إلى أن ارتفاع قلق المَوْت لدى المصابات بسرطان الثَّدْي قبل إجراء العملية وانخفاضه بعدها يرجع هذا الانخفاض لاطمئنان المريضة على صحتها بعد العملية ومعرفتها للمخاطر المتوقع حدوثها لها مستقبلاً أن وجدت، على عكس اللائي لم يجرين العملية فهن ما زلن يعانين وقد تستمر هذه المعاناة لفتره اطول مما يعني قلق موت اعلى من اللائي اخذن بالأسباب وتخلصن من الورم فيشعرن بأنهن فعلن كل ما يجب أن يفعل لمحاربة المرض وفي هذه الاثناء تنمو لديهن القناعة والرضا والتقبل بالمآلات غير الواضحة المستقبلية على عكس اللائي لم يخضن تجربة العملية ومازلن في المراحل الأولى.

**النتائج والخلاصة:**

**أولاً- النتائج:**

تشير نتائج الدراسة إلى الآتي:

1. يتسم قلق المَوْت لدى المصابات بسرطان الثَّدْي بالارتفاع بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بولاية الخرطوم.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق المَوْت لدي المصابات بسرطان الثَّدْي تعزي لمتغير إجراء عملية جراحية لاسْتِئْصَال الثَّدْي لصالح اللائي اجرين عملية جراحية لاسْتِئْصَال الثَّدْي بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بولاية الخرطوم.

## التوصيات والمقترحات.

بناءً على النتائج التي تم التوصل اليها يوصي الباحثان ويقترحان الآتي:

1- إرشاد الأسرة وخصوصًا الزوج إلى كيفية التعامل مع زوجته المصابة حسب مرحلتها وتقبل ما يبدو منها من عواطف وسلوكيات سلبية، وتشجيعها للتعبير عن نفسها.
2- إعداد برامج إرشادية لأُسر المصابين بمرض السرطان وتوعيتهم بماهية المرض وكيفية التعامل مع المريض.
3- توفير الرعاية النَّفْسِيَّة والاجتماعية للمصابات بسرطان الثَّدْي.
4- توعية المصابة بسرطان الثدي بمرضها وكيفية المعايشة معه وإعطائها الأمل بالشفاء خاصة في المراحل المبكرة.
5- كما يقترح الباحثان إجراء دراسات مستقبلية في الموضوعات الآتية:
   1. الضغوط النَّفْسِيَّة والاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثَّدْي وعلاقتها بالحالة الاجتماعية للمصابات.
   2. نمط الشخصية المهيأة للإصابة بالسرطان وعلاقتها ببعض المتغيرات.
   3. فاعلية الاسترخاء في تخفيف قلق المَوْت لدي المصابات بسرطان الثَّدْي (تصميم برنامج).
   4. الوازع الديني وعلاقته بقلق المَوْت لدي المصابات بسرطان الثَّدْي.

## قائمة المراجع.

**أولاً- المراجع بالعربية:**


- الدباغ، فخري. (2002). المَوْت اختياراً، دراسة نفسية اجتماعية موسعة لظاهرة قتل النفس، ط2، دار الطليعة، بيروت.
- زهران، حامد عبد السلام. (1997). الصحة النَّفْسِيَّة والعلاج النفسي. ط3. الشركه للطباعة، القاهرة. الدولية.

- سعادي، وردة. (2009). سرطان الثدي وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي واستراتيجية المقاومة، مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- شيهان، دافيد. (1988). مص القلق، سلسلة كتب ثقافيه يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- ضوالبيت، سهى محمد. (2014). قلق المَوْت لدى مرضي السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات، بالمركز القَوْمِيّ للعلاج بالأشعة والطِّبّ النَّوَوِيّ بالخرطوم، رسالة ماجستير، جامعة النيلين.
- عبد الخالق، أحمد محمد. (1987). قلق المَوْت، عالم المعرفة، الكويت.
- عبد الرحمن، محمد السيد. (1998). دراسات في الصحة النَّفْسِيَّة التوافق الزواجي فعالية الذات الاضطرابات السلوكية. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، ج1، القاهرة.
- عبد الوهاب، طارق ومحمد، وفاء مسعود. (2000). قلق المَوْت وعلاقته ببعض المتغيرات النَّفْسِيَّة لدى طلاب الجامعة، مجلة علم النفس، العدد 54، القاهرة.
- عثمان، فاروق السيد. (2001). القلق وإدارة الضغوط النَّفْسِيَّة. دار الفكر العربي، القاهرة.
- الفكي، حباب عماد. (2015). قلق المَوْت والاكتئاب لدي مرضي القلب وعلاقته ببعض المتغيرات بمستشفى الشعب بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير، جامعة النيلين.
- فندلاى، آرثر فندلاى. (1945). على حافة العالم الاثيري، ط3.
- معمرية، بشير. (2009). دراسات نفسية في الذكاء الوجداني-الاكتئاب-اليأس-قلق المَوْت-السلوك العدواني-الانتحار. المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- مكتب الاحصاء بمستشفى الخرطوم للعلاج بالأشعة والطب النووي. (2019). المسح القومي للمصابات بسرطان الثدي بمستشفى الخرطوم للعلاج بالأشعة والطب النووي، الخرطوم.
- مكنزي، كوام. (2013). القلق ونوبات الذعر. مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض.
- منصور، أحمد صبحي. (1990). المَوْت، جامعه الأزهر، القاهرة.
- نخبة من أساتذة الجامعات العربية. (1999). المرشد النفسي في الطِّبّ النفسي.
- النيال، مايسة. (1991). الفروق في كل من حالة القلق وقلق المَوْت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها، دراسة منشورة من قبل رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية (رأن)، المجلد1، العدد1.
- ياسين، تهاني محمد جبر. (2011). قلق المَوْت لدي عينة من مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة من منظور جندري، رسالة ماجستير، جامعة الأردن.


**ثانياً- المراجع بالإنجليزية:**


- Lugo, James G. and Gerald L. (1974). Human development, Macmillan publishing.
- Noware H. (2000). Principles of surgery, Cairo, National Library.
- WWW. news un.org (2019). Feb, 2021.