Journal of Educational and Psychological Sciences
Volume (5), Issue (34): 30 Sep 2021
P: 152 - 167

ISSN: 2522- 3399

مجلة العلوم التربوية والنفسية
المجلد (5)، العدد (34): 30 سبتمبر 2021 م
ص: 152 - 167

Disease Concerns among Breast Cancer Patients at The National Center for Radiotherapy and Nuclear Medicine in Khartoum State

Soha Mohamed Ali

Elrasheed Ismaeil Eltahir

Faculty of Art || Elneleen University || Sudan

Abstract: The study addressed the pathological fears among women with breast cancer at the National Center for Radiotherapy and Nuclear Medicine in Khartoum. Aiming to identify the general characteristic of the pathological fears among women with breast cancer at the Center and the differences in the pathological fears among women with breast cancer at the center. Where the researchers used the descriptive method with a sample size of 35 women with breast cancer were chosen by the intentional method at the Center ،they applied the pathological fears scale on the patients ،the data was analyzed ،they reached for results including: The pathological fears among women with breast cancer at the Center are high. There are no statistically significant differences between the pathological fears among women with breast cancer at the Center according to the variable of social status. Psychological and social care must be provided to women with breast cancer. Educating the patient with breast cancer in the final stages of her illness and the difficulties she will face and developing guidance programs so that she can deal with the health and psychological changes and face them ،especially in her last days .

Keywords: Fear- Pathological Fears- Infected- Breast Cancer.

المَخَاوِفُ المَرَضِيَّةُ لدى المُصَابَاتِ بسَرَطَانِ الثَّدْيِ بالمَرْكَزِ القَوْمِيّ للعِلَاجِ بالأَشِعَةِ والطِّبِّ النَّوَوِيّ بولايةِ الخُرْطُوم

سهى محمد على

الرشيد اسماعيل الطاهر

كلية الآداب || جامعة النيلين || السودان

المستخلص: تناولت الدراسة المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطبِّ النَّوَوِيّ بولاية الخُرْطُوم، ويرى الباحثان أن نسبة سَرَطَان الثَّدْي ازدادت في العقد الأخير وازداد معها فرص بقاء المُصَابَات على قيد الحياة، وتبع ذلك زيادة في أعداد النساء اللواتي يعشنَ مع نتائج المرض مثل ردود الأفعال النَّفْسِيّة للمرض والعِلَاج وانعكاس ذلك على حياتهن. بهدف التعرف على السمة العامة للمخاوف المرضية لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بالخُرْطُوم، والفروق في المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز؛ حيث استخدم الباحثان المنهج الوصفي وبلغ حجم العينة (35) مصابة بسَرَطَان الثَّدْي، تم اختيارهنّ بالطريقة القَصْدِيَّة، وطبَّق الباحثان عليهنَ مقياس المَخَاوِف المَرَضِيَّة، وتم تحليل البيانات، وقد توصل الباحثان إلى من النَّتَائِج هي: تتسم المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بولاية الخُرْطُوم بالارتفاع. لا توجد فروق ذات دلالة إحْصَائِيَّة بين المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج

بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بولاية الخُرْطُوم وفقاً لمتغير الحالة الاِجْتِمَاعِيَّة، كما قدم الباحثان عددًا من التوصيات: أهمّها لا بدّ من توفير الرعاية النَّفْسِيّة والاِجْتِمَاعِيَّة للمصابات بسَرَطَان الثَّدْي.

الكلمات المفتاحية: الخوف- المَخَاوِف المَرَضِيَّة- المُصَابَات- سَرَطَان الثَّدْي.

المُقدِّمَةُ.

يُعَدُّ الخوف من الاضطرابات التي انتشرت بصورة كبيرة في الآونة الأخيرة على الرغم من أن هذا الاضطراب موجود منذ وجود المخلوقات، وقد اهتم العلماء به وخاصة علماء الطب وعلماء النفس؛ وذلك لما له من آثار سلبية على الفرد والمجتمع، فالخوف قد يكون فطري أو مكتسب من البيئة (الشقران والكركي، 2015)، فالخوف المرضي هو مرض عصابي مسلط وملح ومتكرر الظهور في شيء معين أو موقف معين دون أن يكون ذلك الشيء المعين خطير حقيقياً وموضوعياً على الفرد، وإنه لا يتناسب مع هذا المثير، لا كمًّا ولا كيفًا (حمدين، 199)، فهو مرتبط بعوامل كثيرة وله عده مسببات، فقد ينتج عن سوء التربية أو التقليد ومراقبة الأحداث الحياتية التي يمر بها الإنسان وهنالك بعض الاضطرابات قد لا تختلف كثيراً عن هذا الاضطرابات مثل: الفزع والقلق، ولكن قد يظهر كل منه حسب قوة التأثير وشكل الأعراض التي تنتج عن كل منهم كما أن الخوف قد يكون طبيعي وقد يظهر في شكل مرض، وفي هذا البحث يتناول الباحثان المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدي المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بولاية الخُرْطُوم فقد بلغ عددهم (1، 526مصابة) بمعني (127) مصابة شهرياً حسب تقرير وزارة الصحة الاتحادية السودانية لعام (2019)، (الاحصاء، 2019)، وعالميا كل 50 ثانية في أحد الأماكن في العالم يموت شخص بسبب سَرَطَان الثَّدْي، أي أكثر من (1700)أمراءه ورجل يومياًwww.newsun.org، (2019)، حيث يصنف سَرَطَان الثَّدْي في مقدمة أمراض السَرَطَان المتنوعة التي تصيب النساء في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء على الرغم من وجود الأساليب الوقائية للحد من بعض مخاطر الإصابة بسَرَطَان الثَّدْي، إلا أن تلك الأساليب لا يمكنها التخلص من معظم الحالات، اذ توجد حالات لا يجرى تشخيصها إلا في مراحل متأخرة، (الشقران والكركي، 2015) والخوف المرضي يثبط نشاط الجهاز المناعي فتقل مقاومة المصابة بسَرَطَان الثَّدْي مما يعني البقاء فترة أطول تحت العِلَاج.

مشكلة الدراسة:

إنّ زيادة نسبة الإصابة بسَرَطَان الثَّدْي في العقود الأخيرة والتطور الطبي أدَّى إلى زيادة فرص بقاء المُصَابَات على قيد الحياة، وتبع ذلك زيادة في أعداد النساء اللواتي يعشن مع نتائج المرض والتي تشمل ردود الأفعال النَّفْسِيّة للمرض والعِلَاج وتأثيراته الجانبية وانعكاسه على حياتهن، فالخوف المرضي يثبط نشاط الجهاز المناعي فتقل مقاومة المصابة بسَرَطَان الثَّدْي مما يعني البقاء فترة اطول تحت العِلَاج لذلك رأى الباحثان ضرورة دراسة المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدي المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي ومساعدتهن في مواجهة تحديات المرض وتوفير نوعية حياة أفضل، وضرورة معرفة ما إذا كانت توجد مَخَاوِف مَرَضِيَّة مزمنة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بالخُرْطُوم؟. وهل هنالك فروق ذات دلالة إحْصَائِيَّة في المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي وفقاً لمتغير الحالة الاِجْتِمَاعِيَّة (متزوجة، غير متزوجة، أرملة، مطلقة)؟.

فرضيات الدراسة:

1. تتسم المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدي المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بولاية الخُرْطُوم بالارتفاع.

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحْصَائِيَّة في المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدي المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بولاية الخُرْطُوم تبعا لمتغير الحالة الاِجْتِمَاعِيَّة (متزوجة، غير متزوجة، أرملة، مطلقة).

أهداف الدارسة:

1. التعرف على السمة العامة للمخاوف المَرَضِيَّة لدي المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بالخُرْطُوم.
2. التعرف على الفروق في المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدي المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بالخُرْطُوم وفقاً لمتغير الحالة الاِجْتِمَاعِيَّة (متزوجة، غير متزوجة، أرملة، مطلقة).

أهمية الدراسة:

تظهر الأهمية العلمية في دراسة المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بولاية الخُرْطُوم في أنها توفر مادة علمية جيدة للباحثين يمكن الاستفادة منها، كما تظهر الأهمية التطبيقية في قياس المَخَاوِف المَرَضِيَّة، التي تؤثر على أداء المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي في مختلف مجالات حياتهن، وبالتالي تحول بينهن وبين ممارسة حياتهن بالشكل الطبيعي ومساعدتهن على التخلص من المَخَاوِف المَرَضِيَّة، ومعرفة ما يمكن عمله لمد يد المساعدة لهن.

حدود الدراسة:

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

مصطلحات الدراسة:

- **الخوف المرضي:** هو عبارة عن خوف غير طبيعي مرضي دائم وملازم للمرء من شيء غير مخيف في أصله، وهذا الخوف لا يستند إلى أي أساس واقعي، ولا يمكن السيطرة عليه من قبل الفرد، رغم ادراكه انه غير منطقي ومع ذلك فهو يعتريه ويتحكم في سلوكه وهو شعور شديد الخوف، (جواد، 2013).
- **سرطان الثدي:** نمو غير منتظم لخلايا الثدي ناتج عن طفرات أو تغيرات غير طبيعية في الجينات المسؤولة عن تنظيم نمو الخلايا والحفاظ على صحتها، ويحدث سرطان الثدي غالبا لدي النساء وقد يحدث احيانا لدي الرجال، (الشقران، الكركي، 2015).
- **المركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي:** هو مركز متخصص لعلاج الأورام السرطانية بالعلاج الإشعاعي والكيميائي والجراحي، والتشخيص الهرموني والنووي، لعلاج أمراض الغدة وسرطان الدم لجميع الأعمار، وكان يسمى سابقاً بالذرة ومقره الخرطوم.

2- الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً- الإطار النظري: المَخَاوِف المَرَضِيَّة.

مفهوم المَخَاوِف المَرَضِيَّة:

تعرف المَخَاوِف المَرَضِيَّة بأنها عبارة عن وسائل للدفاع ضد الخطر الذي يمثل الخطر الصادر عن اللبيدو أي أنها وسائل دفاعية مختلفة من نشؤ القلق، وناشئة عن الامراض العصابية الاخرى وسائل دفاعية مختلفة تمنع من نشؤ القلق ونشأة عن كبت للرغبة الجنسية وتحولت هذه الرغبة إلى قلق ثم لخطر خارجي معين (القوصي، 19921).

يرى الباحثان أنه يتضح من تعريف المَخَاوِف المَرَضِيَّة أنها تمت في مرحلة الطفولة المبكرة سواء كانت غرائز مكبوتة أو ارتباطات شرطية حدثت فبالتالي أصبح لدى المريض مخاوف مرضية تجاه أشياء لا تثير الخوف أساسا أو ليس بهذا القدر الذي يظهره المريض، وأن كل ما تحتاجه هذه المَخَاوِف للظهور هو وجود ضغوط نفسية أو قلق أو حالة انفعالية معينة كالتوتر والقلق أو الاكتئاب أو غيرها، ويظهر هنا مدى أهميتها لمريضات سَرَطَان الثَّدْي باعتبارها أحد الوسائل الدفاعية ضد الخطر الحقيقي الكامن (سَرَطَان الثَّدْي)، لكن الخوف هنا يكون موجه لشيء أو موقف لا يثير الخطر بالرغم من ادراك المريضة لذلك، لكنها عملية إزاحة كأحد الوسائل الدفاعية، أو قد تكون هذه المَخَاوِف المَرَضِيَّة نتيجة لمواقف سابقة في مرحلة الطفولة لديهن، لذا من الضرورة التركيز على معرفة وجود هذه المَخَاوِف لدي مريضات سَرَطَان الثَّدْي أو لا، والعمل على ازاحتها حتى لا تعيق حياتهن ولا تسبب لهن ضغوطات إضافة لما يعانين من جراء طبيعة المرض في حد ذاته والأدوية والعمليات وللتخفيف عنهن.

النظريات المفسرة للمخاوف المَرَضِيَّة:

تفسير نظرية التعلم للمخاوف الشاذة:

تفسر هذه المَخَاوِف على أساس الاشتراط التقليدي، ولا ينظر إلى المَخَاوِف الشاذة على أنها مؤشر لبعض أنواع الاضطراب الكامن ولكن ينظر لها على أنها مجرد نتاج لتزامن أمرين: حالة انفعالية عنيفة مع منبه مخيف وأن أي منبهات محايدة بسيطة أو معقدة تؤثر في الفرد في الوقت الذي تثير لديه استجابة الخوف يجعل هذه المنبهات تكتسب القدرة على إثارة بعد ذلك (حمدين، 1993)، وتعتمد هذه النظرية علي مبدأ التعلم، وتؤكد أن الخوف شعور داخلي وانفعال يتعلمه الطفل نتيجة تعرضه لمؤشرات البيئة والجو المحيط، وهو محصلة لعمليات التنشئة التي يتلقاها الصغير في أطار تقاليد المجتمع الذي يعيش فيه ومعاييره، وترفض هذه النظرية فكرة بذور الخوف الوراثية، وتري أن الطفل يولد متجرداً من الخوف، وما يظهر لديه في فترة عمره هو حصيلة ما تعلمه وما شاهده وما أحس به من مخاوف وانفعالات، فهو مقلد ومستنسخ للمشاعر، وقد اشتقت هذه النظرية في ضوء نظريات بافلوف وسكينر، وبحسب هذه النظرية وتصورها يمكن أن يخاف الطفل من شيء غير مخيف، وقد لا يخاف من شيء يستحق الخوف، ويتعلم الخوف أو يكتسبه عن طريق الاقتران الشرطي (سليمان، 2005).

النظرية النَّفْسِيّة:

إن العاطفة التي يتحسس بها بعض الناس بسبب تجربة نفسية قد تفيض في إيلامها عن قابلية الفرد على تحملها أو قبولها ولهذا فهي تنفصل التزامها بالمصدر الداخلي المسبب لها وتتصل من جديد بمصدر خارجي في محيط الفرد وبهذا يصبح المصدر الجديد بديلاً أو رمز للمصدر الأصلي وعملية الاستبدال هذه تتم بشكل تلقائي غير واع

(كمال، 1988)، وتتكون المخاوف المرضية حسب نظرية فرويد لدي الفرد جراء مروره بموقف مؤلم وصعب ومخيف في أن واحد في مرحلة الطفولة، حيث يقوم الطفل بكبتها في اللاشعور، كما أنها تتكون نتيجة لمرور الفرد بصراعات أسرية، ونتيجة لذلك كله يبحث اللاشعور عند الفرد عن متنفس من قلقة وصراعاته عن طريق الخوف المرضي من موقف معين في بيئته، ويطمئن لا شعوريا بشأن وصوله إلى حل صراعاته (سليمان، 2005).

نظرية الغرائز:

الخوف هو شعور واستعداد غريزي كامن في البناء النَّفْسِيّ للطفل يعقبه نضج المراكز الحسية في الدماغ وأجزاء من الجهاز العصبي المَرْكَزي وقبل هذا النضج لا يكون هنالك اختفاء للخوف بل علامات التردد والحذر وهذه الاستجابات يمكن تفسيرها في ضوء نظرية المنعكسات الكامنة في تكوين الطفل منذ ميلاده ويدللون على ذلك بخوف الطفل الصغير الذي لا تجربة له من السقوط ومن الصوت العالي، يرى انصار هذه النظرية أن شدة الخوف تعتبر دليلا على قوة هذه الغريزة أو ضعفها ومن المَخَاوِف العامة في السنوات المبكرة من الطفولة الخوف من الظلام ومن الموت ومعظم المَخَاوِف التي تصل درجة الفزع لا تترك اثرا نفسياً دائماً في الأطفال إلا أنها في بعض الأحايين تكون أساساً تبنى عليه المَخَاوِف في سنّ لاحق من حياة الفرد (كمال، 1988).

النظرية المعرفية:

أورد في نموذج بيك وامري (1985) للفوبيا ينشط فيه جهاز الاستجابة للطوارئ بواسطة إدراك الفرد للخطر بشكل يغري بالبقاء في وجهه الخطر العضوي الحقيقي عن طريق إعداد الفرد للعدوان أو الهروب أو منعه من الحركة بشكل مفاجئ (اغماء، تجمد) مما يولد في الجسم شعور بالاضطراب وخلل إدراكي (معرفي)طارئا وتظهر مصادر الخطر في صورة سرعة ضربات القلب، شعور بالدوار أو الضعف، وعندما تنشط الاستجابة للطوارئ كما في حالة الرهاب يزداد الخوف والقلق بشكل سريع ويتلاشى التفكير المنطقي وتميل التجربة المرعبة إلى زيادة الخوف وتعرض المريض لمزيد من الاعراض وتنشأ حلقة مفرغة من التوقعات المخيفة والأعراض المرعبة، طبقا لهذا النموذج يلعب الإدراك المشوش للخطر دورا مهما في هذه الحلقة حيث يميل المرضى إلى المبالغة في تقدير الخطر، والمبالغة في تقدير العجز عن المواجهة، وتؤثر التقديرات المشوشة على الاستجابة للإحساسات التي تزود جهاز الاستجابة للطوارئ وذلك مثل الإحساسات المرتبطة بالقلق (مثل الدوار،....الخ) بالإضافة إلى تغيرات عضوية وعاطفية أخرى لا يستطيع المريض تفسيرها، تميل لأن تصبح هدفا للتفسيرات الخاطئة ويمكن أن تستثار استراتيجيات التكيف المنحرفة "الم في الصدر، لابد انها ازمة قلبية "والاعتقاد بان الاعراض تنبئ عن الفواجع يساهم في زيادة الرهاب (فرغلي، 2009).

يرى الباحثان أن الخوف نولد مزودين به ولا يأتينا من فراغ على عكس ما يظن أَصْحَاب نظرية أن الطفل يولد متجرد من الخوف وما يظهر لديه هو حصيلة عملية التعلم، وهنا يتبادر سؤال واحد هل البيئة متشابهة ومنصفة لدى جميع اطفال العالم لنجدهم جميعا لديهم نسب مختلفة من الخوف؟ فعلى الارجح عملية تعلم الخوف هذه لا تتوفر لجميع الاطفال بنفس القدر لتوفر لديهم نسب الخوف، أو قد نجد اطفالاً يخافون وآخرين لا يخافون اطلاقاً فالخوف شيء غريزي ولكن درجته وموضوعاته تتفاوت بين ما هو طبيعي وغير طبيعي وايضا على حسب المراحل العمرية المختلفة فما يخيف طفلا في الثانية من عمره يختلف عن ما يخيف طفلا في العاشرة من عمره وهكذا، ويرى الباحثان أن راي المدرسة النَّفْسِيّة أكثر توضيحا للبحث وعينته فهم يرون أن العاطفة التي يتحسس بها بعض الناس بسبب تجربة نفسية قد تفيض في ايلامها عن قابلية الفرد على تحملها أو قبولها ولهذا فهي تنفصل التزامها بالمصدر الداخلي المسبب لها وتتصل من جديد بمصدر خارجي في محيط الفرد وبهذا يصبح المصدر الجديد بديلاً أو رمز للمصدر الأصلي وعملية الاستبدال هذه تتم بشكل تلقائي غير واع، فالمُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي

يمثلن تلك الفئه التي يمكن أن تظهر لديها المَخَاوِف المَرَضِيَّة، ولأهمية دور المرأة السودانية في الأسرة والمجتمع يجب إعطاء المريضات منهن بسَرَطَان الثَّدْي أفضلية في الاهتمام بمخاوفهن المرضية حتي يستطعن مزاولة حياتهن بمعاناة أقل.

آراء مدارس علم النفس في المَخَاوِف المَرَضِيَّة:

مدرسة التحليل النَّفْسِيّ:

يرى فرويد أن الخوف أو القلق أساس جميع الحالات العصبية غير أن الخوف في رأيه يرتبط بالمسائل أو المواقف الجنسية وما يتعلق بها، ويقسم فرويد المَخَاوِف إلى قسمين كبيرين الأَوَّل يسميه المَخَاوِف الموضوعية أو الحقيقية والثاني يسميه المَخَاوِف العامة أو غير المحددة، النوع الأَوَّل يرتبط فيه الخوف بموضوع معين محدد كالخوف من الحيوانات أو من الظلام أو من الموت أو غير ذلك. أما النوع الثاني فلا يرتبط فيه الخوف باي موضوع فحالة الخوف تكون كأنها هائمة لا تستقر على موضوع ما وصاحب هذه الحالة الأخيرة متشائم حزين يتوقع الشر والرعب وسوء الطالع في أي شيء، ويسمي فرويد هذه الحالة باسم القلق العصبي أو عصاب القلق، أما المَخَاوِف الموضوعية فيقسمها فرويد إلى ثلاثة مجاميع بحسب ما يتوقعه الشخص العادي منها من خطر، النوع الأَوَّل يكون فيه عنصر الخطر بارز كالخوف من الثعابين أو النار، والنوع الثاني فيه عنصر الخطر ولكن وقوع هذا الخطر يرجع إلى الصدفة المحضة كالخوف من السفر في قطار أو باخرة أو الخوف من دخول زحام خشية انتقال المرض إلية كالخوف من التلوث، والنوع الثالث ليس فيه عنصر الخطر إطلاقا كالخوف من الخنافس والصراصير والخوف من صعود الأماكن المرتفعة والخوف من السير في مكان متسع كالميادين أو الخوف من الأماكن المغلقة إلى غير ذلك (القوصي، 1992).

هناك ثلاثة أطر لنظرية فرويد لتفسير الخوف هي:

1. تتعلق بالطاقة اللبيدية المكبوتة في اللاشعور.
2. تتمثل في معاودة معايشة عملية الميلاد.
3. القلق يتمثل في نوعين قلق أولي وقلق المثير وهي استجابات الانا وتؤدي إلى التوتر الغريزي (سيد والمغيربي، 2005).

وقد اختلف كارل هورني مع فرويد في نظريته الغريزية ويري أن الطفل ما لم تعترضه معوقات اجتماعية ينشأ سوياً عندما تكون العلاقات الاِجْتِمَاعِيَّة غير ملائمة يؤدي ذلك إلى القلق القاعدي (شعور بالعزلة والعجز في عالم عدائي لا يفهم الطفل) ويتبني الطفل الصعاب بشكل قهري دفاع ضد هذا القلق (مخيمر، 1985).

إنّ ميكانيزم الفوبيا يعمل على أربع مراحل فالرغبة اللبيدية يمكن إبعادها بتحريك رغبة عدوانية، كما أن الرغبة اللاشعورية يمكن أسقاطها على شيء أو موقف خارجي ثم تزاح من هذا الشيء أو هذا الموقف الخارجي إلى شيء ثانوي ومن ثم يخشاه المرء ويتجنبه، وقد تستمر العلاقة بين المرء والشيء الأَوَّل الذي تم إسقاطه ولكنها تكون علاقة لا شعورية (سليمان، 2011).

المدرسة السلوكية في المَخَاوِف المَرَضِيَّة:

يعتقد اقطاب المدرسة السلوكية أن المَخَاوِف المَرَضِيَّة تنشأ عن خبرة مخيفة وقعت في الطفولة وارتبطت بمثير شرطي حيث تنتقل القدرة على احداث الاستجابة من المثير الاصلي الذي سبب الخوف إلى بعض الظروف والملابسات التي اقترنت بهذا المثير الاصلي في حادثة قديمة للمريض في طفولته، فإذا اقترن حادث عض كلب هائج

لطفل في مكان مغلق أو مظلم فإن هذا الترابط يجعل المكان المغلق أو الظلام المثير الشرطي يكتسب صفات المثير الاصلي وهو هنا (الكلب) ويصبح المكان المغلق أو المظلم مثيراً للخوف، ولما كان التعلم الشرطي يتميز بأن العلاقة فيه بين المثير الاصلي الشرطي لا يلزم أن تكون واضحة في ذهن المتعلم كان من الممكن أن يستجيب المريض لمؤثرات شبيهه للمؤثر الشرطي دون أن يعرف العلاقة بين هذه المؤثرات أو المؤثر الاصلي وحتى إذا كان المريض قد أدرك هذه العلاقة في ذكريات (لبيب، 1990).

أوضح (بيك، 2000)، أن الخوف يقوم على الأشراط الطارئ وأن الفرد ليس خائفاً من الموقف، ويفترض ولبى (1969) أن كل خوف ينشأ بالشكل التالي:

أولاً: يطرأ حدث مخيف ويولد قلقاً يوجد مؤثر آخر (محايد) إبان أو قبيل الحدث المخيف.

ثانياً: يصبح المؤثر المحايد مرتبطا بالقلق من خلال هذا التداعي العارض، وفيما بعد يصبح الشخص قلقاً في وجود المؤثر (المحايد) الذي يعاني من خوف هذا المؤثر، وأول من حاول تفسير الخوف على هذا الاساس الشرطي هو واطسون الذي كان أول من حاول إثبات ذلك بشكل تجريبي حينما أوجد الخوف تدريجياً لدي الطفل البرت (مخزومي، 2004).

الأعراض النَّفْسِيّة للمخاوف المَرَضِيَّة:

1. في ظروف تخلو من خطأ موضوعي.
2. لا يجوز أن تقتصر على مواقف معروفة أو قابلة للتنبؤ بها.
3. يجب أن توجد فترات خالية نسبياً من القلق بين النوبات.

يظهر الخوف مصاحباً لعدة أمراض لذا يجب عدم التسرع في تشخيص حالات الخوف لأنها أحياناً ما تخفي وراءها أمراض أخرى، أن استجابة الخوف هي أحد الأعراض المهمة لمرض القلق النَّفْسِيّ وعادة ما يسمي بالقلق الرهابي وأحياناً ما تكون استجابة الخوف أحد أعراضها الهيستيريا الانشقاقية (عكاشة، 2003).

أنواع المَخَاوِف المَرَضِيَّة:

هنالك العديد من المَخَاوِف المَرَضِيَّة نذكر منها على سبيل المثال:

1. الخوف من الحيوانات: مثل: الطيور، النحل، الكلاب، القطط (حمدين، 1993).
2. الخوف من الاماكن المغلقة: هو الخوف من الدخول في الاماكن المغلقة مثل القطارات والمصاعد أو في حجرة والمكوث فيها مدة طويله ويشعر المريض بصعوبة في التنفس والاختناق (عكاشة، 2003)
3. الخوف من الأماكن المرتفعة: خوف من رؤية تلاماكن المرتفعة أو التواجد في مكان مرتفع.
4. الخوف من الأمراض: هو خوف من الاصابة بالأمراض عموما.
5. الخوف من التجديد: هو خوف من كل ما هو جديد مع التمسك بالقديم المعهود على علاته ويكون عند المسنين ممن فقدوا مرونة التفكير والاعتقاد.
6. الخوف ذو شكل اخلاقي: كالخوف من الانتحار، الاستمناء، أو ارتكاب اى عمل غير اخلاقي ويكون مصحوباً بعادة التشكك والتردد والجمود مع الشعور بالذنب وترتبط به مخاوف اخري مثل الخوف من الوحدة والظلام (حمدين، 1993).

تصنيف آخر لأنواع الخوف المرضي:

1. الخوف الفطري: مثل الخوف من العدو ومن السقوط ومن الاصوات العالية.

2. الخوف المكتسب: مثل الخوف من النار أو الماء أو من المواقف التي لا تبعث على الخوف إلا لذوي الشخصية غير السوية كالخوف من الاماكن الواسعة والمرتفعة والضيقة والمغلقة والخوف من الزواحف والحشرات.
3. الخوف النزوعي: فهو الخوف داخل الفرد مثل الخوف من الموت أو الانهيار بالرغم من أن الفرد يتمتع بصحة جيده هذا الخوف يؤدي إلى القلق والفزع ويؤثر على حالة الجسم الجسمية والنَّفْسِيّة.
4. الخوف الحقيقي: فينشأ من المواقف إلى تدعو للخوف والتي لها اتصال بالبيئة الخارجية ويُعَدُّ هذا الخوف طبيعياً إذا كان معتدلاً وهو مفيد لتجنب الاخطار (مخزومي، 2004).

المَخَاوِف خلال المراحل العمرية المختلفة:

الدراسات السيكولوجية الحديثة أميل إلى للاعتقاد بأن الخوف لا يظهر عند الطفل قبل الشهر السادس من عمرة وحتى في هذه السن فإن الخوف لا يظهر بوضوح ويتفق كثير من العلماء منهم واطسن أن ما يحدث بالنسبة لبعض المثيرات مثل الأصوات العالية والمفاجئة والعمق هي من أهمها في مرحلة الطفولة المبكرة وكلما كبر الرضيع تتسع دائرة الخوف لدية ففي عمر الثانية حتي الخامسة يخاف الطفل من الأماكن الغريبة ومن الوقوع من مكان مرتفع ومن الغرباء ومن الحيوانات والظلام ويخاف تكرار الخبرات المؤلمة التي مر بها كالعِلَاج الطبي (عاقل، 1995).

علماء النفس متفقون على أن الأنماط الانفعالية للفرد تتغير باستمرار منذ الطفولة الباكرة وحتى بعد سن الرشد وذلك بتأثير من معارفه المكتسبة واهتماماته الجديدة وذلك حسب أبحاث جيرسيلد وهولمز حيث تتأثر بعاملي النضج والنمو، كما أشار واطسن وسوزان منيكيا إيزاكس إلى أن الطفل يولد وهو مزود بانفعال الخوف وهناك من يرى صعوبة تحديد زمن ظهور الخوف بدقة، نظراً لأن الطفل لا يستطيع التعبير عن خوفه بوضوح، كما أن هنالك مزج بين الانفعالات المختلفة لدى الطفل الصغير، وهنالك تعابير تختلط على الباحث كتعابير الخوف والامتعاض وقد يساعد الكمبيوتر على التوصل إلى وقت ظهور الخوف وفي سن المدرسة يخاف من الابتعاد عن الأم ثم بعد ذلك ينتقل الخوف لدية من العوامل الإِجْتِمَاعِيَّة والاقتصادية (مخزومي، 2004).

معدل الانتشار:

يُعَدُّ اضطراب الخوف بأنواعه من أكثر الأمراض النَّفْسِيّة انتشاراً حيث يصيب حوالي 8% من مجموع الشعب (عكاشة، 203)، أن نسبة المَخَاوِف تقدر بحوالي 3% من مجموع المرضي، المعلومات المتوفرة عن نسبه انتشار المَخَاوِف المَرَضِيَّة بين اطفال ما قبل المدرسة قليل وتشير التقديرات إلى أن نسبتها تتراوح ما بين أقل من 1%، وتشير معظم الدراسات إلى أن الإناث يعبرن عن وجود مخاوف وأشكال قلق أكثر من الذكور بغض النظر عن العمر (الحجار، 1987).

أن المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى الأطفال أكثر من الكبار وبين الثالثة والرابعة ينتشر الخوف من الظلام والكائنات الخيالية ولكنها تقل بحلول فترة المراهقة (عبد الخالق، 1987).

يحدث بنسبة 20% من مجموع مرضي العصاب ويحدث الخوف بنسبة أكثر لدى الاطفال والمراهقين وصغار الراشدين، والخوف لدى النساء اشيع من الرجال (زهران، 2005).

الفرق بين الخوف والقلق:

يرى (الشربيني، 2001) أن من المغالاة استخدام معني الخوف والقلق بالتبادل على الرغم من أن ردود الفعل الجسمية إزاء الخوف والقلق متشابهة، يري (مرسي، 1985) أنه على الرغم من أن كلاهما حالات توقعية إلا أن مثيرات القلق تأتي من داخل الفرد.

عادة ما يكون القلق أقل شدة من الخوف ويصعب تحديد أسبابه مقارنة بالخوف على مستوي لا شعوري، القلق ليس له هدف ويبقي القلق غالبا رغم زوال المثير الأصلي طالما لم يتناوله الفرد بالدراسة والتحليل وقد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع وعادة ما تكون أحداث المستقبل مصدر أساسي للقلق لعدم القدرة على التنبؤ بحدوثها ومع أنه محبط حيث يحس الفرد بعدم الكفاءة وفقدان لقيمة الذات وضعف القدرة على المواجهة في أغلب المواقف، فإن له أعراضه الإيجابية منها أنه يحث الطفل على اختيار وتحليل الأحداث ومن سلبياته الصراعات، أما الخوف فهو من أمور خارجية (مستوي الشعور) ويعرف مصدرها ويزول بزوال للمثير (انفعال وقتي) من خطر حقيقي أو غير حقيقي، وينشأ كرد فعل لوضع قائم فعلاً نتيجة لتقدير الفرد لقوته تقديراً أعلى أو يعادل ما يتطلبه الخطر من مقاومة، ولا يوجد صراعات (زهران، 2005).

بينما يرى كثير من الأطباء النَّفْسِيّين أن الخوف المرضي جزء من القلق ولو أن الخوف يرتبط ببعض المواقف المحددة والأشخاص والانفعال الشديد والفزع الذي يتملك الطفل يشبه القلق من حيث أنه ليس له ما يبرره والشخص يعرف ذلك ولكنه يعجز عن التحكم في مخاوفه أو ضبط انفعالاته بصورة بناءة ويعجز عن ممارسة حياته العملية والإِجْتِمَاعِيَّة (ابراهيم وابراهيم، 2003).

يرى الباحثان هذا الارتباط بين الخوف والقلق، فالخوف جزء من القلق بمعني أنه اينما وجد خوف إذا هنالك نسبة من القلق، واينما وجد قلق إذا هنالك تمهيد لظهور المَخَاوِف، وربط الباحثان بينهم في هذا البحث في صورة مخاوف مرضية عامة وفي قلق الموت بصورة خاصة، لأن المصابة بسَرَطَان الثَّدْي يتوفر لديها الوسط المناسب لظهور مخاوفها المَرَضِيَّة دون الاقتصار على نوع معين للدراسة فالمَخَاوِف كثيرة كما سبق ذكرها وتختلف من شخص لآخر، على عكس تحديد قلق الموت الذي يرتبط ارتباط واضح مع سَرَطَان الثَّدْي والنظرة السوداوية للحياة وقرب النهاية واغلب المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي توجد لديهن هذه الفكرة بغض النظر عن مرحلة الاصابة.

الفرق بين الخوف العادي والمرضي:

هناك فروق واضحة بين الخوف العادي والفوبيا فالخوف العادي انفعال وهو الحالة التي يحس بها كل إنسان في حياته العادية حيث يخاف مما يخيف فعلا وهو انفعال تثيره المواقف الخطرة أو المنذرة بالخطر الذي يصعب على المرء مواجهته فهو يحرك بشدة حالة الكائن الحي، ومن ثم ازدياد معدل التنفس وارتفاع ضغط الدم والميل إلى الفرار، وفي الحالات الشديدة قد يكون السلوك الحركي مضطربا وقد لا تؤدي الحركات الناجمة إلى الهروب الايجابي مثل الجري بعيداً عن موضوع الخطر إلا إذا كان الهرب الإيجابي ممكناً ومؤدياً إلى سلامة الفرد فقد يؤدي الخوف احياناً إلى السكون والاستكانة وعدم القدرة على الحركة، وفى الرشد تظهر استجابات الخوف عندما يحدث مثير قوي بشكل فجائي في موقف لا يسمح التكيف معه كما أن الفرد لا يمكنه التغلب عليه وهناك مواقف عديدة تستثير استجابات الخوف وإذا لم تكن هناك أي استجابات مواتية في تلك المواقف فليس هنالك شك في أنها خوف موضوعي أو حقيقي ويدفع الفرد إلى أن يتعرف في هذا الموقف بشكل تكيفي، الخوف المرضي خوف مستمر متطرف ذا طبيعة غير معقولة وقد يتضمن أيضاً توقعاً مستمر لموقف مخيف فهو فكرة متسلطة وهذه الفكرة ملحة وغير منطقية إذ أن الشخص يعرف تماماً من الناحية الشعورية بأن هذا الموقف أو الموضوع ليس بخطر حقيقي ولأن هذه الفكرة تجبره على أن يتجنب هذا الموضوع ويبتعد عنه ومن ثم فهو يسلك سلوكاً قهرياً (حنا ومختار، 1992).

التفسير البيولوجي للمخاوف:

في دراسة حديثة عام (2006) وجد أن هنالك جزئية محددة في الدماغ تسمي اللوزة (Amygdala) الموجودة في (Anterior cingulated crotex) وجد أن المرضي الذين يظهرون خوف شديد اظهروا ارتباط مع الزيادة المفرطة في

ردة الفعل في تلك المنطقة، تتكرر تلك الخبرة التي سببت الخوف الشديد في أول مرة عندئذ يقوم الدماغ بتخدير الشخص عن طريق اثارة ردة فعل لمواجهة الموقف المسبب لخوف أو بسبب مجرد التفكير وعي استجابة تعلمها الدماغ في محاولاته لحماية الشخص واحيانا تكون درجة تحير الدماغ غير مناسبة مع درجة الخطورة أو خاطئة فيولد الخوف بدرجة أكبر أو لسبب غير موجود، يرتبط الخوف بعدم توازن المادة الكيميائية في الدماغ السيروتونين وموصلات الدوبامين ويؤكد ذلك كفاءة الادوية التي تؤثر على السيروتونين والدوبامين، وهماك تركيز مستمر على الموصلات المرشحة نورابنفرين وموصلات جابا، تفرز الغدة الكظرية في الدم هرمون الادرنالين وهي تفرز عند نهايات الاعصاب الكائنة في الاعضاء المعينة مما يؤدي إلى زيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وتدفق كميات من السكر في الدم كي يزود الجسم بالطاقة اللازمة لمواجهة الخطر إذا استمرت مثيرات الخوف لدى الفرد فإنها تؤدي إلى تعرض لأمراض نفسية وجسمية، ومن هذه الأمراض التوتر الذي يتسبب في تدمير حياة الفرد والقلق المستمر والقرحة والالتهابات المعزية وتنتقل المثيرات التي تستلمها العين إلى منطقة التلاموس ثم إلى مركز السيطرة الانفعالية (اللوزة) الموجودة في الدماغ (مخزومي، 2004).

عِلَاج المَخَاوِف المَرَضِيَّة:

1. العِلَاج النَّفْسِيّ (خاصة التحليلي): ذو جدوى في عِلَاج المَخَاوِف المَرَضِيَّة وذلك للكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكتوبة والمعني الرمزي للأعراض وتصنيف الكسب وتنمية بصيرة المريض وتكوين الاتجاه المرغوب فيه نحو مصدر الخوف.
2. العِلَاج السلوكي الشرطي: وفك الارتباط بين المَخَاوِف وذكرياتها الدفينة وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك والاشتراط والتعرض لمواقف الخواف نفسه مع التشجيع أو المنافسة والاندماج وربط مصادر الخوف بأمور سارة محببه والتعويد العادي في الخبر على الواقعية السارة غير المخيفة ومنع استثارة الخوف (وقد تستخدم بعض الادوية المهدئة للتقليل من حدة قلق المصاحب لمثل هذه المواقف)، وتستخدم طريقة التحصين التدريجي بصفة خاصة كما استخدمها (فول بوكا) وطورها (لانج) مستخدما جهاز التحصين التدريجي (زهران، 1987).
3. العِلَاج البيئي: يتلخص في عِلَاج مخاوف الوالدين وتهيئة جو منزلي تسوده المحبة والتعاطف والهدوء والثبات والاتزان وتوجيه الوالدين والاقارب للتعاون فيما يتعلق بضبط الانفعالات والتقليل من الخوف والتوتر والمشاجرات حتى لا يضيع جو عدم الاطمئنان في الأسرة وكذلك عدم سرد حكايات مخيفة للطفل.
4. العِلَاج باللعب الجاد: بتمثيل بعض المواقف الاِجْتِمَاعِيَّة فمثلا قد يتعلم الاطفال الاستجابة للآخرين في اللعب الجاد أو المصطنع (زهران، 1987).
5. العِلَاج التدعيمي: بتنمية الثقة بالنفس وعدم تأنيبه وإبراز نواحي القوة الإيجابية لدى الفرد وتشجيع المريض على الاعتماد على نفسه واكتساب الخبرات بنفسه وتنمية الشعور بالأمن والشجاعة (كفافي، 1989).
6. الاسترخاء: أن الاسترخاء العضلي عامل مساعد جداً في حالة التوتر عند الأطفال والمراهقين، يتعلم الاطفال كيف يتخلصون من التوتر ومن الخوف، أن استرخاء عضلاتهم يخفف من مخاوفهم، يعتمد الأسلوب على النظرية القائلة بأنه إذا تمكنت من إرخاء العضلات فإن الذعن سيصل إلى حالة من الراحة من خلال خفض نشاط الجهاز العصبي الذاتي ويعود السبب إلى أن المواقف والأحداث الضاغطة تحدث توتراً أو شداً عضلياً في معظم الجسم فالاسترخاء هو عبارة عن استرخاء تدريجي للمجموعات العضلية في الجسم (اليدين، الذراعين، العضلة ذات الرأسين في أعلي الجذع، الرأس، الوجه، الرقبة الصد والبطن، الجزء الأسفل من الظهر، الفخذ، الارداف، الساقين، القدمين (ابراهيم، 1994).

يرى الباحثان أن المَخَاوِف المَرَضِيَّة بأنواعها المختلفة تحتاج إلى تدخل عِلَاجي بغض النظر عن الاسلوب العِلَاجي المستخدم، فالمَخَاوِف المَرَضِيَّة فكره قهرية تسيطر على المريض مع معرفته لذلك ورغبته في التخلص منها مما يسهل عملية العِلَاج، فيري أَصْحَاب العِلَاج بالتحليل النَّفْسِيّ ضرورة التوصل إلى المكبوتات داخل المريض، ويري أَصْحَاب العِلَاج السلوكي ضرورة فك الارتباط الشرطي لتختفي هذه الاستجابة، وقد يستخدم الاخصائي النَّفْسِيّ اسلوب واحد في العِلَاج أو أكثر ليخرج بالمريض إلى بر الأمان. والخوف المرضي يسيطر على المريض ويجعله في حالة خوف وقلق وعدم استقرار فيصبح الأمر اسواء عندما تكون المريضة مصابة بسَرَطَان الثَّدْي وتعاني ما تعانيه بسبب الاصابة بهذا المرض عضويا وجسديا ونفسيا، فيكون عِلَاج هذه المَخَاوِف المَرَضِيَّة حل منقذ ومخفف لضغوطات هذه المريضة.

ثانياً- الدراسات السابقة:

- **دراسة آدم (2013)** المَخَاوِف المَرَضِيَّة ونوعية الحياة لدي مرضي السَرَطَان. هدفت الدراسة إلى التعرف على المَخَاوِف المَرَضِيَّة ونوعية الحياة لدى مرضى السَرَطَان بالخُرْطُوم، وتكونت عينة الدراسة من (100) مريض (41) ذكور و(59) اناث من (20- 60 سنة). واستخدمت الباحثة مقياس نوعية الحياة ومقياس المَخَاوِف المَرَضِيَّة، وبعد استخدام الحزمة الإحْصَائِيَّة للعلوم الاِجْتِمَاعِيَّة توصلت إلى نتائج نعرض منها النَّتَائِج ذات العلاقة بالبحث الحالي ألا وهي انه توجد علاقة عكسية بين المَخَاوِف المَرَضِيَّة ونوعية الحياة لدى مرضي السَرَطَان، ولا توجد علاقة ارتباطية بين المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدي مرضي السَرَطَان تبعا لمتغير العمر.
- **دراسة قويدر (02008)** الخوف من سَرَطَان الدم وعلاقته بالصدمة النَّفْسِيّة بدمشق. هدفت الدراسة إلى التعرف على الخوف من سَرَطَان الدم وعلاقته بالصدمة النَّفْسِيّة بدمشق، وبلغت حجم العينة (67) شخص منهم (36) مصاب بمرض السَرَطَان و(36) اصحاء من مرض السَرَطَان، واستخدمت الباحثة مقياسا للخوف ومقياسا للصدمة النَّفْسِيّة وبعد المعالجات الإحْصَائِيَّة توصلت إلى نتائج منها النَّتَائِج ذات العلاقة بالبحث الحالي وهي توجد علاقة ارتباط موجبه بين الخوف من السَرَطَان وشدة الصدمة النَّفْسِيّة، لا توجد فروق بين المصابين بمرض السَرَطَان وغير المصابين في درجة الخوف من السَرَطَان .

3- منهجية الدراسة واجراءاتها

منهجية الدراسة:

استخدم الباحثان المنهج الوصفي واختيرت العينة بالطريقة القَصْدِيَّة حيث قاما باختيار جميع المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي المقيمين والمترددين على المَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بالخُرْطُوم، خلال فتره جمع البيانات والتي استغرقت 35 يوم وقد بلغ عدد العينة (30) مريضة مصابة بسَرَطَان الثَّدْي، وبلغ عدد الذين أجروا عملية جراحية لاستئصال الثَّدْي (20)، بينما الذين لم يجروا استئصالاً عددهم (15)، وتراوحت أعمارهن ما ببين (27 إلى 56 سنه)، وكانت حالتهن الاِجْتِمَاعِيَّة: متزوجة (19) أرملة (3) مطلقة (3) غير متزوجة (10)، استخدم الباحثان مقياس المَخَاوِف المَرَضِيَّة من إعداد الباحثة: مناهل موسي حاج آدم، مكون من (30) عبارة، بعد التأكد من صلاحية المقياس وتحكيمه اصبحت العبارات (25) عبارة، قام الباحثان بتطبيقه على العينة النهائية والمكونة من (35) مصابة بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بولاية الخُرْطُوم.

مجتمع الدراسة:

المصابات بسرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي بولاية الخرطوم.

عينه الدراسة:

بلغ عدد العينة (35) مصابة بسرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي بولاية الخرطوم.

أدوات الدراسة:

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

أ. العمر.

ب. الحالة الاجتماعية (متزوجة، غير متزوجة، أرملة، مطلقة).

ثانياً: المقياس: مقياس المخاوف المرضية ومكون من (30) عبارة.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

لحساب معاملات ارتباط الفقرات ومعاملي الصدق الذاتي والثبات لمقياس المخاوف المرضية لدى المصابات بمرض سرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي، قام الباحثان 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) وجد أن هنالك عبارات ضعيفة الارتباط لقياس السمة المراد قياسها، وتم استبعادها من المقياس، بعد ذلك عمم الباحثان المقياس على كل مجتمع البحث بعد التأكد من صدقه وثباته.

الأساليب الإحصائية:

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

1. معامل ارتباط بيرسون.
2. معامل الفا كرونباخ.
3. اختبار (ت) لعينة واحدة.
4. تحليل التباين الأحادي.

4- عرض نتائج الدراسة ومناقشتها.

- **أولاً: التحقق من صحة الفرض الأَوَّل**: "تتسم المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدي المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بالخُرْطُوم بالارتفاع".

وللتحقق من صحة الفرض تم إِجْرَاء اختبار (ت) لمتوسط مجتمع واحد، وكانت النَّتَائِج كما يوضحها الجدول:

جدول (1) نتائج اختبار (ت) للعينة الواحدة لمعرفة السمة العامة للمخاوف المَرَضِيَّة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ

حجم العينة	الوسط الحسابي	الوسط المحكي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
35	58.29	50	9.510	5.154	34	0.00	تتسم المَخَاوِف المَرَضِيَّة بالارتفاع عند مستوى الدلالة 0.01

يلاحظ من الجدول رقم (1) السابق والذي يوضح اختبار (ت) للعينة الواحدة لمعرفة السمة العامة للمخاوف المَرَضِيَّة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ. حيث يلاحظ أن الوسط الحسابي (58.29) وقيمة ت (5.154) والقيمة الاحتمالية (0.00) مما يدل على أن السمة العامة للمخاوف المَرَضِيَّة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ تتسم بالارتفاع بدرجة اعلى من المتوسط وعند مستوى الدلالة 0.01.

اتفقت نتيجة هذا الفرض مع نتيجة دراسة (ادم، 2013) و(قويدر، 2008) التي أشارت إلى أن المَخَاوِف المرضية لدى مرضي السَرَطَان تتسم بالارتفاع، كما اتفقت مع دراسة (قويدر، 2008) في أنه توجد علاقة ارتباط موجبة بين الخوف من السَرَطَان وشدة الصدمة النَّفْسِيّة، كما أنه لا يوجد فرق بين المصابين بالسَرَطَان والاصحاء في درجة الخوف من السَرَطَان.

يرى الباحثان أن أَصْحَاب النظريات يرون أن الخوف شيء موجود بداخلنا وهو فطري موروث لكين درجته والموضوعات التي نخاف منها متروكة للبيئة الخارجية وتم وضع حجر الاساس لها في الطفولة وضرورة البحث لدي هذه الفئة ومعرفة وجود هذه المَخَاوِف لنخرج من الجانب النظري ونختبر هذه الفرضية في ارض الواقع، فالمرض والذهاب للطبيب وتناول الادوية منذ الطفولة هي خبرة مزعجة ومؤلمة لدي اغلب الاطفال وغالبا يكون تعامل الوالدين معها بشكل غير سليم فمعظمهم يستخدم الطبيب والحقنه والدواء وغيرهم لتخويف الطفل حتي يقوم بعمل ما، وتعزي الباحثان نتيجة هذا الفرض إلى أن مرض سَرَطَان الثَّدْي كان بمثابة الخطر الخارجي ليخرج المَخَاوِف المَرَضِيَّة وتظهر بوضوح لدي المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بمختلف بيئاتهن واعمارهن كان هذا المثير (سَرَطَان الثَّدْي) قادراً علي احداث الاستجابة (المَخَاوِف المَرَضِيَّة)، حتي وإن كان الخوف أمر مكتسب نتيجة للارتباط الزماني والمكاني المتكرر يظل سَرَطَان الثَّدْي قادراً علي احداث المَخَاوِف المَرَضِيَّة فهو حدث مخيف يولد القلق والخوف لدي المصابة.

- **التحقق من صحة الفرض الثاني:** "توجد فروق ذات دلالة إحْصَائِيَّة في المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدي المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بالخُرْطُوم وفقاً لمتغير الحالة الإجْتِمَاعِيَّة".

وللتحقق من صحة الفرض تم إجْرَاء اختبار تحليل التباين الأحادي وكانت النَّتَائج كما يوضحها الجدول أدناه:

الجدول رقم (2) نتائج اختبار تحليل التباين الاحادي لمعرفة ما إذا كان هنالك فروق في المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ وفقاً لمتغير الحالة الإجْتِمَاعِيَّة.

مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	درجات الحرية	قيمة ف	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
بين المجموعات	354.910	118.303	3	1.348	0.277	لا توجد فروق ذات دلالة إحْصَائِيَّة عند مستوى 0.05
داخل المجموعات	2720.233	87.749	31			
المجموع	3075.143		34			

يلاحظ من الجدول رقم (2) السابق والذي يوضح تحليل التباين الاحادي لمعرفة ما إذا كان هنالك فروق في المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ حسب الحالة الاِجْتِمَاعِيَّة.، حيث يلاحظ أن قيمة ف (1.348) والقيمة الاحتمالية (0.277) مما يدل على أنه لا يوجد هنالك فروق في المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى مريضات سَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ حسب الحالة الاِجْتِمَاعِيَّة وعند مستوى دلالة 0.05.

خلاصة النَّتَائِج:

تشير نتائج الدراسة إلى الآتي:

1. تتسم المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بولاية الخُرْطُوم بالارتفاع.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحْصَائِيَّة في المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدي المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي بالمَرْكَز القَوْمِيّ للعِلَاج بالأَشِعَة والطب النَّوَوِيّ بولاية الخُرْطُوم وفقاً لمتغير الحالة الاِجْتِمَاعِيَّة (متزوجة، غير متزوجة، أرملة، مطلقة).

التوصيات والمقترحات.

بناءً على النتائج التي تم التوصل اليها يوصي الباحثان ويقترحان ما يلي:

1- توفير الرعاية النَّفْسِيّة والاِجْتِمَاعِيَّة للمصابات بسَرَطَان الثَّدْي.

2- تقديم برامج ارشادية وتثقيفية تتعلق بتوجيه المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي إلى كيفية التعامل مع المرض ومضاعفاته واعراضه وعِلَاجه.

3- توعية المصابة بسَرَطَان الثَّدْي بمرضها وكيفية المعايشة معه وإعطائها الأمل بالشفاء خاصة في المراحل المبكرة.

4- توعية المصابة بسَرَطَان الثَّدْي في المراحل الأخيرة بمرضها والصعوبات التي ستواجهها ووضع برامج ارشادية حتى يتثنى لها التعامل مع التغيرات الصحية والنَّفْسِيّة ومواجهتها خاصة في ايامها الاخيرة. 5. إعداد برامج إرشادية لأُسر المصابين بمرض السَرَطَان وتوعيتهم بماهية المرض وكيفية التعامل مع المريض.

5- كما يقترحان إجراء دراسات مستقبلية في الموضوعات الآتية:

1. المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى نساء مصابات بسَرَطَان الثَّدْي ونساء اصحاء (بحث مقارن).
2. الضغوط النَّفْسِيّة والاِجْتِمَاعِيَّة لدي المُصَابَات بسَرَطَان الثَّدْي وعلاقتها بالحالة الاِجْتِمَاعِيَّة للمصابات.
3. المَخَاوِف المَرَضِيَّة لدى المصابين بمرض السَرَطَان حسب النوع (بحث مقارن).
4. نمط الشخصية المهيأة للإصابة بالسَرَطَان وعلاقتها ببعض المتغيرات.

قائمة المراجع

- إبْرَاهِيم، عبد الستار، (1994): العِلَاج النَّفْسِيّ المعرفي الحديث، دار الفجر للنشر والتوزيع، الكويت.
- إبْرَاهِيم، عبد الستار؛ وإبْرَاهِيم، رضوي، (2003): علم النفس أسسه ومعالم دراساته، ط3.
- بيك. ارون، (2000): العِلَاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفي، دار الافاق العربية، القاهرة.
- جواد، مهدي محمد، (2013): الخوف المرضي والوسواس القهري، شبكة جامعة بابل، العراق.

- حاج آدم، مناهل موسي، (2013): " المَخَاوِف المَرَضِيَّة ونوعية الحياة لدي مرضي السَرَطَان بمستشفى الذرة"، ماجستير، جامعة النيلين.
- الحجار، بشير إِبْرَاهِيم محمد الحجار، (1987): "التوافق النَّفْسِيّ والاجتماعي لدي مريضات سَرَطَان الثَّدْي بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات"، ماجستير، الجامعة الاسلامية، غزه.
- حمدين. ضحى عبد النَّبِي، (1993): " أثر التحصين التدريجي والعِلَاج الانفجاري في عِلَاج المَخَاوِف المَرَضِيَّة"، ماجستير، الخرطوم.
- حنا، الخوري؛ ومختار، منال، (1992): الطب النَّفْسِيّ، ط3، جامعة دمشق، دمشق.
- زهران، حامد عبد السلام، (1975): علم نفس النمو والمراهقة، ط3، عالم الكتب، القاهرة.
- زهران، حامد عبد السلام، (1987): الصحة النَّفْسِيّة، مطابع مجموعات شركة الهلال.
- زهران، حامد عبد السلام، (1997): الصحة النَّفْسِيّة والعِلَاج النَّفْسِيّ. ط3. الشركة الدولية للطباعة، القاهرة.
- زهران، حامد عبد السلام، (2005): الصحة النَّفْسِيّة والعِلَاج النَّفْسِيّ، عالم الكتب، القاهرة، (2005).
- زهران، حامد عبد السلام، الصحة النَّفْسِيّة والعِلَاج النَّفْسِيّ، عالم الكتب، القاهرة، ط1
- سليمان، سناء محمد، (2005): مشكلة الخوف عند الاطفال، عالم الكتب، ط1، القاهرة.
- سليمان، عبد الرحمن، (2011): المَخَاوِف الاكتساب والعِلَاج، عالم الكتب، ط1، القاهرة.
- سيد، محمد؛ والمغيربي، فدوي، (2005): علم النفس المرضي، دار المريخ للنشر، ط1.
- الشربيني، زكريا، (2001): المشكلات النَّفْسِيّة عند الأطفال، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
- الشقران، حنان؛ الكركي. ياسمين رافع، (2015): "الدعم الاجتماعي المدرك لدي مريضات سَرَطَان الثَّدْي"، دكتوراه، المجلة الاردنية في العلوم التربوية، مجلد12، عدد1.
- عاقل، فاخر، (19995): أصول علم النفس وتطبيقاته، دار العلم للملايين، ط8، بيروت.
- عبد الخالق، أحمد محمد، (1987): قلق المَوْت، عالم المعرفة، الكويت.
- عكاشة، أحمد، (2003): الطب النَّفْسِيّ المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- فرغلي، علاء، (2009): العِلَاج السلوكي المعرفي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، ط1.
- القوصي، عبد العزيز، (1988): الصحة النَّفْسِيّة، لمكتبة المصرية للعلوم، القاهرة.
- القوصي، عبد العزيز، (1992): أسس الصحة النَّفْسِيّة، مكتبة النهضة المصرية، ط6، القاهرة.
- قويدر، دلال موسي، (2008): الخوف من سَرَطَان الدم وعلاقته بالصدمة النَّفْسِيّة، رسالة ماجستير، جامعة دمشق.
- كفافي، علاء الدين، (1989): "تقدير الذات وعلاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النَّفْسِيّ، دراسة في عملية تقدير الذات في ضوء بعض المتغيرات "، جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، مجلة العلوم الاِجْتِمَاعِيَّة، المجلد 9 العدد 35، دكتوراه، جامعة اليرموك، الأردن.
- كمال، عليّ، (1988): النفس انفعالاتها وأمراضها وعِلَاجها، دار واسط للدراسات والنشر والتوزيع، ط4، جزء الأَوَّل، بغداد.
- لبيب، فرج عثمان، (1980): أضواء على الشخصية والصحة العقلية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- مخزومي، امل، (2004): دليل العائلة النَّفْسِيّ، دار العلم للملايين، ط1.
- مخيمر، صلاح، (1985): مشكلات الأبناء من الجنين إلى المراهقة، دار المطبوعات الجديدة، القاهرة.

- مرسي، سيد عبد الحميد، (1985): سلسلة دراسات نفسية إسلامية، مكتبة وهبة، ط1.
- مكتب الاحصاء بمستشفى الخرطوم للعلاج بالأشعة والطب النووي، (2019): المسح القومي للمصابات بسرطان الثدي بمستشفى الخرطوم للعلاج بالأشعة والطب النووي، الخرطوم. .(2019) WWW. news un.org Feb، 2021.33