الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة باجي مختار –عنابة –
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية.
قسم: علم النفس والأرطوفونيا

الموضوع:

تشخيص وعلاج الحداد عند الطفل المصاب بالسرطان

دراسة ميدانية بمستشفى سان تيراز – عنابة -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم
تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:
مراح فطيمة

تحت إشراف:
الأستاذ التعليم العالي: بوفولة بوخميس

إسم و لقب الأستاذ	الدرجة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
لعريط بشير	أستاذ التعليم العالي	جامعة باجي مختار –عنابة	رئيسا
بوفولة بوخميس	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة 01	مشرفا و مقررا
حماني حازم	أستاذ محاضر أ	جامعة قسنطينة 02	مناقشا
لشطر ربيعة	أستاذة محاضرة أ	جامعة باجي مختار –عنابة–	مناقشا
منايفي يسمينة	أستاذة محاضرة أ	جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي	مناقشا

السنة الجامعية: 2022/2021

شكر وتقدير

أتوجه بالشكر الجزيل إلى الأستاذ " بوفولة بوحميس" عرفانا مني بالمجهودات و النصائح والتوجيهات القيمة التي قدمتها لي ، وتقديرا مني على قبوله الإشراف

على هذا العمل

شكرا أستاذي القدير

كما أتقدم بالشكر إلى اللجنة المناقشة بتفضلهم بقراءة هذا العمل على رأسهم الأستاذ "لعريط" ، الأستاذ " حماني" ، الأستاذة " لشطر" ، الأستاذة " منايفي"

الباحثة

محتويات الدراسة

قائمة المحتويات

الفصل	العناوين	الصفحة
الفصل الأول الإشكالية ومنطلقاتها	مقدمة	أ–ب
	1. إشكالية الدراسة	06
	2. فرضيات الدراسة	08
	3. دوافع اختيار موضوع الدراسة	09
	4. أهداف الدراسة	09
	5. أهمية الدراسة	10
	6. تحديد مصطلحات الدراسة	10
	الخلاصة	13
الفصل الثاني السرطان و الطفل	**السرطان والطفل**	
	أولا السرطان	
	تمهيد	11
	1.خصائص الخلية السرطانية	11
	2. الأسباب المؤدية للسرطان	13
	2–1الأسباب الوراثية	13
	2–2الأسباب غير الوراثية	14
	2–3 الأسباب النفسية و الاجتماعية	15
	3. تصنيف السرطان عند الطفل	16
	4. تصنيفالأورام	26
	4–1الأورامالحميدة	26
	4–2 الأورام الخبيثة	26
	5. العلاج الدوائي للسرطان	27
	5–1العلاج الكيميائي	27
	5–2العلاج الجراحي	28

	3-5 العلاج الاشعاعي	**29**
	6. مؤشرات و أعراض السرطان عند الطفل	**30**
	7. نظرية السيكوسوماتية لتفسير السرطان	
	ثانيا الطفولة	
	1. مفهوم الطفولة	**37**
	2.خصائص النمو للطفل من 9 إلى 11 سنة	**38**
	2-1 النمو الانفعالي	**38**
	2-2 النموالعقلي	**40**
	2-3 النمو الاجتماعي	**42**
	3. خصوصية مرض السرطان عند الطفل من 9-11 سنة	**43**
	4. الآليات الدفاعية عند الطفل المصاب بالسرطان	**46**
	5. علاقة الطفل المصاب بالسرطان بالفريق الطبي	**49**
	6. الاستجابات النفسية للطفل المصاب بالسرطان	**52**
	6-1 اتجاه المرض	**52**
	6-2 اتجاه العلاج	**54**
	خلاصة	**58**
الفصل الثالث	تمهيد	**61**
الحداد	1.الموت والحداد	**61**
	2.الحداد عند الطفل	**62**
	3.أنواع الحداد	**64**
	3-1الحداد المرضي	**64**
	3-1-1الحداد المعقد	**64**
	3-1-2الحداد المؤجل	**66**

	3-1-3الحداد المزمن	**67**
	3-1-4الحداد المقنع	**67**
	3-2-1الحداد السيكاتيري	**68**
	3-2-2الحداد الهستيري	**68**
	3-2-3الحدادالهجاسي	**69**
	3-2-4الحداد الميلانخولي	**69**
	4.مراحل الحداد	**70**
	4-1الانكار	**71**
	4-2الغضب	**71**
	4-3المفاوضة	**72**
	4-4الاكتئاب	**72**
	4-5التقبل	**73**
	5.مفهوم عمل الحداد	**74**
	6.مراحل عمل الحداد	**76**
	6-1مرحلة الذهول	**76**
	6-2مرحلة فقدان الانتظام	**77**
	6-3الاكتئاب	
	6-4اعادة الانتظام	**78**
	7.التوترات الجسدية المرافقة لعمل الحداد	**79**
	7-1الالم	**79**
	7-2التراجع	**79**
	7-3الاعتراف بواقع الخسارة	**80**
	7-تعزيز الاستبطان	**80**
	7-الشعور بالذنب	**81**
	8.علاقةعمل الحداد ببنية الشخصية	**81**
	9.نظريات الحداد	**82**

	9-1نظرية سيغموند فرويد	**82**
	9-2نظرية ميلاني كلاين	**83**
	9-3نظريةليندمان	**83**
	9-4نظرية بولبي	**84**
	خلاصة	**85**
الفصل الرابع		
	تمهيد	**87**
الاجراءات المنهجية	1.الدراسة الاستطلاعية	**87**
وتفسير النتائج	2.المنهج المستخدم	**88**
	3.مجالات الدراسة	**89**
	3-1 مكانية	**89**
	3-2 زمانية	**89**
	3-3 بشرية	**89**
	4 أدوات الدراسة	**90**
	4-1 الملاحظة الإكلينيكية	**90**
	4-2 المقابلة الاكلينيكية	**91**
	4-3 المقابلة نصف الموجهة	**91**
	4-4 دليل المقابلة	**92**
	4-5 تحليل المحتوى	**92**
	4-5-1 شروط تحليل المحتوى	**94**
	4-5-2 إيجابيات تحليل المحتوى	**94**
	4-5-3 سلبيات تحليل المحتوى	**95**
	4-6 مقياس قلق الموت	**95**
	4-6-1 طريقة تطبيق وتصحيح المقياس	**95**
	4-7 إختبار رسم شخص	**98**
	4-8 مقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم	**100**

	5- عرض النتائج وتفسيرها	**101**
	5-1 تقديم الحالات	**101**
	5-1-1 تقديم الحالةالأولى	**101**
	5-1-1-1 تحليل مضمون المقابلة مع الحالة1	**101**
	5-1-1-2 عرض استجابات الحالة الأولى لمقياس قلق الموت	**103**
	5-1-1-3 تحليل اختبار رسم الشخص للحالة1	**104**
	5-1-1-4 عرض نتائج مقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم للحالة 1	**107**
	5-1-1-5 تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة 1	**108**
	5-2-1 تقديم الحالة 2	**110**
	5-2-1-1 تحليل مضمون المقابلة مع الحالة 2	**111**
	5-2-1-2 عرض استجابات الحالة 2 لمقياس قلق الموت	**113**
	5-2-1-3 تحليل اختبار رسم الشخص للحالة 2	**114**
	5-2-1-4 عرض نتائج مقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم للحالة 2	**117**
	5-2-1-5 تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة 2	**117**
	5-3-1 تقديم الحالة 3	**121**
	5-3-1-1 تحليل مضمون المقابلة مع الحالة 3	**121**
	5-3-1-2 عرض استجابات الحالة 3 لمقياس قلق الموت	**123**
	5-3-1-3 تحليل اختبار رسم الشخص للحالة 3	**124**
	5-3-1-4 عرض نتائج مقياس الأوجه للتقييم	**126**

	الذاتي للألم للحالة 3	
	5-3-1-5 تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة 3	**126**
	6 مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات	**129**
	الخاتمة	**133**
	قائمة المراجع	
	الملاحق	
	الملخص بالعربية	
	الملخص بالفرنسية	

فهرسة الأشكال و المنحنيات

عناوين الأشكال	الصفحة
شكل رقم 01: يبين تخطيط منطقي للفرضيات.	09
شكل رقم 02: يبين اللوكيميا تعريفه، أنواعه،أعراضه، نسبة انتشاره	17
شكل رقم 03:Médulloblastome تعريفه، أنواعه،أعراضه ،نسبة انتشاره.	18
شكل رقم 04: يبين أورام الكبد أنواعه، أعراضه ، نسبة انتشاره.	19
شكل رقم 05: يبين سرطان الكلى: أنواعه،أعراضه،نسبة انتشاره.	20
شكل رقم 06: يبين سيكوسومات الأنسجة الرخوةأنوعه،أعراضه، نسبة انتشاره.	22
شكل رقم 07: يبين الأورام اللمفاوية أنواعه ، أعراضه،نسبة انتشاره.	23
شكل رقم 08: يبين أورام الجهاز العصبي الودي أنواعه، أعراضه،نسبة انتشاره.	24
شكل رقم 09: يبين أورام العظام أنواعه،أعراضه، نسبة انتشاره.	25
المنحنى رقم 01: يبين مراحل الحداد حسب إليزابيت كيبلر روس	72

فهرسة الجداول

عناوين الجداول	الصفحة
جدول رقم 01: يبين حالات الدراسة.	76
جدول رقم 02: يوضح تحليل محتوى المقابلة للحالة 01.	87
جدول رقم 03: يوضح الاستجابات الحالة01 لمقياس قلق الموت.	89
جدول رقم 04: يوضح التحليل الكيفي لرسم الشخص للحالة 01.	90
جدول رقم 05: يوضح تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة 01.	93
جدوا رقم 06: يوضح تحليل مضمون المقابلة للحالة02.	96
جدول رقم07: يوضح استجابات الحالة 02 لمقياس قلق الموت.	99
جدول رقم 08: يوضح التحليل الكيفي لرسم الشخص للحالة 02.	100
جدول رقم 09: يوضح تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة 02.	103
جدول رقم 10: يوضح تحليل مضمون المقابلة للحالة 03.	107
جدول رقم 11: يوضح استجابات الحالة 03 لمقياس قلق الموت .	109
جدول رقم 12: يوضح التحليل الكيفي لرسم الشخص للحالة 03.	110
جدول رقم 13: يوضح تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة 03.	114

مقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة مرحلة مهمة في حياة الفرد لما تحمله من خصوصيات ومظاهر نمو مختلفة كالنمو الانفعالي، الفيزيولوجي،المعرفي، العقلي الاجتماعي... لهذا أولى الباحثين عناية كبيرة بهذه المرحلة، لما تحمله من أهمية في حياة الفرد مستقبلا .حيث تعتبر مرحلة الطفولة المرحلة الأساسية لتكوين شخصية الطفل .حيث يلح الباحثين النفسانيين على الاهتمام به وتوفير جميع العوامل المساعدة لنموه نموا سليما .لكن قد يحدث و أن يتعرض الطفل خلالها إلى مشاكل، اضطرابات أو أمراض تؤثر على تكوينه النفسي كالسرطان، الذي يعتبر من أكثر الأمراض انتشارا بين الأطفال ولأسباب لا تزال مجهولة لحد الآن ،حيث تشير منظمة الصحة العالمية سنة 2020 أن قد توفي 10 ملايين شخص حول العالم بسبب السرطان (**منظمة الصحة العالمية،2020**) ,الذي يعتبر من بين الأمراض المميتة والسريعة الانتشار حيث يتميز بتطور خلايا الشادة تنقسم بطريقة لا يمكن السيطرة عليها ،ولديها القدرة على التسلل وتدمير الأنسجة الطبيعية للجسم . ونظرا لأن العلاج يترك آثارا سلبية طويلة المدى على الطفل ما يجعله يدخل في حالة حداد نتيجة الاستشفاء،الانفصال عن الأسرة ،عن المدرسة ،عن الرقاق ولمعرفة أهم خصائص الحداد لدى الطفل المصاب بالسرطان حاولنا دراسة هذا الموضوع وذلك بتناول جانبين نظري وآخر تطبيقي فأما النظري شمل الفصل الأول من إشكالية و أهداف و أهمية ، و الفصل الثاني بعنوان السرطان والطفل حيث تناولنا فيه أهم العناصر الخادمة للموضوع من أنواع السرطان و أعراض و أسباب خصوصية المرض لدى الطفل استجابة أما الفصل الثالث كان بعنوان الحداد الذي احتوى على أنواع الحداد ،خصوصية الحداد عند الطفل ،مراحل الحداد، عمل الحداد و التفسيرات النظرية للحداد .في حين احتوى الجانب التطبيقي

على الإجراءات المنهجية من الدراسة الاستطلاعية اختيار المنهج ومجالات الدراسة و أدوات جمع البيانات ،مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.

الفصل الأول

الإشكالية ومنطلقاتها

1. الإشكالية.
2. فرضيات الدراسة.
3. دوافع اختيار موضوع الدراسة.
4. أهداف الدراسة.
5. أهمية الدراسة.
6. تحديد مصطلحات الدراسة .

خلاصة

1: إشكالية :

تنتشر الأمراض المزمنة بين الأطفال بدرجات متفاوتة وذلك حسب عوامل مختلفة كالبلد أو السن أو الجنس مخلفة انعكاسات كثيرة سواء على أسرته وذلك لما يقع عليها من أعباء مادية عالية التكلفة. أو الوضع الطارئ الذي يفرض عليها استراتيجيات جديدة من أجل تقبلهم هذا الأخير. أو على صحته الجسمية والنفسية ،حيث يتكرر دخول الطفل إلى المستشفى لإجراء التحاليل، الحقن أو العلاج .مما قد يؤدي إلى تغير حالته الجسمية. في حين قد تأثر نفسيته فتظهر عليه أعراض الاكتئاب، الرفض،القلق، العناد،تغير في المزاج ومن بين هذه الأمراض نجد المزمنة نجد السرطان الذي يعتبر مجموعة من الأمراض التي يمكنها أن تصيب كل أجزاء الجسم فالخلايا السرطانية لها القدرة على الانقسام السريع و الشاذ بل و يمكنها النمو خارج حدودها المعروفة واقتحام أجزاء الجسد المتلاصقة و الانتشار إلى الأعضاء الأخرى.

كما تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن السرطان يتسبب في مقتل الملايين من الأشخاص سنويا ففي عام 2020 توفي 10 ملايين شخص تقريبا أي ما يعادل وفاة واحدة من كل6 وفيات (**منظمة الصحة العالمية،2020**).حيث يعتبر السرطان الأطفال من الأنواع الشائعة الانتشار بينهم حيث يمس هذا الخير كل الفئات العمرية ولا يستثني عمرا أو جنس معين وقد شهد تطورا سريعا ملحوظا بدرجة مرعبة خاصة عند الأطفال حيث يصاب به كل عام نحو 400000 طفل و مراهق تتراوح أعمارهم بين 0 سنة و 19 سنة. فتبدأ الأعراض بالظهور كأعراض عامة قد تشير إلى أمراض أخرى ولكن وجود بعض العوامل التي من شأنها جعل الطفل أكثر عرضة للإصابة بالسرطان قد تساعد في التشخيص ،فالإصابة الحقيقية للطفل بالسرطان تجعله يعيش حالة نفسية خاصة تظهر في أشكال عدة كالحزن ،الانعزال، الشرود الأرق وغيرها. وهذا ما يعرف بالحداد حيث تم تناول هذا المفهوم من طرف العديد من العلماء كل حسب اتجاهه لكنها صبت تقريبا في معنى واحد فالحداد هو السيرورة ورد الفعل

الانفعالي الذي يلي الفقدان أو الفقد.(**Hardy.p.2003.p30**) .فإصابة الطفل بالسرطان في عمر معين والتغيرات الجديدة التي تطرأ عليه سواء في محيطه العائلي أو المدرسي أو الاجتماعي من الانفصال عن العائلة و الدخول إلى المستشفى و الانقطاع عن المدرسة و الرفاق كلها قد تساعد في إبراز بعض مظاهر الحداد عنده والتي تتجلى في نوبات الأرق التي تظهر عليه خاصة بعد انفصاله عن أهله ومكوثه في المستشفى إضافة إلى فقدان الشهية و التعب والإرهاق الذي يبديه الطفل. كما يمكنه أن ينكص إلى مراحل أولية سابقة كالتبول في الفراش كلها مظاهر تعكس حالته النفسية التي يعيشها الطفل فالمرحلة الأساسية للحداد تتشكل عند الطفل مثلما تتشكل عند الراشد من خلال حالة اكتئاب حقيقية(**Haus,M ,2016, P88**) .

فالحداد يتميز بمجموعة من الخصائص حاول العديد من العلماء إبرازها أهمها الحالة الانفعالية الاكتئابية الشديدة مع الحزن ،البكاء،الشعور بالعار و الذنب وتأنيب الضمير الشعور بالفراغ مع سرعة الانفعال (**Hardy,p,2003,p70**) .هذه المعانات اليومية و الآلام الجسدية المتكررة من حقن و أدوية و أشعة مع تغيرات مصاحبة للمرض قد تجعل الطفل يشعر بآلام نفسية كالخوف والقلق و الانعزال وتركيز اهتمامه حول جسده المصاب فيدفعه هذا إلى طرح أسئلة لوالديه تدور حول فكرة الموت ، إن المرض في حد ذاته بالنسبة للطفل هو موقف صعب الفهم و التقبل فيحاول هذا الأخير إيجاد تفسير لهذا الوضع وذلك إما بطرح أسئلة على والديه أو على الفريق الطبي أو باستعمال آليات دفاعية ليخفف من التوتر و القلق الدائم الذي يعيشه.

هذا ما دفعنا إلى طرح التساؤل التالي:

السؤال الرئيسي:

ماهي أهم خصائص الحداد التي تُميز الطفل المصاب بالسرطان ؟

الأسئلة الفرعية:

- هل يُظهر الطفل المصاب بالسرطان اهتماما بجسده؟
- هل يعاني الطفل المصاب بالسرطان من أفكار الموت؟
- هل يعاني الطفل المصاب بالسرطان من الشعور بالألم النفسي؟

2 : فرضيات الدراسة

الفرضية العامة:

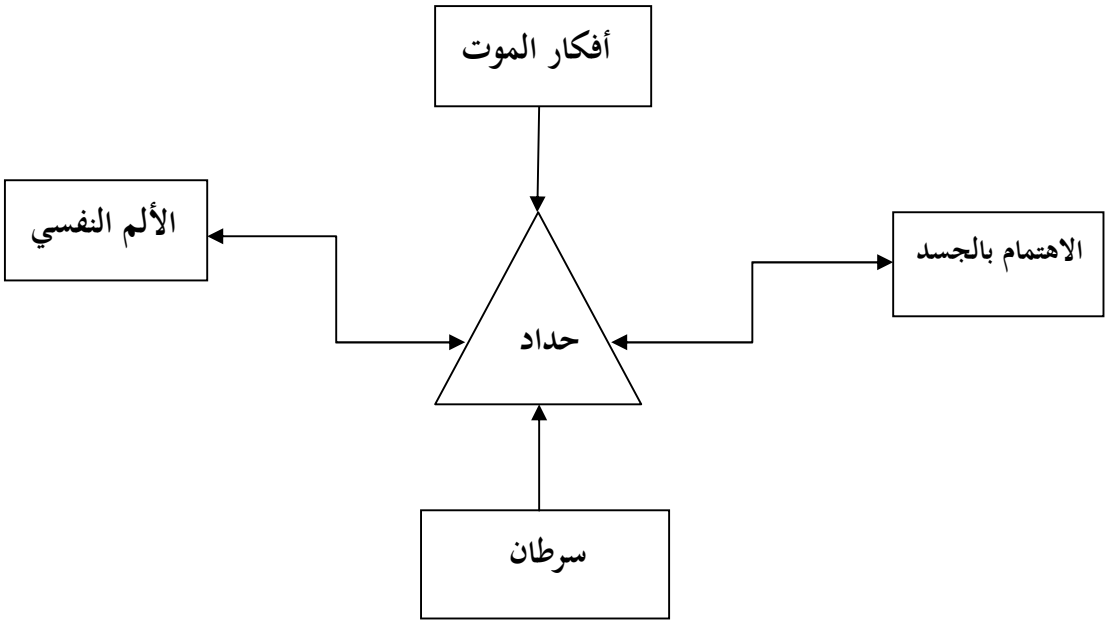
يتميز الطفل المصاب بالسرطان ببعض من خصائص الحداد.

الفرضيات الفرعية:

فـ1 يُظهر الطفل المصاب بالسرطان اهتماما بجسده.

فـ2 يعاني الطفل المصاب بالسرطان من أفكار الموت.

فـ3 يعاني الطفل المصاب بالسرطان من الشعور بالألم النفسي .



شكل رقم (1) : يبين تخطيط منطقي للفرضيات .

3. دوافع احتيار موضوع الدراسة :

هناك عدة أسباب دفعتني إلى اختيار هذا الموضوع منها :

- الارتفاع المتزايد للإصابة بالسرطان .

- دافع شخصي بحكم مكوثي بهذه المصلحة لعدة مرات .

- أهمية المرحلة (الطفولة) التي من المفروض أن يعيشها الطفل بكل معانيها في حين يعيشها الطفل المصاب بالسرطان بصفة مختلفة تماما عن أقرانه الأصحاء.

4. أهداف الدراسة :

1. دراسة خصائص الحداد لدى الطفل المصاب بالسرطان المتمثلة في الألم النفسي ،أفكار الموت والاهتمام بالجسد.
2. محاولة فهم كيف يعيش الطفل المصاب بالمرض.

5. أهمية الدراسة:

يمكن أن يستفيد من هذه الدراسة :

1. المختصين في المجال خاصة الأخصائيين العاملين بمصلحة أورام الطفل .
2. استفادة أولياء الأطفال المرضى بالسرطان لأننا نجدهم في بحث دائم عن كيفية التعامل مع أبنائهم المرضى.

6- التحديد مصطلحات الدراسة:

قبل البدء في دراسة هذا الموضوع ينبغي قبل كل شيء تحديد المصطلحات الأساسية المستخدمة فيه وهي كالتالي: السرطان – الطفل – الطفل المصاب بالسرطان– الحداد – خصائص الحداد – الاهتمام بالجسد – أفكار الموت – الألم النفسي.

6-1 تعريف السرطان اصطلاحا:

السرطان هو مجموعة من الأمراض الناجمة عن الإنقسام العشوائي للخلايا التي تستمر في الانقسام دون تحكم أو كبح تكاثرها اللامتناهي معرقلة الوظائف المفيدة للعضوية التي تنتمي إليها.(**caillier ,2004,p54**). كما يعتبر أيضا مرضا ينشأ انطلاقا من مجموعة من الخلايا المجردة من الآليات الفيزيولوجية للتحكم في التضاعف الخلوي، لذلك تنموا بطريقة غير منتظمة ، بدءا من خلية واحدة يمكنها التطور انطلاقا من أي نسيج وداخل أي عضو لتتضاعف مشكلة نسيجا ورميا يعرف بالسرطان وهذه الخلايا الورمية يمكنها الانتشار من موضعها الأولي إلى سائر الجسد عبر مايعرف بالإنبثاثات أو النقائل (les métastases).(**beersM-H,2008 ,P1033**).

فالسرطان هو النمو الفوضوي المستمر لخلايا غير عادية داخل الجسم وتكاثر خلايا خبيثة لاتخضع للقوانين الفيزيولوجية التي تنظم وتتحكم في الانقسام الخلوي لتتمرد على أجهزة المراقبة في الجسم فهو كتلة من نسيج يستمر في النمو قد يكون موضعيا أو غير موضعي

حيث تتميز خلايا السرطانية بقدرتها على التغلغل وغزو والأنسجة الطبيعية المحيطة لتكون مستعمرات سرطانية عديدة لها نفس صفات الورم الأول.(**bindefeldy,2007.p.203**).

فكل هذه التعريفات مستمدة من الأصل اليوناني للكلمةkarkinos لأنه يشبه في خصائصه السلطعون القشري. (**heron ,jf ,1995,p7**).

التعريف الإجرائي :

هو التكاثر العشوائي لخلايا غير عادية داخل الجسم تنجم بسبب خلل في المادة الوراثية الجينية .DNA

2-6 تعريف الطفل اصطلاحا: لقد تعددت التعاريف الخاصة بالطفل حيث تم تناوله من عدة جوانب اجتماعية بيولوجية ونفسية حيث اعتمدت الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل بتعريفه على أنه كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المطبق عليه.(**اتفاقية حقوق الطفل،يونيسف،يوم 2020/07/7**) أما علماء النفس فيعتمدون في تعريفهم للطفل على دراسة التفاعلات المتغيرة في سلوكات الأطفال و عقولهم ضمن المرحلة التطورية التي يمر بها الجنين أثناء تخلقه قبل الولادة وامتداد لمرحلة المراهقة حيث يعتبرونه الإنسان المكتمل الخلقة والتكوين الذي لم يصل بعد لمرحلة النضج ولم تظهر عليه علامات البلوغ.

التعريف الإجرائي:

الطفل هو الصغير الذي لم تظهر عليه بعد علامات البلوغ .

تعريف الطفل المصاب بالسرطان إجرائيا:

هو الطفل الذي يبلغ من العمر ما بين 9 إلى 11 سنة ومصاب بأي نوع من أنواع السرطان.

3-6 تعريف الحداد اصطلاحا:

مجموعة ردود الأفعال التي تلي فقدان هام لشخص مهم كنا مرتبطين به (**p205, 2007, Emmanuel**) كما يرى سيغموند فرويد أيضا أن الحداد هو رد فعل منتظم نتيجة فقدان شخص محبوب أو عزيز، أو شيء مجرد في محله كالوطن أو الحرية أو موضوع مثالي ما (**سي موسي عبد الرحمان،ص91**) وهذا ما أكده جون بوبي حينما ذهب بتعريفه للحداد على أنه مجموع السيرورات النفسية شعورية ولاشعورية تنفجر وتظهر بعد الفقدان (**Bowlby,1984,p50**) كما تشاطر ميلاني كلاين بولبي في تعريفها لحداد مؤكدة بأن الحداد هو مرض عادي والحالة الاكتئابية المصاحبة ماهي إلا رد فعل نتيجة الفقدان.

تعريف الحداد إجرائيا:

الحداد هو رد فعل الطفل الذي يظهر عليه بعد فقدانه لموضوع مهم كجسمه حياته دوره.

تعريف خصائص الحداد إجرائيا:

ونقصد بها مجموعة الخصائص التي تظهر عند الطفل المصاب بالسرطان والتي تظهر كالتالي، الاهتمام بالجسد،الألم النفسي،و أفكار الموت.

تعريف الإهتمام بالجسد إجرائيا:

هي كل السلوكات التي يبديها الطفل المصاب بالسرطان حول صورة جسده الجديد كالسؤال الدائم عن سبب تغير جسده ، التفكير في صورة جسده الجديد ،النظر المتكرر في المرآة،الخجل بجسده الجديد.

تعريف الألم النفسي إجرائيا:

هو حالة انفعالية تظهر لدى الطفل المصاب بالسرطان في شكل عجز ،يأس ،خوف وحزن.

تعريف أفكار الموت إجرائيا:

هي مجموعة الأفكار التي تظهر لدى الطفل المصاب بالسرطان على شكل أحلام وكوابيس مرتبطة بالموت ،طرح المتكرر لأسئلة حول الموت ،الخوف من الموت.

خلاصة : لقد تناولنا في هذا الفصل كل من الإشكالية والفرضيات ،الأهداف،الأهمية، إضافة إلى تحديد مصطلحات الدراسة.

الفصل الثاني

السرطان و الطفل

تمهيد

أولا: السرطان

1. مفهوم السرطان.
2. خصائص الخلية السرطانية.
3. الأسباب المؤدية للسرطان.
4. تصنيف السرطان عند الطفل.
5. تصنيف الأورام .
6. العلاج الدوائي للسرطان.
7. مؤشرات أعراض السرطان عند الطفل.
8. النظرية السيكوسوماتية لتفسير السرطان .

ثانيا: الطفولة

1. مفهوم الطفولة.
2. خصائص النمو للطفل من 09_12 سنة .
3. خصوصية مرض السرطان عند الطفل من 09_ 12 سنة.
4. الآليات الدفاعية عند الطفل المصاب بالسرطان.
5. علاقة الطفل المصاب بالسرطان بالفريق الطبي.
6. الاستجابات النفسية للطفل المصاب بالسرطان.

خلاصة

تمهيد: يعتبر مرض السرطان مرض قاتل خاصة في مراحله المتأخرة ويحمل تأثيرات كبيرة على الفرد سواء كان راشدا أو طفلا .حيث يحاول هذا الأخير التعايش مع واقع جديد من فريق طبي داخل المستشفى، تحاليل، إبر ، أدوية ما يجعله يلجأ إلى استخدام آليات دفاعية تكيفيه .

أولا:السرطان

1:خصائص الخلية السرطانية

إن السرطان ورم خبيث يتصف بالطاقة غير المحدودة لنمو الخلايا المستمر، هذه الأخيرة (الخلايا) إما تمتد محليا فتغزو وتدمر النسيج الطبيعي المجاور، وإما أن تنتقل عبر الأوعية اللمفاوية أو الأوعية الدموية إلى أمكنة أخرى من الجسم وتؤسس بؤرا جديدة نامية نسميها(البؤرة السرطانية المنتقلة) التي تعمل على تدمير الأعضاء أثناء النمو الطبيعي للجسم فتصبح الخلايا مختلفة اختلاف حاجات كل نسيج ووظيفة كل عضو من الأعضاء. ولكن في حالة إصابة الخلايا الأم بالعوامل المتسرطنةتقوم هذه الأخيرة بالانقسام وتنتج عنها خلايا مكونة للنسائل cancérogènes وهي:

مجموعة من الخلايا تنتج بدورها خلايا أخرى متمايزة إلى حد كبير من الخلية الأم تعمل على تطور و التورم وتجانسه إلى حد كبير بمدى سرعة تكاثر الخلايا المكونة للنسائل ،فكلما زادت سرعتها كلما زاد عددها والعكس .كما أن الكشف عن مدى سرعة تكاثر الخلايا المكونة للنسائل مهم جدا حيث يسهل للأطباء التدخل والسيطرة على الورم . كما أن الخلية السرطانية لها مميزات خاصة يجب معرفتها لفهم ألية الإصابة جيدا وهي كالتالي:

- **تشوهات شكلية مورفولوجية تظهر في :**

– زيادة حجم الخلية بصفة عامة والنواة بصفة خاصة .

– وجود خلل على مستوى التركيبة الحامية للسيتوبلازم.(صبري القباني،1988،ص107)

– ارتفاع كبير في عدد الربيسات وتضخم الجهاز القولوجي للخلية.

– خلل يصيب الإنقسامالفتيلي ،إذ تصبح العملية غير منتظمة .

– خلل في الكروموزومات.

إن توافر هذه الميزات الخمس ،يرجع احتمال كبير للإصابة بالسرطان.

- **تشوهات في الغشاء الخلوي،تظهر في :**

– تغير في شكل الخلية ،إذ تصبح مستديرة وتفقد القدرة على الإلتصاق .

– اضطرابالعملية النفاذية (permabilite)للخلية ،إذ يرتفع عدد النواقل النشطة التي تمر عبر الأغشية خاصة الأحماض الأمينية منها و السكريات.

– إمكانية وجود أحماض ننوية على سطح الخلية أهمها (RN.ADNA) التي تكون مسؤولة عن اصدار شحنات كهربائية تؤثر بطريقة سلبية على الغشاء الخلوي.

- **تشوهات الإنزيمية ، تظهر في :**

– تدهور مستوى الإنزيمات الرئيسية التي تخضع في تركيبها للجينات المسؤولة عن عمل السلاسل الأيضية الكبير وعن إصدار استجابات تعكس سيطرة الهرمونات والعوامل الغدية عليها .

– ارتفاع عملية استقلاب (DNA)البريمين .

– اضطرابات تحدث على عملية استقلاب هيدرات الكربون حيث تمثل التشوهات الإنزيمية أعراضثانوية لسباق السرطانة التي بإمكانها أن تساعد في تطوير الخلية الورمية .

-إن نشأة الخلايا السرطانية يكون عادة بسبب تحطم المادة الوراثية (DNA) الموجود في جميع الخلايا ويعمل على توجيه النشاطات الحيوية للخلايا ، ففي أغلب حالات عندما يتم تحطم DNAفللجسم القدرة على إصلاحه ، أما في حالة الخلايا السرطانية فهي تفقد القدرة على اصلاح DNA .(**أوغيست برنر وآخرون، 2001،ص376**)

02الأسباب المؤدية للسرطان:

رغم الجهود والأبحاث الكبيرة لمعرفة حقيقة مرض السرطان إلا أنه ولحد اليوم لم يتم التوصل الحقيقي والنهائي لمعرفة السبب الأول في الإصابة بالسرطان. لأن بعض هذه السرطانات يرتبط حدوثها بنوع معين من الكائنات ، فالفئران على سبيل المثال تصاب بالسرطان بنسبة أكبر من القردة .وسرطان الثدي الذي يصيب الكلاب يختلف كثيرا لدى الإنسان وهذا ما جعل من الصعب استخدام الحيوان للتجارب كنموذج لفهم الأسباب التي تؤدي للإصابة بالسرطان .فقد أجمع الباحثين على تضافر مجموعة من الأسباب تؤدي إلى ظهوره ونذكر منها :

2-1- الأسباب الوراثية:

لقد لاحظ العديد من الباحثين وجود عائلات يظهر لدى أفرادها السرطان بكثرة وبطريقة غير طبيعية ،إضافة إلى وجود عائلات ينتشر السرطان لدى أفرادها في مكان واحد عبر أجيال متتالية .كما لوحظ ذلك أيضا عند توائم ذات نوع واحد من السرطان ظهر في نفس العضو وفي نفس السن .

ومع هذا يجب ألا ننفي عامل الصدفة وعوامل أخرى كنمط الحياة وعادات المعيشة لدى التوأمين .(**دلال موسى قويدر ،سنة2007،ص28**).

كذلك من بين الإختلالات الوراثية التي تجعل الطفل عرضة لنشوء الأورام متلازمة داون - أو الطفل المنغولي- لديه احتمال الإصابة بسرطان الدم

الحاد.P1, 2003, Beer.M.H)*(03.إضافة إلى أن بعض الأمراض الوراثية النادرة تشكل خطر كبير للإصابة بالسرطان كمرض فونكونيFanconieوبعض أنواع العجز المناعي.(يوم2017/08/29 الساعة 11:12،www.ORPHA .NET a.net)، فالوراثة لها دور فعال في انتقال المرض وهذا ما يسمى بالعائلة السرطانية وهذا فعلا ما لاحظه الباحثين أن بعض أفراد الأسر محل دراستهم يصابون بنفس السرطان الذي سبق أن يصابها أسلافهم ومثال ذلك إصابة الفتيات بنفس نوع السرطان الذي أصيب به أمهاتهن .

ما ثبت أن بعض أنواع السرطان ينتقل بالوراثة منها الورم الجذعي الشبكي وهو مرض يصيب العين في سن الطفولة، بعض سرطانات الجلد التي تشمل أنواعا مختلفة من الأورام الخبيثة وسرطان الثدي والقولون عند الإناث.(مريم عيسى حسين كرسوع،2012،ص71).كما أنه هذا ما لمحناه في دراستنا الميدانية حيث أن الحالة الثانية لديها تاريخ عائلي كبير أي عدد كبير جدا من أفرادها وأقاربها من أمها وأبيها مصابين بالسرطان وأغلبهم سرطان المعدة مثلها.وحتى الحالة الثالثة باعتبارها نتيجة زواج أقارب(أب– أم – أبناء الحالات) فجدتيها من أمها وأبيها ماتت بنفس نوع السرطان.

2-2 – المواد الكيميائية والمشعة:(غير الوراثية)

تزداد احتمالات الإصابة بالسرطان وخاصة سرطان الدم الحاد عند الأفراد الذين يتعرضون لمواد كيميائية خطرة مثل البنزين أو المواد المشعة،كما لا ننسى دور التدخين في ظهور السرطان حيث تفيد الدراسات أن معظم البالغين المصابين بسرطان الدم والحنجرة وهم من المدخنين .(مجلة الشروط الطبية،2012،ص10)

فالتعرض المباشر أو غير المباشر لهذه المواد الكيميائية خاصة عن طريق الأطعمة الإضافات ،المواد المحروقة يعرض الفرد للإصابة بالسرطان مثلا مادة الزرنيخ ،الأورامين الأشعةX ،والراديوم، المبيدات الحشرية المستخدمة في الزراعة هذه الأخيرة بإمكانها أن تلوث الهواء أو الماء في المناطق معينة مخلفة أثارا على حياة الأفراد.

كما أن الأثار والمخلفات القنبلتين هيروشيما وناجازاكي في الحرب العالمية الثانية على الأفراد كبيرة جدا من أورام سرطانية خبيثة وتشوهات مورفولوجية جينية، كما يتعرض العاملون في أقسام أشعة التشخيص إلى مثل هذه الأمراض والأورام أكثر من غيرهم .إضافة إلى التعرض المستمر للأم الحامل للإشعاع يزيد من نسبة إصابة الجنين بالأورام .(**دلال موسى قويدر،2007،ص2**).

2-3- الأسباب النفسية الإجتماعية :

لقد اختلف العلماء في تصنيف أي من الأسباب المؤدية لظهور السرطان فمنهم من أكد على أهمية الأسباب النفسية ودورها الفعال في ظهور المرض،ومنهم من ألغاها نهائيا وفسرها على أنها إصابة عضوية أكثر.لكن جاء ليبوسكي وفصل في هذا الخلاف بقوله أن مفهوم المنشأ النفسي للمرض العضوي يقدم لنا طريقة لفهم الأسباب المتعددة في كل اضطراب فالدور الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية يختلف من مرض لأخر ومن شخص لأخر .كما أن DSM الثالث معدل والرابع أبرز فئات تشخيصية حول العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الجسمية كالتالي:

- إن المثيرات البيئية ذات التأثير النفسي ترتبط في بدء أو تطور الحالة الجسمية ونموها.
- الاضطرابات الجسمية تبدو كخلل عضوي واضح (التهاب القولون) أو عملية عضوية مرضية معروفة (صداع،قياء)

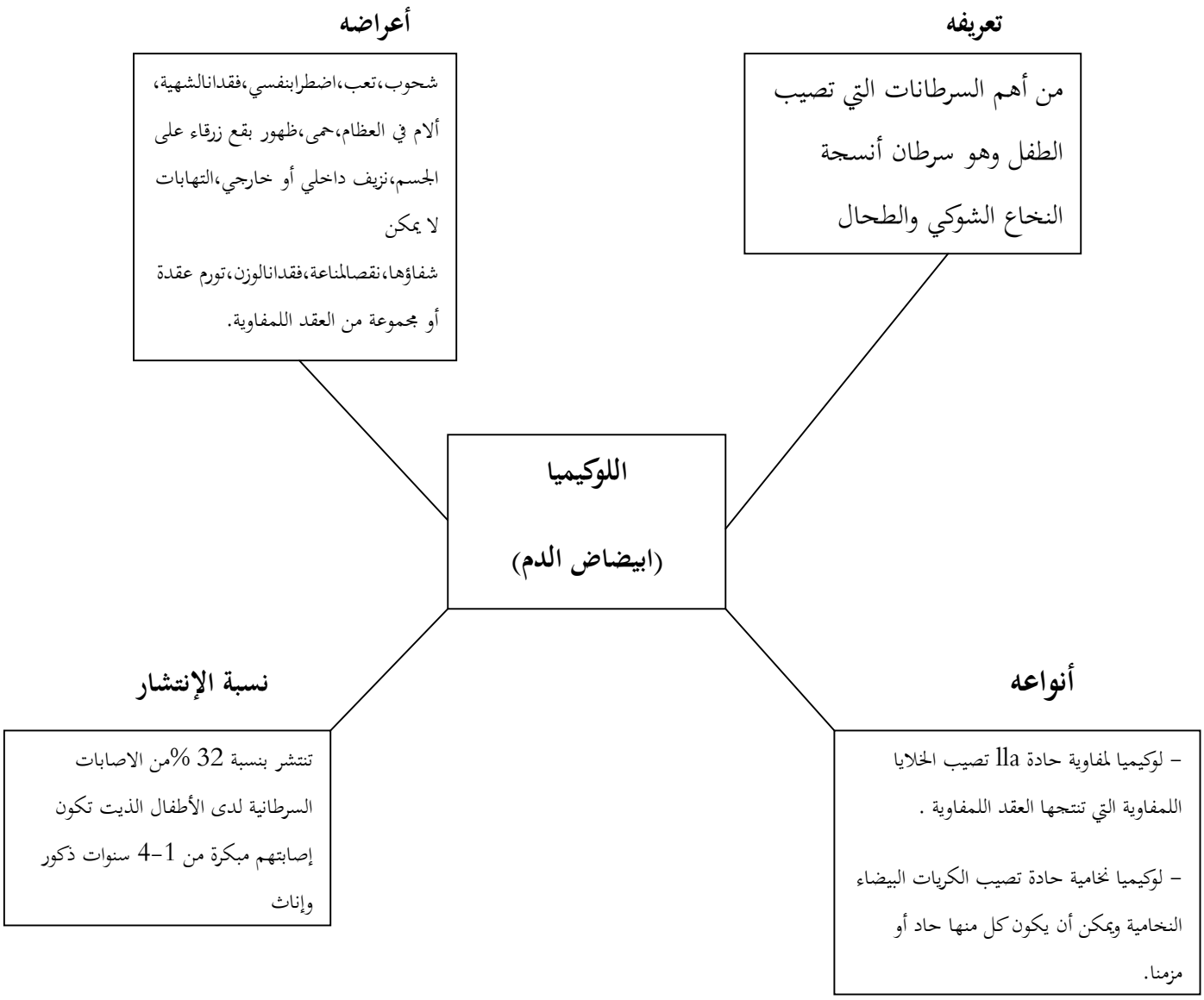
-لا تعزى هذه الحالة إلى أي اضطراب جسمي عضوي أخر.(**محمد قاسم عبد الله ،2001،ص268**) أنالتعرض المستمر للضغط النفسي يحد من قدرة الخلايا القاتلة (NK) في القضاء على الأورام السرطانية،وهذا يدل على وجود علاقة بين الجهاز المناعي والضغط النفسي حيث باستطاعة المناعة الخلوية أو الخلايا القاتلة بصورة خاصة أن تقوم بوظيفة الرقابة في الجسم والقضاء على الخلايا السرطانية.إضافة إلى أن كل من الإكتئاب والتجنب أي عدم القدرة على مواجهة المرض يرتبط بالتطور وازدياد المرض،ولا ننسى التشاؤم أو

التوقع السلبي للمريض حول مستقبل مرضه ووضعه الصحي تؤدي إلى تطور المرض وتبكير تاريخ الوفاة عند المرضى .كما أن الاستجابة العاطفية للفرد أو مدى استعداده لمكافحة المرض على سبيل المثال تساعد في تزايد وتقدم المرض .(تايلورشيلي،2008،ص814) إضافة إلى كل حالات القلق ،اليأس الخوف والتوتر من بين العوامل التي قد تكون نتيجة لأوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الإنسان ومشكلاته مما يترك أثره الواضح في عضوية الإنسان بما فيها الاضطرابات العصبية والهرمونية التي تعتبر من أكبر الأسباب المساعدة على حدوث السرطان ونموه وتطوره .ومما لاشك فيه أن هده الأسباب النفسية تنشط التربة السرطانية وتحثها على النمو والانتشار .(نور فضة،2017،ص3)

في حين يبقى السرطان وليومنا هذا محل البحث والتحقيق في سبب حدوثه وتخلي الجسم عند حقيقة وظيفته وهي الدفاع ضد الأجسام الغريبة والحفاظ على سلامته .ولذلك يعزى السرطان إلى تضافر كل من العوامل الوراثية والكيميائية والإشعاعية أو البيئية إن صح القول والعوامل النفسية والاجتماعية .

3- تصنيف السرطان عند الطفل :

توجد مجموعة كبيرة من السرطان عند الطفل مهما كان عمره سواء كان رضيعا أو طفلا من العامين حتى إحدى عشر سنة أو اثنا عشرةسنة .وسنعرض أهمها وأكثرها انتشارا مع الأعراض المصاحبة لكل نوع ومدى انتشاره .

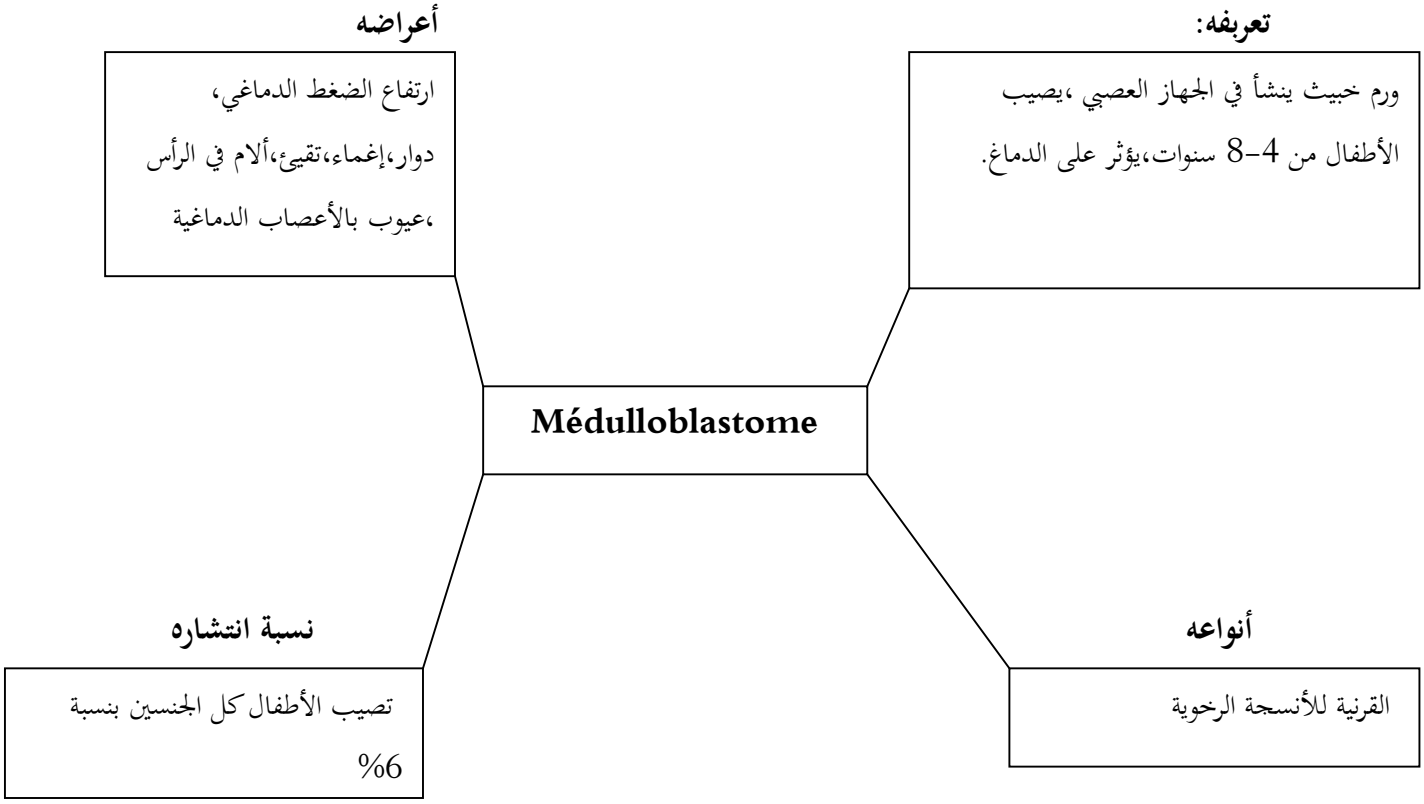


شكل:رقم (02): يبين اللوكيميا، تعريفه،أنواعه،أعراضه،نسبةانتشاره.

(**Omar .M.2008.p32-34**)

(**Aline,2011.p22**).

يوضح الشكلرقم02.: النوع الأكثر انتشارا لدى الأطفال وهو اللوكيميا أو إبيضاض الدم الذي يعتبر أهم السرطانات التي تصيب أنسجة النخاع الشوكي والطحال. وهذا الأخير ينقسم إلى نوعين منها الحاد وغير حاد ،كما تصاحبه مجموعة من الأعراض كالشحوب ،فقدان الشهية ،ألام في العظام تورم في العقد اللمفاوية .أما نسبة انتشاره فتقدر ب 32% من مجموع الإصابات السرطانية .

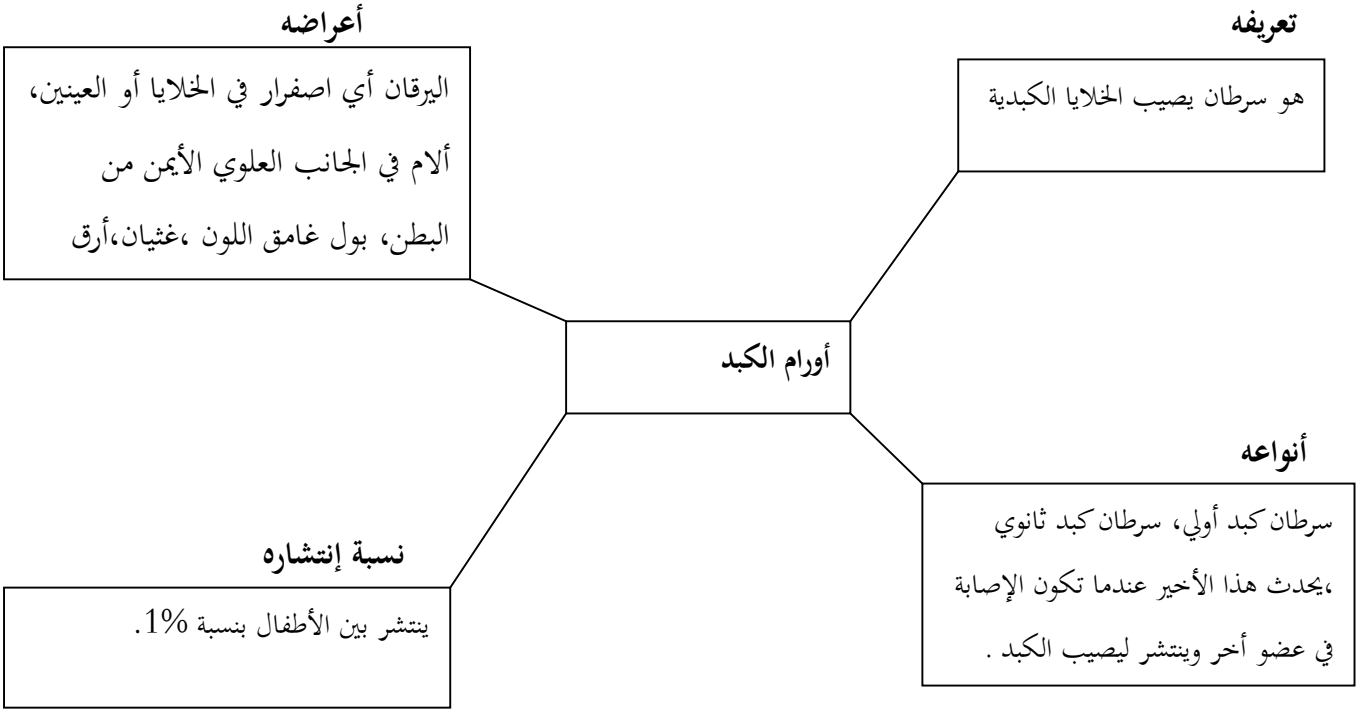


شكل رقم03: يبين Médulloblastome ، تعريفه، أنواعه،أعراضه ،نسبة انتشاره.

(Omar .M,2008 ,p3)

(Mohamed .2012.p39 ,40)

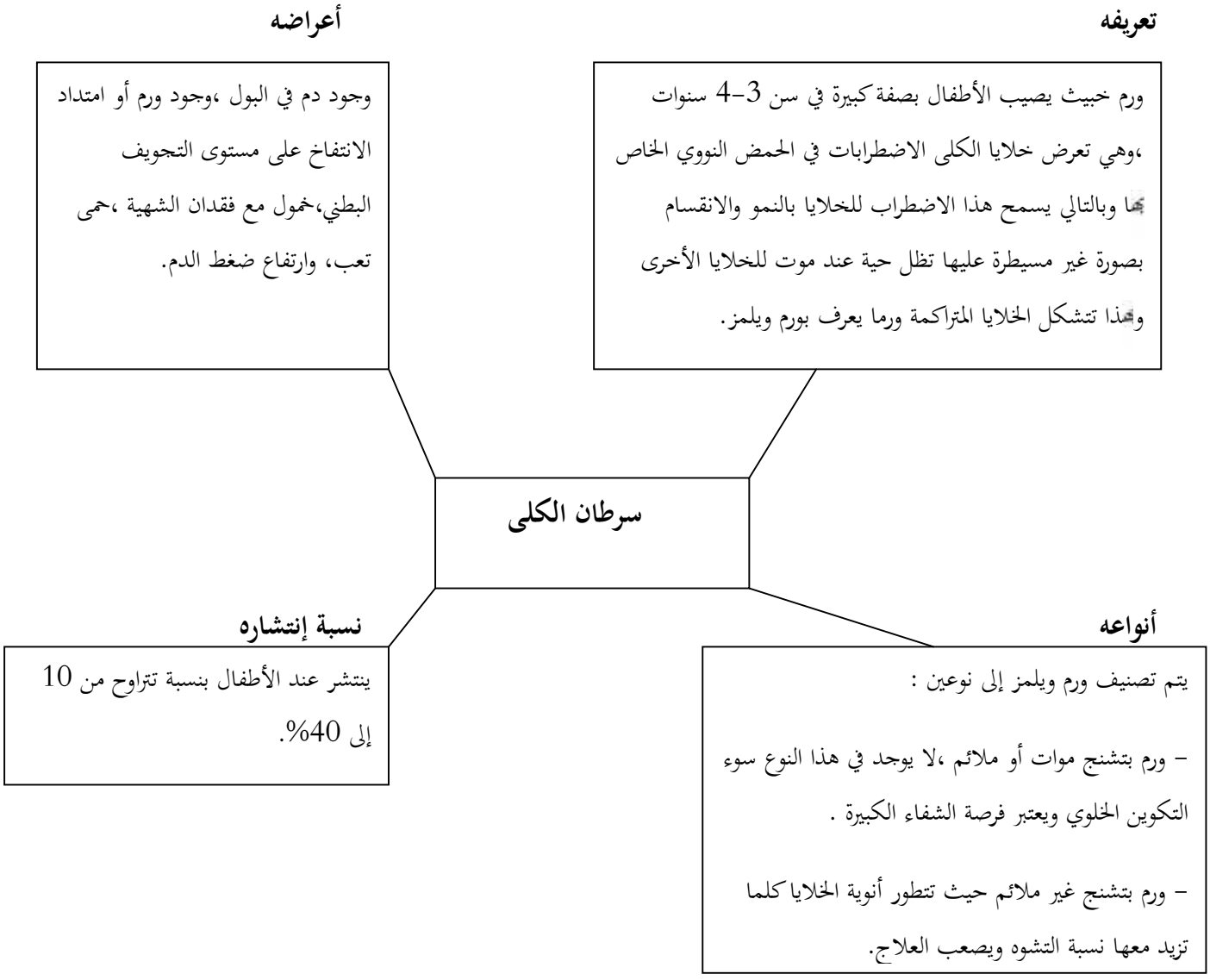
يوضح الشكل رقم 03: أورام الجهاز العصبي الوريدي فهذا الأخير يصنف على أنه ورم خطير يصيب الجهاز العصبي للأطفال مابين 4-8 سنوات ومن بين أنواعه أورام القرنية للأنسجة الرخوية ،كما يصاحب بمجموعة من الأعراض منها دوار ،إغماء،تقيء،أما نسبة انتشاره لكلى الجنسين تقدر ب 6 %.



شكل رقم 04: يبين أورام الكبد ،تعريفه،أنواعه،أعراضه،نسبة انتشاره.

(Omar,M ,2008 .p.p28-34)

يوضح الشكل رقم 04: أورام الكبد التي تعتبر من السرطانات التي تصيب الخلايا الكبدية .كما أنه نوعان سرطان كبدي أولي وسرطان كبد ثانوي ،كما يصاحب بمجموعة من الأعراض منها اليرقان أي الاصفرار في الخلايا والعينين ،ألام في الحاجب العلوي الأيمن من البطن ،إرهاق .أما عن نسبة انتشاره فتقدر ب 1% .

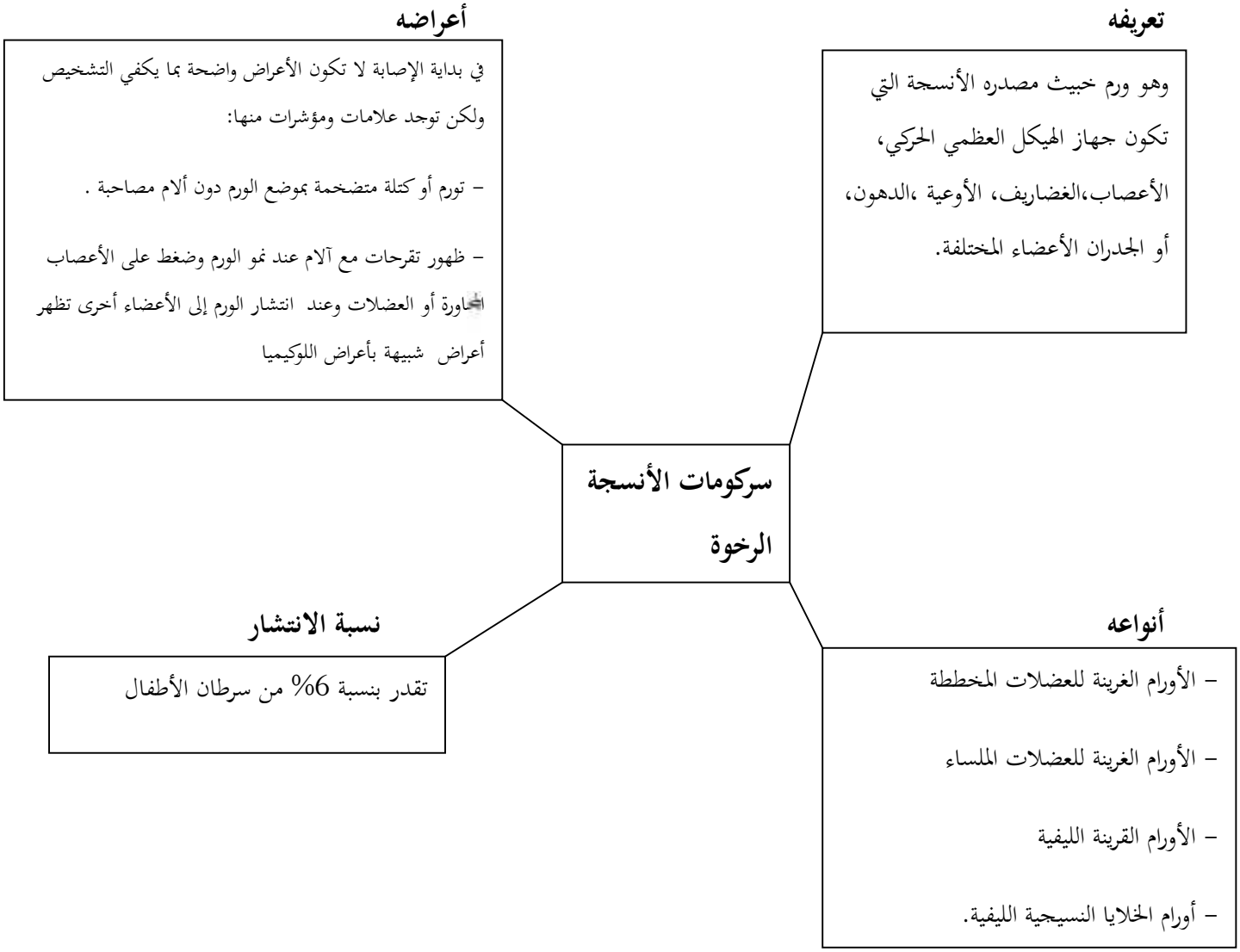


الشكل رقم 05: يبين سرطان الكلى ،تعريفه، أنواعه،أعراضه،نسبةانتشاره.

(**Bergeron .c.2000 ,p6**)

يوضح االشكل رقم 5 سرطان الكلى الذي يعتبر من أهم السرطانات التي تصيب الأطفال فهو تعرض خلايا الكلى لاضطرابات في الحمض النووي الخاص بها مما يسمح للخلايا بالنمو والانقسام مشكلة بذلك الورم السرطاني.

ينقسم هذا النوع بدوره إلى قسمين نوع فرصة الشفاء فيه كبيرة لأنه لا يحتوي على سوء التكوين الخلوي ونوع صعب العلاج ، ونوع صعب العلاج والشفاء منه بسبب تطور أنوية الخلايا الورمية .كما يصاحب بمجموعة من الأعراض منها :وجود دم في البول ،خمول ،فقدان الشهية .أما عن نسبة انتشاره فتتراوح من 10 إلى 40%.



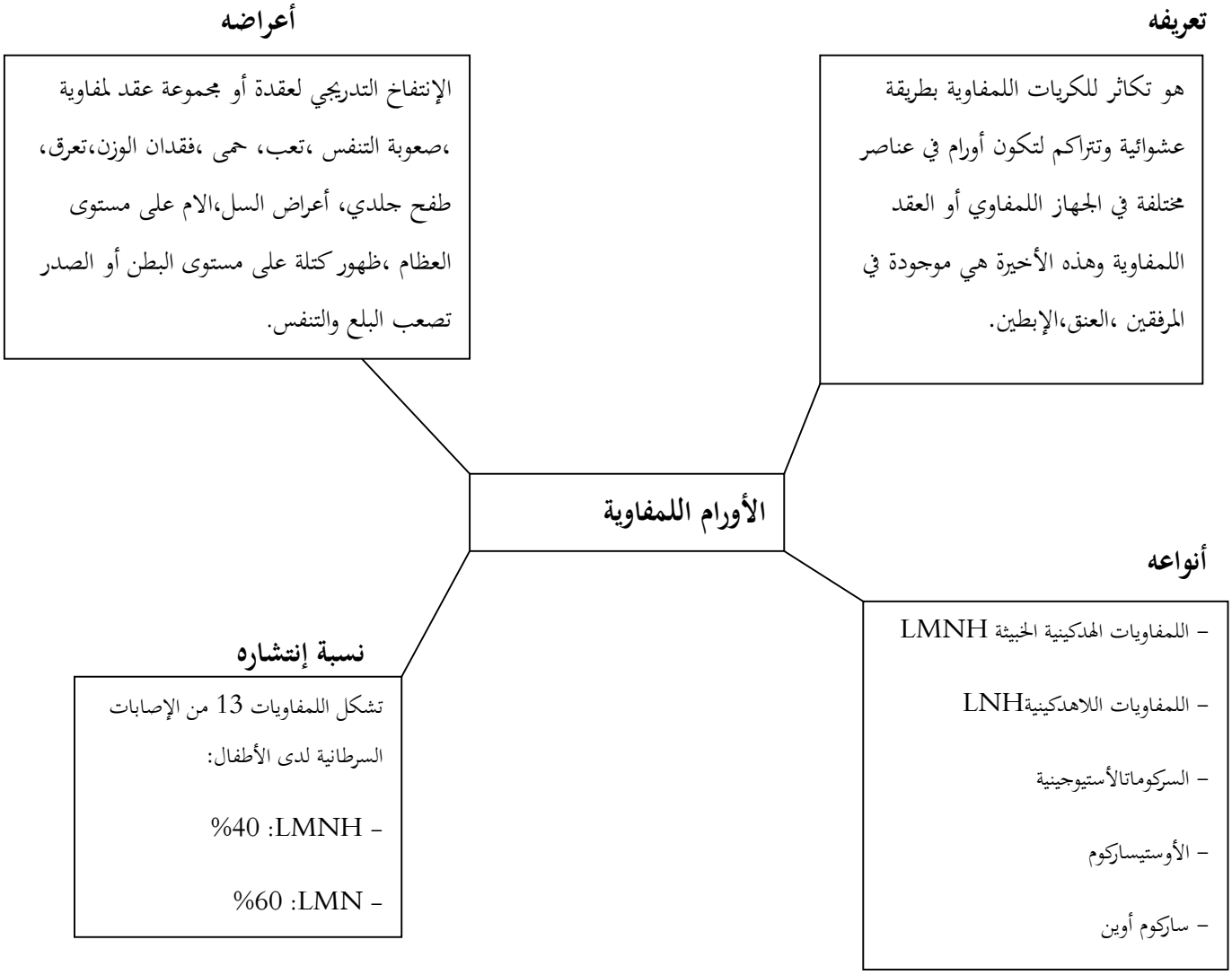
شكل رقم 06: يبين السركوماتالأنسجة الرخوة ،تعريفه،أنواعه،أعراضه،نسبةانتشاره.

(**Aline**,**A**,**2011**,**p22**)

(**Bergeron**,**c**,**2008**,**p 32**)

يوضح الشكل رقم 06سركومات الأنسجة الرخوة وهو نوع من الأورام الخبيثة مصدره الأنسجة التي تكون جهاز الهيكل العظمي الحركي .وينقسم بدوره إلى أربعة 4 أنواع أورام غرنية للعضلات المخططة ،أورام غرنية للعضلات الملساء ،أورام غرنية ليفية ،أورام الخلايا

النسيجية الليفية ،كما يصاحب بمجموعة من الأعراض منها تورم أو كتل متضخمة بوضع الورم دون آلام ،أما عن نسبة انتشاره فتقدر ب 6 %من سرطانات الأطفال.

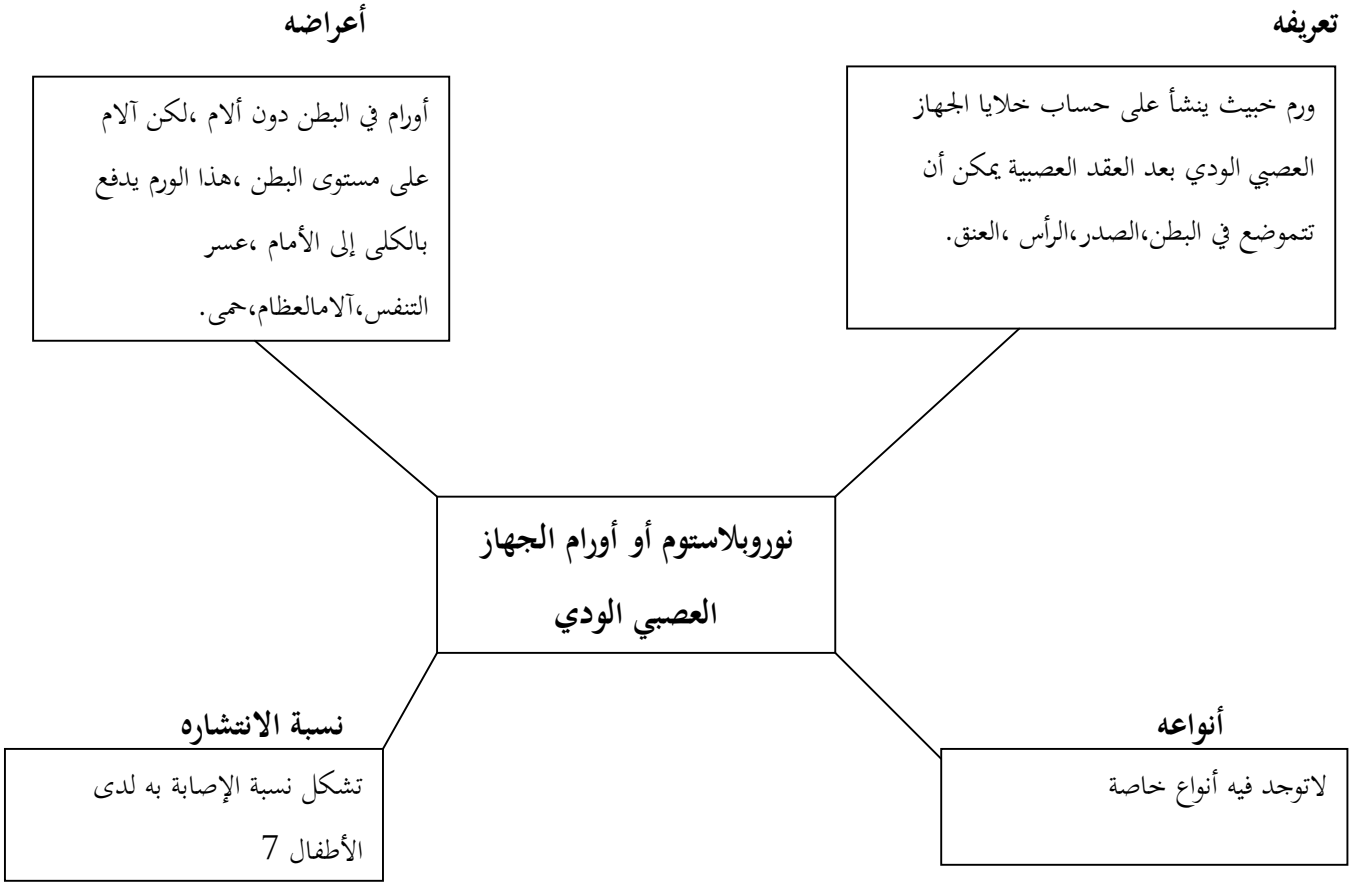


شكل رقم 07: يبين الأورام اللمفاوية ،تعريفه،أنواعه،أعراضه،نسبة انتشاره.

(Omar ,M,2006.p28)

يوضح الشكل رقم 07: الأورام اللمفاوية التي تصيب الأطفال فهي تكاثر للكريات اللمفاوية وبطريقة عشوائية مكونة بذلك أورام لمفاوية في الجهاز اللمفاوي ،كما ينقسم بدوره إلى 05 أنواع وهي اللمفاويات الهدكينية الخبيثة واللمفاويات اللاهدكينية ،سركوماتلأوستيوجينية ،

الأوستيساركوموساركوم أوين مصاحب بمجموعة من الأعراض أهمها الإنتفاخ التدريجي لعقدة أو مجموعة من العقد اللمفاوية ، حمى ،تعب ،فقدان الوزن، وألام على مستوى العظام وتقدر نسبة انتشاره ب 13 من الإصابات السرطانية لدى الطفل.

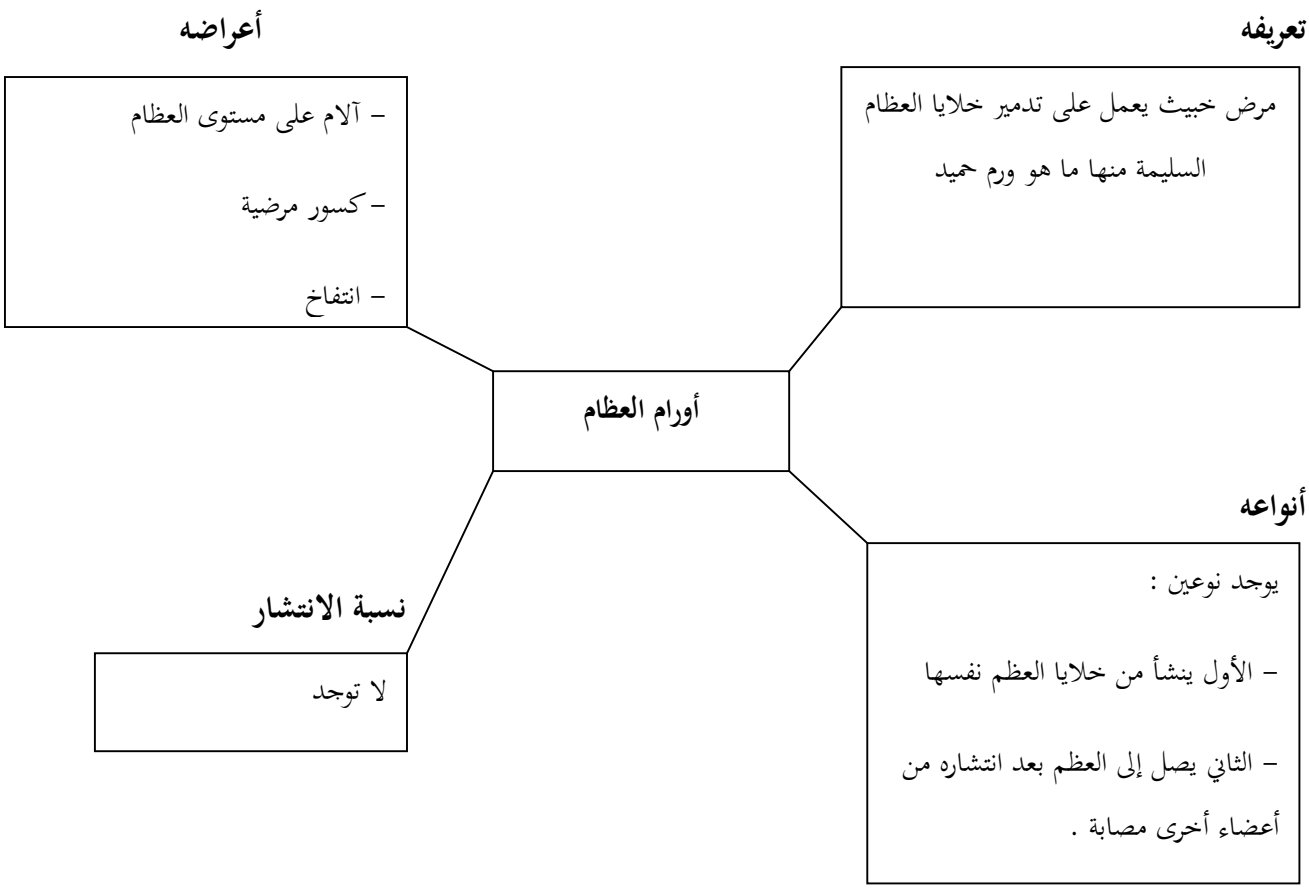


الشكل رقم 08: يبين أورام الجهاز العصبي الودي ،تعريفه،أنواعه،أعراضه،نسبة انتشاره.

(Danion,2008,p180)

(Aline.A.2011,p22)

يوضح الشكل رقم 08: أورام الجهاز العصبي التي تنشأ على حساب الخلايا الجهاز العصبي الودي بعد العقد العصبية يمكن أن تتموضع في البطن، الصدر ،الرأس،العنق،من بين الأعراض المصاحبة له أورام في البطن دون آلام عسر التنفس،حمى،تقدر نسبة الإصابة به لدى الأطفال 7% .



شكل رقم 09: يبين أورام العظام ،تعريفه، أنواعه،أعراضه،نسبة انتشاره .

(**Mhamed**.**f**,**2011**,**p23**)

(**Aline**,**A**,**2011**,**p23**)

يوضح الشكل رقم 09: أورام العظام الذي يعتبر سرطان خطير يعمل على تدمير خلايا السليمة ويقسم إلى نوعين الأول الذي ينشأ من خلايا العظم نفسها أما الثاني فيصل إلى العظم بعد انتشاره من أعضاء أخرى مصابة كما يصاحب بمجموعة من الأعراض أهمها آلام على مستوى العظام ،كسور مرضية وانتفاخ .

4– تصنيف الأورام

يجمع جميع الأطباء تقريبا على أن السرطان نوعان :

4-1- الأورام الحميدة.

هي نوع من لأورام يتمركز في موضع واحد أي غير قابلة للانتشار فهي عادة ما تكون مغلقة بغشاء تطوره بطئ، لا يهاجم الأنسجة المجاورة، كما أن هذه الأورام يمكن أن تزول بالجراحة أو الأشعة لتصغير حجمها أي La chimio، وهذه العلاجات كافية لإزالة هذا الورم والشفاء منه وفي بعض الأحيان لا يعود الورم مرة أخرى.

4-2- الأورام الخبيثة :

هذا الصنف يعد من أصعب الأورام لأنه يجتاح الجسم تدريجيا فيهاجم ويدمر الخلايا والأنسجة بها وهو عبارة عن نمو ثانوي من الورم الأصلي في مكان آخر من الجسم الموقع الذي نشأ منه الورم الخبيث،حيث لهذه الأورام قدرة كبيرة على انتشار عبر ثلاث طرق.

- انتشار مباشر للأنسجة الأعضاء المحيطة بالعضو المصاب.
- عن طريق الجهاز اللمفاوي.
- عن طريق الدم حيث تنفصل خلية أو مجموعة من خلايا من الورم السرطاني وتنتقل عبر الجهاز اللمفاوي أو لدم إلى الأعضاء. البعيدة الأخرى وتستقر في عضو من الأعضاء مثل الرئة،الكبد أو الدم.(**يوسفالشرفاء،2008،ص18**).

من خلال هذا التقسيم نلاحظ أنه أكثر الأنواع انتشارا عند الطفل هو اللوكيميا بنسبة 28% تم أورام الجهاز العصبي المركزي ب 21 تليها أورام العقد اللمفاوية بنسبة 11 %وقبلها أورام ويلمز ب 13% ،حيث تتناقص تدريجيا معدلات الإصابة بالأنواع الأخرى ولحد الآن لم يتوصل الأطباء لمعرفة السبب الحقيقي وراء هذا الانتشار الواسع للسرطان عند الطفل بالرغم من الجهود المبذولة في رعايته.

5 – العلاج الدوائي للسرطان :

بما أن السرطان يعتبر من الأمراض المستعصية والمعقدة فإنه يستلزم إيجاد العلاج الفعال والمناسب له،ومن هنا اختلفت تقنيات أو أنواع العلاج حسب نوع ومرحلة الحالة (المريض) أو فترة التشخيص (مبكر أو متأخر) والمتعارف عليه في الطب أنه يوجد ثلاث أنواع من العلاج الدوائي وهي:

5-1- العلاج الكيميائي:

بدأ هذا العلاج سنة 1943 (la chimiothérapie) بعد اكتشاف المواد الكيميائية السامة التي استخدمت في الحرب العالمية 2 في علاج الأورام اللمفاوية .

يعتبرالعلاج الكيميائيأكثر الأنواع استخداما للطفل والراشد المصاب بالسرطان، حيث يعتبر هذا الأخير علاج دوائي يحدث أثرا عاما عبر الدورة الدموية ويعتمد على مواد سامة تعمل على تحطيم الخلايا المرضية، يتم استخدامه فور التأكد من التشخيص. فهو يهدف إلى إزالة الورم السرطاني دون تدمير الخلايا السليمة ، وقد يتم ذلك من خلال الجراحة التي تسمح باستئصال الورم. كما يستخدم أيضا عند انتشار هذه الأورام في بعض أعضاء الجسم فيتوزع هذا الأخير عبر الدم إلى كامل الجسم مما يعطي فرصة أكبر للقضاء على الخلايا السرطانية بهدف تصغيرها وحصرها في مكان واحد .(**Scotte et al,2002,p61**)لكن أحيانا وبسبب التأخر في الكشف والتشخيص يكون الورم قد تمكن من غزو الخلايا والأنسجة المجاورة مما يدفع بالأطباء إلى تبني أساليب علاجية أكثر فعالية قد تستخدم منفردة كما يمكن التداخل بين عدد من العلاجات طلبا لنتائج أفضل وأسرع ومن أبرزها العلاج الهرموني الذي يعمل على عرقلة عمل الهرمونات القادرة على التحريض تطور الخلايا السرطانية ويستخدم خاصة في حالة السرطانات الحساسة للهرمونات كسرطان الثدي

.(**Morin.y.p437**)ومن أكثر العلاجات الهرمونية مضادات التستيستيرون في حالة أورام البروستات (سرطان الخصية) ولقد أدى استخدام هذه العلاجات مجتمعة إلى تحسين النتيجة

النهائية للعلاج حتى وصلت إلى ما يقارب 50% من نسبة الشفاء (جمعية ادم للسرطانات). كما أن العلاج الكيميائي يخلق أثارا جانبية كبيرة ومعقدة على المريض الراشد أكثر منها عند الطفل منها فقدان الشهية ورفض الأكثر خلال 24 ساعة بعد العلاج تظاهرات جسدية للحصر :آلام على مستوى الرأس ،آلام حشوية ،آلام على مستوى القلب ،انخفاض الوزن ، التقيؤ، وهذه الأعراض متواترة عند المراهق وترتفع مع مرور الوقت ،وعليه فإن المريض يحتاج إلى السند العائلي والنفسي. كما أن سلوك الطفل يصبح بالضرورة يتمحور أو يدور حول (آلام،علاج) وعاطفي (تأثير الألم على نفسية الطفل).-**Adanion**) **. Grillpat,2008 ,p181**)

حيث تعمل العقاقير الكيميائية على اتلاف الخلايا الشاذة مباشرة وذلك باعتراض قدرتها على انقسام (التكاثر) أو في بعض الأحيان بمحاكاة المواد الغذائية الطبيعية والعمل على تجويع تلك الخلايا حتى الموت،ويتم تحديد طريقة على حسب نوع الأدوية التي يصفها الطبيب. وبشكل عام يتم إعطاء عناصر العلاج الكيميائي بثلاث طرق : عن طريق الفم أو الحقن في العضل أو بالحقن في الوريد ،وقد تستخدم طريقة واحدة أو عدة طرق وفي نفس الوقت أو في أوقات مختلفة ،وتعتمد مدة العلاج وعدد الجلسات العلاجية على عدة أمور وهي : نوع المرض ،نوع الدواء،المدة التي يحتاجها الجسم لكي يستجيب للعلاج ،مدى تحمل الجسم للآثار الجانبية .(**هاجر الملحم،2013،ص01**).

5-2- العلاج الجراحي :(الجراحة)

تعتبر الجراحة من التقنيات الأساسية في علاج السرطانات ،فهي تستخدم خاصة عندما يكون التشخيص مبكرا وذلك باستئصال الورم وفروعه أو التقليل بقدر الإمكان من حجمه،أو استئصال أكبر عدد ممكن من الخلايا السرطانية قد تصل إلى حد البتر الكلي أو الجزئي للعضو المصاب حسب تطلب الحالة،كما أن هناك ما يعرف بالجراحة الوقائية التشخيصية حيث يتم فيها أخذ خزعة من العضو المصاب للتشخيص Biopsie أو

استئصال كتلة أو عضو مصاب ،أما الجراحة العلاجية فتتم من خلال استئصال عضو كامل أو جزء منه حذف الورم بصفة كلية للشفاء التام أو الاستجابة من الإصابات المرضية.

وهناك من التقسيمات الأخرى ما يسمى العلاج الجراحي أو يقسمه إلى قبل الجراحة ويهدف إلى تقليص حجم الورم من أجل تسهيل الجراحة لاحقا وذلك بإعطاء العلاج الكيميائي لمدة 3 إلى 5 أشهر . أما بعد الجراحة ويستخدم بعد استئصال الورم الكلي والخلايا السرطانية المحيطة (علاج مكمل)، إضافة إلى أنه يستخدم الانباثات حيث يهدف إلى عرقلة تقدم الخلايا السرطانية إلى باقي أنحاء الجسم لمدة تتراوح من 3 أشهر إلى سنة تقريبا (**A .Damion-Grilliat,2008,p182**).

5 -3 العلاج الإشعاعي:

لقد اكتشف رونتجن (Roentgen) الأشعة السينية (X-rants) في عام 1895م،واكتشفبيكورل(Becquorel) النشاط الإشعاعي، واكتشفت ماري كوري (Marie Curie)الراديوم في عام 1985م،واكتشف بيكورل استخدام هذه الاكتشافات في علاج الأورام.(**أحمد سالم بادويلان،2005،ص 61**).حيث يعتبر العلاج الإشعاعي ثاني وسيلة بعد العلاج بالجراحة ويعتمد على استخدام الأشعة الأيونية (الإشعاع المؤين) عبر حقل من الطاقة الشديدة على عضو أو منطقة معينة بغية تدمير الخلايا السرطانية وتقليص الأورام،كما يمكن استخدام أشعة قاما(Gama) أو دفق النيوترونات أو البروتونات وتتركز فاعلية الإشعاع على مقدرته على تفتيت الحمض النووي للخلايا الورمية وهو المادة الحيوية والأساسية لمختلف الوظائف الحيوية مما يؤدي إلى القضاء عليها .(**Baillet,2015,p202**) كما ينقسم العلاج الإشعاعي إلى نوعين أو نمطين داخلي وخارجي كما يمكن أن يستخدم هذا الأخير منفردا أو مشترك مع العلاجات سابقة الذكر، كما يترك العلاج الإشعاعي أثارا جانبية على الفرد المصاب منها :

- ✓ مضاعفات جلدية وحروق .

- ✓ إعياء والتهابات مختلفة مع جفاف الفم .
- ✓ مشاكل معوية وإصابات في النخاع العظمي.

أما في حالة إصابة المخ ومع إعطاء جرعات مرتفعة يخلق العلاج الإشعاعي أثارا وتشوهات معرفية كما لا يستعمل أبدا في اللوكيميا خاصة في المراحل الأولية.-**(A .Damion . Grilliat,2008,p182)**

تعتبر هذه العلاجات فعالة إلى حد كبير في شفاء الفرد ولكن هناك حاليا بعض العلاجات الحديثة قيد التجريب منها العلاج الجيني حيث يحاول العلماء عن طريق الهندسة الوراثية أن يتحكموا في الخلل الحادث في الجينات والذي يؤدي إلى حدوث السرطان .أما العلاج المناعي الذي ثبت فعليا أن جهاز المناعة له دور كبير في مقاومة السرطان وذلك بالبحث والقضاء على الخلايا المصابة بالطفرات والتي تتكون يوميا لدى الفرد.لهذا فكر العلماء في استخدام معدلات الاستجابة البيولوجية في علاج السرطان .**(أحمد سالم بادويلان،2005،ص 61)**.

6- مؤشراتوأعراض السرطان عند الطفل:

في الحقيقة لا يعد مرض السرطان عند الأطفال سهل الكشف في وقت مبكر . كما قد يصعب تميز أعراضه . فكثرة تعرضهم للصدمات أو الكدمات قد تخفي حقيقة هذا الأمر لذا يجب مراجعة المريض عند وجود الأعراض والتي لم تختفي مع الوقت وهذه الأعراض تشمل :

- وجود كتل أو تورم غير عادي .
- شحوب وفقدان الطاقة.
- حدوث نزيف أو كدمات جراء إصابة خفيفة.
- وجود ألم مستمر في منطقة واحدة من الجسم .
- العرج.

- حمى ومرض لا ينتهي .
- صداع متكرر وقد يصاحب بقيء .
- تغيرات مفاجئة في العين أو الرؤية.
- فقدان الوزن بشكل مفاجئ وغير مبرر.

(www .moh.gov.sa samedi 12 janvier 2012 :h09 .15)

7- النظرية السيكوسوماتية لتفسير السرطان :

لقد اختلف العلماء من حيث العوامل الأساسية للأمراض السيكوسوماتية .فمنهم من ارجعحدوث هذه الأخيرة إلى ضغوط الحياة وأزماتها ومنهم من يرجعها إلى خطأ في عمليات الاشتراط والاستجابات للمثيرات البيئية واختلال التوازن بين مطالب البيئة والمطالب الداخلية .فالإنسان في صراع دائم ضد العوامل التي تعرضه للموت أو المرض.

تشبعت النظرية السيكوسوماتية في اتجاهاتها وانبثاقاتها فقد يرجع الفضل إلى نظرية فرويد حول النزوات ومنطلقه السيكوسوماتي يعكسه كتابه مع بروير"Breuer" "دراسات حول الهستيريا " حيث يقول أن التحليل النفسي وليد الهستيريا **(paumelle,2001,p16)**.

فالسيكوسوماتية إذن وليدة الهستيريا فيتم من خلال التحويل الهستيري جعل تصور مسبب للإزعاج غير ضار من خلال تحويل مجموع آثاره إلى الجسد وبصورة موازية لتصدر التحويل فيقول فرويد " إن مظاهر جسدية مشابهة (الإمساك، الصداع ، الوهن) يمكنها أن تتراوح في انتمائها بين سجل وآخر وعليه فإن وجود هذه المظاهر لوحدها غير كافية لننسبها للهستيريا، وإنما يتحدد هذا النسب بتحديد مدى العلاقة بين هذه المظاهر وبين منشأها الجنسي و إشكالية اللذة .**(Marty,p,1976,p96)**

لقد اعترف مارتي صراحة أن التحليل النفسي الكلاسيكي هو عماد السيكوسوماتية بقوله "لولا فرويد لكان عملنا مستحيلا فنظريته تعتمد كل الاعتماد على أسس التحليل النفسي الذي يعتبره ضروريا لدراسة الاقتصاد السيكوسوماتي خلال محورين الاقتصادي والديناميكي

حيث يفترض مارتي أن التوازن السيكوسوماتي هو حصيلة التوازن بين غريزتي الحياة والموت. حيث يرجع الإصابة الجسدية إلى ضعف في العقلية والتي تعني النشاط التمثيلي و الهوامي للفرد وبما أن ربط التمثيلات هي نظام ما قبل الشعور فحسبه ندرك العقلنة حسب ثلاث محاور :

- **الغلاظة:** تخص عدد طبقات التمثيلات المجمعة خلال تاريخ الفرد .
- **السيولة:** تخص نوعية التمثيلات وانتقالها فيما بينها.
- **الديمومة:** تعكس توفر مجموعة التمثيلات في كل وقت على مستوى الكمي والكيفي(**Marty,p,1976,p100**) .

و أضاف (Wolf) وولف هذا الباحث الذي أكد أن الأمراض السيكوسوماتية ترجع غالبا لضغوط المواقف المختلفة في الحياة . هذه الخبرة تؤثر على نفسية الفرد وتثير قلقه وتوتره حتى تؤثر على أحشائه و إفرازات غدده من الهرمونات و العصارات ، مما يجعل الحالة الانفعالية الحشوية تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحمله الآليات الجسمية الداخلية فتضطرب الوظائف أو تصاب الأعضاء (**نحية عبد الله ،1995،ص140**) كما يعتبر (Simons)سيمون من أبرز الأطباء والعلماء الباحثين الذين درسوا (الجذور النفسية) الكامنة وراء مرض السرطان حيث توصل في كتابه الشهير " المظاهر السيكوسوماتية للسرطان إلى الاستنتاجات التالية :

- ✓ يكون هناك نوع من الصدمات النفسية ، مما يجعل بظهور السرطان .
- ✓ إن الاضطرابات في الوظائف الغددية تثيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة .
- ✓ يجب أن يجمع العلاج بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد ،بالإضافة إلى العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة والعائلة.(**بطرس حافظ ،2008،ص397**)وهذا ما يؤكده F.Alescander أن الاضطراب السيكوسوماتي ناتج

عن صداع سيكو دينامي للحالات الانفعالية المصاحبة للسيرورات النفسية وهذا في دراسته لسبعة أنواع من الأمراض حيث افترض وجود صراع دينامي خاص (onnis,1989,p40)كما افترض أن لبعض الصراعات خاصة التأثير على أعضاء معينة فالخوف والغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب والأوعية الدموية .في حين أن مشاعر التبعية والحاجة للحماية تنعكس في الغالب على الجهاز الهضمي بمعنى أن يربط بين عقدة معينة ومرض معين ، وذلك ما تؤكده Doutshi أن العامل النفسي وراء الحوادث والكوارث المفاجئة وظروف الحرمان والشدة فالعضو المصاب نتيجة لذلك الأذى النفسي منذ الطفولة يصبح موضع انفعال دائم ويتكون فيه ما يعرف ب Névrose de l'organe عصاب العضو . فحسب(Aleksander) دوما توجد ثلاثة عوامل مسؤولة عن الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وهي : قابلية العضو للعطب (نتيجة لهشاشته) والبنية النفسية الصراعية واليات الدفاع و أخيرا الظروف الحالية التي تثير الانفعال (ستورا ،1997،ص.ص.73-74) وفي ظل هذا السياق نجد دائما المدرسة السيكوسوماتية الباريسية بريادة (pierre Marty).

أسس نظرية بيار مارتي pierremartyوتفسير الاضطراب السيكوسوماتي :

1 التجسدن : La somatisation

التجسدن حسب "مارتي" ناتج عن ضعف المعالجة العقلية للصدمات المؤذية إلى الاضطرابات النفسية والجسدية وخاصة تلك الناشئة عن المواقف الضاغطة ، كما أن السياق العقلي يسبق السياق الجسدي ويشكل سببا له حيث أنه منذ الأشهر الأولى من الحياة تتولد العلاقة بين الجهاز العقلي والجهاز الجسدي فترسخ جذور الوظائف العقلية التي ستتغلب

خاصيتها فيما بعد خاصة في الجهاز الحسي الحركي الذي يتحد بها جزئيا (ستورا،1997،ص82) . حيث يفسر " مارتي" سيروراتالتجسدننحسب :

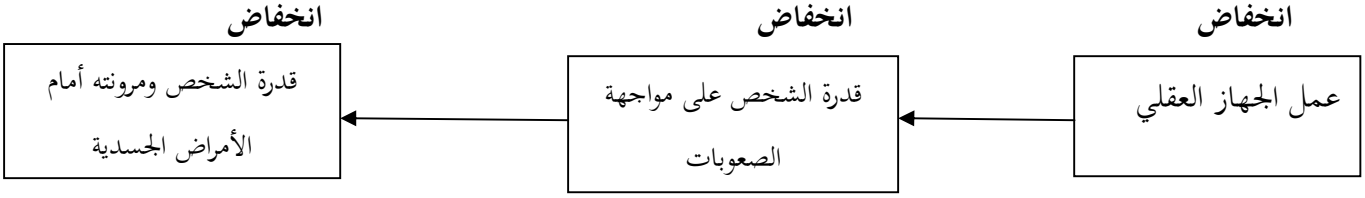
- **النكوصات(الجزئية والكلية):** التي تسمح بتوقيف التنظيم الجسدي كمنفذ للصدمات العاطفية بفضل سلم التوقف أو نقاط التثبيت الجسدية في مثل هذه الحالة لا يتعرض الشخص بصفة عامة إلى أمراض خطيرة تهدد حياته ، تؤدي في أغلب الأحيان إلى الأمراض ذات أزمات (ربو ،قرحة المعدية،أمراض القلون...).
- **اللاتنظيماتالتطورية** :المرض هنا تطوري يهدد الحياة ، خطأ في نقاط التثبيت الجسدي يؤدي إلى توقيف الحركة ضد التطورية في هذه الحالة ينتج أمراض خطيرة تهدد بالموت (**Marty,p,1991,p34**) .

2 التعقيل : La mentalisation

يركز " مارتي" على التعقيل وهو " العمل النفسي المنجز بالدوام لتفريغ الاثارات عن طريق البنيات النفسية حيث أن تراكم الأثارات وعدم تفريغها يؤدي إلى سيرورة التجسيد النفسي ، ويعالج التعقيل كمية وكيفية التمثيلات والصور النفسية وديناميتها فهو يؤهل الجهاز النفسي للقيام بربط المثيرات من خلال أنظمة وشبكة التمثيلات مع ترابط الأفكار المختلفة والتفكير المملوء بالعاطفة .(**Andjele kovic.I,1987,p129**).

وفي هذا السياق يضع "مارتي" علاقة وطيدة بين العقلنة والجسدنة ويقول أنه إذا لم تتراكم الأثارات النزوية لدى الفرد فإن العقلنة جيدة ولدينا الحظ أن تكون الإصابة الجسدية عابرة أو انعكاسية فقط ثم تزول. أما إذا كانت الاثارات النزوية هامة ومتراكمة فالعقلنة تكون سيئة ونحن في خطر الإصابة أو قدوم اضطرابات جسدية تطورية وخطيرة ،إذن فالتعقيل يخص كمية ونوعية التمثيلات الخاصة بالأفراد (**Marty.p,1991,p34**) . كما ميز مارتي نوعين من الأعصبة غير نمطية (Névrose Atypique) وهي الأعصبة السلوكية والأعصبة الطبائعية حيث قال " أنها أعصبة غير مألوفة ودون أعراض وهي تصاحب الاضطرابات

السيكوسوماتية. (فيصل الزراد،2000،ص 105) .وهده الأعصبة بالنسبة ل " مارتي" هي المسؤولة عن إحداث خلل التوازن النفسي وبالتالي : المرض الجسدي ، وقد ميز التعقيل إلى درجات وهي حسن التعقيل غير مؤكد التعقيل وهذا الأخير يعكس قصورا حادا ومزمنا في وظيفة ما قبل الوعي لذلك فهو من المؤشرات المصاحبة للأمراض الخطيرة وصعبة الشفاء ، لذلك يقول مارتي : إن التعقيل يلعب دور موجه للتشخيص والتصنيف ويعتبر بمثابة حجر الأساس في الحياة النفسية الجسدية لذلك يستخلص مارتي أنه كلما كان التعقيل أفضل كلما كان ما قبل الوعي أفضل وكلما كان الأنا أكثر قوة وقدرة على وعي الصراع الدفاعي .(محمد النابلسي ،1992،ص147) .



3 مفهوم التفكير العملي Pensée opératoire:

لقد جاء " مارتي" بمفهوم التفكير العلمي حيث أكد أنه صفة موحدة عند كل مرضى النفس الجسديين وهو تنظيمة دفاعية قد تكون محددة ناتجة عن حقيقة كصدمة نفسية تدل على عدم القدرة على تصريف الانفعالات أولى نقص الخيال واستدخال الحياة اليومية (Marty. p.1991,p30)كما أعطى تعديلا لهذا التفكير العلمي الموجود عند المرضى النفس الجسديين قائلا " إن اللاشعور يستقبل الأفكار ولكن الخلل يكمن في ما قبل الشعور أين يكون مسح النشاط العقلي المعتاد و يظهر قمع للعلاقات الحقيقية مع الغير والذات مع فقدان الأهمية للحياة المعاشة الماضية. وأهمية الحياة المستقبلية يكون غياب الاتصال بين الشعور واللاشعور أن يحدث قطع حقيقي مع تاريخه ويحل محله الانفصال عن الحياة الخيالية

والبقاء في الحياة الآتية والتفكير العملي الذي يتموضع كنظام معاشي يومي.(**Marty.p,1991,p31**) .

4 غريزتي الحياة والموت عند مارتي :

إن نزوات الحياة هي نزوات فطرية تنشأ مع ميلاد الفرد وهي عامل مساعد للاستقرار، أما نزوات الموت فهي تنشأ نتيجة الإحباطات وتنشأ انطلاقا من العلاقات بين الطفل والأم وهي عامل مهدد للاستقرار وقد ناقش مارتي هذه المفاهيم في كتابه Le mouvement de vie et de mort حيث يبين أن الإنسان يعيش حياته في معادلة توازن بين غريزتي الحياة و الموت وذلك بحيث يمر جهاز النفسي بمراحل متتالية من التوازن النفسي الجسدي ومن اختلال هذا التوازن (Organisation et Désorganisation) كما يؤكد على أن وجود إحدى الغرائز يستتبع وجود نقيضها (ثنائية العواطف) كما أن أهمية إحدى هذه الغرائز ماهي إلا هيمنة مؤقتة يتبعها هيمنة عكسية .

إذن فنظرية بيار مارتي هي نظرية دينامية نشيطة لا تنظر للمريض نظرة جامدة تقتصر على فترة ظهور المرض بل أنها تتبع الإنسان في مختلف مراحل تطوره أثناء مرضه و صحته ، أثناء توازنه النفسيالجسدي واختلال هذا التوازن . لذلك فهي تسمح بإمكانية التعرف على الإصابة بمرض ما قبل حصوله وقبل ظهور الأعراض الطبية التقليدية المثيرة لحدوثه . وذلك ما لم تؤكده أي نظرية قبله في مجال السيكوسوماتيك.(**محمد النابلسي ،1992،ص55**).

ثانيا : الطفولة

1- مفهوم الطفولة :

شهد مفهوم الطفولة تطورا وتغييرا عبر الأزمان بتغير المجتمعات ويعتبر أول من تعرض لهذا المفهوم العالم ph.Aries 1960 حيث يبين في كتاباته عن هذا التطور بالتفصيل ومعناها في عدة ديانات وكل ما يهمنا في بحثنا هذا هو الطفل من 9-11 سنة وما تحمله هذه المرحلة من خصائص حيث وجدنا عدة تقسيمات مختلفة كل عالم حسب اتجاهاته فمنهم من قسمها إلى الطفولة مبكرة، متوسطة، متأخرة ، أو أولى أو ثانية ، ثالثة لكن الاختلاف يكمن في السن وهذا طبعا راجع إلى الفروقات الفردية فهذه المرحلة العمرية (9-11-12) تحمل مجموعة من مظاهر النمو حيث تتميز بتطوير للمهارات الحركية وغير حركية ، القوة، الرشاقة من خلال اللعب والأنشطة التنافسية ، كما تتميز بالتفتح على العلاقات الاجتماعية والعاطفية وتراجع النشاط الغريزي وتعويضه بغريزة المعرفة والبحث والاكتشاف وهي مرحلة كمون حسب فرويد أين يراجع الطفل أساليب التعامل مع نفسه والآخرين ويظهر أكثر تحفظ وتخوفا من الخطأ (معيار أخلاقي) كما يتزايد الخوف من المرض والموت .**(مرداسي مراد.2009،ص56)** .

وبما أن الطفل الذي نتحدث عنه في بحثنا هذا هو طفل مصاب بالسرطان أو الطفل الناقص فيزيولوجيا كما تعرفه منظمة الصحة العالمية على أنه كل طفل خلال وقت ملموس تبعا لحالته الجسمية غير قادر على المشاركة تماما في أنشطة سنه في المجال الاجتماعي و الإبداعي التربوي أو التوجه المهني .أماFerrari et Epelbaum في عمل لهما حول ردود الأفعال النفسية للطفل اتجاه الأمراض تبين أن المرض مهما كانت مدته أو خطورته

فإنه يؤثر على الحياة النفسية والاجتماعية له .(Ferreri et Epelbaum,1993,p588).

2- خصائص النمو للطفل من 9-11 سنة:

توجد هناك عدة أنواع من مظاهر النمو لكننا عمدنا إلى تسليط الضوء على خصائص النمو الانفعالية والعقلية والاجتماعية فقط بربطها بمتغيرات وفرضيات الدراسة وعليه يكون العرض كالتالي :

2-1 النمو الانفعالي (العاطفي) :

يعتبر فرويد في هذه المرحلة أن الجنسية كامنة مقارنة بالمرحلة الأوديبية التي سبقتها والمراهقة التي تليها هي مرحلة اين تكون التصرفات مرتبطة مباشرة بقلق جنسي واضح ، إن تركيب فترة الكمون واستقرارها يعتمد على جهة أو جزء كبير من نضج الجهاز العصبي المركزي وتطور معرفي من ناحية أخرى .ومن جهة نظر ميتاسيكولوجيا الطفل ودور كل من البيئة التعليمية وعوامل محددة لتنظيم الأنا ونموه وخلال هذه المرحلة نظم أربعة نقاط مميزة وهي :

- هوس نسبي حول شخصية الطفل ، هذه الاتجاهات الوسواسية تعتمد على انشاء أوضع تشكيلات تفاعلية كالحياء والعار والاشمئزاز تسمح للطفل بالخروج تدريجيا من الصراعات الجنسية الخاصة بالمرحلة الأوديبية .
- ظهور مشاعر الحنان ، التفاني، الاحترام اتجاه صور والديه فتتوافق إما عكس الحركات العدوانية اتجاه الوالد من نفس الجنس أو التسامي نحو الوالد من الجنس المختلف .

- خلو جنسي تقدمي للأفكار والسلوكات بواسطة عمل الكبت والسماح للتسامي فهذه الأخيرة تؤدي إلى توافر خاص للطفل للتعلم البيداغوجي التربوي القادم من الطاقة الأساسية لاهتماماته الجنسية الأصلية .
- امتداد عائلي واسع للإشكالية الأوديبية فالطفل ينجذب اتجاه نشاطات اجتماعية متنوعة و أوساط علائقية مختلفة بفضل إزاحة الصراعات البدائية الأولية على بدائل صور والديه . **(Stéphane bourcet ,2003,p 82-83)**

إذن فهي مرحلة تتميز بطابع الاستقرار وضبط انفعالات الطفل كما توجد لدى الطفل دوافع قوية لتعلم التحكم في التعبير عن الانفعالات.كما قد يعاني أيضا من تقلب مزاجي فيظهر عليه أحيانا نوع من القلق والإحباط والمعاناة **15: 00** www.acofps.com)**(03/31 /2018**كما تعتبر مرحلة تنفيذ للخبرات الانفعالية والتي اكتسبها في مرحلة عمرية سابقة كما يلاحظ تأثيره بالضغوط الاجتماعية مما يحدث له بعضا من الأعراض العصبية التي تؤدي إلى الشعور بالخوف وعدم الأمن النفسي والقلق الزائد الذي يؤثر على نموه الفيزيولوجي ، العقلي والاجتماعي كما يجب الاهتمام بحاجات الطفل النفسية خاصة ما يتعلق بحاجاته للحب والأمن والنجاح والانتماء إلى الجماعة ، إذن فالطفل في هذه المرحلة يبحث عن الجو الأمن والاستقلالية والتشجيع الدائم خاصة من الأسرة ، كما يمكن أن تظهر أحاسيس ومشاعر الحب اتجاه الجنس الآخر **(ASL,2000,p15)** .

كما تحدث فرويد أيضا في مرحلة الكمون عن تطور أركان الجهاز النفسي الأنا والهو والأنا الأعلى و مثال الأنا الذي يصفه فرويد على أنه بنية تحتية داخل الأنا ثم يشير إلى سيرورات الكمون أين يتم تشكيلها من قبل الاعداد في تشغيل الأنا الأعلى أو المثال الأنا والهدف هو التخلي الطفل عن مشكلات المحارم لصالح افتراض مشروع أوديبي كمرجع رمزي لأبويه .هذا يميل إلى إنشاء مواضيع جديدة لثاني منظمة و السيناريوهات الهوامية المرتبطة بالنظريات الجنسية الطفلية المتعلقة بالوالدين .

إن مرحلة الكمون هي وقت العمل النفسي الكامن وسيروراتها تفرض تغيير استراتيجي جوهري في تحويل الطفل من مواضيعه الوالدية إلى ايجابيات أو لصالح الاخرين ، وهناك ثلاث سيرورات مفضلة من طرف نشاط وظيفي للأنا الأعلى (**Stéphane bourcet,2003,p84**) :

1. **استثمار لدعائم موضوعية جديدة** :وهو الاستثمار المضاد فهذه سيرورة تساعد الأنا الأعلى وتساهم في التخلي أو الإفراج وهي مصدر حرية الفكر والعمل لأي مؤسسة عائلية أو تعليمية تسهل استغلال العملي والفكري وتفيد الطفل .
2. **اختفاء عقدة أوديب** :إذا كان الطفل يلقى المنع من طرف والديه و الأنا الأعلى ومن أجل خوف ومحبة الشخص الذي يمنعه من جهة أخرى ومن خلال ميزة نرجسية فالفائدة التي يجب أن تكون مقيدة هي أن يكون قادرا على اعتبار نفسه قويا من ناحيته .فالأطفال يحبون الممنوع ويتجنبون التقييم الذاتي للأنا و أحيانا يفضلون الطاعة في موقف العجز .
3. **التنسيق الوظيفي بين الأنا ومثال الأنا** : لا يمكن أن يتم التنازل من دون وعد في المستقبل فوضع وعد من خلالتصورات والديه المثالية وتصورات الأولياء لطفلهم المثالي ومثالية طفلهم . إذن فمرحلة الكمون تبدأ مع الحل الجزئي لعقدة أوديب والهوية للمواضيع الأوديبية الذي يحدد الأنا بحيث يجب على هذا الأخير أن يلاحظ ليس فقط ضعف نزوات العالم الخارجي .لكن علاوة على ذلك ضغوطات الأنا الأعلى تعزز الأنا وخلال هذه المرحلة التي تساعد الطفل على تنظيم شخصيته .و إدراك الواقع بشكل أفضل وتمكنه من التحكم بطريقة مناسبة ومتكيفة بصراعاته مع المحيط وصراعاته الشخصية بفضل ظهور العمليات المنطقية والتفكير بطريقة أفضل (**Stéphane,bourcet,2003,p86**).

2-2 النمو العقلي (المعرفي):

يمكن متابعة النمو العقلي عند أطفال هذه المرحلة من 9-12 سنة من خلال التحصيل الدراسي وتمثل قدرات الطفل العقلية وملاحظة الفروق الفردية التي تتمايز يوما بعد يوم بين الأطفال وتتزايد بين الجنسين خاصة لدى الأطفال من 9-12 سنوات .كما يلاحظ على هذا الأخير النقد الموجه للكبار والنقد الذاتي وازدياد ظاهرة الجدل مع الكبار في الكثير من القضايا ذات الاهتمام الطفل وكما أنه توجد العديد من الدراسات المؤكدة على العلاقة الوثيقة بين نسب ذكاء الطفل وذكاء الأم (www.acofps.com 18 :24 2018/04/15).

كما أن في هذه الفترة يبدأ التمييز بين الواقع والخيال حيث تتطور مرحلة الذكاء العملي أو العمليات الشكلية حسب بياجي ويخرج الطفل من التأثير البديهي حيث يستعمل الأساليب الموضوعية في الإدراك والتجريد البسيط والتنسيق البنائي والفهم التعديلي بمعنى يحدد الخطأ ويتمكن من التصحيح الفوري .(مراد مرداسي،2009،ص56) . إن ما يتناسب مع بحثنا هذا وحالات دراستنا هما تقريبا مرحلتين الأخيرتين مع اختلاف كبير في المراجع إلا أننا سنحاول التمييز الدقيق لهذه المفاهيم .

إذن حسب بياجي فإنه يصف مرحلة الممتدة من 7-12 سنة أو يسميها بمرحلة العمليات المجردة حيث تشهد تطور كبير في الجانب الاجتماعي والموضوعي للفكر وهي تتميز أساسا باكتساب معكوسية الفكر بمعنى إمكانية ممارسة الطفل أفعاله الفكر أو داخليا فالنشاط المعرفي للطفل يصبح عملي لأنه من ناحية عكسها ومن ناحية أخرى فإنه يعتمد على الثوابت .ان التحول العملي يبقى دائما نسبي إلى ثابت الذي يشكل أو يكون صميمة احتفاظ هذه الأخيرة تكون شرط ضروري لأي نشاط عقلاني .

إن اكتساب العمليات المجردة تحدث خلال مرحلة الكمون حسب التسلسل الزمني التالي :

- احتفاظ المادة يكسب خلال 7- 8 سنوات .
- احتفاظ الوزن يكسب خلال 8-9 سنوات .

- احتفاظ الحجم يكسب خلال 10-12 سنة .

أما فيما يخص الأسطح والأحجام الفضائية يجب الانتظار إلى 11-12 سنة من أجل أن يكشف الطفل العلاقة الحسابية بين السطوح والأحجام(**Stéphane bourcet,2003,p81**) .

إذن فالطفل خلال فترة الممتدة من 7-8-9-10-11-12 سنة تتميز بالقدرة على استخدام الاستنتاجات لحل المشكلات المحسوسة إذ يتعلم التقديرات والتقريبات ويتمكن من استخدام المفاهيم مثل الحجم النسبي ،الوزن، والطول .كما يتمكن من تصديق الأشياء تبعا للحجم وغيره من الخصائص وتسييرها بانتظام حيث لا تنمو القدرة على حل المشكلات والتفكير المجرد إلا في الفترة مابين 11-12 إلى 15 سنة حيث يستطيع الطفل تكوين مفاهيم مختلفة ومعالجة عدة أشياء في وقت واحد كحل للمشكلات (**20 أفريل 2018 على الساعة 23:08 .(www,acofps.com**).

إذن يعمل الطفل على تعزيز هذا الإنجاز الذي يساعده بتنمية الفكر الذي يميز هذه الفترة إلى المراهقة تقريبا. حيث يشمل الفكر المنطقي ثلاث مهارات ذهنية هي : الفكر القابل للانعكاس أو معكوسية الفكر، التسلسل ، الفكر النسبي . فالطفل قادر على إقامة علاقات بين السبب والنتيجة فهو يتوقع تماما أن أفعاله قد تكون لها نتائج كما ينمي الطفل حسه النقدي (**Association des sconts du canader,2000 ,p07**) .وفي نفس الوقت وفي المجال الاجتماعي الطفل يصبح مدركا لأفكاره خاصة عن أفكار الآخرين التي تسبق إثراء التبادل الاجتماعي ، فيقبل وجه نظر الآخرين ، مشاعرهم ،التعاون الحقيقي ، والتعاون الجماعي يصبح ممكن بين العديد من الأطفال فتعقيد الألعاب راجع إلى هذه المفاهيم (**Julian de ajuriaguerra ,1898,p31**) .

إن التفاعل بين النضج والبيئة هو الفكرة المركزية الأساسية لبحوث بياجي عن النمو المعرفي الذي يمر بمراحل وكل مرحلة يدخل فيها بعض التعديلات في تفكير الطفل ولكن الأطفال يختلفون فيما بينهم في مدى بلوغهم كل مرحلة من هذه المراحل (**محمد قاسم عبد الله ،2001،ص41**).

2-3 النمو الاجتماعي :

تتصف هذه المرحلة من 4-12 سنة بالاستقرار الانفعالي مقارنة بالمراحل السابقة وتتوزع علاقات الطفل نحو أهداف متعددة تشمل أقرانه في الصف أثناء اللعب ومعلميه الذين يتعامل معهم بعد أن كانت علاقته محصورة بالأسرة والإخوة فقط ، ومن مظاهر النمو الاجتماعي أن الطفل يقضي أوقات طويلة مع رفاق الصف بنسبة أكبر من الوقت الذي يقضيه مع أهله ، فلم يعد الوالدان يشبعان كميل إلى التباهي فيلجأ الطفل في بعض الأحيان إلى اختراع نماذج يقتدي بها وقد يكون أحد هذه النماذج الرفاق أو المعلمين كما يحاول هذا الأخير التقلص أو تقليص سلطة والديه .(**مريم سليم 2002،ص24**) كما تتميز هذه المرحلة أيضا بالاستقلالية والاعتماد على النفس من ناحية ومزيد من القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية أوسع و أكبر كما أن الدعم النفسي للأسرة والمدرسة يعمل على تنمية جوانب السلوك الاجتماعي البناء .

حيث تعد المدرسة وسيطا جيدا للتطبيع الاجتماعي في هذه المرحلة بحيث يعمل المعلمون على تشجيع الكثير من أنواع السلوك الاجتماعي من خلال الأنشطة المختلفة التي يقوم الطفل داخل المدرسة .(**زغلول عماد،2003،ص213**) . فيتعلم الطفل التعاون الاجتماعي (اكتساب روح الفريق) والحكم بنفسه على انجازاته والالتزام بمسؤولياته و إيجاد فرص لنجاح أمامه في المدرسة بناءا على قدراته الذاتية وخصائصه المعرفية (**جاسم محمد،2004،ص181**) إذن فهذه المرحلة تتسم بتراجع ملحوظ عن التمركز حول الذات عند الطفل مما يؤدي إلى تسهيل عملية الجتمعة كما أن الشعور بالانتماء إلى مجموعة معينة هو حاجة مهمة للغاية لأن التوافق يعزز الشعور بالانتماء(**Asc,2000,p12**) .

3- خصوصية مرض السرطان عند الطفل 9-11 سنة:

إن المرض حلقة طبيعية لا يمكن تجنبها في حياة الطفل فيما يسمى بالأمراض الطفولية يستدعي الاستشفاء أي دخول الطفل المستشفى وانفصاله عن الوسط المعتاد الأسرة

، الرفاق، المدرسة وقد أخذ مفهوم الاستشفاء تفسيرات واسعة من طرف عدة علماء منهم Robert الذي يرى أنه دخول أو قبول في المستشفى يسبب للطفل اختلال نفسي مهم معروف لدى أطباء الأطفال فينفصل هذا الأخير عن وسطه المعتاد (البيت ،الأسرة المدرسة) Levy عام 1937 و Bender 1941 و Goldfared1943 ، إلى دراسة النتائج بعيدة المدى بعد استشفاء الأطفال كما يعرفه La planche بعد ان وظف هذا المفهوم من خلال أعمال Spitz من أجل استخلاص مختلف الاختلالات الجسمية والنفسية التي تسبب للأطفال (خلال 18شهر الأولى) من خلال إقامة مطولة في مؤسسة استشفائية **.(La planche,1990,p658)**

فدخول الطفل المستشفى يصبح موضوع مرضي سلبي بين أيدي التقنيين ، حيث تعرضه هذه السلبية لضياع هويته واستقلاليته أمام اعتداء المزدوج اعتداء داخلي بفعل المرض واعتداء خارجي بحكم الانفصال عن وسطه الأسري الدافئ والمطمئن. بالإضافة إلى ذلك التكفل الطبي الذي يعاشكمتكسح متطفل و عدواني من خلال التقنيات المستخدمة كالإبر ، فحوصات ،عمليات جراحية .**(Julian de ajuriaguerra,1989,p449)** .

أما konpernik فيرى الاستشفاء تسمية مغلوطة تربك التعايش مع المستشفى الميكروبيولوجي الذي يحمل نفس الإسم ،وعلاوة على ذلك يختلف جو التنسيب في المؤسسات عن ما هو موجود حاليا في مستشفيات الأطفال **(konpernik,1982 ;p11)** .

إن أغلب الدراسات والعلماء عند تعرضهم لمفهوم الاستشفاء لا يتحدثون عن الوضعية الجديدة للطفل داخل المستشفى إلا بربطه بالانفصال وهو من أهم التجارب التي يواجهها الطفل حيث يعتبر من أكثر الوضعيات ألما في حياته وهذا ما أشار له العديد من العلماء على رأسهم Spitz ، قلق الانفصال Daniel bailly و Winnicott و تلاميذه ،Bowldy و التعلق.

فمن خلال تجارب spirz على عينتين من الأطفال قارن بين النمو النفس العاطفي لكليهما ، فالعينة الأولى أطفال لأمهات جانحات في مؤسسات عقابية .فكل أم بالرغم من اضطرابها تبقى مع طفلها يوم كامل بمساعدة ممرضة كفء.أما العينة الثانية أطفال يتامى يتلقون العناية hygiène –diégétique sans défaut مع غياب أي اتصال أو تواصل إنساني دافئ أو حار خلال مدة طويلة من اليوم .فلاحظ spirz على العينة الثانية ردود أفعال استشفائية في حين لم تظهر على عينة الأولى سوى الانفصال عن الأم **(Julian de ajuria querra,1989,p394)**. وهذا ما أكده Bowldy عام 1952 بدراسة تأثير انفصال الأم و أيده في ذلك روبرت سون أن لأطفال المستشفيات ردود أفعال مختلفة من أجل التكيف مع الوضع الجديد تتراوح بين مرحلة الاحتجاج ، فقدان الأمل فالانفصال النهائي .

ومن خصوصية المرض السرطان عند الطفل أيضا تقبل المرض ،عجزجسمي،معاناة،وما يفرضه المرض من حدود .

– السؤال المطروح دائما بخصوص (لماذا أنا) أين يجيب الطفل بقدراته العقلية والنفسية والشخصية : ثورة ورفض مع التظاهرات العدوانية معارضة ،أو خضوع (خنوع) اكتئابي مع التثبيط ، شعور بالذنب مع البحث عن الأخطاء التي قد ارتكبها و أنه ينبغي أن يكفر عنها ، أو أن يهرب إلى عالم خيالي غالبا ما يقلق مقدمي الرعاية من موقف الانفصال الشديد الذي قد يكون لدى الطفل في بعض الأحيان لحماية نفسه .ومع ذلك فمن الضروري في كثير من الأحيان ملاحظة أن أنظمة الدفاع النفسي التي يستخدمها الطفل تفرض الاحترام والإعجاب من خلال قدرات التسامي والقبول التي تظهر آنذاك .

– الانفصالات المتكررة وطويلة ستثير استراحات مع العالم المألوف .

– التمدرس: تظهر التجربة أن تغيب الصغير المتكرر يكون في الغالب مصدرا للصعوبات الأكاديمية أكثر من الغياب الطويل أين يفصل نهائيا الطفل عن المدرسة في مثل هذه الحالات .

– الزملاء والأصدقاء المقربين في البداية يكونون أكثر ندرة وسوف يفسح المجال للأصدقاء الذين يواجهون الاستشفاء (أي أطفال مرضى آخرين) أو في مراكز العطل الطبية أما على مستوى الأسرة فيستمر الأخوة في النمو ويواجهون مشاكل حياتهم خارج الطفل المريض ، فكلهم يعانون بدرجة ما ،فالطفل المريض لا يستطيع مؤقتا أو بشكل دائم " أن يكون مثل الآخرين" .

ففي مواجهة القيود المفروضة على الحياة التي يفرضها المرض فإن الإغراء الكبير لإفساد الطفل بإشباع زائد لكل رغباته ونزواته والإفراط في حمايته ،و الإجراء الصحيح يصعب العثور عليه من أجل الحفاظ على مجالات الحياة الطبيعية الشخصية والعائلية ومنع المرض من غزو كل شيء ،فالطفل هو أولا طفل وشخص قبل أن يصبح مرض فالخطر هو أن يصبح تفسير الجميع أحداث حياة الطفل .(**pconoui,1994,p362**)كما لا يمكن أن نغفل أبدا سن الطفل عند إصابته بالمرض ومدى فهمه أو استيعابه له كما هو (أي كمرض) فالطفل خلال 3–4 سنوات حساس للانفصال الأسري ، للاستشفاء .عدوان من نوع تدخلات جراحية كالإبر... الخ

أما ما بين 4–10 سنوات فالمرض يعتبر كأي فترة حادة وفرصة لظهور النكوص لمدة طويلة وبصفة عميقة ، فأمام استمرار المرض الطفل يطور دفاعات يمكن تقسيمها وفقا 3 سجلات :فالأول هو سجل المعارضة ،أين يرفض ويعارض الطفل انتسابه للمستشفى ، رفض سلبي ، أزمات، هيجان، غضب ،اندفاعية على شكل إنكار للصعوبات التي يواجهها أي الواقع الجديد. أما السجل الثاني فهو سجل الخضوع أو الخنوع أو التثبيط، هذا الأخير مرتبط دائما بمشاعر الفقدان (فقدان الجسم ، العجز القضيبي)اكتئاب ،الجرح النرجسي،مشاعر الذنب، ففي حين يتعلق السجل الثالث بالاستعلاء (التسامي) والتعاون وهذا ما سنتعرض له في الآليات الدفاعية عند الطفل المصاب بالسرطان .

وعليه فإن سن الطفل أو عمره يلعب دور في ردود أفعاله فيجب على والديه التعامل مع مرضه.في الواقع كلما كان الطفل أصغر سنا كلما زاد قلق والديه، فعمر الطفل هو عامل حاسم أخر في تجربته للمرض والاستشفاء.أما بالنسبة ل Schraml يرى أنه بالنسبة للطفل في المدرسة فإن تجربة المرض تعادل تجربة الألم والفصل عن البيئة المألوفة.

4- الآليات الدفاعية عند الطفل المصاب بالسرطان :

إن الطفل المصاب بالسرطان يستخدم آليات دفاعية مختلفة في المواجهة الواقع الجديد المفروض عليه ولتحقيق التكيف أو التوافق النفسي يلجأ إلى هذه الآليات لتخفيف من حدة التوتر والقلق الناجم عن المرض فحسب انا فرويد الآليات الدفاعية التي يستخدمها الأنا في مرحلة الكمون هي تقمص هوية المعتدي الإنكار من خلال أحلام اليقظة ، تقييد الأنا من خلال الخضوع أو الخنوع للأخر خارجية الصراع lescternalisation du conflit(**Stéphane bourcet 2003p86**, . في حين يرى جان لابلانش أن آليات دفاع الأنا مختلفة أين تكمن خصوصية الدفاع فهي متنوعة حسب درجة الصراع الدفاعي ،حسب نوع العاطفة وحسب مستوى المرحلة التكوينية فيضعهم الأنا تحت الخدمة ومن بين هذه الآليات : الكبت ، التقمص ،النكوص، الإنكار،التكوينالعكسي،العزل ،النفي،العقلنة،الإسقاط والإعلاء **(جان لابلاش،1980،ص115)** .وسنعرض تعريف لبعض الآليات منها :

- **إنكارالواقع:**يعتبر من بين الآليات الدفاعية الأكثر قوة و هو نوع دفاعي يظهر أمام رفض المريض لمعرفة الواقع لحادثة صادمة.

(**laplanche,1980,p115**). حيث يفضل أن يكبت معاناته ودفنها

بإنكارها فهذه المعرفة مازالت مؤلمة للغاية على الرغم من الأدلة المتعددة والظاهرة والواضحة جدا ، فإن بعض المرضى يصرون ويستمرون في رفض التهديد من أجل المحادثة الأكثر ولأطول مدة ممكنة لإخماد سياقات الصدمة غير متوقعة والتي لا يمكن تصورها وتحملها لفترة طويلة ،فالصفاء الذي يشكل آلية عملية لقدر ما يشعر المريض بالبقاء على قيد الحياة في حد ذاته ، في المقابل يشكل القلق الدرع الحقيقي لشكل من أشكال الإنكار غير الفعال ، حيث ينتج عنه حماية عدائية على المحيط ، ثم يكون لطلب لحماية والتكفل **.(Ruszniewshi,2011,p16)**

- **تقمص هوية المعتدي:** هو آلية دفاعية منعزلة وصفتها انا فرويد عندما يواجه الفرد أو يصطدم بخطر خارجي فيتقمص هوية المعتدي عليه ، إما بإعادة الاعتداء كما هو و إما بتقليد المعتدي جسديا أو معنويا و إما بتبني بعض رموز القوة المحددة التي تدل عليه **.(Meherzia ferchichi,1999,p08)**
- **الإعلاء أو التسامي:** هي سيرورة وضعها سيغموند فرويد لجعل النشاطات الإنسانية تبدو لا علاقة لها بالجنس

(Laplanche.j.1980,p173) فهي من بين الاليات التي يحاول بها الفرد التعبير عن دوافعه غير المقبولة بصورة أخرى مقبولة اجتماعيا عن طريق تحويلها إلى أنماط سلوكية مقبولة في المجتمع **(psy chology 4arabword press.com.23/10/2017.14 :00h).**

- **العزل:**آلية دفاعية تتلخص في عزل أحد الأفكار و التصرفات وصولا إلى قطع روابطه ببعض الأفكار الأخرى أو قطع الروابط بينه وبين بقية وجود الشخص.
- **النكوص:**هو عملية نفسية تتضمن معنى المسار أو نمو عودة في الاتجاه المعاكس من نقطة تم الوصول إليها إلى نقطة تقع قبلها (la planche j.1980,p556)أما Ferrari فيصف النكوص على أنه نمط السلوك العام الذي قد يلجأ إليه الطفل المريض ، وفي نفس المحتوى يرى Ajuriaguerra أن الطفل من 4 إلى 10 سنواتينكص بعد مرحلة من رد فعل عدواني نتيجة الاستشفاء (هيجان حصري، بكاء، فقدان الشهية (Ferrari.p,1993.p588).

5- علاقة الطفل المصاب بالسرطان بالفريق الطبي :

يعيش الطفل المصاب بالسرطان والموجود بالمستشفى وضعا جديدا يخل بتوازنه النفسي فيجد نفسه بين فريق من العاملين و أطفال آخرين مرضى يقاسمونه غرفته ومعاناته مما يدفع به إلى رد فعل خاص ونوعي مع هؤلاء طوال مدة الاستشفاء و العلاج حيث يرى كل من Abivenو Pequegnot أن نمط أو نوع العلاقة التي تربط بين الطفل – الطبيب تكون غامضة من طرف الطفل ويترجمها بطريقة مجردة ، فأحسن طريقة لفهمها هي عبر تحليل رسم الطفل أو دور الطبيب

حيث يرى كل من ajuriaguerra و carenzo أنه يوجد تجاذب وجداني في مشاعر الطفل ، حيث تارة يتجه في وصفه للطبيب مرة على أنه (طبيب) يداوي ، يعالج ،يحتل ألعابه، زيارته ، ومرة أخرى على أنه الشخص الكبير الممنوع

(قاسي،تحاليلمؤلمة،خرجات...الخ) فسلوك الطفل وجها لوجه مع طبيبه يختلف حسب عدة عوامل : خطورة المرض ،مدة الاستشفاء والذكريات التي يحتفظ بها الطفل.

أما عن علاقته بالممرضين تتميز ب :

- **طابع الثبات أو الدوام** :بما أن الممرض حاضر 24 ساعة على 24 ساعة يستطيع الطفل أن يناديهم في أي وقت احتاجهم .
- **طابع التطمين** :فوجود الممرضة يخلق نوع من الروابط الأكثر حميمية .
- **طابع التجاذب الوجداني** :الممرضة أحيانا تخفف المعاناة لكن أحيانا هي من تخلق المعاناة (الإبر،تحاليل).

إن الممرض يوجد دائما في قلب خطاب الطفل الماكث بالمستشفى والفريق الطبي ، ففي كثير من الأحيان هو من يقدم للمريض شروحات واضحة كاملة ومطمئنة فيما يخص العلاج والرعاية المقدمة ضمن التشخيص والعلاج الحالي .

حيث قدم كل من Freud و bergman سنة 1976 و Rossant سنة 1984 وصف لهذه العلاقة كالتالي :

– عند الوصول إلى المستشفى يشيد الطفل بالكفاءة المهنية للممرض ويصبح قاضيا يحكم على قدراته أو على جانبه الخارجي الجسدي وفي نفس الوقت يكتشف أنه لايوجد فقط أولياءه ومعلمه في المدرسة الذي يجلب له أشياء مهمة .

– إذا كانت ثقة الوالدين فيما يتعلق بالممرض غير موجودة فسيعتمد الطفل بسرعة سلوكا أقل انضباطا أقل طاعة أو حتى تمردا فسيظهر صراع الطفل – ممرض – أولياء.

– وفي نفس الوقت ، يكتشف الطفل أن الممرض يطمئنه بخصوص العلاج المقدم حصريا إلى أمه .فأول ردة فعله تكون عدائية لهذا التكفل الداخلي من طرف أيادي أجنبية غريبة فبالرغم من تفاني الممرض إلا أنه يصطدم برفض الطفل له وهذا ما يشكل انزعاجا له .

– هذا السلوك العدواني يترجم الشعور بالهجر من طرف الأم ، يولد الخوف،ثم الشعور بالذنب الذي سريعا ما يتحول إلى التعلق الشديد بالمرض .

– في هذا الجو المتحرك ، يحتاج الطفل إلى الحفاظ على التبادلات الرمزية المهمة من اللعب ،الفحص، الأختبار...الخ ، فهو يحب مساعدتهم في القيام بعمل القائمة ، يشارك في الخدمة كما يحتاج أيضا إلى المزاج الجيد من الهدوء والحماية وحياة منتظمة (**Mehrzia ferchichi,1999,p15-16**) في حين علاقته بالأخصائي النفساني تبقى ضرورة لابد منها حيث يقوم هذا الأخير بتهيئة المريض لسماع التشخيص وذلك بتهيئة الجو المليء بالأمن والطمأنينة والتقبل ، ويحاول من خلاله التعرف على مشاعر وانفعالات المريض و أفضل طريقة لذلك أن يشعر المريض بالثقة والطمأنينة وكثيرا ما يرتاح المصاب بالسرطان للإنسان الذي يصغي إليه ويهتم به ،فالاهتمام بالمشاعر و أفكار المريض الجديد المتولدة عن المرض تتيح له فرصة الاطمئنان للأخصائي النفسي ، فالتفاعل هنا هو عملية تواصلية قوامها التحادث بين الطرفين وهذه الأخيرة هي الوسيلة الفعالة في

نقل المشاعر ، وبقدر ما يستوعب الأخصائي مشاعر المريض بقدر ما يكون موضع تفريغ الانفعالات المريض الكامنة وراء حديثه .(**عبد العلي الجسماني ،1998،ص248**). فالعمل النفسي يجب أن يكون منسقا بين طبيب الأطفال والأخصائي النفسي ،إذن فالعديد من الاحتياجات المهمة والمحددة تتطلب التأسيس الدائم أو المؤقت لوحدات الإصغاء والتكفل والرعاية للأطفال المرضى سواء بالمستشفى أو الفحص الخارجي .(**Alby,n,1986,p42**)

فالعمل الحقيقي والميداني للأخصائي النفساني في مصحات الطب الأطفال يتنوع بشكل كبير حسب طبيعة وتخصص كل خدمة حيث تحدث الباحثين عن 3 تدخلات علاجية أساسية هي :

- علاج بمساندة الطفل .
- التوجيه الوالدي.
- العلاج العائلي .

ومن خلال الطفل الماكث بالمستشفى اقترح Ferrari تدخلين علاجيين أساسيين هما :

- فك المعنى الحقيقي الذي يعطيه الطفل لمرضه من اللامعنى فهو عمل لإعادة تجميع الأعراض في تنظيم دينامي للتفاعلات العائلية وتنظيم دينامي لا واعي للطفل .
- ان في بعض حالات المرض الجسدي مهما كان نوعه يحمل أثر صدمة نفسية ، فدور الأخصائي النفسي أن يسمح للطفل بحذر أن يستحضر هذا الحدث الصادم لوضع الكلمات ، صور والذكريات من

أجل إعادة تشكيلها بقطع من التاريخ .(**Mehrzia ferchichi,1999,p22**)
وهذا ما لمحناه في عملنا الميداني حيث كانت الأخصائية فعل تقوم على توجيه الأولياء في كيفية التعامل مع أبناءهم المرضى ومحاولة دمج الأسرة في العلاج خاصة الوالدين ومساندة الطفل المصاب .

6.الاستجابات النفسية للطفل المصاب بالسرطان:

6-1. اتجاه المرض:

تعود ردود أفعال الطفل النفسية اتجاه إصابته السرطانية والعلاج الذي يخضع له حسب تاريخ وبنية شخصيته ، كما أنها تتعلق ولحد كبير بقدرة الوالدين على مواجهة مرض ابنهما و مساندته من دون نفي المرض أو القيام بحداد مسبق ، وعلى الأفراد المحيطين بالطفل أن يقدموا له الدعم للتحكم في معاشه الانفعالي الهوامي ، وتختلف استجابات الأطفال للمرض حسب عامل السن فقبل الثالثة أو الرابعة من العمر لا يدرك هذا الأخير تمام الإدراك بإصابته الأخيرة فهو يعيش كل حدث على حدا ، الاستشفاء والتدخلات الطبية بأنها اعتداءات .لكن مابين 4-10 سنوات يمثل المرض مناسبة للنكوص ، حيث يتصرف الطفل اتجاه المرض بطرق تكون عبارة عن سلوكيات تعبر عن الاستجابة الوجدانية من (غضب،حزن،قلق...) مستخدما بذلك آليات دفاعية مختلفة على رأسها تقمص هوية المعتدي .فيظهر عليه إما:

- ✓ تصرفات نكوصية تقوم أو تتسم بالسلبية (passivité) كالمطالبة بالعناية أو الاهتمام بشكل ملح أو غير معتاد.
- ✓ تصرفات الانسحاب: أين ينسحب الطفل من النشاطات التي تمركز على جسده ويظهر إحساسه بالملل والضجر.

- ✓ تصرفات رافضة للمرض كنفي المعانات الراجعة لمخلفات الاستشفاء،الاختبارات أو العلاجات المؤلمة .(Daniel marceli,1999,p63) .
- ✓ تصرفات عدوانية اتجاه أحد الراشدين كالطبيب ،الأم ،الممرضة،أي الذين يعتبرهم مصدر الألم ومسببه ، و إذا زادت شدة المرض فإن التأثيرات النفسية ستأخذ شكل مخاوف ، تأنيب مستمر للضمير ، ستفرز بذلك العدوانية الموجهة نحو الذات أو نحو الأخر ،ويحدث نكوصا كليا أو جزئيا حيث تصنف هذه الاستجابات إلى ثلاثة أصناف:

1. **صنف التضاد والمعارضة** :يرفض هنا الطفل الحدود المفروضة عليه بسبب المرض والعلاجات ،قد يكون هذا الرفض حاد مصحوبا بنوبات حركية ، نوبة هيجانية ، غضب ، اندفاع و إما أقل حدة في بعض الأحيان (خاصة الرغبة في القيام بنشاطات غير مرغوبة)
2. **صنف الخضوع والكف** :يرتبط غالبا بإحساس الفقدان (للوحدة الجسدية) .كما قد يصاحب المرض باكتئاب تدعمه الجروح النرجسية التي تبرز عادة على شكل خجل متعلق بالجسد بالإضافة إلى الإحساس بالذنب والكف الجسدي المتميز بالسلبية ، التبعية ،الكف النفسي و الفكري و الذي سرعان ما يترجم لعدم القدرة على الفهم قد يؤدي إلى الفشل الدراسي .
3. **صنف الإعلاء و التعاون:** هي ميكانيزمات دفاعية تفيد تنفيس النزوات الأكثر ايجابية قد تمثل تقمص ايجابي لفرد مصاب بنفس الإصابة مع إمكانية تقديم أكبر نسبة من الاستقلالية مع الأخذ بعين الاعتبار طبيعة علاجاته ولذلك لدعم دفاعاته مهما كانت طبيعة هذه الدفاعات .فإن الحياة النزوية والهوامية للطفل المريض ستنظم حول

الحقيقة الصدمية خاصة عندما يدعم المحيط العائلي الحدود المرفوضة من خلال قلقهم الكبير وتعاونهم المبالغ فيه . وممنوعاتهم المتعددة وغالبا ما يكون تردد المواضيع العلائقية ، الاضطهاد والهجر ، صور الأجساد المشوهة ، المجزئة أو المهددة بشكل كبير في اختبار الشخصية وخاصة الاسقاطية منها . (**Daniel marceli ,1999,p101**)

6-2 .اتجاه العلاج:

يؤثر العلاج الدوائي كثيرا على الطفل فتظهر عليه استجابات نفسية مختلفة تدل على تأزمه النفسي ومن بين هذه الاستجابات ما يلي :

1- الاهتمام بالجسد :فمن خلال التغيرات الحاصلة على جسده بسبب العلاج الكيميائي فتضطرب صورته لجسده حيث تظهر عليه مجموعة من التصرفات والسلوكات أهمها :

- هوام داخلي بأن جسده يلتهم من الداخل .
- ينظر لجسده على أنه أصبح جثة .
- شحنة عاطفية مكثفة مع قيمة رمزية ل (الخصية،الثدي).

مع قلق مصاحب لهذه التغيرات الخارجية للجسم ، وصورة التي يعتقد الموضوع أنه يعطيها له عند رؤيتها مع الخوف من الندابات الخارجية للمرض.

- الشعور بالضعف الصورة الجسدية مضطربة يعني جرح نرجسي مع فقدان لتقدير الذات مع ظهور الحداد . (**Angélique bonnaud,2011,p01**)إذن فاضطراب صورة الجسد كثير الحدوث عند الطفل المصاب بالسرطان ،كذلك على الصورة التي يعطيها له ، فإذا كان الاختلال الوظيفي لجسده غير مفهوم فإنه لايهتم أو يطور خيال مخيف ، فهذا الاضطراب ناتج عن (انخفاض في الوزن بسبب

الكورتيكويد) فهي مرتبطة بالاثار الجانبية للعلاج (قيء ،غثيان، تعب ، ألم خاصة في حالات التدخلات الجراحية كالبتر مثلا.

- تراجع في قدرة جسده مع عدم قدرته على تحمل ما تحول إليه هذا الأخير من تأثيرات العلاج، خوف يزيد من حدة الشعور بالنقص لديه خاصة و أن هذا الطفل يتخلله شعور بعدم الجدوى وانعدام القدرة على فعل أي شيء.
- قصور في المهارات الاجتماعية بسبب تجنب المواقف الاجتماعية التي تساعد على استمرارية أو دوام الاضطراب ، حيث يحاول الطفل التعرف على مرضه ويسأل إذا ما كان الآخرين يعرفون مما يعاني كيف ينظر إليه ،فيفقد ثقته بنفسه إلى أن يصل إلى اليأس والاكتئاب ، لأن الجسد يلعب دورا هاما في الشخصية لأنه الرابط بين السيكولوجيا والفيزيولوجيا كما توجه "الأنا الجسم" وتتحكم فيه فإنها يمكن أن تقع تحت تصرف وتوجه الرغبات والنزعات الجسمية وبذلك فإن مظهر الجسد وصورته ، صحته عوامل هامة في إحساس الطفل بالأمان وتقدير الذات،فكرة الطفل عند ذاته وصورته عن جسده هي النواة الرئيسية التي تقوم عليها الشخصية .

2- أفكار الموت:

إن استيعاب الطفل لظاهرة الموت تتماشى مع عمره فقبل 5 سنوات الموت غالبا يحمل معنى الغياب المؤقت والقابل للعكس أما بين 5 إلى 10 سنوات فهي مرحلة تطورية تدريجية تقود الطفل إلى تفضيل هذا المفهوم ، فالحي هو الذي يتحرك و يأكل (جانبي وظيفي) أما الميت فهو الذي لا يستجيب ولايتحرك ، حوالي 8 سنوات الطفل يستوعب أبعاد الموت حقيقية حيث تصبح بالنسبة له أبعاد الموت الحقيقية موضوعية ليست هوامية. حيث يكمن للطفل التفكير حتى في التحلل الجسدي كعلامة نهائية (**Mehrzia ferchichi,1999,p09**) فالطفل المصاب بالسرطان نادرا ما يظهر الشجاعة في مقاومة العلاجات الثقيلة مثل

الكيميائي ، فطيلة مرضه يواجه أفكار الموت والتي تظهر كانفصال أو فقدان لا يعوض حيث يواجه مالا يمكن تصوره من الوحدة ،الاختلاف وضياع وفقدان الرابط الاجتماعي ، فقدان الهوية ، الوقت المجمد والترتيب (المستشفى أو المنزل) قد يؤدي به إلى إلغاء الماضي أو المستقبل للعيش في الوقت الحاضر فقط. فكره الموت عند الطفل تشير إلى كل شيء يمثله مفهوم فقدان الحب ، فهذا الأخير محاط بالأشخاص لا يفكرون إلا بالموت ولكنهم يتصرفون عكس ذلك مما يؤثر عليه سلبا .(**Doniana,2008,p181**)فكل طفل تقريبا يعاني من أفكار الموت والتي تظهر على شكل خوف حيث ينشط ويزداد عند بعض الأطفال بسبب حدوث وفاة في العائلة أو وفاة أحد زملائهم في المستشفى (**Ajuria guerra,j,1980,p1089**) .

3- الألم النفسي: يقصد بالألم النفسي الإحساس الانفعالي غير المحتمل والذي يشعر به كأنه عذاب ، يصاحب أحيانا باضطراب عقلي أو صدمة انفعالية خطيرة كموت الولد مثلا .(**www.wekipedia.org.duleur.2016,14h**)

ويصفه shneidman بأنه تجمع للمشاعر السلبية (على سبيل المثال القلق، العجز،اليأس) وهو يعكس الإحباط الناتج عن عدم القدرة على إشباع الاحتياجات النفسية الأساسية (**Nahaliel,etal,2014,p70**).

إذن فالطفل المصاب بالسرطان يعاني من الألم النفسي والذي يظهر على شكل مخاوف من الرفض والاستهجان من العالم الخارجي أو من الأسرة (الوالدين، الإخوة) ، أو على شكل يأس و عجز وهي تجربة انفعالية غير مرغوبة تؤثر على قدرة المواجهة ضد السرطان تتمثل هذه التجربة في مشاعر عدم التقبل ، الحزن، الهشاشة ، الفزع حتى تصل بالطفل إلى أن يعيش تظاهرات نفسية كالحصر ، الاكتئاب، الانسحاب الاجتماعي ، كما تتجلى أعراض الضيق الانفعالي على الطفل من حزن ، عزلة ،اضطرابات علائقية ، اضطرابات النوم ، فقدان الشهية ، إضافة إلى أهم التظاهرات المرضية النفسية أهمها :

شكاوي دائمة مصاحبة بأعراض تعب ، ضعف،شعور بعدم الارتياح ،فقدان الأمل،التشويش الذهني واضطراب في المزاج (Daniel marcelli,1999,p101) .

خلاصة :

مما سبق يتضح أن إصابة الطفل بأي مرض قاتل كالسرطان يؤثر على شخصيته ، حياته، معاشه النفسي مما يدفع به إلى تقبل المرض أو المكافحة والمواجهة باستخدام آليات دفاعية تساعده على خلق التوازن والتكيف بالإضافة إلى المساندة النفسية التي يلقاها من الأسرة والفريق الطبي الذي يخفف من معاناته اليومية .

الفصل الثالث

الحداد

تمهيد:

01_ الموت و الحداد

02_ الحداد عند الطفل .

03_ أنواع الحداد .

04_ مراحل الحداد.

05_ مفهوم عمل الحداد.

06_ مراحل عمل الحداد.

07_التوترات الجسدية المصاحبة لعمل الحداد

08_علاقة عمل الحداد ببنية الشخصية

09- نظريات الحداد

خلاصة.

تمهيد: يعتبر الحداد من بين التجارب الأكثرألما التي من الممكن أن يواجهها الفرد في حياته فالفقدان بالنسبة له عامل يخل بتوازنه النفسي و يطرح أو يظهر عدة مشاكل جسدية حيث تم تناول موضوع الحداد و تأثيراته أنواعه، عمل الحداد، من طرف عدة علماء في علم النفس .

1 الموت والحداد:

يعتبر الموت والحداد من المواضيع الحساسة التي تم التعرض لها من طرف الباحثين في علم النفس على رأسهم سيغموند فرويد الذي تحدث عن غريزتي الحياة والموت حيث يرى بأن الجميع دوافع الفرد يمكن إرجاعها إلى غريزتين أساسيتين هما الحياة والموت فالأولى هي الغريزة الجنسية التي تحافظ على الذات أما النوع الثاني هي الهدم والعدوان إضافة إلى مفهوم النزوى التي تعتبر عملية دينامية تتمثل هي اندفاعية (شحنة طاقوية + عامل حركية) تنزع بالفرد نحو هدف معين حيث تتبع النزوة حسب فرويد من إثارة جسدية (حالة التوتر) ويتمثل هدفها هذا في الموضوع ذاته أو بفضله وقد قسمها نوعين نزوة الحياة التي تنزع إلى تكوين وحدات متزايدة في كبرها على الدوام و إلى الحفاظ عليها ولا تقتصر نزوات الحياة التي يدل عليها بمصطلح لايروس على تغطية النزوات الجنسية الفعلية وحدها بل أيضا نزوات حفظ الذات أما نزوات الموت فهي النزوات التي تتعرض مع نزوات الحياة والتي تنزع إلى الاختزال الكامل للنزوات أي إلى رد الكائن الحي إلى الحالة اللاعضوية (**la planch.j,1997p522**) حيث يستحضر فرويد تحول نزوات الحياة إلى نزوة وتدمير في الطفولة مثل عندما يمزق الطفل لعبته فهذين النزوتين يعبر عنهما ويترجمان مثل في أي العلاقة الغرامية كالحب والكره فالارتباط الوثيق بينهما يمكن أن تحل الكراهية محل الحب يسرعة حيث يوجد الكثير من اللذة والاستمتاع في التدمير كما في الحب فالتبطن أو الاستيعاب الداخلي لنزوة التدمير يؤدي إلى العنف مثلما يؤدي إلى أمراض جسدية

(**Freuds,S,1920,p110**) فعندما يتعرض الفرد سواء كان طفلا أو راشدا إلى موت شخص مقرب أو تعرضه هو لمرض مميت قد تؤدي به هذه الأحداث إلى انهيار التوازن المبني على تشابك النزوات الموجهة نحو موضوع دائم وثابت مشبع فيتبع ذلك بفك حلقة وصل للنزوات الليبيديةوالعدوانية حيث يبقى الانسان مقتنعا بخلوده ويرفض فكرة نهايته ،ففكرة الموت في حد ذاتها هي مصدر الحصر لدى الفرد(**S.Murieble jacquer.2007.p16**) فمن الصعب جدا التحدث عن الموت وفكرة الموت والحداد مع الأطفال لأنه في مراحل مختلفة من العمر يصل هذا الأخير إلى تكوين فكرة معينة عن الموت تتطور تبعا لتطوره الزمني فيصل لمرحلة ما بين 9-12 سنة إلى تكوين فكرة حقيقية عن الموت مع سيطرة الحصر من خلال دفاعات منظمة أو النمو الثقافي الاجتماعي يبدأ بالعمل والظهور كما يتمكن من اكتساب واستعاب 05 عناصر أساسية لمفهوم الموت وهي:

- الموت لا رجعة فيه .
- الموت يضع حد لكل وظيفة حيوية وحسية وحركية
- الموت
- الموت ظاهرة طبيعية وعالمية شاملة .
- الموت مرتبط بالتقدم في السن (**conron du valaise,2013,p4**).

فالطفل يستوعب مفهوم الموت بناءا على سنه ،العلاقة التي تربطه مع الشخص الميت ،ثقافته مستوى معارفه، و الأشخاص المحيطين به . كل هذه المعطيات تجعله يدخل في حالة من الحداد إذا ما تعرض إلى حدث معين كالإصابة بالسرطان مثلا.

2 الحداد عند الطفل:

يعتبر الحداد العادي سيرورة نفسية تظهر بعد فقدان موضوع القلق حيث يحاول الفرد بذل جهد وعمل نفسي شاق وضروري لتقبل واقع الفقدان و التغيرات التي يحدثها فينا، فبالرغم من

أن الطفل كذلك مفهوم نسبي للموت إلا أنه يعيش الحداد حيث يختلف عمل الحداد عند الطفل عنه عند الراشد فهو يتطور بتطور المكتسبات المعرفية العقلية و العاطفية فكل طفل هو حالة خاصة فريدة من نوعها وتختلف في فهمها للموت وترجمة للحزن، فردود أفعاله مرتبطة بسنة نضجه وثقافته (**Canro du valaus,2013.p02**) حيث تختلف طريقة عيش الحداد فبالنسبة للرضيع لا يدرك المعنى الحقيقي للغياب النهائي لشخص مقرب لكن يبقى الغياب الجسدي للشخص الذي اعتاد عليه قبل سن العامين يمكن أن يعيش آثار للحداد من خلال أو عبر (انفعالاته كالغضب ،الحزن،الصدمة)أما بين سن 3 إلى 5 سنوات فمفهوم الموت يرتبط بالانفصال لكن طابعه النهائي غير مفهوم بعد في هذا الوقت بعض التبريرات تبنى على الفكر الخيالي (أو الشعور بالقدرة المطلقة) حيث يشير الفكر الخيالي إلى حقيقة أن الطفل يعتقد أن هذه الأفعال يمكن أن تولد نتائج وعواقب غير منطقية لدى الراشدين مابين سن 6 إلى 8 سنوات يبدأ الطفل في فهم الجانب الأخير من الموت حيث يتم تعلم قدر مهم من المعرفة حوله كما يمكنه أن يتساءل عن المنطق المحيط بالموت من يمكن أن يموت ؟ ولأي سبب؟ ماذا يحدث بعد الموت؟ مع توظيف أجوبة لهذه الأسئلة المطروحة فالطفل يستطيع إذن في هذه المرحلة تكوين وبناء منطقة الخاص مع تقليل من الاستجابات المقلقة بدرجة أو بأخرى .أما ما بين سن 9 إلى 12 سنة فمفهوم معكوسية الموت يكون واضح في ذهن الطفلحيث يكون قادرا على فهم تأثير الحداد على المقربين منه مع اتخاذ وضعية أكثر حماية (كعدم البكاء، مساندة الآخرين) فالتفكير الخيالي موحد دائما مع إمكانية ظهور الشعور بالذنب لدى الطفل إن معايشة الفل للحداد واستعابه للفقدان مرتبط بتكوين الأنا لديه ويعتبر هنري والون Henri Wallon أول من أشار إليه تبعه بعد ذلك جاك لاكان Jacque LacanوينيكوتWinnicotteدولتو Dolto حيث يعتبر هنري والون هو أول من استخدم المرآة في التكوين النفسي للطفل وطور هذا المفهوم في كتابه Les orgines du

caractère chez lefait فالطفل في هذه المرحلة يستخدم الصورة الخارجية للمرآة لتوحيد جسده هذه السيرورة تكون خارج المرحلة الانفعالية لفالون

(6 إلى 12 شهر)حيث وصف سلوك الطفل أمام صورته المعكوسة ومحيطه القريب وليس فقط صورة أمه كما يضيف ReneZazzo المراحل الأربعة لهذا الوصف وهي :

1. التعرف على صورة الآخر.
2. الطفل يحمل صورته إلى طفل آخر ففي الأسبوع 61 يلمس الطفل صورته ويعلقها في المرآة يلعب معها كما يلعب مع أي صديق .
3. عدم الراحة أمام تفكيره وانعكاس صورته فالطفل يبتعد عن المرآة بعناد حتى إذا لعب مرة أخرى مع المصور.
4. تعريف الطفل بصورته الخاصة.

أما جاك لاكان فقد استعمل مفهوم مرحلة المرآة عام 1937 في الملتقى الدولي الرابع عشر للتحليل النفسي حيث يصف هذه المرحلة على أساس أنها المكون لوظيفة الموضوع {أنا} للطفل ما بين 6إلى 18 شهرا لكن هذه الوظيفة لا توضع في مكانها المناسب إلا بوجود الأخر وإلا لماذا نقول { أنا} إذا كان لا يوجد معارض فالموضوع اجتماعي لأن الطفل بحاجة للآخر من أجل تكوينه.

في مرحلة المرآة إذا عاش الطفل تجربة أو موقف مقلق كتجربة قيام الأم مثلا : تعمل مرحلة المرآة هنا عمل الدعم المطمئن بوحدة جسده فابتهاج الطفل أو متعة التأمل تكون في صورة وحدته(**Anusak salhien,N,2011,p40**

فمسار الحداد عند الطفل الذي بدأ في فهم معنى الموت كالانفصال لارجعة فيه يُظهر نفس الأعراض الحداد التي يُظهرها الراشد حيث يتميز هذا المسار بفترة أساسية للصدمة تليها مرحلة مركزية للاكتئاب ومرحلة نهائية للحداد وفي حين تختلف تفسيرات الطفل لهذه المراحل عن تفسيرات الراشد (Hanus,M,2000,p29).

3- أنواع الحداد :

لقد تم تناول مفهوم الحداد من طرف عدة علماء كما حاولوا تصنيفه لعدة أنواع مختلفة حيث يلاحظ أن هناك اختلاف كبير في تصنيفه وسنحاول عرض هذه التصنيفات لكن قبل سنعرض مفهوم الحداد المرضي :

3-1 الحداد المرضي:

هو كف عمل الحداد أو انحرافه عن مساره الطبيعي أو اتجاهه نحو الارصان ، مما يؤدي إلى تعقيدات سيئة على الحياة النفسية للفرد ويستوجب بالضرورة التدخل لتصحيحه **(سي موسى عبد الرحمان، ص ص 99-100)** حيث يتم التمييز بين الحداد العادي والمرضي حسب مدة الحداد ،شدة الأعراض، حضور أو غياب امكيزمات الدفاع .

كما يشير ماري فريديريك باكي بين نوعين من الحداد المرضي هما: الحداد المعقد و الحداد السيكاتري.

3-1-1 الحداد المعقد:compliquedeuil

تختلف تسمياته بين الحداد المعقد أو الصدميtraumatique (حسب بريجرسن) وهو الذي يسلك مسارا غير معتاد وغالبا ما يؤول إلى عيب (défaut) في مراحل الحداد دون أن ينتهي إلى مرض عقلي معينيخص الشخصيات الطبعية (الحالات الحدية) فهم لا يحملون اي اعراض مرضية لكن يظهرون تطور نفسي قبل تناسلي. فالفقدان عند هؤلاء يترجم على شكل اكتئاب خطير (يمكن ان يفسر على المستوى النفسي) اعراضهم الاساسية على

المستوى النفسي جسدي و السلوكي كما ان هؤلاء الاشخاص لديهم قابلية او استعداد لهذا النوع من الحداد المرضي يحملونه منذ الطفولة نوع من التعلق الحصري متناقض وجدانيا عند مواجهة خطرهجرالوالدين(**Bowlby,J,1984,P55**) كما يعرف أيضا الحداد الصدمي بالمعاناة الصدمية التي تكون النواة الأساسية فيها (الفقدان) و هذه الأخيرة مرتبطة بالحداد من خلال مكونين في شخصية الفرد و هي :

-الدفاع عن الموضوع و تجسيده على المستوى الجسدي و العقلي

-الانفصال مرتبط بالفقدان و الذي يترجم على شكل قلق شديد

كما تعتبر هده المعاناة الصدمية هي النواة في ظهور الأمراض النفس-جسدية(**A, Weil .(2001,p.155**

ومن أنواعه نجد:

3-1-2 الحداد المؤجل:Deuil défféré

يتميز باستمرارية في رفض واقع الفقدان مما يعيق عمل الحداد فيستمر الحاد في الاعتقاد بوجود المفقود بصورة قريبة من الهلوسة فيتصرف كما لو أن شيء لم يحدث مثلا الأم التي تحم شعوريا أدوات طفلها المدرسية كل صباح الأب الذي يشكل في غرفة ابنه الميت او عادة ما يكون عدم دخول الغرفة أو تغيير شيء ما بداخلها مهما كان نوعه و بما انه لا يتم تفريغ الانفعالات و الالام المرتبطة بالمفقود فانه لا يطرا اي تغيير في نمط حياة الحاد(M. F. Bacqui,M.**Hanus,2005,p.44**).في حالة الحداد المؤجل لا يُظهر الحاد ردود الفعل المعتادة المرتبطة بالحداد السوي ،تغيب تعابير الحزن لوقت طويل ويحدث رفض للمشاعر المرتبطة بالفقدان فيقيم شعور وكأن شيئا لم يحدث ومحاولة تجنب الذكريات المرتبطة بالفقدان يمكن

أن يندهش المحيط لغياب الانفعالات وعدم الحساسية للحزن حتى وان كان الأفراد في هذا النوع من الحداد لايرفضون واقعية الفقدان **(Zech,2006,p84)**.

3-1-3الحداد المزمن :Deuil chronique

يمكن ان يستمر هذا النوع حياة كاملة أي تطول فيه مدة الحداد فيستقر الحاد في مرحلة الاكتئاب دون ان يجد منها مخرجا فهو لا يرفض الفقدان بل يقره لكن في الوقت نفسه لا يتقبله و يبقى في علاقة مستمرة مع المفقود. و تنتابه بين الحين و الاخر مشاعر قلق و ذنب قوية تعيد احياء الوضع من جديد .

و يتميز كل من الحداد المؤجل و المزمن بتغيير في مدة و حدة الظواهر الموجودة في الحداد الطبيعي و قد يؤدي ذلك إلى وضعية هذائية للحاد كما يقود التجاذب الوجداني الشديد الى تثبيت الحداد في مرحلة ما أولى الانتحار أحيانا(**موسى عبد الرحمن زقار ,1997 ص100**)،ففي الحداد المزمن يبقى الفرد على استعداد دائم للاكتئاب او العكس. (M.F. **Bacqué, M. Hanus, 2001,p.45**)

فالحداد المزمن هو استمرار للحداد السوي حيث تستمر الأعراض المرتبطة به لوقت أطول ويتضمن مفهوم الحداد المزمن فكرتين : الأولى هي ردود الفعل المرتبطة بالحداد يجب أن تتوقف بعد فترة أما الثانية فتتضمن أن السيرورة الطبيعية للحداد تفرض أن روابط الحداد مع الفقيد يجب أن تنقطع(**Zech, 2006, p84.**)

3-1-4الحداد المقنع: Deuil masque يكون هذا النوع من الحداد المقنع لمالا يتمكن الحاد من انجاز أو عدم انهاء الحداد ويتميز بكون الأعراض السيكوسوماتية تكون في

الواجهة الأولى تتلاشى الأعراض الجسدية عندما يتم الاعتراف بالحداد و الاكتئاب وتتم معالجتهما

وتكون الشكوك الأساسية للمريض مرتبطة بالآلام أو أمراض عضوية أما المعاناة النفسية فلا تظهر إلا ثانوية كما يصعب في مثل هذه الظروف فهم هذه الظاهرة على غير المتخصص نتيجة إلحاح المريض على الطابع العضوي للأعراض يفترض في مثل هذه الظروف الانتباه إلى الاكتئاب لأن إهماله قد يؤدي إلى تجنب الاكتئاب في شخصية أكثر فأكثر فيستعص علاجه فيما بعد(**Bocque,F,2003,p72**).

3-2-1الحداد السيكاتري:Deuil psychiatrique

يسبب الحداد السيكاتري تغييرا خطيرا في الحالة العقلية للفرد، ويؤدي إلى انحلال شخصيته حيث تنمو سلوكات خطيرة على حياة الفرد وعلى محيطه كما يؤول الأخير إلى اضطراب من الاضطرابات النفسية ،أو يعبد احيائها بعدما كانت قد شخصت ومن هذه الأنواع نذكر الحداد الهستيري الحداد الهجاسي ،الحداد الميلانجولي .

3-2-2الحداد الهستيري:

يظهر على قاعدة شخصية هستيرية مرضية تتميز بصعوبات علائقية و أعراض تحويليةفي إطار العلاقات يسعى الفرد إلى لفت الانتباه الآخرين و إلى استجداء عطفهم ويغير شخصيته حسب الظروف التي يتواجد فيها ويبدو أنه يلعب دورا مسرحيا (**A,de Broco,2006,p165**)تظهر ردود الفعل والسلوكيات في الأيام الأولى للفقدان مختلفة وليس حتى تظهر الأمور عادية لوقت معين ولكن قليلا ما يتمكن هؤلاء الأفراد من إظهار مشاعرهم عن طريق البكاء و التأسف .يخفي هدا المظهر العادي في بعض الأحيان مواقف رفض دائمة كما يظهر بعض المفحوصين غياب الألم يشير إلى سيرورة الحداد قد تم كفُها

فعدد معتبر من المفحوصين يخرجون معاناتهم مظهرين أزمات انفعالية عنيفة وتفريغات حركية كما يشكل الآخرون بسرعة أعراضا تحويلية (**Hanus,M,2007,p243**)،إن الأعراض الجسدية الأكثر شيوعا هي اظطراب في وتيرة خفقان القلب والشلل و محاولة الانتحار تكون واردة أكثر عند الحالات التي يكون لديها الشعور بالفقدان لا يطاق ،ذلك أن الحداد يمكن أن يحرض عند هؤلاء الفشل في تجاربهم العلائقية فالهستيريا في حد ذاتها اعتبرت حداد أوديبي مرضي (**Bacque,FM,2003,p81**) أي أن الفشل في تجاوز الحداد المرتبط بالمرحلة الأوديبية يقود إلى الهستيريا.

3-2-3الحداد الهجاسي:

في هذا النوع من الحداد لا يظهر الشخص الحاد مشاعر الحزن و الألم بصورة واضحة بل يميل إلى الاحتفاظ بكل شيء في نفسه لكن يبقى يعاني ويتألم في صمت وتتلخص ردود الشخص الحاد في تزايد درجة الإنهاك المعتادة و الرغبة في إكمال الواجبات المرتبطة بالمفقود كترتيب مراسيم الدفن، معالجة الأمور الإدارية المتعلقة بالوفاة ومنذ الساعات الأولى للفقدان تبدأ مشاعر لوم الذات في الظهور ، يمكن أن تعرقل هذه المشاعر عمل الحداد بأكمله (**Hauns,M,2007,p252**) لأنها تغذي التعارض الوجداني الذي يعتبر عنصر أساسي في الحداد المرضي كبت النزوات لدى الهجاسي يكون غير كاف وغير ناجح ، لذلك كما يبين الواقع وفاة شخص عزيز تنشط حالات الرغبات العدوانية اتجاهه ، يقود التعارض الوجداني الذي يسيطر على الهجاسي إلى مشاعر الذنب الحادة لأن نزعاته التدميرية تصطدم بتحقيقها على أرض الواقع ومن هنا ينجم اكتئاب خطير يطيل مدة الحداد الطبيعي كما أن التماهي بالمفقود ينشط رغبات في الموت اتجاه الذات وتجتاحه مشاعر لوم الذات بشكل مستمر و أحيانا تعرقل حياته وتنتهي إلى فعل انتحاري أو إلى انطواء على الذات (**Bacque,F,M,2003,p84**).

3-2-4 الحداد السوداوي (الميلانخولي)

يندرج ضمن الحداد المرضي و يحمل صورة سوداوية تظهر عند الشخص السليم سابقا لكن بعد حادث الفقدان تتمثل هذه الصورة في أعراض الهوس الاكتئابي كما يثير التجاذب الوجداني رغبات لا شعورية في موت موضوع الحب فيسبب مثلنة الموضوع المفقود من جهة و تأنيبات عدوانية من جهة أخرى،و هكذا يصبح الانتحار هو الحل الوحيد عند من جرحت نرجسيتهم اذ يؤدي فقدان الموضوع إلى فقدان الأنا و يعتقد السوداوي انه فقد الموضوع لآنه هو ذاته سيئ و بالتالي يكون فقدان الموضوع مجرد وسيط لتفكك سوداوي كامن (**سي موسى عبد الرحمن 1990,ص99**) و السوداوي من المفروض ان يكون او ان يوضع في المستشفى و أخد الأدوية الكيمياوية للحد او التخفيف من الأفكار الانتحارية. كما له الرغبة –في قتل باقي الأسرة لتجنب آلام الحداد حسب رأيه . مع التكفل النفسي لفهم أفضل للهذيان الذي يعاني منه الحاد .**M.F** (**Bacqué, 1992,p.243**)أن الفرق بين الحداد العادي و الحداد الميلانخولي يكمن في الشعور بتقدير الذات الذي يضطرب في الحداد الميلانخولي مع جهله بطبيعة الفقدان.

يحدث الحداد الميلانخولي للشخصية المرضية التي تعاني من السوداوية مع لون شديد للذات يصل إلى كره الذات وتبقى الأسباب التي تؤدي إلى ردود الأفعال هذه لا شعورية ذلك لأن هذه الشخصيات لا تعرف لماذا تستجيب بهذه الطريقة لأن الفقدان داخلي ,**De Broco**) **.A,2006,p169**)

4-مراحل الحداد:

هناك مجموعة من الباحثين و العلماء اقترحوا مراحل متعددة ومختلفة من بينهم Michel Huas الذي ميز بين 3مراحل للحداد وهي الصدمة ثم حالة اكتئابية بعدها إعادة البناء أما سي موسى عبد الرحمان فقد اقترح 5 مراحل أساسية يمر بها الحداد وهي :

الصدمة و الرفض

الغضب

المفاوضة ومعالجة الأمور

الاكتئاب

التقبل (**سي موسى،2007،ص96**)كما يشترك Mélan Thibault مع سي موسى عبد الرحمان في نفس مراحل الحداد مضيفا أن ترجمة الانفعالات هو مفتاح الأول للشفاء (**thibault,M,S,A,p3**) أما Elisabdhkubler Ross بعد تشخيصها لأمراض مميتة ميزت 5 مراحل للحداد حيث طبقت هذه المراحل في جميع أشكال الفقدان وخاصة عند فقدان شخص عزيز حيث لا تخضع بالضرورة هذه المراحل إلى ترتيب المذكور كما لايجب أن تظهر جميع المراحل عند جميع المرضى لكن أي ضحية يعيش على الأقل مرحلتين حيث رتبت كيبلرروس المراحل على النحو التالي:

4-1الإنكار: Déni "هذا مستحيل لابد أنهم كانوا مخطئين"

يعتبر المرحلة الأولية لمراحل الحداد فهي رد الفعل في لحظة الفقدان فبينما نحاول معالجة حقيقة خسارتنا في نفس الوقت علينا التغلب على الألم الانفعالي الذي يصاحبها حيث يظهر رد الفعل هذا من خلال رفض الاعتقاد أننا فقدنا شخص عزيز خاصة في حالة ما إذا تحدثنا إليه مؤخرا، لهذا قد تستغرق عقولنا بعض الوقت من أجل التكيف مع الواقع أو الحقيقة

الجديدة .عموما هي مرحلة قصيرة لكن شديدة يتخدر خلالها العقل والعواطف هذه المرحلة الأولية تعمل على تباطأ سيرورة الحداد ، وتوجيهها خطوة بخطوة مع تقليص الخطر من الغرق في مشاعرنا.

4-2الغضب:Coler " لماذا أنا وليس شخص أخر هذا ليس عدل"

ترى كيبلر روس أنه إذا كان الإنكار مستحيل فإنه يعوض بمشاعر الغضب وهذه المشاعر غالبا ما تخفي حزنا وخوافات مبهمة فيجب على المقربين من الشخص الحاد ألا يأخذوا هذه العدوانية على محمل الجد وفي نفس الوقت ألا يستجيبوا لها بالرفض حتى ولو كانت "العدوانية" غير مقبولة ومزعجة لهم فعلى العكس من ذلك يجب أن نساعد المحتضر على إظهار أحاسيسه الداخلية من حزن وقلق الكامنين خلف توتره و الاستجابة لها والتعامل معها بهدوء وتعاطف.

4-3المفاوضة: Marchendage " دعوني أعيش كي أرى أولادي بشهاداتهم متزوجين ،سأفعل ما تريدون دعوني فقط أعيش سنوات أخرى"

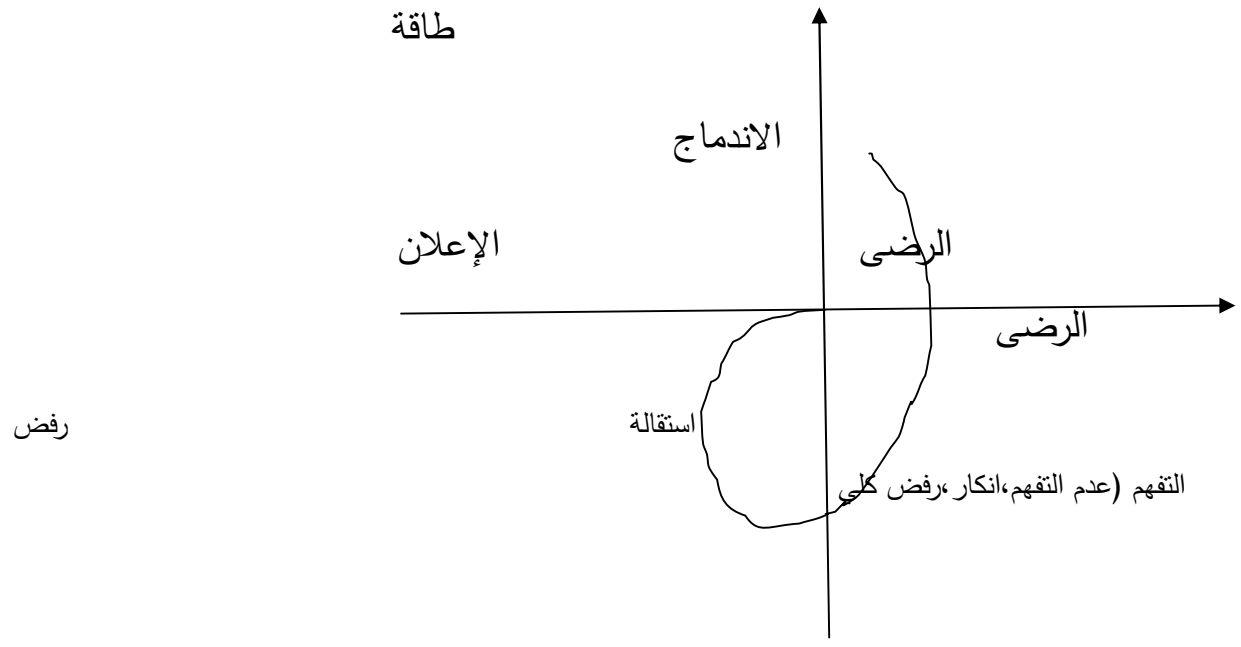
في المقابلات التي أجرتها كيبلر روس مع مرضاها فوجئت بعدد المرضى الذين وعدوا بتكريس حياتهم لله أو الكنيسة في مقابل المزيد من الوقت حيث أنهم يحاولون المفاوضة من أجل مواجهة الخسارة فهم يشعرون باليأس لدرجة أنهم سيفعلون أي شيء لتخفيف ألامهم حيث يمكن أن تؤدي فكرة الفقدان إلى مفاوضات مع ذاتهم من أجل الشعور على تعويض عن الفراغ الذي يشعرون به فبعض المفاوضات مثل " يا إلاهي أعدك بتغيير حياتي إذا تركت هذا الشخص يعيش" غالبا ما يتم توجيهها نحو قوة أكبر من أنفسهم فهذا الشعور بالعجز هو الذي يدفعهم للتفاؤل بهذه الطريقة. فهذه المرحلة تعتبر كوهم أو مظهر مخادع للواقع المعاش من طرف الشخص المصاب.

4-4الاكتئاب: Dépression : " أنا فعلا حزين ، لماذا أقاق بشأن أي شيء أريد أن أموت وماذا بعد"

يعتبر الاكتئاب مرحلة من مراحل الحداد الأكثر طول و أحيانا الأكثر صعوبة حيث يمكن أن يستمر لأشهر أو حتى لعدة سنوات ، في هذا الوقت يبدأ خيالنا بالهدوء ونبدأ تدريجيا في مواجهة الواقع فالمفاوضة ليست أبدا حل ناجح، تتميز هذه المرحلة بالحزن الشديد ،الانسحاب الاجتماعي مع انخفاض في الطاقة فالشخص الحاد يكون منغمس تماما في مشكلته مع زيادة في الشعور بالذنب ، كما تعتبر مرحلة الاكتئاب من المراحل التي يصعب الخروج منها و التغلب عليها.

4-5التقبل: Acceptation " أنامستعد الآن و أنتظر أخرنفس بهدوء"

يعتبر التقبل اخر مراحل الحداد حسبكيبلر روس فعندما يصل الفرد إلى هذه المرحلة لا يعني أنه لا يشعر بألم الفقدان بل هي مرحلة إعادة البناء وتقبل الواقع المعاش حيث يبدأ الفرد الحاد تدريجيا في استعادة طاقته وقدرته النفسية من أجل الاستمرار في الحياة بدون الموضوع المفقود **(Velerie,S,2022,pp3,4).**



(عدم وجود حماس،القناعة المقاومة

(حجج،ثورة،تخريب،تعطيل)

تخفيف الضغط (حزن،يأس،اكتئاب)

طاقة

منحنى رقم 1: يوضح مراحل الحداد حسب إليزابيت كيبلر روس(Velerie,S,2022,p05)

لقد وضعت كيبلر روس هذا النموذج من خلال مقابلاتها مع المرض في المراحل النهائية لهم قبل الموت حيث لاحظت مجموعة من الانفعالات و المشاعر لدى هؤلاء المرضى مع الانخفاض في الطاقة وعدم الرضا حيف يبدأ الحداد بالإعلان عن المرض ورد الفعل التي يتمثل في الإنكار وعدم التفهم و الرفض الكلي تم تدريجيا يبدأ الفرد في المقاومة الداخلية و التي تتمثل في تقديم الحجج و التأنيب الداخلي تم تليها مرحلة من محاولة لتخفيف الضغط تتمظهر في شكل يأس،حزن واكتئاب تم تليها مرحلة الاستقالة تتمثل في الخجل والسلبية و الحنين إلى الماضي تدريجيا يبدأ الفرد في استرداد طاقته وقبول الواقع و الاندماج فيه،الرضا مع سلوكات مساندة .

تصف كيبلر روس من خلال هذا المنحنى الحالة النفسية كيف تكون مع بداية الحداد سيئة مع انخفاض في القدرة و الطاقة مع عدم الرضا لكن تدريجيا بمرور المراحل يتحسن الفرد حتى يصل إلى قبول الواقع مع تقبله دون الموضوع المفقود.

5مفهوم عمل الحداد:

يرى العديد من الباحثين على رأسهمFreud و Melaine Klein و Jonedowlby أن عمل الحداد بمعناه عند راشد ممكن عند الطفل ويمكن ملاحظته بدءا من الشهر السادس ويعتقد الآخرون منهم Furman أن عمل الحداد ممكن بدءا من السنة الثالثة في حين يرى فريق آخر منهم Negerأن عمل الحداد لا يمكن إلا بعد مرحلة المراهنة وبالرغم من هذا التضارب في الآراء فيما يتعلق بالسن التي يمكن أن يتحقق فيها عمل الحداد وطبيعته ألا أن هناك اتفاقا مبدئيا على وجود عمل الحداد لدى الأطفال عند تعرضهم للفقدان (**سي موسى،2007،ص94**) حيث يعتبر مفهوم عمل الحداد النفسي عملية نفسية داخلية تلي فقدان موضوع التعلق العاطفي وينجح الشخص تدريجيا من خلالهما في الانفصال عن ذلك الموضوع**La planche et Poutalis,1985,p369** ()فهو عمل شاق يقوم به الشخص عقب فقدانه لشيء مادي أو معنوي عزيز حيث لايتم مباشرة هذا العمل مالم يع الحاد بالواقع ويعترف به ويتقبله فيتعرض الفرد لصدمة نفسية معتبرة يقتضي عليه القيام بعمل الحداد نفسي يحاول من خلاله تقبل ما حدث له ويعمل على استيعابه ومعالجته وبالتالي يتحرر من الانعكاسات السلبية المحتملة التي قد تنجر عن عدم القيام بعمل الحداد أو القيام به جزئيا (سي موسى عبد**الرحمان ،2007،ص80**) أما فرويد فقد أدخل مفهوم عمل الحداد أول مرة سنة 1915 في مقال له حول الحداد و السوداوية حيث يدل على التجديد الذي أتى به المنطور التحليلي النفسي في فهم ظاهرة نفسية كان يعتقد تقليديا أنها ألام تولد بعد موت شخص عزيز وتخف تدريجيا من تلقاء نفسها حيث يقارب فرويد فكرة عمل الحداد من فكرة الإرهاق النفسي الأعم منها و التي تعتبر ربط الانطباعات الصدمية بمثابة ضرورة للجهاز النفسي وما يؤكد وجود عمل نفسي داخلي في الحداد هو قلة الاهتمام الذي يظهر تجاه العالم الخارجي بعد فقدان الموضوع (**La planche,poutalise,1997,p369**)فيحين يرى جون كورنيcournut.J أنه بعد

فقدان موضوع يجب الشخص نفسه مجبرا على القيام بعمل داخلي لإخراج آثار فقدان بحيث يكون عمل الحداد النفسي غالبا صعبا وطويلا (**curnut,j,2001,p23**) فوظيفة عمل الحداد النفسي هي تقبل الحقيقة وسحب الاستثمار من الموضوع المفقود واستثمار مواضيع جديدة وذلك من خلال الانفصال التدريجي حيث أن كل الذكريات يجب إعادة تذكرها وبعدها تواجه مع فكرة اختفاء الموضوع من أجل سحب الاستثمار وهي عملية مشبعة بالحنين و الألم حيث تتضمن تعايش اكتئابي(**Angladette,c,2002,p913**) أن عمل الحداد المرتبط بالموت جد خاص لأنه عمل حداد متعلق بالذات فالموت غير مستقبل لدى الفرد الذي لازال يسعى ويرغب في العيش هذا ما يفسر نشوء قلق وخوف مرتبط بالموت الذي يكون جد مؤلم ويحتم على الفرد تعلم ترك الحياة المعززة بكل ما يحب و التوجه نحو العجز التام(**Weil,A,2001,p223**).

6- مراحل عمل الحداد

لقد اختلف العلماء حول مراحل عمل الحداد كاختلافهم حول مفهوم الحداد حيث يوحد اختلاف كبير في التسميات فمنهم من يسميها مراحل عمل الحداد أو سيرورة عمل الحداد ،أو سيرورة ولكننا سنعتمد على المراحل التي أدرجها كل من يولبيوهانيس في الانفصال التدريجي عن موضوع التعلق العاطفي وهي كالتالي:

6-1: المرحلة الاولى :الذهول(La sidération)

لقد تعددت تسميات المرحلة الاولى نظرا لتأثيرها الكبير على الفرد ،سواء من الجانب النفسي او الجسدي او السلوكي، وتكون مصحوبة بالتوقف الكلي للوظائف النفسية حيث يردد المصابون بالحداد عبارات النفي و الإنكار مثل:"ليس صحيح","لا أريد" الخ.....إنهم يرفضون الحقيقة فبعضهم يروا انهم ضحايا السقوط في دوامة دون نهاية ،اما البعض

الأخر يُشكلون أو يُكونوا دفاعات عقلية في بداية الأمر: كالدوار، تغييرات في نبضات القلب ،أعراض لأزمة قلق حادة و أحيانا حالات من الهلع .إذن فحالة الصعق هده تظهر على3مستويات :

_العواطف مخدرة

_اضطرابات الإدراك

_شلل كلي للعضوية (جسديا و معرفيا و عقليا). (**M, Hanus 2001 P27**)

كما تبدأ هده المرحلة بمجرد معرفة حقيقة الفقدان و تتميز بحالة من الاضطراب تكون مصحوبة بكف و نكوص سريعين أين ينصب النظام الدفاعي على وظيفتي الاستقبال و الإرسال كمؤشرات لرفض الواقع حيث تستمر من ساعات إلى أسبوعين أين يكون الوعي بالفقدان جزئيا غالبا و ينعكس الرفض القاطع لحقيقة الفقدان والذي يهدف إلى حماية الشخص من الأثر المؤلم للفقدان عبر استجابات عفوية و تلقائية (**سي موسى عبد الرحمان 1990 ص 95**) كقول الحاد عبارات غير ممكن لم يحدث ، انتم تكذبون سوف يستيقظ (أبأمام طفله الميت) أو لماذا لم تفعلوا شيئا ، لقد تعمدتم ذلك. (أب فقد ابنه المراهق في حادث سير) أو أود أنأموت، ليس لدي ما افعله هنا ، دعوني أموت (رد فعل حاد فقد خطيبته) كما قد يواصل بعض الحادين عملهم عند سماع خبر الفقدان متظاهرين بأنهم لازالوا يجهلونه كما أن البكاء في هذه المرحلة يمثل محاولة نكوص إلى وضعية الجنين

أن مدة هذه المرحلة تختلف من شخص لأخر و تنتهي بالوعي التام و الحتمية بحقيقة الفقدان ولا بد من تجاوزها حتى يستمر عمل الحاد (**A.deBroca , 1997 , P 17**) .

6-2: المرحلة الثانية :فقدان الانتظام أو الإنهيار(la désorganisation)

تستمر هذه المرحلة غالبا شهرين متتابعين أين يعد ظهور البكاء و التلاشي و رفض الفقدان مؤشرات توحي بمباشرة عمل الحداد و انه في طريق الانجاز و تتميز هذه المرحلة بالبحث الدائم للحاد كما لو كان المفقود حاضرا مرحلة شوق و حنين .

و عند تيقن الفرد أن فقدان الموضوع حقيقة واقعية و انه غياب أبدي لا أمل برجوعه يجد نفسه أمام الفراغ و الألم النفسي الداخلي فسيطر عليه الحزن و تتولد لديه مشاعر الإحباط الحادة نتيجة لفقدان العطف و الحب المتبادل مع المفقود و تؤدي هذه الحالة إلى مشاعر ذنب حادة و دفينة و ثوران ينتاب الحاد من حين لأخر.إذن فتلاشي الرفض مع تواتر البكاء كلها مؤشرات توحي بأن عمل الحداد قد بُوشر و أنه في طريق الانجاز إذا لم يعرقل.(**سي موسى عبد الرحمان 1990، ص.55-95.**) .

6-3المرحلة الثالثة : الاكتئاب(la dépression)

قد يقضي الحاد وقتا طويلا من حياته في هذه المرحلة فهي تدوم لسنوات و تتميز بفقدان الأمل في استرجاع الموضوع المفقود.فالواقع يفرض عدم وجوده إذ تعتبر مرحلة الانفصال الحقيقية التي يقبل خلالها الحاد تهدم جزء من شخصيته على أملإعادة بناءها حول موضوع جديد (**D.Bailly , 2004, p. 119**) كما تتسم علاقات الحاد بالآخرين في هذه المرحلة بالسطحية و التظاهر وقد لا يستطيع عقد علاقات جديدة مع الآخرين بسبب الخوف اللاشعوري من فراق محتمل في اغلب الأحيان كما يسمح البكاء في هذه المرحلة بتفريغ التوترات كما قد يظهر الاضطراب الجسمي لدى بعض الأفرادكالأرق اضطراب النوم الأحلام المزعجة و أحياناالهلاوس البصرية و قد يميل البعض إلىالإفراط في النوم بهدف نسيان ما حدث وأما يعاني من فقدان الشهية أو الشراهة زيادة على الإنهاك و العزلة, ضعف قدرات العقلية كالانتباه التركيز تلف في الذاكرة قصيرة المدى و تباطأالأفكارأما على الصعيد

العاطفي قد يعاني من مزاج سوداوي مكتئب مع نوبات عدوانية موجهة نحو الأخرإلاأن هذه الأعراض ليست ثابتة عند جميع الأفراد(**Samailovic.M,J,2004,p140,150**))

6-4 المرحلة الرابعة :إعادة الانتظام(La Réorganisation)

تتميز هذه المرحلة بنشاط نفسي داخلي طاقوي و تخيلي تهدف أساساإلى فصل الحاد عن الموضوع المفقود و تحريره و هو ما يمكنه من توظيف طاقته من جديد و يسمح له بعقد روابط اجتماعية و انجاز مشاريع جديدة واضعا بحساباته امكانية حدوث صدمات و أزمات أخرى و حتى يتم انفصال العاطفة عن موضوع التعلق المفقود فان النشاط الطاقوي ينصب على تصورات الفقدان و الحداد و في حين تتجه الطاقة نحو الاستثمارات جديدة فان التخيل يعمل على ايضاح اوجه متعددة للواقع و مما تتضمنه هذه المرحلة أساسا المراجعة العقلية لكل التصرفات و المشاريع الذكريات المشتركة مع المفقود و و مجابتها بحادث الفقدان و هذا ما يفسر طول فترة عمل الحداد اذ يتم تفكيك كل الاحداث حتى الصغيرة منها على افكار و معاناة بهدف دفع الفرد إلى تقبل الواقع .إذن فإن عمل الحداد فهو عملية نفسية يتمكن الفرد من خلالها من تقبل الصدمة الناتجة عن الفراق أو الفقدان مهما كانت المرجلة العمرية التي يعيش فيها الحاد ،إلا أنه من الضروري في حياة الانسان منذ بدايتها ،بغض النظر عن الفروق التي يمكن أن تميز كل مرحلة .إذن فعمل الحداد ومراحله ليست عملية بسيطة ومحددة بوقت معين إنما هي سيرورة تدريجية ذات مشاهد متداخلة فيما بينها تهدف إلى جعل الحاد يتقبل الواقع و الصدمة التي ألمت به تدريجيا. من أجل أن ينتهي الحاد يجب أن يمر بهذه المراحل في عملها المتناسي بهدف الحصول على معنى جديد للحياة في غياب الموضوع المفقود.(**سي موسى عبد الرحمان،2007،ص98**).

7- التوترات الجسدية المرافقة لعمل الحداد:

7-1 الألم:

يرافق دائما الحداد و يتردد صداه مع القصة الفريدة لكل واحد مع طريقته لعيش الانفصال والخسارة.

7-2- التراجع :

هو الميل للعودة إلى الوراء و التراجع أمام الصعوبات ، للتفكير، الانتقال للمستقبل

و القيام بمشاريع تتوافق مع الرغبة اللاواعية في الرجوع إلى التعايش النفسي الأصلي.

7-3-الاعتراف بواقع الخسارة (الموت) :

شرط مسبق وضروري لعمل الحداد، هو الاعتراف و قبول عجزنا أمام الموت.

7-4- تعزيز استبطان الشيء المفقود د(المرحوم) :

هي فترة الذكريات و الحركات أين يرتكز الاهتمام على حضور المرحوم،- حلة وفاة- التي تحدث داخل الشخص الذي يعاني من الحداد.

7-5- شعور الذنب : متصل بجزء واعي أين يرتبط بالواقع و يظهر في العتاب الذي نوجه (العتاب الذاتي) و في الجزء الآخر اللاواعي يحدث التناقض الوجداني.

8-علاقة عمل الحداد ببنية الشخصية :

ان مراحل سير عمل الحداد ترتبط بالحالة الجسدية و خاصة النفسية للحاد،فكل فرد يستجيب بطريقة تختلف في المواقف نفسها و تحديدا في مواجهة الحداد،فالشخصية هي التنظيم الدينامي لمختلف المكونات الوظيفية (الانفعالية و الفكرية و البيولجية و التاريخية و الأفعال

و الإيماءات ، الفردية) التي تكون طبيعة الشخص و هكذا فكل فرد يختلف عن الآخرين في طريقته في الكلام التصرف و التكيف بمواجهة ضغط عنيف كالحداد يجد الفرد نفسه أمام هذه البنيات الأولية مجردا من كل الدفاعات المفتعلة و الظاهرية ولا يستطيع الدفاع إلا عبر الدفاعات البدائية الأكثر سهولة في حشدها و الأقل صرفا للطاقة النفسية و خلال تلك المحاولات و النوبات تتكشف نقاط الضعف و القوة في الشخصية و هكذا تظهر الخطوط السائدة في الشخصية و بينما يتصرف الفرد محاولا إعادة توازن التوترات الداخلية في نظامه العلائقي تكون ردود أفعاله تلك غير اعتادية و غير مفهومة في محيطه و في بعض الحالات يكون اختلال التوازن كبيرا حتى يبلغ درجة الدخول في حالة مرضية من الضيق فات تمكنت النوبات المتعاقبة من اعاقة الفرد في استرجاع توازنه النفسي فانها تترك اثار جسمية على بنية الشخصية مع اتجاه نحو السلوكاتالانهاريةالاكتئابية الانحرافات الاجتماعية او الهروب إلى الامراض الجسمية (الجسمنة) أين تصبح الصحة مستهدفة من قبل التنظيم الدفاعي (**AdeBroca, 1997 ,PP,10 , 11, 17**). ففي حالات أخرى قد يعاني الفرد من مشاعر الذنب تأتي هذه الأخيرة من أفكاره الشخصية حول ما كان بوسعه أن يفعل ليتجنب الفقدان كما قد تأتي من الأفكار المثارة من محيطه المضطرب و الذي يوحي له بها كما قد ترتبط هذه المشاعر بالأفكار الانتحارية لدى الحاد ة و الشخص الأكثر عرضة لذلك هو الذي يتجنب الكلام كليا مما يخلق صراعا بين الشعور و اللاشعور يصعب تقديره فإذا تراكم هذا الإحساس بالذنب و استمراره شهورا أو سنوات فانه من الضروري أن يعرض الحاد على معالج مختص(**M.keirse,2000,P190**).

9-نظريات الحداد

9-1-نظرية سيجموند فرويد: (S.Freud,1915)

الحداد عند فرويد هو رد فعل لفقدان شخص عزيز أو شيء مجرد من محله ،كالوطن الحرية أو موضوع مثالي الخ ، حيث يعتبر عمل الحداد لا يرتبط بفقدان شخص عزيز فحسب بل يتعداه إلى فقدان أشياء مادية أو معنوية تم التعلق بها يقتضي القيام بعمل الحداد لهدف الانفصال عنه **(سي موسى عبد الرحمن 1997ص62)**.

وما يؤكد عمل نفسي داخلي في الحداد حسب فرويد هو قلة الاهتمام الذي يظهر اتجاه العالم الخارجي بعد فقدان الموضوع حيث يبدو أنآلام الشخص و ذكرياته تستحوذ على كل طاقته حتى تأتي لحظة يمكننا معها القول ا نالانا يضطر فيها إن يقرر ما إذا كان يريد مشاطرة الموضوع المفقود مصيره ا وان يحزم أمره فينقطع الصلة مع الموضوع انطلاقا من اعتبار مجمل الارضاءات النرجسية التي يتضمنها البقاء على قيد الحياة و حتى ينجز هذا الانفصال الذي يتيح أخيرا القيام بتوظيفات جديدة لابد من مهمة نفسية تتخذه حيث تستحضر كل الذكريات و التوقعات التي كان الليبيدو يرتبط بالموضوع من خلالها و يخضع لتوظيف انفعالي مفرط ثم يتم الانفصال الليبيدي عنها بعد ذلك يمكن القول هنا أن عمل الحداد يتلخص بقتل الميت **(la planche, 1985 ,P 369)**.

9-2-نظرية ميلاني كلاين(1940M.Klein,) :

قارنت ميلاني كلاين بين الحداد المرضي و حالات الهوس الاكتئابي من جهة و الحداد الطبيعي من جهة أخرى و رأت ان الفرق الجوهري يكمن ان في كلتا الحالتين لم يتمكن فيها الطفل في طفولته الأولى من تأسيس مواضيعه الجيدة الداخلية و كلاهما لم يجتازا الوضعية الاكتئابية الطفلية، حتى و ان كان دفاع الواحدة يختلف عن الأخرى**(سي موسى عبد الرحمن 1997ص72)**.كما قارنت ميلاني سيرورة الحداد مع تطور ميكانيزمات الدفاع المرتبطة بالألم الحادث عبر فقدان ثدي الأم. **(Hall,B,J,1998 ;P33)**و بينت انه في حالة الحداد الطبيعي يعمل فقدان الموضوع العزيز على تنشيط الوضعية الاكتئابية المبكرة من جديد و يتم

اجتيازها بطرق تكون مشابهة لتلك المستخدمة من قبل الأنا في مرحلة الطفولة و يعيد الشخص تأسيس موضوع الحب الذي فقده فعليا و في نفس الوقت يصب مواضيع الحب الاولي في ذاته اي ابواه فلا يصل الى التناسق الحقيقي و الاحساس بالامن و التغلب على المعاناة الا من خلال تاسيس مواضيعه الجيدة داخل جسمه و كذا الشخص الذي فقده و باعادة بناء عالمه الداخلي المدمر و المملوء بالأخطار. **(مرجع سابق ص 93)**.

9-3-نظريةليندمان (1944):

يعد ليندمان اول عالم درس عمل الحداد بطريقة منظمة و قد أسس أغلبية الدراسات اللاحقة في هذا المجال حيث اعتبر الحداد كتناذر محدد باعراض جسدية و نفسية متشابهة في كل الحالات احساس بالضيق النفسي و الجسدي و يظهر من خلال الاعراض التالية:

-صعوبة البلع و التنفس

-التنهد

-احساس بالفراغ في المعدة

-احساس حاد بعدم الراحة معبر عنه بالتوتر او الالم النفسي

تظهر كل هذه الاعراض من خلال اتصالات انفعالية تعبيرية للوضعية الني تذكر بالمفقود و لهذا السبب تتضح اتجاهات الفرد في الحداد الى الوحدة و عدم الكلام عن الفقدان (الموت) ، و اذا كانت هذه الوضعية تصعب عمل الحداد فإنها في الوقت نفسه تسمح بحله.(Hall,B,J,1998,P33)

9-4-نظرية بولبي(1980):

يرى "بولبي" ان الوجود الانساني يدور اساسا حول موضوع التعلق و عند فقدان هذا الموضوع لسبب قاهر و بصفة فجائية و لا يتم تعويضه تماما فذلك معناه القطيعة العظمى في وجوده فلا شيء يبقى كما كان عليه سابقا،و قد وسع بولبي مفهوم الحداد إلى مجموعة من السيرورات النفسية الشعورية و اللاشعورية المفجرة بسبب (الفقدان) و اضاف بان الحداد السوي هو محاولة الفرد الناجحة لتقبل وجود تغيير في محيطه الخارجي الذي يلحقه تغيير مرتبط بعالم التمثيل الداخلي و باعادة التنظيم و حتى تتم اعادة توجيه سلوكه الخاص بالتعلق حتى تتم إعادة التوازن و يحدث ذلك من خلال عدد من المراحل المتداخلة فيما بينها اذ تبدا المرحلة الموالية قبل الانتهاء التام للمرحلة التي تسبقها (**J.Bowlby ,1980,p.605**)

خلاصة :

قد يتعرض الفرد في حياته إلى مواقفحياتية مختلفة تعرضه للإصابةبأمراض جسدية، نفسية أو نفس جسدية يسمى بالحداد الذي يعتبر فتخلق عنده ما عملية نفسية داخلية محضة مما يخل بتوازنه النفسي الداخلي.حيث يمر الحاد بمجموعة من المراحل لكي يصل الى تقبل الموضوع المفقود .كما يصاحب الحداد مجموعة من التوترات الجسدية.كما يرتبط الحداد ببنية الشخصية

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية وتفسير النتائج

تمهيد

1 الدراسة الاستطلاعية

2 المنهج المستخدم

3 مجالات الدراسة

4 أدوات الدراسة

5 عرض النتائج وتفسيرها

تمهيد :إن كل عمل علمي نظري يحتاج إلى الميدان للوقوف على حيثياته وهذا ما دفعنا إلى التوجه إلى الميدان لربط المعطيات النظرية المقدمة في الفصول السابقة .

1.الدراسة الاستطلاعية: بعد تحديد موضوع دراستنا استدعى الأمر أن نجري دراسة استطلاعية للإلمام بمختلف جوانبه حيث قمنا بالتقرب من الأطفال المصابين بالسرطان بمستشفى ابن باديس الجامعي قسنطينة لعدة أهدافها :

- ✓ الوقوف على مدى مناسبة الأدوات (دليل المقابلة) لمستوى وخصائص حالات الدراسة .
- ✓ التأكد من وضوح عبارات دليل المقابلة .
- ✓ التعرف على الأطفال المصابين بالسرطان عن قرب لكسب ثقتهم

حيث قمنا بإنجاز دليل مقابلة و تطبيقه من خلال الدراسة الاستطلاعية لتعديل بعض العبارات أو توضيحها أو تغييرها إن اقتضى الأمر للوصول إلى المعلومات الدقيقة حيث تضمن دليل المقابلة ثلاث محاور علاوة على المعلومات الأولية عن الطفل المصاب بالسرطان

- الاهتمام بالجسد.
- أفكار الموت .
- الألم النفسي .

حيث قمنا بالدراسة الاستطلاعية برفقة الأخصائية النفسية لمصلحة طب الأطفال قامت بتقديمها للأطفال المصابين بالسرطان وتعريفنا بالمصحة ودورها و الغرف المخصصة لهم وكيفية وضع هؤلاء الأطفال في الغرف الخاصة بهم حيث تختلف أعمارهم داخل الغرف العادية في حين هناك غرفتين لذوي المناعة المنخفضة حيث ينعزلون ولا يدخل لهم أحد ، كما قدمت لنا شرح عن كيفية عملها معهم ومع عائلاتهم

وركزت على التوجيه الوالدي la guidances parentale في تعاملهم مع أولادهم خاصة في الاضطرابات الغذائية .

2المنهج المستخدم :

لقد استخدما في دراستنا هذه المنهج الاكلينيكي لأنه يتناسب وموضوع دراستنا حيث يعرف على أنه : الدراسة العميقة للحالات الفردية بصرف النظر عن انتسابها إلى السواء أو المرض ويستخدم في دراسة الحالة من أجل تشخيص وعلاج مظاهر الاختلال . وبما أن المنهج الاكلينيكي يعتمد دائما على دراسة الحالة لابد من الاشارة إليها لأن بعض الباحثين يعتبرها منهج و البعض الآخر آداة لجمع البيانات. فعلماء الاجتماع الامريكان قد اتفقوا على أنها تعتبر منهج من مناهج البحث الاجتماعي لا يختلف من حيث اجراءاته عن مناهج البحث المتعارف عليه في العلوم الاجتماعية ، وهذا المنهج يقوم على جمع البيانات بشكل متعمق عن أي وحدة اجتماعية سواء كانت فرد ،جماعة، مؤسسة، نظام اجتماعي ،مجتمع محلي أو مجتمع بأكمله.(

ساميلحم،2000،ص344).أما المشكلتان الأساسيتان في منهج دراسة الحالة هما:

1- أن عمومية النتائج التي تحصل عليها عن طريقها تعد محل شك وذلك لصعوبة التأكد من أن الأفراد موضوع الدراسة يمثلون المجتمع الأصلي الذي ينتمون إليه .

2 - تحيز القائم بالدراسة(أخصائي نفساني، أخصائي اجتماعي) ونقص الدقة و الموضوعية لديه ، هذا فضلا عن تعاطف من يزودونه بالمعلومات عن الحالة كالوالدين أو الأقارب ولا يخفى ما لذلك من آثار سلبية تنقص من دقة هذه الطريقة وصدقها، وعلى الرغم من ذلك فإن جوانب النقد لم تجعل العلماء و الممارسين يبتعدون عن هذا المنهج تماما لأنه في بعض الحالات

لاغناء عنه ولا بديل له كما يمكنه أن يزودنا بمعلومات ثرية عن السلوك الانساني.(**أحمد عبد الخالق،دن،ص138**).

3 مجالات الدراسة : ينقسم مجال هذه الدراسة إلى ثلاث مكانية ،زمانية،بشرية.

3-1 مكانية : أجريت هذه الدراسة لمستشفى ابن باديس الجامعي قسنطينة بمصحة طب الأطفال المصابين بالسرطان .

3-2 زمانية : امتدت دراستنا من 10 جويلية إلى غاية أكتوبر 2017 .

3-3 بشرية : احتوت دراستنا على 3 حالات بنتين و ذكر أما الحالة الرابعة فلم تتمكن من التعامل معها نظرا لحالته الحرجة جدا ولعدم تكلمه مع أي أحد سواء الفريق الطبي أو الأخصائية النفسية إلا أمه حيث كان يسأل فقط عن وقت خروجه من المستشفى بحكم أنه منذ سنة و أكثر وهو بالمستشفى .

بما أن موضوع دراستنا يندرج تحت عنوان خصائص الحداد عن الطفل المصاب بالسرطان فقد اقتصرت على هذه الفئة (الأطفال المصابين بالسرطان) أما شروط اختيارنا للحالات فكانت حسب :

العمر : 9-11 سنة .

المكان : المستشفى .

الإصابة : أي نوع من السرطان .

المستوى التعليمي : ابتدائي .

وعليه فقد كان اختيارنا للحالات بطريقة قصدية بحكم المرض وتوجيه الأخصائية لنا.

جدول رقم (01) يبين حالات الدراسة:

الحالات	الجنس	العمر	المستوى التعليمي	نوع السرطان
01 ي	ذكر	11 سنة	05 ابتدائي	أود شكين
02 ن	أنثى	11 سنة	03 ابتدائي	سرطان المعدة
03 أ	أنثى	11 سنة	04 ابتدائي	سرطان المثانة

4 أدوات الدراسة :

4- 1 الملاحظة الإكلينيكية : إن الملاحظة العلمية هي أول خطوة للبدئ في أي عمل علمي وهي نقطة الوصل بين النظري و التطبيقي و على هذا الأساس تعرف على أنها الأداة الأولوية لجمع البيانات وهي النواة التي يمكن أن يعتمد عليها للوصول إلى المعرفة العلمية و الملاحظة في أبسط صورها هي النظر إلى الأشياء و إدراك الحالة التي هي عليها (**محمد طلعت عيسى،سنة 1963،ص.29**).

أما في دراستنا اعتمدنا على الملاحظة العلمية و الوقوف على عدة نقاط:

التحقق من السلوك الظاهري للحالات خاصة أيضا الدراسة الاستطلاعية ، المقابلات و أثناء تطبيق المقاييس

حيث لاحظنا على الحالات الكل تقريبا التردد و الخجل من المظهر الخارجي بسبب النحافة أو آثار العملية الجراحية أو بسبب التورم الظاهر في منطقة معينة من أجسادهم ، كما استطعنا ملاحظة طبيعة العلاقة مع الفريق الطبي و على رأسهم الأخصائية النفسية و الممرضين القائمين على تنظيف وتعقيم جروحهم حيث اتسمت

هذه الأخيرة بالقبول و الايجابية خاصة اتجاه الأخصائية النفسانية و إخصائية التغذية التي ينتظرونها حتى تسمح لهم بتناول الوجبات المفضلة لديهم ، كما استطعنا ملاحظة طبيعة العلاقة مع والديهم خاصة الأمهات فبعض الحالات كانت علاقة ايجابية مطمئنة بالنسبة للحالة الأولى الثانية أما عن علاقة الحالة الثالثة بأمها فبدت متوترة .

4-2 المقابلة الإكلنيكية.تعتبر المقابلة من بين الأدوات التي يستخدمها المختص في البحث العلمي للحصول على معلومات أو اجابات عن أسئلة معينة لدى عامة أفراد المجتمع حيث استخدمنا المقابلة النصف موجهة في دراستنا هذه حيث يعرفها نجيب اسكندر بأنها" التبادل اللفظي وجها لوجه بين القائم بالمقابلة وبين شخص آخر أو أشخاص آخرين .(نجيب اسكندر وآخرون، 1971،ص345) حيث تشمل على أسئلة محددة للحصول على اجابات دقيقة من شأنها أن يتحاور الباحث مع الانسان الذي معه ويغير أسلوب الأسئلة إذا ما وجد هناك غموض إلى أن يحصل على الجواب المطلوب فهي تمتاز بعدة خصائص من بينها: المرونة، هادفة، أخذ وعطاء بين الباحث والمبحوث.(جوليان روتر،1992،ص115).

4-3 المقابلة نصف الموجهة.وهي التي تكون الأسئلة فيها مزيجا من الأسئلة المفتوحة و المغلقة وفيها تعطى الحرية للأخصائي لطرح السؤال بصغة أخرى والطلب من العميل بمزيد من التوضيح حيث تركزت مقابلتنا حول محاور حددناها سلفا انطلاقا من فرضيات الدراسة :

1 يظهر لدى الطفل المصاب بالسرطان الاهتمام بجسده.

1 يعاني الطفل المصاب بالسرطان من أفكار الموت.

2 يعاني الطفل المصاب بالسرطان من الألم النفسي.

ولقد استخدمنا هذا النوع من المقابلة لأنه الأنسب في هذه الحالات حيث يمكننا طرح بعض الأسئلة الحرة وترك الحرية للعميل وفي نفس الوقت توجيهه من خلال الأسئلة المغلقة من أجل أخذ المعلومات اللازمة و الكافية عن الحالة بهدف كسب الوقت وثقة العميل في آن واحد.

4-4 دليل المقابلة .هو عبارة عن مجوعة من النقاط والموضوعات التي يجب على القائم بالمقابلة أن يحصل على إجابة عليها من خلال مقابلة للمبحوث ويعد دليل المقابلة من الناحية المنهجية أكثر مرونة من حيث الأسلوب وترتيب الأسئلة واللهجة التي يمكن للمقابل أن يوجه بها أسئلة للمبحوثين أثناء موقف المقابلة .(عبد الرحمان،محمد علي البدوي،دن،ص380).

حيث قمنا بتصميم دليل المقابلة الذي تضمن عدة محاور وهي المعلومات الأولية : من الإسم ، الجنس، العمر، المستوى الدراسي، ترتيب بين الإخوة، نوع المرض أما المحور الثاني يدور حول الإهتمام بالجسد و كيفية النظر إليه و الاهتمام به من تنظيف و تزيين و المحور الثالث ينصب حول أفكار الموت لدى الأطفال وتفكيره فيه ومدى خوفه من الموت ، في حين احتوى المحور الرابع على الألم النفسي من أعراضه وكيفية التعامل معه.

4-5 تحليل المحتوى :

هناك عدة تعاريف لتحليل المحتوى منها التعريف الذي يصفه على أنه طريقة موضوعية ومنظمة تصف بشكل كمي منظم ودقيق شكل ومحتوى المواد المكتوبة أو المجموعة لأي مجتمع أو الشخص ما.(**ملحمسامي.2002،ص.371**).

كما أنه هناك شبه إجماع على تعريف كل من برنارد بيرلسونوهو ستلبي أولي حيث أن الأول يعرف تحليل المحتوى بأنه أحد الأساليب البحث العلمي التي تهدف

إلى الوصف الموضوعي المنظم والكمي المحتوى لمضمون الاتصال أما الثاني يعرفه بأنه وسيلة للقيام بالاستنتاجات عن طريق التحديد المنظم و الموضوعي لسمات معينة في الرسائل الاتصالية (**q: http/uomustansiriyah,edu يوم29جوان 2017 الساعة 23:24**)

ويتضح من تعريف بيرسلون أن هناك عدة عناصر و مميزات لتحليل المضمون يمكن إيجازها فيما يلي :

- ✓ يتسم أسلوب تحليل المضمون بالموضوعية وهذه الأخيرة بسمة مميزة للبحث العلمي وفي هذا الإطار على الباحث أن يتحرر من أي نزعة شخصية ، و ألا يصدر أحكامه بناءا على ما يجب أن يكون ، ففي إطار موضوعية البحث لا يمكن للباحث أن يتحيز لأي موقف أثناء دراسته للظاهرة محل الاهتمام حيث يمكن لغيره أن يصل إلى نفس النتائج إذا ما أعيد تطبيق نفس المنهجية من قبل الباحثين آخرين فيصلوا جميعا إلى درجة الصدق والثبات .
- ✓ يجب أن يتم تحليل المحتوى لمادة الاتصال بطريقة منظمة وموضوعية تتماشى وقواعد البحث العلمي فالباحث في هذه الحالة لا يختار المادة التي تستهويه ويستعبد ما عدا ذلك ، لكنهيختار ما ينبغي دراسته بناءا على أسس علمية ، متمثلة في اختيار مدينة عشوائية إلى جانب الالتزام بمستوى أو وحدة التحليل المناسبة حتى يمكن الوصول إلى تصميمات علمية سليمة.
- ✓ يرتبط تطبيق أسلوب تحليل المحتوى في الدراسات الاجتماعية بوصف الظاهرة أو الظواهر المدروسة كميا ويستلزم في هذا الأسلوب استخدام لغة الأرقام وذلك عن طريق رصيد تكرارات الفئات المختلفة لوصف الظاهرة المدروسة .

- ✓ يهتم هذا الأسلوب بدراسة المحتوى الظاهر للاتصال، أي يكون التحليل محصورا في إطار النص محل الاهتمام والدراسة دون تجاوز الباحث للنص المدروس أثناء عملية الوصف المبدئية للظاهرة المدروسة ويستطيع الباحث أن يبحث عن تعليلات أو تفسيرات شرح ما يحدث في مرحلة تحليل البيانات ولهذا استخدم تحليل المحتوى في الأبحاث و الدراسات الاجتماعية التي يصعب مقابلة وحداتها نظرا لوفاتها أو غيابها أو بعدها الجغرافي أو ارتفاع مكانتها الاجتماعية والسياسية ،(**الحسن،2005،ص.163**)، بمعنىأن تحليل المحتوى يتميز بالموضوعية ،علمي،كمي وكيفي.(**زيتزن،2004،ص.104**) .

4-5-1 شروط تحليل المحتوى:

إن عملية تحليل المحتوى تتضمن مجموعة من الشروط أهمها:

- الموضوعية : أي أن للمحتوى معطيات قابلة للدراسة العلمية .
- الشمولية : يقصد الإلمام الكامل بموضوع التحليل دون إغفال لبعض جوانبه.
- المنهجية : أي إتباع الخطوات دقيقة توصل إلى الهدف المرجو.
- الكمية : في التعبير عن النتائج بقيم عددية تؤدي إلى حسابات وقياسات و تقييمات دقيقة (**بن مجاهد،دت،ص.64**).

4-5-2 ايجابيات تحليل المحتوى: من الايجابيات التي يتميز بها تحليل المحتوى مايلي :

- يمكن للباحث من الحصول على المعلومات دون أن يشعر بأنه يلاحق الحالة .
- يتم في الوقت الذي يرغب فيه الباحث .

- يقلل من تدخل ذاتية الحالة أثناء تقديم المعلومات.
- توفير الجهد والوقت .

4-5-3 سلبيات تحليل المحتوى: كما لتحليل المحتوى ايجابيات في اعتماده لهذه التقنية منها :

- لا يقابل مصادرا أو وحدات البحث مقابلة مباشرة فهو لا ينزل إلى الميدان.
- لا يتعرف على مشكلات ذاتية و الموضوعية بل يعتمد على ما كتب عنها أو قيل.
- يدرس الظاهرة أو المشكلة دراسة سريعة تعتمد على ما تم نشره في الصحف(**عبيدات،2002ص.40).**

4-6 مقياس قلق الموت:

هو عبارة عن مقياس يتضمن قائمة من الأسئلة التي تسمح بجمع البيانات الخاصة بقلق الموت بوضع هذا المقياس من طرف الأمريكي دونالد تمبلر، وقد ترجم إلى لغات عديدة منها العربية و الإسبانية.استخدم في الكثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة من الذكور و الإناث من ثقافات مختلفة ، وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من 16 إلى 85 سنة ومتغيرات عديدة كالسن، و الجنس ، درجة التدين ، الصحة الجسمية و العقلية و أنواع أخرى من السلوكات فهو يعد واحد من أكثر المقاييس انتشارا في البحوث طبق هذا المقياس لأول مرة سنة 1970.

4-6-1 طريقة تصحيح وتطبيق المقياس:

يمكن تطبيق مقياس " تمبلر" فرديا أو جماعيا تحتوي دراسة الأسئلة على التعليمة التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

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

إذا كانت العبارة خاطئة و لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ).

حيث تسجل استجابات المفحوص بعد قراءة التعليمة لإزالة الغموض أو سوء الفهم وعموما لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء المقياس مع مراعاة أن لا تطول مدته بشكل مبالغ فيه ، يشمل هذا المقياس 15 بندا، 09 منها تصحح بنعم و 06 تصحح ب لا ويكون التنقيط بإعطاء:

- نقطة(1) للبنود التي تصحح ب (ص) و أجاب عليها المفحوص (صحيح).
- نقطة (1) لبنود التي تصحح ب (خ) و أجاب عليها المفحوص (خطأ).
- صفر(0) لبنود التي تصحح ب (ص) و أجاب عليها المفحوص(خطأ).
- صفر(0) لبنود التي تصحح ب (خ) و أجاب عليها المفحوص (صحيح).

جدول رقم02 يوضح سلم مقياس قلق الموت ل دونالد تمبلر:

البنود التي تصحح ب (ص)	**01**	**04**	**08**	**09**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
البنود التي تصحح ب (خ)	**02**	**03**	**05**	**06**	**07**	**15**			

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

يتم تقدير وجود قلق الموت أو عدمه بأسلوب درجة الفاصلة وهي كالتالي:

- ❖ الدرجة التي تتراوح بين (06-0) تشير إلى عدم وجود قلق الموت .
- ❖ الدرجة التي تتراوح بين (08-07) تشير إلى وجود قلق حدث متوسط.
- ❖ الدرجة التي تتراوح بين (15-09) تشير إلى وجود قلق موت شديد أو مرتفع.

4-7 اختبار رسم الشخص: في البداية تمحور اهتمام الباحثين النفسيين بالرسوم حول الرغبة في دراسة لعوامل الإبداعية و العلاقة التي يمكنها أن توجد مابين الإبداع و الجنون وفقا لهذه الآليات فإنه عندما يطلب من شخص أن يرسم شخص فإنه يودع استقاطاته الذاتية وتوتره وقلقه بمعنى أخر فإن الشخص لما يرسم إنما برسم نفسه كما يخشى أن يصبح وربما كما يتمنى أن يصبح.

لقد عرف اختبار رسم شخص أول مرة كاختبار نفسي عام 1926 وعرف في حينه باسم "جود نوف" واضعة الاختبار وكان مخصصا لتحديد الذكاء إلا أن أبحاثا وتجارب متتابعة أثبتت عدم فعاليته وتم تحويله من اختبار لدراسة الذكاء إلى اختبار لدراسة الشخصية على يد العالم هاريس ثم ماكوفر.

4-7-1 التطور التاريخي لاختبار رسم شخص:

جودنوف فلورانس تضع الصورة الأولى للاختبار سنة 1926 بانكلترا وسمته Draw men test "اختبار رسم الرجل" عدل هاريس في اختبار ليصبح يسمى اختبار جود نوف هاريس عام 1963 و أصبح الاختبار يقيس القدرات العقلية وسمات الشخصية للمفحوص مابين 3 إلى 15 سنة.

بعد من مقاييس الذكاء غير اللفظية (أدائية) ويطبق فرديا وجماعيا يتراوح وقت تطبيقه بين 10 و 15 دقيقة.

4-7-2 أدوات الاختبار:

يتوفر اختبار رسم الشخص على أدوات بسيطة جدا ولا تتطلب تكلفة مادية فكل ما يحتاجه الفاحص هو:

- قلم رصاص مبري مع ممحاة.
- ورقة بيضاء مقاس 21/27

- طاولة ذات سطح ميسط
- مسطرة في بعض الأحيان إذا طلب العميل ذلك
- أقلام ملونة.

4-7-3 تعليمة الاختبار:

يقدم للفاحص التعليمية على الشكل التالي على هذه الورقة سترسم لنا إنساناأحسن رجل تعرفه خذ ورقتك إن أردت لونه بعد تقديم التعليمية يترك الطفل أو الأطفال يرسمون بدون مناقشة بحيث يمكن فقط تحفيزهم بقول جيد واصل و إذا أتساءل الطفل عن الطريقة المستعملة في الرسم وجب القول " افعل ما تريده سيكون جيد"

4-7-4 شروط الاختبار:

على الفاحص أن يقدم الورقة باتجاه طولها غالبية المفحوصين يرسمون هذا الاتجاه على أن يترك الحرية للفحوص كي يرسم بالاتجاه الذي يريده يطلب من المفحوص أن يرسم شخصا ما وقد يتساءل هل يرسم رجلا أو امرأة في هذه الحالة يجيبه الفاحص "كما تريد" ، كما يدون الفاحص بسرية تامة الوقت الذي استغرقه المفحوص لإتمام الرسم كما يدون تعليقات المفحوص وترتيبه رسمه لأجزاء الجسم وترددات المفحوص وكامل تحركاته أثناء الرسم وعلى الفاحص أن يترك المفحوص بتصرف كما يشاء فيما يلي:

موضوع الرسم ، أبعاده ،اتجاهاته، تحديد الجنس،إضافة عناصر أخرى غير موضوع الرسم ،استخدام المسطرة،اختبار الألوان، وعند الانتهاء نعيد الكرة طالبين من المفحوص أن يرسم شخصا من الجنس الآخر (عكس الجنس المرسوم أولا) ومع تدوين الملاحظات عينها ثم يطلب من الفحوص الإجابة على الأسئلة الاستبيان (يمكن الاستغناء عنها) لكنها قد توضح بعض النقاط الغامضة.

أهمية الجنس المرسوم في اختبار رسم الرجل: إن جنس الشخص المرسوم له دلالته حسب ماكوفر فهي تعتبر أنه من الطبيعي أن يكون الشخص المرسوم أولا من جنس المفحوص فإذا رسمت مثلا المفحوصة رجلا في المرة الأولى دل ذلك في رأي ما كوفر على أن المفحوصة ذات انعكاس لميول جنسية شاذة (**بوفولةبوخميس،2012،ص41**).

4-8 مقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم:

يرجع هذا المقياس إلى العالم كارل فون باير عام 1990 حيث طور هذا المقياس لغرض تقييم شدة الألم من طرف الطفل بالاستخدام تغيير في تعبيرات الوجه. اعتمادا على درجة الألم التي يعاني منها،يتم تمثيل المقياس بواسطة صور لسبعة أشخاص. في حين أن الشخص الأول له تعبير محايد . يصور الأشخاص الستة اللاحقون الألم المتصاعد. يجب أن يختار الطفل الشخص الذي يرى في رأيه أفضل مستوى للألم الذي يعاني منه،ثم طور كارل فون باير مع طلابه في جامعة ساسكاتش بكندا سنة 2001 وبالتعاون مع وحدة أبحاث الألم بتعديل الصورة الأولية من المقياس وذلك بالإبقاء على ستة وجوه من أصل سبعة مع الابقاء على تعبير الوحه المحايد .حيث اعتمدنا في دراستنا هذه على الصورة النهائية للمقياس بعد التعديل أي المقياس الذي يحتوي على ستة وجوه (https://ar-m.iliveok.com/health/mwzyn./24/03/2020 A22h)

4-8-1 وصف المقياس:

يتكون مقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم في صورته النهائية المعدلة من ستة أوجه متدرجة الشدة من اليسار إلى اليمين، يمكن تطبيقه مع الأطفال ابتداءا من04 إلى 12 سنوات .حيث يختار الطفل الوجه الذي يرى في رأيه أفضل مستوى للألم الذي يعاني منه ،بحيث يتوافق كل وجه مع درجة معينة ابتداءا من 0 إلى 10 درجات .

مثلا الوجه الأول محايد يقابل الدرجة 0 : لا يوجد ألم .

الوجه السادس يقابل الدرجة 10 : ألم شديد جدا .

يعتبر هذا المقياس سهل الفهم للطفل سواء في حالته العادية أو المتعب أو المريض المتألم .

تعليمة المقياس:

هؤلاء أشخاص يتألمون !ماهو الوجه الذي يتألم مثلك .**(M.Duval,2001,p139)**.

5-عرض النتائج وتفسيرها:

5-1 تقديم الحالات:

5-1-1 تقديم الحالة الأولى:

- **الحالة (ي)** ذكر يبلغ من العمر 11 سنة يسكن بمدينة ميلة يحتل المرتبة الأولى في الترتيب بين إخوانه ، تم اكتشاف المرض سنة 2016 نوع المرض أودشكين قبل تشخيص المرض كان يعاني (ي) من فقر الدم، اصفرار في الوجه ، عدم القدرة على المشي ، البكاء دون سبب ، نوم لمدة طويلة طيلة اليوم ، الشكوى من العياء الدائم ، إغماء آلام في الظهر إلى أن شخص المرض 20 مارس 2017 وتم ادخاله للمستشفى .

5-1-1-1 تحليل مضمون المقابلة مع الحالة الأولى:

جدول رقم 03: يبين تحليل مضمون المقابلة للحالة 01.

الأبعاد	الفئات	التكرار	النسبة %
سيرورة الاستشفاء	معاودة المرض	.1 .2 .3 .4 .5 .6 .7 .8	%24
المجموع	ف 1	5- 8	%22,22
الاهتمام بالجسد	الصورة الإيجابية عن الجسم	.9 .10 .11.12.13.	%66,16
أفكار الموت	الخوف من الموت	22. 23. 24	%30.00

	سلوكات عدوانية	.18 .17 . 16.15 21. 20.19	%70.00
المجموع	ف = 2	10 =5	%27.77
الآلام النفسي وتظاهراته	الآلام الجسدية	27–29–25	%25
		30–29–28	%25
	الآلام النفسية	–34–33–32–31 36–35	%50
المجموع	ف=3	12	%33.33

- من خلال تحليل مضمون المقابلة مع الحالة الأولى (ي) كما هو موضح في الجدول رقم 3 فإنه تم تشكيل 7فئات مدرجة ضمن الأبعاد الأساسية فالنسبة للبعد الأول الذي يتعلق بسيرورة الظهر بنسبة 22.22% حيث احتوى فئة واحدة تتعلق بمعاودة المرض ، أما بالنسبة للبعد فقد تعلق بالاهتمام بالجسد و الذي بلغت نسبته 16.66% و الذي احتوى أيضا على فئة واحدة تتعلق بالصورة الإيجابية عن الجسم ، أما البعد الثالث فيتعلق بأفكار الموت و الذي ظهر بنسبة 27.77% و الذي تضمن فئتين تعلقت الأولى بالخوف من الموت و التي بلغت نسبتها 30% أما الفئة الثانية فتعلقت بالسلوكات العدوانية للطفل والتي بلغت نسبتها 70% ، ومما سبق يتضح أن نسبة البعد الثاني أكبر بكثير من نسبة البعد الأول وهذا راجع إلى خوف الحالة من الموت ولكن بصورة جلية اتضحت من خلال السلوكات العدوانية المدرجة ضمن فئة الثانية وكثر حديثه عن مثل هذه السلوكات أما البعد الثالث فقد تعلق بالألم النفسي و الذي ظهر بنسبة 33.33%والذي احتوى على ثلاث فئات تعلقت الفئة الأولى بالآلام الجسدية و التي بلغت نسبتها 25% أما الفئة الثانية فتعلقت بالآلام النفسية والتي بلغت

نسبتها 50% أما الفئة الثالثة فتعلقت بالسن الأمومي نسبتها 25% وعليه فإذ أعلى نسبة هي الفئة الآلام النفسية التي يعاني منها الطفل وكثرة تواترها في المقابلة مقارنة بالوحدات الأخرى.

5-1-1-2 عرض استجابات الحالة الأولى لمقياس قلق الموت :

جدول رقم 04 يبين استجابات الحالة01 لمقياس القلق الموت.

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

بعد تطبيق مقياس قلق الموت على الحالة الأولى (ي) وجدنا أن الحالة تحصلت على (11) درجة من (15) درجة مما يدل على وجود قلق الموت مرتفع وهذا فعل ما اتضح خلال مقابلتنا معه خاصة عند طرح أسئلة تتعلق بالموت أي تجنب النظر مع صمت طويل وطأطأة الرأس مع تشاءم من المستقبل.

5-1-1-3 تحليل اختبار رسم الشخص للحالة 1 :

جدول رقم 05 التحليل: الكيفي لرسم الشخص للحالة الأولى (ي).

التحليل	التفسير
1 السلوكات أثناء الرسم: رحب بالرسم أمسك الورقة بالطول وبدأ بالرسم .	يحب الرسم ومتعود عليه خاصة الألوان والتلوين.
2الهيئة العامة للرسم:	
أ/ تمركز الرسم :في الجزء العلوي	– يدل على التفاؤل، المثالية ، الحياة المثالية ، الحاجة إلى الدعم والعاطفة .
في الجزء الأيسر	– الاتجاه نحو الماضي ، عدم الاستقرار الانفعالي وتمثل هذه الوضعية محبة الأم إضافة إلى تثبيط ،عدم الأمان و الانطواء.
ب/ البعد والتناسب:حجم الرسم أصغر من 12سم .	– يشير هذا إلى المبالغة في تقدير البيئة بصورة كامنة.
ج/ الخطوط: نوع الخط خفيف	– التردد و الإنسحاب إلا اليدين و الأصابع نظرا لدواء الذي يوضع في يده.
د/الوضعية والتناسق: رسم شخص متوازن من حيث الأطراف.	– يدل على صراع مع البيئة الخارجية.
ن/ الهيئة والحركة :رسم يميل إلى الخلف	– يدل على شخص منغلق على المستقبل عدم القوة في التحكم العقلاني مع عدم النضج.
–يدان مفتوحان مع ثني 3 أصابع من اليد اليمنى	–وجود كل من الأطراف العلوية و السفلية يرمز

مع وجود الساقين. **اللون**:وجود اللون = **البني**: **الأخضر**: **الأزرق**: البنفسجي الفاتح. **التشخيص**: هذا الطفل اسمه هيثم لاعب كرة مشهور صعد إلى الجبل للتمرن (يجري). **التعبير**: يعبر الرسم عن شخص الهيئة عادية مع عينين كبيرتين وفم كبير.	إلى نحو الأنا و التوافق الاجتماعي. - يعبر عن البرودة والعقلنة. - يعبر عن إعادة إحياء الغضب. - يعبر عن الرقة والهدوء. - يعبر عن الرغبة في السيطرة. - بالنسبة للعيون المتقاربة تدل على التحدي مع نرجسية جسدية بسبب العيون المغلقة و الفم الكبير مضغوط يدل على العدوان.
3 الهيئة التحليلية للرسم: **الرأس**: حجم متداخل مع الجذع عادي مع الاهتمام به. **الشعر**: عدم وجود شعر بل مغطى بقبعة . **العينين**:كبيرتين مغمضتين. **الحاجبين**: غير ظاهرتين بسبب القبعة. **الأنف**: صغير مظلل . **الأذنين**: عدم وجودهما. **الجواهر** عدم وجودها. **القبعة**:مرسومة بدقة **الجذع**: مستطيل. **الرقبة**:محذوفة. **الكتفان**:غير متناسقان.	- حساسية خاصة عند الأشخاص الذين يعانون من الصداع(نصفي) عدم التوافق الاجتماعي،و الاضطرابات العاطفية. -نرجسية الجسدية خاصة و أنه أصبح لا يملك شعر بسبب العلاج الكيماوي. -التحدي والنرجسة الجسدية والعدوان. -يشير إلى تحديد عدواني لبيئته مع وجود علاقة سيئة وعدوانية مع الاخر. -يشير إلى مخاوف داخلية . -نقص اجتماعي. -التفرقة في الجنس (جنس ذكري). -عدم التوافق الاجتماعي. -يدل على التقدير السيئ للذات. -مؤشر على عدم النضج. -عدم القدرة البدنية وسلامة البنية.

الخصر أو خط الوسط :معدوم **الجسم**: يتضمن زوايا البدن. **اللباس**: يغطي كامل الجسم.	–مؤشر على وجود التوتر وسرعة الاستثارة. –يرمز إلى الذكورية. –يعبر عن صورة الأم مع عدم النضج و التمركز حول الذات.

الإنتاج التصوري للحالة الأولى:

لقد رحب (ي) بالرسم بحكم أنه يحبه ومتعود عليه حيث أمسك الورقة بالطول وبدأ برسم الوجه و القبعة ثم الأطراف (اليدين) مع محيهم ثم إعادة رسمهم ،مع رفع الورقة كل مرة ومحاولة رؤيتها من جوانبها الأربعة ثم بدأ برسم الجذع فالساقين و القدمين ثم محى الوجه و القبعة ثم أضاف الخط الموجود في الوسط و الشجرتين على اليمين و الشمال والحشيش في الأسفل ،ثم رسم الغيمتين على اليمين و الشمال مع ملاحظة حك اليد الموضوعة بها دواء كل دقيقة تقريبا، أخذ الألوان لون الجذع ،القميص،والسروال بالأخضر و القبعة بالأحمر ثم لون الشجرة بالأخضر اليسرى ثم اليمنى ثم الحشيش ،ثم الجبل و المثلث السفلي(طريق).

كان التلوين تارة من اليمين إلى الشمال وتارة العكس ثم لون الأحجار بالبني و الأحجار.

الإنتاج اللفظي: لم يتكلم الطفل إطلاقا خلال الرسم ،كان يلون بالاهتمام وتركيز وهدوء من بداية الرسم حتى نهايته حتى أنه لم يطرح أي سؤال عن الرسم،فقد تدخلت وطرحت سؤال عن المثلث البني فقال هي طريق وليس مثلث أما المثلث العلوي فهو جبل.

التحليل الديناميكي للرسم: من خلال الرسم استطاع الحالة أن يعبر عن بعض مكبوتاته من عدوانية ،عدم استقرار انفعالي ،انطواء،التردد،لانسحاب،عدم النضج ،أما فيما يخص الانتاج التصوري اتضح منه التركيز على الرأس،قبعة و الوجه ما يشير

إلى تردد وعدم الأمان من خلال المحي المتكرر للوجه والقبعة ،الآلام الجسدية على مستوى اليد من خلال الضغط على رسم اليد،حك اليد كل دقيقة لم يتحدث الحالة خلال الرسم مطلقا إلا عند طرح السؤال عليه إجابته محددة ما يعكس الانطواء الذي يعاني منه.

5-1-1-4 عرض نتائج مقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم للحالة 1 :

بعد عرض المقياس على الحالة وقراءة التعليمة أختار الحالة مباشرة الوجه رقم (5) حيث قال :هذا يشبهني بزاف أي ما يقابل الدرجة 8 وهذا ما يدل على وجود ألم شديد.

5-1-1-5 تحليل مضمون مقابلة مع أم الحالة (1) :

جدول06 تحليل المقابلة مع أم الحالة 01.

الأبعاد	الفئات	التكرار	النسبة %
ظروف نمو الطفل	الظروف العادية للنمو	6-5-4-3-2-1	**%40**
	الظروف غير العادية للنمو	-10-9-8 -7 -14-13-12-11 .15	**%60**
المجموع	**ف=2**	**15=5**	**%32,60**
خصائص الإضطراب وتأثيراته	أعراض وبداياتالمرض	18-17-16	**%25**
	تأثير المرض علىشخصيته وسلوكاته	-37-29-28-27 36-35-38	**%58,33**
	تأثير المرض على علاقته	40-39	**%16,60**
مجموع	**ف=3**	**12=5**	**%26,08**

عدم تقبل الأسرة للمرض	الشعور بالذنب	-19-20-21-22 -23-24-25-26 -27-28-29-30 .31-32-33-34	**%28.26**
المجموع	**ف=1**	**13=05**	**%28.26**
فعالية العلاج	**تجاوب الطفل للعلاج**	**41- 42-43-** **44-45-46.**	**%13.04**
المجموع	**ف=1**	**6=5**	**%13.04**

من خلال تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة الأولى (ي)كما هو موضح في الجدول رقم 6 فإنه تم تشكيل 6 فئات مدرجة ضمن ثلاث أبعاد أساسية بالنسبة للبعد الأول الذي يتعلق بظروف نحو الطفل فقد ظهر بنسبة 32.60% حيث جاءت فيه فئتين حيث تتعلق الفئة الأولى بظروف النمو العادية للطفل والتي بلغت نسبتها 40% أما الفئة الثانية فتتعلق بظروف النمو غير عادية التي بلغت نسبتها 60% من خلال هذا نلاحظ الاختلاف في النسب المئوية للفئتين وهذا راجع إلى الظروف غير عادية التي عاشتها الحالة قبل المرض والتي أعطتها الأم المجال الواسع خلال المقابلة حيث تحدثت عنها بإسهاب وهذا ما اتضح في عدد الوحدات الخاصة بهذه الفئة.أما البعد الثاني فقد تعلق بخصائص الاضطراب وتأثيراته حيث ظهرت بنسبة 26.08% حيث جاءت فيه 3 فئات تتعلق الفئة الأولى بأعراض وبدايات المرض التي بلغت نسبتها 25% في حين تعلقت الفئة الثانية بتأثير المرض على الشخصية وسلوكات الحالة والتي ظهرت بنسبة 58.33%أما الفئة الثالثة فتتعلق بتأثير المرض على العلاقات الاجتماعية للحالة والتي ظهرت بنسبة 16.66% وعليه نرى أن نسبة الفئة الثانية أكبر من نسبة الفئة الأولى و الثالثة وهذا راجع إلى التفكير الكبير الملحوظ على الحالة في شخصيته وسلوكاته و تصرفاته مقارنة بسلوكاته قبل المرض

من طرف أمه ، أما في البعد الثالث فقد تعلق بعدم تقبل الأسرة للمرض والذي ظهر بنسبة 28,26% واحتوى على فئة واحدة تعلقت بالشعور بالذنب من طرف الأسرة أما البعد الرابع فتم إدراجه كبعد إضافي لأننا لم نتمكن من أدراجه ضمن الأبعاد الأساسية السابقة ويتعلق بفعالية العلاج و الذي ظهر بنسبة 13.04%واحتوى على فئة واحدة تتعلق ب (تجاوب الطفل للعلاج) و الذي ظهر بنسبة 13.04%.

الاستنتاج العام للحالة الأولى:

بعد عرض النتائج التي تحصل عليها الحالة الأولى توصلنا إلى أن (ي) يُظهر فعلا اهتماما بجسده تجلى في بعد الاهتمام بالجسد و الذي تحصل فيه على 16,66% كما تحصل على 27,77% في بعد أفكار الموت والذي تفرع منه فئتين الأولى خاصة بالخوف من الموت و الذي تحصل فيه على 30% أو الفئة الثانية الخاصة بالسلوكات العدوانية تحصل فيها 70% .

وعليه فإن الدرجة المتحصل عليها في بعد أفكار أكبر من الدرجة المتحصل عليها في بعد الاهتمام بالجسد أما بعد الألم النفسي تحصل فيه (ي) على نسبة 33،33% وتفرع بدوره إلى 3 فئات فرعية على التوالي:

آلام جسدية تحصل فيها على نسبة 25%

آلام نفسية تحصل فيها على نسبة 50%

سند أمومي تحصل فيه على نسبة 25%

كما اتضح أيضا أنه (ي) يعاني من قلق الموت وذلك من خلال الدرجة المتحصل عليها 11 و التي تشير إلى وجود قلق الموت مرتفع كما توصلنا من خلال اختبار رسم الشخص إلى أن الحالة (ي) يتميز بالعدوانية ،وعدم الاستقرار أو الانفعال الانطواء ،التردد ،الانسحاب،عدم النضج،الشعور بعدم الأمان و الآلام الجسدية كما يعاني أيضا الحالة (ي) من ألم شديد وذلك من خلال الدرجة 8 التي تحصل عليها

في مقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم وهذا ما تأكدنا منه بعد تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة حيث توصلنا أن (ي) فعلا قد عاش ظروف عادية خلال نموه واتضح ذلك جليا في بُعد ظروف نمو الطفل الذي تفرع إلى فئتين تمثلت في الظروف العادية وغير العادية للنمو و التي قدرت بنسبة 60% إضافة إلى بعد خصائص الاضطراب وتأثيراته التي تفرع منه 3 فئات خاصة بأعراض وبدايات المرض، تأثير المرض على شخصية الطفل وسلوكاته و الذي ظهر بنسبة 58,33% مع فئة تأثير المرض على علاقاته والذي بلغ نسبة 16,60% وهذا ما يعكس فعلا السلوكات العدوانية التي ظهرت في تحليل مضمون المقابلة الخاص به إضافة إلى الانطواء وعدم الاستقرار الانفعالي.

5-2-1 تقديم الحالة الثانية:

الحالة (ن) أنثى تبلغ من العمر 11 سنة تسكن بمدينة قسنطينة، تحتل المرتبة الثانية في الترتيب بين الإخوة ،تعرضت الحالة إلى صدمة من طرف المعلمة وهي تدرس أولى ابتدائي تجهل الأسرة نوع الصدمة تماما لكن أخبرتهم الحالة أنها صرخت عليها بصورة فضيعة ، منذ هذا الحدث أصبحت لا تحب الذهاب إلى المدرسة حتى نهاية العام الدراسي ، في السنة الثانية ابتدائي بدأت تظهر عليها ألام في المعدة ، بكاء حاولت الأسرة كشف المرض من خلال الفحوصات حتى تم كشف المرض وهي بعمر 8 سنوات تم إدخالها للمستشفى مكثت قرابة سنة ثم خرجت لمدة سنين ثم عاودت ظهور الألآم مع ارتفاع الحرارة 42 درجة مع أزمة اختلاجية فدخلت مجددا إلى المستشفى.

5-2-1-1تحليل مضمون المقابلة مع الحالة الثانية :

جدول رقم 07:تحليل مضمون المقابلة للحالة 02.

الأبعاد	الفئات	التكرار	النسبة%
سيرورة الاستشفاء	معاودة المرض	1-2-3-4-5	%9.80
المجموع	ف=1	5=5	%9.80
الاهتمام بالجسد	تأثير المرض على صورة الجسم	6-7-8-9-10 -16-17-18- 19-20.	%66.66
	رفض المرض	11-12-13- 14-15	%33.33
المجموع	ف=2	5=15	%29.41
أفكار الموت	الخوف من الموت	21-22-23 -31-32-33- 34-35-36-37.	%70.58
	تصور الموت	26-27-28- 29-30.	%29.41
المجموع	ف=2	5=17	%33.33
الألم النفسي	الآلام الجسدية	39-40-41-42	%40,00
	الآلام النفسية	38-43-44- 46-47-49	%60
المجموع	ف=2	5=10	%19,60
العلاقات الاجتماعية	العلاقة مع الفريق الطبي	45-48-50-51	%7.84
المجموع	ف=1	5=4	%7.84

- من خلال تحليل المقابلة مع الحالة الثانية(ن) كما هو موضح في الشكل رقم 2 فإنه تم تشكيل للبعد الأول الذي يتعلق بسيرورة الاستشفاء ظهر بنسبة 9.80% حيث احتوى على فئة واحدة تتعلق بمعاودة المرض ، أما بالنسبة للبعد الثاني فقد تعلق بالاهتمام بالجسد و الذي بلغت نسبته 29.41% و الذي احتوى علة فئتين تتعلق الفئة الأولى بتأثير المرض على صورة الجسم التي بلغت نسبتها66.66%أما الفئة الثانية فتتعلق برفض المرض التي بلغت نسبتها 33.33% ومن هنا نلاحظ أن نسبة الفئة الأولى أكبر بكثير من نسبة الفئة الثانية وهذا راجع للمدة الطويلة للمرض فهي مصابة منذ 7سنوات فهي فتاه جميلة في وجهها ومظهرها الخارجي لكن بحكم العلاج الكيماوي وانخفاض المناعة المتكرر تغيرت جدا صورة جسمها الخارجية مما جعلها تهتم كثيرا بجسمها وخاصة شعرها ، في حين تعلق البعد الثاني بأفكار الموت والذي بلغت نسبته 33.33% حيث جاءت فيه فئتين تعلقت الأولى الخوف من الموت و التي بلغت نسبتها70.58%أما الفئة الثانية فتعلقت بتصور الموت و التي بلغت نسبتها 29.41% .

ومن هنا يتضح أن نسبة الخوف الأولى أكبر من نسبة الفئة الثانية وهذا يدل على أن الحالة تخاف من الموت كثيرا . اتضح في تكرار وحدات هذه الفئة بالرغم من أنها لا تملك تصور نهائي للموت لكن فكرة الموت في حد ذاتها تخيفها، أما البعد الثالث فتعلق بالألم النفسي والذي بلغت نسبته 19,60% والذي احتوى على فئتين تتعلق الفئة الأولى بالآم النفسية و التي بلغت نسبتها 60% وهذا الفرق أو الاختلاف في النسب إذ دل فإنما يدل على أن الحالة تعاني من آلام نفسية نتيجة المرض كما أنها تحدثت عنها خلال المقابلة بكثرة ، كما أن آلام الجسدية أيضا فهي كانت واضحة بعد المرض كما تقول الحالة.

أما البعد الرابع فهو بعد إضافي لم نتمكن من إدراجه ضمن الأبعاد الأساسية حيث تعلق بالعلاقات الاجتماعية واحتوى على فئة واحدة تدور حول العلاقة الحالة بالفريق الطبي بلغت نسبته 7.84%.

5-2-1-2عرض استجابات الحالة الثانية لمقياس قلق الموت:

جدول رقم 08 : يوضح استجابات الحالة 02 لمقياس القلق الموت.

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

بعد تطبيق مقياس قلق الموت على الحالة الثانية (ن) وجدت أن الحالة تحصلت على (10) درجات من (15) وهذا يدل على قلق موت مرتفع وهذا ما اتضح فعلا خلال المقابلة معها حيث بدت طيلة مدة استشفائها حزينة وصامتة وقلقة خاصة من فكرة الموت.

5-2-1-3 تحليل اختبار رسم شخص للحالة الثانية:

جدول رقم 09 التحليل الكيفي للرسم شخص الحالة الثانية (ن):

التحليل	التفسير
1 السلوكات أثناء الرسم : أبدت رغبة كبيرة في الرسم لأنها معتادة عليه وتحبه وتملأ به وقت فراغها ، تعلق مجموعة من الرسومات على الحائط.	الحالة متعودة على الرسم فهي تحبه فهي تميل إلى التعبير عن مشاعرها من خلاله.
2 الهيئة العامة للرسم :	
أ/ تمركز الرسم : في الجزء العلوي في الجزء الأيمن	- يدل على التفاؤل ،المثالية،الحياة المثالية. - يدل على الاتجاه نحو المستقبل ، العقلانية و النضج تمثل هذه الوضعية محبة الأب .
ب/ البعد والتناسب: حجم الرسم	- يرمز إلى الميل للخيال و التحكم الذاتي الداخلي.
ج/ الخطوط: نوع الخط رفيع ومتواصل	- وهذا يدل على الحساسية والشعور بالأمن.
د/ الوضعية والتناسق : رسم شخص غير متوازي بين الأطراف اليدان أكبر من الساقان و الرأس والشعر أكبر من الجذع.	- يمكن تفسير هذا التناظر إلى الصلابة والمقاومة.
ن/ الهيئة والحركة: الرسم يميل إلى الأمام	- يدل على شخص متجه نحو البيئة ، المستقبل قوة في التحكم العقلاني والنضج.
يدان مفتوحتان أو مبسوطتان	- وجود كل من الأطراف العلوية والسفلية يرمز إلى نحو الأنا التوافق الاجتماعي إضافة إلى الطموح. - يدل على الأمن ،تأكيد الذات، تعبير عن

وجود ساقان مع قصرهما:	الحركة أما قصورهما فيدل على النمطية عنالخاملين الديناميكية ،مع عدم القدرة على اتخاذ القرار الخاص بها.
اللون : وجود اللون البني	– يعبر عن البرود والعقلنة.
الأحمر	– يعبر عن العنف و الانفعال و الحب والنشاط.
الوردي	– الحاجة إلى الحنان والاهتمام.
– **التشخيص**: هذه الأم اسمها سلمى و الوالد رضا ثم غيرت رأيها وقالت هما أخوين هي تدرس الثانية متوسط وهو عقب السيزيام ونجح.	
– **التعبير**: يعبر الرسم عن شخص أو هيئة عادية مع عينين صغيرتين وفم مقمر هذا الشخص يتم إلى الأمام.	الرغبة والميل إلى انطوائية. الفم يدل على طاب العاطفة و الاعتمادية و السلبية.
3الهيئة التحليلية للرسم:	
– **الرأس:**	– يشير إلى الحساسية مع تشويش في العلاقات الاجتماعية بسبب صعوبة في القراءة.
– **الشعر**: موجود مقسم ومصفف	– يشير إلى الميول للنرجسة.
– **العينين**: صغيرة وضيقة .	– تشير إلى الانطواء.
– **الحاجبين**:صغيرة.	– تشير إلى انطواء.
– **الأنف**:مفصل	– يدل على الاهتمام الشديد برأي الأخر.
–**الأذنين:**	– شديدة للنقد و الرأي الاخر.
– **الجواهر**.	– النرجسية.
– **الجذع**: شكله مستطيل	– تقدير سيئ للذات.
– **الكتفان**: عدم وجودهما	– الحاجة إلى الأمان وعدم القوة البدنية.
– **الرقبة**:احذفها	– عدم النضج .

– **الخصر أو خط الوسط ضيق.** – **جسم نحيل:** – **اللباس:**اهتمام باللباس بدقة. – **القدمين:**مرسومينبدقة.ا	– ضبط غير مستقر قد يجد مخرجا من خلال انفجارات مزاجية. – يكون فيالعادة عدم الرضا عن الجسم. – عدم النضج و التمركز حول الذات . – تشير إلى قصور جذري.

الإنتاج التصوري للحالة:

رحبت الحالة (ن) بالرسم لأنها تحبه أصلا وجدتها ترسم عدة مرات لديها علبة ألوان تحمل 12 لون قدمت لها ورقة الرسم بالطول قلبت الورقة بالعرض ، بدأت ترسم بكل هدوء وتركيز بداية بالرأس ثم الجسم بعدها طرحت سؤالا(لشتا نرسم مرا) ثم غيرت اتجاه الورقة بالطول و أكملت رسم اليدين ثم رجعت إلى الرسم بعدها رسمت القدمين داخل الحذاء ثم رجعت للرأس و أضافت للأذنين فالشعر فالقلادة على مستوى الرقبة ، ثم بدأت بالتلوين حيث لونت اليدين و الوجه بدقة ، بعدها قامت بتلوين الأقراط و القلادة بالأحمر مع إضافة أحمر الشفاه ثم انتقلت إلى الجذع لونته ثم الأسفل الحذاء.

الإنتاج اللفظي:

أبدت الحالة اهتمام وتركيز خلال الرسم فبعد الرسم و الجسم طرحت سؤال عن الشخص المرسوم (لشتا نرسم مرا).

عند تلوين (الوجه،واليدين،الرجلين) أمسكت اللون بيدها وقالت هذا اللون مثل البشرة،و أخيرا لونت الشعر عند انتهاء من الرسم الأول قالت الآن سأرسم رجل.

التحليل الديناميكي للرسم:

من خلال الرسم استطاعت الحالة أن تعبر عن مشاعر متعددة حيث تميزت بالحساسية الميل إلى الخيال و التحكم الذاتي الرغبة في الحماية، و الاهتمام إضافة إلى الانطواء و النرجسية ، أما عن التردد فاتضح خلال الإنتاج التصوري للحالة ، وذلك من خلال الرجوع المتكرر للرأس بتفاصيله و التفاصيل الأبوية من جواهر وزينة كما تتوضح اتجاهات الحالة الجسدية الأنثوية برسمها للمرأة بكل تفاصيلها.

5-2-1-4 عرض نتائج مقياس الأوجه للتقيم الذاتي للألم للحالة الثانية:

بعد عرض المقياس على الحالة وبعد طرح التعليمة تأملت جيدا الأوجه ثم قالت رقم 5 . أي ما يقابل الدرجة 8 وهذا يدل على وجود ألمشديد.

5-2-1-5تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة 2

جدول رقم 10: يوضح تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة 02.

الأبعاد	الفئات	التكرارات	النسبة%
ظروف نمو الطفل	الظروف العادية للنمو	1-2-3-4-5-6-7	%63
	ظروف غير عادية للنمو	9-10-11-12	%36.36
المجموع	ف=2	5=11	%34.37
خصائص الاضطرابو تأثيره.	أعراض وبدايات المرض	15-16-17-18-19-20-21-22-23.	%44.44
	خصائص الرجوعية	19-24-25-26-27-28-29.	%38,88
	تأثير المرض على التحصيل الدراسي.	8-13-14	%16.66

المجموع	ف=3	18=5	%56.25
الظروف الاقتصادية للأسرة.	حالة الأسرة المادية.	32-31-30	%9,37
المجموع	ف=1	3=5	%9,37

من خلال تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة الأولى (ن) كما هو موضح في الجدول رقم 1 فإنه تم تشكيل6 فئات مدرجة ضمن البعدين الأساسيين ، بالنسبة للبعد الأول الذي يتعلق بظروف نحو الطفل فقد ظهرت بنسبة 34.37% حيث جاءت فيه فئتين حيث تتعلق الفئة الأولى بظروف النمو العادية للطفل التي بلغت نسبتها 36.36% ، من هنا نلاحظ أن نسبة الفئة التي تعرضت لها الحالة خلال بداية مشوارها الدراسي من طرف المعلمة أي أن الظروف الأخيرة هي التي ساهمت في ظهور المرض ، في حين تعلق البعد الثاني بخصائص الاضطراب و تأثيراته فقد ظهر بنسبة 56.25% حين جاءت فيه ثلاث فئات تتعلق الفئة الأولى بأعراض بدايات المرض التي بلغت نسبتها 44.44%أما الفئة الثانية فتتعلق بخصائص الرجعية التي بلغت نسبتها 38.88% أما الفئة الثالثة فتتعلق بتأثيرات المرض على التحصيل الدراسي التي بلغت نسبتها 16,66% وعليه يتضح أن نسبة الفئة الأولى أكبر من نسب الفئتين الثانية، الثالثة وهذا راجع إلى أن المرض في بدايته الأولى ، الأدنى أثر على الحالة كثيرا خاصة في صعوبة التشخيص وسرعة انبعاثه إلى غاية الوصول إلى التشخيص النهائي مما جعل الحالة (ن) تتكيف لحد ما مع الحرص مما ظهر في عناصر رجعية لديها بالصلاة وعدم الشكوى والصبر مما أثر بطبيعة الحال على مسارها الدراسي فقد كانت شبه متقطعة خاصة في بدايات المرض لأنها كانت مكثت بالأشهر في المستشفى.بالنسبة للبعد الإضافي الذي لم نتمكن من إدراجه ضمن الأبعاد الأساسية

الذي يتعلق بالظروف الاقتصادية للأسرة فقد بلغت نسبته 9,37% واحتوى على فئة واحدة تتعلق بالحالة المادية للأسرة.

الاستنتاج العام للحالة الثانية:

بعد عرض النتائج التي تحصلت عليها الحالة الثانية توصلنا إلى أن (ن) تُظهر فعلا اهتماما بجسدها المصاب تجلى ذلك في بعد الاهتمام بالجسد و الذي تحصلت فيه على 29,41% والذي تفرع منه بعدين أساسين تمثل الأول في تأثير المرض على صورة الجسم و الذي تحصلت فيه على 66,66% أما الثاني فتمثل في رفض المرض و الذي تحصلت فيه الحالة (ن) على 33,33% أو عملية فإن المرض قد أثر فعلا على صورة جسدها وذلك في الفرق الكبير بين هذين البعدين الأساسين في حين تحصلت الحالة في بعد أفكار الموت على 33,33% وهذا ما يعكس تفرعه إلى بعدين أساسين الأول الخوف من الموت الذي بلغت نسبته 70,58% وهي نسبة كبيرة جدا كما تحصلت في بعد تصور الموت على 29,41%أما بعد الألم النفسي فقد تحصلت الحالة (ن) على نسبة 19,60% كما تفرع بدوره إلى بعدين أساسين فبعد الآلام النفسية قدر ب 60% وهي نسبة مرتفعة جدا وهذا يعكس المعاناة و الآلام النفسية و اليومية التي تعيشها الحالة كما تحصلت على نسبة 40% في بعد الآلام الجسدية أما فيما يخص قلق الموت فقد تحصلت على درجة 10 وهذا يشير إلى وجود قلق موت مرتفع ،أما فيما يخص اختبار رسم الشخص فإن الحالة تتميز بالحساسية ،الميل إلى الخيال ، التحكم الذاتي ،الرغبة في الحماية ، الانطواء،التردد و النرجسية ، كما تعاني أيضا الحالة من ألم شديد

واتضح ذلك من خلال الدرجة 8 أين تحصلت عليها في مقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم.

بعد تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة الثانية توصلنا تقريبا إلى نفس المعطيات الني ظهرت لنا بعد تحليل مضمون المقابلة مع الحالة (ن)، حيث استطعنا الوصول إلى أن الظروف التي مرت بها الحالة ساهمت فعلا في ظهور المرض اتضح ذلك في بُعد ظروف نمو الطفل الذي احتوى على فئتين خاصة خاصة بالظروف العادية وغير عادية للنمو والتي بلغت على التوالي 36,36% و 34,37% أما بعد خصائص الاضطراب وتأثيراته بفئتيه أعراض وبدايات المرض وخصائص الرجوعية فقد ظهرت تراتبيا بالنسب 44,44% و 38,88%يعكس فعلا تحليل مضمون المقابلة معها في اهتمامها بجسدها ورفضها للمرض الذي ظهر بنسبة 66,66% اضافة إلى أفكار الموت و الخوف منه والذي بلغ أيضا نسبة كبيرة قدرت ب 70,58% مما جعلها تعيش آلاما نفسية وجسدية كبيرة.

5-3-1 تقديم الحالة الثالثة :

الحالة (أ) أنثى تبلغ من العمر 11 سنة تسكن بمدينة ورقلة تحتل المرتبة السادسة في الترتيب بين الإخوة تدرس الخامسة ابتدائي ، سنة 2014 كانت البدايات الأولى للمرض حيث كانت تعاني من حصر البول، آلام في مستوى المثانة وذهبت للطبيب العام لعدة مرات لكن دون جدوى إلى غاية إجراء التحاليل و الأشعة فتأكدوا من وجود حبة على مستوى المثانة ، عندها ثم إدخالها للمستشفى.

تبدوا الحالة هزيلة الجسد وشاحبة جدا مستلقية دائما آثار على كامل جسدها مع غطاء على الرأس.

5-3-1-1 تحليل مضمون المقابلة مع الحالة الثالثة :

جدول رقم 11 :يوضحتحليل مضمون المقابلة مع الحالة 3

الأبعاد	الفئات	التكرار	النسبة %
سيرورة الاستشفاء	معاودة المرض	1-2-3-4-5-6-7-8-9	%21.95
المجموع	ف=1	9=5	%21.95
الاهتمام بالجسد	الصورة النسبية للحجم	10-11-12	%27,27
	رفض الصورة الحالية للجسم	13-14-15-16-17-18-19-20	%72.72
المجموع	ف=2	11 =5	%26.82
أفكار الموت	رفض فكرة الموت	21-22-23-24-25-26.	

المجموع	ف=1	6=5	%14.63
الألم النفسي وتظاهراته	آلام الجسدية	-30-29-28-27 33-32-31	%40
	الآلام النفسية	-35-34-33-32 -36	%26.66
	رفض الاستشفاء	-40-39-38-37 41	%33.33
المجموع	ف=3	15=5	%36.58

من خلال تحليل مضمون مقابلة مع الحالة الثالثة (آ) كما هو مبين في الجدول رقم 11 فإنه تم تشكيل 7فئات مدرجة ضمن الأبعاد الأساسية الأربعة ،فالنسبة للبعد الأول الذي يتعلق بسيرورة الاستشفاء ظهر بنسبة 21.95% حيث احتوى على فئة واحدة تتعلق بمعاودة المرض .

أما بالنسبة للبعد الثاني الذي يتعلق بالاهتمام بالجسد فقد بلغ نسبة 26.82% ولقد تضمن فئتين تتعلق الأولى بالصورة السلبية للجسم والتي ظهرت بنسبة 27.27%أما الفئة الثانية تتعلق برفض الصورة الحالية للجسم والتي ظهرت بنسبة 72.72% ، أما فيما يخص البعد الثالث فقد تعلق بأفكار الموت واحتوى على فئة واحدة تتعلق برفض فكرة الموت والذي بلغ نسبة 14.63% وعليه فإنه نسبة البعد الأولى أكبر من نسبة البعد الثانية فلقد تجنبت الحالة التحدث عن الموت مهائيا وهذا واضح في قلة وحدات هذا البعد . أما البعد الثالث والذي يتعلق بالآلام وتظاهراته فقد بلغ نسبة 36.58% احتوى على ثلاث فئات تتعلق الفئة الأولى بآلام الجسدية والتي بلغت نسبة 40% أما الفئة الثانية تتعلق بالام النفسية و التي تبلغ 26.66%أما الفئة الثالثة فتتلق برفض الاستشفاء والتي بلغت نسبة 33.33% .

5-3-1-2 عرض استجابات الحالة الثالثة لمقياس الموت:

جدول رقم 12 : يوضح استجابات الحالة 03 لمقياس قلق الموت.

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

بعد تطبيق مقياس قلق الموت على الحالة الثالثة (آ) وجدنا أنها تحصلت على (7) درجات من 15 مما يشير إلى وجود قلق الموت متوسط وهذا ما اتضح فعلا في تجنبها عن الإجابة فيما يخص الموت.

5-3-1-3 تحليل اختبار رسم شخص للحالة الثالثة :

جدول رقم 13 يوضح التحليل الكيفي لرسم الحالة الثالثة (آ):

التحليل	التفسير
1 السلوكات أثناء الرسملم تتردد في الرسم فقط سألت عن معنى شخص رجل أو امرأة فرسمت الفتاة أولا.	
2 الهيئة العامة للرسم: أ/ تمركز الرسم في الجزء السفلي الأسير. ب/ البعد والتناسب: حجك الرأس كبير نسبيا. ج/ الخطوط: نوع الخط رفيع ومتواصل . د/ الوضعية والتناسق: رسم شخص كامل من حيث الأطراف. ن/ الهيئة والحركة: رسم جبل:الأمام في الوسط الورقة مع أسفا الورقة. يدان مفتوحتان: ساقات مغلقان: **التعبير**: يعبر الرسم عن الشخص ذو هيئة كاملة مع التحديد تفاصيله بدقة وفم وعينين مفتوحتان. **التشخيص**: هذه الفتاة مع رجل ثم قالت لا بل أخاها هي أكبر منه.	- يدل على الاكتئاب مع محبة الأم. - يدل على وجود الحساسية ، تشوش في العلاقات الاجتماعية. - حساسية مع الشعور بالأمان. - يدل على نزعات عدوانية. - الاتجاه و الرغبة في التفتح على البيئة الخارجية مع أعراض الاكتئاب. - الانبساطية و الثقة في النفس. - تدل على النمطية و الخمول. - الرغبة في الانفتاح على العالم الخارجي والثقة في النفس.
3 الهيئة التحليلية للرسم: **الرأس**: حجم كبير نسبيا.	- يدل على الحساسية مع عدم التوافق

	الاجتماعي.
الشعر: موجود مصفف.	– يدل على التمتع بالطموح.
العينيين:كبيرتين مفتوحتين مع رموش.	– الميل إلى الانبساطية.
الحاجبين:موجودين مع الضغط كثيفين.	– خصائصشخصية بدائية.
الأنف:موجود بصورة دقيقة مع المنخارين.	– يدل على وجود عدواني مع تعويض مباشر عن الجنسية العاجزة.
الأذنين: غير موجودين .	– عدم الاهتمام بالاستماع و المعرفة لما يقوله غيره.
الجذع: يتضمن زوايا البدن.	– الميل الذكوري.
الكتفان: موجودان عريضان.	– يدل على إعطاء قيمة للقوة الجسدية.
الرقبة: موجودة ومحددة وقصيرة.	– السلوك الاندفاعي.
الخصر أو الخط الوسط: موجود ومحدد.	– سرعة الاستثارة، توتر.
الجسم: ممتلئ .	– الرغبة في امتلاك جسم ممتلئ أنثوي.
اللباس: موجود مع رسومات كالنجمة.	– يرمز للميل للأم أما النجمة ترمز إلى الهدوء و الرغبة في النجاح.
الأزرار: موجودة زر واحد .	– يدل على انشغاليخص الولادة
الحزام:	– يدل على تثبيط جنسي.
القدمين موجودين مع عدم توازنهما.	– تدل على قصور أو انشغال جنسي.

الإنتاج التصوري للحالة:

لم تمانع الحالة في رسم الشخص أعطيتها الورقة بالطول ردها إلى العرض ثم غيرت اتجاه الورقة مرة أخرى ،فبدأت بالرأس فالشعر الحاجبين ثم العينين ، الأنف فالفم ، كتف و الذراعين ثم انتقلت إلى الأسفل برسم تنورة ثم عادت إلى الجزء العلوي ورسمت اليدين فالأصابع ثم الرجلين ثم أضافت النجمة على القميص.

الإنتاج اللفظي:

كانت الحالة معظم الوقت شاردة باهتة ، فقط سألت في بداية الرسم عن الشخص وبأنها لا تعرف رسم رجل (الشخص) بل فتاة فقط وعندما أضافت النجمة قالت هذه ملابس و أضافت (هذا راجل لا هذا خوها وهي أكبر منو).

نبهتها لوجود علبة الألوان بجانب الأوراق فقالت لا أحبها.

التحليل الدينامي للرسم:

من خلال رسم الشخص استطاعت الحالة عن تعبر عن مشاعر مكبوتة كالعدوان،اتجاهات الجنسية،الرغبة في الانفتاح، على العالم الخارجي، و الطموح كما اتضح من خلال الإنتاج اللفظي أن الحالة تميل إلى العزلة و الانطواء وهذا ما اتضح في المستشفى فهي لا تكلم أحدا من الأطفال المرضى معها .

5-3-1-4 عرض نتائج مقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم للحالة الثالثة:

بعد عرض المقياس لهذه الحالة وقراءة التعليمة تأملت الأوجه بدقة ثم وضعت يدها على رقم 6 وقالت هذا يشبهني، أي ما يقابل الدرجة 10 وهذا يعكس وجود ألم شديد جدا.

5-3-1-5 تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة 3

جدول رقم 14 : يوضح تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة 03.

الأبعاد	الفئات	التكرار	النسبة %
ظروف نمو الطفل	ظروف عادية للنمو	1-2-3-4-5-6-7-13.	%22.22
المجموع	ف 1	8=5	%22.22

خصائص الاضطراب وتأثيراته .	أعراض وبدايات المرض	14- 15-16- 17-18-19-20- 21-22	**%50**
	تأثير المرض على الحالة الجسمية و الشخصية.	23-24-25-31- 32.	**%27.77**
	تأثير المرض على المسار الدراسي للحالة.	33-34-35	**%22.22**
المجموع	ف=3	5=18	**%50**
المستوى المعيشي للأسرة	الحالة المادية للأسرة	8-9-10-11- 12-26-27-28- 29-30.	**%27.77**
المجموع	ف=1	5=10	**%27.77**

من خلال تخليل مضمون المقابلة مع أم الحالة (آ) كما هو موضح في الجدول رقم 7 فإنه تم تشكيل أربع فئات مدرجة ضمن بعدين أساسيين بالنسبة للبعد الأول و الذي يتعلق بظروف نمو الطفل فقد ظهر 22.22%حيث احتوى على فئة واحدة تتعلق بالظروف العادية للنمو أما فيما يتعلق بالبعد الثاني و الذي جاء تحت اسم خصائص الاضطراب وتأثيراته فقد ظهر بنسبة 50% والذي تضمن ثلاثة فئات تتضمن الفئة الأولى بأعراض وبدايات المرض و التي ظهرت بنسبة 50% أما الفئة الثانية فتتعلق بتأثير المرض على الحالة الجسمية و الشخصية للمريض و التي بلغت تأثير المرض على الحالة الجسمية و الشخصية للمريض والتي بلغت 27.77%أما الفئة الثالثة تتعلق بتأثير المرض على المسار الدراسي للحالة و التي بلغت نسبة 22.22%ومما سبق نلاحظ أن نسبة الفئة الأولى أكبر من نسبة الفئة الثانية و الثالثة وذلك راجع للأهمية التي أولتها الأم لبدايات المرض تجلى في عدد الوحدات الخاصة بهذه الفئة,

كما أن نسبة البعد الثاني أكبر من نسبة البعد الأول وهذا راجع لطبيعة المرض في حد ذاته بالإضافة إلى البعد الإضافي الثالث الذي لم نستطع إدراجه ضمن البعد الأساسي الأولين حيث تعلق بالمستوى المعيشي للأسرة و الذي احتوى على فئة واحدة خاصة بالحالة المادية للأسرة والذي بلغت نسبة27.77/% .

الاستنتاج العام للحالة الثالثة:

بعد عرض النتائج التي تحصلت عليها الحالة الثالثة توصلنا إلى أن (أ) تُظهر فعلا اهتماما بجسدها تجلى ذلك في بعد الاهتمام بالجسد و الذي تحصلت فيه على 26,82% الذي تفرع منه فئتين الأولى خاصة بالصورة السلبية للجسد والتي تحصلت فيه على 27,27% أما الثانية خاصة برفض الصورة الحالية للجسد وظهرت بدرجة كبيرة جدا بلغت 72,72% أما بُعد أفكار الموت احتوى على فئة واحدة خاصة برفض فكرة الموت والتي بلغت 14,63% أما بُعد الألم النفسي وتظاهراته بلغ نسبة 36,58% كما احتوى على 3 فئات الأولى خاصة بالآلام الجسدية والتي ظهرت بنسبة 40% أما الثانية خاصة بالآلام النفسية و التي ظهرت بنسبة 26,66% في حين الثالثة اختصت برفض الاستشفاء والتي ظهرت بنسبة 33,33% .

كما تعاني (أ) أيضا من قلق الموت وذلك من خلال الدرجة المتحصل عليها 7 والتي تشير إلى قلق موت متوسط كما توصلنا من خلال اختبار رسم الشخص إلى أن الحالة (أ) تعاني من عدوان مكبوت، اتجاهات جنسية ، العزلة و الانطواء كما تعاني أيضا من ألم شديد جدا وذلك من خلال درجة 10 التي تحصلت عليها في مقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم بعد تحليل مضمون المقابلة مع أم الحالة الثالثة توصلنا تقريبا إلى نفس المعطيات التي ظهرت لنا بعد تحليل مضمون المقابلة مع الحالة الثالثة (أ) حيث استطعنا الوصول إلى أن الظروف النمو التي مرت بها الحالة كانت

عادية جدا حيث اتضح ذلك في بُعد ظروف نمو الطفل و الذي بلغ نسبة 22,22%في حين كان البُعد الثاني خاص بالاضطراب وتأثيراته و الذي بلغ نسبة 50% واحتوى على 3 فئات الأولى خاصة بأعراض وبدايات المرض و التي بلغت نسبة 50% أما الثانية خاصة بتأثير المرض على الحالة جسمية و الشخصية ظهرت بنسبة 27,77% في حين الفئة الثالثة كانت كانت خاصة بتأثير المرض على المسار الدراسي للحالة و التي بلغت نسبة 22,22% كما ظهر لنا أيضا بعد المستوى المعيشي للأسرة و الذي احتوى على فئة واحدة خاصة بالحالة المادية للأسرة و التي بلغت نسبة 27,77%.

6 مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات :

الفرضية الجزئية الأولى: " يظهر الطفل المصاب بالسرطان اهتماما بجسده"

من خلال تحليل مضمون المقابلة وتحليل رسم الشخص لحالات الدراسة اتضح أنهم يُظهرون اهتماما بأجسادهم نتيجة التأثيرات السلبية للمرض والعلاج خاصة كتساقط الشعر، النحافة،البقع الزرقاء على الجلد، مع تغير لونه وهذا ما أكده الاتجاه النفسو جسدي حيث يرى كارفر Carver أن المصابون بالسرطان يعالجون بطرق مختلفة تبعا لحالتهم فالبعض بالجراحة في المنطقة المصابة مما يخلق لديهم فكرة القلق والاهتمام بأجسادهم حيث يشعرون بأن أجسادهم لم تعد كاملة وقادرة على القيام بوظائفها بشكل سوي.(**شيلي تايلور،2008،ص520**).كما يذهب سامي علي إلى أبعد من ذلك فهو يرى أن السرطان سيحول نظرة المريض إلى جسده بالإيجاب أو السلب. فإما أن يركز عليه ويشكوا من التغيرات الظاهرة أو يهرب من مواجهتها بعدم حديثه وعدم انتباهه لها . إضافة إلى تحول نظرة الآخر لهذا الجسد مما يجعله يفقد الثقة في نفسه، التغير غير المفهوم لجسده، الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي كالغثيان التقيئ

والتعب الدائم كلها تجعله يهتم بجسده . هذا ما يدفعه إلى استخدام آليات دفاعية تكيفية كالعقلنة أو الهروب من الواقع كمحاولة منه لرفض الصورة الحالية للجسد المصاب مع العدوانية والانطواء.(**Sami Ali,2002,p01**) .

كما يُظهر الطفل المصاب بالسرطان أيضا قلق من التغيرات الجسدية المصاحبة للمرض فالجسد المصاب يساوي جثة في المستقبل مع مشاعر الجروحية،جسد مريض،جرح نرجسي،فقدان الثقة في النفس كلها من خصائص الحداد لدى الطفل المصاب بالسرطان .(**Angélique,Bannoud,2011,p03**) .وعليه فإن الفرضية الأولى قد تحققت مع الحالات الثلاثة .

الفرضية الجزئية الثانية :"يعاني الطفل المصاب بالسرطان من أفكار الموت"

من خلال تحليل مضمون المقابلة ومقياس قلق الموت لتمبلر اتضح أن جميع حالات الدراسة ظهرت عندهم أفكار الموت نتيجة المرض،مدة الاستشفاء الآلام الجسدية غير المحتملة ،تدهور حالته الجسمية تجعل الطفل يفكر في الموت ويتوقع موته في أي وقت .حي تظهر أفكار الموت لديه على شكل انفصال أو خسارة لاتعوض فهو يواجه مالا يمكن تحمله من الوحدة ،الفراق ،فقدان الرابط الاجتماعي فقدان الهوية ،مفهوم الموت لديه يشير إلى الموت الحقيقي بقدر ما يشير إلى كل شيء يمثله فقدان الحب (**deuiel.marcelli,1999,p101**) .

وهذا ما يتوافقمع دراسة Bernard et Alb على أطفال مصابين بسرطان الدم حيث لاحظ بعض الخصائص التي تظهر هؤلاء الأطفال أهمها: السلبية
،الحصررفضالتواصل الاجتماعي،عدم تقبل فكرة الموت، اللامبالاة وعدم الاهتمام

،قلق الموت ،كوابيس،مخاوف من الموت خاصة لدى الأطفال الأكبر من 7 سنوات (**Giovanmimi,1986,p150**)

فالتغير غير مفهوم في جسده و الآلام المصاحبة تجعله يفكر في الموت ويخاف منه وذلك من خلال التصورات أو الخبرات التي عاشها قبلا كوفاة الأب أو حيوان العائلة و التفسير الذي قدمته له عائلته حينئذ لهذه الخبرات قبل مرضه كما يرتبط مفهوم الموت بعمر الطفل ما بين 10 سنوات فأكثر فهو يدرك المعنى الحقيقي و المجرد للموت(**canoui,p,1994,p363**).

الفرضية الجزئية الثالثة: "يعاني الطفل المصاب بالسرطان من الألم النفسي"

من خلال تحليل مضمون المقابلة ومقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم توصلنا إلى أن جميع حالات الدراسة تعاني من الألم النفسي الذي يعتبر في الأساس عقلي المصدر وهو حقيقي بالنسبة لشخص الذي يشعر به. حيث ينشأ عند الطفل بسبب الخسارة مشاكل نفسية أو الفقدان، الخوف و الشعور بالذنب. فحسب Marcelli Daniel تظهر مؤشرات الألم النفسي لدى الطفل المصاب بالسرطان على شكل خوف من الرفض الخارجي (المحيط) أو من الأسرة (الوالدين والإخوة) و إما على شكل يأس أو عجز وهذا ما يؤثر على قدرته في مواجهة السرطان ، كما يظهر في شكل حصر ،اكتئاب انسحاب اجتماعي،اضطرابات علائقية ، اضطرابات في النوم ،أو على شكل شكوى دائمة مصاحبة بأعراض التعب ،ضيق،الشعور بعدم الارتياح وفقدان الأمل(**Marcelli,d,1999,p101**).كما أن المرضى المصابون بالسرطان يتميزون ببعض الخصائص نتيجة المرض تتمثل في غضب مكبوت موجه نحو ذاتهم ،صراع مع الأم،نرجسية،قدرة على تعبير على العدوانية (**Jacques tomas,1989p121**).

يعاني الطفل من الألم النفسي نتيجة المرض،الاستشفاء،الآثار الجانبية الذي يتمظهر على شكل غضب ،فقدان الثقة بالنفس أفكار سلبية ،الشعور بالحزن الشديد والذعر كلها متغيرات محيطة به .

وعليه فإن كل من الفرضية الجزئية الأولى و الثانية و الثالثة قد تحققت مع حالات دراستنا ،مما يؤكد صحة الفرضية العامة أن الطفل المصاب بالسرطان يتميز بمجموعة من خصائص الحداد والتي ظهرت في موضوع دراستنا الحالية وهي الاهتمام بالجسد، أفكار الموت و الألم النفسي لدى الطفل المصاب بالسرطان.

خاتمة

إن حياة الطفل لا تخلو من الخبرات السلبية على رأسها المرض خاصة إذا كان مزمنا وقاتلا كالسرطان ، حيث يؤثر عليه في عدة جوانب من حياته سواء النفسية أو الاجتماعية ،معرفية، مما يفرض عليه معاشا جديدا كالمكوث في المستشفى ، فريق طبي، انفصاله عن الأسرة و الرفاق و المدرسة فيستلزم عليه خلق آليات دفاعية تكيفية فالمرض بالنسبة له موقف صعب التفهم و وضعية جديدة .إن طول مدة المرض و الآلام المصاحبة له مع التغير في حالة الجسد تجعل الطفل يدخل في حالة من الحداد يمر عبرها بمراحل مختلفة وصولا إلى تقبل الوضع الحالي،حيث يُظهر الطفل المصاب بالسرطان بعض من خصائص الحداد كالاهتمام بالجسد الذي يظهر على شكل خجل،الخوف من الندبات والبقع المصاحبة،الخوف من الرفض من الآخر.و أفكار الموت التي تظهر على شكل أسئلة متكررة حول الموت،كوابيس،الخوف من الخسارة و الوحدة والفراق.إضافة إلى الألم النفسي الذي ظهر على شكل يأس،عجز،انسحاب اجتماعي،غضب مكبوت ونرجسية. حيث توصلنا في دراستنا هذه الموسومة بعنوان : خصائص الحداد عند الطفل المصاب بالسرطان إلى أن مختلف خصائص الحداد قد تظهر عليه بنسب ودرجات متفاوتة وهذا ما يؤكد صحة فرضيات دراستنا الأولى و الثانية والثالثة التي تم طرحها سالفا.

كما لا يفوتنا ان ندرج بعض التوصيات او الاقتراحات اهمها:

-الاهتمام بالاطفال المصابين بالسرطان وتوفير الجو النفسي الملائم حتى ولو داخل المستشفى.

-محاولة توجيه البحوث والدراسات الاكاديمية لمفهوم الالم النفسي لدى الاطفال المصابين بالسرطان.

-الاهتمام بالعلاجات التلطيفية لفائدة الاطفال المصابين بالسرطان .

-المساندة النفسية الوالدية وارشاد عائلات الاطفال المصابين بالسرطان بالطريقة الصحيحة والسوية للتعامل مع اطفالهم المرضى.

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

1. الحسن، احسان محمد. (2005) .**مناهج البحث الاجتماعي**.عمان،دار وائل.
2. الزغلول،عماد.(2003).**نظرياتالتعلم**.دار الشروق للنشر والتوزيع.
3. النابلسي،محمد أحمد.(1992).**مبادئ البسيكوسوماتيكوتصنيفاته**.مؤسسةالرسالة،بيروت، لبنان.
4. الزراد،فيصل محمد.(2000).**الأمراض النفسجدية أمراض العصر**.دارالنفائس للطباعة و النشر.بيروت ،لبنان.
5. القباني،صبري.(1988).**أسلحة المستقبل لمكافحة السرطان**.دار الفجر للنشر.
6. الشرفاء،يوسف.(2008).**الوقاية من أمراض السرطان و التخلص من سموم الجسم**.عالم الثقافة للنشر والتوزيع،عمان،الأردن.
7. الجسماني،عبد العلي.(1998).**الأمراض النفسية تاريخها أنواعها أعراضها وعلاجها**.بيروت،لبنان.
8. بادويلان،أحمد سالم .(2005).**السرطان مازال الأمل باقيا**,مؤسسة الريان للطباعة ;;والنشر.لبنان،بيروت.
9. بستاني،رئيف(1994) الموسوعة الطبية ،الشركة الشرقية للمطبوعات،مجلد6.
10. جمعية أدم لسرطان الطفولة :علاجات السرطان ،منشورات أدم لسرطان الطفولة.http://www .adaun.org/pediacanser.htum

11. جاسم،محمد.(2004).**نظريات التعلم** .دار الثقافة للنشر والتوزيع.عمان، الأردن.
12. دوقان،عبيدات،أبوالسمير،سهيلة.(2000). **البحث العلمي والبحث النوعي والبحث الكيفي**.دارالفكر،عمان،الأردن.
13. زيتون،كمال عبد الحميد.(2004). **منهجية البحث التربوي و النفسي من المنظور الكمي والكيفي**.عالمالكتب،القاهرة،مصر.

14. سامي، ملحم محمد.(2002).**مناهج البحث في التربية وعلمالنفس**.دارالميسر للنشر.عمان،الأردن.

15. سليم،مريم.(2002),**علم النفس النمو**.دار النهضة العربية.بيروت،لبنان.

16. شيلي،تايلور.(2008).**علم النفس الصحي**.ترجمة وسام درويش بريك.دار الحامد للنشر .الأردن.

17. قويدر،دلال موسى.(2007).**الخوف من السرطان وعلاقاته بالصدمة النفسية**.دمشق،سوريا.

18. كرسوع، مريم عيسى حسين.(2012).مرض **السرطان في قطاع غزة دراسة جغرافية طبية**.غزة.

19. مرداسي،مراد.(2009).**الفحص و التشخيص النفسي .نظريات ،مناهج،عيادة**.ديوانالمطبوعات الجامعية.الجزائر.

20. مدونة الأستاذ الدكتور بوفولةبوخميس ،2012،اختبار رسم شخص.

21. منظمة الصحة العالمية،2020.

22. سي موسي ،عبد الرحمن .(2007).الصدمة والحداد عند الطفل و المراهق.جمعية علم النفس.الجزائرالعاصمة .

المراجع باللغة الأجنبية:

1. Alby,N.(1996).profit et pertes, arrêt de traitement desleucémies aigues :une période critique pour les enfants et familles. Med hyg .
2. Andjelekovic,L.(1989).les défaillances du moi psychosomatique. Etude psychothérapique 68,pravat,toulons,France.

3. Annun,Z.(2012).assessing the bady image relevance application and instrument for oncoloqiecale.setting,support care cancer.
4. Ajuriaguerra,j.(1989).psychopathologie de l'enfant masson,paris,3eme édition.
5. Bourcet,S.(2003).psychopathologie chimique. Ellipses édition markerig.
6. Bo wilby,J.(1984)attachement et pèrte.paris,puf.
1. canouni,p.(1994).psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.moloine,paris.

2. – Bailly ,D.(2004).langoisse de séparation chez l'enfant et adolescent.paris,masson.
3. Bacque,mf.(2001).le deuil.paris,puf.
4. Caplan,hi.(1997).le deuil.paris,puf.
5. _ dauchy,s.(2013).quelle prisz en charge psychologique dans l'aprèscancer,les recommandation de la societefrancaise de psychologie,(sfpo)
6. De braca,A.(1997).deuil et endouillès.paris,Masson
7. Dolbeault,S(.1999).psycho.oncolog.paris.
8. Ferrari,P.etepelaum.(1993).psychiatrie de l'enfant et de ladolesont.paris,flamanrion
9. Ferchichi,M.(1999).veçu des enfants hospitalises et réactionparentales.tunis.
10. Freud,S(1988).deuile et melancolie.paris,p4f
11. Ferragut,E.le corps dans la prise en charge psychosomatique. Paris,masson.

12. Gues,P.(1989).psychologie et cancer.manuel de encologie.poyotlaussane.
i. Grilliat,A.(2008).parise en charge et accompagementd unenfant cancereux a tous les stades de la maladie. problèmes psychologique, éthique et sociaux,paris.
13. Hanus M.(2001).le deuil.france.puF
14. Hall,jb.(1998).deuil et famille le point de systemique.paris.bruxelles.
15. Jacques.T.(1989).les maladie psychosmatique.
16. De la tète ou corps,leschemain de la guérison – les guides sante hachatte, paris.
17. Keirse .M.(2000).faire nos deuil vivre un chagrin.paris,bruxelles.
18. La planche,J.(1980).vocabulaire de psychanalyse.paris,puf
19. Marceli,M.(1999).enfant et psychologie.masson,paris,6eme édition.
20. Onnis,J.(1989) corps et contesctetherapie familiales des troubles psychosomatique,ESF.paris.
21. Ruszuiewshi.M.(2011) .les mécanismes de défense dans la relation médicine malade 18 emejournées de la douleur de l'enfant,quellesrepanses,paris.
22. Smailovis,M .j.(2007).enfant la maladie et la mort.beuxelle,deboech université.
23. Weil.A.B.(2001).pour connaitre la psychologie. Paris.

24. Murielle jacquet-smailovic :l'enfant la maladie et la mort :la maladie et la mort d proche expliquées a l'enfant, de bock 2007,paris, Bruxelles ,2em édition.

25. EmmanuelleZech :psychologie deil-impoct et processus dada pration ou decos d un proche ,2006.Mardaga,Belgique.

26. Le Deuil durant l'enfance :elinique de osychologieouebec 28/08/2018.

27. Marie Frédérique bacque, michelhanus,le deuil,2000,2em édition ,puf paris.

28. Manu Keirse,faire son deuil,vivre un chagin,2000,de boekbelin,Bruxelle.

29.Cavalieri stefania, les professionnels et le procusses de deuil,dans quelle messure un processus de deuil influence –r il les professionnels ?2007valais.

30.Mémoire anusaksathein,narongdaj,le test du dessin du personnage chez le sujet suicidaire 2011,thailande.

31.http://www,happyend,lest étape du deuil :déni colère ,marchandage, dépression et acceptation ,velerie seguin,Mar,16,2022.

32.Nicole czechowski,cland danziger,deuits vivre c'est perdre, édition autrement,1992,paris ,france.

33.Milani thibout,le deuil,2017 université de sherbook,quebec .

34.Line asselin,faire son deuil un parcours en etapes pour traverser le chagrin et retrouve la paix interiure,Eyrolles.2017.

35.Nadine beautheac,ledeuil,comment,faire face ?comment le surmonter ?.

36.Angladette,l,8consoli.S.M.(2002)deuil norwal et pathlogique,larewe de praticien,oaris,France .

37.Translation creditwood,hopralrobertdebre ,paris,France,and Michel dwal,universite de Montréal ,canada.

38.Angilique ,bonnaundantignic 2011,psychologie médical umvf.

39.Marion nicoli, l'appréhension de la mort chez l'enfant dumas,2019.

الملاحق

الملحق رقم : 01

بطاقة تقنية عن المستشفى ابن باديس الجامعي قسنطينة:

موقعه:

يقع المستشفى بحي بن صغير عبد الوهاب قسنطينة ،شيد سنة 1864 حمل اسم ابن باديس منذ 1981 واعقد الكثيرون منذ ذلك التاريخ إلى يةمنا هذا ، بأن الأمر يتعلق بالعلامة الامام عبد الحميد ابن باديس في حين أن الاسم يخلد ذكرى وسيرة ابن أخيه الحكيم لخضر عبد السلام المولود عام 1923بقسنطينة.

التعريف بمصلحة طب الأطفال بمستشفى ابن باديس الجامعي:

هي مصلحة خاصة بطب الأطفال المصابين بأمراض السرطان تتكون من:

- مكتب السكرارية .
- غرفة خاصة بالرضع.
- غرفة خاصة بالأطفال.
- مكتب الطبيب الرئيسي.
- قاعة الاجتماعات.
- قاعة الحمام.
- ثلاث غرف خاصة بذوي المناعة المنخفضة.
- مكتب رئيس المصلحة.

ملحق رقم :02

دليل المقابلة: مع الحالة

المحور الأول: المعلومات الأولية.

الاسم

الجنس

العمر

الترتيب بين الإخوة

المستوى الدراسي.

تاريخ الإصابة

نوع الإصابة

المحولر الثاني: الاهتمام بالجسد.

هل تهتم بنظافة جسمك لوحدك؟

ما هو أهم عضو تهتم به؟

كيف ترى نفسك؟

هل تشعر أن الآخرين يبادلونك نفس الصورة؟

هل تنظر في المرآة كثيرا؟

كيف ترى نفسك فيها؟

كيف تنظر إلى جسمك؟

المحور الثالث: أفكار الموت.

هل سبق وشاهدت شخص يموت أو ميت؟

صف لي شعورك آنذاك ؟

ما هو وصفك للموت؟

هل تفكر في الموت أحيانا؟

كيف تفكر في الموت؟

هل تخاف من الموت؟

المحور الرابع: الألم النفسي,

هل تشعر بالآلام الجسدية كألم الرأس أو البطن؟

ماذا تفعل إذ انتابك هذا الألم؟

هل تشعر بالآم الداخلية لا تعرف معناها ومصدرها؟

ماذا تفعل آنذاك؟

هل تتكرر هذه الآلام معك؟

هل تخاف من هذه آلام ؟

بماذا تشعر عندما تكون في المستشفى؟

ماهي علاقتك بالفريق الطبي؟.

ملحق رقم 04:دليل المقابلة مع الأم :

المحور الأول : الحالة الصحية

- ماهي أهم أعراض التي يعاني منها طفلك حاليا.؟
- ماهي مؤشرات الألم اليومية لديه.؟
- كيف يتعامل طفلك مع المرض حاليا.؟
- كيف يتعامل طفلك مع الدواء حاليا.؟
- هل يظهر على طفلك أي سلوكات غير عادية ؟
- كيف يتعامل طفلك مع الفريق الطبي حاليا؟

المحور الثاني: كشف تاريخ المرض

- كيف كان طفلك قبل المرض؟
- ماهي أهم الأحداث التي تعرض لها طفلك قبل المرض؟
- ماهي علاقة طفلك بأخواته في المنزل؟
- من المسؤول من والديه في الأسرة؟

المحور الثالث : السوابق المرضية

- هل تعرض طفلك للمرض سابقا؟
- هل هناك من يعاني من نفس المرض في تاريخ أسرتكم من جانب الأم أو الأب؟.
- ما نوع المرض الذي ظهر داخل الأسرة؟

- كيف يواجه طفلك المرض؟
- هل يشكوا طفلك من مرضه؟
- هل يشكو طفلك من آلام مصاحبة للمرض؟
- هل يعاني طفلك من كوابيس أثناء النوم؟

ملحق رقم 05 تقطيع مضمون المقابلة مع الحالة الأولى:(ي)

1 بديت نجي هنا لسبيطار بعد ما حكمتني لانيمي2 وجهي عاد يصفار3 غلبان ديما4 وحد النهار جيت داخل الدوش تغاشيت5 هزوني داوني لطبيب6 قلهم عندي لانيمي7 من هذاك النهار وأنا ندخل لسبيطار ونخرج8 ونجي كل 15يوم انذير دواء ونروح9وحدي ساعات برك10 هي دوشني ماما11 عينيا هوما لي نشتيهم بزاف12 هاه مليح13 بلاك مليح14 كي نلبس لحوايج ونمشط شعري تعجبني روحي15 غير في التلي في mbc2 16 تعجبني انجرها مع خواتي و صحابي 18 انحب لي عندو سلاح ويقتل 19 تعجبني [لم يجب الطفل صمت طويل خجل و طأطأه الرأس 20 ما أنخممش ماما و بابا علموني انخاف من ربي سبحانه 21 و من الشيطان 22 انخاف من الموت [صمت طويل ، تجنب النظر] 23 على خاطر انروحو عند ربي 24 يحاسبنا الكل 25 يوجعوني كي ندير الدواء راسي 26 يديا مفاصلي ركبتي رجلي الكعبة ترجلي 27 غير الدواء لي يحبسلي السطر 28 نعيط لماما تقعد بحذايا 29 تلعب بيدي باه يحبس السطر 30 هيا و لا لاما اندير والو 31 نقلق ما انحبش نقعد هنا 32 حتى ماما معايا الحس روحي وحدي 33 تصنيف هنا (الصدر) 34 ما يجينيش النوم ما نوكلش 35 نهار دخلت أول مرة هنا بكيت خلاه 36 ما ا نحبش انجي هنا خلاه .

ملحق رقم 06 تقطيع مضمون المقابلة مع آم الحالة 01 (ي)

1 هزيت بيه نورمال 2 كنا حابين نجيبو 3 هو الطفل الأول تعنا 4 عادي كلشي 5 كيما النسا كامل مامرضنتش عداد 9 شهر نورمال ولدت فرحنا بيه أنا وباباه نورمال 6 طفولتوعدات عادي نها ما

مرض 7 حتى سبتمبر 2016 ولي يرقد بزاف خلاه 8 عياه ديما 9 عيان ديما وجهو صفر 10 حتى واحد النهار تغاشى فالدوش 11 تقاس في ظهروا و كلوتو 12 دينا ه للطبيب 13 بعد لي زانا ليز قالونا فقر الدم 14 وبدينا بالدواء 15 وقداه من شهر مبعد درنالوا الراديو 16 لقينا فيه الولسيس فالمعدة 17 نشفا علاها 20 مارس عرفنا بالمرض 18 مبعد ولينا دخول وخروج على السبيطار 19 بكيت عليه نغلبت 20 معلابالوش بلي كونسار بصح على بالو بلي مريض او فاهم 21 عاد يغيضني 22 هو من بكري حساس 23 من الصغر عاقل 24 لي ما حقوش من الصغر زاد عليه المرض 25 باباه تاني 26 حنا الكل يغيضنا 27 مام هو تبدل 28 سيرتو فالمصروف عاد يحب يفرض رايو 29 ولا يعاند 30 وانا يغيضني 31 نحب نديرلو وش يحب 32 نحاف يموت وتبقالي حرقة في قلبي 33 على هذي وش يطلب نمدلو 34 والسمانة الجايةرايحينلدزليرنكومبيو على جالوا يرتاح 35 هو عاقل 36 هادىء 37 ولا يعاند ياسر 38 و يتسبب ولاكانبكامافيهاش 39 علاقاتو الاجتماعية محدودة بسبب المرض 40 هكاك ودا السانكيام العام هدا 41 الدواء دجاب نتيجة 42 هبطت السخانة والسطر مبقاش 43 بصح النهار الدواء يديرلوا السطر في مفاصلواويتقية 44 بصح لاباس 45 لا ولا يكول مليح المسوس 46 سمان لالا لباس .

ملحق رقم 06:تقطيع مضمون المقابلة مع الحالة 2 :

1 عندي ياسر مدخلتش لسبيتار2 بكري كنت مريضة بالمعدة3 وكنت ندخل طول لسبيطار4 جيت المدة هادي علاخاطرطلعتلي السخانة وخرجوليهادو في وجهي 5 درن15ا سكانير وجبناه لطبيب 6 ساعات ساعات انا 7 ومرة هيا8 جسمي كامل نهتم به9 شعري بزايد10 مرة تنحاليقصيتو خلاه كي الطفل11 مع الأول ما قبلتشمعجبنيش الحال12 ما لول كي نجبد نلقى كمشة في يدي13 كنت نشوف روحي مش مليحة14 اه باينة خلاه طبيعي 15 اه كنت نحس يقولو عليا مش مليحة 16ساعات برك كي نمشط شعري نشوف في المراية17 كي نعود في سبيتارتمشطلي ماما18 ودرك حابة نشوف في المراية خلاه 19ما عنديش برك درك20 طبيعي متحسنة بزاف21 لا في التلفاز في العيد رحت لجدي22 حسيت روحي كبرت23 درنا خمارات ورحنا24 محبيتش ندخل 25خفت26 واحد مات موت ربي27 وواحد تقاس كيما جدي تعاقب ومات في الدار28 الموت يعني واحد قاعد هكا طاح مات كامل موت ربي رقد مناضش30 ساعات ساعت هكا نقعد نتفكر في الموت31 كيما صرت

وكنت صغيرة32 فسبيتا 33رادا قاعدة نتفكر الحاجة لي تجي في بالي انذير واش نذير مانقدرش نحاها من بالي34 رك اني صغيرة 35حتى نكبار تبقى في بالي كنت صغيرة في السبيتار ومريضة36 وعلاه نفكر في الموت مانعرف37 اه نخاف كون نرقد نموت38 ساعات كي نقلق 39نتفكر كل شيئ يعود يسطر40 حاجة مش مليحة 41سمعت دواء تع الراس42 اه تتحفر هنا 43نقرا قرءان شوي44 صاعاتتصرالي 45ايه متعجبنيش الحاجة نقلق ا هاني ملة عند ماما وبابا ماندير حتى شئي46 اي تقلقني 47اي درك قلقانةمانيشحابة نقعد دقيقة في سبيتار 48كاين لي نحبهم وكاين لي معنديش فيهم حاجة 49نقلق50 ماعنديش صحاباتي51 نفزد تيلي طابلات.

ملحق رقم 07 مع أم الحالة 2 وتقسيم الخطاب إلى وحدات:

1الحمل طبيعي2 الولادة طبيعية3 مشي وسنين4 ركود5كلام طبيعي6 في وقتهم7 اجتماعية منذ الصغر8كانت جيدة في تحصيل المستوى الدراسي في التحضيري وفي السنة الأولى9 لكن تعرضت لصدمة من طرف المعلمة 10 لا نعلم ماهو الموقف بالضبط11 لكن رغات المعلمة علاها خلعتها12 بكات الطفلة13 ومن نهار أداك معادتش تحب تروح تقرا14 أما بعد سنة ثانية ابتدائي بدأ المرض 15 آلام في المعدة16 بكاء17 حاولنا نعرفو وش المرض دينها للطبيب وللمختصين18 بعد سكانير عرفنا المرض في المعدة19 بالرغم من أدا الكل 20 تبقى نشيطة إلا ادا هبطت المناعة تحها21 عندها سنين مدخلتشلسبيطار 22 لكن دخلت اليوم بعد ما طلعت لها السخانة 42 درجة23 وكرزت24 عندها كوراج كبير 25 هي لي تصبرني مهما تكون مريضة خلاه26 ما تشكيش27 تصلي28 تقلي حتى شيئ درك نرتاح29 ماتقوليش خلاه راهي توجع فيا نفهمها من وجها30 مستوانا المادي جيد خلاه30 وش تحتاج هي وخاوها يديروه31 ما يتخصو في شيئ32 .

ملحق رقم08 تقطيع مضمون المقابلة مع الحالة 3 (آ):

1جيت باه ندير الدواء2اليوم هادي المرة السابعة نجيو من ورقلة 3طريق بعيدة بزاف 4وساعات نجي ندير الدواء 5ويجكموني يمات هنا6 مبعد نروح7 عندي سطر هنا ميحبسش خلاه و8كي رحنا

للطبيب هو لي بعتنا لهنا9 وعدت نداوي هنا 10محسوب هي ديما11 بصح كي كنت مش مريضة أنا 12ودرك هيا دير كلش13 ما نحب والو حتلى شعري راح 14ما عاد فيا والو15 ما نعرف زيماهيشوفو فيا 16بلاك مش ملاحة17 على خاطر ما بقى والو مليح فيا 18لا ماعندي مراية ما نشوف19 ما نحبش نشوفخلاه21 انا كرهت من هنا 22لا مشفتش نروح عند ربي23 نعيشوا في الجنة مافي نار24 نخاف شوي 25ساعات26 لا ما نحبش نحدر فيها الموت27 عندي سطر طول28 في يديا29 رجليا 30راسي 31هنا (المثانة)32 نقلق بزاف منو الدواء 33يحبسلي شوية مباعد يرجع34 واه35 ديما تقلقني36 ما نبغيش نجي لسبيتار37 نكرهوا 38تقعد معايا ماما39 بصح مانبغيش40 نحب نروح لدار41 مانبغيهمش كل.

ملحق رقم 09 تقطيع مضمون المقابلة مع أم الحالة 3:

1هي قبل الاخرة2 تسما السادسة3 هيه نحب نجيب4 كون مجاتش مريضة كنت لحقت5 هزيت بالكرش نورمال6 ولدت نورمال7 مشات جات سناها سكشي طبيعي8 زعمة نخدم كلش نورمال نخدم9 سكريتيرة 10ودرك منظفة في المدرسة11 معاون في المصروف12 علابالكالشئ غالي وهي لازمها دواء 13كي كانت صغيرة ما مرضتش 14خلاه مام في العائلة عندا عير ولد خالتها مريض 16سنة عمرو15 قبل عام بدات تحصر في البول16 ويحرقها17 دينا‌ها لطبيب قلنا عندها ميكروب 18شربت الدواء كملاتو19 درنا الراديو20 لقينا عندها حبة في المثانة21 دارو وتأكدو من المرض22 نشفى في 23 2014 بعد المرض بدات تضعف 24تشيان خلاه25 ماتوكلش 26كيما درك اني هنا معاها محبسة الخدمة27 يعاونوني برك28 يغطيو عليا 29باباها متقاعد وولادي ياسر لازم نخدم 30هيمن بكري ساكتة ومتهدرش31 وزيد علاها 32درك أولى متوسط بصح درك حابسة 33كي نعودو في السبيتار تغيب تغيب ياسر34 وهذه المرة السابعة نجي باه دير دواء .

ملحق رقم 10 مقياس قلق الموت "دونالد تمبلر"

التعليمة:

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)

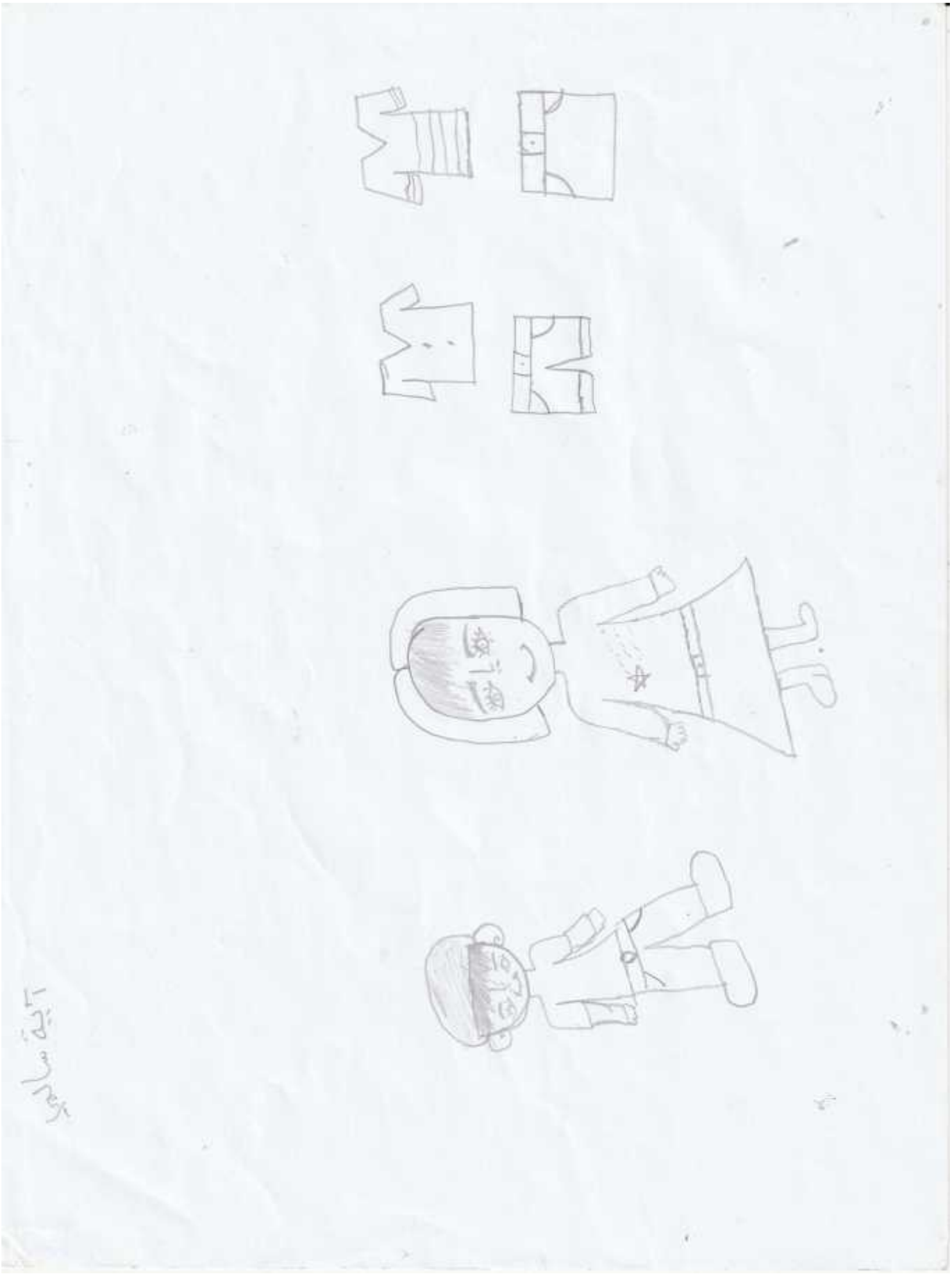
عبارات الاختبار:

1 أخاف كثيرا من الموت		
2 نادرا ما تخطر لي فكرة الموت		
3 لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت		
4 أخاف أن تحرى لي عملية جراحية		
5 لا أخاف إطلاقا من الموت		
6 لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص		
7 لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت		
8 أتضايق كثيرا من مرور الوقت		
9 أخشى أن أموت موتا مؤلما		
10 إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا		
11 أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية		
12 كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا		
13 أقشعر عندما أسمع الناس يتحدثون عن الثورة		
14 يزعجني منظر جسد ميت		

15 أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني.		

Figure 2 : Echelle des visages pour l'auto-évaluation de la douleur

ياسر



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
Dr BENBADIS CONSTANTINE

Constantine, le 11 JUIL 2017

Direction des Activités Médicales
et Paramédicales
Sous Direction des Activités
Paramédicales
N° 28 /S/DAP/2017

Bureau de la Programmation
et suivi des Stagiaires

DECISION D'AFFECTATION

LA DIRECTRICE DES ACTIVITES MEDICALES ET PARAMEDICALES.

Vu- La demande de stage en date du 11/07/2017 Formulée Par
UNIVERSITE BADJI MOKHTAR ANNABA
FACULTE DES PSYCHOLOGIE ET EDUCATION – DEPARTEMENT DE PSYCOLOGIE

Vu- L'accord du Médecin Chef du service d'accueil.

DECIDE

MELLE,

- MARAH FATIMA

Article 1er/ : Etudiante , Option PSYCHOLOGIE CLINIQUE .Est autorisé (e) à effectuer un stage pratique au service de pédiatrie à compter du 11/07/2017 jusqu'à fin de stage.

Article 2ème/ : Le (s) stage(s) sont sous la responsabilité du Médecin Chef.

Copie transmise à :
- L'intéressé(e)
- Chrono.

LA DIRECTRICE DES ACTIVITES MEDICALES
ET PARAMEDICALES

إمضاء :
فتة بن مسيعود

جامعة باجي مختار – عنابة –
كلية الاداب و العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس

الى السيد المحترم : ..رئيس..مصلحة..ب..الأطفال

في إطار التربصات التي يقوم بها طلاب الدراسات العليا من أجل التدريب على البحث العلمي ، فإننا نرجو من سيادتكم الموافقة على دخول الطلبة الآتية اسمائهم للإجراء بحثهم بمؤسستكم .

اسم و لقب الطالب : ..حسين..ل..منال.....

واننا واثقون أنكم لن تدخروا جهدا في تقديم المساعدات الكافية للطلبة في مهمتكم التربوية و العلمية .

شاكرين لكم حسن تفهمكم و تعاونكم .

A Favorable
Pr DOCTEUR

رئيس القسم

Avis Favorable

Mr A. KABOUCHE

الملخص:

يعيش الطفل المصاب بالسرطان وضع خاصا بسبب المرض من استشفاء، وانفصال عن العالم الخارجي مما يؤدي إلى ظهور مجموعة من خصائص الحداد لديه .ولذلك عمدنا إلى إجراء هذه الدراسة بالمستشفى الجامعي ابن باديس – قسنطينة– ولتحقيق هذا الفرض اعتمدنا على المنهج الإكلينيكي بوصفه المنهج الملائم للدراسة ، مستخدمين في ذلك دراسة الحالة . وقد كانت الأدوات المستخدمة : مقابلة نصف موجهة ، دليل المقابلة ،اختبارارسم الشخص لما كوفر مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر، ومقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم (Dr yvesMeymat)

ولقد أجريت الدراسة على 03 حالات مصابين بأنواع مختلفة من السرطان في الفترة الممتدة من 01 جويلية إلى أكتوبر 2017 وكانت النتائج المتحصل عليها أن كل من الاهتمام بالجسد أفكار الموت و الألم النفسي من بين خصائص الحداد التي تميز الطفل المصاب بالسرطان .

الكلمات المفتاحية:

سرطان _ طفل _ حداد_ مقابلة نصف موجهة_ مقياس رسم الشخص_ مقياس قلق الموت_ مقياس الأوجه للتقييم الذاتي للألم .

Résume :

L'enfant vit avec le cancer une situation particulière hospitalisation, détachable du monde extérieure, qui conduit al'émergence d'un ensemble de caractéristique du deuil chez lui. C'est pour cela nous avons mené cette étude a CHU Constantine .on a bassé sur la méthode clinique parce lbnbadis quelle est la plus pertinente par rapport aux autres méthodes dans cette recherche. on a utilisé l'étude de cas et on a pratiqué l'entretien semi directive, guide d'entretien, teste du bonhomme de macchover, échelle de l'angoisse du mort de Temler est l'échelle de vissage auto évaluation de la douleur,cette étude est effectue sur 3 cas cancéreux a partir de moi du juillet jusqu'à octobre 2017.

Parmi notre résulta que les idées du mort, la douleur psychique et l'intérêt du corps sont des caractéristique de deuil chez l'enfant cancéreux.

Les mots clés : le deuil – le cancer – l'enfant – teste de bonhomme.