جامعة قاصدي مرباح – ورقلة –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

مذكرة مقدمة لاستكمال شهادة متطلبات الماستر أكاديمي

الميدان: العلوم الاجتماعية

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

من اعداد الطالبة : بوفنارة سارة

صورة الجسم وعلاقتها بكل من القلق والاكتئاب عند النساء مبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان

دراسة علائقية بمستشفى محمد الصديق بن يحي –ولاية جيجل–

نوقشت وأجيزت علنا بالتاريخ: 2020/09/27

امام الجنة المكونة من السادة:

الدكتور / زعطوط رمضان	(جامعة قاصدي مرباح ورقلة) رئيسا
الدكتور / وازي طاوس	(جامعة قاصدي مرباح ورقلة) مشرفا
الدكتور / طالبي مليكة	(جامعة قاصدي مرباح ورقلة) مناقشا

الموسم الجامعي: 2020/2019

جامعة قاصدي مرباح – ورقلة –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

مذكرة مقدمة لاستكمال شهادة متطلبات الماستر أكاديمي

الميدان: العلوم الاجتماعية

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

من اعداد الطالبة: بوفنارة سارة

صورة الجسم وعلاقتها بكل من القلق والاكتئاب عند النساء مبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان

دراسة علائقية في مستشفى محمد الصديق بن يحي –ولاية جيجل–

نوقشت وأجيزت علنا بالتاريخ: 2020/09/27

امام الجنة المكونة من السادة:

الدكتور / زعطوط رمضان	(جامعة قاصدي مرباح ورقلة) رئيسا
الدكتور / وازي طاوس	(جامعة قاصدي مرباح ورقلة) مشرفا
الدكتور / طالبي مليكة	(جامعة قاصدي مرباح ورقلة) مناقشا

الموسم الجامعي: 2020/2019

الإهداء

الحمد لله الذي وفقنا لهذا ولم نكن لنصل إليه لو لا فضل الله علينا

فإلى من نزلت في حقّهم الآية الكريمة

"وقل لهما قولا كريما"

إلى من ربتنا وأثارت دربنا وأعانتنا بالصلوات والدعوات

إلى من عمل بكد في سبيلنا وعلمنا معنى الكفاح وأوصلنا إلى ما نحن عليه اليوم

نهدي هذا العمل المتواضع الى الوالدين العزيزين اللّذان سهرا وتعبا على تربيتنا حفظهما الله

نهدي هذا العمل كذلك إلى أفراد الأسرة أختي مريم والأخوة عبد الرؤوف وعصام الذين لانحصوا لهم فضلا

الى خطيبي توفيق

وإلى كل الأقارب والأحباب

إلى كل الأساتذة ورفقاء الدراسة

الشكر

الحمد لله العليم بذات الصدور، المحيط بما يجري في الكون من شؤون وأمور والذي لولا هدايته لما اهتدينا لهذا،

ونشكره على نعمه علينا في بلوغ ولو قطرة من بحر لا يرتوي من مائه عالم ولا متعلم وعملا

أتقدم بكل الشكر في كلمات متواضعة الى الأستاذة "وازي طاوس" التي لم تتوان لحظة في تقديم المساعدة لنا وعلى

نصائحها وارشاداتها، فقد منحتنا من وقتها الكثير ومن علمها الوفير، فلها منا خالص الشكر والتقدير

كما يسعدنا ان نتقدم بوافر الشكر والتقدير الى اساتذتنا الذين تعلمنا من علمهم ومعرفتهم الكثير وكل عمال قسم علم

النفس وعلوم التربية الذين كان لهم الفضل في تكويننا وتوجيهنا الوجهة الصحيحة.

كما أتقدم بالشكر الى أصحاب العينة الذين ساهموا بشكل كبير في مساعدتنا رغم الظروف الصحية السيئة التي

يعانون منها

وأوجه شكري الجزيل إلى كل من ساعدني في انجاز المذكرة

وأشكر كل من ساهم في إنجاز هذا العمل ولو بالشيء قليل.

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم والقلق والاكتئاب لدى عينة من النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان. تم اختيار العينة بطريقة قصدية مكونة من 46 امرأة مبتورة الثدي بمستشفى محمد الصديق بن يحيى –جيجل–. تم تطبيق مقياس صورة الجسم المعد من طرف كل من L. Evers, Et Verbanck, 2008 والذي تم ترجمته الى اللغة العربية، ومقياس الاكتئاب لبيك النسخة الثانية المقنن على البيئة الجزائرية من طرف بشير معمرية 2010 ومقياس القلق لهاملتون 1959. وتركز الدراسة على جملة من التساؤلات:

- هل هنالك علاقة بين صورة الجسم والقلق عند النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان؟
- هل هنالك علاقة بين صورة الجسم والاكتئاب عند النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغيري السن، والوضع الاجتماعي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغيري السن، والوضع الاجتماعي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغيري السن، والوضع الاجتماعي؟

وقد اعتمد على المنهج الوصفي الارتباطي، باستعمال أدوات الدراسة التالية: مقياس صورة الجسم، مقياس هاملتون للقلق ومقياس بيك للاكتئاب، أسفرت نتائج الدراسة على:

– توجد علاقة بين صورة الجسم والقلق عند النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان.

– توجد علاقة بين صورة الجسم والاكتئاب عند النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن، لكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغيري السن، والحالة الاجتماعية.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغيري السن، والحالة الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: صورة الجسم، القلق، الاكتئاب، بتر الثدي، السرطان.

Résumé :

La présente étude vise à explorer la relation entre l'image corporelle, l'anxiété et la dépression chez les femmes qui ont subi une mastectomie. L'échantillon est composé de 46 femmes choix par la méthode ciblée au sein de l'hôpital Muhammad Al-Siddiq Ben Yahya a Jijel. Deux echelles sont administrées : l'échelle d'image corporelle élaborée par L. Evers, Et Verbanck, 2008 qu'on a traduire en langue arabe, l'échelle de dépression de Beck 2010 et l'échelle d'anxiété de Hamilton 1959. L'étude se repose sur de multiples questions :

- Y a-t-il une relation entre l'image corporelle, l'anxiété chez les femmes qui ont subi une amputation de sein due au cancer ?
- Y a-t-il une relation entre l'image corporelle, dépression chez les femmes qui ont subi une amputation de sein due au cancer ?
- Y a-t-il des différences statistiquement significatives dans l'image corporelle des femmes qui ont subi une amputation de sein, selon l'âge et l'état matrimonial ?
- Y'a-t-il des différences statistiquement significatives dans l'anxiété chez les femmes qui ont subi une amputation de sien, selon de variables d'âge et l'état matrimonial ?
- - Y'a-t-il des différences statistiquement significatives dans les niveaux de dépression chez les femmes qui ont subi une amputation de sein selon l'âge et l'état matrimonial ?

On n'a fait appel à la méthode descriptive corrélationnelle et les résultats ont démontrés :

-Il existe une relation entre l'image corporelle, l'anxiété chez les femmes qui ont une amputation de sein due au cancer.

- Il existe une relation entre l'image corporelle, la dépression chez les femmes qui ont une amputation de sein due au cancer.

- Il existe des différences statistiquement significatives dans l'image corporelle des femmes qui ont subi une amputation de sein selon la variable de l'âge, mais il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans l'image corporelle des femmes qui ont subi une amputation de sein selon la variable de l'état matrimonial.
- Il existe des différences statistiquement significatives d'anxiété chez les femmes qui qui ont subi une amputation de sein selon l'âge et l'état matrimonial.
- Il existe des différences statistiquement significatives dans les niveaux de dépression chez les femmes qui ont subi une amputation de sein selon l'âge et l'état matrimonial.

Mots clés : image corporelle, anxiété, dépression, mastectomie, cancer.

قـائمـــــة المـــحتـويـــات

المحتـــــــوى	الصفحة
– الإهـــداء.	أ
– كلمة شـــــكر.	ب
– الملخص.	ج
– قائمة المحتويات.	د
– قائمة الجـداول.	هـ
– قائمة الأشكـال.	هـ
– قائمة الملاحق	و
– مقـــدمة.	1
البـــاب الأول: الجانب النظري	
الفصـــل الأول: موضوع البحث وأهميته	
1. اشكالية الدراسة.	6
2. تساؤلات الدراسة.	7
3. فرضيات الدراسة.	7
4. أهداف الدراسة.	8
5. أهمية الدراسة.	8
6. التحديد مفاهيم الدراسة.	9
الفصـــل الثاني: صورة الجسم	
– تمـــهيد.	12
1. مفهوم صورة الجسم.	12
2. تاريخ مفهوم صورة الجسم.	13
3. خصائص صورة الجسم.	13
4. مكونات صورة الجسم.	14

5. أبعاد صورة الجسم.	16
6. مراحل نمو صورة الجسم والعوامل المؤثرة فيها.	17
7. النظريات المفسرة لصورة الجسم.	19
8. الأثر النفسي والاجتماعي لاضطراب صورة الجسم.	21
- خلاصة.	23
الفصل الثالث: القلق	
- تمهيد.	25
1. تعريف القلق.	25
2. أنواع القلق.	25
3. أسباب القلق.	27
4. أعراض للقلق.	28
5. فيزيولوجية حدوث القلق.	28
6. النظريات المفسرة للقلق.	29
7. الوقع النفسي عند مرضى السرطان.	30
الفصل الخامس: الاكتئاب	
- تمهيد	33
1. مفهوم الاكتئاب.	33
2. أسباب الاكتئاب	34
3. اعراض الاكتئاب	35
4. تشخيص الاكتئاب	36
5. بعض النظريات المفسرة للاكتئاب	37
6. علاج الاكتئاب	39
7. صورة الجسم والاكتئاب	40
- خلاصة	41
الباب الثاني: الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: الاجراءات الميدانية في الدراسة	

. تمهيد.	**45**
1. منهج الدراسة.	45
2. الدراسة الاستطلاعية.	45
3. أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية.	46
4. عينة الدراسة وخصائصها.	48
5. حدود الدراسة.	49
6. الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة.	49
7. صعوبات الدراسة	50
. خلاصة	51
الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج الدراسة	
. تمهيد.	53
عرض وتحليل النتائج.	53
1. عرض وتحليل الفرضية الأولى.	53
2. عرض وتحليل الفرضية الثانية.	54
3. عرض وتحليل الفرضية الثالثة.	54
4. عرض وتحليل الفرضية الرابعة.	55
5. عرض وتحليل الفرضية الخامسة.	56
6. عرض وتحليل الفرضية السادسة.	56
7. عرض وتحليل لفرضية السابعة.	57
. خلاصة.	59
الفصل السابع: مناقشة وتفسير النتائج	
مناقشة وتفسير الفرضيات	
1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى.	61
2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية.	63
3. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.	64
4. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.	64

5. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة.	65
6. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة.	67
7. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة.	68
. استنتاج عام.	70
. اقتراحات.	71
. المراجع	73
. الملاحق	80

فهرس الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب السن.	48
02	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية.	49
03	العلاقة بين صورة الجسم والقلق لدى النساء المبتورات الثدي.	53
04	العلاقة بين صورة الجسم والاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي.	53
05	متوسط الدرجات والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدى المبتورات الثدي (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 61 سنة) على مقياس صورة الجسم.	54
06	متوسط الدرجات والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدى النساء المبتورات الثدي (المتزوجات والغير متزوجات) على مقياس صورة الجسم.	55
07	متوسط الدرجات والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدى المبتورات الثدي (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 64 سنة) على مقياس القلق	55
08	متوسط الدرجات والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدى النساء المبتورات الثدي (المتزوجات والغير متزوجات) على مقياس القلق	56
09	متوسط الدرجات والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدى المبتورات الثدي (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 61 سنة) على مقياس الاكتئاب.	57
10	متوسط الدرجات والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدى النساء المبتورات الثدي (المتزوجات والغير متزوجات) على مقياس الاكتئاب.	57

فهرس المخططات:

رقم المخطط	عنوان الشكل	الصفحة
01	مكونات صورة الجسم	16

قائمة الملاحق:

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
01	مقياس صورة الجسم باللغة الفرنسية	81
02	مقياس صورة الجسم المترجم الى اللغة العربية	82
03	قائمة الأساتذة المحكمين	84
04	استبيان الاكتئاب لبيك المقنن من طرف بشير معمرية 2010	85
05	استبيان القلق لهاملتون	91
06	النتائج المتحصل عليها من SPSS	94
07	وثيقة الموافقة على تسهيلات المستشفى.	98

مقدمـــة

تعتبر الصحة النفسية والجسدية وجهان لعملة واحدة في حياة كل فرد ويؤثران عليه بشكل كبير، فالصحة الجسمية بشكل خاص تؤثر على الفرد من خلال الأمراض التي يتعرض لها ومن بين هذه الأمراض؛ "الأمراض المزمنة التي تشكل تحديا هائلا لمجتمعات الألفية الثالثة من حيث نوعيتها أو انتشاراها، حيث سببت هذه الأخيرة في وفاة 35 مليون شخص عام 2005 وهو ضعف العدد الذي توفي من جراء الأمراض المعدية بما فيها الإيدز والسل والملاريا" (زعطوط. قريشي،2013، ص251).

ومن بين الامراض المزمنة نجد كل أنواع السرطان ويعاني المرضى المصابون بالسرطان بشكل عام وسرطان الثدي بشكل خاص من العديد من المخاوف حتى بعد شفائهم التام من المرض، لان هنالك غالبا ما تبقى آثار المرض الجسمية ذلك مما يجعلهم يواجهون صعوبة في التكيف مع شكل وهيئة الجسم ومع الصورة الجديدة الناتجة عن التغيرات المرتبطة بالمرض أو التغيرات الناتجة عن عملية العلاج، وتزداد مخاوفهم من أنهم لن يعودوا كما كانوا سابقا مما يجعلهم عرضة للعديد من مشاعر الحزن والقلق والاكتئاب(Engel. Kerr, Schlesinger, Sauer & Holzel, 2004) . فكثيرا ما تؤدي التجربة مع مرض السرطان الى تغيير صورة الجسد و الذات التي تتبني اساسا على الصورة المدركة و المعاشة خلال المرض من طرف الفرد المصاب و ليس على الصورة الموضوعية للجسم (Lionel Dany, Themis Apostolidis,2009)

إن دراسة موضوع صورة الجسم قديم جدا في التراث العلمي، ولكنه اعتبر قضية محورية في الصحة العمومية، ومن المواضيع الهامة بداية من 1990. p514 (Cash TF, Smolak L, 2012,).

ان تشوه صورة الجسم عند المرأة يؤدي الى اضطرابات وجدانية وانفعالية، "فتعتبر الاضطرابات الوجدانية من أكثر الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا في وقتنا الحالي، وذلك بداية من النصف الثاني من القرن العشرين، وأبرز هذه الاضطرابات الاكتئاب حيث تقول ميلاني كلاين Melani Klein أن المعاناة الناتجة عن اثار الاكتئاب تفوق اثار الامراض الاخرى مجتمعة، كما انه من الاضطرابات الشائعة على مستوى العالم حيث يؤثر على أكثر من 300 مليون شخص حسب منظمة الصحة العالمية" (أبو فايد،1998، ص10).

أما عن الاضطرابات الانفعالية القلق ويعد من أهم الموضوعات التي تناولها علم النفس، وهناك نوعان من القلق: القلق الطبيعي، والقلق المرضي، والقلق المرضي هو الذي يؤثر سلبا في سلوك الانسان، ويتدخل في معظم جوانب حياته، وقد أجريت دراسات كثيرة على المستويين العالمي العربي عن القلق، اتضح من خلالها ان الجوانب الشخصية زادت كثيرا على الجوانب العلاجية، وعلى وجه الخصوص في البلدان العربية (علي الأسطى، ص1)

وتحاول الدراسة الحالية الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم والقلق والاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان، واشتملت هذه الدراسة على جانبين: الجانب النظري والجانب الميداني، تناولنا في الجانب النظري أربع فصول؛ الفصل الأول تطرقنا فيه الى موضوع البحث وأهميته، والفصل الثاني الى صورة الجسم أما الفصل الثالث فتناولنا فيه القلق كما أدرجنا الواقع النفسي لمرضى سرطان الثدي، والفصل الأخير تطرقنا فيه الى الاكتئاب ومفاهيمه وكذا الاكتئاب وعلاقتها مع صورة الجسم. أما بالنسبة للجانب التطبيقي تم تقسيمه الى ثلاث فصول؛ فصل إجراءات الميدانية للدراسة، وفصل عرض وتحليل النتائج أما الفصل الأخير تم التطرق فيه الى مناقشة وتفسير النتائج وفي الأخير استنتاج عام وبعض المقترحات.

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: موضوع البحث وأهميته

1. إشكالية الدراسة.
2. تساؤلات الدراسة.
3. فرضيات الدراسة.
4. أهداف الدراسة.
5. أهمية الدراسة.
6. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة.

1. إشكالية الدراسة:

أسهم التقدم الطبي خلال السنوات الأخيرة في ارتفاع معدل البقاء على قيد الحياة لدى مرضى السرطان نتيجة الكشف المبكر عن المرض، ومع ذلك فإن النجاة من المرض يترك العديد من الآثار السلبية الجانبية الناتجة عن العلاج الكيمياوي وندب العمليات الجراحية، بالإضافة الى الحروق الناتجة عن عمليات العلاج الاشعاعي، وكل هذه التغيرات الجسدية تغير من نظرة الفرد لصورة جسمه (سعيد بني مصطفى،2016، ص 1987). فالمشاكل المتعلقة بصورة الجسد هي تلك المرتبطة ببتر الثدي mastectomie التساقط المفرط للشعر l'alopécie نتيجة العلاج الكيميائي و بفقدان الوزن و انخفاض تقدير الذات إضافة الى عجز الطرف الاخر (الزوج) عن فهم واستيعاب انفعالات المرأة (Anne Katz,2009,p5).

وهذا ما يفسر أهمية صورة الجسد في مجال الصحة النفسية اذ ان عدم الرضا عنها نتيجة بعض التشوهات او الادراكات السلبية للفرد لها تؤثر سلبا على صحته النفسية (Ledoux, M et al, 2002).

فلقد بدأ الاهتمام بصورة الجسم في المجال الطب النفسي Psychaitry لأول مرة، ويعد "بونييه" "Bonnier" من أوائل الممهدين لدراسة صورة الجسم، وجاء بعده "بيك" "Pick"، و "هنري هيد" "H.Head" الذي وضح بشكل ملائم نظريته المتعلقة بصورة الجسم واستنتج من ملاحظاته أن كل فرد منا يبني صيغة اجمالية لتكامل أجزاء جسمه، وأن هناك معيار يحكم به على أوضاعه وتحركاته. وفي عشرينيات القرن في فيينا نشط فريق عمل في دراسة صورة الجسم على رأسهم المحلل النفسي "شيلدز" "Schilder" وزميله "اوتو بوتزل" "Otto Poetzl" ليعمقا من دراسة صورة الجسم مهتمين بالدراسات الفارقة بين الفصاميين والمصابين بإصابات مخية (إبراهيم الأعرجي، 2017، ص 154).

حيث ان صورة الجسم لا يحددها شكل الفرد او قامته وإنما تحدد من خلال تقييمه الذاتي لجسمه في إطار سياقات ثقافية معينة. (Grogan 1999,131). وقد أكد عزيز ورونالد (Aziz, and roulande, 2003) على أن الكثير من الناجين من مرض السرطان لا يتمكنون من الشفاء من تلك الآثار الجسمية الناتجة عن الجراحة والعمليات الجراحية مما قد تؤثر فيهم بطريقة سلبية نتيجة محاولتهم للتكيف مع المخاوف المرتبطة مع صورة الجسم (سعيد بني مصطفى،2016، ص1987) فكل فرد منا يحمل صورة عقلية مثالية لذاته الجسمية Physical self، ومما لا شك فيه أن الصورة الجسمية تعد من الأمور الرئيسية التي تشغل تفكير الكثير من الناس خاصة المرأة لأنها أكثر حساسية اتجاه صورتها، وسرطان الثدي يمس الجزء الحساس من المرأة الذي يعني رمز الأنوثة والأمومة وأي تشوه أو خلل في الجسم قد يؤدي الى تشوه صورة الجسم Body image distortion.

ومن الأثار السلبية عن اضطراب صورة الجسم وتشوهها إمكانية ظهور أعراض القلق والاكتئاب، فالقلق يمثل الحالة النفسية التي تحدث للفرد بوجود خطر يهدده (مثل تشوه صورة الجسد) وهو ينطوي الى توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فيزيولوجية مختلفة مما يجعل الفرد في حالة من الضيق والقلق النفسي الذي يهدد الشخصية السوية ويعوق توافقها النفسي.

ويمثل الاكتئاب الخبرة الإنسانية التي تجعل الفرد في حالة من الحزن والكآبة وقد يكون سبب ظهور هذه المشاعر السلبية هو عدم حصول الفرد على صورة الجسم المثالية التي يرغب في تحقيقها. (عوض الزايدي، 1426هـ، ص 2)

وعلى ضوء ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية.

2. تساؤلات الدراسة:

1. هل توجد علاقة بين صورة الجسم بكل من القلق والاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان؟

التساؤلات الفرعية:

1.هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن؟

2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الوضع الاجتماعي؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الوضع الاجتماعي؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الوضع الاجتماعي؟

2. فرضيات الدراسة:

تبلورت فرضيات الدراسة كما يلي:

1.3. توجد علاقة بين صورة الجسم بكل من القلق والاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان.

2.3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن.

3.3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

4.3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن.

5.3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

6.3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن.

7.3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

4. أهداف الدراسة:

- ✓ التعرف على العلاقة بين صورة الجسم وبين بعض المتغيرات (القلق، الاكتئاب) لدى المرأة المبتورة الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان.
- ✓ التعرف على المرأة المبتورة الثدي ذات صورتها الجسمية وعلاقتها مع القلق المرتفع أو المنخفض لهن.
- ✓ التعرف على المرأة المبتورة الثدي ذات صورتها الجسمية وعلاقتها مع الاكتئاب المرتفع أو المنخفض لهن.
- ✓ الكشف حول مدى اسهام متغيرات (السن، الحالة الاجتماعية،) في التأثير على مستوى صورة الجسم والقلق والاكتئاب عند المرأة المبتورة الثدي جراء مرض السرطان.

5. أهمية الدراسة: تنبثق أهمية الدراسة الحالية في:

- توفير معلومات مرتبطة بمستوى كل من صورة الجسم لدى المرأة المبتورة الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان ومستوى شعورهن بالقلق والاكتئاب بعد الإصابة، وكذلك الكشف عن مدى تأثير متغيرات السن والحالة الاجتماعية في مستويات صورة الجسم والقلق والاكتئاب.
- الاهتمام بهذه الفئة من النساء وما تواجهه من مشكلات متعلقة بصورة الجسم والقلق والاكتئاب. بالإضافة الى إبراز دور الأخصائي النفساني الى جانب الطبيب للتكفل بهذه الفئة.

- تشجيع الباحثين على وضع برامج ارشادية وتوعوية لتقديم الدعم النفسي والأسري والمحيط بصفة عامة للنساء المبتورات الثدي.
- تنبيه لأهمية التكفل النفسي السريع لتجنب الإصابة باضطرابات مختلفة منها اضطراب صورة الجسم والاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات الناتجة عن اهمال الحالة النفسية لهذه الفئة.

6. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة.

1.6: صورة الجسم: هي الصورة الذهنية التي تكونها المرأة عن جسمها سواء في مظهرها الخارجي أو في مكوناتها الداخلية وأعضائها المختلفة، وقدرتها على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها، وما قد تصاحبها من مشاعر إيجابية أو سلبية عن تلك الصورة الذهنية للجسم (سعيد بني مصطفى،2016)، ويقاس بالدرجة التي حصلت عليها المفحوصات على مقياس صورة الجسم في هذه الدراسة.

2.6: القلق: "هو حالة تؤثر تأثير شامل ومستمر نتيجة لتهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية" (كفافي. والنيال، 1995)، ويقاس بالدرجة التي حصلت عليها المفحوصات على مقياس القلق في هذه الدراسة.

4.6: الاكتئاب: هو مجموعة من الأعراض السلوكية والجسمية والانفعالية التي تظهر لدى الفرد خلال فترة زمنية معينة كالحزن والقلق واضطراب المزاج والشعور بالذنب والإحباط والتعب والتشاؤم وغيرها (فرغلي،2007)، ويقاس بالدرجة التي حصلت عليها المفحوصات على مقياس الاكتئاب في هذه الدراسة.

5.6: النساء المبتورات الثدي: هن النساء اللاتي تم استئصال ثديهن نتيجة إصابتهن بمرض السرطان وكن يخضعن أثناء إجراء الدراسة للعلاج في المصلحة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل.

الفصل الثاني: صورة الجسم

- تمهيد

1. مفهوم صورة الجسم.
2. تاريخ صورة الجسم.
3. خصائص صورة الجسم.
4. مكونات صورة الجسم.
5. أبعاد صورة الجسم.
6. مراحل نمو صورة الجسم والعوامل المؤثرة فيها.
7. النظريات المفسرة لصورة الجسم.
8. الأثر النفسي والاجتماعي لاضطراب صورة الجسم

- خلاصة الفصل.

تمهيد:

ان معظم التجارب والخبرات المتعلقة بالجسم بالنسبة لعدد كبير من الأفراد مملوءة أو مشحونة بالاستياء أو السخط وعدم الرضا والانشغال الزائد عن الحد أو المبالغ فيه الذي يشعر فيه الفرد ذاتيا، لذلك يقوم هؤلاء الأفراد بمحاولات عديدة لتغيير مظهرهم ويعيشون في نضال مستمر من أجل تحقيق هذا الهدف، ومن ثم التعامل مع المشاعر أو العواطف السلبية الناتجة عن ذلك. وكل هذه الجهود تسهم الى حد كبير في ظهور عدد من الاضطرابات النفسية (الدسوقي،2006، ص01).

1. تعريف صورة الجسم:

عرفت Cuseck صورة الجسم بأنها اتجاه الذات وتعدد الأبعاد نحو جسم الفرد خاصة حجمه وشكله وجماله (Cuseck,2000,23).

ويشير جابر وكفافي 1989 بأن صورة الجسم: "صورة ذهنية نكونها عن أجسامنا ككل بما فيه الخصائص الفيزيقية والخصائص الوظيفية (إدراك الجسم)، واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص (مفهوم الجسم)، على أن صورة الجسم تتبع لدينا من مصادر شعورية ولاشعورية وتمثل مكونا أساسيا في مفهومنا عن ذواتنا" (النوبي،2010، ص22).

ويعرف "تومسون" (Thompson,1990) صورة الجسم بأنها "الصورة التي يكونها الفرد في ذهنه لحجم وشكل وتركيب الجسم الى جانب المشاعر التي تتعلق بهذه الصورة"، ويتمشى هذا التعريف مع ما ذكره "روزين وآخرون (Rosen et al,1991) من أن صورة الجسم "هي الصورة الذهنية –إيجابية أو سلبية– يكونها الفرد عن جسمه، وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة الميول السلوكية التي تظهر مصاحبة لتلك الصورة" (الدسوقي، 2006، ص2).

أما "شقير" فترى أن صورة الجسم هي الصورة الذهنية والعقلية التي يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءته، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم (شقير،2009، ص121).

تعريف شيلدر Schilder حاول أن يوضح السمة الاجتماعية لصورة الجسم، إذ أكد على أن صورة الجسم هي صورة اجتماعية بالضرورة وأن كل جوانب هذه الصورة تتشكل وتتطور من خلال العلاقات الاجتماعية، وصورة أجسادنا ليست منفصلة على الإطلاق عن صورة أجساد الآخرين ويبدل الفرد جهدا

متواصلا ليربط بين صورة جسمه وجسم الآخرين، ويمثل التقليد والتباهي والاسقاط الآليات الاجتماعية لتشكيل هذه الصورة (العاسمي نايل، 2015، ص24).

كما تعرف صورة الجسم حسب (National Eating Disorders Association, 2005) بأنها الادراك الحقيقي لشكل الجسم ولأجزائه المختلفة، والإيمان بأن كل جسد عبارة عن هيئة وشكل فريد في نوعه يتميز عن البقية.

من خلال التعريفات السالفة الذكر تعرف الباحثة صورة الجسم بأنها صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد شعوريا او لا شعوريا عن جسمه سواء مظهره الخارجي أو الداخلي وتكون هذه الصورة إيجابية أو سلبة وذلك تبعا لخبراته الانفعالية السابقة.

2. تاريخ مفهوم صورة الجسم:

يرى فيشر (Fisher, 1990-1986) أن مفهوم صورة الجسد له تاريخ طويل، ففي بداية القرن العشرين ركزت المفاهيم والدراسات التي تناولت صورة الجسم على المرضى الذين لديم إعاقة من الناحية العصبية، وعلى الرغم من أن هذه الجهود قد أدخلت صورة الجسم الى الساحة العلمية إلا أن الجوانب النفسية المتعلقة بصورة الجسم حظيت باهتمام ضئيل، أما علماء منتصف القرن العشرين أمثال شيلدر (Schilder) وشيرير (Scheerer) ووتكن (Witkin) وفيشر (Fisher) وشونتز (Shontz)، ذهبوا الى ما وراء المجال العصبي المرضي وتوصلوا الى منظور سيكولوجي متنوع عن التجارب المتعلقة بصورة الجسم في الحياة اليومية، وفي أواخر القرن العشرين ظهرت العديد من البحوث التي اهتمت بدراسة صورة الجسم نتيجة الاهتمام المتزايد بالاضطرابات الإكلينيكية المرتبطة بالأكل (الدسوقي،2006، ص16).

وقد بدأ الاهتمام بصورة الجسد في مجال النيرولوجيا والطب النفسي، ويعتبر بونييه Bonner الذي درس اتجاهات الفرد نحو جسمه قبل مطلع 1990 وبيك الذي درس اضطرابات الاتجاه لسطح الجسم وشبح الأطراف ممن مهدوا لدراسات صورة الجسم ثم يأتي هنري هيد Head.H أول مؤسس لنظرية حول الجسم ليبين كيف أن لكل منا صيغة إجمالية لتكامل أجزاء الجسم من ثم معيار يحكم به على أوضاع وتحركات الجسم ولقد عمق المحلل النفسي بول شيلدر Shilder.P دراسات حول صورة الجسم منذ حقبة مبكرة واهتم بدراسات فارقية بين الفصامين والمصابين بإصابات مخية (فرج وآخرون، 1997، ص52).

3. خصائص صورة الجسم:

من أبرز الخصائص التي تميز صورة الجسم نذكر منها:

- **صورة الجسم ليست موضوعية:** هي الخبرة الشخصية وتقييم الفرد لجسده، وتشير الى الادراكات والتصورات أو الأفكار والمشاعر التي تتعلق بالجانب الجسدي من شخصية الفرد (مشاعل،2010، ص15)
- **صورة الجسم ليست ثابتة:** هي تتشكل وتتغير نتيجة تفاعل الشخص مع الآخرين والأحداث الموقفية، وترتبط أيضا بالتغيرات البيولوجية والنفسية الاجتماعية للفرد (المطيري،2008، ص3). إذن هي مفهوم يتغير باستمرار ويرتبط بنواحي النمو الأخرى.
- **تؤثر على الأنماط السلوكية:** حيث تتضمن هذه الأنماط الإعتناء بالمظهر والمحافظة عليه، وتؤدي الى تقدير الذات والاستحسان الاجتماعي وتتضمن كذلك المواقف التي تقوم بدور سلبي وتؤدي الى الشعور باليأس من صورة الجسم.
- **تؤثر على العمليات المعرفية:** فالناس الذين يكونون رسما تخطيطيا لمظهرهم يقومون بتكوين معلومات ضمنية عن مظهرهم بطريقة مختلفة عن الأشخاص الذين لا يوجد لديهم رسم تخطيطي لصورة الجسم.
- يتم تقدير أو استخراج صورة الجسم اجتماعيا فهي متصلة بأنماط التفاعل والاهتمام بإقامة علاقات وتفاعل الفرد، فصورة الجسم تعتبر لوحة اعلان خاصة تزويد الآخرين بأول انطباع عن الذات (فرغلي، 2007، ص13).

4. مكونات صورة الجسم:

1.4 قسم "روزين" وآخرون (Rosen et al, 1991) بصفة عامة المظهر الجسمي الى ثلاث مكونات:

- مكون إدراكي Perceptuel Component: يشير الى دقة إدراك الفرد لحجم نفسه.
- مكون ذاتي Subjective Component: يشير الى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم.
- مكون سلوكي Behavioral Component: يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي.

2.4.كما قسمها أحد العلماء حيث ذكر أن صورة الجسم تشمل على مكونين مهمين أولهما المثال الجسمي ويعرف على أنه النمط الجسمي الذي يعتبر جذابا ومناسبا من حيث العمر، بينما يتمثل الثاني في مفهوم الجسم ويعرف بأنه الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم فضلا عن الصورة الادراكية التي تكونها الفرد حول جسمه (كفافي. والنيال، 1995، ص21-22).

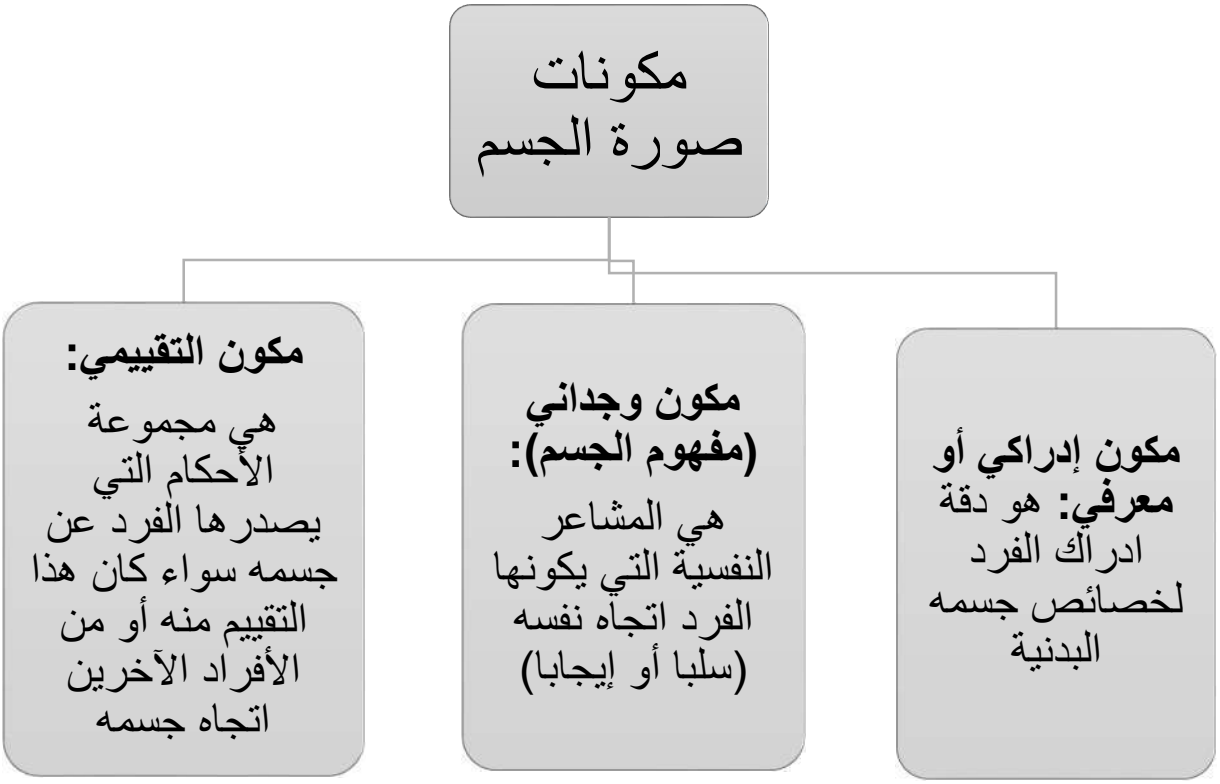
3.4 ويذكر شاهين (2003، ص349) ثلاث مكونات أساسية لصورة الجسم:

– المكون المعرفي: ويتضمن الخصائص والصفات التي يدركها الفرد ويعتبرها خصائصه البدنية، كأن تصف المرأة بدنها بأنه قوي أو طويل أو نحيف.

– المكون الوجداني: ويتضمن مشاعر الفرد واتجاهاته النفسية حيال بدنه سواء بالقبول أو بالاستحسان أو بالرفض وعدم الرضا.

– المكون التقييمي: وهو الذي يتعلق بالأحكام التي يصدرها الفرد على جسمه وخصائصه البدنية سواء كان هذا التقييم ذاتيا أو كان التقييم معزوا للآخرين.

ومما سبق يمكن القول مكونات صورة الجسم لها أهمية كبيرة في مدى إدراك الفرد لجسمه ومدى تقييمه له ولذاته، وحتى أنها تتأثر بنظرة وتقييم الأفراد الآخرين له وينعكس ذلك اما بالإيجاب أو بالسلب على سلوكه وأداءه، ويوضح المخطط (1) التالي ملخص مكونات صورة الجسم:



المخطط (1): مكونات صورة الجسم

5. أبعاد صورة الجسم:

يتفق الباحثون في صورة الجسم على نحو متزايد أن صورة الجسم مفهوم متعدد الأبعاد ويشير "كاش ويروزينساي" (1990) الى أن صورة الجسم تتعلق بموقف الذات متعدد الأبعاد نحو جسم الفرد التي ترتكز على المظهر بالذات (الأشرم،2008، ص60).

ووضع كل من "الكفافي والنيال (1995، ص64) أربعة أبعاد لصورة الجسم وهي كالتالي:

- بعد يتعلق بالوزن.
- بعد يتعلق بالجاذبية الجسمية.
- بعد يتعلق بالتآزر العضلي.
- بعد يتعلق بتناسق أعضاء الجسم.

بينما ترى "شقير" (2004، ص1998) أن صورة الجسم تنقسم الى ستة ابعاد:

الجاذبية الجسمية – التناسق بين مكونات الوجه الظاهرية – التآزر بين أشكال الوجه وباقي أعضاء الجسم الخارجية والداخلية – المظهر الشخصي العام – التناسق بين الجسم والقدرة على الأداء لأعضاء الجسم المختلفة – التناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوى التفكير.

ووضع فايد (1999، ص201) أربعة أبعاد تمثلت في:

- بعد عن الرضا عن الوزن.
- بعد النحافة كصفة جيدة للحياة.
- بعد الرسائل البين شخصية عن الحياة.
- بعد تقدير وممارسة تمارين الرياضة.

ويرى أنور أن صورة الجسم تتبلور حول أربعة أبعاد هي: صورة أجزاء الجسم – والشكل العام للجسم – والكفاءة الوظيفية للجسم – والصورة الاجتماعية للجسم.

ويشير جمال فايد أنها تنقسم الى ثلاث أبعاد:

- الرضا عن مظهر الجسم.
- الرضا ملامح الوجه والشكل الخارجي.
- الرضا عن المظهر بصفة عامة.

يتضح مما سبق أن الباحثين يتفقون على أن لصورة الجسم متعددة الأبعاد، ولكن يختلفون من حيث طبيعتها، حيث أن أغلبها يشير الى المظهر الخارجي وجاذبيته (الشكل، الوزن، المظهر...)

6. مراحل نمو صورة الجسم والعوامل المؤثرة فيها:

1.6. نمو صورة الجسم: يبدأ الفرد في تكوين ذاته بأفكار واتجاهات ومعاني ومدركات حول نفسه وتنمو لديه صورة ذهنية نحو جسمه متضمنة الخصائص الفيزيقية والخصائص الوظيفية واتجاهاته نحو هذه الخصائص (العاسمي نايل، 2015: 71).

1.1.6. مرحلة قبل الولادة:

أشار "ستار وفيشر" الى أن تطورات صورة الجسد تبدأ قبل الولادة وتتضمن الصورة المسبقة التي يكونها الوالدين عن المولود الجديد ويحبان أن تكون هذه الصورة تامة، بشكل وبآخر تتأثر بالصورة الجسدية للوالدين. فعندما يولد الطفل تتم المقارنات بين الصورة المتخيلة والصورة الحقيقية عن الطفل أي صورة الوالدين المثالية وصورة الطفل الفعلي، فعندما تكون الصورتين متقاربتين نوعا ما فإنهما سيستقبلان الطفل بمحبة إضافة الى اشباع حاجاته المادية والمعنوية، وكل هذا سوف يؤدي الى إحساس الطفل بقيمته وهذا الشعور بالمقابل هو الأساس لصورة الجسد الآمنة في المستقبل (العاسمي نايل،2015، ص73).

2.1.6. مرحلة الطفولة:

ينظر الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة الى جسمه بشكل عام وكلي فهو لا يدرك التفاصيل الدقيقة التي تميز أبعاد جسمه، ولكن إدراكه يتطور مع نهاية هذه المرحلة ثم يبدأ في المقارنة بين جسمه من حيث الشكل والحجم وأجسام أقرانه وينتبه بصفة خاصة الى الطول والقوة البدنية (كفافي. وجابر،1989، ص24).

ويكون شكل الأبوة مهما أثناء هذه المرحلة لأن الاتجاهات والمواقف الأبوية تشكل بصمة وانطباع لمفهوم الطفل عن ذاته وجسمه ووظائفه.

عندما يدخل الطفل للمدرسة لأول مرة فإنه يحتك بأقرانه وهؤلاء الأقران يلعبون دورا مهما في تطوير صورة الجسم (العاسمي نايل،2015، ص76).

3.1.6. مرحلة المراهقة:

تعرف المراهقة بمرحلة البلوغ وتغيرات النمو وأثناء هذه المرحلة يواجه المراهقون زيادة الوعي عن أجسامهم بسبب التغيرات البدنية التي تحدث، ويصبح المراهق أكثر إدراكا لنفسه وفحصا لذاته وحيرة حول جسمه النامي (أحميدان قاضي، 2009، ص41). كما ينظر المراهق لكل عضو من أعضاء جسمه وكأنه جزء قائم بذاته، وتتأثر صورة الجسم لدى المراهق بتعليقات وتقييمات الآخرين. كما أشار ديون Deyon بتحديد معيار الجاذبية في هذه المرحلة من خلال إقبال الأخرين على تكوين صداقات وعلاقات اجتماعية مع المراهق (كفافي. وجابر،1989، ص24).

4.1.6.مرحلة الرشد:

يصل الفرد الى مرحلة الرشد وهي مرحلة هدوء نسبي، يتوافق بصورة جسمه ويقتنع بها من حيث الطول وملامح الوجه ولكن توجد درجة عدم الرضا عن الذات الجسمية فيما يخص الوزن عند النساء (العاسمي نايل،2015، ص78).

5.1.6.مرحلة الشيخوخة:

يدرك المسن التغيرات التي تطرأ على جسمه ولكنها لا تمثل محورا جادا في تفكيره بقدر ما يشغله سلامة صحته وأن يجد من يرعاه ويهتم به، فترجع صورة الجسم في مرحلة الشيخوخة الى الشكل الكلي العام وتبتعد عن الخصوصية والجزئية (كفافي. جابر،1989، ص25).

ترى الباحثة أن صورة الجسم مثلها مثل قدرات الفرد فهي تمر وتنمو عبر المراحل العمرية من مرحلة ما قبل الولادة ومرحلة الطفولة المبكرة نهاية بمرحلة الشيخوخة، وفي هذه المراحل تتكون وتتطور حسب كل فرد تبدأ في مرحلة الطفولة بالشكل العام والكلي ثم في يدرك الفرد تفاصيل الأجزاء الصغيرة في مرحلة المراهقة بعدها يصل الفرد مرحلة الهدوء النسبي وهي مرحلة الرشد وأخيرا مرحلة الشيخوخة حيث ترجع صورة الجسم لتكون عامة ويصبح الفرد يهتم بصحته غير مبال بالتطورات الجديدة التي تطرأ على جسمه.

2.6. العوامل المؤثرة في نمو وتشكل صورة الجسم:

تتغير صورة الجسم بصورة دائمة نظرا لتفاعلها مع مجموعة العوامل التالية:

- المرحلة العمرية التي يمر بها الشخص: حيث أن صورة الجسم في العشرينات ليست كصورة الجسم في الأربعينيات.

- مخزون الذاكرة والحواس: حيث تتأثر الصورة الجسمية بما هو مخزن في الذاكرة من صور ترى وسائل الإعلام.
- آراء وتعليقات الآخرين: حيث يبدأ تأثيرها من عمر صغير من خلال تعليقات الأهل ثم الزملاء في المدرسة والعمل أو الطرف الآخر.
- الثقافة السائدة في المجتمع: وتتعلق مثلا بالفرد البدين الذي يجد صعوبة في الدراسة والعمل وحتى الزواج نظرا لتهكم الغير عليه حيث يعتبر رمزا للقبح والغباء.
- القيم الاجتماعية السائدة: ويتعلق الأمر بشكل وحجم الجسد المرغوب حيث أصبحت الرشاقة رمزا للإثارة والنجاح.
- الحالة المزاجية: حيث تتأثر صورة الجسم بالحالة المزاجية خاصة لدى النساء فهن يملن الى رؤية أجسادهن أقل جاذبية وأكثر ضخامة عندما يكن في مزاج سيء.
- تغيرات الجسم المحددة بيولوجيا التي تحدث أثناء البلوغ والحمل وكذلك الناتجة عن عاهة أو مرض (بتر الثدي جراء مرض السرطان) أو حادث.
- إحساس الشخص اتجاه نفسه وتقديره لذاته، وكذلك ما يتعرض له من عنف نفسي.

(نوبي،2010، ص31)

7. **النظريات المفسرة لصورة الجسم:** نظرا لتشعب موضوع صورة الجسم اختلفت التفسيرات النظرية باختلاف نظرة العلماء وتخصصهم من بينها:

1.7. النظرية البيولوجية: يعتبر طبيب الأعصاب هنري هيد H. Head الباحث الأول الذي استعمل تعبير صورة الجسم وأول من وصف مفهوم صورة الجسم، وهذه الصورة هي اتحاد خبرات الماضي مقترنة بأحاسيس الجسم الحالية التي نظمت في اللحاء الحسي للمخ. ولاحظ "هيد" أن الحركات السلسة وتوافق مواضع الجسم يدل ضمنيا على الوعي المعرفي المتكامل لحجم وشكل وتكوين الجسم، وأضاف أن صورة الجسم تتغير بشكل ثابت بالتعلم كما درس تأثير المخ وضرر الجسم على مخطط الجسم (الأشرم، 2008، ص26).

ويرى كليف Kliff أن صورة الجسم يمكن أن تقسم الى خلاف خارجي للجسم والحجم أو الفراغ الداخلي للجسم، ويعتبر الجسد غلافا للجسم ويأتي إدراك غلاف الجسم من الجلد والمعلومات البصرية، ويعتقد أن حجم أو فضاء الجسم يظهر من التوازن العميق للجسم، وأن الحركة والنشاط البدني مهمان في تشكيل وصيانة وحفظ صورة الجسم.(أحميدان قاضي،2009، ص38)

2.7. النظريات النفسية: وتندرج ضمنها عدة نظريات أهمها:

1.2.7. النظرية الإنسانية: عند روجرز Rogers الذات المحور الأساس للشخصية، إذ تتضح شخصية الفرد بناء على ادراك ذاته، فالخبرات التي يمر بها أو المواقف التي يتعرض لها لا تؤثر في سلوكه إلا تبعا لإدراكه لذاته، ولما كان لصورة الجسم أهمية كبرى من خلال تداخلها مع تقدير الفرد لذاته، فإن الفرد يقيم ما يتعرض له من خبرات على ضوء فيما إذا كانت تشعره بالتقدير الإيجابي للذات، فالتجارب الماضية خاصة أحداث وخبرات الطفولة التي ترتبط بصفات الفرد الجسمية لها تأثير في إدراك الفرد لصورة جسمه كما لها تأثيرا قويا وفعالا على توافق الشخصية، بحيث يعتقد "روجرز" أن لكل فرد حقيقته وصورته عن ذاته كما خبرها وأدركها هو، لذا فهي تعد العامل الحاسم في بناء شخصيته وصحته النفسية.

(الجبوري،2007، ص356)

2.2.7. النظرية السلوكية: يرى أصحاب هذه النظرية أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها، ويكتسب منها أنماط الحياة والمعايير الاجتماعية والتي تكون من مجموعة من المحددات السلوكية لدى الفرد، والتي تكون صورته عن جسمه ولكون صورة الجسم تظهر في مرحلة الطفولة حيث يكون الفرد متأثرا بجو الأسرة وبعبارات الذم والمدح، وبتعليقات الوالدين وبتقييمهم لأجسام أبناءهم، فإن ما تطلقه الأسرة من تعزيزات نحو أبنائها ومثله أيضا تعزيزات الرفاق والأصدقاء تؤثر في درجة قبول الفرد لجسمه.

(الجبوري،2007، ص356)

3.2.7. نظرية التحليل النفسي: أوضح فرويد Freud في نظرته عن الليبيدو إلى أن مناطق الاستثارة الجنسية هي مناطق الجسم ومناطق الحساسية الجسمية، ان شخصية الفرد تتطور بحسب تتابع سيطرة الاحساسات الجسمية، ويبدأ الفرد في تكوين صورة جسمه عن طريق نمو الأنا التي تهيئ الليبل له ليكون قادرا على التمييز بين ذاته وبين الآخرين. وتشير نظرية التحليل النفسي الى ان اضطراب صورة الجسم لدى الفرد واختلال الشخصية تعود كلها الى تطور الحياة الجنسية في السنوات الأولى من العمر (الجبوري،2007، 535). حيث ركز "فرويد" في مفهوم صورة الجسم على مفهومين هما تطور الأنا والجنس، إذ يرى لصورة الجسم دلالات وإن تطور الأنا المبكر يحدث بسبب مفاهيم تعلم الطفل ادماج الاحساسات من سطح جسمه، واستعمال هذه الاحساسات قاعدة للتمييز بين العالم الخارجي وعالمه الداخلي (طالب، 2001، ص53).

كما أوضح "فرويد" أيضا في نظريته عن الليبيدو أن مناطق الاستثارة الجنسية هي المناطق الحساسة في الجسم، وأن شخصية الفرد تتطور وفق تتابع الاحساسات الجسمية ويبدأ الفرد في تكوين صورة جسمه

عن طريق نمو الأنا التي تهيئ السبل له ليكون قادرا على التمييز بين ذاته والآخرين، ووفق نظرية "فرويد" فإن اضطراب صورة الجسم الذي يحدث لدى الأفراد واختلال شخصياتهم تعود الى تطور الحياة الجنسية في السنوات الأولى من عمرهم (خوجة،2011، ص24-25).

ويرى أدلر Adler أن أسلوب الحياة يتشكل كرد فعل لمشاعر النقص التي يحس بها الفرد سواء أكانت مشاعر حقيقية أو وهمية، فالفرد الذي يكون أسلوب حياته قائما على تدني نظريته الى نفسه تضطرب صورة جسمه مما يؤثر على توازن الشخصية بكاملها، كما أن الفرد عندما يكون له عضوا ذا قيمة دنيا من حيث الشكل لأسباب قد تكون عضوية، فإن هذا الفرد يعمل جاهدا كي يطور أحاسيسه المعمقة بالنقص ويحاول بشتى الطرق تعويض النقص الجسمي لديه باستعمال عضو آخر، أو من خلال تكثيف استعمال العضو ذي القيمة الدنيا وذلك لكي يتقبل صورة جسمه ويتخلص من سيطرة الإحساس بالنقص والنظرة الدونية، وأن العيب لن يؤثر في مفهومه عن جسمه بل العكس يعد قوة دافعة وسببا في كل ما يحققه الانسان من تفوق.

(الجبوري،2007، ص535)

ويتكلم أنزيو Anzieu عن أهمية الجلد في صورة الجسم والذي يلعب دورا مهما في الشعور بوحدة الجسم، وفي تكوين الأنا التي أطلق عليها "أنا الجلد" الذي يستعمله الطفل خلال مراحل النمو الأولى كي يمثل نفسه عن طريق تجاربه الجسمية.

(الجبوري،2007، ص535)

7- الأثر النفسي الاجتماعي لاضطراب صورة الجسد:

إن التغيرات الجسدية التي تطرأ على الفرد تؤثر على حالته النفسية بشكل كبير فيترتب على هذه التغيرات اضطرابات نفسية وانفعالات متقلبة قد تودي عند بعضهم الى الشعور بالخجل والانطواء عند البعض الآخر إلى تفكير خيالي بعيد عن الواقع أشبه ما يكون بأحلام اليقظة. (أبو جادو، 2011. ص. 415)

ومما لا شك فيه أن مظهر الفرد يؤثر في حالاته النفسية وحتى علاقاته الاجتماعية حيث يتأثر من ردود أفعال الآخرين اتجاه مظهره وجسمه وحتى تعليقاتهم وقد يلاقي الفرد الرفض وعدم الاهتمام الأخر به بسبب شكله ما يسبب شعور بالنقص والدونية وهذا يجعله في مقارنة دائمة لجسمه مع الآخرين أو الانعزال والانسحاب من المواقف الاجتماعية تفاديا للحرج والتوتر.

يرى "الدسوقي"أنه من الأمور البديهية هو كون المظهر الجسمي يشكل هاجسا واحد من الأمور الأساسية التي تشغل بال الكثير من الأشخاص على اختلاف أعمارهم، ويظهر ذلك بشكل واضح فيما يتعلق بالنظرة الخارجية التي تهتم بتأثيرات اجتماعية للشكل والمظهر والنظرة الداخلية التي تشير للتجارب والخبارات التي تختص بمظهر الفرد وما يبدو عليه على الواقع، حيث يشير الدسوقي أن التميز بين النظرة الداخلية والخارجية يعتبر ذو أهمية بالغة لأننا لا نرى أنفسنا بطريقة التي يرانا بيها الآخرون (الدسوقي، 2006. ص. 15).

خلاصة:

يتضح مما سبق أن صورة الجسم تمثل صورة ذهنية وعقلية يكونها كل فرد منا عن جسده، أو طريقة إدراك كل واحد منا لجسده ومظهره، حيث تمثل هذه الصورة وطريقة بنائها في الذهن أهمية كبيرة على حياة الأفراد وتفاعلاتهم اليومية مع الآخرين، وبختلف تفسير صورة الجسم باختلاف النظريات المفسرة لها، إلا أنها تجتمع في اضطراب صورة الجسم والذي هو عبارة عن انشغال الفرد الزائد عن الحد، نتيجة لعيب في الجسم.

الفصل الثالث: القلق

- تمهيد

1. تعريف القلق.
2. أنواع القلق.
3. أسباب القلق.
4. أعراض القلق.
5. فيزيولوجية حدوث القلق.
6. النظريات المفسرة للقلق.
7. الواقع النفسي عند مرضى سرطان الثدي.

- خلاصة

تمهيد:

يعد القلق جزءا طبيعيا من حياة الانسان يؤثر في سلوكه، وهو علامة على انسانيته، وحقيقة من حقائق الوجود، وجانب دينامي في بناء الشخصية ومتغير من متغيرات السلوك، وينشأ القلق عند جميع الأفراد في مختلف مواقف التحدي التي تواجههم وهذا شيء طبيعي، لأنه يصبح يشكل دافعا للفرد لاتخاذ الإجراءات السلوكية المناسبة لمواجهة الموقف، ولكنه يصبح خطرا إذا زادت درجته عن الحد الطبيعي، وعندها قد يرتبط بالاضطرابات السلوكية وقد يختلط ويتقاطع مع الخوف والصراع والوهم ومواقف الإحباط التي قد يتعرض لها الفرد في حياته (الموني ونعيم،2013، ص173)

1. تعريف القلق:

يعرف القلق حسب الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية "5": انه قلق زائد وانشغال (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (DSM 5، 2013، ص97).

تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي أنه خوف أو توتر وضيق ينبع من توقع الخطر غالبا ما يكون مصدره مجهولا الى درجة كبيرة، ويعد مصدره غير واضح، ويصاحب كلا من الخوف والقلق عدد من التغيرات الفيزيولوجية (American Psychiatric Association, 1994,P435).

ويمكن القول أن القلق هو حالة نفسية تظهر على شكل خوف او توتر يعاني منها الفرد من شيء غالبا ما يكون مصدره مجهولا، كما تصاحبه بعض الأعراض الفيزيولوجية.

2. أنواع القلق:

يرى "سيغموند فرويد" أن القلق يظهر كرد فعل لحالة من حالات الخطر التي تواجهه، فإذا انتهت هذه الحالة انخفضت او تلاشت أعراض القلق وإذا عادت اليه ظهرت أعراض القلق مرة أخرى (الشناوي،2000، ص377). وقد ميز بين نوعين من القلق:

- **القلق الموضوعي:** ويكون مصدره خارجيا حيث يعبر عن رد فعل لخطر خارجي معروف، ويطلق عليه أسامي أخرى: القلق الواقعي، القلق الحقيقي، القلق السوي (فرج،2009، ص129).
- **القلق العصابي:** وهو شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى الفرد نفسه (فرج،2009، ص130). وهو عبارة عن خوف غامض غير مفهوم ولا يستطيع الفرد الذي يشعر به ان يعرف سببه، ويدفع

هذا القلق صاحبه بالتربص ليتعلق بأي فكرة او أي شيء خارجي ليسقط عليه الأسباب، وفي واقع الأمر فإن مصدر هذا القلق هو رد فعل لخطر غريزي داخلي وليس خارجي (حسين، 2008، ص16).

يشير "سبيلبرجر" (Spielderger,1976) أن القلق نوعان:

- **قلق السمة** Anxiety trait حيث يعرفه بأنه:" الحالة التي تشير الى فروق ثابتة في النزوع والميل الى القلق، وتعكس فروق فردية في تكرار وشدة ظهور حالات القلق في الماضي واحتمالية ان هذه الحالات ستعاني منها الشخص مستقبلا، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك بل نستنتج تكرار حالة القلق وشدتها لدى الفرد على امتداد الزمن.
- **قلق الحالة** Anxiety state فتشير أن القلق حالة طارئة انفعالية أو وقتية في الانسان تتنوع وتختلف في شدتها وتكرارها عير الزمن، وتتميز بإدراك ذاتي شعوري لمشاعر التوتر ويرتفع مستوى حالة القلق عندما يدرك الفرد أنه يوجد مواقف تهدده. (Spielderger,1976 ,p7).

على الرغم من أن قلق الحالة وقلق السمة يعدان النوعان الأكثر تواترا في التراث النفسي، إلا أنه يمكن تحديد أنواع متعددة من القلق، ويمكن تقسيم القلق الى خمس أنواع رئيسية هي:

- **القلق الموضوعي:** وهو رد فعل لإدراك خطر خارجي يتوقعه الفرد أو يشعر به أو يراه متقدما، ويعبر عن خبرة انفعالية مؤلمة تنتج عن إدراك مصدر للخطر.
- **القلق العصابي:** وهو قلق يكون مصدره داخلي ذو أسباب مجهولة لاشعورية، ولا يود لها ما يبررها.
- **القلق الخلقي:** وهو قلق ينتج نتيجة صراع في المنظومة القيمية للفرد، وغالبا ما يحدث حكم الأنا الأعلى على ارتكاب ذنب أو نتيجة احباطات بين مكونات الأنا الأعلى.
- **القلق العام:** وغالبا ما يعبر عنه بمفهوم القلق وهو شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية مثل زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة مثل ضيق التنفس والصداع والشعور بنبضات القلب.
- **القلق الثانوي:** وهو القلق المصاحب للاضطرابات النفسية والمرضية الشديدة كالهستيريا والفصام. (العنزي، 2007، ص20)

3. أسباب القلق:

على الرغم من تعدد وجهات النظر في الأسباب التي تأدي الى ظهوره إلا أن النظرة العامة والشاملة تتوجب علينا وضع جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي أهم الأسباب:

- **الاستعداد الوراثي:** تعد الوراثة من الأسباب المهمة التي تؤدي الى القلق حيث أكدت بعض الأبحاث الحديثة فعالية العوامل الوراثية في ظهور القلق، ومن بين هذه الأبحاث الدراسة التي أجريت على التوأم حيث تبين أن التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة متشابهة تؤدي الى ظهور أعراض القلق لدى التوأمين.
- **العمر:** المرحلة العمرية أحد العوامل المؤثرة في القلق، إذ يزداد مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ضموره لدى المسنين، فيظهر القلق لدى الأطفال بأعراض مختلفة عن الراشدين، فيكون القلق لدى الأطفال على شكل خوف من الظلام ومن الحيوانات، أما المراهقين فيكون على شكل الشعور بعدم الأمن والخجل. وعادة تضعف أعراض القلق في مرحلة النضج لتظهر في مرحلة سن اليأس او الشيخوخة، ويمثل القلق واحد من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للاضطرابات الوظيفية.

(فرج،2009، ص101)

- **الاستعداد النفسي العام:** تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي او الخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه والتوتر النفسي الشديد والشعور بالذنب والعقاب وتوقعه –مثل النساء اللاتي تعرضن لبتر ثديهن بسبب الإصابة بمرض السرطان– ويعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة وعدم تقبلها، كما يؤدي فشل الكبت الى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد، أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة للفرد مثلا في الحصول على جسم مثالي.
- **العوامل الاجتماعية:** ينظر للعوامل الاجتماعية وفق النظريات النفسية بالمثيرات الأساسية للقلق أو بالعوامل الأساسية لحدوث القلق، ولا شك أن حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددها وتشعب جوانب الحياة المقلقة لاسيما في عصر اتسم بالقلق. وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة والفشل في الحياة... (فرج،2009، ص102).

4. أعراض القلق:

حسب الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية الطبعة الخامسة فإن أعراض القلق هي كالتالي:

B- يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال.

C- يصاحب القلق والانشغال ثلاثة أو أكثر من الأعراض الست التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة اشهر الأخيرة):

- تململ أو شعور بالتقييد أو بأنه على الحافة.
- سهولة التعب.
- صعوبة التركيز أو فراغ العقل.
- استثارة.
- توتر عضلي.
- اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم او البقاء نائما او النوم المتململ واللامرضي).

D- يسبب القلق أو الانشغال القلقي أو الأعراض الجسدية إحباطا هاما سريريا أو انخفاض في الأداء الاجتماعي او المهني او مجالات أخرى هامة من الأداء.

E- لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى مثل فرط نشاط الدرق.

F- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر، كالقلق أو الانشغال حول حصول هجمات الهلع في اضطراب الهلع، التقييم السلبي، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، العدوى والوساوس الأخرى كما في الوسواس لقهري، اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، أو محتوى الأوهام في افصام أو الاضطراب التوهمي... (DSM5، 2013، ص97).

5. فيزيولوجية حدوث القلق:

تنشأ أعراض القلق من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، إذ تزداد نسب هرمون الأندرينالين والنورادرينالين في الدم ويطلق السكر من مخازنه في الدم، ويصاحب ذلك التغيرات جسمية مثل شحوب في الجلد وزيادة التعرق وأحيانا ارتجاف الأطراف (عكاشة، 2003، ص135).

وتعد منطقة الهايبوثالاموس في الدماغ في المركز الأساسي للشعور بالانفعالات والتعبير عنها، إذ أن الهايبوثالاموس هي المنطقة المسيطرة على الجهاز العصبي اللاإرادي، وتتصل من خلال دوائر عصبية بقشرة الدماغ وتنتقل الدوائر العصبية السيالات العصبية المتأثرة بالمنبهات الخارجية وهرمون السيروتونين والدوبامين والنورادلينالين الى مراكز الدماغ الهايبوثالاموس ليصدر أوامره للإستجابة لها، وعندها يمكن أن تظهر حالة القلق في حال كان هناك تهديد أو خطر على المستويين الفعلي والرمزي (عكاشة،2003، ص136).

6. النظريات المفسرة للقلق:

1.6. نظرية التحليل النفسي:

وهناك عدة نظريات تحليلية تختلف في تفسيرها للقلق منها:

نظرية أتورانك: يعد أوتورانك صدمة الميلاد هي المشكلة الرئيسية للإنسان وليست العقدة الأديبية، فهي تحرك في اللاشعور ذلك القلق الأصلي الناشئ عن الانفصال عن رحم الأم، فالطفل قبل ولادته كان ينعم باللذة والسعادة في رحم أمه وميلاده عبارة عن طرده من تلك الجنة فيشعر بصدمة شديدة مؤلمة ينتج عنها مشاعر القلق الأولى ثم تأتي خبرات الانفصال التالية ليتكرر شعور القلق مرات أخرى (الدسوقي، 2006، ص93).

نظرية أدلر: يرى أدلر أن الأطفال عادة ما يشعرون بضعفهم وعجزهم إذا ما قارنوا أنفسهم بالكبار، ويؤدي ذلك شعور الفرد في المستقبل بالنقص والذي يحاول تعويضه عن طريق كسب حب وصداقة الآخرين، ولكنه يشعر بالقلق إذا ما فشل في ذلك. وركز أدلر على التأثيرات الثقافية في السلوك مفترضا أن الشخصية اجتماعية بفطرتها وأن الشعور بالنقص يتوسط الدافعية الإنسانية، كما أوضح أيضا أن الشعور بالقلق ينشأ عند شعور الفرد بالنقص العضوي أو الاجتماعي أو العقلي الذي قد يصاب به الفرد خاصة في مرحلة الطفولة (دافيدوف، 2000، ص177).

2.6. النظرية السلوكية:

يركز السلوكيون اجمالا على عملية التعلم، حيث يؤكدون أن الانسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما السلوك السوي، ويركز السلوكيون الأوائل أمثال "واطسون" على أن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة القلق او الخوف ويصبح الخوف من المثير الشرطي دافعا مكتسبا (فرج،2009، ص135).

ويعد "دولار وميلر" من أشهر السلوكيين التي أخذت نظريتهما في القلق شكل العمل التجريبي الذي يتصف به العمل في موضوع التعلم، ويحدد نوعين من الدافعية للتعلم: الدوافع الأولية وهي التي تشبه مكونات الهو عند فرويد، والدوافع الثانوية: وهي دوافع لا حصر لها وتعد أكثر أهمية وتأثير، وهي تكسب من خلال عملية التعلم ومبادئ الثواب والعقاب والتعزيز. وفق ذلك فإن القلق يعد من الدوافع الثانوية التي يتم تعلمها من خلال تدعيمها بالموضوعات والأحداث غير السارة التي يخبرها الفرد (العنزي،2007، ص 31).

3.6. النظرية المعرفية:

هناك الكثير من النظريات والنماذج المعرفية التي تفسر القلق من أشهرها نموذج بيك:

النموذج المعرفي للقلق عند "آرون بيك": ركز "بيك" أعماله في الاكتئاب إلا أنه طابق مفاهيمه المعرفية عن الأفكار التلقائية والتحريفات المعرفية والتخطيطات المعرفية في تفسير الاضطرابات الانفعالية الأخرى ومنها القلق، ويرى "بيك" أن هذه الاضطرابات الانفعالية تكون ناتجة أساسا عن اضطراب في تفكير الفرد، فطريقة تفكير الفرد وما يعتقده، وكيف يفسر الأحداث من حوله كلها عوامل هامة في الاضطراب الانفعالي (القاضي،2009، ص21).

إذ يعد "بيك" الخلل في التفكير الواقعي هو المكون الأساسي لاضطراب القلق، وتتألف مظاهر الاضطراب الفكري المميزة لمريض القلق بما يأتي:

- **أفكار متكررة عن الخطر**: فمريض القلق دائما في قبضة أفكار لفظية وصورية تدور حول حدوث وقائع مؤذية.
- **نقص القدرة على مجادلة الأفكار المخيفة**: قد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار ولكن قدرته على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم معاقة، ومهما بلغ هذا الشك فإن الأرجحية عنده تظل في صف هذه الأفكار.
- **تعميم المثير (المنبه)**: يتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق بحيث يمكن لأي صوت او حركة او تغيير بيئي أن يدرك بوصفه خطرا (بيك، 2000، ص125).

7. الوقع النفسي عند مرضى السرطان:

وهذا ما يؤكد عليه داريفز وستاتكوف وروبرنس (Robert & Stankov, Davies 1998) في أن تقييم السيدة المصابة بسرطان الثدي يؤثر بشكل كبير ويتأثر في نظرتها لصورة جسدها، وأن عدم الرضا عن صورة الجسد لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، ربما يعود إلى التقييم السلبي للذات والمتمثل

برفضها لذاتها وعدم رضاها عن سماتها الشخصية وقدراتها، وخاصة أن الحديث هنا عن استئصال جزء مهم من جسد السيدة المصابة وهو إشارة أو رمز الأنوثة لديها، لذا فإن ذلك قد يهدد بشكل مفهومها عن ذاتها وخاصة في ظل نظرة الآخرين كبير جدا إليها، بعد إجراء العمليات الجراحية التي تتطلب إزالة الثدي، وفي أغلب الحالات فإن عملية العلاج تتطلب أن يتم إجراء العملية الجراحية للثديين وعدم اقتصار الإزالة على الجزء المصاب، وهذا بلا شك يترك أثرا كبير على المصابة.

- **خلاصة:**

تطرقنا في هذا الفصل الى تعريف القلق على انه حالة نفسية تظهر على شكل خوف او توتر يعاني منها الفرد من شيء غالبا ما يكون مصدره مجهولا، كما تصاحبه بعض الأعراض الفيزيولوجية. وقد قسمه فرويد الى نوعين هما: الأول القلق الموضوعي ويكون مصدره خارجيا حيث يعبر عن رد فعل لخطر خارجي معروف، ويطلق عليه أسامي أخرى: القلق الواقعي، القلق الحقيقي، القلق السوي، والثاني القلق العصابي وهو شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى الفرد نفسه. كما تطرقنا الى أسبابه وفزيولوجية حدوثه وفي الأخير الى بعض النظريات المفسرة للقلق والوقع النفسي لمرضى السرطان.

الفصل الرابع: الاكتئـــاب

تمهيد

1- مفهوم الإكتئاب

2- أسباب الإكتئاب النَّفسي

3- أعراض الإكتئاب النَّفسي

4- بعض النظريات المفسرة للإكتئاب النَّفسي

5- معايير تشخيص الإكتئاب

6- علاج الإكتئاب النَّفسي

7- الاكتئاب وصورة الجسم

- خلاصة

تمهيد:

يعد الاكتئاب أحد المظاهر النفسية التي يعاني منها العديد من الأفراد، ويتسم بالشعور بالإحباط، والفقدان الذي يظهر في المراحل العمرية المختلفة عبر الحياة، وبذلك فإن الفرق في الاكتئاب لا يكون في النوع ولكن في الدرجة، ومصطلح اكتئاب- في حد ذاته- يشير إلى درجة تتراوح من المزاج الطبيعي الذي يتأثر أغلبنا بأي تغير في حياتنا سواء أكان تأثراً بسيطاً أم شديداً، ومعظم الأفراد يصيبهم الاكتئاب، استجابة للعديد من الأحداث الصادمة في حياتهم، بينما عدد أقل لديهم رد فعل إكتئابي شديد تجاه هذه الأحداث نفسها وسنتناول(أبو فايد، 1998، ص 10).

في هذا الفصل سيتم التطرق الى مفهوم الاكتئاب، أسبابه، أعراضه، وبعض الاطر النظرية التي حاولت تفسيره (كالنظرية التحليلية، السلوكية، المعرفية....) كما تطرقنا الى بعض معايير تشخيص الاكتئاب وعلاجه، وفي الاخير حاولنا ربطه بالعينة لمعرفة مدى تأثير سرطان الثدي على ظهور اضطراب الاكتئاب.

1. تعريف الاكتئاب (Depression):

ويعرف الاكتئاب بأنَّه:" اضطراب نفسي يصاحبه مجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي توضح الحالة النفسية والمزاجية للفرد، والتي تتمثل في الحزن الشديد، والإحباط، وفتور الهمة، وعدم الاستمتاع بأي شيء، والشعور بالتعب، والإرهاق عند القيام بأي عمل، وضعف القدرة على التركيز، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالذنب، والإحساس بالتفاهة، وعدم القيمة، وعدم القدرة على النوم، وانعدام الثقة بالنفس" (الأنصاري، 2007م، ص193).

اما برنز وبيك (Burns & Beck) يعرفان الاكتئاب بأنه "مجموعة من السلوكيات التي تتَّسم بالهبوط الحركي واللفظي، والبكاء، والحزن، وفقدان الاستجابة المرحلية، وفقدان الاهتمام بالأشياء، وفقدان الثقة بالنفس، والأرق، وفقدان الشهية" (المسحر، 2007. ص. 20)

أما جمعية الطب النفسي الأمريكية في تصنيفها الرابع (DSM4، 1994، ص61) فتعرف الاكتئاب هو "اضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو اكثر تُمثل تغيراً في الأداء الوظيفي وهي: المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين، والنقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء، ونقص الوزن الملحوظ بدون عمل رجيم أو زيادة الوزن، وقلة أو عدم النوم أو زيادة في النوم، هياج نفسحركي أو بطء في النشاط النفسي والحركي، الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد، النقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ

القرارات، أفكار متكررة عن الموت أو أفكار انتحارية متكررة بدون خطة أو محاولة انتحارية حقيقية، وتتحدد الأعراض من خلال شكوى المريض أو ملاحظة المحيطين به، ويمكن أن يكون المزاج في الأطفال والمراهقين متهيجاً يتميز بسرعة الغضب، وتسبب هذه الأعراض اضطراباً واضحاً في المجالات الاجتماعية والمهنية، وهي ليست نتيجة مرض عضوي ولا تعزى إلى فقدان أو موت شخص عزيز".

2. أسباب الاكتئاب النَّفسي: ترجع أسباب الاكتئاب النَّفسي إلى ثلاثة عوامل أساسية هي كالتالي:

1.2. الأسباب البيولوجية: أثبتت الدراسات أنحدوث خلل في المثيرات العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل (السيروتونين)، هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي، كما ثبت أن الأدوية والعقاقير التي تعالج الاكتئاب تؤثر على الاستجابات العصبية لهذه المركبات، وقد وجد أن هناك خللاً في إفراز بعض الهرمونات في مرضى الاكتئاب، وقد يؤدي هذا الاختلال إلى اضطراب الخلايا العصبية التي تحتوي على المثيرات الكيميائية، وأيضاً اختلال بعض الهرمونات لغدد الجسم كالغدة الدرقية والغدة فوق كلوية، هذا الاختلال يكون– في أغلبه– من مظاهر الاضطراب في المخ والجهاز العصبي، وقد أثبت الباحثون أنهناك خللاً في الجهاز المناعي لدى مرضى الاكتئاب أو يرى من يعانون من الحزن نتيجة فقد قريب أو صديق أو رفيق، وربما كان هذا الخلل مناعي نتيجة خلل في الغدد التي لها علاقة بالمناعة، وهناك احتمال أقل من أن خلل الجهاز المناعي يؤدي إلى حدوث أعراض نفسية للاكتئاب النفسي.

(عكاشة، 2008. ص. 413)

2.2. العوامل الوراثية: تُوضح الدراسات الحديثة أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مؤثراً في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية، لها دور مهم في الإصابة بالاكتئاب.

وقد وجد حوالي (50%) من حالات الاضطراب الوجداني (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصاباً بالمرض نفسه، فإذا كان الأب أو الأم مصاباً بهذا المرض فإن طفلهما يكون عرضة للإصابة بنسبة (25–30%)، أما إذا الوالدان مصابين بالمرض نفسه فإن نسبة إصابة طفلهما ترتفع إلى (40%).

3.2.ضغوط الحياة والعوامل النفسية: أثبتت الدراسات والمشاهدات الإكلينيكية أن هناك أحداثاً ضاغطة تسبق حدوث أول نوبة لاضطراب الوجدان أكثر من النوبات التالية، وربما كان الاحتمال في

كون الضغوط التي صاحبت النوبة الأولى قد أحدثت تغيرات مستمدة من الناحية البيولوجية للمخ، وقد تشمل هذه التغيرات فقدان بعض الخلايا العصبية وتغير المثيرات الكيميائية، لذا يصبح المريض أكثر عرضة لنوبات أخرى من الاكتئاب، وقد اختلف العلماء على مدى تأثير ضغوط الحياة وظروفها، فالبعض يرى أنها تلعب دوراً رئيساً، والبعض الآخر يرى أن لها دوراً محدداً في حدوث المرض.

(عكاشة، 2008. ص. 413)

ولوحظ أن الظروف الحياتية الضاغطة في الطفولة (مثل فقد أحد الوالدين وغياب التخطيط الأسري في طريقة التربية وتصلب الأم في معاملة الطفل والتربية الاعتمادية) تهيئ لحدوث الاضطرابات الوجدانية، كما أن فقد الزوج أو الزوجة والعزلة الأسرية والضغوط الاقتصادية أو الدينية قد يرسب الاضطرابات الوجدانية (Madonna,2004. p77).

2. أعراض الاكتئاب:

تَتَفاوت وتختلف شدة الأعراض ووفرة ظهورها تبعاً لنوع ودرجة الاكتئاب الذي يصيب المريض، يصنفها شاذلي (2000، ص 138-136) إلى فئتين رئيسيتين، ويندرج تحت كل فئة مجموعة من الأعراض كالتالي:

1.3.الأعراض الجسمية: انقباض الصدر والإحساس بالضيق، فقدان الشهية، نقص الوزن، الإمساك، الصداع، التعب عند بذل أقل جهد، آلام الظهر، الرتابة الحركية واللازمات الحركية، نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي واضطراب الدورة عند النساء وبرودهن، ضعف النشاط العام وتأخر زمن الرجع، توهم المرض، الانشغال على الصحة.

2.3.الأعراض النفسية: اليأس وهبوط الروح المعنوية، والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه، انحراف المزاج وتقلبه، عدم ضبط النفس، ضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص وعدم الكفاية، القلق والتوتر والأرق، فتور الانفعال، الانطواء والانسحاب والوحدة والسكون والشرود حتى الذهول، التشاؤم المفرط والنظرة السوداء للحياة والتبرم بها وعدم الاستمتاع بمباهجها، البكاء، اللامبالاة، إهمال النظافة والمظهر الشخصي، قلة الكلام وانخفاض الصوت، الشعور بالذنب وتصيد أخطاء للذات وتضخيمها، احتقار الذات، تراود المريض أفكار الانتحار أحياناً.

ويمكننا القول أن الاكتئاب يندرج تحت أعراض رئيسة وهي أعراض نفسية وأعراض جسمية وأعراض اجتماعية، فَتَظهر الأعراض النفسية المتمثلَة بـ ضعف الثقة بالنفس، والحزن الشديد، وتقلب المزاج، والتوتر والقلق، والتشاؤم واليأس، والنظرة السلبية وغيرها، وكذلك تظهر بصورة واضحة من خلال تأثيرها على الجسد من حيث: شعور الفرد بضيق الصدر والاختناق، وصداع، وفقدان الوزن والشهية، والضعف الجنسي، وآلام الظهر، والكسل وقلة النشاط...، مما يؤثر ذلك على الفرد وينعكس على الجانب الاجتماعي، مما يؤدي كذلك إلى العزلة والانسحاب عن الوسط الاجتماعي، والافتقار للإيجابية في مواقف حياته المختلفة، وإهمال النظافة الشخصية.

4. تشخيص الاكتئاب:

معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس (2013، ص79-74):

اضطراب الاكتئاب الجسيم: الدليل الأمريكي الخامس سماها بالاضطراب بدل النوبة، وكان من المفروض أن تُرمز ولكنه لم يرمزها.

A-وجود خمسة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة أسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل واحد من الأعراض إما (1) مزاج مكتئب أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تضمن الأعراض الناجمة بصورة جلية عن حالة طبية عامة.

1. مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يظهر باكيا).

ملاحظة: في الأطفال والمراهقين، يمكن أن يكون مزاجاً مستثاراً.

2. انخفاض بشكل واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في معظم الأنشطة، أو كلها تقريباً، معظم اليوم، كل يوم تقريبا (ويستدل على ذلك ذاتياً أو ملاحظ من قبل الآخرين).

3. فقدان في الوزن بارز عند عدم اتباع نظام غذائي أو زيادة في الوزن (مثل التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو نقصان أو زيادة في الشهية كل يوم تقريبا

ملاحظة: في الأطفال، عدم كسب زيادة في الوزن مرة أخرى.

4. أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

5. هياج نفسي حركي أو تعويق كل يوم تقريبا (أو ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد مشاعر ذاتية من عدم الراحة أو التباطؤ).

6. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد، كل يوم تقريبا (إما معبر عنه ذاتياً أو ملاحظ من قبل الآخرين).

7. أفكار متكررة عن الموت (وليس فقط الخوف من الموت)، أو تفكير في الانتحار متكرر بدون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

B- تسبب الأعراض ضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني، أو في مجالات مهمة أخرى من الأداء الوظيفي.

C- لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة أو عن حالة طبية عامة.

ملاحظة: يستجيب لفقدان محدد (على سبيل المثال، الفجيعة لفقدان عزيز، ضائقة مالية، والخسائر من الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) ويمكن أن تشمل مشاعر الحزن الشديد، وأفكار عن الخسارة، والأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن في المحك A، والتي قد تشبه نوبة الاكتئاب، على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد لا تكون مفهومة أو قد تتناسب مع الفقدان، وجود نوبة اكتئاب جسيمة، بالإضافة إلى استجابة طبيعية لخسارة كبيرة تصاحبها ولكن بحذر، هذا القرار يتطلب حتماً ممارسة العلاج السريري المبني على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب الناتج عن الخسارة.

وقوع نوبة اكتئاب جسيمة لا تفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب الفصام الوجداني، والفصام، والاضطراب فصامي الشكل، واضطراب الضلالات، أو الفصام الوهمي المحدد أو غير المحدد، والاضطرابات الذهانية الأخرى.

D- لا يوجد نوبة جنون أو هوس خفيف.

5/ بعض النظريات المفسرة للاكتئاب: تعددت النظريات المفسرة للاكتئاب، وفيما يلي سنذكر أهم النظريات:

5-1 نظرية التحليل النفسي: تنظر النظريات المبكرة من التحليل النفسي إلى الاكتئاب، على أنه نتاج للتفاعل والتصارع بين الدوافع الرغبات والجوانب الوجدانية، بما فيها مشاعر الذنب، وقد عبر "إبراهام" عن هذه النظرة التحليلية للاكتئاب، وفق نظرته، التي تتبلور حول العلاقة بموضوعات الحب، فعندما لا يجد

الشخص تلبية للإرضاء المبكر لرغباته الجنسية وإشباع حاجته إلى الحب، فإنه يشعر بالغضب والكراهية والعداء نحو موضوع الحب، ولكن هذا الغضب والكراهية يتحولان بفعل مشاعر الذنب إلى الداخل، أي نحو الذات، وهذا هو الاكتئاب، ويرى "رادو" Radou وهو من العلماء التحليليين أن الاكتئاب "ما هو إلا صرخة بحث عن الحب"، ويصف "فينخل" Fhinkhel المكتئب بأنه "إنسان مدمن للحب". (عبد الستار، 1998. ص. 97- 98)

5-2 النظرية السلوكية: قدمت النظرية السلوكية فهماً واضحاً لسلوك المكتئب حيث قدم "ليوفنش" Lyofhnech نموذجاً للتدعيم السلوكي للاكتئاب، حينما افترض أن السلوكيات والمشاعر الاكتئابية تتم إثارتها بسبب انخفاض معدل تدعيم الاستجابة، ووجد أن الأفراد المكتئبين يقومون بسلوكيات أقل، ويستقبلون تدعيماً إيجابياً للذات أقل، ويمارسون مهارات اجتماعية أقل، وتقل أنشطتهم بالمقارنة بغير الاكتئابيين، ويؤكد أن الاكتئاب ينتج من فقدان القدرة على الضبط الفعال لبيئة الفرد البينشخصية مثل: اضطرابات الاتصال وصورة التفاعل اللفظي. (شقير، 1995. ص. 36)

5-3 النظرية المعرفية: يقدم أصحاب هذه النظرية نموذجاً للتشوه المعرفي الذي درسه "كوفاكس" و"بيك" وذهباً إلى أن اضطرابات الوجدان والدافعية لدى المكتئب تعدان بمثابة نتيجة للمفاهيم السلبية لديه، حيث تعلم التشوهات المعرفية، وينتج ذلك بشكل زائد مع الأحداث بطريقة تزيد من النواحي السلبية في الحياة وقد طور "كوفاكس" و"بيك" وبناء على ذلك – اختبار "بيك" للاكتئاب – والذي يبدو فيه واضحاً أن انخفاض تقدير الذات ونقص صورة الجسم عند الأفراد الذين يعيشون الحزن، يرجع إلى نموذج التشوه المعرفي لديهم. (شقير، 1995. ص. 36)

5-4 النظريات الاجتماعية: تعزو النظريات الاجتماعية ظهور الاكتئاب لعدد من الأسباب قد يكون من بينها: البيت غير المترابط (غياب الروابط والعطف والحب وانحراف الأب أو غيابه)، والعزلة الاجتماعية، والإحساس بالنبذ الاجتماعي، وسوء الأحوال الاقتصادية، وانخفاض الانجاز أو الفشل في تحقيق الأهداف المادية، والعلاقات الشخصية والاجتماعية. (سلوى، 1992. ص. 440)

5-5 النظرية الوجودية: يرى أصحاب النظرية الوجودية (الذات) أنالمريض بالاكتئاب يعاني من وجود فكرة عن نفسه، وهذه الفكرة أكثر مما تحتمله ذاته، فيحاول جاهداً اتخاذ عدة سبل والقيام بأوجه نشاط ليثبت لنفسه أنَّه أحسن مما يشعر وكثيراً ما ينجح في ذلك، ويستمر هروبه من مواجهة نفسه ومن مشكلته، فإذا انهارت إمكانياته الجسمانية والصحية أحس بضعفه وحقارة فكرته عن نفسه، وبذلك يجرد من سلاحه الذي كان يواجه به شعوره بالنقص والضعف فيعبر عنه الاكتئاب، فإذا ما مرت مرحلة الاكتئاب عاوده نشاطه ليمر بمرحلة هوس تتمثل في نشاط زائد ليقنع نفسه بأنَّه ليس كما يحس

ويشعر، وهكذا تتناوب مراحل الهوس والاكتئاب وتتضمن انحطاط فكرة المرء عن نفسه وعجزه عن مواجهة ذلك. (سلوى، 1992، ص. 235)

5-6 النظرية الطبية النفسية: يهتم الأطباء النفسيون بدراسة الأعراض الطبية في الاكتئاب وعلاقتها بالاضطرابات الوظيفية في الجسم، واختلال النظام الكيميائي أو العصبي أو الهرموني، وبالتالي فإنالعلاج ينصب على تلك الأعراض المرضية دون البحث في الجذور الحقيقية الكامنة وراء تلك الأعراض أو الكشف عن دينامية الاكتئاب وعلاقته بالصراعات النفسية المختلفة، وذلك باستخدام الأسباب العلاجية الطبية مثل العلاج الكيميائي والعلاج بالصدمات الكهربائية والعلاج بالجراحات النفسية، ويعتبر دليل التشخيص الإحصائي (DSM-III) (Diagnostie Statistical Manual) والذي أعدته جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية عام (1982م) دليل التشخيص الفارقي الرئيس الذي يعتمد عليه معظم الأطباء النفسيين في العالم. (الحسين، 2002. ص. 317).

6. علاج الاكتئاب النَّفسي: إن علاج حالات الاكتئابالنفسي في العيادات النفسية يتم عن طريق عدة طرق؛ يمكن استخدام بعضها معاً أو اختيار المناسب منها لكل حالة من الحالات، ومن هذه الطرق:

1.6.العلاج النفسي: ويذكرالشربيني (2001. ص.238) انه يتضمن جلسات علاجية فردية أو جماعية، ويضم عدة أساليب منها استخدام الإيحاء والمساندة والتدعيم، أسلوب التحليل النفسي والعلاج السلوكي، ولكل هذه الأساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون.

2.6. العلاج البيئي: ويقْصد بِه الشربيني (2001. ص.238) إيجاد بيئة ملائمة؛ يتعامل معها المريض بعيداً عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض، ويتم ذلك بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء، ومن وسائل هذا العلاج؛ الترويح عن المريض وشغل فراغه في العمل، وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد إلى عودته للحياة مرة أخرى.

3.6. العلاج الطبي: ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء النفسيين؛ حيث يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية، كذلك يمكن استخدام العلاج الكهربائي الذي يعمل على إعادة تنظيم إيقاع الجهاز العصبي أو استخدام بعض الوسائل مثل التنويم المغناطيسي، والوخز بالإبر، وفي حالة عدم جدوى الأدوية والصدمات الكهربائية، وفي حالات نادرة حين يزمن الاكتئاب؛ قد تجرى الجراحة النفسية بشق مقدم الفص الجبهي كحل أخير (زهران، 2005. ص. 519-518).

7. صورة الجسم والاكتئاب:

يشير إقبال وآخرون Iqbal et al. (2006) إلى أن عدم الرضا عن صورة الجسم يمكن أن ينشأ عنه الاكتئاب، حيث وجدت علاقة سالبة بين صورة الجسم والاكتئاب لدى الذكور والإناث، والارتباطات السالبة كانت أكثر لدى الإناث عن الذكور، وهذا يرجع إلى المعايير الثقافية والتوقعات التي تشجع البنات والنساء على أن يتنبهن للهيئة الجسمية، وهذا يمكن أن يضعف إحساسهن بالسعادة، ويسهم في عدم تنظيم الطعام، ويؤدي إلى الاكتئاب، والمشكلات النفسية. (Iqbal et al., 2006: 269)

- **خلاصة:**

يتضح مما سبق من تفسيرات حول أسباب الإكتئاب وعوامله إلا أنها تجمتع حول التغيرات التي تبرز على مزاج الافراد المصابين به والمرتبطة بمشاعر الحزن والوحدة واللامبالاة ومفهوم سالب عن الذات مما يؤدي للرغبة في العزلة، كذلك أن المعاناة الناتجة عن اثاره تفوق اثار الامراض الاخرى، مما يتطلب إهتماما واسعا ومستمرا ومتابعة نفسية مستمرة.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات الميدانية للدراسة:

- تمهيد

1. منهج الدراسة.
2. الدراسة الاستطلاعية.
3. أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية.
4. عينة الدراسة وخصائصها.
5. حدود الدراسة.
6. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.
7. صعوبات تطبيق الدراسة

- خلاصة

تمهيد:

بعد التطرق الى الجانب النظري للدراسة والالمام به، سنعرض الآن في هذا الفصل الى الإجراءات المنهجية للدراسة والتي سنتطرق فيها الى بعض العناصر والمتمثلة في المنهج المتبع في الدراسة الحالية ثم الدراسة الاستطلاعية، بعدها الأدوات المستخدمة في الدراسة ثم عينة الدراسة وحدود الدراسة وأخيرا الأساليب الإحصائية المستخدمة فيها.

1. منهج الدراسة:

تختلف المناهج المستعملة في البحوث باختلاف المواضيع التي يستخدمها كل باحث في ميدان اختصاصه، وموضوع دراستنا الحالية يسعى للتعرف على علاقة صورة الجسم بالقلق والاكتئاب عند النساء المبتورات الثدي في مستشفى محمد الصديق بن يحيى –ولاية جيجل–لهذا فإن المنهج الملائم هو المنهج الوصفي الارتباطي (العلائقي) معا.

2. الدراسة الاستطلاعية:

قبل البدء في العمل الميداني تم القيام بالدراسة الاستطلاعية للتعرف على مجتمع الدراسة فهي أول خطوة يخطوها الباحث للتعرف على ميدان بحثه وطبيعته وصعوباته. حيث تمثلت أهداف الدراسة الاستطلاعية في:

- التعرف على إمكانية اجراء الدراسة الأساسية.
- الاتصال الأولي بإدارة المشفى وأخذ الموافقات اللازمة لإجراء الدراسة.
- التحقق من وجود العينة والمتمثلة في النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان.
- تحديد الصعوبات والعراقيل التي يمكن مواجهتها أثناء الدراسة الأساسية ومحاولة الوصول الى حلول لها.
- التأكد من مدى ملائمة أدوات الدراسة والتي تتمثل في مقياس صورة الجسم ومقياس الاكتئاب ومقياس القلق.

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في مستشفى "محمد الصديق بن يحيى" ولاية جيجل. بدأت هذه الدراسة من 2020/06/18 الى 2020/07/24 حيث شملت 30 امرأة مبتورة الثدي نتيجة اصابتها بمرض السرطان، وتم الاتصال بهن عن طريق قراءة الملفات الطبية المتواجدة في مستشفى محمد الصديق بن يحيى.

3. أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية:

اعتمادنا في الدراسة الحالية على ثلاث أدوات، الأولى لقياس صورة الجسم باللغة الفرنسية وقد تمت ترجمتها الى العربية، أما الأداة الثانية فهي لقياس الاكتئاب والثالثة لقياس القلق.

تم إجراء التطبيق الدراسة مع النساء المبتورات الثدي كل على حدة في مكتب خاص داخل مصلحة الأورام السرطانية بالمستشفى، وقد تم إجراء مقابلة نصف موجهة مع أفراد العينة لتطبيق مقياس هاملتون. دامت المقابلة مدة 30 –40 دقيقة مع كل فرد وذلك من أجل التحكم في سير تطبيق الدراسة الميدانية.

1.3. مقياس صورة الجسم: تم قياس الصورة الجسدية بالاعتماد على مقياس (Qscpgs) المعد من طرف L. Evers, P. Verbanck, 2008

يعتبر مقياس صورة الجسم المستخدم في الدراسة أداة تعطي تقديرا كميا للصورة الجسمية للفرد في جانبين (الجسد/ الشعور)، حيث تتراوح الدرجة على كل مفردة ما بين خمسة درجات إلى صفر درجة، بـ (20) فقرة بدائلها:

- قوي جدا: خمسة درجات.
- قوي: أربعة درجات.
- متوسط: ثلاثة درجات.
- قليل: درجتان.
- قليل جدا: درجة واحدة.
- لا هذا ولا ذاك، بين الإثنين: صفر درجة.

الخصائص السيكومترية:

– **صدق الترجمة:** قمنا بعرض مقياس صورة الجسم في صورته النهائية بعد الترجمة على عدة أساتذة من قسم علم النفس وعلوم التربية، وتم استطلاع رأيهم حول صحة الترجمة وصياغتها اللغوية وصحة الترجمة العكسية. ظهرت بعض الاختلافات وقد تم إبداء بعض الملاحظات حول إعادة صياغة بعض العبارات وأخذناها بعين الاعتبار. بعدها تم اللجوء الى الأستاذ الدكتور "صالح خنور" في قسم اللغات للتأكيد من صحة الترجمة الثقافية للبنود اين كان الاتفاق عليها.

– **الصدق:** للتأكد من الخصائص السيكومترية للأداة تم تطبيقها على عينة قوامها 30 امرأة مبتورة الثدي، بعد حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، كانت النتيجة 93.9 لإجمالي الفقرات المقدرة بـ عشرون (20)

فقرة، وهذا يدل على ان الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الصدق ويمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة.

– **الثبات:** لقياس مدى ثبات أداة الدراسة اعتمدنا على معادلة ألفا كرونباخ، وطبق الاستبيان على عينة مكونة من 30 امرأة مبتورة الثدي، وكانت النتيجة 88.2 لإجمالي الفقرات المقدرة بـ عشرون (20) فقرة، وهذا يدل على ان الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة.

2.3. مقياس الاكتئاب: تم قياس الاكتئاب بالاعتماد على مقياس "بيك" المعد والمقنن على البيئة الجزائرية من طرف الباحث الأستاذ الدكتور "بشير معمرية" سنة 2010، ويشمل المقياس (21) بند.

يعتبر مقياس الاكتئاب المستخدم في الدراسة أداة تعطي تقديرا كميا لدرجة الاكتئاب النفسي للفرد، حيث تتراوح الدرجة على كل مفردة ما بين ثلاث درجات إلى صفر درجة، عند التعرض لبتر الثدي بـ (21) فقرة، بذلك تصبح درجة المقياس (63) درجة حيث تشير إلى أقصى درجات الاكتئاب.

الخصائص السيكومترية:

- **الصدق:** للتأكد من الخصائص السيكومترية للأداة تم تطبيقها على عينة تقنين من 998 فردا؛ منهم 473 ذكور و525 إناث، تراوحت أعمار عينة الذكور بين 18 . 49 سنة. بمتوسط حسابي قدره 26.55 وانحراف معياري قدره 3.66. وتراواحت أعمار الإناث بين 18 . 45 سنة، بمتوسط حسابي قدره 24.80 وانحراف معياري قدره5.06، وتم سحب العينتين (الذكور والإناث) من كليات جامعة الحاج لخضر باتنة، وشملت الطلبة والموظفين والأساتذة، ومن مراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطبي بمدينة باتنة.

يتبين من قيم "ت" المتحصل عليها 20.48*** والدالة إحصائيا عند مستوى 0.001 أن القائمة تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الاكتئاب، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى الذكور والإناث.

- **الثبات:** حساب معاملات الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ، كانت النتيجة 0.839 والدالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي.

3.3. مقياس هاملتون:

– **صدق المحك:** للتأكد من الخصائص السيكومترية للأداة تم تطبيقها على عينة قوامها 30 امرأة تم استئصال ثديها نتيجة الإصابة بمرض السرطان، بعد حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، كانت النتيجة 78.6 لإجمالي الفقرات المقدرة بـ أربعة عشر (14) فقرة، وهذا يدل على ان الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الصدق ويمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة.

– **الثبات:** لقياس مدى ثبات أداة الدراسة اعتمدنا على معادلة ألفا كرونباخ، وطبق الاستبيان على عينة مكونة من 30 امرأة مبتورة الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان، وكانت النتيجة 92 لإجمالي الفقرات المقدرة بـ أربعة عشر (14) فقرة، وهذا يدل على ان الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة.

4. عينة الدراسة وخصائصها:

لجمع معطيات الدراسة الحالية اعتمدنا في اختيار الأفراد على طريقة العينة القصدية وقد قدرت بـ (46) امرأة مبتورة الثدي على مستوى مصلحة السرطان بمستشفى محمد الصديق بن يحيى –جيجل–.

وقد انقسمت عينة الدراسة حسب المتغيرات التصنيفية كالاتي:

أ– حسب السن:

جدول رقم (1): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب السن

المؤشرات الإحصائية / العينة	العدد	النسب المئوية %
النساء المبتورات الثدي اللاتي تتراوح أعمارهن بين 24 و35 سنة	25	%54
النساء المبتورات الثدي اللاتي تتراوح أعمارهن بين 35 و61 سنة	21	%46
المجموع	46	%100

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أفراد العينة النساء المبتورات الثدي الذين سنهم أقل من (35) سنة قدر بـ (25) فرد يمثلون نسبة (54%) والذين سنهم أكبر من (35) سنة قدر بـ (21) فرد يمثلون نسبة (46%) بمجموع كلي (46) يمثلون النساء المبتورات الثدي نسبة (100%).

ب- حسب الحالة الاجتماعية:

جدول رقم (02): أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية

المؤشرات الإحصائية / العينة	العدد	النسب المئوية %
النساء المبتورات الثدي المتزوجات	20	%43
النساء المبتورات الثدي الغير متزوجات	26	%57
المجموع	46	%100

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أفراد العينة النساء المبتورات الثدي المتزوجات قدر بـ (20) فرد يمثلون نسبة (43%) وعدد النساء المبتورات الثدي الغير المتزوجات قدر بـ (26) فرد يمثلون نسبة (57%) بمجموع كلي (46) النساء المبتورات الثدي المتزوجات يمثلون نسبة (100%).

5. حدود الدراسة: تتمثل الحدود البشرية والزمنية والمكانية للدراسة كالآتي:

1.5: الحدود البشرية: حيث اقتصرت الدراسة على عينة من مريضات السرطان اللاتي اجرين عملية استئصال الثدي، واللواتي يحضرن من المناطق المجاورة لمستشفى محمد الصديق بن يحيى بهدف العلاج.

2.5: الحدود الزمانية: طبقت الدراسة الحالية على المريضات المبتورات الثدي خلال فترة تطبيق الدراسة، والواقعة من 2020/06/16 إلى 2020/08/24.

3.5: الحدود المكانية: حيث اقتصرت الدراسة على عينة من النساء المبتورات الثدي واللواتي يراجعن مصلحة الأمراض السرطانية بمستشفى محمد الصديق بن يحيى في ولاية جيجل.

6. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة في معالجة البيانات على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية المعروفة ببرنامج SPSS 24 والذي يعتبر أحد اهم البرامج في التحليل الكمي للبيانات، من خلال حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، ومعامل بيرسون من أجل قياس الفروق بين المتوسطات الحسابية والعلاقات، ومعامل ألفا كرونباخ للتحقيق من صدق الأدوات.

7. صعوبات اجراء الدراسة: واجهتنا بعض العراقيل والصعوبات قبل وأثناء تطبيق الدراسة منها:

- إيقاف جميع المتربصين في مستشفى محمد بوضياف بسبب COVID 19 مما أدى الى البحث عن أماكن مختلفة لإجراء التطبيق الميداني.

- صعوبة أخذ الموافقة من طرف مدير المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحى بولاية جيجل وخاصة بعد الانتشار الرهيب لوباء COVID 19.
- رفض بعض أفراد العينة على ملئ الاستبيان الموزع وخاصة العينة الأصغر سنا.
- صعوبة اجراء هذا النوع من الدراسات على مرضى السرطان كونها عينة حساسة وخاصة النساء المبتورات الثدي.

- **خلاصة:**

تم في هذا الفصل تناول الإجراءات المنهجية للدراسة، وذلك من خلال عرض المنهج المعتمد في الدراسة وهو المنهج الوصفي الارتباطي، ثم تطرقنا إلى الدراسة الاستطلاعية، بعدها عرض للأدوات المستخدمة في الدراسة وخصائصها السيكومترية لـ: صورة الجسد – الاكتئاب –القلق، كما تطرقنا الى أفراد عينة الدراسة الأساسية وتوزيعها وفقا للمتغيرات المطروحة (السن – الحالة الاجتماعية)، وكذا حدود الدراسة البشرية والمكانية والزمانية، كما تمت الإشارة الى الأساليب الإحصائية المستخدمة في حساب وفحص البيانات وفي الأخير تطرقنا الصعوبات الدراسة.

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

- تمهيد

1. عرض وتحليل الفرضية الأولى
2. عرض وتحليل الفرضية الثانية
3. عرض وتحليل الفرضية الثالثة
4. عرض وتحليل الفرضية الرابعة
5. عرض وتحليل الفرضية الخامسة
6. عرض وتحليل الفرضية السادسة
7. عرض وتحليل الفرضية السابعة
8. عرض وتحليل الفرضية الثامنة

- خلاصة

تمهيد:

بعد التطرق الى فصل إجراءات الدراسة الاستطلاعية والأساسية والتأكد من ملائمة الأدوات للدراسة، سيتم في هذا الفصل عرض القراءة الإحصائية التحليلية للنتائج المتوصل إليها وفقا لما أسفرت عليه المعالجة الإحصائية SPSS.

عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1. **عرض وتحليل الفرضية الأولى:** " توجد علاقة بين صورة الجسم بكل من القلق والاكتاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان"

وللتحقق من صحة الفرض تم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على مقياس صورة الجسم والقلق، والجدول التالي يوضح معامل ارتباط بيرسون للنتائج المتوصل إليها:

1.1.توجد علاقة بين صورة الجسم والقلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان.

جدول رقم (03): العلاقة بين وصورة الجسم والقلق لدى النساء المبتورات الثدي.

متغيرات العلاقة	العدد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الاستنتاج
صورة الجسم –القلق	46	0.559	0.01	دالة إحصائيا

يبين الجدول رقم (3) بوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والقلق، ويتضح ذلك من معامل الارتباط (0.559) ومستوى الدلالة (0.01).

2.1. توجد علاقة بين صورة الجسم والاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان"

وللتحقق من صحة الفرض تم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على مقياس صورة الجسم والاكتئاب، والجدول التالي يوضح معامل ارتباط بيرسون للنتائج المتوصل إليها:

جدول رقم (04): العلاقة بين صورة الجسم والاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي.

متغيرات العلاقة	العدد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الاستنتاج
صورة الجسد – الاكتئاب	46	0.664	0.01	دالة إحصائيا

يبين الجدول رقم (04) توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والاكتئاب، ويتضح من معامل الارتباط (0.664) ومستوى الدلالة (0.01).

2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن".

وللتأكد من ذلك تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وكذا اختبار (ت) ودلالتها الإحصائية بين النساء المبتورات (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 61 سنة) والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (05): متوسط الدرجات والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدى المبتورات الثدي (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 61 سنة) على مقياس صورة الجسد.

المؤشرات الإحصائية / المتغيرات	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة
النساء المبتورات الثدي (من 24 الى 35 سنة)	63.64	10.82	44	-4.136	0.0001
النساء المبتورات الثدي (من 35 الى 64 سنة)	76.76	10.59			

يتضح من خلال الجدول (05) ان المتوسط الحسابي لعينة ببتر الثدي من 24 الى 35 سنة قدر بـ (63.64) وبانحراف معياري قدر بـ (10.82) وهو أقل من المتوسط الحسابي لعينة النساء المبتورات الثدي من 35 الى 61 سنة والذي قدر بـ (76.76) وبانحراف معياري قدر بـ (10.59)، ومنه يمكن القول بلغت قيمة (ت) المحسوبة (4.136-) وهي قيمة دالة وبالتالي تتحقق صحة الفرضية التي تنص "تختلف صورة الجسد لدى النساء المبتورات الثدي باختلاف السن (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 61 سنة)" لصالح الأكبر سنا.

3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

جدول رقم (06): متوسط الدرجات والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدى النساء المبتورات الثدي (المتزوجات والغير متزوجات) على مقياس صورة الجسم.

المؤشرات الإحصائية / المتغيرات	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة
النساء المبتورات الثدي المتزوجات	67.10	18.67	44	-1.212	0.232
النساء المبتورات الثدي الغير متزوجات	71.57	14.87			

يتضح من خلال الجدول (06) ان المتوسط الحسابي لعينة النساء المبتورات الثدي المتزوجات قدر بـ (67.10) وبانحراف معياري قدر بـ (18.67) وهو أقل بقليل من المتوسط الحسابي لعينة النساء المبتورات الثدي الغير المتزوجات والذي قدر بـ (71.57) وبانحراف معياري قدر بـ (14.87)، ومنه يمكن القول بلغت قيمة (ت) المحسوبة (1.212 -) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لم تتحقق صحة الفرضية التي تنص على انه: "تختلف صورة الجسد لدى النساء المبتورات الثدي المتزوجات والغير متزوجات".

4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن".

وللتأكد من ذلك تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وكذا اختبار (ت) ودلالتها الإحصائية بين النساء المبتورات (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 61 سنة) والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (07): متوسط الدرجات والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدى المبتورات الثدي (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 64 سنة) على مقياس القلق.

المؤشرات الإحصائية / المتغيرات	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة
النساء المبتورات الثدي (من24 الى 35 سنة)	24.28	6.04	44	-5.122	0.0001
النساء المبتورات الثدي (من 35 الى 61 سنة)	33.42	6.02			

يتضح من خلال الجدول (07) ان المتوسط الحسابي لعينة النساء المبتورات الثدي (من24 الى 35 سنة) أقل قدر بـ (24.28) وبانحراف معياري قدر بـ (6.04) وهو أقل من المتوسط الحسابي لعينة النساء المبتورات الثدي من 35 الى 61سنة والذي قدر بـ (33.42) وبانحراف معياري قدر بـ (6.02)، ومنه يمكن القول بلغت قيمة (ت) المحسوبة (5.122-) وهي قيمة دالة وبالتالي تتحقق صحة الفرضية التي تنص "تختلف صورة الجسد لدى النساء المبتورات الثدي باختلاف السن (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 61 سنة)" لصالح النساء الأكبر سنا.

5. **عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:** "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

جدول رقم (08): متوسط الدرجات والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدى النساء المبتورات الثدي (المتزوجات والغير متزوجات) على مقياس القلق.

المؤشرات الإحصائية / المتغيرات	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة
النساء المبتورات الثدي المتزوجات	25.90	7.43	44	- 2.092	0.042
النساء المبتورات الثدي الغير المتزوجات	30.42	7.14			

يتضح من خلال الجدول (08) ان المتوسط الحسابي لعينة النساء المبتورات الثدي المتزوجات قدر بـ (25.90) وبانحراف معياري قدر بـ (7.43) وهو أقل بقليل من المتوسط الحسابي لعينة النساء المبتورات الثدي الغير المتزوجات والذي قدر بـ (30.42) وبانحراف معياري قدر بـ (7.14)، ومنه يمكن القول بلغت قيمة (ت) المحسوبة (2.092 -) وهي قيمة دالة وبالتالي تتحقق صحة الفرضية التي تنص "يختلف القلق لدى النساء المبتورات الثدي باختلاف الحالة الاجتماعية" لصالح الغير متزوجة.

6. **عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:** "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن".

وللتأكد من ذلك تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وكذا اختبار (ت) ودلالتها الإحصائية بين النساء المبتورات (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 61 سنة) والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (09): متوسط الدرجات والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدى المبتورات الثدي (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 61 سنة) على مقياس الاكتئاب.

المؤشرات الإحصائية / المتغيرات	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة
النساء المبتورات الثدي (من 24 الى 35 سنة)	31.40	7.29	44	-8.149	0.0001
النساء المبتورات الثدي (من 35 الى 61 سنة)	46.90	5.20			

يتضح من خلال الجدول (09) ان المتوسط الحسابي لعينة النساء المبتورات الثدي (من 24 الى 35 سنة) قدر بـ (31.40) وبانحراف معياري قدر بـ (7.29) وهو أقل من المتوسط الحسابي لعينة النساء المبتورات الثدي (من 35 الى 61 سنة) والذي قدر بـ (46.90) وبانحراف معياري قدر بـ (5.20)، ومنه يمكن القول بلغت قيمة (ت) المحسوبة (8.149-) وهي قيمة دالة وبالتالي تتحقق صحة الفرضية التي تنص "تختلف صورة الجسد لدى النساء المبتورات الثدي باختلاف السن (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 61 سنة)" لصالح الأكبر سنا.

7. عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

جدول رقم (10): متوسط الدرجات والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها الإحصائية لدى النساء المبتورات الثدي (المتزوجات والغير متزوجات) على مقياس الاكتئاب.

المؤشرات الإحصائية / المتغيرات	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة
النساء المبتورات الثدي المتزوجات	34.95	10.77	44	-2.169	0.385
النساء المبتورات الثدي الغير المتزوجات	41.19	8.75			

يتضح من خلال الجدول (10) ان المتوسط الحسابي لعينة النساء المبتورات الثدي المتزوجات قدر بـ (34.95) وبانحراف معياري قدر بـ (10.77) وهو أقل بقليل من المتوسط الحسابي لعينة النساء المبتورات الثدي الغير متزوجات والذي قدر بـ (41.19) وبانحراف معياري قدر بـ (8.75)، ومنه يمكن

القول بلغت قيمة (ت) المحسوبة (2.169-) وهي قيمة دالة وبالتالي تتحقق صحة الفرضية التي تنص " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية " لصالح الغير المتزوجات.

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل الى عرض وتحليل البيانات المتوصل اليها من خلال المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة، عن طريق عرض الجداول الموضح فيها المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وأيضا اختبار (ت) ودلالته الإحصائية. حيث توصلنا إلا أنه توجد علاقة بين صورة الجسم والاكتئاب كما توجد علاقة بين صورة الجسم والقلق لدى النساء المبتورات الثدي، كما توجد فروقات بين المتغيرات الوسيطية.

الفصل السابع: مناقشة وتفسير النتائج الفرضيات

- تمهيد

1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
3. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
4. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة
5. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة
6. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة
7. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة

- خلاصة

تمهيد:

بعد عرض الفصل السابق المتمثل في تحليل النتائج، سنحاول في هذا الفصل التطرق الى مناقشة وتفسير النتائج المتحصل عليها الخاصة بفرضيات الدراسة المقترحة عن طريق دعمها بأدبيات الدراسة المتعلقة بموضوعنا.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

1.1. " توجد علاقة بين صورة الجسم والقلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان".

وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات وباستخدام معامل بيرسون لحساب العلاقة بين المتغيرين، أكدت النتائج على وجود علاقة موجبة بين صورة الجسم والقلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان.

يتبين من خلال الجدول على وجود علاقة موجبة بين صورة الجسم والقلق لدى النساء المبتورات الثدي كما ان المريضات قبل الجراحة يكون لديهن قلق واكتئاب كبيران بالمقارنة بمرحلة ما بعد الجراحة، وهذا ربما يرجع إلى التأكيد على صورة الجسم والصراعات النفس اجتماعية والجنسية المرتبطة بفقد هذا الجزء من الجسم وهذا ما أكدته نتائج دراسة فاروقي (2005) لتقييم القلق والاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي، وهن يتلقين علاجاً قبل وبعد جراحة استئصال الثدي، وتكونت العينة من (50) امرأة متزوجة وتم تطبيق مقياس للاكتئاب وآخر للقلق قبل الجراحة بأسبوع وبعدها بأسبوع.

من الممكن ان السبب هو معاناة النساء من المرض يعد من أخطر أنواع السرطان التي تصيب النساء وتكون نسبة النجاة منه ضئيلة، وبالتالي فهو مرض يهدد حياتها الوجودية باعتباره حدث صادم يعمل على تغيير حياة السيدة المصابة وأسرتها على جميع المستويات، فالضغوط النفسية الناتجة عن الإصابة بالمرض وطرق العلاج المختلفة ربما يكون لها دور في القلق خاصة مع وجود عوامل ضاغطة مثل مستوى الدعم الأسري المقدم وضغوط العمل المختلفة وغيرها.

ونظرا لأهمية صورة الجسم في حياة الافراد، وارتباطها الوثيق بصحتهم، اذ توجد علاقة ارتباطية دالة بين صورة الجسم والحواجز النفسية (الرفض – التوتر) وبين صورة الجسم والضغوط النفسية (الضغوط الأسرية، الاجتماعية والانفعالية والشخصية)، وهذا ما أسفرت عليها نتائج دراسة (زينب شقير وصافيناز

شلبي. 1999) وذلك على عينة قوامها (400) طالباً وطالبة من الفرقة الأولى بكلية التربية، جامعة طنطا، وتراوحت الأعمار بين (19-18) سنة

إن جل هاته الدراسات تتفق الى حد بعيد مع نتائج دراستنا الحالية التي توصلت إلى أن هنالك علاقة وارتباط دال بين صورة الجسد ودرجة والقلق لدى النساء المبتورات الثدي، ويؤكد هذا نتيجة الفرض الأول، مما يشير إلى أن القلق ترجع أسبابهما إلى عدة عوامل منها ما تتعرض لها النساء المبتورات الثدي والتي من ضمنها الادراك السلبي لصورة الجسد.

2.1. " توجد علاقة بين صورة الجسم والاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان".

وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات وباستخدام معامل بيرسون لحساب العلاقة بين المتغيرين، أكدت النتائج على وجود علاقة موجبة بين صورة الجسم والاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان.

يتبين من خلال الجدول على وجود علاقة موجبة بين صورة الجسد ودرجة الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي، ومنه يمكن القول أنه كلما كانت درجة صورة الجسم مرتفعة يرتفع معها مستوى الاكتئاب لدى عينة الدراسة وهذا ما يظهر أن لصورة الجسد تأثير على النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان في الحياة المستقبلية مزامنة مع اضطراب الاكتئاب.

وقد ذهب في نفس الاتجاه، كل من كوينج وويزرمان (Koening & Wasserman, 1995) وذلك من خلال نتائج الدراسة، على عينة مكونة من (234) طالبا جامعيا وطالبة جامعية من الجنسين، تراوحت اعمارهم بين (17 – 22) سنة، وتبين من النتائج أن مشكلات الطعام (الاضطرابات الغذائية) تكون أعلى لدى هؤلاء الذين لديهم صورة الجسم السالبة وأهمية عالية لصورة الجسم، كما ان درجة الاكتئاب تكون أعلى لدى الذين لديهم صورة جسم سالبة من الجنسين، كما ان الاخفاق في اتباع الحمية الغذائية يرتبط الى حد بعيد بالاكتئاب لدى كلا الجنسين.

كما أن عدم الرضا عن صورة الجسم كما يشير إقبال وآخرونIqbal et al. (2006) يمكن أن ينشأ عنه الاكتئاب، حيث وجدت علاقة سالبة بين صورة الجسم والاكتئاب لدى الذكور والإناث، والارتباطات السالبة كانت أكثر لدى الإناث عن الذكور، وهذا يرجع إلى المعايير الثقافية والتوقعات التي تشجع البنات والنساء على أن يتنبهن للهيئة الجسمية، وهذا يمكن أن يضعف إحساسهن بالسعادة، ويؤدي إلى الاكتئاب، والمشكلات النفسية. (Iqbal et al., 2006: 269).

ويمكن اعتبار صورة الجسم منبئاً ذا دلالة ومغزى لسلوك الانتحار لدى الجنسين الذي يعتبر كمؤشر لإكتئاب جسيم وذلك ما تؤكده نتائج دراسة بروش وميهلنكامب (Brausch Et Muehlenkamp, 2007) على عينة مكونة من (231) مراهقاً ومتوسط العمر (15) سنة.

كما اسفرت نتائج دراسة نولز (Noles, 1985) التي هدفت إلى تبين العلاقة بين صورة الجسم ومفهوم الذات الشامل والاكتئاب، وكانت العينة مكونة من (224) رجلاً وامرأة، أن العينة الإكتئابية رجالاً ونساء كانوا أقل رضا عن أجسادهم، ويرون أنفسهم أقل جاذبية عن الآخرين غير المكتئبين.

واتضح من النتائج أن عدم الرضا عن الجسم يمكن أن يتنبأ من خلاله بالاكتئاب وهذا دلالة للارتباط بين المتغيرين وهذا ما أكدته دراسة فلتون (Felton, 2007) على عينة قوامها (215) طالبا من طلاب المدرسة الثانوية. وتتفق هذه النتيجة مع دراسات كل من: (Miller,2013; Morey & Grey 1989) إذ أكدت جميعها على وجود مستويات متوسطة أو مرتفعة من الاكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الثدي.

2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن. (من 24 الى 35 ومن 35 الى 61)".

وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات، أكدت النتائج على أنه تختلف صورة الجسد لدى النساء المبتورات الثدي باختلاف السن من 24 الى 35 ومن 35 الى 61 لصالح الأكبر سنا.

من المحتمل أن تكون المرأة الأكبر سنا تعطي أهمية كبيرة للثدي أكثر من قرينتها الأصغر سنا، وذلك لأن نظرة النساء وخاصة المتزوجات للثدي تزيد عن كونه عضو لإبراز الأنوثة فقط، بل يتشعب الى كونه عضو ذو وظيفة جنسية، ووظيفة الأمومة (الرضاعة الطبيعية للطفل).

وترى خطاب (2014. ص. 15) أن الجسم يختلف في كل مرحلة عمرية، وتتبدل من وقت إلى أخر فالطفل يقارن حجم جسمه وقوته بأقرانه في حين تكون نظرة المراهق أكثر تفصيلاً ودقة حيث يهتم بكل تفاصيل جسمه كل على حدة، كما أنه يتأثر بآراء الأخرين وتعليقاتهم، في حين نجد الراشد وصل إلى مرحلة مستقرة ولديه شبه رضا عن جسمه وشكله عدا ما يتعلق بالوزن لدى النساء فهن دائماً غير راضيات عنه، وعند بلوغ مرحلة اليأس يصبح الشغل الشاغل هو صحة الجسم وسلامته.

يذكر الأشرم (2002. ص. 31) ان مشاعرنا نحو أجسامنا تبدأ من لحظة الميلاد، وتبدأ تتطور صورة الجسم من مرحلة عمرية إلى أخرى صورة الجسم تتكون من سن مبكرة، وتتأثر بالوالدين والأقران والخبرة

الحياتية كنتيجة للتفاعلات مع الناس والعالم حولنا، وحينما يدخل الأطفال سن المراهقة يسعون جاهدين ليكونوا مقبولين، ويبدأ المراهق عملية المقارنة الإجتماعية لصورة جسمه مقابل الخصائص البدنية للآخرين.

3. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوجة وغير المتزوجة) "

وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات وباستخدام T.Test لحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وكذا إختبار (ت) ودلالتها الإحصائية، أكدت النتائج على أنه لا تختلف صورة الجسم النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان اختلاف الحالة الاجتماعية.

من خلال اجراء المقابلة النصف موجهة وحسب ما قالته أغلبية النساء أنه من الممكن ان يكون سبب ذلك حساسية النساء اتجاه جسمهم، فكلتاهما تتوقعان الفشل في حياتهن (المتزوجة وغير المتزوجة) فالمرأة المتزوجة تتوقع الطلاق من زوجها أو زواجه مرة أخرى، والمرأة الغير متزوجة تتوقع عدم قبولها في المجتمع فكلتاهما تمران بتشوه في صورة جسمهن.

وهذا ما تبينه دراسة سعيد بنى مصطفى (2015) حيث أشارت نتائج الدراسة وأن مستوى الرضا عن صورة الجسد إضافة إلى أن مستوى الاكتئاب لدى مريضات السرطان كان متوسطا ذلك أشارت النتائج إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين مستوى الاكتئاب ومستوى الرضا عن صورة الجسد ككل ومجالاته لدى المريضات، كما أشارت النتائج إلى أن المتغيرات التي لها قدرة تنبؤية بمستوى الاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي هي: صورة الجسد، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومدة الإصابة، ومرحلة الإصابة، والعلاج النفسي، والعلاج الجراحي، والعلاج الكيماوي، والعلاج الإشعاعي، وعادة ترميم الثدي.

4. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن".

بعد المعالجة الإحصائية للبيانات وباستخدام T.Test لحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وكذا إختبار (ت) ودلالتها الإحصائية بين المصابين، أكدت النتائج على أنه توجد فروق في مستوى القلق بدرجة طفيفة لدى النساء المبتورات الثدي باختلاف السن (من 24 الى 35 سنة ومن 35 الى 61 سنة) لصالح النساء الأكبر سنا.

وقد جاءت نتائج دراسة شان وآخرين (chan, mei-nan, shu- shin& peiling, cing,2011) عكس نتائج دراستنا، حيث هدفت الى فحص صورة الجسم السلبية لدى مريضات سرطان الثدي بعد الجراحة وعلاقتها بالاكتئاب والقلق والضغط النفسي، وقد أجريت الدراسة على مجموعة من المريضات بسرطان الثدي في شمال تايوان بعد خضوعهن للجراحة واستئصال الثدي، وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك صورة متدنية للجسم لدى جميع المريضات، مع ارتفاع في لدى النساء مشاعر الاكتئاب والقلق والضغط النفسي، تحديدا لدى النساء الأصغر سنا مقارنة بالمريضات الأكبر سنا.

ويمكن أن إعادة ترميم الثدي تساعد في تقبل السيدة لذاتها وصورة جسدها، حيث يصبح لديها القدرة على التعامل مع إصابتها أكثر من السابق، وقد أشارت بعض النساء إلى أن خضوعها لعملية الترميم والحقن بالسليكون له أثر إيجابي ويشعرها بأنها تستعيد ثقتها بنفسها وتتقبل جسدها وهذا يساعدها أكثر لتجاوز شعورها بالقلق والاكتئاب. وهذا ما جاء في دراسة الغزال وآخرين (AL-ghazal, Sully, & Fallowfield 2000 Blamey) التي أكدت على انخفاض شعور مريضات سرطان الثدي بالقلق والاكتئاب بعد قيامهن بعملية إعادة ترميم للثدي.

في دراسة قام بها بروس، شوربيتا (Chorpita,2002) عنوان" النموذج الثلاثي وأبعاد القلق والكآبة لدى عينة المدرسة" هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الأبعاد الثلاثية التي تربط ما بين أعراض اضطرابات القلق والكآبة ومتغيرات الدراسة وخاصة (الجنس، والعمر، وتأثير التفاعل بينها) .وقد بلغت عينة الدراسة من (578.1) طفلاً ومراهقاً من 13 مدرسة عامة وخاصة. ينتمون إلى أكثر من 30 عرق (أمريكي، والياباني، والفلبيني، وهاواي، وصيني، وقوقازي، وأووكاياناوا، وأمريكي واسباني، وأمريكي إفريقي برتغالي، وسامون، وأسيوي جنوب شرقي، وبورنوريكي، وأمريكي أصلي، وتونجاني، وفيجي، وجوماني). وقد استخدم مقاييس مثل المؤشرات النموذجية، مقياس عوامل الكآبة والقلق (IV-DSM, Moffitt, Umemotoومقياس مادة 45 صمم لتقييم تقرير أفعال أعراض القلق، ومقياس (سي، دي، أي) (Kovacs1981) وقد أظهرت الدراسة وجود العديد من العقائد الأساسية للنموذج الثلاثي في الأطفال والمراهقين (PA NA) كما بينت النتائج أن (PA) يرتبط سلبياً بالكآبة و (NA) يرتبط إيجابياً بالكآبة والقلق.

كما وضحت دراسة كرومان (Kroman, 2012) الضغط النفسي لدى النساء حديثي التشخيص بسرطان الثدي بـ بريطانيا هدف الدارسة تحديد مدى انتشار شدة مرض السرطان، وخصائص النساء المصابات بسرطان الثدي شملت العينة (343) مريضة من النساء المصابات بسرطان الثدي المشخص حديثا .اللاتي تعرضن للضيق النفسي في وقت التشخيص استخدمت الدارسة مقياس الضغط النفسي،

قائمة مرفقة مصممة لتحديد المشاكل ذات الصلة، واستخدم المنهج الوصفي .المشخص حديثا، وجاءت المشاكل المتعلقة بالقلق أكثر نسبة بلغت 77%، (وفي المرتبة الثانية نتائج الدارسة: أظهرت النتائج تواجد الشدة النفسية بنسبة 77% لدى النساء المصابات بسرطان الثدي العصبية بنسبة 71%، وأن النساء الأصغر سنا والذين تقل أعمارهن عن(50) عاما كان لديهن مستويات مرتفعة من الاكتئاب أكثر من كبار السن (صبيرة،2017، ص21).

كذلك بينت دراسة (T, Davison,2005) الى تعرف العلاقة بين صورة الجسم للرجل والمرأة وتأثيرها على الوظائف النفسية والاجتماعية والجنسية، تكونت عينة الدراسة من 700 رجل و 773 امرأة، تراوحت أعمارهم بين 03 –33 عاماً، متوسط أعمارهم 73.27 ،أشارت نتائج الدراسة إلى ارتباط الرضا عن صورة الجسم إيجابياً بتقدير الذات لدى الرجال والنساء، وارتبط اضطراب صورة الجسم بمشكلات الوظائف الاجتماعية والجنسية، وذلك لدى الرجال في مرحلة منتصف العمر، وارتبطت بالاكتئاب وأعراض القلق بمرحلة البلوغ لدى كل من الرجال والنساء. وأشارت النتائج في مجملها إلى أن التوقعات الاجتماعية لصورة الجسم ذاتً عند التقدم في العمر.

5. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"

بعد المعالجة الإحصائية للبيانات وباستخدام T.Test لحساب دلالة الفروق، أكدت النتائج على أنه توجد فروق في مستوى القلق بدرجة طفيفة لدى النساء المبتورات الثدي باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوجة وغير المتزوجة) لصالح النساء الغير المتزوجات.

كانت نتائج ستيل وآخرون (Steele, et all,2003) عكس نتائج دراستنا فقد هدفت إلى فحص التغيرات في الضغوطات النفسية لدى الأمهات وأثر هذه الضغوطات وكذلك استراتيجيات التربية بين أمهات الأطفال الذين يعانون من السرطان خلال فترة الستة أشهر الأولى بعد التشخيص وبدء العلاج، وكذلك فحص العلاقة بين التغير في مستوى الضغوط النفسية واستراتيجية التربية لدى الأمهات .استخدم الباحثون استمارة لجمع المعلومات تتعلق بحالة الضغوطات المتوقعة لدى الأمهات وأعباء التربية. وقد تكونت العينة من (65) أماً مصابة بالسرطان. واستناداً على دراسة أخرى حول نفس الموضوع دلت نتائج هذه الدراسة إلى تناقص الضغوطات النفسية الناجمة عن المرض لدى الأمهات خلال فترة الدراسة، كما قلت الضغوطات المتوقعة، إلا أن الاهتمام بالتربية والرعاية بقي ثابتا.

دراسة زومور وآخرون (Zemore R, et al, 1999) شملت العينة (87) امرأة تتراوح أعمارهن بين (29-96) سنة أجريت عليهن عمليات استئصال الثدي، أظهرت النتائج أنه وعلى الرغم من مرور أشهر عديدة قد تبلغ سنوات إلا ان المريضات مازلن في قلق واضح اتجاه بعض الأمور أهمها عدم القدرة على المشاركة في نشاطات جسدية، إمكانية الإصابة بالسرطان مرة أخرى، الغضب أو القلق كونهم لم يتلقوا الرعاية الطبية الأفضل (الحجار، ب.س، ص74).

6. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن".

وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات وباستخدام T.Test لحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وكذا إختبار (ت) ودلالتها الإحصائية بين المصابون، أكدت النتائج على أنه تختلف درجة الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي باختلاف السن من 24 الى 35 ومن 35 الى 61 لصالح النساء الأكبر سنا.

وعلى الرغم من أن اضطراب عسر المزاج يمكن أن يظهر في كل سن، فإنه يبدأ غالباً بشكل أبكر من الاكتئاب الأساسي، فهو يبدأ في الطفولة أوسن الرشد المبكر. (Bennett et al, 2005)

كما تشير الأبحاث إلى أهمية العامل الوراثي في الاكتئاب، أما من ناحية السن فتشير الدراسات إلى أن العقد الثالث من الحياة يعد السن الذي تصل فيه نسبة المرض بالاكتئاب قمتها (Meyer-,1994 Jong De & Hautzinger) وعلى الرغم من أن الاكتئاب يمكن أن يظهر في أي سن، بما في ذلك سن الطفولة المبكر، فإن الاكتئاب يبدأ لدى غالبية الناس بين نهاية العشرينات وبداية الثلاثينات، من ناحية أخرى تشير النتائج إلى ارتفاع نسبة المرض لدى الناس في سن اليفوع بين المراهقة المتأخرة حتى نهاية العشرين (Patricia2007)، كما لا يمكن نكران دور المعاناة من الخسارة أو من مشاق الحياة في نشوء الاكتئاب.

ويرتبط الاكتئاب ايضا بعوامل مختلفة مثل الجنس والعمر ومستوى التعلم والحالة الاجتماعية، وهذا ما أسفرت عليه نتائج دراسة الزهراني (1993) التي هدفت هدفت الى تشخيص مرض الاكتئاب والعوامل المرتبطة به، باستخدام مقياس بك، وتكونت عينة الدراسة من (200) مريضا من ثلاثة مناطق رئيسية بالمنطقة الغربية من السعودية، (الزهراني، 1993. ص. 1)

فالاكتئاب يرتبط الى حد بعيد بالتقدم في العمر، وهذا ما اسفرت عليه نتائج دراسة الانديجاني 1999 التي هدفت الى التعرف على الاكتئاب لدى تلاميذ الصف السادس الابتدائي وتكونت عينة الدراسة من

(800) تلميذ واستخدمت الدراسة مقياس الاكتئاب من اعداد (عبد الخالق 1993) وتوصلت نتائج الدراسة الى ان مستوى الاكتئاب عند التلاميذ يرتفع بزيادة العمر. (Bennett et al, 2005)

كذلك إتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسة التي نشرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي والمتمثلة في إسقاط بعض الخصائص على شخص ما، لا يعني أن مثل هذا الفرد لا يعاني من توترات أو ضغوط، فالألم الإنفعالي والحزن أعراضا شائعة بين الأفراد الذين خبروا من ضغوطات ومعاناة في مسارهم النمائي (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ترجمة السعيد أبو حلاوة، 2010).

7. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ".

وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات وباستخدام T.Test، أكدت النتائج على أنه تختلف درجة الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي باختلاف الحالة الاجتماعية (المتزوجات والغير المتزوجات) لصالح النساء الغير متزوجات.

فالحالة الاجتماعية تعتبر من بين المحددات الاساسية في الاصابة او ارتفاع درجة الاكتئاب لدى فئة العزاب المطلقين والارامل مقارنة بالمتزوجين (Vanessa BELLAMY et al, 2004).

أكدت نتائج دراسة (Alagaratnam TT, Kung NY,1986) التي بعنوان "التأثيرات النفسية والاجتماعية لاستئصال الثدي" تكونت العينة من(23) ام متزوجة ولديهن نشاط جنسي تعالجن من سرطان الثدي، حيث تمت مقارنتهن مع مجموعة من السيدات مكونة من(34) سيدة تم اختيارهن عشوائيا، ويعانين من أنواع مختلفة من السرطان هدف الدارسة معرفة أسباب الآثار النفسية والاجتماعية لاستئصال الثدي، هل تعود إلى استئصال الثدي أم للتشخيص بالسرطان. استخدم الباحثان مقياس بيك للاكتئاب مع المقابلات لدارسة كلا المجموعتين السرطان من الناحية العاطفية عكس السيدات اللواتي يعانين من الأنواع الأخرى أظهرت النتائج أن مجموعة المصابات بسرطان الثدي كانت أقل اكتئابا وأكثر استقرار (الحجار، ب. س).

استنتاج عام:

إن موضوع الدراسة الحالية له أهمية كبيرة في علم النفس الصحة، والذي يتمثل في صورة الجسم وعلاقته مع كل من القلق والاكتئاب لدي النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان مرتكزين على بعض المتغيرات التصنيفية كالسن و الحالة الاجتماعية حيث يحتل سرطان الثدي المرتبة الاولى من انواع السرطان اللذي يمس المرأة (Guide – Affectio, Longue Durée,2010) والذي في غالب الاحيان يؤدي الى استئصال هذا العضو اللذي يلعب دورا مميزا في حياة المرأة اذ له بعد جنسي انوثي و أمومي المتمثل في الرضاعة و بناء العلاقة مع الابن وبالتالي فهو يؤثر لا محالة على صورتها الجسدية المتمثلة في تصورها الداخلي لمظهرها الخارجي (Thompson et al,1999).

وبعد تطبيق مقياس صورة الجسد القلق والاكتئاب والاساليب الاحصائية المناسبة اسفرت نتائج الدراسة على:

1. توجد علاقة بين صورة الجسم والقلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان.
2. توجد علاقة بين صورة الجسم والاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن.
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير السن.

8. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى النساء المبتورات الثدي جراء الإصابة بمرض السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

الاقتراحات:

في ضوء النتائج التي تم الوصول اليها في الدراسة تقدم الباحثة مجموعة من الاقتراحات:

- موصلة القيام بدراسات حول صورة الجسم وما ينجر عنها من اضطرابات نفسية.
- العمل على الاهتمام أكثر على هذه الفئة في المراكز والمؤسسات الاستشفائية وتخصيص الأخصائيين النفسانيين للتكفل النفسي بهم.
- المتابعة النفسية لهذه الفئة بعد العلاج الكيميائي واجراحي وخاصة بعد استئصال الثدي.
- ضرورة تطبيق برامج وطرق علاجية لهذه الفئة من النساء سواء المبتورات الثدي أو المشوهات جسميا للتخفيف من الاضطرابات والمعاناة النفسية.

المراجع

الكتب:

1. العاسمي نايل، رياض (2015). صورة الجسد المنحى التكاملي لمصحة والمرض.ط1. الأردن: دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع.
2. النوبي محمد. محمد علي(2010). مقياس صورة الجسم لممعوقين بدنيا وجسديا. ط1، عمان: دار صفاء لمنشر والتوزيع.
3. الدسوقي، مجدي محمد (2006). اضطرابات صورة الجسم" الاسباب، التشخيص، الوقاية، العالج". سلسلة الاضطرابات النفسية. ط.2. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
4. الحسين، اسماء عبد العزيز (2002). المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط.1 الرياض: دار عالم الكتب.
5. الشربيني، لطفي (2001). الاكتئاب الأسباب والمرض والعلاج. ط1. بيروت: دار النهضة.
6. الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2010). ترجمة السعيد أبو حلاوة.
7. الشناوي، محمد محروس (2000). نظريات العلاج والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
8. آرون، بيك (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات المعرفية. ترجمة عادل، مصطفى. ط1. بيروت: دار النهضة العربية.
9. أبو جاو، صالح (2011).علم النفس التطوري الطفولة والمراهقة: دار المسيرة.
10. الاسطى، محمد علي (بدون سنة). اضطرابات القلق (التعريف –الأسباب– الأنواع– التشخيص).
11. الرابطة الأمريكية للطب النفسي (1992) الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الرابع. ترجمة أمينة سماك، عادل مصطفى.
12. الرابطة الأمريكية للطب النفسي (2013) الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الخامس. ترجمة أنور حمادي.
13. دافيدوف، ليندا (1976). مدخل علم النفس، ترجمة الطواب وآخرون. ط3. القاهرة: دار مكجوروهيل للنشر.
14. زهران، حامد (2001). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط3. القاهرة: عالم الكتب.

15. شقير، زينب (2002). مقياس صورة الجسم كراسة تعليمات. ط1.القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
16. عكاشة، احمد (1998). الطب النفسى المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
17. عبد الستار، إبراهيم. (1998). الاكتئاب واضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاج. ط.1 الكويت: عالم المعرفة.

الرسائل الجامعية:

18. المطيري، ريم عبد الله (2008). الافكار غير العقلانية وعالقتها بإدراك صورة الجسد لدى المراهقات في المرحمة المتوسطة (رسالة ماجستير) جامعة محمد بن سعود الإسلامية.
19. الأشرم، رضا إبراهيم محمد (2008). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الاعاقة البصرية (رسالة ماجستير). جامعة الزقازيق، مصر.
20. المسحر، ماجدة أحمد حسن. (2007). إساءة المعاملة في مرحلة الطفولة كما تدركها طالبات الجامعة وعلاقتها بأعراض الاكتئاب (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود، السعودية.
21. احميدان قاضي، وفاء محمد (2009). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة (رسالة ماجستير) الجامعة الاسلامية، غزة.
22. طالب، سوسن نور الدين (2001). توهم المرض وعلاقته بصورة الجسم (رسالة ماجستير). كلية الآداب. جامعة بغداد.

المجلات العلمية:

23. أبو فايد، حسين علي (1998). "الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين الطلبة"، مجلة دراسات نفسية، القاهرة.
24. إبراهيم الأعرجي، إبراهيم مرتضى (2017). صورة الجسم وقلق الولادة لدى الحوامل وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة الأستاذ. المجلد 2 (العدد 222).
25. الجبوري، كاظم. وحافظ ارتقاء يحيى (2007). صورة الجسم وعلاقتها بالقبول الاجتماعي لدى طلبة الجامعة. مجلة القادسية للعلوم الانسانية (العدد 21).

26. المومني، محمد احمد و نعيم مازن محمود (2013). قلق المستقبل لدى طلبة كليات المجتمع في منطقة الجليل في ضوء بعض المتغيرات، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 9 (العدد 2)

27. الأنصاري، بدر محمد. (2007). الفروق في الاكتئاب بين طلاب وطالبات الجامعة دراسة مقارنة في عشرين بلد إسلامي. مجلة دراسات عربية في علم النفس، مجلد 6 (العدد 1).

28. خوجة، عادل (2011). اثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسيف صورة الجسد ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي االحتياجات الخاصة حركيا، مجلة جامعة الفاتح لألبحاث، مجلد 25 .

29. زعطوط. رمضان، قريشي. عبد الكريم (2013). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (العدد 11).

30. سعيد بني مصطفى، منار(2016). قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي في الأردن. دراسات العلوم التربوية، رقم المجلد 43 (ملحق 5).

31. سلوى عبد الباقي (1992). الاكتئاب بين تلاميذ المدارس، دراسات نفسية، جمعية الأخصائيين النفسيين المصرية، جـ 3، يوليو.

32. شاهين، رسلان (2003). سيكولوجية الاعاقات العقلية والجسدية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

33. شقير، زينب محمود (1995). مفهوم الذات ومظاهر الصحة النفسية لدى المكتئبين من طلاب جامعة طنطا، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، (العدد 33).

34. عوض عواض الزايدي، ابتسام (1427 هـ) صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات الانفعالية (القلق – الاكتئاب – الخجل) لدى عينة من المراهقين والمراهقات للمرحلتين الدراسيتين المتوسطة والثانوية داخل مدينة الطائف (رسالة ماجستير). كلية التربية. جامعة ام البواقي.

35. فرغلي، رضوى محمد (2007). ديناميات الموقف الأوديبي وصورة الجسم ومفهوم الذات لدى طابات الجامعة. مجلة الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، (العدد 18).

36. فايد، حسين علي (1999). صورة الجسم والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي لدى الاناث المراهقات. المجلة المصرية للدراسات النفسية. المجلد 9 (23).

37. فايد، خليل وعطية جمال (2006). صورة الجسم وعلاقتها ببعض انماط التفاعلات والاجتماعية لدى التلاميذ في مرحلة الطفولة المتأخرة. مجلة كلية التربية. جامعة المنصورة. (عدد 60).

38. فرج، عبد القادر طه واخرون (1997). معجم علم النفس والتحليل النفسي ط.2. دار النهضة العربية. لبنان.

39. كفافي. علاء الدين، وجابر. عبد الحميد (1989). معجم علم النفس والطب النفسي (الجزء الثاني). دار النهضة العربية: القاهرة.

40. كفافي. علاء الدين، النيال. مايسة احمد (1995). صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية، دار المعرفة الجامعية، مصر.

41. مشاعل، فاتن تابث (2010). صورة الجسد لدى المرأة وعالقتها بكل من الاكتئاب والقلق الاجتماعي وتقدير الذات (رسالة ماجستير)، جامعة دمشق.

المراجع الأجنبية:

42. AL-ghazal, S. Sully, L; Fallowfield, L. & Blamey, RW.(2000). The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. European journal of surgical oncology 26(1):17-19[online] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718173

43. Aziz, M. & Rouland, j.(2003).trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity. Seminars in radiation oncology 13(3)248-266.[online] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12903014.

44. Anne Katz(2009) : Le corps et le moi : l'image corporelle et la sexualité chez les femmes atteintes du cancer. Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique 19(1):E5-E8 .DOI: 10.5737/1181912x191E5E8

https://www.researchgate.net/publication/271303738_Le_corps_et_le_moi_l'image_corporelle_et_la_sexualite_chez_les_femmes_atteintes_du cancer

45. Brausch, A. and Muehlenkamp, J. (2007): Body Image and Suicidal Ideation in Adolescents, Body Image, V. 4, Issue. 2, P. 207-212.

46. Bennett, D. Ambrosini, P. Kudes, D. Metz, C. and Rabinovich (2005): Gender Difference in Adolescent Depression: Do Symptoms differ for Body and Girls?, Journal of Affective Disorders, V. 89, Issues 1-3, P. 35-44.
47. Cash TF, Smolak L. Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention. Guilford. Press; 2012. 514 p.
48. Chun, L.; Mei-nan, L.; Shu-ching.ch; Peiling, Ch.& Shin, Ch.(2011). body image and its predictors in breast cancer patients recovering surgery. [online] Cancer nursing,35(5).E10-6.bol10.1097 /ncc.obo13e318236f8b .www.researchgate.net/pubilication/51783658.
49. Cuseck, 1 (2000). perceptions of boody image implications: for the workplace. enrpboyee assistance quarterly .
50. Constantine, Madonna G., Okazki, Sumie , Utsey, Shawn, O. (2004). Self-concealment, social self- efficacy, acculturative stress and depression in African, Asian And Latin American international college students. American Journal Of Orthopsychiatry , 74 (3), 230-241..
51. Davison, T. and McCabe, M. (2005)(b): Adolescent Body Image and Psychosocial Functioning, the Journal of Social Psychology, V. 146, N. 1, 15-30.
52. Davies, M., Stankov, L., & Roberts, R. (1998). Emotional intelligence: In search of an elusive construct of self. Journal of Personality and Social Psychology, 75 (4): 989- 1015.
53. Engel, J; Kerr, J.; Schlesinger, R.; Sauer, H.& Holzel, D.(2004). Quality life following breast-conserving therapy or mastectomy. Results of 5- year prospective study. The breast journal.10.223.231.
54. Felton, J. (2007): Examination of Weight Change as a Symptom of Depression In Children and Adolescents, from: http://etd.library.vanderbilt.edu/04202007-094157
55. GROGAN, Sarah (1999), Body Image : Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children,Londres, Routledge.
56. -Guide - Affectio, Longue Durée(2010) : Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique- Cancer du sein. Ce document est téléchargeable sur www.has-sante.fr et sur www.e-cancer.fr
57. Lionel Dany (2009) Image corporelle et cancer: une analyse psychosociale. Psycho-Oncol. 3:101-117. DOI 10.1007/s11839-009-0128-y.

https://www.researchgate.net/publication/225484622_Image_corporelle_et_cancer_une_analyse_psychosociale.

58. Iqbal, N. Shahnawaz, M. and Alam, A. (2006): Educational and Gender Differences in Body Image and Depression Among Students, Journal of The Indian Academy of Applied Psychology, V. 32, N. 3, 269-272.
59. Ledoux, M., Mongneau, L. & Rivard, M. (2002). Poids et image corporelle, dans Enquête Sociale et de santé des enfants et adolescents québécois 1999 (pp. 311-344).
60. Moorey, B.& Gery,SH.(1989).psychological therapy for patients with cancer: A new approach. Washington: America psychiatric press.
61. National Eating Disorders Association.(2005). Body Image. [online] www.ndsu.edu/fileadmin/counseling/Body_Image.pdf
62. Patricia Voijk , pol, AC., Van lier, Alfons , AM., Crinien, Anjac Hoizink. (2007). Testing Sex – specific pathways from peer victimization to Anxiety and Depression in early Adolesccent through a round mized intervention trial. Journal of affective Disorders, 100, 221- 226.
63. Québec : Institut de la statistique du Québec.
64. Thompson, J, K., Heinberg, L, J., Altabe, M., Tantleff-Dunn, S., (1999). Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Washington, DC. US :Américain Psychological Association, iix-396. doi : 10.1037/10312-000

الملاحق

الملحق (1): مقياس صورة الجسم باللغة الفرنسية

L. Evers, P. Verbanck

Nom: …….…. Prénom: ……. Date: ……..
Age: …….. Sexe: …….

Situez-vous en entourant le chiffre entre les 2 propositions à l'endroit correspondant à l'état qui vous décrit le mieux **en ce moment précis :**

0 = ni l'un ni l'autre, entre les deux
1 = très peu
2 = peu
3 = moyennement
4 = fort
5 = très fort

	Vous considérez votre corps comme	
1. en mauvaise santé	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	en bonne santé
2. attirant	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	repoussant
3. source de plaisir	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	source de déplaisir
4. pur	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	impur
5. craintif	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	audacieux
6. féminin	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	masculin
7. froid, indifférent	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	chaleureux, tendre
8. montrant la colère	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	montrant la paix
9. calme, serein	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	nerveux, tendu
10. vieux	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	jeune
	Globalement vous vous sentez	
11. faible	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	fort(e)
12. joyeux(se)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	triste
13. vide	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	plein(e)
14. tout à fait libre	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	pas du tout libre
15. inférieur(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	supérieur(e)
16. fatigué(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	reposé(e)
17. valorisé(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	dévalorisé(e)
18. impatient(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	patient(e)
19. négligé(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	soigné(e)
20. bien	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	mal

الملحق رقم (2): استبيان صورة الجسم المترجم الى اللغة العربية

L. Evers, P. Verbanck

أختي الكريمة.....

نطلب منك الإجابة بكل صدق على العبارات التالية، وأحيطك علما أن نتائج المقياس ستحظى بسرية تامة ولا توظف إلا لأغراض البحث العلمي.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

اللقب: ..... **الاسم:** ..... **التاريخ:** .....

السن: ..... **الحالة الاجتماعية:** .....

تموضع من خلال وضع دائرة على رقم بين اقتراحين للحالة التي تصفك بشكل أفضل في الوقت الحالي:

0 = لا هذا ولا ذاك، بين الإثنين.

1 = قليل جدا.

2 = قليل.

3 = متوسط.

4 = قوي

5 = قوي جدا

	تعتبر جسدك كـ:	
1. في حالة صحية سيئة	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	في حالة صحية جيدة
2. جذاب	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	منفر
3. مصدر لذة	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	مصدر ألم
4. نقي	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	غير نقي
5. مخيف	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	جريء
6. مؤنث	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	ذكر
7. بارد، غير مبال	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	دافئ، لطيف
8. يظهر الغضب	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	يظهر الطمأنينة
9. هادئ، صافي	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	عصبي، متوتر
10. مسن	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	شاب
	على العموم تشعر:	
11. ضعيف	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	قوي (ة)
12. سعيد (ة)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	حزين

13. فارغ (خاوي)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	ممتلئ (مغمور)
14. حر تماما وكليا	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	ليس حرا إطلاقا
15. بالدونية	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	بالسمو
16. متعب (ة)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	مرتاح
17. ذو قيمة	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	بدون قيمة
18. غير صبور(ة)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	صبور (ة)
19. مهمل (ة)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	أنيق (ة)
20. جيد	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	سيء

الملحق (3): قائمة الأساتذة المحكمين

1. د. زعطوط رمضان
2. د. بريشي مريامة
3. د. طالب حنان
4. د. خالد بوعافية
5. د. ايت مولود ياسمينة
6. د. خادم الله اسماعيل
7. د. خنور صالح

الملحق رقم (4): استبيان الاكتئاب لـ "بيك" المقنن من طرف الأستاذ الدكتور "بشير معامرية"

البيانات الشخصية:

تاريخ: .....

السن: .....

الحالة الاجتماعية: متزوجة ☐ غير متزوجة ☐

أختي الكريمة .....

نطلب منك الإجابة بكل صدق على العبارات التالية، وأحيطك علما أن نتائج المقياس ستحظى بالسرية التامة ولا توظف إلا لأغراض البحث العلمي.

التعليمة: في هذه الكراسة 21 مجموعة من العبارات، المطلوب أن تقرئي كل مجموعة على حده وبعناية، ثم اختاري من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم ضع دائرة حول الرقم الذي يشير الى العبارة التي اخترتها (0 أو 1 أو 2 أو 3).

وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة.

تأكد أنك تختار دائما عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة بـ (تغيرات في نظام النوم) والمجموعة رقم 18 المتعلقة بـ (تغيرات في الشهية).

شاكرين لكم حسن تعاونكم

مثال:

1	الحزن	◯ لا أشعر بالحزن. 1. اشعر بالحزن معظم الوقت. 2. اشعر بالحزن طوال الوقت. 3. اشعر بالحزن الى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.

1	الحزن	0. لا أشعر بالحزن. 1. اشعر بالحزن معظم الوقت. 2. اشعر بالحزن طوال الوقت. 3. اشعر بالحزن الى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.
2	التشاؤم	0. لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي. 1. اشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت. 2. أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. 3. أشعر بأن لا أمل لي في المستقبل وأنها سوف تزداد الأمور سوءا.
3	الفشل السابق	0. لا أشعر بأني شخص فاشل. 1. لقد فشلت أكثر مما ينبغي. 2. كلما نظرت الى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل. 3. أشعر بأني شخص فاشل تماما.
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	0. أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. 1. لا أستمتع الحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. 2. أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل. 3. لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن استمتع من قبل.
5	مشاعر الاثم (تأنيب الضمير)	0. لا اشعر بالذنب. 1. أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.

		2. أشعر بالذنب في معظم الأوقات. 3. أشعر بالذنب في كل الأوقات.
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى	0. لا أشعر بأني يمكن ان أتعرض للعقاب أو للأذى. 1. أشعر بأني يمكن ان أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى. 2. أشعر بأني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى. 3. أشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى.
7	عدم حب الذات	0. شعوري نحو نفسي عادي. 1. فقدت الثقة في نفسي. 2. أصبت بخيبة أمل في نفسي. 3. لا أحب نفسي.
8	نقد الذات ولومها	0. لا أنتقد ولا ألوم نفسي. 1. أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت. 2. أنتقد وألوم نفسي على كل أخطائي. 3. أنتقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.
9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	0. ليس لدي أي أفكار انتحارية. 1. لدي أفكار انتحارية ولكن لا يمكنني تنفيذها. 2. أريد أن انتحر. 3. قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة.
10	البكاء	0. لا أبكي أكثر مما تعودت. 1. أشعر بالرغبة في البكاء.

		2. أبكي أكثر مما تعودت. 3. أبكي بكثرة جدا.
11	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	0. أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عادية. 1. أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مماّ تعودت 2. أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب على البقاء مستقرا. 3. أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما.
12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	0. لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 1. أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 2. فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. 3. من الصعب على أن أهتم بأي شيء.
13	التردد في اتخاذ القرارات	0. أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التيّ تعودت علىها. 1. أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. 2. لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مماّ تعودت عليه. 3. لا أستطيع اتخاذ القرارات.
14	انعدام القيمة	0. لا أشعر أني عديم القيمة. 1. أنا لست ذا قيمة كماّ تعودت أن أكون. 2. أشعر أني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. 3. أشعر أني عديم القيمة تماما
15	فقدان الطاقة على العمل	0. لدي نفس القدر من الطاقة كماّ تعودت. 1. لدي قدر من الطاقة أقل مماّ تعودت

		2. ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء. 3. ليسّ لدي طاقة لعمل أي شيء.
16	تغيرات في نظام النوم	0 . لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي. 1. أ . أنام أكثر مماّ تعودت إلى حد ما. 1. ب . أنام أقل مماّ تعودت إلى حد ما 2. أ . أنام أكثر مماّ تعودت بشكل كبير. 2. ب . أنام أقل مماّ تعودت بشكل كبير. 3. أ . أنام معظم اليوم. 3. ب . أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.
17	القابلية للغضب أو الانزعاج	0 . أغضب بدرجة عادية. 1 . أغضب أكبر مماّ تعودت 2 . أغضب أكبر بكثير مماّ تعودت 3 . أكون في حالة غضب طول الوقت.
18	تغيرات في الشهية	0 . لم يحدث أي تغير في شهيتي. 1 أ . شهيتي أقل مماّ تعودت إلى حد ما 1 ب . شهيتي أكبر مماّ تعودت إلى حد ما 2 أ . شهيتي أقل كثيرا مماّ تعودت 2 ب . شهيتي أكبر كثيرا مما تعّودت 3 أ . ليست لدي شهية على الإطلاق.

		3 ب . لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت.
19	صعوبة التركيز	0 . أستطيع التركيز بكفاءة كماّ تعودت 1 . لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كماّ تعودت 2 . من الصعبّ على أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة. 3 . أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.
20	الإرهاق أو الإجهاد	0 . لست أكثر إرهاقا أو إجهادا ممّا تعودت 1 . أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التيّ تعودت علىها. 2 . يعيقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت علىها. 3 . أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت علىها.
21	فقدان الاهتمام بالجنس	0 . إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام. 1 . أنا أقل اهتماما بالجنس في هذه الأيام ممّا تعودت 2 . أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام. 3 . فقدت الاهتمام بالجنس تماما

ملحق رقم (5): استبيان القلق لهامتون

التعليمة: المطلوب منك أن تقرئي العبارات بتمعن، ثم تضع علامة (X) في الخانة التي تناسبك حالتك.

مثال:

الرقم	الفقرة	لا توجد أعراض	أعراض طفيفة	أعراض متوسطة	أعراض شديدة	أعراض شديدة جدا
1.عسر المزاج	التوجس والشك، توقع الأسوأ أو الأشياء المخيفة، سهولة الاستثارة.				X	

الرقم	الفقرة	لا توجد أعراض	أعراض طفيفة	أعراض متوسطة	أعراض شديدة	أعراض شديدة جدا
1.عسر المزاج	التوجس والشك، توقع الأسوأ أو الأشياء المخيفة، سهولة الاستثارة.					
2.التوتر	مشاعر عدم الارتياح، سهولة الاجهاد، الفزع، سهولة البكاء، الارتجاف، لا يستقر على حالة، لا يستطيع أن يترك نفسه على سجيتها.					
3.الخوف	من الظلام، والغرباء والوحدة والحيوانات وزحمة المرور والحشود.					
4.الأرق	صعوبة الاستسلام للنوم، النوم					

	المتقطع، نوم غير مشبع والاحساس بالتعب عند الاستيقاظ واحلام وكوابيس ومخاوف ليلية.					
5.الذاكرة	صعوبة التذكر وضعف الذاكرة.					
6.المزاج الاكتئابي	اللامبالاة، لا يستمتع بالهوايات، الحزن، الاستيقاظ المبكر، انتقال الانفعالات من النقيض الى النقيض في يوم الواحد.					
7.السلوك خلال المقابلة	تململ، لا يستقر في مكانه، اهتزاز الأيدي، تقطيب الحاجبين، وجه مشدود، تنهدات أو تلاحق الانفاس، اصفرار الوجه، ابتلاع الريق، التجشؤ، حركات مفاجأة في المفاصل، اتساق حدقة العين، وجحوظ العينين.					
8.المشاعر الجسمية أو الحسية	طنين في الأذن، زغللة البصر، نوبات من السخونة والبرودة، إحساس بالضعف.					
9.المشاعر الجسمية أو العضلية	آلام وأوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، انتفاخ العضلات، صرير الأسنان، حشرجة الصوت، ازدياد الشد العضلي.					
10.أعراض	اختلال ضربات القلب، آلام					

القلب والأوعية الدموية	الصدر، خفقان القلب، انتفاخ العروق، مشاعر الدوار.					
11.أعراض تنفسية	ضيق الصدر أو اختناقه ومشاعر بالاختناق، التنهد، عسر التنفس.					
12.الأعراض المعوية أو المعدية	صعوبة البلع، آلام في البطن، حرقان في المعدة، لين البراز، الشعور بامتلاء المعدة، الغثيان، القيء، نقص الوزن، الإمساك، أصوات البطن والأمعاء.					
13.أعراض المسالك البولية والتناسلية	زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، سرعة القذف، فقدان الرغبة الجنسية.					
14.أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقل	جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع التوتر، وقوف الشعر.					

الملحق رقم (6): النتائج المتحصل عليها من SPSS

Correlations

		الجسد	اكتئاب
الجسد	Pearson Correlation	1	.664**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	46	46
اكتئاب	Pearson Correlation	.664**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	46	46

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		الجسد	القلق
الجسد	Pearson Correlation	1	.559**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	46	46
القلق	Pearson Correlation	.559**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	46	46

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Group Statistics

	المستجابة الحالة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الجسد	متزوجة	20	67.1000	14.16779	3.16801
	متزوجة غير	26	71.5769	10.91485	2.14058

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الجسد	Equal variances assumed	.466	.498	-1.212-	44	.232	-4.47692-	3.695
	Equal variances not assumed			-1.171-	34.797	.250	-4.47692-	3.823

Group Statistics

	مستجوب سن	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الجسد	35 من اقل	25	63.6400	10.82004	2.16401
	35 من اكبر	21	76.7619	10.59200	2.31136

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الجسد	Equal variances assumed	.113	.738	-4.136-	44	.000	-13.12190-	3.172
	Equal variances not assumed			-4.144-	42.937	.000	-13.12190-	3.166

Group Statistics

	المستجابة الحالة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
اكتئاب	متزوجة	20	34.9500	10.77265	2.40884
	متزوجة غير	26	41.1923	8.75452	1.71690

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
اكتئاب	Equal variances assumed	.771	.385	-2.169-	44	.036	-6.24231-	2.878
	Equal variances not assumed			-2.110-	36.123	.042	-6.24231-	2.958

Group Statistics

	مستجوب سن	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
اكتئاب	35 من اقل	25	31.4000	7.29155	1.45831
	35 من اكبر	21	46.9048	5.20485	1.13579

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
اكتئاب	Equal variances assumed	.891	.350	-8.149-	44	.000	-15.50476-	1.902
	Equal variances not assumed			-8.388-	42.973	.000	-15.50476-	1.848

Group Statistics

	المستجابة الحالة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
القلق	متزوجة	20	25.9000	7.43321	1.66212
	متزوجة غير	26	30.4231	7.14520	1.40129

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
القلق	Equal variances assumed	.073	.788	-2.092-	44	.042	-4.52308-	2.1625
	Equal variances not assumed			-2.081-	40.181	.044	-4.52308-	2.1739

Group Statistics

	مستجوب سن	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
القلق	35 من اقل	25	24.2800	6.04511	1.20902
	35 من اكبر	21	33.4286	6.02139	1.31398

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
القلق	Equal variances assumed	.070	.793	-5.122-	44	.000	-9.14857-	1.7862
	Equal variances not assumed			-5.124-	42.697	.000	-9.14857-	1.7855

الملحق رقم (7): وثيقة الموافقة على تسهيلات الجامعة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة قاصدي مرباح بورقلة
كلية العلوم الإنسانية الاجتماعية
مصلحة شؤون الطلبة
الرقم...155/2019

السنة الجامعية: 2020/2019

إلى السيد(ة) : مدير مستشفى محمد الصديق بن يحي- جيجل -

الموضوع: تقديـــم تسهيلات

في إطار التعاون بين الجامعة والمؤسسات الوطنية، تقوم كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية،بتدريب الطلبة علميا وعمليا على إنجاز البحوث والدراسات الميدانية، وهذا من أجل إعدادهم و تكوينهم لخدمة قضايا البحث العلمي وتحقيق أهداف المنظومة التعليمية لذلك.

وعليه يشرفنا أن نطلب من سيادتكم تقديم التسهيلات اللازمة الطالبة:

- بوفنارة سارة.

التخصص : علم النفس العيادي .

المستوى : السنة الثانية ماستر.

الأستاذ(ة) المشرف : وازي طاوس.

موضوع الدراسة : صورة الجسم و علاقته ببعض المتغيرت الانفعالية (القلق , الخجل , الاكتئاب). لدى المراة المصابة ببتر الثدي جراء مرض السرطان.

نحن على يقين بأنكم ستبذلون الجهد الكافي في إطار لما يسمح به القانون لتقديم التسهيلات الضرورية لطلابنا.

تقبلـــوا منا فائـــق التقدير والاحتـــــرام

ورقلة في : 18 ديسمبر 2019

إمضاء رئيس القسم