الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
جامعـــة قاصدي مرباح روقلة
كلية العلوم الإنسانية او لإجتماعية
قسم علم النفس العيادي

الحاجات النفسية الاجتماعية لمرضي السرطان

دراسة إستكشافية بالمركز الجهوى لمكافحة السرطان بولاية روقلة

مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:
نبية حنان

تحت إشراف الأستاذ:
د . زعطوط رمضان

السنة الدراسية:2014/2013

شكر و تقدير

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه ونصلي ونسلم على مبعوث الرحمة للعالمين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه الطاهرين ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين أما بعد:

أتقدم بمعاني الشكر والعرفان والتقدير إلى الأستاذ المشرف على هذا العمل " **زعطوط رمضان**" على ما أبداه من إشراف كريم ونصح وتوجيه طيلة إجراء هذه المذكرة وكرمه ورحابة صدره في مساعدتي وله مني جزيل الشكر والامتنان.

كما أشكر من كان سندا في حياتي والشمعة التي أضاءت لي دربي أبي رحمه الله وأمي الحبيبة أطال الله في عمرها وإخوتي الأعزاء: **عبد القادر، إبراهيم، معاذ** وكل عائلة " **بن النوار**" الذين كانوا الجسر المتين الذي استطعت العبور منه لهم كل التقدير والمحبة، كما أعترف بالشكر والجميل إلى الأساتذة الكرام الذين لم يبخلوني بالمساعدة طوال سنوات الدراسة

الأستاذ:**فرشيشي جلال**، الأستاذة: **زعموش**، الأستاذ:**خميس**، الأستاذة:**نوار** والأستاذة المحترمة:**بلحسيني**، و الأستاذة الكريمة : **وازي** والأستاذة: **بن سكريفة**

وصديقاتي العزيزات: هند، صبرين، ليديا، سناء، أحلام، جهاد، سعاد، سارة، ريم، مريم ورانيا بن مهدية وسليمة، فتيحة ،كريمة، صبرين بن قيط، جميلة شلالي، مسعودةحليلو، ماريا، سمية بولرواح وكل فوج رابعة علم النفس عيادي وإلى عـــــلـــي باي، يوسف بولرواح.

وكل العاملين بمصلحة مكافحة السرطان بمستشفى محمد بوضياف ورقلة وعلى رأسهم رئيس المصلحة

وأبعث أسمى التحيات إلى زملائي دفعة 2013/2012 بجميع التخصصات ونخص بالذكر زملائي بعلم النفس الإكلينيكي متمنية لهم النجاح والتألق

ولكل هؤلاء شـــكـــري واحـــــتـــرامي

نـــبـــيـــة حـــنـــان

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الحاجات النفسية الاجتماعية لمرضى السرطان بمركز السرطان بمستشفى محمد بوضياف ولاية ورقلة ولتحقيق أهداف الدراسة تم استعمال أداة الاستبيان والمكونة من 76 بند ينقسم حسب الحاجات من الحاجات الفيزيولوجية والحاجات النفسية والحاجات الروحية حيث تم تقديم الاستبيان إلى العينة للإجابة عن البنود التي اندرجت تحت كل الحاجيات المذكورة أعلاه والدراسة مستندة إلى المنهج الوصفي الاستكشافي تم التطبيق على عينة عشوائية من مريضات السرطان مركز السرطان مستشفى محمد بوضياف من معامل (دائما، أحيانا، نادرا، أبدا) بلغ قوامها 30 مريضة سرطان وقد تم جمع البيانات وتحليلها إحصائيا.

أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

الحاجات الفيزيولوجية لصغيرات السن كانت غير مشبعة بنسبة 57.05 %ومشبعة أحيانا بنسبة 32.15 %ومشبعة دائما بنسبة 10.08 %، أما كبيرات السن فكانت الحاجات الغير مشبعة بنسبة 63.88 %والمشبعة أحيانا 15.46 %والمشبعة دائما 20.66 %أما الحاجات الاجتماعية عند صغيرات السن كانت غير مشبعة بنسبة 61.37 %ومشبعة أحيانا بنسبة 21.77 %ومشبعة دائما بنسبة 16.86 %وعند كبيرات السن غير مشبعة بنسبة 56.65 %ومشبعة أحيانا بنسبة 14.02 %ومشبعة دائما بنسبة 29.33 %أما الحاجات الروحية لصغيرات السن فهي غير مشبعة بنسبة 22.85 %ومشبعة أحيانا بنسبة 20.59 %ومشبعة دائما بنسبة 56.56 %، أما كبيرات السن غير مشبعة بنسبة 16.08%ومشبعة أحيانا بنسبة 15.99 %ومشبعة دائما بنسبة 67.93 %، أما الحاجات الصحية لصغيرات السن غير مشبعة بنسبة 16.18 %ومشبعة أحيانا بنسبة 40.56 %ومشبعة دائما بنسبة 43.26 %أما كبيرات السن غير مشبعة بنسبة 20.21 %ومشبعة أحيانا بنسبة 37.16 %ومشبعة دائما بنسبة 42.63% .

وكانت الحاجات الفيزيولوجية للعازبات غير مشبعة بنسبة 61.19 %ومشبعة أحيانا بنسبة 30.58 %ومشبعة دائما بنسبة 08.23 %أما المتزوجات فكانت غير مشبعة بنسبة 62.01 %ومشبعة أحيانا بنسبة 22.35%ومشبعة دائما بنسبة 15.64 % أما الحاجات الاجتماعية للعازبات فكانت غير مشبعة بنسبة 45.15

%ومشبعة أحيانا بنسبة 30% ومشبعة دائما بنسبة 22.85 %، أما المتزوجات فكانت الحاجات غير مشبعة بنسبة 56.73 %والمشبعة أحيانا 16.93 %والمشبعة دائما 26.26 %، أما الحاجات الروحية للعازبات فكانت غير مشبعة بنسبة 16% ومشبعة أحيانا بنسبة 30 % ومشبعة دائما بنسبة 54 % ، أما المتزوجات فكانت غير مشبعة بنسبة 18 %ومشبعة أحيانا 12 % ومشبعة دائما بنسبة 70 % ، أما الحاجات الصحية للعازبات فغير مشبعة

بنسبة 14 % ومشبعة أحيانا بنسبة 36 % ومشبعة دائما بنسبة 50% أما المتزوجات فغير مشبعة بنسبة 14.06 %ومشبعة أحيانا بنسبة 38.04 %ومشبعة دائما بنسبة 44.08 %.

- الشكر
- ملخص الدراسة
- قائمة المحتويات
- مقدمة ..... أ

الجانب النظري

الفصل الأول: تقديم البحث

الإشكالية 4

أهميةالدراسة 5

أهداف الدراسة 5

المفاهيم الإجرائية 5

الدراسات السابقة 7

التعقيب على الدراسات 15

الفصل الثاني:السرطان

مدخل 17

إحصائيات الإصابة بالسرطان 18

أسباب الإصابة بمرض السرطان 19

أنواع السرطان 20

مراحل نمو وتطور السرطان.....21

علاج السرطان 22

خلاصة الفصل 24

الفصل الثالث: الحاجات النفسية

مدخل 26

أهم التعريفات للحاجات النفسية 27

النظريات المفسرة للحاجات 28

1. نظرية موراي 28
2. نظرية ماسلو 30
3. نظرية محددات الذات 33

الحاجات النفسية والدافعية الداخلية 34

تصنيف الحاجات 37

دور الحاجات النفسية في السلوك 39

إشباع الحاجات النفسية عبر الثقافات 41

العلاقة بين مرض السرطان والعوامل النفسية 42

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: منهج وإجراءات الدراسة

مدخل 46

منهج الدراسة 46

عينة الدراسة 46

أدوات الدراسة 47

الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

مدخل 50

عرض الحالات 50

تفسير ومناقشة النتائج 53

خلاصة الفصل 57

الخاتمة 58
توصيات 58
قائمة المصادر والمراجع 60
الملاحق 64

مقدمة

تأتي الحاجة إلى الأمن النفسي في مقدمة الحاجات النفسية والاجتماعية أكثر أهمية بصورة عامة وإذا ما أشبعها الإنسان سيتهيأ لحاجاته النفسية الاجتماعية الأخرى، ولا تظهر هذه الحاجة إلا بعد أن يشبع حاجاته الفيزيولوجية ولو جزئيا ويعيد الشخص الأمن بعد ذلك حيث يرى ماسلو أنها هي كوجه السلوك البشري وهي التي تدفعه إلى مواجهة معينة بعدد من الحاجات الأساسية وعلى الأغلب فإن هذه الحاجات تكون نفسية أكثر منها بيولوجية وعلى هذا الأساس فإن إشباع الحاجات لدى الإنسان يعد شرطا أساسيا من شروط حصوله على التوافق النفسي وقد صنف ماسلو الاحتياجات كما يلي:

- المستوى الأول: الحاجات الجسمية الفيزيولوجية وهي أكثر الحاجات وتتمثل في الطعام الماء الهواء والدفء وغيرها.
- المستوى الثاني: حاجات الأمن تتمثل في تجنب الأخطار الخارجية أو أي شيء قد يؤذي الفرد.
- المستوى الثالث: حاجات الاجتماعي والحب والعطف والعناية والاهتمام.
- المستوى الرابع: حاجات التقدير والاحترام.
- المستوى الخامس: الحاجات المعرفية مرتبطة بحاجات المفهوم والاستكشاف

وعليه فقد جاءت هذه الدراسة لمعرفة الحاجات النفسية والاجتماعية ومدى تأثيرها في مرض السرطان وتكونت هذه الدراسة من جانب نظري به ثلاث فصول، فصل الإجراءات المنهجية وفصل السرطان، وفصل الحاجات النفسية، أما الجانب التطبيقي به فصلين، فصل منهج وإجراءات الدراسة، وفصل عرض الحالات وتفسير النتائج.

الجانب النظري

الفصل الأول

تقديم البحث

- الإشكالية
- الفرضية
- أهميةالدراسة
- أهدافالدراسة
- مفاهيمالدراسة
- حدودالدراسة
- الدراسات السابقة
- خلاصةالفصل

الإشكالية:

إن المثيرات والمواقف المتعددة في البيئة التي قد يلاحظها أو يعيشها الأفراد المرضى جعلتهم يتأثرون بها ويتمثل ذلك في حدوث ضغوط نفسية والاجتماعية والتي تجعلهم قلقين وبذلك تكثر احتياجاتهم وقد ينعكس ذلك على نفسيتهم وصحتهم وتعد الأمراض من المشكلات التي تهدد المجتمعات الإنسانية ويقع السرطان على رأس قائمة تلك الأمراض وقد أثبتت الدراسات الحديثة انتشار هذا المرض في البلاد النامية وتوقعت زيادة نسبة الإصابة به وأنه سيصبح من أكبر المشكلات الصحية فيها ويؤدي السرطان إلى اضطرابات جسمية كثيرة والقدرة الجنسية واضطراب الجهاز العصبي المركزي وتغيرات الوزن وهذا بالإضافة إلى أعراض نفسية مثل القلق الاكتئاب الأرق والشعور بالإجهاد والغثيان وفقدان الشهية والإسهال وسقوط الشعر ويعاني مريض السرطان بعض الآثار الاجتماعية الضاغطة مثل فقدان الدخل الانعزال الاجتماعي والوصمة الاجتماعية لذا نجد أن الاحتياجات النفسية أو الاجتماعية هي الدافع الأساسي لشعور مريض السرطان بالراحة أو التخفيف عنه على الأقل في حالة ما فهمناه ووفرنا له هذه الحاجيات فردود الفعل اتجاه الضغوطات المستجدة جميعها عوامل تساهم في تفاقم الاحتياجات ومن هذا المنطلق يمكن أن نطرح الإشكالية التالية: ما هي الاحتياجات النفسية الاجتماعية لمرضى السرطان؟

الدراسة أهمية:

تأتي أهمية هذه الدراسة من أهمية موضوعها حيث تبحث عن التعرف عن الحاجيات النفسية والاجتماعية التي يحتاجها مريض السرطان وتبرز أهميتها أيضا من خلال المكانة التي يحتلها هؤلاء المرضى ومحاولتهم في التأقلم مع مرضهم وحل المشكلات التي تواجههم خلال فترة المرض أو العلاج، كما تكمن أهمتها أيضا في معرفة مدى الحاجيات النفسية والاجتماعية والفسيولوجية والصحية والدينية التي يحتاجها مرضى السرطان بمستشفى محمد بوضياف بولاية ورقلة.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى الاحتياجات النفسية والاجتماعية التي يحتاجها مرضى السرطان بمستشفى محمد بوضياف بورقلة ومدى تأثير متغيرات السن والزواج في تحقيق هذه الحاجات مع إثراء الجانب العلمي.

المفاهيم الأساسية:

الحاجة لغويا: الحاجة (وبمعنى افتقر إليه وجعله محتاجا والحاجة هو ما نحتاج إليه).

الحاجة اصطلاحا: هي الحالة الداخلية أو الدوافع أو استعداد فطري أو مكتسب غير شعوري أولا شعوري عضوي أو اجتماعي نفسي يثير السلوك، أو ذهني ويسهم في غاية شعورية أولا شعورية. **(علاء سمير موسى 2011)**.

تعريف الحاجات النفسية:

يعرفها (2006 Rayn Decid) هي عبارة عن مطالب النفس الفطرية والأساسية للوصول إلى السعادة والتكامل والنمو النفسي وهي تتمثل في الحاجة إلى الاستقلال والحاجة للكفاءة والحاجة إلى الانتماء.

الاستقلالية (Autonamy) : ويقصد بها شعور الفرد بأي أنشطته وأهدافه من اختياره وتعكس إرادته ونتفق مع فهمه ومفهومه لذاته.

الكفاءة (Competence) : ويقصد بها الرغبة في التعامل بفاعلية مع البنية المحيطة والوصول إلى الأهداف المرغوبة.

الانتماء (Rclatedness) : ويقصد به استعداد الفرد للتواصل مع الآخرين والتفاعل معهم بأسلوب تعاوني ينطوي على الاهتمام والروابط الحميمية ويتبنى الباحث هذا التعريف حيث تقاس الحاجات النفسية إجرائيا بدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس الذي أعده. **(علاء سمير موسى2011)**. ويعرفها ماسلو بأن الحاجة هي ما يثير الكائن الحي داخليا مما يعمل على تنظيم مجاله بهدف القيام بنشاط ما لتحقيق المثيرات. **(سهام مكي 1996)**.

ويعرفها زهران بأنها افتقار إلى شيء ضروري أو نوع من النقص أو العوز المقترن بالتوتر والذي يزول متى أشبعت هذه الحاجة. **(حامد زهران 1999)**.

الحاجات الاجتماعية: والتي ترتبط بالطبيعة الاجتماعية الإنسانية ومحاولة تعزيز ارتباط الفرد بالغير والاعتماد عليهم فتشمل تكوين الصدقات، الحب، والارتباط مع الآخرين بصورة عائلية أو مجموعة أو نادي اجتماعي ومالية، وقد اعتبرها ماسلو في سلمه للحاجات بالمرتبة الثالثة أو المنسوب الثالث الذي يعفي الحاجات البدنية وحاجات السلامة والأمان.

الحاجات الإرشادية: هي عملية إرشاد الفرد إلى طرق مختلفة التي يستطيع عن طريقها اكتشاف واستخدام مكانته وقدراته وتعليمه ما يمكن أن يعيش في أسعد حال ممكن رغم الصعوبات.

وعرفت أيضا أنها عملية مساعدة الفرد في فهم حاضره وإعداد لمستقبله هدف وضعه في مكانه المناسب، وهي برنامج منظم يهدف إلى تقديم المساعدة إلى مريض السرطان أو غيرهم ليفهم نفسه واستعداده وميوله لتحقيق الشفاء أو التخفيف من معاناته.
(**حامد عبد السلام زهران 1999**).

اصطلاحا: ترشيد أو هداية، توعية وإصلاح، تقديم الخدمة والمساعدة.

الإرشاد النفسي: عملية توعية مستمرة وبناءة، مخطط لها مسبقا تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم نفسه وذاته وذلك بمساعد شخص مؤهل ومدرب على القيام بذلك. (**الحاجات الإرشادية النفسية ص 298**).

الحدود الزمانية: تم إجراء الدراسة ميدانيا بصفة رسميا من 2013/05/12 إلى 2013/05/29.

الحدود المكانية: تم إجراء البحث الميداني بمركز السرطان بمستشفى محمد بوضياف بولاية ورقلة.

الحدود البشرية : تكونت عينة الدراسة من 30 حالة من مريضات السرطان من مستشفى محمد بوضاف بـــــــولاية ورقلة .

الدراسات السابقة:

قامت الطالبة الباحثة بالإطلاع على عدد من الدراسات التي تناولت موضوع الحاجات النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان.

1. دراسة (Alagaratnam TT , Kung NY, 1986)

بعنوان: التأثيرات النفسية والاجتماعية لاستئصال الثدي.

وهدفت الدراسة إلى معرفة أسباب الآثار النفسية والاجتماعية لاستئصال الثدي، هل تعود إلى استئصال الثدي أم للتشخيص بالسرطان.

وتكونت العينة من (23) امرأة متزوجة ولديهن نشاط جنسي يعالجن من سرطان الثدي، حيث مقارنتهن مع مجموعة من السيدات مكونة من (34) سيدة تم اختيارهن عشوائيا، ويعانين من أنواع مختلفة من السرطان، واستخدم الباحثان مقياس (بك) للاكتئاب مع المقابلات لدراسة كلا المجموعتين.

وأظهرت النتائج أن مجموعة سرطان الثدي كانت أقل اكتئابا وأكثر استقرار من الناحية العاطفية من السيدات اللواتي يعانين من الأنواع الأخرى من السرطان.

ويظهر من الدراسة السابقة أن تشخيص السرطان كان العامل الأهم في الأثر النفسي والاجتماعي لهؤلاء المرضى.

2. دراسة : (بدور، 1989)

بعنوان : دراسة إحصائية عن أورام الثدي خلال ست سنوات (1986 –1971) في محافظة اللاذقية .

هدفت الدراسة إلى إجراء مسح لأورام الثدي خلال ست سنوات في محافظة اللاذقية بسوريا، وقد أجريت الدراسة على جميع العينات المستأصلة من الثدي خلال ست سنوات، والتي بلغ عددها (435) عينة، كان منها (399)حالة عند الإناث، و (36)حالة عند الذكور.

وقد استخدم الباحث أسلوب النسب المئوية.

ومن النتائج التي توصل إليها الباحث وجود (106) حالات سرطان ثدي عند الإناث، تقابلها (3) حالات عند الذكور، أي بنسبة (2.83%) وهي أعلى من النسبة المعروفة عالميا وهي(1%) .

التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المنفرات، الجامعة الإسلامية غزة .حمادة الدراسات العلية كلية التربية قسم علم النفس بشير إبراهيم محمد حجار.

3. دراسة: (Vinokur AD, et al, 1989)

بعنوان :خطوات الشفاء من سرطان الثدي عند المريضات كبيرات السن والصغيرات

وهدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة التطور نحو الشفاء لدى كل من المريضات كبيرات السن مقارنة مع المريضات صغيرات السن، وشملت العينة (374) مريضة مصابة بسرطان الثدي من منطقة (ديترويت) .

واستخدم الباحثون مقياس (CSS) ، حيث استخدم خلال عامين من التشخيص بالسرطان، وكذلك العوامل التي تتنبأ وتهيء خطوات الشفاء بما يتضمن عامل العمر وآثره، وعند إجراء المقارنة بعد(4) ، و (10)شهور بعد التشخيص ظهر تحسن ثابت من الناحية الجسدية وبالعكس، فقد كان هناك غياب لأي مؤشرات على التحسن العقلي والنفسي.

وأظهرت النتائج أيضا أن النساء الأصغر سنا أظهرن وضعا أسوا من حيث التأثر النفسي والعقلي، بينما أظهرت النساء الأكبر سنا وضعا أسوا من حيث التأثير الجسدي وخاصة فيما يتعلق بالحد من الحركة.

يتضح من هذه الدراسة أن العمر يلعب دورا هاما في تحديد الآثار المترتبة على التشخيص بسرطان الثدي، فكلما كانت أصغر سنا كان التأثير النفسي أكبر، وكلما كانت أكبر سنا انتقل هذا التأثير بشكل أكبر على الناحية الجسدية وخاصة الحركية.

4. دراسة (Silverman–Dresner T, Restaino– Baumann L., 1990)

بعنوان :مقارنة في الأعراض بين مريضات استئصال الثدي، ونساء سليمات صحيا

وهدفت الدراسة إلى معرفة الأعراض الناتجة عن استئصال الثدي لدى مجموعة من النساء في منتصف العمر مقارنة بمجموعة سلمية صحيا.

تكونت العينة من (85) امرأة ليس لهن أي تاريخ مرضي من حيث سرطان الثدي، أو استئصاله، مقارنة مع (73) امرأة أجريت لهن عمليات استئصال الثدي، واستخدم الباحثان مقياس الأعراض الكبرى(SCL–90) ، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض الموجودة لدى النساء اللواتي أجريت لهن عمليات استئصال الثدي والنساء السليمات.

5. دراسة (1992 kumar TMU,et al)

هدفت هذه الدراسة لمعرفة أصناف النساء اللاتي يخترن أنواعا محددة من العلاجات لسرطان الثدي، وتكونت العينة من (100) سيدة ثم تشخيصهن بسرطان الثدي وهن في حاجة إلى علاج، وتم عرضهن على مستشاري الجراحة لهن إما استئصال جزئي أوكلي للثدي، وأن تتم الجراحة في مستشفى حكومي أو خاص بناء على اختيارهن، وبعد (12) شهرا تمت مقابلتهن لتحديد مدى القلق والاكتئاب، واستخدم الباحثون مقياسا للقلق وآخر للاكتئاب.

وأظهرت الدراسة النتائج التالية:

- 45 % من المريضات طلبن جراحة تجميلية.

- % 43 في المستشفى الحكومي، و % 67خاص فضلن استئصال جزئي.
- % 88 أعمارهن أقل من 55 سنة فضلن استئصال جزئي، بينما اختار الاستئصال الجزئي % 22 فقط أعمارهن تزيد عن 55 سنة.
- % 80 ممن اخترن؟، الاستئصال الكلي كن من الشخصيات التي تحمل مفهوم أن ننهي كل شيء.
- لم تندم أي مريضة على قرارها الذي اتخذته سواء استئصال كلي أو جزئي.
- الاضطراب النفسي كان متشابها لدى كلا المجموعتين سواء ذوات الاستئصال الكلي أو الجزئي.

ويتضح من هذه الدراسة أن تحديد نوع العلاج الاختياري يتحدد من خلال عدة عوامل ومن أهمها العمر، حيث ظهرت بوضوح أن النساء اقل من 55 سنة يفضلن الاستئصال الجزئي، بينما السيدات اكبر من 55 سنة يفضلن الاستئصال الكلي.

6. دراسة (Marasate R, et al, 1992)

بعنوان: القلق والاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي

وهدفت الدراسة إلى مقياس مستوى القلق والاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي يتلقين علاجا إشعاعيا، وتكونت العينة من (122) مريضة بسرطان الثدي تم تحويلها لتلقي العلاج الإشعاعي بع العلاج الجراحي، واستخدم الباحثون مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب (HAD)

وكانت النتائج على النحو الآتي:

- 18مريضة (% 14) ظهرت لديهن درجة تشير إلى قلق مرضي.
- مريضتين (% 1.5) أظهرن إصابة بالاكتئاب الواضح.

وتظهر الدراسة أن كلا من القلق والاكتئاب يزداد لدى المصابات بسرطان الثدي اللواتي يتم معالجتهن بالعلاج الإشعاعي وذلك بعد العلاج الجراحي.

7. دراسة (pinder KL et aL, 1993)

بعنوان :الإمراض النفسية لدى المريضات المصابات بسرطان الثدي

وهدفت الدراسة إلى معرفة مدى إصابة مريضات سرطان الثدي بالإمراض النفسية والعوامل المؤدية لذلك، وشملت العينة(139) امرأة مصابات بسرطان الثدي المتقدم، واستخدم الباحث استبانه :التقرير الذاتي للمزاج، مقياس الاكتئاب والقلق (HAD) وكذلك أجريت مقابلات للحصول على التفاصيل الاجتماعية والديمغرافية، والتاريخ المرضي النفسي السابق.

وأظهرت النتائج أن:

- الاكتئاب وجد أكثر في النساء الأقل في الوضع الاجتماعي والاقتصادي.
- النساء المصابات بسرطان الثدي المتقدم معرضات للإصابة بالاكتئاب بشكل غير بسيط.
- القلق لم بظهر بشكل مميز متأثرا بالعوامل المستخدمة.

يظهر من الدراسة أن الاكتئاب هو المرض النفسي الأكثر إمكانية للحدوث لدى مريضات سرطان الثدي المتقدم بشكل أوسع من أمراض القلق وخاصة مع وجود عوامل تساعد على حدوث هذا المرض مثل الوضع الاقتصادي والاجتماعي والديمغرافي.

ودلت النتائج بعد 3شهور على:

- (82%) 182من 223 مريضة أخبرن) عن مشكلة ذراع واحد على الأقل، وكانت على النحو التالي (24%) :تورم، (26%) ضعف، (32%) بعض التقيد في الحركة، (40%) تصلب، (55%) ألم، و (58%)خذل.

وبعد 10 أشهر تغيرت هذه النتائج بمعدل أقل، كما دلت النتائج أنه كلما زادت أعراض الذراع كلما زاد الضغط النفسي لهؤلاء الناس.

يتضح من الدراسة السابقة أن معظم النساء يعانين من أعراض مختلفة في أحد الذراعين على الأقل بعد إجراء عملية استئصال الثدي، كما يتضح أيضا أن تعدد الشكوى من هذه الأعراض يؤدي إلى زيادة التوتر الضغط النفسي لديهن.

8. دراسة (Mock V. 1993)

بعنوان :التصور الجسدي لدى النساء اللواتي عولجن من سرطان الثدي

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى التصور الجسدي لدى مجموعة من النساء اللواتي عولجن من سرطان الثدي من خلال استئصال الثدي وعمليات أخرى، وتكونت العينة من (26) امرأة أعمارهن تتراوح بين 79 -29 سنة عولجن من سرطان الثدي من خلال استئصال الثدي، (47) امرأة عولجن باستئصال الثدي مع عمليات تركيب ثدي متأخرة، (58) عولجن باستئصال الثدي مع عمليات تركيب ثدي فورية، (90) امرأة تمت معالجتهن من خلال عمليات تجميلية مع المحافظة على الثدي.

واستخدم الباحث مقياس التصور الجسدي، وأظهرت النتائج أن الصنف الرابع، أي النساء اللواتي تمت معالجتهن من خلال عمليات تجميلية مع المحافظة على الثدي كان لديهن مستوى إيجابي أعلى في التصور الجسدي من باقي المجموعات.

يتضح من الدراسة السابقة أن وجود الثدي للمرأة يلعب دورا هاما في نظرة المرأة لنفسها وخاصة في التصور الجسدي، وهذا يظهر بوضوح أهمية العمليات الجراحية الترقيعية لهؤلاء النساء بسرطان الثدي.

9. دراسة (Mor V, et al, 1994)

بعنوان :الاختلافات العمرية في المشاكل النفسية والاجتماعية التي تواجه مريضات سرطان الثدي

وهدفت الدراسة إلى معرفة أثر الاختلافات العمرية في ظهر واستمرار المشاكل النفسية والاجتماعية التي تعيشها النساء المصابات بسرطان الثدي، وشملت العينة (226)امرأة مصابة بسرطان الثدي بدأن العلاج الكيميائي أو الإشعاعي بأعمار مختلفة، واستخدم الباحثون المقابلات التليفونية لطرح الأسئلة وكذلك التدرج الخاص لتحديد جودة الحياة الجسدية، النفسية، والاجتماعية لديهن.

أظهرت النتائج أن النساء الأصغر سنا أظهرن مستويات منخفضة من الانسجام العاطفي، كما أن مظاهر قلة الانسجام العاطفي كانت مرتبطة بالنساء غير المتزوجات ومستوى من التعليم ثانوي أو أقل.

يظهر من الدراسة أن هناك عدة عوامل تلعب دورا في توافر الانسجام العاطفي لدى مريضات سرطان الثدي، حيث يظهر بوضوح أن العوامل التالية تؤدي إلى زيادة الانسجام العاطفي، كبر السن، الزواج، والمستوى التعليمي العالي.

10. دراسة (Alter CL, et al, 1996)

بعنوان : التعرف على أعراض الانضغاط التابع لحادثة PTSD لدى مرضى السرطان

وهدفت الدراسة إلى معرفة مدى إصابة مرضى السرطان بأعراض الانضغاط التابع لحادثة مقارنة بأشخاص آخرين، وتكونت العينة (68) مريضا مصابا بالسرطان تم تشخيصه على الأقل 3 سنوات، ولا يتلقى في الوقت الحالي علاجا نشطا سواء كان كيميائيا أو إشعاعيا، حيث تمت مقارنتها مع المجموعة الضابطة التي تشابهها في العمر والحالة الاجتماعية والاقتصادية.

11. دراسة (Leshan & Worthington 1955)

أجراها على عينة من 152 من مرضى السرطان و 125من الأفراد العاديين الذين لا يعانون من أي مرض عضوي، تم تطبيق أحد الاختبارات الإسقاطية للشخصية، وقد أسفرت نتيجة الدراسة عن معاناة عينة مرضى السرطان من صعوبة التنفيس عن الغضب والعداوة وفقدان الاهتمام بالآخرين وفقدان العلاقات الحميمة وقلق الموت .ولكن نتائج مثل هذه الدراسات التي تعتمد على الطرق الإسقاطية تنقد بشدة نظرا لمشكلات كثيرة في هذه الطرق.

وقام ليشان (Leshan 1959) بدراسة على عينة من 80 مريضا بالسرطان، اتضح أن هؤلاء المرضى يتسمون بسمات خاصة أهما :انخفاض تقدير الذات واليأس والاكتئاب وكثرة الاستبطان والاستدماج أو الامتصاص أو الكظم وإنكار الذات.

وأجرى كيسين (Kissen 1959)(بحث على عينة قوامها 335 مريضا 161) مرضى سرطان الرئة، 174 من المرضى المصابين بأمراض أقل خطورة من السرطان(، تم تطبيق اختبار مودسلي للشخصية وقائمة اضطرابات سلوك الأطفال .وقد أسفرت نتائج الدراسة عن معاناة مرضى السرطان من قمع الغضب وانخفاض التعبير الانفعالي والبرود العاطفي.

12. دراسة (Coppen & 1963)

والتي أجريت على 47 امرأة مصابة بالسرطان، استخدمت قائمة مودسلي للشخصية لقياس بعد الانبساط، وكشفت نتائج الدراسة أن المصابات بسرطان الثدي كن أكثر انبساطا من المصابات بأورام سرطانية في أجزاء أخرى من الجسم.

وأجريت دراسة مسحية تتبعية على مدى عشر أعوام على 2515 سيدة سويدية تم تصنيفهم إلى مجموعتين المجموعة الأكثر انبساطا، والمجموعة الأقل انبساطا (اعتمادا على فروقا جوهرية بين المجموعتين في الإصابة بمرض السرطان لصالح المجموعة الانبساطية).

13. دراسة بوداود صارة وبن كالي نعيمة (2006): "الصورة الجسدية عند مستأصلات الثدي من مرضى السرطان"، مذكرة نيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي (2006)، أجرت الباحثتان الدراسة انطلاقا من إشكاليتين وهما:

* كيف تكون الصورة الجسدية لدى مستأصلات الثدي من مرضى السرطان؟
* ما هي الصورة العقلية للجسم عند مستأصلات الثدي من مرضى السرطان؟

وقد صاغتا لهما فرضية تمثلت في: (نفترض أن تضطرب الصورة الجسدية للمرأة نتيجة استئصال الثدي) وقد طبقتا دراستهما على عينة متكونة من 4 حالات لمستأصلات الثدي وهذا بمركز طب الأورام السرطانية بمستشفى مصطفى باشا بالجزائر، مطبقتان لمنهج دراسة الحالة وتقنية الروشاخ وقد توصلتا إلى إثبات صحة الفرضية القائلة (أن الصورة الجسدية تضطرب عند المرأة مستأصلة الثدي). **(بن مسعودة أحلام 2008 ص 06)**.

14. دراسة قويدري خديجة وقويدري فاطمة الزهراء (2007): " الاستجابة الاكتئابية لدى النساء مستأصلات الثدي من المرضى بالسرطان" مذكرة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، أجرت الباحثتان الدراسة انطلاقا من الإشكاليات التالية:

* هل توجد استجابة اكتئابية لدى النساء مستأصلات الثدي؟

* هل هناك اختلاف في الاستجابة الاكتئابية بالنظر إلى السن؟

* هل هناك اختلاف بالنظر إلى مدة الاستئصال؟

* هل هناك اختلاف في الاستجابة الاكتئابية بالنظر إلى الحالة الاجتماعية (عازبة – متزوجة)؟، وقد صاغتا الفرضيات التالية:

* توجد استجابة اكتئابية لدى النساء مستأصلات الثدي

* يوجد اختلاف في درجة الاستجابة الاكتئابية بالنظر إلى السن

* يوجد اختلاف في درجة الاستجابة الاكتئابية بالنظر إلى مدة الاستئصال

* يوجد اختلاف في درجة الاستجابة الاكتئابية بالنظر إلى الحالة الاجتماعية

وطبقتا دراستهما على عينة من 6 حالات باستخدام منهج عيادي وتقنية مقياس هاميلتون ونتائج الدراسة أثبتت صدق الفرضيات.
(بن مسعودة أحلام 2008 ص 06).

15. دراسة توماس فرانسيس (1978):

أجرى توماس دراسة على (182) سيدة منها (32) مصابة بسرطان الثدي و (150) غير مصابة وباستخدام "قائمة آيزنك" للشخصية واختبارات الحاجة النفسية " جونسون" بحيث تم تطبيق المقياس قبل إجراء العملية الجراحية ومرة أخرى بعدها.

فأظهرت النتائج أن النساء المصابات بسرطان الثدي كن مكتئبات بالمقارنة بالمجموعة الأخرى، وقد ظل الاكتئاب لفترة طويلة، كما بين في دراسته أن الاكتئاب مرتبط بأسلوب حياتهن، وظهر بينهن خصائص أخرى كنقص المودة والعلاقات الأسرية الطبيعية، وهذه المجموعة لا تتوقع الحب والتفاهم من المحيطين بها.
(بن مسعودة أحلام 2008 ص 07).

التعقيب العام على الدراسات:

إن الدراسة الحالية أتت بهدف التعرف على الحاجات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السرطان بمركز السرطان بمستشفى محمد بوضياف ولاية ورقلة وحاولت دراسة متغيرات لم تدرس من قبل حسب حدود علم الطالبة الباحثة كالحالة الاجتماعية، عزباء، متزوجة، كبيرة السن، صغيرة السن، وسجلت عدة اتفاقيات بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة حول التعرف على المرض باستخدام المنهج الوصفي الاستكشافي .

الفصل الثاني

السرطـــان

- مدخل
- إحصائيات الإصابة في عالم الوطن العربي
- أسباب الإصابة بمرض السرطان
- أنواع مرض السرطان
- مراحل نمو وتطور السرطان
- علاج السرطان
- خلاصة الفصل

مدخـــــــــــــل:

السرطان اسم أعطي لكل مرض يتميز بتكاثر سريع فوضوي طفيلي لخلايا غير عادية انطلاقا من نسيج جسمي ما فتتكون كتلة خلايا زائدة نمو جديد وورم من نوع خاص يسمى الورم السرطاني أو الورم الخبيث.

السرطان هو مرض معروف منذ أمد طويل ذكرته مخطوطات الهند ومصر القديمة كما وصفه ابوقراط 400 سنة من عصرنا وصفا دقيقا ووصف مختلف ظواهره (**سمير عازار2005**).

وأن ظهور هذه الحزمة من الخلايا الخبيثة الممتدة بأعمدة تشبه القرون إلى المساحات المحيطة بها أنتجت ما يسمى بالسرطان الذي يعني الحيوان المسمى بنفس الاسم موريس ستون دس.

إحصائيات الإصابة بمرض السرطان في العالم والوطن العربي:

أكد رئيس الاتحاد العالمي لمكافحة السرطان الدكتور جون سيفر أن أعداد مرضى السرطان في دول العالم العربي تتزايد بشكل مخيف في السنوات الأخيرة موضحا أنه على الرغم من ذلك فأن نسبة الإصابة مازالت اقل من الدول المتقدمة.

وقال الدكتور سيفر في تصريحات للصحافيين في ختام أعمال المؤتمر الدولي لمكافحة السرطان أن أعداد المصابين في المنطقة العربية تتراوح بين 100 إلى 150 حالة جديدة لكل 100 ألف مواطن سنويا.

وأكد أن مشكلة مرضى السرطان أصبحت خطيرة جدا في العالم كله ويجب تكثيف جهود الحكومات مع منظمات المجتمع المدني لمكافحة المرض والحيلولة دون الإصابة به اكمن خلال حملات مكثفة لمقاومة التدخين والتلوث ودعم عمل البرامج وتوصيلها للآخرين للمساهمة في نشرها بين الناس.

وقال أن عدد المصابين في العالم يصل إلى أكثر من 20 مليون مريض وأن هذا العدد متوقع أن يضاف إليه نحو10 ملايين أخرى سنويا مشيرا إلى أن أعداد الذين يموتون سنويا من جراء الإصابة بالمرض يصل إلى أكثر من 6 ملايين مصاب.

وأشار إلى أن هذه النسبة تعادل 12 بالمائة من حالات وفاة في العالم وهي نسبة تفوق من يموتون بسبب الايدز والسل وغيرها من الأمراض الخطيرة.

وذكر أن مسببات المرض يمكن تحاشيها في 30 بالمائة من حالات الإصابة مشير إلى أن 50 بالمائة من الحالات في دول المنطقة يتم شفاءها وتعيش حياة كاملة تماما بعد تعافيها وهو ما يؤكد نجاح الأساليب الجديدة في العلاج والمقاومة.

ودعى الدكتور سيفر إلى وجود برنامج واضح في كل دولة نامية كانت أو متقدمة لمقاومة السرطان مشيرا إلى أن المرض يمكن علاجه والوقاية منه إذا أخد في الاعتبار سبل الوقوف في وجه مسببات المرض مثل التدخين والتلوث وغيرها من المسببات.

وقال أن الاتحاد الذي يضم 280 مؤسسة طبية تمثل 80 دولة من دول العالم منها الكويت يقوم بتنظيم برامج لمحاربة المرض مؤكدا أن هناك تعاون كامل بين الاتحاد والدول العربية من خلال رابطة الأطباء العرب لمكافحة السرطان معربا عن تفاؤله بأن الجهود التي تبذلها الدول العربية يمكن أن تؤتى ثمارها في مقاومة المرض.

وحذر الدكتور سيفر من تزايد حالات الإصابة بالمرض لتصل إلى نحو 15مليون حالة سنويا في العالم في عام 2020 ومن وصول عدد الوفيات منهم إلى 12 مليون إذا ترك الأمر دون تنظيم المكافحة والوقاية خاصة في الدول النامية الوطن العربي والسرطان.

أسباب الإصابة بمرض السرطان:

وبرسم بياني يمكن جمع أسباب السرطان المعروفة بباطنية النمو وخارجية النمو:

تكمن الأسباب الباطنية في الجسم ذاته داخل الخلايا نذكر منها بعض فقدان التوازنات الهرمونية التي يلعب دورا مهما في ظهور السرطان ونموه في ثدي المرأة وأن كل الأبحاث التي تمت حتمية السرطان الهرموني أتاحت تركيز علاجات هرمونية فعالة جدا ضد بعض أنواع سرطان الثدي البروستات .... الخ.

وثمة عامل باطني آخر يسهل ظهور السرطان هي اضطرابات الأيض وغالبا ما تكون مرتبطة بنظام غذائي سيئ.

ولقد أثبتت الإحصائيات بأن الحميات الغنية جدا بالسكريات وغالبا بالسعرات الحرارية الشحوم تضعف المقاومة ضد السرطان.

(سمير عازار 2005).

نعرف أيضا أنه بسبب العلاقات الوطيدة بين الجهاز العصبي والجهاز الهرموني وبين جهاز المناعة وبالفعل يمكن اعتبار شخص ذي جهاز مناعة قوي أنه يتمتع بسلاح قيم ضد نسق السرطنة ونذكر أخيرا أن السرطان ليس وراثيا بيد أنه من الممكن لأن نوعا من قابلية مرض السرطان قد ينتقل وراثيا أي الاستعداد للإصابة بالمرض وراثيا.

كذلك الأسباب الخارجية كثيرة جدا منها: الندبات الفاسدة، الميكروبات، الطفيليات، المواد الكيميائية، الإشعاعات...الخ، نعلم مثلا أن الندبات وتحديدا ندبات الحروق يمكن أن تتحول إلى أورام خبيثة مع الوقت، قد يولد) التهيج، الحريق، التقرح، الاحتكاك المتكرر مدة سنوات في نفس المكان من الجسم (.سرطانا بتنشيط للأنكوجينات التي تشرف على أنساق الاندمال.

أيضا أن لبعض الإشعاعات قدرة متسرطنة معروفة كالتعرض المفرط لأشعة الشمس ما فوق البنفسجية أو الأضواء. ونلاحظ بأن نفس هذه الإشعاعات المستخدمة استخداما صحيحا قد تدمر الخلايا السرطانية، ومن بين العوامل الكيميائية المسرطنة نذكر (الزرنيخ، الكروم، البريليوم، النيكل، الحرير الصخري وبعض مشتقات الأنيلين...إلخ)

(سمير عازار، 2005).

أنواع السرطان:

1- سرطان الدم الذي يسمى باللوكيميا.

2- سرطان الجلد والأجزاء الظاهرة من الجسم ويسمى ورم سرطاني.

3- السرطان الخاص بجهاز المناعة ويسمى ورم الليمفاوي.

4- السرطان الذي يصيب العظام والعضلات والأنسجة أو الأربطة ويسمى السر قوم.

5- سرطان الحنجرة.

6- سرطان الثدي.

7- سرطان التجويف الكهفي.

8- سرطان الرحم.

9- سرطان المهبل.

ومرض السرطان من الأمراض الخطيرة التي تؤدي إلى الوفاة، وقد زاد عدد الأشخاص الذين ماتوا بسبب هذا المرض في الأعوام 1978 _1968 وحيث احتل عددهم المرتبة الثانية من نسبة الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد أعتبر مرض السرطان قي السابق من الأمراض التي يمكن الشفاء منها، ولكنه الآن وبفضل التدخلات العلاجية الحديثة أصبحت تصل نسبة الشفاء منه إلى الثلث في ظرف خمسة سنوات ويبقى الثلثان مع المريض لسنوات عديدة.

(**عبد المجيد طاش نيازي، مرض السرطان**) .

مراحل نمو وتطور السرطان:

يولد السرطان وينم وحسب شكل، موضعه والبقعة التي يقدمها له الشخص المصاب، ولنعلم أولا أن ظهور السرطان لا يستجيب لتحول مفاجئ لخلايا سليمة، لا بل يتعلق الأمر بسلسلة إتلاف تتلاحق، أحيانا على عدة سنوات دون أن تعطي مكانا لأنه علامة مميزة .

خلال مرحلة أولى تدوم وقتا طويلا نوعا ما، والسرطان في هذه المرحلة يعتبر مرض موضعي دون اثر ظاهر على الجسم، عمليا الألم غير موجودة في البداية مما يتيح للمرض أن يتطور بهدوء، فلا يظهر عند المصاب الألم إلا عندما يصبح الورم ضخما ليضغط على الأعصاب وغالبا يكون هذا الألم إلا عندما يصبح الورم ضخما ليضغط على الأعصاب وغالبا يكون هذا الألم في مراحل متقدمة.

يزداد الورم بسرعة وهو راهن بقوة تكاثر الخلايا السرطانية وبقدرة تفاعل الأنسجة المجتاحة وهي تضغط أولا ثم تدمر تدريجيا وتحل الخلايا الخبيثة بهدوء محل الخلايا العادية .

وهكذا فإن نمو الأورام الخبيثة ليس نظاميا وحتى بالنسبة لنفس الموضع فإن درجة الخطورة مختلفة أساسا.

(**سمير عازار 2005**) .

قد تستوطن الخلايا السرطانية بعيدا بدخولها الدورة الدموية العامة بواسطة وعاء لمفاوي أو دموي بانفصالها عن مقرها الأساسي، وانتقالها بعيدا وتسمى الخلايا الخبيثة المهاجرة، ويمكن أن يكون الانتشار متعددا، حيث أن المجرى هو الأكثر استعمالا للخلايا السرطانية، إلى أن تتوصل إلى الحويصلات هنا لتولد طبقات حويصيلية ضخمة، أنها مرحلة الحويصيلية أي بداية الاشتمال. فانطلاقا من الحويصيلية أو بواسطة الأوعية الدموية، تطلق خلايا سرطانية جديدة في الجسم فتقف سواء في الأحشاء (الرئة، الكبد) أم في العظام حيث تكون مستعمرات سرطانية جديدة حيث تصبح تضغط على الأعصاب ومن ثم يظهر الألم ويشتد شيئا فشيئا ومن هذا الأخير يصبح العلاج ضروري لتخفيف الآلام عند مرضى السرطان. (**سمير عازار، 2005**) .

علاج السرطان:

يساعد العلاج الإشعاعي الموضعي أو كامل الجسم في زيادة فاعلية معالجات الآلام المختلفة بتأثيره المباشر على أنسجة الأورام وتقليصه لحجمها، وهو مفيد بصفة خاصة لتخفيف الألم الناتج عن انتقال السرطان إلى العظام، كما قد يستخدم العلاج الكيماوي لنفس الغرض أي تقليص حجم الورم المسبب للألم. بينما تستخدم الجراحة لإزالة جزء من نسيج الورم أو استئصاله كليا مما يخفف ويسكن الألم بشكل مباشر إضافة إلى تخفيف المضاعفات والأعراض الناجمة عن وجد إعاقات أو انسدادات ناشئة عن تضخم كتلة الورم، مثل وجود انسداد بالأمعاء أو ناتجة عن ضغط الورم على الأعضاء الحيوية والأنسجة المجاورة، مثل الرئة أو الحبل الشوكي. يعد الألم عارضا معتادا وشائعا عقب تلقى العلاجين الكيماوي والإشعاعي وقد ينتج عن نشوء فقر الدم أو تجمع المركبات السامة ومخلفات الخلايا بالجسم، إضافة إلى أن بعض المرضى يتجاوبون مع التشخيص والعلاجات بتغيرات في الحالة النفسية والمزاج واختلال معدلات النوم والراحة .وعلى الرغم من أن العديد من الدراسات ربطت ما بين الألم والعلاج الإشعاعي ومنذ زمن طويل، غير أن العلاقة بينهما ما تزال مبهمة، وقد ينتج الألم عن الحاجة المتزايدة للطاقة اللازمة لإصلاح

أنسجة الجلد ألمتضررة ورغم انخفاض حدته عقب انتهاء الدورات العلاجية إلا أن الكثير من المرضى لا يعودون لمستوياتهم العادية من الفاعلية والنشاط، ومن الملاحظ أن نسبة الألم المزمن تزيد عند كبار السن، والمرضى بأورام متقدمة، أو عند تلقي توليفات علاجية مشتركة(مثل العلاجين الكيماوي الإشعاعي معا.

(سمير عازار، 2005) .

وثمة عوامل عدة مرتبطة بالألم عند تلقي العلاج الكيماوي، وتنتج عن تأثيراته الجانبية، مثل الغثيان والتقيؤ وفقد الوزن والتي تسبب الإعياء بدورها، كما يتسبب العلاج الحيوي بدوره في نشوء الإعياء عند اغلب الحالات، ويظهر ضمن مجموعة أعراض تعرف بشبيهة أعراض الأنفلونزا، والتي تشمل الحمى والارتجاف والصداع وألم العضلات، كما يعاني بعض المرضى من مشاكل بقدراتهم على التركيز الذهني والانتباه والتفكير الواضح، إضافة إلى الشعور العام بالوهن، وبطبيعة الحال يعتمد نوع الألم ونمطه على نوع العلاج الحيوي المستخدم . ومن جهة أخرى يعاني مرضى السرطان غالبا من الألم مباشرة عقب الخضوع لأنواع العمل الجراحي، سواء عند التشخيص أو خلال المعالجات، ومن أن الأمر يتحسن مع الوقت، إلا أنه قد يسوء حين يتزامن مع الألم الناتج عن علاجات أخرى.

ومن ثم فكر العلماء في تجريب أنواع علاجات أخرى تكون أكثر نجاعة من العلاجات السابقة والتي يمكن أن تحد من معانات المريض النفسية والجسمية عندها لجأ العديد من الباحثين على اقتراح دخول العلاج النفسي المتزامن مع العلاج الدوائي الكيميائي في تخفيف الألم عند مرضى السرطان.

دور الجوانب النفسية في الكفل بمرضى السرطان:

مراعاة السياق النفسي هو جزء لا يتجزأ من نهج شامل تحتاجه المريض بالسرطان الذي يعاني من الألم، هناك العديد من العوامل تجتمع لتعطي شعور الاكتئاب والقلق ولمساعد في زيادة الألم عند مرضى السرطان اليأس وفقدان المكانة الاجتماعية، وفقدان الهوية، وفقدان الهيبة والكرامة . الوحدة، ألعزلة يتم تجاهله بسهولة، لاسيما في المستشفى . الجو من حوله غامض، وأحيانا " مؤامرة الصمت . " عوامل أخرى تشمل الاضمحلال البدني، وعدم التصرف والوهن والأرق . ويرافق هذا

المرض السرطاني من قبل العديد من المخاوف : الخوف من المستشفى، ويخاف من العلاج، والخوف من الموت[في ظروف وفاة ما سوف يحدث؟]، الخوف من الألم وغيرها من المصادر عدم الراحة، والخوف من المستقبل للأسرة.

التشخيص ألكبي لهؤلاء المرضى يبدو دائما أنك وجهت في وقت متأخر جدا . تعقيدات إدارية كثيرة تنشأ.

زيارات متباعدة من الأصدقاء ...فقدان الاستقلالية أو العجز، كل هذه العوامل تتطلب استخدام المعونة والتكفل المتعددة (طبي، نفسي مكثف) **(jacque waobel 2007)**

وثمة مسألة في غاية الأهمية المعلومات المعطاة لمريض الذي سوف يعيش هذه النتيجة القاتلة.

وينبغي أن لا تنشأ مشكلة من حيث الحقيقة والتعامل بصراحة لكن تكون مدروسة نفسيا لكي لا تحدث صدمة للمريض، والسماح للمريض اختيار أسئلته والتعليقات التي يريدها تجنبا لما يمكن أن يفعله المريض بنفسه. يجب أن تساعد في كثير من الأحيان الأسرة وتكون أكثر صدقا في التواصل مع المريض. تطبيق التواطؤ لحماية المريض من يجب أن تناقش في الحقيقة يجب علينا أن نساعد العائلة فهم ما تحكمها مبادئ يشعر التواصل مع المريض ولقبول فكرة أن المريض لديه الحق في تلقي المعلومات . والهدف هو مساعدة المريض والأسرة لتحسين إدارة الوضع. **(Eric2007)**

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل تم عرض إحصائيات الإصابة بالسرطان في الوطن العربي وفي العالم كما تمت مناقشة أهم الأسباب التي تؤدي إلى ظهور السرطان ومراحل تطوره في جسم الإنسان بالإضافة إلى تحديد أهم التدخلات العلاجية الطبية وكذا دور التدخلات النفسية في التكفل بمرضى السرطان.

الفصل الثالث

الحاجات النفسية

- مدخل
- أهم التعريفات للحاجات النفسية
- النظريات المفسرة للحاجات
- الحاجات النفسية والدافعية الداخلية
- تصنيف الحاجات
- دور الحاجات النفسية في السلوك
- إشباع الحاجات النفسية عبر الثقافات
- العلاقة بين مرض السرطان والعوامل النفسية

مدخل:

يتناول الباحث في هذا الفصل التصورات النظرية لمفاهيم الدراسة، حيث سيتم التركيز في عرض مفهوم الحاجات النفسية، كما تناولته نظرية محددات الذات والتي تناولت هذا المفهوم من خلال ثلاثة حاجات أساسية (الاستقلالية، والانتماء والكفاءة)، ثم ينتقل للحديث عن مفهوم الذات وأخيرا سوف يتناول الباحث مستوى الطموح، مع إعطاء دورا أكبر في العرض لنظرية محددات الذات.

إن لحاجات الإنسان بشكل عام دورا هاما وكبيرا في حياته، لما لها من اثر كبير في سلوكه، فإشباع هذه الحاجات يؤدي به إلى التوازن، ومثلما أن إشباع الحاجات الفسيولوجية هام فأيضا إشباع الحاجات النفسية له نفس الأهمية فمن خلال الحاجات النفسية يستطيع الفرد تحقيق ذاته والسمو بها إلى أرقى المستويات مما يجعله كائنا فعالا ومنتجا في مجتمعه، يعمل دائما على النمو والتطور، خاصة وأن علماء النفس اهتموا بالحاجات النفسية بشكل كبير، لما لها من تأثير في شخصية الفرد وسلوكه، ومن هنا برزت أهمية تلك الحاجات التي سوف يستعرضها الباحث في هذا الفصل حيث سوف يركز على نظرية محددات الذات التي تمت هذه الدراسة في ضوئها.

أهم التعريفات للحاجات النفسية:

يعرف موراي الحاجة بأنها مركب فرضي في المخ يمثل قوة تعمل على تنظيم إدراكنا وعملياتنا لإشباع حاجاتنا

(كالفين هول وجاردنرليندزي، 1978: 231).

أما spenser (1981) فلقد عرف الحاجة على " أنها حالة من الحرمان ترتبط بنوع من التوتر تؤدي بالفرد الى حالة من النشاط تزول بعد اشباع ه\ه الحاجة " **(سلوى شوقي، 1991: 30)** .

ومن ناحية أخرى فإن أبو حطب يفرق بين مفهوم الحاجة والدافع، حيث يشير إلى أن "الدافع شرط أو حالة مؤقتة متذبذبة من حيث القوة، تبعا للظروف اللاحقة لحالات النقص أو الإشباع بينما الحاجة سمة على قدر كبير من الاستقرار النسبي في ظروف النقص المرتبطة بها. (**فؤاد أبو حطب، 1984: 426**).

أما الغفيلي فلقد حددت فروق توضح هذه المصطلحات فهي ترى أن مصطلح الحاجة يطلق على أوجه النقص التي ترتبط بالمطالب الجسمية والنفسية الفطرية والمكتسبة، في حين أن الدافع يشير إلى حالة داخلية تنتج بسبب الحاجة ويعمل هذا الدافع على تنشيط السلوك وتوجيهه نحو تحقيق (**غزوي الغفيلي، 1990: 14**).

ويرى ماسلو بان الحاجة هي ما يثير الكائن الحي داخليا مما يجعله يعمل على تنظيم مجاله بهدف القيام بنشاط ما لتحقيق مثيرات أو أهداف معينة. (**سهام مكي، 1996: 10**).

في حين يعرفها زهران بأنها "افتقار إلى شيء ضروري أو نوع من النقص أو العوز المقترن بالتوتر، الذي يزول متى أشبعت هذه الحاجة وزال النقص" . (**حامد زهران، 1999: 125**).

ومن خلال ما سبق من تعريفات للحاجة يرى الباحث انه رغم اختلاف الباحثين في تعريفهم للحاجة، إلا أن هناك اتفاقا بينهم على أن الحاجات سواء الفسيولوجية منها أو النفسية، تعتبر من القوى المحركة والدافعة للسلوك، حيث أن التعريفات السابقة تتفق على أن الحاجة هي نقص في شيء ما، يؤدي إلى التوتر، لأنها رغبة ملحة داخل الكائن الحي، فيعمل على إشباع هذا النقص بهدف خفض حالة التوتر، وبذلك يرى الباحث أن الحاجة هي بداية أي نشاط يقوم به الفرد، نتيجة ما تحدثه من عدم اتزان داخله، حيث يعمل على البحث عن وسيلة أو هدف لإشباع الحاجات وإعادة التوازن، سواء في الجانب العضوي أو النفسي.

النظريات المفسرة للحاجة:

1. نظرية موراي:

يشير موراي وفق ما ذكر في (كالفين هول وجاردنرليندزي، 1978) إلى أن الحاجة هي عبارة عن القوة المحركة للسلوك الإنساني فقد قام موراي بنظريته والتي تعتبر نظرية بالدافعية جوهرها الحاجة. وسعى وراء دراسة عدد كبير من الحاجات التي تحكم سلوك الإنسان على عكس العلماء الآخرين الذين اختزلوا هذه الحاجات لعدد قليل.

الحاجة عند موراي "مركب أو مفهوم فرضي يتمثل في منطقة بالمخ، ويرتبط بالعمليات الفسيولوجية الكامنة في المخ، ويتصور موراي أن الحاجات تستثار داخليا أو خارجيا (نتيجة تنبيه خارجي)، وبكلتا الحالتين فإن الحاجة تؤدي إلى نشاط من الفرد حتى يتم إشباع حاجاته".

ويمكن أن نستدل على وجود الحاجة من:

- أثر السلوك أو النتيجة النهائية.
- الأسلوب المتبع للوصول للسلوك المتعلم.
- الاستجابة لنوع خاص من موضوعات التنبيه.
- التعبير عن انفعال أو وجدان خاص.
- السرور في الإشباع أو الضيق في عدم الإشباع.

ولقد حدد موراي 20 نوعا من الحاجات:

- الحاجة إلى الإذلال أو التحقير (وهي تقليل شأن الذات).
- الحاجة إلى الانجاز (التغلب على العقابات – زيادة تقدير الذات).
- الحاجة إلى الانتماء وإقامة علاقات.
- الحاجة إلى العدوان (المعارضة بالقوة).
- الحاجة إلى الاستقلال الذاتي (التصرف وفق الدافع حتى لو كان مخالفا للعرف) .
- الحاجة إلى المضادة (الدفاع عن النفس – كبت الخوف والتغلب عليه).
- حاجة دفاعية (تدعيم وتقوية الأنا)
- الحاجة إلى الانقياد والانصياع والإذعان.
- الحاجة إلى السيطرة (التحكم في البيئة البشرية).
- الحاجة إلى الاستعراض (أحداث الانطباع أو ترك الأثر).
- الحاجة إلى تجنب الأذى (الهرب من المواقف الخطرة) .
- تجنب المذلة (الهرب من المواقف المحرجة) .
- الحاجة إلى العطف على الآخرين.
- الحاجة إلى النظام.
- الحاجة للعب.
- الحاجة للنبذ (عدم الاكتراث عدم المبالاة).
- الحاجة إلى الجنس.

- الحاجة للعطف من الآخر.
- الحاجة إلى الفهم (كالفين هول وجاردنرليندزي، 1978: 231-238).

وقد ميز موراي بين الحاجات من حيث خصائصها على النحو التالي:

حاجات أولية وحاجات ثانوية:

الحاجات الأولية: هي الحاجات الفسيولوجية مثل (الهواء والطعام والرأب والجنس والتبرز والرضاعة).

الحاجات الثانوية: وهي الحاجات النفسية مثل (الحاجة إلى الاكتساب والبناء والانجاز والسيطرة والانقياد) والحاجات الثانوية تشتق من الحاجات الأولية إلا أنها لا ترتبط بها من ناحية إشباع فسيولوجي.

الحاجات الظاهرة والحاجات الكامنة:

الحاجات الظاهرة: وهي التي تعبر عن نفسها بسلوك حركي

الحاجات الكامنة: هي التي تنتمي لعالم الأحلام والتخيلات

الحاجات المتركزة والحاجات المنتشرة:

الحاجات المتركزة: وهي التي ترتبط بأنواع محددة من الموضوعات البيئية

الحاجات المنتشرة: وهي التي تعمم بحيث يمكن استخدامها في أي موقف بيئي

حاجات ايجابية مبادءة وحاجات استجابة:

الحاجات المبادءة هي الفعل الناتج من الفرد

الاستجابة هي رد الفعل الناتج من البيئة (وهذا وصف للعلاقات بين الأفراد فيمكن أن يكون شخص هو المنبه لاستجابة شخص آخر)

حاجات الأداء وحاجات الكمال وحاجات النفع:

حاجات النفع: وهي التي تؤدي بالنتيجة إلى شيء مرغوب فيه

حاجات الأداء: وهي القيام بالعمليات العشوائية (الرؤية السمع الفكر الكلام) وظيفتها المتعة وهدفها الأداء

حاجات الكمال: وهي تقديم شيء على درجة عالية من الدقة والامتياز والجودة

(**Murray, 1975 :153–154**).

ويشير موراي إلى انه ما لم يتم تثبت أي حاجة بشكل غير اعتيادي فإن الحاجة قد تتغير، فالحاجات لا تعمل بمنعزل عن بعضها البعض ولكن إذا ظهرت أكثر من حاجة في نفس الوقت فالأهمية في الإشباع للحاجات الأساسية، حيث يشير موراي لثلاثة مصطلحات تنظم علاقة الحاجات (الصراع بين الحاجات – تبعية الحاجات).

(**Ewen, 1974 : 302–305**).

2. نظرية ماسلو:

يعتبر ماسلو من أهم العلماء الذين تحدثوا عن الحاجات، من خلال هرمه الشهير الذي وزع الحاجات من خلاله، حيث تدرج في هذا الهرم بداية من الحاجات الفسيولوجية، وينتهي بتحقيق الذات، ويشمل هذا الهرم الحاجات موزعة كالتالي:

- **الحاجات الفسيولوجية:** وهي كل ما من شانه المحافظة على حياة الإنسان مثل الطعام، الماء، الهواء، وبدون إشباعها يكون الموت هو النتيجة، في المقابل إشباعها يضمن الانتقال إلى المستوى التالي وهو إشباع الحاجة إلى الأمن.
- حاجات الأمن: وهي من الحاجات التي تتوقف على إشباع الحاجات الفسيولوجية للفرد، فالفرد يعمل على تجنب كل شيء يعيق شعوره بالأمن.
- حاجات الحب والانتماء: وهي حاجات متبادلة بين الأفراد، تقوم على مبدأ الأخذ والعطاء، وعدم إشباعها يؤدي بالفرد للوحدة والعزلة.
- حاجات الاحترام والتقدير: وترتبط هذه الحاجة باحترام الذات والكفاءة الشخصية واستحسان الآخرين، وعدم إشباع هذه الحاجة يؤدي إلى عدم فاعلية الفرد وعدم مشاركته للآخرين.
- تحقيق الذات: وهي سعي الفرد للوصول لدرجة متقدمة من تحقيق إمكانياته ومواهبه وقدراته للوصول بها إلى الوحدة والتكامل.

وحيث أن ماسلو قسم الحاجات بشكل هرمي ذي مستويات متدرجة، وتتضمن هذه الحاجات قسمين هامين هما الحاجات الأساسية (الفسيولوجية، الأمن)، والحاجات النفسية (الحب والانتماء، تقدير الذات، تحقيق الذات)، وتأخذ الصفة الاجتماعية، والتي سماها ماسلو بالحاجات النفسية الاجتماعية.

(أسماء السرسي وأماني عبد المقصود، 2000: 155).

وهناك حاجات أخرى تحدث عنها ماسلو منها وفق ما تذكرها (سهير احمد، 2003)

- الحاجات المعرفية: والتي تهدف لتحقيق المعرفة، وهدفها هنا ليس نفعيا ولكن تهدف لتحقيق المتعة، ولها دور في التكيف، وتساعد في إشباع الحاجات الأساسية والتغلب على المشكلات والعقبات.

- الحاجات الجمالية: وهي المرحلة التي يصل بها الفرد إلى تحقيق وإشباع كل حاجاته، وهذا ما يساعده على التمتع بقيم الكون الجمالية، وهي من الحاجات الفطرية حسب ماسلو وتوجد بشكل واضح عند من يحقق ذاته من الأفراد.

وهنا لابد من الإشارة إلى أن تصنيف ماسلو للحاجات لا غبار عليه ولكن اعتبارها كترتيب لتلك الحاجات أي لا يتم تحقيق حاجة إلا بتحقيق الحاجة التي تسبقها فهناك انتقاد جوهري من العديد من العلماء لذلك حيث أن ماسلو لم يأخذ بعين الاعتبار ما يحيط بالفرد أو الجماعة من ظروف ثقافية واجتماعية وسياسية ووطنية ودينية، والتي قد تجعل الفرد يسعى لتحقيق الحاجات العليا في الهرم وإهمال الحاجات الأساسية نظرا لتلك الظروف التي تحيط به.

ولقد استبدل ماسلو مفهوم تحقيق الذات بمصطلح آخر هو الإنسانية الكاملة، والتي تعني قدرة الفرد على التجريد، والحب، والسمو .

(سهير احمد، 2003: 388–389).

ولقد قسم ماسلو على أساس نظرته للفرد بأنه كل متكامل منتظم، ويتضح من تنظيم ماسلو لهذه الحاجات انه نظمه على حسب قوة هذه الحاجات وفاعليتها، فكل من هذه الحاجات لا تظهر إلا إذا أشبعت الحاجة التي قبلها في الترتيب الهرمي. **(محمد برقاوي، 1979: 16–17)**.

حيث أن الحاجات الفسيولوجية هي المهمة في الحفاظ على حياة الفرد، وإشباعها يؤدي بالفرد إلى الانتقال إلى الحاجة التي تليها، وهي الحاجة للأمن وبتحقيقها ينتقل للحاجة للانتماء، ثم الحاجة للتقدير ويليها تحقيق الذات، والتي تعتبر قمة هرم الحاجات عند ماسلو، والتي تعتبر رغبة الفرد في تحقيقه لقدراته وإمكانياته الكامنة، ويشير ماسلو إلى ان إشباع الحاجات العليا ناتج عن إشباع الحاجات البيولوجية لدى الفرد، وانتقال الفرد لإشباعه للحاجات العليا يعني أنه أكثر تكيفا وايجابية، وهذا يؤدي لتحقيق الفرد لشخصيته الواقعية.

(سلوى شوقي، 1991: 31).

ويرى ماسلو أن الترتيب الهرمي للحاجات يعتمد على قوتها، وكلما انخفضت الحاجات في الترتيب الهرمي كلما كانت أقوى، وكلما ارتفعت كلما كانت مميزة للإنسان بشكل أكبر، والحاجات الأساسية مشتركة بين الإنسان والحيوان، في المقابل يتميز الإنسان وحده بالحاجات العليا، حيث يرى ماسلو أن الحاجات الأساسية يسهل إشباعها، فالشخص قد يتعرض أحيانا للجوع والعطش ورغم ذلك يظل قادرا على إشباع حاجاته العليا، ولا يخضع حياته للجوع والعطش .

(جابر عبد الحميد جابر، 1990: 583-585).

وتضيف سهير أحمد (2003) أن ماسلو لخص الفروق بين الحاجات العليا والحاجات الدنيا عام 1975 بما يلي:

- كلما ارتفعت الحاجة كان ظهورها متأخرا في عملية التطور.
- الحاجة العليا تحدث متأخرة نسبيا في نمو الفرد.
- للحاجات العليا علاقة بالبقاء اقل من تلك التي للحاجات الدنيا.
- على الرغم من أن الحاجات العليا لا تتصل اتصالا مباشرا بالبقاء إلا أن إشباعها مرغوب به بدرجة اكبر من الحاجات الدنيا.

(سهير احمد، 2003: 386).

والحاجات النفسية الثانوية تختلف من فرد لآخر، بشكل اكبر من الحاجات الفسيولوجية، وهناك بعض الخصائص التي تميز الحاجات الثانوية ومنها:

- تتأثر بشكل كبير بما يمر به الفرد من خبرة.
- تتنوع من شخص لآخر من حيث النمط والكثافة.
- تتغير داخل الفرد ذاته.
- لا تعمل بشكل منفرد وإنما ضمن الجماعة.

- هي مشاعر غامضة ليست ملموسة كالحاجات الفسيولوجية.
- لها تأثير على السلوك بشكل عام.

والحاجات الفسيولوجية والحاجات النفسية رغم أنها صنفت كقسمين إلا أنها في حقيقة الأمر لا تنفصل عن بعضها البعض، فالحاجات الفسيولوجية للجسم تؤثر على النفسية والعكس صحيح، وهذا ما يطلق عليه (المفهوم الكلي). **(مصطفى فهمي ومحمد القطان، 1979: 181-182)**.

3. نظرية محددات الذات: (SDT) Self-Determination Theory

تعتبر SDT الحاجات النفسية (Psychological Needs) ضرورية للحصول على نمو صحي وفاعلية وظيفية، وترى بأنه إذا تم إشباع هذه الحاجات بشكل دائم فان الشخص سوف ينمو ويعمل بشكل فاعل وسوف ينعم بالصحة والرفاهية، أما إذا أحبطت فان ذلك سوف يؤثر على صحة الفرد ومدى فعاليته الوظيفية، وكما ترى أن الجوانب السوداء (الاضطرابات) في سلوك الإنسان مثل بعض الأمراض النفسية والتحامل على الآخرين والعدوانية، يمكن فهمها على أنها ردود فعل على إحباط الحاجات النفسية الأساسية.

(Dice & Ryan, 1991 : 237).

وتفترض نظرية SDT، أن هناك ثلاثة حاجات نفسية أساسية وضاملة، الحاجة إلى الاستقلالية، والحاجة إلى الانتماء، والحاجة إلى الكفاءة، والتي تسمى الحاجات النفسية الأساسية (BPNT) (Basic Psychological Need Theory) حيث تعتبر هذه الحاجات الركيزة الأساسية لجميع محاور نظرية SDT، وهي تعتبر أيضا الأساس لنظرية التقييم المعرفي (Cognitive CET) (Theory Evaluation)، حيث أنها تورد تفسيرا لكيفية تاثير العوامل الاجتماعية على الدوافع الذاتية، وكذلك فهي مهمة ايضا لنظرية التكامل العضوي (Organismic Integration Theory OIT)، لأنها تعطي أولوية للذاتية، وكيف يؤثر السياق الاجتماعي على الذات، ودمج الدوافع الخارجية، وكيف ترتبط تلك العوامل بالنمو السليم، فهي ذات صلة بنظرية التوجهات السببية

(Causality Orientations Theory) (COT)، لأنها تفسر تطور التوجهات التحفيزية المختلفة، وكيف ترتبط بالعوامل النفسية بطرق مختلفة بالإضافة إلى ارتباطها بالصحة النفسية الجيدة، والأداء الفعال، والتقدم في البحوث وفق نظرية SDT يدعم الوضوح في المسلمات الخاصة بالحاجات وعلاقاتها، بهدف الوصول إلى الصحة النفسية بشكل عام ويعتبر ذلك من الأمور الهامة من اجل تطوير فرضيات قابلة للقياس، حول التأثيرات المختلفة للأهداف والطموحات، ونتائجها على مخرجات الحياة، من خلال النظر للثقافات على أساس كوني، في إطار ديناميات النفس البشرية .

(**Deci & Ryan, 2008 : 666**).

وتشمل المبادئ الأساسية لنظرية الحاجات النفسية ما يلي:

- تحدد الحاجات النفسية المتطلبات التنموية والثقافية الضرورية من اجل الصحة والأداء الأفضل.
- يمكن تقييم الدوافع والتطلعات والأهداف المختلفة، من خلال قدرتها على تلبية أو إحباط الحاجات الأساسية، وبالتالي تأثيرها على الصحة النفسية.
- التوتر أو فقدان التوازن الذي يتعرض له الفرد، يعتبر وظيفة تهدف إلى إشباع الحاجة، من خلال إشباع الحاجات الثلاثة الحاجة إلى الاستقلالية، والحاجة إلى الانتماء، والحاجة إلى الكفاءة.

ويشير ريان (Ryan, 1994) إلى أن نظرية STD ترى بان الحجات الإنسانية هي أساسية لجميع مراحل النمو المتعددة، وهذه الحاجات لا تقتصر على الانتماء، والاستقلالية، والكفاءة، بل تشمل أيضا حاجات أخرى عديدة لا غنى للفرد عنها حتى يشبع حاجاته إلى الانتماء، والاستقلالية، والكفاءة، ومن هذه الحاجات الحاجة للحب والمودة، والحاجة للانجاز، والحاجة للأمن، وهذه الحاجات بمجملها تساعد في تحقيق وإشباع الحاجة إلى الانتماء، والاستقلالية، والكفاءة، وهذا كله يؤدي بالفرد للوصول إلى مستوى متقدم من الصحة النفسية.

(**Ryan, et al, 1994 : 226**).

ويشير ريان وآخرون (Ryan, et al, 1997) إلى أن الحاجات النفسية الفطرية وهي (الانتماء، والاستقلالية، والكفاءة)، حيث أن الظروف البيئية والتي تسمح بإشباع هذه الحاجات للأفراد أثناء تطورهم، يعتبر المفتاح الذي يساعدنا في التنبؤ بمدى قدرة الأفراد على التمتع بالنشاط الحيوي، والصحة النفسية، أم لا.

(**Ryan, Kuhl & Deci, 1997 : 701**).

كما ترى STD انه حتى نستطيع فهم الدوافع الإنسانية لابد لنا من معرفة وفهم الحاجات السيكولوجية الفطرية، وهي الانتماء، والاستقلالية، والكفاءة، حيث ان هذه الحاجات تحدد الشروط الضرورية للنمو النفسي، والتكامل، والسعادة . (**Deci & Ryan, 2000 : 227**).

الحاجات النفسية والدافعية الداخلية:

يشير Deci, 1971 بأنه يوجد اتجاهين لتعريف الدافعية الداخلية ويمكن الاستدلال عليهما من نظريات السلوك، حيث يشير الاتجاه الأول إلى أن السلوك المتعلم هو وظيفة من وظائف التعزيز، ويشمل هذا التعريف أيضا أن السلوك الذي يتسم بالدافعية الداخلية لا يعتمد على التعزيز، حيث أن النشاط أو السلوك الممتع يكون معززا داخليا، والاتجاه الثاني يرى أن السلوك المكتسب مشتق من إشباع الحاجات النفسية الأساسية، وهذان الاتجاهان مكملان لبعضهما البعض.

وإن عدم إشباع الحاجات يؤدي إلى إضعاف الدافعية الداخلية، وفي المقابل يمكن أن نسهل الدافعية الداخلية من خلال إيجاد الظروف التي تشبع الحاجات الأساسية الثلاثة (الحاجة إلى الاستقلالية، والحاجة إلى الانتماء، والحاجة إلى الكفاءة). (**Deci & Ryan, 2000 : 233**).

كما أن وصول الفرد إلى حالة من التكامل في الشخصية والنمو الاجتماعي ينتج عن إشباع الحاجات النفسية والتي تتمثل في الاستقلالية والكفاءة والانتماء، والتي يمكن أن تحدد العمليات النمائية التي تتضمن: الدافعية الداخلية، وتبني الفرد لمعايير وقيم وسلوك الجماعة والمجتمع، والتكامل الانفعالي، وإن عدم إشباع الحاجات النفسية أو إحباط إشباعها يؤدي للتشتت والاغتراب أكثر من التوحد والاندماج.

.(**Deci & Ryan, 2000 :68-78**)

وتعتبر نظرية محددات الذات نموذجا للدافعية والشخصية المبنية على مفهوم أكثر دقة للحاجات النفسية، والتي يعرفها (Deci & Ryan,2000) على أنها مطالب نفسية فطرية وأساسية للوصول إلى السعادة والتكامل والنمو النفسي، والتي تتمثل في الحاجة إلى الانتماء والاستقلالية والكفاءة، وتعمل هذه الحاجات النفسية الأساسية الثلاثة على إيصال الأفراد إلى أشكال سلوكية تتسم بالتكامل الاجتماعي والكفاءة والحيوية، وهذه الحاجات لها فوائد تكيفية هامة، من خلال القدرة على إشباع تلك الحاجات على النحو التالي:

- الانتماء: أن الحاجة إلى الانتماء هي من مميزات الكائنات الاجتماعية، وليس مجرد صفة موروثة لديهم، فالحاجة إلى الفهم الاجتماعي يمثل أولوية لدى تلك الكائنات الاجتماعية، وهناك أشكال تصنيفية محددة يمكن من خلالها التعبير عن الحاجة للانتماء، وتلك الأشكال تتوافق مع التطور الثقافي والبيولوجي للإنسان ومع ما يعيشه من تحضر، رغم أن الحاجة بحد ذاتها تبقى ثابتة نسبيا خلال تلك التغيرات، والحاجة للانتماء تعتبر من الأمور الدافعية للاندماج في التنظيم الاجتماعي، ويمكن تحديد مستوى تطور الفرد، وكذلك مستوى تكيف المجموعة وبقائها من خلال الفائدة التكيفية للحاجة للانتماء.

.(**Deci & Ryan,2000 :253**)

- الاستقلالية: تشكل الاستقلالية أساسا قويا للتنظيم السلوكي الفعال، من خلال مراحل التطور، وميادين المعرفة المتعددة، والتي لا يمكن حصرها في مجال محدد.

.(**Sedikides & Skowronski, 1997 :80**)

- الكفاءة: إن الحاجة إلى الكفاءة تساعد الأشخاص الذين يتمتعون بقدر جيد من التعلم والتفتح في التكيف مع ما يواجهه من تحديات في مناحي الحياة، من خلال ظهورها بشكل نموذجي في الأحداث التي تتسم بالدافعية الداخلية، ويمكن تنمية الميل للكفاءة في بداية العمل من خلال استكشاف الفرد لما يحاط به من أشياء، وتبدأ النشاطات والممارسات التي ترتبط بشكل محدد مع التفاعل الاجتماعي المؤثر والي يتمايز مع التقدم بالعمر، وبذلك يمكن القول بأن الأفراد الذين يمارسون

الإشباع دون حصولهم على تعزيز خارجي، أي من خلال التعلم الذاتي، فإنهم يكونوا قادرين على الارتباط بالمهارات والقدرات التي يكتسبونها، وكذلك قادرين على تطوير المزيد من القدرات الجديدة للتوظيف التكيفي، على التكيف مع اتجاهات الثقافة المتغيرة بشكل واضح، والتي يرثها الإنسان أو يتبناها، وبذلك يكونون قادرين على التكيف مع الظروف الجديدة ومتطلبات العالم الطبيعي (Deci & Ryan, 2000 : 252-253). كما ويشير (Greenough, et, al. 1987) انه يمكن تسهيل توظيف القدرات التكيفية الجزئية، من خلال النزعة الى
الكفاءة، والتي تساعد في إعداد وتنظيم وممارسة تلك القدرات.

(**Greenough, et, al. 1987 :539**).

يرى ريان وآخرون (Ryan, et. Al, 1994) أن نظرية محددات الذات تشير إلى أن هذه الحاجات مهمة لجميع مراحل النمو المختلفة، وحتى يشبع الفرد حاجته للاستقلال والكفاءة والانتماء لابد أن تشمل هذه الحاجات لحاجات أخرى مثل الحاجة للحب والمودة، الحاجة للأمن، الحاجة للإنجاز وتقدير الذات، وهذه الحاجات تساعد الفرد على تحقيق حاجته للانتماء والاستقلالية والكفاءة، وبهذا يمكن للفرد أن يتمتع بصحة نفسية جيدة .

(**Ryan, et al, 1994 : 226**).

- ويشير(Wehmeyer, 1997 : 28) أن محددات الذات تشير إلى ما يلزم للفرد من اتجاهات وقدرات تساعده في التحكم بما يحدث في حياته من أشياء، وتجعل خياراته وأفعاله متحررة من التدخلات والتأثيرات الخارجية، وان السلوك من وجهة نظره يعتبر محددا بشكل ذاتي إذا عكس أربع خصائص أساسية هي:
  - أن يتصرف الفرد بشكل مستقل.
  - أن يكون السلوك منظما ذاتيا.
  - أن يكون تجاوب الفرد مع الأحداث من حوله بشكل يتسم بالقوة السيكولوجية.

- عندما يتصرف الفرد بطريقة تحقق الذات.

وتشير نظرية محددات الذات إلى أنه يمكن تعريف الحاجات من خلال ما يظهر من نتائج ايجابية عندما تسمح الظروف بالإشباع لهذه الحاجات، ونتائج سلبية تنتج عن إحباط الإشباع، وحسب ما تشير إليه النظرية فان الحاجات الاساسية الثلاثة الاستقلالية والانتماء والكفاءة، لها دور هام في التطور الأفضل، وأننا لا نستطيع إهمال واحدة من هذه الحاجات بدون نتائج سلبية واضحة، وإن الصحة النفسية تحتاج لإشباع كل هذه الحاجات وان واحدة أو اثنتين لا تكفي. (**Deci & Ryan, 2000 : 228-229**).

من خلال استعراض النظريات المفسرة للحاجة، يلاحظ الباحث بان جميع النظريات رغم اختلافها في طريقة عرضها للحاجات وتفسيرها لها، إلا أنها جميعها تحدثت عن أهمية الحاجات في حياة الفرد، ومدى تأثيرها على تمتعه بالصحة النفسية من خلال تحقيقه وإشباعه لها، خاصة الحاجات لنفسية منها، والتي لا تقل أهمية عن الحاجات الفسيولوجية، فقد تحدث موراي عن (20) نوع من الحاجات، ماسلو تحدث عن (5) حاجات هرمية فسيولوجية وسيكولوجية، من خلال تحقيقها يستطيع الفرد الوصول إلى تحقيق ذاته، أما نظرية محددات الذات فلقد تطرقت إلى (3) حاجات أساسية وهي (الكفاءة، والاستقلالية، والانتماء)، والتي من خلال تحقيقها يستطيع الفرد التمتع بدرجة جيدة من الصحة النفسية، ورغم أن نظرية محددات الذات ركزت على ثلاثة حاجات أساسية، إلا أنها لم تهمل باقي الحاجات النفسية، وإنما اعتبرت أن الحاجات الثلاثة تلك هي الحاجات الأساسية والتي تمثل الصحة النفسية لدى الفرد.

تصنيف الحاجات:

لا شك أن البيئة التي يعيش فيها الفرد وما تشمله من ثقافة وظروف اجتماعية واقتصادية لها دور هام في تعدد وتنوع الحاجات النفسية أو قلتها، والحاجة لا تبقى على حالة من الجمود، إنما تتطور وتنمو بحسب ما يتعرض له الإنسان نفسه من تغيرات نفسية وجسمية، في مراحل نموه المختلفة، وبحسب ما يكتسبه الفرد من تعلم وخبرات تكسبه حاجات جديدة متنوعة، وتوقف إشباع حاجات قديمة، وأيضا كل ما يطرأ على بيئته المحيطة من تطور وتغير له دور هام في ذلك، والحاجات

النفسية تختلف من مجتمع لاخر، ويرجع هذا الاختلاف الحاجات النفسية، فالذكر تختلف حاجاته النفسية عن الانثى، بحسب عناصر الثقافة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد وذلك يؤدي لاختلاف الحاجات النفسية بالطبع

(غزوي الغفيلي، 1990: 17).

فالمجتمع وما يتمتع به من ثقافة لها دور بتحديد الطريقة التي يشبع بها افراده حاجاتهم، فمثلا دول الغرب وخاصة الولايات المتحدة يسهل تحقيق الحاجة الى الاستقلال والتي تعتبر هامة جدا لهم، في المقابل فان الحاجة الى الانتماء او الصلة، يمكن ان يكون تحقيقه صعبا، من ناحية اخرى فان تحقيق الحاجة الى الاستقلال في البلاد العربية يكون من الصعب تحقيقه، ويسهل تحقيق الحاجة الى الانتماء او الصلة

(Staud & Pearlman, 2002 : 87)

وحيث ان الحاجات قابلة للتغيير والتعديل، حسب الظروف المادية والنفسية التي يمر بها الفرد، وايضا الحاجات النفسية (بصفة خاصة) معقدة وتختلف بحسب ما تحتويه بيئة الفرد من اعراف وعادات وتشريعات وقوانين وايضا بحسب ظروف الافراد واعمارهم، والحاجات الثانوية مكتسبة مثل العواطف التي تنشا في ظروف الفرد والبيئة التي تحيط به

(عواطف صالح، 1986: 29).

وكذلك فالحاجات التي تكون في مرحلة عمرية ما هامة وحيوية، قد تصبح حاجات غير هامة، فالحاجة الى عطف وحنان الوالدين تكون مهمة للطفل، ولا تكون كذلك في سلوك الراشدين، ولقد اختلف العلماء في تصنيف الحاجات ونتيجة لذلك تعددت الحاجات وتنوعت حسب كل نظرية وعالم وحسب منهج البحث والدراسة.

حيث يرى هيلجارد Hilgard ان الاختلاف في تصنيف الحاجات النفسية يرجع الى:

- ان الحاجات النفسية مكتسبة ومتعلمة من المجتمع، ويتم التعبير عنها بالطريقة التي يسمح بها هذا المجتمع، مما يؤدي الى اختلاف الافراد في طريقة تعبيرهم عن حاجاتهم النفسية.
- قد يدفع عملية سلوكية واحدة عدة حاجات اجتماعية، فالدافع للباحث في عمله قد يكون الصيت العلمي او كسب المال او امور عديدة اخرى.
- ظهور الحاجات بصورة مقنعة وليس بصورة واضحة وصريحة.
- يمكن التعبير عن الحاجات النفسية بطرق مختلفة من فرد لاخر، فهدف حاجة ما عند فرد قد لا يكون نفسه عند الاخر
- **(محمد زيدان، 1989: 49)**.

وبما ان البيئة التي يعيش فيها الفرد، تلعب دورا هاما في طبيعة الحاجات من حيث تعددها او قلتها، وكذلك اختلاف الحاجات حسب طبيعة اعمار الافراد، وما يعيشه الفرد من اوضاع مادية ونفسية، وجسمية، فهنا لابد على المجتمع من العمل على توفير الظروف والاجواء المناسبة لتدعيم وتعزيز تحقيق الفرد لحاجاته، والذي يؤدي الى تمتع الفرد بدرجة جيدة من الصحة النفسية، وان يكون قادرا على تحقيق طموحاته، ورغباته.

ويشير احمد راجح (1982) الى تعدد الدوافع والحاجات التي يشترك فيها الانسان والحيوان على حد سواء، وهي الحاجات الفطرية الفسيولوجية لان مثيراتها غدية، او عصبية، او كيماوية، والكائن ل يحتاج لتعلمها لانها تنتقل بالوراثة، ولها علاقة مباشرة او غير مباشرة لبقاء النوع ومنها:

- حاجات الطعام والماء والهواء والنوم واالتبول والتبرز وهي من الحاجات التي تكفل بقاء الكائن.
- الحاجات الجنسية ودوافع الامومة والتي تكفل النوع.
- الحاجة الى التنبيه الحسي الخارجي. 1982
- الحاجة الى استطلاع البيئة ومعالجتها

(احمد راجح،: ص 73).

ويضيف احمد راجح (1982) ان هناك حاجات تميز الانسان عن الحيوان وهي حاجات عديدة، حيث يعتبر السلوك الانساني متعدد الجوانب ومختلف المظاهر، وهذا يؤدي الى اختلاف اساليب اشباع الحاجات وتعددها.

وتسمى هذه الدوافع (الدوافع الاجتماعية)، وهي دوافع ثانوية يكتسبها الانسان من البيئة التي يعيش فيها، ومن خلال خبراته والتعلم سواء كان مقصودا او غير مقصود، وذلك من خلال تفاعل الفرد مع بيئته الاجتماعية على وجه الخصوص، وتسمى باسماء كثيرة مختلفة مثلا الحاجات النفسية، والميول، والعوطف، والاتجاهات، او العادات وهذه الحاجات والدوافع هي التي تميز الانسان عن الحيوان وتعتبر خاصة به فقط .

(احمد راجح، 1982: ص 90).

اي ان هناك حاجات تشترك بها الكائنات الحية على وجه العموم، وهي الحاجات الفسيولوجية، والتي تتسم بانها ضرورية وهامة للحفاظ على حياة تلك الكائنات، في المقابل يتميز الانسان بانه المخلوق الوحيد الذي يسعى لتحقيق حاجاته النفسية، والتي تميزه عن الكائنات الاخرى، مثل الانتماء، والحب، وتقدير الذات، الى باقي تلك الحاجات الهامة ايضا في ان يتمتع هذا الانسان بصحة نفسية جيدة.

دور الحاجات النفسية في السلوك:

تلعب الحاجات النفسية دورا هاما في سلوك الفرد، وسلوكه في الغالب يوجه بحاجاته النفسية على إختلافها، والدور الأكبر سوف يكون للحاجات الاكثر أهمية بالنسبة للفرد، أي ان نمط سلوك الفرد سوف يعتمد وبشكل كبير على الحاجة النفسية الهامة لديه، فمثلا نجد الأفراد الذين تغلب على سلوكهم حاجة السيطرة والزعامة يعملون على إشباع تلك الحاجة من خلال ميلهم للادوار التي فيها تزعم للاخرين، ويشعرون بالضيق عندما يشعرون بان ليس لهم دور في قيادة الوسط الذي هم فيه، ونراهم يميلون للمناقشة ورغم ذلك فهم لا يتقبلون اراء الاخرين بسهولة، في حين نجد ان الافراد الذين تغلب عليهم الحاجة للانجاز فسيغلب على سلوكهم ما يجعلهم يحققون تلك الحاجة، حيث يعملون بكل جد واجتهاد على انجاز الاعمال الموكلة لهم باتقان وتفوق مما يشعرهم بالتفوق والنجاح والشهرة، في المقابل نجد ان السلوك الغالب على الافراد الذين لديهم الحاجة للاستقلال اذاتي هو عدم اعتمادهم على الاخرين، وتكون هذه الحاجة بشكل كبير في مرحلة المراهقة، حيث يكون المراهقين بحاجة لكل ما يثبت استقلالهم ويرغبون بان يعاملهم الاخرون بشكل يؤكد ذلك، وهم حساسون تجاه اي شيء يؤثر على او يمس استقلالهم، وهناك حاجات نفسية تزداد في مرحلة الشباب بشكل عام هي الحاجة للتغيير والتنويع، خاصة وانهم على اعتاب عالم جديد عليهم هو عالم الكبار، فشعورهم بالطاقة والحيوية يجعلهم يعملون على استكشاف هذا العالم، وشعورهم بالملل الذي لا يتناسب مع تلك الحيوية يجعلهم يسعون نحو التجريب والتغيير وربما المخاطرة أحيانا **(عمر المفدى، 1994: ص44-47)**.

تعتبر الحاجات النفسية من المحددات الرئيسية التي يجب التعرف عليها كي نستطيع فهم السلوك، بل يمكن القول بانها المفتاح الحقيقي لفهم السلوك بوجه عام، وسلوك الانسان بشكل خاص، حيث ان مظاهر الاضطراب تظهر لدى الكائن الحي او الانسان خصوصا عندما يواجه صعوبات تحول دون قدرته على اشباع حاجاته، ومن هنا يمكن ادراك طبيعة واهمية الحاجات النفسية، فالحاجات النفسية ومنذ زمن طويل كانت ولا تزال من المجالات الخصبة للبحوث والدراسات العلمية، ففي البداية كانت مجالا للدراسات الفلسفية، والتجريدية، والتاملية، من جهة ومن جهة أخرى للدراسات الدينية، فنجد ان الإمام (ابو حامد الغزالي) استخدم في تفسيره للسلوك

الانساني مفهوم الدافع ولقد أكد على الوظيفة المزدوجة للدافع **(عبد الكريم العثمان، 1981: ص 207)**.

والحاجات النفسية لا تزال تعتبر من أولويات واهتمامات الباحثين والعلماء نظرا لاهميتها، والإاهتمام بالحاجات النفسية بدا من أوائل القرن العشرين على يد العالم "ماكدوجال" ثم موراي من بعده، ولكن الإهتمام الأكبر بهذا المصطلح برز بعد نظرية ماسلو حول هرمية الحاجات، حيث أنصبت جهود الباحثين والعلماء على دراسة الحاجات النفسية إنطلاقا من الإطار الذي حدده ماسلو لتلك الحاجات او من منطلقات أخرى

(عمر المفدى وسليمان جمعة، 2002: ص 3)

والحاجات النفسية تعتبر محركا للسلوك، وتقدم لنا الكثير من التفسيرات لما يمر به الفرد من سلوك، والحاجات النفسية لا تقتصر على مجتمع بذاته فهي تتميز بأنها عالمية من خلال أنها توجد لدى جميع البيئات والمجتمعات الإنسانية دون إستثناء، وتكتسب الحاجات النفسية خصائصها من ثقافة البيئة التي يعيشها الفرد، فاهمية الحاجات النفسية تختلف من مجتمع لآخر فمثلا المجتمعات الغربية تركز على تنمية الحاجة للاستقلال لدى ابنائها، في المقابل فإن المجتمعات الشرقية تنمي الحاجة للإنتماء عند أبنائها، وقد يصل الإختلاف في الحاجات النفسية للمجتمع الواحد او البيئة الواحدة ويرجع هذا الإختلاف لطبيعة دور الفرد في البيئة التي يعيشها، فحاجات الذكور تختلف عن حاجات الاناث، والاختلاف قد يرجع ايضا الى المستوى التعليمي والاجتماعي لافراد البيئة الواحدة

(محمد الوطبان وجمال علي، 2005: ص 4).

وبهذا يرى الباحث ان الحاجات النفسية لها دورا هاما في السلوك الذي يقوم به الفرد، فالفرد الذي يستطيع تحقيق حاجاته النفسية بشكل جيد ومناسب، والذي يحصل على دعم وتعزيز من مجتمعه في هذا الامر فان سلوكه يكون سليما ويتميز بالراحة النفسية، والقدرة على البذل والعطاء، ويكون عضوا فاعلا في مجتمعه، في

المقابل نجد ان الحاجات النفسية لها ايضا دور عكسي في حالة عد الاشباع فالفرد غير المشبع لرغباته وحاجاته يتسم بالتوتر والقلق، وهذا ما يدلل على الدور الهام والحيوي للحاجات النفسية في سلوك الفرد.

إشباع الحاجات النفسية عبر الثقافات:

تؤكد نظرية SDT، بان الحاجات الاساسية هي حاجات عالمية، ولقد اكدت ذلك من خلال تجارب ودراسات استهدفت قياس اثار اشباع الحاجة ضمن نطاق واسع من الثقافات، التي تختلف في العادات والقيم والاجتماعية، ورغم الاختلاف القليل حول اهمية كل من الحاجة الى الانتماء، والكفاءة، عبر الثقافات، الا ان الحاجة الى الاستقلالية (الذاتية)، هي التي كانت اكثر جدلا وقد يرجع السبب في ذلك الى تعدد التصورات النظرية حولها، حيث ترى نظرية SDT ان الذاتية تهتم بمساندة التقييم الذاتي، وتقدير ما اذا كانت سلوكيات الفرد يصاحبها الاتكالية او الاستقلالية، او النزعة الفردية او الجماعية، او الحداثة او القدم، ومع ذلك فان SDT ترى ان غرس او فرض اي من هذه الممارسات او القيم، يؤدي الى الابتعاد عن الصحة النفسية، وهناك العديد من الادلة التي تدعم الدور المهم الذي تلعبه الحاجات النفسية الثلاثة عبر الثقافات، من خلال العديد من الدراسات التي بينت ان الشعور باشباع الحاجة يدفع الافراد للمشاركة بالعمل ويتمتعون بصحة نفسية جيدة، وكذلك فان الشعور الكبير بالذاتية مرتبط بصحة نفسية جيدة في كل الثقافات، وان كل من الانسجام الثقافي والصحة الجيدة يرتبطان باشباع الحاجات، المرتبطة بدعم الذاتية، وايضا ان جميع الحاجات الاساسية الثلاثة، كان لها بروز واضح في الثقافات التي اجريت عليها الدراسة، وجميع تلك الدراسات اوضحت ان الحاجات النفسية الاساسية بما فيها الذاتية، كان لها اهمية كبيرة بالصحة النفسية عبر الثقافات

.(**Deci & Ryan, 2008 :667**)

في حين يذكر (Kasser & Ryan, 1999) ان هناك العديد من الدرسات التي اجريت بهدف قياس اشباع الحاجات للاستقلالية، والانتماء، والكفاءة، على العديد من البيئات من خلال دراسة علاقتها مع الاداء، والتحفيز، والصحة النفسية، نتج عن تلك الدراسات، ان الصحة النفسية تختلف من وقت لاخر باختلاف اشباع الحاجة، وكذلك اشباع الحاجات النفسية الاساسية في الحياة اليومية مرتبط بشكل ايجابي بالصحة النفسية.

(**Deci & Ryan, 2008 :666**).

ويضيف (Deci & Ryan, 2008) ان للحاجات النفسية الاساسية دورا مهما اذ تعتبر هي الاساس الذي انطلقت منه باقي ابعاد نظرية STD، حيث ان اشباع الحاجات يؤدي الى تعزيز الرفاهية، في المقابل فان احباطها يؤدي الى نتائج عكسية، حيث ان النظرية تفترض بان العلاقة بين الاشباع والرفاهية يمكن تعميمها على كل الاعمار، والاجناس، والثقافات، حيث ان اشباع الحاجات يرتبط بكل من العمر، والجنس، والثقافة الخاصة بالفرد، ومدى امتلاكه للإمكانيات التي تساعده على تحقيق هذا الاشباع، في المقابل هناك بعض الحالات التي من الممكن ان يؤدي السلوك الخاص بالفرد الى اشباع حاجات معينة واحباط حاجات اخرى لدى نفس الفرد

(**Deci & Ryan, 2008 :667**).

العلاقة بين مرض السرطان والعوامل النفسية :

جاءت دراسات مبكرة تؤكد العلاقة بين مرض السرطان والعوامل النفسية والشخصية، حيث حاول بعض الباحثين إدراج السرطان ضمن الأمراض الجسمية التي تقوم الشخصية بدور مهم في إحداثها، وقد بدأت هذه المحاولات منذ ان أشار الطبيب الإغريقي (جالينوس) إلى أن إحتمال إصابة المرأة الكئيبة بالسرطان يفوق إحتمال إصابة المراة المتفائلة بالمرض نفسه.

ويؤكد شمان (Lashman) أنه منذ القرنين الماضيين أثبتت الملاحظات الأولية التي أجريت على مرضى السرطان، أن هؤلاء المرضى كانت لديهم استجابات إنفعالية سلبية من إكتئاب وحزن ويأس او فقدان الأمل في الفترة التي تسبق المرض، وقد أشار (باجيت) منذ أكثر من قرن – أن الشعور بالقلق وخيبة الأمل يزداد بزيادة إنتشار الورم السرطاني في الجسم، وتبعه (سنو) (Snow 1893) بدراسته التي أجراها على مرضى سرطان الثدي، وتبين له أن ما عايشه هؤلاء المرضى من أحداث اليمة، هو ما أدى لهم الى الإكتئاب والحزن وفقدان الأمل وبالتالي إلى إصابتهم بالسرطان. وقد أشار (فرويد) (Frued 1905) إلى ملاحظات مشابهة، وتبعه (إيفان) (Evans 1926) بدراسته التي أجراها على مائة من مرضى السرطان، وتبين له أن فقدان العلاقات الحميمة، هو ما أدى إلى إصابتهم بالسرطان. وقد أشار (فوك) (Foque, 1931) إلى دور الإكتئاب وفقدان الأمل في الإصابة بالسرطان.

الدراسات الحديثة للشخصية المستهدفة للصابة بالسرطان:

يعتبر (بيكون وزملاؤه) (Bacon et. Al, 1925) أول من قدموا مفهوم الشخصية السرطانية (Cancer Personality) وقاموا بدراسة أجريت على أربعين إمراة مصابة بسرطان الثدي، وتبين لهم أن أولئك المرضى يتصف سلوكهم بخصائص معينة منها: قمع الرغبة الجنسية أو كبتها، وقمع الأمومة أو منعها، وعدم القدرة على التعبير الإنفعالي أثناء الغضب والعداوة او الحب او العذاب والفشل في حل الصراعات النفسية مع أحد الوالدين.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

منهج وإجراء الدراسة

- مدخل
- منهج الدراسة
- عينة الدراسة
- أدوات إجراء الدراسة

مدخل:

يتناول هذا الفصل وصفا لمنهج الدراسة وأفراد مجتمع الدراسة وعينتها وكذلك أداة الدراسة المستخدمة وطرق إعدادها كما يتضمن هذا الفصل وصفا للإجراءات التي قامت بها الطالبة الباحثة في أدوات الدراسة وتطبيقها وأخيرا المعالجة الإحصائية التي اعتمدت عليها الطالبة الباحثة في تحليل الدراسة.

1- منهج الدراسة:

المنهج الوصفي الإستكشافي:

من أجل تحقيق الدراسة قامت الطالبة الباحثة بإستخدام المنهج الوصفي الإستكشافي , و الذي يعرف بأنه طريقة في البحث تتناول أحداث و ظواهر و ممارسات موجودة و متاحة للدراسة و القياس كما هي دون تدخل الباحث في مجرياتها (محمد صلاح الدين أبو العلاء)

ويستطيع الباحث أن يتفاعل معها فيصفها و يحللها وهي دراسة تطبيقية على مرضى السرطان في مستشفى محمد بوضياف بورقلة و تعتمد الدراسة على نوعين من البيانات بيانات أولية و بيانات ثانوية.

أ- **بيانات أولية:** و ذلك بالبحث في الجانب الميداني بتوزيع الإستبيانات لدراسة بعض مفردات البحث و خصر وتجميع المعلومات اللازمة في موضوع الدراسة .

ب- **بيانات ثانوية :**تقوم الطالبة الباحثة بمراجعة الكتب و المنشورات و المذكرات المتعلقة بالموضوع قيد الدراسة والتي تتعلق بالحاجيات النفسة الإجتماعية لمرضى السرطان و أيت مراجع قد ترى الطالبة الباحثة أنها تساهم في إثراء الدراسة بشكل علمي و تنوي الطالبة الباحثة من خلال اللجوء للمصادر الثانوية في الدراسة التعرف على أسس و طرق علمية سليمة في كتابة الدراسات و كذلك أخذ تصور عام عن أخر مستجدات التي حدثت و تحدث في مجال الدراسة .

2- عينة الدراسة : تكونت العينه من 30 حالة من مريضات السرطان وكان إختيار العينة عشوائية

3- أدوات إجراء الدراسة:

المقابلة العيادية هي العلاقة الاجتماعية مهنية دينامية وجه لوجه بين الأخصائي والعميل في جو نفسي أمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع معلومات أو حل مشكلات (حامد عبد السلام زهران1980)

خطوات إجراء التطبيق:

1) الجلسات والمدة جلسة الواحدة بين 15و30 دقيقة فردية
2) الموضوع المناقش خلال الجلسة التعرف على المريض
3) الهدف من الجلسة:التعرف على الاحتياجات النفسية والاجتماعية والفزولوجية والصحيه والدينية في إستمارة المقابلة العيادية
4)آليات إجراءات التطبيق: أقوم بتعريف نفسي كوني أخصائية نفسيانية في إطار تخرج واعداد مذكرة
5) أقوم بالتعرف على المرضى ومحاولة تكوين علاقة معالج ومريض
6) أشرح للمريض معنى الاحتياجات والبنود التي جاءت تحتها

المعلومات الشخصية

- الاسم: .....
- السن: .....
- الجنس: .....
- المستوى التعليمي: .....
- المستوى الاقتصادي : .....
- مقر السكن: .....
- نوع المرض: .....
- تاريخ اكتشاف الإصابة بالمرض: .....
- نوع العلاج الطبي المتبع: .....
- الأمراض المصاحبة: .....
- تاريخ و مدة الجلسة: .....

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسةومناقشتها

- مدخل
- عرض الحالات
- تفسير ومناقشة النتائج
- خلاصة الفصل

مدخـــــــل:

يتضمن هذا الفصل عرضا وتحليلا ومناقشة للنتائج التي توصلت إليها الدراسة الميدانية التي أجريت على عينة عشوائية من مرضى السرطان بمركز السرطان بمستشفى محمد بوضياف ورقلة.

عرض وتحليل ومناقشة:

نص التساؤل: ما طبيعة الحاجات النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان مستشفى محمد بوضياف ولاية ورقلة على حسب متغيرات السن والزواج (كبيرات السن، صغيرات السن، متزوجات، وعازبات).

المتوسط الحسابي للحاجات الفيزيولوجية لصغيرات السن

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%10.08	%32.15	% 57.05

من خلال الجدول الذي يمثل الحاجات الفيزيولوجية من حيث نسبة إشباعها نلاحظ أنها غير مشبعة بالإجمال ومقارنة بالدراسة التي أجراها (vinokur 1989) بعد التشخيص رأى أن النساء أصغر سنا أظهرن وضعا أسوء من حيث التأثر الفيزيولوجي فيتضح أن العمر يلعب دورا هاما في تحديد الاحتياجات الفيزيولوجية.

المتوسط الحسابي للحاجات الفيزيولوجية لكبيرات السن

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%20.66	%15.46	%63.88

ومن خلال النتائج المعروضة على الجدول فنرى أن الحاجات الفيزيولوجية غير مشبعة بنسبة 63.88 % عند كبيرات السن وهذا يتفق مع الدراسة التي أجراها (vinokur 1989) حيث أن الحاجات الفيزيولوجية عند كبيرات السن يق إشباعها فكلما كانت أكبر سنا انتقل هذا التأثر بشكل أكبر على الناحية الجسدية وخاصة الحركة وفقدان الشهية وشعورهم بتزعاج وعدم الارتياح .

المتوسط الحسابي للحاجات للحاجات النفسية صغيرات السن

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%15.33	%25.66	%59.01

ومن خلال النتائج المعروضة على الجدول فنرى أن الحاجات النفسية غير مشبعة بنسبة 59.01% عند صغيرات السن ويعود ذلك الى عدم الإستقرار من الناحية النفسية كالإحساس بضغوطاتوعدم الاهتمام وشعور بالإكتئاب ويعود ايضا عدم اشباع هذه الحاجات الى تشخيص السرطان الذي يؤثر بصفة كبيرة في الجانب النفسي لدى المريضات وخاصة أن بعضهن لا يتجاوزن(17-20) سنة فنلاحظ ان الأصغر سنا أسو من حيث التأثر النفسي .

المتوسط الحسابي للحاجات للحاجات النفسية لكبيرات السن

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%30.66	%15.50	%53.84

ومن خلال النتائج المعروضة على الجدول فنرى أن الحاجات النفسية غير مشبعة بنسبة 53.84%عندكبيرات السن

ويعود عدم إشباعها الى إحساسهن بالإكتئاب والقلق وموقفهن السلبي نحوى المرض وإحساسهن بفقدان الطاقة والإجهاد والخوف مما يخفيه المستقبل أي ان كبيرات السن يظهرن وضعا أسواء في الجانب النفسي لكن ليس أسواء من صغيرات السن .

المتوسط الحسابي للحاجات الاجتماعيةلصغيرات السن

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%16.86	%21.77	%61.37

ومن خلال النتائج المعروضة على الجدول نرى أن الحاجاتالاجتماعية لصغيرات السن غير مشبعة بنسبة 61.37 % ومقارنة بدراسة (mor V 1994) بعنوان الاختلافات العمرية في المشاكل النفسية والاجتماعية التي تواجه مرضى السرطان فنجد أن هناك توافق، حيث أن النساء أصغر سنا أظهرن احتياج كبير للجانب الاجتماعي خاصة البرود العاطفي وجانب الاقتصادي والمادي .

المتوسط الحسابي للحاجات الاجتماعيةلكبيرات السن

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%24.33	%14.02	%56.65

ومن خلال النتائج المعروضة على الجدول نلاحظ أن الحاجات الاجتماعية لكبيرات السن غير مشبعة بنسبة 56.65% وتوافق أيضا دراسة (mor V 1994) وذلك عائد الى عدم الإنسجام العاطفي عندهن وعدم توفر الجانب المادي في تلبية حاجاتهن .

المتوسط الحسابي للحاجات الروحيةلصغيرات السن

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%56.56	%20.59	%22.85

ومن خلال النتائج المعروضة على الجدول نلاحظ أن الحاجات الروحية غير مشبعة بنسبة 22.85 %ومشبعة أحيانا 20.59 %ومشبعة دائما بنسبة 56.56 % وذلك يعود إلى الوازع الديني، فلديهن ثيقة بالله كبيرة وقراءة القران حيث أن هذا الجانب يخفف من احتياجاتهم نوعا ما، أي يكمل ما ينقصهم من الحاجات الأخرى.

المتوسط الحسابي للحاجات الروحيةلكبيرات السن

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%67.93	%15.99	%16.08

ومن خلال النتائج المعروضة على الجدول نلاحظ أن الحاجات الروحية لكبيرات السن مشبعة دائما بنسبة 67.93 % وهذا عائد طبعا للوازع الديني، وثقة بالله والابتعاد عن الافكار السلبية كالتفكير بأن:

(المرض بسبب ذنب ما ارتكبته المريضة).

المتوسط الحسابي للحاجات الصحيةلصغيرات السن

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%43.26	%40.56	%16.18

ومن خلال النتائج المعروضة نلاحظ أن الحاجات الصحية المشبعة دائما لصغيرات السن بنسبة 43.26 %، والمشبعة أحيانا 40.56 %وغير المشبعة 16.18 % وتعود نسبة عدم الإشباع إلى بعض الاحتياجات الناقصة للمرضى كأن يعرفوا معلومات أكثر حول علاجهم ومعلومات حول مرضهم واحتياجهم إلى حوارات مع المختصين بالمستشفى وعامل صغر السن يلعب دورا هاما فكلما كنا اصغر سن زادت تساؤلاتهن وفضولهن .

المتوسط الحسابي للحاجات الصحيةلكبيرات السن

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%42.63	%37.16	%20.21

ومن خلال النتائج المعروضة نلاحظ أن للحاجات الصحية المشبعة دائما لكبيرات السن بنسبة 42.63 %ومشبعة أحيانا بنسبة 37.16 %وغير المشبعة 20.21 % ، وتعود نسبة عدم الإشباع الى إحتياجاتهن لمعلومات اكثر حول مرض وحول العلاج وبعض الحوارات مع المختصين و إحتياجاتهن الى الخدمات الصحية التي يتلقونها في المستشفى لان ما تقدمه غير كافية خاصة أن كبيرات السن يحتجن الى الرعاية والإهتمامأكثر .

المتوسط الحسابي للحاجات الفيزيولوجية للعازبات

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%08.23	%30.58	%61.19

ومن خلال النتائج المعروضة نلاحظ أن للحاجات الفيزيولوجية المشبعة دائما للعزبات بنسبة 8.23 %ومشبعة أحيانا بنسبة 30.58 %وغير المشبعة 61.19 % ، ويعود عدم اشباعها الى الاحساس بعدم الراحة والانزعاج او لنقص الرعاية من طرف الاخرين واحساسهن بتشوه الجسم بالنسبة للمستأصلات.

المتوسط الحسابي للحاجات الفيزيولوجية للمتزوجات

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%15.64	%22.35	%62.01

ومن خلال النتائج المعروضة نلاحظ أن للحاجات الفيزيولوجية المشبعة دائما للمتزوجات بنسبة 15.64 %ومشبعة أحيانا بنسبة 22.35 %وغير المشبعة62.019 % ، ويرجع عدم الاشباع هده الحاجات الى المشاكل الجنسية وخاصة ومستأصلات الثدي او الاحساس بزيادة الوزن او النقصان ورائحة الجسم الكريهة وهذا النقص يؤثر في العلاقة الزوجية حسب رأيهن.

المتوسط الحسابي للحاجات النفسية للعازبات

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%10.06	%31.33	%58.64

ومن خلال النتائج المعروضة نلاحظ أن للحاجات النفسية المشبعة دائما للمتزوجات بنسبة 10.06%ومشبعةأحيانا بنسبة 31.33% وغير المشبعة58.64% ، ويرجع عدم الاشباع هده الحاجات الى الظغوطات النفسية كالشعور بحزن والملل والوحدة كونهن عازبات واحساسهن بالخجل وعدم الامان .

المتوسط الحسابي للحاجات النفسية للمتزوجات

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%20.33	%15.66	%64.01

ومن خلال النتائج المعروضة نلاحظ أن للحاجات النفسية المشبعة دائما للمتزوجات بنسبة 20.33 %ومشبعةأحيانا بنسبة 15.66% وغير المشبعة64.01% ، ويرجع عدم الاشباع هده الحاجات الى الاحساس بالضيق الخوف وخاصة المخاوفالتي تتعلق بفقدان الزوج بتزوج عليهن او تخلى بطلاق وهذا طبيعي خاصة في سن اليأس (لان العينة تفوق عمرها 46 الى 62 سنة) ، فتشخيص المرض يؤدي الى الجمود العاطفي فتصبح الواحدة منهن تحس بضغوطات النفسية.

المتوسط الحسابي للحاجات الاجتماعية للعازبات

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%22.85	%30	%45.15

ومن خلال النتائج المعروضة نلاحظ أن للحاجات الإجتماعية المشبعة دائما للعزبات بنسبة 22.85 % ومشبعة أحيانا بنسبة 30 %وغيرمشبعة 45.15 % ، ويرجع ذلك الى فقدان الأمل أحيانا و التفكير السلبي بأنهن لا يستطعن الزواج وتحقيق حلمهن في تكوين عائلة، مع الإحتياج إلى الإهتمام من طرف الأخرين.

المتوسط الحسابي للحاجات الاجتماعية للمتزوجات

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%26.26	%16.93	%56.73

ومن خلال النتائج المعروضة نلاحظ أن للحاجات الإجتماعية المشبعة دائما للمتزوجات بنسبة 26.26 %ومشبعة أحيانا بنسبة 16.93%وغيرمشبعة 56.73%،ويرجع عدم إشباع هذه الحاجات لفقدان الأمل أحيانا وتخلي بعض الأفراد عنهن،مع نقص الجانب الإقتصادي حيث لا يستطعن شراء الأدوية أحيانا.

المتوسط الحسابي للحاجات الروحية للعازبات

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%54	%30	%16

ومن خلال النتائج المعروضة نلاحظ أن للحاجات الروحية المشبعة دائما للعازبات بنسبة 54 % ومشبعة أحيانا بنسبة 30%وغيرمشبعة 16%،ويعود هذا إلى الثقة بالله و الوازع الديني و قراءة القران أما الحاجات غير مشبعة يعود إلى عدم الثقة فيمن حولهن وإحتياجهن إلى مرشد ديني أو إمام.

المتوسط الحسابي للحاجات الروحية للمتزوجات

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%70	%12	%18

ومن خلال النتائج المعروضة نلاحظ أن للحاجات الروحية المشبعة دائماللمتزوجات بنسبة 70 % ومشبعة أحيانا بنسبة 12%وغيرمشبعة 18%ويعود اشباعها الى الوزع الديني والثقة بالله وقراءة القران وثقة بالأخرين .

المتوسط الحسابي للحاجات الصحية للعازبات

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%50	%36	%14

ومن خلال النتائج المعروضة نلاحظ أن للحاجات الصحية المشبعة دائماللعازبات بنسبة 50 % ومشبعة أحيانا بنسبة 36%وغيرمشبعة 14%ويرجع نسبة اشباعها الى أهتمام بعض الممرضين بهن وتزويدهن ببعض المعلومات أما عدم أشبعها فيعود الى عدم الرضى عن الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى.

المتوسط الحسابي للحاجات الصحية للمتزوجات

الحاجات	مشبعة دائما	مشبعة أحيانا	غير مشبعة
النسب	%44.08	%38.04	%14.06

ومن خلال النتائج المعروضة نلاحظ أن للحاجات الصحية المشبعة دائماللمتزوجات بنسبة 44.08 %ومشبعة أحيانا بنسبة 38.04%وغيرمشبعة 14.06%ويعود الى اهتمام الممرضين وتزويدهن بمعلومات حول المرض والعلاج وعدم الرضى يعود ايضا الى الخدمات التى يقدمها المستشفى وحتياجهم الى التحدث لأخصائي نفسي .

خلاصة الفصل:

نستنتج أن أفراد عينة الدراسة الحالية يستخدمون طرق وأساليب إيجابية في الجانب الصحي والجانب الروحي وبترتيب الرجوع إلى الدين والمعاملة الإيجابية بينهم وبين الطاقم الطبي بالمستشفى وتم التعامل بسلبية في الجانب الاجتماعي والنفسي والفيزيولوجي بطريقة أبدا أو دائما، بترتيب هل أنت بحاجة إلى أن يحترمك الآخرون، هل تشعرون باهتمام عائلتك بك، وهل تخلى عنك أصدقاؤك والجانب النفسي بطريقة نادرا، أبدا بترتيب هل تحسين بالتعب؟، هل تمرون بضغوطات نفسية؟ والجانب الفيزيولوجي بطريقة أحيانا، نادرا بترتيب هل تحسين بانخفاض في الحركة؟ هل تحسين بالألم؟ هل تحسين بالتعب؟

وبتالي فإن: الحاجات النفسية والإجتماعية والفيزيولوجية لكبيرات السن وصغيرات السن غير مشبعة بنسب متفاوتة وتفوق 50%وكذالك الحاجات النفسية والإجتماعية والفيزيولوجية للمتزوجات والعازبات غير مشبعة بنسب متفاوتة وتفوق 50%أيضا.

أما الحاجات الصحية و الروحية الدينية فكانت مشبعة بنسب تفوق50% عند كلتا العينتين لكبيرات السن وصغيرات السن ومتزوجات والعازبات.

لقد تبين من خلال نتائج الدراسة أن مريضات السرطان بمستشفى محمد بوضياف ولاية ورقلة ، تحتجن إلى الكثيرمن الإحتياجات وذلك لدى نسبة معتبرة منهن مما يستدعي الاهتمام الجدي من طرف الهيئة المعنية للمؤسسة الإستشفائية لهذه المشكلة ذات أبعاد نفسية وإجتماعية وصحية وفيزيولوجية، وذلك لغرض وقاية هذه الفئة من الأثار السلبية ففي الوقت الذي ترسم المؤسسة تحسين الأداء الشامل فعليها تلبية عدد من الحاجات التي يحتاجها مرضى السرطان والحفاظ على نفسيتهم فإن تلك الأهداف لا تأتي إلا برعايتهم.

توصيات:

- إجراء دراسة مماثلة على مرضى السرطان والحاجات النفسية الإجتماعية ودراسة أثرها على متغيرات أخرى.
- ضرورة معالجة الأسباب المؤديةالى إنتشار اليأس والإستسلام والفشل بين المرضى.

الرؤية المستقبلية:

- فتح الآفاق للدراسات القادمة من طرف الآخرين.

قائمة المصادر والمراجع

أ- مراجع باللغة العربية:

1. أحمد راجح، أصول علم النفس الطبعة العاشرة، المكتب المصري الحديث للطباعة و النشر، القاهرة، 1982 .
2. أسماء سرسي وأماني عبد المقصود، دراسة الحاجات النفسية لدى الأطفال في مراحل تعليمية متباينة، مجلة كلية التربية، العدد 24، جامعة عين شمس، مصر، 2000.
3. بشير إبراهيم محمد حجار" التوافق النفسي الاجتماعي لدى مريضات السرطان الثدي و علاقتها ببعض المتغيرات"، الجامعة الإسلامية غزة.
4. بن مسعودة أحلام، الصور الجسدية لدى مجموعة من مستأصلات الثدي من مرض السرطان، مذكرة ليسانس في علم النفس، جامعة عمار ثليجي، الأغواط، 2007-2008.
5. جابر جابر، نظريات الشخصية، "البناء-الديناميات-النمو-طرق البحث-التقويم"، دار النهضة العربية للطبع والنشر، القاهرة، 1990.
6. حامد عبد السلام "زهران، علم النفس النمو الطبعة الخامسة, عالم الكتب القاهرة 1999.
7. حامد عبد السلام زهران، "التوجيه والإرشاد النفسي"، عالم الكتب، القاهرة، 1999.
8. حسن مصطفى عبد المعطي: "علم النفس الإكلينيكي"، ط 1 دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.
9. سلوى شوقي، الحاجات النفسية لدى أطفال المؤسسات الإيوائية وعلاقته بالعدوانية، رسالة ماجستير كلية الآداب جامعة الزقازيق، مصر، 1991.
10. سهام مكي ، دراسة استطلاعية لبعض الحاجات النفسية لدى الشباب المدنين في مقارنتهم بغير المدمنين ، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق مصر، 1996.
11. سهير أحمد، سيكولوجية الشخصية، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر2003.
12. سمير عازار، "الموسوعة الصحية الشاملة" الجزء الخامس (صحة و أمراض).
13. علاء سمير موسى القطناني",الحاجات النفسية و مفهوم الذات و علاقتها بمستوى

الطموح", رسالة ماجستير، غزة فلسطين، 2011.

14. عبد الكريم عثمان،الدراسات النفسية عند المسلمين وعند الغزالي بوجه خاص،الطبعة الثانية مكتبة وهبة،القاهرة 1981.
15. عمر عبد الرحمن مفدي، الحاجات النفسية للشباب و دور التربية في تلبيتها ، مكتبة التربية العربي لدول الخليج، الرياض، السعودية 2004.
16. عمر مفدي وسليمان جمعة،الحاجات النفسية لمرحلة وسط العمر ، مجلة كلية التربية بالزقازيق،العدد 41،مصر.
17. عواطف صالح، دراسة مقارنة لبعض الحاجات النفسية لدى المراهقين و المراهقات في الريف و الحضر ، رسالة ماجستير،كلية الآداب،جامعة الزقازيق مصر 1986 .
18. فؤاد أبو الحطب و أمال صادق،علم النفس التربوي،مكتبة أنجلو المصرية 1984.
19. محمد الوطبان و جمال علي،الفروق بين الجنسين في الحاجات النفسية الأساسية لدى طلاب و طالبات الجامعة للمجتمع السعودي ، مجلة كلية التربية بالزقازيق، العدد 49، مصر2005.
20. محمد زيدان ،الدوافع والإنفعالات، شركة مكاتب عكاظ للنشر و التوزيع ،جدة السعودية 1989.
21. مصطفى فهمي و محمد القطان ،علم النفس الإجتماعي"دراسات نظرية و تطبيقات عملية"، الطبعة الثالثة مكتبة الخانجي ،القاهرة 1979.
22. محمد صلاح الدين أبو العلا، ضغوط العمل وأثرها على الولاء التنظيمي، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، 2009.

ب- مراجع باللغة الأجنبية:

23.Patients needs assessments tools in cancer care Pransipalspractis 2005.
24.Assesment of hospitalized cancer patients need “S By the needs evaluation questionnaire analyse on oncotogy 2000.

25. Besoin de presenseattaint de cancer et de leur qubc recommandation aris(commité de representant de la population atteint de cancer 2005).
26. Deci ,E .L ,@ ryan ,R.m (2000) the " what" and "why" of goal pursuits : human needs and the self-determination of behavior psycological inquiry ,11,227,268.
27. Deci ,E.L @ Ryan ,R.M (2008).faciliting optima motivaion and psychological well-being across life's domains .candian psychological,vol.(49),P.(14-23).
28. Ewen,R,B:(1974): an introduction to theries of personality second orientation in prosocial behavior engagment, motivaron and emotion, vol ,27.no.3.pp199-223.

29. Greenough,w.t,black,J,E @wallace ,C.S., (1987) : eprience and brain development .childdevelopment,58.

30.Murray H (1975):A need theory of personality,N.Y harper and row publishers.
31.RYAN ,R,M ,stiller ,J.@lynch .J.H.(1994):representations of relationships to teachers,parents ,and friends as perdictors of academic motivation and self-esteem journal of early adolescene14.

ج– مواقع الإلكترونية:

32. عبد المجيد طاش النيازي مرض السرطان في موقع

http://faculty-imamu.edu.sa/css/alinayzi 2010.

33. سوسن شاكر العلاقة بين مرض السرطان و العوامل النفسية في موقع*

http://ahewar .org-ibn-rushdtvard/index.html

34. هاشم حسين ناصر المحنك موسوعة المصطلحات الإدارية و الاجتماعية

http://encycreefet-gov.sy

35. Globocome 2008.IARC

الملاحق

الجدول الحاجات النفسية

بنود		الجانب النفسي																							
	الحالات	ب1	ب2	ب3	ب4	ب5	ب6	ب7	ب8	ب9	ب10	ب11	ب12	ب13	ب14	ب15	ب16	ب17	ب18	ب19	ب20	ب21	ب22	ب23	ب24
صغير السن	01	0	2	2	2	0	2	2	2	0	0	3	1	3	3	0	2	2	3	3	2	2	2	0	0
	02	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	3	2	2	3	1	1	0	3	0	3	0	1	1	1
	03	0	2	2	2	2	0	1	0	0	3	3	2	3	3	2	2	0	3	3	3	1	2	2	2
	04	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	0	3	3	0	0	1	0	0
	05	0	2	2	0	1	0	1	1	1	2	3	1	2	1	1	2	1	1	2	3	3	3	2	0
	06	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	3	2	2	3	2	2	0	3	0	0	0	2	2	0
	07	0	0	2	0	0	0	2	2	0	0	3	2	2	3	1	1	0	3	3	3	3	0	0	0
	08	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	3	1	3	2	2	0	0	3	3	1	1	2	0	0
	09	1	0	1	1	2	2	2	2	1	2	3	1	2	2	1	0	0	2	2	2	2	2	2	2
	10	3	2	3	1	2	0	2	0	0	1	3	2	3	1	2	2	0	3	3	3	3	2	0	0

0	1	0	3	1	0	3	0	1	1	3	2	2	3	2	0	0	0	0	2	2	2	2	1	**11**	
0	0	2	2	2	3	3	0	3	2	3	3	1	3	0	0	0	2	0	0	2	2	2	3	**12**	
1	0	2	0	1	1	3	1	2	0	3	2	1	3	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	**13**	
1	0	2	1	2	2	3	0	2	0	2	2	1	3	0	0	0	2	1	1	2	2	2	1	**14**	
0	0	2	0	0	2	3	2	1	0	3	3	1	3	0	0	2	0	1	1	1	2	2	3	**15**	

3	2	1	1	1	3	3	0	0	0	3	0	3	3	3	0	0	3	0	2	0	1	1	0	**16**	**كبير السن**
0	0	2	1	3	3	3	0	2	2	3	3	1	3	2	0	2	2	0	0	1	2	2	3	**17**	
0	1	2	1	3	3	0	2	2	1	3	3	1	3	0	0	3	2	0	2	2	2	0	0	**18**	
1	0	2	3	3	3	3	0	2	2	3	3	1	3	0	0	1	2	0	2	3	2	2	0	**19**	
0	0	0	2	2	3	3	0	2	2	3	3	3	3	0	0	2	2	2	1	3	1	1	3	**20**	
3	3	2	0	3	3	2	0	2	2	2	3	1	3	0	0	2	2	0	0	0	2	2	3	**21**	

0	0	3	3	3	3	2	0	2	0	3	3	3	3	0	0	0	2	0	1	2	2	2	0	**22**	
0	0	2	0	0	0	3	0	3	2	3	3	3	3	0	0	0	1	0	0	0	2	2	0	**23**	
0	0	2	0	0	3	3	0	3	0	3	3	2	3	0	0	2	0	0	0	2	0	0	3	**24**	
3	0	2	0	2	0	3	0	2	2	2	3	3	3	0	0	2	2	0	2	0	2	2	3	**25**	
0	0	2	2	1	3	1	0	0	0	2	3	1	3	0	0	2	0	3	0	0	0	0	3	**26**	
3	2	2	2	2	0	2	3	2	2	3	2	1	3	3	0	2	2	0	2	2	2	3	0	**27**	
0	0	0	3	3	3	3	0	0	0	3	3	1	3	0	0	0	1	0	1	0	2	2	3	**28**	
3	0	2	2	1	3	3	2	2	2	0	3	3	3	0	0	2	2	0	2	2	2	2	0	**29**	
0	2	1	0	0	0	3	0	2	1	0	3	1	3	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	**30**	

جدول الحاجات الاجتماعية

ب		الحاجات الإجتماعية														
ج		ب1	ب2	ب3	ب4	ب5	ب6	ب7	ب8	ب9	ب10	ب11	ب12	ب13	ب14	ب15
صغيرات السن	01	0	0	0	0	0	1	3	3	3	0	3	0	3	3	2
	02	0	0	0	0	0	1	3	2	2	0	3	0	3	2	2
	03	0	1	0	0	0	1	3	2	3	0	3	0	3	3	3
	04	1	0	0	1	0	1	1	3	0	0	3	0	0	0	0
	05	2	3	0	3	1	3	1	2	0	0	1	0	0	1	0
	06	0	0	0	0	0	2	3	2	2	0	3	0	1	2	2
	07	0	1	×	0	3	2	3	2	2	0	3	0	3	3	2
	08	0	0	0	0	0	3	3	3	3	2	3	0	2	2	1
	09	2	1	×	0	2	1	2	2	2	0	3	2	2	2	2
	10	2	3	0	0	0	2	3	3	2	0	3	0	3	3	3
	11	0	0	×	2	0	0	2	2	1	0	1	0	2	1	1
	12	2	0	0	2	1	3	3	2	0	0	3	0	0	0	0
	13	1	0	0	1	0	2	0	4	0	0	3	0	0	0	0
	14	1	0	0	0	0	2	3	2	2	0	3	0	2	2	2
	15	0	0	0	0	0	2	3	2	0	0	3	0	0	0	0
كبيرات السن	16	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	3	0	0	0	0
	17	0	0	0	0	1	3	3	3	3	0	3	0	3	3	3
	18	0	0	0	0	3	1	3	2	2	2	3	0	3	3	3

	19	0	0	0	0	3	3	3	2	3	3	3	0	0	0	2	2	2
	20	0	0	×	0	0	3	0	2	3	2	0	0	3	0	3	3	1
	21	0	3	0	0	0	3	1	2	2	3	3	0	0	0	3	3	2
	22	0	3	0	0	0	3	0	0	2	3	1	0	0	0	2	0	1
	23	0	3	0	0	0	3	0	0	2	1	2	0	0	0	2	0	0
	24	0	0	0	0	0	3	0	0	2	3	2	0	0	0	0	0	0
	25	0	0	0	0	0	0	3	0	3	1	3	1	0	0	0	0	0
	26	0	0	0	0	0	3	0	0	3	3	1	0	0	0	2	0	0
	27	0	0	0	0	0	3	3	3	3	3	2	0	0	0	3	3	3
	28	0	0	0	0	0	3	0	2	0	3	3	3	0	0	2	2	2
	29	2	3	×	0	0	3	2	2	3	3	1	2	0	0	3	0	1
	30	2	3	0	0	0	3	2	2	3	0	3	0	0	0	2	2	2

جدول الحاجات الفيزيولوجية

ب		**الجانب الفيزيولوجي**																
ج		**ب1**	**ب2**	**ب3**	**ب4**	**ب5**	**ب6**	**ب7**	**ب8**	**ب9**	**ب10**	**ب11**	**ب12**	**ب13**	**ب14**	**ب15**	**ب16**	**ب17**
01	**صغيرات السن**	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	0	3	2	0	0	0
02		2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
03		3	3	0	2	2	0	3	3	1	0	2	2	3	2	0	3	0
04		1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	2	0	0	0	0
05		3	3	3	3	3	0	2	1	2	1	2	0	2	2	2	0	0

0	2	0	0	2	0	3	3	2	0	2	0	3	3	0	3	2	**06**	
0	2	0	2	0	2	2	1	2	2	3	2	2	2	0	0	2	**07**	
1	0	0	2	2	0	2	0	2	0	2	1	0	0	0	2	1	**08**	
0	1	1	2	2	1	3	1	1	2	2	2	1	1	0	2	2	**09**	
0	3	0	2	0	2	1	3	2	0	3	2	0	0	0	3	3	**10**	
0	0	0	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	**11**	
0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	2	2	**12**	
0	2	0	1	2	0	1	3	2	0	2	1	0	0	0	2	2	**13**	
0	2	0	2	2	0	2	0	2	0	1	0	0	0	0	2	0	**14**	
0	0	0	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	2	**15**	
0	0	0	0	2	0	3	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	**16**	**كبيرات السن**
0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	3	2	0	0	0	0	3	**17**	
0	1	0	3	0	0	2	0	3	0	3	3	1	1	0	1	2	**18**	
0	1	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	**19**	
0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	2	1	0	0	0	0	0	**20**	
0	0	0	2	0	2	2	2	0	0	3	3	0	0	1	2	3	**21**	
0	3	3	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3	3	**22**	
0	0	3	3	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	**23**	
0	2	3	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	3	3	**24**	
0	0	3	1	3	0	3	0	0	0	0	3	2	3	0	3	3	**25**	
0	0	3	2	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**26**	
3	0	0	1	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	0	2	**27**	

0	0	0	2	0	0	3	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	**28**	
0	2	0	3	3	0	2	3	2	0	0	0	2	0	0	2	3	**29**	
1	0	0	0	2	0	2	1	2	2	2	1	0	1	0	1	3	**30**	

جدول الحاجات الروحية

ب		الجانب الروحي									
ج		ب1	ب2	ب3	ب4	ب5	ب6	ب7	ب8	ب9	ب10
	01	3	3	3	3	3	3	1	0	3	3
	02	2	3	3	0	3	3	2	0	3	3
	03	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3
	04	2	1	1	3	0	3	1	0	1	2
	05	2	3	3	2	3	3	1	0	3	2
	06	1	3	3	0	3	3	3	0	1	3
صغيرات السن	**07**	0	3	2	1	3	3	3	2	0	2
	08	2	2	2	3	1	3	3	2	3	3
	09	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2
	10	3	3	3	3	3	3	2	0	3	3
	11	2	2	2	0	2	3	2	0	3	2
	12	3	3	3	3	3	3	1	0	2	3
	13	2	3	3	3	3	3	1	1	3	3
	14	3	3	3	2	3	3	1	1	3	3

	15	2	2	2	0	3	3	1	0	3	3
كبيرات السن	**16**	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3
	17	3	0	0	3	3	3	1	0	3	3
	18	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
	19	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3
	20	3	3	3	3	3	3	2	0	3	3
	21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
	22	3	3	3	2	3	3	3	0	3	3
	23	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3
	24	3	3	3	1	3	3	3	1	3	3
	25	3	3	3	1	3	3	3	1	3	3
	26	3	3	3	1	3	3	3	0	3	3
	27	2	3	3	3	3	3	1	0	3	3
	28	3	3	3	0	3	3	1	2	3	3
	29	2	2	3	0	3	3	2	0	3	3
	30	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2

جدول الحاجات الصحية

ب	**الجانب الصحي**

ج		ب1	ب2	ب3	ب4	ب5	ب6	ب7	ب8	ب9	ب10
صغيرات السن	01	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3
	02	3	2	2	2	3	2	1	3	2	2
	03	3	3	1	3	3	3	0	1	3	3
	04	0	0	0	2	1	0	2	0	1	1
	05	3	3	0	3	2	3	3	3	2	2
	06	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2
	07	2	3	2	3	2	3	1	2	3	3
	08	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2
	09	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
	10	3	3	2	3	3	3	3	3	0	0
	11	3	3	1	2	0	1	0	0	2	2
	12	3	3	2	3	2	3	0	3	3	3
	13	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2
	14	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2
	15	3	3	2	3	2	3	2	1	2	2
كبيرات السن	16	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2
	17	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2
	18	3	3	1	2	1	3	1	1	3	3
	19	3	3	2	2	1	3	0	1	3	3
	20	3	3	1	2	2	3	0	0	3	3
	21	3	3	2	3	2	3	0	2	3	3

2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	**22**	
3	3	0	2	3	3	3	2	3	3	**23**	
2	2	0	3	0	1	0	2	0	3	**24**	
3	3	0	0	3	3	3	2	3	3	**25**	
1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	**26**	
2	2	1	0	3	2	2	1	3	2	**27**	
2	2	1	2	2	3	2	2	2	3	**28**	
2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	**29**	
2	2	1	2	2	2	2	1	3	2	**30**	

جداول تمثل النسب المئوية بين صغيرات السن و كبيرات السن في مدى تحقيق الحاجيات

صغيرات السن								
أبدا 0		**نادرا 1**		**أحيانا 2**		**دائما 3**		
نسبة	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	
6,66%	1	20%	3	53,33%	8	20%	3	**01**
6,66%	1	6,66%	1	60,00%	9	26,66%	4	**02**
6,66%	1	86,66%	13	0%	0	6,66%	1	**03**
33,33%	5	0%	0	46,66%	7	20%	3	**04**
60%	9	6,66%	1	20%	3	13,33%	2	**05**
60%	9	13,33%	2	26,66%	4	0%%	0	**06**
33,33%	5	6,66%	1	33,33%	5	26,66%	4	**07**

53,33%	8	20%	3	20%	3	6,66%	1	**08**
13,33%	2	33,33%	5	53,33%	8	0%	0	**09**
46,66%	7	26,66%	4	6,66%	1	20%	3	**10**
26,66%	4	13,33%	2	40%	6	20%	3	**11**
66,66%	10	6,66%	2	20%	3	0%	0	**12**
20%	3	0%	0	66,66%	10	13,33%	2	**13**
33,33%	5	6,66%	1	60%	9	0%	0	**14**
86,66%	13	6,66%	1	6,66%	1	0%	0	**15**
46,66%	7	6,66%	1	33,33%	5	13,33%	2	**16**
93,33%	14	6,66%	1	0%	0	0%	0	**17**

كبيرات السن الحاجات الفيولوجي								
أبدا 0		**نادرا 1**		**أحيانا 2**		**دائما 3**		
نسبة	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	
40%	6	0%	0	13,33%	2	46,66%	7	**01**
46,66%	7	20%	3	13,33%	2	20%	3	**02**
80%	12	20%	3	0%	0	0%	0	**03**
20%	3	13,33%	2	0%	0	66,66%	10	**04**
80%	12	6,66%	1	16,33%	2	0%	0	**05**
59,33%	8	20%	3	6,66%	1	20%	3	**06**
40%	6	20%	3	20%	3	20%	3	**07**

80%	12	0%	0	13,33%	2	6,66%	1	**08**
60,00%	9	0%	0	26,66%	4	13,33%	2	**09**
80%	12	6,66%	1	6,66%	1	6,66%	1	**10**
0%	0	13,66%	2	66,66%	10	20%	3	**11**
86,66%	13	6,66%	1	6,66%	1	0%	0	**12**
46,66%	7	0%	0	20%	3	33,33%	5	**13**
26,66%	4	13,33%	2	40%	6	20%	3	**14**
66,66%	10	0%	0	0%	0	33,33%	4	**15**
6,66%	10	13,33%	2	13,33%	2	6,66%	1	**16**
86,66%	13	6,66%	1	0%	0	20%	3	**17**

صغيرات السن الحاجات الإجتماعية								
أبدا 0		**نادرا 1**		**أحيانا 2**		**دائما 3**		
نسبة	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	
53,33%	8	20%	3	26,66%	4	0%	0	**01**
66,66%	10	20%	3	0%	0	13,33%	2	**02**
100%	12	0%	0	0%	0	0%	0	**03**
66,66%	10	13,33%	2	13,33%	2	6,66%	1	**04**
73,33%	11	13,33%	2	6,66%	1	6,66%	1	**05**
6,66%	1	33,35%	5	40%	6	20%	3	**06**
6,66%	1	13,33%	2	13,33%	2	6,66%	10	**07**

0%	0	0%	0	73,33%	11	26,66%	4	**08**
33,33%	5	6,66%	1	40%	6	20%	3	**09**
93,33%	14	0%	0	6,66%	1	0%	0	**10**
0%	0	13,33%	2	0%	0	86,33%	13	**11**
93,33%	14	0%	0	6,66%	1	0%	0	**12**
33,33%	5	6,66%	1	26,66%	4	33,33%	5	**13**
26,66%	4	13,33%	2	33,33%	5	26;66%	4	**14**
33,33%	5	13,33%	2	40%	6	6,66%	2	**15**
كبيرات السن الحاجات الإجتماعية								
86,66%	13	0%	0	13,33%	2	0%	0	**16**
66,66%	10	0%	0	0%	0	33,33%	5	**17**
100%	13	0%	0	0%	0	0%	0	**18**
100%	15	0%	0	0%	0	0%	0	**19**
60%	9	13,33%	2	6,66%	1	20%	3	**20**
0%	0	26,66%	4	33,33%	5	40%	6	**21**
13,33%	2	6,66%	1	0%	0	73,33%	11	**22**
6,66%	1	0%	0	53,33%	8	40%	6	**23**
40%	6	0%	0	33,33%	5	26,66%	4	**24**
46,33%	7	6,66%	1	26,66%	4	20%	3	**25**
6,66%	1	0%	0	0%	0	93,33%	14	**26**
100%	15	0%	0	0%	0	0%	0	**27**
20%	3	0%	0	0%	6	40%	6	**28**

46,66%	7	0%	0	20%	3	33,33%	5	**29**
33,33%	5	20%	3	26,66%	4	20%	3	**30**

صغيرات السن الحاجات روحية

أبدا 0		نادرا 1		أحيانا 2		دائما 3		
نسبة	قيمة	نسبة	قيمة	نسبة	قيمة	نسبة	قيمة	
6,66%	1	6,66%	1	46%	7	33,33%	5	**01**
0%	0	6,66%	1	20%	3	73,33%	11	**02**
0%	0	6,66%	1	26,66%	4	66,66%	10	**03**
26,66%	4	6,66%	1	20%	3	46%	7	**04**
6,66%	1	6,66%	1	6,66%	1	80%	12	**05**
0%	0	0%	0	0%	0	100%	15	**06**
0%	0	46%	7	26,66%	4	26,66%	4	**07**
66,66%	10	13,33%	2	20%	3	0%	0	**08**
6,66%	1	13,33%	2	6,66%	1	73,33%	11	**09**
0%	0	0%	0	33,33%	5	66,66%	10	**10**
كبيرات السن الحاجات روحية								
0%	0	0%	0	13,33%	2	86,66%	13	**01**
6,66%	1	0%	0	6,66%	1	86,66%	13	**02**
6,66%	1	0%	0	6,66%	1	86,66%	13	**03**
13,33%	2	13,33%	2	6,66%	1	66,66%	10	**04**
0%	0	0%	0	13,33%	2	93,33%	14	**05**
0%	0	0%	0	0%	0	100%	15	**06**
0%	0	26,66%	4	26,66%	4	46%	7	**07**
46,33%	7	26,66%	4	13,33%	2	13,33%	2	**08**
0%	0	0%	0	6,66%	1	93,33%	14	**09**

10	14	93,33%	1	66,66%	0	0%	0	0%

	صغيرات السن الحاجات صحية							
	دائما 3		**أحيانا 2**		**نادرا 1**		**أبدا 0**	
	قيمة	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**
01	11	73,33%	3	20%	0	0%	1	6,66%
02	11	73,33%	3	20%	0	0%	1	6,66%
03	0	0%	11	73,33%	2	13,33%	2	13,33%
04	11	73,33%	4	26,33%	0	0%	0	0%
05	6	40%	7	46,33%	1	6,66%	1	6,66%
06	11	73,33%	2	13,33%	1	6,66%	1	6,66%
07	2	13,33%	7	46,33%	3	20%	3	20%
08	5	33,33%	6	40%	2	13,33%	2	13,33%
09	4	26,33%	9	60%	1	6,66%	1	6,66%
10	4	26,33%	9	60%	1	6,66%	1	6,66%
	كبيرات السن الحاجات الصحية							
01	12	80%	3	20%	0	0%	0	0%
02	12	80%	2	13,33%	0	0%	1	6,66%
03	0	0,00%	11	46,33%	4	26,33%	0	0%
04	7	46,33%	7	46,33%	0	0%	1	6,66%
05	5	33,33%	7	46,33%	3	20%	0	0%

6,66%	1	0%	0	20%	3	73,33%	11	**06**
33,33%	5	6,66%	1	46,33%	7	13;33%	2	**07**
26,33%	4	33,33%	5	33,33%	3	20%	3	**08**
0%	0	6,66%	1	46,33%	7	40%	6	**09**
0%	0	6,66%	1	53,33%	8	40%	6	**10**

جداول تمثل النسب المئوية بين المتزوجات والعازبات في مدى تحقيق الحاجيات لديهن

الجانب الإجتماعي عازبات							
أبدا 0		**نادرا 1**		**أحيانا 2**		**دائما 3**	
نسبة	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**

60%	3	0%	0	40%	2	0%	0	**01**
40%	2	40%	2	0%	0	20%	1	**02**
								03
80%	4	0%	0	20%	1	0%	0	**04**
40%	2	0%	0	40%	2	20%	1	**05**
20%	1	40%	2	40%	2	0%	0	**06**
0%	0	0%	0	40%	2	60%	3	**07**
0%	0	0%	0	80%	4	20%	1	**08**
0%	0	20%	1	60%	3	20%	1	**09**
80%	4	0%	0	20%	1	0%	0	**10**
0%	0	20%	1	0%	0	80%	4	**11**
80%	4	0%	0	20%	1	0%	0	**12**
0%	0	0%	0	40%	2	60%	3	**13**
20%	1	20%	1	20%	1	40%	2	**14**
0%	0	60%	3	60%	2	0%	0	**15**
الجانب الإجتماعي متزوجات								
0%	0	12%	3	10%	4	2%	18	**01**
72%	18	4%	1	0%	0	24%	6	**02**
100%	25	0%	0	0%	0	0%	0	**03**
84%	21	8%	2	4%	1	4%	1	**04**
72%	18	16%	4	0%	0	12%	3	**05**
0%	0	28%	7	36%	9	36%	9	**06**

12%	3	16%	4	0%	0	72%	18	**07**
0%	0	0%	0	64%	16	36%	9	**08**
44%	11	0%	0	32%	8	24%	6	**09**
68%	17	4%	1	16%	4	12%	3	**10**
4%	1	4%	1	0%	0	92%	23	**11**
100%	25	0%	0	0%	0	0%	0	**12**
32%	8	4%	1	32%	8	132%	8	**13**
40%	10	4%	1	280%	7	28%	7	**14**
40%	10	8%	2	32%	8	20%	5	**15**

الجانب الصحي عازبات								
أبدا 0		**نادرا 1**		**أحيانا 2**		**دائما 3**		
نسبة	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	
0%	0	0%	0	40%	2	60%	3	**01**
0%	0	0%	0	20%	1	80%	4	**02**
40%	2	0%	0	0%	0	60%	3	**03**
0%	0	0%	0	60%	3	40%	2	**04**
20%	1	0%	0	0%	0	80%	4	**05**
20%	1	0%	0	20%	1	60%	3	**06**

0%	0	0%	0	20%	1	20%	1	**07**
40%	2	0%	0	40%	2	20%	1	**08**
0%	0	0%	0	60%	3	40%	2	**09**
0%	0	0%	0	60%	3	40%	2	**10**
الجانب الصحي متزوجات								
4%	1	0%	0	16%	4	80%	20	**01**
8%	2	0%	0	16%	4	76%	19	**02**
8%	2	16%	4	76%	19	0%	0	**03**
4%	1	0%	0	32%	8	64%	16	**04**
0%	0	16%	4	40%	10	44%	11	**05**
8%	2	0%	0	16%	4	76%	19	**06**
24%	6	8%	2	52%	13	16%	4	**07**
16%	4	28%	7	28%	7	28%	7	**08**
4%	1	8%	2	56%	14	32%	8	**09**
4%	1	8%	2	52%	13	32%	8	**10**

الجانب الروحي عازبات								
أبدا 0		**نادرا 1**		**أحيانا 2**		**دائما 3**		
نسبة	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	
20%	1	0%	0	40%	2	40%	2	**01**
0%	0	0%	0	40%	2	60%	3	**02**
0%	0	0%	0	40%	2	60%	3	**03**

40%	2	20%	1	20%	1	20%	1	**04**
0%	0	0%	0	20%	1	80%	4	**05**
0%	0	0%	0	0%	0	100%	5	**06**
0%	0	0%	0	80%	4	20%	1	**07**
60%	3	0%	0	0%	0	40%	2	**08**
20%	1	0%	0	0%	0	80%	4	**09**
0%	0	0%	0	60%	3	40%	2	**10**
0%	0	4%	1	28%	7	68%	17	**11**
4%	1	4%	1	12%	3	80%	20	**12**
4%	1	4%	1	12%	3	80%	20	**13**
12%	3	8%	2	16%	4	64%	16	**14**
4%	1	4%	1	4%	1	88%	22	**15**
0%	0	0%	0	0%	0	100%	25	**16**
0%	0	44%	11	16%	4	40%	10	**17**
56%	14	24%	6	12%	3	8%	2	**18**
0%	0	8%	2	8%	2	84%	21	**19**
0%	0	0%	0	12%	3	82%	22	**20**

الجانب الفيزيزلزجية عازبات							
أبدا 0		**نادرا 1**		**أحيانا 2**		**دائما 3**	
نسبة	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**	**نسبة**	**قيمة**

20%	1	20%	1	40%	2	20%	1	**01**
40%	2	20%	1	40%	2	0%	0	**02**
100%	5	0%	0	0%	0	0%	0	**03**
20%	1	20%	1	40%	2	20%	1	**04**
40%	2	20%	1	20%	2	0%	0	**05**
40%	2	20%	1	20%	2	0%	0	**06**
40%	2	0%	0	40%	2	20%	1	**07**
40%	2	20%	1	40%	2	0%	0	**08**
0%	0	40%	2	60%	3	0%	0	**09**
20%	1	60%	3	0%	0	20%	1	**10**
20%	1	0%	0	60%	3	20%	1	**11**
60%	3	20%	1	20%	1	0%	0	**12**
40%	2	0%	0	40%	2	20%	1	**13**
20%	1	0%	0	60%	3	20%	1	**14**
80%	4	20%	1	0%	0	0%	0	**15**
40%	2	20%	1	40%	2	0%	0	**16**
100%	5	0%	0	0%	0	0%	0	**17**
الجانب الفيزيزلزجية متزوجات								
24%	6	8%	2	32%	8	36%	9	**01**
20%	5	12%	3	36%	9	28%	7	**02**
84%	21	16%	4	0%	0	4%	1	**03**
28%	7	4%	1	20%	5	48%	12	**04**

76%	19	4%	1	12%	3	4%	1	**05**
60%	15	16%	4	12%	3	12%	3	**06**
36%	9	16%	4	24%	6	24%	6	**07**
72%	18	8%	2	12%	3	8%	2	**08**
44%	11	8%	2	36%	9	8%	2	**09**
72%	18	8%	2	8%	2	12%	3	**10**
12%	3	16%	4	52%	13	20%	5	**11**
80%	20	8%	2	12%	3	0%	0	**12**
32%	8	0%	0	52%	13	18%	4	**13**
32%	8	12%	3	48%	12	8%	2	**14**
76%	19	0%	0	4%	1	20%	5	**15**
60%	15	8%	2	20%	5	12%	3	**16**
88%	22	8%	2	0%	0	4%	1	**17**