

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ابن خلدون - تيارت -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مسار علم النفس



مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس

تخصص: علم النفس العيادي

قلق الموت وعلاقته بالاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان
- دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي وهران -

إشراف الاستاذة :

- هدور سميرة

إعداد الطالبات :

- قينان إيمان

- قلنتة خالدية

- ماحي سارة

السنة الجامعية

1437هـ / 1438هـ

2016م / 2017م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



شكر وتقدير

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم والمعرفة وأعاننا على أداء هذا الواجب ووفقنا في إنجاز هذا العمل لابد لنا ونحن نخطو خطواتنا الأخيرة في الحياة الجامعية من وقفة نعود إلى أعوام قضيناها في رحاب الجامعة مع زملائنا وأساتذتنا الكرام الذين قدموا لنا الكثير باذلين بذلك جهدا كثيرا في بناء جيل الغد.

إلى الذين كانوا عوننا لنا في بحثنا هذا ونورا يضيء الظلمة التي كانت تقف في طريقنا.

إلى من زرعوا التفاؤل في دربنا وقدموا لنا مساعدات وتسهيلات وأفكار ومعلومات.

نتوجه بجزيل الشكر والامتنان لكل من ساعدنا من قريب أو من بعيد على إنجاز هذا العمل، وفي تذليل ما وجهناه من صعوبات .
كما نتقدم بالشكر الجزيل لاساتذتنا الاجلاء و بالاخص الاستاذة "هدور سميرة"، الدكتور "سعد الحاج"، الاستاذ الكريم "لصفر رضا" الذين لم يخلو علينا بتوجيهاتهم و نصائحهم القيمة جزاهم الله خيرا .

و لا يفوتنا ان نشكر كل اساتذة علم النفس بكل تخصصاته.

"كن عالما ... فإن لم تستطع فكن متعلما ... فإن لم تستطع فأحب العلماء
..... فإن لم تستطع فلا تبغضهم"

إهداء

إلى النور الذي ينير لي درب النجاة

"أبي"

و يا من علمتني الصمود مهما تبدلت الظروف

"أمي"

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى

رياحين حياتي

"إخوتي"

دون أن أنسى ابن اختي "أمير" وابنتي اختي "يارا"

اللذان أضافا لنا البهجة والسرور في النفوس

إلى "رفيقاتك الدرب" سارة ، خالدية، هدى، نهيدة،

هجيرة، سمر، أمينة، مريم.

وإلى كل من ساعدني سواء من قريب أو من بعيد.

وإلى كل عائلة "قديان" بأكملها

إلى من أحبه قلبي ولم يكتبه قلبي

إيمان

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى من هو بالصبر والإبتكار
نورٌ يستضاء بفطرته من أعطاني دوها ولم يبخل عليا يوما
"أبي العزيز"

إلى من أبصرت بها الطريق حياتي ... واستمدت منها
قوتي واعتزازي بذاتي إلى التي علمتني معنى الإصرار
"والدتي الغالية"

إلى "إخوتي"

خالد، نزيه، جواد

إلى صديقاتي

فهيمة، نجات، زهرة، نعيمة، إيمان، كنزة ربي يخليهم

ليًا"

إلى عائلة "ماحي" الكل باسمه

سارة

أهداء

أهدي هذا العمل المتواضع
إلى من قد سهم القرآن الكريم وكانوا مثال التهدي
والمثابرة ومصدر الدعم والذى الكريمين اللذان
إرضاهما بعد الله كنز ثمين.

إلى العين الساهرة إلى النور الذي يدفعني إلى الذي
زرع في قلبي حب العلم إلى الذي بنطائه وإرشاداته
وصلت... **زوجي الغالي** أطال الله في عمره و أتمنى له
دوام الصحة والعافية.

إلى إخوتي الأعماء

إلى كل صديقاتي وخاصة إيمان، سارة، ابتسام. وهيبة
وإلى كل زملائي وزميلاتي في دفعة علم النفس

العيادي

2017 / 2016

خلدية

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن علاقة قلق الموت بالاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان، والتي أدرج من خلالها التساؤل التالي:

➤ هل توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان؟

وللإجابة عن هذا التساؤل قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

➤ توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان.

وتتفرع هذه الفرضية إلى:

➤ توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير السن.

➤ توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة اكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير السن.

➤ توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس.

➤ توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس.

وكانت عينة الدراسة مكونة من 40 مريضا بالسرطان بواقع 20 إناث و20 ذكور، يتراوح سنهم ما بين 29 – 74 سنة.

وتم استخدام المنهج الوصفي باعتباره المناسب لهذه الدراسة، وما تتطلبه طبيعة الموضوع.

أما أدوات الدراسة فقد اعتمدنا على مقياسين هما:

مقياس قلق الموت لتمبلر 1967 والذي ترجمه أحمد عبد الخالق.

مقياس بيك للاكتئاب والذي ترجمه عبد الغريب فتاح.

وبعد تطبيق المقياسين تم التوصل إلى النتائج التالية:

➤ عدم وجود علاقة ارتباطية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان.

➤ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير السن.

➤ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة اكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير السن.

➤ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس.

➤ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس.

Résumé :

Cette étude visait à révéler la relation avec la dépression de réponse de l'anxiété de décès chez les patients atteints de cancer, qui a été inclus dans laquelle la question suivante:

* Y at-il une corrélation entre l'anxiété de la mort et la réponse dépressive chez les patients atteints de cancer?

Pour répondre à cette question, nous avons formulé les hypothèses suivantes:

* Il existe une corrélation entre l'anxiété de la mort et la réponse dépressive chez les patients cancéreux.

Cette hypothèse est subdivisée en:

* Il y a préoccupation statistiquement significative de mortalité dans les différences de patients atteints de cancer par variable d'âge.

* Il existe des différences statistiquement significatives en réponse par variable d'âge dépressifs des patients atteints d'un cancer.

* Il y a préoccupation statistiquement significative de mortalité dans les différences de patients atteints de cancer par variable sexe.

* Il existe des différences statistiquement significatives en réponse à la dépression chez les patients atteints de cancer par la variable sexe.

L'échantillon d'étude composé de 40 patients atteints d'un cancer de 20 femmes et 20 hommes, âgés entre 29-74 ans.

Il a été utilisé comme approprié d'approche descriptive pour cette étude, et la nature du sujet nécessaire.

Les outils d'étude, nous avons adopté les deux mesures, à savoir:

Mort échelle d'anxiété à **Templar** 1967 et traduit par Ahmad Abd al-Khaliq.

Beck échelle de dépression, qui a été traduit Abdul Fattah Gharib.

Après l'application des deux mesures a été atteint les résultats suivants:

* l'absence de corrélation entre l'anxiété de la mort et la réponse dépressive chez les patients cancéreux.

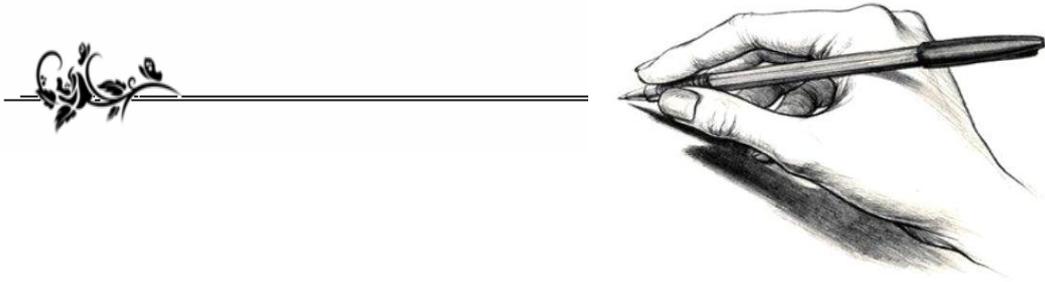
* l'absence de préoccupation statistiquement significative de mortalité dans les différences de patients atteints de cancer par variable d'âge.

* Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en réponse aux patients dépressifs atteints d'un cancer par la variable d'âge.

* l'absence de préoccupation statistiquement significative de mortalité dans les différences de patients atteints de cancer par variable sexe.

* Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en réponse à la dépression chez les patients atteints de cancer par sexe variables.

فهرس المحتويات



	كلمة شكر إهداء ملخص الدراسة فهرس المحتويات فهرس الجداول والأشكال
أ	مقدمة
الفصل الأول: تقديم الدراسة	
3	1- الإشكالية
5	2- الفرضيات
6	3- أهداف الدراسة
6	4- أهمية الدراسة
6	5- أسباب اختيار الموضوع
7	6- المفاهيم الاجرائية
8	7- الدراسات السابقة
	الأبعاد النظرية للدراسة

11	أولاً: قلق الموت
11	1- تعريف القلق
12	2- قلق الموت
14	3- نبذة تاريخية عن قلق الموت
16	4- مكونات قلق الموت
17	5- قلق الموت حالة أو سمة
18	6- أسباب قلق الموت
19	7- أعراض قلق الموت
20	8- النظريات المفسرة لقلق الموت
21	9- علاج قلق الموت
24	ثانياً: الاستجابة الاكتئابية
24	1- لمحة تاريخية
25	2- تعريف الاكتئاب

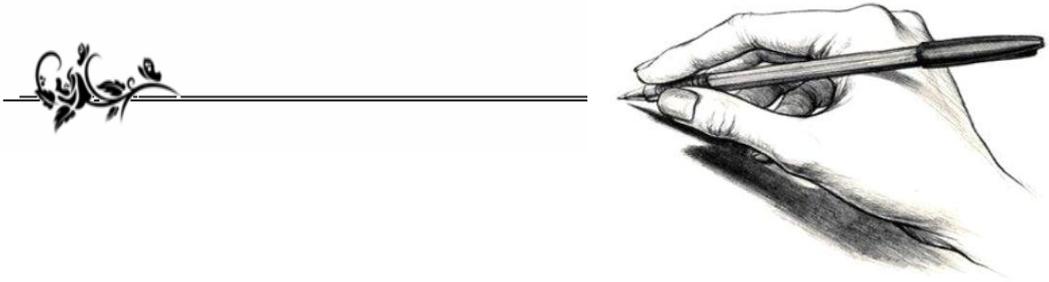
27	3- أنواع الاكتئاب
29	4- أسباب الاكتئاب
32	5- أعراض الاكتئاب
34	6- نظريات الاكتئاب
39	7- تشخيص الاكتئاب
39	8- علاج الاكتئاب
43	ثالثا: السرطان
44	1- تاريخ الأورام
46	2- مفهوم السرطان
47	3- أسباب السرطان
55	4- أعراض السرطان
57	5- أنواع السرطان
57	5-1 سرطان الثدي

61	5-2 سرطان عنق الرحم
64	5-3 سرطان الدم
69	5-4 سرطان الدماغ
70	5-5 سرطان الفم
71	5-6 سرطان البلعوم الانفي
72	5-7 سرطان الرئة
73	5-8 سرطان المعدة
75	5-9 سرطان البنكرياس
75	5-10 سرطان الكبد
76	5-11 سرطان القولون والمستقيم
78	5-12 سرطان القناة البولية
79	5-13 سرطان المبيض
80	5-14 سرطان بطانة الرحم

81	6- النظريات المفسرة للسرطان
82	7- التأثيرات النفسية والاجتماعية للسرطان
85	8- علاج السرطان
الفصل الثاني: الإجراءات المنهجية	
96	تمهيد
96	1- الدراسة الاستطلاعية
96	2- حدود الدراسة
96	3- منهج الدراسة
97	4- عينة الدراسة وخصائصها
99	5- ادوات الدراسة
107	6- الاساليب الاحصائية
108	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: عرض وتحليل ومناقشة النتائج	

110	تمهيد
111	1- عرض تحليل بيانات الدراسة
115	2- مناقشة وتفسير النتائج الجزئية والكلية للدراسة
119	3- الاستنتاج العام
121	خاتمة
112	الاقتراحات
124	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق

قائمة الجداول والأشكال



الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
46	المقارنة بين الأورام الحميدة والخبیثة	01
97	توزيع العينة حسب الجنس	02
98	توزيع العينة حسب السن	03
102	سلم اختبار قلق الموت لدونالد تمبلر	04
111	نتائج الفرضية الجزئية الأولى	05
112	نتائج الفرضية الجزئية الثانية	06
113 - 112	نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	07
114	نتائج الفرضية الجزئية الرابعة	08
115	نتائج الفرضية العامة	09

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
86	العلاج بالجراحة	01
87	العلاج الإشعاعي	02
89	العلاج الكيميائي	03
98	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	04
99	توزيع أفراد العينة حسب السن	05

مقدمة



مقدمة:

الصحة أثمن شيء في حياة الإنسان، وهي تاج على رؤوس الأسوياء حيث أصبحت مركز اهتمام الأطباء وصناع القرار في مختلف المجتمعات، فقد ساهمت التغيرات الضخمة في الحضارة الحالية على رفع مستوى رفاهية الإنسان وراحته وتقدمه، ولكن على الجانب الآخر أدت إلى اكتشاف الكثير من الأمراض التي لها تأثير بالغ وملموس في المجتمع، ومن بين هذه الأمراض السرطان الذي يعتبر من الأمراض الخطيرة المزمنة بل هو أخطر الأمراض وأصعبها على الإطلاق لأنه يعوق الفرد لفترات طويلة على مدى حياته وفي ظل وجود ضعف الإمكانيات والفحص والتشخيص والعلاج فإن ذلك قد يؤدي بحياة الفرد، ولذلك مرض السرطان من أهم الأسباب التي تؤدي إلى الوفاة حيث أن عدد المصابين به في تزايد مستمر مما ينتج عنه من آثار نفسية نتيجة لهذا المرض من مشاعر الحزن والاكتئاب وقلق الموت.

ومن خلال دراستنا التي تمت داخل المركز الاستشفائي بوهران، قمنا بتطبيق مجموعة من المقاييس التي تقيس مستوى ودرجة كل من الاكتئاب وقلق الموت لدى مرضى السرطان. واختيارنا لهذا الموضوع كان بهدف التقرب من مرضى السرطان في محاولة منا لمعرفة الحالة النفسية ومختلف الاضطرابات التي يمكن أن يولدها هذا المرض والآثار التي يخلفها في نفسية المرضى بعد التشخيص، وقد تستمر إلى مرحلة ما بعد العلاج والشفاء والمتابعة ويظهر ذلك من خلال المزاج المتقلب جدا للمريض ورفضه للحديث عن مرضه وعن خوفه ويكون في ذلك الموقف في أشد الاحتياج إلى وجود الآخرين لمساندته وذلك للتغلب على ما يشعر به نتيجة لهذا المرض، لأن تأثير الاضطرابات النفسية على مرضى السرطان ذات تأثير سلبي عليهم.

وقصد الإلمام بجوانب الموضوع الذي هو قيد الدراسة تم تقسيم العمل إلى جانب نظري وآخر تطبيقي، حيث تم توزيعهما على مجموعة من الفصول، الفصل الأول المعنون بتقديم الدراسة والذي تم فيه التعريف بالإشكالية وتحديد أهداف وأهمية الدراسة و اسباب اختيار الموضوع، ومن ثم التعاريف الإجرائية والدراسات السابقة.

مقدمة

وفي الأبعاد النظرية للدراسة تم التطرق لقلق الموت من حيث المفاهيم والأسباب المتعلقة بهذا الجانب، أما الاستجابة الاكتئابية تم من خلالها التعريف بهذا المتغير وتشخيصه وأهم أعراضه، والسرطان الذي تناولنا فيه بشيء من التفصيل ما يخص هذا الجانب.

أما الجانب التطبيقي فقد قسم إلى فصلين: الفصل الثاني بعنوان الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، حيث تضمن الدراسة الاستطلاعية وحدود الدراسة والمنهج المتبع وعينة الدراسة وخصائصها، وأدوات الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة.

أما الفصل الثالث المدرج تحت عنوان عرض وتحليل ومناقشة النتائج، تضمن عرض النتائج ومناقشة الفرضيات الجزئية والعامية للدراسة، وفي الأخير أرفقت الدراسة بأهم الاقتراحات وخاتمة وقائمة المراجع والملاحق، علما أن كل فصل من الفصول تضمن تمهيد وخلاصة.

الجانب النظري



الفصل الأول

تقديم الدراسة

1. الإشكالية.
2. الفرضيات.
3. أهداف الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. أسباب اختيار الموضوع.
6. المفاهيم الاجرائية.
7. الدراسات السابقة.
8. الأبعاد النظرية للدراسة.

1- الإشكالية:

بعد تطور الطب وتراكم الأبحاث في مجال الصحة النفسية أصبح من المستحيل الفصل بين الجانب الجسدي والجانب السيكولوجي، فالإنسان وحدة جسمية نفسية، إذ أن النفس و الجسد وجهان لعملة واحدة، أي إصابة في التكامل الجسدي يؤثر على الجانب النفسي، فالصحة النفسية تتأثر بدرجة كبيرة بالصحة الجسدية لأن الناحيتين متكاملتين حيث أنه بينت الدراسات تأثر البعد العضوي من خلال أعراض عضوية في حالات نفسية غير توافقية مثل الضغط. أما في حالات أخرى قد يتعرض الإنسان إلى أمراض عضوية خطيرة ومزمنة تؤثر سلباً على الجانب السيكولوجي، من بين تلك الأمراض العضوية الخطيرة نجد السرطان وقد أثبتت الدراسات الحديثة انتشار هذا المرض في البلدان النامية، وتوقفت زيادة نسبة الإصابة به، وأنه سيصبح من أكبر المشكلات الصحية فيها.

والسرطان مصطلح عام يستخدم لوصف مجموعة من الأمراض التي تتميز بالنمو والانقسام من غير حدود لخلايا أنسجة الجسم وقدرة هذه الخلايا على غزو الأنسجة المجاورة وتدميرها أو الانتقال إلى الأنسجة البعيدة عن الطريق الدم أو الجهاز اللمفاوي هي ما يسمى بالورم الخبيث.

ويعتبر السرطان ثاني مسببات الوفاة في الولايات المتحدة الأمريكية، وتبين نسبة الإصابة به في ازدياد مستمر ويتم كشف وتشخيص 1.3 مليون شخص كل سنة (محمد قاسم عبد الله، 2012، ص524).

فبينت الأعمار الأخيرة تزايد نسبة الوفيات بالسرطان بصورة تدرجية وملحوظة بما يقارب 14 مليون حالة جديدة و8.2 مليون وفاة متعلقة بالسرطان في عام 2012، و يلعب التشخيص الصحيح للسرطان أمر ضروري لمعالجة فعالة وملائمة لأن لكل نوع من أنواع السرطان يتطلب نظام علاج خاص، ويشمل تدخل واحد أو مجموعة من التدخلات مثل: الجراحة والمعالجة الإشعاعية والكيميائية، فمجرد تشخيص المرض ينتاب المريض مشكلات جسدية وإلى جانب ذلك المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد تنشأ عن المرض لدى أكثر من 90% من المصابين بحالات سرطانية متقدمة.

وفي دراسة "أكت وفوكونين" (Achte & Vauchkonen) عن مائة مريض بالسرطان وجدوا أن التوتر والاكتئاب والقلق هي أكثر الأعراض شيوعاً لديهم وأنها توجد لدى ما يزيد على نصف المرضى، وقد كان الخوف من الموت موجود لدى نصف المرضى (مفتاح عبد العزيز، 2016، ص301).

وأكدت دراسة الدكتور "مدحت عبد الحميد أوزيد" أن مرضى السرطان يستشعرون قلقاً حول وفاتهم إثر هذا المرض، خاصة أنه في كثير من الحالات يتم اكتشافه وتشخيصه بعد أن تكون الخلايا السرطانية قد نمت أو قد يقلق المريض حول لجوء الطبيب إلى بتر العضو المصاب وما يترتب على ذلك من مشاعر القلق والتوتر واليأس، وفي دراسة أخرى أجريت في ثلاثة مراكز للسرطان تبين أن 47% من الذين شخصت إصابتهم بالسرطان لديهم ضائقة تعدل في مستواها ما يشاهد في الاضطراب النفسي الحقيقي وإلى حد بعيد فقد كانت أكثر المشكلات هي قلق الموت أو الاكتئاب أو الاثنين معاً.

وتجدر الإشارة إلى أن الكثير من الدراسات التي قامت بها المجموعة التعاونية لعلم الأورام النفسي بينت أن 50% من المصابين بالسرطان يظهرون حالة قلق حول وفاتهم ما يؤدي بهم إلى أعراض اكتئابية عند المصابين، فالمرضى يشكون دائماً من اضطرابات مرتبطة بانعكاسات جسدية للمرض كفقدان الشهية، التعب، صعوبة التركيز، صعوبة النوم والتي يمكن تقديمها في العناصر الظاهرة من فقدان الأمل ونظرة سلبية للحياة وفي بعض الأحيان الشعور بفقدان القيمة وعدم الاهتمام بالمصالح الخاصة ورفض الاتصال بالآخرين، من الانطواء على النفس وسرعة الانفعال وقلة الأكل ما يؤدي بهم إلى نهاية وضع مشروع للانتحار، وهذه النتيجة تتسق مع الواقع، فمريض السرطان يشعر بالحزن لمرضه، وقد يتفاهم الحزن لينتج حالة اكتئاب وبالتالي ينخفض تقدير لذاته، نتيجة صراعات داخلية وتوتر علاقته بالآخرين نسبياً.

كما تشير الدراسات إلى أن نسبة الوفيات من جراء السرطان ترتفع أكثر من 25% عندما تبدوا بعض أعراض الاكتئاب على المريض وتصل إلى 39% عندما تشخص إصابتهم

بالاكتئاب البسيط أو المتقدم، ويعاني نحو 50% من مرضى السرطان من الاكتئاب وقلق الموت واليأس.

ومن هذا المنطلق تحاول الدراسة الحالية الكشف عن العلاقة الموجودة بين قلق الموت والاستجابة الإكتئابية لدى مرضى السرطان، وذلك من خلال طرح التساؤل العام التالي:

➤ هل توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت والاستجابة الإكتئابية لدى مرضى السرطان؟.

ويتفرع عن هذا تساؤل التساؤلات التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير السن؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الإكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير السن؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الإكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس؟

2- الفرضيات:

الفرضية العامة:

❖ توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان.

الفرضيات الجزئية:

- ❖ توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير السن.
- ❖ توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير السن.
- ❖ توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس.
- ❖ توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس.

3- أهداف الدراسة:

- 1- الكشف عن الآثار النفسية التي يخلفها مرض السرطان.
- 2- الكشف عن وجود ارتباط بين قلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان.
- 3- الكشف عن طبيعة الحياة التي يعيشها المصاب بمرض السرطان.
- 4- تحديد مستوى قلق الموت و الاكتئاب لدى المصاب بمرض السرطان.

4- أهمية الدراسة:

- 1- البحث عن موضوع الدراسة من وجهة نظر نفسية.
- 2- الكشف عن المعاناة النفسية والجسدية التي يعيشها مرضى السرطان.
- 3- دراسة موضوع البحث من الناحية السيكوسوماتية.
- 4- مرض السرطان أصبح هاجس الكثير ومرض العصر كونه يمس مختلف فئات المجتمع ويشكل خطورة على الحياة الفرد.

5- أسباب اختيار الموضوع:

- 1- الحساسية التي يمتاز بها الموضوع حيث يعتبر السرطان مرض الساعة وما يخلفه من أعراض نفسية على المرضى.
- 2- التعرف على هذا المرض من حيث الجوانب النفسية.
- 3- معاناة مرضى السرطان من أهم الاضطرابات والمشاكل النفسية والكشف عنها.
- 4- التصدي لدراسة ظاهرة الاكتئاب وقلق الموت لدى مرضى السرطان وذلك للإعداد ببرامج إرشادية و علاجية توجه لهم مستقبلا.

6- المفاهيم الاجرائية:

1- قلق الموت:

اصطلاحاً: يعرف مفهوم قلق الموت بأنه شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه، في يقظته ومنامه وفي حركته وسكونه، الأمر الذي يجعله محصوراً جزئياً متوجساً من مجرد العيش على النحو الطبيعي. (هناء الشويخ، 2007، ص118).

إجرائياً: هو الدرجة المتحصل عليها المجيب على مقياس قلق الموت لأحمد عبد الخالق.

2- السرطان:

اصطلاحاً: تعريف الموسوعة العربية المسيرة (1986) السرطان بأنه ورم خبيث ناتج عن تحول أو تغير خبيث يصيب الخلايا البشرية، ولا يعرف على وجه التحديد سبب هذا التغير في نمو الخلايا وتكاثرها والذي يحدث في هذا المرض هو أن الخلايا البشرية يصيبها تغير مرضي يجعلها تنمو وتتكاثر بسرعة وبطريقة غير منظمة وتغزو الأنسجة المجاورة لها أو المحيطة بها، ثم تنتشر عن طريق الأوعية اللمفاوية والأوعية الدموية إلى الغدد اللمفاوية وأعضاء متعددة من الجسم (خيرية عبد الله، 2014).

أما إجرائياً: هو كل شخص تم التأكد من إصابته بالسرطان بعد تشخيص طبي ويتم متابعته في مصلحة الأورام بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران.

3- الاكتئاب:

اصطلاحاً: يعرف "إنجرام" 1994: الاكتئاب بأنه اضطراب مزاجي أو وجداني، يتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى. (حسين علي فايد، 2001، ص61).

أما إجرائياً: هو الدرجة المتحصل عليها المجيب على مقياس بيك للاكتئاب.

7- الدراسات السابقة:

دراسة **Peck (1972)**: قام بيك بدراسة على خمسين سيدة لديهن أورام بالثدي تتراوح أعمارهم بين (40-60) عاما وباستخدام مقابلة مقننة. أظهرت نتائج الدراسة أن 49 مريضة تعاني من القلق و37 مريضة تعاني من الاكتئاب و25 مريضة تعاني من الغضب (وهيبة شرقي، 2015، ص48).

دراسة **(Cella & Tross 1987)**: أجريت على عينة قوامها (90) من الذكور على مقياس بيك للاكتئاب واستخبار القلق الصريح وكشفت نتائج الدراسة عن معاناة مرضى السرطان من الاكتئاب والقلق العام وقلق الموت نتيجة الإصابة بالسرطان. (سوسن شاكر مجيد، 2012).

دراسة **موليهيرون وآخرون (Mulberne et al 1992)**: وهدفت الدراسة إلى معرفة أسباب ارتفاع درجة الاكتئاب لدى الأطفال مرضى السرطان وقد تكونت عينة الدراسة من (99) طفلا من الجنسين وأخذت درجة الاكتئاب هي الارتفاع لديهم بصورة حادة وطبقت عليهم المقاييس الخاصة بالاكتئاب وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن أهم أسباب الاكتئاب:

- 1- زيادة حساسية الأم وخوفها على طفلها المريض بالسرطان.
- 2- سوء التوافق النفسي بين الوالدين.
- 3- انخفاض مستوى الحالة الاجتماعية وال نفسية.
- 4- شدة المعاناة التي يختبرها الأطفال بسبب الإجراءات الطبية الخاصة بالتشخيص والعلاج. (محمد عبد العزيز، 2009.ص312).

دراسة **علي حسين إبراهيم سنة (2003)**: تدرس الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان على 150 مريضا سعوديا. ومثلهم أصحاب باستخدام مقياس الحالة المزاجية لبيك و اختبار تفهم الموضوع. فوجد أن مرضى السرطان أكثر اكتئابا وقلقا وخوفا وسواسا قهريا وعداوة وذهانانية من الأصحاء، كما وجد فروقا بين أنواع السرطان المختلفة فيما يدل على أن نوع السرطان يؤثر في حالة النفسية (آية قواجلية، 2013، ص7).

دراسة زياد بركات (2006): فقد هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين الأفراد المصابين بالسرطان والأفراد غير المصابين بهذا المرض في بعض سمات الشخصية الانفعالية: الاكتئاب، قلق الموت، الانبساط والانطواء والاتزان والاندفاع، والاضطرابات الانفعالية والتفاؤل- التشاؤم.

طبقت لهذا الغرض مجموعة من المقاييس المتخصصة على عينتين من الأفراد، الأولى عينة المصابين بالسرطان وبلغ عددهم (48) فردا. والثانية من الأفراد غير المصابين بهذا المرض وبلغ عددهم أيضا (48) فردا. وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

بمعنى أن المريضات الإناث بمرض السرطان هن أكثر ميلا نحو قلق الموت المرتفع ونحو الانفعال ونحو التشاؤم. (وهيبة شرقي، 2015، ص18).

تعقيب على الدراسات السابقة:

أ- من حيث الهدف:

تعدد أهداف هذه الدراسات على معرفة أسباب بارتفاع درجة الاكتئاب لدى الأطفال مرضى السرطان كما ورد في دراسة موليهيرون وآخرون (1992) وفي دراسة زياد بركات (2006) هدفت الدراسة إلى المقارنة بين الأفراد المصابين بالسرطان والأفراد الغير المصابين بهذا المرض ودراسة الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان في دراسة حل من علي حسين إبراهيم (2003).

ب- من حيث العينة:

من خلال عرض هذه الدراسات وجدنا أهم خصائص العينات المستخدمة من الجنسين تراوحت أعمارهم بين (40-60) كما في دراسة peck (1972).

كما اختلفت الدراسات فيما بينها من حيث حجم العينة باستخدام بعض الدراسات عينات كبيرة مثل دراسة علي حسين إبراهيم (2003) ل150 حالة، واستخدمت بعض الدراسات عينات متوسطة كما في دراسة موليهيرون وآخرون (1992) وبيك (1972) و (cella & Tross).

ج- من حيث الأدوات والمقاييس:

قد استخدمنا الأدوات المناسبة والمقننة وتحديد المقاييس للإجابة عنها، حيث استخدمنا مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر ومقياس الاكتئاب لأرون بيك بينما الدراسات السابقة استخدمت كل من المقابلة المقننة ومقياس الحالة المزاجية لبيك واختبار تفهم الموضوع TAT واستخبار القلق الصريح.

د- من حيث النتائج:

توصلت الدراسة الحالية إلى عدد من النتائج المتعلقة بأهداف الدراسة، وكذلك توصلت الدراسات السابقة إلى العديد من النتائج المتعلقة بموضوع البحث.

الأبعاد النظرية للدراسة:

أولاً: قلق الموت:

تمهيد:

الخوف من الموت أمر شائع لدى الكثير من البشر، بحيث أن الإنسان يميل عادة إلى الخوف من المجهول والخفي والغير المتوقع، ذلك أن الموت يقتحم أفكارنا وحياتنا بطرق شتى وأسباب مختلفة.

قال الله تعالى: { أَيَّمَا تَكُونُوا يُدْرِكُكُمُ الْمَوْتُ وَلَوْ كُنْتُمْ فِي بُرُوجٍ مُّشِيدَةٍ } النساء-78.

ومفهوم الموت يرتبط بانفعالاته عنيفة واتجاهات سلبية تتجمع معا مكونة ما يدعى بقلق الموت أو الخوف منه، بحيث يتمركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الفرد.

1- تعريف القلق:

لغة: القلق منه قلق يقلق قلقا ويعني الانزعاج ويقال بات قلقا وأقلقه فلان وأقل الشيء عن مكانه أي حركة. (الحجازي، 2014، ص309).

اصطلاحاً: يعرف على أنه حالة من التوتر الشامل المستمر، يحدث للفرد نتيجة توقعه لخطر يهدده، سواء كان خطراً حقيقياً أو خطراً رمزياً، مصحوباً بخوف غامض، زيادة إلى أعراضه نفسية وجسمية. (سعيد جاسم، 2014، ص316).

تعريف مسرمان: بأنه حالته منه التوتر الشامل ينشأ خلال مراعاة الدوافع ومحاولاته الفرد للتكيف، ومعنى ذلك بأن القلق عمليات انفعالية متداخلة تحدث خلال الإحباط والصراع، وهو شعورياً غامض غير سار مصحوب بالخوف والتوتر والتحفيز بعضه الإحساسات الجسمية مجهولة المصدر. (سامي الختاتنة، 2012، ص211).

تعريف أحمد عبد الخالق: إن القلق هو انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد وعدم الراحة والاستقرار وهو كذلك إحساس بالشد والتوتر وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل المجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة لموقف لا

تعني خطراً حقيقياً والتي قد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية ولكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت ضرورات ملحة أو مواقف تصعب مواجهتها. (سليمان عبد الواحد، 2012، ص134).

تعريف سيغموند فرويد، 1962: هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً ويبدو متشائماً، ومتوتر الأعصاب، كما أن الشخص القلق يفقد ثقته بنفسه ويبدو متردداً عاجزاً عن البحث في الأمور ويفقد القدرة على التركيز. (فاروق السيد، 2008، ص18).

تعريف أحمد عكاشة 1998: إنه شعور غامض وعام غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي الإرادي ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس.... الخ. (سليمان عبد الواحد، 2012، ص135).

تعريف روجرز 1972: يعرف القلق أنه الخبرة التي يعيشها الفرد حيثما يهدد شيء ما مفهومه لذاته. (سوسن شاكر، 2015، ص179).

تعريف عبد الرسول هند: إن القلق ظاهرة وجودية، ويطلق عليه علماء النفس الحصر حيث افترضت فرويد أن الأنا هي مستودع الحصر، أي هو حالة وجدانية غير سارة قوامها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من طبيعة الموقف الذي يواجهه الشخص مباشرة. (هند إبراهيم عبد الرسول، 2013، ص18).

2- قلق الموت:

هو حالة من الخوف الغامض المبهم تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت وما ينتظره الإنسان من مصير بعد الموت، أي أنه حالة انفعالية غير سارة ناتجة عن الخوف الهائم عند الفرد تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت والتقدير السلبي لموقف الموت وما ينتظر بعد الموت من مصير ويتحدد بالدرجة الكلية على مقياس قلق الموت. (زينب محمود شقير، 2009، ص76).

تعريف ديكستايين: يعرف بأنه التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص38).

تعريف عسليّة 2005: أنه حالة انفعالية غير سارة، تتضمن مشاعر ذاتية من خلال تأمل شعوري في حقيقة مفروضة على الفرد ولا محال أنها قادمة لكن متى وأين وكيف. (مدحت ناصري، 2015، ص42).

تعريف كارل يونج: إن القلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصابي خصاصا النصف الثاني من حياة الإنسان. (فاروق السيد، ص2008، ص74).

تعريف ألفريد أدلر: إن المريض العقلي يتكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت. (نفس المرجع السابق، ص74).

تعريف أوب وآخرون: يقصد بقلق الموت بأنه الإحساس والمشاعر المرتبطة بالموت وبتفاوت هذا الإحساس بالنسبة للفرد المريض والسليم، ومن هم في مرحلة الشباب أو الشيخوخة. (زينب محمود، 2009، ص6).

تعريف هولنز 1979: بأنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع مظهر من مظاهر العديدة المرتبطة بالموت. (علي عبد الرحيم صالح، 2014، ص267).

تعريف تامبلز 1984: يعرف تامبلز قلق الموت بأنه حالة انفعالية غير سارة يجعل بها تأمل الفرد في وفاته. (أحمد عبد الخالق، 1978، ص35).

يعد تعريف قلق الموت مشكلة لأنه لا يشير بشكل تقليدي إلى خوف محدد، ولكنه نوع من القلق العام غير الهائم أو الطليق والذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص أو ذوبه، ولكننا نرى أن القول بأن الموت لا يشير إلى خوف محدد أمر يمكنه نفيه، فالموت مفهوم مجرد حقا ولكنه حقيقة مادي وفعل واقعي، شأنه مفاهيم أخرى مجردة كالخوف من الوحدة، أمر التقدم في العمر أو غيرها مما يمكن أن يؤثر فينا ونخشاه، كما توجد فروق فردية في الاستجابة لمقاييسه. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص38).

3- نبذة تاريخية عن قلق الموت:

تتبع جذور دراسة قلق الموت من فحص مسألة الموت، ولقد اهتمت الديانات السماوية جميعا بموضوع الموت، فللموت أهمية مركزية في كل ديانة، وفي كل نسق فكري وفلسفي متماسك، ولقد أستخدم النوم على أنه شبيه طبيعي للموت، حيث فسر قدماء اليونان النوم Hypnos على أنه أخ توأم للموت thanatos، كما أن الصينيين وهم يستيقظون من نومهم في الصباح يشكون الله على أنه أعادهم للحياة مرة ثانية، كذلك فسر القرآن الكريم النوم بأنه: الوفاة الأولى للإنسان في الحياة، لكنها وفاة مؤقتة، ففي سورة الأنعام يقول عز وجل: {... وَهُوَ الَّذِي يَتَوَفَّاكُم بِاللَّيْلِ وَيَعْلَمُ مَا جَرَحْتُم بِالنَّهَارِ ثُمَّ يَبْعَثُكُمْ فِيهِ لِيُقْضَىٰ أَجَلٌ مُّسَمًّى } الآية 06.

وفي سورة الزمر يقول تعالى: { اللَّهُ يَتَوَفَّى الْأَنْفُسَ حِينَ مَوْتِهَا وَالَّتِي لَمْ تَمُتْ فِي مَنَامِهَا فَيُمْسِكُ الَّتِي قَضَىٰ عَلَيْهَا الْمَوْتَ وَيُرْسِلُ الْأُخْرَىٰ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى } الآية 42.

أن الوعي بالموت له تاريخ طويل يسبق محاولة "سقراط" تهدئة ثروة أصدقائه وتلاميذه قبل أن يتجرع السم، وقد عرفت "ملحمة جلجاميش" للسوماريين عام 3000 ق.م، والتي يحتمل أصلها إلى ما قبل هذا التاريخ، ويعبر هذه الملحمة عن كل من الرغبة العميقة في النصر على الموت، والشك في أن السحر أو المكر أو الفضيلة أو القوة يمكن أن تحقق هذا الهدف ولم تكن إطالة العمر وتجديد الحياة موضوعية بارزين في "كتاب الموتى" فحسب بل أيضا على امتداد الحضارة العصرية القديمة التي خلفت بموضوع الموت إلى حد كبير واهتمت السيمياء Alchény أو الكيمياء السحرية في العصور الوسطى بأمرين أساسيين هما: إطالة العمر وتحويل المعادن إلى ذهب، وفي هذا العصر الوسيط زادت بشدة معدلات الوفيات وانخفضت معدلات الأعمار، وعلى الرغم من أن تجارب الدكتور "فرانكنشتين" كانت على صفحات رواية. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص39).

فإن الأشخاص الحقيقيين قد استكشفوا إمكانية إعطاء فرصة للحياة مرة أخرى للشخص الذي يبدوا أنه ميت، وكذلك عن طريق التنبيه الجلفاني في القرن التاسع عشر. ومن هنا نشأت العلاقة بين التكنولوجيا والموت منذ وقت مبكر، وعلى الرغم من أن علم النفس قد نشأ في أحضان التقاليد الاجتماعية والفلسفية حيث كان الموت مشكلة بارزة، فإن العلم الجديد كانت

لديه أولويات أخرى لبحثها، ومع ذلك ففي عام 1836 وضع "فختر" أحد مؤسسي علم النفس التجريبي كتاباً صغيراً عن: "الحياة بعد الموت"، وأعجب "وليم جيمس" بهذا العمل وكتب سنة 1910 عن "الخلود" على حين أجرى "ستانلي" عام 1915 دراسة أمبريقية مبكرة عن رهاب الموت أو مخوفة الموت *thanatos phobie*، وكذلك اهتم علم الاجتماع بالموت كتاب "دوركايم" عن الانتحار، كما نلمس اهتمام الأنثروبولوجيا الشديد بموضوع الموت ذاته رفض الصعب أن نتخيل هذا المجال الأخير دون فحص مفصل لممارسات الجنازة وطقوس الحداد وغير ذلك، وفي عام 1901 قدم "مشينكوف" وهو حاصل على جائزة نوبل في البيولوجيا الطبية. مصطلح: دراسة الموت والاحتضار كعلم قائم بذاته *thanatology*، وفي الخمسينات من هذا القرن، بدأ اهتمام علم النفس والمجالات القريبة منه بشكل مفصل بالموت والموضوعات المرتبطة به، وفي عام 1977 أسست "مجلة النهاية": محلية الموت والاحتضار (*Omega : Journal of Death and dying*).

أوميجا هي آخر حروف الهجاء اليوناني وتشير إلى النهاية، وهنا أيضاً "دورشان" هما مجلة علم الموت والاحتضار: *Journal of thanatology* ومجلة التربية المتصلة بالموت *Death education* وفي عام 1977 صدر أول مسح نقدي لسيكولوجيا الموت بين دفتي الدورية: العرض السنوي لعلم النفس، كما صدرت في السنين الأخيرة بحوث متعددة عن الخبرة الاقتراب من الموت *Near-death* أو ما يسمى بعلم دراسة مشارف الموت: *Cireun thanatology* وقد ارتبط التطور في مجال دراسة قلق الموت بتطوير أدوات موضوعية للقياس، فوضع "بويار" مقياس الخوف من الموت في رسالة للدكتوراه في عام 1964، وقدم تمبلر مقياس قلق الموت نتاجاً لرسائلته التي قدمها للحصول على الدكتوراه عام 1967. ونشره عام 1970 وهو من أفضل المقاييس المتاحة، ويذكر تمبلر أنه في منتصف الستينات كان الموت موضوعاً محرماً ليس فقط لدى الجمهور العام، ولكن أيضاً عند العلماء السلوكيين والعاملين في مهنة الصحة النفسية، ثم زادت البحوث في القلق الموت في العقدين الأخيرين زيادة كبيرة يلمسها المطلعون على مجلة التقارير السيكولوجية: *Psychological Reports* بوجه خاص. (أحمد عبد الخالق، 1978، ص41).

4- مكونات قلق الموت:

حدد الفيلسوف "جاك شورون" مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي:

1- الخوف من الاحتضار.

2- الخوف مما سيحدث بعد الموت.

3- الخوف من توقف الحياة.

كما ذكر "كافونو" في كتابه مواجهة الموت وبشكل واضح- مكونات مخاوفه الشخصية

بالنسبة إلى الموت، وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي:

1- عملية الاحتضار. 2- الموت الشخصي. 3- فكرة الحياة الأخرى. 4- النسمة السحيقة أو

المطبقة التي ترفرف حول المحتضر.

أما "ليفتون" فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون مما يلي:

1- التحلل أو التفسخ. 2- الركود أو التوقف. 3- الانفصال.

كذلك ميّز "ليستر" من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت تتمثل

في بعدين لكل منها قطبان كما يلي: الموت- الاحتضار- الذات- الآخرون، ومن ثم تشمل هذه

الجوانب على ما يلي:

1- الخوف من موت الذات.

2- الخوف من احتضار الذات.

3- الخوف من موت الآخرين.

4- الخوف من احتضار الآخرين.

وقد اقترح "هولتر" على أساس من الدراسات السابقة، ونتائج التحليل العامي التي أجراها،

مفهوما متعدد الأبعاد للخوف من الموت. وقد ضمن هذه الأبعاد الثمانية في مقياسه، وهي كما

يلي: الخوف من: عملية الاختصار، الميت، التحطيم بعد الموت المباشر، موت الآخرين ممن

لهم أهمية في حياة الشخص المجهول، موت الشعور، الجسد بعد الموت، الموت قبل الأوان.
(أحمد عبد الخالق، 1987، ص 45 - 47).

5- قلق الموت حالة أو سمة؟

قام "ريموند كاتل" بالتعريف بين حالات الشخصية وسماتها، وطور "سبيلبيرجر" وزملاؤه هذا التعريف في مجال القلق مشيرين إلى حالة القلق Anxiety State وهي قطاع مستعرض مؤقت أو عابر في تيار حياة الفرد، أما سمة القلق Anxiety trait فنندل على فروق بين الناس ثابتة نسبيا في تهيؤهم الإدراك العالم بطريقة معينة، وفي ميلهم إلى الاستجابة للمواقف العصبية بأسلوب خاص إذ يميل من لديه سمة قلق مرتفعة الدرجة إلى الاستجابة لها على أنها خطرة أو مهددة أو ضرورات ملحة لطوارئ كما يستجيب لها برفع في شدة إرجاع حالة القلق لديه.

إن القلق الموت نوع من أنواع القلق العام، فهل ينطبق عليه مبدأ التصنيف إلى حالة وسمة؟ والإجابة على هذه التساؤل فإننا نقول: لقد أجريت تجربة تضمنت عديدا من الفحوص المعملية والتجريبية، واستخدمت فيها أربعة أنواع من العلاج، يستنتج "بتنجر وداوسون" منها أن القلق الموت يمكن أن يعد "سمة" في مقابل اعتبار ظاهرة "حالة" ومن الممكن أن نفترض نتيجة لذلك حساسية حالة قلق الموت للموقف والحوادث البيئية المرتبطة بالموت أو تذكر به، على حين تعتبر سمة قلق الموت بعد أو جانبا أكثر ثباتا وأقل قابلية للتغيير والتعديل، ولكن ما هي العلاقة بين مقاييس قلق الموت وكل من حلة القلق وسمة القلق؟ لقد ظهر أن الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص في مقياس قلق الموت الذي وضعه "تمبلر" ترتبط بسمة القلق أكثر من ارتباطها بحالة القلق. (مقياس سبيلبيرجر) ويؤكد ذلك دراسة أجريت على عينة أمريكية وعلى عينات مصرية قام بها كاتب هذه السطور، وعلى الرغم من وجود ارتباط موجب بين مقياس قلق الموت وكل من حالة القلق وسمة القلق. فإن مفهوم "الحالة" و "السمة" لا ينطبق كثيرا على قلق الموت ذلك أن الحالة القلق، على عكس من القلق الموت تختلف من لحظة إلى أخرى ومن موقف لآخر باستثناء مواقف الموت الفعلية في الغالب الأعم. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص49).

6- أسباب قلق الموت:

1. الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
2. الخوف من الإذلال نتيجة للألم الجسمي.
3. الخوف من العقاب الإلهي (خاصة لدى المتدينين).
4. الخوف من العدم.
5. الخوف من نهاية الحياة.
6. الخوف علة الأولاد.
7. الخوف من طقوس الموت.
8. عدم تحقيق الأهداف قبل الموت.
9. الخوف من الانتقال إلى الحياة الأخرى.
10. الخوف من قلة الأعمال الصالحة.
11. الخوف من المجهول بعد الموت.
12. الخوف من النار ومن يوم القيامة.
13. كثرة الذنوب.
14. الخوف من عذاب القبر.
15. توقع الموت في كل لحظة.
16. الخوف من الموت بعد مرض عضال.

(أحمد عبد الخالق، 1987، ص 194 - 197).

7- أعراض قلق الموت:

1. الإصابة بضيق التنفس.
2. كثرة البكاء.
3. سيطرة التشاؤم والنظرة القاتمة للحياة.
4. سيطرة الانفعالات السلبية ومنها البكاء.
5. الإصابة بالأرق وتعذر النوم.

6. الانطواء.
 7. الإصابة بالكآبة الشديدة.
 8. الهروب من المواقف التي تتعلق بالموت منها كانت قرابة المصاب للميت.
 9. الإصابة بالصداع، والآلام الجسدية المختلفة.
 10. كثرة الشكوك من الأمراض المختلفة التي لا وجود لها واقعياً.
 11. التحدث عن الموت والحوادث التي تسبب الموت.
 12. الميل إلى توقع الشر والمصائب اللذان يفقدان صاحبها الثقة بنفسه.
- (فقيرى تونس، 2015، ص 78).

8- النظريات المفسرة لقلق الموت:

1-8 النظرية السلوكية:

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أوعقاب يحتمل أن يحدث لكن غير مؤكد للحدث، وهو انفعال مكتسبة مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويثير موقع خطر مباشر ملائم أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي، وقد يرتبط بالموت إذا زاد حده، ولا ينطبق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذن، فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفاً. كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو خوف فإن التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية من مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال.

2-8 النظرية المعرفية:

يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج أن أفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدوث المنطق يكون بموجبها خطأ نسبياً وحتى يتم التخلص من الاضطراب المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة.

3-8 النظرية المعرفية السلوكية:

أمثال "أليس Ellis" يعتبرون الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية، حيث يرون أن السلوك والاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها، فيكتسب أفكار لا منطقية استنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسرد طريقته في التفكير ويسبب في اضطراب سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت. (آية قواجلية، 2013، ص36).

4-8 نظرية تمبلر:

و تعرف نظرية "تمبلر" 1967 بنظرية العاملين في قلق الموت، وقد ذهب "تمبلر" إلى أن قدر قلق الموت يحدده عاملان هما: حالة الصحة النفسية بوجه عام، وخبرات الحياة لمتصلة بالصحة الجسمية، فبالنسبة للعامل وجد أن المرضى النفسيين يميلون للحصول على درجات مرتفعة على قوائم قلق الموت مقارنة بالأسوياء. من ناحية أخرى ظهرت مؤشرات الاضطراب وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء مرتبطة ارتباطا ايجابيا مع قلق الموت، أما العامل الثاني فوجد أن القلق الموت يرتبط بتدهور الصحة الجسمية أو التكامل البدني، فقد حصل مرضى الغسيل الكلوي على درجات مرتفعة عن حدود السواء. (هناء أحمد شويخ، 2007، ص122).

5-8 نظرية التحليل النفسي:

قلق الموت يكون بمثابة حالة يكون فيه الأنا غير قادر على تقبل الموت وإذا استندنا إلى ما جاء به فرويد فيما يخص التفريق بين القلق العصابي وقلق الموت، فإنه أشار إلى أن القلق قد يشكل دوما صعوبة بالنسبة إلى التحليل النفسي ورغم ذلك توصل إلى الميكانيزم الأساسي للموت، من المحتمل أن يجعله قائما بين الأنا والأنا الأعلى. وتري "ميلان كلاين Milaine Klaine" أن الموت وانبهامه يخيف الإنسان ويهدد وتعتقد أن الخوف من الموت هو أصل كل قلق الذي يصيب الإنسان في حياته أساس كل الأفكار والتصرفات العدائية وحلول هذا المعنى يقول Shetikel أن الخوف الذي يعانیه متشعب من الخوف من الموت. (حنان عماري، 2013، ص42).

9- علاج قلق الموت:

يعد قلق الموت نوعا من أنواع القلق، ويصلح لعلاجه ما يستخدم في علاج القلق من طرف فنية محددة، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق العلاج الأكثر شيوعا وانتشارا للقلق بأنواعه المختلفة، وهو كذلك أفضلها من حيث إنه يحقق أعلى نسبة للشفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة، وقد أجريت دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف على نتائج العلاج السلوكي (تقليل الحساسية المنظم والتدريب على الاسترخاء) مقابل عدم التدخل بأي طريقة في العلاج قلق الموت المرتفع.

وقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية المنظم والاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي استخدمته، بالمقارنة بالمجموعة التي لم تتلق علاجا، كما كانت هذه العينات السلوكية أكثر فعالية من البرامج التعليمية، أو البرامج قصيرة المدى والتي أتتبع في بعض الدراسات السابقة، وقد أشار الباحثون إلى أن ازدياد عدد المرضى في النزع الأخير بالمستشفيات، أصبح يحتمل تقليل قلق الموت لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية (وهم من يركزون بطبيعة عملهم على تحسين ظروف الحياة)، وذلك حتى تذلل صعوبات التعامل بكفاءة مع المحتضرين.

ومن الناحية أخرى أورد "جون تيسنا" نتائج سلبية، فقد بدأ بحيث اعتمادا على وجهة نظر "تمبلر" وزملائه القائلة بأن قلق الموت يوصف وحدة مرنة ومعرضة لتأثير الحوادث السيئة فإنه يمكن أن يعالج بمختلف طرق العلاج السلوكي، ولم تنجح دراسة "تيسنا" في تقليل قلق الموت لدى 48 ممرضة عن طريق تقليل الحساسية المنظم الجمعي، أو العلاج الانفجاري الجمعي ويفسر "تيسنا" هذه النتيجة السلبية على المدة الزمنية المحدودة التي استغرقها العلاج، والتي بلغت خمس جلسات سابقة الإعداد، مدة كل منها 50 دقيقة. كما أن الممرضات لم يخترن على أساس ما كشفت عنه من درجة مرتفعة في قلق الموت، ويرى كاتب هذه السطور أيضا أن هناك تفسيراً محتملاً آخر مؤداه أن علاج قلق الموت قد يؤدي إلى نتائج أفضل بإتباع العلاج الفردي أكثر من الجمعي، وقد اعتمد "تمبلر" على نظرية العاملين في قلق الموت حين رأى أنه كان قلق الموت مرتفع مصاحبا أوليا لحالة مرضية أكثر شمولاً كالإكتئاب، أو عصاب القلق، أو الوسواس القهري، فإن هذه الزملة يجب أن تعالج علاجا عرضيا

Symptomatic بالعلاج السلوكي، أو العقاقير أو العلاج الكهربائي التشنجي، أيا ما كان اختبار المعالج، أما إذا كان قلق الموت المرتفع عرضيا مستقلا نسبيا لدى شخصا في حالة من الصحة النفسية أساسا، بالإضافة إلى كونه ناتجا لخبرات بيئية غير مواتية، فإنه يجب أن يخضع مباشرة بطرق العلاج السلوكي كتقليل الحساسية المنظم، إن القلق الموت المرتفع عند معظم مرضى يعد ناتجا لكل من الاضطراب النفسي العام والخبرات المحددة المتصلة بالموت، وفي هذه الحال يجب أن يعالج قلق الموت لديهم بكل من الطرق المباشرة وغير المباشرة، وفي دراسة شائعة بعنوان: "خفض قلق المرتفع بعلاج أعراض الاكتئاب"، يذكر "تمبلر" وزملائه أن الدراسات السابقة قد كشفت عن وجود ارتباط جوهري موجب بين قلق الموت والاكتئاب، وقد افترض أنه طالما كان قلق الموت المرتفع مصاحبا للاكتئاب فمن الممكن خفض قلق الموت من خلال معالجة أعراض الاكتئاب، وقد أجريت هذه الدراسة على 31 مريضا، مكثوا بالمستشفى للعلاج، فترات تراوحت بين 11 و75 يوما وبمتوسط قدرة 288 يوما، وقد تلقوا العلاجات الآتية: مهدئات، مضادات للاكتئاب، كما شمل العلاج الجمعي والمهني والصناعي والترويجي، معظم المرضى وقد أكدوا النتيجة على افتراض "تمبلر" وزملائه، إذا انخفض قلق الموت بعد علاج أعراض الاكتئاب، ويرى هؤلاء الباحثون أن هذه النتيجة تنسق مع النظر أحيانا إلى قلق الموت المرتفع على عرض من أعراض الاكتئاب.

ويؤكد ذلك على أن قلق الموت وحدة ثابتة، وقد ظهر من دراسة أخرى أن قلق الموت يتشابه بين أفراد الأسرة الواحدة وخاصة بين الأزواج والزوجات ويعني ذلك أن قلق الموت يتأثر بالظروف السيئة بوجه عام، كما يرتبط بالعلاقات بين الأفراد بوجه خاص، كذلك بينت هذه الدراسة أن مستوى قلق الموت يمكن أن يتأثر بالحالة الوجدانية للفرد.

ويختلف ما ذكرناه منذ قليل عن علاج قلق الموت، عن علاج من نوع آخر يطلق عليه علاج الحزن Grief-therapy ، ويوجه هذا النوع الأخير من العلاج إلى الشخص الذي فقد عضوا مهما في الأسرة كالزوج أو الزوجة أو الإبن وغير ذلك. (أحمد عبد الخالق، 1987، ص204 - 206).

❖ نستنتج مما سبق أن مفهوم قلق الموت من المفاهيم المتوقع ارتباطا بالإصابة بالأمراض المزمنة، حيث من البديهي أن تفرض أن القلق الموت يرتبط ارتباطا جوهريا بحالة الصحة الجسمية كالإصابة بالأورام السرطانية.

ثانيا: الاستجابة الاكتئابية.

تمهيد:

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية التي تتسم في خلل في المزاج والنفور من الأنشطة، كما يمكن أن يكون له تأثير سلبي على أفكار الشخص وسلوكه ومشاعره، وهذا راجع لكثرة الأزمات والمشاكل اليومية مما ينتج عنها ضغط شديد الذي يهدد حياة الفرد ويدخله بالتفكير في قتل النفس "الانتحار" أو توقف عن الرغبة في الحياة.

1- لمحة تاريخية:

عرف مرض الاكتئاب منذ فجر تاريخ وذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريق والبابليين وعند العرب (ابن سينا) وفي ألوان شخصيات المكتئبة التي وردت في مسرحيات شكسبير وأخيرا في قصص القرنين الثامن والتاسع عشر وأما الأبحاث التي تناولت هذا الاضطراب فيعود عهدها إلى القرنين الماضيين، ميز ابقراط في قديم الزمن ما لا يقل عن تسعة أنواع من مرض المايخوليا (الاكتئاب) غير أن الصورة الإكلينيكية التي أعطاها لبعض هذه الأنواع يمكن أن تليق في ضوء الطب العقلي الحديث على ذهان الاضطهاد، وذهان انفصام والعصاب، وفي القرن الأول ميلادي وصف اريتابوس هذا المرض غير أن بعض أوصافه إذا عصت ألا تنطبق على مرض الاكتئاب كما هو معروف حاليا واستمر الخلط حول طبيعته وأسبابه وعلاجه على مر العصور.

استخدم هذا المصطلح بوصف خبرة الذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية أو انفعالية والتي قد تكون عرض دالا على اضطراب حسي أو عقلي أو اجتماعي، أي مركبة من أعراض معرفية ونزوعية (إرادية) وسلوكية وخبرة وجدانية وهي أكثر شيوعا في الطب النفسي كما أن

مفهوم الاكتئاب فيما يبدو قد انتشر في نطاق أبعد من انتشار مفهوم المرض ليصبح (اضطراب في الشخصية). (محمد جاسم، 2004، ص 383).

2- تعريف الاكتئاب:

❖ لغة:

- يشتق اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كآبة ويشير إلى الفعل أيضا إلى الاسم الكآبة وهي سوء الحال والانكسار من الحزن أما الكآبة دون مد بالوزن رهبة فهو كئيب والمرأة الكئيبة وكآبا والاكتئاب مثله. (وليد سرحان، جمال خطيب، محمد حباشة، 2001، ص 11)

- وفي اللغة الانجليزية: يحمل الاكتئاب مصطلح (Deprision) وهو يتكون من ثلاثة مقاطع (de- presh- un) أما فعل يكتئب (Depress) فلقد اشتق من (Depressus) الذي اشتق من (Deprimere).

❖ اصطلاحا:

أثارت ظاهرة الاكتئاب وتعريفه اهتمام العديد من الباحثين فيرى:

* **إيزيك (1992):** إن الاكتئاب مصطلح يتم استخدامه للإشارة إلى مركب من الأعراض مكتئب، حالة من القنوط، وعدم الاستجابة، وفقدان الدافع النفسي والحركي، وأفكاري (انتحارية) اكتئابية نمطية واضطرابات جسمية محددة. (سليمان عبد الواحد يوسف 2011 ص 93).

* **يعرف ريم (Reim) 1981:** الاكتئاب بأنه يفترض وجود تقدير سلبي لذات المكتئبين مع انخفاض معدلات التدعيم الذاتي وارتفاع معدلات معاقبة الذات وكلها أمور يراها (ربع) تقف خلف انخفاض معدل سلوك الذي يتسم به الأفراد المكتئبين.

* **أما نويل سترaker: Straker. M:** يعرف الاكتئاب بأنه ذلك نمط الانفعالي الذي غالبا ما يحدث ويتكرر ويتميز بفقدان التقدير الذاتي وضياع في المستقبل بالإضافة إلى مشاعر الحزن والذنب ولوم الذات (حسين علي فايد، 2001، ص 21).

* ويعرفه غريب عبد الفتاح (2000): بأنه خبرة وجدانية ذاتية تتبدى في أعراض الخزن والتشاؤم والشعور بالفشل والرغبة في نداء الذات وتردد والإرهاق وفقدان الشهية والانسحاب الاجتماعي ومشاعر الذنب والكراهية الذات وعدم القدرة على بذل أي جهد. (محمد النوبي، 2011، ص94).

* ويذكر كمال دسوقي (1988): إن الاكتئاب حالة انفعالية تنطوي على شعور بعدم الكفاية وفقدان الأمل، ويصاحبها انخفاض في النشاط الجسمي النفسي، وتكرر، واغمام، والحزن ونكد، ويأس، وقنوط، وعدم الاستجابة للتنبهات مع الحط من قدر النفس والإجهاد، وتثبيط الهمة والقابلية بالتعب، وصعوبة التفكير. (سليمان عبد الواحد إبراهيم، 2014، ص119).

* وينظر كل من جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي (1990): إلى الاكتئاب على أنه حالة انفعالية من الخوف المستمر التي تتراوح بين حالات الخور المعتدلة نسبياً والوجوم إلى أقصى مشاعر اليأس والقنوط، وغالباً ما تكون هذه المشاعر اليأس والقنوط، وغالباً ما تكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المبدأة وفتور الهمة والأرق وفقدان الشهية وصعوبة في التركيز واتخاذ القرارات (نفس المرجع السابق، 2014، ص120).

* ويرى روكلين: أن الاكتئاب هو حالة مزاجية تنسم بإحساس بعدم القيمة، والشعور بكآبة والحزن والتشاؤم ونقص النشاط وتتضمن الاضطرابات طيفا من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والمدة والشدة.

يعتبر الاكتئاب من أكثر الظواهر النفسية انتشاراً، وأن أي واحد منا قد يتمثله في وقت من الأوقات شعور بالحزن والضيق، أو أننا نشعر بالاضطراب يمنعنا من ممارسة الحياة المعتاد، وكل هذه العلاقات هي دلالة على الاكتئاب النفسي. (أسامة فاروق، 2010، ص356).

* تعريف موريس فريري: (Maurice Ferreri 1983).

يعرف الاكتئاب على أنه تغير في المزاج الفرد وأيضا اضطراب دماغي أي اختلالا بيولوجيا قاعدي في المزاج وفي وظائف الفعلية الجسمية والتنظيم السيكوسوماتي والتوازن النفسي لشخص. (Maurice, 1983 , p19).

3- أنواع الاكتئاب:

صنف علماء النفس الاكتئاب إلى عدة أنواع لكل منها خصائص عن الأنواع الأخرى، وتتعدد هذه الأنواع تبعا لمنشئه وأسباب حدوثه ودرجاته وأعراضه، وفي ما يلي سنقوم بعرض أهم أنواع الاكتئاب:

3-1- من حيث الأسباب:

• الإكتئاب الأولي:

ليس له أسباب محددة ولا يمكن إرجاعه لعوامل أو ظروف واضحة.

• الاكتئاب الثانوي:

يحدث نتيجة لأسباب محددة وظروف واضحة ومعروفة، وهذا النوع قد ينتج عن الإصابة بأمراض عضوية مزمنة، مثل أمراض القلب السكر، السرطان، وأمراض نقص المناعة وبعض أمراض الدم.

3-2- من حيث المنشأ:

• الاكتئاب الذهاني أو العقلي:

وهو داخلي المنشأ وراثي الجذور وله أعراض تميز عن أنواع الاكتئاب الأخرى، من أهمها:

الجمود الانفعالي والبطء الحركي والكآبة الدائمة.

• الاكتئاب العصبي أو الانفعالي:

ويطلق عليه الاكتئاب النفسي وهو واسع الانتشار ويرجع إلى عوامل خارجية مثل ظروف البيئة المحيطة بالفرد وإلى عوامل نفسية وانفعالية خاصة بالفرد ذاته.

3-3- من حيث درجاته:

• الاكتئاب البسيط:

وهو صور الاكتئاب وأعراضه متوسطة ومحتملة وتأثيراته وأسبابه خارجية من البيئة المحيطة بالفرد، وبعضها نفسي وانفعلي وذاتي، وكلها واضحة يمكن التعرف عليها بسهولة وعلاجه سريع وحاسم ونادرا ما تحدث نقوص هذا العلاج.

• الاكتئاب الشديد:

وهو حالة حادة من حالات الاكتئاب تمتد لفترة طويلة وتؤدي إلى خلل في أداء الوظائف الطبيعية للإنسان فضلا عن اضطراب الأعمال الحياتية اليومية، وقد يصل الأمر إلى ظهور بعض الهلوسات الذهانية مثل سماع أصوات ليس لها وجود أو تشوش التفكير بأفكار اضطهادية ومحاولات انتحار.

• الاكتئاب الجسيم:

وأعراضه نفس أعراض الاكتئاب الشديد، ويضاف إليها أعراض ذهانية وتكثر فيه محاولة الانتحار ويتداخل تشخيص هذا النوع من الاكتئاب مع بعض الأمراض العقلية كالذهان والهواس. ويصاب باضطراب شديد في النوم والشهية، ويمتنع عن الاستمتاع بأي شيء في الحياة ويلاحظ عليه انكسار النفس وهبوط الروح المعنوية وقد تمتد نوبة الاكتئاب الجسيم لعدة اسابيع وتزداد أعراضه في الصباح وتقل تدريجيا في المساء، وقد تظهر نوباته مرة أخرى بعد العلاج وهذا ما يطلق عليه بالنقوص.

3-4- من حيث أعراضه:

• الاكتئاب المزمن:

أعراضه تستمر لفترة طويلة قد يمكث لدى المريض بسنوات طويلة وقد تتحسن الحالة بعض الوقت ثم تعاود الأعراض للظهور مرة أخرى، وليس له مناسبة معينة ولا وقت معلوم ولا مرحلة عمرية.

• الاكتئاب ثنائي القطبية:

أطلق عليه هذه التسمية لأن أعراضه تجمع بين الاكتئاب والهوس، وتحدث بطريقة دورية، ويكون التغيير من خلال التقلب الحاد للانفعالات والوجدان، وقد يحدث التقلب سريعا وقد يكون متدرجا في بعض الحالات وأحيانا تكون الأعراض واضحة وأحيانا غير واضحة حيث تتراجع الحالة بين الهوس والاكتئاب (عطوف محمد ياسين، 1981، ص 120 - 121).

4- أسباب الاكتئاب:

هناك اختلاف واسع النطاق حول مفهوم الاكتئاب وأسبابه فالبعض يرى أنه يسبب وجود خلل كيميائي على مستوى الدماغ والبعض يرى أنه يسبب مصاعب البيئية وبعض الآخر إلى أسباب سيكولوجية.

4-1- العوامل النفسية:

تتمثل في خبرات الانفعالية الصادمة وعدم التقبل الواقعي لها ومنها:

أ- الفشل العاطفي:

كل الذين يفشلون في الحب يصابون بالاكتئاب، فالصدمة تعتبر كبيرة لأنهم عاشوا تجربة حب عميقة كانوا قد أعطوها الكثير من الأمل والتضحية، ولذلك فهم يفقدون الثقة في أنفسهم ثم يلي ذلك عقاب النفس وإذلالها والحد من تطلعاتها وأمالها.

ب- موت الأحباب:

هؤلاء الأفراد يصدمون إذا ما جاء الموت وخطف شخصا عزيزا عليهم فجأة وإلى الأبد فلا تكون لديهم القوة والصمود لكي يعيشوا بدونه فتنهار الأعصاب وتسوء الدنيا في أعينهم فيصابون بالاكتئاب أو بمرض جسمي نتيجة الآلام النفسية ومن المحتمل أن تنتهي كل تلك الآلام بالانتحار.

4-2- العوامل البيئية:

هؤلاء الأفراد إذا تعرضوا لمشاكل الحياة أو وقعوا في الأخطاء ونتج عنه فقدان المكانة الاجتماعية أو فقدوا ثروتهم، أو إتهموا بسوء الإدارة أو تبيد الأموال فإنهم يقعون فريسة سهلة للاكتئاب، بل أن بعضهم ينتحر هربا من اتهامهم بالفضيحة التي يسعون جاهدين طوال حياتهم أن يتجنبوها (زلوف منيرة 2014، ص101-102).

أ- أسلوب التنشئة:

كالتربية الخاطئة مثل التسلط في معاملة الأبناء والحرمان المادي.

ب- الوحدة والعزلة:

الأطفال الذين اعتدوا على الضوضاء وانعزلوا عن تلك البيئة لأسباب ما مثل المرض، الرسوب المدرسي، تغير مقر العمل في المناطق نائية أو السجن، فإنهم حتما سيصابون بالانهيار والكآبة، إضافة إلى عوامل أخرى كالعنوسة، سن التقاعد، سن اليأس.

4-3- العوامل الوراثية:

تتعلق بالاستعداد للمزاج السوداوي، فالشخص المعرض للاكتئاب يمتلك استعداد لقبول المرض نظرا لحساسيته الزائدة لفقدان الأشياء وظروف الحياة التي عاشها، فالإكتئاب لا يكون وليد الحدث المفاجئ أو الواقعة المؤلمة.

4-4- العوامل التكوينية:

هناك علاقة بين التكوين الجسمي والاكنتاب، فيبدو أن النمط البدني أكثر عرضة من غيره لردود الانفعالات العاطفية، وإن كانت وجهة النظر التكوينية تواجه صعوبات تجعلنا لا نعتمد عليها فقط.

4-5- العوامل الفيزيولوجية:

هناك ارتباط بين الاكنتاب واضطرابات غدد الجهاز في الفص الجبهي، حيث يعبر الخلل على مستوى الوظائف الفيزيولوجية عن بطء الوظائف الحيوية التي يقوم بها الفرد على مستوى الهضم حيث يكون الفم يابسا وفيه مرارة، الإمساك أحيانا، والإسهال خاصة في الحالات الحصرية الشديدة، الوظائف الجنسية تكون مضطربة هبوط الليبدو والزيادة في أحاسيس التحقير الذاتي (نفس المرجع سابق، 2014، ص 102-104).

أ- الأمراض العضوية المتنوعة:

من بين الأمراض الجسمية التي تسبب حالة الاكنتاب نجد مثلا مرض السل الذي يؤدي بصاحبه إلى تدهور اليومي لصحته وانخفاض كبير في وزنه، كذلك انقطاع العلاقة مع الآخرين مما يجعله في حالة وحدة وانعزال عن العالم الخارجي فيظهر الاكنتاب كعرض رئيسي.

وكذا الحال بالنسبة للأمراض السرطانية التي تؤدي بالمريض إلى حالة من الانطواء والفروق عن الحياة بسبب تفوق المريض من مرضه واستحالة علاجه كما هو الحال بالنسبة للأمراض القلبية وداء السكري الذي يؤثر بدوره سلبيا على نفسية المصاب مما يؤدي إلى ظهور الاكنتاب بنسبة متفاوتة.

ب- الإدمان على المخدرات:

إن الإدمان على المخدرات يؤدي إلى النحافة سريعة وخطيرة، ويصبح الفرد سريع الهيجان، ومن المحتمل أن تتفاقم حالته تصل إلى حالة اكتئابية شديدة (نفس المرجع السابق، 2014، ص104).

5- أعراض الاكتئاب:

في ضوء التعريفات التي تناولت الاكتئاب تتضح أن الاكتئاب يبدي في مجموعة من الأعراض المركبة وذلك على النحو التالي:

5-1- أعراض جسمية:

- مثل الشعور بالإجهاد والوهن، والأرق وفقدان الشهية والبطء في الحركة والهزال الشديد (سليمان عبد الواحد ، 2013 ، ص123).
- انقباض الصدر والشعور بالضيق والوجه المقنع.
- فقدان الشهية ورفض الطعام (رغبة في الموت وهذا نوع من الانتحار) ونقص الوزن.
- الصداع والتعب (لأقل جهد) والخمول والألم خاصة آلام الظهر.
- نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي عند الرجال واضطراب العادة الشهرية عند النساء.
- توهم المرض والانشغال على الصحة الجسمية (زلوف منيرة، 2014 ، ص100).

5-2- الأعراض النفسية:

- ❖ انحراف المزاج وتقلبه والاكتفاء النرجسي على الذات.
- ❖ البؤس واليأس والأسى، وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه.
- ❖ عدم ضبط النفس وضعف الثقة في النفس والشعور بالنقص الكافي والشعور بعدم القيمة والتفاهة والقلق والتوتر والأرق.
- ❖ فتور الانفعال والانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال والصمت والركون والشروء.

❖ التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة والانخراط في البكاء (نفس المرجع السابق، 2014، ص100).

3-5- أعراض المزاج: Mood Symptoms .

وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية، مثل حدوث مزاج حزين معظم اليوم تقريبا كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل (حسين فايد، 2001، ص62).

4-5- الأعراض الدافعية: motivation al Symptoms .

فتبدوا في فقدان الدافع الأمل والشعور بالعجز واليأس وعدم الكفاية، وفقدان المبدأ، وانخفاض في النشاط النفسي الجسمي، وتشبيط الهمة وصعوبة اتخاذ القرارات والميل للانتحار (سليمان عبد الواحد، 2013، ص123).

وتمثل الأشكال السلوكية التي تشير إلى توجه نحو الهدف فالناس المكتئبون غالبا ما يعانون قصورا في هذا المجال، وقد يخبر البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل (زلوف منيرة، 2014، ص101).

5-5- الأعراض البدنية: Somatic symptoms .

وتشير إلى التغيرات الجسمية التي تصاحب الاكتئاب، وتشمل تغيرات في أنماط النوم والشهية والاهتمام الجنسي (زلوف منيرة، 2014، ص101).

6-5- الأعراض المعرفية: Congnitive Symptons .

وتشير إلى قدرة الأفراد على التركيز دائما، واتخاذ القرارات وكيفية تقويمهم لأنفسهم وتشمل أيضا صعوبة التفكير وعدم القدرة على التركيز (سليمان عبد الواحد، 2013 ص123).

7-5- الأعراض العامة:

* نقص الانتاج.

* الشعور بالفشل.

* عدم التمتع بالحياة كما كان الحال من قبل.

* سوء التوافق الاجتماعي.

وهكذا نجد أن المكتئب الحزين على ضعف الأنا عنده، وأن معظم أعراض الاكتئاب تعتبر سلوكا مضاد للذات، وتعبير عن نتيجة محاكمة داخلية أصدر فيها المريض حكما مرضيا على نفسه (زلوف منيرة، 2014، ص101).

6- نظريات الاكتئاب:

6-1- نظرية البيولوجية:

وهي التي ترجع أسباب الاكتئاب العوامل الوراثية، اضطرابات الغدد الصماء واضطرابات الجهاز العصبي لإثبات دور الوراثة في ظهور الاكتئاب قام بيك بملاحظة دراسة 500 حالة عصابية بالاكتئاب الداخلي المنشأ من خلال الرجوع إلى سوابق العائلية لهؤلاء الأشخاص فوجد أن أغلبية العينة كان لهم على الأقل واحد من أقاربهم يعاني من هذا الاضطراب الغدد الصماء في فترة الطمث حيث تكثر الشكوى لدى النساء في هذه الفترة من التوتر الداخلي والصداع. وانتفاخ البطن وآلام الثدي، وسهولة التهيج العصبي، والانفعال وكثرة البكاء وتدل الأبحاث أن 10 إلى 15 من المترددات على عيادات النفسية والولادة القيصرية هذه الأعراض، كما أن في حالات المرض بعد سن البلوغ وسن اليأس وكل هذه الأعراض تصاحبها اضطرابات هرمونية خاصة في الغدد الدرقية.

أما الاضطرابات (العصبية) جهاز العصبي فنجدها في حالات شلل الرعاش، تصلب الشرايين في المخ أو أورام الفص الجبهي، وحالات الصرع النفسي الحركي وحالات الإصابات بمرض الأنفلونزا، حيث نلاحظ أعراض الاكتئاب عند الأفراد اللذين يعانون من هذه الاضطرابات كما أن بعض العقاقير من: خافضات ضغط الدم والتي تدخل في تمثيل مادة الأدرنالين في الجسم بـ50% عن المستوى العادي يكون حالات الاكتئاب. أما الزيادة بنسبة 20% فنجدها في نوبات الانبساط. كما أنها اضطرابات الطاقة الكهربائية في السيلالات العصبية نتيجة اختلاف توازن معادن الصوديوم وبوتاسيوم ويؤيد هذه النظرية اضطرابات هرمونية يؤثر في الهيبوتالاميس

وجهاز الطرفي في المخ حيث تختصر هذه المناطق بالانفعالات وتغيرات وجدانية مختلفة (زلوف منيرة، 2014، ص106).

6-2- النظرية النفسية:

ورد في الموسوعة الدولية للطب العقلي وعلم النفس والتحليل النفسي أن علماء مدرسة التحليل النفسي يعتقدون أنه يوجد عوامل تهيئ شخصية الطفل لكي يكون مستعد لإظهار المرض عند الكبر حيث أن الطفل الذي نشأ ولديه شعور بالخوف من الوحدة والقلق عادة لا يخاف من فقدان موضوع الحب (الأم التي تركته وحده مثلا) بالإضافة إلى ذلك فإنه يشعر بالغضب لأنه يترك وحيدا فهو ينمي مشاعر واتجاهات عدوانية اتجاه الذات.

❖ وقد وضح بولبي هذا الاتجاه في أبحاثه وذلك عند ملاحظته لأطفال صغار تتركهم أمهاتهم في الحضانة لبعض الوقت حيث وجد أنهم يسلكون سلوكا يتصف بالاعتراض واليأس، ثم التجاهل والإهمال.

❖ أما بالنسبة لإبراهام ينطلق من القول: " لا أستطيع أن أحب الآخرين لا يحبونني وهم يكرهونني لأنني أتميز بنقص فطري في هذه القدرات لذلك أنا حزين ومكتئب"، وبالتالي فإن محاولات المتكررة الميلاناخوليا من أجل حجز وكبت هذه العدوانية تولد لديه قلقا حادا وشعورا عميقا بالذنب وكبت هذه النزوات السادية يزيد من حدة القلق والاكنتاب والشعور بالذنب وهذا كله يمكن أن يؤدي إلى انقلاب هذه المشاعر نحو الذات التي ما يسمى بالمازوشية.

❖ أما بالنسبة ل فرويد فإن الحداد والميلاناخوليا متشابهان من الناحية العيادية نفس التعب الفكري، نفس فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي نفس التخلي عن النشاطات التي ليس لها علاقة بالموضوع.

لكن الفرد يجد أن الحداد فيه فقداننا حقيقيا للموضوع الذي ينتج عنه نظرة تشاؤمية سوداء كما يحيط بالفرد ولا يجد التقرير السلبي للذات أو الشعور بالذنب، بينما الميلاناخوليا هي حداد غير كامل لأن الموضوع المفقود ليس دائما شعوريا متعلقا بموضوع حيث لا يمكن تحمل مسؤولية تجنب فقدان الموضوع.

فالشخص يرتبط بالموضوع، وفقدان الموضوع يصبح فقدان الأنا والعدوانية الحادة المتعلقة بالموضوع المفقود في الميلاناخوليا تجعلها تنقلب ضد الشخص ذاته.

❖ أما ميلاني كلاين فترجع الاكتئاب إلى اضطراب في طبيعة العلاقة القائمة بين الأم والطفل وتمثل الوضعية الاكتئابية بالنسبة لها مرحلة الأساسية في النمو السيكولوجي للفرد.

❖ بينما المحللون النفسانيون الآخرون يؤكدون على العلاقة بين الاكتئاب والحرمان العاطفي المبكر للرضيع (زلوف منيرة ، 2014 ، ص107).

3-6- النظرية السلوكية:

يرى بافلوف أن الاكتئاب نتيجة لتكرار الصدمات والتجارب المؤلمة التي يتعرض لها الفرد في طفولته. والتي تخلق مزاجا مميزا على تجارب الفرد في كبره، كما ينطلق لوينسون (lewnsn) في تفسيره للاكتئاب من وجهة نظر سلوكية إذ يعتقد أن انخفاض معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد هو العامل المسؤول عن ظهور الاكتئاب لديه، ويؤكد على وجود فروقا ذات دلالة بين الأفراد المكتئبين والعاديين من حيث مستوى النشاط، أو السلوك الممارس، وأن الانخفاض مستوى النشاط أو السلوك الممارس، يخفض من معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد (Gotlile 1981) وذلك بناء على نتائج الدراسات التي قام بها فريق البحث التابع له والذي توصل أيضا إلى النتائج التالية:

- 1- يمارس المكتئبون نصف ما يمارس العاديون من سلوك اللفظي تجاه الآخرين.
 - 2- يستجيب المكتئبون للسلوكات الموجهة نحوهم من الآخرين بشكل إيجابي بنسبة أقل باكتئاب من العاديين.
 - 3- يستجيب المكتئبون بشكل أبطأ من الأفراد العاديين للمثيرات اللفظية الموجهة نحوهم.
- ومن أسباب انخفاض معدل التعزيز التي أوردها لوينسون ضعف المهارات الاجتماعية لدى الفرد وانخفاض تفاعله مع الآخرين. (مصطفى نوري القمش، 2006، ص275).

4-6- النظرية المعرفية:

وينظر بيك للاكتئاب على أنه اضطراب في التفكير ويؤكد على أن طريقة الفرد في معالجة المعلومات. وتفسيره للحوادث التي يعيشها واعتقاداته تلعب دورا كبيرا في تحديد شكل ونوع مزاجه ويعتمد تفسير بيك للاكتئاب على ثلاثة مفاهيم رئيسية هي:

أ- الخرائط المعرفية: (Sechemas).

يعتمد (Bartlett) أول من قدم مفهوم الخرائط أو المخططات المعرفية التي يستخدمها الفرد لتنظيم المفاهيم والاعتقادات. وافترض بأن كل فرد خرائطه الخاصة التي تميزه عن غيره مما يسبب اختلاف الأفراد في فهمهم لأنفسهم وعالمهم وردود أفعالهم نحو المواقف المختلفة وهذه الخرائط ليست ثابتة بل تتطور وتتعدل نتيجة الخبرات والمعلومات وتتمثل خصائصها في:

- * تتكون نتيجة المعلومات الفرد وخبراته.
- * تلخص المفاهيم المعقدة التي يتعرض لها الفرد.
- * تعالج المعلومات الجديدة وتنظمها وتقيمها (مصطفى نوري القمش 2006، ص276).

ب- الأخطاء المعرفية: (Gongtive errors).

ويشير بيك إلى وجود مجموعة من الخرائط المعرفية تميز الأفراد المكتئبين عن غيرهم، وقد أظهرت بعض الدراسات أن لدى الأفراد المكتئبين أفكار لا منطقية وأخطاء معرفية تتمثل في:

- الاستدلال الاعتبائي (Arbirtrey inference) حيث تبني المكتئب أحكاما غير مبررة منطقيا.
- التجريد الانتقائي (Selective abstraction) حيث يركز المكتئب على الأجزاء السلبية ويهمل الايجابية.
- التصغير أو التكبير (migmatism and minimalisation) حيث يخطئ المكتئب في تقييم الأحداث والخبرات.
- كل شيء أو لا شيء (all or noth) حيث يعتبر المكتئب نفسه فاشلا كليا.

6-5- نظرية التعلم الاجتماعي:

تقدم نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا تفسيراً هاماً للاكتئاب من خلال مفهوم الكفاية أو فاعلية الذي يبرز دور التقييم الذاتي في الاكتئاب، حيث ترى أن إدراك الفرد لمدى كفاية الشخصية وقدرته على مواجهة المشكلات التكيفية والانتاج، سلوكيات ضالة في مواجهتها تلعب دوراً كبيراً في تحديد طبيعة مشاعره ومزاجه. (مصطفى نوري قمش 2006، ص274).

* **عالمه وواقعه:** يعتقد المكتئب أن العالم يحكمه ما إلا طاقة لديه إلى التقليل من قدراته والنظر إلى نفسه بصورة سلبية ومخالفة للواقع.

* **المستقبل:** يفترض المكتئب أن خبراته وتجاربه غير سارة التي يعاني منها في حاضره سوف تستمر وتؤثر على مستقبله. (نفس المرجع السابق 2006، ص274 - 275).

7- تشخيص الاكتئاب:

وصفت عدة طرق لتشخيص الاكتئاب واستعملت بشكل أساسي في أعمال البحوث العلمية ومنها:

أ- المقابلة النصف موجهة:

لقد وضعت مقابلات نصف منتظمة واعتبرت كفيلة بتشخيص تصنيفات الاكتئاب التي وضعها دليل التشخيص الاحصائي الثالث للأمراض النفسية فقد استعمل ملحق الاضطرابات الوجدانية وفصام بتشخيص الاكتئاب والذي تعتبر كفاءته عالية في التشخيص.

وحالياً يستعمل دليل التشخيص الاحصائي الرابع في المقابلات النصف موجهة لتشخيص الاكتئاب بدلاً من دليل التشخيص الاحصائي الثالث.

ب- الاختبارات الإسقاطية:

يستعمل الباحثون والمختصون في علم النفس المقاييس والاختبارات المتعددة في قياسهم للاكتئاب، فمنها ما يستدل على خصائص معينة وجوانب شخصية للفرد وهذا ما يعرف بالاختبارات إسقاطية. (زلوف منيرة، 2014، ص 123).

8- علاج الاكتئاب:

تتعدد طرق ووسائل العلاج الاكتئاب بتعدد النظريات التي تناولت فيما يركز الطب النفسي على العلاج العقاقيري والجراحي والصدمات الكهربائية إلى جانب الإشارة إلى بعض الوسائل النفسية والاجتماعية وكما أن لكل تيار علاجي مزياء وعيوبه، وذلك ما يتضح من العرض التالي:

8-1- العلاجات الطبية:

لكون منظور يرتكز بالصفة أساسية على طبيعة الاختلالات الوظيفية لجهاز العصبي المركزي المستقل وكذلك الاضطرابات عملية الهدم والبناء، وما يتبع ذلك من اضطرابات معرفية وبدنية، فإن علاج الاكتئاب من هذا المنظور ينصب على وسائل معروفة لدى معظم المشتغلين في الطب النفسي بداية بالعقاقير ونهاية بالصدمات الكهربائية والتدخل الجراحي. (عبد الله عسكر، 2001، ص 146).

8-2- العلاج العقاقيري:

تنقسم العقاقير المضادة الاكتئاب إلى:

أ- **عقاقير منبهة للجهاز العصبي** ومن أمثالها مشتقات الامفيتامينات (منشطات) مثل (ديكسدرين، بريلودين، الليبرات، وريثالين، مكساتون وغيرها)، وتعمل هذه العقاقير على تنبيه المراكز في الجهاز العصبي لإزالة حالة التأخر وبعث الطاقة الحيوية، إلا أنه قد اكتشفت عدة مضار لهذه العقاقير أهمها الإدمان أن يضعف مفعول العقار مع طوال مدة استخدامه.

ب- **العقاقير الخفيفة المضادة الاكتئاب مثل:** النياميد، والماربلان، والনারديل وتعمل على تغيير كمية الهرمونات والعصبية في المراكز الانفعال كما أن لها أعراض جانبية مثل دوار وانخفاض ضغط الدم وجفاف الحلق مع اضطراب وظائف الكبد (**نفس المرجع السابق، 2001، ص 146**).

ج- العقاقير المتوسطة المضادة للاكتئاب: من أمثلها عقار نوفريل وهو ذو فائدة يتحول الاكتئاب إلى مرح تحت تأثير هذه العقاقير.

د- العقاقير الشديدة المضادة للاكتئاب: ومن أمثلها التوفرانيل، وبيوتوفران، وأجيدال، وغيرها وتفيد هذه المجموعة في الاكتئاب الشديد وتتشابه أعراضها جانبية مع أعراض العقاقير الخفيفة. (نفس المرجع السابق، 2001، ص 147).

3-8- العلاج بالصدمات الكهربائية:

يقرر (شاهين والرخاوى 1988) أن صدمات الكهرباء من أنجح العلاجات حتى الآن في حالات الاكتئاب خاصة وهي تستعمل الآن بطريقة سليمة على ناحية من المخ فلا تحدث نسيانا، وهي نافعة في كل الحالات الاكتئاب الدوري تقريبا حتى البسيط منها إذا عجزت العقاقير ولكنها لا تصلح في الحالات الاكتئاب عصبي والاكتئاب مزمن المتراكم للقلق، وكما أن توقيتها مهم للغاية فهي تصلح في أول ظهور المرض وقرب نهاية درجة أكبر منها في قمة حدة المريض. (نفس المرجع السابق، 2001، ص 147).

كما لاحظ أن لهذا النوع من العلاج آثار جانبية أقل مقارنة بالعلاج دوائي، وقد وصلت نسبة الانخفاض الحادث في أعراض الاكتئاب إلى (50%) لدى أفراد الذين تلقوا العلاج بالصدمات الكهربائية. (محمد النوبي على، 2011، ص 147).

4-8- العلاج النفسي:

إذا كان الدماغ البشري يتكون من مليارات الخلايا العصبية والاعصاب المتشابكة من عدد مضاعف من المشابك العصبية وعدد هذه الخلايا محدد بطبيعة الشخصية الفسيولوجية وبنيته الوراثية فإن طبيعة المتشابكات والصلات العصبية تتحدد بتجارب الشخص وتتفاعل مع البيئة المحيطة، ولذلك فإن طريقة حياتنا وكيفية إدراكنا للتجارب وتفاعلنا معها تساهم أيضا في تكوين أدمغتنا وقد ترسم معالم تعاملنا وإدراكنا وبالتالي سلوكنا المستقبلي.

ولعل هذا هو التفسير العلمي للاستجابة لبعض الأمراض للعلاج النفسي حتى وإن كانت نشأتها بسبب أو متوافقة معه اضطراب عضوي في الناقلات العصبية الدماغية.

تتنوع مدارس العلاج النفسي بالتنوع مدارس علم النفس. (وليد سرحان وآخرون، 2001، ص 115).

8-5- العلاج المعرفي السلوكي: (cognitive therapy)

يقوم هذا النوع من العلاج على إعادة تدريب الفرد ليفكر بشكل أكثر منطقية وواقعية لبعض الأفكار الأساسية لكي يتقبلوا مشاعر الاكتئاب لديهم، ويبدأ العلاج بعرض نموذج للمرضى، الأمر الذي يساعدهم على أن يتفهموا العلاقة بين المعرفة والسلوك والعاطفة ويتم حصول على فهم أكبر للعلاقة بين الموقف والعواطف والجوانب الأخرى من خلال المراقبة الذاتية، وبعد أن يتعلم المرضى مراقبة الذات يبدؤون في تقويم أفكارهم للبحث عن الأخطاء المنطقية والتي قد تشتمل على الاستنتاج الاختياري والتجريد الانتقالي والتعميم الزائد والتضخيم والتهوين والتفكير في كل شيء ثم يعلمون أن يجدوا أفكاراً أكثر معقولة في العلاج، فهو توضيح أنماط التفكير التلقائية أو موضوعها والتي تشتمل على اعتقادات صامتة غير تكيفية، وبعد التعرف عليها يواجه المرضى نحو اختبار صدق هذه الأفكار وعندما يصل المرضى إلى هذه المرحلة يواصل المعالجون مساعدتهم على حل المشكلة. (محمد النوبي، 2011، ص 156-157).

ويهتم أيضاً بالتركيز على تقييم السلوك الظاهر وبما أن الاكتئاب محصلة لتجارب الفشل الموروث الاحباط يكون العلاج باستعمال الأفعال المتكررة ايجابيا وبالتالي تعديل السلوك الاكتئابي وتحسن صاحب المرض. (نفس مرجع السابق، 2011، ص 159).

8-6- العلاج بالاسترخاء والتخيل: Relaxation and imaging treatment

ويعد التخيل العلاجي بالاسترخاء أحد نماذج العلاج الذاتي لعلاج الاكتئاب وذلك بهدف تهدئة المشاعر المضطربة والتغلب على أعراض الاكتئاب مثل الاضطرابات البدنية واضطرابات النوم والعجز عن تنظيم الذات والتغلب على مشاعر القلق والمخاوف التي

تصاحب حالات الاكتئاب في كثير من الأحوال والطب النفسي الاسلامي اعتمد على الاسترخاء والعلاج بالصبر والتوبة والدعاء والذكر كأساليب تريح النفسية، والاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة ولعل أول الأهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء إمكانية استخدامه مستقبلاً أو مع أساليب علاجية كالتطمين التدريجي والتعويد التدريجي على التعامل مع المواقف التي ارتبطت في الماضي بإثارة الاكتئاب وبنفس المنطق يمكن أن يستخدم الاسترخاء أسلوباً من أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية، وممارسة النشاطات تتعارض مع الاكتئاب منها الاختلاط بالآخرين والتعامل معهم وفي كثير من حالات يستخدم الاسترخاء بوصفه طريقة للمساعدة على اكتساب الهدوء وإزالة المواقف السابقة التي قد تكون مصدر الإثارة والانفعالية والقلق وزيادة الاكتئاب، وبالتالي يساعد الاسترخاء كأسلوب في كثير من الأحيان لتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحياناً من الأسباب الرئيسية في الإثارة بالاضطرابات الانفعالية للاكتئاب، وظهرت تقنية التخيل الأحداث الإيجابية للعلاج للاكتئاب، أن يجعل ذلك التخيل الفرد يشعر بشكل أفضل من التفكير. (محمد النوبي، 2011، ص 152 - 153).

❖ نستنتج مما سبق أن الاكتئاب حالة من الحزن الشديد والمستمر والتي تؤثر سلباً على نفسية الفرد، ويبدو الشخص المصاب وكأنه في حداد دائم والكآبة واضحة الذي ينتهي غالباً قطع المريض أحد أعضائه أو إلى الانتحار ويرجع ذلك إلى أفكار السلبية التي تظهر نتيجة هذا المرض.

ثالثا: السرطان

تمهيد:

يعتبر السرطان من الأمراض الشائعة التي قد تصيب أي إنسان بغض النظر عن العمر والجنس والعرق، وهو من الأسباب الرئيسية للوفاة في العالم ككل فإن هذا المرض يحتل المرتبة الثانية للوفيات بعد أمراض القلب التي تواجه الأوساط الصحية بشكل خاص والبشرية بشكل عام، وذلك بسبب الانتشار الواسع والتزايد المضطرد والسريع لحالات السرطان، فالسرطان يصيب أعداد كبيرة من الناس ونسبة كبيرة من هؤلاء المصابين ينتهي بهم الأمر بالوفاة ما يجعله من أكثر الأمراض تأثيرا على طبقة واسعة من الناس.

1- تاريخ الأورام:

إذا عدنا إلى التاريخ فقد وصف السرطان منذ حوالي 2000 سنة قبل التاريخ ولكن وصفه كان على شكل أعراض ومظاهر فقط، وقد استنتج الانسان الآن أنها كانت مظاهر السرطان فقد وجد في مخطوطات المصريين القدماء مخطوطات تصف بعض مظاهر وأعراض هذا الداء كما أشارت إليها الحضارة اليونانية القديمة فوصف أبوقراط الذي يعتبره الغربيون أب الطب الكثير منها كما أن الأطباء في ظل الحضارة الاسلامية تحدثوا عن هذه الأعراض والمظاهر كجزء من المرض وليس كما كان الاعتقاد سائدا أنها تنتج عن الخطيئة والشعوذة وما إلى ذلك من الروحانية ولم يتبلور الداء كمرض مستقر له خصوصية إلا مع ظهور الحضارة الحديثة في القرن الثاني عشر حيث راج الحديث عن أسبابه وتطوره ولم يكن حتى في هذه الفترة بالإمكان الحديث عن علاج يوقف تطوره حتى جاء القرن العشرين بما حمله من تطور تكنولوجي مذهل فظهرت المعالجة الشعاعية والكيميائية والهوائية والجراحية وغيرها وأصبح الأطباء يتكلمون بشكل أكثر موضوعية عن أسباب الداء وماهيته وعلاجه. (زلوف منيرة، 2014، ص 17 - 18).

❖ أنواع الأورام:

1- الأورام الحميدة: غير سرطانية حتى إن كان يمكن أن تحل محل الخلايا الطبيعية فهي لا تنتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم (**johanne marcotte et renée ouimet, 2002, p8**).

تتألف من خلايا تظل معزولة عن مجموعات الخلايا وتنمو ضمن كبسولة محيطة بها، وتدل كلمة حميد أو معتدل على كون هذا النوع من التورم غير مؤذي ولكنه مادام يحتل فسحة من الجسم فإنه يسبب متاعب جانبية عن طريق الضغط على مجموعات الأنسجة المحيطة به، أو ربما يقوم بإفراز مواد فعالة مثل الهرمونات والتورم الدهني الذي يظهر تحت الجلد مباشرة على شكل فقاعة صغيرة هو من هذا النوع.

2- الأورام الخبيثة: وهي سرطانية، بعد فترة من الوقت تسمح بفرار الخلايا الغير الطبيعية التي ستنقل إلى أجزاء أخرى من الجسم، هذه الخلايا سوف تولد بدورها في تشكيل أورام أخرى وهذا ما يسمى بالورم الخبيث. (**johanne marcotte et renée ouimet, 2002, p8**).

تتألف من خلايا تنمو بكثرة وبتوسع وتغزو مجموعات الأنسجة المحيطة بها هذه المجموعات من الخلايا المدمرة تتجمع في نهاية وتتكاثر وتحدد لتكون وربما ثانيا رئيسيا كالورم الأصلي، ولذلك فإنه كلما عولج السرطان مبكرا، كلما زادت إمكانيات نجاح المعالجة، وعندما يزول التورم الخبيث تماما في مراحل الأولى قبل أن تبدأ في عملية الانبثاق.

وفيما يلي عرض مبسط لجدول المقارنة بين كل من الأورام الحميدة والخبيثة، وذلك وفقا لما جاء بالموسوعة الطبية.

الجدول رقم (01): يوضح المقارنة بين الأورام الحميدة والخبيثة

الأورام الخبيثة	الأورام الحميدة	أوجه المقارنة
يغزو النسيج الطبيعي المحيط به، لا يكون محاطا بمحفظة وتكون حدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي	يدفع النسيج الطبيعي جانبا ويكون محاطا بمحفظة وواضح الحدود	موضع الورم
قد يؤدي لحدوث التفاؤل في الغدد اللمفية القريبة والبعيدة كما يصيب الورم أعضاء أخرى	يقتصر على الكتلة الورمية ونموها	مدى انتشاره
قد تكون بطيئة أو سريعة.	بطيئة	سرعة النمو
قد تكون مميتة إذا لم تعالج	عادة حميدة	النتيجة
قد لا تكون الجراحة وحدها شافية وتحتاج إلى علاج كيميائي أو اشعاعي دائم.	الجراحة الشافية	العلاج

(مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 294)

2- مفهوم السرطان:

يعرف المعجم الموضوعي للمصطلحات الطبية: إن كلمة cancer تعني أورام خبيثة وتتميز الأورام الخبيثة بسرعة النمو وبانطلاقها بين الخلايا المحيطة بها بحيث لا يقتصر وجودها في مكان تكوينها كما تتميز بانتشارها في الأماكن القريبة والبعيدة من النسيج المصاب وقد يرتد الورم بعد إستئصاله ومن خصائص الخلايا السرطانية أنها خلايا غير متميزة مختلفة في الشكل والنظام عن النسيج التي نشأت منه. (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 291).

حيث نجد "مالكوم شوارتز" (1988) يعرف السرطان "تغيير عام لمجموعة كبيرة من الأمراض التي تتميز بالنمو الفوضوي والغير المنضبط للخلايا".

ويعرف "paul" (1999) "السرطان هو عبارة عن جميع الأورام التي لها ميل للتوسع على حساب الأنسجة الطبيعية وتخریبها".

ومن جهة يعرفه "pinell" (1992) على أنه "مرض يتميز بميكانيزم الانقسام الخلوي العشوائي المستمر والغير المتحكم فيه، حيث تتسم هذه الإصابة المرضية بانقسام خلوي غير خاضع للقوانين الطبيعية للانقسام".

ويعرفه أيضا "عبد اللطيف محمد ياسين" (1988) على أنه "تكاثر خلوي فوضوي سريع وغير منظم يعمل فقط من أجل التكاثر وسرقة المواد الغذائية من الجسم، وإن نظرنا إلى الخلية السرطانية من خلال المجهر فإننا نرى بأن الخلايا تشبه العضو الذي نشأت منه ولكن شكلها مشوه ومحرف".

أما "delehedde" (2006) فيعرفه على أنه "مجموعة الأمراض التي تتميز بالنمو الغير المنضبط للخلايا الخبيثة، وكان من المفروض أن تتخلص منها العضوية لكنها تقلت من النظام الاعتيادي وتتجمع وتشكل أورام أولية على حساب الأنسجة الطبيعية، لتجتاح بعدها الأنسجة وتكون ما يعرف بالبور السرطانية، التي تنتقل بدورها إلى أعضاء الجسم الأخرى عن طريق الدم واللمف لتشكيل مراكز نمو تدميرية جديدة في أجزاء الجسم بعيدة عن

مركزها الأساسي، بواسطة الانبثاق *metastases* بمعنى بانتقال الداء من مركزه الأساسي في الجسم إلى مراكز أخرى منه. (جمعون ياسين، 2013، ص 86).

وبذلك فمرض السرطان هو مرض عنيف سريع التطور يصيب الأنسجة التي تكون الدم، يتصف بتكاثر كرات الدم البيضاء وتتناقص إنتاج كرات الدم الحمراء العادية وصفائح الدم.

3- أسباب السرطان:

لقد تبين إثر الدراسات الحديثة أن العضو ينتج بصفة دائمة عدد معين من الخلايا السرطانية وهي طبيعية لكن الجهاز المناعي يعمل على إتلافها طبيعياً، وفي حالة عدم ممارسة هذه الرقابة يمكن أن يتكاثر هذا العدد الصغير للخلايا وينتج عنه الورم.

إذا كان السبب الرئيسي للسرطان مجهول لحد الساعة فالدراسات المستمرة سمحت بالكشف عن عدة عوامل تساهم في انشاء أرضية ملائمة لظهور السرطان:

العوامل التكوينية الداخلية:

العوامل الجينية:

لقد لوحظ أن بعض أنواع السرطان (سرطان الثدي. البروستات) تتوافر في نفس العائلة، فبعض الأمراض الوراثية تظهر وكأن لها قابلية للإصابة بالسرطان مثل التهاب المستقيم، الشذوذ، الكروموزومي.

وقد اعتمد العلماء أن هناك عاملاً وراثياً يهيئ الشخص للإصابة بالسرطان فسرطان الدم مثلاً يعود إلى خلل في الجينات.

معظم السرطانات المعروفة والشائعة لا تنتقل عن طريق الوراثة، وإنما تكون حالات فردية لا علاقة للوراثة بها ولكن الأبحاث أثبتت دور الوراثة في بعض الأورام وأهمها ورم "أورمة الشبكية في العين" التي تورث في أغلب الأحيان من الأب لأبنائه وليس بالضرورة إلى جميعهم وهي تصيب العينين معا وداء البوليبات القولونية العائلي الذي يورث إلى الأبناء ويتحول إلى سرطان القولون (زلوف منيرة، 2014، ص 26).

العوامل الهرمونية:

هناك نوعان من الهرمونات الداخلية والخارجية وسنقوم بإعطاء فكرة عنها:

أ- الهرمونات الداخلية:

تفرز الهرمونات من الغدد الصماء في البطن وتؤثر في وظيفة الأعضاء أو الغدد الأخرى، وتتصف الهرمونات بنوعيتها في التأثير وبمقاديرها التي تكون غاية في الضآلة، ولاشك أن كمية هذه الهرمونات وأنواعها تكون عادة في حالة من التأثير والتأثير العكسي، وأن اختلال هذا التوازن يؤدي إلى أمراض قد لا تتوافق مع الحياة مع مرور الزمن (**نفس المرجع السابق، 2014، ص 27**).

توضح البحوث في مجال التمايز السرطاني أن الهرمونات لا تلعب دورا أكثر من كونها تسهل تكاثر الخلايا التي أصبحت ذات طاقة سرطانية في النسيج وذلك بتحريض الجمل الخمائرية في هذه النسيج وأهمها خمائر الحلمة وهيدرولاز ، وخميرة بيتاغوكوروتيداز، وتكثر هذه الخلايا في النسيج المصابة بالتهاب مزمن وتعمل في الوقت ذاته دورا أساسيا في تنشيط المسيرة السرطانية، وهذا ما يفسر ظاهرة تعرض النسيج المصابة بالتهاب مزمن إلى حادثة السرطانية قبل تغييرها.

وفيما يلي بعض الأمثلة عن السرطانات والتي تلعب فيها الهرمونات دورا بارزا في إحداثها:

❖ **سرطان غشاء باطن الرحم:** المستويات العالية من الاستروجين، أو البدانة التي ترفع من مستوى الاستروجينات الداخلية.

❖ **سرطان الثدي:** دور كل من الاستروجين و البروجسترون و البرولاكتين في إحداثه.

❖ **سرطان البروستات:** هرمونات التستوستيرون أو مستقبله دي هيدروتستوستيرون.

❖ **سرطان المبيض الظاهري:** هرمونات النخامة الأمامية التي تحرض الاباضة.

❖ **سرطان الدرق**

❖ الحالة الدرقية النخامية

❖ **ساركوما العظم:** و التي يكثر حدوثها في سن البلوغ بشكل مساير للنمو الهيكلي للجسم والذي يسيطر عليه عدة هرمونات كهرمون النمو النخاعي، وهرمون الدرق و الاندروجينات و الاستروجينات (نفس المرجع السابق، 2014، ص 28).

ب- الهرمونات الخارجية:

بدأ الاهتمام الكبير خلال العقدين الماضيين، بتأثيرات الهرمونات المتناولة على الإصابة بخطر السرطان وتركز معظم الاهتمام على الهرمونات الجينية الأنتوية المتناولة في الظروف التالية:

1- أثناء الحمل كمحاولة لمنع الاجهاض.

2- خلال سنين الانجاب عند المرأة بهدف منع الحمل.

3- خلال سن اليأس لتخفيف أعراض سن اليأس.

فالستلبستروول هو استروجين تركيبى غير ستيرونيدي شاع استعماله من 45 سنة لمعالجة الاجهاضات المتكررة أو التهديد بالاجهاض، لكن ثبت بعد ذلك عدم فائدته على سير الحمل ومنع الاجهاض، فضلا عن تحريضه لبعض السرطانات أهمها سرطان عنق الرحم والمهبل الغدي لدى البنات المولودات لأمهات تناولته أثناء حملهن، كذلك سرطان الخصية لدى الصبيان الذين تعرضوا لهذا الدواء وهم داخل الرحم وسرطان باطن الرحم وعنق الرحم والثدي للأمهات أنفسهن وينطبق الشيء على حبوب منع الحمل عالية الاستروجين وهناك شك ضعيف جدا بتأثير حبوب منع الحمل على زيادة نسبة سرطان الخلية الكبدية والميلانوما الجلدية الخبيثة (نفس المرجع السابق، 2014، ص 29).

العوامل المناعية:

ترتفع نسبة المصابين بالسرطان لدى المرض الذين يعانون من عجز في المناعة سواء كان ذلك العجز وراثي أو مكتسب من وقع العلاج مثل عجز المناعة الراجع إلى زرع كلية.

العوامل التكوينية الخارجية:

أ- العوامل الفيزيائية:

و تتمثل في الأشعة: حيث هناك علاقة بين الأشعة وسرطانات الجلد والدم والغدة الدرقية.

يتعرض الانسان لإشعاعات أثناء حياته، منها ما يكون آتيا من الجو المحيط بالأرض، أو منبعثا من الأماكن المشعة داخل الأرض أو استعمال الأشعة للمعالجة أو التشخيص، وهناك دلائل كثيرة وواضحة على أن التعرض للإشعاع يزيد من خطر ابيضاض الدم بنسبة عشر مرات وقد بين الباحث "ستيوارت" أن تعرض الجنين للإشعاع وهو داخل الرحم يعرضه لايبيضاض الدم قبل بلوغه سن العاشرة من العمر، أما ابيضاض الدم بعد هذه السن فلا علاقة له بالإشعاع حيث أن خطر اللوكيميا الناشئ عن الأشعة ينخفض بعد عشر سنوات من التعرض حيث يقرب من الصفر بعد 20 سنة أو أكثر (نفس المرجع السابق، 2014، ص 30).

ويجب الانتباه عند الاستعمال التشخيصي أو العلاجي للأشعة بسبب خطرها على كل من الطبيب والمريض على السواء، أن لم تتخذ الشروط الوقائية المناسبة فقد بينت التقارير أن متوسط الحياة للأطباء الشعاعيين أقل بخمس سنوات مما هو للأطباء الداخليين، ويعود ذلك لارتفاع التسرطن لدى الشعاعيين، وخصوصا سرطان الجلد واليد، أما بالنسبة للمريض فشاهد ارتفاع في نسبة سرطان العظم وذلك في الحوض لدى النساء اللواتي تعرضن لمعالجة سرطان عنق الرحم كما ترتفع نسبة سرطان المبيض والرحم والمثانة والمستقيم والمعدة والأمعاء، والبنكرياس بتشعيع البطن والحوض وسرطان الرئة والدرق عند تشعيع الصدر والعنق.

ويظهر لأن الخطر الجديد للإشعاع الكوني وذلك بسبب حدوث ثقب كبير في طبقة الأوزون الواقية فوق المنطقة المتجمدة الجنوبية، مما يزيد من خطر الأشعة فوق البنفسجية التي تصل للأرض ويزداد معها عدد من الأمراض الفتاكة وفي مقدمتها السرطان.

والخطر الأهم وارد عن الأشعة الناتجة عن التفاعلات النووية وعن القنابل الذرية.

ب- العوامل الكيميائية:

لقد توصلت الأبحاث العديدة التي أجريت على المواد الكيميائية للنظر في مدى تسببها في مرض السرطان إلى النتائج التالية:

- المواد الكيميائية ذات المصدر الغذائي:

تشير الدراسات التي أجريت على الغذاء إلى علاقة بعض أنواع الغذاء كالدهن والكحول بالإصابة بالسرطان خاصة سرطانات المعدة والأمعاء، بينما الخضار والبقول والألياف تقلل من حدوثه.

إن الدهن الحيواني (الشحم)، التعطير الأميني وهو خاص لاستعمال النفاثق وتكوين الحلويات مرتبطة بسرطان المثانة (نفس المرجع السابق، 2014، ص 30 - 31).

وهناك بعض السرطانات ذات علاقة قوية بالحمية الغذائية منها:

❖ **سرطان الثدي:** وذلك للعلاقة بين الإسراف في تناول الشحوم (خاصة المشبعة) وبين حدوث هذا السرطان.

❖ **سرطان القولون والمستقيم:** الإفراط في تناول الشحوم الحيوانية له دور في إحداث السرطان، حيث تستقلب هذه الشحوم بواسطة الجراثيم المعوية إلى مواد مسرطنة للمستقيم والقولون منها الحموض الصفراوية والكولسترول.

❖ **سرطان الكبد:** هناك عوامل غذائية لها علاقة بهذا السرطان منها الحمية الفقيرة باللحوم، حيث تؤدي إلى عوز في بعض الحموض الأمينية الواقية للكبد وفي طليعتها الكولين وأن

الحمية الغنية بمادة الافلاتوكسين الموجودة في بعض الأغذية تساهم لحد كبير في توليد أنواع من سرطانات الكبد.

❖ **سرطان البلعوم الأنفي:** الذي يكثر لدى الصينيين الذين يتناولون الأسماك المجففة والمملحة والمحتوية على مركبات النتروزاجين شديدة القدرة على إحداث الخبث السرطاني، هذا وإن لعوز المواد الغذائية أو عناصرها دورا في إحداث بعض السرطانات، فعوز الحديد يؤدي إلى السرطان القناة الهضمية العليا (تناذر بلومرفنسون) (نفس المرجع السابق، 2014، ص 32).

- **المواد الكيميائية المتعلقة ببعض العادات الشخصية:**

❖ **التدخين:** يطلق التدخين حوالي 3000 مادة تحتوي مواد عديدة لها علاقة مباشرة مع السرطان أهم هذه المواد.

❖ **أكسيد الكربون:** يشتعل غاز أول أكسيد الكربون وثاني أكسيد الكربون عند احتراق التبغ، حيث تستطيع بعض أنواع المصافي من خفض نسبة 25% من المزيج الغازي وكذلك من سرعة دخول الدخان إلى الفم المدخن ومن الجدير بالذكر، الإشارة إلى أن المدخن يغلق المسامات الموجودة في المصفاة بإصبعه أو بفيه مما يزيد 25% من المواد الداخلة إلى الجسم و الجميع يعلم الضرر الكبير لغازات أكسيد الكربون في رئة الانسان وكامل جسمه.

❖ **أكسيد النيتروجين:** عند احتراق مجموعة من أكسيد النيتروجين والذي يدخل منها إلى الفم المدخن فقط غاز No بشكل أساسي مع أثار من N2O وتساعد هذه الأكاسيد على تشكل مادة النيتروزامين التامة إلى تصل إلى الرئة وتسبب اختناق بسبب نقص كميات الأكسجين بالدم، ولا بد من الإشارة إلى أوراق التبغ المسمدة بنسبة عالية من النترات تكون نسبة أكسيد النيتروجين عالية بها وبالتالي ضررها أكبر.

❖ **الألدهيدات الطيارة:** أيضا تشتعل عند احتراق أوراق التبغ، وأعلاها نسبة غاز فورمالدهيد ومن ثم أسيت ألدهيد و وروبيون ألدهيد وأستيول وغيرها، وكلها تسبب حدوث الإصابة بسرطان الأنف أيضا(نفس المرجع السابق، 2014، ص 33).

- المواد الكيميائية المستعملة في بعض المهن.

مصانع انتاج الشمع المشتق من البترول الخام، المواد الحديدية مثل الزرنيخ يصنع به دواء لقتل الجردان، وهو متورط في سرطان الجلد.

❖ **العوامل الطفيلية:** سرطان المثانة قد يرجع نسبة إلى مرض البازيوس.

العوامل الفيروسية:

• فيروس EBV قد يؤدي إلى ظهور سرطان الحنجرة.

• فيروس Herpes قد يؤدي إلى سرطان الرحم.

لقد أثبتت التجارب أن التلقيح التجريبي لبعض الفيروسات عند الحيوانات يؤدي إلى السرطان وينتج عن هذا التلقيح تحطيم الخلايا العادية أو تحويلها إلى خلايا خبيثة وتسمى هذه الفيروسات بالسرطانيات (نفس المرجع السابق، 2014، ص 33).

العوامل الجغرافية والعرقية:

قد ظهرت هذه العوامل من خلال الدراسات المتعلقة بالتوزيع الجغرافي للسرطان، فهناك اختلاف ملحوظ في نسبة حدوث سرطان معين بين أقطار المختلفة من العالم، فسيسيطر سرطان الرئة في الولايات المتحدة وبريطانيا ويتبعه بالتسلسل سرطان الثدي والأمعاء الغليظة والمعدة بينما سرطان الكبد الأولي هو الأكثر حدوثاً في إفريقيا واليابان. وخطورة سرطان الثدي بين النساء البيض في الولايات المتحدة أكبر بـ 8 مرات منها بين نساء إسرائيل وسرطان الكبد 475 مرة أكثر بين الذكور الروسين منه بين الذكور البولنديين، والميلانوما الخبيثة أكثر بـ 62 مرة بين الذكور النيوزيلانديين منها بين الذكور اليابانيين، إذا استبعدنا الميل العرقي فيعتقد أن الاختلاف هو نتيجة العوامل البيئية وهذا أيضاً لا يمكن الاعتماد عليه وذلك بمقارنة الاختلاف الواضح في حدوث السرطان بين اليابانيين الذين يعيشون في الولايات المتحدة والأمريكان البيض. (زلوف منيرة، 2014، ص 34).

العوامل النفسية الاجتماعية:

العوامل النفسية والاجتماعية يمكنها التأثير على مرض السرطان بطرق عدة، فالعوامل السلوكية مثل التعرض للمواد المسرطنة كالتبغ، تأثيرها على نشوء المرض، وكذلك الحال بالنسبة للمتغيرات النفسية الاجتماعية، التي قد يكون لها أثرها أيضا لكن بطريقة غير مباشرة، وذلك من خلال استهلاك الدهون أو التعرض للضغوط كذلك، يمكن للعوامل النفسية الاجتماعية أن تؤثر في تطور المرض حتى بعد بدايته، فالاستجابة العاطفية للفرد أو مدى استعداده لمكافحة المرض على سبيل المثال، تعتبر من المؤشرات التي تتنبأ بتقدم السرطان وتطوره، وللعوامل السلوكية أيضا تأثيرها غير المباشر على تطور السرطان، وذلك من خلال متغيرات معينة مثل الفشل في الالتزام بحمية تقاوم السرطان، أو عدم الالتزام بالمعالجة أو الفشل في إتباع أساليب الكشف المبكر عن السرطان. (شيلى تايلور، 2008، ص 663 - 664).

4- أعراض السرطان:

هناك مجموعة من الأعراض المرتبطة بمرض السرطان، يمكن تصنيفها على النحو التالي:

4-1- أعراض ناتجة عن النمو السريع وغير الطبيعي للخلايا:

تؤدي وتيرة النمو السريع وغير الطبيعي للخلايا السرطانية إلى استهلاك طاقة الجسم بشكل كبير واستنزاف موارده لتغذية هذه الوتائر المتسارعة للنمو على حساب احتياجات بقية أعضاء الجسم ووظائفها الحيوية وهذا قد يسبب:

- * فقد الدم نتيجة الاستهلاك المتزايد.
- * الانهالك والتعب.
- * نقصان الوزن والنحول.
- * فقدان الشهية.
- * عسر الهضم.

* إمساك أو إسهال.

* حرارة غير عادية مع ضعف الحالة العامة للجسم، التي يصعب التحكم فيها بالعلاج بالمضادات الحيوية.

* آلام متناقلة، متواترة الحدوث دون أسباب معينة.

2-4- أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب:

إن الخلايا السرطانية لا تؤدي وظائفها الطبيعية، إنما تؤديها بشكل مضطرب على هيئة:

- زيادة غير طبيعية في معدلات العمل مثل: الإفراز الزائد لبعض الغدد مثل الغدة الدرقية أو البنكرياس.

- نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل مثلما يحدث بالفشل الكلوي أو الرئوي أو قصور الكبد، أو تحلل مكونات الدم.

- القيء والسعال.

- قد تتجمع هذه الخلايا بسبب النمو السريع مشكلة كتلة تحتل حيزا ليس لها فتعرق عمل العضو المصاب، كأن تتشكل كتلة في الأمعاء فتحدث بها انسدادا أو كتلة داخل الرأس تضغط على المناطق الأخرى فتعطلها، ظهور كتل ليفية على مستوى الثدي أو الغدد الدرقية (وليدة مرازقة، 2009، ص 88) .

3-4- أعراض ناتجة عن انتشار والتأثير على أعضاء الأخرى:

❖ الغزو المباشر أي أن تنمو الخلايا مختربة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة وفي طريقها قد تصطدم بأي شيء يقف في طريقها.

❖ حدوث تمزقات في الأوعية الدموية ومن ثم نزيف.

❖ ضغط على المناطق العصبية وحدوث آلام شديدة.

❖ نفث دم متكرر، نزيف رحمي، بيلة دموية، نزيف شرجي.

❖ تقرحات جلدية وتقرحات مخاطية. (نفس المرجع السابق، 2009، ص 89).

5- أنواع السرطان:

5-1- سرطان الثدي:

يمثل سرطان الثدي أكثر السرطانات انتشاراً لدى النساء بين 30 و60 سنة وأول أسباب وفياتهن في الوطن العربي، إذ يؤدي إلى حدوث ورم وآلام، نسب الإصابة بين الجنسين هي، امرأتين مقابل رجل واحد، يكشف عنه بواسطة البحث الطبي، الذي يظهر على شكل ورم دائري غير منتظم ويتركز غالباً في الجهة العلوية الخارجية من الثدي.

يكون الورم في بداية الأمر محصوراً على الثدي لكن عندما يصل قطره إلى حوالي 50 ملم يبدأ بالانبات عبر المجاري الدموية والجهاز اللمفاوي إلى الأجزاء الأخرى ويصيب كلا الثديين في 10 بالمائة من الحالات.

5-1-1- أعراض سرطان الثدي:

تنقسم إلى نوعين النفسية منها و الجسدية:

أ- الأعراض النفسية:

لقد بينت دراسة ديغوقاترز وزملائه أن 47% من المصابات بسرطان الثدي مهما فإن نوعه يظهرن اضطرابات نفسية حسب معايير dsm4، كما أن التشخيصات الأكثر انتشاراً لها علاقة باضطرابات التكيف، الاكتئاب، القلق، ويمكن جمع المظاهر النفسية فيما يلي:

- * الخوف من الموت.
- * الخوف من التشوه.
- * شعور عام بالحصر.
- * الخوف من الآلام.
- * اضطرابات الدور الاجتماعي.
- * فقدان الاهتمام.

ب- الأعراض الجسدية:

- * التهاب الثدي.

- * ظهور ورم مؤلم أو غير مؤلم في الثدي خاصة في القسم الأعلى الخارجي منه بالإضافة إلى تجعد الجلد المغطى للورم.
- * إنكماش الحلمة.
- * إنتفاخ العقد اللمفاوية.
- * سيلان الحلمة بكمية من السائل المائل للبياض أو الأخضر أو الدم في بعض الأحيان.
- * تغير في حجم الثدي حيث يكون هناك تضخم (زلوف منيرة، 2014، ص 36).

5-1-2-التشخيص لسرطان الثدي:

أ- الفحص الذاتي:

لا يحتاج هذا النوع من الفحص إلى مختص عيادي للقيام به بل يمكن للمرأة نفسها أن تقوم به بتفقدتها لكل الثدي بصفة منتظمة مرة كل شهر على الأقل، وذلك أسبوع بعد مرور العادة الشهرية، وذلك بحثا عن تكتلات غريبة وطفح جلدي غير معتاد أو إفرازات معينة أو تغير في اللون.

ب- الفحص الاكلينيكي:

يتم هذا الفحص من طرف مختص اكلينيكي للبحث عن وجود العلامات التالية:

- تكتلات مؤلمة أو غير مؤلمة متواجدة في أحد الأقسام الأربعة للثدي.
 - إنتفاخ و إحمرار الجلد.
 - تورم الحلمة وتغيير في شكل رأسها.
 - إرتفاع في درجة حرارة الثدي عن طريق إختبار الترموسافيا يقيس درجة حرارة سطح الثدي.
 - القيام بمسح مهبلي، وعنق رحمي (نفس المرجع السابق، 2014، ص 37).
- كما يدعم الأخصائي بوسائل تشخيصية هي:

ج- الصور الاشعاعية للثدي:

تجرى الصورة الاشعاعية بعد حدوث الحيض وتكون دوما للجهتين، وعلى الجوانب الثلاثة: أمامي جانبي، جانبي، إبطي.
تكون النتيجة بظهور بقع بيضاء تدل على وجود إنبثاقات في الجهة المصابة أو في الجهة المقابلة.

د- الصور ما فوق صوتية:

تستعمل في التفريق بين الورم الصلب عن الورم السائل وتقوم بتحديد أبعاده ومدى انتشاره، وتطبق بعد الصورة الاشعاعية للتأكد من التشخيص أو نفيه.

هـ- الخزعة:

تتمثل في أخذ عينة من نسيج الثدي وفحصها مجهريا للتأكد من وجود أو غياب خلايا غريبة- سرطانية- أو ما إذا كان الأمر خبيثا أو حميدا.

5-1-3- علاج سرطان الثدي:

إن العلاج الكلاسيكي لسرطان الثدي يعتمد على الجراحة العلاج بالأشعة العلاج الكيميائي، العلاج الهرموني، ويتوقف ذلك على نوعية الورم، حجمه ومكان تواجده.

❖ العلاجات المحلية:

أ- الجراحة:

تتمثل إجمالاً في استئصال الورم جراحياً، قديماً كان الاستئصال يتضمن الورم وكل المنطقة المجاورة له، لكن وكما هو الحال بالنسبة لسرطان الثدي قد لا يستلزم الأمر نزع العضو كله فبتقدم التكنولوجيات والتقنيات الجراحية والأدوية فالمضادات الحيوية القوية أصبح التركيز فقط على الورم (نفس المرجع السابق، 2014، ص 38).

ب- العلاج بالأشعة:

تتضمن أشعة X وأشعة غاما وتعتمد على الفوتون، حيث أنها تغير DNA ضمن نواة الخلية السرطانية.

❖ العلاجات الشاملة:

أ- العلاج الكيميائي:

لقد ثبت أن العلاج المحلي للسرطان لا ينجح في إزالة كل الخلايا السرطانية حيث أن هناك بقايا صغيرة مجهرية من الخلايا الخبيثة التي نجدها بعد العلاج المحلي، والعلاج الكيميائي يتم باستخدام مجموعة مركبة من العقاقير الكيميائية والتي يكون تأثيرها على الخلايا السرطانية أقوى منه على الخلايا السليمة.

ب- العلاج الهرموني:

يتم العلاج الهرموني باستخدام توكسيفان الذي يعمل ضد الاستروجين خلال مدة خمس سنوات، إذا كان الورم يحتوي على مستقبلات الاستروجين ونوعا من البروجيستيرون وهذا مهما كان السن لكن عند استعماله لمدة طويلة يظهر خطر الإصابة بسرطان الرحم لهذا فيجب وضع الحالة تحت المراقبة الدورية لدى أخصائي أمراض النساء.

2-5- سرطان عنق الرحم:

1-2-5- تعريفه:

يبدأ هذا النوع من السرطان في إصابة المرأة بعد تخطيها سن الأربعين ويصيب النساء اللواتي عانين رضوا عدة بعنق الرحم بسبب الولادات المتعددة أو الاسقاطات المتكررة أو الالتهابات المزمنة.

وهذا المرض لا يصيب نسيجا سليما وإنما يصيب نسيجا مهياً قد أنهكه المرض المتكرر أو المرض الذي يغير من نوعيته ويضعف إمكانيةه وتجعله في حالة ما قبل السرطان.

ويكفي أن تضاف بعض الظروف المهيأة المحلية ليصاب بالسرطان، ويكون سرطان عنق الرحم في جزئه الخارجي أو الداخلي أو فيهما معا.

وينتشر نحو المهبل أو نحو الرحم أو في الاتجاهين معا، أو يكون انتشاره عن طريق اللمفاوي أو الدموي إلى الأنسجة والأعضاء البعيدة فيصيبها هي أيضا.

ويكون هذا الانتشار خاضعا لعدة عوامل كدافعية الجسم، ثم مكان موضع السرطان (**نفس المرجع السابق، 2014، ص39**).

5-2-2- أعراض سرطان عنق الرحم:

إن النزيف المتقطع هو أكثر الأعراض وضوحا في سرطان عنق الرحم، ومن المؤسف هو أنه عندما يحدث هذا النزيف. يكون التقرح قد ظهر بالفعل.

ويحدث النزيف الدموي خصوصا بعد الجماع. مع الحيض غير المنتظم ونزيف مهبلي وقد يظهر بعد ذلك ألم في أسفل الظهر وقبئ وإمساك ونزيفات بولية متنوعة وفقدان الوزن، وتكون أعراضه غير مؤلمة، ولا يظهر الألم إلا في المراحل المتأخرة من المرض ويعتبر النزيف غير المنتظم أكثر علامات السرطان تحذيرا وقد يحدث هذا النزيف في حين تكون فيه دورة الطمث غير منتظمة أو زيادة في طول أو كمية الدورة الشهرية.

ولقد تبين أن السرطان لا يعلن عن نفسه بأية أعراض في مرحلة الأولى، ولكن الأعراض تبدأ في الظهور شيئا فشيئا وأنها تشبه أعراض سرطان الرحم في مجملها وتتمثل فيما يلي:

• السيلان:

ويكون في مرحلة الأولى بدون لون أو رائحة ولكن سرعان ما يأخذ لونه الذي غالبا ما يكون في شكل دم، وتتخذ رائحته ننتنة (كريهة) قوية في مرحلة المتقدمة من المرض، وإذا يكون أولا افرازيا ومع تقدم المرض يمتزج معه تساقطا وموت الأنسجة المصابة.

• الألم :

هو عرض متأخر، ويدل إذا ظهر على انتشار المرض أو ظهور الانتان والالتهابات المصابة وضغط السرطان على الأعضاء المجاورة والأعصاب، ويكون الألم في الحوض والمنطقة القطنية العجزية والأطراف السفلى ويظهر الألم ليلا في مراحله الأولى ولكنه باستمرار بعد ذلك، وحين انتشار المرض على الأعضاء المجاورة تظهر أعراض متأخرة إذ في هذه المراحل ينتشر السرطان على المثانة والأمعاء أو يضغط عليها، فيحدث أعراضا جديدة فاضطراب وظيفة المثانة، مثل توقف البول وظهور الدم.

• الهزال:

وهو عرض متأخر أيضا يأتي نتيجة انتشار المرض وانتشار الأنسجة مع عدم تعويضها وانتقال خلايا السرطان عبر الدم والطرق اللمفاوية مع التأثيرات العامة على حالة الجسم. واضطراب وظائف الأعضاء وانعدام الشهية.

5-2-3- تشخيص سرطان عنق الرحم:

• تحليل الأنسجة:

ينصح به في كل مرة تكون هناك أعراض اكلينيكية تنبؤ بوجود سرطان قاسح وفي حالة المعاكسة يستحسن إجراء كشط ثم تكملته بتحليل الأنسجة لا بل أن كون الشفرة المستعملة حادة بقدر الكافية هي تسحب الكمية اللازمة من النسيج مع العلم أنه لا يمكن الاعتماد كلياً على النتائج تحليل الأنسجة مفاده قرح غير كاس لأنه من الصعب الإقرار بعدم وجود مفر ضئيل للورم عبر بعض المليمترات من مكان الكشط (نفس المرجع السابق، 2014، ص41).

• إختبار "بابا".

إن فحص إختبار (بابا) والذي يسمى بإسم مخترعة الدكتور "جورج بابا نيكولا" وهو يتضمن فحص مجهري للخلايا التي يفرزها جسم باطن الرحم وعنق الرحم التي تتجمع من السائل المهبلي ومن سطح عنق الرحم والتي يتم التقاطها بواسطة ممسحة قطنية والإجراء هو بسيط وغير مؤلم والأهم من ذلك أن نتائجه التشخيصية دقيقة بدرجة 95% لسرطان عنق الرحم في مرحلة الأولى، مما يساعد على جعل العلاج ناجح 100%.

• الوقاية:

يمكن الوقاية من طرف عن طريق ممارسته النظافة بالماء والصابون والحذر من المستحضرات التصحيحية، إذ غالبا ما تكون هذه المستحضرات خطيرة ويجب الانتباه إلى علاماتها الواضحة، وينصح بإجراء فحوصا دورية بالإضافة إلى إختبار بابا نيكولا الذي لا يستغرق سوى دقائق معدودة وتصل فعالية إلى 95% ويمكن إكتشاف سرطان عنق الرحم المبكر بسهولة، وهذا يؤدي إلى أن يكون نجاح علاجه أسهل مما سواه.

5-2-4- الطرق المستخدمة في العلاج سرطان عنق الرحم:

يبلغ اليوم معدل الوفاة من جراء سرطان عنق الرحم ما كان عليه قبل 25 سنة وتقريبا ثلاثة أرباع كل الحالات يمكن معالجتها بنجاح، إذا تم تشخيص السرطان وهو داخل الرحم (قبل أن يمتد إلى الخارج).

والجراحة تزيل كل ما يمكن إزالته من النسيج أو العضو السرطاني.

• العلاج الجراحي:

الجراحة هي أقدم الطرق المعروفة لإزالة الورم غير الحميد وما زالت هذه الطريقة الحيدة والمعتمدة لعلاج هذا المرض ومنعه من الانتشار وبخاصة إذا أمكن تحديد موضع الورم بصورة دقيقة، كما في حالة عنق الرحم ومن ثم إزالة كليا، ولكن ليست كلها قابلة للإزالة جراحيا لعدة أسباب منها:

❖ بعض الأورام تكون قريبة من أعضاء حيوية في الجسم، أو تكون في أماكن بعيدة عنها، بحيث يصعب الوصول إليها جراحيا (نفس المرجع السابق، 2014، ص 42 - 43).

❖ تكون الأقسام من هذه الأورام غير منظمة أو جذور صغيرة جدا منتشرة في أنسجة أخرى من الجسم يصعب إزالتها.

❖ إن بعض الأورام تكون صغيرة جدا، ولا يمكن رؤيتها بالأشعة أو الأجهزة المتطورة الأخرى، وهذه الأورام تكون منتشرة في أماكن كثيرة من الجسم، وتبقى هذه الأورام

ولو أزلنا الورم الأصلي لأنه لا يمكن رؤيتها، ومن ثم لا يمكن تحديد مكانها، ولهذا ينصح في بعض الأحيان بأخذ جرعات من الإشعاع أو العلاج بالأدوية الكيميائية حتى يمكن القضاء على الأورام المتبقية التي تصلها الجراحة، في حالة وجود السرطان الموضعي قد يكتفي باستئصال عنق الرحم عند السيدات الصغيرات الأقل من 35 سنة التي يرغبن في الانجاب واستئصال عنق الرحم يمكن أن يأتي بالشفاء في بعض الحالات.

5-3-3- سرطان الدم:

5-3-1- تعريف سرطان الدم:

هو نوع من أنواع السرطان الذي تنمو فيه خلايا الدم البيضاء وتتكاثر بصورة لا يمكن التحكم فيها ويسمى أيضا بمرض ابيضاض الدم حيث تنمو خلايا الدم البيضاء الشاذة وتغزو الأنسجة والدم، ويتوقف معها نخاع العظم عن انتاج الخلايا الطبيعية مما يؤدي إلى فقدان الدم (نفس المرجع السابق، 2014، ص 43).

5-3-2- أنواع سرطان الدم:

تنقسم سرطانات الدم إلى أربعة أنواع رئيسية وهي:

- سرطان الدم النخاعي الحاد.
- سرطان الدم الليمفاوي الحاد.
- سرطان الدم النخاعي المزمن.
- سرطان الدم الليمفاوي المزمن.
- **سرطان الدم النخاعي الحاد:** يكثر هذا المرض لدى البالغين ويقل لدى الأطفال، وفي هذا المرض تتكاثر خلايا بدائية، تشبه الخلايا الأم حتى تملأ معظم النخاع العظمي ولا تبقى سوى مساحة محدودة للخلايا الطبيعية، فتحدث أعراض بما يسمى بفشل النخاع العظمي.

وهذا النوع له أنواع فردية عديدة، يقسم حسب الاختلال في الكروموزوم التي يمكن الكشف عنها مخبرياً (16 أو 17، 15 أو 8، 21)، يكون فيها المرض أقل خطورة من حالات أخرى في الكروموزومات 5 أو 7.

• **تشخيص سرطان الدم النخاعي الحاد:** يتم التشخيص بواسطة تحليل عدد من خلايا الدم للمرضى الذين لديهم الأعراض المذكورة ويتم التأكد من التشخيص بواسطة زراعة النخاع العظمي الذي هو عبارة عن أجزاء بسيط يتم تحت التخدير الموضعي أو بعد، إعطاء حقنة منومة ولا يحتاج إلى تخدير عام إلا عند إجراء الفحص للأطفال، وفي حالة التأكد من المرض يتم إجراء فحوص للتأكد من نوع الدقيق للمرض وإجراء فحوص للكروموزومات لاختبار طريقة العلاج (نفس المرجع السابق، 2014، ص44).

• **علاج سرطان الدم النخاعي الحاد:** يكون علاج هذا المرض عن طريق العلاج الكيميائي المكثف الذي يستمر لمدة 3 – 10 أيام باستخدام 2-3 عقاقير، إلا أنها تهاجم أيضاً الخلايا الطبيعية للنخاع العظمي وتزداد أعراض فشل النخاع العظمي لفترة مؤقتة تطول ثلاثة إلى أربعة أسابيع بعد فترة العلاج المذكورة ثم يستعيد النخاع العظمي عافيته وتعود خلايا الدم الطبيعية إلى التكاثر والنمو بعد إنتاج الدم وتنتهي أعراض فشل النخاع العظمي المذكورة.

• **سرطان الدم الليمفاوي الحاد:** يعتبر هذا المرض الخبيث الأول لدى الأطفال، ولكن هناك العديد من البالغين الذين يصابون به، وهذا المرض أكثر استجابة للعلاج وامكانية الشفاء التام منه أكبر من سرطان الدم النخاعي الحاد.

• **أعراض سرطان الدم الليمفاوي الحاد:** لا تختلف أعراض سرطان الدم الليمفاوي الحاد عن سرطان الدم النخاعي، لذلك يعتبر التشخيص الدقيق وتمييز كل مرض عن الآخر ضرورياً لكون علاج المرضين مختلفين بالإضافة إلى الاختلاف في فرصة الاستجابة للعلاج، والحاجة إلى عملية زراعة النخاع الهضمي.

• **تشخيص سرطان الدم الليمفاوي الحاد:** تجرى الفحوصات للتمييز بين سرطان الدم الليمفاوي الحاد وسرطان الدم النخاعي الحاد، بفحوص كيميائية للخلايا، وفحوص السمات المناعية لهذه الخلايا.

• **علاج سرطان الدم الليمفاوي الحاد:** هناك أدوية كيميائية لها فعالية جيدة على خلايا هذا المرض دون أن تؤثر كثيرا على الخلايا الطبيعية، ويكون العلاج حسب جداول مدروسة مقسمة إلى مراحل تشمل:

• العلاج المكثف.

• وقاية الجهاز العصبي المركزي.

• الحفاظ على نتائج العلاج.

• **سرطان الدم النخاعي المزمن:** يعود سبب ظهور هذا المرض إلى الاختلال الكروموزومي الذي هو عبارة عن تبادل قطعتين من كل من الكروموزومين 9 و 22 مما يؤدي إلى نشوء كروموزوم يطلق عليه، اسم " كروموزوم فيلادلفيا" ويؤدي هذا إلى فقدان الخلايا خاصية الموت المبرمج، وبالتالي إلى تكاثر كريات الدم البيضاء بلا حدود مع عدم فقدان خاصية التمييز، وتظهر هذه الخلايا بشكلها الطبيعي، بأعداد كبيرة جدا في النخاع العظمي وكذلك في الدم نتيجة انهيار الحاجز بين النخاع العظمي وبين الدم.

• **أعراض مرض سرطان الدم النخاعي المزمن:** بعض المرضى لا تكون لديهم أعراض لفترة طويلة ويكتشف المرض عندهم صدفة وعند إجراء تحليل الدم، وهناك مرضى آخرون لديهم بعض الأعراض الحقيقية مثل أعراض فقر الدم (ضعف، صداع، إرهاق، خفقان في القلب، ضيق في التنفس عند بذل جهد) ويوجد لديهم أعراض نتيجة تضخم الطحال أو الكبد مما يؤدي إلى سوء الهضم وشعور بالإمتلاء عند أكل كمية بسيطة من الطعام.

بعض المرضى الآخرين تظهر لديهم أورام في أعضاء مختلفة من الجسم نتيجة إنتاج النخاع العظمي خارج الأماكن الطبيعية (نفس المرجع السابق، 2014، ص 46).

• **تشخيص مرض سرطان الدم النخاعي المزمن:** مع الأعراض السابقة وجود تكاثر كبير في عدد كريات الدم البيضاء المتعادلة وإجراء فحوص كيميائية على الخلايا، وعلى الكروموزومات للكشف عن وجود كروموزوم فيلادلفيا، الذي يعتبر المؤكد للتشخيص.

• **علاج مرض السرطان الدم النخاعي المزمن:** يمكن السيطرة على أعراض هذا المرض بواسطة أدوية كيميائية عن طريق الفم بسهولة ولكن بعد مدة العلاج (3-5 سنوات) يتطور إلى مرض أشد خبثا يشبه سرطان الدم النخاعي الحاد، ويكون أقل استجابة للعلاج من سرطان الدم النخاعي الذي لم يسبقه سرطان النخاعي المزمن، وعند ذلك يصعب العلاج والسيطرة عليه فيؤدي إلى الوفاة.

وخلال عام 2001 تم الإعلان عن اكتشاف دواء جديد يعطى عن طريق الفم، يدور حول التخلص من هذا المرض نهائيا دون الحاجة إلى زراعة النخاع العظمي، وهو عبارة عن دواء يثبط الأنزيم النشط الناتج عن كروموزوم فيلادلفيا.

• **سرطان الدم الليمفاوي المزمن:** يعتبر هذا المرض أحد الأورام الليمفاوية التي هي على درجة متدنية من الخبث وتختلف عن الأورام الليمفاوية بأن الخلايا المتسرطنة في هذا المرض تنشأ في النخاع العظمي وبأنها تفقد العناصر التي تربطها بالنخاع العظمي وبالتالي تنتقل إلى الدورة الدموية فتظهر في الدم، ويمكن أن يتعايش هذا المرض مع الانسان لفترة طويلة 5-15 سنة، مع وجود مشاكل جدية تتطلب العلاج فقط في السنوات الأخيرة من المرض.

• **أعراض سرطان الدم الليمفاوي المزمن:** لا يشتكي المريض من أي عرض، وإنما يكشف المرض لديه بالصدفة وأحيانا يشتكي المريض من ظهور عقد لمفاوية في العنق وتحت الابطين أو في أماكن أخرى، وأحيانا بسبب هذا المرض تضخم في الطحال مع ما يرافقه من أعراض امتلاء أعلى البطن خاصة بعد الأكل، وكذلك يسبب هذا المرض في بعض الأحيان فقر الدم أو نقص الصفائح الدموية، وهذا مؤشر إلى انتقال المرض إلى مراحل متقدمة (نفس المرجع السابق، 2014، ص 47 - 48).

• **تشخيص سرطان الليمفاوية المزمن:** بإجراء تحليل مخبري بسيط يسمى عد خلايا الدم يمكن أن تكتشف أن الخلايا الليمفاوية لدى المريض متزايدة بنسبة واضحة وأيضا القيام بفحوصات لتحديد مدى تقدم المرض، وهي عبارة عن فحوص عبارة عن فحوص اشعاعية للبلطن وفحوص للنخاع العظمي.

• **علاج سرطان الدم الليمفاوية المزمن:** لا نتوجه بالعلاج فورا إذا كان المرض في مرحلة الأولى، ونكتفي بمراقبة المريض دوريا حتى تحصل مضاعفات لتدخل علاجها بواسطة دواء يعطي عن طريق الفم يوميا، أو على شكل حقن تعطى عن طريق الوريد لعدة أيام وتكرر شهريا، والعلاج بهذه الوسائل عادة يؤدي إلى التحكم في المرض وفي مضاعفاته.

4-5- سرطان الدماغ:

هو انقسام غير طبيعي وغير منتظم لخلايا الدماغ سواء في المخ، المخيخ أو الحبل الشوكي، والذي يسبب انضغاط لأجزاء وأورام الدماغ الأخرى وبالتالي فقدان لأحدى الحواس أو ضعفها.

وأورام الدماغ الأولية (أي التي منشأها الأصلي الدماغ) نادرة جدا بعكس أورام الدماغ الثانوية التي تكون ناتجة عن انتشار المرض من أعضاء أخرى بالجسم وصولا إلى الدماغ (نفس المرجع السابق، 2014، ص49).

1-4-5- أعراض سرطان الدماغ.

أورام الدماغ سواء كانت حميدة أو خبيثة تسبب في أعراض متشابهة والتي تختلف بحسب مكان حدوثها من الدماغ، ومن هذه الأعراض:

- الصداع وخاصة الذي يصيب الشخص صباحا.
- الغثيان والقيء.
- حدوث تشنجات.
- ضعف بعض الأطراف كالعلوية أو السفلية.
- ضعف بعض الحواس أو تأثرها.

2-4-5- تشخيص سرطان الدماغ:

عمل أشعة مقطعية للرأس للتأكد من وجود ورم بعد عمل الفحص الاكلينيكي كما أن فحص الجهاز العصبي مهم حتى يمكن معرفة مكان الإصابة في الدماغ، ومن الفحوص الأخرى التي يمكن إجراؤها هو حقن مادة ملونة في أحد الشرايين المغذية للمخ ثم تصوير الرأس حيث تظهر كافة الشرايين هناك وهذا الفحص يجرى عادة إذا كان هناك نية لإجراء عملية جراحية لاستئصال الورم.

3-4-5- طرق علاج سرطان الدماغ.

• التدخل الجراحي لاستئصال الورم، إذا كان مبرمجا لإزالة الضغط الواقع على الأجزاء الأخرى، ولكن أحيانا يكون من الصعب إجراء العملية، إذا كان الورم قريبا من مكان حيوي هام في المخ.

• العلاج الإشعاعي.

• العلاج الكيميائي والفائدة منه محدودة حيث أن العقاقير لا يمكنها الدخول إلى المخ عن طريق الأوعية الدموية ولكن يمكن حقن العقار في السائل المخي الشوكي (نفس المرجع السابق، 2014، ص50).

5-5- سرطان الفم.

هو نمو غير طبيعي وغير متحكم فيه للخلايا المبطنة للتجويف الفمي.

1-1-5- أعراض سرطان الفم:

- ظهور قرحة في الفم تتدخل أو تنزف بسهولة.
- ظهور ورم أو مساحة صغيرة حمراء أو بيضاء بشكل دائري في الفم.
- صعوبة في المضغ أو البلع.
- التهاب الحلق.
- أن يكون هناك تحديد في خزعة اللسان والفكين أو الاحساس بضيق عند لبس طقم الأسنان الاصطناعية.

- نادرا ما يكون الألم أحد أعراض سرطان الفم في مرحلته المبكرة.

5-5-2- تشخيص سرطان الفم:

أخذ عينة من الورم أو التقرح الموجود في الفم وفحصها تحت المجهر.

5-5-3- طرق علاج سرطان الفم.

- التدخل الجراحي.
- العلاج الإشعاعي (نفس المرجع السابق، 2014، ص50).

5-6- سرطان البلعوم الأنفي.

يصيب الرجال أكثر مما يصيب النساء، وذلك بين الخمسين والخامسة والخمسين من العمر، وهو نمو غير طبيعي وغير متحكم فيه للخلايا المبطنة للبلعوم الأنفي وهذا النمو يؤدي إلى إنسداد التجويف ومن ثم الانتقال إلى الأجزاء الأغشية القريبة ثم الانتقال عبر الغدد الليمفاوية الموجودة في الرقبة وأحيانا ينتشر الورم في أجهزة الجسم المختلفة خصوصا العظام والكبد.

5-6-1- أعراض سرطان البلعوم الأنفي:

- الصداع.
- تغير في الرؤية.
- نزيف في الأنف.
- انسداد في الأنف.
- تنميل في الوجه.
- آلام في الرقبة.

وأولى العلامات هو الشعور بالضغط خلف عظمة القفا واضطرابات في المعدة، وليس بالضرورة أن يشكو المريض من كل هذه الأعراض بل في أغلب الأحيان تكون الشكوى

مختصرة على عرض أو عرضين، كما أنه من المهم أن هذه الأعراض قد تظهر أيضا في حالات التهاب البلعوم أو اللوزتين (نفس المرجع السابق، 2014، ص51).

5-6-2- تشخيص سرطان البلعوم الأنفي:

- عمل أشعة مقطعية للرأس والرقبة.
- الفحص بالمنظار الخاص أو أخذ عينة للفحص المخبري الغشاء المبطن للبلعوم الأنفي.

5-6-3- علاج سرطان البلعوم الأنفي:

- التدخل الجراحي إذا كان من الممكن استئصال الجزء المصاب.
- العلاج الكيميائي.
- العلاج الإشعاعي.
- كما يجب استشارة طبيب أسنان في حالة لزوم أخذ أية احتياطات.

5-7- سرطان الرئة:

يلاحظ تزايد في سرطان الرئة، في السنوات الأخيرة وهو يصيب الرجال أكثر من خمسة أضعاف ما يصيب النساء، وتحدث أكثر الإصابات بعد سن الخمسين من العمر، وهو ناجم عن الأشخاص الذين يدخنون.

وهو نمو بعض خلايا الطبقة المبطنة للقصبه الهوائية بنسبة أسرع من المعدل الطبيعي، وبشكل غير منظم، مما يؤدي إلى تراجعها وحدوث تداخل في عملية اخراج المخاط، وتتطور بعض الخلايا المتضاعفة بسرعة وتتحول إلى خبيثة، وتصبح هذه الخلايا السرطانية كتلة أو ورما يسد القصبه الهوائية، وهو أحد الأسباب الرئيسية لموت الرجال والنساء في معظم البلدان الصناعية (نفس المرجع السابق، 2014، ص52).

5-7-1- أعراض سرطان الرئة:

أول الأعراض هو السعال المستمر المصحوب بالبرصاق، ويكون أحيانا ملونا بالدم وفي أواره الأخيرة يحدث عند المصاب ضيق تنفس وصفير في عملية التنفس وذلك بسبب ضغط

كتلة السرطان على المجاري التنفسية، ويمكن أن يكون هناك ألم وإرتفاع في درجة حرارة الجسم ونقص في الوزن.

وكذلك نقص كبير في الوزن دون سبب واضح مع إجهاد، وصعوبة في البلع نتيجة ضغط الورم على المريء.

5-7-2- تشخيص سرطان الرئة:

- عمل أشعة للصدر.
- فحص البلعوم تحت المجهر.
- منظار للقصبات الهوائية.
- أشعة مقطعية.
- أخذ عينة من الورم بواسطة إبرة.

5-7-3- طرق علاج سرطان الرئة:

- الاستئصال الجراحي إذا كان ممكناً.
- العلاج الإشعاعي وذلك بتعريض مكان السرطان للأشعة السينية.
- العلاج الكيميائي مهم لبعض أنواع سرطان الرئة كما أنه يستخدم مع العلاجات الأخرى إذا كانت هناك انتقالات للسرطان خارج الرئة (نفس المرجع السابق، 2014، ص 53).

5-8- سرطان المعدة.

يصيب سرطان المعدة الإنسان بين سن الستين وسن التاسعة والستين ومن العمر. ويصيب الرجال أكثر مما يصيب النساء، وهو نمو غير طبيعي وغير متحكم فيه للخلايا المبطنة للجدار الداخلي للمعدة.

5-8-1- أعراض سرطان المعدة.

يصعب تشخيص سرطان المعدة في مرحلة مبكرة وذلك لطول الفترة بين ظهور السرطان وبداية الأعراض، وهي تشمل:

- يشعر المريض بثقل في المعدة بعد الأكل ويسوء هضم، وبصورة خاصة بعد أكل اللحوم.
- يخف وزن المصاب تدريجياً.
- يشعر بألم في المعدة وقيء وعدم الرغبة في الأكل.
- يخف حامض الهايدروليك في سائل المعدة.
- فحص الدم يشير إلى ما يشبه فقر الدم.

5-8-2- تشخيص سرطان المعدة:

- عمل أشعة للمعدة بعد شرب مادة ملونة بيضاء.
- عمل منظار المعدة.
- عمل أشعة فوق صوتية للبطن.
- أخذ عينة من الورم (خلال عمل المنظار) ودراستها تحت المجهر (نفس المرجع السابق، 2014، ص 54).

5-8-3- علاج سرطان المعدة:

أ- التدخل الجراحي:

ويكون إما باستئصال جزئي للمعدة في السرطانات الموصفة أو باستئصال التام في حالة السرطانات المنتشرة.

ب- العمليات الجراحية المطلقة.

مثل عمل توصيلة معدنية ويمكن تخفيف المعاناة عند حالات انسداد الفؤاد المعدي بوضع أنابيب بلاستيكية عبر الورم.

ج - العلاج الكيميائي:

يستخدم بشكل محدود لحالات الانتقالات السرطانية في الأعضاء الأخرى.

5-9- سرطان البنكرياس:

هو نمو غير طبيعي وغير متحكم فيه لخلايا البنكرياس ويكون سواء في رأس البنكرياس أو جسمه أو ذيله.

5-9-1- أعراض سرطان البنكرياس

لا يوجد له أعراض معينة وهذا هو السبب في صعوبة التشخيص، ولكن قد يكون أحيانا مختفيا على صورة التهاب في المرارة، وآلام في البطن مصحوبة بحمى في المرارة (نفس المرجع السابق، 2014، ص 55).

5-9-2- تشخيص سرطان البنكرياس.

- عمل أشعة فوق صوتية للبطن.
- عمل أشعة مقطعية للبطن.

5-9-3- طرق العلاج:

- الاستئصال الجراحي في 10% إلى 15% من الحالات فقط.
- العلاج الكيميائي.

5-10- سرطان الكبد:

هو نمو غير طبيعي منتظم لخلايا الكبد في حالة كون ورم أوليا، أما إذا كان ثانويا فإنه يكون منتشرا من عضو آخر بالجسم وصولا للكبد.

5-10-1- أعراض سرطان الكبد.

- إصفرار الجسم ومقلة العين.
- آلام أعلى البطن.
- فقدان الشهية والوزن.

- الغثيان والتقيؤ.
- إرتفاع في درجة الحرارة.
- إحساس بتعب وخمول (نفس المرجع السابق، 2014، ص 56).

5-10-2- تشخيص سرطان الكبد:

- عمل الأشعة المقطعية للبطن.
- عمل تصوير بالأشعة المغناطيسية.
- تحليل الدم.
- الفحص بالجاليوم المشع وهو مهم لتمييز بين الورم والأمراض الأخرى التي تصيب الكبد- أخذ عينة من الورم ودراستها تحت المجهر.

5-10-3- طرق علاج سرطان الكبد:

- التدخل الجراحي إذا كان المرض موضعياً أو في فصوص الكبد.
- العلاج الكيميائي عن طريق الوريد مباشرة إلى شريان الكبد الأساسي.
- العلاج الكيميائي كعلاج تلطيفي.
- علاج الورم بالتجميد.
- زراعة الكبد.

5-11- سرطان القولون والمستقيم:

تبدأ جميع أنواع سرطان القولون والمستقيم بسليبات مخاطية حميدة وتتكون هذه الأورام غير الخبيثة في جدار الأمعاء الغليظة وقد يكبر حجمها في نهاية المطاف وتتحول إلى سرطان، واستئصال السليبات الحميدة هو أحد نواحي الطب الوقائي الذي يحقق نتائج طبية (نفس المرجع السابق، 2014، ص 57).

5-11-1- أعراض سرطان القولون والمستقيم:

- حدوث نزيف من المستقيم.

- تغيرات في عادات الأمعاء مثل الإمساك أو الاسهال لتظهر هذه الأعراض بأمراض أخرى، لذا ينبغي أن تجرى فحوصا شاملة، إذا حدثت مثل هذه الأعراض.
- ألم في البطن.
- نقص الوزن وهي أعراض تظهر في الوقت المتأخر عادة وهي تشير إلى احتمال انتشار المرض.

5-11-2- تشخيص سرطان القولون والمستقيم.

- عمل أشعة فوق صوتية عن طريق فتحة الشرج الأورام المستقيم.
- منظار كامل للقولون.
- عمل أشعة مقطعية للبطن والحوض.
- عمل أشعة مغناطسية للحوض.

5-11-3- طرق علاج سرطان القولون والمستقيم:

أ- أورام القولون:

إستئصال الورم والغدد الليمفاوية المجاورة، وبعد الشفاء من العملية والاطلاع على نتيجة الفحص المجهرى قد يعطى للمريض علاجا كيميائيا إذا انتشر المرض إلى الغدد اللمفاوية(نفس المرجع السابق، 2014، ص 58).

ب- أورام المستقيم:

معظم الحالات تحتاج إلى علاج كيميائي واشعاعي وقد يعطى المريض علاجا كيميائيا بعد العملية إذا انتشر إلى الغدد اللمفاوية، والطريقة المثلى لإجراء العملية الجراحية هي استئصال المستقيم مع المنطقة المحيطة به التي تتمثل في الدهون ويوصل القولون بالقناة الشرجية حسب موقع الورم.

12-5- سرطان القناة البولية:

هو نمو غير متحكم فيه وغير منتظم للخلايا المبطنة للمثانة البولية والذي ينتج عنه تراكم للخلايا وبالتالي انسداد الحالب.

1-12-5- أعراض سرطان القناة البولية:

- ❖ وجود دم مع البول.
- ❖ الاحساس المتكرر بالحاجة إلى التبول وعدم القدرة على ذلك.
- ❖ الألم في الظهر أو البطن مصحوبة بتقلصات في الحالب.
- ❖ ضعف في قوة خروج البول مع حرقان شديد(نفس المرجع السابق، 2014، ص 59).

2-12-5- طرق تشخيص سرطان القناة البولية:

- ❖ فحص البول.
- ❖ عمل أشعة فوق صوتية للمثانة.
- ❖ عمل أشعة سينية للبطن والظهر.
- ❖ عمل أشعة بالصبغة.
- ❖ عمل منظار للمثانية.
- ❖ أخذ عينة من الورم ودراستها تحت المجهر.

3-12-5- طرق علاج سرطان القناة البولية:

- ❖ التدخل الجراحي، ويكون إما باستئصال الورم أو الحالب المصاب أو في الحالات الشديدة باستئصال المثانية البولية.
- ❖ العلاج الكيميائي.
- ❖ العلاج الإشعاعي.

5-13-13- سرطان المبيض:

أقل حدوثاً من سرطان عنق الرحم، ولكن أشد إيداءاً من أي نوع آخر من السرطان الذي يصيب النساء، ورغم ذلك فالتشخيص المبكر والمعالجة السريعة تزيد من فرص الشفاء. يصيب سرطان المبيض النساء عادة بعد سن اليأس وإنقطاع الحيض مع أنه يمكن أن يحصل في سن أكبر من ذلك.

تبدأ خلايا المبيض في النمو بطريقة غير منتظمة وذلك يؤدي إلى حدوث أورام المبيض الحميدة أو السرطانية.

ومعظم سرطانات البيض تنمو في القشرة الخارجية التي تغطي المبيض، وبعضها ينمو في الخلايا التي تقوم بإفرازات البويضات والبعض الآخر ينم في الأنسجة التي تقوم بإفراز الهرمونات (نفس المرجع السابق، 2014، ص 60).

5-13-1- أعراض سرطان البيض:

- ❖ وجود ورم بالبطن.
- ❖ انتفاخ وعسر الهضم وغيثيان.
- ❖ نقص في الوزن غير معروف السبب.

5-13-2- تشخيص سرطان المبيض:

- ❖ الفحص المهبلي وفحص المستقيم والبطن.
- ❖ عمل أشعة فوق صوتية للحوض.
- ❖ فحص الدم مهم جدا لتشخيص المرض حيث ترتفع نسبة عامل بروتيني يسمى ca 125 في الدم بنسبة كبيرة في السيدات التي يصبين بسرطان المبيض.
- ❖ عمل منظار من خلال البطن وأخذ عينة لفحصها تحت المجهر.
- ❖ عمل أشعة مقطعية.

15-13-3- علاج سرطان المبيض:

- ❖ التدخل الجراحي، وذلك باستئصال المبيض وقناة فالوب والرحم والغدد اللمفاوية المجاورة وجزء من الغشاء الدهني في الحوض المحيط بالمبيض.
- ❖ العلاج الكيميائي.
- ❖ العلاج الإشعاعي.

5-14- سرطان بطانة الرحم:

هو نمو غير منتظم للخلايا المبطننة للرحم التي قد تتحول فيما بعد لسرطان.

5-14-1- أعراض سرطان بطانة الرحم:

- ❖ نزيف شديد ومستمر لمدة طويلة للسيدات فوق سن الأربعين.
- ❖ ألم أسفل البطن وتقلصات في منطقة الحوض.
- ❖ نزيف رحمي على شكل نزيف مهبلي للسيدات بعد سن انقطاع الطمث (نفس المرجع السابق، 2014، ص 61).

5-14-2- تشخيص سرطان بطانة الرحم:

- ❖ فحص مهبلي لفحص الرحم من حيث الحجم والشكل وفحص الأعضاء المجاورة.
- ❖ إجراء عملية توسيع لعنق الرحم وأخذ عينة من الغشاء المبطن لجدار الرحم وفحصه معملياً.
- ❖ عمل أشعة مقطعية.

5-14-3- طرق علاج سرطان بطانة الرحم:

- ❖ التدخل الجراحي، وذلك باستئصال الرحم وقناة فالوب والمبيضين والغدد اللمفاوية المجاورة.
- ❖ العلاج الكيميائي.

❖ العلاج الإشعاعي (نفس المرجع السابق، 2014، ص 61).

6- النظريات المفسرة للسرطان:

أولاً: نظرية هانز سيللي: يرى سيللي أن الانفعالات المصاحبة للانعصاب مثل الخوف والقلق والاكنتاب تنعكس على نشاط الجهاز الطرفي والذي بدوره يؤثر على وظيفة الهيبيوثلاموس والغدد النخامية، حيث أن هذه الغدد هي المهيمنة على كعمل الجهاز الغدي للجسم فإن خلل هذه الغدد الرئيسية سوف يؤدي بالضرورة إلى اضطراب عام في النشاط الغدي الهرموني وهي ضمن ملاحظاته لدى كثير من مرض السرطان حيث يلاحظ وجود خلل في نشاط الغدد بطريقة متكررة وترتبط مع الإصابة بالأورام الخبيثة.

ثانياً: نظرية خصال الشخصية: أكد فريدمان (Friedman .1959) على أن سمات الشخصية تلعب دوراً مهماً في الإصابة بمختلف الأمراض النفسية، ومنها الأورام الخبيثة من خلال تأثيرها في نشاط الجهاز العصبي وجهاز الغدد الصماء، وخاصة الغدد فوق الكلوية فتتخفف قدرتها على إفراز هرموناتها التي تساعد على وقاية الجسم من المخاطر.

ثالثاً: نظرية التحليل النفسي: مفاد نظرها للمرض النفسي أنه تعبر رمزي لا شعوري كما يعانيه الفرد من صراعات ومكونات، انفعالية لا يستطيع التعبير عنها صراحة فيعبر عنها مستخدماً أعضائه.

يتضح مما سبق أن الإصابة بمرض السرطان تجربة قاسية، حيث أنها لا تؤثر على الجانب الجسمي فقط، ولكنها تؤثر على الجانب النفسي للفرد، ولتحقيق نوع من التوازن مع المرض فيجب رفع معنويات المريض عن طريق بث الأمل في الشفاء من المرض. (خيرية عبد الله البكوش، 2014).

7- التأثيرات النفسية والاجتماعية للسرطان:

السرطان كغيره من الأمراض المزمنة، يحدث العديد من الآثار والصعوبات والشعور بالتهديد لدى المرضى، وخاصة مع مرور الوقت يخلق السرطان أنواعا محددة من الضغوط لدى كل من المريض والأسرة، فالمرضى على سبيل المثال: تسيطر عليهم فكرة أن المرض قاتل مؤكد ومحتم، ويعاني بعضهم الألم الشديد والعجز وضعف الحال، وحتى بالنسبة للمرضى الذين خضعوا للعلاج، ووضعهم الصحي جيد، وسمح لهم الطبيب بالذهاب إلى العمل وممارسة الأنشطة المعتادة، فقد يعود التهديد ثانية بعد بضعة أشهر، وحين يعود المرض يعاني المريض من مشكلات نفسية متنوعة من أبرزها الشلل النفسي الهستيرى، الذي ينتج عن الخوف الشديد يشعر به المريض إضافة إلى ذلك فإن بعض المرضى يعانون صعوبات ومشكلات صحية شديدة ناتجة عن المعالجة، وتفوق في شدتها الصعوبات التي تنتج عن المرض نفسه، فالطريقة التي يتكيف بها مريض السرطان لها آثار وعواقب على تقدم المرض نفسه، من هنا فإن طريقة تكيف المريض ذات تأثير مباشر في تطور المرض وإنذاره أو ما سيؤول إليه، فالمرضى الذي يعاني ضغوطا نفسية شديدة، ولم يتعامل جيدا أو بكفاءة مع الأزمة الصحية، فإنه يعمل على إضعاف جهاز المناعة أو المقاومة لديه، ويلاحظ أن بعض المرضى تسوء حالتهم بدرجة كبيرة خلال فترة وجيزة جدا (محمد قاسم عبد الله، 2012، ص 525).

ومع أن جميع مرضى السرطان يعانون من ضغوط شديدة، فإن أكثرهم قد يظهر مرونة ومهارة في التعامل مع الموقف، وحتى المرضى الذين دخلوا المستشفى، فقد تبين أن نصفه قد أظهروا صعوبات انفعالية منها: القلق، والاكتئاب، والمزاج السيء وأنهم بحاجة إلى معالجة نفسية، قد تكون هذه المشكلات والصعوبات الانفعالية، على درجة عالية ومع ذلك يجب أن نأخذ أمورا عدة بغين الاعتبار.

1- أن هذه النتائج استند إلى دراسات أجريت على مرض السرطان الذين دخلوا المستشفى فقط. وأن دخول المستشفى يجد ذاته من الموافق التي تستثير القلق والاكتئاب لدى جميع المرضى. وليس فقط مرض السرطان.

2- مرضى السرطان الذين دخلوا المستشفى وعانوا القلق والاكتئاب ربما تكون مشكلاتهم هذه قد نشأت قبل حدوث المرض لديهم، ومن المعروف أن المشكلات الانفعالية تنشأ نتيجة عوامل عدة، وليس فقط نتيجة المرض، ومن بين العوامل التي قد تسبب القلق والاكتئاب قلة الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الشخص ومروره بخبرات ضاغطة في حياته.

3- يعتبر علماء النفس أن ظهور مثل هذه المشكلات الانفعالية كالقلق والاكتئاب لدى المرضى أمر طبيعي، ومن الضروري أن نعرف متى تكون مثل الاستجابات الانفعالية سلوكا طبيعيا ومتى تكون عكس ذلك (نفس المرجع السابق، 2012، ص 526).

وبالرغم من أن التشخيص مع مرضى السرطان قد يكون صعبا بالنسبة للمرضى وخاصة في الأشهر الأولى أو حيث تسوء حالتهم، إلا قدرتهم على التكيف والتعامل قد تتحسن مع مرور الزمن، وبعد خضوعهم للمعالجة وتمثلهم للشفاء. من جهة أخرى فإن تكيف مرضى السرطان مع مرضهم يعتمد على عدة عوامل، من أهمها: مظاهر المرض ونوعه، والمواقف السيكولوجية والاجتماعية التي يوجد بها هذا المرض نفسه، فالتكيف الانفعالي الذي يظهر المريض- مثلا- يعتمد على عمر المريض، ووضعه الصحي، فهل هو في منتصف العمر، أم طفل، أم في مرحلة الرشد المتأخرة أم مسنا، فحين يكون المريض في منتصف العمر وأكثر، لا تسير الأمور لديه بطريقة جيدة. بل أكثر سوءا ما هو الحال حين يكون المريض في العشرينات من العمر أو أقل، كما أن المريض الذي يعاني قلق وإكتئاب شديدين، سيظهر درجة عالية من الألم، والعجز الجسمي نتيجة المرض، من جهة ثانية فإن مكان الورم، أو العضو المصاب يعتبر من العوامل المهمة والمؤثرة في طريقة تكيف المريض وردوده فعله الانفعالية، فالمريض المصاب بسرطان الخصية، وهو في منتصف العمر، سيواجه مشاكل نفسية واجتماعية متنوعة بسبب العقم الذي يحدثه المرض لديه.

والأمر نفسه ينطبق على المرأة التي أصيبت بسرطان عنق الرحم، أو سرطان الثدي، فإضافة إلى المشكلة النفسية الخاصة بمظهرها البدني، بعد استئصال الثدي ستعاني من

مشكلات انفعالية واجتماعية في نشاطها وسلوكها الجنسي، ومن المعروف أن الكثير من المشكلات الجنسية تنشأ لدى الرجال والنساء من مرضى السرطان خاصة حيث يكون الورم ذو علاقة مباشرة بالجهاز التناسلي (نفس المرجع السابق، 2012، ص 527).

ومن المشكلات الأخرى التي تظهر لدى مرضى السرطان المشكلات الاجتماعية التي تحدث بين أفراد الأسرة والتغيرات التي يحدثها المرض في نمط العلاقات الاجتماعية السائدة فيها. فبعض المرضى قد ينسحبون من الكثير من أنشطة الأسرة الاجتماعية، ومن العلاقات السائدة فيها، وكثيرا ما يلومون أنفسهم لما حل بهم، وخاصة حين ينال المرض من مظهرهم الخارجي، ومن شكل أجسامهم وهناك سببان لهما تأثير كبير: الأول: هو أن المرض وخطة العلاج التي يخضع لها المريض بالسرطان قد تؤثر بدرجة كبيرة في علاقاته الاجتماعية من حيث رؤية الأصدقاء، وأفراد الأسرة، والأقارب. والثاني: هو أن الآخرين قد يتجنبون التفاعل مع المريض والاختلاط به، ومع أن هذا الأمر ينتج عن الخوف والتجاهل كما هو الحال حين يكون السرطان معديا contagions إلا أن هناك الكثير من العوامل التي تتدخل في هذا الجانب، فقد يعاني الأصدقاء وأفراد الأسرة من صراع نفسي بين أن يكونوا حذيرين وأن يكونوا متفائلين مع المريض، وهم يشعرون في الوقت نفسه بالحزن المسيطر عليهم، وقد يشعرون بأنهم سينهارون، أو أنهم سيحولون أثناء لا لزوم لها: إنهم حذرون جدا في الكثير من الأقوال والأفعال التي ستصدر عنهم حين يقابلون مريضهم، وقد يتراجع بعضهم عن مقابله.

(نفس المرجع السابق، 2012، ص 528).

8- علاج السرطان:

8-1- الجراحة:

في معظم الحالات يقوم الجراح باستئصال الورم وبعض الأنسجة المحيطة به، فقد يساعد استئصال الأنسجة المحيطة على منع الورم من النمو مرة أخرى، ويمكن أيضا أن يقوم الجراح باستئصال بعض العقد اللمفية المحيطة بالورم.

تتوقف الآثار الجانبية للجراحة بالأساس على حجم الورم وموضعه وعلى نوعية العملية ويتطلب الأمر بعض الوقت من أجل الشفاء بعد الجراحة. كما يختلف الوقت اللازم للشفاء من نوعية جراحة لأخرى ومن شخص لآخر، ومن المعتاد أن يشعر بالإعياء لبعض الوقت الناس يشعرون بالألم خلال الأيام القليلة الأولى التالية للجراحة، غير أن الأدوية يمكنها أن تساعد على التحكم في الألم، لذا يجب أن يناقش المريض قبل إجراء الجراحة خطة تسكين الألم مع الطبيب المعالج أو الممرضة ويمكن الطبيب أن يعدل الخطة إذا ما كان بحاجة لمسكنات أكثر للألم (محمد بن عبد الله الرحمن العقيل، 2013، ص 40).

بعض الناس يخشون انتشار المرض بعد إجراء عملية جراحية (أو حتى عينة من الورم) وهذا نادرا ما يحدث، فالجراحون يتبعون طرقا خاصة ويتخذون عدة خطوات من أجل منع الخلايا السرطانية من الانتشار، فإذا كان المريض بحاجة على سبيل المثال لإزالة أنسجة من أكثر من منطقة، فإنهم يستخدمون أدوات مختلفة لكل منطقة، وهذا الأسلوب يساعد على تقليل فرص انتشار الخلايا السرطانية إلى الأنسجة السليمة.



الشكل رقم (01): يوضح العلاج بالجراحة

8-2- العلاج الإشعاعي:

يستخدم العلاج بالإشعاع أشعة عالية الطاقة من أجل قتل الخلايا السرطانية، ويستخدم الأطباء أنواعا مختلفة من العلاج الإشعاعي، إذا يتلقى بعض المرضى خليط من العلاجات:

- **إشعاع خارجي (external radiation):** حيث يصدر الإشعاع من آلة ضخمة خارج الجسم، وفيه يزور معظم المرضى المستشفى أو القيادة من أجل العلاج 5 أيام من كل أسبوع ولمدة عدة أسابيع (نفس المرجع السابق، 2013، ص41).
- **إشعاع داخلي (internal radiation):** وفيه يصدر الإشعاع من مادة إشعاعية توضع داخل بذور أو إبر أو أنابيب بلاستيكية دقيقة تزرع بالقرب من النسيج وعادة ما يظل المريض داخل المستشفى، حيث تظل المواد المزروعة في مكانها عدة أيام.
- **إشعاع شامل:** وفيه يصدر الإشعاع من سائل أو كبسولات تحتوي على المادة المشعة التي تنتشر عبر الجسد بأكمله حيث يقوم المريض ببلع السائل أو الكبسولات أو يتم حقنة بالمادة ويمكن استخدام هذا النوع من العلاج الإشعاعي في السرطان أو في التحكم في الآلام الناتجة عن انتشار السرطان في العظام ولا تتم معالجة السرطان بهذه الطريقة حاليا إلا في أنواع قليلة من السرطان.

تتوقف الآثار الجانبية للعلاج الإشعاعي على كم الإشعاع الذي يتلقاه المريض ونوعيته وعلى العضو الذي يتم معالجته داخل الجسم، فتسليط الإشعاع على البطن مثلا قد يسبب الغثيان والتقيؤ والاسهال، وربما يصيب جلد المنطقة التي يتم علاجها بعض الاحمرار والجفاف والحساسية، وربما يفقد شعره أيضا في المنظمة التي يتم علاجها(نفس المرجع السابق، 2013، ص42).

ربما يصاب المريض بإعياء شديد في أثناء تلقيه العلاج الإشعاعي، خاصة خلال الأسابيع الأخيرة للعلاج، والراحة أمر مهم، لكن الأطباء عادة ما ينصحون المرض بمحاولة البقاء نشيطين قدر الإمكان.



شكل رقم (02): يوضح العلاج الإشعاعي.

3-8- العلاج الكيميائي:

هو استخدام عقاقير تقتل الخلايا السرطانية، ويتلقى معظم المرض العلاج الكيميائي عن طريق الوريد أو الفم، وفي كلتا الحالتين تدخل العقاقير مجرى الدم ويمكن أن تؤثر على الخلايا السرطانية الموجودة في الجسم كله.

وعادة ما يقدم العلاج الكيميائي على جلسات، فالمرضى يتلقون العلاج لمدة يوم أو أكثر ثم يمرون بفترة نقاهة لعدة أيام أو أسابيع قبل جلسة العلاج التالية.

ويتلقى معظم المرضى علاجهم في القيادات الخارجية للمستشفى أو في وحدات العلاج الكيماوي النهارية أو في المنزل، وربما يحتاج بعضهم الآخر للبقاء داخل المستشفى في أثناء تلقي العلاج.

وتتوقف فيه الآثار الجانبية على نوعية العقاقير وكميتها، وتؤثر العقاقير في الخلايا السرطانية وغيرها من الخلايا سريعة الانقسام.

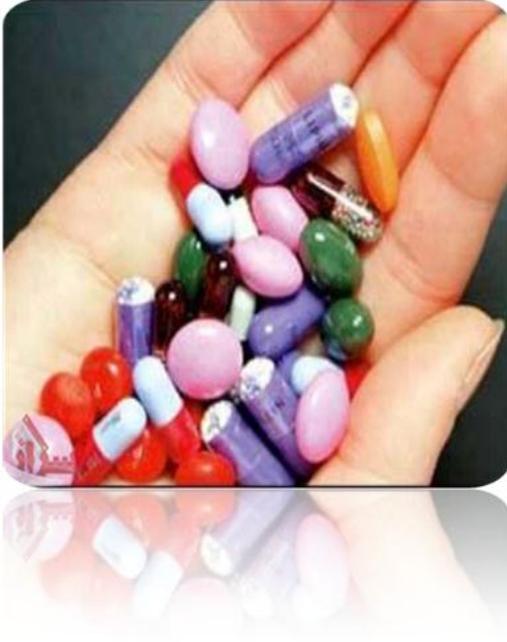
خلايا الدم: عندما تتلقى العقاقير خلايا الدم السليمة تصبح أكثر عرضة للإصابة بالعدوى أو الكدمات أو النزيف بسهولة والشعور بالتعب والإرهاق الشديد.

خلايا جذور الشعر: ربما يسبب العلاج الكيميائي فقدان الشعر، وسوف ينمو شعر ثانية لكنه قد يكون مختلفا نوعا ما في اللون والملمس.

الخلايا المبطنة: للقناة الهضمية (digestive tact): قد يسبب العلاج الكيميائي ضعف الشهية والغثيان والقيء والإسهال، أو ربما التهابات في الفم والشفاه(نفس المرجع السابق، 2013، ص43).

قد تؤثر بعض العقاقير على الخصوبة (Fertility)، فربما تعجز النساء عن الحمل والرجال عن الإخصاب.

ورغم أن الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي قد يكون مزعجة بعض الشيء، فإن معظمها تكون مؤقتة، وعادة ما يتمتع الطبيب من معالجتها أو التحكم فيها.



الشكل رقم (03): يوضح العلاج الكيميائي.

8-4- العلاج الهرموني:

بعض أنواع السرطانات تعتمد على هرمونات معينة كي تنمو، والعلاج الهرموني يمنع الخلايا السرطانية من تلقي تلك الهرمونات أو استخدامها، وهو نوع من العلاج الشامل، ويتم العلاج الهرموني بالعقاقير أو الجراحة:

العقاقير: يقدم الطبيب العلاج الذي يوقف إفراز الهرمونات معينة أو يمنع هرمونات معينة من النشاط.

الجراحة: يقوم الجراح باستئصال الأعضاء (مثل المبايض أو الخصبة) التي تفرز الهرمونات وتتوقف الآثار الجانبية للعلاج الهرموني على نوعية العلاج نفسه، فهي تتضمن زيادة الوزن والتهبات الساخنة، والغثيان وحدوث تغيرات في الخصوبة، وربما سبب العلاج الهرموني عند النساء انقطاع الطمث أو عدم انتظامه وربما يسبب الجفاف المهبلي، أما عند الرجال فقد يسبب العلاج الهرموني الإصابة بالضعف الجنسي، وفقد الرغبة الجنسية وتضخم الثدي أو تحسسه (نفس المرجع السابق، 2013، ص44).

8-5- العلاج النفسي لمرضى السرطان:

يعتبر الكثير من الأطباء اليوم بضرورة النظرة الكلية للإنسان في تعاملهم مع المرض، فلا ينظرون إلى الجزء المريض فقط، بل يتعاملون أيضا مع الجانب العقلي والروحي، فيهتمون بالجانب الإنساني وبأحداث المشقة وأسباب المرض والوقاية منه، وقد تبين أن الاهتمام بهذه الجوانب الإنسانية تنشط جهاز المناعة وتدعمه نفسيا.

فالاستجابة للعلاج تكون مجدية للمريض عندما يتضاءل الورم نتيجة شعوره بالوجود الأفضل (السعادة) وجودة الحياة، فقد بينت البحوث ضرورة أن يكون علاج السرطان متكاملًا بين الطب وعلم النفس، فالإنسان كائن متكامل عصبيًا ونفسيًا وغديًا كما أثبتت أن العلاج النفسي الجمعي أدى إلى خفض مستوى الضغوط النفسية، وزيادة استخدام أساليب المواءمة الفعالة التي ارتبطت جوهريًا بزيادة حجم الحبيبات اللعفاوية وتبين كذلك أن استمرار الرعاية لمريض السرطان خاصة من الأسرة، والارتباط بأفراد نبوي علاقة حميمية، والتكيف مع المخاوف، والتخلص من القلق والاكتئاب وإحياء روح المقاومة وجودة الحياة لها أهمية أثناء العلاج وتساهم في التحكم في المرض، وتبين أنه إذا كانت أحداث الحياة الضاغطة والمشقة تسهم في نمو المرض واستمرار وتفاقمه، فإنه في مقابل ذلك يمكن أن يسهم المريض في ثقافة من المرض أو في ببطء تقدمه من خلال تبني توقعات إيجابية والعناية بالذات والوعي بها.

ويذكر الأطباء النفسيون أن معظم أمراض السرطان ليست راجعة للمرض الحقيقي لكنها راجعة لقلق المريض وفزعه مما ألم به، ومن ثم فإن العلاج التدعيمي أو المساندة في المنزل ضروري وهام لمساعدة المريض على تغلب عن مرضه وتداركه.

ويستخدم الأطباء في هذا المجال أساليب مثل: التدعيم والمساندة، والاسترخاء، التمرينات السلوكية، تحديد أهداف للحياة، إدارة الألم، بعث التفاؤل، التصور، برامج التغذية.

صحيفة الهدف: ومن الأساليب النفسية لعلاج مرضى السرطان وضع صحيفة الهدف، فعندما يخبر الطبيب مريضه بأن مرضه مزمن، يضع المريض بمساعدة الطبيب هدفاً طويل الأمد ومحددًا لاستعادة الصحة إلى ما كانت عليه، والشفاء من المرض الجسمي، ثم يقسم هذا الهدف الكبير إلى أهداف جزئية وقصيرة بما يسمح للمريض بالتقدم والحصول على تغذية راجعة

إيجابية، وتتكون صحيفة الهدف لمرضى السرطان من الخطوات التالية لبلوغ الهدف النهائي، وهو التمتع بصحة جسمية وجيدة.

أ- التصور الذهني:

- 1- أرى نفسي هادئة هدوءا كاملا وصحتي تتألف واتسم بالثقة والسعادة.
- 2- أرى خلايا السرطان وقد صارت أضعف وأرى خلايا الدم البيضاء عندي وكأنها فرسان في الحرب تقبل الخلايا السرطانية.
- 3- أتصور نفسي مشاركا في هواياتي ومستمتعا بها.

ب- التوكيدية:

- 1- كل يوم أصير أصح وأصح.
- 2- جسمي لديه القدرة الطبيعية ليشفي نفسه وأساعده في الوصول إلى ذلك.
- 3- أشعر أنني أحسن وقادر على فعل الأشياء التي أرغب في عملها.

ج- إعادة البناء المعرفي:

- 1- الاعتراضات: سوف لا أقول بأن الذين لا يزورونني لا يحبونني وسوف أكون فخورا ومعتزا بأولئك الذين يحبونني.
- 2- تعديل السلبيات: سوف لا أترك نفسي تفكر فقط في مرضي، وسيحل محل ذلك أفكار إيجابية حول الأشياء التي أحاول تحقيقها مستقبلا.
- 3- وضع التفكير الأبيض محل التفكير الأسود: سوف أتوقف عن التنبؤ بحدوث الأشياء السوداء، وأدرب نفسي على التفكير في الأشياء الحسنة الطيبة.
- 4- الأخيلة: سوف لا أقول لنفسي أن السرطان مجرد شيء لا بد أن أتكيف وأتوقف معه، وبدلا من ذلك أزرع في نفسي الاتجاه بأنني استحق التمتع بصحة جيدة.

د- العمل:

- 1- سأذهب خمس مرات لعمل الأشعة (ألفا).
 - 2- سوف أتعلم كل ما يتصل بمرضى كي أستطيع ممارسة عمليتي التصور الذهني والتأكيدات بصورة أكثر فاعلية.
 - 3- سوف أمدح خمسة أشخاص يوميا لأبقي نفسي في حالة سرور وابتهاج، وعقل متفتح وإيجابي.
 - 4- سأعطي لنفسي الوقت كي أقرأ فيه ما أحب من قراءات.
 - 5- سأتناول العلاج الذي وصفه لي الطبيب.
 - 6- سأقول للآخرين أني في الطريق الصحيح لتكون صحتي أحسن.
- وهناك برامج علاجية نفسية أخرى يضعها الأطباء لعلاج مرضى السرطان نفسيا تتضمن ما يلي: تعامل مع الذات من خلال فهم مرضك، إشراك الآخرين في مشاعرك، الثقة في شخص يقف بجانبك، خذ مزيدا من الراحة قبل الاتصال بالآخرين، لا تندفع عند اتخاذ القرارات، توقع تغيرات في الأدوار العائلية، أعمل سجل لكل المعلومات الطبية، تمتع بالحاضر، عد بسرعة للحياة العادية، الإيمان بالله، والثقة في العلم والطب، واتجاهات ايجابية نحو الحياة الزوجية والأطفال والأقارب والأصدقاء، ابتعد عن التوترات مع الآخرين، تفاؤل بالعلاج والشفاء. (بشير معمرية، 2007).

❖ نستنتج مما سبق أن السرطان تعبير عام عن مجموعة من الأمراض مما ينجم عنه العديد من المشكلات في التكيف النفسي للمريض، وذلك بسبب كونه مرضا مزمنا تدوم آثاره لفترة طويلة وقد تنتهي بموت المريض خلال فترة غير محددة من تطور المرض، فطبيعة المرض وطرق علاجه تفرض قيودا على نشاطات المريض الاعتيادية، وهذا ما قد يولد العديد من الاستجابات النفسية الاجتماعية الأخرى.

الجانب التطبيقي



الفصل الثاني:

الإجراءات المنهجية

- 1- الدراسة الاستطلاعية
- 2- حدود الدراسة
- 3- منهج الدراسة
- 4- عينة الدراسة وخصائصها
- 5- أدوات الدراسة
- 6- الأساليب الإحصائية

تمهيد :

بعد التطرق إلى الجانب النظري أين تم تحديد إشكالية البحث وفرضياته وأهدافه وبعد قيامنا بتحديد المفاهيم الأساسية لموضوع البحث وكذلك استعراض الأبعاد النظرية المرتبطة بالدراسة والدراسات السابقة التي تتناول موضوع البحث، نصل الآن إلى الفصل المنهجي الذي يعد من بين الفصول الإجرائية التي توضح ملامح العمل البحثي، وسنحاول في هذا الجانب التطرق إلى مجالات الدراسة أين يتم قيام بالدراسة الاستطلاعية وتحديد مكان وزمان إجراء البحث، وكذلك المنهج المتبع، وعينة الدراسة ومميزاتها، أدوات الدراسة، وهذا الأساليب الإحصائية المستخدمة، ونختم هذا الجانب بخلاصة عامة للفصل.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر أول خطوة يقوم بها الباحث والهدف منها هو البحث عن الحالات تلائم موضوع بحثنا والتعرف على مكان إجراء البحث للتأكد من إمكانية الحصول على عينة الدراسة والقبول بنا بإجراء الدراسة الميدانية.

وبداية قمنا بزيارة استكشافية للمركز الإستشفائي الجامعي لوهراان بعد الحصول على تصريح بالزيارة من طرف الجامعة، طلبوا من إحضار شهادة تربص وبعض الإجراءات الإدارية حضينا باستقبال جيد من طرف أعضاء هذه المصلحة كلا من رئيس المصلحة والأخصائي النفسي وقبل البدء بتطبيق اختبارات نقدم أنفسنا للحالات وغرض قدومنا عندهم ونسألهم بقبولهم ولقينا من الجميع الرضا والقبول.

2- حدود الدراسة:

الحدود المكانية: لقد تمت الدراسة الميدانية بمركز الاستشفائي الجامعي لوهراان بعد الحصول على تصريح بالزيارة من طرف جامعة ابن خلدون تيارت.

الحدود الزمنية: دامت الدراسة الميدانية مدة (20) يوم حيث بدأت من 10-12-2016 إلى 30-12-2016.

الحدود البشرية: تم تطبيق الدراسة على عينة قوامها 40 مريضا بالسرطان بواقع 20 إناث و 20 ذكور يتراوح سنهم ما بين 29-74 سنة.

3- منهج الدراسة:

لكل دراسة علمية منهج يتماشى مع نوع الدراسة وذلك قصد التوصل إلى الإجابة عن الإشكالية المطروحة وبالتالي نفي أو تأكيد الفرضيات المقترحة في البحث، ونظرا لطبيعة مشكلتنا المطروحة تبين أنه من المناسب استخدام المنهج الوصفي الذي يعتبر أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميا عن طريق جمع البيانات والمعلومات المقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة. (سامي محمد المعلم، 2010، ص370).

فالمنهج الوصفي مجموعة من الإجراءات البحثية لوصف دقيق وتفصيلي لظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية أو كمية رقمية، فالتعبير الكيفي يصف الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجة ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى (رجاء وحيد دويدري، 2000، ص 114).

4- عينة الدراسة وخصائصها:

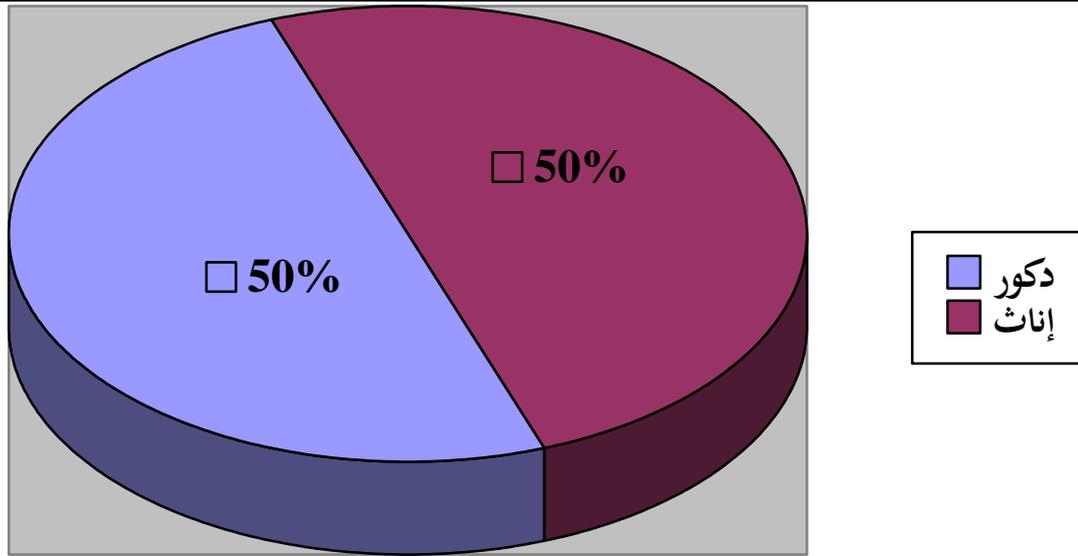
تكونت عينة الدراسة من 40 حالة مصاب بالسرطان بأنواعه المختلفة من كلا الجنسين بواقع 20 إناث و20 ذكور والمتواجدة بمصلحة الأورام والعلاج الكيميائي حيث تم اختيارهم بطريقة قصدية وتتراوح أعمارهم ما بين 29-74 سنة.

والجداول التالية توضح توزيع أفراد العينة حسب السن والجنس.

الجدول رقم (02) يوضح توزيع العينة حسب الجنس.

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
50%	20	ذكور
50%	20	إناث
100%	40	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (2) توزيع أفراد العينة حسب الجنس فإننا نلاحظ تساوي عدد الذكور مع عدد الإناث، فقد بلغ عددهم 20 ذكرا بنسبة 50 % مقابل 20 إناث بنسبة متساوية 50%.

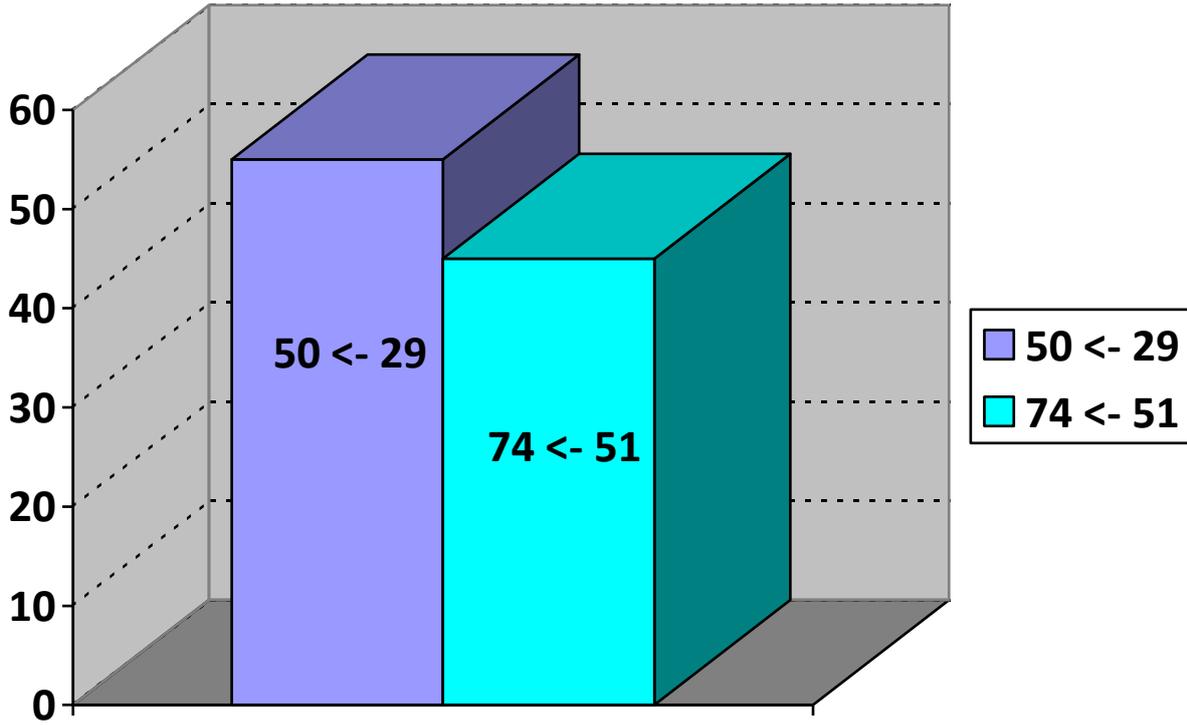


الشكل رقم (04) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجدول رقم(03) يوضح توزيع العينة حسب السن:

النسبة المئوية	التكرار	السن
55%	22	من 50-29
45%	18	من 74-51
100%	40	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (3) أن عدد المرضى ذوي السن من (50-29) سنة يساوي "22 مريض" أي بنسبة 55% والمرضى ذوي السن من (74-51) يساوي "40 مريض" أي بنسبة 45% ذلك لكون مرض السرطان لا يقتصر على مرحلة عمرية معينة.



الشكل رقم (05) يوضح توزيع العينة حسب السن.

5- أدوات الدراسة:

1-5- مقياس قلق الموت:

هو عبارة عن استبيان يتضمن قائمة من طرف الأسئلة التي تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي "دونالد تمبلر" (donald timler) ولقد ترجم إلى لغات عديدة منها العربية والإسبانية وحتى اليابانية والهندية، واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة من الذكور والإناث من ثقافات مختلفة، وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من 16 إلى 85 سنة ومتغيرات عديدة كالسن، الجنس، درجة التدين، الصحة الجسمية والعقلية وأنواع أخرى من السلوكيات، لذا فهو يعد واحد من أكثر المقاييس انتشارا في البحوث، طبق هذا المقياس الأول مرة سنة 1970.

• الخصائص السيكومترية للمقياس:

بدأ تكوين الاختبار بوضع بندا تم اختيارها على أساس منطقي كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت وهي عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة

مطلقة والجثث والدفن، ثم مرّ المقياس بمراحل متتابعة حتى وصل إلى 15 بندا وهي الصورة النهائية للمقياس ويحتوي المقياس على (09) بنود تصحح بـ"نعم" و(06) تصحح بـ"لا" وقد اتضح بأن وجهة الاستجابة للموافقة تستوعب قدرا قليلا من التباين في هذا المقياس، وقيست هذه الوجهة بمقياس (كوش كيستون) الذي يعتبر أفضل مقياس مختصر حيث يتكون من 15 بندا لوجهة الاستجابة بالموافقة، وقد أوضحت دراسة "تمبلر" عدم وجود ارتباط جوهري بينهما وبين مقياس وجهة الاستجابة المتعلقة بالجاذبية الاجتماعية كما تقاس بمقياس (مارلو كراون).

• ثبات الاختبار:

لقد قام أحمد عبد الخالق بترجمة مقياس قلق الموت إلى العربية وطبقت النسختان (العربية والانجليزية) معا مع عينة من طلاب مصريين بقسم اللغة الانجليزية، وقد وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والانجليزية إلى 0.87 بالنسبة للذكور والإناث (ن=43) وهذا حسب ثبات إعادة الاختبار بالصورة العربية، وكان الفاصل الزمني بين الاختبار وإعادة أسبوعيا واحد، في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى 0.70 بالنسبة للذكور (ن=44) و0.73 بالنسبة للإناث (ن=56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة.

• صدق الاختبار:

لقد قام "تمبلر" بتقدير صدق المقياس مستخدما عدة طرق منها مقارنة درجات مرض في المجال السيكاتري ممن قرروا أن لديهم قلقا عاليا من الموت بدرجات عينة ضابطة من المرضى السيكاتريين الذين قرروا أنه لا يوجد لديهم قلق الموت، وقد استخرجت فروق جوهريّة بين درجات الفريقين، مما يشير إلى صدق المقياس، كذلك الارتباط الجوهري المرتفع بين هذا المقياس ومقياس "بوبر" للخوف من الموت، وكذلك الارتباط الجوهري السلبي بمقياس قوة الأنا "ك" من قائمة (مينيسوتا).

• طريقة تصحيح وتطبيق المقياس:

يمكن تطبيق مقياس "تمبلر" فردياً أو جماعياً، تحتوي كراسة الأسئلة على "التعليمة" التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

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

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

تسجل إجابات المفحوص على الكراسة ذاتها وتتضمن هذه الكراسة: كتابة سن المفحوص، المستوى الدراسي، ويطلب من المفحوص قراءة التعليمة لإزالة الغموض أو سوء الفهم، وعموماً لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الاختبار مع مراعاة أن لا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.

يشمل هذا المقياس كما سبق الذكر 15 بنداً. (09) منها تصحح بـ"نعم" و(06) تصحح بـ"لا" ويكون التنقيط بإعطاء:

❖ نقطة (01) للبنود التي تصحح بـ(ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

❖ نقطة (01) للبنود التي تصحح بـ(خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.

❖ صفر (00) للبنود التي تصحح بـ(ص) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.

❖ صفر (00) للبنود التي تصحح بـ(خ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

جدول رقم (04) يوضح سلم اختبار قلق الموت لدونالد تمبلر

14	13	12	11	10	9	8	4	1	البنود التي تصحح ب: ص
-	-	-	15	7	6	5	3	2	البنود التي تصحح ب: خ

يفرض هذا المقياس أن درجة (00) تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن لأي مفحوص أن يحصل عليها أما درجة (15) فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها.

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

- ❖ الدرجة التي تتراوح بين (06-0) تشير إلى عدم وجود قلق الموت.
- ❖ الدرجة التي تتراوح بين (08-07) تشير إلى وجود قلق الموت متوسط.
- ❖ الدرجة التي تتراوح بين (15-09) تشير إلى وجود قلق موت مرتفع (آية قواجلية، 2013، ص 64).

2-5- إختبار قائمة بيك للاكتئاب (DBI): BECK Depresssion inventory

قام بوضع هذا المقياس العالم والطبيب النفسي الأمريكي المعروف "آرون بيك ARON BECK الأستاذ بجامعة بنسلفانيا والمشهور ببحوثه وكتابه المتعددة في موضوع الاكتئاب، وهو فضلا عن هذا من المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية وقد تم ترجمة إلى اللغة العربية من طرف باحثين كعبد الستار إبراهيم وتطبيقه على فئات معينة من أجل تقنيته.

تعتبر قائمة بيك للاكتئاب من القوائم الواسعة الانتشار في ميادين علم النفس الاكلينيكي والطب النفسي وتستخدم بنجاح منذ أكثر من ثلاثين سنة بوصفها أداة للتقويم الذاتي لتقدير شدة الأعراض الاكتئابية بدءا من سن السادسة عشر وصولا إلى سن الشيخوخة المتأخرة.

وقد تم تصميم القائمة في صيغتها الأولى في عام 1961 إستنادا إلى الملاحظات العيادية للمرض الاكتئابيين، وتم تحديد أكثر الأعراض أو الشكاوي انتشارا لديهم، كما تصلح القائمة لأغراض قياس العملية العلاجية (قياس المجرى) وتناسب مرضى الطب النفسي والعلاج النفسي، ولم يتم الاستناد إلى خلفية نظرية معينة في إعداد القائمة، ومن هنا يمكن أن تكون مقبولة من قبل الاكلينيكين والمتخصصين النفسيين والأطباء من الاتجاهات النظرية المختلفة الذين يهتمون بالقياس، ولا تتأثر قدرة القائمة التنبؤية بالسن أو بالجنس أو بالتقييم التصنيفي الطبي النفسي.

في عام 1971 تم نشر الصيغة المعدلة للقائمة التي تضمنت بعض التعديلات والتحسينات كإلغاء النفي المزدوج وتغيير صياغة مجموعة من البنود. (سامر جميل رضوان، 2000، ص07).

ويشير أحمد عبد الخالق إلى وجود عدة ترجمات عربية مختلفة للقائمة منها من اعتمد الصيغة المنشورة في عام (1961) ومنها من اعتمد القائمة المختصرة المستخرجة من عينات أمريكية ومنها من اعتمد الترجمة الحرفية دون القيام بإجراءات اختبار للتكافؤ ومنها من اعتمد في الترجمة على البيئة المحلية التي يصعب فهمها من قبل مفحوصين من بيئات عربية أخرى.

كما وتتوفر نسخة مترجمة من قائمة بيك للاكتئاب من تصميم عبد الستار إبراهيم وتتضمن بعض الاختلاف عن النسخة المنشورة في دليل التعليمات الصادر في عام (1993)، حيث بلغ معامل الارتباط بين الصيغتين (0.96) واستخدام اللغة العربية الفصحى السهلة وتوفر نتائج حول مقاييس القائمة من دراسات عربية كمصر والسعودية ولبنان والكويت، حيث تراوحت معاملات كرونباخ ألفا بين (0.65 و 0.89) بالإضافة التي توفر دراسة واسعة للقائمة على عينات كويتية (ن=1733)، حيث تراوحت معاملات الثبات (ألفا) بين (0.87 و 0.92) وبطريقة التجزئة النصفية بين (0.72 و 0.87). (نفس المرجع السابق، 2000، ص07).

• وصف المقياس:

يتكون هذا المقياس من 21 مجموعة من الأسئلة وكل مجموعة منها تصف أعراض الاكتئاب بما فيها الحزن والتشاؤم والإحساس بالفشل والسخط وعدم الرضا...إلخ.

ويطلب من الشخص أن يقرأ كل عبارة في كل مجموعة وأن يقرر أي العبارة منها تنطبق عليه، ويصف حالته ومشاعره اليوم والأن بوضع دائرة حول رقم العبارة أو العبارات التي تنطبق عليه. (عبد الستار إبراهيم، 1987، ص69 - 70).

ويعتمد هذا المقياس على المشاهدات الاكلينيكية وعلى أوصاف الأعراض التي يعطيها بشكل متكرر المرضى بالاكتئاب في مجال الطب النفسي في مقابل الملاحظات والأوصاف التي يعطيها المرضى غير المكتئبين بشكل متكرر، واندمجت المشاهدات الاكلينيكية وأوصاف المرضى- بشكل متنسق- في واحد وعشرين عرضا وهي :

الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل، عدم الرضا، الذنب، العقاب، كره الذات، إتهام الذات، أفكار انتحارية، البكاء، التهيج، الانسحاب الاجتماعي، عدم الحسم، تغير صورة الجسم، صعوبة العمل، الأرق، سرعة التعب، فقدان الشهية، فقدان الوزن، الانشغال بالجسم، الجنس.

يهدف مقياس بيك للاكتئاب إلى الكشف من ناحية عن المكان الذي يتواجد فيه الفرد بما يتعلق باضطراب الاكتئاب، ومن ناحية أخرى يكشف عن الطريقة التي يعبر بها الفرد عن هذا الاضطراب أي هل يظهر الاكتئاب في شكل شكاوي جسمية أو الميل إلى الحزن والإحساس

بالذنب أو في هبوط النشاط العام أو النشاط الجنسي أو في عدم الرضا عن الحياة ونقص الأداء في الواجبات العمل...إلخ.

• تصحيح المقياس:

تحسب الدرجات في النهاية بجمع هذه النقاط، إذا كان المجموع الكلي لإجابة الشخص على مجموعات الاختبار وعددها 21 يقل عن 10 درجات فإن الشخص غير مكتئب، أما إذا زاد المجموع عن 30 درجة فإن الحالة تعاني نوع شديد من الاكتئاب، وإذا كانت المجموعة بين 10 و 30 درجة فإن الشخص يعاني من حالة بسيطة ومتوسطة من الاكتئاب (**الطفي الشربيني، 2001، ص 205**).

ومن خلال ما توصلت إليه النتائج في صدق وثبات القائمة وتمتعها بصلاحية تطبيقها في البيئة العربية وتطبيقها أيضا على فئات عمرية مختلفة، فقد تم اختيارها وتطبيقها على عينة الدراسة الحالة في التعرف على اضطراب الاكتئاب.

• المواصفات السيكومترية لمقياس الاكتئاب في البيئات الأجنبية:

أ- الصدق:

استخدمت أغلب الطرق الشائعة في دراسة الصدق لدراسة صدق مقياس الاكتئاب (د) فبالنسبة لصدق المحتوى نجد أنه وعلى الرغم من أن مقياس الاكتئاب (د) قد تم إعداده منذ أكثر من ثمانية وعشرين عاما، خلالها تم العديد من التغييرات والتطورات على تعريف العاملين في المجال الاكتئاب إلا أن موران ولامبارت قارنا محتوى مقياس الاكتئاب (د)

بمحاكات أحداث تعريف الاكتئاب ظهر في الـ (DSM III) وجدا من الدلائل ما يشير إلى صدق محتوى مقياس الاكتئاب (د) ولا يعد هذا بالتالي الغريب وذلك لأن مقياس الاكتئاب (د) قد تم تصميمه أصلا من الواقع الاكلينيكي بوصفه الأعراض والاتجاهات التي تظهر على المكتئبين دون غيرهم من غير المكتئبين أما بالنسبة للصدق التلازمي فقد عرض بيك وزملاؤه قائمة تضمن نتائج خمسة وثلاثين دراسة أوضحت ارتباطات بين مقياس الاكتئاب والعديد من مقاييس أخرى للاكتئاب، مثل التقديرات الاكلينيكية وبعض المقاييس الأخرى بالنسبة للتقديرات

الأكلينيكية تراوحت معاملات الارتباط بينها وبين النتائج على مقياس الاكتئاب ما بين 0.55 - 0.96 للمرضى النفسيين بمتوسط معامل ارتباط مقداره 0.72.

أما بالنسبة للعينات غير المرضى فقد تراوحت معاملات الارتباط بين مقياس الاكتئاب وبين التقديرات الأكلينيكية ما بين 0.55 - 0.73 بمتوسط معامل الارتباط مقداره 0.60.

ب- الثبات:

تتوافر العديد من الدراسات التي تناولت ثبات مقياس الاكتئاب، وقد تم عرض جدول يوضح خمسة وعشرين دراسة تناولت الاتساق الداخلي للمقياس سواء للمرضى النفسيين أو غير المرضى للصورة الكلية الكاملة للمقياس أو للصورة المختصرة، وقد تراوحت معاملات الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا والذي كان 0.86 (غريب عبد الفتاح غريب، 1990، ص 07 - 09).

المواصفات السيكومترية لمقياس الاكتئاب في البيئة العربية:

يتضح من نتائج الدراسات العربية التي تناولت الصدق مقياس الاكتئاب من أن المقياس على درجة عالية من الصدق في قياسه للاكتئاب، وهذا يتفق مع نتائج الدراسات الأجنبية.

ومن الدراسات التي اعتمدت في دراسة مقياس الاكتئاب على إيجاد العلاقة بينه وبين مقياس يقيس القلق في المجتمع المصري حيث اتضح أن الاكتئاب يرتبط بالقلق بمعامل مقداره 0.40 لمجموعة من الشبان المصريين (400).

و في إحدى الدراسات التي أجريت في المجتمع الإماراتي تم إيجاد معامل للارتباط بين مقياس الاكتئاب ومقياس (MMPI) لمجموعة تتكون من 60 طالبة من طالبات جامعة الإمارات العربية، ووصل معامل الارتباط بين المقياسين إلى 0.52.

استخدم معد المقياس إلى العربية عبد الفتاح غريب (1990) طريقتين في دراسات لثبات مقياس الاكتئاب وهما طريقة القسمة النصفية حيث تم تجزئة المقياس إلى المقياس إلى جزئين، الأول يتضمن الفئات الفردية والثاني يتضمن الفئات الزوجية وذلك لعدد 50 فردا بمصر ووصل معامل الارتباط بين الجزئين إلى 0.77 وباستخدام معادلة سيبرمان- براون

وصل إلى 0.87 وهو الدال عند مستوى 0.001 وباستخدام طريقة إعادة التطبيق استخدمت درجات 33 شخصا من البالغين، وقد تم تطبيق عليهم المقياس مرتين بفاصل زمني مقداره شهر ونصف ووصل معامل الثبات إلى 0.77 وهو دال عند مستوى 0.001.

وعلى العموم فإن الدراسات الأجنبية والعربية توضح أن مقياس الاكتئاب يتمتع بدرجة عالية من الثبات. (نفس المرجع السابق، 1990، ص 15 - 16).

6- الأساليب الإحصائية:

نعتمد في الدراسة الحالية على الأساليب التالية:

❖ التكرارات النسبية والمطلقة.

❖ معامل الارتباط بيرسون.

❖ معامل الارتباط سبيرمان.

❖ معامل الارتباط X2.

❖ .T.TEST.

❖ Test De Levens: يقيس درجة التجانس بين التغيرات الكمي والنوعي عند القيام باختبار ستودنت.

❖ Test de student: هو اختبار الفروق بين المتوسطات وبين العلاقة بين متغيرين الأول كمي والثاني نوعي.

❖ .Man whitny

وذلك بالاعتماد على البرنامج الإحصائي spss v. 22 .

خلاصة الفصل:

من خلال كل ما سبق في هذا الفصل يمكن لنا أن نستفيد منه في فهم واستيعاب منهج المستخدم في الدراسة وكذلك مجالات الدراسة البشرية والمكانية والزمانية، إضافة إلى الدراسة الاستطلاعية بهدف التعرف على مكان إجراء البحث وقابلية للإنجاز، كما تعرفنا على الأدوات والوسائل العلمية التي تم الاستعانة بها في جمع البيانات كما تطرقنا أيضا إلى الأساليب المعالجة الإحصائية التي تم استخدامها في معالجة بيانات الدراسة كل هذا بما يكفي حتى نتمكن من إجراء الدراسة بصورة مدققة ومفهومة.

الفصل الثالث:

عرض وتحليل ومناقشة

النتائج

1- عرض وتحليل بيانات الدراسة

2- مناقشة وتفسير النتائج الجزئية والكلية للدراسة

3- استنتاج عام للدراسة

تمهيد:

يتناول هذا الفصل من البحث عرض وتحليل ومناقشة النتائج بعد تفرغ استجابات أفراد العينة في الحاسوب باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ثم إجراء معالجات الإحصائية المناسبة باعتماد على الأساليب الإحصائية التي سبق ذكرها في الفصل السابق، وذلك لتحقق من فرضيات هذا البحث بذلك يعتبر هذا الجزء هو الجزء الحيوي من البحث حيث سوف يتم فيه تقديم تفسير لفرضيات استنادا على النتائج وذلك في ضوء أدبيات السابقة وما يعيشه المصابين بمرض السرطان ثم الخروج باستنتاج عام و خاتمة و اخيرا تقديم اقتراحات.

1- عرض تحليل بيانات الدراسة:

1-1- اختبار الفرضيات الجزئية:

1-1-1- اختبار الفرضية الجزئية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرض السرطان حسب متغير السن.

الجدول رقم (05): يوضح نتائج الفرضية الجزئية الأولى

القلق	السن		
0.154	1	معامل الارتباط	السن
0.344	-	مستوى الدلالة	
1	0.154	معامل الارتباط	القلق
-	0.344	مستوى الدلالة	

من خلال الجدول يتضح أن هناك علاقة ارتباطية طردية بين السن ومستوى القلق، لكن هذه العلاقة ضعيفة وبالرجوع إلى مستوى الدلالة نجد أن العلاقة غير دالة إحصائياً.

2-1-1- اختبار الفرضية الجزئية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير السن.

الجدول رقم (06): يوضح نتائج الفرضية الجزئية الثانية

القلق	السن		
-0.120	1	معامل الارتباط	السن
0.459	-	مستوى الدلالة	
1	-0.120	معامل الارتباط	الاكتئاب
-	0.459	مستوى الدلالة	

من خلال الجدول يتضح أنه لم تسجل علاقة ارتباطية دالة بين السن و مستوى الاكتئاب.

3-1-1- اختبار الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس.

الجدول رقم (07) يوضح نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

المتوسط	الجنس
0.9381	ذكر
10.1595	أنثى

Independent Samples Test							
J. Test for Equality of Means				Levene's Test			
Mean Difference	Sig (2-tailed)	D F	T	Sig	F		
-0.22143	0.094	38	-10.716	0.562	0.343	Equal Variances Assumed	الاكتئاب
-0.22143	0.094	370.838	-10.716			Equal Variances not Assumed	

من خلال الجدول إن التوزيع الطبيعي حسب اختبار (كلوموجروف، سمرنوف) وعليه أُلزمتنا الدراسة إلى اختيار الفرق باستعمال T.Test وبما أن مستوى الدلالة لاختبار "ليفين".

Sig de test de leven's = (sig = 0.562) ≥ 6%.

وعليه نأخذ بثبات التباين وعليه فإن $\text{Sig } t = (-10.71) > 0.05$ والنتيجة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

4-1-1- اختبار الفرضية الجزئية الرابعة:

الجدول رقم (08) يوضح نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

RanRs			
Mean RanRs	N	الجنس	الاكتئاب
17.65	20	ذكر	
23.35	20	أنثى	
	40	المجموع	
143.000			Mann Whitneg V
0.122			Sig

من خلال الجدول نرى $\text{sig} = 0.122 > 0.05$

حسب اختبار مان وتني فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من متوسطات الاكتئاب تبعا للجنس.

5-1-1- اختبار الفرضية العامة:

توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان

الجدول رقم (09) يوضح نتائج الفرضية العامة

الاكتئاب	القلق		
- 220	1	معامل الارتباط بيرسون	القلق
003	-	درجة المعنوية	
40	40	حجم العينة	
1	- 220	معامل الارتباط بيرسون	الاكتئاب
	003	درجة المعنوية	
40	40	حجم العينة	

يتضح من خلال الجدول أعلاه والمتمثل في الإجابة عن الفرضية الرئيسية والمتمثلة في اختبار العلاقة الارتباطية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان، فحسب مخرجات SPSS 22 وبالاعتماد على معامل بيرسون فإنه توجد علاقة ارتباطية عكسية حيث بلغ $\sqrt{22\%}$ وهي معنوية عند مستوى الثقة 95% حيث بلغت

$$\text{Sig} = 0.003 < 0.05$$

2- مناقشة وتفسير النتائج الجزئية والكلية للدراسة:

2-1- مناقشة الفرضية العامة:

توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان، واستنادا للنتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية والتي أثبتت عدم تحقق أي علاقة ارتباطية بين الدرجة الكلية لقلق الموت والدرجة الكلية للاكتئاب لدى مرضى السرطان، ومنه نستطيع القول أن درجة قلق الموت لا تؤثر في درجة الاستجابة الاكتئابية، بمعنى أنه ليس من الضروري أن يصاحب الشعور بالاكتئاب مع الشعور بقلق الموت عند المصابين، ويمكن تفسير هذه الفرضية على أن أفراد العينة يعانون من الاكتئاب أكثر من معاناتهم من قلق الموت كونه حالة طبيعية، وهذا راجع إلى تغيرات هرمونية، وأن المريض في غنى عنها ليس بإمكانه التحكم بها ويظهر هذا من خلال التغيرات المزاجية الناتجة عن الشعور بالألم خلال مرحلة العلاج، بعكس النظر عن عدم شعورهم بقلق الموت وهذا راجع إلى التمسك بالقيم الدينية ودرجة الإيمان بالقضاء والقدر الذي يؤكد على أن المرض هو ابتلاء من الله عز وجل والذي يجعل المريض يتقبل مرضه كواقع يمكن معاشته رغم مرارة الحقيقة.

2-2- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

نصت الفرضية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير السن، وقد بينت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان بين الفئات العمرية وهي نتيجة تختلف مع دراسة "بينجستون" أن الأفراد الذين يقعون في الفئة العمرية 45 – 54 سنة هم أكثر الفئات العمرية خوفا من الموت، بينما وجد أن فئة المسنين 65 – 74 سنة هم أقل الفئات العمرية خوفا من الموت، إذ تختلف الدراسة الحالية أيضا مع دراسة ثروسون وبيركنز (1977) (Thorson & Perkins) قام الباحثان بهذه الدراسة لمعرفة العلاقة ما بين قلق الموت والعمر على عينة من كبار السن قوامها (655) فردا، وقد كشفت النتائج أن الأفراد الأكبر سنا، هم الأقل قلقا من الموت، مقارنة مع من هم أصغر منهم سنا.

ويمكن تفسير هذه النتيجة على أن المصابين بالسرطان কিفما كانت الفئة العمرية التي ينتمون إليها فإن التشخيص، الإعلان والعلاج يمثل ضغطا انفعاليا وجسديا شديدين ذات تأثيرات نفسية عليهم.

2-3- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

نصت الفرضية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير السن، وقد بينت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير السن، وكانت غير محققة فإن السن المريض لا يعد عاملا مؤثرا على حدوث الاستجابة الاكتئابية وبالتالي لا يختلف الشعور بالاكتئاب باختلاف الفئة العمرية ويختلف هذا مع دراسة (Derogatis et al, 1983) التي أجريت على 215 مريضا بالسرطان، متوسط أعمارهم 50.3 عاما، بالمقارنة بعينة ضابطة تتساوى في السن والعدد، كشفت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في الاكتئاب لصالح مجموعة مرضى السرطان، إذ تختلف الدراسة الحالية أيضا مع دراسة (Mor.V et al 1994) في دراستها لأثر الاختلافات العمرية في إحداث المشكلات النفسية لدى مريضات السرطان، حيث أظهرت المريضات الأقل سنا استجابات نفسية سلبية لمرض السرطان، فقد تتفاعل وتتكيف هاته المريضات مع السرطان ببعض الاضطرابات النفسية المصاحبة له، كاضطرابات التكيف واضطرابات المزاج والكآبة.

2-4- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

نصت الفرضية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس، وقد بينت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس وهي نتيجة تختلف مع الدراسة التي أجراها (عوض، 2009) بعنوان "قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب في منطقة عكا في فلسطين: دراسة مقارنة"، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب ضمن بعض المتغيرات، حيث تكونت عينة الدراسة من (458) من كلا الجنسين من منطقة عكا، وأشارت

النتائج إلى أن هناك درجة متوسطة من قلق الموت لدى أفراد العينة، كما أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث على مقياس قلق الموت، إذ كانت درجات الإناث أعلى من درجات الذكور. وتفسير نتيجة هذه الفرضية قد ترجع إلى أن الإصابة بالإصابة قد أصبح منتشرا مثل أي مرض آخر لم يعد مخيفا كالسابق، وأن جميع أفراد العينة من المصابين بالسرطان الذكور والإناث كان لديهم نفس المعتقدات حول نظرتهم لهذا المرض بصرف النظر عن نوع الجنس ذكرا كان أم انثى.

2-5- مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة:

نصت الفرضية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس، وقد بينت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان تبعا للجنس وهذا يختلف مع الدراسات المتعلقة بهذا الشأن بأن هناك فروق دالة لمشاعر الاكتئاب بين الجنسين ولصالح الإناث، حيث أن المرأة أكثر معاناة من الرجل بالنسبة الأعراض الاكتئابية وهذا ما دلت عليه دراسة كلبرنسون (Culbertson 1997) لأن النساء قد تفوقت على الذكور خلال السنوات الثلاثين الأخيرة من حيث نسبة المعاناة والإصابة بالإكتئاب بما يعادل الضعف، فإن الجنس لا يعد عاملا مؤثرا على مستوى الاكتئاب كما قد يرجع عدم الفعل من الحزن والأسى دوريا عند التشخيص وخلال فترات المعالجة وبعد النجاة من السرطان إذ أن كلاهما يشعر بعدم التصديق والرفض أو اليأس حيث يكتشفون أنهم مصابون بالسرطان وقد يعانون من صعوبات النوم وفقدان الشهية، والرهاب والقلق الحاد والاستغراق في التفكير المهموم بشأن المستقبل.

3- الاستنتاج العام:

يتمحور البحث الحالي حول دراسة قلق الموت وعلاقته بالاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان على عينة مكونة من أربعون مصاب ومصابة من المركز الاستشفائي الجامعي لولاية وهران، تتراوح أعمارهم ما بين 29 – 74 سنة، وهذا لمعرفة طبيعة العلاقة بين قلق الموت "مقياس أحمد عبد الخالق" والاستجابة الاكتئابية "مقياس آرون بيك"، وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها تم التوصل إلى النتائج التالية:

- ❖ لا توجد علاقة ارتباطية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان.
- ❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير السن.
- ❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس.
- ❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس.
- ❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لقلق الموت لدى مرضى السرطان حسب متغير السن.

خاتمة



خاتمة:

لقد حاولنا من خلال هذه الدراسة معالجة موضوع هام في منظومة الحياة العامة وهو دراسة الجانب النفسي لمرضى السرطان وبعد تحليل وإثراء متغيرات الدراسة وبعد تحليل المعطيات التي تحصلنا عليها من خلال تطبيق اختبار قلق الموت واختبار الاكتئاب على عينة المكونة من أربعون حالة تم معالجة البيانات ومناقشتها على ضوء الدراسات السابقة، يمكن القول أنه هناك علاقة ضعيفة وعكسية بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية لدى مرضى السرطان وتبين أيضا عدم وجود فروق بين قلق الموت والاستجابة الاكتئابية تعزى لمتغير الجنس والسن وقد يرجع هذا التأثير إلى عدد من العوامل التي حلت دون تحقق كل الفروض هذه الدراسة، وهذا ما يفتح المجال للمزيد من الاهتمام والدراسات المرتبطة بهذا الموضوع وأنه لا يمكن تعميم النتائج على مصاب بالسرطان وذلك لفروق الفردية ومميزات الشخصية كل شخص بالإضافة إلى عوامل أخرى مختلفة وأخيرا نرجوا أن نكون أوفقنا في الإحاطة بجوانب الموضوع كما نأمل أن يكون عملنا أكثر شمولية لهذا الموضوع.

الاقتراحات:

في ضوء الدراسات السابقة وفي ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من النتائج المتحصل عليها ارتأينا إلى وضع مجموعة من التوصيات والاقتراحات التي من شأنها أن تفيد المرضى المصابين بالسرطان والقائمين على رعايتهم:

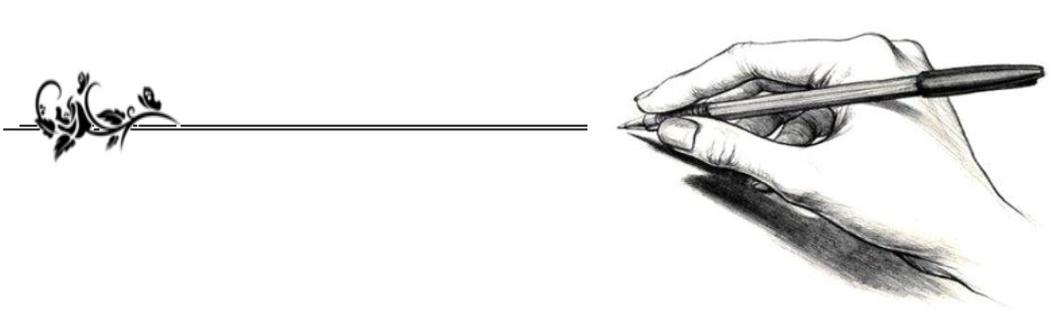
❖ تصميم برامج إرشادية لدى مرضى السرطان للعمل على تحسين مستوى الصحة النفسية.

❖ أن تقوم الجهات المشرفة على رعاية مرضى السرطان بعمل لقاءات ميدانية مع المرضى للوقوف على المشاكل التي يعاني منها والعمل على حلها.

❖ التعجيل بفتح مركز مكافحة السرطان بمدينة تيارت، وإنشاء مصالح للاستشفاء عبر كامل التراب الوطني للتخفيف من العبء الذي يعاني منه هؤلاء المرضى مع إعطاء دور الأخصائي النفسي اعتباره في الميدان.

❖ ضرورة تواجد المعالجين النفسيين إلى جانب المرضى قبل دخول مراحل العلاج وخلالها وبعده، فغالبا ما يحتاج المريض إلى من يستمع لأفكاره وأوجاعه وأحاسيسه للتخفيف من وطأة المرض عليهم.

قائمة المصادر والمراجع





المراجع باللغة العربية:

I- المعاجم:

1. حسن شحاتة وزينب النجار، 2003، معجم المصطلحات التربوية والنفسية، الدار المصري اللبنانية، ط1.
2. علي عبد الرحيم صالح، 2014، معجم عربي لتحديد المصطلحات النفسية، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
3. مدحت عبد الرزاق حجازي، 2014، معجم مصطلحات علم النفس، دار الكتاب العلمية، ط1، لبنان.

II- الكتب:

1. إبراهيم سليمان واحد، 2013، الشخصية الانسانية واضطراباتها النفسية ورؤية إطار علم النفسي الإيجابي، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان.
2. أحمد عبد الخالق، 1987، قلق الموت، عالم المعرفة، الكويت.
3. أسامة فاروق مصطفى، 2010، مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار سميرة للنشر والتوزيع، عمان.
4. حسين علي فايد، 2001، العدوان والاكتئاب في عصر الحديث، مكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ط1، الاسكندرية.
5. رجاء وحيد دويدري، 2000، البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسة العلمية، دار الفكر، ط1، دمشق.
6. زلوف منيرة، 2014، دراسة تحليلية للاستجابة الاكتئابية عند المصابات بالسرطان، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.



7. زينب محمود شقير، 2009، مقياس قلق الموت، ط4، كلية التربية جامعة طنطا.
8. سامر جميل رضوان، 2000، الصورة السورية لمقياس بيك (دراسة ميدانية على عينة من طلاب جامعة)، دمشق.
9. سامر جميل رضوان، 2009، الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط3، عمان.
10. سامي الختاتنة، 2012، مقدمة في الصحة النفسية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، ط1.
11. سليمان عبد الواحد يوسف، 2012، علم النفس الشخصية (الشخصية في سواها وانحرافها)، مؤسسة الطيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1.
12. سوسن شاكر، 2015، اضطرابات الشخصية (أنماطها، قياسها)، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ط2، الأردن.
13. شيلي تايلور، 2008، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكير داود، علم النفس الصحي، دار حامد للنشر والتوزيع، ط1، الأردن.
14. عبد الستار إبراهيم، 1998، الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، عالم المعرفة، الكويت.
15. عبد الفتاح غريب، 1990، مقياس الاكتئاب (د) التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير، مكتبة النهضة العربية، ط2، القاهرة.
16. عبد الله عسكر، 2001، الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، مكتبة أنجلو مصرية، القاهرة.
17. عطوف محمد ياسين، 1981، علم النفس الإكلينيكي، دار العلم للملايين، ط1، بيروت.



18. علي محمد النوي محمد، 2011، الاكتئاب لدى المسنين الاتجاهات الحديثة والعلاج وكيفية التعامل، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1.
19. فاروق السيد عثمان، 2008، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة.
20. لطفي الشربيني، ب. ت، الاكتئاب المرض والاكتئاب، دار الكتب والوثائق القومية.
21. محمد بن عبد الرحمن العقيل، 2013، كل ما تريد أن تعرفه عن السرطان، الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، ط1.
22. محمد جاسم محمد، 2004، مشكلات الصحة النفسية (أمراضها، علاجها)، مكتبة دار الثقافة للنشر، ط1، عمان.
23. محمد قاسم عبد الله، 2012، علم النفس الصحة، دار الفكر، عمان.
24. مصطفى القمش النوري والمعايطة، 2007، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
25. مصطفى النوري القمش، 2006، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار مسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
26. معيد جاسم وعطاري محمد سعيد، 2014، الصحة النفسية للفرد والمجتمع، دار الرضوان للنشر، ط1، عمان.
27. مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، مقدمة في علم النفس الصحة، دار وائل، ط1، عمان، الأردن.
28. هناء أحمد شويخ، 2007، أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، إيتراك للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة.



29. هند إبراهيم عبد الرسول، 2013، اضطراب قلق الانفصال (آلام الطفل)، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية.

30. وليد سرحان، جمال خطيب، محمد حباشة، 2001، سلوكيات (الاكتئاب، طب نفسي، الاكتئاب)، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، ط1.

III- الدراسات العلمية:

1. آية قواجلية، 2013، قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، جامعة بسكرة.

2. جمعون ياسين، 2013، تأثير قلق الموت على استراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة البويرة، الجزائر.

3. حنان عماري، 2013، قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، جامعة بسكرة.

4. فقيري تونس، 2015، علاقة سلوك النمط (أ) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، جامعة بسكرة.

5. وليدة مرازقة، 2009، مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، جامعة باتنة.

6. وهيبة شرقي، 2015، الاضطرابات النفسية وعلاقتها بكل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي، جامعة ورقلة، الجزائر.



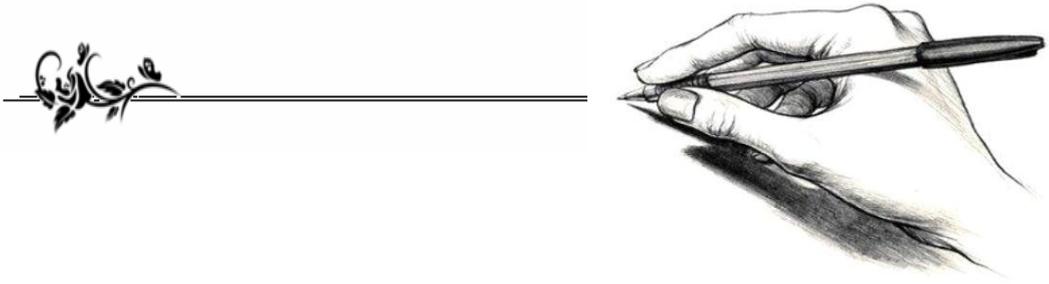
IV- المجلات، البحوث والمقالات:

1. بشير معمريّة، 2007، العوامل النفسية في مرضى السرطان، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 15 & 16، صيف وخريف، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
2. خيرية عبد الله البكوش، 2014، العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان، المجلة الجامعة، المجلد 2، العدد 16.
3. سوسن شاكر مجيد، 2012، العلاقة بين مرضى السرطان وبعض العوامل النفسية والشخصية، الحوار المتمدن، العدد: 3708 – 25/04/2012، 16:14، المحور: الصحة والسلامة الجسدية والنفسية.
4. مدحت ناصري، 2015، مجلة الدراسات العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 42، العدد 3.

المرجع باللغة الأجنبية:

1. Ferrari maurice,1983, les déprimes documenta, grigg, paris.
2. Johanne Marcotte et renée ouimet, 2002 ; le cancer, deuxième edition revue et corrigée, bibliothèque national du Québec.

الملاحق



الملحق رقم (01) :

مقياس "دونالد تمبلر"

الجنس: السن:

التعليمة:

- ❖ إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير، ضع دائرة حول (ص).
- ❖ إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ).

عبارات الاختبار:

خ	ص	1. أخاف كثيرا من الموت
خ	ص	2. نادرا تخطر لي فكرة الموت
خ	ص	3. لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت
خ	ص	4. أخاف أن تجرى عملية جراحية.
خ	ص	5. لا أخاف إطلاقا من الموت
خ	ص	6. لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاصة
خ	ص	7. لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت
خ	ص	8. أتضايق كثيرا من مرور الوقت
خ	ص	9. أخشى أن أموت موتا مؤلما
خ	ص	10. إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا

خ	ص	11. أحشى فعلا أن تصيبي سكتة قلبية
خ	ص	12. كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا
خ	ص	13. أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة
خ	ص	14. يزعجني منظر جسد ميت
خ	ص	15. أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني

الملحق رقم (02):

مقياس **Beek** للاكتئاب إعداد الدكتور : غريب عبد الفتاح غريب

الجنس: ، السن:

تعليمات: في هذه الدراسة مجموعة من العبارات، الرجاء أن تق أ ر كل مجموعة على حدا ، ثم قم بوضع دائرة حول رقم العبارة (0) أو (1) أو (2) ، (3) ، و التي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي بما في ذلك اليوم ، تأكد من قراءة كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها و تأكد من أنك أجبت على كل المجموعات:

1- الحزن

0- لا أشعر بالحزن

1- أشعر بالحزن والكآبة.

2- الحزن والانقباض يسيطران علي طوال الوقت ، وأعجز عن الفكك منهما.

3- أشعر بالحزن أو التعاسة لدرجة مؤلمة.

4- أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل.

02- التشاؤم من المستقبل

0- لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل .

1- أشعر بالتشاؤم من المستقبل.

2- لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل.

3- لا أستطيع أبداً أن أتخلص من متاعي.

4- أشعر باليأس من المستقبل ، وأن الأمور لن تتحسن.

03- الإحساس بالفشل.

0- لا أشعر بأني فاشل.

1- أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين.

2- أشعر أنني لم أحقق شيئاً له معنى أو أهمية.

- 3- عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل.
- 4- أشعر أنني شخص فاشل تماماً (أبا أو زوجا) .

04- السخط و عدم الرضا:

- 0- لست ساخطاً.
- 1- أشعر بالملل أغلب الوقت.
- 2- لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.
- 3- لم أعد أجد شيئاً يحقق لي المتعة (أو الرضا).
- 4- إنني غير راض وأشعر بالملل من أي شيء.

05- الإحساس بالندم أو الذنب

- 0- لا يصيبني إحساس خاص بالندم أو الذنب على شيء.
- 1- أشعر بأنني سيء أو تافه أغلب الوقت.
- 2- يصيبني إحساس شديد بالندم والذنب.
- 3- أشعر بأنني سيء وتافه أغلب الأوقات تقريباً.
- 4- أشعر بأنني سيء وتافه للغاية.

06- توقع العقاب

- 0- لا أشعر بأن هناك عقاباً يحل بي.
- 1- أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث أو سيحل بي.
- 2- أشعر بأن عقاباً يقع علي بالفعل.
- 3- أستحق أن أعاقب.
- 4- أشعر برغبة في العقاب

07- كراهية النفس.

- 0- لا أشعر بحببة الأمل في نفسي.
- 1- يخيب أملي في نفسي.
- 2- لا أحب نفسي.
- 3- أشتئز من نفسي.
- 4- أكره نفسي.

08- إدانة الذات

0- لا أشعر بأني أسوأ من أي شخص آخر.

1- أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي.

2- ألوم نفسي لما ارتكبت من أخطاء.

3- ألوم نفسي على كل ما يحدث.

09- وجود أفكار انتحارية

0- لا تتنابني أي أكار للتخلص من نفسي.

1- تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكن لا أنفذها.

2- أفضل لي أن أموت.

3- أفضل لعائلي أن أموت.

4- لدي خطط أكيدة للانتحار.

5- سأقتل نفسي في أي فرصة متاحة.

10- البكاء

0- لا أبكي أكثر من المعتاد.

1- أبكي أكثر من المعتاد.

2- أبكي هذه الأيام طوال الوقت ولا أستطيع أن أتوقف عن ذلك.

3- كنت قادراً على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك.

11- الاستشارة وعدم الاستقرار النفسي

0- لست منزعجاً هذه الأيام عن أي وقت مضى.

1- أنزعج هذه الأيام بسهولة.

2- أشعر بالانزعاج والاستشارة دوماً

3- لا تثيرني ولا تغضبني الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك سابقاً

12- الانسحاب الاجتماعي

0- لم أفقد اهتمامي بالناس.

1- أنا الآن أقل اهتماماً بالآخرين عن السابق.

2- فقدت معظم اهتمامي وإحساسي بوجود الآخرين.

3- فقدت تماما اهتمامي بالآخرين .

13- التردد وعدم الحسم

0- قدرتي على اتخاذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل.

1- أوجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل.

2- أعاني من صعوبة واضحة في اتخاذ القرارات.

3- أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار بالمرّة.

14- تغير صورة الجسم والشكل

0- لا أشعر بأن شكلي أسوأ من قبل.

1- أشعر بالقلق من أني أبدو أكبر سنًا وأقل جاذبية.

2- أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفراً (منفرة) وأقل جاذبية.

3- أشعر بأن شكلي قبيح (قبيحة) ومنفر (منفرة).

15- هبوط مستوى الكفاءة والعمل

0- أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل.

1- أحتاج إلى مجهود خاص لكي أبدأ شيئاً

2- لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل.

3- أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء.

4- أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق

16- اضطرابات النوم

0- أنام جيداً كما تعودت.

1- أستيقظ مرهقاً في الصباح أكثر من قبل.

2- أستيقظ من 2-3 ساعات أبكر من ذي قبل ، وأعجز عن استئناف نومي.

3- أستيقظ مبكراً جداً ولا أنام بعدها حتى إن أردت.

17- التعب والقابلية للإرهاق

0- لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد.

1- أشعر بالتعب والإرهاق أسرع من ذي قبل.

- 2- أشعر بالتعب حتى لو لم أعمل شيئاً.
- 3- أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء.

18- فقدان الشهية

- 0- شهيتي للطعام ليست أسوأ من قبل.
- 1- شهيتي ليست جيدة كالسابق.
- 2- شهيتي أسوأ بكثير من السابق.
- 3- لا أشعر برغبة في الأكل بالمرة.

19- تناقص الوزن

- 0- وزني تقريباً ثابت.
- 1- فقدت أكثر من 3 كغ من وزني.
- 2- فقدت أكثر من 6 كغ من وزني.
- 3- فقدت أكثر من 10 كغ من وزني.

20- تأثر الطاقة الجنسية

- 0- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتني الجنسية.
- 1- أصبحت أقل اهتماماً بالجنس من قبل.
- 2- قلت رغبتني الجنسية بشكل ملحوظ.
- 3- فقدت تماماً رغبتني الجنسية.

21- الانشغال على الصحة

- 0- لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.
- 1- أصبحت مشغولاً على صحتي بسبب الأوجاع والأمراض ، أو اضطرابات المعدة والإمساك.
- 2- أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.
- 3- أصبحت مشغولاً تماماً بأموري الصحية

الملحق رقم (03):

المعالجة الإحصائية

1- نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

العلاقة الارتباطية بين السن ومحاور قلق الموت

Q8-1	Q7-1	Q6-1	Q5-1	Q4-1	Q3-1	Q2-1	Q1-1		
0.347*	-0.068	0.094	0.195	0.068	-0.164	-0.076	0.013	معامل الارتباط	السن
0.028	0.676	0.565	0.228	0.676	0.313	0.639	0.937	مستوى الدلالة	
Q15-1	Q14-1	Q13-1	Q12-1	Q11-1	Q10-1	Q9-1			السن
-0.094	0.061	-0.150	-0.057	0.037	0.098	0.260		معامل الارتباط	
0.565	0.707	0.355	0.728	0.822	0.548	0.105		مستوى الدلالة	

-2 نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

العلاقة الارتباطية بين السن ومحاور الاكتئاب

كراهية النفس.	توقع العقاب	الإحساس بالندم أو الذنب	السخط و عدم الرضا	الإحساس بالفشل	التشاؤم من المستقبل	الحزن	
-0.328*	00.271	00.117	-0.374*	00.005	00.183	-00.27	معامل الارتباط
00.039	00.091	00.47	00.018	00.977	00.258	00.092	مستوى الدلالة
تغير صورة الجسم والشكل	التردد وعدم الجسم	الانسحاب الاجتماعي	الاستشارة وعدم الاستقرار النفسي	البكاء	وجود أفكار انتحارية	إدانة الذات	
00.011	-0.399*	-00.162	-00.18	-0.355*	-00.238	00.166	معامل الارتباط
00.947	00.011	00.318	00.266	00.025	00.139	00.306	مستوى الدلالة
الانشغال على الصحة	تأثر الطاقة الجنسية	تناقص الوزن	فقدان الشهية	التعب والقابلية للإرهاق	اضطرابات النوم	هبوط مستوى الكفاءة والعمل	
00.237	00.012	00.047	-00.1	0.378*	00.036	00.136	معامل الارتباط
00.14	00.944	00.771	00.538	00.016	00.827	00.401	مستوى الدلالة

السن

3- نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

الجنس ومحاور قلق الموت

المجموع	2-1		
	خطأ	صح	
20 50,0%	7 17,5%	13 32,5%	التكرار ذكر النسبة من المجموع
20 50,0%	5 12,5%	15 37,5%	التكرار انثى النسبة من المجموع
40 100,0%	12 30,0%	28 70,0%	التكرار النسبة من المجموع $X^2=0.490$
المجموع	Q3-1		
	خطأ	صح	
20 50,0%	8 20,0%	12 30,0%	التكرار ذكر النسبة من المجموع
20 50,0%	8 20,0%	12 30,0%	التكرار انثى النسبة من المجموع
40 100,0 %	16 40,0%	24 60,0%	التكرار النسبة من المجموع $X^2=1.00$ 0

		Q5-1		المجموع
		صح	خطأ	
الجنس	التكرار	13	7	20
	النسبة من المجموع	32,5%	17,5%	50,0%
الجنس	التكرار	10	10	20
	النسبة من المجموع	25,0%	25,0%	50,0%
الجنس	التكرار	23	17	40
	النسبة من المجموع	57,5%	42,5%	100,0%
X ² =0.3 37				

المجموع	Q4-1		
	خطأ	صح	
20	12	8	التكرار
50,0%	30,0%	20,0%	النسبة من المجموع
20	14	6	التكرار
50,0%	35,0%	15,0%	النسبة من المجموع
40	26	14	التكرار
100,0%	65,0%	35,0%	النسبة من المجموع
			X ² =0.5 07

المجموع	Q6-1		
	خطأ	صح	
20 50,0%	9 22,5%	11 27,5%	التكرار النسبة من المجموع الجنس ذكر
20 50,0%	8 20,0%	12 30,0%	التكرار النسبة من المجموع الجنس انثى
40 100,0%	17 42,5%	23 57,5%	التكرار النسبة من المجموع $X^2=0.749$

المجموع	Q7-1		
	خطأ	صح	
20 50,0%	5 12,5%	15 37,5%	التكرار النسبة من المجموع الجنس ذكر
20 50,0%	9 22,5%	11 27,5%	التكرار النسبة من المجموع الجنس انثى
40 100,0%	14 35,0%	26 65,0%	التكرار النسبة من المجموع $X^2=0.185$

المجموع	Q8-1		
	خطأ	صح	
20	11	9	التكرار
50,0%	27,5%	22,5%	النسبة من المجموع
20	7	13	التكرار
50,0%	17,5%	32,5%	النسبة من المجموع
40	18	22	التكرار
100,0%	45,0%	55,0%	النسبة من المجموع
			X2=0.204

المجموع	Q9-1		
	خطأ	صح	
20	6	14	التكرار
50,0%	15,0%	35,0%	النسبة من المجموع
20	4	16	التكرار
50,0%	10,0%	40,0%	النسبة من المجموع
40	10	30	التكرار
100,0%	25,0%	75,0%	النسبة من المجموع
			X2=0.465

المجموع	Q10-1		
	خطأ	صح	
20	11	9	التكرار
50,0%	27,5%	22,5%	النسبة من المجموع
20	8	12	التكرار
50,0%	20,0%	30,0%	النسبة من المجموع
40	19	21	التكرار
100,0%	47,5%	52,5%	النسبة من المجموع
			X2=0.324

المجموع	Q11-1		
	خطأ	صح	
20	7	13	التكرار
50,0%	17,5%	32,5%	النسبة من المجموع
20	7	13	التكرار
50,0%	17,5%	32,5%	النسبة من المجموع
40	14	26	التكرار
100,0%	35,0%	65,0%	النسبة من المجموع
			X2=1.000

المجموع	Q12-1		
	خطأ	صح	
20 50,0%	2 5,0%	18 45,0%	التكرار النسبة من المجموع ذكر الجنس
20 50,0%	3 7,5%	17 42,5%	التكرار النسبة من المجموع انثى
40 100,0%	5 12,5%	35 87,5%	التكرار النسبة من المجموع X2=0.633

المجموع	Q13-1		
	خطأ	صح	
20 50,0%	11 27,5%	9 22,5%	التكرار النسبة من المجموع ذكر الجنس
20 50,0%	9 22,5%	11 27,5%	التكرار النسبة من المجموع انثى
40 100,0%	20 50,0%	20 50,0%	التكرار النسبة من المجموع X2=0.527

المجموع	Q14-1		
	خطأ	صح	
20	14	6	التكرار
50,0%	35,0%	15,0%	النسبة من المجموع
20	10	10	التكرار
50,0%	25,0%	25,0%	النسبة من المجموع
40	24	16	التكرار
100,0%	60,0%	40,0%	النسبة من المجموع
			X2=0.197

المجموع	Q15-1		
	خطأ	صح	
20	12	8	التكرار
50,0%	30,0%	20,0%	النسبة من المجموع
20	11	9	التكرار
50,0%	27,5%	22,5%	النسبة من المجموع
40	23	17	التكرار
100,0%	57,5%	42,5%	النسبة من المجموع
			X2=0.749

-4 نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

علاقة الجنس ومحاور الاكتئاب

المجموع	الحزن					X2=0.21
	P5-1	P4-1	P3-1	P2-1	P1-1	
20 50,0%	1 2,5%	1 2,5%	0 0,0%	5 12,5%	13 32,5%	التكرار ذكر النسبة من المجموع
20 50,0%	4 10,0%	2 5,0%	2 5,0%	9 22,5%	3 7,5%	التكرار انثى النسبة من المجموع
40 100,0%	5 12,5%	3 7,5%	2 5,0%	14 35,0%	16 40,0%	التكرار المجموع النسبة من المجموع

المجموع	التشاؤم من المستقبل					X2=0.21
	P5-2	P4-2	P3-2	P2-2	P1-2	
20 50,0%	2 5,0%	1 2,5%	0 0,0%	0 0,0%	17 42,5%	التكرار ذكر النسبة من المجموع
20 50,0%	6 15,0%	0 0,0%	1 2,5%	1 2,5%	12 30,0%	التكرار انثى النسبة من المجموع
40 100,0%	8 20,0%	1 2,5%	1 2,5%	1 2,5%	29 72,5%	التكرار المجموع النسبة من المجموع

المجموع	الإحساس بالفشل				X2=0.249
	P4-3	P3-3	P2-3	P1-3	
20 50,0%	2 5,0%	0 0,0%	7 17,5%	11 27,5%	التكرار النسبة من المجموع ذكر
20 50,0%	0 0,0%	2 5,0%	6 15,0%	12 30,0%	التكرار النسبة من المجموع انثى
40 100,0%	2 5,0%	2 5,0%	13 32,5%	23 57,5%	التكرار النسبة من المجموع المجموع

المجموع	السنخط و عدم الرضا					X2=0.023
	P5-4	P4-4	P3-4	P2-4	P1-4	
20 50,0%	1 2,5%	0 0,0%	3 7,5%	9 22,5%	7 17,5%	التكرار النسبة من المجموع ذكر
20 50,0%	2 5,0%	3 7,5%	4 10,0%	11 27,5%	0 0,0%	التكرار النسبة من المجموع انثى
40 100,0%	3 7,5%	3 7,5%	7 17,5%	20 50,0%	7 17,5%	التكرار النسبة من المجموع المجموع

المجموع	الإحساس بالندم أو الذنب			X2=0.439
	P3-5	P2-5	P1-5	
20 50,0%	6 15,0%	0 0,0%	14 35,0%	التكرار ذكر النسبة من المجموع
20 50,0%	8 20,0%	1 2,5%	11 27,5%	التكرار از النسبة من المجموع
40 100,0%	14 35,0%	1 2,5%	25 62,5%	التكرار المجموع النسبة من المجموع

الجنس

از

النسبة من

المجموع

التكرار

المجموع

النسبة من

التكرار

المجموع	توقع العقاب			X2=0.274
	P3-6	P2-6	P1-6	
20 50,0%	2 5,0%	2 5,0%	16 40,0%	التكرار النسبة من المجموع
20 50,0%	0 0,0%	1 2,5%	19 47,5%	التكرار النسبة من المجموع
40 100,0%	2 5,0%	3 7,5%	35 87,5%	التكرار النسبة من المجموع

الجنس

ذكر

النسبة

من

المجموع

التكرار

النسبة

من

المجموع

التكرار

النسبة

من

المجموع

المجموع	كراهية النفس.			X2=0.159
	P3-7	P2-7	P1-7	
20 50,0%	0 0,0%	3 7,5%	17 42,5%	التكرار ذكر النسبة من المجموع
20 50,0%	3 7,5%	4 10,0%	13 32,5%	التكرار از النسبة من المجموع
40 100,0%	3 7,5%	7 17,5%	30 75,0%	التكرار المجموع النسبة من المجموع

المجموع	إدانة الذات				X2=0.205
	P4-8	P3-8	P2-8	P1-8	
20 50,0%	2 5,0%	8 20,0%	6 15,0%	4 10,0%	التكرار ذكر النسبة من المجموع
20 50,0%	7 17,5%	5 12,5%	3 7,5%	5 12,5%	التكرار انثى النسبة من المجموع
40 100,0%	9 22,5%	13 32,5%	9 22,5%	9 22,5%	التكرار المجموع النسبة من المجموع

المجموع	وجود أفكار انتحارية					X2=0.346
	P5-9	P4-9	P3-9	P2-9	P1-9	
20 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,5%	0 0,0%	19 47,5%	التكرار النسبة من المجموع ذكر
20 50,0%	1 2,5%	1 2,5%	1 2,5%	2 5,0%	15 37,5%	التكرار النسبة من المجموع از ثى
40 100,0%	1 2,5%	1 2,5%	2 5,0%	2 5,0%	34 85,0%	التكرار النسبة من المجموع المجموع

المجموع	البكاء				X2=0.202
	P4-10	P3-10	P2-10	P1-10	
20 50,0%	3 7,5%	2 5,0%	8 20,0%	7 17,5%	التكرار النسبة من المجموع ذكر
20 50,0%	2 5,0%	2 5,0%	14 35,0%	2 5,0%	التكرار النسبة من المجموع از ثى
40 100,0%	5 12,5%	4 10,0%	22 55,0%	9 22,5%	التكرار النسبة من المجموع المجموع

المجموع	الاستشارة وعدم الاستقرار النفسي			X2=0.723
	P3-11	P2-11	P1-11	
20 50,0%	7 17,5%	7 17,5%	6 15,0%	التكرار النسبة من المجموع ذكر
20 50,0%	9 22,5%	7 17,5%	4 10,0%	التكرار النسبة من المجموع از ثى
40 100,0%	16 40,0%	14 35,0%	10 25,0%	التكرار النسبة من المجموع المجموع

المجموع	الانسحاب الاجتماعي				X2=0.753
	P4-12	P3-12	P2-12	P1-12	
20 50,0%	5 12,5%	1 2,5%	3 7,5%	11 27,5%	التكرار ذكر النسبة من المجموع
20 50,0%	2 5,0%	1 2,5%	3 7,5%	14 35,0%	التكرار انثى النسبة من المجموع
40 100,0%	7 17,5%	2 5,0%	6 15,0%	25 62,5%	التكرار النسبة من المجموع

المجموع	التردد وعدم الحسم				X2=0.436
	P4-13	P3-13	P2-13	P1-13	
20 50,0%	2 5,0%	3 7,5%	2 5,0%	13 32,5%	التكرار ذكر النسبة من المجموع
20 50,0%	2 5,0%	3 7,5%	6 15,0%	9 22,5%	التكرار انثى النسبة من المجموع
40 100,0%	4 10,0%	6 15,0%	8 20,0%	22 55,0%	التكرار النسبة من المجموع

المجموع	تغير صورة الجسم والشكل				X2=0.298
	P4-14	P3-14	P2-14	P1-14	

20	1	7	5	7	التكرار
50,0%	2,5%	17,5%	12,5%	17,5%	النسبة من المجموع
20	0	12	2	6	التكرار
50,0%	0,0%	30,0%	5,0%	15,0%	النسبة من المجموع
40	1	19	7	13	التكرار
100,0%	2,5%	47,5%	17,5%	32,5%	النسبة من المجموع

المجموع	هبوط مستوى الكفاءة والعمل					X2=0.252
	P5-15	P4-15	P3-15	P2-15	P1-15	
20	2	0	5	4	9	التكرار
50,0%	5,0%	0,0%	12,5%	10,0%	22,5%	النسبة من المجموع
20	1	2	3	1	13	التكرار
50,0%	2,5%	5,0%	7,5%	2,5%	32,5%	النسبة من المجموع
40	3	2	8	5	22	التكرار
100,0%	7,5%	5,0%	20,0%	12,5%	55,0%	النسبة من المجموع

المجموع	اضطرابات النوم				X2=0.286
	P4-16	P3-16	P2-16	P1-16	
20	5	11	1	3	التكرار

50,0%	12,5%	27,5%	2,5%	7,5%	النسبة من المجموع
20	3	8	5	4	از التكرار
50,0%	7,5%	20,0%	12,5%	10,0%	ثى النسبة من المجموع
40	8	19	6	7	التكرار
100,0%	20,0%	47,5%	15,0%	17,5%	المجموع النسبة من المجموع

المجموع	التعب والقبالية للإرهاق				X2=0.841
	P4-17	P3-17	P2-17	P1-17	
20	4	7	3	6	التكرار
50,0%	10,0%	17,5%	7,5%	15,0%	النسبة من المجموع
20	4	5	5	6	التكرار
50,0%	10,0%	12,5%	12,5%	15,0%	النسبة من المجموع
40	8	12	8	12	التكرار
100,0%	20,0%	30,0%	20,0%	30,0%	المجموع النسبة من المجموع

المجموع	فقدان الشهية				X2=0.558
	P4-18	P3-18	P2-18	P1-18	
20	1	3	8	8	التكرار
50,0%	2,5%	7,5%	20,0%	20,0%	النسبة من المجموع
20	3	5	6	6	از التكرار
50,0%	7,5%	12,5%	15,0%	15,0%	ثى النسبة من المجموع
40	4	8	14	14	التكرار
100,0%	10,0%	20,0%	35,0%	35,0%	المجموع النسبة من المجموع

المجموع	تناقص الوزن				X2=969
	P4-19	P3-19	P2-19	P1-19	

20	6	2	2	10	التكرار النسبة من المجموع	ذكر الجنس
50,0%	15,0%	5,0%	5,0%	25,0%		
20	6	3	2	9	التكرار النسبة من المجموع	از ثى
50,0%	15,0%	7,5%	5,0%	22,5%		
40	12	5	4	19	التكرار النسبة من المجموع	المجموع
100,0%	30,0%	12,5%	10,0%	47,5%		

المجموع	تأثير الطاقة الجنسية				X ² =0.032	
	P4-20	P3-20	P2-20	P1-20		
20	0	2	1	17	التكرار النسبة من المجموع	ذكر الجنس
50,0%	0,0%	5,0%	2,5%	42,5%		
20	7	2	1	10	التكرار النسبة من المجموع	از ثى
50,0%	17,5%	5,0%	2,5%	25,0%		
40	7	4	2	27	التكرار النسبة من المجموع	المجموع
100,0%	17,5%	10,0%	5,0%	67,5%		

المجموع	الانشغال على الصحة				X ² =0.317	
	P4-21	P3-21	P2-21	P1-21		
20	17	2	0	1	التكرار النسبة من المجموع	ذكر الجنس
50,0%	42,5%	5,0%	0,0%	2,5%		
20	12	4	1	3	التكرار النسبة من المجموع	از ثى
50,0%	30,0%	10,0%	2,5%	7,5%		
40	29	6	1	4	التكرار النسبة من المجموع	المجموع
100,0%	72,5%	15,0%	2,5%	10,0%		

Organisation et fonctionnement du Centre Hospitalo-Universitaire d'Oran

Historique :

L'hôpital d'Oran, fondé en 1875, est une structure qui fût ouverte au public en 1883, couvrant une superficie de 15 hectares, créé en Centre hospitalo-universitaire. C'est un établissement de soins, de formation, ainsi que de recherche en science médicales.

Rôle du CHU d'Oran :

A ce titre, il a pour mission dans le cadre du Plan national de développement:

- En matière de soins : de participer à la réalisation du Programme national de prévention et d'éradication sanitaire ainsi que toute activité concernant la protection de la population ;
- En matière de formation : d'assurer la liaison avec l'Institut national de l'Enseignement supérieur en Science médicales ;
- En matière de recherche : d'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'études et de recherche dans le domaine des sciences médicales.

L'hôpital civil d'Oran a été construit dans le quartier dénommé Plateau Saint-Michel, plateau élevé de 115 mètres du niveau de la mer, et occupant une superficie totale de 14 Hectares, terrain provenant d'une concession domaniale et d'acquisitions particulières (10 hectares provenant d'une acquisition, et 3 hectares concédés par l'Etat).

Il était destiné à l'origine, pour recevoir 500 malades au moins.

Les travaux commencent au mois de novembre, de l'année 1877, interrompus au milieu de l'année 1879, pour être repris au mois de février 1882, L'installation des malades a eu lieu, en août 1883. La construction a duré presque six années, cet établissement de soins est situé au 76, Boulevard Docteur-Benzerdjeb, Hai sidi-el Bachir (ex- Plateau St-michel), 31000 Oran.

Organigramme du Centre Hospitalo-Universitaire.

❖ Direction générale de CHU d'Oran : cette Direction comprend,

- 1- Bureau d'ordre général.
- 2- Bureau de l'information et de la communication.
- 3- Bureau des marchés, du contentieux et des affaires juridiques.
- 4- Bureau de la sécurité et de la surveillance générale.

❖ Secrétariat général de CHU d'Oran : Le Secrétariat général dépend et collabore avec la Direction générale,

❖ Direction des Ressources humaines :

➤ Sous-direction des personnels :

- Bureau des carrières des personnels administratifs, techniques et de service.
- Bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et des psychologues.
- Bureau des effectifs, de la régulation, et de la solde .

➤ Sous-direction de la formation et de la documentation :

- Bureau de formation ;
- Bureau de la documentation.

- **Direction des finances et du contrôle** : celle-ci comprend, Sous-direction des finances ;

- Bureau du budget et de la comptabilité ;
- Bureau des recettes et des caisses.

➤ Sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts :

- Bureau de l'analyse et de la maîtrise des coûts ;
- Bureau de la facturation.

❖ **Direction des Moyens matériels** : Cette Direction comprend,

➤ Sous-direction des Services économiques :

- 1- Bureau des approvisionnements.
- 2- Bureau de la restauration et de l'hôtellerie.
- 3- Bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des réformes.

➤ Sous-direction des produits pharmaceutiques de l'instrumentation, et des consommables:

- 1- Bureau des produits pharmaceutiques.
- 2- Bureau des instruments et des consommables.

➤ Sous-direction des Infrastructures, des équipements et de la maintenance biomédicale:

- 1- Bureau des infrastructures.
- 2- Bureau des équipements.
- 3- Bureau de la maintenance biomédicale.

❖ **Direction des Activités médicales et paramédicales** : Celle-ci

comprend,

➤ Sous-direction des Activités médicales :

- 1- Bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales.
- 2- Bureau de la permanence et des urgences.
- 3- Bureau de la programmation et du suivi des étudiants.

Conclusion :

Le CHU d'Oran est particulièrement vulnérable, voire très sensible aux conjonctures liées à la politique de santé, il n'est pas classé secteur productif, c'est un secteur de dépenses. Celles-ci ne cessent de s'accroître, vu l'inflation et la dévaluation de notre monnaie nationale.

Dans le Bureau d'Ordre général le courrier est traité, il y a beaucoup de tâches très importantes et lourdes dans le sens de la responsabilité que celles-ci incombent.

Il comprend trois éléments :

Une attachée d'administration, une secrétaire informaticienne, et un agent d'administration. En fait, c'est un travail de groupe bien formé après une expérience cumulée avec des années de pratique. Aussi notre travail est de contrôler, d'étudier le courrier, son enregistrement, son classement chronologique et-ou thématique.

Agent d'administration : le grade d'agent d'administration est un grade administratif, je travaille dans le Bureau d'Ordre général depuis onze ans, mariée et mère de trois enfants. J'occupe ce poste après avoir concouru pour ce poste, j'espère donner cette profession.

Mes qualités :

- Organisation.
- Rigueurs.
- Bonne présentation.
- Bonne expression orale.

Les résultats obtenus jusqu'ici, manifestent clairement l'importance de l'exercice des fonctions quelconques dans leurs domaines au niveau théorique et pratique. Cela s'applique d'une manière semblable sur les métiers d'agent administratif par le cursus théorique et en aboutissant au stage pratique. Les deux niveaux mentionnés ci-dessus démontrent le poids de la responsabilité sensée être assumée par l'agent administratif.