

جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه LMD

في علم النفس الصحي

مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية

- دراسة ابيديميولوجية عيادية -

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيد: جبار محمد عبد اللطيف

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
كبداني خديجة	أستاذة	جامعة وهران 2	رئيسا
محرزي مليكة	أستاذة	جامعة وهران 2	مقررا
ملال خديجة	أستاذة محاضرة –أ–	جامعة وهران 2	مناقشا
بوريشة جميلة	أستاذة محاضرة –أ–	جامعة مستغانم	مناقشا
بوزار يوسف	أستاذ محاضر –أ–	جامعة معسكر	مناقشا

السنة الجامعية: 2025/2024

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع

إلى الوالدين الكريمين

إلى العائلة الكريمة

إلى الكتكوتة منال فاطمة الزهراء

إلى أساتذتي الكرام دون استثناء،

إلى زملاء الدراسة

وإلى ذوي الأمراض المستعصية

محمد عبد اللطيف جبار

شكر وتقدير

أتقدم بخالص كلمات الشكر والتقدير والامتنان إلى:

الأستاذة الدكتورة المشرفة " محرزي مليكة " على حرصها الدؤوب ومتابعتها المستمرة، وعلى دعمها وتشجيعها طيلة إنجاز هذا البحث العلمي

كما أخص بالشكر والعرفان الأستاذة الفاضلة الدكتورة هلال خديجة التي لم تبخل علي بإرشاداتها وتوجيهاتها في إنجاز هذه الأطروحة

والأساتذة الأفاضل المحكمين كل باسمه ودون استثناء

مدراء المؤسسات والمراكز الاستشفائية العمومية التي أجريت فيها الدراسة، رؤساء وموظفي مصالحها الطبية والإدارية

عينات البحث من مرضى السرطان، مختصين نفسانيين وأطباء

وأخص بالشكر والعرفان أيضا الأساتذة الكرام الذين ساهموا في مناقشة وإثراء هذا البحث.

الملخص:

استهدفت الدراسة موضوع «**مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية –دراسة إبيدميولوجية عيادية–**"، من خلال تسليط الضوء على واقع التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية في الوسط العيادي الجزائري من وجهة نظر مرضى السرطان، من وجهة نظر الأطباء ومن وجهة نظر الأخصائيين النفسيين أنفسهم، في مختلف المراحل والمحطات العلاجية.

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، وقد أجريت على عينة قصدية احتوت ثلاث مجموعات: 180 مريضا بالسرطان يتابعون علاجهم على مستوى مصالح طب الأورام بالمؤسسات الاستشفائية العمومية بالغرب الجزائري، 91 طبيبا و74 أخصائيا نفسيا، ومن خلال تطبيق استبيان التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية– المصمم في هذه الدراسة–، كشفت الدراسة الحالية عن ضعف وعدم كفاية مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية في مختلف الأزمنة والفترات العلاجية من وجهة نظر المرضى، فأثناء زمن الإعلان عن لم تشمل عملية التكفل النفسي إلا 21 فردا من أفراد العينة أي ما نسبته 11.6%، وخلال زمن أو فترة العلاج لم يستفد من التكفل النفسي 123 فردا أي ما نسبته 68.3% من المصابين، وعن تدخل الأخصائي النفسي في المرحلة العلاجية الثالثة التي تعتبر الخطوة الأساسية للانتقال من الوسط العلاجي الاستشفائي إلى الوسط المفتوح، فهو الآخر غير كاف وبدرجة متدنية جدا فكانت أعلى نسبة مسجلة 14.4% ولم يتجاوز عدد الذين تم توجيههم إلى مكتب المساعدة الاجتماعية للتكفل بمختلف انشغالاتهم الأسرية والمهنية والاجتماعية 3.8% من المرضى، أما من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين فيشير 72 فردا من أفراد العينة ما نسبته 97.2 %إلى أنهم يساهمون في عملية التكفل النفسي بحالات الصدمة النفسية المترتبة عن الأمراض المستعصية على مستوى المصالح العلاجية التي يعملون بها، كما يرى 98.9% من الأطباء أن الأخصائي النفسي يساهم في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية ويعتبر 98% منهم وجوده ضمن الفريق الطبي أمرا ضروريا.

الكلمات المفتاحية: التكفل النفسي، الأخصائي النفسي، الأمراض المستعصية، السرطان، الصدمة النفسية.

Abstract:

The study focused on ‘The contribution of psychologists in treating trauma resulting from incurable diseases - a clinical epidemiological study,’ by highlighting the reality of psychological care for people with incurable diseases in the Algerian clinical setting from the perspective of cancer patients, doctors and psychologists themselves, at various stages and points in treatment.

This study relied on a descriptive approach and was conducted on a purposive sample consisting of three groups: 180 cancer patients undergoing treatment in oncology departments in public hospitals in western Algeria, 91 doctors and 74 psychologists. Through the application of a questionnaire on psychological care for people with incurable diseases, designed for this study, the current study revealed the weakness and inadequacy of the psychologist's contribution to the treatment of trauma resulting from incurable diseases at different times and stages of treatment from the patients' point of view. During the announcement period, only 21 individuals from the sample, or 11.6%, received psychological care. During the treatment period, 123 individuals, or 68.3% of those affected, did not benefit from psychological care.

As for the involvement of psychologists in the third stage of treatment, which is considered the essential step in the transition from inpatient to outpatient care, it is also insufficient and very low, with the highest recorded rate being 14.4%. The number of patients referred to the social assistance office to address their various family, professional and social concerns did not exceed 3.8%. From the perspective of psychologists, 72 individuals in the sample, or 97.2%, indicated that they contribute to the psychological care of patients suffering from psychological trauma resulting from incurable diseases at the level of the treatment departments in which they work. Furthermore, 98.9% of doctors believe that psychologists contribute to the care of patients suffering from trauma resulting from incurable diseases, and 98% of them consider their presence within the medical team to be essential.

Keywords: psychological care, psychologist, incurable diseases, cancer, psychological trauma.

Résumé :

L'étude a porté sur le thème « La contribution du psychologue dans la prise en charge du choc résultant des maladies incurables - étude épidémiologique et clinique - », en mettant en lumière la réalité de la prise en charge psychologique des personnes atteintes de maladies incurables dans le milieu clinique algérien du point de vue des patients atteints de cancer, du point de vue des médecins et du point de vue des psychologues eux-mêmes, à différentes étapes et phases du traitement. Cette étude s'appuie sur une approche descriptive et a été menée sur un échantillon intentionnel comprenant trois groupes : 180 patients atteints de cancer suivis dans les services d'oncologie des établissements hospitaliers publics de l'ouest de l'Algérie, 91 médecins et 74 psychologues. Grâce à l'application d'un questionnaire sur la prise en charge psychologique des personnes atteintes de maladies incurables, conçu dans le cadre de cette étude, celle-ci a révélé la faiblesse et l'insuffisance de la contribution des psychologues à la prise en charge du choc résultant des maladies incurables à différentes étapes et périodes du traitement du point de vue des patients. Ainsi, au moment de l'annonce du diagnostic, seuls 21 individus de l'échantillon, soit 11,6 %, ont bénéficié d'une prise en charge psychologique, et pendant la période de traitement, 123 individus, soit 68,3 % des personnes atteintes, n'ont pas bénéficié d'une prise en charge psychologique.

Quant à l'intervention du psychologue dans la troisième phase du traitement, qui constitue l'étape fondamentale du passage du milieu hospitalier au milieu ouvert, elle est également insuffisante et très faible, le pourcentage le plus élevé enregistré étant de 14,4 %. et le nombre de patients orientés vers le bureau d'aide sociale pour prendre en charge leurs différentes préoccupations familiales, professionnelles et sociales n'a pas dépassé 3,8 %. Du point de vue des psychologues, 72 personnes de l'échantillon, soit 97,2 %, qu'ils contribuent à la prise en charge psychologique des cas de traumatisme psychologique résultant de maladies incurables au niveau des services thérapeutiques dans lesquels ils travaillent. De même, 98,9 % des médecins estiment que le psychologue contribue à la prise en charge du traumatisme résultant de maladies incurables et 98 % d'entre eux considèrent que sa présence au sein de l'équipe médicale est indispensable.

Mots clés : prise en charge psychologique, psychologue, maladies incurables, cancer, traumatisme psychologique.

قائمة المحتويات

العنوان	الصفحة
الإهداء	أ
كلمة الشكر	ب
الملخص	ج
قائمة المحتويات	د
قائمة الجداول	هـ
قائمة الأشكال	و
مقدمة	01
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة	
مشكلة الدراسة	04
فرضية الدراسة	11
أهمية الدراسة	11
أهداف الدراسة	11
تحديد مفاهيم الدراسة	12
الفصل الثاني: تحليل مفاهيم الدراسة	
أولا. السرطان	
1. مفهوم مرض السرطان	17
2. عوامل السرطان	19
3 . عوامل خطر الإصابة بالسرطان في الجزائر	26
4. أنواع السرطان	28
5. طرق انتشار السرطان	31
6. تشخيص السرطان	32
7. علاج السرطان	33
8. الوقاية من السرطان	43

9. استجابات الإعلان عن مرض السرطان	44
10. الآثار النفسية للسرطان	45
11. المراحل النفسية للسرطان	47
12. إبيديميولوجية السرطان	47
13. برامج فحص السرطان في الجزائر	68
14. إسقاطات الإصابة بالسرطان في الجزائر (2015 -2025)	70
15. مراكز مكافحة السرطان وأطقم العلاج الإشعاعي في القطاع العمومي	73
16. تشخيص السرطان في الجزائر	74
17. علاج السرطان في الجزائر	75
18. الاستراتيجيات المعتمدة للحد من انتشار السرطان في الجزائر	75
ثانيا. الصدمة النفسية	
1. تاريخ الصدمة النفسية	79
2. تعريف الصدمة النفسية	79
3. الأحداث الصادمة (الصدمية)	81
4. إبيدميولوجية الأحداث الصادمة	82
5. الآثار النفسية للصدمة	83
6. الصدمة النفسية والحداد	84
7. الصدمة النفسية والضغط	85
8. اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (**TSPT**)	87
9. الهشاشة في اضطراب ما بعد الصدمة	94
10. علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية	95
11. صدمة الإعلان عن الأمراض المستعصية	96
ثالثا. التكفل النفسي	
ا . علم النفس	
1. تعريف علم النفس	106

2. مجالات علم النفس	107
3. فروع علم النفس	108
II . الأخصائي النفسي	
1. تاريخ مهنة الأخصائي النفسي	112
2. تعريف الأخصائي النفسي	112
3. مهام الأخصائي النفسي	115
4. القواعد المهنية لممارسة مهنة الأخصائي النفسي	116
5. شروط ممارسة مهنة الأخصائي النفسي	117
6. أخلاقيات مهنة الأخصائي النفسي	118
7. حاجة الأخصائي النفسي إلى التكوين في علم الأورام	119
III. التكفل النفسي	
1. تعريف التكفل النفسي	121
2. أهداف التكفل النفسي	122
3. المفاهيم المرتبطة بالتكفل النفسي	123
4. خطوات التكفل النفسي بمرضى السرطان	125
5. التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية (مرضى السرطان)	130
6. انشغالات مرضى السرطان خلال فترة التكفل النفسي	130
7. الضغط النفسي والسرطان	132
8. طرق وتقنيات التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية	133
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة	
I . المنهج المتبع	
1. تعريف المنهج الوصفي	144
2. الأدوات المستخدمة	144
II. الدراسة الاستطلاعية	
1. أهداف الدراسة الاستطلاعية	153
2. حدود الدراسة الاستطلاعية	153
3. ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية	154
4. مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية	154
5. الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة	158

قائمة المحتويات

III . الدراسة الأساسية	
1. أهداف الدراسة الأساسية	159
2. حدود الدراسة الأساسية	159
3. مواصفات عينة الدراسة الأساسية	160
الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج	
ا . عرض النتائج	
1. الفرضية الفرعية الأولى	170
2. الفرضية الفرعية الثانية	175
3. الفرضية الفرعية الثالثة	180
ا. مناقشة النتائج	
تحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة	183
خاتمة	192
توصيات واقتراحات	195
قائمة المراجع	197
قائمة الملاحق	206

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	جدول يبين معدل الحياة بعد تشخيص سرطان الثدي	29
2	جدول يبين معدل الحياة بعد خمس سنوات من تشخيص سرطان القولون والمستقيم	30
3	جدول يوضح الاستجابات المتكيفة والاستجابات غير المتكيفة	45
4	جدول يوضح الزيادة المقدرة في عدد الحالات المصابة بالسرطان في الجزائر (2000 -2013)	49
5	جدول يبين توزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند النساء لكل 100000 / سنة 2010	51
6	جدول يبين توزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند الرجال لكل 100000/ سنة 2010	52
7	جدول يبين السرطانات الأكثر شيوعا عند الرجال لكل 100000 في الجزائر سنة 2010	55
8	جدول يبين السرطانات الأكثر شيوعا عند النساء في الجزائر سنة 2010	56
9	جدول يبين عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر لكلا الجنسين	58
10	جدول يبين عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر ذكور	60
11	جدول يبين عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر إناث	61
12	جدول يبين عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر لكلا الجنسين	63
13	جدول يبين عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر ذكور	64
14	جدول يبين عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر إناث	66
15	جدول يبين إسقاطات الإصابة بالسرطانات لدى الرجال 2015 - 2025	71
16	جدول يبين إسقاطات الإصابة بالسرطانات لدى النساء 2015 - 2025	72
17	جدول يبين مراكز مكافحة السرطان وأطقم العلاج الإشعاعي (2014)	73
18	جدول يبين تعديلات المحكمين لاستبيان التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية	151
19	جدول يبين مواصفات عينة المرضى الاستطلاعية	155
20	مواصفات عينة المختصين النفسيين الاستطلاعية جدول يبين جدول يبين	156
21	جدول يبين مواصفات عينة الأطباء الاستطلاعية	157
22	جدول يوضح نتائج المقارنة الطرفية لاستبيان واقع التكفل بذوي الأمراض المستعصية	158
23	جدول يبين مواصفات عينة المرضى الأساسية	161
24	جدول يبين نوع الإصابة عند الرجال	162

قائمة الجداول

25	جدول يبين نوع الإصابة عند النساء	164
26	جدول يبين مواصفات عينة المختصين النفسانيين الأساسية	166
27	جدول يبين مواصفات عينة الأطباء الأساسية	167
28	جدول يوضح مستوى التكفل النفسي من وجهة المرضى في مرحلة الإعلان عن المرض	170
29	جدول يوضح مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة المرضى في مرحلة العلاج	171
30	جدول يوضح مستوى التكفل النفسي من وجهة المرضى في مرحلة إتمام الدورة العلاجية	172
31	جدول يوضح التكفل النفسي من وجهة نظر المختص النفسي (التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة)	176
32	جدول يوضح التكفل النفسي من وجهة نظر المختص النفسي (محور الأداء والكفاءة المهنية)	177
33	جدول يوضح التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية من وجهة نظر الأطباء	180

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	الزيادة المقدرة سنويا في عدد الحالات المصابة بالسرطان في بلادنا (2000 -2013).	50
02	توزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند النساء لكل 100000/ سنة 2010	52
03	توزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند الرجال لكل 100000 / سنة 2010	54
04	السرطانات الشائعة عند الرجال لكل 100000 في الجزائر سنة 2010	56
05	السرطانات الأكثر شيوعا عند النساء لكل 100000 في الجزائر سنة 2010	57
06	عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر لكلا الجنسين	59
07	عدد الإصابات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر ذكور	61
08	عدد الإصابات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر إناث	62
09	عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر لكلا الجنسين	64
10	عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر ذكور	65
11	عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر إناث	67
12	تصاعد عدد الحالات الجديدة المسجلة (2000 -2022)	67
13	إسقاطات الإصابة بالسرطانات لدى الرجال 2015-2025	71
14	إسقاطات الإصابة بالسرطانات لدى النساء 2015-2025	72
15	ميادين علم النفس	107
16	صعوبات وانشغالات مرضى السرطان دلبولت س(Dolbeault S,2008)	131
17	نوع الإصابة عند الرجال	163
18	نوع الإصابة عند النساء	165

مقدمة:

ظهر الاهتمام بتقديم الرعاية النفسية لذوي الأمراض المستعصية وعلى رأسهم مرضى السرطان منذ نشأة علم نفس الأورام في سبعينيات القرن الماضي بفضل الخبرات الميدانية والمقاربات النظرية، التي سلطت الضوء على مختلف الآثار والجروح النفسية العميقة المترتبة على السرطان بمختلف أنواعه ودرجاته بالتزامن مع آثاره وتداعياته الصحية والاجتماعية والاقتصادية الخطيرة، وهو مجال متعدد التخصصات يعنى بالجوانب النفسية والاجتماعية والعاطفية والسلوكية لهذا المرض لدى المصابين وعائلاتهم ومقدمي الرعاية، طوال المراحل والأزمنة العلاجية بدءًا من التشخيص والاستشفاء إلى مرحلة الانتهاء من العلاج والاستعداد لمغادرة المصالح الطبية، بهدف تحسين جودة الحياة لديهم ودعم آليات التكيف المتعلقة بالقلق والاكتئاب والخوف من تكرار المرض، وخصوصا المساعدة في إدارة الضيق والكرب عند المريض الذي يتعرض لصدمة نفسية شديدة تبلغ في قوتها ودرجتها صدمات الحروب والكوارث الطبيعية، ومعاينة جرائم القتل وفقد الأحباء منذ تلقيه لإعلان الإصابة بالسرطان، لارتباط مصطلح سرطان بفكرة الموت ومفارقة الحياة وبالصورة المروعة التي يحملها الفرد والمجتمع في مخيلته عنه.

وتتراوح ردود أفعال واستجابات المرضى بين خوفهم من الموت والحزن والاكتئاب، والقلق والانشغال بشأن المستقبل إلى الإحساس بالعجز وشكوكهم حول قدرتهم على متابعة العلاج ومواصلة الحياة، ويظهر لديهم اضطراب المزاج واليأس والانطواء والعزلة والكراهية والإهمال، والشعور بالذنب ومشاعر العدوانية من طرف الغير، وقد تصل إلى اللجوء للسلوكيات العنيفة والإدمان والانتحار، كما تظهر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية **(TSPT)** لديهم كرد فعل ناتج عن إعلان المرض في صورة أكثر إزعاجا وإيلاما، وتتمثل في فقدان الحس والحركة وتدهور الذاكرة اليومية، واضطراب النوم وتسلط الذكريات والأفكار القسرية، وإعادة الحدث الصدمي في شكل ومضات وأحلام مزعجة، فرط الاستثارة وتجنب المثيرات المرتبطة بهذا الحدث، دون أن

نتغافل عن فترة الكمون التي تسبق هذا الاضطراب ويمكن أن تمتد لفترة طويلة قد تصل إلى عدة أشهر وما تحمله هي الأخرى من أعراض مزعجة لا يمكن تحملها.

ويعد التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن مرض السرطان عنصرا أساسيا ضمن الرعاية الشاملة للمرضى بمفهومها الطبي النفسي والاجتماعي، لمساعدتهم على مجابهة التحديات والصعوبات النفسية والعاطفية التي يواجهونها خلال مختلف المراحل والمحطات العلاجية، بدءا من زمن الإعلان عن التشخيص مرورا بفترة العلاج إلى مرحلة إتمام الدورات العلاجية والاستعداد لمغادرة المصالح الطبية والعودة إلى الحياة العادية من جديد، وقد يمتد إلى مرحلة ما بعد العلاج للوقوف عند انشغالات المرضى ومخاوفهم المتعلقة بالأعراض الجانبية للمرض والخوف من الانتكاسة، وتولي الدولة الجزائرية كغيرها من الدول في المخططات والاستراتيجيات التي تضعها وزارات الصحة، الأهمية القصوى لعملية التكفل النفسي بمرضى السرطان ولسيرورة الإعلان عن المرض، لتعزيز فعالية العلاج الطبي في إطار المهام المنوطة بالأخصائي النفسي عبر المؤسسات الاستشفائية العمومية ومختلف المصالح والأقسام الخاصة بطب الأورام.

واستهدفت هذه الدراسة مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية دراسة ابيدميولوجية عيادية، حيث تم التطرق في الفصل الأول إلى مدخل للدراسة من خلال عرض مشكلتها وفرضياتها وأهدافها، في حين احتوى الفصل الثاني تحليل المفاهيم الأساسية للدراسة والمتمثلة في السرطان، الصدمة النفسية، التكفل النفسي، وتناول الفصل الثالث الإجراءات المنهجية للدراسة والمتمثلة في منهج الدراسة وإجراءات الدراستين الاستطلاعية والأساسية، بينما خصص الفصل الرابع لعرض ومناقشة النتائج استنادا على التراث النظري للموضوع، ليتم ختم الدراسة بمجموعة من الاقتراحات والتوصيات استنادا على النتائج المتوصل إليها.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

1. مشكلة الدراسة:

بالموازاة مع التطورات والتغيرات الهائلة التي مست الأمم والمجتمعات في العقود الأخيرة وما رافقها من تغير في الأنماط المعيشية والسلوكية للأفراد، كزيادة التدخين والإجهاد، والتحضر والنظام الغذائي غير متوازن، برزت وتجلت العديد من الأمراض المستعصية غير السارية (MNT)، وهي الأمراض التي فشل الطب في وجود علاج نهائي لها كمرض نقص المناعة المكتسب والقصور الكلوي، ولعل أكثرها فتكا وانتشارا داء السرطان، فقد أشارت منظمة الصحة العالمية (OMS,2022) إلى أنه السبب الرئيس للوفاة في جميع أنحاء العالم، إذ بلغ عدد الوفيات المترتبة عنه 10 ملايين شخصا سنة 2020 بمعدل 6/1 وفيات، وتعزى حوالي ثلث الوفيات الناجمة عن السرطان إلى تعاطي التبغ، وارتفاع منسب كتلة الجسم، وتعاطي الكحول، وانخفاض مدخول الجسم من الفواكه والخضروات، وقلّة ممارسة النشاط البدني وتلوّث الهواء.

والجزائر كغيرها من الدول ليست في منأى عن الإصابة بهذا الداء، حيث تشهد تزايدا مستمرا في عدد الإصابات الجديدة المسجلة من سنة إلى أخرى، فقد رصد المرصد العالمي للسرطان 58418 حالة سرطان جديدة سنة 2020 على مستوى مختلف مناطق الوطن (International Agency for Research on Cancer,2021)، كما سجل 64713 حالة سنة 2022 لكلا الجنسين بزيادة تقدر ب6295 حالة سرطان جديدة بمختلف أنواعه بنسبة 10.77**%** وهي نسبة معتبرة (International Agency for Research on Cancer,2022)، وتتوقع منظمة الصحة العالمية **OMS** أن تتضاعف هذه الأرقام في آفاق 2030 في جميع أنحاء العالم ويرتفع عدد وفيات داء السرطان إلى **13.1** مليون وفاة، وتتصاعد وتيرة الإصابة بهذا الداء بنسبة 50 **%** كل عام (Ministère de la Santé,2014).

وحسب المعهد الوطني الأمريكي (**NCI**) السرطان هو مجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكن أن تبدأ في أي عضو أو نسيج من الجسم تقريبًا، عندما تنمو الخلايا الشاذة بشكل لا يمكن السيطرة عليه وتتجاوز حدوده المعتادة لتغزو أجزاء مجاورة لهذا العضو و/أو تنتشر إلى أعضاء أخرى من الجسم (الانتشار الخبيث) وهو السبب الرئيسي للوفاة بالسرطان، ومن بين الأسماء الشائعة التي تطلق على هذا الداء الورم والورم الخبيث، وتم إحصاء أكثرمن100 نوع من السرطان وعادة ما يتم تسمية هذه الأنواع حسب الأعضاء أو الأنسجة التي تتكون فيها السرطانات بحيث

يبدأ سرطان الرئة في الرئة، ويبدأ سرطان الدماغ في الدماغ وقد توصف السرطانات أيضًا بنوع الخلية التي تشكلها، مثل الخلية الظهارية أو الخلية الحرشفية. وتُعد سرطانات الرئة والبروستاتا والقولون والمستقيم والمعدة والكبد أكثر أنواع السرطان شيوعًا بين الرجال، بينما سرطان الثدي والقولون والمستقيم والرئة وعنق الرحم والغدة الدرقية هي الأكثر شيوعًا بين النساء (National Cancer Institute,2021).

يحمل مرض السرطان في مخيلة الفرد والمجتمع صورة رهيبة ومرعبة لارتباطه بشكل مباشر باستحضار فكرة الموت ومفارقة الحياة، الألم والتدهور، وينعت بأقبح الأسماء: الخبيث، الغدار، الممقوت، ذلك المرض إلى غيرها من الأوصاف والأسماء، وتشخيص الإصابة بالسرطان وإعلانه أمام المريض حدث صدمي ينتج عنه صدمة تبلغ في قوتها صدمات الحروب والكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات، والحرائق، وصدمات الاغتصاب، وتتمثل ردود الفعل الأولية الشائعة في الذهول الشعور بالخدر العام وعدم تصديق ما يحدث، عدم القدرة على التعبير عن أي مشاعر، عدم القدرة على فهم المعلومات والحاجة إلى إعادتها، الإنكار، صعوبة التحدث عن المرض مع العائلة والأصدقاء وفي بعض الأحيان الحاجة إلى الحديث عن هذا الموضوع مرارا وتكرارا لعدم القدرة على الاستيعاب.

ويمثل الإعلان عن السرطان صدمة حقيقية للشخص الذي يتلقاه ولحظة حاسمة في عملية العلاج، فهو يعتمد على الاستماع، ويجب أن يكون دقيقًا وشخصيًا، ويجب انتقاء الكلمات المناسبة، والمعلومات المقدمة للمرضى يجب أن تكون في متناول الجميع ومصاغة بلغة واضحة وبسيطة تتيح لهم المشاركة في الخطة العلاجية أو القرار العلاجي، ومن الضروري أيضا خلق مناخ من الثقة بين الطبيب المعلن والمريض مع أخذ الوقت الكافي للسماح للشخص المصاب بالسرطان بالتعبير عما يشعر به، ولتمكينه من استيعاب تشخيص المرض والعلاجات الثقيلة والتغييرات التي سيحدثها في حياتهم اليومية، مع اقتراح مواعيد أخرى وإتاحة الفرص للتحدث عن الموضوع في وقت لاحق، وفتح نافذة على الأمل الذي يقدمه العلاج المقترح.

ويعد ذلك أيضا تحديا واضحا أمام الأطباء والمختصين النفسيين المشتغلين على مستوى المؤسسات الصحية لما يترتب عنه من آلام وآثار نفسية وصدمات بليغة على المرضى ويضعهم في مواجهة مع المجهول، مع الموت البطيء مع أسئلة الحياة والموت، سواء أكان بلفظ مصطلح سرطان بصورة مباشرة أو بصورة ضمنية بالتلميح، ما يفتح أمامهم مجالا واسعا للشك والارتياب والقلق(Bettevy&al,2006)، ويمثل الحد الفاصل بين الحياة قبل المرض والحياة بعده، فهو نقطة بداية العلاج، ويحتاج المريض إلى وقت كاف لتقبّله، ويحتاج إلى البكاء، والتحدث مع الأحباء، وإعادة ترتيب أفكاره، واستيعاب أنه لن يكون وحيدا في خوض غمار هذه المعركة، ودعم الأصدقاء والعائلة والفريق الطبي أمر ضروري للتصدي للقلق والمخاوف والتساؤلات والشكوك التي يواجهها.

وبالتالي فإن تجربة تلقي خبر الإصابة بالمرض تجربة قاسية للغاية يشعر خلالها المريض بعجز قدراته وإمكاناته النفسية، وتلعب الطريقة التي يعلن بها عن هذا المرض ووتيرة نقل المعلومات دورا مهما في تشكيل ردود فعل المريض وتحديد مسار العلاج والرعاية التي يتلقاها، كما يمكن أن يخفف ذلك من وقع الصدمة أو يزيد من شدتها.

ويتضمن المخطط الوطني الجزائري لمكافحة السرطان (Plan National Cancer 2015-2019) التركيز على تنظيم توجيه ومتابعة المرضى، مع التأكيد على ضرورة الإعلان عن المرض بطريقة إنسانية، كما يضع أولوية للتربية العلاجية بهدف تحسين نوعية حياة المرضى أثناء العلاج، ويولي اهتماماً خاصاً بالتكفل النفسي بمرضى السرطان، ويؤكد على أهمية إنشاء هيئة مستقلة لعلم نفس الأورام وتزويد مراكز مكافحة السرطان بوحدات لعلم نفس الأورام بالإضافة إلى تقديم الرعاية النفسية للمرضى أثناء التحضير للتدخلات الجراحية وبعدها، كما يشجع التعاون بين مختصي علم نفس الأورام وباقي الفرق الطبية، ويعطي الأهمية لاستحداث مناصب لمختصي علم نفس الأورام لدعم المرضى في مراحلهم النهائية ولدعم أسرهم، ويشير القانون الأساسي الخاص بالأخصائيين النفسيين في الجزائر، إلى تكليف المختصين في علم النفس العيادي التابعين للصحة العمومية بالمساعدات السيكولوجية من توجيه وإرشاد ومرافقة بالإضافة إلى التحضيرات

السيكولوجية للعمليات الجراحية والوقاية والعلاج النفسي للمصاب بمرض خطير(ج رج ج، العدد 22 779، 15 مايو 1991).

يعتبر التكفل بالنفسي وسيلة مواساة ومساعدة مختصة تقدم لذوي الأمراض المستعصية الذين تعرضوا لاعتداءات وانتهاكات أصابت بناءهم النفسي باضطراب جراء تشخيص هذه الأمراض والإعلان عنها، والمساندة النفسية طريقة علاجية موجهة للأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية، ولمواجهة المرض غالبا ما يحتاج المريض إلى الدعم والمساندة النفسية من طرف الأخصائي النفسي، والتي يمكن أن تقتصر على المساندة المعنوية فقط كما يمكن أن تكون نقطة انطلاقة للعلاج الهادف إلى تقبل المرض بشكل أفضل وهذا ما يسمح بتخفيف المعاناة ويمكن المريض من امتلاك رؤية ومقاربة جديدة لمرضه، والتكفل النفسي والعلاج المتنوع الذي يقدمه الأخصائي النفسي لفائدة مرضى السرطان يمكن أن يكون له تأثير إيجابي كبير في التخفيف من الأثر الصدمي للأمراض المستعصية الشيء الذي خلصت إليه دراسة مونتي، بيترسون وآخرون (Monti,P& al,2005) من خلال تطبيق العلاج بالوساطة الفنية على مجموعة من النساء اللاتي تم إخبارهن بإصابتهن بالسرطان عبر ورشات فنية علاجية جماعية وقد أسهم ذلك في تقليل الأعراض النفسية السلبية مثل القلق والإحباط والاكتئاب، كما ساعد المشاركات في تحسين جودة حياتهن والإقبال على الحياة بشكل أكثر إيجابية، مع تعزيز اهتمامهن بمشاريعهن المستقبلية.

والعلاج الجماعي يتيح للمريض الذي يعاني من مرض مستعص الاحتكاك بالمرضى القدامى ومشاركتهم خبراتهم ومعاشهم النفسي مع المرض وكيفية تجاوزهم للتحديات والصعاب التي واجهتهم وامتثالهم للشفاء، ما يخفف من صدمته النفسية ويساعده في تقبل مرضه، ويركز على مجموعات الدعم النفسي والبرامج العلاجية المشتركة التي تُقدم مساعدة شاملة للمصابين ولأسرهم في التعامل مع التحديات الجسدية والعاطفية للمرض وتشمل الجلسات جماعية، مجموعات الدعم عبر مواقع التواصل الاجتماعي والأنشطة المشتركة، مما يعزز الدعم المتبادل ويحسن

نوعية الحياة لديهم.

والتعايش مع الأمراض المستعصية كالسرطان ليس بالأمر الهين بالنظر إلى المستويات العالية من الحصر والقلق، أضف إلى ذلك الإجهاد والألم والآثار الجانبية للأدوية، وليس من السهل دوما مواجهة المرض بمفردنا، لذا فإن لجوء المريض إلى طلب المساندة النفسية أمر طبيعي وعلاقاته مع الفريق المعالج وخصوصا الطبيب جد مفيدة أثناء المسار المرضي، فهم يشكلون المساندة النفسية الأولى وبإمكانهم توجيهه بين لحظة وأخرى إلى المختص النفساني ليتمكن من مشاركته أحاسيسه وتصوراته وبالتالي إدراك الأشياء بشكل أفضل.

وعلى ضوء ذلك فإن دور الأخصائي النفسي والفريق الطبي في تبسيط المعلومات للمريض عند تشخيص المرض وتقديم الدعم النفسي له ولعائلته يعد أساسياً في مساعدتهم على التكيف مع المرض وإعادة بناء المشاعر بعد الشفاء، كما أن التكفل النفسي يشكل دعماً حيوياً للمرضى الذين يعانون من أمراض مستعصية، ويخفف من معاناتهم النفسية المرتبطة بتشخيص هذه الأمراض وأثرها الصدمي، ويساعدهم في تحقيق توازنهم النفسي ومواجهة مختلف التحديات والمخاوف التي يواجهونها.

وتوصلت دراسة إليس كيلبيرجر (E. Kilburger,2012) حول تأثير خوف المرضى من السرطان على توقعاتهم للإعلان عن المرض، إلى أن المرضى يفضلون الحصول على معلومات دقيقة حول المرض، وخاصة من الأطباء المتعاطفين الذين يعرفون تاريخهم الطبي(Kilburger,2012.pp.25-33)، وبينت دراسة (H. Romano, 2010) أن التشخيص يؤثر بشكل كبير على المريض، وأن ظروف الإعلان تلعب دورًا حاسمًا في كيفية استجابة المريض للأخبار(Romano,2010,226-228)، ويرى بيران وآخرون (PERRAIN&al.2009) في دراسته حول صعوبات إعلان الأطباء الفرنسيين لمرض السرطان على عينة متكونة من 917 طبيبًا في مجال أمراض الدم. أن 58.1% من الأطباء أفادوا أنهم لا يواجهون صعوبة كبيرة في الإعلان عن المرض، في حين أن الصعوبات وإن وجد كانت تبقى في الغالب مرتبطة بالخوف من طريقة الرد على أسئلة

المرضى (PERRAIN&al.2009.161)، بينما استهدفت دراسة مونتي، بيترسون وآخرون فعالية العلاج بالفن القائم على الوعي التام (MBAT) لنساء مصابات بالسرطان، وتوصلت إلى أن العلاج بالفن يساعد في تخفيف الآثار النفسية للمرض من خلال تعزيز الدعم النفسي واستراتيجيات التكيف(Monti & al, 2005)، وتناولت دراسة العتيبي(2007) دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة العاملين في المستشفيات الحكومية من ممرضين وأطباء وأخصائيين نفسيين بمدينة الرياض، والذي اقتصر على قياس الذكاء والقدرات العامة للمرضى والتعرف على تاريخهم المرضي والتعرف على دور الأسرة في حدوث المرض بالإضافة إلى امتلاكه بعض المهارات المتمثلة في إقامة علاقات قوية مع المرضى وذويهم، دون الإشارة إلى قيامه بعملية التكفل النفسي.

وفي الجزائر، استهدفت دراسة نوار شهرزاد (2018) واقع التكفل النفسي بذوي الأمراض المزمنة والخطيرة في مدينة ورقلة، وأظهرت النتائج أن 68.75% من الأخصائيين النفسيين يعانون من نقص في التعليم الأكاديمي، بالإضافة إلى معوقات مادية ومعنوية تؤثر على أدائهم (نوار، 2018، ص 625-634)، وتناولت هذه الدراسة واقع التكفل النفسي من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين فقط، كما تناولت مختلف الأمراض المستعصية والمزمنة، وتوصلت دراسة جبار ومحرزي (2024) حول واقع التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية – السرطان أنموذجا– في الوسط العيادي الجزائري من وجهة نظر المرضى، في مختلف المراحل العلاجية على عينة مكونة من 106 مرضى مصابون بداء السرطان إلى عدم كفاية التكفل النفسي بالصدمة النفسية لديهم وبدرجة كبيرة (جبار، محرزي، 2024)، وتتقارب هاتان الدراستان فكلاهما تناول واقع التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية وأشار إلى عدم كفايته، إلا أن دراسة نوار شملت ذوي الأمراض المزمنة والخطيرة بمختلف أنواعها وركزت على وجهة نظر الأخصائيين النفسيين فيما خصصت دراسة جبار ومحرزي لمرضى السرطان ومن وجهة نظر المرضى، بينما اشارت دراسة تاوريرت (2007) الى أن الأخصائيين النفسيين يواجهون معوقات تتعلق بالتكوين الأكاديمي وضعف البرامج الدراسية،

بالإضافة إلى صعوبات في العمل مع الزملاء وفي بيئة العمل (تاوريرت، 2007، ص 345-348)، وهو ما أكدته دراسة منصوري (2016) حول واقع الممارسة النفسية العيادية في الجزائر، إذ أظهرت النتائج أن الأخصائيين النفسيين يعانون من صعوبات تتعلق بالتكوين الأكاديمي بنسبة(81.46%)، وكذلك معوقات تتعلق بالبيئة الثقافية والاجتماعية بنسبة(76.82%)، ما يؤثر سلبًا على أدائهم في المؤسسات الصحية (منصوري، 2016، ص 210).

ومن هذا المنطلق، استهدفت الدراسة الموسومة ب "مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية -دراسة إبيدميولوجية عيادية- "، وذلك من خلال وصف وتقييم واقع ومستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية على مستوى مؤسساتنا الاستشفائية وهذا من وجهة نظر المرضى والأطباء والأخصائيين النفسيين أنفسهم.

حيث تم طرح التساؤل التالي: هل مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) كافية من وجهة نظر المرضى والفريق الطبي " الأطباء والأخصائيين النفسانيين أنفسهم"؟

كما طرحت التساؤلات الفرعية التالية:

هل مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) كافية في جميع المراحل العلاجية من وجهة نظر المرضى ؟

هل مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) كافية من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين؟

هل مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) كافية من وجهة نظر الأطباء؟

2. فرضية الدراسة:

انطلاقا من تساؤل الدراسة تم صياغة الفرضية التالية : مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) **غير كافية** من وجهة نظر المرضى والفريق الطبي والأخصائيين النفسيين أنفسهم.

كما تم صياغة الفرضيات الفرعية التالية:

1.2 مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) **غير كافية** من وجهة نظر المرضى في جميع المراحل العلاجية.

2.2. مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) **غير كافية** من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين (بسبب عدم كفاية التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة، بسبب ضعف الأداء والكفاءة المهنية)

3.2. مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) **غير كافية** من وجهة من وجهة نظر الأطباء.

3. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في كون التكفل النفسي من الدعائم الأساسية في رفع معنويات الأفراد المرضى والحد من قلقهم والمساهمة في استقرار الدينامية النفسية (استقرارهم النفسي)، وتحقيق التوازن الداخلي لديهم خاصة عندما يتعلق الأمر بالتكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية(السرطان).

إضافة إلى المساهمة في تشكيل رؤية تقييمية وإبراز الحاجة إلى الأخصائي النفسي في عملية الإعلان عن الأمراض المستعصية والتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن ذلك.

4. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى : تسليط الضوء على واقع التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية (السرطان) على مستوى المؤسسات الاستشفائية خلال مختلف المراحل والفترات العلاجية للمريض،

بدءا من الإعلان عن التشخيص إلى الانتهاء من الدورات العلاجية أو المسار العلاجي والاستعداد لمغادرة المصالح الاستشفائية، وذلك من وجهة نظر المرضى والفريق الطبي، كما تهدف إلى تشكيل رؤية تقييمية لعملية التكفل النفسي بمرضى السرطان في الجزائر والوقوف على مختلف جوانبها ورصد سلبياتها وإيجابياتها.

تحسيس الفرق الطبية المشرفة على ذوي الأمراض المستعصية حول آثار الصدمات النفسية والنتائج السلبية المترتبة على الإعلان عن التشخيص.

المساهمة في الحد من الأعراض الناتجة عن الصدمة النفسية بعد الإعلان عن المرض وتقوية الدفاعات الذاتية لدى المرضى المصابين بالأمراض المستعصية.

استرجاع الثقة بالنفس لدى المرضى المصابين بالأمراض المستعصية.

علاج وترميم الجروح النرجسية لدى هؤلاء المرضى.

جمع وحوصلة المعطيات الإبيدميولوجية الخاصة بالأمراض المستعصية (داء السرطان).

5. تحديد مفاهيم الدراسة:

1.5. التكفل النفسي:

أولا. اصطلاحا: يُعرَف بأنه مجموعة من التقنيات والأساليب العلاجية التي يعتمد عليها المختص النفسي في مساعدة المرضى المصابين بأمراض مستعصية، حيث يساهم في تخفيف الصدمات النفسية الناتجة عن التشخيص القاسي، ويقوم بدعمهم عاطفيا ونفسيا لتمكينهم من التكيف مع المرض والتغلب على المعاناة النفسية التي قد تواجههم نتيجة لهذه التحديات الكبيرة، وهو أيضا معالجة الاضطرابات النفسية والسلوكية التي يعاني منها الأفراد، ويتضمن ذلك تحديد نوع الاضطراب، والبحث في أسباب وعوامل ظهوره، من خلال استخدام الأساليب النفسية، مع دراسة التاريخ المرضي للحالة، وتطبيق الاختبارات النفسية المناسبة لتوجيه العلاج.

ثانيا. إجرائيا: هو الدرجة التي يتحصل عليها المريض في استبيان التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر مرضى السرطان ومن وجهة نظر الأخصائيين النفسيين ومن وجهة نظر الأطباء.

2.5.الأمراض المستعصية:

أولا. اصطلاحا: الأمراض المستعصية هي أمراض لا يوجد لها علاج أو دواء شافٍ نهائي حتى الآن، وتتميز بأنها قد تؤدي بشكل مباشر إلى الوفاة، مثل مرض السرطان، وتختلف عن الأمراض المزمنة التي يمكن التعايش معها من خلال اتباع نظام حياة معين أو تناول أدوية بشكل منتظم، مثل داء السكري أو ارتفاع ضغط الدم.

ثانيا. إجرائيا: ويقصد بها إجرائيا في دراستنا هذه داء السرطان بمختلف أشكاله ودرجاته، وذووا الأمراض المستعصية إجرائيا هم مرضى السرطان والذين تم تشخيص الداء لديهم من قبل الأطباء وأخصائيي الأورام استنادا إلى الفحوصات الاكلينيكية والسريرية والمخبرية الدقيقة.

3.5.السرطان:

والسرطان مرض جيني في الأصل، يحدث بسبب التغيرات التي تطرأ على الجينات التي تتحكم في الطريقة التي تعمل بها خلايا الجسم وخاصة في كيفية انقسامها ونموها، وتحدث التغيرات الجينية المسببة للإصابة بهذا الداء بسبب الأخطاء التي تحدث أثناء انقسام الخلايا، وبسبب تلف الحمض النووي(**DNA**) الناتج عن التعرض للمواد الضارة الموجودة في البيئة أو استعمالها ومن بينها الأشعة فوق البنفسجية المنبعثة من الشمس، المواد الكيميائية الخطيرة التي يحتويها التبغ، ومن بين الأسباب المسببة للسرطان أيضا انخفاض قدرة الجسم على التخلص من الخلايا ذات الحمض النووي التالف قبل تحولها إلى خلايا سرطانية مع تقدم العمر، هذا بالإضافة إلى عوامل أخرى كالعوامل الاجتماعية والاقتصادية، الثقافية والنفسية.

4.5.الصدمة النفسية:

أولا. اصطلاحا: الصدمة النفسية مفهوم قديم ويتمحور حول ثلاثة عناصر رئيسية هي الجرح الجسدي، المشاعر العامة والتي من بينها قلق الموت والاستعداد النفسي والاجتماعي، وعصاب الصدمة يشير إلى مجموعة من الاضطرابات النفسية تتسم بتناذر التكرار مع كوابيس وأحلام مرعبة

والتي تظهر بعد فترة كمون جراء صدمة وجدانية شديدة، واستعمل فرويد مصطلح الصدمة وأرجع أساسها إلى قوة المثير الذي لا يمكن التحكم فيه واحتواؤه من طرف الجهاز النفسي.

ثانيا. إجرائيا: هي الصدمة النفسية الناتجة عن تشخيص مرض السرطان بمختلف أنواعه والإعلان عنه (الخلعة بالعامية)، والتي يكشف عنها باستخدام المقابلات العيادية وتطبيق مقاييس الصدمة النفسية كمقياس تروماك، ومقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون، وتخلف أعراضا مزعجة لدى المصابين تتمثل في إعادة الحدث الصدمي، تجنب التنبيهات المتعلقة به، فرط الاستثارة لدى المصابين.

5.5. الأخصائي النفسي:

أولا. اصطلاحا: الأخصائي النفسي هو مختص في مجال علم النفس، متخرج من أقسام علم النفس بالجامعات، يملك المؤهلات والخبرات اللازمة لتقديم الدعم والعلاج للأفراد الذين يعانون من مشاكل نفسية أو سلوكية، ويتولى عملية تشخيص الاضطرابات النفسية، وتقديم العلاجات المناسبة كالعلاج السلوكي المعرفي أو العلاج النسقي، العلاج النفسي التحليلي وفق التيار النظري الذي ينتمي بهدف مساعدة الأفراد في تحسين صحتهم النفسية والتعامل مع الضغوط الحياتية. ويستخدم الأخصائي النفسي أدوات وتقنيات نفسية مثل الاختبارات النفسية الموضوعية والإسقاطية، والتقييمات للتوصل إلى أفضل طرق العلاج.

ثانيا. إجرائيا: الشخص المتخصص الذي يستخدم أسسا وتقنيات في علم النفس من أجل الفهم والمساعدة ويمارس نشاطه على مستوى المؤسسات الصحية العمومية بمختلف مصالحها واقسامها بما فيه مصالح طب الأورام.

الفصل الثاني

تحليل مفاهيم الدراسة

السرطان مجموعة متنوعة من الأمراض تتميز بنمو غير طبيعي وغير منضبط للخلايا، يمكن أن يغزو الأنسجة المحيطة وينتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم من خلال عملية تُسمى النقائل، ينجم عن تغيرات جينية يمكن أن تورث أو تكتسب من خلال عوامل بيئية ونمط حياة معين وفيه الحميد والخبيث، وتتألف الأورام السرطانية الحميدة من خلايا تظل معزولة عن مجموعة الخلايا المحيطة بها وتنمو ضمن كبسولة تحويها، وتدل كلمة حميد على كل نوع غير مؤذ من التورم، ولكنه ما دام يحتل فسحة من الجسم فإنه قد يسبب متاعب جانبية عن طريق الضغط على مختلف 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، وتتميز بأورام موضعية يكون نمو خلاياها بطيئا وقد يتوقف فجأة عند حد معين، تكون محدودة ومحاطة بغلاف يحددها تحديدا واضحا عن الأنسجة المحيطة بها، يشبه نسيجها النسيج الأم (الذي حدثت فيه الأورام) ولا تجتاح الأورام الحميدة الخلايا السليمة في الأنسجة المجاورة كما أنها لا تتسرب إلى الدم فهي لا تنتشر في الغدد اللمفاوية، ولا تعود بعد الاستئصال.

أما السرطانات الخبيثة فتتشكل من خلايا تنمو بكثرة وباتساع وتغزو مجموعات الأنسجة المحيطة بها أو تنتشر عن طريق الدم ولا تبقى محصورة " وهذا النوع يسمى السرطان " والأورام الخبيثة تتميز بسرعة معدل نموها، مع احتمال عودتها بعد الاستئصال وقد تنتشر موضعيا أو تنتشر انتشارا عاما في الجسم عن طريق الأوعية اللمفاوية أو الدموية مما يؤدي إلى حدوث أورام ثانوية (Metastatic tumors) في أماكن أخرى للجسم خاصة الرئة والكبد والمخ والعظام، وتختلف خلاياها من حيث التكوين عن الخلايا العادية فهي لا تشبه النسيج الذي حدث فيه الورم وتجتاح الأنسجة المحيطة، هي سريعة النمو والتكاثر بحدود غير واضحة وقد تبلغ حجما كبيرا في وقت قصير، ونموها غير محدود فهي غير مغلقة بغلاف خارجي، وبعد استئصالها بعملية جراحية يمكن أن تعود ثانية إذا ما بقيت هناك خلايا مريضة لم يتم استئصالها الشيء الذي يسبب اضطرابا خطيرا في وظائف أعضاء الجسم حيث تنتقل إليها وتتكاثر مسببة أوراما تشبه الورم الأصلي وهو ما يطلق عليه اسم الانبثاق (métastase)، وتنتشر الأورام الخبيثة إلى باقي أنحاء البدن بواسطة

ثلاثة طرق أساسية هي الانتقال عبر الدم وعن طريق الغدد اللمفاوية ومن خلال الانتشار الموضعي في الأنسجة المجاورة (ربحي، 2011، ص ص.94 –96).

وتحت هذا العنوان سنتناول الحديث عن السرطان وعن المعطيات الإبيدميولوجية المتعلقة به، من خلال التطرق الى هذا المرض مفهومه، أسبابه، أنواعه وطرق انتشاره، تشخيصه وعلاجه وكيفية الوقاية منه، وإلى الجانب الوبائي المرتبط به والاستراتيجيات التي أعدتها الدولة الجزائرية للوقاية منه ومكافحته.

1. مفهوم مرض السرطان :

لقد أصبح مرض السرطان أحد مهددات حياة الإنسان في العصر الحديث، ليس فقط في خطورته وصعوبة الشفاء منه، ولكن لزيادة معدلات الإصابة بهذا المرض الخطير والذي عرف بتوغله في الأنسجة السليمة المحيطة به بطريقة تشبه حركة الحيوان المائي المسمى بالكبوريا أو سرطان الماء. (ربحي، 2011، ص. 79).

اشتق اللفظ الانجليزي للسرطان من الكلمة اليونانية "كارسينوما" أي "السلعطون البحري" وهو حيوان يتسم بضخامة جسمه وامتداد مخالبه، وهو أول شكل ملاحظ لذلك المرض، ولم يستطع الأطباء وضع تعريف محدد لمرض الأورام السرطانية حتى العشرينيات من القرن الماضي، ومع تقدم العلم أمكن لبعض الباحثين وضع تعريفات لهذا المرض مرتبطة بالأبحاث الخاصة بهم، فقدم "أيونج" Ewing تعريفا بسيطا لمصطلح السرطان بأنه " نماء Neoplasm ذاتي نسبي للنسيج "، ويقتصر الأطباء على استخدام مصطلح النماء على الأورام السرطانية الخبيثة وأضاف جبرائيل (1983) أن مرض الأورام السرطانية اسم يطلق على كل الأورام التي لها ميل إلى الاستمرار أو إلى النمو والتي تهلك الأنسجة السليمة، ولها صفة المعاودة بعد فترة قد تطول قليلا أو كثيرا (شويخ، 2007، ص.31).

فالسرطان مرض يتصف أساسا بنمو الخلايا بطريقة غير محكومة، حيث تنمو بشكل غير طبيعي وتصبح أكثر شذوذا من الخلايا السليمة وتنقسم بسرعة غير عادية مؤدية إلى تكوين الأورام

الخبيثة وهو مرض خبيث يتميز بطاقة غير محدودة لنمو الخلايا المستمر، والخلايا الخبيثة إما أن تمتد محليا وتغزو وتدمر النسيج الطبيعي المجاور أو تنتقل عبر الأوعية اللمفاوية أو الأوعية الدموية إلى أمكنة أخرى من الجسم وتؤسس بؤرا جديدة نامية تسمى البؤر السرطانية المتنقلة والتي تدمر بدورها الأعضاء الأخرى، وفي الوضع الطبيعي تنمو الخلايا وتنقسم لتشكيل خلايا جديدة عندما يحتاج الجسم لذلك، ولكن يحدث في بعض الأحيان أن تواصل بعض الخلايا الانقسام عندما لا تكون هناك حاجة لخلايا جديدة مشكلة بذلك كتلة إما أن تكون حميدة أو خبيثة(يحي وأيمن، 2010، ص ص.63 – 64).

السرطان هو تشكل نسيجي أو خلوي جديد مع ميل للانقسام والاستمرار دون الخضوع للقوانين الطبيعية للنمو، والأورام السرطانية ناتجة عن خلايا غير طبيعية خارجة عن نظام التوازن الطبيعي في جسم المريض تتكاثر بصورة منفصلة ولا تؤدي وظيفتها الأساسية ويصعب السيطرة عليها، وهي نمو غير طبيعي لبعض أنسجة الجسم وهذا النمو لا يخدم وظيفته الفيسيولوجية كباقي الأنسجة الطبيعية ويؤدي إلى اختلال وظائف الخلايا والأنسجة السليمة المجاورة لها.

السرطان هو التغيرات التي تحدث في الخلايا الحية ما يجعلها تنقسم وتنمو موضعيا أو تنتشر دون أدنى تحكم من الجسم عليها، مسببة في كثير من الأحيان وفاة المصابين إذا لم يتم علاجها في الوقت المناسب وبالطرق الصحيحة، والسرطان عند (ويليس) هو كتلة شاذة من النسيج تنمو نموا زائدا وغير متناسب مع النسج الطبيعية وتغزو البدن وتؤذيه، مستقلة بشكل فعلي في نموها وتشترك مع النسج الطبيعية في استهلاك الطاقة والمواد الغذائية حيث تنشط على حساب جسم المريض الذي يضعف ويهزل(ربحي، 2011، ص ص.93-94).

السرطان مرض يتصف بنمو غير طبيعي للخلايا وانتشارها، وهو مرض غير معد وغير مؤلم في مراحله الأولى ويصيب أي شخص في أي عمر، وتبدو أكثر حوادثه في المتقدمين بالسن، وفي الحالات العادية تقوم خلايا الجسم مكتمل النمو بالانقسام لترميم الخلايا التالفة والمتأذية واستبدالها، أما في السرطان فتنقسم الخلايا دون هدف معين مشكلة أوراما وتغزو النسج السليمة وتتلفها(رفاعي، 2003.ص ص7-9).

وطبقا للمراجع الطبية لا يعد السرطان مرضا واحدا، بل هو مجموعة من الأمراض تحدث من خلال تغير في الخلايا الجسمية، وتسبب نموا غير منتظم، وتتكون معظم الخلايا السرطانية من كتلة أو كومة، وبالتالي يعرف مرض الأورام السرطانية بأنه " ورم ناتج عن تحول أو تغيير يصيب الخلايا البشرية " والورم tumor هو" كتلة من الأنسجة الناتجة عن نمو خبيث وغير طبيعي" (شويخ، 2007، ص.32).

2. عوامل السرطان :

تشترك العديد من العوامل في ظهور السرطان بمختلف أشكاله وأنواعه، وتشمل الهشاشة والضعف الوراثي والسلوكيات الصحية السلبية كتعاطي التبغ والكحول وسوء التغذية والخمول، بالإضافة إلى العدوى والتعرض للمواد المسرطنة التي تزيد من خطر الإصابة كالإشعاعات والأسبستوس (l'amiante)، دون أن ننسى العوامل النفسية والاجتماعية، وسنحاول تحت العناصر التالية الإشارة إلى هذه العوامل:

1.2.العوامل الوراثية :

السرطان مرض شائع وموجود لدى جميع العائلات منذ القدم، وقد تم تحديد أشكال السرطان العائلية التي تضم بشكل خاص عددا كبيرا من الأفراد المصابين بسرطان واحد أو أكثر وينتمون لنفس العائلة وأشار بروكا (Broca) في القرن التاسع عشر في أحد أعماله إلى شجرة أنساب ضمت أربعا وعشرين امرأة على مدى خمسة أجيال، مع عشر وفيات بسبب سرطان الثدي وأربع حالات بسرطان الكبد(Razavi,Delvaux,2008,p.46).

كما وصف وارثن (Warthan) أستاذ علم الأمراض بجامعة مشيغان منذ سنة 1913 أشكالا عائلية لسرطان القولون بناء على التاريخ المرضي العائلي لخياطته التي كانت تخشى الموت بداء السرطان لأن العديد من أفراد عائلتها واجهوا نفس المصير، الشيء الذي دفعه إلى الاطلاع على ملفات المرضى الموجودة على مستوى مخبر علم الأمراض والخاصة بالفترة الممتدة من 1895

إلى 1913، وتفاجأ بوجود عدد كبير من المرضى لديهم سوابق عائلية لهذا الداء بلغت نسبتهم 15% (Marra,Boland,1995,p.1114).

إن ربع حالات السرطان تكون متأصلة وراسخة، أي أنها تنشأ في عالم خال تماما من المؤثرات الخارجية وذلك بسبب تشكل المواد المسرطنة داخل الجسم وحدوث الأخطاء الوراثية غير المصححة، كما أن للمورثات المنحدرة من الأبوين دورا في حدوث السرطان وهي مسئولة عما لا يقل عن 5% من السرطانات القاتلة، فالسرطان نتيجة للعوامل التي تصيب المورثات وتؤدي إلى إفلات الخلية من الضوابط الطبيعية للانقسام والهجرة، وينشأ عندما تتعرض خلية ما إلى عدد من هذه الطفرات(رفاعي، 2003، ص.20).

تعتبر الوراثة المسؤول الرئيسي للإصابة بداء السرطان، فجميع أنواع السرطان وراثية في الأصل لأنها ناتجة عن التغيرات الجينية التي تحدث في الخلايا، وما نسبته من 10 إلى 15 % من السرطانات هي طفرات وراثية في الخط الجرثومي والطفرات الجسدية مكتسبة وهي المحرك الأساسي للخلية المارقة الوحيدة التي تتحول وتتكاثر، وقد تطور تسلسل الجينوم الكامل للسرطان بفضل مشروع الجينوم البشري سنة 2004 تحت رعاية الاتحاد الدولي لتسلسل الجينوم البشري، ومنذ ذلك الحين تم ربط عدد متزايد من الطفرات الجسدية بأشكال محددة من الأورام(Dornelas, 2018, p p. 26-27).

وفي السنوات الأخيرة تطورت المعارف حول الاستعداد الجيني للإصابة بداء السرطان بفضل البحوث الطبية والمقاربة الوبائية للأشكال العائلية للسرطان، فقد تم سنة 2007 تحديد ثلاثين شكلا من أشكال الاستعداد الجيني للإصابة بهذا الداء على مستوى موقع واحد أو عدة مواقع في الجسم، والتي سنكتفي بذكر بعضها، فالاستعداد الجيني للإصابة بسرطان الثدي أو سرطان المبايض العائلي يرتبط بالجينين أو المورثين BRCA1 وBRCA2 مع احتمال الإصابة وبدرجة أساسية بأورام الثدي أو المبايض بالنسبة للمورث الأول، والإصابة بسرطان الثدي والمبايض والبنكرياس والبروستاتا والميلانوم بالنسبة للمورث الثاني، كما أن الاستعداد الجيني للإصابة بالميلانوم مرتبط بالجينين أو المورثين(P16(CDKN2A و CDK4 مع احتمال الإصابة بشكل أساسي بسرطان الميلانوم والبنكرياس، والاستعداد الجيني للإصابة بسرطان المعدة العائلي مرتبط بالجين CDH1

ويمكن أن يؤدي إلى الإصابة بسرطان المعدة (formes diffuses)، الإصابة بسرطان الثدي (carcinome de type lobulaire) (Razavi,Delvaux,2008,p.46) .

"وفي مقابل ذلك كشفت إحدى الدراسات حول دور المورثات (gènes) في التسبب بالسرطان أن المورثات فشلت في تفسير كيف ولماذا تحولت الخلايا (mutated) وأنشأت التحول الذاتي (autonomy) أو النمو المطرد للخلايا المتعذر ضبطه حتى ولدت السرطان، كما عجزت نظرية المورثات عن تفسير كيفية تغير معدل الإصابات بين المهاجرين من بلد لآخر أو تفسير غياب سرطان عنق الرحم عند الراهبات أو أفول بعض السرطانات في بعض البلدان أو التغير الذاتي من ورم خبيث إلى ورم حليم" (يحي، أيمن، 2010، ص.64).

إلا أنه يمكن لنظرية المورثات في وقتنا الحالي المتميز بالتطور العلمي والتكنولوجي في شتى المجالات أن تلعب دورا رائدا في مجال الوقاية من مختلف أشكال الأورام السرطانية واكتشاف العلاجات المناسبة لها في الوقت المحدد، فرغم حداثة التطبيقات السريرية لتسلسل الجينوم أصبح من الممكن تحديد الواسمات الجسدية للورم وتطوير عقاقير تستهدف الخلية المصابة بدل الأنسجة السليمة.

2.2.العوامل البيئية والأنماط الغذائية :

سنتناول تحت هذا العنصر مختلف العوامل البيئية والأنماط الغذائية الخاطئة المسببة لمرض السرطان:

يأتي التدخين ونمط التغذية على رأس مسببات السرطان إذ انهما السبب في حدوث نحو ثلثي الحالات، وهناك نحو 40% من السرطانات عند الرجال و30% عند النساء وخاصة سرطان الفم والحلق والمريء والكبد يمكن أن ترد إلى التدخين(رفاعي، 2003، ص.21).

وقد وجد العلماء ارتباطا وثيقا بين الغذاء الغني بالدهنيات والإصابة بسرطان القولون والثدي والرحم والبروستات كما ثبت أن زيادة الوزن ساعد في ظهور بعض سرطانات الكلية وسرطان المثانة، وكذا التعرض للكيمياويات المستخدمة في الصناعة كالتعرض للبنزين المستعمل في صناعة الإطارات الذي يسبب الإصابة باللوكيميا، كما أن التعرض الدائم لأشعة الشمس والتعرض لأشعة إكس (X-Ray) بكثرة ولمدد طويلة يمكن أن يسبب سرطان الجلد واللوكيميا.

لا يصاب معظم الناس بالسرطان حتى أعمار متقدمة بسبب وراثتهم مجموعة وراثية صحيحة، بيد أن مورثاتنا تهاجم أثناء حياتنا من قبل مسرطنات من البيئة تدخل أجسامنا، فالمواد المسرطنة جزء من مشكلة كبرى يواجهها الإنسان اليوم في محيطه الذي يعيش فيه ويمكن القول بأن التلوث البيئي يسهم في 2 % من حالات السرطان المؤدية إلى الموت، وتشير الدراسات إلى أن التعرض طويل الأمد لمستويات عالية من الهواء الملوث يزيد من خطر الإصابة بسرطان الرئة بنحو 50 % بين المدخنين خاصة، ومن عوامل البيئة الأخرى الطاقة الشعاعية وعلاقتها خاصة بسرطان الدرق والدم ويسبب الإشعاع نحو 2 % من العدد الكلي لوفيات السرطان وتنسب 90 % من سرطانات الجلد إلى التعرض للأشعة فوق البنفسجية خاصة عند ذوي البشرة الفاتحة.

ويؤكد (مدانات 2005) أن معظم أسباب الإصابة عند الفئات العمرية التي هي أقل من 18 سنة ناجم عن تغير عشوائي على مستوى الجينات لدى الأطفال مستبعدا العوامل البيئية والأنماط الغذائية في إصابة الأطفال بالأمراض السرطانية وأن هذه العوامل دورها محدود، مشيرا إلى أنه يمكن أن يتكون عند الجنين مرض السرطان حسب المعطيات الطبية(يحي، أيمن، 2010، ص.66).

وبالتالي فإن أنماط التغذية والتدخين وما يرتبط به من مواد ضارة مثل البنزين والكروم والكادميوم والأكريلونيتريل والأمينوبيفينيل والنفثالامين، والبنزو أ بيرين، والهواء المتضمن لنواتج الاحتراق والرادون والألياف العضوية والتعرض للأشعة النيوترونية والأشعة السينية، والأشعة المؤينة التي تشمل الإشعاعات الأرضية الطبيعية والإشعاع الخلفي الكوني، وإنتاج الطاقة النووية، والاختبارات النووية في الغلاف الجوي، والحوادث النووية كحادثة تشيرنوبل، والاستخدام العلاجي لجرع عالية من الأشعة تحت الحمراء المستخدمة في العلاج الإشعاعي لعلاج السرطان يمكن أن تؤدي إلى الإصابة بداء السرطان وتحفيزها، دون أن نتغافل عن التعرض المهني في بعض أماكن العمل لعناصر ضارة مثل عوادم الديزل والإشعاع الشمسي وغبار الخشب والبنزين والتدخين السلبي والأسبستوس والهيدروكربونات العطرية متعددة الحلقات والسيليكا البلورية والنيكل والفورمالديهايد.

3.2. العوامل الاجتماعية والثقافية:

تؤثر القيم الاجتماعية والثقافية في كيفية تصور الشخص، فهمه واستيعابه للإصابة بالسرطان بالإضافة إلى تأثيرها على مرحلة تشخيصه حيث يتم اكتشاف العديد من السرطانات في وقت متأخر بسبب الإحجام عن الخضوع لاختبارات الفحص، وبعض المجموعات الثقافية الفرعية التي لديها درجة عالية من التعرض الوراثي للسرطان تنظر إلى السرطان على أنه خزي ووصمة عار أو لعنة ألمت بعائلاتهم وتصاغ العديد من الخرافات داخل هذه المجموعات حول هذا الداء حيث يعتبرونه معد ويرفض الرجال معاشرة زوجاتهم بعد تشخيص إصابتهن به.

كما يرتبط انخفاض المستوى المعيشي والتعليمي وانعدام فرص الحصول على الرعاية الصحية بداء السرطان والنتائج المترتبة عنه، فالفقراء أقل احتمالا للاستفادة من الفحوصات الطبية الوقائية المنتظمة وذووا المستويات التعليمية المتدنية يعانون من سوء التغذية وقلة الحركة والسمنة والتدخين وتعاطي الكحوليات مما يحفز الإصابة بالسرطان، "ويشير بايدر وسوربون (Baider,Surbone,2010) إلى أن التثقيف هو الوقاية، وأن العديد من الجهود المبذولة في القضاء على الفوارق الصحية تركز على التحسيس والتوعية بأهمية الفحص المبكر للوقاية من مختلف أنواع السرطان كسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وسرطان القولون لدى الفئات الممثلة تمثيلاً ناقصًا والمجموعات المهمشة"(Dornelas,2018,pp.31-33).

أوضحت الدراسات وجود علاقة جوهرية بين المستوى الاجتماعي وبين الإصابة بمرض الأورام السرطانية فأشارت إلى أن إصابة عضو من أعضاء الجسم بورم سرطاني يرتبط بالطبقة التي ينتمي إليها المريض وأكد " ويليم" William (1976) أن نساء الطبقة الدنيا أكثر عرضة لأورام الرحم، ويرجع ذلك لتكرار عدد مرات الحمل، أما أورام الثدي فيزداد معدل الإصابة بها بين نساء الطبقات العليا اللواتي أنجبن وأرضعن أطفالا أقل من نظيراتهن من الطبقة الدنيا وبالتالي يتضح مدى ارتباط مرض الأورام السرطانية بالبيئة الاجتماعية التي يعيش بها المريض (شويخ، 2007، ص.155).

بالإضافة إلى ما تم ذكره تؤثر مواقف الناس على النظر إلى بعض أنواع السرطان وكيفية التعامل معها، فالمصابون بسرطان الرئة والحنجرة غالبا ما يواجهون النقد والاحتقار ووصمة العار

سواء أ كانوا من المدخنين والمدمنين أم لا، ومن بين السلوكيات المتعلقة بالمواقف والتي تحول دون خضوع المصابين إلى الفحوصات الطبية الدورية الخاصة بالكشف المبكر عن السرطان القدرية والتجنب والمماطلة والنية.

4.2. نظرية الانتان البؤري :

بغض النظر عما إذا كان السرطان ولاديا أو مكتسبا فهو مرتبط وراثيا ببؤر انتانية خاصة موجودة عند الوالدين يمكن لتأثيرها أن يحدث للطفل قبل ولادته أو بعدها السرطان الولادي، والذي يمكن تعديله بتغيير الغذاء إلى غذاء أحسن وأكثر توازنا أو بعلاجه علاجا معويا أو علاجا عاما، وشفاء البؤرة المسببة لورم خبيث إما أن يشفي هذا الورم وإما أن يحوله لورم حميد . (يحي وأيمن، 2010، ص.65).

تؤدي الفيروسات والطفيليات والبكتيريا إلى العدوى المسببة لمختلف أنواع الأورام والسرطانات ونجد من بينها فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) papilloma virus والذي يضم فئة واسعة تشمل أكثر من 150 فيروسا تنتشر عبر المخالطة، ويرتبط بعض أنواع هذه الفيروسات بسرطان عنق الرحم وبسرطان الرأس والفم، كما يرتبط فيروس إبشتاين بار (EBV) Epstein–Barr virus بالسرطان الذي يصيب مؤخرة الأنف وأنواع معينة من اللمفومة (lymphoma)، ويمكن أن يتسبب التهاب الكبد الفيروسي HBV و HCV على التوالي في الإصابة بسرطان الكبد، كما يمكن لفيروس نقص المناعة البشري (HIV) وفيروس الهربس البشري 8- (HHV-8) أن يتسببا في بعض أنواع السرطان، وتتسبب الطفيليات والبكتيريا كالبكتيريا الملوية البوابية (H. pylori) التي تتواجد عادة في المعدة في الإصابة بسرطان المعدة وترتبط بكتيريا (Chlamydia trachomatis) الموجودة في الجهاز التناسلي الأنثوي بارتفاع خطر الإصابة بسرطان عنق الرحم (Dornelas, 2018, p. 27).

للفيروسات والجراثيم والطفيليات ضلع في 15 % من وفيات السرطان، فالفيروس الحليمي المنتقل عن طريق الاتصالات الجنسية من العوامل المسببة لسرطان عنق الرحم، ويعتبر الفيروس المسؤول عن 70 – 80 % من الإصابة بسرطان الأعضاء التناسلية والشرج في العالم، كما يسبب التهاب الكبد الإنتاني من نوع B سرطان الكبد، ويسبب فيروس نقص المناعة المكتسب Aids سرطان النسج الرخوة المعروف بساركوماKAPOSI وأيضا اللمغوما وهو سرطان يتميز

بحدوث تكاثر شاذ في النسيج اللمفاوي وتتسبب البكتيريا المتحلزنة البوابية HELICOBACTOR PYLORI في حدوث سرطان المعدة، ويشكل ظهور أورام المثانة عند المصابين بالبلهارسيا خير مثال لعلاقة الطفيليات بالسرطان(رفاعي، 2003، ص.26).

ورغم ذلك فإن غالبية الأشخاص الذين لديهم أحد أشكال فيروس الورم الحليمي البشري لا يصابون بالسرطان أبدًا، وقد تمت الموافقة على لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري في عام 2006 ويمكن استخدامها لتطعيم الفتيات والفتيان الصغار للوقاية من مضاعفاته، كما تتوفر اللقاحات للوقاية من التهابات الكبد.

5.2. العوامل النفسية :

لقد تم التطرق إلى تأثير العوامل النفسية على الإصابة بمرض السرطان وتطوره عبر مختلف مراحل التاريخ الطبي وكان جالينوس (Galien 131-201)أول من نشر الفرضية القائلة بأن النساء المكتئبات يصبن بشكل متكرر بأورام الثدي (néoplasie du sein) أكثر من غيرهن من النساء المتفائلات، كما أشار جيندرون (Gendron 1701) هو الآخر في كتاباته إلى دور العوامل النفسية في حدوث هذا الداء وانتشاره لدى النساء المصابات بالاكتئاب الحاد والقلق الشديد، ولاحظ جاي(GUY 1759) أن الحالات السرطانية الخبيثة تحدث بكثرة عند النساء اللاتي يعانين من شكاوى هستيرية وعصبية، وقدم باجيت(1870Paget) الاكتئاب كأحد العوامل التي يمكن أن تؤثر على ظهور هذا الداء وتطوره(Razavi,Delvaux,2008,p.3).

لايزال التأثير والتأثر المتبادل بين العوامل النفسية والسرطان موضوع العديد من الدراسات المخبرية والعيادية، "وتوجد علاقة متبادلة بين العوامل النفسية والأمراض الجسمية حسب سونجار (1995) حيث يرى أن للعوامل النفسية دور مهم في نشأة العديد من هذه الأمراض وتطورها، كما يرى نيلمز(1989) أن التأثير النفسي الجسمي للأمراض يؤدي بشكل مباشر إلى تغييرات في الشخصية، وتعد الأمراض المزمنة أو المستعصية من العوامل الضاغطة التي تؤثر في الوظائف الانفعالية للمرضى لأنها تغير في أسلوب حياتهم وتفاعلهم مع البيئة والأحداث المحيطة بهم، وإصابة الفرد بمرض خطير مثل مرض السرطان ربما تزيد من تفكيره في المخاطر التي قد تتولد

نتيجة ذلك، ولعل أكثر هذه المخاطر إثارة لقلق الفرد هي أن المرض الذي أصابه قد ينهي حياته في أي لحظة ومن ثم يجعله وجها لوجه أمام نهايته المحتومة وهذا يؤثر على سلوكياته وتصرفاته وعلى مجرى حياته ويجعله أكثر تفكيرا وانشغالا بما قد يولده المرض من مخاطر على شخصه" (ريحي، 2011، ص .90).

وقد كان للدكتور ليون رونار (2007) رأيا واضحا حول أثر العوامل النفسية من قلق ويأس وخوف وتوتر على عضوية الإنسان من خلال اضطرابات عصبية هرمونية والتي تعتبر من أهم العوامل المساعدة على حدوث السرطان وتطوره ويرى بأن العوامل النفسية لا تساهم في التهيئة لانتشار السرطان وإنما تصاحب ظهوره ونهايته فالإنسان ليس جسما بيولوجيا أو ماديا فقط ولا جانبا نفسيا أو روحيا صرفا ولكن اجتماع بين الاثنين.

وللعوامل النفسية دور لا يستهان به في كل مرحلة من مراحل مرض السرطان ولاسيما أثناء الإعلان عن المرض وإخبار المريض والإفصاح له بتشخيص مرضه، فاكتشاف الفرد إصابته بالسرطان يعتبر بمثابة صدمة تصيبه بالذهول وتفقده كل معالمه، يشعر معها بتهديد جسده ويتفجر قلقه ويظهر هوام الموت لديه، لذا وللتخفيف من وقع صدمة الإعلان عن تشخيص الإصابة السرطانية للمريض ولأقربائه فقد أعطيت في السنوات الأخيرة في الدول الأمريكية والأوربية الكثير من الأهمية لوضع التدابير اللازمة لكيفية هذا الإعلان للتخفيف من انعكاسات المرض وردود فعل المريض ومعاناته النفسية(حافري، دياب، 2017، ص ص.92-93).

بعد تناولنا للعوامل الوراثية والبيئية والاجتماعية والثقافية والنفسية المؤدية إلى الإصابة بداء السرطان بصفة عامة عند مختلف المجتمعات، سنحاول تحت العنصر الموالي إلقاء الضوء على بعض عومل خطر الإصابة بالسرطان في الجزائر مع تقديم المعطيات الإحصائية المتعلقة بذلك.

3. عوامل خطر الإصابة بالسرطان في الجزائر:

من بين أهم العوامل المحفزة للإصابة بداء السرطان في المجتمع الجزائري نجد استخدام التبغ واستهلاك الكحول والسمنة وقلة النشاط البدني والنظام الغذائي المتبع:

- **استخدام التبغ:** تشير التقديرات الإحصائية إلى استخدام 11.22% من السكان الجزائريين للتبغ المدخن 26.40 % لدى الرجال و0.43 % لدى النساء، ونجد الاستهلاك اليومي

لدى 94.81 % من المدخنين 100 % لدى النساء و94.73 % لدى الرجال، ويبلغ متوسط الاستهلاك اليومي 14.77 سيجارة لكلا الجنسين 14.77 % لدى الرجال و9.91 % لدى النساء.

- **استهلاك الكحول:** تقدر نسبة استهلاك الكحوليات بنسبة 6.50 % من السكان، 15.27٪ لدى الرجال و0.28% لدى النساء مع متوسط استهلاك يقدر 5.83 مشروبا/يومياً.
- **السمنة:** تعتبر السمنة من بين العوامل المسببة للسرطان عند الجزائريين حيث تشير البيانات إلى أن 55.90% من السكان لديهم مؤشر كتلة الجسم≤25(66.52% من النساء و41.29% من الرجال) وتوجد السمنة الشاملة (مؤشر كتلة الجسم≤ 30) في21.24% من الأشخاص (30.08% من النساء و9.07% من الرجال)، ومرض السمنة (مؤشر كتلة الجسم≤ 40) هو 1.14% مع غلبة واضحة للإناث (1.70%مقابل 0.38%)، وهو أعلى نسبة في المناطق الحضرية بالمقارنة مع المناطق الريفية (1.42% مقابل 0.65%).
- **النظام الغذائي:** يعتبر النظام الغذائي أيضا من الأسباب المحفزة لهذا الداء والاستهلاك الغذائي اليومي للسكان الجزائريين لا يتماشى مع التوصيات الصحية حيث ينخفض استهلاك الفاكهة بمعدل 0.6 في اليوم مقابل حصتين موصى بهما والشيء ذاته بالنسبة لتناول الخضروات حيث نجد 0.8 مقابل 03 حصص موصى بها، وبالنسبة للألبان والبروتينات الحيوانية نجد 1.3 مقابل حصتين موصى بهما مع استهلاك مفرط للمواد الدسمة والسكريات بمعدل 2.7 مقابل حصة واحدة موصى بها ونفس الملاحظة بالنسبة لتناول الحبوب فنجد 3.8 مقابل 3 حصص موصى بها.
- **النشاط البدني:** يعتبر عاملا هاما في تجنب الإصابة بهذا الداء، وأغلبية الجزائريين نشاطاتهم البدنية منخفضة الشدة بمعدل 14 ساعة و31 دقيقة في اليوم أي ما نسبته 60.5 %من الوقت وتمثل الأنشطة متوسطة الشدة 8.35 % فقط ما يعادل ساعتين في

اليوم والنشاطات العالية الشدة تقدر ب57 ثانية فقط في اليوم الواحد (Ashamsi,2022,p.18).

4.أنواع السرطان :

كل سنة يتم الكشف عن 400000 حالة سرطان جديدة وتتزايد نسبة الإصابة بتزايد النمو الديمغرافي، ويرتبط مآل هذه الإصابات عموما بموقع المرض ومستوى انتشاره والاستفادة من مختلف العلاجات النوعية(Etienne&Henry,2018,p20).

ويوجد 48 نوعا من السرطان أشهرها سرطان الثدي والبروستات والجلد والبنكرياس والغدد اللمفاوية، وسرطان الدم والرئة والتي تعد من أهم الأنواع الخبيثة التي تسبب أعلى نسبة وفيات (ربحي، 2011، ص.96).

ونذكر في ما يلي بعض أهم أنواع السرطان وأكثرها فتكا وانتشارا بين الناس:

1.4 سرطان الثدي: حاليا يعتبر سرطان الثدي السبب الأول في الوفيات الناتجة عن السرطان بمختلف أنواعه لدى النساء، وسبب الوفيات لديهن في الفترة العمرية من 35 إلى 64 سنة كما يمثل هذا المرض ¼ من السرطانات لدى النساء ويحتمل إصابة 10/1 من عامة النساء بهذا الداء ن كما تشكل النساء 99 %من الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من السرطان وتبقى الأسباب المؤدية إلى ظهوره غير محددة بوضوح ويبدو أن الإصابة بسرطان الثدي متعددة العوامل من بيولوجية إلى بيئية ونفسية(Mikolajczak,2013,p.87).

وسرطان الثدي مجموعة غير متجانسة من الأمراض ومن المعروف أنه يبدأ موضعيا في الثدي وينتشر بصورة تدريجية إلى العقد اللمفاوية الإبطية ثم الانتشار البعيد إلى الأعضاء الأخرى، وتبقى أسباب الإصابة بهذا النوع من المرض غير محددة بدقة، حيث أن هناك الكثير من العوامل المترابطة ومنها العامل الوراثي والعامل الهرموني والعوامل البيئية ويمكن للعوامل البيولوجية الاجتماعية وفيزيولوجيا الأعضاء أن تؤثر في تطوره إلا أنه يمكن تحديد عومل الخطورة لدى أغلبية الحالات، كما أن الإصابة بسرطان الثدي لا تعني الحكم على المصاب بالنهاية سواء أكان رجلا أم امرأة، فتطور البحوث الطبية والتقنية يفتح آفاقا جديدة أمام المرضى ويعطيهم فرصا أخرى

لمواصلة مشوارهم في هذه الحياة، والجول التالي يحوي معدلات الحياة الخاصة بهذا النوع من الإصابة:

جدول رقم 1: معدل الحياة بعد تشخيص سرطان الثدي:

المرحلة	النوع	معدل الحياة
المرحلة صفر	- سرطان الأقنية في الموقع - سرطان الفصوص في الموقع	%92
المرحلة الأولى 1	-سرطان غازي حجمه أقل من 2 سم أو أقل بما في ذلك السرطان في الموقع مع الغزو الصغير دون غزو عقدي ولا وجود انتشار على البعد	%87
المرحلة الثانية 2	سرطان غازي حجمه أقل من 5 سم دون غزو عقدي ولكن مع عقد إبطية متحركة وعدم وجود انتشار على البعد	%75
المرحلة الثالثة 3	سرطان غازي مع عدم وجود غزو عقدي وعقد إبطية ثابتة	%46
المرحلة الرابعة 4	أي شكل من أشكال سرطان الثدي مع وجود انتشار للبعد	%13

(دليل سرطان الثدي للعاملين الصحيين، 2018.ص ص .11 – 15).

2.4 سرطان الرئة : غالبا ما تبدأ أعراض هذا المرض بسعال بسيط يعتبره المريض آثار برد أو نزلة شعبية وأحيانا يكون هذا السعال مصحوبا ببصاق ممزوج بخيوط بسيطة من الدم يعتقد بأنها نتيجة جرح في الحلق أو اللثة، فخطورة هذا المرض أنه يأتي متسترا تحت أعراض بسيطة(رفعت، 1989، ص.172).

إن خطر الوفاة بسرطان الرئة أعلى 29 مرة في الرجال المدخنين و12 مرة في النساء المدخنات عن غير المدخنين، ويموت شخص واحد من كل 400 شخص غير مدخن بسرطان الرئة بينما يموت شخص من كل 23 مدخن بالمرض، ولا تقتصر علاقة التدخين بسرطان الرئة فحسب بل ينطبق ذلك على سرطانات جوف الفم خاصة إذا ترافق مع تناول المشروبات الكحولية إذ يكون السبب في 70 % من هذه السرطانات كما يسبب التدخين سرطان الحنجرة والمريء

والبنكرياس وعنق الرحم، وبينت الأبحاث أن احتمال الإصابة بسرطان الثدي هو أربعة أضعاف في المدمنات على التدخين(رفاعي، 2003، ص ص.43- 45).

3.4 سرطان القولون والمستقيم : إن سرطان الأمعاء الغليظة يمكن أن يصيب القولون (تكلس القولون)، ونظرا لوجود العديد من النقاط المشتركة بين القولون والمستقيم فقد تم استخدام المصطلح الشامل وهو سرطان القولون والمستقيم، فالأجزاء الأكثر تأثرا في المعي الغليظ هي القولون والمستقيم بالنسبة ل 30 إلى 40 % من الحالات، ويشمل هذا النوع من السرطان أشكالا مختلفة من الأورام والتي يمكن تحديدها وتمييزها عن بعضها البعض بواسطة النسيج الأصلي والخلايا المشكلة للورم، وحوالي 90 إلى 95 % من أورام الأمعاء هي أورام غدية، وتتطور هذه الأورام في خلايا البطانة الداخلية لجدار القولون أو المستقيم كما يمكن أن يتطور سرطان القولون والمستقيم أيضا من الأورام الحميدة الموجودة في جدار الأمعاء وهذا عبر خمس مراحل، حيث يقتصر في البداية على بطانة القولون والمستقيم في ما يسمى بالمرحلة صفر، ثم امتداد الورم إلى طبقة العضلات في المرحلة الأولى وإلى الطبقة المصلية في المرحلة الثانية وفي المرحلة الثالثة امتداد الورم من الغشاء المخاطي إلى المصل مع تأذي أكثر من ثلاث غدد لمفاوية وعدم وجود انتشار، وامتداد الورم من الغشاء المخاطي إلى المصل مع إصابة أكثر من ثلاث غدد لمفاوية وحدوث انتقال خاصة إلى الكبد والرئتين .

ويوضح الجدول التالي احتمالية البقاء على قيد الحياة بعد خمس سنوات من التشخيص وفقا للمراحل المختلفة لسرطان القولون والمستقيم:

جدول رقم:2 معدل الحياة بعد خمس سنوات من تشخيص سرطان القولون والمستقيم

المرحلة	معدل الحياة
المرحلة 0-1	% 90 +
المرحلة 2	% 85-70
المرحلة 3	% 70-55
المرحلة 4	%10 -

(Mikolajczak,2013,pp.106-108).

5. طرق انتشار السرطان :

تتصف الخلايا السرطانية بخاصيتين، الغزو وهو قدرتها على ارتشاح واختراق النسج السليمة المجاورة والانتقالات بانفصال بعضها عن كتلة الورم الأساسية وتنبتها ونموها كعقيدات ورمية بعيدة عن الورم الأصلي، وهناك عوامل حيوية وشروط معقدة تتحكم في ظهور الانتشارات، كطبيعة نمو وحجم الورم المتنقل، مكان توضعه في البدن فكلها عوامل لها أهميتها، فالعضلات عامة وعضلة القلب خاصة نادرا ما تكون موضع استقرار الانتشارات ونشير في ما يلي إلى مختلف طرقها:

1.5. الانتشار المباشر: يحدث هذا النوع من الانتشار في السطوح والمسافات بين النسج بالامتداد من محيط الورم النامي إذ تنفصل الخلايا المتكاثرة من كتلة الورم الأساسية وتزاحم في تغذيتها الخلايا الطبيعية المجاورة التي تتلف تدريجيا، وتستبدل الخلايا الورمية في انتشارها النسج الرخوة الأقل مقاومة، فالعظام والغضاريف والنسج الليفية السميكة موانع طبيعية ضد الانتشار وتقاوم إلى حد ما انتشار الورم.

2.5.الانتشار عبر الطريق اللمفاوي : تصل الخلايا المنتشرة عبر هذا الطريق إلى الخلايا اللمفاوية في الناحية المصابة التي تلعب دور المرشحة حيث تحتبس الخلايا الورمية فيها وتعيق انتشارها، مشكلة بذلك آلية دفاعية للبدن للحد من انتشار الورم وإبقائه في مكانه إلى حين، ولا تصل الخلايا الورمية العقد اللمفاوية التالية إلا بعد إتلافها لخط الدفاع الأول، أي مجموعة العقد الأولى، وبنمو الخلايا الورمية داخل العقدة اللمفاوية تبدأ هذه الأخيرة بالتضخم ويأخذ حجمها بالكبر.

3.5. الانتشار عن طريق مجرى الدم : تصل الخلايا السرطانية إلى جهاز الدوران من الطريق اللمفاوي وهذا الأكثر حدوثا، ونادرا ما تصاب الشرايين بسبب سماكة جدرانها بخلاف الأوردة والأوعية الشعرية ذات الجدار الرقيق مما يجعلها أكثر تعرضا لغزو الخلايا الورمية، ويحملها الدم إلى الرئة ومن ثم تصل عن طريق الدورة الدموية إلى أعضاء الجسم كالكبد والدماغ.

4.5.الانتشار عبر الطرق الطبيعية: تظهر هذه الخاصية في أورام أنبوب الهضم والطرق التنفسية والجهاز البولي ويحدث هذا الانتشار بكثرة في حالة وجود ورم في حويضة الكلية وظهور أورام أخرى في الحالب والمثانة، كما يمكن أن تظهر أورام إضافية في سرطان المعدة على مستوى

الاثني عشر والأمعاء ويمكن أن تظهر أورام أخرى في القصبات المحيطية بالنسبة لأورام القصبات الهوائية، وكل ذلك تنبتات لخلايا ورمية انفصلت عن الورم الأساسي وانتقلت عبر الطريق الطبيعي للجهاز المصاب(رفاعي.2003.ص ص.18- 19).

6. تشخيص السرطان :

تتعلق إمكانية شفاء مرضى السرطان بالكشف المبكر عن هذا الداء وبالمرحلة التي عولج فيها ومن بين الوسائل الهامة للحد من استفحاله وإنقاص نسبة الوفيات به معالجته في مراحله الأولى ويتحقق ذلك بالفحص الكامل للمريض واستعمال وسائل التشخيص المتنوعة كالوسائل الشعاعية والتنظير والفحوصات النسيجية والخلوية، تحديد المورثات الطافرة وتحري أعراض الإنذار المبكر لداء السرطان والتي نوجزها كما يلي :

قرحة أو تشقق الجلد الذي لا يندمل بالمعالجة العادية خلال أسبوعين.

خال (شامة) إذا تغير شكلها أو حجمها أو لونها إلى السواد أو أخذت في الحك أو التقرح أو النزف أو الالتهاب.

بحة أو تبدل مستمر في الصوت.

سعال متواصل لا يزول رغم العلاج وقد يصاحب بإفرازات بلغمية من الصدر يمكن أن تكون مصحوبة بالدم.

عقدة أو ورم في الثدي غالبا ما يكون غير مؤلم أو ظهور تغير في شكل أو حجم أحد الثديين، أو ظهور تغير موضعي في جلد الثدي بشكل انخفاض أو غور الحلمة أو ظهور نزف دموي منها.

ظهور ورم في أي مكان في البدن أو ظهور ضخامة عقد لمفاوية في الرقبة أو الإبط أو الغبنين دون ألم.

صعوبة بلع الطعام أو تقيؤ مستمر أو الشكاية من سوء الهضم المستمر مع فقدان الشهية أو الشكاية من أعراض فقر الدم مع الشحوب والوهن أو ظهور تضخم في البطن أو وجود كتلة أو ألم مستمر فيه.

تبدل في عادات التغوط من ظهور إمساك أو مناوبة مع إسهال ووجود دم مع الغائط.

ظهور دم مع البول في نهايته أو مختلط معه أو شكاية من صعوبة التبول وتعدده.

نزف غير طبيعي من الرحم في غير وقت العادة الشهرية أو بعد انقطاعها، أو ظهور إفراز غير طبيعي منه.

أي نزف غير طبيعي من أي مكان من الجسد.

ولا يعني ظهور هذه الأعراض بالضرورة إصابة الشخص بالسرطان، فمعظم هذه الحالات تكون سليمة وحوالي 65 –80 %من أورام الثدي على سبيل المثال هي أورام حميدة وليست سرطانية، والكشف المبكر عن داء السرطان وتطبيق الاستقصاء على نطاق واسع يخفض من معدل الوفاة لدى المصابين بنسبة 50 %على الأقل(رفاعي، 2003، ص ص.26 – 28).

يعود الإعلان عن تشخيص السرطان في بعض الأحيان بفوائد على المريض عكس ما هو شائع بأنه لا يولد إلا الجوانب السلبية، فمن بين الفوائد التي يستشهد بها المرضى التقدير العالي للحياة، والاستثمار بكثرة في العلاقات مع الرفاق والأصدقاء والأسرة، كما تتغير أولوياتهم وتزداد الروحانية لديهم، مع الشعور بالكثير من التعاطف كما يتعلمون وضع الأمور في نصابها الصحيح وعدم القلق بشأن التفاصيل كالأعمال المنزلية والانشغالات اليومية الصغيرة.

7.علاج السرطان:

يتطلب علاج السرطان باعتباره مرضا مستعصيا تضافر وتكاتف جهود الفرق الطبية مع مختلف الشركاء، كما يتضمن اتباع خطوات وجوانب أساسية بدءا باحترام حقوق المرضى، إعداد الخطة العلاجية إلى المباشرة في التكفل الطبي، الرعاية الداعمة، الرعاية النفسية والاجتماعية:

1.7. حقوق مرضى السرطان : تشير وثيقة الحقوق الصادرة عن وزارة الصحة السعودية إلى حقوق صحية عامة لمرضى السرطان على النحو التالي :

من حق المريض وحده معرفة التشخيص ولا يحق لأفراد عائلته معرفة التشخيص إلا بموافقته.

يحق للمريض تقديم شكوى إذا تم إفشاء تشخيصه دون موافقته الخطية.

من حق مريض السرطان (العاقل البالغ) وحده اتخاذ القرار بالموافقة على العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي، ولا يتطلب ذلك موافقة ولي الأمر.

من حق المريضة وحدها اتخاذ القرار بالموافقة على التدخل الجراحي مثل عملية استئصال الورم أو الثدي ولا تحتاج إلى موافقة ولي الأمر.

حق الحصول على المعالجة التلطيفية.

من حق المريض توفير عناية متخصصة في المراحل النهائية من المرض.

من حق المريض دعمه نفسيا وإيمانيا / روحيا(وثيقة الحقوق، ص.12).

2.7. الخطة العلاجية لداء السرطان: بعد التأكد من الإصابة بمرض السرطان عن طريق الاختزاع أو التصوير بمختلف أنواعه، تأتي مرحلة اتخاذ القرار العلاجي والذي يتضمن أسلوب العلاج الذي سيتم إتباعه مع كل مريض بعينه حسب الهدف المرجو تحقيقه والذي يتراوح بين تخفيف الأعراض وتحسين نوعية الحياة عند بعض الحالات الميؤوس منها إلى تحقيق الشفاء الكامل لدى البعض الآخر مقابل تحملهم لمختلف الآثار الجانبية شديدة الوطأة، وفي جميع الحالات توجد العديد من الأساليب والطرق العلاجية المتاحة التي يمكن الجمع بينها أو الاكتفاء بإحداها، والخطة العلاجية تحتاج إلى المراجعة بانتظام لتعديل أسلوب العلاج وفق آثاره الجانبية ومدى استجابة الورم، بإشراك فريق متعدد التخصصات يتشكل من الجراحين وأخصائيي العلاج الكيميائي أو الإشعاعي وأخصائيي علم الأمراض وأطقم التمريض المتخصصة، للنظر في معلومات تصنيف المراحل والتشاور مع المريض ومناقشة النتائج المختلفة للاختبارات والخيارات العلاجية المحتملة وبالتالي وضعها في صورتها النهائية الشيء المحتذى به في أنظمة الرعاية الصحية الكبرى(نيكولاس، 2013، ص ص.61–62).

3.7. التكفل الطبي بداء السرطان : تتمثل الأهداف الأولية لعلاج السرطان في الشفاء وإطالة أمد الحياة وتحسين نوعيتها وتبدأ رعاية مرضى السرطان بشكل أساس بإدراك طبيعة المرض مع خدمات مناسبة للتشخيص والعلاج الذي يمكن أن يتضمن الجراحة والعلاج بالأشعة والعلاج الكيمياوي والعلاج الهرموني أو بعضا من هذه العلاجات مجتمعة(يحي وأيمن، 2010، ص.82).

والتخطيط لأي نوع من المعالجة يتطلب معرفة طبيعة الورم النسيجية ومكان ودرجة انتشاره، وحالة المريض العامة لتقدير أفضل وسائل العلاج بمشاركة الجراح والطبيب الشعاعي وأخصائي النسج وأخصائي المعالجة الدوائية ونتناول في ما يلي مختلف الطرق المتبعة في علاج هذا الداء:

- **المعالجة الجراحية :** بالنسبة للعديد من المرضى فإن الجراحة هي العلاج الأكثر فعالية للأورام، وترتبط لديهم فكرة الإزالة الميكانيكية لمصدر المرض عن طريق الجراحة وتطهير الموقع الأصلي من كل الشرور بشعورهم بالتخلي عن المرض بكل سهولة، ويتعرضون لمخاوف شديدة إذا لم تكن العملية ممكنة، لذلك نجد أن بعض المواقف الجراحية تتوافق مع طريقة تفكير المرضى حيث يفضل الأطباء التدخلات الجراحية بالنسبة لفئة معينة من الحالات.

لقد كانت المعالجة الجراحية السلاح الأول ضد السرطان ولازالت كذلك، وبالإضافة إلى المهارة الخاصة التي يتطلبها هذا النوع من العلاج يحتاج أيضا إلى تقدير الحكم الصائب ففي حالات كثيرة لا يمكن اتخاذ القرار النهائي لإمكانية شفاء الورم بالاستئصال الجراحي من عدمه إلا على طاولة العمليات، وتحدد طبيعة الورم النسجية والمرحلة التي وصل إليها المرض مدى الاستئصال الجراحي المقرر ويمكن في كثير من الأحيان التحقق من طبيعة الورم الخبيثة مباشرة بأخذ خزعة منه وإجراء فحص نسجي سريع بحيث يمكن الحصول على نتيجة إيجابية في غضون دقائق فقط، ما يمكن معه استئصال الورم مباشرة ضمن حدود من نسيج سليم حوله بحيث لا يبدو الورم الخبيث خلال أية مرحلة من مراحل الاستئصال الجراحي، وقد يقتصر دور الجراحة في الحالات المتقدمة للداء على تخفيف الأعراض فقط كإيقاف النزيف أو استئصال ورم من القولون لما يسببه من انسداد(رفاعي، 2003، ص ص.33-34).

لا تزال الجراحة الطريقة الأكثر استعمالا في استئصال الأورام الصلبة والعلاج المفضل والأساسي لمعظم أنواع السرطان كسرطان الرئة، وباقي السرطانات في مراحلها المبكرة كسرطان الثدي حيث يتم علاج حوالي 35.5 %من النساء باستئصال الثدي و64.5 % منهن بجراحة الحفاظ على الثدي، وقد ازدادت عمليات جراحة الثدي وجراحة المبيض الوقائية بشكل ملحوظ بعد تحديد المزيد من الطفرات الجينية الضارة، ويختار 54.5 % من الرجال المصابين بأشكال غير خطيرة من سرطان البروستاتا العلاج الجراحي بدل المراقبة الدورية المستمرة، ويخضع 4/1 من المصابين بالسرطانات الغير قابلة للشفاء للجراحة التي تعتمد على إزالة المناطق المتضررة والحفاظ على هوامش نظيفة بإزالة الحواف الإضافية المحيطة بالورم رغم عدم إصابتها(Dornelas,2018,pp.36-37).

رغم فعالية التدخلات الجراحية في شفاء العديد من الحالات المستعصية المصابة بداء السرطان إلا أنها تتطلب في بعض الأحيان اللجوء إلى عمليات إضافية كالجراحة الترميمية ووضع موسعات الأنسجة، وتحتاج إلى إشراكها بالعلاجات الإشعاعية والدوائية، نظرا لأن الجراحة لا تستطيع لوحدها تقديم إمكانيات للشفاء إذا ما تجاوز الورم الغدد اللمفاوية، ولا تخلو من ارتباطها ببعض الآثار النفسية على المريض كصعوبة اتخاذ القرار للخضوع لها من عدمه، والتعرض للصدمات النفسية والجروح النرجسية، والقلق والاكتئاب، والتشكيك في نجاعة الرعاية الصحية المقدمة من طرف الأطقم الطبية الشيء الذي يستدعي التنسيق بين كل المتدخلين ومساهمة الأخصائي النفسي للتخفيف من وطأة هذا النوع من العلاج والتكفل بانشغالات المرضى.

- **المعالجة الشعاعية** : يهدف هذا النوع من المعالجة إلى تدمير كل نتفة من النسيج السرطاني تدميرا كاملا، فإن من خواص الإشعاع أن يتلف الأنسجة ولا سيما ما كان منها ينمو مسرعا، ولما كان النسيج السرطاني سريع النمو فإنه يكون أطوع للتدمير من النسيج

البدني السوي كما أن بعض أنواع النماءات الخبيثة أسرع تدمرا من سواه(عمار وآخرون، 1970، ص.76).

ولقد غدا العلاج الإشعاعي فرعا من فروع الطب عالي التخصص وهو الإجراء الثاني الممكن استخدامه ضد السرطان من حيث التوقيت، ويختلف تأثر الأورام بالأشعة باختلاف منشئها وكذلك يختلف تأثر الخلايا المنتمية لنفس الورم، وتتناسب درجة حساسية النسج لتأثير الأشعة مع سرعة انقسام الخلايا وعكسا مع درجة تميزها ونضجها ويتم اعتماد هذا النوع من العلاج وفقا لنوعية الأورام وأحجامها ومواقعها، فيتلف بسرعة الخلايا الحساسة لتأثير الأشعة وينقص حجم بعض الأورام الكبيرة ويجعلها قابلة للاستئصال، ويلجأ إليه أيضا بهدف إتلاف بعض الخلايا المتبقية في محيط العمل الجراحي وكذا لتخفيف أعراض الأورام المنتشرة، ولا يمكن الاستغناء عنه في علاج الأورام الغير قابلة للاستئصال كأورام الرئة والمريء والثدي بهدف إنقاص حجم الورم وتخفيف آلامه وإزالة الانسدادات التي يتسبب فيها(رفاعي، 2003.ص ص.35-36).

ولا يخلو هذا الأسلوب من العلاج كغيره من الأساليب من المخاطر والآثار الجانبية نظرا لحساسية بعض الأعضاء كالكبد والكلية والرئة للأشعة فقد تؤدي مقادير خفيفة منها في الخصيتين والمبيضين إلى العقم بالإضافة إلى حدوث تشوهات خلقية عند الجنين إذا ما استعملت في مراحل تكونه الأولى، والأشعة في حد ذاتها عامل من عوامل السرطان كسرطان الغدة الدرقية عند الأطفال الذين استفادوا من المعالجة الشعاعية للعنق كما تؤثر على نقي العظم حيث ينشأ الدم.

- **المعالجة بالأدوية الكيمياوية:** يتم العلاج الكيميائي للسرطان بواسطة عقاقير وأدوية ومواد كيمياوية مضادة لهذا الداء حيث تقوم بتدمير الخلايا المريضة وتوقف انقسامها ونموها السريع، ويستخدم هذا النوع من العلاج منذ أكثر من أربعين سنة خلت ما أدى إلى تنسيق وسائل المعالجة من طرق جراحية ومعالجة شعاعية ودوائية لتطبيقها بصورة مشاركة، ويوجد حاليا أكثر من 30 عقارا قيد الاستخدام(ريحاني، بلوم، 2018، ص.586).

تستعمل المعالجة الدوائية للسرطان خصوصا في السرطانات الناشئة عن المشيمة وفي سرطانات الدم والأورام اللمفاوية، وكمعالجة متممة في أورام الثدي وسرطان الكلية عند الأطفال وأورام العضلات والعظام، وأشد ما يكون تأثير هذه المواد عندما تكون الخلايا الورمية قليلة،

ويختلف تأثير هذه الأدوية باختلاف مصدر الورم، ففي سرطانات الثدي المنتشرة تكون هذه الوسيلة فعالة في 40 إلى 80 % وفي سرطان الكولونات من 15 إلى 30 %، ومن بين الأدوية والعقاقير والكيميائيات المستعملة في علاج السرطان نجد تلك المركبات المعروفة بالخرادل النتروجينية وهي تتركب من مقترنات متنوعة من الكربون والهيدروجين والكلور وتؤدي إلى تقلص السرطان فضلا عن أنها تعوق نموه وقد تبين أن هذه المركبات ومثيلاتها كبيرة الفائدة خاصة في علاج اللوكيميات ومرض هودجكنز كما أنها تسدي بعض العون في علاج بعض حالات سرطان المبيضين وسرطان الرئة في مراحله المتأخرة، وقد جرى استعمال اليود المشع للإعانة على بعض الأنواع النادرة من سرطان الغدة الدرقية، كما أن الأكتينوميسين "د" وهو نوع من المضادات الحيوية، فعال لعلاج ورم "ولم" في سرطان الكلية لدى الأطفال، وفي ظروف خاصة جدا، قد يعمد الأطباء إلى حقن إحدى هذه الأدوية مباشرة في الشريان الذي يمد البقعة المصابة بالسرطان وهو ما يسمى بالتسريب(عمار وآخرون، 1970، ص.763).

غير أن الكثير من النسج يمكن أن تتأذى باستعمال الأدوية الكيمياوية وكنتيجة لذلك تظهر أعراض نقص الكريات الحمراء والبيضاء وتأذي أغشية الفم والجهاز الهضمي المؤدية إلى نقص الشهية والتقيؤ والإسهامات وضعف وظيفة الخصيتين والمبيضين وسقوط الأشعار ونقص مناعة البدن.

- **المعالجة بالهرمونات :** إن تغير الوسط الهرموني الذي تنمو فيه الخلايا الورمية هو أساس هذا النوع من المعالجة فسرطان البروستاتا مثلا ينمو في وسط تسود فيه الهرمونات المذكرة على الهرمونات المؤنثة وكذلك الحال بالنسبة لبعض أنواع سرطان الثدي حيث تسود الهرمونات المؤنثة على المذكرة وقد أمكن الاستفادة من هذه الظاهرة في التخفيف العلاجي لهذه الأورام(رفاعي، 2003.ص ص.36-37).

ويمكن اعتبار سرطان الثدي في ثلثي الحالات من السرطانات الحساسة للهرمونات، فهناك مستقبلات هرمونية في الخلايا تحفز تكاثر الخلايا السرطانية، ويهدف العلاج الهرموني إلى تثبيط هذه المستقبلات(Mikolajczak,2013,p.95).

- **المعالجة المناعية** : يعتبر العلاج المناعي العلاج الواعد لداء السرطان بآثار جانبية أقل من غيره من العلاجات، وهو نوع من العلاج الدوائي الذي يعمد إلى تعزيز الاستجابة المناعية للجسم بهدف تأخير أو منع انتشار بعض أنواع السرطان بالاستناد إلى استعمال الأجسام المضادة أحادية النسيلة ولقاحات السرطان كلقاح فيروس الورم الحليمي البشري، والفيروسات المهندسة وراثيا والمفرقة للسرطان والتي تؤدي إلى تحلل الخلايا السرطانية أو ما يسمى بموت الخلايا المبرمج (بدء تسلسل التدمير الذاتي للخلية)، ومثبطات نقاط التفتيش المناعية (Immune checkpoint inhibitors) للمساعدة على تحديد الخلايا الذاتية وتلك الغريبة عن الجسم، فيمكن للعلاج المناعي استهداف بروتينات نقاط التفتيش مثل PD-1 و PD-L1 لتحفيز جهاز المناعة على تدمير الخلية السرطانية خاصة في بعض أنواع سرطان الجلد وسرطان الرئة صغير الخلايا(Dornelas,2018,p.38).

وبالتالي فإن هذا النوع من العلاج يسعى لتحفيز مناعة الجسم لمقاومة الأورام السرطانية وعلاجها ويعتبر من أحدث الطرق المتبعة، إلا أن فعاليته تزيد أمام الأورام السرطانية الصغيرة وتقترن بقوة الجهاز المناعي، ولذلك يمكن استخدامه مع علاجات أخرى لتعزيز القدرة على تدمير الخلايا السرطانية بشكل أفضل.

- **المعالجة الجزيئية:** يعتقد أن يكون هذا النوع من المعالجة العلاج المستقبلي، فالمعالجة الجزيئية الجديدة ضد المورثات والجزيئيات السرطانية، خلافا للأدوية الكيميائية هي أدوية موقفة للسرطان وليست قاتلة له مع احتمال أن تؤخذ المعالجة الجزيئية على مدى الحياة، وإذا ما أمكن لها أن تبطئ نمو الخلايا الورمية، يمكن للسرطان أن يتحول من مرض حاد ومميت إلى آخر مزمن يمكن السيطرة عليه، كما أن للمعالجة الجزيئية ميزة إيجابية أخرى فقد لا يحتاج المريض إلى تناول أدوية متعددة في نفس الوقت، ومع أن اليوم الذي يمكن فيه التحكم كليا في السرطان لم يأت بعد إلا أن الوسائل التي يمتلكها الطب حاليا تمثل بداية واعدة(رفاعي، 2003، ص ص.37- 39).
- **المعالجة التلطيفية:** ظهرت الرعاية التلطيفية في سياق اجتماعي ثقافي حيث يفارق من 70 إلى 80 % من الحالات الحياة على مستوى المستشفيات، وقد تم الاعتراف بها علنا

في العديد من الدول الغربية، وتم دمجها بشكل قانوني في إطار الضمان الاجتماعي للعديد من الدول الأوربية وهذا سواء أتمت في المستشفى أو في البيت، والرعاية التلطيفية هي رعاية فعالة بمقاربة شاملة لفائدة الشخص الذي يعاني من مرض مستعص متطور أو عضال وتهدف إلى تحسين نوعية حياة المرضى وذويهم في مواجهة تبعات الأمراض الخطيرة وتخفيف الآلام الجسدية والأعراض المزعجة الأخرى ومراعاة المعاناة النفسية والاجتماعية والروحية لديهم، وهذا باستخدام فرق متعددة الآداب والتخصصات من أطباء وممرضين ومختصين نفسانيين ومساعدين اجتماعيين، وأخصائيي العلاج الطبيعي والوظيفي ومرشدين، والاستعانة بالمتطوعين المكونين في هذا المجال والاستجابة للاحتياجات الأولية للمرضى وأسرهم، وتقوم الرعاية التلطيفية على ثلاثة مبادئ أساسية فهي تدعم الحياة وتعتبر الموت كامتداد طبيعي للحياة فلا تستعجلها ولا تعمد إلى تأخيرها عن طريق محفزات أو علاجات غير معقولة، كما تسعى لتوفير أفضل نوعية ممكنة من الحياة والاستقلالية وتحسينها حتى النهاية لا سيما عن طريق تقليل مختلف الأعراض ومصادر المعاناة والآلام وعدم الراحة، وتأخذ بعين الاعتبار مختلف الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية والروحية للمريض ولا تتعامل معه فقط كجسد يحتاج للعلاج، بالإضافة إلى ضمان المرافقة النفسية والاجتماعية للأقارب أثناء المرض وبعد الوفاة .(Mikolajczak,2013,p.241)

ولا تزال الرعاية التلطيفية في الجزائر في طور التطوير، حيث لا يوجد حاليا سوى وحدتين فقط للقيام بهذا النوع من الرعاية، مركز مكافحة السرطان بالبليدة ومركز بيير وماري كيري بالجزائر العاصمة اللذان قومان بعلاج المرضى المصابين بالسرطان في هذه المرحلة من المرض، وتبقى الرعاية التلطيفية في طب الأورام أحد الأهداف التي تضمنتها خطة مكافحة السرطان في الجزائر، والتي تُرجمت تدريجيًا في السنوات الأخيرة إلى حوافز مختلفة لتنظيم وهيكلة الوحدات الناشئة، وبالتالي زيادة إمكانيات استفادة المرضى منها.

4.7. الرعاية الداعمة (supportive care):

اشتقت هذه التسمية من الإنجليزية "supportive care " وتتمثل في الرعاية والدعم اللازمين للمرضى وتتم بالموازاة مع باقي العلاجات النوعية للتكفل بالأمراض المستعصية، ولا تعتبر تخصصا أو فنا علاجيا جديدا بل تنسيقا للمهارات والكفاءات في خدمة المريض وذويه، ويتم اعتماد الرعاية الداعمة منذ بداية المرض وخلال مختلف المراحل العلاجية بما فيها العلاج التلطيفي، وهي رعاية متعددة التخصصات، طبية وشبه طبية ومجال تدخلها واسع ومتنوع فتهتم بالجانب الجسدي للمريض كعلاج الألم والعلاج الحركي الوظيفي والعلاج بالتغذية كما تهتم بنفسية المريض من خلال الدعم والمساندة النفسية، التنويم المغناطيسي، وكذا بمختلف الجوانب العلائقية والحميمية بالإضافة إلى الجوانب الاجتماعية والراحة النفسية والسعادة وتقديم مختلف الخدمات الاجتماعية وتهدف بالدرجة الأولى إلى تحسين نوعية الحياة لدى المرضى وتحسين فعالية العلاجات النوعية، والحد من آثارها الجانبية والسيطرة على المرض ومراقبته دون أن تنسى التكفل بذويهم، وهي جزء لا يتجزأ من مختلف أنواع الرعاية الأخرى ولا يشترط مكان لتطبيقها سواء أكانت في المصحة أو في البيت(Etienne&Henry,2018,p.25-26).

بعد تناولنا لمختلف العلاجات المتوفرة لمرضى السرطان وإثارتها سنحاول تسليط الضوء على إحدى أهم أنواع الرعاية التي يحتاجها مريض السرطان ألا وهي الرعاية النفسية وهذا بالنظر إلى مختلف حاجياته النفسية والاجتماعية كالحاجة إلى الإعلام والمشاركة والحاجة إلى تحسين صورة الذات والجسد والحاجة إلى الدعم الاجتماعي والمساعدة في الحياة اليومية بالإضافة إلى الاحتياجات العاطفية والروحية.

5.7. الرعاية النفسية: تشكل الإصابة بالسرطان صدمة عاطفية ونفسية للمريض وتتطلب رعاية نفسية خاصة لتحسين نوعية حياته والتخفيف من معاناته النفسية والاجتماعية وتحسين علاقاته مع جسده وذاته ومع غيره ممن يحيطون به، وما على المختص النفسي إلا الإصغاء الجيد للمريض وتحديد احتياجاته الفردية الأولية وانشغالاته في مختلف المراحل والمحطات العلاجية، مع الحرص على تبني الاتجاهات الثلاثة لروجرز المتمثلة في التعاطف والتطابق والتقبل الإيجابي غير المشروط وانتهاج ما يناسب حالته من الطرق والتقنيات العلاجية المتاحة والتي نوجز أهمها في ما يلي :

أولا. الدعم النفسي : ويهدف إلى تحسين حياة المرضى والتكفل بقلقهم واكتئابهم وتمكينهم من الاستفادة من موارد جديدة بصورة عامة ويقدم هذا النوع من الرعاية وفق مقاربات مختلفة نذكر بعضها باختصار على النحو التالي :

- **العلاج الجماعي :** يجمع هذا النوع من العلاج مرضى السرطان وتشكيل مجموعات علاجية متجانسة لتشجيع تبادل الخبرات وتسهيل حل المشكلات التي يصادفونها، فالمجموعات العلاجية فضاء للكلام والتعبير تحت إشراف المختص النفسي يسمح للمرضى بإيجاد الكلمات المناسبة لمشاعرهم الغير معلنة ومقارنتها مع مشاعر بعضهم البعض وبالتالي خروجهم من عزلتهم، ويتم إثراء كلمات المريض بتفهم باقي المرضى وخبرة المختص النفسي(Pierre&al,2017,pp.13-14).
- **العلاج بالفن:** يوظف العلاج النفسي بالفن الرسم وأعمال الفخار والخزف والموسيقى، الغناء والرقص وغيرها من الفنون لتفريغ الخبرات المكبوتة المسببة للصراعات والمشكلات والاضطرابات السلوكية عند المريض وإحداث تغيير نحو الأفضل في شخصيته وفي حياته بصفة عامة(زهران، 2005، ص، 378).

ثانيا. المعالجة النفسية التحليلية: يرتكز هذا النوع من المعالجة على التعبير والتداعي الحر ويتم القيام بهذا الصنف من الرعاية النفسية على المدى الطويل وتهدف إلى مساعدة المريض على استيعاب الصراعات النفسية العميقة غير المقصودة والخبرات السابقة التي تم اكتسابها في الحياة وهي شبيهة بالمعالجة النفسية المؤسسة على التعمق النفسي وفيها تتم توعية المريض بشكل واضح بأن الاضطرابات النفسية التي يعاني منها حاليا مرتبطة بصراعات قديمة ومتناسية لم يتم التغلب عليها ويصبح التعلم من الخبرات السابقة عبر معرفة هذه الارتباطات ممكنا(برينكمان وآخرون، 2017، ص.17).

ثالثا. العلاج المعرفي السلوكي : العلاج المعرفي السلوكي (CBT) منهج من مناهج العلاج النفسي القائمة على الأدلة والتي أثبتت فاعليتها في علاج الاكتئاب لدى مرضى السرطان على المدى الطويل والمتوسط، وهو نوع من العلاجات النفسية المختصرة والتي تهدف إلى استبدال الأفكار السلبية والسلوكيات الغير متكيفة بأفكار وردود أفعال أكثر انسجاما مع الواقع، فالإدراكات

المشوهة الغير قادرة على التكيف لدى المصابين تثير القلق وتؤدي إلى الاكتئاب والضيق العاطفي(Dornelas,2018,pp.51-52).

على الرغم من أن السرطان لا يزال مرضا فتاكا وقاتلا إلى يومنا هذا فقد تطور اكتشافه وعلاجه بمرور الزمن كما سمح تطور الاستراتيجيات العلاجية بالرفع من نسب الشفاء ومعدل الحياة لدى المرضى بشكل كبير فأصبح يعتبر على نحو متزايد مرضا مزمنا.

8.الوقاية من السرطان :

تعتمد المرحلة الأساسية في مكافحة هذا المرض على التوعية العامة للمواطنين حول أعراضه الأولية، فالسرطان في بدايته لا يتظاهر إلا بأعراض بسيطة قد لا يعيرها الشخص العادي أي اهتمام وهذه المرحلة بالذات هي التي يكون فيها المرض في مراحله الأولية وتكون إمكانية الشفاء منه كبيرة جدا، وقبل نصف قرن أمكن شفاء مريض من أصل أربعة مرضى مصابين بهذا الداء واليوم يمكن شفاء 40 % من المرضى ومن الممكن شفاء نصف المرضى في جميع مراحل المرض شفاء تاما وكاملا بوسائل الكشف المبكر والفحص الدوري السنوي(رفاعي، 2003، ص ص.5-6).

والوقاية من السبل الأساسية للحد من داء السرطان وتقويض الإصابة به ومنع انتشاره، ونتناول في ما يلي التعليمات الطبية الوقائية الواجب اتباعها لتجنبه:

الابتعاد عن كل أنواع التدخين والكحوليات.

الاهتمام بالوجبة الغذائية والابتعاد عن العادات الغذائية السيئة والمأكولات الفاسدة والتي انتهت مدة صلاحيتها والمعلبات الغذائية.

الابتعاد عن الغازات والمواد المسببة للسرطان كالألبسة المصنوعة من بعض الألياف الصناعية الضارة.

الحرص على الفحص الطبي الدوري للكشف المبكر عن المرض.

الابتعاد عن مصادر الاشعاع البيئي الضار مثل الأشعة فوق البنفسجية المنبعثة من الشمس باعتبارها سببا رئيسيا لسرطان الجلد.

تجنب المهن المسببة للسرطان.

تجنب الضغوط النفسية قدر المستطاع.

تجنب الكيمياويات السامة التي تطرحها بعض المصانع.

تجنب المياه والأطعمة والأتربة الملوثة(ربحي، 2011، ص.97).

9 . استجابات الإعلان عن مرض السرطان:

تم تحديد نوعين من الاستجابة نتيجة الإعلان عن داء السرطان الاستجابة التكيفية والاستجابة اللاتكيفية :

أولا. الاستجابة التكيفية : تكون ردود الأفعال الناتجة عن الإعلان عن السرطان مكلفة وتستهلك طاقة نفسية هامة تنهك المصاب جسميا ونفسيا فتنخفض قدرته على الانتباه، التذكر، وعلى التذكر الانفعالي.

ثانيا. الاستجابة اللاتكيفية : بعض المصابين يكونون غير مهيئين نفسيا، ضعفاء vulnérable، حساسون بسبب بعض العوامل كالعزلة فيستجيبون بطريقة غير متكيفة، ويصنف لانتيوم Lantheaume (2017) هذه الاستجابات اللاتكيفية إلى **أربعة** أشكال :

1.<u>الذهول</u> : la sidération حيث يظهر المصاب حالة من الذهول أو الدهشة، تترجم من الناحية المعرفية على شكل عدم القدرة على تحديد ما يحسه والتعبير عنه، وتصبح الوظائف المعرفية عنده بطيئة ويعيش المصاب من الناحية الانفعالية حالة من الكف وكأن الانفعالات قد تعطلت أو كأن التشخيص موجه لإنسان آخر، فلا يستطيع الفرد أخذ أي قرار أو مبادرة ويظهر كأنه مشلول لا يستطيع التحرك.

2.<u>الهيجان</u> : l'agitation يكون المصاب في هذا النوع من الاستجابات في حالة من الاستثارة النفسية القصوى، حالة من الفوضى الانفعالية، ويشتد القلق بحيث لا يستطيع الفرد أخذ أي قرار، ويتم تفريغ ذلك القلق من حيث الاهتياج الجزئي أو الصراخ.

3.<u>الهروب الهلع</u> : la fuite panique تقوم الحالة بالهرب وكأنها تهرب من الخطر بشكل مندفع ودون تفكير، لا تعرف إلى أين تذهب، تتوقف عندما تتعب، لا تستوعب ما يحصل ولا تدرك أين هي.

4. التصرفات الآلية :l'automate تقوم الحالة بحركات تكرارية غير هادفة لا تتناسب مع الموقف، تبدو وكأنها غائبة ولا تستوعب الوضعية المقلقة، وتبقى صامتة وكأنها تعيش كابوسا.

ويلخص الجدول الآتي الاستجابات المتكيفة والاستجابات غير المتكيفة عند المصاب بالسرطان :

جدول رقم 3: الاستجابات المتكيفة والاستجابات غير المتكيفة

الاستجابات المتكيفة	الاستجابات غير المتكيفة
المرح	الشعور بالذنب
الإنكار	إنكار مرضي
حالة غضب عامة	الغضب الشديد
حالة غضب موجهة للمرض	غضب موجه للآخرين
البكاء	نوبات بكاء حادة
الخوف	ضعف نفسي
الأمل	يأس
رغبة جنسية	أمل غير واقعي

(عبوين، 2021، ص ص، 155- 156).

10. الآثار النفسية للسرطان :

تتعدد الآثار النفسية للسرطان وترتبط ارتباطا وثيقا بتطور المرض ومراحله كما يشير إلى ذلك رزافي ودولفو(Razavi&Delvaux,2008):

أولا. <u>مرحلة الأعراض الأولى</u>: في هذه المرحلة يكون إنكار المريض والتقليل من أهمية الأعراض، ومن الشائع في مثل هذه الحالات أن يستغرق المريض بعض الوقت قبل الذهاب إلى الاستشارة

الطبية، فتفاقم الأعراض هو الذي يدفعه في النهاية إلى الاتصال بالطبيب، ومتوسط الوقت المستغرق قبل الاستشارة حوالي 08 أشهر.

ثانيا. مرحلة التشخيص : يثير الإعلان عن تشخيص السرطان أزمة وجودية يمكن مقارنتها عند بعض المرضى بعقوبة الإعدام (وايسمان وووردن، 1976)، وأكثر المشاعر التي يسببها الإعلان عن المرض الخوف والقلق والاكتئاب والعجز والشعور بالوحدة واليأس والتشاؤم الشيء الذي قد يؤدي إلى ظهور السلوكيات الانتحارية والانسحاب أو الهجر، والاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا في هذه المرحلة المرضية القلق والاكتئاب والأفكار الانتحارية، كما يمكن أن تظهر الصعوبات العلائقية جراء الإعلان عن المرض وهذا نظرا للقلق المفرط والخاطئ من طرف المريض بشأن رد فعل محيطه وأقاربه، أو لاابتعاد الأقارب عنه فعلا بسبب خوفهم من المرض ونظرتهم الخاطئة عنه الشيء الذي يصعب تقبله والتعايش معه.

ثالثا. مرحلة العلاج : أثناء مرحلة العلاج غالبا ما ترتبط انشغالات وهموم المريض بالطبيعة المفاجئة لإجراءات الفحص والتقصي والعلاج وكمها الهائل، وبطبيعة البيئة الغريبة للوسط الاستشفائي رزافي ودولفو (2008)، كما يمكن أن يكون تغير صورة الذات بسبب تساقط الشعر أو وضع جيوب ولواحق خارجية مصدرا للقلق والحسرة لدى المريض، وبالموازاة مع ذلك يواجه المرضى أيضا صعوبات ثانوية لمرضهم فقد تكون أحيانا الرحلة إلى المستشفى طويلة وشاقة، كما أن الإرهاق الناتج عن الدورات العلاجية لا يسمح لهم بقيادة سياراتهم بأنفسهم وبالتالي التبعية والحاجة إلى مساعدة الغير، ويصعب جدا القيام بالتشخيص الفارقي للاكتئاب أو القلق في هذه المرحلة بسبب وجود الأعراض المرافقة للمرض والاضطرابات النفسية كالتعب وفقدان الشهية فهل هما بسبب المرض وآثار العلاج أو يمكن اعتبارها كعلامات للاكتئاب؟.

رابعا. مرحلة الشفاء : وتظهر فيها العديد من التناقضات فمقابل الفرح والسعادة للتخلص من المرض يظهر التوجس والخوف من الانتكاسة بالإضافة إلى ظهور الصعوبات العلائقية المتناقضة مع المحيط فبينما ينتظر الأهل والأقارب أن يعود مريضهم على ما عهدوه عليه قبل مرضه يجدون عكس ما كانوا يتوقعونه وغالبا ما تؤدي مثل هذه الأزمات إلى إثارة العديد من التساؤلات بالإضافة إلى حدوث تغيرات وجودية.

خامسا. <u>مرحلة الانتكاس</u> : من الصعب تقبل الانتكاس بالنسبة للمريض الذي كان يعتقد بأنه شفي تماما ويؤدي اليأس الناجم عن معرفة ذلك إلى إعادة تنشيط القلق والاكتئاب لديه.

سادسا . <u>المرحلة ما قبل النهائية والنهائية</u> : ترى كيبلر روس (1975) بأن المشاعر والأحاسيس الخاصة بهذه المرحلة كالإنكار والغضب والمساومة وتقبل المرض يمكن أن تظهر مترافقة مع بعضها البعض كما يمكن أن تكون متتابعة في شكل مراحل، والاكتئاب هو المتلازمة الأكثر شيوعا خلال هذه المرحلة فيشعر المريض أنه قد أدى كل ما عليه في مكافحة هذا المرض العضال وأن كل ذلك ذهب سدى ويجد نفسه أمام مشكلة مزدوجة : الحصول على الإذن بالموت بين الأحباء وسحب استثماراته تدريجيا من كل الأشخاص والممتلكات (Mikolajczak,2013,pp112-114).

زيادة إلى الآثار الصحية والجسدية والاجتماعية المترتبة عن داء السرطان بمختلف أشكاله وما تسببه للمصاب من هموم ومعاناة، يضاف حمل الآثار والتبعات النفسية لهذا الداء التي تتنوع وتتعدد وتتميز عبر مراحله بدءا من ظهور الأعراض الأولى إلى المرحلة النهائية، والتي تتطلب الانتباه إليها وأخذها بعين الاعتبار من طرف الأخصائي النفسي أثناء قيامه بعملية التكفل النفسي.

11. المراحل النفسية للسرطان :

لا ينطلق تاريخ المرض عند التشخيص بل يبدأ بمجرد اكتشاف الأعراض الأولى : ورم، نزيف، الخ، ما يسبب حالة قلق هام، إن الإعلان عن السرطان وكما يوضحه فيراقوت(Ferragut,2007) هو بمثابة صدمة، اعتداء، هجمة، إن الإعلان وما يتبعه من تغيرات جذرية يعتبر بمثابة فاصل بين ما قبل وما بعد عند المصاب، حيث أنه ينعزل عن العالم الخارجي، لا يسمع ما يقال له، لا يدرك ما يحصل حوله أو يتجمد فلا يستطيع الاستجابة، يشعر بأن المستقبل انتزع منه، وقد حدد فينو(Vignaux,2015) ثلاث مراحل نفسية أساسية للسرطان:

أ. **الصدمة الأولى** : إن الدقائق التي تتبع التشخيص تظهر فيها شحنات انفعالية حادة، أين ينتقل الإنسان من الصحة إلى المرض وبالتالي الفقدان (الأسرة، المشاريع المستقبلية، الصحة).

ب. النفي : بعد صدمة تشخيص السرطان وما ينتج عنها من تغيرات تؤدي أحيانا إلى النفي، وتكون هذه المرحلة قصيرة في الغالب.

ج. المقاومة : حيث يظهر المصاب اتجاهات سلبية نحو الفريق المعالج .

12. إبيديميولوجية السرطان :

يمثل السرطان مشكلا عظيما وظاهرة فريدة للغاية في مجال الصحة العمومية لمختلف الدول، فعدد المرضى المصابين بهذا الداء في تزايد مستمر حيث تم الإبلاغ عن 14.1 مليون إصابة جديدة عبر العالم خلال سنة 2012 و8.2 مليون وفاة في نفس السنة، و70 % من هذه الحالات تم إحصاؤها في الدول النامية، وتتوقع منظمة OMS أن تتضاعف هذه الأرقام في آفاق 2030 ويرتفع عدد وفيات داء السرطان إلى 1. 13 مليون وفاة، وتتصاعد وتيرة الإصابة بهذا الداء بنسبة 50 % كل عام في جميع أنحاء العالم، وبفضل البحوث والتقدم العلمي والتكنلوجي انخفضت نسبة الوفيات لدى المصابين بداء السرطان وذلك أيضا بتحسين الرعاية الصحية الجيدة للمرضى، وتسجل الجزائر ما يقارب 45000 حالة سرطان جديدة كل عام، و24000 حالة وفاة (Ministère de la santé,2014,pp.5-17).

لقد اكتملت البيانات المتعلقة بالسرطان في الجزائر وتحسنت جودتها منذ عام 2014، بفضل إنشاء سجلات السرطان في الجزائر ضمن ثلاث شبكات جهوية، وفي سنة 2015 تم حساب المؤشرات الوطنية الأولى لهذا الداء، وسنة 2017 تم تسجيل 43920 إصابة جديدة في جميع أنحاء الجزائر 57.5% منها عند النساء و42.5% عند الرجال، وبلغ متوسط المعدل الوطني الخام للإصابة بالسرطان 112.2 حالة جديدة لكل، 100000 وكان أعلى عند النساء بتسجيل 131.7 حالة جديدة لكل 100000 مقارنة مع الرجال ب 93.7 حالة جديدة لكل 100000، وسرطان الثدي هو الأكثر شيوعا ويتصدر باقي أنواع السرطان في جميع ولايات الوطن بتسجيل 9362 إصابة جديدة بمتوسط 49.3 حالة جديدة لكل 100000 امرأة الشيء الذي يجعله في وضع وبائي تقريبًا، يليه سرطان المستقيم بتسجيل4934 حالة جديدة في العام سرطان وهو السرطان الأول لدى الذكور والثاني لدى الإناث ويتزايد بنسبة +3.7% سنوياً، ويعتبر سرطان

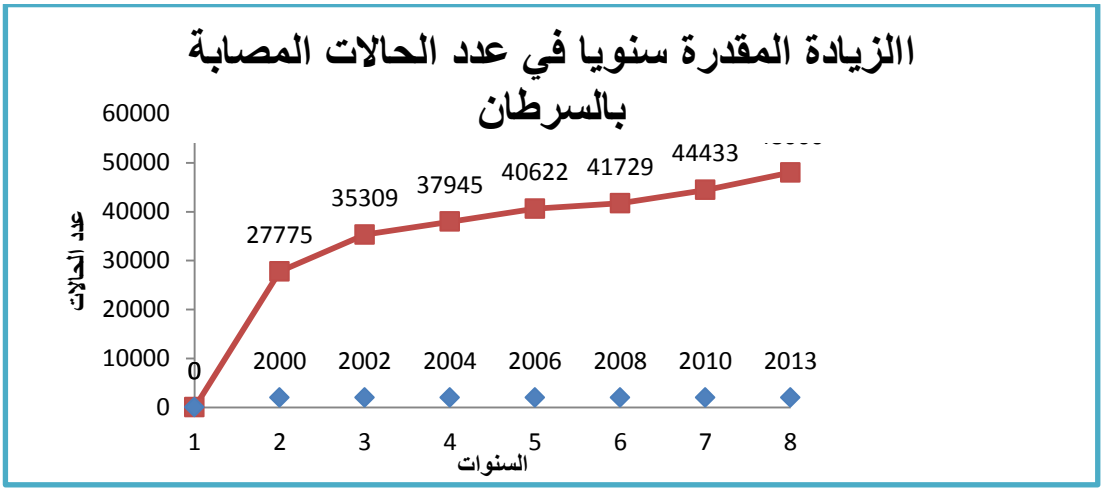
البروستاتا ثالث أكثر أنواع السرطان شيوعا عند الرجال وهو في تزايد مستمر تماشيا مع التحسن في متوسط العمر المتوقع(Hammouda,Boutekdjiret,2020,p.32).

1.12. الملمح الوبائي للسرطان في السياق الجزائري: إن تغير نمط الحياة الجماعية والفردية كزيادة التدخين والإجهاد، والتحضر والنظام الغذائي الغير متوازن من أهم الأسباب المؤدية إلى تجلي وظهور العديد من الأمراض الغير سارية (MNT) بما في ذلك مرض السرطان حيث أضحت تشكل أكثر من 80 % من الأمراض المسجلة في الجزائر الشيء الذي يتطلب تكاتف جهود كل القطاعات للوقاية منها، وسنحاول تحت العنصر التالي تسليط الضوء على الزيادة المقدرة في عدد الحالات المصابة بالسرطان في بلادنا خلال الفترة الممتدة من سنة 2000 إلى سنة 2013 وفق المعطيات الإحصائية الرسمية لوزارة الصحة :

- **الزيادة المقدرة في عدد الحالات المصابة بالسرطان في الجزائر:** إن زيادة وارتفاع عدد الإصابات بداء السرطان والذي انتقل من 80 حالة جديدة لكل 100000 مواطن سنة 1990 إلى 130 حالة جديدة لكل 100000 مواطن سنة 2010 تشير إلى أن معدل انتشار هذا المرض في تزايد مستمر وسريع، يمكن أن يبلغ 50000 ألف حالة سنويا كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم 4:الزيادة المقدرة في عدد الحالات المصابة بالسرطان في الجزائر(2000 -2013)

الزيادة المقدرة في عدد الحالات المصابة بالسرطان في الجزائر	السنوات
27775	2000
35309	2002
37945	2004
40622	2006
41729	2008
44433	2010
48000	2013



الشكل01: الزيادة المقدرة سنويا في عدد الحالات المصابة بالسرطان (2000 -2013).

وقد أظهر المسح الوطني الذي أجراه المعهد الوطني الجزائري للصحة العمومية (INSP) حول حدوث وانتشار السرطانات والذي شمل 31000 حالة سرطان مسجلة في عام 2002 أن 3/1 فقط من تلك السرطانات تم تشخيصها في مرحلة مبكرة فيما شخص 3/2 منها في مراحل متقدمة (متفشية)، وأن حوالي 40 % من المرضى المصابين بهذا الداء لم يتبعوا المسار العلاجي المفروض وقد استفاد 3/1 من المرضى من البروتوكول العلاجي الكامل، كما قدر متوسط زمن الانتظار للاستفادة من دورة العلاج الإشعاعي (cure de radiothérapie) ب 06 أشهر.

ويبلغ متوسط العمر بالنسبة لمجموع السرطانات في الجزائر 54 سنة، وهو متوسط منخفض بالمقارنة مع مثله بالدول المتقدمة والذي يبلغ 62 سنة، ويبدأ منحنى الإصابة بداء السرطان مبكرا قبل سن الأربعين ثم يتصاعد بوتيرة سريعة ومضاعفة حتى نهاية العمر، وانطلاقا من سن الستين فما فوق تتماشى معدلات الإصابة بالسرطان مع تلك المسجلة في البلدان المتقدمة خاصة دول أوروبا الجنوبية لكلا الجنسين(Ministère de la santé,2014,pp.17-18).

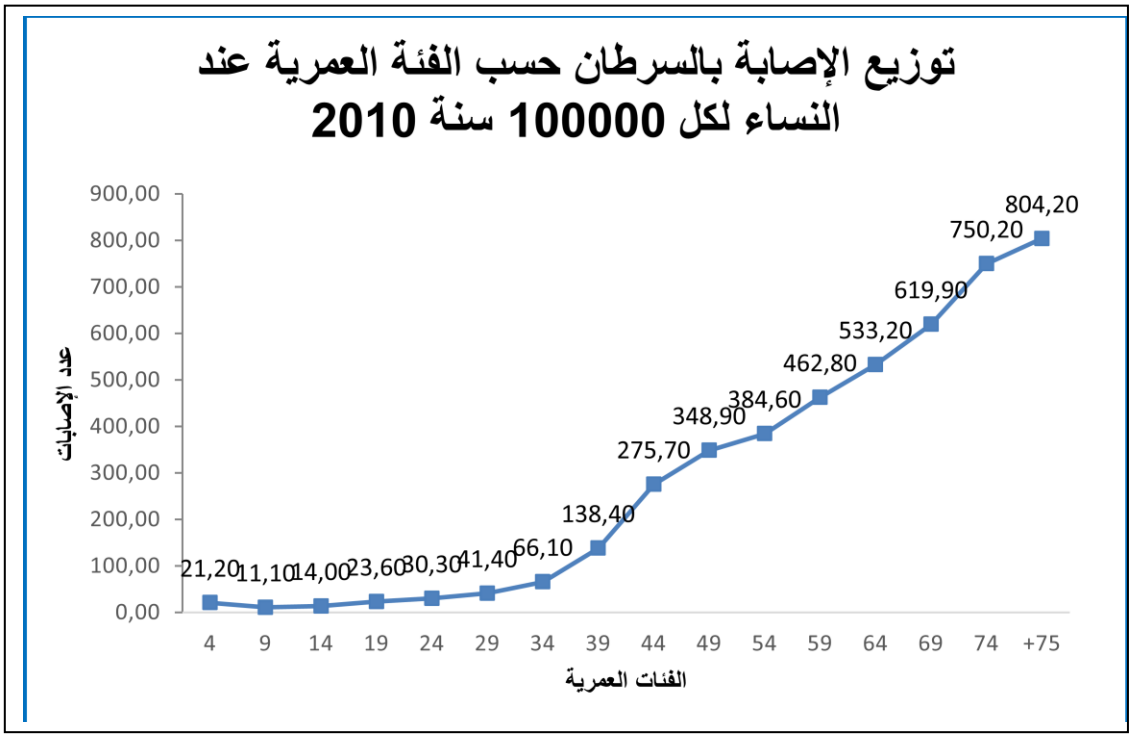
- **الإصابة السرطانية حسب الفئة العمرية لكلا الجنسين:** ارتفع معدل الإصابة بالسرطان في الجزائر بشكل مطرد خلال 10 سنوات مع تسجيل 128 حالة جديدة لكل 100000 بالنسبة للرجال و132 حالة جديدة لكل 100000 بالنسبة للنساء سنة 2011، ويختلف

زمن ظهور السرطان بين الرجال والنساء باختلاف الفئات العمرية وفقا للمعطيات الإبيدميولوجية المدرجة في الجداول التالية :

❖ **توزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند النساء:** ندرج ضمن الجدول الموالي المعطيات الوبائية الخاصة بتوزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند النساء لكل 100000 ألف نسمة سنة 2010:

جدول 5:توزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند النساء لكل 100000 / سنة 2010

توزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند النساء سنة 2010	
الفئة العمرية	عدد الإصابات لكل 100000
4	21,20
9	11,10
14	14,00
19	23,60
24	30,30
29	41,40
34	66,10
39	138,40
44	275,70
49	348,90
54	384,60
59	462,80
64	533,20
69	619,90
74	750,20
75+	804,20



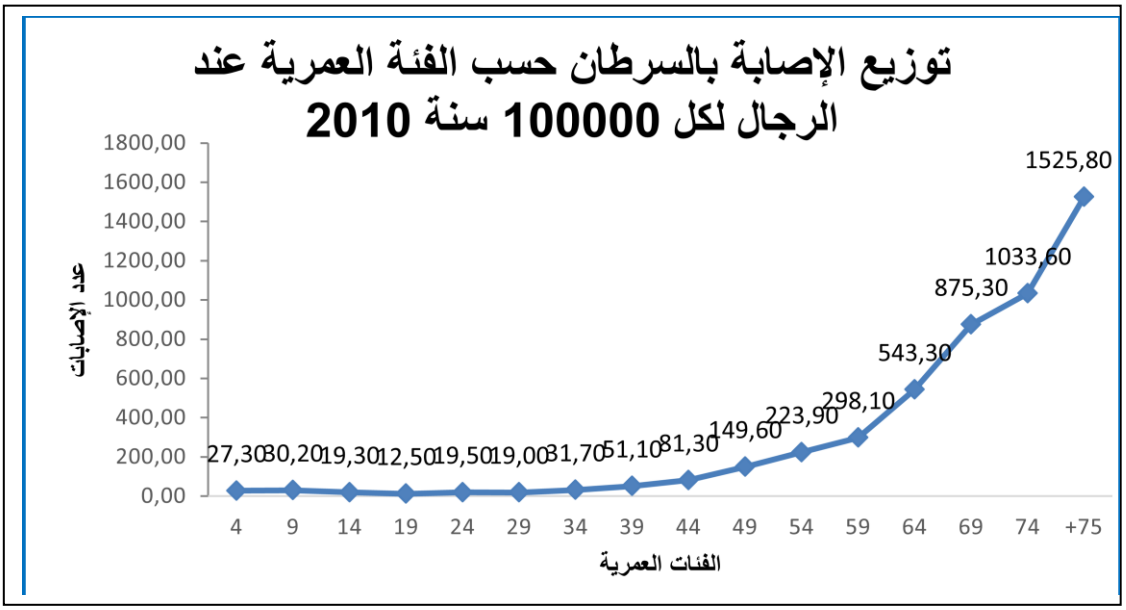
الشكل 2:توزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند النساء لكل 100000/ سنة 2010

❖ **توزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند الرجال:** ندرج ضمن الجدول الموالي المعطيات الوبائية الخاصة بتوزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند الرجال لكل 100000 نسمة سنة 2010:

جدول 6: **الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند الرجال لكل 100000/ سنة 2010**

توزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند الرجال سنة 2010	
الفئة العمرية	**عدد الإصابات لكل 100000**
4	27.3
9	30.2
14	19.3

12.5	19
19.5	24
19	29
31.7	34
51.1	39
81.3	44
149.6	49
223.9	54
298.1	59
543.3	64
875.3	69
1033.6	74
1525.8	75+



الشكل03: توزيع الإصابة بالسرطان حسب الفئة العمرية عند الرجال لكل 100000 / سنة 2010

يبرز بوضوح توزيع السرطانات حسب الفئة العمرية عند النساء والرجال في المخططين البيانيين والاتجاه الملحوظ منذ بداية تسجيل المعطيات الإحصائية هو ارتفاع عدد الحالات لدى النساء، وظهور السرطان لدى النساء(39 عاما) في وقت أبكر منه لدى الرجال(49 عاما) وانخفاض عدد الحالات عند النساء ابتداء من سن 65 عاما، السن الذي يبدأ عنده ارتفاع الإصابة عند الذكور(Minister de la santé,2014,p.19).

2.12. السرطانات الأكثر شيوعا في الجزائر:

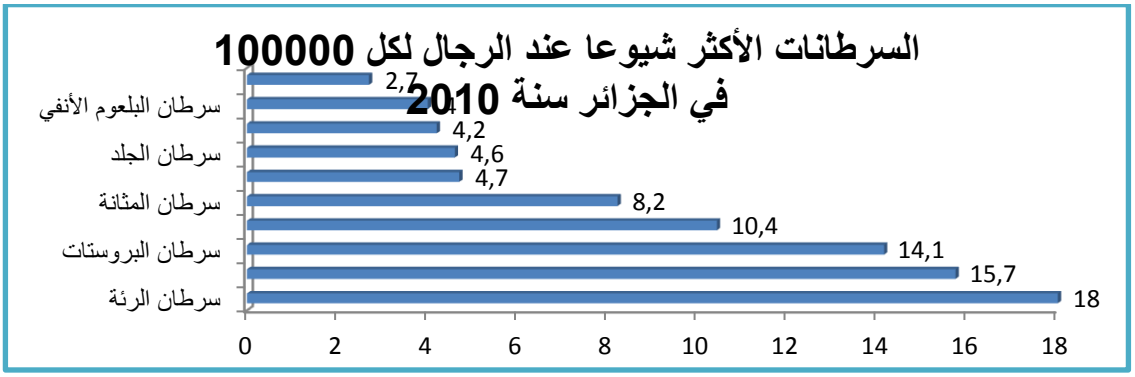
يشير المخطط الوطني الجزائري لمكافحة السرطان (plan national cancer 2015-2019): أكثر أنواع السرطانات شيوعا لدى الرجال والنساء في الجزائر على النحو التالي :

- **أكثر أنواع السرطان انتشارا لدى الرجال** : يمثل سرطان الرئة والقولون والمستقيم والمثانة والبروستاتا أكثر أشكال السرطان انتشارا عند الرجال في بلادنا حيث تشكل 52 % من مجموع السرطانات، ويمثل سرطان الرئة وحده حوالي 15 % من السرطانات الخاصة بالرجال الشيء الذي يؤكد ويعزز هيمنة السرطانات المتعلقة بالتدخين (سرطان الرئة والمثانة) عند الرجال منذ سنة 2001 وسرطان البروستاتا الذي يشهد ارتفاعا سريعا منذ سنة 2000، وسرطان الجهاز الهضمي خاصة القولون والمستقيم، ويؤكد ذلك ارتفاع الإصابة بسرطان البروستاتا حيث يأتي في المرتبة الثالثة بالنسبة لسرطانات الرجال في

الجزائر، وندرج ضمن الجدول التالي أشكال السرطانات الأكثر شيوعا عند الرجال في بلادنا سنة 2010 .

جدول رقم 7 :السرطانات الأكثر شيوعا عند الرجال لكل 100000 في الجزائر سنة 2010

السرطانات الأكثر شيوعا عند الرجال في الجزائر سنة 2010	**الاصابات الجديدة لكل 100000 مواطن**
سرطان الرئة	18
سرطان القولون والمستقيم	15.7
سرطان البروستات	14.1
سرطان الدم	10.4
سرطان المثانة	8.2
سرطان المعدة	4.7
سرطان الجلد	4.6
سرطان المخ	4.2
سرطان البلعوم الأنفي	4
سرطان الحنجرة	2.7



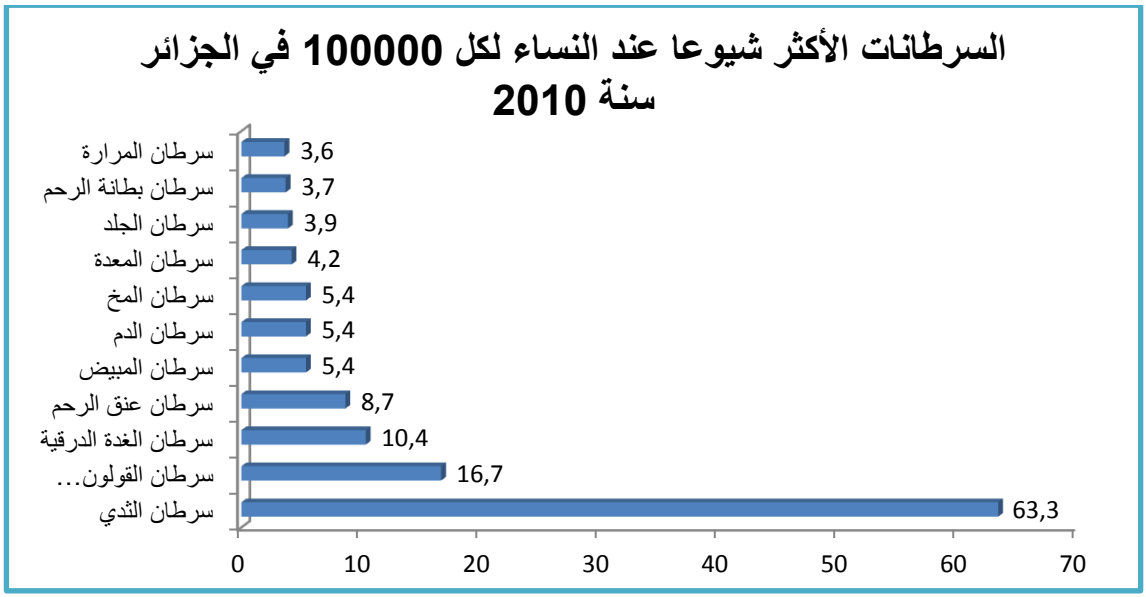
الشكل 4 : السرطانات الشائعة عند الرجال لكل 100000 في الجزائر سنة 2010

- **أكثر أنواع السرطان انتشارا لدى النساء :** أكثر السرطانات شيوعا لدى النساء سرطان الثدي، وسرطان القولون والمستقيم والغدة الدرقية وسرطان عنق الرحم، سرطان المبيض وتشكل 68 %من سرطانات النساء، ويمثل سرطان الثدي بمفرده 40.45 % وسرطان عنق الرحم 12.5 % ويشكلان في مجموعهما حوالي 53 % من سرطانات النساء، ويتضمن الجدول التالي أشكال السرطانات الأكثر شيوعا عند النساء في بلادنا سنة 2010.

جدول رقم 8:السرطانات الأكثر شيوعا عند النساء في الجزائر سنة 2010

السرطانات الأكثر شيوعا عند النساء في الجزائر سنة 2010	الاصابات الجديدة لكل 100000 مواطنة
سرطان الثدي	63.3
سرطان القولون والمستقيم	16.7
سرطان الغدة الدرقية	10.4
سرطان عنق الرحم	8.7
سرطان المبيض	5.4

سرطان الدم	5.4
سرطان المخ	5.4
سرطان المعدة	4.2
سرطان الجلد	3.9
سرطان بطانة الرحم	3.7
سرطان المرارة	3.6



الشكل رقم5:السرطانات الأكثر شيوعا عند النساء لكل 100000 في الجزائر سنة 2010

- **أكثر أنواع السرطان انتشارا لدى الأطفال في الجزائر:** ومن ناحية أخرى يتأثر المزيد من الأطفال والمراهقين بداء السرطان وتتصاعد وتيرة الإصابة من 1 % عند الأطفال إلى 1.5 % عند المراهقين كل سنة، ومن بين السرطانات الأكثر شيوعا لدى الأطفال نجد سرطان الدم، والغدد اللمفاوية، المخ، سرطان العظام، الكلى بحيث تشكل هذه الأنواع من

السرطانات لوحدها 59.4 % من سرطانات الأطفال عند الذكور و58.3 % من سرطانات الأطفال عند الإناث(Ministère de la santé,2014,p.20).

3.12. الإصابات السرطانية الجديدة المسجلة في الجزائر:

سنحاول تحت هذا العنصر تتبع عدد الحالات الجديدة المسجلة لمرض السرطان عند كلا الجنسين ومن مختلف الأعمار والمناطق بالجزائر خلال سنتي 2020 و2022 حسب المعطيات الإحصائية الخاصة بالمرصد العالمي للسرطانThe Global Cancer Observatory.

- **عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر لكلا الجنسين:**

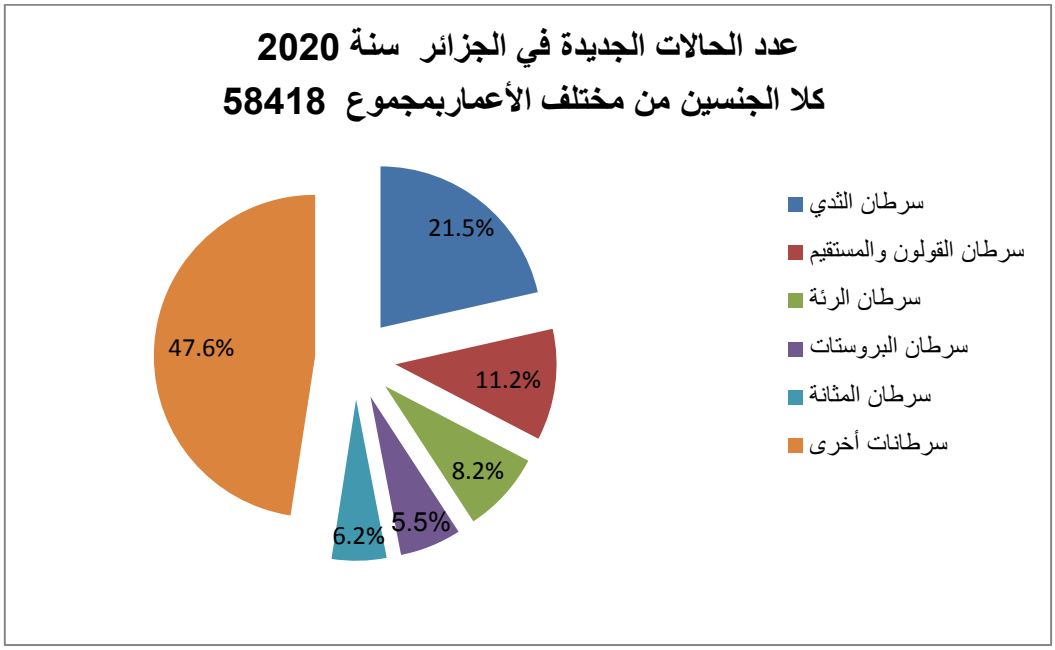
يرصد المرصد العالمي للسرطان عدد الحالات الجديدة المصابة بمختلف أنواع السرطان من كلا الجنسين ومن مختلف الأعمار في الجزائر سنة 2020 بناء على سجلات السرطان على النحو التالي:

جدول رقم9:**عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر لكلا الجنسين**

نوع السرطان	عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر لكلا الجنسين
سرطان الثدي	12536
سرطان القولون والمستقيم	6526
سرطان الرئة	4774
سرطان البروستات	3597
سرطان المثانة	3201
سرطانات أخرى	27784

المجموع	**58418**

فقد تم رصد 58418 حالة سرطان جديدة بمختلف أنواعه سنة 2020 على مستوى مختلف مناطق الوطن وقد شكل سرطان الثدي ما نسبته 21.5 % من مجموع السرطانات المسجلة، ثم سرطان القولون والمستقيم بنسبة 11.2 % وسرطان الرئة بنسبة 8.2، سرطان البروستات بنسبة 6.2 % وسرطان المثانة ب 5.5 % فيما تشكل باقي السرطانات بمجموعها ما نسبته 47.6 %.



الشكل رقم 6: عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر لكلا الجنسين

❖ عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر عند الذكور:

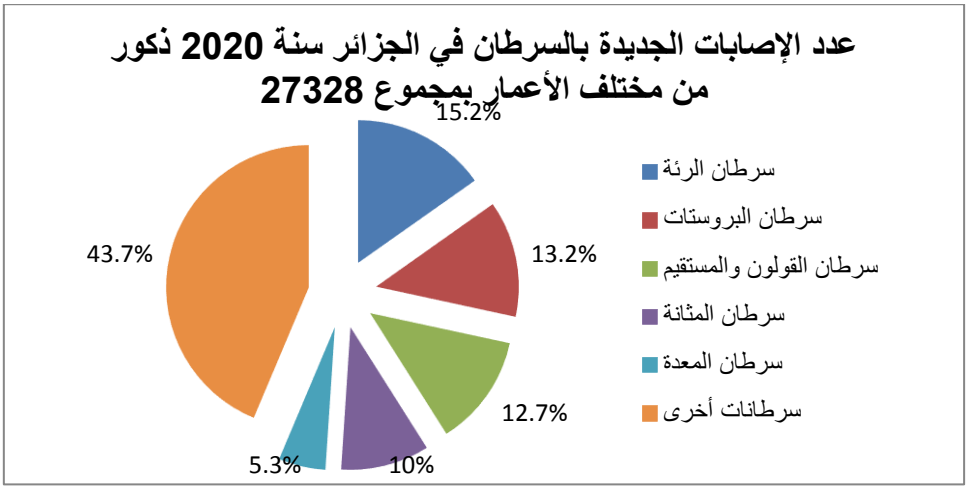
يفصل المرصد العالمي للسرطان عدد الحالات الجديدة المصابة بمختلف أنواع السرطان عند الذكور ومن مختلف الأعمار في الجزائر سنة 2020 كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم10:**عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر ذكور**

نوع السرطان	عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر ذكور
سرطان الرئة	4159
سرطان البروستات	3597
سرطان القولون والمستقيم	3458
سرطان المثانة	2734
سرطان المعدة	1440
سرطانات أخرى	11940
المجموع	**27328**

حسب المرصد العالمي للسرطان تم رصد 27328 حالة سرطان جديدة بمختلف أنواعه عند الذكور سنة 2020 على مستوى مختلف مناطق الوطن وتأتي الإصابة بسرطان الرئة في الصدارة بنسبه 15.2 % من مجموع السرطانات المسجلة، ثم سرطان البروستات بنسبة 13.2 %

وسرطان القولون والمستقيم بنسبة 12.7، سرطان المثانة ب 10 %وسرطان المعدة ب 5.3 % فيما تشكل باقي السرطانات بمجموعها ما نسبته 43.7 %.



الشكل رقم 7: عدد الإصابات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر ذكور

❖ **عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر عند الإناث :**

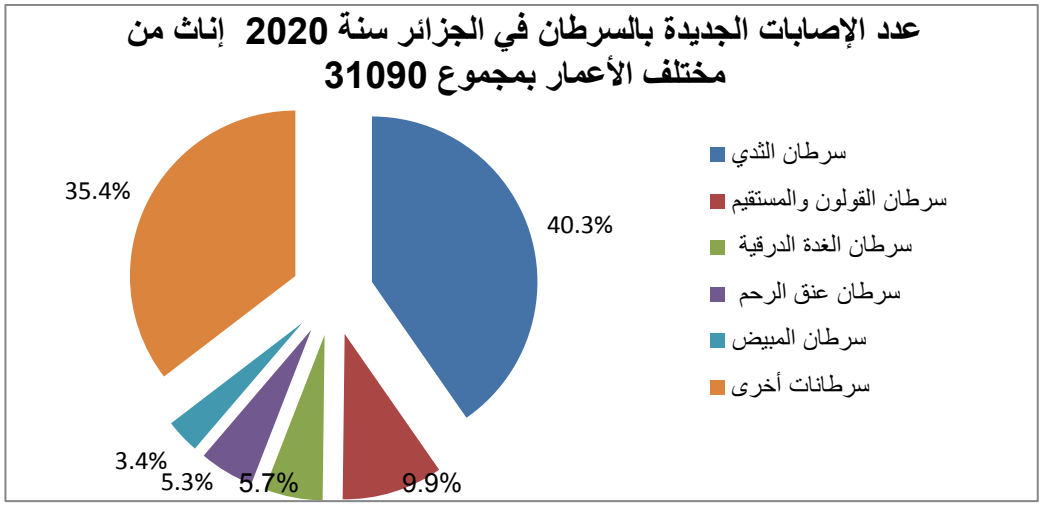
وندرج ضمن الجدول الموالي عدد الإصابات الجديدة بمختلف أنواع السرطان عند الإناث من مختلف الأعمار في الجزائر سنة 2020 كما يلي :

جدول رقم11:**عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر إناث**

نوع السرطان	عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر إناث
سرطان الثدي	12536
سرطان القولون والمستقيم	3068
سرطان الغدة الدرقية	1778
سرطان عنق الرحم	1663

سرطان المبيض	1042
سرطانات أخرى	11003
المجموع	**31090**

تم تسجيل 31090 حالة سرطان جديدة بمختلف أنواعه عند الإناث سنة 2020 على مستوى مختلف مناطق الوطن وتأتي الإصابة بسرطان الثدي في المقدمة بنسبه 40.3 % من مجموع السرطانات المسجلة، تليها الإصابة بسرطان القولون والمستقيم بنسبة 9.9 %، ثم سرطان الغدة الدرقية ب 5.7 % وسرطان عنق الرحم ب 5.3 % وسرطان المبيض ب 3.4 % فيما تشكل باقي السرطانات بمجموعها ما نسبته 35.4 %.



الشكل رقم 8: عدد الإصابات الجديدة المسجلة سنة 2020 في الجزائر إناث (International Agency for Research on Cancer,2021,p.1).

بعد تناولنا لعدد إصابات السرطان الجديدة المسجلة سنة 2020 سنحاول في ما يلي تتبع عدد الإصابات المسجلة سنة 2022 .

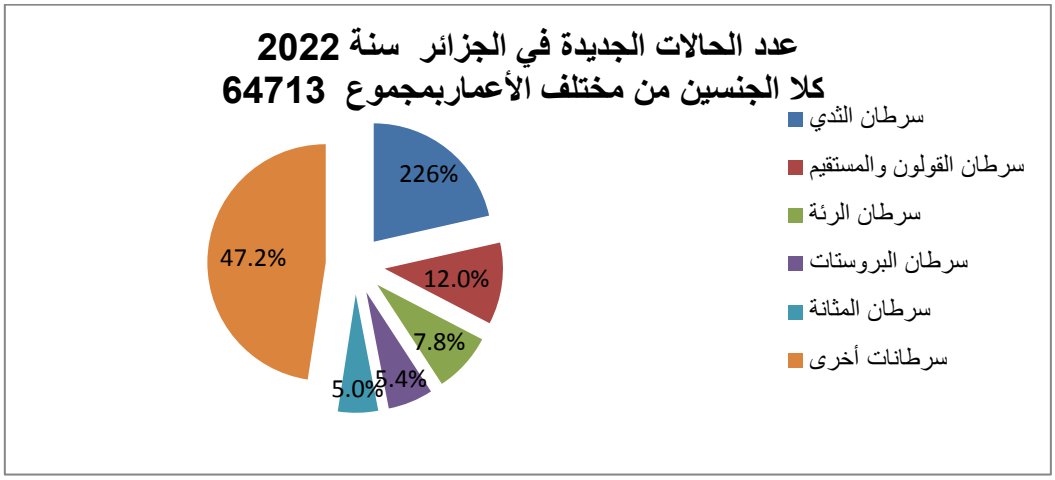
- **عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر لكلا الجنسين :**

يرصد المرصد العالمي للسرطان عدد الحالات الجديدة المصابة بمختلف أنواع السرطان من كلا الجنسين ومن مختلف الأعمار في الجزائر سنة 2022 بناء على سجلات السرطان على النحو التالي:

جدول رقم12:**عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر لكلا الجنسين**

نوع السرطان	**عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر لكلا الجنسين**
سرطان الثديbreast	14601
سرطان القولون والمستقيمcolorectum	7747
سرطان الرئة lung	5040
سرطان البروستات prostate	3514
سرطان المثانةbladder	3240
سرطانات أخرىothers	30571
المجموع	**64713**

فقد تم رصد 64713 حالة سرطان جديدة بمختلف أنواعه سنة 2022 على مستوى مختلف مناطق الوطن لكلا الجنسين ومن مختلف الأعمار شكل سرطان الثدي ما نسبته 22.6 % من مجموع السرطانات المسجلة، ثم سرطان القولون والمستقيم بنسبة 12.0 % وسرطان الرئة بنسبة 7.8 %، سرطان البروستات بنسبة 5.4 % وسرطان المثانة ب 5.0 % فيما تشكل باقي السرطانات بمجموعها ما نسبته 47.2 %



الشكل رقم 9 : عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر لكلا الجنسين

❖ **عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر عند الذكور :**

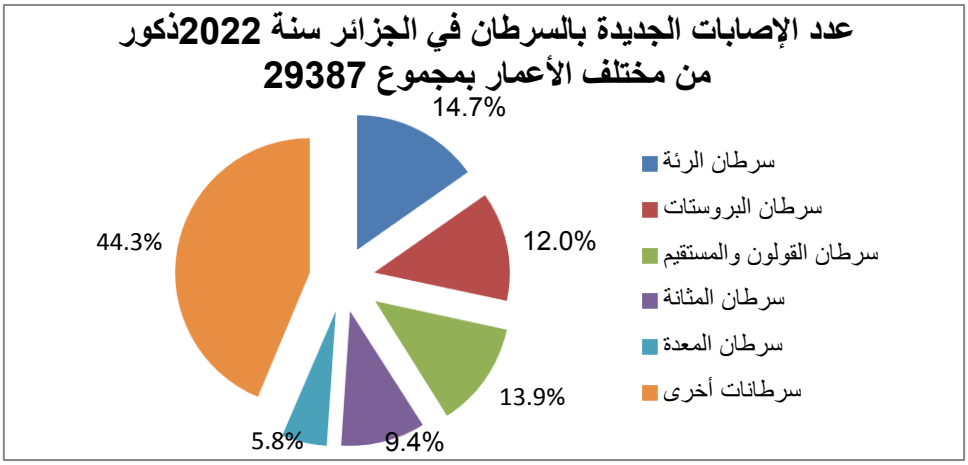
يفصل المرصد العالمي للسرطان عدد الحالات الجديدة المصابة بمختلف أنواع السرطان عند الذكور ومن مختلف الأعمار في الجزائر سنة2022 كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم13:**عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر ذكور**

نوع السرطان	عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر ذكور
سرطان الرئة	4311
سرطان البروستات	3514

سرطان القولون والمستقيم	4082
سرطان المثانة	2770
سرطان المعدة	1693
سرطانات أخرى	13017
المجموع	**29387**

حسب المرصد العالمي للسرطان تم رصد 29387 حالة سرطان جديدة بمختلف أنواعه عند الذكور سنة 2022 على مستوى مختلف مناطق الوطن وتأتي الإصابة بسرطان الرئة في الصدارة بنسبه 14.7% من مجموع السرطانات المسجلة، ثم سرطان القولون والمستقيم بنسبة 13.9 % وسرطان البروستات بنسبة 12.0، سرطان المثانة ب 9.4 % وسرطان المعدة ب 5.8 % فيما تشكل باقي السرطانات بمجموعها ما نسبته 44.3 %.



الشكل رقم 10: عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر ذكور.

❖ **عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر عند الإناث :**

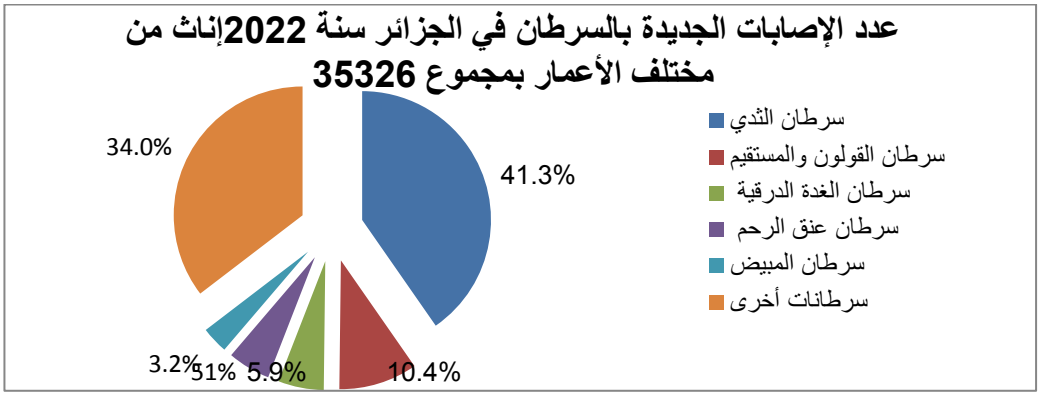
وندرج ضمن الجدول الموالي عدد الإصابات الجديدة بمختلف أنواع السرطان عند الإناث من مختلف الأعمار في الجزائر سنة 2022 كما يلي :

جدول رقم14:**عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر إناث**

نوع السرطان	**عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر إناث**
سرطان الثدي	14601
سرطان القولون والمستقيم	3665
سرطان الغدة الدرقية	2089
سرطان عنق الرحم	1799
سرطان المبيض	1147
سرطانات أخرى	12025
المجموع	**35326**

تم تسجيل 35326 حالة سرطان جديدة بمختلف أنواعه عند الإناث سنة 2022 على مستوى مختلف مناطق الوطن وتأتي الإصابة بسرطان الثدي في المقدمة بنسبه 41.3 % من مجموع السرطانات المسجلة، تليها الإصابة بسرطان القولون والمستقيم بنسبة 10.4 %، ثم سرطان الغدة

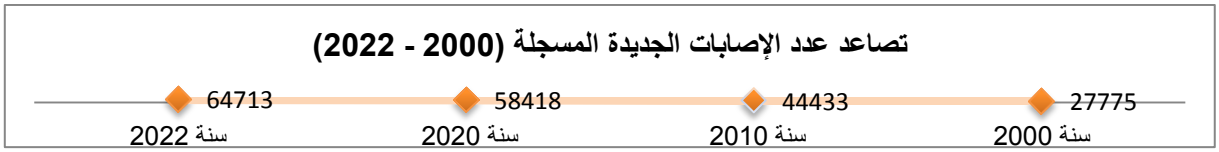
الدرقية ب 5.9 % وسرطان عنق الرحم ب 5.1 % وسرطان المبيض ب 3.2 % فيما تشكل باقي السرطانات بمجموعها ما نسبته 34.0 %.



الشكل رقم11: عدد الحالات الجديدة المسجلة سنة 2022 في الجزائر إناث

(International Agency for Research on Cancer,2022,p. 1)

إذا ما تتبعنا عدد الإصابات الجديدة المسجلة سنتي 2020 و2022 في الجزائر فإننا نلاحظ زيادة في عدد المصابين الجدد بداء السرطان من كلا الجنسين قدرت ب: 6295 حالة جديدة بنسبة 10.77 %، وهي نسبة لا يستهان بها وتتطلب اتخاذ جميع التدابير الوقائية واستغلال جميع الإمكانات المتاحة وتسخيرها للحد من هذا الداء ومكافحته الشيء الذي سعت إليه الجزائر منذ أكثر من عقدين من خلال إعداد برامج وطنية للكشف المبكر عن الإصابة بمختلف أنواع السرطانات ومكافحتها، ، ويوضح المخطط البياني التالي هذه الزيادة الملاحظة :



الشكل رقم 12: تصاعد عدد الحالات الجديدة المسجلة (2000 -2022)

4.12. تطور السرطانات حسب النوع في الجزائر:

وقد سجلت الدراسات والتحاليل تصاعدا في خمسة أنواع من السرطانات في الجزائر على النحو التالي :

- **سرطان الثدي :** حيث سجلت معدلات وبائية مقلقة فاقت 9000 حالة جديدة سنة 2009، أي 54 حالة جديدة لكل 100000 امرأة ويتوقع أن يستمر تصاعد الأعداد ب 500 حالة جديدة في كل سنة، وما يجعل عملية الكشف عن هذا النوع معقدا وصعبا هو أنه يصيب النساء اليافعات كما يصيب النساء في سن اليأس، والعمر المتوسط للإصابة يقدر ب 47 سنة أي أن حوالي 50 % من سرطانات الثدي تسجل قبل هذا العمر .
- **سرطان الرئة :** والذي تتصاعد أعداد الإصابات به بشكل مستمر حيث تضاعفت من 11 حالة إلى 20 حالة لكل 100000 رجل خلال 25 سنة الممتدة من 1986 إلى 2010 .
- **سرطان المثانة :** مسجلا 10 حالات جديدة لكل 100000 رجل لكل سنة والذي أصبح يصيب الشباب أكثر فأكثر بسبب التدخين.
- **سرطان القولون والمستقيم :** والذي تصاعدت أعداد الإصابة به من 3.2 إلى 11 حالة لكل 100000 مواطن خلال 25 سنة.
- **سرطان البروستاتا:** ونظرا لتصاعده المتضاعف فإنه يصنف اليوم في المرتبة الثالثة من بين سرطانات الرجال.
- **سرطان الغدة الدرقية :** والذي يعتبر نادرا عند الرجال ويحتل المرتبة الثالثة في سرطانات النساء، حيث يصيب على السواء المراهقات والنساء الشابات والمسنات.

وتجدر الإشارة إلى الاستقرار الملحوظ في معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم والذي احتل لسنوات طويلة المرتبة الثانية لسرطانات النساء والشيء نفسه بالنسبة لسرطان المعدة والبلعوم الأنفي سواء بالنسبة للرجال أو النساء (Ministère de la santé2014,pp.21).

13. برامج فحص السرطان في الجزائر:

إن التزايد المستمر في الإصابة بمختلف أنواع السرطانات في الجزائر منذ سنة 2000 تطلب تكثيف البرامج الوطنية للكشف المبكر عن هذا الداء وخاصة سرطان الثدي وعنق الرحم وسرطان القولون والمستقيم، ونذكر تحت هذا العنصر مختلف البرامج التي أعدتها وزارة الصحة بهذا الخصوص حسب نوع الإصابة:

- **سرطان عنق الرحم:**

لقد تم تنفيذ برنامج وطني للفحص التشخيصي الخلوي لسرطان عنق الرحم بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية منذ عام 1997 لفائدة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 25 و65 سنة على مستوى وحدات الفحص الموجودة في مرافق أمراض النساء المختلفة والأقسام الموجودة في المستشفيات الجامعية، مع ضمان المتابعة الدورية على مستوى مرافق الصحة العمومية المحلية، ويتم القيام بهذا النوع من الفحوصات بأخذ مسحات على فترات محددة، حيث تؤخذ المسحة الأولى في السنة الأولى من الزواج، وتتبعها مسحة ثانية بعد عام، وإذا لم تُظهر المسحة أي شذوذ ما تطمئن المرأة ويُطلب منها إجراء مسحة متابعة مرة كل خمس سنوات فقط كإجراء احترازي وقائي.

- **سرطان الثدي:** لقد استخدمت اختبارات فيروس الورم الحليمي البشري في الجزائر منذ سنة 2015، ويتم الاعتماد على الحملات التوعوية التحسيسية في مختلف المناسبات المرتبطة بداء السرطان خاصة في شهر أكتوبر الوردي، حول أهمية الفحص الذاتي لاكتشاف المرض، والترويج لضرورة الفحص الفردي عن طريق التصوير الشعاعي للثدي، بين النساء عامة وبالخصوص المعرضات منهن لخطر الإصابة بسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم والمبيض اللاتي لديهن سوابق مرضية عائلية تتعلق بهذا الداء، وهذا بتسخير كل الإمكانيات البشرية واللوجستية المتاحة بالتنسيق مع مختلف الشركاء والاستعانة بوسائل الإعلام واللوحات الإعلانية في الأماكن العامة والملصقات في غرف الانتظار في الهياكل الصحية العمومية والخاصة وتوزيع المطويات، ومن بين الصعوبات التي يواجهها تنظيم برنامج الفحص الجماعي للكشف المبكر عن سرطان الثدي بعض الخصائص الوبائية مثل صغر سن المريضات اللاتي تبلغن ذروة الإصابة قبل سن الخمسين، بالإضافة إلى الصعوبات التقنية المتعلقة بارتفاع كثافة الثدي لدى النساء الجزائريات.
- **سرطان القولون والمستقيم:** على الرغم من الزيادة السنوية المقدرة بنسبة 7٪ لسرطان القولون، لم يكن سرطان القولون والمستقيم مدرجا كأولوية في البرنامج الوطني للسرطان للفترة 2015–2019، وفي يناير 2017، قررت اللجنة الوطنية الجزائرية للكشف عن السرطان إدخال سرطان القولون والمستقيم ضمن أهداف خطة الكشف المبكر عن

السرطان، مع الأخذ بعين الاعتبار معدل الإصابة بسرطان القولون والمستقيم (المرتبة الأولى والثانية لدى الرجال والنساء على التوالي)، وتم إطلاق دراسات تجريبية في ثلاث ولايات من البلاد: بجاية وعنابة وباتنة باستخدام الفحوصات المناعية للكشف عن وجود الدم في البراز، بنسبة مشاركة بلغت 26% ومعدل 98% في حالة اختبار إيجابي، وهو معدل إصابة مرتفع وقد أسفرت هذه الدراسة عن تقديم توصيات حول ضرورة إجراء الفحوصات الفردية للأفراد المعرضين لخطر الإصابة بهذا النوع من السرطان واتباع التدابير الوقائية المتمثلة في الحفاظ على الوزن الصحي للجسم، وممارسة النشاط البدني والإقلاع عن التدخين وتناول الكحوليات والحد من استهلاك اللحوم الحمراء.

- **سرطان البروستاتا:** في غياب الفحوصات المنظمة لسرطان البروستاتا في الجزائر في وقتنا الحالي، يتم اكتشاف الإصابة بهذا الداء عن طريق الفحوصات الفردية الطوعية التي تتألف من فحص المستقيم واختبار المستضد البروستاتي النوعي (PSA)، وأوصى المخطط الوطني للسرطان (2015-2019) بضرورة نشر معلومات واضحة من قبل الأطباء حول فوائد ومخاطر الفحص الفردي لسرطان البروستاتا وفقا لطرائق العلاج المتبعة، إضافة إلى توعية الأطباء المعالجين وتدريبهم في هذ المجال، ويوصى للرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 50 و 70 عامًا.(Ashamsi&al,2022,pp.19-20).

نظرا لمعدل الإصابة المرتفع بالنسبة لسرطان القولون والمستقيم عند الجزائريين أصبح من الضروري الاعتماد على برامج الفحص الشامل للكشف المبكر عن هذا الداء بالإضافة إلى اتباع التوصيات والتدابير الوقائية الأخرى للحد من انتشاره ومكافحته وينطبق الأمر ذاته على باقي أنواع السرطان.

14.إسقاطات الإصابة بالسرطان في الجزائر (2015 -2025):

لقد قدر معدل الإصابة الإجمالي بالسرطان في الجزائر سنة 2017 ب: 112.2 وقد بلغت الحالات الجديدة المسجلة سنة 2015، 43920 حالة، وبلغت الحالات الجديدة المسجلة 48527 سنة 2020 ومن المتوقع أن يبلغ عدد الإصابات الجديدة سنة 2025، 59494 إصابة جديد للسرطان بمختلف أنواعه إذا ما بقي التعرض لخطر الإصابة قائما وغير متغير، وبفضل

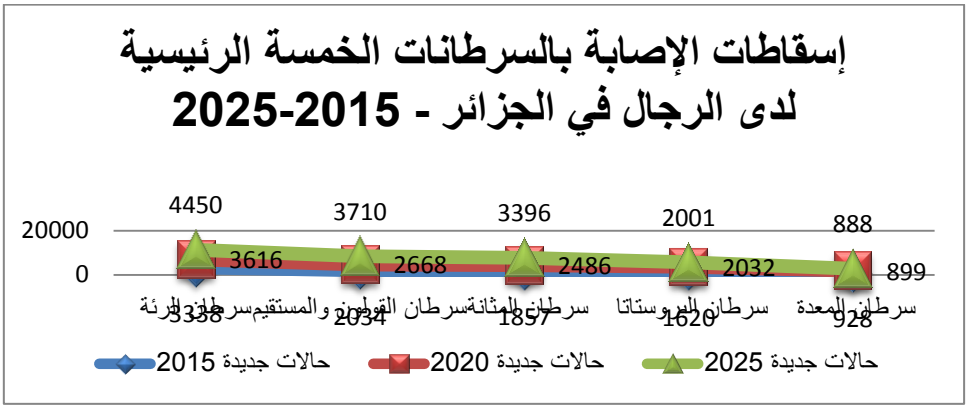
المعطيات الإحصائية التي أفادتنا بها السجلات الولائية للسرطان أصبح من الممكن تحديد الاتجاهات الرئيسية الخاصة بمرض السرطان للعقد القادم، ونتناول في ما يلي إسقاطات الإصابة بالسرطانات الرئيسية في الجزائر لكلا الجنسين من الرجال والنساء:

1.14. إسقاطات الإصابة بالسرطانات الخمسة الرئيسية لدى الرجال في الجزائر:

ندرج تحت هذا العنصر إسقاطات الإصابة بالسرطانات الخمسة لدى الرجال في الجزائر للفترة الممتدة من سنة 2015 إلى سنة 2025 والمتمثلة في سرطان الرئة، سرطان القولون والمستقيم وسرطان المثانة، سرطان البروستاتا وسرطان المعدة كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم 15: إسقاطات الإصابة بالسرطانات لدى الرجال 2015 – 2025

نوع الإصابة	المعدل الإجمالي 2015	حالات جديدة 2015	حالات جديدة 2020	حالات جديدة 2025
سرطان الرئة	16.9	3338	3616	4450
سرطان القولون والمستقيم	10.3	2034	2668	3710
سرطان المثانة	9.4	1857	2486	3396
سرطان البروستاتا	8.2	1620	2032	2001
سرطان المعدة	4.7	928	899	888



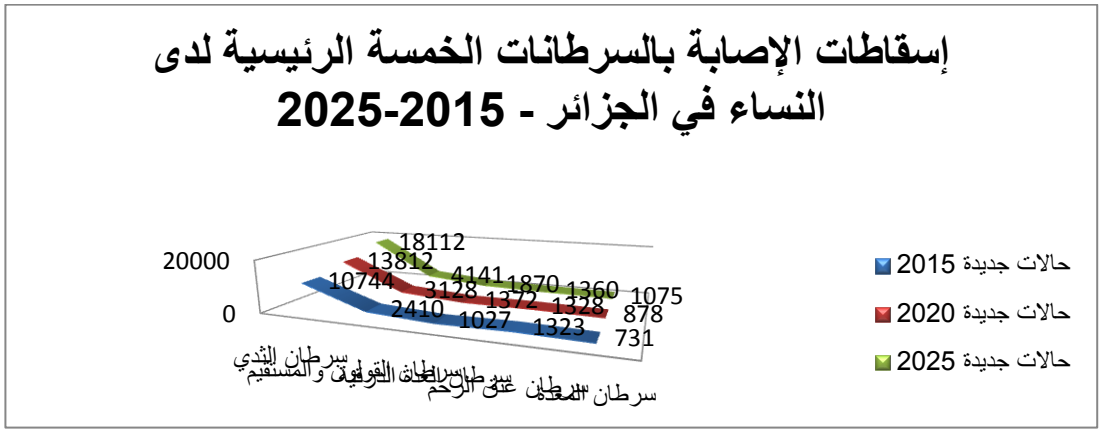
الشكل رقم 13 : إسقاطات الإصابة بالسرطانات لدى الرجال 2015-2025

2.14. إسقاطات الإصابة بالسرطانات الخمسة الرئيسية لدى النساء في الجزائر:

إسقاطات الإصابة بالسرطانات الخمسة الرئيسة والمتمثلة في سرطان الثدي، سرطان القولون والمستقيم، سرطان الغدة الدرقية، سرطان عنق الرحم وسرطان المعدة في تصاعد مستمر لدى النساء كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 16: إسقاطات الإصابة بالسرطانات لدى النساء 2015 – 2025

نوع الإصابة	المعدل الإجمالي 2015	حالات جديدة 2015	حالات جديدة 2020	حالات جديدة 2025
سرطان الثدي	54.4	10744	13812	18112
سرطان القولون والمستقيم	12.2	2410	3128	4141
سرطان الغدة الدرقية	5.2	1027	1372	1870
سرطان عنق الرحم	6.7	1323	1328	1360
سرطان المعدة	3.7	731	878	1075



الشكل رقم 14 إسقاطات الإصابة بالسرطانات لدى النساء 2015-2025

.(Hammouda,Boutekdjiret,2020,PP.37-38)

بعد تناولنا لإسقاطات الإصابة في الجزائر لمدة عقد والخاصة بالفترة الممتدة من سنة 2015 إل سنة 2025 سنحاول التطرق تحت العنصر الموالي إلى مراكز مكافحة السرطان وأطقم العلاج الإشعاعي في القطاع العمومي.

15. مراكز مكافحة السرطان وأطقم العلاج الإشعاعي في القطاع العمومي:

بلغ عدد المراكز مكافحة السرطان المشتغلة، التابعة للقطاع العمومي في الجزائر (أكتوبر 2014) تسعة مراكز مجهزة بطاقة 2097 سرير في حين تكونت أطقم العلاج الإشعاعي من : 196 طبيبا و409 شبه طبي كم هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم 17: مراكز مكافحة السرطان وأطقم العلاج الإشعاعي(2014)

المؤسسة	عدد الأسرة	الطاقم الطبي	الطاقم الشبه طبي
مركز بيار وماري كيري	484	27	201
مركز مكافحة السرطان البليدة	238	24	59
مركز مكافحة السرطان مسرغين وهران	62	25	35
المركز الاستشفائي الجامعي وهران	173	27	16

المركز الاستشفائي قسنطينة	40	45	27
المستشفى المركزي للجيش	600	25	30
مركز مكافحة السرطان ورقلة	120	7	17
مركز مكافحة السرطان سطيف	140	8	11
مركز مكافحة السرطان باتنة	240	8	7
المجموع	2097	196	409

.(Ministère de la santé,2014,p.30)

16. تشخيص السرطان في الجزائر:

بالنظر إلى التزايد المستمر في عدد الإصابات وحاجة مرضى السرطان إلى الرعاية الصحية والتكفل الجيد، وضعت الدولة الجزائرية الكثير من الإمكانيات المادية والبشرية في خدمتهم، ويوجد حاليا في المؤسسات الاستشفائية المنتشرة عبر الوطن 1400 أخصائي أشعة و2500 غرفة أشعة و634 جهاز أشعة مقطعية(CT)، و180 جهاز تصوير بالرنين المغناطيسي(MRI)، وجهازي تصوير مقطعي بالإصدار البوزيتروني(PET)، و250 جهاز تصوير شعاعي للثدي(Mammogrames)، بالإضافة إلى تقديم خدمات للأشعة على مستوى كل المستشفيات الجامعية، كما خصصت الكثير من أقسام علم الأمراض التشريحية على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية بما في ذلك 20 قسما استشفائيا جامعيا، تحتوي على أحدث تقنيات الكيمياء التشريحية والكيمياء المناعية، بالإضافة إلى إنشاء لجان خاصة بقراءة الأورام النادرة وغير النمطية منذ سنة 2015 لتحسين جودة ووقت الاستجابة للحالات النادرة والمعقدة، وإنشاء خمس منصات للبيولوجيا الجزيئية لدراسة الطفرات الجينية والتغيرات الجينومية للأورام لأغراض علمية وعلاجية(Ashamsi&al,2022,p.21).

تضاف هذه الخدمات والرعاية الصحية التي يوظفها القطاع الصحي العمومي لخدمة مرضى السرطان إلى خدمات القطاع الصحي الخاص والتي تنتشر هي الأخرى عبر ربوع الوطن وتستخدم أحدث الأجهزة والتقنيات.

17. علاج السرطان في الجزائر:

سخرت الجزائر إمكانيات مادية وبشرية معتبرة لتقديم الرعاية ومختلف الخدمات الصحية لمرضى السرطان، ويتم توفير العلاج من خلال 22 مركزا لمكافحة السرطان(CAC)، خمسة منها تابعة للقطاع الخاص، وهذه المراكز مزودة بأقسام للطب الأنكولوجي، والعلاج الإشعاعي، مع 52 مسرعا خطيا(Linear Accelerators) وأقسام للجراحة، والأشعة، وأمراض الدم ومختبرات التحاليل الطبية، ومختبرات التشريح المرضي، بالإضافة إلى 10 أقسام أخرى لطب الأورام، وثلاثة أقسام أخرى لأمراض الدم، تشارك في رعاية المصابين، وتنتمي لمختلف المستشفيات الجامعية والمؤسسات الاستشفائية العمومية، وعلى مستوى هذه المراكز والمؤسسات الاستشفائية يتم أيضا التشاور والنظر في الحالات النادرة والمعقدة المتعلقة بأورام الجهاز الهضمي، أورام الصدر والمسالك البولية، الأورام العصبية والساركومة(sarcomas) وسرطانات الرأس والرقبة وسرطان الثدي، ويشرف حوالي 1000 طبيب مختص في طب الأورام على مصالح العلاج الأنكولوجي الموزعة على التراب الوطني بالإضافة إلى الأطباء المقيمين، كما يوجد 600 طبيبا مختصا في مجال العلاج الإشعاعي، ويتم العلاج الجراحي اعتمادا على مواقع الأورام من قبل أخصائيي الأعضاء في المستشفيات الجامعية ومراكز مكافحة السرطان(CAC)، وفي القطاع الخاص أيضا وهذا في غياب تخصص جراحة الأورام حتى الآن(Ashamsi&al,2022,pp.21-22).

18. الاستراتيجيات المعتمدة للحد من انتشار السرطان في الجزائر :

لقد اعتمدت الدولة في المخطط الوطني لمكافحة السرطان (2015 -2019) العديد من المحاور والاستراتيجيات للحد من انتشار هذا الوباء نشير إليها بإيجاز في ما يلي :

- **تحسين الوقاية ضد عوامل الخطر ومسببات السرطان :**

كالحد من التدخين عند كل فئات المجتمع خاصة الأطفال والمراهقين والشباب، حماية الغير مدخنين المعرضين للتدخين والمساعدة على التخلي عن التدخين المسؤول عن 70 % من سرطان القصبات الهوائية والرئة، 42 % من سرطان الفم والبلعوم و42 % من سرطان المريء و28 % من سرطان المثانة و22 % من سرطان البنكرياس في الجزائر .

- **تحسين الكشف المبكر عن بعض السرطانات :**

تحسين الكشف المبكر عن بعض السرطانات وعلى رأسها سرطان الثدي، فحسب منظمة الصحة العالمية L'OMS يشكل سرطان الثدي 25 % من مجموع سرطانات النساء وقد قدر عدد الإصابات الجديدة حول العالم لسنة 2012 ب 1.67 مليون حالة، وفي الجزائر يشكل 40 % من سرطانات النساء مع تسجيل 11000 حالة جديدة سنويا .

- **تحسين عملية التشخيص:** بالاعتماد على الأجهزة الحديثة وأحدث التكنولوجيات، والطواقم الطبية المدربة.
- **تفعيل العلاج Redynamiser le traitement :** تحسين التكفل بالمرضى وتعزيز الرعاية التلطيفية (soins palliatifs) والمرافقة العامة بهدف تحسين نوعية الحياة لدى المريض ومحيطه، والتكفل بآلامه والأعراض المصاحبة للسرطان، بالإضافة إلى الدعم والمساندة النفسية والروحية.
- **تنظيم توجيه المريض ومتابعته :**

وهذا بتفعيل خلايا التوجيه والمرافقة والإصغاء لفائدة مرضى السرطان وفي هذا الإطار يشير الإجراء رقم 02 إلى تحديد الدور الدقيق لكل متدخل في خلايا التوجيه والدعم والإصغاء والمتكونة من طبيب عام، أخصائي نفساني ومساعدة اجتماعية، وتولي هذه الاستراتيجية أهمية كبرى إلى التكفل النفسي بمرضى السرطان عبر تطوير أو تنمية علم نفس الأورام حيث يشير الإجراء رقم 07 إلى ضرورة إنشاء هيأة مستقلة لعلم نفس الأورام من أجل التكفل بمشاكل المصابين بالسرطان

كما يشير الإجراء رقم 08 ضمن هذه الاستراتيجية إلى ضرورة تزويد كل مراكز مكافحة السرطان (CAC) بوحدة علم نفس الأورام، كما يتمحور الإجراء رقم 10 حول ضمان التكفل والرعاية النفسية لمرضى السرطان أثناء التحضير لإجراء التدخلات الجراحية وبعدها، ويشجع الإجراء رقم 11 العمل في شبكة (travail de réseau) والتعاون بين أخصائيي علم نفس الأورام وباقي المتدخلين من أجل تقديم الدعم والرعاية النفسية لهؤلاء المرضى، وتعطي هذه الاستراتيجية أيضا الأهمية إلى استحداث مناصب أخصائيي علم نفس الأورام لدعم المرضى الذين هم في نهاية الحياة ودعم ذويهم من خلال إجرائها رقم 13(Ministère de la santé,2014,pp.58-85).

وتصب معظم المخططات الخاصة بمكافحة السرطان وعبر مختلف مناطق العالم في نفس السياق فقد أشار المخطط الفرنسي لمكافحة السرطان (2014 -2019) وفي هدفه السابع إلى ضمان الدعم الشامل والنوعي للمرضى وذويهم وإلى تكييف وتعزيز جهاز الإعلان عن المرض والتعريف به وبمختلف مراحله من الإعلان عن التشخيص إلى الإعلان عن العلاج من خلال الإجراء رقم 7- 2 والذي يتضمن أيضا ضرورة تحسيس وتوعية وتدريب الفرق الطبية في القطاعين الخاص والعام في ما يخص الإعلان عن التشخيص خلال مسارهم المهني، وتبني نماذج خاصة للإعلان عن سرطانات الأطفال وتدريب ممتهني الصحة في هذا المجال وتوفير المعلومات الضرورية واللازمة لعملية الإخطار عن المرض وتوفير الأماكن الخاصة المناسبة لذلك بالإضافة إلى الدعم النفسي والاجتماعي للأطفال المصابين وأسرهم .

كما يشير نفس الإجراء إلى ضرورة تكييف جهاز الإعلان عن المرض للأطفال والبالغين القاصرين ذهنيا لتعزيز فهمهم وإحاطتهم بمختلف الاقتراحات العلاجية وتوضيحها لهم، ويسعى هذا

المخطط أيضا إلى تحسين نوعية الحياة عن طريق تمكين كل المرضى من الرعاية الداعمة والتي تشمل على نطاق واسع علاج الألم والمشاكل الغذائية والتكفل النفسي والاجتماعي في كل مراحل المرض وأثناء المعالجة التلطيفية حيث يشير الإجراء رقم 06 ضمن نفس الهدف إلى ضمان توجيه مناسب لكل المرضى نحو العلاجات الداعمة ويشير الإجراء رقم 07 إلى تحسين الولوج إلى رعاية داعمة عالية الجودة وتسهيل الاستفادة من الفحوصات النفسية لفائدة الأطفال المصابين بداء السرطان وعائلاتهم

.(Ministère des Affaires sociales et de la Santé,2014,pp.61-65)

وبعيدا عن الأرقام فإن السرطان وقبل كل شيء يمثل عبئا ثقيلا يسبب المزيد من المعاناة سواء على المستوى الشخصي أو الأسري أكثر من أي مرض آخر، وهو مسؤول عن ضياع وهدر كم هائل من سنوات الحياة، بالإضافة إلى عبئه المادي المرتفع والمتزايد باستمرار والذي يؤثر على الهيكل المالي للنظام الصحي، وتبقى السبل الوقائية والتوعوية خير وسيلة للوقاية من هذا الداء.

ثانيا. الصدمة النفسية

تشير الصدمة النفسية إلى الضرر النفسي والعاطفي الناجم عن التعرض لحدث صدمي أو سلسلة من الأحداث المؤلمة والمروعة بمختلف أشكالها وأنواعها، ومن بينها الإعلان عن تشخيص الأمراض المستعصية كالسرطان، لما له من دلالة ترتبط بمفهوم الموت في مخيلة الفرد والمجتمع، ولما ينتج عنه من آثار وجروح نفسية ونرجسية عميقة، وخصصنا هذا الفصل لتناول مفهوم الصدمة النفسية والإحاطة به من مختلف الجوانب، من خلال التطرق الى الصدمة النفسية ثم صدمة الإعلان عن الأمراض المستعصية وأثره على الصحة النفسية وجودة الحياة لدى المريض.

1. تاريخ الصدمة النفسية:

لقد اتخذت الصدمة النفسية مجالها بين أدبيات الطب العقلي عن طريق مصطلح "الصدمة العصبية" أو "عصاب الصدمة" névrose traumatique لأوبنهايم (1888) للإشارة الخاصة الناتجة عن الحوادث كحوادث السكك الحديدية والتي تميزت بالذكريات الملحة للحادث، واضطرابات النوم والكوابيس المتعلقة بالحادث، والرهاب بما في ذلك رهاب السكك الحديدية sédérodromophobie وبالتالي يتبنى أوبنهايم الطرح القائل بتأثر نفسية الفرد بسبب الخوف المسبب للصدمة العصبية والتي تؤدي إلى تغير نفسي دائم(Chidiac&Crocq,2010,pp.311-319).

كلمة صدمة (traumatisme): ظهرت في نهاية القرن الثامن عشر وهي مشتقة من كلمة تراوما أو تروما (TRAUMA) اليونانية والتي تعني جرحا، لتسمية ظاهرة نفسية لم تكن إلى ذلك الوقت قدت شدت انتباه الأطباء وغيرهم بالصدمة النفسية " traumatisme psychique " أو جرح المشاعر والأحاسيس الذي يمكن ملاحظته أحيانا عند الذين نجوا من الموت"(Lebigot,2005,p.9).

فمصطلح الصدمة حديث إذا ما قورن بالمصطلحات السيكولوجية الأخرى بحيث أنه لم يظهر إلا في نهاية القرن الثامن عشر بعدما كانت تشير عند اليونانيين إلى الجرح وبالتالي فقد ارتبط هذا الجرح بالمشاعر والأحاسيس خاصة عند الذين تعرضوا لتجارب انفعالية أو شعورية قوية كالنجاة من القصف أثناء الحروب أو الإفلات من الإعدام أو الاعتقال وما شابه ذلك.

2. تعريف الصدمة النفسية:

الصدمة مشتقة من الكلمة اليونانية القديمة "تروماتيزموس traumatismos" والتي تعني جرح، وبتطبيقها على أمراض الجراحة أو الطب الجراحي تعني صدمة جسدية عنيفة على جزء من الجسم مع كسر أو بدونه متسببة في إصابة أو كدمة، وبإسقاطها على الطب العقلي فإنها تعني صدمة جسدية عنيفة على نفسية الفرد متسببة في العديد من الاضطرابات، وقد أوضحت التجربة أنه عند مواجهة فجائية للاعتداء أو التهديد، يستجيب 75%من الأشخاص بردة فعل تكيفية بسيطة، مع التحكم في القلق، في حين تعيش25% من التكوينات الهشة الحدث كصدمة وتستجيب

بردة فعل تتميز بقلق غير متحكم فيه، موسوم باضطرابات نفسية هامة غير متكيفة مخلفة إثرها آثارا نفسية دائمة(*Ducrocq&*Crocq,*2007,p.785*).

من خلال هذا الشرح "لدوكروك" تبين لنا أن 25% من الأشخاص وهم الذين يمثلون الفئة الهشة المتميزة بعدم القدرة على التكيف إزاء المواقف المفاجئة خاصة العنيفة منها، يستجيبون استجابة تتميز بقلق موسوم باضطرابات نفسية هامة مخلفة آثارا جلية على الجانب النفسي والانفعالي.

"إن كلمة صدمة باللغة اليونانية تراوما(TRAUMA) وتعني جرح، أو ضرر يلحق بأنسجة الجسم ونستعمل العبارة "صدمة نفسية" لوصف وضع يجرب فيه الشخص حدثا صعبا جرح نفسه، وازداد الوعي في الآونة الأخيرة بحقيقة أن الأشخاص الذين يتعرضون لأحداث كالهجمات لا يصابون جسديا فحسب بل يلحقهم أذى نفسي كذلك، وهؤلاء هم ضحايا الصدمات الذين نسمع عنهم غالبا بعد الهجمات المسلحة، ومن الأمثلة الأخرى على الأحداث الصادمة التي قد تسبب صدمات نفسية أيضا هي الإصابات الناتجة عن حوادث السيارات والاعتداءات الجنسية أو الأمراض الخطيرة" (النوايسة، 2013 .ص 99).

ما نخلص إليه هو أن رد الفعل الآلي للجسم واستجابة النفس بانفعالاتها الناتجة عن حدث شعوري عنيف يؤدي إلى آثار وخيمة ويخلف الصدمة النفسية التي يمكن أن تفاقم ما نتج عن هذا الحادث أو هذه الإصابة إذا لم يتم التدخل والإسعاف بالمرافقة الفورية والتكفل بمختلف الصعوبات المحتملة.

ويعرف قاموس علم النفس الصدمة النفسية بأنها مفهوم قديم ويتمحور حول ثلاثة عناصر رئيسية هي الجرح الجسدي، المشاعر العامة والتي من بينها قلق الموت والاستعداد النفسي والاجتماعي، وعصاب الصدمة يشير إلى مجموعة من الاضطرابات النفسية تتسم بتناذر التكرار مع كوابيس وأحلام مرعبة والتي تظهر بعد فترة كمون جراء صدمة وجدانية شديدة، وقد استعمل سيغموند فرويد مصطلح الصدمة وأرجع أساسها إلى قوة المثير الذي لا يمكن التحكم فيه واحتواؤه من طرف الجهاز النفسي(Doron&Parot,2011,P.731).

نحن مدينون لفرنزي (1932 – 1934) في مقارباته وأوصافه الشاملة للصدمة حيث يصف الصدمة كارتطام غير متوقع وعنيف وساحق، صدمة نفسية مفاجئة تدمر الاحساس بالذات والقدرة

على المقاومة والتصرف والتفكير والدفاع عن النفس، والقلق الناجم عن الصدمة هو نتيجة للعجز وعدم القدرة على التكيف(*Ciccone&* Ferrant,2006,p.26).

بعد عرضنا لتعريف الصدمة النفسية بصيغة مجملة نتجه لتناول الأحداث الصدمية وهي الخبرات والمواقف الشديدة التي تؤدي إلى حدوث الصدمة النفسية:

3. الأحداث الصادمة (الصدمية):

الخبرة الصادمة موقف يحرك العوامل الساكنة ويستفز ما لدى الفرد من عقد وانفعالات ودوافع مكبوتة، وكلما كانت الخبرة الصادمة عنيفة كان تأثيرها في إحداث المرض شديدا، كموت والد أو أخ، عملية جراحية، حادثة أو مرض شديد، انفصال مفاجئ أو مستمر عن الوالدين، الإحباط المستديم أو الشديد، الحرمان من الحاجات الجسمية الأساسية، الخبرات الجنسية الصادمة ذات الدلالة الانفعالية، الحروب ومجابهة حالات ومواقف غير عادية (زهران، 2005، ص.120).

ويعتبر الحدث صادما عند توفر خاصيتين، احتواؤه على التهديد بالموت أو تهديد السلامة الجسدية والتسبب في رعب شديد وعجز لدى الضحية (APA 2003)، وإذا غاب أحد الشرطين فلا يمكننا اعتبار ذلك حدثا صادما في إطار علم النفس المرضي، بالإضافة إلى ضرورة ارتباط ردود الفعل الذاتية المتمثلة في العجز والخوف والرهاب بتهديد الموت، وتقترح تصنيفات علم النفس المرضي كمثال العديد من الأحداث الصادمة، وبشكل عام توجد ثلاث فئات من الأحداث التي غالبا ما يتم الاستشهاد بها في الأدبيات العلمية كعوامل تؤدي إلى الصدمة النفسية على النحو التالي :

1.3. الكوارث الطبيعية :

غالبا ما تكون هذه الحوادث غير متوقعة وبقوة مدمرة لا يمكن التحكم فيها، كالزلازل والبراكين وموجات المد والجسر وتسونامي والأعاصير والعواصف وحرائق الغابات والفيضانات، وانزلاقات التربة .

2.3. أعمال العنف بين الأشخاص:

وتتمثل في العنف الممارس على الأشخاص وفي حالات الحروب والاعتقالات والتعذيب، والاختطاف والإيذاء الجسدي أو الجنسي والتهديد بالسلاح والسرقة .

3.3. الكوارث المنسوبة إلى أخطاء تقنية أو إنسانية :

وتشمل الكوارث أو المآسي البيئية أو النووية ن والحرائق والانفجارات وتسربات وانبعاثات المواد والغازات السامة بالإضافة إلى حوادث السيارات والقاطرات والطائرات، وغرق السفن وحوادث العمل(Boudoukha,2009,pp.31-32).

4.إبيديميولوجية الأحداث الصادمة:

حسب (جولي 2000) تظهر الدراسات الإبديميولوجية وأغلبها شمال أمريكية نسبا غير متجانسة لدى الأفراد ووفقا لهذه الأبحاث فإن التعرض لأحداث صادمة يتأرجح ما بين :16.3 إلى 89.6 %، ويبدو أن عدم التجانس في تكرار التعرض للأحداث الصادمة مرده إلى وسائل القياس المستعملة وإلى تفاوت الفئات العمرية لعينة البحث فكلما كانت عينة البحث من فئة الشباب كلما كانت فترة التعرض للأحداث الصادمة وجيزة، وبالإضافة إلى عدم التجانس في سن العينة المدروسة فإن الطريقة التي يسأل بها أفراد العينة عن خصائص الحدث الصادم هي التي تحدد النتائج وتفسر عدم التجانس المسجل، فكلما تم تحديد الأحداث الصادمة كلما زادت إمكانية استحضار ذاكرة التعرض لمثل هذه الأحداث وبالتالي زاد معدل التعرض، كما هو الحال بالنسبة لدراسة (برسلو وآخرون 1998) والتي اقترحت 19 حدثا على أفراد أمريكيين والتي بينت أن نسبة 90 % من أفراد العينة واجهوا على الأقل حدثا صادما خلال حياتهم، كما بينت هذه الدراسة أن بعض الأحداث أكثر تكرارا من غيرها كالإعلان المفاجئ عن وفاة أحد الأقرباء التجربة التي عايشها 60 % من أفراد العينة، وما يعاب على هذه الدراسة أنها لم تحدد ما إذا كان سبب الوفاة مرتبطا بأعمال عنف بين الأفراد أو بسبب كوارث طبيعية أو مرده إلى أخطاء تقنية أو إنسانية وبالتالي اعتباره حدثا صادما وإلا فإن ذلك يدخل في إطار الحداد العادي(Boudoukha,2009,pp.33-35).

لم تخل بعض الدراسات المتعلقة بإبيديميولوجية الصدمة النفسية عند الأفراد من العيوب نظرا لإغفالها لبعض العناصر الأساسية والتي يمكن أن تؤثر على دقتها.

5. الآثار النفسية للصدمة:

تنتج عن الأحداث الصادمة آثار نفسية تظهر على الفور ومباشرة بعد الصدمة، مثيرة كما من الاضطرابات السلوكية الملحوظة والتي يتأخر ظهورها إلى غاية زوال الخطر المهدد والشعور بالأمن والطمأنينة التامة عند بعض الحالات، وما يميز هذه الفترة تسجيل بعض الاضطرابات الخفية كالقلق واضطرابات المزاج أو الطبع. وأحيانا لا تترافق الصدمة النفسية بأي أعراض سريرية على المدى القريب أو المتوسط عدا شعور الفرد بالراحة لنجاته من الموت أو الخطر، مع احتمال أن يتبع ذلك بخوف متعلق بذكريات الصدمة وبعض القلق الذي يتلاشى بسرعة دون أن يترك أثرا، إلا أن غياب الآثار النفسية الفورية لدى بعض الأشخاص الذين تعرضوا للحدث الصدمي يمكن أن يترافق مع صدمة عميقة وخطيرة عندما يظهر عصاب الصدمة في الأشهر أو السنوات الموالية، وعموما فإن الصدمة تكون متبوعة بمظاهر نفسية متنوعة:

1.5. حالات القلق: وتظهر في شكلين أساسيين، حالة هيجان أو حالة كف، فيمكن للشخص أن يظهر حالة هيجان شديدة مع نوبات حادة حيث يشعر الفرد بأنه سيموت أو أنه سيصاب بالجنون، مع ثرثرة وضوضاء مرفوقة بمظاهر عصبية neurovégétatif كالارتعاش والتعرق وخفقان القلب، وعلى العكس من ذلك وفي بعض الأحيان يكون القلق خفيا معجزا فيبدي الشخص حالة من الكف فتراه مذهولا صامتا جامدا باهت اللون وكأنه يعيش في عالم آخر، وفي هذه الحالة يمكنه القيام بأفعال آلية actes automatiques مفيدة أو مضرة مع نسيانها على الفور (Lebigot,2005,pp.43-44).

وبذلك يتخذ القلق عدة أشكال فيكون خفيا معجزا تعتريه نوبات حادة حيث يشعر الفرد بأنه سيموت أو أنه سيصاب بالجنون، بالإضافة إلى الفوبيا من الأماكن المغلقة والعامة، كما يمكن أن يكون سلبيا غير ظاهر ويؤدي إلى الذهول والصمت الجامد وشحوب اللون مع الابتعاد عن الشعور والواقع فكأنه يعيش في عالم آخر.

2.5. الاكتئاب: يترواح بين الأسى والحزن البسيط واجترار فكرة الموت إلى غاية السوداوية مع الهذيان وخطر الانتحار.

3.5. اضطرابات المزاج /الطبع: وعلى رأسها الانطواء والعزلة ومشاعر الكراهية والإهمال، مشاعر العدوانية من طرف الغير وفي بعض الأحيان اللجوء إلى السلوكيات العنيفة والإدمان والانتحار والمرور إلى الأفعال الخطيرة اتجاه الغير.

4.5.الشكاوى والأمراض السيكوساماتية: تبدو متعددة التعابير: أمراض جلدية، قرحة معدية، ضغط دموي، داء السكري، واضطراب أداء الغدد كالغدة الدرقية وتفشي الآلام على مستوى الجسم(Lebigot,2009,pp.203-204).

نستخلص مما سبق ذكره مجمل الأخطار والصعوبات النفسية التي تخلفها الصدمة النفسي على الفرد فيمكن للاكتئاب أن يؤدي في أشد حالاته إلى تغلغل فكرة الانتحار، مع ظهور حالات من الهذيان الناتج عن ترشح فكرة الموت في مخيلته، والعزلة والشعور بالإهمال تجعلان المصاب يظن بأن الآخر عدو له ويكرهه مما يؤدي به إلى الإدمان من أجل النسيان أو الانتحار أو التسبب في أذى الغير ولذا فمن الضروري التكفل العاجل بالمصاب من هذا النوع، كما أن آثار الصدمة الوخيمة يمكن أن تكون لها تأثيرات عضوية وأمراض خطيرة منها الجلدية والضغط الدموي وداء السكري واضطراب أداء الغدد فالتأثير يتخطى الجانب النفسي إلى الجانب العضوي(الأمراض السيكوسوماتية)، هذا بالنسبة للآثار النفسية التي تخلفها الصدمة بصفة شاملة، كما يتولد عنها الحزن والحداد والضغط بمختلف أنواعه .

6. الصدمة النفسية والحداد :

لقد حلت مفاهيم جديدة مكان المفهوم القديم للصدمة النفسية عند "فرويد" بحيث ظهرت مشاكل الهجر، والفشل والفقدان، هذا الأخير الذي ارتبط به مفهوم الصدمة النفسية بجانبه الموضوعي او النرجسي بحيث يصطدم الشخص بحقيقة أن حبه للموضوع المفقود وكل محاولاته باءت بالفشل في إنقاذه ويطفو إلى السطح شعوره بتأنيب الضمير المرتبط بنزواته التدميرية التي تسببت في تدميره كما يعتقد أن فقدانه للموضوع كان بسبب أخطاء قد ارتكبها فيقترن ألمه

بالقلق ويعيش اضطرابا وتدهورا في جهازه النفسي، فالتعرض لصدمة نفسية شديدة يقتضي القيام بعمل الحداد النفسي لتقبل ما حدث له ومعالجته ومن ثم التحرر من انعكاسات الحداد المرضي(سي موسي وزقار، 2002، ص ص.79-80).

7. الصدمة النفسية والضغط :

عند مواجهة خطر ما يتوجب على الفرد التكيف بسرعة لذلك يقوم بتفعيل استجاباته للضغط، الذي يعتبر ردة فعل أو منعكسا عصبيا بيولوجيا وفيزيولوجيا ونفسيا للإنذار من أجل التعبئة والدفاع ضد الاعتداء أو التهديد أو ضد مواقف غير متوقعة، ويرجع استعمال مفهوم الضغط الى الباحث الفيزيولوجي "هاتر سولي" (1936) فإن الضغط يمكن أن يتخذ ثلاثة أشكال مختلفة، ويكون تمييزها أثناء التقييم المبكر ذا أهمية إكلينيكية:

1.7. الضغط التكيفي : الضغط التكيفي هو رد الفعل الأكثر شيوعًا في 80٪ من الحالات، يتكون أولاً من التفاعل البيو- فيزيولوجي، والذي يتجلى في شكل مظاهر عصبية neuro- végétatives وحسية وحركية من خلال تحرير وإفراز الكاتيكولامينات والهرمونات القشرية الكظرية، وثانياً من رد الفعل النفسي والذي يظهر على المستوى المعرفي بزيادة اليقظة والاهتمام المركّز على التهديد وزيادة القدرات المعرفية، تنشيط قدرات التقييم والحكم والتحليل والاستدلال وصياغة القرا، وعلى المستوى العاطفي بالتحكم في المشاعر والأحاسيس والإيثار وعلى المستوى الإرادي بالميل نحو الفعل والتنفيذ حيث يتخلى الشخص عن الكسل والتماطل في اتخاذ القرار فيبدو حيويا ونشطا وبحاجة إلى التنفيذ والفعل السريع والناجح ويظهر أيضا في السلوك التكيفي: مواجهة، هروب، انسحاب(Ceruti,2016,pp.18-19).

إن الضغط كيفما كانت طبيعته يحدث مباشرة بعد الصدمة ثم يميل نحو الزوال بالتدريج وفي أثناء ذلك كله يحس الشخص بحالة تركيز وتوتر استثنائية فيظهر خفقان القلب والتعرق وشحوب الوجه والارتعاش والتقلصات الهضمية، ففي حالة الضغط التكيفي يحس الشخص بحالة من الإنهاك والارتياح والفرح والسعادة، وإذا ما كان الضغط حادا ومكررا لفترات قصيرة تنهك عضوية

الفرد وتفقد إمكانياتها فتحدث ردود فعل ضغط مرضي متجاوز(سي موسي وزقار، 2002، ص.82).

2.7. الضغط المتجاوز :هو استجابة غير مناسبة تحدث عندما تنضب احتياطات الجسم وينهك الفرد، ويوجز كروك ردود أفعال الضغط المتجاوز في أربعة أشكال وهي : رد فعل الصعق أو الذهول La sidération، ورد الفعل التهيجي ورد فعل الهروب المفزع، رد فعل النشاط التلقائي أو الآلي (automatique)، يخص رد فعل الصعق أو الذهول ثلاث مستويات، يتعلق الأول بالتخدر العقلي الإدراكي والثاني بالتبلد العاطفي والثالث بالكف والذهول الإرادي والحركي.

ورد فعل الهروب المفزع شكل أغرب من الوضع السابق، حيث يندفع الفرد بعيدا ويهرب بعنف من منطقة الخطر، ويمكن أن يكون عدوانيًا تجاه أي عقبة أمام هروبه (على عكس الإيثار الذي يظهر في الضغط المتكيف)، ويمكن أن يكون غير متكيف في بعض الأحيان ويؤدي إلى الانتحار ويتسبب في اندفاع الشخص نحو الخطر، وهذا هو "الاندفاع المتهور".

في حين نجد رد الفعل الآلي الأكثر شيوعا على الرغم من صعوبة ملاحظته فقد يبدو السلوك متكيفا إلا أنه في الواقع غير قادر على التفكير في الحل الأفضل بل يقوم بتنفيذ الإيماءات التي تتبادر إلى ذهنه أو يقوم بنسخها عن الغير كالآلة فتبدو سلوكياته تكيفية للعيان لكنها دون هدف واضح ومحدد، نتيجة حالة من التفكك المرتبط بالصدمة وفي أغلب الأحيان يترافق ذلك مع فقدان الذاكرة التفككي في مرحلة لاحقة كعدم القدرة على تفكر بعض مشاهد الصدمة(Ceruti,2016,p.19).

أما رد الفعل التهيجي المنبعث من الاندفاع للفعل في الوقت الذي لا تسمح فيه الحالة النفسية للشخص بإرصان دفاعات للتكيف مع الوضعية، فيظهر من خلال حركات غير متسقة وغياب التنسيق الحركي اللفظي مع عدم القدرة على تطوير استراتيجية متكيفة والاكتفاء بالإيماءات بدل الكلام(سي موسي وزقار، 2002، ص.83).

من خلال ما سبق تبين لنا أن الضغط الناتج عن الصدمة لا يكون في كل الأحوال تكيفيا بل أنه في كثير من النتائج وخيمة تؤدي إلى الاندفاع المتهور الذي يؤدي بالشخص نحو الخطر بتعريض نفسه أو غيره للأذى.

3.7. الضغط مع تظليل نفسي مرضي : يمكن أن ترتبط ردود الفعل الغير تكيفية ببعض الأمراض النفسية الكامنة فيمكننا ملاحظة:

- حالات الخلط الذهني المرفوق بالقلق وعدم التوجه المكاني والزماني، وهيجان.
- حالات الهذيان الحاد والتي يندر حدوثها على الفور ويمكن ملاحظتها وتكرارها بعد بضعة أيام.
- حالات الهوس مع الثرثرة وفرط النشاط.
- حالات السوداوية .

ويقدر الخبراء أن 15 % من الأشخاص المتعرضين للأحداث الصادمة كالكوارث يبدون ردود فعل الضغط التكيفي و15 % منهم تظهر لديهم ردود فعل الضغط المتجاوز الغير تكيفي بما فيه الضغط مع التظليل النفسي المرضي و70 % يبدون ردود فعل تبدو في الظاهر عادية وتكيفية إلا أنها في الواقع هشة وغير مستقرة(Ceruti,2016,p.19).

فحسب الدراسات وتقديرات الخبراء يقع 15% من الأشخاص المتعرضين للأحداث الصادمة تحت طائلة الضغط المتجاوز بما فيه ما يعرف بالضغط مع التظليل النفسي المرضي الذي يظهر من خلال ردود أفعالهم الغير تكيفية مثل حالات الهوس مع الثرثرة وفرط النشاط وحالات السوداوية وحالات الخلط الذهني المرفوق بالقلق والهيجان.

8. اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (TSPT):

لقد وصفت الطبعة المنقحة للدليل الإحصائي التشخيصي الثالث (DSM III.R ,1987).اضطراب ما بعد الصدمة بكونه حادثة تخرج عن مدى استجابة الخبرة المعتادة أو الروتينية للفرد، بحيث يصاحبها الكرب النفسي والخوف الشديد والشعور بالعجز، ومن الضروري

التمييز بين اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية TSPT وبين اضطراب الضغط الحاد وهذا ما نبهت إليه الطبعة الرابعة لهذا الدليل الطبي النفسي (DSM.IV,1994) فاضطراب الضغط الحاد يصاحبه تماثل سريع للشفاء من ضغط الحادث الصدمي، في حين أن اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية يصاحبه عدم القابلية للشفاء السريع من هذا الضغط.

وبالتالي فاضطرابات ما بعد الصدمة هي الأمراض النفسية التي تصيب الناس إثر تعرضهم لحالة من الصدمة أو الإصابة البدنية الحادة، ومنها أيضا التعرض لحوادث عنيفة أو كوارث طبيعية أو حالة ما بعد الإعلان عن الأمراض المستعصية(النوايسة، 2013، ص.101).

تتسم استجابة الأشخاص للصدمات النفسية بالألم العميق والحزن الشديد فخطر ظهور تناذر ما بعد الصدمة (P.T.S.D/TSPT) كان بنسبة 97% في الشهرين الأول والثاني من وقوع الحادث وبنسبة 47% بعد ثلاثة أشهر وبنسبة 16% بعد سنة من وقوع الصدمة النفسية، إلا أن استقرار العصاب الصدمي على المدى البعيد يتوقف على مدى خطورة الانعكاس النفسي للحادث على الشخص، فالخطر الكامن تمثل في احتجاب الجروح وعدم اكتشافها في بداية الأمر مما يثبت مدى نجاعة التدخل المبك، بحيث تتوفر الحظوظ في تجنب استفحال الاضطراب، (سي موسى وزقار، 2002، ص.4-5).

انطلاقا مما سبق نخلص على أن لعامل الزمن أو الوقت كبير الأثر في نسبة ظهور تناذر ما بعد الصدمة (P.T.S.D) وكلما طال الزمن نقصت هذه النسبة إلا أنه لا يجب إهمال دور المرافقة والتكفل النفسي لأصحاب الصدمات.

1.8.تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة النفسية: صنفت منظمة الصحة العالمية اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية TSPT ضمن الفئة (F40-F48) الخاصة بالعصاب والاضطرابات ذات العلاقة بالضغوط الجسمية المظهر ضمن الفئة الفرعية الخاصة بردود الفعل نحو الضغط الحاد واضطرابات التكيف، شاملة الأنواع التالية:

- ردة فعل الضغط الحاد.
- اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.
- اضطرابات التكيف.

- ردود فعل أخرى نحو الضغط الحاد.

أدرج هذا الاضطراب ضمن الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي الرابع (DSM, IV , 1994) ضمن المحور الخاص باضطرابات القلق التي تشمل الرهاب والفزع والقلق العام والوسواس القهري وضغط ما بعد الصدمة (النواسية، 2013، ص102).

وفرق هذا الدليل بين اضطراب ما بعد الصدمة TSPT الحاد والمزمن من حيث أن أعراض الأول تظهر خلال الشهر الأول بعد التعرض للحادث المؤلم ولا تتجاوز ثلاثة أشهر في حين أن المزمن تستمر أعراضه غالبا أكثر من ثلاثة أشهر ويمكنها التأخر في الظهور إلى ما بعد ستة أشهر من الحادث(Boudoukha,2009,p.36).

في كلا النوعين من هذا الاضطراب يظهر أثر التكفل السريع والمرافقة المستمرة من حيث التقليل من الآثار النفسية والأعراض وبالتالي تجاوز خطر اضطراب ما بعد الصدمة.

2.8. أعراض وتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة النفسية: تتمثل الأعراض الرئيسية لاضطراب ما بعد الصدمة في فقدان الحس والحركة والقلق الشديد وتدهور الذاكرة اليومية، مع اضطراب النوم والتعرض للأحلام الليلية والكوابيس المزعجة، وعدم القدرة على التجريد والشعور بالانفصال عن الغير وتردي الأداء المهني والقيام بمختلف الواجبات (خليل، 2004، ص.24).

وقد صنفت منظمة الصحة العالمية في دليلها التشخيصي (ICD–10) اضطراب ما بعد الصدمة على أنه رد فعل متأخر إزاء موقف ضاغط أو حدث يكون كارثيا أو يحمل تهديدا يتسبب في كرب نفسي لمن يتعرض له نتيجة فقدان أحد الأقارب أو التعرض لعنف أو حوادث خطيرة أو معاينة جريمة قتل والإخبار بالأمراض المستعصية أو التعرض للتعذيب.

تظهر الأعراض في ثلاث فئات رئيسية على أن تستمر أعراض كل فئة لأكثر من شهر مع ضعف في الأداء المعتاد، على النحو التالي:

أولا. إعادة خبرة الحدث الصدمي: تذكر الحدث الصدمي الذي تم اختباره على شكل:

- أحلام مزعجة ومتكررة ترتبط بالحدث الصدمي.
- ذكريات وأفكار قسرية متكررة عن الحدث ما يسبب الحزن والتوتر
- تذكر الحدث على شكل ومضات أو خيالات.

- الانزعاج لأي تنبيه يوقظ ذكريات الحدث الصدمي ويذكر به.

ثانيا. تجنب التنبيهات المرتبطة بالحدث الصدمي:

- تجنب كل ما يرتبط بالحدث الصدمي من مواقف وأشخاص.
- تجنب الخوض في الحديث عن الحدث الصادم مع الغير ومحاولة طرد الأفكار التي تذكر به، وقد يلجأ البعض لاستهلاك المخدرات لحصول ذلك.
- العزلة والابتعاد عن الآخرين.
- فتور عاطفي وعدم القدرة على الشعور بالحب.
- تدني في النشاطات أو الهوايات المفضلة.

ثالثا. فرط الاستثارة: تظهر أعراض هذا المعيار كعرض واحد أو أكثر مما يلي:

- اضطرابات النوم.
- نوبات غضب مصحوبة بسلوك عدواني.
- عدم القدرة على الاسترخاء مع حذر وتيقظ شديد.
- عدم القدرة على التركيز والاستمرار في نفس النشاط.
- التوفز لأدنى شيء كسماع صوت الجرس أو الهاتف وذلك بالإضافة إلى القلق النفسي والكآبة والشعور بالذنب(النواسية، 2013، ص، 109-110).

ويعتمد معظم الأخصائيين النفسيين في تشخيص إصابة الشخص باضطراب ما بعد الصدمة على الفئات الرئيسة الثلاث المذكورة أعلاه، والتي تتصدرها فئة إعادة خبرة الحدث الصدمي أو ما يطلق عليها بتناذر التكرار، وكثيرا ما يتجاهلون مرحلة هامة تلي التعرض للحدث الصدمي وتفصل بينه وبين ظهور أول عرض لاضطراب ما بعد الصدمة، يعاني فيها المصاب في صمت وهدوء رغم ما تحمله في طياتها من أعراض مزعجة يمكن وضعها ضمن خانة العصاب الصدمي.

رابعا. مرحلة الكمون: وهي الفترة التي تفصل الحدث الصدمي عن الظهور الأول لتناذر التكرار وكانت فترة الكمون أول خاصية سريرية كشف عنا أوبنهايم (1988) في نهاية القرن التاسع عشر أثناء وصفه لعصاب الصدمة، وما أثار دهشة الأطباء أن هذه المرحلة يمكن أن تدوم لفترة طويلة من أسابيع إلى عدة أشهر وتليها أعراض عصبية يمكن أن تكون شديدة.

وكانت فترة الكمون تعتبر إلى زمن قريب مرحلة صامتة بالنظر إلى أعراضها، ولكننا نعلم اليوم أنها وإن كانت تبدو صامتة وهادئة في الفحوص السريرية فإنها يمكن أن تحتوي على أعراض العصاب الصدمي باستثناء تناذر التكرار، ومن الناحية النفسية المرضية لا يمكننا ملاحظتها وإدراكها إلا عن طريق آلية الإنكار التي تظهر تلقائيا منذ اللحظة الأولى للحدث الصدمي نفسه، ومن المؤكد أن تناذر التكرار لا يظهر في هذه المرحلة ما يعني أن العلاقة بين المعاناة الحالية والحدث المسبب لها لم تتشكل بعد عند الفرد، بينما تظهر الأعراض السريرية والتي تنتمي إلى العصاب الصدمي على النحو التالي:

- قلق تتراوح شدته من الخفيف والمعتدل إلى النوبات الشديدة والتي لا تستجيب إلى العلاج المعتاد.
- مظاهر اكتئابية تتراوح من الحزن البسيط إلى حالات الاكتئاب الواضحة.
- اضطرابات السلوك كمحاولات الانتحار الغير مفهومة، المرور إلى الفعل العنيف والغير مفهوم كذلك، الزيادة في استهلاك الكحول والمخدرات.
- شكاوى جسدية عادية مع ظهور أمراض سيكوسوماتية.
- اضطرابات الطبع والتي من المحتمل أن تكون السمة السائدة في مرحلة الكمون حيث تظهر على الأشخاص المصدومين تغيرات فيصبحون سريعي الانفعال وعدوانيين، وفي بعض الأحيان عنيفين مع ميل إلى العزلة والتهرب من العلاقات الاجتماعية مع المحيط، ولا يشعرون بهذه التغيرات في الطبع ولا يأخذون بمحمل الجد الملاحظات التي يلاحظها عليهم المقربون(Lebigot,2005,pp.55-56).

3.8. التوجهات النظرية في تفسير أسباب ما بعد الصدمة:

تتعدد وجهات النظر في تفسير اضطراب ما بعد الصدمة ونذكر منها :

1.3.8. نظرية التحليل النفسي : يحتل مفهوم الصدمة النفسية مكانة جوهرية في نظرية التحليل النفسي حيث أشار إليه فرويد مبكرا في كتابه دراسات حول الهستيريا وقد ميز بين الصدمة trauma التي تشير إلى الأثر الداخلي الناتج عند الشخص بسبب حادث ما، وبين الصدمة

النفسية traumatisme التي تشير إلى الحادث الخارجي الذي يصيب الشخص وقد تناولت نظرية التحليل النفسي الصدمة النفسية من وجهتين أساسيتين متكاملتين هما وجهة النظر الدينامية ووجهة النظر الاقتصادية، وترى أن صدمة الميلاد هي نواة كل عصاب.

- **وجهة النظر الدينامية:** افترض فرويد أن الصدمة النفسية تكون دائما جنسية وتنتج عن الإغواء وأشار إلى أن حدوث الصدمة يقتضي توفر عاملين اثنين : الأول هو إغواء كائن غير ناضج، ويكون في وضعية سلبية ودون تهيئ أما الثاني فهو العامل المفجر أو البعدي (l'après–coup) الذي تأخذ من خلاله الصدمة معناها، فهو الذي ينشط الآثار الذكورية المتعلقة بحادث الإغواء المبكر الذي عمل الكبت على حجبه ونسيانه.

وبالتالي فقد تناول فرويد الصدمة النفسية من زاوية الظواهر النفسية التي تصاحبها، والصراعات التي تثيرها القوى ذات المنشأ النزوي نتيجة الاندفاع الذي تشكله ويرى أن الصدمة جنسية في الأساس، ويجزئ عمل الصدمة إلى عناصر عدة مع افتراض وجود حدثين على الأقل، ففي مشهد الغواية يتعرض الطفل إلى إغراء جنسي من طرف الراشد دون أن يولد ذلك إثارة جنسية لديه، ويأتي المشهد الثاني بعد البلوغ وغالبا ما يبدو عديم الأهمية ظاهريا ليوقظ المشهد الأول من خلال إحدى السمات المترابطة بينهما.

- **وجهة النظر الاقتصادية:** يرى "فرويد" بأن مصطلح الصدمة ينطبق على تجربة معاشة تحمل معها زيادة كبيرة جدا في الاثارة تفوق طاقة احتمال الجهاز النفسي، فهي تعرف بكمية الطاقة النفسية التي تحركها وقد تعززت النظرة الكمية الاقتصادية بفعل تداعيات الحرب العالمية الأولى، كما أن الصدمات النفسية وبعد أن أصبحت تطلق على حدث غير ممتد في الزمان والمكان أخذت بعدا اقتصاديا، بحيث يحمل الحدث معه كما هائلا من الاثارة تفوق شدته درجة تحمل الفرد وبالتالي حدوث اضطرابات في استعمال الطاقة النفسية.
- **صدمة الميلاد:** هي النموذج الأولي ونواة كل عصاب، فخروج الطفل من الحياة الرحمية الفردوسية يمثل أصل كل عصاب والصدمة النفسية تنشط مباشرة القلق البدائي وتسبب العصاب الصدمي، حيث يعمل خطر الموت الخارجي على إثارة التحقيق العاطفي لذكرى

الميلاد التي لم تتحقق إلا لا شعوريا، ويتكرر إنتاج صدمة الميلاد والمجيء للعالم(سي موسي وزقار، 2002، ص.36-71).

2.3.8. التوجه العضوي البيولوجي: يفترض هذا التوجه أن العوامل الوراثية تؤدي إلى حدوث اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، لقد تحقق (سكرين وآخرون 1993) من هذا الافتراض بعد التجريب على التوائم بحيث وجدوا اتفاقا واضحا بين اضطراب TSPT عند التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم الغير متطابقة مما يدعم دور الوراثة في إنشاء اضطراب ما بعد الضغوط النفسية كما أفاد (فوي وآخرون 1987) أن ما يقرب من ثلث الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ينتمون إلى عائلات فيها أفراد مصابون باضطرابات نفسية(النواسية، 2013، ص111).

من خلال ما سبق نخلص إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة تتحكم فيه عدة عوامل بعضها لا دور لإرادة المريض فيها خاصة الوراثية منها بحيث تختلف الاستجابة ما بين أشخاص عائلاتهم مميزة بأمراض عضوية أو نفسية عن عائلات أخرى سليمة.

3.3.8. التوجه العضوي الكيميائي: إن التعرض لحدث صدمي يؤثر في نظام الغدة الكظرية فيؤدي إلى زيادة مستويات النورادرينالين والدوبامين ما يزيد في مستوى الإثارة الفيزيولوجية وبالتالي ظهور استجابات مروعة من الخوف والجفلة بحيث أشارت دراسات إلى زيادة في ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي لدى المصابين باضطراب TSPT وذلك بسبب مستوى النورادرينالين والأدرينالين الذي كان عاليا لديهم حسب رأي (كوستن وآخرين 1987).

4.3.8.التوجه السلوكي: ركز السلوكيون على أهمية التعلم في تحديد السلوك السوي والغير سوي فقد أجريت العديد من الدراسات على أساس هذا الافتراض (دراسة كين وآخرون 1985)، ونرى أن الإشراط الكلاسيكي يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية تنبيه طبيعي غير مشروط، فالخوف الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي يدفع بالفرد إلى التعلم التجنبي الذي يؤدي إلى خفض القلق.

5.3.8.التوجه المعرفي: كل الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني بخصوص الذات وأحداث الحياة، وحسب النظرية المعرفية (فوا وآخرون 1989) فإن الأحداث الصدمية تهدد

افتراضاتنا العادية أو السوية بخصوص مفهومنا للأمان وما هو آمن، فالحدث الصادم حسب رأي "ميلر" هو معلومة جديدة وغريبة عن المخطط الإدراكي يجهل المتلقي كيفية التعامل معها مما يؤدي إلى اضطراب السلوك.

6.3.8. العوامل الاجتماعية: تطور التعرض لحدث صدمي إلى اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية مرتبط بمدى حصوله على إسناد اجتماعي، فقد توصل (سلومون وآخرون1988) في دراستهم على جنود اشتركوا في الحرب أن الحاصلين على مستويات عالية من الإسناد الاجتماعي لديهم أعراض قليلة من هذا الاضطراب(النواسية، 2013، ص113-115).

وبهذا يمكن أن تتدخل عدة عوامل في حدوث اضطراب ما بعد الصدمة بدءا من العوامل الكيميائية حيث تؤكد التغيرات الحاصلة في إفراز الغدد والمكونات الحيوية لجسم الإنسان العلاقة الوثيقة بين الجانب النفسي والعضوي وهذا ما نلاحظه أيضا عند الحيوان ولكن بأشكال ومستويات مختلفة، إلى العوامل المرتبطة بالسلوك والمعرفة، فالاضطرابات الصدمية مرتبطة بالسلوك والمعرفة القبلية لدى المصاب وكلما كان الحادث غير مألوف وعنيفا كلما كانت الاستجابة أكثر اضطرابا لجهل المصاب كيفية التعامل مع الحدث الصدمي، ثم العوامل الاجتماعية المتمثلة في تأثير مستوى الاستفادة من مختلف الموارد المتاحة على شدة الصدمة.

9. الهشاشة في اضطراب ما بعد الصدمة:

تتوزع العوامل الأساسية المشتركة لاضطراب ما بعد الصدمة إلى ثلاث فئات : طبيعة الدعم الذي تتلقاه الضحية، الطريقة التي يستجوب بها نفسه ويفسر تجاربه بعد الحدث الصادم وفي الأخير استراتيجيات تجنب الأفكار المرتبطة بالحادث.

وبالنسبة للدعم فإن الضحايا الذين تلقوا المساندة يتعافون بسرعة أكبر وبأعراض أقل مقارنة مع نظرائهم الذين لم يتلقوا الدعم الاجتماعي الكافي، فبفضل الدعم الاجتماعي يمكن للشخص المصاب بالصدمة التحدث عن تجربته، مع شعوره بالثقة للقيام بذلك كما أنه يجد في محيطه مجالا

مفتوحا للنقاش والتحدث إلى من حوله وتتلاشى أعراض ما بعد الصدمة بسرعة مقارنة بالضحايا الذين يكون دعمهم ضعيفا ولا يملكون فرصة للتحدث عن تجاربهم.

وفي ما يتعلق بالعوامل المرتبطة باستجواب ما بعد الصدمة وتفسير الحدث أشار (دينمور وآخرون 1999) إلى أن التقييم السلبي الذي يقوم به الفرد لأعراضه والإجابات السلبية التي يراها في محيطه، والشعور بأن حياته قد تغيرت للأبد تؤدي كلها إلى مآل سلبي لاضطراب ما بعد الصدمة.

وفي الأخير فإن لاستراتيجيات التجنب المعرفي في اضطراب ما بعد الصدمة دورا كبيرا في تطور واستمرار الصدمة النفسية، وقد أشار (دينمور وآخرون 1999) إلى ثلاثة أنواع من هذه الاستراتيجيات :

- تحويل الأفكار المتعلقة بالتجربة الصادمة إلى مواضيع أكثر إمتاعا ومختلفة عن الحدث الصادم.
- قمع وإلغاء الأفكار والصور والذكريات الصادمة أو تجنب حدوثها.
- الاجترار التقييمي ويتمثل في الأفكار الدخيلة والمتكررة المرتبطة بأسباب ونتائج الحدث الصدمي وحول الطريقة التي كان من الممكن تجنب الحدث بواسطتها، وهذا بهدف تجنب المواجهة مع الصور والذكريات الصادمة(Boudoukha,2009,p.42).

10. علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية:

لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية TSPT يؤخذ بعين الاعتبار شكل الصدمة النفسية لتحديد الكيفية الصحيحة والمناسبة لعلاجها دون التغاضي عن مختلف الظروف المرافقة لها من ناحية أخرى ضمن إطار المعالجة النفسية، وغالبا ما يتم تبني المزج بين عدة طرق في ذلك(برينكمان وآخرون، 2017، ص.16).

فإلى جانب العلاجات الطبية للقلق واضطرابات النوم والاضطرابات الأخرى الناتجة عن الصدمة النفسية، تعتبر العلاجات النفسية وسائل فعالة وهامة في إزالة آثار الصدمة النفسية،

ويميز فرانسوا لوبيجو (François Lebigot 2005) ثلاث مراحل أساسية في علاج الأشخاص المصدومين هي:

- الرعاية الفورية (les soins immédiat) وتشمل طريقة استخلاص المعلومات (débriefing) بنوعيه الفردي والجماعي.
- التدخل العلاجي النفسي ما بعد الفوري(IPPI) والعلاجات النفسية قصيرة ومتوسطة المدى وطويلة الأمد، كالعلاجات المعرفية السلوكية (TCC).
- علاج إزالة حساسية العين وإعادة المعالجة (EMDR).
- العلاج النفسي الداعم والعلاجات النفسية المتأخرة إضافة إلى العلاج النفسي التحليلي .(Pedeniellli&Marriage,2015,pp.84-114)

كما يضاف العلاج باستعمال مختلف الوسائط الفنية(Art Thérapie) والذي أثبت فاعليته واحتل مكانته بجدارة بين باقي الطرق والتقنيات العلاجية المستعملة في التخفيف من وطأة الحدث الصدمي كما هو الحال بالنسبة للإعلان عن الأمراض المستعصية، دون أن نهمل العلاج بالأدوية الضروري في بعض الحالات لتقليل المخاوف والنشاط المفرط والتقليل من الأعراض.

بعد تناولنا لمفهوم الصدمة النفسية ومختلف التوجهات النظرية المفسرة لها، آثارها النفسية المترتبة عنها وأهم العلاجات المناسبة لها، سنتناول تحت العنصر الموالي الإعلان عن الأمراض المستعصية باعتباره حدثا صدميا لما يسببه من آثار وجروح نفسية بليغة عند مرضى السرطان.

11. صدمة الإعلان عن الأمراض المستعصية :

بعد تناولنا لمفهوم الصدمة النفسية ومختلف التوجهات النظرية المفسرة لها، آثارها النفسية المترتبة عنها وأهم العلاجات المناسبة لها، سنتناول ضمن هذا العنصر الإعلان عن الأمراض المستعصية محاولين الإحاطة به من مختلف الجوانب باعتباره حدثا صدميا لما يسببه من آثار وجروح نفسية بليغة عند مرضى السرطان.

1.11. تعريف الأمراض المستعصية: المرض المستعصي أو المرض الخطير هو مواجهة مع الذات، مع الآخرين، مع الشك أو عدم التأكد أو التوجس، مع اتخاذ القرار، مع المعاناة، وحتى مع الموت، مواجهة تؤدي إلى الوحدة وتؤثر على الجانب الإنساني وتثير القلق والتساؤلات والشعور بالهزيمة والهشاشة، والخوف والارتياب من كل شيء، من قيمه وارتباطاته واختياراته الممكنة، من مآله ومآل المقربين منه وأهله ومآل حياته العلائقية وحتى من وجوده، والسرطان يعبر في ظاهره وتصوراته ودلالته وواقعه عن المرض الخطير ويتطلب الشجاعة والتعاون وتظافر الجهود بين المرضى وذويهم والفرق الطبية المعالجة(Hirish,2005).

هي أمراض لم يكتشف دواء أو عقار أو علاج شاف لها بصفة نهائية، وتختلف عن الأمراض المزمنة في كونها تؤدي إلى الموت وتتسبب فيها بشكل مباشر كالسرطان، خلافا للأمراض المزمنة التي يمكن التعايش معا بالالتزام بنظام غذائي خاص أو تناول دواء نوعي بشكل دوري كما هو الحال بالنسبة لداء السكري وارتفاع الضغط الدموي(حمايدية، 2016، ص، 19).

والسرطان يأتي على رأس الأمراض المستعصية كمرض نقص المناعة المكتسب، والقصور الكلوي، والانفجار الوعائي الدماغي من حيث الخطورة ومن حيث التصور لارتباطه المباشر بمفهوم الموت ومفارقة الحياة.

المرض الذي يخشاه المرضى يبقى مرتبطا بدرجة أكبر بالمعاناة والموت أكثر من ارتباطه بالإعاقة فأغلبية المرضى تخشى من السرطان: " نفكر في السرطان، طيلة الوقت " أو " دائما نفكر في السرطان " ويبررون اختيارهم بالتجارب المعاشة حولهم أو في محيطهم " سرطان ..." إنه مرتبط بفكرة الموت ...وفكرة المعاناة " معاناة شديدة بالنسبة لي نعم، وهو مرتبط أيضا بصور عائلية "(Kilburger,2018,p.25).

2.11. الإعلان عن تشخيص السرطان: الإعلان عن تشخيص الأمراض المستعصية من أبرز التحديات التي تواجهها الفرق الطبية ومختصو الصحة النفسية على مستوى مؤسساتنا الاستشفائية، باعتباره حدثا مؤلما للمريض، وبالإضافة إلى الصدمة الناتجة عن المرض فإن للظروف المحيطة بالإعلان عنه تأثيرا حاسما على ردود أفعاله ومسار علاجه والتكفل به، كما يمكن للإعلان عن التشخيص أن يخفف أو يعزز هذه الصدمة(Romano,2010,p.626).

تشكل لحظة الإعلان عن الخبر السيء أمام المرضى أحد أهم الانشغالات التي تواجهها الفرق الطبية والتي تؤثر سلبا أو إيجابا على علاقتهم العلاجية معهم، فسواء أكان الإعلان مرتبطا بالتشخيص الأولي للسرطان أو بالانتكاسة بعد تلقي العلاج أو حول التخلي عن الدورات العلاجية يمكن له أن يكون له تداعيات وآثار نفسية وخيمة على المصابين فيهتز توازنهم النفسي وتهتز ثقتهم بالأطباء ويتراجع امتثالهم وتقيدهم بتعليماتهم وبمختلف التوجيهات التي يقدمونها لهم.

ولتفادي هذه التداعيات التي يثيرها الإعلان عن المرض، تشير (K.Kraeuter2002) إلى ضرورة الالتزام بالعناصر التالية :

- يجب أن يكون محتوى الإعلان مناسبا ومقبولا.
- ضرورة أخذ الوقت الكافي والتفرغ التام والمكان الملائم للقيام بعملية الإعلان دون إزعاج.
- من المهم أن تكون نظرة الممارس في نفس مستوى نظرة المريض للحد من العلاقة غير المتكافئة بينهما.
- الحفاظ على الحد الأدنى من كرامة المريض خاصة أثناء فترة استشفائه في المصالح العلاجية حيث يضطر لأن يجد نفسه مستلقيا وعاريا في بعض الحالات.
- مراجعة التاريخ الطبي والفحوصات الطبية بسرعة وسؤال المريض عن شعوره وإحساسه قبل القيام بعملية الإعلان لبناء علاقة ثقة بينهما.
- استخدام المصطلحات المحايدة والعامة المكيفة والمتدرجة وتفادي استعمال المصطلحات والعبارات السلبية ككلمة "سرطان" في البداية للحد من تأثير الإعلان.
- إظهار تعاطف الممارس مع المريض ومشاركته معاناته للسماح له بالتعبير عن انشغالاته وهمومه(Kraeuter,2002,p.24).

وتنص الاستراتيجية رقم 05 ضمن المخطط الوطني الجزائري (Plan National Cancer 2015-2019) لمكافحة السرطان والمتعلقة بتنظيم توجيه المريض ومتابعته وفي إجرائها التاسع على ضرورة إعطاء الأولوية لعملية (سيرورة) الإعلان عن المرض، والتي يجب أن تكون أكثر إنسانية، وكذا إعطاء الأولوية إلى التربية العلاجية لتحسين نوعية الحياة لدى المرضى الذين

يخضعون للعلاج، وتولي هذه الاستراتيجية أيضا أهمية كبرى إلى التكفل النفسي بمرضى السرطان(Ministèrede la santé,2014,p.84).

كما أشارت العديد من المخططات الدولية الخاصة بمكافحة داء السرطان إلى مرحلة الإعلان عن تشخيص الأمراض المستعصية وعلى رأسها داء السرطان لما لذلك من أهمية قصوى في رسم مسار الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية للمصابين بهذا الداء وتفادي النتائج السلبية التي يمكن أن تخلفها عملية الإعلان ونذكر منها المخطط الفرنسي (2014 –2019) في إجرائه رقم 7–2 الذي شمل مجموعة من التوجيهات التي تؤطر عملية الإعلان كما يلي :

- إعادة تحديد محتوى نظام الإعلان عن السرطان، ومراحله المختلفة (الإعلان عن التشخيص والإعلان عن العلاج)، وطريقة تنفيذه مع مختلف الشركاء (المستشفى والمهنيين المستقلين).
- توسيع دور فريق الإعلان لتغطية مسار العلاج بأكمله، أو من خلال إشراك موظفين متخصصين آخرين (ممرضات الاتصال أو ممرضات التنسيق).
- تكييف نظام الإعلان للأطفال والبالغين من ذوي الإعاقات الذهنية، من أجل تعزيز فهمهم، وضمان موافقتهم المستنيرة على المقترحات العلاجية

(ministère des Affaires sociales et de la Santé,2014,p.62).

وإتباع هذه التعليمات والإجراءات من شأنه التخفيف من ثقل الإعلان عن الأمراض المستعصية خاصة مرض السرطان، والوقاية من الصدمات والآثار النفسية التي يمكن أن يسببها، وتحسين العلاقة العلاجية طبيب – مريض، وبالتالي ضمان الرعاية الطبية النفسية والاجتماعية الجيدة للمصابين بهذا الداء.

1.2.11. محتوى الإعلان عن مرض السرطان: ينصح الكثير من الأخصائيين في مجال علم نفس السرطان أن يبدأ الطبيب أثناء جلسة الإعلان بالأسئلة بدلا من الأجوبة حتى يتسنى له فهم ما يدور في ذهن المصاب أولا، وألا يماطل في إعلانه عن التشخيص تجنبا لإثارة قلقه، وعليه بمشاركة المعني بالعلاج في البحث عن سبب إصابته بالمرض حتى وإن لم يكن ذلك بالأمر

السهل، فمن المهم مساعدته لإيجاد مذنب ما يستطيع أن يصب عليه غضبه، ومن الضروري أن يكون للطبيب القدرة على اقتراح مشروع علاجي للتكفل به حتى يعزز فيه الرغبة في الالتزام، كما يشدد الأخصائيون أيضا على عامل الخبرة أو المهارات(بوعامر، قحموص، 2017، ص ص.246-247).

وعن محتوى الإعلان أو المعلومات التي ينتظرها المريض، إعلان المرض الخطير يمكن أن يحمل دلالات ومفاهيم مختلفة كتحديد اسم المرض، نقل معلومات إلى المريض، شرح آثاره على الحياة اليومية، إمكانية التطور والاستفحال والمسار العلاجي، وبالنسبة للعناصر الأساسية أو الهامة التي تهم المريض بصفة مباشرة في ما يخص معرفة مرحلة المرض في حالة الإعلان، وكذا تأثير ونتائج المرض بالخصوص على الجانب الجسدي والوظيفي ومآل وتطور المرض في المراحل المقبلة يطرح المرضى أسئلة مثل: " كم تبقى لي من الوقت لأعيشه" وفي ما يخص التكفل بمرضهم يرغب المرضى في إعلامهم بالمشروع العلاجي ويبدون اهتمامهم بآثار ونتائج العلاجات الموصوفة(Kilburger,2012,p.25).

2.2.11. الأثر الصدمي للإعلان عن السرطان: تقابل كلمة سرطان عند كثير من الناس كلمة " الحكم بالإعدام"من مبدأ عدم إمكانية شفاء الشخص المصاب بهذا المرض(رفاعي.2003.ص.5).

الإعلان عن المرض الخطير (السرطان) يربك المعايير ويهددها ويقوض اليقين والقدرة على التفكير لدى المريض بالإضافة إلى إحساسه وشعوره بحمله لعبء لا يحتمل، ولا يمكن مقاومة مختلف التهديدات المخيفة والمتكررة التي تتولد عن تصوراته لهذا المرض، ومرحلة الإعلان عن المرض المستعصي تشكل ظرفا يحدد من خلاله مدى مراعاة واحترام شروط الدخول في المرض وبالتالي القدرة على التعايش معه وتحمل نتائجه وآثاره(Hirish,2005,p.33-55).

إن اكتشاف الفرد إصابته بالسرطان يعتبر بمثابة صدمة تبلغ في قوتها صدمات الحرب والزلازل وصدمات الاغتصاب وتدفع به للبحث عن المغزى أو المعنى، إما عن طريق تأويل الحدث أو عن طريق إسناد مدلولات له في سعي للبحث عن سببيته وتنطلق معتقداته وخيالاته ومقارنة ذاته في وسطه الاجتماعي، كل ذلك تسيره أفكار عقلانية ولا عقلانية بين شد وجذب، بين تناقض ومعارضة كردود فعل في سعي للتكيف مع الوضعية الجديدة، فالأفكار المرتبطة بخطورة المرض

بقيت عالقة في الخيال الجمعي للأفراد، فهو شنيع وممقوت، بغيض وماكر، إنه الخبيث الغادر القاسي عديم الرحمة، فهو الخوف والشر الذي يهدد الفرد ويخيف المريض والطبيب والأخصائي النفساني على حد سواء.

وفي سرد الطبيبة نيزبوم(Nusbaum) لتجربتها عند تلقي خبر إصابتها بالسرطان تقول بأنها بمثابة صفعة صاعقة نزلت عليها، فالقوة المرعبة لكلمة "سرطان" أفقدتها كل معالمها وبقي صدى الكلمة يتردد وراء كل أفكارها، وكأن كل شيء بداخلها قد سحق وأبيد وحل محله السرطان، فقط السرطان هو ما بقي يغمرها(حافري ودياب، 2017، ص ص.94-95).

إن الكشف عن التشخيص هو لحظة حاسمة بالنسبة لمستقبل المريض سواء أكان طفلا أو راشدا وبالنسبة للمقربين منه، فالإعلان عن الأمراض المستعصية وبسبب قوته وعنفه وشدته يشكل حدثا صادما يتسم بعدم القدرة على الاستجابة بشكل مناسب، مسببا العديد من الاضطرابات والآثار المرضية الدائمة التي يمكن أن يثيرها في التنظيم النفسي للفرد الشيء الذي يؤثر في منحى حياته ومختلف تفاعلاته مع المحيط، ويحدث الأثر الصادم للإعلان على مستويين :

- صدمة أولية مباشرة ناتجة عن الخوف من الألم والعجز والموت.
- صدمة ثانوية تأتي أعقاب الصدمة الأولية ترتبط بالتاريخ العائلي للمريض وبإعادة تنشيط وإحياء الأحداث المؤلمة الماضية: حداد، أمراض، خلافات زوجية وأسرية (Romano,2010,p.626-627).

3.2.11. ردود فعل المريض عند تلقيه الإعلان : بسبب ما يرتبط بالسرطان من تصورات اجتماعية وثقافية، فإن الفرد فور تلقيه خبر إصابته بالسرطان يشعر بتهديد جسده له، يتفجر قلقه وتبدأ معاناته النفسية الصريحة ويظهر هوام الموت الذي يهدده وتتجلى المظاهر النفسية المصاحبة لذلك في مراحل أشار إليها(2009) باكي وبيلي Bacqué et Bailler كالآتي :

أولا. مرحلة عدم التصديق : حيث يؤدي نبأ الإصابة إلى تفجير أو إحياء نرجسية المريض مع عدم قدرته على تحمل فكرة " خيانة الجسد له".

ثانيا. المرحلة الهستيرية : يلجأ إليها المريض كميكانيزم دفاعي في محاولة لاستثارة نزوة الحياة.

ثالثا. المرحلة الواقعية : اقتناع المريض بخيانة الجسد له، وتنتج ردود فعل تختلف باختلاف شخصيات الأفراد، إضافة إلى درجة خطورة المرض، نوعيته(حافري، دياب، 2017، ص ص.94-95).

4.2.11. نماذج الإعلان عن مرض السرطان: حول أشكال ونماذج الإعلان عن تشخيص مرض السرطان التي يفضلها المرضى والتي يمكن أن تحد من وطأة الصدمة النفسية الناتجة عن إعلان الإصابة بهذا الداء تشير دراسة كيلبيرجر (Kilburger,2012) إلى ما يلي:

- الأغلبية العظمى للمرضى يتمنون استقبال الحقيقة ويصرون على الصراحة، ولكن التحليل الدقيق لتصريحات بعض المرضى يظهر الرغبة في أن تكون هذه الحقيقة لطيفة ومتدرجة مرحلة بمرحلة على شاكلة:" رغم المرض ورغم كل ما حدث فإن الأمر يتطلب العديد من السنوات للوصول إلى المرحلة الأخيرة ...".
- ينتظر المريض ويتوقع تعاطف الطبيب ولطفه في إعلان هذا الخبر السيئ بالإضافة إلى الكفاءة في الإجابة على تساؤلاته.
- أغلبية المرضى يفضلون مرافقتهم أثناء الإعلان عن المرض بأزواجهم أو أحد أفراد العائلة وهذا لحاجتهم إلى المساندة في هذه الفترة.
- حضور شخص قريب في هذه الظروف الصعبة مفضل عموما وقيام الطبيب المعالج بالإعلان مفضل لمعرفته الجيدة بالمريض وقربه منه.
- بعض المرضى يرغبون في مواجهة ذلك بمفردهم دون إقحام أهلهم في هذا الموقف الصعب.

- ينتظر المريض المعلومة الصحيحة والكاملة حول مرضه، وخاصة في ما يتعلق بالمرحلة والعلاجات ونتائجها، حتى وإن أثارت هذه المعلومات معاناته الأكيدة ويذهب إلى غاية طلب مآل مرضه إذا كان سيئا.
- قيام الطبيب المعالج بالإعلان مفضل لدى البعض لمعرفته الجيدة بالمريض وقربه منه.
- البعض يفضل الطبيب المختص لكفاءته في مجال المرض، ولأن تشخيصه دقيق ولرغبتهم في الإعلام ومعرفة نتائج الفحوصات بسرعة ولمكانته الأساسية في مسار علاج المريض الذي يتمنى أن يعلم مبكرا.

مما سبق ذكره فإن أغلبية المرضى يفضلون إخبارهم بالحقيقة الكاملة من طرف الطبيب المعالج سواء أكان طبيبا عاما أو مختصا حول مرضهم ومآله لكن بلطف وتعاطف، ودون تخويف أو تهويل، كما يتوسمون الكفاءة في الإجابة عن تساؤلاتهم وانشغالاتهم، ونموذج الإعلان عن المرض يشكل منعطفا حاسما في مسار الرعاية النفسية الطبية والاجتماعية المقدمة إليهم ونجاحها من فشلها، ويقيهم من وقع صدمة الإعلان عن داء السرطان وتداعياتها عليهم وعلى محيطهم.

وفي ما يلي نشير إلى الانعكاسات النفسية التي يسببها الاعلان عن داء السرطان بدءا من الشعور بالعجز والشعور بالذنب إلى اضطراب الشهور بالانتماء والشعور بالغرابة:

5.2.11. الانعكاسات النفسية للإعلان عن السرطان : تتخذ الانعكاسات النفسية للإعلان عن السرطان عدة أشكال وتتغير شدتها واستمراريتها بتغير الأفراد، نذكر أهمها عل النحو التالي :

أ. **الشعور بالعجز** : الحدث الصدمي عنيف ومفاجئ يؤدي إلى عجز الفرد وتقويض قدرته في مواجهة الحياة والمواقف الجديدة والسيطرة عليها : " لم أكن أعتقد أبدا أن مثل هذه الأمور يمكن أن تحدث والأسوأ من ذلك أنها تحدث لك وتقع عليك فلا يمكن فعل أي شيء، لماذا أنا، لماذا يحدث هذا لي، لقد كنت دائما أعتني بصحتي وأمارس الرياضة فلماذا يحدث لي هذا ؟ "

ب. الشعور بالذنب : آلية دفاعية شائعة وتشير إلى محاولة المريض وذويه مقاومة الشعور بالتعسف وهذا بمحاولة إلقاء المسؤولية على ذاته في ما حصل : " لو أنني قمت بكذا / لو أنني لم أقم بكذا لما حدث لي ذلك "، " إنه خطئي، أنا من....." والشعور بالذنب سند نفسي فوري، وهو السبيل الوحيد للبشرية في مواجهة الحدث الصدمي، وتستعمل هذه الآلية من طرف جميع المرضى سواء أكانوا بالغين أم أطفالا فيعتقدون أن المرض عقاب لهم، ومن المهم جدا مرافقة المريض للتخلص من هذا الشعور.

ج. اضطراب الشعور بالانتماء: يعكس هذا الاضطراب مواجهة المريض مع صورة الموت والشعور العميق بالغرابة بالنسبة لذاته وبالنسبة للمقربين منه، فالإعلان عن المرض المستعصي يؤثر على وحدة الفرد وإحساسه بالهوية وعلى روابطه الشخصية الموجودة مسبقا، بحيث لا يتعرف على نفسه ولا يتعرف عليه الغير: " لست كما كنت من قبل "، " لست نفس الشخص "، " لم أعد أعرف نفسي "، " لدي إحساس بأني أصبحت غريبا بالنسبة لنفسي" " أعتقد بأنني أصبحت وحيدا في هذ العالم "، " لا ينظرون لي كما كنت من قبل " (Romano,2010,p.627).

بالإضافة إلى الآثار النفسية المذكورة التي يحدثها الإعلان عن الأمراض المستعصية عموما ومرضى السرطان بصورة خاصة، نجد الخوف والتوجس من عدم التعافي والانتكاسة وتطور المرض وانتشاره وغزوه لباقي أعضاء الجسم الأخرى.

3.11. الخوف من الانتكاسة وتطور مرض السرطان:

يتوجس مرضى السرطان سواء في مراحله المبكرة أو المتقدمة من الانتكاسة رغم تلقيهم الضمانات والتطمينات الكافية من طرف المعالجين المختصين حول السير الحسن للمرض ويستمر هذا الخوف لعدة سنوات ويرتبط عموما بتدهور نوعية الحياة لديهم، ويحتاج القلق المتزايد بشأن تكرار الإصابة إلى التقييم والمعالجة النفسية، والأشخاص الأصغر سنا أو الذين يعانون من مستويات أعلى من الضيق والاكتئاب هم الأكثر عرضة لخطر الخوف الغير متناسب من الانتكاسة، وغالبا ما يربط الناجون من المرض الأعراض الشائعة عند عامة الناس كالصداع وآلام الظهر ومختلف الأعراض السيكوسوماتية، والتوتر الذي ينتابهم بتكرار الإصابة أو تطور المرض، رغم أن مسبباته يمكن أن ترتبط بعوامل أخرى كالخلافات الزوجية وضغوطات الحياة، والأشخاص المتفائلون يتعاملون بفعالية أكبر مع الضغوطات، ولديهم عادات صحية جيدة، وتكيف أفضل مع مجموعة متنوعة من أنواع السرطانات وهم أكثر استعدادًا نفسيًا للتعامل مع تكرار الإصابة بالسرطان(Dornelas,2018,pp.103-106).

ويمكن لمحيط المريض أن يعزز هذا الخوف أو يزيله وخاصة مواقع التواصل الاجتماعي التي من شأنها أن توفر الدعم اللازم للمصابين بمرض السرطان من طرف المرضى الذين تمكنوا من مواجهة المرض، كما يمكن لها أن تزيد من قلقهم خاصة بتفاعلهم مع المرضى الذين يعانون من تكرار المرض وتطوره.

ثالثا. التكفل النفسي

أصبح البعد النفسي لرعاية مرضى السرطان في الجزائر معروفًا الآن، ويتم تحديده وقبوله بشكل أفضل، وذلك بفضل تطور الممارسات الطبية والدمج التدريجي للأخصائيين النفسيين في الخدمات الموجهة للمصابين بهذا الداء على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية وفروعها المتعلقة بطب الأورام، ويعتبر التكفل النفسي حلقة أساسية في المسار العلاجي لذوي الأمراض المستعصية وخصوصا مرضى السرطان بمختلف أنواعه وأشكاله إلى جانب الرعاية الصحية والاجتماعية المقدمة إليهم، وسنحاول الإحاطة بهذا المفهوم،

وقبل الخوض في موضوع التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية(السرطان)، ونظرا لعلاقته المباشرة بعلم النفس وميادينه وفروعه وبالمهام المنوطة بالأخصائي النفسي كان لابد من تعريف علم النفس وذكر مجالاته وفروعه، والتعريف بالأخصائي النفسي ومهامه والقواعد المنظمة لممارسة هذه المهنة وأخلاقياتها، وحاجته إلى التكوين في مجال علم الأورام، ثم تسليط الضوء على التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية(السرطان): تعريفه، أهدافه، المفاهيم المرتبطة به، خطوات التكفل النفسي بمرضى السرطان، التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية، انشغالات مرضى السرطان خلال فترة التكفل النفسي، الضغط النفسي المصاحب للسرطان، طرق وتقنيات التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية.

I.علم النفس:

1. تعريف علم النفس: يعني علم الروح واشتقت تسميته من الإغريقية بسيشي psyché (âme)وتعني روح ولوجوس logos وتعني حوار، علم (discours, science) وعرف علم النفس كلاسيكيا على أنه علم الحقائق النفسية، وتعرفه المقاربات الأكثر دقة على أنه الدراسة العلمية للحقائق النفسية والمعرفة التجريبية أو الحدسية لمشاعر وأفكار وسلوكيات الآخرين، ومختلف طرق التفكير والإحساس التي تميز الأفراد والجماعات(Demont,2009,p6).

ويعتبر علم النفس من العلوم الإنسانية الحديثة وتطور تعريفه وموضوعه ومنهجه عبر الوقت فعرف قديما على أنه علم دراسة الروح، وبما أن الروح مفهوم ديني ولاهوتي انتقل إلى دراسة العقل البشري ذي المفهوم المعنوي المجرد ثم تحول إلى دراسة النفس التي ليس لها وجود محسوس يمكن إخضاعه للتجربة والملاحظة والقياس، وبالتالي تطور موضوع علم النفس إلى دراسة السلوك البشري والحيواني مع اعتماد تطبيق المنهج العلمي في دراسته(العيسوي، 1992، ص. 29).

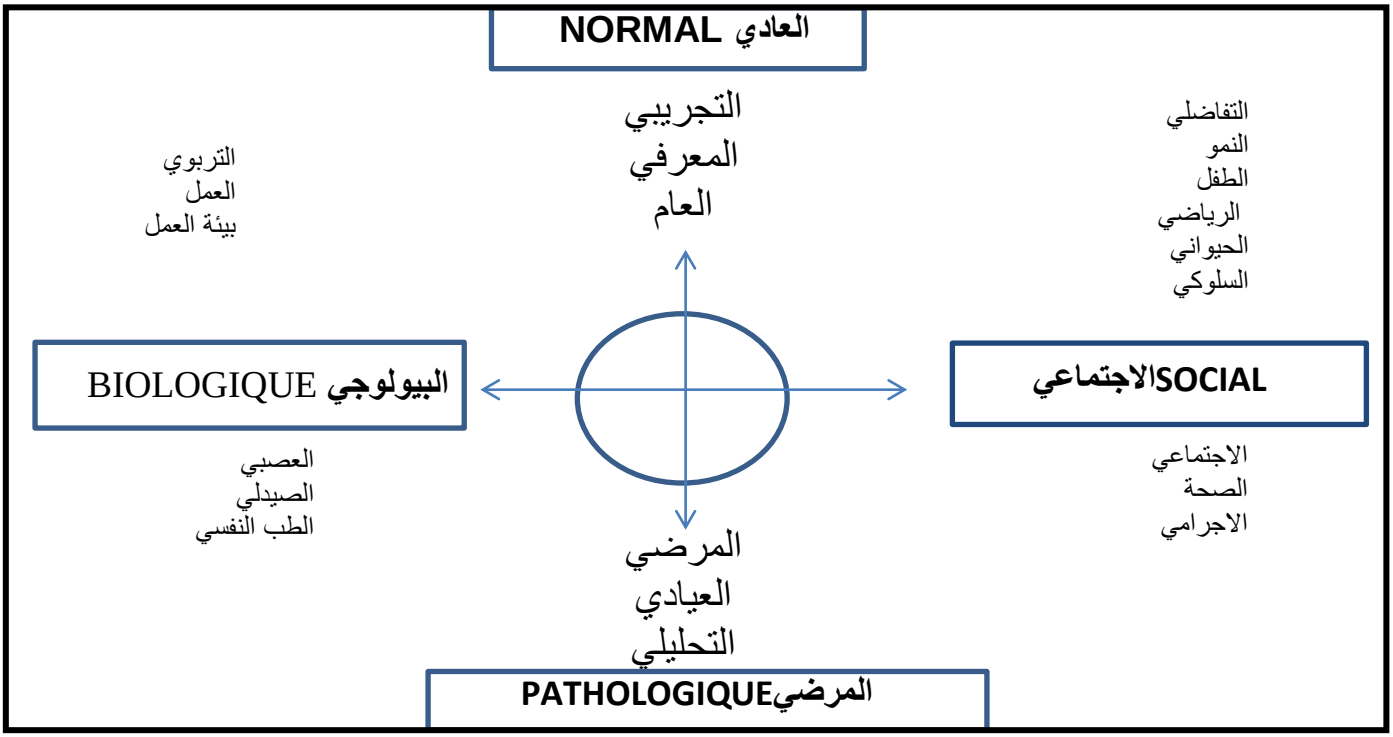
وتؤكد الجمعية الفرنسية لعلم النفس على الجانب العلمي والتجريبي لهذا العلم الذي يهدف إلى فهم بنية وعمل النشاط العقلي والسلوكيات المرتبطة بهما، وككل علم فإن المعارف النفسية تنشأ بناء على الملاحظات والتجارب، وبصفة عامة يمكن تعريف علم النفس على أنه الدراسة العلمية لسلوك الأفراد وسيرورتهم العقلية، وبالإضافة إلى المعرفة النظرية الدقيقة التي يتطلبها هذا العلم فإنه يتطلب الدقة في المنهجية وممارسته تحتاج الى بعض الصفات الشخصية كالتعاطف واحترام الغير والتوازن النفسي بالإضافة إلى تكوين وتدريب نوعي معقد(Demont,2009,p6).

إن علم النفس بصفة عامة يدرس السلوك في سوائه وانحرافه، ويمكن النظر إليه على أنه علم صحة حيث أنه يقدم خدماته في مجال الصحة، وخاصة الصحة النفسية والعلاج النفسي، أين تطبق طرق ومبادئ علم النفس في علاج المشكلات والاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية(زهران، 2005، ص.9).

2.مجالات علم النفس: يتميز علم النفس بالثراء والتنوع فهو يشمل العديد من الميادين، كعلم نفس الطفل وعلم نفس النمو، وعلم النفس الاجتماعي، علم النفس الرياضي وعلم نفس الصحة وعلم النفس العصبي وعلم النفس العيادي، علم النفس المرضي علم نفس الأورام إلى غيره من التخصصات الفرعية.

ويدرج ألان ليوري (Alain Lieury 2005) مختلف ميادين علم النفس ضمن محورين أساسيين، يتجه أحدهما من العادي إلى المرضي والثاني من الاجتماعي إلى البيولوجي وفق النموذج التالي:

شكل رقم 15، ميادين علم النفس (Alain Lieury 2005)



.(Lieury, 2005, pp -27-28)

حاول ألان ليوري (Alain Lieury 2005) من خلال نموذجه هذا الإلمام بمختلف ميادين علم النفس ووضعها في محورين أساسيين، إلا أن الإشارة إلى ميدان طب الأورام ورعاية مرضى السرطان تكاد لا تظهر بوضوح ضمن هذا النموذج رغم الأهمية التي يكتسيها.

3.فروع علم النفس: بعد إشارتنا إلى مختلف ميادين علم النفس بشكل مقتضب سنحاول تحت العنصر الموالي تناول أهم فروع علم النفس والتي تتواجد ضمن بيئة طب الأورام وتعنى برعاية مرضى السرطان وذويهم، وهي علم النفس العيادي، وعلم النفس المرضي، علم النفس الأورام:

1.3.علم النفس العيادي (Psychologie clinique): أصبح علم النفس العيادي تخصصا مستقلا بذاته منذ عقود ويعتبر أحد التطبيقات العلاجية الهامة ضمن منظومة الرعاية النفسية التي تستعمل المعرفة ومختلف التقنيات للتكفل بالانشغالات النفسية والجسدية للأفراد والتحكم في العديد من الحالات وعلاجها.

ويركز هذا الفرع من علم النفس على صحة المرضى وتتم ممارسته في المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة على مستوى مختلف المصالح الطبية(أمراض الدم، الجراحة العامة، أمراض الكلى، طب الأورام..) وهذا بالتنسيق مع مختلف الشركاء من فرق طبية وشبه طبية، المصالح الاجتماعية، والفاعلين الاجتماعيين ومقدمي الرعاية.

ويتمثل الدور الرئيسي للمختص النفسي العيادي في التكفل النفسي بالأشخاص الذين يمرون بظروف نفسية وصحية واجتماعية صعبة ومرافقتهم باستخدام مختلف نماذج الرعاية النفسية والاعتماد على مختلف الوسائط الشفهية والمادية كالسيكودراما والعلاج بالفن والموسيقى (Demont,2009,p9).

يعتبر ويتمر(Witmer ,1896)أول من استعمل مفهوم علم النفس الإكلينيكي الذي تضمن إجراءات التقييم والتشخيص المستخدمة آنذاك مع الأطفال المتخلفين والمعوقين، وقد بدأ علم النفس الإكلينيكي من الناحية العلمية بإنشاء معهد فاينلاند (VinlandeInstitute,1906) الذي اهتم بدراسة التخلف العقلي، وعيادة شيكاغو لإرشاد الطفل سنة 1909.

وتعرفه جمعية علم النفس الأمريكية(APA,1935) كالتالي " يهدف علم النفس الإكلينيكي لتعريف الإمكانات السلوكية، والخصائص السلوكية للفرد من خلال مناهج القياس والتحليل والملاحظة.. وإلى التكامل بين المعلومات المتجمعة من هذه المصادر بغيرها مع فحص التاريخ الاجتماعي للوصول إلى اقتراحات وتوصيات من جانب الأخصائي من أجل الوصول إلى توافق ناجح للفرد"(إبراهيم، عسكر، 2008، ص ص.13-14).

استعمل شاركو(sharkow 1976) مفهوما أوسع نطاقا لتعريف علم النفس العيادي" هو فرع من فروع علم النفس، هو مجموعة من المعارف التي تم تطويرها اعتمادا على التقنيات الارتباطية والتجريبية وتستند إلى المبادئ الجينية الوراثية، النفسية البيولوجية والنفسية الاجتماعية، ويمكن استخدام إمكانية القياس والإمكانيات العلاجية الناتجة عن هذه المعرفة للتكفل بالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو عقلية ومساعدتهم على التكيف تحقيق الذات بشكل أفضل"(Hurber,1987,p30).

وتعرف الشعبة رقم 12 (Society Of Clinical Psychology) المنتسبة للرابطة النفسية الأمريكية (APA)علم النفس الإكلينيكي على أنه ميدان يجمع بين العلم والنظرية والممارسة لفهم ومعالجة مختلف أشكال سوء التكيف والعجز والضيق ويسعى إلى تعزيز تكيف الفرد ونموه الشخصي، مع التركيز على الوظائف العقلية والعاطفية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية والسلوكية لدى الأفراد باختلاف ثقافاتهم ومستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية(تيموثي، ت داود وزين الدين، 2007، ص ص.23-24).

ويستفيد حاليا علم النفس العيادي من باقي فروع علم النفس وقوانينه ومن طب الأورام في التكفل بذوي الأمراض المستعصية وعلاجهم ومساعدتهم على التوافق والإيجابية إضافة إلى مهام التقييم والتشخيص.

2.3. علم النفس المرضي(Psychopathologie) : يهتم علم النفس المرضي بدراسة الاضطرابات النفسية، وهذا المجال من علم النفس هو بلا شك الأكثر شهرة لدى عامة الناس، وغالبًا ما يتم الخلط بينه وبين التحليل النفسي ومع ذلك فإن التحليل النفسي ليس الوحيد المهتم بالمسائل التي يثيرها علم النفس المرضي، هناك أيضًا علم النفس الاكلينيكي، وبشكل عام يمكن الافتراض أن علم النفس المرضي يهتم بالفرد الذي يعاني من اضطرابات نفسية معينة، ولكن أيضًا بالفرد الذي يواجه في لحظة معينة من حياته حالة من المعاناة الشديدة التي تتطلب مساعدة نفسية متكيفة لفترة أطول أو أقل، بعد الوفاة المفاجئة للزوج أو أحد الأبناء(Demont,2009,p9).

يمكن إدراج الإصابة بالأمراض المستعصية كالسرطان وإضافتها إلى حالات المعاناة الشديدة التي تتطلب المساعدة النفسية والتدخل الفوري والمستعجل من أجل تقديم الدعم والرعاية المناسبة.

3.3. علم نفس الصحة(Psychologie de la santé) : تطور علم النفس الصحي لأول مرة في السياق الأنجلوسكسوني، وفي أمريكا الشمالية على وجه الخصوص، وقد ارتبطت أهدافه في البداية، بمفهوم الصحة وبصورة أساسية بجانبها الطبي وبالخصائص الاجتماعية والاقتصادية لنظام الرعاية الصحية القائم على التأمينات الخاصة، وفي هذا السياق تم تنظيم علم النفس الصحي حول نموذج كمي يستعمل مقاربات تقييم الأمراض من منظور وبائي، وقد تم اعتماده

رسمياً في عام 1979 من قبل الجمعية الأمريكية لعلم النفس، وتم تحديد أهدافه الرئيسية في عام 1985 كما يلي:

المساهمة في الوقاية من المرض وتشخيصه وإدارته.

دراسة العوامل النفسية والاجتماعية والعاطفية والمعرفية التي تلعب دور في السلوك الصحي والمرضي.

تطوير المعرفة في مجال مسببات المرض والعوامل التي تحمي الصحة

(Fischer&Tarquinio,2014,p.7-27).

4.3.علم نفس الأورام(Psycho-oncologie) : علم نفس الأورام مجال فرعي جمع بين علم الأورام والطب النفسي وعلم النفس، ويدمج البعد النفسي والاجتماعي في الرعاية المقدمة للمصابين بداء السرطان عبر كل المراحل والفترات العلاجية السريرية، وقد ظهر في سبعينيات القرن الماضي وتطور بفضل الخبرات الميدانية والمقاربات النظرية المكتسبة ويتشكل ميدانه من محورين أساسيين كما يلي:

ردود الفعل النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان وعائلاتهم والكشف عن جوانب الهشاشة لديهم للوقاية من ظهور الاضطراب العاطفي (détresse émotionnelle) لديهم.

العوامل النفسية الاجتماعية والسلوكية المحفزة لظهور السرطان، وتكرار حدوثه والاستمرار في الحياة مع تساؤلات وانشغالات حول المجالات المتعلقة بالوراثة أو المناعة العصبية.

كما يهتم علم نفس الأورام أيضا بالتكيف النفسي للمصابين وذويهم وبمختلف الصعوبات العلائقية بالإضافة إلى الأعراض النفسية المرضية المترتبة عن المرض أو العلاج والسلوكيات المحفوفة بالخطر كمحاولات الانتحار وإيذاء الذات وبطبيعة الحوار والتواصل بين المريض ومقدمي الرعاية ودرجة امتثاله وتقيده بالعقد العلاجي ومختلف التوجيهات والتعليمات المقدمة له (Lantheaume,2017.pp.14-16).

تهتم تخصصات وفروع علم النفس التي تم ذكرها بالجوانب النفسية الصحية والاجتماعية للأفراد وتسعى إلى تحقيق أكبر قدر من التكيف، كما تهدف إلى مرافقتهم في الشدائد والصعوبات وفي

مختلف المواقف الصعبة ووقايتهم من مختلف المؤثرات والعوامل التي تؤثر سلبا على صحته النفسية والجسدية والعقلية، وترتبط كلها بميدان الصحة وتتكفل بمختلف الأمراض المستعصية، إلا أن عم نفس الأورام ينفرد باهتمامه بمجال السرطان ويجمع بين الطب النفسي وعلم النفس وطب الأورام.

II.الأخصائي النفسي :

تطورت مهنة الأخصائي النفسي وتبلورت تدريجيا عبر الزمن واستقلت عن الطب والفلسفة وأصبحت مهنة قائمة بذاتها معترف بها في إطار علم النفس، بعدما كان الأخصائي النفسي يعد أستاذا باحثا حسب جاك بورجي (Jacques Borgy2015)، وفي فرنسا كانت الأخصائية النفسية التحليلية أوجيني سوكولنيكا (Eugénie Sokolnicka) أول من يسمح لها بممارسة هذه المهنة في مجال الصحة العمومية سنة 1921 على مستوى مستشفى القديسة آن (Sainte Anne) في باريس.

1. تاريخ مهنة الأخصائي النفسي: مع نهاية الحرب العالمية الثانية لم يكن يطلق بعد على الأخصائي النفسي هذه التسمية، وكان المصطلح السائد حينذاك مصطلح التقني النفسي الذي صاغه والون (Wallon) منذ سنة 1930، وقد عمل معظم الأخصائيين النفسانيين سابقا في ظل الأطباء جنبا إلى جنب مع الممرضين وباقي الفرق الطبية، الذين كانت لهم هويتهم المهنية الخاصة، واقتصر دورهم بشكل رئيسي على تمرير وتطبيق الاختبارات النفسية التقنية الخاضعة للتقييم والتفسير الطبي، وفي عام 1947 مع إنشاء درجة علم النفس الوطنية في جامعة السوربون تمكن الأخصائي النفسي من الاستقلال الذاتي عن الفلسفة والطب، ومنح الممارسون المؤهلون شرعية مهنية معينة(Décaudain& Ghiglione,2010,p13).

2. تعريف الأخصائي النفسي: هو الشخص الذي يقوم بالدور الرئيسي في عملية العلاج النفسي، ويتخرج في إحدى أقسام علم النفس بالجامعة ويتدرج في مختلف التخصصات كالصحة النفسية والعلاج النفسي على مستوى الدراسات العليا حتى الدكتوراه، ويدرس عمليا المواد المتخصصة في الصحة النفسية والعلاج النفسي وعلم النفس المرضي وعلم النفس الفيسيولوجي

والإرشاد النفسي، مع الإحاطة بالمعلومات الطبية والاجتماعية اللازمة في عملية العلاج النفسي، ويحتاج إلى الخبرة والتدريب العملي الكافيين في مجال العلاج النفسي والإرشاد العلاجي، ويقوم بفحص وتشخيص وعلاج المشكلات النفسية وحالات العصاب بالتنسيق مع باقي الفرق الطبية(زهران، 2005، ص.184).

الأخصائي النفسي مهني يعتمد على الأسس النظرية والفنيات السيكولوجية في الفحص والتشخيص والعلاج للوصول إلى فهم دقيق لمختلف المشاكل التي يشتكي منها العميل، وهو حلقة الوصل بين المريض والتشخيص الدقيق، ويجب أن تتوفر فيه خصائص معينة كالقدرة على إقامة علاقات فعالة مع الغير مع الاهتمام بانشغالاتهم وتطلعاتهم، وأن يتميز بالشعور بالمسؤولية المهنية الملقاة على عاتقه، ويحترم معايير المهنة وأخلاقياتها(عسكر، 2004، ص.39).

يهتم الأخصائي النفسي العيادي بدراسة وتقييم وعلاج الصعوبات والاضطرابات النفسية بالاعتماد على العلوم النفسية، بالإضافة إلى اهتمامه بالحالات الفردية التي لا ينظر إليها كأشياء أو مواضيع بل يعتبرها كمجموع من العمليات البيولوجية النفسية التي تتدخل في تشكيل حياة الشخص، واهتمامه بالمشاكل الفردية ومشاركته الشخصية المدروسة أكثر ما يميزه عن زملائه من الأخصائيين النفسيين في باقي التخصصات والذين يتشارك معهم في المعرفة العلمية. (Hurber, W,1987,p.61).

ويؤكد جارفيلد(1949)أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو أولا وقبل كل شيء عالم نفس يحتفظ بولائه لعلم النفس الذي يتلقى إعداده فيه ويلتزم بقيمه المرتبطة بالبحث العلمي ويتلقى التدريبات العملية الضرورية في المواقف الإكلينيكية(العيسوي، 1992، ص.20).

والأخصائي النفسي الأنكولوجي (psycho-oncologue)، هو في الأساس مختص في علم النفس في مجال الصحة النفسية والاجتماعية والسلوكية وبالدرجة الأولى في تخصص علم النفس العيادي، أو علم النفس الصحي أو علم النفس المرضي، ويشتغل على مستوى مصالح وأقسام طب الأورام، وبالإضافة إلى تكوينه الأكاديمي والميداني في تخصصه يشترط أن يكون مدربا في مجال طب الأورام وتشخيصه ومحيطا بمصطلحاته ومفرداته، ويعهد إليه التكفل النفسي الاجتماعي

بمرضى السرطان وأسرهم ومساعدتهم على مواجهة مختلف التحديات النفسية والعاطفية والوجودية كالخوف والقلق والاكتئاب، التي تنشأ خلال مسار المرض وعبر مختلف مراحله ومحطاته، باستخدام الدعم والإرشاد النفسي ومختلف الأساليب والطرق العلاجية المناسبة بالتنسيق مع باقي الأطقم والفرق الطبية، ومساعدتهم على تقبل المرض وحل مختلف المشاكل العلائقية ومن بينها (الحميمية) وتجاوزها، بالإضافة إلى إعادة إدماجهم أسريا ومهنيا واجتماعيا.

كما يثير الأخصائي النفسي الأنكولوجي العديد من البحوث باستعمال مختلف الوسائل والطرق والتقنيات كالمقابلة العيادية الخاصة بالبحث سواء أكانت موجهة أو نصف موجهة، الملاحظة الموحدة (standardisée)، الاستبيانات والاختبارات النفسية كاختبار الشجرة يتناول فيها:

- معاش وتجارب وتصورات المريض والأقرباء ومقدمي الرعاية للسرطان وعلاجاته.
- الإصابة بالاضطرابات النفسية المرضية كالقلق والاكتئاب وضغط ما بعد الصدمة النفسية وانتشارها لدى مرضى السرطان.
- أثر الحالة العاطفية، وتقييم معاناة المرضى في أبعادها الجسدية والنفسية والروحية.
- تقييم الوظائف العقلية وأثر علاجات السرطان عليها.
- نوعية الحياة عند مرضى السرطان.
- الرضا عن العلاج والتكفل النفسي من طرف المرضى.
- تقييم التدخلات النفسية الاجتماعية المقدمة لمرضى السرطان.
- تواصل الفرق الطبية مع المرضى، تواصل العائلة مع المريض

.(Lantheaume,2017.pp.22-23)

تدخل بيئة السرطان والمحيط الذي يعيش فيه المصابون بهذا الداء، وانشغالاتهم ومشاكلهم والصعوبات التي يواجهونها ضمن الاهتمامات الأولية للأخصائي النفسي الأنكولوجي ويسعى دوما إلى تحسين جودة الحياة لديهم.

يمنح لقب المختص النفسي للمهنيين الذين يستجيبون لمعايير محددة، وخلال فترة تكوينه وتدريبه يكتسب تقنيات المقابلة وفن استخدام الاختبارات النفسية لتقييم وتشخيص مشاكل مرضاه، وتحدد الجمعية الفرنسية لعلم النفس (SFP 2004) وبدقة مهامه وتدخلاته المتمثلة في دراسة

ظواهر الحياة الوجدانية والفكرية والسلوكية، تصميم وتطبيق طرق نوعية خاصة بالتحليل والتقييم والرعاية النفسية والإرشاد والوقاية وكذا مختلف أساليب العلاج النفسي. (Chéneau&Ourlins,2006.p12).

ما يمكن استخلاصه من التعاريف السابقة والمتعلقة بالأخصائي النفسي هو قيامه بمهام ونشاطات متنوعة تبعا للبيئة والمجال الذي ينتمي إليه، في إطار معايير وضوابط وقواعد محددة.

3.مهام الأخصائي النفسي: بالإضافة إلى تطبيق الاختبارات النفسية المندرجة ضمن أعماله، يقوم الأخصائي النفسي بمهام ونشاطات أساسية نوجزها في ما يلي:

1.3. التشخيص: عملية التشخيص من بين المهام الأساسية المنوطة بالأخصائي النفسي وتتضمن ملاحظة ووصف السلوك الظاهري، تحديد الأسباب المؤدية إلى الأعراض المرضية، تحليل وتصنيف شكوى المريض، ووضع الفروض الخاصة بطبيعة مشكلته ومن ثم التنبؤ عن تطور المرض، تنفيذ الخطط العلاجية المناسبة ومتابعتها وتقويمها بالإضافة إلى تقدير خصائص العميل وسماته الشخصية وقدراته وتحليل البيانات المتاحة عنه وتنظيمها(خليل، 2004، ص.63).

يعتبر تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن الإعلان عن مرض السرطان أحد العمليات الهامة المنوطة بالمختص النفسي لرسم وتحديد مسار التكفل النفسي لفائدة المرضى المصابين بهذا الداء.

2.3. العلاج: لقد أصبحت وظيفة العلاج جزءا هاما من عمل الأخصائي النفسي بعد الحرب العالمية الثانية نظرا للحاجة الملحة للاستعانة بخدماته لمواجهة ما خلفته هذه الحرب من صدمات وآثار وجروح نفسية عميقة عند المجندين، ويستخدم فيها مناهج وطرقا خاصة، استنادا إلى الإطار الذي تنتمي إليه كنظرية التحليل النفسي، نظريات التعلم، النظريات المعرفية العقلانية والنظريات الإنسانية.

3.3. الاستشارة: تندرج الاستشارة وتقديم النصح ضمن مهام الأخصائي النفسي ويمكن أن تتخذ عدة أشكال من بينها:

أ .**الاستشارة الإكلينيكية:** يتمثل هذا النوع من الاستشارة في تقديم النصح والمشورة المتعلقة بالجوانب الإكلينيكية لمختلف الحالات، وقد تتضمن قيام الأخصائي النفسي بعمليات التشخيص والعلاج بنفسه أو اكتفائه بتأطير الفرق الطبية الأقل تدريبا إكلينيكيا وتوجيههم إلى المناهج والأساليب العلاجية المناسبة لكل حالة.

ب. الاستشارة المتعلقة بإعداد البرامج الإكلينيكية وتقييمها: يهدف هذا النوع من الاستشارة إلى تقديم النصح والمشورة قصد تحسين النظم العلاجية العامة داخل الأقسام والمصالح الطبية وتقدير المناهج المناسبة وتدريب الممرضين وباقي العاملين على ضبط سلوك المرضى.

4.3. البحث: يعتبر البحث من بين المهام الأساسية المنوطة بالأخصائي النفسي وذكر مكاي (Mackay,1975) أنماطا من البحوث الإكلينيكية تتمثل في إجراء التجارب السلوكية، التحقق من الفروق المرتبطة بطبيعة الأفراد النفسية عند مختلف الجماعات والفئات المرضية، التحقق والتدقيق في دراسة أسباب الاضطرابات النفسية، الكشف عن العلامات التي تدل على شفاء المرضى(إبراهيم وعسكر، 2008، ص ص.28 – 30).

4. القواعد المهنية لممارسة مهنة الأخصائي النفسي:

مهنة الأخصائي النفسي كغيرها من المهن تسير وفق شروط وقواعد تنظمها، وتحت هذا العنوان سنتناول القواعد المهنية المؤطرة لممارسة مهنة الأخصائي النفسي، مهامه، شروط ممارسته لهذه المهنة، من خلال الاطلاع على البطاقة المهنية الخاصة به ضمن البيئة والقوانين الجزائرية كما أننا سنتطرق إلى عنصر آخر نعتبره مهما وهو أخلاقيات هذه المهنة:

1.4. بطاقة مهنة الأخصائي النفسي (fiche de poste du psychologue): مهنة الأخصائي النفسي كغيرها من المهن والوظائف لها قوانين وأطر ومواد تنظمها، وشروط ومقاييس ومعارف معينة للالتحاق بها وممارستها، ومهام خاصة بها، وتندرج ضمن شعبة علم النفس وتنتمي إلى قطاع خدمات الأشخاص والجماعات ومجال مرافقة ومساعدة الشخص، ونتناول هذه العناصر وفق الأطر العالمية والقوانين الجزائرية ووفق الدفتر المرجعي للتوافق (Crafe) كما يلي:

2.4. مهام ونشاطات الأخصائي النفسي: يضع الدفتر المرجعي للتوافق (Crafe) مهام الأخصائي النفسي ضمن أربعة مهام رئيسية هي التدخل لدى فئة معينة من الجمهور كالبالغين والأسر، تنظيم وتنشيط جلسات العلاج النفسي الفردية والجماعية، إعداد المشاريع البيداغوجية، القيام بنشاطات الإرشاد والتحسيس لفائدة مختلف الفئات، ويشر إلى خمس نشاطات هامة تتمثل في تحليل احتياجات وطلبات التدخل للشخص، تحديد طرق المرافقة النفسية مع الشخص، مرافقة الشخص ومتابعة مدى تقدم العلاج النفسي بالإضافة إلى إعداد التقارير النفسية وإرسالها إلى الأشخاص المعنيين كالأطباء المعالجين ثم تحديث الوثائق المهنية وتبادل المعلومات أثناء انعقاد الملتقيات(Crafe,2024).

يشير القانون الأساسي الخاص بالأخصائيين النفسيين في الجزائر (المرسوم التنفيذي رقم 91-111 المؤرخ في 12 شوال 1411 ه الموافق ل 27 /04 /1991 م)، في مادته 18 إلى تكليف المختصين في علم النفس العيادي التابعين للصحة العمومية بالمساعدات السيكولوجية من توجيه وإرشاد ومرافقة نفسية بالإضافة إلى التحضيرات السيكولوجية للعمليات الجراحية والوقاية والعلاج الشفائي للمصاب بمرض خطير (ج رج ج، العدد 22 779، 15 مايو 1991).

هذا إضافة إلى ضرورة مشاركته في عملية الإعلان عن الأمراض المستعصية وعلى رأسها مرض السرطان باعتباره حدثا صدميا يمكن أن تنتج عنه آثار وجروح نفسية بليغة، الشيء الذي تداركته الاستراتيجية رقم 05 ضمن المخطط الوطني الجزائري (Plan National Cancer 2015-2019) لمكافحة السرطان والمتعلقة بتنظيم توجيه المريض.

5.شروط ممارسة مهنة الأخصائي النفسي:

يتم الالتحاق بوظيفة الأخصائي النفسي عن طريق شهادة ليسانس bac + 3 في تخصص علم النفس بمختلف تخصصاته، وتمارس هذه الوظيفة إما بصفة حرة على مستوى العيادات الخاصة أو بصفة أجير على مستوى المؤسسات العمومية بما فيها المستشفيات والمصالح الطبية المتعددة لفائدة مختلف فئات المجتمع من مسنين وأطفال ومرضى، ويختلف النشاط حسب طبيعة القطاع ونوع التدخل.

يشترط أن تتوفر في الأخصائي النفسي الكفاءة مع امتلاك مهارات ومعارف وممارسات ومواقف أساسية حول الفيزيولوجيا العصبية، تقنيات الاتصال والإصغاء، والعلاقة بالأشخاص ونظريات التحليل النفسي والخصائص الاجتماعية والثقافية للأفراد، ترجمة وتفسير الإنتاج الكتابي كالقصص والاسقاطي كالرسومات وتقنيات الاسترخاء، تحليل المواقف وتحديد احتياجات الأشخاص، الإعلام حول إمكانيات التدخلات النفسية والإجراءات المرتبطة بها، التعرف على البيئة الأسرية والاجتماعية للشخص وتحديد طبيعة الصعوبات التي تواجهه، تحديد الحاجة إلى الدعم النفسي، وتطبيق مختلف طرق العلاج مع الشخص أو إحالته إلى الطبيب، الخدمة الاجتماعية أو إلى طاقم المسعفين، مرافقة الشخص، ومتابعة مدى تقدم العلاج النفسي (نقاط اليقظة، محاور التقدم) واقتراح التعديلات، التنظيم والعمل الجماعي واكتساب المهارات الاجتماعية والقدرة على التكيف.

يشترط امتلاكه للمهارات والمعارف والمواقف والممارسات الخاصة كتقنيات الاستماع الفعال والاستقبال بواسطة الهاتف والعلاج بوساطة الفن والموسيقى والأحصنة، تقنيات تأطير الورشات العلاجية، تقنيات تنشيط الفرق العلاجية ضمن العلاج السلوكي المعرفي، العلاج بنظرية الجشتالت Gestalt، التنويم المغناطيسي وعلم الجنس (sexology)، المشاركة في خلية الدعم النفسي، القيام بجلسات العلاج النفسي للفرد والمجموعة والأسرة، وتوجيه الشخص أثناء تمارين (لعب الأدوار، الاسترخاء، ...) ومراقبة ردود فعله، إجراء اختبارات نفسية، وإعداد التقييم النفسي العصبي واقتراح برنامج لإعادة التأهيل (ورشة عمل الذاكرة، إعادة التأهيل المعرفي لأنشطة الحياة اليومية)، تنفيذ برامج الوقاية والتربية الصحية، الدقة والتفكير النقدي، الإبداع والشخصية الودودة(Crafe,2024).

6. أخلاقيات مهنة الأخصائي النفسي:

يشير مصطلح "الأخلاق" (éthique) من الناحية الاشتقاقية إلى الأخلاق إثيكوس (êthikos) وطريقة الوجود إثوس (êthos) من اليونانية، والغرض منه إصدار الأحكام حول ما هو جيد أو سيء، وتضم الأخلاقيات بوصفها نظاماً معيارياً مجموعة من المبادئ والقيم والسلوكيات الأخلاقية

المحددة ثقافياً والتي تُستمد منها القواعد التي تحكم مهنة ما، إضافة إلى سلوك من يمارسها وعلاقاته مع الآخرين أو ما يطلق عليه بصيغة أخرى أخلاقيات المهنة(déontologie) وسنتناول تحت هذا العنصر أخلاقيات مهنة الأخصائي النفسي كما يلي:

يمارس الأخصائي النفسي عمله وفقاً لمبدأ أخلاقي أساسي يتمثل في الحفاظ على السلامة النفسية للفرد وفقا للمبادئ الوطنية والدولية الخاصة باحترام الحقوق الأساسية للأفراد وحمايتهم وصون كرامتهم وضمان حريتهم.

يتدخل الأخصائي النفسي بناء على الموافقة الحرة والمستنيرة للأفراد المعنيين الذين يجب أن تتوفر فيهم القدرة على الاتصال به مباشرة وبحرية.

يحمي الأخصائي النفسي خصوصية الأفراد من خلال ضمان السرية المهنية حتى بين الزملاء.

يجب على الأخصائي النفسي أن يحترم المبدأ الأساسي أن لا أحد من العملاء ملزم بالكشف عن أي شيء عن نفسه.

يجب على الأخصائي النفسي أن يلتزم بواجب الكفاءة، مع ضرورة تحيين مهاراته ومعارفه النظرية بانتظام، والاستفادة من التكوين المستمر، وكل أشكال التدريب لتمييز مشاركته الشخصية في فهم الآخرين.

الأخصائي النفسي مسؤول عن مؤهلاته، وعن حدوده الخاصة بالنظر إلى تدريبه وخبرته.

على الأخصائي النفسي رفض التدخل إذا لم تكن له المهارات المطلوبة.

من واجب الأخصائي النفسي الالتزام بالحفاظ على سر المهنة وعليه عدم تداول أي معلومات مع الفرق الطبية الأخرى دون علم المريض، كما يجب أن يكون هذا التبادل في مصلحته وأن تكون البيانات المتداولة ضرورية وذات صلة وغير مفرطة (Décaudain& Ghiglione,2010,pp.5-9)

7. حاجة الأخصائي النفسي إلى التكوين في علم الأورام :

بالمقارنة مع العديد من المجالات الأخرى لعلم النفس الصحي والعيادي فإن مجال علم الأورام أكثر تعقيدا ويهتم بجميع أنظمة الجسم، لذا يسعى معظم مختصي الصحة العقلية لانتهاج أسهل

الطرق للإحاطة بمختلف جوانب هذا المجال، ويجد العاملون في مجال علم نفس الأورام أنفسهم أمام أشكال متعددة من السرطان لم يألفوها من قبل، وأمام مختلف الصراعات التي يواجهها المريض ومختلف التحديات كتلك المتعلقة بفهم مرضه وتشخيصه، فمن بين الاستراتيجيات البسيطة التي يجب اتباعها هي سؤال المرضى عن مدى استيعابهم وفهمهم لإصابتهم واستكمال المعلومات الناقصة بالتنسيق مع الأطباء والأخصائيين المعالجين في مجال طب الأورام والعلاج الإشعاعي، الذين يشعرون بالامتنان لمشاركة أخصائيي الصحة النفسية في عملية التكفل بمرضى السرطان وتقديم الرعاية النفسية الضرورية لهم مع استعدادهم التام لتقديم كل المعلومات التي يحتاجون إليها والمتعلقة بهذا الداء، وضرورة التزام الأخصائيين النفسيين باستخدام المصادر الموثوقة للحصول على أية معلومات إضافية حول مرض السرطان(Dornelas, 2018, p. 23).

من الناحية النوعية، فإن مصالح طب الأورام في حاجة إلى أخصائيين نفسيين مدربين في مجال علم السرطان يقدمون فحوصات واستشارات مرتبطة بهذا الوسط، فهم ينتمون إلى الفريق الطبي المعالج ومقدمي الرعاية وجزء هام منه كما أنهم جزء من فريق المرضى وموضوعون تحت تصرفهم ومتاحون للتدخل عند الضرورة أثناء فترة الاستشفاء، ويجب أن تكون لديهم الدراية الكافية بانشغالات المرضى ومتطلباتهم واحتياجاتهم، وبمختلف القيود والتحديات الخاصة برعايتهم، بالإضافة إلى الإحاطة بتحديات وقيود البيئة التي يعملون فيها، وبالخصوص إحاطتهم بالمسارات التي يتبعها المرضى ومعرفتهم بالفاعلين الرئيسيين في رعاية مرضى السرطان من أطباء وغيرهم من أعضاء فريق الرعاية الصحية، ويجب عليهم فهم المشاكل التي يتعين عليهم حلها وفهم سياقها للتكفل بها بشكل أفضل، فالمرضى يثقون بدرجة كبيرة في الأخصائيين النفسيين الذين يفهمون بدقة ما يتحدثون عنه عندما يتحدثون عن علاجاتهم، وتزول هذه الثقة في حالة إذا ما لاحظ مريض السرطان أن معلوماته في ما يخص علاج هذا الداء أفضل من معلوماتهم، كما ينتظر من الأخصائيين النفسيين المشتغلين في بيئة السرطان أن تكون لهم الكفاءة في تأطير مجموعات المناقشة بين الفرق الطبية لفائدتها في التقليل من النزاعات والحد من الإرهاق والاحتراق النفسي، وبالتالي تقديم أفضل الخدمات للمصابين بهذا الداء(Baillet,2002,p.2015).

بعد تناولنا لمفهوم علم النفس ومجالاته وفروعه وممارساته المرتبطة بالمجال الصحي والمرضي وإشارتنا إلى الأخصائي النفسي وما يتعلق به، تعريفه، تاريخ مهنته، أخلاقياتها والقواعد المهنية الخاصة بها، حاجته إلى التكوين في مجال علم الأورام، نسلط الضوء في ما يلي على عملية التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية(السرطان).

III.التكفل النفسي:

1.تعريف التكفل النفسي:

1.1. لغة: ك ف ل – (الكفل) الضعف قال الله تعالي " يؤتكم كفلين من رحمته" وقيل إنه النصيب، (الكفيل) الضامن وقد (كفل) به يكفل بالضم (كفالة) و(كفل) عنه بالمال لغريمه، و(أكفله) المال ضمنه إياه و(كفله) إياه بالتخفيف (فكفل) هو به من باب نصر ودخل، و(كفله) إياه (تكفيلا) مثله، و(تكفل) بدينه، و(الكافل) الذي يكفل إنسانا يعوله ومنه قوله تعالى" وكفلها زكريا" وقرئ (وكفلها) بكسر الفاء(الرازي، 1981، ص.575).

وكفلت عنه بالمال، لغريمه وتكفل بدينه تكفلا، وأما الكافل فهو الذي كفل إنسانا يعوله، وينفق عليه، وفي الحديث: الربيب كافل، وهو زوج أم اليتيم كأنه كفل نفقة اليتيم، والمكافل: المجاور المحالف، وهو أيضا المعاقد المعاهد (ابن منظور، ص، 142).

(كفل) الكاف والفاء واللام أصل صحيح يدل على تضمن الشيء للشيء، من ذلك: الكفل: كساء يدار حول سنام البعير، ويقال هو كساء يعقد طرفاه على عجز البعير ليركب الرديف، الكفيل وهو الضامن، تقول: كفل به يكفل كفالة، والكفل الذي يكف إنسان يعوله(ابن زكريا، 2008، ص.811).

الكفل، محركة العجز، أو ردفه، أو القطن، جمع أكفال، والكفل بالكسر: الضعف والنصيب والحظ، والكافل العائل، كفلا وكفولا وكفالة وتكفل وأكفله إياه وكفله: ضمنه(آبادي، 2005، ص.1053).

2.1. <u>اصطلاحا</u>: خلال فترة العلاج يحتاج مرضى السرطان إلى الإصغاء إليهم وفهمهم واحترامهم، ويرغبون في إعلامهم بما يتعلق بحالتهم الصحية دون إفراط في حمايتهم ودون عنف ووحشية باسم الحقيقة، كما يحتاجون إلى مراعاة راحتهم الذاتية وأخذ آرائهم بعين الاعتبار في اتخاذ القرارات العلاجية وفي اختيار مختلف الفحوصات والكشوفات التي يتم اقتراحها، وهذا ليس من باب الترف بل يعتبرونه

حاجة أساسية، ويطالبون بتقديم الدعم المناسب والرعاية الفعالة والاهتمام الكافي بمعاناتهم المعنوية بالموازاة مع الاهتمام بأعراضهم الجسدية وسرطاناتهم(Dauchy&al.2014.p53).

يعرف التكفل النفسي على أنه تلك التقنيات والأساليب العلاجية التي يستخدمها المختص النفسي في علاج مختلف الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تصيب الأفراد، وتحديد نوعها والكشف عن أسبابها وعواملها بالاعتماد على الأساليب النفسية، ودراسة التاريخ المرضي للحالة واستخدام الاختبارات النفسية المناسبة(عبد المعطي، 1998، ص.156).

" كما يعرف بأنه تعبير يشمل كل المقاربات الفردية والجماعية في مختلف الحقول العلاجية، التربوية، البيداغوجية، والاجتماعية، يمكن لهذا المفهوم أن يكون علاجا نفسيا أو إعادة تأهيل أرطفوني أو علاج نفسي حركي أو علاج بالعمل أو حتى تكفل مؤسساتي باعتبار المؤسسة مكانا للتكفل بالفرد الذي يواجه صعوبات وهذا لما سيتعرض له الفرد من فعل تربوي أو تعليمي أو علاجي"(حمايدية، 2016، ص 35).

3.1. إجرائيا: التكفل النفسي هو كل الطرق والتقنيات والوسائل التي يستخدمها الأخصائي النفسي في تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان في المؤسسات الاستشفائية العمومية ومصالح طب الأورام بهدف التخفيف من علاج الصدمة النفسية لديهم، عبر مختلف المراحل والمحطات العلاجية بدءا من التشخيص والإعلان عن المرض إلى إتمام الدورات العلاجية ومغادرة مصالح طب الأورام وهو الدرجة المتحصل عليها في استبيان التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية من وجهة نظر مرضى السرطان ومن وجهة نظر الأخصائيين النفسيين والأطباء.

2.أهداف التكفل النفسي:

التكفل النفسي هو عملية تسعى إلى فهم إمكانيات الفرد واستعداداته والاعتماد عليها وتوظيفها في حل مختلف المشكلات التي تواجهه وإعداد خطط وأهداف لحياته من خلال فهمه للواقع الذي

يعيشه، ومساعدته في تحقيق ذاته وتحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وصولا إلى درجة من التوافق(نوار، 2018، ص.627).

كما يهدف التكفل النفسي إلى مساعدة الفرد في تسهيل عملية التواصل وتحسين علاقاته مع الغير، التخفيف من حدة الشعور بالذنب، والحد من قلقه ومخاوفه، وعلاجه.

3. المفاهيم المرتبطة بالتكفل النفسي:

تتداخل مع مفهوم التكفل النفسي مصطلحات ومفاهيم أخرى ذات صلة به، وسنتطرق تحت هذا العنصر إلى بعضها للفصل بينهما وتمييزهما:

1.3.الإرشاد النفسي: يعرف المؤلف حامد زهران (1980) الإرشاد النفسي بأنه "عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيا وتربويا ومهنيا وزواجيا وأسريا " (زهران، 2005، ص.270).

وبالتالي فإن الإرشاد النفسي موجه إلى الأفراد الذين يقتربون من الصحة والسواء، بالمقارنة مع الفئة التي يستهدفها التكفل النفسي كمرضى السرطان الذين يتعرضون إلى اضطراب ما بعد الصدمة النفسية جراء تشخيص الداء لديهم.

2.3.الدعم النفسي والاجتماعي: يتمثل في الأنشطة التي تلبي الاحتياجات النفسية والاجتماعية للأفراد والأسر والجماعات والمجتمعات عموما في حالات الشدائد وتعزز قدراتهم على الصمود مع احترام استقلاليتهم وكرامتهم وآليات التأقلم لديهم، ويمكن للدعم النفسي الاجتماعي أن يكون وقائيا وعلاجيا على حد سواء، فهو وقائي عندما يقي من خطر الإصابة بالأمراض النفسية ويحد من انتشارها، وعلاجي بمساعدته الأفراد والمجتمعات في التغلب على المشاكل النفسية والاجتماعية الناشئة عن الصدمات وآثار الأزمات وكيفية التعامل معها(Médecins du Monde,2020,p.10).

3.3. الاستشارة النفسية: تتم الاستشارة النفسية بين الأخصائي النفسي والعميل السوي الذي يعاني من قلق واضطراب نفسي بسيط، بهدف المساعدة في التغلب على بعض الصعوبات الاجتماعية أو الانفعالية أو الشخصية والتي لا يمكنه مواجهتها بمفرده، وهي موقف تعليمي ينتج عنه زيادة فهمه لذاته وفهم أنماط سلوكه واستيعاب مشكلاته وحلها(زهران، 2005، ص.281-283).

ومن ثم يمكن اعتبار الاستشارة النفسية موقفا تعليميا يكتسب من خلاله المستشير مكتسبات ومعلومات واتجاهات جديدة لمساعدته على مواجهة مختلف الصعوبات التي يواجهها.

4.3. المتابعة النفسية: هذا المفهوم الذي لا يحظى بمكانة واضحة ضمن ترسانة المصطلحات الفنية المتاحة للأخصائيين النفسانيين، وضمن أدبيات علم النفس، ويمكن اعتباره مفهوما هجينا عالقا بين الإجراءات التي تتدرج تحت لواء أشكال مختلفة من العلاج النفسي بأطرها النظرية وطرقها وتدريباتها الخاصة بها، والإجراءات المكتفية بالتقصي والمقابلات التشخيصية والتي تفضل استخدام الوسائل والأدوات القياسية والاسقاطية بما فيها المقابلات الغير موجهة، وفي فرنسا تستخدم المتابعة النفسية من قبل علماء النفس التربوي الذين يعملون في مجال التعليم لمحاولة التخفيف من آثار الفشل المدرسي وسوء التكيف(Vidit,2001,P.63).

5.3. التربية الصحية (L'éducation Sanitaire): في علم النفس الصحي، غالبًا ما يتم اختزال التكفل النفسي في مجموعة من الأساليب التي تشبه إلى حد ما التثقيف الصحي، حيث يكون الهدف هو تثقيف المرضى لتبني سلوكيات أكثر ملاءمة لوضعهم الجديد كمرضى(Nicolas&Tarquinio,P.215).

إضافة إلى المفاهيم التي تم التطرق إليها نجد مفاهيم أخرى مرتبطة بمفهوم التكفل النفسي ومتداخلة معه كمفهوم المرافقة النفسية، وهو من بين النشاطات التي يقوم بها الأخصائي النفساني بهدف مد يد العون للعميل ومساعدته في التغلب على المشاكل والصعوبات والظروف التي تؤثر على صحته النفسية وتذليلها سواء أكانت بسبب العمل أو المرض، وهذا بالتنسيق مع باقي الشركاء من أخصائيين نفسيين وفرق طبية وإدارية.

وتتقاطع المفاهيم المذكورة مع الدور الشامل الذي يقوم به الأخصائي النفسي في عملية التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية عبر مختلف المحطات والمراحل العلاجية التي يمر بها مرضى السرطان، وتدخل في تشكيل عناصر هذه العملية ذات المفهوم الواسع والتي تشمل مراحل وخطوات أساسية نذكرها في ما يلي:

4. خطوات التكفل النفسي بمرضى السرطان : يعتمد الأخصائي النفسي في عملية التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية وعلى رأسها مرض السرطان – موضوع بحثنا–، على خطوات ومراحل أساسية تتمثل في الفحص والتشخيص والعلاج النفسي :

1.4. الفحص النفسي:

أولا. تعريفه : الفحص النفساني من المهام الأساسية التي يقوم بها الأخصائي النفسي، ويتخذ أشكالا متعددة من حيث العمق والشمول ومن حيث الهدف، كالاكتفاء بتطبيق بعض الروائز واستخلاص نتائجها ودعم ذلك بالملاحظة العيادية المكثفة في الحالات المختصرة أما في حالة الشمول فهو يتخذ شكل دراسة الشخصية بمختلف أبعادها الذاتية والاجتماعية ضمن فريق متكامل(حجازي، 1982، ص.10).

ثانيا. وسائله :الفحص الدقيق هو حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح، ويجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماما لدى المعالج، من حيث أهميتها وشروطها ومصادر المعلومات والبيانات وخطوات الفحص، كما يجب أن تؤدي إلى تشخيص قائم على أساس تاريخ العميل وأسباب اضطرابه وأعراض مرضه في ضوء ظروف حياته، مع مراعاة شروط معينة تتمثل في الحرص على الدقة والموضوعية، حث العميل على التعاون والاهتمام، الالتزام بسرية المعلومات والحرص على تنظيمها وتقييمها، بذل أقصى جهد للحصول على البيانات بكافة الوسائل المتاحة وعلى رأسها ما يلي:

1.1.4. المقابلة العيادية: يمكن تعريف المقابلة العيادية في علم النفس على أنها المقابلة التي يقوم فيها الأخصائي النفسي بفهم الحياة النفسية وتعزيز التطور النفسي للشخص الذي يعاني في

الغالب من صعوبات نفسية، في إطار علاقة المساعدة النفسية، التي يركز فيها على ديناميكيات الحياة النفسية للشخص المعني، ويسعى إلى فهمها من خلال المعطيات الموضوعية بالإضافة إلى استخدام ذاتيته كأداة للفهم، معتمداً على ظواهر الصدى والتعاطف والحدس (résonance, d'empathie et d'intuition)، كما يستخدم أيضًا تدخلات تقنية في ذلك، وتتسم كل مقابلة عيادية بطابعها النظري للأخصائي النفسي الذي يجريها، ومن بين التيارات الرئيسية نجد التحليل النفسي، والعلاج المعرفي (TCC) والمقاربات الأسرية النسقية (Bouvet,2018,p.14-15).

المقابلة العيادية هي الوسيلة الأساسية في الفحص النفسي وتهدف إلى جمع البيانات والمعلومات اللازمة التي يحتاجها الأخصائي النفسي في عملية التكفل النفسي، وهي علاقة اجتماعية مهنية تتم وجها لوجه مع المريض بمفرده أو بحضور مقدم الرعاية، في جو تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين ويتم فيها التفاعل الاجتماعي الهادف وتبادل المعلومات والخبرات والمشاعر والاتجاهات وتتطلب الإعداد الجيد لتكون نتائجها مثمرة، ومن أنواعها نجد المقابلة التمهيدية والمقابلة المقيدة أو المقننة والمقابلة الحرة التي تكون غير مقيدة بأسئلة وموضوعات أو تعليمات، والمقابلة العلاجية، ويتم إجراؤها عبر مراحل وخطوات مرنة وتحديد المكان المناسب والزمن الكافي لإجرائها وتتطلب الإصغاء الجيد وتوجيه الأسئلة بالصيغة المناسبة كما تتضمن ملاحظة سلوك المريض.

2.1.4. الملاحظة:

تتمثل في الملاحظة العلمية المنظمة لوضعية المريض الحالية ضمن قطاع محدود من قطاعات سلوكه في مواقف الحياة اليومية الطبيعية ومواقف التفاعل الاجتماعي، إضافة إلى مواقف الإحباط وغير ذلك من العينات السلوكية التي تحمل مغزى في حياة المريض، وتتطلب الملاحظة العلمية الإعداد الجيد والتخطيط المحكم وإعداد دليل خاص بها وتحديد المكان والزمان والأجهزة اللازمة لإجرائها، كما تتطلب السرية والموضوعية والخبرة والدقة والتركيز على السلوك المتكرر وتسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره، ونذكر من بين أنواعها الملاحظة المباشرة والملاحظة الغير مباشرة والملاحظة الدورية(زهران، 2005، ص ص.157-159).

3.1.4. الاختبارات والمقاييس النفسية:

الاختبار النفسي هو وضعية تجريبية معيارية موحدة ويستخدم كمحفز للسلوك، الذي يتم تقييمه عن طريق المقارنة الإحصائية مع سلوك الأفراد الآخرين الموضوعين في نفس الموقف، ما يتيح لنا تصنيف الشخص الخاضع للاختبار إما كميا أو نوعيا، وهناك العديد من الاختبارات الموضوعة في خدمة أبحاث علم النفس العيادي، وتتعدد تصنيفات الاختبارات النفسية لوجود معايير مختلفة يمكن أخذها بعين الاعتبار وتتمثل في:

الجوانب الشكلية (المادة، المدة...).

الجوانب الأساسية (المفهوم النظري والصفات القياسية).

الفئة المستهدفة (مسنين، بالغين، أطفال).

الغرض أو المجال المقاس (المجال المعرفي، المجال الإدراكي).

وتستخدم المقاييس لتقييم البنى (construits) غير القابلة للملاحظة بطريقة مباشرة، وهي تتألف من مجموعة من العبارات (البنود) التي تعتبر مؤشرات أو متغيرات قابلة للملاحظة للبعد النفسي الذي نرغب في قياسه، ويمكن تمرير هذه المقاييس وإجراؤها عن طرق التقييم الذاتي (auto–évaluation) أو التقييم المغاير (hétéro–évaluation)، وقد يحدث ألا تتوافق هاتان الطريقتان دائما فيؤدي التقييم الذاتي إلى درجات أعلى من التغيير المغاير في بعض الحالات الخاصة باضطرابات معينة، ولذلك يوصي بيدينيللي (Pedinielli,1995) باستخدامهما معا في بروتوكولات البحث (Fernandez,Pedinielli,2006,p.49).

4.1.4.دراسة الحالة:

تعتبر دراسة الحالة من بين الأساليب المستخدمة في جمع المعطيات المتعلقة بالمريض ويتم من خلالها تقديم صورة مجمعة وشاملة للشخصية ككل، بهدف تجميع المعلومات ودراستها وتحليلها، وتتضمن دراسة تاريخ الحالة، وتطلعات المريض إلى المستقبل، ولنجاحها لابد من التنظيم وتحري الدقة في جمع البيانات والاهتمام بالتسجيل، وبالتالي فإن هذه الوسيلة تعطي لمحة عامة وشاملة عن المريض في إطار معياري منظم لها يحوي المعلومات العامة والشخصية والحالة

الجسمية والصحية والعقلية المعرفية ومختلف النواحي الاجتماعية والانفعالية (زهران، 1997، ص.160-161).

الفحص النفسي الجيد هو الفحص الشامل الذي يسعى من خلاله الأخصائي النفسي إلى تناول أبعاد المشكلة من مختلف الجوانب الذاتية والاجتماعية والصحية، والتقدير الدقيق لوضعية المفحوص مستعملا شتى الإمكانات والوسائل المتاحة كالمقابلة والملاحظة ودراسة الحالة دون الاكتفاء باستعمال الاختبارات والروائز والمقاييس النفسية.

2.4. التشخيص:

أولا. تعريفه : يقوم الأخصائي النفسي بتشخيص الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية مستعينا بالعديد من الوسائل والأدوات كالاختبارات النفسية المقننة والملاحظة والمقابلات بمختلف أشكالها وأنواعها ودراسة الحالة، وتتجاوز أهداف التشخيص عملية تصنيف المرضى وتحديدهم في فئات معينة إلى عملية تقويم شاملة للشخصية ومعرفة العوامل المسببة للاضطراب النفسي ومساره المستقبلي وما يناسبه من طرق وتقنيات علاجية وبالتالي فإن عملية التشخيص عبارة عن تقييم نفسي بالمفهوم العريض(إبراهيم وعسكر، 2008، ص.28).

ثانيا. أدواته : يعتمد المختص النفسي في عملية التشخيص على عدد من الإجراءات والأساليب والأدوات الأساسية التي تشمل ملاحظة مختلف النواحي المتعلقة بالمريض كحالته الجسمية وبيئة عمله وعمره وعلاقاته بغيره وتكيفه معهم، وملاحظة أسلوب كلامه ومدى الملاءمة الوجدانية مع مختلف المواضيع المثارة وقدرته على الاستيعاب، فهي تتناول السلوك العام للمريض من كل جوانبه الحركية والوجدانية بالإضافة إلى المؤشرات العقلية, كما تعتبر المقابلة من أهم أدوات التشخيص والعلاج النفسي ويمكن تصنيفها تبعا لأهدافها إلى مقابلة الاستقبال والمقابلة التشخيصية والمقابلة العلاجية، المقابلة مع أقرباء وأصدقاء المريض، مقابلة الفرز، ويستعمل المختص النفسي أيضا الاختبارات والمقاييس النفسية كوسيلة تشخيصية(خليل، 2004، ص ص.65 - 70).

في وقتنا الحالي وفي ظل وفرة إنتاج الأدوات التقنية يبقى على الأخصائي النفسي اختيار الاختبارات والمقاييس النفسية المناسبة مع الالتزام بجميع القيود والأهداف الخاصة بالبحث، خاصة وأن بعض هذه المقاييس لا تقدم دائما الضمانات الكافية لصفاتها القياسية، ومن بين الاختبارات النفسية المستخدمة والتي أثبتت فاعليتها في تشخيص الصدمة النفسية اختبار تروماك (TRAUMAQ)، مقياس الدليل الصدمي (Traumatic of Events Scale)، دليل القلق الصدمي(Traumatic Index Scale)، معيار اضطراب الشدة ما بعد الصدمة(Criteria For PTSD)، مقياس اضطراب الشدة ما بعد الصدمة(PTSD Scale).

3.4.العلاج النفسي:

هو نوع من العلاج يعتمد على استخدام الطرق النفسية المناسبة لعلاج مختلف المشكلات والاضطرابات أو الأمراض ذات الصبغة الانفعالية التي يعاني منها المريض وتؤثر على سلوكياته، ويهدف إلى إزالة الأعراض المرضية أو تعديلها ومساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة، واستغلال إمكاناته على أحسن وجه وصولا إلى التوافق النفسي والاجتماعي مستقبلا.

4.4. التنبؤ(Pronostic):

فيما يتناول الفحص ماضي وحاضر المرض ويتناول التشخيص حاضر المرض مع نظرة إلى مستقبله فإن المآل يتناول مستقبل المرض في ضوء ماضيه وحاضره، ويهدف إلى توجيه وتحسين عملية العلاج في ضوء التنبؤات المتوقعة وتحديد أنسب طرق العلاج لبلوغ أكبر قدر من النجاح، وتقييم العملية العلاجية (زهران، 2005، ص ص. 179 -183).

5. التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية (مرضى السرطان):

يعتبر التكفل النفسي حلقة أساسية في المسار العلاجي بالإضافة إلى الرعاية الصحية والاجتماعية المقدمة لذوي الأمراض المستعصية وخصوصا مرضى السرطان بمختلف أنواعه وأشكاله، والتي تتطلب شروطا ومبادئ محددة تراعي أحاسيسهم ومشاعرهم.

فخلال فترة العلاج يحتاج مرضى السرطان إلى الإصغاء إليهم وفهمهم واحترامهم، ويرغبون في إعلامهم بما يتعلق بحالتهم الصحية دون إفراط في حمايتهم ودون عنف ووحشية باسم الحقيقة، كما يحتاجون إلى مراعاة راحتهم الذاتية وأخذ آرائهم بعين الاعتبار في اتخاذ القرارات العلاجية وفي اختيار مختلف الفحوصات والكشوفات التي يتم اقتراحها، وهذا ليس من باب الترف بل يعتبرونه حاجة أساسية، ويطالبون بتقديم الدعم المناسب والرعاية الفعالة والاهتمام الكافي بمعاناتهم المعنوية بالموازاة مع الاهتمام بأعراضهم الجسدية وسرطاناتهم(Dauchy&al.2014.p53) .

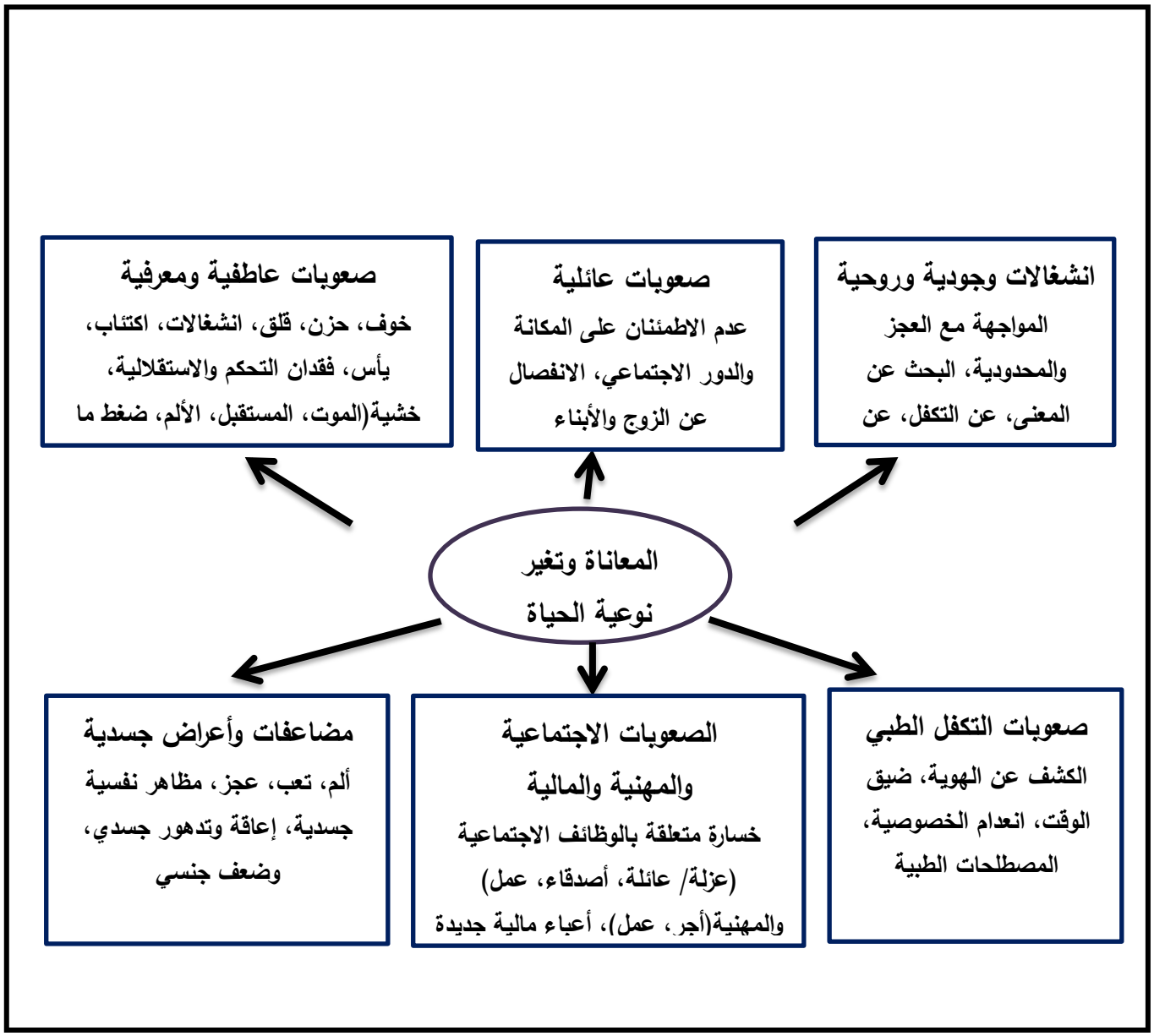
هذا ما يدفعنا للتطرق إلى تناول مختلف الصعوبات والانشغالات التي يطرحها مرضى السرطان خلال عملية التكفل النفسي والتي تحتاج إلى أخذها بعين الاعتبار من طرف الأخصائي النفسي بالتنسيق مع مختلف الشركاء.

6.انشغالات مرضى السرطان خلال فترة التكفل النفسي:

يواجه مرضى السرطان المرشحون للاستفادة من خدمات الرعاية الداعمة وحصص التكفل النفسي مجموعة من الانشغالات والصعوبات المتداخلة التي تؤثر سلبا على مسار العلاج النفسي، وينبغي على المختص النفسي الانتباه إليها وأخذها بعين الاعتبار كالصعوبات العاطفية والمعرفية والصعوبات العائلية والصعوبات المهنية والاجتماعية وصعوبات التكفل الطبي بالإضافة إلى الأعراض والآثار الجسدية التي يخلفها المرض دون التغاضي عن الانشغالات الروحية والوجودية التي يواجهونها.

ويمكن إيجاز هذه الصعوبات المحددة من طرف دلبولت س(Dolbeault S,2008) وفق النموذج التالي:

الشكل رقم 16 : صعوبات وانشغالات مرضى السرطان دلبولت س(Dolbeault S,2008)



.(Reich et al,2017,p.8)

بالإضافة إلى الانشغالات والصعوبات التي أشار إليها دلبولت(Dolbeault S,2008) في نموذجه السابق، يواجه مرضى السرطان صعوبات وانشغالات أخرى تسببها طبيعة الضغط النفسي المصاحب للسرطان.

7.الضغط النفسي والسرطان:

يرتبط الضغط النفسي عند ذوي الأمراض المستعصية من مرضى السرطان بتشخيص هذا الداء لديهم، والإعلان عنه وآثاره وتداعياته، وحتى بالعلاج ومتابعة الدورات ومختلف المراحل العلاجية باعتبار كل ذلك أحداثا صادمة، وقد ثبت أن مظاهر الاسترجاع، ولاسيما استرجاع الذكريات الماضية وبالخصوص الومضات (flash-back) يمكن أن تستثار تلقائيا من خلال مؤشرات داخلية وخارجية مما يجعل السرطان كحدث صدمي في حلقة مفرغة محتملة، فتشخيص السرطان يشكل حدثا غير منفصل ونتائجه غير محدودة زمنيا ويتبع بعدد لا يحصى ولا يعد من المثيرات والمحفزات الداخلية كالإحساسات الجسدية الناتجة عن العلاجات، والخارجية الناتجة عن الزيارات المتكررة للمستشفى واللقاءات المستمرة مع المرضى الآخرين، والإجراءات التشخيصية والعلاجية العنيفة التي يمكنها تعزيز الاسترجاع والشكاوى الجسدية وفرط الانتباه واليقظة وإدامة المحفزات الداخلية والتي بدورها تولد القلق وظواهر التطفل، ومن ثم فإن تجربة السرطان هي الأكثر تعقيدا ضمن الأحداث المسؤولة عن الصدمة وإعادة الصدمة (re-traumatisation) نظرا للتنوع الاستثنائي للعوامل التي تنطوي عليها الشيء الذي يميز هذا الداء عن غيره من الأحداث الصادمة المزمنة وطويلة الأمد أو المتكررة كالاعتداء الجنسي المتكرر وحالات الحرب والقتال والقصف أو التعذيب المتكرر للسجناء السياسيين(Ronson,2005,pp.122-123).

بالإضافة إلى تأثير المتغيرات الموضوعية كخصائص الورم التي يحتمل أن تحدد مآل المريض ومستقبل حياته، والخضوع إلى التحاليل الطبية وأخذ العينات والحقن الدوائية بصفة مستمرة ومتكررة والآثار الجانبية للعلاجات المسؤولة بشكل خاص عن تطور النفور الشرطي لديه، يجب علينا أيضا أن نأخذ بعين الاعتبار في عملية التكفل النفسي العوامل الذاتية التي تؤثر بقوة على إدراكه وتفسيره المرتبط بهذه الأحداث المختلفة.

8. طرق وتقنيات التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية:

سيتم التطرق ضمن هذا العنصر العنوان إلى مختلف الطرق والتقنيات العلاجية المعتمدة في علاج الصدمات النفسية بشتى أنواعها وأشكالها بما فيها تلك المترتبة عن تشخيص الإصابة بالأمراض المستعصية والإعلان عنها وعلى رأسها مرض السرطان، ومنها ما هو فوري (Immédiat) كاستخلاص المعلومات وما هو بعد فوري (IPPI)، وصولا إلى العلاجات النفسية طويلة الأمد:

1.8.استخلاص المعلومات (débriefing):

أول ما يتبادر في أذهاننا وعلى الفور في ما يتعلق بعلاج الصدمة النفسية هو مصطلح استخلاص المعلومات (débriefing) وهو فعل علاجي يدخل ضمن العلاجات الفورية وفيه طريقتين أو نوعين، استخلاص المعلومات الجماعي واستخلاص المعلومات الفردي الذي يقوم فيه الفرد بتناول كل تفاصيل الحدث الصدمي ويمكن أن يكون ذلك في حصة فريدة أو حصص متعددة، ويفضل أن يتم ذلك خلال حصة واحدة، وفائدة استخلاص المعلومات الفردي أن الفرد يمتلك الوقت الكافي للحديث عن تجربته سواء في الوقت الفوري أو بعد وقت طويل(Lebigot,2005,p.151).

ويسمح استخلاص المعلومات (débriefing) للأفراد بالحديث عن تجاربهم المؤلمة أو على الأقل مساعدتهم لمشاركة غيرهم الأحداث الصدمية ويكون ذلك إما بشكل عفوي أو بمساعدة معالج، ويشير إلى وضع تدخل جماعي فريد وفوري حيز التنفيذ مباشرة بعد الحدث الصدمي، ويهدف إلى تقديم معلومات عن الانعكاسات المحتملة للحدث، وتوفير الراحة، ويعتبر شكلا من أشكال الوقاية من ظهور الصدمة النفسية وبالتالي فإن هذه التقنية وسيلة مهمة تسمح لمجموعة من الأشخاص مروا بحدث صادم بأن تؤخذ تجربتهم بعين الاعتبار كما تسمح لهم بإثارة مختلف التساؤلات المرتبطة بفهم الآليات النفسية المتعلقة بالمعاناة العقلية(Boudoukha,2009,p.100).

2.8. العلاجات النفسية التي تركز على الصدمة:

نجد من بين أهم العلاجات النفسية المستعملة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية الناتج عن الأمراض المستعصية وعلى رأسها مرض السرطان تلك التي تركز على الصدمة، كالعلاج بالعمليات الإدراكية أو المعرفية (TPC)، العلاج بالتعرض المطول (PE) وعلاج إزالة حساسية العين وإعادة المعالجة (EMDR)، وهي علاجات منظمة للغاية مع عدد محدد من

الجلسات يتراوح مابين 12 و16 جلسة، ويمكن زيادتها في حالة الصدمات المتعددة بالخضوع ل 12 جلسة للصدمة الأولى، ثم 6 جلسات أخرى للصدمة الثانية وهكذا، وتُعقد الجلسات عادةً على أساس أسبوعي وتستخدم عدة وسائل وأدوات مثل التربية النفسية للمرضى حول الصدمة واضطراب ما بعد الصدمة النفسية (TSPT)، التربية التنفسية، وإعادة التنظيم المعرفي الذي يهتم بالمعتقدات التي تغيرت عند الفرد بعد الصدمة، هذا بالإضافة إلى كتابة وسرد الحدث الصدمي واستحضاره، وسنتناولها بإيجاز في ما يلي:

1.2.8. العلاج بالعمليات المعرفية أو الإدراكية (TPC):

هو شكل من أشكال العلاج النفسي المستعملة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة النفسية، ويركز على الإدراكات أو المعارف les cognitions المترتبة عن الصدمة النفسية التي تؤثر سلبا على سلوك الفرد واستجاباته العاطفية، ويهدف إلى تحديد وإعادة تنظيم الإدراكات أو المعارف المختلة والنقاط العالقة والتساؤلات المطروحة حول الذات والآخرين، باستعمال الأسئلة السقراطية وتعزيز معتقدات أكثر توازنا، ويستند هذا النوع من العلاج بدرجة كبيرة على النظرية المعرفية الاجتماعية(Pérez,2022,p.18).

لقد أثبت العلاج بالعمليات المعرفية أو الإدراكية فعاليته في علاج الأعراض الجسدية السيكوسوماتية كالصداع وآلام الظهر المتكررة وعلاج الإدراكات التي لها علاقة بالشعور بالذنب.

2.2.8. العلاج بالتعرض المطول (PE):

هو علاج بالتعرض المعرفي (thérapie cognitive d'exposition) وقد صمم للمساعدة في عملية (سيرورة) الاندماج العاطفي للصدمة عند الأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة (TSPT)، باستخدام التعرض التخيلي واستحضار الذكريات المؤلمة وإعادة سردها بالتفصيل، وتتم التغيرات المعرفية لديهم من خلال المواجهة التدريجية مع المواقف المثيرة للخوف الناتج عن الحدث الصدمي، وتأتي كنتيجة للتغيرات السلوكية التي تشكل المواجهة مع هذه المخاوف، وبالتالي التوقف عن التجنب، ويستند بشكل أساسي على نظرية معالجة المعلومات العاطفية(Gallagher&Resick,2012,pp.50-51).

يمكن لهذا النوع من العلاج الذي يعتمد على استحضار ذكريات الصدمة، مساعدة ذوي الأمراض المستعصية من مرضى السرطان على التخلص من تجنب المواقف المثيرة للخوف والقلق والذي يعد من الأعراض البارزة لاضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن الإعلان عن المرض.

3.6 علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العينين (EMDR):

يعتبر علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العينين (EMDR)، وهي تقنية علاجية اكتشفتها الأخصائية النفسية الأمريكية F.SHAPIRO في عام 1987 وطورتها في عام 1989، من بين أفضل العلاجات الفعالة للصدمة النفسية طلبا، ويوصى باستعماله في غضون الثلاثة أشهر الأولى التي تلي التعرض للحدث الصدمي، وهو علاج نفسي يتضمن إزالة الحساسية عن طريق حركة العين وإعادة البرمجة، ويحقق فيه المريض تركيزا مزدوجا على المثيرات الخارجية كحركات العينين أو الأصوات أو النقرات، بالتزامن مع تركيزه على المادة العاطفية التي تزعجه، ويتم على ثماني مراحل ويسهل الوصول إلى الذكريات المؤلمة وباقي وجهات النظر لحلها بشكل تكيفي(Pérez&Garayo,2022,p.19).

وبالتالي فإن الخضوع لعلاج الEMDR، يمكن ذوي الأمراض المستعصية من مرضى السرطان من الوصول إلى ذكريات حدث الصدمة بطرق محددة للغاية، مع إعادة معالجة ما يتذكرونه من الحدث السلبي وإصلاح الإصابة العقلية من تلك الذكريات المؤلمة المرتبطة بالإعلان عن المرض مما يزيل عنهم الشعور بأن تذكره سيجعلهم يعايشونه مجددًا، وتصبح المشاعر المرتبطة به أكثر قابلية للتحكم فيها.

3.2.8.العلاج النفسي بالوسائط الفنية (ART THERAPY):

أولا. تعريف العلاج النفسي بالفن: تعتبر مارغريت نومبورج (Naumbourg)، وجيمس ديني(Denny) من رواد العلاج النفسي بوساطة الفن، وهو طريقة تقوم على توظيف وسائل التعبير الفني التشكيلي بأسلوب منظم ومخطط لتحقيق أغراض علاجية في أنشطة فردية أو جماعية، حرة أو مقيدة وفقا لأهداف خطة العلاج وحاجات المريض، بهدف تفريغ الخبرات الحياتية المؤلمة غير المرغوب فيها وتعويضها بخبرات مثمرة ذات قيمة ونقل المريض من حالة الشعور

بالاغتراب والعدوانية والتمركز حول الذات والقلق إلى حالة تسودها مشاعر الحب والتعاطف والإقبال على الحياة والشعور بالتوازن الداخلي، وله وجهان متكافئان:

الفن التشكيلي: وهو التعبير الفني غير اللفظي بالرسم أو أعمال الفخار والخزف، حيث يتم التعبير عن الخبرات المكبوتة المسببة للمشكلات والاضطرابات السلوكية.

العلاج النفسي: للكشف عن حقيقة ومكنون تلك الخبرات وتفسيرها، وإيجاد حلول للمشكلات والصعوبات وإحداث تغيير نحو الأفضل في شخصية الفرد وحياته. (زهران، 2005، ص.378).

العلاج بالفن مهنة تكاملية في مجال الصحة النفسية والخدمات الإنسانية تثري حياة الأفراد والعائلات والمجتمعات من خلال الإبداع الفني النشط والعملية الإبداعية والنظرية النفسية التطبيقية والخبرة الإنسانية في إطار علاقة علاجية نفسية، ويستخدم لتحسين الوظائف المعرفية والحسية الحركية، وتعزيز احترام الذات والوعي الذاتي، وتنمية المرونة العاطفية وتعزيز المهارات الاجتماعية والحد من الضيق والكرب والصراعات الداخلية(American art therapy association,2017).

ثانيا. أهمية العلاج بالوسائط الفنية: المساعدة السيكولوجية والعلاج الشفائي الذي يقوم به الأخصائي النفسي لفائدة مرضى السرطان باستعمال هذا النوع من العلاج الذي يعتمد على استخدام الوسائط الفنية كالرسم والموسيقى، الغناء والرقص والتشكيل الفني يؤتي ثماره وأكله، الشيء الذي خلصت إليه دراسة مونتي بيترسون وآخرون (Monti, Peterson & all,2005) حول تطبيق برنامج علاجي بطريقة العلاج بالفن على نساء تم إخبارهن للتو بتشخيص السرطان لديهن، ضمن ورشات علاجية جماعية متنوعة الوسائط الفنية لمدة ثمانية أسابيع بمعدل حصتين أسبوعيا، وذلك بهدف تخفيف آثار الصدمة النفسية عليهن، فقد أثبتت هذه الدراسة أن اتباع برنامج علاجي بالفن لمدة ثمانية أسابيع قد خفض كثيرا من أعراض المعاناة النفسية لديهن (الإحباط، القلق والتوتر، الحساسية الزائدة، المزاج الاكتئابي) عقب صدمة معرفة الإصابة بمرض السرطان، كما ساعدهن على تحسين نمط حياتهن من خلال الإقبال بشكل أفضل على الحياة وعدم إغفال المشاريع الحياتية على المدى الطويل(حمايدية، 2016، ص.29).

علاوة على ذلك، وفي سنة 2019نشر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في أوروبا تقريره رقم 67ا لذي يحلل الأدلة المستقاة من أكثر من 900 دراسة حول العالم، بهدف إثبات أن الفنون مفيدة للصحة البدنية والعقلية، وقد حدد هذا التقرير الأدلة على القيمة المحتملة للفنون في تعزيز الصحة الجيدة، والوقاية من مجموعة من الحالات الصحية النفسية والبدنية أو تحسينها، وعلاج أو إدارة الحالات المرضية الحادة والمزمنة التي تنشأ على مدى الحياة، وقد غطت هذه الدراسات مجموعة متنوعة من الأنشطة الفنية واستكشفت البرامج التي تم تقديمها في مجموعة من المواقع المختلفة من المستشفيات إلى الرعاية الأولية، إلى المجتمع المحلي والمنزل، وقد أشار التقرير أيضا إلى أن بعض تدخلات العلاج بالفن بما في ذلك العلاج بالموسيقى يمكن أن تكون ذات مردود أعلى بالمقارنة مع العلاجات الطبية الحيوية التقليدية، بالإضافة إلى ذلك أصدر أعضاء مجلس إدارة منظمة الصحة العالمية تحفيزات للاهتمام بالعلاج بالفن وإدراجه في السياسات الصحية (Fancourt&Finn,2019,pp.55-57).

إن النتائج المستخلصة من هذه المراجعة للأدلة الإجمالية تضفي المصداقية على التأثير القوي للفنون على الصحة النفسية والبدنية على حد سواء، وتكمن أهمية ونجاعة العلاج النفسي بالوسائط والأساليب الفنية التكاملية كالعلاج بالرقص والحركة(DMT) والعلاج بالدراما (Drama Therapy) والعلاج بالرسم، والعلاج بالموسيقى (Music Therapy) ومنها الموسيقى التحليلية إضافة إلى العلاج النفسي التعبيري الداعم(supportive-Expressive Therapy)، في كونه يشرك العقل والجسد والروح من خلال الفرص الحركية والحسية والإدراكية والرمزية المتاحة لإيجاد أنماط من التواصل الاستقبالي والتعبيري بدل التعبير اللفظي المقيد في مثل حالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية كالسرطان، ونتناول تحت العنصر الموالي الوسائط الفنية المتبعة في علاج الصدمة النفسية:

ثالثا. الوسائط الفنية المستعملة في علاج الصدمة النفسية: يمكن للأخصائيين النفسيين استخدام فئات واسعة من الفنون، قامت بتحديدها منظمة الصحة العالمية، واستعمالها كأدوات ووسائط علاجية أساسية لاستعادة الصحة النفسية والجسدية والعاطفية للشخص أو الحفاظ عليها أو تحسينها، كالفنون الأدائية من موسيقى ورقص وغناء ومسرح وسينما، والفنون البصرية من حرف

يدوية وتصميم ورسم وتصوير فوتوغرافي، والفنون الأدبية من شعر وكتابة وقراءة، والثقافية من زيارة للمتاحف والمعارض وحضور للحفلات الموسيقية والمسارح، والفنون الالكترونية والرقمية من رسوم متحركة وفنون رقمية، ونتناول في ما يلي بعض الوسائط الفنية المستعملة لعلاج الصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية في إطار ورشات أو نوادي علاجية تؤطر من طرف الأخصائي النفسي:

- **الفخار والخزف:** تتيح أعمال الفخار والخزف فرصة إسقاط مصور (Pictorial Projection) لمكبوتات ومكنونات نفسية داخلية مثل المخاوف والمشاعر والاتجاهات، وتجسيدها في أعمال فنية خارجية تظهر بشكل واضح أسهل من التعبير اللفظي عنها، الشيء الذي يساعد المريض عل إبصار مشكلته واضطرابه بموضوعية متزايدة (زهران، 2005، ص.379).
- **الرسم:** يرى التحليل النفسي أن الرسم كالحلم تماما يخضع لكل قوانين التعبير اللاواعي من رمزية وتكثيف، وقابل للقراءة كلغة الحلم، وعلى المستوى العلاجي فتكاد ألا تخلو أي طريقة علاجية بصرف النظر عن أسسها النظرية من استخدام الرسم بشكل تلقائي، ويستفيد العلاج من القوة التعبيرية الغير لفظية للرسم(حجازي، 1982، ص ص.158-169).

هكذا فإن الرسم من بين أهم الوسائط الفنية المستخدمة للكشف عن آثار الصدمات النفسية، بما فيه الخربطة على الورق، رسم القصة الجماعية(dessin de l'histoire collective)، ورسم الجداريات (fresques)، رسم الذكريات السيئة والذكريات الحسنة، وقد استُخدمت الرسومات أيضا لمساعدة العاملين في مجال الرعاية الصحية في التعرف على الأعراض التي يعاني منها مرضى السرطان من الأطفال، لكن يجب علينا الانتباه إلى الرسومات التمويهية الخداعية التي ينتجها العميل والتي تدل بشكل أو بآخر على محاولته الدفاع عن نفسه في مواجهة الأحداث الصادمة.

- **الرسومات التمويهية (Dessins Leurre)** :لاحظت هيلين رومانو (Hélène Romano2009) في دراستها التي أجرتها على 87 طفلا تتراوح أعمارهم بين 5 و17 سنة كانوا قد تعرضوا لأحداث صادمة سواء أكانت مقصودة أو عرضية مقصودة أو عرضية بطبيعتها، إنتاجهم لرسومات مع عدم وجود أثر واضح للصدمة، رغم أن المعالجة

الفورية والمتأخرة لهؤلاء الأطفال تشهد على حقيقة وشدة الإصابة الصادمة الناجمة عن الحدث واقترحت تسمية هذه الرسومات "بالرسومات التمويهية "(dessins-leurre)، ولمصطلح الشراك الخداعية " leurre " عدة تعريفات فهو نظام من التدابير المضادة المستخدمة في الدفاع عن النفس، ولكنه أيضا لخداع شخص ما بتوقعات خاطئة، فالرسم التمويهي له وظيفة مزدوجة : خداع المخاطَب وهو المعالج من خلال تقديم طمأنة كاذبة عن حالته، وتوفير دفاع ضد تهديد الفناء بعد الصدمة المؤلمة(Romano,2010,PP.78-79).

- **الموسيقى:**العلاج بالموسيقى هو تعامل موسيقي مع المريض بهدف علاجي وهو حل المشكلات والتغلب على الصعوبات وعلاج الأمراض والاضطرابات النفسية والوصول إلى التوافق والصحة النفسية، ويهدف إلى تحسين السوك الاجتماعي والانفعالي ونمو الشخصية ككل عن طريق خبرات موسيقية مدروسة ويشمل نوعين من العلاج هما العلاج الفردي بالموسيقى(Individual Music Therapy) والعلاج الجماعي بالموسيقى(Group Music Therapy)(زهران، 2005، ص.387).

لا يحمل العلاج بالموسيقى تعريفا عالميا أو توافقيا واحدا، بل تتعدد تعريفاته وتختلف بتعدد الهيئات والمؤسسات التي تتبناه:

تعرفه الفدرالية الفرنسية للعلاج بالموسيقى على النحو التالي: «العلاج بالموسيقى هو ممارسة للرعاية أو المساعدة أو الدعم أو إعادة التثقيف والعناية بالأشخاص الذين يعانون من صعوبات في التواصل و/أو العلاقات، وهناك تقنيات مختلفة للعلاج بالموسيقى تتكيف مع مختلف الفئات المعنية من اضطرابات نفسية وعاطفية، وصعوبات اجتماعية وسلوكية واضطرابات حسية أو جسدية أو عصبية، ويعتمد العلاج بالموسيقى على الروابط الوثيقة بين العناصر المكونة للموسيقى، وتاريخ الفرد، ويستخدم الصوت و/أو الموسيقى و/أو الوساطة الموسيقية لفتح أو استعادة التواصل والتعبير ضمن العلاقة في السجل اللفظي و/أو غير اللفظي».

ومنذ عام 1996، اعترفت منظمة الصحة العالمية بمكانة العلاج بالموسيقى كعلاج صحي في المجال النفسي، وعرّفته على النحو التالي: « العلاج بالموسيقى هو أحد مكونات العلاج بالفن،

والذي يتكون من استخدام الموسيقى كأداة علاجية لاستعادة الصحة العقلية والجسدية والعاطفية للشخص أو الحفاظ عليها أو تحسينها »(Masciari,2022, pp.18.19).

❖ **أثر العلاج بالموسيقى على مرضى السرطان:** تشير منظمة الصحة العالمية (2019) إلى الآثار الإيجابية المترتبة عن توفير الأنشطة الفنية مثل الحفلات الموسيقية الحية المنتظمة، الموسيقى المسجلة أو الشعر الصوتي المسجل، داخل المستشفيات ومصالح طب الأورام والتي نوجزها في ما يلي:

الحد من القلق والاكتئاب ويساهم في تعزيز الأمل لدى مرضى السرطان.

تعزيز الشعور بالطاقة والحيوية والإحساس بالسيطرة وزيادة المرونة وتحقيق الذات.

تعزيز العلاقات الاجتماعية والسلوكيات التعاونية والثقة والوعي.

الحد من الخوف والألم، وتحسين التأقلم والتكيف النفسي مع المرض.

تعزيز التفاؤل والأمل في البقاء على قيد الحياة وتحسين علاقة الفرد بجسده.

كما أن الاستماع للموسيقى يقلل من مدة الإقامة في المستشفى بعد إجراء جراحة استئصال الأورام السرطانية لسرطان(Fancourt&Finn,2019,pp.45-47).

4.2.8. العلاج الجماعي (Group therapy):

تتنوع طرق العلاج الجماعي بتنوع أصولها النظرية حيث نجد العلاج النفسي التحليلي الذي يعتبر نوعا من التحليل النفسي الذي يطبق في مواقف جماعية، ونجد العلاج الجمعي الجشطلتي الموجه نحو الخبرات الفردية للمريض والعلاج النفسي السلوكي الذي يستخدم أسلوب تقليل الحساسية أو نمذجة المهارات البين شخصية أو استخدام إعادة البناء المعرفي، كما نجد التحليل التعاملي، هذا بالإضافة إلى السيكودراما (Psychodrama) والعلاج الجمعي المحدد زمنيا (Time-Limited Group Therapy) وهما من بين النماذج الأكثر ملاءمة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة.

أولا. العلاج الجماعي المحدد زمنيا (Time-Limited Group Therapy): العلاج الجماعي المحدد زمنيا نموذج معاصر فعال وقابل للتطبيق بشكل أوسع في مجال الرعاية الصحية، وتلتقي المجموعات العلاجية في هذا النوع من العلاج بشكل أسبوعي، ولفترة زمنية محددة، تليها جلسة

متابعة بعد 6 أشهر إلى 12 شهرا للحفاظ على التغير الإيجابي والتعرف على المنجزات والتغيرات الناتجة، وتتميز المجموعات المحددة زمنيا بخصائص رئيسية أشار إليها بدمان وجيرمان (Budman&Gurman, 1988) كما يلي :

إنشاء محور اهتمام داخل المجموعة والإبقاء عليه : حيث يتم إثارة موضوع أو مشكلة رئيسية مشتركة بين أفراد المجموعة والتركيز عليها كتلك المتعلقة بالعلاقات الزوجية والمسائل الحميمة.

تحضير وانتقاء أفراد المجموعة: ويتم ذلك من خلال تنظيم ورشات عمل لتقييم الأفراد المحتمل انضمامهم للمجموعة العلاجية، وانتقائهم بدقة بهدف تحقيق الأهداف المرجوة وتسهيل الحصول على المهارات اللازمة للمساهمة فيها والإفادة منها.

انسجام المجموعة: فتماسك أفراد المجموعة وانسجامهم وتعاونهم وتعاطفهم وثقتهم ببعضهم البعض يعد عاملا مؤثرا على النتائج العلاجية، ويقابل انسجام المجموعة في العلاج الجمعي التحالف العلاجي بالنسبة للعلاج الفردي بما يوفره لأفراده من التغذية الراجعة(feedback)، الدعم والمساندة، والحصول على المعلومات والنصائح، وتجربة سلوكيات وطرق جديدة لتحسين نوعية الحياة.

العوامل الوجودية ومحدودية الزمن: حينما يدرك أفراد المجموعة بأن الفترة المخصصة لهم قد أشرفت على النهاية، لأن هذا النوع من العلاج محدد بالزمن، قد يطرحون بعض المشاعر المرتبطة بالمرحلة الحياتية الراهنة، وبالخسارات السابقة والإحباطات المتعلقة بعدم إنجاز المزيد ضمن الجماعة الشيء الذي يمكن أن يحول دون الفصل في القضايا الوجودية التي تأتي في مقدمة الانشغالات، ما يثير في أنفسهم الشعور بأن حياتهم محددة هي الأخرى بالزمن ويحفز أفراد

المجموعة الذين كانوا في السابق متخوفين من أي تغير يطرأ على حياتهم ولو كان بسيطا(Budman&Gurman,1988,pp.248-268).

ثانيا. السيكو دراما(Psychodrama): تتمثل العناصر الأساسية للسيكودراما في المريض والمعالج وأنوات إضافية(auxiliary egos)- مرضى، مساعدون علاجيون -، وجمهور حيث يحدد المعالج دور المريض ويوزع الأدوار للأنوات الإضافية، وينتظر من الجمهور المشاركة الراهنة وتوفير التقبل والتفهم للمريض، وقام بتطوير هذا النوع من العلاج مورينو(Moreno,1946,1959)، وهو شكل من أشكال لعب الأدوار وفيه يقوم المرضى بتمثيل أدوار مسرحية ينتج عنها تفريغ وارتياح انفعالي، ويطلب من المريض تمثيل دور نفسه أو دور أشخاص آخرين ويمكن أن يطلب منه في منتصف الدراما التي يقوم بتمثيلها بتغيير الدور الذي يقوم به، وتشمل الدراما أحداثا من ماضيه أو أحداثا مستقبلية يترقبها بقلق وضيق وانزعاج، وهذا النوع من العلاج كفيل بأن يقوده إلى نوع أكثر عمقا من التفريغ الانفعالي وتفهم الذات (تيموثي، ت داود وزين الدبن، 2007، ص684).

وبالتالي يمكن للسيكو دراما أن تساعد مرضى السرطان على التعافي من الصدمة النفسية الناتجة عن تشخيص هذا الداء لديهم، باعتبارها مجالا يمكن من خلاله تفريغ قلقهم وأحاسيسهم وانشغالاتهم.

5.2.8. النوادي العلاجية:

ينشئ بعض المعالجين النفسانيين أندية خاصة تتيح فرصة العلاج الجماعي القائم على نشاط المرضى العملي والترفيهي والاجتماعي، وغالبا تبدأ الجلسات العلاجية بنشاط رياضي مثل الكرة الطائرة وفني مثل الموسيقى أو الغناء أو الرقص أو التمثيل، ويحدد سلافسون (slavson,1943-1947) ملامح العملية العلاجية ضمن هذه النوادي في تعويض الكلام والتعبير اللفظي بنشاط المرضى، وتجهز هذه النوادي بمختلف الوسائل والمعدات كالخشب والصلصال والطين وأدوات

الرسم والألوان والأقلام والأوراق، وتهدف إلى الحد من القلق والتوتر والمخاوف وتعزيز التواصل الاجتماعي(زهران، 2005، ص ص.297-298).

تعد النوادي العلاجية إطارا مكانيا ملائما لعلاج مختلف أشكال الصدمة النفسية بما فيها الصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية باستخدام مختلف الطرق والتقنيات العلاجية وعلى رأسها العلاج بالوساطة الفنية، فقد أثبتت هذه النوادي قدرتها العلاجية والشفائية والتجربة الرائدة التي قامت بها وكالة التنمية الاجتماعية(ADS) في هذا المجال خير مثال على ذلك.

بالإضافة إلى ما أشرنا إليه من طرق وتقنيات خاصة بالتكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية وعلى رأسها السرطان، يستعمل الأخصائي النفسي طرقا أخرى كالعلاج النفسي المختصر، العلاج النسقي، التحليل النفسي، العلاج بوساطة الحيوان، العلاج السردي، ويقوم بالمزج بين نوعين أو أكثر من العلاج حسب الضرورة في بعض الأحيان، ولتكون عملية التكفل النفسي ناجحة ومثمرة يجب أن تتم في إطار علاقة علاجية جيدة، كما يجب أن تأخذ بعين الاعتبار باقي الانشغالات والصعوبات التي يواجهها المرضى، كاضطراب صورة الجسد، الصعوبات التواصلية والصعوبات الاجتماعية والعلائقية والصعوبات المادية والمهنية، والتأثيرات الجانبية للأدوية، وخصوصية كل مرحلة علاجية التي تشكل بدورها تحديا جديدا أمام المريض، كما يجب التنسيق مع مختلف الشركاء والعمل في شبكة لمعالجة المشكلة من شتى الجوانب.

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية

سيتم في هذا الفصل التطرق إلى ثلاثة محاور أساسية: المنهج المتبع وأدواته، ثم إجراءات الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية.

1 . المنهج المتبع: تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي.

1.1 تعريف المنهج الوصفي: المنهج الوصفي طريقة لوصف الظواهر المدروسة وتصويرها كميا عن طريق جمع معلومات مقننة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة، ويعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها تعبيرا كيفيا أو كميا ويهدف إلى تحديد المشاكل الموجودة وتوضيح بعض الظواهر ومقارنتها وتقييمها وإيجاد العلاقات بينها وتحديد ما يفعله الأفراد في مشكلة ما والاستفادة من خبراتهم وآرائهم في وضع تصور وخطط مستقبلية واتخاذ قرارات في مشاكل ذات طبيعة مشابهة (بوحوش والذنيبات، 2007، ص ص، 138- 139).

2 .أدوات البحث المستخدمة:

تم في هذه الدراسة بناء استبيان حول التكفل النفسي بالأمراض المستعصية في الوسط العيادي الجزائري، وتم ذلك وفق الخطوات التالية:

1.2. مصادر بناء الاستبيان:

تم بناء الاستبيان بالاعتماد على الدراسات والمقاييس التالية:

- مقياس القلق الصريح لجانيت تيلور (1953) .Taylor, J. A والذي تم تطويره وفقا لنظرية الاندفاع العام لسبنس (Spence) ويتكون من 50 فقرة تتم الإجابة عنها بنعم أو لا حيث تعطى درجة واحدة لنعم وصفر في حالة الإجابة بلا، ويقيس هذا المقياس وبموضوعية كبيرة مستوى ودرجة الاستعداد للقلق عند الأفراد من خلال ما يشعرون به من أعراض ظاهرة صريحة (مركز ديبونو لتعليم التفكير، 2017، ص ص 07 -11)

- الاستبانة التي بناها فالح بن صلهات الدلبحي العتيبي في دراسته سنة 2011 حول دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض، والتي بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى (0.01) فأقل في اتجاهات الأطباء، واتجاهات الأخصائيين النفسيين في ما يتعلق بمهام الأخصائي النفسي لصالح الأخصائيين النفسيين(العتيبي.2011.ص193).
- دراسة أ. بيران، إ. كوزينيان وآخرون (A.PERRAIN, I.KOUSIGNIAN et al) سنة 2009 حول صعوبات إعلان المرض الخطير عند أطباء الدم الفرنسيين والتي هدفت إلى تسليط الضوء على مختلف الصعوبات التي يواجهها أخصائيو أمراض الدم الفرنسيون في القيام بالإعلان عن سرطان الدم، على عينة تتكون من 917 عضوا في الجمعية الفرنسية لأمراض الدم (SFH) باستخدام استبيان إلكتروني يتكون من ثلاثة محاور حيث تناول المحور الأول المعطيات الاجتماعية والديمغرافية وتضمن المحور الثاني 14 فقرة لتقييم صعوبات الإعلان عن هذا المرض المستعصي ومعرفة ما إذا كانت مرتبطة بالخوف من إثارة ردود أفعال غير مرغوب فيها لدى المرضى ولدى أنفسهم أما المحور الثالث فيتعلق بتقييم مشاعر الأطباء قبل وأثناء وبعد الإعلان عن المرض المستعصي وبتقييم كفاءاتهم ونوعية تكوينهم وتدريبهم في ما يخص مهارات الاتصال. وقد أتم 117 طبيبا الإجابة على الاستبيان حيث أكد 58.1% أنهم لا يجدون صعوبة في الإعلان عن المرض المستعصي وفي حالة وجود صعوبات فإنها تبقى مرتبطة بخوفهم من مواجهة هذه الصعوبات كالخوف من عدم معرفة كيفية الرد على أسئلة المريض، أكثر من توجسهم وخوفهم من إثارة ردود أفعال غير مرغوب فيها عند المرضى.(PERRAIN & al.2009.161)

- دراسة مونتي، بيترسون وآخرون(MONTI & al) سنة2005 والتي هدفت إلى جمع المعطيات حول فعالية برنامج العلاج بالفن المطور حديثا والقائم على الوعي التام mindfulness-based art therapy (MBAT) الذي طبق على 111 امرأة تم اختيارهن وفق السن وتعانين من مختلف أنواع السرطان، ضمن ورشات ونوادي علاجية جماعية متنوعة الوسائط الفنية لمدة ثمانية أسابيع وذلك بهدف تخفيف آثار أعراض الكرب لديهن، وقد أثبتت هذه الدراسة أن العلاج بالفن يساهم فعلا في التخفيف من الآثار النفسية الناتجة عن السرطان لما يوفره من فرص للتعبير اللفظي والغير لفظي ومن تعزيز للمساندةالنفسية ولاستراتيجيات التكيف ويمكن أن يكون له دور رائد في علاج مرضى السرطان مستقبلا.(Monti&al.2005).
- دراسة إليسكيلبيرجر(Elise Kilburger) سنة 2012 والتي ترى أن المرض الذي يخشاه المريض بقوة وبدرجة عالية هو السرطان نظرا للخبرات المعاشة في المحيط والمتعلقة بهذا المرض، وأنه ينتظر المعلومة الصحيحة والكاملة حول مرضه، وخاصة في ما يتعلق بالمرحلة والعلاجات ونتائجها، حتى وإن أثارت هذه المعلومات معاناته الأكيدة ويذهب إلى غاية طلب مآل مرضه إذا كانا سيئا ويرجو من طبيبه المعلن التعاطف واللطف في إعلان هذا الخبر السيء بالإضافة إلى أن الكفاءة في الإجابة على تساؤلاته وحضور شخص قريب في هذه الظروف الصعبة مفضل عموما وقيام الطبيب المعالج بالإعلان مفضل أيضا لمعرفته الجيدة بالمريض وقربه منه، كما

يفضل الطبيب المختص لكفاءته في مجال المرض ولمكانته الأساسية في مسار علاج المصاب الذي يتمنى أن يعلم مبكر (Kilburger,2012.pp.25-33) .

- دراسة د. مصطفى منصوري حول واقع الممارسة النفسية العيادية لدى عينة من المختصين النفسانيين العياديين على مستوى المؤسسات والمراكز الاستشفائية بمدينتي وهران ومستغانم والتي أبرزت مختلف الصعوبات التي يعانون منها كتلك المرتبطة بتكوينهم الجامعي بنسبة 81.46 % ، والصعوبات المتعلقة بالبيئة المحلية والمحيط الثقافي والاجتماعي بنسبة 76.82 %، صعوبات خاصة بالمؤسسات الاستشفائية والمراكز الصحية بنسبة 39.63% وتلك المتعلقة بالحالات التي يتكفلون بها وبأسرهم بنسبة 34.75%(منصوري، 2016، ص 210).
- دراسة د. فهد بن عبد الله الربيعة (2005) دور الأخصائي النفسي كما يدركه الطبيب النفسي، دراسة أجريت على عينة من الأطباء النفسيين العاملين في مستشفيات الطب النفسي في المملكة العربية السعودية مكونة من (64) طبيباً وطبيبة نفسية. وذلك باستخدام أداة لقياس المهام الأساسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي، وأظهرت النتائج أن الدراسة كشفت عن وجود فروق بين الأطباء النفسيين والطبيبات النفسيات في محاور التشخيص والاستشارات النفسية لصالح الطبيبات النفسيات. كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين الأطباء النفسيين الذكور والإناث ذوي الخبرة القليلة ونظرائهم ذوي الخبرة الواسعة في جميع جوانب أداة الدراسة، وكانت هذه الفروق لصالح ذوي الخبرة الواسعة ولم تظهر نتائج الدراسة وجود فروق بين الأطباء النفسيين والطبيبات النفسيات تبعاً لمتغير الرتبة المهنية –استشاري، أخصائي، مقيم– (الربيعة، 2005. ص6).

- دراسة د. شهرزاد نوار سنة 2018 على عينة من 32 مختصا نفسيا والتي هدفت إلى تسليط الضوء على واقع التكفل النفسي بذوي الأمراض المزمنة والخطيرة في مدينة ورقلة وأهم المعوقات التي تعيق المختص النفسي في أداء مهامه ودوره على أكمل وجه وتؤثر على ممارسته العيادية كعدم كفاية التعليم الأكاديمي الجامعي بالنسبة ل 68.75 % من المبحوثين وعدم فعاليته عند 62.5%، بالإضافة إلى مختلف المعوقات المادية والمعنوية حيث يؤدي 40.62% مهامه في إطار ومكان غير مريح ويعاني 31.25 % منهم من الفهم الخاطئ لدورهم (نوار، 2018، ص ص 625-634).
- دراسة العتيبي سنة 2011 حول دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة العاملين في المستشفيات الحكومية على عينة تتكون من 181 من منتسبي بعض المستشفيات في مدينة الرياض من ممرضين وأطباء وأخصائيين نفسيين باستخدام المنهج الوصفي المسحي والتي خلصت إلى مجموعة من النتائج من أهمها موافقتهم غالبا على أن قياس الذكاء والقدرات العامة للمرضى والتعرف على تاريخهم المرضي تتصدر الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي، بالإضافة إلى موافقتهم غالبا على أن التعرف على دور الأسرة في حدوث المرض وإقامة علاقة قوية مع المرضى من أهم المهارات التي يجيدها. (العتيبي، 2011، ص ص 184-197).

- دراسة نورالدين تاوريرت سنة 2007 حول واقع الممارسة السيكولوجية (حالة بسكرة) والتي تناولت أهم المعوقات التي تواجه ممارسة الأخصائي النفسي بالمراكز النفسية التابعة لقطاع النشاط الاجتماعي على عينة تكونت من 20 مختصا نفسيا في مختلف التخصصات وعلى رأسها المعوقات الشخصية المتمثلة في الإدراك السيء للذات المهنية والمعوقات الخاصة بالتكوين في معاهد علم النفس كضعف المقاييس المقررة وسطحيتها والاختلاف بين الجانب التكويني الأكاديمي والممارسة الميدانية، عدم تكييف البرامج والمقررات الدراسية مع ثقافة المجتمع الجزائري بالإضافة إلى المعوقات الخاصة بالوظيفة ومحيط العمل كعدم تماشي المهام المخصصة للأخصائيين النفسيين في الجريدة الرسمية مع الممارسة السيكولوجية الفعلية، والمعوقات الخاصة بالعلاقة مع الزملاء من باقي التخصصات والأخصائيين في مجال الممارسة السيكولوجية، ونظرة محيط العمل السلبية للمهام والأدوار التي يقوم بها ونقص الروائز والاختبارات النفسية، المعوقات ذات العلاقة بإطار العمل كتلبك المتعلقة بمكتب العمل والافتقار إلى الأجنحة الخاصة بتأطير مختلف الورشات وعدم المشاركة في مختلف الدوارت التكوينية والتدريبية الشي الذي يؤثر سلبا على أدائهم (تاوريرت، 2007، ص ص 345– 348).
- دراسة هـ . رومانو(H.Romano) سنة 2010 حول الآثار النفسية المترتبة عن تشخيص وإعلان المرض الخطير والذي يعتبر بمثابة حدث صادم للمريض ويمكن أن يخفف أو يعزز هذه الصدمة وحول التأثير الحاسم للظروف المحيطة به على

ردود أفعال المريض ومسار رعايته والتي تناولت بالإضافة إلى التأثير المؤلم للتشخيص الخطير وتداعياته النفسية على المريض مختلف أساليب الإعلان وردود الفعل والتبعات المحتملة سواء من جانب المريض أو من جانب مقدم الرعاية(Romano,2010,pp.226 -228).

2.2. النسخة الأولية للاستبيان: اعتمد الباحث في جمعه للبيانات على استبيان التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية (السرطان نموذجا) من وجهة نظر المرضى ومن وجهة نظر الأخصائي النفسي ومن وجهة نظر الأطباء، ويتكون الاستبيان في صورته الأولية من 132 فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد كالتالي: (ملحق1)

البعد الأول: التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المرضى ويتكون من ثلاثة محاور:

- **المحور الأول:** متعلق بمرحلة الإعلان عن المرض وفيه ثلاثون فقرة.
- **المحور الثاني:** في زمن أو مرحلة المرافقة العلاجية وفيه ثلاثون فقرة.
- **المحور الثالث:** في زمن أو مرحلة إتمام الدورة العلاجية والاستعداد لمغادرة المصلحة ويحوي تسع فقرات.

البعد الثاني: التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المختص النفسي ويتكون من ثلاثة محاور:

- **المحور الأول:** التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة وفيه تسع فقرات.
- **المحور الثاني:** الأداء والكفاءة المهنية وفيه تسعة عشر فقرة.
- **المحور الثالث:** الصعوبات والعراقيل ويحوي سبعة عشر فقرة.

البعد الثالث: التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر الأطباء وهو محور واحد يضم ثمانية عشر فقرة.

3.2. صدق المحتوى : تم التأكد من صدق محتوى الاستبيان من خلال عرضه على 08 أساتذة محكمين (ملحق رقم 2)، وانطلاقا من ملاحظاتهم تم حذف 28 فقرة من الاستبيان (ملحق رقم 3)، كما تم إجراء مجموعة من التعديلات على بعض الفقرات كما يلي:

جدول (18): تعديلات المحكمين لاستبيان التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية

البعد	المحور	الفقرة	الفقرة قبل التعديل	الفقرة بعد التعديل
I	1	26	لقد كان الإعلان عن المرض من طرف المختص النفسي أو بحضوره مطمئنا	كان الإعلان عن المرض من طرف المختص النفسي مطمئنا
	2	18	استفدت من التكفل النفسي والمساعدة الاجتماعية المقدمة من طرف الأخصائي النفسي	استفدت من التكفل النفسي والاجتماعي المقدم من طرف الأخصائي النفسي
		22	استفدت من الكفالة النفسية المقدمة من طرف الأخصائي النفسي	استفدت من التكفل النفسي المقدم من طرف الأخصائي النفسي
		24	استفدت من التكفل النفسي والمساعدة الاجتماعية المقدمة من طرف الأخصائي النفسي	استفدت من التكفل النفسي والاجتماعي المقدم من طرف الأخصائي النفسي
	3	3	أوضح لي الأخصائي النفسي مختلف الآليات والتدابير والبرامج التي تضعها الدولة في متناول المرضى كالحق في الاستفادة من المنحة الجزافية للتضامن والتغطية الاجتماعية	أوضح لي الأخصائي النفسي مختلف الآليات والتدابير والبرامج التي تضعها الدولة في متناول المرضى كالحق في الاستفادة من المنحة الجزافية للتضامن والتغطية الاجتماعية بعد الخروج من المصحة
		8	ساعدني الأخصائي النفسي في التنسيق مع طبيبي المعالج	ساعدني الأخصائي النفسي في التنسيق مع طبيبي المعالج خارج المصلحة العلاجية
II	1	3	تلقيت تكوينات مكملة للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	تلقيت تكوينات مكملة للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية خارج الجامعة
		4	المعارف المتخصصة التي تلقيتها كافية في ما يتعلق بفهم وتطبيق	معارفي كافية حول الاختبارات الخاصة بالصدمة النفسية

			المقاييس والاختبارات الخاصة بالصدمة النفسية	
		7	أرى نفسي مؤهلا للتكفل بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	أرى نفسي مؤهلا معرفيا للتكفل بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية
		9	أنا ملم بمفهوم أزمنة ومراحل وشروط الإعلان عن الأمراض المستعصية	أنا ملم بمراحل وشروط الإعلان عن الأمراض المستعصية
	2	14	ألجأ إلى الارتجال ومحاولة إيجاد السبل العيادية الأنسب للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	اجتهد في إيجاد السبل العيادية الأنسب للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية
	3		**تم حذفه**	
III		10	يقوم الأخصائي النفسي بمرافقة المرضى ذوي الأمراض المستعصية في مختلف المراحل العلاجية	يحرص الأخصائي النفسي على مرافقة المرضى ذوي الأمراض المستعصية في مختلف المراحل العلاجية
		16	المختص النفسي لديه المهارة الكافية لتشخيص الصدمة النفسية وتحديد مستوياتها وطرق علاجها	المختص النفسي لديه المهارة الكافية لتشخيص الصدمة النفسية وعلاجها
		17	وجود المختص النفسي ضمن الفريق الطبي أمر ضروري ويساعد على التكفل بذوي الأمراض المستعصية	وجود المختص النفسي ضمن الفريق الطبي أمر ضروري للتكفل بذوي الأمراض المستعصية

وبهذا أصبح الاستبيان يتكون من 104 فقرات موزعة على الأبعاد التالية:

- **البعد الأول:** يتكون من ثلاثة محاور
  - المحور الأول: يشمل 29 فقرة
  - المحور الثاني: يشمل 27 فقرة
  - المحور الثالث: يشمل 09 فقرات
- **البعد الثاني:** يتكون من محورين
  - المحور الأول: يشمل 07 فقرات
  - المحور الثاني: يشمل 18 فقرة

❖ **البعد الثالث:** يشمل 14 فقرة

II. الدراسة الاستطلاعية:

1. **أهداف الدراسة الاستطلاعية:** تتمثل في ما يلي:

- التأكد من الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لأداة القياس : استبيان التكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية.
- استكشاف ميدان الدراسة الأساسية والاحتكاك بعينة الدراسة.
- تحديد جوانب القصور في إجراءات تطبيق أداة القياس.
- إلقاء الضوء على مختلف الصعوبات والعوائق المحتملة.

2. **حدود الدراسة الاستطلاعية:** تتمثل في ما يلي:

- **الحدود الزمنية:** أجريت الدراسة الاستطلاعية خلال السداسي الثاني لسنة 2022.
- **الحدود المكانية:** أجريت الدراسة الاستطلاعية على مستوى مراكز مكافحة السرطان، المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية العمومية، المؤسسات الاستشفائية الجوارية بالغرب الجزائري.
- **الحدود البشرية:** شمل مجتمع الدراسة ذوي الأمراض المستعصية من مرضى السرطان البالغين الذين تم تشخيص الصدمة النفسية لديهم باستخدام المقابلات العيادية وتطبيق مقاييس الصدمة النفسية كمقياس ترومالك، ومقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسونDavidson Trauma Scale according to DSM--IV، ويستفيدون من دورات علاجية على مستوى المراكز والمؤسسات الاستشفائية المذكورة أعلاه، والمختصين النفسانيين، والأطباء بمختلف رتبهم واختصاصاتهم ومهامهم.

- **الحدود الموضوعية** :تناولت الدراسة الحالية موضوع التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهات نظر متعددة : المرضى والأطباء والأخصائيين النفسيين.

3. ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية:

في إطار التحضير لإعداد الدراسة الاستطلاعية تم الاتصال بمختلف الهيئات ذات العلاقة بموضوع بحثنا والمتمثلة في مديريات الصحة والمراكز والمؤسسات الاستشفائية الجامعية، مراكز مكافحة السرطان، المؤسسات الاستشفائية العمومية والجوارية بالغرب الجزائري، وهذا قصد الحصول على الترخيص لإجرائها، ثم التوجه إلى ميدان الدراسة على مستوى المصالح العلاجية على غرار مصالح الاستعجالات ومصالح طب الأورام، مصالح العلاج الكيميائي والإشعاعي ومصالح تصفية الكلى، مصالح الطب الداخلي، مصالح أمراض النساء والتوليد، مصالح أمراض الدم، مصالح جراحة المخ والأعصاب...، مع القيام بشرح هدف الدراسة للمشرفين عليها، والاحتكاك بعينات البحث من مرضى الأمراض المستعصية (مرضى السرطان)، ومختصين نفسانيين وأطباء مختصين وعامين لبناء علاقة تفهم والتأكيد على طوعية المشاركة، والتزام الباحث بالحفاظ على السرية التامة وعدم كشف هوية أفراد العينة وهوية المصالح المعنية، ونظرا لخصوصية عينات البحث – كالخضوع للعلاج الكيميائي والإشعاعي– بالنسبة للمرضى – وكذا المهام المنوطة بها من علاج وتكفل– بالنسبة للأطباء والمختصين النفسانيين– كان من الضرورة برمجة رزنامة عمل تناسبها وتناسب ظروفها.

4. مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية: تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على ثلاث مجموعات احتوت ذوي الأمراض المستعصية (السرطان)، الأخصائيين النفسيين، الأطقم الطبية:

1.4. المرضى ذوي الأمراض المستعصية:

جدول رقم 19 : مواصفات عينة المرضى الاستطلاعية

اختبار		التكرار	النسبة%المئوية
الجنس	ذكور	20	33
	إناث	40	67
المجموع		60	100
الوضعية الاجتماعية	متزوج	46	77
	أعزب	3	5
	أرمل	8	13
	مطلق	3	5
المجموع		60	100
مدة المرض	اقل من 1	21	35
	من 1 – 5	34	57
	من 5 – 10	5	8
المجموع		60	100

طبقت الدراسة على عينة قوامها 60 مريضا بالغا من ذوي الأمراض المستعصية (السرطان) من كلا الجنسين، والذين استفادوا من دورة علاجية واحدة على الأقل وكانت مواصفاتهم كما يلي:

% 67 منهم إناث 33% ذكور، 77% منهم متزوجون، 13% أرامل، 05% عزاب و05% مطلقون، وفي ما يخص تشخيص المرض لديهم نجد أن 57% تراوحت مدة المرض لديهم من سنة إلى خمس سنوات، و35% تم اكتشاف الإصابة لديهم حديثا في فترة لم تتجاوز السنة و08% ما بين خمس إلى عشر سنوات.

2.4. الأخصائيين النفسيين:

جدول رقم 20: مواصفات عينة المختصين النفسيين الاستطلاعية

اختبار		التكرار	النسبة%المئوية
الجنس	ذكور	4	13
	إناث	26	87
المجموع		30	100
المستوى العلمي	ليسانس	17	57
	ماستر	13	43
المجموع		30	100
الأقدمية	5−	4	10.33
	10 – 5	10	33.33
	10 +	16	53.34
المجموع		30	100

تكونت عينة المختصين النفسانيين من 30 مختصا نفسانيا يعملون على مستوى مصالح علاج الأورام والمؤسسات الاستشفائية العمومية ومراكز مكافحة السرطان بالغرب الجزائري وكانت مواصفاتهم كما يلي: 57%مستوى ليسانس، 43%مستوى ماستر، 87% إناث و13% ذكور، وكانت خبرتهم المهنية على النحو التالي: .53.34% خبرتهم أكثر من عشر سنوات، 33.33% خبرتهم من خمس إلى عشر سنوات، 10.33% أقل من خمس سنوات، يتوزعون على مختلف المصالح الطبية.

3.4. الأطباء:

جدول رقم :21 مواصفات عينة الأطباء الاستطلاعية

اختبار		التكرار	النسبة%
الجنس	ذكور	7	23
	إناث	23	77
المجموع		30	100
	طبيب مختص	7	23.4
	طبيب عام	23	76.6
المجموع		30	100
الأقدمية	5-	6	20
	10 – 5	17	56.66
	10 +	7	23.34
المجموع		30	100
مكان العمل	طب الأورام	2	6.6
	الاستعجالات الطبية	3	10
	باقي المصالح الطبية	25	83.4
المجموع		30	100

احتوت عينة الفريق الطبي هي الأخرى 30 طبيبا يعملون على مستوى مصالح علاج الأورام والمؤسسات الاستشفائية العمومية ومراكز مكافحة السرطان بالغرب الجزائري وكانت مواصفاتهم كما يلي: 76.6 % أطباء عامون، 23.4 % أطباء مختصون في مختلف التخصصات، 77 % إناث و23 % ذكور، وتراوحت خبرتهم المهنية بين سنة وثلاثين سنة على النحو التالي: 56.66% خبرتهم من خمس إلى عشر سنوات، 23.34% خبرتهم أكثر

من عشر سنوات و20 % أقل من خمس سنوات، 6.6 %يمارسون نشاطهم على مصالح طب الأورام، 10 %منهم على مستوى مصالح الاستعجالات و83.4 %يتوزعون على مختلف المصالح الطبية المتبقية .

5. الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة :

1.5. الصدق: تم التأكد من صدق الاستبيان من خلال الطرق التالية:

أولا. صدق الاتساق الداخلي: حيث تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرات وأبعادها من 0.61 إلى 0.84، بينما تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرات والاستبيان ككل من 0.45 إلى 0.82، في حين تراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد والاستبيان ككل من 0.57 إلى 0.73، وكانت هذه المعاملات دالة إحصائيا عند مستوى 0.05. (الملحق 10)

ثانيا. الصدق التمييزي: تم التأكد من صدق الاستبيان من خلال طريقة الصدق التمييزي وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم 22: نتائج المقارنة الطرفية لاستبيان واقع التكفل بذوي الأمراض المستعصية

المتغيرات		ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
واقع التكفل (المرضى)	المجموعة العليا	16	22.68	9.25	30	9.37	0.01
	المجموعة الدنيا	16	01.00	00,00			
واقع التكفل (الأخصائيين)	المجموعة العليا	08	21.62	1.06	14	11.12	0.01
	المجموعة الدنيا	08	14.75	1.38			
واقع التكفل (أطباء)	المجموعة العليا	08	13.87	00.35	14	9.31	0.01
	المجموعة الدنيا	08	6.87	2.35			

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى وقع التكفل النفسي بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا من المجموعات الثلاثة (المرضى، الأخصائيين،

الأطباء)، أي أن الاستبيان يتمتع بالقدرة التمييزية لقياس واقع التكفل النفسي لدى أفراد العينة، وعليه يتمتع الاستبيان بمستوى مقبول من الصدق التمييزي.

الثبات: تم التأكد من ثبات الاستبيان من خلال طريقتي ألفا كرونباخ، حيث بلغت معاملات ثبات الاستبيان ككل **0.75**، أما بالنسبة للأبعاد، فقد بلغ معامل ثبات بعد واقع التكفل النفسي من وجهة نظر المرضى**0.97**، أما بعد واقع التكفل النفسي من وجهة نظر الأخصائيين فقد بلغ **0,68**، في حين بلغ معامل ثبات بعد واقع التكفل النفسي من وجهة نظر الأطباء **0,83**، وهي قيم تدل على ثبات الاستبيان.

إن تمتع الاستبيان بالخصائص السيكومترية المطلوبة(الصدق والثبات) يجعله صالحا للاستخدام في جمع معطيات الدراسة الأساسية.

III. الدراسة الأساسية:

1. أهداف الدراسة الأساسية:

تتمثل في تسليط الضوء على واقع التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية (السرطان) على مستوى المؤسسات الاستشفائية خلال مختلف المراحل والفترات العلاجية للمريض، بدءا من الإعلان عن التشخيص إلى الانتهاء من الدورات العلاجية أو المسار العلاجي والاستعداد لمغادرة المصالح الاستشفائية، وذلك من وجهة نظر المرضى والفريق الطبي، كما تهدف إلى تشكيل رؤية تقييمية لعملية التكفل النفسي بمرضى السرطان في الجزائر والوقوف على مختلف جوانبها ورصد سلبياتها وإيجابياتها.

2. حدود الدراسة الأساسية: تتمثل في ما يلي:

- **الحدود الزمنية:** أجريت الدراسة الأساسية خلال سنة 2023.

- **الحدود المكانية:** أجريت الدراسة الأساسية على مستوى مراكز مكافحة السرطان، المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية العمومية، المؤسسات الاستشفائية الجوارية بالغرب الجزائري.

- **الحدود البشرية:** شمل مجتمع الدراسة ذوي الأمراض المستعصية من مرضى السرطان البالغين الذين تم تشخيص الصدمة النفسية لديهم باستخدام المقابلات العيادية وتطبيق مقاييس الصدمة النفسية كمقياستروماك، ومقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسونDavidson Trauma Scale according to DSM--IV، ويستفيدون من دورات علاجية على مستوى المراكز والمؤسسات الاستشفائية المذكورة أعلاه، والمختصين النفسانيين، والأطباء بمختلف رتبهم واختصاصاتهم ومهامهم.

- **الحدود الموضوعية** :تناولت الدراسة الحالية موضوع التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهات نظر متعددة : المرضى والأطباء والأخصائيين النفسيين.

3. مواصفات عينة الدراسة الأساسية: احتوت الدراسة الحالية ثلاث عينات : مرضى السرطان بمختلف أنواعه، الأخصائيين النفسيين والأطباء.

1.3. مواصفات عينة المرضى (بالغين): تم إجراء الدراسة على عينة قوامها 180 مريضا من مرضى السرطان البالغين، تتراوح أعمارهم بين 19 و82 عاما واستفادوا من دورة علاجية واحدة على الأقل وكانت مواصفاتهم كما يلي:

جدول رقم 23: مواصفات عينة المرضى الأساسية

اختبار		التكرار	النسبة% المئوية
الجنس	ذكور	61	33.9
	إناث	119	66.1
المجموع		180	100
الوضعية الاجتماعية	متزوج	127	70.6
	أعزب	24	13.3
	أرمل	23	12.8
	مطلق	6	3.3
المجموع		180	100
مدة المرض	اقل من 1 سنة	74	41.1
	من 1 – 5 سنوات	87	48.3
	من 5 – 10	11	6.3
	أكثر من 10	8	4.4
المجموع		180	100

شملت الدراسة الحالية 180 مريضا من مرضى السرطان66.1 %منهم إناث و33.9% ذكور، 70.6 % منهم متزوجون، 13.3%عزاب، 12.8%أرامل و3.3% مطلقون، وفي ما يخص تشخيص المرض لديهم نجد أن 48.3% تراوحت مدة المرض لديهم من سنة إلى خمس سنوات، و41.1% تم اكتشاف الإصابة لديهم حديثا في فترة لم تتجاوز السنة و6.3% ما بين خمس إلى عشر سنوات ولم تتجاوز نسبة الذين تعدت إصابتهم العشر سنوات 4.4%.

➢ **توزيع عينة المرضى حسب نوع الإصابة:** سنتناول تحت هذا العنصر توزيع عينة المرضى حسب نوع الإصابة عند كلا الجنسين.

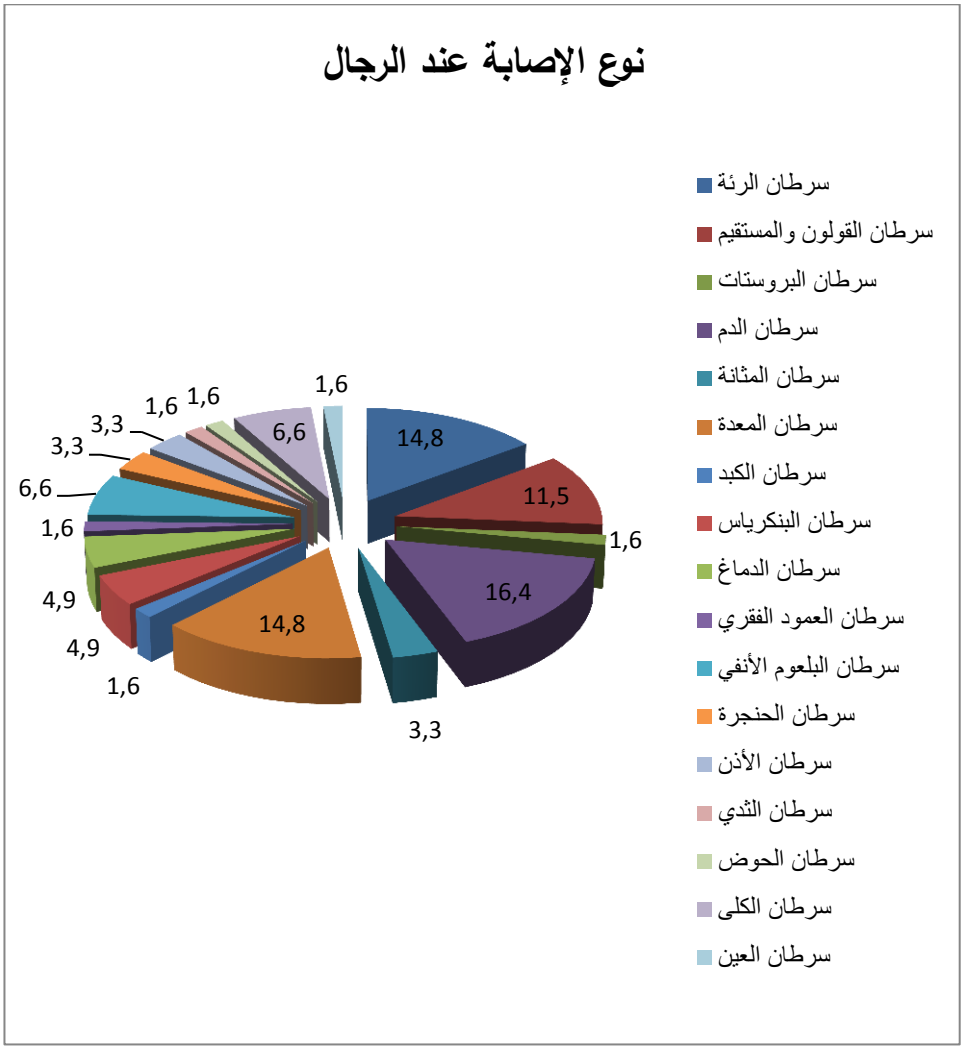
- **نوع الإصابة عند الرجال:**

جدول رقم 24 : نوع الإصابة عند الرجال

نوع الإصابة عند الرجال	التكرار	النسبة%
سرطان الرئة	9	14,8
سرطان القولون والمستقيم	7	11,5
سرطان البروستات	1	1,6
سرطان الدم	10	16,4
سرطان المثانة	2	3,3
سرطان المعدة	9	14,8
سرطان الكبد	1	1,6
سرطان البنكرياس	3	4,9
سرطان الدماغ	3	4,9
سرطان العمود الفقري	1	1,6
سرطان البلعوم الأنفي	4	6,6
سرطان الحنجرة	2	3,3
سرطان الأذن	2	3,3
سرطان الثدي	1	1,6
سرطان الحوض	1	1,6
سرطان الكلى	4	6,6
سرطان العين	1	1,6
المجموع	61	100

تتصدر الإصابة بسرطان الدم مجموع السرطانات المسجلة لدى عينة البحث من الرجال بنسبة 16.4% ثم سرطان الرئة وسرطان المعدة بنسبة 14.8% وسرطان القولون والمستقيم بنسبة 11.5%، سرطان البلعوم الأنفي وسرطان الكلى بنسبة 6.6%، سرطان الدماغ وسرطان

البنكرياس بنسبة: 4.9%، تليها الإصابة بسرطان المثانة وسرطان الحنجرة، سرطان الأذن بنسب متساوية بلغت 3.3% فيما لم تتجاوز باقي السرطانات: سرطان الكبد وسرطان البروستات، سرطان العمود الفقري وسرطان الحوض، سرطان العين وسرطان الثدي نسبة 1.6%.

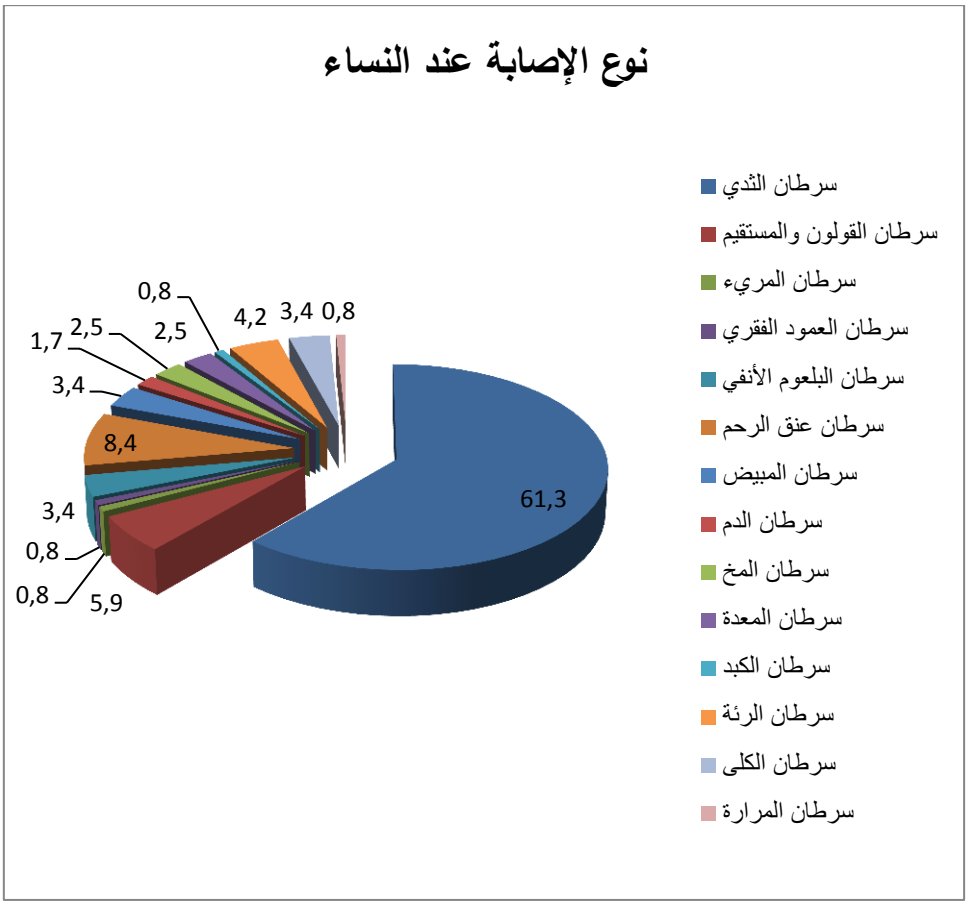


الشكل 16 نوع الإصابة عند الرجال

- **نوع الإصابة عند النساء:**

جدول رقم 25: نوع الإصابة عند النساء

نوع الإصابة عند النساء	التكرار	النسبة %
سرطان الثدي	73	61,3
سرطان القولون والمستقيم	07	5,9
سرطان المريء	1	0,8
سرطان العمود الفقري	1	0,8
سرطان البلعوم الأنفي	4	3,4
سرطان عنق الرحم	10	8,4
سرطان المبيض	4	3,4
سرطان الدم	2	1,7
سرطان الدماغ	3	2,5
سرطان المعدة	3	2,5
سرطان الكبد	1	0,8
سرطان الرئة	5	4,2
سرطان الكلى	4	3,4
سرطان المرارة	1	0,8
المجموع	119	100



الشكل 17 نوع الإصابة عند النساء

شكل سرطان الثدي عند النساء ما نسبته 61.3% من مجموع السرطانات المسجلة، ثم سرطان عنق الرحم بنسبة 8.4% وسرطان القولون والمستقيم بنسبة 5.9%، سرطان الرئة بنسبة 4.2% متبوع بسرطان المبيض وسرطان البلعوم الأنفي وسرطان الكلى بنسبة 3.4% تليها الإصابة بسرطان الدماغ وسرطان المعدة بنسبة 2.5%، سرطان الدم بنسبة 1.7% ولم تتجاوز باقي السرطانات: سرطان المريء، سرطان الكبد، سرطان المرارة، سرطان العمود الفقري نسبة 0.8%.

2.3 . مواصفات عينة المختصين النفسانيين:

تتكون عينة المختصين النفسيين من 74 مختصا تتراوح أعمارهم بين 27 و65 سنة موزعين كما يلي:

الجدول رقم26 : مواصفات عينة المختصين النفسانيين الأساسية

المتغيرات	التصنيف	التكرار	النسبة
الجنس	ذكور	17	23.0
	إناث	57	77
الحالة الاجتماعية	متزوج	47	63.5
	أعزب	22	29.7
	مطلق	5	6.8
المستوى العلمي	ليسانس	36	48.6
	ماستر	37	50.0
	دكتوراه	1	1.4
مكان العمل	مصالح طب الأورام	12	16.0
	مصالح الاستعجالات الطبية	05	7.0
	مختلف المصالح الطبية المتبقية	57	77.0
الأقدمية	5-	08	10.8
	10 – 5	25	33.8
	10 +	41	55.4
المجموع		74	100

تكونت عينة المختصين النفسانيين من 74 مختصا نفسانيا يعملون على مستوى مصالح علاج الأورام والمؤسسات الاستشفائية العمومية ومراكز مكافحة السرطان بالغرب الجزائري وكانت مواصفاتهم كما يلي: 87% إناث و13% ذكور، 63.5 %متزوجون، 29.7 %عزاب و6.8

%منهم مطلقون، 48.6%مستوى ليسانس، 50%مستوى ماستر، 1.4 %دكتوراه، وكانت أقدميتهم المهنية على النحو التالي: 55.4% أقدميتهم أكثر من عشر سنوات، 33.8% خبرتهم من خمس إلى عشر سنوات، 10.8% أقل من خمس سنوات، 16%يمارسون نشاطهم على مصالح طب الأورام، 07%منهم على مستوى مصالح الاستعجالات الطبية و77 %يتوزعون على مختلف المصالح الطبية المتبقية.

3.3. مواصفات عينة الأطباء:

تتكون عينة الأطباء من 91 طبيبا تتراوح أعمارهم بين 26 و63 سنة موزعين كما يلي:

الجدول رقم27 : مواصفات عينة الأطباء الأساسية

المتغيرات	التصنيف	التكرار	النسبة%
الجنس	ذكور	18	19.8
	إناث	73	80.2
الحالة الاجتماعية	متزوج	56	61.5
	أعزب	31	34.1
	مطلق	4	4.4
الرتبة	أستاذ	01	1.1
	طبيب مختص	56	60.4
	طبيب عام	35	38.5
مكان العمل	مصالح طب الأورام	35	38.5
	مصالح الاستعجالات الطبية	10	11.0
	مختلف المصالح الطبية المتبقية	46	50.5
الأقدمية	5-	57	62.6
	10 – 5	14	15.4
	10 +	20	22.0
المجموع		91	100

تشكلت عينة الفريق الطبي من 91 طبيبا يعملون على مستوى مصالح علاج الأورام والمؤسسات الاستشفائية العمومية ومراكز مكافحة السرطان بالغرب الجزائري وكانت مواصفاتهم كما يلي:80.2% إناث و19.8% ذكور، 61.5%متزوجون، 34.1 % و4.4 %منهم مطلقون وفي ما يخص رتبهم 60.4% أطباء مختصون في مختلف التخصصات، 38.5 %منهم أطباء عامون، 1.1 %برتبة أستاذ، وكانت أقدميتهم المهنية على النحو التالي: 62.6%أقل من خمس سنوات، 22%لديهم أقدمية أكثر من عشر سنوات و15.4%من خمس إلى عشر سنوات، 38.5%يمارسون نشاطهم على مصالح طب الأورام، 11 %منهم على مستوى مصالح الاستعجالات الطبية و50.5 %يتوزعون على مختلف المصالح الطبية المتبقية.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة النتائج

I. عرض النتائج:

عرض نتائج الفرضية العامة: تنص هذه الفرضية على: مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) **غير كافية** من وجهة نظر المرضى والفريق الطبي والأخصائيين النفسيين أنفسهم.

والتي سيتم اختبارها من خلال فرضياتها الفرعية التالية:

1. الفرضية الفرعية الأولى: تنص هذه الفرضية على: " مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) **غير كافية** من وجهة نظر المرضى في جميع المراحل العلاجية (في مرحلة الإعلان عن المرض، في مرحلة العلاج.، في مرحلة إتمام الدورة العلاجية والاستعداد لمغادرة المصلحة الطبية)"

وتنبثق عن هذه الفرضية 03 فرضيات جزئية:

1.1. مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) غير كافية من وجهة نظر المرضى في مرحلة الإعلان عن المرض.

ومن خلال حساب المتوسط الحسابي والمتوسط النظري ودلالة الفروق بينهما، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم 28: مستوى التكفل النفسي من وجهة المرضى في مرحلة الإعلان عن المرض

المتغير	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
التكفل النفسي في مرحلة الإعلان عن المرض	3,08	14.5	6,35	-24,1	دالة عند 0.01

من خلال الجدول نلاحظ فروق دالة إحصائيا في مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المرضى (مرحلة الإعلان عن المرض) لصالح المتوسط النظري، اذ

بلغ المتوسط النظري 14.5 والمتوسط الحسابي 3.08، وهو ما يعكس القصور الكبير في مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المرضى أثناء مرحلة الإعلان عن المرض، وعليه يمكن القول بتحقق الفرضية الفرعية (1.1).

2.1. مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) غير كافية من وجهة نظر المرضى في مرحلة العلاج.

ومن خلال حساب المتوسط الحسابي والمتوسط النظري ودلالة الفروق بينهما، وكانت النتائج كما يلي:

الجدول 29 : مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة المرضى في مرحلة العلاج

المتغير	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
التكفل النفسي في مرحلة العلاج	6,67	13.5	10,12	-9,043	دالة عند 0.01

من خلال الجدول نلاحظ فروق دالة إحصائيا في مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المرضى (مرحلة العلاج) لصالح المتوسط النظري، إذ بلغ المتوسط النظري 13.5 والمتوسط الحسابي 6.67، وهو ما يعكس القصور الكبير في مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المرضى أثناء مرحلة العلاج، وعليه يمكن القول بتحقق الفرضية الفرعية (2.1).

3.1. مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) غير كافية من وجهة نظر المرضى في مرحلة إتمام الدورة العلاجية والاستعداد لمغادرة المصلحة الطبية.

ومن خلال حساب المتوسط الحسابي والمتوسط النظري ودلالة الفروق بينهما، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم 30 : مستوى التكفل النفسي من وجهة المرضى في مرحلة إتمام الدورة العلاجية

	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
التكفل النفسي في مرحلة إتمام الدورة العلاجية	0.77	4.5	2,04	−24,44	دالة عند 0.01

من خلال الجدول نلاحظ فروق دالة إحصائيا في مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المرضى (مرحلة إتمام الدورة العلاجية) لصالح المتوسط النظري، إذ بلغ المتوسط النظري 04.5 والمتوسط الحسابي 0.77، وهو ما يعكس القصور الكبير في مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المرضى في مرحلة إتمام الدورة العلاجية، وعليه يمكن القول بتحقق الفرضية الفرعية (3.1).

من خلال عرض نتائج الفرضيات الجزئية (1.1)، (2.1)، (3.1) يمكن القول بتحقق الفرضية الفرعية الأولى والتي مفادها : " مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) غير كافية من وجهة نظر المرضى في جميع المراحل العلاجية (في مرحلة الإعلان عن المرض، في مرحلة العلاج.، في مرحلة إتمام الدورة العلاجية والاستعداد لمغادرة المصلحة الطبية).

ولتأكيد هذه النتائج ولفهم أكثر لمستوى التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) من وجهة نظر المرضى عبر مختلف الأزمنة والمراحل العلاجية، تم حساب النسب المئوية لاستجاباتهم نحو استفادتهم من مهام الأخصائي النفساني (الملحق4، الملحق5، الملحق6).

تعكس التكرارات والنسب المئوية المدرجة في الملحق(4) ضعف التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية(السرطان) في زمن الإعلان عن المرض بنسبة ونلاحظ أن مساهمة الأخصائي النفسي في هذه المرحلة الهامة والحساسة تكاد تكون منعدمة، حيث تراوحت التكرارات بين 03 و21 ولم تتجاوز النسب المئوية 11.6 %، وتعكس نسبة 94.4 % والمتعلقة بالتعبير عن رغبة أفراد العينة في مشاركة الأخصائي النفسي في الإعلان عن المرض ضمن الفريق المعلن مدى عمق الآثار والجروح النفسية التي يمكن أن يكونوا قد تعرضوا إليها جراء هذا الإعلان وحاجتهم إلى المرافقة النفسية في هذا الظرف الصعب، فالإعلان عن تشخيص السرطان يثير أزمة وجودية يمكن مقارنتها عند بعض المرضى بعقوبة الإعدام (Weisman& Worden1976)، وأكثر المشاعر التي يسببها الإعلان عن المرض الخوف والقلق والاكتئاب والعجز والشعور بالوحدة واليأس والتشاؤم الشيء الذي قد يؤدي إلى ظهور السلوكيات الانتحارية والانسحاب أو الهجر، والاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا في هذه المرحلة المرضية القلق والاكتئاب والأفكار الانتحارية، كما يمكن أن تظهر الصعوبات العلائقية جراء الإعلان عن المرض وهذا نظرا للقلق المفرط والخاطئ من طرف المريض بشأن رد فعل محيطه وأقاربه، أو بسبب ابتعاد الأقارب عنه فعلا نظرا لخوفهم من المرض ونظرتهم الخاطئة عنه الشيء الذي يصعب تقبله والتعايش معه(Mikolajczak,2013).

ومن خلال الملحق(5) في فترة العلاج وعلى مستوى مصالح طب الأورام لم يعرض الأخصائي النفسي خدماته إلا على 55 فردا فقط من أفراد العينة ما نسبته 30.5%، ولم يستفد 56 مريضا ما نسبته 31.1 % من ذلك حيث أنهم فكروا بأنفسهم في تلقي المساعدة النفسية

التي يقدمها الأخصائي النفسي على مستوى المصلحة العلاجية، بينما قامت الفرق الطبية بتوجيه 18.8% منهم إلى مكتبه، وتعكس النسب الضعيفة المسجلة والمتراوحة بين1.1% و31.1% عدم كفاية التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية أثناء هذه المرحلة التي تحتاج إلى تكثيف المرافقة والمساندة النفسية، فلم يشارك في النوادي العلاجية المؤطرة من طرف الأخصائي النفسي إلا شخصين من 180 مريضا، كما أن مساهمته في التكفل بأفراد العائلة الذين يقدمون الرعاية للمريض ضعيفة، حيث بلغت نسبتها 9.4 %، ومساعدته للمصابين على الاستفادة من خبرات المرضى القدامى في التعامل مع المرض كانت بنسبة متدنية أيضا بلغت 13.8% فقط، رغم الأهمية التي يكتسيها التضامن بين المرضى في رفع المعنويات وتفريغ المعاناة المشتركة وتصعيدها(Kilburger2012)، واستفاد 22 فردا فقط من الحصص التدريبية العلاجية بمساهمة الأخصائي النفسي بنسبة 12.2 %، ولم يستفد من المساعدة الاجتماعية المقدمة من طرف الأخصائي النفسي إلا 32 مريضا بنسبة لم تتعد 17.7 %، ولم يتمكن إلا 26.6 % من تجاوز صدمتهم النفسية بفضل العلاج النفسي والدعم المعنوي المقدم من طرف المختص النفسي، ولم يتجاوز عدد الذين كانت لهم الفرصة للتعبير الكافي عن معتقداتهم وانشغالاتهم، مخاوفهم وشكوكهم حول إتباع العلاج خاصة العلاج الكيميائي منه 55 فردا بنسبة 30.5 %.

بينما يوضح الملحق رقم(6) أن مستوى التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية(السرطان) بعد فترة العلاج هو الآخر غير كاف وبدرجة كبيرة، وتراوحت النسب المسجلة بين 3.8% و14.4% رغم أنها مرحلة مهمة للغاية وتحتاج إلى تحضير المرضى لمغادرة المصالح الاستشفائية والاندماج في الوسط العائلي والاجتماعي والمهني، ومساعدتهم على

تحسين صورة الذات بعد الآثار الجانبية المترتبة عن العلاج وتهيئتهم لتقبل الانتكاسة في حالة حدوثها، فعملية تحضير مرضى السرطان وتحضير أهاليهم لمغادرتهم المصلحة العلاجية والعناية بهم لم تشمل إلا 26فردا من مجموع 180 بنسبة14.4%، واستفاد 07 فقط من اللقاءات التي يبرمجها الأخصائي النفسي لفائدة المرضى مع المساعدة الاجتماعية للمصلحة العلاجية للوقوف عند احتياجاتهم الأولية والتكفل بها بنسبة لم تتجاوز3.8%، كما قام الأخصائي النفسي بتوجيه 12 مريضا فقط إلى جمعية المرضى أو مقدمي الرعاية أي ما نسبته 6.6%، ولم يستفد من البرامج العلاجية المؤطرة من طرف الأخصائي النفسي لتعليم المرضى العناية الذاتية بأنفسهم بعد مغادرة المصلحة العلاجية إلا 14فردا بنسبة 7.7%، وبالنسبة لإحاطة المرضى بمختلف الآليات والتدابير والبرامج التي تضعها الدولة في متناولهم كالحق في الاستفادة من المنحة الجزافية للتضامن والتغطية الاجتماعية فلم تشمل إلا ما نسبته 6.6%، والمرضى الذين تم إعلامهم وتوجيههم إلى مختلف المصالح الاجتماعية لم يتجاوز عددهم 13 مريضا بنسبة 7.2 % فقط، أما في ما يخص مساعدة المرضى على تقبل ذاتهم جراء الآثار الجانبية للعلاج (كسقوط الشعر والمشاكل العلائقية) فلم يستفد منها إلا 24مصابا بنسبة 13.3%، ولم يرافق الأخصائي النفسي إلا 13فردا في عملية التنسيق مع الطبيب المعالج خارج المصالح الطبية، ولم يعلم إلا 19فردا فقط بالإمكانات المتاحة للتكفل بمرضى السرطان في حالة الانتكاسة.

2. الفرضية الفرعية الثانية: تنص هذه الفرضية على: " مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) **غير كافية** من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين (بسبب عدم كفاية التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة، بسبب ضعف الأداء والكفاءة المهنية)"

وتنبثق عن هذه الفرضية فرضيتين جزئيتين:

1.2. مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) **غير كافية** من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين (بسبب عدم كفاية التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة)

ومن خلال حساب المتوسط الحسابي والمتوسط النظري ودلالة الفروق بينهما، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم 31: التكفل النفسي من وجهة نظر المختص النفسي(التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة)

المتغير	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
التكفل النفسي من وجهة نظر المختص (التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة)	4,08	3.5	1,59	3,14	دالة عند 0.01

من خلال الجدول نلاحظ فروق دالة إحصائيا في مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المختصين النفسانيين(محور التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة) لصالح المتوسط الحسابي، إذ بلغ المتوسط النظري 03.5 والمتوسط الحسابي 4.08، وهو ما يعكس رضا المختصين النفسانيين عن تكوينهم الأكاديمي ومعارفهم المكتسبة في مجال التكفل النفسي بالصدمة لدى ذوي الأمراض المستعصية، وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الفرعية (1.2).

2.2. مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) **غير كافية** من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين (بسبب ضعف الأداء والكفاءة المهنية)

ومن خلال حساب المتوسط الحسابي والمتوسط النظري ودلالة الفروق بينهما، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم 32: التكفل النفسي من وجهة نظر المختص النفسي (محور الأداء والكفاءة المهنية)

المتغير	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
التكفل النفسي من وجهة نظر المختص (الأداء والكفاءة المهنية)	13,52	09	2,81	13,83	دالة عند 0.01

من خلال الجدول نلاحظ فروق دالة إحصائيا في مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المختصين النفسانيين(محور الأداء والكفاءة المهنية) لصالح المتوسط الحسابي، إذ بلغ المتوسط النظري 09 والمتوسط الحسابي 13.52، وهو ما يعكس رضا المختصين النفسانيين عن أدائهم وكفاءتهم المهنية، جيدا وأنهم يمتلكون الكفاءة المهنية اللازمة لتقديم الرعاية الضرورية لمرضى السرطان في مختلف المراحل والأزمنة العلاجية، وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الفرعية (2.2).

من خلال عرض نتائج الفرضيات الجزئية (1.2)، (2.2) يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الفرعية الثانية، أي : ". مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) **كافية** من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين (من حيث كفاية التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة، من حيث الأداء والكفاءة المهنية)"

وهذا ما يظهر لنا جليا من خلال التكرارات والنسب المئوية المسجلة والخاصة باستجاباتهم حول تكوينهم الأكاديمي ومعارفهم المكتسبة وكذا أدائهم وكفاءتهم المهنية والتي تبدو إيجابية في معظمها (الملحق7، الملحق8)

حيث تبرز التكرارات والنسب المئوية المدرجة في الملحق(7) أن 68.9 % من أفراد العينة البالغ عددهم أربعة وسبعين مختصا نفسيا قد اكتسبوا معارف متخصصة أثناء تكوينهم الجامعي حول موضوع التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية، كما يرى 71.1 % أنهم مؤهلون معرفيا للتكفل بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية، ويشير 85.1 % من المختصين النفسانيين إلى إلمامهم بأعراض الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية و77 % منهم يعتبرون أنفسهم ملمين بمراحل وشروط إعلان المرض المستعصي فيما يرى 71.6% أنهم مؤهلون معرفيا للتكفل بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية، ويشير48.6 % إلى استفادتهم من تكوينات مكملة خارج الجامعة مع ذلك فإن التكوين الميداني في ما يخص العلاجات كان كافيا لأربعة عشر فردا

فقط بنسبة 18.9 % ومعارفهم حول الاختبارات الخاصة بالصدمة النفسية كانت كافية فقط ل: 37.8 % منهم .

كما تبين التكرارات والنسب المئوية التي يحتويها الملحق(8)والمتعلق بأداء وكفاءة المختصين النفسانيين وفي معظمها أن هذا الجانب كان كافيا بالنسبة لهم، ما يؤثر إيجابا على عملية التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية، فنجد أن 98.6 % منهم وهي نسبة عالية سبق لهم التعامل مع حالات الصدمة النفسية الناتجة عن السرطان ويقومون بمساعدة المصابين على تقبل المرض والالتزام بالعلاجات الضرورية بالإضافة إلى اجتهادهم في إيجاد السبل العيادية الأنسب للتكفل بصدماتهم النفسية، ويشير 72 فردا من أفراد العينة ما نسبته 97.2 %إلى أنهم يقومون بعملية التكفل بحالات الصدمة النفسية المترتبة عن الأمراض المستعصية على مستوى المصالح العلاجية التي يعملون بها، ويعبر 94.5 %عن قيامهم بالمرافقة النفسية لذوي الأمراض المستعصية و/ أو أهلهم عبر مختلف المراحل العلاجية. كما يقدم 87.8 % منهم المساعدة للمصابين للاستفادة من خبرات المرضى القدامى في التعامل مع مرضهم، وبلغت مشاركتهم في الإبلاغ بمختلف القرارات والإجراءات المتعلقة بالمرض 82.4 %.

ويشارك 77% من الأخصائيين النفسيين مع الفريق الطبي في الإعلان عن الإصابة وعن الخطة العلاجية المقرر اتباعها، أمام المريض و/ أو أهله، يقوم 74.3 %بتحديد الأساليب العلاجية الضرورية للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية بمشاركة المرضى أنفسهم، وللتخفيف من صدمة الإعلان عن المرض المستعصي وشدة وطأته على أسرة المريض يشارك 71.6% من الأخصائيين النفسيين في عملية الإعلان أمام الأهل والمرافقين، وحول مساهمتهم في في إعداد خطة الإعلان عن الأمراض المستعصية وإشراك المرضى في المشروع العلاجي المعد من قبل الفريق الطبي والتنسيق مع مختلف الشركاء للتكفل النفسي الطبي والاجتماعي بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن

الأمراض المستعصية بلغت النسبة 70.2%، ويستفيد 67.5% من مختلف التربصات والدورات التدريبية التي يوفرها القطاع الذي ينتمون إليه كما يرى 55.4 % بأن لديهم القدرة على تطبيق وتفسير نتائج الاختبارات الخاصة بالتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية، وبلغت نسبة إلمامهم بمختلف الآليات والاستراتيجيات والتقنيات العلاجية الفعالة للتكفل النفسي بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية 45.9% ويقوم 14.8% فقط بتأطير النوادي والبرامج العلاجية لعلاج حالات الصدمة النفسية ميدانيا.

3. الفرضية الفرعية الثالثة: تنص هذه الفرضية على: ".مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) **غير كافية** من وجهة نظر الأطباء". ومن خلال حساب المتوسط الحسابي والمتوسط النظري ودلالة الفروق بينهما، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم33: التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية من وجهة نظر الأطباء

المتغير	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
التكفل النفسي من وجهة نظر الأطباء	10.84	07	2.81	13.02	دالة عند 0.01

من خلال الجدول نلاحظ فروق دالة إحصائيا في مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر الأطباء لصالح المتوسط الحسابي، إذ بلغ المتوسط النظري 07 والمتوسط الحسابي 10.84، وهو ما يعكس رضا الأطباء عن مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية في مختلف المراحل والأزمنة العلاجية، وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الفرعية الثالثة.

ويعتبر جميع أفراد عينة الفريق الطبي بمختلف رتبهم وتخصصاتهم والأخصائيين النفسيين حلقة أساسية ضمن الفريق الطبي للتكفل الأنجع بمرضى السرطان، ويظهر ذلك جليا من خلال التكرارات والنسب المئوية الظاهرة في الملحق (9)، فيرى 98.9% أنه يساهم في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية ويعتبر98%وجوده ضمن الفريق الطبي أمرا ضروريا، كما يقوم87% من الأطباء بالتنسيق والتعاون معه في التكفل بذوي الأمراض المستعصية ويشهدون بحرصه على مرافقة المصابين في مختلف المراحل العلاجية ويستعين 80% منهم بخدمات الأخصائي النفسي في إعلان تشخيص المرض، ونجد أن 75% يؤكدون مشاركته لهم في عملية الإعلان عن الأمراض المستعصية والتي تعتبر خطوة هامة وأساسية في تحديد معالم سيرورة التكفل بالمرضى .

وحول امتلاك الأخصائي النفسي المهارة الكافية لتشخيص الصدمة النفسية وعلاجها يتفق 78% من الأطباء على ذلك، ويرى 73% منهم أنه ملم بمفهوم الأمراض المستعصية، و70% يرون أنه ملم بمراحل وشروط الإعلان عن المرض المستعصي ويمتلك كل المؤهلات والقدرات الكافية للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن ذلك، ويقوم 69% بتوجيه المرضى إلى مكتب الأخصائي النفسي لتحضيرهم وتهيئتهم نفسيا قبل القيام بإعلان الإصابة كما يعتبر 56% الأخصائي النفسي ملما بالمفردات والمعارف الطبية المتعلقة بالأمراض المستعصية والتي تساعده في عملية الإعلان، في حين تبقى مساهمته مع الفريق الطبي في إعداد الخطط العلاجية المناسبة لذوي الأمراض المستعصية غير كافية حيث يرى37 % فقط بذلك.

من خلال عرض نتائج الفرضيات الفرعية الثلاثة، يمكن القول بتحقق جزئي للفرضية العامة، أي:

"مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) **غير كافية** من وجهة نظر المرضى، في حين أبدى الأخصائيون النفسيون والفريق الطبي رضاهم عن مستوى مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية، والمقدم من طرفهم لذوي الأمراض المستعصية (السرطان)

II. مناقشة النتائج:

تحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

يظهر من خلال النتائج المتحصل عليها وبوضوح عدم كفاية وضعف مستوى مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية(السرطان) من وجهة نظر المرضى، وبدرجة كبيرة في مؤسساتنا الاستشفائية العمومية بالغرب الجزائري، في مختلف الأزمنة والمراحل المتعلقة بمرافقة مرضى السرطان (عند الإعلان عن المرض وأثناء العلاج وبعد العلاج والاستعداد لمغادرة المصلحة العلاجية)، فإجاباتهم كانت معظمها إجابات سلبية بنسبة 67.2%، وتشير إلى أنهم كانوا يمرون بنفس الظروف ونفس المعاناة المرتبطة بنقص التكفل النفسي في هذه المحطات الهامة –من وجهة نظرهم–، الشيء الذي يتوافق مع الفرضية العامة ويؤكد الفرضيات الفرعية التي تنص على أن مساهمة الأخصائي النفسي التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) غير كافية من وجهة نظر المرضى في جميع المراحل العلاجية.

فأثناء زمن الإعلان عن السرطان المرض المستعصي الذي يخشاه المريض بقوة وبدرجة عالية نظرا للخبرات المعاشة في المحيط والمتعلقة بهم لم تشمل عملية التكفل النفسي إلا 21 فردا من أفراد العينة أي ما نسبته 11.6%، رغم أهمية هذه المرحلة وحاجة المرضى الملحة إلى المرافقة والدعم النفسي للتخفيف من صدمة التشخيص وثقل الإعلان عن المرض وآثاره النفسية والاجتماعية كالشعور بالذنب والعجز والخوف والقلق والاكتئاب

وظهور الأفكار الانتحارية والشعور بالوحدة واضطراب الانتماء، وحاجتهم للمعلومة الصحيحة والكاملة حول مرضهم، وخاصة في ما يتعلق بالمرحلة المرضية والعلاجات المرتبطة بها ونتائجها، حيث تشير إليسكيلبيرجر (Elise Kilburger 2012) في دراستها التي هدفت إلى جمع ومعرفة ما يحبذه المرضى من غير المصابين بمرض مستعصي في ما يخص الإعلان عن مرض خطير محتمل، باستعمال المقابلات نصف الموجهة وهذا بهدف تحليل المعطيات بطريقة نوعية، وتوصلت في ما يتعلق بمحتوى إعلان المرض الخطير إلى أن العناصر الأساسية أو الهامة التي تهم المريض بصفة مباشرة في ما يخص المرض هي رغبته في معرفة مرحلة المرض في حالة الإعلان، وكذا تأثير ونتائج المرض بالخصوص على الجانب الجسدي والوظيفي وتطور المرض في المراحل المقبلة، وتوقع وانتظار رأي الطبيب حول مآل وتطور المرض :"كم تبقى لي من الوقت لأعيشه".

وفي ما يخص التكفل يصرح أفراد العينة برغبتهم في معرفة المشروع العلاجي وكذا اهتمامهم بآثار ونتائج العلاجات الموصوفة، وعن أشكال ونماذج الإعلان فقد أوضحت الدراسة أن الأغلبية العظمى للمرضى يتمنون استقبال الحقيقة ويصرون على الصراحة، مع الرغبة في أن تكون هذه الحقيقة لطيفة ومتدرجة مرحلة بمرحلة على شاكلة :" رغم المرض ورغم كل ما حدث فإن الأمر يتطلب العديد من السنوات للوصول إلى المرحلة الأخيرة ..."

فالإعلان عن التشخيص يمكن أن يخفف أو يعزز الصدمة النفسية عند ذوي الأمراض المستعصية حسب ما أشارت إليه إيلين رومانو(Romano2010) حول الآثار النفسية

المترتبة عن تشخيص وإعلان المرض الخطير، ويعد حدثا صادما كغيره من الأحداث الصادمة التي تحمل معها كما من الإثارة النفسية يفوق أثرها درجة تحمل الفرد، وتؤدي إلى إحداث خلل كبير في استعمال الطاقة النفسية وفق نظرية التحليل النفسي حول الصدمة النفسية من الوجهة الاقتصادية.

وفي ما يخص التكفل النفسي بمرضى السرطان خلال زمن أو فترة العلاج والتي تتميز بارتباط انشغالات وهموم المرضى بالطبيعة المفاجئة لإجراءات الفحص والتقصي والعلاج وكمها الهائل، وبطبيعة البيئة الغريبة للوسط الاستشفائي، وبتغير صورة الذات لدى المرضى بسبب تساقط الشعر والقلق والحسرة نتيجة وضع زوائد وجيوب خارجية، ما يعرضهم لسلسلة من الأحداث الصدمية الجديدة والمتوالية التي تضاف إلى صدمة الإعلان عن التشخيص، فقد تبين أيضا عدم كفايته حيث لم يستفد منه 123 فردا من بين 180 أي ما نسبته 68.3%، كما تعكس النسب الضعيفة المسجلة الخاصة بهذا البعد ذلك، فلم يتمكن إلا 48 فردا من تجاوز صدمتهم النفسية، ولم يشارك إلا 1.1% في النوادي العلاجية المؤطرة من طرف الأخصائي النفسي، والتي تعتمد على تقنيات واستراتيجيات علاجية هامة للتكفل بمختلف أشكال الصدمات النفسية سواء أكانت أولية أم ثانوية، وعلى رأسها العلاج بالوساطة الفنية والذي كان له الأثر الواضح في التخفيف من الأعراض المترتبة عن صدمة معرفة الإصابة بمرض السرطان (الإحباط، القلق والتوتر، الحساسية الزائدة، المزاج الاكتئابي)، وهذا ما أكدته دراسة مونتي وآخرون(Monti &all, 2005)، حول فعالية برنامج العلاج

بالفن المطور حديثا والقائم على الوعي التام (MBAT) mindfulness-based art therapy الذي طبق على 111 امرأة تم اختيارهن وفق السن وتعانين من مختلف أنواع السرطان، ضمن ورشات ونوادي علاجية جماعية متنوعة الوسائط الفنية لمدة ثمانية أسابيع وذلك بهدف تخفيف آثار أعراض الكرب لديهن.

وعن تدخل المختص النفسي في المرحلة العلاجية الثالثة التي تعتبر الخطوة الأساسية للانتقال من الوسط العلاجي الاستشفائي إلى الوسط المفتوح، والتي تتطلب العناية وتكاثف الجهود والتنسيق الجيد مع باقي المتدخلين ومختلف الهيئات، ما تنص عليه الاستراتيجية رقم 05 ضمن المخطط الوطني الجزائري (2015 -2019) لمكافحة السرطان والمتعلقة بتنظيم توجيه المريض ومتابعته، وفي إجرائها رقم 11 الذي يشجع الأخصائي النفسي على العمل في شبكة والتعاون مع باقي المتدخلين والشركاء من أجل تقديم الدعم والرعاية النفسية اللازمة له، فهو الآخر غير كاف وبدرجة متدنية جدا فكانت أعلى نسبة مسجلة 14.4% ولم يتجاوز عدد الذين تم توجيههم إلى مكتب المساعدة الاجتماعية للتكفل بمختلف انشغالاتهم الأسرية والمهنية والاجتماعية3.8% من المرضى، وهذا رغم أهمية الإسناد الاجتماعي الذي يحتاجون إليه ودوره في التخفيف من أعراض ما بعد الصدمة النفسية، فتطور التعرض لحدث صدمي إلى اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية مرتبط بمدى استفادة الفرد من المصادر الاجتماعية المحيطة به، كما تؤكد ذلك دراسة سلومون وآخرون (Solomon et al 1988) التي تشير إلى أن الأفراد الذين حصلوا على مستويات كافية

من الإسناد الاجتماعي بعد مشاركتهم في الحروب، كانت لديهم أعراض قليلة من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

ويتفق ضعف وعدم كفاية مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية من وجهة نظر مرضى السرطان في المراحل العلاجية الثلاث مع ما أفرزته دراسة جبار ومحرزي (2024) حول واقع التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية في الوسط العيادي الجزائري من وجهة نظر المرضى –السرطان أنموذجا–، على عينة قصدية تتكون من 106 مرضى حول عدم كفاية التكفل النفسي من وجهة نظر المرضى وبدرجة كبيرة.

أما في ما يخص مساهمة الأخصائي النفسي في عملية التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين أنفسهم فجاءت النتائج منافية للفرضية العامة والفرضية الجزئية الخاصة به، والتي تنص على أن مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) غير كافية من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين بسبب عدم كفاية التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة وبسبب ضعف الأداء والكفاءة المهنية، فهم يرون أن تكوينهم الأكاديمي ومعارفهم المكتسبة في الجامعة وخارجها والمتعلقة بموضوع الصدمة النفسية وما يتصل به كان كافيا في معظم جوانبه، عكس ما جاءت به دراسة الصغير وآخرون (2010) حول واقع الممارسة النفسية العيادية في الجزائر على مستوى الشرق الجزائري على عينة

متكونة من 35 أخصائيا نفسيا التي بينت "وجود هوة بين التكوين النظري والميداني"(منصوي، 2017)، ونتائج دراسة منصوري (2017) حول "الأخصائي النفسي العيادي بين التكوين الجامعي والممارسات العملية" على 47 أخصائيا نفسيا، والتي بينت وجود صعوبات تتعلق بالأخصائي النفسي العيادي وبتكوينه الجامعي بنسبة 81%، ودراسة تاوريرت (2011) حول واقع الممارسة السيكولوجية ببسكرة على عينة من 20 أخصائيا بالمراكز النفسية البيداغوجية، والتي بينت وجود معوقات خاصة بالتكوين في معاهد علم النفس كضعف المقاييس المقررة وسطحيتها والاختلاف بين الجانب التكويني الأكاديمي والممارسة الميدانية، وأيضا دراسة نوار(2018) التي ترى بعدم كفاية التكوين النظري الجامعي للمختص النفسي العيادي، كما توصلت دراسة أحسن سهيلة (2023) حول نوعية التكوين الجامعي للنفساني العيادي، في مجال تقنيات الفحص والعلاج النفسي وأثرها على فاعليته في الميدان على 250 أخصائيا نفسيا عياديا بالمؤسسات الصحية بولايات الغرب الجزائري، إلى وجود ضعف في مستوى التكوين لدى الأخصائي النفسي العيادي. ويمكن أن يعود هذا الاختلاف بين نتائج الدراسة الحالية وهذه الدراسات إلى تركيز الدراسة الحالية على المعارف والمكتسبات المرتبطة بموضوع الصدمة النفسية والتكفل بذوي الأمراض المستعصية بشكل خاص، رغم تصريح الأخصائيين النفسانيين بضعف التكوين الميداني الخاص بالعلاجات النفسية (81.1 %) وقلة المعارف حول الاختبارات النفسية (82.2%)، وعدم الاستفادة من التكوينات المكملة خارج الجامعة (51.4%).

وتشير النسب المئوية العالية المسجلة واستجاباتهم الإيجابية ارتفاع مستوى أداء المختصين وكفاءتهم المهنية –من وجهة نظرهم– ما يمكنهم من تقديم الرعاية النفسية اللازمة للمصابين واحترام حقوقهم وإشراكهم في المشروع العلاجي وفي تحديد الأساليب العلاجية الناجعة، الشيء الذي يوافق ما تنص عليه وثيقة مرضى السرطان ومختلف مخططات السرطان الوطنية والأجنبية كالمخطط الوطني الجزائري للسرطان (Plan National Cancer 2015-2019)، كما يتوافق مع دراسة العتيبي (2011) التي تناولت دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض، على عينة ضمت 181 منتسبا من ممرضين وأطباء وأخصائيين نفسيين باستخدام المنهج الوصفي المسحي والتي خلصت إلى مجموعة من النتائج من أهمها أن إقامة علاقة قوية مع المرضى من أهم المهارات التي يجيدها الأخصائي النفسي، في حين تبقى مساهمته مع الفريق الطبي في إعداد الخطط العلاجية المناسبة لذوي الأمراض المستعصية غير كافية، حيث يرى37 % من أفراد العينة بذلك مع تسجيل نسبة متدنية في ما يخص قيامه بتأطير النوادي والبرامج العلاجية للتكفل بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية بوساطة الفن والتي لم تتجاوز14.8 % وهذا رغم أهميتها ودورها الفعال في علاج مختلف أشكال الصدمة النفسية استنادا إلى ما أفرزته الدراسات السابقة كدراسة مونتي بيترسون وآخرون(Monti &autres, 2005)، ودراسة حمايدية (2016) التي أثبتت أهمية العلاج بالفن في التكفل النفسي بالأمراض المستعصية.

وحول رأي الأطباء ووجهة نظرهم المتعلقة بمساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بذوي الأمراض المستعصية فجاءت النتائج غير متوافقة مع الفرضية العامة والفرضية الجزئية التي تنص على أن مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) غير كافية من وجهة نظر الأطباء، إذ أنهم يرون بأهمية الدور المنوط بالأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية، باعتباره حلقة أساسية في تقديم الرعاية اللازمة للمصابين، وبمساهمته الفعالة في التكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن تشخيص داء السرطان وامتلاكه المؤهلات والمهارات اللازمة للقيام بمهامه على أحسن وجه، كما أنهم أشاروا إلى أنهم يقومون بتوجيه المرضى إليه والتنسيق معه والاستعانة بخدماته في مختلف المراحل والمحطات العلاجية لامتلاكه مهارة الاتصال وخاصة في مرحلة الإعلان عن المرض المستعصي، نظرا للصعوبات التي يواجهها الأطباء في ذلك كخوفهم وتوجسهم من عدم معرفة كيفية الرد على تساؤلات وانشغالات المرضى، وهو ما جاءت به دراسة أ. بيران وآخرون (PERRAIN, , 2009 et al) حول صعوبات إعلان المرض الخطير عند أطباء الدم الفرنسيين، وبالتالي فهم يدركون جيدا دوره الإيجابي في سيرورة علاج المرضى، وبهذا الخصوص سبق وأن أشار درتونا ماثيو(D'Ortona , Matthew1993) في دراسة له حول إدراك الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين لدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي على عينة شملت (16) طبيباً نفسياً و(20) أخصائياً اجتماعياً من ولاية كونيكتيكت الأمريكية، أن 41.7% من المشاركين

أفادوا بأنهم يحولون الحالات إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي لغرض التشخيص النفسي، كما أوضح 16.7% منهم أن التشخيص والعلاج النفسي والرعاية اللاحقة هي الأسباب الرئيسية التي تدفعهم إلى تحويل الحالات، ومع ذلك تبقى مشاركته للأطباء في إعداد الخطط العلاجية المناسبة لذوي الأمراض المستعصية غير كافية بنسبة 37 % .

خاتمة:

استهدفت هذه الدراسة موضوع مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية –دراسة عيادية إبيدميولوجية– ، وسعت إلى الإحاطة بموضوع التكفل النفسي بالمصابين في مختلف الفترات والأزمنة العلاجية (عند الإعلان عن المرض وأثناء العلاج وبعده)، من مختلف الأبعاد والجوانب ووجهات النظر، حيث تم تناوله من وجهة نظر المرضى والأطباء ومن وجهة نظر الأخصائيين النفسيين أنفسهم، في محاولة للكشف عن الملمح الوبائي لداء السرطان في السياق الجزائري وبالخصوص لدى عينة البحث من المرضى.

وتعددت وجهات نظر مختلف مجموعات الدراسة، فقد كشفت الدراسة الحالية عن ضعف مستوى التكفل النفسي في مختلف الأزمنة والفترات العلاجية من وجهة نظر المرضى، ويمكن أن يكون مرده إلى العديد من الأسباب والعوامل والتي من بينها ضعف مشاركة الأخصائي النفسي في عملية الإعلان عن تشخيص المرض المستعصي كونها لا تندرج ضمن المهام المنوطة به حسب رأيه، عدم توفر خلية أو هيأة خاصة بالإعلان عن تشخيص المرض المستعصي والتي يكون من بين تركيبتها الأخصائي النفسي إلى جانب الأطباء للتكفل بردة فعل المرضى، فبعض الأطباء يتوجسون من عدم معرفة كيفية الرد على أسئلة المرضى أكثر من توجسهم وخوفهم من إثارة ردود أفعال غير مرغوب فيها عندهم، عدم استفادة المرضى من النوادي العلاجية الخاصة بعلاج الصدمة النفسية بوساطة الفن وبمختلف التقنيات والاستراتيجيات العلاجية الشيء الذي أجمعت عليه وجهة نظر المرضى مع وجهة نظر الأخصائيين النفسيين، كما يمكن أن يكون ذلك بسب بعض الصعوبات التي تعيق الأخصائي النفسي عن أداء دوره على أحسن وجه .

بينما صرح الأخصائيون النفسيون أن تكوينهم الأكاديمي ومعارفهم المكتسبة في الجامعة وخارجها والمتعلقة بموضوع الصدمة النفسية وما يتصل به كان كافيا في معظم جوانبه، مع ارتفاع مستوى أدائهم وكفاءتهم المهنية من وجهة نظرهم، الشيء الذي يمكنهم من تقديم الرعاية والتكفل النفسي اللازم للمرضى، كما كشفت الدراسة عن بعض النقائص التي يمكن أن تؤثر سلبا على مستوى التكفل النفسي المقدم للمصابين كضعف التكوين الميداني حول موضوع العلاجات النفسية ونقص المكتسبات المرتبطة بالاختبارات النفسية واستخدامها والحاجة إلى التكوينات المكملة خارج الجامعة، بالإضافة إلى عدم كفاية مساهمة الأخصائي النفسي في إعداد الخطط العلاجية وضعف تأطيره للنوادي والبرامج العلاجية.

وقد أبدى الأطباء وجهة نظر إيجابية لدور الأخصائي النفسي في ما يخص عملية التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من مرضى السرطان وأجمعوا على كونه عنصرا أساسيا وله دور فعال ضمن الفريق الطبي لتقديم مختلف أشكال التكفل والرعاية للمصابين عبر مختلف المراحل والمحطات العلاجية، حيث ينسقون معه ويستعينون بخدماته ويوجهون إليه المرضى الذين يحتاجون إلى التكفل، إلا أنهم يرون بعدم كفاية مساهمته في إعداد الخطط العلاجية والتي يعتبر الجانب النفسي منها مهما للغاية، الشيء الذي يتفق مع وجهة نظر الأخصائيين النفسيين أنفسهم.

تولي المخططات والاستراتيجيات والقوانين التشريعية الوطنية على غرار المخطط الوطني الجزائري (2015 –2019) لمكافحة السرطان والقانون الأساسي الخاص بالأخصائيين النفسيين في الجزائر في مادته 18، الأهمية القصوى للتكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية وعلى رأسها

داء السرطان في مختلف المراحل والمحطات العلاجية لما تسببه هذه الأخيرة من صدمات وآثار نفسية واجتماعية ومهنية تضر بالفرد والأسرة والمجتمع على السواء، ونصت على تحسين نوعية الخدمات الصحية النفسية والاجتماعية الموجهة إلى هذه الفئة من المرضى وإعطاء الأولوية لسيرورة الإعلان عن المرض المستعصي وللتربية العلاجية والمساعدة السيكولوجية والمرافقة النفسية وعلى ضرورة التعاون وتظافر الجهود بين مختصي علم النفس على مستوى المؤسسات الاستشفائية ومصالح طب الأورام وباقي المتدخلين من أطباء وممرضين ومساعدين وفاعلين اجتماعيين من أجل تقديم الدعم والرعاية الكافية لهم.

والاهتمام بالتكفل بذوي الأمراض المستعصية في الأوساط الاستشفائية الجزائرية يقودنا إلى الاهتمام بتخصص علم النفس الصحي ونوعية التكوين الأكاديمي فيه، والذي من شأنه أن يساهم في تكوين مختصين أكفاء وفاعلين في الميدان، ولعل التحديث الأخير لبرنامج التكوين في تخصص علم النفس الصحي من طرف الجهات المختصة يبين التركيز على تحسين التكوين فيما يتعلق بالأمراض المستعصية من خلال مقاييس مثل: علم النفس المناعي العصبي، علم الأوبئة السلوكي، علم نفس الأورام، علم النفس القلبي، علم نفس الصحة الثقافي، وغيرها من المقاييس التي من شأنها أن تعزز تكوين الأخصائي النفسي ومعارفه ومهارته ضمن الطاقم الطبي في المؤسسات الاستشفائية.

توصيات واقتراحات :

ولتفعيل دور الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية وفي مقدمتها مرض السرطان على أحسن وجه **يوصي الباحث بما يلي:**

- ❖ استحداث جهاز أو خلية أو هيأة خاصة بالإعلان عن المرض المستعصي على مستوى مؤسساتنا الاستشفائية العمومية والخاصة من بين أعضائها الأخصائي النفسي.
- ❖ تحسين ظروف الإعلان عن المرض المستعصي ومراعاة الشروط المتعلقة به.
- ❖ إشراك الأخصائي النفسي في إعداد الخطط العلاجية الخاصة بذوي الأمراض المستعصية باعتبار التكفل النفسي جزءا لا يتجزأ من العلاج الموجه للمرضى.
- ❖ توفير أجنحة خاصة بالتكفل النفسي بذوي الأمراض المزمنة على مستوى المؤسسات الاستشفائية والمصالح العلاجية لتأطير النوادي والورشات العلاجية ذات الفعالية الكبيرة في علاج الصدمات النفسية بمختلف أشكالها والاستفادة من التجارب الرائدة التي قامت بها وكالة التنمية الاجتماعية في هذا المجال من خلال التجمعات العلاجية.
- ❖ ضرورة التعاون والتنسيق والعمل في شبكة بين الأخصائي النفسي ومختلف المتدخلين والهيئات والمصالح الاجتماعية المهتمة بشؤون مرضى السرطان.
- ❖ إعطاء الأهمية للتكوين الميداني في ميدان العلاجات النفسية خلال فترة الدراسة الجامعية.
- ❖ ضرورة الاستفادة من التكوينات المكملة خارج الجامعة بالنسبة للأخصائيين النفسيين.
- ❖ التكثيف من الدورات التكوينية والتدريبية في مجال الصدمة النفسية.
- ❖ دعم مصالح الاستعجالات الطبية ومصالح طب الأورام والعلاج الإشعاعي بأكبر عدد ممكن من الأخصائيين النفسيين المؤهلين ما يتناسب وعدد المرضى المتزايد.
- ❖ استحداث مصالح أو أقسام خاصة بالتكفل النفسي بمرضى السرطان تكون مستقلة عن مصالح طب الأورام، بالنظر إلى العدد المتنامي للمصابين بهذا الداء.
- ❖ تثمين تخصص علم نفس الأورام واستحداثه على مستوى جميع جامعات الوطن.

ويقترح :

- ❖ توسيع حدود هذه الدراسة للإحاطة بمختلف جوانب المشكلة والوقوف على مختلف الصعوبات التي ومواطن الضعف التي يواجهها الأخصائي النفسي ويمكن أن تؤثر سلبا بعملية التكفل النفسي بذوي المراض المستعصية وخاصة مرضى السرطان منهم.

قائمة المراجع

المراجع:

1. المراجع باللغة العربية:

أبو زينة، سامح.(2000). *موسوعة الأمراض الشائعة*. دار أسامة للنشر والتوزيع. عمان – الأردن.

أحسن، سهيلة.(2024).*نوعية التكوين الجامعي للنفساني العيادي في مجال تقنيات البحث والعلاج النفسي وأثرها على فاعليته في الميدان*). رسالة دكتوراه، الجزائر :جامعة وهران2.

إبراهيم، عبد الستار وعسكر، عبد الله.(2008). *علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي*.ط4.مكتبة الأنجلو المصرية. رقم الإيداع بدار الكتب المصرية: 3511 – 99.

ابن زكريا، أبو الحسين أحمد.(2008). *مقاييس اللغة*. .تحقيق أنس محمد الشامي. دار الحديث. القاهرة.

ابن منظور. *لسان العرب*. تحقيق ياسر سليمان أبو شادي، مجدي فتحي السيد، الجزء الثاني عشر. المكتبة التوفيقية. القاهرة. مصر.

الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. (15 ماي 1991). العدد 77922.

الربيعة، فهد عبد الله.(2005). *دور الأخصائي النفسي كما يدركه الطبيب النفسي دراسة على عينة من الأطباء النفسيين في مستشفيات الصحة النفسية بالسعودية*. مجلة دراسات عربية في علم النفس. القاهرة، . 57(12) 1479 – .1488.

الرازي، محمد بن أبي بكر بن عبد القادر(1981). *مختار الصحاح*. دار الكتاب العربي بيروت– لبنان.

الفيروز آبادي، مجد الدين محمد بن يعقوب(2005).*القاموس المحيط*. ط8. مؤسسة الرسالة، بيروت– لبنان.

العتيبي، فالح بن صنهات الدلبحي. (2011).*دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض*. رسالة ماجستير.جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

العيسوي، عبد الرحمن محمد.(1992). *علم النفس الإكلينيكي*. الدار الجامعية.

النوايسة، فاطمة عبد الرحيم.(2013). *الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة*. ط1 . دار المناهج للنشر والتوزيع.الأردن.

برينكمان، ديفيد وآخرون.(2017).*الاضطرابات الناتجة عن الصدمة النفسية والاضطراب المجهد بعد الصدمة النفسية (PTBS) الأسباب والتداعيات والمساعدات*.(ت د.عبد الناصر المصري) دليل إرشادي بلغات عدة للمغتربين والمغتربات.

بوحوش، عمار والذنيبات، محمد محمود.(2007).*مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث*.ط4 . ديوان المطبوعات الجامعية.الجزائر.

جبار، عبد اللطيف ومحرزي، مليكة. (2024). *واقع التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية في الوسط العيادي الجزائري من وجهة نظر المرضى – السرطان أنموذجا* -. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف. المجلد09. العدد01. ص ص823-844.

حافري، زهية غنية ودياب، لبنى. (2017).*الانعكاسات النفسية المرافقة لخبر الإصابة السرطانية وخصوصية الإفصاح عن تشخيص المرض. مجلة دراسات في علم النفس الصحة*. ع2. ص ص 90-107.

حجازي، مصطفى.(1982). *الفحص النفساني: مبادئ الممارسة النفسانية تقنياتها، خطواتها، وإشكالاتها*. (الطبعة 2). دار الطليعة للطباعة والنشر. بيروت- لبنان.

حمايدية، علي.(2016). *التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن*. رسالة دكتوراه، الجزائر :جامعة محمد لمين دباغين.

خليل، إلهام عبد الرحمن.(2004). *علم النفس الإكلينيكي: المنهج والتطبيق*. إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

ربحي، أسماء خليل العرب .(2011).*قلق الموت لدى المصابين بمرض السرطان وعلاقته بمتغيرات الجنس والعمر ونوع السرطان*. مجلة العلوم الاجتماعية. العدد 4.ص ص 78 – 116.

رفاعي، مروان. (2003). *السرطان مرض قابل للشفاء*. شعاع للنشر والعلوم. حلب.

رفعت، محمد. (1989). *الأمراض الباطنية والصدرية*. ط 3. دار المعرفة. بيروت – لبنان.

ريحاني، زهرة وبلوم، محمد.(2018).*استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين – مرضى سرطان الثدي نموذجا*. دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم سعدان بسكرة. مجلة علوم الإنسان والمجتمع.ISSN :2253-0347 .

زهران، حامد عبد السلام.(2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. ط4. عالم الكتب. القاهرة.

سي موسي، عبد الرحمان وزقار، رضوان.(2002). *الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق نظرة الاختبارات الاسقاطية*.جمعية *علم النفس العاصمة*. Unicef.

شويخ، هناء أحمد.(2007). *أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية (مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية)*. ط 1 / إيتراك للنشر والتوزيع القاهرة

عبد المعطي، حسن مصطفى.(1998).*علم النفس الإكلينيكي*. دار قباء الحديثة للطباعة والنشر والتوزيع.

عبوين، سمية. (2021). *الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي*. الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية. المجلد 13 العدد 01.

عسكر، رأفت.(2004).*علم النفس الإكلينيكي*. مكتب النهضة المصرية. القاهرة. مصر.

عمار، أحمد وآخرون. (1970). *الموسوعة الطبية الحديثة*. المجلد الرابع. ط 2. مؤسسة سجل العرب. القاهرة.

مركز ديبونو لتعليم التفكير.(2017). *مقياس القلق الصريح لجانيت تيلور*.ط1 . المملكة الأردنية الهاشمية.

منصوري، مصطفى. (2016). *الأخصائي النفسي العيادي بين التكوين الجامعي والممارسات العملية*. مجلة الحقيقة. العدد 39.

نوار، شهرزاد. (2018). *تقييم واقع التكفل النفسي بالأمراض المزمنة*. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 35.

نيكولاس، جيمس.(2013). *السرطان .(ترجمة* د. أسامة فاروق حسن).مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، القاهرة.

يحي، خولة أحمد وأيمن، يحي عبد الله.(2010). *التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان* . دار المسيرة للنشر والتوزيع. ط 1.عمان الأردن.

وزارة الصحة.(ب ت). *وثيقة الحقوق*. المملكة العربية السعودية.

2. المراجع باللغة الأجنبية:

Al-Shamsi, H. O., Abu-Gheida, I. H., Iqbal, F., & Al-Awadhi, A. (2022). _*Cancer in the Arab World*_. Singapore: Springer. ISBN 978-981-16-7944-5, ISBN 978-981-16-7945-2 (eBook). https://doi.org/10.1007/978-981-16-7945-2

American Art Therapy Association. (2017, June). *About art therapy*. https://arttherapy.org/about-art-therapy.

Baillet, F. (2002). *Soutien psychologique du patient*, organisation de la psycho-oncologie. Cancer Radiothérapie, 6(Suppl 1), 214s-218s. https://doi.org/10.1016/s1278-3218(02)00210-x

Bettevy, F., Dufranc, C., & Hofmann, G. (2006). *Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer*. *Risques & Qualité*, 2006, Volume III(2).

Boudoukha, A. (2009). *_Burn out et traumatismes psychologiques_*. Paris: DUNOD.

Bouvet, C. (2018). *_18 grandes notions de l'entretien clinique_* (2e ed., revue et actualisée). Paris: Dunod.

Budman, Simon H.,Gurman. Alan S.(1988). *Theory and Practice Of Brief Therapy*. The Guilford Press.

Ceruti, G. (2016). *Intérêt d'une prise en charge psychologique et/ou pharmacologique précoce en prévention secondaire de l'état de stress post-traumatique. Médecine humaine et pathologie*. HAL Id: dumas-01412414. Presented at the Faculty of Medicine of Nice on October 19, 2016, for the degree of Doctor of Medicine (State Diploma).

Chéneau, S., &Ourlins, B. (2006). *_Les métiers de la Psychologie_*. Paris: L'Etudiant.

Chidiac, N., &Crocq, L. (2010). *ANNALES médico-psychologiques*, 168(3), 311-319. Elsevier Masson SAS, France.

Ciccone, A., & Ferrant, A. (2006). *_Honte, Culpabilité et Traumatisme_*. Paris: Dunod, Première édition.

CRAFE. (2024, October 19). *Fiche métier : psychologie*. https://www.mesrs.dz/crafe/?p=2506&lang=ar

Dauchy, S., et al. (2014). *L'intégration de la psycho-oncologie dans les formations en cancérologie : Les recommandations de la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO).* Psycho-Oncologie, 8, 52-58. DOI: 10.1007/s11839-014-0458-2.

Décaudain, M., &Ghiglione, R. (2010). *_Les métiers de la psychologie_* (2nd ed., revue et actualisée). Paris: Dunod.

Demont, E. (2009). *_LA PSYCHOLOGIE, Histoire, Concepts, Méthodes, Expériences_*. Sciences Humaines Éditions.

Dornelas, E. A. (2018). *_Psychological treatment of patients with cancer_*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000054-000

Doron, R., &Parot, F. (2011). *_Dictionnaire de Psychologie_*. Presses universitaires de France..

D'Ortona, M.J. (1994). *A Survey of Mental Health Professional's Perceptions of the Qualifications of Clinical Psychologists*. Psychotherapy in Private Practice,12(4),17-31. /Published online: 26 Oct 2008.

Ducrocq, F., &Crocq, L. (2007). *Les traumatismes collectifs*. Urgences, SFMU, 79, 785-794. Estellon, V. (2007).

Etienne, R., & Henry, A. (2018). *_Aide–mémoire soins de support en oncologie adulte en 18 notions_*. Paris: Dunod. ISBN 978-2-1 0-077646-7.

Fancourt, D., & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?* A scoping review (Health Evidence Network synthesis report 67). World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf

Fischer, G. N., &Tarquinio, C. (2014). *_Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé_* (2nd ed.). Dunod.

Gallagher, M. W., &Resick, P. A. (2012). *Mechanisms of change in cognitive processing therapy and prolonged exposure therapy for PTSD: Preliminary evidence for the differential effects of hopelessness and habituation. Cognitive Therapy and Research,* 36(6), 750–755. https://doi.org/10.1007/s10608-011-9423-6

Hammouda, D.,&Boutekdjiret, L. (2020). *Surveillance épidémiologique des cancers: Résultats préliminaires.* Algerian Journal of Health Sciences, 2(Supplement 2), S32-S41. https://doi.org/10.5281/zenodo.4308417

Hirsch, E. (2005). *_L'éthique à l'épreuve de la maladie grave : confrontations au cancer et à la maladie d'Alzheimer_.* Paris: Espace Ethique Vuibert.

Hiruber, W. (1987). *_La psychologie clinique aujourd'hui_* (2nd ed.). Pierre Margada.

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2021, March). *The Global Cancer Observatory.* World Health Organization. https://gco.iarc.fr/

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2022). *The Global Cancer Observatory.* World Health Organization .https://gco.iarc. who.int/media/globocan/factsheets/populations/12-algeria-fact-sheet.pdf

Kilburger, E. (2012). *L'annonce du diagnostic de maladie grave en médecine générale: Représentations du patient sain et attentes envers le médecin généraliste.* Sciences du Vivant [q-bio]. HAL Id: hal-01733808.

Kraeuter, K. (2002*). Prise en charge psychologique des patients atteints de cancer : Quelques éléments utiles à l'usage des médecins.* La Lettre du Cancérologue, XI(1), janvier-février.

Lantheaume, S. (2017). *_LA PSYCHO-ONCOLOGIE_*. ISBN 978-2-84835-428-6. .Éditions In Presse.

Lebigot, F. (2005). *_Traiter les traumatismes psychiques_*. Paris: Dunod.

Lebigot, F. (2009). *Le traumatisme psychique.* Revue Francophone du Stress et Trauma, 9(4), 201-204.

Lieury, A. (2005). *_La Psychologie cognitive_*. Dunod.

Fernandez,Lydia & Pedinielli, J. L. (2006). *La recherche en psychologie clinique*. Recherche en soins infirmiers, 84, 41-51.

Marra, G., &Boland, C. R. (1995). *Hereditary nonpolyposis colorectal cancer: The syndrome, the genes, and historical perspectives.* JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 87(15), 1114–1125. https://doi.org/10.1093/jnci/87.15.1114

Masciari, C. M. J. (2022). *De la musicothérapie en soins palliatifs : la musique comme outil d'accompagnement thérapeutique.* Sciences du Vivant [q-bio]. dumas-03808675ff.

Médecins du Monde France. (2020, avril).*SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL* (SMPS). www.medecinsdumonde.org

Mikolajczak, M. (2013). *_Les interventions en psychologie de la santé_*. Paris: Dunod.

Ministère de la Santé. (2014). *_Plan national cancer 2015-2019 : Nouvelle vision stratégique centrée sur le malade_*. Octobre 2014. Algérie.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2014, February 4). *_Plan cancer 2014-2019: Guérir et prévenir les cancers_*. France.

Monti, A., Peterson, C., Shakin Kunkel, E. J., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L., &Brainard, G. C. (in press). *A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer*. Psycho-Oncology. Published online in Wiley Interscience. DOI: 10.1002/pon.988.

National Cancer Institute.(Oct 11,2021) .What tis Cancer.
https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer.

Nicolas, G., &Tarquinio, C. (n.d.). *_Les Concepts fondamentaux de la psychologie de la santé_* (2nd ed.). Dunod.

Pedinielli, J. L., & Mariage, A. (2015). *_Psychopathologie du traumatisme_*. ARMAN COLIN.

Pérez-Ardá Garayo, Maria Violeta.(2022).*Le cheval médiateur du soin dans le trouble de stress post-traumatique: évaluation d'un protocole d'équithérapie chez des femmes victimes de violences sexuelles* .Médecine humaine et pathologie.. dumas-04032769.

Perrain, A., Kousignian, I., Dauchy, S., Duponche, P., Cahnn, J. Y., & Colomba, P. (2009). *Les difficultés d'annoncer la maladie grave pour les hématologistes français.Hématologie.;*15(2):161-7.https://www.chu-besancon.fr/3c/article_annonce-en-hemato.pdf.

Pierre, S., et al. (2017). *Le soutien psychologique*. BRD 078. Une production publicom.com.

Razavi, D., & Delvaux, N. (2008). *_Précis de psycho-oncologie_*. Paris: Elsevier Masson. ISBN 978-2-294-07149-2.

Reich, G. M., Ait-Kaci, F., &Sedda, A. L. (2017, November 16). *La psycho-oncologie à l'heure du virage ambulatoire de la cancérologie.* Paper presented at the 8th National Congress of Oncology Networks, Centre Oscar Lambret, Lille, France.

Romano1, H. (2010). *L'annonce d'un diagnostic grave.* La Revue de Médecine Interne, 31, 626-630. Elsevier Masson.

Romano2, H. (2010). *Le « dessin-Leurre » traces traumatiques invisibles dans les dessins d'enfants exposés à des événements traumatiques.* Psychiatrie de l'enfant, 53(1), 71-89. https://shs.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2010-1-page-71?lang=fr

Ronson, A.(2005).*Le trouble de l'adaptation en oncologie : un cadre conceptuel à préciser* .L'Encéphale; 31 :118-26

Solomon, Z., Kotler, M., & Mikulincer, M. (*1988*). Combat-related posttraumatic stress disorder among second-generation Holocaust survivors: preliminary findings.American Journal of Psychiatry.Volume 145, Number 7. https://doi.org/10.1176/ajp.145.7.865

Vidit, Jean.-Pierre. (2001). *Qu'est-ce que le suivi psychologique* ? *Cahiers de psychologie clinique*, 17, 63-80. hnttps://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-63.htm

قائمة الملاحق

(ملحق 1): استبيان التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية (السرطان) (النسخة الأولية)

البعد الأول : التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المرضى

المحور الأول: في زمن الإعلان عن المرض / في مرحلة الإعلان عن المرض			
الرقم	**العبارات**	**نعم**	**لا**
1	الأخصائي النفسي هو الذي أبلغني بتشخيص المرض		
2	كان الأخصائي النفسي ضمن الفريق الطبي الذي أعلن مرضي		
3	قبل الإعلان عن تشخيص مرضي تم توجيهي إلى مكتب الأخصائي النفسي		
4	قبل الإعلان عن تشخيص مرضي تم استقبالي من طرف الأخصائي النفسي		
5	قبل الإعلان عن تشخيص المرض تم تهيئتي وتحضيري من طرف الأخصائي النفسي		
6	أثناء الإعلان عن المرض تم استقبالي من طرف الأخصائي النفسي في مكان هادئ ومريح		
7	ساعدني الأخصائي النفسي على تقبل إصابتي بالمرض		
8	أعلمني الأخصائي النفسي بحقوقي كمريض		
9	ساهم الأخصائي النفسي في تخفيف صدمتي بعد سماعي بخبر المرض		
10	لقد ساعدني الأخصائي النفسي على اعلان مرضي مع الأهل		
11	تشارك الأخصائي النفسي مع الفريق الطبي في ابلاغي بالقرارات الطبية المتعلقة بالمرض		
12	تمت إفادتي بالمعلومات اللازمة المتعلقة بالمرض بحضور الأخصائي النفسي		
13	فتح لي الأخصائي النفسي المجال للاستفسار عن أسئلة حول مرضي		
14	ساعدتني المعلومات المقدمة من طرف الأخصائي النفسي حول المرض في البدء بالعلاج		
15	تم الإعلان عن المرض من طرف الأخصائي النفسي بالتدريج		
16	كان الإعلان عن المرض من طرف الأخصائي النفسي بطريقة بسيطة ومفهومة		
17	كان حوار الأخصائي النفسي أثناء الإعلان عن المرض خاليا من التهويل والتخويف		
18	تم الإصغاء إلي جيدا من طرف الأخصائي النفسي أثناء الإعلان عن المرض		

19	قام الأخصائي النفسي بشرح نتائج الفحوصات والتحاليل الطبية عند الإعلان عن المرض		
20	كان الإعلان عن المرض من طرف الأخصائي النفسي كافيا وشاملا		
21	خصص لي الأخصائي النفسي الوقت الكافي للإعلان عن المرض		
22	أظهر لي الأخصائي النفسي اهتماما كبيرا وتفرغا تاما أثناء الإعلان عن المرض		
23	سلمني الأخصائي النفسي دليلا خاصا بمرضي		
24	تم الإعلان عن مرضي من طرف الأخصائي النفسي في مقابلة منفردة		
25	كان الإعلان عن مرضي من طرف الأخصائي النفسي بحضور أشخاص أثق فيهم		
26	لقد كان الإعلان عن المرض من طرف الأخصائي النفسي أو بحضوره مطمئنا		
27	كان الإعلان عن المرض من طرف الأخصائي النفسي جامدا وتقنيا بالدرجة الأولى		
28	ساعدني الأخصائي النفسي في التخفيف من قلقي ومخاوفي بعد الإعلان عن المرض		
29	كانت ظروف الإعلان عن المرض في مكتب الأخصائي النفسي جيدة		
30	مشاركة الأخصائي النفسي في الإعلان عن المرض ضروري بالنسبة لي		

المحور الثاني: أثناء العلاج / في زمن أو مرحلة المرافقة العلاجية			
الرقم	العبارات	**نعم**	**لا**
1	تم توجيهي إلى الأخصائي النفسي على مستوى المصلحة العلاجية		
2	عرض علي الأخصائي النفسي على مستوى المصلحة العلاجية خدماته		
3	ترك لي الأخصائي النفسي الاختيار في مراجعته والاستفادة من خدماته		
4	فكرت بنفسي في تلقي المساعدة النفسية من طرف الأخصائي النفسي على مستوى المصلحة العلاجية		
5	سمح لي الأخصائي النفسي بالتعبير الكافي عن معتقداتي وانشغالاتي، مخاوفي وشكوكي حول اتباع العلاج		
6	ساعدني الأخصائي النفسي في تقبل مرضي والالتزام بالعلاجات الضرورية		
7	قام الأخصائي النفسي بإشراكي في المشروع العلاجي ونتائج العلاجات المقررة		
8	ساعدني الأخصائي النفسي في استكمال المعلومات الطبية المقدمة والإحاطة بها وفهمها جيدا		
9	قام الأخصائي النفسي بتحضيري لتقبل المكوث في المصلحة العلاجية		
10	قام الأخصائي النفسي بمرافقتي أثناء مرحلة العلاج		
11	مكنني الأخصائي النفسي من طرح كل الانشغالات والتساؤلات المتعلقة بحالتي الصحية		
12	قام الأخصائي النفسي بإحاطتي بكل المعلومات التي أحتاجها		
13	ساعدني الأخصائي النفسي في تقبل العلاج المقدم لي		
14	ساعدني الأخصائي النفسي في اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتي		
15	قام الأخصائي النفسي بدراسة وضعيتي الاجتماعية		
16	معاملة الأخصائي النفسي معاملة إنسانية		
17	قام الأخصائي النفسي بمناقشة احتياجاتي في ما يخص المساندة النفسية والاجتماعية		
18	استفدت من التكفل النفسي والمساعدة الاجتماعية المقدمة من طرف الأخصائي النفسي		
19	استفدت من العلاج النفسي والدعم المعنوي المقدم من طرف الأخصائي النفسي الشيء الذي مكنني من تجاوز صدمتي		

20	ساهم الأخصائي النفسي في توفير المساندة الاجتماعية المناسبة من أفراد عائلتي وإشراكهم في التكفل الفعال بمرضي		
21	ساهم الأخصائي النفسي في التكفل بأفراد العائلة الذين يقدمون الرعاية لي		
22	استفدت من الكفالة النفسية المقدمة من طرف الأخصائي النفسي		
23	استفدت من الحصص التدريبية العلاجية بمساهمة الأخصائي النفسي		
24	ساعدني الأخصائي النفسي على تحسين علاقاتي مع الفريق المعالج		
25	اقترح علي الأخصائي النفسي الاستفادة من مختلف العلاجات الساندة (الدعم النفسي، إعادة التأهيل، مختصو التغذية، المساعدة الاجتماعية، التكفل بالألم)		
26	ساهم الأخصائي النفسي في تكيفي مع المرض		
27	ساعدني الأخصائي النفسي على تقبل الآثار الجانبية للمرض		
28	ساهم الأخصائي النفسي في توعيتي بالمرض		
29	شاركت في النوادي العلاجية المؤطرة من طرف الأخصائي النفسي		
30	ساعدني الأخصائي النفسي على الاستفادة من خبرات المرضى القدامى في التعامل مع المرض		

المحور الثالث: في زمن أو مرحلة إتمام الدورة العلاجية والاستعداد لمغادرة المصلحة			
الرقم	العبارات	**نعم**	**لا**
1	ساهم الأخصائي النفسي في تحضيري وتحضير أهلي لمغادرتي المصلحة العلاجية والعناية بي .		
2	توجد برامج علاجية مؤطرة من طرف الأخصائي النفسي لتعليم المرضى العناية الذاتية بأنفسهم بعد مغادرة المصلحة العلاجية		
3	وضح لي الأخصائي النفسي مختلف الآليات والتدابير والبرامج التي تضعها الدولة في متناول المرضى كالحق في الاستفادة من المنحة الجزافية للتضامن والتغطية الاجتماعية		
4	قام الأخصائي النفسي بإعلامي وتوجيهي إلى مختلف المصالح الاجتماعية		
5	قام الأخصائي النفسي بتوجيهي إلى جمعية المرضى أو مقدمي الرعاية		
6	برمج لي الأخصائي النفسي لقاء مع المساعدة الاجتماعية للمصلحة العلاجية للوقوف عند احتياجاتي الأولية والتكفل بها		
7	ساعدني الأخصائي النفسي على تقبل نفسي بعد الآثار الجانبية للعلاج (كسقوط الشعر المشاكل العلائقية)		
8	ساعدني الأخصائي النفسي في التنسيق مع طبيبي المعالج		
9	ناقش معي الأخصائي النفسي جميع الإمكانيات المتاحة للتكفل بي في حالة الانتكاسة		

البعد الثاني: التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المختص النفسي

المحور الأول : التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة.

الرقم	العبارات	نعم	لا
1	اكتسبت معارف متخصصة أثناء تكويني النظري الجامعي حول التكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
2	تكويني الميداني في ما يخص العلاجات النفسية كان كافيا		
3	تلقيت تكوينات مكملة للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
4	المعارف المتخصصة التي تلقيتها كافية في ما يتعلق بفهم وتطبيق المقاييس والاختبارات الخاصة بالصدمة النفسية		
5	لدي القدرة على تشخيص الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
6	أنا ملم بأعراض بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
7	أرى نفسي مؤهلا للتكفل بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
8	مفهوم جهاز الإعلان عن الأمراض المستعصية كان ضمن تكويني الجامعي		
9	أنا ملم بمفهوم أزمنة ومراحل وشروط الإعلان عن الأمراض المستعصية		

المحور الثاني: الأداء والكفاءة المهنية:

الرقم	العبارات	نعم	لا
1	يتم تزويدي بمختلف الأدوات العلاجية الخاصة بعلاج الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
2	يتم تزويدي بالاختبارات النفسية الضرورية للعمل السيكولوجي خاصة منها الاختبارات الإسقاطية لعلاج الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
3	اعتمد على المقابلات العيادية في التكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية لغياب الاختبارات النفسية		
4	تلقيت التدريب الكافي لاستعمال الاختبارات الخاصة بقياس وعلاج الصدمة النفسية		
5	أنا في حاجة إلى دورات تكوينية وتدريبية إضافية حول التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية		
6	التكفل النفسي بحالات الصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية من أولويات المؤسسة الاستشفائية أو المصلحة العلاجية التي أنتمي إليها		
7	أقوم بالتكفل بحالات الصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية في مكتب خاص بي مجهز ويتوفر على جميع الشروط الضرورية لذلك .		
8	اضطر إلى استعمال مكتب الطبيب أو مكتبا آخر في التكفل بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية نظرا لعدم وجود مكتب خاص بي		
9	يوجد قسم خاص بالخدمات السيكولوجية في المؤسسة الاستشفائية او المصلحة العلاجية التي أعمل فيها		
10	المسؤولون في المؤسسة الاستشفائية أو المصلحة العلاجية التي أعمل بها يعترفون بضرورة وجود مختص نفسي		

11	الأطباء في المؤسسة الاستشفائية أو المصلحة العلاجية التي أعمل بها مقتنعون بدوري في التكفل بذوي الأمراض المستعصية		
12	أتلقى التحفيز والتعاون اللازم من الفرق الطبية الأخرى الشيء الذي يساعدني على التكفل بذوي الأمراض المستعصية		
13	يتفهم المسؤولون في المصلحة التي أعمل فيها دوري كأخصائي نفسي		
14	يتم تكليفي أحيانا بمهام ليست من اختصاصي		
15	يتفهم المرضى وذويهم دور الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن المراض المستعصية		
16	المرضى وذووهم لا يلتزمون بالمواعيد التي أحددها لهم الشيء الذي يؤثر سلبا على الأهداف العلاجية المسطرة		
17	عدد الأخصائيين النفسانيين في المصلحة العلاجية التي أعمل فيها كاف للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		

المحور الثالث: الصعوبات والعراقيل:

الرقم	العبارات	نعم	لا
1	أساهم في إعداد خطة الإعلان عن الأمراض المستعصية		
2	أشارك الفريق الطبي في الإعلان عن المرض المستعصي		
3	أشارك الفريق الطبي في الإعلان عن الخطة العلاجية للمرض المستعصي أمام المريض و/ أو أهله		
4	أشارك مع الفريق الطبي في الإبلاغ بالقرارات المتعلقة بالمرض المستعصي		
5	أشارك الفريق الطبي في إعلان المرض المستعصي أمام أهل المريض		
6	أساهم في إشراك ذوي الأمراض المستعصية في المشروع العلاجي المعد من قبل الفريق الطبي		
7	أقوم بمساعدة ذوي الأمراض المستعصية على تقبل المرض والالتزام بالعلاجات الضرورية		
8	أقوم بالمرافقة النفسية لذوي الأمراض المستعصية و/ أو أهلهم عبر مختلف المراحل العلاجية		
9	خبرتي المهنية تؤهلني للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
10	أستفيد من مختلف التربصات والدورات التدريبية التي يوفرها القطاع الذي أنتمي إليه		
11	سبق لي التعامل مع حالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
12	أقوم بالتكفل النفسي بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
13	أرى نفسي ملما بالآليات والاستراتيجيات والتقنيات العلاجية الفعالة للتكفل النفسي بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
14	ألجأ إلى الارتجال ومحاولة إيجاد السبل العيادية الأنسب للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
15	لدي القدرة على تطبيق وتفسير نتائج الاختبارات الخاصة بالتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
16	أقوم بتحديد الأساليب العلاجية الضرورية للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية بمشاركة المرضى أنفسهم		
17	أقوم بتأطير النوادي والبرامج العلاجية لعلاج حالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
18	أساعد ذوي الأمراض المستعصية للاستفادة من خبرات المرضى القدامى في التعامل مع المرض		
19	أقوم بالتنسيق مع مختلف الشركاء للتكفل النفسي الطبي والاجتماعي بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		

البعد الثالث: التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر الأطباء

الرقم	الفقرات	نعم	لا
1	يساهم الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية		
2	الأخصائي النفسي حلقة اساسية ضمن الفريق الطبي للتكفل الأنجع بذوي الأمراض المستعصية		
3	يشارك الأخصائي النفسي مع الفريق الطبي في الإعلان عن الأمراض المستعصية		
4	أستعين بخدمات الأخصائي النفسي في الإعلان عن الأمراض المستعصية		
5	يمتلك الأخصائي النفسي كل المؤهلات والقدرات الكافية للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
6	الأخصائي النفسي ملم بمراحل وشروط الإعلان عن المرض المستعصي		
7	يساهم الأخصائي النفسي مع الفريق الطبي في إعداد الخطط العلاجية المناسبة لذوي الأمراض المستعصية		
8	الأخصائي النفساني ملم بمفهوم الأمراض المستعصية		
9	اقوم بالتنسيق والتعاون مع الأخصائي النفسي في التكفل بذوي الامراض المستعصية		
10	يقوم الأخصائي النفسي بمرافقة المرضى ذوي الأمراض المستعصية في مختلف المراحل العلاجية		
11	الأخصائي النفسي ملم بالمفردات والمعارف الطبية المتعلقة بالأمراض المستعصية		
12	لدى الأخصائي النفسي القدرة على استعمال مختلف الأدوات والأساليب العلاجية في التكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض النفسية		
13	الأخصائي النفسي ملم بتصنيف الأمراض والاضطرابات النفسية المختلفة		
15	المقابلات العيادية والحصص العلاجية التي يقوم به الأخصائي النفسي مفيدة في علاج الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
16	وجود المختص النفسي ضمن الفريق الطبي أمر ضروري ويساعد على التكفل بذوي الأمراض المستعصية		
17	المختص النفسي لديه المهارة الكافية لتشخيص الصدمة النفسية وتحديد مستوياتها وطرق علاجها		
18	لا ضرورة لإشرا ك الأخصائي النفسي في عملية الإعلان على المرض المستعصي		

(ملحق 2): قائمة الأساتذة المحكمين

الاسم واللقب	الرتبة	جامعة الانتساب
ف فراحي	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2
آ ياسين	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2
ع بلقوميدي	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2
أ زقاوة	أستاذ التعليم العالي	جامعة غيليزان
ح ب بلقوميدي	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2
خ ملال	أستاذة محاضرة أ	جامعة وهران 2
ص ملال	أستاذة محاضرة أ	جامعة وهران 2
ف ز مرياح	أستاذة محاضرة أ	جامعة وهران 2

ملحق (3): الاستبيان (بعد التعديل)

البعد الأول : التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المرضى

سيدي المحترم، سيدتي المحترمة،

في إطار تحضير أطروحة دكتوراه في علم النفس الصحة بجامعة وهران 2، حول "مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية دراسة إبديميولوجية عيادية "، آمل في الإفادة من خبرتكم ورأيكم وذلك بالإجابة على الاستبيان المرفق والمتعلق بالتكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المرضى، شاكرا لكم تعاونكم ومعترفا بجميلكم ومقدرا لما تبذلونه من جهد لإنجاز هذا البحث .

البيانات الشخصية

ضع علامة (X) في المكان المناسب

1. الجنس:

ذكر ( ) أنثى ( )

2. العمر: ..... سنة

3. الحالة الاجتماعية:

متزوج / ة ( ) أعزب / عزباء ( )

مطلق / ة ( ) أرمل / ة ( )

4 . عدد الأطفال:

5. المستوى التعليمي:

6 . نوع المرض:

7 . مرحلة المرض:

8 . مدة المرض:

9 . السوابق العائلية:

10 . نوع العلاج المتبع:

11 . الوضعية الاجتماعية:

12 .التغطية الاجتماعية:

13 . الاستفادة من المنحة الجزافية للتضامن:

14 .المؤسسة الاستشفائية:

15 . المصلحة العلاجية:

16 . مقدم الرعاية: لديك مقدم رعاية نعم () لا ()

آخر:.....

أولا. في زمن الإعلان عن المرض / في مرحلة الإعلان عن المرض

في ما يلي مجموعة من العبارات الخاصة بمحور الخاص بالتكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية في مرحلة الإعلان عن المرض، آمل الإجابة بنعم أو لا، حسب ما يناسبك.

الرقم	العبارات	نعم	لا
1	الأخصائي النفسي هو الذي أبلغني بتشخيص المرض		
2	كان الأخصائي النفسي ضمن الفريق الطبي الذي أعلن مرضي		
3	قبل الإعلان عن تشخيص مرضي تم توجيهي إلى مكتب المختص النفسي		
4	قبل الإعلان عن تشخيص مرضي تم استقبالي من طرف المختص النفسي		
5	قبل الإعلان عن تشخيص المرض تم تهيئتي وتحضيري من طرف المختص النفسي		
6	أثناء الإعلان عن المرض تم استقبالي من طرف الأخصائي النفسي في مكان هادئ ومريح		
7	ساعدني الأخصائي النفسي على تقبل إصابتي بالمرض		
8	أعلمني الأخصائي النفسي بحقوقي كمريض		
9	ساهم الأخصائي النفسي في تخفيف صدمتي بعد سماعي بخبر المرض		
10	ساعدني المختص النفسي على اعلان مرضي مع الأهل		
11	تشارك المختص النفسي مع الفريق الطبي في ابلاغي بالقرارات الطبية المتعلقة بالمرض		
12	تمت إفادتي بالمعلومات اللازمة المتعلقة بالمرض بحضور المختص النفسي		
13	فتح لي الأخصائي النفسي المجال للاستفسار عن أسئلة حول مرضي		
14	ساعدتني المعلومات المقدمة من طرف الأخصائي النفسي حول المرض في البدء بالعلاج		
15	تم الإعلان عن المرض من طرف المختص النفسي بالتدريج		
16	كان الإعلان عن المرض من طرف المختص النفسي بطريقة بسيطة ومفهومة		
17	كان حوار المختص النفسي أثناء الإعلان عن المرض خاليا من التهويل والتخويف		
18	تم الإصغاء إلي جيدا من طرف المختص النفسي أثناء الإعلان عن المرض		
19	قام الأخصائي النفسي بشرح نتائج الفحوصات والتحاليل الطبية عند الإعلان عن المرض		
20	كان الإعلان عن المرض من طرف الأخصائي النفسي كافيا وشاملا		
21	خصص لي الأخصائي النفسي الوقت الكافي للإعلان عن المرض		
22	أظهر لي الأخصائي النفسي اهتماما كبيرا وتفرغا تاما أثناء الإعلان عن المرض		
23	سلمني المختص النفسي دليلا خاصا بمرضي		
24	تم الإعلان عن مرضي من طرف الأخصائي النفسي في مقابلة منفردة		
25	كان الإعلان عن مرضي من طرف المختص النفسي بحضور أشخاص أثق فيهم		
26	كان الإعلان عن المرض من طرف المختص النفسي مطمئنا		
27	ساعدني الأخصائي النفسي في التخفيف من قلقي ومخاوفي بعد الإعلان عن المرض		
28	كانت ظروف الإعلان عن المرض في مكتب الأخصائي النفسي جيدة		
29	مشاركة الأخصائي النفسي في الإعلان عن المرض ضروري بالنسبة لي		

ثانيا. أثناء العلاج / في زمن أو مرحلة المرافقة العلاجية

في ما يلي مجموعة من العبارات الخاصة بمحور الخاص بالتكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية في مرحلة المرافقة العلاجية، آمل الإجابة بنعم أو لا، حسب ما يناسبك.

الرقم	العبارات	نعم	لا
1	لقد تم توجيهي إلى الأخصائي النفسي على مستوى المصلحة العلاجية		
2	عرض علي الأخصائي النفسي على مستوى المصلحة العلاجية خدماته		
3	فكرت بنفسي في تلقي المساعدة النفسية من طرف الأخصائي النفسي على مستوى المصلحة العلاجية		
4	سمح لي الأخصائي النفسي بالتعبير الكافي عن معتقداتي وانشغالاتي، مخاوفي وشكوكي حول اتباع العلاج		
5	ساعدني الأخصائي النفسي في تقبل مرضي والالتزام بالعلاجات الضرورية		
6	قام الأخصائي النفسي بإشراكي في المشروع العلاجي ونتائج العلاجات المقررة		
7	ساعدني الأخصائي النفسي في استيفاء المعلومات الطبية المقدمة والإحاطة بها وفهمها جيدا		
8	قام الأخصائي النفسي بتحضيري لتقبل المكوث في المصلحة العلاجية		
9	قام الأخصائي النفسي بمرافقتي أثناء مرحلة العلاج		
10	مكنني الأخصائي النفسي من طرح كل الانشغالات والتساؤلات المتعلقة بحالتي الصحية		
11	قام الأخصائي النفسي بإحاطتي بكل المعلومات التي أحتاجها		
12	ساعدني الأخصائي النفسي في تقبل العلاج المقدم لي		
13	ساعدني الأخصائي النفسي في اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتي		
14	قام الأخصائي النفسي بدراسة وضعيتي الاجتماعية		
15	قام الأخصائي النفسي بمناقشة احتياجاتي في ما يخص المساندة النفسية والاجتماعية		
16	استفت من المساعدة الاجتماعية المقدمة من طرف الأخصائي النفسي		
17	استفدت من العلاج النفسي والدعم المعنوي المقدم من طرف الأخصائي النفسي الشيء الذي مكنني من تجاوز صدمتي		
18	ساهم الأخصائي النفسي في التكفل بأفراد العائلة الذين يقدمون الرعاية لي		
19	استفدت من التكفل النفسي المقدم من طرف الأخصائي النفسي		
20	استفدت من الحصص التدريبية العلاجية بمساهمة الأخصائي النفسي		
21	ساعدني الأخصائي النفسي على التعامل بإيجابية مع الفريق المعالج		
22	اقترح علي الأخصائي النفسي الاستفادة من مختلف العلاجات الساندة (الدعم النفسي، إعادة التأهيل، مختصو التغذية، المساعدة الاجتماعية، التكفل بالألم)		
23	ساهم الأخصائي النفسي في تكيفي مع المرض		
24	ساعدني الأخصائي النفسي على تقبل الآثار الجانبية للمرض		
25	ساهم الأخصائي النفسي في توعيتي بالمرض		
26	شاركت في النوادي العلاجية المؤطرة من طرف الأخصائي النفسي		
27	ساعدني الأخصائي النفسي على الاستفادة من خبرات المرضى القدامى في التعامل مع المرض		

ثالثا. زمن أو مرحلة إتمام الدورة العلاجية والاستعداد لمغادرة المصلحة

في ما يلي مجموعة من العبارات الخاصة بمحور الخاص بالتكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية في مرحلة إتمام الدورة العلاجية والاستعداد لمغادرة المصلحة، آمل الإجابة بنعم أو لا، حسب ما يناسبك.

الرقم	العبارات	نعم	لا
1	ساهم الأخصائي النفسي في تحضيري وتحضير أهلي لمغادرتي المصلحة العلاجية والعناية بي		
2	توجد برامج علاجية مؤطرة من طرف الأخصائي النفسي لتعليم المرضى العناية الذاتية بأنفسهم بعد مغادرة المصلحة العلاجية		
3	أوضح لي الأخصائي النفسي مختلف الآليات والتدابير والبرامج التي تضعها الدولة في متناول المرضى كالحق في الاستفادة من المنحة الجزافية للتضامن والتغطية الاجتماعية بعد الخروج من المصحة		
4	قام الأخصائي النفسي بإعلامي وتوجيهي إلى مختلف المصالح الاجتماعية		
5	قام الأخصائي النفسي بتوجيهي إلى جمعية المرضى أو مقدمي الرعاية		
6	برمج لي الأخصائي النفسي لقاء مع المساعدة الاجتماعية للمصلحة العلاجية للوقوف عند احتياجاتي الأولية والتكفل بها		
7	ساعدني الأخصائي النفسي على تقبل نفسي بعد الآثار الجانبية للعلاج (كسقوط الشعر المشاكل العلائقية)		
8	ساعدني الأخصائي النفسي في التنسيق مع طبيبي المعالج		
9	ناقش معي الأخصائي النفسي جميع الإمكانيات المتاحة للتكفل بي في حالة الانتكاسة		

نسخة الاخصائيين:

في إطار تحضير أطروحة دكتوراه في علم النفس الصحة بجامعة وهران 2، حول "مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) دراسة إبديميولوجية عيادية "، آمل في الإفادة من خبرتكم ورأيكم وذلك بالإجابة على الاستبيان المرفق والمتعلق بالتكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المختصين النفسانيين، شاكرا لكم تعاونكم ومعترفا بجميلكم ومقدرا لما تبذلونه من جهد لإنجاز هذا البحث البيانات الشخصية

ضع علامة (X) في المكان المناسب

1. الجنس:

ذكر ( ) أنثى ( )

2. العمر: ..... سنة

3. الحالة الاجتماعية:

متزوج / ة ( ) أعزب / عزباء ( )

مطلق / ة ( ) أرمل / ة ( )

4. المستوى التعليمي:

ليسانس ( ) ماستر ( )

ماجستير ( ) دكتوراه ( )

آخر ( ) حدد:.....

5. التخصص:

علم النفس العيادي ( ) علم نفس الأورام ( )

علم النفس العيادي والمرضي ( ) آخر ( ) حدد: .....

6. المؤسسة الاستشفائية التي تعمل فيها :

مؤسسة استشفائية عمومية ( ) مؤسسة استشفائية خاصة ( ) بولاية:.....

7. المصلحة التي تعمل فيها:

مصلحة طب الأورام ( ) آخر ( ) حدد: .....

7. سنوات الخبرة في التخصص:..... سنة

8. عدد الدورات التكوينية حول موضوع الصدمة النفسية : .....

9 . عدد المختصين النفسانيين الذين يعملون معك في المصلحة :

– البعد الثاني : التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر المختص النفسي

أولا : التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة

في ما يلي مجموعة من العبارات الخاصة بمحور التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة من طرفكم في مساركم الدراسي، آمل الإجابة بنعم أو لا، حسب ما يناسبك.

الرقم	العبارات	نعم	لا
1	اكتسبت معارف متخصصة اثناء تكويني النظري الجامعي حول التكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
2	تكويني الميداني في ما يخص العلاجات النفسية كان كافيا		
3	تلقيت تكوينات مكملة للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية خارج الجامعة		
4	معارفي كافية حول الاختبارات الخاصة بالصدمة النفسية		
5	أنا ملم بأعراض الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
6	أرى نفسي مؤهلا معرفيا للتكفل بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
7	أنا ملم بمراحل وشروط الإعلان عن الأمراض المستعصية		

ثانيا : الأداء والكفاءة المهنية

في ما يلي مجموعة من العبارات الخاصة بمحور الأداء والكفاءة المهنية، آمل الإجابة بنعم أو لا، حسب ما يناسبك.

الرقم	العبارات	نعم	لا
1	أساهم في إعداد خطة الإعلان عن الأمراض المستعصية		
2	أشارك الفريق الطبي في الإعلان عن المرض المستعصي		
3	أشارك الفريق الطبي في الإعلان عن الخطة العلاجية للمرض المستعصي أمام المريض و/ أو أهله		
4	أشارك مع الفريق الطبي في الإبلاغ بالقرارات المتعلقة بالمرض المستعصي		
5	أشارك الفريق الطبي في إعلان المرض المستعصي أمام أهل المريض		
6	أساهم في إشراك ذوي الأمراض المستعصية في المشروع العلاجي المعد من قبل الفريق الطبي		
7	أقوم بمساعدة ذوي الأمراض المستعصية على تقبل المرض والالتزام بالعلاجات الضرورية		
8	أقوم بالمرافقة النفسية لذوي الأمراض المستعصية و/ أو أهلهم عبر مختلف المراحل العلاجية		
9	أستفيد من مختلف التربصات والدورات التدريبية التي يوفرها القطاع الذي أنتمي إليه		
10	سبق لي التعامل مع حالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
11	أقوم بالتكفل النفسي بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
12	أرى نفسي ملما بالآليات والاستراتيجيات والتقنيات العلاجية الفعالة للتكفل النفسي بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
13	اجتهد في إيجاد السبل العيادية الأنسب للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
14	لدي القدرة على تطبيق وتفسير نتائج الاختبارات الخاصة بالتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
15	أقوم بتحديد الأساليب العلاجية الضرورية للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية بمشاركة المرضى أنفسهم		
16	أقوم بتأطير النوادي والبرامج العلاجية لعلاج حالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
17	أساعد ذوي الأمراض المستعصية للاستفادة من خبرات المرضى القدامى في التعامل مع المرض		
18	أقوم بالتنسيق مع مختلف الشركاء للتكفل النفسي الطبي والاجتماعي بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		

تحياتي الخالصة سيدي الدكتور المحترم، سيدتي الدكتورة المحترمة،

في إطار تحضير أطروحة دكتوراه في علم النفس الصحة بجامعة وهران 2، حول "مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية (السرطان) دراسة إبديميولوجيةعيادية "، آمل في الإفادة من خبرتكم ورأيكم وذلك بالإجابة على الاستبيان المرفق والمتعلق بالتكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر الأطباء، شاكرا لكم تعاونكم ومعترفا بجميلكم ومقدرا لما تبذلونه من جهد لإنجاز هذا البحث .

البيانات الشخصية

ضع علامة (X) في المكان المناسب

1. الجنس:

ذكر ( ) أنثى ( )

2. العمر: ..... سنة

3. الحالة الاجتماعية:

متزوج / ة ( ) أعزب / عزباء ( )

مطلق / ة ( ) أرمل / ة ( )

4. المستوى التعليمي:

دكتوراه ( ) دبلوم ( )

آخر ( ) حدد:.....

5. نوع العمل:

طبيب عام ( ) طبيب مختص ( )

آخر ( ) حدد:.....

6. المؤسسة الاستشفائية التي تعمل فيها :

مؤسسة استشفائية عمومية ( ) مؤسسة استشفائية خاصة ( ) عيادة خاصة ( )

بولاية:.....

7. المصلحة التي تعمل فيها:

مصلحة طب الأورام ( ) آخر ( ) حدد: .....

7. سنوات الخبرة في التخصص:..... سنة

8 . عدد المختصين النفسانيين الذين أتعامل معهم في المصلحة :.....

البعد الثالث : التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر الأطباء

– البعد الثالث: التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر الأطباء

فيما يلي مجموعة من العبارات الخاصة بمحور الخاص بالتكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية من وجهة نظر الأطباء، آمل الإجابة بنعم أو لا، حسب ما يناسبك.

الرقم	العبارات	نعم	لا
1	يساهم الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية		
2	الأخصائي النفسي حلقة اساسية ضمن الفريق الطبي للتكفل الأنجع بذوي الأمراض المستعصية		
3	يشارك الأخصائي النفسي مع الفريق الطبي في الإعلان عن الأمراض المستعصية		
4	أستعين بخدمات الأخصائي النفسي في الإعلان عن الأمراض المستعصية		
5	يمتلك الأخصائي النفسي كل المؤهلات والقدرات الكافية للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية		
6	الأخصائي النفسي ملم بمراحل وشروط الإعلان عن المرض المستعصي		
7	يساهم الأخصائي النفسي مع الفريق الطبي في إعداد الخطط العلاجية المناسبة لذوي الأمراض المستعصية		
8	الأخصائي النفساني ملم بمفهوم الأمراض المستعصية		
9	اقوم بالتنسيق والتعاون مع الأخصائي النفسي في التكفل بذوي الامراض المستعصية		
10	يحرص الأخصائي النفسي على مرافقة المرضى ذوي الأمراض المستعصية في مختلف المراحل العلاجية		
11	الأخصائي النفسي ملم بالمفردات والمعارف الطبية المتعلقة بالأمراض المستعصية		
12	وجود المختص النفسي ضمن الفريق الطبي أمر ضروري للتكفل بذوي الأمراض المستعصية		
13	اقوم بتوجيه المرضى إلى مكتب الأخصائي النفسي لتحضيرهم وتهيئتهم قبل القيام بإعلان الأمراض المستعصية		
14	المختص النفسي لديه المهارة الكافية لتشخيص الصدمة النفسية وعلاجها		

(ملحق 4): مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية عند الإعلان عن المرض:

الرقم	الفقرات	تكرار وجودها	%
1	الأخصائي النفسي هو الذي أبلغني بتشخيص المرض	9	5
2	كان الأخصائي النفسي ضمن الفريق الطبي الذي أعلن مرضي	12	6,6
3	قبل الإعلان عن تشخيص مرضي تم توجيهي إلى مكتب المختص النفسي	8	4,4
4	قبل الإعلان عن تشخيص مرضي تم استقبالي من طرف المختص النفسي	10	5,5
5	قبل الإعلان عن تشخيص المرض تم تهيئتي وتحضيري من طرف المختص النفسي	13	7,2
6	أثناء الإعلان عن المرض تم استقبالي من طرف الأخصائي النفسي في مكان هادئ ومريح	15	8,3
7	ساعدني الأخصائي النفسي على تقبل إصابتي بالمرض	20	11,1
8	أعلمني الأخصائي النفسي بحقوقي كمريض	14	7,7
9	ساهم الأخصائي النفسي في تخفيف صدمتي بعد سماعي بخبر المرض	21	11,6
10	ساعدني المختص النفسي على اعلان مرضي مع الأهل	9	5
11	تشارك المختص النفسي مع الفريق الطبي في ابلاغي بالقرارات الطبية المتعلقة بالمرض	14	7,7
12	تمت إفادتي بالمعلومات اللازمة المتعلقة بالمرض بحضور المختص النفسي	16	8,8
13	فتح لي الأخصائي النفسي المجال للاستفسار عن أسئلة حول مرضي	20	11,1
14	ساعدتني المعلومات المقدمة من طرف الأخصائي النفسي حول المرض في البدء بالعلاج	21	11,6
15	تم الإعلان عن المرض من طرف المختص النفسي بالتدريج	15	8,3
16	كان الإعلان عن المرض من طرف المختص النفسي بطريقة بسيطة ومفهومة	15	8,3
17	كان حوار المختص النفسي أثناء الإعلان عن المرض خاليا من التهويل والتخويف	16	8,8
18	تم الإصغاء إلي جيدا من طرف المختص النفسي أثناء الإعلان عن المرض	16	8,8
19	قام الأخصائي النفسي بشرح نتائج الفحوصات والتحاليل الطبية عند الإعلان عن المرض	12	6,6
20	كان الإعلان عن المرض من طرف الأخصائي النفسي كافيا وشاملا	15	8,3
21	خصص لي الأخصائي النفسي الوقت الكافي للإعلان عن المرض	15	8,3
22	أظهر لي الأخصائي النفسي اهتماما كبيرا وتفرغا تاما أثناء الإعلان عن المرض	17	9,4
23	سلمني المختص النفسي دليلا خاصا بمرضي	3	1,6
24	تم الإعلان عن مرضي من طرف الأخصائي النفسي في مقابلة منفردة	7	3,8
25	كان الإعلان عن مرضي من طرف المختص النفسي بحضور أشخاص أثق فيهم	6	3,3
26	كان الإعلان عن المرض من طرف المختص النفسي مطمئنا	13	7,2
27	ساعدني الأخصائي النفسي في التخفيف من قلقي ومخاوفي بعد الإعلان عن المرض	21	11,6
28	كانت ظروف الإعلان عن المرض في مكتب الأخصائي النفسي جيدة	12	6,6
29	مشاركة الأخصائي النفسي في الإعلان عن المرض ضروري بالنسبة لي	170	94,4

المصدر: إعداد الباحث، 2024

(ملحق 5): مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية أثناء العلاج

الرقم	الفقرات	تكرار وجودها	%
1	لقد تم توجيهي إلى الأخصائي النفسي على مستوى المصلحة العلاجية	34	18,8
2	عرض علي الأخصائي النفسي على مستوى المصلحة العلاجية خدماته	55	30,5
3	فكرت بنفسي في تلقي المساعدة النفسية من طرف الأخصائي النفسي على مستوى المصلحة العلاجية	56	31,1
4	سمح لي الأخصائي النفسي بالتعبير الكافي عن معتقداتي وانشغالاتي، مخاوفي وشكوكي حول اتباع العلاج	55	30,5
5	ساعدني الأخصائي النفسي في تقبل مرضي والالتزام بالعلاجات الضرورية	55	30,5
6	قام الأخصائي النفسي بإشراكي في المشروع العلاجي ونتائج العلاجات المقررة	45	25
7	ساعدني الأخصائي النفسي في استيفاء المعلومات الطبية المقدمة والإحاطة بها وفهمها جيدا	51	28,3
8	قام الأخصائي النفسي بتحضيري لتقبل المكوث في المصلحة العلاجية	52	28,8
9	قام الأخصائي النفسي بمرافقتي أثناء مرحلة العلاج	53	29,4
10	مكنني الأخصائي النفسي من طرح كل الانشغالات والتساؤلات المتعلقة بحالتي الصحية	55	30,5
11	قام الأخصائي النفسي بإحاطتي بكل المعلومات التي أحتاجها	52	28,8
12	ساعدني الأخصائي النفسي في تقبل العلاج المقدم لي	55	30,5
13	ساعدني الأخصائي النفسي في اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتي	53	29,4
14	قام الأخصائي النفسي بدراسة وضعيتي الاجتماعية	44	24,4
15	قام الأخصائي النفسي بمناقشة احتياجاتي في ما يخص المساندة النفسية والاجتماعية	41	22,7
16	استفدت من المساعدة الاجتماعية المقدمة من طرف الأخصائي النفسي	32	17,7
17	استفدت من العلاج النفسي والدعم المعنوي المقدم من طرف الأخصائي النفسي الشيء الذي مكنني من تجاوز صدمتي	48	26,6
18	ساهم الأخصائي النفسي في التكفل بأفراد العائلة الذين يقدمون الرعاية لي	17	9,4
19	استفدت من التكفل النفسي المقدم من طرف الأخصائي النفسي	54	30
20	استفدت من الحصص التدريبية العلاجية بمساهمة الأخصائي النفسي	22	12,2
21	ساعدني الأخصائي النفسي على التعامل بإيجابية مع الفريق المعالج	48	26,6
22	اقترح علي الأخصائي النفسي الاستفادة من مختلف العلاجات الساندة (الدعم النفسي، إعادة التأهيل، مختصو التغذية، المساعدة الاجتماعية، التكفل بالألم)	38	21,1
23	ساهم الأخصائي النفسي في تكيفي مع المرض	55	30,5
24	ساعدني الأخصائي النفسي على تقبل الآثار الجانبية للمرض	50	27,7
25	ساهم الأخصائي النفسي في توعيتي بالمرض	55	30,5
26	شاركت في النوادي العلاجية المؤطرة من طرف الأخصائي النفسي	2	1,1
27	ساعدني الأخصائي النفسي على الاستفادة من خبرات المرضى القدامى في التعامل مع المرض	25	13,8

المصدر: إعداد الباحث، 2024

(ملحق 6): **مستوى التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية بعد العلاج**

الرقم	الفقرات	تكرار وجودها	%
1	ساهم الأخصائي النفسي في تحضيري وتحضير أهلي لمغادرتي المصلحة العلاجية والعناية بي	26	14,4
2	توجد برامج علاجية مؤطرة من طرف الأخصائي النفسي لتعليم المرضى العناية الذاتية بأنفسهم بعد مغادرة المصلحة العلاجية	14	7,7
3	أوضح لي الأخصائي النفسي مختلف الآليات والتدابير والبرامج التي تضعها الدولة في متناول المرضى كالحق في الاستفادة من المنحة الجزافية للتضامن والتغطية الاجتماعية بعد الخروج من المصحة	12	6,6
4	قام الأخصائي النفسي بإعلامي وتوجيهي إلى مختلف المصالح الاجتماعية	13	7,2
5	قام الأخصائي النفسي بتوجيهي إلى جمعية المرضى أو مقدمي الرعاية	12	6,6
6	برمج لي الأخصائي النفسي لقاء مع المساعدة الاجتماعية للمصلحة العلاجية للوقوف عند احتياجاتي الأولية والتكفل بها	7	3,8
7	ساعدني الأخصائي النفسي على تقبل نفسي بعد الآثار الجانبية للعلاج (كسقوط الشعر المشاكل العلائقية)	24	13,3
8	ساعدني الأخصائي النفسي في التنسيق مع طبيبي المعالج	13	7,2
9	ناقش معي الأخصائي النفسي جميع الإمكانيات المتاحة للتكفل بي في حالة الانتكاسة	19	10,5

المصدر: إعداد الباحث، 2024

(ملحق 7)

التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية من وجهة نظر

الرقم	الفقرات	تكرار وجودها	%
1	اكتسبت معارف متخصصة اثناء تكويني النظري الجامعي حول التكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	51	68,9
2	تكويني الميداني في ما يخص العلاجات النفسية كان كافيا	14	18,9
3	تلقيت تكوينات مكملة للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية خارج الجامعة	36	48,6
4	معارفي كافية حول الاختبارات الخاصة بالصدمة النفسية	28	37,8
5	أنا ملم بأعراض الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	63	85,1
6	أرى نفسي مؤهلا معرفيا للتكفل بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	53	71,6
7	أنا ملم بمراحل وشروط الإعلان عن الأمراض المستعصية	57	77

المختص النفسي/التكوين الأكاديمي والمعارف المكتسبة

(الملحق 8)

التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية من وجهة نظر المختص النفسي/ الأداء والكفاءة

الرقم	الفقرات	تكرار وجودها	%
1	أساهم في إعداد خطة الإعلان عن الأمراض المستعصية	52	70,2
2	أشارك الفريق الطبي في الإعلان عن المرض المستعصي	57	77
3	أشارك الفريق الطبي في الإعلان عن الخطة العلاجية للمرض المستعصي أمام المريض و/ أو أهله	57	77
4	أشارك مع الفريق الطبي في الإبلاغ بالقرارات المتعلقة بالمرض المستعصي	61	82,4
5	أشارك الفريق الطبي في إعلان المرض المستعصي أمام أهل المريض	53	71,6
6	أساهم في إشراك ذوي الأمراض المستعصية في المشروع العلاجي المعد من قبل الفريق الطبي	52	70,2
7	أقوم بمساعدة ذوي الأمراض المستعصية على تقبل المرض والالتزام بالعلاجات الضرورية	73	98,6
8	أقوم بالمرافقة النفسية لذوي الأمراض المستعصية و/ أو أهلهم عبر مختلف المراحل العلاجية	70	94,5
9	أستفيد من مختلف التربصات والدورات التدريبية التي يوفرها القطاع الذي أنتمي إليه	50	67,5
10	سبق لي التعامل مع حالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	73	98,6
11	أقوم بالتكفل النفسي بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	72	97,2
12	أرى نفسي ملما بالآليات والاستراتيجيات والتقنيات العلاجية الفعالة للتكفل النفسي بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	34	45,9
13	اجتهد في إيجاد السبل العيادية الأنسب للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	73	98,6
14	لدي القدرة على تطبيق وتفسير نتائج الاختبارات الخاصة بالتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	41	55,4
15	أقوم بتحديد الأساليب العلاجية الضرورية للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية بمشاركة المرضى أنفسهم	55	74,3
16	أقوم بتأطير النوادي والبرامج العلاجية لعلاج حالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	11	14,8
17	أساعد ذوي الأمراض المستعصية للاستفادة من خبرات المرضى القدامى في التعامل مع المرض	65	87,8
18	أقوم بالتنسيق مع مختلف الشركاء للتكفل النفسي الطبي والاجتماعي بحالات الصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	52	70,2

(الملحق 9) : التكفل النفسي بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية من وجهة نظر الأطباء

الرقم	الفقرات	تكرار وجودها	%
1	يساهم الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية	90	98,9
2	الأخصائي النفسي حلقة اساسية ضمن الفريق الطبي للتكفل الأنجع بذوي الأمراض المستعصية	91	100
3	يشارك الأخصائي النفسي مع الفريق الطبي في الإعلان عن الأمراض المستعصية	69	75
4	أستعين بخدمات الأخصائي النفسي في الإعلان عن الأمراض المستعصية	73	80
5	يمتلك الأخصائي النفسي كل المؤهلات والقدرات الكافية للتكفل بالصدمة النفسية الناتجة عن الأمراض المستعصية	64	70
6	الأخصائي النفسي ملم بمراحل وشروط الإعلان عن المرض المستعصي	64	70
7	يساهم الأخصائي النفسي مع الفريق الطبي في إعداد الخطط العلاجية المناسبة لذوي الأمراض المستعصية	34	37
8	الأخصائي النفساني ملم بمفهوم الأمراض المستعصية	67	73
9	اقوم بالتنسيق والتعاون مع الأخصائي النفسي في التكفل بذوي الامراض المستعصية	80	87
10	يحرص الأخصائي النفسي على مرافقة المرضى ذوي الأمراض المستعصية في مختلف المراحل العلاجية	80	87
11	الأخصائي النفسي ملم بالمفردات والمعارف الطبية المتعلقة بالأمراض المستعصية	51	56
12	وجود المختص النفسي ضمن الفريق الطبي أمر ضروري للتكفل بذوي الأمراض المستعصية	90	98
13	اقوم بتوجيه المرضى إلى مكتب الأخصائي النفسي لتحضيرهم وتهيئتهم قبل القيام بإعلان الأمراض المستعصية	63	69
14	المختص النفسي لديه المهارة الكافية لتشخيص الصدمة النفسية وعلاجها	71	78

ملحق 10: صدق الاتساق الداخلي

من وجهة نظر المرضى									من وجهة نظر الأخصائيين						الأطباء		
البعد1			البعد1			البعد3			البعد 1			البعد2					
الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الاستبيان	الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الاستبيان	الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الاستبيان	الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الاستبيان	الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الاستبيان	الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الاستبيان
1	0.61	0.82	1	0.81	0.80	1	0.66	0.67	1	0.83	0.55	1	0.82	0.65	1	0.83	0.80
2	0.65	0.64	2	0.84	0.54	2	0.76	0.76	2	0.78	0.76	2	0.67	0.65	2	0.66	0.65
3	0.65	0.76	3	0.60	0.71	3	0.65	0.45	3	0.80	0.80	3	0.65	0.73	3	0.76	0.78
4	0.73	0.63	4	0.81	0.77	4	0.84	0.59	4	0.67	0.59	4	0.65	0.48	4	0.67	0.77
5	0.77	0.78	5	0.67	0.47	5	0.60	0.65	5	0.78	0.55	5	0.65	0.76	5	0.65	0.65
6	0.81	0.65	6	0.75	0.49	6	0.81	0.73	6	0.71	0.49	6	0.65	0.80	6	0.60	0.82
7	0.83	0.73	7	0.65	0.55	7	0.67	0.65	7	0.67	0.48	7	0.73	0.76	7	0.81	0.79
8	0.76	0.77	8	0.65	0.65	8	0.71	0.77				8	0.77	0.46	8	0.81	0.54
9	0.84	0.79	9	0.73	0.76	9	0.77	0.76				9	0.81	0.79	9	0.66	0.66
10	0.60	0.54	10	0.77	0.64							10	0.66	0.54	10	0.65	0.64
11	0.81	0.66	11	0.81	0.76							11	0.65	0.66	11	0.74	0.76
12	0.71	0.64	12	0.77	0.63							12	0.74	0.78	12	0.84	0.63
13	0.66	0.76	13	0.84	0.80							13	0.73	0.65	13	0.83	0.49
14	0.76	0.63	14	0.60	0.65							14	0.80	0.67	14	0.67	0.65
15	0.67	0.59	15	0.81	0.79							15	0.71	0.76			
16	0.76	0.55	16	0.65	0.54							16	0.70	0.80			
17	0.65	0.79	17	0.65	0.66							17	0.83	0.65			
18	0.66	0.54	18	0.73	0.76							18	0.76	0.73			
19	0.76	0.66	19	0.77	0.80												
20	0.67	0.76	20	0.81	0.79												
21	0.66	0.79	21	0.83	0.54												
22	0.73	0.77	22	0.76	0.66												
23	0.65	0.58	23	0.81	0.76												

											0.59	0.74	**24**	0.73	0.84	**24**
											0.55	0.65	**25**	0.65	0.77	**25**
											0.74	0.73	**26**	0.59	0.65	**26**
											0.67	0.66	**27**	0.55	0.75	**27**
														0.76	0.74	**28**
														0.76	0.67	**29**
ارتباط البعد مع الاستبيان			**ارتباط البعد مع الاستبيان**			**ارتباط البعد مع الاستبيان**			**ارتباط البعد مع الاستبيان**			**ارتباط البعد مع الاستبيان**			**ارتباط البعد مع الاستبيان**	
0.68			0.73			0.61			0.57			0.70			0.67	

(مستوى الدلالة 0.05)

La contribution du psychologue dans la prise en charge des traumatismes résultant de maladies incurables-»

Résumé :

L'étude a porté sur le thème « Contribution du psychologue dans la prise en charge du choc résultant des maladies incurables - étude épidémiologique clinique ». Cette étude s'est appuyée sur une approche descriptive et a été menée sur un échantillon intentionnel (180 patients atteints d'un cancer suivis dans les services d'oncologie des établissements hospitaliers publics de l'ouest algérien, 91 médecins et 74 psychologues).

Grâce à l'application d'un questionnaire sur la prise en charge psychologique des personnes atteintes de maladies incurables, conçu dans le cadre de cette étude, celle-ci a révélé que la contribution du psychologue à la prise en charge du choc résultant des maladies incurables est insuffisante du point de vue des patients, alors que les spécialistes et les médecins la jugent suffisante.

Mots clés : Prise en charge psychologique, Psychologue, Maladies Incurables

« The contribution of the psychologist in the management of trauma resulting from incurable diseases»

Abstract :

The study focused on 'The contribution of psychologists in treating trauma resulting from incurable diseases - a clinical epidemiological study.' This study relied on a descriptive approach and was conducted on a purposive sample (180 cancer patients undergoing treatment in oncology departments in public hospitals in western Algeria, 91 doctors and 74 psychologists).

Through the application of a questionnaire on psychological care for people with incurable diseases, designed for this study, the current study revealed that the contribution of psychologists to the treatment of trauma resulting from incurable diseases is insufficient from the patients' point of view, while specialists and doctors consider it sufficient.

Keywords: psychological care, psychologist, incurable diseases.

مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض " المستعصية "

الملخص:

استهدفت الدراسة موضوع " **مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية –دراسة إبيدميولوجية عيادية–**"، تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، حيث تم إجراءها على عينة قصدية (180 مريضا بالسرطان يتابعون علاجهم على مستوى مصالح طب الأورام بالمؤسسات الاستشفائية العمومية بالغرب الجزائري، 91 طبيبا و74 أخصائيا نفسيا). ومن خلال تطبيق استبيان التكفل النفسي بذوي الأمراض المستعصية–المصمم في هذه الدراسة–، فقد كشفت الدراسة الحالية أن مساهمة الأخصائي النفسي في التكفل بالصدمة الناتجة عن الأمراض المستعصية غير كافية من وجهة نظر المرضى، في حين يرى الأخصائيون والأطباء أنها كافية.

كلمات مفتاحية : التكفل النفسي، الأخصائي النفسي، الأمراض المستعصية.