

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و الارطفونيا

مذكرة لنيل شهادة الماستر - تخصص : علم النفس العيادي

تحت عنوان :

إدراك المرض و علاقته باستجابتي القلق و الاكتئاب عند مرضى السلطان

دراسة عيادية لأربع حالات لمستشفى بن زرجب

تحت اشراف الدكتورة:

- كلفاح أمال.

من اعداد الطالبة :

- مودن بدرة.

أعضاء اللجنة المناقشة :

رئيسا

مشرفا

مناقشا

الأستاذ

الدكتورة كلفاح أمال

الأستاذ مكي محمد

السنة الجامعية:

2019 - 2020

ملخص الدراسة

لا يعتبر المرض أمراً عضوياً فقط، بل يعد ظاهرة معقدة، لا يمكن اختصارها في بعدها البيولوجي، فهناك تأثيرات نفسية واجتماعية وثقافية تؤثر في العادات الصحية، اتجاهات، سلوكيات الفرد وارتباطها بعضها البعض.

ومنه اهتمت هذه الدراسة بدراسة إدراك المرض عند مرضى السرطان وارتباطه باستجابتي القلق والاكتئاب، أين هدفنا لدراسة الظاهرة واستكشاف كل جوانبها وأبعادها الحقيقية لدى بعض مرضى السرطان بوهران.

وقد افترضنا وجود إدراك مميز لدى مريض السرطان لمرضه بما فيه تصوره الأسباب السرطان وارتفاع مستوى القلق والاكتئاب، ووجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض وبين مستوى كل من القلق والاكتئاب لديه، ونوع العلاج.

لم يقدرنا ان نستعمل إستبيان إدراك المرض المعدل (IPQ -R)، والمقياس الإستشفائي للقلق والاكتئاب (HADS)، لانهما أداتين مناسبتين لمثل هذه الدراسة، الا ان دراستنا توقفت بظهور مرض الكورونا ولم يحالفنا الحظ بتطبيق الختبارات. فطبقتنا دراسة استطلاعية على أربعة حالات مريضة بالسرطان. تمثلت الدراسة بالاعتماد على المقابلة النصف الموجهة" من طرف الطالبة وتم تحليل المعطيات بالمقابلة العيادية ودراسة الحالة. أين توصلت النتائج إلى:

- التوصل الى فرضية جزئية بان إدراك المرض مرتفع عند مرضى السرطان.
 - وجود القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان، وارتفاعهما.
 - جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض والقلق والاكتئاب فكلما زادت درجة ابعاد المرض، كلما نقص مستوى القلق والاكتئاب.
 - ارتباط مستوى القلق والاكتئاب بزيادة تواجد الأعراض المرضية لدى مرضى السرطان.
 - وهكذا تلخصت الدراسة بإثبات العلاقة بين أبعاد إدراك المرض واستجابتي القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان.
- الكلمات المفتاحية: ادراك المرض، القلق، الاكتئاب، مرض السرطان.

كلمة شكر وتقدير

قال الله تعالى: { وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ } هود (88)

بداية نتوجه بالحمد الكثير لله عز وجل على ان وفقني لإتمام هذا العمل.

ثم لا يسعني إلا ان أتقدم بالشكر الجزيل الى استاذتي المحترمة " كلفاح امال " المشرفة على هذه المذكرة، التي انارت دربي بنصائحها القيمة والتي حرصت ان تكون هذه الدراسة في صورة كاملة.

واتوجه بأسمى معاني الشكر الى كافة أساتذة قسم علم النفس والأرطوفونيا.

كما أوجه شكري الى الأخصائية كالي مريم التي ساندتني بقسم مكافحة السرطان.

ولجميع مرضى السرطان شفاهم الله.

إهداء

الحمد لله الذي أكرمني بها الإنجاز المتواضع والذي أهديه الى مصدر نجاحي التي ربنتي وضحت من أجلي دون كلل او ملل.

إلى من سلكت بي دروب الحياة الوعرة بشموخ وتعب.

إلى القلب الكبير الذي شملني بأسمى آيات الحب والحنان.

إلى من بخلت على نفسها الراحة لأنعم بها وخضت بي طريق النجاح بدعائها

إلى التي لن اوفيتها حقها مهما قلت ومهما فعلت.

إلى الغالية والدتي سمورتي الحبيبة.

إلى من رحل عن الدنيا دون وداع ولا رجعة غاب عن عيني وبقي في قلبي

إلى من غطى التراب جسده وحرمني الدهر من نبرات صوته

إلى العزيز على قلبي رحمه الله وألهمني الصبر على فراقه

إلى روح قلبي أبي.

إلى من رباني وكبرني وحماني وأكرمني بدعائه ولم يجعلني أحس بأي نقص

إلى أبي الثاني رشيد.

إلى من كان قارب نجاة شق لي عباب أمواج الحياة الهائجة ليصل بي الى بر الامان

إلى من علمني بانه عندما تنطفئ الانوار لا بد من اضاءة لا بلعن الظلام

إلى سلطان قلبي وسندي سظام.

إلى إخوتي وأبنائي حماهم الله وأرعاهم: " عتو بلال، أمين بيبي تاغي، هواري، محمد"

إلى أختي حبيبتي صديقة دربي وعمري ومعني في كل خطواتي

إلى أفضل الموجودين في حياتي: أمال.

إلى كل أقاربي من قريب ومن بعيد وخصوصا: خالتي اسمهان.

إلى من سرنا سويا ونحن نشق الطريق معا نحو النجاح احبتي وأصدقائي

إلى عائلتي الثانية: les tchokololos

الصفحة	العناوين
أ	الشكر والتقدير
ب	الإهداء
ج	ملخص الدراسة
د	المقدمة
الفصل الأول: في الإطار العام للإشكالية	
12	الإشكالية.
14	الفرضيات
14	أهداف الدراسة
14	أهمية الدراسة
15	التعاريف الإجرائية
15	حدود الدراسة
الفصل الثاني: إدراك المرض	
18	تمهيد
19	تعريف إدراك المرض.
19	تصورات المرض.
23	مكونات إدراك المرض.
25	نموذج إدراك المرض.
27	العلاقة بين ابعاد المرض في إدراك المرض حسب نموذج (SRM).
28	خلاصة الفصل.
الفصل الثالث: القلق	
30	تمهيد.
31	مفهوم القلق.

32	أنواع القلق.
33	مستويات القلق.
33	اعراض القلق.
35	أسباب القلق.
37	تشخيص القلق.
37	علاج القلق.
40	الخلاصة.
الفصل الرابع: الاكتئاب	
42	تمهيد.
43	مفهوم الاكتئاب.
43	أنواع الاكتئاب.
43	مستويات الاكتئاب.
44	أعراض الاكتئاب.
48	أسباب الاكتئاب.
50	تصنيف الاكتئاب.
51	تشخيص الاكتئاب.
52	علاج الاكتئاب.
56	الخلاصة.
الفصل الخامس: السرطان	
58	تمهيد.
59	نشأة السرطان.
61	مدى انتشار مرض السرطان.
62	ماهية السرطان.
63	تصنيف السرطان.

65	أعراض السرطان.
66	مسببات السرطان.
68	أنواع السرطان.
68	أماكن انتشار الأورام لدى مرضى السرطان.
69	علاج السرطان.
74	مكافحة داء السرطان.
75	الخلاصة.
الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميداني	
77	تمهيد.
79	منهج الدراسة.
80	الدراسة الاستطلاعية.
82	أدوات الدراسة.
84	الدراسة الأساسية.
95	مناقشة الفرضيات.
101	خلاصة الفصل.
102	الاستنتاج العام.
103	الخاتمة.
104	المراجع.
110	الملاحق.

يعتبر السرطان أحد أكبر التحديات التي تواجه منظومات الرعاية الصحية في العالم نظرا لانتشاره الواسع والتكاليف المرتفعة جدا لتدبيره، والتي تحجز جزءا من حجم الميزانيات الضخمة المسخرة من قبل العديد من دول العالم والجزائر لوسائل تشخيص السرطان ومعالجته. مرض السرطان خطير فهو يهدد الحياة النفسية والجسدية، وتشخيص الإصابة به تسبب ضيقا واجهادا والم للمريض وعائلته (jadoon, N.A & al); حيث ابرزت Cicely Saunders بان معاشته تمس مجموعة الابعاد (الجسدية، النفسية، الاجتماعية والروحية) التي اطلقت عليها مصطلح ' مجمل الألم. (shut , 2013: 08)

فمن الاضطرابات الجسدية الالتهابات المختلفة، الشعور بالإجهاد والغثيان، فقدان الشهية، الاسهال، سقوط الشعر، فقدان الخصوبة والقدرة الجنسية، تغيرات الوزن. اما بعض الاعراض النفسية مثل القلق والاكتئاب والارق. كما تتدهور نوعية الحياة للمعانين بالسرطان من بعض الآثار الاجتماعية الضاغطة مثل فقدان الدخل، الانعزال الاجتماعي، الوصمة الاجتماعية. (فقيه، 2003: 13)

قد تصل بالبعض الى عدم الرغبة في العيش ومحاولة الانتحار، حيث يصبح مريض السرطان حساسا ويقضا باستمرار لأية تغيرات جسمية، وكل الم مهما كان بسيطا يثير خوفه من حدوث انتكاسه او الموت، مما يسبب له هذا الاخير القلق الذي يعتبر نوعا من الانفعالات النفسية الرئيسية التي تشمل كذلك كلا من الغضب والحزن والاشمئزاز وغيرها من الانفعالات التي تحدث خلا في تقدير الذات حيث عرفه Freud: "بانه رد فعل لخطر خارجي معروف يمتلك الانسان ويسبب له الكثير من التوتر والضيق والالم والانزعاج. (السيد عثمان، 2001: 18)

ويصاحب القلق ايضا نوعا من الاضطرابات النفسية والذي يعد اشد خطورة الا وهو الاكتئاب.

كما اشار Lazarus 1981 صاحب نظرية الضغط والمقاومة ان هناك اختلاف في ردود الافعال لدى الاشخاص المصابين بالأمراض المزمنة، حيث ان البعض منهم بعيد الى حد ما

عن الانزعاج من المرض، على عكس البعض الآخر، وهو الشيء الذي يعكس وجود تباين في التوافق السيكولوجي مع المرض بين المصابين به.

حيث توصلت دراسة pollok 1989 الى الكيفية التي يدرك الفرد بها وضعية المرض واسلوب المقاومة الذي يستخدمه، متغيران لهما دور كبير في تكيف المريض مع المرض ومدى الاستجابة الفسيولوجية للعلاج الطبي المقدم للمريض.

ويقرر باحثون آخرون أن مرضى السرطان يستخدمون الإنكار لتقليل الفزع المرتبط بمرض السرطان، ويشيع لديهم القلق والاضطراب الانفعالي، بينما ركزت فئة أخرى من الباحثين على الاكتئاب بوصفه الاستجابة الشائعة لدى مرضى السرطان، وأنه قد يؤدي إلى أن يحاول بعضهم الانتحار. " (فقيه، 1997:14)

وقد أشار Lazarus (1981) صاحب نظرية الضغط والمقاومة إلى أن هناك اختلاف في ردود الأفعال لدى الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة، حيث أن البعض منهم بعيد إلى حد ما عن الانزعاج من المرض، على عكس البعض الآخر، وهو الشيء الذي يعكس وجود تباين في التوافق السيكولوجي مع المرض بين المصابين به.

كما توصلت دراسة Pollok (1989) إلى أن الكيفية التي يدرك الفرد بها وضعية المرض وأسلوب المقاومة الذي يستخدمه، متغيران لهما دور كبير في تكيف المريض مع المرض ومدى الاستجابة الفسيولوجية للعلاج الطبي المقدم للمريض.

من هذه النقطة تحديدا تبادر لدينا دراسة العلاقة المباشرة بين أبعاد إدراك المرض لدى مريض السرطان و بين استجابتي القلق و الاكتئاب لديه.

أين تضمن الجانب النظري أربعة فصول حيث جاء الفصل الأول بتقديم الدراسة من خلال التطرق إلى مشكلة الدراسة، فرضياتها، أهداف وأهمية الدراسة، بالإضافة إلى التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة وحدودها الزمكانية. أما الفصل الثاني فقد تضمن إدراك المرض، من مفهوم إدراك المرض، ونموذج إدراك المرض، والعلاقة بين الأبعاد في إدراك المرض في نموذج التنظيم الذاتي، ثم الفصل الثالث الذي تناولنا فيه استجابة القلق وضم تعريف القلق، أسبابه معايير تشخيصه وعلاقته بمرض السرطان. بعده الفصل الرابع أين تضمن استجابة

المقدمة

الاكتئاب وضم تعريف الاكتئاب، و، المعايير التشخيصية، أعراضه، التفسير المعرفي له، وخامسا فصل مرض السرطان.

وتضمن الجانب الميداني فصل واحد الخامس لإجراءات الدراسة الميدانية حسب ما جاءت به الفرضيات ومناقشة النتائج التي حصلنا عليها من خلال المقابلات العيادية ومقارنتها بالدراسات السابقة، وأخيرا خرجنا بالاستنتاج العام للدراسة، ثم ذكرنا قائمة المراجع والملاحق التي اعتمدنا عليها.

ومن هذه النقطة تحديدا تبادر لدينا دراسة إدراك المرض وعلاقته بالقلق والاكتئاب عند مرضى السرطان.

الفصل الأول في الإطار العام للإشكالية

- ✓ الإشكالية.
- ✓ الفرضيات.
- ✓ أهداف الدراسة.
- ✓ أهمية الدراسة.
- ✓ التعاريف الإجرائية.
- ✓ حدود الدراسة.

الإشكالية:

بعد تشخيص المريض بالسرطان يمر بعدة مستويات من الضغوط النفسية والاجهاد العصبي، والتقلبات العاطفية والشعورية، والقلق العصبي والجزع، فالتغيرات الجذرية في نمط الحياة والخوف والموت، والتغيرات الجسدية او تغير الشكل البدني، وتغير النظرة الى الذات، والتغير في الموقع والوضع الاجتماعي وطريقة الحياة، وكذلك الاعتبارات المالية والوظيفية، كل هذه القضايا تهم المصابين بالسرطان. ان الشعور بالحزن والأسى امر عادي وتفاعل طبيعي اثناء هذه الازمة وسيشعر الجميع بمثل ذلك في بعض الوقت لذلك علينا المتابعة والعلاج. (adams.D.2016)

فأصبح مرض السرطان هاجسا يطارد المصابين به والمجتمع، وانه مما لا شك فيه ان المرض والموت مظهرين من مظاهر قلق الانسان وخوفه وعجزه. (عبد السلام،2006)

هذا ما وجدته دراسة Revenson وزملائه 1993 فقد اجريت على 32 مريضا بالسرطان وباستخدام بعض المقاييس الموضوعية، كشفت هذه الدراسة عن معاناة مرضى السرطان من انخفاض تقدير الذات وقلق الموت وغموض التفكير والاكتئاب والياس. (الانصاري،1996)

ومن المعتاد ان تخف شدة المصاعب والمخاوف حين يتكيف المريض مع الوضع المستجد، وينهض لمواجهة الواقع والبدء في المعالجات ومقاومة المرض، غير ان البعض لديهم صعوبة في التأقلم والتكيف، حيث لا يستطيع التعايش مع معقب مرور فترة طويلة، ويبدو فاقدا للاهتمام والنشاطات المعتادة، فقد يكون ذلك مؤشرا بإصابته بالقلق والاكتئاب.

فدراسة Morrow & Fattig 1983 على 71 مريضا بالسرطان تبين معاناتهم من الاكتئاب، والقلق والتشاؤم والياس والانسحاب الاجتماعي، والعزلة الاجتماعية بعد الاصابة بالسرطان بفترة ثلاثة شهور. (الانصاري،1996)

كما اشارت Kathleen 2016 ان الاستجابات لانفعالية غالبا ما تكون سريعة، استجابات تكيفية تساعدنا على مواجهة التحديات التي تنشأ في بيئتنا بنجاح، الا ان البعض تكون غير مناسبة، أي ان موقعها خطأ او توقيتها غير مناسب.

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية

فالاستجابات الانفعالية لدى مرضى السرطان خلال العملية التكيفية تأخذنا إلى فهم طبيعة التغيرات في الاستجابة للمرض. (kathleen2016)

أين تأثر المفاهيم التي يحملها الأفراد عن الصحة والمرض في كيفية استجابتهم للأعراض المرضية، يطلق عليها بالتمثلات المرضية فإنها تشير إلى مدركات المنظمة عن المرض التي يتم اكتسابها من خلال وسائل الإعلام، ومن الخبرة الشخصية، ومن الأسرة والأصدقاء الذين تعرضوا لخبرة الإصابة بمرض معين. (تايلور، 2008)

كما جاء في دراسة **clair** وزملائه 2009 التي تمثلت وهدفت إلى التنبؤ بالعلاقة بين الإدراك وظهور حالات القلق والاكتئاب لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن، في إطار نموذج الضبط الذاتي ومدى تكيف المريض مع مرضه الجسدي، وجاءت النتائج كالتالي:

- ظهر لدى المصابين حالة من الهلع بعد شهر.
 - بيان أهمية لأبعاد إدراك المرض التالية: (بعد الهوية، الوقت، نتائج المرض، والصور الانفعالية) في التفريق بين المصابين بالهلع والغير المصابين. (ابركان، 2013)
- ومنه فإدراك المريض لمرضه يعتبر نتيجة للكيفيات التي يتعامل بها مع راحل المرض والتي تكون من خلال عملية التقييم والتفسير المناسبة للتكيف مع مرضه.
- ومنه جاء نموذج الحس العام للتنظيم الذاتي المرتبط بالمرض **للفينثال (Leventhal)** حيث يقدم إطاراً لفهم العلاقة بين تصور أو إدراك المريض لمرضه بما ينطوي عليه من التكيف.

لذلك ترتبط بعلاقة طبيعية إدراك المرض والمعاش النفسي لدى مريض السرطان الذي يتمثل في متاهة لا خروج منها ولا مواجهتها وبين العزو السببي؟

❖ واعتماداً على الدراسات السابقة والجديدة نتفرغ للأسئلة التالية:

- ما طبيعة إدراك مرض السرطان لدى مرضى السرطان؟
- كيف يتمثل مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان؟
- هل تختلف العلاقة بين إدراك المرض وبين استجابتي القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان؟

فرضيات الدراسة:

وعلى ضوء التساؤلات المطروحة في مشكلة الدراسة صيغت الفرضيات التالية:

- نتوقع وجود إدراك مقبول لدى مريض السرطان لمرضه بما فيه تصوره لأسباب السرطان.
- نتوقع ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان.
- نتوقع وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض وبين مستوى القلق والاكتئاب لدى مريض السرطان.
- نتوقع اختلاف علاقة إدراك المرض باختلاف السن والمستوى التعليمي والاجتماعي ونوعية السرطان ومدة الأزمان ونوع العلاج.

أهداف الدراسة:

جاءت أهداف الدراسة والمتمثلة في الإجابة على تساؤلاتها المحددة سابقاً ل:

- استكشاف أبعاد المرض لمرضى السرطان.
- استكشاف مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان.
- استكشاف العلاقة بين متغيرات الدراسة.

أهمية الدراسة:

السبب الرئيسي لاختيار الموضوع هو ملاحظة مرضى السرطان الذين يختلفون في نوعية الاستجابات وفي مستوياتها، وفي اختلاف تصوراتهم المرضية، ومنه يمكن رؤية أهمية الدراسة في:

- ✓ إلقاء الضوء على متغير الإدراك وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى عينة مرضى السرطان.
- ✓ الاهتمام بشريحة هامة من المصابين بالسرطان الذين أصبحوا مدار دراسات الصحة النفسية.

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية

✓ تنبيه الأخصائيين النفسيين الى العلاقة بين إدراك المرض والاستجابات لدى مرضى السرطان.

✓ إمكانية أن تكون النتائج خادمة لبناء برامج علاجية طبية ونفسية.

التعاريف الإجرائية:

1- إدراك المرض:

تصورات المرضى خاصة ضمنية لمعتقدات الحس العام للمريض حول مرضه، هذا الإدراك يقدم للمرضى إطاراً أو مخططاً للتعامل مع الفهم لمرضهم.

2- الاكتئاب:

هو حالة انفعالية غير سارة، عادة ما تكون مصحوبة بالشعور بالإحباط، والحزن والتعاسة وفي بعض الأحيان الإحساس بعدم القيمة وبان الحياة لا معنى.

3- القلق:

هو حالة انفعالية غير سارة، تتميز بالشعور بالخوف وتكون مصحوبة عادة ببعض الأحاسيس الجسمية كوجود جفاف في الفم، صعوبة في التنفس، ارتجاف في الأيدي.

الجانِب النظري

الفصل الثاني: إدراك المرض

تمهيد

- ✓ تعريف إدراك المرض
- ✓ تصورات المرض
- ✓ مكونات إدراك المرض
- ✓ نموذج إدراك المرض
- ✓ العلاقة بين ابعاد المرض في إدراك المرض حسب نموذج (SRM)

خلاصة الفصل

تمهيد:

هناك تنوع واضح في الأعراض التي تنشأ عن نماذج الأمراض المختلفة التي يحملها الناس، كما أن نموذج المرض الذي يحمله الفرد يمكن أن يؤثر بشكل كبير في السلوك المرتبط بذلك المرض، مما يجعل المرضى من الناس يتبعون طرقاً مختلفة في معالجة الاضطرابات التي يعانون منها ويظهرون مستويات متنوعة من العمالي العالمية، فالماركات التي يحملها الفرد من المرض تلعب دوراً مهماً في تقرير سلوكه.

أولاً: تعريف إدراك المرض:

هو عبارة عن مفهوم جيء به في حقل النظريات ذات المعنى المشترك (Théories du sens commun)، وبالضبط في ميدان البحث في التصورات المعرفية العرض من قبل الباحث "ليفنتال" (Leventhal) سنة 1980، باعتبار أن إدراك المرض يعطى مختلف المعتقدات الشخصية للفرد وذا لإعطاء معنى المرض ويكمن إدراك المرض من خلال التشخيص، أو حين تظهر الأعراض الغير عادية لدى المريض، فإن هذا الأخير يعطي معنى لحالته الجديدة وهذا بل جمعه لكافة المعلومات حول حالته تلك، ومن ثم يعد تصورات حول المرض أين يقوم باستخدام عملية الترشيح. (Leventhal et al، 31 1980)

ثانياً: تصورات المرض:

ظهر مفهوم تصور المرض في شكل متنوع ومعقد بالنسبة لتصور الصحة في الأبحاث السابقة، إذ يصعب تمييز تصور العرض على أنه حالة كما هي أو تشبيه لحالة أخرى، إذ أن الصحة والمرض صورتين متطابقتين إلا أنه عادة يتصور المرض بحسب نتائجه فمثلا العجز يعتبر عرض خارجي للعرض، لكن ليس كل عجز عن النشاط يعتبر مرضاً.

(Raymond 2008 32)

هناك محوران واسعان مكملان لبعضهما للبحث في ميدان النظريات ذات المعنى المشترك وتعطى نوعان من التصورات:

1-التصورات الاجتماعية للمرض:

حسب ما جاء به " موسكوفي" Moscovisci سنة 1996 فإن هناك تفاعل بين عوامل شخصية وعوامل اجتماعية لها علاقة بالشخص وثقافته داخل المجتمع الذي يعيش فيه. وفي سياق العلاقة المتبادلة والمتفاعلة بين الشخص المريض والجماعة ترى "هرزليش" Herzlich 1969 في النموذج المعروف باسم " المخطط التوضيحي" بان هناك علاقة بين الفرد والمجتمع شأنها بين الصحة والمرض، وفي هذه النظرية فإن الشخص يكون بطبعه سليماً، لكن يصير مريضاً نتيجة أسلوب الحياة التي يفرضها المحيط الاجتماعي عليه، وينتج

الفصل الثاني: إدراك المرض

عن ذلك (03) ثلاث مفاهيم وتفسيرات للمرض، والتي تتعلق بمفهوم العلاقة بين الفرد والمجتمع، وتميز:

1- المرض المتلف للجسم. (maladie destruction)

2- المرض الحرية. (maladie liberation)

3- المرض الوظيفة. (maladie profession)

وفي نفس السياق فإن الصحة والمرض ليست أمور موضوعية، لأنه تحكمها أحكام قيمية، ولأنه لا توجد قيمة دون مرجعية ضمنية أو صريحة إلى المجتمع، فإن كلمة المرض والصحة تصبح ذات معاني كثيرة (اقتصادية، سياسية، أخلاقية، دينية)

فلكل مجتمع فكرته عن السواء والمرض. إذ نجد عادة قطبين من التصورات السببية واحدة تحكمها فكرة أن المرض حالة سلبية، والأخرى وهي نادرة ترى أن المرض خبرة ايجابية.

- فالمرض السلبي: سواء أكان نتيجة لاعتداء من الوسط أو نتيجة لاستجابة غير متوازنة للعضوية، فإنه في كل الحالات أمرا سلبيا للغاية، وهذا اللاسواء يجب تجنبه بواسطة شبكة من المحرمات في المجتمعات التقليدية، وبواسطة الوقاية الصحية في مجتمعاتنا.

- أما المرض الايجابي: إذ يعتبر استجابة ذات معنى وقيمة، لأنه عبارة عن محاولة لإعادة التوازن المضطرب، ويعتبر في بعض الأحيان مرحلة حماس وغنى، مثل: المرض المكافأة: إذ يستعمل كوسيلة للإفلات من الالتزامات الاجتماعية، ووسيلة للحصول على اهتمام الناس، وهو ما يعرف في الطب النفسي بالفوائد الثانوية للمرض.

ونأخذ مثال آخر: المرض الانجاز، حيث يستنهض المرض لدى بعض الأفراد إرادة وعزيمة استثنائية للتعويض عن نقصهم، والأمثلة كثيرة في العالم عن هؤلاء الأفراد الذين طوروا إمكانيات خارقة رغم عجزهم. (قيرة، ص142-143)

ثالثا: التصورات المعرفية للمرض:

تؤثر المفاهيم التي يحملها الأفراد عن الصحة والمرض، في كيفية استجاباتهم للأعراض المرضية، وإن ما يطلق عليها بالتمثيلات المرضية أو "المخططات"، تشير إلى المدركات المنظمة عن المرض التي يتم اكتسابها من خلال وسائل الإعلام، ومن الخبرة الشخصية، ومن الأسرة والأصدقاء الذين تعرضوا لخبرة الإصابة بمرض معين وتتراوح المخططات الذهنية المتعلقة بالمرض بين الغموض التام وعدم الدقة، إلى الشمولية والدقة التامة، وتتبع أهميتها من حقيقة كونها عاملا مؤثرا في سلوك الناس الوقائي، وفي ردود أفعالهم عندما يتعرضون للأعراض، أو تشخص لديهم الأمراض، وفي مدى التزامهم بالتوصيات العلاجية، وتوقعاتهم بشأن مستقبل وضعهم الصحي. (شيلي تايلر، 2008: 483).

وكل شخص يعطي معنى خاص لمرضه، وذلك حسب تصوراته داخل الجماعة، وكما يمليه الإدراك الجماعي للصحة والمرض، وكذا طبيعة الخبرة الشخصية مع أعراض المرض. ويرى "روش" (Rosch) سنة 1978 بأنه على المستوى الشخصي للمريض يوجد نموذج "أولي" للمرض (prototype)، إذ يبنى المريض مفهوم عام حول طبيعة المرض، اعرضه، أسبابه، وكذا نتائج المرض. وبالتالي فالمريض يستدعي إلا الأعراض ذات الخصوصية عندما يطابقها مع مختلف الأمراض الأخرى التي أصيب بها، أو سمع عنها من قبل، ومن هنا يحتاج المريض للنموذج الأولي للمرض (والأفضل لديه) حتى يستطيع مواجهته بما لديه من معلومات متوفرة. (Rosch E، 1978).

فقد يحمل الفرد مثلا، نموذجا أوليا للإصابة بمرض القلب، وهو مرض مزمن يتضمن حدوثه: التدخين والزيادة في الوزن، وعدم القيام بممارسة النشاط الرياضي بوصفها عوامل مسببة، وألم الصدر، وخطر الإصابة بالسكتة القلبية، بوصفها نواتج، واستمرار المرض لفترة طويلة، واحتمال أن يؤدي إلى الموت.

إن النماذج الأولية للأمراض، تساعد الناس على تنظيم المعلومات المتعلقة بالأحاسيس الجسمية التي لا يمكن تفسيرها بدون هذه النماذج المرضية وتقييمها، بذلك الشخص الذي يشعر أن عرضة للإصابة بمرض القلب، يقوم بتفسير ألم الصدر بطريقة مختلفة عن الشخص الذي لا

الفصل الثاني: إدراك المرض

يحمل هذا النموذج الأولي للمرض، أو الذي لا يدرك أن لهذا العرض ارتباطا بمرض القلب، ومن الممكن للشخص الثاني أن يعد هذه الأعراض مؤشرا إلى اضطراب الهضم. فالمدرجات المنظمة حول المرض، يمكن أن تقود الناس إلى تفسير المعلومات الجديدة، وهي تؤثر بالقرارات التي يتخذها الناس في البحث عن العلاج، وتقود الأفراد إلى التغيير، أو إلى الفشل في الالتزام بنظام المعالجة، كما أنها تؤثر في توقعاتهم المتعلقة بمستقبلهم الصحي. (شيلي تايلر، 2008: 486)

وحسب (Leventhal et al)، 1980-1984 فإن الأشخاص المرضى يخلقون نوعا من التصورات المعرفية والانفعالية لمرضهم، وهذا لإعطاء معنى يساعد على تحقيق الشفاء لمشكلهم الصحي هذا. ومن هنا بدأ البحث حول كيفية مواجهة المشاكل الصحية لدى المرضى من خلال البحث حول أساليب التدبير المرض، وكيفيات التكفل بالمريض. (1984، Leventhal et al)

إن تصورات المرض تأتي بعد توفر ثلاث مصادر معلوماتية (Abstraites et Concrettes) وهي:

1- معلومات متوفرة قبل مضاهاة المرض، وهي عبارة معلومات جماعية حول المرض.
2- معلومات معطاة من طرف المجتمع ومن طرف أشخاص لهم دلالة هامة عند المريض مثل: الرفاق، الأقارب، الفريق الطبي.

3- الخبرة مع المرض: تعطي معلومات حول الأعراض، وحول الحالة الجسمية والتي تقوم أساسا على الإدراك الحالي للمرض، بالإضافة إلى الخبرة السابقة مع المرض والتي من شأنها إعطاء تقييم حول الوسائل والأساليب الفعالة التي يحتاجها المريض للشفاء من تلك الأعراض، ومن العوامل المساعدة نجد: الشخصية، وأصل الثقافة التي لها علاقة مع الخبرة. (1996،

(DIEFENBACH and Leventhal)

إن المعلومات الواردة من هذه المصادر تسمح بتكوين ما يسمى "النظريات الضمنية للمرض" وهذا لوصف عمليات الاستنتاج اللاشعورية، والتي تمكن من تشكيل انطباع عن المرض، بناء على أدلة محدودة جدا بشأنه. وفيما يتعلق بمصادر المعلومات حول المرض وضع

الفصل الثاني: إدراك المرض

ليفوننتال "1992 عملية خاصة بتصورات المرض، إذ يرى بان هذه الصورة تناظرية من جهتين:

- الجهة الأولى: مفاهيمية (Conceptuel): وتضم كل من الصورة المجردة (Abstrait)، والصورة الافتراضية (Présuppose).

- أما الجهة الثانية: تخطيطية (Schematique): وتضم الصورة الملموسة (Concret)، والصورة المدركة (Percu). ويوجد بين مصادر المعلومة المجردة ومصادر المعلومة الملموسة أسلوب "حدسي والي". (Intuitive et Automatique). وفيما نبحت عن التطابق بين نوعي المعلومة نجد:

- وجود وتحقق معلومات افتراضية في واقع تجربة المرض.

- ومعلومات معطاة من واقع الأعراض، ومحاولة تنظيم المعلومات المجردة والافتراضية النظرية. إذ يتعلق الأمر هنا على سبيل المثال بالربط بين الأعراض والتشخيص، أنه إدراك وتدبر مختلف مصادر المعلومات، التي تؤدي إلى البناء التصوري للمرض عن طريق العملية التناظرية السابقة. وهذه التصورات المتكونة نسميها: "إدراك المرض"، والذي يعطي مدلول شخصي للمريض اتجاه أعراض المرض، وهذا المدلول يتكون من عدة أبعاد منطوية. (1992

(Leventhal et al

رابعاً: مكونات إدراك المرض:

بعد المقابلات العديدة والمستمرة من طرف الباحثين، اتضح بان هناك العديد من الأبعاد المكونة لإدراك المرض، حيث كانت خمسة أبعاد في البداية: (بعد الهوية، السبب، نتائج المرض، الضبط/الشفاء، وبعد مدة المرض). وأضيفت فيما بعد أبعاد أخرى. (Leventhal، 1984)

1 - بعد الهوية: (L'identité) ويقصد بها في النموذج طبيعية المرض والأعراض التي يعيشها المريض.

ويربطها بحالته الصحية الحالية.

الفصل الثاني: إدراك المرض

2-بعد السبب: (La cause) ويشير هذا البعد إلى الغزو السببي أي إلى العوامل أو المسببات التي يرى المريض.

أنها مسؤولة جزئيا أو كليا عن حدوث المرض وظهوره. قد نعزو سبب مرضنا إلى عوامل نفسية أو بيولوجية أو محيطية كما قد نربطه بمعتقدات مثل العقاب عن الذنوب، وحتى الصدفة أو الحظ السيئ.

كما قد نعتبر بعض السموم أو الملوثات أو حتى الأدوية التي تناولناها من قبل خاصة إن كانت بدون إذن طبي كمسؤولة عن سبب أمراضنا. وقد تعزو بعض النساء ظهور سرطان الثدي إلى الغضب المكتوم أو عدم القدرة على التعبير عن الإحباط.

3-البعد الزمني: (La dimension temporelle) وقد وجد ليفنتال ومن بعده الباحثون، أن العلاقة بين الزمن وبين المرض.

كما يتصورها المريض ذات وجهين:

● **الإزمان مقابل الحدة:** إدراك المريض أن مرضه مزمن غير قابل للشفاء على الأقل في القريب العاجل مقابل شعوره أو تصوره بأنه مرض حاد عابر سيشفى منه عن قريب.

● **الدورية:** حين يشعر المريض أن مرضه يأتيه على شكل دورات من الظهور والمعاودة بعد الاختفاء.

4-نتائج (آثار) المرض: (Les conséquences) عبارة عن إدراك المريض للآثار الجسدية أو الاجتماعية أو الاقتصادية كمضاعفا لمرضه، أي ادراكه لخطورة مرضه أو نتائج حالته الصحية على حسب فهمه الشخصي، بيئته، وعلى حسب مرور الأيام.

5-الضبط / الشفاء: (La guérsion-Le control) وهو إدراك المريض أن مرضه قابل للتحكم والإدارة سواء من طرفه في الضبط الذاتي للمرض، أو عن طريق العلاج الفعال حين يربط بين اختفاء الأعراض وتحسن حالته وبين العلاج الذي يلتزم به. وهذا البعد مرتبط أيضا بشعور المريض بأن مرضه قابل للشفاء.

6- الصورة الانفعالية: (**Representation émotionnelle**) وهذا البعد يعطي الصورة الانفعالية السلبية التي يولدها هذا المرض، مثل: الغضب، الإحباط، القلق، الاكتئاب، الخوف.

7- الانسجام مع المرض / تساوق المرض: (**La cohérance de la maladie**) وهو عبارة عن تفكير ما ورائي: (**Métacognition**) يشير إلى قدرة المريض على تكوين فهم متكامل يجمع الأسباب والأعراض والمضاعفات ومعنى المرض في حياة المريض. **Moss** (Morris R J et al ,2002)

رابعاً: نموذج إدراك المرض:

يجمع نموذج Leventhal بين إدراك المرض وبين استراتيجيات التعامل معه، ويجعل الثانية تابعة للأولى. أين يرى Leventhal أن الأفراد ينشئون تصورات أو تمثيلات معرفية ووجدانية لمرضهم الإضاف المعنى عليه، ومساعدتهم في التحكم في أعراضه وآثاره على حياتهم.

يستعين المرضى في تكوين هذه الإدراكات بالمعلومات المتاحة لهم من ثلاثة مصادر:

أ) المعارف القبلية المأخوذة من المجتمع قبل الإصابة بالمرض (التصورات الاجتماعية).

ب) المعطيات التي يقدمها الأقارب، أو الأسرة، أو المتكلمون بالمريض.

ج) خبرة المريض ومعايشته للمرض وأعراضه الحالية أو السابقة المخزنة في ذاكرته بما فيها الوسائل.

والعلاجات وطرق التعامل مع عواقب ومضاعفات المرض خاصة الفعالة منها. وتلعب شخصية المريض السابقة للمرض مؤشراً أيضاً (2007، pupat).

وثني النموذج على ثلاث مسلمات (فرضيات) هي:

- المسلمة (الفرضية الأولى): إن الفرد كائن نشط فعال، يحاول حل مشكلاته لذلك سيحاول فهم

مشكلته لإيجاد الوسائل التي تمكنه من تقليص الهوة بين حالته الآنية وبين ما يصبو إليه أو يتوقعه.

- المسلمة الثانية: إن التصور أو تمثيل المرض سيقود أو يساعد المريض في عملية التكيف،

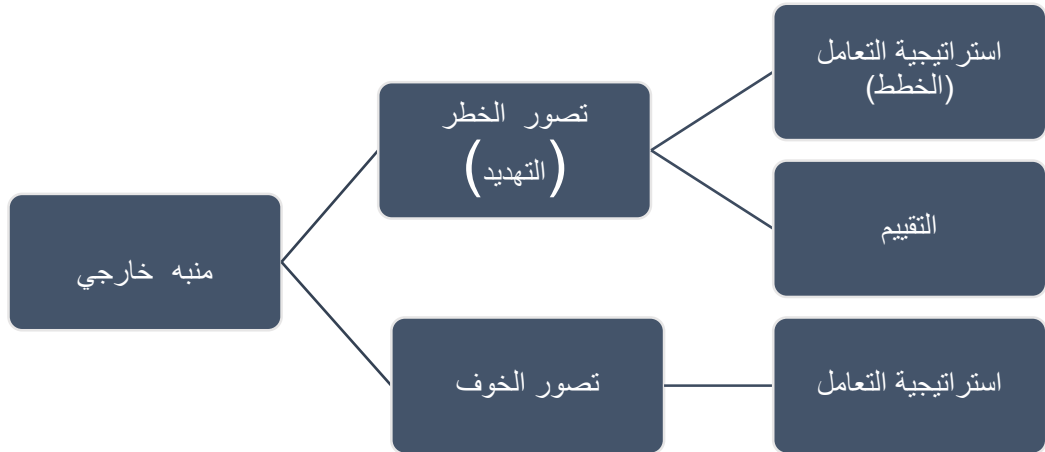
الفصل الثاني: إدراك المرض

واختيار الاستراتيجيات المناسبة لذلك، وتقييمها زمنيا من حيث الفعالية كنوع من التغذية الراجعة المستمرة.

- **المسلمة الثالثة:** إن تصور المرض أو تمثله هو بناء نفسي اجتماعي ثقافي يخضع لمتغيرات عديدة، ولا يشترط فيه أنه يوافق أو ينطبق مع تصور الطبيب أو المحيطين بالمريض، فهو بنية ذاتية قد تختلف مع الواقع العيادي.

لذلك كان إدراك المرض بعدا اجتماعيا مرتبط بكيونة الفرد. (Ferreira, 2013)

وانطلق leventhal في إنشاء نموذج (SRM)، من نموذج العملية الموازية Parallel process model:



شكل (01): نموذج العملية الموازية لليفنتال parallel process model

ونلاحظ من خلال النموذج المكونين الأساسيين الذي اعتمد عليها leventhal وزملائه بعد ذلك في النموذج المعدل وهما: المكون المعرفي (التهديد / الخطر) والمكون الوجداني (الخوف).
- تضمن النموذج الأصلي للتنظيم الذاتي 05 أبعاد هي: -الهوية الزمانية/ العواقب الأسباب (الغزو) / الضبط أو الشفاء ثم أضيفت إليها أبعاد أخرى لتحسين صدقية النموذج التكوينية بعد دراسات عملية استكشافية وتوكيدية مثل: التمثلات الانفعالية، وفهم المرض (التساوق) والعواقب.

خامسا: العلاقة بين الأبعاد في إدراك المرض في نموذج (SRM):

دلت بحوث Leventhal و-morris moss وآخرون (2002)، أن هناك ارتباط دالا بين أبعاد إدراك المرض: ويلخص pupat تلك التفاعلات كما يلي:

- ترتبط الهوية بالتساوق أو فهم المرض كلما زاد عدد الأعراض المرتبطة بالمرض زاد تصور المرض على انه مزمن، وخطير، ولا يمكن ضبطه أو التحكم فيه.
- يرتبط العزو السببي بمتخلف الأبعاد، نلاحظ أن الأسباب النفسية، وعوامل الإختطار، والمناعة مرتبطة إيجابا مع بعضها البعض.
- العزو للأسباب المناعية مرتبط بالإزمان والدورية، وبالتساوق.
- العزو للأسباب السلوكية، وعوامل الإختطار، ترتبط إيجابا مع الاعتقاد في فاعلية العلاج، والتساوق بأن مرضه مزمن، وبفاعلية العلاج.
- العزو للأسباب النفسية: يرتبط إيجابا مع نظرة المريض والضبط، كما ترتبط بالآثار الوجدانية.
- العزو للحظ أو الصدفة، مرتبط سلبا مع التساوق.

يبدو من الدراسات انه عزو الأفراد مرضهم لأسباب نفسية أو سلوكية مرتبط بالضبط الذاتي وبفاعلية العلاج على أساس أن بإمكانهم التحكم في تلك العوامل والحد منهم، غير انه لا يجب أن يغيب عن أذهاننا البعد الثقافي الاجتماعي للإدراك والتصورات، بل إن المعتقدات المرتبطة بالعقيدة والدين، تتداخل مع مركز الضبط الصحي والعزو السببي مما يؤثر على تلك الارتباطات.

يؤكد ليفنتال أن إدراك المرض يشكل مصفاة يرى من خلالها الفرد العالم والمحيط الداخلي والخارجي ووضعيته الراهنة فيه، فيعتمد عليها في القرارات التي سيتخذها فيما يخص صحته ومرضه مثل الامتثال للنصائح الطبية ومزاولة العلاج، والانقطاع عن العمل (حوادث العمل). وخاصة في التعامل ومواجهة المرض المزمن بنجاح. (Moss morris، 1996، et al).

الخلاصة:

معتقداتنا تتدخل لإدراك المرض، أين أساسية سمة الانفعالية استجاباتنا تعديل على القدرة تعتبر وتصوراتنا في إدراك صورتنا للصحة والمرض، والتي قد تتأثر بمتغيرات عديدة ومتنوعة، وقد تتفاعل مع استجابات كثيرة مثل القلق والاكتئاب، فالمدرجات المنظمة حول المرض يمكن ان تقود المريض الى تفسير المعلومات الجديدة، وهو يؤثر بالقرارات التي يتخذها المرضى في البحث على العلاج، او الى الفشل في الالتزام بنظام المعالجة، كما انها تؤثر في توقعاتهم المتعلقة بالمستقبل.

الفصل الثالث: القلق

تمهيد

- ✓ مفهوم القلق.
- ✓ أنواع القلق.
- ✓ مستويات القلق.
- ✓ اعراض القلق.
- ✓ أسباب القلق.
- ✓ تشخيص القلق.
- ✓ علاج القلق.

الخلاصة

تمهيد:

يعد القلق من الموضوعات التي لقيت اهتماما كبيرا دراسي لدى علم النفس وكافة مجالات علم النفس الأخرى، تأتي كلمة قلق في أصلها من "Angustia" فهي تعني الضيق الذي يحصل في القفص الصدري لا إراديا، ويحدث ذلك نتيجة عدم قدرة الجسم على الحصول على كمية كافية من الأكسجين، يشبه هذا إلى حد كبير ضيق القفص الصدري عند الشخص القلق وشعوره بالاختناق أحيانا.

ويعتقد علماء النفس بأن القلق من أخطر الأمراض النفسية التي يتعرض لها الإنسان في هذا العصر، وقد اتفقت كافة التوجهات النظرية في علم النفس على مدى أهمية موضوع القلق إلا أنهم اختلفوا في تعريفه كما تناقضت آرائهم حول المقومات التي يمكن عليها للتخلص من مرض القلق النفسي (غالب، 1986: 05).

أولاً: تعريف القلق:

لغة: القلق منه قلق يقلق ويعني الانزعاج ويقال بات قلقاً، ألقه فلان وأقلق الشيء عن مكانه أي حركة.

اصطلاحاً: يعرف على أنه حالة من التوتر الشامل المستمر يحدث للفرد نتيجة توقعه لخطر يهدده سواء كان خطراً حقيقياً أو خطراً رمزياً مصحوباً بخوف غامض، زيادة إلى أعراضه نفسية جسمية. (قبنان ، 1017: 12)

على الرغم من الاستعمال الواسع للقلق إلا أنه ليس هناك اتفاق على تعريفه ويتضح ذلك من خلال اختلاف وجهات النظر لعلماء النفس حيث يعرفه:

"FRAND" أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان فيسبب له كثيراً من الضيق و الألم "(الغيومي، 1985: 60).

أما "MASSER MAN" (ماسرمان) فيعرفه " : أنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولة الفرد للتكيف "(فهيمي، 1987: 199).

يعرفه "CARRALL" (كارول) أنه " : هو عبارة عن ألم داخلي يسبب الشعور بالتوتر ويمثل قوة دافعة قد تكون مدمرة أو بناءة وتوقف ذلك على درجة الشعور بوقوع الشر على مدى أو حجم التهديد "(العيسوي، 1988: 72).

كما يعرفه "عبد السلام زهران على انه " :القلق هو حالة توتر شامل ومستمر، نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد تحدث، يصطحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية كما أنه شعور متعلق سواء بوضعية صدمة حالية، أو أنه متعلق بانتظار خطر آت من موضوع غير محدد. « (عبد السلام زهران، 1978: 397).

ويعرفه "جمال زكي " : "القلق في معناه العلمي يدل على إحدى الحالات الانفعالية التي تصاحب الخوف من المستقبل أو تؤدي إلى الضيق وعدم الرضا، الذي يعوق التفكير الصحيح والعمليات العقلية الأخرى). "(زكي، 1967: 14)

هو شعور غامض غير سار بالتوجس، الخوف، التحفز، التوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي الإرادي ويأتي في نوبات متكررة

الفصل الثالث: القلق

مثل الشعور بالفراغ في المعدة، ضيق في التنفس، الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة. (أسمة، 2011: 329)

يعرفه سيغموند فريد 1962 fraud: "هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثيرا من الكدر، الضيق، الألم، القلق يعني الانزعاج والشخص القلق يتوقع الشر دائما، يبدو متشائما ومتوتر الأعصاب، كما أن الشخص القلق يفقد ثقته بنفسه ويبدو مترددا عاجزا عن البحث في الأمور كما يفقد القدرة على التركيز". (قينان ايمان، 2017: 13)

يعرفه وولمان wollman: بأنه عسبا يتميز بالهم المرتفع الممتد إلى مشاعر الألم والمرتبطة دائما بأعراض جسمية. (عمارى، 2013: 10)

ويعرفه عبد الستار أبو غدة: بأنه شعور بالخوف الزائد من شرم توقع والإحساس بالعجز عن مواجهته، هذه الحالة النفسية المرضية تتميز بعدم الرضا، عدم التأكد والاضطراب.

(جلولي، 2016: 13)

ثانيا: أنواع القلق:

● القلق الموضوعي:

هو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي يتوقعه الفرد أو يشعر به أو يراه مقدما كما هو الحال في التلميذ المتعلق بالتحصيل أو قلق الفرد المتعلق بالنجاح في عمل جيد ويسمى بالقلق التوقعي أو القلق الصحيح أو السوي وهو أقرب إلى الخوف لأن مصدره يكون واضح المعلم في ذهن الإنسان. (هدير الأسي، 2014، ص 57)

● القلق العام:

● هو قلق شامل حيث يتخلل جوانب عديدة من حياة الفرد، وهذا القلق حر طليق غير محدد الموضوع ولكنه من ناحية أخرى يمكن أن يكون محددا بمجال معين

او موضوع خاص أو تثيره مواقف ذات قدر من التشابه، كالاختحان، الجنس ومواجهة الناس والموت. (جلولي، 2016 ص 14)

● قلق مرضي عصابي:

وهذا هو النوع الذي نقصده كمرض نفسي حيث انه داخليا لمصدر لا يمكن تجنبه أو تجنب مصدره، فأسبابه لاشعورية، دوافعه مكبوتة غير معروفة وهو نتاج الصراع القائم بين الدوافع المكبوتة في (الهو) وبين قوى الكيت في الأنا.

(عماري 2013: 11)

ثالثا: مستويات القلق:

هناك على الأقل ثلاث مستويات:

✓ المستوى المنخفض للقلق: يحدث التنبيه العام للفرد مع ارتفاع درجة الحساسية نحو الأحداث الخارجية، كما تزداد درجة استعداده وتأهية لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها، ويشار إلى هذا المستوى من القلق بأنه علامة إنذار لخطر ويشك الوقوع.

✓ المستوى المتوسط للقلق: ويصبح الفرد اقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته ويستولي الجمود بوجه عام على استجابات الفرد في المواقف المختلفة السلوك مرونته ويستولي الجمود بوجه عام على استجابات الفرد في المواقف المختلفة ويحتاج إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المقدر.

✓ المستوى العالي للقلق: يتأثر التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة ولا يستطيع الفرد التميز بين المثيرات الضارة وغير الضارة، ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي.

(عماري 2013 ص 11)

رابعا: أعراض القلق:

هناك أعراض عديدة للقلق يمكن تصفيها بين أعراض جسدية ونفسية واكاديمية نذكر منها:

الاعراض الجسدية:

❖ التعرق.

❖ لارتعاش.

❖ صعوبات التنفس.

❖ جفاف الفم.

❖ الاختناق.

❖ غثيان.

❖ تنميل الأصابع.

الأعراض النفسية:

ونذكر منها:

❖ قلة النوم.

❖ التعب.

❖ الشعور بالتوتر.

❖ عدم القدرة على التركيز.

❖ الاكتئاب.

❖ الشعور بالانفصال عن الواقع. (الدين 2013: 15)

الأعراض الإكلينيكية:

يظهر المصاب بالقلق عادة التوتر، كثرة الحركة، سرعة التنفس، الكلام السريع غير المترابط نوبات من الصراخ والبكاء تكون مصحوبة بجفاف الحلق، اتساع حدة العينين شحوب الجلد، الارتجاف الشديد للأطراف، الإغماء، العرق البارد الغاز.

الأعراض الإكلينيكية نجدها في أجهزة وهي:

• **في الجهاز القلبي:** يشعر الإنسان القلق بالألم عضلية فوق القلب، الناحية اليسرى من

الصدر مع سرعة دقات القلب، الشعور بنبضات غير منظمة وفي كل مكان.

• **الجهاز الهضمي:** نجد صعوبة في البلع أو سوء الهضم، الانتفاخ وأحيانا الغثيان،

القيء، الإسهال والإمساك.

الفصل الثالث: القلق

- **الجهاز التنفسي:** نجد سرعة التنفس، التنهدات المتكررة، الشعور بالضييق في الصدر، عدم القدرة على استنشاق الهواء، تغير درجة الحرارة حموضة الدم، قلة الكالسيوم النشط في الجسم مما يجعل الفرد يشعر بالتنميل في الأطراف، تشنجات عصبية وأحيانا الإغماء.
- **الجهاز العصبي:** تظهر على الإنسان القلق شدة الانعكاسات العميقة مع اتساع حدة العين، ارتجاف الأيدي مع الشعور بالدوران والدوخة مع الصراع.
- **الجهاز البولي التناسلي:** أعراض تتمثل في كثرة التبول، الإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة كما يحدث قبل الامتحانات، كذلك فقد القدرة الجنسية عند جنسي، بل أحيانا يتسبب في اضطراب الطمث.
- **الجهاز العضلي:** نجد فيه آلام مختلفة في الجسم منها: آلام عضلية في الساقين، الذراعين أو في الظهر أو فوق الصدر. (غالب، 1986: 24).

خامسا: أسباب القلق:

1- العوامل الوراثية:

لقد وجد نويزا وآخرون 1987 nuy0s نسبة تكرار عالية لاضطرابات القلق بين الأفراد الذين تربطهم معاملة قرابة وتوضح الأبحاث التي تمت على التوائم المتماثلة أو المتشابهة اللذين ينحدرون من أباء لديهم قلق ارتفاع نسبة القلق لدى التوائم المتماثلة بما يوحي بفكرة تأثير هذا الاضطراب بالعوامل الوراثية. (مصطفى 2011: 334)

فكل ذلك يدل على وجود دراجة من العوامل الوراثية ذات الصفات المتنوعة، تدخل في تهيئة الفرد للقلق، إلا أن هذا البناء الوراثي، لا ينفي أو يقلل من شأن العوامل المحيطة والنفسية العديدة (د. عبد الستار، 1980: 51).

2- العوامل النفسية:

إن الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد و أهدافه بسبب القلق إضافة إلى الضعف النفسي العام و التوتر الشديد، الصدمات النفسية، الشعور بالعجز، الذنب، الخوف من العقاب و توقعه زيادة إلى عوامل متعلقة بالحياة العامة

كالمشاكل المالية، المهنية و العائلية فهي من المسؤوليات التي تفوق تحمل الفرد أو من زوال المشيحيات التي تعود إليه كما أن الأمراض العضوية الحادة أو المزمنة تمهد الاستجابة للقلق الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوطات الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة و الصراع بين الدوافع و الاتجاهات و الإحباط و الفشل اقتصاديا و روحيا. (د. الدباغ، 1983: 3)

لذا "فرويد" يعطي ثلاث عوامل كافية وهامة للشعور بالقلق:

- الإحساس بالخطر الذي ينبه القلق.
- الإحساس بعدم القدرة على مواجهة القلق.
- الذكرى التي تتمثل في تذكر الشخص القلق كحالة مماثلة حدثت مرة أو عدة مرات.

3- العوامل البيولوجية:

وقد تم حصرها في العوامل التالية:

- زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولاسيما الشق السيمثاوي.
- زيادة إطلاق مواد الكاتيكول اميد catecholarmmines في الدم.
- ارتفاع نسبة نواتج أيض النور أدرينالين
- انخفاض الفترة الفاصلة بين بدء النوم وظهور حركة العينين السريعة أثناء النوم (نوم الأحلام) وانخفاض مدة ومرحلة النوم الرابعة (النوم العميق) كما في الاكتئاب.
- انخفاض تركيز حامض (جاما بيوتيريك) مما يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي المركزي.
- ازدياد ناقل السيرتين العصبي بسبب القلق وازدياد النشاط الدوبامين المرتبط بالقلق ظهور بؤرة نشطة في الفص الصدغي.
- ازدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل حركة العصبونات النور ادرينالية. (غانم 2006: 45)

سادسا: تشخيص القلق:

في التشخيص يجب العناية للفحص الطبي الدقيق، تقييم الشخصية، دراسة الحالة، وفي حالة وجود أعراض جمة يجب عدم الخلط بين القلق، الاضطرابات العضوية الأخرى أو الاضطرابات العصبية الأخرى مثل: الهستيريا والاكتئاب، ويلاحظ أن بعض المرضى يذكرون الأعراض الجسمية، لا ينكرون أي شيء من الأعراض الانفعالية للقلق لاعتبارهم أن القلق مرض نفسي، يريدون أن يدفعون عن أنفسهم أنهم مرضى نفسيون. (جلولي 2016: 20)

سابعا: علاج القلق:

• العلاج النفسي:

يهدف إلى تطوير شخصية المريض وزيادة بصيرته وتحقيق التوافق باستخدام التنفيس والإيحاء والإقناع والتدعيم والمشاركة الوجدانية وتشجيع وإعادة الثقة في النفس وقطع دائرة المخاوف المرضية والشعور بالأمن، ويفيد التحليل النفسي إظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور وحلال صراعات الأساسية، ويستخدم العلاج السلوكي خاصة مفك الإشراف المرضي المتعلق بالقلق والتغيرات الفسيولوجية المصاحبة. (جلولي 2016: 20)

• العلاج الطبي:

يستخدم في حالات القلق الشديد والمزمن، حيث يتم إعطاء المريض أدوية مهدئة ومنومة حتى يرتاح جسميا ومن ثم يتم بدء بالعلاج النفسي او من الأدوية التي يمكن إعطائها للمريض في حالة التوتر الشديد. (صالح الأسي 2014: 80)

• العلاج السلوكي:

بالنسبة لنظرية التعلم الحديثة، القلق يعد فعل منعكس شرطي خاطئ وهنا العلاج يهدف إلى إزالة أعراض القلق عن طريق عملية الاشراف ثم إعادة الاشراف يتدله الصحيح. (د. فخري، 1983: 105).

فمن طريق تدريب المريض على الاسترخاء ثم تقديم المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة في الشدة تدريجياً يتمكن من مواجهة تفسير الوقف المثير للقلق حيث يتم تحسينه (احمد عكاشة، 1988: 55).

• العلاج الاجتماعي:

هذا بإبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي وعن المؤثرات المسببة للقلق كما ينصح في بعض الأحيان بتغيير مكان الإقامة أو العمل (الرزاد، 1984: 88).

• العلاج الجراحي:

نلجأ إليه في حالة فشل الأساليب السابقة ويعتمد على العمليات الجراحية، يخص الحالات النادرة من القلق كحالة القلق التي يتكون مصحوبة بالتوتر الشديد والاكنتاب فتتم هذه العملية في المخ للتقليل من شدة القلق، ذلك عن طريق الألياف الخاصة بالانفعال المخ الحشوي إذ بقطعها نتوقف الدارة الكهربائية والعصبية والكيميائية الخاصة بالانفعال.

• العلاج بالمياه الساخنة:

من بينها الحمام المنزلي فهي وسيلة ناجحة لتحسين الدورة الدموية والنوعية الكيميائية للماء لها دور فعال ضد القلق، هو يحتوي على المغنيزيوم، الكالسيوم، البروتينات ودرجة الحرارة المعتدلة 37° مثل حرارة الجسم.

• العلاج عن طريقة الرياضة:

لها دور هام ممتاز لمكافحة انقباض النفس هذه الحركات يجب أن تكون مبرمجة بانتظام لكي تصبح نافعة، مهدئة ومزيلة للقلق، من بينها المشي الهادئ، الجمباز، السباحة وهذه الحركات لها تأثير قوي على تقوية الكتلة اللحمية للبدن.

قلق الموت:

تعريف قلق الموت يعرف قلق الموت عندا من الباحثين منهم:

يعرفه هوت (Hitler) بأنه "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية منعدم السرور والانشغال المتعمد على تأمل وتوقع أي مظهر من المظاهر المرتبطة بالموت. (عرسة 2015)

تعريف ديكستين: هو التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة.

(شبهة الكاملة، 2018: 26)

الربط بين القلق والموت:

إن الموت باعتباره نهاية للحياة؛ إذ يلعب دورا كبيرا في ظهور القلق عند الإنسان وتعزيزه؛ فالتصور غامضا ومبهما زيادة على اعتباره جزئية مطلقة، أي أنها شخصية فردية. أن بعض التظاهرات التي يتقمصها الإنسان تعتبر بشكل واضح عن هذا القلق.

قلق الموت فكل هذه التظاهرات كما يقول مالا شيران' (Malachirene) الإنسان ويضيف كذلك ما يغذي القلق هو الشيء المجهول عند الموت. (قواحية 2013: 28)

خلاصة الفصل:

من خلال كل ما استعرضناه في الفصل فإن القلق من المواضيع المهمة، الواسعة، العميقة والخطيرة إلا أن البعض من الناس لا يرون فيه إلا عنصرا بسيطا يمكن تداركه وهذه بالتأكيد فكرة خاطئة عند العامة لان القلق يلعب دورا هاما في تأزم مختلف الأمراض وزيادة حدتها لا سيما إذا تعلق الأمر بمرض مزمن أو مساس أحد أعضاء الجسم خاصة إذا تعلق الأمر بعضو حساس ومهم ألا هو الكليتان.

الفصل الرابع: الاكتئاب

تمهيد

- ✓ مفهوم الاكتئاب.
- ✓ أنواع الاكتئاب.
- ✓ مستويات الاكتئاب.
- ✓ اعراض الاكتئاب.
- ✓ أسباب الاكتئاب.
- ✓ تصنيف الاكتئاب.
- ✓ تشخيص الاكتئاب.
- ✓ علاج الاكتئاب.

الخلاصة

تمهيد:

يعد الاكتئاب أحد المظاهر النفسية التي يعاني منها الأفراد، ويتسم بالشعور بالإحباط والفقدان الذي يظهر في المراحل العمرية المختلفة عبر الحياة، وبذلك فإن الفرق في الاكتئاب لا يكون في النوع ولكن في الدرجة، ومصطلح الاكتئاب في حد ذاته يشير إلى درجة تتراوح من المزاج الطبيعي الذي يتأثر أغلبنا بأي تغير في حياتنا سواء أكان تأثيره بسيطة أم شديدة، ومعظم الأفراد يصيبهم اكتئاب خفيف، استجابة للعديد من الأحداث الصادمة في حياتهم، بينما عدد أقل لديهم رد فعل اكتئابي شديد اتجاه هذه الأحداث نفسها، ويعتمد تشخيص الاكتئاب لدى الأفراد أو قابليتهم للإصابة به على عوامل عديدة.

وقد شهدت الفترة الأخيرة من النصف الثاني من القرن العشرين زيادة هائلة في انتشار مرض الاكتئاب في كل أنحاء العالم، وتقول آخر الإحصائيات التي صدرت عن منظمة الصحة العالمية أن ما يقارب من 7% - 10% من سكان العالم يعانون من الاكتئاب، وهذا يعني وجود الكثير من البشر يعيشون بمعاناة مع هذا المرض، وكدليل آخر على أن العالم اليوم يعيش عصر الاكتئاب، ولعل أبلغ تعبير عن هذه الحقيقة هو قول " ميلاني كلاين " أحد علماء النفس بأن المعاناة التي تسببت للإنسانية من آثار الاكتئاب النفسي تفوق تلك التي نتجت عن بقية الأمراض الأخرى، فقد ذكرت تقارير لمنظمة الصحة العالمية حسب إطلاع الباحثة أن من (2% 5) من سكان العالم، يعانون من حالة شديدة أو متوسطة من الاكتئاب أي حوالي 300 مليون شخص مكتئب. (كيك، 2010: 11-13).

أولاً: تعريف الاكتئاب:

الاكتئاب في اللغة: يعرف ابن منظور الكآبة على أنها سوء الحال، والانكسار من الحزن، واكتأب اكتتاباً: حزن واغتم وانكسر، فهو كئيب، والكآبة أيضاً تغير النفس بالانكسار، من شدة الهم والحزن، وهو كئيب ومكتئب. (ابن منظور، بست).

الاكتئاب اصطلاحاً: الاكتئاب اضطراب يتميز بالحزن الشديد والإحباط وفقدان الهمّة، وعدم الاستمتاع بأي شيء والشعور بالتعب والإرهاق عند القيام بأي عمل، وضعف القدرة على التركيز، وعدم القدرة على اتخاذ أي قرارات، والشعور بالذنب، الإحساس بالتفاهة وانعدام القيمة، وعدم القدرة على النوم، وفقدان الشهية لتناول الطعام أو تناول الطعام أكثر من المعتاد، فقدان الوزن، أو زيادة بالوزن. (الدسوقي، 2007: 348)

ويرى عبد القادر وآخرون (2005: 116-117) الاكتئاب على أنه حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض، حيث يتسم بالحزن الشديد، واليأس من الحياة، ووخز الضمير، ويقوم على المبدأ القائل بأن النية تساوي الفعل بدور كبير في تغذية الإحساس بوخز الضمير واستثارته ليأخذ بخناق الشخصية يؤنبها بقوة، ويجعل حياتها جحيماً لا يطاق، ومن هنا كان احتمال انتحار المريض كثيرة حتى يتخلص من هذه الحياة المملوءة بالحزن والهم واليأس والقلق والمخاوف، التي قد تجعله قليل النوم بطيء الحركة ورافضة للطعام، وبالتالي يصاب جسمه عادة بالهزل الشديد.

يشير مصطلح الاكتئاب إلى وصف خبرة وجدانية ذاتية، قد يطلق عليها حالة مزاجية أو انفعالية قد تكون عرضة لاضطراب بدني أو عقلي أو اجتماعي، كما يشير أيضاً إلى مجموعة أعراض فسيولوجية، سلوكية، معرفية، إلى جانب الخبرة الوجدانية، وتشير الملامح الأساسية للاكتئاب إلى معاناة الفرد لحاله انسحاب الطاقة النفسية حيث تضطرب معظم مكونات الحياة أو الأنظمة النفسية. (إبراهيم، 1994: 149).

الاكتئاب مصطلح لوصف مزاج، أو أعراض أو زملة أعراض الاضطرابات وجدانية، وتتمثل الحالة المزاجية للاكتئاب في الشعور باليأس والكآبة والحزن وانقباض الصدر، كما تتمثل

الأعراض في مجموعة الشكاوى التي تتجمع في زملة تشير إلى سلسلة عريضة من الاختلال النفسي الحيوي (البيولوجي) الذي يتغير بحسب التكرار والشدة والمدة. (فايد، 2001: 100). ويعرفه الخطيب (2000: 58) بأنه: "حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد نتيجة الإحساس بالذنب والعجز والدونية واليأس، وانخفاض مستوي الانتباه والتركيز والعزلة والتوقع حول الذات".

يعرف عيد (1997: 206) الاكتئاب بأنه: "الالتصاق بالذات والتشرد في داخلها على حساب الواقع الخارجي، حيث يكابد المكتب الشعور بالانقباض واليأس والحزن العميق والذنب ووهن الاستجابة لحركة الحياة " والعيش نهبة لتحريفات الذاكرة والواقع".

بينما يعرفه بيك (Beck، 40: 1995) الاكتئاب على أنه: "حالة عيادية تكون مصحوبة بتغيرات مزاجية وعقلية وجسمية تتمثل بالحزن والعزلة، وانخفاض تقدير الذات، واللامبالاة واضطرابات في النوم والشهية، ونقص الليبيدو، وعداء الذات، وانخفاض في النشاط".

أما (زهرا، 2002: 3) يعرفه بأنه: "حاله يشعر فيها الفرد بالكأبة والكدر والغم والحزن الشديد وانكسار النفس دون سبب مناسب أو لسبب تافه، فيفقد لذة الحياة ويرى أنها خالية من الأمن والسلام لا معنى لها ولا هدف له فيها، فتقل عزيمته ويفقد اهتمامه بعمله وشؤونه ويشعر بدونيته، ويصحب الاكتئاب التردد والبطء في الكلام، وقد يؤدي إلى الانتحار".

ثانياً: أعراض الاكتئاب:

قد يرتبط الاكتئاب بظهور العديد من الأعراض المختلفة، وقد يختلف مدى صعوبة علاجه. فتتسم أعراض الاكتئاب العادية بالتنوع الهائل وفقاً لحالة كل فرد. وطبقاً لمعايير منظمة الصحة العالمية يمكن تمييز مرحلة الاكتئاب من خلال الإصابة بحالة حزن واستياء مستمرة لفترة زمنية تبلغ أسبوعين على أقل تقدير، حيث يرتبط بها فقدان في القدرة على الشعور بالسعادة والنشاط والاهتمام بالأشياء بالإضافة إلى فقدان القدرة على التركيز والقدرة على الأداء بشكل عام.

فضلاً عن ذلك تظهر الأعراض العضوية المميزة مثل اضطرابات النوم وفقدان الشهية وفقدان الوزن واقتصار التفكير على المواقف التي يرى المريض أنها لا مخرج لها. وقد يؤدي ذلك

إلى ظهور أفكار تتعلق بالموت ونوايا الانتحار الفعلية، ويحدث ببطء في التفكير وفي الغالب يتجه التفكير تجاه موضوع واحد يكون عن مدى سوء الحالة واليأس من الوضع الحالي وإلى أي مدى يبدو المستقبل بدون أي أمل (كيك، 2010: 241).

ومن الأعراض الرئيسية للاكتئاب:

- الشعور بالمزاج السيئ في معظم الأوقات، واضطرابات بالنوم، وعدم التركيز والنسيان، والحساسية المفرطة، والبكاء المستمر.
- الشعور بالملل وعدم القدرة على الحركة، والجمود وصعوبة الحركة، قلة الكلام وعدم الرغبة بالتحدث مع الآخرين. الإحساس بالموت والرغبة بمجرد السماع عن الموت، فيتجنب الآخرين ويعيش بعزلة عن الآخرين لفترات طويلة. (قويدر، 2008: 71-72)
- بالنسبة للأشخاص المصابين بالسرطان، فيشعرون باليأس وانتهاء الحياة بالنسبة لهم، والشعور بالعجز، عدم القدرة على التعبير عما يجول بداخله من أفكار ومشاعر.

الأعراض النفسية: وتشمل ما يلي:

1. مزاج حزين يائس حيث يعاني المكتئب من فراغ داخلي مطلق ووصف الطبيب النفسي الألماني كورت شنايدر على هذه الحالة وصف " الشعور بفقدان المشاعر.
2. فقدان الاهتمامات ويشمل فقدان الاهتمام بالمجالات المهنية والأسرية والشخصية (سامر، 2002: 372-373)
3. السلوك الانتحاري يمكن أن ننظر إلى المحاولات الانتحارية على أنها التعبير النهائي من الرغبة في الهروب، فالمكتئب يري أن مستقبله مثقل بالألم والمعاناة، ولا يجد سبل التخفيف عذابه (بيك، 2000: 136).

الأعراض الفسيولوجية:

- اضطرابات الجهاز الهضمي بحيث يفقد المكتئب شهية الطعام، وعدم الإقبال على الأكل بخلاف البعض الذي يقبل على الأكل بشراهة، الإمساك، التبول باستمرار.

- اضطرابات النوم المتمثلة بالأرق والأحلام والكوابيس المزعجة.
- الضعف الجنسي عند الذكور والإناث والذكور يصاحبهم فقدان الرغبة الجنسية، وسرعة القذف، ضعف الانتصاب أو فقدانه، أما بالنسبة للمرأة يمثل بالبرود الجنسي واختلال بالدورة الشهرية، والإجهاض.
- الأدوية والمخدرات.

الأعراض السلوكية:

- تغير في السلوك من حيث أنه يصبح منعزل اجتماعيا غير قادر على تكوين علاقات اجتماعية.
- فقدان الاهتمام بشؤونه وشؤون الآخرين.
- خلل وإهمال المظهر الخارجي حيث تظهر ملامح الحزن والكآبة على الوجه، تتدلي زاوية الفم وبطيء في حركة الجسم، الصمت وقلة الكلام، والصوت المنخفض.
- عدم الرغبة بالعمل وقلة بالنشاط الحركي، حيث تظهر عليه ملامح الكسل العام والخمول.
- فقدان الاتصال بالواقع (الغيوبة الإكتئابية)، والأمر هنا نسبي فهناك بعض المكتئبين لديهم طاقة هائلة وتزداد حركتهم سواء بالكلام والمشى، وتعبيرات الوجه، والصوت المرتفع.
- الانتحار تسيطر فكرة الانتحار على الشخص وقد يفكر في قتل أشخاص آخرين، لاعتقاد منه أنه يحميهم من مشاكل ومصائب الحياة. (عكاشة، 1998: 430-440).
- يشير بيك (Beck) (1997: 39-40) الأعراض الإكتئابية في (21) عرض هي:

التهيج	الذنب	فقدان الشهية	رغبات الانتحار	الحزن
سرعة التعب	اتهام الذات	الانشغال الجسمي	الانسحاب الاجتماعي	التشاؤم
صعوبة العمل	نوبات البكاء	الإحساس بالعقاب	تغيير صورة الجسم	الشعور بالفشل
	فقد الليبيدو	فقد الوزن	الأرق	كره الذات

ويشير الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM MV) لثمانية أعراض اكتئابيه مميزة للاكتئاب ومنها:

- الإحساس بانعدام القيمة ولوم الذات والشعور بالذنب.
 - ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة في الوزن.
 - الأرق أو النوم المفرط
 - التأخر الحركي النفسي أو تبدل المشاعر.
 - فقدان الاهتمام بقيمة الأشياء والشعور بالتعاسة.
 - تناقص الطاقة مع الشعور بالإجهاد.
 - الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير أو التركيز.
 - تكرار التفكير في الموت بصفة دورية، والأفكار الانتحارية (عسكر، 1988: 34)
- إن الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا، وتظهر بوضوح في الجانب الانفعالي لشخصية المريض، وتري الباحثة أنه يمكن تقسيم الأعراض الإكتئابيه كالتالي:
1. الأعراض السلوكية: وتتمثل في الانطواء والانعزال، والبكاء المستمر، الاعتماد على الغير، عدم قدرته على التأقلم والحوار مع الآخرين.

2. الأعراض جسدية: الأرق والنوم لفترات طويلة، الإرهاق والتعب المستمر، نقص الرغبة الجنسية، إهمال الصحة.

3. الأعراض المعرفية: وتتمثل بفقدان الاهتمام، انخفاض مستوى الذات، الأفكار السلبية والانتحارية، الشعور بالذنب واليأس.

4. الأعراض المزاجية: الحزن الشديد، الكآبة واليأس، الحساسية الشديدة اتجاه نفسه والآخرين، النظرة الدونية للذات، القلق والخوف، اللامبالاة وتقلب المزاج بين الحزن والفرح.

ثالثا: أسباب الاكتئاب:

كثير منا يعاني أحيانا من الاكتئاب ودائما ما نجهل السبب وراء ذلك، ونقف حائرين أمامه، ولذلك علينا أن ندرك أن هناك بعض الأسباب التي تؤدي للاكتئاب.

1-أسباب نفسية:

- ظروف محزنة وخبرات أليمة وحرمان من الحب والفقدان.
- صراعات لا شعورية والكبت والقلق.
- ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب.
- الوحدة والعنوسة وسن القعود.
- التربية الخاطئة.
- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية.

2-أسباب اجتماعية:

وتتمثل بمحورين هما:

✓ المحور الأول: الأحداث الصادمة: كلما زادت الأحداث الصادمة زادت نسبة الاكتئاب،

وتتمثل هذه الأحداث في الحرمان، فقدان الوظيفة، الفشل، وغالبا ما تتسم هذه الأحداث

بالطول والحدة.

✓ المحور الثاني: العوامل المهيئة للاكتئاب: مثل الافتقار للحب والاهتمام، وتكون

واضحة عن المرأة العاملة التي يكون لديها أسرة واهتمامات. (زهرا، 2005: 517)

3-أسباب وراثية:

لعل أول ما يلفت الانتباه هو انتقال الاكتئاب عبر الأجيال، وهذا ما نلاحظه عند دراسة الأسر التي تتميز بوجود حالات متعددة لمرضي الاكتئاب، ومن خلال الدراسات النفسية تبين زيادة نسبة الاكتئاب في أقارب الدرجة الأولى للمريض، تؤكد الدراسات أن عدد الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب في أسر المريض يزيد بمقدار 3 أضعاف عن الأسر العادية، وهذا يؤكد العامل الوراثي في مرض السرطان، ويلاحظ أيضا وجود ارتباط بين الاكتئاب وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى مثل الشخصية الإكتئابية التي لديها استعداد وراثي للإصابة بالاكتئاب، كما أن هناك علاقة بين الاكتئاب وأمراض نفسية أخرى مثل الفصام، والإدمان، والتخلف العقلي، وفي هذا المجال يجب أن ندرك أن الأطباء النفسيين حين يقومون بفحص حالات الاكتئاب لابد أن يجتمعوا المعلومات حول الوالدين والأجداد والإخوة وكل أقارب المريض (الشاذلي، 2001: 46).

أشارت دراسات الأسرة والتوائم إلى وجود عامل وراثي له دور هام في نقل الاضطرابات الوجدانية بصفة عامة، فتظهر في التوائم المتشابهة بنسبة 68% والإخوة 30% والوالدين بنسبة 12%، فيري بعض العلماء أن الأمراض الوجدانية مرتبطة ارتباطا وثيقة بالأمراض النفسية والجسمية، فمثلا العلاقة بين الفصام والاضطرابات الوجدانية، فزواج شخصين الأول مصاب بالفصام والآخر مصاب وجداني، فسيكون أطفالهما أما فصامين أو وجدانيين أو مزيجا بين الاثنين تبعا لتفاعل المورثات مع البيئة، وأيضا الارتباط بين الاضطرابات الوجدانية وأمراض الشرايين خاصة تصلب الشرايين، ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب، الروماتيزم والبول السكري، يؤول هذا الترابط بتشابك المورثات المسؤولة عن هذه الامراض. (عكاشة:

1998 420-421)

4-أسباب بيولوجية:

ويرى الميلادي (2004: 65) الدراسات أثبت أن حدوث خلل في المثيرات العصبية بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى، وبالتالي هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي، كما أثبت الباحثون أن هناك خللا في الجهاز المناعي لدي مرضى الاكتئاب أو يرى من يعانون من الحزن نتيجة فقد قريب أو صديق، فقد يكون نتيجة خلل في الغدد التي لها علاقة بالمناعة وهناك احتمال أقل من أن خلل الجهاز المناعي يؤدي إلى حدوث أعراض نفسية للاكتئاب النفسي.

ونتيجة اضطراب الإفرازات الهرمونية أو الجهاز العصبي حيث يلاحظ ظهور أعراض اكتئابية لدى الإناث أثناء فترة الطمث وسن اليأس (القريطي، 1998: 395).

5-أسباب جسمية:

تتمثل في زيادة الأعراض الإكتئابية ما قبل وفترة الطمث، حيث يكثر التوتر الداخلي والصداع والانتفاخ، وسهولة التهيج العصبي مع حساسية الانفعال وكثرة البكاء، وذلك نتيجة التغيرات في الهرمونات الجنسية، أما بالنسبة للغدد فإن إفراز الغدة الدرقية لدى مرضى المكسيديما يظهر أعراض إكتئابية شديدة حوالي 40% من الحالات ، وقد تظهر أحيانا الأعراض النفسية والعقلية، أما زيادة إفراز الغدة الإدرينالية لدي مرضى التشنج تصاحبه نوبات الذهان الدوري من اكتئاب أو ابتهاج، فقد أوضحت بعض الدراسات أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد 50% عن الطبيعي، وجد اختلاف في اندفاع وتأرجح المعادن بين أغشية خلايا الدماغ، وبالتالي اختلاف في الطاقة الكهربائية بين الخلايا في حالة المرض (زهران، 2005: 427-430).

رابعا: تصنيف الاكتئاب:

تختلف أشكال الاكتئاب بين الاكتئاب الكبير، الاكتئاب المستمر، يعتبر الاكتئاب الكبير والاكتئاب المزمن أكثر شيوعا، فالالاكتئاب الكبير تبعا للمؤسسة الوطنية للصحة النفسية بمجموعة من الأعراض التي تعطل المريض العمل، النوم، الدراسة، ومن تصنيفات الاكتئاب:

1- الاكتئاب المزمن:

يعرف أيضا بعكر المزاج وهو اضطراب مزاج مستمر يتظاهر بأعراض إكتئابية مستمرة لمدة سنتين على الأقل، وبتوافق بأعراض أخرى لكنها غير كافية لتشخيصه، أما بالنسبة لاختلافه عن الاكتئاب الكبير فيعتبر أقل شدة منه وغالبا لا يعطل الشخص عن أعماله ونشاطاته، يمر المصاب غالبية بالاكتئاب المزمن بنوبة وأكثر من الاكتئاب الكبير خلال حياته.

2- الاكتئاب اللا نموذجي:

ي صاحبه أعراض مثل الإفراط بالنوم، الحساسية الشديدة اتجاه الرفض من قبل أي أحد ومزاجه يتحسن أو يسوء تبعا للأحداث التي تحصل مع الشخص.

أما الاكتئاب النموذجي فيتظاهر بحزن شديد مع فقدان الشهية، صعوبة النوم أو البقاء قائما)

3- اضطراب ثنائي القطب:

يعرف أيضا بالهوس الإكتئابي وهو اضطراب مزاج مركب بسبب تناوب النوبات الإكتئابية مع الهوسية عند المريض نفسه ويوجد له نوعان:

✓ اضطراب ثنائي القطب (1): يتميز بوجود نوبة هوسية واحدة على الأقل مع أو دون نوبة إكتئابية، تتجلى النوبات الهوسية باضطرابات مزاج حيث يكون مزاج المريض مرتفع، متقلب، زيادة الغرائز، فيحدث نهم شديد للطعام مع فرط إثارة ونشاط جنسيين، الأرق، وانخفاض الحاجة للنوم.

✓ اضطراب ثنائي القطب (2): يتميز بوجود نوبة إكتئابية واحدة على الأقل مع نوبة تحت هوسية على الأقل، ومن مميزات هذا المرض الأساسية أن المريض يمر بفترات حرة بين النوبات إذ يعود للحالة الطبيعية ولا يعاني من أي عرض يتعلق بالنوبات المرضية. (فايد، 2000: 126-132)

خامسا: تشخيص الاكتئاب:

يتم تشخيص الاكتئاب طبقا لدليل التشخيص أعراض أو أكثر من الأعراض التالية:

- مزاج اكتئابي كل يوم.
- انخفاض كبير في اهتمامات او عدم الإحساس بأمثلة في ممارسة الأنشطة المختلفة.

- انخفاض واضح في الوزن، وفي بعض الحالات تكون هناك زيادة في الوزن.
- ارق في النوم أو زيادة في النوم.
- هياج حركي مع الإحساس بعدم خمول حركي مع الإحساس ببطء الإيقاع
- التعب وفقدان الطاقة.
- الإحساس بعدم القيمة، لوم النفس والإحساس بالذنب.
- ضعف القدرة على التفكير، ضعف التركيز، عدم القدرة على اتخاذ القرارات.
- التفكير في الموت إما يتمنى الموت أو التفكير في الانتحار أو التخطيط له المحاولة الانتحار (مدحت ابوزيد، 2001: 147).

"وإتباع قواعد التشخيص العلمي يعطي فرصة التقاط حالات الاكتئاب وعلاجها، ويعطي فرصة التفريق بين الاكتئاب كمرض والحزن كمرض، فنحن كثيرا ما يمكن أن نحرص، نتأثر وجدانيا نفقد اهتماماتها، حماسنا لبعض الوقت، وتتأثر الشهية للطعام لدينا كما نعاني بعض الأرق، نشعر بتفاهة أنفسنا أو تفاهة الحياة، لكن هذا لا يصل إلى درجة المرض الذي يحتاج للتدخل العلاجي الطبي " (عبد الفتاح 2004: 168).

-نستخلص من خلال ما سبق أن تشخيص الاكتئاب وفقا للدليل الإحصائي الرابع يشترط توفر لدى الفرد (05) أو أكثر من بين الأعراض (09) نقول إن الحالة مصابة بالاكتئاب.

سادسا: علاج الاكتئاب:

لقد تعددت الطرق العلاجية المستعملة في علاج الاكتئاب من طرف العلماء النفسانيين فمن بينها نجد:

1- العلاج النفسي التحليلي:

" هو أقدم الطرق العلاجية المستعملة يعتمد على نظريات التحليل النفسي وبالتالي التوصل إلى الخبرات السابقة المنسية والمكتوبة في الطفولة المبكرة حيث يعتبر تحليل هذه الخبرات الطفولية السبب الرئيسي للأمراض العصابية وإتباع طرق علاجية تحليلية يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية، وبالتالي يكشف عن نظرتة للعام" (عطوف ، 1981: 120-121).

كما يتضمن العلاج النفسي التحليلي جلسات علاجية فردية أو جماعية ويضم عدة أساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون (الشريبي، 249).

" فالعلاج النفسي يفيد في كل أنواع الاكتئاب خاصة التفاعلي من الطبيعي أن يلجأ الطبيب إلى مساندة المريض وطمأنته، إظهار الاهتمام بحالته وإعطائه النصيحة ". (جاسم، 388). |
في التحليل النفسي يبحث عن إزالة عوامل الضغط، تخليص المريض من الشعور بالذنب، الغضب المكبوت، البحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وتنمية روح التفاؤل لديه (عطوف، 1981: 120-121).

فهنا تكون الفرصة للمريض في إتاحة فرص التنفس، التفريغ الانفعالي، إشاعة روح التفاؤل والأمل لديه، حيث قدم " واتكنز " طريقة اسماها قلم السم وفيها يكتب المريض خطايا صاخبة يعرضها على المعالج (الشاذلي، 2001: 138).

2- العلاج السلوكي:

" ظهرت في الوم.أ دراسات كثيرة تؤكد نجاعة نظرية التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب، حيث اخذ بها الكثيرون من العاملين في العلاج النفسي، أن التعزيز الإيجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية، هي جوهر هذا النوع من العلاج، كما أن التغيرات في نوعية التكرار و نموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الاجتماعية من خلال التوجيه، و التدريب الميداني هي العوامل الهامة في تعليم مواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة لاضطراب الاكتئاب و السيطرة. (الحجاز، 1989: 93)

3- العلاج السلوكي المعرفي:

" يقوم على محاولة تغيير المعارف السلبية لدى المريض وجعله يفكر بشكل أكثر منطقية وعقلانية، هذا بدوره يؤدي إلى تغيير وجدان وسلوك المريض كما يجب تعلم المريض كيفية تؤكد ذاته في المواقف والأنشطة الاجتماعية المختلفة، تدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة في مواجهة ضغوط الحياة بدل من التعامل مع الضغوط التجنب او الانفعال كما يجب تدريبه على مهارات حل المشكلات " (قايد، 2001: 128)

كما يفترض النموذج المعرفي أن " المعرفة والسلوك جميعها مكونات مهمة في السلوك الاكتئابي فالعلاج المعرفي يعلم المريض الاكتئابي كيف يظهر أفكاره الآلية ومخططات سوء توافقه عندئذ توضح هذه المعارف موضع الاختيار من خلال فحص الدلائل، وتصميم مواقف تجريبية حية، موازنة المزايا مقابل العيوب، القيام بمهام متدرجة، واستخدام استراتيجيات من خلال هذه الإجراءات يبدأ المريض في النظر إلى نفسه، إلى مشكلاته بواقعية أكثر. يشعر بالتحسن، يغير نمط سلوكه الغير توافقي، يقوم بحل كل صعوبات الحياة الفعلية وتأتي هذه التغيرات بوصفها نتائج مباشرة بتكيفات بواجبات منزلية جيدة، التخطيط، معاونة الذات ويواصل المعالج على امتداد العلاج بتحالفه المشتركة مع المريض " (د.ديفيد بالو، 2002: 645-653)

4- العلاج البيئي:

نعني به ايجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسبب في المرض، يتم بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء وسائل هذا العلاج الترويج عن المريض، شغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد على عودته للحياة الاجتماعية مدة أخرى. (الشريبي: 249)

كما يتكون العلاج البيئي من علاج جماعي، علاج بالعمل والعلاج الترفيهي إشاعة جو التفاؤل، روح المريض والرقابة في حالات محاولة الانتحار (حمدي الحجاز 1989: 93).

5- العلاج الكهربائي:

بدأ استخدام العلاج الكهربائي في روما عام 1983 وتم تطويره فيما ليكون من وسائل العلاج الرئيسية للأمراض النفسية خصوصا حالات الاكتئاب النفسي التي لا تستجيب لوسائل العلاج الأخرى، وتقوم نظرية العلاج الكهربائي على مرور تيار كهربائي محدود الشدة من خلال قضيتين يوضعان على جانبي الرأس فيحدث نتيجة لذلك نوبة تشبع يتبعها تحسن في الحالة النفسية للمريض ولا يستغرق مرور التيار سوى ثوان معدودة (الشريبي، ص 256).

هذا العلاج يتكرر عدة مرات، هذا ما يؤدي إلى تحسين الحالة الاكتئابية و يكون هذا التحسن

خلال أسبوع إلى ثلاثة أسابيع (Hemi ey : ibid , p 274-276)

6- العلاج بالأدوية:

يتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء والنفسيين يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته. (الشريبي: 249).

وهنا بعض الأدوية الرئيسية المستخدمة لعلاج الاكتئاب:

- الأدوية ثلاثية الحلقات tircyclic ومن أمثلتها: امتريلين، نور تربتلين، امبر امين.

- الأدوية رباعية الحلقات Tetracyclic ومنها مابروتلين.

- مثبطات أحادي الأمين: Maoi ز من أمثلتها فنزولين، ايزوكربوكسزيد.

مجموعة منشطات مادة السيروتونين ومن أمثلتها فلوكستين، سترترالين، فلو فاكس مين وستالبرام (الشريبي: 257، 258).

كما قد يستطيع الطبي أن يقدم للمريض مسكنات tranqui Ihsant لكي يخفف من القلق واضطرابات النوم.

هذه الأدوية لا تقضي على الاكتئاب نهائياً، وإنما تأثيرها يكون على مستوى الأعراض فقط.

(ibid ،Hemi ey-276)

الخلاصة:

يبقى الاكتئاب أحد الاستجابات الانفعالية التي تتخلل جميع الاضطرابات والامراض وخاصة المزمنة منها كمرض السرطان، اين يشكل خطورة على المريض من كل النواحي، الصحية منها والنفسية، اين تآثر درجته في طبيعة المرض وفي إمكانية العلاج.

الفصل الخامس: السرطان

تمهيد

- ✓ نشأة السرطان
- ✓ مدى انتشار مرض السرطان
- ✓ ماهية السرطان
- ✓ تصنيف السرطان
- ✓ اعراض السرطان
- ✓ مسببات السرطان
- ✓ أنواع السرطان
- ✓ أماكن انتشار الأورام لدى مرضى السرطان
- ✓ علاج السرطان
- ✓ مكافحة داء السرطان
- الخلاصة

تمهيد:

يعتقد في أغلب الأحيان أن السرطان هو عبارة عن مرض واحد، إلا أنه في الحقيقة تعبير يستعمل لوصف ما يزيد عن 200 مرض مختلف، حيث أن السرطان هو اسم يطلق على مجموعة من الأمراض التي تطال نسيج الجسم، والتي تتصف بسرعة تكاثر الخلايا على نحو غير منتظم تظهر على شكل "ورم" (Tumeur) يغزو نسيج العضو المصاب، وإذا لم يوضع حد لتكاثر هذه الخلايا فإنها قد تغزو النسيج المجاور لها وتتلفه.

أولاً: نشأة السرطان:

ظلت بيولوجيا السرطان لوقت طويل مقتصرة على علم التشريح وعلى فحص الخلايا عبر المجهر، وقد شهدت السنوات الأخيرة تحولا نوعيا في الأبحاث المتعلقة بتكون السرطان، وشيئا فشيئا بدأ العلماء باكتشاف الطفرات الجينية المسببة لنشوء هذا الداء، وهي العيوب التي تطرأ على مستوى المخزون الوراثي للخلية متسببة في تعطل آليات التحكم في انقسام الخلية، وفي سنة (1988) تمكن الباحثان "فوكلشتاين" و"كينزler" (kinzler & Voklehtain) من تحديد أهم الطفرات الجينية التي تؤدي إلى نشوء سرطان الأمعاء الغليظة، وفي سنة (1999) نشر فريق البحث "فاينبرغ" في مجلة "نايتشر" دراسة تشكل علامة بارزة في تاريخ علم السرطان، حيث أظهر أنه يمكن تحويل خلية بشرية عادية إلى خلية سرطانية في المختبر بمجرد إدخال بضعة تحويرات منتالية على جيناتها، حيث يقدر عدد الجينات التي تصنف مصعبة أو مسهلة لنشوء السرطان بأكثر من 200 جينا، وهي تتفاعل فيما بينها في صورة متشابكة وبالغة التعقيد، كما أن طريقة تفاعلها تتباين من ورم إلى آخر ومن مريض إلى آخر. (السويسى، 2010: 23)

وتكمن مهمة جهاز المناعة في التعرف على أي كائن غريب عن الجسم، سواء كان بكتيريا أو فيروسا أو فطريا، وفي المقابل فإن الخلايا السرطانية هي في الأصل خلايا عادية مثلها مثل بقية خلايا الجسم، لذلك فإن جهاز المناعة لا يتعرف عليها على الأقل في المراحل الأولى لتكون السرطان، كما أن لدى بعض الأنواع من السرطانات القدرة على صناعة بروتينات خاصة تسمى "الأجسام الورمية" حيث يتعرف عليها جهاز المناعة ويهاجمها، لكنها قلما تنجح لأن أغلب أنواع السرطان تفرز مواد مثبطة للمناعة. (السويسى، 2010: 29)

إن السرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن المائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) التي تمثل في خلايا الإنسان الجزء المسئول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا الجسم تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، لكن في حالة السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA)، مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها. (تايلور، 2008: 811)

الفصل الخامس: السرطان

وبعبارة أخرى تنشأ الخلايا السرطانية عند حدوث خلل أو عطب بالحمض النووي الريبوزي (DNA) للخلايا الطبيعية: DNA" هو مادة كيميائية تحمل التعليمات الموجهة لنظام ودورة حياة الخلايا، حيث يقوم بالتحكم في كل نشاطاتها بما في ذلك تكوين البروتينات والأنزيمات اللازمة للعمليات الحيوية كالأيض، التكاثر، النمو، كما يحتوي على جميع الشفرات الوراثية وأجزاء منه تحمل المورثات أو الجينات"، ويحدث السرطان نتيجة اختلال أو عطب أو تغير جذري بينية الحمض النووي، مما يفقده القدرة على التحكم في نمو الخلية وتكاثرها أو يبطل عمل الجينات الكابحة للتورم. (مرازقة، 2008: 83)

لذا ينشأ السرطان عن خلايا شاذة تنمو وتتكاثر دون تحكم تسمى بـ "الورم" (Tumeur)، حيث يضغط على الأنسجة المجاورة، ويمكنه أن يغزو ويدمر الخلايا الطبيعية ماعدا خلايا سرطان ابيضاض الدم (حيث لا تكون كتلا ورمية وتنشأ في الأعضاء المنتجة للدم كالنخاع العظمي والجهاز الليمفاوي). (نفس المرجع السابق، ص 82)

وتزداد خطورة السرطان عندما يغزوا الخلايا والأنسجة الأخرى المجاورة له، فغالبا ما يقضي عليها ويدمرها، لأنه يعرقل إمداد الدم إليها، مما قد يؤدي إلى النزيف والتقرح، ولعل أسوأ مظاهر السرطان هي تلك المجموعات الصغيرة من الخلايا السريعة التي تنفصل عن التورم الأصلي وتنتقل إما بواسطة الدم أو بواسطة السائل اللمفاوي (هو سائل قلوي شفاف عديم اللون تقريبا يتألف من بلازما الدم وكريات الدم البيضاء) إلى أجزاء أخرى من الجسم، حيث تتجمع في النهاية وتتكاثر وتتحد لتكون ورما ثانيا رئيسيا كالورم الأصلي في مكان آخر من الجسم وتسمى بـ "العملية الانبثاقية" « Metastasis » وبما أن أي خلية في الجسم تقريبا معرضة للإصابة بالسرطان فإن أي عضو من أعضاء الجسم معرض للإصابة به. (الدليمي، 2009: 599)

أما عن كيفية انتشاره في الجسم، ففي المرحلة الأولى يكون السرطان منحصرا في العضو الذي نشأ فيه، حيث تستمد الخلايا السرطانية ما تحتاجه من أوكسجين ومواد مغذية من الأنسجة المجاورة لها، ومع تطور الورم تزداد الخلايا السرطانية شراسة، ويكتسب بعضها القدرة على الانفصال تماما عن الورم الأصلي، والانتقال عبر الدورة الدموية إلى أجزاء أخرى من الجسم، حيث تستقر هذه الخلايا وتبدأ في التكاثر من جديد.

ثانيا: مدى انتشار مرض السرطان:

يأتي السرطان بعد أمراض القلب ليشكل السبب الثاني الرئيسي للوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية وفي معظم البلدان النامية، فبين أعوام (1900 و1990) تزايدت نسبة الوفيات بالسرطان بصورة تدريجية وملحوظة، ولكن في السنوات الأخيرة من القرن العشرين تشير الإحصائيات إلى تراجع في معدل الوفيات بنسبة (3%) خاصة في مجال سرطان الرئة الذي يعتبر التدخين من أهم مسبباته، ويعزى هذا التراجع في معدل الوفيات من السرطان إلى تحسن وسائل العلاج، لكن نسبة انتشار السرطان ما تزال عالية جدا، مما يدعو إلى الاجتهاد في تطوير أساليب التشخيص المبكر والعلاج. (تايلور، 2008: 811)

ففي الدول المتقدمة يؤمنون بالكشف الطبي الدوري على صحتهم لتلافي المرض في مراحله الأولى، إذا تأكد وجوده -مرض السرطان- حيث تكون نسبة الشفاء مرتفعة جدا إذا ما كشف عنه في مراحله الأولى. (الدليمي، 2009: 597)

لذا أصبح السرطان يطرح مشكلة الصحة العامة سواء في الدول المصنعة أو للدول السائرة في طريق النمو، حيث تشير الإحصائيات إلى وجود أكثر من (4.4 مليون حالة) في آسيا، (2.5 مليون) منها في آسيا الشرقية لوحدها، وقدّر عدد الحالات في أوروبا ب (2.6 مليون حالة) و (1.4 مليون حالة) في أمريكا الشمالية، أما في إفريقيا فتقدر الحالات السرطانية ب (627000 حالة) مع تنبؤات الزيادة ب (50%). (شربان، 2009، 48)

ثالثا: ماهية السرطان:

السرطان عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم وأخذت تنمو بصورة عشوائية، حيث أن النمو في البدء يكون في العضو المصاب، ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية للتدخل في الشعيرات الدموية أو اللمعية التي تنقلها إلى مختلف أجزاء الجسم، حيث تبني مستعمرات سرطانية تكمن عشرات السنين. (الشقماني، الفقي، 2006: 233)

وطبقا للمراجع الطبية فالسرطان لا يعد مرضا واحدا، بل هو مجموعة من الأمراض تحدث خلال تغير في الخلايا الجسمية، وتسبب نموا غير منتظم، وتتكون معظم الخلايا السرطانية

الفصل الخامس: السرطان

من كتلة أو كومة، وبالتالي يعرف مرض الأورام السرطانية بأنه "ورم ناتج عن تحول أو تغيير يصيب الخلايا البشرية والورم هو "كتلة من الأنسجة الناتجة عن نمو خبيث وغير طبيعي". (شويخ، 2007: 31-32)

فكلمة سرطان تدل على وجود ورم خبيث، وهي عامة لا تدل على العضو المصاب، لذلك يتم تسمية الأورام تبعاً للخلايا أو الأنسجة التي نشأت فيها:

- الأورام الناتجة من الخلايا الظاهرية: والتي تغطي الجسم وتبطن الأعضاء المجوفة بداخله **Epithelia** يطلق عليها اسم "كارسينوما" (Carcinoma) و"ميلانوما" (Melanoma) وهي عبارة عن سرطان من خلايا الجلد التي تنتج الميلانين (الصيغ الأسود الموجود في الجلد والشعر) وهذه الخلايا تسمى "ميلانوسايتس" (Melanocytes).

- أما ما يسمى "السااركوما" (Sarcomas) فنتج من خلايا العظم والغضاريف مثال: "أوستيوساركوما" (Osteosarcoma) و"ندروساركوما" (Chondrosarcoma) (Xلف حسين الدليمي، 2009: 599).

كما يكون تصنيف السرطانات بناءً على التشابه بين الخلية السرطانية والخلية السليمة إلى:

• وسرطانة Carcinoma:

وهي سرطانات تتبع من الخلايا الظاهرة (Epithelial cells)، حيث تشكل أكبر مجموعة من السرطانات عامة وخاصة كسرطان الثدي، البروستات، الرئة، البنكرياس.

• لا سااركومة Sarcoma:

سرطانات تتبع من النسيج الضام (Connective Tissue)، أو من خلايا اللحم المتوسطة (Mesenchymal cells).

• ميلوما Myeloma:

وهو تنسؤ خبيث، ينشأ في خلايا البلازما للنخاع العظمي.

• لا ليمفوما **Lymphoma**:

وهو سرطان ينبع من الجهاز اللمفاوي.

• الليوكيميا **Leukemia**:

وهو سرطان ينبع من الخلايا المكونة للدم (Hemopoietic).

(وليدة مرازقة، 2008: 86)

رابعاً: تصنيف السرطان:

قبل وضع تصنيف للسرطان لابد من التطرق أولاً إلى التسميات التي تطلق عادة على أي نمو غير طبيعي، والتي تنقسم إلى:

• الورم: **Tumeur**

هو نمو غير طبيعي لبعض أنسجة الجسم، وهذا النمو لا يخدم وظيفة فسيولوجية كباقي الأنسجة الطبيعية، بل تتكاثر خلاياه على حساب الأنسجة الطبيعية، وتؤدي إلى اختلال وظائف الخلايا والأنسجة الطبيعية المجاورة لها. (الصدقي، 1999: 177)

حيث يتألف الورم من خلايا خرجت عن التوازن الطبيعي للجسم لتتكاثر بصورة منفصلة، يصعب السيطرة عليها لأنها ناتجة عن خلايا غير طبيعية خرجت عن نظام التوازن في جسم المصاب بها، وأصبحت لا تؤدي وظيفتها الأساسية. (الدليمي، 2009: 597)

• التنشؤ: **Neoplasme**

كلمة انجليزية تعتبر أكثر دقة من كلمة ورم، وتعني تكاثر الخلايا ذات الطفرات الجينية، أي نمو أو تضخم غير طبيعي، ظهور كتلة غريبة في الجسم، وكلمة ورم مرادفة لكلمة "تنشؤ" (Neoplasme)، ويقصد بالورم التنشؤ الصلب، وقد توجد تنشؤات غير صلبة كالليوكيميا لا

تنتج أوراماً. (مرازقة، 2008: 84)

وتنقسم الأورام إلى نوعين هما:

• الورم الحميد: **Le tumeur benigne**

تتألف الأورام الحميدة من خلايا تظل معزولة عن مجموعة الخلايا المحيطة بها، تنمو ضمن كبسولة، يكون هذا النوع من التورم غير مؤذي، وباحتلاله لفسحة من الجسم قد يسبب متاعب جانبية عن طريق الضغط على مجموعات الأنسجة المحيطة به، ومن الممكن أن يقوم بإفراز هرمونات. (الدليمي، 2009: 598)

إضافة إلى نموه البطيء، يكون عادة مغلفا بغلاف واضح من الأنسجة الليفية، وضرره الرئيسي هو التشويه، ويفضل استئصاله للتغلب على التشويه والضغط الميكانيكي، حتى لا يتحول إلى ورم خبيث مع مضي الوقت. (الصادقي، 1999: 178)

وبعبارة أخرى فهو عبارة عن أورام صغيرة الحجم في الغالب، توجد في أعضاء غير جوفاء (صماء) تأخذ شكلا بيضاويا أو كرويا، محددة المعالم، محاطة بنسيج ليفي طبيعي وكأنها محفوظة في كبسولة، تنمو ببطء، تتمركز في مكان ما في العضو ولا تنتشر ولا تدمر الخلايا المجاورة لها، ليس لها أية آثار إذا استؤصلت. (شويخ، 2007: 32)

• الورم الخبيث: **Le tumeur maligne**

أخطر أنواع السرطان، حيث يتألف من خلايا تنمو بكثرة وعلى نطاق واسع، يغزو مجموعات الأنسجة المحيطة به، أي يكون انتشاره عن طريق الدم. (الدليمي، 2009: 599)

لذا فهو يتكاثر بسرعة كبيرة، تمتد مباشرة إلى الأنسجة المجاورة، كما يمتد عن طريق الدورة الليفافية والدورة الدموية بالانتقال المباشر وتنتشر في أنحاء الجسم، وللتحكم في الأورام الخبيثة يأتي عادة بالاستئصال الجراحي الجذري، أو بالعلاج الإشعاعي، أو بالعلاج الكيماوي، وغالبا ما يكون العلاج الأفضل بأكثر من طريقة واحدة. (الصادقي، 1999: 178)

السرطان وهو أشد خطورة من الأورام الحميدة، يتكون من خلايا سريعة الانقسام والتكاثر، وقد تبلغ حجما كبيرا في وقت قصير، غير مغلفة من الخارج بأي غلاف، ولذلك فإن نموها يكون غير محدد، وتستطيع هذه الخلايا المكونة للورم الانتشار والانتقال إلى أجزاء أخرى في جسم الإنسان لتكون أوراما ثانوية وتسمى بـ "عملية الانتشار" (Metastases)، وعندما ينتشر المرض من

مكان الى اخر يسمى بالجزء الذي بدأ منه. (شويخ، 2007: 32)

كما أنه -الورم الخبيث- يظهر بأحجام كبيرة في وقت قصير، أشكالها غير محددة، فادحة، غير مألوفة، تتكاثر بسرعة كبيرة، تنقسم، تؤثر في الخلايا السليمة المجاورة لها في كل الاتجاهات وتحتل مكانها، لا يستقر في مكانه بالعضو المصاب. (جبر، 2004: 31)

خامسا: أعراض السرطان:

• أعراض ناتجة عن النمو السريع والغير طبيعي للخلايا:

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

- فقدان الدم.
- الإنهاك والتعب.
- النحافة ونقص الوزن.
- فقدان الشهية.
- عسر الهضم.
- إمساك أو إسهال.
- ارتفاع الحرارة غير عادي مع ضعف الحالة العامة للجسم.

• أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب: وتتمثل في:

- زيادة غير طبيعية في معدلات العمل، مثال ذلك: الإفراز الزائد لبعض الغدد كالغدة الدرقية، البنكرياس.
- نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل.
- القيء والسعال.

• أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى:

- الغزو المباشر أي أن تنمو الخلايا مخترقة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة

"Métastasis".

- حدوث تمزقات في الأوعية الدموية ومن ثم نزيف.
- ضغط على المناطق العصبية وحدوث آلام شديدة.
- نفث دم متكرر، نزيف رحمي، نزيف شرجي.
- تقرحات جلدية وتقرحات مخاطية. (مرازة، 2008: 87-88)

سادسا: مسببات السرطان:

تتمثل فيما يلي:

✓ لا تلوث البيئة: تشير الإحصائيات إلى أن نسبة (80%) من مسببات السرطان يلعب الإنسان دورا كبيرا فيها.

✓ العوامل الطبيعية: الإشعاعات المتأتية من المستشفيات، اليورانيوم، التفجيرات النووية التي تسبب أنواعا عدة من السرطان.

✓ العوامل الكيميائية: التدخين، صناعة الأسيتوس، أول أكسيد الكربون الناتج عن الاحتراق غير الكامل للوقود تسبب سرطان الرئة. (جبر، 2004: 32)

وتبين الإحصائيات إلى أن التبغ يتسبب في (80-90 %) من مجمل الوفيات الناجمة عن سرطان الرئة، وفي حوالي (30 %) من مجمل الوفيات الناجمة عن السرطان في البلدان النامية. (السامعي، 2011: 26)

كما تلعب الحمية دورا في تطور السرطان، إذ أن السرطانات الأكثر شيوعا بين الأفراد الذين يعانون من سوء التغذية المزمنة، وبين الذين يستهلكون نسبة عالية من الدهون كما يستخدمون بعض المحسنات التي تضاف للأطعمة مثل: نيترات الصوديوم، البوتاسيوم، الكحول وغيرها.

(شيلي تايلور، 2008: 814)

● العوامل البيولوجية: بعض الفيروسات تسبب سرطان الكبد والثدي والدم، بعض الطفيليات كالبهارسيا البولية تسبب (80%) من سرطان المثانة.

● العوامل النفسية: أكدت البحوث دورها في الإصابة بالسرطان، حيث يموت بالسرطان

الفصل الخامس: السرطان

(60 %) من المكتئبين بالمستشفيات العقلية، وارتفعت نسبة الإصابة بسرطان الثدي بين المريضات نفسياً أكثر مما عليه في المجموع العام للسكان. (جبر، 2004: 32-33)

● **العوامل المادية:** لا يزال السرطان كغيره من الأمراض غير المعدية، يعاني من نقص هائل في التمويل، ففي الوقت الراهن تتسبب الأمراض الغير معدية بما نسبته (60%) من الوفيات على النطاق العالمي، ولكنها لا تتلقى سوى (1%) من التمويل المتاح للصحة على صعيد العالم. (السامعي، 2011: 07)

● العوامل الوراثية:

فقد دلت الدراسات الحديثة على وجود أساس وراثي لبعض أنواع السرطانات بما فيها سرطان القولون والثدي، مما يساعد في تقييم عوامل الخطورة لدى العديد من أفراد العائلة، ولكن دراسة تاريخ العائلة لا تعطي دائماً دلالة على وجود استعداد جيني موروث للسرطان، فإلى جانب الجينات هناك العديد من السمات التي يتم توارثها في العائلة عبر التنشئة الاجتماعية كالحمية الغذائية، نمط الحياة التي قد تؤثر في نسبة حدوث مرض ما. (شيلي تايلور، 2008: 813)

سابعاً: أنواع السرطان:

يوجد 47 نوع من السرطان أشهرها:

➤ سرطان الثدي Breast cancer.

➤ سرطان الرئة Lung cancer.

➤ سرطان البروستاتة Prostate cancer.

➤ سرطان الجلد Melanoma of skin.

➤ سرطان البنكرياس sur areas cancer.

بالإضافة إلى سرطان الكبد Liver والمعدة Stomath والغدد اللمفاوية "Lymphomas" وسرطان الدم Leukimia، ويعد سرطان البروستاتة أخطر أنواع السرطان عند الرجال، حيث يسبب الوفاة ل (41%) من المرضى، ثم سرطان الرئة حيث يسبب الوفاة ل (13%)

الفصل الخامس: السرطان

من المرضى، بينما أخطر أنواعه عند الإناث سرطان الثدي حيث يتسبب في وفاة (31%) من المرضى، ثم سرطان الرئة حيث يسبب الوفاة ل (13%) منهن طبقاً لإحصاء (1996).

(جبر، 2004: 31-32)

ثامناً: أماكن انتشار (Metastasie) الأورام لدى مرضى السرطان:

- ✓ سرطان المخ: لا ينتقل خارج الجهاز العصبي (إلا في حالات نادرة).
- ✓ سرطان الميلانوما: أكثر أماكن الانتقال (الرئة، الكبد، العظام، الدماغ).
- ✓ سرطان الدرقية: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الرئة، العظام، الدماغ).
- ✓ سرطان الرئة: أكثر أماكن الانتقال (الجنب المنصف، عدد المنطقة الليمفاوية، الكبد، العظام، الدماغ، الكظر، أعصاب المنطقة).
- ✓ سرطان الثدي: أكثر أماكن الانتقال (العقد الإبطية، الرئة، العظام، الكبد، الدماغ).
- ✓ سرطان المريء: أكثر أماكن الانتقال (الانتقال إلى الجوار، عقد المنطقة، الكبد، الرئة).
- ✓ سرطان المعدة: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الكبد، الرئة، الغشاء البريتوني).
- ✓ سرطان القولون المستقيم: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الكبد، الرئة).
- ✓ سرطان الكلية: أكثر أماكن الانتقال (الكلية الأخرى، عقد المنطقة، العظام، الرئة، الكبد).
- ✓ سرطان البروستاتة: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، العظام).
- ✓ سرطان الخصية: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الكبد، الرئة).
- ✓ سرطان المبيض: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الكبد، الرئة، الغشاء البريتوني).
- ✓ سرطان عنق الرحم: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، جدار الحوض، المهبل، الأعضاء المجاورة).
- ✓ سرطان جسم الرحم: أكثر أماكن الانتقال (عنق الرحم، عضلة الرحم المجاورة، الأعضاء المجاورة). (فاروق وهبة، دون تاريخ، 26-27)

تاسعا: علاج السرطان:

تتنوع العلاجات لدى مرضى السرطان، ومع حداثة هذا المرض وانتشاره بشكل خطير ووبائي تظهر معه مكتشفات جديدة لعلاجات أكثر تقدما وفعالية من سابقتها تسمح له بالبقاء على قيد الحياة وممارسة حياته بشكل طبيعي.

❖ العلاج الجراحي: Surgery

يعتبر العمل الجراحي من أقدم أنواع معالجات السرطان، وقد ساهمت التطورات الحديثة بالأساليب الجراحية في ارتفاع معدلات الشفاء لدى أعداد متزايدة من المرضى، وساعدت على إجراء العديد من الجراحات المعقدة التي كانت متعذرة في الماضي وتحقيق نتائج ممتازة، حيث مع تطور التقنيات الجراحية أصبح العمل الجراحي أكثر دقة وتحديدا، مما قلل من إجراء الجراحات المتوسعة، وساعد على استئصال معظم الأورام وخصوصا المنحصرة بمواقعها دون أن تنتشر (ورم حميد) مع التمكن من المحافظة على الوظائف الطبيعية لمعظم أجزاء الجسم، تجدر الإشارة إلى أن أغلب مرضى السرطان سيخضعون لنوع أو أكثر من أنواع العمل الجراحي، سواء عند التشخيص أو خلال مراحل المعالجة.

(<http://www.adamcs.org/surgery.htm>)

كما يمثل العلاج الأكثر نجاعة، فقد يلجأ الجراح لها كطريقة علاجية مكملة، وفي حالات نادرة كعلاج وقائي من السرطان باستئصال الأورام قبل السرطانية، وتسمح الجراحة بإيقاف المرض المدة 5 سنوات أو أكثر وكون الجراحة لا يمكنها استئصال كل السرطانات المتنقلة يعاود السرطان الظهور نتيجة نمو الخلايا الخبيثة. (الكاهنة، 2009: 50)

ويتم تصنيف العمل الجراحي إلى عدة أنواع حسب الغرض من الجراحة، والتي تنقسم إلى:

○ الجراحة التشخيصية: Diagnostic Surgery

يتم إجراؤها بغرض استخلاص عينات من الأنسجة المشتبه فيها لتشخيصها، لتحديد نوع الورم.

○ الجراحة التشخيصية: Diagnostic Surgery

يتم إجراؤها بغرض استخلاص عينات من الأنسجة المشتبه فيها لتشخيصها، لتحديد نوع الورم وخواصه الحيوية، حيث لا يمكن تأكيد تشخيص الأورام الصلبة دون فحص عينات منها تحت المجهر.

○ الجراحة التصنيفية: Surgery Staging

هي جراحات تشخيصية تساعد في تصنيف الأورام وتحديد مراحلها بتحديد حجم الورم وامتداده ورقعة انتشاره، ومدى انتقاله من موضع نشأته الأصلي، كما تساعد في تدقيق التحاليل والفحوصات التصويرية المختلفة المستخدمة عند التشخيص.

○ الجراحة العلاجية: Surgery Curative

أي الجراحة بغرض تحقيق الشفاء، والتي تستهدف استئصال كامل النسيج الورمي، ويتم اعتمادها في أغلب الأحوال كخيار علاجي أولي عند معظم الأورام الصلبة، وقد يسبق العمل الجراحي تلقي جرعات من العلاج الكيماوي والإشعاعي أو يتم إجراؤه عقب انتهاء دوراتهما مباشرة.

○ جراحة الاختزال الخلوي: Surgery Cytoreductive

يعني أن العمل الجراحي يستهدف تخفيض كتلة الورم وذلك بسبب تعذر الاستئصال التام، لذا قد يؤدي ذلك لدى بعض الحالات إلى التسبب بأضرار جسيمة للأنسجة المجاورة أو بعض الأعضاء الحيوية، وفي هذه الحال تستهدف الجراحة إزالة أكثر كم ممكن من أنسجة الورم، ومن ثم معالجة ما يتبقى بالعلاج الكيماوي أو الإشعاعي.

○ الجراحة الملطفة: Surgery Palliative

يقصد بها الجراحة بغرض تخفيف تأثيرات الورم وليس لتحقيق الشفاء، وقد يتم إجراؤها المعالجة التعقيديات الفرعية للأورام عند الحالات المتقدمة، أو لمعالجة وتصحيح مشاكل صحية ثانوية ناتجة عن النمو الورمي، فمثلا: يتضخم نمو بعض الأورام بالتجويف البطني بحيث تعيق وتسد الأمعاء، مما يستلزم إجراء جراحة لمعالجة مثل هذا الانسداد.

○ **الجراحة الوقائية: Surgery Prophylactic**

هذا النوع من الجراحات يتم إجراؤه لإزالة الأنسجة التي لم تتسرطن بعد، ولكنها مرشحة لذلك، أي أنها تمر بمراحل ما قبل التسرطن (precancerous).

○ **الجراحة الداعمة: Surgery Supportive**

تستخدم الدعم العلاجات الأخرى مثل جراحة زرع أدوات الحقن بالأوعية الدموية المختلفة، كالأدوات المستخدمة لحقن العقاقير الكيماوية وسحب عينات الدم للتحاليل.

○ **الجراحة الترميمية: Surgery Restorative**

○ هي جراحة إعادة بناء الأنسجة والأعضاء، والتي يتم إجراؤها بغرض إصلاح عطب بعض حيوي، أو ترميم جزء من الجسم تأثر بالجراحات العلاجية الأساسية.

(<http://www.adamcs.org/surgery.htm>)

العلاج الكيماوي: Chemotherapy

العلاج الكيماوي هو علاج باستخدام أدوية كيماوية تعرف بالعقاقير المضادة للسرطان، تقوم بالقضاء على الخلايا السرطانية وتدميرها، وتأتي الميزة الرئيسية لهذا العلاج من قدرته على معالجة الأورام المتنقلة والمنتشرة، بينما يقتصر العلاج الإشعاعي أو الجراحة على معالجة الأورام المنحصرة بمواضع محددة، وتعود فعاليته المميزة إلى حقيقة أن الخلايا السرطانية بطريقة ما أكثر حساسية اتجاه الكيماويات من الخلايا الطبيعية، وقد يتم استخدامه كعلاج منفرد الذي بعض الحالات، أو جزء من برنامج علاجي متكامل يتكون من عدة علاجات مشتركة، و يتم اتخاذ القرار باستخدام هذا العلاج بالموازنة ما بين فاعليته، وآثاره الجانبية، ومضاعفاته المستقبلية، وبين خطورة السرطان، وبطبيعة الحال فمضاعفاته وآثاره مقبولة مقارنة بالمرض نفسه، إضافة إلى أن المردود العلاجي إيجابي بشكل كبير جدا.

(<http://www.adamcs.org/chemotherapy.htm>)

ويتمثل في محاليل (Cytotoxiques) وقد عرف هذا العلاج تقدما باهرا بفضل النتائج المشجعة التي أدت إلى تمديد حياة بعض المرضى من خلال تأثيره على الخلايا السرطانية

بايقاف الانقسام الخلوي أو التأثير المباشر على (ADN) أو (ARN)، لكنه علاج يخلف العديد من الآثار الجانبية المزعجة: كالقيء، الإحساس بالغثيان، تقرحات على مستوى الفم والمرء، تساقط الشعر، التعب الزائد، وقد أمكن حاليا في بعض الدول المتقدمة التغلب نسبيا على هذه الآثار باستعمال غسيل الفم وارتداء خوذة خاصة للتقليل من تساقط الشعر. (الكاهنة، 2009:

(50)

العلاج الإشعاعي: Radiotherapy

يوظف العلاج الإشعاعي التطبيقات المختلفة للإشعاع المؤين في تقويض بنية الخلايا السرطانية ومعالجة الأورام، سواء باستخدام العناصر والنظائر المشعة، أو بتوليد دفق إشعاعي موجج وعالي الطاقة، وتسليطه على الأنسجة والخلايا الورمية، بغية القضاء عليها نهائيا، أو تقليص كتلة الورم لتخفيف تأثيراته على أقل تقدير، وتقليديا يتم استخدام الأشعة السينية المولدة الكترونيا كمصدر للإشعاع، بجرعات عالية أضعاف المستخدمة بالأجهزة التصويرية، إضافة إلى استخدام مصادر أخرى مثل : أشعة جاما أو دفق النيوترونات أو البروتونات، أو شعاع الكهيربات، وقد ساهم الاستخدام الواسع لتطبيقات الإشعاع لمعالجة السرطان في ارتفاع نسب الشفاء بشكل كبير وامتداد فترات النجاة، وتعد من أهم المعالجات الفعالة للعديد من الأورام الناشئة بأغلب أجزاء الجسم. فعلى لسان " المدير العام للوكالة الدولية للطاقة الذرية" يقول: «. ففي العالم النامي اليوم لا يستفيد من العلاج الإشعاعي سوى 20% فقط من المرضى الذين يحتاجون إليه". (السامعي، 2011: 03)

كما تكمن فاعلية هذا العلاج في مقدرة الإشعاع على تدمير وتفتيت الحمض النووي بالخلايا السرطانية (هو المادة الكيميائية التي تحمل المعلومات والشفرات الوراثية وتتحكم في العمليات الحيوية اللازمة للتكاثر والنمو وأداء مختلف الوظائف الخلوية)، وبصفة عامة فالخلايا التي تنمو وتتكاثر بوتيرة سريعة شأن الخلايا السرطانية، هي أكثر حساسية اتجاه مفعول الإشعاع و أشد تأثرا، وبطبيعة الحال تتخذ تدابير وقائية أثناء المعالجة الإشعاعية، تلافيا لتعرض أكبر كم ممكن من الأنسجة والأعضاء الطبيعية السليمة للإشعاع، وتتم عادة حمايتها باستخدام دروع واقية وبأنماط مختلفة، إلا أن بعض الخلايا الطبيعية تتأثر بالإشعاع وإن كانت عموما قادرة

الفصل الخامس: السرطان

على التعافي بحيوية أكبر، نظرا لمقدرتها على استخدام تقنيات الجسم الطبيعية لإصلاح وترميم الأضرار الواقعة على الحمض النووي.

(<http://www.adamcs.org/radio.htm>)

كما يمكن لجرعات إشعاعية مضبوطة أن تساعد على تقليص الأورام السرطانية وحتى القضاء عليها، ويستخدم الطب الإشعاعيين للمساعدة حي تشخيص السرطان تشخيصا دقيقا والتخفيف مما ينتج عنه من ألم ومعاناة، إذ يحتاج ما بين (50 و60%) من المصابين بالسرطان إلى الخضوع للعلاج الإشعاعي في إحدى مراحل المعالجة. (السامعي، 2011: 08)

عاشرا: مكافحة داء السرطان:

إن المكافحة الشاملة للسرطان في العملية التي يتم من خلالها تنسيق كافة مجالات مكافحة السرطان، بدءا بالوقاية ووصولاً إلى الرعاية التيسينية، بهدف تقليص أثر السرطان على المجتمع، ولضمان نجاح المكافحة الشاملة للسرطان يجب تحقيق التزام بين العديد من العناصر المرتبطة بالمرض، مما يتيح نهجا راسخا وموحدا للرعاية ضد السرطان، وتتمثل في:

- الوقاية: تتمثل في: مكافحة السرطان، مكافحة عوامل الخطر.

- الإبكار في الكشف: أي بالكشف المبكر، التشخيص والفحص المبكران.

- المعالجة والشفاء: تتمثل في: التشخيص، المعالجة، المتابعة، إعادة التأهيل (علم الأمراض، التصوير بالأشعة، الطب النووي، العلاج الإشعاعي، العلاج الكيميائي، الجراحة. الخ).

- الرعاية: الخاصة بالرعاية التيسينية، مكافحة الأعراض وإدارتها (المواد الأفيونية، العلاج الإشعاعي)، الدعم النفسي الاجتماعي والروحي، مواسة أسر المرضى. (السامعي، 2011

(17:

الخلاصة:

إذا كانت الوقاية خير من العلاج فإن الكشف المبكر خير وسيلة للتخلص من هذا الداء العضال، إذا لم يكن الابتعاد والوقاية ممكنين، وربما كانت إحدى أهم مصائبنا لا المرض بحد ذاته، بل الخوف من المرض أو معالجته بالخوف أو الهروب من مجابهته، حيث يقول الدكتور "اندروفون ايسكنباك" رئيس المعهد القومي للسرطان: "أن الناس لا يموتون لأنهم مصابون بالسرطان، وإنما يموتون عندما يعرفون أنهم مصابون بالسرطان، ولو نكتشفه في توقيت مبكر لأمكننا أن نفعل شيئاً بشأنه"، فالغرض من العلاج والكشف المبكر هو ضمان الشفاء لمرضى السرطان وإطالة أعمارهم وتحسين نوعية حياتهم، وتتسم بعض أكثر أنواع السرطان شيوعاً مثل سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وسرطان القولون المستقيم بمعدل شفاء مرتفع عندما يتم الكشف عنها في مراحل مبكرة وعلاجها استناداً إلى أفضل الممارسات في هذا المجال، كما تتمثل أساليب العلاج الرئيسية في الجراحة والمعالجة الإشعاعية والمعالجة الكيميائية ومن الأمور الأساسية لضمان علاج مناسب التشخيص الدقيق عن طريق عمليات التحري التي تستخدم تكنولوجيا التصوير (الموجات فوق الصوتية، أو التنظير الداخلي، أو التصوير الإشعاعي) أو الوسائل المختبرية (الباثولوجيا)، إضافة للرعاية الملطفة، التخفيف من شدة الألم.

الجانب الميداني

الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميداني

تمهيد

✓ منهج الدراسة.

✓ الدراسة الاستطلاعية.

✓ أدوات الدراسة.

✓ الدراسة الأساسية.

✓ نتائج الفرضيات.

خلاصة الفصل

تمهيد:

ان الهدف من هذا الجزء هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا في البحث، فبعد الالمام بالجانب النظري الذي تناولنا فيه تحديد الإشكالية، الفرضيات، الهدف والاهمية، بالإضافة الى الفصول التي هي: إدراك المرض، القلق، الاكتئاب ومرض السرطان.

سنتطرق في هذا الفصل الى الجانب التطبيقي الذي يعتبر جانبا هاما في أي بحث.

أولاً: منهج الدراسة:

تعد عملية اختيار المنهج الخطوة الأساسية الأولى في البحث العلمي، باعتبارها مسالة في غاية الأهمية، لأنه يتوقف عليها جميع التعميمات والنتائج، وفي هذا السياق يعرفه (أنرجس 2010) بأنه عبارة عن سلسلة من المراحل المتتالية التي ينبغي اتباعها بكيفية منظمة ومنسقة.

ولما كان الغرض من الدراسة التي نحن بصدد البحث فيها هو معرفة العلاقة بين ابعاد إدراك المرض وبين استجابتي القلق والاكتئاب عند مرضى السرطان ومدى تأثر العلاقة ببعض المتغيرات تم الاعتماد على المنهج العيادي.

فالمنهج العيادي هو الملائم لهذه الدراسة الذي يهتم بدراسة الحالة بصورة كلية وشاملة لكونها حالة منفردة في خصائصها وبنائها الدينامي باستخدام أدوات البحث النفسي المختلفة والتي تمكن الباحث من دراسة الحالة دراسة شاملة ومعقدة حتى يصل إلى فهم العوامل المعقدة في شخصية المبحوث والتي تتأثر بالظاهرة موقع الدراسة أو أثرت فيه.

1- المنهج العيادي:

يعتبر علماء النفس الأمريكيون أول من استعملوا عبارة المنهج العيادي، وقد برز هذا المنهج في بدايته كرد فعل على التجارب المخبرية، ويستخدم المنهج العيادي في تشخيص وعلاج الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النفسية، وهناك عدة تقنيات تستخدم في هذا المنهج هي: دراسة الحالة، المقابلة، والملاحظة العادية. (محمود كمال بكداش، ورالف رزق الله، 1988: 37)

يعد المنهج العيادي أحد المناهج المهمة والأساسية في مجال الدراسات النفسية، ولقد إعتدنا عليه لكونه المنهج الملائم لطبيعة فرضياتنا وموضوع الدراسة من جهة، ولفردانية الحالات من جهة أخرى.

والمنهج العيادي هو بمثابة الملاحظات العميقة والمستمرة للحالات الخاصة والذي من خصائصه دراسة كل حالة على انفراد. (Ronald , 1983 :21)

ويعرف " D. Lagache " المنهج العيادي على أنه: تناول السيرة من منظورها الخاص، كذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولاً بذلك التعرف على

بنيتها وتركيبها، كما يكشف الصراعات التي تحركها ومحاولات الفرد لحلها. (Chahraoui et Benony، 200، 16)

يقوم هذا المنهج على دراسة الحالة باعتبارها الطريقة الأنسب للفهم الشامل للحالة الفردية وللحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المفحوص فدراسة الحالة " حسب مصطفى عبد المعطي" هي نوع من البحث المتعلق بالعوامل المعقدة التي تساهم في فردية وحدة اجتماعية ما، فعن طريق استخدام عدد من أدوات البحث بالاطلاع على الخبرات الماضية للحالة وعلاقتها بالبيئة وبعد التعمق في العوامل والقوى التي تحكم سلوكها وتحليل نتائج تلك العوامل وعلاقتها، يستطيع الفاحص أن ينشئ صورة متكاملة عن الحالة.

- وهي ملاحظة معمقة لموضوع معين قد تستمر أحيانا لسنوات يتم فيها جمع المعطيات عن نفس الشخص من كل الجوانب. (Sillanny Norbert، 1996، 47)

كما تعرف "Favez Boutennie" دراسة حالة في علم النفس العيادي بأنها الفحص العميق لحالة فردية وذلك إنطلاقا من ملاحظة وصفية معينة وربطها بتاريخ المفحوص كما يسمح ذلك بفهم المفحوص في كل معاشه. (عنوة، 2005: 267).

وسيتم استعمال في هذه الدراسة تقنية دراسة حالة.

2- تعريف دراسة الحالة:

إن دراسة الحالة هي وسيلة جد مهمة لأنها تكشف لنا عن وقائع حياة الفرد، وهي أساسية لجمع المعلومات عن المريض، حيث أن دراسة الحالة يعطينا فهما شاملا عن الحالة وعلاقتها، حاضرها، مشاعرها، اتجاهاتها، رغباتها، واحباطاتها، وتعتبر المجال الذي يسمح للأخصائي النفسي بجمع المعلومات أكثر وأدق حتى يتمكن من إصدار التشخيص نحو الحالة.

(محمد عثمان النجاتي، 2000: 15)

الدراسة الاستطلاعية:

1- الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

- التقرب من مجتمع الدراسة وانتقاء العينة المدروسة.
- الاطلاع على محيط الدراسة وأخذ نظرة عامة حوله.

• التنبؤ بالصعوبات التي ستواجه الباحثة خلال التربص.

2- مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية:

تمت الدراسة الاستطلاعية بمستشفى المركزي بلاطو (بن زرجب) من 09.02.2020 الى

2020.03.15

3- تقديم المؤسسة:

حيث تم خلالها مقابلة عدة حالات يعانين من سرطان الثدي والرحم والرئة ويخضعن للعلاج الكيميائي بالإضافة الى الملاحظة العيادية وذلك لتقرب من مجتمع الدراسة والتعرف عليه ومن ثم انتقاء العينة المناسبة للدراسة واخذ نظرة شاملة حولها وتقدير الصعوبات التي تواجه الباحثة بالإضافة إلى ربط جسور الثقة بيني كأخصائية نفسانية وبين مجتمع الدراسة (النساء المصابات بسرطان الثدي).

ومن مهامه الأساسية: العلاج والتكفل الصحي، الوقاية، التكوين لأجل تحسين مستوى الموظفين والتكوين المتواصل والمستمر لهدف مختلف المعلومات في الميادين شتى للأطباء والشبه الطبيين.

الهيكل الادارية والبيداغوجية: المصالح الإدارية، الاستقبال والتوجيه، مكتب القبول، الهياكل التنفيذية، المصالح التقنية، تنظيم الزيارات، مصلحة المطبخ، وسائل الاتصال، العلاقات مع السلطات المحلية.

عينة الدراسة:

تم اختيار الحالات بطريقة قصدية من المجتمع الأصلي وهذا بمساعدة الطبيب والأخصائية النفسية، وطاقم الممرضات المشرفات على العلاج الكيميائي حيث تكونت العينة من جميع الحالات الخاضعة للعلاج الكيميائي واللواتي يعانين من سرطان الثدي في الفترة الدراسة الاستطلاعية والتي يتراوح أعمارها من 41 الى 54 سنة والتي بلغ عددها أربع حالات.

رابعا: ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية:

تمت الدراسة الاستطلاعية في ظروف غير جيدة، حيث تلقيت صعوبات لم تمكنني اجراء الدراسة المرجوة، وهذا من طرف الادارة، وواجهتني مشكلة الحالات التي يطول فترة

انقطاعها عن العلاج وهذا بسبب إخضاعها لفترة راحة لمواصلة العلاج الكيميائي بسبب ما تظهره الفحوصات من إرهاق جسدي.

مكان انتقاء عينة الدراسة الأساسية وهذا بعد الاطلاع على جميع الحالات التي تخضع للعلاج الكيميائي خلال فترة التريص بمساعدة المختصة النفسية والمشرفات على العلاج الكيميائي بعد إجراء مقابلة أولية مع كل حالة، حيث تم اختيار الأربعة حالات يتداولون على العلاج الكيميائي ومصابات بالسرطان يتراوح سنهن من 45 إلى 54 سنة. وهذا لملائمتها لموضوع الدراسة حيث تتوفر على الخصائص المطلوبة قصد الدراسة، كما تجدر الإشارة الى ان عينة البحث شملت على حالات مختلفة من حيث نوع العلاج (جراحة، علاج كيميائي + جراحة)، مدة العلاج والحالة المدنية.

الأدوات المستعملة:

تعتبر أدوات البحث ذات أهمية فهي بمثابة مفاتيح يلجا اليها الباحث لجمع المعلومات.

أ-الملاحظة العيادية:

وهي مشاهدة الوقائع على ما هي عليه في الواقع، أو في الطبيعة. (صلاح الدين شروخ، 28: 2003)

كم يعرفها روتر Rotter على أنها المهارات الضرورية الإكلينيكية، والتي تتجلى في ملاحظة المريض في وجهه وفي مظهره الخارجي إذ تعبيرات الوجه ونبرات الصوت وحركات الجسم تعبر عن الموقف الذي يكون عليه المريض أثناء الإجابة على السؤال وأثناء الكلام محمود كمال بكداش، وراف رزق الله، 1988: 39) ومن أنواعها:

الملاحظة الموجهة التي استخدمناها بهدف رصد سلوكيات وردود أفعال الحالات اتجاه المرض والأسئلة المطروحة، وجمع بعض المعلومات فيما يخص طريقة الكلام، خصائص السلوك واللباس والحركات، والملاحح الدالة على بعض المؤشرات السميائية للحالات وهي تتم عن طريق دراسة السلوك الظاهري للحالة بصورة موضوعية.

(محمد مزيان، 2001: 96)

ب-المقابلة العيادية:

المقابلة: هي تفاعل لفظي بين شخصين في موقف مواجهة حيث يحاول أحدهما أن يستثير بعض المعلومات أو التعبيرات لدى الشخص الآخر، والتي تدور حول آرائه ومعتقداته.

(فهد خليل زايد، 2007، ص119)

يشير (محمود كمال بكداش، ورفل رزق الله، 1988: 39) إلى أن المقابلة العيادية تعتمد على الاستماع حيث تسمح بجمع أكثر قدر ممكن من المعلومات الشخصية والعائلية للحالة، وتعتبر كقاعدة أساسية في علم النفس العيادي وهي متعددة الأشكال، إما تكون فردية أو جماعية أو موجهة أو غير موجهة.

وباعتبار المقابلة النصف الموجهة الأكثر ملائمة لموضوعنا حيث تسمح للمفحوص بأن يجيب بحرية أكثر عن الأسئلة المطروحة من جهة، ويحتفظ بتصميم الموضوع وعدم الخروج عن إشكالية الدراسة من جهة أخرى فقد تم الاعتماد عليها في الدراسة الحالية بتعريفها انها:

المقابلة العيادية النصف موجهة:

المقابلة العيادية من الأدوات الأكثر شيوعا لجمع المعلومات إذ يستخدمها الباحث العيادي للإتصال مع المفحوص ونعني بالمقابلة العيادية تبادل الأقوال بين الفاحص والمفحوص، وعلى الفاحص أن يكون ذو أذن صاغية، ويسهل دائما الكلام أخذا بعين الاعتبار الاتصال غير الشفوي.

(Chilland Colette, 1989, p22)

وتعرف بصفة عامة بأنها " محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر أو مع أفراد بهدف الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات لإستخدامها في البحث العلمي".

(محمد شفيق، 1958، 106)

كما تعرفها الباحثة " كاترين سيسو " (Catrine Syssan) على أنها: " محادثة بين الفاحص والمفحوص وجها لوجه، فمصطلح المقابلة يشير أو يدل على الممارسة التي تتعلق بالكلام".

(Catrine Syssan, 1998, p13)

الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميداني

إن طبيعة البحث الذي نقوم به يستدعي إستعمال المقابلة النصف موجهة لأنها تخدم موضوع بحثنا، فهي ليست مفتوحة تماما، إذ أنها تحدد للمفحوص مجال السؤال وتعطيه نوعا من الحرية في التعبير في حدود السؤال المطروح.

يعرف محمد حسن غانم" المقابلة النصف موجهة بأنها سلسلة من الأسئلة التي يأمل منها الباحث الحصول على إجابة من المفحوص، ومن المفهوم طبعاً أن هذا الأسلوب لا يتخذ شكل تحقيق، وإنما تدخل فيه الموضوعات الضرورية للدراسة خلال محادثة تكفل قدراً كبيراً من حرية التصرف، ويحرص الباحث ألا يقترح أي إجابات مباشرة أو غير مباشرة.

(حسن غانم، 2004، ص171).

الدراسة الأساسية:

الحالة	السن	الحالة الاجتماعية	نوع العلاج	مدة العلاج
ب.خ	42	متزوجة.	كيميائي + استئصال	سنة واحدة.
ح ع م	48	عازية	كيميائي	سنتين
ح ص	51	متزوجة	كيميائي + استئصال	سنة واحدة
ي	28	عازية	كيميائي + استئصال	سنتين

تقديم الحالة الأولى: 1.

البيانات الأولية:

الحالة: ب. خ
 السن: 42 سنة
 المستوى الدراسي: بدون مستوى
 عدد الاخوة: 5 شقاء و10 اخوة من الاب
 الرتبة بين الأخوة: 4
 الحالة المدنية: متزوجة.
 عدد الأولاد: /
 الوضع الاقتصادي: ضعيف
 مهنة الحالة: مأكثة في البيت
 نوعية السكن: غرفة واحدة مأجورة.
 مقر الإقامة: غليزان.
 نوع العلاج: كيميائي + استئصال.
 مدة العلاج: سنة واحدة.
 السوابق المرضية: خضعت الحالة لعملية استئصال الثدي.
جدول جامع المقابلات للحالة (01):

المقابلات	تاريخها	مدتها	مكان	الهدف منها
المقابلة 1	09_02_2020	30 د	قاعة الكيميائي	- كسب ثقة الحالة. - جمع البيانات الأولية. - التعريف بدوري كأخصائية نفسانية.
المقابلة 2	16_02_2020	45	قاعة الكيميائي	المعاش النفسي والاجتماعي للحالة
المقابلة 3	23_02_2020	30د	قاعة الكيميائي	التعرف على الحالة الراهنة للحالة

السميائية العامة:

الحالة ب. خ تبلغ من العمر 42 سنة، متزوجة بدون اطفال، طويلة عينين بنيتين، بشرة سمراء متحجبة، هنادام مرتب غير مبالية به كثيرا حيث لا يههما المظهر، تظهر ملامح الحزن على

وجهها إلا أن حديثها يتخلله ابتسامات حسب الموقف، تحتل الرتبة الرابعة من بين الإخوة الأشقاء الخمس بينما لديها 10 إخوة من أبيها حيث تزوج والدها بعد وفاة أمها التي لا تذكر عنها شيئاً أبداً ولا تفاصيل طفولتها، لغتها مفهومة وواضحة بذاكرتها جيدة حيث تسترجع الأحداث بسرعة أما من ناحية التزامها بالمقابلة فهي تسر كثيراً برؤيتي وتقابلي ببشاشة كما تصرح بارتياحها لي.

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

الحالة متأثرة بتفاصيل الماضي، فعند سؤالها عن ولادتها وطفولتها لم تستطع الإجابة مع توجههم وجهها وكأنه تريد القول لا أم ولا طفولة لدي فقط اكتفت بقول: قتلك مني عاقلة على والو ما قاع ماشتهاش، وهذا مايدل على حرمانها العاطفي.

عاشت وتربت الحالة عند جدتها مضطرة - جدها متوفي - في ظروف قاسية وحرمان عاطفي، كما حرمت من التمدرس فهي غير متعلمة لا تعرف لا القراءة ولا الكتابة ولا حتى كم عمرها فعند سؤالها عن سنها بحثت عن بطاقة التعريف الوطنية وأعطتها لي، تزوجت الحالة في حوالي سن 16 سنة، كما جاء على لسانها (زوجوني دارنا زواج الغيبنة ومانسمحلهمش)، مع ظهور الحسرة على وجهها، وهذا لأن الحالة كانت تسكن في غرفة واحدة ومأجورة وزوجها عاطل عن العمل، كما كان يسيء معاملتها والتي وصلت إلى حد الخيانة الزوجية، حيث اكتشفت ذلك فجأة حين جاءت سيارة الدرك تبحث عنه بحكم الخيانة الزوجية، وهنا تصرح: خيب ظني فيه، كنت مستحلماتو بقاع لي فيه وزاد يلحق يخوني، فهجرت المنزل على إثرها لعدة أيام عند بعض المعارف، وخاصة ليس لديها مكان تلجأ إليه، قررت الاستسلام للأمر الواقع والقبول بهذه المرأة ضرة لها والعودة إلى البيت، وهنا حدث الأسوأ حيث صارت تنام معها في نفس الغرفة فتقول الحالة: موالاتش قاع مقيمتني وتستفزني ودير شي صوالح منتحملهمش، وحسب إشارة الحالة تخص العلاقة الحميمة، وهذا ما لم تتحمله الحالة ودفعها لمحاولة الانتحار حيث توجهت نحو السكة الحديدية منتظرة القطار، لولا أن حارس السكة الحديدية منعها من ذلك وأعادها إلى البيت وقررت الطلاق وبعد 9 سنوات من طلاقها قضتها من بيت إلى آخر حيث استقرت أخيراً عند إحدى النساء المسنات التي سافر أولادها إلى الخارج وتركوها وحدها في الشقة ولكن هذا الوضع كما تصرح الحالة: هذ الحالة ما تضمنليش

المستقبل ، وعلى هذا قررت أن تتزوج وبعد أن تقدم لها من اعتقدت أنه يناسبها تزوجت مجددا منذ سنة، من رجل مطلق منذ 4 سنوات وله اربع اطفال وتقيم ايضا في غرفة واحدة ومأجورة، في سكن تقيم فيه كل من ام زوجها طليقته التي مازالت وتسبب له المشاكل حيث تصرح الحالة: كثر وعليا المشاكل مرتو لولا ديما جايبتها مورايا ، ومين تقوى المشاكل، راجلي يصب زعافو فيا وسيرتو كيستحق الدراهم وما يصيبش ، ووحده الممر زعفني بزاف وقالي نتفارقو، روجت عند وحدة نعرفها وخليته ، كما تبين من خلال أقوال الحالة انها غير سعيدة في زواجها وتعاني خلافات زوجية، كما تصرح: ما عندي لمن نشتكى، مين تضيق بيا روحي ونتفكر الماضي نبكي نبكي ومن بعد نسكت وشتا ندير؟ مع ظهور علامات الحسرة على وجهها وكبت مشاعرها، وأنها تعيش مواقف محزنة متكررة، كما صرحت الحالة مين تكثر عليا مرتو لولا التنقريش نبلع الباب ونطلق القران ونخليها، ونقول حسبي الله ونعم الوكيل.

أما عن مرضها تقول الحالة ثلث أشهر وأنا نحس بالشحط وكى قوا عليا روجت الطبيب الصحة، وبعد إجرائها التحاليل اللازمة، تبين ضرورة إجراء عملية استئصال الثدي وبعد 20 يوم أجرت العملية حيث كانت الحالة مستسلمة للأمر الواقع فتصرح قائلاً: كنت حاسبة في العملية غادي يقلعوهملي في زوج وجاتي عادي المهم نريح ، كما انها لم تراودها أي مخاوف حول إجراء العملية بعكس بقية المرضى، ولكن زوجها في يوم العملية أنكر علمه بمرضها وعملية الاستئصال مما أضر العملية اسبوع اخر حيث تقول : راجلي من سقاه الطبيب لكان علابالو بالعملية دار روجو معلابالوش، علا خاطر و اخرولي العملية بسمانا، مع ظهور الحسرة على وجهها .

وبعد اجراء العملية بأسبوع بدأت الجلسات العلاج الكيماي كل 21 يوم ولأنها أمية تأخرت عن موعد العلاج بأسبوع، ومن تأثيرات العلاج الكيماي عليها، الإغماء، هزل جسمي، شحوب الوجه، تساقط الشعر، عدم استطاعتها رؤية الأكل لشعورها برغبة في التقيؤ، إحساسها بالفشل، انقطاع العادة الشهرية، انعدام رغبتها الجنسية،

حيث تقول لسانها: "وليت نتقيا بزاف غي فشلانا غي رقدا عفت مكلنا نبغي نقعد وحدي دايمن شعر تاح وناس تتهرب مني درت كش حجا وربى خلص فيا".

الخلاصة للحالة:

نستنتج عند ملاحظتنا من خلال الأعراض النفسية والبدنية في فترة العلاج الكيميائي التي ظهرت على الحالة أثناء المقابلة الإكلينيكية، كفقدان الاهتمام الجنسي، ولوم الذات، وعدم الثقة، الشعور بالحزن والوحدة واللامبالاة بالإضافة بتوبيخ الذات وتحقيرها ولومها أن لديها اكتئاب.

الحالة الثانية:

1-البيانات الأولية:

الحالة: ح ع م	السن: 48 سنة
المستوي الدراسي: رابعة متوسط.	الرتبة بين الأخوة: 4
عدد الأخوة: 7	الحالة المدنية: عازية.
الوضع الإقتصادي: ضعيف.	نوعية السكن: جماعي.
مهنة الحالة: مأكثة في البيت.	مقر الإقامة: وهران.
نوع العلاج: كيميائي.	مدة العلاج: 2 سنة.

السوابق المرضية: أجريت عملية استئصال جزئي للثدي قبل 8 سنوات بسبب ورم حميد.

المقابلة	تاريخها	مدته	المكان	الهدف منها
المقابلة 1	09_02_2020	15د	قاعة الكيمائي	- كسب ثقة الحالة - جمع البيانات الأولية - التعريف بدوري كأخصائية نفسانية.
المقابلة 2	16_02_2020	30د	قاعة الكيمائي	المعاش النفسي للحالة
المقابلة 3	23_02_2020	40د	قاعة الكيمائي	التعرف على الحالة الراهنة للحالة

السميائية العامة:

الحالة ح ج م تبلغ من العمر 48 سنة، تحتل المرتبة الرابعة من بين 7 أخوة متحجة قصيرة القامة هدامها المرتب والنظيف والمتحضر، سوداء العينين، نحيلة، حركاتها متباطئة غير مبالية كثيرا بمن حولها، اتصالها البصري ضعيف لدرجة انها لم تلاحظ توقف انقطاع تدفق العلاج الكيميائي.

لغتها مفهومة لكنها بصوت منخفض ممزوجة باللغة الفرنسية، يصعب عليها استرجاع الذكريات، بينما علاقتها تبدو متوترة مع محيطها حيث رفضت زوجة أبيها العيش معها كما تواجه مشاكل مع زوجة اخيها بسبب ضيق السكن والدخل المحدود.

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

عاشت طفولة سعيدة حسب قولها نقلت في صغري الحمد لله. في سن 20 من عمرها تعرضت لصدمة عاطفية أثر مقتل خطيبها خلال العشرية السوداء والتي أثرت فيها كثيرا وبعد أن تجاوزت هذه الصدمة أشرفت على رعاية أعمامها الذين تدهورت حالتهم الصحية بعد أن تجاوزت أعمارهم سن الثمانين فما فوق، حيث تسميهم الحالة والدية فتقول: ومن بعد كي فاتت الصدمة تاع خطيبي لكتلوه كانوا والديا كبرو، وكنت قايمة بهم حتى لي توفوا الحمد لله، وهذا لأنه لا يوجد من يرعاهم حيث انهم لم يتزوجوا بالرغم من كبر سنهم.

فعند سؤالي عن رغبتها في الزواج تقول: مادابيا كون راه عندي دار وجبت دراري وبعد أن توفي كل من أعمامها وعماتها عن سن يفوق الثمانين سنة منذ سنة انتقلت للعيش مع زوجة أخيها وأبناءه الأربعة في عمارة، وهذا بعد أن رفضت زوجة أبيها أن تقبل بالعيش معها فبعد وفاة أعمامها حاولت الحالة العودة إلى بيت أبيها المتوفى ولكن زوجته قابلتها بالرفض والشجار فتقول دابرتني قادري على شقاها قاتلي ماتقديش عندي، مع ظهور الغيظ في كلامها أما عن علاقتها مع إخوتها من أبيها فهي تقول: لا علاقتي بهم مليحة وهنا يلاحظ أن الحالة تكتمت حول ذكر تفاصيل نوع العلاقة، اذ تقول: عندي صحاباتي نحكيلهم ويعاونوني، وسيرتو بنات عماتي. هذا مايبين أن الحالة متقربة أكثر من بنات عماتها وصديقاتها بعكس اخوانها من أبيها، بينما تعيش توترا في العلاقة مع زوجة اخيها بسبب ضيق المسكن وقلة

المدخول، وعن طريقة مواجهتها في الغضب تقول: ما ندير والو نسكت وصايي ولا نشوف تليفزيو، انا نرد لقلبي بزاف. هذا ما يظهر طبع شخصيتها.

لقد تعرضت الحالة إلى عملية استئصال جزئي للثدي منذ 8 سنوات بسبب ورم حميد، حيث تمت العملية على ما يرام دون اخضاعها للعلاج الكيميائي فتقول: كانت **résultat positif**، وحسيت روعي ريحت ومانضريتش موراها ، ولكن قبل سنتين عاودها الألم مجددا مما جعلها تتوجه إلى الطبيب واجراء الفحوصات المطلوبة التي أظهرت تنشئ ورمي جديد في الثدي الاخر والذي وجهت على العلاج الكيميائي

الدورة الشهرية، وتغير طعم الفم، تصيبها بالإعياء النفسي اذ تقول: أثر عليا الشيمي بزاف العيا فمي صامط، والفشلة، ما نقدر ندير والو في الدار غير مرت خويا تقضي وحدها. خلاصة حول الحالة:

ومن خلال المقابلات النصف موجهة والملاحظة العيادية يتضح أن الحالة:

1. تعاني الحالة من مستوى اقتصادي متدني.
2. ظهور الأعراض الجسمية للسرطان الثدي ألام غير محتملة.
3. تعاني عزلة اجتماعية بسبب وفاة أهلها.
4. عدم توفر مؤوى رسمي لها ورفض زوجة أبيها العيش عندها.
5. عدم تنفيس الحالة عن غضبها سوى بالصمت والبكاء أحيانا.
6. تعاني من التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي منها، إحساسها بالفشل، تساقط الشعر تغير طعم الفم، وعجزها عن القيام بأشغال البيت.
7. ظهور الأعراض العامة للاكتئاب.

الحالة الثالثة:

البيانات الأولية:

المستوى الدراسي: السنة الأولى ثانوي.

الحالة: ح.ص

الحالة المدنية: متزوجة.

عدد الإخوة: 04

مهنة الحالة: مائكة في البيت.

الوضع الاقتصادي: متوسط

السن: 51

نوع العلاج: كيميائي + جراحة استئصال

الرتبة بين الإخوة: 01

عدد الأولاد: 01

نوعية السكن: فردي.

مقر الإقامة: وهران.

مدة العلاج: السنة 01

السوابق المرضية: لا تعاني من أي مرض مزمن ولم تتعرض لأي حادث ولم تخضع لأي عملية جراحية.

المقابلات	تاريخها	مدتها	المكان	الهدف منها
المقابلة 1	23_03_2020	20	قاعة العلاج الكيميائي	<ul style="list-style-type: none"> كسب ثقة الحالة جمع البيانات الأولية
المقابلة 2	01_03_2020	30		<ul style="list-style-type: none"> المعاش النفسي للحالة
المقابلة 3	15_03_2020	40		<ul style="list-style-type: none"> التعرف على الحالة الراهنة للحالة

السيمائيات العامة:

الحالة ح. ص تبلغ من العمر 51 سنة تحتل الرتبة 01 من الإخوة، متزوجة و أم لطفلة واعدة قصيرة القامة سمينة ذات بشرة بيضاء زرقاء العين متحجبة، تجاوبها البصري جيد حيث تتبغني في حركاتي و كلامي، لا تعاني من أي مرض ما عدا سرطان الثدي، ذاكرتها قوية حيث تتذكر أحداث الطفولة جيدا، تفكيرها سليم و منطقي، علاقتها جيدة مع محيطها العائلي، متجاوبة مع الأسئلة و ليس لها مشكل في الإجابة بل أحيانا تضيف إضافات لم أسألها عنها.

" أما من ناحية التزامها بمقابلة فهي ملتزمة و متشوقة للحديث معي "

التاريخ النفسي الاجتماعي:

" مور بنتي درت grossesse arrêté تالي ولد هدي صدمت حياتي موليتش نولد "

وظهور هذا المرض تقول:

"كنت حفص في بنتي حسيت حاجا في صدري أنا كنت حسب عييت مكننش ظانا هذا المرض "

" رحت فرت درت eco كلتي وفي 2016/12/27 أسوء نهار في حياتي "

مع ظهور علامات الحسرة بادية لى وجهها وتضيف:

" درت عملية جراحية في 2017/01/24 مستشفى وهران "

تتذكر جيدا الحالة على كل الفحوصات الطبية وحتى على تاريخ العملية.

" دربا لولا كنت نايف بزاف ما تقبلتس "

فسألتها لماذا؟

قالت: " كي شفت صدري قعدت نبكي غادنتي عمري "

ثم سكوت وتقول: " مكتوب ربي "

وبعد ذلك تمت عملية علاج كيميائي مع الحالة وخوف وقلت:

" chimiothérapie ندرت بزاف بنتي ردتني شعري طاح حواجبي تاحو صفتي تبدلت "

وخاصة كانت تأكد على عدم وجود أمها في فترة كيميائي

" وأمي متقبلش تشوفني شعري قاع طايح . "

تربت في وهران مع عائلة محبة حيث تقول: " عشت في العز كنت عاقلا ربتني جداتي "

وزواجها كان تقليدي أنجبت بنت بعد سن من زواجها.

خلاصة الحالة:

ومن خلال المقابلات النصف الموجهة والملاحظة العيادية يتضح الحالة:

1. حالة لديها مستوى اقتصادي متوسط.

2. ظهور الأعراض الجسمية لسرطان الثدي.

3. تعرض الحالة لصدمات نفسية حيث تقول:

" كي درت 3 grossesse arrêté صدمت حياتي موليتش نولد ونعيش "

4. مازالت تحت تأثير صدمة تشخيصها لسرطان الثدي حيث تقول:

" 2016/12/27 أسوء نهار في حياتي، la chimiothérapie ندرت بزاف بنتي ردتني "

شعري طاح حواجبي تاحو صفتي تبدلت "

5. معاناتها من التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي.

الحالة الرابعة:

البيانات الأولية:

المستوى الدراسي: السنة السابعة

الحالة: ب. ي

متوسط

الحالة المدنية: عازبة

عدد الإخوة: 08

مهنة الحالة: مأكثة في البيت

الوضع الاقتصادي: متوسط

السن: 56

نوع العلاج: إستئصال + كيميائي + إشعاعي

نوعية السكن: شقة

الرتبة بين الإخوة: 03

مدة العلاج: 03 سنوات

مقر الإقامة: وهران

السوابق المرضية: لا تعاني من أي مرض مزمن ولم تتعرض لأي حادث و لم تخضع لأي

عملية جراحية.

المقابلات	تاريخها	مدتها	المكان	الهدف منها
المقابلة 1	23_03_2020	20 د	قاعة	• كسب ثقة الحالة
المقابلة 2	01_03_2020	30 د	العلاج	• جمع البيانات الأولية
المقابلة 3	15_03_2020	40 د	الكيميائي	• المعاش النفسي للحالة
				• التعرف على الحالة الراهنة للحالة

السيمائيات العامة:

الحالة ب. ي تبلغ من العمر 56 سنة تحتل الرتبة الثالثة من 8 إخوة، قصيرة القامة تبدو متحضره من خلال كلامها بالإضافة إلى هدامها مرتب و النظيف، سوداء العينين نحيلة، و هي مبالية لمن حولها دائما ففي وجهها الابتسامة منذ التقيتها لأول مرة و بعد 2، 3 مقابلات أصبحت

تشكرني و تقول إنها ارتاحت بالحديث معي و دائما ابتسامة على وجهها حتى ولو كانت تتألم من العلاج الكيميائي و على قولها: " نرتاح مين نشوفك "

التاريخ النفسي والاجتماعي:

تتألم فتقول قلت لأختي: " راني نحس كي حبة حمص في صدري " فذهبت هي وأخذتها إلى المستوصف فبعد فحصها طالب الطبيب بالقيام ب Monographie في العاجل، ولما قامت به ظهر بأنه سرطان الثدي فدخلت في العاجل للقيام باستئصال ثديها فتقول الحالة: " لما دخلوني باش يديرولي مكانش علاج بالي مين فتنت من العملية لقيت يدي مشدودة قلت لختي قلولي صدري ثم عرفت " كانت صدمة كبيرة للحالة تقول الحالة: " ما أمنتش مين عرفت وقلت الحمد لله المهم أنريح "

بعد العملية بشهر بدأت الحالة بالعلاج الكيميائي قامت ب 12 حصة كيميائي أعراض العلاج الكيميائي وحصص إشعاعي وأصبحت على ما يرام تقول: " وليت غاية نخرج نحوس " ولكنها لما رجعت للمراقبة عند الطبيب فوجدوا لديها بعض les nodules فرجعت للعلاج الكيميائي و تقول: " كرهت حياتي مين قالولي نعاود ندير " و أصبحت تقوم به كل أسبوع: " وليت نكره نجي ندير الدوا ما يديرلي والو نموت خير " و حسب ما قالتها لها أخت حالة أنها أصبحت منعزلة لا تريد الكلام مع الناس لا تريد اللجوء للقيام بالعلاج الكيميائي.

درست ممرضة وكانت في تربص على حسب قولها: " كنت نبقي نعاون فناناس " ولكنها لم تكمل دراستها بسبب مشاكل عائلية بحيث قالت الحالة: " الوالد تاعي خلاني نكمل infirmière بصح العائلة حرشوه محبش "

أصبحت الحالة ماكثة في البيت ترعى إخوتها فأصبحت هي في منصب أهمم بحيث قالت: " وليت في بلاصة الأم نتقلق عليهم " وخاصة بعد معرفة أن أمها لديها سرطان في المعدة عانت والدة الحالة مدة سنتين وتوفيت فزادت مسؤولية الحالة وحيث قالت: " وفاة يمي خلانتي خوى كبير وليت رافده مسؤولية كبيرة "

وتكلمت على علاقتها مع إخوتها أنها كانت تجمعهم علاقة جيدة مع إخوتها البنات إثنان متزوجتين و2 ذكور متزوجين وآخرين هي التي كانت ترعاهم ذاكرة الحالة: " كنت نقولهم هاؤو ولادي مشي خوتي "

أعاد الأب الزواج وكانت العلاقة مع زوجة الأب سيئة بحيث كانت زوجة الأب تفرض رأيها على الأب تقول: " مرت بابا عيشتنا مرة " توفي الأب وغادرت زوجة الأب المنزل ، لكن أصبحت في المحاكم تريد طرد الحالة هي و إخوتها إلى الخارج: " أنا هذا هو لي زادلي خفت إلا نخرج أنا و خوتي برا "

خلاصة الحالة:

من خلال المقابلات النصف موجهة والملاحظة العيادية يتضح للحالة:

- الحالة لديها مستوى اقتصادي متوسط.
- ظهور أعراض جسيمة لسرطان الثدي.
- تعرض الحالة لمشاكل عائلية.
- تعرض الحالة لصدمات نفسية حيث تقول: " كرهت حياتي مين قالولي تعاودي ديرري la chimiothérapie، وليت نكره نجي ندير الدواء، ما يديرلي والو، نموت خير.

مناقشة الفرضيات:

من خلال الدراسة الميدانية التي قمنا بها مع مجموعة الدراسة، ومن خلال تحليل ودراسة كل حالة على حدي بالمقابلة العيادية والمقابلة النصف الموجهة بالاستناد الى الدراسات السابقة تم التوصل للإجابة على الفرضيات الثلاث:

مناقشة الفرضية الأولى والتي تنص على: "نتوقع وجود إدراك مقبول لدى مريض السرطان لمرضه بما فيه تصوره لأسباب السرطان."

معظم الحالات لديهن تصور مقبول لمرضه، أي ادراكهن لمرضهن متقبل بشعورهن ان العلاج مفيد، وإمكانية التحكم في الاعراض، ومنه إدراك مرتفع لفعالية العلاج، ففهمن لاسباب المرض ومعرفة آثاره يعطي معنى المرض وذلك من خلال المقابلات، فرأينا في دراستنا انهن يعتقدن ان السيطرة على السرطان يكون بواسطة الطبيب رغم الآلام وصورة الذات، والانكار، فدراستنا الحالية تجد وجود إدراك مميز لدى مرضى السرطان بانسجامهن مع مرضهن.

ان إدراك المرض يتعلق أكثر بالمعتقدات السلبية حول عواقب المرض والاعتقاد بأن المرض هو أقل قابلية للعلاج أو التحكم فيه، بحيث ان كل حالة بمجرد ادراكها بالسرطان تنعزل عن محيطها بالتفكير الزائد، فالخلل النفسي وانخفاض الرفاهية يرتبطان بفك الارتباط السلوكي والعقلي لإدراك المرض. (العاسمي، 2016)

فأشارت النتائج ان المريضاات يقيمن السرطان على انه مرض مرعب فيستعملن استراتيجيات الهروب والتجنب وليس لديهن القدرة على التحكم في تطور المرض.

كما جاء في دراسة Taylor وزملائه (1994) والتي كان هدفها معرفة العلاقة بين مرض السرطان والمواجهة (باعتبار أن يتم التعامل مع المرض من قبل المريض بنفس الطريقة التي يتعامل بها الفرد مع المشكلات الحياتية الأخرى)، أين استخدم الباحثون في هذه الدراسة مقياس استراتيجيات المواجهة، مع نساء مصابات بسرطان الثدي في المرحلة المبكرة والسيطرة على الأعراض الجسمية بتحليل الارتباطات بين المواجهة والتأثير السلبي والإيجابي، أين كان للأعراض الجسمية تأثير كبير في العلاقات بين المواجهة والأثر السلبي مقارنة بعلاقات المواجهة و الأثر الإيجابي , وقد ارتبطت مواجهة الهروب , التجنب ومواجهة التحدي بتأثير

سلبى أكبر , بينما المواجهة من خلال الإقصاء و التقييم الإيجابي و التحكم في الذات ارتبطت كلها بتأثير إيجابي أكبر.

-كما نرى وجود ارتفاع في إدراك أسباب المرض. فكما جاء به (تايلور ،2008) " أنه من بين المعتقدات التي يحملها المريض ذات الصلة بتكيفه بعيد المدى، هي إدراكه الأسباب المرض، واعتقاده بإمكانية السيطرة عليه، فالمرضى - سواء كان مرضه مزمنًا أو حادًا كثيرًا ما يطور نظرياته الخاصة حول مرضه و كيف جاء، وتتضمن هذه النظريات عددا من الخواطر والأفكار حول مسائل كثيرة ومتنوعة، تبدأ بالضغوط والإصابة الجسدية والبكتيريا المسببة للمرض، وتنتهي بالفقر وإرادة الخالق".، وجاء أيضا: "أنه يعد لوم الذات في المرض المزمن أمرا شائعا؛ حيث ينظر المريض إلى نفسه على أنه هو الذي جلب المرض لنفسه نتيجة أفعاله، وفي مثل هذه النظرة قد تكون صحيحة في بعض الحالات، ولكن في حالات أخرى لا يكون هناك مبرر للوم الذات، حيث يمكن أن يعزى المرض إلى عيب وراثي مثلا. ويشير بعض الباحثين إلى أن لوم الذات قد يؤدي إلى الشعور بالذنب، أو اتهام الذات، أو الاكتئاب، فهناك ما يشير إلى أن لوم الآخرين أسلوب لا تكفي؛ فإرجاع المرض لضغوط سببها أفراد من العائلة أو الزوج/الزوجة أو الزميل في العمل، قد يعبر عن عدائية وصراعات لم تحل، ويمكن الأمر كهذا أن يتدخل في عملية التكيف مع المرض."، وهذا ما يعود الى التقييم الاولي واستعمال استراتيجيات المواجهة.

❖ ومن هنا نرى ارتفاع إدراك مرضى السرطان من كل البعاد من خلال المقابلات.

• مناقشة الفرضية الثانية والتي تنص على: "نتوقع ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان."

ومن نتائج بحثنا يمكننا استنتاج وجود قلق واكتئاب لدى مرضى السرطان وهذا ما يوافق دراسات عديدة تناولت القلق والاكتئاب كمتغيرات مرتبطة بمرض السرطان واتضح ذلك من خلال المقابلات العيادية فيصرحن بالعزلة الاجتماعية، الصمت والبكاء، الغضب وعدم التركيز، بعض الاقوال التي تبين الختناق والغثيان، قلة النوم، التعب، الشعور بالتوتر مما يدل على القلق

كما ظهرت على الحالات أيضا أثناء المقابلة الإكلينيكية اعراض أخرى كفقدان الاهتمام الجنسي، ولوم الذات، وعدم الثقة، الشعور بالحزن واللامبالاة بالإضافة بتوبيخ الذات وتحقيرها ولومها، الشعور بالملل وعدم القدرة على الحركة أو العمل، والجمود وصعوبة الحركة، قلة الكلام وعدم الرغبة بالتحدث مع الآخرين. الإحساس بالموت والرغبة بمجرد السماع عن الموت، فيتجنب الآخرين ويعيش بعزلة عن الآخرين لفترات طويلة، فيشعرون باليأس وانتهاء الحياة بالنسبة لهم، والشعور بالعجز، عدم القدرة على التعبير عما يجول بداخله من أفكار ومشاعر وكل هذا دال على الاكتئاب.

كما استندنا الى بعض الدراسات السابقة المتمثلة في:

دراسة " بيك (Beck 1972) " على خمسين سيدة لديهن أورام بالثدي، تتراوح أعمارهن بين 40- 60 عاما، وباستخدام مقابلة مقننه أظهرت نتائج الدراسة أن 49 مريضة تعاني من القلق، و37 مريضة تعاني من الاكتئاب، و25 مريضة تعاني من الغضب. كما أجريت دراسة **Vauhkononen** وزملائه (1997) على مائة مريض بالسرطان، وأظهرت النتائج أن 85% من أفراد العينة يعانون من القلق والاكتئاب الحاد وذلك اعتمادا على مقابلة مقننه. (الأنصاري، 1996)

اما الدراسة التي أجراها **Morrow** وزملائه (1983) فكانت على 71 مريضا بالسرطان تبين معاناتهم من الاكتئاب والقلق والتشاؤم واليأس والانسحاب الاجتماعي والعزلة الاجتماعية بعد الإصابة بالسرطان بفترة ثلاثة شهور.

أين يظهر من الدراسة التي قام بها **Prun** وزملائه (1988) والتي تناولت العلاقة بين إدراك التحكم في المرض والتكيف النفسي وقد برهن الباحثون أن ما بين 118 امرأة مصابة بسرطان الثدي، واللواتي كان لديهن إحساس بالتحكم في تطور المرض وتلقين دعم اجتماعي أكثر، كان لديهن تقدير ذات عالي وأبدن آلاما جسمية وقلق وأحاسيس سلبية أقل. (Gelie، 2001:56) وفي دراسة تتبعية ل**Grandi** وزملائه (1990) أجريت على عينة قوامها 26 مريضه بسرطان الثدي تم تتبعهم مدة ستة أشهر، أظهرت نتائج الدراسة عن ثبات درجة الاكتئاب والقلق لدى المرضى بين التطبيق الأولى للمقاييس (مقابلة بايكل الاكلينيكية للاكتئاب CID،

واستخبار أعراض كيلنرز) والتطبيق الثاني لنفس المقاييس بعد ستة أشهر. (أبركان، 2013:14)

وكذلك في دراسة **Carrie** وزملائه (2007) والتي جاءت حول الاعتقادات في المرض والعلاج عند مرضى سرطان الرأس والعنق: وما هي التغيرات التي يحدثها نموذج ليفينتال في النتائج مع مرور الوقت؟، فقد هدفت إلى استعمال النموذج في دراسة طولية أجريت على عينة من المرضى سرطان العنق والرأس، حيث قامت الدراسة على العلاقة بين العوامل الشخصية، أساليب التدبر، المعلومات التي يحتاجها المريض وتصورات المرض، وكانت النتائج:

- حالات القلق عند المرضى بعد ستة إلى ثمانية أشهر.

- أعطت الدراسة تنبؤ بظهور الاكتئاب بعد العلاج من خلال اعتقاد إزمانيه المرض.

- استخدام المريض الأساليب التدبر، وتوفر المعلومات عند المريض قبل العلاج تعطي دلالة إحصائية في التنبؤ بالتخفيف من المرض.

أما في بعد السيطرة الذاتية) والتي نجده غير دال في علاقته مع القلق، فيرجع ذلك إلى أنه "يمكن لبعض أشكال التكيف الايجابي مع الخبرة السرطانية أن تؤدي إلى تعزيز الشعور بالضبط أو الفعالية الذاتية، فالمرضى الذين يشعرون بالسيطرة الشخصية على المرض ومعالجته، وعلى نشاطاتهم اليومية، هم من أكثر المرضى نجاحا في التعامل مع السرطان، إذ أن السيطرة على ردود الفعل الانفعالية والأعراض الجسمية، تحتل أهمية خاصة في التكيف النفسي الاجتماعي." (تايلور، 2008)

❖ ومن هنا ومن خلال المقابلات نصل لاستنتاج انه يوجد قلق واكتئاب لدى

مرضى السرطان.

• **مناقشة الفرضية الثالثة والتي تنص على:** "نتوقع وجود علاقة بين أبعاد إدراك

المرض وبين مستوى القلق والاكتئاب لدى مريض السرطان."

يتبين من خلال دراستنا انه يوجد علاقة ارتباطية بين بعد إدراك المرض وبين مستوى كل من القلق والاكتئاب ففهم المرض والسيطرة عليه والتحكم في العلاج تربطهما علاقة عكسية مع

القلق والاكتئاب أي كلما زادت درجت هذه العناصر، كلما نقص مستوى القلق والاكتئاب، فقد ظهر القلق من خلال مقابلاتنا الاكلينيكية على فترات متقطعة أثناء المرض، و يصبح مريض السرطان حساسا و يقظا باستمرار لأية تغيرات في حالته الجسمية، وكل ألم مهما كان بسيطا يثير خوفه من حدوث انتكاسة، كما يعتبر الاكتئاب من ردود الفعل الشائعة والمرهقة عند المرضى المزمنين، فهو يعتبر عامل خطورة قويا في الوفاة بين المرضى المزمنين، وبعكس القلق الذي يظل بين مد و جزر طيلة فترة المرض المزمن نجد الاكتئاب يأخذ شكل رد الفعل طويل المدى، حيث يمتد في العديد من الأمراض إلى سنة أو أكثر بعد بداية المرض.

وبهذا استندنا أيضا لدراسات سابقة وهي:

يشكل قياس الاكتئاب عند المريض المزمن مشكلة؛ فالعديد من العلامات الجسمية للاكتئاب، كالتعب وقلة النوم وفقدان الوزن، قد تكون نفسها علامات للمرض أو آثارا جانبية للمعالجة، فإذا كانت الأعراض الاكتئابية تعزي للمرض أو للعلاج، فقد لا تكون دلالتها واضحة، وبالتالي قد يبقى الاكتئاب دون علاج. (تايلور، 2008)

كما جاء في دراسة **Clair** وزملائه (2009) والتي هدفت إلى التنبؤ بالعلاقة بين الإدراك وظهور حالات القلق والاكتئاب لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن، وهذا في إطار نموذج الضبط الذاتي ومدى تكيف المريض مع مرضه الجسدي، وجاءت النتائج كالتالي:

- المصابون بالمرض بعد شهر أظهروا حالة الهلع.

- هناك أهمية الأبعاد إدراك المرض التالية (بعد الهوية، الوقت، نتائج المرض، والصور الانفعالية) في التفريق بين المصابين بالهلع وغير المصابين.

وتشير نتائج دراسة **Eguchi** وزملائه (1992) التي أجريت على 114 مريض بسرطان الرئة من نزلاء إحدى المستشفيات اليابانية، وطبق عليهم اختبار جودة الحياة. (QOL) وأسفرت نتيجة التحليل العاملي للمقياس المستخدم عن استخراج أربعة عوامل هي: عامل الاكتئاب، عامل القلق من المرض والعلاج، عامل العلاقات التفاعلية مع الآخرين، عامل المقدرة الفيزيولوجية. ويمكن تفسير نتائج هذه الدراسة في ضوء أن الاكتئاب والقلق من أهم السمات النفسية المرتبطة بمرض سرطان الرئة.

الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميداني

وفي دراسة **Kathol** وزملائه (1993) على عينة من المصابين بالأورام السرطانية بمختلف أنواعها قوامها 930 مفحوصا من المراجعين لمستشفى أوهايو في ولاية أوهايو الأمريكية.

*من خلال الدراسة والمقابلات التي أجريتها توصلنا الى انه يوجد علاقة بين إدراك المرض والقلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان وذلك بفهم المرض والسيطرة على المرض والتحكم في العلاج، أي كلما زادت درجة هذه الابعاد كلما نقص مستوى القلق والاكتئاب.

الخلاصة:

تعرضنا في هذا الفصل لإجراءات الدراسة الميدانية المتمثلة في المنهج العيادي الملائم لطبيعة الدراسة وذلك من خلال المقابلات، وذلك بالإجابة على الفرضيات المطروحة من خلال المقابلات العيادية وهكذا تلخصت الدراسة بإثبات العلاقة بين إدراك المرض وعلاقته باستجابتي القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان.

الاستنتاج العام:

بعدها قمنا بتحليل كل حالة على حدة، واستنادا على نتائج المقابلة العيادية النصف موجهة للوصول

استكشاف مدى إدراك المرض لدى مرضى السرطان وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى اربع حالات، من هذا المنطلق النظري و التطبيقي تمكنا من الوصول إلى إجابات للفرضيات المصاغة و الإشكاليات المطروحة، ومن خلال النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة، من الملاحظات التي تظهر التزايد المخيف في الإصابة بالأمراض المزمنة، ننطلق لتوجيه الاهتمام بهذه الفئة المصابة و خاصة بفئة مرضى السرطان، و الذين يصطدمون فور إصابتهم بالمرض بعوامل نفسية و اجتماعية و اقتصادية تحول دون تحقيق توازنهم النفسي و الاجتماعي، بالتالي لإخفاقهم في بلوغ أقصى طاقاتهم اللازمة لتحقيق الرفاهية لهم و لمجتمعهم. وانطلاقا على ما سبق وعلى ما توصلت إليه نتائج الدراسة، اتضح بأن استجابتي القلق والاكتئاب ترتبط بعملية إدراك المرض لدى المريض المصاب بالسرطان، بدراسة حالتهم النفسية، يؤدون دورا مهما على مستوى هذه العلاقة.

كما تتجه إلينا ضرورة الاهتمام بالجوانب المعرفية للمريض من طرف الأخصائيين النفسيين كمحاولة ضرورية لتجنب الاستجابات غير التكيفية المصاحبة للمرض.

لكن دراستنا ناقصة بنقص الاختبارات النفسية المتمثلة في مقياس القلق والاكتئاب، اما نموذج تنظيم الذات المرتبط بالمرض الذي يعطي نتائج واضحة، لان لهم اهمية تتمثل في تحقيق الفرضيات بالتمام، وعدم اكتشاف ابعاد المرض المراد دراستها مع مرضى السرطان.

الخاتمة

إذا كانت الوقاية خير من العلاج فإن الكشف المبكر خير وسيلة للتخلص من هذا الداء العضال، إذا لم يكن الابتعاد والوقاية ممكنين، وربما كانت إحدى أهم مصائبنا لا المرض بحد ذاته، بل الخوف من المرض أو معالجته بالخوف أو الهروب من مجابهته، حيث يقول الدكتور "اندروفون ايسكنباك" رئيس المعهد القومي للسرطان: "أن الناس لا يموتون لأنهم مصابون بالسرطان، وإنما يموتون عندما يعرفون أنهم مصابون بالسرطان، ولو نكتشفه في توقيت مبكر لأمكننا أن نفعل شيئاً بشأناه"، فالغرض من العلاج والكشف المبكر هو ضمان الشفاء لمرضى السرطان وإطالة أعمارهم وتحسين نوعية حياتهم، وتتسم بعض أكثر أنواع السرطان شيوعاً مثل سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وسرطان القولون المستقيم بمعدل شفاء مرتفع عندما يتم الكشف عنها في مراحل مبكرة وعلاجها استناداً إلى أفضل الممارسات في هذا المجال، كما تتمثل أساليب العلاج الرئيسية في الجراحة والمعالجة الإشعاعية والمعالجة الكيميائية ومن الأمور الأساسية لضمان علاج مناسب التشخيص الدقيق عن طريق عمليات التحري التي تستخدم تكنولوجيا التصوير (الموجات فوق الصوتية، أو التنظير الداخلي، أو التصوير الإشعاعي) أو الوسائل المخبرية (الباثولوجيا)، إضافة للرعاية الملطفة، التخفيف من شدة الألم.

هدفت الدراسة إلى استكشاف أبعاد إدراك المرض لدى مرضى السرطان وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى عينة معينة، إلا أن دراستنا لم تتم بشكل مكتمل وواجهت صعوبات في الأيام الأولى بعدم قبولي من طرف مدير مستشفى الأمير عبد القادر للأورام السرطانية بحجة كل الطلبة النفسانيين مرفوضين للتربص في مؤسستهم بمصادفة عراقيل كثيرة، وبعد نقل وثائقي لمستشفى بن زرجب بلاطو تم قبولي ظهر وباء الكورونا covid 19 ولم نستطع تطبيق اختبار ادراك المرض ولا على حالة، و اختبار القلق والاكتئاب أيضاً لم يتم العمل به حاليين، حتى ان الوقت لم يداهمنا لإكمال المقابلات.

ومن هذا نقول انه لم تكتمل حصص المقابلات للتوصل الى نتائج ثابتة بعم الاختبارات النفسية، لذلك واجهت صعوبات لإتمام جانبي التطبيق، إلا انني اتممته بالمقابلات العيادية فقط.

المراجع

المراجع العربية باللغة العربية:

❖ الكتب:

- 1) إبراهيم عبد الستار (1998): الاكتئاب (اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه)، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، دون طبعة 02.
- 2) أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (2009): التعامل مع الضغوط النفسية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 3) أحمد عكاشة. (1995). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
أحمد عبد الرحمان إبراهيم (دون تاريخ): الكفاءة السيكومترية للاختبار التحصيلي، جامعة الزقازيق، مصر، دون طبعة 04.
- 4) أحمد عيد مطيع الشخانية (2010): التكيف مع الضغوط النفسية، دار الحامد للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن.
- 5) أحمد توفيق (2006): تخلص من الأفكار السلبية والضغوط النفسية، دار عالم الثقافة، دار الأسرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 6) أشرف محمد عبد الغني شريت (2001): المدخل إلى الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، دون طبعة 07. جان بنجامان ستورا، ترجمة: وجيه أسعد (1997): الكرب، دار البشائر للطباعة والنشر والتوزيع.
- 7) أس جي شوقمان. (2012). العلاج المعرفي السلوكي- (مراد عيسى، المترجمون) دار القجر للنشر والتوزيع: القاهرة.
- 8) أشرف محمد عبد العلي مصبرة محمد علي. (2004). الصحة النفسية والتوافق النفسي. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 9) أحمد تيغزة. (2016). التهافت على استعمال ما ينعى يصدق الاتساق الداخلي ومواطن قصورها.

- 10) أنور الحمادي. (2015). خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية. لبنان: الدار العربية للعلوم ناشر.
- 11) بشير إبراهيم الحجار. (2003). التوافق النفسي والاجتماعي الذي مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات. غزة: قسم علم النفس الجامعة الإسلامية.
- 12) بشير معمريّة. (2012). أساسيات القياس النفسي وتصميم أنواته. الجزائر: دار الخلوّية.
- 13) جمعة سيد يوسف (2000): دراسات في علم النفس الإكلينيكي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، دون طبعة 09.
- 14) جمعة سيد يوسف (2007): إدارة الضغوط، دار الكتب المصرية، جامعة القاهرة، جمهورية مصر العربية، ط. 10. ديانا هيلز، روبرت هيلز، ترجمة: عبد العلي الجسماني (1999): العناية بالعقل والنفس، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
- 15) حمدي علي الفرماوي، رضا عبد الله (2009): الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط. 1.
- 16) حمزي-ع. (2008): الوقاية من مرض السيليكوز، دليل مختصر لحرفي نحت الحجارة، دار الشهاب. باتنة.
- 17) خميسة فنون (2007). الدعم الاجتماعي المدر وعلاقته بالاكنتاب لدى المصابين بالأمراض الإنفانية بسكرة: قسم علم النفس وعلوم التربية الأرتوفونيا جامعة محمد خيضر.
- 18) حسين أحمد حشمت، مصطفى حسين باهي (2006): التوافق النفسي والتوازن الوظيفي، الدار العالمية للنشر والتوزيع، مصر، ط. 1.
- 19) حسين حريم (1997): السلوك التنظيمي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، دون طبعة 17. حسين علي فايد (2005): المشكلات النفسية الاجتماعية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ط. 1.

- 20) دانيا الشببون. (2011). القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين مجلة جامعة دمشق، 27 (العدد 3) 11) رشاد عبد العزيز. (1993). علم النفس المرضي. القاهرة: مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.
- 21) شيلي، تايلر، ترجمة وسام درويش، بريك وآخرون. (2008): علم النفس الصحي، ط1، الأردن. - قبيرة، اسماعيل. دليمي، عبد الحميد: التصورات الاجتماعية ومعاناة الفئات الدنيا، مخبر الإنسان والمدينة، جامعة منتوري قسنطينة.
- 22) ليندازي، ترجمة صفوت. فرج. (2000): مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، الانجلو مصرية - القاهرة.
- 23) معمرى، نويرة. (1998): استراتيجيات المقاومة عند المصابين بالصداع النصفي وعلاقته بالقلق، رسالة النيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي - الجزائر.
- 24) مكلفين، روبرت. غروس، رتشارد. (2002): مدخل إلى علم النفس الاجتماعي، ط1، دار وائل للنشر - الأردن.
- 25) ملحم، سامي محمد. (2006): مناهج البحث في علوم التربية وعلم النفس، ط4، دار المسيرة للنشر - عمان الأردن.
- 26) هشام عبد السلام زهران (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط 3). القاهرة: عالم الكتب.

مواقع الانترنت:

<http://www.adamcs.org/radio.htm>

<http://www.adamcs.org/chemotherapy.htm>

<https://www.facebook.com/mhamed.tighezza.7/posts/5496808685581>

98https :

[//www.facebook.com/mhamad - tighezza - 7/posts/54965036555319](https://www.facebook.com/mhamad - tighezza - 7/posts/54965036555319)

27) -Hopman, P., Rijken, M.(2015).Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. Psycho-Oncology.

28) -Howard, Claire, N, Wray, J.O, et al, M.Claire(2009)The Relationship between illness perception and panic in chronic obstructive

Pulmonary diseases .Behavior research and therapy

29) -Leventhalet brissette.(2003). The Common Sense Model of Self Regulation of Health and Illness: The Self-Regulation of Health and illness Behaviour

30) -Lise J.Estcourt, Deborah Pinchon, Emily Symington, Anne M. Kelly, Carolyn Doree, Susan Brunskill, Liz Glidewell, 7 and Simon Stanworth.(April 2014)

.Does bleeding affect patient-reported outcome measures in patients with

Myelodysplasia or hematologic malignancies: a systematic review.

TRANSFUSION Volume 54.

31) -Llewellyn, D, Mank, Gurk, M, et Weinmanr, J., Carrie .(2007)

Illness and Treatment beliefs in head and neck cancer: is Leventhal's common sense model a useful framework for determining change in outcome over time ? Journal of psychosomatic research.

32) -Maj M, D, Sartorius N, eds -Chichester: Wiley, Kissane (2010).
google.dz 2017, 04

25.wpanet.org:www.wpanet.org/uploads/Education/

Depression and Cancer Slide ARAB.ppt

33) -Meyer H., D., et Nerenz, R., Leventhal (1980)

The common sense representation of illness danger in: Rachmans New York: contribution to medical psychology. 18-Moss Morris RI Petrie R & Weinman K (1996)

الملاحق

الملحق رقم (01)

استبيان إدراك المرض (IPQ-R)

جامعة قاصدي مرباح – ورقلة /كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية/تخصص علم النفس العيادي

الاستبيان:

أخي، أختي تحية طيبة، أما بعد :

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف الأعراض النفسية و الجسمية المختلفة حول موضوع إدراك المرض، فقد تكون لديك هذه الأعراض أو ينعدم وجودها، نرجو منك أن تجيب بصدق و صراحة على كل عبارة من العبارات التالية .

من فضلك ضع علامة (x) في العمود الذي يعبر عن درجة وجود الأعراض أو عدم وجودها، ولعلمك أنه لا توجد إجابات صحيحة و أخرى خاطئة ولا يذكر اسمك , إضافة إلى السرية في المعلومات التي لا تستخدم إلا لغرض علمي وشكرا جزيلاً على تعاونك.

مثال:

الفقرة	موافق تماما	موافق	لا أدري	لست موافق	لست موافق تماما
مرضني سيدوم طويلا				x	

البيانات الشخصية :

الجنس: ذكر أنثى

السن:

المستوى التعليمي:

المستوى الاجتماعي : متزوج عازب مطلق ارمل

المستوى الاقتصادي: دون دخل أقل من 10000 دج من 10000 إلى 50000 دج أكثر من 50000 دج

نوعية المرض:

نوعية العلاج الحالي: كيميائي (شيميوي) باللاشعة (راديو) مشترك متوقف

نريد أن نعرف رأيك في سبب مرضك. لكل إنسان نظرة خاصة به و يهمننا أن تحدد الأسباب التي تعتقد أنها تسببت لك في هذا المرض بغض النظر عن رأي الأطباء أو الأشخاص الآخرين، أو الأصدقاء:

الرقم	السبب	موافق تماما	موافق	لا أدري	لست موافق تماما
01	المشاكل والضغط				
02	أسباب وراثية عائلية				
03	جراثيم أو سموم				
04	نوعية الغذاء				
05	التدخين				
06	الوزن الزائد				
07	نقص المناعة				
08	كبر السن				
09	قلة النشاط والرياضة				
10	سلوك الإنسان وشخصيته : سلوكي الشخصي				
11	عدم الالتزام بالعلاج من قبل				
12	الإرهاق بسبب العمل الزائد				
13	الصدفة أو الحظ السيئ				
14	حالتني العاطفية				
15	المشاكل العائلية				
16	الحوادث والجروح				
17	الذنوب والسيئات				
18	القضاء والقدر				

اعرض عليك فيما يلي بعض الأعراض والعلامات التي يمكن أن تشعر بها أو حدثت لك منذ مجيء المرض. أرجوا أن تجيب حسب ما تعتقد بـ"نعم" أو "لا":

الرقم	الحالة	نعم	لا	لا أدري
01	الإرهاق			
02	الألم			
03	نقص الوزن			
04	السعال، ضيق النفس			
05	الحمة والتعرق الليلي			
06	الإسهال أو الإمساك			
07	التهاب الفم والحلق			
08	نزيف			
09	بحة وصعوبة في البلع			
10	دوخة أو الشعور بالدوران			
11	الأرق			
12	قيء أو غثيان			
13	قلق			
14	اكتئاب			

أخي أختي المريضة، يهمننا أن نتعرف على رأيك أو معتقداتك حول مرضك. لذلك نطلب منك. ما إذا كانت العبارات الآتية تصف رأيك أو ما تعتقده، وذلك حسب السلم التالي:

الرقم	رأيك في لمرض	موافق تماما	موافق	لا أدري	لست موافق تماما	لست موافق
01	مرضي لن يطول كثيرا					
02	ربما سيصبح مرض مزمن					
03	مرضي سيدوم طويلا					
04	سأشفى من مرضي بسرعة / سيمر مرضي بسرعة					
05	أتوقع أن يصاحبني هذا المرض مدى العمر					
06	مرضي خطير جدا					
07	لمرضي آثار هامة على حياتي					
08	مرضي لا يؤثر علي حياتي					

					09	أثر المرض في صورتني لدى الناس / أثر مرضي في كيفية رؤية الآخرين لي
					10	لمرضي آثار مادية خطيرة
					11	يسبب لي مرضي مشاكل مع أهلي وأصدقائي
					12	أستطيع القيام بأمور كثيرة للتحكم في أعراض مرضي
					13	تحسن حالتي أو تدهورها مرتبط بتصرفاتي (سلوكاتي)
					14	مسار مرضي مرتبط بي أنا
					15	مهما فعلت فلن أؤثر في مسار مرضي
					16	لدى القدرة في التأثير على مسار مرضي
					17	ما سأفعله لن يؤثر على تطور مرضي
					18	سوف يتحسن مرضي مع الوقت
					19	هناك القليل جدا مما يمكن القيام به لتحسين مرضي
					20	سيكون العلاج فعالا في شفاء مرضي
					21	يمكنني تجنب الآثار السلبية لمرضي عن طريق العلاج
					22	يمكنني السيطرة على مرضي عن طريق العلاج
					23	لا شيء يمكنه أن يساعدي
					24	أعراض مرضي تحيرني
					25	يشكل مرضي لغزا بالنسبة لي
					26	أنا لا أفهم مرضي
					27	لا أجد عندي معنى لمرضي
					28	لدي فهم وصورة واضحة عن حالتي
					29	تتغير أعراض مرضي كثيرا من يوم لآخر
					30	أعراض مرضي تظهر وتختفي دوريا
					31	لا يمكنني التنبؤ بمرضي
					32	تمر علي فترات دورية يتحسن أو يسوء فيها مرضي
					33	أشعر بالاكئاب حين أفكر في مرضي
					34	عندما أفكر في مرضي أشعر بالضيق
					35	مرضي يجعلني أشعر بالغضب
					36	مرضي لا يقلقني
					37	إصابتي بهذا المرض جعلتني أشعر بالقلق
					38	مرضي يجعلني أشعر بالخوف

مقياس بيك للاكتئاب

أ. ماجدة الشهري - أ. نواف الشريم

مقياس بيك للاكتئاب

إعداد د. آرون بيك

تعريف الاكتئاب:

حالة مزاجية هابطة، لا توقف سير حياة الفرد الطبيعية، لكنها تصعب الأمور على الفرد، وفي أصعب حالاته قد يدفع الاكتئاب الفرد إلى التفكير في إنهاء حياته.

نبذة عن المقياس:

ترجم هذا المقياس إلى العربية الدكتور عبدالستار ابراهيم، ويزود هذا المقياس المعالج بتقدير صادق وسريع لمستوى الاكتئاب، يتكون المقياس من (٢١) سؤال، لكل سؤال سلسلة متدرجة من أربع بدائل مرتبة حسب شدتها، والتي تمثل أعراضاً للاكتئاب، وتستخدم الأرقام من (٠ - ٣) لتوضيح مدى شدة الأعراض.

طريقة التطبيق والتصحيح:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين (١٥) سنة فأكثر.
- يختار المفحوص إحدى البدائل الأنسب لوضعه الحالي، بوضع دائرة حوله.
- درجة كل سؤال هي رقم العبارة، التي اختارها المفحوص، فمثلاً إذا اختار المفحوص البديل رقم (٣) فإن درجته لهذا السؤال هي (٣) ... وهكذا.
- ملاحظة/ في السؤال (١٩) يُسأل المفحوص هل هو خاضع حالياً لبرنامج لتخسيس؟ فإذا كان الجواب نعم، يعطى صفرأ، وإذا كان لا، يعطى الدرجة بحسب اختياره من البدائل، وتجمع الدرجة الكلية وتصنف وفقاً للجدول التالي:

لا يوجد اكتئاب	صفر - ٩
اكتئاب بسيط	١٠-١٥
اكتئاب متوسط	١٦-٢٣
اكتئاب شديد	٢٤-٣٦
اكتئاب شديد جداً	٣٧ فما فوق

أ.ماجدة الشهري - أ.نوف الشريف

مقياس (B.D.I)

الاسم: تاريخ الميلاد: يوم / شهر / سنة
المستوى التعليمي: تاريخ اليوم:
الحالة الاجتماعية: متزوج أعزب مطلق
المهنة: مستشفى/عيادة:
الدرجة:
التصنيف:

تعليمات

في هذه الكراسة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده، وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعا معيناً اختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (٠ أو ١ أو ٢ أو ٣).

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد إنك أجبت على كل مجموعة.

أ. ماجدة الشهري - أ. نواف الشريم

أولاً/

- ٠- لا أشعر بالحزن.
- ١- أشعر بالحزن.
- ٢- أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.
- ٣- أنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً/

- ٠- لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
- ١- أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.
- ٢- أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.
- ٣- أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

ثالثاً/

- ٠- لا أشعر بأنني فاشل.
- ١- أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.
- ٢- عندما انظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.
- ٣- أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.

رابعاً/

- ٠- استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.
- ١- لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.
- ٢- لم أعد احصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.
- ٣- لا استمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

خامساً/

- ٠- لا أشعر بالذنب.
- ١- أشعر بأنني قد أكون مذنباً.
- ٢- أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.
- ٣- أشعر بالذنب بصفة عامة.

أ.ماجدة الشهري - أنوف الشريف

سادساً/

- ٠- لا أشعر بأنني أتلقى عقاباً.
- ١- أشعر بأنني قد أتعرض للعقاب.
- ٢- أتوقع أن أعاقب.
- ٣- أشعر بأنني أتلقى عقاباً.

سابعاً/

- ٠- لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.
- ١- أنا غير راضي عن نفسي.
- ٢- أنا ممتعض من نفسي.
- ٣- أكره نفسي.

ثامناً/

- ٠- لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.
- ١- أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.
- ٢- ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.
- ٣- ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.

تاسعاً/

- ٠- أشعر بضيق من الحياة.
- ١- ليس لي رغبة في الحياة.
- ٢- أصبحت أكره الحياة.
- ٣- أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

عاشراً/

- ٠- لا أبكي أكثر من المعتاد.
- ١- أبكي الآن أكثر من ذي قبل.
- ٢- أبكي طوال الوقت.
- ٣- لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

أ. ماجدة الشهري - أنوف الشريف

الحادي عشر/

- ٠- لست متوتراً أكثر من ذي قبل.
- ١- أتصايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.
- ٢- أشعر بالتوتر كل الوقت.
- ٣- لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

الثاني عشر/

- ٠- لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- ١- إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
- ٢- لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- ٣- لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

الثالث عشر/

- ٠- اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.
- ١- لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
- ٢- أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- ٣- لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

الرابع عشر/

- ٠- لا أشعر أنني أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون.
- ١- يقلقني أن أبدو أكبر سناً وأقل حيوية.
- ٢- أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.
- ٣- أعتقد أنني أبدو قبيحاً.

الخامس عشر/

- ٠- أستطيع أن أقوم بعملتي كما تعودت.
- ١- أحتاج لجهد كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما.
- ٢- إن علي أن اضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
- ٣- لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

السادس عشر/

- ٠- أستطيع أن أنام كالمعتاد.
- ١- لا أنام كالمعتاد.
- ٢- استيقظ قبل مواعي بساعة أو ساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى.
- ٣- استيقظ قبل بضعة ساعات من مواعي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

السابع عشر/

- ٠- لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد.
- ١- أتعب بسرعة عن المعتاد.
- ٢- أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.
- ٣- إنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.

الثامن عشر/

- ٠- إن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.
- ١- إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.
- ٢- إن شهيتي للطعام أسوأ كثيراً الآن.
- ٣- ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

التاسع عشر/

- ٠- لم ينقص وزني في الأونة الأخيرة.
- ١- فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.
- ٢- فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.
- ٣- فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.

العشرون/

- ٠- لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.
- ١- أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك.
- ٢- أني مشغول جداً ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في أي شيء آخر.
- ٣- أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

الواحد والعشرون/

- ٠- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي الجنسية.
- ١- أنني أقل اهتماماً بالجنس عن المعتاد.
- ٢- لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً.
- ٣- لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماماً.

أ.ماجدة الشهري - أ.نوف الشريف

مقياس تايلور للقلق

مقياس تايلور للقلق

إعداد/ د. جانيت تايلور

تعريف القلق:

يعرف القلق بأنه (انفعال مركب من الخوف وتوقع الشر والخطر أو العقاب).

نبذه عن المقياس:

مشتق من اختبار مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه، ويتكون المقياس من (٥٠) عبارة تقيس القلق الصريح.

طريقة التطبيق:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من (١٠) سنوات فأكثر.
- من بين الـ (٥٠) عبارة هناك (١٠) عبارات عكسية تصحح بشكل مختلف وهي (٣، ١٣، ١٧، ٢٠، ٢٢، ٢٩، ٣٢، ٣٨، ٤٨، ٥٠).
- كل عبارة أمامها بديلين (نعم، لا) يتم اختيار من بينها الإجابة المناسبة.

طريقة التصحيح:

(نعم) تأخذ درجة واحدة، (لا) تأخذ صفر.

والعبارات العكسية، (نعم) تأخذ صفر، (لا) تأخذ درجة واحدة.

ثم يتم جمع الدرجات وتصنف وفقاً للجدول التالي:

قلق منخفض جداً	صفر – ١٦
قلق منخفض (طبيعي)	١٧ – ١٩
قلق متوسط	٢٠ – ٢٤
قلق فوق المتوسط	٢٥ – ٢٩
قلق مرتفع	٣٠ فما فوق

مقياس تايلور للقلق الصريح

ضع علامة (x) أمام الإجابة التي تنطبق عليك (نعم / لا)

أجب على كل الأسئلة من فضلك...

م	العبارة	نعم	لا
١	نومي مضطرب ومتقطع	نعم	لا
٢	مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق	نعم	لا
٣	مخاوفي قليلة جداً بالمقارنة بأصدقائي	نعم	لا
٤	اعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس	نعم	لا
٥	تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) كل عدة ليالي	نعم	لا
٦	لدي متاعب أحياناً في معدتي	نعم	لا
٧	غالباً ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما	نعم	لا
٨	أعاني أحياناً من نوبات إسهال	نعم	لا
٩	تثير قلقي أمور العمل والعمال	نعم	لا
١٠	تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس)	نعم	لا
١١	كثيراً ما أخشى أن يحمّر وجهي خجلاً	نعم	لا
١٢	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريباً	نعم	لا
١٣	أثق في نفسي كثيراً	نعم	لا
١٤	أتعب بسرعة	نعم	لا
١٥	يجعلني الانتظار عصبياً	نعم	لا
١٦	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي	نعم	لا
١٧	عادةً ما أكون هادئاً	نعم	لا
١٨	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً في مقعدي	نعم	لا

١٩	لا أشعر بالسعادة معظم الوقت	نعم	لا
٢٠	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما	نعم	لا
٢١	أشعر بالقلق على شيء ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريباً	نعم	لا
٢٢	لا أتهيب الأزمات والشدائد	نعم	لا
٢٣	أود أن أصبح سعيداً كما يبدو الآخرون	نعم	لا
٢٤	كثيراً ما أجد نفسي قلقاً على شيء ما	نعم	لا
٢٥	أشعر أحياناً وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي	نعم	لا
٢٦	أشعر أحياناً أنني أتمزق	نعم	لا
٢٧	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	نعم	لا
٢٨	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات	نعم	لا
٢٩	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	نعم	لا
٣٠	إنني حساس بدرجة غير عادية	نعم	لا
٣١	لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحياناً تتهيج نفسي	نعم	لا
٣٢	لا أبكي بسهولة	نعم	لا
٣٣	خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذاني	نعم	لا
٣٤	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثراً شديداً	نعم	لا
٣٥	كثيراً ما أصاب بصداع	نعم	لا
٣٦	لا بد أن أعتزف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها	نعم	لا
٣٧	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد	نعم	لا
٣٨	لا أرتبك بسهولة	نعم	لا
٣٩	اعتقد أحياناً أنني لا أصلح بالمرّة	نعم	لا
٤٠	أنا شخص متوتر جداً	نعم	لا
٤١	أرتبك أحياناً بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقتني جداً	نعم	لا
٤٢	يحمر وجهي خجلاً بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين	نعم	لا

لا	نعم	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	٤٣
لا	نعم	مررت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها	٤٤
لا	نعم	أكون متوتراً للغاية أثناء القيام بعمل ما	٤٥
لا	نعم	يدي وقدمي باردتان في العادة	٤٦
لا	نعم	أحياناً أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى	٤٧
لا	نعم	لا تنقضى الثقة بالنفس	٤٨
لا	نعم	أصاب أحياناً بالإمساك	٤٩
لا	نعم	لا يحمر وجهي أبداً من الخجل	٥٠

	الاسم
	الدرجة
	التصنيف