جامعة وهران 2

محمد بن أحمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس الأسري

تحت عنوان:

تخفيف الألم لدى المراهق بالسرطان من خلال العلاج بالسند الأسري

من إعداد الطالبة:

- بيجة رزيقة

لجنة المناقشة:

الأستاذ:	**هاشمي أحمد**	**رئيسا**
الأستاذة:	**طباس نسيمة**	**مشرفا**
الأستاذ:	**قادري حليمة**	**مناقشا**

السنة الجامعية

2018/2017

إهداء

اهدي عملي المتواضع إلى الوالدين العزيزين أطال الله في عمرهما.

و إلى إخوتي و أخواتي

و إلى زملائي و زميلاتي في العمل، و إلى مرضا يا الأعزاء أسأل الله العظيم أن يمدهم بالشفاء العاجل.

إلى كل طلبة علم النفس خاصة علم النفس الأسري.

و إلى صديقتي العزيزة "حبيبي فاطمة".

راجية من المولى سبحانه و تعالى أن تكون ثمرة جهودنا أساس لعمل آخر في المستقبل

إنشاء الله.

كلـمـــة شكـــــر

بسم الله و الصلاة و السلام على رسول الله سيدنا محمد و على آله و صحبه و سلم

بداية أتوجه بالحمد و الشكر لله عز و جل على أن وفقني لإتمام هذا العمل.

ثم لا يسعني إلا أن أتقدم بخالص الشكر و عظيم امتناني إلى من تعجز كل كلمات الشكر على أن تفيها حقها، الأستاذة المشرفة على مذكرتي د.طباس نسيمة.

كما أتقدم بالشكر للأستاذ المشرف على مشروع علم النفس الأسري الأستاذ الدكتور: هاشمي أحمد، حفظه الله.

و أشكر كل أساتذة علم النفس الذين لم يبخلوا عني بالدعم و النصح و التوجيه.

و لا أنسى أن أشكر زملائي في العمل في المركز المتخصص لعلاج أورام السرطان الأمير عبد القادر، مصلحة طب الأطفال.

و لأطفال مرضى السرطان داعية من الله الشفاء العاجل لهم.

آمين يارب

ملخص البحث:

هدفت هذه الدراسة معرفة إذا كان العلاج الأسري للأسر المرضى المراهقين المصابين بالسرطان, والمتمثل في احد أنواعه وهو العلاج الاستراتيجي فيحسن العلاقات بين إفراد الأسرة وهذا لتوفير السند الأسري للمراهق المريض بالسرطان من اجل أخذ العلاج الكميائئ ومعرفة أضراره و صعوبة المرض وتخفيف الألم لدى المراهق المصاب بالسرطان.

فالسرطان يؤثر في أفراد الأسرة وليس فقط في المريض, فالدعم النفسي يقوم بتقديم أساليب العون والعلاج النفسي لإفراد الأسرة كلها فالتدخل النفسي الأسري من اجل تحسين الو ضيفة الأسرية وتوفير الجو الأسري المساعد للأفراد الأسرة ومريض

وتمت هذه الدراسة في تطبيق البرنامج العلاجي في مركز لمكافحة السرطان أطفال بوهران .

فاحدنا حالتين كعينة للدراسة الإشكالية المطروحة هل السند الأسري يخفف من الألم لدى المراهق المصاب بالسرطان؟.

وقد استعملنا في هذه الدراسة حالة و المنهج الحيادي وتطبيق الحصص العلاجية النسقية الأسرية لكلا الحالتين.

وقد ختمنا الدراسة بجملة من الاقتراحات والتوصيات على ضوء النتائج المتحصل عليها.

الفهرس:

الإهداء

كلمة شكر

ملخص البحت

الفهرس

المقدمة.....08

الفصل الأول: مدخل الى الدراسة.

1- إشكالية البحث 12

2- تحديد فرضية البحث 13

3- تحديد المفاهيم الأساسية.....13

4- دوافع اختيار الموضوع.....14

5- أهمية الدراسة.....15

6- أهداف الدراسة 15

الفصل الثاني: السرطان

تمهيد

1- لمحة تاريخية حول مرض السرطان 18

2- مفهوم السرطان 19

3- الخلية الطبيعية و الخلية السرطانية 21

4 تصنيف الأورام السرطانية 23

5- كيفية حدوث مرض السرطان 25

6- العوامل المسببة في ظهور مرض السرطان.....27

7- أعراض السرطان.....30

8- أنواع السرطان.....31

9- تشخيص مرض السرطان 49
10- الآثار النفسية التي تنجم عن مرض السرطان.....52
11- أساليب علاج مرض السرطان.....53
12- الأعراض الجانبية للعلاج بالأدوية الكيميائية 58
خلاصة.....60

الفصل الثالث: المراهقة

تمهيد
1- تعريف المراهقة.....63
2- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة.....64
3- مراحل المراهقة.....68
4- أشكال المراهقة.....69
5- حاجات المراهقة الأساسية.....70
خلاصة.....73

الفصل الرابع: الألم

تمهيد
1- تعريف الألم.....75
2- أنواع الألـم و مسبباته 75
3- تشخيص و تقييم الألـم 76
4- معالجة الألـم 78
5- علاجات دوائية.....79
6- مسكنات الألـم و المركبات غير الأفيونية.....79

7- العقاقير المخدرة و مشتقات الأفيون 80

8- المسكنات المساعدة 81

9- معايرة الجرعات و طرق التناول 81

10- التأثيرات الجانبية لعقاقير معالجة الألم .....

الفصل الخامس: العلاج الأسري النسقي

تمهيد

1- تعريف النسق.....85

2- مفهوم العلاج الأسري.....85

3- حالات استعمال العلاج الأسري النسقي.....86

4- أنواع العلاج الأسري النسقي 87

5- مراحل الحصص العلاجية النسقية الأسرية 88

6- مراحل العلاج الأسري الاستراتيجي.....89

خلاصة.....91

الجانب التطبيقي:

الفصل السادس: منهجية البحث

تمهيد

1- المنهج العلمي.....93

2- المنهج العيادي.....93

3- أدوات البحث.....94

3-1- دراسة الحالة.....94

3-2- الملاحظة.....94

3-3- المقابلة العيادية.....94

3-4- إختبار فحص الهيئة العقلية.....95

4- مكان إجراء الدراسة الميدانية.....

5- التقرير السيكولوجي للحالة الأولى.....96

6- التقرير السيكولوجي للحالة الثانية.....99

الفصل السابع:

1- مناقشة نتائج البحث على ضوء الفرضيات 104

الخاتمة:.....107

قائمة المراجع: 108

قائمة الأشكال:.....112

قائمة الجداول:.....113

المقدمة:

أصبحت الخدمات النفسية في الوقت الحالي عنصرا حيويا حاسما من عناصر العلاج الشامل للسرطان كم أجل التعامل و التصدي للمخاطر النفسية التي قد تواجه الأطفال المصابين بالسرطان و أسرهم.

و قد استجابت تدخلات النفسية فاعليتها تجريبيا في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية الملازمة للمريض و هذا من خلال الاهتمام بمرضى السرطان من الأطفال و أسرهم.

حيث يواجه الأطفال المصابون بمرض السرطان و أسرهم بشكل خاص الأمهات و الآباء ضغوطات كبيرة متعددة و منتشرة بما في ذلك الآثار الطبية الجانبية و التغيرات الكبيرة في الأنشطة اليومية و الاضطراب في الأدوار الاجتماعية و الأسرية و التهديد بالموت و تؤدي معرفة الوالدين بتشخيص حالة طفلهما إلى استثارة الأفكار التشاؤمية المرتبطة باحتمالية حدوث الموت للطفل، و يمثل التهديد بفقدان الطفل ضغطا و توترا أوليا للوالدين و للأسرة خلال كفاحها ضد المرض ما يعرضها للدخول في حالة مستمرة من التهديد و الإحباط و توقع الخطر.

و تقلل حالة الإحباط هذه من الشعور بوجود فرص الحياة و الأمل و المساندة للوقوف أمام تحريات هذا المرض.

و يضيف المراهق المصاب بالسرطان صعوبة التجربة المليئة بالألم الجسدي والنفسي و أعراض توتر ما بعد الصدمة و عدم التقبل و رفض للعلاج و هذا لتغيراتفزيولوجية و صورة الجسمية للمراهق.

بالإضافة لتناقض المهارات الاجتماعية بالمقارنة مع أقرانهم و هو على الوالدين عبئا إضافيا آخر يلقى على كاهلهم المزيد من مصادر التوتر و المعاناة، و تدور هذه الأوضاع الشديدة حاجة من الوالدين للمساعدة

النفسية المتخصصة و في الدعم النفسي و الاجتماعي لتمكينهم من التماسك النفسي و الأسري و تحمل مسؤولية رعاية مراهقهم مصاب بالسرطان بكفاءة عالية.

و تبعا لذلك قسمنا دراستنا إلى ما يلي:

الجانب التطبيقي: الذي ينقسم إلى:

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة الذي تناولنا فيه الإشكالية و منها قمنا بطرح تساؤل، تحديد فرضية البحث، أسباب اختيار لموضوع البحث. تحديد الأهداف و الأهمية البحث.

الفصل الثاني:

السرطان تعريفه اصطلاحا و لغويا، لمحة تاريخية حول السرطان، أنواعه، العوامل المسببة في ظهوره ثم تناولنا كذلك تشخيصه و آثاره النفسية و الجسيمة و أساليب المعالجة.

كما يتضمن الفصل الثالث: مرحلة المراهقة حيث جاء فيها مفهوم المراهقة،لمحة تاريخية، مظاهر المراهقة، الفرق بين البلوغ و النضج.

أما الفصل الرابع: يتضمن الألم، تعريفه و أنواعه و طرق العلاج.

الفصل الخامس: تعريف العلاج النفسي النسقي.

حالات استعمال العلاج الأسري و طرق تقنيات العلاج الأسري.

الفصل السادس:

منهجية البحث على أساس اتبعنا المنهج العيادي و تعريف مكان إجراء البحث و أدوات الدراسة المناسب (مقابلة، ملاحظة.....) مع موضوع البحث بعدها طريقة إجراء البحث.

أما الفصل السابع: قمنا بعرض دراسة الحالة.

دراسة عيادية للحالة الأولى .ب.ا.

و دراسة الحالة الثانية .أ.ع.

و تطبيق علاج حصص العلاجية الأسرية على كل الأسرة.

أما الفصل الثامن: تحليل و مناقشة الحالتين باعتماد على تقنية العلاج و منهجية البحث.

و في الأخير خاتمة البحث متبوعة بقائمة المراجع و الملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول
مدخل الى الدراسة

مدخل الى الدراسة:

1- الإشكالية

2- فرضيةالبحث

3- تحديدالمفاهيمالأساسية

4- دوافعاختيارالموضوع

5- أهميةالدراسة

6- أهدافالدراسة

1- الإشكالية:

تعتبر مرحلة المراهقة من أهم مراحل الحياة الإنسانية سواء بالنسبة للفرد نفسه أو بالنسبة للمجتمع، و لكن قد يتعرض نمو و تطور حياة المراهقين بعض الأمراض المختلفة التي قد يتمثل بعضها في السرطان.

و لعل من أشد هذه الأمراض خطورة السرطان و يعتبر مرض السرطان من الأمراض التي لها في أذهان الناس اعتقادات مختلفة معظمها معتقدات خاطئة، و لذلك يتضح لنا أن مشكلة القلق عند الوالدين على المراهقين المصابين بالسرطان يكمن في المعتقدات الخاطئة حول مرض السرطان.

و من المفاهيم المتداولة و الشائعة بين الكثير من الناس أن المريض بالسرطان يعاني من الألم المبرح طوال الوقت. و هذا المفهوم لا يمكن اعتباره صحيحا و بمنطلق الأحوال، إذ من غير المحتمل أن يعاني المريض من أي آلام. كما أن الألم لا يستمر طوال الوقت عند من يعانون.

و تشير الإحصاءات الطبية إلى أن الألم يظهر بأنماط متفاوتة عند نسبة تتراوح بين 30 إلى 40 %من المرضى المعالجين من السرطان كما أن حوالي ثلثي المرضى بالمراحل المتقدمة (حيث ينتقل الورم من موضع نشوئه أو عاد عقب معالجته (Rechute) يعانون من الآلام متفاوتة تستلزم معالجة خاصةmétastatase.

و البديهي أن تؤثر معاناة الألم في جميع الجوانب الحياتية للمريض،و خصوصا عند استمرار ظهوره خلال فترات متطاولة كعارض مزمن، حيث لا يتمكن المريض من القيام بالنشاطات الحياتية اليومية، و يواجه مشقات متعددة، و خاصة تفاقم المشاكل المتعلقة بالنوم و الأكل و المشاكل النفسية و الذهنية، و قد يصبح محبطا لشعوره بأن الأهلاوي يتفهمون دائما مشاعره و معاناته، الأمر الذي يضع ضرورة معالجة الألم و تأثيراته البدنية و النفسية ضمن الأولويات المهمة في الخطط العلاجية للسرطان، و ضمن المواضيع الأساسية التي ينبغي للأهل مناقشتها و التداول بشأنها مع الفريق الطبي المعالج بمجرد تشخيص المريض و خصوصا إن كان مراهقا، كما تستدعي العمل الجماعي و بشكل وثيق لتحقيق معالجة فعالة.

و نتطرق في هذه الدراسة إلى جوانب الألم الناتج عن السرطان و تأثيراته على صحة عل صحة النفسية للمريض و دور الأسرة في عدم تجاهله، أو دفع المراهق التي تحمله مهما كان بسيطا. و بذل كل الجهد الممكن للتخفيف من معاناته خلال فترات المعالجة.

و استجابة لهذه المشكلة الخاصة بالأسرة أتت هذه الدراسة التجريبية لفحص مدى تأثير المساندة النفسية الأسرية في تخفيف الألم لدى المراهق المصاب بالسرطان.

و تطرح الإشكالية التالية:

هل السند النفسي الأسري أثر في تخفيف الألم لدى المراهق المصاب بالسرطان؟

2- تحديد فرضية البحث:

السند النفسي الأسري أثر في تخفيف من الألم النفسي لدى المراهق المصاب بالسرطان.

3- تحديد المفاهيم الأساسية:

- **تعريف السرطان:**

لغة: السرطان كلمة يونانية بمعنى Karkimos و معناها السلطعون البحري بسبب ضخامة السلطعون في الوسط و مخالبه الممتدة

التي شكلت تشابها مع الأورام السرطانية.(مالكوم سنوارتر،1988،ص9).

إجرائيا: عبارة عن مرض خطير و مزمن تم تشخيصه من طرف أطباء المراكز استشفائية لمراهقين تتراوح أعمارهم بين (17-12 سنة).

- **تعريف المراهقة:**

لغة: مصطلح المراهقة Adolescence بالمعنى الحرفي مشتق من الكلمة اللاتينية A do les cencia التي تشتق من الفعل اللاتيني Adolescer التي تترجم إلى اللغة الفرنسية و التي تعني كلمة grandir بمعنى كبر، فكلمة مراهقة بالمعنى الحرفي تشتمل على كل المرحلة العمرية التي تتصف بالنمو و التطور (امتثال زين الدين الطفيلي،2004،ص 237).

إجرائيا: المراهقة مرحلة من مراحل نمو الفرد و هذه الفئة تتراوح أعمارهم بين (14-19 سنة).

- **تعريف الألم:**

عرفه فوزي على أنه تجربة حسية مزعجة مترافقة بأذية حقيقية أو محتملة أو توصف بألفاظ تعبر عن هذه الأذية بألم حاد أو مزمن.

و ينجم الألم عن أسباب متعددة و مختلفة من أهمها بطبيعة الحال السرطان نفسه و تأثيراته و مضاعفاته إضافة إلى تأثيرات علاقاته المختلفة، و يعتمد نمطه على نوع الورم و مرحلته و مواضعه و مدى انتقاله من موضعه الأصلي و انتشاره إلى مراحل متقدمة métastatique,StadetrèsAvancé.

مفهوم العلاج الأسري: يجمع العلاج الأسري بين مجموعة من التقنيات ذات الخاصية المشتركة ، تتمثل في تكفلها بالجماعة الاسرية وليس بالفرد لوحده

يوجد ثلاث أنواع من التيارات للعلاج الأسري

-العلاج النفسي التدعيمي

-العلاج الأسري ألنسقي

-العلاج النفسي التحليلي

4- دوافع اختيار الموضوع:

- تفشي مرض السرطان بصورة كبيرة و ملفتة خلال السنوات الأخيرة
- المعاناة النفسية و الجسدية لمرض السرطان.
- الصراع النفسي الناتج عن تقبل أو رفض فكرة المرض و العلاج.
- عدم جدوى العلاج الطبي في الحد من معاناة مريض السرطان.
- عدم التكفل النفسي بالمريض بحد ذاته بل التكفل النفسي للأسرة كاملها.

- لا يتأثر المريض وحده بل أسرته أجمعها تتأثر ne touts la familletrunatise
- ارتفاع الضعف النفسي لدى الأمهات المراهقين المصابين بالسرطان les gardesmalades.
- التعرف عن قرب على معاناة الأسرية النفسية و كيفية تعاملها مع هذه الوضعية الضاغطة.
- نقص الكفاءة الأسرية في التكفل النفسي لمريض السرطان.
- نقص الوعي لدى الأسر الجزائرية حول موضوع السرطان و طرق تطوره و درجة المعاناة و الألم الذي يمس المريض.
- ضعف الكفاءة الطبية في تدخل من حد الألم عند المريض بالسرطان و خاصة في مرحلة متأخرة métastase.

5- أهمية الدراسة:

السرطان يؤثر في كل أفراد الأسرة و ليس فقط في المرض و الدعم النفسي يتعامل ليس فقط مع المريض و إنما يتعامل أيضا مع المحيطين به، أبويه، زوجته؛ الأصدقاء، الإخوة و الأخوات و الأقارب، زملاء العمل، و المدرسة الذين لهم علاقة بعلاج المريض.

إن الدعم النفسي يقوم بتقديم أساليب العون و العلاج النفسي لأقارب المريض لاسيما أفراد أسرته الذين يعانون من مسيرة المرض معاناة شديدة، لذلك التدخل النفسي الأسري لتحسين الوظيفة الأسرية و الجو العائلي يخدم جميع أفراد العائلة عامة و بالدرجة الخاصة المريض و عملية علاجه.

6- أهداف الدراسة:

- تخفيف من شدة الصدمة النفسية عن الأولياء عند تشخيص مرض مراهق بالسرطان.
- إعطاء للأولياء المعلومات أولية و شرح نوع المرض و مراحل تطوره و نوع العلاج المناسب لمرض المراهق.

- تقديم الدعم النفسي للوالدين.
- تدريب أولياء مريض بالسرطان في كيفية المعاملة مع حالة ابنهم المراهق.
- تحسب مستوى التكيف النفسي للأمهات و التعامل بشكل عقلاني مع ظروف الحالة النفسية للمراهق.
- تنمية و اكتساب الوالدين القدرة على تحمل الإحباط و مواجهة الصعوبات العلاج.
- تدريب النفسي لأسر المريض بالسرطان على قدرة تحمل المرض و آثاره.
- دور التماسك الأسري لتجاوز محنة المرض لدى المريض و أسرته.
- إرشاد أسرة المريض بالسرطان في كيفية العناية الصحية للمريض و خاصة في حالة الألم الشديد و طرق العلاجية المتاحة.
- توفير المناخ الأسري الهادئ المساعد للمريض

الفصل الثاني
السرطان

تمهيد

1- لمحة تاريخية حول مرض السرطان .

2- مفهوم السرطان.

3- الخلية الطبيعية و الخلية السرطانية.

4- تصنيف الأورام السرطانية.

5- كيفية حدوث مرض السرطان.

6- العوامل المسببة في ظهور مرض السرطان.

7- أعراض السرطان.

8- أنواع السرطان.

9- تشخيص.

10- الآثار النفسية التي تنجم عن مرض السرطان.

11- أساليب علاج مرض السرطان.

12- نماذج المقاربة العلاجية النفسية لمرضى السرطان.

13- الوقاية من السرطان.

14- خلاصة.

تمهيد:

يعد السرطان بين أخطر و أعقد الأمراض تشخيصا و علاجا، إذ عرف تزايد كبيرا و مستمرا في عصرنا، ورغم التطور الحاصل في كل المجالات خاصة الطبي لم يتوصل إلى علاج تام و كلي له، فلذا يعتبر من الأمراض الصادمة للفرد، إذ يجعله في مواجهة مباشرة للموت سنتطرق في هذا الفصللأهم العناصر المتعلقة به: تعريفه،تشخيصه،علاجه، و الوقاية منه.

1- لمحة تاريخية حول مرض السرطان:

مرض السرطان ليس بالمرض الحديث الظهور و الناشئ مع الحضارة الجديدة، فقد أظهرت الأبحاث paléo. Pathologique أنه يصيب الإنسان منذ ظهور الإنسانية و يتجلى ذلك في اكتشاف أورام في هياكل عظيمة لحيوانات تعود إلى 000.1000 سنة قبل الميلاد، و قد وجد أيضا عند"بايبروس إيرس" المصري أن السرطان كان معروفا لدى المصريين قبل 1000سنة من الميلاد فما بين 360-460 قبل الميلاد "أبو قراط" وصف السرطان و عرفه و استعمل مصطلح كارسيونم أو كارنيوكوزkarniocosباللغة اللاتينية كاسم له.

كما نجد أيضا دراسة قالين galin ما بين 130 و 200 ميلادي إستعمل كلمة(oncos) لوصف ورم كبير و هيئة خبيثة، و أنه اول من وضع الفرضية القائلة أن النساء المصابات بداء السواد مالنخوليا مرض نفسي يتصف بالكآبة الشديدة أكثر عرضة للإصابة بالسرطان من النساء ذات الطابع الدموي، و قد ربطت بعده عدة دراسات بين العوامل النفسية و الإصابة بالسرطان، و قد إعتبر السرطان مرضا شاملا إلى غاية القرن الثامن عشر أين توضح أنه مرض يتعلق في موقع محدد، و قد هيمنت فكرة أن السرطان له عيب خاص و متميز يصيب الأنسجة المختلفة خاصة خلال النصف الأول من القرن التاسع عشر ليتخل عنها تدريجيا و يحل محلها فكرة أن الخلل راجع للخلية و هذا بفضل الدراسات حول السرطان و كذلك بواسطة المجهر الذي يظهر أن كل الميكانيزمات تحدث على مستوى الخلية، و تبين أن الخلل يكون في الخلية و بذلك استلزم الطب تكريس جهوده في فهم هذا الدواء و رغم التعمق الكبير فيه لم يصل العلم إلة نتيجة قطعية للمعالجة النهائية منه، و بالتالي يبقى المرض الذي لم يجد الداء الشافي له لحد الساعة.(عماد إبراهيم الخطيب،1997ص201-202)

2- **مفهوم السرطان**:

تنوعت مضامين التعاريف التي قدمت للسرطان فمنها التي سعت لوصفه، و منها التي بينت أعراضه و علاماته، و منها التي أظهرت خصوصياته البيولوجية، الكيميائية،...و بد التعريف واضحا بين تعاريف القرون السابقة و التعاريف التي وضعت بفضل ما وصل إله العلم في يومنا هذا، غير أن كل واحد منها يسعى لتحديد ماهية هذه الظاهرة تحديد خصوصيتها و تميزها عن الظواهر الأخرى

إن الكلمة الإنجليزية(cancer) مستمدة من الكلمة اليونانية (karkinos) و التي تعني حيوان السرطان، الذي يرمز لمختلف المميزات الخاصة بهذا الحيوان القشري،لذلك أطلق هذا التكاثر الفوضوي فائضا من الخلايا ليشكل ما نسميه "بالور"(نسيمة مزوار،2006،ص)

من الناحية العلمية: فهو تعبير عن مجموعة من الأمراض التي تتميز النمو الفوضوي و الغير المنضبط للخلايا، فعادة و بشكل طبيعي فان الخلايا التي تشكل أنسجة الجسم تبدل نفسها، بشكل يتناسب مع حاجة النمو و تضميد الجروح، و عندما تصبح عملية النمو هذه في شكل لا يمكن السيطرة عليها، فان خلية واحدة بانقسام الى خليتين ثم الى أربعة و هكذا دواليك،فيصبح النمو مفرطا و كبيرا و يتطور نمو مجموعة من الخلايا الغير الطبيعية، و في معظم أنواع السرطان تصبح هذه الخلايا اوراما تغزو الأنسجة و الأعضاء المحيطة به و بذلك تحل محل الأنسجة و تدمرها بواسطة عملية تسمى" النمو الانبثاثيles metastase"(انتقال الداء من مركزه الأساسي الى مراكز أخرى في الجسم) كما يمكن لخلايا السرطان أن تنتقل أيضا من خلال الدم أو الجهاز اللمفاوي لتشكيل مراكز نمو تدميرية جديدة في أجزاء من الجسم بعيدة عن مركزها الأساسي.(شيلي تايلور،ص811،2008).

أما بيولوجيا: فإن السرطان أو الورم الخبيث هو التكاثر الغير الطبيعي، اذ أن مجموعة من الخلايا تخرج عن النظام العام و تنقسم عشوائيا، و بعد هذا تصبح القدرة على الغزو ة النتقاللاعضاء الأخرى السليمة من الجسم.(سارة روزنتال،ص117-2001،116).

و قد عرفه موندیل(monveille) في كتابه الخاص بالجراحة بقوله: يتخذ مرض السرطان في غالب الأحيان شكلا دائريا و يشبه في ذلك السمك البحري المعروف بالسرطان(crabe) و هو شديد المشابهة لأرجل السمك البحري مرض يظهر عندما نرى أن جزء من الخلايا العادية تبدأ بالتحويل و

تنقسم بصفة عشوائية لتصبح خبيثة و خطيرة، و إذا كانت آليات دفاع الجسم لا تستطيع هدم هذه الخلايا المرضية فان عددها يتزايد حتى يشكل ورما.(domart A,Bourneuf,1981,p169)

ينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية(ADN) التي تتمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا و تكاثرها.(شيلي تايلر،ص2008،811)

فالسرطان عبارة عن ورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم و أخذت تنمو بصورة عشوائية.(محمد خير الزراد،ص2000،478)

و يعرفه guestaveroussy على أنه كل الأورا التي لها إمكانية العبور و تدمير الأنسجة مكونة بذلك مستعمرات من الخلايا السرطانية في مختلف المناطق.(gbys.R,1989,p83)

اذن نتوصل مما سبق الى ان السرطان يتميز بخمسة خواص معينة هي:

- التقرح.
- غزو الأنسجة القريبة.
- العودة بعد الاستئصال.
- الانتقال الى الأجهزة و الأعضاء البعيدة عن طريق الاوعية المفاوية و الدموية.
- النهاية القاتلة عادة لمن يصاب به.(gbys.R,1989,p83)

فهو من الامراض الغير معدية مصدره جينات موجودة أصلا في كل الناس،و هي عبارة عن جينات خاملة تتواجد في كل خلايا الجسم بسبب بعض العوامل التي تنشط هذه الجينات و توقف عمل الخلايا الأصلي فتنقسم و تتكاثر سريعا بشكل غير طبيعي مما يؤدي الى تكوين السرطان الذي يتكون من 50 نوع من الخلايا السرطانية.(عبد المنعم الميلادي،ص2003،119).

اذا السرطان عبارة عن مجموعة من الأورام التي تظهر و تمس عضوا من أعضاء الجسم،بسبب النمو الفوضوي و الغير المنظم للخلايا بشكل يتناسب مع حاجة النمو.

3- **الخلية الطبيعية و الخلية السرطانية**:

3-1- **الخلية الطبيعية**:

هي أصغر وحدة في العضوية تتميز بخضوعها إلى ظاهرة الانقسام الخلوي، فهي تتكاثر بصفة مستمرة و ذلك بانقسام الخلية الأم إنتاج خليتين بنتين تشبهانها، و هاتين الخليتين البنتين تنقسمان من جديد إلى أربعة خلايا و هكذا...

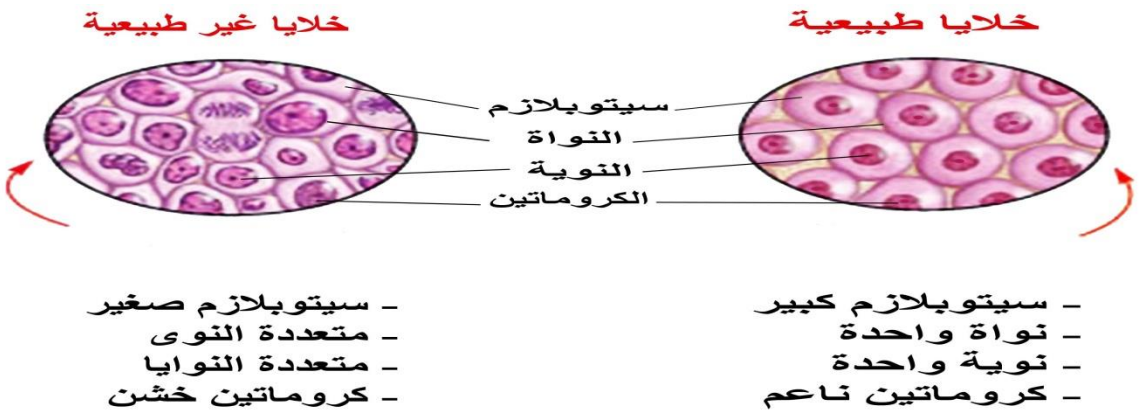
فالخلية الطبيعية تحددها قوانين من حيث الكم و الكيف، إذ تكف الخلايا عن التنامي عند وصولها إلى الحد معين لأن كف الاتصال يعد من تخصصات الغشاء السيتوبلازمي الذي يراقب هذا التنامي و هذا من حيث الكم، أما من حيث الكيف فان الخلايا لا يمكنها التعدد في اتجاه من الجسم لكونها خاضعة للنسيج الأصلي المنتمية إليه.(مالكوم شوارتز،ص1998،11).

3-2- **الخلية السرطانية**:

تتميز الخلية السرطانية بانقسام فوضوي دون احترامها لهيكل النسيج الأصلي الذي تنتمي إليه، منتجة بذلك العديد من الخلايا التي تكون الورم ، و من خصائص الخلية السرطانية أن لها نواة عملاقة أكبر من نواة الخلية الطبيعية،إنقسام خلوي فوضوي.

و هذا التغيير على مستوى الخلية يعود إلى إختلال في الجينات أو الجزيئات الكروموزومية (ADN) حمض ريبي نووي منقوص الأكسجين.

تشكل الخلايا السرطانية عبئا على الجسم و استنزافا له، حيث تتكاثر و تستطيع الإنتشار في الجسم كله، و لأسبا غير معروفة فان الخلايا السرطانية لا يمكن التحكم فيها و السيطرة عليها عن طريق العمليات الجسمية الطبيعية التي تكثف نمو الخلايا و تعتبر الأسباب النفسية من العوامل الأساسية المساعدة على ظهور السرطان و التي تسهم في حدوثه بشكل واضح.(عبد المنعم عبد الله حسيب،ص2006،65)



الشكل رقم (01): يوضح مكونات الخلايا الطبيعية و الخلايا السرطانية (غير الطبيعية).

(www.image/google.com).

فالخلايا السرطانية تمتاز بمجموعة من الخصائص تزيد من خطورتها على العضوية و هي:

3-2-1- **تشوهات شكلية مورفولوجية**: و تتجلى هذه التشوهات في:

- ارتفاع حجم الخلية بصفة عامة و النواة خاصة.
- خلل على مستوى التركيبية الكيميائية للسيتوبلازم.
- ارتفاع كبير في عدد الرسيبات التي لها دور في اصطناع البروتين و الطاقة.
- خلل يصيب الانقسام الخلوي إذ تصبح الخلية غير منتظمة.

و يدل تجمع هذه المظاهر الخمس في احتمال كبير لإصابة العضوية و بالتالي بداية السرطان.(

مزوار نسيمة،ص2006،17)

3-2-2- **تشوهات الغشاء الخلوي**: تظهر فيمايلي:

- تغييرا في شكل الخلية إذ تصبح مستديرة و تفقد قدرتها عل الالتصاق.
- تغيير أو اضطراب في عملية "النفاذية" la perméabilité" للخلية، إذ يرتفع عدد النواقل النشيطة التي تمر عبر الأغشية،خاصة الأحماض الآمنة و السكريات.
- إمكانية وجود أحماض نووية على سطح الخلايا أهمها ADN التي تكون مسؤولة عن إصدار شحنات كهربائية تؤثر بطريقة سلبية على الغشاء الخلوي.

3-2-3- التوشهات الأنزيمية: تتجلى في:

- ارتفاع في عملية الاستقلاب(ADN).

- الاضطرابات التي تحدث عن عملية الاستقلاب هيدرات الكربون. و تتمثل التشوهات الأنزيمية أعراضا ثانوية لسياق السرطان، و التي بإمكانها أن تساعد على تطور الخلية الورمية.
- تدهور مستوى الأنزيمات الرئيسية التي تخضع في تركيبها للجينات المسؤولة عن عمل السلاسل الأيضية الكبيرة.(مزوار نسيمة،ص18-2006،17).

3-2-4- الانقسام المستمر و غير المنتظم: تتكاثر الخلايا السرطانية بإستمرار دون الخضوع لحاجيات العضوية و بصورة غير منتظمة، و هي خلايا غير فانية بمعني لا تموت و لا تضمحل.

3-2-5- القدرة على التكيف: للخلايا السرطانية قدرة كبيرة على التكيف في جمع الأوساط الحية حتى غير الملائم منها، هذا ما يفسر قدرتها على الانتقال من عضو إلى آخر و تختلف عن بعضها البعض من الناحية النسيجية و الوظيفية كانتقال السرطان من الثدي و الكبد كما أنها قادرة على التجدد الذاتي أي أنها عكس الخلايا الطبيعية لا تحتاج لتنبيهات عضوية في عملية انقسامها.(محمد ناجح الأغبر،ص1999،121).

4- **تصنيف الأورام السرطانية**:

عادة ما يستعين الأطباء بنوعين من التصنيفات لتشخيص السرطان و تحديد نوعه فهناك الأورام الحميدة و الأورام الخبيثة، فلا بد من توضيحها و التفرقة بينهما مهمة جدا في المجال العلمي لأن لكل منهما علاج و تنبؤ مختلف.

قبل ذلك نشير إلى مصطلح الورم،فالورم: هو تكاثر خلايا عضو معين في الجسم بشكل تلقائي غير منظم و خارج عن عن ضوابط و قوانين العضوية.(محمد ناجح الأغبر،ص1999،195).

4-1- **الأورام الحميدة(tumeurbénignes)**:

فهو الورم الذي يتمركز في موضع واحد دون أن يحتاج أو يخرب النسيج آخر تطور بطيئ، حدوده واضحة، غير اجتياحي لا يعطي امتدادات، لا ينتكس و لا يتحول إلى سرطان، كما أنه لا يرتكس أو نادرا مايرتكس بعد العلاج.(anne Hartman,2007,p23).

و من أنواع الأورام الحميدة نذكر:

- أورام حميدة ظاهرية (tumeursbénignesépithéliales).
- أورام حميدة للجهاز العصبي (tumeursbénignes du systèmenerveux).

- أورام حميدة ناجمة من الخلية الوراثية (tumeursbénignes de la cellule).
- Tératomes matures germinales (عماد إبراهيم الخطيب،ص105،1997).

و يكون الضرر الرئيسي لهذا النوع من أورام هو التشويه،و يفضل عادة استئصاله لأنه نادراً ما يعود للظهور بعد العلاج و حتى لا يتحول إلى ورم خبيث مع مرور الوقت.

2-4- الأورام الخبيثة (tumeurmalignes):

هو الورم الذي يحتاج تدريجيا العضو الذي ينشأ في الأعضاء المجاورة، و أخيراً يعمم كليا إذا لم يتخذ العلاج المناسب في وقت مبكر، هذا التعميم إو الانتقال التوسعي هو ميزة السرطان في مرحلته النهائية، حيث تنفصل الخلايا السرطانية من الورم الخبيث الأولي و تووغل في الأوعية اللمفاوية أو الأوعية الدموية، فينقلها الدم إلى الأعضاء الأخرى (الرئة، الكبد،...الخ) و من ثم تثبت و تكون طعوما حقيقية للسرطان، و من هنا تنمو الخلايا و تعطي ما يسمى الأورام الثانوية.(hartmann anne,2007,p 239).

حيث ينقسم الورم الخبيث إلى ثلاث أنواع:

1- كريسنومة (carcinoma): و ينشأ في طبقات الخلايا المغطية للجلد.
2- اللوكيميا (leukimia): سرطان الدم ينشأ في الخلايا المكونة للد في نخاع العظام أو الليمفوما (lymphoma)، و تنشأ في الجهاز الليمفاوي.
3- السركومة (sercoma): و ينشأ في العظام و الأنسجة الرابطة في الجسم.(شقير زينب محمود،ص126،2003).

أذا يمكن الفرق بين الأورام الحميدة و الأورام الخبيثة في خاصية الاجتياح و الانتشار المشكلة للميتاستازات في حالة الأورام الخبيثة، أما مدى خطورة الورم فلا تكمن في طبيعته الإستمولوجية، فالورم الحميد قد يكون خطيرا في حالة تطوره السريع و تأثيره على وظيفة عضو ما لو كان تشخيصه متأخرا، و لو كان بتره مستحيلا بسبب موقعه الحساس و العكس بالنسبة للورم الخبيث.

فالجدول الآتي يوضح لنا الفرق بين الأورام الحميدة و الأورام الخبيثة.

الجدول رقم (1): يمثل الفرق بين الورم الحميد و الورم الخبيث.

الخصائص	الورم الحميد	م الخبيث
توضع الورم	يدفع بالنسيج الطبيعي جانبا - يكون محاطا بمحفظة و واضح الحدود.	يغزو النسيج الطبيعي المحيط به. - لا يكون محاط بمحفظة و تكون حدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي.
سرعة النمو	بطيئة	قد تكون بطيئة أو سريعة
مدى انتشاره	يقتصر على الكتلة الورمية و نموها.	- قد يؤدي إلى حدوث إنتقال عبر العقد اللمفاوية القريبة و البعيدة. - يصيب الورم عدة أعضاء.
النتيجة	عادي حميد	قد تكون وخيمة و مميتة إذا لم يتم علاجها.
العلاج	الجراحة تكون شافية	- قد لا تكون الجراحة وحدها شافية تحتاج إلى علاج كيميائي أو إشعاعي دائم.

(موريس ستون،بدونسنة،ص105)

من خلال هذا الجدول يمكن القول أن الورم الحميد يمكن أن يتحول إلى ورم خبيث، الفرق بينهما هو أن الورم الحميد يكون واضح الحدود، نموه بطيئ و تكفي الجراحة الشافية(الاستئصال الكلي) لعلاجه، أما الورم الخبيث فهو يغزو باستمرار النسيج الطبيعي المحيط به، كما يصيب الأعضاء المجاورة، و لا تكفي الجراحة وحدها، بل يحتاج إى طرق علاجية إضافية كالعلاج الكيميائي أة الإشعاعي بصفة مستمرة.

في الواقع أن الفرق الرئيسي بين تكوين الورم الحميد و النسيج الطبيعي ما هو إلا زيادة عدد الخلايا في الورم عنه في النسيج الطبيعي.(يوسف جورجي جبرائيل،ص1983،14).

4- **كيفية حدوث مرض السرطان**:

ينشأ مرض السرطان حين تنقلب نسيج ما بالجسم لتنمو و تتكاثر دون تحكم و تخرج عن خط النمو و التبدل الطبيعي و بدلا من أن تموت في ظهورها النهائي تستمر في النمو و التكاثر نتيجة خلايا شاذة جديدة ، إذ تتكدس الخلايا السرطانية و تكون كتلة أو تضخما يسمى بالورم و يقوم عند تقدم نموه

بالضغط على الأنسجة المجاورة و إزاحتها، كما يمكنه أن يغزو و يدمر الخلايا الطبيعية و يستثنى في ذلك بعض الأنواع مثل خلايا سرطانتإبيضاض الدم التي لا تكون كتلة ورمية و إنما تنشأ في الأعضاء المنتجة للدم(النخاع العظمي و الجهاز اللمفاوي) حيث تنتقل عبره إلى بعض الأنسجة و الأعضاء الحيوية الأخرى.

كما يمكن لبعض من الخلايا الورمية أن تخرج من محيطها و تنتقل إلى أعضاء أخرى بالجسم لتواصل نموها الشاذ و الغير الطبيعي الخارج عن التحكم و تستقر لتشكل أوراما في الموضع الجديد.(وليدة مرازقة،ص84،2009).

و يسمى هذا الانتقال بالانثبات أو الانتشار les metastases حيث تسمى الأورام الناتجة عقب الانتقال عادة بالأورام المنتقلة أو الثانوية تمييزا لها عن الأورام الأصلية.

تنشأ الخلايا السرطانية عند حدوث خلل أو عطب في الحمض النووي للخلايا الطبيعية، و هذا الحمض هو المادة الكيميائية التي تحمل التعليمات الموجهة لنظام و دورة حياة الخلايا و يقوم بالتحكم في كل نشاطاتها بما في ذلك تكوين البروتينات و الإنزيمات اللازمة للعمليت الحيوية مثل عمليات للأيض و التكاثر و النمو كما يجري على جميع الشفرات الوراثية.

ثمة أجزاء من الحمض النووي تعرف بالمورثات أو الجينات les génes و التي يحتوي بعض منها على التعليمات التي تتحكم في آلية النمو و الانقسام و بالتالي التضاعف و التكاثر لإنتاج خلايا جديدة، و منها مورثات معينة تعدل عملية إنقسام الخلية و تسمى إصطلاحا المورثات الورمية، بالإضافة إلى مورثات أخرى تبطئ الإنقسام و التكاثر أو تعطي التعليمات للإفناء الذاتي للخلية و تسمى بالمورثات الكابحة للتورم و قد يحدث السرطان نتيجة اختلال أو عطب أو تغيير جذري لبنية الحمض النووي مما يدفع إلى تشغيل طليعة المورث الورمي دون ضوابط و هذا يفقده القدرة على التحكم في نمو الخلية و تكاثرها أو يبطل عمل الجينات الكابحة.(وليدة مرازقة،2009،ص84).

5-**العوامل المسببة في ظهور مرض السرطان**:

هناك عدة تساهم في إنشاء أرضية ملائمة لظهور السرطان، و التي يمكن أن نلخصها فيمايلي:

5-1- **التكوينية الداخلية**:

- العوامل البيولوجية (les facteursbiologique)
- العوامل الوراثية:

لقد لوحظ أن بعض أنواع سرطان الثدي، الجهاز الهضمي، البروستات تتوارث في نفس العائلة، إذ أن بعض الأمراض الوراثية تظهر و كأن لها القابلية للإصابة بالسرطان كالتهاب المستقيم و الشذوذ الكروموزومي بالإضافة إلى ذلك نجد أن هناك بعض العائلات تظهر لديها عدة حالات من السرطان و التي قد يكون سببها خلل جيني.(زينب محمود شقير،2003،ص126).

- العوامل الهرمونية:

بحيث تنبع عن خلل في الغدد مثل الإفراز المتزايد لهرمون الأستروجين(ostrogéne) قد يكون المسؤول عن ظهور سرطان الثدي عند المرأة.

- العوامل المناعية:

المناعة هي المسؤولة عن إلتقاط الأجسام الغريبة و التعرف عليها مثل الجراثيم و الفيروسات و غيرها من الأجسام الغريبة، حيث إذا اختل التوازن المناعي سيفقد أماكن تلك الأجسام الغريبة التي هي في الحقيقة خلايا سرطانية و هذا ما يجعلها تتكاثر.(زينب محمود شقير،2002،ص126).

- الاشعاعات المؤينة:

كالأشعة السينية و الأشعة فوق البنفسجية التي تسبب عددا من السرطانات و من بينها سرطان الدم اللوكيميا (leucémie)، سرطان الجلد، سرطان الثدي، سرطان الرئة، البلعوم.(henri(B),2001,p15).

5-2- **العوامل الكيميائية (les facteurschimique)**:

منها الحديدية مثل الكروم المستخدم في الصباغة و الذي يسبب سرطان المسالك التنفسية، و كذلك الزرنيخ المسبب لسرطان الجلد، و النيكل، الألمنيوم،...الخ

- الأمينات العطرية التي تسبب سرطان المثانة.
- البترول و مشتقاته بسبب اللوكيميا المزمنة(leucémiechronique).

- بالإضافة إلى بعض المواد المستهلكة كالتبغ و الحلول التي تعتبر مسؤولة عن ظهور العديد من السرطانات، خاصة سرطان الرئة، سرطان الحنجرة، سرطان جوف الفم، سرطان البلعوم.(سلوى عثمان الصديقي،1999،ص178).

5-3- **العوامل المرتبطة بالسلوك الإنساني**:

- الحياة الجنسية: لقد وجد العلماء أن هناك تناسب بين ظهور سرطان الرحم و بداية الحياة الجنسية المبكرة لدى العديد من النساء، كما لوحظ ارتفاع سرطان الثدي لدى النساء بدأن حياتهن الجنسية في سن متأخرة.
- النظافة يتمثل في الوقاية من الالتهابات، و بالتالي الوقاية من السرطان

.(henri(B),2001,p16)

5-4- **العوامل السلوكية**:

- التدخين(le tabac): مسؤول عن 90% من السرطانات الرئوية و هي حالات شائعة بين المدخنين، أن السجارة التي تثبت في الجسم المدخن حوالي 3000 ألف مادة سامة لها إرتباط مباشر بتحويل الخلايا الحية و السليمة إلى خلايا سرطانية شاذة عن مكانها الطبيعي، في الرئة و المثانة و البنكرياس، و أضرار التدخين ليست محصورة في المحيط المذكور بل أن يعمل على أحداث مضاعفات مرضية على القصبات الهوائية الرئوية، حيث تحولها من عضو عامل على تنظيم عملية التنفس إلى عضو فاقد لوظيفته و بداية لظهور أعراض سرطانية، و أيضا حتى الأفراد الذين يعيشون في وسط يحتوي على مدخنين أو مدخن يزداد إحتمال إصابتهم بسرطان الرئة و القصبات الرئوية.(نسيمة مزوار،2001،ص22).
- الكحول (l'alcoolisme): يساهم في انتشار السرطان و خاصة سرطان الرئة، الحنجرة و البلعوم و المثانة و الكبد، بالإضافة إلى سرطان الثدي عند المرأة التي تتعاطى الكحول بكميات كبيرة.(cabarrol lagrane,2007,p51).
- العادات الغذائية (alimentation): إن الدراسات تبين على أن الاستهلاك العالمي للدسم خاصة الحيوانية، تساهم في ظهور عدة سرطانات من بينها سرطان الثدي و القولون، البروستات، و تكون الحصى الصفراوية، و الحصى تهيئ لسرطان المرارة، و الإمساك الذي يعتبر عاملا للتسبب بسرطان القولون، و أيضا الأشخاص الزائدي الوزن يصابون بالسرطان أكثر من غيرهم خاصة

السرطان المعدي المعوي و المجاري الصفراوية كما توجد أغذية حامية من السرطان مثل الفواكه و الخضر الطاجزة و الفيتامينات (A,E,C).(ملحم حسن،1987،ص63-64).

- التعرض للشمس:

إن التعرض لأشعة الشمس المباشرة لساعات طويلة يؤدي إلى الإصابة بسرطان الجلد، الذي تظهر أعراضه على شكل بقع بنية بارزة نوعا ما فوق ميتوى الجلد الطبيعي، ومن مميزاته أنه سريع التوسع و الانتشار، وهو في غاية الخطورة.(ملحم حسن،1987،ص84).

للممارسات الجنسية سواء كانت صحيحة أو خاطئة لها دور هام في الإصابة بالسرطان، بالإضافة إلى دور الفيروسات المتعلقة بالممارسات الجنسية مثل human papillome virusالمسبب لسرطان عنق الرحم و الإصابة بسرطان شرجي لدى الممارسين للجنسية المثلية.(delehedde(M),2006,p27).

5-5- **العوامل النفس اجتماعية**:

وضعت منذ القدم فرضيات عدة أبرزت دور العوامل النفس الاجتماعية في ظهور السرطان، و لعل أقدمها تلك الخاصة ب galien. القائلة أن النساء ذوات الطبع الميلانخولي(مرض نفسي يتصف بالكآبة الشديدة) أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي مقارنة بذات الطبع الدموي(أي النساء المرحات المتفتحات).

أما gandrom,1701 فرأى النساء اللواتي يظهرن اكتئابا حادا أو حصرAnxiété فان ذلك يرفع من احتمال إصابتهن بالسرطان و قد لاحظ Guy,1759 أن السرطانات الخبيثة تصيب النساء ذات الشكاوي الهستيرية و العصبية، و بروز الاكتئاب كعامل مهم مؤثر على نمو السرطان من خلال أعمال Paget 1870 و من بين العوامل النفس الاجتماعية المرتبطة بالسرطان نذكر:

الضغط،الاكتئاب،دور الشخصية و التكيف، وفاة الشريك،فقدان الأمل.(Delehede M ,2006,p28)

5-6- **العوامل التي تزيد من خطورة الإصابة بالسرطان**:

- قلة تناول الفواكه و الخضر الطازجة.
- التعرض للمواد المشعة.
- الغازات الصادرة عن المصانع و السيارات.
- الملوثات البيئية.
- عوامل جرثومية.

- زيادة الوزن و السمنة.
- كثرة التعرض لبعض السموم الموجودة في بعض الأطعمة.(ملحم حسن،1987،ص64).
- من خلال هذه الأسباب تم التوصل إلى معرفة و إظهار أن السبب الرئيسي لحد الآن مجهول و غامض و هذا راجع إلى تدخل عدة عوامل في ظهوره و إنتشاره.

6- **أعراض السرطان**:

ليس من الممكن إحصاء جميع الأعراض لمختلف أشكال السرطان و ذلك لخصوصيات كل نوع من أنواعه،هذا ما جعل إحصاء أعراضه أمرا صعبا في أغلب الأحيان، و السرطان في جميع أشكاله يظهر على شكل إصابة بأورام حميدة، قروحات أو انتفاخات صغيرة لفي البداية، و تيقى هذه الأعراض معزولة دون أن ترد على أنها سرطان و تبرز بسبب إستمراريتها.(simon labord,1997,p18-19).

فلهذا من المهم جدا التعرف على الظواهر المرضية الأولية التي تجلب الانتباه و تؤدي إلى الفحص، و تتمثل أعراض السرطان فيما يلي:

- فقدان الشهية.
- فقدان معتبر للوزن.
- حمى إذا ارتفعت درجة حرارة الجسم قليلا و لا يمكن تخفيضها باستعمال الأدوية.
- فقر الدم الشديد (Anémie) الذي يظهر على شكل اصفرار الوجه و الشفتين.
- السعال الحاد و المستمر.
- صعوبة التنفس.
- تعب غير معتاد و ضعف عام.
- نزيف دم الحنجرة أو بصق الدم عن طريق الفم، أو تواجده في البول أو البراز أو حتى خروجه من الأعضاء التناسلية.
- ألم يصعب تخفيفه باستعمال الأدوية المضادة للألم المعتاد، ألم في الرأس أو في منطقة البطن،...الخ و هذا راجع لضغط الورم على الأعصاب.
- تعفنات كثيرة لا يفيدها العلاج الأنتبيوتيكي(Antibiotique) لأي المضادات الحيوية.(مالكوم شوارتز،1988،ص38-39).
- نزيف أو افرازات غير مألوفة.

- ورم أو تضخم في الثدي أو في مكان آخر.
- تغير مستمر في عادات الإخراج و التبو.
- عسر هضم مستمر و صعوبة في البلع.
- تغيير في وحمة أو علامات خلقية جلدية(مالكوم شوارتز،1988،ص39).

7- **أنواع السرطان (les types du cancer)**:

هناك أنواع عديدية و مختلفة من السرطانات و من أهمها نجد:

7-1- **السرطانات القشرية(Epithéliomas):**

7-1-1- سرطان الفم (le cancer de la bauche): يشكل 17% من السرطانات و يصيب الرجال أكثر من النساء و من العوامل التي تساهم في ظهور هذا النوع نجد:

- الإدمان على الكحول و التدخين.
- رائحة الفم الكريهة.

و من أعراضه الاكلينيكية نجد:

- تضخم و تيبس و تشقق اللسان.
- آلام و نزيف دموي.
- بقع حمراء أو بيضاء دائمة على مستوى الشفة، او اللسان أو الفكوك.
- تضخم الغدد الموجودة في الرقبة.

و هذا ما ينتج صعوبات في المضغ و البلع و كذلك حركة اللسان، الفكوك و تتمثل الطريقة الرئيسية في العلاج بالأشعة(Radiothérapie)، الجراحة (Chirugie).(دالاس جونسون 1996،ص54).

7-1-2- سرطان اللسان(cancer de lange): يصيب سرطان اللسان الرجال أكثر من النساء، و يحصل في السنين المتقدمة من العمر مما يعرض للإصابة بمرض السفلس، في البداية يظهر تضخم في اللسان و تيبس ثم يشعر المصاب بألم و نزيف و تشقق ثم تضخم في الغدد الموجودة في الرقبة و هو يترافق مع غياب العناية الصحية ز كثرة التدخين و الكحول، و سرطان مقدم اللسان هو المكان الثاني لسرطان الفم الخبيث و يعالج بالجراحة و الأشعة.(دالاس جونسون،1996،ص49).

الشكل رقم(02): صورة توضح سرطان اللسان

(.www.image/google.com)

7-1-**3- سرطان الحنجرة و البلعوم(le cancer de larynx)**: يشمل 26 % من السرطانات و نجده عند الرجال أكثر من النساء، و هذا النوع كثير الانتشار و نصادفه عادة ما بين 50سنة و 70سنة، تنقسم الحنجرة إلى ثلاث أقسام:

1- فوهة البلعوم.
2- طابق فوق البلعوم.
3- طابق تحت فوهة البلعوم.

و العديد من 1اورام البلعوم(oropharynx) مسؤولة عن مجموع من سرطانات الرأس و العنق، و منطقة اللوزتين.

و من العوامل المساهمة في ظهور هذا النوع نجد:

- الإدمان على التدخين و شرب الكحول.
- الأخطار المهنية كتأثير الهيدروكابور(Hydrocarbure).

و من الإعراض الاكلينيكية نجدك

- البحة و هي العرض الأساسي.
- وجه و آلام في الأذن.
- تضخم الغدة اللمفاوية.

- عسر التنفس أو ضيق التنفس و غيرها من الأعراض، أما العلاج يكون عن طريق العلاج الكيميائي و الجراحة و الأشعة.(F.Scott,2002,p160-163).

الشكل رقم (03): صورة توضح سرطان الحنجرة أو البلعوم.

(.www.image/google.com)

7-1-4- **سرطان الجلد (cancer de la peux):** سرطان الجلد أكثر السرطانات التي تصيب الانسان و هو ناتج للتعرض المزمن لأشعة الشمس و التعرض للأشعة المصطنعة، و كذا التعرض لبعض المواد الكيميائية المستعملة في بعض الصناعات.

فهو عبارة عن أورام جلدية خبيثة تظهر على مختلف مستويات الجلد، وقد تكون في طبقات الجلد العليا أو الداخلية أي تحت البشرة Dérme,Epiderme، و في الغدد العرقية glandesudoripare، الغدد الذهنية Glandesébacées و الأكثر شيوعا من هذا النوع من السرطان نجد:

سرطان الخلايا القاعدية، سرطان خلايا البشرة هي الأكثر الأنواع النسيجية إنتشارا، و نجد أيضا الورم القيتاميني أو السرطان الأسود(Melanome) الذي يعتبر من الأورام السوداء التي تنمو بالجهاز الملون بالجلد و هو من أخطر السرطانات الجلد بحيث يصيب النساء أكثر من الرجال إبتداءا من سن الأربعين، و يكثر لدى الأشخاص ذوي البشرة ذوي البشرة الفاتحة و تتمركز عادة في أقسام الجلد المعرضة للأشعة فوق البنفسجية، وهناك علاقة واضحة بين كمية التعرض للشمس و كثرة انتشار المرض و لكنه أقل انتشارا من كل أورام الخلايا القاعدية و خلايا البشرة.(عبد اللطيف ياسين،1988،ص29-30).

و من أعراضه الاكلينيكية:

- بقع حمراء.
- رغبة عنيفة في الحك.
- عقد صغيرة شاحبة.

و يعتبر العلاج بالأشعة من أنجح العلاجات لأنه يمكن أن يقضي على الأنسجة السرطانية.(مالكوم شوارتز،1988'ص160).

الشكل رقم (04): صورة توضح سرطان الجلد

(.www.image/google.com)

7-1-5- **سرطان العين**:

أورام العين نادرة و تنتج عن تكاثر الخلايا السرطانية في نسيج، في معظم الحالات هم السرطانات الثانوية التي تنتشر عن طريق ورم خبيث،حيث هناك نوعين من سرطان العين:سرطان الجلد و الشبكية.

و تؤثر الشبكية على معظم الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمسة سنوات، في حين أن سرطان جلد العين هو أكثر انتشارا عند البالغين،حيث أن تأثير الوراثة قد ظهر عند المرضى المصابين بهذا السرطان و من الأعراض الاكلينيكية نجد:

- فقدان تدريجي للبصر.
- ألم في العين أو حولها.

- إنتفاخ العين.
- وجود البقع في المجال البصري.
- ميلان العيون و غالبا ما تلتقي في نقطة واحدة.
- الخسارة الكاملة أو الجزئية للبصر.

أما العلاج فيتحدد حسب نوع الورم، و مدى إنتشاره،و يمكن أن يشمل العمليات الجراحية، العلاج بالأشعة، و العلاج بالتجميد أو التسخين و العلاج بالليزر.(مالكوم شوارتز،1988،ص160).

الشكل رقم (05): صورة توضح سرطان العين.

(.www.image/google.com)

7-1-6- السرطانات الغددية(Adénocarcinomes):

7-1-6-1- سرطان الثدي(cancer de sein): هو من أكثر السرطانات التي تصيب النساء المسببة للموت و هي شائعة لديهم، أما عند الرجال فهو نادر حيث يعتبر هذا النوع شفاء كلما عرف باكرا و كان حجمه صغيرا، في حالة إهمال المرض ة عدم استئصاله بإمكانه أن ينشر على الأعضاء المجاورة خاصة مع العروق و الغدد اللمفاوية، و أحيانا يمتد إلى الإبط و إلى الثدي الآخر و هنا تعتبر الجراحة كأحسن وسيلة لعلاجه.

و من أعراضه نجد:

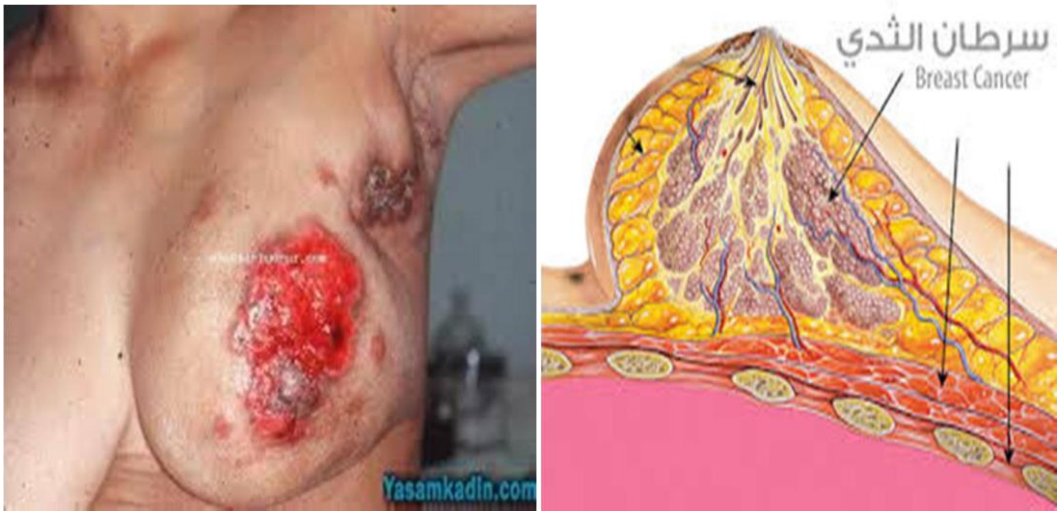
- ظهور كتلة في الثدي(مع العلم أن 80% منها ليست سرطانية).
- إنكماش الحلمة و حدوث ألم فيها.

- حصول نزيف من الحلمة.
- تهيج الجلد و التشوهات.

تتدخل في ذلك عوامل مسببة نذكر منها:

- العوامل الوراثية: التي أكدت في دراسات أن هناك 66،5% من العلاقات الواحدة تحمل حالة سرطان الثدي.
- عوامل هرمونية مثل: - الحمل الأول بعد 30 سنة أو قبل 20 سنة.
  - سن اليأس بعد 55 سنة.
  - الأدوية الهرمونية مثل: أدوية منع الحمل.
- عوامل شخصية:
  - الخطر يرتفع بعد 50 سنة.
  - الغذاء: الأغذية الغنية بالدسم و البروتينات الحيوانية و الكحول.
  - الآثار الجانبية للأشعة المتمركزة حول الصدر.(F.Scotte, 2002, p176-179).

توصي جمعية السرطان الأمريكية النساء بإجراء عملية تصوير الثدي Mammographie من خلال عمل مخطط الثدي إبتداءا من سن 40سنة فما فوق، كما توصي بإجراء فحص ذاتي شهري للثدي كل شهر Auto palpitationإبتداءا من سن 20سنة بوصفه إحدى الطرق التشخيصية الناجحة، و عند التأكد من وجود السرطان فإن العلاج يستلزم استئصال الورم الموضعي أو الاستئصال الكلي للثدي جراحيا، كما يستعمل أيضا العلاج بالأشعة و العلاج الكيماوي.(وليد حميد،2002،ص20).



الشكل رقم (06): صورة توضح مقطع عرضي لسرطان الثدي

(.www.image/google.com)

8-1-7- السرطان الجينيكولوجي(le cancer Gynécologie):

8-1-7-1- سرطان الرحم (cancer de l'utérus):

يدخل في إطار الأورام الخبيثة و يصيب الرحم و عنقه يكون لكل منهما خواصه في الظهور و النمو و الانتشار، و نجد أن سرطان الرحم بنوعيه يحتل المكان الثاني بعد سرطان الجهاز الهضمي عند المرأة، ثم يحتل المكان الأول بين أنواع السرطانات الجهاز التناسلي و هما نوعان:

8-1-1-3- سرطان عنق الرحم (cancer du col de l'utérus):

يصيب سرطان عنق الرحم نسبة خمسة نساء من كل ألف امرأة، يحدث غالبا بين 35 و 60 سنة، و من حسن الحظ فإن تطوره بطيئ من 5 إلى 10 سنوات أو أكثر قبل أن يمتد إلى الأنسجة العميقة و أثناء التشخيص نجد السرطان يستمر في النمو و التطور و يمتد إلى الأنسجة و الأعضاء الموجودة في الحوض، و يمتد إلى المهبل،الرحم و إلى الكيس البولي، المثانة و إلى الأمعاء الغليظة.

إن سبب الإصابة بسرطان عنق الرحم معروف و هو : وجود رحم حلمي فيروسي.

و من أهم أعراضه:

- ✓ آلام حوضية.
- ✓ علامات بولية أو هضمية التي تؤدي إلى زيادة (la corégional).
- ✓ نزيف الرحم الذي يسببه الإتصال الجنسي.

الشكل رقم(07): صورة توضح سرطان عنق الرحم

8-3-**1- سرطان جسم الرحم(le cancer de corps de l'utérus)**:

يصيب المرأة في سن اليأس ما بين 50-56 سنة حيث يشمل 8% من السرطانات التي تصيبها و من بين العوامل المساهمة في ظهور هذا النوع من المرض نجد:

- تقدم سن البلوغ.
- تأخر سن اليأس.
- السمنة.
- كما ان حدوث نزيف بعد اليأس علامة هامة تؤكد وجود سرطان جسم الرحم.

.(F.scott,2002,p191)

8-3-2- **سرطان المثانة**:

أصبح سرطان المثانة مسؤول عن 2,47 % من الموت بالسرطان على مختلف أنواعهن و يعتبر العامل الخطر المسبب للموت عند الرجال أكثر من النساء الذي يكون أقل انتشارا، فلقد أخذ سرطان المثانة يتسلق سلم الازدياد بثبات في السنين الأخيرة بين المدخنين و العاملين في مصانع المطاط و الصبغة و الأكثر الأعراض ظهورا في هذا النوع نجد:

- البول المصحوب بالآلام و الدم.
- صعوبة التبول.
- تعدد مرات التبول.

و العلاج يكون عن طريق الجراحة.**(مالكوم شوارتز،1988،ص100)**.

8-4- **سرطان الجهاز الهضمي (cancer de l'appareildigestif):**

8-4-1- **سرطان المرئ(cancer d'œsophage):**

يحدث هذا النوع من السرطانات بعد سن 50 سنة و يكثر في سن 60 و 70 سنة و هو يصيب الرجال أكثر من النساء بنسبة أربع مرات، و أهم أعراض سرطان المرئ نجد:

- صعوبة البلع و تكون بسيطة في أول الأمر ثم تزداد صعوبته بعد ذلك تشمل مرور السوائل و كالمأكولات الأخرى، و من أسباب حدوثه:

✓ الإفراط في التدخين.
✓ تناول الكحول.
✓ إلتهابات الفم المتكررة،تناول الطعام الخشن و أيضا المشروبات و الطعام الحار جدا.(عبد الرحمن ياسين،1988،ص26).

وفي التشخيص يجب التفرقة بينه و بين الإصابات التقرحية الحميدة و الأورام الحميدة بالمرئ، لذا يستعان في ذلك بعمل الأشعة و إجراء تنظيم داخل المرئ.

أما العلاج فتعالج الحالات المبكرة لسرطان المرئ بعملية الاستئصال الجراحي، غير أن الحالات المتقدمة تعالج بالأشعة الصينية العميقة و الإشعاع.(يوسف جورجي جبرائيل،1983،ص107-108).

الشكل رقم (08): صورة توضح سرطان المرئ.

www.image/google .com

8-4-2- سرطان المعدة (cancer d'estomac):

الإصابة بسرطان المعدة يختلف كثيرا لأنه يتأثر بعوامل البيئة و الغذاء و الوراثة و الجنس يصيب الرجال أكثر من النساء و يحدث ذلك ما بين سن ستون و تسعة وستون 60-69 سنة.

و من أعراضه:

إن المريض يشكو من إحساس الإمتلاء و الإنتفاخ و بفقدان الشهية للأكل و غثيان خفيف ثم تتطور الأعراض إلى الشعور بالآلام الشديدة بعد ساعتين أو ثلاث من تناول الطعام، و لا تهدأ نوبات الألم إلا بإرجاع الأكل و يكون القيئ مصحوبا في غالب الأحيان بدم قليل لا تكشفه إلا التحاليل، و عندما ينشأ السرطان لدى إحدى أسطح المعدة أو على القوس الأكبر لها فإن المريض يشكو لعدة شهور من وجع مبهم و قد يفسر بأنه ناتج عن حموضة أو عسر في الهضم، و تزداد بعض الأعراض و يزداد فقدان الشهية و ينقص المريض تدريجياً و يصفر لونه لأن النزيف مستمر، و في النهاية يصاب بأنيميا شديدة و يستعان في تشخيص سرطان المعدة بالفحص البدني الدقيق و أشعة تنظير المعدة.

أما العلاج فيعالج هذا النوع جراحياً لكن يجب أن يسبقه تعويض نقص الدم و تنظيف الأحشاء المسدودة، وتجرى عملية استئصال الجزء المصاب من المعدة أو الغدد اللمفاوية بالإضافة إلى العلاج بالأدوية و الأشعة.(يوسف جورج جبرائيل،ص107-110).

الشكل رقم(10): صورة توضح سرطان المعدة.(www.image/google.com)

8-5- سرطان الأمعاء:

8-5-1- **سرطان الأمعاء الدقيقة**:

يعتبر أقل انتشارا مقارنة بسرطان الأمعاء الغليظة، غير أنه عندما يصيب الأمعاء الدقيقة تكون أعراضه واضحة بحيث يصعب تبييتها بعكس سرطان القولون، و لذلك تبدو فرص الشفاء أقل منها في القولون.

8-5-2- سرطان الأمعاء الغليظة (القولون) (cancer du colon):

يختلف معدل حدوث سرطان القولون من بلد لآخر، و في الوقت الحاضر يسبب هذا السرطان أكثر الوفيات من أي سرطان، فهو يوجد بنسبة متساوية لدى الرجال و النساء، و من دراسة أجريت حسب مواقعه المختلفة في الممر الهضمي يتبين الآتي:

- عند بداية الأمعاء الغليظة و في القولون الصاعد 14%.
- في القولون المستعرض 4%.
- في المستقيم 35%.
- في الشرج 1%.

و يتبين من هذه الإحصائيات أن 75% من الإصابات تكون مركزة في 354سم الأخيرة من القولون و أسباب هذا النوع غير معروفة، و يشكو مريض سرطان القولون من كميات غير عادية من

الغازات و آلام في البطن التي تتراوح في مداها، تعب بسيط إلى ألم شديد و هو أيضا عرضة للتناوب بين الإسهال و الإمساك، و قد يكون مصحوب بنزيف.

أما العلاج فيتم جراحيا باستئصال الأجزاء المصابة من القولون و الغدد اللمفاوية، كما يستعمل أيضا العلاج الكيميائي فكلما كان التشخيص مبكراً كانت نتائج علاج أفضل.**(يوسف جورجي جبرائيل،1983،ص111-113)**

الشكل رقم(11): يوضح سرطان القولون موضحة بها سليلات ورمية

(www.image/google.com)

8-6- سرطان الكبد:

هي أكثر سرطانات الأحشاء التي تصيب الذكور و هو نادر ما يحدث قبل الأربعين، بينما قمة إنتشاره في الستينات، و تعود الإصابة به لإلى:

- ✓ الطفيليات.
- ✓ العوز الغذائي.
- ✓ تشمع الكبد.
- ✓ إلتهاب الكبد بواسطة الحمى.

أعراضه الإكلينيكية صهبة التشخيص.

أما العلاج عن طريق الجراحة و العلاج الكيميائي، ز العلاج بالأشعة.

(ياسين عبد اللطيف،1988،ص23).

الشكل رقم (12): يوضح سرطان الكبد(كبد سليم و كبد مصاب).(www.image/google.com)

8-7- سرطان البنكرياس (cancer du pancréas):

يعد هذا المرض مرضا صامتا إذ أن يحدث دون أعراض إلى غاية تقدم مراحله و تزداد خطورته بعد سن الخمسين 50 و تحدث معظم الحالات بين 65 و 97 سنة و من مسببات هذا المرض أنه له علاقة بالتدخين، و هو العامل الخطير إذ تزداد الإصابة لدى المدخنين أعلى مما هو لدى غير المدخنين، و أيضاً يصيب أكثر الذين يعانون من إلتهابالمعثكلة المزمن أو من السكري أو الكحولية (عبد اللطيف ياسين،1988،ص19).

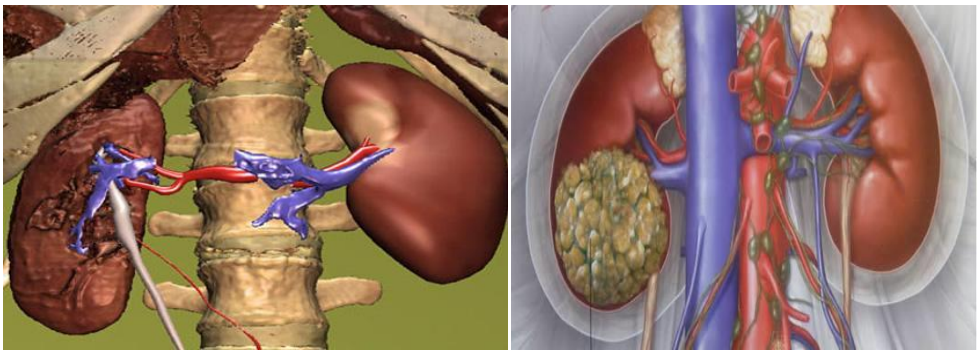
أما عن التشخيص فيتم في الوقت الحاضر بواسطة الخزعة (biopsie) بالإضافة إلى التصوير القطاعي، أما العلاج فيتضمن الجراحة ة العلاج بالأشعة، العقاقير المضادة للسرطان.(وليد حميد يوسف و آخرون،2002،ص251).

الشكل رقم(13): صورة توضح سرطان البنكرياس (www.image/google.com)

8-8- سرطان الكلية:

يعد سرطان الكلية نادر نسبيا من 4-6% من جميع الأمراض الخبيثة، و يظهر عادة في السنين المتقدمة من العمر- أسبابه غير معروفة، و أعراضه الإكلينيكية صعبة التشخيص لأنه يتميز بنمو بطيئ غير إعتيادي للورم.

أما العلاج يكون عن طريق الجراحة و العلاج بالأشعة و العلاج الكيميائي(ياسين عبد اللطيف،1988،ص22).



الشكل رقم(14): صورة توضح سرطان الكلية (www.image/google.com)

9-8- سرطان الرئة(cancer du poumon):

يلاحظ تزايد في حدوث سرطان الرئة في السنوات الأخيرة و هو ما يصيب الرجال أكثر من خمسة أضعاف مما يصيب النساء و تحدث أكثر الإصابات بعد الخمسين من العمر، فهو عبارة عن أورام خبيثة تصيب الرئة، و ينقسم إلى ثلاث أنواع:

Cancer Epidermoide

Cancer Adécacinom

Cancer Epithélioma an aphasique

حيث نجد هذا السرطان نادر الحدوث عند الأشخاص الذين لا يدخنون.

أعراضة الإكلينيكية من بينها:

- سعال طويل المدى و مزمن الناتج عن التدخين(سعال مستمر مصحوب بالبصاق، و يكون البصاق أحيانا ملوثا بالدم).

- و في أدواره الأخيرة يحدث عند المصاب ضيق التنفس و صفير في عملية التنفس و ذلك بسبب ضغط كتلة السرطان على مجاري التنفس، إلتهاب القصبات الهوائية.
- يمكن أن يكون هناك ألم و إرتفاع درجة الحرارة، نقص في الوزن، الدوخة و أعراض مختلفة أخرى.

و من بين التقنيات المستعملة في تشخيص هذا النوع من السرطان نجد التصوير بالأشعة (الشعة للصدر)، فحص البصاق في المخبر أي تحليل أنواع الخلايا في البصاق،فحص المسالك القسبية و إستعمال المنظار الخاص (brancha scope).

- أما العلاج فيكون بالجراحة و ذلك بإستئصال قسم من الرئة كاملة.
- العلاج بالأشعة.
- العلاج الكيميائي.**(عبد اللطيف ياسين،1988،ص233)**.

الشكل رقم (15): صورة توضح سرطان الرئة(رئة عادية و رئة مصابة بالسرطان).

(www.image/google.com)

10-8- سرطان غدة البروستات (cancer de la prostate):

سرطان البروستات هو السرطان الثاني الأكثر تسببا بالموت لدى الرجال، فهو عبارة عن ورم خبيث يصيب غدة البروستات في الجهاز التناسلي البولي الذكري، و يظهر هذا النوع في سن الشيخوخة خاصة بعد سن خمسة و ستون 65 سنة، و الأكثر عرضة لهذا النوع من السرطان هم الرجال البدناء فسرطان البروستات من بين أعراضه الإكلينيكية نجد:

- تضخم غير عادي للغدة، إذ تضغط على مجرى البول.

- يظهر الدم في البول (في حالة السرطان).

- يشعر المصاب بصعوبة في التبول.

- كثرة عدد مرات التبول.

- آلام أو قرحة عند التبول.

و علاجه يكون عن طريق الأشعة ، أو يكون عن طريق الجراحة و ذلك باستئصال الغدة بكاملها ،

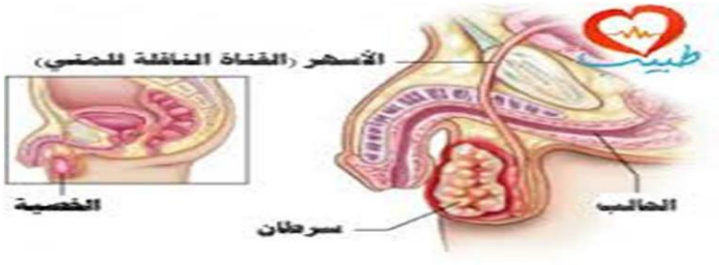
أو عن طريق العلاج الهرموني.**(عبد اللطيف ياسين،1988،ص18-248)**.

الشكل رقم(16): صورة توضح غدة البروستات في حالته الطبيعية و المرضية(سرطان البروستات).

(www.image/google.com)

8-11- **سرطان الخصيتين(cancer du testicule)**:

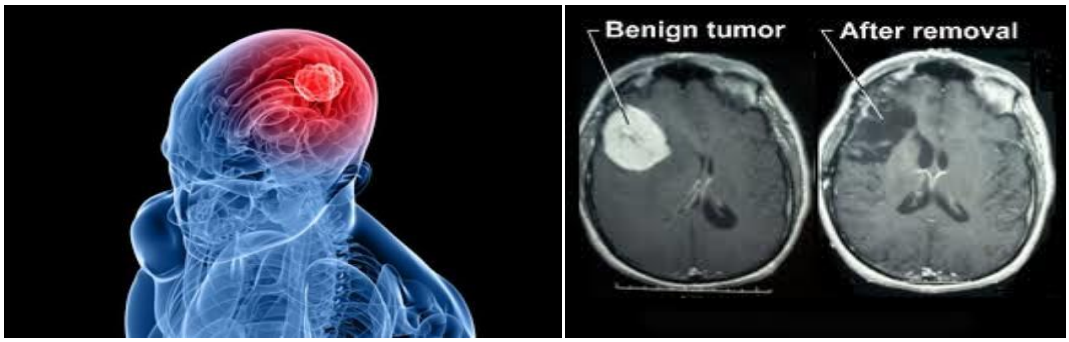
أول عرض أو إشارة لظهور هذا المرض هو إنتفاخ في الخصية و لا يصاحبه ألم غالبا، و هو أكثر شيوعا عند الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين العشرين و الأربعين سنة 20-40 سنة.**(عبد اللطيف ياسين،1988،ص250-251).**



الشكل رقم(17): صورة توضح سرطان الخصيتين. (www.image/google.com)

12-8- سرطان الدماغ(cancer du cerveau):

سرطان الدماغ مسؤول عن 2.7% من وفيات السرطان لدى الذكور، و 2.3% لدى الإناث، و النسبة المؤوية هي الأعلى الأطفال فسرطان الدماغ حسب الظاهرة ينقص خطره بدرجة حادة بين سن 55 و 64 سنة لدى الجنسين.(عبد اللطيف ياسين،1988،ص22).



الشكل رقم(18): صورة توضح سرطان الدماغ (www.image/google.com)

حيث أن يتسبب في : - تشوهات في النظر أو ازدواجية الأشياء.

- الشعور بالدوخة.
- صعوبة المشي و التقيؤ لا تفسير له.

تختلف أعراض أورام المخ حسب موضوع الورم بالضبط، فإذا نشأ في أجزاء المخ التي تبتعد عن المراكز العصبية الهامة و الحيوية و مسالك الأعصاب، فإنه قد ينمو إلى حجم كبير دون أن يسبب أي علامة للمريض غير الأورام الصغرى، و التي تنشأ من مواقع حساسة قد تسبب إضطرابات مزعجة و رهيبة، أما العلاج يكون بالجراحة، و العلاج بالأشعة.**(يوسف جورجي جبرائيل،1983ص161)**.

13-8- سرطان الدم اللوكيميا(la leucémie):

اللوكيميا مرض يعرف بسرطان الدم،فهو مرض يميزه تكاثر باتولوجي للكريات البيضاء التي قد تصل إلى حوالي مليون كرية و بتواجد خلايا غير طبيعية أي غير من جنس الخلايا الدموية البيضاء في تشوه خطير للأعضاء، و يميزه أيضا تكاثر و تعدد غير طبيعي pathologie للكريات الدموية البيضاء في النخاع العظمي، و هذا يحدث داخل الدم و يسبب تشوه في تصفيته و بذلك تصفية القنوات

الناقلة لهذا الأخير إلى الأعضاء و هذا يسبب حدوث بعض الأمراض و ظهور أعراض عند الأشخاص المراض الجرثومية ، نزيف دموي و فقر دموي.(vero.lemaire, 2007, p588).

إذا سرطان الدم هو تكاثر غير طبيعي للكريات الدموية البيضاء.

اللوكيميا هو عبارة عن ورم خبيث يتشكل من عدد غير طبيعي من الكريا الدموية البيضاء، و هي قادرة على إستعمار الأنسجة، فاللوكيميا تعفنات ورمية للكريات الدموية البيضاء الأكثر إنتشارا، و سرطان الدم ينقسم إلى نوعين:

اللوكيميا الحادة (leucémieaigue):

هي عبارة عن نمو غير طبيعي للكريات الدموية البيضاء و يصيب أكثر الأطفال و المراهقين و الأنيميا الحادة هي التي تتحول إلى اللوكيميا في حالة ما إذا لم تعالج مبكرا، و هناك عدة عوامل تتفاعل فيما بينها و تئدي إلى الإصابة بهذا النوع من المرض نذكر من بينها العامل الوراثي مثل عرض دوان(trisomie,21)، إلى جانب عوامل إجتماعية و بيئية،....

و من أعراضه:

- التعب.
- فقدان الشهية.
- شحوب الوجه و الحرارة المستديمة.
- تضخم في الابط أو في حنايا الأفخاد أو البطن.

و علاج هذا النوع يكون غالبا بالعلاج الكيميائي و العلاج بالأشعة.**(مالكوم شوارتز،1988،ص139).**

اللوكيميا المزمنة(leucémiechronique):

هو أكثر إنتشارا عند البالغين بعد 45 سنة و يكون هذا المرض مرتبطا إما بنخاع العظام(moelleosseuse) أو المرتبط بالكريات اللمفاوية.

و العلاج يتم بالجراحة مثل إعادة زرع النخاع العظامي أو بواسطة الفحص المجهري و العلاج يكون بالعلاج الكيميائي.

و من أعراضه:

- التعب.
- نزيف دموي
- سهولة حصول الجروح.
- زيادة أماكن الإصابة.
- غالبا ما تتضخم المفاصل اللمفاوية.

- تضخم حجم الطحال و الكبد.**(مالكوم شوارتز،1988،ص142)**

14-8- سرطان العظام السركومة(sarcomas):

تنموا على العظام و على الأنسجة الرخوة في أجزاء عديدية من الجسم، و فترة حدوث ساركوما العظام (سرطان العظام) هو فترة البلوغ و فيالسنين المتقدمة من العمر، و نادرا ما يحدث في السنين المتوسطة و ذروة حدوثه أثناء البلوغ تترافق مع النمو الهيكلي في الطفولة و أن نسب حدوث ساركوما العظام عند البنات حتى سن 13سنة، هي أعلى ب 30 % من الصبيان و لكن بعد هذا السن نادرا ما يحدث و بينما تستمر عند الصبيان بالارتفاع ما بين 15-24 سنة الى 40% و هذا ما يدل على ان نسب حدوثه عند الذكور أكثر من النساء.**(عبد اللطيف ياسين،1988،ص253).**

و من خلال ما سبق نستنتج بأن لكل نوه من أنواع مرض السرطان موضع خاص به يتموقع فيه و أعراض إكلينيكية تظهر عند كل نوع، كما أن العلاج بطبيعة الحال يختلف من نوع لآخر.

الشكل رقم(19): صورة توضح سرطان العظام (www.image/google.com)

9- تشخيص مر ض السرطان:

تدرس الخلايا دراسة علمية من اجل تصنيف الخلايا المؤلفة للأنسجة ومعرفة

أصلها ،طبيعتها،تركيبها،وظائفها، ولكن غالبا ما يتأخر تشخيص السرطان بسبب تطوره الصامت، و قد يتم ذلك أحيانا خلال فحص طبي و اختبار دموي، و يقوم التشخيص على فحص إكلينيكي.(عبد المنعم الميلادي،2003،ص123).

- يبدأ باستجواب دقيق لكل أعضاء الجسم و مناطقه خاصة الجلد، الرقبة، منطقة البطن، الأمعاء، و العقد اللمفاوية كما يجب القيام بفحوصات دقيقة بالنسبة لمناطق الادخال و الإخراج باللمسة الشرجية(la touche rectal) بالنسبة لسرطان القولون و الروستات، و باختبار جينيكولوجي بالنسبة لسرطان عنق الرحم و جسم الرحم.

كما تجرى عدة فحوصات لتحديد نوع الورم إذا كان السرطان حميدا أو خبيثا، ويتم ذلك بالطرق التالية:

- استئصال الورم جراحيا و فحصه و هذا ما يجري مع جميع الأورام الجلدية البسيطة ليزيل الورم كليا إن كان حميدا،أو تواصل الفحص إذا كان خبيثا.(محمد ناجح الأغبر،1999،ص202).

- أو بإجراء البيوبسي (biopsie) و هي طريقة مهمة لتشخيص الأورام خاصة و هي تقوم على مبدأ فحص نسيج يشك بمرضه فحصا مجهريا بعد قطعه من الجسم الحي لتشخيص طبيعته، و تؤخذ هذه القطع المستأصلة بواسطة إبر أو ملاقط أو أجهزة أخرى،و يمكن إجراء الخزعة على نسيج أو قطع أخذت من الثدي أو الرحم أو المستقيم أو القولون أو المثانة، أو أي أجهزة أخرى لمعرفة ما إذا كان هناك ورم حميد أو خبيث و إضافة إلى تشخيص نوعية النمو، فإن الخزعة تصنف مقدار شدته و انتشاره و يكون هذا الفحص و هذا التصنيف و الوصف مرجعا هاما للجراحين إن إحتلج المصاب إلى التدخل الجراحي.(محمد ناجح الأغبر،1999،ص123).

- و تجرى كذلك فحوصات دموية و الأخرى بالأشعة، و فحوصات مناعية و نذكر البعض منها:

- ✓ الفحص بالأشعة.
- ✓ الفحص بالأشعة السينية(x.Ray)
- ✓ الفحص بالأشعة الصوتية (ultra saind)
- ✓ الفحص بالرنين المغناطيسي(mir) الذي يتم الكشف عن أورام أولية أو ثانوية يصل حجمها إلى 2مم، و مهما بعدت عن السطح مثله في حالة أورام المخ و الأعصاب.
- ✓ الفحوصات الدموية التي تكتشف عن بعض المواد التي تفرزها بعض الأورام السرطانية و تسمى علامات الأورام(marqueurs.tumoraux)مثل:
- ✓ ارتفاع أنزيم (Alk.Phophatax) في الدم في حالة سرطان الكبد و العظام.
- ✓ وجود أنتجين(carnico.empriyonic antigen)(CEA) في دم مرضى سرطان القولون.
- ✓ وجود بروتين (prostatic)(AFP) و أنزيم (acid.phosphataxe) بنسبة مرتفعة عند مرضى سرطان البروستات.
- ✓ وجود أنتجين(ca19,ca125) عند مرضى سرطان المبيضين و سرطان الجهاز الهضمي.

✓ ارتفاع نسبة البروتين (5 HIAA)(5.hydroxy.indoleaciticaaid)عند مرضى سرطان الأمعاء، وتبرز هذه العلامات خاصة عند تشخيص عودة ظهور السرطان و تطوره.(محمد ناجح الأغبر،1999،ص202).

✓ مسحة في عنق الرحم (le frottis du col de l'utérus)، أي اجراء مسح لعنق الرحم باكتشاف الورم مبكرا و التالي ينقص من خطورته.

✓ الكشف بالفبريسكوب (dépistage par fibroscope) يكشف عن الأورام الهضمية.

✓ متابعة أفراد نفس العائلة في حالة إصابة أحد أفراد العائلة أو وجود تعداد عائلي مثلا تجري (mammographie) سنويا لأخوات و بنات إمأة مصابة أو أصيبت بسرطان الثدي أو تستعمل (colscopie) لبحث عن سرطان القولون(garatin.roger,1997,p199)

✓ تصوير صدى الصوت، ويفيد في تشخيص السرطان بحيث يقوم بإلتقاط و تسجيل صدى الأصوات عندما تنعكس على مسطحات الأنسجة التي تختلف كثافتها، و تقوم بتمييز الأورام الكيسية عن الأورام الصلبة، و تستخدم هذه الطريقة خاصة في تشخيص سرطان الثدي.(يوسف جورجي،1983،ص88).

و عندما يوضح تشخيص السرطان يجب تحديد مستوى تطوره من أجل وضع التنبؤ و العلاج المناسب، و يتم تحديد مستوى الورم التطوري حسب خصائصه الفيزيولوجية:

- ورم صغير (المرحلة الأولى).
- ورم في بداية التوسع.
- كبر حجم عقدة اللمفاوية(المرحلة الثالثة).
- وجود métastase.

جدول رقم (02): يوضح العلامات البيولوجية للأورام.

علامات الأورام	الأورام المصاحبة
البروتين Protéines .encfoctals بروتين Alpha-foetoprotéine (AEP)	الكبد، الغدد التناسلية
بروتين أونتجين Antigènecarcino(ACE) embryonnair	الثدي، القولون، البنكرياس

الأنزماتenzyme	
أنزيم Phosphatases acidesprostatique أنزيم Phosphatases alkaline	البروستات
أنتجين مصاحب الأورام	الكبد، الرئة، العظام
CA, 125, c19	المبيض و الجهاز الهضمي
أنتجين.Antigénesprostatiquespécifique	البروستات

(Cabarrol(E),La grange,2007,p51).

الآثار النفسية التي تنجم عن مرض السرطان:

للسرطان آثار نفسية فمن جهة نلاحظ التأثيرات النفسية للمريض في حد ذاته، ومن جهة أخرى نجد الآثار التابعة للعلاج حيث أن فترة العلاج تعتبر وضعية جديدة بالنسبة للمريض و يصعب التكيف معها و هذا ما يزيد معاناته النفسية.(**C.Hocipille, 1994, p16**).

فبعد التشخيص و الشروع في تطبيق أول حصة علاجية،يعبر المريض عن قلقه باضطرابات نفسية حادة، فحسب دراسة قام بها **(Dérogatis)** و آخرون وجدوا بأن 47% من المرضى المصابين بالسرطان لهم اضطرابات نفسية مصنفة في (DSM) أهمها:

اضطرابات الحصر و الاكتئاب:

بحيث يظهر هاذان الإضطرابان بنسبة 80% من الإضطرابات النفسية الأخرى.

يشكل السرطان لدى مرضى السرطان صورة خطر يهددهم ، لذلك نلاحظ أن عندهم إستجابات مختلفة يمكن تصنيفها في عشر نقاط و هي:

1- الخوف من الموت: يبدأ الخوف من الموت بمجرد سماع سرطان، حيث تبعث إلى التفكير أنه المرض الذي يؤدي لا محالة إلى الموت.

2- الخوف من المعاناة: يتعلق هذا الخوف بأفكار المرضى حول السرطان مثل فكرة أنه مرض يقتل ببطئ عكس بعض الأمراض إذا لم يتلقى المريض االكفالة اللازمة.(**C .Hociplle, 1994, p16**)

3- الخوف من البتر أو القطع: يتضاعف هذا الخوف خاصة عند إصدار قرار بإجراء عملية جراحية حيث تتحدد الأثار من فقدان عضو ما حسب التصورات و الا

الاستثمارات العكفية التي يكونها المريض عن العضو.(**شيلي تايلر،2008،ص815**).

الخوف من تغيير الصورة الجسدية: قد يحدث إختلال خطير في شخصية المريض جراء اضطرابات الصورة الجسدية التي قد تخلفها الجراحة والأشعة و العلاج الكيميائي،و التي قد تؤدي في بعض الأحيان إلى الانتحار لدى الكبار و إلى اكتئاب شديد لدى الأطفال

4- الدور الاجتماعي: يدرك الفرد لفقدان دوره الاجتماعي و العائلي منذ الوهلة الأولى التي يعرف بأنه مصاب بمرض السرطان مما يزيد من حدة قلقه و شعوره بأنه غير نافع و أنه عالة على الآخرين.

5- الشعور بالقلق: و ذلك في حالة عدم تفهمه لطبيعة مرضه و تطوره.

6- اللامبالاة: يؤدي مرض السرطان إلى تغيير عميق و شامل لحياة الفرد فتظهر أعراض فقدان اللذة التي كان يشعر بها سابقا، مثل عدم الاهتمام بما حوله فيصبح المريض عدواني إتجاه عائلته.

7- فقدان و نقص الاستثمار: إن تدهور الحالة الصحية للمريض ينتج عنها نقص الأداء و الفعالية من جهة، و من جهة أخرى يؤثر العلاج على النشاط الجسدي و النشاط الاجتماعي للمريض.

8- التعب و الاكتئاب: في أغلب الأحيان ما تظهر هذه الاستجابات على شكل فقدان الثقة بالنفس و نادرا ما يتطور هذا الاكتئاب سيكاتري خطير لكن هذا لا يمنع من التكفل به.

9- الاضطرابات المعرفية: ليس للسرطان تأثر مباشر على الوظائف المعرفية، فوجودها يدل على

التطور العصبي للمرض و الآثار السلبية للأشعة.(**C .Hocipille, 1994, p17-19**).

11- أساليب علاج مرض السرطان:

إن علاج هذا المرض يتضمن مجموعة من العلاجات، و التي تختلف حسب مكان السرطان و

درجته، و مرحلته و حالة المريض، و فيما يلي نذكر أهم هذه العلاجات:

11-1- أساليب علاج السرطان غير الكيمائية:

11-1-1-العلاج عن طريق الأشعة (La chirurgie):

كانت الجراحة أول علاج مستعمل ضد السرطان ليس لاستئصال الورم فقط إنما أيضا لاستئصال العضو الذي يتمركز فيه الورم، فالجراحة وسيلة تستعمل لاستئصال كتلة من الخلايا الخطيرة المصابة من جهاز معين،بالإضافة إلى التحكم المناعي الذي يؤثر على السير العام للمرض.

و يعد العلاج بالجراحة من العلاجات و المستعملة بكثرة في حالة الأورام الخطيرة و تقيم نتائج الجراحة بشكل عام من حيث الشفاء بمدة تقدر بخمس سنوات،و معادة السرطان بعد الجراحة لا يمثل عادة هجوما ثانيا من قبل المرض،بل نمو خلايا خبيثة من جديد و في بعض أشكال السرطان قد يمر المريض بفترة إنتقالية يبقى فيها السرطان كامنا قبل أن يظهر أو تعود الأعراض ثانية.(**D .Razavi, N.Delvaux, 2002, p29**).

تعدد أهداف استعمال الجراحة الخاصة بالسرطان حسب نوع السرطان و النسيج الذي يحمله من جهة، ومن جهة أخرى ترتبط الطريقة الجراحية بالمنطقة التي يقع فيها الورم و مدى تطوره،بذلك نجد أنواع التدخلات العلاجية المصنفة على النحو التالي:

- الجراحة الشفائية(**La Chirurgie curative**):

تستعمل الجراحة كعلاج أساسي عندما تظهر الاختبارات العيادية بأن مدى تطور الورم و موقعه يسمح باستئصال كامل لإحداث الشفاء التام أو الجزئي و ذلك من أجل تيسير العلاجات الأخرى المساعدة،و يتفرغ هذا النوع من الجراحة إلى ثلاث تقنيات و متمثلة فيما يلي:

- استئصال الورم (**Exérésetumorale avec ganglionnaire**).
- الاستئصال الورمي الموسع (**Exérèsetumoraleélargie**).
- استئصال الانبثاثاتالحشوية(**Exérèse des métastasesviscérales**).
- الجراحة الهادفة إلى تقليص الورم(**Réduction . Tumorale**):

هذه الطريقة لا تهدف إلى الشفاء لكنها تستعمل عندما يستحيل الاستئصال الكامل للورم لكون ذلك يشكل خطرا على حياة المريض فبذلك يكون الاستئصال الجزئي تمهيدا لنوع آخر من العلاج(كيميائي أو إشعاعي).

- العلاج الجراحي المساعد(**Traitementchirugical**):

يخص هذا النوع من الجراحة إتماما لعلاج آخر استهدف الورم الأصلي.

- العلاج الجراحي المخفف(**Traitement chirurgical palliatif**):

لما يتطور حجم الورم و تصبح العلاجات الأخرى غير فعالة، يلجأ المعالجون إلى هذا النوع من العلاج و هذا من أجل تقليص حجم الورم، تحقيق حد أدنى من الراحة للمريض ما تبقى من حياته بأقل عناء.

- الجراحة الوقائية(**Chirurgiepréventive**):

يخص هذا النوع من الجراحة بعض التشكيلات قبل السرطانية و المعروفة بارتفاع احتمال تطورها إلى ورم خبيث و يتم استئصالها بصفة وقائية، و من بين التشكيلات قبل السرطانية(**Polyposie recto colique**) نذكر سليلات القولون **(A.yaker, 1988, p354 – 357)**

11-1-2- مضاعفات العلاج الجراحي:

- ارتفاع رغبة المريض بتناول المزيد من الطعام الغني بالطاقة(سعرات حرارية) و البروتينات.
- إضطرابات هضمية منها: الإمساك، جفاف بالفم،صعوبةالبلع،إضطرابات في وظيفة المعدة.
- عجز في التهام الغذاء بصورة طبيعية بعد إجراء العملية الجراحية مما يدفع القائمين على علاج المريض بتزويده به عبر شريان أو أنبوب يمر من الأنف إلى المعدة.(**A.yaker, 1988, p354-357**).

11-1-2-1- **مضاعفات العلاج بالأشعة**:

- يفتك بالخلايا السرطانية الآخذة بالنمو و الإنقسام.
- يؤذي بعض الخلايا السليمة و القريبة من الخلايا السرطانية الشاذة في الجسم.
- يتسبب في مضاعفات عديدة لا سيما في منطقة الرأس و الثدي منها جفاف و إلتهاب بالفم، تغيرات في حاسة الذوق و الشم.
- أما المضاعفات التي يحدثها في علاج المعدة و الحوض هي :التقيؤ: الإسهال، التشنج.(**هيام رزق،بدونسنة،ص78**).

11-1-3- **العلاج الهرموني(hormonothérapie)**:

إن بعض السرطانات حساسة لهرمون أ لآخر موجود في العضوية الذي ينشط تكاثرها مثل : سرطان الثدي، يعتمد على هرمون الأستروجين و البروجسترون الأنثوي و البروستات يعتمد على هرمون (LHRH) و هرمون (stiboslerone)، و في هذا الحال توصف أدوية ذات أساس

هرموني و هذا يخص المرض في الحالات المتقدمة من المرض.(**A.Yaker, 1988, p358-360**).

من جهة أخرى نجد هرمونات تدعم نمو بعض السرطانات مثل مادة الأدرينالين، وإفرازات الغدة النخامية، ومن بينها هرمون النمو فبذلك يلجأ المعالجون في بعض الحالات إلى الإستئصال الغدي أو تحطيم الغدد بالأشعة (الغدة الكضرية، الغدة النخامية) بشرط أن تعوض إفرازات الغدد بواسطة التداوي الهرموني بعد التغلب على الورم، لذا تعرف العديد من الأورام بالتبعية لهمونات عديدة

11-1-3-1- **مضاعفات العلاج الهرموني**:

- يحدث إضطرابات في عملية التخلص من السوائل.
- يفتح الشهية (**هيام رزق، بدون سنة،ص79**).

هذا العلاج يقوم على استعمال أجسام مضلادة مصنعة موجهة ضد الخلايا السرطانية(**pierre lavalois,2003,p5 35Marie**).

فنجد:

- العلاج المناعي النشيط الخاص (**Immunothérapie.activespécifique**): و المتمثل في حقن خلايا سرطان و مماثلة لنوع السرطان الذي يصاب به المريض و تكون تلك الخلايا المحقونة معطلة بواسطة الأشعة أو مادة الفورمول.
- العلاج المنعي النشيط غير الخاص (**Immunothérapie active non spécifique**): طبقا لمبدأ التطعيم يتم عن طريق تحفيز المناعة بحقن جراثيم مثل البكتيريا(**BBG**).
- العلاج المناعي السلبي (**Immunothérapie passive**):يعكس الطريقة السابقة، بحيث هذه الطريقة لا تجند جسم المريض لصنع المضادات الحيوية للمقاومة و إنما هذه الطريقة تتمثل في حقن مضادات الأجسام حسب المبدأ(**Serothérapie**).
- العلاج المناعي عن طريق التبني(**Immunothérapie adoptive**):

تتمثل في حقن خلايا ذات قدرة مرتفعة مستوردة من شخص أخر سليم و تساهم في الدور الدفاعي بفضل مضاداتها الحيوية.(**A .yaker, 1988, p 360-364**).

11-1-4-1- **مضاعفات العلاج المناعي**:

- يخفف الرغبة في تناول الأغذية.
- يحفز الجهاز المنعي على مواجهة خلايا سرطانية.
- غثيان و تقيؤ.
- نقص بالوزن.
- إسهال.
- آلام العضلات.
- ارتفاع في درجة حرارة الجسم.(هيام رزق، بودن سنة،ص79).

11-2- **العلاج الكيميائي المضاد للسرطان**:

11-2-2- **تعريف العلاج الكيميائي**: عبارة عن مادة هدفها الأساسي يتمثل في إعاقة النمكو السرطاني و هذا بتداخل الأدوية في التركيب الهيولاني(Systèmeprotéique) أين تم توقيف الإنقسام الخلوي.(**J .Chauvergne, B.Hoerri, 2001,192.**).

11-2-2- **أنواع أدوية العلاج الكيميائي**:

توجد حوالي خمسون مادة تمتاز بالقدرة على مكافحة السرطان، و تشترك هذه المواد في ميزة تتمثل في تداخل إثر الانقسام الخلوي (**Mitose**) و تؤثر عليه بإيقافه،غير أن هذه المواد تختلف في آلياتها الفعالة و ذلك حسب المراحل المختلفة و المتتالية في الانقسام الخلوي التي تتدخل فيها حيث أنها تنقسم إلى أصناف تختص العلاج الكيميائي على التصنيف التالي لأدوية المضادة للسرطان و ذلك حسب المعجم الطبي(**Larousse**) .

- الأدوية المضادة للأيضيات(**Les anti métabolites**): تمتاز هذه المواد بقدرتها على إيقاف تخليف الحامض الثنائي الريبي النووي (**ADN**).
- الأدوية المؤثرة على ال (**ADN**) المصطنعة (**Les anti métabolites**): تتمثل مهمة هذه الأدوية في إعاقة تشكيلة البنية العادية (**ADN**) غما التدخل بينهما و بين الأنزيمات التي تدعم بنية ال (**ADN**) إما بتفصيل (**ADN**)إلى فقرات و تفتيتها.(**J-v.Foullezou et P .Pouillart, 1980, p105**).
- الأدوية المضادة للانقسام الخلوي(**Antimitotiques**) تعارض هذه المواد للانقسام الخلوي و تمنعه من الحدوث، و هناك أدوية أخرى.

11-2-3- **الآثار الثانوية للعلاج الكيميائي**:

يؤثر نشاط العقاقير المضاد للسرطان على الخلايا العادية و السرطانية بنفس المبدأ الفعال، غير أن مفعولها يظهر أكثر تأثيرا على الأنسجة السريعة التكاثر هذا ما يفسر نجاحه في القضاء على الخلايا السرطانية بالدرجة الأولى، و تأثيره السلبي على الأنسجة العادية السريعة التكاثر و التي تعاني من اضطراب في وظائفها أثناء التداوي الكيميائي فهذه المعاناة التي تطرأ على تلك الأنسجة ذات الانقسام الخلوي السريع، بالمقارنة مع الأنسجة الأخرى للجسم هي التي تظهر على شكل الآثار الثانوية تتمثل هذه الأنسجة في:

- المخاطية الهضمية Muqueuse.
- النسيج المنتج للدم.(Anne Hartman,2007,p 105. (Follicule. Pileux)

يجدر الذكر أنه لا يوجد أي اختلاف بين الطفل و الراشد فيما يخص الآثار الثانوية التي يحدثها العلاج الكيميائي المضاد للسرطان و المتمثل في التعب، الغثيان،التقيؤ، عدم الرغبة في الأكل، سقوط الشعر، نقص الوزن، تغيرات في حاسة الذوق، التهابات بالحلق، إسهال، إصابة السلالات الخلوية للنخاع العظمي و التي من المحتمل أن ينتج عنها فقر الدم.(هيام رزق،بدون سنة، ص78).

فالعلاج الكيميائي يستهدف جميع خلايا الجسم من أجل إحداث نفس النتائج عليها، أي كف عملية الإنقسام الخلوي، فمن المنطلق أن تنتج عن تمهيل تجديد الأنسجة ذات الإنقسام الخلوي السريع، اضطرابات فيزيولوجية و أيضية في الوظائف التي تضمنها تلك الأنسجة.

- **الأعراض الجانبية للعلاج بالأدوية الكيميائية:**

- **احمرار الوجه:** يحدث في بعض المناطق الحساسة مثل الرقبة و خلف الأذن.
- **تقرح الفم:** يصيب الخلايا الفم بشكل خاص، و التي تتأثر كثيرا بالعلاج.
- **الشعور بالغثيان:** يلازم بعض المرضى بصورة مؤقتة و قد يكون شديدا أو يؤدي إلى القيء و قد يصف الطبيب بعض الجينات التي تساعد على التغلب على هذه الحالة، و في الحالة يشعر أكثر المرضى بعدم الرغبة في تناول الطعام، و قد ينفعهم تناول وجبات صغيرة متعددة يكون الطعام فيها شبه صلب و بارد، و على المريض في هذا الوقت أن يتناول الأغذية الغنية بالفيتامينات و المعادن و البروتينات.
- **الإمساك و الإسهال:** حالتان يصاب بهما بعض المرضى بعد تلقي العلاج بالأدوية الكيميائية، و يمكن التغلب عليها بالغذاء المتوازن أو الأدوية أو الاثنين معا.

- **تساقط الشعر:** عارض جانبي يصيب أغلب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي و سببه أن خلايا الشعر تضعف بشكل كبير في فترة العلاج من تأثير الأدوية، و إذا طال العلاج يمكن أن يسقط الشعر كله و لكن من حسن الحظ أن الشعر سرعان ما ينبت عند انتهاء العلاج.

- **الخصوبة:** تتأثر الخصوبة عند الرجل و المرأة على سواء، لكن التأثير يكون مؤقتا ينتهي بانتهاء دورة العلاج،و تكون الدورة الشهرية غير منتظمة في فترة العلاج عند بعض النساء و قد تتوقف مؤقتا و عند انتهاء العلاج تعود طبيعية، و في بعض الأحيان تتوقف الدورة كليا و هذا يتوقف على سن المريضة، أما الحمل غير محبذ تماما أثناء العلاج.(**لمى محمد سعيد نعمان،1994، ص14-15**).

خلاصة:

من خلال هذا الفصل يمكن أن نقول أن السرطان مرض خبيث لا يعرف سن محددة، بل يصيب كل الفئات العمرية على سواء مما يجعل المصابين به عرضة لخطر الموت و عرضة للعديد من الضغوطات النفسية التي تهدد حياة المريض و تعيق حياة المحيطين به.

الفصل الثالث

المراهقة

تمهيد.

1- تعريف المراهقة.

2- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة.

3- مراحل المراهقة.

4- أشكال المراهقة.

5- حاجات المراهقة الأساسية.

خلاصة.

تمهيد :

يمر الفرد منذ ولادته بعدة مراحل متتابعة و لكل مرحلة مطالبها و تغيراتها الخاصة إذ تتحكم فيها خصائص و عوامل بيولوجية و وراثية و أخرى بيئية و من أهم هذه المراحل مرحلة المراهقة التي وصفت بأنها مرحلة حساسة و حرجة نظرا لما يتخللها من تغيرات جد مهمة في النواحي الفيزيولوجية، الجسمية، النفسية، الاجتماعية، الدينية و المراهقة تتوسط مرحلتي الطفولة المتأخرة و الرشد أين يحاول المراهق التخلص من سلوكات و تفكير ذلك الطفل الصغير الذي مازال بداخله و الوصول إلى مرحلتي البلوغ و النضج لذا فإنه يسعى جاهدا للوصول إلى صفات ذلك الراشد الناضج الذي يكون قادرا على اتخاذ قراراته بنفسه و تحمل المسؤولية و من خلال هذا الفصل ستنطرق إلى مختلف مظاهر النمو لمرحلة المراهقة و إلى مراحلها و أشكالها و مشكلاتها و حاجاتها الأساسية.

1- تعريف المراهقة:

تعد المراهقة من المواضيع التي نالت اهتماما كبيرا لدى الباحثين، ولهذا تطرق العديد منهم إلى تحديد هذا المفهوم و من أهم التعاريف المقدمة لها نجد:

- يعرفها ستانلي هال Stanley HallHall1956على أنها مرحلة من العمر تتميز فيها تصرفات الفرد بالعواطف و الانفعالات الحادة و التوترات العنيفة.(**أحمد محمد الزغبي,2001 ,ص31**).

في هذا التعريف ركز ستانلي هال على الجانب الانفعالي في حياة المراهق و الذي يتميز بالتوترات و الضغوط و الاضطرابات التي يمر بها، فهو الذي وصف المراهقة بأنها أزمة نظرا لصعوبة توافق المراهق مع المواقف الجديدة.

- المراهقة تعني الاقتراب من النضج الجنسي و الانفعالي و العقلي و الاجتماعي، فهي مرحلة انتقالية بين مرحلتي الطفولة و الرشد، تمتد من العقد الثاني من حياة الفرد من 19-13سنة أو قبل ذلك بعامين أو بعد ذلك بعام أو عامين من 20-13 سنة، لذلك تعرف المراهقة باسم المرحلة العشارية، و يعرف المراهقين بالعشاريون نسبة إلى عقود الأرقام لأنها تتحدد بالبلوغ الجنسي و لكن من الصعب تحديدها لغايتها، لأنها تتحدد بالوصول إلى النضج في مظاهر النمو المختلفة. (**عبد الرحمن العيسوي،بدونسنة،ص 45).**

- أما آني فلورين florinAgnes تعتبرها أنها فترة تبدأ بما يسمى بالبلوغ و التي يلاحظ فيها وجود اختلافات بين الأفراد من حيث السن و الزمن فهي فترة يصعب تحديدها لدى كلا الجنسين.(**Jean Ph,2002, (p11**

- كما يعرفها عصام نور على أنها فترة يمر بها الفرد، تبدأ من نهاية الطفولة المتأخرة و تنتهي بابتداء مرحلة النضج أو الرشد، و تمتد ما بين سن الثانية عشر أو الثالثة عشر إلى حوالي سن العشرين (20-13 سنة) أو الواحد و العشرين و المراهقة أما تكون فترة قصيرة أو طويلة و طولها أو قصرها يختلف باختلاف الأسرة و المجتمع و باختلاف المستوى الاقتصادي و الحضاري، و نلاحظ قصر فترة المراهقة في المجتمعات البدائية، حيث ينضج الطفل بسرعة حتى تكاد تتعلم فترة المراهقة بالنسبة له في حسن تطور فترة المراهقة في المجتمعات الغربية الحديثة.(**عصام نور سيرية,2002 ,ص 117).**

- و من خلال هذه التعاريف يمكن أن نستخلص أن فترة المراهقة فترة وسيطة بين الطفولة و سن الرشد و هي تشمل على تغيرات نفسية و جسدية متباينة، كما أنها هي المرحلة الأساسية في تكوين شخصية الفرد و ذلك من تحمل مسؤولياته و تدبر أمره في شتى مجالات الحياة.

2- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة:

تتميز مرحلة المراهقة بتغيرات عديدة تمس جميع الجوانب و تتمثل في التغيرات الجسمية، الانفعالية، العقلية، الاجتماعية...إلخ، سنحاول فيما يلي التطرق إلى مختلف هذه المظاهر:

1. النمو الجسمي:

يقصد به النمو في الأبعاد الخارجية للفرد كالطول و الوزن و الحجم و تغيرات في الوجه و المظاهر الخارجية المختلفة، و بالتالي فالنمو الجسمي هو كل ما يمكن قياسه مباشرة في جسم الإنسان.(**الأعظمي سعيد,2008, ص 119).**

يزداد النمو الجسمي في هذه المرحلة بصورة سريعة من حيث الطول، الوزن و نسب الجسم كما تتضح الفروق بين الجنسين في النمو الجسمي فنسبة للطول يزيد و يتسع الكتفان و محيط الصدر، و يبدو طول الساقين و الجذع كما تتأكد القوة العضلية، أما الوزن يزداد بسرعة مع نمو العظام و العضلات بالإضافة إلى الدهون التي لم تعد المصدر الوحيد للزيادة في الوزن.

الفرق بين الجنسين في النمو الجسمي: هناك فروق بين الذكور و الإناث في شكل الجسم فحجم المراهق أكبر من حجم المراهقة، حيث يزداد حجم العظام و تكثر أنسجة العضلات و تتسع الأكتاف بالإضافة إلى زيادة نمو القلب و الرئتين و زيادة ضغط الدم و بهذا يكون الذكر أقوى من الأنثى.

أما المراهقة فتتميز باتساع الحوض تمهيدا للحمل و الرضاعة كما تسبق المراهق في النمو العظمي في بداية الأمر و سرعان ما يلحق المراهقون بهن و يفوقهن في ذلك و مع التقدم في البلوغ يقل التشابه بين المراهقين و المراهقات من حيث المظهر، أما الخصائص المشتركة بين الجنسين فتتمثل في ظهور شعر العانة و شعر الإبط و ظهور حب الشباب في قطاع كبير من المراهقين مما يتسبب في قلق المراهقين و أسرهم.(**أمل محمد حسونة,2004, ص 183-184).**

2. النمو الفيزيولوجي و البيولوجي:

فهو مجموعة من العمليات الفيزيولوجية و البيولوجية التي تحدث على مستوى الجسم و الذي يشمل الجانب الوظيفي و يشمل أساس هذا النوع يتحول فيها الفرد من كائن لا جنسي، قادر أن يحافظ على نوعه و استمرار سلالته.**(خليل ميخائيل عوض,1994, ص 332).**

3. النمو الجنسي:

زيادة إلى التغيرات التي تختص بها المراهقة، توجد تغيرات أخرى مرتبطة بتطور الخلايا التناسلية و من بين العلامات المميزة لها ظهور الشعر على العانة وفتحت الإبطين،و نجد ظهور الخصيتين عند الذكور و طول العضو التناسلي، إفراز الحيوانات المنوية، أما عند الإناث فنجد الثديين و ظهور العادة الشهرية.**(روبرت واطسن,2004,ص 589).**

كما أشار Jersiledإن المراهق بلغ كامل نضجه الجنسي و يستطيع أداء وظيفته الجنسية.

من خلال هذا التغيير يكتشف المراهق الفروق بين الجنسين و يتعرف على الأعضاء التناسلية و السلوك الجنسي.**(صلاح الدين العمرية,2005,ص 228).**

4. النمو الحركي:

يتأخر نمو الجهاز العضلي عن نمو الجهاز الهضمي بمقدار سنة تقريبا و يسبب ذلك المراهق تعبا و إرهاقا و لو دون عمل دون جهد، و ذلك لتوتر عضلاته و انكماشها مع النمو السريع للعظام،كما أن سرعة النمو في الفترة الأولى من المراهقة تجعل حركاته غير دقيقة و يميل إلى الكسل و الخمول و التراخي حتى يتسنى له إعادة تنظيم حركاته بما يلائم هذا التغيير،أما بعد الخامسة عشر فتصبح حركات المراهق أكثر توافقا و انسجاما و يأخذ نشاطه بالزيادة و يصبح نشاط بناء يرمي إلى تحقيق هدف معين على العكس من النشاط الزائد غير الموجه الذي يقوم به الأطفال في المدرسة الابتدائية.**(فؤاد البهي,1975,ص 274).**

5. النمو العقلي المعرفي:

تتميز هذه فترة المراهقة بنمو القدرات العقلية و نضجها و لقد سبق و أن أشرنا إلى أن النمو الحركي للطفل يسير من العام إلى الخاص و ينطبق هذا المبدأ على النمو العقلي فتسير الحياة العقلية من البسيط إلى المعقد أي من مجرد الإدراك الحسي و الحركي إلى إدراك العلاقات المعقدة و المعاني المجردة ففي مرحلة المراهقة ينمو الذكاء العام و يسمى القدرة العقلية العامة و كذلك تتضح الاستعدادات و القدرات الخاصة، و تزداد قدرة المراهق على القيام بكثير من العمليات العليا كالتفكير و التذكر و التخيل و التعلم، من أبرز خصائص النشاط العقلي في فترة المراهقة أنه يأخذ في التركيز حول نوع معين من اهتمامه و من خصائص هذه الفترة نمو قدرة المراهق على الانتباه و التعلم و التذكر، فبعد ما كان التذكر آليا يقوم على أساس الفهم و إدراك العلاقات القائمة بين عناصر الموضوع الذي يتذكره و يتحول خيال المراهق من الخيال المحسوس إلى الخيال المجرد.**(عبد الرحمان العيسوي,2005, ص 40).**

6. النمو النفسي:

من أبرز مظاهر النمو النفسي في فترة المراهقة رغبة المراهق في الاستقلال عن الأسرة و ميله نحو الاعتماد عاى نفسه، فنتيجة للتغيرات الجسمية التي تطرأ على المراهق لم يعد طفلا قاصرا كما أنه لا يجب أن يحاسب على كل صغيرة و كبيرة،كما يلاحظ عليه ابتعاده عن التصرفات الصبيانية التي يراها بأنها لم تعد تناسبه فيكبر تحديده لعالم الكبار فيتطفل لمعرفة المجهول و يجتهد لإقناع بأن آرائه صالحة و اختياراته صائبة.

يواجه المراهق في هذه الفترة كثيرا من عمليات التوافق المثالية التي عادة ما تكون صعبة مثل التغيرات الفيزيولوجية و النمو الجسمي السريع و النضج الجنسي و الاضطرابات ذات العلاقة بزيادة الهرمون الحسية مما يؤدي إلى مجموعة من المشاكل ذات قوى متعارضة حيث تتعارض النزعات الفطرية ضد عوامل الكبث بسبب الرغبة في تحقيق المتعة.**(عبد الرحمان العيسوي,2005,ص 41).**

7. النمو الانفعالي:

يبدأ النمو الانفعالي بالتطور مع نمو الفرد بحيث يظهر اختلافا واضحا بين انفعالات الطفولة و انفعالات المراهقة، إذ كثيرا ما تميل انفعالات المراهق إلى الظهور على شكل هيجانات، و يتأثر النمو الانفعالي للمراهق بالجو الأسري و المحيطي خاصة مع العائلة، حيث كثير ما يتردد في التعبير عن انفعالاته فيكتمها حفاظا على مكانته الاجتماعية،و من أبرز مظاهر النمو الانفعالي ما يلي:

- **الخوف:** تتعدد مخاوف المراهق لتعدد المشاكل التي يعاني منها حيث كثيرا ما يخاف ما هو متوقع، و ظهور عدة مخاوف لاتصالهم بالجنس الآخر، كذلك المخاوف التي تتعلق بالمحيط المدرسي و خوفهم من الجو السائد أثناء تعاملهم مع المدرسين، فالمراهق كثيرا ما يلجأ إلى التعبير عن إنفعالاته بما يتفق العادات و التقاليد الاجتماعية أو كتبتها.

- **القلق:** أغلب التعريفات تشير إلى أن المراهقة فترة تحولات، أزمات، و قلق، و لاحظ جيرسيلد1951Girsild أن المراهقة الناشئة عند قيامهم بعملية التقييم الذاتي، و تقييم الآخرين يعتمدون على التجربة الانفعالية و انعكاساتها و دورها في حياة الفرد عموما، و على السمات ذات الطبيعة الانفعالية في الشخصية بصورة خاصة.

- **الحب و التعاطف:** هي سمة أساسية للنمو الانفعالي للمراهق، و الرغبة في العطف على الآخرين و كسب عطفهم، حيث أكد فولد فارب 1943Voldvarb على ضرورة الأخذ و العطاء العاطفي لتحقيق الاستمرار العاطفي في حياة المراهق.

- **الاندفاع و العنف:** يبدو في التحرر، و السلوك الاجتماعي المثبط و السيطرة و العنف، كما يبدو في الصفات المميزة الرجولة و النشاطات العنيفة.**(أمل محمد حسونة,2004,ص 187-188).**

8. النمو الأخلاقي:

المراهق في هذه الفترة يجب أن يتبع معتقداته الأخلاقية التي اكتسبها فيما مضى و ما مر به من خبرات و ما تلقاه من معايير السلوك الأخلاقي، و يقف المراهق موقف نقد اتجاه السلوك و في بعض الأحيان نجد تناقض بين السلوك الأخلاقي و المثالي و ربما هذا راجع أحيانا إلى معادلة لسلطة الكبار و ضيقه منها و محاولته لتحقيق استقلاله نقص مستوى نضجه الاجتماعي و العقلي، و قد يتأثر سلوك بعض المراهقين بسلوك أقران السوء حيث يكتسب منهم السلوك الأخلاقي و العادات السلوكية القبيحة، و لكن بالنمو يزداد تهذيب السلوك الأخلاقي و تطابقه مع المعايير الأخلاقية، لا شك أن الأخلاق المستمدة من الدين تنظم سلوك الفرد و الجماعة و تنمي ضميرهم، إذا أن تعلم ضبط الدافع الجنسي المتدفق في المراهقة يمثل أكبر المشكلات المراهقين و يجب أن تحكمه التعاليم الدينية و معايير القيم الاجتماعية.**(عبد الرحمن العيسوي,2005,ص46).**

9. النمو الديني:

في هذه المرحلة يميز حياة المراهق الشك و الارتياب في القيم الدينية السائدة و مصدر هذا الشك رغبة المراهق في التمرد على السلطة الدينية و المجتمع، لأنه يريد أن يبني بنفسه قيم و معايير شخصية التي تقوم على أساس قناعته هو لا على أساس التلقين من الغير سواء كان الاتجاه نحو الدين موجبا أو سالبا، فالدين يعتبر قوة دافعة خلال المراهقة خاصة مع فترة النمو في هذه المرحلة أين يحدث تطور و تغير و نمو الشعور الديني،إعادة تقييم القيم الدينية. **(عبد الرحمن العيسوي,2005,ص46).**

10. النمو الاجتماعي:

يتأثر النمو الاجتماعي للمراهق بالبيئة الاجتماعية و الأسرية التي يعيش فيها فتؤثر كل من الثقافة و التقاليد و العادات و الميول في المراهقة،و يوجه سلوكه و يجعل عملية تكيفه مع نفسه و مع المحيطين به عملية سهلة أو صعبة، و من أبرز المظاهر نجد أن المراهق يسعى إلى الاستقلال عن الأسرة و الاعتماد على نفسه يعتبر نفسه كبيرا بسبب المظاهر الجسمية التي تظهر عليه و يبحث عن نموذج يتقيد به دون قيود الأسرة و يميل إلى اختيار الأصدقاء من الجنسين و الميل إلى الزعامة و القيادة،التفاعل الاجتماعي بين المراهقين، نمو اتجاهاتهم التي تربط بخبراتهم و الطبقة الاجتماعية التي ينتمون إليها.(عبد الرحمان العيسوي ,2005,ص 349).

3- مراحل المراهقة:

هناك اتفاق على أن مرحلة المراهقة لا تحدث فجأة و بلا موعد و لكنها عادة ما تكون مسبوقة بعملية البلوغ التي تمهد لها و المراحل التالية لكن التقسيم الأكثر شيوعا لمراحل المراهقة هو كالتالي:

- **مرحلة المراهقة المبكرة:**

و هي تمتد ما بين 12 و 14 سنة و خلال هذه المرحلة يتضاءل السلوك الطفلي، و تبدأ علامات النضج في الظهور و اكتمال وظائفها عند الذكر و الأنثى، و في بداية مرحلة المراهقة تحدث تغيرات كثيرة على المراهق حيث تبدأ المظاهر الجسمية و الفيزيولوجية و العقلية و الانفعالية و الاجتماعية المميزة للمراهق في الظهور، و لا شك أن من أبرز مظاهر النمو في هذه المرحلة النمو الجنسي حيث تبدأ في هذه الغدد الجنسية في القيام بوظائفها.**(خليل ميخائيل معوض,1994,ص 25).**

- **مرحلة المراهقة الوسطى:**

تبدأ مرحلة المراهقة المتوسطة من 15 إلى 17 سنة و تتميز هذه المرحلة بالهدوء و الاستقرار و تقبل الحياة بكل ما فيها من اختلافات حيث تتوفر لدى المراهق طاقة هائلة و قدرة على العمل و إقامة علاقات متبادلة مع الآخرين و إيجاد نوع من التوازن مع المحيط الخارجي دون الاعتماد كثيرا على الأصحاب و الأقارب و يبدأ في الاستقلال عنهم والنظر إلى نفسه كإنسان مستقل يشعر باستقلاليه، و من أهم سمات هذه الفترة تطور النمو الاجتماعي بشكل ملفت للنظر و يظهر في:

- الشعور بالمسؤولية.
- الميل إلى مساعدة الآخرين و تقديم العون لهم.
- الاهتمام بالجنس الآخر و يبدو عل شكل ميل و اهتمام بتكوين صدقات.
- اختيار الأصدقاء من بين الأفراد الذين يميل المراهق إلى إقامة روابط معهم.
- الميل إلى الزعامة.
- وضوح الاتجاهات و الميول لدى المراهق.**(خليل ميخائيل معوض, 1994, ص57-356).**

- **مرحلة المراهقة المتأخرة:**

تعتبر هذه المرحلة آخر مراحل فترة المراهقة و التي تتراوح ما بين 18 و 21 سنة حيث ينتقل الفرد إلى الدراسة أو الكليات أو الجامعات.**(صالح محمد علي أبو جادو, 2007,ص45).**

و يطلق على هذه المرحلة ما بعد البلوغ حيث يمكن للفرد أداء وظائفه الجنسية بشكل كامل و تكتمل الوظائف العضوية وتنضج الأعضاء التناسلية، و قد لا يتمكن المراهق من إشباع ميوله الجنسية بطرق طبيعية مباشرة إلا عن طريق الزواج، فيلجأ إلى العادة السرية و قد يفرط في ممارستها فتنعكس عليه على شكل مشاعر الذنب.

و يتميز سلوك المراهق في هذه المرحلة بالتوافق مع المجتمع الذي يعيش فيه و الابتعاد عن العزلة و الانخراط في النشاطات الاجتماعية.**(أحمد محمد الزغبي, 2001 ,ص 322).**

و من خلالها يسعى المراهق إلى توحيد جهوده من أجل إقامة وحدة متآلفة من مجموع أجزائه و مكونات شخصيته و لم شتاته و نظمه المبعثرة، و تتميز هذه المرحلة بالشعور بالقوة و الاستقلال و بوضوح الهوية و الالتزام.**(رمضان محمد القذافي,2000,ص 358)**.

4- أشكال المراهقة:

استخلص صموئيل مغاريوس 1957 من خلال الدراسة التي قام بها أشكال عامة للمراهقة تتمثل في:

أ. المراهقة المتوافقة:

تتسم بالهدوء النسبي و الاعتدال و الميل إلى الاستقرار، و الإشباع المتزن و تكامل الاتجاهات و الاتزان العاطفي، و الخلو من العنف و التوترات الانفعالية الحادة، و التوافق مع الوالدين و الأسرة، و بالتوافق الاجتماعي و الرضى عن النفس، و توافر الخبرات في حياة المراهق،و الاعتدال في الخيالات و أحلام اليقظة، و عدم المعاناة من الشكوك الدينية.**(حامد عبد السلام زهران,2005,ص 446).**

ب. المراهقة الانسحابية المنطوية:

تمتاز بالانطواء و الاكتئاب و العزلة و السلبية التردد و الخجل الشعور بالنقص، و نقص المجالات الخارجية و الاقتصار على أنواع النشاط الإنطوائي و كتابة المذكرات التي يدور معظمها حول الاتصالات و النقد و التفكير المتمركز حول الذات و مشكلات الحياة و نقد النظم الاجتماعية، و محاولة النجاح الدراسي و الاستغراق في أحلام اليقظة التي تدور حول موضوعات الحرمان و الحاجات الغير المشبعة، و الإسراف في الجنسية الذاتية، و الاتجاه إلى النزعة الدينية المتطرفة، بحثا عن الراحة النفسية و الخلاص من مشاعر الذنب.**(حامد عبد السلام زهران, 2005,ص 447).**

ت. المراهقة العدوانية المتمردة:

من سماتها العامة التمرد و الثورة ضد الأسرة و المدرسة و السلطة عموما، و الانحرافات الجنسية و العدوان على الإخوة و الزملاء، و العناد بقصد الانتقام خاصة من الوالدين و تحطيم أدوات المنزل، و الإسراف الشديد

في الإنفاق، و التعلق الزائد بروايات المغامرة، و الحملات ضد رجال الدين و إعلان الإلحاد و الشكوك الدينية و الشعور بالظلم و نقص التقدير، و الاستغراق في أحلام اليقظة،و التخلف الدراسي.**(حامد عبد السلام زهران,2005,ص 448).**

ث. المراهقة المنحرفة:

تتميز بالانحلال الخلقي التام، و الانهيار النفسي الشامل، و الجناح و السلوك المضاد للمجتمع، و الانحرافات الجنسية، و سوء الأخلاق و الفوضى و الاستهتار، و بلوغ الذروة في سوء التوافق، و البعد عن المعايير الاجتماعية في السلوك، و من العوامل المؤثرة فيها:

- الصحبة المنحرفة.
- النقص الجسمي أو الضعف البدني و الشعور بالنقص و الفشل الدراسي.
- سوء الحالة الاقتصادية للأسرة.
- العوامل العصبية الاستعدادية أو الاختلال في التكوين الغدي.**(حامد عبد السلام زهران,2005,ص 448).**

من خلال تعرضنا لأشكال المراهقة نتوصل إلى أنها تختلف من فرد إلى آخر، و هذا حسب البيئة الاجتماعية للمراهق و حسب نشئته، كما تختلف باختلاف الأنماط الحضارية التي يتربى فيها، كما يتأثر بالخبرات السابقة التي مر بها في مرحلة الطفولة فلكل مرحلة خصائصها التي تميزها عن الأخرى، فمثلا المراهقة المتوافقة تتميز بالتوافق و الاتزان،في حين تتميز المراهقة الانسحابية بالعزلة و الانطواء عن النفس و الشعور بالحزن و الخجل...إلخ.

أما المراهقة العدوانية تعتبر أخطر الأنواع كونها تتميز بالعدوان و العنف اتجاه الذات و الآخرين و تأتي المراهقة المنحرفة التي لا تقل خطورة تتميز بالانحلال الخلقي.

5- حاجات المراهقة:

يصاحب التغيرات التي تحدث مع البلوغ، تغيرات في حاجات و متطلبات المراهق و هذا شيء طبيعي لأنه بحاجة إلى متطلبات أعقد مما كانت عليه في مرحلة الطفولة و نذكر منها:

- **الحاجة إلى الانتماء:**

يشعر المراهق بعدم الأمن عندما يحدث عنده تعارض بين الحاجات، فرغبته في الاستقلال مثلا تتعارض مع حاجته إلى الاعتماد على الأبوين و الأسرة، و هذا ما يؤدي إلى ظهور دوافع جديدة لديه مثل الحاجة إلى

الانتماء التي تعني وجود من ينتمي إليه و يعتز به و يفتخر بنسبه إليه، إذا أنه عن طريق هذه الحاجة يمكن له أن يتعلم الولاء للوطن، الأسرة و الجماعة و الأقران و يعبر عنها باستخدامه للضمير "نحن" مشيرا إلى الجماعة التي ينتمي إليها و هذه الحاجة تكون هامة خلال فترة المراهقة، كما تعد ضرورة اجتماعية للمراهق.**(أحمد محمد الزغبي,2001,ص 393).**

- **الحاجة إلى الاستقلال:**

يحتاج المراهق في هذه المرحلة إلى الاستقلال العاطفي و المادي، و الاعتماد على النفس في اتخاذ القرارات التي تتعلق به فالمراهق نتيجة اتساع عالمه و خبراته و تجاربه و تعدد أصدقائه، و تنوع أعماله التي يمارسها داخل المنزل و خارجه يستطيع تحقيق هذا الاستقلال.

- **الحاجة إلى ضبط الذات:**

يسبب النضج الجسمي و الجنسي السريع لدى المراهق كثيرا من الاضطرابات و الارتباط في المعاملة خاصة مع الجنس الآخر،و ذلك بسبب ضبط سلوكه و قد يميل إلى العزلة و الانطواء، من جهة أخرى يشعر المراهق أنه ناضج كالكبار و لذلك ينبغي أن يسلك مثلهم حتى يؤكد لنفسه و للآخرين مثل هذا الشعور و هذا ما يؤدي إلى زيادة قدرته في ضبط سلوكه و إقامة علاقات أكثر نضجا مع الجنس الآخر بشكل خاص، و مع الكبار بشكل عام.

- **الحاجة إلى تكوين الصدقات:**

إن جميع الظروف المحيطة بالمراهق تؤكد حاجته للانتماء إلى جماعة أخرى، إذ يستطيع أن يتقاسم معهم مشاكله و أفكاره و مخاوفه و اهتماماته الشخصية، و كذا اكتساب مهارات جديدة، إذ أن الصداقة توسع الخبرة التي يحتاجها المراهق بطريقة لا تساعد عليها في الغالب العلاقات الأسرية، فهي تعرض الفرد أنماط جديدة من السلوك، كما أنها قد تكتسبه أو تغير فيه طريقة حياته و تنمية القيم و المبادئ فيجد الفرد متعة في عمله مع الجماعة.**(أحمد محمد الزغبي,2001,ص 394).**

- **الحاجة إلى التقبل الاجتماعي:**

بعد شعور المراهق بتقبل الوالدين له في الأسرة و بتقبله في المدرسة، و المجتمع و التي تعد كلها من عوامل نجاحه، أما شعوره بالنبذ و الكراهية من هذه المؤسسات الاجتماعية يعد من أهم أسباب فشله و يذكر "هارتوب" Hartup.1970 عدة عوامل تحدد شخصية المراهق و تساعد في تقبله الاجتماعي منها الجاذبية الجسمية و الحيوية، روح المرح و الدعابة، و التسامح و محبة الآخرين، و يرى كايزلرKayzler1961 أن

المراهقين عادة ما يحبون الأقران الذين يشعرونهم بالتقبل و الانتماء، و الذين يعملون على تنشيط و زيادة التفاعل فيما بين أعضاء الجماعة.

- **الحاجة الجنسية:**

يهتم المراهق في هذه المرحلة بأعضاء الجنس الآخر، بعدما كان يهتم بأعضائه عندما كان طفلا، فقد دلت دراسات كنزيKenziعلى أن فترة المراهقة عند المراهقين من جنس الذكور هي فترة الرغبات الجنسية، و قد ثبتت الدراسة عن ما يزيد من 95 %بالمائة من المراهقين الذكور هم فعالين جنسيا حتى يبلغون 15سنة من العمر، فالمراهق بحاجة إلى مساعدة في هذه المرحلة و ذلك بتحويل هذه القوة الجنسية إلى نشاط معين كالرياضة.**(أحمد محمد الزغبي,2001,ص 395).**

- **الحاجة إلى المعرفة:**

يحتاج إلى أن يعرف كل شيء أن يسيطر على الأشياء،بين يديه و يتفحصها و كثيرا ما يتطلع إلى الأشياء بعينه و يتبعها.

يشعر المراهق بالقلق، و عدم الراحة، و الاكتئاب، و ذلك بسبب الصراعات التي تنشأ من جراء التفاوت بين قدرته الجسمية الواقعية و بين الصورة المثالية لما كان يحب أن تكون عليه تلك القدرات.**(سامي محمد ملحم,2004,ص 384).**

خلاصة:

نستخلص من كل ما سبق أن المراهقة مرحلة عمرية مهمة جداً في حياة الفرد، و يجب التهيؤ لها لأنها تصاحبها تغيرات من جميع نواحي الجسم و خاصة التغيرات الإنفعالية الحادة التي تجعل المراهق قلقاً و حائراً أمام هذه التغيرات التي تطرأ له،لذا فهو بحاجة إلى من يفهمه و يحقق له أكبر قدر من التكيف لأن في هذه المرحلة يصل إلى إدراك واضح لذاته التي يقيمها انطلاقا من الاتجاهات التي يكونها هو نحو نفسه و بشكل أخص اتجاهات الأشخاص آخرين نحوه.

الفصل الرابع

الألم

الألـــــم:

تمهيد

1- تعريف الألم

2- أنواع الألـم و مسبباته

3- تشخيص و تقييم الألـم

4- معالجة الألـم

5- علاجات دوائية

6- مسكنات الألـم و المركبات غير الأفيونية

7- العقاقير المخدرة و مشتقات الأفيون

8- المسكنات المساعدة

9- معايرة الجرعات و طرق التناول

10- التأثيرات الجانبية لعقاقير معالجة الألـم

تمهيد:

منذ بداية الإنسان في كل زمان و مكان يعاني من شيء اسمه الألم أحيانا يكون الألم نفسيا و أحيانا أخرى عضويا و في كلتا الحالتين يعاني الإنسان و قد تزداد هذه المعانات لتصل إلى ما فوق الاحتمال، الألم ليس مرض في حد ذاته و لكنه تنبيه لاعتلال جزء من أعضاء الجسم يصاحب العديد من الأمراض هناك ألام شديدة الصعوبة من بينها آلام مريض السرطان.

1- تعريف الألم:

عرفه فوزي(2006) بأنه ذلك الشعور الحسي و النفسي غير المستحب، الذي يصاحب إصابة أنسجة الجسم ،أو التعبير عن الإصابة التي تؤثر على المريض (المجلة الجامعية العدد 16 المجلد الثاني ابريل 2014).

وعرفه أيضا هو تجربة حسية مزعجة مترافقة بأذية نسيجية حقيقية أو محتملة أو توصف بألفاظ تعبر عن هذه الأذية بألم حاد أو مزمن كيف تسيطر على آلامك المزمنة (ماهر فوزي، الألم أسبابه و كيف تتخلص منه؟ القاهرة، دار الهلال،2006،ص 06).

1-2- أنواع الألـم و مسبباته:

يتم تصنيف الألـم حسب شدته و حسب موضعه بالجسم، فمن حيث الشدة يُصنف إلى نوعين : الحاد، و المزمن أو المتواصل، فالألـم الحاد يأتي عادة على هيئة موجات أو نوبات حادة، و يستمر لوقت قصير نسبيا، و يُعد دلالة على تأذي و تضرر بعض أنسجة و أعضاء الجسم بطريقة ما، و يتوقف عادة عند تعافي هذه الأنسجة، بينما يستمر النوع المزمن لفترات متطاولة إلى حد ما، و يكون معتدلا في اغلب الأحوال و قد يتفاقم إلى الحاد.

أما من حيث موضعه بالجسم فيُصنف الألـم إلى ثلاثة أنواع :

• باطني (Visceral) : و يتعلق بالأعضاء الحيوية، حيث من المتعذر في أغلب الأحوال التحديد الدقيق للألم الناتج عن تأذي أنسجة عضو حيوي باطني، مثل الكبد، أو تعيين موضعه بالضبط، و يصفه المرضى عادة بالرجفة أو بالتشنج أو الأكلان أو الألـم النابض أو الموجع أو الحاد أو بالقاضم.

• جسدي (Somatic) : أو هيكلي و يرتبط عادة بالعظام و العضلات، و يتركز في موضع محدد، و يصفه المرضى عادة بالألـم النابض، أو الحاد أو الضاغط، و يصفه البعض بالوجع أو الطعن أو النخز أو الشبيه بالحرقة.

• عصبي (Neuropathic) : و هو مرتبط بالأعصاب، حيث ينتج عن تأذي الأعصاب أو ضغط كتلة الورم عليها، و تضرر البُنية العصبية للجهاز العصبي المركزي، أو لعصب ما بالجملة العصبية الطرفية، و يوصف عادة بالألـم الحاد أو القاطع أو الشبيه بالحرقة أو النخز.

و ينجم الألـم عن أسباب متعددة و مختلفة، من أهمها بطبيعة الحال السرطان نفسه و تأثيراته و مضاعفاته، إضافة إلى تأثيرات علاجاته المختلفة، و يعتمد نمطه على نوع الورم و مرحلته و مواضعه و مدى انتقاله من موضعه الأصلي، و يمكن تلخيص هذه الأسباب في النقاط التالية :

• وجود نسيج ورمي مستمر في التضخم، أو ورم يؤثر و يضغط على الأنسجة الرخوة أو الأعضاء الحيوية المجاورة أو الأعصاب أو العظام.

• وجود ورم يقوم بسدّ الأوعية الدموية، مما يعيق تدفق الدم.

• وجود انسداد بأحد الأعضاء الحيوية، أو بمجرى أو قناة بأي موضع بالجسم.

• انتقال السرطان إلى مواضع أخرى غير موضع نشأته الأصلي.

• وجود عدوى أو التهابات.

• التأثيرات الجانبية للعلاجات.

• وهن و تصلب الأعضاء نتيجة لانخفاض النشاط الجسدي.

• ردود الفعل النفسية تجاه المرض، مثل الاكتئاب أو القلق أو التوتر العصبي.

و بطبيعة الحال و مثل أي طفل عادي، قد يعاني الطفل المريض بالسرطان من آلام ليست مرتبطة بالسرطان، مثل آلام الأسنان أو الصداع أو الإجهاد العضلي، الأمر الذي يستلزم تحديد نوع الألـم بأكبر دقة ممكنة، للتمكن من معالجته بفاعلية، نظراً لاختلاف طرق المعالجة باختلاف نوع الألـم.

1-3- تشخيص و تقييم الألم:

إن الألـم من حيث كونه شعور خاص بالمريض نفسه، لا يمكن تقييمه من أي شخص آخر، و كل مريض يشعر بالألـم بطريقة تختلف عن غيره، و يصفه بتعابيره الخاصة، (و التي قد تكون مربكة و محيرة في بعض الأحيان)، و من هنا ينبغي على الأهل إيجاد وسيلة تفاهم مع الطفل المريض بالسرطان، حسب عمره و نموه الإدراكي و خصوصا إن كان بعمر يقل عن أربع سنوات، بُغية استخلاص المعلومات الكافية حول الألـم، ليتم تقصي وجوده و تقييمه و تحديد مختلف جوانبه، و من

المهم مراقبة سلوكيات الطفل لمعرفة طريقته في التعبير عن شعوره بالألـم، مثل تعبيرات الوجه و طريقة البكـاء، إضافة إلى تقصّي التغيرات السلوكيـة، مثل الحـزن و العزلة و الخمول أو انخفاض النشاط، و التي تعني بدورها أن الطفل يتألم، و لوحظ أن الأطفال في بعض الأحيان قد يشعرون بالألـم دون أن يفصحوا عن ذلك، سواء لعدم مقدرتهم أو لخوفهم و ارتباكهم، مما يستدعي ضرورة طمأنتهم و إيجاد السبل الملائمة لمحاورتهم.

و ينبغي للمباشرة بوضع خطة لإدارة الألـم، جمع أكثر ما يمكن من معلومات حوله لتقييم الحالة و بطبيعة الحال يتم تقصي الوضع باستخلاص المعلومات من المريض، و عبر الفحص الجسدي السريري.

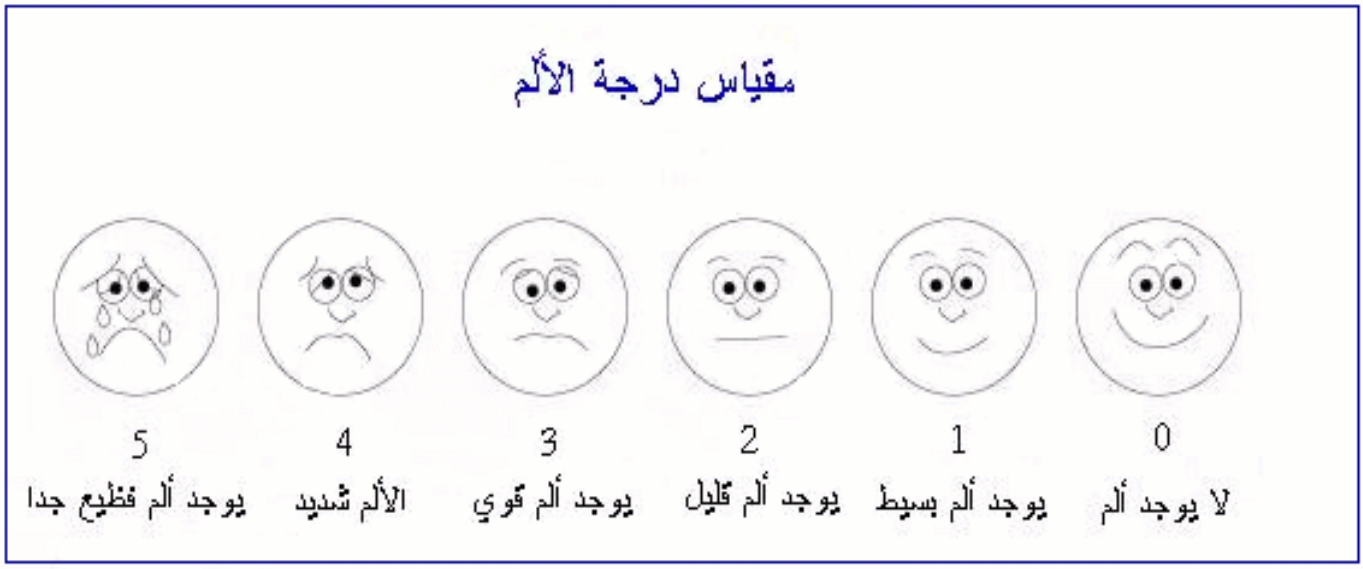
و يمكن تقييم الألـم من خلال إيجاد إجابات عن الأسئلة التالية بأكبر قدر من الدقة و التحديد:

- ما مدى شدة الألـم و حدته ؟
- أين موضع الألـم، و ما مدى انتقاله إلى مواضع أخرى ؟
- ما نوع الألـم من حيث موضعه، هل هو جسدي أم باطني أو عصبي ؟
- مواعيد ظهور الألـم و متى بدأ.
- ما هي فترة استمرار الألـم، و ما مدى التغيرات في وتيرته خلال ساعات النهار أو الليل ؟
- ما هي العوامل التي تزيد من حدته أو تقلل منها، أي ما يجعله يتحسن أو يسوء، مثل تغيير وضعية الجسم أو الجلوس أو المشي ؟
- هل نتج الألـم عن السرطان أم عن العلاجات أم عن أسباب أخرى ؟
- هل توجد تأثيرات جانبية للعلاجات ؟

و من المعتاد إجراء الفحوصات الجسدية المختلفة، عقب استيفاء البيانات اللازمة حول الألـم، و قد يتم إجراء بعض الاختبارات التصويرية و خصوصا الأشعات السينية، و تحاليل الدم عند الحاجة، فمثلا يتم التصوير بالأشعة إن كان الألـم بالعظام، لتحديد مدى وجود كسور أو شروخ.

و من الطرق المفيدة بدرجة كبيرة لتقييم الألـم لدى الأطفال المرضى، استعمال مقاييس تقريبية لوصف حدته، مثل استخدام مقياس رقمي مدرج، يبدأ من الصفر و حتى الرقم خمسة أو الرقم عشرة، حيث يدلّ كل رقم على درجة ألم تزيد عن سابقه، و يُطلب من الطفل تحديد شدة الألـم الذي يشعر به، حيث الصفر يعني عدم وجود ألم، و الرقم الأخير يعني اشد الم يمكن تخيله، كما يمكن الاستعانة بمقياس يحتوي على

رسومات للوجه بتعابير مختلفة تمثل درجات مختلفة للألم، (مثل الرسم أدناه) تبدأ برسم لوجه مبتسم مما يعني عدم وجود الم، ثم رسم لوجه يتألم قليلا مما يعني بداية الألـم، ثم رسم لوجه يتألم أكثر من سابقه، و هكذا إلى رسم لوجه باك مما يعني وجود الم شديد، و يطلب من الطفل الاختيار من بينها ليصف مقدار الألـم، و هي طريقة مفيدة للتعامل مع الأطفال بالسن ما دون الأربع سنوات.



الشكل رقم(20): رسم توضيحي لدرجة الألم

www.google/image.com

حول معـالجة الألـم

يتم وضع الخطة الخاصة بمعالجة الألـم المرتبط بالسرطان لدى كل مريض بناءا على عدة عوامل، مثل عمره، و حالته الصحية بشكل عام و تاريخه الطبي أي السوابق المرضية و العلاجية، و نوع الورم، و مرحلته و مدى انتقاله من موضع نشأته الأصلي.

و ثمة وسائل متعددة لمعالجة الألـم، بما في ذلك بطبيعة الحال معالجة السرطان نفسه كمسبب أساسي للألم بعلاجات الأورام المختلفة، و تتراوح الوسائل العلاجية بين استخدام الأدوية المسكنة للألم و المخدرة كخط علاج أساسي، إضافة إلى علاجات لا تعتمد على الأدوية، مثل العلاج الطبيعي، و تقنيات التفكير الموجه و أساليب الإلهاء و تشتيت التفكير، و تقنيات الاسترخاء و التخيل، التي قد تفيد عند الأطفال بسن ما فوق الثامنة و المراهقين.

4-1- علاجات دوائـية:

ثمة هامش واسع من العقاقير المستخدمة لمعالجة الألـم و هي تشمل :

• العقاقير المخدرة أو مشتقات الأفيون (opioids or narcotis) و التي تعد من أقوى مسكنات الألم و من أكثرها فاعلية.

• مسكنات الألم و المركبات غير الأفيونية مثل الاسيتامينوفين(acetamenophen) و مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (non-steroidal anti-inflamatory-NSAIDS) .

• المسكنات المساعدة (Adjuvant analgesics) و هي أدوية تستخدم الأغراض أخرى غير معالجة الألـم، إلا أنها مفيدة عند بعض الحالات، و منها مضادات الاكتئاب و المركبات الستيرويدية.

و بصفة عامة يتم البدء باستخدام المسكنات العادية و المركبات غير الأفيونية كخطوة أولى لمعالجة الألـم الخفيف و المعتدل، مع مراقبة تأثيراتها الجانبية المحتملة خصوصا بالكِلى و المعدة، رغم أن الألـم المقترن بالسرطان عند اغلب المرضى و في اغلب الأحوال يتطلب استخدام عقاقير أكثر فاعلية منذ البداية خصوصا حين يكون حادا.

و بطبيعة الحال يتم تناول الجرعات المحددة بالمخطط العلاجي على نحو منتظم، و بجدولة زمنية محددة و على مدار اليوم، و ذلك للمحافظة على ثبات مستوى تركيز الأدوية بالجسم تجنبا لعودة الألـم، و قد تستدعي الحاجة أيضا تناول جرعات إضافية لتخفيف الألـم الذي قد يظهر بين مواعيد التناول العادية.

مسكنات الألـم و المركبات غير الأفيـونية:

و هي تشمل مسكنات الألم المعتدلةمثل الاسيتامينـوفين (acetaminophen) و مضادات الالتهابات غير الستيرويدية مثل عقار ايبوبروفين(ibuprofen)، و هذه العقاقير فعّـالة خصوصا في التخفيف من آلام العـظام و العـضلات و الآلام السطحية، و تستخدم كخيار أولي عند وجود ألم خفيف أو معتدل الشدة، و قد تضاف أحيانا إلى بعض أنواع أدوية الألـم لزيادة فاعليتها المسكنة.

و من الضروري بطبيعة الحال إتباع توصيات الطبيب المعالج بحرص عند تناول هذه الأدوية، و خصوصا مراعاة عدم تجاوز سقف الجرعة اليومية المحددة، و ذلك تلافيا لتأثيراتها الجانبية، التي تظهر غالبا كتسممات معوية متفاوتة الشدة، و قد تتطور بعض أنماط القرحة المعدية أو حدوث النزف عند بعض الحالات، إضافة إلى أن هذه العقاقير تبطئ من عمليات تجلط الدم، الأمر الذي يستدعي الحذر عند استخدامها لدى المرضى المصابين بعلل النزف أو التجلط.

العـقاقير المخدرة و مشتقات الأفيون:

و تُعد الأكثر فاعلية في معالجة الألـم المقترن بالسرطـان، و تصنف حسب فاعليتها في تسكين الألـم إلى عقـاقير قـوية و ضعيفة، فالعقاقير المخدرة الضعيفة تستخدم لمعـالجة الألـم المعتدل، و يتم تناولها عادة بتوليفة مشتركة مع بعض المسكنات غير الأفيونية مما يخفض من جرعاتها المتناولة، و من أنواعها الأكثر تداولا عقاري الكوديين(Codeine)، و هيدروكـودون (Hydrocodone).

بينما تستخدم العقاقير القوية لمعالجة الألـم الحاد و الشديد، و لها تأثيرات جانبية متعددة تحدّ من جرعاتها المتناولة في بعض الأحيان مما يؤثر على فاعليتها في معالجة الألـم، و يُعد المورفين

(Morphine) من أكثر أنواعها تداولا، إضافة إلى العقاقير :

فينتانيل(Fentanyl)، و هيدرومـورفون(Hydromorphone)،

ليفورفـانول(Levorphanol)،والميتـادون

(Methadone)،واوكسيمورفون (Oxymorphone)،واوكسيكودون (Oxycodone).

و من ناحية أخرى تُصنف العقاقير المخدرة إلى نوعين رئيسيين حسب سرعة تأثيرها المخدر، و فترة استمرار هذا التأثير، العقاقير الفورية و البطيئة، فأنواعها البطيئة تُعطي مفعولها خلال فترة زمنية طويلة و تستمر فترة نشاطها لمدة طويلة، و بالتالي يتلقى المريض الجرعات في فترات متباعدة لمعالجة الألـم الخفيف و المعتدل، بينما تُعطي الأنواع الفورية مفعولها سريعا و تستمر فترة نشاطها لمدة قصيرة فحسب، و بالتالي فهي مفيدة في تسكين الألـم الحاد بسرعة، و في معالجة الألـم الذي قد يظهر بين مواعيد التناول العادي للعقاقير الأخرى.

و بهذا الصدد تجدر الإشارة إلى وجود جملة من العقاقير المخدرة من مشتقات الأفيون و التي لا يُوصى باستخدامها لمعالجة الألـم المرتبط بالسرطان، مثل عقار بروبوكسيفين(propoxyphene) و عقار ميبريدين (meperidine)، حيث الميبريدين ذو فترة نشاط قصيرة مما يستدعي تكرار جرعاته على فترات متقاربة، و هو يتحلل إلى مركبات أخرى تتجمع بالجسم و تؤدي إلى حدوث الرجفة و ارتعاش العضلات، بينما يتداخل عقار بروبوكسيفين وظيفيا و يتفاعل بشكل خطر مع العديد من الأدوية، و يؤدي في بعض الأحيان إلى التسمم الكبدي، إضافة إلى الارتعاش و الرجفة.

المسكنات المساعدة:

تُستخدم المسكنات المساعدة (Adjuvant analgesics) في معالجات أخرى مختلفة غير معالجة الألـم، إلا أنها مفيدة في معالجة بعض أنواع الألـم لدى حالات معينة، و تشمل هذه الأدوية:

• مضادات الإكتئاب(Antidepressants) : حيث تبين أن بعض أنواعها مفيد في تخفيف الألـم العصبي على وجه الخصوص، إضافة إلى معالجتها للإكتئاب.

• مضادات الاختلاج (Anticonvulsants) : و هي تستخدم بصفة عامة لمعالجة النوبات الصرعية إلا أنها مفيدة أيضا في معالجة الألـم العصبي خصوصا النخزات.

• المركبات الستيرويدية : و التي يمكن استخدامها لمعالجة آلام العظام بصفة خاصة، و الآلام الناتجة عن وجود انتفاخ أو تورم.

• عقاقير التخدير الموضعي (Local anesthetics) : و هي توضع عادة على الجلد و يمكن حقنها بالقناة الشوكية أو تناولها عن طريق الفم في بعض الأحيان، و هي مفيدة لتخفيف بعض أنواع الألـم الموضعي.

معـايرة الجرعات و طرق التنـاول:

يتمثل الهدف الأساسي لأدوية معالجة الألـم في تحقيق أفضل معالجة ممكنة، باستخدام أقل قدر من الدواء و بأقل قدر ممكن من التأثيرات الجانبية، و تجدر الإشارة إلى أن الجرعات اللازمة من هذه الأدوية تتفاوت بشكل كبير جدا بين المرضى، حتى عند وجود نفس أنواع الألـم، و بصفة عامة يتم البدء بجرعات صغيرة تتم زيادتها بالتدريج إلى أن يتم تحقيق التسكين الكافي، أي معايرة الجرعة الدوائية بتعديلها زيادة أو نقصانا لتحقيق سيطرة ملائمة على الألـم، و ينبغي بطبيعة الحال معايرة الجرعات بعناية تجنبا لتناول مقادير تزيد عن اللازم.

و يجدر بالذكر أن معالجات الألـم كانت تتم في الماضي بإعطاء الأدوية حسب الحاجة و عند الضرورة، أي يتم الانتظار لحين الشعور بالألـم ليتم تناول الأدوية، مما يسمح بالطبع بمعاناة المريض لدورات من الألـم الحاد، و على العكس من ذلك تتوخى الخطط العلاجية الحديثة إعطاء العقاقير بجدولة زمنية تستمر على مدار الساعة، لضمان وجود نسبة ثابتة من الأدوية بالجسم طوال اليوم، مما يعنى تناول العقاقير طوال الوقت بغض النظر عن شعور المريض بالألـم من عدمه، و قد تتم التوصية عند بعض الحالات بتناول أدوية مسكنة إضافية عند الشعور بالألـم.

و من ناحية أخرى قد يظن الكثيرون أن الحقن المباشر للأدوية هي الطريقة المُثلى لتسكين الألـم الحاد، و الواقع أن التناول عن طريق الفم على هيئة أقراص و برشامات يُعد الأفضل، و يُوصى باستخدامه في اغلب الأحوال، و ذلك لسهولة التناول و لقدرة اغلب المرضى على احتماله بشكل جيد، إضافة إلى انخفاض تكلـفته المادية.

و يتم حقـن العقاقير المخـدرة بطرق الحقـن المختلفة بطبيعة الحال، و يُعد الحقـن الوريدي الأكثر تداولا بطرقه المتعددة، و يمكن استخدام الحقـن العضلي أو تحت الجلد، و إن كان ذلك لا يُعد ملائما عند الحاجة إلى تكرار الجرعات، كما يمكن حقـن الأدويـة داخل السـائل المُخّي الشوكي باستخدام الحقـن الغِمدي(intrathecal)، أو حقنها داخل الفـراغ ما بين القناة الشوكـية و العـظام (epidural)، و عند استخدام هاتين الطريقتين لفترات طويلة يمكن الاستعانة بمضخات صغيرة، يتم زرعها تحت الجلد لحقن العقاقير المخدرة بشكل متواصل.

و من طرق التناول المستخدمة أيضا :

• اللصقات الجلدية (skin patch) : و هي لصوقات تشبه الضمادات يتم تثبيتها على البشرة، و تقوم بنشر الدواء عبر الجلد بشكل بطيء و مستمر لفترات تتراوح بين يومين إلى ثلاثة أيام، و هذه الطريقة جيدة لتجنب حدوث الغثيان و التقيـؤ كتأثيرات جانبية عند بعض المرضى، و يُعد عقار الفينتانيل(fentanyl) من أكثر العقاقير المخدرة تناولا بهذه الطريقة.

• التحاميل الشرجية (Rectal suppositories) : حيث تذوب العقاقير بالمستقيم و يمتصها الجسم.

• المضخات المحمولة : يمكن استخدام مضخات صغيرة محمولة تحتوي على العقاقير و مبرمجة مسبقا، و يتم وصلها بإبرة مثبتة بأحد الأوردة أو بأداة قسطرة مزروعة بالجسم، بحيث يتمكن المريض من استخدامها بنفسه عند الحاجة، إذ يضغط على زر الحقن، فتقوم المضخة بحقن الجرعة المُعدة مسبقا و المبرمجة حسب الجدولة الزمنية المحددة، (و لا تتعداها حتى و إن تم ضغط الزر بشكل متكرر)، و هذه الطريقة تستخدم عند المراهقين و البالغين بطبيعة الحال، و هي مفيدة خصوصا عند وجود صعوبات لدى المريض في تناول الأقراص، أو عدم فاعلية العقاقير المتناولة عن طريق الفم في معالجة الألـم.

الفصل الخامس

العلاج الأسري النسقي

العلاج الأسري النسقي

تمهيد

1- تعريف النسق.

2- مفهوم العلاج الأسري.

3- حالات استعمال العلاج الأسري النسقي.

4- أنواع العلاج الأسري النسقي.

5- مراحل الحصص العلاجية النسقية الأسرية.

6- مراحل العلاج الأسري الاستراتيجي.

خلاصة.

تمهيد:

العلاج الأسري هو أحد الاتجاهات الحديثة في خدمة الفرد و يهدف إلى إحداث تغير في نسق العلاقات الأسرية التي لها تأثيرها السلبي و معوقا لقيام الأسرة و أفرادها بأدوارهم المختلفة.**(مفتاح محمد عبد العزيز 2001,ص 185).**

و هو علاج جماعي يهدف إلى معالجة مجموع الأسرة حيث يعيش المريض، و بدل أن يتم التركيز على الحالة الفردية فإن التدخل العلاجي يتوجه نحو كامل المجموعة العائلية كنسق وظائفه مضطربة و يظهر ذلك في المرض النفسي المختص بواحدة أو مجموعة من عناصر هذه الأسرة.**(عباس محمود مكي,2003,ص 583).**

و من خلال هذا الفصل سنتعرف على مفهوم النسق و بعض المفاهيم المرتبطة به، مفهوم العلاج الأسري بما فيه النسقي، و تاريخ هذا العلاج ثم سنتخصص في العلاج الاستراتيجي الأسري.

1- تعريف النسق:

"النسق هو مجموعة من العناصر و العلاقات تربط بين العناصر و مميزاتها".

Claudine Attins-Donfut, Nicole la pièrre, Martine Segalen,2002,p 19)

و عرف كذلك على أنه: "يتكون من أجزاء متماسكة لا تختلف عن بعضها البعض، ويبقى على توازنه الحيوي، و يتعامل مع المحيط عن طريق التغذية الرجعية".**(Gerard Poussin,2003,p125)**

بما أن الأسرة تتكون من مجموعات أنساق، فهناك علاقة واضحة بين النسق الذي يعتبر مجموعة من العناصر المتفاعلة فيما بينها و الأسرة التي تضم كذلك مجموعة من الأفراد و يعبر كل فرد عن عنصر مختلف عن الآخر و تربط بينهم مجموعة من العلاقات، و هذا الربط هو ما يسمى بالنسق، و بالتالي يمكننا التحدث عن العلاج الأسري المتضمن للنسق.

2- مفهوم العلاج الأسري:

يجمع العلاج الأسري بين مجموعة من التقنيات ذات الخاصية المشتركة، تتمثل في تكفلها بالجماعة الأسرية و ليس بالفرد لوحده، و بالأخص العلاج العقلي الطفولي.

يوجد ثلاث أنواع من التيارات للعلاج الأسري:

1. الإرشاد الوالدي أو العلاج النفسي التدعيمي.
2. العلاج الأسري النسقي.
3. العلاج الأسري التحليلي.**(Stéphane Bourcet,2001,p110)**

كما يعرف على أنه أسلوب من أساليب العلاج النفسي الجماعي، يتناول أعضاء الأسرة كجماعة و ليس كأفراد، و هو علاج يعمل على كشف المشكلات و الاضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية.**(فؤاد حيدر,1994,ص 137).**

و هناك الكثير من نماذج العلاج الأسري لتحسين النظام الأسري و لرعاية الأولاد, و خاصة النمو الاجتماعي، لمساعدتهم لحل المشكلات مثل صعوبات التعلم و غيرها.

و تركز هذه النماذج على تعليم الوالدين مهارات التوافق الزواجي و الأسري و إكسابهم مهارات التدخل لمساعدة الأولاد.**(إجلال محمد سرى,2000,ص 140).**

و يهدف العلاج الأسري عموما إلى ما يلي:

مساعدة الأسرة على كشف نقاط الضعف التي تؤثر في علاقات و تفاعلات أفراد الأسرة، كما يقوي القيم الإيجابية لها و يساعدهاعلى تدعيم كل ما يحقق التوازن و الاستقرار الأسري، بالإضافة إلى ذلك يساعد الأسرة على رفع مستوى أدائها الاجتماعي و تحقيق التوازن و التماسك بين أعضائها، كما يساعدها على تخطي بعض العقبات الخاصة ببعض أفرادها المشكلين (المعوقين أو المتخلفين عقليا مثلا). و من مزايا العلاج الأسري، انه يفيد في حل المشكلات الأسرية اليومية. **(إجلال محمد سرى,2000,ص 140-141).**

و من ضمن العلاجات الأسرية نجد العلاج الأسري النسقي.

3- حالات استعمال العلاج الأسري النسقي:

يهدف العلاج الأسري إلى تحقيق الفهم المتبادل بين أعضاء الأسرة و كيفية التعامل بينهم و حل المشكلات المشتركة بينهم، و التخلص من التوتر الانفعالي في الأسرة و حل الصراعات المرضية و القلق الذي يعكر صفو الحياة الأسرية. و تحقيق التقارب و التوافق بين الجنسين و الأعمار المختلفة داخل الأسرة. و تحصين الأسرة من احتمالات الاضطرابات النفسية و تحقيق الصحة النفسية في الأسرة كجماعة و بالنسبة لأفرادها.**(عبد الحميد محمد الشاذلي,2001,ص 208).**

و يستعمل العلاج الأسري في الحالات التالية:

- الإصابات النفسية الجسدية الخطيرة.
- الأطفال أو المراهقين ضحية التحرشات (الجنسية و الجسدية).
- الأطفال أو المراهقين الذهانيين.
- الأطفال أو المراهقين الذين يعانون من أمراض دائمة و ثابتة رغم التكفل النفسي الفردي الصحيح.

الأسرة التي يتكرر فيها نفس العرض عند عدة أفرادها منها. **(StéphaneBourcet, op,cit, p114)**

- "يدرس المنظور النسقي المشكل الوظيفي للطفل داخل سياقه العائلي، باعتباره انعكاسا لاختلال التوظيف أو قلق داخل عائلته".**(Mara Selvin-pSelvin-p, p22)**

4- أنواع العلاج الأسري النسقي:

و يمكن أن نحدد أربع مدارس العلاج الأسري تركز على الجوانب المختلفة للعملية العلاجية.

1. نظرية العلاقات بالموضوع Object Relation
2. منظومة الأسرة Family Système
3. العلاج الأسري البنائي(التركيبي) StructuralFamilyThérapy
4. التدخل الاستراتيجي Stratégic Intervention.**(مفتاح عبد العزيز,2001,ص 192).**

و سنحاول تقديم شرح وجيز لكل نوع من الأنواع الأربعة.

1. نظرية العلاقات بالموضوع:

و يمكن تسميتها وجهة النظر التفاعلية لباتسونBateson : و اهتمت هذه النظرية بدراسة الفصام و عمليات الاتصال في هذا المرض على وجه التحديد، و من رواد هذه النظرية نجد كل من جاي هالي Jay Haley المتخصص في علوم الاتصال و جون ويكلاندJohn Weakland المهندس الذي تحول إلى دراسة الأنثربولوجيا، و علماء النفس ويليام فراي William fry ، و دون جاكسون Don Jackson و نشأت هذه النظرية من المزج بين النظرية البينشخصية لسوليفان Sulivan نظرية الأنساق العامة بارت لنفايBerttalanfy ، النموذج السبراني نوبر وينر Norbert Weiner ، القصد المتناقض لفيكتور فرانكل Victor Frankel ، والنظرية الرياضية للأنماط المنطقية بارترو و روسل .Bertrand Russell

لم تكن هذه النظرية تهتم بالعلاج أساسا و إنما بصياغة المشكلات الإنسانية و قد تبنت وجهة نظر خاصة و هي أساسا وجهة نظر نسقية متضمنة المعلومات و السبرانية و عملية الاتصال داخل الأنساق،و قد تأثرت المجموعة باتجاهات جاكسون، خاصة فيما يتعلق بالتوازن الأسري الحيوي و التغذية المرتدة الإيجابية أو السلبية و القواعد و ما وراء القواعد و العلية الدائرية.**(علاء الدين كفافي,1999,ص 365)**.

2. منظومة الأسرة:

و تسمى كذلك نظرية أنساق الأسرة، و تنسب هذه النظرية إلى "ميري بوين Murray Bowen" و تعتمد هذه النظرية على متغيرين متداخلين، هما: مستوى تمايز الفرد، تقدير القلق في مجال الفرد الانفعالي.

و تفترض هذه النظرية أن هناك قوتين طبيعيتين تعملان في مجال العلاقات الإنسانية هما: التفرد و الاستقلال من ناحية، و المعية و الاندماج fusion من جهة أخرى، و على الأسرة السوية أن تحدث التوازن بين هاتين القوتين.**(علاء الدين كفافي,1999,ص 376)**.

3. العلاج الأسري البنائي أو التركيبي:

و صاحب هذه النظرية سالفادور مينيشينSalvador Minuchin و هو من رواد علاج الأسرة، قدم إسهامات في كل من النظرية و الممارسة، ملتزم بوجهة نظر الأنساق العامة، و يظهر اهتماما واضحا بمفاهيم، مثل: التوازن الحيوي، التغذية المرتدة، حدود النسق، الأنساق الفرعية و صفات النسق المفتوح و النسق المغلق، و ينظر إلى مشكلات الأسرة على أنها ناتجة من البناء الأسري، و تظل قائمة ببقائه و لا تحل المشكلات إلا بإعادة ترتيب بناء الأسرة.**(علاء الدين كفافي,1999,ص382)**.

4. العلاج الأسري الاستراتيجي:

هو العلاج الذي يهتم بمعالجة مشكلة الأسرة من خلال خطة يضعها المعالج النفسي حيث يقوم بالتعرف على المشكلة القابلة للحل، تحديد الأهداف، بناء تدخلات تسمح بالوصول إليها، فحص الاستجابات و ردود الأفعال المتحصل عليها لتصحيح المقاربة، و في الأخير فحص نتيجة العلاج لتحديد مدى فعاليتها، يجب على المعالج أن ينتبه للمريض و محيطه الاجتماعي.**(Money Elkeime,2003,p 266)**

5- مراحل الحصص العلاجية النسقية الأسرية:

يمكن تقسيمها إلى أربع مراحل و يمكن دمج مرحلتين معا حسب Paul Watzlawick 1975:

1. **تحديد بدقة و بوضوح المشكل بصورة ملموسة** Définirclairemen le problème entermesconcrets.

و تعتبر كبداية أولى للعلاج و لها هدفان: فالأول يتمثل في التعرف إذ كان هناك مشكلة حقيقي أو مجرد إشكال بسيط ممانعة ليس لها حل بواسطة العلاج النفسي، مثلا كملت صديق، فيمكن مساعدته في حالة وجود مشكلة حقيقي الأمر الذي يتطلب توضيح الوضع. فلا يوجد اكتئاب غامض، فهناك أعراض محددة، و لا توجد فترات مأساوية، لكن فترات مؤقتة يمكن معالجتها و إصلاحها.

2. **فحص الحلول التي جربت سابقا**Examiner les solutions déjà essayer

الفحص الدقيق للمحاولات السابقة للعلاج أو حل المشكلة، يوضح لنا ليس فقط التغيير الذي لا يجب البحث عنه، لكن كذلك ماذا يعني حالة التغيير الذي نبحث عنه و مكان التغيير.

3. **تحديد بوضوح نوع التغيير الذي نريد الوصول إليه** Définir le changementauquel on veutaboutir

يجب أن يوجد هدفا و تعريفا ملموسا، و قابل للتطبيق هذا ما سيجنب المريض اللجوء إلى الحلول الخاطئة التي ستعيق مشكلته، و قد يتحول الهدف المثالي إلى وحدة مرضية، تسبب فيها المعالج بحد ذاته(غير واضح، غامض) بقبوله للهدف الذي وضعه المريض، مما يؤدي إلى صعوبة العلاج و أخذه لوقت أطول مما يجب. إن تحديد الهدف بدقة من شأنه أن يضع وقتا محددا لصيرورة و التغيير، كلما كان العلاج قصيرا كانت النتيجة أحسن، حيث أن مدة العلاج غالبا تكون عشر حصص علاجية.(Paul Watzlawick, 1975,p132-136)

4. **تكوين و وضع مشروع لإحداث التغيير**: Formuler et mettre en oeuvre un projet pour effectuercechangement

التغيير يحدث بإيجاد الحل، و هناك مبدأين أساسين لهذا العلاج هدف التغيير ما هو إلا محاولة الحل، الحيلة المستعملة تتولد باستعمال لغة المريض، أي انطلاق من كيف يرى و يدرك الواقع و هناك مبدأ عام آخر هو التناقض و يلعب دور مهم في حل المشكلات.

6- مراحل العلاج الأسري الاستراتيجي:

إذا كانت المراحل المذكورة سابقا تمثل مراحل العلاج الأسري النسقي بصفة عامة، فهذه المراحل تحدد العلاج الاستراتيجي، و يتطلب هذا العلاج المرونة لأن كل حالة لها فرديتها، و تدوم مدة هذا العلاج ما بين ثمانية و عشر حصص.

- **المرحلة الأولى:**

مرحلة التحضير و التعاقد Préparation et coopération:

في هذه المرحلة تخص الأفراد غير المتواجدين في أزمة، و ليسوا على استعداد للعلاج، حيث أن الانتقال من المرحلة الأولى إلى الثانية تكون بسهولة في حالة الأزمات، و رغبة المفحوص للعلاج و تتم من خلال المقابلة الأولى، و هذه المرحلة لا تقتصر على تحضير النطاق العلاجي و لكن المحيط الاجتماعي المفحوص من أجل التغيير، و هذا التحضير يتم في زمنين: الزمن الأول يجب كسب ثقة المفحوص أثناء العلاج، و إظهار القدرة على حل المشكلة، و يتمكن المعالج من ذلك في بعض الحالات بتقديم أعمال صغيرة يقوم بها المفحوص في المنزل، و الهدف الرئيسي من ذلك هو خلق بعض النجاحات التي تعيد للمفحوص ثقته بذاته، ثم بعد ذلك خلق علاقات تعاقدية عاطفية للتمكن من الاستجابة لتوجيهات المعالج. فهذه المرحلة تتمركز حول تحضير الوسط الاجتماعي المناسب للقيام بالعملية العلاجية و ليس حل المشكل المطروح.

مرحلة معالجة المشكل: Résolution duproblème:

يجب إعطاء المفحوص مجموعة من التعليمات أو الواجبات التي سيقوم بها، و في غالب الأحيان يفشل في المرة الأولى، و من هذا الفشل يستمد المعالج العناصر الضرورية لمعالجة المشكلة من خلال البحث في سبب الفشل الذي تعرض له المفحوص.

- **المرحلة الأخيرة:**

في هذه المرحلة يحاول كل من المعالج و المفحوص فهم كيف تمكنا من الوصول إلى حل المشكلة، و تفسير هذا النجاح سيؤثر على كيفية تناولهم للمشكلات المستقبلية التي ستواجههم، و يعتبر النجاح في حل المشكلة بمثابة التكيف الناجح مع مرحلة الحياة الجديدة، و في الأخير يجب أن ينبه المعالج المفحوص بأنه من الممكن النكوص أو عودة المشكل، ليس بغرض إخافته، و لكن لتحضيره للاستعداد لمواجهة المشكل في حالة حدوث ذلك فعلا، و المفحوص لا يفقد الثقة في نفسه بل سيواجه ذلك بقوة و بعزيمة أكبر.(

و سيتم تطبيق هذه المراحل الإستراتيجية على الحالات المراد دراستها، حيث أنها قابلة للاستعمال مع الأطفال المحرومين من الأب بالإهمال.

فبعد ما كان الطفل ينعم بحماية والديه معا، أصبح تحت حماية و سلطة الأم فقط، يمكن اعتبار ذلك دورة حياة جديدة، فيجب على الطفل التكيف معها.

خلاصة:

تعتبر الأسرة نسقا ينتظم بشكل داخلي و آلي، أي كمجموعة من العناصر المتداخلة تحكمها قواعدها الداخلية و يحصل ذلك بالتجربة و الخطأ و بالتبادلات في كل الاتجاهات مما يؤدي إلي التكيف و التصحيح للأوضاع الشاذة على أساس التبادلات الداخلية اللغوية و غير اللغوية.

الجانــب التطبيــقي

الفصل السادس

منهجية البحث

منهجية البحث

تمهيد

1- المنهج العلمي

2- المنهج العيادي

3- أدوات البحث

3-1- دراسة الحالة

3-2- الملاحظة

3-3- المقابلة العيادية

3-4- اختبار فحص الهيئة العقلية

3-5- الاختبارات النفسية

4- مكان إجراء الدراسة الميدانية

تمهيد

نتناول في هذا الفصل الجانب المنهجي للدراسة الميدانية و الذي هو الأهم من حيث التطبيق و الأدق، و التي نهدف من خلالها إلى معرفة الخطة المنهجية المتبعة في الدراسة بعد التطرق إلى الجانب النظري للموضوع، ونذكر في هذا الفصل المنهج المتبع في الدراسة، و كذلك الأدوات التي استخدمت في الدراسة، ثم الإجراءات التطبيقية للدراسة الميدانية.

1-**المنهج العلمي**:

هو مجموعة القواعد العلمية و المنطقية بها يتمكن الباحث من تفكيك و تركيب ربط المعلومات بالموضوعية، و به تنسج الأفكار و تعرض التصورات المجسدة لها في السلوك و الفعل.

و المنهج العلمي بناء فكري على أسسه تبني النظريات و تترابط و تصاغ و به يتم إظهار التغيرات الصريحة و الضمنية و نستكشف العلاقات بين المستقل منها و التابع و المتداخل، ومنه تستمد الطرق التي تنتهج من أجل تحقيق الأهداف العلمية. عقيل حسين عقيل(57،58)

2- **المنهج العيادي**:

يعرف المنهج أو المنهجية بأنه طريق إجرائي مركب متكامل، يعتمده الباحث للوصول إلى حقيقة جديدة ينشدها للتغلب على مشكلة تستهويه أو غامضة بالنسبة إليه، أو ليثبت لنفسه أو لمجتمعه حرجا علميا،اجتماعيا أو سلوكيا علميا.محمد حمدان(4.2004)

فقد اتبعنا في دراستنا المنهج العيادي الذي يرتكز في جوهره على دراسة الفرد بشكل معمق، و هذا تماشيا مع موضوعنا حيث أننا من خلال هذا المنهج نتعرف على المعلومات الدقيقة فيما يخص المعاش النفسي للطفل، و كل ما يخص حالة الطفل، و بما أن المنهج العيادي يرتكز جوهره على دراسة الفرد بشكل معمق، فإنه يعتمد بدوره على تقنية دراسة الحالة التي تهدف إلى فهم الحالة موضوع الدراسة من خلال تجميع أكبر و أدق عدد ممكن من المعلومات التي لا تجمع بصورة عشوائية، بل عن طريق أدوات الدراسة و وسائل معينة نعطي معلومة معنى و مغزى من جمعها. محمد غانم(204:2006)

و في هذا الصدد يؤكد العالم "جوليان روبير": بأن تقنية دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر و أدق قدر ممكن من المعلومات ليتمكن من التقييم و الحكم على المريض، و المتضمنة طبيعة المشكلة، ظروفها، صاحبها، اتجاهاته، و غاياته و خبراته المؤلمة التي تعرض لها".(78.2006)

و عليه يتضح لنا أن المنهج العيادي هو دراسة لحالة فردية بشكل معمق من خلال جمع قدر كاف من بينها ما يهمنا في الدراسة الحالية: المقابلة العيادية، الملاحظة العلمية، و الاختبار الاسقاطي.

و ذلك من أجل فهم الحالة بشكل واضح و تقييمها، فاعتمدنا على منهج دراسة الحاة.

3- أدوات البحث:

أدوات البحث هي الوسائل التي يستخدمها الباحث في استقصاءه، أو حصوله على المعلومات المطلوبة من المصادر المعينة من بحثه.محمد زيدان حمدان(9.1998)

ترتكز دراستنا الحالية على المنهج العيادي بإتباع تقنية دراسة الحالة، و التي تتحقق باستخدام الوسائل التالية: المقابلة و الملاحظة و الاختبارات الاسقاطية.

3-1- الملاحظة:

ترتكز دراسة الحالة على وصف الشخص أو الظاهرة موضوع الدراسة و التعرف على تتابع الأحداث التي يقع السلوك في محيطها و الحالة التي يمكن دراستها قد تكون فردا أو أسرة أو مؤسسة أو نظاما أو مجتمعا محليا بعينه.محمود عبد الحليم(213.2003)

3-2- الملاحظة:

الملاحظة العلمية هي تلك التي يقوم فيها العقل بدور كبير من خلال ملاحظة الظواهر و تفسيرها، و إيجاد ما بينها من علاقات، و لهذا فهي وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات.فاطمةعوض صابر(143.2002)

و يعرفها صالح بن محمد العساف:" أنها أداة من أدوات البحث، تجمع بواسكتها المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة عن أسئلة بحثه، فهي تعني الانتباه المقصود، و الموجه نحو سلوك فردي، أو جماعي معين بقصد متابعة و رصد تغيرات ليتمكن من وصف السلوك و تحليله.صالح محمد العساف(400.1995)

و عليه فالملاحظة أداة أساسية في البحث، و التي تعتمد على الحواس الباحث التي تمكنه من ملاحظة سلوكيات أفراد العينة، و التعرف على الخصائص الظاهرة للفرد.

3-3- المقابلة العيادية:

تعد المقابلة تكنيكا واسع الانتشار في تقويم الشخصية، و يمكن من خلال المقابلة الكشف عن الكثير من جوانب السلوك الظاهر و المضمر، و تقوم عادة من خلال تبادل لفضي بين القائم بالمقابلة و العميل الذي تم معه المقابلة، و أهم ما يجب أن تتسم به المقابلة الأمانة و الصدق.محمد طيب (211:1997)

و يرى محمد حسن غانم 2006 المقابلة بأنها:" علاقة هامة و أساسية سواء كانت في البحث، أو التشخيص أو العلاج".محمد حسن غانم (211:2006)

كما نجد ميخائيل معوض 2003 يقول عن المقابلة البحثية:" بانها تهدف إلى جمع البيانات من فرد أو أفراد بقصد دراسة مشروع أو مشكلة معينة، بحيث تمكن الباحث من الحصول على المعلومات التي يرغب في الوصول إليها". خليل معوض(23:2003)

إذا المقابلة هي علاقة هامة و أساسية ترتكز على المحادثة بين الباحث و المفحوص

يهدف من خلالها للوصول إلى أغراض محددة، سواء في البحث أو العلاج أو التشخيص و عليه اعتمدنا في دراستنا على المقابلة البحثية التشخيصية.

و بما أن المقابلة تعتمد على دراسة الأعراض العادية التي يعاني منها المفحوصون، و من خلال التبادل اللفظي بين الباحث و المفحوص يتحصل على معلومات، و بيانات تساعده في تحديد الأعراض و وصفها بدقة و وضوح.

و اختيارنا المقابلة كأداة مباشرة مع حالة موضوع الدراسة، الأمر الذي يمكننا من الحصول علو مؤشرات و ردود أفعال غير لفظية توضح مشاعر و استجابات من إيماءات، و شدة الصوت، و حركة الأيدي، و غيرها.

3-4- اختبار فحص الهيئة العقلية:

قد وضع هذا الاختبار من طرف الدكتور نصرة قويدر(1978)، حيث يركز هذا الفحص على ملاحظة الاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية منها و الحركية، بما في ذلك هذا معلومات حول محيط الفرد عندما يتعلق الأمر بعرض المفحوص لمشكلته، بحيث يعطي شرح للتعاليم بغية ضبط الهيئة العقلية و يحتوي على:

الاستعداد و السلوك العام

- النشاط الفكري
- المزاج و العاطفة
- محتوى التفكير
- القدرة العقلية
- الحكم و الاستبصار طباس نسيمة(122،121:2005).

4- مكان إجراء الدراسة:

المركز الإستشفائي المتخصص في علاج أورام السرطان–الأمير عبد القادر –وهران ويتضمن ستة مراكز استشفائية وإضافة إلى الإدارة و مركز الدخول .

- مركز حقن الدم
- مركز تشريح
- مركز علاج الكميائي كبار
- مركز علاج الإشعاعي
- مركز علاج الكمياي أطفال
- مركز التحاليل المخبرية
- الصيدلية المركزية
- عيادة طب أسنان
- مركز الأشعة.,

لتقرير السيكولوجي للحالة الأولى:

- الاسم: إيمان
- اللقب: ب
- السن: 14 سنة. تاريخ الميلاد 11 - 04 – 2003
- المرحلة التعليمية: السنة الثالثة متوسط.
- سبب الفحص: علاج استراتيجي (أسري) في إطار تحضير ماستر علم النفس الأسري.
- الولاية: مستغانم.
- مكان إجراء الفحص: مركز علاج أورام السرطان -أمير عبد القادر-

- فحص الهيئة العقلية:

الحالة "إيمان" تبلغ من العمر 14 سنة مراهقة نشطة متوسطة القامة بيضاء البشرة مملوءة الجسم، منبسطة المزاج، تضحك كثيرا و تحب لفت الانتباه و كثرة علاقاتها في المشفى مع المرضى و الأطباء و الممرضين.

- الهيئة العامة:

إيمان ذات هندام نظيف، تهتم كثيرا بمظهرها و تحب مسايرة الموضة و إكسسوارات و التألق رغم مرضها.

- النشاط الفكري:

تمتاز إيمان بالتلقائية في التعبير السطحي و كثيرة الضحك لديها القدرة على إيصال أفكارها، ذو انتباه جيد و دقة الملاحظة. لا تعاني من أي خلط و لكن تستعمل كثيرا آلية دفاعية الكف عن التعبير عن مشاعرها الداخلية.

إيمان ذات مستوى علمي جيد و ذكية و تحب الهاتف و شبكة الاتصالات الاجتماعية.

- المزاج و العاطفة:

من خلال ملامح وجهها تبدو فرحة و كثيرة الضحك و الابتسام لكي تخفي آلامها و حزنها رافضة مرضها و العلاج. في حصة العلاج les cours تبدو صامتة لا تجد الكلام و تبكي بصمت بدون توقف لا تعبر عن معاناتها و تأكل حتى يتم انتهاء حصة العلاج.

- **محتوى التفكير و اللغة:**

إيمان تستعمل لغة واضحة و بسيطة لا يوجد صعوبة في العلاقات معها، و لكن علاقاتها مع الآخرين سطحية غير عميقة تخاف كشف حقيقة معاناتها. فتقوم بعملية الكبث ذلك من خلال الضحك و اللامبالاة.

- **القدرة العقلية:**

مدركة لموضوع الزمان و المكان جيدا، ذاكرة قوية و جيدة تلمس دقة الملاحظة فيها و قوة التذكر.

- **الحكم و الاستبصار:**

إيمان واعية بالحالة المرضية التي تعيشها و معرفة مدى خطورة مرضها و لكن رافضة فكرة بتر الرجل لديها عدم تقبل،تغير في ملامح جسمها من سقوط الشعر و الرموش، كثرة التساؤل حول هذا الموضوع.

تلمس درجة من الحزن و الاكتئاب لما آلت له حالتها المرضية و حول فترة العلاج من 2016.07.29 إلى غاية يومنا هذا.

- **الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة:**

تركيب الأسرة:

إيمان 14 سنة دخلت للمصلحة من أجل العلاج الكيميائي بمرض سرطان العظام سركومOstéosrcomeتنحدر من ولاية مستغانم،تدرس في المصلحة أثناء العلاج و في المتوسطة في ولايتها سنة الثالثة متوسط 3ème Moyenne

من أسرة متوسطة الحال أب عامل في البلدية سائق حافلة عمره 49 سنة، أم ماكثة في البيت عمرها 38 سنة.

ثلاثة أخوات الكبرى 17 سنة و الأخت الصغرى من الحالة 12 سنة و أخت 6 سنوات و أخ صغير 3 سنوات.

فهذه الحالة تتميز بالرعاية و الحماية و الاهتمام من طرف أعضاء الأسرة الصغيرة و الكبيرة و هذا راجع لحالتها المرضية.

العلاقة الحالية بالأم:

علاقة الأم و ابنتها علاقة جيدة الأم، الأم تمكث مع ابنتها في الحصص العلاج في المستشفى. نرى الحزن و الأسى لدى الأمم اتجاه حالة ابنتها و خوفها من البتر لذلك تحيطها بالرعاية و الاهتمام محاولة لتخفيف من معاناة العلاج الكيميائي و تلبية جميع متطلباتها.

الأم حسب قولها " ندير كلش باش تبراليبنتي"نلمس لدى الأم الجرح النرجسي" عمري ما دنيت بنتي تمرض بهذا المرض و يقطعولها رجلها".

الأم كثيرة السؤال الأطباء و الممرضين حول مرض ابنتها و لها دراية بحالة مرضابنتها.تبحث كثيرا و تسأل عن العلاجات الجديدة و البديلة عن بتر الرجل.

قامت بأخذ ابنتها إلى تونس للعلاج. و الأخيرة قامت بعملية جراحة في تونس لنزع العظم المصاب بالسرطان و إبداله بصحيفة حديدية في الركبة و هذا لتفادي عملية البتر amputation, و ستقوم الأم بتبرع بجزء من عظمها و زرعها في ركبة ابنتها و هذا دائما في تونس.

علاقة الأب بالحالة:

يهتم الأب كثيرا بابنته و الحالة المرضية التي تعاني منها. فالأب كثير الغضب و القلق من الوضع الصحي و العناية الصحية في الجزائر في انعدام الإمكانيات و المسؤولية لعلاج ابنته، و في عدم أخذ قرار بعملية بتر الرجل، فقام الأب في البحث العلاج في الخارج أولا تونس ثم يريد الذهاب بها إلى فرنسا، رغم معاناته المادية و لكن هناك مساندة من طرف الأهل و الأقارب.

علاقة الحالة بالأخوات:

إيمان تحب أخواتها البنات فهم يتضامنون معها و لكن يتنافسون معها في الأشياء و الهدايا المقدمة لها، خاصة الأخ الصغير لا تحب أن يلمس أشيائها و حاجاتها دائمة الصراع معه.

- ملخص المقابلات للحالة الأولى:

الحالة ب"إيمان" إذ تبلغ من العمر 16 سنة تدرس السنة الثالثة متوسط moyenn ذات مستوى تحصيل علمي جيد، تنحدر من ولاية مستغانم من عائلة بسيطة تتكون من 03 أخوات و أخ صغير و أب عامل في البلدية و أم ماكثة في البيت.

دخلت على مستوى المصلحة للعلاج من سرطان سركومOstéosarcome على مستوى الركبة

علاج كيميائي منذ 29-07-2016.

قامت بعملية جراحية في تونس للعظم المصاب بالسرطان و استبداله بصفيحة حديدية، و تواصل بروتكول العلاج الكيميائي بعدها تقوم باختبار scanner لإعادة القيام بعملية الزرع من عظم متبرع من طرف الأم و هذا لتفادي عملية بتر الرجل amputation .

فالحالة رافضة لعملية البتر و كذلك الأسرة بأكملها (عدم تقبل تغيير الصورة الجسدية و الوضعية المرضية التي آلت لها الحالة) عبرت عنها الحالة و أمها"jamaisنديرamputation ".

لذلك نجد الحالة في وضعية نفسية اكتئابية حزينة و تبكي كثيرا لوحدها، و تصرح بآلامه المرضية فمرض سركوم مرض شديد الألم في المصاب و يمد جميع الجسم بالآلام غير محتملة، و في الحصص العلاجية هناك بعض أدوية لها آثار مزعجة و مؤلمة.

الحالة تكبث آلامها عن المحيطين بها خاصة أمها التي لا ترغب برؤيتها حزينة و تبكي أمامها.

و تعبر الحالة شعورها جزاء بتأنيب الضمير ما أصابها من المرض الذي وضع أسرتها في وضعية اضطرابية و منقسمة فالأم تمكث مع ابنتها فترات العلاج التي تطول من أسبوع إلى أسبوعين أز أكثر عنه، إنها تشعر بالحزن لما آلت إليه أسرتها و حرمانها لأخوتها من الاستقرار و الراحة، اما الأم فعبرت عن ذلك بقولها "كرهت كل شيئ"

أما بما يخص الأب فهو قلق و حزين في وقوفه عاجزاً عن معالجة إبنته بقولها " معرفتششاندير"

فبدأ يطرق جميع الأبواب لطلب المساعدة و الإرشاد في مرض ابنته، و هو يعاني من عدم ضبط مشاعر الغضب فهو كثير الصراخ في المصلحة و في مكان العمل موجها اللوم و الغضب على كل من لم يحس بوضعيته.

كل هذا أدخل الحالة إيمان في صراع نفسي داخلي بين مواجهة آلام المرض و معاناة المحيطين بها، فتقوم بعملية الكبث لآلامها و لا تقوم بالتصريح بها حتى للطاقم الطبي.

التقرير السيكولوجي للحالة الثانية:

- الاسم:عبد المالك
- اللقب:أ
- السن: 14سنة. تاريخ الميلاد:.02-10-2003
- سبب الفحص: علاج إستراتيجي(اسري) في إطار تحضير ماستر علم النفس أسري.
- الولاية :غليزان.
- مكان إجراء الفحص: مركز علاج أورام السرطان-أمير عبد القادر.

فحص الهيئة العقلية:

- **الاستعداد والسلوك العام:**

الحالة "عبد المالك" يبلغ من العمر 14سنة مراهق خجول طويل القامة.أبيض البشرة.أشقر الشعر. ذو عينان زرقاوتين. متوسط الوزن.

قليل الكلام يطأطأ رأسه كثيرا نظراته غير مباشرة تعبر عن الحيرة والخوف من حالته.

- **الهيئة العامة:**

عبد المالك نضيف الملابس بسيط في مظهره

- **النشاط العقلي:**

لغته بسيطة: يجيب حسب السؤال نعم أو لا بطأطأة الرأس وعيناه في الأرض لديه صعوبة في التعبير عن أفكاره علاقته محدودة. يتكلم إلا مع أمه لتقدم له التغيرات وتوضيحات حول ما يدوره حوله ,خائف من الحالة التي آل إليها.

يرغب في الخروج و لا يريد العلاج.

عبد المالك خجول جدا ذات مستوى دراسي جيد ولكن يستعمل آلية دفاعية الكبت مشاعره وألامه. والحيرة بادية في عينه.

- **المزاج والعاطفة:**

ملامح الوجه حزينة و الحيرة والخوف بادية في عينه وسؤال الذي يطرح ما هذا المرض ولماذا أنا مريض بهذا المرض, ولا يقوم بتعبير عن مشاعره ينضر إلى أمه بصمت وهي تبكي أمامه.

- **محتوى التفكير واللغة:**

الحالة يستعمل لغة بسيطة وقليلة ويعبر بطأطأة الرأس يجيب حسب السؤال بكلمة واحدة ولا يزيد عنها

أفكاره غير واضحة ويعاني من الذهول والدهشة وعدم فهم ما الذي هذا له أسباب أصيب بهذا المرض خاصة.

القدرة العقلية غير مدركا لحالته الصحية. لديه قدرة الملاحظة. دقة التركيز. الرغبةوالفضول في معرفة ما يدوره حوله.

- **المزاج والعاطفة :**

الحالة يظهر على وجه الحزن والأسى ذو ملامح كابتة وقليل الابتسام. هادئ وبدوا عليه القلق والحيرة.

- **الحكم والاستبصار:**

"عبد المالك" غير واعي بحالته المرضية وبخطورتها رافض لفكرة المكوث في المستشفى.
ينظر لمرضى آخرين بتعجب واستغراب في تغير ملامح وجهم وسقوط الشعر, و يتساءل بصمت عما سيحدث له كما حدث لهم, ولكن لا يتجرأ على طرح السؤال.

حزين لوضعية أمه وأسرته وتكاليف العلاج المكلفة لأسرته (التحاليل،أشعة، أدوية، مصاريف النقل...). يتساءل عن كل هذا ولكن بصمت وحزن.

الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة:

تركيب الأسرة:

عبد المالك 14 سنة دخل على مستوى المصلحة من اجل علاج كيميائي lymphoblastome

من أسرة تتكون من أب (ا.ا) يبلغ من العمر 50سنة بدون عمل و مريض بالكلى , الأم 46سنة عاملة تنظيف في البيوت تعاني من أمراض نفس جسدية الضغط الدموي و التهاب المفاصل.

لعبد المالك 04 إخوة ,ملتحق بالجيش الوطني أما الأخت 18 سنة تمتحن هده في شهادة البكالوريا هده السنة ,أما الأخ الأصغر 09 سنوات, أما الأخت الأصغر 06 سنوات كفيفة لا تدرس .

علاقة الحالة بالأم :

علاقة جيدة أي هناك علاقة حقيقية بين الحالة و أمه يصفها بالمتهمة و لكن قلقة على حاله و حال اخوته و كثيرة البكاء .

علاقة الحالة بالأب :

لا توجد علاقة حقيقية فالأب في نظر الابن عاجز و مريض و المسؤولية كلها على الأم , فالأب أحيانا يسأل عنه طريق الأم , فالأبأحيانا يسال عن طريق الأم , تعتبر الأم عن الرابط بينها .

فالحالة يلوم أباه عن مرضه فيقول انه يدخن كثيرا أمامه و انه كان يكره رائحة التدخين التي تخنقه فهو لا يتواجد مع أبيه , هدا ما خلق عدم الاتصال و الحوار مع الوالد ,

علاقة الحالة بالإخوة :

يتشاجر كثيرا مع أخيهالأصغر منه ع حيث يقوم الأخربأخذأشياءه و إزعاجه و عدم تركه يدرس بهدوء

أماأخته الصغيرة فهي كفيفة و تحب الجلوس أمامه و سماع صوته ولديه علاقة جيدة مع أختهالأكبر منه فهو قريب جدا منها و جد متفهم معها تلبي جميع مطالبه و تساعده في دراسته.

أما علاقته بأخيهالأكبر منه 21 سنة فهو يخاف منه و قليل الاتصال به.

لظروف العائلية المزرية قام بتجنيد في الصفوف الجيش الوطني فهو غائب عن المنزل .

ملخص مقابلات الحالة الثانية:

الحالة عبد المالك يبلغ من العمر 14 سنة و هو في مرحلة المراهقة دخل إلي المصلحة طب الأطفال كيميائي للعلاج من مرض السرطان lymphoblastome يوم الدخول و إجراء المقابلات يوم 2017/06/05 و يدرس في مستوى الثالث متوسط ذو نتائج مشرفة يحتل دائما المراتب الأولى في القسم ،من ولاية غليزان و ينتمي إلى أسرة بسيطة تتكون من 07افراد 02 ذكور 02و إناث بالإضافة كثرة الأمراض فيها فالأب يعاني بعجز في الكلى و يعالج آما الأخت الصغرى ولدت كفيفة 100 % والأم كثيرة المرض والشكوى مـــــن الضغط الدموي وآلام العظام والمفاصل (الأمراض النفس جسدية).

الأب لا يتحكم في أمور المنـــــزل ويرمي كل المسؤولية على عاتق الأم فهي التي تقوم بشؤون الأسرة.

تطبيق البرنامج العلاجي النفسي النسقي لكلتا الحالتين:

الجلسة و مدتها	موضوع الجلسة	وصف و هدف الجلسة
الجلسة الأولى المدة: 45د	لقاء التعارف و تحديد المشكل Définirclairement le probléme en térmeconcret	يتمثل تقديم أخصائي نفسي برنامج لاولياء مريض السرطان. إعلان عن تشخيص المرض و تقديم التوضيحات و التفسيرات حول كثرة الفحوصات و الأشعة و ضرورة القيام بها.
الجلسة الثانية المدة: 45د	الصدمة النفسية	تخفيف الصدمة النفسية وأولياء مريض السرطان عن طريق التفريغ الانفعالي. Post traumatic stress symptoms

		تخفيف من مصادر الصدمة من قلق و خوف
الجلسة الثالثة المدة: 40د	تعيين الهدف – وتقنيات المواجهة في حل المشكلات.	تقديم للأولياء المعلومات الأزمة حول مرض السرطان كيفية العلاج و مدته و اتخاذ القرار السريع الشرح المفصل لآثار العلاج الكيميائي و التغيير الفيزيولوجي للمراهق و معاناته المرضية و النفسية. توضيح الألم العضوي جزاء العلاج ومرض. تقنيات المواجهة في حل مشكلات صحية للمراهق مواجهة الأزمات الصحية.
الجلسة الرابعة المدة: 45د	إعادة البناء المعرفي و احداث نوعية في التغيير و كيفية التكفل خاصة في نوبات الألم الشديد. Cognitive restructuring	تعديل الأفكار و المشاعر السلبية و التركيز على المعتقد و الأفكار الخاطئة اتجاه مرض السرطان
الجلسة الخامسة المدة: 45د	توظيف الدعم الأسري و الاجتماعي	و هذا من خلال تحسين و تطوير العلاقات بين أفراد الأ و ضرورة التماسك الأسري، وتوظيف الوظيفة الأسرية خلال تقديم كل الدعم النفسي للمراهق المصاب بالسرط تفهم حالته المرضية في توفير له المناخ الأسري المساع ليتجاوز الفترة العلاجية إعادة ربط العلاقات الاجتماعية و الاتصال بالآخرين و لإعادة الحياة اليومية العادية للمريض و لأسرته.

الفصل الســـابع
عرض و تحليل
و مناقشة النتائج

عرض و تحليل و مناقشة النتائج

مناقشة نتائج البحث على ضوء الفرضيات:

من خلال العمل المنجز مع الحالتين بدا لنا تجاوب تدريجي مع العلاج المطبق، و تغيير ملحوظ في المعاملة للمراهق المصاب بالسرطان اتضح لنا أن الحالتين تستقران في النقاط التالية:

- مرض السرطان و تطوره لكلا الحالتين خاصة الحالة الثانية المرض منتشر
movaisdiagnostiqueغير محتملة من المرض نفسه و آثار جانبية للعلاج الكيميائي.
- وضعية أسرية مضطربة traumatiser tout la famille.
- شعور باليأس و الكآبة لجميع أفراد الأسرة،...الخ
- الصدمة النفسية عند تشخيص المرض للمراهق و لكل أفراد أسرته كبيرا و صغيرا.
- الوضعية الاكتئابية للحالتين عند معرفة المرض.
- عدم تقبل التغير الفيزيولوجي(الصورة الجسمية) لكلا الحالتين.
- عدم تقبل مدة العلاج و الاستشفاء hospitalisation.
- تغيير الأدوار للوظيفة الأسرية.
- انقسام الأسرة.
- وجود أزمة في الأسرة و هو مرض خبيث السرطان.
- تقل عبئ تكاليف العلاج و مصاريف النقل والأكل.
- العزلة عن المحيط الخارجي في عدم ذهاب المراهقين للدراسة، و قطع الاتصال مع الأهل و الأقارب و الأصدقاء جزاء المرض و متطلباته.
- تركيز الوالدين على المرض و كيفي معالجته و عدم تقدير شدة الألم.
- القلق و الخوف من المرض على أنه مرض معدي.

من خلال هذه الدراسة حاولنا التحقق من الفرضية المطروحة:

السند الأسري يخفف من آلام المصاب بالسرطان

و يبدو من خلال نتائج الحالتين:

فالحالة الأولى "إيمان" بداية علاقة حوارية مع الأم و ابنتها و الأب خاصة عندما بدأت ضبط العدوانية و غضب و تحويلها إلى الخارج لكن ليس أمام الحالة، و توضح له بأن توفير الهدوء و الاستقرار الأسري يمنع الحالة"إيمان" الأمان النفسي و يشعرها بالراحة لكي تتحكم في آلامها المرضية.

مساعدة الأسرة للحالة الأولى في عملية الاتصال و فك العزلة و خلق الحوار المتبادل بين جميع أفراد الأسرة، منجمش ندبر الدوا). أعطى ارتياح كبير لدى الحالة فعبر عنه قائلا:(لوكان مجاوش واقفين معايا

Phobie du perd son التفريغ الانفعالي للوالدين و ضبط انفعالاتهم أمام الحالة، و هذا يزيد من .
و خوفها من المستقبلتوترها pied
شرح لأفراد الأسرة و الأخوات خاصة وضعية مرض أختهم.
تفهم الأولياء للتغيرات المرضية و المزاجية للحالة التي يتسبب فيه المرض و العلاج الكيميائي.
التدعيم النفسي للأولياء و الإخوة للحالة المتمثل في توفير لها العناية الخاصة بالمرحلة التي تمر بها.
sympotmesavant معرفة الأولياء الدواء المناسب في نوبات الألم الشديد لابنتهم
les crises du mal
و هذا في علاج الأعراض قبل الإصابة بالنوبة التشنجية للآلام.

- أما بالنسبة للحالة الثانية يعاني من الخجل و هذا راجع إلى الحماية المفرطة التي تعامله به الأم، فهي ذات شخصية قلقلة لا تسمح له بالاتصال مع الأب و تعطي صورة سلبية عن الأب في التحدث عنه بأسلوب سلبي أمام الأبناء، مما يجعل الحالة يستعمل آلية دفاعية عدوانية اتجاه الوالد فيخلق له الإحباط المؤدي إلى العزلة، و عدم القدرة على ربط العلاقات مع المحيطين به(نقص الثقة).
- بعد تطبيق العلاج قمنا: بتوضيح للأم أهمية العلاقة السليمة مع الحالة.
- توقف الأم عن التكلم عن الأب بصورة سلبية أمام الحالة خاصة في فترة العلاج.
- التوضيح للأم بضرورة التوقف عن البكاء و الشكاوي أمام الحالة لتفادي الكبت و الشعور بالذنب.
- علاج اضطراب الاتصال بين الحالة و الوالد، بتوضيح للحالة أن الأب ليس مسبب المرض و التدخين لا يسبب مرضlamphome.
- فتح المجال للأب بأداء وظيفته في الأسرة و إحضار ابنه للعلاج و السؤال المباشر عن الابن.
- تعزيز الثقة بالنفس للحالة و البحث عن الاتصال بالأخ الأكبر و فتح مجال الحوار.
- توجيه الأم في دفع أبنائها في طلب احتياجاتهم من الأب مباشرتها دون التوسط إليها.
- تعزيز المسؤولية لدى الأب بالتساوي مع الأم في الفترة العلاجية للحالة.

في هذه الدراسة عمدنا على توضيح دور كل فرد من أفراد الأسرة و تحسين الوظيفة الأسرية لكلتى الحالتين:

- التماسك الأسري دور مهم لمكافحة السرطان.

و في الأخير تحققنا من فرضية البحث:

- الدعم النفسي الأسري دور مهم في تخفيف الألم لدى المصاب بالسرطان.
- السند الأسري دوره في دفع المراهق من أجل الشفاء و الأمل.
- تقبل التغير الفسيولوجي للمراهق لدى الأسرة يحفزه لتقبل الصورة الجسمية.

- تعلم الأسرة تقنية مواجهة الصعوبات التي تواجهها في مرحلة العلاج.
- المناخ الأسري الجيد يوفر للمراهق المصاب بالثقة و عزيمة لمواصلة العلاج.
- المساندة الاجتماعية من الأقارب و الزملاء تمنح المراهق الشعور بالرضى و تدفعه إلى الأمل بالشفاء.
- الأسرة هي المنبع الأول التي تدفع المراهق المصاب بالسرطان لتحمل المرض و آلامه.

الخاتمة:

لقد أصبح من المؤكد و الثابت علميا أن الحالة النفسية لمريض السرطان و توفر الدعم و المساندة الأسرية و الاجتماعية من أهم مقومات شفاءه و نجاح علاجه.

إن إرادة الشفاء و الأمل لدى المراهق المصاب بالسرطان هي العامل الأساسي الذي يحفز الجهاز المناعي لكي يتصدى و يقضي على المرض.

فعندما يواجه المريض وأسرته يتفاءل وأمل في الشفاء تزداد المتانة ويضعف الإحساس به وان ارتفاع الآمل يعكس نضرة تفاؤلية تبدد اليأس و الاكتئاب الذي يزيد من حدة الألم وقسوته.

قائمة المراجع

المراجع:

1. عماد إبراهيم الخطيب،1997، أساسيات علم الأورام، دار البازوني للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.

2. سارة روزنتال،2001، سرطان الثدي لكل ما يجب معرفته حول اكتشاف المرض و علاجه و الوقاية منه، دار العربية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى.

3. محمد خير الزراد فيصل، 2000،الأمراض النفجسدية أمراض العصر، دار النفائس للطباعة و النشر و التوزيع، الطبعة الأولى، بيروت،لبنان.

4. عبد المنعم الميلالدي،2004،الصحة النفسية،المكتبة الجامعية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى.

5. عبد المنعم عبد الله حسيب،2006،مقدمة في الصحة النفسية،دار الوفاء للطباعة والنشر، الطبعة الأولى.

6. مالكوم شوارتز ترجمة أبو سعد،1998، الضغط النفسي و مشكلاته و أثره على الصحة النفسية، دار الصفاء للنشر و التوزيع، الطبعة الثانية، عمان الأردن.

7. محمد ناجح الأغبر، 1999، الأورام المناعية، منشورات المجتمع الثقافي، الطبعة الأولى، أبو ظبي.

عماد إبراهيم الخطيب،1997،أساسيات علم الأورام، دار البازوني للنشر و التوزيع،الطبعةالأولى،عمان، الأردن.

8. شيلي تايلور، 2008، علم النفس الصحي، دار الحامد للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى.

9. زينب محمود شقير، 2003، الأمراض السيكوسوماتية النفس جسدية، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الولى.

10. وليدة مرزاقة، 2009، مركز ضبط الألم و علاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرض السرطان، رسالة ماجستير في علم النفس الصحة، جامعة الجزائر.

11. يوسف جورجي جبرائيل، 1983، أضواء على السرطان، مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، مصر.

12. سلوى عثمان الصديقي، 1999، مدخل إلى الصحة العامة و الرعاية الصحية و الاجتماعية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.

13. ملحم محمد حسين، 1987، السرطان و الأمراض الإنحلالية الخطيرة منعها و شفائها المؤكد، دار القلم،بيروت، لبنان.

14. دالاس جونسون ترجمة سعيد الدين الدرس، 1996، حقائق عن السرطان، مؤسسة فرانكلين.

15. عبد اللطيف ياسين، 1988، أسس الطب النفسي الحديث، منشورات حسون الثقالفية، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان.

16. عبد الرحمن العيساوي، 2005، المراهق و المراهقة، دار النهضة العربية،الطبعةالأولى،بيروت، لبنان.

17. وليد حميد يوسف و آخرون، 2002، العلوم البيولوجية، علم بيولوجية الإناث التناسل الوراثة الشيخوخة، الأهلية للنشر، الطبعة الأولى،عمان، الأردن.

18. أحمد محمد الزغبي،2001، علم النفس النمو، دار زهران للنشر و التوزيع،عمان، الأردن.

19. عصام نور سرية، 2002، سيكولوجية الطفولة و المراهقة، مؤسسة شباب الجامعة،القاهرة.

20. الأعضمي سعيد، 2008، أساسيات علم النفس الطفولة و المراهقة، دار جهينة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

21. امل محمد حسونة،2004، علم النفس النمو، الدار العلبمية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، مصر.

22. واطسن روبرت و آخرون ترجمة فرج أحمد فرج،2004،سيكولوجية الطفل و المراهقة، مكتبة مدبولي، القاهرة.

23. صلاح الدين العمرية،2005، الصحة النفسية و الإرشاد النفسي، مكتبة المجتمتع العربي، الطبعة الأولى، الأردن.

24. فؤاد بهي السيد،1975، بالأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر العربي، القاهرة.

25. صلاح محمد علي أبو جادو،2007، علم النفس التطوري، معهد التربية اليونيسكو، الطبعة الثانية، عمان.

26. رمضان محمد القذافي،2000، علم النفس النمو الطفولة و المراهقة، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية.

27. حامد عبد السلام زهران،2005، علم النفس الطفولة و المراهقة، عالم الكتب، الطبعة السالدسة، القاهرة،مصر.

28. سامي محمد ملحم،2004، علن النفس النمو، دار الفكر، الإسكندرية.

الرسائل الجامعية:

29. نسيمة مزوار، 2001،إستراتيجيات المقاومة و مرض السرطان، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعةوهران.

30. آيت حبوش،2013، العلاج الأسري النسقس للأطفال المحرومين من الأب بالإهمال، جامعة وهران.

القواميس و الموسوعات:

31. موريس ستون، بدون سنة، الموسوعة الطبية، الدار العربية للعلوم، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان.

الكتب الأجنبية:

. 32 F.Scotte, p .colonia ,Anrieu ,(2002),cancérologie,édision Ellipses MarketingS.A,paris.

33.B.Hoerri ,J .chauvergne, (2001),Cancérologie et hématologie ,édition Masson,Paris

34.Simonne Fabien ,(1970),la femme et les adolescents face à la révolte des jeunes,édition Paris

35.Gbys.R,(1989),prévenir et guérir les maladies du seins éditions Québec Amérique .

36.Garatin .Roger,(1997),Encyclopédie Médicale pratique, copyright the learning,lnc,TLCEdusoft.

37.ECabarrol,lagrange,(2007) ,Concérologie et hématologie,edition massonparis .

38.Hacipille (c) (1994),la douleur cancéreuse et son traitement approche globale en soin palliatif ,éditionFrisan,Roche ,Paris .

39.D.Razavi,N .Delvaux (2002),psycho-oncologie ,le cancer ,le malade ,la

famille ,2eme édition Masson ,Paris .

40.Yaker .A. (1988),cancérologie général anatomie pathologie,office des publications universitaires **.**

41.Jy .Follezou,J .pouillard ,(1980),précit de chimiothérapie,editionDion,paris .

42.B.Hoerri,J.chauvergne, (2001),Cancérologie et hématologie ,éditionMasson,Paris .

القواميس و الموسوعات:

43.DomartA,Bourneuf J,(1981),nouveau laroussemédicale, Cedex,France

44.Vero.Lemaire, (2007),petite larousse de médeciene,edition,larousse,paris .

الرسائل الجامعية:

45.Anne hartmann,(2007),etude longitutinale de la stratégiesd'ajustement des patient avec un cancer du sien et de leuxaccompagnant , université de Hauté

قائمة المجلات:

46.M.Deléhedde,(2006),quesait-on du cancer , collection bulles des sciences Paris.

المراجع الإلكترونية:

46.www.image/googel .com.

قائمة الأشكال:

رقم الشكل	التمثيل	الصفحة
01	الخلايا الطبيعية و الخلايا السرطانية	17
02	سرطان اللسان	26
03	سرطان الحنجرة أو البلعوم	27
04	سرطان الجلد	28
05	سرطان العين	29
06	سرطان الثدي	30
07	سرطان عنق الرحم	31
08	سرطان المرئ	33
09	سرطان المعدة	34
10	سرطان القولون	35
11	سرطان الكبد	36
12	سرطان البنكرياس	36
13	سرطان الكلية	37
14	سرطان الرئة	38
15	سرطان البروستات	38
16	سرطان الخصيتين	39
17	سرطان الدماغ	40
18	سرطان العظام	42
19	درجة الألم	81

قائمة الجداول:

الجدول	التمثيل	الصفحة
01	الورم الحميد و الورم الخبيث	20
02	العلامات البيولوجية للأورام	44