

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2 محمد بن احمد



مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص: علم النفس الصحة
موسومة بـ :

حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية

إشراف الأستاذة:

محززي مليكة

إعداد الطالبة :

زكري نسرين

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة وهران 2	أ. كبداني خديجة
مشرفا ومقررا	جامعة وهران 2	أ. محززي مليكة
مناقشا	جامعة وهران 2	أ. سبع فاطمة الزهراء

السنة الجامعية: 2018/2019

كلمة شكر

الشكر لله تعالى الذي وفقني لإتمام هذا الموضوع , أتقدم بالشكر الكبير إلى :
الأستاذة محرزي مليكة على إشرافها على هذا العمل والتي لم تبخل علي
بتوجيهاتها القيمة

الأستاذة شريف حلومة التي أكن لها كل الاحترام والتقدير فكانت بالنسبة لي سنداً
طوال مشواري الدراسي .

أتقدم بالشكر إلى رمز التضحية والحب إلى أعظم أب وأحن أم.
الشكر الكبير إلى زوجي ورفيق دربي الذي دعمني نفسياً وعاطفياً ومادياً. ابني وقرّة
عيني حسين.

أتقدم بالشكر إلى والدي زوجي الكريمين.
الشكر والامتنان إلى الأستاذ فراجي فيصل، الأستاذة جبار شهيدة، الأستاذة لصقع
حسنية ، الأستاذة زروالي لطيفة
الصديقة العزيزة داود يمينة

وإلى كل طلبة ماستر علم النفس الصحة بجامعة وهران 2: محمد بن أحمد
والى كل من ساعدني من قريب أو من بعيد لإتمام هذا البحث .

إهداء

إلى كل امرأة مصابة بسرطان الثدي

ملخص البحث:

هدفت الدراسة إلى تحديد أهم الحاجات النفسية والاجتماعية والعضوية للمرأة المصابة بسرطان الثدي والتي من الممكن أن تحدد كيفية التدخل التربوي العلاجي بعد الامام بالبحث من الجانب النظري والميداني التطبيقي انطلقت الدراسة من الإشكالية التالية: هل حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية تتوقف على تكوين المريض أو التكفل به؟ و حددت لها الفرضيات التالية:

الفرضية1: حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية تتوقف على تكوين المريض.

الفرضية 2: حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية تتوقف على التكفل بالمريض.

الفرضية3: حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية تستدعي التكفل بالمريض وتكوينه .

أقيم البحث في المستشفى الجامعي الإستشفائي1 نوفمبر بوهرا ن بمصلحة طب الأورام على حالته واحدة مصابة بسرطان في الثدي، واستدعي البحث إلى اختيار المنهج العيادي الذي يتناسب وموضوع الدراسة مستعملين الأدوات البحثية: المقابلة والملاحظة و مقياس تقدير الذات لروزنبارغ Echelle d'estime de soi de rosenberg . توصلنا من خلال هذا البحث إلى أن هناك حاجات تستدعي تكفل نفسي وحاجات أخرى تستدعي تكوين المريض منها: الحاجة لتسيير الألم، الحاجة إلى فهم المرض، تسيير الانفعالات نستطيع الإجابة عن إشكالتنا من خلال الدراسة على أن حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي تستدعي تكوين المريض والتكفل به في نفس الوقت، من خلال هذا التدخل المزدوج يستطيع المريض الربط بين ما هو عضوي جسدي ومعاشه الشخصي النفسي والاجتماعي لتقبل وتحكم أفضل للمرض والتعايش معه بمساعدة فريق متعدد التخصصات .

الكلمات المفتاحية: التربية العلاجية ، الحاجات ، سرطان الثدي ، الصحة .

Résumé :

Notre étude avait comme objectif de déterminer les besoins psychologiques, sociaux et organiques de la femme atteinte d'un cancer du sein et ceci pour savoir comment peut-on intervenir dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Après avoir fait une étude théorique approfondie et une autre étude pratique explorant le terrain, nous sommes arrivés à la problématique suivante : *est ce que les besoins de la femme atteinte d'un cancer du sein dépend de la formation du malade ou de le prendre en charge ?*

Dans le but de répondre à cette problématique , nous avons pu déterminer les hypothèses suivantes :

- 1- Hypothèse 1 : Les besoins de la femme atteinte d'un cancer du sein en éducation thérapeutique dépend de la formation du malade .
- 2- Hypothèse 2 : Les besoins de la femme atteinte d'un cancer du sein en éducation thérapeutique dépend d'une prise en charge du malade.
- 3- Hypothèse 3 : les besoins de la femme atteinte d'un cancer du sein en éducation thérapeutique nécessite une formation ainsi qu'une prise en charge psychologique .

L'étude pratique a été réalisée au centre hospitalo-universitaire 1^{er} novembre d'Oran (EHU) sur un seul cas, une femme atteinte d'un cancer du sein. Nous avons choisi comme méthode de travail *l'approche clinique*, qui s'adapte très bien à notre cas d'étude, et nos outils de travail étaient : l'entretien, l'observation et *l'échelle d'estime de soi de Rosenberg*. Nous avons constaté qu'il y a des besoins qui nécessitent une prise en charge et d'autre une formation du malade, notamment : la gestion de la douleur, le besoin de comprendre la maladie ainsi que la gestion des émotions négatives. Et ceci nous permet de répondre à notre problématique et dire que les besoins de la femme atteinte d'un cancer du sein en éducation thérapeutique nécessitent à la fois une prise en charge et une formation du malade. Cette double intervention, permet de faire une liaison entre ce qui est organique corporel et son vécu personnel psychologique et social pour une meilleure acceptation et maîtrise de la maladie avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire.

Mots clés : éducation thérapeutique , cancer du sein , besoins , santé .

Abstract :

The aim of the study is to identify the most important psychological, social and organic needs of women with breast cancer which can determine how to intervene in therapeutic education after learning about the research from the side Theoretical and applied field The study started from the following problematic : Are the needs of women with breast cancer dependent on the patient's formation or care? The following hypotheses have been identified:

Hypothesis 1: Women's with breast cancer needs for therapeutic education depend on the patient's composition.

Hypothesis 2: Women's with breast cancer needs for therapeutic education depend on the patient's care.

Hypothesis 3: Women's with breast cancer needs for therapeutic education require patient care and formation .

The research was held at the University Hospital 1 November in Oran in the Department of Oncology in one case with breast cancer, and the research called for the choice of the clinical curriculum that fits the subject of the study using research tools: interview, observation and measure of self esteem for Rosenberg Echelled'estime de soi de Rosenberg . Through this research, we have found that there are needs that warrant self-care and other needs that require the patient's composition: the need for pain, the need to understand the disease, the conduct of emotions, we can answer the problematic through the study that the needs of women with breast cancer require the patient's formation and care at the same time, through this double intervention the patient can connect the physical membership and his personal psychological and social pension to accept and better control the disease and coexist with him with the help of a multi-team Disciplines.

Keywords: therapeutic education, needs, breast cancer, health .

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	كلمة شكر
ب	الإهداء
ج	الملخص
و	الفهرس
الفصل الأول : مدخل للدراسة	
2	مقدمة
4	الإشكالية
6	الفرضيات
7	أهداف الدراسة
7	أهمية البحث
7	التعاريف الإجرائية
8	حدود الدراسة
9	الدراسات السابقة
الفصل الثاني : سرطان الثدي	
11	تمهيد
12	1. إحصائيات
12	2. تعريف السرطان
12	3. سرطان الثدي
13	4. أعراض سرطان الثدي
13	5. عوامل الإصابة بسرطان الثدي

14	6. التشخيص
14	7. أنواع سرطان الثدي
15	8. مراحل سرطان الثدي
17	9. الوقاية من سرطان الثدي
17	10. علاج سرطان الثدي
23	خلاصة
الفصل الثالث : الحاجات	
25	تمهيد
25	1. تعريف الحاجة
26	2. النظريات المفسرة للحاجات
26	1-2 نظرية أبراهام ماسلو
28	2-2 نظرية هنري موراي
30	3-2 نظرية محددات الذات
31	3. حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي
31	1-3 الحاجات النفسية
36	2-3 الحاجات الاجتماعية
38	3-3 الحاجات العضوية
43	خلاصة
الفصل الرابع : التربية العلاجية	
45	تمهيد
45	1. تعريف التربية العلاجية
47	2. مححة تاريخية

48	3.النظريات التي تستند عليها التربية العلاجية
48	1-3 نموذج المعتقدات الصحية
49	2-3 النموذج المعرفي اجتماعي
50	3-3 النظرية المعرفية السلوكية
53	4-تأثير علم النفس الصحة في تطور التربية العلاجية
54	5.مستويات التدخل التربوي
54	1-5 التشخيص التربوي
55	2-5 تقييم مكتسبات المفحوص
56	6.أهداف التربية العلاجية
57	7.شروط التربية العلاجية
57	8.التدخل التربوي العلاجي للمرأة المصابة بسرطان الثدي
58	1-8 قبل العلاج
58	2-8 خلال العلاج
62	3-8 بعد العلاج
62	خلاصة
	الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية
64	1. الدراسة الاستطلاعية
65	2. أدوات الدراسة الأساسية
65	1-2 المقابلة
66	2-2 الملاحظة
66	3-2 مقياس تقدير الذات لروزنبارغ
	الفصل السادس : دراسة الحالة

71	-1 تقديم الحالة
71	-2 تحليل ملخص المقابلات
71	1-2 مرحلة الطفولة والحرمان العاطفي
73	2-2 مراحل المرض من التشخيص إلى بروتوكول العلاج
77	3-2 تقدير الذات
79	4-2 علاقة أمينة بالمحيط الاستشفائي.
80	5-2.نوعية الدعم الاجتماعي
	الفصل السابع : تحليل ومناقشة النتائج
83	-1 مناقشة الفرضية الأولى
83	-2 مناقشة الفرضية الثانية
85	خاتمة
87	اقتراحات و توصيات
88	المراجع
93	الملاحق

الفصل الأول : مدخل للدراسة

- مقدمة
- الإشكالية
- الفرضيات
- أهداف الدراسة
- أهمية البحث
- التعاريف الإجرائية
- حدود الدراسة
- الدراسات السابقة

مقدمة:

إن التكفل بالمرض المزمن لا يحتاج فقط إلى وصفة دواء أو الاهتمام بالمرض أو العضوية، فالمرضى يعيشون نفسياً واجتماعياً وتداخل عدة عوامل بيولوجية ونفسية- اجتماعية التي تساهم في ظهور المرض بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ستساهم أيضاً في الالتزام بالعلاج وتجنب السلوكيات الخطرة وإتباع السلوكيات الصحية خاصة وإن كان هذا المرض يهدد حياة الفرد.

فيجب على الفريق الطبي الأخذ بعين الاعتبار العوامل التي تؤثر على صحة المريض وهذا يحتاج إلى أبحاث كيفية ومناهج تربوية من خلالها تستخرج مثلاً: مراحل تقبل المرض، التصورات المتعلقة بالمرض والعلاج..... الخ

فإذا كان نفس بروتوكول العلاج يقدم لشخص مصاب بسرطان الثدي بنفس الجدول العيادي ونفس التشخيص لعدة مرضى فإن التكفل النفسي يختلف من شخص لآخر كل حسب معاشه، تصوراته ومعتقداته وبنية شخصيته .

فكل واحد منا يسعى لإشباع حاجاته سواء كان ذلك بطريقة شعورية أو غير شعورية خلال كل مراحل الحياة وتكمن أهمية دراسة الحاجات النفسية لمعرفة العوامل التي تؤثر على دافعية الفرد .

المرأة المصابة بسرطان الثدي ستفقد بعض الحاجات إشباعها من جديد ، فالحاجة إلى الاستقلالية مثلاً هي أساس الحاجات النفسية، أقل وأبسط السلوكيات اليومية (الأكل، اللباس، النظافة....) تفقدتها بعد المرض حاجات كانت مشبعة وفقدت وحاجات أخرى جديدة طرأت على المريض وقلبت حياته رأساً على عقب.

هذا ما يؤثر على جودة الحياة والشعور بعدم القدرة فيولد لنا حاجات نفسية- اجتماعية وعضوية، وعلى هذا الأساس كان موضوع الدراسة هو الكشف عن أهم الحاجات للمرأة المصابة

بسرطان الثدي للتربية العلاجية ومن خلال ذلك قمنا بتحديد الإشكالية التالية : هل حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية تتوقف على تكوين المريض أو التكفل به ؟ فقمنا باقتراح عدة فصول كالتالي:

1. الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة: تحديد الإشكالية والفرضيات، أهمية البحث وأهدافه ، حدود الدراسة والتعريفات الإجرائية
2. الفصل الثاني : الجانب الطبي لسرطان الثدي : التعاريف، الأعراض والأسباب و مختلف العلاجات .
3. الفصل الثالث : قمنا في هذا الفصل بتحديد هذه الحاجات التي تتمثل في حاجات عضوية كتسيير الألم ، الحاجات النفسية : الحاجة إلى تقدير الذات، الحاجة للعلاقات الجنسية، الحاجة إلى فهم المرض، الحاجات الاجتماعية: الحاجة إلى الدعم الاجتماعي
4. الفصل الرابع : المعنون ب: التربية العلاجية وفيه تطرقنا إلى بعض التعاريف, مستويات التربية العلاجية، أهدافها وشروطها، التكفل بالمرأة المصابة بسرطان الثدي
5. الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية يضم المنهج المتبع والدراسة الاستطلاعية.
6. الفصل السادس: تضمن دراسة الحالة .
7. الفصل السابع : لمناقشة و تحليل النتائج .

إشكالية البحث

يتمثل موضوع بحثنا حول: حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية هذه الأخيرة التي تضم وجود عدة مختصين في مجال الصحة لتدخل تربوي- علاجي للأمراض المزمنة وضمن هذه الفرقة وجود الأخصائي النفسي له دور مهم في هذه السيرورة العلاجية التربوية خاصة وإذا كان الأمر يتعلق بمرض السرطان هذا الأخير الذي يعتبر حسب تمثيلات المجتمع مرتبط بالموت، فهو يأتي بشكل مفاجئ وغامض بالنسبة للمريض ولا يعرف كيفية التعايش معه فهو يدهور حالته النفسية والاجتماعية وفي تصوره لمشروع حياته في المستقبل، اخترنا موضوع دراستنا سرطان الثدي، فالثدي بالنسبة للمرأة والرجل يعد رمزا ويؤثر سلبا على صورة الجسم والهوية الجنسية.

و كما أشارت أجولات ايزابيل (Aujoulat Isabelle , 2005 ,p 31) أن المرأة المصابة بسرطان الثدي تصبح تعيش في وضعية مزدوجة من جهة مواجهة مرض مصيره مجهول و احساسها بعدم القدرة على مواجهته و لا كيفية التعامل معه و من جهة أخرى تصورها للعاملين في مجال الصحة على أنهم يتخذون قرارات تتعلق بمصيرها ويصبح دورها سلبي في العملية العلاجية و بالتالي ستكون عنصرا غير فعالا .

و لذلك كان الهدف الأساسي من التربية العلاجية هوأن يكون المريض خبيرا في مرضه و يشعر بنوع من الاستقلالية و لتحقيق هذه الأهداف كان لا بد من تدخل عدة عوامل :

علاقة الطبيب بالمريض , قدرة المريض على الدخول في سيرورة تعليمية , البرامج التي تجيب عن حاجات المريض , هذه الأخيرة تتمثل في بعدين أساسيين :

البعد المعرفي و نعني به اكتساب معلومات حول مرضه و فهمها بشكل صحيح من أجل تطوير امكانياته في التحكم في مختلف العلاجات كالاستجابة في الحالات الاستعجالية مثلا.

البعد الانفعالي ونعني به أن يحس المريض بأن الأخر يفهمه وينصت إلى الأمور التي تشغل تفكيره
(Ditcharry.M , 2011 , p14)

تعتبر هذه الحاجات عامة لدى كل المرضى أما بخصوص حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية
العلاجية تختلف من إمراة لأخرى حسب تصوراتها ومعاشها، وفي دراستي لهذا الموضوع قمت بتحديد أهم
الحاجات التي تبدو ذات أهمية فعندما نتكلم عن سرطان الثدي هناك الصورة الجسمية و التي بدورها
تؤثر في تقدير الذات و العلاقة بين الزوجين بالأخص العلاقة الجنسية و فقدان الدور و المكانة داخل
الأسرة و محيط العمل .

إضافة إلى الحاجة لفهم المرض لتسيير أفضل و أن يشعر المريض بأنه يتحكم في مرضه وأن يفهم الأخر
ألمه ومعاناته سواء بالنسبة للطاقم الطبي أو الأسرة التي لها دور مهم للرفع من مستوى فعالية المريض .

هذه الحاجات لا يمكن إشباعها من طرف المريض وحده بل هي عبارة عن سيورة علمية ومنظمة تهدف
إلى اكتساب الفرد لمهارات ومعلومات تجعله فعالا خلال مدة العلاج وفي حياته اليومية وبصبح بشعر بنوع
من الاستقلالية، لكن هل المريض لديه استعداد أو بالأحرى امكانيات للعمل بالمشاركة مع المعالج- المري؟
كما أشار إلى ذلك بوتيني (Bontinet.JP, 2013,p4) على أن المريض لابد أن يكون واعي بحالته ويستطيع أن
يطور من استراتيجياته ليكون هو خبير حالته الصحية وفي نفس الوقت المعالج يجد نفسه يلعب دورين
مربي ومكون وفي نفس الوقت يساعد المريض في تطوير إمكانياته.

الحاجة إلى فهم المرض والبحث عن معلومات حول سبب المرض وكيفية التعامل معه تدفع بالمريض
للبحث عن مواجهة المشكل والتطوير من فعاليته الذاتية، لكن إذا كنا نتكلم عن سرطان الثدي الذي
سيمس صورة الجسم ويتسبب في جرح نرجسي ويؤثر سلبا في تقدير الذات ماذا ستكون مكانة التربية
العلاج هنا؟ فالمعالج سيجد نفسه يصلح ما تسبب به المرض وفي نفس الوقت ليكون المريض فعالا في
تسيير مرضه وعلى هذا الأساس يمكننا تحديد الدراسة بالإشكال التالي:

هل حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية تتوقف على تكوين المريض أم التكفل

به؟

الفرضيات:

الفرضية1: حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية تتوقف على تكوين المريض.

الفرضية 2: حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية تتوقف على التكفل بالمريض.

الفرضية3: حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية تستدعي التكفل بالمريض

وتكوينه.

أهداف الدراسة

يهدف من خلال هذه الدراسة إلى تحديد أهم الحاجات النفسية والاجتماعية والعضوية للمرأة المصابة بسرطان الثدي التي من الممكن أن تحدد لنا نوعية وكيفية التدخل

وعلى هذا الأساس يهدف البحث للوصول لعدة أهداف منها :

- إبراز دور الأخصائي النفسي ضمن هذه الفرقة المتعددة التخصصات .
- مكانة التربية العلاجية بالنسبة لمرض السرطان عموماً وسرطان الثدي لدى المرأة على وجه الخصوص .
- فهم حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي.

أهمية الدراسة:

إن موضوع التربية العلاجية يعتبر موضوعاً حديثاً في الدول المتقدمة فقد برزت تطبيقاته خلال العشر سنوات الأخيرة، تكمن أهميته في الحاجة لهذا النوع من التدخل ومرض السرطان أصبح في تزايد مستمر وخاصة سرطان الثدي، فإثراء هذا النوع من المواضيع يعتبر مهماً ونستطيع من خلاله بناء برامج تعتمد على هذه الحاجات، وتكمن أهمية الموضوع في فهم المشاكل التي يعاني منها المرضى داخل المؤسسات الاستشفائية.

التعاريف الإجرائية:

- ❖ التربية العلاجية: هي عبارة عن تدخل تربوي علاجي يهدف إلى اكتساب المريض لبعض المهارات العلمية تجعله مستقلاً ويتحكم في مرضه .
- ❖ الحاجات: هي الحاجات للتربية العلاجية و تتمثل في الحاجات النفسية، الاجتماعية والعضوية التي بدورها ستحدد مكانة التربية العلاجية .

حدود الدراسة

مكان إجراء المقابلة كان في المستشفى الجامعي 1 نوفمبر بوههران (EHU) في مصلحة طب الأورام،

يضم هذا الجناح طابقين:

- السفلي خاص بالمعاينة الطبية والطابق العلوي خاص بتلقي العلاج الكيميائي

و تحتوي المصلحة على ما يلي :

❖ عدد الغرف المخصصة للمرضى 5 ، غرفتين للرجال و3 غرف للنساء

❖ العدد الكلي للأسرة 22 سريرا

❖ مكتب رئيس المصلحة

❖ مكتب للأرشيف

❖ مكتب المراقبة الطبية

3 مكاتب المعاينة الطبية

❖ قاعة الاجتماعات

❖ قاعة لتحضير الدواء

المصلحة موجودة بالطابق الخامس مع توفر المصعد الكهربائي، الغرف تحتوي على نوافذ وأجهزة التدفئة

وتلفاز في كل غرفة .

- عدد الأطباء 27 طبيبا

- عدد الممرضين و الشبه الطبي 25

- أخصائي نفساني 1

ويوجد في الطابق الأول مصلحة المعاينة الطبية الذي هو تابع للمصلحة في الطابق الخامس ويحتوي على

- مكتب الأخصائي النفساني

- 4 مكاتب للمعاينة الطبية و مكتب الأمانة .

الدراسات السابقة

في دراسة للطالبة نبية حنان لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي تحت عنوان الحاجات النفسية الاجتماعية لمرضى السرطان من خلالها كشفت عن الحاجات النفسية الاجتماعية لمرضى السرطان في دراسة كمية من خلال استبيان مكون من 76 بند وعلى عينة مكونة من 30 مريض بالسرطان كانت النتائج كالتالي:

الحاجات الفيزيولوجية غير مشبعة بنسبة 57% الحاجات الاجتماعية غير مشبعة بنسبة 57.37% والحاجات الصحية غير مشبعة بنسبة 16.18%.(نبية حنان , 2014)

في دراسة للطالبة سلطاني عومرية قامت بدراسة ميدانية حول مقارنة بالاسترخاء والتربية العلاجية للتخفيف من مستوى القلق لدى مريضات الضغط الدموي المرتفع الأساسي طبقت فيها مقارنة علاجية بالاسترخاء والتربية العلاجية من أجل تخفيف مستوى القلق، اعتمدت فيها على المنهج العيادي لدراسة الحالة طبقت الاسترخاء في مدة شهرين بقياس قبلي وبعدي وتربية علاجية في مدة 6 أسابيع .

وأسفرت النتائج على فعالية المقاربة العلاجية في التخفيف من مستوى القلق وانخفاض ضغط الدم وتحسن في مواجهة الموافق الضاغطة بطريقة عقلانية جعلتهن يتعايشن مع المرض بطريقة ايجابية.(سلطاني عومرية، 2014)

الفصل الثاني : سرطان الثدي

تمهيد

1. إحصائيات
2. تعريف السرطان
3. سرطان الثدي
4. أعراض سرطان الثدي
5. عوامل الإصابة بسرطان الثدي
6. التشخيص
7. أنواع سرطان الثدي
8. مراحل سرطان الثدي
9. الوقاية من سرطان الثدي
10. علاج سرطان الثدي

خلاصة

تمهيد

يعتبر السرطان بشكل عام اضطراب في الخلايا بحيث يصبح نموها غير منتظم وتواصل تكاثرها بدون توقف إلى أن يتكون من هذا التكاثر قدر كبير من النسيج أكثر مما ينبغي حيث ينجم عن ذلك كتلة من الخلايا تسمى ورما، يكون هذا الأخير حميدا واضح الحدود وتعتبر الجراحة فقط شافية و يكون الورم خبيثا عندما تكون حدوده محاطة أو مختلطة مع النسيج الطبيعي في هذه الحالة يعتبر سرطانا.

1. إحصائيات :

رجحت منظمة الصحة العالمية ارتفاع عدد حالات الوفاة نتيجة الإصابة بالسرطان إلى 9,6 مليون شخص في عام 2018 فضلا عن تسجيل 18,1 مليون حالة إصابة جديدة ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن سرطانات الرئة والثدي للابنات وسرطان القولون هي أهم ثلاثة أنواع من حيث الإصابة وهي مسؤولة عن ثلث حالات الوفيات بالسرطان في جميع أنحاء العالم .

وفي آخر إحصائيات تقرير لمنظمة الصحة العالمية حول سرطان الثدي وجدت بأنه يصيب 2 مليون امرأة سنويا أغلبيتهن في سن ما بين 30-44 سنة أكثر الإصابات و1,38 مليون إصابة جديدة و 458 ألف حالة وفاة سنويا ويتوقع زيادة معدل إصابته أربعة أضعاف في الشرق الأوسط خلال 20 سنة القادمة. (www.aps.dz 2/1/2018 ,)

وأعلنت الدكتورة عبد الوهاب أنه تم تسجيل 12800 حالة سرطان ثدي في الجزائر منذ بداية العام 2018 مقارنة مع عدد الإصابات في 1995 كان هناك 300 حالة

وتم تسجيل 136 حالة سرطان ثدي و 71 حالة سرطان رحم من جانفي إلى سبتمبر 2016 بالمؤسسة الجامعية الاستشفائية 1 نوفمبر بوهران وهذه المؤسسة تسجل سنويا من 350-400 حالة منها النصف

فقط يخضع إلى عملية جراحية قبل تطور الخلايا السرطانية. وفي سنة 2018 تم تسجيل 151 حالة

سرطان ثدي من 575 حالة سرطان مما يعادل

26,2 % (المستشفى الجامعي 1 نوفمبر, وهران , مصلحة طب الأورام)

2. تعريف السرطان :

السرطان هو تحول الخلية الطبيعية بطريقة غير معروضة نسبيا إلى خلية مشوهة تنمو نمو شاذا وفوضويا وتبدأ بالتكاثر وهذا النمو والتكاثر يصبح على شكل كتلة لحمية من الخلايا السرطانية تعمل على غزو الأنسجة السليمة وتثلفها وما إن تصل إلى الدورة الدموية أو الأماوية في الجسم فإنها تنتشر عن طريق هذه الدورة إلى باقي أجهزة الجسم وتسبب نشوءات سرطانية في مواقع مختلفة من الجسم (زلوف منيرة، 2014 ص19).

تعريف منظمة الصحة العالمية OMS 2006 " النمو الفوضوي المستمر لخلايا غير عادية داخل الجسم لا تخضع للقوانين الفيزيولوجية التي تتحكم في الانقسام الخلوي لتتمرد على أجهزة المراقبة في الجسم فهي كتلة من نسيج يستمر في النمو وقد يكون موضعيا أو غير موضعي حيث تتميز هذه الخلايا السرطانية بقدرتها على التغلغل في الأنسجة مكونة بذلك مستعمرات سرطانية"

(Bindefeld,J,1981 , P202)

3. سرطان الثدي:

1- السرطان: انقسام عشوائي للخلايا وبالتالي تكون كتلة سرطانية أو حميدة وفي حالة سرطان الثدي للخلايا يمكن أن تبقى في الثدي وتشكل كتلة، كما يمكن أن تنتشر الخلايا عبر الأوعية الدموية وتتجه على أعضاء أخرى من الجسم.

4. أعراض سرطان الثدي:

- ظهور كتلة أو سمك في الثدي يختلفان عن الأنسجة المحيطة.
- تغير في حجم الثدي أو شكله أو مظهره.
- تغير في الجلد الموجود على الثدي (احمرار ، جلد البرتقالة)
- الحلمة المقلوبة حديثة الظهور
- نادرا ما يكون هناك شعور بالألم
- آلام في الصدر أو الإبطن غير مرتبطة بفترة الحيض (E-cancer .f1 , 2013)
- تورم إحدى الإبطين وظهور انتفاخ واضح يمكن رؤيته لدى المريض.

5. عوامل الإصابة بسرطان الثدي:

لا يوجد سبب واحد معين بل تكاثف عدة أسباب منها:

- 1- العوامل الوراثية وهي تتمثل 5%
- 2- تغيرات جينية 10% من حالات سرطان الثدي لها صلة بأسباب وراثية تتعلق بتشوهات بعض الجينات من أهم هذه الجينات Brca1 و brca
- 3- التاريخ الشخصي للإصابة بورم خبيث في الثدي أو الرحم أو المبيض، المرأة المصابة بسرطان في إحدى الثديين ترتفع لديها نسبة الإصابة بالمرض في الثدي الأخر أو في مكان آخر في الثدي نفسه.
- 4- العوامل الغذائية وزيادة الوزن
- 5- العلاج الهرموني لعلاج أعراض اليأس
- 6- المواد الكحولية والتدخين
- 7- العلاج بالإشعاع في منطقة الصدر في سن صغيرة يزيد من احتمال حدوث سرطان الثدي)

منور نادية، 2014 ص11).

8- البنية السيكوسومانية : كبت الانفعالات والعلاقة الزوجية المتوترة في غياب العلاقة الجنسية وافتقار الفرد لها سيعوض المرأة إلى الإضطرابات النفسية التي تؤدي إلى اضطراب في توازن الهرمونات (Jacque thanasP18).

6. التشخيص:

أ- الفحص السريري

هو فحص للثدي يجريه أطباء مختصون، أما إذا كان للمريض تاريخ عائلي للإصابة بسرطان الثدي فسيوجهه الطبيب لإجراء الفحص الإشعاعي للثدي.

ب- الفحص الإشعاعي للثدي:

هو تصوير الثدي بالأشعة السينية ويعتبر أدق وسيلة للكشف المبكر عن سرطان الثدي حيث يمكنه الكشف عن السرطان عندما يكون حجمه صغيرا مما يساعد على المعالجة مبكرا.

7. أنواع سرطان الثدي:

سرطان الأقينية في الموقع: (carcinomes canalaire)

تكون فيه الخلايا السرطانية محصورة ضمن بطانة قنوات الحليب ولم تنتشر إلى أجزاء أخرى من الثدي.

سرطان القنوات الغازي: (carcinomes invasif)

في هذا النوع تنتشر الخلايا السرطانية لتصيب الأنسجة المحيطة بقنوات الحليب.

سرطان الثدي الإلتهابي: (carcinomes inflammatoire)

هو أقل شيوعا بنسبة 1-5% من حالات سرطان الثدي.

مرض باجيت الحليبي: (Paget maladie du mamelon)

يبدأ من قنوات الحليب ثم ينتشر إلى حلمة الثدي ويعد من أنواع السرطان غير الشائعة بنسبة 1-3% من حالات سرطان الثدي.

السرکوما الوعائية: (angiosarcome)

يبدأ هذا النوع في الخلايا المبطننة للأوعية الدموية والأوعية اللمفاوية ومن الممكن أن يشمل أنسجة أو جلد الثدي.

سرطان الثدي النقيلي: (Cancer du sein métastatique)

هو الذي يبدأ في الانتشار خارج منطقة الثدي ليصيب أجهزة مختلفة من الجسم كالدماع، الرئتين، العظام.....).

الورم وريقي الشكل: (tumeur phyllade)

ينمو هذا النوع في النسيج الضام للثدي وغالبا ما يكون حميدا ويعد من الأنواع النادرة.

8. مراحل سرطان الثدي:

يمكن تصنيف سرطان الثدي إلى 5 مراحل أساسية من الصفر إلى 4. (jacque olivier ;2015 ,P16)

✓ المرحلة صفر: السرطان غير غاز في الثدي وهناك السرطانة الأبدية في القنوات والأبدية في

القصيصات وفي هذه المرحلة تكون الخلايا غير الطبيعية غير منتشرة خارج القنوات أو

الفصوص.

✓ المرحلة الأولى: يكون قياس الورم أقل من سنتيمترين في العرض وينحصر في الثدي أي أنه لم ينتشر إلى الغدد الليمفاوية.

✓ المرحلة الثانية: يكون في مرحلة مبكرة :

1. ألا يتجاوز الورم 2 سنتم بالعرض وقد انتشر إلى الغدد اللامفاوية.
2. أن يكون حجم الورم بين 2 سنتم و5 سنتم مع و من دون الانتشار إلى الغدد اللامفاوية.
3. أن يكون حجم الورم أكثر من 5 سنتم ولكن دون إشارات إلى انتشاره إلى الغدد اللامفاوية (تحت الإبط).

✓ المرحلة الثالثة : متقدم موضعيا

وتنقسم إلى 3مراحل أ، ب، ج

في هذه المرحلة تبرز الآثار على الثدي أو البشرة المحيطة بالثدي، جدار الصدر، انتفاخ واحمرار على حلمة الثدي تتأثر الغدد اللامفاوية تحت عظمة الثدي وتحت الإبط بانتشار السرطان.

✓ المرحلة الرابعة: يكون السرطان أصبح منتشر إلى خارج الثدي والعقد اللامفاوية على مناطق أخرى من الجسم غير الثدي ومنطقة تحت الإبط مثل: العظام، الرئتين، الدماغ....
(مايك ديكسون، ترجمة هنادي مزبودي، 2013 ص 88).

9. الوقاية من السرطان:

عندما نتكلم عن الوقاية نعني بها في الحقيقة الكشف المبكر عن سرطان الثدي وهي وقاية ثانوية

إما الوقاية الأولية هي تغير نمط الحياة.

إما قبل حدوث المرض أو بعد المرض

الغذاء الصحي: أكدت الدراسات أن الأطعمة التي تحتوي على الإستروجين النباتي ينقص إلى حد كبير من خطورة الإصابة بسرطان الثدي، لأن نقص الإستروجين من أسباب الإصابة بسرطان الثدي. كما تعد نسبة الإصابة بالسرطان نادرة عند الأشخاص الذين يعتمد غذائهم على الخضار والفواكه.

إن تغير طبيعة الغذاء هو من أسس الوقاية.

يقول أبوقراط أن أسباب السرطان هو التغذية الزائدة، وهذا ما نلاحظه حالياً أصبحت المواد الغذائية المكررة مثل: الطحين الأبيض، السكر وأطعمة أخرى مكررة هي النمط الغذائي السائد. فحص الجينات: يمكن إجراء فحوص على الجينات خاصة brca1 و brca2 وتكشف 90% من الحالات التي يكون فيها السرطان وراثياً، للإصابة الوراثية تشكل فقط 5-10% من كل الإصابات بسرطان الثدي ولا يوجد لحد الآن فحص يكشف عن الإصابات غير الوراثية (سارة روز نشال ترجمة فرج الشامي، 2001، ص315).

10. علاج سرطان الثدي:

يختلف بروتوكول العلاج حسب الحالة المرضية ومراحل تطور السرطان وسنقدم بعض الحالات الأكثر استعمالاً.

1- الجراحة

ونجد نوعان من الجراحة حسب الحالة

- جراحة الثدي المحافظة

- جراحة استئصال الثدي بالكامل

1-1 جراحة الثدي المحافظة:

ويكون فيها استئصال جزئي للثدي مع إزالة حافة صغيرة من الأنسجة العادية وتسمى بـ (الهامش السلبي أو النظيف) وأثناء جراحة السرطان الغازي قد يتم أيضا غزالة واحدة أو أكثر من العقد اللمفاوية الإبطية لمعرفة ما إذا كان السرطان قد انتشر إلى خارج الثدي أولا ، وعادة ما يعقب جراحة الثدي المحافظة العلاج الإشعاعي للمساعدة في تدمير أي خلايا سرطانية متبقية.

وعادة ما تختار المصابات بسرطان في منطقة صغيرة من الثدي واللاتي من الممكن تطبيق العلاج الإشعاعي عليهن الخضوع لجراحة الثدي المحافظة بدلا من استئصال الثدي الكلي وأظهرت الدراسات أنها التي يكون فيها سرطان الثدي في مرحلة مبكرة .

(عامر محمد، 2009، ص55).

2-1 جراحة استئصال كاملا:

ويتم فيها استئصال الثدي بالكامل وتمت نوعان لجراحة استئصال الثدي وهما:

استئصال الثدي التام أو (البسيط)

ويتم استئصال الثدي كاملا باستثناء العقد اللمفاوية تحت الإبط.

استئصال الثدي الجذري المعدل: ويتم فيه إزالة الثدي كاملا وبعض العقد اللمفاوية تحت الإبط والبطانة الموجودة فوق عضلات الصدر غالبا ما يلجأ إليه عندما يكون حجم الورم كبير.

ويمكن الخضوع لجراحة ترميم الثدي في كلتا الحالتين (مايك ديكسون، هنادي مزبودي، 2013 ،

ص 119)

2- العلاج الإشعاعي:

عادة ما يكون العلاج الإشعاعي بعد الجراحة كعلاج مكمل سواء استئصال كامل للثدي أو جزئي والهدف منه هو التخلص من أي خلايا سرطانية يمكن أن تكون قد بقيت وبإمكانها أن تشكل نواة لورم جديد يعطي العلاج الإشعاعي عادة بعد التأم الجرح.

(<https://sehatok.com>)

ويتم استخدام أشعة سينية مكثفة ذات طاقة عالية ويكون تأثير هذه الأشعة عاليا على الخلايا الطبيعية ويكون العلاج عادة ما بين 20 أو 25 جلسة تستمر لأقل من 10 دقائق.

(وردة سعادي، 2009، ص44).

أما الأعراض الجانبية للعلاج بالأشعة الشعور بالتعب والإعياء والشعور بالألم كما لو أننا تعرضنا لضربة شمس خاصة عند ملامسة الماء لذلك يفضل إبقاء المنطقة المعالجة جافة ومسحها بكريم خاص احمرار لون البشرة وتجنب تعريض المنطقة المصابة للأشعة الشمس (مايك ديكسون، هنادي مزبودي، 2013، ص88).

العلاج الكيماوي :

يكون عن طريق الحقن عبر الوريد أو طريق الفم من خلال أقراص على فترات متكررة حسب نوع السرطان والمرحلة (مايك ديكسون، هنادي مزبودي، 2013، ص21).

اكتشفت المعالجة الكيماوية بالصدفة خلال الحرب العالمية الثانية حيث استخدمت الجيوش الغازات الكيماوية السامة وغاز الخردل الذي استخدم في هذه الحرب وجد أنه له فوائد طبية ولوحظ أنه يسبب انخفاض كبير في الكريات البيضاء.

فالمعالجة الكيميائية تستخدم كمعالجة وقائية لمنع عودة ظهور الإصابة بالسرطان مرة أخرى وهذا ما يسمى بالمعالجة الكيميائية المساعدة.

(زلوف منيرة، 2014، ص62).

يستخدم العلاج الكيميائي لسرطان الثدي حسب المرحلة ونوع السرطان

- قبل الجراحة: لتقليص حجم الورم
- بعد الجراحة: للحد من خطورة السرطان مرة أخرى
- بدلا من الجراحة: لعلاج سرطان الثدي الذي انتشر في الجسد.

الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي:

يخلف تأثير العلاج الكيميائي من فرد لأخر حسب نوعية العلاج الكيميائي ومقدار الجرعة ونوع السرطان ومرحلته وكيفية تقبل الجسم لها وغالبا ما تختفي تدريجيا الآثار بعد نهاية العلاج.

وقد يتم التغلب على بعض الآثار الجانبية عن طريق بعض الأدوية المصاحبة مثل: الغثيان، تساقط الشعر...

1- الإرهاق:

ويكون نتيجة الضغط النفسي والاكتئاب أو بتراكم عدة عوامل مثل : انخفاض عدد الكريات في الدم وقلة الأكل.

2- الغثيان والتقيؤ:

إن العلاج الكيميائي اليوم قد أدخلت عليه بعض التعديلات وخفف من مضاعفات مثل: الغثيان وتساقط الشعر، لكن التصورات الاجتماعية لهذه الآثار ما تسببه من ألم لم تتغير وسنقدم بعض

العوامل التي تساعد على تخفيف هذا الأثر:

- شرب السوائل قبل الأكل بساعة بدلا من الشرب فور الانتهاء أو خلال الأكل.
- مضغ الأكل جيدا حتى تسهل عملية الهضم
- محاولة الاسترخاء والتنفس بعمق وببطء عند الشعور بالغثيان.
- تجنب الأكل على الأقل ساعتين قبل العلاج.

3- تساقط الشعر:

يتساقط الشعر بسرعة ملحوظة ويشمل مناطق أخرى غير شعر الرأس وقد يكون التساقط جزئيا أو يشمل كل الرأس.

ينصح أثناء فترة التساقط باستعمال غاسولات الشعر التي تحتوي على مواد طبيعية وتجنب استعمال مجففات الشعر أو الصبغات والمواد التي تحتوي على مواد كيماوية، قد يرغب المصاب في ارتداء شعر مستعار وذلك لا يؤثر على عودة نمو الشعر ثانية.

4- إحياء النخاع العظمي:

إن الكريات البيضاء من العناصر الرئيسية بالجهاز المناعي فهي تدافع عن الجسم بمهاجمة الأجسام الغريبة مثل: البكتيريا والفطريات- الفيروسات.....

وعندما يكون النخاع العظمي محبطا نتيجة العلاج الكيميائي تنخفض قدرته على إنتاج الكريات البيضاء فيصبح الجسم عرضة للالتقاط أبسط الفيروسات ولذلك يستلزم مراقبة تعداد الكريات البيضاء بالدم أثناء تلقي العلاج تحسبا لانخفاضها عن المستوى العادي وعزل المريض في بيئة محمية قدر الإمكان للمحافظة على سلامته.

ضرورة غسل الأيدي باستمرار

التقليل من الزيارات

الابتعاد عن التجمعات والأسواق والمواصلات العامة، والحيوانات المنزلية (زلوف منيرة، 2014

ص84).

5- تأثيرات الفم والحنجرة:

مثل التهاب الغشاء المخاطي والتقرحات والجفاف وصعوبة البلع إضافة إلى تغيرات في الطعم ولذلك يجب المحافظة على نظام غذائي جيد والعناية بالفم والأسنان والتطهير الجيد للفم باستعمال منتجات تحتوي على مواد كيماوية أقل أو مواد طبيعية.

تجنب الأطعمة عالية الحموضة، تجنب الأطعمة كثيرة التوابل والتقليل من الملح والسكر.

6- الإمساك:

تزداد خطورة الإمساك على إمكانية حدوث نزيف بالمستقيم والشرح لذا يجب الإكثار من السوائل وتجنب الأطعمة التي يمكنها أن تسبب في الإمساك.

7- الإسهال:

ينتج الإسهال عن تأثير خلايا القنوات المعوية بعض العقاقير الكيميائية وتختلف شدته من مريض لأخر وعادة ما يتم وصف أدوية مانعة للإسهال.

9- مضاعفات الكلى والمتانة

قد تسبب بعض العقاقير بنزيف المثانة، حرقة والتهاب عند التبول، ظهور دم بالببول فقد الأملاح والمعادن بالببول ويمكن تجنب هذا العرض بإعطاء الجرعة الكيماوية في بداية اليوم وتشجيع المريض على شرب الماء بصفة متواصلة خلال اليوم لزيادة معدل التبول.

(زلوف منيرة 2014 ، ص85).

خلاصة :

نستخلص من هذا الفصل بأنه لا يوجد سبب واضح و محدد في ظهور سرطان الثدي و يظهر لنا جليا أهمية التشخيص المبكر في زيادة فرصة الشفاء و ذلك يتحقق من خلال توعية أفراد المجتمع من خلال التربية الصحية التي تكون قبل حدوث المرض .

الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي و الاشعاعي التي يعاني منها المريض يكون ألمها عضوي و معاشها نفسي ، تسير هذه الأعراض تستلزم تكوين المريض من طرف فرقة المتعددة التخصصات في تدخل تربوي علاجي

الفصل الثالث : الحاجات

تمهيد

1. تعريف الحاجة

2. النظريات المفسرة للحاجات

1-2 نظرية أبراهام ماسلو

2-2 نظرية هنري موراي

3-2 نظرية محددات الذات

3. حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي

1-3 الحاجات النفسية

2-3 الحاجات الاجتماعية

3-3 الحاجات العضوية

خلاصة

تمهيد:

يظهر سرطان الثدي بشكل مفاجئ ويرتبط بالموت، المريض يبقى ساكنا جاهلا أمام قرارات الطبيب، يتسبب في جرح نرجسي عميق وتحس المرأة أنها تغيرت وتشعر بالنقص أمام زوجها خاصة سقوط الشعر، تغير لون البشرة، تستعمل الكوبيينغ أحيانا لتظهر بشكل مقبول أمام الآخرين بوضع باروكة أو قطعة من السلكون في مكان الثدي، تشعر أحيانا بنظرة الشفقة الموجهة إليها وهذا يحطم المريض و يولد لديه الاحساس بعدم القدرة على ممارسة الأدوار الإجتماعية والعائلية.

1- مفهوم الحاجة:

لغة: حسب ما جاء في لسان العرب "الحاجة مشتقة من الحوج وهو الطلب والفقر والتحوّج إلى الشيء هو إحتاج إليه وأراده (ابن المنظور 1997، ص 180).

إصطلاحا:

1- فاخر عاقل عرفها على أنها: "افتقاد أمر مفيد ومرغوب فيه وأساس هذا الإفتقاد يسبب اختلال التوازن لدى الفرد، تكون الحاجة فيزيولوجية إذا كانت ذات صلة بالجسد كما تكون نفسية إذا ما اتصلت بالأفكار والمشاعر وتكون إجتماعية إذا ما كانت ذات مساس بالعلاقات الإجتماعية" (فاخر عاقل، 1978، ص 391).

2- تعريف قاموس علم النفس لنوربار سيلامي: Norbert sillamy

"الحاجة تنتج كردّ فعل لإشارات إنذار وتدفع بالفرد لإشباعها وهناك حاجات أولية (الأكل، الشرب...) حاجات ثانوية (الشعور بالأمان، تقدير الذات، الحاجة إلى العطف) إذا لم تشبع هذه الأخيرة تولد إضطرابات سلوكية وإحباطات وإذا أشبعت ينتج عنها الرضا عن الذات".

كما عرّف فlasser (Glasser) الحاجات على أنها حالة الوعي بعدم الرضا وإذا ما توصل الفرد إلى هذه الدرجة من الوعي لا يصبح قادرا إلا على السعي لتلبية هذه الحاجة والإنسان تحركه خمسة حاجات كبرى وهي (الحياة أو العيش، الإنتماء، القوة، الحرية، اللذة). (www.emploiue bcc.gov.qc.com).

ويرى J.Lacan أن "الحاجة تكون في مستويين الأول هو المستوى الأدنى الحيواني والذي يتطلب حاجات بيولوجية، أما المستوى الثاني و يكون فقط للكائن البشري ألا وهو البحث عن الرفاهية" (Fr.m.wikipedia.org) "le bien-être".

ولا يخفى علينا بأن الحاجة والدافع مصطلحين يكتملان بعضهما البعض، فإذا كانت الحاجة تعبر عن نقص وافتقار شيء ما فالدافعية هي التي تدفع السلوك لإشباع تلك الحاجة.

وهذا له علاقة وطيدة بموضوع البحث إذا لم يكن برنامج التربية العلاجية مطابقا أو قريبا من الحاجات المستمدة من المفحوص فهذا سينقص من دافعيته وفعاليته الذاتية هذه الأخيرة التي تعتبر أساسية في عملية التربية العلاجية التي تعتمد على مشاركة المريض وهذا هو الخطأ الذي يقع فيه معدي برامج التربية العلاجية التي لا تكون منطلقة من حاجات المفحوص.

2-النظريات المفسرة للحاجات:

1. نظرية هرم الحاجات لماسلو A.Maslow (1908-1970):

لها عدة تسميات: نظرية الدافعية الإنسانية، نظرية سلم الحاجات، نظرية التدرج الهرمي، وهي من أقدم النظريات التي فسرت الحاجات.

اتبع ماسلو التيار السلوكي وبعد ذلك إتجه إلى أنه لدينا جميعا حاجات بيولوجية وحاجات إجتماعية من خلالها توجه أفعالنا سنة (1945) ولعل أكثر ما يميز هذه النظرية أنها حاولت أن تدرس الشخصية الإنسانية من خلال الصحة.

وبنى ماسلو نظريته من خلال فرضيتين أساسيتين:

1- الحاجات غير المتبعة هي التي تؤثر على السلوك الإنساني وتنشط هذه الحاجات في أوقات

مختلفة.

2- ترتيبها على شكل سلم حسب الأهمية، الحاجة توجه الفرد إلى تخفيف التوتر الذي يسببه

النقص وهذا التوتر يدفع بالفرد للقيام بسلوك ويتوقع أن يشبع الحاجة والحاجات المشبعة لا تصبح

دافعة (شريفة جنان، 2016، ص 74).

يشرح لنا هرم ماسلو كيف أن هذه الإحتياجات يجب أن تتدرّج من مستوى إلى آخر، فالإنسان

عندما يشبع احتياج معين فإنه يبدأ في الانتقال إلى مستوى آخر وإذا لم تشبع الحاجات الأقل والأساسية

فإنه لن ينتقل إلى مستوى أعلى وأن الحاجات المتبعة لا تؤثر على سلوكه.

فعندما تشبع الحاجة الأكثر أولوية فإن الحاجات التالية في التدرج الهرمي تطلب الإشباع كما

وصفه ماسلو على شكل تدرج هرمي. ينقسم إلى حاجات أساسية وحاجات ثانوية ذكر فيها خمسة حاجات

نذكرها كما يلي:

1- الحاجات الفسيولوجية: مثل الجوع، العطش، تجنب الألم، الجنس... التي لها علاقة بالبقاء

البيولوجي.

2- الحاجة إلى الأمن: وهي نوع من الأمان المادي والمعنوي وهي حاجات متصلة للحفاظ على الحالة

الراهنة وعدم إشباعها يؤدي إلى مخاوف مثل الخوف من الغموض المجهول ويرى ماسلو أن هناك ميلا إلى

المبالغة في تقدير هذه الحاجات وأن كثير من الأفراد لا يمكنهم تجاوز هذا المستوى من الحاجات وهي

أساسية للحفاظ على وجوده مثل:

الأمان الجسدي، أمان ممتلكاته الشخصية، الأمان الوظيفي، الأمان الصحي وحصوله على الرعاية الصحية عند تعرضه للأمراض (أميرة إسماعيل، 2011، 44).

3- الحاجة للحب والانتماء: وهي حاجات ذات توجه إجتماعي مثل: الحاجة أن يكون الفرد عضوا داخل جماعة، الحاجة إلى إطار إجتماعي يحسّ فيه الإنسان بالألفة (العائلة، الحي....) تكوين علاقات صداقة، حب، أن يكون وضع إجتماعي مرموق، سمعة حسنة.

4- الحاجة إلى الإحترام والتقدير:

هنا يتم التركيز على حاجات الفرد في تحقيق مكانة إجتماعية مرموقة، والشعور بإحترام الآخرين له والحاجة إلى تقدير الذات وهو متعلق بإحترام النفس أو الإحساس الداخلي بقيمة الذات.

5- الحاجة لتحقيق الذات: أو ما سماه بالحاجات العليا وهي الحاجة التي لا يصل إليها بعد تحقيق الحاجات الأدنى وهو السعي نحو قيم وغايات عليا وهي دوافع أصلية وكامنة في الإنسان وهو البحث عن معنى الحياة وهي قيم وأسس يسعى الإنسان إلى ترسيخها (أكاديمية علم النفس، 2011).

2- نظرية موراي: Murray.M

من أهم النظريات المفسرة للحاجات (1938) وتركت أثر كبير في علم النفس الدافعية، وظهرت خلال الفترة التي كانت فيها السلوكية مهيمنة ولم تكن تعترف بفكرة أن هناك أفكار هي من تحكم السلوك وكانت نظرية موراي أساسا له في عمله المعروف (Thematique Apperception Test) TAT .
(Fenouillet.F, 2010 , P5) وقد قدم موراي قائمة محددة للحاجات تحتوي على 30 حاجة جوهرية وهو يرى أن شدة الحاجة إلى الإنجاز تظهر من خلال سعي الفرد إلى القيام بالأعمال الصعبة ويكون لديه نوع من الاستقلالية ليتخطى ما يقابله من عقبات.

(https://ppsy.pro 14/11/2018).

تأثرت نظرية موراي بالتحليل النفسي ويرى موراي أن الحاجة هي " مركب أو تكوين فرضي يمثل قوة في منطقة المخ هذه القوة تنظم الإدراك والتعقل والفعل بحيث تحول الموقف القائم غير المشبع في اتجاه معين.

(حسن عبد الفتاح الغامدي، 2014، ص5)

وتذكر بعض الحاجات من قائمة هنري موراي

- الحاجة إلى تجنب الأذى
- الحاجة إلى تجنب المذلة
- الحاجة إلى العطف
- الحاجة إلى النظام
- الحاجة إلى اللعب
- الحاجة إلى الاستمتاع الحسي
- الحاجة إلى الجنس
- الحاجة إلى المعاضدة
- الحاجة إلى الفهم
- الحاجة إلى لوم الذات
- الحاجة للإنجاز
- الحاجة إلى الانتماء
- الحاجة إلى العدوان
- الحاجة إلى الاستقلال الذاتي
- الحاجة إلى الدفاعية
- الحاجة إلى السيطرة
- الحاجة إلى الاستعراض.

نرى أن ماسلو وهنري موراي قد اختلفا في بعض النقاط الأساسية في إشباع الحاجة فحسب ماسلو أنه لا يمكن الانتقال لإشباع الحاجة الأعلى إلا إذا أشبعت الحاجة الأدنى وقد انتقد في الرؤية واختلف معه هنري موراي أنه يمكننا إتباع عدة حاجات في وقت واحد دون الانتقال من مستوى لآخر.

3-2. نظرية محددات الذات

في سنة 1971 (Eduward deci و Richard Rayan , ريشار رايان و ادوارد ديسي) اقترحوا نموذج أوضحوا من خلاله وجود 3 حاجات نفسية أساسية الحاجة إلى الاستقلالية الكفاءة والانتماء.

أشار كل من (fabien fenouillet,2010) و (فاطمة الزهراء محمد زاهر، 2014) و (Noémie carbonneau2016,P1) إلى أن هذه الحاجات الإنسانية أساسية لجميع مراحل النمو وهي لا تقتصر على الانتماء، الاستقلالية، بل تشمل أيضا حاجات أخرى وهي الحاجة للحب، الإنجاز... ولفهم الدوافع الإنسانية لابد من فهم الحاجات السيكولوجية الفطرية وهي الانتماء، الكفاءة، الاستقلالية لأنها تحدد الشروط الفطرية للنمو النفسي.

وتسمح العلاقات الشخصية بإتباع الحاجات النفسية الأساسية وهذه الحاجات الثلاثة تزيد من الشعور بالفعالية الذاتية ونظرية محددات الذات وجدت لها تطبيقات في ثقافات متعددة وفي عدة ميادين في الحياة ويمكن اعتمادها في مجال التربية، العمل ، الصحة، الرياضة.

فسرت نظرية محددات الذات هذه الحاجات الثلاثة كما يلي:

1- الحاجة إلى الاستقلالية:

وبالتالي نجد أن الحاجة إلى تقدير الذات عند المصابة بسرطان الثدي من الحاجات التي وجب علينا أخذها بعين الإعتبار.

يختلف تقدير الذات من فرد لآخر حسب ما يحمله من أفكار ومعتقدات وخبرات والتغيرات التي تطرأ خلال المرض من فقدان الجانبية للعلاج كلها تؤثر في مستوى تقدير الذات خاصة وأن بعض الأفراد مستوى تقدير الذات لديهم مرتبط بالصورة الجسمية وضّح ماسلو وجود مستويين من الحاجة إلى تقدير الذات:

المستوى الأدنى من التقدير والذي يكون فيها الفرد بحاجة إلى تقدير واحترام الآخرين له من خلال مكانته الاجتماعية، الشهرة... الخ

المستوى الأعلى من التقدير وهو الذي يكون فيه بحاجة إلى الاحترام والتقدير الذاتي وقد يتحقق ذلك من خلال قوة الفرد الذاتية وكفاءته وثقته بنفسه واستقلاليته.

هذه الأخيرة التي هي من أهداف التربية العلاجية وهي مساعدة المريض ليكون مستقلا وتسمح له بالتكفل بمرضه بشكل فعّال (www.meemapps.com).

3-1-2- الحاجة للعلاقات الجنسية:

يعتمد تأثير الإصابة بسرطان الثدي على الحياة الجنسية لدى الزوجين حسب العلاقة قبل الإصابة والسن هل حياة الزوجين كانت نشطة جنسيا ؟ ما هي المرحلة العمرية التي تمر بها ؟

من الطبيعي أن الرغبة الجنسية تكون في أوجها خلال الشباب والكمهولة لكن بعض الدراسات إتخذت زيادة واضحة في الرغبة الجنسية في سن اليأس أشار كلام (Kallam 1989) إلى زيادة واضحة في المتعة الجنسية لدى النساء ما بعد سن اليأس (هندومة محمد أنور، 2012، ص 284).

كما أن إشباع الرغبة الجنسية لدى المرأة تختلف عن الرجل، المتعة الجنسية عند المرأة ظاهرة سيكولوجية معقدة بطيئة، كثير ما تشعر بالحاجة إلى العطف والرقعة ففي عادة ما تنتظر من الرجل أن يلمس كل جزء من جسدها لكن هذا لا ينفي هذه الرغبة عند الرجل أيضا (زكرياء إبراهيم، دون سنة، ص 121).

آثار سرطان الثدي على الحياة الجنسية يعتمد على العلاجات (جراحة، العلاج الكيميائي، الإشعاعي، الهرموني) وخطورة المرض أو المرحلة والمعاش الجنسي قبل المرض.
بعض التغيرات تكون مؤقتة مثل: (التعب، سقوط الشعر، آلام، إنخفاض مستوى الليبدو...).
والبعض الآخر يكون دائم مثل: (انقطاع الطمث، البتر...).

الشريك أو الزوج ليس بالضرورة أن تكون ردة فعله مثل المرأة وذلك حسب المعاش الجنسي لكل طرف وما يمثله الثدي من رمزية.

هناك تأثير للعوامل الفيزيولوجية على الحياة الجنسية لكن العوامل النفسية والعلاقة لها دور كبير في التكيف مع الوضعية الجديدة (www.cance.fr) فالتوافق بين الزوجين يكون في 3 ميادين العلاقات الجنسية، العلاقات النفسية، العلاقات الترابطية وحينما يقع ظن الرجل أن كل علاقته بزوجته لا تتعدى الميدان الأول أو أن زوجته ليست سوى وسيلة للمتعة الجنسية عندئذ سيكون غياب الثدي له تأثير كبير على هذا النوع من الرجال (زكرياء إبراهيم، بدون سنة، ص 122).

الثدي لديه رمزية أمومية وغالبا ما يرتبط بالعلاقة الجنسية فهو يمثل رمز الأنوثة لكلا الجنسين، بعد بتر الثدي سيتغير تصور كلا الطرفين للعلاقة الجنسية بأنها ستكون ناقصة، فإتباع الحاجة الجنسية لدى المرأة ليس مجرد مجهود صناعي وغالبا ما يتصور الرجل العملية الجنسية على أنها صراع يقوم فيه بدور البطل لكن بالنسبة للمرأة أكبر البواعث الجنسية استثارة لديها هي الملامسة والمداعبة على وجه

الخصوص الثدي. كما أننا لا ننكر أن المازوشية تلعب دورا كبيرا في حياة المرأة الجنسية ولكن إذا لم ينجح الزوج في أن يشبع الحاجات النفسية الأخرى من حب وعطف فإنها لن تستجيب لسائر المهيجات الجنسية.

3-1-3-صورة الجسم:

يجدر بنا التفريق بين مخطط الجسم وصورة الجسم مفهوم مخطط الجسم مرتبط بالأعصاب ويتعلق بالمعرفة العامة التي نمتلكها عن جسمنا ويسمح لنا بتحديد موقعنا في الفضاء الخارجي هي تمثلات لاشعورية للجسم ولمخطط الجسم هذه الأخيرة التي تسمح لنا بالتحرك في المحيط الفضائي أول من أدخل مصطلح "aschématie" سنة 1905 هو بيار بوني "Pierre bonnie".

عرّف أجولياجورا Julian Ajuriaguerra سنة 1970 مخطط الجسم "أنه مبني على أساس اللمس، الإحساس بالحركة، المتاهة والرؤية، مخطط الجسم يتحقق من خلال إعادة هيكلة معلومات آنية وفي الماضي التي تسمح لنا بالقيام بأفعال وإدراك الإطار الفضائي تلك المعلومات هي التي تسمح بإعطاء دلالة". وعرّفه (بوني 1893 Bonnier) على أنه: "تمثلات دائمة، تصور فضائي للجسم والموضوع".

وبالنسبة لـ: فرانساز دلتو Françoise Dolto "مخطط الجسم يتكون منذ الطفولة بالتعلم والتجربة" إذن كما يتبين لنا من خلال التعاريف أن مخطط الجسم لا يمكننا حصره في مجرد تعريف بل هو الجسد والسرطان.

الإعلان عن مرض السرطان غالبا ما يرتبط بالموت و فقد العضو وعمل الحداد في حالة البتر الكلي للثدي، وفي بعض الحالات يستأصل جزء من الثدي فإستدخال العضو الجديد المعدل أو عضو بديل من خلال عملية زرع الثدي هي عملية لا شعورية لإستدخال العضو الجديد أو إعادة استثمار الموضوع وتغير صورة الجسد لا تكون بالنسبة للمريض فقط بل المحيطين به خاصة المقربين (الزوج،

الإخوة...) وهذا التغير أو الهجوم على الجسد سيمس جوانب أخرى من الشخصية مثل تقدير الذات، فقد الثقة بالنفس.

العلاج الكيميائي الذي ينتج عنه تساقط الشعر هو عنوان المرض "سرطان"، العلاج الإشعاعي ينتج عنه أعراض على مستوى الجلد كما ذكرنا سابقاً.

كل هذه العلاجات تنعكس على تغير على المستوى الجسدي فالجسم الحقيقي أصبح معدلاً وإحساس المريض بفقد التحكم في هذا الجسد الذي لطالما كان تحت إرادته فيصبح يشعر كأنه خدع من طرف جسده.

إعادة استثمار هذا الجسد الجديد ليس بالأمر السهل خاصة وان تصور الآخر له مجهول أو غامض بالنسبة إليه أو على الأقل لديه بعض التساؤلات: كيف سيكون جسدي ؟ كيف سينظر إليّ الآخرين ؟

يصبح المريض في علاقة مضطربة مع جسده وخاصة بالعضو المصاب، من هنا نستطيع أن نذكر علاقة المريض بجسده من خلال تصنيفها كما يلي:

الجسد الحقيقي:

الذي هو موضوع كل الفحوصات، العلاجات، الكدمات، هذا الجسد الضعيف المرهق من الألم الإعياء ويكون هذا الإحساس بالألم والضعف ناتج عن التمثلات الخاصة بكل فرد ومعاشه ووجدانيته.

الجسد المحتاج:

هو موضوع غير متنقل بحاجة إلى الآخر أو العلاجات الطبية فقد استقلاليته أو لا يلي حاجاته حتى الأولوية منها في بعض الأحيان (كالأكل، النوم، تجنب الألم...).

الجسد الخيالي:

هو الجسد المستهام الذي سيفقد كليته ويصبح صورة مثالية لجسد سينتصر على ما سببه المرض من ضرر. حسب جين لابلانث Jean Laplanche هناك علاقة متبادلة بين الأنا والجسد يحتوي على سيرورة ثانوية من التصورات والأنا هو من يدخل في سير الإسهامات نوع من الخوف وهي سيرورة مترابطة تسمح بركود الطاقة في الجهاز الإسهامي (Deshamps .danièle , 1997, P 188).

جسد الألم:

الألم يكون جسدي ونفسي.

الألم الجسدي يكون في حالة المراحل الأخيرة من السرطان أو خلال العلاج (بعد الجراحة، بعد العلاج الكيميائي أو الإشعاعي).

الألم النفسي قد يختبئ أو يكون على شكل شكاوى جسدية (Michel Reich, 2008, P 248).

2-3-الحاجات الاجتماعية:

1-2-3-الحاجة إلى الدعم الاجتماعي:

يعاش المرض كواقعة إجتماعية، فهو يؤثر ويتأثر بمن حوله، إن التجربة المرضية تظهر على المستوى الإجتماعي من خلال الآثار التي تنجم عنها وكيفية تسيير هذه الآثار بعض المرضى لا يصرحون بمرضهم لمن حولهم حفاظا على أدوارهم والبعض الآخر يستفيد من الفوائد الثانوية للمرضى.

وتظهر المساعدة الإجتماعية من خلال العلاقات التي يقيمها مع محيطه ومع الأحداث الحياتية

التي مرّ بها ونجد 4 أبعاد المساعدة الإجتماعية:

✓ **البعد المادي:** كما نعلم أن الأمراض المزمنة تتطلب توفر إمكانات مادية والبعض لا يمكنه

تغطية الخدمات العلاجية من (توفير الدواء، إجراء الفحوصات، فالدعم المادي من طرف

الأسرة أو الشبكة الإجتماعية تصبح الحاجة الأولية للمريض، فتجده يلجأ إلى المقربين منه

طالباً العون والمساعدة.

✓ **البعد المعرفي:**

ويمثل تبادل مختلف المعارف والمعلومات حول المرض وهنا تعتبر تجربة الآخرين مساعد معرفي

للمريض وهذا ما نجده يحصل في قاعات الإنتظار أو أثناء الإستشفاء يكون إيجابي كتقاسم تجربة ناجحة

وأحيانا يعود بالسلب على المريض في حالة اللجوء إلى علاجات تقليدية، مثلاً وهذا يعتمد على التمثلات

الإجتماعية التي سوف تكون محددة في إختيار نوع العلاج.

✓ **البعد المعياري:**

عرفت الباحثة الإجتماعية قريسون "G.Gresson" البعد المعياري على كونه مساعدة الإنسان

بإفراغ سلوكه المرتبط بالدور، وذلك بأن نفرض عليه سلوكات ومعايير تتماشى مع الوضعية.

معنى ذلك أن المرض يكشف أبعاد إجتماعية خاصة إذا المدة كانت طويلة وتكثر الضغوطات

الإجتماعية ويهدف هذا البعد إلى جعل المريض يمارس سلوكات مناسبة وإبعاده عن المواقف السلبية

والضغوط الإجتماعية.

✓ البعد العاطفي:

يتمثل في مساعدته نفسيا من خلال الإستماع إليه ومساندته عاطفيا.

(فريدة مشري، 2016، ص 495).

نستخلص من خلال هذه الأبعاد أن هذه الحاجة إلى الدعم الإجتماعي إذا كانت مشبعة فهي تعتبر كمورد نفسي يدفع المريض لمواجهة الصعوبات من خلال كل أنواع الدعم أو كما عرّفته (Bruschan Schwartz.M,2001) ، على أنه "الأثر النفسي الذي يترك في شخصية المريض والذي يشبعه حاجاته وإنتظاراته".

3-3-الحاجات العضوية:

3-3-1-الحاجة إلى تسيير الألم:

من الحاجات الأولية التي تحدث عنها Maslow هي الحاجة إلى تجنب الألم غالبا ناتج عن تجربة جسدية (مرض سواء كان مزمن أو مؤقت) فالشعور بالألم عبارة عن ألم جسدي معاشه نفسي ويختلف من فرد لآخر فيبقى الألم تجربة فردية.

في سرطان الثدي غالبا ما يكون الإحساس بالألم بعد الجراحة أو بعد العلاجات التكميلية (العلاج الكيميائي، العلاج بالأشعة...).

وهذه الحاجة إلى تجنب الألم تبقى تجربة فردية حسب كل مريض وعلاقته بجسده، معاشه، تمثلاته... وإدراكه للألم.

نستطيع أن نعرّف الألم بأنه "تجربة حسية وعاطفية غير مرغوب فيها متعلقة بأفة نسيجية حقيقية أو ممكنة الحدوث".

إذن هناك معاش نفسي وألم جسدي.

الألم يبقى ظاهرة معقدة ومتعددة الأبعاد، المنهج السلوكي - المعرفي يركز على المعتقدات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة المتعلقة بالألم.

عندما نقيّم هذه المعتقدات التي ترتبط بالألم نجد أن هناك عدة مقاييس تسمح بتقسيم 3 أبعاد الألم وهي: الشعور بالذنب، إدراك الألم كثيء مجهول وسري، المعتقدات المتعلقة بوقت الألم. كما نجد مقاييس تقيس إستراتيجيات التكيف مع الألم.

المصاب بالسرطان لديه حاجتان ينتظرهما من المعالج، الشفاء من المرض والتكفل بآلام المرض المعاناة ليست فقط جسدية وليست فقط نفسية كلاهما يؤثر ويتأثر بالآخر.

إن مصطلح الألم غالبا هو سيرورة فيزيولوجية تحتاج إلى مهدئات أو مسكنات للألام ولكن لا يمكننا الفصل بين ما هو بيولوجي محض (آلام جسدية) وما هو نفسي (معاناة عاطفية)، فالأولى تسمح بإظهار آليات دفاعية ليتكيف المريض مع ألمه.

وتتدخل عدة عوامل أخرى إجتماعية، ثقافية ودينية والتكفل أو التدخل التربوي الذي له تأثير كبير على إدراك الألم (Fisher . GN, 2010, P 418).

إذا كان الألم الجسدي يتسبب في معاناة نفسية (ضيق، إكتئاب، قلق) فهنا يكون التدخل العلاجي بالمهدئات أو مسكنات الألم.

وإذا كان الألم النفسي (قلق، إكتئاب...) يتسبب في ألم جسدي يكون التدخل العلاجي بالعلاج النفسي لأن الألم نفسي المنشأ.

وغالبا تداخل الألم النفسي المنشأ والألم العضوي والقلق والإكتئاب يقوي ويزيد في درجة الحصر والقلق إذن لا يمكننا فصل الألم النفسي عن الجسدي أن فعالية مسكنات الألم لا تكون فعالة بالكامل إلا إذا كانت مصاحبة بتكفل نفسي وهناك العديد من أساليب السيطرة على الألم التي تستخدم بهدف التحكم بالألم أو التخفيف منه ومعظم هذه الأساليب تصلح للسيطرة على الألم ومنها:

التغذية الراجعة، الإسترخاء وغيرها من الأساليب المعرفية.

أما الطريقة الأكثر شيوعا في السيطرة على الألم هي إستخدام الأدوية والعقاقير خاصة الموزعين كما ذكرنا سابقا أن الألم هو تجربة جسدية معاشها نفسي كلاهما يؤثر ويتأثر بالآخر.

سنذكر بعض أساليب إدارة الألم.

1-أساليب الإسترخاء:

يمكن للإسترخاء أن يؤثر في الألم مباشرة فالتخفيف من توتر العضلات أو تحويل تدفق الدم الذي يمكن أن ينجم عن الإسترخاء قد يخفف من الألم المرتبط بهذه العمليات الفيزيولوجية.

2-التثتيت:

وهو أسلوب شائع في السيطرة على الألم، يعرف بالتثتيت فمن خلال تركيز انتباه الفرد على مثير بعيد أو تثتيته من خلال نشاط آخر مكثف يمكننا إبعاد انتباهه عن الألم (شيلي تايلور، 2017، ص 606).

3-3-2-الحاجة إلى فهم المرض:

الخوف من المجهول هو ما يدفع الفرد للبحث عن المعلومة خاصة إذا كان الأمر يتعلق بمرض السرطان عدة أسئلة تجتاح المريض هل سأشفى ؟ هل الطبيب قادر على شفاء مثل حالتي ؟ هل أنا في

مرحلة متقدمة من المرض ؟ لكن الآثار الجانبية للعلاج هي مؤلمة ؟ وتكون ردة فعله حسب معتقداته وتصوراتته حول هذا المرض.

يكون الطبيب في نظره هو المنقذ أو قد يكون العكس وهذا حسب العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض. إن تقاسم المعرفة يساعد المريض في تقبله لمرضه وكيفية التعايش معه والإلزام بالعلاج وأكدت بعض الدراسات أن إعطاء المعلومة تساهم في الإلتزام بالعلاج وتحسين الرعاية الصحية. ونجد أن هناك نوعين من المعلومة:

1-المعلومة الشفوية: أكد لاي (1989) Ley على انه لتحسين الرعاية الصحية يجب أولاً تحسين

الإتصال أو نوعيته وأكد على العوامل الآتية:

-الإنطباع الأولي: الأفراد لديهم قابلية لتذكر أول شيء قيل لهم.

-تبسيط المعلومة قدر الإمكان.

-إستعمال التكرار.

-أن يكون الكلام محدد.

2-المعلومة المكتوبة:أكد الباحثون على استعمال المعلومة الكتابية لتحسين الرعاية الصحية،

ولها أهمية كبيرة في إشباع حاجات المريض من فهم المرض. إتباع العلاج ويحس المريض أنه شريك في العملية العلاجية.

يجب أن يكون المعلومة المكتوبة مرفقة بنوعية الإتصال الشفهي لتوضيح كل ما هو مكتوب (r)

. (Desnichard .olivier, 2008, Pp 85-86)

وعلى هذا الأساس يجب إتباع إستراتيجية لنقل المعلومة لا تقدم المعلومة إلا بعد الإنصات الجيد للمريض.

في غالب الأحيان يكون الإتصال عبر رسالة هذه الأخيرة تنقل إشارة أو مجموعة إشارات تحمل المعلومة هذه الرسالة تكون إما توكيدية أو استفهامية كما هو الحال في المقابلة العيادية، الأشكال الإستفهامية قد تكون أسئلة مفتوحة أو مغلقة، فالرسالة يجب أن تكون مفهومة. ردود الأفعال هي التي تؤكد فهم الرسالة وهذا الإتصال له وظائف أخرى الطمأننة، الأومبائية، الإيماءات، وضعية الجسم، كل اتصال لفظي وغير لفظي.

طريقة الإتصال وإيصال المعلومة للمريض هي عبارة عن سيرورة تفاعلية تحتوي على (الحالة العاطفية، الميكانيزمات الدفاعية...) متغيرات معرفية (عمليات فكرية، نظام تمثلات..) متغيرات اجتماعية (الدور والمكانة الاجتماعية).

الخلاصة:

لقد اقترحنا في خلاصة هذا الفصل جمع ما ورد في المعطيات النظرية والتعليق على كمية المعلومات التي جمعناها عن طريق المراجع والمقالات.

بتحديد مختلف الحاجات التي يمكن ان تجتاح المريض هذه الأخيرة التي تلبى بمساعدة فريق متعدد التخصصات مكون في هذا المجال ومع احترام لحدود الدراسة نقترح عليكم التحليل لهذا الفصل:

1-أولوية الحاجات: كما ذكرنا سابقا في سلم ماسلو أنها تندرج من مستوى لآخر من أبسط الحاجات البيولوجية إلى الحاجة إلى تقدير الذات، عند الإصابة بالسرطان وخلال مراحل العلاج الثقيلة يصبح الفرد عاجزا أمام أبسط الحاجات (اللباس، الأكل،...) فهل يمكن للمريض الإنتقال إلى أعلى مستوى من الحاجات قبل إشباع المستوى الأول.

2-نمط شخصية المريض: وهو عامل يلعب دورا كبيرا في مواجهة المرض خاصة إذا اعتمدنا على النموذج البيونفسي اجتماعي الذي يصنف نمط شخصية مريض السرطان من النوع "C" الذي يتميز بكبت للإنفعالات وضعف في الإستهامات.

وهنا نحن نتحدث عن شخصية المريض قبل المرض ما هي الحاجات التي لم تكن مشبعة حتى قبل حدوث المرض وكيف أن هذه الأخيرة سيتم إعادة إحيائها في ظروف جد صعبة.

3-المعتقدات والتصورات: تبقى الحاجة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية مرتبطة بتصوراتها للمرض والعلاجات المقدمة خلال كل مرحلة ومن هنا نستنتج إختلاف الحاجات من فرد لآخر ولهذا لا يمكننا إتباع برنامج موحد لكل الحالات وذلك لمراعاة الفروق الفردية.

الفصل الرابع: التربية العلاجية

تمهيد

1. تعريف التربية العلاجية
2. لمحة تاريخية
3. النظريات التي تستند عليها التربية العلاجية
 - 1-2 نموذج المعتقدات الصحية
 - 2-2 النموذج المعرفي اجتماعي
 - 3-3 النظرية المعرفية السلوكية
4. تأثير علم النفس الصحة في تطور التربية العلاجية
5. مستويات التدخل التربوي
 - 1-5 التشخيص التربوي
 - 2-5 تقييم مكتسبات المفحوص
6. أهداف التربية العلاجية
7. شروط التربية العلاجية
8. التدخل التربوي العلاجي للمرأة المصابة بسرطان الثدي
 - 1-8 قبل العلاج
 - 2-8 خلال العلاج
 - 3-8 بعد العلاج

تمهيد:

المفهوم الجديد للصحة هو تطويرها وإشراك المريض في العملية العلاجية وعندما يتعلق الأمر بمرض مزمن سيؤثر هذا في جودة الحياة ويولد لديه الحاجة إلى الاستقلالية.

وتأتي التربية العلاجية في المرحلة الثالثة من الوقاية التي يكون فيها التدخل في حالة حدوث المرض وكيفية تقبله والتعايش معه.

هي ليست فقط معلومات شفوية أو كتابية تقدم للمريض ولا عبارة عن معلومات وتوجيهات حول كيفية تناول الدواء بل هي عبارة عن سيرورة منظمة ومنهج تربوي يعمل على تطوير الصحة وتقبل المرض ، تسعى من خلالها للرفع من الفعالية الذاتية للمريض والتعرف على معتقداته وتصوراتته حول المرض و يصبح يشعر بنوع من الاستقلالية والتحكم في حالته الصحية.

1. تعريف التربية العلاجية

عرفتها منظمة الصحة العالمية سنة 1996 على أنها: "مجموعة من العمليات التي تسمح للمريض باكتساب والحفاظ على القدرة والفعالية التي تسمح له بالتكفل بمرضه بشكل فعال". (Chantal Eymard, 2010, p40)

حسب ديكاش و ميرمانس (Deccach و Mermanse) سنة 2000

التربية العلاجية هي سيرورة مستمرة وخلال تدخل ضمن العلاج تتضمن مجموعة من:

- النشاطات المنظمة
- عملية تحسيسية لقل المعلومات
- تعلم وتعليم باستعمال مناهج تربوية

- الدعم النفسي والاجتماعي.

وهذا فيما يخص العلاج، المؤسسة، إجراءات الرعاية الصحية، السلوكيات الصحية والمتعلقة بالمرض والمعتقدات والتصوات والفعالية الذاتية (Gustave. nicolas Fisher,2010,P201)

" هي مساعدة المريض أو عائلته أو محيطه لفهم أكثر مرضه وعلاجه والتكفل بحالته الصحية لتحسين جودة الحياة لديه" (Gustave.Nicolas Fisher, 2010, P202)

هي مجموعة من النشاطات والمعلومات والتوجيهات لجعل المريض فعالا في تسيير مرضه وتناول الأدوية مع الأخذ بعين الاعتبار العوامل العضوية، النفسية والاجتماعية. (Denise Jodelet, 2015, P33)

حسب كلا من دينيس جودلي و فيشر و ديكاش و Deccache و gustave fisher و denise jodelet أن المريض يصبح فعالا في مرضه أو ما يسمى بالمريض خبير وذلك من خلال المعلومات المتقدمة إليه من طرف المختصين حول العلاج وكيفية تسيير المرض بالاستناد على مناهج تربوية وتعليمية، والهدف منه هو تطوير الصحة وتحسين جودة الحياة وليس فقط القضاء على المرض.

وما يهمنا كمختصين في علم النفس وكاختصاص يدخل ضمن الفرقة متعددة التخصصات هو كيفية تعامل المريض مع هذه المعلومات المقدمة إليه وكيف يتقبل مرضه ويتعايش معه.

كما يجدر بنا التفريق بين التربية العلاجية والتربية الصحية من خلال مراحلها الثلاثة فهذه الأخيرة تكون قبل حدوث المرض. والتربية العلاجية تتمثل التربية من أجل الصحة فخلال المرض هناك جانب وقائي سواء لتجنب الانتكاسة أو اكتساب بعض السلوكيات الصحية، فيكمن الاختلاف في الفئة المستهدفة.

2. لمحة تاريخية:

تأثرت التربية العلاجية بتطور عدة نظريات ومفاهيم في: الطب، علم النفس وعلوم التربية.

كان موجود دائما تحت مسمى " النصائح " الموجهة للمريض وعائلته لكنه، بدأ حقيقة سنة 1922

مع ظهور العلاج بالأنسلين عند مرضى السكري من النوع "1".

سنة 1970 التقى وارتبط الطب مع العلوم الإنسانية والاجتماعية.

لم تجد التربية العلاجية مكانها في الملتقيات الطبية فوجهت إلى الشبه طبي.

إن المدرسة السلوكية، المعرفية ساهمت وبشكل كبير في تطوير الصحة، كذلك الاتجاه البيونفسي

اجتماعي (sylvie lang, 2011, P5,6).

و من هذه الأعمال نستطيع أن نذكر نموذج المعتقدات الصحية ل: (روزن

سترول Rosenstorle/1966-1974)، الفعالية الذاتية ل: (بندورا, 1977 Bandura)، استراتيجيات المواجهة

(لازاريس و فولكمان 1984 Lazarus & folkman) مركز المراقبة (داخلية، خارجية) (1966-1975) روتر

Rotter إن التربية العلاجية تأثرت بالسلوكية المعرفية وعلم النفس الايجابي (Grimaldi.A, 2017, P9).

والتيار المعاصر للتربية وليس التربية الكلاسيكية.

ساهمت (أعمال كارل روجرز 1954) و (Maria Montessori ماريا مونتيسوري 1900) في تفعيل

طرق مختلفة مثل: الاستقلالية، المبادرة، التصحيح الذاتي للأخطاء، هذا التيار المعاصر في المنهج التربوي

الذي يسمح بالتعليم المتدرج لسلوك جديد أو بناء معرفة جديدة من أعمال (Piaget بياجى) التي قام بها

سنة 1923 (Lecile fournier, 2002, P17).

3. النظريات التي تستند عليها التربية العلاجية:

من خصائص التربية العلاجية للمريض أنها تستند على نماذج تربوية وطبية في نفس الوقت فهو سيدستبدل سلوكات قديمة تعود عليها لمدة طويلة بسلوكات جديدة ويحتاج بذلك إلى تدخل عدة عوامل نفسية – اجتماعية- معرفية سلوكية وتربوية على هذا الأساس التربية العلاجية للمريض هي مصدر اهتمام للكثير من الباحثين في علم النفس الصحة والأنثولوجيا الصحية وعلم اجتماع الصحة سنذكر فيما يلي بعض النماذج التي تساهم في تطور التربية العلاجية.

1.3 نموذج المعتقدات الصحية health Belief Model HBM

هذا النموذج للمعتقدات في المجال الصحي طوره روزنروك (Resenstrook) (1966-1974) حدد فيها السلوكات الصحية والسلوكات ذات الخطر معتمدا على بعض العوامل المعرفية كالإدراك، المعتقدات للبحث والفهم عن أسباب عدم إتباع العلاج أو ما سماه بالإلتزام الصحي.

وكيف أن المعتقدات وإدراك المريض لمرضه له دور كبير في تبني سلوكات صحية.

حددها روز نستروك في 4 أنماط من الإدراكات أو المعتقدات وهي:

1- الاعتقاد التام بأنه قد يكون عرضه لأي مرض.

2- الاعتقاد بخطورة المرض

3- الاعتقاد بأن هناك فوائد، عند تبني سلوك صحي.

4- الاعتقاد بان سلبيات عند تبني سلوك صحي.

بعد ذلك جاء بيكر و ماينمن وBecker و Mainman (1975) وأضاف وبعدين العوامل

السيوسوديمغرافية والفردية (Bruchon .M.S P33, 2002)

2.3 النموذج المعرفي اجتماعي لـ: باندورا Bandura

يعتمد هذا النموذج على تأثير المحيط الاجتماعي والتعلم الاجتماعي (Bandura 1977) اقترح نموذج سماه النظرية المعرفية – اجتماعية سنة 1986 ارتكزت على الفروقات الفردية في طريقة القيام بسلوكات معينة وفسره على أساس معتقدين : الفعالية الذاتية والاعتقاد في فعالية السلوك (Gustave . nicholas .fisher, 2002, P378).

وواصل روتر Rotter في تبني هذه النظرية وعرف الفعالية الذاتية على أنها " معتقدات الأفراد في قدرتهم على تطوير مواردهم النفسية للتحكم في مواقف معينة والنجاح فيها".

هذا المعتقد يحمل بعدين هما

- 1- الاعتقاد في ما نملكه من موارد نفسية تساعدنا على مواجهة الصعوبات
- 2- الاعتقاد بأننا سنستطيع مواجهة الصعوبات ونصل إلى أهدافنا المسطرة (Gustave nicholas Ficher, 2002, P379)

وفقا (لبندورا ، Bandura 1971) فإن إحدى القضايا الرئيسية لأي نظرية مناسبة للتعلم هي الإجابة عن السؤال التالي: كيف يتعلم الإنسان الاستجابات الجديدة في موقف اجتماعي؟ كما توضح الأبحاث أن الناس يستطيعون تعلم الاستجابات الجديدة لمجرد ملاحظة سلوك الآخرين وهم من الناحية التقنية عبارة عن نماذج (Model) وهي التعلم بالملاحظة ونجد أن هناك 3 آليات أساسية متداخلة وراء نموذج باندورا هي:

- العمليات الابدالية: وهي من خلال ملاحظة سلوك الآخرين ونتائجه على الشخص الملاحظ.
- العمليات المعرفية: وتعني بها التمثيل الرمزي لتفسير التنوع الكبير لعمل إنسان، فالتغيرات الإشرط الإجرائي والانطفاء والعقاب في معظمها من خلال وسيط معرف.

-عمليات تنظيم الذات: وعلى حد قول باندورا فإن الأشخاص يستطيعون تنظيم سلوكهم إلى حد

كبير عن طريق عمليات التنظيم الذاتي (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص33)

3.3 النموذج المعرفي السلوكي:

1-3-3 النظرية السلوكية

يعود تاريخ انطلاقتها إلى العالم جون واطسون 1913 الذي قام بنشر موضوع بجريدة تحت عنوان "

علم النفس حسب النظرة السلوكية" يعود في غالبه إلى الظاهرية السلوكية ومن ضمنها أعمال

بافلوف من خلال "الإشراف الكلاسيكي".

وترتكز السلوكية على ملاحظة السلوك الخارجي وإهمال العمليات العقلية الداخلية مع تطور

النظرية السلوكية ظهرت في القلق، الغمر وإزالة التحسيس التدريجي في علاج حالات الفوبيا.

2-3-3 النظرية المعرفية

يعود إلى (1953 A.Beck) يقوم على أساس أن الحوار وسيلة علاجية نفسية والنفس تقع حالة من

المرض نتيجة لخطأ في التفكير والاضطراب لا يكون نتيجة للأحداث ولكن نتيجة فكرتنا عن هذه

الأحداث وتستند على مفهوم الحادثة.



عندما يكون هناك حدث معين من خلال الإحساس والإدراك ينشط المخطط المعرفي أي معالجة

المعلومة أو الحدث وتحتاج هذه المعالجة إلى خبرات سابقة لكي تنتج أبنية معرفية أو أفكار تلقائية أو

أوتوماتيكية تسيطر على الفرد وتكون مسؤولة عن ظهورها مشاعر وانفعالات وفي حالة الإضطراب النفسي يكمن الخلل في خطأ في معالجة المعلومة.

المفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي – السلوكي

❖ الأفكار الأوتوماتيكية

هي عبارة عن أحداث معرفية قصيرة المدى، يبدو أنها تظهر بدون تفكير كاستجابة لرد فعل على أحداث ومثيرات خارجية كونها تساعد العميل كي يفهم أن عادات تفكيره مشابهة لعاداته السلوكية والتي يمكنها أن تصبح بؤرة التغير.

❖ التوقعات لتقييمات

هي نماذج عن الأفكار الأوتوماتيكية، فالتوقعات عبارة عن أفكار مثلا إذا كان الفرد يعتقد أنه قادر على الالتزام بسلوك معين فيحتمل كثيرا انه سيلتزم بهذا السلوك وهذا يدعم التوقعات الفعالة مستقبلا إذا تم أداء السلوك بنجاح.

فالتعرف على هذه الأفكار وتغييرها يعد عنصرا بارزا في العلاج المعرفي، فنحن نصحح هذه الأخطاء في منطق الفرد.

❖ الافتراضات الضمنية والاعتقادات الأساسية

إن العمليات العقلية طويلة المدى من افتراضات ضمنية واعتقادات أساسية هي أقل تنظيما وجاهزية في الوعي الفردي مقارنة بالأفكار الأوتوماتيكية وتكون على شكل مخططات تقوم ببناء الأفكار الأوتوماتيكية للفرد.

إن أحد هذه المعتقدات المعرفية هي المعتقدات يستخدمها الأفراد للحكم أو تقييم المواقف أو الأحداث الخارجية.

والتقنية المستخدمة في تغير العمليات المعرفية هي إعادة البناء المعرفي مثل: زرع أفكار إيجابية، التمرن على مهارة حل المشكلات، التدريب على إدارة والتحكم في المزاج.... (كلثوم بلمهوب، 2014، ص 41-42).

3-3 العلاج العقلاني الانفعالي

صرح إيليس Ellis عام 1956 لأول مرة في المؤتمر السنوي للجمعية الأمريكية لعلم النفس بشيكاغو أن هناك ترابط قوي بين الأفكار والعواطف والسلوكيات الإنسانية، وهكذا أرسى ألبرت إيليس اتجاهها علاجيا وهو العلاج العقلاني حيث أضيف له مصطلح "الانفعالي" عام 1961 تم السلوكي عام 1994 ليصبح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ويركز على التشابك بين التفكير والانفعال والسلوك. (كلثوم بلمهوب، 2014، ص 53-54)

✓ تقنيات العلاج العقلاني الانفعالي

- التقنيات المعرفية

● مناهضة المعتقدات الخاطئة:

إن العلاج العقلاني الانفعالي يركز كثيرا على هذه التقنية وهناك عدة أنواع للمناهضة وهي:

- مناهضة الاعتقاد لا أستطيع تحمل ذلك.

- مناهضة تصغير الذات وتحقيرها.

- مناهضة الحتمية واليأس

● فنية تشتيت الفكر:

• ولدينا أسلوب جاكبسون 1942 في الاسترخاء المتصاعد المترقي والتأمل وتمارين التنفس.

- التقنيات العاطفية الانفعالية

• التخيل العقلائي الانفعالي

وهو من ابتداء ماكسي مولستي ويكون عبارة عن تمارين تخيل وضع سيئ وكارتي والتصريح بالمشاعر التي انتابته مثل: القلق، الكآبة، الغضب، الشعور بالذنب أو تحقير الذات ومن ثمة يطلب المعالج من الحالة تفسير مشاعره وتحويلها لتكون مشاعر انزعاج أو تأسف.

• استخدام طرق الإلهاء:

تضم هذه الطرق التأمل، الاسترخاء، تمارين تنفس، اليوغا، وهي عملية تمكن من الشعور بالتحسن على المدى القصير.

4. تأثير علم النفس الصحة في تطور التربية العلاجية:

ظهر علم النفس الصحة تزامنا مع تطور النموذج البيونفسي اجتماعي سنة 1970 وأعطى مفهوم جديد للصحة والمرض.

أعمال بالينت ، شنايدر و موراز (balint1966), (schneider1969), (Morasz 1999)

ساهمت وبشكل كبير في تطوير التربية العلاجية للمريض من خلال العلاقة طيب – مريض تلك العلاقة العمودية التي لا تسمح للمريض بالمشاركة في العلاج يأتي حال من الأحوال، بل وتؤثر سلبا في حياته اليومية وخلال مدة العلاج أيضا نظرية (l'empowerment) "المريض خبير" أعطت نظرة جديدة للصحة والمرض، فأشراك المريض في العملية العلاجية يزيد من فعاليته الذاتية وتقبله للمرض ويصبح مسؤول عن مرضه وهذا ما يساعده في تبني سلوكيات صحية وقائية خلال المرض أو قبل حدوثه.

شخصية المعالج لها دور كبير في ممارسته كطبيب، انتظارات المريض ليست فقط في وصفة طبية بل هي علاقة تتضمن عدة أبعاد نفسية واجتماعية، ثقافية، طمأنة المريض ومرافقته، إعلامه وتربيته من أجل الصحة، بناء هذه العلاقة إذا لم يتوفر فيه جانب أو مباتي من مشاركته تمثلاته الاجتماعية والأخذ بعين الاعتبار المعاش النفسي للمرض.

أيضا مفهوم « le coping » الذي يتمثل في نوعية الاستجابة أثناء مواقف مقلقة أو خلال المرض فإن الفرد سيتبنى إستراتيجية لمواجهة المرض جودة الحياة المرتبطة أيضا بالصحة قد ننظر إليها على أساس إدراكات ذاتية للفرد حول حالته الجسدية، الانفعالية والاجتماعية مع الأخذ بعين الاعتبار أثر المرض والعلاجات.

5. مستويات التدخل التربوي:

بعد بناء البرنامج تأتي مرحلة مهمة وهي عملية التكوين من طرف مختصين في هذا المجال تدمج تدريجيا التربية العلاجية خلال ممارستهم في ميدان العمل كل حسب تخصصه وفي التدخل التربوي للمرأة المصابة بسرطان الثدي غالبا ما تتكون الفرقة من (طبيب مختص في علم الأورام، ممرض أخصائي اجتماعي، أخصائي نفسي، أخصائي التغذية، طبيب مختص في الجراحة التجميلية) تدوم مدة التكوين 40 ساعة حسب النموذج التربوي المطروح يستند غالبا على منهج نسقي.

التدخل التربوي يتضمن أربعة مراحل مرتبطة ببعضها البعض وفي كل مرحلة هناك أسس تستند على نظريات التعلم ونظريات البيو نفسي اجتماعي المفترمة للسلوكات الصحية، سيتم ذكرها بالتفصيل.

5-1. التشخيص التربوي:

هو مرحلة مهمة وأساسية في برنامج التربية العلاجية ويهتم بتحليل الحاجات والعلاقة بين الفاحص و المفحوص تعتمد على المفحوص وعائلته نعرف من خلاله: مؤهلات المفحوص ومعلوماته حول مرضه، معتقداته تصورات، الطريقة التي يتعامل بها مع مرضه وكيف يحل مشاكله التي لها علاقة بمرضه،

معاشه النفسي، عاداته اليومية، والأمر المهم هو إدراكه للمرض والمرجعية السببية الذاتية لمرضه (التحكم الداخلي، الخارجي) locus of control كيف يشير ويتعايش مع مرضه وما هو تأثير المجتمع عليه و تحديد الكفاءات بالمشاركة مع المفحوص والأهداف التربوية التي سيتم تطويرها وهذا يستند على التشخيص التربوي إذ من خلاله سنحدد إمكانات المفحوص التي سيكتسبها و التي من خلالها سيسير مرضه وحياته اليومية في إطار التكوين

أ- اقتراح قائمة من الأهداف التربوية :

التي تتناسب وإمكانات المفحوص هذه الأخيرة تم مناقشتها مع المفحوص وتكون تجيب على حاجات

المريض

ب- تحديد الحصص التربوية :

إن هيكله حصة واحدة تربوية علاجية تستند على أسس ونظريات معرفية ونظريات التعلم TCC

سواء كانت فردية أو جماعية وعلى أساس هذه النظريات تتمحور الحصص على هذا الشكل:

- تسهيل الخطاب الداخلي المفحوص الذي يتضمن معلومات حول المرض .
- تأكيد هذه المعلومات أو تكملتها بمعلومات مهمة .
- الحفاظ على التفاعل خلال كل الحصة .
- مراقبة فهم المفحوص بشكل متواصل من خلال بعض التمارين .
- التعرف على ممارساته اليومية وتكوين ربط مع الحصة الموالية .

2-5.تقييم مكتسبات المفحوص:

وتتم بالمشاركة مع المفحوص وهي نفس الوقت مرحلة مهمة للتعلم أيضا، من خلال تحليل النتائج

وأخذ قرارات ونستطيع أن نقوم بعملية التحليل والتقييم خلال أو بعد كل حصة أو خلال نهاية الحصص

العلاجية التربوية وذلك بتقييم مدى فاعلية البرنامج ومدى فائدة التربية العلاجية في اكتساب المهارات اللازمة لتثيير أفضل للمرضى (claire marchand, jacqueline iguenane,2010,pp206-209)

6. أهداف التربية العلاجية:

تعتبر التربية العلاجية إستراتيجية جديدة في النظام الصحي، بحيث تهدف إلى تزويد المريض بمهارات وأدوات تمكنه من السيطرة على المرض بالمراقبة، الوقاية، العلاج لتخفيض مضاعفات المرض وتحسين جودة الحياة لدى المرضى والتخفيف من القلق والضغط كما تسعى لتحسن العلاقة طبيب مريض لتكون علاقة تشارك وتقاسم المعرفة والتجارب عكس العلاقة التقليدية أين الطبيب هو من يتحكم في المعرفة والعلاج، وتتجلى أهمية التربية العلاجية في تمكين المريض من اكتساب جزء من المعرفة العلمية وبالتالي يصبح خبير مرضه ويشعر بالاستقلالية وتتطور لديه روح المسؤولية اتجاه مرضه، كما تهتم بالتواصل الفعال مع المرضى وعائلاتهم وجعلهم أيضا شركاء في العملية العلاجية

(Fournier . Cécile , 2002,p23)

يمكننا تلخيص أهداف التربية العلاجية كالآتي:

- تحسين قدرات ومهارات المريض على الرعاية الذاتية، منها يتعلق بالحفاظ على حياة المرض ها الاكتساب يكون مكيفا حسب الاحتياجات .
- اكتساب مهارات التكيف والتي تعتمد على الخبرة والتجربة السابقة للمريض وهي جزء من المهارات النفس-اجتماعية.

- تحسين العلاقة بين الطبيب والمريض (سلطاني عومرية، 2015، ص69).

إضافة إلى هذه الأهداف، إذا لم يكن البرنامج المسطر لا يستجيب لحاجات المريض فإننا لم تحقق الهدف الأساسي للتربية العلاجية.

ومن هنا يتبين لنا أن التربية العلاجية للمريض ليست فقط القضاء على المرض إنما الهدف التي تسعى إليه هو تطوير صحة المريض وكذا تحسين نوعية الحياة هذه العلاقة المشتركة بين الطبيب والمريض تسمح له باكتساب مهارات ومن جهة أخرى تحليل تصورات المريض المرتبطة بمرضه وصحته والعلاجات المقدمة إليه.

7. شروط التربية العلاجية:

1. أن تكون مركزة على المريض، اخذ قرارات مشتركة، احترام ما يفضله المريض والحرص على مصلحته.
2. أن تكون قائمة على أسس علمية من: توصيات علمية، مؤلفات علمية، آراء المهنيين والقائمين على الصحة.
3. أن تكون جزء لا يتجزأ من عملية العلاج والتكفل بالمريض.
4. أن تهتم بالحياة اليومية للمريض والعوامل النفسية، الاجتماعية، البيئية.
5. أن ينفذها القائمين على الصحة من مربين، أخصائيين نفسانيين، ممرضين والعمل ضمن فريق لتنسيق مختلف الإجراءات.
6. أن يتم بناؤها مع المريض وأقاربه.
7. أن يعتمد البرنامج على حاجات المرض ويدخل هذا ضمن مرحلته التشخيص التربوي.

8. التدخل التربوي العلاجي للمرأة المصابة بسرطان الثدي:

يظهر السرطان بشكل مفاجئ وبقلب حياة المريض رأساً على عقب وغالبا ما يرتبط بالموت ويهدد مستقبل المريض ويغير شروط عيشه وحياته اليومية له ولأفراد عائلته.

يبقى المريض ساكن جاهل أمام قرارات الطبيب وهذا ما يصعب على المريض وعائلته في التغيير الجذري في نمط الحياة الذي لطالما تعود عليه يمس السرطان عامة وسرطان الثدي خاصة جوانب في الشخصية من جرح نرجسي، تغير في صورة الجسم خاصة وأن الثدي يركز إلى الأنوثة، الجنس، مصدر للجمال والإثارة إضافة إلى الوظيفة الأمومية.

هذا كله كفيل بإعداد برنامج تربية علاجية لتحسين جودة الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي والقدرة على ممارسة الأدوار الاجتماعية بشكل أفضل.

ويرافق الفريق التربوي المصابات في كل مراحل المرض أو العلاجات المقدمة من الإعلان عن المرض إلى نهاية العلاجات ولا يقتصر البرنامج على نصائح أو معلومات تقدم للمريض وتكون معممة على جميع المرضى، تحديد حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي تعد مرحلة جد مهمة لنجاح باقي المراحل.

التعرف على معتقداته وتصوره للمرض يسهل من مرحلة التشخيص التربوي الذي من خلاله سنحدد امكانيات المريض و استعداداه و مدى تقبله لمرضه و درجة مسؤوليته نحو مرضه .

1-8. المرحلة الأولى: قبل العلاج

الاعلان عن المرض

يكون من قبل الطبيب المختص، لا يكون تدخل الأخصائي إلا بعد مرور 72 يوم

الحاجة الأولية في هذه المرحلة تكون حول فهم المرض والبحث عن الأسئلة التي تجتاح المريض هل سأموت؟ في أي مرحلة هو سرطان الثدي؟ في هذه المرحلة يكون تدخل: الطبيب المختص في طب الأورام والمختص النفسي.

1. الطبيب المختص في طب الأورام

- من هنا يبدأ عمله في تطبيق برنامج تربوي علاجي مبني على أسس معرفية سلوكية
- تكون المعلومة المقدمة شفهيا واضحة دون غموض بلغة المريض وليس اللغة العلمية.
- جمع معلومات حول الوضعية المادية، والاجتماعية النفسية للمريض وإذا كان هناك سوابق مرضية في العائلة أو لدى المريض.
- مشاركة المريض حول بروتوكول العلاج وإذا كان هناك رفض أو قابلية للإلتزام بالعلاج.

2. الأخصائي النفسي:

دور الأخصائي النفسي في هذه المرحلة يكون منحصرا على مراحل تقبل المرض مرحلة بمرحلة: وقد يأخذ وقتا طويلا للوصول إلى مرحلة تقبل المرض مروراً بكل المراحل المعروفة، في هذه المرحلة تعدد حاجات المريض.

- التحضير النفسي للبدء ببرنامج علاجي تربوي يكون فيه المريض مشاركا فعالا في البرنامج.
- التعرف على تصورات المريض حول المرض عموما وسرطان الثدي خصوصا، كذلك الأخذ بعين الاعتبار معتقدات وتصورات المريض حول العلاج المقدم والطاقم الطبي دون أن نهمل محيط المريض الذي يلعب دور أساسي في التدخل التربوي.

2-8. المرحلة الثانية: خلال البدء بالعلاج

بعد تحديد حاجات المريض و التحضير النفسي للبدء بالعلاج غالبا ما يكون أول علاج هو العلاج بالجراحة هذا حسب حجم الورم والمرحلة.

✓ العلاج بالجراحة:

في هذه المرحلة يكون تدخل المعالج الفيزيائي والطبيب الجراح والأخصائي النفسي والممرض.

قبل العملية:

- التهيئة النفسية من قبل المختص النفسي.
- التوجيهات ومشاركة المريض المعلومات حول كيفية سير العملية وتقديم معلومات لضرورة القيام بالجراحة من قبل الطبيب المختص
- تدخلات الأخصائي النفسي يجب أن تكون بالتعاون مع الطبيب هذا الأخير هو في وضعية لإعلام الأخصائي النفسي حول الوضعية الصحية للمريض، كذلك الأخصائي النفسي يوضح النقاط الأساسية حول وضعية المريض النفسية.
- التكفل التربوي العلاجي المتعدد التخصصات يسمح للمريض في هذه المرحلة بتسيير أفضل للألم المترتب عن الجراحة.
- تدخل المعالج الفيزيائي له دور مهم في هذه المرحلة في التحكم في حركة اليد والذراع وما هي الحركات التي تقوم بها والتي عليها تجنبها وأهمية إتباع هذه التعليمات على المدى البعيد، وهذا ما يدخل في الجانب الوقائي للتربية العلاجية.
- مساعدة المريض في استدخال الصورة الجديدة للجسم مع مراعاة إمكانية وجود حداد ما بعد البشر.
- المرافقة الاجتماعية تحت مسمى "Garde malade" تساهم في تخفيف المعاناة النفسية والجسدية وكل نوع من أنواع المساندة الاجتماعية سواء كانت مادية أو معنوية فإنها تثير بعض الموارد النفسية لدى المريض.
- أما الدعم العاطفي يستند أساسا على الأومبائية l'empathie الإنصات، تحديد الحاجات والقدرة على الطمأنة.

✓ وقت العلاج الاشعاعي

وقت المهم في هذه المرحلة العمل على تقبل العلاج بإعلام المريض بأهمية هذا العلاج وفوائده وتقديم نصائح بعدم التعرض المباشر لأشعة الشمس.

✓ وقت العلاج الهرموني:

في هذه المرحلة من العلاج التدخل التربوي له أهمية كبيرة جراء ما يحتاجه المريض من معلومات ونصائح طبية، يجب توعية المريض وإنذاره باحتمال كبير لارتفاع درجة الحرارة وتجنب المواد التي تحتوي على الكحول، الهارات، الملابس المصنوعة من النيلون والإكثار من السوائل، التغذية يجب أن تحتوي على الكالسيوم والفيتامين د.

✓ وقت العلاج الكيميائي:

عندما تكون في هذه المرحلة فنحن بصدد مواجهة التأثيرات الجانبية لهذا العلاج والتربية تأتي بعد الإعلام، هذا الأخير هو دور الطبيب المختص أو الممرض حول إعلام المريض بالتأثيرات الجانبية التي ستكون بعد تلقي العلاج الكيميائي وفي هذا الإطار يستدعي الأمر تكوين للأطباء أو الفريق متعدد التخصصات من أجل علاقة مشتركة بين الطبيب والمريض عكس العلاقة العمودية التي يكون فيها المريض هو من يملك المعرفة و المريض الجاهل وليس له الحق في مشاركة الطبيب في العملية العلاجية.

فهذه العلاقة بين الطبيب والمرض مهمة لكسب ثقة المريض كما أكد كارل روجرز (1967 carl rogers) على أنها العلاقة العلاجية تركز على العميل وتحتوي على: الأومباتية، الإنصات.

فالطبيب المختص عندما يعلم المريض بالتأثيرات الجانبية للعلاج عليه أن يأخذ بعين الاعتبار تصورات المريض حول هذا النوع من العلاج من خلال الإنصات إلى ما يقلقه من الأعراض الجانبية للمسكنات فنجد في بعض الأحيان كثير من المرضى من يتحملون الألم خوفا من الآثار الجانبية للمهدئات

ومسكنات الألم، ويكون إدراج برنامج علاجي – تربوي لتسيير أفضل للألم من مهام الأخصائي النفسي في هذه المرحلة من العلاج.

3-8. المرحلة الثالثة: بعد العلاج

هذه المرحلة جد حساسة وغالبا ما تصاحب بنوع من الحصر والإكتئاب خوفا من الإشكالية فتجد أغلبية المصابات لديهم الحاجة إلى المعلومة.

تقييم البرنامج بعد نهاية العلاج له دور كبير في الكشف عن الحالة النفسية للمريض قبل مفتوح للمريض إذا ما كان بحاجة لأي لتدخل آخر. (Tourneur Bagot, 2010, P2-4).

خلاصة:

من خلال ما تقدم لنا في فصل التربية العلاجية اتضح لنا أنها عملية منظمة مستقاة من مناهج تربوية بحيث يمر البرنامج التربوي بمراحل كل مرحلة ولها خصائصها والتدخل المناسب لها.

كما أن هناك استثمار نفسي قوي للتركيز مع العلاج الذي يعتبر ثقيلًا (العلاج الكيميائي، الهرموني، البتر...) جسد عانى الكثير من الألم جراء هذا العلاج.

الإعلان عن المرض يحل كالصاعقة على المريض وعلى أهله، فنجد أن المريض غالبا ما يكون بحاجة إلى الإنصات إليه والتعبير عن صعوباته وحاجاته، فبناء برنامج علاجي على أساس حاجات المريض يكون معد مع المريض وله.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

1. الدراسة الاستطلاعية

2. أدوات الدراسة الأساسية

1-2 المقابلة

2-2 الملاحظة

3-2 مقياس تقدير الذات لروزنبارغ

1- الدراسة الاستطلاعية

بعد اختيارنا للموضوع المتمثل في حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية، ارتأينا أن نخرج للميدان في دراسة استطلاعية، فكانت وجهتنا الأولى المستشفى الجامعي أول نوفمبر في ولاية وهران في مصلحة طب الأورام التقيت برئيس المصلحة وافق على تربيصي داخل مصلحته، المصلحة عبارة عن جناح مخصص للعلاج الكيميائي حيث يمكث المريض ليوم واحد وعلى حد أعلى يومين أو ثلاثة حسب حالة المريض إذا عانى من أي صعوبات أو أعراض جانبية حادة، المصلحة مكونة من 6 غرف مخصصة للمرضى 3 غرف للرجال و3 غرف للنساء ومكتب رئيس المصلحة، مصلحة الأرشيف قاعة الاجتماعات، قاعتين للممرضات وقاعة لإعداد الدواء، أما قاعات الفحص الطبي ومكتب الأخصائي النفسي متواجدة في الطابق الأول تابعة للطابق الخامس مصلحة طب الأورام ما لاحظته خلال تواجدي أن النصائح الموجهة للمريض وعائلته تعطى للمريض وعائلته في رواق المصلحة وتبدوا على وجه المريض علامات القلق والتركيز مع الممرض في أغلب الأوقات لكي لا تفلت منه أي معلومة حول نوع الغذاء الذي يأكله، أن يبتعد عن الأفراد المصابين بمرض ما، فالتربية العلاجية كانت دائما موجودة تحت مسمى النصائح والتوجيهات المقدمة للمريض لكن ليست رسمية ولا تعتمد على برامج معدة من قبل متخصصين في هذا المجال، دامت مدة الدراسة من شهر مارس إلى بداية شهر ماي حوالي شهرين تم من خلالها توفير 3 حالات لنساء مصابات بسرطان الثدي وفي الأخير عملت مع حالة واحدة بمعدل حصة واحدة في الأسبوع تراوحت مدة كل حصة حوالي 45 دقيقة بحيث كان عدد المقابلات 8 .

أمينة تبلغ من العمر 40 سنة متزوجة وأم لأربعة أبناء، مصابة بسرطان الثدي الأيسر في المرحلة

الثالثة منذ 2016.

2- أدوات الدراسة

لقد استعملنا في دراستنا منهج دراسة الحالة حيث يعتبر المنهج الرئيسي للدراسة، وهو مرتبط بموقف منهجي عام والذي يتضمن فهم آخر في كليته وخصوصيته وجمع أكبر كم من المعلومات لكن هذه المعلومات لن يكون لها أي فائدة إذا لم تنظم وتوضع داخل سياق خاص حسب الحالة من أجل المساعدة أو التشخيص أو التقييم النفسي أو البحث العيادي والبحث العيادي هو فرضنا من هذه الدراسة وفي بعض الحالات الباحث يجد نفسه باحثا في التقييم النفسي أو العلاج النفسي وممارس في نفس الوقت.

ودراسة الحالة هي وسيلة هامة لجمع المعلومات وتلخيصها بحيث انه من خلال دراسة الحالة نستطيع فهم أهم الحاجات التي تعترى المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية ومحاولة تكيف برنامج لتدخل تربوي علاجي وعلى أساس أنه كل حالة هي حالة خاصة ولا يمكننا تعميم النتائج حتى ولو قمنا بدراسة مئات الحالات ارتأينا أن تكون عينة الدراسة حالة واحدة.

وقمنا على هذا الأساس بإستعمال التقنيات التي يتضمنها المنهج العيادي : دراسة الحالة وهي:

1-2 المقابلة :

استعملنا المقابلة كوسيلة للبحث في دراستنا لأنها من الأدوات المهمة في المنهج العيادي ومنهج دراسة الحالة والتي تعتبر من الأدوات التي تسمح لنا بالحصول على المعلومات من اجل تفسيرها وتحليلها لقد استعملت في المقابلات الأولى المقابلة غير الموجهة والتي تسمح للحالة بالتعبير بكل طلاقة وحرية وذلك عبر عملية السرد، بعد المقابلات الأولى قمت بتوجيه المقابلة باستعمال المقابلة نصف موجهة والتي تركز على دليل مقابلة قمت بتصميمه يحتوي على أسئلة مقيدة وأخرى مفتوحة، تضمن ثلاثة محاور أساسية تخدم موضوع البحث فكانت هناك أسئلة موجهة لتكشف لنا عن الحاجات العضوية وأسئلة أخرى تتعلق بالحاجات النفسية والاجتماعية و التي من خلالها نستطيع الكشف عن حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية .

يعرف (Hervé Bénony, 1999,P11) المقابلة العيادية على أنها أداة من أدوات البحث العلمي تهدف

إلى مساعدة المفحوص وجها لوجه وهي عبارة عن حوار تفاعلي لفظي وغير لفظي".

2-2 الملاحظة:

الملاحظة هي قبل كل شيء تفاعل بين الفرد والملاحظ (observé) والملاحظ (observateur) أين تلعب

العوامل اللاشعورية دورا فعالا (Doran . jack ,2001,P7)

ونجد نوعين من الملاحظة المسلحة والتي تعتمد على وجود وسائل كالكاميرا.....، لإعادة ملاحظة

الأحداث بشكل دقيق وهي تساعد الباحث في الإلمام بكل التفاصيل والملاحظة بأيدي فارغة وتعتمد وفي

بحثنا هذا اعتمدت على الملاحظة بأيدي فارغة وهي ملاحظة منظمة ومقصودة من ملاحظة ما هو لفظي

وما هو غير لفظي من إيماءات حجم وإيقاع الصوت لفهم وتحليل ما يقال وما لا يقال (Rogers

Mucheilli, 1983 , P69

الملاحظة عبارة عن سيرورة لا نستطيع أن نلاحظ كل شيء فنحن نلاحظ ما نريد ملاحظته وهي ما نسميها

الملاحظة المقصودة و خلال المقابلات تم ملاحظة الإيماءات ، التعبير الانفعالي للحالة ، الإيماءات ، فترات

الصمت ..

3-2 مقياس تقدير الذات لروزنبارغ

أخذ تقدير الذات جانب مهم خلال المقابلة و على هذا الأساس ارتأينا التأكد من درجة تقدير الذات من

خلال الاستعانة بمقياس تقدير الذات الذي صمم على يد روزنبارغ في سنة 1962 و هو يقيس النظرة التي

ينظرها الفرد الى نفسه و القيمة التي ينظرها إلى نفسه كشخص و يعتبر من أكثر المقاييس استعمالا نظرا

لتمتعه بنسبة كبيرة من الصدق و الثبات .

1-2-3 وصف الاختبار:

صمم هذا المقياس على طريقة ليكرت بأربعة بدائل للاجابة و هي :

(موافق بشدة ، موافق ، غير موافق ، غير موافق بشدة)

يتكون هذا المقياس من عشرة بنود : 5 عبارات سلبية و هي (2 ، 5 ، 6 ، 8 ، 9) و 5 فقرات ايجابية (1 ، 3 ،

، 4 ، 7 ، 10)

2-2-3 الخصائص السيكومترية للمقياس

أثبت سلم تقدير الذات ارتفاع نسبته من حيث الصدق و الثبات فقد أجريت دراسة

روزنبرغ rosenberg الأساسية على عينة قوامها 5024 من الذكور والايثات تراوحت أعمارهم ما بين 16 و

18 سنة وتم اختيارهم من بين 10 مدارس مختلة من ولاية نيويورك ، و لقد استخرجت مضامينه من

المضامين العالمية حول مفهوم الذات .

(بطواف جلييلة ، 2017_2018 ، ص 175)

أولا : الثبات

توصل كل من بلاسكوفيتش و توماكا Tomaka & Blaskovitch في سنة 2002 إلى معامل ثبات يبلغ 0,82

و تم حساب تقدير الذات في الجزائر من طرف بوقصارة سنة (2007-2008)

بطريقة التناسق الداخلي بحساب معامل ألفا كرومباخ بمعامل ثبات يبلغ 0,71 .

ثانيا : الصدق

توصلت ايت مولود إلى تقدير صدق هذا المقياس بحساب الصدق الذاتي ووجدته يساوي 0,88 إذن فهو

يتسم بدرجة عالية من الصدق و قامت أيضا بحساب الصدق الظاهري من أجل تحديد ما إذا كانت

هذه البنود تنتمي إلى هذا المقياس أم لا و قد تم حساب معامل الاتفاق بين المحكمين على كل بند

باستخدام معادلة كوبر .

3-3-3 مفتاح التصحيح:

يطبق هذا المقياس بطريقة فردية أو جماعية حيث يطلب من المفحوص الإجابة عن الأسئلة بوضع إشارة

(x) أمام العبارة التي تنطبق عليه باختيار واحد من البدائل

يتم تصحيح العبارات الايجابية من 1 إلى 4 باتجاه تنازلي و بالنسبة للعبارات السلبية تصحح باتجاه

تصاعدي ثم تجمع كل العلامات الايجابية و السلبية .

تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين عشرة نقاط و أربعون نقطة و يتم التقييم كالآتي :

من 10 إلى 16 نقطة تقدير ذات منخفض .

من 17 إلى 33 نقطة تقدير ذات متوسط .

من 33 إلى 40 تقدير ذات عالي .

(Chabrol.H , 2004,P534)

الفصل السادس: دراسة الحالة

1-تقديم الحالة

2-تحليل ملخص المقابلات

1-2مرحلة الطفولة والحرمان العاطفي

2-2مراحل المرض من التشخيص إلى بروتوكول العلاج

2-3تقدير الذات

2-4علاقة أمينة بالمحيط الاستشفائي.

2-5نوعية الدعم الاجتماعي

1- تقديم الحالة:

أمينة شابة تبلغ من العمر 40 سنة متزوجة ولها 4 أبناء (3 ذكور وأنثى) ذي قامة متوسطة نظيفة المظهر واللباس مرتب، قليلة الابتسامة نظراتها يملؤها الحزن، أصيبت أمينة بسرطان في الثدي الأيسر سنة 2016 وهي في صراع مع المرض إلى يومنا هذا.

والدي أمينة مطلقان، الأب تزوج بامرأة أخرى وكذلك أمها تزوجت من رجل آخر لديها أخت من أمها وأخ من أبيها، أما شقيقتها من أمها وأبيها التي اعتبرت سندها الوحيد توفيت جراء سكتة قلبية قبل مرضها بحوالي سنة تاركة وراءها 6 أطفال تقول أمينة أنا أصبحت المسؤولة عنهم، بعد مرضي هم من أصبحوا سندي بالرغم من صغر سنهم ما لاحظناه أن أمينة تعيش في جو مضطرب وعلاقتها بأمها غير جيدة، فهي تتحدث عنها خلال كل المقابلات وأنها لم تقف إلى جانبها خلال المرض.

2- تحليل ملخص المقابلات

خلال تواجدي في مستشفى 1 نوفمبر في مصلحة طب الأورام بغرض التريص كان لقائي بأمينة عبر وسيط الذي هو الطبيب المتابع لحالة أمينة فقام بتوجيه الحالة إلى أخصائي نفسي سبب حالتها النفسية فعندما تحدثت مع الطبيب بدأت بالبكاء وشرحت له أنها لم تستطع القيام بالفحص الإشعاعي بسبب ظروفها المادية الصعبة ولم تستطع الطبيبة إعطاءها حقنة الكيماوي حتى تقوم بهذا الفحص فتوجهت إلى الفحص النفسي وكانت المقابلة الأولى عبارة جلسة تعارف ولم نجد صعوبة في التعامل معها.

1-2 مرحلة الطفولة والحرمان العاطفي لدى أمينة

بعد المقابلة الأولى والتي اتفقنا فيها مع الحالة حول كيفية سير المقابلات وقدمت نفسي على أنني باحثة في علم النفس وأنني في إطار بحثي وتريص فينفس الوقت.

لم تبدي الحالة أي مقاومة وكان لديها رغبة في التنفيس، ما لاحظناه خلال المقابلات الأولى أن الحالة لم تتكلم عن مرضها، كان لديها رغبة كبيرة في التحدث عن طفولتها المرة كما تقول " ماكانش عندي دار و خزنة ندير فيها قشي كنت على العام رافدة رزمتي أنا وأختي خطرة عند الأم وخطرة عند الأب وزوجة الأب " انفصال الوالدين ترك أثرا كبيرا لدى أمينة فهي لم تذكر يوما أنها جلست على طاولة عشاء أو غداء والعائلة مكتملة إذ أنها كانت تبلغ عامين عند انفصال والديها ما لاحظناه أن أمينة تتكلم كثيرا عن أمها وأكثر جملة لفتت انتباهنا "خطراتش نكرهها وخطراتش نحس روجي بحاجة للحنان نتاعها" هذا التناقض الوجداني لدى أمينة تركها تعيش صراع داخلي ولم تتمكن من اجتياف الموضوع الطيب وإسقاط السيئ .

عاشت أمينة طفولة قاسية " عانيت بزاف، بزاف"، نلاحظ وجود حرمان عاطفي بالرغم من وجود الأم أمينة تحس نفسها منبوذة من طرف والديها تقول " نحس ماما ما تبغينيش وكي نرحوا عندها أنا وأختي نحس روجي ثقيلة " مانيش عارفة بلاك كي كرهت بابا كرهتنا حتى حنا" أي أنها لم تحس يوما بحنان وعطف أمها ولديها بحنان وعطف أمها ولديها شعور بالذنب اتجاه انفصال والديها وأنها عبت على أمها فهي قد أسست حياة جديدة ولديها ابنة أما أنا وأختي لما ترانا فهي ترى فينا ماضيها السيئ والمشاكل التي عانت منها مع أبي تقول أمينة قبل اصابتي بالمرض كنت أعيش داخل دوامة، لم تكن لحياتي أي معنى، لا أستطيع تكوين علاقات مع الآخرين، لا أتحدث كثيرا "أنا تحس روجي مشي نورمال" خطراتش نقول أنا مريضة نفسيا" أولادي خطراتش نلزمهم وخطراتش نضرهم حتى نكتلهم" عاود نندم هذا التناقض الوجداني لدى أمينة يظهر في كل علاقة مع موضوع الحب، الأم ثم الأبناء تقول "وكي ندابز أنا وراجلي أو أهل زوجي نسكت ونبلع على روجي ونقعد نبكي " لا نستطيع أمينة مواجهة ألمها النفسي و معاناتها وفي نفس الوقت يوجد لدى أمينة حاجة إلى التغيير و تبني سلوكات أخرى تجعلها أكثر قوة تقول أمينة أنها ترغب في مواجهتهم والصراخ و قول كل ما لا يعجبها و لكنها لا تستطيع . الحاجة إلى تسيير الانفعالات السلبية موجودة لكن هل درجة الفعالية الذاتية تكفي لتلقي هذا التكوين في اكتساب المهارات وهذا ما أشار إليه (Gustave

(Fischer,2006) في نمط لشخصية "C"المسماة تحت عنوان " شخصية المصابين بمرض السرطان " على أنهم غير قادرين على التعبير عن انفعالاتهم، كبت المشاعر والانفعالات الشعور بالسلبية والعدوان والشعور بعدم القدرة والفعالية والكآبة.

ملاحظناه خلال المقابلات أن أمينة كانت لديها رغبة في التنفيس وكانت ترغب في الحديث عن حياتها وخاصة فترة الطفولة أكثر من رغباتها في التحدث عن مرضها وما لاحظته وجود نوع من المقاومة عند توجيهه المقابلة وصرحت الحالة أنها ولأول مرة تتحدث عن طفولتها التعيسة فقط لأنها كانت تريد أن تنسى واقعها المؤلم وهنا نلاحظ استعمال ميكانيزم التجنب . ما يظهر لنا من خلال هذا التحليل للمعطيات الحاجة الى المساعدة النفسية لتجاوز هذه المعاناة التي عاشتها خلال فترة طفولتها و أهمية التكفل النفسي في حالات تستلزم ذلك هو الرفع من ثقته بنفسه و استخراج موارده النفسية ليتمكن من الانتقال إلى مرحلة التكوين و اكتساب بعض المهارات التي تمكنه من تسيير مرضه .

2-2 مراحل المرض من التشخيص إلى بداية بروتوكول العلاج

خلال المقابلات النصف موجهة والتي استندت على سلم للمقابلة قمت بإعداده ليكون عملي منظما وممنهجا .

بعد الرغبة التي كانت تحتاج أمينة في التنفيس والسرد عن ماضيها وبعد 3 جلسات وجهت المقابلة لكي تتحدث الحالة عن مرضها.

بعد مرور 3سنوات على تشخيص المرض والإعلان عنه ما لاحظته أن أمينة تتذكر كل تفاصيل ذلك اليوم المشؤوم كما سمته تقول " ماندساش هناك النهار " .

كيفاش حسيت بالمرض كنت نرضع بنتي كان عندها 8أشهر " تقول أنها أحست بكتلة صلبة في ثديها عندما كانت ترضع ابنتها ذات 8أشهر وعندما لمستها أحست ببعض الألم.

ذهبت للطبيب فطلب مني إجراء فحص الثدي قالي "الطبيب خاصك ديري Mamographie وأنا مكانش عندي الدراهم باش نديرها، مكانش.....!"

تقول أنها لم تكن تملك ثمن الفحص الإشعاعي فاتصلت بأخت زوجها في ولاية أخرى لكي تقوم بالفحص مجاناً فأخت زوجها تعمل في المستشفى "تقول أن زوجها هو من أحضر النتائج وأخذهم للطبيب الذي صرح بوجود ورم في الثدي، عاد إلى المنزل ولم يرد أخبارها، تقول: " خبر أخته وقعدوا يشوفوا في بعضهم بعض أنا شكيت وقتلتهم قولولي واش عندي؟ بدأت أخته تبكي، قتلها علاه راكي تبكي؟ راه في Cancer أيا ومنبعد" ما بكيتهش ، كي جينا مولين في الكار، قعت نبكي نبكي دورت وجهي للزاج باش حتى واحد ما يشوفني عند الإعلان عن المرض الذي كان بطريقة غير مباشرة فقد رأت أخت زوجها تبكي فهمت أنها مصابة بالسرطان، أثر الصدمة كان واضحاً لم تبدي أي ردة فعل وفي نفس الوقت أرادت الوقوف أمامهم بمظهر شجاع وأنها غير متأثرة فهي لا تحب أن يراها أحد ضعيفة أو يرى تلك النظرة التي فيها نوع من الشفقة، تقول الحالة: " الحاجة التي جات في بالي وبكاتني هما ولادي ليمن غادي نخلمهم شكون بيهم؟ أنا عشت محرومة من الحنان تاع والديا وأولادي غادي يعيشوا بلا أم . من خلال كلام أمينة نستنتج أن الإعلان عن السرطان ارتبط مباشرة بالموت، كلمة سرطان هي مرتبطة دائماً بفكرة الموت خاصة عند أول وهلة. فقول الحالة "لن غادي نخلي ولادي" وكأنها حكمت على نفسها بالموت.

يكون الحدث قويا ومؤلماً ويحل كالفاجعة على المريض بعد ذلك يبدأ ينقص ولكن هذا حسب استراتيجيات المواجهة وتقبل المرض وكما نعرف أن الإعلان عن مرض خطير يمر بعدة مراحل من رفض للمرض أو النفي، الغضب، الشعور بالذنب، القلق والحصر، الرغبة في البقاء وحيداً، الحزن والاكتئاب، الأمل والتكيف، تسلسل هذه المراحل أو حدوثها ومدة كل مرحلة تبقى مرتبطة بخصائص شخصية الفرد، وخلال المقابلات صرحت أمينة بتأنيب ضمير لأنها لم تكن على وعي بهذا المرض وانها كانت قادرة أن تكتشفه خلال مرحلة مبكرة ومنذ أن مرضت الحالة وهي تبحث عن هذا المرض من خلال الإنترنت وتسال

كل شخص تعرفه مصاب بالسرطان ما لاحظناه أن الحالة كان لديها حاجة إلى فهم المرض فبالنسبة لها السرطان يرتبط بالموت، هذه المعلومات حول المرض عندما يبحث عنها المريض لوحده لربما ستكون خاطئة أو سيفهمها بطريقة أخرى وما ذكرته أمينة يبدو واضحاً للنقص الكبير في الإعلام والتكوين و هنا تظهر لنا الحاجة إلى التكوين و هي نوع من الاستراتيجية الموجهة نحو المشكل التي تثير إلى رغبة المريض في العلاج و تسيير المرض

تقول أمينة " الأطباء نتاعنا ما عندهم ش الوقت باش يفهموك شاولا هاذ المرض ولا كيفاه نتعامل معاه، حنا رانا بعاد تقول أمينة "أن سبب عدم إعطاء المعلومات للمريض ربما هو الوقت وتقارن العلاج في الجزائر بالدول الأخرى"

قبل العملية لم تكن أي تهيئة نفسية ولا بعدها أي خلال كل مدة المرض لم تتلقى أمينة أي مرافقة أو تكفل نفسي، والحاجة إلى الفهم وكيفية التعامل مع مرضها دفعها للبحث عن المعلومة بطرق أخرى إنها الحاجة إلى البحث والفهم عن سبب الأمراض بصفة عامة فعندما نصاب بأبسط مرض كنزلة برد ترانا نبحث عن السبب، ربما لم ألبس جيدا ، ربما لأنني تركت النوافذ مفتوحة..الخ كيف وإن كان المرض هو السرطان الذي يعتبر بالنسبة للمريض شيء مجهول ومرعب مرتبط مباشرة بالموت.

وفي حالة أمينة ترجع سبب إصابتها بصدمة تلقتها لدى وفاة أختها التي كانت سندها الوحيد .

تقول: "أشعر في بعض الأحيان بأنني سأموت وأحيانا أخرى أقول في نفسي يجب أن أقاوم هذا المرض وأعيش من أجل أبنائي وأبناء أختي، لما أحس بعدم الراحة أغلق على نفسي الباب وأبكي".

نلاحظ هنا وجود تعبير عن الإنفعالات (نوبات، بكاء، كآبة...) وهي من استراتيجيات المواجهة الموجهة نحو الانفعال كما أشار إلى ذلك : (Bruchon.SM, 2002) أن هناك 3 أنواع من إستراتيجيات المواجهة.

المواجهة الموجهة نحو المشكل: وهي المجهودات التي يقوم بها الفرد للبحث عن الطرق ليصل إلى هدفه .

المواجهة نحو الانفعال: التجنب، التعبير الانفعالي ليس من الضروري أن يكون لدى المريض استراتيجية محددة، ولا نستطيع الجزم أن استعمال استراتيجية المواجهة الموجهة نحو الانفعال أو التعبير الإنفعالي غير مفيدة بالنسبة للمريض وأن المواجهة نحو المشكل هي الحل الأمثل، ما لاحظته خلال المقابلات أن الحالة عندما تبكي هناك عوامل خارجية هي من تولد نوبات البكاء "كاين خطرانش وحدين يجو عندي يزوروني يزيدو يغموني Surtout Mama مرة كنت درت la chimio وكنت عيانة بزاف وهاذاك النهار ما كان عندي والو في الدار وحسيت بالجوع الشديد جات Mama قعدت نستنى كاش ما جابتي، ما جابتش حاجة وتستنى أنا نوض تدير لها لفطور، وكي ما درتش ما عجمهاش الحال، وراحت هي خرجت وأنا قعدت نبكي نبكي"، ما لاحظته في خطاب أمينة أنها تبحث عن المساندة الاجتماعية أو بالأحرى العائلية وهذه الأخيرة لها علاقة كبيرة بنوع استراتيجيات المواجهة كما أشار الى ذلك : (Gustave fidcher,2006) في البحث عن المساندة الاجتماعية وعلاقتها بإستراتيجيات المواجهة يؤكد أن المساندة الإجتماعية تعتبر مورد (ressource) أساسي وهو يعتبر لوحده إستراتيجية للمواجهة فيما أشار آخرون أن البحث عن المساندة الاجتماعية يستلزم بحد ذاته مجهود وإستراتيجية للمواجهة.

وفي تصريح سابق للحالة: أنها أحيانا تريد أن تشفى وتقوم بالبحث عن المساعدة من الآخرين لتقوم بالفحوصات اللازمة وأحيانا أخرى تكتئب وتبكي، هنا نلاحظ استعمال كلا الإستراتيجيين الموجهة نحو الإنفعال والموجهة نحو المشكل وإذا وإذا تكلمنا عن فاعلية كلتا الإستراتيجيين يبقى هذا مرتبط بظروف المريض فأحيانا التفرغ مثل: البكاء، أو الترفيه لتجنب أثر الوضعية الضاغطة يعود بالفائدة على المريض من حيث (le bien être) الجسدي والنفسي فبعد نوبات البكاء أو التفرغ الإنفعالي يجمع الفرد قوته لمواجهة المشكل فقد تكون إستراتيجية فعالة لخفض التوتر.

وهذا الألم النفسي لدى أمينة يختلط مع الألم العضوي الذي تصفه في تصريحها "الضرر يكون على حساب المورال ، كي يكون المورال طالع Malgré الضرر نكون مليحة، وكي تتخلط عليا الضرر يزيد بصح أتجنب المهذئات .نخاف نولي مدمنة عليهم لو كان نصيب غي لي يواسيني الضرر نستحملة " نلاحظ الحاجة إلى البحث عن حلول أخرى غير الدواء لتسير هذا الألم و خاصة الألم النفسي .

3-2 تقدير الذات

ما لاحظته لدى أمينة أن تقديرها لذاتها في أغلبه سلبي وخطاب الحالة يفسر ذلك: انا نكره روحي قاع المشاكل اللي صراولي أنا التي مثي مليحة خطراتش نحس روحي معقدة ومريضة نفسيا".

نلاحظ لدى أمينة فقدان الثقة بالنفس ,أفكار سلبية واتهام الذات والشعور بالدونية ما لاحظته أيضا أن هذه الأفكار السلبية وتقدير الذات السلبي كان موجودا حتى قبل المرض ولكن بعد أن مرضت ازداد الإحساس بالدونية وتقدير الذات السلبي وأصبحت حساسة جدا لأي موقف تتعرض له، تتحدث أمينة عن علاقتها الجنسية مع زوجها وتقوم: م قبل ما نمرض كان يرقد خطراتش مع الأولاد وأنا نرقد وحدي بصح كي مرضت ولا قاع ما رقدش معاي، غي كي يبغي صوالحه وأنا نتنارفا من هذه الضربة" ما نكدبش عليك ما نخليش يدور بيا خاطرش أنا مثي جسد أنا روح.

أمينة تحتاج من زوجها إلى العطف والحنان وأن يحس بها وبألمها أكثر من الفعل الجنسي ما لاحظ وجود اختلال في العلاقة الجنسية خاصة بعد المرض وأمينة ترجع السبب لتغير شكلها سقوط الشعر فقد أهم عضو في جسم المرأة والذي يمثل رمز الأنوثة، تقول أمينة " راني نحس روحي مشي مرا، نكره نشوف روحي في المراية ونعيف روحي" لم تفقد أنوثتها بل هويتها الجنسية أيضا ,الصورة السلبية التي كونها أمينة ليست صادرة منها فقط فكما نعرف أن تصور دواتنا يكون حسب ما يراه ويتصوره الآخر عنا.

وحتى قبل المرض كما أشرت أن صورتها لجسمها كانت سلبية تقول أمينة " أنا من بكري نكره le corps نتاعي..... مانيش عارفة بلاك مين نحس بلي راجلي ميعجبش le corps نتاعي يقولي دائما أنت سمينة ويطنز علي أي أنا من زمن أكره جسسي لا أعرف لماذا؟ ربما لأن زوجي لا يعجبه جسسي فهو دائما يسخر مني ويقول بأنني بدينة.

صورة أمينة السلبية على جسمها وتصور الآخر لها خاصة زوجها أثر كثيرا على علاقتهم الجنسية فهي شبه منعدمة، تقول نقوم بالعلاقة الجنسية أحيانا مرة كل ثلاثة أو أربعة أشهر أنا بروحي وليت باردة ."

هذا البرود الجنسي لدى أمينة يعود أولا إلى فقدانها أهم عضو في جسم المرأة وهو له علاقة وطيدة بالعلاقة الجنسية ومن جهة أخرى تقول أمينة " أنا التي أرفض في بعض الأحيان هذه العلاقة لأنني لست جسدا فقط أحتاج إلى العطف وأن ينام بقربي بدون علاقة جنسية.

وهذا ما أشار إليه (زكرياء إبراهيم، بدون سنة) أن التوافق بين الزوجين يكون في 3 ميادين: العلاقات الجنسية، العلاقات النفسية، العلاقات الترابطية وحينما يقع ظن الرجل أن كل علاقته بزوجه لا تتعدى الميدان الأول وأن زوجته ليست سوى وسيلة للمتعة الجنسية عندئذ سيكون غياب الثدي له تأثير كبير على هذا النوع من الرجال.

وهذا تصور أمينة لزوجها فيما يخص العلاقة الجنسية فهي ليست حالة بيولوجية محصنة تتدخل فيها عدة عوامل نفسية، علائقية.....

رغم مرور 3 سنوات على العملية إلى أن أمينة لم تتمكن من تغير الصورة السلبية لجسمها تقول: " ما نبغي نلبس و surtout بلايز عرب ولا قفطان كي غادي قاع ما نجيش.

إن إعادة استثمار هذا الجسد الجديد ليس بالأمر السهل وخاصة إذا كانت نظرة الآخرين سلبية فهي تؤثر على المريض سلبيا.

لاحظنا أنها تضع شيئا في مكان الثدي المبتور فقامت بإخراجه وهي تضحك، وقالت "هذا هو السلاح السري نتاعي، هو عبارة عن قطعة من السيلكون ملفوفة في قطعة قماش لتخفي ظاهريا عدم وجود الثدي " هذه غي من برا بصح لداخل ما عندي ما ندرق " وعبرت الحالة عن رغبتها الشديدة في جراحة تجميلية لزراعة الثدي لكن إمكانياتها المادية محدودة جدا.

4-2 علاقتها بالمحيط الاستشفائي

لدى معرفة الحالة بمرضها بدأت تبحث وتقرأ على سرطان الثدي من خلال البحث في الأنترنت تقول أمينة " بغيت تعرف سوا لا هذه المرض وكيفاش ييجي عرفت بلي راني في مرحلة 3 والحاجة التي ندمت عليها هي التي ما كنتش ندير الفحص المبكر كانوا يضلوا يهدرو عليه " بصح انا عمري ما تخيلت روجي غادي نمرض بيه " من خلال خطاب أمينة نلاحظ هذه الحاجة إلى الفهم والخوف من المجهول هو ما يدفع الفرد للبحث عن معلومات حول حالته الصحية ومرض السرطان عموما.

يصبح الفرد ينظر إلى الطبيب كأنه المنقذ الذي يجب عليه إنقاذ حياته ويتشبت بكل شيء يعطيه أمل في الشفاء، هذه العلاقة بين الطبيب والمريض او الممرض والمريض أثناء الاستشفاء هي علاقة مهمة جدا سواء في الالتزام الصحي أو يحس أن الطبيب يفهم معاناته وألمه وهذا ما أشار إليه (Rogers.C, 2008), عندما تكلم عن l'empathie التي تسمح للطبيب أن يحس بالآخر ويدرك تأثير المرض عليه وذكر أيضا هذا المفهوم (Freud,1913) على أنه عمل معرفي للطبيب يسمح له بوضع مكان في مكان المريض مع ترك مجال للجانب العاطفي أي يحس بالآخر ويدرك معاناته دون يتأثر به عاطفيا ووجدانيا.

وما كان واضحاً في خطاب الحالة أنها لا تشعر بهذا التعامل الأومباتي وهي بأمس الحاجة إليه " هنا الطب يتعاملوا معاك على حساب مزاجهم خطراتش تقول هناك ماندي وخطراتش الشوف ما يشوفوش فيك"

ما لاحظنا ان ابتسامة من عند الطبيب أو كلام مطمئن له أثر كبير في نفسية أمينة.

وهذا ما أشار إليه (Darins Razoui,2002) على أن الطبيب يجب أن يكون حذراً في الرسالة التي يعطيها جسده فهي عبارة عن سلوكيات غير لفظية (الإيماءات، وضعية جلوسه، حركاته، صوته....) تقول انها كانت تكره حصص المعالجة الفيزيائية تعطيها المعالجة أوامر ارفعي يدك، أنزليها.....وتذهب " انا نبغي لي يسمعي نحكيها على هي نحس بها حاسنة عوني " أي أنا أريد من يسمعي وأحكي له عن مشاكلتي وأحس بأنها تفهمي"

الحالة قدمت خطاباً واضحاً يعبر عن معنى l'empathie ومن عناصر الأومباتية هي الإنصات التي تخلق جو من الثقة بين الطبيب والمريض وتعتبر وسيلة مهمة لنوعية العلاجات المقدمة فهي تسمح بالأخذ بعين الاعتبار الحالة العاطفية للمريض .

5-2 نوعية الدعم الاجتماعي

أكثر ما كان يقلق الحالة هو النقص الكبير للدعم والمساندة الاجتماعية تقول أمينة " كي نجي ندير chimio و نشوف المرضى يجو معاهم ويجيبولهم الفطور كنت نغير والله نغير..." نحس روحي وحدي نجي في Bus ندير chimio ونولي في Bus تغيضني عمري"

من خلال خطاب أمينة نستطيع أن نلاحظ نقص على مستوى الدعم الاجتماعي بكل أنواعه: المادي العاطفي وحتى الدعم التقديري، وهنا نحن نتكلم عن الدعم الاجتماعي المدرك كما أشارت إليها (Bruchon)

(schweritza2002) – على أنه المساعدة التي تقدم للفرد بكل أنواعها : الدعم العاطفي، الدعم التوجيهي
الدعم المادي، الدعم التقديري .

لم تشعر أمينة يوما بحنان أمها لكن بعد مرضها أصبحت أكثر حساسة وهذا أمر طبيعي .

تقول أمينة " أنا عمري ما حسيت بحنان تاع ماما بصح لي غاضتني أكثر ما وقفتش معاي في مرضي كانت
تجي تشوفني كيما واحد براني Surtout كي درت العملية مشي تقول تدي ولادي وتقابلهم تبالي أي أم ديرها
هي لا تجي تشوفني كيما واحد براني " حتى واحد ما وقف معاي في مرضي جبرت الناس بروايا عاونوني حتى
ماديا وماما وخوتي وحتى راجلي ما وقفوش معاي " أي دعمني الأشخاص الذين لا أعرفهم ولا احد من أمي
وإخوتي وحتى زوجي لم يساندوني أثناء مرضي.

ما لاحظته أن أمينة تعاني كثيرا من عدم اهتمام أقرب الناس إليها (الأم، الزوج، الإخوة) ولاحظت أيضا
رغبتها في الاستفادة من الفوائد الثانوية للمرض من خلال خطابها.

تقول : " أنا التي أطبخ لهم ولا أحد يهتم بي، في العادي أنا أكون مستريحة وهم يعتنون بي هذا سرطان
وليس أي مرض".

هذه الحاجة للدعم الاجتماعي تؤثر في نوع إستراتيجية المقاومة لديها وأيضا الالتزام بالعلاج. " تخفيض من
مستوى القلق لديها وبالرغم من الظروف الصعبة التي تعيشها أمينة فإنها ملتزمة بالعلاج وتحضر في
مواعيدها لتلقي العلاج الكيميائي لكن لديها صعوبة في مواجهة الألم النفسي والقلق، تؤثر عليها المشاعر
السلبية وأفكارها وقلقها منحصر حول نوعية هذه المساندة تقول أمينة " عندي chimio يومين قبل
رمضان مانيش عارفة كي غادي ندير وحدة بنت خالتي عيطتلي وقاتلي الفطور قاع نهار الأول علي
Normalement ماما هي التي تجيبلي "

العلاقة المضطربة بين أمينة وأمها تؤثر سلبا على أمينة وأصبحت حساسة اتجاه أمها أكثر من أي شخص آخر .

الفصل السابع: تحليل ومناقشة النتائج

1- مناقشة الفرضية الأولى

2- مناقشة الفرضية الثانية

3- مناقشة الفرضية الثالثة

خاتمة

اقتراحات وتوصيات

المراجع

الملاحق

مناقشة النتائج:

الفرضية الأولى التي تدور حول حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي تتوقف على تربية علاجية فقط لم تتحقق فسرطان الثدي يمس الصورة الجسمية بشكل كبير فهناك فقد للعضو الذي يعتبر مهما جدا للمرأة والرجل أيضا وبالتالي يؤثر على تقدير الذات سلبيا و لدي قياس درجة تقدير الذات بواسطة مقياس روزنبارغ Echelle d'estime se soi de rosenberg تحصلت على درجة 19 من 40 و هي تعبر عن تقدير متوسط للذات أما من خلال المقابلات صرحت أمينة بأنها أصبحت تشمئز من نفسها ولا تحب نفسها، كما أن علاقتها بوالديها وخاصة أمها هي علاقة سيئة إلى حد تعبيرها، أمها لا تحبها وهذا يؤثر سلبا في تقدير الذات كما يشير (Coopersmith,2009) أن تقدير الذات مرتبط بشكل قوي بنوعية العلاقة الموجودة بين الطفل والآخر وخاصة الأولياء وإحساس الطفل بأنه محبوب وذو قيمة . وجود مشاكل على المستوى النفسي، الاجتماعي وحتى الاقتصادي كما في حالة أمينة .

فمجرد تكوين المريض للتحكم في انفعالاته والسلبية أو أثناء تألمه غير كافي فحاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي للتربية العلاجية لا تتوقف على تكوين المريض فقط.

الفرضية الثانية التي تدور حول حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي تتوقف على التكفل النفسي لم تتحقق فكانت هناك حاجة لإكتساب بعض المهارات في كيفية تسير الألم خلال مراحل العلاج الكيميائي وتسير الانفعالات السلبية.

وحاجة المريض بأنه قادر على التحكم في مرضه وفهم المرض والتأثيرات التي تنجم عنه وكيف يتعامل معها، في حالة أمينة هناك حاجة إلى إنصات الآخر والتعامل الأومباتي من طرف الطاقم الطبي، فهو أمر مهم بالنسبة لها وهو غير موجود في الواقع على حد قولها وفي أحد تصريحاتها أنها لو تمتلك المال لما بقيت

للعلاج في الجزائر. والعلاقة بين الطبيب والمريض مهمة جدا في الالتزام العلاجي ولذا يجب التفكير في تكوين الأطباء في هذا المجال كما يشير داريوس رازافي (Darius Razavi, 2002) أن نوعية الاتصال في مجال الصحة يعتمد على نوعية العلاقة بين الطبيب والمريض وهي مهمة جدا في الالتزام العلاجي ولذا يجب التفكير في تكوين الأطباء في هذا المجال وعليه فإن تعليم فن المهارات أمر لا بد منه.

أما بخصوص الفرضية الثالثة التي تدور حول حاجات المرأة المصابة بسرطان الثدي تتوقف على تربية علاجية وتكفل نفسي في نفس الوقت تحققت من خلال ما استخرجناه من حاجات نفسية وعضوية واجتماعية، يجب إدماج التربية العلاجية والتكفل النفسي معا

الحاجات التي تستدعي تربية علاجية هي:

- الحاجة إلى تسيير الألم .
- الحاجة لفهم المرض .
- الحاجة للتحكم في الانفعالات السلبية مثل : الحصر ، القلق .. الخ

والحاجات التي تستدعي تكفل نفسي هي :

- الحاجة لتقدير الذات
- إعادة استدخال صورة الجسم الجديدة

كما لا يمكننا إغفال مرحلة الطفولة (قبل المرض) وقد لاحظنا حاجة أمينة إلى التنفيس ورغبتها في التعبير عن الألم والمعاناة اللذان عاشتهما خلال طفولتها والتي ترجعها إلى سبب إصابتها بالسرطان و يعتبر التكفل العلاجي في هذه المرحلة أمر مهم لعلاج السبب المفجر للمرض اذا أخذنا مرض السرطان من الناحية السيكوسوماتية وهذا للوقاية من الانتكاسة أو تطوير مرض سيكوسوماتي آخر.

خاتمة

تشمل التربية العلاجية العوامل العضوية و النفسية الاجتماعية أو ماهو مسمى بالنموذج البيو-نفسى- اجتماعي الذي يأخذ بعين الاعتبار كل العوامل التي تؤثر و تتأثر بالمرض .

و لا ينحصر دور التربية العلاجية في تقديم معلومات حول المرض بل يتعدى ذلك إلى تقبل المرض و كيفية مواجهته خاصة إذا كان الأمر يتعلق بالسرطان .

و من خلال ما قدمناه من الجانبين النظري و التطبيقي يمكننا القول بأن هناك حاجات للتربية العلاجية مشتركة بين المرضى وهي غالبا ما تتعلق بالحاجة إلى تسييرا لألم ، الحاجة إلى تسيير الانفعالات السلبية ، فهم المرض ..و هذه الحاجات يتم إشباعها من خلال تكوين المريض و تستدعي توفر بعض الشروط لتحقيقها من أهمها رغبة المريض في الدخول في برنامج مبني على هذه الحاجات مع إمكانيةه في تعلم مثل هذه المهارات و المحافظة عليها

كما يشير بوتيني (Boutinet,2014) الى أن نماذج التكوين تعتمد على نظريات التعلم فهي عبارة عن سيورة معرفية يتم من خلالها اكتساب مهارات و معلومات و كما أوضح أيضا أن التربية العلاجية هي مجال للبحث والتطبيق (Turette.C, Thievenaz.|2014 , P 11)

و هناك حاجات تختلف من فرد لأخر و هذا راجع إلى الفروقات الفردية و وحدانية كل حالة حسب معاشها و تصوراتها و المعتقدات التي تحملها.

و ما يميز سرطان الثدي لدى المرأة هو أنه يمسه في عمق أنوثتها و يؤثر بشكل كبير في تقديرها لذاتها الأمر الذي يستدعي وجوب تكفل نفسي . ودور الأخصائي النفسي داخل هذا الفريق المتعدد التخصصات في مجال التربية العلاجية له أهمية كبيرة للوصول إلى أهدافها من تقبل المرض و تسييره و تحسين جودة الحياة لدى المريض .

من خلال هذا البحث تبين لنا أن المزاوجة بين تكوين المريض و التكفل به أمر لا بد في نجاح عملية التربية العلاجية فيما يخص سرطان الثدي لدى المرأة ، و ربما كان سيختلف الأمر إذا تعلق الأمر بمرض آخر مثل السكري أو الضغط الدموي مثلا .

الاقتراحات والتوصيات :

من خلال التريص الذي قمت به في المستشفى الجامعي أول نوفمبر بوهراڻ بمصلحة طب الأورام تبين لنا أن واقع التربية العلاجية لا زل تحت مسمى تقديم نصائح للمريض و عائلته و من خلال هذا البحث يمكننا تقديم بعض الاقتراحات و التوصيات حول موضوع البحث :

1. اقتراح برامج لتكوين العاملين في مجال الصحة و الذين لهم علاقة مباشرة بالمريض . ترتكز هذه

البرامج على ما يلي :

- أن يكون المعالج مهياً لتطبيق برنامج تربوي يعتمد على مهارة المعالج و نمط شخصيته و قدرته على تعليم و تكوين المريض.

- تحسين الاتصال: عنصر مهم في برامج تكوين المختصين فهو يعتبر الوسيلة لنقل المعلومة و كما يشير داريوس (Darius ,R 2002 , P5) أن نوعية الاتصال في مجال الصحة يعتمد على نوع العلاقة بين الطبيب و المريض و عليه فان تعليم فن و مهارات الاتصال أمر لا بد منه .

2. اعداد برامج تجمع بين ما بين الطب و مجال التربية هدفها جعل المريض مستقلا و لديه مهارات للتعامل مع مرضه .

3. أن يكون البرنامج يجمع ما بين تكوين المريض من اكتساب مهارات لتسيير الألم ، تسيير الانفعالات السلبية ، فهم المرض . و التكفل به من خلال مساعدته لتقبل جسده و صورة الجسم ، تقبل المرض ، من خلال الاعتماد على مختلف التقنيات العلاجية . و هذا البرنامج بالنسبة للمرأة المصابة بسرطان الثدي .

و يجب الأخذ بعين الاعتبار ما يلي :

- أن تجيب هذه البرامج عن حاجات المريض

- يجب أن يكون المريض قادرا على اكتساب بعض المهارات و قدرته على التكفل بذاته prise

(en charge de soi)

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية :

1. إبراهيم زكرياء (دون سنة)، سيكولوجية المرأة، (ط1) ، مصر ، مكتبة مصر للنشر و التوزيع .
2. بلمهيوب كلثوم (2014)، تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج الاضطرابات النفسية، (ط1) ، الجزائر، المركز الوطني للبحث في الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية.
3. تايلور شيلى (2017)، علم النفس الصحي، (ط3)، الأردن، دار حامد للنشر والتوزيع.
4. جنان شريفة (2015-2016)، عقود العمل ودورها في إشباع حاجات خريجي الجامعة حسب هرم ماسلو، رسالة دكتوراه، علم النفس، جامعة بسكرة.
5. روزنثال سارة ترجمة هنادي مزبود (2001)، المرجع الأول حول سرطان الثدي، (ط1)، الدار العربية للعلوم.
6. زلوف منيرة، (2014) دراسة تحليلية للإستجابة الإكتئابية عند المصابات بالسرطان، (ط1)، الجزائر، دار هومة الطباعة للطباعة والنشر.
7. سلطاني عومرية (2014-2015)، مقارنة علاجية بالاسترخاء والتربية العلاجية للتخفيف من مستوى القلق لدى مريضات الضغط الدموي المرتفع الأساسي، أطروحة ماجستير، علم النفس ، جامعة وهران.
8. عاقل فاخر (1978)، علم النفس التربوي، (ط4)، بيروت، دار صادر للطباعة والنشر.
9. عامر محمد شيخ يوسف (2009)، العلاج الهرموني لسرطان الثدي (ط1) سورية، دار الفرقد.
10. مبية حنان (2013-2014)، الحاجات النفسية الاجتماعية لمرضى السرطان، مذكرة ليسانس، علم النفس ، ورقلة.
11. مرسلينا شعبان حسن، (2018)، الدعم النفسي ضرورة مجتمعية، (ط1) سوريا، الدار المنهجية للنشر والتوزيع.

12. مشري فريدة (2016) الأسرة والصحة دراسة سوسيو أنثروبولوجية لمرضى السرطان، (ط1) الجزائر، دار حامد للنشر والتوزيع.

13. مفتاح محمد عبد العزيز، (2010) مقدمة في علم النفس الصحة، (ط1) الأردن، دار وائل للنشر.

14. منورنادية (2014-2015) التكفل النفسي بالمرأة المتزوجة متأصلة الثدي، مذكرة ماستر، علم النفس، جامعة وهران.

15. ميلودي شيماء، (2012-2013)، الصورة الجسمية عند المرأة مبتورة الثدي، مذكرة ماستر، علم النفس، سعيدة، جامعة مولاي طاهر.

16. مايك ديكسون ترجمة: هنادي مزبود (2013) سرطان الثدي (ط1) السعودية ، مدينة الملك عبد العزيز.

17. هندومة محمد أنور (2012)، المرأة والتغيرات البيولوجية والثقافية في مراحل سن اليأس، مصر، جامعة الإسكندرية.

قائمة المراجع باللغة الفرنسية :

1. Bertsch.J, Famose J.P (2009) l'estime de soi, une contreverse éducative, ed1, paris, presses universitaires.
2. Bindefeled. J. (1981), le nouveau médical, paris, Presses lutère.
3. Chabrol.H & autres (2004) étude de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg dans un échantillon de lycéens , France , université de toulouse , doi:10.2016 /j.neurenf.2004.09
4. Chalvin M.J. (2017) l'estime de soi, ED2, Paris, Eyrolles.
5. Darius, R, delvaue. N, (2002) interventions psycho-oncologique, paris, Masson.

6. Ditcharry, M. (2011), quel est le rôle du psychogues en éducation thérapeutique du patient, Paris, Master professionnel, psychologie.
7. Doran, J, (2001) la méthode du cas en psychologie, Paris, Dunod.
8. Fiseher. G.N. (2001) traité de la psychologie de la santé, paris, dunod.
9. Fiseher. G.N. (2006) les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé, Paris, Dunod.
10. Foucaoud. J & autres (2010) éducations thérapeutique du patient modèles , pratique et évaluation , France , saint-Denise : Ineps .
11. Fournier. C (2002) l'éducation thérapeutique du patient, Laennec, P15 à 24, doi, ssn 1272-520x.
12. Fournier. C, vincent.I, loaéc. A, (2009), Modèles et partiques. En éducation du patient, paris , inpes.
13. Gaudreault. A, (2015), Etude de la qualité de vie de la femme tumorectomisée Atteinte de cancer du sein et de sa relation de couple, Mémoire, université de québec.
14. Grimaldi. A, (2008), la place de l'éducation thérapentique dans la maladie chronique, paris N401.
15. Jodelet. D, (2015), l'apport de l'étude des représentations sociales dans le champ de la saut recueil. Scientifique et pédagogique. Université d'Oran.
16. Klein. A. colin A, (2011)de l'éducation du corps à l'éducation au corps, P 31à 47, Doi : SSN 1262-34.90.

17. Lang. S.(2011) la psychoéducation, un projet d'alliance thérapeutique. Soignants-familles, P98à116 N107, doi : 103917.
18. Muchelli.R , (1983), l'entretien d'entretien face à face dans la relation d'aide, paris, EDES.
19. Paquet. Y. carbonneau. N. (2016) la théorie de l'antodétermination, ED1, Paris, de boeck.
20. Schweitzer. M.B (2002), Psychoie de la paris, Dunod.
21. Tourneur. B, (2010), Pertinence de l'éducation thérapeutique dans le cancer du sein, springer verlag, Doi : 10.1007.

مواقع الأنترنت :

1. <http://www.aps.dz> , algérie presse service , 2/1/2018.
2. <http://www.sehatok.com>, 10/ 12/ 2017.
3. www.emploi.bcc.gov.qc.com.
4. [Fr.m.wikipedia.org](http://fr.m.wikipedia.org), 02 /2017.
5. <https://acofps.com> 19 /4/2019 .

الملاحق

مقياس تقدير الذات لروزنبارغ

إليك مجموعة من العبارات اقرأها جيدا و ضع علامة (x) في ورقة الإجابة في خانة الجواب الذي تراه يناسبك . ليست هناك إجابات صحيحة و إجابات خاطئة ، عبر عن رأيك بصدق ، إليك العبارات :

م	العبارات	موافق بشدة	موافق	غير موافق	غير موافق بشدة
1	على العموم أنا راض على نفسي .				
2	في بعض الأوقات أفكر أنني عديم الجدوى .				
3	أحس أن لدي بعض الصفات الجيدة .				
4	باستطاعتي انجاز بعض الأشياء بصورة جيدة كغالبية الأفراد .				
5	أحس أنه لا يوجد لدي الكثير من الأمور التي أعتز بها .				
6	أنا متأكد من إحساسي أحيانا بأنني عديم الفائدة .				
7	أحس أنني فرد له قيمة و هذا على الأقل مقارنة بالآخرين .				
8	أتمنى أن يكون لي احترام أكثر لذاتي.				
9	على العموم أنا ميال للإحساس بأني شخص فاشل.				
10	أأخذ موقفا ايجابيا نحو ذاتي .				

دليل المقابلة:

الأسئلة التي تدور حول الحاجات النفسية

- كيف كانت ردة فعلك لدى تأكيد وجود ورم ؟
- هل كنت مهياة نفسيا قبل العملية؟
- هل تلقيت أي نوع من التكفل النفسي؟
- أحسست أنك تغيرت بعد المرض؟ كيف؟
- ما هو شعورك عندما ترين نفسك في المرآة؟
- هل تستطيعين النظر في مكان الجرح؟ لماذا؟
- أحسست أنك تغيرت بعد المرض؟ كيف؟ لماذا؟
- هل أصبحت أكثر عدوانية؟ وقبل المرض كيف كنت؟ أحكي لما؟
- كيف ترين المقربين منك ينظرون إليك؟
- هل تنزعجين من هذه النظرة؟ لماذا؟
- هل تحبين نفسك؟ هل كان لديك هذا الإحساس قبل المرض؟ كيف؟
- كيف أصبحت علاقتك الجنسية مع زوجك؟ هل تغيرت؟ كيف؟
- ما الذي تطمحين إلى تحقيقه في المستقبل؟ أحكي لنا .

الأسئلة التي تدور حول الحاجات العضوية

- هل كانت لديك معرفة مسبقة بالعلاجات المقدمة بروتوكول العلاج؟
- هل كنت على علم بالأفكار الجانبية للعلاج الكيميائي؟
- بعد تلقيك العلاج الكيميائي ماهي الآثار التي تزعجك أكثر؟
- عند إحساسك بالألم بعد العلاج الكيميائي ماذا تفعلين؟ كيف تعشين ذلك الألم؟
- هل تظنين أن الأطباء يدركون ويحسون بما تعانونه من ألم؟ لماذا؟
- هل تحسين أنك بحاجة إلى المساعدة للتحكم في نوبات البكاء؟
- هل هناك سبب واضح لدى شعورك بالضيق والدخول في نوبة بكاء؟
- ما هي المعلومات التي كنت بحاجة إلى معرفتها عن مرضك؟ لماذا؟
- هل بحثت عنها؟ كيف؟
- المعلومات التي تمتلكينها عن مرضك كافية بالنسبة إليك؟
- ما هي الأمور التي تخفف من الألم؟

الأسئلة التي تدور حول الحاجات الاجتماعية

- خلال مرضك ما هي المرحلة التي أحسست فيها أنك بحاجة إلى المساعدة أكثر؟
- ما هو نوع الدعم الذي تحتاجينه أكثر؟
- هل تستطيعين تذكر خبرة مررت بها أثناء مرضك وبقيت في ذهنك وأثرت فيك؟ لماذا؟
- في عائلتك من هم الأفراد الذي كانوا لك سندا خلال فترة المرض؟
- مررت بمراحل كنت تشعرين بالقوة من أين استمديت تلك القوة؟ كيف ذلك.
- هل تعريف أحدا من عائلتك أو الأصدقاء أصيبوا بسرطان الثدي؟ أو السرطان؟
- هل تقاسم خبرتك معهم تشعرين بالراحة؟ كيف ذلك؟
- هل يزعجك عدم قدرتك على القيام بالأمور الاعتيادية مثل الاعتناء بالبيت والأطفال؟