

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية : العلوم الإنسانية والاجتماعية



قسم علم النفس وعلوم التربية

التخصص: علم النفس العيادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر الأكاديمي LMD

من إعداد الطالبة : رويح عوالي

تحت عنوان:

إدراك المرض و علاقته باستجابتي القلق و الاكتئاب

لدى مرضى السرطان

دراسة ميدانية بمركز مكافحة السرطان بولاية ورقلة

نوقشت و أجزيت علنا بتاريخ: 2017/05/23

لجنة المناقشة :

الدكتورة / مخن سامية

جامعة قاصدي مرباح..... رئيسا

الدكتورة / حمودة سليمة

جامعة قاصدي مرباح.....مناقشا

الدكتور / زعطوط رمضان

جامعة قاصدي مرباح..... مشرفا و مقرر

الموسم الجامعي: 2017/2016

كلمة شكر و تقدير

" الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا هدانا الله "

وصللي اللهم على سيدنا محمد و على آله و صحبه أجمعين

أوجه كل الشكر و التقدير والعرفان إلى الأستاذ المشرف الدكتور رمضان زعطوط للمواقف

الجادة و النبيلة و التي مثل من خلالها صورة الأستاذ المشرف الكفاء،

والإنسان الرائع.

وإلى كل أساتذة علم النفس الذين لم يبخلوا بالمعلومة و التوجيه.

الطالبة عوالي رويح

الإهداء:

أهدي ثمرة عملي الجاد للإنسان الذي وقف بجانبني علميا و عائليا، الزوج المخلص عبد الوهاب وإلى الإنسانية الحنونة بفطرتها أُمي الغالية، و إلى والدي الكريم. كما أهديتها بشكل خاص إلى أبنائي الذين تحملوا معي سنوات الدراسة.

وإلى كل أفراد عائلتي

و إلى مرضى السرطان الذين بادلوني الاحترام، و إلى عمال مركز مكافحة السرطان بمستشفى محمد بوضياف بورقلة، و عمال دار الرحمة بورقلة، الذين أعانوني على تطبيق الدراسة ميدانيا.

الطالبة عوالي رويج

ملخص الدراسة:

لا يعتبر المرض أمراً عضوياً فقط، بل يُعد ظاهرة مُعقدة، لا يُمكن اختصارها في بُعدها البيولوجي، فهناك تأثيرات نفسية واجتماعية وثقافية تؤثر في العادات الصحية، واتجاهات، و سلوكيات الفرد، وارتباطها بعضها البعض، وخاصة عند مرضى الأمراض المزمنة.

و منه اهتمت هذه الدراسة بدراسة إدراك المرض عند مرضى السرطان وارتباطه باستجابتي القلق والاكتئاب، أين هدفنا لدراسة الظاهرة واستكشاف كل جوانبها و أبعادها الحقيقية لدى مرضى السرطان بورقلة.

وقد افترضنا وجود إدراك مميز لدى مريض السرطان لمرضه بما فيه تصوره لأسباب السرطان وارتفاع مستوى القلق والاكتئاب، ووجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض وبين مستوى كل من القلق والاكتئاب لديه، واختلاف تلك العلاقة باختلاف السن والجنس والمستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي والاقتصادي ونوعية السرطان ومدة الإزمان و نوع العلاج.

قدرنا أن إستبيان إدراك المرض المعدل (IPQ-R)، و المقياس الإستشفائي للقلق و الاكتئاب (HADS)، أداتين مناسبتين لمثل هذه الدراسة، و تمّ التأكد من صدقهما و ثباتهما في دراسة استطلاعية على عينة مكونة من 30 مريضاً بالسرطان.

و تمثلت عينة الدراسة الأساسية في 85 مريضاً، و التي طبقت عليها الأداتان على شكل بطارية بطريقة المقابلة "نصف الموجهة" من طرف الطالبة و تمّ تحليل المعطيات بواسطة برنامج spss نسخة 22.

أين توصلت النتائج إلى:

-ارتفاع إدراك مرضى السرطان في كل من بُعد العواقب، والسيطرة الذاتية والعلاجية، وتساوق المرض، والدورية، والآثار الانفعالية، وانخفاضه نسبياً في بُعد الزمانية مقارنة مع متوسط الإجابات.

- وجود فروق في أبعاد المرض باختلاف الجنس والمستوى الاجتماعي و في مدة الإزمان، بينما توجد فروق باختلاف السن عند أبعاد (التساوق والسيطرة الذاتية والانفعالية) لصالح صغار السن، وفروق باختلاف المستوى التعليمي عند أبعاد (الزمانية، التساوق، السيطرة الذاتية، الدورية، الانفعالية) لصالح مرتفعي المستوى التعليمي، و فروق باختلاف المستوى الاقتصادي عند بُعد (العواقب) لصالح مرتفعي المستوى الاقتصادي.

ملخص الدراسة

-ارتباط بُعد الهوية بالأعراض المصاحبة، وعدم وجود فروق دالة باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والاجتماعي والاقتصادي و في مدة الإزمان.

- ارتفاع دلالة الفروق الأسباب النفسية و السلوكية و الإعتقادية/الدينية، و انخفاض بسيط في دلالة الأسباب الوراثية/العائلية.مع عدم دلالة الفروق في أسباب المرض باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والاجتماعي و في مدة الازمان.

- وجود القلق و الاكتئاب لدى مرضى السرطان، وارتفاعهما لصالح الإناث مقارنة بالذكور.

- جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب، دالة مع جميع الأبعاد و بارتباط قوي مع بُعد الانفعالية، ودال بعلاقة عكسية مع أبعاد (التحكم في العلاج و فهم المرض و السيطرة على المرض)، أي كلما زادت درجة هذه الأبعاد، كلما نقص مستوى القلق و الاكتئاب

- دلالة الارتباط بين الهوية و بين القلق و الاكتئاب، والتي توضح ارتباط مستوى القلق و الاكتئاب بزيادة تواجد الأعراض المرضية لدى مرضى السرطان

و هكذا تلخصت الدراسة بإثبات العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و استجابتي القلق و الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

الكلمات المفتاحية: مرض السرطان، إدراك المرض، عزو سببي، قلق، اكتئاب.

Abstract:

Disease is not only organic, but a complex phenomenon and can not be shortened in the biological dimension, there are psychological effects, social and cultural affect such as habits, attitudes, and behavior, and their interaction, especially in patients with chronic diseases.

Current study is concerned with representation and perception dimensions of illness in cancer patients and its association with anxiety and depression.

We acclaim that there is a distinct patient's perception of cancer as illness including causal attribution and high level of anxiety and depression.

Relationship between the dimensions of the perception of the disease and the level of both anxiety and depression, and differences according to age, gender, educational level, cancer type, duration and treatment type are explored.

Illness Representation Questionnaire (IPQ-R) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used. Their validity and reliability were confirmed in a prospective study of 30 cancer patients sample. Our main sample included 85 cancer patients.

Main results include:

-Increased awareness of cancer patients in both consequences, self-control and treatment control, disease correlations, cyclicity, emotional effects, and relatively low in temporal distance compared with the average responses.

-There are differences in the dimensions of the disease according to sex, social level and time period, while there are differences in age according to the dimensions (consistency and self-control and emotional) for the benefit of young people, and differences according to educational level in dimensions (temporal, emotional) in favor of higher education level, and differences

according to the economic level at consequences for the benefit of the high economic level.

-Identity correlate with accompanying symptoms, and no significant differences between sex, age, educational level, socioeconomic level, and duration.

-High significance of the differences of psychological, behavioral, and religious / religious causes, and a slight decrease in the significance of genetic causes / family. No significant differences in causal attribution according to sex, age, educational level and social and in the time period.

-The presence of anxiety and depression in cancer patients, and increase in favor of females compared to males

-Correlation between the dimensions of the perception of disease and anxiety and depression, a function with all dimensions and a strong link with the emotional dimension, and a relationship with the opposite dimensions (control of treatment and understanding of the disease and control of the disease), the more the degree of these dimensions, Level of anxiety and depression

-Significance of correlation between identity and anxiety and depression, which shows the correlation level of anxiety and depression increased the occurrence of symptoms in patients with cancer

The study summarized the relationship between the dimensions of the perception of the disease and the responses of anxiety and depression in cancer patients.

Keywords: cancer, illness representation, causal attribution, anxiety, depression.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	شكر و إهداء
أ	ملخص الدراسة
ج	فهرس المحتويات
د	قائمة الجداول
ذ	قائمة الأشكال البيانية
1	مقدمة الدراسة
الباب الأول: الجانب النظري	
الفصل الأول: تقديم الدراسة	
6	1-مشكلة الدراسة
9	2-فرضيات الدراسة
10	3-أهداف الدراسة
10	4-أهمية الدراسة
11	5-التعريف الإجرائية
12	6-حدود الدراسة
الفصل الثاني: إدراك المرض	
14	تمهيد
14	1- مفهوم التنظيم الذاتي
15	2- نموذج التنظيم الذاتي
19	3- العلاقة بين الأبعاد في إدراك المرض في نموذج (SRM)
20	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: القلق	
22	تمهيد

22	1- تعريف القلق
22	2- الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسي
24	3- أسباب القلق
25	4- معايير تشخيص القلق النفسي
27	5- التفسير المعرفي للقلق
27	6- القلق و مرض السرطان
31	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: الاكتئاب	
33	تمهيد
33	1- تعريف الاكتئاب
34	2- المعايير التشخيصية للاكتئاب
36	3- أعراض الاكتئاب
37	4- التفسير المعرفي للاكتئاب
38	5- الاكتئاب و مرض السرطان
40	خلاصة الفصل
الباب الثاني: الجانب الميداني	
الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية	
43	تمهيد
43	1- المنهج المتبع في الدراسة
44	2- الدراسة الاستطلاعية
45	3- أدوات الدراسة
51	4- الدراسة الأساسية
56	5- إجراءات التطبيق
57	6- أساليب الإحصائية المستعملة لتحليل البيانات
57	خلاصة الفصل

الفصل الخامس: النتائج والمناقشة	
59	تمهيد
59	1- نتائج ومناقشة الفرضية الأولى
66	2- نتائج ومناقشة الفرضية الثانية
72	3- نتائج ومناقشة الفرضية الثالثة
76	4- نتائج ومناقشة الفرضية الرابعة
92	خلاصة الفصل
94	الاستنتاج العام
95	المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول:

الصفحة	العنوان	الرقم
20	جدول يوضح العلاقة بين مختلف الأبعاد المكونة لإدراك المرض	01
44	جدول يوضح خصائص العينة الاستطلاعية حسب السن والجنس والمستوى التعليمي والاجتماعي -الاقتصادي ونوع المرض ومدة الإزمان ونوع العلاج	02
51	جدول يوضح توزيع العينة حسب الجنس	03
52	جدول يوضح توزيع العينة حسب السن	04
52	جدول يوضح توزيع العينة حسب المستوى التعليمي	05
53	جدول يوضح توزيع العينة حسب المستوى الاجتماعي	06
54	جدول يوضح توزيع العينة حسب المستوى الاقتصادي	07
54	جدول يوضح توزيع العينة حسب نوع المرض	08
55	جدول يوضح توزيع العينة حسب مدة الإزمان	09
56	جدول يوضح توزيع العينة حسب نوع العلاج	10
59	جدول يوضح متوسط درجات أبعاد إدراك المرض	11
62	جدول يوضح متوسط درجات بُعد الهوية	12
64	جدول يوضح متوسط درجات بُعد العزو السببي	13
66	جدول يوضح مستوى القلق و الاكتئاب في العينة الكلية	14
69	جدول يوضح مستوى القلق و الاكتئاب لدى العينة باختلاف الجنس	15
72	جدول يوضح العلاقة الارتباطية بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب	16
74	جدول يوضح العلاقة الارتباطية بين بعد العزو السببي والهوية وبين القلق والاكتئاب	17
77	جدول يوضح العلاقة بين أبعاد إدراك المرض وبين مستوى كل من القلق والاكتئاب باختلاف السن والجنس والمستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي -الاقتصادي ونوعية السرطان ومدة الازمان ونوع العلاج	18

قائمة الأشكال البيانية:

الصفحة	العنوان	الرقم
16	parallel process model	01
18	(Leventhal) ل إدراك المرض	02
60	شكل يوضح أبعاد إدراك المرض عينة كلية	03
65	شكل يوضح العزو السببي عينة كلية	04

تعد الأمراض المزمنة من المشكلات التي تهدد المجتمعات الإنسانية،" فهي حسب منظمة الصحة العالمية "مشكلة صحية تتطلب الرعاية على مدى عدة سنوات أو عدة عقود" والأمراض المزمنة تشمل العديد من الأمراض مثل: السرطان، الإيدز، التهاب المفاصل الرثوي التليف الكيسي، مرض الزهايمر، والشلل الرعاش و غيرها، ومهما كان المرض فإن ما يميزه هو مدته ومدى تأثيره على الحياة الاجتماعية والمهنية والعاطفية والحياة الأسرية، وحتى هوية المريض وهذا كله بسبب المرض" (Roche،2011)

ولكن أكثر تلك الأمراض أهمية تلك الأمراض المهددة للحياة، ويقع السرطان على رأس قائمة تلك الأمراض، وقد أثبتت الدراسات الحديثة انتشار هذا المرض في البلاد النامية، وتوقعت زيادة نسبة الإصابة به، وأنه سيصبح من أكبر المشكلات الصحية فيها.حيث أكد عبد الفتاح(1995) أن هناك ثلاثة أسباب لحدوث السرطان :

الأول:عامل بيئي مثل التعرض للإشعاعات، واستخدام الكيماويات في الأدوية وبعض الصناعات.

الثاني: عامل وراثي يتمثل في ضعف الجهاز المناعي.

الثالث: عامل نفسي يظهر من خلال متانة أو ضعف البناء النفسي في مواجهة الضغوط وأحداث الحياة المؤلمة منها والسار أيضا .

وهذا الرأي يعتبر منطقيا ، حيث يمكن اعتبار الجينات أدوات المرض والبيئة بما تحمله من ضغوط نفسية هي الدفعة اللازمة لتغيير الشكل الوراثي لما تحمله الجينات من أدوات في شكل مرض من خلال استعداد نفسي ، الأمر الذي يؤثر على جهاز المناعة ، وبالتالي يصاب بالمرض الذي يعتبر استجابة للضغوط ويتجلى التدهور النفسي المتمثل في الحالة الانفعالية مثل الاكتئاب، القلق، الخوف، الغضب، التشاؤم، وغيرها .(الأنصاري، 1996)

ويؤدي السرطان إلى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة كالاتهابات المختلفة، والشعور بالإجهاد والغثيان، وفقدان الشهية، والإسهال، وسقوط الشعر، وفقدان الخصوبة والقدرة الجنسية، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي، وتغيرات الوزن، هذا بالإضافة إلى أعراض نفسية مثل القلق والاكتئاب

والأرق. ويعاني مرضى السرطان من بعض الآثار الاجتماعية الضاغطة، مثل فقدان الدخل، والانعزال الاجتماعي، والوصمة الاجتماعية. وقد تناول كثير من الباحثين الاستجابات السلوكية والأعراض النفسية المرتبطة بمرض السرطان مثل شعور المرضى بالفوضى والقلق والخوف، والانكسار والقلق والاكتئاب. "ويقرر باحثون آخرون أن مرضى السرطان يستخدمون الإنكار لتقليل الفزع المرتبط بمرض السرطان، ويشيع لديهم القلق والاضطراب الانفعالي، بينما ركزت فئة أخرى من الباحثين على الاكتئاب بوصفه الاستجابة الشائعة لدى مرضى السرطان، وأنه قد يؤدي إلى أن يحاول بعضهم الانتحار." (فقيه، 1997)


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

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

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

أين تضمن الجانب النظري أربعة فصول حيث جاء الفصل الأول بتقديم الدراسة من خلال التطرق إلى مشكلة الدراسة و فرضياتها ،وأهداف و أهمية الدراسة ،بالإضافة إلى التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة و حدودها الزمكانية. أما الفصل الثاني فقد تضمن إدراك المرض، من مفهوم التنظيم الذاتي، و نموذج التنظيم الذاتي، والعلاقة بين الأبعاد في إدراك المرض في نموذج التنظيم الذاتي، ثم الفصل الثالث الذي تناولنا فيه استجابة القلق و ضم تعريف القلق و و أسبابه و معايير تشخيصه والتفسير المعرفي له و علاقته بمرض السرطان. و بعده الفصل الرابع أين تضمن استجابة الاكتئاب وضم تعريف الاكتئاب، و ، و المعايير التشخيصية، وأعراضه، والتفسير المعرفي له و علاقته و مرض السرطان.

وتضمن الجانب الميداني فصلين ف جاء الخامس لإجراءات الدراسة الميدانية و السادس جاء لعرض نتائج الدراسة حسب ما جاءت به الفرضيات ومناقشة النتائج التي تحصلنا عليها ومقارنتها بالدراسات السابقة ، و أخيرا خرجنا بالاستنتاج العام للدراسة، ثم ذكرنا قائمة المراجع والملاحق التي اعتمدنا عليها.



الباب الأول
الجانب النظري

الفصل الأول: تقديم الدراسة

1-مشكلة الدراسة

2-فرضيات الدراسة

3-أهداف الدراسة

4-أهمية الدراسة

5-التعريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة

6-حدود الدراسة

1) مشكلة الدراسة:

يمرّ الشخص الذي يتم تشخيصه بالسرطان بعدة مستويات من الضغوط النفسية و الإجهاد العصبي، و التقلبات العاطفية و الشعورية، و القلق العصبي و الجزع، فالتغيرات الجذرية في نمط الحياة و الخوف من الموت، و التغيرات الجسدية أو تغير الشكل البدني، و تغير النظرة إلى الذات، و التغير في الموقع و الوضع الاجتماعي و طريقة الحياة، و كذلك الاعتبارات المالية و الوظيفية، كل هذه قضايا في غاية الأهمية عند أي إنسان يصاب بالسرطان. إنّ الشعور بالحزن و الأسى أمر عادي و تفاعل طبيعي أثناء هذه الأزمة و سيشعر الجميع بمثل ذلك في بعض الأوقات، و لكن من المهم جدا التمييز ما بين مستويات الحزن و الأسى الطبيعية و العادية، و بين الاكتئاب الحاد الذي يحتاج للمعالجة ضمن خطط الرعاية و العلاج، فالإكتئاب الحاد ليس حزنا أو مزاج عكر، و إنما هو علة بذاتها و بأعراض يمكن تشخيصها، و تأثيرات و مضاعفات متعددة و ينبغي معالجتها. و حسب بعض الإحصاءات الطبية تصيب قرابة 25 % من المرضى. (Adams.D,2016)

فمرض السرطان أصبح هاجسا يطارد المصابين به والمجتمع، وإنه مما لا شك فيه أن المرض والموت مظهرين من مظاهر قلق الإنسان وخوفه وعجزه، وتختلف المجتمعات في نظرتها للمرض باختلاف تقدمها أو تخلفها وترتبط بثقافة المجتمع ومعتقداته. (عبد السلام، 2006)

و سيمر كل الناس بردود الفعل من الحزن و الأسى دوريا عند التشخيص و خلال فترات المعالجة، و بعد النجاة من السرطان، إذ يشعر الناس غالبا حين يكتشفون إصابتهم بالسرطان بعدم التصديق والرفض أو اليأس، و قد يعانون من صعوبات بالنوم و فقد الشهية، و الرهاب و القلق الحاد، والاستغراق في التفكير المهموم بشأن المستقبل.

و هذا ما وجدته دراسة Revenson و زملائه (1993) فقد أجريت على 32 مريضا بالسرطان وباستخدام بعض المقاييس الموضوعية ، كشفت نتائج الدراسة عن معاناة مرضى السرطان من انخفاض تقدير الذات وقلق الموت وغموض التفكير والاكتئاب واليأس. (الأنصاري، 1996)

و من المعتاد أن تخف حدة هذه المشاعر والمخاوف والصعوبات حين يتكيف الشخص مع الوضع المستجد، و ينهض لمواجهة الواقع و البدء في المعالجات و مقاومة المرض، ومن العلامات الدالة على هذا التكيف هي التعامل مع الأمر الواقع والقابلية للاستمرار بفاعلية في نشاطات الحياة اليومية.

غير أنه عند بعض الأشخاص تظهر صعوبات اكبر في التأقلم و التكيف، و حين لا يتمكن المرء من التكيف مع التشخيص و معاشة المرض عقب مرور فترة طويلة، و يبدو فاقدا للاهتمام

بالنشاطات المعتادة، و غير مكثرت بالأمر الحياتية المهمة، فقد يكون ذلك مؤشرا على إصابته بالاكئاب و القلق.

فالدراسة التي أجراها Morrow و Fetting (1983) على (71) مريضا بالسرطان تبين معاناتهم من الاكتئاب، والقلق والتشاؤم واليأس والانسحاب الاجتماعي، والعزلة الاجتماعية بعد الإصابة بالسرطان بفترة ثلاثة شهور. (الأنصاري، 1996)

وكما أشارت kathleen (2016) :أنّ الاستجابات الانفعالية غالبا ما تكون سريعة، استجابات تكيفيه تساعدنا على مواجهة التحديات التي تنشأ في بيئتنا بنجاح، و مع ذلك في بعض السياقات قد تكون بعض الاستجابات الانفعالية التكيفيه على خلاف ذلك غير مناسبة؛ لأنها إما أن توقيتها غير مناسب أو أن نوعها خطأ أو شدتها خطأ بالنسبة للموقف المحدد الحالي، و لذلك يتطلب التكيف السليم القدرة على تنظيم انفعالاتنا بحيث يكون سلوكنا الانفعالي دالة مشتركة للاندفاعات الانفعالية الناتجة بسرعة من جهة، والضبط الذاتي المطبق بجهد من جهة أخرى، و بالاعتماد على مجموعة من استراتيجيات تنظيم الانفعال، بالتالي نحن في بعض الأحيان قد نتمنى إبراز الجانب الايجابي، و التزام الهدوء في مواجهة الخطر أو توجيه الغضب بشكل منتج.

يشير تنظيم الانفعال إلى العمليات التي تؤثر في بدأ، وتحول، وحجم، واستمرار، وشدة، أو نوعية جانب أو أكثر من الاستجابة الانفعالية، و من الواضح الآن أن تنظيم الانفعال الفعّال يُعتبر ضروريا للصحة العقلية والجسدية، وأنّ عدم تنظيم الانفعال يكمن في صميم اضطرابات المزاج والقلق. (kathleen,2016)

فالاستجابات الانفعالية عند مرضى السرطان خلال العملية التكيفية تأخذنا إلى فهم طبيعة التغيرات في الاستجابة للمرض، أين يجب الأخذ بالاعتبار "الذات" و مصادر القوة فيها أو سهولة تكيفها و نقاط ضعفها، و منه تداخل نواحي عديدة من حياة الفرد في تقييماتها كمفهوم الجسم و الانجاز والأداء الاجتماعي و الذات الخاصة.

أين تؤثر المفاهيم التي يحملها الأفراد عن الصحة و المرض في كيفية استجاباتهم للأعراض المرضية، و إنّ ما يُطلق عليها بالتمثلات المرضية تشير إلى المدركات المنظمة عن المرض التي يتم اكتسابها من خلال وسائل الإعلام ، و من الخبرة الشخصية، و من الأسرة و الأصدقاء الذين تعرضوا لخبرة الإصابة بمرض معين. (تايلور، 2008)

وكما جاء في دراسة Clair و زملائه (2009) والتي هدفت إلى التنبؤ بالعلاقة بين الإدراك وظهور حالات القلق و الاكتئاب لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن، وهذا في إطار نموذج الضبط الذاتي و مدى تكيف المريض مع مرضه الجسمي، و جاءت النتائج كالتالي:

- أظهر المصابون بعد شهر حالة هلع

- هناك أهمية لأبعاد إدراك المرض التالية (بعد الهوية، الوقت، نتائج المرض، والصور الانفعالية) في التفريق بين المصابين بالهلع و غير المصابين (أبركان، 2013).

ومنه فإدراك المريض لمرضه يعتبر نتيجة للكيفيات التي يتعامل بها مع مراحل المرض و التي تكون من خلال عملية التقييم و التفسير المناسبة للتكيف مع مرضه، والتي تتبلور على شكل أبعاد يحتويها مفهوم "إدراك المرض" من التطور الزمني للمرض(حاد/مزمن) و أثر المرض على نوعية الحياة و السيطرة الذاتية على المرض و السيطرة على العلاج و تساق المرض ومنطقيته و التسلسل الزمني الدوري و التمثيل العاطفي بالإضافة إلى بعد الهوية و العزو السببي والذي يتناول من خلاله آلية ربط المريض بين المرض و أسبابه، و هذا ما يمر به مريض السرطان في طريقة إدراكه لمرضه و منه الاختيار الأنسب لطرق و أساليب المواجهة و التعامل مع المرض.

وهذا ما نلمسه في دراسة جاءت للكشف عن إدراك المريض وعلاقته بأساليب التدبير لدى مريضات تناذر آلام العضلات، أين هدفت دراسة Pupat (2007) إلى البحث عن مدى علاقة إدراك المريضة لمرضها، و أساليب التدبير التي تختارها، و من جهة أخرى إلى مدى تأثير إدراك المرض في اختيار الأساليب المناسبة للتدبير، كما أنّ هناك تأثير بعض المتغيرات النوعية (السن، مدة المرض) في اختيار أساليب التدبير، وكذا تأثير بعض الأبعاد الشخصية مثل التفاوض و بعض ميكانيزمات الدفاع(أبركان، 2013).

ومن خلال نموذج التنظيم الذاتي لليفنتال والذي يمثل التصورات المرضية، أين يرى هذا النموذج أنّ الفرد عبارة عن عامل نشط عازم على حل مشاكله المتعلقة بالصحة و المرض، وأنّ تصوراته إزاء المشكلة هي دليل لإعداد مخطط عملي فعلي للتكيف مع الحالة المرضية. (Leventhal,1980) .

أين تتكون هذه التصورات الشخصية من خلال خبرات الحياة و تفاعلات الفرد مع الآخرين والمعلومات المستمدة من التنشئة الاجتماعية. (Raymond, 2008) .

وعلى ضوء ذلك نجد أن الأمر يستدعي ضرورة دراسة الموضوع المطروح بشكل أعمق في المجتمع العربي، وأن أول تلك الجهود لا بد أن تركز على تكوين معلومات وصفية موضوعية حول علاقة

ارتباط أبعاد إدراك المرض و الاستجابات غير التكيفية في أوساط مرضى السرطان على مختلف أنواعه، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات مثل السن والجنس و المستوى التعليمي و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و نوعية المرض و مدة الإزمان وتفاعل هذه المتغيرات مع بعضها بعضاً.

ومنه جاء نموذج الحس العام للتنظيم الذاتي (common sense self regulation model) المرتبط بالمرض لليفينتال (Leventhal) أين يُقدم إطاراً لفهم العلاقة بين تصور أو إدراك المريض لمرضه بما ينطوي عليه من عزو سببي وبين استجاباته التكيفية أو غير التكيفية. ويمكننا اعتبار مرض السرطان تهديداً مستمراً لحياة المريض منذ إعلانه بالتشخيص مما يجعله في حالة كرب مستمر وضيق نفسي ظاهر في استجابتي القلق والاكتئاب.

لذلك تساءلنا ما إذا كانت هناك علاقة إرتباطية بين طبيعة إدراك المريض لمرضه وأنماط العزو السببي التي يعتقد أنها مسؤولة عن مرضه من جهة وبين مستوى القلق والاكتئاب لديه؟ واعتماداً على نموذج تنظيم الذات في مرض السرطان تتفرع الأسئلة التالية:

- ما طبيعة أبعاد إدراك المرض وأنماط العزو السببي لدى مريض السرطان؟
- ما مستوى القلق والاكتئاب لدى مريض السرطان؟
- هل توجد علاقة بين أبعاد إدراك المرض وأنماط العزو السببي وبين مستوى القلق والاكتئاب لدى مريض السرطان؟
- هل تختلف تلك العلاقة باختلاف السن والجنس و المستوى التعليمي والاجتماعي-الاقتصادي ونوعية السرطان ومدة الإزمان ونوع العلاج ؟

(2) فرضيات الدراسة :

- و على ضوء التساؤلات المطروحة في مشكلة الدراسة صيغت الفرضيات التالية:
- نتوقع وجود إدراك مميز لدى مريض السرطان لمرضه بما فيه تصوره لأسباب السرطان
- نتوقع ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان
- نتوقع وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض وبين مستوى كل من القلق والاكتئاب لدى مريض السرطان
- نتوقع اختلاف تلك العلاقة باختلاف السن والجنس والمستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ونوعية السرطان ومدة الإزمان و نوع العلاج

(3) أهداف الدراسة :

جاءت أهداف الدراسة و المتمثلة في الإجابة على تساؤلاتها المحددة سابقا ل :

- تهدف الدراسة إلى استكشاف أبعاد إدراك المرض لدى مرضى السرطان
- استكشاف مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان
- استكشاف العلاقة بين متغيرات الدراسة
- استكشاف المتغيرات العاملة في العلاقة بين متغيرات الدراسة

(4) أهمية الدراسة:

كان من الأسباب الرئيسية لاختيارنا موضوع الدراسة هو ملاحظتنا للكثير من مرضى السرطان الذين يختلفون في نوعية الاستجابات و في مستوياتها، وفي اختلاف تصوراتهم المرضية، ومدى ارتباط كل هذه المتغيرات بعضها البعض، لهذا جاءت دراستنا محاولة الكشف عن طبيعة وأهمية هذا الارتباط، و منه أصبحت هذه الدراسة تأخذ أهميتها من طبيعة الموضوع الذي تناولناه. ومنه أمكننا رؤية أهمية الدراسة في:

- أنها ألقت الضوء على متغير إدراك المرض و ارتباطه بأنماط العزو السببي وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة مرضى السرطان، وهي مواضيع بكر في الوطن العربي فيما تبين من البحث البيبليوغرافي.

- التركيز على الجوانب المعرفية في استكشاف المرض المزمن.

- الاهتمام بشريحة هامة من مرضى السرطان الذين أصبحوا مدار دراسات الصحة النفسية.

- تنبيه الأخصائيين النفسيين إلى العلاقة بين إدراك المرض و الاستجابات غير التكيفية لدى مرضى السرطان.

- إمكانية أن تكون نتائج الدراسة قاعدة لبحوث أخرى لبناء برنامج علاجي طبي نفسي. و بهذا تفتح آفاقا جديدة أمام علم النفس التطبيقي.

(5) التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

إدراك المرض:

يعرّف ليفنتال و آخرون (Leventhal et al,1980) "تصورات المرض بأنها خاصية ضمنية لمعتقدات الحس العام للمريض حول مرضه، و اقترح أنّ هذا الإدراك يقدم للمرضى إطارا أو مخططا للتعامل مع الفهم لمرضهم."

ويعرف إدراك المرض إجرائياً بأنه إعطاء المريض معنى لحالته الجديدة، بعد جمعه لكافة المعلومات و المصادر حول وضعيته الصحية، باتخاذ تصورات معرفية و اجتماعية لمرضه، وهو الدرجة التي يتحصل عليها المريض على مقياس إدراك المرض المعدل (RPQ-R) "لموس موريس"، والتي تأخذ فيها استجابات الفرد على بنود الاختبار.

القلق:

يرى (Masser Man): "أنَّ القلق حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ من خلال الصراعات ولدوافع و محاولة الفرد التكيف مع التهديد" (فهمي، 1998).

ويعرف القلق إجرائياً في هذه الدراسة بأنه استجابة انفعالية حادة تتميز بإنذار الجهاز الودي، ويقدر مستواه بمجموع الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص من خلال تطبيق المقياس الاستشفائي للقلق والاكنتاب (HADS).

الاكتئاب:

جاء في الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية أن الاكتئاب "وجود مزاج حزين، فارغ، أو مزاج عصبي، يرافقه تغيرات جسدية و معرفية و التي تؤثر تأثيراً كبيراً على قدرة الفرد في الأداء، و تختلف فيما بينها بمواضيع المدة و التوقيت، أو المسببات المفترضة." (الحمادي، 2015)،

ويعرف الاكتئاب إجرائياً بأنه هبوط في المزاج يتميز بالكآبة المزمنة و فقد الملذات، يقدر مستواه بمجموع الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص من خلال تطبيق المقياس الاستشفائي للقلق و الاكتئاب (HADS).

6) حدود الدراسة:

الحدود البشرية:

- شملت العينة الاستطلاعية: 30 فرداً من المصابين بالسرطان.

- تمثلت العينة الأساسية: 85 فرداً من مرضى السرطان.

الحدود الزمنية: طبقت الدراسة في الفترة الممتدة من 12 مارس إلى 20 أبريل 2017.

الحدود المكانية: تمثلت حدود الدراسة بمدينة ورقلة و ذلك بمركز مكافحة السرطان بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة، و دار الرحمة بالرويسات بورقلة.

الفصل الثاني: إدراك المرض

تمهيد

1- مفهوم التنظيم الذاتي

2- نموذج التنظيم الذاتي

3- العلاقة بين الأبعاد في إدراك المرض في نموذج (SRM)

خلاصة الفصل

تمهيد:

إن القرارات التي نأخذها في مجال الصحة و السلوك الصحي مرتبطة بالتصورات التي تنشأ لدينا عن حالتنا الصحية. أين يبني الأفراد تصورا للعالم الخارجي و الداخلي بعكس معتقدات الشخص و خبراته استنادا للخبرات السالفة، مما يساعده في فهم الأحداث والحالات التي يمر بها في الصحة والمرض وتكون أساسا للقرارات التي يتخذها في تحليل الخبرات الجديدة و التعامل معها (Ferreira,et al,2010)

ولقد اعتمد كثير من الباحثين على مفهوم التصور أو التمثل في مجال الصحة و المرض، ومنهم ليفنتال Leventhal في نظريته عن التنظيم الذاتي، المتعمدة على مفهوم الحس العام أو المشترك . common sens

(1) مفهوم التنظيم الذاتي: Self Regulation

خلافًا للكائنات الحية الأخرى لاحظ الباحثون أن البشر لديهم القدرة على الوعي بحالاتهم الداخلية و بالعمليات التي تجري على مستوى شعورنا بل حاول بعضهم مثل فرويد كشف الحالات غير الواعية المتحكمة في سلوكنا. و يبدو أننا نشعر بالقدرة على التحكم في رغباتنا و أهوائنا، ومعاناتنا في الصحة والمرض و في موافق كثيرة، و تكييف سلوكياتنا بل و تغييرها لتحقيق أهدافنا. وقد تم اقتراح مصطلح ومفهوم التحكم الذاتي (self regulation) لوصف محاولة الأفراد ضبط معارفهم و معتقداتهم و مشاعرهم وأفعالهم لغرض تحقيق تلك الأهداف.

إن الفكرة الرئيسية في هذه المقاربة هي أن الأفراد فاعلون ونشطون ومتحكمون في كثير من قراراتهم مما يمكنهم من التكيف مع المواقف المتجددة وليسوا متفرجين سلبيين فقط، مركزين على الإنسان المرید المخير. (Denise,20013).

أما Manu وزملائه (2013) فيرون أن التنظيم الذاتي هو مصطلح مطلي نشأ لوصف العمليات التي يقوم بها الأفراد لتحقيق أهدافهم سواء كانت واعية أو غير واعية، سواء في مرحلة تحديدها أو في مرحلة السعي لتحقيقها.

قدم ليفنتال وماير وتيرنز (1980) نموذج التنظيم الذاتي (SRM) Self regulation model، لشرح كيف أن المرضى يبنون تصورا أو تمثلا معرفيا وآخر انفعاليا لمرضهم معتمدين على المعطيات والمعلومات التي يصلون إليها، لإضفاء معنى على الأعراض وعلى المرض بهدف فهمه وإدارته.

(2) نموذج التنظيم الذاتي: (SRM) Self regulation model

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

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

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

(ب) المعطيات التي يقدمها الأقارب، أو الأسرة، أو المتكفون بالمريض ومن أهمهم السلطات الطبية والصحية.

(ج) خبرة المريض ومعايشته للمرض وأعراضه الحالية أو السابقة المخزنة في ذاكرته بما فيها الوسائل والعلاجات وطرق التعامل مع عواقب ومضاعفات المرض خاصة الفعالة منها.

وتلعب شخصية المريض السابقة للمرض مؤشرا أيضا (pupat,2007).

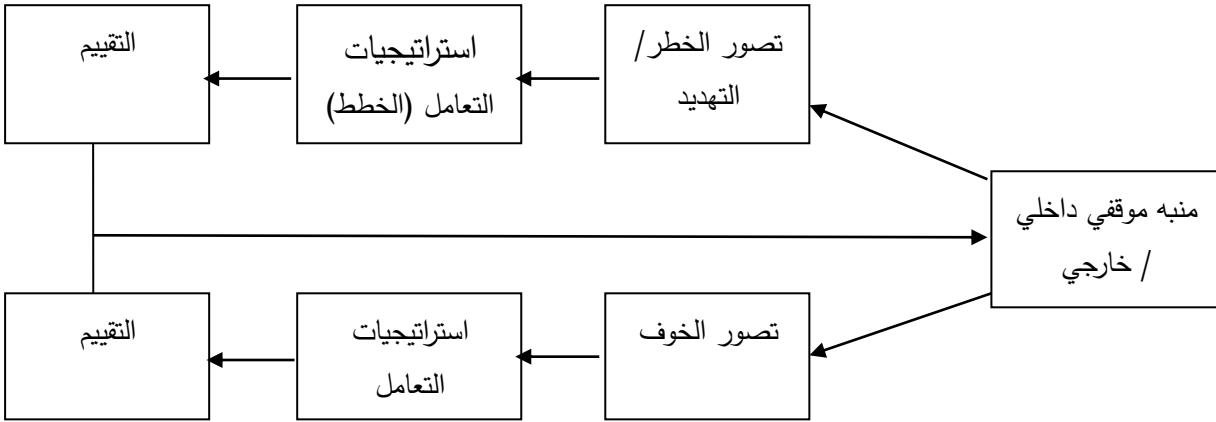
وبُني النموذج على ثلاث مسلمات (فرضيات) هي:

- **المسلمة (الفرضية) الأولى:** إن الفرد كائن نشط فعّال، يحاول حل مشكلاته لذلك سيحاول فهم مشكلته لإيجاد الوسائل التي تمكنه من تقليص الهوة بين حالته الآنية وبين ما يصبو إليه أو يتوقعه.

- **المسلمة الثانية:** إن التصور أو تمثيل المرض سيقود أو يساعد المريض في عملية التكيف، واختيار الاستراتيجيات المناسبة لذلك، وتقييمها زمنيا من حيث الفعالية كنوع من التغذية الراجعة المستمرة.

- **المسلمة الثالثة:** إن تصور المرض أو تمثله هو بناء نفسي اجتماعي ثقافي يخضع لمتغيرات عديدة، ولا يشترط فيه أنه يوافق أو ينطبق مع تصور الطبيب أو المحيطين بالمريض، فهو بنية ذاتية قد تختلف مع الواقع العيادي. لذلك كان إدراك المرض بعدا اجتماعيا مرتبطا بكيونة الفرد (Ferreira,2013).

و انطلق leventhal في إنشاء نموذج (S R M)، من نموذج العملية الموازية parallel process model



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

ونلاحظ من خلال النموذج المكونين الأساسيين الذي اعتمد عليها leventhal وزملائه بعد ذلك في النموذج المعدل وهما: المكون المعرفي (التهديد / الخطر) والمكون الوجداني (الخوف).

- تضمن النموذج الأصلي للتنظيم الذاتي 05 أبعاد هي:
- الهوية/ الزمانية/ العواقب/ الأسباب (الغزو) / الضبط أو الشفاء ثم أضيفت إليها أبعاد أخرى لتحسين صدقية النموذج التكوينية بعد دراسات عاملية استكشافية وتوكيدية مثل: التمثلات الانفعالية، وفهم المرض (التساق) والعواقب.

1- الهوية: ويقصد بها في النموذج طبيعية المرض والأعراض التي يعايشها المريض ويربطها بحالته الصحية الحالية.

2- السبب: ويشير هذا البعد إلى الغزو السببي أي إلى العوامل أو المسببات التي يرى المريض أنها مسؤولة جزئياً أو كلياً عن حدوث المرض وظهوره.

قد نعزو سبب مرضنا إلى عوامل نفسية أو بيولوجية أو محيطية كما قد نربطه بمعتقدات مثل العقاب عن الذنوب، وحتى الصدفة أو الحظ السيئ.

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

3- **البعد الزمني:** وقد وجد ليفنتال ومن بعده الباحثون، أن العلاقة بين الزمن وبين المرض كما يتصورها المريض ذات وجهين:

- 1.3: **الإزمان مقابل الحدّة:** إدراك المريض أن مرضه مزمنًا غير قابل للشفاء على الأقل في القريب العاجل مقابل شعوره أو تصوره بأنه مرض حاد عابر سيشفى منه عن قريب.
- 2.3: **الدورية:** حين يشعر المريض أن مرضه يأتيه على شكل دورات من الظهور والمعاناة بعد الاختفاء.

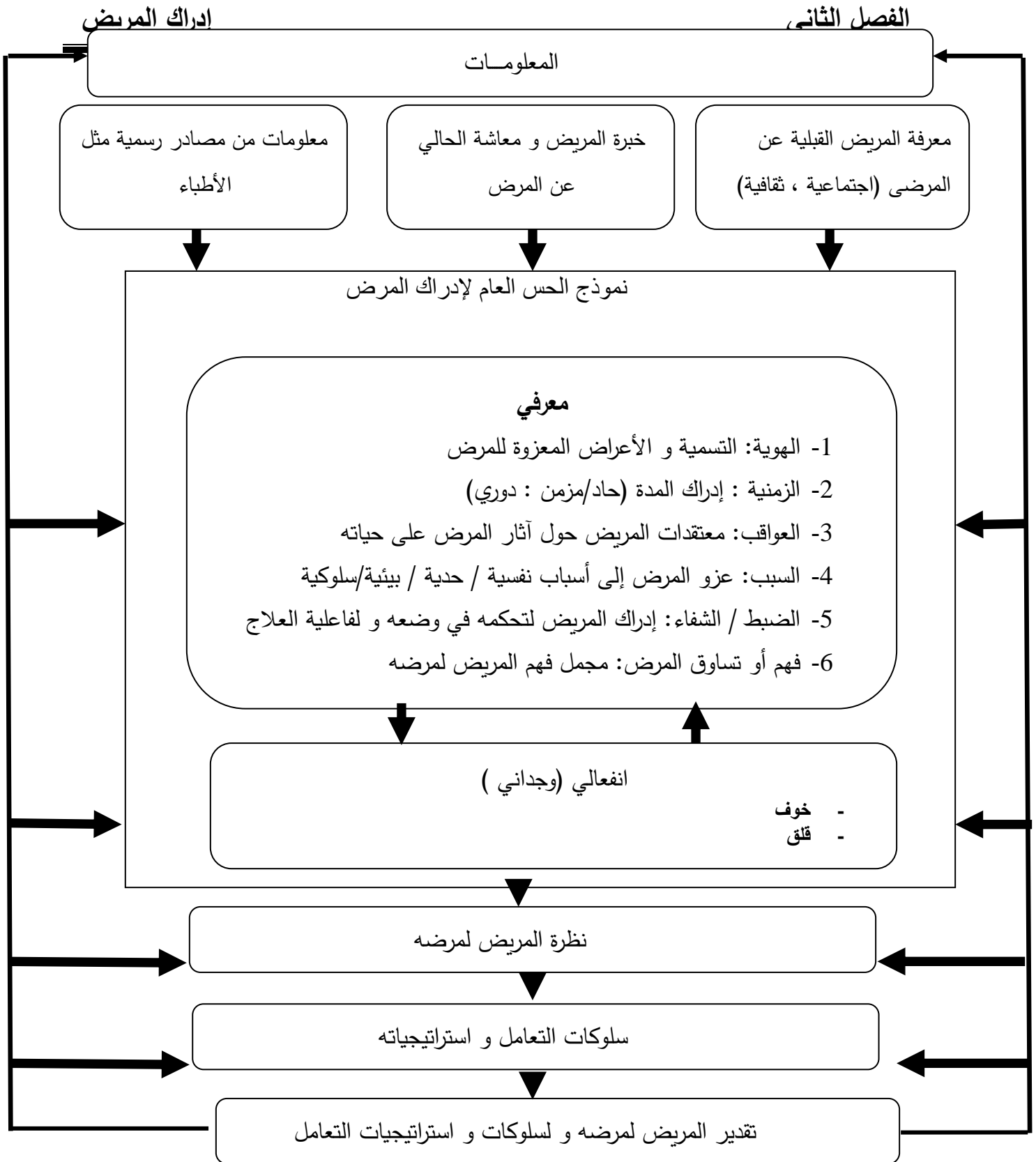
4- **العواقب:** ادراك المريض للآثار الجسدية أو الاجتماعية أو الاقتصادية كمضاعفا لمرضه.

5- **الضبط:** وهو إدراك المريض أن مرضه قابل للتحكم و الإدارة سواء من طرفه في الضبط الذاتي للمرض، أو عن طريق العلاج الفعال حين يربط بين اختفاء الأعراض و تحسن حالته و بين العلاج الذي يلتزم به. وهذا البعد مرتبط أيضا بشعور المريض بأن مرضه قابل للشفاء.

6- **التمثل الانفعالي أو الوجداني،** المرتبط بالانفعالات السالبة مثل الغضب والإحباط والقلق والخوف والكآبة بسبب المرض.

7- **تساوق المرض:** وهو مضاف إلى بعد التصور الوجداني، و هو من الأبعاد المحدثة على النموذج الأصلي للفيننتال و هو بُعد ما رواء معرفي يشير إلى قدرة المريض على تكوين فهم متكامل يجمع الأسباب و الأعراض و المضاعفات و معنى المرض في حياة المريض.

إن التساوق المؤدي إلى تناسق مركبات المرض وآثاره على حياة المريض و معاشة اليومي بشير إلى مقدرته على التكيف و التوافق و مواجهة الكرب كما أشارت لذلك moss-morris وزملائها (2002) و Arsenault وزملائه (2005)، لذلك أضيفت مع أبعاد أخرى إلى مقياس إدراك المرض illness perception questionnaire(IPQ)



شكل (02): نموذج الحس العام لإدراك المرض لـ (Leventhal)

المرجع: (2004 زملائه، Estcourt)

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

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

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

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

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

جدول (01):العلاقة بين مختلف الأبعاد المكونة لإدراك المرض (moss morris,et al, 1996)

	identité	Attributions causales				Chrono : chronique	Chrono cyclique	Conséquences graves	Guérison contrôle : personnel et auto efficacité	Guérisons contrôle traitement	Représentation émotionnelle	cohérence
		Hasard	Facteurs psychologiques	Risque	Immunité							
identité	X		+	-	+	+		+	-	-		Forte
cause	Hasard	X			-				-	-	+	-
	Psychologique	+		X	+	+			+	+	+	
	Risque	-		+	X	+			+	+	+	+
	Immunité	+	-	+	+	X	+	+	+		-	+
Chronique	+		+		+	X		+	-		+	-
Cyclique					+		X		-		+	-
Conséquences graves	+				+	+	+	X			+	-
Guérison contrôle : personnel et auto efficacité	-	-	+	+		-	-	-	X		-	+
Guérisons contrôle efficacité d'un traitement ou recommandation	-		+	+	-	-		-		X	-	+
Représentation émotionnelle		+	+	+	+	+	+	+	-	-	X	
cohérence	Forte	-		+		-	-	-	+	+	-	X

Corrélations entre les composantes de la perception de la maladie

+ : corrélation positive

- : corrélation négative

الخلاصة:

تعتبر القدرة على تعديل استجاباتنا الانفعالية سمة أساسية للتنظيم الذاتي، أين تتدخل معتقداتنا وتصوراتنا في إدراك صورتنا للصحة والمرض، والتي قد تتأثر بمتغيرات عديدة ومتنوعة، وقد تتفاعل مع استجابات كثيرة كالقلق والاكتئاب.

الفصل الثالث: القلق

تمهيد

1- تعريف القلق

2- الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسي

3- أسباب القلق

4- معايير تشخيص القلق النفسي

5- التفسير المعرفي للقلق

6- القلق و مرض السرطان

خلاصة الفصل

تمهيد:

القلق هو القاسم المشترك الأعظم في الاضطرابات النفسية فهو الحالة التي يشعر بها الفرد إذا تهدد أمنه أو تعرض للخطر أو لقي إهانة أو أحبط مسعاه أو وجد نفسه في موقف صراعي حاد ولذا يعتبر القلق من أكثر التعبيرات الشائعة في مجال علم النفس عموماً ، والكتابات الخاصة بمجال الصحة النفسية و خاصة عند الأمراض المزمنة أين يمثل واحد من الاستجابات الانفعالية الناتجة عنها.

1) تعريف القلق:

يعرف القلق بأنه شعور عام غامض غير سار بالتوجس و الخوف و التحفز و التوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي. و يأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بضيق في التنفس أو الصداع" (عكاشة، 2003).

يرى بيك Beck أن القلق العصابي ينتج عن أفكار تلقائية سلبية وتفسيرات خاطئة يكونها الفرد القلق عن ذاته وعن العالم وعن مستقبله وغالباً ما تكون مرتبطة بالخطر والتهديد مادياً كان أو معنوياً. (عبد العظيم، 2007)

2) الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسي:

تختلف أعراض القلق المرضي اختلافاً كبيراً عن أحاسيس القلق الطبيعية المرتبطة بموقف معين. وتشمل أعراض القلق النفسي الأحاسيس النفسية، وكذا الأعراض الطبية الجسمية.

إن أعراض القلق تختلف من مرحلة إلى أخرى ، ففي مرحلة الطفولة تظهر الأعراض على شكل خوف من الظلام والغرباء والحيوانات والأطفال الكبار، أو الخوف من أن يكون الطفل وحيداً بالمنزل، أو يظهر على هيئة أحلام مزعجة أو الفزع ليلي.

أما في المراهقة فيأخذ القلق مظهرها آخر، مثل الشعور بعدم الاستقرار و الحرج الاجتماعي، وخصوصاً عند مقابلة الجنس الآخر، و الإحساس الذاتي بشكل الوجه و الجسم و الحركات، و التصرفات و محاسبة النفس على كل شيء ، و الشكوى من علل بدنية مختلفة(عبد الله، 2000).

أعراض القلق الحاد:

أ) حالة من الخوف والهلع: Panic State

ب) حالة الرعب الحاد: terror State

ج) إعياء القلق الحاد: Anxiety Exhaustion Syndrome. (عكاشة، 2003)

أعراض القلق المزمن:

أ) أعراض جسدية:

وهي أكثر أعراض القلق النفسي شيوعاً فتظهر في شكل خلل في وظائف بعض أعضاء الجسم المختلفة دون أن تكون هذه الأعضاء مصابة وتشمل:

- الجهاز العصبي: الصداع، الدوار، إجهاد عصبي
- الجهاز الدوري: تزايد نبضات القلب، ارتفاع ضغط الدم، نوبات شبيهة بالذبحة الصدرية
- الجهاز التنفسي: نوبات تنفسية شديدة، نوبات شبيهة بالربو
- الجهاز الهضمي: جفاف الفم، صعوبة البلع، تزداد الإفرازات المعدية، الإمساك، الإسهال.
- الجهاز البولي والتناسلي: تزداد الحاجة للتبول، اختلال موعد الطمث عند المرأة. (دويدار، 2003)

ب) أعراض نفسية:

- الخوف: من أشياء لم تكن تخيفه فيما سبق ولا تتسبب له استجابة مرضية.
- التوتر أو التهيج العصبي: فيكون المريض حساساً لأي ضوضاء.
- عدم القدرة على التركيز وسرعة النسيان والسرحان.
- فقدان الشهية للطعام مع فقدان الوزن.
- الأرق وإن نام تصحب نومه كوابيس مزعجة.

(ج) أمراض سيكوسوماتية:

وهي الأمراض العضوية التي يسببها القلق وتنشأ عنه ومن أهمها: ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، جلطة الشرايين التاجية للقلب، الربو الشعبي، روماتيزم المفاصل، قرحة المعدة، إفراز الغدة الدرقية، القولون العصبي، الصداع النصفي وغيرها. (عكاشة، 2003).

(3) أسباب القلق:

يذكر عكاشة (2003) أن أعراض القلق تنشأ من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي و الباراسمبثاوي، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورادرينالين في الدم من تنبيه الجهاز السمبثاوي فيرتفع ضغط الدم، وتزيد ضربات القلب، وتجحظ العينان، ويتحرك السكر من الكبد وتزيد نسبته في الدم، مع شحوب في الجلد، وزيادة إفراز العرق، وجفاف الحلق، وأحياناً الأطراف، ويعمق التنفس. وحدد جيروم وأرنست (Jerome&Ernest 1986) خمسة مصادر أساسية للقلق على النحو التالي:

- الأذى أو الضرر الجسدي

- الرفض أو النبذ

- عدم الثقة

- التنافر المعرفي

- الإحباط و الصراع

إضافة إلى ما سبق فقد أورد زهران (1997) بعض الأسباب الأخرى للقلق من بينها ما يلي:

- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات.

- الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام).

- مواقف الحياة الضاغطة.

- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة مع التأكيد على التفاعل بين مواقف الحاضر وخبراته.

- التعرض للخبرات الحادة الاقتصادية أو العاطفية أو التربوية، والخبرات الجنسية الصادمة لاسيما في الطفولة والمراهقة، والإرهاق الجسمي والتعب والمرض وظروف الحرب.
- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية ، وعدم تحقيق الذات.

4) معايير تشخيص القلق النفسي:

يمكن تشخيص حالات أعراض القلق النفسي العام بناءً على الأعراض التالية حسب معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية

اضطراب القلق المعمم:

أ) قلق زائد و انشغال (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل، حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل الأداء في العمل أو الدراسة).

ب) يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الأشغال.

ج) يصاحب القلق و الانشغال ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر الأخيرة).

ملاحظة: يكفي عنصر واحد عند الأطفال.

(1) تملل أو شعور بالتقليد أو بأنه على الحافة.

(2) سهولة التعب.

(3) صعوبة التركيز.

(4) استثارة.

(5) توتر عضلي.

(6) اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائماً أو النوم المتملل و اللامرضي).

د) يسبب القلق أو الانشغال القلبي أو الأعراض الجسدية إحباطاً هاماً سريريا أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء.

هـ) لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمدة (مثلا إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية آخر (مثلا ، فرط نشاط الدرق).

و) لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر ، كالقلق أو الانشغال حول حصول هجمات الهلع في اضطراب الهلع ، التقييم السلبي، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، العدوى و الوسواس الأخرى، كما في الوسواس القهري، و ما يذكر بالأحداث المؤلمة ، كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة و ليس الانفصال عن شخصي متعلق به، كما اضطراب قلق الانفصال، اكتساب الوزن كما في القمة العصبي، الشكاوى الجسدية، في اضطراب العرض الجسدي، ظهور العيوب المتصورة في اضطراب تشوه شكل الجسم، وجود مرض خطير ، في اضطراب قلق المرض، أو محتوى الأوهام في الفصام الاضطراب التوهمي .(الحمادي، 2015)

اضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى:

أ) هجمات من الهلع أو القلق و الذي يهيمن على الصورة السريرية.

ب) هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.

ج) لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر.

د) لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء سير هذيان.

هـ) يسبب الاضطراب تدنيا أو إحباطا ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية و المهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

ملاحظة الترميز: ضمن اسم الحالة الطبية الأخرى مع اسم الاضطراب العقلي(مثلا،F06.4 اضطراب قلق بسبب الفيوكروموسايتوما). الحالة الطبية الأخرى يجب أن تسرد و ترمز بشكل منفصل ومباشرة قبل اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى(مثلا ،D35.00 الفيوكروموسايتوما، F06.4 اضطراب قلق بسبب الفيوكروموسايتوما). (الحمادي، 2015)

5) التفسير المعرفي للقلق:

يعتبر النموذج المعرفي عند بيك أكثر النماذج المعرفية تفسيراً للقلق ، إذ يرى أن توقع الخطر أو الشر هو المكون الأساسي المميز لمرضى القلق حيث يتوقف القلق بصفة أساسية على كيفية إدراك الفرد و تقديره للخطر الكامل في الموقف، فالشخص في حالة القلق يكون مهموماً أولاً وقبل كل شيء باحتمال أن يصيبه أذى، فالتعرض للخطر هي الفكرة التي تهيمن على الشخص القلق إذ يسيطر على تفكيره فكرة مفادها وجود خطر يتهدهده فهو يتوقع أحداث مؤلمة له أو لأسرته... وغيرها. ويعتبر التفكير المأسوي من الأخطاء المعرفية الشائعة لدى مرضى القلق وتعني توقع أسوأ النتائج. (عبد العظيم، 2007)

ولكي يستطيع المعالج المعرفي فهم لماذا وكيف يصل الشخص القلق إلى الاستنتاجات السلبية التي يقيم بها ذاته و عالمه و مستقبله فلا بد من فهم المخططات المعرفية التي تكمن وراء ذلك يوضح مخططات، معالجة المعلومات، محتوى التفكير في القلق. (المرجع السابق)

6) القلق و مرض السرطان:

القلق والتوتر العصبي و الجزع و الخوف و الذعر و الزهايم بأنواعه المختلفة، جميعها تعتبر أوجه مختلفة لما يمكن تسميته بشكل عام بعلل القلق الحاد (Anxiety Disorder) والتوتر النفسي والعصبي، فالقلق رد فعل طبيعي تجاه السرطان، و قد يُعاني المرء من القلق أثناء إجراء الاختبارات و التحاليل الأولية للسرطان، أو حين ينتظر نتائج الفحوص، و عند تلقي نبأ التشخيص وحين البدء بالمعالجات أو عند توقع عودة الورم، وسيجد مرضى السرطان أن مشاعرهم من القلق والتوتر تزيد وتتنقص في أوقات مختلفة، فقد يصبح المريض قلقاً و متوتراً أكثر حين ينتشر السرطان أو ينتقل إلى موضع آخر، أو حين تصبح المعالجات أكثر كثافة وإجهاداً، و بطبيعة الحال تتفاوت وتختلف مستويات القلق من مريض لآخر، ويتمكن معظم المرضى من تخفيض مستويات القلق بالإحاطة بكل المعلومات المتعلقة بالسرطان و المعالجات المزمعة و الأحداث المتوقعة أثناءها. (Adams,A, 2016)

ومن جهة أخرى و بالنسبة لبعض الأشخاص، خصوصاً ممن عانوا في حياتهم من فترات تخللتها أزمات التوتر الشديد قبل إصابتهم بالسرطان، قد تصبح مشاعر القلق غامرة و ساحقة ومعرقة للمعالجات و للتقدم نحو التعافي، فالقلق في هذه الحال قد يزيد من الشعور بالألم، ويتسبب

في اختلال النوم، ويسبب الغثيان و التقيؤ و يؤثر بعمق على أسلوب حياة المريض، وليس غريبا القول أن القلق الحاد يمكنه حتى أن يقصر عمر المريض إن لم تتم معالجته (Adams,A, 2016).

وقد يُعاني البعض من القلق الحاد، و تزداد احتمالات نشوئه لديهم بالنمط المرضي بسبب من عوامل و ظروف مختلفة، وتقيد الدراسات الطبية أن معدلات القلق الحاد تزيد بين الأشخاص بالحالات التالية:

- ذوي التاريخ المرضي من علل القلق لأسباب مختلفة، أو من لديهم ماض من الصدمات النفسية أو العاطفية.

-الذين عانوا من القلق الحاد أثناء التشخيص.

-الأشخاص فاقدى الدعم الاجتماعي، وذوي القليل من الأصدقاء أو أفراد العائلة ممن سيهتمون لأمرهم.

-المرضى ممن يعانون من ألم حاد، والمعاقين جسديا.

-المرضى بأورام لا تستجيب للمعالجات القياسية. (Adams,A,2016)

ومن جهة أخرى ثمة العديد من الأدوية المستخدمة في معالجة السرطان بإمكانها أن تقاوم من مشاعر القلق بدورها، و على النقيض مما قد يظنه المرء، يُعاني المرضى بمراحل ورمية متقدمة من القلق ليس خوفا من الموت بحد ذاته، و إنما من عوامل أخرى، تتضمن غالبا الخوف من الألم غير القابل للسيطرة، أو الخوف من تركهم وحيدين دون دعم، أو من شعورهم بالحاجة والاضطرار للاعتماد على الغير. (Adams,A, 2016)

الوصف و المسببات:

قد يُعاني بعض الأشخاص من القلق الحاد في ظروف سابقة لا تتعلق بالسرطان، وقد تظهر ثانية آثار هذه المعاناة السابقة و تتبعث و قد تتفاقم عقب التشخيص بالسرطان،و قد يُعاني المرضى من الذعر و الخوف الشديد، ويصبحون غير قادرين على استيعاب المعلومات المتعلقة بمرضهم وإرشادات الفريق الطبي، و لا يستطيعون المتابعة والفهم خلال مراحل المعالجة.

أين يجب تحديد أي من علل القلق يُعاني المريض منها و التي تشمل:

مشكلة عدم التكيف والتأقلم . علّة الذعر . الزُّهاب بأنواعه . الوسواس الاستحواذي القسري، علّة الكرب عقب الصدمة، علّة عموم القلق . وعلل القلق الناتجة عن مشاكل صحية عامة أخرى، وبالفقرات التالية لمحة عن كل منها. (Adams,A, 2016)

1) علّة عدم التكيف و التأقلم مع الحدث:

وتتضمن هذه العلّة وجود سلوكيات أو نوبات مزاجية أكثر تطرفا من المتوقع، كتفاعل ورد فعل تجاه تشخيص المريض بالسرطان، وتظهر هذه العلّة بشكل أكثر وضوحا في الأوقات الحرجة عند مرضى السرطان، مثل أوقات إجراء التحاليل والفحوصات الخاصة بالمرض، وعند الإعلام بالتشخيص، وعند المعالجات المكثفة، وعند حدوث انتكاسات وعودة الورم. (Adams,A, 2016)

2) علّة الذعر:

يُعاني المرضى بعلّة الذعر (Panic Disorder) من القلق الحاد والمتوتر، وتظهر عليهم أعراض عديدة تشمل: قصر النفس و اللهاث . سرعة النبض . التعرق الغزير . الغثيان . الارتعاد والرعدة . الإحساس بالوخز والتنميل . شعور قوي بالخوف من فقدان العقل والجنون. و تأتي النوبات سريعة وقد تستمر لدقائق أو ساعات، ومن المعتاد معالجتها ببعض الأدوية الخاصة، ويلاحظ أن الأعراض المذكورة قد تتشابه مع أعراض لعلل أخرى (Adams,A, 2016).

3) الزُّهاب:

يمكن تعريف الزُّهاب (Phobia) بأنه معاناة مخاوف مستمرة و دائمة من شيء معين أو مكان أو موقف أو حال، ويُعاني الأشخاص المصابون بالزُّهاب عادة من قلق و توتر حاد يدفعهم إلى تجنب ما يرهبون، وقد يهرب مرضى السرطان الحقن والإبر، أو بعض المعالجات، أو عمليات استكشاف وسفط النخاع العظمي، أو يخافون ويتجنبون إجراء الاختبارات في الأماكن الضيقة، مثل التصوير بالمرنان المغناطيسي، الذي يرفض المريض المصاب بالزُّهاب عادة أن يستلقي داخل مثل هذا الجهاز. (Adams,A, 2016)

4) علّة الوسواس الاستحواذي القسري:

تحكم في تصرفات الشخص المصاب بعلّة الوسواس القسري (Obsessive-Compulsive Disorder)، وتسمى أيضا بعلّة الهوس القهري، بشكل مستمر ومتواصل ومسيطر، أفكار أو تخمينات أو ظنون أو صور متخيلة تستحوذ عليه (كهوس أو وسواس) وتكون مصحوبة بسلوكيات معينة (كدوافع لا تقاوم و قسرية)، وقد يُعاني المصابون بهذه العلة اشد المعاناة من فقدهم المقدرة على المتابعة خلال معالجة السرطان، إذ أنهم معاقون بسبب الهواجس و السلوكيات المستحوذة عليهم و التي تعرقل قدرتهم على الأداء الطبيعي. (Adams,A, 2016)

5) علة الكرب عقب الصدمة:

وتُعرف أيضا بعلّة الاضطراب عقب الصدمة أو الإصابة (post-traumatic stress)، فالأشخاص ممن عايشوا ومروا بتجارب أو حوادث مهددة للحياة في سابق حياتهم وتم تشخيص السرطان لديهم، قد تثار لديهم مجددا الضغوطات والإجهادات التي عانوها عقب تلك الحوادث.

وقد يُعاني مرضى السرطان ممن لديهم هذه العلة مسبقا من القلق الحاد و المفرط قبل البدء بالعلاجات، مثل الجراحة أو العلاج الكيماوي أو الإجراءات الطبية التي تصاحبها آلام معينة، أو حتى مجرد تغيير الضمادات، وتُعالج هذه العلة عادة بالمعالجة النفسية. (Adams,A, 2016)

6) علة عموم القلق:

يُعاني المرضى المصابون بهذه العلة من قلق شديد ومستمر لأسباب غير واقعية، كمثال من يكون ذا عائلة و أصدقاء محيطون به ومع ذلك يخشى أن يبقى وحيدا و لا يجد أحدا يهتم به، أو أن يخشى المريض من العجز عن تغطية مصاريف علاجه مع انه قادر ماديا و لديه تأمين أو ضمان اجتماعي كاف، أو أن يتحاشى لمس أبنائه مخافة انتقال السرطان إليهم.

وقد تنشأ هذه العلة أيضا عقب مرور المريض بمرحلة اكتئاب أو إحباط حادة، وعادة تظهر بعض الأعراض عند وجود هذه العلة.

7) القلق الناتج عن مشاكل صحية عامة أخرى:

قد يُعاني مرضى السرطان من القلق الحاد لأسباب صحية أخرى، فمثلا المرضى ممن يعانون من الآم حادة يشعرون بالقلق الذي يزيد بدوره من الألم، و قد يكون الظهور الفجائي للقلق

أحد أعراض عدوى ما، أو مؤشرا على حدوث التهاب رئوي، أو وجود اختلال في كيميائية الجسم، كما انه يظهر قبل نشوء النوبات القلبية، أو نشوء خثرات دموية بالرئة و يكون مصحوبا بالأم بالصدر و صعوبة بالتنفس، كما أن نقص كمية الأكسجين التي يحملها الدم تجعل المريض يشعر و كأنه على وشك الاحتراق مما يقلقه بشدة. وبالنسبة للأدوية و مضاعفاتها، قد ينتج القلق كعارض جانبي مباشر أو غير مباشر، فمن الأدوية ما يسبب القلق، و منها ما قد يسبب أعراضا أخرى مثل النزق والضجر و عدم الاستقرار والاستكانة، أو حدة المزاج و الاهتياج أو الاكتئاب، أو الرعدة والارتعاش، و تجدر الإشارة إلى أن بعض الأورام قد تسبب القلق أو تحدث أعراضا تشبه القلق الحاد أو الذعر بالتسبب في اختلال التوازن الكيميائي بالجسم أو قصر النفس. (Adams,A, 2016)

الخلاصة:

يعد القلق مشكلة العديد من الأفراد، و العامل المؤثر في الكثير من الأمراض، فهو مؤثر ومتأثر، إذ يعتبر من الاستجابات الانفعالية الأكثر انتشارا، أين يأتي مصاحبا للأمراض المزمنة، ومتفاعلا مع متغيرات عديدة.

الفصل الرابع: الاكتئاب

تمهيد

1- تعريف الاكتئاب

2- المعايير التشخيصية للاكتئاب

3- أعراض الاكتئاب

4- التفسير المعرفي للاكتئاب

5- الاكتئاب و مرض السرطان

خلاصة الفصل

تمهيد:

يُعد الاكتئاب من الأمراض النفسية الأكثر انتشاراً، و هذا راجع لكثرة الأزمات الاقتصادية ولكثرة المشاكل اليومية، مما ينتج عنها ضغط شديد، والاكتئاب قد يرجع لصدمة نفسية والتي تؤدي إلى تدهور نفسي وغيره من المشاكل الاجتماعية، كما تؤثر مباشرة وسلباً على الجانب العضوي للشخص، ويزداد حدّة و قوة إذا ما كان الشخص مصاباً بمرض عضوي خطير.

(1) تعريف الاكتئاب :

إن الاكتئاب مصطلح يعبر عن الحالة التي تتميز بانخفاض المقاومة العضلية والنفسية طوال مدة تغايرة. ويعرف المكتئب على انه حزين وخامد ولا يستطيع مواجهة المشاكل اليومية. فهو يقضي وقته دون نشاط ويتهرب من أية مبادرة نتيجة لشدة قلقه ،ويتسم بفقدانه الإرادة وانعدام الاهتمام ونوم مضطرب وليس له شهية للأكل ويتلاشى نشاطه الحيوي ويشعر بعجز كبير في قدراته (Sillamy.N، 1983).

إن الاكتئاب يعتبر أكثر الأعراض النفسية انتشاراً وهو يختلف في شدته من مريض لآخر ويشعر المصاب بالاكتئاب بأفكار سوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات. (عبدالعزيز، 1993)

ويعرفه **حامد عبد السلام زهران** بأنه " حالة من الحزن الشديد تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبير عن شيء مفقود". (زهران، 1997)

بينما يشير **مصطفى زيور** أن الاكتئاب هو حالة من الألم النفسي مصحوباً بالإحساس بالذنب وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها ،و نقصان في النشاط العقلي و الحركي و الحشوي".(الطويل، 1985،

ويبين **محمد الحجار** (1989) بان عبارة الاكتئاب تتكون من ثلاثة مفاهيم وهي :

- **المفهوم الأول:** وهو يرتبط بالمزاج المضطرب غير السوي الذي يختل نتيجة تعرض الفرد إلى سلسلة متلاحقة من الاحباطات والفشل.

المفهوم الثاني: ويرى فيه كمتلازمة (syndrome) التي تحتوي على اضطراب المزاج بالإضافة إلى جميع الأعراض الاكتئابية البدنية الوظيفية المصاحبة للاكتئاب.

المفهوم الثالث : وينظر للاكتئاب كمرض بما فيه المتلازمة السالفة الذكر بالإضافة إلى العجز الذي يصيب المريض إلى درجة منعه من أداء واجباته وأعماله اليومية كلياً أو جزئياً. (الحجار، 1989)

2) المعايير التشخيصية للاكتئاب:

الاضطراب الاكتابي الجسيم:

(أ) توجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة : لا تضمن الأعراض التي تعزى بصورة جلية طبية أخرى.

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).

ملاحظة : يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

(2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها و ذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، (و يستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(3) فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل التغير في الوزن لأكثر من 5 أشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

ملاحظة : ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال .

(4) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

(5) هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، و ليس مجرد أحاسيس شخصية بالتلمل أو البطء).

(6) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

(7) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (و الذي قد يكون توهيميا) كل يوم تقريبا ، و ليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضا .

(8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريبا (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(9) أفكار متكررة عن الموت (و ليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب) تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الهامة الأخرى.

ج) لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى . المعايير (أ-ج) تشكل نوبة اكتئابية.

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز الانهيار المالي ، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد ، واجترار الخسارة ، وأرق، وفقدان الشهية، و فقدان الوزن حيث، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل هذه الأعراض تتواجد في المعيار أ.

قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتما الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد و المعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة. (الحمادي، 2015)

اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى:

أ) اضطراب بارز و مستمر في المزاج و الذي يهيمن على الصورة السريرية، و يتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل أو تقريبا كل الأنشطة.

ب) هناك أدلة من التاريخ، و الفحص الجسدي ، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.

ج) لايفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (اضطراب التأقلم مع أعراض اكتئابية، حيث عامل الشدة هو حالة طبية خطيرة).

د) لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء سير هذيان .

هـ) يسبب الاضطراب تدنيا أو إحباطا ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية و المهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

الاضطراب الاكتئاب بسبب حالة طبية أخرى هو 293.83 ، و الذي تم تعيينه ICD-9-CM ملاحظة يعتمد على محدد (انظر أدناه) ICD-10-CM بغض النظر عن أي محدد. على حين أن رمز حدد إذا ما كان :

مع مظاهر الاكتئاب : لم يتم الوفاء بالمعايير الكاملة لنوبة اكتئاب جسيمة. (f 06.31) مع نوبة شبيهة بنوبة اكتئاب جسيمة: يتم استيفاء كامل المعايير (باستثناء المعيار C (f06.32)) لنوبة اكتئاب جسيمة.

(F06.34) مع مظاهر مختلطة : أعراض الهوس أو تحت الهوس موجودة أيضا و لكن لا تسود في الصورة السريرية.

اضطراب (f06.31) ملاحظة للتمييز: ضمن اسم الحالة الطبية الأخرى في اسم الاضطراب العقلي اكتئابي بسبب نقص نشاط الدرق، مع أعراض اكتئابية). ينبغي ترميز الحالة الطبية الأخرى، ووضعها (F06.31) نقص نشاط الدرق، (E03.9) بشكل منفصل و مباشر قبل الاضطراب لاكتئابي بسبب حالة اضطراب اكتئابي بسبب نقص نشاط الدرق ، مع أعراض اكتئابية). (الحمادي، 2015)

3) أعراض الاكتئاب:

وتشير الملامح الأساسية للاكتئاب إلى معاناة الفرد لحالة انسحاب الطاقة النفسية حيث مكونات الحياة النفسية أو الأنظمة النفسية لدى الفرد على النحو التالي: (عبد الستار و عسكر، 1999)

- المظاهر الانفعالية.

- مظاهر اضطراب النشاط النفسي.

-مظاهر الاضطراب المعرفية.

- اضطرابات بدنية.

4) التفسير المعرفي للاكتئاب:

لعل أحدث نظرية للاكتئاب هي تلك التي ترى أن الاكتئاب يرتبط بالناحية المعرفية ، وتحتل نظرية Beck في هذا المجال صدارة الأهمية. وتذهب هذه النظرية إلى أن العمليات المعرفية تلعب دورا مهما في نشأة الاضطرابات الوجدانية ، ويعتقد مؤيدو هذه النظرية إلى أن الأفكار و العقائد هي التي تسبب السلوك الانفعالي .

وقد انطلق (بيك Beck) من افتراض وجود تصورات إيجابية وتصورات سلبية، حيث لاحظ أن المكتئبين يتسمون بأعراض معرفية تتمثل في النظام تفكير خاص ومقولب. كما اعتبر (بيك) أن "نظام تفكير المكتئب " يميزه حكم سلبي حول ذاته وعالمه ومستقبله، وتم تعريف هذه العرضية المعرفية باسم " الثلاثية المعرفية السلبية" وهي:

1- النظرة السلبية للذات : حيث يحكم المكتئب على نفسه بالذم ويفكر أنه عاجز لا يصلح لشيء ولا يمتلك قدرات ولا يستطيع تحقيق السعادة لنفسه ولا لغيره.

2- النظرة السلبية للعالم الخارجي: حيث يحكم المكتئب على العالم الخارجي بأنه عاجز بينه وبين الأهداف التي يريد تحقيقها.

3- غياب البديل حيث يحكم المكتئب على مستقبله بأنه مسدود ويسلم أن وضعه لن يتغير ويطغي التشاؤم على تصوراته المستقبلية.

ويعتبر السبب وراء عدم دخول الأفراد الأصحاء في دوامة الاكتئاب يرجع إلى التحيز الايجابي. فالأفراد الأصحاء من المحتمل أنهم يعزون الأحداث الموجبة لأنفسهم ويعزون الأحداث السالبة للآخرين.

وفيما يبدو أن هذا التحيز العزوي الذي يخدم الذات مفقود أو قاصر لدى الأفراد المكتئبين الذين يميلون إلى عزو الأحداث السالبة إلى أسباب داخلية (شيء ما عن الذات)، و ثابتة (الباقية)، عامة. وقد تكون تلك الأسباب نقص القدرة أو تصدعات الشخصية. وأسلوب الفرد هذا يوحى بأن الأحداث السالبة من المحتمل أن تعاود الحدوث في المستقبل عبر مدى واسع من المجالات، مما يؤدي إلى يأس واسع الانتشار ، بالإضافة إلى هذا التحيز العزوي الذي يخدم الذات ، فإن الأفراد الأصحاء يظهرون وهم التحكم في الضغوط .

ويتسم الاكتئاب بالتصدع أو غياب هذه التحيزات المعرفية الموجبة، مما ينتج عنه قياس أكثر واقعية لطبيعة الضغوط التي لا يمكن التحكم فيها، ولا يمكن التنبؤ بها، وهذا ما يطلق عليه الحقيقة الاكتئابية. (هوفمان، 2012)

5) الاكتئاب و مرض السرطان:

قد يصعب تشخيص الاكتئاب عند مرضى السرطان، نظرا لصعوبة فصل أعراضه عن مشاكل التأثيرات الجانبية للمعالجات، و أعراض السرطان نفسه، و يكون أكثر صعوبة بوجه خاص أثناء خضوع المرضى لعلاجات مكثفة، أو عند المراحل المرضية المتقدمة.

وتشمل أعراض و علامات الاكتئاب الحاد:

- وجود مزاج محبط ومكتئب على مدار اليوم وفي اغلب الأيام.

-فقد الرغبة أو الاهتمام بالقيام بأغلب النشاطات، والشعور بعدم الجدوى أو عدم القيمة وبخس الذات.

-تغيرات عميقة في عادات الأكل والنوم، و الشعور بالإعياء الدائم.

-التوتر العصبي أو الباردة، وضعف التركيز الذهني.

-الشعور غير الملائم بالذنب، ودوام التفكير في الموت أو في الانتحار.

تجدر الإشارة إلى أنه ينبغي ظهور هذه العلامات واستمرارها لمدة أسبوعين على الأقل لوضع تشخيص للاكتئاب، وفي المراحل المتقدمة تعتبر بعض الأعراض، من مثل الشعور بالذنب، والشعور باللاجدوى وبخس النفس و فقد الأمل، وأفكار إنهاء الحياة وفقد الرغبات، من أهم العلامات المفيدة في تشخيص الاكتئاب. (Adams,D,2016)

ومن ناحية أخرى تزداد نسبة العُرصة لخطر الاكتئاب عند بعض مرضى السرطان دون غيرهم، ورغم أن السبب وراء حدوث الاكتئاب غير معروف على وجه الدقة، إلا أن عوامل عدة مؤثرة تزيد من إمكانية حدوثه، و تشمل:


-حدوث الاكتئاب عند سماع التشخيص، أو وجود الاكتئاب كعلّة مرضية سابقة لدى المريض، أو محاولات للانتحار في الماضي.

- المعالجة غير الناجعة للألم، أو ازدياد الإعاقة الجسدية و الضعف.
- فقد الدعم العائلي والنبد الاجتماعي، أو وجود الاكتئاب أو الانتحار كعلّة في تاريخ عائلة المريض.
- وجود مرحلة متقدمة من السرطان، أو سرطان البنكرياس.
- وجود جوانب و أحداث حياتية أخرى تزيد من الضغوطات والإجهاد النفسي والعصبي، أو وجود علة الإدمان الكحولي عند المريض، أو إساءة الاستعمال الدوائي.
- الشعور بفقد الأمل واليأس والشعور بالعجز وفقد المساعدة، أو الشعور بعدم القيمة وبخس الذات واللاجدوى أو الشعور بالذنب.
- وجود أمراض أخرى تسبب الاكتئاب (مثل النوبات القلبية)، وتأثيرات بعض العقاقير المضادة للأورام.
- وإضافة إلى تأثيرات بعض عقاقير معالجة السرطان، ثمة عوامل طبية أخرى قد تسبب الاكتئاب بدورها لدى مرضى السرطان وهي تشمل: وجود ألم غير معالج . وجود مستويات شاذة من الكالسيوم أو الصوديوم أو البوتاسيوم بالدم . فقر الدم . نقص حاد بفيتامين ب12 . الحمى . وجود مستويات غير عادية من الهرمونات الدرقية أو الستيرويدية بالدم. (Adams,D,2016)
- ومن المفيد عادة استخدام الأدوية في معالجة هذا النوع من الاكتئاب بفاعلية أكبر من المشورة النفسية، خصوصا إن تعذر تغيير العوامل الطبية المسببة، (مثل عدم إمكانية تغيير أو تعديل جرعات العقار المسبب للاكتئاب).
- ومن جهة أخرى ينبغي تحري النقاط التالية وبعناية لتقييم حالة الاكتئاب لدى مرضى السرطان:
- نظرة المريض وأفكاره حول مرضه.
- تاريخ المريض الطبي، والحالة العقلية الحالية، والحالة الجسدية.
- التأثيرات الجانبية للعلاجات ومضاعفات المرض.
- أية ضغوطات أخرى في حياة المريض.
- مدى الدعم المتوفر للمريض سواء المعنوي أو المادي.

وبهذا الصدد يُعد وجود الأفكار والخواطر حول الانتحار مؤشرا خطرا سواء بالنسبة للمريض أو للفريق الطبي والعائلة، و تتفاوت التصريحات أو التلميحات بالرغبة في الموت من مجرد تلميح مرتجل من شخص نزق، أو محبط من امتداد فترات العلاج، كعبارة (إن كان علي أن اخضع لاستكشاف النخاع مرة أخرى فسأقفز من النافذة)، إلى تصريحات تنبئ عن يأس عميق، مثل القول: (لم أعد قادرا على تحمل ما يفعله هذا المرض بنا جميعا، و سأقتل نفسي و لننته من الأمر)، ومن المهم جدا تحري مدى جدية مثل هذه الخواطر، و بطبيعة الحال إن ثبت جدية تفكير المريض بإنهاء حياته، فيتوجب تأمين سلامته وعرضه على الطبيب النفسي المختص دون تأخير. (Adams,D, 2016).

الخلاصة:

يبقى الاكتئاب أحد الاستجابات الانفعالية التي تتخلل جميع الاضطرابات و الأمراض و خاصة المزمنة منها كمرض السرطان، أين يشكل خطورة على المريض من كل النواحي، الصحية منها و النفسية، أين تأثر درجته في طبيعة المرض و في إمكانية الشفاء منه.



الباب الثاني
الجانب الميداني

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1- المنهج المتبع في الدراسة

2- الدراسة الاستطلاعية

3- أدوات الدراسة و خصائصها السيكمترية

4- الدراسة الأساسية

5- إجراءات التطبيق

6- الأساليب الإحصائية المستعملة لتحليل البيانات

خلاصة الفصل

تمهيد

بعد أن تطرقنا في الجانب النظري إلى عرض المشكلة والمفاهيم الإجرائية سنحاول في هذا الفصل التطرق للجانب الميداني والذي يعتبر خطوة أساسية من خطوات البحث العلمي.

وما سنتطرق إليه في هذا الفصل هو منهج الدراسة، مجتمع الدراسة، عينه الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، والأداة وخصائصها السيكمترية، والدراسة الأساسية والأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

(1) منهج الدراسة:

تعد عملية اختيار المنهج الخطوة الأساسية الأولى في البحث العلمي ومسألة بالغة الأهمية لأنه يتوقف عليها جميع النتائج والتعميمات وفي هذا النسيان يعرفه (أنجرس 2010) بأنه عبارة عن سلسلة من المراحل المتتالية التي ينبغي إتباعها بكيفية منسقة ومنظمة.

ولما كان الغرض من الدراسة التي نحن بصدد البحث فيها هو معرفة العلاقة بين أبعاد إدراك المرض وبين استجابتي القلق و الاكتئاب عند مرضى السرطان و مدى تأثير العلاقة ببعض المتغيرات تم الاعتماد على المنهج الوصفي الإرتباطي (العلائقي).

فالمنهج الوصفي الارتباطي هو المنهج الملائم لهذه الدراسة، الذي يهتم بالكشف عن العلاقات بين متغيرين أو أكثر لمعرفة مدى الارتباط بين هذه المتغيرات، والتعبير عنها كميًا من خلال معاملات الارتباط بين المتغيرات أو بين مستويات المتغير الواحد.

أين في المنهج الوصفي الإرتباطي (العلائقي): تبحث الدراسات في مدى ارتباط متغيرات متعددة فيما بينها أو بدراسة ارتباط متغيرين اثنين؛ وذلك من خلال ملاحظة التغير الذي يحدث في عامل ما (أ) بسبب تغير في عامل آخر (ب). ويكون ذلك باستعمال تقنيات إحصائية مثل معاملات الارتباط المختلفة (معامل ارتباط سبيرمان، معامل ارتباط بيرسون أو معامل الارتباط الجزئي). (عشوي، 2015)

والذي يمكننا بواسطته الإجابة على التساؤلات المطروحة.

(2) الدراسة الاستطلاعية:

- حيث نتحصل على نتائج موثقة يعتمد عليها وحيث المرور على العديد من الخطوات.
- الدراسة الاستطلاعية تعتبر الأساس الجوهري لبناء البحث نظرا لما يحققه الباحث من خلالها.
- يمكن أن ترشدنا إلى معرفة بعض العلاقات الافتراضية بين المتغيرات، ومن ثم فإن البحوث الاستطلاعية مهمة في أخذ القرارات.

(1-2) وصف عينة الدراسة الاستطلاعية :

العينة الاستطلاعية ضمت المرضى الذين ثبت عندهم مرض السرطان من طرف التشخيص الطبي وهم المرضى المقيمين بمركز مكافحة السرطان بمستشفى محمد بوضياف-ورقلة، أين تكونت من (30) مريضا، والتوزيع للعينة حسب المتغيرات موضح في الجدول التالي:

الجدول(02) : خصائص العينة الاستطلاعية حسب السن و الجنس و المستوى التعليمي و الاجتماعي -الاقتصادي و نوع المرض و مدة الإزمان و نوع العلاج

خصائص العينة	
< 45	السن
≥ 45	
ذكر	الجنس
أنثى	
لا شيء + ابتدائي	المستوى التعليمي
متوسط + ثانوي + جامعي	
متزوج	المستوى الاجتماعي
عازب + مطلق + أرمل	
دون دخل إلى 10000	المستوى الاقتصادي
من 10000 و أكثر	
سرطان الثدي	
سرطان الرحم و عنق الرحم	
سرطان التجويف الكهفي	

سرطان الجهاز الهضمي	نوع المرض
سرطان الرئة	
سرطان العقد اللمفاوية	
سرطان الدم	
سرطان الجهاز البولي	
أقل من سنتين	مدة الإزمان
يساوي أو أكثر من سنتين	
إشعاعي	نوع العلاج
كيميائي	
مشترك	
متوقف	

(3) أدوات الدراسة :

Illness Perception : (IPQ-R) المعدل المرض إدراك (1-3) مقياس إدراك المرض المعدل (IPQ-R) : Questionnaire

تم إنشاء الاستبان من طرف Weinman وزملائه (1996): لقياس أبعاد المرض التي قدمها Leventhal في نموذج عن التنظيم الذاتي، ومنذ ذلك الحين تم استعماله في عديد الدراسات، واحتوى المقياس الأصلي على خمسة أبعاد هي:

- الهوية Identity ، العواقب Consequences، المسار الزمني chronological، التحكم الذاتي Self-control، إدراك فاعلية العلاج Treatment control

استعمل في دراسات أمراض القلب Cooper وزملائه (1999) و Steed وزملائه (1999)، وأمراض الروماتيزم (Hurply 1999) ومرض الصدفية (Fortune et al 2000) وغيرها من الأمراض.

وقد اهتم الباحثون بين إدراك المرض، كما نظر لها ليفنتال في نموذج عن التنظيم الذاتي المرتبط بالحس العام أو الحس المشترك (common sense)، وبين التعامل أو التكيف (coping) مع المتغيرات السلوكية المرتبطة بالمرض.

يلاحظ على المقياس الأصلي اقتضاره على الأبعاد المعرفية لإدراك المرض وتصوره، بذلك تمت إضافة أبعاد أخرى لذلك أدخلت عليه Moss morris وزملائها (2002)، تعديلات حيث أضيفت أبعاد أخرى للنموذج مثل تساوق المرض (أو فهمه Coherence) ويقصد به فهم المريض لأعراض المرض وما يعنيه له، وتم فصل بعد التحكم الذاتي (self-control) عن إدراك تحكم العلاج في الأعراض (Treatment control)، وأضيف بعد الآثار الانفعالية للمرض، وغدا الاستبيان إدراك المرض المعدل (I R Q- R) والمستعمل في دراستنا مكونا من 09 أبعاد هي:

- 1- الهوية (Identity) 2- الزمانية (حاد - مزمن) (chronology) 3- العواقب (Consequences)،
- 4- التحكم الذاتي (self-control)، 5- تحكم العلاج (Treatment control) 6- تساوق (فهم)
- المرض (coherence)، 7- الزمانية (cyclic) 8- الآثار الانفعالية (emotions impact)، 9- العزو السببي (Causes).

تم اختصار المقياس سنة 2006 من طرف Broadbent وزملائه واقتصر الاستبيان على 08 بنود لتسهيل استعماله.

وينقسم الاختبار المعدل إلى ثلاث أقسام: القسم الأول يحتوي على بعد الهوية، والقسم الثاني يحتوي على أبعاد إدراك المرض، والقسم الثالث يحتوي على أسباب المرض.

- 1- أين يضم بعد الهوية Identity مجموعة من الأعراض، وتكون الإجابة عليها ب(نعم، لا، لا أعرف)، ويتم تصحيح الإجابات كما يلي: نعم = 1 / لا = 0 / لا أعرف = 0 و مجموع (نعم) هو درجة بعد الهوية.

2- ويشمل بعد إدراك المرض 38 بندا مقسما إلى سبعة مستويات، ويضم كل مستوى بنودا هي كالاتي:

- الزمانية chronological (التسلسل الزمني(حاد/مزمن)): 1،2،3،4،5،18

- العواقب Consequences (آثار المرض على نوعية الحياة): 6،7،8،9،10،11

- السيطرة الذاتية Self-control (شعور المريض بالتحكم في مرضه): 12،13،14،15،16،17

- التحكم في العلاج Treatment control (شعور المريض بأنّ العلاج مفيد): 19،20،21،22،23

- تساوق المرض coherence (فهم المريض لمرضه): 28,27,26,25,24

- الدورية cyclic (تغير حالة المريض و أعراض المرض دوريا): 32,31,30,29

- الانفعالية emotions impact (الآثار الانفعالية للمرض): 38,37,36,35,34,33

- إلا أن البنود التالية تقيم عكسيا: 36,27,26,25,24,23,19,18,17,15,8,4,1

واحتوى هذا البعد على بنود تكون الإجابة فيها بسلم (ليكرت) والتي تأتي على شكل (أوافق تماما، أوافق، لا أعرف، لا أوافق، لا أوافق تماما)، ويتم تصحيح الإجابات كما يلي:

لا أوافق تمام = 1 / لا أوافق = 2 / لا أعرف = 3 / أوافق = 4 / أوافق تماما = 5

3- أمّا يُعد أسباب Causes المرض به 18 بندا تضم أسبابا محتملة للمرض، أين قسمت لأربع مجموعات:

- أسباب نفسية: 14,12,1

- أسباب سلوكية: 16,11,10,9,6,5,4,3

- أسباب وراثية/عائلية: 15,8,7,2

- أسباب إعتقادية/دينية: 18,17,13

واحتوى هذا البعد على بنود تكون الإجابة فيها بسلم (ليكرت) والتي تأتي على شكل (أوافق تماما، أوافق، لا أعرف، لا أوافق، لا أوافق تماما)، ويتم تصحيحها بـ(1,2,3,4,5)، ولا توجد فيها بنود عكسية.

- يتم وضع درجات بعد الهوية والعزو بطريقة خاصة ولا حسبان في الدرجة الكلية للأبعاد.

جاءت الخصائص السيكمترية للقياس، على عينة استطلاعية من 30 مريضا بالسرطان، وقد تم تقدير صدق أداة القياس المستعملة للتحقق من صلاحية الأداة من حيث الصدق والثبات ثم حساب كل منهما:

3-1-1) صدق الترجمة:

اكتفينا في صدق الترجمة بالدراسات السابقة التي قدرنا أنها كافية، مثل دراسة سمر نور الدين من لبنان (2012). ودراسة هشام جبور وزملائه في ليبيا (2016).

3-1-2)الصدق : ومن التعاريف العامة له والشائعة هو: أن الاختيار يعتبر صادقا إذا كان يقيس ما وضع لقياسه .(معمرية، 2012)

دلت الدراسات السابقة على صدق عاملي استكشافي وتوكيدي مقبولين كما بينته Nicholles وزملائه (2013) و Ihersum وزملائه (2009).

ووصل معامل الاتساق الداخلي ما بين 0.75 إلى 0.86.

- أما في دراستنا فوصل:

أ) **صدق الاتساق الداخلي:** معاملات الارتباط ما بين البنود والدرجات الكلية وصلت إلى ما بين 0.33 إلى 0.77 أغلبها دال ما عدا (باستثناء) 05 بنود. غير أننا أحجنا على حذفها بسبب تنبهات تيغزة (2016) في دراسته الأخيرة، حيث لا يجب حذف البنود اعتباطا ولا بد من دراسة سيكومترية معمقة باستعمال مناهج متعددة.

ب) **وصل صدق التمييز:** بالمقارنة الطرفية إلى ت: 9.2 دال عند 0.01

3-1-3) **الثبات:** تم تقدير الثبات بطريقتين

أ- معامل ألفا كرونباخ الذي وصلت قيمته إلى 0.72 وهو مقبول (دال عند 0.01)

ب- بالتجزئة النصفية وصلت قيمته إلى 0.60 وهو مقبول أيضا (دال عند 0.05)

3-2) **المقياس الإستشفائي للقلق والاكتئاب (HADS):** Hospital Anxiety and

Depression Scale

والذي أنشأه Zigmund and Snaith (1983) لتقييم القلق والاكتئاب في عينات غير مرضية مفهوم الطب النفسي سنة 1983، وقام بترجمته وتعديله محمد (صلاح خليل، 1995)، (جامعة الخرطوم) ووصفه بالصورة النهائية، مهيد محمد متوكل (جامعة أم درمان الإسلامية).

وهو من أكثر المقاييس ملائمة للعينات العيادية، يتسم بدرجة عالية من الثبات والصدق.

يتكون هذا المقياس من (14) عبارة، حيث تشير العبارات الفردية في المقياس إلى القلق، والعبارات الزوجية إلى الاكتئاب، والجدول التالي يوضح عبارات المقياس:

عدد العبارات	المقياس
--------------	---------

7	القلق
7	الاكتئاب
14	المجموع

طريقة تصحيح المقياس:

لكل سؤال من أسئلة المقياس أربعة إجابات (خيارات)، تتدرج من (0،1،2،3) يسمح للمريض بإجابة واحدة فقط، ويكون التقييم معاكس للإجابة مثلا: الإجابة الأولى درجتها (3) والإجابة الأخيرة درجتها (صفر)، ثم تجمع كل الدرجات لتحديد القلق و الاكتئاب.

مفتاح تصحيحه على الشكل التالي:

المقياس	مدى الدرجة	دلالة الدرجة
مستوى القلق مستوى الاكتئاب	7-0	لا توجد أعراض
	10 -8	ضعيف - خفيف
	11<	شديد

وجاء مفتاح التصحيح الذي إعتدناه على النحو التالي:

الأبعاد	دلالات الدرجات
قلق	7-0 لا يوجد
	11-8 حالات حدية
	21-12 قلق سريري
اكتئاب	7-0 لا يوجد
	11-8 حالات حدية
	21-12 اكتئاب سريري
مجموع HADS	أقل أو يساوي 16 لا يوجد ضيق نفسي
	أكثر من 16 ضيق نفسي سريري

الخصائص السيكومترية لـ HADS على عينة من 30 مريضا، وقد تم تقدير صدق أداة القياس المستعملة للتحقق من صلاحية الأداة من حيث الصدق والثبات ثم حساب كل منهما:

3-2-1) صدق الترجمة: تمت ترجمة المقياس والتأكد من خصائصه السيكومترية في عديد الدول العربية مثل العربية السعودية: (زهير الحصري وزملائه 2015)، وفي الكويت والامارات العربية المتحدة، والسودان (صلاح خليل 1995).

لذلك لم نرى ضرورة لترجمته واعتمدنا النسخة السودانية كما حضرها مهيد محمد متوكل.

3-2-2) الصدق:

يتم تقييم صدق المقياس بطريقتين:

أ) - معامل الاتساق الداخلي: حيث وصلت معاملات الارتباط ما بين 0.49 و 0.82 وكلها دالة عند 0.05 و 0.01

ب) - صدق التمييز: وصلت قيمة "ت" إلى 8.9 دال عند 0.01.

** كان تطبيق أداتي الدراسة (مقياس إدراك المرض "IPQ-R" و المقياس الإستشفائي للقلق و الاكتئاب "HADS") في صورة بطارية واحدة شملتهما، و كان التطبيق فردي حسب تواجد العينة.

تمّ التأكد من صحة الإجابات، و أجريت عملية التصحيح بعد ذلك.

4) الدراسة الأساسية:

4-1) وصف عينة الدراسة:

واختيرت عينة البحث بطريقة تشخيصية قصدية حيث تم قصد المصابين بمرض السرطان المقيمين أو الزائرين لمركز مكافحة السرطان بمستشفى " محمد بوضياف - ورقلة"، والمقيمين بدار الرحمة، رجال ونساء، من أجل العلاج في فترة إجراء الدراسة، حيث تكوّن المجتمع الأصلي من 85 فرداً، تم قبولهم في العينة على أساس تشخيص، و ملف طبي متكامل، وقبلية.

4-1) خصائص العينة الأساسية:

4-1-1) توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

و يتوزع أفراد العينة الكلية فيما يخص متغير الجنس حسب النسب، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (03): يوضح توزيع العينة حسب الجنس

النسبة المئوية	العدد	مؤشرات إحصائية متغيرات
18.8 %	16	ذكر
81.2 %	69	أنثى
100 %	85	المجموع

يتضح من الجدول السابق أنّ عدد الذكور كان (16) و بنسبة (18.8%)، بينما عدد الإناث بلغ (69) بنسبة (81%)، أين نلاحظ الفارق في النسب بين الذكور و الإناث، و يرجع ذلك:

-للتفوق العددي للإناث في المجتمع الأصلي للدراسة وكذا الجمهور العام، بسبب عدد المصابات بسرطان الثدي.

-تعتبر أغلب الأمراض المزمنة أمراضاً نفسية اجتماعية لذلك تشير الدراسات السابقة إلى كونها إحدى مظاهر المعاناة لدى الإناث. (زعطوط، 2005)

4-1-2) توزيع أفراد العينة حسب السن:

يتراوح سن عينة الدراسة بين (80-16) سنة، و قد تمّ تقسيم السن إلى فئتين، فئة سن أقل من (45) سنة، و فئة تساوي أعمارهم أو تكبر عن (45) سنة، وجاء هذا التقسيم لأن أغلب الأمراض المزمنة تظهر بعد سن الأربعين، أين يتوزع أفراد العينة على هذه الفئات كما هو موضح أدناه:

الجدول (04): يوضح توزيع العينة حسب السن

النسبة المئوية	العدد	مؤشرات إحصائية متغيرات
43.5 %	37	< 45
56.5 %	48	≥ 45
100 %	85	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن العينة الكلية للدراسة المكونة من (85) فردا تتوزع حسب السن إلى فئتين: الفئة الأولى (< 45) يبلغ عددها (37) فردا بنسبة (43.5%)، و الفئة العمرية الثانية (>= 45) عددها (48) فردا بنسبة (56.5%).

3-1-4) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

تمّ توزيع أفراد العينة الكلية حسب المؤهل العلمي إلى فئتين: (لا شيء و ابتدائي) مستوى منخفض التعليم، (مستوى متوسط وثانوي و جامعي) مستوى مرتفع التعليم، كما هو مبين أدناه:

الجدول (05): يوضح توزيع العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية	العدد	مؤشرات إحصائية متغيرات
51.8 %	44	منخفضي التعليم (لا شيء + ابتدائي)
48.2 %	41	مرتفعي التعليم (متوسط+ثانوي+جامعي)
100 %	85	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول السابق أنّ العينة الكلية للدراسة المكونة من (85) فردا تتوزع حسب المؤهل العلمي على ثلاث فئات: الفئة الأولى (لا شيء + ابتدائي) البالغ عددها (44) فردا بنسبة (51.8%)، والفئة الثانية (مستوى متوسطة +ثانوي +جامعي) يبلغ عددها (41) فردا يمثلون نسبة (48.2%).

4-1-4) توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاجتماعي:

ويتوزع أفراد العينة الكلية، فيما يخص متغير المستوى الاجتماعي حسب الحالة الاجتماعية إلى فئتين: فئة المتزوجين (متزوج) مستوى اجتماعي مرتفع، ونعتبرهم على أساس أنّ الدعم الاجتماعي الزواج من محددات التكيف، وفئة غير المتزوجين (عازب + مطلق + أرمل) على أساس مستوى اجتماعي منخفض، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (06): يوضح توزيع العينة حسب المستوى الاجتماعي

النسبة المئوية	العدد	مؤشرات إحصائية متغيرات
62.4 %	53	متزوج
37.6 %	32	عازب + مطلق + أرمل
100 %	85	المجموع

من خلال الجدول السابق تتوزع العينة الكلية للدراسة المكونة من (85) فردا حسب المستوى الاجتماعي إلى أربع فئات: فئة (المتزوج) البالغ عددها (53) فردا بنسبة (62.4%)، والفئة الثانية (عازب و مطلق و أرمل) وعددها (32) فردا بنسبة (37.6%).

4-1-5) توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي:

ويتوزع أفراد العينة الكلية فيما يخص متغير المستوى الاقتصادي إلى فئتين: (دون دخل و أقل من 10000) مستوى اقتصادي منخفض، و (يساوي 10000 وأكثر) مستوى اقتصادي مرتفع ، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (07): يوضح توزيع العينة حسب المستوى الاقتصادي

متغيرات	مؤشرات إحصائية	العدد	النسبة المئوية
	منخفضي الدخل (دون دخل + أقل من 10000)	42	49.4 %
	مرتفعي الدخل (يساوي 10000 و أكثر)	43	50.6 %
	المجموع	85	100 %

من خلال الجدول السابق تتوزع العينة الكلية للدراسة المكونة من (85) فردا حسب المستوى الاقتصادي إلى ثلاث فئات: الفئة الأولى (دون دخل + أقل من 10000) البالغ عددها (42) فردا بنسبة (49.4%)، والفئة الثانية (يساوي 10000 وأكثر) وعددها (43) فردا بنسبة (50.6%).

4-1-6) توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض:

ارتأينا تقسيم نوع المرض حسب الجهاز التابع له، ومنه جاء توزع العينة الكلية كما يلي: سرطان الثدي، سرطان الرحم وعنق الرحم الذي يضم (سرطان الرحم، عنق الرحم المبيض)، وسرطان التجويف الكهفي ويضم (سرطان الأنف، الحلق، الخد)، وسرطان الجهاز الهضمي ويضم (سرطان المعدة، القولون، المستقيم، المرارة، قناة المرارة)، وسرطان الرئة، وسرطان الغدد الليمفاوية (حسب مكان توضعها)، وسرطان الدم (سرطان هودجكن)، وسرطان الجهاز البولي التناسلي (سرطان البروستات، المثانة، الكلى)، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (08): يوضح توزيع العينة حسب نوع المرض

متغيرات	مؤشرات إحصائية	العدد	النسبة المئوية
	سرطان الثدي	36	42.4 %
	سرطان الرحم و عنق الرحم	14	16.5 %
	سرطان التجويف الكهفي	10	11.8 %
	سرطان الجهاز الهضمي	13	15.3 %
	سرطان الرئة	1	1.2 %
	سرطان الغدد الليمفاوية	3	3.5 %

سرطان الدم	2	2.4 %
سرطان الجهاز البولي و التناسلي	6	7.1 %
المجموع	85	100 %

نلاحظ من خلال الجدول السابق أنّ العينة الكلية للدراسة المكونة من (85) فردا تتوزع حسب نوع المرض إلى ثمانية أنواع: (سرطان الثدي) و الذي بلغ عدد أفرادها (36) بنسبة (42.4%)، أين جاء يحتل النسبة الكبيرة من مجموع النسب، و(سرطان الرحم و عنق الرحم) وبلغ عدد أفرادها (14) بنسبة (16.5%)، و(سرطان التجويف الكهفي) بلغ (10) فردا وبنسبة (11.8%)، و(سرطان الجهاز الهضمي) و الذي بلغ (13) و بنسبة (15.3%) ، و (سرطان الرئة) بلغ (1) بنسبة (1.2%)، و(سرطان الغدد الليمفاوية) بلغ (3) فردا بنسبة (3.5%)، و(سرطان الدم) بلغ (2) بنسبة (2.4%)، وبلغ (سرطان الجهاز البولي التناسلي) (6) فردا بنسبة (7.1%).

4-1-7) توزيع أفراد العينة حسب الإزمان:

ويتوزع أفراد العينة الكلية فيما يخص متغير الإزمان (الذي نقصد به في دراستنا الفترة الممتدة من التعرف على تشخيص المرض إلى حين الإجابة على المقاييس)، إلى فئتين: (أقل من سنتين) مستوى إزمان منخفض، و(يساوي أو أكثر من سنتين) مستوى إزمان مرتفع كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (09): يوضح توزيع العينة حسب مدة الإزمان

متغيرات	مؤشرات إحصائية	العدد	النسبة المئوية
أقل من عامين		62	72.9 %
يساوي و أكثر من عامين		23	27.1 %
المجموع		85	100 %

نلاحظ من خلال الجدول السابق أنّ العينة الكلية للدراسة المكونة من (85) فردا تتوزع حسب مدة الإزمان إلى: فئة (أقل من عامين) والذي بلغ عدد أفرادها (62) بنسبة (72.9%)، وفئة (يساوي أو أكثر من عامين) والذي بلغ عدد أفرادها (23) بنسبة (27.1%).

4-1-8) توزيع أفراد العينة حسب نوع العلاج:

ويتوزع أفراد العينة الكلية فيما يخص نوع العلاج إلى أربعة أنواع: إشعاعي، كيميائي، مشترك (إشعاعي، كيميائي)، متوقف، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (10): يوضح توزيع العينة حسب نوع العلاج

النسبة المئوية	العدد	مؤشرات إحصائية متغيرات
24.7 %	21	إشعاعي
31.8 %	27	كيميائي
15.3 %	13	مشترك
28.2 %	24	متوقف
100 %	85	المجموع

ومن خلال ما يلاحظ من الجدول السابق، جاء التوزيع بالشكل التالي:

- علاج إشعاعي (21) فردا و بنسبة (24.7%)؛
- علاج كيميائي (27) فردا و بنسبة (31.8%)؛
- علاج مشترك (13) فردا و بنسبة (15.3%)؛
- متوقف (24) فردا و بنسبة (28.2%).

5) إجراءات تطبيق الدراسة :

بعد التأكد من صلاحية أداة القياس، حيث تقيس لما وضعت لقياسه (الخصائص السيكمترية) وتقديم الجهات المسؤولة التراخيص لمزاولة الممارسة الميدانية على مستوى مركز مكافحة السرطان بمستشفى محمد بوضياف ورقلة، و دار الرحمة بالرويسات ورقلة.

وذلك في الفترة ما بين (2017/03/12 - 2017/04/20)، تم الاتصال بالأخصائية النفسانية بمركز مكافحة السرطان، والمديرة والأخصائي الاجتماعي بدار الرحمة، حيث خصص وقت لجمع المعلومات وتطبيق المقياس على المرضى ، أين حرصنا على أن يكون التطبيق منتظم و دقيقا وذلك من خلال المقابلة نصف موجهة لمعدومي التعليم و كبار السن الذين يعانون مشاكل في النظر، أو كل من استدعت لها الحالة، والتي استغرقت من 15 إلى 30 دقيقة للمريض الواحد.

6) الأساليب الإحصائية المستعملة لتحليل البيانات:

- ونظرا لتعدد طرق حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة وأيضا فروض الدراسة استدعت
- الضرورة إلى اللجوء إلى العديد من الأساليب الإحصائية:
- . المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- . معامل ارتباط بيرسون.
- . تحليل التباين الأحادي.
- . إجراء تفرغ البيانات للتحليل باستخدام برنامج (spss) النسخة 22

خلاصة الفصل:

تعرضنا في هذا الفصل لإجراءات الدراسة الميدانية المتمثلة في المنهج الوصفي الارتباطي الملائم لطبيعة الدراسة وذلك من خلال ذكر العينة لمواصفاتها السيكومترية ثم إجراءات التطبيق والأساليب الإحصائية المعتمدة في النتائج الدراسية لتسهيل عرضها و تحليلها وتفسيرها في الفصلين القادمين.

الفصل السادس: النتائج و المناقشة

تمهيد

1- نتائج و مناقشة الفرضية الأولى

2- نتائج و مناقشة الفرضية الثانية

3- نتائج و مناقشة الفرضية الثالثة

4- نتائج و مناقشة الفرضية الرابعة

خلاصة الفصل

تمهيد

في هذا الفصل سنتطرق إلى عرض النتائج المتحصل عليها انطلاقاً من الأرقام الممثلة في الجداول المبينة و الجداول الملحقة و الأشكال، أين سنتطرق إلى مناقشتها و تفسيرها.

1 (نتائج و مناقشة الفرضية الأولى:

والتي نصت على أننا: " نتوقع وجود إدراك مميز لدى مريض السرطان لمرضه بما فيه تصوره لأسباب السرطان."

أ) - أبعاد أدراك المرض:

الجدول(11):يوضح متوسط درجات أبعاد إدراك المرض

الدالة	متوسط الإجابة حسب المقياس	الانحراف المعياري	المتوسط	الأساليب الإحصائية المتغير المقاس
منخفض	2.5	0.66	2.21	الزمانية
مرتفع	2.5	0.69	3.83	العواقب
مرتفع	2.5	1.13	2.88	السيطرة الذاتية
مرتفع	2.5	0.69	3.83	السيطرة العلاجية
مرتفع	2.5	1.13	2.88	تساوق المرض
مرتفع	2.5	0.89	3.28	الدورية
مرتفع	2.5	1.13	2.88	الآثار الانفعالية

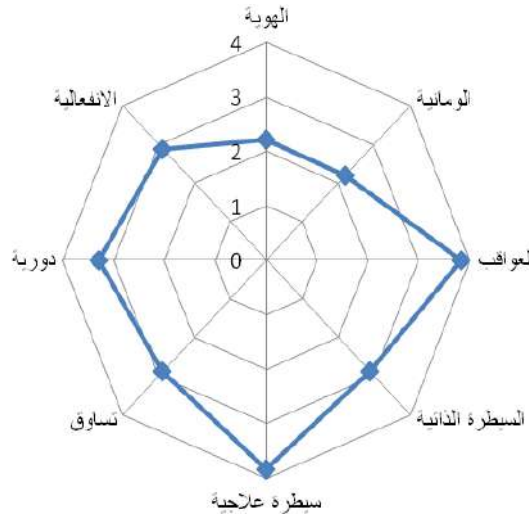
من نتائج الجدول السابق نلاحظ أنّ المتوسط الحسابي لأفراد العينة، وانحرافها المعياري جاء حسب الأبعاد:

- الزمانية: المتوسط الحسابي لأفراد العينة بلغ 2.21 بانحراف معياري قدره 0.66 مما يشير إلى أن إدراك التطور الزمني منخفض نسبياً مقارنة مع متوسط الإجابات 2.5 .

- العواقب: المتوسط الحسابي لأفراد العينة بلغ 3.83 بانحراف معياري قدره 0.69 مما يشير إلى أن إدراك نتائج و آثار المرض مرتفع.

- السيطرة الذاتية: المتوسط الحسابي لأفراد العينة بلغ 2.88 بانحراف معياري قدره 1.13 مما يشير إلى أن إدراك السيطرة الذاتية و التحكم في المرض مرتفع.
- السيطرة العلاجية: المتوسط الحسابي لأفراد العينة بلغ 3.83 بانحراف معياري قدره 0.69 مما يشير إلى أن إدراك فاعلية العلاج و التحكم فيه مرتفع.
- تساقق المرض: المتوسط الحسابي لأفراد العينة بلغ 2.88 بانحراف معياري قدره 1.13 مما يشير إلى أن إدراك فهم المرض مرتفع.
- الدورية: المتوسط الحسابي لأفراد العينة بلغ 3.28 بانحراف معياري قدره 0.89 مما يشير إلى أن إدراك التغير الدوري للحالة و الأعراض مرتفع.
- الآثار الانفعالية: المتوسط الحسابي لأفراد العينة بلغ 2.88 بانحراف معياري قدره 1.13 مما يشير إلى أن إدراك الآثار الانفعالية مرتفع.

كما يمكننا ملاحظة الفروق بين الأبعاد باعتماد الشكل العنكبوتي كما يلي:



الشكل (03): أبعاد إدراك المرض لدى العينة الكلية

وقد وافقت نتيجتنا دراسة Hopman و زملائه (2015) في هولندا، الذي استعمل نفس المقياس (IPQ-R)، ووصل إلى نتيجة على عينة من 325 مصابا بالسرطان (أنواع مختلفة)، حيث جاءت متوسطات الأبعاد بالشكل التالي: الزمانية 2.99، العواقب 2.69، السيطرة الذاتية 2.65، السيطرة العلاجية 3.36، التساقق 3.8، الدورية 2.38، الانفعالية 2.47. وكذلك دراسة Reesa وزملائه (2004) على مريضات

سرطان الثدي، والتي جاءت هي كذلك نتائجها إلى نسب متقاربة مع دراستنا، حيث وجدوا متوسطات أبعاد إدراك المرض هي: الزمانية 3.27، العواقب 3.94، السيطرة الذاتية 3.25، السيطرة العلاجية 3.62، التساوق 2.45. أين تُظهر النتائج ارتفاع مستوى متوسط بُعد السيطرة العلاجية، وهذا يدل على شعور المريض بأن العلاج مفيد، وإمكانية التحكم في الأعراض، ومنه إدراك مرتفع لفاعلية العلاج، وكذا الحال بالنسبة لبُعد العواقب والذي يُحدد آثار المرض على نوعية الحياة، أين يرى تايلور أنه من المهم للنساء فهم آثار السرطان لحياتهم وفقاً لذلك، فأكثر من 50% من النساء ذكرن أن السرطان قد ينتج عن إعادة تقييم حياتهن، وذكرت أخريات أنه حدث لديهن تحسناً في مفهوم الذات، والتغيير الذاتي وعملية إعادة ترتيب الأولويات. إن فهم سبب المرض وتطوير نظرة ثابتة حول آثاره يعطي معنى المرض، ووفقاً لهذا النموذج من التعامل فقد يساهم للشعور بالمعنى في عملية التأقلم والتكيف المعرفي. (العاسمي، 2016) بالإضافة إلى ارتفاع مستوى متوسط الدورية و التي تُعبر عن تغير حالة المريض و أعراض المرض لديه دورياً، وهذا يتفق مع دراسة أشارت فيها 66% من النساء إلى أنهن يعتقدن أن في وسعهن التأثير على مسار أو تكرار مرض السرطان، بينما تعتقد بعض النساء أن السرطان يمكن السيطرة عليه بواسطة الطبيب. (تايلور، 2008)

وبالنسبة لبعد السيطرة الذاتية على المرض والذي يتمثل في شعور المريض بالتحكم في مرضه، وبعد تساوق المرض و فهم المريض لمرضه وما يعنيه له، أين نجد هذان البعدان يحملان دلالة مرتفعة في الإدراك، وهذا ما كان متوقع، أين جاءت دراسة (أبركان، 2013) على مرضى التكلس الرئوي، بتطبيق مقياس إدراك المرض على عينة 32 مريضاً، تؤكد وجود علاقة متوسطة وموجبة بين أبعاد إدراك المرض المتمثلة في (بعد الوقت، نتائج المرض، الضبط العلاجي، الانسجام مع المرض)، وهذا ما توقعه كون أساليب التدبير تتأثر بمدرجات واعتقادات الفرد، فكلما أدرك الفرد أنه متحكم في صحته، كلما كانت مواجهته للضغوط أفضل، وهذا ما يستشف من خلال دراسة ليفينثال وزملائه، ودراسة بوبات Pupat وزملائه (2007) من وجود علاقة بين مختلف مكونات إدراك المرض، إذ أن الأفراد الذين يعتقدون بتحكمهم وضبطهم لمرضهم يتميزون بتحكم أكثر من الآخرين، وتكون عندهم الأساليب التي يختارونها أكثر فاعلية.

وهذا ما قد نجد نتائجه عكسية في حالة عدم إدراك الفرد تحكمه في مرضه، وهذا ما وجدناه في دراسة Alexa وزملائها (2006) حول ارتباط إدراك المرض بالنتائج لدى مريضات تناذر آلام

العضلات، وهو إظهار العلاقة بين أبعاد إدراك المرض، وكيفية تعامل المريض مع المرض في إطار نموذج ليفينثال "التنظيم الذاتي"، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 91 مريضة بتناذر آلام العضلات، وكانت نتائج الدراسة 41% من المصابات يظهرن تصورات انفعالية سلبية مع اعتبار حالتهم خطيرة من خلال اعتقادهم بعدم الضبط أو عدم فعالية العلاج، أما 17% من الحالات يظهرن سلوكيات صحية متأثرة. و كذلك الدراسة التي أجراها Hilton (1989) والتي هدفت إلى بحث العلاقة بين التقييم الأولي و إستراتيجيات المواجهة , وهذا لدى 277 مريضة سرطان، وأشارت النتائج إلى أن المريضات اللواتي قيمن السرطان على أنه مرض مرعب , و اللواتي خفن من تكرار المرض و استعملن إستراتيجيات الهروب و التجنب , لم تكن لديهن ميول إلى إعادة التقييم الإيجابي للوضعية. كما أنهن لم يقبلن المسؤولية على هذه الوضعية, وكان لديهن اعتقاد بعدم القدرة على التحكم في تطور المرض. (Gelie,2000)

كما تحصلنا على نتائج (الملحق رقم 03) عن طريق اختبار الفروق Anova والتي دلت على عدم وجود فروق في أبعاد المرض باختلاف الجنس والمستوى الاجتماعي وفي مدة الإزمان، بينما توجد فروق باختلاف السن عند أبعاد (التساوق و السيطرة الذاتية و الانفعالية) لصالح صغار السن، وفروق باختلاف المستوى التعليمي عند أبعاد (الزمانية، التساوق، السيطرة الذاتية، الدورية، الانفعالية) لصالح مرتفعي المستوى التعليمي، وفروق باختلاف المستوى الاقتصادي عند بُعد (العواقب) لصالح مرتفعي المستوى الاقتصادي.

ب) - بعد الهوية:

الجدول (12): متوسط درجات إدراك المرض بعد الهوية

الانحراف المعياري	المتوسط	الأساليب الإحصائية المتغير المقاس
3.41	6.15	الهوية

نلاحظ أن المتوسط الحسابي لأفراد العينة على بعد الهوية بلغ 6.15 بانحراف معياري قدره 3.14 مما يشير إلى أن المرض يتصاحب مع ستة أعراض في المتوسط .

وهذا ما جاء مقاريا مع دراسة Reesa وزملائه (2004) على على مريضات سرطان الثدي، حيث وجدوا المتوسط الحسابي لبعده الهوية يساوي 4.44 بانحراف معياري 2.25 ، كما حصلنا في دراستنا على نتائج تدل على عدم وجود فروق في الهوية باختلاف الجنس و السن و المستوى التعليمي والاجتماعي والاقتصادي وفي مدة الازمان، وهذا يوضح عدم دلالة هذه المتغيرات مع بعد الهوية، كون أعراض المرض نفسها، ومنه مهما اختلفت هذه المتغيرات المدروسة فمدرجات المريض واعتقاداته اتجاه المرض نفسها. فالخصائص المرتبطة بالمرض والعلاج هي التي لها تأثير على عملية التقييم للمرض وتكييفه، فبحسب "لازاروس" فإن تقييم المريض لحالته هي التي تحدد كيفية استجابته. (أبركان، 2013). كما بدا واضحا من خلال الدراسة التي أظهرت نتائجها أن هوية المرض (تصور المرض) يرتبط بشكل قوي بالعواقب وخط الزمن، وتتعلق أكثر بالمعتقدات السلبية حول عواقب المرض والاعتقاد بأن المرض هو أقل قابلية للعلاج أو التحكم فيه، كما وجدت علاقة ايجابية بين الهوية واستراتيجيات المواجهة؛ مثل التخطيط للانفعالات فك الارتباط العقلي والسلوكي، ووجود علاقة ايجابية بين الوقت واستراتيجيات المواجهة مثل التخطيط وقمع الأنشطة التنافسية والدعم والتنفيس الانفعالي، كذلك وجود علاقة ايجابية بين الضبط/ العلاج واستراتيجيات المواجهة مثل إعادة التفسير الإيجابي والتعامل النشط والتخطيط السليم. كما أظهرت النتائج أن اعتقاد المرض سوف يستمر لمدة طويلة والتغلب عليه عن طريق الأنشطة التنافسية مثل فك الارتباط السلوكي والعقلي، وان الخلل النفسي وانخفاض الرفاهية يرتبطان بفك الارتباط السلوكي والعقلي لإدراك المرض. (العاسمي، 2016)

وكما جاء في دراسة Taylor وزملائه (1994) والتي كان هدفها معرفة العلاقة بين مرض السرطان والمواجهة (باعتبار أن يتم التعامل مع المرض من قبل المريض بنفس الطريقة التي يتعامل بها الفرد مع المشكلات الحياتية الأخرى)، أين استخدم الباحثون في هذه الدراسة مقياس استراتيجيات المواجهة، مع نساء مصابات بسرطان الثدي في المرحلة المبكرة والسيطرة على الأعراض الجسمية في هذه الدراسة لتحليل الارتباطات بين المواجهة والتأثير السلبي و الإيجابي.

أين كان للأعراض الجسمية تأثير كبير في العلاقات بين المواجهة والأثر السلبي مقارنة بعلاقات المواجهة و الأثر الإيجابي ، وقد ارتبطت مواجهة الهروب ، التجنب ومواجهة التحدي بتأثير سلبي أكبر ، بينما المواجهة من خلال الإقصاء و التقييم الإيجابي و التحكم في الذات ارتبطت كلها بتأثير إيجابي أكبر. (Nezu,et al , 2003)

(ج) - بعد العزو السببي:

الجدول (13): متوسط درجات بُعد العزو السببي

الدلالة	متوسط الإجابة حسب المقياس	الانحراف المعياري	المتوسط	الأساليب الإحصائية المتغير المقاس
مرتفع	2.5	2.27	3.19	أسباب نفسية
مرتفع	2.5	2.27	3.19	أسباب سلوكية
منخفض	2.5	0.69	2.24	أسباب وراثية/عائلية
مرتفع	2.5	2.27	3.19	أسباب إعتقادية/دينية

من نتائج الجدول السابق نلاحظ أنّ المتوسط الحسابي لأفراد العينة، و انحرافها المعياري جاء

حسب الأسباب:

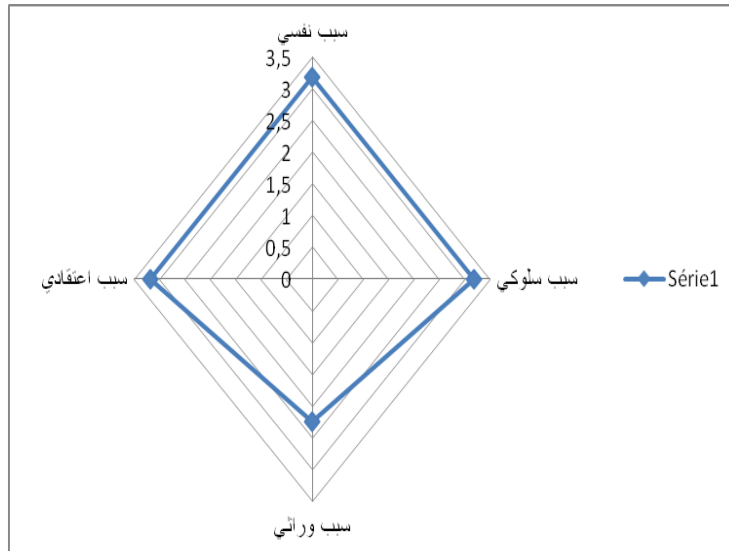
- أسباب نفسية: المتوسط الحسابي لأفراد العينة بلغ 3.19 بانحراف معياري قدره 2.27 مما يشير إلى أن عزو المرض للأسباب النفسية مرتفع.

- أسباب سلوكية: المتوسط الحسابي لأفراد العينة بلغ 3.19 بانحراف معياري قدره 2.27 مما يشير إلى أن عزو المرض للأسباب السلوكية مرتفع.

- أسباب وراثية/عائلية: المتوسط الحسابي لأفراد العينة بلغ 2.24 بانحراف معياري قدره 0.69 مما يشير إلى أن عزو المرض للأسباب الوراثية/العائلية منخفض.

- أسباب إعتقادية/دينية: المتوسط الحسابي لأفراد العينة بلغ 3.19 بانحراف معياري قدره 2.27 مما يشير إلى أن عزو المرض للأسباب الإعتقادية/الدينية مرتفع.

أين يمكننا ملاحظة هذه الأسباب من خلال الشكل الموضح أدناه:



الشكل (04): العزو السببي لدى العينة الكلية

ومن خلال النتائج المتحصل عليها و التي جاءت فيها ارتفاع دلالة الأسباب النفسية والسلوكية والإعتقادية/الدينية، وانخفاض بسيط في دلالة الأسباب الوراثية/العائلية، وهذا ما جاء يوافق دراسة Hopman وزملائه (2015) فيما يخص دلالة الأسباب الوراثية /العائلية في انخفاضها، ودلالة الأسباب الإعتقادية/الدينية في ارتفاعها، بينما يختلفان في الأسباب النفسية والسلوكية.

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

فالبحت عن السببية و فهم الآثار المترتبة عنها يأخذنا إلى أنّ الأفراد بحاجة إلى الفهم، التنبؤ والتحكم في محيطهم. " ففي دراسة أجراها تايلور وآخرون Taylor و زملائه (1984) أن 95% من النساء اللواتي تمت مقابلتهن عرضن شرحا لقضية سرطان الثدي Breast Cancer والمواد المسببة للسرطان، فقد أشارت 41% من النساء أن سبب سرطان الثدي الذي مرده إلى الضغوط النفسية، و 23% أشارت إلى أخذ حبوب منع الحمل قبل الولادة، إضافة إلى النفايات النووية أو كيميائية مسؤولة عن ذلك، بينما رأت 26% أن أسباب السرطان مرده إلى عوامل وراثية، و 17% يعود إلى الأمن الغذائي، و 10% إلى عوامل بيولوجية تتعلق بالثدي، ويبدو من هذا أن نساء التجربة ذكرن أسبابا متعددة لسرطان الثدي، ونتيجة لذلك اقترح تايلور أنه لا يوجد سبب واحد هو أفضل من غيره لتفسير هذا المرض لدى النساء، ولكن هذا هو المهم لعملية التكيف المعرفي، هو البحث عن أي سبب. " (العاسمي، 2016)

كما تحصلنا في دراستنا باستعمال اختبار Anova على نتائج (الملحق رقم 03) تدل على عدم وجود فروق في أسباب المرض باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والاجتماعي وفي مدة الازمان، إلاّ عند المستوى الاقتصادي بالنسبة للأسباب النفسية لصالح المستوى الاقتصادي المرتفع، و هذا ما يوضح عدم دلالة هذه المتغيرات مع العزو السببي.

2) نتائج و مناقشة الفرضية الثانية:

و التي نصت على أننا: "نتوقع ارتفاع مستوى القلق و الاكتئاب لدى مرضى السرطان."

2-1) مستوى القلق و الاكتئاب لدى مرضى السرطان في العينة الكلية:

الجدول (14): مستوى القلق و الاكتئاب في العينة الكلية

الأبعاد	دلالات الدرجات	العدد في العينة (ن=85)	النسبة المئوية
قلق	7-0 لا يوجد	49	58 %
	11-8 حالات حدية	20	23 %
	21-12 قلق سريري	16	19 %
اكتئاب	7-0 لا يوجد	46	54 %
	11-8 حالات حدية	21	25 %
	21-12 اكتئاب سريري	18	21 %
مجموع HADS	أقل أو يساوي 16 لا يوجد ضيق نفسي	52	61 %
	أكثر من 16 ضيق نفسي سريري	33	39 %

نلاحظ من خلال الجدول السابق مستوى القلق و الاكتئاب لدى أفراد العينة الكلية، و الذي جاء كالتالي:

2-1-1) مستوى القلق:

- تحصل 49 فردا و بنسبة 8 % على درجات ضمن مستوى (0-7) ، و هذا يدل على عدم وجود قلق لديهم.

- و تحصل 20 فردا بنسبة 3 % على درجات ضمن مستوى (8-11) أين تعتبر حالات حدية.

- تحصل 16 فردا و بنسبة 19% على درجات ضمن مستوى (12-21) و هذا يدل على وجود قلق سريري.

2-1-2) مستوى الاكتئاب:

- تحصل 46 فردا و بنسبة 54% على درجات ضمن مستوى (0-7) ، و هذا يدل على عدم وجود اكتئاب لديهم.

- و تحصل 21 فردا بنسبة 25% على درجات ضمن مستوى (8-11) أين تعتبر حالات حدية.

- تحصل 18 فردا و بنسبة 21% على درجات ضمن مستوى (12-21) و هذا يدل على وجود اكتئاب سريري لديهم.

2-1-3) مجموع الـHADS :

-تحصل 52 فردا بنسبة 61% على درجات ضمن مستوى (أقل أو يساوي 16)، و هذا دلالة على عدم وجود ضيق نفسي.

- تحصل 33 فردا بنسبة 39% على درجات ضمن مستوى (أكثر من 16)، و هذا دلالة على وجود ضيق نفسي سريري لديهم.

ومن نتائج دراستنا يمكننا استنتاج وجود القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان، وهذا ما يوافق دراسات عديدة تناولت القلق و الاكتئاب كمتغيرات مرتبطة بمرض السرطان، ومنها: الدراسة التي

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

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

وفى دراسة تتبعية لGrandi وزملائه (1990) أجريت على عينة قوامها 26 مريضه بسرطان الثدي تم تتبعهم مدة ستة أشهر، أظهرت نتائج الدراسة عن ثبات درجة الاكتئاب والقلق لدى المرضى بين التطبيق الأولى للمقاييس (مقابلة بايكل الاكلينيكية للاكتئاب CID ،واستخبار أعراض كيلنرز) والتطبيق الثاني لنفس المقاييس بعد ستة أشهر.

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

وفى دراسة Kathol و زملائه (1993) على عينة من المصابين بالأورام السرطانية بمختلف أنواعها قوامها 930 مفحوصا من المراجعين لمستشفى أوهايو في ولاية أوهايو الأمريكية ، وطبق عليهم مقياس قلق واكتئاب المستشفى (HADS) وكشفت نتائج الدراسة أن 47.6% من أفراد العينة يعانون من الاكتئاب والقلق بدرجة كبيرة ، كما أن 17.7% من المرضى يعانون بدرجة متطرفة جدا من القلق و9.9% يعانون من الاكتئاب بدرجة حادة أو متطرفة جدا و بالتالي يحتاجون إلى علاج نفسي مركز.

كما قام Razain وزملائه (1990) بدراسة عينة قوامها 210 من مرضى السرطان، وباستخدام مقياس قلق و اكتئاب المستشفى (HADS) أظهرت نتائج الدراسة أن 75% من المرضى يعانون من الاكتئاب الحاد و 70% يعانون من القلق.

وفي دراسة Kathol وزملائه (1990) على 162 مريض بالسرطان في ولاية آيوا الأمريكية، وباستخدام قائمة "بيك" للاكتئاب (BDI) ومقياس "هاميلتون" لتقدير الاكتئاب (HRSD)، أظهرت نتائج الدراسة معاناة المرضى من الاكتئاب الأساسي على المقياسين.

و دراسة زعطوط (2014) التي جاءت بأن الارتباط الدال بين الكفاءة الذاتية المدركة 75% من المرضى يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة)، وبين نوعية الحياة 88% منهم يتمتعون بنوعية حياة متوسطة إلى مرتفعة)، يؤدي إلى تعديل إدراك الكرب والضغوط المترتبة عن المرض مما يرفع من نوعية الحياة الجيدة (Kreitler,2007). كما أظهر المرضى ذوو الكفاءة الذاتية المرتفعة انخفاضا في القلق والاكتئاب والكرب النفسي (Porter,2008). ويؤثر السرطان على الكفاءة الذاتية عبر اليأس من الشفاء، مما يؤدي إلى الكرب الشديد (زعطوط،2014).

2-2) مستوى القلق و الاكتئاب لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس:

الجدول (15):مستوى القلق و الاكتئاب لدى العينة باختلاف الجنس

الأبعاد	دلالات الدرجات	ذكور		إناث	
		النسبة المئوية	العينة (ن=16)	النسبة المئوية	العينة (ن=69)
قلق	7-0 لا يوجد	10	62%	39	56%
	8-11 حالات حدية	5	31%	15	22%
	12-21 قلق سريري	1	6%	15	22%
اكتئاب	7-0 لا يوجد	8	50%	38	55%
	8-11 حالات حدية	7	44%	14	20%
	12-21 اكتئاب سريري	1	6%	17	25%
مجموع HADS نفسي	أقل أو يساوي 16 لا يوجد ضيق نفسي	12	75%	40	58%
	أكثر من 16 ضيق نفسي سريري	4	25%	29	42%

نلاحظ من خلال الجدول مستوى القلق و الاكتئاب لدى أفراد العينة الكلية باختلاف الجنس،

والذي جاء كالتالي:

2-2-1) مستوى القلق لدى الذكور:

- تحصل 10 فردا وبنسبة 62% على درجات ضمن مستوى (0-7) ، و هذا يدل على عدم وجود قلق لديهم.

- و تحصل 05 فردا بنسبة 31% على درجات ضمن مستوى (8-11) أين تعتبر حالات حدية.

- تحصل 01 فردا وبنسبة 06% على درجات ضمن مستوى (12-21) و هذا يدل على وجود قلق سريري.

2-2-2) مستوى الاكتئاب لدى الذكور:

- تحصل 08 فردا وبنسبة 50% على درجات ضمن مستوى (0-7) ، و هذا يدل على عدم وجود اكتئاب لديهم.

- و تحصل 07 فردا بنسبة 44% على درجات ضمن مستوى (8-11) أين تعتبر حالات حدية.

- تحصل 01 فردا وبنسبة 06% على درجات ضمن مستوى (12-21) و هذا يدل على وجود اكتئاب سريري.

2-2-3) مجموع الـHADS لدى الذكور:

- تحصل 12 فردا بنسبة 75% على درجات ضمن مستوى (أقل أو يساوي 16)، و هذا دلالة على عدم وجود ضيق نفسي.

- تحصل 04 فردا بنسبة 25% على درجات ضمن مستوى (أكثر من 16)، و هذا دلالة على وجود ضيق نفسي سريري.

2-2-4) مستوى القلق لدى الإناث:

- تحصل 39 فردا وبنسبة 56% على درجات ضمن مستوى (0-7) ، و هذا يدل على عدم وجود قلق لديهم.

- و تحصل 15 فردا بنسبة 22% على درجات ضمن مستوى (8-11) أين تعتبر حالات حدية.

- تحصل 15 فردا وبنسبة 22% على درجات ضمن مستوى (12-21) و هذا يدل على وجود قلق سريري.

2-2-5) مستوى الاكتئاب لدى الإناث:

- تحصل 38 فردا وبنسبة 55% على درجات ضمن مستوى (0-7) ، و هذا يدل على عدم وجود اكتئاب لديهم.

- و تحصل 14 فردا بنسبة 20% على درجات ضمن مستوى (8-11) أين تعتبر حالات حدية.
 - تحصل 17 فردا و بنسبة 25% على درجات ضمن مستوى (12-21) و هذا يدل على وجود اكتئاب سريري.

2-2-6) مجموع الـHADS لدى الإناث :

- تحصل 40 فردا بنسبة 58% على درجات ضمن مستوى (أقل أو يساوي 16)، و هذا دلالة على عدم وجود ضيق نفسي.

- تحصل 29 فردا بنسبة 42% على درجات ضمن مستوى (أكثر من 16)، و هذا دلالة على وجود ضيق نفسي سريري.

من النتائج المتحصل عليها لمستوى القلق و الاكتئاب لدى أفراد العينة الكلية باختلاف الجنس

جاء بارتفاع القلق و الاكتئاب لصالح الإناث.

أما من الناحية الجنس فإن وجدنا أن الإناث أكثر قلقا من الذكور وهذه الدراسة تكاد تتفق مع جميع التراث النفسي العالمي حيث أن النساء أكثر قلقا من الرجال، وهي تتفق مع دراسة عبد الفتاح(1991) والتي خلص أن الإناث أكثر قلقا من الذكور في دراسة على المجتمع الإماراتي، كما ذكر عبد الخالق في دراسة له أن القلق يتأثر بمتغير الجنس وأنه يكون عند الإناث أكبر، ووجد (ستارثي،1979) في دراسة ضمّت 200 ذكر و200 أنثى فتحصلت على درجة القلق لصالح الإناث. إن هذا الاختلاف يعزى إلى الأساس البيولوجي كما ذكر عطية(1998)، كما أن المرأة أكثر حساسية من الرجل تعود إلى الطبيعة التكوينية لها فهي سريعة التأثر الأمر الذي ينعكس بالسلب على حالتها الصحية والنفسية وخاصة مسؤوليات البيت في المجتمع العربي.

وكذا الحال بالنسبة للاكتئاب، أين جاءت الكثير من الدراسات تؤكد على أن الإناث أكثر شعوراً بالاكتئاب من الذكور، ويمكن أن يعزى هذا الاختلاف حسب ما ترى لويس Lewis(1985)، إلى أن الأنثى عموماً أكثر حساسية ورهافة من الذكر، وأكثر خضوعاً للآخرين منه، مما يعلل إصابتها بالاكتئاب أكثر من الذكر، فالإناث يتفوقن على الذكور في اختبارات الاكتئاب، في حين يرجع بعض الباحثين Boomsma وزملائه(2005)، Greaves-Lord وزملائه(2007)، و الحسانين(2003) وغريب(1988)، شعور الإناث بالاكتئاب أكثر من الذكور إلى عوامل عضوية وحيوية وهرمونية، فالذكور عموماً يميلون إلى الاستجابة لما قد يخبرونه من مشاعر اكتئابية بطريقة أكثر فعالية يكون من شأنها القضاء على هذه

المشاعر، بينما يميل الإناث إلى الاستجابة للمشاعر الاكتئابية بطريقة فيها تضخيم وتأمل ذاتي زائد في أسباب هذه المشاعر وأصولها ونتائجها. (الشبؤون، 2011)

3) نتائج و مناقشة الفرضية الثالثة:

والتي نصت على أننا: "نتوقع وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض و بين مستوى كل من القلق والاكتئاب لدى مريض السرطان."

الجدول (16): يبين كل من العلاقة الإرتباطية بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب

HADS	الاكتئاب	القلق	المتغيرات الأبعاد
0.372**	0.320**	0.359**	الزمانية
0.438**	0.514**	0.279**	العواقب
-0.226*	-0.230*	-0.182-	السيطرة الذاتية
-0.284**	-0.291**	-0.226*	السيطرة العلاجية
-0.488**	-0.452**	-0.437**	تساوق المرض
0.509**	0.522**	0.404**	الدورية
0.718**	0.707**	0.600**	الآثار الانفعالية
0.534**	0.569**	0.401**	مجموع الأبعاد (أدراك المرض)

* . دال عند (0.05) ** . دال عند (0.01)

يتضح من مصفوفة الارتباط أنّ بين أبعاد إدراك المرض والقلق و الاكتئاب دال عند مستوى 0.01 في كل من الأبعاد (التسلسل الزمني حاد/مزمن و العواقب و التسلسل الزمني الدوري و الآثار الانفعالية و تساوق المرض)، و في (التحكم في العلاج) عند الاكتئاب فقط، بينما نجده دال عند مستوى 0.05 في (التحكم في العلاج) وعلاقته بالقلق وفي (السيطرة الذاتية) وعلاقتها بالاكتئاب، ونجده غير دال في (السيطرة الذاتية) و علاقتها و القلق.

ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول تبين المعالجة الإحصائية للبيانات،العلاقة الإرتباطية بين أبعاد إدراك المرض وبين مستوى كل من القلق، و الذي استنتجنا من خلاله أن كل من (التحكم في

العلاج و فهم المرض و السيطرة على المرض) تربطهما علاقة عكسية مع القلق و الاكتئاب، أي انه كلما زادت درجة هذه العناصر، كلما نقص مستوى القلق و الاكتئاب.أين يظهر من الدراسة التي قام بها Prun و زملائه(1988) و التي تناولت العلاقة بين إدراك التحكم في المرض و التكيف النفسي،وقد برهن الباحثون أن ما بين 118 امرأة مصابة بسرطان الثدي ، و اللواتي كان لديهن إحساس بالتحكم في تطور المرض و تلقين دعم اجتماعي أكثر ، كان لديهن تقدير ذات عالي و أبدن آلاما جسدية و قلق وأحاسيس سلبية اقل. (Gelie,2001)

وكما جاء في دراسة Clair و زملائه(2009) و التي هدفت إلى التنبؤ بالعلاقة بين الإدراك وظهور حالات القلق و الاكتئاب لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن، و هذا في إطار نموذج الضبط الذاتي و مدى تكيف المريض مع مرضه الجسمي، و جاءت النتائج كالتالي:

- المصابون بالمرض بعد شهر أظهروا حالة الهلع.

- هناك أهمية لأبعاد إدراك المرض التالية (بعد الهوية،الوقت، نتائج المرض، و الصور الانفعالية) في

التفريق بين المصابين بالهلع و غير المصابين. (أبركان، 2013)

و كذلك في دراسة Carrie و زملائه(2007) والتي جاءت حول الاعتقادات في المرض و العلاج عند مرضى سرطان الرأس و العنق: و ما هي التغيرات التي يحدثها نموذج ليفينثال في النتائج مع مرور الوقت ؟، فقد هدفت إلى استعمال النموذج في دراسة طولية أجريت على عينة من المرضى سرطان العنق و الرأس، حيث قامت الدراسة على العلاقة بين العوامل الشخصية، أساليب التدبير، المعلومات التي يحتاجها المريض و تصورات المرض، و كانت النتائج:

- حالات القلق عند المرضى بعد ستة إلى ثمانية أشهر.

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

- استخدام المريض لأساليب التدبير، و توفر المعلومات عند المريض قبل العلاج تعطي دلالة إحصائية في التنبؤ بالتخفيف من المرض.

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

الجدول (17): يوضح العلاقة الارتباطية بين بُعد الغزو السببي و بُعد الهوية و بين القلق و الاكتئاب

المتغيرات الأبعاد	القلق	الاكتئاب	HADS
أسباب نفسية	0.602**	0.506**	0.607**
أسباب سلوكية	0.240*	0.238*	0.262*
أسباب وراثية/عائلية	0.572**	0.527**	0.602**
أسباب إعتقادية/دينية	0.196	0.161	0.196
مجموع الأسباب(العزو السببي)	0.539**	0.485**	0.561**
الهوية	0.456**	0.539**	0.547**

* . دال عند (0.05) ** . دال عند (0.01)

- جاءت قيم معاملات الارتباط بين كل أنواع أسباب المرض والقلق و الاكتئاب دالة عند مستوى 0.01 أو 0.05، إلاّ الأسباب الإعتقادية/الدينية، و هو ما يوضح أنه لا توجد علاقة بين الأسباب الإعتقادية/الدينية و القلق و الاكتئاب.

جاءت في دراستنا قيم معاملات الارتباط بين كل من أنواع أسباب الغزو السببي والقلق والاكتئاب دالة، إذ تعتبر الصورة التي يتمثلها كل فرد عن نفسه ذات أهمية قصوى في السلوك البشري، إذ تعتمد قدرتنا على الفعل و دافعيتنا للنشاط والإنجاز على مقدار ما ندرك من تقديرنا لذواتنا ووعينا بمفهوم الذات. ويشير مركز الضبط إلى الغزو السببي الذي يقوم به الفرد لدوافع السلوك متأرجحا بين الذات والآخر وبين الداخل والخارج. (زعطوط،2014)

فمن الناحية المعرفية يؤدي الاعتقاد في الكفاءة إلى التأثير في تقييمنا لأهداف الحياة، واستقبال المعلومات بطريقة خاصة بنا، كما أن أغلب دوافعنا تتأثر بالغزو السببي وتوقع النتائج والأهداف المستعرفة cognitive goals. و كما جاء ل Fischer (2002) أن الاعتقاد في الكفاءة يؤثر في طريقة تعاملنا مع الكرب وله علاقة مباشرة بشعورنا بالقلق والاكتئاب، إضافة إلى تأثيرها على الجانب الحيوي والوظيفي للانفعالات وجهاز المناعة، وهي عوامل هامة في التكيف مع المرض المزمن. (زعطوط،2014)

أما الأسباب الإعتقادية/الدينية، فجاءت غير دالة وهو ما يوضح أنه لا توجد علاقة بين الأسباب الإعتقادية/الدينية و القلق والاكتئاب، وهذا ما تؤكدته دراسة Koening (2012) فقد وجد أن 58% من الدراسات وجدت ارتباطا موجبا بين التدين أو الروحانية وبين إدراك الصحة، كما يرتبط خطر الإصابة بالسرطان سلبيا مع التدين في 55% من الدراسات السابقة و قد أكد Reyes (1999) من قبل أن 34% إلى 86% من المرضى يستعملون دينهم في مواجهة المرض المزمن. وقد وجد reene و Sears (1994) أن التكيف الروحي يخفض من مستويات القلق لدى المرضى وهو ما أثبتته Welston وزملاؤه (1999) من أن الإيمان عامل تكيف مع الكرب المرتبط بالصحة. (زعطوط، 2014)

غير أن الارتباط القوي بين كل من الكفاءة الذاتية والتدين وبين نوعية الحياة يدعونا إلى طرق تساؤل مهم حول مركز الضبط في القدرة على التكيف والمواجهة. ذلك أن أغلب الدراسات الغربية السابقة تميل إلى اعتبار مركز الضبط الداخلي أحد المؤشرات الخمسة للصحة النفسية، لكن ذلك يصطدم في نظرنا بمفهوم القضاء والقدر حيث يؤمن المسلم أن عزو الأسباب إلى الله سبحانه وتعالى هو أحد مؤشرات الإيمان، مفرقين بين مفهوم التوكل والتوكل حيث لا يستلزم ذلك الاستسلام لأحداث الحياة اليومية والشعور إزاءها بالعجز والسلبية حيث يفترض في المسلم الأخذ بالأسباب و ترك النتائج للمقدر وهو الله سبحانه وتعالى.

وقد أشارت دراسات علم النفس الصحي Taylor (2007) إلى أن العزو الخارجي (مركز الضبط الخارجي) قد يكون مفيدا وحاميا من الكرب المرتبط بأحداث الحياة التي تتجاوز قدرة الفرد، مثل آثار الكوارث الطبيعية والأوبئة والأمراض الخطيرة مثل السرطان. (زعطوط، 2014)

- أما في بعد الهوية جاء الارتباط بينه وبين القلق و الاكتئاب دال عند مستوى الدلالة 0.01، و هذا ما يوضح ارتباط مستوى القلق و الاكتئاب بزيادة تواجد الأعراض المرضية لدى مرضى السرطان. فالمرضى بعد تشخيصهم بمرض مزمن، كثيرا تواجههم أزمة تتخللها حالة من عدم التوازن الجسمي و النفسي والاجتماعي، حيث يكتشفون أن أساليبهم الاعتيادية في التكيف مع المشكلات ليست فعالة، و عندما لا تستجيب المشكلات المصاحبة للأمراض المزمنة لجهود التعامل، عندها تكون النتيجة مبالغة في الأعراض ودلالاتها، وفي محاولات التعامل غير الواضحة أو المحددة، و في الاتجاهات العصابية، وسوء العواقب الصحية، وقد يسيطر القلق و الخوف و الاكتئاب بشكل مؤقت. (تايلور، 2008)

فالقلق استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد تشخيص المرض، حيث تخور قوى العديد من المرضى، ويحسون بالعجز إزاء ما يمكن أن ينطوي عليه المرض المزمن من تغيير في حياتهم و من احتمالات

الموت، وقد يظهر القلق على فترات متقطعة أثناء المرض، و يصبح مريض السرطان حساسا و يقظا باستمرار لأية تغيرات في حالته الجسمية، وكل ألم-مهما كان بسيطا- يثير خوفه من حدوث انتكاسة، كما يعتبر الاكتئاب من ردود الفعل الشائعة والمرهقة عند المرضى المزمنين، فحوالي ثلث مجموع هؤلاء المرضى يعانون من أعراض الاكتئاب، فيما يعاني ربعهم من الاكتئاب الشديد، فهو يعتبر عامل خطورة قويا في الوفاة بين المرضى المزمنين، وبعكس القلق الذي يظل بين مد و جزر طيلة فترة المرض المزمن نجد الاكتئاب يأخذ شكل رد الفعل طويل المدى، حيث يمتد في العديد من الأمراض إلى سنة أو أكثر بعد بداية المرض. وقد يشكل قياس الاكتئاب عند المريض المزمن مشكلة؛ فالعديد من العلامات الجسمية للاكتئاب، كالتعب وقلة النوم وفقدان الوزن، قد تكون نفسها علامات للمرض أو آثارا جانبية للمعالجة، فإذا كانت الأعراض الاكتئابية تُعزى للمرض أو للعلاج، فقد لا تكون دلالتها واضحة، و بالتالي قد يبقى الاكتئاب دون علاج. (تايلور، 2008)

4) نتائج و مناقشة الفرضية الرابعة:

والتي توقعنا فيها اختلاف علاقة أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب باختلاف السن والجنس والمستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ونوعية السرطان ومدة الإزمان و نوع العلاج. وهذا ما جاء في الجدول الذي يوضح هذه العلاقة:

الجدول رقم (18):

يوضح العلاقة بين أبعاد إدراك المرض وبين مستوى كل من القلق والاكتئاب باختلاف السن والجنس والمستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي - الاقتصادي ونوعية السرطان ومدة الايمان و نوع العلاج

المتغيرات التصنيفية	الجنس		السن		م.التعليمي		م.الاجتماعي		م.الاقتصادي		ن.المرض	الازمان		العلاج		
	أ	ذ	≥45	<45	▲	▼	▲	▼	▲	▼	سرطان ثدي	≥2	<2	إشعاعي	كيميائي	متوقف
الهوية	قلق	غ.دال	.47**	.50**	.40**	.51**	غ.دال	.37**	.56**	.62**	غ.دال	.39**	.56**	.53'	.50**	.62**
	اكتئاب	غ.دال	غ.دال	.56**	.50**	.44	.61**	.42**	.68**	.66**	غ.دال	.48**	.61**	.49'	.47'	.71**
الإيمانية	قلق	غ.دال	.71**	.33**	.43**	.43**	غ.دال	.44**	.40**	غ.دال	.42**	.30*	.41*	.45'	غ.دال	.45'
	اكتئاب	غ.دال	غ.دال	.36*	.36*	غ.دال	.46**	.21*	.37*	غ.دال	.38*	.31*	.44'	.44'	غ.دال	.68**
العواقب	قلق	غ.دال	.25°	.32°	.32°	غ.دال	.35°	غ.دال	.40°	غ.دال	.41°	.26°	.26°	غ.دال	غ.دال	.73**
	اكتئاب	غ.دال	7.5**	غ.دال	.48**	.48**	غ.دال	.69**	.45**	.45**	.62**	.49**	.68**	.46°	.66**	غ.دال
السيطرة الذاتية	قلق	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	.45**	غ.دال	.45**	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال
	اكتئاب	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	.36°	.21°	غ.دال	.31°	غ.دال	.29°	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال
ت.العلاج	قلق	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	.48**	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	.52**
	اكتئاب	غ.دال	.71**	غ.دال	غ.دال	غ.دال	.33**	غ.دال	.44**	غ.دال	.33**	غ.دال	.29°	غ.دال	.47°	.53**
التساوق	قلق	غ.دال	.50**	.48**	.52**	.52**	.45**	.40**	.56**	غ.دال	.56**	.43**	.48°	غ.دال	غ.دال	.78**
	اكتئاب	غ.دال	غ.دال	.42**	.42**	غ.دال	.54**	.45**	.50**	غ.دال	.38°	.46**	.49°	.41°	غ.دال	.69**
الدورية	قلق	غ.دال	.41**	.47**	.49**	.45**	.33°	.35**	.53**	غ.دال	.45**	.36**	.48°	غ.دال	.39°	.49°
	اكتئاب	غ.دال	غ.دال	.53**	.53**	غ.دال	.51**	.41**	.70**	.47**	.50**	.54**	.49°	.66**	.46°	.44°
الانفعالية	قلق	غ.دال	.53°	.63**	.58**	.61**	.61**	.61**	.58**	.61**	.55**	.66**	.47°	غ.دال	.45°	.77**
	اكتئاب	غ.دال	غ.دال	.67**	.71**	.68**	.71**	.61**	.86**	.77**	.61**	.73**	.69**	.52°	.72**	.82**
م.الأبعاد	قلق	غ.دال	.40**	.38**	.41*	.43**	.35°	.37**	.46**	.33°	.43**	.38**	.5°	غ.دال	.45°	.61**
	اكتئاب	غ.دال	غ.دال	.53**	.61**	.48**	.65**	.42**	.79**	.62**	.43**	.55**	.66**	.49'	.72**	.59**
أ.نفسية	قلق	غ.دال	.61°	.762**	.381°	.615**	.587**	.549**	.711**	.519**	.617**	.535**	.752**	غ.دال	.709**	.532**
	اكتئاب	غ.دال	غ.دال	.45**	.58**	.40**	.57**	.48**	.55**	غ.دال	.56**	.51**	.52°	.54°	.72**	.42°
أ.سلوكية	قلق	غ.دال	.28°	.33°	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	.59**	غ.دال	.42°	غ.دال	.52°	غ.دال	غ.دال	غ.دال
	اكتئاب	غ.دال	غ.دال	.29°	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	.50**	غ.دال	.33°	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال
أ.وراثية/عائلية	قلق	غ.دال	.59**	.33°	.48**	.55**	.59**	.56**	.60**	.62**	.64**	.45**	.52°	غ.دال	.45°	.63**
	اكتئاب	غ.دال	غ.دال	.29°	.52**	.46**	.49**	.56**	.49**	.55**	.58**	.42**	.52°	.59°	.49**	.71**
أ.اعتقادية/دينية	قلق	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	.40°	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال
	اكتئاب	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	غ.دال	.47°	غ.دال	غ.دال

والذي يتضح من خلاله أن العلاقة بين أبعاد إدراك المرض وبين مستوى كل من القلق والاكتئاب باختلاف السن والجنس والمستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ونوعية السرطان ومدة الإزمان و نوع العلاج، جاءت بالشكل التالي:

4-1) بالنسبة لمتغير الجنس:

- نلاحظ أنّ العلاقة بين الهوية والقلق والاكتئاب وارتباطهم بمتغير الجنس، غير دالة بالنسبة للذكور ودالة و قوية بالنسبة للإناث.

- أما العلاقة بين أبعاد إدراك المرض(الزمانية، العواقب، السيطرة الذاتية، التحكم في العلاج، التساوق، الدورية، الانفعالية) والقلق والاكتئاب وارتباطهم بمتغير الجنس، نجدها عند الذكور دالة عند (الزمانية والتساوق والانفعالية مع القلق) و عند (العواقب والتحكم في العلاج مع الاكتئاب)، بينما نجدها لدى الإناث دالة عند (الزمانية والعواقب و التساوق والدورية والانفعالات) ودالة عند (التحكم في العلاج مع الاكتئاب).

- وجاءت العلاقة بين أسباب المرض و القلق و الاكتئاب و بين متغير الجنس، غير دالة عند الذكور إلاّ عند (الأسباب النفسية مع القلق)، أمّا بالنسبة للإناث فجاءت دالة و قوية مع كل الأسباب إلاّ (الأسباب الإعتقادية/الدينية) فجاءت غير دالة.

أين جاءت نتائج الدراسة تتفق مع دراسة Taubes (1993) ودراسة A.Baum و Grunberg (1991) بأنه قد تكون عوامل الخطورة عند المرأة مختلفة عنها لدى الرجل، و ربما تكون أكثر أو أقل خبثاً، فبعض الأبحاث تشير مثلاً إلى أن التدخين يضر بالنساء أكثر من الرجال بمرتين أو ثلاث، و يعزى ذلك إلى الاختلافات البيوكيميائية بينهما، كما أن هناك تبايناً في ردود الفعل الفسيولوجية للضغوط لدى الرجال و النساء، و بالتالي فقد تختلف أعراضهم، و قد تختلف بدايات المرض نفسه لديهم، و كذلك ردود الفعل تجاه العلاج و جرعات الدواء. (تايلور، 2008)

وقد تبين أن مشكلات التكيف تكون بأقصى درجاتها عند النساء اللواتي سبق وأن تعرضن لضغوط حياتية أو اللواتي لم يكنّ يتمتعن بالمساندة الاجتماعية، و مع أنّ لمرضى السرطان قد لا

يختلفون عن غيرهم من غيرهم من غير المصابين بالمرض من حيث الضيق و الكرب النفسي، إلا أنهم أكثر عرضة للاكتئاب. (تايلور، 2008)

واستنادا للنتائج السابقة يمكننا اعتبار متغير الجنس فاعلا في العلاقة بين إدراك المرض والمتغيرات المستقلة في دراستنا خاصة لدى الإناث.

4-2) بالنسبة لمتغير السن:

- نلاحظ أن العلاقة بين الهوية و القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بمتغير السن، جاءت دالة و قوية عند صغار و كبار السن.

- بالنسبة للعلاقة بين أبعاد المرض و بين القلق و الاكتئاب و ارتباطهما بمتغير السن، كانت دالة عند (العواقب و التساوق و الدورية مع الاكتئاب)، و دالة عند (الانفعالية) بالنسبة لصغار السن، أما بالنسبة لكبار السن فجاءت دالة عند (الازمانية، العواقب، التساوق، الدورية، الانفعالات) و غير دالة عند (السيطرة الذاتية و التحكم في العلاج).

- أما بالنسبة للعلاقة بين أسباب المرض و القلق و الاكتئاب و بين متغير السن، فكانت دالة و قوية عند (الأسباب النفسية و الوراثية/العائلية) بالنسبة لصغار السن، و غير دالة عند (السلوكية والاعتقادية/الدينية)، أما بالنسبة لكبار السن فجاءت دالة عند كل أسباب المرض إلا (الاعتقادية/الدينية).

أين جاءت نتائج الدراسة تتفق مع ما جاء به Noyes وزملائه (1990) بدراسة على عينة قوامها 400 مريضا بالسرطان من ولاية "أيوا الأمريكية"، تم تطبيق قائمة بيك للاكتئاب ومقياس الضيق أو الكرب من المرض . (IDS) وقد أسفرت نتيجة الدراسة ، أن معظم أفراد العينة يعانون من شدة الاكتئاب والضيق أو عدم الراحة النفسية الناجمة عن الإصابة بالسرطان . كما أيضا تبين أن صغار السن من المرضى كانوا أكثر ضيقا وكآبة من الكبار منهم.

كما هدفت دراسة Vinokur (1989) إلى معرفة طبيعة التطور نحو الشفاء لدى كل المريضات كبيرات السن مقارنة مع المريضات صغيرات السن وشملت العينة 274 مريضة بسرطان الثدي، واستخدم الباحثون مقياس (CSS) حيث استخدم خلال عامين من التشخيص بالسرطان وكذلك مقياس العوامل التي تتنبأ و تهيئ خطوات الشفاء بما يتضمن عامل العمر و أثره، وعند إجراء المقارنة بعد 4 و 10 أشهر بعد

التشخيص ظهر تحسن ثابت من الناحية الجسمية و بالعكس، فقد كان هناك غياب لأي مؤشرات على التحسن العقلي و النفسي،بينما ظهرت النساء الأكبر سنا وضعا أسوأ من حيث التأثير الجسمي و خاصة فيما يتعلق بالحد من الحركة.

وهدفت دراسة Ell وزملائه(2001) إلى التعرف على طرق التعامل الوظيفي،النفسي والاجتماعي مع السرطان عند المرضى باختلاف العمر و شملت العينة 159 مريضا أكبر من 65 سنة، و 94 مريضا أقل من 65 سنة، تم تشخيصهم بأنواع سرطان مختلفة و هي: الثدي، القولون، الرئة، واستخدم الباحثون مقياس التوافق المتعدد والمقابلات للوصول إلى النتائج على مدى ثلاثة أشهر ثم سنة بعد التشخيص بالسرطان، و أظهرت النتائج أن كبار السن (فوق 65 سنة) لم يكونوا متضررين بشكل جدي من المدة التي يأخذها التوافق الجيد أو طرق التعامل مع المرضى.

بينما تظهر دراسات أخرى أن العمر يلعب دوراً واضحاً في مستوي التواضع ومن هذه الدراسات دراسة Vinolcur AD وزملائه(1989) حيث أشارت إلي أن العمر يلعب دوراً هاماً في تحديد الآثار المترتبة علي التشخيص بسرطان الثدي وكذا علي التأثير النفسي فكلمما كانت أصغر سناً كان التأثير النفسي أكبر، وكلمما كانت أكبر سناً كان تأثيره أكبر علي التوافق الجسمي، أما دراسة Kumar TMU وزملائه(1992) فأوضحت أن العمر يؤثر في تحديد نوع العلاج الاختياري حيث فضلت معظم النساء دون 55 سنة الاستئصال الجزئي للثدي بينما السيدات أكبر من 55 سنة فضلن الاستئصال الكلي.

كما أشارت دراسة Mor,V وزملائه(1994) إلى أهمية العمر(كبر السن) في زيادة التوافق الإنسجامي العاطفي. وكذلك أظهرت دراسة Alter,CI وزملائه(1996) أن الإصابة بالسرطان نفسه قد تؤد إلي الإصابة بالانضغاط التابع لحادثة، بغض النظر عن العمر ووقت الإصابة.

وكما أظهرت دراسة Ell,K وزملائه(2001) أن كبر السن يلعب دوراً إيجابياً في القدرة على التوافق. (الحجار،2003)

واستنادا للنتائج السابقة يمكننا اعتبار متغير السن فاعلا في العلاقة بين إدراك المرض والمتغيرات المستقلة في دراستنا خاصة لدى صغار السن.

3-4) بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي:

- جاءت العلاقة بين الهوية و القلق و الاكتئاب و بين المستوى التعليمي دالة و قوية مع منخفضي التعليم و دالة عند الاكتئاب فقط مع مرتفعي التعليم.

- كما جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بالمستوى التعليمي دالة عند (العواقب و التحكم في العلاج مع الاكتئاب) و دالة و عند (التساق و الدورية و الانفعالية) لدى منخفضي التعليم، أما لدى مرتفعي التعليم فجاءت دالة عند جميع الأبعاد إلا بعد (التحكم في العلاج و بعد الدورية مع القلق) .

- أما في العلاقة بين أسباب المرض و بين القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بمتغير المستوى التعليمي فلقد جاءت دالة عند (الأسباب النفسية و الأسباب الوراثية/العائلية) و غير دالة عند (الأسباب السلوكية و الإعتقادية/الدينية) لدى كلا المستويين.

وهذا ما جاء يؤكد نتائج دراستنا أن ذوات المستوي التعليمي الأعلى لديهم القدرة علي استيعاب الأعراض الجسمية حيث أن زيادة العلم والمعرفة يمكن أن تقلل من الألم والأعراض الجسمية المصاحبة إذا ما تم توعية المريض بالمضاعفات والنتائج المترتبة علي الإصابة بالمرض، وهذا ما يفترض معرفته من قبل ذوات التعليم الأعلى، حيث تظهر دراسة Helgeson (1999) أهمية التثقيف لتحسين مستوى التوافق والتقليل من الشكاوي الجسدية المصاحبة للمرض.

وهذا يُظهر أن ذوات التعليم العالي لديهم خبرة تعليمية أعلى من ذوات التعليم المنخفض والذي ينعكس علي القدرة التوافقية النفسية والتي تعني المرور بتجارب معينة خلال فترات التعليم المختلفة أو من خلال اطلاعهم علي تجارب الآخرين من خلال الدراسة وقدرتهم علي دراسة الأمر بشكل علمي أكبر، كذلك فإن عدم وجود مستوي معقول من التعليم يؤدي إلي سوء تقدير الذات ويضاف إليه الإصابة بسرطان الثدي فتزيد الأمور سوءا وهذا يتمشي مع دراسة Mor,V وزملائه(1994) التي كانت إحدى نتائجها أن المستوى التعليمي يؤدي إلي زيادة الانسجام العاطفي وكذلك دراسة Helgeson(1999) التي أظهرت أن زيادة التثقيف تؤدي إلي تحسين التوافق.

واستنادا للنتائج السابقة يمكننا اعتبار متغير المستوى التعليمي فاعلا في العلاقة بين إدراك المرض والمتغيرات المستقلة في دراستنا خاصة لدى منخفضي التعليم.

4-4) بالنسبة لمتغير المستوى الاجتماعي:

- نلاحظ أنّ العلاقة بين الهوية والقلق و الاكتئاب وارتباطهم بالمستوى الاجتماعي دالة وقوية لدى ذوي المستوى الاجتماعي المنخفض و المرتفع.

- كما نلاحظ العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب و بين المستوى الاجتماعي دالة عند (الزمانية، التساوق والدورية والانفعالية)، و دالة عند(العواقب، السيطرة الذاتية، التحكم في العلاج مع الاكتئاب)، لدى منخفضي المستوى الاجتماعي، أمّا لدى مرتفعي المستوى الاجتماعي فنجدها دالة عند كل الأبعاد ما عدا بعدي(السيطرة الذاتية و التحكم في العلاج).

- أما في العلاقة بين أسباب المرض و بين القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بمتغير المستوى الاجتماعي فلقد جاءت دالة عند (الأسباب النفسية و الأسباب الوراثية/العائلية) لدى منخفضي المستوى الاجتماعي، و دالة لدى مرتفعي المستوى الاجتماعي عند (الأسباب النفسية والأسباب الوراثية/العائلية و الأسباب السلوكية) ما عدا (الإعتقادية/الدينية) فلم تكن دالة عندها.

نلاحظ أنّ العلاقة بين الهوية و القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بالمستوى الاجتماعي دالة وقوية لدى ذوي المستوى الاجتماعي المنخفض و المرتفع.

- كما نلاحظ العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب و بين المستوى الاجتماعي دالة لدى منخفضي المستوى الاجتماعي، و عند مرتفعي المستوى الاجتماعي نجدها دالة أيضا.

- أما في العلاقة بين أسباب المرض و بين القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بمتغير المستوى الاجتماعي فلقد جاءت دالة عند منخفضي المستوى الاجتماعي، ومرتفعي المستوى الاجتماعي.

أين جاءت نتائج الدراسة تتفق مع ما جاءت به الدراسات، حيث وجدت أن المرضى المتزوجين تمكنوا من البقاء بدرجة تفوق المرضى من غير المتزوجين أو من المنفصلين عن شركاءهم أو المطلقين أو الأرملة. (تايلور، 2008)

كما جاء في دراسة Laten و Northouse (1998) هدفت إلى التعرف على مستوى التوافق لدى النساء المصابات بسرطان الثدي المتكرر، و كذلك التوافق لدى أزواجهن و تكونت العينة من 81 مريضة مصابة بسرطان الثدي المتكرر، و كذلك 74 من أزواجهن، و استخدم الباحثان مقياسا لقياس

التوافق من خلال استبانة مغلقة و أظهرت الدراسة النتائج التالية:النساء المصابات أظهرن ضغطا نفسيا عاطفيا أكثر من أزواجهن، و لكن كل الأزواج و الزوجات لديهن تشابه في وجود المشاكل الناتجة عن الدور النفسي و الاجتماعي، هناك اختلاف بين الزوجات و الأزواج من ناحية حجم الدعم و الثقة، عبرت النساء بعكس أزواجهن عن استغرابهن لتكرار حدوث السرطان، و عبرن أنّ مرحلة تكرار المرض أكثر ضغطا نفسيا من التشخيص الأول نفسه.

وبهذا يمكن اعتبار الفرد وحدة متكاملة لا يمكن فصل جانبها النفسي عن الجانب البيولوجي، حيث وجد أن هناك عوامل نفسية واجتماعية ذات أثر إيجابي على صحة الفرد كالدعم الاجتماعي الذي يمكن أن يقي من تأثير المشقة على الصحة الجسمية، ويساعد على سرعة الشفاء من مختلف الأمراض، ويعتبر الزواج أكثر أشكال الدعم الاجتماعي فاعلية. فقد ربطت دراسات مسعود رضا(2001) في مجال علم الأوبئة بين العلاقات الاجتماعية ومعدلات الوفاة، فكانت معدلات الوفاة بجميع أسبابها مرتفعة بين غير المتزوجين(عزاب، أرامل، مطلقين) مقارنة بمعدلها بين المتزوجين، لدرجة أن البعض يرى أن تقدير حجم العلاقات الاجتماعية لدى الفرد كالزواج، والاتصال بالأصدقاء وأفراد الأسرة، والروابط الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية تنبئ بمعدلات الوفاة اللاحقة لدى الأفراد.(قنون، 2007)

ويجب أن لا ننسى أن الدعم الاجتماعي في حد ذاته ليس هو المهم، بل مدى إدراك الفرد لهذا الدعم هو الذي بإمكانه أن يخلق لديه أثرا إيجابيا سواء على الجانب النفسي أو البيولوجي.

كما أظهرت دراسة واكلمر موريسون وآخرون أن النساء المصابات بسرطان الثدي و المتزوجات استطعن مواجهة هذا المرض و إظهار ارتفاع في معدل الحياة مقارنة بالنساء المصابات بالسرطان والعازبات. (قنون، 2007)

واستنادا للنتائج السابقة يمكننا اعتبار متغير المستوى الاجتماعي فاعلا في العلاقة بين إدراك المرض والمتغيرات المستقلة في دراستنا خاصة لدى مستوى الاجتماعي المنخفض من غير المتزوجين.

4-5) بالنسبة لمتغير المستوى الاقتصادي:

- جاءت العلاقة بين الهوية و القلق و الاكتئاب و بين المستوى الاقتصادي دالة و قوية لدى المستوى الاقتصادي المنخفض، و غير دالة لدى المستوى الاقتصادي المرتفع.

- كما جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بالمستوى الاقتصادي دالة عند (الزمانية، العواقب، التساوق، الدورية مع الاكتئاب)، و دالة عند الانفعالات) بالنسبة لمنخفضي المستوى الاقتصادي، أما عند مرتفعي المستوى الاقتصادي فجاءت دالة عند(الزمانية مع القلق، و التحكم في العلاج مع الاكتئاب، و دالة و قوية عند العواقب و التساوق و الدورية و الانفعالية).

- أما في العلاقة بين أسباب المرض و بين القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بمتغير المستوى الاقتصادي فلقد جاءت دالة عند(الأسباب النفسية مع القلق)و دالة عند(الأسباب الوراثية/العائلية) لدى ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض، و عند (الأسباب النفسية، الأسباب الوراثية/العائلية)، و دال (الأسباب السلوكية مع القلق) لدى ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع.

جاءت العلاقة بين الهوية و القلق و الاكتئاب و بين المستوى الاقتصادي دالة و قوية لدى المستوى الاقتصادي المنخفض، و غير دالة لدى المستوى الاقتصادي المرتفع.

- كما جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بالمستوى الاقتصادي دالة بالنسبة لمنخفضي المستوى الاقتصادي، و عند مرتفعي المستوى الاقتصادي.

- أما في العلاقة بين أسباب المرض و بين القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بمتغير المستوى الاقتصادي فلقد جاءت دالة لدى ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض، و لدى ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع.

أين جاءت نتائج الدراسة تتفق مع ما جاءت به دراسة الحجار(2003) أين يري الباحث أن متغير الدخل لم يكن عاملاً كبيراً في تحديد مستوي التوافق في ثلاثة أبعاد لأسباب قد تكون عائدة إلي أن العلاج لمرض سرطان الثدي في محافظات غزة هو بالمجان للجميع بحيث لا تتأثر المريضة الفقيرة من هذه الناحية، أما بالنسبة للجزئية المتعلقة بالتوافق النفسي والجسدي وتأثرهما بالدخل لصالح الفئة الأكثر دخلاً فيري الباحث أن ذلك قد يعود إلي قدرة الأسرة الأكثر دخلاً علي إشباع حاجياتها بما فيها المريضة نفسها من أمور مادية وكذلك ترفيهية تسمح بمزيد من التوافق النفسي والجسمي.

كما يعاني المرضى خلال مرحلة ما بعد التشخيص والعلاج بالسرطان من حالة الإرباك والقلق للحاجات المعلوماتية حول حالتهم المرضية، مثل تكاليف العلاج والإجراءات الطبية المطلوبة، والخدمات الإنسانية مثل العلاج الطبيعي والإرشاد والأطراف والأجزاء الصناعية، والسفر للعلاج، والعناية بالأطفال، والمساعدة المنزلية، إضافة إلى الأعباء المالية الناتجة عن فقدان العمل، إن القلق بخصوص هذه

المشاكل والحاجات وكيفية الحصول على المعلومات المتعلقة بها لحلها تؤثر على علاج مرضى السرطان وعلى سعادتهم وراحتهم. (National Breast Cancer Centre, 2003)

وأنّ عددا كبيرا من الأسر تفقد أغلب دخلها المادي مقابل علاج أحد أفراد أسرتها المصاب بمرض السرطان، ويرجع السبب إلى ارتفاع التكلفة المادية للعلاج، وبالتالي يؤدي إلى تدهور الحالة الاقتصادية للأسرة. (Lansky, 1979)

إن المتغيرات الاقتصادية تمثل عبئاً كبيراً على المريض، وتؤدي إلى العديد من الضغوط النفسية والاجتماعية، وإلى مزيد من تدهور الحالة الصحية، والمتغيرات هي تكاليف المستشفى، وأجر الطبيب، وتكلفة العلاج، والفحوصات المطلوبة، بالإضافة إلى تكاليف الانتقال خاصة مع تباعد مكان إقامة المريض عن مركز العلاج. (Koocher, 1986)

واستناداً للنتائج السابقة يمكننا اعتبار متغير المستوى الاقتصادي فاعلاً في العلاقة بين إدراك المرض والمتغيرات المستقلة في دراستنا خاصة لدى مستوى الاقتصادي المنخفض.

4-6) بالنسبة لمتغير نوع المرضي: (سرطان الثدي لارتفاع نسبة الأفراد فيه عن باقي الأنواع):

- جاءت العلاقة بين الهوية و القلق و الاكتئاب و بين سرطان الثدي كنوع من المرض دالة وقوية.
- كما جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بسرطان الثدي دالة وقوية مع كل الأبعاد ما عدا بعد (السيطرة الذاتية) و بعد (التساوق مع القلق).
- أما في العلاقة بين أسباب المرض و بين القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بسرطان الثدي فلقد جاءت دالة مع كل الأسباب إلا الأسباب (الإعتقادية/الدينية) التي جاءت دالة عند القلق فقط.

أين جاءت نتائج الدراسة تتفق مع ما جاءت به دراسة فقيه (2002) والذي جاء بدراسة سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة، على عينة من مرضى السرطان بمختلف أنواعه تبلغ 150 فرد من المرضى و 150 من الأسوياء، في مدة دراسية بلغت سنتين أين وجد أنه هناك فروق جوهرية بين أنواع السرطان المختلفة في الاكتئاب والأبعاد التي تقيسها قائمة الأعراض المختصة، مما يدل على أن اختلاف موقع الإصابة بالسرطان يؤدي إلى اختلاف في درجة الأعراض النفسية.

واستنادا للنتائج السابقة يمكننا اعتبار متغير نوع المرض متغيرا فاعلا في العلاقة بين إدراك المرض والمتغيرات المستقلة.

4-7) بالنسبة لمتغير مدة الإزمان:

- جاءت العلاقة بين الهوية و القلق و الاكتئاب و بين متغير مدة الإزمان دالة و قوية لدى منخفضي ومرتفعي الإزمان.

- كما جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بمدة الإزمان دالة لدى ذوي الإزمان المنخفض مع كل الأبعاد ما عدا بُعدي (السيطرة العلاجية و التحكم في العلاج أين جاء دالين مع الاكتئاب فقط)، أما ذوي الإزمان المرتفع فكانت دالة عند(التساوق و الدورية و الانفعالي) وعند(الزمانية مع القلق و العواقب مع الاكتئاب).

- أما في العلاقة بين أسباب المرض و بين القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بمتغير مدة الإزمان فلقد جاءت دالة مع (الأسباب النفسية و الوراثية/العائلية) لدى ذوي الإزمان المنخفض، مع (الأسباب النفسية والوراثية/العائلية) و (السلوكية عند القلق) لذوي الإزمان المرتفع.

جاءت العلاقة بين الهوية و القلق و الاكتئاب و بين متغير مدة الإزمان دالة و قوية لدى منخفضي ومرتفعي الإزمان.

- كما جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بمدة الإزمان دالة لدى ذوي الإزمان المنخفض و ذوي الإزمان المرتفع .

- في العلاقة بين أسباب المرض و بين القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بمتغير مدة الإزمان فلقد جاءت دالة لدى ذوي الإزمان المنخفض، و ذوي الإزمان المرتفع.

أين جاءت نتائج الدراسة تتفق مع ما جاءت به دراسة Pinder,KL وزملائه(1993) التي هدفت إلى معرفة مدى إصابة مريضات سرطان الثدي بالأمراض النفسية والعوامل المؤدية لذلك ، حيث شملت العينة 139 امرأة مصابة بسرطان الثدي متقدم، استخدم الباحث إستبانة التقرير الذاتي لمزاج ومقياس الاكتئاب والقلق وأظهرت هذه الدراسة نتائجها على أن النساء المصابات بسرطان الثدي ذوات تشخيص متقدم معرضات للإصابة باكتئاب شديد.

وجاءت دراسة تدرس مدى تأثير الإصابة بالاكْتئاب على نِجاة مرضى السرطان؛ أين سجلت إحدى الدراسات التي أُجريت على سرطان الثدي أنه خلال خمسة أعوام من المتابعة تتخفص احتمالات البقاء على قيد الحياة بين السيدات اللّاتي ترتفع معدلات إصابتهن بالاكْتئاب. (Watson et al,1999) وفي دراسة ميدانية أُجريت على عشرة آلاف مشترك، تزايد خطر الموت خلال ثمانية أعوام من المتابعة بين المرضى المصابين بالاكْتئاب عنه في حالة من لم يصابوا بالاكْتئاب. (Onitilio,et al,2006)، أين وجد Dimatteo وزملائه(2000) أن القاسم المشترك في العلاقة بين الاكْتئاب والنِجاة من السرطان هو عدم الالتزام بالعلاج الذي يتزايد بين المرضى المصابين بالاكْتئاب. (Kissane، 2010)

واستنادا للنتائج السابقة يمكننا اعتبار متغير الإِزمان فاعلا في العلاقة بين إدراك المرض والمتغيرات المستقلة في دراستنا خاصة لدى ذوي الإِزمان المنخفض.

4-8) بالنسبة لمتغير نوع العلاج:

- جاءت العلاقة بين الهُوية و القلق و الاكْتئاب و بين متغير نوع العلاج دالة وقوية لدى نوع العلاج الإشعاعي و الكيميائي و لدى المتوقفين عن العلاج.

- كما جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكْتئاب و ارتباطهم بنوع العلاج دالة عند (الزمانية) و عند (العواقب، التساوق، الدورية، الانفعالية مع الاكْتئاب) بالنسبة لذوي العلاج الإشعاعي، أما لدى ذي العلاج الكيميائي فكانت دالة عند(الدورية و الانفعالية) و عند (العواقب و التحكم في العلاج مع الاكْتئاب)، و لدى المتوقفين عن العلاج كانت العلاقة دالة في كل الأبعاد ما عدا بعد (السيطرة الذاتية) و بعد (الدورية مع القلق).

- أما في العلاقة بين أسباب المرض و بين القلق و الاكْتئاب و ارتباطهم بنوع العلاج فلقد جاءت دالة عند (الأسباب النفسية و الأسباب الوراثية و الأسباب الإعتقادية/الدينية مع الاكْتئاب) لدى العلاج الإشعاعي، و دالة عند(الأسباب النفسية و الوراثية/العائلية)لدى العلاج الكيميائي و لدى المتوقفين عن العلاج.

- جاءت العلاقة بين الهُوية و القلق و الاكْتئاب و بين متغير نوع العلاج دالة وقوية لدى نوع العلاج الإشعاعي و الكيميائي و لدى المتوقفين عن العلاج.

- كما جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بنوع العلاج دالة مع (الزمانية) و مع (العواقب، التساوق، الدورية، الانفعالية عند الاكتئاب) و منه جاء مجموع الأبعاد بالنسبة لذوي العلاج الإشعاعي دال عند الاكتئاب فقط، أمّا لدى ذي العلاج الكيميائي فكانت دالة، و لدى المتوقفين عن العلاج كانت العلاقة دالة .

- أما في العلاقة بين أسباب المرض و بين القلق و الاكتئاب و ارتباطهم بنوع العلاج فلقد جاءت دالة مع كل الأسباب النفسية عند الاكتئاب لدى العلاج الإشعاعي، و دالة لدى العلاج الكيميائي و لدى المتوقفين عن العلاج.

أين جاءت نتائج الدراسة تتفق مع ما جاءت به دراسة Ferreira وزملائه(2010)حول تصورات المرض و الآثار الثانوية للعلاج السرطاني في إطار الالتزام بالعلاج عند مرضى السيدا،و إلى مدى تأثير أبعاد تصور المرض على الالتزام بالعلاج السرطاني من جهة، و من جهة أخرى هدفت إلى البحث عن التصورات حول الآثار الثانوية للعلاج، و أعراض المرض، و مدى تقييم المريض لأعراض المرض من خلال الالتزام العلاجي، و أخذت العينة من 61 مريضا مصابا بالسيدا، و وجدت بان تصورات المرض تفسر التنوع في الالتزام بالعلاج.

وهذا ما جاء في دراسة هدفت إلى تقييم الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي و الضغوط النفسية لدى مريضات سرطان الثدي، و شملت العينة 238 مريضة بسرطان الثدي، و قد تمت مقابلة العينة 5 مرات خلال الجرعات الستة الأولى للعلاج، حيث ظهرت الأعراض التالية: غثيان، تساقط الشعر، إرهاق، على أكثر من 80% من المريضات و عند الجرعة السادسة 46% من المريضات بدأن يفكرن بالتوقف عن العلاج، و لكن عددا قليلا منهن أبلغ الطاقم الطبي بذلك و على العكس فإن الضغط النفسي كان أقل حساسية للعلاج مع مرور الزمن.

وهذا التأثير للعلاج أشارت إليه عدة دراسات حيث تشير دراسة Marassatte,R وزملائها(1992) إلى أن كلاً من القلق والاكتئاب يزداد لدي المصابات بسرطان الثدي اللواتي يتم معالجتهن بالعلاج (الإشعاعي) وذلك بعد العلاج الجراحي، ولم تتطرق الدراسات السابقة إلي المقارنة بين أنواع العلاجات إلا أن دراسة Marassatte,R وزملائها(1992) أظهرت أن العلاج الإشعاعي يزيد من إمكانية الإصابة بالقلق والاكتئاب وكذلك دراسة Lover,R وزملائها(2002) التي أظهرت أن العلاج

الكيميائي له أعراض جانبية تؤثر بشكل كبير على الوضع الجسدي للمرأة وبالتالي يؤثر نفسياً واجتماعياً عليها. (الحجار، 2003)

وهكذا كانت الطرق التي يؤثر بها الاكتئاب على الانتظام بالعلاج المضاد للسرطان:

- عدم القدرة على الربط بين المعلومات الخاصة بتشخيص مرض السرطان ومعلومات العلاج.
- نقص الحافز على العناية بالذات وصعوبة التخطيط.
- المفاهيم الصحية السلبية والتشاؤم بشأن العلاج.
- الابتعاد عن السلوك الذي يهتم بالصحة.
- العزلة الاجتماعية والانسحاب.
- قصور استخدام موارد المجتمع.
- تزايد صعوبة تحمل الآثار الجانبية للعلاج.

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

- حالات القلق عند المرضى بعد ستة إلى ثمانية أشهر.
- أعطت الدراسة تنبؤ بظهور الاكتئاب بعد العلاج من خلال اعتقاد إزمانيّة المرض.
- استخدام المريض لأساليب التدبير، و توفر المعلومات عند المريض قبل العلاج تعطي دلالة إحصائية في التنبؤ بالتخفيف من المرض. (أبركان، 2013)

كما نلاحظ من خلال التحليلات السابقة لعلاقة إدراك المرض بالقلق والاكتئاب وارتباطهم بالمتغيرات الوسيطة، أن بعد السيطرة الذاتية لا نجده دالاً في كل المتغيرات الوسيطة إلا عند مرتفعي التعليم مع القلق و الاكتئاب، و منخفضي المستوى الاجتماعي و منخفضي الأزمان مع الاكتئاب، وبشكل

عام نفسر عدم دلالة بعد السيطرة الذاتية في أنّ شعور الفرد بالتمكن يمكن تحقيقه من خلال الاعتقاد بأن المرض يمكن السيطرة عليه، ووفقا لهذا أشارت 66% من النساء إلى أنهن يعتقدن أن في وسعهن التأثير على مسار أو تكرار مرض السرطان، بينما تعتقد بعض النساء أن السرطان يمكن السيطرة عليه بواسطة الطبيب، وذكر تايلور أن التمكن يتم التحقق منه إما من خلال الأساليب النفسية، مثل تطوير موقف إيجابي مثل التأمل، والتويم المغناطيسي الذاتي، أو نوع من الدعم السببي، أو عن طريق تقنيات سلوكية مثل تغيير النظام الغذائي، وتغيير الأدوية، والوصول إلى المعلومات أو السيطرة على الآثار الجانبية وتساهم هذه العمليات في حالة الإتيان وهو أمر أساسي للتقدم نحو حالة من التكيف المعرفي. (تايلور، 2008)

و تشير الأبحاث أيضا إلى أن المرضى الذين أنّ لهم سيطرة على مرضهم هم في وضع أفضل من أولئك الذين لا يرون أنفسهم بهذه السيطرة، كما ويطوّر المرضى عددا من المعتقدات حول السيطرة على المرض: فبعض مرضى السرطان قد يعتقدون أنهم قادرون على منع عودة المرض من خلال العادات الصحية الجيدة أو بمحض الإرادة، و قد يعتقد مرضى آخرون أنه يمكنهم السيطرة على مرضهم عن طريق الالتزام بالعلاج و بتوصيات الطبيب. أين تشير بعض الدراسات أنّ مرضى السرطان الذين اعتقدوا أنهم يسيطرون على مرضهم تكيفوا للمرض بصورة أفضل ممن لم يكن لديهم مثل هذا الاعتقاد. (تايلور، 2008)

و هكذا، فالسيطرة الذاتية لا تساعد في التعامل مع الاضطرابات الحادة و معالجتها فحسب، وإنما في التعامل مع التدهور بعيد المدى، و الناجم عن المرض المزمن أيضا.

ونفس الملاحظة لاحظناها بالنسبة في بعد أسباب المرض عند مجموعة الأسباب الإعتقادية/الدينية، و التي جاءت دالة في كل العلاقة ما عدا مع ذوي العلاج الإشعاعي عند الاكتئاب، و نوع المرض في سرطان الثدي عند القلق و هذا ما طابق الدراسات التي جمعها (زعطوط، 2014) أين تشير دراسة Alcorn (2010) وزملائه إلى نسب متقاربة مع دراستنا، حيث وجدوا أن 81% من مرضى السرطان يصفون أنفسهم بالمتدينين الجيدين و 93% منهم يتمتعون بروحانية spirituality مرتفعة، كما اعتقد 78% منهم أن التدين أو اللياقة الروحية تلعب دورا هاما في خبرة أو معايشة السرطان.

وأشار (Laumeier) إلى أثر التدين في نوعية حياة المرضى المصابين بالسرطان، حيث تؤدي خبرة التدين والتعلق بالله إلى تسهيل نشوء معنى للمرض مما يمكن الفرد من مواجهته Holt (2011) وهو ما ظهر في دراسة Wilds وزملائه (2009) لدى مريضات سرطان الثدي حيث تتمتعن بروحية وتدين عاليتين. وتؤكد دراسة Vallurupelli في استكشافهم للتكيف الروحي والديني لدى المصابين بالسرطان

المتقدم الذين يتلقون علاجاً تطيفياً أن 94% منهم أكدوا أهمية العامل الديني في مساعدتهم على المواجهة.

كما توصل Kandasamy (2011) إلى نتائج قريبة في دراسته التي تناولت الروحانية والضيقة أو الكرب النفسي والاكتئاب والقلق، وهدفت الدراسة إلى استكشاف أثر الرفاه الروحي Spiritual Well Being، على الأعراض السلبية مثل الكرب النفسي لدى مرضى العلاج التطيفي المصابين بالسرطان، وخلصت إلى وجود ارتباط سالب بين مستوى الروحانية و الأعراض المهددة لنوعية الحياة. وهي قريبة أيضاً من دراسة Nelson (2009) عن دور الروحانية والتدين في الاكتئاب لدى مرضى السرطان (البروستاتا)، حيث أشارت النتائج إلى ارتباط سالب لكن ضعيف $R = -0.23$ ($P < 0.05$) بين التدين والاكتئاب، بينما وصل الارتباط إلى -1.28 بين الاكتئاب والروحانية، حيث يبدو المريض الغربي مهتماً أكثر بالمفاهيم الروحانية مثل السلام الداخلي، ومعنى الحياة منه بالمفاهيم الكلاسيكية للدين.

كما أشارت بعض النتائج إلى العلاقة السالبة بين التدين والشعور بالتحكم أو القدرة على إدارة الذات، و تطرح هنا إشكالية مركز الضبط الداخلي مقابل مركز الضبط الخارجي الذي يشيع لدى المتدينين ويعتبره البعض معرقلاً للتوافق النفسي. غير أن بعض الدراسات أشارت إلى دور الضبط الخارجي في التخفيف من أعراض الصدمة التالية للسرطان. كما ظهرت هذه العلاقة السالبة بين التدين وبين كل من النشاط الرياضي والصحة المدركة والوزن الصحي والأعراض الذهانية.

واستناداً للنتائج السابقة يمكننا اعتبار متغير نوع العلاج فاعلاً في العلاقة بين إدراك المرض والمتغيرات المستقلة في دراستنا خاصة لدى ذوي العلاج الإشعاعي.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى عرض النتائج و مناقشتها و فقا للفرضيات المطروحة وقد توصلت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

- ارتفاع إدراك مرضى السرطان في كل من بُعد العواقب، والسيطرة الذاتية والعلاجية، وتساوق المرض، والدورية، والآثار الانفعالية، وانخفاضه نسبياً في بُعد الزمانية مقارنة مع متوسط الإجابات.

- وجود فروق في أبعاد المرض باختلاف الجنس والمستوى الاجتماعي و في مدة الإزمان، بينما توجد فروق باختلاف السن عند أبعاد (التساوق و السيطرة الذاتية و الانفعالية) لصالح صغار السن، و فروق

باختلاف المستوى التعليمي عند أبعاد (الزمانية، التساوق، السيطرة الذاتية، الدورية، الانفعالية) لصالح مرتفعي المستوى التعليمي، و فروق باختلاف المستوى الاقتصادي عند بُعد (العواقب) لصالح مرتفعي المستوى الاقتصادي.

-ارتباط بُعد الهوية بالأعراض المصاحبة، وعدم وجود فروق دالة باختلاف الجنس و السن و المستوى التعليمي و الاجتماعي و الاقتصادي و في مدة الإزمان.

- ارتفاع دلالة الفروق الأسباب النفسية و السلوكية و الإعتقادية/الدينية، و انخفاض بسيط في دلالة الأسباب الوراثية/العائلية.مع عدم دلالة الفروق في أسباب المرض باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والاجتماعي و في مدة الازمان.

- وجود القلق و الاكتئاب لدى مرضى السرطان، وارتفاعهما لصالح الإناث مقارنة بالذكور

- جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و القلق و الاكتئاب، دالة مع جميع الأبعاد و بارتباط قوي مع بُعد الانفعالية، ودال بعلاقة عكسية مع أبعاد (التحكم في العلاج و فهم المرض و السيطرة على المرض)، أي كلما زادت درجة هذه الأبعاد، كلما نقص مستوى القلق و الاكتئاب

- دلالة الارتباط بين الهوية وبين القلق و الاكتئاب، والتي توضح ارتباط مستوى القلق و الاكتئاب بزيادة تواجد الأعراض المرضية لدى مرضى السرطان

وهكذا تلخصت الدراسة بإثبات العلاقة بين أبعاد إدراك المرض و استجابتي القلق و الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

الاستنتاج العام:

هدفت الدراسة إلى استكشاف أبعاد إدراك المرض لدى مرضى السرطان و علاقتها بمستوى القلق و الاكتئاب لدى هذه العينة و من هذا المنطلق النظري و التطبيقي تمكنا من الوصول إلى إجابات للفرضيات المصاغة و الإشكاليات المطروحة، و من خلال النتائج التي تمّ التوصل إليها في هذه الدراسة، و من الملاحظات التي تُظهر التزايد المخيف في الإصابة بالأمراض المزمنة، ننطلق لتوجيه الاهتمام بهذه الفئة المصابة و خاصة بفئة مرضى السرطان، و الذين يصطدمون فور إصابتهم بالمرض بعوامل نفسية و اجتماعية و اقتصادية تحول دون تحقيق توازنهم النفسي و الاجتماعي، و بالتالي لإخفاقهم في بلوغ أقصى طاقاتهم اللازمة لتحقيق الرفاهية لهم و لمجتمعهم.

ووفقا على ما سبق و على ما توصلت إليه نتائج الدراسة، اتضح بأن استجابتي القلق و الاكتئاب ترتبط بعملية إدراك المرض لدى المريض المصاب بالسرطان حسب اختلاف الأبعاد، و بأن سن و جنس و المستوى التعليمي و الاقتصادي و الاجتماعي و نوع المرض و نوع العلاج، يؤدون دورا مهما على مستوى هذه العلاقة.

كذلك و من خلال نموذج تنظيم الذات المرتبط بالمرض و للأهمية التي يمثلها في مجال الصحة النفسية، تتجه إلينا ضرورة الاهتمام بالجوانب المعرفية للمريض من طرف الأخصائيين النفسيين كمحاولة ضرورية لتجنب الاستجابات غير التكيفية المصاحبة للمرض، للوصول به إلى حالة صحية جسدية و نفسية جيدة.

المراجع:

المراجع العربية:

- 1) أحمد عكاشة. (1998). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 2) إس جي هوفمان. (2012). العلاج المعرفي السلوكي. (مراد عيسى، المترجمون) دار الفجر للنشر والتوزيع: القاهرة.
- 3) أشرف محمد عبدالغني، صبرة، محمد علي. (2004). الصحة النفسية و التوافق النفسي. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 4) أحمد تيغزة. (2016). التهافت على استعمال ما يدعى بصدق الاتساق الداخلي ومواطن قصورها .
<https://www.facebook.com/mhamed.tighezza.7/posts/549680868558198>
<https://www.facebook.com/mhamed.tighezza.7/posts/549680868558198>
- 5) أنور الحمادي. (2015). خلاصة الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية. لبنان: الدار العربية للعلوم ناشرون.
- 6) بشير إبراهيم الحجار. (2003). التوافق النفسي و الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة و علاقته ببعض المتغيرات. غزة: قسم علم النفس الجامعة الإسلامية.
- 7) بشير معمريّة. (2012). أساسيات القياس النفسي و تصميم أدواته. الجزائر: دار الخلدونية.
- 8) حامد عبد السلام زهران. (1997). الصحة النفسية و العلاج النفسي (ط3). القاهرة: عالم الكتب.
- 9) خميسة قنون. (2007). الدعم الاجتماعي المدرك و علاقته بالاكتئاب لدى المصابين بالأمراض الإبتنائية. بسكرة: قسم علم النفس و علوم التربية الارطوفونيا جامعة محمد خيضر.
- 10) دانيا الشبؤون. (2011). القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين. مجلة جامعة دمشق، 27(العدد 3)
- 11) رشاد عبدالعزيز. (1993). علم النفس المرضي. القاهرة: مؤسسة المختار للنشر و التوزيع.

المراجع

- 12) رمضان زعطوط. (2005). علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة. الجزائر: قسم علم النفس و علوم التربية الجامعة قاصدي مرياح-ورقلة.
- 13) رمضان زعطوط. (2014). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين و علاقتها ببعض المتغيرات.رسالة غير منشورة، ورقلة الجزائر: قسم العلوم الاجتماعية جامعة قاصدي مرياح-ورقلة.
- 14) رياض نايل العاسمي.(2016).علم نفس الصحة الإكلينيكي.الأردن:دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- 15) شيلي تايلور. (2008). علم النفس الصحي (المجلد 1). (وسام درويش بريك و فوزي شاكر طعيمة، المترجمون) الأردن، عمان: دار الحامد للنشر و التوزيع.
- 16) صالح أبركان. (2013). إدراك المرض و أساليب التدبر لدى مرضى التكلس الرئوي (السيليكوز). مجلة الدراسات التربوية و النفسية ،7.
- 17) طه عبد العظيم. (2007). العلاج النفسي المعرفي. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر.
- 18) عبدالسلام الذويبي. (2006). علم الاجتماع الطبي. لبنان: دار الشروق للنشر و التوزيع.
- 19) عبد الفتاح الدويدار.(2007). في علم النفس الطبي و المرضي الإكلينيكي. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 20) عبد الله حسن فقيه. (2002). دراسات إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهتدة للحياة.السعودية،المعهد الإسلامي للبحوث والتدريب، السعودية.
<https://www.eajaz.org/.../835-Clinical-studie, psychological-symptoms>
- 21) عبد الله عسكر.(1988).الاكتئاب النفسي بين النظرية و التطبيق. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 22) عبد الله عسكر و عبد الستار ابراهيم. (1999). علم النفس الاكلينيكي (المجلد 2). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

المراجع

- (23) كاتلين فوس و راي بيومستري. (2016). المرجع في التنظيم الذاتي: بحث و نظرية و تطبيقات. (وليد شوقي شفيق سحلول، المترجمون) السعودية: دار العبيكان للنشر و التوزيع.
- (24) مجدي أحمد عبدالله. (2000). علم النفس المرضي. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- (25) محمد أحمد شلبي. (2001). مقدمة في علم النفس المعرفي. القاهرة: دار غريب للطباعة.
- (26) محمد الحجار. (1989). الطب السلوكي المعاصر. الازاريطة: دار المعرفة الجامعية.
- (27) محمد بدر الأنصاري. (1996). الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان. الكويت: كلية العلوم الاجتماعية.
- (28) مدحت عبد الله أبو زيد. (2001). الاكتئاب دراسة في السيكوباتومتريه. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- (29) مصطفى عشوي. (2015). مدخل إلى علم النفس المعاصر (المجلد الطبعة الثالثة). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- (30) مصطفى فهمي. (1998). "الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف"، القاهرة، مكتبة الخانجي. ط5
- (31) موريس أنجرس. (2006). منهجية البحث العلمي. (بوزيد صحراوي و كمال بوشرف و ستعون، المترجمون) الجزائر: سعيد دار القصبة.

المراجع الأجنبية:

Adam childhood cancer society: (2016 ,02 17) .Adams,A ،2017 ,04 25 .(2016 ,02 17) .Adam childhood cancer society: <http://www.adamcs.org/anxiety.htm>

- 33)–Adams,D(2016 ,02 12) .mdf .(Adamcs ،2017 ,04 25 Adam childhood cancer society: <http://www.adamcs.org/depres.htm>
- 34)–Adeline Papat.(2007).LA PERCEPTION DE LA MALADIE ET LE COPING CHEZ LES PERSONNES FIBROMYALGIQUES .thèse. Université de Toulouse–le–Mirail.
- 35)–Alexa,R,K.stef berger,I.P,Voelmeeek.W. et Bwder .(2006) .Illness perception and related outeome ammong women wiht fibromyalgia sundrome. Issues: Women's Health.
- 36)–Arthu metal Nezu .(2003) .Handbook of psyghology .(9) newjersey: jhenwiley end son inc.
- 37)–Durand, B.MJ,Coutu,MF.,Coté D.,et Ngomo Raymond. (2008) L'infiancedes représentation de la maladie,de la douleur,et de la guérison dur le processus de réadaptation au travail . Québec: institut de recherche Robert–Sauvé en santé et sécurité de travail.
- 38)–Ferreira C. et al. (2010) . Les representations de la maladie et des effets secondaires du traitement antiretroviral comme determinants de l’observance chez les patients VIH.Annales Me´dico–Psychologiques 168 25–33
- 39)–Florence Cousson.gelie .(2001) .Concepts,stress coping,stratégis de coping élaborées pour faire face à une maladie grave,l'exemple des cance . Rechareche en soins infirmiers.
- 40)–Fondation Roche .(2011 ,07 7) .Fondation Roche ،2017 ,04 27 Les maladies chroniques:http://www.fondationroche.org/fr/nous_connaitre/definition_maladie_chronique.html

- 41)–Hopman,P.,Rijken, M.(2015).Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho–Oncology*.
- 42)–Howard,Claire,hellas,N,Wray,J.O, et carby,M Claire .(2009) .The relationship between illness perception and panic in chronic obstructive pulmonary diseases .*Behavior research and therapy*
- 43)–Leventhal et brissette.(2003).The Common Sense Model of Self Regulation of Health and Illness: The Self–Regulation of Health and Illness Behaviour
- 44)–Lise J.Estcourt,Deborah Pinchon, Emily Symington,Anne M. Kelly, Carolyn Doree, Susan Brunskill, Liz Glidewell,7 and Simon Stanworth.(April 2014) .Does bleeding affect patient–reported outcome measures in patients with myelodysplasia or hematologic malignancies: a systematic review. *TRANSFUSION* Volume 54.
- 45)–Llewellyn,D,Mank,Gurk,M,et Weinmanr,J., Carrie .(2007) .Illness and treatment beliefs in head and neck cancer:is Leventhal's common sense model a useful framework for ditermining change in outcome over time ?*Journal of psychosomatic research*.
- 46)–Maj M, D, Sartorius N,eds –Chichester: Wiley, Kissane (2010) . google.dz ,2017 ,04 25.wpanet.org:www.wpanet.org/ uploads/Education/ Depression and Cancer Slide ARAB.ppt
- 47)–Meyer H.,D.,et Nerenz,R., Leventhal .(1980) .The common sense representation of illness danger in:Rachmans .New York: contribution to medical psychology.

48)–Moss Morris R.J., Petrie R., & Weinman K.J. (1996). Functioning in Chronic fatigue syndrome : do illness perceptions play a regulatory role ?, British Journal oh Health Psychology

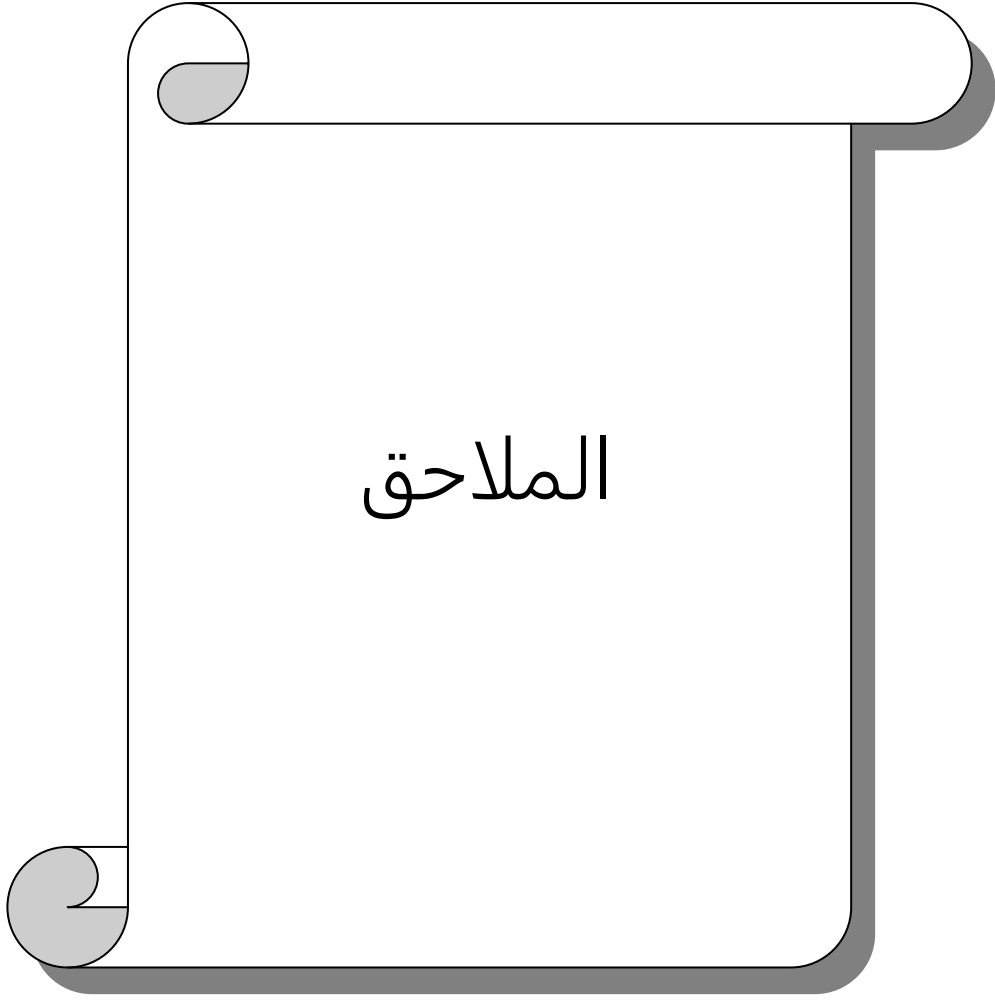
49)– Moss Morris R.J., Weinman K.J., Petrie R.,Horne R., Camern L.D.,& Buik D.,(2002).The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ–R). Psychology and Health ; 17: 1–16.

50)–Reesa,G.A. Fryb,A. Cullc and S.(2004). Suttons ILLNESS PERCEPTIONS AND DISTRESSIN WOMEN AT INCREASED RISK OFBREAST CANCER, Psychology and Health December, Vol. 19, No. 6,

51)–R, et Flokman,S Lazarus .(1981) .Coping springer publishing company,ne inventory .toronto,Ontario: Muttit–Health Systems.

52)–Sillamy.N .(1983) .Dictionnaire usuel de psychologie .paris: Bordas.

53)–Traci Mann.Denise de Ridder.Kentaro Fujita.(2013).Self–Regulation of Health Behavior:Social Psychological Approaches to Goal Setting and Goal Striving. Health Psychology ., Vol. 32, No. 5, 487–498.



الملاحق

الملحق رقم (01)

استبيان إدراك المرض (IPQ-R)

جامعة قاصدي مرياح – ورقلة /كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية/تخصص علم النفس العيادي

الاستبيان:

أخي، أختي تحية طيبة، أما بعد :

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

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

مثال:

الفقرة	موافق تماما	موافق	لا أدري	لست موافق	لست موافق تماما
مرضي سيدوم طويلا				×	

البيانات الشخصية :

الجنس: ذكر أنثى

السن:

المستوى التعليمي:

المستوى الاجتماعي : متزوج عازب مطلق ارمل

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

نوعية المرض: ومكانه من الجسم (الموضع).....

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

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

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

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

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

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

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

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

الملحق رقم (02)

المقياس الاستشفائي للقلق و الاكتئاب (HADS)

الرجاء التكرم بوضع (x) على العبارة التي تصف إحساسك الحالي

1- أشعر أنني متوتر :

(3) معظم الوقت

(2) في كثير من الأوقات

(1) أحيانا

(0) لا أكون متوتر البتة

2- ما زلت أستمتع بالأشياء التي كنت أستمتع بها :

(0) بنفس القدر

(1) أقل قليلا

(2) بقدر بسيط

(3) بقدر لا يذكر

3- يبتابني شعور بالخوف من أن يحدث أمر فظيع سيقع :

(3) بكل تأكيد وبصورة سيئة

(2) نعم ولكن ليس بالقدر الكبير من السوء

(1) يحدث بقدر قليل ولكن لا يقلقني

(0) لا يبتابني مثل هذا الشعور البتة

4- يمكنني أن أضحك وأرى الجوانب المضحكة في الأشياء :

(0) نعم بقدر كبير كما كنت أفعل من قبل

(1) نعم ولكن بقدر أقل قليلا الآن

(2) بكل تأكيد بقدر قليل الآن

(3) لا يمكنني البتة أن أفعل ذلك

5- تبتابني الأفكار المقلقة :

(3) معظم الأوقات

(2) في كثير من الأوقات

(1) أحيانا

(0) بالمناسبات فقط

6- أحس أنني منشرج :

(3) لا أحس بالانشراح إطلاقا

(2) لا أحس بالانشراح كثيرا

(1) أحس بالانشراح أحيانا

(0) أحس بالانشراح في أغلب الأوقات

7- أجلس بارتياح وأحس بالاسترخاء :

(0) بكل تأكيد وفي كل الأوقات

(1) غالبا

(2) أحيانا

(3) لا يمكنني أن أفعل ذلك إطلاقا

8- أشعر أنني بطيء ومتهالك :

(3) كل الوقت تقريبا

(2) معظم الوقت تقريبا

(1) أحيانا

(0) لا ينتابني هذا الشعور إطلاقا

9- أحس بالخوف لدرجة أن تنتابني الأوجاع في البطن :

(0) لا ينتابني هذا الإحساس إطلاقا

(1) ينتابني بالمناسبات فقط

(2) ينتابني بكثرة

(3) ينتابني بكثرة شديدة

10- فقدت الاهتمام بمظهري :

(3) مؤكد

(2) لا أهتم بالقدر المطلوب

(1) قد لا أهتم بالقدر الكافي

(0) أهتم كعاداتي دائما

11- أشعر بالقلق كأنما الدور علي لأداء شيء ما:

(3) بشدة

(2) كثيرا

(1) أحيانا

(0) لا يحدث إطلاقا

12- أتطلع لأن أستمتع بالأشياء من حولي :

(0) كما تعودت دائما

(1) أقل مما كنت أفعل

(2) بكل تأكيد أقل مما كنت أفعل

(3) بصعوبة

13- يبتابني شعور فجائي بالهلع والذعر:

(3) كثيرا جدا

(2) كثيرا

(1) قليلا

(0) لا يحدث إطلاقا

14- يمكنني الاستمتاع بالكتاب الجيد أو البرامج الإذاعي أو التلفزيوني الجيد:

(0) دائما

(1) بعض الوقت

(2) قليلا

(3) نادرا

الملحق رقم (03)

2-BY AGE

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
الهوية	Inter-groupes	13.282	1	13.282	1.139	.289
	Intra-groupes	967.730	83	11.659		
	Total	981.012	84			
متوسطزمانية	Inter-groupes	.467	1	.467	1.052	.308
	Intra-groupes	36.796	83	.443		
	Total	37.263	84			
متوسطعواقب	Inter-groupes	.847	1	.847	1.762	.188
	Intra-groupes	39.912	83	.481		
	Total	40.760	84			
متوسطتساوق	Inter-groupes	8.565	1	8.565	7.155	.009
	Intra-groupes	99.358	83	1.197		
	Total	107.923	84			
متوسطدورية	Inter-groupes	.731	1	.731	.918	.341
	Intra-groupes	66.109	83	.796		
	Total	66.840	84			

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
متوسطسيطرة	Inter-groupes	8.565	1	8.565	7.155	.009
	Intra-groupes	99.358	83	1.197		
	Total	107.923	84			
متوسطعلاجي	Inter-groupes	.847	1	.847	1.762	.188
	Intra-groupes	39.912	83	.481		
	Total	40.760	84			

ANOVA à 1 facteur

متوسطانفعالي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	8.565	1	8.565	7.155	.009
Intra-groupes	99.358	83	1.197		

Total 107.923

84

3- BY EDU

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
	Inter-groupes	45.678	2	22.839	2.002	.142
الهوية	Intra-groupes	935.334	82	11.407		
	Total	981.012	84			
	Inter-groupes	3.467	2	1.734	4.206	.018
متوسطزمانية	Intra-groupes	33.796	82	.412		
	Total	37.263	84			
	Inter-groupes	2.481	2	1.240	2.657	.076
متوسطعواقب	Intra-groupes	38.279	82	.467		
	Total	40.760	84			
	Inter-groupes	13.402	2	6.701	5.814	.004
متوسطتساوق	Intra-groupes	94.521	82	1.153		
	Total	107.923	84			
	Inter-groupes	4.718	2	2.359	3.114	.050
متوسطدورية	Intra-groupes	62.122	82	.758		
	Total	66.840	84			

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
	Inter-groupes	13.402	2	6.701	5.814	.004
متوسطسيطرة	Intra-groupes	94.521	82	1.153		
	Total	107.923	84			
	Inter-groupes	2.481	2	1.240	2.657	.076
متوسطعلاجي	Intra-groupes	38.279	82	.467		
	Total	40.760	84			

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
	Inter-groupes	13.402	2	6.701	5.814	.004
متوسطدورية	Intra-groupes	94.521	82	1.153		
	Total	107.923	84			

متوسط انفعالي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	13.402	2	6.701	5.814	.004
Intra-groupes	94.521	82	1.153		
Total	107.923	84			

4-BY ECO

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
الهوية	Inter-groupes	65.464	2	32.732	2.944	.058
	Intra-groupes	900.571	81	11.118		
	Total	966.036	83			
متوسط زمانية	Inter-groupes	.971	2	.485	1.085	.343
	Intra-groupes	36.257	81	.448		
	Total	37.228	83			
متوسط عواقب	Inter-groupes	5.168	2	2.584	3.467	.036
	Intra-groupes	60.368	81	.745		
	Total	65.536	83			
متوسط تناووق	Inter-groupes	2.911	2	1.455	1.552	.218
	Intra-groupes	75.970	81	.938		
	Total	78.880	83			
متوسط دورية	Inter-groupes	4.071	2	2.035	2.628	.078
	Intra-groupes	62.725	81	.774		
	Total	66.796	83			

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
متوسط نفسي	Inter-groupes	17.721	2	8.861	10.171	.000
	Intra-groupes	70.565	81	.871		
	Total	88.287	83			

متوسط رائي	Inter-groupes	1.430	2	.715	1.481	.234
	Intra-groupes	39.100	81	.483		