

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية
مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي



ميدان: علوم اجتماعية

: علم النفس العيادي

: بن قرينة عاتكة

:

مستوى الاكثئاب لدى مرضى السرطان

دراسة ميدانية على عينة من مرضى السرطان بمستشفى محمد بوضياف -
بورقلة -

:

رئيسا

()

. بو عافية خالد

()

. هية

()

. بن مجاهد فاطمة الزهراء

السنة الجامعية: 2017 / 2018

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية
مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي



ميدان: علوم اجتماعية

: علم النفس العيادي

: بن قرينة عاتكة

:

مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان

دراسة ميدانية على عينة من مرضى السرطان بمستشفى محمد بوضياف-بورقلة-

:

رئيسا.....

: بو عافية خالد.....

.....

: باعلي زهية.....

.....

: بن مجاهد فاطمة الزهراء.....

2018 /2017 :

الله أكبر

الإهداء:

إلى والدَي، محاولة لسداد دين لا يمكن سداده

إلى من جمعني بمن رحم الأم: حفصة و باية وإلى جميع أشقائي كل باسمه

إلى من جمعني بهم الأيام فكانوا إخوة وسندا... أسماء، وكل أخواتي

إلى اللذين لم ييخلوا علي بعلمهم، أو جهدهم، أو

نصحتهم، ومساندتهم

إلى جميع مرضى السرطان اللذين أرجو من الله أن يلبسهم

لباس الصحة والعافية إليهم جميعا أهدي هذا العمل المتواضع

عائكة



شكر وتقدير:

الشكر لله أولا وأخيرا أن من علي بمهاته اللحظة

ثم للدكتورة بن مجاهد فاطمة الزهراء لقبولها الإشراف على هذا العمل، ولا
يفوتني أن أقدم خالص الشكر والتقدير للجنة المناقشة، ولكل من علمني
حرفا ولقني درسا طيلة مشواري الدراسي.



:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى السرطان المتواجدين بمستشفى محمد بوضياف -ورقلة- في ظل مجموعة من المتغيرات الوسيطة وهي: الجنس، الحالة الاجتماعية، والعضو المصاب لدى النساء.

وتتمحور الدراسة حول مجموعة من التساؤلات تمثلت في:

1- ما مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين المصابات بالسرطان تعزى للعضو المصاب؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى للحالة الاجتماعية؟

وقد تمثلت عينة الدراسة في مرضى السرطان بمستشفى محمد بوضياف-ورقلة- والتي تم اختيارها بالطريقة العرضية (المتاحة)، وقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي الاستكشافي، الذي يناسب طبيعة الموضوع.

أما أدوات جمع البيانات فتمثلت في:

مقياس "بيك" لقياس درجة الاكتئاب "B.D.I" لصاحبه آرون بيك والذي قام بترجمته غريب عبد الفتاح غريب (1985).

- وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان أفراد العينة خفيف.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين المصابين بالسرطان تعزى لمتغير الجنس.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين المصابات بالسرطان تعزى للعضو المصاب، لصالح المصابات بسرطان الثدي

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية:

الاكتئاب، السرطان.

Study Summary:

The current study aims to determine the level of depression in a sample of cancer patients in Mohammed Boudiaf Hospital - and the burden of a range of intermediate variables: gender, marital status and the affected member of women.

The study is centered around a series of questions:

1. What is the level of depression in cancer patients?
2. Are there statistically significant differences in the degree of depression attributable to the gender variable?
3. Are there any statistically significant differences in the degree of depression among cancer patients attributable to the affected member?
4. Are there any statistically significant differences in the degree of depression attributable to the social situation?
5. The sample of the study was in patients with cancer at Mohamed Boudiaf-Ouargla Hospital, which was selected by the random way (available). The exploratory approach was adopted to suit the nature of the subject.

Data collection tools were represented in:

Beck's scale for measuring the degree of depression (B.D.I) by Aaron Beck, translated by Ghareeb Abdul Fattah Gharib (1985).

The study has reached the following results:

1. Level of Depression in Cancer Patients The sample is mild.
2. There are no statistically significant differences in the degree of depression attributed to the gender variable.
3. There are significant differences in the degree of depression among cancer patients attributed to the injured member, in favor of breast cancer patients.
4. There are no significant differences in the degree of depression among cancer patients attributed to the variable social situation.

Key words:

Depression, cancer.

فهرس المحتويات:

الموضوع	الصفحة
III	الإهداء
IV	الشكر وتقدير
V	ملخص الدراسة باللغة العربية
VI	ملخص الدراسة باللغة الأجنبية
VII	قائمة المحتويات
IX	قائمة الجداول
أ	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: تقديم الدراسة	
3	إشكالية الدراسة
4	فرضيات الدراسة
5	أهداف الدراسة
5	أهمية الدراسة
5	التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة
6	حدود الدراسة
الفصل الثاني: مرض السرطان	
8	تمهيد
8	تعريف السرطان
8	أعراض السرطان
10	تصنيفات وأنواع السرطان
10	العوامل المساهمة في الإصابة بالسرطان
13	الآثار النفسية للسرطان
14	علاج السرطان
15	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الاكتئاب	
17	تمهيد

17	تعريف الاكتئاب
18	أعراض الاكتئاب
20	أنواع وتصنيفات الاكتئاب
21	التصورات النظرية للاكتئاب
28	أسباب الاكتئاب
30	علاج الاكتئاب
33	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: إجراءات تطبيق الدراسة	
36	تمهيد
36	أدوات الدراسة
38	المنهج المستخدم
40	الدراسة الأساسية
40	الأساليب الإحصائية المستخدمة
الفصل الخامس: عرض النتائج	
42	تمهيد
42	عرض نتائج التساؤل الأول
42	عرض نتائج التساؤل الثاني
43	عرض نتائج التساؤل الثالث
43	عرض نتائج التساؤل الرابع
44	خلاصة الفصل
الفصل السادس: تفسير و مناقشة نتائج الدراسة	
46	تمهيد
46	مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول
47	مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثاني
49	مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثالث
51	مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الرابع
51	خلاصة الفصل
53	خلاصة الدراسة

53	التوصيات
54	قائمة المصادر والمراجع
60	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
39	جدول يوضح توزع عينة الدراسة حسب متغيري الجنس والحالة الاجتماعية	01
39	جدول يوضح توزع عينة الدراسة من النساء حسب العضو المصاب	02
42	جدول يبين مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان	03
42	جدول يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى النساء المصابات بالسرطان باختلاف الجنس	04
43	جدول يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان باختلاف العضو المصاب	05
44	جدول يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان باختلاف الحالة الاجتماعية	06

مقدمة

تعددت الأمراض الخطرة التي تهدد الحياة البشرية في عصرنا اليوم ويعد السرطان من اخطر وأصعب هذه الأمراض فهو يمس كل الدول بمختلف شعوبها ويصيب مختلف الشرائح العمرية من كلا الجنسين، ورغم أن الكثير من الدراسات تعزو نسبة انتشاره السريعة والكبيرة إلى التحولات التي تجري على الغذاء من معالجات كيميائية سواء في فترة زراعتها أو تعليبها أو حفظها، إلا أن هذه العوامل ليست هي الوحيدة المتسببة في الإصابة به، بل يرتبط أيضا بالتحولات التي مست نمط حياة الفرد من الناحية النفسية و الاجتماعية.

وما يميز مرض السرطان أنه يرتبط في ذهن غالبية الناس بالموت، نظرا لخطورته وهو ما قد ينجم عنه العديد من المشكلات الأخرى في التكيف النفسي للمريض وذلك بسبب كونه مرضا مزمنًا تدوم آثاره لفترة طويلة، وقد تنتهي بموت المريض خلال فترة غير محددة من تطور المرض، فطبيعة المرض وطرق علاجه تفرض قيودا على نشاطات المريض الاعتيادية، وتخلق آثارا جانبية غير مرغوبة وهذا ما قد يولد العديد من الاستجابات النفسية الأخرى إضافة للاكتئاب.

(تايلور، 2008)

و لذلك جاءت دراستنا هذه لاكتشاف مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان و ذلك من خلال
البابين (النظري والتطبيقي) اللذان ضما:

أولا:الباب النظري:ويضم ثلاثة فصول

الفصل الأول:اشتمل على إشكالية الدراسة وتساؤلاتها وفرضياتها، وأهمية الدراسة، وأهدافها، و التعاريف الإجرائية للمفاهيم الواردة فيها، وحدودها.

الفصل الثاني:خصص هذا الفصل لمرض السرطان، والذي تضمن تعريف مرض السرطان، تصنيفات السرطان، والعوامل المساهمة في الإصابة به، وأعراضه

بالإضافة إلى الآثار النفسية الناتجة عنه، وكذا علاج السرطان، ثم خلاصة الفصل.

الفصل الثالث:والذي خصص للاكتئاب وتضمن تعريف الاكتئاب، وتصنيفاته، وأعراض الاكتئاب، وكذا أسبابه، بالإضافة إلى لاتجاهات المفسرة للاكتئاب، وعلاج الاكتئاب، والوقاية منه، ثم خلاصة الفصل

ثانياً: الباب الميداني ويضم:

الفصل الرابع: والذي خصص للإجراءات المنهجية، بدءاً بالمنهج المتبع والأدوات المستعملة في جمع البيانات، والخصائص السيكمترية لها، وبعدها تم التطرق للدراسة الأساسية حيث تم فيها وصف العينة والأدوات المستخدمة في جمع البيانات، وإجراءات تطبيقها للأساليب الإحصائية المستخدمة.

أما عن الفصل الخامس: فقد تضمن عرض النتائج وتحليلها

والفصل السادس وقمت فيه بتفسير النتائج استناداً لبعض الدراسات السابقة، وبعدها تم عرض بعض الاقتراحات وفي نهاية الدراسة وردت قائمة للمراجع والملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول

تقديم الدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة

6- حدود الدراسة

1- الإشكالية:

يعتبر مرض السرطان من الأمراض الخطيرة التي تشهد انتشارا كبيرا في هذا العصر فقد أشارت إحصائيات منظمة الصحة العالمية في اليوم العالمي للسرطان -الموافق لـ4 من شهر فبراير لسنة (2016) أن مرض السرطان بمختلف أنواعه يحصد أرواح ما يقارب ثمانية ملايين شخص سنويا، أما على صعيد الإصابات فالأرقام تشير إلى أن عدد المصابين به في العالم بلغ (14مليون) مصاب، حيث يعتبر السرطان ثالث أسباب الوفاة في حوض البحر الأبيض المتوسط، وبالنسبة للجزائر فإن إحصائيات منظمة الصحة تشير إلى أن عدد مصابي مرض السرطان فيها بلغ (37.908) مصاب بالسرطان بمختلف أنواعه. (محمد مروان، 2017)

وأمام هذا الانتشار الكبير لمرض السرطان، وانطلاقا من مبدأ أن العلاقة بين الجسم والنفس علاقة تأثير متبادل، فلا صحة للجسم بمعزل عن صحة النفس ولا صحة للنفس بمعزل عن صحة الجسم، سعت المجتمعات الغربية لتكثيف بحوثها ودراساتها حول هذا المرض ولم تقتصر هذه الدراسات على الناحية العضوية والطبية للمرض وأساليب الاستشفاء منه، بل تعدى الأمر لدراسة مختلف الآثار و الانعكاسات النفسية التي تترتب عن هذا المرض بمختلف أنواعه، ذلك أن خطورة هذا المرض بمختلف أنواعه جعلت منه هاجس يطارد المصابين به، ويؤثر سلبا على حالتهم النفسية.

ومريض السرطان كأى مريض مصاب بمرض خطير تتنابه جملة من مشاعر الحزن والقلق والإحباط واليأس، ذلك أن مرض السرطان يرتبط في ذهن غالبية الناس بالموت القريب والمحتم، خاصة أن هذا المرض له صفة تميزه عن باقي الأمراض الأخرى وهي عملية الانقسام الغير محدود للخلايا وقدرته على غزو أنسجة مجاورة.

وهو ما يؤثر سلبا على حالته النفسية، حيث يمنعه من التمتع بالحياة بسبب الآلام المبرحة المستمرة، والتشوه الجسماني، والإنذار بالموت القريب، فيتغير سلوكه ويصبح أكثر عصبية، فمريض السرطان يتعرض لاضطرابات نفسية وعقلية، خاصة ارتفاع درجة قلق الموت والاكنتاب الذي قد يصل بالمريض إلى حد الانتحار. (جابر محمد جبر 2004، صص 33-34)

وما هو معروف لدى الكثيرين منا أن مرض السرطان وحتى مراحل الاستشفاء منه تصاحبها مجموعة من التغيرات الجسمية (كالغثيان وتساقط الشعر، فقدان الشهية وضعف القدرة الجنسية، اضطرابات النوم وغيرها من الأعراض الأخرى) والتي من شأنها أن تؤثر بصفة أو بأخرى على حالته النفسية، وهو ما تشير له دراسة "لورانس ليشان" التي أجريت على (250) مريضا بالسرطان حيث وجد أن (3/4) المرضى كانوا

يعانون من يأس قاتل وفقدان الأمل في الحياة والإحساس بالفشل، كما لوحظ أن المريض كان منعزلاً انطوائياً، وليس له القدرة على تغيير سلوكه. (نبيلة باوية، 2013، ص3)

وفي نفس الإطار يشير "بشير معمريّة" (2007) إلى أن المصابين بمرض السرطان يتسمون بالقلق وخاصة قلق الموت والاكْتئاب والعجز وانخفاض الدافع ونقص المهارة وقلة بذل الجهد واستعجال للأمر وضعف الشخصية والاستسلام للهزيمة إضافة إلى الجمود والعجز في العلاقات العائلية.

(بشير معمريّة، 2007، ص133)

ورغم أن تايلور أكد في دراسة له أن مرضى السرطان أكثر عرضة للاكتئاب (تايلور، 2008)، إلا أن تشخيص الاكتئاب لدى مرضى السرطان يعتبر تحدياً للمختصين والباحثين في المجال النفسي العيادي ذلك أن معايير تشخيصه حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM5) تتطوي على أعراض عديدة تتداخل مع أعراض السرطان أو الأعراض الجانبية للعلاجات (فقدان الشهية، فقدان الوزن، اضطراب النوم، الإجهاد، فقدان الطاقة، صعوبة التركيز ببطء في الأداء الحركي.... إلخ)

ولذلك وانطلاقاً مما سبق سأحاول في دراستي هذه تسليط الضوء على موضوع الاكتئاب لدى مرضى السرطان وعلاقته بمجموعة من المتغيرات والتي قد يكون لها تأثير على مستوى الاكتئاب (الجنس- العضو المصاب) بالنسبة للنساء- الحالة الاجتماعية)

- وهو ما دفع بي لطرح التساؤلات التالية:

- ما مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين المصابات بالسرطان تعزى للعضو المصاب (سرطان الثدي/ نوع آخر)؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ؟.

2- فرضيات الدراسة:

- مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان مرتفع.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى للجنس.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين المصابات بالسرطان تعزى للعضو المصاب.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى للحالة الاجتماعية.

3- أهداف الدراسة:

- اكتشاف مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

- التعرف على دلالة الفروق لدى أفراد العينة في درجة الاكتئاب حسب المتغيرات (الجنس-الحالة الاجتماعية- العضو المصاب لدى النساء).

4- أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في أهمية موضوعها الذي يتناول الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذي أصبح مرض العصر وصار يشكل هاجس الكثير من الناس لما يسببه من معاناة كبيرة للمريض ولأفراد المحيطين به وذلك نتيجة للآلام النفسية والجسدية التي تصاحبه، ويمكن تلخيص الدوافع التي أدت بي لاختيار هذا الموضوع في:

- انتشار مرض السرطان بصورة كبيرة.

- المعاناة النفسية التي يخلفها مرض السرطان.

- عدم جوى العلاج الطبي في التخلص من المرض في أغلب الأحيان.

- محاولة دراسة ومعرفة مدى تأثير بعض المتغيرات على الجانب النفسي لمرضى السرطان.

- المساهمة في إثراء البحث العلمي والتراث النظري العربي الذي يفتقر لهاته الدراسات النفسية للمرضى.

- توعية القائمين بالجانب الصحي (من أطباء وممرضين) بضرورة الاهتمام بالجانب النفسي للمرضى.

5- مفاهيم البحث والتعاريف الإجرائية:

أ- مرض السرطان:

ويعرفه "عبد اللطيف ياسين": بأنه تكاثر خلوي فوضوي سريع وغير منظم، يعمل فقط من أجل التكاثر وسرقة المواد الغذائية من الجسم. (عبد اللطيف ياسين، 1988، ص47)

وأعتبر في دراستي هذه المصاب بمرض السرطان كل شخص تم التأكد من إصابته بالسرطان استنادا إلى التقرير الطبي (الفحص) للطبيب العام أو المختص للحالة المرضية المقيمة أو الغير المقيمة في مصلحة علاج السرطان بمستشفى ورقلة.

ب- الاكتئاب:

يرى غريب عبد الفتاح غريب أن الاكتئاب يشير إلى خبرة وجدانية ذاتية تتبدى في أعراض الحزن والتشاؤم والشعور بالذنب وكراهية الذات، وإيذاء الذات والانسحاب الاجتماعي، والتردد وصعوبة الدخول في

النوم، والتعب وأخيراً فقدان الشهية ،ويمكننا تعريف الاكتئاب إجرائياً، بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص من على مقياس الاكتئاب (Beck) المختصر (B.D.I) لصاحبه "آرون بيك" والذي قام بترجمته إلى اللغة العربية غريب عبد الفتاح غريب.

6- حدود الدراسة:

-الحدود البشرية: تمثلت الحدود البشرية للدراسة في المصابين بمرض السرطان، لمدينة ورقلة، والذين بلغ عددهم في دراستي هذه (75) مصاباً.

-الحدود الزمنية: أجريت الدراسة في الفترة الممتدة من (02-26) من شهر أفريل للموسم الدراسي 2017-2018.

-الحدود المكانية: أجريت الدراسة في مستشفى محمد بوضياف بمركز مكافحة السرطان -ورقلة- "

الفصل الثاني

مرض السرطان

تمهيد

تعريف السرطان

أعراض السرطان

تصنيفات وأنواع السرطان

العوامل المساهمة في الإصابة بالسرطان

الآثار النفسية للسرطان

علاج السرطان

خلاصة الفصل

تمهيد:

ارتبط مرض السرطان في أذهان الكثير من الناس بالموت ،خاصة أن الطب الحديث مازال عاجزا حتى الآن عن إيجاد العلاج الشافي له ونظرا لأعداد الكثيرة من الناس الذين لقوا حتفهم بسبب هذا المرض .

أولا: مفهوم السرطان:

ينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية(DNA)التي تعتبر الجزء المسئول عن نمو الخلايا وتكاثرها،فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء،لكن في حالة سرطان يحدث خلل في المادة الوراثية (DNA) ،مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها،ومن المعروف أن الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الأخرى،وإنما تستنزف طاقاته وإمكاناته.

(شيلي تايلور،ترجمة وسام درويش،2008،ص811)

ثانيا: أعراض السرطان:

هناك بعض التظاهرات المرضية التي تظهر في شكل تناذرات تجلب الانتباه وتدفع صاحبها إلى طلب الفحص ونذكر منها:

أ-تناذر (أنف-حنجرة-بلعوم):والذي قد يظهر من خلال:

-اضطرابات البلع.

-صعوبة في حركة اللسان مع آلام حادة.

ب.تناذر رئوي: ويكون مرتبطا ب:

-سعال.

-ضيق في التنفس.

-رعاف أو نفث دم متكرر والذي قد يكون لوحده عرض يستوجب دق ناقوس الخطر.

ج.تناذر هضمي: ويظهر على شكل

-غثيان أو قيئ

-نزيف هضمي.

-إمساك متناوب مع إسهال.

-آلام في البطن.

د.تناذر تناسلي:ويشمل:

-آلام على مستوى الحوض.

-سيلان متفرح من حلمة الثدي.

-نزيف في الرحم والذي مهما كان بسيطاً لابد أن يشكك في إمكانية الإصابة بسرطان تناسلي.

ه-تناذر عصبي:ونجد

-آلام بين الأضلاع.

-آلام على مستوى الفقرات القطنية.

(Cancérologie Générale.D.Bélpemme.DE.JB.Bailliere.1976)

و.أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب:

إن الخلايا السرطانية لا تؤدي وظائفها بشكل طبيعي ،وإنما تؤديها بشكل مضطرب على هيئة:

-زيادة غير طبيعية في معدلات العمل:مثل الإفراز الزائد لبعض الغدد الدرقية أو البنكرياس.

-نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل مثلما يحدث بالفشل الكلوي أو الرئوي أو قصور الكبد،أو تحلل

مكونات الدم.

-القيء والسعال.

-قد تجمع هذه الخلايا بسبب النمو السريع مشكلة كتلة تحتل حيزاً ليس لها فتعرقل عمل العضو

المصاب،كأن تشكل كتلة في الأمعاء فتحدث انسداداً أو كتلة داخل الرأس تضغط على المناطق الأخرى

فتعطلها.

ي-أعراض ناتجة عن الانتشار ولتأثير على الأعضاء الأخرى:

-الغزو المباشر ،حيث تنمو الخلايا مختزقة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة وفي طريقها قد تصطدم

بأي شئ يقف في طريقها.

-حدوث تمزقات في الأوعية ومن ثم نزيف.

-ضغط على المناطق العصبية مما يسبب آلاماً حادة وشديدة.

-نفث دم متكرر،نزيف رحمي،نزيف شرجي. (Scheitzer et d'autre.2003p3)

ثالثا: تصنيف السرطان:**أ. الأورام الحميدة (الغير السرطانية):**

وهي عادة ما تكون مغلفة بغشاء وغير قابلة للانتشار، ولكن بعضها قد يسبب مشاكل للعضو المصاب خصوصا إذا كانت كبيرة الحجم وتأثيرها يكون بالضغط على العضو المصاب أو الأعضاء القريبة منها، مما يمنعها من العمل بشكل طبيعي.

هذه الأورام من الممكن إزالتها بالجراحة أو علاجها بالعقاقير أو الأشعة لتصغير حجمها وذلك كاف للشفاء منها وغالبا لا تعود مرة ثانية.

ب. الأورام الخبيثة (سرطانية):

الأورام السرطانية تهاجم وتدمر الخلايا والأنسجة بها، ولها قدرة على الانتشار وتنتشر بثلاث طرق:

1. انتشار مباشر للأنسجة الأعضاء المحيطة بالعضو المصاب.

2. عن طريق الجهاز اللمفاوي.

3. عن طريق الدم، حيث تنفصل خلية أو خلايا من الورم السرطاني وتنتقل عن طريق الجهاز اللمفاوي أو

الدم إلى أعضاء أخرى بعيدة، حيث تستقر في مكان ما غالبا أعضاء غنية بالدم مثل: الرئة، الكبد أو العقد اللمفاوية متسببة في نمو أورام سرطانية أخرى تسمى بالأورام الثانوية.

(يوسف الشرفاء، 2008، ص18)

رابعا: العوامل المساهمة في الإصابة بالسرطان:

كان الاعتقاد السائد في الماضي أن السرطان هو نتيجة خطأ وراثي، أما الآن فتشير التقديرات إلى أن (80%) على الأقل من جميع حالات السرطان يلعب فيها العامل البيئي دورا ما، إذ يحدث هذا العامل التغييرات التي تسبب تحول الخلايا الطبيعية إلى سرطانية، وهذا الفهم للتأثير الهائل للعوامل البيئية هو تطور مشجع لأنه يشير إلى أن الإهتمام يجب أن يتركز على تحديد العوامل التي تعرض للإصابة بالسرطان كي يتم تجنبها، ونعني بالعوامل المساعدة الظروف والحالات التي تزيد احتمالات ظهور السرطان، ويمكننا تصنيف هذه العوامل فيما يلي:

أ-العوامل الفيزيائية:

إن التعرض المفرط لضوء الشمس هو من العوامل العامة للتعرض للإصابة بسرطان الجلد، كما أن التعرض للإشعاعات الأيونية من أنواع مختلفة يزيد إلى حد بعيد من خطر الإصابة بالسرطان، فوجود

اللوكيميا(سرطان مجموعات خلايا الدم البيضاء) ازداد بشكل هائل بين الناجين من القنبلة الذرية ،وقد ظهر بينهم المرض ف فترة السنوات الثلاث إلى الخمس التي تبعت الانفجار .

في السنوات الأولى لتطوير تكنولوجيا أشعة"إكس" لم يكن الفيزيائيون الذين يعملون في مجالها على معرفة جيدة بمخاطر هذه الأشعة،ولم يتوخو نفس الحذر من استعمالها كما يفعل علماء الأشعة اليوم،وكان أمثال هؤلاء الفيزيائيين معرضون للإصابة باللوكيميا بنبة تبلغ(10)مرات نسبة الإصابة بين الفيزيائيين عامة.

(Beers.2008.p1033)

ب-العوامل الكيميائية:

يعرف عن الكثير من المواد الكيميائية الصناعية أنها تعرض للإصابة بالسرطان فعلى سبيل المثال:قطران الفحم ومستحضرات الكريبيوست(سائل زيتي تستحضر بتقطير القطران)يسببان سرطان الجلد.

أما المستحضرات الزرنخية فهي أيضا تسبب سرطان الجلد حتى وإن أخذت عن طريق الفم،كذلك فأصباغ الأنالين قد تؤدي إلى الإصابة بسرطان المثانة في حالة ما إذا تعرض لها الشخص باستمرار،ويفترض في هذه الحالة أن المثانة هي العضو المعرض للإصابة لأن المواد المسببة للسرطان يتم التخلص منها عن طريق البول.

وظهر مؤخرا اهتمام كبير بسبب الأدلة المتزايدة على استعمال هرمون الأستروجين الصناعي من قبل النساء المريضات يزيد من احتمال إصابتهن بسرطان المهبل،وعنق الرحم،ومما أيد هذا الاهتمام ملاحظة كون البنات المراهقات اللواتي تلقت أمهاتهن الاستروجين الصناعي خلال أشهر الحمل الثلاثة الأولى معرضات أكثر من غيرهن للإصابة بسرطان المهبل وعنق الرحم،وهكذا يبدو أن هناك انتقال في التأثير من جيل إلى جيل.

أما المشروبات الكحولية فمن الصعب تحديد التأثير الدقيق لها لأسباب عديدة،أولها أن الأشخاص الذين يتناولونها غالبا ما يكونون من مدخني السجائر،وهكذا فإنه عندما يظهر السرطان لا يعود باستطاعتنا الجزم فيما إذا كان بسبب الكحول أو السجائر،وتدخين السجائر مسئول عن (90%) على الأقل من حالات الإصابة بسرطان الرئة الذي يسبب عددا أكبر من الوفيات بين الرجال،مما يسبب أي نوع من

(Beers.2008.p1035)

أنواع السرطان.

ج-العوامل البيولوجية(الفيروسات):

هناك احتمال كبير في إمكانية حدوث السرطان نتيجة فيروس ما أو مجموعة فيروسات،فالفيروس الحليمي البشري(HPV) يمكن أن ينتقل من خلال العلاقات الجنسية ويسبب سرطان عنق الرحم،كما نج فيروس

التهاب الكبد "C" الذي يسبب سرطان الكبد، أما فيروس (EBV) فهو يسبب سرطان الجهاز اللمفاوي أو ما يعرف بداء بورلين. (Beers.2008.p1035)

د-العوامل النفسية والأورام السرطانية:

ظهر فرع جديد من الطب وهو الطب السيكو سوماتي الذي يتناول تأثير الضغوط أو الانفعالات على الاختلال الوظيفي أو المرضي، ويرى "ولف" أن الأمراض السيكوسوماتية ترجع غالباً لضغوط المواقف المختلفة في الحياة، هذه الضغوط التي لا تتفق مع تكريس الفرد الفيسيولوجي أو النفسي، وهي مواقف يحدث فيها ما يضغط على نفسية الفرد، ويثير قلقه وتوتره حتى تؤثر على أحشائه وإفرازات غدده من الهرمونات والعصارات وغيرها، مما يجعل الحالة الانفعالية الحشوية تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحملة الآليات الجسمية الداخلية فتضطرب الوظائف أو تصاب الأعضاء.

ويرى الباحثون أن العامل النفسي لا يعمل لوحده، وإنما إلى جانب التغيير الهرموني ويعتبره البعض العامل الغلاب والفعال في إحداث الأذى للعضو، ومن ثم فإن هذه الإضطرابات تؤثر على الجهاز العصبي والهرموني والحالة الجسمية للفرد بصفة عامة، وإن تفاعل العامل النفسي الوراثي والبيولوجي له أثر كبير في إحداث الاضطرابات الجسمية.

ويعتبر العالم "سيمونز" 1956 في كتابه الشهير "المظاهر السيكوسوماتية للسرطان" وهو من أبرز العلماء والأطباء الذين درسوا (الجزور النفسية) الكامنة وراء السرطان قد توصل إلى الاستنتاجات التالية:

1. يكون هناك نوع من الصدمات النفسية، ما يعجل ظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض.

2. إن الاضطرابات في الوظائف الغدية تنيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق .

3. إن العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد، بالإضافة إلى العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة والعائلة.

4. عدم العزل بين العلاج النفسي والعلاج الطبي، فهما صنفان متلاحمان.

-وقد أثبتت دراسات معاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان تمكن المحللون النفسيون ملاحظة مايلي:

-معظم النساء المصابات بالسرطان يعانين من صعوبة في تقبلهن لذاتهن.

-معظم المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالبا ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة.

-معظم المصابين والمصابات من الأمهات يعانون في مجال الجنس والإنجاب، وفي أغلب الأحيان كانت عداوتهن مكتوبة.

(بطرس حافظ بطرس، 2008، ص 397-398)

ويرى الدكتور "برنارد أن هناك أثرا للعوامل النفسية، وحالات القلق، واليأس والخوف والتوتر.

وهذه عوامل قد تكون نتاجا لأوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الإنسان ومشكلاته، مما يترك أثره الواضح في عضوية الإنسان بما فيها ما يزيد من اضطرابات عصبية وهرمونية تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان ونموه وتطوره.

(فيصل خير الزراد، 2005، ص 483، 480)

خامسا: الآثار النفسية لمرض السرطان:

يكاد يكون التأثير النفسي لمرض السرطان مدمرا، فلا تزال كلمة السرطان تستحضر مخاوف الموت والعذاب والتشوه والاعتماد على الغير والعجز عن حماية أولئك الذين نعتبرهم أعضاء علينا، وعادة ما تكون ردة الفعل الفورية عند تشخيص المرض عند الفرد ما هي إلا عدم التصديق والإصابة بالصدمة، ثم تأتي رحلة الضيق الحاد والهباج الشديد والاكنتاب الذي قد ينطوي على الإنهاك في التفكير بالمرض والقلق والموت، وفقدان الشهية والأرق وضعف التركيز والتذكر والعجز عن القيام بالأمر اليومية الحياتية.

بشير كلا من "هولاند وسرلين" إلى أن الأفراد الذين يعانون من الخوف والإصابة بمرض السرطان يتعرضون إلى حالة شديدة من القلق تفسد أدائهم، ويتطور هذا الشكل من رهاب السرطان في أعقاب محنة صحية أو في حالة فقد قريب أو صديق أصيب بالسرطان ويصبح الفرد شديد الحساسية والقلق نحو أي عرض جسمي كان يعاني منه الشخص المتوفى خلال فترة مرضه، ويصبح الفرد حساسا لأي عرض جسمي يطأ عليه وهو كان يتجاهله في الماضي.

(دلال موسى قويدر، ص 52، 51)

ولعل المعتقدات والمزاج الانفعالي لدى مرضى السرطان ومواقفهم من الوضع الجديد الذي يعيشونه بعد الإصابة وردود الأفعال النفسية والجسدية تجاه الضغوطات المستجدة على حياتهم جميعها عوامل تساهم في تفاقم المشقة النفسية عند المرضى بالسرطان، وتشير بعض الإحصائيات الطبية إلى أن نسبة تتراوح ما بين (40%-60%) من حالات الإعياء والتعب النفسي عند المرضى بالسرطان لا تتم عن حالات جسدية حيوية، وإنما نابعة من حالات وظروف نفسية وتصبح حالة المرض أكثر صعوبة عندما يعاني من

(زياد بركات، 2006، ص 913)

القلق والرهاب والاكنتاب النفسي.

سادسا: علاج السرطان:

من المؤكد أن العلاج يختلف حسب نوع الورم، فالأورام الحميدة تشفى بالاستئصال التام ولا تعود ثانية، أما بالنسبة للأورام الخبيثة فقد حدث تقدم ملحوظ في العلاج خلال القرن الـ (20) ومن أهم العلاجات المتاحة:

أ.العلاج الجراحي:

يستهدف العمل الجراحي الوصول إلى موضع الورم من أقصر الطرق، وأقلها تأثيرا على أنسجة الجسم السليمة ومن ثم التحقق من تسرطن الورم عبر تحليل جزء من أنسجتها وتحليلها، تمهيدا للاستئصال أكبر كم ممكن من النسيج السرطاني وبأقل ضرر ممكن وباستخدام كافة التقنيات المتوفرة، ومع مراعاة تأثير ذلك على الأعضاء الحيوية المجاورة، إضافة لإزالة مساحة معينة من الأنسجة والأعضاء القريبة خصوصا الغدد اللمفاوية، أو أي موضع يمكن أن ينتقل إليها المرض.

ب.العلاج الإشعاعي: اكتشف رونتجن "الأشعة السينية" X-Rays في عام (1985)، واكتشف "بيكورل" النشاط الإشعاعي، واكتشف "ماري كوري" الراديوم في (1998)، وتم استخدام هذه الاكتشافات في علاج الأورام.

ج.العلاج الكيميائي:

بدأ في سنة (1943) بعد اكتشاف نجاح المواد الكيميائية السامة التي استخدمت في الحرب العالمية الثانية في علاج الأورام اللمفاوية "الهوجيكينية"، وهذه الأدوية تعمل على قتل الخلايا التي هي في طور التكاثر، وعادة يكتفى بالعلاج الكيميائي فقط في سرطان الدم وسرطان الغدد اللمفاوية، وتم استخدام عملية زرع نخاع والتي تتم بعد إعطاء جرعات كبيرة جدا من المواد الكيميائية لتدمير كل خلايا الورم وتدمير كذلك نخاع العظمي للمريض.

د.العلاج الهرموني: ويستخدم في الأورام المعتمدة على الهرمونات مثل: مضادات الأستروجين في أورام الثدي ويتم إستئصال الخصيتين في أورام البروستات لتقليل هرمونات الذكورة. ولقد أدى استخدام هذه العلاجات لتحسين النتيجة النهائية للعلاج، وأصبحت نسبة الشفاء تشكل حوالي (50%).

وهناك علاجات أخرى قيد التجريب نذكر منها:

أ.العلاج الجيني: حيث يحاول العلماء عن طريق الهندسة الوراثية أن يتحكموا في الخلل الحادث في الجينات والذي يؤدي إلى حدوث السرطان.

ب.العلاج المناعي: وذلك من خلال البحث والقضاء على الخلايا المصابة بالطفرات والتي تتكون يميا في كل الأشخاص.
(أحمد سالم بادويلان، ص ص 59-61)

خلاصة الفصل:

تطرقت في هذا الفصل لتعريف السرطان والعوامل المساهمة في الإصابة به، وأعراضه والآثار النفسية التي يخلفها هذا المرض على المصاب به، وكذا العلاجات المختلفة للقضاء على هذا المرض والمتاحة في عالمنا اليوم

الفصل الثالث

الاكتئاب

تمهيد

تعريف الاكتئاب

أعراض الاكتئاب

التصورات النظرية للاكتئاب

أسباب الاكتئاب

علاج الاكتئاب

خلاصة الفصل

تمهيد:

وإن ساهمت المتغيرات المختلفة التي يشهدها عالمنا اليوم في ظهور الكثير من الاضطرابات النفسية، إلا أن هذه الاضطرابات لم تكن وليدة هذا العصر فقط، فقد عرف الاضطراب أو المرض النفسي بصور مختلفة من قديم الزمان، غير أن الأوائل لم يقوموا بدراسته وفهمه بشكل دقيق إلا من وقت قريب نسبياً. (Al-Issa.1999)

وفي هذا الفصل سأنتقل إلى مفهوم الاكتئاب، وأهم النظريات التي تناولته إضافة إلى الأسباب المؤدية له، والأعراض المصاحبة له، وطرق العلاج المختلفة.

أولاً: تعريف الاكتئاب النفسي:**أ-الاكتئاب لغة:**

الاكتئاب في اللغة العربية مأخوذ من مادة "كئب" وكأبة تعني تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كأب وكئيب، وأكأب فلانا أي أحزنه، واكتأب واجه الأرض، تغير وضرب إلى السواد، والكأبة: الحزن الشديد. والاكتئاب مرادف للانقباض، وانقبض يعني تجمع وانطوى، وانقبض الرجل على نفسه ضاق بالحياة فاعتزل، وانقبض عن القوم هجرهم. (محمد الجريسي، 2003، ص15)

وفي حديث العرب القدامى ذكر "الاكتئاب" في كثير من المواقف، وعديد المناسبات فكان يقال : "كأب الرجل، أي تغيرت نفسه، وانكسرت من شدة الهم والحزن". (مدحت عبد العزيز، 2001، ص145)

ب-الاكتئاب اصطلاحاً:

1. عرف قاموس الطب النفسي (Campell.1981) الاكتئاب بأنه زملة إكلينيكية تشتمل على انخفاض الإيقاع المزاجي ومشاعر الامتعاض المؤلم وصعوبة التفكير وتأخر حركي نفسي. (بشير معمرية، 2000، ص127)
2. ويعرفه (Petrosky et yarashevsky.1985.p93) انه عبارة عن حالة نفسية انفعالية من القنوط واليأس وانقطاع الأمل والجزع يصاحبها اتجاهات انفعالية سلبية وتغييرات في محيط الدافعية وتظهر على الفرد علامات الحزن والقلق واليأس.
3. ويعرفه (Philip et Mitcheli.1987.p93) بأنه حالة من الإحساس بالحزن الشديد بحيث يكون الفرد غير مكترث لإنجاز أي شيء.

4. ويعرفه (إبراهيم عبد الستار، 1998، ص16) في كتابه على أنه مجموعة من الأعراض المركبة-التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الإكتئابية- ومن المعروف أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد لآخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب النفس، ويأتي عند البعض الآخر مختلطا مع شكاوى جسمانية، وأمراض بدنية، ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر باليأس والتشاؤم والملل السريع من الحياة والناس، وربما تجتمع هذه الأعراض معا في شخص واحد.

5. ويرى (غريب عبد الفتاح، 1990) أن الاكتئاب يشير إلى خبرة وجدانية تتبدى في أعراض الحزن والتشاؤم والشعور بالفشل وعدم الرضا، والشعور بالذنب وكراهية الذات، وإيذاء الذات، والانسحاب الاجتماعي والتردد، وصعوبة الدخول في النوم، وأخيرا فقدان الشهية.

6. ويعرفه (الخطيب، 2000، ص568) بأنه حالة من الحزن الشديد تتاب الفرد نتيجة الإحساس بالذنب والعجز والدونية، واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي والتفوق حول الذات.

7. يعرفه (سامي ملح، 2001، ص234) أنه اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم وغالبا ما يشعر بالذنب أو العار كما يقلل الشخص من ذاته.

8. ويعرفه بيك على انه اضطراب معرفي يعزى لافتقار التعزيز الايجابي، ومرد ذلك المعارف السلبية علاوة على وجود عطب بيولوجي للتاريخ الشخصي للفرد، وكذا المنبهات القادرة على توليد الأفكار. (وليد سرجان، 2001، ص189)

ويمكن أن نعرفه إجرائيا في الدرجة التي تحصل عليها المفحوص على مقياس الاكتئاب (Beck) المختصر B.D.I لصاحبه "آرون بيك" والذي قام بترجمته إلى اللغة العربية غريب عبد الفتاح غريب.

ثانيا: أعراض الاكتئاب

هناك مجموعة من الأعراض العامة التي تتفاوت شدتها ووفرة ظهورها حسب نوع ودرجة الاكتئاب التي تصيب المريض، والتي تشمل الجانب الجسمي والنفسي والاجتماعي سنحاول التطرق لها في هذا الجزء أ. الأعراض الجسمية:

-انقباض الصدر والشعور بالضيق.

-فقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن.

-الصداع والتعب (لأقل جهد) وخمود الهمة والألم خاصة آلام الظهر.

-ضعف النشاط العام والضعف الحركي والبطئ.

-الرتابة الحركية.

-نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي.

-توهم المرض والانشغال على الصحة الجسمية.

(حامد زهران، مرجع سبق ذكره، ص 516)

-الإمساك

-بطء الكلام وقلته.

(عبد الرحمن العيسوي، 1990، ص 225)

ب. الأعراض النفسية والمعرفية:

-الأرق أو الإفراط في النوم.

-الشعور بالنقص.

-البكاء والصراخ.

-الشعور بالانحطاط.

-الحزن والكآبة والغم.

-الضجر والسأم وعدم ضبط النفس.

-الحط من قدرات الذات.

(عبد الله عسكر، مرجع سبق ذكره، ص 35)

-تقلب المزاج والانكفاء على الذات.

-فتور الانفعال والانطواء.

(حامد زهران، مرجع سبق ذكره، ص 516)

-الأفكار الانتحارية والسوداوية الملازمة.

ج. الأعراض الاجتماعية:

-الافتقار للإيجابية في المواقف الاجتماعية.

-الصعوبة في البدء وتكوين علاقات جديدة.

-التفاعل المحدود لديهم وقلة المشاركة مع الآخرين.

-الجمود والتصلب والافتقار إلى المهارات الاجتماعية.

-يعانون من حساسية قوية عند دخولهم في مواقف تفاعل بما في ذلك حساسيتهم الشديدة للرفض أو

التجاهل لذا يتعرضون في كثير من المواقف لإحباطات متكررة.

-عدم القدرة على التعبير عن أنفسهم بشكل مناسب أو الدفاع عما ينسب إليهم من أخطاء وتصرفات.

-عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية (كالعلاقة بالزوج أو الأصدقاء).

-يميلون للانسحاب.

-يشعرون بالقلق والكدر اتجاه المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل.

(عبد العزيز المعاينة وآخرون، 2002، ص300)

ويجب الإشارة إلى أنه لا يجب توفر كل الأعراض المذكورة أعلاه، بل إن توفرها كما أسلفنا الذكر يرجع على حدة الاكتئاب ونوعه.

ثالثا: أنواع وتصنيفات الاكتئاب:

تعددت تصنيفات الاكتئاب بتعدد المدارس النفسية التي ينتمي إليها الباحثون، ولأن المجال لا يتسع لذكرها كلها سنحاول التطرق إلى أهم هذه التصنيفات.

يميز علماء الصحة العقلية بين نوعين من الاكتئاب هما:

-الاكتئاب الداخلي.

-الاكتئاب الخارجي

ويشار إلى النوع الأول بأنه يرجع إلى ظروف غير محددة استعدادية أو وراثية أما النوع الثاني فيرجع إلى حادث مقلق أو مفزع أو محزن أو مؤلم.

(عبد الرحمن العيسوي، مرجع سبق ذكره، ص220)

-مدرسة التحليل النفسي:

وتميز بين نوعين من الاكتئاب هما:

-الاكتئاب العصابي

-الاكتئاب الذهاني.

وفي الاكتئاب العصابي يعاني المريض من الكراهية المكبوتة بسبب الرفض الانفعالي الذي يكون قد تعرض له في طفولته وبلوغه، وهذه الكراهية المكبوتة تتجه إلى المريض ذاته لأنه لا يستطيع أن يعبر عنها تعبيراً خارجياً ملائماً، وعندما توجه الكراهية داخلياً إلى ذاته فإنه يشعر بعدم الأهمية والكفاءة وقد تصل الكراهية الموجهة داخلياً إلى درجة تحطيم الذات بالانتحار. (سلطان عماد، دت، 242)

أما الاكتئاب الذهاني فغالبا ما يظهر هذا النموذج من الاضطرابات العقلية بعد حوادث معينة مثل عملية الولادة او العمليات الجراحية، ويكون ظهوره فجائياً، وأحيانا أخرى يزحف تدريجياً من اكتئاب بسيط إلى اكتئاب شديد أو اكتئاب ذهاني. (محمد، ومرسي، 1986، ص236)

أما جمعية الطب العقلي الأمريكية والتي نشرت تصنيفها التشخيصي والإحصائي الخامس سنة (2013) فقد أشارت إلى ثلاث أنواع أساسية متباينة حسب المحددات التشخيصية وهي:

اضطراب المزاج المتقلب المشوش.

-الاضطراب الاكتئابي الجسيم.

-اضطراب اكتئابي مستمر-سوء المزاج-

رابعاً: التصورات النظرية للاكتئاب

تعدد النظريات التي تناولت الاكتئاب، وفيما يلي عرض لهذه النظريات:

1- النظرية البيولوجية:

مما لا شك فيه أن العوامل البيولوجية لها دور هام ومباشر في حدوث الاكتئاب، والاهتمام بمعرفة دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب قديم، فقد تحدث هيبوقراط أن الزيادة في المادة السوداء تسبب الميلانخوليا (المزاج الاكتئابي)، والسوداوية تمثل أحد الأخلط الأربعة التي افترض ارتباطها السببي بالفروق المزاجية، ومن ثم كانت السوداء تسبب الكآبة وكما هو معلوم فإن التفسير البيولوجي الدقيق للاكتئاب تأخر كثيراً بسبب نقص المعرفة بفيزيولوجيا المخ عند الأسوياء، والجانب البيولوجي لا يمكن فصله بحال عن الجانب النفسي، فالفصل بين ما هو بيولوجي وما هو نفس يعتبر تعطيلاً للفهم الحقيقي للظاهرة المراد دراستها.

(القوصي، 1975، ص 29)

أ- العامل الوراثي:

لقد أظهرت معظم الدراسات المتعلقة بالاستعداد الوراثي للإصابة بالاكتئاب وجود علاقة بين مدى استعداد الفرد للإصابة بالاكتئاب إذا كان لدى الوالدين أو أحدهما تاريخ مرضي بالإصابة بالاكتئاب وبخاصة إذا هيأت الظروف البيئية بما فيها من ضغوط لإظهار تلك الاستجابات الاكتئابية .

(عبد الله عسكر، مرجع سبق ذكره، ص 29)

هذا وقد خلصت العديد من الدراسات إلى أن نسبة التشابه في الإصابة بالهوس الاكتئابي بين التوائم المتطابقين الذين ربوا منفصلين بالتبني وصلت إلى (67%) وبلغت نسبة التشابه في الإصابة بالمرض لدى التوائم المتطابقين الذين نشؤوا معاً (68%) أما بين التوائم الآخرين غير المتطابقين فقد وصلت (23%) وهي نسبة تتماثل مع دراسات أجريت في بريطانيا وشمال أوروبا وأمريكا الشمالية.

(ابراهيم عبد الستار، 1998، ص 92-93)

ب- العامل البيو كيميائي:

اكتسب التفسير الكيميائي للاكتئاب أهمية خاصة، حيث بينت العديد من الدراسات مدى الدور الذي تلعبه التغيرات الكيميائية في الإصابة بالاكتئاب.

وبشكل عام فإن النظريات البيو كيميائية تتطوي على ثلاث نظريات أساسية:

1- **نظرة نشوء (الأمين):** الحيوي التي تشكل (الكاتيكول أمين) والأندول أمين والفروض الأخرى، حيث

بينت البحوث أن نقص العناصر الكيميائية في المخ وبخاصة توزيع العناصر الأمينية.

والأمينات ببساطة هي عبارة عن عناصر كيميائية يتكثف وجودها في الجهاز العصبي الطرفي والذي

يثبت علماء ووظائف الأعضاء انه مسئول عن تنظيم الانفعالات ، ووظيفة الأمينات هي اقرب إلى

وظيفة ساعي البريد أي أنها عبارة عن موصلات عصبية وظيفتها توصيل الرسائل القادمة والعودة من

الأعصاب المختلفة وتشمل أنواعا منها "الدوبامين" و"السيروتين" و"النورينفرين".

ومن المعتقد أن المحافظة على التوازن المزاجي يحتاج إلى توازن في العناصر الامينية، والاكتئاب هو

إحدى الاستجابات لشح وجود هذه العناصر أو أحدها، والهوس هو الاستجابة المرجحة إذا زاد وجود هذه

العناصر وتكثيفها. (المرجع السابق، ص104-105)

وقد اكتشف عقار "أيبرونازيد iproniasid" المضاد للاكتئاب في الخمسينيات والذي كان يستخدم في

علاج الدرن، وفي عام 1963 قام سيكتور بتجربة على هذا العقار، فجد أنه يعمل كمثبط لخميرة "المنوامين

أكسيداز Monoamin oxidase" وخاصة أمينات "الكاتيكول" والتي تشمل (النورأدرينالين والدوبامين، وقد

تبين أن "التيروسين والدوبامين" يزيلان الكآبة التجريبية التي تسببها مادة الرزوبين، وهكذا توصل الى أن

أمينات "الكاتيكول" يمكن اعتبارها الخلفية البيوكيميائية لانفعالات الاكتئاب والمرح. (موسى، 1998، ص23)

2- **نظرة كهربية الأيض (عملية الهدم والبناء):** "Electrolytes Metabolism"

وتتركز في ميتابوليا الصوديوم والبوتاسيوم في الدماغ، فقد اتضح أن ازدياد مستوى تكثيف الصوديوم داخل

الخلايا العصبية يؤدي إلى إثارة الأعصاب، فضلا عن هذا تبين أن مستوى الصوديوم ينخفض ليصبح

عاديا عند المكتئبين بعد اخضاعهم للعلاج بنجاح من حالات الاكتئاب ويمكننا القول بأن بعض جوانب

الاكتئاب قد تكون نتيجة للاختلال في توازن البوتاسيوم والصوديوم. (Kalman.1993.p97)

هذا ولوحظ زيادة الصوديوم المتبقي في حالات الاكتئاب بنسبة (50%) وفي حالات الهوس بنسبة

(200%).

3- **النظريات المحورية للغدتين النخامية والكظرية:**

أثبتت العديد من الدراسات وجود اختلالات هرمونية لدى مرضى الاكتئاب من خلال الآتيك زيادة إفراز

الكورتيزون في بعض المكتئبين في اختبار الديسكاميتازون المثبط وهو استوريد خارجي يقلل من معدل

الكورتيزون في الدم.

وفي دراسة أخرى وجد أنه يصاحب مرض المكسيدما (نقص إفراز الغدة الدرقية) أعراض اكتئابية شديدة في حوالي (40) من الحالات بل تبدأ الحالة أحيانا بهذه الأعراض النفسية والعقلية قبل ظهور العلامات العضوية، وتبين أيضا أن مرض كوشنج (زيادة إفراز الغدة الأدرينالينية) يصاحبه نوبات الذهان الدوري من اكتئاب وانبساط.

يضاف إلى ذلك ما نلمسه من أعراض اكتئابية تصيب النساء أثناء الطمث حيث يشكو الكثير من النساء من الصداع والتقلب المزاجي والحساسية الزائدة، وكثرة البكاء والتوتر.

كما وتظهر الأعراض الاكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية وهناك مجموعة من الأدلة غير المباشرة على دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب:

1. دورة المرض الرأسية والتي تتصف بفترت تحسن تبادليا مع نوبات من الاكتئاب أو الهوس وهذه النوبات دليل على الاضطراب المرضي ذي الأساس البيولوجي.
2. وجود مجموعة من الأعراض والتي توحى بوجود اضطراب في العمليات الحيوية مثل اضطراب النوم والشهية وتباين يومي في المزاج واضطرابات في النشاطات النفسية الحركية.
3. استجابات جسمية للأدوية العلاجية خاصة عند الأفراد المكتئبين.

(بشير معمرية، 2000، ص 130)

2- النظرية السيكو دينامية Psychodynamie Theor:

يعتبر سيجموند فرويد المؤسس الفعلي والأب الشرعي لمدرسة التحليل النفسي وتعد نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات التي اهتمت بتفسير الاكتئاب والبحث في أسبابه، بل وتعتبر من أشهر النظريات في التاريخ.

وقد استخدمت هذه النظرية وتستخدم بشكل واسع في الدراسة والعلاج لأنها تركز على الخبرات الماضية والحاضرة للفرد.

(Kalman.Waughfield. 1993.p84)

وتهتم نظرية التحليل النفسي بالبحث في جذور مشكلة المرض الاكتئابي حيث التثبيت الفمي على المرحلة الفمية المتأخرة، وبمعنى أكثر شمولاً محاولة فهم طبيعة الصراع بين الذات والعالم، والنظر إلى الحياة على أنها سلسلة من الصراعات والسعي إلى فضها، ويمكننا القول من خلال هذا المنطق أن الحياة سلسلة من فقدان الاتزان ومحاولات إعادته.

وقد ساهم فرويد في إيجاد نموذجا واحدا لتفسير الاكتئاب حيث تكون التجربة المعاشة هي انهيار اعتبار الذات والذي ينتج عن فقدان موضوع الحب، أو فقدان الليبيدو الموضوع، ويؤكد التحليل النفسي على ثلاث عوامل عملية استقصائية في منشأ الأمراض العصابية وهي:

1. تثبيت الليبيدو

2. النكوص

3. السبب الراهن أو الفعلي الذي يمكن أن يصبح بسبب الإحباط العامل الرئيسي في منشأ المرض.

(عبد الله عسكر، مرجع سبق ذكره، ص ص 71-72)

كما ترى النظرية أن الأحداث الصادمة التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل الانفصال عن احد الوالدين أو فقده، قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للإصابة بالاكتئاب بسبب فقد موضوع الحب، ومن ثم إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطا مشابهة لضغوط الطفولة، فإنه نهار وتظهر عليه أعراض الاكتئاب.

(بشير معمريّة، مرجع سبق ذكره، ص 130)

ويقول فرويد أن الشخصية تحتوي على ثلاثة أجزاء رئيسية وهي:

1. الهو "Id": وتمثل الجانب الغريزي، حيث يسعى الفرد من خلاله إلى إشباع شهواته ورغباته الجنسية دون مراعاة لأية معايير أو ضوابط.

2. الأنا "Ego": ويمثل التفكير العقلاني المتزن المبني على أسس التوجه السليم، ومن منطق واع حسب ما تقتضيه الظروف والوقائع.

3. الأنا الأعلى "Super ego": هو الضمير أو الرقيب الداخلي الذي يوجه السلوك وفقا للمعايير الخلقية والاجتماعية، وتكون الأنا الأعلى بفضل الضغوط الاجتماعية على الطفل.

وكما كان هناك سيطرة من قبل "الأنا" على الشهوات ورغبات "الهو" وشطحات "الأنا الأعلى" كلما كانت الشخصية سليمة خالية من الاضطرابات ويعتقد فرويد أن العلاقة بين تلك الأجهزة هي علاقة تضاد وتنافر وأن جزء كبير من الأمراض التي قد تصيب الشخصية تحدث من خلال الصراعات بين تلك الأجهزة، وكما هو معلوم فإن العناصر الأساسية في حالات الاكتئاب يمكن تفسيرها في ضوء الصراعات بين أجهزة الشخصية الثلاثة.

ومن ناحية أخرى وكما ذكرنا فإن فرويد رجع في هذه المشكلة إلى المرحلة الفمية في النمو "النفس-جنسي" لدى الطفل، فالشخص الذي يجمد عنده النمو عند المرحلة الفمية تنمو عنده نزعة قوية للاعتماد

على غيره، وبعد فقدان الشخص الذي يحبه يمتص الشخص المصاب الشخص المفقود ذلك الشخص الذي كان يحبه ويتقمص شخصيته أو يتوحد معه. (العيسوي، مرجع سبق ذكره، ص 228)

وقد قارن كارل أبراهام وهو احد جهاذة المدرسة التحليلية بين الحزن العادي والميلانخوليا حيث يرى أن فقدان الشخص لعزیز لديه أو شيء ثمين أمر عادي أن يشعر بالحداد "الحزن عليه"، ولكن الميلانخوليا هي حداد غير عادي في الشدة والمدة التي يستغرقها، وهذا ما يسمى بالاكتئاب، والاكتئاب عند أبراهام يستمد طاقته من الحب أو الغضب، ويقول: إن الشخص المكتئب لا بد أنه واجه ضربة قوية لتقديره لذاته، ويتميز الأطفال عند أبراهام بالانرجسية فإذا لم يصدق عليهم بالحب يعتقدون أنهم غير مرغوب فيهم عند الناس الذين يفترض أن يحبهم، تغمرهم مشاعر الكراهية ومن ثم مشاعر الاكتئاب.

(بشير معمريّة، مرجع سبق ذكره، ص 131)

على الرغم من أن النظرة التحليلية قد ساهمت بشكل أساسي ومباشر في تفسير الاكتئاب، إلا أنها لاقت العديد من الانتقادات أهمها: أن نظرية التحليل النفسي اتجهت إلى دمج السلوك النفسي بجمعه في معادلة عامة وفضفاضة، ومن ثم بسطت بشكل ممل المشكلات المركبة، واعتماد هذه النظرية في تفسيرها للاكتئاب وربما كل الاضطرابات النفسية والعقلية على الخبرات الطفولية المبكرة، يعتبر ثغرة خطيرة ومضلة لأنها لم تكشف لنا تأثير العوامل اللاحقة، وضغوط الحياة التالية.

(إبراهيم عبد الستار، مرجع سبق ذكره، ص 99)

3- النظرية المعرفية:

تذهب النظرية المعرفية إلى القول بأن العمليات المعرفية تلعب دورا هاما في نشاط الاضطرابات الوجدانية، إذ أن الأفكار والمعتقدات تسبب السلوك الانفعالي، والمكتئبون يعملون كما يعلمون لأنهم يعتقدون أنهم قد ارتكبوا أخطاء منطقية نمطية، وقد لوحظ أنهم يلقون بكل ما يحدث لهم في اتجاه لوم الذات.

(العيسوي، مرجع سبق ذكره، ص 229)

وتختلف هذه النظرية عن غيرها من النظريات حول تفسير الاكتئاب، حيث نجد أن النظرية المعرفية تعزو العديد من الفروض التي تعزو أسباب الاكتئاب إلى النواحي المعرفية، هذا وقد تحدى بيك وجهة النظر العامة التي وصفت الاكتئاب أنه اضطراب وجداني عاطفي، ولم تضع في الاعتبار المظاهر المعرفية الواضحة للاكتئاب مثل: تقدير الذات المنخفض، والشعور بالعجز، والشعور باليأس وقد أكد بيك أن الإدراك يؤدي إلى المعرفة والانفعال عند الأفراد العاديين والاكتئابيين أيضا.

وبخلاف الإدراكات المعرفية العادية نجد أن الإدراكات المعرفية للفرد المكتئب تسيطر عليها العمليات المفرطة في الحساسية والمحتوى، وهذه الإدراكات المعرفية تجدد الاستجابة العاطفية في الاكتئاب.

(موسى، مرجع سبق ذكره، ص 24)

وصنف بيك المظاهر المعرفية للمكتئبين في الثالوث المعرفي التالي:

فالالاكتئاب عنده ينتج بشكل أساسي من :

ميل الفرد للنظر إلى نفسه، والمستقبل، والعالم نظرة تشاؤمية غير معقولة، وهذه النظرة المشوهة للنفس والمستقبل والعالم يطلق عليها الثالوث السلبي الذي كلما كان أكثر سيطرة كان الفرد أكثر اكتئاباً وتظهر أعراض أخرى لدى المكتئب فيشعر بالنبذ أو يعتقد أنه غير محبوب، فيشعر بالحزن، ويبني توقعات بأنه لا يستطيع إشباع حاجاته، فتزداد رغبته في الهروب من الواقع والرجوع إلى حياته الداخلية لاستبطان مآسيه.

(بشير معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 132)

واعتقد بيك أن مشاعر البؤس أو الحزن المصاحبة للاكتئاب تتحرك عن طريق ميل الفرد لتفسير خبراته ضمن حدود الحرمان والنقص، والانهازم، كما لاحظ عدم التجانس بين مفهوم الاكتئاب ومرض الاكتئاب نفسه، وقام بدراسة المفهوم من خلال خمس نقاط أساسية شملت الأنماط المعرفية في الأحلام والعلاج النفسي وحوادث الحرمان في الطفولة، ومن خلال التحليل العاملي لبنود استبيان قام بتطبيقه على 135 مريضاً لقياس الاكتئاب، وجد بيك أربعة عوامل أساسية وهي:

1. الاكتئاب الحيوي، نقص الشهية، وصعوبات في النوم.... الخ

2. تحقير الذات.

3. التشاؤم.

4. الحيرة والتردد والكف.

(عبد الله عسكر، مرجع سبق ذكره، ص 52)

وقد وجد أن هناك عدة أطاء منطقية يقع فيها المكتئبون أهمها:

1. الاستدلال النفسي:

ومؤداها استخراج النتائج دون وجود أدلة كافية أو مع وجود أدلة، كأن يعتقد أن سوء حظه هو الذي جعل

الدنيا تمطر عندما خطط للخروج في نزهة.

2. التجريد الانتقائي:

وفي هذا النوع من الخطأ أن يستخرج المريض النتائج في غياب الأدلة الكافية أو عدم وجود الأدلة على وجه الإطلاق، ومن ذلك لوم العامل لنفسه عند فشل الآلة في العمل، على الرغم من أنه ليس وحده الذي يعمل على هذه الآلة.

3. التعميم المفرط:

ومن ذلك استخراج التعميمات أو إطلاق التعميمات المؤسسة على أساس مقدمة بسيطة أو دون مقدمات على الإطلاق، كأن يعتقد الطالب من جراء أدائه الرديء على واحد من الاختبارات النوعية البسيطة، أنه ليس له أية قيمة على الإطلاق.

4. التضخيم والتعليل:

الخطأ العام في العام في تقويم السلوك أو الأداء، كالشخص الذي يظل معتقداً أنه لا يساوي شيئاً على الرغم مما أحرزه من انجازات .

(عبد الرحمن العيسوي، مرجع سبق ذكره، ص 229-230)

5. تحريف الذاكرة:

حيث أفضت دراسات تحريف الذاكرة أن توقعات الاكتئابيين غالباً ما تكون سلبية وتشاؤمية، ولقد طور ريم (Rehm, 1977) نظرية التحكم في الذات في الاكتئاب وفيها يفترض وجود تقدير سلبي للذات لدى الاكتئابيين مع انخفاض معدلات التدعيم الذاتي وارتفاع معدلات معاقبة الذات وكلها أمور يراها (ريم) وراء انخفاض معدل السلوك الذي يتسم به الأفراد الاكتئابيين عادة.

(عبد الله عسكر، مرجع سبق ذكره، ص 56-57)

هذا وأشار ميلجز وبولبي أن الشعور باليأس هو المحور الأساسي في الاكتئاب، ويعزى الأمل واليأس إلى تقدير الفرد لقدرته على انجاز أهداف معينة، وهذا التقدير يعتمد على النجاح السابق في أهداف معينة، وعادة ما يشعر المكتئب باليأس فيما يتعلق بمستقبله. (موسى، مرجع سبق ذكره، ص 25)

وترى نظرية التعلم الاجتماعي أن الاكتئاب استجابة وجدانية لدافع معرفي هو الشعور بالعجز أو توقعه أثناء السعي نحو إشباع الحاجات، أي أن الفرد المكتئب يدرك أن التعزيز الذي كان متوقعا قد ذهب وأنه لا يستطيع إرجاعه، أو يدرك أن التعزيز الذي يرغب فيه مستمر ولكنه ليس تحت ضبطه الشخصي، فالمكتئب يعتقد أنه لا يستطيع السيطرة على الأحداث البيئية لاعتقاده أنه عاجز، وأن مفهوم العجز المتعلم يتضمن تأثيرات معرفية يفسر بها الاكتئاب حيث تبين أن الضعف الناتج عن العجز المتعلم لا يعتمد فقط

على توقع عدم القدرة على ضبط البيئة، وإنما يعتمد أيضا على الأسباب التي تجعل الفرد يفسر فشله الذي حدث بالفعل.

(بشير معمريّة، مرجع سبق ذكره، ص133)

النظرية السلوكية:

إن اهتمام السلوكيين بنشأة الاكتئاب وتطوره بدأ متأخرا مقارنة بالاتجاهات الأخرى إلا أنهم يقدمون إسهاما كبيرا في هذا المجال، وكما هو معلوم فإن النظرية السلوكية تعتمد على المفهوم القائل بأن كل الأفعال لا بد أن يكون لها مثير، لذا فقد سميت هذه النظرية بنظرية: المثير - الاستجابة. (Kalaman.Waugh.p89) وينظر السلوكيون إلى العصاب أو المرض النفسي على أنه سلوك متعلم شأنه شأن غيره من الأنماط السلوكية السوية، مستخدمين مفاهيم الإشراف والتعزيز ويرون أن السلوك والشعور للمكتئب دال على انخفاض معدل الاستجابة المتوقعة على التعزيز الإيجابي، ويذهب السلوكيون إلى القول بأن هذه الأساليب من التفكير تكتسب من الخبرات التي واجهها في الطفولة، فالأطفال الذين تتميز علاقتهم المبكرة بالديهم بالسوء والحرمان ينزعون إلى تطوير الاكتئاب مستقبلا.

(الوقفي، 1998، ص635)

والافتراض الرئيسي للنظريات السلوكية عن الاكتئاب هو أن انخفاض معدل السلوك الناتج وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح، ينتج عن انخفاض معدل التدعيم الإيجابي، أو ارتفاع معدل الخبرات البغيضة، ما يعني أن حالة الاكتئاب تنتج عن انخفاض الثواب المرغوب فيه، أو زيادة الأحقاد غير السارة، وكلها تؤدي إلى الاكتئاب، ومنه فإن الفكرة الرئيسية عند أصحاب النظرية السلوكية عن الاكتئاب هي أنه يحدث نتيجة لتشكيلة من العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤدية إلى نتائج إيجابية له، أو زيادة في معدل الخبرات السيئة والتي تكون بمثابة عقاب له.

(بشير معمريّة، مرجع سبق ذكره، ص131)

خامسا: أسباب الاكتئاب

هناك العديد من الأسباب التي يعتقد العلماء أنها وراء الاكتئاب، وسأحاول في دراستي هذه التطرق على أهمها بإيجاز.

1-العوامل البيولوجية:

أ.الجينات الوراثية:

كشفت العديد من الدراسات الأسرية، ودراسات أجريت على التوائم عن مؤشر على وجود عامل جيني له دور مهم في نقل الاكتئاب وقد لوحظ أن الاكتئاب ينتشر في عائلات دون سواها، واستنتج من ذلك أهمية

العوامل الوراثية في الإصابة بالاكتئاب، وافترض أنه جين أحادي سائد، أو متعدد الأساس الجيني، كما افترض أنه يرتبط بالجين الأنثوي، وذلك لشيوع الاكتئاب أكثر بين النساء.

(ابراهيم عبد الستار، مرجع سبق ذكره، ص23)

ب. الأminyات الحيوية:

بينت الدراسات أن هناك ثمة علاقة سببية، بين الاكتئاب والأminyات الحيوية في الدماغ وذلك من خلال:

-نقص الأminyات الحيوية مثل (الرزيبين) ينتج عنه مرض الاكتئاب.

-نقص السروتونين

-الدوبامين الذي يؤدي ارتفاعه معدله إلى الهوس، وانخفاضه إلى الاكتئاب.

(موسى، مرجع سبق ذكره، ص23)

ج. اختلال النشاط الهرموني:

وجد أن هناك اختلالات هرمونية يعاني منها مرضى الاكتئاب من خلال الآتي:

-تزايد الأعراض الاكتئابية أثناء الطمث.

- تزايد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية.

-يصاحب مرض المكسيديما (نقص إفراز الغدة الدرقية) أعراض اكتئابية شديدة في حوالي 40 % من

الحالات. (عبد الله عسكر، مرجع سبق ذكره، ص26-27)

د. اختلال عمليات الأيض:

وهو اختلال الناجم عن عمليات الهدم والبناء، والتي تتركز في ميتابوليا الصوديوم والبوتاسيوم.

فقد اتضح ان ازدياد مستوى تكثيف الصوديوم داخل الخلايا العصبية يؤدي إلى الهوس، كما لوحظ أن

نسبة الصوديوم في حالات الاكتئاب بلغت نسبة (50%) وفي حالات الهوس بلغت (200%) عن المستوى

الطبيعي.

2-العوامل الاجتماعية والبيئية:

من المعروف أن الظروف الحياتية الضاغطة في مرحلة الطفولة مثل فقدان أحد الوالدين، وعدم التخطيط

الأسري في طريقة التربية وتصلب الأم في معاملة الطفل، والتربية الاعتمادية، وكذلك العزلة الأسرية

والضغوط الاقتصادية، كل تلك العوامل لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب، وكذلك النماذج الأبوية المكتنبة

بالتأكيد تجعل الأطفال يقلدون مظاهر الاكتئاب، فيتعلمون كيف يكونوا متشائمين وحرزاني وبالتالي فإنه ليس

(شيفر وملمان، 1999، ص124)

من السهل أن يثيرهم الفرح والسرور.

و كذا الضغوط التي تواجه الفرد في حياته.

3-العوامل النفسية:

إن عدم النضج الانفعالي، وثنائية المشاعر والإدراك للخبرات الحياتية المختلفة لها دور كبير في الإصابة بالاكتئاب.

ومن بين أهم الأسباب النفسية التي قد تلعب دورا هاما في حدوث الاكتئاب لدى الفرد هي:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل موت عزيز أو سجن برئ....
- الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية أو فقد حبيب أو صديق، أو ثروة أو الإصابة بمرض...
- الصراعات اللاشعورية، وضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب .
- الخبرات الصادمة.

(حامد زهران، 1997، ص515)

ويرى عسكر أن ارتفاع نسبة المكتئبين في العالم يعود للأسباب التالية:

- 1.تزايد متوسط العمر .
- 2.تزايد الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى الاكتئاب الثانوي.
- 3.تزايد استعمال الأدوية التي تؤدي آثارها الجانبية للاكتئاب(كأدوية ضغط الدم).
- 4.سرعة التغيير الاجتماعي الذي عمل على زيادة الضغوط النفسية المعروف بأنها تعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية كما تساعد على استمرارها.
- 5.التفاوت الطبقي في المستوى الاقتصادي، حيث وجد أن هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي المنخفض وشيوع الأعراض الاكتئابية والاضطرابات الوجدانية.

(عبد الله عسكر، مرجع سبق ذكره، ص19)

سادسا: علاج الاكتئاب:

تتعدد طرق وسائل علاج الاكتئاب بتعدد النظريات التي تناولته، فبينما يركز الطب النفسي على العلاج بالعقاقير والتدخل الجراحي، نجد أن المدرسة السلوكية تسعى لتعديل السلوك من خلال التدعيم الإيجابي وإزالة الخبرات المؤلمة فالتحليل النفسي يسعى لإزالة الاكتئاب من خلال الطرح والعمليات العلاجية الأخرى إلى تخفيف حدة التثبيت لدى المريض...

(سلطان، دت، ص246)

وفيما يلي سنحاول تناول وسائل علاج الاكتئاب المختلفة

1-العلاج الدوائي:**أ.مضادات الاكتئاب (Antidepressants):**

تُساهم الأدوية المضادة للاكتئاب في تخفيف ظهور أعراض المرض، ويوجد العديد من أنواعها، وقد يستجيب المصاب لنوع ما دون الآخر، حيث إنّ أغلب حالات الاكتئاب المتوسطة والشديدة تستجيب لها ولكن ذلك ليس شرطاً، لذلك تجب مراجعة الطبيب المختص بمعدّل مرّة كل أسبوعٍ أو أسبوعين لمدة أربعة أسابيع لتقييم مدى فاعليّة الدواء.

ومن أصناف الأدوية المضادة للاكتئاب ما يأتي:**مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) :**

تساعد مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية على زيادة الناقل العصبي السيروتونين الذي يُعتقد بأنه مسؤولٌ عن تحسّن المزاج. ومن الأمثلة على هذه الأدوية (باروكسيتين Paroxetine)، وفلوكسيتين (Fluoxetine)، وسيتالوبرام (Citalopram) .

مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (Tricyclic Antidepressants) :

تساعد مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات على زيادة كل من السيروتونين، والنورأدرينالين في الدماغ، الأمر الذي يسهم في تحسين المزاج. وتُعتبر مدّة فاعليّة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أطول من مثبّطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية. ومن الأمثلة عليها؛ (إميبيرامين Imipramine)، و(أميتريبتيلين Amitriptyline)

مثبّطات إعادة امتصاص السيروتونين والنورأدرينالين:

تُعتبر الأدوية التي تنتمي إلى مجموعة مثبّطات إعادة امتصاص السيروتونين والنورأدرينالين (Serotonin–Noradrenaline Reuptake Inhibitors) من الأدوية الجديدة نسبياً، وعلى الرّغم من كونها أكثر فاعليّة من مثبّطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية إلاّ أنّها لا تُستخدم بشكلٍ كبيرٍ وذلك لأنّها قد تتسبّب في حدوث ارتفاعٍ في ضغط الدم، ومن الأمثلة عليها: (فينلافاكسين Venlafaxine)، ودولوكسيتين (Duloxetine):

علاجات أخرى بالإضافة لمضادات الاكتئاب، هناك بعض العلاجات التي قد تُساعد على السيطرة على الاكتئاب، ومنها ما يأتي:

الليثيوم: يُضاف الليثيوم إلى أدوية الاكتئاب عند عدم حدوث استجابةٍ وتحسّنٍ بعد استخدام الأنواع المختلفة من مضادات الاكتئاب، ولليثيوم نوعان وهما؛ كربونات الليثيوم، وسترات الليثيوم ويجدر التنبيه

إلى أن ارتفاع مستوى الليثيوم في الدم قد يكون ساماً، لذا فإنه يجب إجراء تحليلٍ للدم كل ثلاثة أشهرٍ، والابتعاد عن الأنظمة الغذائية قليلة الملح لأنها قد تتسبب في ارتفاع مستواه في الدم.

العلاج بتحفيز الدماغ (Brain stimulation): يُستخدم العلاج بتحفيز الدماغ في حالات الاكتئاب الشديدة عند عدم الاستجابة للعلاجات السابقة، ولهذه الطريقة أنواع عديدة؛ منها التحفيز باستخدام التيار المباشر عبر الدماغ والذي يشمل تركيب أقطابٍ صغيرةٍ على الرأس ترسل تياراً منخفض القوة وثابتاً إلى الدماغ، حيث يُحفز التيار الكهربائي وظائف الدماغ لتخفيف أعراض الاكتئاب، وهناك التحفيز المغناطيسي المتكرر للدماغ وفيه يتم توجيه ملفٍ كهرومغناطيسيٍّ باتجاه الرأس، حيث يُرسل نبضاتٍ متكررة وذات تردداتٍ ثابتة من الطاقة الكهرومغناطيسية، مما يؤدي إلى تحفيز الدماغ.

(محمد مروان، كيف يتم علاج الاكتئاب، 2018)

2-العلاج النفسي:

ويكون عن طريق أنواع متعددة من العلاج النفسي أهمها:

أ.العلاج النفسي التحليلي:

ويبحث هذا النوع من العلاج في العوامل الدفينة في طفولة الفرد المعتمدة أساساً على الجنسية الطفلية والصدمات التي تلقاها المريض في الخمس سنوات الأولى من حياته، (مع عمليات التداعي الحر، وتفسير الأحلام، والتحول والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية. (أحمد عكاشة، 1980، ص121)

ب.العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج السلوكي المعرفي يُعتبر العلاج السلوكي المعرفي إحدى طرق العلاج المستخدمة في حالات الاكتئاب، حيث يتم فيه دمج العلاج الإدراكي (المعرفي)-وهو معرفة مدى تأثير أفكار الشخص على مشاعره، والعلاج السلوكي وهو محاولة تغيير تصرفات الشخص تجاه المواقف التي تحتاج إلى التحدي- ويُعتبر تعاون الشخص أمراً مهماً لزيادة فاعلية العلاج. فمثلاً يهدف العلاج السلوكي المعرفي إلى مساعدة الشخص على تحديد الأفكار التلقائية والمعتقدات الأساسية التي تسهم في خلق مشاعر سلبية لديه؛ كأن يعتقد مثلاً بأن جميع البشر سيئون بسبب وجود شخص سيء واحد، أو أن يعتقد بأنه يجب على جميع الأشخاص أن يحبوه بلا استثناء. أما بالنسبة للعلاج السلوكي، فيتم البدء به عند تحقيق درجة من السكون والاستقرار الذهني لدى الشخص، وذلك عن طريق اتخاذ إجراءات تساعد على العودة لحياته الطبيعية وتسيير خطاه نحو أهدافه؛ وذلك بتشجيعه على ممارسة الهوايات وقضاء وقتٍ مع الأصدقاء إذا كان

الاكتئاب قد تسبب حدوث الانعزال الاجتماعيّ مثلاً، وكذلك يمكن توجيه الشخص تحت الإشراف على مواجهة المواقف والأشخاص الذين يتسببون بشعوره بالخوف مثلاً. (محمد مروان، مرجع سبق ذكره)

ج.العلاج الاجتماعي:

ويعمل على مساعدة المريض اجتماعياً، وحل مشاكله الاجتماعية وإحداث التغييرات البيئية المناسبة، للتقليل من معاناته، وكما هو معروف فإن أثر البيئة والمجتمع في نشأة وعلاج الاضطراب كبير، لذلك يتجه العلاج أحيانا نحو تحسين هذه العوامل من ناحية العمل والمنزل والأسرة، وتشجيع الهوايات الخاصة من ثقافة وفنون، أو رياضة، أو الإيمان الديني خصوصا للذين يميلون بطبيعتهم للناحية الدينية.

(أحمد عكاشة، مرجع سبق ذكره، ص138)

خلاصة الفصل:

تطرقنا من خلال هذا الفصل لموضوع الاكتئاب، من خلال تقديم مجموعة من التعاريف المختلفة لبعض العلماء والباحثين، إضافة لتصنيفاته، والتصورات النظرية للاكتئاب، وأسبابه وأعراضه وعلاجه.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

اجراءات تطبيق الدراسة

تمهيد

1- أدوات الدراسة

2- المنهج المستخدم

3- الدراسة الأساسية

4- الأساليب الإحصائية المستخدمة

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد أن تطرقنا إلى الجانب النظري للدراسة، سنتطرق في هذا الفصل للإجراءات المنهجية للدراسة، التي تعتبر خطوة أساسية من خطوات البحث العلمي، حيث سنتطرق في هذا الفصل إلى منهج الدراسة، ثم وصف أدوات القياس، والخصائص السيكومترية لأدوات القياس، بعدها نتطرق إلى إجراءات الدراسة الأساسية ووصف عينة الدراسة الأساسية، إجراءات تطبيقها، ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة.

أولاً: المنهج المستخدم:

إن إتباع الباحث لمنهج دون آخر يرجع سببه إلى طبيعة الموضوع أو الدراسة وإلى الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها، فموضوع الدراسة هو الذي يفرض على الباحث إتباع منهج معين، والمنهج هو "الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد العامة تهيمن على سير العقل حتى يصل إلى نتيجة معلومة.

(بوحوش الدنبيات، 1995، ص92)

ونظراً لطبيعة الدراسة الحالية تم إتباع المنهج الوصفي والذي يعرف على أنه: "منهج يعني بالدراسات التي تهتم بجمع وتلخيص وتصنيف المعلومات والحقائق المدروسة المرتبطة بسلوك عينة من الناس أو وضعيتهم، أو عدد من الأشياء أو سلسلة من الأحداث، أو منظومة فكرية، أو أي نوع آخر من الظواهر أو القضايا، أو المشاكل التي يرغب الباحث في دراستها، لغرض تحليلها وتفسيرها وتقييم طبيعتها للتنبؤ بها وضبطها أو التحكم فيها"

(بساسي نور الهدى، 20، ص55)

وتتدرج تحت المنهج الوصفي العديد من التعريفات والأساليب منها الدراسات الوصفية الاستكشافية التي تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة، والتي يعرفها رجاء وحيد دويدري: بأنها "أسلوب من أساليب التحليل المركز على معلومات كافية ودقيقة على ظاهرة ما، من أجل الحصول على نتائج عملية، يتم تفسيرها بطريقة موضوعية بما يتناسب مع المعطيات "

(رجاء وحيد دويدري، 2000، ص183)

ثانياً: أدوات الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا هذه على مقياس "أرون بيك للاكتئاب" من أجل قياس درجة الاكتئاب، وفيما يلي سنتطرق لوصف أداة الدراسة وذكر الخصائص السيكومترية لها.

– مقياس بيك (Beck) المختصر للاكتئاب (B.D.I)

1. وصف الاختبار: هو مقياس معد من صاحبه آرون بيك وتم ترجمته للغة العربية من طرف غريب عبد الفتاح غريب (1985)، تتكون الصورة الأصلية لهذا المقياس من (21) مجموعة تتكون كل منها من أربع

عبارات، تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الاكتئاب من (0-3) وقد تم التوصل إلى بنود المقياس من الملاحظات الاكلينيكية للأعراض والاتجاهات التي كانت تظهر على المكتئبين بتكرار، أكثر من ظهورها على غير المكتئبين، ولم يتم اختيار أي من البنود على نظرية محددة في الاكتئاب.

أما الصورة المختصرة للمقياس فتتكون من (13) عبارة فقط، وقد وجدت معاملات ارتباط تدور كلها حول التسعينيات بين نتائج على المقياس الكلي ونتائج الصورة المختصرة، وقد تبين في دراستي هذه الصورة المختصرة للمقياس.

وتحتوي كل مجموعة من هذا المقياس على سلسلة من العبارات، بحيث يختار المفحوص العبارة التي تناسبه من بينها، وتتمثل الأبعاد الثلاثة عشر للاختبار في: الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل، عدم الرضا، الشعور بالذنب، عدم حب الذات، إيذاء الذات، الانسحاب الاجتماعي، التردد، تغير في صورة الذات، صعوبة العمل، التعب، وفقدان الشهية.

إذ تتراوح الدرجة الكلية للمقياس من (0-39)، إذ تشير الدرجة:

- بين (0-4) إلى عدم وجود اكتئاب

- أما الدرجة من (5-7) تشير إلى وجود اكتئاب معتدل.

- وبين (8-15) إلى اكتئاب متوسط.

- بينما تشير الدرجة التي تتراوح (16) فما فوق إلى وجود اكتئاب شديد.

(غريب عبد الفتاح غريب، 2005، ص 33، 32)

2. الخصائص السيكومترية للمقياس:

1.2- في البيئة العربية:

أ. الثبات:

استخدم غريب عبد الفتاح غريب عام (1985) طريقة التجزئة النصفية على (50) مفحوصا في مصر من جامعة الأزهر، فوصل معامل الارتباط إلى (0.87) واستخدمت كذلك طريقة إعادة التطبيق على (33) فردا راشدا بفاصل زمني بين التطبيقين بلغ شهر ونصف، فوصل معامل الثبات بهذه الطريقة إلى (0.77).

واستخدمت طريقة ألفا كرومباخ على عينة من (75) طالبا جامعا في مصر (جامعة عين شمس)، فكان المعامل ألفا يساوي (0.75) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

وفي الإمارات العربية المتحدة قام غريب (1992) بحساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق في أربع دراسات على عينات من طلاب الجامعة عددهم في كل دراسة هو (37) طالبا و (29) طالبة، (42) طالب، (20) طالبا، فكانت معاملات الثبات في الدراسات الأربع على التوالي هي: (0.88)، (0.90)، (0.71)، (0.68) وكلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01).

ب. الصدق:

ولحساب الصدق استخدمت كذلك عدة طرق منها طريقة الصدق التلازمي بين مقياس "بيك" للاكتئاب ومقياس (د) من مقياس MMPI على (43) من الراشدين، فوصل معامل الصدق إلى (0.60) كما قام عبد الخالق (1966) بحساب صدق مقياس بيك بطريقة صدق التكوين فحسب معامل الارتباط على (120) طالبا من جامعة الإسكندرية بينه وبين ثلاثة مقاييس يفترض ارتباطها بالاكتئاب إيجابيا أو سلبيا وهي: التفاؤل والتشاؤم واليأس، فكانت معاملات الارتباط كما يلي على التوالي: (0.56)، (0.72)، (0.37) كما قام بحساب الصدق التلازمي بين قائمة بيك وثلاثة مقاييس أخرى تقيس الاكتئاب وهي: مقياس "جلفورد" للاكتئاب ومقياس "MMPI" للاكتئاب ومقياس "زوكرمان لورين" للصفات الانفعالية على عينة من (120) طالبا جامعيًا، فوصلت معاملات الارتباط بين قائمة بيك والمقاييس الأخرى على التوالي كالتالي: (0.66)، (0.49)، (0.46) وكلها دالة عند مستوى الدلالة (0.01) كما تبين أيضا عن طريق الصدق التمييزي أن مقياس بيك "يميز بشكل واضح بين مرضى الاكتئاب والأسوياء." (غريب عبد الفتاح غريب، 1988)

2.2- في البيئة الجزائرية:

أ- الثبات:

قام بشير معمريّة (1998) بحساب الثبات على عينة مكونة من (63) طالبا وطالبة، (28) من الذكور و (35) من الإناث من السنوات الأربعة لمعهد العلوم الاجتماعية والآداب واللغة العربية في جامعة باتنة بفواصل زمني بين التطبيقين تراوح بين (18) يوما فوصل معامل الارتباط بين التطبيقين بطريقة بيرسون من الدرجات الخام إلى (0.832) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

ب- الصدق:

قام بشير معمريّة بحساب معامل الصدق بطريقتين الأولى عن طريق الصدق التلازمي فحسب معامل بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين مقياس بيك للاكتئاب ومقياس التقدير الذاتي للاكتئاب "لزونج" وهو تعريب وإعداد "رشاد عبد العزيز موسى" (1988) على عينة مكونة من (43) طالبا وطالبة من معهدي

العلوم الاجتماعية والاقتصاد في جامعة باتنة، فوصل معامل الارتباط بين المقياسين إلى (0.825) وهو دال عند مستوى (0.01)، والطريقة الثانية عن طريق الاتساق الداخل وهي إحدى طرق حساب صدق التكوين، حيث تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس على عينة مكونة من (82) طالبا وطالبة، (34) ذكر و (48) طالبة من معاهد العلوم الاجتماعية والري والاقتصاد اللغات والعلوم الدقيقة. (بشير معمري، 2013)

ثالثا: الدراسة الأساسية:

1- عينة الدراسة الأساسية:

1.1- ظروف إجراء الدراسة الأساسية:

لتعذر تناول كل أفراد المجتمع الأصلي (كل المرضى المصابين بالسرطان لمدينة ورقلة بالجزائر) لجأنا إلى اختيار جزء من المجتمع الأصلي، بالاعتماد على إحدى الطرق المنهجية في اختيارهم، وعليه تم اختيار العينة بطريقة عرضية (العينة المتاحة)، إذ تم قصد المصابين بمرض السرطان المقيمين أو الزائرين لمركز مكافحة السرطان بمستشفى "محمد بوضياف- ورقلة- بقصد العلاج في فترة إجراء الدراسة، وقد تم توزيع (80) استبياناً بمساعدة زميلتين من نفس التخصص، ونظراً لعدم توفر المرضى بأعداد مناسبة قمنا بالتردد عليهم لفترات وأيام متفرقة، قصد إجراء الدراسة على أكبر عدد ممكن من المرضى، وقد تم رفض خمس استبيانات من إجمالي الاستبيانات الموزعة لعدم استيفائهم شروط قبول الاستبيان.

أما على صعيد الصعوبات التي واجهتنا أثناء القيام بالدراسة الاستطلاعية فنجلها فيما يلي:

- تأخر حصولنا على موافقة من أجل إجراء دراستنا في المستشفى، بسبب مشاكل إدارية، تسببت في تأخر موعد إجراء الدراسة وإنهائها.

- نقص عدد المرضى نظراً لخروجهم وعدم مكوثهم، وهو ما جعلنا نمدد من فترة إجراء الدراسة

- توافق مواعيد إجراء دراستنا في كثير من الأحيان مع خضوع المرضى لجلسات العلاج الإشعاعي، وهو ما اضطرنا لتأجيل إجراء الدراسة في أحيان كثيرة.

- إلا أن تعاون الطاقم الطبي والممرضين وتجاوب المرضى معنا في جناح مرضى السرطان سهل لنا العمل بعض الشيء، وساعدنا على إنهاء دراستنا.

2.1- خصائص العينة الأساسية:

الجدول رقم (01) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغيري الجنس والحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية		الجنس	
20	عزاب	30	ذكور
55	متزوجون	45	إناث
75	المجموع	75	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ توزع أفراد العينة حسب المتغيرين الوسيطيين (الجنس والحالة الاجتماعية). ولقد قدرت عينة الذكور ب(30) مريضا بالسرطان، وعينة الإناث ب(45) مريضة، وبلغ عدد المرضى من العزاب " (20) مقابل (55) متزوجا.

الجدول رقم (02) يوضح توزع أفراد العينة من النساء حسب متغير العضو المصاب

العضو المصاب	
21	الثدي
24	عضو آخر
45	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ توزع أفراد العينة من النساء حسب العضو المصاب بالسرطان، إذ بلغ عدد المصابات بسرطان الثدي (21) مريضة، بينما قدر عدد المصابات بالسرطان في أعضاء أخرى غير الثدي (24) مريضة.

ثالثا: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

بعد جمع البيانات و مراجعتها وترميزها وإدخال البيانات في الحاسب الآلي وباستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) تم استخدام عدة أساليب إحصائية واختبارات لتحليل البيانات في هذه الدراسة وهي على النحو التالي:

- المتوسط الحسابي و والنسب المئوية، اختبار "ت" لدلالة الفروق لعينتين مستقلتين.

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض نتائج الفرضية الأولى

2- عرض نتائج الفرضية الثانية

3- عرض نتائج الفرضية الثالثة

4- عرض نتائج الفرضية الرابعة

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، وذلك من خلال عرضها في جداول ومحاولة تحليل هذه الجداول وإعطائها دلالة حسب ما جاءت به المقاييس المستعملة في الدراسة.

نتائج الفرضية الأولى:

افترضنا في الفرضية الأولى أن: "مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان مرتفع"، وكانت نتائج الدراسة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (03) يوضح مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان

التقييم	عدم وجود اكتئاب	اكتئاب خفيف	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد
الدرجة	4-0	7-5	15-8	16<
العدد	22	38	15	لا يوجد
النسبة المئوية من العينة	29%	51%	20%	0%

نلاحظ من الجدول الذي يوضح نسب الاكتئاب لدى عينة مرضى السرطان أن (51%) أي نصف العينة لديهم مستوى اكتئاب خفيف، و(29%) منهم لا يعانون من الاكتئاب، بينما تقل إلى (20%) من المرضى الذين لديهم اكتئاب متوسط، وتخلو عينة البحث من المصابين بالاكتئاب الشديد (0%)، وعليه نرفض فرضية البحث التي نصت على: "أن مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان مرتفع"، و نتبنى الفرضية البديلة التي تنص على: "أن مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان خفيف".

نتائج الفرضية الثانية:

التي افترضنا فيها أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس"، وكانت نتائج الدراسة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (04) يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس:

المؤشرات الإحصائية المجموعات	ن	م	ع	ت المحسوب	درجة الحرية	القرار الإحصائي
ذكور	30	6,06	1,94	1,38	73	غير دالة عند 0,05
إناث	45	5,40	2,11			

من خلال الجدول رقم (05) نلاحظ أن النتائج أظهرت بأن المتوسط الحسابي للذكور بلغ (6,06) بانحراف معياري قدر ب(1,94)، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي للإناث فقد بلغ (5,4) بانحراف معياري قدر ب(2,11)، وأن قيمة (ت) المحسوبة قدرت ب(1,38)، عند درجة الحرية (73) ،وهي قيمة غير دالة إحصائياً ، وعليه نقبل فرضية البحث التي نصت على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين المصابين بالسرطان تعزى للجنس".

نتائج الفرضية الثالثة:

التي افترضنا فيها أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين المصابات بالسرطان تعزى للعضو المصاب"، وكانت نتائج الدراسة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (05): يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى النساء المصابات بالسرطان باختلاف العضو المصاب:

المؤشرات الإحصائية المجموعات	ن	م	ع	ت المحسوب	درجة الحرية	القرار الإحصائي
الثدي	21	6,28	1,95	2,72	43	دالة عند 0,01
نوع آخر	24	4,71	1,92			

من خلال الجدول رقم (05) نلاحظ أن النتائج أظهرت بأن المتوسط الحسابي للإناث المصابات بسرطان الثدي بلغ (6,28) بانحراف معياري قدر ب(1,95)، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي لباقي الإناث المصابات بالسرطان في عضو آخر غير الثدي فقد بلغ (4,71) بانحراف معياري قدر ب(1,92)، وأن قيمة (ت) المحسوبة قدرت ب(2,72)، عند درجة الحرية التي بلغت (43)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01)، وعليه فإننا نرفض فرضية البحث الصفرية والتي نصت على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين المصابات بالسرطان تعزى للعضو المصاب، ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين المصابات بالسرطان تعزى للعضو المصاب لصالح المصابات بسرطان الثدي"

نتائج الفرضية الرابعة:

التي افترضنا فيها أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية" ، وكانت نتائج الدراسة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (06) يوضح الفروق في درجة الاكتئاب لدى المصابين بالسرطان باختلاف الحالة الاجتماعية:

المؤشرات الإحصائية المجموعات	ن	م	ع	ت المحسوب	درجة الحرية	القرار الإحصائي
عزاب	20	6,20	1,74	-1,31	73	غير دالة عند 0,05
متزوجون	55	5,51	2,12			

من خلال الجدول رقم (05) نلاحظ أن النتائج أظهرت بأن المتوسط الحسابي للعزاب بلغ (6,20) بانحراف معياري قدر ب(1,74)، أما بالنسبة للمتزوجين للمتزوجين فقد بلغ (5,51) بانحراف معياري قدر ب(2,12)، وأن قيمة (ت) المحسوبة قدرت ب(-1,31)، عند درجة الحرية (73)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وعليه فإننا نقبل فرضية البحث التي نصت على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين المصابين بالسرطان تعزى للحالة الاجتماعية".

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى عرض النتائج المتوصل إليها كما حاولنا تحليلها، وسيتم مناقشتها في الفصل الموالي على ضوء التراث النظري إضافة لما لمسناه في الواقع.

الفصل السادس

تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1- مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول

2- مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثاني

3- مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثالث

4- مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الرابع

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل مناقشة وتفسير النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية ومقارنة نتائجها مع نتائج الدراسات السابقة، كما اعتمدنا في مناقشتنا أيضا على التفسير من الواقع.

-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:**والتي نصت على أن :**

"مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان مرتفع "

وقد أسفرت نتائج التحليل الإحصائي لهذا التساؤل على أن النسبة الأكبر من عينة المرضى (51%) تعاني من اكتئاب خفيف، وهي نتائج تتفق مع ما توصلت إليه دراسة "Alacacioglu.A" (2013) على عينة بلغ عددها (156) مريضا بالسرطان بهدف معرفة مستوى الاكتئاب، أن (96) شخصا منهم يعانون من اكتئاب خفيف، والباقي (60) شخصا يعانون من اكتئاب حاد. (جهاد براهيمية، 2016، ص312)

ولكن نتائج الدراسة الحالية تختلف مع ما توصل له "لورانس ليشان" في دراسة قام بها من أجل معرفة درجة الاكتئاب على (250) مريضا بالسرطان باستعمال مقياس "بيك" للاكتئاب فوجد أن أكثر من نصف عدد المصابين يعانون من اكتئاب شديد، ويأس قاتل، وفقدان في الأمل والحياة، والإحساس بالفشل، كما لاحظ ليشان " أن مريض السرطان يكون منعزلا، انطوائيا.

وكذا تختلف مع دراسة قام بها "علي حسين إبراهيم" سنة (2003) من أجل معرفة الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان على (150) مريضا سعوديا، ومثلهم أصحاب باستخدام مقياس "بيك" للاكتئاب، واختبار تفهم الموضوع "TAT"، فوجد أن مرضى السرطان أكثر اكتئابا وقلقا وخوفا من الأصحاء.

(جبر محمد جبر، 2004، ص85)

واختلفت أيضا مع نتائج دراسة قام بها "Burhan.H" (2016) والتي أجريت على (100) مريض بالسرطان في مدينة مرجان الطبية ببابل، والتي توصلت إلى أن حوالي (70%) من المرضى يعانون من اكتئاب حاد، كما أظهرت دراسة "Tavoli.A" (2008) على (142) مريضا بسرطان الجهاز الهضمي، والتي أظهرت مستويات عالية من الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

وتختلف أيضا مع ما توصل إليه "Watson" وزملائه (1991) في دراسة قاموا بها على عينة قوامها (359) سيدة مصابة بسرطان الثدي، بهدف معرفة الآثار النفسية لمرض السرطان بعد مضي ثلاثة أشهر من الإصابة به، وقد تم تطبيق بعض مقاييس الشخصية على أفراد العينة لمعرفة الآثار النفسية المترتبة على

الإصابة بالسرطان وقد أسفرت نتائج الدراسة عن معاناة (61) من أفراد العينة من الاكتئاب الشديد والشعور بالعجز. (وهيبة شرقي، 2016، ص 65)

ويمكن تفسير نتائج الدراسة الحالية والتي توصلت إلى أن مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان أفراد العينة خفيف، إلى الوازع الديني ودرجة الإيمان بالقضاء والقدر الذي يجعل المريض يتقبل المرض كواقع يمكن التعايش معه، وإن كان لا يمكنني الجزم بمدى درجة التدين الذي يحظى به أفراد العينة، إلا أن حديثهم الذي لا يخلو من الدلالات الدينية، وكلامهم عن الابتلاء والصبر والتسليم بقضاء الله والجزاء، كلها مؤشرات تدل على بروز الجانب الروحي وطغيانه على معتقداتهم حول المرض الذي أصبوا به وطريقة التعامل معه، إذ يعتبر الجانب الديني أحد أهم مصادر المساندة والدعم الروحي والنفسي للعديد من المرضى، حيث يعتبر الكثير منهم الصلاة والدعاء والنصح و الإرشاد الديني مهم من أجل زيادة القدرة على التحمل والصبر.

وقد بينت الدراسات الحديثة أن هناك تأثيراً إيجابياً للاعتقاد بالله والتسليم بقضائه على رفع مستوى الجهاز المناعي ونشاطه، وأن هذه الآلية الفاعلة تساهم بشكل كبير في تخفيض الاكتئاب الذي يلعب دوراً مباشراً في التأثير على الجهاز العصبي الإفرازي. (وهيبة شرقي، المرجع السابق، ص 73)

كما قد يكون لجلسات الإرشاد النفسي التي يحظى بها المرضى في المستشفى على قلتها دور في التخفيف من درجة الاكتئاب، ولا يمكن إغفال المساندة الاجتماعية (الأهل، الأقارب، الأصدقاء...) التي لها دوراً مهم وحساس في التخفيف من المعاناة النفسية للمرضى، إذ لاحظت أثناء قيامي بدراستي الحالية مع المرضى الكثير من الزيارات الخارجية التي يقوم بها شباب ناشطين في المجتمع المدني، وما لفت انتباهي هو تفاعل المرضى معهم وتجاوبهم بشكل إيجابي مع مبادراتهم، وقد صرح لي الكثير من المرضى عن سعادتهم وشعورهم بالرضا، اتجاه هذه الأنشطة، وهو أمر قد يكون له أثر بالتأكيد على النتيجة التي تم التوصل إليها.

تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الثانية

والتي نصت على أنه :

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى للجنس " وقد أسفرت نتائج المعالجة الإحصائية لهذا التساؤل والتي تم عرضها في الجدول رقم (04) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين أفراد عينة الدراسة من مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس، وقد اتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت له دراسة "Miller.S" (2011) والتي هدفت لمعرفة إن كانت هناك

فروق في درجة الاكتئاب بين الجنسين، و توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في الاكتئاب، وأشارت إلى أن الرجال والنساء المصابين بالسرطان قد يكونون عرضة للإصابة بالاكتئاب عندما تواجههم ظروف مجهدة للغاية.

كما تتفق مع ما توصل له "أبو الخير" (2009) في دراسة أجراها على عينة من مرضى السرطان لمعرفة إن كانت هناك فروق بين الجنسين في درجة الاكتئاب والقلق، وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في نسبة انتشار القلق والاكتئاب.

(جهاد براهيمية، مرجع سبق ذكره، ص314)

كما تختلف مع ما أكده الأنصاري (2006) من أن الاكتئاب يصيب النساء بشكل أكبر من الرجال بحوالي (5%) لعدة أسباب منها أن النساء سريعيات التأثر العاطفي والانفعالي، ولكونهن أكثر شعورا بأعباء الأمومة والهموم المرتبطة بصراع الأدوار الاجتماعية، ولأنهن غالبا ما يواجهن صعوبة في التعبير عن مشاعر الضيق والحزن.

(منار سعيد، 2016، ص4)

وهو ما أكده أيضا إبراهيم عبد الستار بعد قيامه بدراسة من أجل مقارنة بين مجموعات مختلفة من الذكور والإناث أن الاكتئاب يكون أكثر انتشارا وأشد حدة عند النساء مقارنة بالرجال، وقد عزى هذه النتيجة إلى الضغوط النفسية التي تتعرض لها المرأة، ودورها السلبي في المجتمع، وهو ما يجعلها أقل قوة وأكثر عجزا، ما يجعلها عرضة للاكتئاب.

(عبد الستار إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص114)

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن مرض السرطان قد أصبح منتشر مثل أي مرض آخر وأن كلا الجنسين يحظون بفرص متساوية من العلاج، وأن جميع أفراد العينة من المصابين بالسرطان الذكور والإناث لديهم درجات متقاربة من المعتقدات حول نظرتهم الايجابية أو السلبية لمرض السرطان.

إذ ترى الدراسات الأخيرة أن مرض السرطان له نفس القدر من التأثير على الرجل والمرأة فهم يعانون من نفس المضاعفات النفسية والجسدية ويحصلون على نفس العلاج لهذا السبب نجد أن مستوى الاكتئاب متساوي بينهما.

حيث أن معظم مرضى السرطان من كلا الجنسين يواجهون صعوبات في التكيف مع التغيرات في هيئة الجسم الناتجة عن الإصابة بالسرطان، منذ لحظة الإصابة بالمرض وحتى بعد انتهاء العلاج، ويواجهون نفس المشاعر المختلطة من الحزن والقلق والاكتئاب، ومقارنة أنفسهم بالآخرين، أو مقارنة أنفسهم قبل وبعد المرض وما طرأ عليهم من تغيرات جسمية وصحية، ويواجهونها بنفس الأساليب والاستراتيجيات تقريبا، ويحظون بنفس الدعم كذلك.

-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

والتي نصت على أنه :

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين المصابات بالسرطان تعزى للعضو المصاب" وقد أسفرت نتائج المعالجة الإحصائية لهذا التساؤل والتي تم عرضها في الجدول رقم (05) أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين النساء المصابات بالسرطان تعزى للعضو المصاب لصالح المصابات بسرطان الثدي.

وهي نتائج تتفق مع نتائج دراسة مقارنة قام بها (Muenzel و Jansen) سنة (1984) بين ثلاث مجموعات الأولى من مرضى سرطان الثدي، والثانية من مصابات بأنواع مختلفة من السرطان، والثالثة من اللواتي لا يعانين من أي مرض، وتم تطبيق قائمة صفات الشخصية "لجون (ACL) وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مجموعة المصابات بسرطان الثدي يتسمن بالسمات التالية: الاكتئاب والجبن والخوف والهدوء وعدم المنافسة وعدم الوعي بالذات مقارنة بالمجموعات الأخرى.

(وهيبة شرقي، مرجع سبق ذكره، ص 65)

كما أنها تتفق مع ما توصل له "Williams SA & Schreier AM" (2004) بأن انتشار الاكتئاب بين مرضى سرطان الثدي، يصل إلى (50%) مقابل الأنواع المختلفة من السرطان الذي تصاب به النساء.

(جهاد براهيمية، مرجع سبق ذكره، ص 310)

وفي دراسة قام بها شان وآخرون (2011) على مجموعة من النساء المصابات بالسرطان لدراسة العلاقة بين مرض السرطان وكلا من الاكتئاب والضغط النفسي، أظهرت النتائج أن هناك صورة متدنية للجسم لدى المصابات بسرطان الثدي، مع ارتفاع في درجة الاكتئاب والقلق والضغط النفسي.

(منار سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 7)

ولكن نتائج الدراسة الحالية تختلف مع ما توصل له "Alagaratnam" وآخرون سنة (1986) في دراسة قاموا بها من أجل معرفة التأثيرات النفسية والاجتماعية لاستئصال الثدي، هل تعود لاستئصال الثدي أم للتشخيص بالسرطان، وتكونت العينة من (23) امرأة متزوجة يعالجن من سرطان الثدي، وتمت مقارنتهن مع مجموعة من السيدات مكونة من (34) سيدة تم اختيارهن عشوائيا يعانين من أنواع مختلفة من السرطان، واستخدم الباحثون مقياس "بيك" للاكتئاب لدراسة كلا المجموعتين وأظهرت النتائج أن مجموعة سرطان الثدي كانت أقل اكتئابا وأكثر استقرارا من الناحية العاطفية، مقارنة بالسيدات اللواتي يعانين من

الأنواع الأخرى من السرطان، كما أظهرت النتائج أن تشخيص السرطان كان العامل الأهم في الأثر النفسي والاجتماعي لهؤلاء المرضى. (وهيبة شرقي، مرجع سبق ذكره، ص66)

ويمكن تفسير وجود فروق في درجة الاكتئاب لصالح مجموعة الإناث المصابات بسرطان الثدي، لما يمثله الثدي من أهمية وما يحمله من رمزية للمرأة وما يتعلق بصورة جسدها خاصة في حالة الاستئصال، وهو ما قد يجعلهن غير قادرات على التكيف مع شكل جسدهن الحالي بعد الإصابة بالسرطان، وإحساسهن بأنهن أقل أنوثة و جاذبية من النساء الأخريات، وهو الأمر الذي يشير له شيلي تايلور، بقوله أن المخاوف المتعلقة بصورة الجسم والقلق حول ردود فعل شريك الحياة، هو الذي يرفع من درجة الإحباط واليأس والاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي. (شيلي تايلور، 2008، ص822)

وهو ما تؤكد أيضاً دراسة الغزال وآخرون (2000) التي قاموا بها على (121) ناجية من سرطان الثدي، من أجل معرفة العلاقة بين إعادة بناء الثدي (الترميم) والخضوع للتجميل بعد عملية العلاج، وعلاقتها بصورة الجسد والاكتئاب والقلق، وأظهرت النتائج أن (95%) من المريضات اللواتي خضعن مباشرة لإعادة بناء الثدي وتجميله بعد الخضوع لعملية استئصال الثدي الكلي أو الجزئي، حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الرضا عن صورة الجسد، كما حصلن على درجات أقل على مقياس الاكتئاب ومقياس القلق، مقارنة بالمريضات اللواتي لم يقمن بإعادة ترميم الثدي حيث كانت درجاتهن متدنية على مقياس الرضا عن صورة الجسد ومرتفعة على مقياس الاكتئاب والقلق. (منار سعيد، مرجع سبق ذكره، ص5)

وقد يكون لردود فعل الآخرين المحيطين بالسيدة المصابة يختلف عن غير المصابة، واستمرار الاستفسار عن مكان الإصابة كلها عوامل قد تؤدي إلى تعزيز عدم الرضا عن صورة الجسد لدى النساء المصابات، ومن ثم فإنهن يصبحن أكثر عرضة للشعور بالخجل من أجسادهن وأكثر شعوراً بالحزن والقلق والاكتئاب.

وتمر المرأة بعد التشخيص الإيجابي للمرض بالصدمة الشديدة، لتتحول مشاعرها فيما بعد إلى الغضب، وإلقاء اللوم على النفس، والحزن الشديد، والخوف والقلق والوحدة والابتعاد عن الآخرين مهما كانت صفتهم، إذ يشير "جانز" وزملاؤه في دراسة قاموا بها في هذا الصدد، أن مريضات سرطان الثدي أقررن عدم مقدرتهن على مواصلة النشاطات البسيطة، وأنهن يعانين انخفاضاً في الطاقة، وصعوبة الاندماج في العلاقات الاجتماعية. (نبيلة باوية، مرجع سبق ذكره، ص2)

-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة**والتي نصت على أنه :**

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين المصابات بالسرطان تعزى للحالة الاجتماعية " وقد أسفرت نتائج المعالجة الإحصائية لهذا التساؤل والتي تم عرضها في الجدول رقم (06) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى للحالة الاجتماعية. ويمكن تفسير هذه النتيجة في عدم وجود فروق بين أفراد العينة من المصابين بالسرطان المتزوجون والعزاب إلى:

أنه وإن كان المتزوجون أو الأرامل يحظون بمساعدة من طرف شريك الحياة و برعاية الأبناء ومساندتهم وهو ما يساهم في انخفاض درجة الاكتئاب لديهم ،فإن العزاب لم يعدموا الأوساط العائلية ولا مجموعة الأصدقاء،فهم أيضا يعيشون وسط عائلاتهم ولهم علاقاتهم وصلاتهم الاجتماعية التي توفر لهم الدعم والمساندة الاجتماعية،وهو ما يساهم في رفع معنوياتهم ويجعل للحياة في نظرهم معنى،ويساعدهم على مقاومة ومواجهة الضغوط وتحملها،إذ أن المريض الذي يحظى بأهل وأقارب وأصدقاء يمدونه بالدعم والتشجيع ويشاركونه وجدانيا يساهم بشكل كبير في تحسنه معنويا ويزيد من احتمالية شفائه ومقاومته. وهو ما تؤكدته دراسة مسحية أمريكية على (6928) مريضا، شملت عينة من مرضى (ضغط الدم،والكولسترول،والسكري،والسرطان)،وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد تلعب دورا حاسما في الإقلال من نسبة الوفيات،والتخفيف من درجة الضغوط والاكتئاب،إذ وجد أن نسبة درجة الاكتئاب تقل لدى المتزوجين وممن لديهم صلات اجتماعية وثيقة بالأقارب أو الأصدقاء. (ابراهيم،عبد الستار،مرجع سبق ذكره،ص105)

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى عرض ومناقشة نتائج الدراسة،وقد حاولنا أن نناقش النتائج المتحصل عليها من خلال ما ورد في التراث النظري إضافة إلى ما تم ملاحظته ولمسه في الواقع.

خلاصة الدارسة

خلاصة الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أنها حاولت تناول موضوع حساس وهو الاكتئاب لدى مرضى السرطان، هذا لأن أعراض الاكتئاب تتداخل مع أعراض مرض السرطان وهو ما يعتبر تحدياً حقيقياً للأخصائي النفسي في تشخيص الاكتئاب إن كان اكتئاباً فعلاً، أم مجرد أعراض مصاحبة لمرض السرطان، ومن خلال دراستنا لهذا الموضوع توصلنا إلى النتائج التالية:

- مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان (أفراد العينة) خفيف.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى للجنس.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين المصابات بالسرطان تعزى للعضو المصاب، لصالح المصابات بسرطان الثدي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين مرضى السرطان تعزى للحالة الاجتماعية.

التوصيات:

في ضوء إجراءات البحث وما توصلت إليه من نتائج، وما قدمناه من تفسيرات كمية وكيفية نقدم مجموعة من التوصيات والاقتراحات:

- ضرورة الاهتمام بالتكفل النفسي بالمرضى في وضعية الاستشفاء خاصة بالأفراد المصابين بالأمراض المزمنة (مرضى السرطان).

- تأهيل المختصين النفسيين العاملين بالمؤسسات الصحية وعقد دورات لهم للإطلاع أكثر على واقع مريض السرطان.

- توعية الأطباء والممرضين بأهمية الجانب النفسي في حياة المريض، وماله من انعكاسات على صحته الجسدية.

- إجراء المزيد من الدراسات حول علاقة الجانب النفسي بالجانب الصحي الجسدي، وانعكاسات الجوانب النفسية عليها.

- تلعب المساندة الاجتماعية والدعم الأسري دوراً مهماً وبالغا في رفع معنويات المريض وهو ما يؤثر إيجاباً وبشكل ملحوظ في تجاوب المرضى مع العلاج المقدم لهم، لذا يجب الاهتمام بهذا الجانب لما له من تأثير على صحتهم النفسية والجسدية.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- 1- أحمد سالم ،بادويلان، (2005)، السرطان مازال الأمل باقيا، ط1، بيروت، مؤسسة الريان، للطباعة والنشر والتوزيع.
- 2- أحمد، عكاشة (1998)، طب النفس المعاصر، ط1، القاهرة، الأنجلو المصرية.
- 3- إبراهيم، عبد الستار، (1990)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه، ط1، الكويت، عالم المعرفة.
- 4- بشير، معمريه، (2007)، بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء الرابع، منشورات الحبر، الجزائر.
- 5- بشير، معمريه، (2000)، مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين، مجلة علم النفس، مجلة فصلية، تصدر عن هيئة المصريين العامة للكتاب 122-147.
- 6- بطرس ،حافظ بطرس، (2008)، التكيف والصحة النفسية للطفل، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 7- حسين ،طه عبد العظيم ،(2007)، العلاج النفسي المعرفي (مفاهيم وتطبيقات)، ط1، القاهرة، دار الوفاء للطباعة والنشر.
- 8- حامد، زهران ، (1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، القاهرة، عالم الكتب.
- 9- حسين، فايد، (2001)، دراسات في السلوك والشخصية، ط1، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث للنشر.
- 10- دافيد شيهان، ترجمة عزت شعلان، (1998)، مرض القلق، ط1، الكويت، عالم المعرفة.
- 11- راجح ،أحمد عزت، (1994)، أصول علم النفس، ط1، الإسكندرية، المكتب المصري الحديث.
- 12- رجاء، دويدري، (2000)، البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العلمية، ط1، دمشق، دار الفكر.
- 13- راضي، الوقفي، (1989)، مقدمة في علم النفس، ط1، عمان، دار الشروق.
- 14- سامي، ملحم، (2001)، الإرشاد والعلاج النفسي، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 15- شيفر وملمان، ترجمة العزة سعيد، (1991)، سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ط1، بيروت، دار صبح للطباعة والنشر.
- 16- شيلي تايلور، ترجمة: وسام درويش بريك، فوزي شاكرا طعمية داوود، (2008)، علم النفس الصحي، ط1، عمان، دار حامد للنشر والتوزيع.

- 17- عبد المنعم ،الحفني، (1997)،موسوعة الطب النفسي،ط1،القاهرة،مكتبة مدبولي.
- 18- عبد العزيز،المعاينة وآخرون،(2002)،المدخل إلى علم النفس،ط1،عمان، دار الثقافة والدار العلمية الدولية.
- 19- عبد الحميد، مدحت، (2001)،الاكتئاب في السيكيوباتية، ط1،القاهرة،دار المعرفة الجامعية.
- 20- عبد الله، عسكر، (1988)، الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق، ط1، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.
- 21- عبد العزيز،القوسي،(1975)،أسس الصحة النفسية،ط1،القاهرة،مكتبة النهضة المصرية.
- 22- عماد،سلطان (دت)،الطب النفسي،ط1،القاهرة،دار النهضة العربية.
- 23- فاروق السيد عثمان،(2001)،القلق وإدارة الضغوط النفسية،ط1،القاهرة،دار الفكر العربي.
- 24- فرج ،عبد اللطيف حسين، (2009)، الاضطرابات النفسية(الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال)،ط1،مكة،دار حامد للنشر والتوزيع.
- 25- فيصل ،خير الزراد، (2000)،الأمراض النفس جسدية،ط1،بيروت،دار النفائس.
- 26- محمود،أبو النيل، (1997)،العوامل النفسية في مرض السرطان،مجلة علم النفس،مجلة فصلية تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب6-27.
- 27- محمد محمد، ومرسي كمال،(1986)،الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام،ط1، الكويت، دار القلم.
- 28- موسى رشاد،(1989)،دراسات في علم النفس الاجتماعي وسيكولوجية الفروق بين الجنسين، ط1، القاهرة مؤسسة مختار للنشر.
- 29- موسى رشاد،(1993)،دراسات في علم النفس المرضي، ط1،القاهرة،دار عالم المعرفة.
- 30- محمد،الخطيب،(2000)،التوجيه والإرشاد النفسي، ط2، غزة، مطبعة مقداد.
- 31- وليد ،سرحان، وآخرون،(2001)،الاكتئاب،ط1،دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- 32- يوسف ،الشرفاء، (2008)،الوقاية من أمراض السرطان والتخلص من سموم الجسم بطريقة الشاولين الصينية،ط1،عمان،دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية:

- 33.AL-Iissa.Ihsan(1999).The Mental Health of Muslim Immigrant in Europ.In: AL-Junan: Mental Illnes.the Islamic World.(Ed).Ihsan AL-Issa.Medison universities press.
- 34.Beers.M.H.(2008).Encécloédie médicale.Edition tipographica varese.
- 35.Cancérologie générale.(1979).D.Belpèmm.Ed.JD.Baillier.
- 36.Déllbar Céline et d' autre.(2001).Et si nous parlions?l'infirmier face à la mort.EPPA.OP DEL.
- 37.Fontaine.(1984).Chimique et thérapie comportementales.ED marlayat.Belgique.
- 38.Kalaman.N.Waugh.F.C.(1993).Mental Health Concept.Delmer Center.USA
- 39.Laurent Paul Assoun.(2002).Revue psychiatrique.
- 40.Speillger.(1983).Contenparrny Behavionan thérapy.My file.pubipshpng.company.
- 41.Michelle.L.and Heit.(1987).Health and wellness approach.USA.Merrill Company.
- 42.Ptrosky A.V.and Yaroshevsky. M.G.(1985). A Concise psychological pictions.Pergess.Moscow.

الدراسات:

- 43-دلال ،موسى قويدر،(2008)،الخوف من السرطان وعلاقته بالصدمة النفسية،دراسة ميدانية لنيل درجة الإجازة في الإرشاد النفسي،جامعة دمشق.
- 44-هدى بساسي،(2013)،التوافق النفسي الاجتماعي لمرضى السرطان،مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي،قسم علم النفس وعلوم التربية،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية،جامعة قاصدي مرياح،ورقلة-الجزائر-.
- 45-وهيبة،شرقي،(2015)،الاضطرابات النفسعصبية وعلاقتها بكل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية،جامعة قاصدي مرياح،ورقلة-الجزائر-.

المجلات والدوريات والبحوث:

- 46-بشير معمريه،(2007)،مجلة شبكة العلوم النفسية،العدد 15.
- 47-جابر محمد جبر،(2004)،تقدير الذات وعلاقته بالوجود الأفضل لدى مرضى السرطان،مقارنة بالأصحاء مجلة دراسات عربية في علم النفس،المجلد3،العدد3،دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع،القاهرة.

- 48- جهاد براهيمية، (2016)، الألم النفسي لدى مرضى السرطان، دراسة ميدانية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 27.
- 49- سعيد، منار، (2016)، قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي، مجلة دراسات العلوم التربوية، ملحق 5، عمان.
- 50- غريب، عبد الفتاح غريب، (1988)، دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب لدى عينة مصرية، مجلة الصحة النفسية، العدد 9، القاهرة.
- 51- غريب، عبد الفتاح غريب، 2005، دورة تدريبية في الاضطرابات الاكتئابية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة.
- 52- زياد بركات، (2006)، سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان-دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين و غير المصابين بالمرض، مجلد جامعة النجاح للأبحاث.
- 53- نبيلة باوية، ونادية مصطفى الزقاي يوب، (2013)، الدعم الاجتماعي لدى المصابات بسرطان الثدي، دراسة استكشافية مقارنة على عينة من النساء المصابات بمستشفى محمد بوضياف، ورقلة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 13.
- 54- نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت، (دت)، العوامل النفسية في أمراض السرطان، دراسة ميدانية في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان، مجلة علم النفس، العدد 9، القاهرة.

المواقع الإلكترونية:

- 55- مروان، محمد، علاج الاكتئاب، (06-03-2018)، تاريخ الاطلاع (07-04-2018) من <http://mawdoo3.com>.

الملاحق

مقياس أرون بيك للاكتئاب



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية
السنة الثانية ماستر علم النفس عيادي



- الجنس:
 - الحالة الاجتماعية:
 - العضو المصاب:
- التعليمة:

في هذه الكراسة مجموعة من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدى ثم قم بوضع دائرة حول العبارة (0 أو 1 أو 2 أو 3) والتي تصف حالك خلال الأسبوع الحالي بما فيه هذا اليوم، تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها وتأكد من أنك قد أجبت على كل المجموعات.

0/ أنا لا أشعر بالحزن.

1. أنا لا أشعر بالحزن والكآبة.

2. أنا مكتئب وحزين طوال الوقت ولا أستطيع أن انزع نفسي من هذه الحالة

3. أنا حزين وغير سعيد لدرجة أنني لا استطع تحمل ذلك.

0./ أنا لست متشائما على وجه الخصوص ولست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل.

1. أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع.

2. أنا أشعر بأن ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل.

3. أنا اشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأشياء لا يمكن أن تتحسن.

0./ أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل.

1. أنا اشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط.

2. كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء لا أستطيع أن أرى في حياتي إلا الكثير من الفشل.

3. أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما (كوالد، والدة، زوج).

0/أنا راضي.

1. أنا أشعر بالملل أغلب الوقت.

2. أنا لا أحصل على الإشباع والرضا من أي شيء بعد الآن.

3. أنا غير راضي عن كل شيء.

0/أنا لا أشعر بأنني آثم أو مذنب.

1. أنا أشعر بأنني رديء ولا قيمة لي في أغلب الوقت.

2. أنا أشعر بالذنب أو الإثم تماما.

3. أنا أشعر كما لو أنني رديء أو عديم القيمة.

0/أنا ليست لدي أي أفكار للإضرار بنفسي.

1. أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي ولكن لا أنفذها.

2. أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت.

3. لو استطعت لقتلت نفسي.

0/أنا لم افقد اهتمامي بالناس.

1. أنا أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل.

2. أنا فقدت أغلب اهتمامي بالناس، ولدي مشاعر قليلة اتجاههم.

3. أنا فقدت كل اهتمامي بالناس، ولا اهتم بهم على الإطلاق.

0/أنا أتخذ القرارات بنفس القوة التي تعودت ان اتخذها من قبل.

1. أنا أحاول تأجيل اتخاذ القرارات.

2. أنا لدي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات.

3. أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرار بعد الآن.

0/أنا لأشعر بأنني أظهر أسوأ مما اعتدت أن أظهر عليه من قبل.

1. أنا مشغول وقلق على أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب.

2. أنا أشعر بأن هناك تغييرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة.

3. أنا أشعر بأنني قبيح أو غير جميل المنظر.

0./ أنا لا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل.

1. أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء.

2. يجب أن ادفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء.

3. أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.

0./ أنا لا أجد أكثر مما تعودت من قبل.

1. أنا لا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.

2. أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء.

3. أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء.

0./ شهيتي للأكل ليست أسوء من المعتاد.

1. شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت.

2. شهيتي أصبحت أسوأ الآن.

3. ليست لي شهية للأكل نهائياً.

الملحق رقم (02): يوضح نتائج التساؤل الأول

(مستوى الاكتتاب)

VAR00001

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	1	1,3	1,3	1,3
	2,00	3	3,9	4,0	5,3
	3,00	10	13,2	13,3	18,7
	4,00	8	10,5	10,7	29,3
	5,00	13	17,1	17,3	46,7
	6,00	12	15,8	16,0	62,7
	7,00	13	17,1	17,3	80,0
	8,00	8	10,5	10,7	90,7
	9,00	6	7,9	8,0	98,7
	10,00	1	1,3	1,3	100,0
	Total	75	98,7	100,0	
Missing	System	1	1,3		
Total		76	100,0		

Statistics

VAR00001

N	Valid	75
	Missing	1
Mean		5,6667
Std. Error of Mean		,23811
Median		6,0000
Mode		5,00 ^a
Std. Deviation		2,06210
Variance		4,252
Skewness		-,069
Std. Error of Skewness		,277
Kurtosis		-,728
Std. Error of Kurtosis		,548
Range		9,00
Minimum		1,00
Maximum		10,00
Sum		425,00

الملحق رقم(03): يوضح نتائج التساؤل الثاني (الجنس)

Group Statistics

	VAR000 02	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR000	ذكور	30	6,0667	1,94641	,35536
01	إناث	45	5,4000	2,11488	,31527

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
VAR000 01	Equal variances assumed	,381	,539	1,380	73	,172	,66667	,48310	- ,29615	1,62948
	Equal variances not assumed			1,403	65,764	,165	,66667	,47506	- ,28188	1,61521

الملحق رقم(04):يوضح نتائج التساؤل الثالث(العضو المصاب)

Group Statistics

	VAR000 02	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR000 01	الثدي	21	6,2857	1,95302	,42618
	عضو آخر	24	4,7083	1,92194	,39231

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
VAR0001									
Equal variances assumed	,007	,932	2,726	43	,009	1,57738	,57863	,41047	2,74429
Equal variances not assumed			2,723	42,019	,009	1,57738	,57926	,40840	2,74636

الملحق رقم (05): يوضح نتائج التساؤل الرابع (الحالة الاجتماعية)

Group Statistics

	VAR00002	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00001	متزوجون	55	5,5091	2,11584	,28530
	عزاب	20	6,2000	1,73509	,38798

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
VAR00001 Equal variances assumed	2,044	,157	-1,308	73	,195	-,69091	,52841	-1,74402	,36221
Equal variances not assumed			-1,435	40,896	,159	-,69091	,48158	-1,66356	,28174