

جامعة قاصدي مبراح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

ميدان: علوم إجتماعية

التخصص: علم النفس العيادي



من إعداد الطالبة: وهيبة شرقي

بغنوان:

الاضطرابات النفسعصبية وعلاقتها بكل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى
السرطان

دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة -

نوقشت و أجزيت علنا بتاريخ : 2015/05/31

أمام اللجنة المكونة من السادة :

الدكتور / أبي ميلود عبد الفتاحجامعة قاصدي مبراح..... رئيسا

الدكتور / زعطوط رمضانجامعة قاصدي مبراح..... مشرفا و مقررا

الدكتور /بوعافية خالد..... جامعة قاصدي مبراح.....مناقشا

السنة الجامعية: 2015/2014



الإهداء

إلى روح والدتي الطاهرة التي تمنيت أن تكون بجوارى في هذه اللحظات؛

إلى والدي العزيز ذو القلب الكبير أطل الله في عمره؛

إلى من جمعهم معي ظلمة الرحم.....إلى من يعيش في كل وجودهم أملي

إخوتي وأخواتي

إلى رفيقات دربي

إلى مرضى السرطان بمركز مكافحة السرطان CAC داعيتنا الله أن يمن عليهم

بالشفاء والعافية والذين لولا تجاوزهم معي لما استطعت إنهاء هذه الدراسة

إلى كل من علموني أن العلم سلاح والأخلاق ذخيرته

إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع

وهيبة شرقي



كلمة شكر وتقدير

أحمد الله تعالى الذي وفقني لأتمم هذا العمل الذي رأى النور بفضله أولاً وفضل الأستاذ المشرف

الدكتور زعطوط رمضان الذي لم يبخل علياً يوماً بتوجيهاته القيمة

كما لا يفوتني أن أقدم خالص الشكر لأساتذة المعلومة

والذين كانوا سبباً في وصولنا لهذا المستوى العلمي

وفي الختام نشكر كل من ساعدنا طيلة فترة الدراسة من قريب أو من بعيد، بالكثير أو القليل

حتى ولو بكلمة طيبة أو بابتسامة عطرة.



وهيبة هرفني

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن علاقة الاضطرابات النفسعصبية بكل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان بمستشفى محمد بوضياف في ورقلة، وللتأكد من صحة هذه الفرضيات الدراسة اخترنا عينة تكونت من 80 مريض مصاب بالسرطان، وقد تمت هذه الدراسة بالاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي ، أما في ما يخص المقاييس المستعملة فكانت كما يلي:

1/ مقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MoCA لصاحبه "نصر الدين زياد طيب" والذي يطبق لأول مرة في المجتمع الجزائري في حدود علم الطالبة.

2/ اختبار بيك Beck للاكتئاب B.D.I. لصاحبه آرون بيك وقام بترجمته غريب عبد الفتاح غريب 1985

3/ مقياس التدين لصاحبه زعطوط رمضان. 2014

وبعد تطبيقنا للاختبارات توصلنا إلى النتائج التالية:

- 1- أسفرت نتائج الفرضية الأولى على وجود بعض الاضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السرطان
- 2- أسفرت نتائج الفرضية الثانية على وجود نسبة كبيرة من مرضى السرطان تعاني اكتئاب متوسط
- 3- أسفرت نتائج الفرضية الثالثة عن إنخفاض نسبة التدين لدى مرضى السرطان
- 4- أسفرت نتائج الفرضية الرابعة إلى عدم وجود علاقة بين كل الاضطرابات النفسعصبية التي يقسيها الإختبار المتبنى في الدراسة وكل من الإكتئاب والتدين
- 5- اسفرت الفرضية الثالثة عن عدم وجود علاقة بين كل من الاكتئاب والتدين.

الكلمات المفتاحية:

الاضطرابات النفسعصبية، الاكتئاب، التدين، السرطان.

Résumé:

L'étude vise à montrer la nature de la relation entre les troubles neuropsychologiques, la dépression et la religiosité parmi les patients cancéreux à l'hôpital Mohamed Boudiaf de Ouargla

Pour vérifier la justesse des hypothèses, nous avons pris comme échantillon 80 patients cancéreux, puis on a utilisé l'approche descriptive, comme on a aussi utilisé les échelles suivantes :

-l'échelle d'évaluation des connaissances MoCA, utilisé à Montréal, initiée par Nasser El ddine Ziad Tebib, et qui est utilisée pour la première fois dans la société algérienne, Le test Beck pour la dépression B.D.I, initiée par Aron Beck et traduit par Gharib Abdelfatah Gharib en 1985, l'échelle d'évaluation de religiosité initiée par Zatout Ramdane .

Après avoir fait les tests, nous avons obtenus les résultats suivants :

01- les résultats de la première hypothèse ont montré qu'il y a quelques troubles neuro-psychologiques parmi les cancéreux.

02-les résultats de la deuxième hypothèse ont montré qu'il y a un taux élevé de cancéreux qui souffrent d'une dépression moyenne

03-les résultats de l'hypothèse ont n 03 ont montré un recul de religiosité parmi les patients cancéreux.

04- les résultats de la quatrième hypothèse ont montré qu'il y a une relation entre troubles neuro-psychologiques, évalués par le test dans l'étude, et la dépression ainsi que la religiosité

05- les résultats de l'hypothèse cinq ont montré qu'il y a une relation entre la religiosité et la dépression

Les mots clés;

Les troubles neuro-psychologiques, la dépression, la religiosité, le cancer.

قائمة المحتويات

الصفحة	فهرس المحتويات
I	شكر و تقدير
III	ملخص الدراسة باللغة العربية
VI	ملخص الدراسة باللغة الأجنبية
V	قائمة المحتويات
VII	قائمة الجداول
VIII	قائمة الأشكال
1 تقديم الدراسة	
	1 موضوع الدراسة
	2 إشكالية الدراسة
و	3 فرضيات الدراسة
ز	4 أهداف الدراسة
ز	5 أهمية الدراسة
ح	6 التعريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة
ط	7 حدود الدراسة
2 الإطار النظري	
1	تمهيد
1	1 تعريف السرطان
4	2 الاضطرابات النفسعصبية
10	3 الاكتئاب
20	4 التدخين
21	خلاصة الفصل

المنهج	
23	تمهيد
23	1 الدراسة الإستطلاعية
24	2 أدوات الدراسة
29	3 الدراسة الأساسية
34	4 الأساليب الإحصائية المستخدمة
34	خلاصة الفصل
النتائج	
36	تمهيد
36	1 عرض نتائج الفرضية الأولى
38	2 عرض نتائج الفرضية الثانية
40	3 عرض نتائج الفرضية الثالثة
41	4 عرض نتائج الفرضية الرابعة
41	خلاصة الفصل
مناقشة النتائج	
43	تمهيد
43	1 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
45	2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
49	3 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
50	4 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
53	خلاصة الفصل
54	خلاصة الدراسة
55	التوصيات
56	قائمة مصادر و المراجع
61	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
14	جدول يبين أنماط التكيف مع مرض السرطان	01
24	جدول يبين خصائص العينة الإستطلاعية	02
30	جدول يبين الخصائص الديمغرافية للعينة الأساسية	03
30	جدول يبين الخصائص الإجتماعية للعينة الأساسية	04
31	جدول يبين خصائص العينة الأساسية حسب متغيري الإزمان ونوع العلاج	05
32	جدول يبين خصائص العينة الأساسية حسب نوع السرطان	06
33	جدول يبين مستوى الإكتئاب لدى أفراد العينة	07
36	جدول يبين الإضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السرطان	08
38	جدول يبين مستوى الإضطرابات المعرفي لدى مرضى السرطان	09
39	جدول يبين مستوى الإكتئاب لدى مرضى السرطان	10
40	جدول يبين مستوى التدخين لدى أفراد السرطان	11
40	جدول يبين علاقة الإضطرابات النفسعصبية بكل من الإكتئاب والتدين	12
41	جدول يوضح العلاقة بين الإكتئاب والتدين	13

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
33	شكل يبين خصائص العينة الأساسية حسب نوع السرطان	01
34	شكل يبين مستوى الإكتئاب لدى أفراد العينة	02
37	شكل يبين الإضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السرطان	03
38	شكل يبين الإضطرابات المعرفي لدى مرضى السرطان	04
39	شكل يبين مستوى الإكتئاب لدى مرضى السرطان	05

تقديم الدراسة

1 موضوع الدراسة

2 إشكالية الدراسة

3 فرضيات الدراسة

4 أهداف الدراسة

5 أهمية الدراسة

6 التعريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة

7 حدود الدراسة

موضوع الدراسة :

يعد مرض السرطان من الأمراض المزمنة التي تشهد إنتشارا كبيرا في هذا العصر بين كل الفئات العمرية وفي كل الدول دون إستثناء ، و تعزي الدراسات نسبة إنتشاره السريعة إلى التحولات التي تجري على الغذاء من معالجات كيميائية سواء في فترة زراعتها أو تعليبها أو حفظها ، وذلك دون وعي حول مدى ضرر هذه الكيمائيات على صحة الفرد، غير أن هذا المرض لا يرجع فقط لهذه المستجندات الغذائية بل يرتبط أيضا بالتحولات السريعة التي مسّت نمط حياة الفرد من الناحية النفسية والإجتماعية.

إذ أصبحت الحياة تضع الفرد تحت الكثير من الضغوط التي لا مفر منها سواء من الناحية الإقتصادية أو الإجتماعية.

وما يميز مرض السرطان عن غيره أنه يرتبط في ذهن الجميع بالموت المحتم، فسماع اي شخص بأنه مصاب بمرض السرطان لا يعني له ذلك الإصابة بمرض بل يعني له الحكم عليه بالموت القريب، وهذا ما يولد القلق الذي يراوده جراء خوفه المستمر من طبيعة مرضه و مستقبله. كما أن مرض السرطان لا يقتصر على إصابة أحد أجهزة الجسم دون الآخر بل يتواجد السرطان على أنواع عديدة بحسب الجهاز المصاب. كما ان هذا المرض له خصوصية تميزه عن الأمراض الأخرى ألا وهي الانقسام الغير محدود للخلايا وقدرة هذه الخلايا على غزو انسجة مجاورة وتدعى هذه العملية "بالنقيلة"

هذا فيما يخص المرض اما العلاج فعلى قدر خطورة المرض نجد ان العلاج يكون قوي وموجه لكافة الجسم دون استهداف المرض وحده او عضو دون الاخر حيث انه يخلف آثار على صحة المريض سواء من الناحية الجسمية او النفسية او العصبية ، وهو الامر الذي جعلنا نقوم بهذه الدراسة من اجل معرفة الاضطرابات النفسعصبية التي تظهر على مريض السرطان

فقد تواصلت عدة دراسات لأثار النفسعصبية للسرطان وعلاقتها بنوعية حياة المريض من بينها "دراسة Quesnel (2009) " في كندا التي انطلقت من فرضية ان المصابات بسرطان الثدي اللاتي يعالجن كيميائيا ، وعددهن (41) يكون اداؤهن اسوء في التقييم النفسي العصبي مقارنة باللاتي يعالجن بالاشعة وعددهن (23) مريضة والصحيحات عددهن (40) . اظهرت النتائج اضطرابات في الانتباه والذاكرة اللفظية ، والطلاقة اللفظية كما وجدت علاقة بين نوعية الحياة وبين الوظائف المعرفية في بداية المتابعة لكنها تحسنت بعد ذلك مع

ظهور نتيجة غير متوقعة وهي ان اللاتي يعالجن كيميائيا كن الافضل في التقييم النفسي العصبي .(زعطوط ، 2014)

كما ذهبت دراسة "امين مصمودي و آخرون 2009 تونس" بعنوان جدوى تقييم نوعية الحياة في ممارسات طب الاورام السريري" على عينة تكونت من 30 مريضة مصابة بالسرطان وقد طبق استمارة -EORTCQLQ-C30 او استبيان نوعية الحياة للمنظمة الاوروبية للابحاث وعلاج السرطان بعد خضوعهن للمعالجة الكيميائية المساعدة إثر اكتشاف سرطان الثدي لديهن باكرا ، وتابعن العلاج بالمنزل ثم اعيد توزيع المقياس عليهن بعد الدورة الثالثة للعلاج ، وقد لاحظ الباحثون تدهورا ملحوظا في اداء الوظائف المعرفية والاجتماعية لدى المريضات خلال تلقي العلاج الكيميائي (المصمودي، 2009)

فحسب هذه الدراسات نجد ان لهذا المرض مخلفات على جسم الإنسان خصوصا في فترة العلاج التي يخضع لها المريض ومن بين أهم هذه الآثار ما يتعلق بالجهاز العصبي المركزي للإنسان الذي يعد مركز قرارات الفرد وانفعالاته و تنعكس على شكل اضطرابات نفسعصبية ، و التي يقصد بها الاضطرابات التي تمس الوظائف المعرفية مثل : الانتباه ، الذاكرة ،الوظائف التنفيذية ، هذه الوظائف التي ينعكس الخلل الذي يمسه على الحياة اليومية للفرد ، كما ينعكس على حالته الانفعالية .

و قد ينجم عن مرض السرطان 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 ،وهذا ما قد يولد العديد من الاستجابات النفسية الاجتماعية الأخرى ،إضافة الى الاكتئاب (تايلور، 2008)

و سواء كان الاكتئاب طويل المدى أو على فترات متقطعة ، فإنه يعد من أكثر الصعوبات الناجمة عن المرض . وقد أسفرت العديد من الدراسات حول الاكتئاب من بينها دراسة Lover وآخرون (2002) " بدراسة تهدف إلى تقييم الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي والضغط النفسية لدى مريضات سرطان الثدي "وشملت العينة (238) مصابة بسرطان الثدي، وقد تمت مقابلة العينة 5 مرات خلال الجرعات الستة الأولى للعلاج حيث ظهرت الأعراض التالية: غثيان، تساقط الشعر، والإرهاق على أكثر من 80% من المريضات، وعند الجرعة السادسة %46 من المريضات بدأت يفكرن بالتوقف عن العلاج، ولكن عددا قليلا منهن أبلغ الطاقم الطبي بذلك، وعلى العكس فإن الضغط النفسي كان أقل حساسية للعلاج مع مرور الزمن وأن العلاج الكيميائي له أعراض جانبية تؤثر بشكل كبير على الوضع الجسدي للمرأة، وبالتالي يؤثر نفسيا واجتماعيا

(الحجار وآخرون، 2005)

وفي سويسرا قام كل من Van وآخرون (1989) على عينة من السيدات اللواتي قمن بإجراء عملية جراحية لاستئصال الثدي، وباستخدام مقياس للإكتئاب تبين معاناة أفراد العينة من الاكتئاب حتى بعد استئصال الثدي أو الورم، كما لم تظهر فروق بين المجموعة التي استأصل منها الثدي بالكامل والمجموعة التي استأصل منها ورم الثدي فقط في الاكتئاب. (الأنصاري، 1996).

وبما ان مرض السرطان يمثل تجربة مهددة للحياة كما انه قرين للموت في تصور المريض وكذا المجتمع فنجد ان النفس تتجه الى التضرع لله في هذه الاوقات العصبية وهنا تختلف طرق البشر في الاتصال بالله وذلك لتحقيق التوازن النفسي والبيولوجي وهو ما يدعى بالتدين والذي يعكس على سلوك الفرد في الواقع، يمثل الرابط الروحي الذي يساعده لمواجهة معاناة الحياة نفسية كانت ام جسدية ، فالتدين هو المتغير الرئيسي القادر على تفسير غلبة المشاعر الايجابية و القدرة على التكيف لدى المرضى وقد أصبح موضوع التدين إحدى المتغيرات التي تحظى بالدراسة في علم النفس بكل فروع ومجالاته وبالأخص في مجال الصحة النفسية والصحة الجسدية لعينة المصابين بالأمراض المزمنة أو الحادة والتي تعتبر إحدى التحديات الكبرى التي قد تعترض الإنسان في حياته، إذ تثبت العديد من الدراسات أن التدين له أثره المثبت على الجسم ومستوى أداءه الدفاعي في حالة المرض، فالناس الذين يمتلكون عقيدة دينية قوية، يتميزون بالرضا والتكيف الإيجابيين مع مشكلات الحياة وبالأخص الصحية منها ، كما تقل التأثيرات السلبية للأحداث الحياتية الصادمة، مقارنة بأولئك الذين ليس لهم ارتباط ديني رسمي. ويفيد الكثير من الناس بأن الدين يساعدهم في التعامل مع المواقف الحياتية الضاغطة. (تايلور، 2008)

إذ يشير "كارل يونغ" إلى أن المشكلات الصحية أساسها الافتقار إلى وجهة نظر دينية في الحياة ، وأن الأفراد يكونون فريسة المرض لأنهم فقدوا الشيء الذي تمنحه الأديان القائمة في كل عصر لأتباعها، وأن الشفاء الحقيقي لا يكون إلا بعد أن يستعيد الفرد نظرتة الدينية في الحياة (نجاتي، 1993)

وسلوك التدين لا يقل أهمية عن تأثير العوامل البيولوجية والبيئية في صحة الإنسان. (يخلف عثمان، 2001) لذلك ارتأت الطالبة دراسة الاضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السرطان وعلاقتها بالاكتئاب والتدين على اعتبار ان مرض السرطان كما سبق الذكر لديه عدة تبعات على المريض سواء منها الجسدية او النفسية او الروحية متبينة هذه المقاربة التي تعتبر من احدث المقاربات في البحث العلمي ، كما ان تسمية السرطان اصبحت مرتبطة كل الارتباط بتسمية الموت فهو مرض مهدد للحياة و اصبح هاجسا يزعج كل من يسمع عنه خاصة بالنظر الى الاحصائيات التي تكشف لنا سنويا عن العدد الهائل من المصابين بهذا المرض.

2. إشكالية الدراسة :

يعتبر مرض السرطان من الامراض المزمنة الخطيرة التي تشغل بال العديد من الباحثين والاطباء في العديد من التخصصات نظرا لزيادة معدل الاصابة به، بحيث يحدث السرطان نتيجة تغير او طفرة تخرج من خلايا الجسم عن السيطرة فلا تعود تؤدي الوظيفة المنوطة بها طبيعيا، بحيث تسلك سلوكا مغايرا لنشاطها ونشاط الخلايا الاخرى المألوفة حيث تتكاثر هذه الخلايا وتنمو بشكل شاذ عن النمو الطبيعي لها وتؤدي الى تجمع كتل او اورام ، كما ان هذه الخلايا لا تحترم حدود الاعضاء الطبيعية للجسم فتتحرك نامية بكل اتجاه . وقد ارتبط اسم السرطان مع الموت فصار يفزع كل من اصيب به او حتى سمع عنه ففي الآونة الاخيرة كشفت الاحصائيات عن عدد كبير من المصابين به وهذا ما يزيد من حدة قلق الناس وخوفهم من هذا المرض. (تايلور، 2005)

و يعد السرطان من أهم أسباب الوفاة في جميع أرجاء العالم، ففي عام 2008 توفي في العالم نحو 7.6 مليون شخص بسبب السرطان (نحو 13% من مجموع الوفيات)، وهذا العدد مرشح للزيادة في المستقبل إذا لم تتخذ أية إجراءات للحيلولة دون ذلك فمن المتوقع أن يتواصل ارتفاع عدد الوفيات الناجمة عن السرطان على الصعيد العالمي، وأن يناهز 13.1 مليون وفاة في عام 2030 (منظمة الصحة العالمية، 2013)

ويأتي السرطان بعد امراض القلب ليشكل السبب الثاني والرئيسي للوفيات في الولايات المتحدة الامريكية وفي معظم البلدان النامية فبين الاعوام 1900 و 1990 تزايدت نسبة الوفيات بالسرطان بصورة تدريجية وملحوظة ،ولكن في السنوات الاخيرة من القرن العشرين ،شهدنا تراجعا في معدل الوفيات بنسبة 03% خاصة في مجال سرطان الرئة الذي يعتبر التدخين من أهم مسبباته ويعزى هذا التراجع في الوفيات من السرطان الى تحسين وسائل العلاج ،لكن نسبة انتشار السرطان ما تزال عالية جدا (تايلور ، 2008)

وقد عرف هذا المرض إنتشارا مخيفا في المجتمع الجزائري ،حيث قدر عدد الحالات حسب مركز " PIERRE ET MARIE CURIE المتخصص بمستشفى - مصطفى باشا الجامعي - بالجزائر حيث سجلت 30000 حالة جديدة سنويا تكون 80% منها في مراحل متقدمة مما يضعف احتمالات نجاح العلاج ، ويقلل بالتالي من فرص الشفاء.

وفي دراسة احصائية قام بها "زعطوط" و "بالعسل " لحالات السرطان في مركز مكافحة السرطان بورقلة على مدار ثلاث سنوات من 2008 الى 2010 حيث بلغ عدد الحالات 125 حالة في 2008 و 220 حالة في

2009، 249 حالة في 2010 ، تنتمي تلك الحالات جغرافيا الى ولايات مختلفة ،حيث بلغت 101 مريضا بورقلة (40%) و 80 مريض من وادي سوف (32%) و 37 مريضا من غرداية (15%) اضافة الى ولايات اخرى مثل بسكرة و ادرار و اليزي وسطيف . (زعطوط،2014)

اما عن سنة 2014 فقد صرح مكتب سجل السرطان بورقلة Registr de cancer Ouargla بالاحصائيات هذه السنة كما يلي : 405 حالة سرطان مسجلة وتوزعت بين الجنسين كالتالي: 133 ذكرا و272 انثى، وقد تصدر سرطان الثدي لدى النساء اكبر نسبة انتشار ويليه سرطان عنق الرحم اما بالنسبة للرجال فنجد ان سرطان الرئة هو الاكثر انتشارا لدى هذه الفئة ويليه سرطان البروستاتا،وقد بلغت نسبة الوفيات لسنة 2014 (35) حالة وفات (مكتب سجل السرطان بورقلة،2015)

وكأي مرض مزمن نجد انه يخلف عدة مشكلات سواءا منها النفسية او العصبية او جسمية وما تعكسه من حبوط في المزاج وكذا ضعف في القدرات المعرفية ،فطبيعة هذا المرض وكذا طرق علاجه تفرض على المريض قيودا تعيقه من القيام بنشاطاته اليومية المعتادة ما ينتج عنه استجابات نفسية مثل الاكتئاب ، فهو يعد من اكثر الصعوبات الناجمة عن مرض السرطان والاكتئاب لا يقلل في حد ذاته من نوعية الحياة فحسب ، وإنما قد يكون له آثاره السلبية على الصحة الجسمية ايضا بما فيها تفاقم السرطان ومع ان مرضى السرطان لا يختلفون عن غيرهم من المصابين بالمرض من حيث الضيق والكرب النفسي ، إلا أنهم أكثر عرضة للاكتئاب (تايلور،2008)

كما أن إصابة الإنسان بأحد الأمراض المزمنة أو الحادة مثل السرطان من شأنها أن تؤدي إلى اضطراب العمليات المعرفية والتي غالبا ما تترك دون تشخيص من طرف الأطباء والمختصين النفسانيين بينما نجد البحوث الحديثة تجمع بين المتغيرات البيولوجية العصبية و بين المتغيرات النفسية والسلوكية رغم أهمية تناولها خاصة بالنظر إلى العلاج الذي يتلقاه المريض سواء كان إشعاعيا أم كيميائيا هذا الأخير الذي أثبتت الدراسات أن له اثر بالغ على الجهاز العصبي و الوظائف التنفيذية خصوصا وما ينعكس من أداء معرفي ضعيف لدى المرضى الذين يتبعون هذا العلاج ، وهو السبب الذي جعلنا نقوم باختيار مقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال ،"والذي قام بتطويره نصرالدين زياد" ليكون في متناول الأخصائيين العياديين للكشف عن العجز المعرفي لدى المرضى وذلك لأنه قد تم إخضاع بعض المرضى الذين يعانون من عجز معرفي وكانت النتائج إيجابية على اختبار التقييم المعرفي ال MoCA رغم انه خضعوا من قبل لاختبار ال MMSE ولم يقدم نفس النتائج (Lauren E.Fridma,2012)

فاختبار الـ MoCA يسمح بالكشف عن وجود اضطراب في بداية ظهوره إلى أن يكون في مرحلته المتوسطة . وقد وضع هذا الاختبار ليكون أكثر فاعلية في تشخيص حالات التشوه المعرفي مقارنة بالـ MMSE . كما انه يكشف على نشاط الفص الجبهي وبالتحديد الوظائف التنفيذية . (Canadian journal of Psychiatry,2007) .
 مما سبق حول أهمية العينة ، وضرورة الإهتمام بها ودرايتها من نواحي متعدد عصبية ونفسية وروحية نحاول من خلال الدراسة التالية تسليط الضوء على موضوع الاضطرابات النفسعصبية لدى المصابين بالسرطان وعلاقتها بكل من الاكتئاب والتدين ، ساعين بذلك محاولة الإجابة على الأسئلة التالية:

- 1) ما هي الاضطرابات النفسعصبية التي يعاني منها مرضى السرطان ؟
- 2) ما مستوى كل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان ؟
- 3) ما مستوى التدين لدى مرضى السرطان؟
- 4) هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الاضطرابات النفسعصبية وكل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان ؟
- 5) هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان؟

3. فرضيات الدراسة :

- 1) نتوقع وجود اضطرابات نفسعصبية لدى المرض المصابين بالسرطان .
- 2) نتوقع أن يكون مستوى الاكتئاب مرتفع لدى مرضى السرطان .
- 3) نتوقع أن يكون مستوى التدين مرتفعا لدى مرضى السرطان .
- 4) نتوقع وجود علاقة إرتباطية بين الاضطرابات النفسعصبية وكل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان .
- 5) نتوقع وجود علاقة إرتباطية بين الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان .

4. أهداف الدراسة :

ككل دراسة علمية تصبوا هذه الدراسة إلى أهداف تسعى لتحقيقها، والتي نعرضها فيمايلي:

- 1) معرفة بعض أنواع الاضطرابات النفسعصبية لدى المصابين بالسرطان .
- 2) معرفة مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان .
- 3) معرفة مستوى التدين لدى مرضى السرطان .
- 4) معرفة العلاقة بين الاضطرابات النفسعصبية وكل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان .

5) معرفة العلاقة بين الاكتئاب و التدخين

5. أهمية الدراسة :

تتجلى أهمية الدراسة في جانبين أساسيين هما :

1-5 الجانب النظري:

1) اعتمدت الطالبة في هذه الدراسة على مقارنة حديثة من خلال الجمع بين علم النفس العصبي وعلم النفس العيادي

2) لفت الانتباه إلى أهمية تناول مرض السرطان من جوانب عدة : نفسعصبية ، وروحية من خلال متغير التدخين.

3) اعتماد الطالبة على النموذج الحيوي النفسي عصبي روعي في دراسة مرض السرطان

4) محاولة دراسة متغير التدخين الذي يعد من المتغيرات الحديثة في ميدان علم النفس خاصة لدى المصابين بين الأمراض المزمنة ، والذي يعد متغير نسعى لدراسة تأثيره على الجانب النفسي لدى مريض السرطان.

5) دراسة الاضطرابات النفسعصبية وكذا تطبيق إحدى المقاييس النفسعصبية ، الحديثة والمتمثل في التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MoCA والذي يطبق لأول مرة في بيئة جزائرية في حدود علم الطالبة ، والتعريف بالمقياس في البيئة العربية .

6) الاحتكاك بمرضى السرطان والتعرف على مدى إعاقاة المرض لصحتهم النفسعصبية في الحياة اليومية.

7) كما تأمل الطالبة في أن تسفر الدراسة عن نتائج علمية تسهم في إثراء البحث العلمي وتكون خطوة إلى الأمام في فتح آفاق لدراسة موضوع الاضطرابات النفسعصبية لدى المرضى خاصة، والتي نفتقر إليها في التراث النظري العربي.

8) تنبيه القائمين في الجانب الصحي مثل: الممرضين والأطباء لضرورة الإهتمام بالجانب النفسي للمرضى السرطان.

6. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة :

1.6. الاضطرابات النفسعصبية :

يقصد بها جملة الاضطرابات التي تمس الوظائف المعرفية مثل: الوظائف التنفيذية، الانتباه، التذكر، القدرات البصرية، قدرات التجريد، اللغة، الحساب والاهتداء ويعبر عنها بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MoCA

2.6 السرطان:

يعرف السرطان بأنه مرض الكائنات الحية متعددة الخلايا، هذه الميزة تشير الى انه هناك عامل متأصل في قدرة الخلايا على الانتشار إلى خلايا الأخرى والتحرك بسهولة في الجسم الى المواقع الجينية لتكوين الاعضاء، هذا الاخير هو المفتاح في عمليات تكوين الاورام وتحدث المشاكل عندما تصبح هذه العمليات غير منظمة(2007 Raymond) ونعتبر في دراستنا المصاب بالسرطان كل شخص تم التأكد من إصابته بالسرطان بتشخيص طبي من طرف طبيب مختص، ويتم متابعته في مصلحة علاج السرطان بمستشفى ورقلة. دون تحديد نوع السرطان في دراستنا الحالية .

3.6. الاكتئاب:

يرى غريب عبد الفتاح غريب أن الاكتئاب يشير إلى خبرة وجدانية ذاتية تتبدى في أعراض الحزن، والتشاؤم، والشعور بالفشل وعدم الرضا، والشعور بالذنب، وكراهية الذات، و إذاء الذات، والانسحاب الاجتماعي، والتردد، وصعوبة الدخول في النوم، والتعب، و أخيرا فقدان الشهية، ويمكن أن نعرفه إجرائيا في الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص على مقياس الاكتئاب Beck المختصر B.D.I لصاحبه "آرون بيك" والذي قام بترجمته الى اللغة العربية غريب عبد الفتاح غريب .

(غريب عبد الفتاح، 1990)

3.2. الدين :

في دراستنا الحالية تبيننا التعريف الذي اعتمد عليه صاحب المقياس (زعطوط، 2014) وعرفه بأنه: " حالة مركبة من المعتقدات والسلوكات، المرتبطة بمكونات الدين عقيدة وشريعة وعبادة ومعاملة، تتضمن علاقة المؤمن بدينه فهما وتنزيلا كما يمارسها في الحياة، مشكلة إدراكاته و مشاعره وتصرفاته حيال ذاته و الاخرين و الكون واحداث الحياة منعكسة على صحته البدنية والنفسية والاجتماعية والروحية ونوعية حياته التي سماها القرآن

الكريم الحياة الطيبة .وهي حالة نسبية من حيث القوة والعمق والثبات ،وتتلخص ذروتها في تحقيق العبودية الشاملة لله رب العالمين" (زعطوط 2014) . ويمكن أن نعرفه إجرائيا في الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص على مقياس التدين.

محددات الدراسة:

1.7.1.المحددات الزمنية : أجريت الدراسة في الفترة الممتدة بين 04 /03/ 2015 إلى 30/04/2015

2.7.المحددات المكانية: أجريت الدراسة في مستشفى محمد بوضياف-ورقلة بمركز مكافحة السرطانCAC.

3.7.المحددات البشرية: شملت الدراسة الاستطلاعية 30 مريضا سرطان وشملت الدراسة الأساسية على 80 مريضا سرطان دون تحديد نوع السرطان , والمتواجدين بمصلحة السرطان بمستشفى ورقلة أثناء فترة الدراسة.

الفصل الثاني: الإطار النظري

1 تمهيد

2 السرطان

3 الإضطرابات النفسعصبية

4 الإكتئاب

5 التدخين

6 خلاصة الفصل

تمهيد:

نحدد في هذا الفصل المصطلحات الأساسية في الدراسة وهي الاضطرابات النفسعصبية ، الوظائف النفسعصبية الاكتئاب، التدخين، ثم نقوم بعرض بعض الدراسات السابقة لكل من هذه المتغيرات وذلك للتعرف أكثر على كل من هذه المتغيرات وضبط المفاهيم .

1. السرطان:

1.1. تعريف مرض السرطان:

السرطان عبارة عن مجموعة من الامراض التي تزيد عن المائة مرض ، يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة .وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية DNA التي تمثل في خلايا الانسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها فخلايا جسم الانسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، لكن في حالة السرطان ، يحدث خلل في المادة الوراثية الجينية DNA مما يؤدي الى تسارع زائد في نموها وانتشارها ومن المعروف ان الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الاخرى لا تفيد الجسم وإنما تستنزف طاقاته و إمكاناته (شيلي تايلور، 2008)

اما منظمة الصحة العالمية OMS فقد عرفته كما يلي :

" كاصطلاح يستخدم للاستدلال على التكاثر الخبيث الذاتي والعشوائي للخلايا ، ويؤدي الى تشكيل الاورام التي يمكنها ان تغزو الاعضاء المجاورة او البعيدة محط الانسجة السليمة لتزاحمها حول استخدام الاغذية والاكسجين (OMS، 2007)

اما فيصل محمد خير الزراد فيعرفه انه عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم وأخذت تنمو بصورة عشوائية ويحدث النمو في البدء في العضو المصاب وابتداء من إصابة أولية، ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء. وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل الشعيرات الدموية أو البلغمية التي تنقلها إلى مختلف أنحاء الجسم حيث تبني مستعمرات سرطانية تكمن عشرات السنين (الزراد، 2002)

ويعرفه عماد أبو أسعد هو تعبير عام عن مجموعة كبيرة من الأمراض التي تتميز بالنمو الفوضوي وغير المنضبط للخلايا . وعادة وبشكل طبيعي إن خلايا التي تكون أنسجة الجسم تبدل نفسها في النظام متناسق بحيث تعيد تولد الخلايا بشكل يتناسب مع حاجة النمو وتضميد الجروح (أبو سعد ، 1988).

تحدث الإصابة بالسرطان في الحالات التالية:

عندما تختلط الرسائل الخاصة بانتاج خلايا جديدة ببعضها البعض فتكون هذه الخلايا الناتجة غير طبيعية او عندما لا تستقبل الخلايا الرسائل الخاصة بإيقاف انتاج الخلايا الجديدة فيتم انتاج العديد من الخلايا وعندها يتكون الورم بعض الاورام تكون حميدة ، حيث يتم انتاج اعداد كبيرة من الخلايا ولكنها لا تنتشر في اي مكان آخر

النوع الآخر من الاورام هي الاورام الخبيثة حيث ينمو السرطان بشكل كبير في منطقة معينة ثم ينتشر في مناطق اخرى من الجسم

من خلال التعريفات السابقة نخلص الى ان السرطان هو مجموعة من الأمراض التي تتميز بالنمو والانقسام من غير حدود والغير منتظم ، وكما ان هذه الخلايا تتصف بميزة الغزو Invasión حيث تغزو الأنسجة السليمة المجاورة وتدمرها، كما تنتقل إلى أنسجة بعيدة في ظاهرة تدعى بالنقيلة تؤدي إلى استنزاف طاقة الجسم معرقة عمل الوظائف العضوية.

يعتبر السرطان مرضاً شاملاً حيث يمس كل مجالات حياة المريض الباطنة والظاهرة . وإذا كانت الآثار الجسدية واضحة فإن الآثار النفسية والاجتماعية والروحية والاقتصادية ذات أهمية كبيرة في هذا المرض .

- تقسم المشكلات الرئيسية التي يعاني منها مريض السرطان إلى خمس مجالات هي:

- 1- الأعراض الجسدية : مثل الألم والتعب والعجز والمظاهر النفس جسدية
- 2- الاضطرابات المعرفية والوجدانية: مثل الخوف الحزن والانشغال الدائم واليأس وفقد السيطرة على الحياة واضطراب الاستقلالية واضطراب صورة الذات.
- 3- الصعوبات الاجتماعية: مثل اضطراب المسؤوليات الاجتماعية المتعلقة بالدور ، والأداء المهني المتدهور.
- 4- الصعوبات الأسرية: مشاكل العلاقة مع الأزواج والأبناء والخوف من الرحيل.
- 5- الصعوبات الطبية والعلاجية: حيث يواجه المريض فكرة الفناء الشخصي والموت والبحث عن المعنى والشعور بالذنب واقترب النهاية (زعطوط، 2014)

2.1. عوامل مرض السرطان :

* نوعية التعقيم التي يقوم بها المريض في حالة الجراحة

* تنفس الهواء الملوث

* استهلاك اغذية مضاف اليها مواد كيميائية

* الإقامة اما اماكن صناعية

* استهلاك الكحول

* عدم التأقلم مع التوتر الحضاري عدم استهلاك الفواكه والخضر

* عدم تقبل الخبرات المؤلمة

* عدم التعبير الانفعالي (Francois et all 2006)

* تؤدي التدخين الى الاصابة بمرض سرطان الرئة

* يتسبب التعرض لأشعة الشمس لفترات طويلة بالاصابة بسرطان الجلد.

* المواد المسرطنة المتواجدة في البيئة مثل الالياف الاسبستية وبعض المواد الكيميائية المستخدمة في بعض اماكن

العمل

* قد يؤدي شرب الكحول الى الاصابة ببعض انواع السرطان

* وجد اي تاريخ بالاصابة بالمرض في العائلة قد يعرض افرادها بشكل اكبر للاصابة (تكون نسبة اصابتهم بالمرض

اعلى)

* اشخاص الذين يعانون من ضعف في جهاز المناعة (تلك الاجزاء من الجسم التي تتخلص من الجراثيم وخلايا

الجسم الغير طبيعية)

* يكونون معرضين بنسبة اكبر للاصابة بالمرض

* الاشخاص المصابون بمرض نقص المناعة المكتسبة (الايدز) يكونون معرضين للاصابة ببعض انواع السرطان

- وعلى الرغم من ذلك فان الاشخاص الذين يعانون من الكثير من عوامل الاختطار السابق ذكرها لا يصابون

عادة بمرض السرطان بينما يصاب به الاشخاص الذين لا تظهر لديهم اي من هذه الاعراض قد يصيب مرض

السرطان اي شخص دون ان يتسبب هو بذلك .

3.1. مضاعفات مرض السرطان:

ان اهم الاضطرابات النفسية التي تعبر عن الكرب لدى مرضى السرطان هي:

1. اضطرابات المزاج مثل الاكتئاب وعسر المزاج

2. القلق واضطراب التكيف مع أعراض السرطان وتناذر الضغط النفسي الحاد أو تناذر الضغط التالي للصدمة

والرهاب، والقلق العام والاضطراب الوسواسي القهري.

3. اضطرابات جسدية الشكل مثل الجسدة، والالم، والمراق وشوهة الجسد.

4. كما قد تظهر بعض الاعراض العصبية الذهانية ايضا في 35% الى 45%، وتصل الى 60% لدى المرضى في المراحل الاخيرة .والغريب ان أكثر من 50% من المرضى في كل الدراسات لا يتلقون اي علاج او رعاية لكرهم النفسي

2. الاضطرابات النفسعصبية :

1.2. تعريف الاضطرابات النفسعصبية:

يقصد بها جملة الاضطرابات التي تمس الوظائف المعرفية(الوظائف النفسعصبية) مثل :الوظائف التنفيذية، الانتباه،التذكر،القدرات البصرية، قدرات التجريد،اللغة، الحساب والاهتداء
تعريف الوظائف النفسعصبية:

وفيما يلي تعريف لبعض الوظائف النفسعصبية والمحددة في المقياس المستعمل

أ – الذاكرة:

عرفها الكثير من علماء النفس المعرفي على اساس انها ما تحمله من خصائص ووظائف في حياة الفرد حيث يعرفها Solso(1988) على انها " دراسة لمكونات عملية التذكر والعمليات المعرفية التي ترتبط بوظائف هذه المكونات " .
- اما Baron(1992) و Fildman (1996) فقد عرفها على انها "دراسة القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات"
- كما يعرفها sternberg (2003) على انها " العملية التي يتم من خلالها استدعاء معلومات الماضي لاستخدامها في الحاضر "

يرى الشمولي انها: "الدراسة العلمية لعمليات استقبال المعلومات وتميزها و خزنها واستعادتها وقت الحاجة " (العتوم،2014)

ب – الترميز:

او ما يسمى بمرحلة استقبال المعلومات الخارجية او ما يسمى بالمدخلات الحسية "Inputs" من العالم الخارجي عبر المستقبلات الحسية ، والعمل على تحويلها الى تمثيلات معينة ،الامر الذي يمكن هذا النظام من معالجتها لاحقا (العتوم،2014)

كما تعرف بانها عملية تكوين آثار ذات مدلول معين للمدخلات الحسية في الذاكرة ، على نحو يساعد في الاحتفاظ بها ويسهل عملية معالجتها لاحقا .فهي بمثابة تغيير المدخلات الحسية وتحويلها من شكلها الطبيعي الى اشكال اخرى من التمثيل المعرفي على نحو صوري او رمزي او سمعي فنظام معالجة المعلومات لا يستطيع تنفيذ

عملياته المعرفية على المدخلات الحسية كما هي بصورتها الطبيعية ما لم يتم ترميزها وتشفيرها والذي غالبا ما يحدث في الذاكرة العاملة ، وذلك بعد استقبالها لهذه المدخلات من الذاكرة الحسية ، وتشير الأدلة العلمية الى ان المعلومات الحسية يتم تشفيرها الى انواع مختلفة من الآثار الذاكرة اعتمادا على طبيعة نوع الحاسة المستقبلة .اذ يمكن التمييز بين الانواع التالية من عمليات الترميز:

- 1- الترميز البصري Visual Coding : وفيه يتم تشكل آثار ذات مدلول معين لخصائص المدخلات الحسية البصرية كاللون والشكل والحجم و الموقع والى غير ذلك .
 - 2- الترميز السمعي Acoustic Coding : وفيه يتم تمثل المعلومات على نحو سمعي من خلال تشكيل آثار للأصوات المسموعة وفقا لخصائص الصوت كالإيقاع والشدة درجة التردد
 - 3- الترميز اللمسي Haptic Coding وفيه يتم تمثل المعلومات من خلال خاصية اللمس بحيث يتم تشكيل آثار لملمس الاشياء كالنعومة و الخشونة والصلابة ودرجة حرارتها
 - 4- الترميز الدلالي "Semantic Coding" : وفيه يتم تمثل المعلومات من خلال المعنى الذي يدل عليها وغالبا ما يرتبط هذا النوع من التمثيل بالترميز البصري و السمعي .
 - 5- الترميز الحركي "Motor Coding" وفيه يتم تمثل الافعال الحركية من حيث تتابعها وكيفية تنفيذها ويرتبط هذا النوع من التمثيل ايضا بالترميز البصري و اللفظي
- ج - الانتباه :

وهو التركيز على جزء من المعلومات المخزنة في الذاكرة الحسية حيث ان الفرد يتعرض في كل لحظة الى كم هائل من المعلومات من البيئة و التي يتم استقبالها في الذاكرة الحسية وغالبية هذه المعلومات يتم نسيانها باستثناء المعلومات التي يتم الانتباه اليها (ما يدعى بعملية الانتقاء Sélection واضطراب الانتباه يؤدي الى منع الفد من القيم بمهام محددة او تجعله يبذل جهدا اكبر في القيام بها فالمصاب يترك نفسه للسهو بسهولة ولا يستطيع ان يركز او ينتبه لشيء لمدة زمنية طويلة (ساسان، 2007)

ينظر الى الانتباه على انه عملية اختيار تنفيذية لحدث او مثير و التركيز فيه، فهو يمثل العملية التي يتم من خلالها اختيار بعض الخبرات الحسية الخارجية او الداخلية والتركيز فيها من اجل معالجتها في نظام معالجة المعلومات (العتوم، 2014)

د - الإدراك:

تتشرك غالبية تعريفات الإدراك على اعتباره عملية تحويل الانطباعات الحسية الى تمثيلات عقلية معينة من خلال تفسيرها واعطائها المعاني الخاصة بها:

ومن التعريفات المتعددة للإدراك نذكر ما يلي:

1/ هو عملية تفسير وفهم للمعلومات الحسية

3/ هو عملية تفسير المعلومات التي تأتي بها الحواس الحسية

4/ عملية التوصل الى المعاني من خلال تحويل الانطباعات الحسية التي تأتي بها الحواس عن الأشياء الخارجية الى تمثيلات عقلية معينة، وهي عملية لا شعورية ولكن نتائجها شعورية

هـ - اللغة:

تعد اللغة أكثر المظاهر عمومية وشيوعا لدى المجتمعات، ونظرا لاهميتها فقد حظيت بالبحث والدراسة وتباينت تعريفها تبعا لاختلاف اهتمام المختصين، أما عن علماء نفس اللغة فقد أكدوا على عمليات الاكتساب والارتقاء و الانتاج اللغوي بالإضافة الى المعاني والدلالات والعمليات النفسية المرتبطة بها.

كما تعرف على أنها نظام من الاصوات اللفظية الاصطلاحية التي تستخدم في الاتصال المتبادل بين جماعة من الناس بحيث يمكن من خلال هذا النظام تسمية الأشياء والاحداث وتصنيفها. ويرى فريق آخر بأنها نظام مشترك للتواصل الرمزي تحكمه قواعد ترتبط بعمليات انتاج الاصوات من قبل المتكلم، وعمليات استقبالها وترجمتها الى دلالات من قبل السامع

اللغة هي وسيلة تعبير عن الفكر والمشاعر والآراء ممثلا بالوسائل الصوتية التي تدل عليها، وهناك من يرى بأنها مجموعة علاقات ذات دلالات جمعية مشتركة يمكن النطق بها من كل أفراد المجتمع الواحد، وهي ذات ثبات و تشكل نظاما مرنا يمكن من خلاله تشكيل تراكيب لغوية جديدة أكثر تعقيدا (الزغول، د.س)

و - الوظائف التنفيذية:

عرفها Lezak (1995) على أنها " مجموعة القدرات التي تنظم وتسيطر على العمليات المعرفية الأخرى، وهي ضرورية عند القيام بسلوك موجه نحو هدف معين، وكذلك كما أنها مسؤولة عن الشروع في القيام بفعل ما او كبحه، كما تسمح لنا بالتكيف مع الوضعيات الجديدة و توقع نتائج أفعالنا" (Lezak، 1995).

2.2. الاضطرابات النفسعصبية ومرض السرطان:

* تشمل المشاكل المعرفية صعوبات في العديد من المجالات مثل:

* صعوبة في التركيز

* صعوبة في التوجه المكاني

* فقدان الذاكرة او صعوبة في تذكر الاشياء (خاصة تفاصيل مثل الاسماء والتواريخ او ارقام الهواتف).

* مشاكل مع الفهم

* صعوبة في اصدار الحكم و المنطق

* ضعف الحساب والتنظيمية ، وضعف المهارات اللغوية (مثل عدم تنظيم الافكار وصعوبة العثور على الكلمات

الصحيحة

* مشاكل اداء مهام متعددة

* معالجة المعلومات بطريقة بطيئة

* تغير السلوك و الانفعال مثل السسلوك غير العقلاني وتقلب المزاج والغضب او البكاء وسلوك غير لائق

اجتماعيا

* الارتباك الشديد

- وغالبا ما ترتبط شدة هذه الأعراض بسن المريض ومستوى الإجهاد، وتاريخ من الاكتئاب أو القلق، وقدرات

التكيف (ASCO، 2005)

ورد في دراسات عن مشاكل الادراك لدى المشخصين تحت اسم الخلل المعرفي أو " الدماغ الكيماوي " و الذي

يحدث عندما يكون الشخص يعاني من متاعب في معالجة المعلومات، ويشمل المهام العقلية المتعلقة بالانتباه

والتفكير، والذاكرة قصيرة المدى ان ما يصل الى 75٪ من الأشخاص الذين لديهم خبرة السرطان يعانون من

مشاكل في الادراك خلال فترة العلاج، وقد استمرت هذه المشاكل لعدة أشهر بعد الانتهاء من العلاج وتصل إلى

35% من مجموع العينة. تختلف هذه المشاكل عادة في الصعوبات و الشدة من فرد لآخر، حيث تعيق المريض

من أداء انشطته اليومية. (Cancer.Net2013)

حسب المنظمة الأمريكية لعلم لأورام السريرية ASCO، فقد اصطلح مفهوم "العلاج الكيماوي للدماغ" لوصف

صعوبة في التفكير التي تظهر لدى المريض بعد علاج السرطان والذي ينتج عنه المشاكل المعرفية اضافة الى

العلاج الاشعاعي الذي يؤثر كذلك على الاداء المعرفي للمريض خاصة ما يتعلق بالرأس والرقبة .

سرطان الدماغ او حدوث انتقال للورم السرطاني من المكان الأصلي إلى إحدى مناطق الدماغ كما ان اجراء عملية جراحية على مستوى الدماغ يمكن ان ينجر عنها تعطيل احدى مناطق الدماغ خلال ازالة الورم

وقد اضافت ما ينتج علاجات اخرى من العلاج الهرموني ، العلاج المناعي و الادوية (مثل الادوية المضادة للغثيان والمضادات الحيوية والأدوية الخاصة بالألم ومضادات الاكتئاب والأدوية المضادة للقلق ادوية القلب وأدوية لعلاج اضطرابات النوم كلها لها دور كبير في حدوث الضعف المعرفي او الاضطراب النفسعي(ASCO،2005))

3.2. الدراسات السابقة حول الاضطرابات النفسعية :

هناك عدة دراسات التي بحثت موضوع الضعف المعرفي لكن اغلبها دراسات اجنبية ، وسنحاول عرض بعض هذه الدراسات في ما يلي :

الاضطراب المعرفي يمكن ان يظهر لدى المرضى حتى في غياب العلاج الكيميائي ففي دراسة اجريت على شباب متوسط العمر لديهم 31 سنة يعانون من سرطان الخصية، ان 40% منهم اظهر ضعفا في الادراك بعد الجراحة وقبل الخضوع للعلاج الكيميائي. يمكن ان يكون العجز المعرفي الذي ظهر لديهم متعلق بآثار السيتوكينات الالتهابية وهي مواد يفرزها الجسم بسبب الاجهاد وهنا يمكن ان يحدث الالتهاب وبالتالي تلف الخلايا المخ وهذا في حد ذاته تغير في الدماغ وهو ما يرتبط بالتدهور المعرفي او الاستجابة المناعية للسرطان (Gordon،2014 ، Debra M.S)

ففي دراسة Jenkins (2006) في بريطانيا على المصابات بسرطان الثدي ،والتي شملت 85 امرأة يعالجن كيميائيا و 43 يعالجن اشعاعيا و 49 من النساء غير المصابات ،وهي دراسة تتبعية (البداية ،ثم بعد 6 أشهر ثم بعد 18 اشهر) ، لم تجد الدراسة فروقا في المجموعات في الاداء العصبي وفي نوعية الحياة ،غير ان المجموعات الثلاث أظهرت انخفاضاً في التقييم النفسي العصبي.(زعطوط،2014)

و دراسة Stewart وزملائه(2008) التي استكشفت اضطرابات الوظائف المعرفية لدى المصابات بسرطان الثدي اللائي يعالجن كيميائيا (ن=61) مقارنة باللائي يعالجن هرمونيا (ن=51)،و كان التدهور المعرفي واضحا ثلاث مرات أكثر لدى المعالجات كيميائيا مقارنة بزميلائهن.(زعطوط،2014)

وحسب Escure وآخرون فقد ذكر في دراسته عن الاضطرابات المعرفية لدى مرضى السرطان والخاضعين للعلاج الكيميائي لأول مرة سنة 1980 دراسة التي اجراها Silberfab و آخرون في نفس الموضوع اهم ما

توصلت له نتائج الدراسة ان الاكتئاب المصاحب لمرض السرطان يؤثر على الاداء المعرفي للمريض وقد اجريت دراسات اخرى تسعى للتفريق بين سمية العلاج و الاثار المعرفية للقلق و التعب و الاكتئاب . (Paul Escure et 2010)

اما دراسة Quesnel (2009) و زملائه في كندا التي انطلقت من فرضية ان المصابات بسرطان الثدي اللائي يعالجن كيميائيا (ن = 41) يكون اداؤهن اسوء في التقييم النفسي العصبي مقارنة باللائي يعالجن بالأشعة (ن = 23) والصحيحات (ن = 40) . اظهرت النتائج اضطرابات في الانتباه والذاكرة اللفظية ،والطلاقة اللفظية كما وجدت علاقة بين نوعية الحياة وبين الوظائف المعرفية في بداية المتابعة لكنها تحسنت بعد ذلك مع ظهور نتيجة غير متوقعة وهي ان اللائي يعالجن كيميائيا كن الافضل في التقييم النفسي العصبي .(زعطوط، 2014)

وأما دراسة Kessler و زملائه (2011) التي تناولت اداء القشرة قبل الجبهية والوظائف التنفيذية لدى المصابات بسرطان الثدي ،على عينة من 25 مريضة تحت العلاج الكيميائي و 19 امرأة لم تخضع للعلاج الكيميائي مقارنة بـ 18 من الصحيحات غير المصابات بالمرض باستعمال بـ fMRI . دلت النتائج على نقص في اداء القشرة الجبهية والوظائف التنفيذية خاصة بعد العلاج الكيميائي كما ظهر ذلك جليا لدى مرتفعات السن ذوي المستوى التعليمي المنخفض (زعطوط ، 2014)

ونلاحظ على الدراسات السابقة ما يلي :

- ان جميع الدراسات تناولت الاضطراب الوظيفي المعرفية او العجز المعرفي لدى مرضى السرطان
- اغلب الدراسات اجنبية وذلك لعدم توفر دراسات عربية إلا دراسة امين مصمودي بتونس .
- اهملت الدراسات المستوى التعليمي لدى دراسة Kessler و زملائه (2011) كما اهملت دور

السن والجنس

- اغلب الدراسات تناولت اثر العلاج عموما والعلاج الكيميائي خصوصا على الاداء المعرفي لمرضى السرطان

- جميع الدراسات التي تناولها حديثة ما يشير الى ان الاهتمام بدراسة الاضطراب المعرفي جاء مؤخرا .
- اغلب الدراسات تناولت مريضات سرطان الثدي .

3. الاكتئاب:

1.3. تعريف الاكتئاب:

يعد الاكتئاب من المفاهيم التي تثير خلطاً عند محولتنا ان نفرق بينه وبين الحالة المزاجية للمريض ومن هنا سنحاول ان نعرض بعض التعاريف التي وضعت لهذا الاضطراب النفسي . و يرى بيك ان الاكتئاب حالة تتضمن تغيراً محدداً في المزاج وذلك مثل الشعور بالحزن والوحدة و اللامبالاة ، بالإضافة الى مفهوم سالب عن الذات مصاحب بتوبيخ للذات وتحقيرها ولومها مع الرغبة في الهروب والاختفاء والموت ، يضاف الى ذلك تغيرات في مستوى النشاط كما تظهر في صعوبة النوم وفقدان الشهية وانخفاض في مستوى النشاط العام. (الدسوقي، 2002،

و حسب عكاشة (2003) فان الاكتئاب اضطراب وجداني يتميز بمزاج سوداوي ، وإحساس بعدم الرضا، وعدم القدرة على الاتيان بالنشاط السابق ، واليأس في مواجهة المستقبل ، وفقدان القدرة على النشاط، ووجود صعوبة في التركيز، والشعور بالإرهاق التام مع اضطراب في النوم والشهية للطعام. (الدسوقي، 2002،

و قد عرفته نصار ان الاكتئاب يحدد كونه "اختلالاً في الحالة المزاجية عند الانسان يؤدي به الى التشاؤم والحزن والنظرة القائمة للنفس للعالم وللمستقبل . ويتكون من انفعالات مؤلمة ، من إحساس مزعج بالوحدة غير المختارة "اي المفروضة على الشخص "ومن أفكار تفرض نفسها عليه وتحدد سلوكياته (نصار، 2006)

اما تايلور فقد عرفه بأنه أحد اضطرابات المزاج العصابية أو الذهانية التي تتضمن أعراضها الحزن وانعدام النشاط وصعوبة التفكير والتركيز ، وزيادة واضحة أو انخفاض شديد في الشهية للطعام أو النوم ، والشعور بالغم واليأس مع ما يرافق ذلك من أفكار انتحارية أو محاولات للإنتحار (تايلور، 2008)

وحسب جمعية الامريكية للطب النفسي:

فهو اضطراب يتصف بحدوث انخفاض كبير في الطابع المزاجي للفرد وبفقدان الاهتمام او الاستمتاع بالنشاطات والأرق او كثرة النوم ، والتهيج او التأخر النفسي الحركي والتعب او فقدان الطاقة والجهد ، والشعور بالضعف والذنب وتناقص القدرة على التفكير والتركيز ، والتردد وعدم الحسم والتفكير بالموت والانتحار (APA، 2000)

وهكذا يمكن القول ان الاكتئاب يمثل حالة مزاجية يشعر فيها الفرد بالحزن الشديد والتشاؤم والانقباض والشعور بالتعاسة وعدم القيمة ويصاحب هذه الحالة في كثير من الاحيان نقص النشاط و فقدان لذات الحياة الشعور بالتعب دون القيام بمجهود كذلك اضطراب الشهية و انخفاض النشاط الوظيفي كما نجد مريض الاكتئاب يعاني

من صعوبة في التركيز و ضعف الذاكرة والإحساس المستمر بالذنب واستيلاء الافكار السوداوية على تفكيره كما نجده دائم التفكير في الموت وما بعده او الانتحار

2.3. الاكتئاب لدى مرضى السرطان :

1.2.3. انتشار الاكتئاب لدى مرضى السرطان

تشير تقديرات انتشار الاكتئاب لدى مرضى السرطان تختلف تبعاً لكيفية تعريف الاكتئاب وقياسه لدى المريض، وكذلك نوع السرطان أو المرحلة من المرض، (Segall, 2010)

و حسب جمعية الطب النفسي WAP ، فقد اجريت العديدة من الابحاث لتقييم الاكتئاب لدى مرضى السرطان مع مرور السنين ، وأظهرت تقاريرها عن مدى الانتشار تفاوتاً واسعاً (الاكتئاب الشديد من 3%-38%، متلازمات أعراض الاكتئاب من 1.5% - 52%). (الخولي و آخرون، 2010)

وتشمل اضطرابات اكتئابية لدى مرضى السرطان على مجموعة من متلازمات السريرية تتميز بمظاهر وجدانية و معرفية، عصبية إنباتية، وعلامات وأعراض سلوكية. وتشمل هذه العلامات والأعراض المزاج المكتئب، ونقص الطاقة، ونقص الدافعية، تضائل الرغبة الجنسية، والأرق أو فرط النوم، فقدان الشهية، وانعدام التلذذ، والتقييمات المشائمة حول قيمة الذات وقدراتها، وحول المستقبل. في الحالات الشديدة قد يكون التفكير في الانتحار او ظهور هوامات (الهلاوس) لدى المريض.

يمكن للمرء أن يكون بين أعراض فردية أو متعددة من الاكتئاب دون تلبية معايير لتشخيص رسمي من اضطراب الاكتئاب، لذلك فمن الأفضل أن نتحدث عن طائفة الاكتئاب تتراوح بين أعراض واحدة عابرة للأمراض شديدة و مستمرة. (Segall, 2010)

إن أنواع السرطان الوثيقة الصلة بالاكتئاب تتضمن سرطان المخ (41% - 93%)، سرطان البنكرياس (معدل يبلغ 50%)، سرطان الرأس والرقبة (معدل يصل إلى 42 %) ، سرطان الثدي (4.5% - 37%)، سرطان الجهاز التناسلي في السيدات (23%)، وسرطان الرئة (11%). (الخولي و آخرون، 2010)

2.2.3. صعوبات منهجية تواجهها دراسات الاكتئاب:

- يعكس المدى الواسع لمعدلات الانتشار تبايناً بين الدراسات (اختلاف تعريفات الاكتئاب، اختلاف الاستبيانات و المقابلات النفسية ، اختلاف نوع السرطان أو مرحلته ، اختلاف علاجات السرطان).

- قد تكون هناك صعوبة في تقييم الاكتئاب في مرضى السرطان ، لأن أعراض الاكتئاب قد تختلف من مشاعر الحزن الطبيعية إلى الاضطراب الوجداني الشديد.
 - قد يشكل تشخيص الاكتئاب في مرضى السرطان تحدياً لأن معايير تشخيص DSM-IV تنطوي على أعراض عديدة تتداخل مع أعراض السرطان أو الأعراض الجانبية للعلاجات (فقدان الشهية، فقدان الوزن اضطرابات النوم ، الإجهاد ، فقدان الطاقة، صعوبة التركيز، بطء في الأداء الحركي).
- ومن خلال هذه العوامل التي تعيقنا من اجل تشخيص الاكتئاب لدى مرضى السرطان نجد انه يتعين علينا التفرقة بين الاكتئاب في مرضى السرطان و انخفاض المعنويات.
- فالشخص المصاب بالاكتئاب يفقد القدرة على الإحساس بالسعادة بصفة عامة، في حين أن الشخص الذي يتعرض لانخفاض المعنويات قد يستمتع باللحظة الحالية إذا كان هناك ما يصرفه عن الأفكار المحبطة. ويشعر الشخص الذي يتعرض لانخفاض المعنويات بأنه لا يستطيع القيام بأى شيء لأنه لا يعرف ماذا يفعل ، ويشعر بأنه عديم الحيلة و غير كفؤ ، أما الشخص المصاب بالاكتئاب فيفقد الباعث والحافز ويصبح عاجزاً عن القيام بأي شيء حتى إذا كان المسار الصحيح للسلوك معلوماً. (الخولي و آخرون،2010)
- اما عن العوامل التي تساعدنا على التنبؤ بالاكتئاب عند المريض المزمن عموماً والمريض السرطان خصوصاً فحسب شيلي تايلور 2008، فان الاكتئاب يزداد بإزدياد شدة المرض حيث يمكن من خلال شدة الألم أو مدى الاعاقة أو العجز بصورة خاصة ، التنبؤ بالاكتئاب ،وربما يكون هناك علاقة تبادلية بين القصور الجسمي من جهة والاكتئاب من جهة أخرى،اي ان حالة القصور الجسمي تسهم في الاكتئاب الشديد ،وهذا بدوره يزيد من درجة العجز او الاعاقة
- وقد يرتبط الاكتئاب بعوامل اخرى غير تلك المرتبطة بالمرض ،فالمريض المزمنون الذين يعيشون خبرات حياتية سلبية ،او ضغوط إجتماعية ،او يفتقرون الدعم الاجتماعي يعانون من مستويات اعلى من الاكتئاب (تايلور،2008)
- تشير الأدلة إلى أن العوامل الجسمية قد تتنبأ بالاكتئاب بصورة أفضل في المراحل المبكرة من المرض المزمن ، بينما تدل العوامل السيكولوجية على حالة الاكتئاب بصورة أفضل في مراحله المتأخرة .فعلى سبيل المثال دلت إحدى الدراسات التي تناولت مرضى الجلطة الدماغية على ان موقع التلف الذي خلفته الجلطة تنبأ بالاكتئاب في الاشهر الستة الاولى،في حين كانت عوامل القصور المعرفي ،العجز الجسمي الدعم الاجتماعي ،التغيير في صورة الجسم وتقدير الذات والآثار المزاجية السلبية للعقاقير العلاجية هي المحددات الاقوى أثرا في الاكتئاب فيما بعد (تايلور،2008)

3.2.3. عوائق التعرف على الاكتئاب لدى مرضى السرطان:

- عند زيارة المختصين بعلاج السرطان غالباً ما يتركز الاهتمام في المقام الأول على العلاج البدني والسيطرة على الأعراض الجانبية، ويلى ذلك الاهتمام بالألم والتعامل مع الأعراض. ومن الجائز أن تحمل الأعراض الوجدانية بل وتستبعد كنتائج متوقعة للإصابة بالسرطان.
- وقد لا يرغب المرضى في اطلاع الأطباء المعالجين علي الشكاوى الوجدانية خشية أن يتسبب هذا في تشتت أطبائهم عن جهودهم العلاجية، أو لأنهم يخشون ردود الفعل السلبية تجاه الاكتئاب بتأثير من الثقافة السائدة.

4.2.3. العوامل المؤثرة على استجابة المريض الوجدانية تجاه مرض السرطان

يتحدد ذلك بثلاثة عوامل :

- النظرة إلى التشخيص (مثلاً هل هو تحدى أم خطر)
- الوعي بالقدرة على التحكم (جزئية أم معدومة)
- وجهة النظر تجاه المثال الذي قد يتخذه المرض (جيد أم سيء)

جدول رقم (01) يبين أنماط التكيف مع مرض السرطان:

مثال المرض	السيطرة	النظرة إلى المرض	
جيد	سيطرة جزئية	تحدى	الروح القتالية
جيد	لا ميالة	خطر ضعيل للغاية	التجنب أو الإنكار
غيرمؤكّد- مقبول	غياب السيطرة	خطر محدود	التسليم بالقضاء والقدر
حتماً سلبي	غياب السيطرة	خطر أو خسارة جسيمة	اليأس والعجز
غير مؤكّد	سيطرة غير مؤكدة	خطر جسيم	القلق المسيطر

5.2.3. السيوتوكينات و اعراض السلوك العصبي في مريض السرطان

- إن السيوتوكينات (ويندرج تحتها TNF-alpha، IL-1 و كذلك IL-6) بمقدورها أن تسبب متلازمة من السلوك المرضى الذى يشترك فى عديد من الأوجه مع الاكتئاب الشديد. وتتضمن هذه المتلازمة عدم القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة، خلل فى القدرات المعرفية ، والقلق و العصبية، وتباطؤ الأداء الحركى ، والإجهاد ، وفقدان الشهية ، وتغيرات النوم ، وتزايد الحساسية للألم.
- وتتزايد السيوتوكينات فى مرض السرطان مع الإصابة بالاكتئاب وترتبط مستوياتها بأعراض السلوك المرضى. (الخولي و آخرون،2010)

6.2.3. تأثير الإصابة بالاكتئاب على مرضى السرطان

- فالإكتئاب يزيد من خطر تقدم مراحل السرطان وتطوره او انتشاره (metastasis)، وكذا على لانبثا ، و الانتكاس. (Segall،2010)
- وفى هذا السياق وجدنا عدة دراسات لأثر الاكتئاب على مرضى السرطان فقد سجلت إحدى الدراسات التى أجريت على سرطان الثدي أنه خلال خمسة سنوات من المتابعة تنخفض احتمالات البقاء على قيد الحياة بين السيدات اللاتى ترتفع معدلات إصابتهن بالاكتئاب.
- وفى دراسة ميدانية أجريت على عشرة آلاف مشترك ، تزايد خطر الموت خلال ثمانية أعوام من المتابعة بين المرضى المصابين بالاكتئاب وقارنه بالذين لم يصابوا بالاكتئاب.
- وحسب حسين الخولي وزملائه و ما ادلت به جمعية الطب النفسى فإن القاسم المشترك فى العلاقة بين الاكتئاب والنجاة من السرطان هو عدم الالتزام بالعلاج الذى يتزايد بين المرضى المصابين بالاكتئاب. الخولي وآخرون،2010)

كما يؤثر الاكتئاب على الانتظام بالعلاج المضادة 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 الذى يهتم بالصحة.
- العزلة الاجتماعية والانسحاب.
- قصور استخدام موارد المجتمع.

- تزايد صعوبة تحمل الآثار الجانبية للعلاج (حنان الرصاص و آخرون، 2010)

الاكتئاب والانتحار لدى مرضى السرطان

- تتضاعف احتمالات الانتحار بين مرضى السرطان عن العامة.
- إن الاكتئاب هو عامل معروف في نصف حالات الانتحار ، كما أن خطر الانتحار يتزايد بمقدار خمس وعشرين مرة بين الأفراد المصابين بالاكتئاب
- و تتضمن عوامل الخطر الأخرى المتعلقة للانتحار بين المرضى المصابين بالسرطان مشاعر من قبيل الإحساس بأنهم عبء على الآخرين ، وفقدان الاستقلال ، ورغبة المصاب في التحكم في موته ، الأعراض الجسدية اليأس ، ومخاوف تتعلق بالوجودية، وعدم وجود مساندة اجتماعية كافية، والخوف من المستقبل. (الخولي و آخرون، 2010).

3.3. الدراسات السابقة حول الاكتئاب عند مرضى السرطان :

سنحاول في هذا العنصر ان نعرض بعض الدراسات التي تناولت الاكتئاب عند مرض السرطان ثم نحاول ان نقوم بمناقشة هذه الدراسات .

ففي دراسة قام بها ليشان (1959) على عينة تكونت من (60) مريضا بالسرطان ، اتضح هؤلاء المرضى أنهم يتسمون بسمات خاصة أهمها : إنخفاض تقدير الذات و اليأس والاكتئاب وكثرة الاستبطان و الاستدماج او الامتصاص والكبت او الكظم و انكار الذات (الانصاري، 1996)

اما عن دراسة Derojati & al سنة 1983 اجراها على (215) مريضا من مرضى السرطان الذين تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين المترددين على ثلاث مراكز علاج السرطان ، وذلك من أجل تحديد مدى وجود الاضطرابات السيكاترية لديهم ، قام الباحثون بفحص كل مريض وتقييمه باستخدام المقابلة المتعمقة و الاختبارات النفسية المقننة ، وقد استخدم الباحثون في التشخيص الدليل الاحصائي و التشخيصي للاضطرابات العقلية DSM3 التي تصدره الجمعية الطب العقلي الامريكية . وقد أظهرت النتائج أن (47%) من المرضى حصلوا على تشخيص من تشخيصات DSM3 ، وأن (44%) منهم تم تشخيصهم على أن لديهم زملة أعراض اكلينيكية ، وأن (03%) منهم مصابون بالاضطرابات الشخصية وقد كانت (68%) من التشخيصات السيكاترية تتكون من اضطرابات وجدانية (الإكتئاب) ، وقد توزعت التشخيصات الباقية بين الاضطرابات العقلية العضوية (08%) ، اضطرابات الشخصية (07%) واضطراب القلق (04%) قد بينت الإحصاءات أن (85%)

من المرضى لديهم حالة سيكاترية موجبة تتمثل في الاكتئاب أو القلق بوصفهما العرضين الأساسيين وقد كانت الغالبية العظمى من الحالات تمثل اضطرابات قابلة للعلاج إلى حد كبير. (مفتاح محمد بن عبد العزيز، 2010) وفي دراسة أخرى قام بها Alagaratnam وآخرون (1986) عن التأثيرات النفسية و الاجتماعية لاستئصال الثدي وهذا بهدف معرفة أسبابا لآثار النفسية و الاجتماعية لاستئصال الثدي، هل تعود إلى استئصال الثدي أم للتشخيص بالسرطان، وتكونت العينة من (23) امرأة متزوجة ولديه نشاط جنسي يعالج من سرطان الثدي، حيث تمت مقارنتهن مع مجموعة من السيدات مكونة من (34) سيدة) تم اختيارهن عشوائيا يعانين من أنواع مختلفة من السرطان، واستخدم الباحثان مقياس (بيك) للإكتئاب مع المقابلات لدراسة كلا المجموعتين، وأظهرت النتائج أن مجموعة سرطان الثدي كانت أقل اكتئابا وأكثر استقرارا من الناحية العاطفية من السيدات اللواتي يعانين من الأنواع الأخرى من السرطان، و أظهرت النتائج أن تشخيص السرطان كان العامل الأهم في الأثر النفسي و الاجتماعي لهؤلاء المرضى (Alagaratnam وآخرون، 1986).

كما قام كل من Kreitler وآخرون (1990) بالمقارنة بين مجموعة قوامها (210) من مريضات سرطان الثدي ومجموعة أخرى قوامها (210) من السيدات غير المصابات بأورام سرطانية من نفس البيئة الاجتماعية والعملية والمستوى التعليمي والعمر و المهنة، حيث طبق على المجموعتين عشرة اختبارات نفسية ، وأظهرت نتائج الدراسة أن مجموعة سرطان الثدي تتسم بارتفاع المشاعر السلبية، وانخفاض في أحلام اليقظة، وزيادة في الكبت، وانخفاض في مفهوم الذات و العصائية والشكاوي البدنية(الأنصاري، 1996).

وفي دراسة تتبعية ل Grandi وآخرون (1990) أجريت على عينة قوامها 26 مريضة بسرطان الثدي تم تتبعهم مدة ستة أشهر أظهرت نتائج الدراسة عن ثبات درجة الاكتئاب والقلق لدى المريضات بين التطبيق الأولى للمقاييس (مقابلة بايكل الإكلينيكية للإكتئاب CID، واختبار أعراض كيلنرز) والتطبيق الثاني لنفس المقاييس بعد ستة أشهر (الأنصاري، 1996).

وبينت دراسة Bolger وآخرون (1996) أجريت على عينة قوامها (102) من السيدات المصابات بأورام سرطانية في الثدي تم تتبعهم مدى عشرة أشهر بعد الإصابة بالسرطان، أظهرت نتائج الدراسة عن زيادة درجة الاكتئاب لديهن بين التطبيق الأول لقائمة " بيك " للإكتئاب والتطبيق الثاني لنفس القائمة بعد عشرة أشهر(الأنصاري، 1996).

أما دراسة Ell وآخرون (2001) التي تمثلت في التعرف على طرق التعامل الوظيفي، النفسي و الاجتماعي مع السرطان عند المرضى باختلاف العمر وشملت العينة (159) مريضة أكبر من 65 سنة و(94)

مريضة أقل من 65 سنة تم تشخيصهم بأنواع سرطان مختلفة هي: الثدي والقولون والرئة واستخدام الباحثون مقياس التوافق المتعدد والمقابلات للوصول إلى النتائج على مدى 3 أشهر ثم سنة بعد التشخيص بالسرطان أظهرت النتائج أن كبار السن (فوق 65 سنة) لم يكونوا متضررين بشكل جدي من المدة التي يأخذها التوافق الجيد أو طرق التعامل مع المرض (الحجار وآخرون، 2005).

دراسة Lover وآخرون (2002) بدراسة تهدف إلى تقييم الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي والضغط النفسية لدى مريضات سرطان الثدي، وشملت العينة (238) مصابة بسرطان الثدي، وقد تمت مقابلة العينة 5 مرات خلال الجرعات الستة الأولى للعلاج حيث ظهرت الأعراض التالية: غثيان، تساقط الشعر، والإرهاق على أكثر من 80% من المريضات، وعند الجرعة السادسة 46% من المريضات بدأت يفكرن بالتوقف عن العلاج ولكن عددا قليلا من هن أبلغ الطاقم الطبيب ذلك، وعلى العكس فإن الضغط النفسي كان أقل حساسية للعلاج مع مرور الزمن و أن العلاج الكيميائي له أعراض جانبية تؤثر بشكل كبير على الوضع الجسدي للمرأة، وبالتالي يؤثر نفسيا وإجتماعيا (الحجار وآخرون، 2005).

قام Peck (1972) بدراسة على خمسين سيدة لديهن أورام بالثدي تتراوح أعمارهن بين (40-60) عاما وباستخدام مقابلة مقننه أظهرت نتائج الدراسة أن 49 مريضة تعاني من القلق و 37 مريضة تعاني من الاكتئاب و 25 مريضة تعاني من الغضب (الأنصاري، 1996).

أما دراسة Marasate وآخرون 1992 هدفت إلى قياس مستوى القلق والإكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي يتلقين علاجا إشعاعيا وتكونت العينة من (133) مريضة بسرطان الثدي تم تحويلهن لتلقي العلاج الإشعاعي بعد العلاج الجراحي واستخدم الباحث و تم قياس المستشفى للقلق والإكتئاب (HAD) وكانت النتائج على النحو الآتي:

— 18 مريضة (14%) ظهرت لديهن درجة تشير إلى قلق مرضي.

مريضتين (5,1%) أظهرن إصابة بالاكتئاب الواضح (الحجار، 2003)

— وقام Watson وزملائه (1991) بدراسة على عينة قوامها 359 سيدة مصابة بسرطان الثدي في أولى مراحل تطوره وبعد مضي ثلاثة أشهر من الإصابة بالمرض، وتم تطبيق بعض مقاييس الشخصية على أفراد العينة لمعرفة الآثار النفسية المترتبة على الإصابة بالسرطان وقد أسفرت نتائج الدراسة عن معاناة 16% من أفراد العينة من القلق و 6% من الاكتئاب و 80% من كبت الغضب و 55% من الشعور بالعجز (الأنصاري، 1996).

- في دراسة بيك سنة 1972 على (50) سيدة لديهن أورام بالثدي ،وتتراوح أعمارهن بين (40) . (60) عاما وباستخدام مقابلة مقننة أظهرت نتائج الدراسة أن (49) مريضة تعاني من القلق ،و(37) مريضة تعاني من الاكتئاب ،،25 مريضة تعاني من الغضب (شاكور مجيد سوسن،2012)
- اما عن دراسة زياد بركات 2006 ، فقد هدفت هذه الدراسة الى المقارنة بين الافراد المصابين بالسرطان والافراد غير المصابين بهذا المرض في بعض سمات الشخصية الانفعالية :الاكتئاب ،قلق الموت ، الانبساط والانطواء والاتزان والاندفاع، و الاضطرابات الانفعالية والتفاؤل - التشاؤم، طبقت لهذا الغرض مجموعة من المقاييس المتخصصة على عينتين من الافراد : الاولى عينة الافراد المصابين بالسرطان وبلغ عددهم (48) فردا، والثانية من الافراد غير المصابين بهذا المرض وبلغ عددهم ايضا (48) فردا،وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:
- بمعنى أن المريضات الإناث بمرض السرطان هن أكثر ميلا نحو قلق الموت المرتفع ونحو الانفعال و نحو التشاؤم.
- بينما اظهرت النتائج الى عدم وجود فروق جوهرية بين درجات المصابين بمرض السرطان في سمات الشخصية:الاكتئاب والانبساط . الانطواء ،الاتزان . الاندفاع تعزى لمتغير الجنس (بركات زياد،2006)
- وتحليلنا للدراسات السابقة يمكن أن نستخلص مايلي:
- هدف هذه الدراسات الى تحديد ومعرفة الاضطرابات النفسية والسمات الشخصية عند مرضى السرطان كما ان اغلب هذه لدراسات يبحث عن العلاقة بين الاكتئاب والسرطان .
- كما اسلفنا الذكر فانه من اهم العوامل التي تساعدنا في الكشف عن الاكتئاب لدى مرضى السرطان هو معرفة نوع السرطان والذي كان واضحا الى حد ما في الدراسات ما بالنسبة لمرحلة المرض فلم يتم ذكرها في الدراسات
- لاحظنا على الدراسات انها استخدمت في التطبيق ادوات متنوعة الدليل التشخيصي DSM3المقابلة المتعمقة ،اختبارات النفسية المقننة ، المقابلة المقننة ، قائمة ايزنك للشخصية ، قائمة بيك للاكتئاب .
- غير انها لم تستخدم ادوات طبية من اجل التشخيص الجيد للاكتئاب هل فعلا راجع للمرض السرطان ام ان له اساس عصبي كوجود تلف معين في الدماغ او التاثر بنوعية العلاج المتبع والذي يتميز بترك اعراض جانبية بارزة على المريض
- لاحظنا تنوع حجم العينات في هذه الدراسات وكانت الفئة الغالبة هي فئة البالغين

- ان اغلب افراد العينة يتسمون بأنهم يعانون من الكبت وعدم التنفيس عن مشاعر الغضب
- تناولت بعض هذه الدراسات دور السن في التحسن نحو الشفاء حيث تبين أن المريضات الأكبر سنا هن الأكثر تقبل والأسرع في الاستجابة للعلاج من الصغيرات في السن من الناحية النفسية والعقلية.
- كما ورد في الدراسات اثر العلاج الكيميائي على الحالة النفسية لمرضى السرطان خاصة المصابات بسرطان الثدي

- جميع الدراسات شملت على عينات مرضى السرطان و الاكتئاب
- جميع الدراسات شملت على متغير الاكتئاب لدى مرضى السرطان
- لاحظنا عدم اهتمام الدراسات بعامل المستوى التعليمي او الاقتصادي

4.التدين:

1.4.تعريف التدين:

الدين من الظواهر التي يصعب وضع مدلول محدد لها ذلك لتنوع الاديان والثقافات فقد يستنبط من دين معين ما لا ينطبق بالضرورة على اديان أخرى (القصاص،2008)

لذلك لجأ الباحثون الى دراسة التدين كأحد مظاهر الدين(زعطوط ،2014) ويقصد به إلتزام الفرد المسلم بعبادة الله الجامعة لكل ما يحبه الله ويرضاه من الاقوال والاعمال الباطنة والظاهرة (ابن تيمية ،د. س)

و فقد عرفه أحمد 1999 على أنه " تلك الانشطة والسلوكيات المتصلة بقراءة القرآن الكريم والمحافظة على ذكر الله والعبادات ، كالصلاة والمداومة عليها ،والاكثار من النوافل والاستغفار ، والتوبة من الذنب ، والسعي والرجاء في التماس العون والقوة والطمأنينة من الله" (محمد بن إبراهيم السليم ،1426هـ)

وقد عرفته نورة لعروسي : "هو ذلك التقمص من طرف الفرد او الجماعة للدين في مستواه النفسي والطقوسي" (نورة لعروسي، د.س)

و يؤكد koening في دراسة مراجعة حديثة (2012) شملت أغلب الدراسات التي تناولت التدين او الروحانية والصحة ما بين 1872 الى غاية 2010 بما يزيد عن 3300 مقال علمي موثق منهجيا واكد تحليل تلك البحوث العلاقة الايجابية و الارتباط الدال بين مخرجات الصحة وبين التدين، مما يدعو كل الباحثين الى أخذ هذا المتغير بعين الاعتبار في دراساتهم(زعطوط ،2014).

2.4. الدراسات السابقة حول التدخين:

دراسة (زعطوط، 2014) هدفت الى استكشاف نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين ممثلين بمرضى السرطان وعلاقتها ببعض المتغيرات الحيوية النفسية الاجتماعية مقارنة بالأصحاء من الجمهور العام واثرت المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية و الامراضية على تلك العلاقة وقد توصلت نتائج الدراسة الى وجود مستوى تدين مرتفع لدى افراد المرضى المزمنين و الاصحاء على سواء حيث بلغت النسبة 80% ولم تظهر فروق دالة بينهما وقد ارتبط التدين بنوعية الحياة في العينتين ارتباطا دالا وموجبا حيث بلغ معامل الارتباط لدى لمرضى الى 0.31 ولدى الاصحاء(زعطوط، 2014)

دراسة قريشي والتي هدفت الى معرفة التدخين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، وكانت ادوات الدراسة مقياس السلوك الديني من اعداد موسى صبحي موسى القدر 2007 ، ومقياس فاعلية الذات من اعداد نادية سراج جان 2000، وقد توصلت الدراسة الى ان هناك علاقة ارتباطية بين التدخين و فاعلية الذات بأبعادها لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية كما ان هناك علاقة ارتباطية بين التدخين ومدة الازمان و السن (. قريشي، 2011).

دراسة Yeole et All (2000) قاموا بدراسة حول الوفيات لدى مرضى السرطان الدماغ والرقبة والتي عانى منها الكثير في تلك الفترة بين ثلاث مجموعات الهنديون والمسيحيون والمسلمون وقد تمت الدراسة بومباي في الهند ، وقد تابعو هذه الحالات لمدة خمس سنوات ، بعد هذه المدة بقي عدد من المفحوصين وكانت نسبة المسلمين اكبر في الاحياء وذلك لارتفاع نسبة التدين لديهم التدين ،المسلمين 36.1% ،المسيحيين 26.6% ،الهنديين 31.7% (Kouninge et all.2014)

دراسة 2012 Haroun Et All و آخرون على مجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي وقد تكونت العين من 285 وقد توفيت 60 مريضة ، و حسب الدراسة فقد توصل والى ان المرضى المسلمين لديهم حظ اكبر في التماثل للشفاء مقارنة بالمسيحيين.

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى أهم تعاريف المتعلقة بالدراسة الحالية وهي السرطان الاضطرابات النفسيعصبية كما تطرقنا إلى دراسات التي لها علاقة بمتغيرات الدراسة بالإضافة إلى بعض العناصر التي تتحدث عن العوامل المؤثرة على مرضى السرطان .

المزيج

1 تمهيد

2 الدراسة الإستطلاعية

3 أدوات الدراسة

4 الدراسة الأساسية

5 الأساليب الإحصائية المستخدمة

6 خلاصة الفصل

تمهيد:

نتناول في هذا الفصل إجراءات الدراسة التي قامت بها الطالبة لتحقيق أهداف الدراسة وذلك من خلال محاولة الاجابة على تساؤلات الدراسة و التحقق من فروضها .

بحيث قمنا باختيار المنهج الملائم للدراسة الحالية وتعريف عينة الدراسة وتحديد خصائصها كما قمنا بالتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس التقييم المتبع في مونتريال MoCA وذلك من خلال الدراسة الاستطلاعية

1. الدراسة استطلاعية:

كما هو معهود في الدراسات العلمية فإنه من أهم الخطوات المتبعة في إجراء الدراسة الميدانية، القيام بدراسة استطلاعية والتي نسعى من خلالها الاحتكاك وكذا معرفة خصوصيات العينة في تطبيق الأدوات المعتمدة في الدراسة ، كذلك نسعى للتحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات المطبقة في الدراسة.

1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- لكل خطوة من خطوات البحث العلمي أهداف تخدمها، وأهداف الدراسة الاستطلاعية تكمن في ما يلي :
- التعرف على حجم المجتمع الأصلي للدراسة وخصائصه ومميزاته.
- التأكد من صلاحية مقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال في البيئة الجزائرية والذي يطبق لأول مرة في المجتمع الجزائري في حدود علم الطالبة.
- التأكد من الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لمقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال في البيئة الجزائرية.
- الإطلاع المسبق على أجواء إجراء الدراسة الأساسية والصعوبات الموجودة في الحصول على أفراد عينة الدراسة وتطبيق المقاييس المستعملة في الدراسة الحالية.

2.1. عينة الدراسة الاستطلاعية :

قمنا بتطبيق الدراسة الاستطلاعية بمركز مكافحة السرطان CAC التابع للمؤسسة الإستشفائية"محمد بوضياف- ورقلة"، على قدرها 30 مريض سرطان ، والجدول رقم (01) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية:

الجدول رقم (02) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية:

الخاصية العدد	الجنس		السن		نوع العلاج	
	ذكر	أنثى	45	45	إشعاعي	كيميائي
30 مريض سرطان	7	23	11	19	26	4
النسبة المئوية	23.33%	77.67%	36.67%	63.33%	86.67%	13.33%

تكونت العينة الاستطلاعية من 30 مريض سرطان، ومن خلال الجدول (01) نلاحظ أن خصائص العينة الاستطلاعية قد تنوعت في الجنس والسن وكذا نوع العلاج المتبع.

اخترنا السن 45 سنة كمتوسط عمر للعينة الاستطلاعية وذلك نسبة لان هذا السن يعبر عن تغيرات تحدث لدى المرأة و هو ما يدعى بسن اليأس خاصة بالنظر إلى أن أكثر من ثلثي العينة من الإناث (77.67%) ، اما بالنسبة للسن فقد مثل 63.67% اقل من 45 سنة و 36.67% اكبر او يساوي 45 سنة

3. أدوات الدراسة:

اعتمدنا في الدراسة الحالية للكشف عن الاضطرابات النفسعصبية على اختبار التقييم المعرفي المتبع في مونتريال والمعروف باختصار **MoCA** و المتاح للاستعمال في الدراسات العلمية دون رخصة بشرط الإشارة إلى المرجع ، كما اعتمدنا في قياس الاكتئاب على مقياس "أرون بيك للاكتئاب" ، أما بالنسبة لمتغير التدخين اعتمدنا مقياس معد من طرف الباحث رمضان زعطوط والذي يحمل خصوصية قياس التدخين (بالنسبة للدين الإسلامي) ، وفيما يلي وصف و الخصائص السيكومترية لكل منها :

1.2. التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MoCA :

1.1.2. وصف المقياس :

صمم اختبار التقييم المعرفي المتبع في مونتريال بغرض تقييم الاضطرابات الوظيفية المعرفية ، إذ يقيم الوظائف التالية: الانتباه، التركيز ، الوظائف التنفيذية ، الذاكرة ، اللغة، قدرات التجريد، الحساب والاهتداء . ويقدر زمن الإختبار بحوالي عشر دقائق . وعدد العلامات الأقصى التي يمكن الحصول عليها هو 30 علامة ، بحيث تعتبر نتيجة 26 علامة أو أكثر طبيعية ، وفيما يلي بنود الاختبار :

- 1) التناوب البصري: في هذا البند يطلب من المفحوص أن يربط بين مجموعة من الحروف والأرقام لتشكيل سلسلة واحدة ، يحصل المفحوص على نقطة واحدة في حال نجاحه في الربط الصحيح لكامل السلسلة.(1نقطة)
- 2) القدرات البنائية البصرية : إذ يطلب من المفحوص نسخ المكعب (المرسوم في ورقة الاختبار) بأحسن دقة يستطيعها، ويمنح له نقطة واحد في حال أصاب في حجم الشكل واستقامة الأضلع وتناسق الشكل (1نقطة).
- 3) القدرات البصرية البنائية : ويطلب فيه من المفحوص رسم ساعة حائط دائرية تحتوي على كل الأرقام وتشير إلى 11 و 10 دقائق، بحيث يمنح علامة واحدة إذا كان محيط الدائرة يمثل دائرة ، وعلامة على أرقام الساعة كاملة وفي مكانها الصحيح ،علامة على صحة مؤشرات الساعة في الطول والإشارة .(3نقاط)
- 4) التسمية : يطلب فيها من المفحوص تسمية مجموعة مكونة من ثلاث حيوانات، وتمنح علامة واحدة لتسمية كل حيوان بشكل صحيح .(3نقاط)
- 5) الذاكرة : يقرأ فيها الفاحص مجموعة مكونة من خمس كلمات على المفهوم ويطلب منه إعادةّها .(ولا يمنح اي نقطة في الإعادة الأولى)
- 6) الانتباه : ويتضمن بندين: الأول حول الاستيعاب الرقمي، والثاني حول الاستيعاب الرقمي المعكوس، بحيث يقرأ الفاحص على المفحوص مجموعة من الأرقام ويطلب منه إعادة سردها بالترتيب الذي ذكره ،بينما السلسلة الثانية عكس الترتيب المذكور ، ويحصل المفحوص على نقطة واحدة على الذكر الصحيح لكل سلسلة
- 7) التركيز: وفيه يطلب من المفحوص التصفيق في حال سماعه حرف الألف من بين مجموعة الحروف التي يسردها على مسمعه الفاحص بمعدل حرف في الثانية ، ويمنح نقطة واحد في حال نجح في ذلك دون خطأ كالتصفيق عند سماعه حرف آخر أو عدم تصفيقه في حال سماعه حرف الألف .
- 8) الحساب التسلسلي: وفيه يطلب من المفحوص الحساب ابتداءً من مئة بحيث ينقص في كل مرة 7، ويمنح ثلاثة نقاط في حال عدم وجود أي خطأ في السرد التناقصي .
- 9) المتشابهات: يطلب الفاحص من المفحوص أن يعطيه نقطة شبه بين شيئين يذكرهما له (ثنائتين) بحيث يمنح نقطة في حال ذكر الشبه بوجه صحيح لكل ثنائية .
- 10) التذكير: بحيث يطلب الفاحص من المفحوص أن يعيد تذكر الكلمات التي سبق ذكرها في بند الذاكرة، ويمنح المفحوص نقطة لكل كلمة ذكرها صحيحة.(5نقاط)

11)الاهتداء : يسأل الفاحص المفحوص عن التاريخ : اليوم ،الشهر ،السنة، المكان والمدينة ، ويمنح نقطة واحد لكل إجابة صحيحة.(6نقاط) (Z.Nasereddine,2004)
المجموع:

يجمع كل العلامات التي دونت بالنسبة لكل بند تتحصل على ثلاثين علامة،و في حال أن المفحوص أمضى أقل من 12 سنة في المدرسة ،يضاف له علامة واحدة (إذا لم يصل على علامة 30) و تعتبر نتيجة 26 علامة أو أكثر نتيجة طبيعية

2.1.2. الخصائص السيكومترية للاختبار:

الصدق والثبات : للتأكد من الخصائص تم تطبيقها على عينة استطلاعية قدرها 30 مريضاً بالسرطان بحيث بلغ معامل ألفا كرونباخ للثبات 0.65 ، كما بلغ معامل التجزئة النصفية 0.84 قبل التعديل و 0.91 بعد التعديل ، وهذه النتائج تجعل الاختبار قابل للتطبيق على عينة الدراسة من الناحية المنهجية .
كما قمنا بحساب صدق المقارنة الطرفية

2.2. اختبار بيك Beck المختصر للاكتئاب B.D.I :

1.2.2. وصف الاختبار هو مقياس معد من طرف صاحبه آرون بيك Beck.A و تم ترجمته للغة العربية من طرف غريب عبد الفتاح غريب 1985 ، تتكون الصورة الأصلية لهذا المقياس من 21 بنداً، بينما تتكون الصورة المختصرة من 13 بنداً، والتي ركز فيها بيك على تغطية جميع أعراض الاكتئاب بصورة شاملة.
(خميس،2013)

و يحتوي كل بند من هذا المقياس على سلسلة من العبارات، بحيث يختار المفحوص العبارة التي تناسبه من بينها . وتمثل 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، فقدان الشهية.

إذ تتراوح الدرجة الكلية للمقياس من 0 إلى 39 ، إذ تشير الدرجة:

- بين 0 و4 تشير إلى عدم وجود اكتئاب.
- أما الدرجة 5 و7 تشير إلى وجود اكتئاب معتدل.

• وبين 8 و15 إلى الاكتئاب متوسط بينما تشير الدرجة التي تتراوح بين 16 فما فوق إلى وجود اكتئاب شديد (غريب، 1988)

2.2.2. الخصائص السيكومترية للمقياس:

- في البيئة العربية:

1- 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 راشد بفاصل زمني بين التطبيقين شهر ونصف، فوصل معامل الثبات بهذه الطريقة إلى 0.77. (غريب، 1988)

واستخدمت طريقة ألفا لكرونباخ على عينة من 75 طالبا جامعيًا في مصر (جامعة عين الشمس)، فكان المعامل ألفا يساوي 0.75 وهو دال عند مستوى دلالة 0.01

وفي الإمارات العربية قام غريب (1992) بحساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق في أربع دراسات على عينات من طلاب الجامعة عددهم في كل دراسة هو 37 طالبة، 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 احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01.

الصدق: ولحساب الصدق استخدمت كذلك عدة طرق منها طريقة الصدق التلازمي بين المقياس بيك للاكتئاب ومقياس (د) من مقياس MMPI على 43 من الراشدين، فوصل معامل الصدق الى 0.60 كما قام عبد الخالق (1966) بحساب صدق مقياس بيك بطريقة صدق التكوين فحسب معامل الارتباط على 120 طالبا من جامعة الاسكندرية بينه و بين ثلاثة مقاييس يفترض ارتباطها بالاكتئاب إيجابيا أو سلبيا وهي:

التفاؤل و التشاؤم 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 "زوككرمان لورين" للصفات الانفعالية على عينة من 120 طالبا جامعيًا، فوصلت معاملات الارتباط بين قائمة بيك والمقاييس الأخرى كالآتي على التوالي: 0.66، 0.49، 0.46، وكلها دالة عند مستوى 0.01 كما تبين أيضا عن طريق الصدق التمييزي أن مقياس بيك يميز بشكل واضح بين مرضى الاكتئاب و الأسوياء (خميس، 2013)

3- في البيئة الجزائرية:

1- الثبات: قام بشير معمريّة 1998 بحساب الثبات على عينة متكونة من 63 طالب وطالبة 28 من الذكور و 35 من الإناث من السنوات الأربعة لمعهدى العلوم الاجتماعية و الآداب واللغة العربية في جامعة باتنة بفواصل زمني بين التطبيقين تراوح بين 18 يوما فوصل معامل الارتباط بين التطبيقين بطريقة بيرسون من الدرجات الخام الى 0.832 وهو دال عند مستوى 0.01.

2- 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 w.w.zung وهو تعريب وإعداد رشاد عبد العزيز موسى 1988 على عينة متكونة من 43 طالبا وطالبة من معهدى العلوم الاجتماعية والاقتصاد في جامعة باتنة، فوصل معامل الارتباط بين المقياسين الى 0.825 وهو دال عند مستوى 0.01 الثانية عن طريق الاتساق الداخلي وهي احدى طرق حساب صدق التكوين، حيث تم احتساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس على عينة متكونة من 82 طالبا وطالبة 34 ذكر، و 48 أنثى من معاهد العلوم الاجتماعية والري والاقتصاد و اللغات والعلوم الدقيقة. (بشير معمريّة، 2013).

3.2. مقياس التدين:

1.3.2. وصف المقياس : تم اعتماد مقياس التدين لصاحبه زعطوط رمضان الذي قام ببنائه بعد الإطلاع على مقاييس عربية وأجنبية سابقة والجانب النظري ، بحيث احتوى المقياس على الأبعاد التالية :

1) البعد المعرفي الإعتقادي: والذي يضم :

- أركان الإيمان.
- أركان الإسلام .
- الحلال والحرام .
- معتقدات أخرى.

وتمثله البنود من 1 إلى 29 بحيث تمنح درجة لكل ركن من أركان الإيمان (6) ولكل ركن من أركان الإسلام (5)، أما من البند 12 إلى 16 فيجاب عليها بإحدى البدائل : جيد ، متوسط ، ضعيفة ، بحيث تنقط على الترتيب

2، 1، 0. أما من البند 17 إلى البند 23 تقدر بدائلها ب: حرام ، مكروه ، لا ادري ، وتنقط على التوالي : 2، 1، 0 .

2) البعد الوجداني : ويضم : جانب وجداني عبادي ، وجانب وجداني حياتي.

3) البعد السلوكي : العبادات ، المعاملات و أخلاق الحياة .

بحيث يجاب على بنود الاختبار ابتداءً من البند 23 إلى البند 75 باختيار إحدى البدائل : دائما ، كثيرا ن أحيانا ، نادرا ، لا . وتنقط على التوالي : 4 ، 3 ، 2 ، 1، 0. وعليه تقدر الدرجة الكلية للاختبار ب: 239.

2.3.2. الخصائص السيكومترية للأداة :

بحيث قام معد الاختبار من قيسا الخصائص السيكومترية للأداة بعد تطبيقه على عينة قدرها 60 مريض مزمننا ، إذ عرضه على مجموعة من الباحثين الأكاديميين في اختصاص علم النفس الاجتماعي والعيادي وعلوم اللغة والفقه وأصول الدين في الجزائر والسعودية والأردن ، كما أخضعت لصدق المحك وبلغ الارتباط بين المقياس المعد والمحك 0.70 ، ووصلت قيمة معامل الاتساق الداخلي للاستبيان إلى 0.70 ، بينما معامل الارتباط للثبات إعادة التطبيق بلغ 0.72 ، وهي نتائج تؤكد ثبات وصدق الاختبار. (زعطوط، 2014)

ولمزيد من التأكد من الناحية المنهجية قمنا بدراسة خصائصه السيكومترية على العينة الاستطلاعية ، بحيث بلغ معامل ألفا كرونباخ للثبات 0.83 ، كما قمنا بحساب الاتساق الداخلي للمقياس وصل ارتباط البنود بالاختبار إلى 0.70 ، كذلك بلغ معامل التجزئة النصفية إلى 0.66 بعد التعديل ، وهذه النتائج عززت من الناحية المنهجية الخصائص السيكومترية

4. الدراسة الأساسية:

1.3. منهج الدراسة :

يختلف المنهج المتبع في كل دراسة بحسب اختلاف موضوع الدراسة و طبيعتها، وموضوع دراستنا الحالية يسعى للتعرف على الاضطرابات النفسعصبية وعلاقتها بالاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان لهذا فإن المنهج الملائم هو المنهج الوصفي العلائقي (الارتباطي) إذ يهدف هذا المنهج إلى وصف دقيق وتفصيلي لظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية أو كمية رقمية ويعد المنهج الوصفي الارتباطي أكثر مناهج البحث ملائمة للواقع الاجتماعي كسبيل لفهم ظواهره و تفسيرها .(محمد قاسم، 1999) لذلك تم الاعتماد في هذه الدراسة.

2.3. عينه الدراسة الأساسية :

لتعذر تناول كل أفراد المجتمع الأصلي (كل المرضى المصابين بالسرطان بمدينة ورقلة بالجزائر) يلجأ الباحث دوماً إلى اختيار جزء صغير من المجتمع الأصلي بحيث يراعى أن تكون العينة ممثلة للمجتمع الأصلي تمثيلاً صادقاً، بالاعتماد على إحدى الطرق المنهجية لاختيارها ، وعليه تم اختيار العينة بطريقة قصدية تشخيصية ، إذ تم قصد المصابين بمرض السرطان المقيمين أو الزائرين لمركز مكافحة السرطان بمستشفى " محمد بوضياف-ورقلة" بقصد العلاج في فترة إجراء الدراسة

1.2.3. خصائص العينة الأساسية:

الجدول (03): الخصائص الديمغرافية للعينة الأساسية

السن		الجنس		الخصائص
45	45	إناث	ذكور	العينة
30	50	54	26	التكرار
%37.5	%62.5	%67.5	32.5%	النسبة المئوية

من خلال الجدول نلاحظ وجود فروق في نسبة التمثيل بين الجنسين ، حيث ان عدد الذكور 26 مصاب بالسرطان بينما عدد الإناث بلغ 54 مصابة بالسرطان

أما بالنسبة للسن فقد قمنا بحساب المتوسط الحسابي لأفراد العينة وقد بلغ 45 سنة ، وقد تراوحت أعمار أفراد العينة بين 19- 45 سنة (50) مريض و 45- 67 سنة (30) مريض .

الجدول (04): الخصائص الاجتماعية للعينة الأساسية

المستوى التعليمي			الحالة الاجتماعية		الخصائص
مرتفع		منخفض			العينة
جامع ي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	متزوج
				أعزب	

12	18	17	17	16	16	64	التكرار
%15	22.5%	21.25%	21.25%	%20	%20	%80	النسبة المئوية

قامت الطالبة في مرحلة أولى بتقسيم المستوى التعليمي إلى ثلاث مستويات :

- منخفض: أمي أو ابتدائي

- مرتفع : متوسط ، ثانوي، جامعي

نلاحظ من خلال الجدول أن المستوى التعليمي بين أفراد العينة متجانس بحيث بلغ المستوى التعليمي بين أمي ، ابتدائي 41% ، بينما بلغ المستوى بين متوسط ثانوي و جامعي 59% ويمكن أن نفسر ذلك بان عدد أفراد العينة اقل من السن 41 الذي حددنا كمتوسط للسن قدر 50% ما يبرر أن نصف أفراد العينة صغار السن بحيث تابعو تعليمهم

أما بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية فقد تم تقسيمه إلى فئتين عازب أو متزوج ومن خلال الجدول نلاحظ أن نسبة 80% من أفراد العينة متزوجون و 20% مهم غير متزوجون كذلك يمكن أن ننسب هذه النسب إلى السن فحل المرضى بلغو أو تجاوزوا سن الرشد والزواج

الجدول (05): خصائص العينة الأساسية حسب متغيري الازمان ونوع العلاج

الخصائص	مدة الازمان بالمرض		نوع العلاج المتبع	
	≥ سنة واحدة	< سنة واحدة	إشعاعي	كيميائي
العينة				مشترك
العدد	70	10	61	4
النسبة المئوية	87%	13%	76%	5%

بما أن مرض السرطان احد اكبر الأمراض المهددة للحياة ، وان متوسط الحياة بعد التشخيص 5 سنوات ، واعتماد على أن المرحلة الأولى من العلاج تتم في السنة الأولى من سيرة المرض (زعطوط، 2014)، ارتأت الطالبة تقسيم العينة حسب متغير الازمان إلى فئتين :

- اقل أو يساوي سنة من بداية التشخيص

- أكثر من سنة من بداية التشخيص ، ومن خلال الجدول نلاحظ ان نسبة المرضى الذين مدة الأزمان لديهم

سنة أو اقل بلغت 87% وهي نسبة مرتفعة مقارنة بالمرضى الذين شخضوا منذ أكثر من سنة وهي 13%

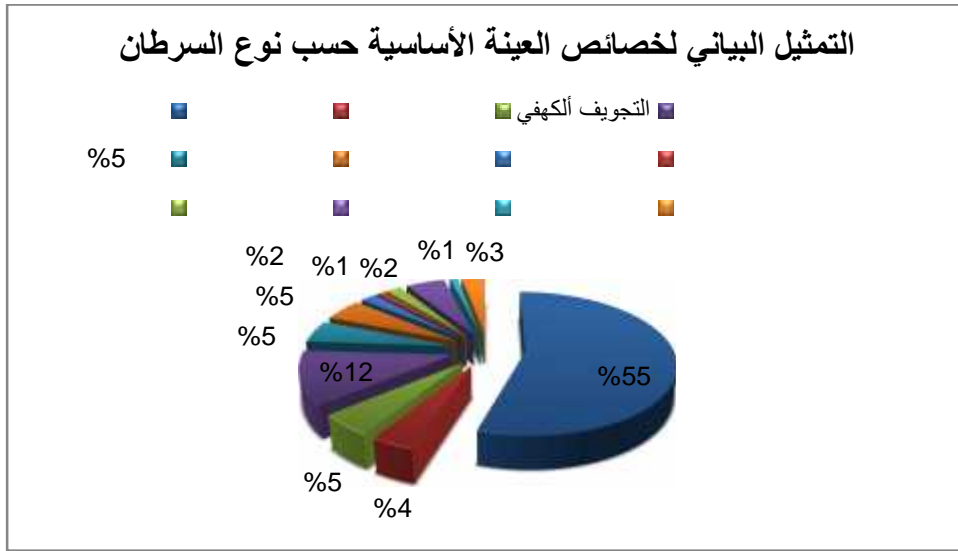
خصائص العينة الأساسية حسب نوع السرطان :

جدول (06) يوضح خصائص العينة الأساسية حسب نوع المرض

النسبة	التكرارات	نوع السرطان
55%	44	الثدي
4%	3	الرئة
5%	3	التجويف ألكهفي
12%	10	الحنجرة
5%	4	البروستاتا
5%	4	الرحم
2%	2	المريء
1%	1	الدم
2%	2	الكبد
5%	4	الأمعاء
1%	1	الحلق
3%	2	ورم دماغي
100%	80	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن أفراد العينة يختلفون في نوع السرطان ، ما نلاحظ أن سرطان الثدي لدى النساء قد احتل الصدارة بين الأنواع الأخرى بنسبة 55% ثم يليه بقية الأنواع بشكل متفاوت ، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل (01): خصائص العينة الأساسية حسب نوع السرطان



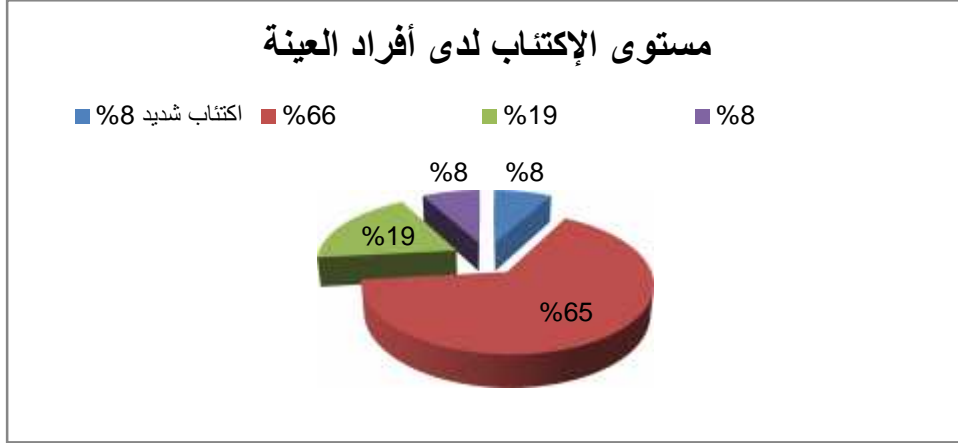
جدول (07) يوضح مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة

الدرجة	عدم وجود اكتئاب	اكتئاب معتدل	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد
الدرجة	4-0	7-5	15-8	16 فما فوق
التكرارات	6	15	53	6
النسبة المئوية	8%	19%	66%	8%

قامت الطالبة تقسيم مستويات الاكتئاب لدى أفراد العينة حسب مقياس بيك إلى أربعة مستويات :

من 4- عدم وجود اكتئاب ، 5-7 : اكتئاب معتدل ، 8-15: اكتئاب متوسط ، 16 فما فوق: اكتئاب شديد، ومن خلال الجدول نلاحظ أن أكبر نسبة اكتئاب لدى مرضى السرطان هي الاكتئاب المتوسط بنسبة 66% ، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل (02) : مستوى الإكتئاب لدى أفراد العينة



5. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

نعمد في الدراسة الحالية على الأساليب التالية:

- بالنسبة للفرضية الأولى والثانية والثالثة على النسب المئوية في معرفة ماهي الاضطرابات النفسعصبية، ومستوى كل من الاكتئاب والتدين لدى العينة.
- بالنسبة للفرضية الرابعة والتي تهدف إلى كشف العلاقة بين الاضطرابات النفسعصبية وكل من الاكتئاب والتدين، نعمد على معامل الارتباط بيرسون .

وذلك بالاعتماد على البرنامج الإحصائي SPSS V.20 .

خلاصة:

تم التعرض في هذا الفصل إلى ركائز العمل الميداني و إجراءاته بدءا بتحديد المنهج المتبع في دراستنا ، وكذا وصف العينة و حدودها ، ثم تطرقنا إلى أدوات القياس المستخدمة بالإضافة إلى الخصائص السيكمترية و إجراءات الدراسة الأساسية ، كما قمنا بعرض خصائص العينة الأساس ثم تطرقنا أخيرا للأساليب الإحصائية المستخدمة و المتبناة في الموضوع محل الدراسة التي لا يكاد يخلو منها أي بحث علمي موضوعي قابل للتطبيق والتجريب.

النتائج

1 نتائج الفرضية الأولى

2 نتائج الفرضية الثانية

3 نتائج الفرضية الثالث

4 نتائج الفرضية الرابعة

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 كما أضفنا تمثيلات بيانية من أجل توضيح وفهم النتائج بشكل أفضل.

1. نتائج الفرضية الأولى :

1.1. ماهي الاضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السرطان :

توقعنا في الفرضية الأولى للدراسة وجود اضطرابات نفسعصبية لدى مرضى السرطان ، وفي الجدول التالي نعرض نتائج الاضطرابات النفسعصبية حسب أبعاد المقياس :

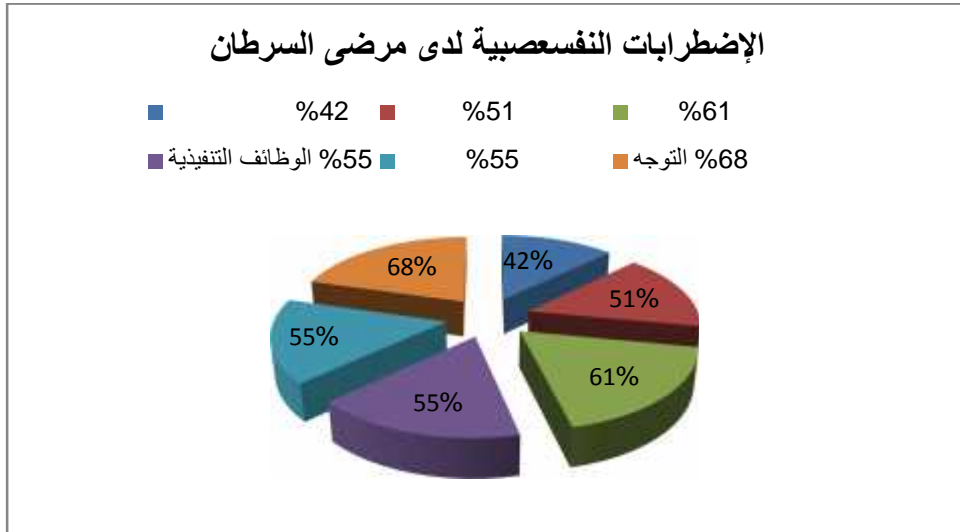
الجدول (08): الاضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السرطان

النسبة المئوية من العينة	التقييم	الانحراف	المتوسط	الاضطرابات لنفسعصبية
%42	1.9	1.41	1.9	البناء البصري
%58	1.9			
%51	2.51	1.45	2.51	الانتباه
%49	2.51			
%61	3.20	1.14	3.20	اللغة
%39	3.20			
%55	1.51	1.13	1.51	الوظائف التنفيذية
%45	1.51			
%55	2.05	1.31	2.05	الذاكرة
%45	2.05			
%32	4.63	1.03	4.63	التوجه
%68	4.63			

نلاحظ من الجدول التالي انخفاضاً في أداء مرضى السرطان في اختبار MoCA، فبالنسبة للبناء البصري نلاحظ أن 58% من العينة كان أدائهم فوق متوسط أداء العينة. بينما 42% منهم كان أدائهم أقل وهذه النسبة تعبر عن وجود اضطراب وانخفاض في الأداء البصري ما يستدعي التدخل العلاجي.

لكن فيما يخص الانتباه نلاحظ أن نسبة 49% ذوو الأداء المنخفض ويعانون من ضعف في الانتباه وهي نسبة قريبة من نصف العينة. أما بالنسبة للأداء اللغوي نلاحظ ارتفاع نسبة ذوو الأداء المنخفض (أقل من متوسط العينة) إذ بلغت نسبتهم 61% ما يعني أن هناك مشكل في الأداء اللغوي لدى مرضى السرطان، وكذلك بالنسبة للذاكرة نلاحظ أن نسبة 55% منهم أدائهم دون المتوسط أي أن النسبة الأكبر من مرضى السرطان تعاني مشاكل في الذاكرة، كما أن المقياس كشف لنا عن وجود اضطراب في الوظائف التنفيذية لدى المرضى بحيث أن 45% منهم يعاني من اضطراب هذه الأخيرة. بينما نلاحظ أن نسبة التوجه لدى أفراد العينة تمثل ثلثي العينة فيه أكبر من المتوسط بحيث بلغت النسبة إلى 32%، ما يعني أن غالبية العينة لا تعاني مشاكل في التوجه إلى أنه كذلك يعتبر مشكل ذلك لأن اختبار التقييم المعرفي يقيس الضعف المعرفي الخفيف و من أهدافه أن يقيس الاضطراب عند بدايته أي أن هذه الاضطرابات التي ظهرت لدى المرضى هي مؤهلة للتطور في المستقبل، وفي مايلي شكل يوضح العينة المدروسة

الشكل (03): الاضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السرطان



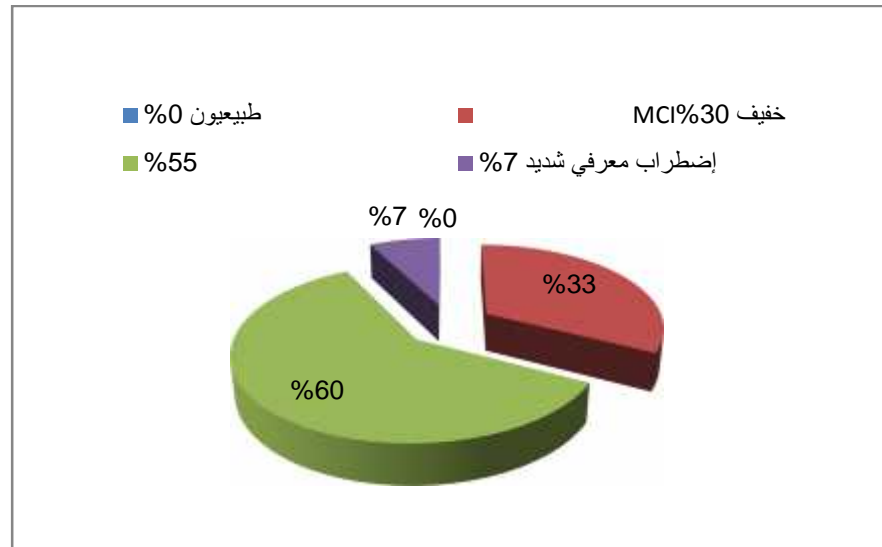
2.1. مستوى الاضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السرطان :

الجدول (09): مستوى الاضطراب المعرفي لدى مرضى السرطان

التقييم	طبيعيون	اضطراب معرفي MCI خفيف	اضطراب معرفي متوسط	اضطراب معرفي شديد
الدرجة	26	25-18	17-10	10
النسبة المئوية من العينة	%0	%30	%55	%7

من خلال الجدول نلاحظ ان %30 من مرضى السرطان يعانون من الضعف المعرفي الخفيف MCI ، و %55 يعانون من اضطراب معرفي متوسط وهذه النتيجة تعبر عن خطر لدى المرضى كما سبقنا الذكر فان هذه النتيجة مؤهلة للزيادة ذلك ان ال MoCA يكشف عن الاضطراب في بدايته او في مرحلته المتوسطة ، والشكل التالي يوضح

الشكل (04): الاضطراب المعرفي لدى مرضى السرطان



2. نتائج الفرضية الثانية :

● مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان:

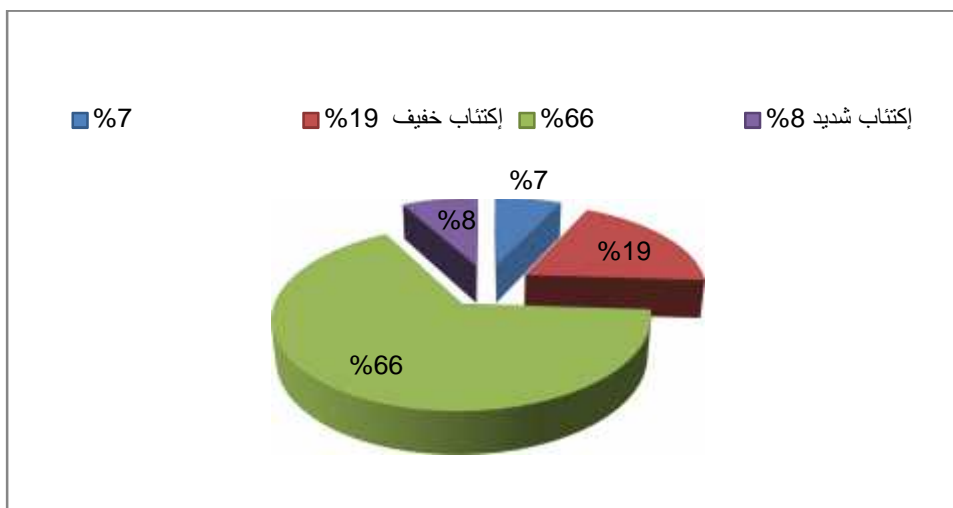
توقنا في الفرضية الثانية ارتفاع نسبة الاكتئاب لدى مرضى السرطان ، وفيما يلي عرض للنتائج المتوصل إليها في الدراسة

الجدول (10): مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان

التقييم	عدم وجود اكتئاب	اكتئاب خفيف	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد
الدرجة	4-0	7-5	15-8	16
العدد	6	15	53	6
النسبة المئوية من العينة	7%	19%	66%	8%

نلاحظ من الجدول الذي وضع نسب الاكتئاب لدى عينة مرضى السرطان أن 66% أي ثلثي العينة لديهم مستوى اكتئاب متوسط ، و 19% منهم يعانون اكتئاب معتدل ، بينما تقل النسبة عند طرقي الاكتئاب بمعنى أن حوالي 7% منهم يتميزون بمستوى شديد من الاكتئاب ونفس النسبة تميزت بعدم وجود الاكتئاب . وهذا ما يدل على تحقق الفرضية الثانية للدراسة بوجود نسبة مرتفعة من الاكتئاب لدى مرضى السرطان ، والشكل الموالي يوضح ذلك:

الشكل (05): مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان



3. نتائج الفرضية الثالثة:

من خلال الجدول نلاحظ أن المتوسط الفرضي للمقياس كانت فيه العينة

جدول رقم (11) يوضح مستوى التدخين لدى أفراد السرطان

متوسط المقياس		المتغير
≥ 155.02	155.02	
38	42	مرضى السرطان
%47.5	%52.5	النسبة المئوية

تم حساب المتوسط الحسابي و الذي قدر بـ 155.02

وقد وجدنا أن (42) فرد لديهم مستوى منخفض حسب المتوسط المقياس و(38) فرد لديهم مستوى مرتفع

4. نتائج الفرضية الرابعة:

- العلاقة بين الاضطرابات النفسعصبية وكل من الاكتئاب والتدين :

توقعنا في الفرضية الرابعة للدراسة وجود علاقة إرتباطية ودالة بين الاضطرابات النفسعصبية وكل من الاكتئاب

والتدين لدى مرضى السرطان ، وكانت نتائج الدراسة كما هو موضح في الجدول التالي :

الجدول (12) : علاقة الاضطرابات النفسعصبية بكل من الاكتئاب والتدين

الاهتداء	الذاكرة	الوظائف التنفيذية	اللغة	الانتباه	البناء البصري	النتيجة	الاكتئاب
-0.44	-0.08	-0.1	0.069	0.12	-0.073	النتيجة	
غير دالة	غير دالة	غير دالة	غير دالة	غير دالة	غير دالة	الدلالة	
0.027	-0.08	-0.17	-0.04	0.14	-0.13	النتيجة	التدين
غير دالة	غير دالة	غير دالة	غير دالة	غير دالة	غير دالة	الدلالة	

نلاحظ من الجدول المعروض أن لا توجد علاقة دالة بين كل الاضطرابات العصبية التي يقيسها MoCA

والمتمثلة في كل من : البناء البصري ، الانتباه ، اللغة ، الذاكرة ، الوظائف التنفيذية ، الذاكرة ، الاهتداء وكل من

الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان .

وهذا ما يعني عدم تحقق الفرضية الثالثة للدراسة.

نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية على أن توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان " وقد تم الاعتماد على المعالجة الاحصائية بحساب معامل الارتباط بيرسون بين المتغيرين و النتائج المتحصل عليها في الجدول التالي :

الجدول رقم (13): يوضح العلاقة بين للاكتئاب والتدين

المتغيرات	" ر " المحسوبة	مستوى الدلالة 0.01
الاكتئاب و التدين	-0.02	غير دالة احصائيا

من خلال الجدول الذي يبين العلاقة الارتباطية بين متغيري الدراسة نلاحظ ان قيمة " ر " المحسوبة (0.02) بين الاكتئاب والتدين عند مستوى الدلالة 0.01 ومنه لا توجد علاقة بين التدين والاكتئاب .وبالتالي عدم تحقق الفرضية .

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل الى عرض النتائج المتوصل اليها ، كما حاولنا تحليلها و من خلال الجداول الاحصائية كما حاولنا توضيح بعضها من خلال الدوائر النسبية .

مناقشة النتائج

1 تمهيد

2 مناقشة نتائج الفرضية الأولى

3 مناقشة نتائج الفرضية الثانية

4 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

5 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

تمهيد:

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

- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

- حيث ان الفرضية تقول : نتوقع وجود اضطرابات نفسعصبية لدى المرضى المصابين بالسرطان .
- أسفرت نتائج الفرضية الأولى على وجود بعض الاضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السرطان بحيث أنهم يعانون من :

- انخفاض في الاداء البصري بنسبة 42% من مجموع افراد العينة ، كما ان 51% منهم يعاني من انخفاض في الانتباه ، و 61% يعانون من انخفاض في الاداء اللغوي ، و 45% منهم يعاني من اضطراب الوظائف التنفيذية .

- من خلال هذه النتائج نكون قد تأكدنا من ان مقياس التقييم المعرفي المطبق في الدراسة قد قاس لنا فعلا العجز المعرفي الخفيف MCI و الذي توفر لدى العينة بنسبة 30% وهو السبب الرئيسي لانشاء مقياس MoCA ، بحيث كان الهدف منه الكشف المبكر لاحتمال وجود اضطراب في الوظائف المعرفية (The Canadian journal of Psychiatry,2007)

وهي نسبة معتبرة ، خاصة بالنظر الى ان هذا الاضطراب يبقى دون تشخيص رغم آثاره المعوقة في الحياة اليومية للمرضى. كما ان هذا المقياس انشأ ليكون في متناول الاخصائيين العياديين للكشف عن العجز لدى المرضى وذلك لانه قد تم اخضاع بعض المرضى الذين يعانون من عجز معرفي كانت النتائج اجابية على اختبار التقييم المعرفي رغم أنهم خضعوا من قبل لاختبار الـ MMSE ولم يقدم نفس النتائج .فاختبار الـ MoCA يسمح بالكشف عن وجود اضطراب في بداية ظهوره الى ان يكون في مرحلته المتوسطة" (Lauren E.Fridma,2012)

وقد توافقت نتائج هذه الفرضية مع التقارير النظرية التي أشارت إلى وجود اضطراب الإدراك لدى مرضى السرطان ، فقد وجد أن 15-50% من جميع المرضى يعانون منه ، كما لديهم شكاوى معرفية ذاتية وذلك بنسبة 70% من المرضى ،وقد عزت هذه التقارير سبب ظهور هذه الاضطرابات إلى التأثير العصبي للعلاج traitements La neurotoxicité des ، وكما تم تحديد أثر مرض السرطان بحد ذاته، وأثر الإعلان عن المرض فقد اصبح اليوم كعامل محتمل لظهور هذه الاضطرابات المعرفية. و عوامل أخرى مثل الاضطراب

العاطفي والذي يبدو أكثر ظهوراً في بداية الشكاوى التي ترتبط عادةً بجودة الحياة المنخفضة للمرضى. وفي هذا السياق قام "غوستاف روسي" بتقديم الاستشارات للمرضى الذين يعانون من الضعف المعرفي وتقييم نفسي وعصبي، وفي دراسة وصفية لسجلات المرضى وردت في مذكرته خلال سنة تقويمية كاملة لدى عينة قدرت بـ 108 مريض سرطان اجتمع 75% من المرضى في مرحلة ما بعد العلاج. 66% منهم وجد انه ليست هناك علاقة بين الشكاوى المعرفية والأداء في اختبارات الذاكرة والانتباه. اما عن الشكاوى الذاكرة فقد وجد 72% من أفراد العينة يعانون من اضطراب العاطفي (المرضى). كما تم تقييم الضعف الإدراكي لدى هؤلاء المرضى (2013 Dauch , Batz,

كذلك توافقت نتائج هذه الفرضية مع دراسة كريستين Christine وآخرون سنة 2000 التي ارتكزت على دراسة حول الوظيفة الإدراكية لدى مرضى سرطان الثدي المعالجون بالعلاج الكيميائي التدميمي قارنت فيها 107 امرأة 31 منهن يخضعن للعلاج الكيميائي التدميمي (أ)، و 40 امرأة اكملت العلاج الكيميائي التدميمي منذ سنتين (ب)، 36 امرأة في مرحلة السيطرة التامة (ج)، خلصت الدراسة بنتيجة ان هناك اختلافاً واضحاً في الوظائف الإدراكية بين المجموعتين (أ) و(ج) وكذلك ظهور اضطرابات مزاجية لدى المجموعة (ب) (Christine وآخرون، 2000)

كما توافقت نتيجة الفرضية مع دراسة Quesnel (2009) و زملائه في كندا التي انطلقت من فرضية ان المصابات بسرطان الثدي اللائي يعالجن كيميائياً، وعددهن (41) يكون أدأهن أسوء في التقييم النفسي العصبي مقارنة باللائي يعالجن بالأشعة وعددهن (23) مريضة والصحيحيات عددهن (40). اظهرت النتائج اضطرابات في الانتباه والذاكرة اللفظية، والطلاقة اللفظية كما وجدت علاقة بين نوعية الحياة وبين الوظائف المعرفية في بداية المتابعة لكنها تحسنت بعد ذلك مع ظهور نتيجة غير متوقعة وهي ان اللائي يعالجن كيميائياً كن الافضل في التقييم النفسي العصبي. (زعطوط، 2014)

كما أشارت دراسة Kessler و زملائه (2011) التي تناولت اداء القشرة قبل الجبهية والوظائف التنفيذية لدى المصابات بسرطان الثدي، على عينة من 25 مريضة تحت العلاج الكيميائي و 19 امرأة لم تخضع للعلاج الكيميائي مقارنة بـ 18 من الصحيحيات غير المصابات بالمرض باستعمال بـ fMRI. دلت النتائج على نقص في اداء القشرة الجبهية والوظائف التنفيذية خاصة بعد العلاج الكيميائي كما ظهر ذلك جلياً لدى مرتفعات السن ذوي المستوى التعليمي المنخفض (زعطوط، 2014)

وبعد القيام ببعض التحريات في الموضوع وجنا ان هناك عدة بحوث ودراسات التي تركز على اثر العلاج الكيميائي خاصة على الاداء المعرفي لدى مرضى بالسرطان ، حيث أشارت دراسات اجريت بواسطة تصوير المادة البيضاء في الدماغ و في القشرة ما قبل الجبهية و حصان البحر والمناطق المشاركة في الأداء الإدراكي ، وقد قام الباحثون بدراسة على بنية انسجة المادة البيضاء وقد وجدوا اضرار كبيرة وكذا عجز معرفي ظاهر لدى مريضات سرطان الثدي مقارنة بالأصحاء الخاضعين للعلاج الكيميائي (Haut, 2010).

كما ان هناك دراسات اجريت على عينة مشخصة بالخلل المعرفي والذي يطلق عليه تسمية الدماغ الكيميائي يصفون به المرضى الذين لديهم شكاوى معرفية ومتاعب في معالجة المعلومات وتشمل كل من الانتباه التفكير الذاكرة قصيرة المدى وكانت نسبة 75% من الأشخاص الذين خيروا مرض السرطان تعاني من تلك المشاكل خلال فترة العلاج و استمرت لدى 35% منهم لعدة أشهر بعد الانتهاء من العلاج.

كما وجدنا دراسات عن اثر العلاج الإشعاعي على مريض السرطان بحث وجد أن له دور في ظهور الضعف المعرفي من خلال اضطراب الوظائف التنفيذية حيث أشار Tang وزملائه(2012) على عينة من 46 مصابا بسرطان الانف والحنجرة تعرضوا لآثار دراسة العلاج الاشعاعي على الدماغ مقارنين بعينة غير متضررة وتم قياس بعض المؤشرات السلوكية مثل و WHOQOL BREF الاضطرابات الوجدانية ، التقييم النفسي العصبي وكذا نوعية الحياة باستعمال ودلت النتائج على ان المرضى الذين اصيبت ادمغتهم جراء العلاج الاشعاعي ظهرت لديهم مشاعر سلبية واضطراب الوظائف التنفيذية وانخفاض نوعية الحياة كما ارتفعت لديهم درجة القلق والاضطرابات المعرفية

وعليه نستنتج ان للعلاج الكيميائي والإشعاعي اثر بالغ على الوظائف العصبية وطبيعي ان نجد مرضى السرطان يعانون من اضطرابات معرفية كنواتج وآثار جانبية للعلاج وبالتالي فقد تحققت الفرضية الاولى للدراسة .

1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية :

أسفرت نتائج الفرضية الثانية على وجود نسبة كبيرة من مرضى السرطان تعاني إكتئاب متوسط ، وهو ما يتوافق والدراسات التالية :

حيث تشير تقديرات انتشار الاكتئاب لدى مرضى السرطان تختلف تبعا لكيفية تعريف الاكتئاب وقياسه لدى المريض ،وكذلك نوع السرطان أو المرحلة من المرض، وقد درس تقدير انتشار الاكتئاب حيث تراوح بين 38% لاضطراب عاطفي (وجداني) و 58% شديد .

و حسب Seth Segall وزملاءه فان هناك بعض الأدلة الاخرى على أن مرضى السرطان الذين يعانون من أعراض الاكتئاب لديهم زيادة خطر في الوفيات حيث ان معدل الوفيات 26٪ لمرضى السرطان بالإضافة الى وجود اعراض اكتئابية، بينما يقدر معدل الوفيات لدى لمرضى السرطان والمصابون بنوبات الاكتئاب العظمى الى 39%، (Seth Segall, 2010)

وفي دراسة اخرى قام بها Muenz و Jansen بوهي دراسة مقارنة (1984) بين ثلاثة مجموعات من النساء الأولى من مرضى سرطان الثدي والثانية من مرضى الأمراض الغضروفية والثالثة من اللواتي لا يعانين من أي مرض وتم تطبيق قائمة صفات الشخصية لجون (ACL) وقد كشفت نتائج الدراسة عن إتسام مجموعة سرطان الثدي بالسماة التالية: الإكتئاب والجن والحوف والإجتماعية والهدوء وعدم المنافسة وكبت مشاعر الغضب وعدم الوعي بالذات والخضوع والمسألة عن المجموعات الأخرى(الأنصاري، 1996)

ودرس كل من Alagaratnam وآخرون(1986) التأثيرات النفسية و الإجتماعية لاستئصال الثدي وهذا بهدف معرفة أسباب الآثار النفسية و الاجتماعية لاستئصال الثدي،هل تعود إلى استئصال الثدي أم للتشخيص بالسرطان، وتكونت العينة من (23) إمراة متزوجة يعالجن من سرطان الثدي،حيث تمت مقارنتهن مع مجموعة من السيدات مكونة من (34 سيدة) تم اختيارهن عشوائيا يعانين من أنواع مختلفة من السرطان، واستخدم الباحثان مقياس(بيك) للإكتئاب مع المقابلات لدراسة كلا المجموعين وأظهرت النتائج أن مجموعة سرطان الثدي كانت أقل اكتئاب او أكثر استقرارا من الناحية العاطفية من السيدات اللواتي يعانين من الأنواع الأخرى من السرطان وأظهرت النتائج أن تشخيص السرطان كان العامل الأهم في الأثر النفسي و الاجتماعي لهؤلاء المرضى (Alagaratnam وآخرون، 1986).

وفي سويسرا قام كل من Van وآخرون (1989) على عينة من السيدات اللواتي قمن بإجراء عملية جراحية لاستئصال الثدي، وباستخدام مقياس الإكتئاب تبين معاناة أفراد العينة من الاكتئاب حتى بعد استئصال الثدي أو الورم، كما لم تظهر فروق بين المجموعة التي استأصل منها الثدي بالكامل والمجموعة التي استأصل منها ورم الثدي فقط في الإكتئاب (الأنصاري، 1996).

كما قام كل من Kreitler وآخرون (1990) بالمقارنة بين مجموعة قوامها (210) من مريضات سرطان الثدي ومجموعة أخرى قوامها (210) من السيدات غير المصابات بأورام سرطانية من نفس البيئة الإجتماعية والعملية والمستوى التعليمي والعمر والمهنة، حيث طبق على المجموعتين عشرة اختبارات نفسية، وأظهرت نتائج

الدراسة أن مجموعة سرطان الثدي تتسم بارتفاع المشاعر السلبية، وانخفاض في أحلام اليقظة، وزيادة في الكبت، وانخفاض في مفهوم الذات والعصابية والشكاوي البدنية (الأنصاري، 1996).

وبينت دراسة Bolger وآخرون (1996) أجريت على عينة قوامها (102) من السيدات المصابات بأورام سرطانية في الثدي تم تتبعهم مدى عشرة أشهر بعد الإصابة بالسرطان، أظهرت نتائج الدراسة عن زيادة درجة الاكتئاب لديهم بين التطبيق الأول لقائمة " بيك " للاكتئاب والتطبيق الثاني لنفس القائمة بعد عشرة أشهر (الأنصاري، 1996).

أما دراسة Ell و آخرون (2001) التي تمثلت في التعرف على طرق التعامل الوظيفي، النفسي، والإجتماعي مع السرطان عند المرضى باختلاف العمر وشملت العينة (159) مريضة أكبر من 65 سنة، و (94) مريضة أقل من 65 سنة، تمت شخيصهم بأن واعسرطان مختلفة هي: الثدي و القولون و الرئة واستخدم الباحثون مقياس التوافق المتعدد والمقابلات للوصول إلى النتائج على مدى 03 أشهر ثم سنة بعد التشخيص بالسرطان أظهرت النتائج أن كبار السن (فوق 65 سنة) لم يكونوا متضررين بشكل جيد من المدة التي يأخذها التوافق الجيد أو طرق التعامل مع المرض (الحجار وآخرون، 2005).

- قام Peck (1972) بدراسة على خمسين سيدة لديهن أورام بالثدي تتراوح أعمارهن بين (40-60) عاما وباستخدام مقابلة مقننه أظهرت نتائج الدراسة أن 49 مريضة تعاني من القلق و 37 مريضة تعاني من الاكتئاب و 25 مريضة تعاني من الغضب (الأنصاري، 1996).

أما دراسة Marasate وآخرون 1992 هدفت إلى قياس مستوى القلق والاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي يتلقين علاج الإشعاع، وتكونت العينة من (133) مريضة بسرطان الثدي تم تحويلهن لتلقي العلاج الإشعاعي بعد العلاج الجراحي واستخدم الباحثون مقياس المستشفى للقلق و الاكتئاب (HAD) و كانت النتائج على النحو الآتي:

- 18 مريضة (14 %) ظهرت لديهن درجة تشير إلى قلق مرضي.
- مريضتين (1,5 %) أظهرن إصابة بالاكتئاب الواضح (الحجار، 2003)
- وقام Watson وزملائه (1991) بدراسة على عينة قوامها 359 سيدة مصابة بسرطان الثدي في أولى مراحل تطوره وبعد مضي ثلاثة أشهر من الإصابة بالمرض، وتم تطبيق بعض مقاييس الشخصية على أفراد العينة

لمعرفة الآثار النفسية المترتبة على الإصابة بالسرطان وقد أسفرت نتائج الدراسة عن معاناة 16% من أفراد العينة من القلق و 6% من الإكتئاب و 80% من كبت الغضب و 55% من الشعور بالعجز (الأنصاري، 1996). قام Muenz و Jansen بدراسة مقارنة (1984) بين ثلاثة مجموعات من النساء الأولى من مرضى سرطان الثدي والثانية من مرضى الأمراض الغضروفية والثالثة من اللواتي لا يعانين من أي مرض وتم تطبيق قائمة صفات الشخصية لجون (ACL) وقد كشفت نتائج الدراسة عن إتسام مجموعة سرطان الثدي بالسمات التالية: الإكتئاب والجنين والخوف والإجتماعية والهدوء وعدم المنافسة وكبت مشاعر الغضب وعدم الوعي بالذات والخضوع والمسالمة عن المجموعات الأخرى (الأنصاري، 1996) هذا فيما يخص الدراسات التي وافقت نتيجة الفرضية والقائلة بوجود الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

و حسب ما توصلنا اليه من خلال نتيجة الفرضية فاغلب الظن ان هناك صعوبة لتقييم وقياس الاكتئاب لدى مرضى السرطان و ذلك لانه غالباً ما يتركز الاهتمام في المقام الأول على العلاج البدني والسيطرة على الأعراض الجانبية، و يلي ذلك الاهتمام بالألم والتعامل مع الأعراض. ومن الجائز أن تتحمل الأعراض الوجدانية بل وتستبعد كنتائج متوقعة للإصابة بالسرطان.

و قد لا يرغب المرضى في اطلاع الأطباء المعالجين علي الشكاوى الوجدانية خشية أن يتسبب هذا في تشييت افكار أطبائهم عن ما يقومون به من علاج ، كما ان هذه العينة تستعمل اساليب مواجهة بحيث لا تقدم أي معلومة عن حياتهم الشخصية من شأنها ان تضيف الى نسبة الاكتئاب لديهم أي درجة وبالتالي قياس الاكتئاب عند المريض المزمّن يشكل مشكلة كبيرة ، كما ان العديد من العلامات الجسمية للاكتئاب كالتعب وقلة النوم وفقدان الوزن ،قد تكون نفسها علامات المرض او العلاج.فقد لا تكون دلالاتها واضحة و بالتالي قد يبقى الاكتئاب دون علاج وقد وجدت إحدى الدراسات لمرضى الجلطات الدماغية الاكتئابيين أن ثلثهم فقط أحيلوا من اجل معالجة الاكتئاب،وتبدو هذه المسألة مشكلة حقيقية بصورة خاصة في الأمراض التي تصيب وظائف الدماغ،كالسرطان والجلطة الدماغية والسكري و الايدز والصرع.

2. تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة :

وهي :نتوقع أن يكون مستوى التدين مرتفعاً لدى مرضى السرطان وقد اسفرت نتائج هذه الفرضية على وجود مستوى تدين منخفض وذلك بعد حساب المتوسط الحسابي للعينة بحيث بلغ 155.02%. وبالتالي فإن نسبة 52.5% من افراد العينة كان اقل

من المتوسط الحسابي ، و 47.5% من مجموع افراد العينة كان اقل من هذا المستوى وبالتالي فان هذه الفرضية لم تتحقق ويمكن ان نعزي ذلك الى عدة عوامل نذكر منها :

- التدهور الصحي الذي يعاني منه مرضى السرطان ما يجعلهم غير طبيعين في الاجابة خاصة بالعودة الى نتائج الفرضية الاولى القائلة بوجود اضطرابات معرفية لدى هذه العينة وتأثير العلاج المتبع ،فأثناء القيام بتطبيق الدراسة كان المرضى يتلقون العلاج بمركز مكافحة السرطان وسواء كان اشعاعي ام كيميائي فان التعب اول الاشياء التي تظهر عليهم بالرغم من اننا كنا نحترم حالة المريض بل قد وضعناه كشرط من شروط التطبيق ان لا نقوم بالتطبيق على المريض اذا كان في حالة صحية غير سائجة لاجراء الاختبار الى انه قد وقنا في هذه الوضعية بسبب طبيعة المرض وخصوصية العلاج المتبع .

- كما اننا لانهمل ما للمستوى التعليمي من اثر على النتيجة بحيث ان نسبة المستوى التعليمي منخفض لافراد العينة تمثل ب 41% من المجموع الكلي .

اخترنا السن 45 سنة كمتوسط عمر للعينة الاستطلاعية وذلك نسبة لان هذا السن يعبر عن تغيرات تحدث لدى المرأة و هو ما يدعى بسن الياس خاصة بالنظر الى ان اكثر من ثلثي العينة من الاناث (77.67%) ، اما بالنسبة للسن فقد مثل 63.67% اقل من 45 سنة و 36.67% اكبر او يساوي 45 سنة ، ومن خلال هذه النسب

3. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة :

أسفرت نتائج الفرضية الثالثة إلى عدم وجود علاقة دالة بين كل الاضطرابات النفسعصبية التي يقسيها الاختبار المتبنى في الدراسة وكل من الاكتئاب والتدين ، ويمكن أن نعزي ذلك لعدة اسباب نذكر منها:

1- البيئة التي طبق فيها المقياس تختلف عن البيئة التي بني فيها الا وهي " مونتريال - كندا"

كما ان المقياس حسب رأيي الشخصي فانه موجه لافراد ذوو مستوى تعليمي مرتفع بيد ان عينة الدراسة تناولت جميع الفئات كما اشتملت على مستويات تعليمية مختلفة من المستوى التعليمي المنخفض الى المتوسط فالمرتفع حيث مثل المنخفض (اي امي ، وابتدائي) نسبة (41%) اما المتوسط لم نقم بوضع هذا التقسيم في خصائص العينة الاساسية من حيث الخصائص الاجتماعية نظرا للنسبة المنخفضة التي وجدناها لدى المرضى في المستوى الجامعي الى ان نسبة المستوى المتوسط تمثلت بالتقريب 44% ، اما المستوى الجامعي فمثل نسبة 15% من مجموع افراد العينة ، كما اننا اتخذنا السن 45 سنة كمتوسط عمر للعينة الاستطلاعية وذلك نسبة لان هذا السن يعبر عن تغيرات تحدث لدى المرأة و هو ما يدعى بسن الياس خاصة بالنظر الى ان اكثر من ثلثي

العينة من الاناث (77.67%) ، اما بالنسبة للسن فقد مثل 63.67% اقل من 45 سنة و 36.67% اكبر او يساوي 45 سنة وبالتالي فإن هذه النسبة لها دور في عدم تجاوب افراد العينة بطريقة جيدة مع المقياس كذلك بالنسبة المستوى التعليمي هذان العاملان يعتبران من اهم العوامل التي تؤثر في سير البحث وبالتالي تؤثر في النتائج المتوصل اليها.

2- اما بالنسبة لمحتوى الاختبار فانه يشمل على اختبار التسمية و الذي يحتوي على صورة لوحيد القرن ويعتبر هذا الحيوان غريب عن البيئة الجزائرية خاصة بالنظر الى خصائص العينة ، و عندما حولنا ان نغير هذا الحيوان بآخر يكون اقرب الى بيئتنا المحلية وجدنا انه من شروط هذا الاختبار ان يكون هذا الحيوان منخفض الالفة و بالتالي سنغير في خصائص الاختبار اذا قمنا بتغييره.

3- يمكن كذلك ان نعزي نتيجة فرضيتنا الى العوامل النفسية التي يعاني منها المرضى حيال مرضهم تجعله اقل تجاوبا مع المقياس بالرغم من انه و من خلال احتكاكنا بهم وجدنا ان اغلب سمة بادية عليهم هي الروح المرححة واهم جد متقبلون لتواجدهم معهم خاصة بالنظر الى التخصص الذي قمنا بالتدخل من خلاله وهو كإحصائي عيادي ، وهو ما يمكن ان ننوه اليه بعد اجرائنا لهذه الدراسة هو ضرورة تواجد الاخصائيين العياديين للإهتمام بهذه العينة وهو ما نجح في الدراسات الغربية بحيث اصبح اليوم هناك ما يدعى "بالرعاية التلطيفية" التي حبد لو انها موجودة في مجتمعنا الصحي.

4- كما اننا لم نتحصل من خلال تطبيق مقياس الاكتئاب على افراد العينة على مستوى مرتفع من الاكتئاب وبالتالي فإن المرضى الذين قمنا باجراء دراستنا الحالية عليهم كانوا الى حد ما متكيفين مع المرض بالنظر الى ما هو ظاهر عليهم وبغض النظر عن ما يمكن ان نفسر به هذا التكيف الذي يمكن ان نعزیه لعدة عوامل نفسية من اهمها الاليات الدفاعية المستخدمة لديهم .

4. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامس:

أسفرت نتائج الفرضية الرابعة إلى عدم وجود علاقة دالة بين الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان و كأخصائيين عياديين يمكن ان نعزي نتيجة هذه الدراسة لعدة اسباب تمس الجانب النفسي لدى مرضى السرطان فبعد الاحتكاك بهذه الفئة و الاطلاع على التراث النظري الذي يفسر لنا بعض السلوكات التي يمكن ان نلمسها عند المريض المزمّن خاصة مرضى السرطان وهي عينة ذات خصائص مميزة عن الامراض الاخرى ، وبالتالي فإن تفسيرنا يتعلق بالدرجة الاولى بما لاحظناه مباشرة خلال التطبيق اولا ، وذلك نسال المريض عن حياته عمامة هل تلقى صدمة قبل اصابته بالمرض فعابا ما يدلي لنا انه قد خبر تجارب مؤلمة في حياته اما عندما نقوم بالطلب

منه ان يحاول ان يستحضر احداها فغالبا ما نجد بعض المراوغات في الحديث او انه لا يريد التعبير عن انفعالاته و نجد انه يحكي التجربة بشكل سطحي وفي عدة محاولات من طرفنا كاحصائي عيادي في جعل المريض يتحدث عن مرضه نجده يستعمل آليات دفاعية متنوعة. كذلك عند سؤالهم عن مدى تحملهم للخسارة و فقدان . وهنا يمكن ان نستحضر نظرية بيار مارتي Pierre Marty التي تقول ان الذي يتعرض للاصابة بمرض سيكوسوماتي فإنه حتما قد خبر مواقف او صدمات نفسية من قبل و ان هذا الفرد قد حدث له ان خبر نشاط عقلي خاص لا يوجد لدى الافراد الذين يتميزون باعصبة جيدة التعقيل وان هذا النشاط يصل الى مراحل المتقدمة حتى يصل الى ما يدعى بالاكتئاب الاساسي ، وبالعودة الى ما لاحظناه خلال فترة اجراء التطبيق فإن المرضى يحاولون في اغلب الوقت العيش كان المرض لا يعينهم فتجد ان المريض يتحدث عن المرض كأني مرض آخر بشكله البسيط و كثيرا ما كنا نسمع عبارات ترددت بين المرضى "نعم انا مريض (ة) ، وهذا المرض هو ابتلاء من الله وانا راضي (ة) به " " قال لي الطبيب انه ليس شيء خطير سوف اتعافى قريبا ، لم يبقى لي الكثير بعض الحصص العلاجية فقط واغادر المستشفى " وكل هذه العبارات ان دلت على شيء فأنها تدل على ان المريض يعيش عن حالة من الانكار وعزو المرض لاسباب خارجية ، رغم اننا في الوهلة الاولى نقول بان المريض حسب نظرية بيار مارتي لديه مستوى تعقيل جيد كما قد ننسبه الى ان هناك تكيف مع المرض ودرجة تقبل جيدة وانه متقبل لمرضه.

وكذا ننسب ذلك لمستوى التدين الذي يعتبر احد مصادر المساندة والدعم الروحي والنفسي للعديد من المرضى وتختلف اهميته من شخص لآخر ولكن العديد من الاشخاص وجد وان الصلاة و الدعاء و النصح والإرشاد الديني مهم من اجل زيادة القدرة من اجل التحمل والتكيف مع المرض ومواجهة التحديات الصعبة والشعور بالالم

كما اننا في بعض المواقف مع المرضى احسنا بان المرضى كانوا يحاولون ان يبقوا في مستوى التفكير العقلي الذي يعتبرونه وثيق الصلة بالدين خاصة ما نلاحظه في حياتنا اليومية ان الجميع يعتقد انه يجب ان نخفي الحزن و الاكتئاب فاذا عبر احدهم عن مشاعره بصدق تلقى ملاحظات على انه قد سخط على ما ابتلاه الله به وانه غير راض بقضاء الله وقدره ، اما في حالة وجدنا ان المريض يبدو راضيا فانه سيقول انه راض ذلك لان الصبر طريق للجنة .

وانه بعد ان إطلعنا على ما جاء عن انواع الاكتئاب فإن الفرض الذي يمكن ان نضعه كتشخيص اولي لعدم استمرارنا في التطبيق وقصر المدة التي اجري فيها فان غالبية المرضى تعاني من " اكتئاب مقنع " والذي عبر عنه في

اغلب التعاريف انه يتميز بغياب اعراض الاكتئاب المعروف بأعراضه التي تعبر عن حالة نفسية جد متقهرة سواء من ناحية التلذذ بمباهج الحياة او الابتعاد عن النشاطات المعتادة او فقدان لشهية او اضطراب النوم او الافكار السوداوية والتي يمكن ان تتطور الى حد التفكير او القيام بالانتحار للحد من معانات المريض .
اما بالنسبة للاكتئاب المقنع فان المصاب به يتميز حسب بيار مارتي بفقدان الحياة الهوائية وانه يواجه جميع اهتماماته الى الاستثمار الكلي للواقع وهو ما يدعى بالتفكير العملي الذي و الذي يجعل المريض لا يستثمر مشاعره بشكل جيد

ما يشكل هذه النواتج على شكل طاقة ،وان هذه الطاقة لا تصرف فتحدث ظاهرة الجسدنة لقد حاولنا ان نعطي تفسيراً لعدم ارتباط التدين بالاكتئاب عكس ما توقعنا عند بداية الدراسة الى ان هناك دراسات كثيرة معارضة لهذه النتيجة فقد بينت الدراسات الحديثة ان هناك تأثيراً ايجابياً للاعتقاد بالله والتسليم بقضائه على رفع مستوى الجهاز المناعي ونشاطه ،وان هذه الآلية الفاعلة تعتمد على تخفيض الاكتئاب الذي يلعب دوراً مباشراً في التأثير على الجهاز العصبي الافرازي Neuroendocrin system

كما ان الضغط النفسي المزمن (الاكتئاب) يحدث عواطف وانفعالات تؤدي الى تنشيط مناطق دماغية تسمى Hypothalamus مما يؤدي الى افرازات غددية تؤثر على الجهاز العصبي Sympathetic Nervous System ومن ثم فان المتواليات اللاحقة لهذا التنشيط تؤدي الى تأثير سلبي على جهاز المناعة عن طريق تخفيض افراز مادة الكورتيزول Cortisol من الغدة الادرينالينية Adrenal Gland ،اضافة لذلك فان ذلك يؤدي الى تحفيز الخلايا العصبية الطرفية التي تنتهي في الغدد اللمفاوية ونخاع العظم والغدة الزعترية مما يؤثر مباشرة على مخرجات جهاز المناعة

ان الدراسات الحديثة في علم النفس العصبي المناعي تؤكد ان قضايا عقلية ادراكية مثل الايمان والعقيدة يمكن ان تؤثر في فيسيولوجية الانسان ،وتورد هذه الدراسات آليات بيولوجية مثل تخفيض الاجهاد Stress Reducing وممارسات أخرى تؤثر على جهاز المناعة وهذه الآثار تظهر عن طريق مقاومة الامراض الجرثومية والامراض الخبيثة كالسرطان أظف الى ذلك تقليل فترة الاصابة بالمرض ان وقع . (خالد محمود القاعود)
لقد حاول العلماء الذين قاموا بهذه الدراسات وضع مجموعة من النظريات التي تفسر ارتباط الحالة الروحية (التدين) بالتغلب على الامراض و خلصوا الى ما يلي:

1. ان الانتظام في زيارة الاماكن الدينية يقوي العلاقات الاجتماعية بين الافراد
2. تزايد العلاقات الاجتماعية بين الافراد يقلل من الضغط النفسي وحالات الاكتئاب خاصة لدى كبار السن

3. ان الآلية المفترضة هي ان التدين يقلل من الضغط النفسي لدى الافراد مما يقلل من تأثيره السلبي على الجهاز المناعي للإنسان وبالتالي تحسن وضعه الصحي
كما انه من هدي الاسلام الدعوة الى جملة من الممارسات العملية التي تخفض من الضغط النفسي مثل الدعوة الى التسليم لقضاء الله في حالة المصاب (خالد محمود القاعود)

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى عرض ومناقشة نتائج الدراسة حيث أن الفرضية الأولى تحققت بينما الفرضية الثانية والثالثة والرابعة لم تتحقق وبالتالي حاولنا أن نناقش هذه النتائج من خلال ما ورد في التراث النظري كما حولنا تفسيرها من خلال الواقع

خلاصة الدراسة :

تكمن اهمية الدراسة الحالية في انها جمعت بين عدة مقاربات لفهم الانسان ككل متكامل ، وذلك من خلال دراسة الموضوع من الناحية النفسية والعصبية والروحية ، من خلال معرفة الاضطرابات النفسعصبية وعلاقتها بالاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان ، ومن خلال دراستنا لهذا الموضوع توصلنا الى النتائج التالية :

- . يعاني مرضى السرطان من اضطرابات نفسعصبية ، وذلك حسب ما جاءت به الفرضية الاولى ، وقد تمثلت هذه الاضطرابات في : البناء البصري، الانتباه، اللغة، الوظائف التنفيذية، الذاكرة، التوجه
- نسبة 30% من افراد العينة يعانون من الاضطراب المعرفي الخفيف ، و55% يعانون اضطراب معرفي

متوسط

- يعاني 61% من افراد العينة من اكتئاب متوسط
- مستوى التدين لدى مرضى السرطان منخفض
- لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين كل من الاكتئاب والتدين .

التوصيات:

تأمل الطالبة في ان يجد هذا الموضوع الاهتمام بالدراسة خاصة من خلال ما نلاحظه ان الدراسات التي تتحدث عن الاضطراب النفسعصبي قليلة جدا في التراث النظري العربي ، و يمكن ان نعتبر النتائج المتوصل اليها كنقطة بداية لاجاث ودراسات اخرى مدعمة واكثر تفسيراً وعمقا كما نأمل ان تكون هذه الدراسة إضافة ولو بقدر قليل للمجال العلمي الواسع

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع:

المراجع بالعربية:

1. بدر الدين الانصاري ،الشخصية المستهدفة للاصابة بالسرطان ،كلية العلوم الاجتماعية ،جامعة الكويت ،الطبعة الاولى ،1996
2. حسين الخولي ،حنان الرصاص ،كريم درويش ،الاكتئاب ومرض السرطان ،موجز تم إعداده وفقاً لمؤلف الجمعية العالمية للطب النفسي WPA عن " جامعة عين شمس ،القاهرة ،مصر .
3. خالد محمود القاعود ،الاثر السلبي للقلق والاكتئاب على جهاز المناعة والصحة ،جامعة اليرموك ، دار فيلادلفيا الثقافية.
4. رافع النصير الزغول ،عماد عبد الرحيم الزغول ،علم النفس المعرفي ،دار الشروق للنشر والتوزيع ،د.س
5. عثمان يخلف ،علم النفس الصحة - الاسس النفسية وسلوكية للصحة ،الدوحة ،دار الثقافة، 2001.
6. فيصل محمد خير الزراد ،الأمراض النفسية - جسدية (أمراض العصر) ،دار النفائس ،الطبعة الأولى ،2000، بيروت.
7. كيزن وآخرون، ترجمة حسين الخولي وآخرون ، الاكتئاب ومرض السرطان ،الجمعية العالمية للطب النفسي WPA ،2010.
8. مفتاح محمد عبد العزيز ،"مقدمة في علم نفس الصحة ،طبعة 01 ،دار وائل ،2010، عمان ،الاردن.
9. مهدي محمد القصاص ،علم الاجتماع الديني ،كلية الآداب جامعة المنصورة ،2008 .
10. مالكوم ستوارتز ،عماد أبو أسعد ،السرطان - ماهو - أنواعه محاربتة ،دار العربية للعلوم ،الطبعة الأولى ،1988 ،بيروت.
11. محمد الدسوقي ،قائمة تشخيص الاكتئاب ،كلية التربية النوعية ،جامعة المنوفية ،2002.
12. نورة لعروسي ،سسيولوجية التدين ومأسسته في المغرب ،مؤسسة دراسات وأبحاث مؤمنون بلا حدود، قسم الفلسفة والعلوم الانسانية
13. نصرالدين زياد طيبي.
14. © 2005-2015 الجمعية الأمريكية لعلم الأورام السريرية (ASCO).

15. An [ESUN](#) Article by Seth Segall, PhD; Katherine N. DuHamel, PhD and Laurie Paul 08/2010
16. Centre lutte contre le cancer pierre et Marie curie p02 2008
17. (Kissane D, Maj M, Sartorius N, eds. – Chichester: Wiley,2010
18. Lezak,Muriel Deutsh (1995), Neuropsychological Assessment,3rd edition,New York:Oxford University Press.
19. Lauren E. Friedman. Evaluatig the Montreal Cognitive Assesmen and the Mina Mental State Exam. the University of Western Ontario London, Ontario,Canada ,2012.
20. Organisation mondiale de la santé (OMS) , 2007,la hutte cintre le cancer du col de l`utérus :Guide des pratiques essentielles genève
21. Psycho-Oncologie December 2013, Volume 7, Issue 4, pp 210–216 Une consultation mémoire en cancérologie: entre plainte et trouble Léger, L. de Batz, S. Dauch
22. Psychological Adaptation, Coping, and Distress in Adult-Onset Soft Tissue Sarcomas
23. Raymond W Ruddon–, cancer biology–(Four edition), oxford university press 2007
24. The Canadian Journal of Psychiatry, Tasha Smith and athers Vol 52, No 5 , May 2007 The Montreal Cognitive Assessment: Validity and Utility in a Memory Clinic Setting

رسائل ماجستير ودكتوراه:

25. الحجار، بشير إبراهيم محمد، التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الإسلامية، قسم علم النفس، كلية التربية، غزة، 2003.
26. إلهام ساسان، تأثير الصدمة الجمجمية على الذاكرة وكيفية إعادة تأهيلها، مذكرة لإستوفاء شهادة ماجستير غير منشور 2010، عنابة.
27. رحاحلية سمية، الكفاءة الذاتية بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، ورقلة، 2010.
28. زعطوط رمضان، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراه غير منشور، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2014.
29. قريشي فيصل، التدين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى الاضطرابات القلبية والوعائية، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس الصحة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2011.
30. محمد بن إبراهيم السليم، علاقة مستوى التدين والمساندة الاجتماعية بالانتكاسة دراسة على المعتمدين المنتكسين من المنومين، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير غير منشور، مجمع الامل الرياض، جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية، 1426هـ.

المجلات . البحوث والمقالات:

31. الحجار، بشير إبراهيم وآخرون، التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى، مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد الخامس عشر، 2005، العدد الأول، فلسطين.
32. بشير معمريه، مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين، مجلة علم النفس، جزء 01، جامعة الجزائر، الجزائر.
33. زياد بركات، "سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان: دراسة مقارنة بين الافراد المصابين وغير المصابين بالمرض"، مجلة جامعة النجاح للابحاث العلوم الانسانية، مجلد رقم 02، 2006، فلسطين.

غريب عبد الفتاح غريب، 1988، "دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب لدى عينة
مصرية" مجلة الصحة النفسية، مجلة رقم 29، القاهرة، مصر.

مواقع الكترونية:

34. منظمة الصحة العالمية (2013)، تم التحميل بتاريخ: 2015/02/03 على الساعة: (22:00)،

من العنوان: <http://www.who.int/ar>

35. أمين مصمودي و آخرون، جدوى تقييم نوعية الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، دراسة

منشورة في موقع المنظمة الصحية العالمية، تم زيارة الموقع بتاريخ 2015/05/17 WWW.WHO.ORG

36. سوسن شاكر مجيد، العلاقة بين مرض السرطان وبعض العوامل النفسية والشخصية"، الحوار المتمدن

، المحور: الصحة النفسية والسلامة الجسدية والنفسية 2012. العدد 3708. 2015/04/07.

37. [http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/side-](http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/side-effects/attention-thinking-or-memory-problems)

[effects/attention-thinking-or-memory-problems](http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/side-effects/attention-thinking-or-memory-problems) تم زيارة الموقع في

15:20 على الساعة 2015/05/24

38. www.mocatest.org Z.NasreddineMD Versiou MoCA

12Novembre2004

39. <http://sarcomahelp.org/coping.html>

الملاحق

ملحق رقم 01: يوضح بطاقة المعلومات

بطاقة معلومات

1- الجنس: ذكر أنثى

2- السن:

3- المستوى التعليمي: لاشيء ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

4- المستوى الاقتصادي: عامل

5- الدخل:

6- المهنة:

7- المستوى الاجتماعي: أعزب متزوج عدد الأولاد

8- نوع السرطان والأمراض المصاحبة:

9- مدة الايمان:

10- بداية التشخيص:

11- العلاج المتبع:

12- كيميائي

13- إشعاعي

14- مشترك

ملحق رقم 02: مقياس أرون بيك للإكتئاب

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية
السنة الثانية ماستر علم النفس العيادي

تعليمات :

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 حالتك خلال الأسبوع الخالي بما فيه ذلك 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 ان انزع نفسي من هذه الحالة

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

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

1. أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع.

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

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

0 / أنا لا اشعر بأنني شخص فاشل.

1. أنا أشعر 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 لست غير 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 أثم أو مذنب.

1. أنا أشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي أغلب الوقت .
2. أنا أشعر بالذنب أو الإثم تماما.
3. أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة.

0 / أنا لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي .

1. أنا فاقد الأمل في نفسي .
2. أنا مثمئز من نفسي.
3. أنا أكره نفسي.

0 / أنا لست لدي أي أفكار للإضرار بنفسي.

1. أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي ولكن لا أنفذها
2. أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت.
3. لو إستطعت لقتلت نفسي.

0 / أنا لم أفقد اهتمامي بالناس.

1. أنا أقل اهتماما بالناس عما تعودت أن أكون من قبل.
2. أنا فقدت أغلب اهتمامي بالناس ، ولدي مشاعر قليلة اتجاههم.
3. أنا فقدت كل اهتمامي بالناس ، ولا أهتم بهم على الإطلاق.

0 / أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل

1. أنا أحاول تأجيل اتخاذ القرارات .

2. أنا لدي صعوبة شديدة في إتخاذ القرارات

3. أنا لا أستطيع إتخاذ أي قرار بعد الآن.

0 / أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوأ مما اعتدت أن أظهر به 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 كرية المنظر .

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

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

2. يجب ان ادفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء .

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

0 / أنا لا أجهد 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 أسوأ من المعتاد.

1. شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت.

2. شهيتي أصبحت أسوأ الآن .

3. ليست لي شهية للأكل نهائياً.

ملحق رقم 03: يوضح مقياس التدين

أخي الكريم /أختي الكريمة :

أقدم إليك هذا المقياس المكون من بنود تتعلق بموضوعات مهمة في حياتك ،أطلب منك الإجابة عنها حسب طبيعة كل بند وذلك بوضع المعلومات المطلوبة في المكان المخصص لها أو وضع علامة في المكان المناسب أمام بدائل الإجابة التي تراها تعبر عن حقيقة ما تعتقده أو تشعر به أو تفعله بدقة.

إحرص على أن تكون إجابتك صريحة و اعلم أنه لا توجد إجابات خاطئة و أخرى صحيحة ولا تترك بندا دون إجابة . مع العلم أن إجابتك تبقى سرية و لا تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي .

1- أعتقد جازماً أن أركان الإيمان هي:		
أ-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ب-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ج-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هـ-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
و-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- أعتقد جازماً أن أركان الإسلام هي:		
أ-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ب-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ج-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هـ-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- معرفتي بالأحكام الشرعية للمواضيع التالية :		
ضعيفة	متوسطة	جيدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أ- الصلاة		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ب- الصيام		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ج- الزكاة		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د- الحج		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هـ- التجارة		
4- أعرف بأن :		
لا أعرف	مكروه	حرام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أ- الخمر		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ب- الربا		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ج- الربى		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د- السحر		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هـ- التدخين		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
و- إيذاء النفس		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ز- إيذاء الغير		

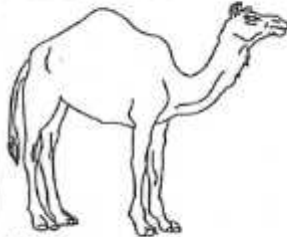
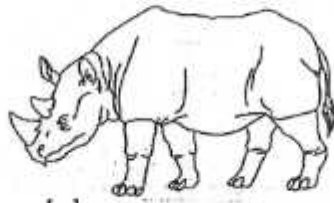
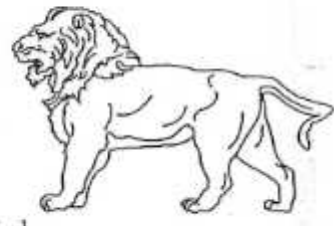
لا	دائما	كثيرا	أحيانا	نادرا	
					5. استحضرت نية العمل قبل القيام به
					6. لا أفكر في الموت وما بعده
					7. أقدر أن كل شيء محكوم بميزان لا طرفيان فيه ولا تحسيران
					8. أدرك أن الصحة نعمة من الله يجب المحافظة عليها
					9. يصعب عليا فهم الحكمة من أحداث الحياة المؤلمة
					10. الرزق محدود يسعى الإنسان واجتهاده فقط
					11. أشعر بحب الله عز وجل
					12. أحب رسول الله عليه الصلاة والسلام
					13. يتشعر جلدي حين أستمع لقراءة القرآن
					14. يتتابهي الخشوع حين أدخل في الصلاة
					15. أشعر بالذنب حين أؤخر صلاة الفريضة
					16. يلازميني الشوق لأداء مناسك الحج والعمرة
					17. أحس بالرضا للترامي بأحكام ديني
					18. حين أذكر الله خاليا تفيض عيني بالدموع
					19. يضايقني الحديث عن الموت وأحوال الآخرة
					20. أشعر بأن الله معي
					21. أشعر بسرور كبير حين أقوم شهواني
					22. أشعر باليأس أمام أحداث الحياة
					23. يتتابهي الضيق حين أكون وحيدا
					24. أتمتم حين أسمع كلاما فاحشا
					25. يلازميني شعور بالتفاوت حتى في وقت الشدة
					26. يلازميني الشعور بالقناعة والرضا
					27. أشعر بالتمتع في مساعدة الآخرين
					28. أحافظ على أداء الصلاة المفروضة
					29. أحافظ على أداء صلاة النافلة
					30. أحرص على أداء الصلاة في المسجد
					31. أحرص على أداء النوافل في رمضان

					32. أصوم الإثنين والخميس من كل أسبوع
					33. أحافظ على تلاوة القرآن
					34. أتعهد قلبي بالذكر
					35. أحرص على حضور صلاة الجنازة
					36. كلما عزمت على أمر هام أستعير الله سبحانه وتعالى
					37. أحرص على تحصيل رزقي من الحلال
					38. ألتزم بتطبيق السنة النبوية في حياتي اليومية
					39. أتصدق على الفقراء والمساكين
					40. أحلف على أمور لست وأتقأ من صحبتها
					41. أجتهد في أن توافق أفعالي أقوالي
					42. أحرص على زيادة أقاري
					43. أجتنب السباب والكلام الفاحش
					44. أجتنب المكروه خوفاً للوقوع في الحرام
					45. إذا رأيت منكراً أهدى صاحبه برفق ولين
					46. أحرص في أن لا أتسب في أذية الآخرين
					47. إذا سبني أحد أو شتمني لا أرد عليه
					48. أحرص على إماطة الأذى عن الطريق
					49. أدعوا الله في أوقات الشدة
					50. أدعو الله في أوقات الرخاء
					51. أصبر على المكآره والمصآب
					52. اضطررت للكذب للخروج من بعض المآزق
					53. أسأير الناس في بعض الأمور التي لا يرضأها الشرع
					54. أقوم ببعض السلوكآت رغم معرفتي بضررها
					55. اضطررت إلى تزوير بعض الوثآق لقاء مصآلحي
					56. اضطررت إلى الرشوة في بعض اللوآف

شكراً

ملحق رقم 04: يوضح مقياس التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MoCA

الاسم :
المن :
توقيع :

العلامات	أرسم ساعة حائط (الساعة الحادية عشرة وعشر دقائق) (3 علامات)	انسخ المكعب	الاجابة
5/	<input type="checkbox"/> المحيط <input type="checkbox"/> الأرقام <input type="checkbox"/> العقارب	<input type="checkbox"/>	
3/	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
	أقرأ قائمة الكلمات واطلب من المريض أن يعيدها. أجر الاختبار مرتين. أعد التفكير بعد 5 دقائق	وجه قطيفة مدرسة قرنقلة أزرق	الاختبار 1 الاختبار 2
2/	أقرأ سلسلة الأرقام (رقم كل ثانية) يجب على المريض أن يعيدها [4 5 8 1 2] يجب على المريض أن يعيدها بالعكس [2 4 7]		
1/	أقرأ سلسلة الأحرف. على المريض أن يقرع بيده عند سماع كل حرف ألف. ف ب ا م ن ا ح ك ل ب ا ف ا ك د ط ا ا ح ا م و ف ا ب		
3/	انظر 7 من كل رقم متسلسل اعتباراً من 100 [11 11 11 11]		
2/	إعد : الهر يكتسب دانما تحت المعد عندما يدلل الكلب الفرقة [] أبو تسيب زار جاره وانمأن على صحته []		
1/	انكر ما أمكن من كلمات تبدأ بحرف (ف) خلال دقيقة [] عد صحيح < 11 كلمة		
2/	أوجه الشبه مثلابين يرتقلان - موزة = قلقة [] إقطار - دراجة [] إسماع - مسطرة		
5/	وجه قطيفة مدرسة قرنقلة أزرق	<input type="checkbox"/>	
6/	التاريخ [] الشهر [] السنة [] اليوم [] المكان [] المدينة []		
30/	المجموع		